رابطه تکانش‌گری، عدم‌توجه و حوادث آسیب‌زای زندگی با شدت نشانگان اختلال احتکار در دانشجویان

یداله خرم آبادی [1]

۱-گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران. نویسنده مسول.

اطلاعات مقاله

نوع مقاله
پژوهشی

تاریخچه مقاله
دریافت : ۹۷/۳/۳۱
پذیرش : ۹۷/۶/۲۱

کلید واژگان
تکانش‌گری، بیش‌فعالی/ عدم‌توجه، حوادث آسیب‌زای زندگی، اختلال احتکار.

نویسنده مسئول
Email:
Ykhorramabadi@yahoo.com

چکیده

مقدمه: هدف این پژوهش بررسی رابطه تکانش‌گری، عدم توجه/ بیش‌فعالی و حوادث آسیب‌زای زندگی با اختلال احتکار در دانشجویان بود.

روش کار: پژوهش حاضر از نوع مطالعات توصیفی- همبستگی بود. حجم نمونهٔ این پژوهش ۲۱۹ نفر بود که به شیوهٔ تصادفی طبقه‌ای نسبتی از دانشکده‌های مختلف دانشگاه پیام نور مرکز همدان انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش حاضر را مقیاس‌های چک‌لیست حوداث زندگی (LEC)، مقیاس تکانش‌گری (BIS)، پرسشنامه بازنگری شده ذخیره کردن (SIR) و مقیاس نشانگان بیش‌فعالی/ نقص توجه (ADHDSS) تشکیل می‌دادند. داده‌ها با روش‌های آماری ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چند متغیره تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج تحلیل داده‌ها نشان داد بین نشانگان بیش‌فعالی عدم توجه با نشانگان احتکار ($p<۰/۰۰۱$، $r=۰/۵۴$)، بین تکانشگری با نشانگان احتکار ($p<۰/۰۰۱$، $r=۰/۳۱$)، و بین حوادث آسیب‌زای زندگی و نشانگان احتکار ($p<۰/۰۵$، $r=۰/۱۶۲$) رابطه مثبت و معنادار وجود دارد و این متغیرها قادرند که ۰/۲۹ درصد از واریانس نشانگان اختلال احتکار را تبیین کنند.

نتیجه گیری: با توجه به این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت بالا بودن علائم بیش‌فعالی/ نقص توجه، تکانشگری و حوادث آسیب‌زای بیشتر در زندگی با تشدید نشانگان اختلال احتکار ارتباط معناداری دارد.

مقدمه

احتکار عبارت است از جمع‌آوری و ناتوانی در دور ریزی حجم زیادی از مایملک[1]، به حدی که فضای زندگی شخصی فرد برای استفاده روزانه مسدود می‌شود. احتکار به عنوان چالش مهم در زمینه سلامت روان ظاهر شده است (۱). برآورد شده که بین ۵ تا ۱۴درصد از افراد جامعه مبتلا به این اختلال هستند(۲) و(۳). در سطوح بالینی معنادار، احتکار می‌تواند منجر به آسیب معنادار در حیطه‌های اجتماعی، شغلی و اقتصادی شود(۴)و (۵). این آسیب‌ها شامل زندگی در شرایط غیربهداشتی، انزوای اجتماعی، ناتوانی کاری و حتی مرگ می‌شود، اما تنها محدود به این موارد هم نمی‌شود (۶) و (۵).

احتکار به طور سنتی به عنوان یک علامت یا خرده‌مقیاسی از اختلال وسواس فکری- عملی در نظر گرفته می‌شد. این چنین بود که عمده تحقیقات احتکار تا امروز روی بیماران وسواس دارای نشانگان همبود[2] (هم‌زمان) متمرکز بود. با این وجود شواهد فزاینده نشان داده که احتکار ممکن است دارای نشانگان بالینی خاص و منحصر به فردی باشد. به خصوص اینکه درصد بالایی از افرادی که مبتلا به این اختلال هستند نشانگان OCD را نشان نمی‌دهند (۷) و (۸). به علاوه، زمانی که همبودی روان‌پزشکی را میان بیماران مبتلا به احتکار بررسی می‌کنیم، احتکار عمدتاً با اختلال افسردگی اساسی[3] (MDD) در ارتباط است تا OCD (۹) و (۱۰). روی هم رفته، این یافته ها و یافته‌های دیگر منجر به این شد که کارگروه بیماری های اضطراب، طیف وسواس فکری - عملی، اختلال استرس پس از سانحه و اختلالات تجزیه‌ای، اختلال احتکار را به عنوان تشخیص مجزایی در DSM-5 در نظر بگیرند(۱۱).

فراست و هارتل(۱) اولین کسانی بودند که مدل شناختی رفتاری احتکار را پیشنهاد کردند. در این چهارچوب، نقایص عصب روان‌شناختی، هیجانی و رفتاری گوناگونی به عنوان پایه رفتارهای احتکار فرضیه‌بندی شدند. به عنوان مثال، به نظر می‌رسد محتکران نقایصی در فرایند پردازش اطلاعات در حیطه‌های توجه، مقوله‌بندی و تصمیم‌گیری نشان می‌دهند (۹) ، (۱۲). علاوه بر این نقایص، گمانه‌زنی شده که الگوهای اجتناب رفتاری به طور مستقیم در افزایش رفتارهای احتکار نقش دارد. به طور ویژه، نشان داده شده که عمل جمع آوری[4]، رفتار اجتنابی است با هدف جلوگیری از پریشانی، که هیچ ارتباطی به

۱– Possessions
۲– Co- morbid
۳– Major depression disorder-MDD
۴– Acquisition

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-08]

جمع آوری اشیا ندارد (۱۳). به علاوه، نشان داده شده است که محتکران ممکن است از تصمیم‌گیری برای دور ریختن وسایل اضافی در تلاش برای جلوگیری از پریشانی مرتبط با از دست دادن متعلقات مهم‌شان، اجتناب کنند(۱۳).

در سال‌های اخیر، چندین متغیر تفاوت‌ها فردی، فرض شده که زیربنای رفتارهای مشاهده شده در بین محتکران می‌باشند. از جمله متغیرهایی که به اختلال احتکار رابطه دارد حوادث آسیب‌زای زندگی می‌باشد. حوادث آسیب‌زای زندگی[۱] به عنوان عوامل خطری در شکل‌گیری اختلال احتکار و OCD شناسایی شده‌اند و در بین افراد مبتلا به این اختلال‌ها عمومیت دارند. لانداو[۲] و همکاران (۱۴) در یکی از چند مطالعه معدودی که صورت گرفته است افراد دارای OCD را با افراد مبتلا به احتکار در میزان وقایع آسیب‌زایی که تاکنون برای آنها رخ داده است، مقایسه کردند. در مقایسه با افراد صرفاً مبتلا به اختلال OCD، و افراد عادی فاقد اختلال، افراد مبتلا به اختلال احتکار حوادث آسیب زای بیشتری (که هم شامل بلایای طبیعی و هم آشفتگی‌های ایجاد شده به دست انسان می‌باشد) (۱۴) در طول زندگی تجربه کرده‌اند.

از جمله متغیرهای دیگری که به نظر با اختلال احتکار مرتبط است، بیش‌فعالی همراه با نقص توجه (ADHD) می باشد. پرسشنامه‌ها، تصویربرداری مغزی، و اطلاعات نوروسایکولوژیک روی‌هم‌رفته نشان از آسیب کارکردهای شناختی (به ویژه توجه) در اختلال احتکار دارند، عدم توجه ممکن است از ویژگی های کلیدی احتکار باشد که ممکن است در فرایند حل مسئله تداخل کند. تحقیقات نشان داده که افراد مبتلا به احتکار سطوح بالایی از آسیب توجهی دارند (۱۶،۱۵). در یک مطالعه، ۲۰ درصد از مبتلایان به احتکار در مقایسه با ۴ درصد از مبتلایان به OCD، و ۳ درصد از افراد بهنجار دارای ملاک‌های لازم نشانگان عدم توجه در اختلال ADHD بودند. به علاوه، بیش از ۷۵ درصد از افراد مبتلا به احتکار یک انحراف استاندارد بالاتر از میانگین سنی و جنسی‌شان در پرسشنامه کم‌توجهی نمره کسب می‌کنند(۱۷). در میان بزرگسالان OCD، آن‌هایی که دارای علائم احتکار می‌باشند، ۱۰ برابر بیشتر در معرض ابتلای به ADHD هستند، در مقایسه با آنهایی که فاقد اختلال علائم احتکار می‌باشند (۱۸). از آنجایی که در هیچ پژوهشی به طور مستقیم به بررسی ارتباط عدم‌توجه با اختلال احتکار پرداخته نشده است، یکی دیگر از اهداف مطالعه حاضر پاسخ به این سؤال است که آیا بین عدم‌توجه یا نقص توجه با نشانگان احتکار رابطه وجود دارد؟

رفتارهای افراطی، که اغلب به طور مثبت تقویت شده‌اند نیز، در افراد دارای اختلال احتکار مشترک هستند (۱۹)، همچنین علائم احتکار در بین خریداران افراطی[۳] (بدون کنترل) نیز شایع است (۲۰). علائم احتکار همچنین در بین قماربازان وسواسی[۴] نیز دیده شده است (۲۱) و در بین افراد مبتلا به وسواس موکنی[۵] و پوست‌کنی[۶] نیز که کنترل کمی بر این رفتارهای خود دارند، شایع می‌باشد(۲۲). ویژگی تمامی این اختلالاتی که ذکر شد (قماربازی وسواسی، پوست‌کنی و موکنی) داشتن رفتارهای تکانشی و خارج از کنترل می‌باشد، و همانطور که ذکر شد علائم وسواس احتکار در بین این اختلالات شایع می‌باشد، از آنجایی که تاکنون پژوهشی در این زمینه که به بررسی نقش رفتارهای تکانشی در بین بیماران مبتلا به احتکار صورت نگرفته است، لذا یکی از اهداف پژوهش حاضر پاسخ به این سؤال می‌باشد که آیا بین تکانش‌گری و احتکار رابطه وجود دارد یا خیر؟ با توجه به آنچه در بالا ذکر شد این پژوهش درصدد تعیین سهم متغیرهای تکانش‌گری، عدم‌توجه و حوادث آسیب زای زندگی در شکل‌گیری اختلال احتکار می‌باشد.

روش کار

روش پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه دانشجویان دختر و پسر رشته‌های روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه پیام نور همدان در سال تحصیلی ۹۶-۱۳۹۵ تشکیل می‌دادند. تباچنیک و فیدل (۲۰۰۷، به نقل از رضایی، ۱۳۹۲) فرمولی برای محاسبه اندازه نمونه بر اساس تعداد متغیرهای پیش‌بین ارائه کرده‌اند که عبارت است از: $N>50+8m$ (تعداد متغیرهای پیش بین=m). بنابراین با توجه به اینکه تعداد متغیرهای پیش بین ما با در نظر گرفتن سه خرده مقیاس تکانش‌گری، چهار خرده مقیاس نشانگان بیش‌فعالی و نقص توجه و یک خرده‌مقیاس چک‌لیست حوادث زندگی برابر ۸ متغیر بود، حجم نمونه به دست آمده برابر ۱۱۶ است، که به دلیل امکان ریزش شرکت‌کننده‌ها و اینکه حجم نمونه بیشتر به معنی توان آماری بیشتر و برآورهای قابل‌اعتمادتر است تعداد ۲۲۰ نفر به روش تصادفی ساده از بین لیست دانشجویان روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه پیام نور مرکز همدان انتخاب و پرسشنامه‌های پژوهش پس از دادن توضیحات لازم در خصوص محرمانه ماندن اطلاعات آنها و همچنین آمادگی آنها برای شرکت در پژوهش در بین آنها توزیع گردید، لازم به ذکر است که فرایند انتخاب نمونه گیری تا رسیدن شرکت‌کننده‌ها به ۲۲۰ نفر ادامه پیدا کرد. ابزارهای پژوهش عبارت بودند از:

۱- چک‌لیست حوادث زندگی (LEC)[۷]: LEC یک

۱– Stressful life events
۲– Landau et al
۳– Excessive buyers
۴– Compulsive gamblers
۵– Trichotillomania
۶– Skin picking
۷– Life Events Checklist

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-08]

پرسشنامه ۱۷ سوالی است که تجربه آسیب‌های مختلف را اندازه‌گیری می‌کند. برای هر سؤال شرکت کنندگان بیان می‌کنند که آیا حادثه را تجربه کرده‌اند، شاهد حادثه بوده‌اند، و یا در مورد حادثه چیزی خوانده‌اند. LEC دارای ویژگی های روان‌سنجی مناسبی می‌باشد، و از روایی همگرای بالایی برخوردار است (۲۳)و به صورت آنلاین نیز اجرا شده است(۲۴). در پژوهش حاضر همسانی درونی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۲ به دست آمد.

۲- مقیاس تکانشگری بارنت[۱] (BIS): BIS یک مقیاس خودگزارشی ۳۰ سوالی است که تکانش‌گری را اندازه گیری می‌کند. سوال‌ها در یک مقیاس لیکرتی از ۱ (به ندرت/هرگز) تا ۴ (تقریباً همیشه/ همیشه) پاسخ داده می‌شود. تحلیل عاملی مرتبه دوم این پرسشنامه سه عامل را مشخص کرده است: تکانش‌گری توجهی[۲] (به عنوان مثال، نمی‌توانم توجه داشته باشم)، تکانش‌گری بدون برنامه (به عنوان مثال، بدون اینکه به محتوای صحبتم فکر کنم، صحبت می‌کنم)، و تکانش گری حرکتی (به عنوان نمونه، هر چه به ذهنم برسد فوراً عمل می‌کنم). این مقیاس از همسانی درونی خوب و روایی بالایی برخوردار می‌باشد(۲۵). همسانی درونی این مقیاس به روش آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر ۰/۹۲ به دست آمد.

۳- پرسشنامه بازنگری شده ذخیره کردن[۳] (SIR): احتکار در این پژوهش با استفاده از مقیاس ذخیره کردن سنجیده می‌شود. SIR یک ابزار خودگزارشی ۲۳ سؤالی است که برای سنجش رفتارهای احتکاری به کار می‌رود. این ابزار از سه خرده مقیاس تشکیل شده که سه جنبه از احتکار را بازنمایی می‌کنند: جمع‌آوری افراطی [۴]، ناتوانی در دورریزی[۵] و درهم ریختگی شدید[۶]. به شرکت‌کنندگان آموزش داده می شود تا به سؤالات در یک مقیاس لیکرتی ۵ درجه‌ای، از صفر تا ۴ (۰=هرگز و ۴=همیشه). نمرات بالاتر در SIR نشان دهنده سطوح بالاتری از رفتارهای احتکار می‌باشد. تحقیقات قبلی نشان‌دهنده همسانی درونی بالای این مقیاس و پایایی آن همه در نمونه‌های بالینی و هم غیربالینی بوده‌اند(۲۶). همسانی درونی این مقیاس در پژوهش حاضر ۰/۷۶ به دست آمد.

۴- مقیاس نشانگان بیش‌فعالی - نقص‌توجه (ADHDSS)[۷]: شدت نشانگان بیش‌فعالی و نقص توجه با مقیاس ADHDSS (۲۷) سنجیده شد. مبتنی بر ملاک های DSM-IV برای ADHD، این مقیاس خود گزارش ۱۸ سوالی از چهار خرده مقیاس تشکیل شده است: بی توجهی بزرگسالان (به عنوان مثال ناتوانی در توجه به جزئیات یا انجام اشتباه از روی بی دقتی در کارم)، بیش‌فعالی/تکانش‌گری بزرگسالان (به عنوان مثال اخلال یا دخالت کردن در کار دیگران)، بی‌توجهی کودکی و بیش‌فعالی/تکانش‌گری کودکی. ADHDSS به سادگی قادر است که بیماران دارای ADHD را از جمعیت کنترل عمومی متمایز کند(۲۸). خرده‌مقیاس‌های ADHDSS همسانی درونی عالی در مطالعات قبلی روی افراد دارای احتکار اجباری[۸] نشان داده‌اند (۱۷). شرکت‌کنندگان دارای بیش فعالی یا عدم توجه تشخیص داده خواهند شد چنانچه در ۶ و یا بیش از ۶ سؤال بی‌توجهی و ۶ و یا بیش از ۶ سؤال تکانش گری گزینه اغلب یا بیشتر اوقات را انتخاب کنند. در پژوهش حاضر صرفاً از خرده‌مقیاس عدم توجه استفاده شد. لازم به ذکر است که ضریب آلفای این مقیاس در پژوهش حاضر ۰/۷۸ به دست آمد.

جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های توصیفی مانند فراوانی، درصد، میانگین و .... و روش‌های استنباطی از قبیل ضریب همبستگی و تحلیل رگرسیون چند متغییره استفاده شد.

یافته ها

جدول ۱: توزیع فراوانی آزمودنی‌ها بر حسب جنسیت و سن

جنس	فراوانی	درصد	میانگین سنی	انحراف معیار
دختر	۹۶	۴۳/۸	۲۲/۶۱	۴/۶۱
پسر	۱۲۳	۵۶/۲	۲۴/۴۶	۶/۲۰
کل	۲۱۹	۱۰۰/۰	۲۳/۹۹	۵/۱۳

۱– Barratt Impulsivity Scale
۲– Attentional impulsivity
۳– Saving Inventory-Revised
۴– Excessive acquisition
۵– Difficult discarding
۶– Excessive clutter
۷– Attention deficit-hyperactivity disorder Symptom Scale
۸– Compulsive hoarders

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-08]

جدول ۲: میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش

شاخص متغییر	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	حداقل	حداکثر
بیش‌فعالی/نقص توجه	۲۱۹	۴۷/۴۷	۸/۸۰	۲۷	۷۴
تکانش‌گری	۲۱۹	۶۴/۲۸	۸/۷۹	۴۳	۱۰۲
حوادث آسیب‌زای زندگی	۲۱۹	۶۲/۷۲	۱۲/۵۹	۲۴	۸۵
درهم‌ریختگی	۲۱۹	۲۳/۰۵	۶/۰۱	۹	۴۲
ناتوانی در دورریزی	۲۱۹	۱۷/۶۹	۴/۴۹	۷	۳۲
جمع‌آوری افراطی	۲۱۹	۱۸/۶۸	۳/۵۶	۱۰	۲۸
احتکار	۲۱۹	۵۹/۶۲	۱۱/۲۳	۳۷	۹۰

جدول ۳: ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش

	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۱-بیش‌فعالی/نقص توجه	۱						
۲- تکانش‌گری	۰/۴۸۹**	۱					
۳- حوادث آسیب‌زای زندگی	۰/۱۵۹*	۰/۱۱۷	۱				
۴- درهم‌ریختگی	۰/۳۷۸**	۰/۱۹۷*	۰/۱۲۴	۱			
۵- ناتوانی در دورریزی	۰/۴۶۲**	۰/۲۵۴**	۰/۰۹۴	۰/۳۹۳**	۱		
۶- جمع‌آوری	۰/۴۶۹**	۰/۳۶۸**	۰/۱۵۶*	۰/۴۹۳**	۰/۳۹۸**	۱	
۷- احتکار	۰/۵۴۴**	۰/۳۱۱**	۰/۱۶۲*	۰/۸۵۹**	۰/۷۳۶**	۰/۷۴۸**	۱

$^{**}p<۰/۰۱$ ،$^{*}p<۰/۰۵$

همانطور که در جدول فوق مشهود است بیشترین ضریب همبستگی بین احتکار و عدم توجه و کمترین ضریب همبستگی بین احتکار وحوادث آسیب‌زای زندگی دیده شد.

جدول ۴: تحلیل واریانس مربوط به رگرسیون احتکار برعدم توجه، تکانش‌گری و حوادث آسیب‌زای زندگی

منبع واریانس	مجموع مجذورات	Df	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	R	R^2	SE
رگرسیون	۴۱۸۱/۲۸	۳	۱۳۹۳/۷۶	۱۵/۸۸	۰/۰۰۰	۰/۵۴۳	۰/۲۹۵	۰/۲۷۶
باقیمانده	۱۰۰۰۴/۵۴	۱۱۴	۸۷/۷۵					
کل	۱۴۱۸۵/۸۳	۱۱۷						

بر اساس این نتایج میزان F مشاهده شده معنادار است. ($P\leq$ ۰/۰۰۱، F=۱۵/۸۸) و ۲۹٪ واریانس مربوط به مقیاس احتکار بوسیله بیش‌فعالی، تکانش‌گری و حوادث آسیب زای زندگی تبیین می‌شود. با توجه به معنادار بودن رگرسیون احتکار بر عدم‌توجه، تکانش‌گری و حوادث آسیب‌زای زندگی آن ضرایب مربوط به معادله پیش‌بینی در جدول ۵ ارائه گردیده است.

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-08]

جدول ۵: ضرایب معادله احتکار با استفاده ازبیش‌فعالی، تکانش‌گری و حوادث آسیب‌زای زندگی

مدل	ضرایب (B)	خطای استاندارد	ضرایب استاندارد	t	معنی‌داری
مقدار ثابت	۲۷/۵۳	۸/۵۷		۳/۲۱	۰/۰۰۲
عدم توجه/بیش فعالی	۰/۶۰۶	۰/۱۱۶	۰/۴۸۰	۵/۲۴۷	۰/۰۰۰
تکانشگری	۰/۱۰۶	۰/۱۱۸	۰/۰۸۲	۰/۸۸۹	۰/۳۷۰
حوادث آسیب‌زای زندگی	۰/۰۶۰	۰/۰۶۶	۰/۰۷۲	۰/۸۹۷	۰/۳۷۲

ضرایب رگرسیون هر یک از سه متغیر پیش‌بین نشان می‌دهند که تنها عدم توجه/بیش‌فعالی ($P \leq ۰/۰۰۰$)، است که می‌تواند واریانس متغیر احتکار را به صورت معنادار تبیین کنند. ضریب تأثیر عدم‌توجه/ بیش‌فعالی ($B =-۰/۶۰۶$)، با توجه به آماره t ($t=۵/۲۴۷$) مربوطه نشان می‌دهند که این متغیر با اطمینان ۹۹ درصد قادر به پیش‌بینی تغییرات واریانس مربوط احتکار می‌باشد. دو متغییر دیگر یعنی تکانشگری و حوادث آسیب زای زندگی علیرغم اینکه همبستگی معناداری با احتکار داشتند در حضور بیش‌فعالی نتوانستند سهم معناداری از واریانس احتکار را تبیین کنند.

در ادامه نتایج آزمون t مستقل جهت مقایسه نمرات تکانش‌گری افرادی که در نمرات احتکار بالاتر و پایین‌تر از میانگین بوده‌اند آورده شده است.

جدول ۶: نتایج آزمون t مستقل جهت مقایسه تکانش‌گری افراد با نمرات بالا و پایین در احتکار

	آزمون لون جهت بررسی برابری واریانس‌ها		t	df	sig
	F	Sig			
تکانش‌گری	۰/۲۳۸	۰/۶۲۹	۰/۶۳۷	۳۳	۰/۵۲۸

همانطور که نتایج جدول بالا نشان می‌دهد بین دو گروه دارای نمرات بالا و پایین در مقیاس احتکار از لحاظ میانگین نمرات تکانشگری تفاوت معناداری وجود ندارد ($t=۶۳۷$ ،$p>۰/۰۵$).

بحث و نتیجه‌گیری

تا این اواخر، اختلال احتکار کمتر مورد توجه قرار گرفته بود. و این مسئله ممکن است به این خاطر بود که احتکار بیشتر به عنوان یکی از علائم بی‌شمار وسواس در نظر گرفته می‌شد. به طور فزاینده‌ای این فرض توسط چندین پژوهشگر، که خواستار این بودند که در DSM-5 به عنوان طبقه‌ای مجزا در نظر گرفته شود، مورد چالش قرار گرفته است. هدف از انجام پژوهش حاضر بررسی رابطه بین عدم توجه، تکانش گری و حوادث آسیب‌زای زندگی با شدت نشانگان احتکار در دانشجویان بود. همانطور که نتایج نشان داد بین عدم‌توجه/ بیش فعالی با نشانگان اختلال احتکار رابطه مثبت وجود دارد. در این ارتباط تنها یک پژوهش در گذشته صورت گرفته است که نتایج پژوهش حاضر در راستای آن می‌باشد(۲۹). تولین و همکاران (۲۹) در پژوهش خود نشان دادند که عدم توجه و نه بیش‌فعالی به طور معناداری شدت خرده‌مقیاس‌های درهم‌ریختگی، ناتوانی در دورریزی و جمع آوری مقیاس احتکار را پیش‌بینی می‌کند. نتایج نشان دهنده این امر است که بی‌توجهی، یک متغیر کلیدی برای پیش‌بینی رفتارهای مرتبط با احتکار می‌باشد. از طرفی پژوهش‌ها نشان داده است که عدم‌توجه ارتباط معناداری با علائم وسواس فکری - عملی ندارد (۱۱). لذا یافته‌های این پژوهش از این نظریه که اختلال احتکار متمایز از وسواس فکری - عملی می‌باشد حمایت می‌کند.

همچنین نتایج این پژوهش نشان می‌دهد، بین نشانگان تکانش‌گری و نشانگان اختلال احتکار رابطه مثبت وجود دارد. این نتیجه حاکی از این می‌باشد که مشکلات در تصمیم‌گیری، به تنهایی ایجاد کننده اضطراب وسواسی نیستند. نتایج نشان داد تکانش‌گری و نقص توجه به تنهایی پیش‌بینی کننده علائم احتکار نمی‌باشند. بنابراین تکانش‌گری در ظاهر ارتباطی با احتکار ندارد، همانطور که نتایج آزمون‌های نوروسایکولوژیک (۱۲) و سطوح برافراشته مشکلات رفتاری در بین افراد با اختلال‌های کنترل تکانه نیز تأییدکننده این نتیجه هستند (۲۰). این نتیجه نیز در راستای تأیید یافته‌های قبلی در تمایز بین اختلال احتکار از وسواس می‌باشد.

افزایش قابل توجه اهمیت مشکلات عصب‌شناختی در احتکار ممکن است پیشرفت‌هایی را در درمان احتکار حاصل کند. اگر چه اخیراً مدل‌های درمانی شناختی - رفتاری پیشرفت‌هایی را در درمان احتکار نشان داده‌اند، اما بیماران کمی علائم‌شان به کمک درمان‌های شناختی - رفتاری بهبود پیدا می‌کنند چراکه این نوع درمان به علت مشکلات ناشی از پیچیدگی ها و تفاوت‌های بیماران مختل می‌شود.

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-08]

مطالعات نشان داده‌اند که بی‌توجهی زیاد قبل از درمان ارتباط معناداری با کاهش اثربخشی درمان‌های شناختی - رفتاری دارد. بنابراین شواهد فزاینده‌ای وجود دارد که مشکلات عصب‌شناختی زیر بنای رفتارهای احتکار هستند و به عنوان موانعی برای درمان اثربخش عمل می‌کنند.

فرضیه دیگر پژوهش بررسی رابطه بین حوادث آسیب زای گذشته با علائم احتکار می‌باشد. نتایج نشان داد بین احتکار و حوادث آسیب‌زای گذشته رابطه معنیاداری وجود دارد. این نتایج در راستای نتیجه پژوهش (۳۰) می‌باشد. نتایج این تحقیق نشان داد که شدت احتکار به طور مثبتی با حوادث آسیب‌زایی که قبل از شروع اختلال در زندگی بیماران رخ داده است ارتباط دارد و همچنین نشان‌دهنده بالا بودن تعداد حوادث آسیب‌زا در افراد دارای اختلال احتکار نسبت به افراد عادی می باشد. همچنین افراد دارای احتکار نرخ بالاتری از سوء استفاده جسمانی و حوادث رانندگی قبل از شروع اختلال احتکار نسبت با افراد عادی گزارش کرده‌اند.

حوادث آسیب‌زا به عنوان عوامل خطری برای افراد دارای وسواس فکری- عملی و احتکار شناسایی شده‌اند. ۸۲٪ از افراد وسواس فکری- عملی گزارش کرده‌اند که تاریخچه ای از رویدادهای آسیب‌زا داشته‌اند، و این حوادث با شروع وسواس و احتکار مرتبط می‌باشد(۳۱). افراد دارای احتکار نسبت به افراد مبتلا به وسواس فکری- عملی به احتمال بیشتری دارای تجارب آسیب‌زا در گذشته می‌باشند(۹). به طور مشابه در پژوهش (۲۹) بیان شد که شدت احتکار در طول عمر افزایش می‌یابد و این احتمال وجود دارد که تعداد حوادث آسیب‌زا نیز در طول عمر افزایش پیدا کند.

در مطالعه‌ای حتی با کنترل کردن متغیر سن، نتایج نشان داد که بین احتکار و تعداد حوادث آسیب‌زا در طول زندگی ارتباط معناداری وجود دارد. بنابراین همچنان که تعداد حوادث آسیب‌زا قبل از شروع احتکار افزایش می‌یابد شدت نشانگان احتکار نیز به همان نسبت افزایش می‌یابد هرچند که نمی‌توان از رابطه بین احتکار و حوادث آسیب‌زا برداشت علی و معلولی کرد، اما این احتمال وجود دارد که افراد دارای حوادث آسیب‌زای انباشته شده، به طور فزاینده‌ای وابستگی بیشتری به اشیاء نشان می‌دهند بنابراین علائم احتکار افزایش پیدا می‌کند (۳۱). اختلال احتکار با افزایش دلبستگی هیجانی به اشیاء و همین‌طور وابستگی به اشیاء برای ایجاد احساس راحتی مرتبط می‌باشد و این ممکن است باعث ایجاد فاصله هیجانی افراد دارای اختلال احتکار با افراد دیگر شود(۳۲). هنوز مشخص نشده که چرا سوءاستفاده‌های جنسی و فیزیکی به طور فراوانی قبل از ایجاد علائم احتکار وجود دارد (چرا سوءاستفاده مکرر قبل احتکار موجب به وجود آمدن احتکار شده‌اند) ولی این امکان وجود دارد که سوء استفاده‌های به عمل آمده توسط شخص دیگر می‌تواند منجر به دلبستگی به اشیاء شود و باعث ایجاد مشکل در اعتماد یا وابستگی به اشخاص واقعی گردد. در راستای تأیید این فرضیه افراد دارای احتکار اغلب به جای برقراری رابطه با انساها جذب اشیاء می‌شوند و وابستگی شدیدی با اشیاء پیدا می‌کنند(۳۲). از جمله محدودیت های پژوهش حاضر می‌توان به اجرای پژوهش روی نمونه غیربالینی اشاره کرد. اجرای پژوهش روی نمونه دانشجویی از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌باشد که تعمیم نتایج را به گروه‌های دیگر با مشکل مواجه می‌سازد. عدم امکان دسترسی به سنجش‌های نوروسایکولوژیک جهت مشخص کردن دقیق تر تفاوت‌های ساختاری مغزی کسانی نمرات بالاتری در اختلال احتکارگر کسب کرده‌اند و آنهایی که نمرات پایین دارند، عدم توانایی کنترل و شناسایی کلیه متغیرهای تأثیر گذار بر اختلال بد شکلی بدن از جمله محدودیت‌های دیگر پژوهش حاضر بودند. باتوجه به اینکه اختلال احتکار با حوادث آسیب زای زندگی ارتباط دارد بنابراین احتمال شدت احتکار در افراد سالخورده وجود دارد، بنابراین پیشنهاد می‌شود پژوهش های مشابه روی گروه‌های سالخورده اجرا شود. انجام پژوهش روی نمونه‌های بالینی، بررسی‌های طولی جهت تغییر علائم و نشانگان وسواس احتکار، و مقایسه عملکرد عصبی بیماران دارای اختلال احتکار با بیماران وسواس و سایر افراد عادی از جمله پیشنهادات پژوهش حاضر می‌باشند.

تشکر و قدردانی

محقق بر خود لازم می‌دانند که از همکاری شرکت‌کنندگان در این پژوهش که شرط اصلی انجام این مطالعه بودند صمیمانه سپاسگزاری نماید.

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-08]

References

1-Frost RO, Hartl TL. A cognitive-behavioral model of compulsive hoarding. Behaviour research and therapy. 1996;34(4):341-50.

2-Ruscio A, Stein DJ, Chiu WT, Kessler RC. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. Molecular psychiatry. 2010;15 (1):53.

3-Samuels JF, Bienvenu OJ, Grados MA, Cullen B, Riddle MA, Liang K-y, et al. Prevalence and correlates of hoarding behavior in a community-based sample. Behaviour research and therapy. 2008;46(7):836-44.

4-Tolin DF, Frost RO, Steketee G, Fitch KE. Family burden of compulsive hoarding: results of an internet survey. Behaviour research and therapy. 2008;46(3):334-44.

5-Tolin DF, Frost RO, Steketee G, Gray KD, Fitch KE. The economic and social burden of compulsive hoarding. Psychiatry research. 2008;160(2):200-11.

6-Frost RO, Steketee G, Williams L. Hoarding: a community health problem. Health & social care in the community. 2000;8(4):229-34.

7-Abramowitz JS, Wheaton MG, Storch EA. The status of hoarding as a symptom of obsessive–compulsive disorder. Behaviour research and therapy. 2008;46(9):1026-33.

8-Pertusa A, Frost RO, Fullana MA, Samuels J, Steketee G, Tolin D, et al. Refining the diagnostic boundaries of compulsive hoarding: a critical review. Clinical psychology review. 2010;30(4):371-86.

9-Frost RO, Tolin DF, Steketee G, Oh M. Indecisiveness and hoarding. International Journal of Cognitive Therapy. 2011;4(3):253-62.

10-Wu KD, Watson D. Hoarding and its relation to obsessive–compulsive disorder. Behaviour research and therapy. 2005;43(7):897-921.

11-Mataix□Cols D, Frost RO, Pertusa A, Clark LA, Saxena S, Leckman JF, et al. Hoarding disorder: a new diagnosis for DSM□V? Depression and anxiety. 2010;27(6):556-72.

12-Grisham JR, Brown TA, Savage CR, Steketee G, Barlow DH. Neuropsychological impairment associated with compulsive hoarding. Behaviour research and therapy. 2007;45 (7):1471-83.

13-Steketee G, Frost R. Compulsive hoarding: current status of the research. Clinical psychology review. ۲۰۰۳;۲۳(۷):۹۰۵-۲۷.

14-Landau D, Iervolino AC, Pertusa A, Santo S, Singh S, Mataix-Cols D. Stressful life events and material deprivation in hoarding disorder. Journal of anxiety disorders. 2011;25 (2):192-202.

15-Grisham JR, Norberg MM, Williams AD, Certoma SP, Kadib R. Categorization and cognitive deficits in compulsive hoarding. Behaviour research and therapy. 2010;48(9):866-72.

16-Hartl TL, Duffany SR, Allen GJ, Steketee G, Frost RO. Relationships among compulsive hoarding, trauma, and attention-deficit/ hyperactivity disorder. Behaviour research and therapy. 2005;43(2):269-76.

17-Ratchford E, Frost R, Steketee G, Tolin D. ADHD in hoarders, OCD patients, and community controls. association of behavioral and cognitive therapies. 2009.

18-Sheppard B, Chavira D, Azzam A, Grados MA, Umaña P, Garrido H, et al. ADHD prevalence and association with hoarding behaviors in childhood□onset OCD. Depression and anxiety. 2010;27(7):667-74.

19-Frost RO, Gross RC. The hoarding of possessions. Behaviour research and therapy. 1993;31(4):367-81.

20-Frost RO, Steketee G, Williams L. Compulsive buying, compulsive hoarding, and obsessive-compulsive disorder. Behavior therapy. 2002;33(2):201-14.

21-Frost RO, Meagher BM, Riskind JH. Obsessive-compulsive features in pathological lottery and scratch-ticket gamblers. Journal of Gambling Studies. 2001;17(1):5-19.

22-Samuels J, Bienvenu III OJ, Riddle M, Cullen B, Grados M, Liang K-Y, et al. Hoarding in obsessive compulsive disorder: results from a case-control study. Behaviour research and therapy. 2002;40(5):517-28.

23-Gray MJ, Litz BT, Hsu JL, Lombardo TW. Psychometric properties of the life events checklist. Assessment. 2004;11(4):330-41.

24-Spence J, Titov N, Dear BF, Johnston L, Solley K, Lorian C, et al. Randomized controlled trial of Internet□delivered cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress disorder. Depression and anxiety. 2011;28(7):541 -50.

25-Patton JH, Stanford MS, Barratt ES. Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. Journal of Clinical Psychology. 1995;51 (6):768-74.

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-08]

26-Frost RO, Tolin DF, Steketee G, Fitch KE, Selbo-Bruns A. Excessive acquisition in hoarding. Journal of anxiety disorders. 2009;23(5):632-9.
27-Barkley RA, Murphy KR. Attention-deficit hyperactivity disorder: A clinical workbook: Guilford Press; 1998.
28-Barkley RA, Murphy KR, Dupaul GJ, Bush T. Driving in young adults with attention deficit hyperactivity disorder: knowledge, performance, adverse outcomes, and the role of executive functioning. Journal of the International Neuropsychological Society. 2002;8(5):655-72.
29-Tolin DF, Villavicencio A. Inattention, but not OCD, predicts the core features of hoarding disorder. Behaviour research and therapy. 2011;49(2):120-5.
30-Przeworski A, Cain N, Dunbeck K. Traumatic life events in individuals with hoarding symptoms, obsessive-compulsive symptoms, and comorbid obsessive-compulsive and hoarding symptoms. Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders. 2014;3 (1):52-9.
31-Cromer KR, Schmidt NB, Murphy DL. Do traumatic events influence the clinical expression of compulsive hoarding? Behaviour research and therapy. 2007;45(11):2581-92.
32-Frost RO, Hartl TL, Christian R, Williams N. The value of possessions in compulsive hoarding: patterns of use and attachment. Behaviour research and therapy. 1995;33 (8):897-902.

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-08]

Relation between impulsivity, inattention/ hyperactivity, and Traumatic life events with hoarding symptoms disorder

Khorramabadi Y (Ph.D) *

Abstract

Introduction: The aim of this study was investigating the relation between impulsivity, in attention/ hyperactivity, and Traumatic life events with hoarding symptoms disorder in university students.

Methods: Study method of this research is descriptive-correlational. The sample size of this study was 219 students who were selected in a stratified random sampling method from different faculties of Payam Noor University, Hamedan Branch. The instruments used in this study were Life Events Checklist (LEC), Barratt Impulsivity Scale(BIS), Saving Inventory-Revised(SIR) and attention deficit-hyperactivity disorder Symptom Scale(ADHDSS). Data were analyzed by Pearson correlation coefficient and multivariate regression analysis.

Results: The results showed that there is significant relationship between hyperactivity /inattention symptoms with hoarding symptoms ($r = 0.54$ $p < 0.001$), impulsivity with hoarding symptoms ($r = 0.31$, $p < 0.001$), and between Traumatic life events and hoarding symptoms ($r = 0.162$, $p < 0.05$), and these variables are able to explain 0.29% of the variance in the syndrome of hoarding disorder.

*Corresponding author: Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran. Email: Ykhorramabadi@yahoo.com

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-08]