

همبودی اختلال خوردن و اختلال بدشکلی بدن و همبستگی آن با نشانگان آسیب‌شناسی روانی

محمد ابراهیم‌زاده موسوی^{۱*}، پروانه محمدخانی^۲، نگین انصاری^۳، امیر اکبری اصفهانی^۴، سارا امین‌الرعایا یمینی^۵، بهزاد ریگی‌کوته^۶

۱. کارشناسی‌ارشد روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم رفتاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی تهران، ایران
۲. دکترای روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم رفتاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی تهران، ایران
۳. کارشناسی‌ارشد روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم رفتاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی تهران، ایران
۴. پزشک، دانشجوی دکتری روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم رفتاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی، تهران، ایران
۵. کارشناسی‌ارشد روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم رفتاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی تهران، ایران
۶. دانشجوی دکتری روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم رفتاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی تهران، ایران

چکیده

تاریخ دریافت: ۹۶/۰۵/۱۱
تاریخ پذیرش: ۹۶/۰۹/۰۳

زمینه و هدف اختلال خوردن یکی از اختلالات شایع روان‌پزشکی است که با بروز بیماری‌های شدید روانی ارتباط دارد. این دسته از اختلالات باعث ایجاد اشکال در سلامت جسمی و عملکرد روانی می‌شود. اختلال خوردن و اختلال بدشکلی بدن اختلالات شدیدی است که نرخ مرگ بالاتری از اختلالات دیگر روانی دارد. پژوهش حاضر با هدف بررسی میزان همبودی اختلالات خوردن و اختلال بدشکلی بدن و همبستگی آن با نشانگان آسیب‌شناسی روانی انجام شد.

مواد و روش‌ها پژوهش حاضر توصیفی از نوع علی-مقایسه‌ای است. جامعه آماری پژوهش را دانش‌آموزان دبیرستان‌های منطقه ۵ تهران تشکیل دادند. با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای و بر اساس فرمول حجم نمونه کوکران تعداد ۴۰۰ نفر به‌عنوان نمونه در سال ۱۳۹۵ انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها، مقیاس اصلاح‌شده وسواس فکری-عملی (Yale-Brown) برای اختلال بدشکلی بدن (YBOCS-BDD)، پرسشنامه نگرش‌های خوردن (EAT-26) و پرسشنامه نشانگان مختصر فرم کوتاه‌شده (BSI) بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها در دو سطح توصیفی و استنباطی (همبستگی پیرسون، آزمون تی و رگرسیون) با استفاده از نرم‌افزار SPSS-22 انجام شد.

یافته‌ها ۰/۶۷ از دختران شرکت‌کننده و ۰/۵۵ از پسران شرکت‌کننده علائم پاتولوژیکی اختلال خوردن داشتند. علاوه بر این، ۰/۷۰ از دخترها و ۰/۳۷ از پسرها اختلال بدشکلی بدن داشتند. همبستگی بین اختلال خوردن و بدشکلی بدن ۰/۵۱ بود که در سطح ($p < ۰/۰۱$) معنادار بود که نشان می‌دهد افراد دارای علائم اختلال خوردن در اختلال بدشکلی بدن نیز نمره بالایی می‌گیرند و برعکس. به‌طور کلی، رگرسیون لاینر نشان داد اختلال خوردن، اختلال بدشکلی بدن را پیش‌بینی می‌کند. مشخص شد اختلال خوردن ۵۴ درصد از واریانس اختلال بدشکلی بدن را تبیین می‌کند. بین دو گروه دختران و پسران در اختلال خوردن تفاوت معناداری دیده نشد، اما در اختلال بدشکلی بدن این تفاوت در سطح ($p < ۰/۰۱$) معنادار بود.

نتیجه‌گیری اختلال خوردن و اختلال بدشکلی بدن با یکدیگر رابطه دارد. علاوه بر این، بین برخی زیرمقیاس‌های نشانگان بالینی با اختلال خوردن و بدشکلی بدن نیز رابطه وجود دارد.

کلیدواژه‌ها:

اختلال بدشکلی بدن، اختلال خوردن، نشانگان آسیب‌شناسی روانی.

* نویسنده مسئول: محمد ابراهیم‌زاده موسوی
نشانی:

تلفن: ۰۹۱۲۳۷۹۸۲۶۶ دورنگار:
رایانه: m_moosavi21@yahoo.com
شناسه ORCID: 0000-0001-6209-5082

مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، دوره ۲۵، شماره ۳، مرداد و شهریور ۱۳۹۷، ص
آدرس سایت: http://jsums.medsab.ac.ir رایانامه: journal@medsab.ac.ir
شاپای چاپی: ۱۶۰۶-۷۴۸۷

مقدمه

یکی از اختلالات شایع روان‌پزشکی که عمدتاً در ابتدای دوران نوجوانی و جوانی در افراد مشاهده می‌شود، اختلال خوردن (eating disorder) است که با بروز بیماری‌های روانی از جمله سوءمصرف مواد، اختلالات عاطفی و اختلالات شخصیت هم‌پوشی دارد [۱].

امروزه، اختلالات خوردن یکی از موارد مهم در اختلالات روانی است. این دسته از اختلالات باعث ایجاد اشکال در سلامت جسمی و عملکرد روانی می‌شود و کیفیت زندگی فرد مبتلا را مختل می‌کند. همچنین، ممکن است سبب افزایش مرگ شود [۲].

پرکاربردترین تعریف برای اختلالات خوردن را انجمن روان‌پزشکی آمریکا مطرح کرد. بر این اساس، اختلالات خوردن در سه دسته کلی بی‌اشتهایی عصبی (anorexia nervosa)، پراشتهایی عصبی (bulimia nervosa) و اختلال خوردن تصریح‌نشده (eating disorder not otherwise specified) طبقه‌بندی می‌شود [۳].

اختلال بدشکلی بدن (body dysmorphic disorder: BDD) عبارت است از اشتغال ذهنی با نوعی نقص در ظاهر که این نقص یا خیالی است یا چنانچه ناپهنجاری جسمی جزئی وجود داشته باشد دلواپسی بیمار در مورد آن افراطی و عذاب‌آور است [۴]. بالاترین شیوع این اختلال در نوجوانان و جوانان است. در ۹۰ درصد موارد این بیماری در افرادی اتفاق می‌افتد که سن پایین‌تر از ۲۵ سال دارند [۵]. زمینه‌یابی از بیماران BDD که در کلینیک‌های روان‌پزشکی شرکت داشتند شیوع برابر را در دو جنس نشان داده می‌دهد [۶].

نسخه پنجم DSM اختلال بدشکلی بدن را اشتغال خاطر بیمارگونه با ظاهر جسمی با تغییراتی در تعریف آن در رده‌های تشخیصی حفظ کرده است. در نسخه جدید DSM، BDD جزو دسته اختلالات وسواسی قرار می‌گیرد و برای نخستین بار بر وجود اعمال اجبارآمیز تأکید شده است [۷].

در پژوهش دو اختلال خوردن و اختلال بدشکلی بدن بیشتر پژوهش‌های قبلی تنها در رابطه با شیوع اختلالات خوردن است [۸، ۹]. پژوهش‌های محدود در شناسایی و بررسی ارتباط میان اختلالات بدشکلی بدن و اختلالات خوردن، خصوصیات شناختی، رفتاری و شخصیتی مشترکی را

در هر دو اختلال عنوان کرده‌اند [۱۰]. در واقع، نتایج حاکی از ارتباط بین بی‌اشتهایی عصبی و اختلال بدشکلی بدن است که در برخی ویژگی‌های کلیدی با هم مشترک‌اند.

در مقایسه با پراشتهایی عصبی، به‌نظر می‌رسد که اختلال‌های بی‌اشتهایی عصبی و اختلال بدشکلی بدن بیشتر به‌صورت هم‌بود با هم رخ می‌دهد و شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد که تنها این دو اختلال است که در نوعی توهم منجر به بینش کم نسبت به عقاید مرتبط با تصویر تحریف شده از بدن مشترک است [۱۱]. چشم‌گیرترین ویژگی مشترک بی‌اشتهایی عصبی و اختلال بدشکلی بدن، مشکل در تصویر از بدن است. افراد مبتلا به این اختلالات، اهمیت جذابیت را بیش برآورد می‌کنند و امکان بیشتری دارد تا نقص‌های ظاهری را عیوب عمده در ارزش خود ارزیابی کنند [۱۲].

اکثر مطالعات قبلی ارتباط اختلالات خوردن و اختلال بدشکلی بدنی را با نشانگان آسیب‌شناسی روانی و اختلالات دیگر بررسی نکرده‌اند، برای مثال، [۱، ۱۲، ۱۳]. مطالعات محدودی نیز به دیگر مشکلات توجه داشته‌اند، برای مثال، [۷]. به‌علاوه، اکثر مطالعات از افرادی تشکیل شده است که به‌دنبال درمان روان‌پزشکی یا در حال دریافت این درمان بودند و ۴۰ درصد آزمودنی‌ها در مطالعات بزرگ‌تر در تحقیقات مربوط به دارودرمانی شرکت داشتند. این مسائل ممکن است سوگیری‌های متنوعی ایجاد کند. به‌همین منظور، مطالعاتی که علاوه بر سنجش میزان هم‌بودی اختلالات خوردن و بدشکلی بدن، به دیگر جنبه‌های آسیب‌شناسی نیز توجه داشته باشند ضروری به‌نظر می‌رسد.

علاوه بر این، مزیت دیگر مطالعه حاضر این مسئله است که تنها گروه بالینی را دربر نمی‌گیرد و همان‌طور که بیان شد، برخلاف مطالعات پیشین، به‌جای گروه بیمار، گروه وسیع‌تری از افراد را می‌آزماید. در واقع، فهم جامعی از فاکتورهای علت‌شناختی و موجب تداوم این اختلالات به همان اندازه اهداف درمانی موفق برای کاهش رنج این اختلالات حیاتی است.

مشکل دیگری که تأثیرات منفی این اختلالات را تشدید می‌کند، سن شیوع اختلالات خوردن و بدشکلی بدن است. در نتیجه این فرایند به مشکلاتی در آینده این افراد می‌انجامد. در واقع، چون دوران نوجوانی از مهم‌ترین دوران‌های زندگی برای شکل‌گیری بسیاری از مهارت‌ها و

تجارب است، ابتدا به این اختلالات منجر به کاهش عملکرد در دوره‌ای از زندگی می‌شود [۱۴].

بنابراین، با توجه به شیوع بالای اختلال خوردن و بدشکلی بدن در سنین نوجوانی و خطرات ناشی از آن، بررسی شیوع علایم این دو اختلال در بین نوجوانان ضروری به نظر می‌رسد. با توجه به علایم مشترک اختلال خوردن و اختلال بدشکلی بدن، همچنین با توجه به هم‌بودی بالای این دو با یکدیگر و به‌منظور بررسی دقیق‌تر دیگر نشانگان آسیب‌شناسی روانی در افراد دارای علایم اختلال خوردن و بدشکلی بدن، هدف از پژوهش حاضر در درجه نخست، بررسی شیوع علایم اختلالات خوردن، اختلال بدشکلی بدن و میزان هم‌ابتلایی آن با یکدیگر است. در درجه بعدی قصد دارد تا نشانگان مختلف بالینی مرتبط با این اختلالات را بررسی کند.

مواد و روش‌ها

طرح پژوهش حاضر طرحی توصیفی-مقطعی از نوع پژوهش‌های علی-مقایسه‌ای است که با تحلیل داده‌های حاصل از پرسشنامه‌های خودسنجی در بررسی هم‌بودی دو گروه اختلال از روش‌های آماری هم‌بستگی استفاده شده است. جامعه پژوهش حاضر دانش‌آموزان دبیرستان‌های منطقه ۵ تهران بودند. جامعه آماری در میان پسران ۸۴۶۰ و در میان دختران ۷۸۴۰ نفر گزارش شد. در این تحقیق برای محاسبه نمونه آماری از فرمول کوکران استفاده شده است که حجم نمونه آماری تحقیق ۴۰۰ نفر محاسبه شد.

از آنجا که اختلالات خوردن و بدشکلی بدن در سنین نوجوانی به حداکثر نرخ خود می‌رسد، جامعه پژوهش حاضر را تمامی دانش‌آموزان اعم از دختر و پسر پایه متوسطه منطقه ۵ تهران تشکیل می‌دهد. معیار ورود آن‌ها در نمونه سن کمتر از ۱۸ سال و تحصیل در یکی از دبیرستان‌های منطقه ۵ تهران بود. در این پژوهش از نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای به‌دلیل ملاک جنسیت استفاده شد. پژوهش در سال تحصیلی ۹۵-۱۳۹۴ اجرا شد.

بعد از انجام هماهنگی‌های لازم با آموزش و پرورش و اخذ نامه‌ها و مجوز لازم برای اقدام، به دبیرستان‌های مشخص شده مراجعه شد. نخست، اهمیت پژوهش برای هر یک از شرکت‌کنندگان توضیح داده شد و پس از آنکه فرم رضایتنامه

را خواندند و امضا کردند، و پس از ذکر توضیح کوتاهی در رابطه با پژوهش و هدف آن، پرسشنامه‌ها بین دانش‌آموزان توزیع شد. در طول فرایند اجرا، در صورتی که شرکت‌کنندگان هر سؤالی داشتند، به آن‌ها پاسخ داده شد. شرکت‌کنندگان از نظر ملاک‌های ورود و خروج بررسی شدند. برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه مقیاس اصلاح‌شده وسواس فکری-عملی (Yale-Brown)، برای اختلال بدشکلی بدن (YBOCS-BDD)، از پرسشنامه نگرش‌های خوردن (EAT-26) و پرسشنامه نشانگان مختصر فرم کوتاه‌شده (BSI) استفاده شد.

مقیاس اصلاح‌شده وسواس فکری-عملی (Yale-Brown)

Brown برای اختلال بدشکلی بدن. مقیاس اصلاح‌شده وسواس فکری-عملی Yale-Brown برای اختلال بدشکلی بدن (YBOCS-BDD) ابزار خودسنجی ۱۲ سؤالی است که شدت علایم BDD را می‌سنجد. در مطالعه ربیعی و همکاران [۱۵] این ابزار با مقیاس رضایت بدنی در دامنه ۰/۲۵ تا ۰/۳۳ رابطه معناداری داشت. این نتایج نشان از روایی هم‌زمان مناسب YBOCS-BDD است. ضرایب آلفای کرانباخ ۰/۹۳ برای کل مقیاس، ۰/۹۳ برای عامل نخست و ۰/۷۸ برای عامل دوم به‌دست آمد.

پرسشنامه نگرش‌های خوردن. پرسشنامه EAT-26

دارای ۲۶ ماده است و هر ماده در یک مقیاس لیکرت شش گزینه‌ای نمره‌دهی می‌شود. این پرسشنامه رفتارهای کم‌خوری، اشتغال ذهنی با غذا، بی‌اشتهایی، پراشتهایی و نگرانی از چاق بودن را اندازه‌گیری می‌کند. بنابراین، دامنه نمرات بین صفر تا ۷۸ است [۱۶].

پرسشنامه نشانگان مختصر (BSI). پرسشنامه نشانگان

مختصر، فرم کوتاه‌شده SCL-90-R وسیله‌ای برای غربال اختلالات روان‌شناختی است. این پرسشنامه مشتمل بر نه بعد نشانگان جسمانی‌سازی (SOM)، وسواسی-جبری (OCD)، حساسیت بین‌فردی (I-S)، افسردگی (DEP)، اضطراب (ANX)، خصومت (HOS)، اضطراب فوبیک (PHOB)، افکار پارانوئیدی (PAR) و سایکوتیزم (PSY) است. این پرسشنامه همچنین، سه شاخص کلی دارد: کل نشانگان مثبت (PST)، شاخص نشانگان مثبت آشفتگی (PSDI) در ارزیابی شدت نشانگان و شاخص شدت کلی (GSI). از آنجا که هم‌بستگی بین ابعاد نشانگان مشابه در SCL-90 و پرسشنامه نشانگان

پسر، تعداد ۷۴ نفر برابر با ۰/۳۷ اختلال بدشکلی بدن داشتند. این بدین معناست که علایم اختلال بدشکلی بدن در دختران بیشتر دیده می‌شود تا در پسران.

بر اساس آزمون همبستگی پیرسون، بین اختلال خوردن و بدشکلی بدن مشخص شد، ضریب همبستگی بین دو اختلال ۰/۵۱ بود که در سطح ($p < ۰/۰۱$) معنادار است، که نشان می‌دهد افراد دارای علایم اختلال خوردن در اختلال بدشکلی بدن نیز نمره بالایی می‌گیرند و برعکس. همبستگی بالای بین دو اختلال نشان‌دهنده نوعی همبودی و علایم مشترک بین دو اختلال خوردن و بدشکلی بدن است.

جدول ۱ نشان می‌دهد که با توجه به ضریب همبستگی پیرسون و میزان معناداری، بین زیرمقیاس‌های مختلف نشانگان آسیب‌شناسی و علایم اختلال خوردن، از بین زیرمقیاس‌های نشانگان بالینی بیشترین میزان همبستگی بین زیرمقیاس‌های افسردگی، اضطراب و حساسیت بین فردی با علایم اختلال خوردن وجود دارد. این بدین معناست که افراد دارای علایم اختلال خوردن در زیرمقیاس‌های افسردگی، اضطراب و حساسیت بین فردی نمرات بالایی به دست آوردند. در واقع، نشانگان پاتولوژیکی زیرمقیاس‌های افسردگی، اضطراب و حساسیت بین فردی در افراد دارای علایم اختلال خوردن دیده می‌شود.

جدول ۲ نیز نشان می‌دهد، با توجه به ضریب همبستگی پیرسون و میزان معناداری بین زیرمقیاس‌های مختلف نشانگان آسیب‌شناسی و اختلال بدشکلی بدن مشخص شد که از بین زیرمقیاس‌های نشانگان آسیب‌شناسی روانی، افسردگی، جسمانی‌سازی و حساسیت بین فردی بیشترین رابطه را با اختلال بدشکلی بدن دارد. این بدین معناست که افراد دارای علایم اختلال بدشکلی بدن در زیرمقیاس افسردگی، جسمانی‌سازی و حساسیت بین فردی نمرات بالایی به دست آوردند. در واقع، نشانگان پاتولوژیکی زیرمقیاس‌های افسردگی، جسمانی‌سازی و حساسیت بین فردی در افراد دارای علایم اختلال بدشکلی بدن دیده می‌شود.

با توجه به نتایج و شاخص‌های آماری رگرسیون، میزان t برای متغیر اختلال خوردن معنادار بود ($p < ۰/۰۰۱$). بر اساس مدل رگرسیون، اختلال خوردن اختلال بدشکلی بدن را پیش‌بینی می‌کند.

مختصر در دامنه ۰/۹۲ تا ۰/۹۹ است، این پرسشنامه جایگزینی برای SCL-90 است و تکمیل آن کمتر زمان می‌گیرد [۱۷].

قبل از اجرای پژوهش از تمامی آزمودنی‌ها، رضایت آگاهانه مشارکت در پژوهش و نبود هر گونه فشار یا قضاوت گرفته شد. همچنین، اطلاعات کاملاً به صورت محرمانه بود. در این پژوهش به سلامت و ایمنی همه آزمودنی‌ها در طول اجرای پژوهش توجه شد و اجرا را افراد متخصص بر عهده گرفتند. همچنین، اطلاعاتی اعم از عنوان، اهداف پژوهش، طول مدت پژوهش، منابع تأمین بودجه، وابستگی سازمانی پژوهشگر و فواید و زیان‌هایی که انتظار می‌رفت مطالعه در بر داشته باشد با آزمودنی در میان گذاشته شد. همچنین، به آزمودنی گفته شد که هر لحظه که بخواهد می‌تواند پژوهش را ترک کند. در این پژوهش همچنین یک فرم رضایتنامه تهیه و در ابتدای شرکت آزمودنی‌ها به آن‌ها داده شد تا آن را مطالعه کنند و چنانچه با مفاد آن رضایت دارند آن را تکمیل و امضا نمایند. کد اخلاق ۳۰۳۷۱/ت/۳/۹۴/۸۰۱ نیز از کمیته اخلاق دریافت شد.

داده‌های به دست آمده از ارزیابی‌ها، با استفاده از SPSS نسخه ۲۱ (شیکاگو USA, IL) تحلیل شد. داده‌ها در دو سطح توصیفی و استنباطی (ضریب همبستگی پیرسون، رگرسیون و تی دو گروه مستقل) تجزیه و تحلیل شد. برای همه ارزشیابی‌های آماری $p < ۰/۰۵$ و به صورت دوطرفه نمایه‌ای از تفاوت‌های معنادار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

نتایج نشان داد که میانگین و انحراف معیار سن دختران برابر با $۱۷/۲۲ \pm ۸/۲۲$ و در پسران برابر با $۱۷/۲۵ \pm ۵/۴۱$ است که نشان می‌دهد به لحاظ وضعیت سنی بین دو گروه تفاوت معناداری وجود ندارد.

بر اساس نتایج مشخص شد که ۱۳۴ نفر از دختران (از بین ۲۰۰ نفر) برابر ۰/۶۷ و تعداد ۱۱۱ نفر از پسران (از بین ۲۰۰ نفر) برابر ۰/۵۵ علایم پاتولوژیکی اختلال خوردن داشتند. این بدین معناست که علایم پاتولوژیکی اختلال خوردن در دختران بیشتر دیده می‌شود تا در پسران.

علاوه بر این، از بین ۲۰۰ نمونه دختر، تعداد ۱۴۱ نفر برابر با ۰/۷۰ اختلال بدشکلی بدن داشتند، اما از بین ۲۰۰ نمونه

جدول ۱. نتایج آزمون هم‌بستگی پیرسون بین علایم اختلال خوردن و زیرمقیاس‌های نشانگان آسیب‌شناسی در کل افراد نمونه

معناداری	ضریب همبستگی	علایم اختلال خوردن	زیرمقیاس‌های آسیب روانی
۰/۰۸	۰/۱۲		جسمانی‌سازی
۰/۲۰	۰/۰۴		وسواس
۰/۰۵	۰/۱۴		حساسیت بین‌فردی
۰/۰۱	۰/۳۱		افسردگی
۰/۰۱	۰/۲۹		اضطراب
۰/۴۹	۰/۰۲		خصومت
۰/۵۲	۰/۰۱		اضطراب فوبیایی
۰/۴۴	۰/۰۳		افکار پارانوئید
۰/۳۷	۰/۰۴		سایکوتیزم

جدول ۲. نتایج آزمون هم‌بستگی پیرسون بین اختلال بدشکلی بدن و زیرمقیاس‌های نشانگان آسیب‌شناسی در کل افراد نمونه

معناداری	ضریب همبستگی	علایم اختلال بدشکلی بدن	زیرمقیاس‌های آسیب روانی
۱۰/۰	۱۸/۰		جسمانی‌سازی
۰/۱۰	۴۸/۰		وسواس
۰/۵۰	۱۸/۰		حساسیت بین‌فردی
۰/۵۰	۲۱/۰		افسردگی
۱۱/۰	۱۶/۰		اضطراب
۰/۶۰	۱۸/۰		خصومت
۳۱/۰	۰/۴۰		اضطراب فوبیایی
۱۴/۰	۱۱/۰		افکار پارانوئیدی
۲۸/۰	۰/۹۰		سایکوتیزم

اختلال به‌صورت موازی در تشخیص و درمان باید همواره مورد توجه بالینگر قرار گیرد.

نتایج آزمون تی دو گروه مستقل (جدول ۳) نشان داد که بین دو گروه دختران و پسران تفاوت معناداری در رفتارهای پاتولوژیکی خوردن وجود ندارد. در واقع، باید گفت رفتارهای پاتولوژیکی خوردن بین دختران و پسران تفاوتی ندارد، هر چند ممکن است نوع رفتار پاتولوژیکی در دو جنس متفاوت باشد؛ برای مثال، رفتار پاتولوژیکی بی‌اشتهایی عصبی در دختران و رفتار پاتولوژیکی پراشتهایی عصبی در پسران بیشتر دیده

مشخص شد اختلال خوردن ۵۴ درصد از واریانس اختلال بدشکلی بدن را تبیین می‌کند. به‌طور کلی رگرسیون لاینر نشان داد اختلال خوردن، اختلال بدشکلی بدن را پیش‌بینی می‌کند. در واقع، وجود علایم یا اختلال خوردن یک عامل و پیش‌بین مناسب برای اختلال بدشکلی بدن به‌حساب می‌آید. با وجود علایم یا تشخیص قطعی اختلال خوردن، باید دنبال علایم و تشخیص اختلال بدشکلی بدن گشت. پیش‌بین بودن اختلال خوردن برای اختلال بدشکلی بدن به نوعی هم‌بودی این دو اختلال را نیز نشان می‌دهد و اینکه توجه به هر دو

دختران بیش از پسران دیده شد و پسران به اندازه دختران
علائم اختلال بدشکلی بدن را نشان ندادند.

می‌شود. همچنین، نتایج این آزمون نشان داد، تفاوت معناداری
در سطح ($p < 0/01$) بین دو گروه در علائم اختلال بدشکلی
بدن وجود دارد. در واقع، علائم اختلال بدشکلی بدن در

جدول ۳. نتایج آزمون تی دو گروه مستقل در علائم اختلال خوردن و بدشکلی بدن، بین دو گروه دختر و پسر در کل افراد نمونه

معناداری	مقدار t	درجه آزادی	انحراف استاندارد	میانگین	گروه‌ها
			۴/۵۵	۱۰/۸۴	دختر
					اختلال خوردن
۰/۳۱	-۱/۰۰	۸۳	۴/۶۷	۱۰/۲۰	پسر
			۶/۵۵	۱۵/۸۴	دختر
					اختلال بدشکلی بدن
۰/۰۰	-۱۱/۷۰	۷۴	۴/۶۷	۱۰/۲۰	پسر

افراد دارای علائم اختلال خوردن، در اختلال بدشکلی بدن نیز
نمره بالایی می‌گیرند و برعکس. هم‌بستگی بالای بین دو
اختلال نشان‌دهنده نوعی هم‌بودی و علائم مشترک بین دو
اختلال خوردن و بدشکلی بدن است.

نتایج پژوهش‌های دیگر همسو با این پژوهش نشان داد
بین دو اختلال بدشکلی بدن و اختلال خوردن رابطه و هم‌بودی
یا هم‌ابتلایی وجود دارد. در بررسی [۱۱] میزان هم‌ابتلایی
اختلال بدشکلی بدن و اختلال خوردن نشان دادند که ۳۲/۵
درصد از آزمودنی‌های دارای اختلال بدشکلی بدن، تشخیص
یکی از اختلالات خوردن را در طول عمر خود داشتند.

گرنه و همکاران [۱۲] نیز، همسو با نتایج این پژوهش، در
بررسی ۴۱ بیمار بستری با تشخیص اختلال خوردن نشان
دادند، میزان بسیار بالایی از شیوع طول عمر اختلال بدشکلی
بدن در این افراد وجود دارد. میزان کلی این هم‌ابتلایی ۳۹
درصد بود.

مطالعه دیگری در نمونه کوچکی از افراد مبتلا به اختلال
بدشکلی بدن ($n=16$)، میزان شیوع طول عمر بالاتری (۱۹
درصد) از اختلالات خوردن را در این افراد به دست آورد [۱۳].

بحث

همسو با نتایج این پژوهش که در آن مشخص شد اختلال
خوردن با دیگر نشانه‌های آسیب‌شناسی روانی مانند افسردگی،
اضطراب و حساسیت بین‌فردی رابطه دارد، پژوهش [۱۰] نیز
نشان داد، اختلال خوردن با بروز دیگر بیماری‌های روانی
ارتباط دارد و علائم روان‌شناختی و رفتاری در این افراد شایع‌تر
است.

مطالعه [۱۳] نیز همسو با این پژوهش نشان داد، بین
اختلال بی‌اشتهایی عصبی و افسردگی، وسواس و اضطراب
رابطه وجود دارد. همسو با نتایج این پژوهش که در آن
مشخص شد، اختلال بدشکلی بدن با نشانه‌های آسیب‌شناسی
روانی مانند افسردگی، جسمانی‌سازی و حساسیت بین‌فردی
رابطه دارد، تحقیقات دیگر همچنین، ارتباط بین BDD و دیگر
اختلالات، به‌ویژه افسردگی، فوبی اجتماعی و اختلال وسواس
فکری- عملی را نشان می‌دهد [۶].

همسو با نتایج این پژوهش که مشخص کرد که بین
اختلال خوردن و بدشکلی بدن، ضریب همبستگی ۰/۵۱ و در
سطح $p < 0/01$ معنادار است، این هم‌بستگی نشان می‌دهد

حساسیت بین‌فردی و اضطراب نمرات بالایی می‌گیرند و دچار علایمی در این زمینه‌هایند.

در مورد میزان شیوع اختلال خوردن بین دو گروه دختر و پسر مشخص شد که تفاوت معناداری بین دو گروه وجود ندارد، اما در مورد گروهی که آزمودنی‌ها از لحاظ چگونگی خوردن بررسی شدند بین دو گروه تفاوت‌هایی دیده می‌شد، به‌طوری که رفتارهای خوردن در دختران بیشتر بی‌اشتهایی و نگرانی از چاق شدن و در پسران پراشتهایی بود. از این‌رو، به‌طور کلی، تفاوت معناداری بین دو گروه دختران و پسران در رفتارهای پاتولوژیکی خوردن وجود نداشت و تمام رفتارهای مطرح‌شده از لحاظ بالینی آسیب‌زا بود و باید مورد توجه بالینی قرار گیرد. در مورد میزان شیوع اختلال بدشکلی بین دو گروه دختر و پسر مشخص شد که تفاوت معناداری بین دو گروه وجود دارد. در واقع، میزان اختلال بدشکلی بدن در دختران بیشتر بود و این میزان در حدی بود که تفاوت معناداری بین دو گروه نشان دهد. در واقع، باید گفت اشتغال ذهنی و درگیری با بدن و مشکل با آن در دختران بیشتر دیده می‌شود. در مورد فراوانی بالای رفتارهای پاتولوژیکی خوردن، همچنین علایم بدشکلی بدن باید به شرایط سنی آزمودنی‌ها توجه داشت، چرا که سنین نوجوانی شرایطی است که این دو اختلال زیاد دیده می‌شود و در واقع سنین نوجوانی نقطه اوج علایم این اختلال است.

نتیجه‌گیری

به‌طور کلی، مشخص شد که بین اختلال خوردن و بدشکلی بدن رابطه وجود دارد و توجه صرف به یکی از آن‌ها به‌صورت تک‌بعدی روند ارزیابی و درمان را مختل می‌کند. با استفاده از آزمون‌های فوق در سنین نوجوانی در محیط‌هایی مانند مدارس می‌توان میزان و شدت علایم این دو اختلال را برآورد کرد و پیرو آن برای آزمودنی‌هایی که از نقطه برش نمره بالاتری کسب کردند یا به‌طور کامل علایم این دو اختلال را پرکردند مداخلاتی را در نظر گرفت، چرا که ادامه و شدت این علایم و اختلالات ممکن است فرد و اطرافیان او را دچار خطرات و آسیب‌های جدی کند. همچنین، برای آن‌ها و جامعه هزینه‌های فراوانی به بار آورد.

برای درک هر چه بهتر تفاوت‌های فردی، نقش عوامل

در پژوهشی دیگر هم‌سو با پژوهش حاضر، مشخص شد، بی‌اشتهایی عصبی و اختلال بدشکلی بدن در برخی ویژگی‌های کلیدی با هم مشترک است [۱۱، ۱۴]. مدسن و همکاران [۱۰] نیز خصوصیات شناختی، رفتاری و شخصیتی مشترکی را میان اختلال بدشکلی بدن و اختلالات خوردن عنوان کردند. نتایج این پژوهش نشان داد، علایم اختلال بدشکلی بدن در دختران بیش از پسران است و پسران به اندازه دختران علایم اختلال بدشکلی بدن را نشان نمی‌دادند. ناهم‌سو با نتایج پژوهش حاضر که مشخص کرد اختلال بدشکلی بدن بین دو گروه دختر و پسر متفاوت است و این اختلالات در دختران بیشتر است، زمینه‌یابی از بیماران BDD که در کلینیک‌های روان‌پزشکی شرکت داشتند شیوع برابر را در دو جنس نشان داد [۵]. نتایج این پژوهش نشان داد اختلالات خوردن بین دختران و پسران یکسان است. ناهم‌سو با نتایج این پژوهش مطالعات همه‌گیرشناسی در ایران مشخص کرد که ۹۵ درصد اختلالات خوردن در زنان اتفاق می‌افتد [۵، ۹]. در واقع، باید گفت رفتارهای پاتولوژیکی خوردن بین دختران و پسران تفاوتی ندارد، هر چند ممکن است نوع رفتار پاتولوژیکی در دو جنس متفاوت باشد؛ برای مثال، رفتار پاتولوژیکی بی‌اشتهایی عصبی در دختران و رفتار پاتولوژیکی پراشتهایی عصبی در پسران بیشتر دیده می‌شود.

با توجه به کلیات و نتایج پژوهش مشخص شد که بین علایم اختلال خوردن و اختلال بدشکلی بدن رابطه وجود دارد. در واقع، هم‌بودی بین این دو اختلال به اندازه‌ای بالاست که بی‌توجهی به یکی چه در بحث ارزیابی و تشخیص و چه در بحث مداخلات درمانی باعث تشخیص اشتباه و مداخلات ناکافی در بیمار می‌شود. به‌طور کلی، در صورت وجود علایم بدشکلی بدن باید در ارزیابی، تشخیص و مداخلات درمانی به ارزیابی علایم اختلال خوردن نیز پرداخت. همین‌طور، در صورت وجود علایم اختلال خوردن، علایم اختلال بدشکلی بدن نیز باید بررسی شود و به این دو اختلال به‌صورت موازی و کنار هم با درصد هم‌بودی بالا توجه داشت. باید گفت اختلال خوردن و بدشکلی بدن نه‌تنها با یکدیگر هم‌بستگی بالایی دارد، بلکه در دیگر نشانگان بالینی نیز بین این دو اختلال رابطه دیده می‌شود. در واقع، مشخص شد افراد دارای علایم اختلال خوردن و بدشکلی بدن در نشانگان افسردگی،

بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و کمیته تحقیقات دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی با شماره ۳۰۳۷۱/ت/۹۴/۸۰۱ است. بدین وسیله از کمیته تحقیقات دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی و تمام شرکت‌کنندگان و مسئولانی که در اجرای پژوهش نهایت همکاری را داشتند، تقدیر و تشکر داریم. همچنین، در این پژوهش به کدهای ۳۱ گانه اخلاق در پژوهش‌های علوم پزشکی دارای آزمودنی انسانی، مصوب در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی توجه شده است. کد اخلاق دریافت‌شده از کمیته اخلاق USWR.REC.1394.801 بود.

References

- [1]. Gunstad J, Phillips KA. Axis I comorbidity in body dysmorphic disorder. *Compr Psychiatry*. 2003; 44(4): 270-9.
- [2]. Jenkins PE, Hoste RR, Meyer C, Blissett JM. Eating disorders and quality of life: a review of the literature. *Clin Psychol Rev*. 2011; 31(1): 113-21.
- [3]. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Pub. 2000.
- [4]. Neziroglu F, Khemlani-Patel S. A review of cognitive and behavioral treatment for body dysmorphic disorder. *CNS Spectr*. 2002; 7(6): 464-71.
- [5]. Talaei A, Favazi BM, Nasiraei A, Rezaei AA. Evaluation of symptom patterns and frequency of body dysmorphic disorder in students of Mashhad University of Medical Sciences. 2008. [in Persian]
- [6]. Abbasi M, Porzoor P, Moazedi K, Aslani T. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on improving body image of female students with bulimia nervosa. *Journal of Ardabil University of Medical Sciences*. 2015; 15(1): 15-24. [in Persian]
- [7]. Phillips KA, Hollander E, Rasmussen SA. A severity rating scale for body dysmorphic disorder: Development, reliability and validity of a modified version of Yale-Brown obsessive-compulsive scale. *Psychopharmacology Bulletin*. 1997; 33(6): 20-22.
- [8]. Valizadeh M, Valizadeh N. Obsessive compulsive disorder as early manifestation of B12 deficiency. *Indian Journal of Psychological Medicine*. 2011; 33(2): 203.
- [9]. Mozaffari KH, Hosseinzadeh SA, Shariati BS, Mozaffari KV. Prevalence of eating disorders and obesity in high school girl students in Yazd. 2010-2011.
- [10]. Madsen SK, Bohon C, Feusner JD. Visual processing in anorexia nervosa and body dysmorphic disorder:

زیستی، ژنتیکی و دیگر متغیرهای مرتبط با اختلال خوردن و بدشکلی بدن پیشنهاد می‌شود در تحقیقات آینده در تبیین مدل لحاظ شود. پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده جنبه‌های عصبی و عمیق‌تر مشترک این دو اختلال بررسی و با سایر اختلالات و افراد بالینی مقایسه شود. در این پژوهش، از سایر اختلالات بالینی و سنین مختلف استفاده نشد و باید در تعمیم و مقایسه نتایج به افراد غیربالینی یا زیرآستانه‌ای با سنین دیگر احتیاط کرد.

تشکر و قدردانی

پژوهش فوق استخراج‌شده از طرح پژوهشی مصوب در وزارت

- similarities, differences, and future research directions. *Journal of Psychiatric Research*. 2013; 47(10): 1483-91.
- [11]. Rosen JC, Rameriz E. A comparison of eating disorders and body dysmorphic disorder on body image and psychological adjustment. *J Psychosom Res*. 1998; 44: 441.
 - [12]. Grant JE, Kim SW, Eckert ED. Body dysmorphic disorder in patients with anorexia nervosa: prevalence, clinical features, and delusional features of body image. *International Journal of Eating Disorders*. 2002; 32(3): 291-300.
 - [13]. Zimmerman M, Mattia JI. Body dysmorphic disorder in psychiatric outpatients: recognition, prevalence, comorbidity, demographic, and clinical correlates. *Comprehensive Psychiatry*. 1998; 39(5): 265-70.
 - [14]. Hartmann AS, Thomas JJ, Wilson AC, Wilhelm S. Insight impairment in body image disorders: delusional and overvalued ideas in anorexia nervosa versus body dysmorphic disorder. *Psychiatry Research*. 2015; 210(3): 1129-35.
 - [15]. Rabiei M, Khormdel K, Kalantari K, Molavi H. Validity of the Yale-Brown obsessive compulsive scale modified for Body Dysmorphic Disorder (BDD) in students of the University of Isfahan. *Iran J Psychiatry Clin Psychol*. 2009; 15(4): 343-350.
 - [16]. Thelen MH, Cormier JF. Desire to be thinner and weight control among children and their parents. *Behavior Therapy*. 1996; 26(1): 85-99.
 - [17]. Dobson KS, Mohammadkhani P. A randomized clinical trial of MBCT, CBT and treatment as usual in the prevention of depression relapse. In *World Congress of Behavioural and Cognitive Therapy*. Barcelona, Spain. 2007....

Comorbidity of eating disorder and body dysmorphic disorder symptoms and their correlation with psychopathology

Mohammad Ebrahimzadeh Mousavi^{1*}, Parvaneh Mohammad Khani², Negin Ansari³, Amir Akbari Esfahani⁴, Sarah Aminoroaya Yamini⁵, Behzad Rigi Kooteh⁶

1. M.Sc. in Clinical Psychology, Department of Clinical Psychology, Faculty of Behavioral Science, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran
2. Ph.D. in Clinical Psychology, Department of Clinical Psychology, Faculty of Behavioral Science, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran
3. M.Sc. in Clinical Psychology, Department of Clinical Psychology, Faculty of Behavioral Science, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran
4. Physician, Ph.D. Students in Clinical Psychology, Department of Clinical Psychology, Faculty of Behavioral Science, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran
5. M.Sc. in Clinical Psychology, Department of Clinical Psychology, Faculty of Behavioral Science, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran
6. Ph.D. Students in Clinical Psychology, Department of Clinical Psychology, Faculty of Behavioral Science, University Of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

Abstract

Background and Objectives Eating disorder is one of the common psychiatric disorders that is associated with severe psychiatric illnesses. These types of disorders can cause problems in physical and psychological well-being. Eating disorder and body dysmorphic disorder are severe disorders that have a higher mortality rate than other psychiatric disorders. The purpose of this study was to investigate the association between eating disorders and body dysmorphic disorders and their correlation with psychopathology syndrome.

Methods This research is a causal-comparative study. The population of the study consisted of high school students in district 5, Tehran, which was selected by stratified random sampling method and based on the sample size of Cochran samples. 400 individuals were selected as samples in 1395. The data collection tool was Yale-Brown Practical Obsessive-Compulsive Scale (BMD) for Body Dysmorphic Disorders (YBOCS-BDD), Eat-Inventory Questionnaire (EAT-26), and Short-Term Short Term Syndrome Questionnaire (BSI). Data analysis was done at descriptive and inferential levels (Pearson correlation, t-test and regression) using SPSS-22 software.

Results 67.6% of participating girls and 0.55% of participating boys had pathological disorders of eating disorder. In addition, 0.70% of the girls and 0.37% of the boys had a body dysmorphic disorder. The correlation between eating disorder and body dysmorphic disorder was 51% which was significant at the level $p < 0.01$, which indicates that people who have symptoms of eating disorder also score a high score in the body dysmorphic disorder and vice versa. In general, liner regression showed that eating disorder predicts body dysmorphic disorder, and it was found that eating disorder accounts for 54% of the variance of the body

Received: 2017/08/02

Accepted: 2017/11/24

Keywords: body dysmorphic disorder, eating disorder, psychopathology.

dysmorphic disorder. There was no significant difference between two groups of girls and boys in eating disorder, but in body dysmorphic disorder, this difference was significant ($p<0.01$).

Conclusion Eating disorders and body dysmorphic disorder are related to each other. Additionally, there is a correlation between some of the subscales of clinical symptoms with eating disorder and body dysmorphic disorder.

Archive of SID