

## *Prediction of Eating Disorders on the Basis of Alexithymia's Components*

Morteza Andalib Kourayem<sup>1</sup>,

Touraj Hashemi<sup>2</sup>,

Shahram Vahedi<sup>3</sup>

<sup>1</sup> PhD Student in Psychology, Faculty of Education and Psychology, Tabriz University, Tabriz, Iran

<sup>2</sup> Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, Tabriz University, Tabriz, Iran

<sup>3</sup> Associate Professor, Department of Educational Psychology, Faculty of Education and Psychology, Tabriz University, Tabriz, Iran

(Received July 24, 2013 ; Accepted February 4, 2014)

### **Abstract**

**Background and purpose:** Eating disorders are groups of mental disorders caused by several factors that result in different problems for patients and their families. This study investigated the prediction of eating disorders on the basis of alexithymia's components.

**Material and Methods:** The research population included 234 people attending Tehran's health houses, chosen through sampling method. For data collection, Ahwaz eating disorders scale and Toronto alexithymia scale were used. Data was analyzed using descriptive statistics and regression analysis in SPSS ver.21.

**Results:** The results showed that alexithymia's components significantly predict anorexia nervosa, bulimia nervosa and total eating disorders scale. In anorexia nervosa and total score of eating disorders, the role of difficulty in identifying feeling and externally oriented thinking were significant, also in prediction of bulimia nervosa only difficulty identifying feelings had a significant role.

**Conclusion:** The results of current study can be used for better understanding on characteristics of patients with eating disorder.

**Keywords:** Anorexia nervosa, bulimia nervosa, eating disorder, alexithymia

## پیش بینی اختلالات خوردن بر اساس مولفه های آلکسی تایمیا

مرتضی عندلیب کورایم<sup>۱</sup>تورج هاشمی<sup>۲</sup>شهرام واحدی<sup>۳</sup>

## چکیده

**سابقه و هدف:** اختلالات خوردن گروهی از بیماری‌ها هستند که از عوامل مختلفی ناشی شده و مشکلات قابل توجهی را در مبتلایان و اطرافیان آنها موجب می‌شود. از این رو پژوهش حاضر در پی بررسی ارتباط بین مؤلفه‌های آلکسی تایمیا و اختلالات خوردن می‌باشد.

**مواد و روش‌ها:** بدین منظور ۲۳۴ نفر از افراد مراجعه کننده به خانه‌های سلامت شهرداری تهران به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزار مورد استفاده در پژوهش حاضر، دو پرسشنامه اختلالات خوردن اهواز و مقیاس آلکسی تایمیا تورنتو (TAS-20) می‌باشد. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS 21 با روش‌های آماری توصیفی و تحلیل رگرسیون چندگانه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته‌ها:** نتایج پژوهش نشان داد که مؤلفه‌های آلکسی تایمیا قادر به پیش‌بینی معنی دار تغییرات بی‌اشتهایی روانی، پراشتهایی روانی، و مقیاس کلی اختلالات خوردن می‌باشد. در مورد پیش‌بینی معنی‌دار هر یک از خرده مقیاس‌های آلکسی تایمیا، نتایج نشان داد که در بی‌اشتهایی روانی و مقیاس کلی اختلالات خوردن خرده مقیاس دشواری در تشخیص احساسات و تفکر برون‌مدار نقش معنی‌دار داشتند، هم‌چنین در پراشتهایی روانی فقط نقش دشواری در تشخیص احساسات معنی‌دار بود.

**استنتاج:** یافته‌های این پژوهش می‌تواند به درک بهتر ویژگی‌های بیماران مبتلا به اختلالات خوردن کمک کند.

**واژه های کلیدی:** بی‌اشتهایی روانی، پراشتهایی روانی، اختلال خوردن، آلکسی تایمیا

## مقدمه

که غذاهای متنوع به وفور در آنها یافت می‌شود، دیده می‌شود. زنان به‌ویژه، مورد تهاجم فزاینده‌ای از این شعارهای معمول و غیر معمول «هرچه لاغرتر بهتر» قرار دارند. از نظر آماری ۹۰ درصد افرادی که مبتلا به اختلالات خوردن هستند را زنان تشکیل می‌دهند (۱).

افراد در گذر از مراحل رشدی خود با چالش‌هایی مانند بیماری‌ها و مشکلات روانی مواجهه می‌شوند. از جمله این مشکلات می‌توان به اختلالات خوردن اشاره کرد که انواع مختلفی دارد. افراد معمولاً در دوران نوجوانی به این بیماری‌ها مبتلا می‌شوند. اختلالات خوردن در تمام دنیا به‌خصوص در جوامع صنعتی غرب

mortezaandalib65@gmail.com E-mail:

**مؤلف مسئول:** مرتضی عندلیب - تبریز: دانشگاه تبریز، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، گروه روانشناسی

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

۲. دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

۳. دانشیار، روان‌شناسی تربیتی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

© تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۵/۲ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۳۹۲/۱۰/۲۳ تاریخ تصویب: ۱۳۹۲/۱۱/۱۵

مطالعات گوناگونی آلکسی تایمیا<sup>۱</sup> را در بیماران مبتلا به بی‌اشتهای روانی مورد بررسی قرار داده‌اند و با استفاده از روش‌های مختلف به نتایج متفاوت و گاه متناقضی دست یافتند (۲). Minuchin و همکاران این موضوع را مطرح کرده‌اند که بی‌اشتهایی روانی نمونه‌ای از بیماری‌های روان‌تنی است (۳). برای نخستین بار اصطلاح آلکسی تایمیا برای توصیف ویژگی شخصیتی بیماران روان‌تنی به کار رفت (۴) به نظر می‌رسد افراد آلکسی تایمیک، در گفتار و تفکر بسیار عینی هستند و تخیل بسیار فقیری دارند (۵). هم‌چنین آلکسی تایمیا را به عنوان یک مکانیسم دفاعی در برابر گرفتاری‌های هیجانی و درد در سوء مصرف کنندگان مواد (۶) و افراد مبتلا به بیماری جسمانی شدید مطرح کرده‌اند.

از سویی، دشواری در شناسایی و تشخیص هیجانات و احساسات درونی با سیری و گرسنگی در ارتباط است (۷) آگاهی درونی به طور قابل توجهی با آلکسی تایمیا که دارای یک ساخت چند وجهی است در ارتباط است. در این راستا، پژوهش‌ها نشان داده‌اند که میزان شیوع آلکسی تایمیا در بی‌اشتهایی عصبی ۲۳ تا ۷۷ درصد و در پراشتهایی عصبی ۲۴ تا ۶۲/۵ درصد است (۸).

در مقیاس آلکسی تایمیا تورنتو<sup>۲</sup> (TAS) بیماران بی‌اشتهای روانی نسبت به گروه کنترل بیش‌تر آلکسی تایمیک بودند، ولی در مقایسه با بیماران مبتلا به اختلالات خوردن نمرات آلکسی تایمیا کم‌تری کسب کردند (۲) در یک مطالعه که از برخی از شاخص‌های رورشاخ و پرسشنامه شخصیتی چند وجهی مینه سوتا<sup>۳</sup> (MMPI) استفاده شد، بیماران مبتلا به بی‌اشتهایی روانی از بیماران نوروتیک متفاوت نبودند (۹). بیش‌ترین تأکید ادبیات نظری و پژوهشی اختلالات خوردن، روی ارتباط آسیب‌شناسی خوردن و هیجانات است. نظریه‌ها، اختلالات خوردن را با دشواری در درک و نام‌گذاری احساسات درون-بدنی مرتبط با هیجانات در ارتباط

دانسته (۱۰) و افراد مبتلا به اختلالات خوردن را افراد دارای هیجانات قوی و پراشگر توصیف کرده‌اند (۱۱). بیماران مبتلا به پراشتهایی روانی اغلب در مقابل استرس با پرخوری و استفراغ پاسخ می‌دهند، ولی یافتن ارتباط بین رفتار آن‌ها و علل هیجانی دشوار است (۱۲). این مورد نشان می‌دهد که احتمالاً آلکسی تایمیا در آسیب‌شناسی روانی این بیماران نقش دارد.

یافته‌های دو مطالعه موردی نشانگر آن است که پراشتهایی روانی و آلکسی تایمیا می‌توانند با هم رخ دهند و دو مطالعه تجربی دیگر نیز اشاره کرده‌اند که احتمالاً ارتباط آلکسی تایمیا و اختلالات خوردن در اثر نقش بیماران پراشتهای روانی می‌باشد ولی این موضوع را به روشنی تشریح نکرده‌اند (۱۳) و یافته‌های مطالعه دیگری حاکی از آن است که افراد چاق نسبت به افراد با وزن نرمال، احتمالاً نمرات بالاتری در آلکسی تایمیا کسب می‌کنند. نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که آلکسی تایمیا یکی از ویژگی‌های افراد مبتلا به چاقی می‌باشد. در این مطالعه ۹۵ فرد با اضافه وزن متوسط و مرضی، با گروه کنترل (دارای وزن متوسط)، مقایسه شدند نتایج نشان داد که افراد با اضافه وزن نسبت به گروه کنترل دارای درجات بالایی از آلکسی تایمیا بودند (۱۴). نتایج مطالعه دیگری که روی ۱۷۳ آزمودنی مبتلا به اختلالات خوردن انجام گرفته بود، نشان داد که این افراد نسبت به گروه کنترل درجات بالاتری از آلکسی تایمیا را دارا هستند (۱۵).

DeGroot و همکاران آزمودنی‌های پرخور را مورد بررسی قرار دادند و به این نتیجه رسیدند که هم قبل از درمان و هم پس از درمان افراد پراشتهای روانی نسبت به گروه کنترل بدون اختلالات خوردن نمرات بالاتری در آلکسی تایمیا کسب کردند. این آزمودنی‌ها در تشخیص احساسات و نشانه‌های مرتبط با دوره‌های پرخوری/پاک‌سازی دچار مشکل بودند (۱۶).

1. Alexithymia  
2. Toronto Alexithymia Scale  
3. Minnesota Multiphasic Personality Inventory

ضرایب آلفای کرونیباخ برای آلکسی تایمیی کل و سه زیر مقیاس دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر برون‌مدار را به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۲، ۰/۷۵ و ۰/۷۲ گزارش کرد که نشانه همسانی درونی خوب مقیاس است (۱۸) محمد اعتبار کل مقیاس را با استفاده از روش دو نیمه کردن و آزمون مجدد ۰/۷۴ و ۰/۷۲ و روایی مقیاس را ۰/۸۵ به دست آورده است (۱۹).

#### مقیاس اختلالات تغذیه‌ای/اهواز

این پرسشنامه توسط شریفی فرد در سال ۱۳۷۷ (۲۰) با تحلیل عوامل پرسشنامه عادات غذا خوردن Cocker و همکار (۲۱) ساخته شده است. این مقیاس دارای ۳۱ آیت می‌باشد که آزمودنی‌ها به پرسش‌ها به صورت درست و نادرست پاسخ می‌دهند. این پرسشنامه دو عامل را می‌سنجد، بخش اول بی‌اشتهایی روانی را می‌سنجد که دارای ۲۲ آیت است و بخش دوم پراشتهایی روانی را می‌سنجد و شامل ۹ آیت است. ضریب پایایی از طریق آلفای کرونیباخ برای کل مقیاس ۰/۸۰، بخش اول ۰/۶۸ و بخش دوم ۰/۵۵ بود. ضرایب پایایی بازآزمایی بعد از یک ماه برای کل مقیاس ۰/۸۶، بخش اول ۰/۸۴ و بخش دوم ۰/۸۰ به دست آمد (۲۰). مامی در سال ۱۳۸۴، پایایی این پرسشنامه را با دو روش آلفای کرونیباخ و دو نیمه کردن به ترتیب برابر با ۰/۷۵ و ۰/۷۰ گزارش کرده است (۲۲).

### یافته‌ها

ویژگی‌های دموگرافیک آزمودنی‌ها در جدول شماره ۱ آمده است.

جدول شماره ۱: ویژگی‌های دموگرافیک آزمودنی‌ها

تعداد	جنسیت	تاهل
۵۷	مرد	
۱۷۷	زن	
۸۱	مجرد	تاهل
۱۵۳	متاهل	

با توجه به مطالب ذکر شده، هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه آلکسی تایمیا با اختلالات خوردن می‌باشد، به عبارت دیگر این پژوهش در صدد بررسی پیش‌بینی تغییرات اختلالات خوردن بر اساس مؤلفه‌های آلکسی تایمیا است.

### مواد و روش‌ها

این پژوهش از نوع پژوهش‌های توصیفی-همبستگی است که در آن ارتباط اختلالات خوردن با مؤلفه‌های آلکسی تایمیا و هم‌چنین پیش‌بینی این اختلالات و خرده انواع آن با استفاده از مؤلفه‌های آلکسی تایمیا مورد بررسی قرار گرفت. جامعه آماری پژوهش حاضر را افراد مراجعه کننده به خانه‌های سلامت شهرداری مناطق ۱۵، ۱۶ و ۱۹ تهران تشکیل دادند که از بین آن‌ها با روش نمونه‌گیری در دسترس ۲۳۴ نفر (۵۷ مرد و ۱۷۷ زن؛ ۸۱ مجرد و ۱۵۳ متأهل؛ با میانگین سنی ۲۹/۲۴ و انحراف معیار ۵/۵۶) انتخاب شدند. پس از انتخاب آزمودنی‌ها، توضیحاتی با رعایت اصول اخلاق پژوهش، جهت تکمیل پرسشنامه‌ها ارائه شد. داده‌ها به دست آمده با روش همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چند گانه مورد بررسی قرار گرفت.

#### ابزار

مقیاس آلکسی تایمیی تورنتوی ۲۰ آیتی (TAS-20):

این مقیاس در سال ۱۹۸۶ توسط Taylor ساخته شد و توسط Bagby و همکاران در سال ۱۹۹۴ مورد تجدیدنظر قرار گرفت (۱۷). این مقیاس شامل ۲۰ ماده در سه زیر مقیاس: دشواری در تشخیص احساسات (۷ ماده)، دشواری در توصیف احساسات (۵ ماده) و تفکر برون‌مدار (۸ ماده) می‌باشد. در این مقیاس نمره بالاتر نشان دهنده آلکسی تایمیا بالاتر می‌باشد. ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس آلکسی تایمیی تورنتو-۲۰ در پژوهش‌های متعدد بررسی و تأیید شده است. بشارت در نسخه فارسی مقیاس آلکسی تایمیا تورنتو-۲۰ را تهیه و

جدول شماره ۲: نتایج توصیفی متغیرهای پژوهشی

متغیر/شاخص	میانگین	انحراف معیار	تعداد
بی‌اشتهایی روانی	۶/۳۲	۳/۴۶	۲۳۴
پراشتهایی روانی	۲/۵۵	۱/۸۸	۲۳۴
اختلال خوردن کل	۸/۸۷	۴/۱۴	۲۳۴
دشواری در تشخیص احساسات	۱۹/۷۰	۳/۹۵	۲۳۴
دشواری در توصیف احساسات	۱۵/۰۵	۲/۸۳	۲۳۴
تفکر برون مدار	۲۶/۷۶	۳/۴۲	۲۳۴
آلکسی تایمیا کل	۶۱/۵۲	۸/۱۲	۲۳۴

بی‌اشتهایی روانی را به طور معنی‌دار پیش‌بینی می‌کنند. در معادله دوم نتایج این جدول نشان می‌دهند که متغیرهای پیش‌بین با متغیر پراشتهایی روانی دارای همبستگی ۰/۳۹ بوده که ضریب تعیین این همبستگی برابر با ۰/۱۵ می‌باشد. مقدار F مشاهده شده در این معادله برابر است با ۱۳/۵۳ که در سطح  $p < 0/001$  معنی‌دار می‌باشد. بنابراین متغیرهای پیش‌بین، ۱۵ درصد از تغییرات مربوط به پراشتهایی روانی را پیش‌بینی می‌کند.

جدول شماره ۴: پیش‌بینی اختلالات روانی براساس رگرسیون چندگانه مؤلفه‌های آلکسی تایمیا

متغیر ملاک	R	R <sup>2</sup>	F	DF <sub>1</sub>	DF <sub>2</sub>	P value
بی‌اشتهایی روانی	۰/۴۴	۰/۱۹	۱۸/۰۲	۳	۲۳۰	۰/۰۰۱
پراشتهایی روانی	۰/۳۹	۰/۱۵	۱۳/۵۳	۳	۲۳۰	۰/۰۰۱
اختلال خوردن کل	۰/۴۹	۰/۲۴	۲۴/۵۱	۳	۲۳۰	۰/۰۰۱

متغیرهای پیش‌بین: دشواری در تشخیص احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر برون مدار

ماتریس همبستگی مربوط به متغیرهای پژوهش در جدول شماره ۳ آمده است. نتایج این جدول نشان می‌دهد که به استثنای ارتباط پراشتهایی روانی با بی‌اشتهایی روانی و تفکر برون مدار، سایر متغیرها با یکدیگر همبستگی مثبت معنی‌دار دارند ( $p < 0/01$ ).

جدول شماره ۳: ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهشی

متغیر	(۱)	(۲)	(۳)	(۴)	(۵)	(۶)	(۷)
بی‌اشتهایی روانی (۱)	۱						
پراشتهایی روانی (۲)	۰/۱۲	۱					
اختلال خوردن کل (۳)	*۰/۸۹	*۰/۵۶	۱				
دشواری در تشخیص احساسات (۴)	*۰/۳۵	*۰/۳۷	*۰/۴۶	۱			
دشواری در توصیف احساسات (۵)	*۰/۳۰	*۰/۱۷	*۰/۳۳	*۰/۶۰	۱		
تفکر برون مدار (۶)	*۰/۳۶	*۰/۰۴	*۰/۳۲	*۰/۳۷	*۰/۳۷	۱	
آلکسی تایمیا (۷)	*۰/۴۳	*۰/۲۶	*۰/۴۸	*۰/۸۵	*۰/۸۰	*۰/۸۳	۱

\* $P < 0/01$

معادله سوم بیانگر این مطلب است که متغیرهای پیش‌بین با اختلال خوردن کل دارای همبستگی مثبت و ضریب تعیین قابل قبولی می‌باشد ( $R^2 = 0/24$ ;  $R = 0/49$ ). مقدار F مشاهده شده در این معادله برابر است با ۲۴/۵۱، که این مقدار در سطح  $p < 0/001$  معنی‌دار است و در این معادله نیز متغیرهای پیش‌بین ۲۴ درصد از تغییرات اختلال خوردن کل را پیش‌بینی می‌کنند. در ادامه به منظور بررسی نقش هر یک از متغیرهای پیش‌بین در تبیین متغیر ملاک از ضریب  $\beta$  استفاده شده است که نتایج آن برای هر معادله در جدول شماره ۵ آمده است.

جدول شماره ۵: پیش‌بینی اختلالات خوردن بر اساس متغیرهای

متغیر ملاک	متغیرهای پیش‌بین/منابع تغییر	B	Beta	t	P value
بی‌اشتهایی روانی	دشواری در تشخیص احساسات	۰/۱۹	۰/۲۱	۲/۸۰	۰/۰۰۶
	دشواری در توصیف احساسات	۰/۱۰	۰/۰۸	۱/۱۱	۰/۲۶۶
	تفکر برون مدار	۰/۲۵	۰/۲۵	۳/۸۳	۰/۰۰۱
پراشتهایی روانی	دشواری در تشخیص احساسات	۰/۲۱	۰/۴۴	۵/۶۳	۰/۰۰۱
	دشواری در توصیف احساسات	-۰/۲۳	-۰/۱۵	-۰/۶۰	۰/۵۴۹
	تفکر برون مدار	۰/۰۶	-۰/۱۰	-۱/۵۶	۰/۱۲۰
اختلال خوردن کل	دشواری در تشخیص احساسات	۰/۳۹	۰/۳۷	۵/۱۲	۰/۰۰۱
	دشواری در توصیف احساسات	۰/۰۷	۰/۰۵	۰/۶۰	۰/۶۹۴
	تفکر برون مدار	۰/۱۹	۰/۱۶	۲/۵۶	۰/۰۱۱

در ادامه به منظور پیش‌بینی اختلالات خوردن با استفاده از مؤلفه‌های آلکسی تایمیا، پس از بررسی پیش‌فرض‌های تحلیل رگرسیون، مؤلفه‌های آلکسی تایمیا به عنوان متغیرهای پیش‌بین و بی‌اشتهایی روانی، پراشتهایی روانی و اختلال خوردن کل هر یک در معادله‌هایی جداگانه به عنوان متغیر ملاک وارد معادله رگرسیون چندگانه شدند که نتایج در جدول شماره ۴ نشان داده شده است. قابل ذکر است که مقیاس کل آلکسی تایمیا به دلیل داشتن هم‌خطی بالا با سایر متغیرهای پیش‌بین از معادله رگرسیون خارج شد.

براساس معادله اول، نتایج جدول شماره ۴ بیانگر آن است که همبستگی متغیرهای پیش‌بین با متغیر بی‌اشتهایی روانی حدود ۰/۴۴ بوده و ضریب تعیین این متغیرها برابر با ۰/۱۹ است این میزان همبستگی و ضریب تعیین با  $F = 18/02$  در سطح  $p < 0/01$  معنی‌دار است. بنابراین مؤلفه‌های آلکسی تایمیا ۱۹ درصد از تغییرات اختلال

هم سو می باشد. به نظر می رسد افراد مبتلا به بی اشتهاهی روانی در تشخیص احساس سیری از گرسنگی دچار مشکل هستند و به ندرت قادر به تمایز احساسات بدنی از هیجانان خود هستند (۲۵).

در مورد ارتباط پراشتهایی روانی با مؤلفه های آلکسی تایمیا، نتایج نشان داد که این یافته با نتایج پژوهش Sasai و همکاران که ارتباط معنی داری بین پرخوری روانی و آلکسی تایمیا به دست نیاوردند (۸) ناهم سو می باشد. در تبیین این یافته می توان گفت که افراد پراشته از اضافه وزن می ترسند، ولی در تشخیص تناسب وزن خود دچار اشتباه می شوند و خواهان کاهش وزن هستند و از اندام و شکل بدن خود ناراضی هستند ولی در بیش تر موارد توانایی کنترل خود را ندارند و این خود باعث نگرانی و دلهره همیشگی آنها می شود و این سبب می شود که آنها به جای استفاده از راه حل های مسأله مدار از راه حل های هیجان مدار استفاده کنند و رو به سوی رفتارهای پرخوری بیاورند، که این مورد نیز خود موجب تشدید اضطراب شده و سبب می شود برای کاهش اضطراب در این وهله اقدام به جبران رفتارهای پرخورانه کنند. هم چنین افراد مبتلا به آلکسی تایمیا توانایی محدودی در برخورد با رویدادهای جدید و عموماً استرس آمیز دارند، این امر ممکن است با تشدید برانگیختگی همراه شود (۲۶)؛ زمانی که فرد آلکسی تایمیک در موقعیت جدیدی قرار بگیرد، به دلیل استرس وارده در خود فرو رفته و تنها چیزی که احساس کنترل بر آن می کنند همین رفتار تغذیه ای است که احتمالاً با پرخوری این استرس را از خود دور می کنند.

در مورد ارتباط مؤلفه های آلکسی تایمیا با نمره کل اختلالات خوردن، نتایج این مطالعه هم سو با پژوهش De Berardis و همکاران (۲۷) می باشد که در آن ارتباط آلکسی تایمیا با اختلالات خوردن روی ۲۵۴ زن عادی مورد بررسی قرار گرفت. علاوه بر این، این پژوهش هم جهت با اظهارات De Groot & Rodin (۲۸) است مبنی بر این که افراد مبتلا به اختلالات خوردن به دنیای

ضرایب  $\beta$  در جدول فوق نشان می دهند که در معادله اول دشواری در تشخیص احساسات و تفکر برون مدار به طور معنی داری قادر به تبیین تغییرات بی اشتهاهی روانی هستند ( $p < 0/01$ ). در مورد تبیین پراشتهایی روانی نیز فقط دشواری در تشخیص احساسات قادر به تبیین معنی دار تغییرات پراشتهایی روانی می باشد. ضرایب  $\beta$  در معادله سوم نشان می دهد که دشواری در تشخیص احساسات در سطح معنی داری  $p < 0/01$  و تفکر برون مدار در سطح معنی داری  $p < 0/05$  قادر به تبیین معنی دار اختلال خوردن کل می باشند.

## بحث

نتایج پژوهش نشان داد که به استثنای ارتباط تفکر برون مدار با پراشتهایی روانی، مؤلفه های آلکسی تایمیا به طور معنی دار با بی اشتهاهی روانی، پراشتهایی روانی و اختلال خوردن کل در ارتباط می باشند. علاوه بر این نتایج نشان داد که بی اشتهاهی عصبی به طور معنی دار توسط مؤلفه های آلکسی تایمیا پیش بینی می شود که در این بین دو مؤلفه دشواری در تشخیص احساسات و تفکر برون مدار دارای سهم تبیینی معنی داری می باشند. در مورد پراشتهایی روانی نیز نتایج نشانگر پیش بینی معنی دار این متغیر توسط مؤلفه های آلکسی تایمیا می باشد. در این مورد نیز فقط سهم مؤلفه دشواری در تشخیص احساسات در تبیین پراشتهایی روانی معنی دار است. نتایج تحلیل رگرسیون نیز نشان داد که سهم مؤلفه های دشواری در تشخیص احساسات و تفکر برون مدار در تبیین تغییرات اختلال خوردن کل معنی دار می باشد.

یافته اول پژوهش در مورد پیش بینی بی اشتهاهی روانی توسط مؤلفه های آلکسی تایمیا با نتایج پژوهش Wheeler و همکاران (۲۳) که نشانگر عدم ارتباط بی اشتهاهی روانی با آلکسی تایمیا بود ناهم سو بوده ولی با نتایج پژوهش های Pascual و همکاران (۲۴)، DeGroot و همکاران (۱۶) و Schmidt و همکاران (۱۵)

هیجانی و احساسی خود دسترسی اندکی دارند. هم چنین این یافته با پژوهش Quinton & Wagner (۲۹) ناهمسو است که با استفاده از پرسشنامه EAT-26 دریافتند که آلکسی تایمیا قادر به پیش بینی نمره کلی اختلال خوردن نمی باشد.

Nowakowski و همکاران (۳۰) اظهار می دارند که افراد مبتلا به اختلالات خوردن دارای سطوح بالای آلکسی تایمیا، به ویژه دشواری در تشخیص و توصیف احساساتشان هستند. چندین مدل وجود دارد که مطرح می کنند افراد درگیر با اختلالات خوردن هیجانان خود را غیر قابل قبول و ترسناک می پندارند و ممکن است نشانه های اختلال خوردن به عنوان روشی برای اجتناب یا کنار آمدن با احساساتشان ایجاد شده باشد.

Ruggiero و همکاران (۳۲) معتقدند که ارتباط آلکسی تایمیا با اختلالات خوردن یک ارتباط مستقیم نیست و در این زمینه به نقش کمال گرایی اشاره کرده اند، به این گونه که آلکسی تایمیا ریسک کمال گرایی را افزایش می دهد و این کمال گرایی است که به طور مستقیم میزان ابتلا به اختلالات خوردن را افزایش می دهد.

عدم پیش بینی اختلال خوردن توسط دشواری در بیان احساسات و پیش بینی آن توسط تفکر برون مدار با پژوهش های پیشین در تضاد قرار می گیرد، بسیاری از پژوهش ها در این زمینه نشان داده اند که این افراد در بیان احساسات خود دچار مشکل هستند (۳۲). در ادبیات مربوط به بررسی آلکسی تایمیا این مؤلفه به عنوان سبک تفکر سودمند گرا مطرح شده است. به نظر می رسد این مؤلفه به عنوان ویژگی شخصیتی شناخته شده است که به راحتی با خلق تغییر نمی کند (۲۷). در این زمینه برخی از پژوهش ها این موضوع را مطرح ساخته اند که آلکسی تایمیا به جای این که با خود اختلالات خوردن ارتباط داشته باشد با عوامل روان شناختی این اختلالات در ارتباط است (۳۳) به این ترتیب که احتمالاً با اظهارات هیجانی در ارتباط است و اظهارات هیجانی به طور

معکوس با نارضایتی جسمانی مرتبط است (۳۴) و این نارضایتی جسمانی است که به طور مستقیم با اختلالات خوردن در ارتباط بوده و هسته اصلی اختلالات خوردن محسوب می شود (۳۵).

Andersen (۳۶) معتقد است که یکی از مؤلفه های اصلی آلکسی تایمی، یعنی دشواری در تشخیص حالات احساسی از حس های تنی که از عناصر دشواری در تشخیص احساسات می باشد، به طور قوی تری در بیماران مبتلا به اختلال خوردن نمود دارد و تبیین این نمود می تواند این باشد که این افراد احتمالاً به طور باور نکردنی و عمیق از رویارویی با هیجانان درونی شان ناتوان هستند. دشواری در تشخیص احساسات احتمالاً موجب تفسیر اشتباه جنبه های ادراکی و رفتاری بدن می شود (۲۷) و احتمالاً همین تفسیر اشتباه نقشی را در اختلال خوردن ایفا می کند. هم چنین احتمالاً دشواری در تشخیص احساسات، موجب کاهش ظرفیت بیماران مبتلا به اختلال خوردن در زمینه انطباق با موقعیت های استرس آمیز می شود (۳۷). چنین موقعیت هایی موجب جریانی از هیجان ها می شود که افراد آلکسی تایمیک با شاخص های جسمانی بیش تر از نشانه های شناختی و هیجانی به آن واکنش نشان می دهند (۳۸). در زمینه ارتباط جداگانه پراشتهایی عصبی و بی اشتهایی عصبی با مؤلفه های آلکسی تایمیا، چندین پژوهش با این یافته هم سو می باشد (۳۹).

پژوهش حاضر همانند پژوهش های پیشین، حاکی از پیش بینی معنی دار اختلالات خوردن بر اساس مؤلفه های آلکسی تایمیا می باشد که در موقعیت های کلینیکی به منظور درک بهتر بیماران مبتلا به اختلالات خوردن می تواند مورد استفاده قرار گیرد. ولی در این میان باید به این نکته توجه شود که مؤلفه های آلکسی تایمیا تنها بخش اندکی از واریانس اختلالات خوردن را پیش بینی می کند و متغیرهای دیگری نیز در این بین می توانند نقش تأثیر گذاری داشته باشند.

عمیق تر متغیرها، پژوهش مشابهی روی بیماران مبتلا به اختلالات خوردن نیز انجام گیرد.

این پژوهش روی گروهی از آزمودنی‌های نرمال انجام گرفته است لذا پیشنهاد می‌شود به منظور بررسی

## References

1. Razmgiri V. eating disorders. Tehran: Fourughe Azadi; 2006 (Persian).
2. Bourke MP, Taylor GJ, Parker JD, Bagby RM. Alexithymia in women with anorexia nervosa. A preliminary investigation. Br J Psychiatry 1992; 161(2): 240-243.
3. Minuchin S, Rosman BL, Baker L. Psychosomatic Families. Anorexia Nervosa in Context. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1978.
4. Sifneos PE. Short-Term Psychotherapy and Emotional Crisis. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1972.
5. Lesser IM. Alexithymia. N Engl J Med 1985; 312: 690-692.
6. Haviland MG, Shaw DG, Cummings MA, MacMurray JP. Alexithymia: subscales and relationship to depression. Psychother Psychosom 1988; 50: 164-170.
7. Bruch H. awareness and individuation. In: Eating disorders: obesity, anorexia nervosa, and the person within. Bruch H, (ed). New York: Basic Books, Inc; 1973. p. 44-65.
8. Sasai K, Tanaka K, Hishimoto A. Alexithymia and its Relationships with Eating Behavior, Self Esteem, and Body Esteem in College Women. Kobe J Med Sci 2010; 56(6): 231-238.
9. Pierloot RA, Houben ME, Acke G. Are anorexia nervosa patients alexithymic? Acta Psychiatr Belg 1988; 88: 222-232.
10. Bruch H, Eating disorders: Obesity, anorexia nervosa, and the person within. New York: Basic Books; 1973.
11. Swift WJ, Letven R. Bulimia and the basic fault: A psychoanalytic interpretation of the bingeing-vomiting syndrome. Journal of the American Academy of Child Psychiatry 1984; 23: 489-497.
12. Davis MS, Marsh L. Self-love, self-control and alexithymia: narcissistic features of two bulimic adolescents. Am J Psychother 1986; 15: 224-232.
13. Engel K, Meier I. Clinical process studies on anxiety and aggressiveness affects in the inpatient therapy of anorexia nervosa. Psychotherapy and Psychosomatics 1988; 50: 125-133.
14. Legorreta G, Bull RH, Kiely MC. Alexithymia and symbolic function in the obese. Psychotherapy and Psychosomatics 1988; 50: 88-94.
15. Schmidt U, Jiwany A, Treasure J. A controlled study of alexithymia in eating disorders. Comprehensive psychiatry 1993; 34(1): 54-58.
16. De Groot JM, Rodin G, Olmstead MP. Alexithymia, depression, and treatment outcome in bulimia nervosa. Comprehensive Psychiatry 1995; 36(1): 53-60.
17. Bagby RM, Taylor GJ, Parker JDA. The Twenty- Item Toronto Alexithymia Scale II. Convergent discriminant, and concurrent validity. J Psychosom Res 1994; 38: 33-40.
18. Besharat MA. Relationship of personality dimension and alexithymia. Contemporary Psychology 2007; 2(2): 55-66 (Persian).
19. Mohammad S. Investigatin of personality traits of Ulcerative colitis patients and



- 
- comparison with normal subjects, Msc dissertation of psychiatric institute of Tehran 2001. (Persian).
20. Sharifi fard A. investigation the prevalence of eating disorders and it's correlation with self-esteem and depression in Ahvaz female students. Msc dissertation of Ahvaz Azad University 1998. (Persian)
21. Cocker S, Roger D. The construction and preliminary validation of a scale for measuring eating disorders. *J Psychosom Res* 1990; 34: 223-231.
22. Mami Sh. investigation the prevalence of eating disorders and it's correlation with depression, self-perception and self-esteem in Ilam female students. Msc dissertation of Ahvaz Azad University 2005. (Persian).
23. Wheeler K, Greiner P, Boulton M. Exploring Alexithymia, Depression, and Binge Eating in Self- Reported Eating Disorders in Women. *Perspectives in Psychiatric Care* 2005; 41(3): 114-123.
24. Pascual A, Etxebarria I, Cruz MS. Emotional differences between women with different types of eating disorders. *Int J Psychol Psychol Therapy* 2011; 11(1): 1-11.
25. Bruch H. Four decades of eating disorders. In: *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia*. Garner DM, Garfinkel PE, (eds). New York: Guilford Press; 1985. p. 7-18.
26. Porcelli P, Bagby RM, Taylor GJ, De Carne M, Leandro G, Todarello O. Alexithymia as predictor of treatment outcome in patients with functional gastrointestinal disorders. *Psychosom Med* 2003; 65(5): 911-918.
27. De Berardis D, Carano A, Gambi F, Campanella D, Giannetti Paola G, et al. Alexithymia and its relationships with body checking and body image in a non-clinical female sample. *Eat Behav* 2007; 8(3): 296-304.
28. De Groot JM, Rodin G. Coming alive: The psychotherapeutic treatment of patients with eating disorders. *Can J Psychiat* 1998; 43: 359-366.
29. Quinton S, Wagner HL. Alexithymia, ambivalence over emotional expression, and eating attitudes. *Pers Individ Differ* 2005; 38(5): 1163-1173.
30. Nowakowski ME, McFarlane T, Cassin S. Alexithymia and eating disorders: a critical review of the literature. *J Eat Dis* 2013; 1(21): 1-14.
31. Ruggiero GM, Scarone S, Marseno S, Bertelli S, Sassaroli S. The relationship between alexithymia and maladaptive perfectionism in eating disorders: a mediation moderation analysis methodology. *Eat Weight Disord* 2011, 16(3): 182-187.
32. Kent JS, Clopton JR. Bulimic women's perceptions of their family relationships. *J Clin Psychol* 1992; 48: 281-292.
33. Bydlowski S, Corcos M, Jeammet P, Paterniti S, Berthoz S, Laurier C, et al. Emotion-processing deficits in eating disorders. *Int J Eat Disorder* 2005; 37(4): 321-329.
34. Hayaki J, Friedman MA, Brownell KD. Emotional expression and body dissatisfaction. *Int J Eat Disorder* 2002; 31(1): 57-62.
35. Fairburn C, Cooper Z, Shafran R. Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A "transdiagnostic" theory and treatment. *Behav Res Ther* 2003; 41(4): 509-528.
36. Andersen AE. Anorexia nervosa and bulimia: A spectrum of eating disorders. *J Adolesc Health Care* 1988; 4: 15-21.

37. Parker JD, Taylor GJ, Bagby RM. Alexithymia: relationship with ego defense and coping styles. *Compr Psychiatry* 1998; 39: 91-98.
38. Lumley MA, Norman S. Alexithymia and health care utilization. *Psychosom Med* 1996; 58: 197-202.
39. Berthoz S, Perdereau F, Gokart N, Colcos M, Haviland MG. Observer-and self-rated alexithymia in eating disorders patients: Levels and correspondence among three measures. *J Psychosom Res* 2007; 62(3): 341-347.