رویش روان شناسی، سال۱۰ ، شماره۶، شماره پیاپی ۶۳، شهریور ۱۴۰۰
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),10(6), 2021

ارائه الگوی ساختاری پیش‌بینی پرخوری عصبی براساس استرس و تنظیم هیجانی با میانجی‌گری گسستگی ذهن

Structural predicting modeling of binge eating based on stress and emotional regulation by dissociation mediation

تبسم نیکوسرشت
دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.
آرزو شمالی اسکویی (نویسنده مسئول)
استادیار گروه روان‌شناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.

چکیده

هدف پژوهش حاضر ارائه الگوی ساختاری پیش‌بینی پرخوری عصبی بر اساس استرس و تنظیم هیجانی با میانجی‌گری گسستگی ذهن بود. روش پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش حاضر را تمامی دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن در پاییز سال ۱۳۹۸ تشکیل می‌دادند. روش نمونه‌گیری به شیوه در دسترس و حجم نمونه ۳۷۰ نفر بود. ابزار پژوهش شامل مقیاس پرخوری (گورمالی و همکاران، ۱۹۸۲)، پرسشنامه تنظیم شناختی هیجانی (گارنفسکی و همکاران، ۲۰۰۱)، مقیاس گسستگی ذهن (برنستاین و پاتنام، ۱۹۸۶) و مقیاس استرس ادراک‌شده (کوهن و همکاران، ۱۹۸۳) بود. برای تحلیل داده‌ها از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری استفاده شد. نتایج نشان داد ضریب مسیر غیرمستقیم بین راهبردهای مثبت تنظیم هیجانی و پرخوری از طریق گسستگی ذهن، منفی و معنادار بود (p<۰/۰۱، β=-۰/۱۰۰). ضریب مسیر غیرمستقیم بین راهبردهای منفی تنظیم هیجانی و پرخوری از طریق گسستگی ذهن، مثبت و معنادار بود (p<۰/۰۵، β=۰/۰۷۶). ضریب مسیر غیرمستقیم بین استرس و پرخوری از طریق گسستگی ذهن، مثبت و معنادار بود (p<۰/۰۱، β=۰/۰۹۳). بر اساس نتایج پژوهش حاضر می‌توان گفت زمانی‌که فرد به واسطه استرس وارد شده و بدتنظیمی هیجانی با گسستگی ذهن مواجه می‌شود، به پرخوری افراطی به عنوان سبکی از مقابله متوسل می‌شود.

واژه‌های کلیدی: *استرس، پرخوری، تنظیم هیجان، گسستگی ذهن*

Tabasom Nikooseresht
Ph.D. student in General Psychology, Karaj branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.
Arezoo Shomali Oskoei *
Assistant Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Rudehen Branch, Rudehen, Iran.
aoskoei@riau.ac.ir

Abstract

The present study aimed to provide a structural model for predicting binge eating based on stress and emotion regulation mediated by dissociation. The research method was a descriptive correlational type. The statistical population of the present study was all students of the Islamic Azad University, Rudehen Branch, in the fall of 2019. The sampling method was convenient and the sample size was 370 people. The study tool included the Binge Eating Scale (Gormally, Black, Daston, & Rardin, 1982); Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (Garnefski, Kraaij, & Spinhoven, 2001); Dissociative Experiences Scale (Bernstein & Putnam, 1986) and Measure of Perceived Stress (Cohen, Kamarck, & Mermelstein, 1983). Structural equation modeling was used to analyze the data. The indirect path coefficient between positive emotional regulation and binge eating through dissociation was negative and significant (p<0.01, β=-0.100). The indirect path coefficient between negative emotional regulation and binge eating through dissociation was positive and significant (p<0.05, β=0.076). The indirect path coefficient between stress and binge eating through dissociation was positive and significant (p<0.01, β=0.093). Based on the present study results, it can be said that when a person experiences dissociation due to stress and emotional dysregulation, resorts to extreme overeating as a style of coping.

Keywords: *stress, binge eating, emotion regulation, dissociation*

نوع مقاله : پژوهشی | **دریافت : مرداد ۹۹** | **پذیرش: شهریور ۹۹** | **ویرایش نهایی : شهریور ۱۴۰۰**

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-18]

مقدمه

اختلال‌های خوردن[1] یکی از اختلال‌های شایع روانی/ روان‌تنی به شمار می‌روند که باعث ایجاد مشکلات فراوان در سلامت جسمی و عملکرد روانی و کیفیت زندگی می‌شوند (خدابخش و کیانی، ۱۳۹۵). اختلال پرخوری[2] تشخیص جدیدی است که به پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی[3] اضافه شده و افرادی را شامل می‌شود که در دوره زمانی مجزا پرخوری می‌کنند، بر خوردن خویش کنترل ندارند و حداقل دو بار در هفته به مدت ۶ ماه به پرخوری می‌پردازند. برای اینکه پرخوری‌ها برای تشخیص اختلال پرخوری واجد شرایط باشند باید با مصرف غذای زیاد، خوردن بعد از نقطه احساس سیری کامل یا گرسنگی، خوردن درحالی‌که فرد تنهاست، و احساس نفرت از خود یا گناه بعد از پرخوری روی دهند. چون پرخوری همراه با رفتارهای جبرانی روی نمی‌دهد، احتمال دارد که افراد دچار این اختلال وزن قابل ملاحظه‌ای کسب کنند (هالجین و ویت بورن[4]، ۲۰۱۳).

مشکلات تنظیم هیجان[5]، خوردن آشفته را پیش‌بینی می‌کند، اما اینکه چگونه مشکلات تنظیم هیجان منجر به خوردن آشفته می‌شود، سؤالی است که بی‌جواب مانده است (خدابخش و کیانی، ۱۳۹۵). بدتنظیمی هیجانی کارکرد مؤثر شناخت را مختل می‌کند و این اختلال در شناخت مجدداً دامن‌گیر خود پردازش هیجانی می‌شود و آشفتگی و آمیختگی هیجانی شدیدتر می‌شود (ندایی، پاغوش و صادقی هسنیجه، ۱۳۹۵). یکی از ابعاد مهم هیجان تنظیم شناختی هیجان[6] است. تنظیم شناختی هیجان به تمامی سبک‌های شناختی اطلاق می‌شود که افراد از آن به‌منظور افزایش، کاهش و یا حفظ تجارب هیجانی استفاده می‌کنند. به بیان دیگر، راهبردهای شناختی تنظیم هیجان، کنش‌هایی هستند که نشان‌گر راه‌های کنار آمدن فرد با شرایط استرس‌زا و یا اتفاقات ناگوار است، مفهوم کلی تنظیم شناختی هیجان دلالت بر شیوه شناختی دستکاری ورود اطلاعات فراخوانده هیجان دارد (یارمحمدی واصل، علی‌پور، بسطامی، ذوالفقاری‌نیا و بزاززاده، ۱۳۹۴). افراد در مواجهه با شرایط استرس‌زا از راهبردهای تنظیم هیجانی متنوعی استفاده می‌کنند. از جمله این راهبردها می‌توان به راهبردهای منفی شامل نشخوار فکری[7]، سرزنش خود[8]، سرزنش دیگران[9]، فاجعه‌سازی[10] و راهبردهای مثبت شامل تمرکز مجدد مثبت[11]، ارزیابی مثبت مجدد[12]، پذیرش[13]، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی[14] و دیدگاه‌گیری[15] اشاره کرد (گارنفسکی، کوپمن، کرایج و کیت[16]، ۲۰۰۹).

نتایج پژوهش نیکدوست و همکاران (۱۳۹۷) اهمیت نقش تنظیم شناختی هیجان و دشواری در تنظیم هیجان را به‌عنوان یک عامل خطر کلیدی برای الگوهای خوردن ناسالم و چاقی آشکار ساخت. در پژوهش رحمانی و همکاران (۱۳۹۶) آموزش عناصر رفتاری و هیجانی در عادی کردن الگوهای خوردن، برنامه‌ریزی وعده‌های غذا، آموزش تغذیه و خاتمه دادن به چرخه‌های پرخوری و همچنین، عنصر شناختی این درمان، شامل مقابله با افکار ناکارامد همراه با پرخوری، موجب تأثیرات مثبتی بر پرخوری و دشواری در تنظیم هیجان شد. در پژوهش میرزامحمد علایینی و همکاران (۱۳۹۲) مداخله تعدیل غذا خوردن هیجانی باعث کاهش وزن و اصلاح غذا خوردن هیجانی به واسطه تنظیم هیجان‌ها، اصلاح باورهای مخرب غذا خوردن و بازسازی شناختی در میان افراد دارای غذا خوردن هیجانی شد. دینگماس و همکاران[17] (۲۰۱۷) چنین پیشنهاد کردند افراد مبتلا به اختلال پرخوری افراطی با متوسل شدن به راهبردهای تنظیم هیجانی ناسازگارانه و اجتنابی

---

1. eating disorder
2. binge eating disorder
3. Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders.5
4. Halgin & Whitbourne
5. emotion regulation
6. cognitive emotion regulation
7. rumination
8. self-blame
9. other-blame
10. catastrophizing
11. positive refocusing
12. positive reappraisal
13. acceptance
14. refocus on planning
15. putting into perspective
16. Garnefski, Koopman, Kraaij & Cate
17. Dingemans, Danner & Parks

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-18]

سرکوب‌گری و نشخوارگری در تنظیم هیجان‌های ناخواسته‌شان درگیر می‌شوند که موجب افزایش افکار و نشانه‌های آسیب‌شناختی آن‌ها می‌شود. میخاییل و کرینگ[1] (۲۰۱۹) نیز چنین اشاره داشته‌اند که مشکلات تنظیم هیجان با پرخوری در ارتباط است. همچنین کوک و اکرمن[2] (۲۰۱۹) چنین نتیجه گرفتند که هیجان‌های منفی به واسطه مشکلات تنظیم هیجانی با پرخوری در ارتباط هستند.

از سوی دیگر، چائو و همکاران[3] (۲۰۱۶) چنین پیشنهاد کردند که استرس ادراک‌شده هدف مهمی در درمان و کاهش خوردن افراطی و هیجانی است. استرس بعنوان رویدادهایی در نظر گرفته می‌شود که به صورت تهدیدکننده برای فرد ادراک می‌شوند و پاسخ‌های فیزیولوژیکی و رفتاری را فراخوانی می‌کنند (برمنر و ویت برد[4]، ۲۰۲۰). در ارتباط با استرس، ویژگی‌های فردی و شخصیتی عوامل مهمی هستند؛ زیرا تعیین می‌کنند که افراد چگونه با وقایع استرس‌زا سازگار خواهند شد و چگونه بعد از این وقایع بهبود خواهند یافت (چایلدس، وایت و دی ویت[5]، ۲۰۱۴). هنگامی که استرس، درد هیجانی شدید و تحمل‌ناپذیر می‌شود یا فرد روابط بین‌فردی در هم کوبنده‌ای را تجربه می‌کند، گسستگی ذهن[6] برای گریز از هیجان‌های دردآور رخ می‌دهد. فراموش کردن بخشی از فعالیت‌ها و یا رویدادها، مکانیسمی برای کاهش تماس با گذشته و تجارب جاری است. فراموشی می‌تواند به‌عنوان یک سبک مقابله‌ای باشد که به افراد فرصت می‌دهد تا از خاطرات دردناک اجتناب کنند؛ به‌عبارتی به جای بازنمایی شکست شناختی، فرد به‌طور هدفمند تلاش می‌کند آشکارا یا ناآشکار بخشی از گذشته را فراموش کند (امراللهی، مرادی و حسنی، ۱۳۹۵؛ دوراهی[7]، ۲۰۱۰). فورد[8] (۲۰۱۳) گسستگی ذهن را به‌عنوان پاسخ خودتنظیمی به هیجان‌های شدید معرفی کرد (فورد، ۲۰۱۳). فرآیند گسستگی ذهن می‌تواند به‌عنوان پاسخ اولیه به استرس شناخته شود که ذهن را از نابسامانی‌ها و احساسات فروپاشی شده، از طریق حذف موقت محتویات ذهنی از آگاهی و از طریق اختلال‌های متعدد بین حالت‌های ذهنی محافظت می‌کند (اسچیمنتی[9]، ۲۰۱۸).

مطالعه موردی توسط اسپیتز و همکاران[10] (۲۰۰۷) بر شیوع گسستگی ذهن در اختلال‌های خوردن تأکید کرده است. در پژوهش فولر- تیسکیویکز و موساپ[11] (۲۰۰۸) نارضایتی از بدن و تکانشگری میانجی‌گر رابطه بین گسستگی ذهن و پرخوری بود. لاملا، ماگلیتا، کاستلینی، امووروسو و لاکارلی[12] (۲۰۱۰) چنین پیشنهاد کردند که گسستگی ذهن در افرادی که دچار پرخوری هستند آغازگر دوره‌های پرخوری است زیرا موجب کاهش خودآگاهی و هیجان‌های منفی اما در کوتاه‌مدت می‌شود. در این راستا، بساک‌نژاد و همکاران (۱۳۹۱) پیشنهاد کردند مبتلایان به اختلال خوردن از انواع سبک‌های مقابله اجتنابی- اجتماعی- رفتاری نظیر پرخوری برای رویارویی با استرس- زاهای روان‌شناختی استفاده می‌کنند. در پژوهش سالکووسکی و همکاران[13] (۲۰۱۱) راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار و اجتنابی به صورت مثبت با استرس و پرخوری افراطی در ارتباط بودند و راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار رابطه بین استرس و پرخوری افراطی را میانجیگری کردند و بدین ترتیب به نظر می‌رسد پرخوری افراطی و هیجانی راهبرد مقابله‌ای هیجان‌مداری باشد که در راستای کاهش تنش و استرس به کار گرفته می‌شود.

شاید بتوان چنین استدلال کرد که پرخوری راهبرد مقابله‌ای ناسالمی است که از بدتنظیمی هیجانی اشخاص در مقابله با استرس ادراک شده و در نتیجه تجربه گسستگی ذهن به‌عنوان مکانیسم دفاعی ناسازگارانه نشأت می‌گیرد و به نظر می‌رسد می‌توان آن‌ها را در قالب یک مدل علی بررسی کرد. به نظر می‌رسد افراد مبتلا به اختلال پرخوری افراطی در بیان و تنظیم هیجان‌های خود ضعف دارند که این امر در شکل‌گیری و تداوم اختلال آن‌ها تأثیر گذار است. علاوه براین، گمان می‌رود گسستگی ذهن که از جمله تظاهرات بدتنظیمی

1. Mikhail & Kring
2. Kukk & Akkermann
3. Chao, Grey, Whittemore, Reuning-Scherer, Grilo & Sinha
4. Bremner & Wittbrodt
5. Childs, White, & de Wit
6. dissociation
7. Dorahy
8. Ford
9. Schimmenti
10. Spitzer, Barnow, Freyberger & Grabe
11. Fuller-Tyszkiewicz & Mussap
12. La Mela, Maglietta, Castellini, Amoroso, & Lucarelli
13. Sulkowski, Dempsey & Dempsey

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-18]

هیجانی در مواجه با استرس روان‌شناختی است نقش اساسی را در تداوم این اختلال ایفا کند. از این‌رو در پژوهش حاضر پژوهشگر به دنبال پاسخگویی به این سوال بود که آیا پرخوری عصبی براساس استرس و تنظیم هیجان با میانجی‌گری گسستگی ذهن پیش‌بینی می‌شود؟

روش

روش پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش حاضر را تمامی دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن در پاییز سال ۱۳۹۸ تشکیل می‌دادند. گاداگنولی و ولیسر[1] (۱۹۸۸) پیشنهاد می‌کنند در پژوهش با رویکرد مدلیابی و تحلیل مسیر، نمونه‌ای با حجم ۳۰۰ تا ۴۵۰ نفر ضروری است، بنابراین ۳۷۰ نفر با در نظر گرفتن احتمال ریزش نمونه به روش نمونه‌برداری در دسترس انتخاب شدند که از این تعداد ۷ پرسشنامه به دلیل مخدوش بودن کنار گذاشته شدند. در پژوهش حاضر جهت تحلیل داده‌های از روش مدلیابی معادلات ساختاری استفاده شده است. چگونگی برازش مدل اندازه‌گیری پژوهش به‌وسیله تحلیل عاملی تأییدی با استفاده از نرم‌افزار ایموس[2] نسخه ۲۴ و برآورد بیشینه احتمال (ML) مورد ارزیابی قرار گرفت.

ابزار سنجش

مقیاس پرخوری[3]. مقیاس پرخوری گورمالی بلک، داستون و رادین[4] (۱۹۸۲) که شامل ۱۶ گویه است به منظور اندازه‌گیری شدت پرخوری در افراد مبتلا به چاقی طراحی شده است که ابعاد شناختی- عاطفی (مانند احساس گناه، اشتغال ذهنی با خوردن محدود) و رفتاری (مانند غذا خوردن سریع، تنها غذا خوردن سریع و تنها غذا خوردن) اختلال پرخوری را می‌سنجد. در این مقیاس نمرات پایین‌تر از ۱۷ نشان‌دهنده عدم ابتلا به اختلال پرخوری است. روایی و پایایی خارجی این مقیاس رضایت‌بخش گزارش شده است (سلیو و همکاران[5]، ۲۰۰۴). مولودی و همکاران (۱۳۸۹) اعتبار این مقیاس را با استفاده روش بازآزمایی ۰/۷۲، روش دونیمه‌سازی ۰/۶۷ و روش آلفای کرونباخ ۰/۸۵ گزارش کردند. همچنین ضریب حساسیت و ویژگی نسخه فارسی مقیاس پرخوری با استفاده از نقطه برش ۱۷ به ترتیب ۸۴/۶ و ۸۰/۸ درصد بود. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۸ به‌دست آمد.

پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان[6]. پرسشنامه گارنفسکی[7] و همکاران (۲۰۰۱) شامل ۳۶ عبارت است و ۹ خرده‌مقیاس تمرکز مثبت مجدد، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، دیدگاه‌پذیری، پذیرش، سرزنش خود، سرزنش دیگران، نشخوار فکری و فاجعه‌سازی را در یک طیف لیکرت از «هرگز=۱» تا «همیشه=۵» مورد ارزیابی قرار می‌دهد. حسنی (۱۳۹۰) آلفای کرونباخ پرسشنامه را از ۰/۷۶ تا ۰/۹۲ گزارش کرده است. در پژوهش حسنی (۱۳۹۰) نتایج تحلیل مؤلفه‌های اصلی از ساختار ۹ عاملی اصلی پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان حمایت کرد و ۷۴ درصد از تغییرات را تبیین کرد. در پژوهش حاضر ضرایب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های این ابزار در دامنه‌ای از ۰/۶۰ تا ۰/۸۱ به دست آمد.

مقیاس گسستگی ذهن[8]. مقیاس گسستگی ذهن برنستاین و پاتنام[9] (۱۹۸۶) با هدف سنجش مسخ شخصیت و مسخ واقعیت، شکاف‌های آگاهی و حافظه و گسستگی‌های ذهنی مکرر ساخته شده و شامل ۲۸ گویه است. نشانه‌های تجزیه‌ای و نه اختلال را در یک طیف لیکرت ۱۰ درجه‌ای (از هرگز= ۰ تا همیشه= ۱۰۰) مورد ارزیابی قرار می‌دهد. در پژوهش کارگربرزی و همکاران (۱۳۹۷) ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس تجارب تجزیه‌ای ۰/۹۲ و ضریب همبستگی تجارب تجزیه‌ای با اندیشه‌پردازی خودکشی و صفات عاطفه‌پذیری منفی، جدایی، بازداری‌زدایی، روان‌پریش‌خویی و دشمنی و خصومت به ترتیب ۰/۵۲۴، ۰/۱۶۵، ۰/۲۳۶، ۰/۲۵۱، ۰/۳۳۱ و ۰/۱۷۹ گزارش شده است. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۳ به‌دست آمد.

---

1. Guadagnoli & Velicer
2. Amos
3. binge eating scale
4. Gormally, Black, Daston & Rardin
5. Celio, Wilfley, Crow, Mitchell, Walsh
6. Cognitive Emotion Regulation Questionnaire
7. Garnefski
8. Dissociative Experiences Scale
9. Bernstein & Putnam

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-18]

مقیاس استرس ادراک‌شده[1]. مقیاس استرس ادراک‌شده کوهن[2] و همکاران (۱۹۸۳) شامل ۱۴ گویه است که در یک طیف لیکرت (از ۴= بسیاری از اوقات تا ۰= هرگز) نمره‌گذاری می‌شود. در پژوهش کوهن و همکاران (۱۹۸۳) نمره ضرایب همسانی درونی برای پرسشنامه استرس ادراک‌شده بین ۰/۸۴ تا ۰/۸۶ به‌دست آمد. کوهن و همکاران (۱۹۸۳) برای محاسبه روایی ملاک این مقیاس، ضریب همبستگی آن را با نشانه‌های شناختی بین ۰/۵۲ تا ۰/۷۶ گزارش کرده‌اند. صفایی و شکری (۱۳۹۳) برای این ابزار دو عامل خودکارآمدی ادراک شده و درماندگی ادراک شده و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۶ را گزارش کردند. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ به‌دست آمد.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر ۱۱۲ نفر (۳۰/۸۵ درصد) از شرکت‌کنندگان ۲۵ سال و کمتر، ۷۵ نفر (۲۰/۶۶ درصد) ۲۶ تا ۳۰ سال، ۸۰ نفر (۲۲/۰۳ درصد) ۳۱ تا ۳۵ سال و ۱۰۶ نفر (۲۹/۲۰ درصد) بالاتر از ۳۶ سال داشتند. لازم به ذکر است که میانگین و انحراف استاندارد سن شرکت‌کنندگان به ترتیب ۳۱/۹۲ و ۱۰/۰۹ بود. مقطع تحصیلی ۱۰۰ نفر (۲۷/۵۵ درصد) از شرکت‌کنندگان فوق دیپلم، ۱۴۲ نفر (۳۹/۱۱ درصد) لیسانس و ۹۵ نفر (۲۶/۱۷ درصد) فوق لیسانس و ۲۶ نفر (۷/۱۶ درصد) دکتری بود. ۱۸۵ نفر (۵۰/۹۶ درصد) از شرکت‌کنندگان مجرد، ۱۴۵ نفر (۳۹/۹۴ درصد) متأهل و ۳۳ نفر (۹/۰۹ درصد) از همسر خود جدا شده بودند. ۱۹۴ نفر (۵۳/۴۴ درصد) از شرکت‌کنندگان شاغل و ۱۶۹ نفر (۴۶/۵۵ درصد) غیر شاغل بودند.

جدول ۱ میانگین، انحراف استاندارد و چولگی و کشیدگی و ضریب تحمل و تورم واریانس متغیرهای راهبردهای تنظیم هیجان، استرس، گسستگی ذهن و پرخوری را نشان می‌دهد.

جدول ۱. میانگین، انحراف استاندارد و چولگی و کشیدگی و ضریب تحمل و تورم واریانس متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	چولگی	کشیدگی	ضریب تحمل	تورم واریانس
ملامت خویش	۱۲/۳۹	۳/۰۰	-۰/۳۲	-۰/۰۱	۰/۷۵	۱/۳۳
ملامت دیگران	۱۰/۵۷	۳/۳۲	۰/۱۶	۰/۲۷	۰/۵۵	۱/۸۱
فاجعه سازی	۱۰/۸۴	۳/۲۱	۰/۲۴	-۰/۳۱	۰/۴۱	۲/۴۳
نشخوارگری	۱۳/۳۲	۳/۲۹	-۰/۰۸	-۰/۳۶	۰/۵۴	۱/۸۵
پذیرش	۱۴/۱۹	۲/۹۷	-۰/۶۲	۰/۴۸	۰/۸۱	۱/۲۳
تمرکز مجدد مثبت	۱۴/۴۷	۲/۸۲	-۰/۰۶	۱/۱۱	۰/۴۴	۲/۲۸
تمرکز مجدد بر برنامه	۱۶/۲۹	۲/۵۸	-۰/۳۷	-۰/۴۵	۰/۴۳	۲/۳۲
ارزیابی مجدد مثبت	۱۵/۶۵	۳/۲۱	-۰/۴۳	-۰/۶۳	۰/۳۱	۳/۲۵
دیدگاه گیری	۱۴/۶۴	۲/۹۵	-۰/۳۱	-۰/۰۶	۰/۵۹	۱/۷۰
استرس	۲۳/۷۷	۶/۸۱	۰/۰۱	-۰/۶۸	۰/۵۱	۱/۹۵
گسستگی ذهن	۱۰۶/۰۱	۳۲/۰۱	۰/۳۹	-۱/۲۳	۰/۶۳	۱/۵۹
پرخوری	۹/۱۷	۴/۸۴	۱/۱۲	۰/۵۱	-	-

جدول ۱ نشان می‌دهد که ارزش‌های کشیدگی و چولگی همه متغیرها در محدوده ۲± بود. جدول ۱ همچنین نشان می‌دهد مفروضه همخطی بودن در بین داده‌های پژوهش حاضر برقرار است. زیرا که مقادیر ضریب تحمل همه متغیرهای پیش‌بین بزرگ‌تر از ۰/۱ و مقادیر عامل تورم واریانس برای هر یک از آن‌ها کوچک‌تر از ۱۰ بود.

1. Measure of Perceived Stress
2. Cohen

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-18]

در این پژوهش به‌منظور ارزیابی برقراری یا عدم برقراری مفروضه نرمال بودن توزیع چند متغیری، از تحلیل اطلاعات مربوط به فاصله مهلنوبایس[1] استفاده شد. مقادیر چولگی و کشیدگی اطلاعات مربوط به فاصله مهلنوبایس به ترتیب برابر با ۱/۳۵ و ۱/۱۲ به دست آمد که بیانگر برقراری مفروضه نرمال بودن توزیع چند متغیری بود.

در پژوهش حاضر چنین فرض شده بود که متغیر راهبردهای منفی تنظیم هیجانی به‌وسیله نشانگرهای ملامت خویش، ملامت دیگران، فاجعه‌سازی و نشخوارگری و متغیر مکنون راهبردهای مثبت تنظیم هیجانی به‌وسیله نشانگرهای ارزیابی مجدد مثبت، پذیرش، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه و دیدگاه‌گیری سنجیده می‌شود. جدول ۲ شاخص‌های برازندگی مدل اندازه‌گیری را نشان می‌دهد. بررسی شاخص‌های برازندگی به دست آمده نشان داد که مدل اندازه‌گیری با داده‌ها برازش قابل قبولی دارد.

جدول ۲. شاخص‌های برازش مدل اندازه‌گیری

شاخص‌های برازندگی	مجذور کا	df	مجذور کای هنجارشده	ریشه خطای میانگین مجذورات تقریب[2]	شاخص نکویی برازش[3]	شاخص تعدیل شده برازندگی[4]	شاخص برازندگی تطبیقی[5]
الگوی اندازه‌گیری	۴۶/۷۱	۲۵	۱/۸۷	۰/۰۵۸	۰/۹۶۳	۰/۹۳۳	۰/۹۷۶
الگوی ساختاری	۳/۶۶	۲۵	۳/۶۶	۰/۰۷۳	۰/۹۹۷	۰/۹۲۸	۰/۹۸۹
نقاط برش قابل قبول	P>۰/۰۵	-	<۳	<۰/۰۸	<۰/۹۵	<۰/۹۰	<۰/۹۵

جدول ۲ نشان می‌دهد که همه شاخص‌های برازندگی به دست آمده از برازش قابل قبول مدل اندازه‌گیری اولیه با داده‌های گردآوری شده حمایت می‌کنند. جدول ۳ شاخص‌های برازندگی مدل ساختاری را نشان می‌دهد.

جدول ۳. پارامترهای مدل اندازه‌گیری پژوهش در تحلیل عاملی تأییدی

متغیر مکنون- نشان‌گر	b	β	SE	t
راهبردهای منفی تنظیم هیجانی - ملامت خویش	۱	۰/۳۴۳		
راهبردهای منفی تنظیم هیجانی - ملامت دیگران	۲/۲۴۶	۰/۶۹۶	۰/۴۳۲	۵/۲۰**
راهبردهای منفی تنظیم هیجانی - فاجعه سازی	۲/۹۰۰	۰/۹۳۲	۰/۵۵۹	۵/۱۸**
راهبردهای منفی تنظیم هیجانی - نشخوارگری	۱/۸۹۱	۰/۵۹۳	۰/۳۲۸	۵/۷۷**
راهبردهای مثبت تنظیم هیجانی - پذیرش	۱	۰/۳۳۵		
راهبردهای مثبت تنظیم هیجانی - تمرکز مجدد مثبت	۲/۲۰۶	۰/۷۷۷	۰/۴۲۱	۵/۲۴**
راهبردهای مثبت تنظیم هیجانی - تمرکز مجدد بر برنامه	۲/۰۳۲	۰/۷۸۴	۰/۳۸۷	۵/۲۶**
راهبردهای مثبت تنظیم هیجانی - ارزیابی مجدد مثبت	۲/۹۷۲	۰/۹۱۹	۰/۵۵۵	۵/۳۵**
راهبردهای مثبت تنظیم هیجانی - دیدگاه گیری	۱/۸۵۵	۰/۶۲۵	۰/۳۷۲	۴/۹۸**

1. mahalanobis
2. Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA)
3. Goodness of Fit Index (GFI)
4. Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI)
5. Comparative Fit Index (CFI)

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-18]

$P^{**}<$ ۰/۰۱ نکته: با توجه به این‌که بارهای عاملی استاندارد نشده مربوط به نشانگرهای ملامت خویش و پذیرش با عدد ۱ تثبیت شده لذا خطای استاندارد و نمرات t برای آن‌ها محاسبه نشده است.

جدول ۳ نشان می‌دهد که بالاترین بار عاملی متعلق به نشانگر ارزیابی مجدد مثبت (β=۰/۹۱۹) و پایین‌ترین بار عاملی متعلق به نشانگر پذیرش (β=۰/۳۳۵) متغیر مکنون راهبردهای مثبت تنظیم هیجانی است. با توجه به این‌که بارهای عاملی همه نشانگرها بالاتر از ۰/۳۲ بوده، بنابراین همه آن‌ها از توان لازم برای اندازه‌گیری متغیرهای مکنون پژوهش حاضر برخوردار بودند.

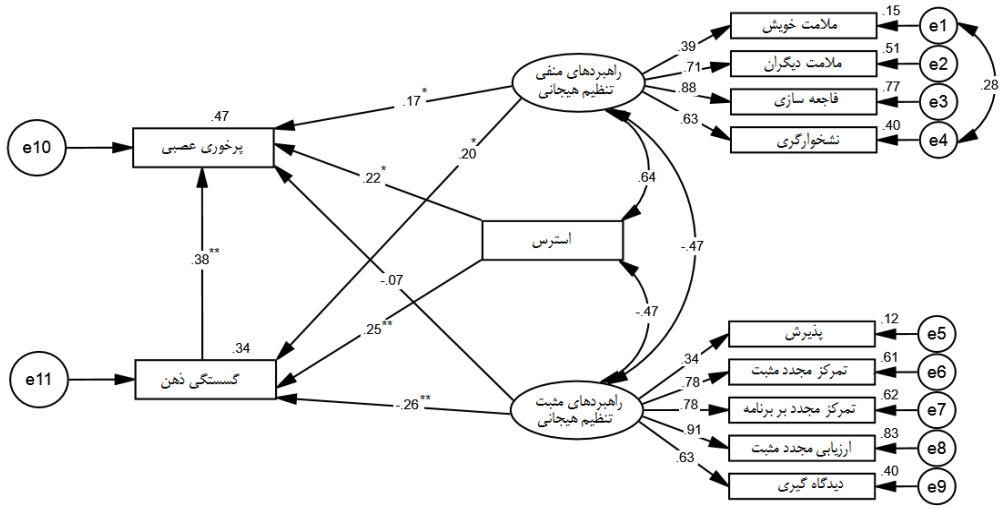
پس از اطمینان از برازش مطلوب مدل اندازه‌گیری، در مرحله بعد شاخص‌های برازندگی مدل ساختاری برآورد و مورد ارزیابی قرار گرفت. در مدل ساختاری این پژوهش چنین فرض شده بود که راهبردهای مثبت و منفی تنظیم هیجان به همراه استرس هم به صورت مستقیم و هم با میانجیگری گسستگی ذهن، پرخوری را پیش‌بینی می‌کند. چگونگی برازش مدل ساختاری با استفاده از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری مورد آزمون قرار گرفت و نتایج نشان داد که مدل ساختاری با داده‌های گردآوری شده برازش قابل قبول دارد (χ^2=۱۰۲/۱۳، χ^2/df=۲/۴۷، CFI =۰/۹۵۷، GFI =۰/۹۴۱، AGFI =۰/۹۰۰ و RMSEA =۰/۰۶۸). بدین ترتیب چنین نتیجه‌گیری شد که مدل ساختاری پژوهش با داده‌های گردآوری شده برازش دارد. جدول ۴ ضرایب مسیر را برای مدل برازش شده پژوهش نشان می‌دهد.

جدول ۴. ضرایب مسیر کل، مستقیم و غیرمستقیم بین متغیرهای پژوهش در مدل پژوهش

مسیرها	b	S.E	β	sig
ضریب مسیر استرس ←گسستگی ذهن	۱/۴۵۲	۰/۴۷۴	۰/۲۴۶	۰/۰۰۴
ضریب مسیر تنظیم هیجانی مثبت ←گسستگی ذهن	-۱۳/۴۶۷	۴/۱۰۰	-۰/۲۶۴	۰/۰۰۱
ضریب مسیر تنظیم هیجانی منفی ←گسستگی ذهن	۸/۹۶۴	۴/۳۷۵	۰/۲۰۱	۰/۰۲۵
ضریب مسیر گسستگی ذهن ←پرخوری	۰/۰۵۷	۰/۰۱۰	۰/۳۷۸	۰/۰۰۱
ضریب مسیر مستقیم استرس ←پرخوری	۰/۱۹۳	۰/۰۷۱	۰/۲۱۷	۰/۰۱۳
ضریب مسیر مستقیم تنظیم هیجانی مثبت ←پرخوری	-۰/۵۴۸	۰/۵۰۳	-۰/۰۷۱	۰/۲۳۳
ضریب مسیر مستقیم تنظیم هیجانی منفی ←پرخوری	۱/۱۵۷	۰/۶۲۷	۰/۱۷۲	۰/۰۳۴
ضریب مسیر غیرمستقیم استرس ←پرخوری	۰/۰۸۳	۰/۰۲۹	۰/۰۹۳	۰/۰۰۵
ضریب مسیر غیرمستقیم تنظیم هیجانی مثبت ←پرخوری	-۰/۷۶۷	۰/۲۷۷	-۰/۱۰۰	۰/۰۰۱
ضریب مسیر غیرمستقیم تنظیم هیجانی منفی ←پرخوری	۰/۵۱۱	۰/۲۷۱	۰/۰۷۶	۰/۰۲۵
ضریب مسیر کل استرس ←پرخوری	۰/۲۷۶	۰/۰۷۵	۰/۳۱۰	۰/۰۰۱
ضریب مسیر کل تنظیم هیجانی مثبت ←پرخوری	-۱/۳۱۵	۰/۵۴۱	-۰/۱۷۱	۰/۰۱۴
ضریب مسیر کل تنظیم هیجانی منفی ←پرخوری	۱/۶۶۷	۰/۷۴۰	۰/۲۴۸	۰/۰۰۹

جدول ۴ نشان می‌دهد ضریب مسیر کل بین راهبردهای مثبت تنظیم هیجانی و پرخوری منفی و در سطح ۰/۰۵ معنادار بود (p<۰/۰۵، β=-۰/۱۷۱). همچنین ضریب مسیر کل بین راهبردهای منفی تنظیم هیجانی و پرخوری مثبت و در سطح ۰/۰۱ معنادار بود (p<۰/۰۱، β=۰/۲۴۸). ضریب مسیر کل بین استرس و پرخوری منفی و در سطح ۰/۰۱ معنادار بود (p<۰/۰۱، β=۰/۳۱۰). ضریب مسیر بین گسستگی ذهن و پرخوری مثبت و در سطح ۰/۰۱ معنادار بود (p<۰/۰۱، β=۰/۳۷۸). ضریب مسیر غیرمستقیم بین راهبردهای مثبت تنظیم هیجانی و پرخوری منفی و در سطح ۰/۰۱ معنادار بود (p<۰/۰۱، β=-۰/۱۰۰)، همچنین ضریب مسیر غیرمستقیم بین راهبردهای منفی تنظیم هیجانی و پرخوری مثبت و در سطح ۰/۰۵ معنادار بود (p<۰/۰۵، β=۰/۰۷۶). ضریب مسیر غیرمستقیم بین استرس و پرخوری مثبت و در سطح ۰/۰۱ معنادار بود (p<۰/۰۱، β=۰/۰۹۳).

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-18]



شکل ۱. مدل ساختاری پژوهش

شکل ۲ نشان می‌دهد که مجموع مجذور همبستگی‌های چندگانه برای متغیر پرخوری برابر با ۰/۴۷ به دست آمده است. این یافته بیانگر آن است گسستگی ذهن، استرس و تنظیم هیجانی درمجموع ۴۷ درصد از واریانس پرخوری را تبیین می‌کنند.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از اجرای این پژوهش ارائه الگوی ساختاری پیش‌بینی پرخوری عصبی براساس استرس و تنظیم هیجانی با میانجی‌گری گسستگی ذهن بود. نتایج پژوهش حاضر نشان داد راهبردهای مثبت تنظیم هیجانی، راهبردهای منفی تنظیم هیجان، استرس و گسستگی ذهن پیش بینی کننده پرخوری بودند. راهبردهای مثبت تنظیم هیجانی به صورت منفی و راهبردهای منفی تنظیم هیجانی به صورت مثبت و معنادار با میانجیگری گسستگی ذهن پیش بینی‌کننده پرخوری بودند. استرس به صورت مثبت و معنادار با میانجیگری گسستگی ذهن پیش بینی‌کننده پرخوری بودند. این نتایج با پژوهش‌های نیکدوست و همکاران (۱۳۹۷)، رحمانی و همکاران (۱۳۹۶)، دینگماس و همکاران (۲۰۱۷)، بساک‌نژاد و همکاران (۱۳۹۱)، سالکووسکی و همکاران (۲۰۱۱) و چائو و همکاران (۲۰۱۶) هم سو بودند.

سازوکارهای دفاعی نظیر گسستگی ذهن برای تنظیم هیجانی و محافظت از هیجان‌های دردآور به کار می‌روند و از وارد شدن هیجان‌های دردآور به آگاهی شخص محافظت می‌کنند. افرادی که از دفاع‌های ناسازگارانه استفاده می‌کنند یا از عواطف ناخوشایند درونی اجتناب می‌کنند با گذشت زمان ناچاراً به دلیل رفتارهایی که از خود بروز می‌دهند با شدت بیشتری با این عواطف روبرو شده و ازآنجاکه از توانایی مقابله انطباقی و سازگار برخوردار نیستند به استرس‌ها پاسخ‌های مناسبی نمی‌دهند. افرادی که به راهبردهای منفی تنظیم هیجان متوسل می‌شوند هنگامی‌که با بحران‌های زندگی مواجه می‌شوند به دلیل ناکافی بودن و نقصان ظرفیت‌ها و پاسخ‌های روان‌شناختی و هیجانی‌شان و ناتوانی در مقابله مؤثر با رویدادها به اجتناب روان‌شناختی، سرکوب‌گری و تحریف در جهت کاهش پیامدهای منفی روبدادها دست می‌زنند که در نتیجه آن دور معیوبی از تجارب روان‌شناختی منفی از جمله گسستگی ذهن سازوکارهای یکپارچه روانی را تجربه خواهند کرد (آفتاب، برماس و ابوالمعالی، ۱۳۹۸). مطابق با نظر کلارکین، یئومانس و کرنبرگ[1] (۲۰۱۵) سازوکارهای تجزیه در افراد دچار بدتنظیمی هیجانی نشانگر عدم وجود حس یکپارچه‌ای از هویت، حافظه، هشیاری و ادراک است که موجب حس کنترل روان‌شناختی در مواجهه با هیجان‌های درهم شکننده می‌شود و بدین ترتیب گسستگی ذهن از فروپاشی «ایگو» جلوگیری می‌کند (کلارکین و همکاران، ۲۰۱۵). بنابراین، پیش‌آمادگی‌ها، این افراد را مستعد در هم شکستن در مواجهه با رویدادهای زندگی استرس‌زا می‌کند. راهبردهای منفی تنظیم

[1]. Clarkin, Yeomans & Kernberg

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-18]

هیجانی، تجارب محیطی منفی بی شماری را برای آن‌ها فراهم آورده است و از به کارگیری تنظیم هیجانی کارآمد در موقعیت‌های دشوار ممانعت به عمل آورده، با توجه به این نکته این افراد از ظرفیت تنظیم هیجانی برای متوسل شدن به راهبردهای تنظیم هیجانی سازگارانه برخوردار نیستند؛ در مواجه با حتی رویدادهای تنش‌زای جزئی، واکنش‌پذیری و شدت هیجانی بالایی از خود نشان می‌دهند که به کارگیری دفاع‌های ناسازگارانه مانند انکار را در مقابله با رویداد شامل می‌شود.

یاتس[1] (۲۰۰۴) بیان کرد که گسستگی ذهن به عنوان سازوکار مقابله‌ای عمل می‌کند که به‌طور ناهشیار برانگیخته می‌شود تا تماس با تجارب ضربه‌زننده را کمتر و ضعیف‌تر کند و از ادغام آن با کارکردهای شناختی جلوگیری به عمل آورد. به نظر گرشونی و تایر[2] (۱۹۹۹) گسستگی ذهن زمانی رخ می‌دهد که درد روانی عمیق و غیرقابل تحمل است و بنابراین گسستگی ابزاری برای گریز است. به نظر می‌رسد، به علت شدت واکنش‌پذیری هیجانی شخص دفاع‌ها نه‌تنها مؤثر واقع نمی‌شوند بلکه هیجان‌های منفی این بار با شدت بیشتری در سطح آگاهی حضور می‌یابند و شخص را در باتلاقی از هیجان‌ها گرفتار می‌سازد. بازیابی تجزیه‌ای خاطرات از حافظه به صورت منفعلانه اجتناب از هیجان‌های آشفته‌ساز را افزایش می‌دهد اما با اشکالاتی نظیر کاهش مهارت‌های حل مسئله و در نظر گرفتن احتمالات در آینده روبروست (کامرون[3] و همکاران، ۲۰۱۷). ناکارآمدی راهبردهای تنظیم هیجان و دفاع‌ها بار دیگر شخص را برآن می‌دارد که چاره‌ای بیندیشد و این بار ناهشیار و خودکار در دام گسستگی ذهن گرفتار می‌شود که تنها راه مقابله با آن دست زدن به اعمال تکانشی نظیر پرخوری افراطی خواهد بود.

گسستگی ذهن و از دست دادن آگاهی هشیار نسبت به واقعیت و اجتناب از محتویات ذهنی دردناک و آگاهی از آن‌ها را در مواقع بحران و استرس موجب می‌شود که در عناصر زیست‌شناختی و شخصیت بیمارگون ریشه دارد. احساس فروپاشی و درهم شکستن در عوض مقابله مؤثر با تجارب ناگوار، جدایی و فاصله روانی از دیگران که از ادراک دنیای تهدیدآمیز و خطرناک ناشی می‌شود، بدتنظیمی هیجانی و رفتاری که تکانشگری و نهایتاً شکست و ناامیدی را در پی دارد و درگیری مفرط در افکار و هیجان‌های غیرمنطقی که موجب قطع ارتباط فرد با واقعیت می‌شود، در نهایت در عوض مقابله مؤثر با محیط تجزیه ذهنی را موجب می‌شود. تجزیه پاسخی مقابله‌ای و انطباقی با بحران اما در کوتاه مدت به شمار می‌رود و در دراز مدت ازآنجاکه حل مسئله به درستی صورت نمی‌گیرد تجارب ناموفقیت‌آمیز فرد به مرور شدت می‌یابد. بیشتر افراد خود را با شخصیتی واحد و اساسی توصیف می‌کنند و حس یکپارچه‌ای از خویشتن دارند اما گسستگی ذهن موجب از هم گسیختن ادراک فرد از هویت و تمامیت خود می‌شود. تجارب تجزیه‌ای تجاربی رایج برای همه افراد اما به میزانی متفاوت هستند که ممکن است تا حدودی انطباقی عمل کنند با این حال متکی بودن شخص بر آن به چند دلیل که از آن جمله می‌توان عدم کنترل شخص بر رویدادهای تنش‌زا و پاسخ‌گویی مؤثر هنگامی‌که انتظار آن می‌رود را نام برد در گذر زمان به تجاربی آسیب‌زا و ناسازگارانه و غیرانطباقی تبدیل می‌شوند که در نهایت فرد را با هیجان‌های منفی، درد و رنج و احساس گناه غیرقابل تحملی روبرو می‌سازند که در این شرایط شخص پرخوری افراطی را تنها راه حل نجات از این شرایط در می‌یابد.

هر پژوهشی در بطن خود محدودیت‌هایی دارد. در این پژوهش از ابزار خودگزارشی استفاده شد و ممکن است افراد به صورت آگاهانه و ناآگاهانه سعی در مطلوب جلوه دادن خود کرده باشند. در پژوهش حاضر از روش نمونه‌گیری غیرتصادفی برای انتخاب نمونه استفاده شده است که این موضوع تعمیم‌پذیری یافته‌ها را محدود می‌سازد. پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌گران آتی با انجام پژوهش کیفی با به‌کارگیری مصاحبه عمیق به شناسایی عوامل دیگر اثر گذار بر پرخوری افراطی بپردازند. همچنین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی برای انتخاب نمونه استفاده شود. براساس یافته‌های حاصل از پژوهش حاضر پیشنهاد می‌شود در درمان افراد مبتلا به اختلال پرخوری افراطی نه‌تنها بر میزان استرس ادراک شده و راهبردهای تنظیم هیجانی این افراد بلکه بر مکانیسم‌های دفاعی مدارا که گسستگی ذهن را شامل می‌شود نیز تمرکز صورت گیرد.

منابع

[1]. Yates
[2]. Gershuny & Thayer
[3]. Cameron

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-18]

آفتاب، رویا.، برماس، حامد.، و ابوالمعالی الحسینی، خدیجه. (۱۳۹۸). پیش‌بینی اندیشه‌پردازی خودکشی براساس صفات پنج عاملی شخصیت با واسطه-گری مکانیسم‌های دفاعی. *روان‌شناسی بالینی، ۱۱*(۴۳)، ۲۴-۱۱.

امرالهی، سارا.، مرادی، علیرضا.، و حسنی، جعفر. (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش اختصاصی کردن خاطرات در آسیب‌های شناختی و تجارب تجزیه‌ای بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه. *فصلنامه روان‌شناسی شناختی، ۴*(۳)، ۴۴-۳۵.

بساک نژاد، سودابه.، هومن، فرزانه.، و قاسمی نژاد، محمدعلی. (۱۳۹۱). رابطه بین سبک‌های مقابله اجتناب شناختی - رفتاری و اختلال خوردن در دانشجویان دانشگاه. *مجله اصول بهداشت روانی، ۱۴*(۵۶)، ۲۸۵-۲۷۸.

حسنی، جعفر. (۱۳۹۰). خصوصیات روان‌سنجی پرسشنامه نظم‌جویی شناختی هیجان. *مجله روان‌شناسی بالینی، ۳*(۷)، ۷۳-۸۳.

خدابخش، محمدرضا.، و کیانی، فریبا. (۱۳۹۵). نقش واسطه‌ای مشکلات تنظیم هیجان در رابطه ناگویی خُلقی با رفتارهای خوردن آشفته در بین دانشجویان دانشگاه علامه طباطبایی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی قم، ۱۰*(۲)، ۵۱-۴۴.

رحمانی، ملیحه.، امیدی، عبدالله.، اکبری، حسین.، و عاصمی، ذات الله. (۱۳۹۶). تأثیر درمان فراتشخیصی یکپارچه بر پرخوری و دشواری در تنظیم هیجان بیماران مبتلا به اختلال پرخوری: آزمایش تصادفی کنترل شده یک سوکور. *تحقیقات علوم رفتاری، ۱۵*(۴۸)، ۲۳۱-۲۲۱.

صفایی، مریم.، و شکری، امید. (۱۳۹۳). سنجش استرس در بیماران سرطانی: روایی عاملی مقیاس استرس ادراک شده در ایران. *روان پرستاری، ۲*(۱)، ۱۳-۲۲.

کارگربرزی، حمید.، کربلایی محمد میگونی، احمد.، برماس، حامد.، و تقی لو، صادق. (۱۳۹۷). ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس تجارب تجزیه‌ای و همبستگی آن با افکار خودکشی و صفات بیمارگون شخصیت در بیماران افسرده. *فصلنامه اندازه‌گیری تربیتی، ۹*(۳۴)، ۱۲۷-۱۱۱.

مولودی، رضا.، دژکام، محمود.، موتابی، فرشته.، و امیدوار، نسرین (۱۳۸۹). مقایسه طرحواره‌های ناسازگار اولیه در افراد چاق مبتلا به اختلال پرخوری و فاقد اختلال پرخوری. *مجله علوم رفتاری، ۲*(۴)، ۱۱۴-۱۰۹.

میرزامحمد علایینی، املیا.، علیپور، احمد.، نوربالا، احمدعلی.، و آگاه هریس، مژگان. (۱۳۹۲). اثربخشی مداخله تعدیل غذا خوردن هیجانی روی اصلاح غذا خوردن هیجانی و مدیریت وزن زنان چاق و دارای اضافه وزن. *فصلنامه روان‌شناسی سلامت، ۲*(۷)، ۱۱-۱.

ندائی، علی.، پاغوش، عطاالله.، و صادقی هسنیجه، امیرحسین. (۱۳۹۵). رابطه بین راهبردهای مقابله‌ای با کیفیت زندگی: نقش واسطه‌ای مهارت¬های تنظیم شناختی هیجان. *مجله روان‌شناسی بالینی، ۸*(۳۲)، ۴۸-۳۵.

نیکدوست، فریبا.، طهمورسی، نیلوفر.، و عباس پور آذر، زهرا. (۱۳۹۷). پیش‌بینی استرس ادراک شده بر اساس تنظیم شناختی هیجان و دشواری در تنظیم هیجان در افراد مبتلا به چاقی. *نشریه دانشگاه علوم پزشکی البرز، ۸*(۱)، ۱۷-۲۶.

یارمحمدی واصل، مسیب.، علی پور، فرشید.، بسطامی، مالک.، ذوالفقاری نیا، منیره.، و بزازاده، نیلوفر. (۱۳۹۴). نقش واسطه‌ای نظم جویی شناختی در رابطه بین سیستم‌های مغزی رفتاری و تکانشگری با ولع مصرف در اعتیاد به مواد مخدر. *فصلنامه علمی پژوهشی عصب روان‌شناختی، ۱*(۲)، ۶۷-۵۱.

Bernstein, E. M., Putnam, F. W. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *The Journal of nervous and mental disease, 174*(12), 727-35**.**

Bremner, J. D., Wittbrodt, M. T. (2020). Chapter One - Stress, the brain, and trauma spectrum disorders. In: Clow A, Smyth N, editors. *International Review of Neurobiology.* Academic Press.

Cameron, S., Brown, V. J., Dritschel, B., Power, K., Cook, M. (2017). Understanding the relationship between suicidality, current depressed mood, personality, and cognitive factors. *Psychology and psychotherapy*, *90*(4), 530-49.

Celio, A. A., Wilfley, D. E., Crow, S. J., Mitchell, J., Walsh, B. T. (2004). A comparison of the binge eating scale, questionnaire for eating and weight patterns-revised, and eating disorder examination questionnaire with instructions with the eating disorder examination in the assessment of binge eating disorder and its symptoms. *The International journal of eating disorders, 36*(4), 434-44**.**

Chao, A., Grey, M., Whittemore, R., Reuning-Scherer, J., Grilo, C. M., Sinha, R. (2016). Examining the mediating roles of binge eating and emotional eating in the relationships between stress and metabolic abnormalities. *Journal of behavioral medicine*, *39*(2), 320-32**.**

Childs, E., White, T. L., & de Wit, H. (2014). Personality traits modulate emotional and physiological responses to stress. *Behavioural pharmacology*, *25*(5-6), 493-502.

Clarkin, J. F., Yeomans, F. E., Kernberg, O. F. (2015). *Transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder: A clinical guide.* American Psychiatric Publication.

Cohen, S., Kamarck, T., Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of health and social behavior, 24*(4), 385-96**.**

Dingemans, A., Danner, U., Parks, M. (2017). Emotion Regulation in Binge Eating Disorder: A Review. *Nutrients, 9*(11), 1274.

Dorahy, M. J. (2010). The impact of dissociation, shame, and guilt on interpersonal relationships in chronically traumatized individuals: a pilot study. *Journal of traumatic stress, 23*(5), 653-6**.**

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-18]

Ford, J. D. (2013). How can self-regulation enhance our understanding of trauma and dissociation? *Journal of trauma & dissociation: the official journal of the International Society for the Study of Dissociation (ISSD), 14*(3), 237-50.

Fuller-Tyszkiewicz, M., & Mussap, A. J. (2008). The relationship between dissociation and binge eating. *Journal of trauma & dissociation: the official journal of the International Society for the Study of Dissociation (ISSD), 9*(4), 445-462.

Garnefski, N., Koopman, H., Kraaij, V., ten Cate, R. (2009). Brief report: Cognitive emotion regulation strategies and psychological adjustment in adolescents with a chronic disease. *Journal of adolescence, 32*(2), 449-54.

Garnefski, N., Kraaij, V., Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences, 30*(8), 1311-27.

Gershuny, B. S., & Thayer, J. F. (1999). Relations among psychological trauma, dissociative phenomena, and trauma-related distress: A review and integration. *Clinical Psychology Review, 19*(5), 631-657.

Gormally, J., Black, S., Daston, S., Rardin, D. (1982). The assessment of binge eating severity among obese persons. *Addictive behaviors, 7*(1), 47-55.

Guadagnoli, E., Velicer, W. F. (1988). Relation of sample size to the stability of component patterns. *Psychological bulletin, 103*(2), 265-75.

Halgin, R. P., Whitbourne, S. K. (2013). *Abnormal Psychology: Clinical Perspectives on Psychological Disorders with DSM-5 Update* (7th Ed.). McGraw-Hill Education.

Kukk, K., & Akkermann, K. (2019). Emotion regulation difficulties and dietary restraint independently predict binge eating among men. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 2019, 1-8.

La Mela, C., Maglietta, M., Castellini, G., Amoroso, L., & Lucarelli, S. (2010). Dissociation in eating disorders: relationship between dissociative experiences and binge-eating episodes. *Comprehensive Psychiatry, 51*(4), 393-400.

Matthews, G. (2020). Stress states, personality and cognitive functioning: A review of research with the Dundee Stress State Questionnaire. *Personality and Individual Differences,* 110083.

Mikhail, M. E., & Kring, A. M. (2019). Emotion regulation strategy use and eating disorder symptoms in daily life. *Eating Behaviors, 34*, 101315.

Schimmenti, A. (2018). The trauma factor: Examining the relationships among different types of trauma, dissociation, and psychopathology. *Journal of trauma & dissociation: the official journal of the International Society for the Study of Dissociation (ISSD), 19*(5), 552-71.

Spitzer, C., Barnow, S., Freyberger, H. J., Grabe, H. J. (2007). Dissociation predicts symptom-related treatment outcome in short-term inpatient psychotherapy. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 41*(8), 682-7.

Su, M. H., Chen, H. C., Lu, M. L., Feng, J., Chen, I. M., Wu, C. S., et al. (2018). Risk profiles of personality traits for suicidality among mood disorder patients and community controls. *Acta psychiatrica Scandinavica, 137*(1), 30-8.

Sulkowski, M. L., Dempsey, J., Dempsey, A. G. (2011). Effects of stress and coping on binge eating in female college students. *Eating behaviors, 12*(3), 188-191.

Yates, T. M. (2004). The developmental psychopathology of self-injurious behavior: Compensatory regulation in posttraumatic adaptation. *Clinical Psychology Review, 24*(1), 35-74.

Zikić, O., Cirić, S., Mitković, M. (2009). Depressive phenomenology in regard to depersonalization level. *Psychiatria Danubina, 21*(3), 320-6.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-18]

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-18]