مجله‌ی غدد درون‌ریز و متابولیسم ایران
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ـ درمانی شهید بهشتی
دوره‌ی هفدهم، شماره‌ی ۵، صفحه‌های ۴۰۱ ـ ۳۹۱ (آذر ـ دی ۱۳۹۴)

مقاله‌ی پژوهشی

مقایسه‌ی تکانشگری و دشواری‌های تنظیم هیجان در زنان دارای اضافه وزن مبتلا و غیرمبتلا به پرخوری افراطی

محسن کچویی[۱]، دکتر جعفر حسنی[۲]، مونا امراللهی نیا[۳]

۱) گروه روان‌شناسی بالینی، واحد علوم پزشکی تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران، ۲) گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران، ۳) گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران، **نشانی مکاتبه‌ی نویسنده‌ی مسئول:** تهران، خیابان دکتر شریعتی، زرگنده، خیابان شهید عطارمقدم، دانشگاه آزاد اسلامی ـ واحد علوم پزشکی تهران، گروه روانشناسی بالینی، محسن کچویی؛ e-mail: kachooei.m@gmail.com

چکیده

مقدمه: اختلال پرخوری افراطی Binge eating disorder (BED) یکی از رایج‌ترین اختلال‌های روانی در افراد چاق و دارای اضافه‌وزن است. بااین‌حال، به نظر می‌رسد افراد مبتلا به این اختلال از لحاظ ویژگی‌های روان‌شناختی متفاوت از افراد فاقد این اختلال باشند. هدف از پژوهش حاضر، مقایسه‌ی تکانشگری و دشواری‌های تنظیم هیجان در زنان دارای اضافه‌وزن مبتلا و غیر مبتلا به اختلال پرخوری افراطی بود. مواد و روش‌ها: این مطالعه، مطالعه‌ای توصیفی از نوع مورد ـ شاهدی بود. شرکت‌کنندگان به صورت داوطلبانه از میان خانم‌های چاق و دارای اضافه وزن مراجعه‌کننده به خانه‌های سلامت، باشگاه‌های ورزشی و مراکز کاهش وزن شهر تهران انتخاب شدند.۵۲ زن با اختلال پرخوری افراطی (BED) بر اساس ملاک‌های راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (DSM) شناسایی شدند و با ۵۲ زن بدون پرخوری افراطی از لحاظ نمایه‌ی توده‌ی بدنی و سن مورد همتاسازی قرار گرفتند. ابزارهای پژوهش شامل مقیاس تشخیصی اختلال‌های خوردن (EDDS)، مقیاس تکانشگری بارت (BIS-11) و مقیاس دشواری‌های تنظیم هیجان (DERS) بود. داده‌های به دست آمده با تحلیل چندمتغیری واریانس (MANOVA) تحلیل شدند. یافته‌ها: نتایج نشان دادند که زنان مبتلا به اختلال پرخوری افراطی، در مقایسه با زنان غیرمبتلا، تکانشگری (P<۰/۰۵) و دشواری‌های تنظیم هیجان (P<۰/۰۱) بیشتری داشتند. به ویژه، خانم‌های مبتلا به پرخوری افراطی نمرات بالاتری در تکانشگری توجهی (P<۰/۰۱) و تکانشگری حرکتی (P<۰/۰۵) داشتند. در عین حال، از لحاظ دشواری‌های تنظیم هیجان، زنان مبتلا به پرخوری افراطی نمرات بالاتری در عدم پذیرش هیجان‌های منفی (P<۰/۰۱)، دشواری‌های دست زدن به رفتار هدفمند (P<۰/۰۱)، دشواری‌های کنترل تکانه (P<۰/۰۱) و دستیابی محدود به راهبردهای اثربخش تنظیم هیجان (P<۰/۰۱) داشتند. نتیجه‌گیری: این یافته‌ها تاکید می‌کنند که تکانشگری و دشواری‌های تنظیم هیجان نقش مهمی در اختلال پرخوری افراطی ایفا می‌کنند، و تمرکز بر این عوامل می‌تواند در درمان این اختلال سودمند باشد.

واژگان کلیدی: اختلال پرخوری افراطی، تکانشگری، دشواری تنظیم هیجان

دریافت مقاله: ۹۴/۷/۱۹ـ دریافت اصلاحیه:۹۴/۹/۹ ـ پذیرش مقاله: ۹۴/۹/۱۸

مقدمه

در پنجمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (DSM-5)[۱]، اختلال پرخوری افراطی[i] (BED) به‌عنوان یک اختلال خوردن[ii] مجزا معرفی شده است، که شیوع آن در جمعیت عادی حدود ۳ درصد تخمین زده می‌شود.[۲] اختلال پرخوری افراطی با دوره‌های پرخوری تکرار شونده مشخص می‌شود. در این دوره‌ها، فرد مقدار بسیار زیادی غذا می‌خورد که فرد دیگری این مقدار را در یک دوره زمانی مشابه نمی‌خورد و موقعیت به گونه‌ای است که گویا فرد کنترلی بر خوردن خود ندارد.[۱] سایر ویژگی‌های دوره‌های پرخوری افراطی عبارت‌اند از: خوردن سریع‌تر از حالت

i- Binge Eating Disorder (BED)
ii- Eating disorder (ED)

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-09]

معمول، خوردن تا جایی که فرد به‌طور ناخوشایندی احساس پری می‌کند، خوردن بدون احساس گرسنگی، خوردن در تنهایی به علت احساس خجالت و احساس گناه یا احساس تنفر پس از آن. علاوه بر این، دوره‌های پرخوری افراطی با پریشانی و ناراحتی همراه هستند و باید حداقل یک بار در هفته در بیش از یک دوره‌ی سه‌ماهه روی دهند. اما از آنجا که همراه با دوره‌های پرخوری افراطی از رفتار جبرانی تعمدی استفاده نمی‌شود (درحالی‌که در اختلال پراشتهایی روانی[i] (BN) استفاده می‌شود)، در نتیجه اختلال پرخوری افراطی اغلب موارد با اضافه‌وزن یا چاقی همراه است؛[۳] به طوری‌که ۱۵ تا ۵۰ درصد افراد چاقی که در برنامه‌های کاهش وزن شرکت می‌کنند ملاک‌های تشخیصی این اختلال را دارا هستند.[۴] با این حال، افراد چاقی که اختلال پرخوری افراطی (BED) دارند، از لحاظ ویژگی‌های روان‌شناختی متفاوت از افراد چاق فاقد این اختلال هستند. برای مثال میزان بیزاری از خود، افسردگی، اضطراب و حساسیت بین فردی در زنان چاق مبتلا به اختلال پرخوری افراطی بیشتر از زنان چاق غیرمبتلا است.[۵-۷] ازاین‌رو، لازم است دانش بهتری نسبت به این اختلال و چگونگی شکل‌گیری و تداوم آن کسب کنیم. چرا که درک دقیق‌تر این اختلال به پیشگیری از ابتلا و بهبود اثربخشی مداخلات درمانی کمک می‌کند.

وجه روان‌شناختی بارز این اختلال ناتوانی مبتلایان در کنترل رفتار خوردن و مصرف غذا است؛[۱] در نتیجه شناسایی سازه‌های روانی مرتبط با نقص در کنترل رفتار خوردن می‌تواند گام مفیدی در راستای درک بهتر این اختلال باشد. یکی از این سازه‌های مرتبط با نقص در کنترل رفتار خوردن «تکانشگری[ii]» است.[۸] تکانشگری را می‌توان به صورت «گرایش به واکنش‌های سریع و نسنجیده نسبت به محرک‌های درونی و بیرونی بدون توجه به پیامدهای منفی این واکنش‌ها برای فرد تکانشگر یا دیگران» تعریف کرد.[۹] به نظر می‌رسد این سازه عامل خطر مشترکی برای چندین اختلال روانی ازجمله برخی از گونه‌های اختلال شخصیت، اختلال سوء مصرف مواد، اختلال دو قطبی، اختلال بیش فعالی-کمبود توجه، و خوردن آشفته باشد.[۹،۱۰] به عنوان یک فرض کلی، افزایش تکانشگری منجر به ناتوانی در کنترل خوردن و مصرف غذا می‌شود.[۱۱] بر همین اساس، برخی مطالعات، تکانشگری بالاتری را در مبتلایان به پرخوری افراطی در مقایسه با افراد غیرمبتلا یافته‌اند.[۱۲،۱۳] با این حال، مطالعاتی نیز وجود دارند که بین گروه مبتلایان به پرخوری افراطی و افراد غیرمبتلا تفاوتی نیافتند.[۱۴-۱۶] بنابراین، هرچند برخی مطالعات پیشنهاد می‌کنند که بین تکانشگری بالا و پرخوری رابطه وجود دارد، اما یافته‌های به دست آمده همسان نیستند. یک تبیین احتمالی برای این تناقض در یافته‌ها می‌تواند این باشد که تکانشگری سازه‌ای چندوجهی است و احتمالاً تنها جنبه‌های خاصی از آن با پرخوری افراطی مرتبط هستند. برای مثال، مقیاس تکانشگری بارت (BIS[iii]) علاوه بر نمره‌ی کل، شامل سه خرده مقیاس است که ناتوانی در تمرکز یا حفظ توجه (تکانشگری توجهی)، عمل بدون فکر (تکانشگری حرکتی)، و فقدان دوراندیشی (تکانشگری بی‌برنامگی) را می‌سنجند. در همین راستا، چندین مطالعه با استفاده از مقیاس تکانشگری بارت نشان دادند که زیر مقیاس تکانشگری توجهی و تکانشگری حرکتی با پرخوری افراطی مرتبط است، اما تکانشگری بی‌برنامگی با پرخوری افراطی رابطه‌ای ندارد.[۱۷-۱۹] تکرار این یافته‌ها از این فرضیه که تکانشگری سازه‌ای چندوجهی است و پرخوری افراطی تنها با مولفه‌های معینی از آن ارتباط دارد، حمایت می‌کند.

از سوی دیگر، معلوم شده است که فرایندهای مرتبط با خودتنظیمی، ازجمله کنترل بر رفتار خوردن به میزان زیادی تحت تاثیر هیجانات هستند.[۲۰] در همین راستا، مدل‌های اخیر سبب‌شناسی اختلال‌های خوردن بر نقش «تنظیم هیجان[iv]» به‌عنوان عاملی کلیدی در طول پیوستار اختلال‌های خوردن تاکید دارند.[۲۱،۲۲] تنظیم هیجان به‌عنوان «تلاش برای اثرگذاری بر اینکه چه هیجاناتی داریم، چه موقع آن‌ها را داریم، و نحوه‌ی تجربه یا بیان این هیجانات» تعریف شده است.[۲۳] توانایی درک و تنظیم هیجان‌ها یکی از اصول بهزیستی قلمداد شده و دشواری در تنظیم هیجان می‌تواند با پیامدهای منفی ازجمله اختلال‌های خوردن همراه باشد. با نگاهی به ادبیات پژوهشی، وجود رابطه‌ای نیرومند بین خوردن بیمارگونه و دشواری در تنظیم هیجان مورد حمایت قرار می‌گیرد.[۲۴-۲۶] بر این اساس به نظر می‌رسد افراد مبتلا به اختلال پرخوری افراطی در بیان و تنظیم هیجانات خود ضعف دارند که این امر در شکل‌گیری و تداوم اختلال آن‌ها تاثیرگذار است.[۲۷،۲۸] در واقع این افراد اغلب برای تسکین کوتاه‌مدت هیجانات دردناک خود به پرخوری افراطی پناه می‌برند.[۲۹] با این حال،

i- Bulimia Nervosa
ii- Impulsivity
iii - Barratt Impulsivity Scale (BIS-11)
iv- Emotion Regulation

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-09]

اطلاعات کمی درباره مکانیسم‌های زیربنایی این رابطه و این که این افراد از لحاظ دشواری‌های تنظیم هیجان چه تفاوت-هایی با افراد غیر مبتلا دارند، وجود دارد. بنابراین بررسی از جنبه‌ای دقیق‌تر و با در نظر گرفتن تمامی زیر مولفه‌های متغیر دشواری‌های تنظیم هیجان، برای روشن نمودن رابطه‌ی این زیر مؤلفه‌ها با اختلال پرخوری افراطی ضروری به نظر می‌رسد.

بنابراین، تناقض‌ها و کاستی‌های موجود در ادبیات پژوهش، نیاز به پژوهش‌های بیشتر برای بررسی نقش دشواری‌های تنظیم هیجان و تکانشگری در اختلال پرخوری افراطی را ضروری می‌سازد. در عین‌حال، تاکنون هیچ پژوهشی به رابطه‌ی میان دشواری‌های تنظیم هیجان و تکانشگری در اختلال پرخوری افراطی نپرداخته است. در واقع از آنجا که تنظیم هیجان و اجتناب از تکانشگری یک اصل اساسی در شروع و سازمان‌دهی رفتار سازگارانه و هم‌چنین پیشگیری از رفتارهای منفی و ناسازگارانه محسوب می‌شوند،[۳۰] فهم چگونگی نقش دشواری‌های تنظیم هیجان و تکانشگری می‌تواند دستاوردهای مهمی در زمینه آسیب-شناسی اختلال پرخوری افراطی، اقدامات پیشگیرانه و مداخلات درمانی داشته باشد.

بنابراین هدف مطالعه‌ی حاضر، مقایسه دشواری‌های تنظیم هیجان و تکانشگری در زنان چاق و دارای اضافه وزن و مبتلا به پرخوری افراطی و غیر مبتلا بود. بر این اساس، نخست سازه‌های کلی تکانشگری و دشواری‌های تنظیم هیجان در دو گروه مقایسه شد. فرض شد که بین دو گروه از لحاظ نمره کل این دو سازه تفاوت معنی‌داری وجود داشته باشد. هم‌چنین ابعاد تکانشگری و دشواری‌های تنظیم هیجان نیز در دو گروه مقایسه شد.

مواد و روش‌ها

روش پژوهش حاضر توصیفی از نوع مورد ـ شاهدی بود. جامعه آماری پژوهش را زنان چاق و دارای اضافه‌وزن مراجعه‌کننده به خانه‌های سلامت، باشگاه‌های ورزشی و مراکز کاهش وزن شهر تهران تشکیل می‌دادند. با توجه به شیوع بیشتر این اختلال در خانم‌ها (۱/۶ درصد در مقابل ۰/۸ درصد در مردان)،[۱] مطالعه حاضر تنها بر روی زنان انجام شد. آزمودنی‌های پژوهش حاضر از میان ۴۰۰ زن شرکت-کننده در مطالعه‌ای وسیع انتخاب شدند که در آن افراد به صورت داوطلبانه در پژوهش شرکت کردند. ملاک‌های ورود به مطالعه عبارت بودند از: داشتن رضایت برای شرکت در مطالعه، BMI[i]>۲۶ کیلوگرم بر مترمربع، سن بین ۱۸ تا ۵۰ سال، و تحصیلات دیپلم به بالا. ملاک‌های خروج از مطالعه عبارت بودند از: یائسگی و بارداری، برآورده کردن ملاک-های تشخیصی سایر اختلال‌های خوردن (بی‌اشتهایی روانی و پراشتهایی روانی)، ابتلا به بیماری‌های شدید روانی، ابتلا به بیماری‌های دیابت، فشارخون، تیرویید و سایر بیماری‌های جسمی تاثیرگذار بر وزن، استفاده از دارویی خاص (مانند داروهای کاهنده یا محرک اشتها و داروهای روان‌گردان). افراد مسن‌تر از ۵۰ سال و هم‌چنین زنان یائسه از مطالعه کنار گذاشته شدند، چرا که در این گروه‌ها تغییراتی در مقدار یا نوع مواد غذایی مصرفی و هم‌چنین تغییراتی در تمایل به غذا دیده می‌شود.[۳۱] علاوه بر معیارهای ذکر شده برای ورود، شرکت‌کنندگان هر دو گروه پرخوری افراطی و غیرپر خوری افراطی بر اساس مقیاس تشخیصی اختلال‌های خوردن (EDDS[ii]) و ملاک‌های تشخیصی DSM-5 برای اختلال پرخوری افراطی انتخاب شدند. از افراد گروه نمونه، پاسخ-های ۵۲ زن دارای ملاک‌های تشخیصی اختلال پرخوری افراطی بود. سپس باقیمانده‌ی زنان بررسی شدند و زنانی که ملاک‌های آستانه‌ای یا زیرآستانه‌ای سایر اختلال‌های خوردن را داشتند (۲۳ نفر) و هم‌چنین زنانی که اطلاعات ناکافی و مخدوش داشتند (۳۶ نفر) از مطالعه کنار گذاشته شدند. با توجه به این که زنان علاوه بر مقیاس‌های پژوهش حاضر مقیاس‌های دیگری را نیز تکمیل نمودند و مقیاس EDDS آخرین مقیاس مورد سنجش بود، تعداد زیادی از زنان به این مقیاس پاسخ ندادند. از آنجا که ممکن است سن و وزن در حالات روان‌شناختی و الگوهای خوردن اثر داشته باشد، سن و نمایه‌ی توده‌ی بدنی (BMI) در این مطالعه بررسی شد و از میان زنان باقیمانده ۵۲ نفر به طور تصادفی و با در نظر گرفتن همسان بودن شرایط دو گروه از لحاظ سن و نمایه‌ی توده‌ی بدنی، انتخاب شدند. این روش شناسایی گروه نمونه و شاهد در پژوهش‌های گذشته در حوزه پرخوری افراطی به کار گرفته شده است.[۳۲]

ابزارهای پژوهش

الف) پرسش‌نامه‌ی جمع‌آوری اطلاعات جمعیت‌شناسی

شرکت‌کنندگان در این پرسش‌نامه به متغیرهای جمعیت شناختی (سن، میزان تحصیلات، وضعیت تاهل، شغل، قد و

i -Body Mass Index
ii - Eating Disorders Diagnostic Scale (EDDS)

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-09]

وزن) و سوالات مربوط به ملاک‌های ورود و خروج، پاسخ دادند. هم‌چنین در این پرسش‌نامه، نمایه‌ی توده‌ی بدنی توسط پژوهش‌گر و بر اساس اطلاعات وارده توسط شرکت‌کنندگان، محاسبه و درج شد. نمایه‌ی توده‌ی بدنی از طریق تقسیم وزن (کیلوگرم) بر مجذور قد (متر) محاسبه می‌شود. طبقه‌های نمایه‌ی توده‌ی بدنی عبارت‌اند از: وزن طبیعی (کیلوگرم بر مترمربع BMI=۱۸/۵۰-۲۴/۹۹)، اضافه وزن (کیلوگرم بر مترمربع BMI=۲۵/۰۰-۲۹/۹۹) و چاقی مفرط (کیلوگرم بر مترمربع BMI>۳۰).

ب) مقیاس تشخیصی اختلال‌های خوردن (EDDS)

یک مقیاس خودگزارشی که از ۲۲ ماده تشکیل شده است و قصد دارد تا ملاک‌های تشخیصی موجود در راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (DSM) را برای بی‌اشتهای روانی، پراشتهایی روانی، و اختلال پرخوری افراطی مورد سنجش قرار دهد.[۳۳،۳۴] این مقیاس، روشی مفید برای مقاصد بالینی (سبب‌شناسی، پیشگیری و درمان) و نیز وسیله‌ای سودمند برای مقاصد پژوهشی است. اختصار، اجرا در زمانی کوتاه، عدم نیاز به کمک و هزینه اندک از مزیت‌های این مقیاس است و می‌توان آن را در زمانی واحد برای شمار زیادی از افراد در نمونه‌های بالینی و غیربالینی اجرا کرد.

در اینجا سوال‌های مربوط به اختلال پرخوری افراطی که ملاک‌های تشخیصی این اختلال را بررسی می‌کنند، توضیح داده می‌شود. درصورتی‌که پاسخ‌های فرد به این سوال‌ها ملاک‌های تشخیصی پرخوری افراطی را برآورده کند، می‌توان آن فرد را در زیر گروه تشخیصی این اختلال قرار داد.[۲۷] سؤال اول (ماده ۸ مقیاس) در مورد اختلال پرخوری افراطی این است: «به‌طور متوسط در ۳ ماه گذشته، چند بار در هفته به میزان زیادی مواد غذایی خورده‌اید و کنترلی بر مقدار خوردن خود نداشته‌اید؟» گزینه‌های پاسخ از ۰ تا ۱۴ دوره پرخوری را بررسی می‌کنند. بر اساس ملاک‌های تشخیصی پنجمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، وقوع حداقل یک بار دوره‌ی پرخوری افراطی در هفته در دوره‌ای ۳ ماهه یکی از ملاک‌های تشخیصی این اختلال است. این ماده تنها در صورتی دوره پرخوری افراطی در نظر گرفته می‌شود که موارد زیر برآورده شود:۱) فرد به ماده‌های ۵ و ۶ پاسخ بله بدهد: «در طول ۶ ماه گذشته مواقعی بوده است که احساس کنید چیزی خورده‌اید که دیگران آن را به عنوان مقادیر زیادی از مواد غذایی (مثلاً یک لیتر بستنی) در شرایطی معین در نظر می‌گیرند»، و این که «آیا در مواقعی که مقادیر زیادی از مواد غذایی را خوردید، تجربه از دست دادن کنترل را داشتید (احساس اینکه نمی‌توانستید خوردن را متوقف کنید یا در مورد ماده غذایی که می‌خورید و یا مقدار آن را کنترل داشته باشید)». ۲) فرد به سه ماده از ماده‌های ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲ و ۱۳ پاسخ بله بدهد: «بسیار سریع‌تر از حالت معمول خوردید؟»، «تا جایی خوردید که به شکل ناخوشایندی احساس پری کردید؟»، «مقادیر زیادی مواد غذایی خوردید، درحالی‌که از لحاظ جسمی گرسنه نبودید؟»، «در تنهایی خوردید چون از مقداری که می‌خوردید خجالت می‌کشیدید؟»، «پس از بیش‌خوری، احساس تنفر از خود، افسردگی یا احساس گناه زیاد داشتید؟». ۳) به‌طور منظم از رفتارهای جبرانی استفاده نمی‌کند که با پاسخ کمتر از ۸ به مجموع ماده‌های ۱۵، ۱۶، ۱۷ و ۱۸ نشان داده می‌شود (آزمودنی برای پاسخ به هر یک از این ماده‌ها باید از بین ۰ تا ۱۴ عددی را انتخاب کند): «به‌طور متوسط در ۳ ماه گذشته، چند بار در هفته استفراغ عمدی داشتید تا از اضافه‌وزن جلوگیری کنید یا اثرات خوردن را خنثی کنید؟»، «به طور متوسط در ۳ ماه گذشته، چند بار در هفته از ملین‌ها یا ادرار آورها استفاده کرده‌اید تا از اضافه‌وزن جلوگیری کنید یا اثرات کاهش وزن را خنثی کنید؟»، «به‌طور متوسط در ۳ ماه گذشته، چند بار در هفته روزه‌داری کرده‌اید (صرف‌نظر کردن از حداقل ۲ وعده غذایی اصلی در یک روز) تا از اضافه وزن جلوگیری کنید یا اثرات خوردن را خنثی کنید؟»، «به‌طور متوسط در ۳ ماه گذشته، چند بار در هفته به ورزش افراطی پرداخته‌اید به طور مشخصی برای این که اثرات دوره‌های بیش‌خوری را خنثی کنید؟». (نحوه‌ی نمره‌گذاری EDDS در پژوهش‌های پیشین توضیح داده شده است.[۳۵،۳۶])

این مقیاس از روایی و اعتبار خوبی برخوردار است. همسانی درونی آن به روش آلفا ۰/۸۹، و اعتبار آزمون-بازآزمون آن r=۰/۸۷ است.[۳۳،۳۴] ضرایب همسانی درونی، همبستگی دو نیمه‌سازی اسپیرمن-براون و گاتمن برای این مقیاس در ایران، به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۸۲، ۰/۸۳ به دست آمد.[۳۷] هم‌چنین همسانی درونی (آلفا) این مقیاس در مطالعه‌ی حاضر ۰/۷۸ به دست آمد.

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-09]

ج) مقیاس تکانشگری بارت (BIS-11)

ویرایش یازدهم مقیاس تکانشگری بارت از ۳۰ ماده تشکیل شده است که یک نمره کل و سه زیر مقیاس را می‌سازند. زیر مقیاس‌ها عبارتند از: تکانشگری توجهی[i] (شناختی) (۸ ماده)، تکانشگری حرکتی[ii] (۱۱ ماده)و بی‌برنامگی[iii] (۱۱ ماده). تکانشگری توجهی (شناختی) معرف تحمل پیچیدگی‌ها و مقاومت‌ها در شرایط تصمیم‌گیری بلافاصله است و شامل مواردی همچون «افکار مختلف در ذهنم به‌سرعت می‌روند و می‌آیند» می‌شود. تکانشگری حرکتی نشانگر عمل بدون فکر و تامل و شامل مواردی مانند «من کارهایم را بدون فکر انجام می‌دهم» است تکانشگری مبتنی بر بی‌برنامگی، مبین عدم آینده‌نگری در رفتار و اعمال است و شامل ماده‌هایی مانند «من در مورد مسائل مختلف به دقت فکر می‌کنم»(نمره‌گذاری معکوس) است. در مورد هر ماده، افراد باید پاسخ خود را روی یک مقیاس لیکرت چهاردرجه‌ای (نمره ۱ به معنی به‌ندرت/هرگز و نمره ۴ به معنی تقریباً همیشه) مشخص کنند. یازده ماده‌ی این مقیاس، نمره‌گذاری وارونه دارند. می‌توان از جمع زیر مقیاس‌ها به یک نمره‌ی کل برای تکانشگری دست یافت. همسانی درونی این مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ برای کل مقیاس (α=۰/۸۳)، خرده مقیاس توجهی (α=۰/۷۴)، زیر مقیاس حرکتی (α=۰/۷۴) و برای زیر مقیاس بی‌برنامگی (α=۰/۷۳) بالا گزارش شده است. هم‌چنین این مقیاس با سایر پرسش نامه‌های خودگزارشی تکانشگری مانند مقیاس هیجانی طلبی زاکرمن، مقیاس تکانشگری آیزنک و مقیاس بازداری و فعال‌سازی رفتاری، همبستگی خوبی دارد.[۳۸] در ایران، نیز ضرایب آلفا به ترتیب ۰/۸۳ برای کل آزمون، ۰/۷۸ برای تکانشگری توجهی، ۰/۶۳ برای تکانشگری حرکتی و ۰/۴۷ برای تکانشگری بی‌برنامگی گزارش شده است.[۳۹] همسانی درونی (آلفا) برای سه خرده مقیاس و نمره کل این مقیاس در مطالعه حاضر عبارت بودند از: آلفای کرونباخ ۰/۸۳ برای کل مقیاس، ۰/۶۴ برای زیر مقیاس توجهی، ۰/۷۲ برای خرده مقیاس حرکتی و ۰/۶۳ برای زیر مقیاس بی‌برنامگی.

i- Attentional (cognitive) impulsivity
ii- Motor impulsivity
iii- Non-planning

د) مقیاس دشواری‌های تنظیم هیجان[iv] (DERS)

این مقیاس بر اساس مدل یکپارچه تنظیم هیجان[۴۰] ساخته شده است و توانایی فرد برای تعدیل برانگیختگی هیجانی، میزان آگاهی هیجانی، فهم و پذیرش برانگیختگی هیجانی، و ظرفیت کارکرد در زندگی روزانه با وجود حالت هیجانی فرد را اندازه می‌گیرد.

این مقیاس از ۳۶ ماده تشکیل شده است که یک نمره کل و شش خرده مقیاس را می‌سازند. خرده مقیاس عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی (عدم پذیرش، ۶ ماده) حاوی مواردی از این قبیل است: «وقتی آشفته‌ام، به خاطر داشتن چنین احساسی از خودم عصبانی می‌شوم». خرده مقیاس دشواری‌های دست زدن به رفتار هدفمند (اهداف، ۵ ماده) شامل چنین ماده‌هایی است: «وقتی آشفته‌ام، تمرکز بر امور دیگر برایم دشوار است». خرده مقیاس دشواری‌های کنترل تکانه (تکانه، ۶ ماده) حاوی چنین مواردی است: «وقتی آشفته‌ام، کنترلم را از دست می‌دهم». خرده مقیاس فقدان آگاهی هیجانی (آگاهی، ۶ ماده) شامل مواردی چنین است: «وقتی آشفته‌ام، هیجاناتم را می‌پذیرم (تایید می‌کنم)» (نمره‌گذاری معکوس). خرده مقیاس دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی (راهبردها، ۸ ماده) شامل چنین ماده‌هایی است: «وقتی آشفته‌ام، خیلی طول می‌کشد تا حالم بهتر شود». خرده مقیاس فقدان شفافیت هیجانی (شفافیت، ۵ ماده) حاوی ماده‌هایی در ارتباط با این موضوع است که فرد بداند چه احساساتی دارد، برای مثال «نمی‌دانم چه احساسی دارم». در مورد هر ماده، افراد باید پاسخ خود را روی یک مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای (نمره ۱ به معنی تقریباً هرگز و نمره ۵ به معنی تقریباً همیشه) مشخص کنند. همچنین می‌توان از جمع این شش خرده مقیاس به یک نمره کل برای دشواری‌های تنظیم هیجانی دست یافت. نمرات بالاتر، نشان‌دهنده‌ی دشواری‌های بیشتر در مقوله‌ی تنظیم هیجانات هستند. این مقیاس دارای همسانی درونی بالا (کل مقیاس α=۰/۹۳)، زیر مقیاس عدم پذیرش (α=۰/۸۵)، زیر مقیاس اهداف (α=۰/۸۹)، زیر مقیاس تکانه (α=۰/۸۶)، خرده مقیاس آگاهی (α=۰/۸۰)، زیر مقیاس راهبردها (α=۰/۸۸) و زیر مقیاس شفافیت (α=۰/۸۴) و پایایی آزمون ـ بازآزمون خوب برای نمرات کلی این مقیاس (۰/۸۸، P<۰/۰۱) و هم‌چنین برای زیر مقیاس‌ها (۰/۶۹ برای عدم پذیرش، ۰/۶۹ برای

iv- Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS)

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-09]

اهداف، ۰/۵۷ برای تکانه، ۰/۶۸ برای آگاهی، ۰/۸۹ برای راهبردها و ۰/۸۰ برای شفافیت، P<۰/۰۱) است. این مقیاس از روایی سازه و پیش‌بین کافی برخوردار است.[۴۰] در ایران، همسانی درونی بالایی برای کل مقیاس (α=۰/۸۶) و همچنین برای خرده مقیاس‌ها (۰/۷۵ برای عدم پذیرش، ۰/۷۴ برای اهداف، ۰/۷۶ برای تکانه، ۰/۶۳ برای آگاهی، ۰/۷۴ برای راهبردها و ۰/۸۵ برای شفافیت) گزارش شد.[۴۱] همسانی درونی (آلفا) برای شش زیر مقیاس و نمره کل این مقیاس در مطالعه حاضر عبارت بودند از: ۰/۹۲ برای کل مقیاس، ۰/۸۷ برای عدم پذیرش، ۰/۸۱ برای اهداف، ۰/۸۲ برای تکانه، ۰/۶۳ برای آگاهی، ۰/۸۵ برای راهبردها و ۰/۷۲ برای شفافیت.

شیوه گردآوری و تحلیل داده‌ها

پس از آماده‌سازی پرسش‌نامه‌ها، هماهنگی‌های لازم جهت اجرا در اماکن مورد نظر صورت گرفت. با توجه به اینکه تمامی شرکت‌کنندگان در این مطالعه زن بودند، جهت حفظ امنیت خاطر آن‌ها، اجرای پرسش‌نامه‌ها توسط همکار خانم صورت گرفت. همه‌ی شرکت‌کنندگان به‌طور جداگانه ملاقات شدند، توضیح لازم در خصوص هدف پژوهش را دریافت کردند و رضایت آن‌ها برای حضور در مطالعه جلب شد. ابتدا قد و وزن شرکت‌کنندگان ثبت شد. سپس افرادی که نمایه‌ی توده‌ی بدنی بالای ۲۶ داشته و مایل به همکاری بودند اقدام به تکمیل پرسش‌نامه‌ها نمودند. پس از جمع‌آوری اطلاعات، داده‌ها توسط نرم‌افزار آماری SPSS و تحلیل شدند. برای بررسی آماری، علاوه بر آمار توصیفی از تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) استفاده شد.

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار متغیرهای سن و نمایه‌ی توده‌ی بدنی آزمودنی‌های دو گروه در جدول ۱ به نمایش در آمده است.

جدول ۱- خصوصیات جمعیت‌شناسی آزمودنی‌ها بر اساس سن و نمایه‌ی توده‌ی بدنی

متغیر	گروه مبتلا به پرخوری افراطی (۵۲=تعداد)		گروه غیرپرخوری افراطی (۵۲=تعداد)		t	مقدار P
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار		
سن	۳۰/۶۳	۸/۷۸	۲۸/۶۳	۷/۴۰	۱/۲۵	۰/۲۱
BMI	۳۰/۰۶	۳/۶۱	۲۹/۰۵	۲/۸۵	۱/۵۷	۰/۱۲

بررسی داده‌های جدول ۱ در متغیر سن و BMI نشان می‌دهد که در این متغیرها بین دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود ندارد.

به منظور مقایسه‌ی دو گروه در ابعاد تکانشگری با توجه به تعلق به سازه واحد و همبسته بودن آن‌ها از تحلیل واریانس چندمتغیری استفاده شد. دامنه‌ی آزمون‌های لوین (P >۰/۰۱؛ ۱/۱۵- ۰/۰۹=(۱۰۰، ۱) F) و کالموگرف/ اسمیرنف (۱/۱۴- ۰/۷۹)، بیانگر همسانی واریانس و نرمال بودن توزیع متغیرها بود. هم‌چنین، نتیجه آزمون M باکس (P>۰/۰۱؛ F=۱/۶۷) نشان داد که ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در گروه‌ها همسان است و می‌توان از تحلیل واریانس چندمتغیری استفاده نمود. نتیجه آزمون چندمتغیری لامبدای ویلکز (P<۰/۰۵؛ ۳/۱۴= (۱۰۰، ۳)F) معنی‌دار بود. معنی‌دار بودن این آزمون نشان می‌دهد که در مقیاس تکانشگری بین دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود دارد، ولی این معنی‌داری مشخص نمی‌کند که گروه‌ها در کدام ابعاد تکانشگری با یکدیگر تفاوت دارند. برای این منظور از تحلیل‌های واریانس یک طرفه استفاده شد. در جدول ۲ میانگین و انحراف معیار ابعاد تکانشگری و مقادیر F تحلیل-های واریانس یک‌راهه به نمایش در آمده است.

داده‌های جدول ۲ نشان می‌دهند که بین دو گروه در خرده مقیاس‌های تکانشگری توجهی (F=۷/۳۷ ،p<۰/۰۰۰۸) و تکانشگری حرکتی (F=۵/۶۱ ،p<۰/۰۲) تفاوت معنی‌داری وجود دارد و میانگین نمرات گروه پرخوری افراطی بیشتر از گروه غیرپرخوری است. اما در خرده مقیاس تکانشگری بی-برنامگی (F= ۱/۵۸ ،p>۰/۰۵)، تفاوت معنی‌داری بین دو گروه دیده نشد.

علاوه براین، به‌منظور مقایسه دو گروه آزمودنی در دشواری‌های تنظیم هیجان با توجه به تعلق به سازه‌ی واحد و همبسته بودن آن‌ها از تحلیل واریانس چندمتغیری استفاده

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-09]

شد. دامنه‌ی آزمون‌های لوین (P >۰/۰۱؛ ۱/۴۶- ۰/۲۹ = (۱۰۰، ۱) F) و کالموگرف/ اسمیرنف (۱/۵۶- ۰/۱۸) بیانگر همسانی واریانس و نرمال بودن توزیع متغیرها بود. هم‌چنین، نتیجه آزمون M باکس (P>۰/۰۱؛ F=۰/۷۸) نشان داد که ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در گروه‌ها همسان است و می‌توان از تحلیل واریانس چندمتغیری استفاده نمود. نتیجه آزمون چندمتغیری لامبدای ویلکز (P<۰/۰۰۱؛ F(۶ ،۹۷) =۴/۱۶) معنی‌دار بود. معنی‌دار بودن این آزمون نشان می‌دهد که در دشواری‌های تنظیم هیجان بین دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود دارد، ولی این معنی‌داری مشخص نمی‌کند که گروه‌ها در کدام ابعاد دشواری‌های تنظیم هیجان با یکدیگر تفاوت دارند. برای این منظور از تحلیل‌های واریانس یک‌راهه استفاده شد. در جدول ۳ میانگین و انحراف معیار دشواری‌های تنظیم هیجان و مقادیر F تحلیل‌های واریانس یک‌راهه نشان داده شده است.

جدول ۲- میانگین، انحراف معیار و نتایج تحلیل‌های واریانس یک طرفه برای مقایسه‌ی گروه‌ها در ابعاد تکانشگری

متغیر	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	آماره F	مقدار P	مجذور اتا
تکانشگری توجهی	گروه پرخوری	۱۷/۰۶	۳/۹۶	۷/۳۷	۰/۰۰۸	۰/۰۷
	گروه غیر پرخوری	۱۴/۹۸	۳/۸۴			
تکانشگری حرکتی	گروه پرخوری	۱۹/۲۹	۴/۴۷	۵/۶۱	۰/۰۲	۰/۰۵
	گروه غیر پرخوری	۱۷/۲۱	۴/۴۷			
تکانشگری بی‌برنامگی	گروه پرخوری	۲۵/۰۰	۴/۶۸	۰/۱۴	۰/۷	۰/۰۰۱
	گروه غیر پرخوری	۲۴/۶۵	۴/۷۱			

جدول ۳- میانگین، انحراف معیار و نتایج تحلیل‌های واریانس یک طرفه برای مقایسه‌ی گروه‌ها در دشواری‌های تنظیم هیجان

متغیر	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	آماره F	مقدار P	مجذور اتا
عدم پذیرش	گروه پرخوری	۱۵/۲۸	۵/۶۹	۱۲/۷۴	۰/۰۰۱	۰/۱۱
	گروه غیر پرخوری	۱۱/۷۳	۴/۳۸			
اهداف	گروه پرخوری	۱۵/۰۲	۴/۷۵	۹/۹۰	۰/۰۰۲	۰/۰۹
	گروه غیر پرخوری	۱۲/۴۲	۳/۵۹			
تکانه	گروه پرخوری	۱۶/۳۶	۵/۰۹	۱۶/۴۲	۰/۰۰۰۱	۰/۱۴
	گروه غیر پرخوری	۱۲/۶۳	۴/۲۶			
آگاهی	گروه پرخوری	۱۵/۴	۴/۲۲	۰/۵۹	۰/۴۴	۰/۰۰۶
	گروه غیر پرخوری	۱۶/۰۲	۳/۹۴			
راهبردها	گروه پرخوری	۲۰/۱۳	۷/۱۸	۲۰/۶۴	۰/۰۰۰۱	۰/۱۷
	گروه غیر پرخوری	۱۴/۹۲	۴/۱۱			
شفافیت	گروه پرخوری	۱۰/۳۱	۳/۷۷	۱/۱۴	۰/۲۹	۰/۰۱
	گروه غیر پرخوری	۹/۵۷	۳/۱۸			

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-09]

داده‌های جدول ۳ نشان می‌دهد، که بین دو گروه در خرده مقیاس‌های عدم پذیرش (F=۱۲/۷۴ ،p<۰/۰۰۱)، اهداف (F=۹/۹ ،p<۰/۰۰۲)، تکانه (F=۱۶/۴۲ ،p<۰/۰۰۰۱) و راهبردها (F=۲۰/۶۴ ،p<۰/۰۰۰۱) تفاوت معنی‌داری وجود دارد و میانگین نمرات گروه پرخوری افراطی بیشتر از گروه غیرپرخوری است. اما در خرده مقیاس‌های آگاهی (p>۰/۰۵، F=۰/۵۹) و شفافیت (p>۰/۰۵، F=۰/۱۴) تفاوت معنی‌داری وجود ندارد.

بحث

پژوهش حاضر با هدف مقایسه‌ی مشکلات تنظیم هیجانی و تکانشگری در زنان چاق و دارای اضافه‌وزن مبتلا و غیرمبتلا به پرخوری افراطی انجام گرفت. نتایج نشان دادند که در مقیاس تکانشگری، گروه مبتلا به پرخوری افراطی در نمره‌ی کل و خرده مقیاس‌های تکانشگری توجهی و تکانشگری حرکتی نمره‌ی بالاتری از گروه غیرمبتلا داشتند، اما در خرده مقیاس بی‌برنامگی تفاوت معنی‌داری بین دو گروه ملاحظه نشد. این یافته‌ها همسو با مطالعات پیشین[۱۹-۱۷] نشان می‌دهند که خوردن بیمارگون تنها با مولفه‌های معینی از سازه‌ی تکانشگری ارتباط دارد و بر این نکته تاکید می‌کند که پرخوری افراطی غالباً با ابعاد توجهی و حرکتی تکانشگری روی می‌دهد.

خرده مقیاس تکانشگری حرکتی در افراد مبتلا به پرخوری افراطی بالاتر از گروه شاهد بود. به نظر می‌رسد که این افراد بازداری زدایی بیشتری در پاسخ‌دهی به محرک‌ها داشته باشند و رفتارهای تکانشی بیشتری را از خود نشان دهند. یعنی در به تاخیر انداختن نیازها و بازداری رفتارها با دشواری روبرو هستند. و طبیعتاً افرادی که تکانشگری بیشتری دارند بر رفتار خوردن خود کنترل کمتری دارند.۴۲ از این لحاظ، یافته‌های مطالعه‌ی حاضر در خصوص ارتباط پرخوری افراطی و تکانشگری حرکتی همسو با یافته‌های پیشین است.[۱۹-۱۷]

بالا بودن سطح تکانشگری توجهی نیز در افراد مبتلا به اختلال پرخوری افراطی به دلیل عدم توانایی بازداری آن‌ها در برابر افکار مزاحم مرتبط با خوردن است که آنان توانایی بازداری این افکار را ندارند.[۴۳] هم‌چنین یافته‌ها همسو با مطالعه‌ای است که نشان داد خودکنترلی افراد مبتلا به اختلال پرخوری افراطی می‌تواند توسط هیجانات منفی که بیشتر در این افراد تجربه می‌شود، از بین برود که این مسئله دوره‌ی پرخوری افراطی را افزایش می‌دهد.[۴۴]

از نظر بی‌برنامگی، تفاوت معنی‌داری بین دو گروه مشاهده نشد. این نشان می‌دهد که سطح احتیاط کاری این افراد مشابه افراد عادی است. در مجموع می‌توان چنین گفت که پرخوری افراطی با شکل‌های رفتاری (یا حرکتی) تکانشگری مرتبط است، اما لزوماً با جنبه‌های خطرجویانه و بی‌مبالاتی آن ارتباط ندارد. این تفاوت در ارتباط ابعاد مختلف تکانشگری با پرخوری افراطی نشان می‌دهد که باید تکانشگری را به‌عنوان سازه‌ای چندوجهی در نظر گرفت که با سایر الگوهای رفتاری (مثل اختلال‌های خوردن) از برخی جهات (و نه به‌طور کامل) ارتباط دارد.

از لحاظ سازه دشواری‌های تنظیم هیجان، مطالعه‌ی حاضر نشان می‌دهد نمره‌ی کل دشواری‌های تنظیم هیجان و خرده مقیاس‌های عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، دشواری-های دست زدن به رفتار هدفمند، دشواری کنترل تکانه و دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجان در گروه افراد مبتلا به پرخوری افراطی بیش از افراد غیر مبتلا است، اما در خرده مقیاس فقدان آگاهی هیجانی و فقدان شفافیت هیجانی تفاوتی میان دو گروه مشاهده نشد. نتیجه‌ی پژوهش فوق همسو با مطالعات پیشین است[۲۷،۲۸] که نشان دادند بین پرخوری افراطی و دشواری‌های تنظیم هیجان رابطه معنی‌داری وجود دارد. با توجه به اینکه در سؤالاتی که زیر مقیاس‌های دشواری تنظیم هیجان را می‌سنجند، به‌استثنای زیر مقیاس فقدان شفافیت هیجانی و نیز فقدان آگاهی هیجانی، به خلق آشفته و هیجانات منفی اشاره می‌شود؛ می-توان گفت آشفتگی در تنظیم هیجانی با آشفتگی در خوردن و ازجمله پرخوری افراطی مرتبط است. به عبارت دیگر، دشواری‌های تنظیم هیجان موجب پیامدهای منفی همانند پرخوری می‌شوند، زیرا افراد نمی‌توانند به راه‌حل‌های منطقی در موقعیت‌های مختلف دست یابند و همین موضوع منجر به عادات خوردن بیمارگون می‌شود.

جنبه‌ی عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، به ناتوانی فرد در پذیرش پاسخ‌های هیجانی اشاره دارد. یعنی فرد نمی‌تواند حالت هیجانی منفی یا ناخواسته خود را بپذیرد و به خاطر داشتن چنین حالتی، احساس شرم، گناه و خجالت می‌کند. پژوهش حاضر نشان داد که افراد دچار پرخوری در پذیرش پاسخ‌های هیجانی با دشواری روبرو هستند. مطالعات پیشین نیز[۴۵،۴۶] دریافتند افرادی که در پذیرش هیجانات خود مشکل

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-09]

دارند، به احتمال بیشتری مرتکب رفتارهای خوردن بیمارگون و مخصوصاً پرخوری افراطی می‌شوند. ممکن است فرد برای رهایی از احساس ترس، گناه و شرم ناشی از پذیرش هیجان‌ها به پرخوری افراطی پناه ببرد.

جنبه‌ی دشواری‌های دست زدن به رفتار هدفمند به سنجش توانایی فرد برای انجام رفتار هدفمند در حضور هیجان منفی می‌پردازد. تصور می‌شود ناتوانی فرد برای تمرکز توجه در یک موقعیت هیجان‌زا، شانس او را برای تنظیم موثر هیجانات کاهش می‌دهد.[۴۰] طبق نتایج به دست آمده، نمرات گروه مبتلا به پرخوری در این جنبه به‌طور معنی‌داری بالاتر از نمرات گروه غیر مبتلا است. نقص سیستم خودتنظیمی این افراد باعث می‌شود در حضور هیجان‌های منفی، قادر به انجام رفتار هدفمند در آن موقعیت نبوده و به سمت پرخوری گرایش پیدا می‌کنند.

نمرات افراد مبتلا به پرخوری افراطی در بعد دشواری کنترل تکانه به‌طور معنی‌داری بالاتر از افراد غیرمبتلا بود. این بعد به ناتوانی فرد برای بازداری رفتارهای نامناسب (تکانشگری) اشاره دارد.[۴۰] همسو با این نتیجه، شرایبر و همکارانش[۲۶] به این نتیجه رسیدند که نارسایی بیشتر در تنظیم هیجان با تکانشگری بیشتر رابطه دارد. پس به نظر می‌رسد پرخوری به عنوان یک رفتار تکانه‌ای، نتیجه بی‌نظمی هیجانی و ناتوانی در کنترل تکانه‌ها است. افراد مبتلا به پرخوری افراطی، عواطف منفی مانند اضطراب و ترس را تجربه می‌کنند.[۴۷] بنابراین می‌توان تبیین کرد که رفتارهای تکانشی در این بیماران راهی جهت کاهش عاطفه‌ی منفی است که این موضوع، تفاوت دو گروه در زیر مقیاس دشواری کنترل تکانه را تایید می‌نماید. بنابراین می‌توان گفت وقتی احساسات مردم دچار بی‌نظمی می‌شود، آن‌ها کنترل خود را از دست می‌دهند؛ یعنی کنترل کمتری بر خوردن در موقعیت‌های هیجانی منفی دارند و خلق منفی بیشتری را در روزهای همراه با پرخوری نشان می‌دهند.[۳]

به‌علاوه، بین دو گروه در زیر مقیاس دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی تفاوت معنی‌داری وجود داشت. این نتیجه در مطالعات پیشین نیز به دست آمده است.[۲۷] براساس مدل تنظیم عاطفی خوردن بیمارگون، افرادی که از راهبردهای تنظیم هیجانی محدودی برخوردارند، مرتکب رفتارهایی مانند پرخوری افراطی می‌شوند تا هیجان‌های منفی یا ناخواسته‌ی خود را تنظیم کنند.[۴۴] تفاوت معنی‌دار بین دو گروه از لحاظ این زیر مقیاس از این مدل حمایت می‌کند و نشان می‌دهد افرادی که در راهبردهای تنظیم هیجان سازگارانه با کاستی روبرو هستند به احتمال بیشتری مرتکب رفتارهای خوردن بیمارگون می‌شوند تا به مدد آن بتوانند حالات عاطفی آزارنده‌ی خود را تنظیم کنند. در واقع، رفتار خوردن بیمارگون در موقعیت‌های هیجانی، تبدیل به نوعی راهبرد تنظیم هیجانی می‌شود و اثر رهاسازی و بهبود خلق دارد.[۳]

یافته‌ی دیگر این مطالعه، عدم تفاوت معنی‌دار بین دو گروه از لحاظ زیرمقیاس‌های فقدان آگاهی هیجانی و فقدان شفافیت هیجانی است. تنظیم هیجانی موثر مستلزم توانایی فرد برای مشاهده و رسیدگی به هیجان‌ها هنگام رخ دادن آن‌ها است.[۴۰] آگاهی درونی به توانایی فرد برای شناسایی حالات درونی از جمله هیجانات و علایم سیری و گرسنگی اطلاق می‌شود.[۴۸] شفافیت هیجانی را می‌توان به‌صورت توانایی درک و تمایز قائل شدن بین هیجان‌های مختلف و نام‌گذاری آن‌ها به هنگام رخ دادن آن‌ها تعریف نمود.[۴۰] به نظر می‌رسد عدم تفاوت معنی‌دار بین دو گروه را بتوان به وجه اشتراک چاقی و پرخوری افراطی نسبت داد. هم افراد چاق و هم افراد مبتلا به پرخوری افراطی در شناسایی و تمایز قائل شدن بین علایم درونی گرسنگی و سیری مشکل دارند. در همین راستا، مطالعه‌ای[۴۵] نیز نشان داد که هم در افراد چاق و هم در افراد مبتلا به اختلال پرخوری افراطی، عدم ارتباط بین رفتارهای خوردن و نشانه‌های درونی گرسنگی و سیری گزارش می‌شود که احتمال دارد برای هر دو گروه با کمبود آگاهی و شفافیت هیجانی (مثل سردرگمی در پاسخ به نشانه‌های درونی گرسنگی) مرتبط باشد.

این مطالعه محدودیت‌هایی نیز داشت. از جمله این که، این مطالعه تنها محدود به زنان بود. درنتیجه نمی‌توان یافته‌ها را به مردان تعمیم داد. علاوه بر این، سنجش متغیرهای موردمطالعه با استفاده از پرسش‌نامه‌ی خودگزارشی صورت گرفت. ماهیت مقطعی این پژوهش نیز بیانگر آن است که تفسیر تفاوت بین دو گروه و نحوه‌ی رابطه علی و معلولی بین متغیرها باید با در نظر گرفتن جوانب احتیاط صورت گیرد. پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده، به بررسی این سازه‌ها روی مردان نیز پرداخته شود. علاوه بر این، در پژوهش‌های آتی می‌توان از روش‌های دیگر جمع‌آوری داده‌ها مانند مصاحبه، یا پژوهش‌های تجربی استفاده کرد. هم‌چنین پیشنهاد می‌شود مطالعات آینده نقش تکانشگری و دشواری در تنظیم هیجان را در جمعیت بالینی بررسی نموده

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-09]

و تفاوت اختلال‌های خوردن عمده (بی‌اشتهایی روانی، پراشتهایی روانی و پرخوری افراطی) از لحاظ سازه‌های تکانشگری و دشواری‌های تنظیم هیجان بررسی شود.

از لحاظ کاربردی، پیشنهاد می‌شود درمانگران به توانایی افراد مبتلا برای مقابله با عوامل استرس‌زا و هیجانات منفی بپردازند، چرا که تصور می‌شود رفتارهای تکانشی (از جمله پرخوری افراطی) نتیجه ضعف افراد در مقابله سازگارانه و نارسایی تنظیم هیجان باشد.[۴۹] در نتیجه، در درمان افراد مبتلا به پرخوری افراطی، باید بر استفاده از راهبردهای مقابله‌ای سازگارانه برای مدیریت عوامل استرس‌زا و راهبردهای تنظیم هیجان برای تعدیل هیجانات منفی تاکید کرد.

در مجموع، از نتایج پژوهش حاضر نتیجه‌گیری می‌شود که بین افراد مبتلا به اختلال پرخوری افراطی و افراد غیر مبتلا از لحاظ تکانشگری و دشواری‌های تنظیم هیجان و ابعاد آن‌ها تفاوت معنی‌داری وجود دارد. در واقع به نظر می‌رسد این سازه‌های مرتبط با کنترل رفتاری، عوامل خطر مهمی برای پیدایش اختلال پرخوری افراطی باشند. در نتیجه، می‌توان در محتوای برنامه‌های درمانی به این عوامل توجه داشت. امید است که مداخلات مبتنی بر خودتنظیمی برای این افراد مفید باشند.

سپاسگزاری: از کلیه عزیزانی که در اجرای این پژوهش همکاری داشته‌اند، صمیمانه قدردانی می‌شود.

References

1. American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed. American Psychiatric Publishing, Arlington, VA, 2013.
2. Hege MA, Stingl KT, Kullmann S, Schag K, Giel KE, ZipfelS, et al. Attentional impulsivity in binge eating disorder modulates response inhibition performance and frontal brain networks. Int J Obes 2015; 39: 353-60.
3. Leehr EJ, Krohmer K, Schag K, Dresler T, Zipfel S, Giel KE. Emotion regulation model in binge eating disorder and obesity – A systematic review. Neurosci Biobehav Rev 2015; 49: 125-34.
4. Bertoli S, Leone A, Ponissi V, Bedogni G, Beggio V, Strepparava MG, et al. Prevalence of and risk factors for binge eating behavior in 6930 adults starting a weight loss or maintenance program. Public Health Nutr 2015; 11: 1-7.
5. Carnell S, Gibson C, Benson L, Ochner CN, Geliebter A. Neuroimaging andobesity: current knowledge and future directions. Obes. Rev 2012; 13: 43–56.
6. Schag K, Schönleber J, Teufel M, Zipfel S, Giel KE. Food-related impulsivity in obesity and binge eating disorder – a systematic review. Obes Rev 2013; 14: 477–95.
7. Wang GJ, Geliebter A, Volkow ND, Telang FW, Logan J, Jayne MC, et al. Enhanced striataldopamine release during food stimulation in binge eating disorder. Obesity 2011; 19: 1601-8.
8. Waxman SE. A systematic review of impulsivity in eating disorders. Eur Eat DisordRev 2009; 17: 408–25.
9. Moeller FG, Barratt ES, Dougherty DM, Schmitz JM, Swann AC. Psychiatric aspects of impulsivity. Am J Psychiatry 2001; 158: 1783-93.
10. Fischer S, Settles R, Collins B, Gunn R, & Smith GT. The role of negative urgency and expectancies in problem drinking and disordered eating: Testing a model of comorbidity in pathological and at-risk samples. Psychol Addict Behav 2012; 26: 112-23.
11. Nederkoorn C, Houben k, Hofmann W, Roefs A, Jansen A. Control yourself or just eat what you like? Weight gain over a year is predicted by an interactive effect of response inhibition and implicit preference for snack foods. Health psychol 2010; 29: 389-93.
12. Claes L, Nederkoorn C, Vandereycken W, Guerrieri R, Vertommen H. Impulsiveness and lack of inhibitory control in eating disorders. Eat Behav 2006; 7: 196-203.
13. Wu M, Giel KE, Skunde M, Schag K, Rudofsky G, de Zwaan M, et al. Inhibitory control and decision making under risk in bulimia nervosa and binge eating disorder. Int J Eat Disord 2013; 46: 721-8.
14. Fields SA, Sabet M, Reynolds B. Dimensions of impulsive behavior in obese, overweight, and healthy-weight adolescents. Appetite 2013; 70: 60-6.
15. Koritzky G, Yechiam E, Bukay I, Milman U. Obesity and risk taking. A male phenomenon. Appetite 2012; 59: 289-97.
16. Loeber S, Grosshans M, Korucuoglu O, Vollmert C, Vollstädt-Klein S, et al. Impairment of inhibitory control in response to food-associatedcues and attentional bias of obese participants and normal-weight controls.Int J Obes 2012; 36: 1334-9.
17. Meule A. Impulsivity and overeating: a closer look at the subscales of the BarrattImpulsiveness Scale. Front Psychology 2013; 4: 177.
18. Rosval L, Steiger H, Bruce K, Israël M, Richardson J, Aubut M. Impulsivity in women with eating disorders: problem of response inhibition, planning, or attention? Int J Eat Disord 2006; 39: 590-3.
19. Wonderlich SA, Connolly KM, Stice E. Impulsivity as a risk factor for eating disorder behavior:Assessment implications with adolescents. IntJ of Eat Disord 2004; 36: 172-82.
20. Heatherton TF, Wagner DD. Cognitive neuroscience of self-regulation failure. Trends Cogn Sci 2011; 15: 132–9.
21. Fairburn CG, Cooper Z, Shafran R. Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A "transdiagnostic" theory and treatment. Behav Res Ther 2003; 41: 509–28.
22. Treasure J, Corfield F, Cardi V. A three-phase model of the social emotional functioning in eating disorders. Eur Eat Disord Rev 2012; 20: 431-8.
23. Gross J. Antecedent- and response-focused emotion regulation: divergentconsequences for experience, expression, and physiology. J Pers Soc Psychol 1998; 74: 224–37.
24. Gianini LM, White MA, Masheb RM. Eating pathology, emotion regulation and emotional overeating in obese adults with binge eating disorder. Eat Behav 2013; 14: 309-13.

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-09]

25. Wollenberg G, Shriver LH, Gates GE. Comparison of eating disordered symptoms and emotion regulation difficulties between female college athletes and non-athletes. Eat Behav 2015; 18: 1-6.
26. Schreiber LRN, Grant JE, Odlaug BL. Emotion regulation and impulsivity in young adults. J Psychiatr Res 2012; 46: 651-8.
27. Whiteside U, Chen E, Neighbors C, Hunter D, Lo T, Larimer M. Difficulties regulating emotions: Do binge eaters have fewer strategies to modulate and tolerate negative affect? Eat Behav 2007; 8: 162-9.
28. Meyer C, Leung N, Barry L, De Feo D. Emotion and eating psychopathology: Links with attitudes toward emotional expression among young women. Int J Eat Disord 2010; 43: 187-9.
29. Aldao A, Nolen-Hoeksema S. The influence of context on the implementation of adaptive emotion regulation strategies.Behav Res Ther 2012; 50: 493-501.
30. Garofalo C, Velotti P, Callea A, D'Aguanno M, Popolo R, Salvatore et al. Emotion dysregulation and impulsivety in personality disorders: A communitysample study. Pers Individ Dif. In press 2015.
31. Elsner RJF. Changes in eating behavior during the aging process. Eat Behav 2002; 3: 15-43.
32. Puhl RM, Masheb RM, White MA, Grilo CM. Attitudes toward obesity in obese persons: a matched comparison of obese women with and without binge eating. Eat Weight Disord2010; 15: 173-9.
33. Stice E, Telch CF, Rizvi SL. Development and validation of the Eating Disorder Diagnostic Scale: A brief self-report measure of anorexia, bulimia, and binge eating disorder. Psychol Assess 2000; 12: 123−31.
34. SticeE, Fisher M, Martinez E. Eating disorder diagnostic scale: Additional evidence of reliability and validity. Psychol Assess 2004; 16: 60−71.
35. Pacanowski CR, Senso MM, Oriogun K, Crain AL, Sherwood NE. Binge Eating Behavior and Weight Loss Maintenance over a 2-Year Period. J Obes 2014; 249315.
36. McCurdy DP. Eating disorders and the regulation of emotion: Functional models for anorexia and bulimia nervosa [dissertation]. [Kansas]: University of Kansas. 2010.
37. Khabir L, Mohamadi N, Rahimi C. The Validation of Eating Disorder Diagnostic Scale (EDDS). Journal of Kermanshah University Medical Sciences 2014; 18: 100-7.[Farsi]
38. Stanford MS, Mathias CW, Dougherty DM, Lake SL, Anderson NE, Patton JH. Fifty years of the Barratt Impulsiveness Scale: an update and review. Personality and Individual Differences 2009; 47: 385-95.
39. Ekhtiari H, Safaei H, EsmaeeliDjavidGh, Atefvahid MK, Edalati H, Mokri A. Reliability and validity of Persian versions of Eysenck, Barratt, Dickman and Zuckerman questionnaires in assessing risky and impulsive behaviors. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology 2008; 14: 326-36. [Farsi]
40. Gratz KL, Roemer L. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initialvalidation of the difficulties in emotion regulation scale. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment 2004; 26: 1−54.
41. Alavi Kh, Modarres Gharavi M, Amin-Yazdi SA, Salehi Fadardi J. Effectiveness of group dialectical behavior therapy (based on core mindfulness, distress tolerance and emotion regulation components) on depressive symptoms in university students. Journal of Fundamentals of Mental Health 2011; 13: 124-35. [Farsi]
42. Nederkoorn C, Breat C, Van Eijs Y, Tanghe A, Jansen A. Why obese children cannot resist food: The role of impulsivity. Eat Behav 2006; 7: 315-22.
43. Gowers SG, Green L. Eating disorders: cognitive behavior therapy with children and young people. 1 th ed. London: Routledge; 2009.
44. Schulz S, Laessle RG. Associations of negative affect and eating behaviour in obese women with and without binge eating disorder. Eat Weight Disord 2010; 15: e287-93.
45. Merwin RM, Zucker NL, Lacy JL, Elliot CA. Interoceptive awareness in eating disorders: Distinguishing lack of clarity from non-acceptance of internal experience. Cog Emot 2010; 24: 892-902.
46. Han S, Pistole MC. College student binge eating: Insecure attachment and emotion regulation. Journal of College Student Development 2014; 55: 16-29.
47. Altman SE, Shankman SA. What is the association between obsessive-compulsive disorder and eating disorders? Clin Psychol Rev 2009; 29: 638-46.
48. Sim L, Zeman J. Emotion awareness and identification skills in adolescent girls with bulimia nervosa. J Clin Child Adolesc Psychol 2004; 33: 760-71.
49. Nagata T, Matsuyama M, Kirike N, Iketani T, & Oshima J. Stress coping strategy in Japanesepatients with eating disorders: Relationship with bulimicand impulsive behaviors. J Nerv Ment Dis 2000; 188: 280-6.

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-09]

Original Article

Comparison of Impulsivity and Difficulties in Emotion Regulation among Overweight Women With and Without Binge Eating Disorder

Kachooei M[1], Hasani J[2], Amrollahi Nia M[3]

[1]Department of Clinical Psychology, Tehran Medical Sciences Branch, Islamic Azad University, [2]Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Education, Kharazmi University, [3]Department of Psychology, Faculty of Humanities, Tarbiat Modares University, Tehran, I.R. Iran

e-mail: kachooei.m@gmail.com

Received: 11/10/2015 **Accepted**: 09/12/2015

Abstract

Introduction: Binge eating disorder (BED) is one of the most common mental disorders in overweight and obese individuals. However, it seems that there are psychological differences between people with and without this disorder. The aim of the present research was to compare impulsivity and difficulties in emotion regulation in overweight women with and without BED. Materials and Methods: For the research a descriptive, causal comparative method was used. Participants were selected voluntarily from among overweight and obese women attending health houses, gyms and weight loss clinics of Tehran. Fifty-two women with BED were identified based on criteria of diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM) for BED and were matched with 52 women without BED in terms of BMI and age. The research instruments were the Eating Disorders Diagnostic Scale (EDDS), the Barratt Impulsivity Scale (BIS-11) and the Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS). Data was analyzed using Multivariate Analysis of Variance (MANOVA). Results: Findings showed that, compared with non-binge eating women, binge eating women had more impulsivity (P<0.05) and difficulties in emotion regulation (P<0.01). In particular, binge eating women had higher scores than non-binge eating women with regard to attentional impulsivity (P<0.01) and motor impulsivity (P<0.05). However, In terms of difficulties in emotion regulation, binge compared to non-binge eating women, binge-eating women had higher scores with regard to non-acceptance of negative emotions (P<0.01), difficulties engaging in Goal-Directed Behavior (P<0.01), Impulse Control Difficulties (P<0.01), and limited access to effective Emotion Regulation Strategies (P<0.01). Conclusion: These findings emphasize that impulsivity and difficulties in emotion regulation play an important role in individuals with BED and focusing on these factors would enhance treatment and management of BED patients.

Keywords: Binge eating disorder (BED), Impulsivity, Difficulties in Emotion Regulation

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-09]