

Comparative Evaluation of Impulsivity, Cognitive and Non-Planning Impulsivity in the Theory of Hollander

Mehran Farhadi ¹, Narges Zamani ^{2*}

¹ Department of Psychology, Bu-Ali Sina University of Hamedan, Hamedan, Iran

² Young Researchers and Elite Club, Hamedan Branch of Islamic Azad University, Hamedan, Iran

* Corresponding author: E-mail: nargeszamani@iauh.ac.ir, Tel: +98-9183113279

Received: 2016/06/29

Accepted: 2016/08/27

Online published: 2016/09/01

DOI: 10.18869/acadpub.hrjbaq.1.3.143

Abstract

Introduction: Hollander theory was developed by America's fifth classification criteria of the Psychiatric Association, and consists of three groups. This study aimed to investigate and compare the impulsivity of patients according to the Hollander theory.

Materials and Methods: The population consisted of patients with body dimorphic disorder, anorexia nervosa and hypochondriasis, impaired impulse control disorder, impaired removal of hair and skin, sexual addiction and healthy group referred to clinics, mental health and psychosocial centers of the city of Hamadan. From this population, 91 patients (13 people in each group) were selected for this study; the tool used was the Barratt impulsiveness questionnaire (1994), and the data were analyzed using Analysis of Variance (ANOVA).

Results: The results of this study indicated that there were differences in impulsivity, cognitive and non-planning impulsivity of patients with body dimorphic disorder, anorexia nervosa and hypochondriasis, impulse control disorder, hair and skin picking disorder, sexual addiction and healthy controls, and the results showed a wide range of impulsivity according to the Hollander theory.

Conclusions: Therefore, impulsivity was most commonly found in body dimorphic with 29.67 ± 2.289 followed by anorexia nervosa, hypochondriasis and sexual addiction disorder with an average of 29.34, momentum with 28 ± 2.598 disturbances in the control group, and those with pulling hair and skin disorder with 26.67 ± 2.465 showed the least impulsivity.

Keywords: Impulsivity, Motor Impulsivity, Cognitive Impulsivity, Impulsivity Non-Planning, Theory Hollander

©2016 Deputy of Research and Technology of Baqiyatallah Hospital

بررسی و مقایسه میزان تکانشگری حرکتی، شناختی و بی‌برنامگی در نظریه هولاندر مهران فرهادی^۱، نرگس زمانی^{۲*}

^۱ گروه روانشناسی، دانشگاه بوعلی سینا همدان، همدان، ایران

^۲ گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد همدان، باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان، همدان، ایران
* نویسنده مسئول: نرگس زمانی، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد همدان، باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان، همدان، ایران. ایمیل: nargeszamani@iauh.ac.ir، تلفن: ۰۹۱۸۳۱۱۳۲۷۹

دریافت: ۱۳۹۵/۴/۹ پذیرش: ۱۳۹۵/۶/۶ انتشار آنلاین: ۱۳۹۵/۶/۱۱

DOI: 10.18869/acadpub.hrjbaq.1.3.143

چکیده

مقدمه: نظریه هولاندر براساس پنج‌مین معیار طبقه‌بندی انجمن روانپزشکی آمریکا تدوین شده است که در ۳ گروه طبقه‌بندی شده است. لذا این پژوهش، با هدف بررسی و مقایسه میزان تکانشگری در بیماران طیف پیشنهادی هولاندر انجام گرفت.

مواد و روش‌ها: داده‌های جامعه تحقیق شامل بیماران مبتلا به اختلالات بدشکلی بدن، بی‌اشتهایی عصبی، خودبیمارانگاری، اختلال کنترل تکانه، اختلال کندن مو و پوست، اعتیاد جنسی و گروه سالم مراجعه کننده به کلینیک‌های سلامت روان و روانشناختی شهر همدان بوده است؛ از جامعه ۹۱ مراجعه کننده ۱۳ نفر در هر گروه بیمار و ۱۳ نفر هم در گروه سالم وارد شدند. ابزار مورد استفاده پژوهش پرسشنامه تکانشگری بارات (۱۹۹۴) بود که داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس یک‌سویه تحلیل شدند.

نتایج: نتایج پژوهش حاضر حاکی از وجود تفاوت میزان تکانشگری در بین بیماران گروه هولاندر و گروه سالم بود و طبق نتایج پژوهش می‌توان گفت، میزان تکانشگری در گروه پیشنهادی طیف هولاندر بالا است.

نتیجه‌گیری: به طوری بیشترین میزان تکانشگری به ترتیب در گروه‌های بدشکلی بدن با $2/982 \pm 29/67$ و گروه بی‌اشتهایی عصبی و خودبیمارانگاری و مبتلایان به اختلال اعتیاد جنسی با میانگین $29/34$ در رده دوم قرار گرفتند، گروه کنترل تکانه با $2/598 \pm 28$ و گروه اختلالات کندن مو و پوست نیز با $2/465 \pm 26/67$ کمترین میزان تکانشگری را در تقسیم بندی نظریه هولاندر دارد.

کلمات کلیدی: تکانشگری، تکانشگری حرکتی، تکانشگری شناختی، تکانشگری بی‌برنامگی، نظریه هولاندر

تمامی حقوق نشر برای معاونت پژوهش بیمارستان بقیه الله محفوظ است.

مقدمه

در متن چهارم ویرایش شده کتابچه تشخیصی و آماری اختلالات روانی اختلالات وسواسی اجباری و اختلال استرس پس آسیبی در طبقه تشخیصی اختلالات اضطرابی قرار داشت [۱]، اما در متن پنجم کتابچه تشخیصی و آماری اختلالات روانی برای هر یک از این دو نوع اختلال طبقه تشخیصی جداگانه‌ای گذاشته شده است [۲] که بلافاصله بعد از اختلالات اضطرابی بیان شده است، دلیل این ترتیب می‌تواند طیف ابعادی و پیوستاری پنجمین طبقه‌بندی تشخیصی و آماری اختلالات روانی انجمن روانپزشکی آمریکا باشد که پیوستگی و نزدیکی اختلالات با یکدیگر حفظ شود اما ماهیت جداگانه آن نیز لحاظ شود.

علاوه بر تغییرات کلی طبقه‌بندی کلی اختلالات در انجمن روانپزشکی آمریکا، در انواع اختلالات درون طبقه نیز تغییراتی ایجاد شده است. تغییراتی نیز در طبقه‌بندی اختلالات وسواسی اجباری انجام گرفت که در نسخه فعلی عبارت است از: ۱. اختلال وسواسی اجباری؛ ۲. اختلال بدشکلی بدن (بادی‌دیسمورفیک)؛ ۳. اختلال احتکار؛ ۴. اختلال کندن مو و اختلال پوست کندن.

این تغییرات علاوه بر موافقان، مخالفانی نیز داشت، از جمله مخالفان اریک هولندر بود که معتقد بود اختلالات وسواسی جبری با طیف گسترده و وسیعی در ارتباط است. طیف پیشنهادی هولندر بدین گونه بود که براساس رفتارهای تکراری و علامت شناسی، همبودی، تاریخچه خانوادگی، درگیری مدارهای مغزی و پاسخ به درمان این اختلالات را به سه محور تقسیم بندی می‌کرد. محور اول، اختلالات حرکتی (تیک و اشکالات عمده موتور از جمله تورت، کره سیدنهام و اوتیسم) بود که طبق نتایج وجود اختلال تیک همراه، ۳۰٪ افراد مبتلا به اختلال وسواسی جبری را تشکیل می‌دهد، ۱۰ درصد افراد مبتلا به اختلال وسواسی اجباری دچار سندرم تورت نیز هستند و نیمی از افراد مبتلا به تورت دچار اختلال وسواسی اجباری هستند. محور دوم، اختلالاتی است که به نوعی با بدن آن‌ها در ارتباط است، در واقع یک اشتغال ذهنی و بیمارگونه با بدن دارند مانند (اختلال بدشکلی بدن (بادی‌دیسمورفیک)؛ بی‌اشتهایی عصبی و اختلال خودبیمارانگاری) و محور سوم آن‌هایی است که اختلال کنترل تکانه دارند و به صورت تکانه‌ای کارهایی را انجام می‌دهند مانند (اختلال کنترل تکانه، اختلال کندن مو و پوست، اعتیادهای جنسی و قماربازی) در این گروه قرار می‌گیرد.

اختلال بدشکلی بدن که در گذشته بدشکلی هراسی نامیده می‌شد [۱] و همابندی مکرر در اختلال بدشکلی بدن به ویژه با

افسردگی، فوبی اجتماعی و اختلال وسواس فکری-عملی وجود دارد [۲]. بیشترین اشتغال ذهنی مربوط به پوست، مو، دماغ، چشم‌ها، ابروها، دهان، لب‌ها، فک و چانه می‌باشد، با این حال ممکن است هیچ قسمتی را به تنهایی شامل نشود بلکه اشتغال ذهنی به طور همزمان متمرکز بر چندین قسمت بدن باشد [۳] و در پنجمین طبقه‌بندی اختلالات روانی [۲] به زیر مجموعه گروه اختلالات وسواس فکری عملی منتقل شده است و از آنجائیکه اختلال وسواسی جبری با اختلالات اضطرابی همپوشانی زیادی دارد لذا در طبقه‌بندی هولندر به عنوان طبقه‌بندی مشترک در نظر گرفته شده است.

اختلالات تغذیه و خوردن شامل تشخیص‌هایی هستند که در DSM-IV تحت عنوان اختلالات خوردن قرار گرفته‌اند.

هرزه‌خواری، اختلال نشخوار، بی‌اشتهایی عصبی و پراشتهایی عصبی از مهم‌ترین اختلالات این طبقه هستند [۴] که مشکل عمده این اختلال، در خصوص غذا نیست، بلکه روشی ناسالم جهت تلاش و کوشش در غلبه بر مشکلات احساسی است. در پنجمین طبقه‌بندی اختلالات روانی [۲] بی‌اشتهایی عصبی دچار تغییراتی شده است که از جمله تغییرات می‌توان به حذف معیار آمنوره شدن در مورد زنان اشاره کرد. طبق نظریه هولندر این اختلال نیز رابطه نزدیکی با اختلال اضطرابی دارد، به همین دلیل در یک مجموعه طبقه بندی می‌شوند.

خودبیمارانگاری اختلالاتی است که در طبقه‌بندی اختلالات نشانه‌های بدنی قرار گرفته‌اند و شامل اشتغال ذهنی بیمار با ترس از بیمار شدن یا اعتقاد وی مبنی بر ابتلا به یک بیماری جدی است [۱] که سبب ناراحتی هیجانی بیمار می‌شود و یا توانایی بیمار را در کارکردهای حوزه‌های مهم زندگی مختل کند [۵].

اختلال کنترل تکانه ناتوانی برای مقاومت در مقابل یک تکانه یا انگیزه که برای دیگران یا خود خطرناک بوده و با احساس لذت پس از تحقق آن همراه است، افراد مبتلا به این اختلال، در مقابل تکانه- انگیزه- یک وسوسه برای انجام یک عمل که برای خود آن‌ها زیانبخش است مقاومت نمی‌کنند [۶].

اختلال کندن مو و پوست در DSM5 در طبقه‌بندی اختلال وسواسی- عملی قرار دارد و همین عامل نزدیکی این دو اختلال با اختلالات اضطرابی در نظریه هولندر است. اختلال کندن مو و پوست وسواسی (جنون کندن مو و پوست) کندن مو و پوست وسواسی جزو اختلالات کنترل تکانه دسته‌بندی می‌شود و فرد بر اثر یک عامل برانگیزاننده به طور ناخودآگاه به سمت رفتار کندن مو و پوست سوق پیدا می‌کند و با انجام آن عمل از تنش فرد کاسته می‌شود سپس حالتی از رضایت و آرامش موقت را تجربه می‌کند. پس از مدت کوتاهی این چرخه بار دیگر آغاز

می‌شود و بدین ترتیب شخص مکرراً مو و پوست خود را می‌کند [۷].

اعتیاد جنسی که بعضاً با اختلال رفتارهای جنسی بیش از حد نیز شناخته می‌شود عبارت است و سواس در یک رفتار و یا افکار جنسی که بر روی احساس، شغل، روابط اجتماعی و سایر ابعاد زندگی شما تأثیر بگذارد. اعتیاد جنسی ممکن است شامل یک تجربه جنسی لذت بخش باشد که به صورت وسواسی انجام می‌شود. و یا اعتیاد جنسی ممکن است شامل توهمات، افکار و یا فعالیت‌های جنسی خارج از مرزهای قوانین عرفی، اجتماعی و اخلاقی جامعه باشد و با توجه به اضطراب و احساس اجبار برای ادامه این رفتار در نظریه هولاندر در طبقه بندی اختلالات وسواسی و اختلالات اضطرابی قرار گرفته است.

با توجه به اینکه این اختلالات در علائم و ویژگی‌های افکار مزاحم ناخواسته (وسواسی) شبیه به یکدیگر عمل می‌کنند، هدف این پژوهش بررسی این علائم در بیماران مبتلا به اختلالات بدشکلی بدن، بی‌اشتهایی عصبی، خودبیمارانگاری، اختلال کنترل تکانه، اختلال کندن مو و پوست، اعتیاد جنسی بود؛ به عبارت دیگر این پژوهش به دنبال پاسخگویی به این سؤال است، آیا علائم و ویژگی‌های افکار مزاحم ناخواسته در این سه محور مانند یکدیگر است؟

مواد و روش‌ها

جامعه و متغیرهای مورد بررسی

طرح کلی این پژوهش، طرح توصیفی از نوع مقایسه‌ای است. جامعه تحقیق شامل کلیه بیماران مبتلا به اختلالات بدشکلی بدن، بی‌اشتهایی عصبی، خودبیمارانگاری، اختلال کنترل تکانه، اختلال کندن مو و پوست و اعتیاد جنسی مراجعه کننده به کلینیک‌های سلامت روان و روانشناختی و بهزیستی شهر همدان بودند؛ با توجه به تحقیقات پیشین در این پژوهش نیز ۷۸ مراجعه کننده (هر گروه ۱۳ نفر) به شیوه در دسترس انتخاب شدند و برای مقایسه ۱۳ نفر از کارمندان بهزیستی (غیر از روانشناسی) به عنوان گروه سالم انتخاب شدند که امکان مقایسه داده‌های گروه‌های بالینی و نیمه بالینی را با افراد سالم داشته باشیم.

شرایط ورود (سن ۲۱ تا ۳۹ سال؛ نوع تشخیص، سکونت در شهرستان همدان و شرکت دواطلبانه با گرفتن رضایت نامه شفاهی و کتبی) بررسی شد و پرسشنامه وسواس فکری - عملی مادزلی بر روی آن‌ها اجرا شد و بیماران دارای اختلال‌هایی مانند دوقطبی، اختلال شخصیت مرزی و وسواسی جبری و اختلالات سازگاری، حذف شدند. ملاحظات اخلاقی که در این پژوهش رعایت شده است عبارت بودند از ۱-انتخاب نمونه به صورت در دسترس؛ ۲-اختیاری بودن شرکت در

پژوهش برای همه آزمودنی‌ها؛ ۳- ارائه اطلاعات لازم در زمینه نحوه اجرای طرح پژوهشی؛ ۴- محرمانه بودن اطلاعات بدست آمده از آزمودنی. جهت رعایت اخلاق پژوهشی، به آزمودنی‌ها به صورت فردی درباره هدف پژوهش آگاهی داده شد (این آگاهی به صورتی بود که نتایج پژوهش را تحت تأثیر قرار ندهد و از بیان کلمه اختلال وسواسی جبری خودداری شد) و در مورد پنهان ماندن هویت مراجعان اطمینان داده شد؛ همچنین ذکر شد که علاقمندان می‌توانند بعد از اتمام پژوهش از نتایج پژوهش به صورت تلفنی یا اینترنتی آگاه شوند.

ابزار اندازه‌گیری

۱- پرسشنامه ویژگی‌های جمعیت شناختی: این پرسشنامه پژوهشگر ساخته برای به دست آوردن اطلاعات جمعیت شناختی گروه مورد بررسی به کار رفت که شامل مواردی از جمله سن، جنس، وضعیت تأهل و تحصیلات بود.

۲- مقیاس تکانشگری بارت: این پرسشنامه، ابزار مناسبی برای سنجش انواع رفتارهای تکانشی می‌باشد. نسخه یازدهم این پرسشنامه توسط ارنست بارت ساخته شده است [۷]. این پرسش نامه دارای ۳۰ پرسش چهارگزینه‌ای می‌باشد، که سه عامل تکانشگری شناختی (شامل گرفتن تصمیم‌های شناختی) تکانشگری حرکتی (شامل عمل کردن بدون فکر می‌باشد) و بی‌برنامگی (به صورت جهت یابی آنی یا فقدان آینده نگری مشخص می‌شود) را ارزیابی می‌کند. ساختار پرسش‌های گردآوری شده، نشاندهنده ابعادی از تصمیم‌گیری شتاب زده و فقدان دوراندیشی و بالاترین نمره آن ۱۲۰ است. این پرسشنامه همبستگی مثبت و معنی داری با پرسش‌نامه تکانشگری آیزنک دارد [۷] و این امر نشان دهنده روایی ملاکی است.

ترجمه فارسی مقیاس تکانشگری بارت که توسط اختیاری و همکاران در سال ۱۳۸۷ صورت گرفته و از نظر روایی و پایایی در حد مطلوبی است. میزان پایایی به دست آمده در این بررسی (۰/۸۳) است که از یافته‌های گزارش شده توسط بارت (۲۰۰۴) در نسخه انگلیسی حدود ۰/۸۱ و نسخه‌های دیگر مانند نسخه ایتالیایی ۰/۷۹ (فوساتی، دی‌سجلی، آکارینی و بارت، ۲۰۰۱) بهتر بوده است و ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۴۰ تا ۰/۸۳ برآورده شده است. داده‌های جمع آوری شده با استفاده از آزمون تحلیل واریانس یکراهه تحلیل شد.

تجزیه و تحلیل

با توجه به نرمال بودن متغیرها در این پژوهش از روش‌های آمار استنباطی شامل آزمون خی‌دو و تحلیل واریانس یک راهه برای مقایسه میانگین‌های مربوط به داده‌های جمعیت شناختی گروه‌ها استفاده گردید که نتایج آن در [جدول‌های ۱ و ۲](#) مشاهده می‌شود.

جدول ۱. مقایسه فراوانی گروهها به تفکیک نوع بیماری، جنسیت، میزان تحصیلات

| لیسانس | میزان تحصیلات | | | وضعیت تأهل | | جنسیت | |
|------------------------|---------------|-------|----------|------------|-------|-------|------|
| | فوق دیپلم | دیپلم | زیردیپلم | متاهل | مجرد | مرد | زن |
| بدشکلی بدن | | | | | | | |
| ۱ | ۲ | ۳ | ۷ | ۶ | ۷ | ۱ | ۱۲ |
| ۷/۷ | ۱۵/۴ | ۲۳/۱ | ۵۳/۳ | ۴۶/۱۶ | ۵۳/۸۴ | ۷/۷ | ۹۲/۳ |
| بی‌اشتهایی عصبی | | | | | | | |
| ۱ | ۱ | ۳ | ۸ | ۲ | ۱۱ | ۰ | ۱۳ |
| ۷/۷ | ۷/۷ | ۲۳/۱ | ۶۱/۵ | ۱۵/۳۸ | ۸۴/۶۲ | ۰ | ۱۰۰ |
| خودبیمارانگاری | | | | | | | |
| ۱ | ۲ | ۲ | ۸ | ۵ | ۸ | ۲ | ۱۱ |
| ۷/۷ | ۱۵/۴ | ۱۵/۴ | ۶۱/۵ | ۳۸/۴۶ | ۶۱/۵۴ | ۱۵/۴ | ۸۴/۶ |
| کنترل تکانه | | | | | | | |
| ۱ | ۱ | ۵ | ۶ | ۹ | ۴ | ۴ | ۹ |
| ۷/۷ | ۷/۷ | ۳۸/۵ | ۴۶/۲ | ۶۹/۲۴ | ۳۰/۷۶ | ۳۰/۸ | ۶۹/۲ |
| کندن مو و پوست | | | | | | | |
| ۰ | ۱ | ۶ | ۶ | ۵ | ۸ | ۱ | ۱۲ |
| ۰ | ۷/۷ | ۴۶/۲ | ۴۶/۲ | ۳۸/۴۶ | ۶۱/۵۴ | ۷/۷ | ۹۲/۳ |
| اعتیاد جنسی | | | | | | | |
| ۱ | ۳ | ۶ | ۳ | ۹ | ۴ | ۶ | ۷ |
| ۷/۷ | ۲۳/۱ | ۴۶/۲ | ۲۳/۱ | ۶۹/۲۴ | ۳۰/۷۶ | ۴۶/۲ | ۵۳/۸ |
| بهنجار | | | | | | | |
| ۴ | ۲ | ۴ | ۳ | ۷ | ۶ | ۷ | ۶ |
| ۳۰/۷۶ | ۱۵/۴ | ۳۰/۷۶ | ۲۳/۱ | ۵۳/۸۴ | ۴۶/۱۶ | ۵۳/۸ | ۴۶/۲ |

بیشترین و کمترین میانگین سنی در گروه‌های سنی را به ترتیب گروه‌های خودبیمارانگاری و بی‌اشتهایی عصبی و اختلال کندن پوست و مو و افراد بهنجار با میانگین سنی ۳۳/۸۵ و ۲۶/۲۳ به خود اختصاص دادند که می‌توان گفت گروه‌های مورد مطالعه در متغیر سنی هم‌تا نمی‌باشند و تفاوت معناداری بین آن‌ها وجود دارد، از آنجایی که در اختلالات به طول زمانی که فرد مبتلا بوده است بیشتر توجه می‌شود لذا در اینجا برغم فاصله سنی ۶ نمره‌ای بین گروه مبتلا به اختلالات و گروه سالم مشکلی در نمرات نتایج ایجاد نمی‌کند.

با توجه به داده‌های **جدول ۳** مشاهده می‌شود که از بین مراجعه کنندگان ۷۶/۹۳٪ زن و ۲۳/۰۷٪ شرکت کننده مرد، گروه نمونه را تشکیل دادند که بیشترین و کمترین گروه زنان در مراجعه کنندگان بی‌اشتهایی عصبی و گروه بهنجار و بیشترین و کمترین تعداد مردان شرکت کننده در گروه‌های گروه بهنجار و بی‌اشتهایی عصبی بودند. بین تعداد شرکت کنندگان مجرد و متأهل تفاوت معناداری وجود نداشت. بیشترین تحصیلات در گروه مورد بررسی در گروه راهنمایی و کمتر با ۰/۴۱/۷۵، راهنمایی تا دیپلم و دیپلم با ۰/۲۷/۱۷ درصد و لیسانس و بالاتر از لیسانس با ۱۸/۶۸ درصد بودند.

جدول ۲. مقایسه میانگین سنی گروهها

| گروه | دامنه سنی | میانگین | انحراف استاندارد | آزمون f | p |
|-----------------|-----------|---------|------------------|---------|-------|
| بدشکلی بدن | ۳۹-۲۴ | ۲۹/۶۲ | ۵/۰۲۶ | ۷/۳۹۰ | ۰/۰۰۰ |
| بی‌اشتهایی عصبی | ۳۱-۲۳ | ۲۶/۵۴ | ۲/۴۳۶ | | |
| خودبیمارانگاری | ۳۹-۲۴ | ۳۳/۸۵ | ۵/۵۹۵ | | |
| کنترل تکانه | ۳۹-۲۲ | ۳۲/۴۶ | ۵/۲۸۵ | | |
| کندن مو و پوست | ۳۰-۲۱ | ۲۶/۲۳ | ۲/۴۸۸ | | |
| اعتیاد جنسی | ۳۵-۲۵ | ۲۹/۰۰ | ۲/۹۱۵ | | |
| بهنجار | ۳۱-۲۱ | ۲۶/۵۴ | ۲/۹۳۳ | | |
| کل | ۳۹-۲۱ | ۲۹/۱۸ | ۴/۸۱۳ | | |

جدول ۳. نتایج آزمون تعقیبی توکی در متغیر سن

| فاصله اطمینان ۹۵٪ | | معناداری | اختلاف میانگین | انواع اختلالات |
|-------------------------------|------------|----------|----------------|-----------------|
| کران بالا | کران پایین | | | |
| اختلال بدشکلی بدن | | | | |
| ۷/۸۵ | -۱/۷۰ | ۰/۴۵۶ | ۳/۰۷۷ | بدشکلی بدن |
| ۰/۵۵ | -۹/۰۱ | ۰/۱۱۷ | -۴/۲۳۱ | بی‌اشتهایی عصبی |
| ۱/۹۳ | -۷/۶۲ | ۰/۵۵۲ | -۲/۸۴۶ | خودبیمارانگاری |
| ۸/۱۶ | -۱/۳۹ | ۰/۳۳۹ | ۳/۳۸۵ | کنترل تکانه |
| ۵/۳۹ | -۴/۱۶ | ۱ | ۰/۶۱۵ | کندن مو و پوست |
| ۷/۸۵ | -۱/۷۰ | ۰/۴۵۶ | ۳/۰۷۷ | اعتیاد جنسی |
| اختلال بی‌اشتهایی عصبی | | | | |
| ۱/۷۰ | -۷/۸۵ | ۰/۴۵۶ | -۳/۰۷۷ | بدشکلی بدن |
| -۲/۵۳ | -۱۲/۰۸ | ۰/۰۰۰ | -۷/۳۰۸ | بی‌اشتهایی عصبی |
| -۱/۱۵ | -۱۰/۷۰ | ۰/۰۰۶ | -۵/۹۲۳ | خودبیمارانگاری |
| ۴/۰۸ | -۴/۴۷ | ۱ | ۰/۳۰۸ | کنترل تکانه |
| ۲/۳۱ | -۷/۲۴ | ۰/۷۱۰ | -۲/۴۶۲ | کندن مو و پوست |
| ۴/۷۸ | -۴/۷۸ | ۱ | ۰/۰۰۰ | اعتیاد جنسی |
| اختلال خودبیمارانگاری | | | | |
| ۹/۰۱ | -۰/۵۵ | ۰/۱۱۷ | ۴/۲۳۱ | بدشکلی بدن |
| ۱۲/۰۸ | ۲/۵۳ | ۰/۰۰۰ | ۷/۳۰۸ | بی‌اشتهایی عصبی |
| ۶/۱۶ | -۳/۳۹ | ۰/۹۷۵ | ۱/۳۸۵ | خودبیمارانگاری |
| ۱۲/۳۹ | ۲/۸۴ | ۰/۰۰۰ | ۷/۶۱۵ | کنترل تکانه |
| ۹/۶۲ | ۰/۰۷ | ۰/۰۴۴ | ۴/۸۴۶ | کندن مو و پوست |
| ۱۲/۰۸ | ۲/۵۳ | ۰/۰۰۰ | ۷/۳۰۸ | اعتیاد جنسی |
| اختلال کنترل تکانه | | | | |
| ۷/۶۲ | -۱/۹۳ | ۰/۵۵۲ | ۲/۸۴۶ | بدشکلی بدن |
| ۱۰/۷۰ | ۱/۱۵ | ۰/۰۰۶ | ۵/۹۲۳ | بی‌اشتهایی عصبی |
| ۳/۳۹ | -۶/۱۶ | ۰/۹۷۵ | -۱/۳۸۵ | خودبیمارانگاری |
| ۱۱/۰۱ | ۱/۴۵ | ۰/۰۰۳ | ۶/۲۳۱ | کنترل تکانه |
| ۸/۲۴ | -۱/۳۱ | ۰/۳۱۲ | ۳/۴۶۲ | کندن مو و پوست |
| ۱۰/۷۰ | ۱/۱۵ | ۰/۰۰۶ | ۵/۹۲۳ | اعتیاد جنسی |
| اختلال کندن مو و پوست | | | | |
| ۱/۳۹ | -۸/۱۶ | ۰/۳۳۹ | -۳/۳۸۵ | بدشکلی بدن |
| ۴/۴۷ | -۵/۰۸ | ۱ | -۰/۳۰۸ | بی‌اشتهایی عصبی |
| -۲/۸۴ | -۱۲/۳۹ | ۰/۰۰۰ | -۷/۶۱۵ | خودبیمارانگاری |
| -۱/۴۵ | -۱۱/۰۱ | ۰/۰۰۳ | -۶/۲۳۱ | کنترل تکانه |
| ۲/۰۱ | -۷/۵۵ | ۰/۵۸۴ | -۲/۷۶۹ | کندن مو و پوست |
| ۴/۴۷ | -۵/۰۵ | ۱ | -۰/۳۰۸ | اعتیاد جنسی |
| اختلال اعتیاد جنسی | | | | |
| ۴/۱۶ | -۵/۳۹ | ۱ | -۰/۶۱۵ | بدشکلی بدن |
| ۷/۲۴ | -۲/۳۱ | ۰/۷۱۰ | ۲/۴۶۲ | بی‌اشتهایی عصبی |
| -۰/۰۷ | -۹/۶۲ | ۰/۰۴۴ | -۴/۸۴۲ | خودبیمارانگاری |
| ۱/۳۱ | -۸/۲۴ | ۰/۳۱۲ | -۳/۴۶۲ | کنترل تکانه |
| ۷/۵۵ | -۲/۰۱ | ۰/۵۸۴ | ۲/۷۶۹ | کندن مو و پوست |
| ۷/۲۴ | -۲/۳۱ | ۰/۷۱۰ | ۲/۴۶۲ | اعتیاد جنسی |
| گروه سالم و هنجار | | | | |
| ۱/۷۰ | -۷/۸۵ | ۰/۴۵۶ | -۳/۰۷۷ | بدشکلی بدن |
| ۴/۷۸ | -۴/۷۸ | ۱ | ۰/۰۰۰ | بی‌اشتهایی عصبی |
| -۲/۵۳ | ۱۲/۰۸ | ۰/۰۰۰ | -۷/۳۰۸ | خودبیمارانگاری |
| -۱/۱۵ | -۱۰/۷۰ | ۰/۰۰۶ | -۵/۹۲۳ | کنترل تکانه |
| ۵/۰۸ | -۴/۴۷ | ۱ | ۰/۳۰۸ | کندن مو و پوست |
| ۲/۳۱ | -۷/۲۴ | ۰/۷۱۰ | -۲/۴۶۲ | اعتیاد جنسی |

راهه (ANOVA) استفاده به عمل آمد و با توجه به تعداد برابری آزمودنی‌ها در هر گروه، برای مقایسه دویه‌دوی گروه‌ها از آزمون تعقیبی توکی (HSD) و زیرگروه‌های همسان استفاده شد که نتایج آن در [جدول ۴](#) قابل مشاهده است.

برای بررسی میزان تکانشگری مورد استفاده بیماران مبتلا به اختلالات بدشکلی بدن، بی‌اشتهایی عصبی، خودبیمارانگاری، اختلال کنترل تکانه، اختلال کندن مو و پوست و اعتیاد جنسی و افراد سالم و مقایسه این گروه‌ها از روش تحلیل واریانس یک

جدول ۴. میانگین و انحراف معیار و نتایج آزمون واریانس نمره کل تکانشگری و متغیرهای تکانشگری حرکتی، شناختی و بی‌برنامگی در گروه‌های مورد مقایسه

| شاخص | نمره کل تکانشگری | تکانشگری حرکتی | تکانشگری شناختی | تکانشگری بی‌برنامگی |
|------------------------|------------------|----------------|-----------------|---------------------|
| بدشکلی بدن | | | | |
| میانگین | ۲۹/۶۷ | ۲۸ | ۲۹ | ۳۲ |
| انحراف معیار | ۲/۹۸۲ | ۲/۶ | ۳/۸ | ۳/۵ |
| بی‌اشتهایی عصبی | | | | |
| میانگین | ۲۹/۳۴ | ۳۲ | ۲۸ | ۲۸ |
| انحراف معیار | ۲/۶۵۴ | ۳/۵ | ۳/۸ | ۳/۵ |
| خودبیمارانگاری | | | | |
| میانگین | ۲۹/۳۴ | ۲۸ | ۳۶ | ۲۴ |
| انحراف معیار | ۲/۶۵۴ | ۳/۶ | ۴/۳ | ۲/۳ |
| کنترل تکانه | | | | |
| میانگین | ۲۸/۰۰۰ | ۲۸ | ۲۸ | ۲۸ |
| انحراف معیار | ۲/۵۹۸ | ۲/۵ | ۲/۵ | ۲/۵ |
| کندن مو و پوست | | | | |
| میانگین | ۲۶/۶۷ | ۲۴ | ۲۸ | ۲۸ |
| انحراف معیار | ۲/۴۶۵ | ۲/۵ | ۲/۶ | ۲/۸ |
| اعتیاد جنسی | | | | |
| میانگین | ۲۹/۳۴ | ۲۸ | ۲۸ | ۳۲ |
| انحراف معیار | ۲/۷۵۴ | ۲/۵ | ۳/۲ | ۳/۵ |
| بهنجار | | | | |
| میانگین | ۱۶ | ۱۲ | ۱۶ | ۲۰ |
| انحراف معیار | ۲/۰۸۶ | ۱/۶ | ۲/۹ | ۲/۲ |
| کل | | | | |
| F | ۸۳/۲۶۴ | ۸۷/۲۵۵ | ۷۹/۶۶ | ۸۳/۸۹ |
| سطح معناداری | ۰/۰۰۰ | ۰/۰۰۰ | ۰/۰۰۰ | ۰/۰۰۰ |

تکانشگری با اختلال بی‌اشتهایی عصبی (۲/۱۵۴-)، اختلال خودبیمارانگاری (۱/۷۶۹-)، اختلال کندن مو و پوست (۲/۳۰۸-) و گروه بهنجار (۳/۶۱۵) معنادار است. مقایسه دویه‌دوی گروه‌ها در متغیر بی‌اشتهایی عصبی، نشانگر معناداری این متغیر با اختلال بی‌اشتهایی عصبی (۲/۱۵۴)، اختلالات کنترل تکانه (۱/۷۶۹)، اختلال اعتیاد جنسی (۲/۲۳۱) و گروه بهنجار (۵/۷۶۹) است. اختلال خودبیمارانگاری با اختلالات بی‌اشتهایی عصبی (۱/۷۶۹)، کنترل تکانه (۱/۳۸۵)، اختلال اعتیاد جنسی (۱/۸۶۴) و گروه بهنجار (۵/۳۸۵) معنادار بود. مقایسه گروه‌ها در متغیر اختلالات کنترل تکانه نشانگر معناداری این اختلال با اختلالات بی‌اشتهایی عصبی (۱/۷۶۹-)، خودبیمارانگاری

نتایج تحلیل واریانس یک راهه (جدول ۴) نشان داد که: تکانشگری در گروه مطالعه بالینی مورد مطالعه بیشتر از گروه بهنجار است ($P = ۰/۰۱$)، به طوری که بیشترین میزان تکانشگری به ترتیب در گروه‌های بدشکلی بدن با $۲/۹۸۲ \pm$ و $۲۹/۶۷$ و گروه بی‌اشتهایی عصبی و خودبیمارانگاری و مبتلایان به اختلال اعتیاد جنسی با میانگین $۲۹/۳۴$ در رده دوم قرار گرفتند، گروه کنترل تکانه با $۲/۵۹۸ \pm$ و ۲۸ و گروه اختلالات کندن مو و پوست نیز با $۲/۴۶۵ \pm$ و $۲۶/۶۷$ کمترین میزان تکانشگری را در تقسیم بندی نظریه هولاندر دارد. مقایسه دویه‌دوی گروه‌ها از آزمون تعقیبی توکی (HSD) و نمره تکانشگری کل نشان داد، اختلالات بدشکلی بدن در متغیر

ریشه در مسائل روانی، اجتماعی و فرهنگی دارند و شامل اختلال پیکا، اختلال نشخوار، اختلال اجتناب محدودیت غذا، بی‌اشتهایی عصبی و پرخوری عصبی است (۱)، اصطلاح آنورکسیا به بی‌اشتهایی عصبی اشاره دارد، و اصلاح نروزا نشان می‌دهد که بی‌اشتهایی به دلایل هیجانی و احساسی روی می‌دهد [۹]. این اصطلاح چندان صحیح نیست؛ زیرا حالت بی‌اشتهایی غالباً در مراحل پیشرفته این بیماری رخ می‌دهد. این عارضه بیشتر در بین زن‌ها پیش می‌آید و بیماران معمولاً از بی‌میلی، بدآمدن از غذا، ترس از خفه شدن هنگام خوردن غذا و بیم از استفراغ کردن پس از هضم آن، شکایت می‌کنند [۱۰].

گاهی برخی از مشخصه‌های احساسی، در بی‌اشتهایی عصبی این امکان را می‌دهد برخی از زنان جوان، از لحاظ شخصیتی، حالت وسواس فکری و عملی داشته باشند، که برای آنان این امر را آسان‌تر می‌سازد که علیرغم گرسنگی شدید، رژیم‌های سخت را تحمل کنند و از برخی مواد غذایی صرف‌نظر نمایند. انگیزه اصلی این اختلال غالباً ترس است که در نوجوانی ترس از بلوغ می‌گوییم و این نگرانی در افرادی که احساس زشت بودن می‌کنند، بیشتر دیده می‌شود. احساس زشت بودن منجر به بالا رفتن اضطراب در این افراد شده و عزت نفس آن‌ها را پایین می‌آورد به همین دلیل هولندر بیان کرد ماهیت این اختلال اضطراب و وسواس است.

خودبیمارانگاری، عبارت است از اختلالی که در آن فرد اعتقاد زیادی دارد که مبتلا به یک بیماری جدی یا مرگبار است، علی‌رغم این که معاینات و بررسی‌های کامل پزشکی، هیچ مشکلی را نشان نمی‌دهند، این اختلال در نتیجه یک بیماری جسمی، دچار ترس و اضطراب بوده است که ماهیت وسواسی به همراه دارد.

گروه دیگری از اختلالات به نام اختلال کنترل تکانه هستند که به طور عمده به معنای ناتوانی از مقاومت در برابر یک وسوسه هستند که برای شخص یا دیگران زیانبار است. فرد مبتلا ممکن است با یا بدون برنامه ریزی؛ و یا تلاش برای مقاومت در برابر این تکانه‌ها اقدام به انجام رفتار تکانشی خود نموده باشد [۱۰] و فرد بیمار قبل از بروز رفتار تکانشی خود دچار نوعی تنش و بیقراری است و پس از اقدام، احساس لذت یا رهایی می‌کند که می‌تواند توأم با احساس پشیمانی باشد یا نباشد. این دوره‌های اقدام فروکش ممکن است به توالی مشخص دوره‌ای یا کاملاً نامشخص و با قرار گرفتن در شرایط خاص شروع شود. بنابراین، گاهی پیش‌بینی زمان و چگونگی رفتار ممکن نیست.

عوامل متعددی در شروع این اختلال نقش دارد که از جمله عوامل می‌توان به اختلالات افسردگی، اضطراب، اختلالات

(۱/۳۸۵-)، کندن مو و پوست (۱/۹۲۳-) و گروه بهنجار (۴) معنادار بود. اختلال کندن مو و پوست با اختلالات بی‌اشتهایی عصبی (۲/۳۰۸)، اختلال کنترل تکانه (۱/۹۲۳)، اختلال اعتیاد جنسی (۲/۳۸۵) و گروه بهنجار (۵/۹۲۳) معنادار بود. معناداری بین گروه اختلال اعتیاد جنسی با اختلالات بی‌اشتهایی عصبی (۲/۲۳۱-)، اختلال خود بیمار انگاری (۱/۸۴۶-)، اختلال کندن مو و پوست (۲/۳۸۵-) و گروه بهنجار (۳/۳۲۸) معنادار بود. گروه بهنجار با اختلالات بدشکلی بدن (۳/۶۱۵-)، بی‌اشتهایی عصبی (۵/۷۶۹-)، خودبیمارانگاری (۵/۳۸۵-)، کنترل تکانه (۴-)، کندن مو و پوست (۵/۹۲۳-)، اعتیاد جنسی (۳/۵۳۸-) معنادار بود.

بحث

نتایج پژوهش حاکی بر آن بود که بین گروه‌های اختلالات بدشکلی بدن، بی‌اشتهایی عصبی، خودبیمارانگاری، اختلال کنترل تکانه، اختلال کندن مو و پوست و اعتیاد جنسی و افراد سالم از رفتارهای تکانشی و ابعاد تکانشگری تفاوت معنادار وجود دارد.

در واقع این یافته تأییدی است بر طیف طبقه‌بندی هولندر، که بر علیه طبقه‌بندی جدید به مخالفت برخاسته است. مبنای استفاده از این رویکرد طیفی که توسط هولندر صورت گرفت: (۱) علامت شناسی (شباهت وسواس با تیک و تورنت؛ ۲) همبودی؛ (۳) تاریخچه خانوادگی؛ (۴) درگیری مدارهای مغزی و (۵) پاسخ به درمان بود که در این طیف مشترک است.

اختلال بدشکلی بدن نوعی اشتغال ذهنی و نگرانی شدید درباره یک نقص جزئی یا خیالی در ظاهر است که با اختلال در کارکرد اجتماعی، شغلی و سایر جنبه‌های زندگی همراه است، شیوع این اختلال در جمعیت عمومی ۱٪ تا ۳٪ گزارش شده، اما شیوع واقعی این اختلال بیشتر است زیرا اکثر بیماران تمایل دارند علائم خود را مخفی کنند و ممکن است هرگز به پزشک مراجعه نکنند [۱].

در چهارمین اختلال شایع روانپزشکی، اختلال بدشکلی بدن، یکی از اختلالات طیف وسواسی جبری محسوب می‌گردد که مهم‌ترین تفاوت آن با اختلال وسواسی-جبری در متفاوت بودن ناحیه تمرکز وسواس و اجبار است [۸]، مطالعات متعددی نشان دادند میزان ابتلا به اختلال وسواس جبری و فوبیای اجتماعی در مبتلایان به اختلال بدشکلی بدن به طور معنی داری بیشتر است و از جمله دلایل هولندر برای طبقه بندی جدید وجود این تشابه بوده است.

اختلالات خورد و خوراک، اختلال دیگری است که در DSMIV اختلالات خوردن نامیده می‌شدند، این اختلال

یکی از محدودیت‌های عمده این پژوهش روش نمونه‌گیری در دسترس بود، عاملی که تعمیم یافته‌های پژوهش را محدود می‌کند. در آینده مطالعاتی با نمونه‌های بزرگتر و تصادفی می‌تواند این کاستی را جبران کند. از دیگر محدودیت نبود پژوهش‌های قبلی انجام شده است که این نقص و محدودیت در واقع نقطه قوت این پژوهش نیز محسوب می‌شود چرا که به دلیل تازگی موضوع در ایران و خارج از کشور پژوهشی تحت این موضوع و بررسی مقایسه طیف هولاندر صورت نگرفته بود.

تشکر و قدردانی

نویسندگان مقاله وظیفه خود می‌دانند از تمامی شرکت کنندگان در پژوهش و از جناب آقای دکتر آذرخش مکرری به خاطر دادن پیشنهاد پژوهشی کمال سپاسگزاری را داشته باشند.

References

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-I Original Edition: Editorial Benei Noaj; 2008.
2. Neziroglu F, Khemlani-Patel S, Yaryura-Tobias JA. Rates of abuse in body dysmorphic disorder and obsessive-compulsive disorder. *Body Image*. 2006;3(2):189-93. DOI: [10.1016/j.bodyim.2006.03.001](https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2006.03.001) PMID: [18089222](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18089222/)
3. Halgin RP, Whitbourne SK. *Abnormal Psychology: Clinical Perspectives on Psychological Disorders*: McGraw-Hill; 2007.
4. Zamani N, Ahmadi V, Ataei Moghanloo V, Mirshekar S. Comparing the Effectiveness of two Therapeutic Methods of Dialectical Behavior Therapy and Cognitive Behavior Therapy on the Improvement of Impulsive Behavior in the Patients Suffering from Major Depressive Disorder (MDD) Showing a Tendency to Suicide. *J Ilam Uni Med Sci*. 2014;22(5):45-54.
5. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry:

وسواسی جبری، سابقه بیش‌فعالی در کودکی، یادگیری از خانواده، تأثیر الگوهای رسانه‌ای، مصرف الکل و مواد به عنوان عوامل مرتبط نام برد و درمان رایج این اختلال مانند درمان‌های رایج اختلالات وسواسی و اختلال وسواسی جبری است. اختلال کندن مو، این حالت یک اختلال تکانشی است که در آن فرد موهای سر، ابرو، مژه و سایر قسمت‌های بدن خود را می‌کند به طوری که ناحیه‌ای بدون مو ایجاد می‌شود. رفتار تکانشی به صورتی است که فرد بر اثر یک عامل برنگیزاننده به طور ناخودآگاه به سمت رفتار خاص (کندن مو) سوق پیدا می‌کند و با انجام آن عمل از تنش فرد کاسته می‌شود، این ناراحتی با نشانه‌های دیگری از قبیل هیجان، افسردگی و اختلال وسواس اجباری یا سندروم تورث همراه است که به همین دلیل می‌گوییم ماهیت اضطرابی و وسواسی دارد.

- Wolters Kluwer Health; 2011.
6. Zamani N, Farhadi M, Jamilian HR, Habibi M. Effectiveness of Dialectical Behavior group Therapy on Expulsive Anger. *J Arak Uni Med Sci*. 2015;18(101):35-44.
 7. Barratt ES, Stanford MS, Kent TA, Felthous A. Neuropsychological and cognitive psychophysiological substrates of impulsive aggression. *Biol Psychiatry*. 1997;41(10):1045-61. PMID: [9129785](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9129785/)
 8. Ekhtiari H, Jangouk P, Jannati A, Sahraian M, Lotfi T, editors. Time perception in multiple sclerosis: Evidences for behavioral shift. *ACTRIMS Greece*; 2005; Greece.
 9. Sadock BJ. Inevitable suicide: a new paradigm in psychiatry. *J Psychiatr Pract*. 2012;18(3):221-4. DOI: [10.1097/01.pra.0000415080.51368.cf](https://doi.org/10.1097/01.pra.0000415080.51368.cf) PMID: [22617088](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22617088/)
 10. Whiteside SP, Lynam DR. The Five Factor Model and impulsivity: using a structural model of personality to understand impulsivity. *Personality and Individual Differences*. 2001;30(4):669-89. DOI: [10.1016/s0191-8869\(00\)00064-7](https://doi.org/10.1016/s0191-8869(00)00064-7)