رویش روان شناسی، سال۱۲، شماره۱، شماره پیاپی ۸۲، فروردین ۱۴۰۲
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),12(1), 2023

مقایسه فراخشم، فراتحقیر و فرا کنترل در زنان مبتلا به پراشتهایی روانی و پرخوری مفرط

Comparison of hyper-anger, hyper-contempt, and hyper-control in women suffering from anorexia nervosa and binge eating

ریحانه هاشمی سراج
دانشجوی دکتری، گروه روان شناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران.
حسن توزنده جانی (نویسنده مسئول)
دانشیار، گروه روان شناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران.
احمد زنده دل
استادیار، گروه روان شناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران.

Reyhaneh Hashemi Seraj
Ph.D. Student of Psychology, Department of Psychology, Neyshabur Branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran.
Hassan Toozandehjani*
Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Neyshabur Branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran.
h.toozandehjani@ymail.com
Ahmad Zendehdel
Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Neyshabur Branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran.

چکیده

هدف این پژوهش مقایسه فراخشم، فراتحقیر و فرا کنترل در زنان مبتلا به پراشتهایی روانی و پرخوری مفرط بود. این پژوهش از نوع توصیفی-علی مقایسه‌ای بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه جامعه آماری شامل کلیه بیماران مبتلا به اختلال خوردن که جهت استفاده از خدمات روان‌شناختی در سه ماه اول سال ۱۴۰۰ به کلینیک‌های روان‌شناسی و مراکز تخصصی تغذیه شهر کرج مراجعه کرده و تمایل به حضور در پژوهش را داشتند بود. روش نمونه گیری پژوهش به‌صورت در دسترس بود. که تعداد ۵۰ زنان مبتلا به پراشتهایی روانی و ۵۰ زن مبتلا به پرخوری مفرط به‌عنوان نمونه انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از مقیاس تشخیص اختلال خوردن استیک و همکاران (۲۰۰۰) (EDDS) و مقیاس فراهیجان میتمانسگروبر و همکاران (۲۰۰۹) (MES) جمع‌آوری شد. داده‌های پژوهش به روش تحلیل واریانس (چند متغیره) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج نشان داد که بین دو گروه از زنان مبتلا به پراشتهایی روانی و پرخوری مفرط در فرا تحقیر، فراکنترل تفاوت معناداری وجود دارد (p<۰/۰۵). همچنین بین این دو گروه از نظر فرا خشم تفاوت معناداری وجود ندارد (p > ۰/۰۵). نتیجه‌گیری می‌شود بین دو گروه زنان مبتلا به پراشتهایی روانی و پرخوری مفرط در مولفه‌های فراهیجان چون فراتحقیر و فراکنترل تفاوت معناداری وجود دارد اما در فراخشم بین دو گروه تفاوتی دیده نشد.

واژه‌های کلیدی: *پراشتهایی عصبی، پرخوری مفرط، فراخشم، فرا تحقیر، فراکنترل.*

Abstract

The aim of this research was to compare hyper-anger, hyper-contempt, and hyper-control in women suffering from anorexia nervosa and excessive overeating. This research was descriptive-causal and comparative. The statistical population of the study included all the patients with eating disorders who were referred to psychological clinics and specialized nutrition centers in Karaj City in order to use psychological services in the first three months of 2021 and were willing to participate in the research. The research sampling method was accessible. 50 women suffering from anorexia nervosa and 50 women suffering from overeating were selected as samples. The data were collected using the eating disorder diagnosis scale of Stick et al. (2000) (EDDS) and Mitmansgruber et al.'s (2009) emotional scale (MES). The research data were analyzed by variance analysis (multivariate). The results showed that there is a significant difference between the two groups of women suffering from anorexia nervosa and excessive overeating in hyper-humiliation and hyper-control (p<0.05). Also, there is no significant difference between these two groups in terms of extra anger (p < 0.05). It can be concluded that there is a significant difference between the two groups of women suffering from anorexia nervosa and excessive overeating in the components of overexcitement such as over-contempt and overcontrol, but no difference was seen in over-anger between the two groups.

Keywords: *bulimia nervosa, excessive overeating, hyper-anger, hyper-contempt and hyper-control.*

نوع مقاله : پژوهشی | **دریافت : شهریور ۱۴۰۱** | **پذیرش: دی ۱۴۰۱** | **ویرایش نهایی: فروردین ۱۴۰۲**

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-31]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.1.8.2]

مقدمه

اختلالات خوردن سندرم‌هایی هستند که در آن تغییر شناختی مربوط به غذا، وزن بدن و الگوهای غلط خوردن می‌تواند منجر به عوارض تهدیدکننده زندگی از نظر تغذیه‌ای و پزشکی شود (برنت [1] و همکاران، ۲۰۲۲)، براساس تعریف انجمن روانپزشکی آمریکا، اختلال تغذیه و خوردن با اختلال مداوم در خوردن و رفتار با خوردن مشخص می‌شوند که به تغییر مصرف یا جذ غذا منجر می‌شود و سلامت جسمانی یا عملکرد روانی- اجتماعی را مختل می‌کند (ویس [2]، ۲۰۲۲). تاکنون سه نوع اختلال خوردن که شامل بی‌اشتهایی عصبی [3]، پرخوری عصبی [4] و پرخوری مفرط [5]، شناسایی‌شده‌اند (اتچیسون و زیکگراف [6]، ۲۰۲۲). پراشتهایی روانی تکرار دوره‌های راجعه پرخوری و رفتارهای جبرانی نامتناسب از دوبار در هفته به یک بار در هفته در طی سه ماه گذشته است (لایدکر [7] و همکاران، ۲۰۲۲). معیارهای تشخیصی آن شامل خوردن، در دوره‌های زمانی منفصل (به طور مثال هر دوره دو ساعت) و مقدار غذایی مشخصاً بیشتر از مقدار غذایی است که اکثر مردم در دوره‌های زمانی و موقعیت‌های مشابه می‌خورند؛ احساس عدم کنترل بر خوردن در طی دوره‌ها (به‌طور مثال فرد احساس می‌کند نمی‌تواند خوردن را متوقف کند یا کنترلی بر اینکه چه می‌خورد و چه مقدار می‌خورد ندارد) غذاخوردن با سرعت بیشتر از هنجار؛ غذا خوردن تا زمانی که احساس پر بودن ناراحت کننده‌ای به فرد دست دهد (ریاس [8] و همکاران، ۲۰۲۱). پراشتهای روانی اختلالی است که در آن فرد از افزایش وزن می‌ترسد و درباره اندام خود تصورات غیر واقعی دارد (میول [9] و همکاران، ۲۰۲۱). ویژگی‌های اصلی پراشتهایی عصبی شامل خوردن مقدار زیادی از غذا زمانی که فرد به طور فیزیکی احساس گرسنگی نمی‌کند (هببرند [10] و همکاران، ۲۰۲۲)؛ تنها غذا خوردن به دلیل احساس شرمندگی از میزان غذایی که می‌خورد؛ احساس انزجار از خود، افسردگی یا احساس گناه زیاد بعد از پرخوری (کیگان [11] و همکاران، ۲۰۲۱).

از سوی دیگر اختلال پرخوری عبارت از دوره‌های مکرر پرخوری (مصرف مقدار زیادی غذا در مدت‌زمان کوتاه مثلاً کمتر از دو ساعت، به طور متوسط یک بار در هفته در سه ماه گذشته) بدون استفاده منظم از رفتارهای جبرانی نامتناسب کنترل وزن است (طامییا [12] و همکاران، ۲۰۱۸). اختلال پرخوری با افکار خودکشی مرتبط دانسته شده است و افزایش شدت این اختلال باعث افزایش ریسک خودکشی می‌شود (انیکه [13] و همکاران، ۲۰۲۰). همچنین اختلال پرخوری باعث اختلال در کارکرد روزانه از قبیل مشکل در خواب (استیس [14] و همکاران، ۲۰۲۱) و عامل بعضی بیماری‌های جسمانی (برلت [15] و همکاران، ۲۰۲۱) و مشکلات گوارشی (معنوی، ۱۳۹۸؛ بلوم [16] و همکاران، ۲۰۲۲) است و منجر به کاهش کیفیت زندگی و بار اقتصادی برای این بیماران می‌شود (وست واتر وزنیاک [17]، ۲۰۲۲)؛ همچنین این بیماران از مشکلات ناشی از افزایش وزن از قبیل دیابت، سردرد، درد مفاصل، سندرم روده تحریک‌پذیر، فیبرومیالیژیا رنج می‌برند (روزاکو سومالی [18] و همکاران، ۲۰۲۱). این اختلال در زنان شایع‌تر از مردان است (امامییا [19] و همکاران، ۲۰۲۲).

1- Burnette
2- Wiss
3- anorexia nervosa
4 - bulimia nervosa
5- overeating
6- Atchison, & Zickgraf
7- Lydecker
8- Reas
9- Meule
10 - Hebebrand
11- Keegan
12 -Tamiya
13- Uniacke
14 - Stice
15- Brelet
16- Blum
17- Westwater-Wozniak
18- Rozakou-Soumalia
19- iya Yamam

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.1.8.2]

اختلالات خوردن در تمام طبقات اجتماعی، اقتصادی و اقوام دیده می‌شوند (استوارت[1] و همکاران، ۲۰۲۲). از دیدگاه روانشناختی اختلال خوردن در افرادی ایجاد می‌شود که از آشوب و عذاب درونی رنج می‌برند و دل مشغولی آنها مسائل جسمانی است و برای احساس آرامش به غذا رو می‌آورند (لوینسون[2] و همکاران، ۲۰۲۲). اختلال‌های خوردن مشکلاتی هستند که در هر سنی از طفولیت، نوجوانی و بزرگسالی روی می‌دهند (گیل[3] و همکاران، ۲۰۲۲). معنی روان‌شناختی غذا از نیروی تغذیه‌ای آن خیلی فراتر می‌رود (فلتنر [4]و همکاران، ۲۰۲۲). انسان‌ها علاوه بر وابستگی جسمانی به غذا، تداعی‌های هیجانی نیرومندی با غذا دارند (لوکا و لوکا[5]، ، ۲۰۲۲). افراد مبتلابه اختلال‌های خوردن، با کنترل کردن نگرش و رفتارهای آشفته خود در رابطه با غذا دست بر گریبانند (شهبازی، ۱۴۰۱). بسیاری از آن‌ها زندگی خود را به خطر می‌اندازند و باعث پریشانی افرادی می‌شوند که به آنها نزدیک هستند (لیناردون [6]و همکاران، ۲۰۲۲).

طیف این اختلالات از مشکلات خفیف در رفتار خوردن تا بیماری‌های شدید را شامل می‌شود (یامامیا [7]و همکاران، ۲۰۲۲)، اما دو اختلال پراشتهایی روانی و پرخوری مفرط با خصیصه‌های شخصیتی و عوامل روان‌شناختی معینی وجود دارد (تورال[8]و همکاران، ۲۰۲۲). به‌طورکلی، اختلالات خوردن دارای خصوصیات بارزی ازجمله مختل شدن رفتارهای سالم تغذیه‌ای (ویلانو [9]و همکاران، ۲۰۲۱) و اختلال در افکار فرد نسبت به غذا و خویشتن (آهو رسا[10] و همکاران، ۲۰۲۰) می‌باشد. اختلالات تغذیه‌ای امروزه خطر مهمی برای سلامت جسمی و روانی افراد به ویژه دختران و زنان بوده و تقریبا ۸ درصد از کل ناراحتی‌ها یا اختلالات تغذیه‌ای کلینیکی را به خود اختصاص داده است (مونتلئونه[11] و همکاران، ۲۰۲۲).

فراهیجان مؤلفه‌ای است که احتمال دارد با استراتژی های مختلف سعی کند هیجان‌های مثبت و منفی نسبت به متغیری را در ارتباط با اختلال خوردن تحت تاثیر قرار دهد و بدین ترتیب افراد در فرایندهایی مثل کنترل شناختی دچار تغییراتی شوند (روماش[12]، ۲۰۲۱). فراهیجان شامل مجموعه‌ای از هیجان‌ها و احساس‌های فرد است که برای توصیف خود از آنها استفاده می‌کند (نونس [13]و همکاران، ۲۰۲۲)؛ همچنین شامل جنبه‌های شناختی عاطفی و انگیزشی است و هم به‌عنوان حالت و هم به‌عنوان صفت در نظر گرفته شده است. این سازه، هیجان‌هایی را دربر می‌گیرد که در پاسخ به هیجان‌های دیگر رخ می‌دهند، مانند شرم و ندامت درباره خشم (دکرت[14] و همکاران، ۲۰۲۲). به‌عبارتی از طریق این فرآیند است که هیجانات کنترل و ارزیابی می‌شوند و منجر به انگیزه‌ای برای حفظ و نزدیک شدن به هیجانات یا اجتناب از آنها خواهد شد (چانگ[15]و همکاران، ۲۰۲۲). فراهیجان‌ها از دو بخش فراهیجان مثبت و فراهیجان منفی تشکیل شده است (رویین[16]، ۲۰۲۰) و افراد دارای فراهیجان مثبت برخلاف افراد دارای فراهیجان منفی تمایل کمتر برای تصمیم‌گیری‌های اشتباه و سرکوبی افکار، احساس‌ها و هیجان‌های خود دارند (منسل[17] و همکاران، ۲۰۲۲).

برخی از مدل‌های مفهومی، پرخوری را ناشی از فرآیندهای تنظیم هیجانی ناکارآمد می‌دانند (اسمری برده زرد، ۱۴۰۰) که در آن مصرف بیش از حد غذا به عنوان وسیله ای برای فرار لحظه ای یا اجتناب از پریشانی و افکار و احساسات ناخواسته است (رانو ایوسیفسکو[18]، ۲۰۲۲). شواهد زیادی وجود دارد که نشان می‌دهد فراهیجان منفی با علائم پرخوری روانی و پرخوری مفرط در ارتباط است (ترینور[19] و همکاران، ۲۰۲۲). فراهیجان منفی (مانند فراخشم، فراتحقیر و فراکنترل) به معنای آگاهی، شناخت و پذیرش هیجان‌های منفی و نحوه

1- Stewart
2- Levinson
3- Giel
4- Feltner
5- Luca & Luca
6- Linardon
7- Yamamiya
8- Feltner
9- Villano
10- Ahorsu
11- Monteleone
12- Romash
13 -Nunes
14- Deckert
15- Chang
16- Royeen
17- Mansell
18- Ruan
19- Trainor

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.1.8.2]

جلوگیری از وقوع آنها است (مصطفائی، ۱۴۰۰). در نتیجه، فراهیجان مثبت برخلاف فراهیجان منفی با تمایل به سرکوبی کمتر، پذیرش بیشتر هیجان‌ها، قدرت تصمیم‌گیری مناسب‌تر و استفاده بهتر از راهبردهای مقابله‌ای مرتبط است (غلامی گندمانی، ۱۴۰۱). پراشتهایی عصبی با نگرانی دائم در مورد شکل و وزن، دوره‌های تکراری پرخوری، فقدان کنترل در طول این پرخوری و اســتفاده از روش‌های جبرانی برای افزایش وزن مشخص می‌شود و اختلال پرخوری مفرط شامل رفتارهای جبرانی نمی‌گردد (هوبل[1] و همکاران، ۲۰۲۱)؛ با توجه به تفاوت این دو اختلال در رفتارها جبرانی، بررسی تبعات هیجانی آن ضروری و مهم است. از آنجایی که تامین سطح مطلوبی از سلامت برای افراد جامعه از جمله افراد دارای پراشتهایی روانی و پرخوری مفرط، یکی از مسائل اساسی هر کشور به شمار می‌رود و لازم است از ابعاد مختلف به آن پرداخته شود؛ بنابراین اهمیت و ضرورت انجام این گونه پژوهش‌ها بیشتر نمودار می‌شود. بنابراین، با شناخت عوامل روانی مؤثر بر اختلالات خوردن و حذف و یا کاهش آنها و همچنین تقویت الگوهای صحیح زندگی می‌توان با این پدیده مقابله کرد.

با توجه به آنچه گذشت، هدف از پژوهش حاضر مقایسه فراهیجان‌های منفی چون خشم، فراکنترل و فراتحقیر در زنان مبتلا به پراشتهایی روانی و پرخوری مفرط بود.

روش

پژوهش حاضر از نوع توصیفی- علی مقایسه‌ای است. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه جامعه آماری شامل کلیه بیماران زن مبتلا به اختلال خوردن بود که جهت استفاده از خدمات روان‌شناختی در سه ماه اول سال ۱۴۰۰ به کلینیک‌های روان‌شناسی و مراکز تخصصی تغذیه شهر کرج مراجعه کرده و تمایل به حضور در پژوهش را داشتند. بود. روش نمونه‌گیری پژوهش به‌صورت در دسترس بود. که تعداد ۵۰ زنان مبتلا به پراشتهایی روانی و ۵۰ زن مبتلا به پرخوری مفرط به‌عنوان نمونه انتخاب شدند. برای غربالگری گروه‌های مبتلا به پراشتهایی روانی و ۵۰ زن مبتلا به پرخوری مفرط از طریق پرسشنامه تشخیص اختلال خوردن استیک و همکاران (۲۰۰۰) که بر روی ۲۵۰ زن مبتلا به اختلال خوردن و با نمره برش ۱۶/۵ (غلامی و حسنارودی و همکاران، ۱۴۰۰) انتخاب شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش: داشتن تشخیص اختلال خوردن با استفاده از پرسشنامه مقیاس تشخیص اختلال خوردن (EDDS) (حداقل نمره ۱۶/۵) و همچنین تشخیص روانشناسان و روان‌پزشکان کلینیک‌های روانشناسی و مراکز تغذیه شهر کرج، تحصیلات حداقل دیپلم، سن ۲۰ تا ۴۰ سال، عدم ابتلا به سایر اختلال‌های روانی و شخصیتی با استفاده از گزارش درج‌شده در پرونده‌ی ثبت‌شده در کلینیک‌ها و مراکز تخصصی تغذیه مورد هدف توسط روانشناسان و روان‌پزشکان کلینیک‌های درمانی و اعلام رضایتمندی بود. ملاک خروج نیز عدم تمایل به ادامه پژوهش و وجود اختلالات روانی و شخصیتی بود. ملاحظات اخلاقی لحاظ شده در پژوهش حاضر به این صورت بود که به‌تمامی افراد نمونه اطمینان داده شد که اسمی از آن‌ها در هیچ قسمت پژوهش ذکر نخواهد شد و تنها از نتایج داده‌ها استفاده می‌شود. جهت تجزیه‌وتحلیل داده‌ها از روش آماری تحلیل واریانس چند متغیره (مانوا) و نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۲۶ استفاده‌شده است.

ابزار سنجش

مقیاس تشخیص اختلال خوردن (EDDS[2]): مقیاس تشخیص اختلال خوردن، نشانه‌های اختلال خوردن، نشانه‌های اختلال خوردن را می‌سنجد. این ابزار توسط استیک[3] و همکاران (۲۰۰۰) ساخته‌شده است و شامل سه زیر مقیاس است که برای آزمودن نشانه‌های اختلال کم‌اشتهایی عصبی، اختلال پراشتهایی عصبی و اختلال خوردن مفرط طراحی‌شده است. نمره‌گذاری به‌صورت طیف لیکرت ۴ درجه‌ای و نمرهٔ برش ۱۶/۵ به‌طور رایج برای تشخیص بیماران بالینی از گروه در انتظار درمان به کار می‌رود (غلامی حسنارودی و همکاران، ۱۴۰۰). پایایی این ابزار بر اساس آلفای کرونباخ در پژوهش واگنر[4] (۲۰۱۱) ۰/۸۷ برای نمونه با وزن نرمال و ۰/۸۳ برای نمونه دارای اضافه‌وزن گزارش‌شده است. این مقیاس یک فرآیند توسعه و اعتبارسنجی دقیق را با رعایت دقیق تعدادی از مراحل طی کرد. توسعه‌دهندگان ابتدا مجموعه‌ای از آیتم‌ها را برای ارزیابی معیارهای تشخیص اختلال خوردن در پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی ایجاد کردند. این موارد توسط یک پانل متشکل از ۱۴ متخصص اختلال خوردن مورد ارزیابی قرار گرفت. نتایج نشان داد که قابلیت اطمینان

1- Hübel
2 - Eating Disorder Diagnostic Scale
3 - Stice
4 - Wagner

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.1.8.2]

یک‌هفته‌ای بازآزمایی برای بی‌اشتهایی (کاپا = ۰/۹۵) و ضرایب آزمون مجدد کافی برای پرخوری عصبی (کاپا = ۰/۷۱) و اختلال پرخوری (کاپا = ۰/۷۵) است (استیک و همکاران، ۲۰۰۰). در ایران نیز آلفای کرونباخ گزارش‌شده برای این مقیاس در پژوهش غلامی حسنارودی و همکاران (۱۴۰۰) برابر با ۰/۷۹ گزارش شد. ضرایب همسانی درونی این مقیاس در ایران برای اشتهایی روانی، پراشتهایی روانی و پرخوری افراطی به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۸۲ و ۰/۸۳ به دست آمد. از نظر روایی نیز همبستگی نتایج این آزمون با آزمون اختلالات عادت خوردن کوکر و همکاران (۱۹۹۰) r=۰/۴۸ بود (غلامی حسنارودی و همکاران، ۱۴۰۰). در پژوهش حاضر نیز آلفای کرونباخ گزارش‌شده برای اختلال کم‌اشتهایی عصبی، اختلال پراشتهایی عصبی و اختلال خوردن مفرط به ترتیب ۰/۷۹۳، ۰/۸۶۶ و ۰/۸۴۵ و برای کل ۰/۸۰ بود.

مقیاس فراهیجان (MES[1]): این مقیاس خودگزارش دهی توسط میتمانسگروبر[2] و همکاران در سال ۲۰۰۹ ساخته شد که فراهیجان-های منفی و مثبت را می‌سنجد، دارای ۲۸ ماده است و آزمودنی در یک مقیاس لیکرت شش درجه‌ای (۱= اصلا صدق نمی‌کند تا ۶ = کاملا صدق می‌کند) به آن پاسخ می‌دهد. سازندگان ابزار، این مقیاس را شامل شش مولفه خشم، حقارت/ شرم، مهار شدید و فرونشانی (فراهیجان-های منفی) و شفقت و علاقه (فراهیجان‌های مثبت) با ضرایب آلفای به ترتیب ۰/۷۶، ۰/۷۷، ۰/۸۳ ۰/۸۲ و ۰/۸۵ و برای کل مقیاس ۰/۸۷ گزارش کردند. روایی محتوایی که از طریق شاخص روایی محتوا (CVI=۷۹ و CVR=۴۹) ، ملاکی (r=۰/۵۹) و روایی افتراقی با پرسشنامه پترایدز و همکاران (۲۰۰۱) از طریق همبستگی پیرسون r=-۰/۲۶ گزارش شد که مطلوب است. (میتمانسگروبر و همکاران، ۲۰۰۹). در پژوهش رضایی و همکاران (۱۳۹۳) ضرایب آلفای کرونباخ در خرده مقیاس فراهیجان مثبت ۰/۸۷ و در خرده مقاس فراهیجان منفی ۰/۷۰ و برای کل مقیاس ۰/۸۹ گزارش کرد. نتایج تحلیل عاملی تاییدی نشان داد شاخص‌های مقیاس فراهیجان بر روی عوامل از قبل طراحی شده توسط بک و هماران (۲۰۰۹) بار عاملی بالاتر از ۰/۳ و ریشه خطای میانگین مجذورات تقریب برابر ۰/۴۶ است. بنیسی (۱۳۹۸) ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس را در ایران ۰/۷۸ گزارش کرد. نتایج تحلیل عاملی این پژوهش، دو بعد اصلی فرا هیجان‌های مثبت و منفی را تائید کردند. همچنین روایی همگرایی فرا هیجان‌های مثبت در این ابزار با مؤلفه‌های هوش هیجانی پرسشنامه رگه هوش هیجانی (پترایدز[3] و همکاران، ۲۰۰۱) ۰/۵۱ گزارش شد (به نقل از بنیسی، ۱۳۹۸). آلفای کرونباخ گزارش شده در پژوهش حاضر در خرده مقیاس فراهیجان مثبت ۰/۹۰ و در خرده مقیاس فراهیجان منفی ۰/۸۴ و در کل مقیاس ۰/۸۹ گزارش شد.

یافته‌ها

میانگین سن گزارش‌شده برای شرکت کنندگان زن در پژوهش حاضر به تفکیک گروه‌ها؛ برای گروه پراشتهایی روانی ۳/۳۸± ۲۸/۵ و گروه پرخوری مفرط ۳/۸۹ ± ۲۹/۲ گزارش شد. حداقل سن شرکت‌کنندگان زن در این پژوهش ۲۳ و حداکثر سن ۳۲ است. همچنین با توجه به سطح معناداری بزرگ‌تر از ۰/۰۵ تفاوت معناداری بین دو گروه از یکدیگر وجود نداشت و سه گروه ازنظر سن همگن بودند. نتیجه یافته‌های توصیفی پژوهش به تفکیک گروه‌ها در جدول ۱ ارائه‌شده است.

جدول ۱. مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات فرا خشم، فراتحقیر، فراکنترل زنان مبتلا به پر اشتهایی و پر خوری مفرط

متغیر		میانگین	انحراف معیار	کجی	کشیدگی
فراخشم	پراشتهایی روانی	۱۸/۰۱	۰/۹۹	-۰/۲۸۵	-۰/۴۴۹
	پرخوری مفرط	۱۷/۹	۲/۱۶	-۰/۲۰۴	-۰/۶۲۹
فراتحقیر	پراشتهایی روانی	۱۳/۳۴	۱/۹۸	-۰/۰۴۲	-۰/۲۰۱
	پرخوری مفرط	۱۰/۵۰	۰/۶۸	-۰/۲۰۸	-۰/۳۱۸
فراکنترل	پراشتهایی روایی	۱۵/۰۱	۱/۹۱	-۰/۶۹۱	۰/۱۴۴
	پرخوری مفرط	۱۳/۱۴	۱/۴۲	۰/۷۳۷	۱/۵۵

1 - Meta-Emotion Scale
2 - Mitmansgrober
3 - Ptraydez

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.1.8.2]

نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد که میانگین فراتحقیر و فراکنترل در گروه پراشتهایی روانی بیشتر از گروه پرخوری مفرط است و میانگین فراخشم در هردو گروه پراشتهایی روانی و پرخوری مفرط نزدیک به یکدیگر گزارش شده است. همچنین میزان کجی و کشیدگی نیز دامنه مطلوب ۲ و -۲ قرار دارد. جهت بررسی شرط برابری واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده‌شده است که مشاهده‌شده است سطح معناداری برای فراخشم (p=۰/۱۸۱)، فراتحقیر (p=۰/۰۸۷) و فراکنترل (p=۰/۰۵۲) رعایت شده است و می‌توان از واریانس چند متغیره استفاده کرد.

جدول۲. شاخص‌های چند متغیره

اثر	نام آزمون	مقدار	F	درجه آزادی۱	درجه آزادی۲	سطح معنی‌داری	مجذور ایتای تفکیکی
گروه	آزمون پیلایی	۰/۵۴۰	۳۷/۲[b]	۳	۹۶	۰/۰۰۰	۰/۵۴۰
	آزمون لامبدای ویلکز	۰/۴۶۰	۳۷/۲[b]	۳	۹۶	۰/۰۰۰	۰/۵۴۰
	آزمون اثر هتلینگ	۱/۱۷۲	۳۷/۲[b]	۳	۹۶	۰/۰۰۰	۰/۵۴۰
	آزمون بزرگ‌ترین ریشه روی	۱/۱۷۲	۳۷/۲[b]	۳	۹۶	۰/۰۰۰	۰/۵۴۰

در جدول ۲، سطح معناداری آزمون لامبدای ویلکز برابر با ۰/۰۰۱ است که کم‌تر از مقدار آلفا (۰/۰۵) و لذا معنی‌دار است. پس می‌توان نتیجه گرفت بین فراخشم، فراتحقیر و فرا کنترل در زنان مبتلا پراشتهایی روانی و پرخوری تفاوت معنی‌دار وجود دارد.

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس چند متغیره (مانوا) برای مقایسه فرا خشم و فرا تحقیر و فرا کنترل زنان مبتلا پراشتهایی روانی و پرخوری

منبع تغییر	متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر
گروه	فراخشم	۰/۲۶۳	۱	۰/۲۶۳	۰/۹۵	۰/۷۵۸	۰/۰۰۱
	فراتحقیر	۱۷۳/۲	۱	۱۷۳/۲	۷۶/۴۶	۰/۰۰۰	۰/۴۳۸
	فراکنترل	۸۷/۶	۱	۸۷/۶	۳۰/۳۳	۰/۰۰۰	۰/۲۳۶
خطا	فراخشم	۲۷۰/۶	۹۸	۲/۷۶			
	فراتحقیر	۲۲۲/۰۵	۹۸	۲/۲۶			
	فراکنترل	۲۸۲/۹	۹۸	۲/۸۸			
کل	فراخشم	۳۲۵۶۳	۱۰۰				
	فراتحقیر	۱۴۴۸۵	۱۰۰				
	فراکنترل	۲۰۳۰۸	۱۰۰				

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود بین دو گروه از زنان مبتلا در پراشتهایی روانی و پرخوری مفرط فرا تحقیر، فراکنترل تفاوت معناداری وجود دارد (p<۰/۰۵). همچنین بین بین دو گروه از زنان مبتلا در پراشتهایی روانی و پرخوری مفرط فرا خشم تفاوت معناداری وجود ندارد (p > ۰/۰۵). اندازه اثر نیز حاکی از آن است که حدود ۱درصد از تغییرات "فراخشم» و ۴۳/۸ درصد از تغییرات «فرا تحقیر» و ۲۳/۶ درصد از تغییرات فراکنترل زنان تحت تأثیر «پر اشتهایی روانی و پر خوری مفرط» در آن‌ها است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه فراخشم، فراتحقیر و فرا کنترل در زنان مبتلا به پراشتهایی روانی و پرخوری مفرط انجام شد. نتیجه حاصل از پژوهش حاضر نشان داد بین دو گروه از زنان مبتلا به پراشتهایی روانی و پرخوری مفرط در فراخشم تفاوت معناداری وجود ندارد نتیجه حاصل با نتایج پژوهشگرانی چون منسل و همکاران (۲۰۲۲)، رویین (۲۰۲۰) و اسمری برده‌زرد (۱۴۰۰) همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت: اختلال خوردن از هر دو نوع پرخوری مفرط و پراشتهایی روانی به میزان قابل توجهی با عواطف منفی مانند خشم همراه است (روزاکو سومالی و همکاران، ۲۰۲۱)؛ بنابراین عدم تفاوت فراخشم در دو گروه پراشتهایی روانی و پرخوری مفرط تا حدودی

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.1.8.2]

قابل توجیه است. از سوی دیگر می‌توان گفت: ممکن است رفتار خوردن در دو نوع پراشتهایی روانی و پرخوری مفرط برای مقابله با عواطف منفی چون خشم و اضطراب ارزش کارکردی دارد (ترینور و همکاران، ۲۰۲۲)؛ بنابراین فراخشم در هر دو نوع اختلال خوردن یک تلاش رفتاری برای تحت تأثیر قرار دادن، تغییر و یا کنترل سطوح هیجانی دردناک در نظر گرفته می‌شود (ریاس و همکاران، ۲۰۲۱) و همین امر دلیل دیگری بر عدم تفاوت بین دو گروه در فراخشم می‌تواند به‌شمار آید.

یافته دیگر پژوهش حاضر نشان داد که بین دو گروه از زنان مبتلا به پر اشتهایی روانی و پرخوری مفرط در فرا تحقیر تفاوت وجود دارد. نتیجه حاصل با نتایج پژوهشگرانی چون (ویس ، ۲۰۲۲)، (اتچیسون و زیکگراف ، ۲۰۲۲)، معنوی (۱۳۹۸) همسو بود. در تبیین یافته حاضر می‌توان گفت: بسیاری از افراد که رفتارهای خوردن مخرب دارند، احساس می‌کنند که پرخوری برای آنها به مراتب آسانتر از مقابله با افکار، تصاویر و عواطف پریشان آور و ناخوشایند است. محققان معتقدند که مدل تنظیم عاطفی، بر این مسئله تأکید دارد که برخی افراد یاد گرفته‌اند تا حالات عاطفی دردآور خود را با خوردن کنترل و تنظیم کرده و بدین وسیله به نوعی بر آنها سرپوش بگذارند که این رفتار فراتحقیر را در پرخوری روانی به نسبت به پراشتهایی روانی کمتر می‌کند (دکرت و همکاران، ۲۰۲۲). فراتحقیر، پیشایند و تقویت کننده‌ی پرخوری در اختلال پراشتهایی روانی است، اما پرخوری منجر به کاهش خلق منفی نمی‌شود، چرا که بعد از پرخوری فرد دچار احساس گناه شده و خلق منفی تشدید می‌شود (هوبل و همکاران، ۲۰۲۱). همچنین می‌توان افزود که رفتارهای اختلال خوردن در پراشتهایی روانی یک تنظیم عملکرد برای زنانی است که سطح بالایی از هیجان‌های آزارنده از جمله فراتحقیقر را تجربه می‌کنند (لوکا و لوکا ، ، ۲۰۲۲). این زنان از خوردن نابهنجار برای منقطع کردن تجربیات هیجانی خود از جمله احساس تحقیر استفاده می‌کنند، در واقع راهکار توقف این رفتارها در زنان پراشتهایی روانی به سختی صورت می‌گیرد (تورال و همکاران، ۲۰۲۲). آگاهی هیجانی ضعیف، بروز ندادن هیجانات و تمایل به اجتناب، یادداری طرحواره‌های ناسازگار، انعطاف‌ناپذیری در ساختن معنای تجربه شخصی و تعارضات حل‌نشده بین خود و افراد مهم یا تعارض بین جنبه‌های وجودی در افراد دارای پراشتهایی روانی آنها را در فرا تحقیر نسبت به گروه پرخوری مفرط پیشتاز کرده است (کیگان و همکاران، ۲۰۲۱). از آنجایی که افرادی که دارای اختلال پرخوری هستند مستعد چاقی هستند و از نظرتناسب بدنی متفاوتند، این عامل در خلق آنها به خصوص در افراد دارای پراشتهایی روانی تاثیر گذاشته و باعث می شود که آنها برداشت منفی نسبت به خود کنند. همه این عوامل باعث افزایش احساس گناه و در ادامه باعث افسردگی و پرخوری و فراتحقیر می شود(چانگ و همکاران، ۲۰۲۲). (مونتلئونه و همکاران، ۲۰۲۲).

یافته دیگر پژوهش حاضر نشان داد فراکنترل در زنان مبتلا به پراشتهایی روانی و پرخوری مفرط متفاوت است. این یافته با نتایج پژوهشگرانی چون استیس و همکاران (۲۰۲۱)، انیکه و همکاران(۲۰۲۰) و شهبازی (۱۴۰۱) همسو بود. در تبیین یافته حاضر می‌توان گفت به‌کارگیری الگوهای خوردن ناسالم با درک و تنظیم حالات درونی مرتبط است، این رفتارها نیز تحت تأثیر چگونگی تنظیم فراهیجانات هستند (ویس ، ۲۰۲۲). انیکه و همکاران (۲۰۲۰) عنوان می‌دارند افراد مبتلا به پراشتهایی روانی از رفتارهای تکانشگری رنج می‌برند. بنابراین رفتارهای متمایل به پرخوری و رفتارهای متمایل به مهار در پراشتهایی روانی در نقاط انتهایی دو قطب طیف رفتارهای تکانشی قرار دارند و میتوان فراکنترل را برحسب حضور یا عدم حضور ویژگی‌های تکانشی را در دو گروه پراشتهایی روانی و پرخوری مفرط تبیین کرد (رویین ، ۲۰۲۰). در واقع عدم توانایی کنترل در رفتار خوردن به خصوص در پراشتهایی روانی، باعث می شود که احساسات فرد برعقل و منطقش غلبه داشته باشد و فرد در موقعیت‌های مختلف تنها با تکیه بر جو احساسی محیط و بدون توجه به راه حل‌های منطقی ممکن تصمیم گیری کند. اگر شخصی از لحاظ هیجانی، ناهشیار باشد و در تنظیم و تعدیل عواطف و فراهیجان‌های هیجان های خود به نحوی اشکال داشته باشد، در کنترل میزان خوردن غذا نیز دچار مشکل شده و عواملی از جمله تحریک پذیری شدید نسبت به غذا، تمایل به فربه بودن و فرار از مشکلات، باعث پرخوری در او می شود که این خصیصه‌ها به نسبت در پراشتهایی روانی بیشتر است (رانو ایوسیفسکو ، ۲۰۲۲) ؛ بنابراین تفاوت فراکنترل در دو گروه پراشتهایی روانی و پرخوری مفرط قابل پیش‌بینی بود.

این پژوهش نشان داد که فراتحقیر و فرا کنترل در زنان مبتلا به پراشتهایی روانی و پرخوری مفرط در دو گروه پراشتهایی روانی و پرخوری مفرط متفاوت هستند اما در فراخشم بین دو گروه تفاوت معناداری مشاهده نشد.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به روش نمونه‌گیری دردسترس، حجم پایین نمونه و عدم ارزیابی شدت پراشتهایی عصبی بر اساس ابزار کمی اشاره کرد. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های مشابه با پژوهش فعلی با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی در جهت مقایسه این دو گروه و تعمیم نتایج صورت گیرد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از سایر انواع اختلال‌های خوردن نیز برای افزایش حجم نمونه استفاده کرد.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.1.8.2]

منابع

اسمری برده‌زرد، ی؛ خانجانی، س؛ موسوی اصل، ا؛ دولتشاهی، ب. (۱۴۰۰). اثر بخشی درمان هیجان محور بر اضطراب، افسردگی و دشواری در تنظیم هیجان در اختلال پرخوری. *مجله روان پزشکی و روانشناسی بالینی*. ۲۷(۱)، ۱۵-۲.https://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-3119-fa.html

شهبازی، ز. (۱۴۰۱). *اثربخشی درمان هیجان مدار بر تحمل پریشانی و رضایت از تصویر بدنی زنان دچار پرخوری عصبی. دانشگاه پیام نور استان گیلان*. مرکز پیام نور آستانه اشرفیه.https://ganj.irandoc.ac.ir/#/articles/ffc5426c8bb54bfeaecef52a48d781af

غلامی حسنارودی، م؛ کچویی، م؛ فاتحی، ن. (۱۴۰۰). نقش میانجی‌گیری عزت‌نفس در رابطه بین عملکرد خانواده با نشانه‌های اختلال خوردن در نوجوانان در دوران قرنطینه خانگی ناشی از ویروس کرونا. فصلنامه خانواده‌درمانی کاربردی، ۲(۵)، ۷۳- ۵۶. https:// aftj.ir/article_144843

غلامی گندمانی، ر. (۱۴۰۱). *نقش انعطاف پذیری شناختی ، فراشناخت و فراهیجان مثبت و تنظیم شناختی هیجان در فرسودگی روانی ورزشکاران ماهر دختر*. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشکده تربیت بدنی. دانشگاه الزهرا (س).https://ganj.irandoc.ac.ir/#/search?keywords

مصطفائی، م (۱۴۰۰). *نقش سبک شنیداری زوجین و فراهیجان منفی در آشفتگی زناشویی زنان با دلبستگی اضطرابی*. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه پیام نور استان اردبیل، مرکز پیام نور اردبیل.https://ganj.irandoc.ac.ir/#/search?keywords

معنوی، ع. (۱۳۹۸). *اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روان شناختی و تنظیم هیجان در مردان مبتلا به پرخوری عصبی*. دکتری تخصصی. دانشگاه آزاد اسلامی واحد امارات متحده عربی https://ganj.irandoc.ac.ir/.

Atchison, A., & Zickgraf, H. F. (2022). Orthorexia nervosa and eating disorder behaviors: A systematic review of the literature. *Appetite*, 106134. https://doi.org/10.1016/j.appet.2022.106134

Blum, K., Thanos, P. K., Wang, G. J., Bowirrat, A., Gomez, L. L., Baron, D., ... & Gold, M. S. (2022). Dopaminergic and other genes related to reward induced overeating, Bulimia, Anorexia Nervosa, and Binge eating. *Expert Review of Precision Medicine and Drug Development*, 7(1), 79-95. https://doi.org/10.1080/23808993.2021.1994186

Brelet, L., Flaudias, V., Désert, M., Guillaume, S., Llorca, P. M., & Boirie, Y. (2021). Stigmatization toward People with Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, and binge eating disorder: a scoping review. *Nutrients*, 13(8), 2834 ;https://doi.org/10.3390/nu13082834

Burnette, C. B., Luzier, J. L., Weisenmuller, C. M., & Boutté, R. L. (2022). A systematic review of sociodemographic reporting and representation in eating disorder psychotherapy treatment trials in the United States. *International Journal of Eating Disorders*, 55(4), 423-454 .https://doi.org/10.1002/eat.23699

Chang, H. T., Liu, Y. L., & Kuo, C. S. (2021). The Relationships Among Maternal Meta-emotion Philosophy, Maternal Video-Mediated Cognitions, and Adolescent Behavior Adjustment in Taiwan. *Child Psychiatry & Human Development*, 1-11. https://doi.org/10.1007/s10578-021-01283-7

Deckert, M., Schmoeger, M., Auff, E., & Willinger, U. (2020). Subjective emotional arousal: an explorative study on the role of gender, age, intensity, emotion regulation difficulties, depression and anxiety symptoms, and meta-emotion. *Psychological Research*, 84(7), 1857-1876. https://doi.org/10.1007/s00426-019-01197-z

Feltner, C., Peat, C., Reddy, S., Riley, S., Berkman, N., Middleton, J. C., ... & Jonas, D. E. (2022). Screening for eating disorders in adolescents and adults: evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA*, *327*(11), 1068-1082. doi:10.1001/jama.2022.1807

Giel, K. E., Schag, K., Leehr, E. J., Mack, I., Schuster, L. S., Wiegand, A., ... & Nieratschker, V. (2022). OXTR DNA methylation differentiates men on the obesity spectrum with and without binge eating disorder. *Clinical Epigenetics*, 14(1), 1-10. https://doi.org/10.1186/s13148-022-01318-3

Hebebrand, J., Hildebrandt, T., Schlögl, H., Seitz, J., Denecke, S., Vieira, D., ... & Fulton, S. (2022). The role of hypoleptinemia in the psychological and behavioral adaptation to starvation: implications for anorexia nervosa. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 104807. https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2022.104807

Hübel, C., Abdulkadir, M., Herle, M., Loos, R. J., Breen, G., Bulik, C. M., & Micali, N. (2021). One size does not fit all. Genomics differentiates among anorexia nervosa, bulimia nervosa, and binge-eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 54(5), 785-793 https://doi.org/10.1002/eat.23481

Keegan, E., Tchanturia, K., & Wade, T. D. (2021). Central coherence and set-shifting between nonunderweight eating disorders and anorexia nervosa: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, *54*(3), 229-243. https://doi.org/10.1002/eat.23430

Levinson, C. A., Hunt, R. A., Christian, C., Williams, B. M., Keshishian, A. C., Vanzhula, I. A., & Ralph-Nearman, C. (2022). Longitudinal group and individual networks of eating disorder symptoms in individuals diagnosed with an eating disorder. *Journal of Psychopathology and Clinical Science*, 131(1), 58. https://doi.org/10.1037/abn0000727

Linardon, J., Shatte, A., Rosato, J., & Fuller-Tyszkiewicz, M. (2022). Efficacy of a transdiagnostic cognitive-behavioral intervention for eating disorder psychopathology delivered through a smartphone app: a randomized controlled trial. *Psychological medicine*, 52(9), 1679-1690. https://doi.org/10.1017/S0033291720003426

Lin-Hi, N., Schäfer, K., Blumberg, I., & Hollands, L. (2022). The omnivore's paradox and consumer acceptance of cultured meat: An experimental investigation into the role of perceived organizational competence and excitement. *Journal of Cleaner Production*, *338*, 130593. https://doi.org/10.1016/j.jclepro.2022.130593

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.1.8.2]

Luca, A., & Luca, M. (2022). Comment to the article titled:"Autonomic nervous system function in women with anorexia nervosa" by Jenkins and coll. *Clinical Autonomic Research*, 1-2 . https://doi.org/10.1007/s10286-021-00836-z

Lydecker, J. A., Simpson, L., Smith, S. R., White, M. A., & Grilo, C. M. (2022). Preoccupation in bulimia nervosa, b inge-eating disorder, anorexia nervosa, and higher weight. *International Journal of Eating Disorders*, *55*(1), 76-84. https://doi.org/10.1002/eat.23630

Lydecker, J. A., Simpson, L., Smith, S. R., White, M. A., & Grilo, C. M. (2022). Preoccupation in bulimia nervosa, b inge-eating disorder, anorexia nervosa, and higher weight. *International Journal of Eating Disorders*, 55(1), 76-84. https://doi.org/10.1002/eat.23630

Mansell, W., Barnes, A., Grant, L., & De Sousa, L. M. (2020). Do meta-emotion strategies and their effects vary in students between their family home and their university home?. *Current Psychology*, 1-11. https://doi.org/10.1007/s12144-020-00996-7

Meule, A., Richard, A., Schnepper, R., Reichenberger, J., Georgii, C., Naab, S., ... & Blechert, J. (2021). Emotion regulation and emotional eating in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Eating Disorders*, *29*(2), 175-191. https://doi.org/10.1080/10640266.2019.1642036

Monteleone, A. M., Tzischinsky, O., Cascino, G., Alon, S., Pellegrino, F., Ruzzi, V., & Latzer, Y. (2022). The connection between childhood maltreatment and eating disorderpsychopathology: a network analysis study in people with bulimia nervosa and with binge eating disorder. *Eating and weight disorders-studies on anorexia, bulimia and obesity*, *27*(1), 253-261. https://doi.org/10.1007/s40519-021-01169-6

Nunes, F., Mota, C. P., Ferreira, T., Schoon, I., & Matos, P. M. (2022). Parental meta-emotion, attachment to parents, and personal agency in adolescents. *Journal of Family Psychology*. https://doi.org/10.1037/fam0000947

Reas, D. L., Isomaa, R., Solhaug Gulliksen, K., & Levallius, J. (2021). Clinicians as a critical link: Understanding health professionals' beliefs and attitudes toward anorexia nervosa, bulimia nervosa, and binge eating disorder. *Scandinavian Journal of Psychology*, 62(6), 775-779. https://doi.org/10.1111/sjop.12777

Romash, I., Romash, I., Kukhta, O., Dzivak, K., & Ahmed, H. (2021). Experience in correcting eating disorders in the clinic of mental illness. *Mental Health: Global Challenges Journal*, *4*(2). https://doi.org/10.32437/mhgcj.v4i2.127

Royeen, C. B. (2020). Meta-emotion of Occupation with Wissen (MeOW): Feeling about feeling while doing with meaning. *Journal of Occupational Science*, *27*(4), 460-473. https://doi.org/10.1080/14427591.2020.1742196

Rozakou-Soumalia, N., Dârvariu, Ş., & Sjögren, J. M. (2021). Dialectical behaviour therapy improves emotion dysregulation mainly in binge eating disorder and bulimia nervosa: a systematic review and meta-analysis. *Journal of personalized medicine*, 11(9), 931. https://doi.org/10.3390/jpm11090931

Ruan, V. A., Hartz, A., Hueck, M., Dahmen, B., von Polier, G., Herpertz-Dahlmann, B., ... & Seitz, J. (2022). Neural mechanisms underlying social recognition and theory of mind in adolescent patients with bulimia nervosa and transdiagnostic comparison with anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*. https://doi.org/10.1002/erv.2911

Seidel, M., Markmann Jensen, S., Healy, D., Dureja, A., Watson, H. J., Holst, B., ... & Sjögren, J. M. (2021). A systematic review and meta-analysis finds increased blood levels of all forms of ghrelin in both restricting and binge-eating/purging subtypes of anorexia nervosa. *Nutrients*, 13(2), 709. ; https://doi.org/10.3390/nu13020709

Stice, E., Desjardins, C. D., Rohde, P., & Shaw, H. (2021). Sequencing of symptom emergence in anorexia nervosa, bulimia nervosa, binge eating disorder, and purging disorder and relations of prodromal symptoms to future onset of these disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 130(4), 377. . https://doi.org/10.1037/abn0000666

Stice, E., Telch, C. F., & Rizvi, S. L. (2000). Development and validation of the Eating Disorder Diagnostic Scale: a brief self-report measure of anorexia, bulimia, and binge-eating disorder. *Psychological assessment*, *12*(2), 123. https://psycnet.apa.org/buy/2000-03952-002

Tamiya, H., Ouchi, A., Chen, R., Miyazawa, S., Akimoto, Y., Kaneda, Y., & Sora, I. (2018). Neurocognitive impairments are more severe in the binge-eating/purging anorexia nervosa subtype than in the restricting subtype. *Frontiers in psychiatry*, 9, 138. https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyt.2018.00138/full

Trainor, C., Michael, M. L., Lampe, E. W., Presseller, E. K., Juarascio, A., & Manasse, S. M. (2022). Associations between emotion regulation and remission following cognitive behavioural therapy for adults with bulimia nervosa. *European Eating Disorders Review*. https://doi.org/10.1002/erv.2901

Tural, U., & Iosifescu, D. V. (2022). Adiponectin in anorexia nervosa and its modifiers: A meta-regression study. *International Journal of Eating Disorders*. https://doi.org/10.1002/eat.23753

Uniacke, B., Slattery, R., Walsh, B. T., Shohamy, D., Foerde, K., & Steinglass, J. (2020). A comparison of food-based decision-making between restricting and binge-eating/purging subtypes of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, *53*(10), 1751-1756. https://doi.org/10.1002/eat.23359

Villano, I., Ilardi, C. R., Arena, S., Scuotto, C., Gleijeses, M. G., Messina, G., ... & La Marra, M. (2021). Obese subjects without eating disorders experience binge episodes also independently of emotional eating and personality traits among university students of southern Italy. *Brain Sciences*, *11*(9), 1145. https://doi.org/10.3390/brainsci11091145

Westwater-Wozniak, M. (2021*). Neurobiological and metabolic mechanisms of binge-eating in anorexia and bulimia nervosa* .Doctoral dissertation, University of Cambridge. https://doi.org/10.17863/CAM.64461

Wiss, D. (2022). Clinical considerations of ultra-processed food addiction across weight classes: An eating disorder treatment and care perspective. *Current Addiction Reports*, 1-13. https://doi.org/10.1007/s40429-022-00411-0

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.1.8.2]

Yamamiya, Y., Desjardins, C. D., & Stice, E. (2022). Sequencing of symptom emergence in anorexia nervosa, bulimia nervosa, binge eating disorder, and purging disorder in adolescent girls and relations of prodromal symptoms to future onset of these eating disorders. *Psychological Medicine*, 1-9. https://doi.org/10.1037/abn0000666
Yamamiya, Y., Desjardins, C. D., & Stice, E. (2022). Sequencing of symptom emergence in anorexia nervosa, bulimia nervosa, binge eating disorder, and purging disorder in adolescent girls and relations of prodromal symptoms to future onset of these eating disorders. *Psychological Medicine*, 1-9. https://doi.org/10.1037/abn0000666

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.1.8.2]