

ارتباط نمایه توده بدنی (BMI) با ویژگی‌های روان‌شناختی (براساس MMPI-2) در مبتلایان به چاقی

مریم داوران (M.A)^۱ - *دکتر موسی کافی ماسوله (Ph.D)^۱ - دکتر محسن مداح (Ph.D)^۲ - سودابه ابراهیمی فرد (M.Sc)^۲ - شیوا داوران (B.S)^۴ -

رضا سلطانی شال (M.A)^۵ - کرامه ثاقبی سعیدی (M.A)^۶

*نویسنده مسئول: رشت، دانشگاه گیلان، دانشکده علوم انسانی، گروه روان‌شناسی

پست الکترونیک: mosakafie@yahoo.com

تاریخ دریافت مقاله: ۹۰/۷/۲۱ تاریخ پذیرش: ۹۰/۱۰/۲۸

چکیده

مقدمه: چاقی بیماری با آثار مخرب بر سلامت انسان است. به‌رغم اهمیت نقش عوامل روان‌شناختی در شکل‌گیری چاقی شناخت کمی از آنها وجود دارد.

هدف: ارزیابی ویژگی‌های روان‌شناختی افراد چاق

مواد و روش‌ها: مطالعه‌ای توصیفی بر ۱۱۳ نفر (۹۴ زن و ۱۹ نفر مرد) از افراد چاقی مراجعه‌کننده به کلینیک تغذیه شهر رشت به‌صورت نمونه‌گیری در دسترس و براساس نمایه توده بدنی ($BMI > 25 kg/m^2$)، با استفاده از پرسشنامه شخصیتی چند وجهی مینه‌سوتا (MMPI-2) انجام شد.

نتایج: میانگین سنی نمونه‌ها ۳۱ سال و دامنه BMI آنها ۲۵/۶۷ تا ۴۸/۵۵ بود. مقیاس خودبیمارانگاری در زنان و مردان چاق و مقیاس ضعف روانی در مردان چاق تا حدی برافراشته بود. نمایه توده بدنی با مقیاس‌های MMPI-2 همبستگی معنی‌دار نداشت.

نتیجه‌گیری: براساس مقیاس‌های MMPI-2 نمره روانی زنان و مردان چاق به‌نجار بود. از آنجایی که نمره T در مقیاس خودبیمارانگاری (Hs) در زنان و مقیاس‌های خودبیمارانگاری (Hs) و ضعف روانی (Pt) در مردان بیش از ۶۵ است، این نمونه‌ها در ابتلای به خودبیمارانگاری و اضطراب آسیب‌پذیرند.

کلید واژه‌ها: چاقی / شاخص توده بدن / ویژگی روان‌شناختی

مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان، دوره بیست‌ویکم شماره ۸۲، صفحات: ۱۵-۲۳

مقدمه

آمد (۶)، اما هنوز هم بعضی از پژوهشگران پیرو فرضیه "چاق خوشحال" هستند (۷). اگرچه هیچ سنخ شخصیتی چاق با استفاده از ابزارهای بالینی شناخته نشده‌است (۸)، بزرگسالان چاق به کنجکاوی، تکانشی بودن و ولخرجی، بی‌نظمی همراه با خودمحوری (Self-directedness) پایین‌گرایش دارند (۹). پژوهش‌های بسیار نشانگر ارتباط بین چاقی و بعضی اختلال‌های روانی بوده‌اند. سیمون (Simon) و همکاران ارتباط معنی‌داری بین چاقی و افسردگی اساسی، اختلال وحشت‌زدگی (Panic) و هراس از مکان‌های باز یافته‌اند (۶). در بسیاری از پژوهش‌ها بین چاقی و افسردگی همبستگی مثبت بدست آمده‌است (۵، ۶، ۱۰ و ۱۱). بعضی دیگر نیز دریافتند که چاقی با اختلال دوقطبی (۱۵-۱۲) اختلال استرس پس از سانحه (PTSD)، سوء‌مصرف مواد و گرایش به خودکشی (۱۶) ارتباط مثبت دارد.

چاقی فراوان‌ترین بیماری جامعه بشری است. سکنه قلبی، سکنه مغزی، انواع بدخیمی‌ها، دیابت، پرفشاری خون، سنگ‌های صفراوی و ناباروری در زنان از جمله بیماری‌هایی هستند که چاقی مستقیماً در پیدایش آنها نقش دارد. سازمان جهانی بهداشت (WHO) چاقی را یک بیماری می‌داند (۱) که با افزایش خطر مرگ‌ومیر همراه است (۲ و ۳). در حالی که پیامدهای جسمی چاقی کاملاً شناخته شده، ابعاد روانی آن هنوز مشخص نشده‌است (۴). بر اساس برخی مطالعات اولیه، افراد چاق از ویژگی‌های روانی مطلوبی برخوردارند مثلاً کریسپ (Crisp) و همکاران اظهار داشتند که افراد چاق نسبت به کسانی که چاق نیستند سلامت روانی بهتری دارند و این ادعا منجر به ایجاد فرضیه‌ای به نام "چاق خوشحال (Jolly Fat) شد (۵). با گسترش بررسی‌ها بین چاقی و برخی اختلال‌های روانی از جمله افسردگی و اضطراب همبستگی مثبت بدست

انجام شد. جامعه پژوهش کلیه افراد چاق در دسترس شهر رشت بودند که برای اولین بار به کلینیک تغذیه مراجعه کرده بودند. پس از وزن کشی و محاسبه قد، ۱۱۳ نفر (۹۴ زن و ۱۹ مرد) از افراد بالای ۱۷ ساله که میزان سوادشان بالاتر از سوم راهنمایی بود و تمایل به همکاری داشتند، انتخاب شدند. معیار ورود دارا بودن میزان مشخصی از اضافه وزن ($BMI > 25 \text{ kg/m}^2$) بر اساس نمایه توده بدنی بود.

ابزار پژوهش: در این پژوهش از پرسشنامه شخصیت سنجی چندوجهی مینه سوتا Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI-2) استفاده شد. این پرسشنامه اولین بار در ۱۹۴۳ توسط هاتاوی و مک کینلی Hathaway & Mckinley در دانشگاه مینه سوتا تهیه و تدوین و در سال ۱۹۸۹ توسط کمیته‌ای به سرپرستی جیمز بوچر Butcher در آن تجدید نظر شد و به MMPI-2 مشهور است که ۳۷۰ عبارت داشته و براساس راهبرد کلیدیابی ملاکی تجربی ساخته شده است (۲۶). این آزمون دارای سه مقیاس روایی و ده مقیاس بالینی است. مقیاس‌های روایی مقیاس‌های دروغ‌پردازی (L) - نمره‌ی روایی (F) - نمره اصلاح (K) نام دارد که میزان صداقت، تمارض و مقاومت آزمودنی‌ها را در پاسخ به پرسش‌ها می‌سنجد. مقیاس‌های بالینی عبارتند از خودبیمارانگاری (Hs)، افسردگی (D)، هیستری (Hy)، انحراف روانی - اجتماعی (Pd)، مردانگی - زنانگی (Mf)، پارانویا (Pa)، ضعف روانی (Pt)، اسکیزوفرنی (Sc)، مانیا (Ma) و درونگرایی اجتماعی (Si). ضریب اعتبار مقیاس‌های آزمون اصلی با روش دو نیمه کردن، بین ۰/۷۰ تا ۰/۸۰ و ضرایب همبستگی مقیاس‌ها از راه بازآزمایی بین ۰/۵۰ تا ۰/۹۰ است (۲۷). این آزمون در ایران توسط براهنی و همکاران هنجاریابی شده و مورد استفاده روانشناسان، روانپزشکان و مشاوران قرار می‌گیرد (۲۶).

نتایج

دامنه سنی شرکت‌کنندگان ۱۷ تا ۵۷ سالگی بود (با میانگین سنی $31/3 \pm 9/37$). میانگین مقدار نمایه توده بدنی افراد مورد مطالعه $32/88 \pm 4/7$ و کمینه BMI آن $25/67 \text{ kg/m}^2$ و بیشینه آن $48/55 \text{ kg/m}^2$ بود. به منظور ارائه تصویر واضح‌تری از وضعیت مقیاس‌های MMPI-2، میانگین و انحراف

اختلال پرخوری (Bing Eating Disorder) (BED)، همایندی بالایی با چاقی دارد. در ویرایش جدید معیار تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، اختلال پرخوری، مقوله تشخیصی جدیدی در گستره اختلال در خوردن است (۱۷). حدود ۶۳ درصد بزرگسالان دچار BED که به فکر درمان هستند پیش از پرخوری و رژیم گرفتن مشکل اضافه وزن را داشته‌اند (۱۸). رفتارهای خوردن با پاسخ به استرس روانی ناشی از خستگی، اضطراب، تنش و افسردگی همراهند (۱۹)، بنابراین، بیماران چاق ممکن است از نظر هیجانی افرادی آشفته تلقی شوند که به دلیل فراهم کردن پرخوری در محیط خود، این کار را به عنوان نوعی سبک مقابله (coping style) با مسائل هیجانی بدانند (۲۰). در زمینه ارتباط چاقی با اسکیزوفرنی نیز پژوهش‌هایی صورت گرفته و پژوهشگران دریافتند که بیماران اسکیزوفرن در مقایسه با افراد عادی و بهنجار گرایش بیشتری به اضافه وزن، چاقی و سیگار کشیدن در نتیجه بیماری‌های قلبی - عروقی دارند (۲۱ و ۲۲). بیماران اسکیزوفرن به طور معنادار BMI و درصد چربی بدن و دور کمر بیشتری را در مقایسه با گروه کنترل دارند (۲۳-۲۵).

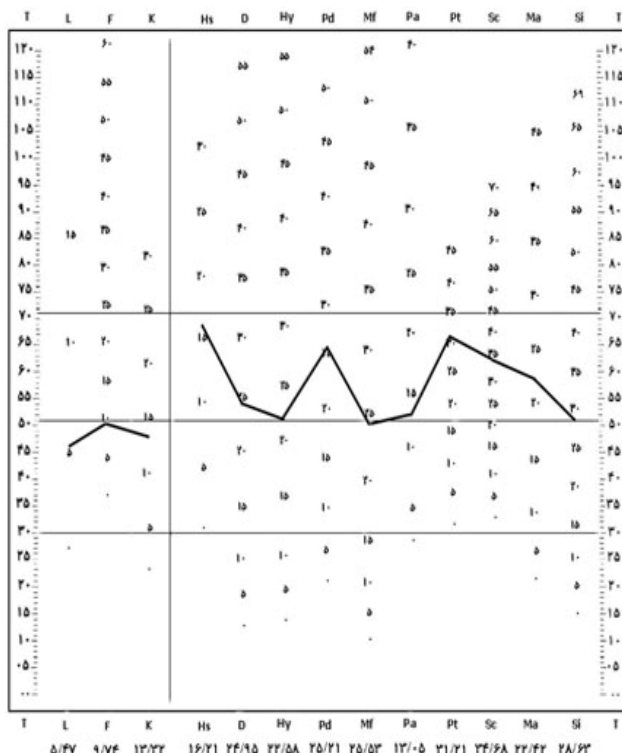
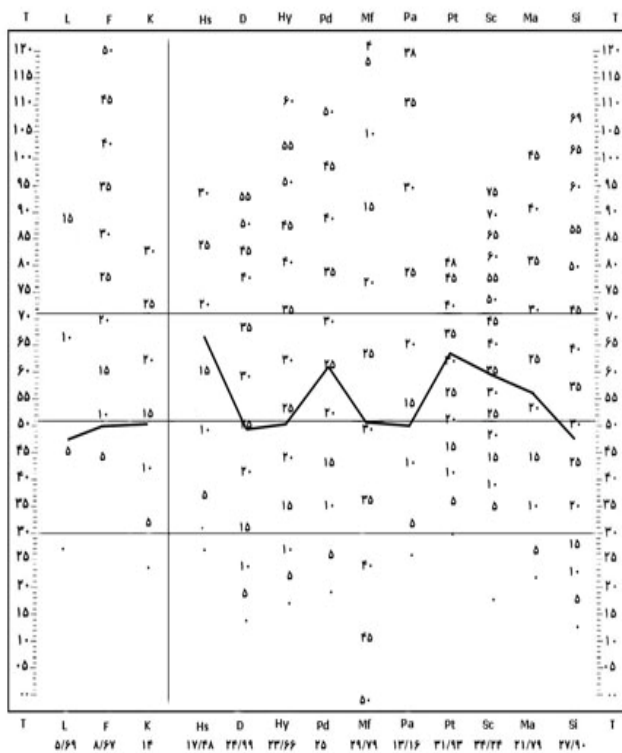
پژوهش در زمینه آثار جسمی و روانی چاقی می‌تواند گامی مؤثر جهت پیشگیری و درمان این بیماری باشد. با توجه به اینکه اطلاعات موجود در زمینه ویژگی‌های روان‌شناختی افراد چاق ناهمسان و متناقض است، به نظر می‌رسد برای دستیابی به یافته‌های باثبات‌تر، جهت‌گیری پژوهش‌ها نیز باید به سمت مطالعه و بررسی ویژگی‌ها و متغیرهای روان‌شناختی باشد. در این میان بیشتر پژوهش‌های انجام شده محدود به یک یا دو ویژگی خاص مثل افسردگی بوده است و پژوهش‌های اندکی به بررسی و شناخت سایر متغیرهای روان‌شناختی مرتبط با چاقی پرداخته‌اند. در ایران نیز مؤلفه‌های روان‌شناختی مرتبط با این اختلال مورد غفلت قرار گرفته است. لذا پژوهش حاضر برای برطرف کردن این شکاف تحقیقاتی صورت گرفت و به بررسی ارتباط نمایه توده بدن (Body Mass Index) (BMI) با ویژگی‌های روان‌شناختی در مبتلایان به چاقی پرداخته است.

مواد و روش‌ها

این پژوهش یک مطالعه توصیفی است که به صورت مقطعی

در جدول ۲ ارائه شده است. به منظور بررسی نقش BMI در پیش بینی مقیاس های MMPI-2 از تحلیل آماری رگرسیون استفاده شد. نتایج این تحلیل در جدول ۳ نشان داده شده است. همانگونه که در جدول ۳ دیده می شود، با توجه به سطح معنی داری بدست آمده، BMI قدرت پیش بینی کنندگی معنی داری برای مقیاس های MMPI-2 ندارد (B SIG). برای بررسی معنی داری فراوانی افراد چاق بهنجار ($T \geq 70$) و چاق نابهنجار ($T < 70$) از آزمون خوبی برازندگی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ ارائه شده است.

معیار مقیاس ها محاسبه و در جدول ۱ ارائه شده است. نیمرخ روانی زنان چاق بر اساس MMPI-2 در نمودار گرافیکی ۱ و نیمرخ روانی مردان چاق بر اساس MMPI-2 در نمودار گرافیکی ۲ نشان داده شده است. همانگونه که مشاهده می شود زنان و مردان چاق نیمرخ روانی بهنجاری دارند، اما نمره T زنان در مقیاس خودبیمارانگاری (Hs) و نمره T مردان در مقیاس های خودبیمارانگاری (Hs) و ضعف روانی (Pt) بالاتر از ۶۵ است. برای بررسی رابطه BMI با مقیاس های MMPI-2 از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد که نتایج مربوط به این تحلیل



نمودار ۱: نیمرخ روانی زنان چاق براساس MMPI2

نمودار ۲: نیمرخ روانی مردان چاق براساس MMPI2

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار مقیاس های اعتباری و بالینی MMPI-2

	BMI	L	F	K	HS	D	HY	PD	MF	PA	PS	SC	MA	SI
میانگین	۳۲/۸۸	۵/۶۵	۸/۸۴	۱۳/۸۸	۱۷/۲۶	۲۴/۹۸	۲۳/۴۷	۲۵/۰۳	۲۹/۰۷	۱۳/۱۴	۳۱/۸۰	۳۴/۳۱	۲۱/۸۹	۲۸/۰۲
انحراف استاندارد	۴/۹۷	۲/۴۳	۵/۸۱	۴/۵۹	۴/۱۱	۵/۳۰	۴/۶۵	۵/۳۱	۴/۴۱	۴/۱۳	۶/۲۲	۷/۷۸	۴/۳۱	۷/۲۰

جدول ۲: ماتریس همبستگی BMI و مقیاسهای MMPI-2

SI	MA	SC	PS	PA	MF	PD	HY	D	HS	K	F	L	BMI	
													۱	
														BMI
												۱	-۰/۰۵	L
											۱	-۰/۳۳**	۰/۰۰	F
										۱	-۰/۶۰**	۰/۵۱**	-۰/۰۱	K
									۱	۰/۲۳*	۰/۱۳	۰/۱۵	۰/۰۵	Hs
								۱	۰/۲۸**	-۰/۲۲*	۰/۳۲**	-۰/۱۱	۰/۰۰	D
							۱	۰/۳۵**	۰/۷۱**	۰/۱۳	۰/۱۸	-۰/۰۳	۰/۰۸	Hy
						۱	۰/۴۳**	۰/۳۴**	۰/۲۸**	۰/۰۸	۰/۳۵**	-۰/۱۴	۰/۰۱	Pd
					۱	۰/۲۱*	۰/۱۶	۰/۱۱	۰/۱۲	۰/۰۴	۰/۰۱	۰/۱۸*	۰/۰۰	Mf
				۱	۰/۱۱	۰/۴۲**	۰/۳۱**	۰/۴۱**	۰/۲۶**	-۰/۴۸**	۰/۶۸**	-۰/۲۹**	-۰/۰۱	Pa
			۱	۰/۵۷**	۰/۱۴	۰/۴۴**	۰/۲۷**	۰/۴۸**	۰/۳۱**	-۰/۲۲*	۰/۵۳**	-۰/۲۲*	۰/۰۶	Ps
		۱	۰/۶۵**	۰/۶۶**	۰/۱۱	۰/۴۱**	۰/۳۴**	۰/۳۳**	۰/۳۲**	-۰/۳۵**	۰/۷۹**	-۰/۳۲**	-۰/۰۴	Sc
	۱	۰/۴۹**	۰/۲۹**	۰/۴۷**	۰/۳	۰/۱۸*	۰/۱۶	-۰/۱۶	۰/۱۳	-۰/۴۲**	۰/۵۰**	-۰/۲۲*	۰/۰۳	Ma
۱	-۰/۰۹	۰/۳۲**	۰/۴۲**	۰/۳۳**	۰/۰۸	۰/۱۱	۰/۰۱	۰/۵۶**	۰/۶۰	-۰/۳۴**	۰/۳۸**	-۰/۳۰	۰/۰۵	Si

**p< 0.05 *p<0.01

جدول ۳: نتایج تحلیل رگرسیون BMI بر مقیاسهای MMPI-2

متغیر مستقل	متغیر وابسته	F	R	R2	بتا	سطح معناداری
	دروغ پردازی (L)	۰/۳۱	۰/۰۵۳	-۰/۰۰۶	-۰/۰۵۳	۰/۵۷۴
	نمره ی روایی (F)	۰/۰۰	۰/۰۰۳	-۰/۰۰۹	۰/۰۰۳	۰/۹۷۸
	نمره اصلاح (K)	۰/۰۱	۰/۰۱۰	-۰/۰۰۹	-۰/۰۱۰	۰/۹۱۵
	خودبیارانگاری (Hs)	۰/۳۲	۰/۰۵۴	-۰/۰۰۶	۰/۰۵۴	۰/۵۷۲
	افسردگی (D)	۰/۰۰	۰/۰۰۳	-۰/۰۰۹	-۰/۰۰۳	۰/۹۷۲
	هیستری (Hy)	۰/۷۸	۰/۰۸۴	-۰/۰۰۲	۰/۰۸۴	۰/۳۷۸
نمایه توده بدنی (BMI)	انحراف روانی اجتماعی (Pd)	۰/۰۲	۰/۰۱۶	-۰/۰۰۹	۰/۰۱۶	۰/۸۶۸
	مردانگی-زنانگی (Mf)	۰/۰۰	۰/۰۰۵	-۰/۰۰۹	-۰/۰۰۵	۰/۹۵۷
	پارانویا (Pa)	۰/۰۳	۰/۰۱۶	-۰/۰۰۹	-۰/۰۱۶	۰/۸۶۷
	ضعف روانی (Pt)	۰/۵۳	۰/۰۶۹	-۰/۰۰۴	۰/۰۶۹	۰/۴۶۷
	اسکیزوفرنی (Sc)	۰/۲۱	۰/۰۴۴	-۰/۰۰۷	-۰/۰۴۴	۰/۶۴۲
	مانیا (Ma)	۰/۱۱	۰/۰۳۲	-۰/۰۰۸	۰/۰۳۲	۰/۷۳۶
	درونگرایی اجتماعی (Si)	۰/۲۹	۰/۰۵۱	-۰/۰۰۶	۰/۰۵۱	۰/۵۹۰

جدول ۴: نتایج آزمون خوبی‌برازندگی به منظور بررسی معناداری فراوانی افراد چاق بهنجار و نابهنجار

مقیاس‌های م پی آی	فراوانی مشاهده شده		نسبت		فراوانی مورد انتظار		مجدورخی	سطح معناداری	Exact
	بالای ۷۰	پایین ۷۰	بالای ۷۰	پایین ۷۰	بالای ۷۰	پایین ۷۰			
دروغ‌پردازی	۱۱۱	۲	٪۹۸	٪۲	۵۶/۵	۵۶/۵	۱/۰۵	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰
نمره‌ی روایی	۱۰۷	۶	٪۹۵	٪۵	۵۶/۵	۵۶/۵	۹۰/۲۷	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰
نمره‌اصلاح	۱۱۱	۲	٪۹۸	٪۲	۵۶/۵	۵۶/۵	۱/۰۵	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰
خودبیمارانگاری	۷۳	۴۰	٪۶۵	٪۳۵	۵۶/۵	۵۶/۵	۹/۶۳	۰/۰۰۲	۰/۰۰۲
افسردگی	۱۰۸	۵	٪۹۶	٪۴	۵۶/۵	۵۶/۵	۹۳/۸۸	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰
هیستری	۱۱۳	۰	٪۱۰۰	٪۰	۵۶/۵	۵۶/۵	-	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰
انحراف روانی اجتماعی	۹۲	۲۱	٪۸۱	٪۱۹	۵۶/۵	۵۶/۵	۴۴/۶۱	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰
مردانگی-زنانگی	۱۰۷	۶	٪۹۵	٪۵	۵۶/۵	۵۶/۵	۹۰/۲۷	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰
پارانویا	۱۰۹	۴۱	٪۹۶/۵	٪۳/۵	۵۶/۵	۵۶/۵	۹۷/۵۶	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰
ضعف روانی	۹۰	۲۳	٪۸۰	٪۲۰	۵۶/۵	۵۶/۵	۳۹/۷۲	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰
اسکیزوفرنی	۱۰۳	۱۰	٪۹۱	٪۹	۵۶/۵	۵۶/۵	۷۶/۵۴	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰
مانیا	۱۰۳	۱۰	٪۹۱	٪۹	۵۶/۵	۵۶/۵	۷۶/۵۴	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰
درونگرایی اجتماعی	۱۰۹	۴	٪۹۶/۵	٪۳/۵	۵۶/۵	۵۶/۵	۹۷/۵۶	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰

بحث و نتیجه‌گیری

ابراز کلامی توصیف می‌شوند و زمینه ابتلا به اختلال شبه جسمانی، اختلال درد شبه جسمانی و اختلال اضطرابی دارند. گرچه خودشان را بیمار جسمانی می‌دانند و به دنبال درمان پزشکی هستند اما بیماران مبتلا به مشکلات جسمی در این مقیاس نمره‌های T حدود ۶۰ می‌گیرند.

نمره بالای مقیاس ضعف روانی در مردان نشان می‌دهد که مردان چاق این پژوهش تا اندازه‌ای مضطرب، زودرنج، عصبی و گرفتار تردیدهای وسواسی هستند، اعتماد به نفس ندارند و خود انتقادگرند. کمال‌گرا و وظیفه‌شناس و قابل اعتمادند و به خاطر کوتاهی در هدف‌هایشان احساس گناه و افسردگی می‌کنند. این افراد اگرچه از نظر دیگران افرادی احساساتی و رئوف توصیف می‌شوند اما کسل‌کننده و تشریفاتی هستند و ارتباط اجتماعی خوبی ندارند و شکایت‌های جسمانی آنها مربوط به قلب، دستگاه معده- روده‌ای یا دستگاه تناسلی- ادراری است (۲۶). عوامل روان‌شناختی ممکن است به صورت‌های گوناگون خودبیمارانگاری را در افراد چاق افزایش دهند: نمره بالای خودبیمارانگاری می‌تواند ناشی از آستانه‌ی تحمل پایین‌تر از حد معمول در ناراحتی جسمی باشد (۲۰). پژوهش‌های بسیاری همابندی بالای درد مزمن با چاقی را گزارش داده‌اند که ممکن است معلول آستانه تحمل

هدف از پژوهش بررسی ارتباط نمایه توده بدن با ویژگی‌های روان‌شناختی افراد چاق بود. یافته‌ها حکایت از آن دارد که افراد چاق اگرچه از نظر بالینی در محدوده بهنجاری قرار دارند و نیمرخ روانی آنها نشانگر اختلال روانی خاصی نیست اما ممکن است از ویژگی‌های روان‌شناختی خاصی برخوردار باشند. جانسون (Johnson) و همکاران در بررسی خود دریافتند که نمره مردان چاق دچار بیماری جسمی در مقیاس مانیا و نمره‌ی روایی نسبت به مردان مبتلا به مشکلات جسمی با وزن طبیعی به‌طور معناداری بالاتر است و زنان چاق مبتلا به بیماری جسمی در مقیاس‌های نمی‌دانم، نمره‌ی روایی، پارانویا، انحراف روانی- اجتماعی، اسکیزوفرنی و شیدایی، نمره پایین‌تری در مقایسه با زنان مبتلا به مشکلات جسمی دارای وزن طبیعی دارند (۲۸). در پژوهش ما زنان چاق نمره بالایی در مقیاس خودبیمارانگاری و مردان چاق نمره بالایی در مقیاس‌های خودبیمارانگاری و ضعف روانی کسب کردند. نمره بالا در مقیاس خودبیمارانگاری بیانگر شکایت‌های مبهم و نامشخص جسمی است. زنان و مردان چاق با نمره بالا در مقیاس خودبیمارانگاری افرادی خودخواه و خودشیفته به نظر می‌رسند که نحوه ارتباطشان با دیگران به‌صورت شکوه‌ای است. آنها از نظر دیگران افرادی کسل‌کننده و ناراحت در

شیوه‌های نامعمول پاسخ‌دهی به پرسش‌ها با افکار و نگرش‌های غیرمعمول در مقیاس Sc ارتباط مثبت و بالایی دارد. همچنین، همبستگی بین Hy و Hs ($r=0/71$) نشان می‌دهد که هر چه فرد نمره بالاتری در هیستری داشته‌باشد برای غلبه بر استرس و فرار از مسئولیت، علائم جسمانی بیشتری نشان می‌دهد. همبستگی Pa و Sc ($r=0/66$)، بیانگر ویژگی‌های مشترک این دو مقیاس (از قبیل انزوا کناره‌گیری، اضطراب، حقارت و حساسیت بالا) است و هر دو با مقیاس ضعف روانی همبستگی دارند. سوءظن در Pa و انزوا در Sc می‌تواند ناشی از اضطراب بالا باشد. همبستگی منفی بین F و K ($r=-0/60$) نشان می‌دهد که هرچه فرد دفاعی‌تر باشد پاسخ‌های نامعمول و تمارض در وی کاهش می‌یابد و خود را مثبت‌تر نشان می‌دهد. همبستگی بین Pa و F ($r=0/68$)، نشان می‌دهد شیوه‌های نامعمول پاسخ‌دهی و تمارض با سوءظن و رفتارهای روان‌پیشانه ارتباط مثبتی دارد.

نیمرخ روانی بدست آمده وضعیت فعلی افراد را بیان می‌کند و نمی‌تواند نشان دهد که خودبیمارانگاری و اضطراب بالا، علت چاقی است یا پیامد آن. می‌توان نتیجه‌گیری کرد که عوامل روانشناختی و چاقی ارتباطی دوسویه دارند. عوامل پیامدهای روان شناختی چاقی باید توسط متخصصان بهداشت روان، شناسائی و راهبردهای درمانی مناسب برای بهبود کارکرد روان شناختی افراد اتخاذ شود تا بتوان گامی موثر در بهبود بیماری چاقی برداشت.

محدودیت‌ها: این پژوهش با محدودیت‌هایی از جمله نمونه کم، نمونه‌گیری در دسترس و تعمیم‌ناپذیری همراه بود، بنابراین، پژوهش‌های آتی می‌توانند نیمرخ روانی افراد را در زیرگروه‌های مختلف چاقی بررسی کرده و از نمونه بزرگ‌تر و مقیاس‌های دیگر برای سنجش چاقی و ارزیابی سلامت روان افراد چاق استفاده کند.

تشکر و قدردانی: از بیماران عزیز که در این پژوهش با صبر و حوصله فراوان یاریمان کردند سپاسگزار می‌کنیم. این پژوهش از هیچ منبعی کمک مالی دریافت نکرده و کلیه هزینه‌ها برعهده نویسنده بوده است. و این مقاله منتج از پایان‌نامه دانشجویی با عنوان نیمرخ روانی افراد چاق بر اساس MMPI-2 می‌باشد.

پائین در افراد چاق باشد (۲۹). طبق الگوی یادگیری اجتماعی ممکن است زنان و مردان چاق از پیامدهای جسمانی چاقی برای بدست آوردن نفع ثانوی استفاده کنند یعنی نقش بیمار برای آنها راه‌گزینی تلقی شود، چرا که می‌توانند از تکالیف مورد نظر معاف شوند. بر اساس دیدگاه روان‌پویشی، امیال پرخاشگرانه و خصمانه نسبت به دیگران (از طریق سرکوبی و جابجایی) به علائم جسمی تبدیل می‌شود. خشم این دسته از بیماران در ناکامی‌های گذشته، طردشدن‌ها و فقدان‌ها ریشه دارد اما بیمار خشم خود را در زمان حال با درخواست کمک و توجه دیگران و آنگاه رد آنها ابراز می‌کند (۲۰). اسکات و همکاران بین اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) و چاقی ارتباط مثبت یافتند که ممکن است به همین فرایند مربوط باشد (۱۱). طبق دیدگاه استرس و مقابله، خشونت دوران کودکی شرایط خاصی است که می‌تواند افراد را در مسیرهایی قرار دهد که منجر به ابتلای چاقی در بزرگسالی شود (۳۰). بالا بودن نمره مقیاس ضعف روانی (Pt) در مردان چاق می‌تواند ناشی از پیامدهای روانی-اجتماعی چاقی باشد و از سوی دیگر استرس و اضطراب هم یکی از علل چاقی شناخته شده است. نداشتن تعامل اجتماعی موفق در افرادی که نمره بالایی در مقیاس ضعف روانی کسب می‌کنند، ممکن است مربوط به تبعیض‌های اجتماعی پیرامون چاق بودن یا با نارضایتی از تصویر بدنی و نگرانی درمورد اندام و وزن مرتبط باشد (۳۱). علاوه بر این نشانه‌های اضطراب را می‌توان در خوردن هیجانی مشاهده کرد. خوردن هیجانی همبستگی بالا و معنی‌داری با روان رنجورخویی دارد (۳۲) و تعیین‌کننده کلیدی پرخوری است (۳۳). ارتباط بین اضطراب و چاقی به نقش احتمالی بدکارکردی محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-فوق‌کلیه (HPA) در اختلال‌های روانی باز می‌گردد (۵). در این پژوهش افراد چاق در مقیاس افسردگی و سایر مقیاس‌های MMPI وضعیت بهنجار داشتند.

اگرچه وزن بالا پیش‌بینی‌کننده‌ی اختلال روانی نبود اما از فرضیه‌ی "چاق خوشحال" نیز حمایت نمی‌کند چون زنان و مردان چاق در این پژوهش آمادگی ابتلای به اختلال‌های شبه جسمانی را داشتند و مردان چاق علائم اضطرابی نشان می‌دادند. همبستگی بالا بین Sc و F ($r=0/79$) نشان می‌دهد که

1. Maddah, M. Behavioral Therapy Of Obesity: From Obesity To Normal Weight Steady. Rasht: Paiam Sobhan Payam; 2009: 11,95. [Text In Persian]
2. Adams KF, Schatzkin A, Harris TB, Et Al. Overweight, Obesity, And Mortality In A Large Prospective Cohort of Persons 50 To 71 Years Old. *Nengl J Med* 2006;355:763–78.
3. Stice E, Spoor S, Ng J, Zald D. Relation Of Obesity To Consummatory And Anticipatory Food Reward. *Physiology & Behavior* 2009; 97:551–560.
4. Wardle J, Cooke L. The Impact Of Obesity On Psychological Well-Being. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism* 2005; 19(3): 421–440.
5. Rivenes A C, Harvey SB, Mykletun A. The Relationship Between Abdominal. *Journal Of Psychosomatic Research* 2009; 66: 269–275.
6. Simon GE, Von Korff M, Saunders K, Miglioretti DL, Crane PK, Van Belle G, Et Al. Association Between Obesity And Psychiatric Disorders In The US Adult Population. *Arch Gen Psychiatry* 2006;63:1–7.
7. Carr D, Friedman MA, Jaffe K. Understanding The Relationship Between Obesity And Positive And Negative Affect: The Role Of Psychosocial Mechanisms. *Body Image* 2007;4 :165–177.
8. Dickerson FB, Brown CH, Kreyenbuhl JA, Et Al. Obesity Among Individuals With Serious Mental Illness. *Acta Psychiatr Scand* 2006;113:306–13.
9. Sullian S, Cloninger CR, Przybeck TR, Et Al. Personality Characteristics In Obesity And Relationship With Successful Weight Loss. *Int J Obes* 2007; 31:669–74.
10. Mcintyre RS, Konarski JZ, Wilkins K, et al. Obesity in Bipolar Disorder and Major Depressive Disorder: Results from A National Community Health Survey on Mental Health and Well-Being. *Can J Psychiatry* 2006; 51:274–80.
11. Scott KM, Mcgee M A, Mark E, Browne O. Obesity and Mental Disorders in the Adult General Population. *Journal of Psychosomatic Research* 2008; 64:97–105.
12. Bond DJ, Sant'Anna M K, Lam RW, Yatham L M. Weight Gain, Obesity, and Metabolic Indices Following A First Manic Episode: Prospective 12-Month Data from The Systematic Treatment Optimization Program for Early Mania (STOP-EM) 2009. Available From; URL: [Http/ Www .Science Direct.Com](http://www.ScienceDirect.Com).
13. Fagiolini A, Frank E, Scott J.A, Turkin S, Kupfer D.J. Metabolic Syndrome in Bipolar Disorder: Findings from The Bipolar Disorder Center for Pennsylvanians. *Bipolar Disord* 2005; 7:424–430.
14. Wang P W, Sachs G S, Zarate C A, Marangell L B, Calabrese J R, Goldberg J F, et al. Overweight and Obesity in Bipolar Disorders. *J Psychiatr Res* 2006; 40: 762- 764.
15. Fiedorowicz J.G, Palagummi N.M, Forman-Hoffman V.L, Miller Del D, Haynes W G. Elevated Prevalence of Obesity, Metabolic Syndrome, and Cardiovascular Risk Factors In Bipolar Disorder. *Ann Clin Psychiatry* 2008;20: 131–137.
16. Mather A A, Cox B J, Enns M W, Sareen J. Associations of Obesity With Psychiatric Disorders and Suicidal Behaviors In A Nationally Representative Sample. *Journal of Psychosomatic Research* 2009; 66:277–285.
17. Riener R, Schindler K, Ludvik B. Psychosocial Variables, Eating Behavior, Depression, and Binge Eating In Morbidly Obese Subjects. *Eating Behaviors* 2006; 7: 309–314.
18. Reas DL, Grilo CM. Timing And Sequence of The Onset of Overweight, Dieting, and Binge Eating in Overweight Patients With Binge Eating Disorder. *Int J Eat Disord* 2007; 40: 165–70.
19. Nishitani N, Sakakibara H, Akiyama I. Eating Behavior Related To Obesity And Job Stress In Male Japanese Workers. *Nutrition* 2009; 25:45–50.
20. Sadok B. Kaplan & Sadok S Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences / Clinical Psychiatry. Second Press. Translated by Pour Afkari. Tehran; Shahr Ab Publication; 2003:273 ,426 .[Text In Persian].
21. Taylor V, Macdonald K Mckinnon M, Joffe R. Macqueen G. Increased Rates of Obesity in First-Presentation Adults with Mood Disorders Over The Course of Four-Year Follow-Up. *Journal of Affective Disorders* 2008; 109: 127–131.
22. Fountoulakis K N, Siamouli M, Panagiotidis P, Magiria S, Kantartzis S, Papastergiou N Et Al. Obesity And Smoking In Patients With Schizophrenia And Normal Controls: A Case-Control Study. *Psychiatry Research* 2010; 176 :13–16.
23. Mcevoy J P, Meyer J M, Goff D C, Nasrallah H A, Davis S.M, Sullivan L, et al. Prevalence Of The Metabolic Syndrome In Patients With Schizophrenia: Baseline Results From The Clinical Antipsychotic Trials Of Intervention Effectiveness (CATIE) Schizophrenia Trial And Comparison With National Estimates From NHANES III. *Schizophrenia Research* 2005;80:19–32.
24. Henderson D.C, Borba C.P, Daley T.B, Boxill R, Nguyen D.D, Culhane M.A, et al. Dietary Intake Profile Of Patients With Schizophrenia. *Annals Of Clinical Psychiatry* 2006; 18:99–105.
25. Bobes J, Arango C, Aranda P, Carmena R, Garcia-Garcia M, Rejas J. Cardiovascular and Metabolic Risk

In Outpatients With Schizophrenia Treated With Antipsychotics: Results Of The CLAMORS Study. *Schizophrenia Research* 2007; 90: 162-173.

26. Graham J. MMPI-2 :Assessing Personality And Psychopathology. Translated By Kafee Masouleh And Yaghobi. Tehran; Nasl Farad & Arjmand Publication, 2009:15,93-122. [Text In Persian].

27. Sharifi P. Theories of Intelligence and Personality. Tehran; Sokhan Publication, 1997:283-291. [Text in Persian].

28. Johnson SF, Swenson W M, Gastineau CF. Personality Characteristics in Obesity: Relation of MMPI Profile and Age of Onset of Obesity to Success in Weight Reduction. *The American Journal of Clinical Nutrition* 1976; 29: 626-632.

29. Wright L J, Schur E ,Noonan C, Ahumada S, Buchwald D, Afari N. Chronic Pain, Overweight, and

Obesity: Findings from A Community-Based Twin Registry. 2010. Available from: URL; [Http/www.science direct.com](http://www.science direct.com).

30. Greenfield E A, Marks NF. Violence From Parents In Childhood And Obesity In Adulthood: Using Food In Response To Stress As A Mediator Of Risk. *Social Science & Medicine* 2009 ;68:791-798.

31. Talen M R, Man MM. Obesity and Mental Health. *Prim Care Clin Office Pract* 2009, 36:287- 305.

32. Elfhag K, Morey L. Personality Traits and Eating Behavior in the Obese: Poor Self-Control in Emotional and External Eating But Personality Assets in Restrained Eating. 2007. Available From :URL ; [Http/Www.Sciencedirect.Com](http://www.Sciencedirect.Com).

33. Van Strein T, Engles R, Van Leeuwe J, Van Snoek HM. The Stice Model of Overeating: Tests in Clinical and Non-Clinical Samples. *Appetite* 2005; 45:205- 13.

Relationship of Body Mass Index with Psychological Characteristics (on MMPI-2) in Obese Patients

Davaran M.(M.A)¹- *Kafie Masule M.(Ph.D)¹- Maddah M.(Ph.D)²- Ebrahimi Fard S.(M.Sc)³- Davaran Sh.(B.S)⁴-
Soltani Shal R.(M.A)⁵- Saghebi Saeidi K.(M.A)⁶

*Corresponding Address: Department of Psychology, Faculty of Humanities, University of Guilan, Rasht, IRAN

Email: mosakafie@yahoo.com

Received: 13/Oct/2011 Accepted: 18/Jan/2012

Abstract

Introduction: Obesity is an illness with destructive effects on health. Although psychological factors are important in the development of obesity, there is a little information about such factors. Because of limited data about psychological aspects of obesity in our society.

Objective: To assess them in obese individuals.

Materials and Methods: This research is carried out with 113 obese (94 women, 19 men) people in nutrition clinic of Rasht, northern Iran. They were selected based on Body Mass Index ($BMI > 25 \text{ kg/m}^2$). The instrument used was Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI-2).

Results: Mean age of the samples was 31 years, and the range of BMI was 25/67 to 48/55. Data showed that scale hypochondriasis (Hs) in obese women and men, and scale psychasthenia (Pt) in men, are high. BMI was not correlated with the scales of MMPI-2.

Conclusion: According to (MMPI-2) scales, the profile of obese men and women was normal. Since T scores in scales of Hs for obese women, and Hs and Pt scales in obese men were higher than 65, these cases are vulnerable for hypochondriasis and anxiety.

Key words: Body Mass Index/ Obesity

Journal of Guilan University of Medical Sciences, No: 82, Pages: 15-23

1. Department of Psychology, Faculty of Humanities, University of Guilan, Rasht, IRAN

2. Nutrition Clinic, Opposit of Post Office, Golsar Street, Rasht, IRAN

3. Vice- Chancellorship Health, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, IRAN

4. Counseling Center, Faculty of Humanities, University of Guilan, Rasht, IRAN

5. Department of Psychology, Ferdosi Mashhad University, Mashhad, IRAN

6. Khomamizade High school, Rasht, IRAN