



دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی

گروه روانشناسی

پایان نامه

برای دریافت درجه کارشناسی ارشد در رشته روانشناسی بالینی

عنوان

مقایسه میزان تکانشگری، کمال گرایی و تنفر در بیماران مبتلا  
به وسواس، اختلالات خوردن و افراد عادی

استاد راهنما

دکتر منصور بیرامی

استادان مشاور

دکتر عباس بخشی پور و دسری - دکتر علی فخاری

پژوهشگر

زهرا خاکپور

مرداد 1390

صلى الله عليه وسلم

تقدیم به:

پدر و مادر عزیزم که همواره پشتیبان من و سبب دلگرمی و امیدم بوده‌اند،

و خواهر و برادر مهربانم که طی کردن این مسیر بدون یاری و حمایت آنها  
میسر نبود.

سپاس خداوندگار مکیم را که با لطف بی‌کران خود، آدمی را زیور عقل آراست. اینک که با یاری خدا نگارش این پایان‌نامه به اتمام رسیده است، بر خود لازم می‌دانم قدردان کسانی باشم که مرا تا این مرحله مورد حمایت خویش قرار داده و تامل مشکلات را بر من آسان نمودند.

از استاد ارجمند دکتر منصور بیرامی، که صبورانه و دلسوزانه مرا همراهی نموده و از هیچ کمکی در حق من کوتاهی نکردند سپاسگزارم و توفیقات روزافزون ایشان را از خداوند منان مسئلت دارم.

از استاد گرانقدر دکتر عباس بختی‌پور که با نظرات ارزشمند خود همواره راهگشای من بودند کمال تشکر را دارم و خدا را شاکرم که توفیق شاگردی ایشان را به من عنایت نمود. از استاد فرهیخته دکتر علی ففاری که با گفتار و کردار نیک خود به من درس ادب و انسانیت آموخت و همواره برای من الگویی از شرافت و اخلاق فوهند بود سپاسگزارم و سلامتی و بهروزی ایشان را از خداوند متعال فواستارم.

از استاد گرامی دکتر تورچ هاشمی که همواره بی‌منت دانسته‌های خود را در اختیار دانشجویان قرار می‌دهند، کمال تشکر را دارم.

از استاد گرامی دکتر فلیل اسماعیل پور که زحمت داوری را پذیرفتند، سپاسگزارم.

همچنین بر خود لازم می‌دانم که از خانم‌ها دکتر آرمیتا سلجوقیان، زهره هاشمی، آیدا عبدالله‌زاده، نگین منتزع و نسرين عدالت‌زاده و آقایان دکتر محمد اربابی، تقی شاهجویی و صمد فهیمی که به اینجانب بسیار لطف داشتند، تشکر کنم.

از دوستان نازنینم سوسن معظمی گودرزی، شهین مهدیون راد، رفیقه مجدی، آمنه اسماعیلی و محبوبه سلیمانزاده که در طی زندگی فواگاهی یار و همراه من بودند سپاسگزارم و همواره آرزومند سعادت و سلامت آنها هستم.

نام خانوادگی دانشجو: خاکپور	نام: زهرا
عنوان پایان نامه: مقایسه میزان تکانشگری، کمال‌گرایی و تنفر در بیماران مبتلا به وسواس، اختلالات خوردن و افراد عادی	
استاد راهنما: دکتر منصور بیرامی	
استادان مشاور: دکتر عباس بخشی‌پور رودسری - دکتر علی فخاری	
مقطع تحصیلی: کارشناسی ارشد	رشته: روانشناسی
دانشگاه: تبریز	گرایش: بالینی
تاریخ فارغ‌التحصیلی: 1390	دانشکده: علوم تربیتی و روانشناسی
تعداد صفحات: 140	
کلید واژه‌ها: تکانشگری، کمال‌گرایی، تنفر، اختلال وسواس فکری - عملی، اختلالات خوردن	
<p><b>چکیده</b></p> <p>اختلال وسواس فکری - عملی (OCD) یک اختلال اضطرابی بسیار ناتوان‌ساز است که معمولاً به عنوان یک بیماری بدعلاج که نیازمند درمان مادام‌العمر است، در نظر گرفته می‌شود. اختلالات خوردن (ED) نیز جزو اختلالات مهم و بسیار جدی روانپزشکی است که ممکن است حتی منجر به مرگ بیمار شود. تحقیقات وجود ویژگی‌های مشابهی مانند تکانشگری، کمال‌گرایی و تنفر را بین این دو اختلال نشان داده‌اند. هر کدام از این عوامل ممکن است در شکل‌گیری و تداوم این اختلالات و نیز اثربخشی درمان‌ها مؤثر باشد.</p> <p>هدف از پژوهش حاضر مقایسه میزان تکانشگری، کمال‌گرایی و تنفر در بیماران مبتلا به اختلال وسواس، اختلالات خوردن و افراد عادی بود. بدین منظور سه گروه سی نفره از بیماران مبتلا به وسواس، اختلالات خوردن و افراد عادی انتخاب شدند که با استفاده از پرسشنامه کمال‌گرایی تهران، تکانشگری بارت و گرایش و حساسیت تنفر مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده‌های حاصل با استفاده از نرم‌افزار SPSS-17 و با روش تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA) مورد تجزیه و</p>	

تحلیل قرار گرفت. نتایج به دست آمده نشان می‌دهد که در هر سه متغیر مورد بررسی تفاوت معنی‌داری بین گروه‌های بالینی و افراد بهنجار، به نفع گروه‌های بیمار وجود دارد. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که بیماران مبتلا به OCD و ED نسبت به افراد عادی تکانشی‌تر و کمال‌گراتر هستند و احساس تنفر بیشتری را تجربه می‌کنند. با مقایسه دو گروه بیمار نیز مشخص می‌شود که در مورد سازه تکانشگری بین دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود ندارد، اما در دو متغیر کمال‌گرایی و تنفر بیماران مبتلا به OCD نمرات بالاتری را به دست می‌آورند.

1.....	فصل اول - کلیات پژوهش.....
2.....	1-1 مقدمه.....
4.....	2-1 بیان مسئله.....
9.....	3-1 اهمیت و ضرورت تحقیق.....
11.....	1-4 هدف‌های پژوهش.....
11.....	1-5 فرضیه‌های پژوهش.....
12.....	1-6 سوالات پژوهش.....
13.....	1-7 متغیرهای پژوهش.....
13.....	1-8 تعاریف مفهومی متغیرها.....
15.....	1-9 تعاریف عملیاتی متغیرها.....
16.....	فصل دوم - پایه‌های نظری و پیشینه پژوهش.....
17.....	1-2 مقدمه.....
17.....	2-2 اختلال وسواس فکری-عملی (OCD).....
17.....	3-2-2 تعریف.....
20.....	4-2-2 مدل‌های نظری اختلال وسواسی فکری - عملی.....
20.....	1-4-2-2 مدل نقص حافظه.....
21.....	2-4-2-2 مدل‌های روانشناختی.....
27.....	3-2 اختلالات خوردن (ED).....
27.....	1-3-2 تعریف.....
30.....	2-3-2 مدل‌های نظری اختلالات خوردن.....
30.....	1-2-3-2 نظریه زیستی ED.....
31.....	2-2-3-2 دیدگاه‌های روانشناختی.....
42.....	4-2 تکانشگری.....
42.....	1-4-2 تعریف.....
46.....	2-4-2 نظریه‌های تکانشگری.....
55.....	3-4-2 تکانشگری و همبندی بالینی.....
61.....	5-2 کمال‌گرایی.....

61.....	1-5-2 تعریف.....
63.....	2-5-2 عوامل مؤثر در شکل‌گیری کمال‌گرایی.....
66.....	3-5-2 تداوم کمال‌گرایی.....
67.....	4-5-2 نظریه‌های کمال‌گرایی.....
73.....	5-5-2 کمال‌گرایی و هم‌بندی بالینی.....
82.....	6-2 تنفر.....
82.....	1-6-2 تعریف.....
84.....	2-6-2 نظریه‌های تنفر.....
88.....	3-6-2 تنفر بیمارگون.....
92.....	4-6-2 تنفر و هم‌بندی بالینی.....
98.....	7-2 جمع‌بندی.....
99.....	فصل سوم - روش تحقیق.....
100.....	1-3 مقدمه.....
100.....	2-3 طرح پژوهش.....
100.....	3-3 جامعه و نمونه آماری.....
100.....	4-3 روش نمونه‌گیری.....
101.....	5-3 روش اجرا.....
101.....	6-3 ابزار جمع‌آوری اطلاعات.....
105.....	7-3 روش تحلیل داده‌ها.....
105.....	8-3 خلاصه فصل.....
106.....	فصل چهارم - یافته‌های پژوهش.....
107.....	1-4 داده‌های آماری.....
113.....	فرضیه اول.....
113.....	فرضیه دوم.....
113.....	فرضیه سوم.....
114.....	فرضیه چهارم.....
114.....	فرضیه پنجم.....



---

114.....	سوال اول.....
115.....	سوال دوم.....
115.....	سوال سوم.....
115.....	سوال چهارم.....
116.....	سوال پنجم.....
116.....	2-4 یافته‌های جنبی.....
118.....	فصل پنجم - بحث و نتیجه‌گیری.....
118 .....	1-5 نتیجه‌گیری.....
127.....	2-5 محدودیت‌ها.....
128.....	3-5 پیشنهادات.....
129.....	مراجع.....

- 
- 
- جدول 1-4 ویژگی‌های جمعیت شناختی مشارکت کنندگان.....107
- جدول 2-4 میانگین و انحراف استاندارد گروه‌های شرکت کننده.....108
- جدول 3-4 آزمون لون.....109
- جدول 4-4 آزمون لامبدای ویلکز.....110
- جدول 4-5 نتایج حاصل از تحلیل واریانس چند متغیره.....110
- جدول 4-6 نتایج حاصل از آزمون تعقیبی LSD.....112

# فصل اول

## کلیات پژوهش

## 1-1-1 مقدمه

معنی روانشناختی غذا از نیروی تغذیه‌ای آن خیلی فراتر می‌رود. معمولاً افراد وقت و تلاش زیادی را صرف انتخاب کردن، آماده ساختن و سرو کردن غذا می‌کنند. انسان‌ها علاوه بر وابستگی جسمانی به غذا، تداعی‌های هیجانی نیرومندی با غذا دارند. افراد گرسنه احساس می‌کنند تحریک پذیر و ناخشنودند، در مقابل یک وعده غذای گوارا می‌تواند باعث شود افراد احساس خرسندی کنند. برای برخی افراد غذا بی‌اهمیت است و احساس می‌کنند اسیر تشریفات غیرعادی و ناسالمی هستند که بر محور فرآیند خوردن می‌چرخد. افراد مبتلا به اختلالات خوردن<sup>1</sup> با کنترل کردن نگرشها و رفتارهای آشفته خود در رابطه با غذا دست به گریبان‌اند و بسیاری از آنها زندگی خود را به خطر می‌اندازند و باعث پریشانی افرادی می‌شوند که به آنها نزدیک هستند (هالچین، ترجمه سیدمحمدی، 1385).

وسواس فکری - عملی (OCD)<sup>2</sup> مشکلی بسیار جدی می‌باشد که اگر درمان نشود باعث می‌شود تا فرد کاملاً منزوی و طرد شده و حتی به فردی معلول تبدیل شود. با توجه به این امر سازمان بهداشت جهانی، وسواس فکری - عملی را جزء ده بیماری مهمی که می‌تواند فرد را به صورت معلول دریاورد، طبقه بندی کرده است. به نظر می‌رسد که تعداد زیادی از افراد در جوامع مختلف مبتلا به وسواس فکری - عملی هستند، بدون اینکه کمک‌های تخصصی و حرفه‌ای در مورد آنها انجام گیرد (ویل و ویلسون، ترجمه جمالفر، 1387). وسواس‌های فکری و عملی که مشخصه OCD هستند زندگی را بسیار مختل می‌کنند و فرد را در چرخه مکرر رفتار ناراحت کننده و اضطراب آور گرفتار می‌سازند. نشانه‌های OCD وقت‌گیر، غیرمنطقی و پریشان کننده هستند و فرد نومیدانه آرزوی متوقف کردن آنها را دارد. این اختلال برای کسانی که افکارشان پر از نگرانی‌هایی در مورد آلودگی (مثل میکروب‌ها)، تردیدها (مثل روشن گذاشتن گاز)، یا پرخاشگری (مثل ترس از صدمه زدن به دیگران) است، بسیار ناراحت

<sup>1</sup> Eating disorder

<sup>2</sup> Obsessive- compulsive disorder

کننده است (هالچین، ترجمه سیدمحمدی، 1385). تحقیقات مختلف نشان داده‌اند که بین وسواس و اختلالات خوردن شباهت‌هایی وجود دارد. از جمله اینکه مبتلایان به این اختلالات در سازه‌های تکانشگری<sup>1</sup>، کمال‌گرایی<sup>2</sup> و تنفر<sup>3</sup> نمرات بالاتری نسبت به گروه کنترل غیر بالینی می‌گیرند. تکانشگری یک سازه روانشناختی مهم است که در تمام سیستم‌های شخصیتی عمده به نوعی ظاهر می‌شود. علاوه بر آن نقش مهمی در فهم و تشخیص اشکال مختلف آسیب شناسی روانی بازی می‌کند (وایت ساید<sup>4</sup> و لینام<sup>5</sup>، 2001). تکانشگری با کنترل افکار و رفتار مرتبط است. بنابراین نه تنها با اختلالات روانپزشکی و نیز سازگاری روزانه، بلکه همچنین با توانایی ملاحظه کردن و همنوایی کردن با هنجارها در اجتماع نیز مرتبط است (فسوتی<sup>6</sup> و همکاران، 2001). اصطلاح کمال‌گرایی به آرزوی شخص جهت دستیابی به معیارهای بالای عملکرد از یک سو و ارزیابی‌های انتقادی بی جهت از سوی دیگر اشاره دارد. کمال‌گرایی در سبب شناسی، نگهداری و دوره بالینی آسیب شناسی‌های روانی ویژه نقش مهمی را بازی می‌کند (محمودعلیلو، 1385). با این وجود تحقیقات تجربی کمی درباره ماهیت و نحوه ارتباط کمال‌گرایی با اختلالاتی نظیر اضطراب و افسردگی موجود است. تنفر نیز در اغلب فرهنگ‌ها به عنوان یک هیجان بنیادی شناخته می‌شود که با پیشگیری از تماس با اشیاء نفرت انگیز وضعیت بهداشتی را ارتقاء می‌دهد. در حالیکه تنفر به عنوان هیجانی فراموش شده در مفهوم‌سازی شرایط روانی در نظر گرفته می‌شود، تحقیقات جدید نقشی که تفاوت‌های فردی در تجربه تنفر، ممکن است در سبب شناسی و تداوم اختلالات مختلف داشته باشد را بررسی کرده‌اند (الاتنجی<sup>7</sup> و مک‌کی<sup>8</sup>، 2006).

---

<sup>1</sup> impulsivity

<sup>2</sup> perfectionism

<sup>3</sup> disgust

<sup>4</sup> Whiteside

<sup>5</sup> Lynam

<sup>6</sup> Fossati

<sup>7</sup> Olatunji

<sup>8</sup> McKay

## 2-1 بیان مسئله

ویژگی‌های اساسی اختلال وسواس - جبری (OCD) علامت وسواس‌های فکری و عملی است که شدت آنها برای ایجاد ناراحتی قابل ملاحظه برای شخص کافی است. وسواس‌های فکری و عملی وقت‌گیر بوده و به طور بارز در عملکرد روزمره، شغلی، فعالیت‌های اجتماعی معمول یا روابط تداخل می‌کنند. بیمار مبتلا به OCD ممکن است دچار وسواس فکری، عملی یا شکل توأم آنها باشد. فکر وسواسی یک فکر، احساس، عقیده یا حس مزاحم و تکرار شونده است. عمل وسواسی رفتار خودآگاه، و تکراری نظیر شمارش یا اجتناب است. فکر وسواسی موجب افزایش اضطراب شخص می‌گردد، در حالی که انجام عمل وسواسی اضطراب شخص را کاهش می‌دهد. بنابراین وقتی شخص درمقابل انجام عمل وسواسی مقاومت می‌کند، اضطراب افزایش پیدا می‌کند. شخص مبتلا به OCD معمولاً غیر منطقی بودن افکار وسواسی خود را درک می‌کند. هم افکار وسواسی و هم اعمال وسواسی برای بیمار خودناهمخوان شناخته می‌شوند. هر چند عمل وسواسی ممکن است در اقدام برای کاستن از اضطراب مربوط به فکر وسواسی صورت بگیرد، همیشه چنین وضعیتی در کار نیست. تکمیل عمل وسواسی ممکن است به رفع اضطراب منجر نشده و حتی امکان دارد موجب افزایش آن گردد. اضطراب موقع مقاومت فرد در مقابل انجام عمل وسواسی هم ظاهر می‌شود (سادوک، ترجمه پورافکاری، 1382).

اختلالات خوردن (ED) نیز از جمله مشکلات روانشناختی مهم است که توجه زیادی را به خود جلب کرده است. رایج‌ترین و مهمترین انواع اختلالات خوردن بی‌اشتهایی و پراشتهایی روانی است. آنچه این دو اختلال را به هم نزدیک می‌کند نگرانی‌های افراطی کاملاً ویژه درباره اندام و وزن است. درون مایه این نگرانی‌ها این است که این بیماران اهمیت یا ارزش خود را تقریباً به طور کامل بر حسب شکل و اندام و وزن خود مورد قضاوت قرار می‌دهند. در نتیجه گرفتار افکاری درباره اندام و وزن خود می‌شوند و با جدیت تمام از اضافه شدن وزن خود یا فربهی اجتناب می‌کنند و بسیاری از آنها دست به هر تلاشی می‌زنند تا لاغر شوند. همچنین دست زدن به رفتارهای مختلفی به منظور کنترل

کردن وزن، سیمایه‌ای از بی‌اشتهایی و پراشتهایی روانی را تشکیل می‌دهد. این رفتارها شامل رژیم غذایی بسیار سخت‌گیرانه، استفراغ‌های خودخواسته، استفاده نادرست از مدرها و ملین‌ها و ورزش‌های سنگین می‌شود. در بی‌اشتهایی روانی نتیجه این می‌شود که بیمار لاغر شود اما در پراشتهایی مرضی ضرورتاً چنین نیست، چون جریان رژیم غذایی آنها به وسیله دوره‌هایی از پرخوری قطع می‌شود (کلارک<sup>1</sup>، ترجمه کاویانی، 1386). کم‌اشتهایی روانی با کاهش غذای دریافتی شروع می‌شود. سپس افزایش فعالیت فیزیکی رخ می‌دهد. با گسترش بیماری آمنوره (قطع سه دوره متوالی عادت ماهیانه)، کاهش دمای بدن و کند شدن ضربان قلب رخ می‌دهد. همچنین این بیماران افسرده و مضطرب هستند و رفتارها و اعمال وسواسی نشان می‌دهند. اغلب نشانه‌های روانپزشکی جدا از نشانه‌های جسمانی تحلیل می‌شوند و تصور بر این است که آنها علت اختلالات خوردن هستند، گرچه برخی محققان این نظریه را رد می‌کنند و معتقدند که نشانه‌های روانپزشکی نیز پیامد و نتیجه گرسنگی هستند (سودرستن<sup>2</sup>، برگ<sup>3</sup> و زانديا<sup>4</sup>، 2006).

بیماران مبتلا به پراشتهایی روانی اغلب در محدوده وزن طبیعی قرار دارند (BMI = 20-25) و استفاده آنها از وزن و شکل به منظور ایجاد مقیاسی برای ارزشمندی و مطلوبیت خود به صورت نا به جا به کار می‌رود. این افراد اغلب وقتی که به وزن مطلوب خود می‌رسند، باز هم احساس بی‌ارزشی و دوست‌داشتنی نبودن می‌کنند و برای خود یک هدف شکل یا وزن دیگر قرار می‌دهند (کوپر<sup>5</sup>، تاد<sup>6</sup> و ولز<sup>7</sup>، 2009).

---

<sup>1</sup> Klark

<sup>2</sup> Sodersten

<sup>3</sup> Bergh

<sup>4</sup> Zandian

<sup>5</sup> Cooder

<sup>6</sup> Todd

<sup>7</sup> Wells

اگرچه اختلال خوردن (ED) و وسواسی-جبری (OCD) جدا از هم به نظر می‌رسند، تحقیقات اخیر ویژگی‌های شناختی، رفتاری و شخصیتی مشابهی را بین این دو نشان داده‌اند. در هر دو اختلال افکار برگشت‌کننده و درگیری با یک محرک ترسناک خاص وجود دارد (مثلاً در ED غذا/ تصویر بدن و وزن، در OCD اشتغال ذهنی در مورد آلودگی و...)، که معمولاً با بعضی عواطف منفی مانند اضطراب و ترس دنبال می‌شود و بعد رفتارهای جبرانی (در ED محدود کردن، پاکسازی و ورزش افراطی و در OCD شستن دست، چک کردن و...) با هدف کم کردن عواطف منفی و به ویژه اضطراب روی می‌دهد (آلتمن،<sup>1</sup> شانکمن،<sup>2</sup> 2009).

شواهد مبتنی بر همابندی این دو اختلال و نیز نمرات مشابه این دو گروه در مقیاس‌های اضطراب کلی، آسیب‌شناسی خوردن و نشانه‌های OCD، مشابهت‌های عصب‌شیمیایی شامل اهمیت سیستم‌های مبتنی بر سروتونین، حوزه‌های مشترک آسیب‌عصب روانشناختی و مطالعات خانواده، این بحث را به وجود آورده‌اند که ED و OCD با هم مرتبط هستند (وو،<sup>3</sup> 2008).

یک احتمال این است که ویژگی‌های شخصیتی خاصی مانند تکانشگری و کمال‌گرایی ممکن است در گرایش‌های حالتی که زیر بنا یا واسطه همابندی OCD و ED هستند، نقش داشته باشند. تحقیقات نشان می‌دهند که این ویژگی‌ها صفات شخصیتی مهمی در مبتلایان به این دو اختلال هستند (آلتمن، شانکمن، 2009).

رفتارهای تکانشی، به عملکردهایی گفته می‌شود که اگرچه تا حدی با آسیب یا زیان‌های احتمالی همراهند، امکان دستیابی به گونه‌ای پاداش را نیز فراهم می‌کنند. این رفتارها دارای سه ویژگی می‌باشند: (1) برگزیدن یک گزینه از میان دو یا چند گزینه (2) همراهی یکی از گزینه‌ها با احتمال پیامدهای ناگوار (3) روشن نبودن احتمال پیامد ناگوار در زمان رخداد رفتار. بسیاری از مردم در زندگی

---

<sup>1</sup> Altman

<sup>2</sup> Shankman

<sup>3</sup> Wu



روزمره دست به رفتارهای تکانشی می‌زنند. هر چند نشان دادن نمونه‌هایی از رفتار تکانشی ساده به نظر می‌رسد، اما تعریف دقیق پدیده تکانشگری دشوار است، چراکه اختلاف نظرهای بسیاری در تکانشی یا غیر تکانشی خواندن یک رفتار وجود دارد. تعریف تکانشگری از دیدگاه رفتار شناسی در برگیرنده سود کوتاه مدت هرچند کم ارزش در برابر دستاوردهای بلندمدت ولی بارزتر می‌باشد. این رفتارها شتابزده، برنامه‌ریزی نشده و بدون فکر و مستعد اشتباه هستند (اختیاری، رضوان‌فرد، مگری، 1387). تکانشگری دارای یک ساختار چند بعدی است که شامل ابعادی چون تأکید بر زمان حال، ناتوانی در به تأخیر انداختن پاداش، ناتوانی در بازداری، خطر پذیری، حس جویی، حساسیت به پاداش، بی حوصلگی، لذت جویی و ناتوانی در برنامه ریزی گزارش شده است ( مگری و همکاران، 1387).

کمال‌گرایی در اصل به عنوان تمایل پایدار فرد به وضع معیارهای کامل و دست نیافتنی و تلاش برای تحقق آنها، که با خودارزشیابی‌های انتقادی از عملکرد شخصی همراه است، تعریف می‌شود (بشارت، جوشن‌لو، میرزمانی، 1386). به نظر می‌رسد که کمال‌گرایی نقش مهمی در سبب شناسی، نگهداری و دوره‌های انتهایی آسیب شناسی روانی خاص دارد. کمال‌گرایی به عنوان یک عامل خطر خاص برای رشد بی‌اشتهایی روانی و پراشتهایی روانی تعریف شده است و شواهدی وجود دارد که مانع درمان موفقیت آمیز افسردگی می‌شود، ضمن اینکه یک عنصر مرکزی در اختلال شخصیت وسواسی است (مورتز<sup>1</sup>، مک‌کی<sup>2</sup>، 2008).

این احتمال وجود دارد که کمال‌گرایی و تکانشگری عوامل واسطه‌ای مداخله‌گر در سبب شناسی OCD و ED باشند. احتمالاً کمال‌گرایی رفتار تکانشگرانه را در افراد وسواسی تنظیم می‌کند و بنابراین به عنوان یک عامل حمایتی در افراد با تکانشگری بالا عمل می‌کند. در مورد اختلال خوردن پیشنهاد شده که کمال‌گرایی یک عامل خطر برای بی‌اشتهایی روانی است فقط هنگامی که سایر عوامل خطر

---

<sup>1</sup> Moretz

<sup>2</sup> McKay

مانند خودکارآمدی پایین وجود دارد. بنابراین نقش کمال‌گرایی در حفظ رفتار وسواسی و اختلالات خوردن ممکن است متفاوت باشد، به ویژه وقتی که گرایش‌های تکانشگرانه وجود دارد (آلتن، شانکمن 2009).

دیگر ویژگی مشترک بین اختلال وسواس-جبری و اختلالات خوردن تنفر<sup>1</sup> است. اولین تعریف تنفر بر رابطه آن با مزه و بلع متمرکز است. روزین<sup>2</sup> و فالون<sup>3</sup> تنفر را به عنوان بی‌زاری از انتظار ادخال دهانی یک شی مهاجم تعریف کرده‌اند. آنها از طریق مرور تعدادی از مطالعات تجربی نشان داده‌اند که برانگیزاننده‌های تنفر اصولاً با حیوانات و یا تولیدات حیوانی به خصوص مدفوع مرتبط است. اخیراً تنفر به عنوان یک هیجان بنیادی تعریف می‌شود که به عملکرد سازگارانه حفاظت کردن انسان از تماس با محرک آلوده کننده خدمت می‌کند. تا مدتی قبل تنفر فقط در رابطه با غذا تعریف می‌شد، اما در حال حاضر این مفهوم به هفت حوزه متفاوت گسترش پیدا کرده است، شامل: غذا، حیوانات، محصولات بدن، روابط جنسی، خشونت‌های بدنی، مرگ و بهداشت (مورتز، مک کی، 2008). تحقیقات روانسنجی نشان داده‌اند که تجربه تنفر را می‌توان به سه طبقه عمده تقسیم کرد: مرکزی، یادآوری کننده حیوانی و آلودگی (الاتنجی، کیسلر<sup>4</sup>، مک کی و فیلیپس<sup>5</sup>، 2009). تحقیقات مختلف وجود رابطه بین تنفر و اختلالات خوردن و اختلال وسواس-جبری را مورد تأیید قرار داده است. مشخص شده که حساسیت تنفر با نشانه‌های اختلالات خوردن مرتبط است و بیماران مبتلا به اختلالات خوردن بیشتر از افراد گروه کنترل توسط محرک‌های برانگیزاننده بی‌زاری، متنفر می‌شوند (مایر<sup>6</sup> و همکاران 2008). همچنین، در حالیکه ترس هیجان غالب در وسواس‌های آلودگی قلمداد می‌شود، یافته‌های اخیر نشان می‌دهد که

---

<sup>1</sup> disgust

<sup>2</sup> Rozin

<sup>3</sup> Fallon

<sup>4</sup> Cisler

<sup>5</sup> Phillips

<sup>6</sup> Mayer

تنفر نیز در این وسواس‌ها نقش دارد. در واقع گرایش تنفر یک پیش‌بینی‌کننده ویژه در وسواس آلودگی است. افراد با ترس آلودگی شدید گزارش می‌کنند که در برخورد با محرک‌های مرتبط با آلودگی احساس تنفر می‌کنند. همچنین گرایش تنفر به طور مثبت با اجتناب رفتاری از محرک مرتبط با آلودگی، رابطه دارد (الاتنجی و همکاران، 2009).

تحقیقات گذشته وجود شباهت‌هایی را بین وسواس و اختلالات خوردن نشان داده‌اند و به نظر می‌رسد که روابطی بین این دو اختلال وجود دارد. پژوهش‌های قبلی وجود تکانشگری، کمال‌گرایی و تنفر را به صورت جداگانه در وسواس و اختلالات خوردن بررسی کرده‌اند. حال سؤال اساسی این پژوهش این است که چه شباهت‌ها و تفاوت‌هایی بین بیماران وسواسی و اختلالات خوردن در میزان تکانشگری، کمال‌گرایی و تنفر وجود دارد؟ آیا تفاوت این بیماران در این متغیرها با افراد عادی معنی‌دار است؟ در مقایسه این گروه‌ها با یکدیگر، کدام یک از آنها نمره بیشتری در این متغیرها به دست می‌آورد؟

### ۳-۱ اهمیت و ضرورت تحقیق

اختلال وسواس فکری-عملی یک اختلال اضطرابی بسیار ناتوان‌ساز است که معمولاً به مثابه یک بیماری بدعلاج که نیازمند درمان مادام‌العمر است در نظر گرفته می‌شود. این اختلال شیوع زیادی دارد و تحقیقات همه‌گیر شناسی نشانگر شیوع یک تا سه درصدی این بیماری در جمعیت عمومی است (کلارک و همکاران، ترجمه کاویانی، 1385). اختلالات خوردن نیز جزو اختلالات روانپزشکی مهم و بسیار جدی است که ممکن است عوارض خطرناکی برای بیمار داشته باشد. این اختلالات حتی ممکن است به مرگ بیمار منجر شود. بنابراین تحقیق و پژوهش بر روی این اختلالات مهم و ضروری است.

همچنین همابندی بین این اختلالات تلویحات تشخیصی، بالینی و پژوهشی مهمی دارد و پرسش‌هایی در مورد اعتبار طبقات تشخیصی و ماهیت حقیقی همابندی آنها به وجود می‌آورد. فهم اینکه چگونه همابندی رخ می‌دهد و روشن کردن رابطه بین دو اختلال ممکن است به سؤالات پیرامون مرزهای تشخیصی، مکانیزم‌های آسیب شناسی روانی و سبب شناسی مشترک پاسخ دهد. به علاوه وجود همابندی اغلب بر نتایج درمان و خطر عود تأثیر می‌گذارد. مطالعات همه‌گیری شناسی نشان می‌دهد که همابندی وسواس و اختلالات خوردن بیشتر از آن است که شانسی تلقی شود (آلتن، شانکمن، 2008). در برخی مطالعات تخمین زده شده که وسواس در 10 تا 40 درصد بیماران مبتلا به بی‌اشتهایی روانی و در صفر تا 40 درصد بیماران مبتلا به پراشتهایی روانی رخ می‌دهد (وو، 2008). شناسایی رابطه بین اختلالات خوردن و وسواس ممکن است منجر به کشف فرآیندهای بیماری‌زای مشترک و مکانیزم‌های تداوم بخش این اختلالات شود. همچنان که پیش از این ذکر شد تحقیقات مختلف وجود ویژگی‌های مشابهی مانند تنفر، کمال‌گرایی و تکانشگری را بین این دو اختلال نشان داده‌اند. هر کدام از این عوامل ممکن است در شکل‌گیری و تداوم این اختلالات و نیز اثربخشی درمان‌ها، تأثیرگذار باشد. برای مثال مشخص شده است که کمال‌گرایی در ایجاد و تداوم وسواس نقش دارد و با بعضی از نشانه‌های وسواس مانند چک کردن و یا این احساس که کاری ناتمام باقی مانده ارتباط دارد (مورتز، مک‌کی، 2009). بنابراین شناسایی ویژگی‌ها و صفات شخصیتی این بیماران و نقش احتمالی این صفات در ایجاد و تداوم بیماری و نیز شباهت‌ها و تفاوت‌های بین اختلالات می‌تواند منجر به آگاهی بیشتر در مورد این بیماری‌ها و ارائه راه‌حل‌های مفیدتر در درمان آنها شود.