

نقش تنظیم هیجان، ترومای دوران کودکی، افسردگی و چاقی در پیش‌بینی اختلال پر خوری

طیبه محمودی^۱

چکیده

هدف این پژوهش بررسی نقش تنظیم هیجان، افسردگی، ترومای دوران کودکی و چاقی در پیش‌بینی اختلال پر خوری بود. طرح تحقیق از نوع همبستگی و جامعه‌ی آماری شامل کلیه زنان چاق مراجعه‌کننده به یکی از کلینیک‌های سلامت و تندرستی شهرستان شیراز بود که از بین آنان ۱۲۸ نفر با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزار اندازه‌گیری شامل سیاهه افسردگی بک، پرسشنامه تنظیم هیجان، مقیاس پر خوری و پرسشنامه ترومای دوران کودکی بود. هم‌چنین شاخص توده بدنی آنان محاسبه شد. داده‌ها با استفاده از روش آماری همبستگی و رگرسیون تجزیه و تحلیل شد و نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون نشان داد که ضریب همبستگی بین افسردگی با پر خوری ۰/۲۹ و چاقی با پر خوری ۰/۳۶ بود که در سطح ۰/۰۰۱ معنی-دار بود. طبق یافته‌های حاصل از پژوهش با درمان افسردگی و چاقی، اختلال پر خوری نیز کاهش می‌یابد.

واژگان کلیدی: تنظیم هیجان؛ افسردگی؛ ترومای دوران کودکی؛ چاقی؛ پر خوری

مقدمه

مشاهدات بالینی اخیر حاکی از آن است که زیرگروه مجزایی از بیماران چاق وجود دارند که دوره‌های عود کننده پر خوری را بدون رفتارهای جبرانی نامناسب که در اختلال پر اشتها عصبی وجود دارد، تجربه می‌کنند. این پدیده به عنوان اختلال پر خوری شناخته می‌شود (دژکام، مولودی، موتابی و امیدوار، ۱۳۸۹) که از ملاک‌های آن می‌توان به دوره‌های تکرار شونده خوردن در طی زمان (حداقل ۲ روز در هفته در یک دوره ۶ ماهه)، خوردن مقداری غذا که بیش‌تر از مقدار غذایی است که مردم در موقعیت مشابه می‌خورند و احساس فقدان کنترل در طی دوره و احساس گناه یا استرس در بین دوره‌ها اشاره کرد. اختلال خوردن تقریباً در ۲ درصد جمعیت عمومی تخمین زده می‌شود (کولینز و بنتز^۲، ۲۰۰۹) و شیوع کلی اختلالات خوردن در حدود ۳/۱ درصد در زنان

^۱ دانشجوی دکتری روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شیراز mahmoodi_tayebeh@yahoo.com

^۲ Collins & Bentz

است (راسکیتی و رافینو، گودوین و واگنر^۱، ۲۰۱۶). هم‌چنین الگوی پرخوری در افراد چاق بسیار شایع است و ۲۳ درصد تا ۵۱/۶ درصد از آنان از اختلال پرخوری رنج می‌برند (فريتاس، لوپس، آپالیناریو و کوتینهو^۲، ۲۰۰۶). چاقی نیز به شرایط مزمن تجمع بافت‌های چربی ناشی از افزایش کالری ورودی به بدن و کاهش کالری مصرفی اطلاق می‌شود. به عبارت دیگر چاقی نتیجه عدم تعادل در انرژی فیزیولوژیک است. علاوه بر تجمع بافت‌های چربی، علامت یا نشانگان دیگری در افراد چاق وجود ندارد. در حال حاضر چاقی به طور قراردادی، از طریق نمایه توده بدنی BMI^۳ تعریف می‌شود (وزن به کیلوگرم تقسیم بر قد به متر) که به سه دسته تقسیم می‌شود و چاقی به BMI بین ۲۵ تا ۲۹ اطلاق می‌شود (فلگال، کارول، اوگدن و کارتین^۴، ۲۰۱۰). والس، ماسون، سافر و رانسون^۵ (۲۰۱۴) در تحقیقی دریافتند که بهبودی در مهارت‌های تنظیم هیجان، در قبل و بعد از درمان، پرهیز از پرخوری را بعد از درمان در فاصله پیگیری ۶ ماهه پیش بینی می‌کند. هم‌چنین راسکیتی و همکاران (۲۰۱۶) دریافتند که افراد دارای تشخیص اختلال خوردن دشواری‌های بیش‌تری دشواری بیش‌تری در راهبردهای تنظیم هیجان داشته و این دشواری‌ها در مقایسه با سایر اختلالات روانپزشکی بیش‌تر است. در واقع یکی از مشخصه‌های اختلال خوردن، دشواری در تنظیم هیجانات است. شواهد زیادی حاکی از این است که علائم اختلال خوردن (پرخوری، پاک‌سازی، محدودسازی) به عنوان تلاش‌های غیرکارکردی برای تنظیم و یا سرکوب هیجانات منفی به کار می‌رود. به طور مثال خلق منفی، پیش‌بینی‌کننده پرخوری و پاک‌سازی در بی‌اشتهایی عصبی و هم‌چنین دوره‌های پرخوری در اختلال پرخوری است (برکینگ و واپرمن^۶، ۲۰۱۲).

در کل تنظیم هیجان به فرآیندهایی اشاره دارد که افراد با استفاده از آن بر هیجاناتی که تجربه می‌کنند اثر می‌گذارند. میزان تجربه هیجانات و این که آیا اظهار شوند یا خیر (گراس^۷، ۱۹۹۸). نشانگان اختلال خوردن شامل محدودسازی، پاک‌سازی و یا پرخوری به عنوان وسیله‌ای برای فرار از هیجانات منفی به علت اثرات بی‌حس‌کننده آن بر برانگیختگی منفی به کار می‌رود. بنابراین بیماران دارای اختلال خوردن از نشانگان خود و رفتارهای مرتبط با آن به عنوان وسیله‌ای برای تنظیم هیجانات خود با هدایت کردن آن‌ها به سمت بدن استفاده می‌کنند (دنر، ایورس، استاک، ایلبرگ و ریدر^۸، ۲۰۱۲). در واقع افراد دارای تشخیص اختلال خوردن دارای مهارت‌های هیجانی ضعیف در مدیریت و بیان هیجان‌های خود به صورت اجتماعی هستند که ممکن است به سبب مواجهه با محیط هیجانی منفی در خلال مدتی که رشد یافته‌اند باشد. هم‌چنین مهارت‌های هیجانی ضعیف موجب اجتناب از روابط اجتماعی و بین‌فردی در افراد با اختلال خوردن می‌شود (هندرسون، فاکس، ترینر و ویتکوویسکی^۹، ۲۰۱۹). اسوالدی، کفیر و توچن کفیر نیز^{۱۰} (۲۰۱۲) در پژوهشی دریافتند که زنان با تشخیص بی‌اشتهایی عصبی و پرخوری، دشواری بیش‌تری در هشیاری هیجانی، تمایل بیش‌تر برای اجتناب از هیجانات و توانایی کم‌تر برای پذیرش و مدیریت هیجانات در مقایسه با گروه کنترل گزارش کردند. هم‌چنین در یک نمونه از دختران بزرگسال، آگاهی کم‌تر از هیجانات و شیوه غیرکارکردی سازگاری با هیجانات، نقش واسطه‌ای در رابطه بین نارضایتی بدنی و علائم بی‌اشتهایی عصبی ایفا می‌کرد (سیم و زیمن^{۱۱}، ۲۰۰۵). در

¹ Ruscitti, Rufino, Goodwin & Wagner

² Freitas, Lopes, Appolinario & Coutinho

³ Body Mass Index

⁴ Flegal, Carroll, Ogden & Curtin

⁵ Wallace, Masson, Safer, Ranson & von Ranson

⁶ Berking & Wupperman

⁷ Gross

⁸ Danner, Evers, Stok, van Elburg & de Ridder

⁹ Henderson, Fox, Trayner & Wittkowski

¹⁰ Svaldi, Caffier & Tuschen-Caffier

¹¹ Sim & Zeman

دانشجویان دانشگاه نیز که دارای تشخیص اختلال پرخوری بودند، فراوانی دوره‌های پرخوری توسط نمره کلی مقیاس دشواری در تنظیم هیجانات پیش‌بینی می‌شد (گرتز و رومر^۱، ۲۰۰۴).

از سوی دیگر، مدل‌های نظری در مورد دشواری در تنظیم هیجان در اختلال بی‌اشتهایی عصبی، عواملی را که موجب مستعد ساختن یا تسریع کردن دشواری در تنظیم هیجانات می‌شود مشخص کرده است که یکی از این عوامل تهدیدهای دوران کودکی است. تجربه سوء استفاده یا زمانی که بچه‌ها بطور شفاهی یا فیزیکی برای بیان عاطفی مجازات می‌شوند، می‌تواند به اجتناب عاطفی، تردید، و سرکوبی منجر شود. علاوه بر این، پدر و مادر سوء استفاده کننده به احتمال زیاد، الگویی از تحمل آشفتگی پایین و رفتار پرخاشگرانه، و در نتیجه به یک مجموعه محدود استراتژی تنظیم احساسات در کودکان دامن می‌زنند (راسین و ویلدز^۲، ۲۰۱۵). سوء استفاده از کودک اصطلاح عمومی است که برای توصیف تمامی اشکال کودک آزاری و غفلت، آزار آزار جسمی، سوء استفاده جنسی، مسامحه، سوء استفاده هیجانی و اخیراً خشونت خانگی به کار برده می‌شود. بر اساس آمار سازمان بهداشت جهانی ۲۰ درصد زنان و ۱۰ درصد مردان تاریخچه سوء استفاده جنسی دارند و ۲۰ تا ۲۵ درصد کودکان گزارش سوء استفاده فیزیکی کرده‌اند (نقوی، محمدی، بهرام‌نژاد، یابنده، زارع و نخعی، ۱۳۹۰). در مطالعه‌ی محدودی که در زمینه‌ی شیوع آسیب دوران کودکی در ایران انجام شده است، شیوع تنبیه جسمی در پسران ۳۶/۱ درصد و در دختران ۳۲/۴ درصد بوده است (شجاعی زاده ۲۰۰۱). سوء استفاده از کودک پیامدهای متعددی در دراز مدت بر جای می‌گذارد که از آن جمله می‌توان به افسردگی، چاقی و رفتارهای جنسی پرخطر اشاره نمود که می‌تواند بر توسعه اقتصادی و اجتماعی اثر منفی بگذارد. تروما یا سوء استفاده در ابتدا، تکانش‌پذیری فرد را افزایش می‌دهد که پیامد آن کاهش ظرفیت مغز برای بازداشتن فعالیت‌ها، اعمال و کنترل هیجانات منفی است و این تکانشگری و عدم بازداشتن هیجانات منفی می‌تواند منجر به رفتارهای خودآسیب‌رسانی شود (جابر قادری و همکاران، ۱۳۸۷).

یکی دیگر از متغیرهای اثرگذار در اختلال پرخوری، افسردگی است که از طریق سیستم سرتونرژیک با پرخوری مرتبط است. در واقع هورمون سروتونین دارای نقش اساسی در تنظیم خلق و یکی از هورمون‌های تنظیم‌کننده گرسنگی در بدن به شمار می‌رود (برونلی، بوتیگر، یانگ و سیفالو^۳، ۲۰۱۵). اختلال افسردگی عمده مکرراً با اختلال پرخوری همراه است و شواهدی وجود دارد که اختلال افسردگی شروع اختلال پرخوری و از دست دادن کنترل را در دختران بزرگسال پیش‌بینی می‌کند و افرادی که دارای سطح خلق منفی بالاتری هستند، دارای ریسک بالایی برای ابتلا به اختلال افسردگی عمده و همچنین افزایش احتمال اختلال پرخوری هستند (پیرسون، زاپولسکی و اسمیت^۴، ۲۰۱۵). در واقع خلق منفی، یکی از مؤلفه‌های اصلی و متداول بسیاری از مدل‌های ارائه شده برای تبیین اختلال پرخوری است. بسیاری از نظریه‌ها بر رابطه بین عوامل روان‌شناختی مانند اضطراب، افسردگی و استرس و ترکیب آن‌ها در تبیین اختلال پرخوری تأکید دارند. یکی از این نظریات، نظریه اجتناب شناختی است که بیان می‌کند اختلال پرخوری به عنوان روشی برای محدود کردن افکار و هیجانات منفی به کار می‌رود. همچنین اختلال پرخوری به عنوان راهبرد کاهش اضطراب به کار می‌رود که برخی این فرآیند را به عنوان فرار از هشباری توضیح داده‌اند که در آن برجستگی هیجانات منفی از طریق محدودسازی شناختی کاهش می‌یابد. در جریان فرآیند محدودسازی شناختی، پیچیدگی محرک کاهش می‌یابد و فکر به کیفیت عینی آن نسبت داده می‌شود. در واقع افکار به جای مفاهیم انتزاعی و عقاید به شکل تجربیات عینی و در قالب اختلال پرخوری تجربه می‌شود و شناخت و هشباری فقط به رفتار جاری پرخوری محدود می‌شود و از پردازش افکار و

¹ Gratz & Roemer

² Racine & Wildes

³ Brownley, Boettiger, Young & Cefalu

⁴ Pearson, Zapolski & Smith

هیجان‌های منفی اجتناب می‌کند. به بیان دیگر فرد به جای فکر کردن و فعالیت شناختی به یک رفتار معمولی و عینی مثل پرخوری می‌پردازد تا افکار و هیجان‌های منفی خود را کنترل کند. با محدود شدن میدان‌های هیجانی، افراد درگیر در اختلال پرخوری، می‌توانند، تأثیرات منفی وقایع اخیر بر شرایط حال و آینده خود را کاهش دهند. همچنین محدودسازی شناختی، تأثیر افکار منفی را بر عوامل استرس‌زای اخیر و روش‌های تسلی بخش انتخاب شده مانند پرخوری، کاهش می‌دهد. به طور خلاصه اختلال پرخوری به عنوان وسیله‌ای برای اجتناب شناختی عمل می‌کند (هیترتون و بامیستیر^۱، ۱۹۹۱). سینگلتون، کنی، هالت و کارتر^۲ (۲۰۱۹) در تحقیق خود دریافتند که افسردگی دارای نقش واسطه‌ای در رابطه بین اختلال پرخوری و کیفیت زندگی است. در واقع کاهش کیفیت زندگی توسط نشانگان همزمان افسردگی در اختلال پرخوری تبیین می‌شود و درمان افسردگی همراه با اختلال پرخوری موجب افزایش کیفیت زندگی در این بیماران می‌شود. همچنین رودگرز و پاکستون^۳ (۲۰۱۴) در تحقیقی با مرور پژوهش‌هایی که با هدف بررسی تأثیر مداخله بر روی اختلال خوردن و افسردگی همزمان انجام شده بود، دریافتند که ۹۲ درصد این مداخلات در کاهش علائم اختلال خوردن موفق عمل کرده‌اند و ۴۲ درصد نیز در کاهش همزمان علائم اختلال خوردن و افسردگی، موفق بوده‌اند.

با توجه به این که شواهد پزشکی نشانگر تأثیر چاقی در بروز مشکلات جدی در سلامتی همچون فشار خون بالا، دیابت، بالا رفتن کلسترول و به دنبال آن مشکلات قلبی و عروقی است و همچنین پرخوری و به تبع آن چاقی، خطر حمله قلبی و سرطان‌های خاص، خصوصاً روده بزرگ، پستان، پروستات و رحم را افزایش می‌دهد و اشکال خاصی از آرتروز، کاهش کیفیت زندگی و مرگ پیش از موعد را موجب می‌گردد و همچنین بزرگسالان چاق دارای مشکلات پزشکی جدی مانند فشار خون، نیم رخ لیپوپروتئین شدید، دیابت قندی، آترواسکلروز، بیماری عروق مغزی، بیماری کرونر قلبی، سرطان روده بزرگ و مرگ ناشی از همه این عوامل و همچنین پیشرفت تحصیلی پایین‌تر و نرخ بالاتر فقر هستند (استیک، پرسنل و هیتراشو و رهدی^۴، ۲۰۰۵) تحقیق حاضر در پی بررسی رابطه متغیرهای تنظیم هیجان، ترومای دوران کودکی، افسردگی و چاقی در پیش‌بینی اختلال پرخوری در افراد مراجعه‌کننده به کلینیک تغذیه است.

روش

طرح پژوهش از نوع توصیفی همبستگی و جامعه‌ی آماری شامل کلیه زنان چاق مراجعه‌کننده به یکی از کلینیک‌های سلامت و تندرستی شهرستان شیراز بود که از بین آنان ۱۲۸ نفر با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. در این پژوهش از پرسشنامه‌های ذیل استفاده شد:

۱. پرسشنامه تنظیم هیجان (ERQ)^۵: این مقیاس توسط گراس و جان (۲۰۰۳) ساخته شده است. این مقیاس از ۱۰ گویه تشکیل شده است که دارای دو خرده مقیاس ارزیابی مجدد (۶ گویه) و فرونشانی (۴ گویه) می‌باشد. پاسخ‌ها بر اساس مقیاس لیکرت (هفت درجه‌ای) از کاملاً مخالف (۱) تا کاملاً موافق (۷) نمره گذاری می‌شود. ضریب آلفای کرونباخ برای ارزیابی مجدد ۰/۷۹ و برای فرونشانی ۰/۷۳ و اعتبار بازآزمایی بعد از ۳ ماه برای کل مقیاس ۰/۶۹ گزارش شده است (گراس و جان، ۲۰۰۳).

^۱ Heatherton & Baumeister

^۲ Singleton, Kenny, Hallett & Carter

^۳ Rodgers & Paxton

^۴ Stice, Presnell, Heather Shaw & Rohde

^۵ Emotion Regulation Questionnaire

فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی

ویژه‌نامه اولین کنفرانس دوسالانه تازه‌های روان‌شناسی و علوم رفتاری دانشگاه تبریز ۱۶ و ۱۷ مهرماه ۱۳۹۸

نسخه فارسی این پرسشنامه که در ایران هنجاریابی شده است (قاسم پور، ایل بیگی و حسن زاده، ۱۳۹۱) این ساختار را تایید کرده است. در این پژوهش اعتبار از روش همسانی درونی (آلفای کرونباخ) برای خرده مقیاس ارزیابی مجدد و فرونشانی به ترتیب ۰/۷۹ و ۰/۸۱ بدست آمد. برای کل پرسشنامه ضریب همسانی درونی ۰/۸۲ بدست آمد.

۲. پرسشنامه افسردگی بک-ایرانی-ویرایش دوم: BDI-II^۱ یک شاخص خودگزارشی ۲۱ ماده‌ای از نشانه‌های افسردگی تجربه شده در دو هفته گذشته است. اجرای پرسشگری به صورت فردی بوده و از شرکت کنندگان خواسته می‌شود تا میزان افسردگی خود را در پرسشنامه بر روی یک پیوستار ۴ درجه‌ای، از صفر (فقدان افسردگی یا افسردگی خفیف) تا ۳ (افسردگی شدید) درجه بندی کنند. نمره کل با جمع کردن نمره‌های ماده‌ها به دست می‌آید. از صفر تا ۶۳ که نمره‌ی بالاتر بیانگر افسردگی بیشتر است. مطالعات انجام شده در مورد اعتبار پرسشنامه افسردگی بک ویرایش دوم در کشورهای مختلف نشان می‌دهد که این پرسشنامه از اعتبار قابل قبولی برخوردار است (رجبی و کارجو کسمایی، ۱۳۹۱). ون ورهیس و بلامتریت^۲ (۲۰۰۷) در یک نمونه از بزرگسالان آمریکایی مکزیکی تبار ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۰ را برای این پرسشنامه محاسبه کردند. همچنین در پژوهش رجبی و کارجو کسمایی (۱۳۹۱) ضرایب پایایی (آلفای کرونباخ) برای کل ماده‌های پرسشنامه ۰/۸۶ محاسبه شد که رضایت بخش بود.

۳. پرسشنامه ترومای دوران کودکی: این پرسشنامه توسط برنشتاین و همکاران در سال ۱۹۹۴ طراحی شد و در سال ۱۹۹۵ نسخه ۵۳ ماده‌ای آن ارائه گردید. در سال ۱۹۹۸ فرم نهایی آزمون با ۳۴ سؤال طراحی شد. فرم کوتاه آن در سال ۲۰۰۳ با ۲۸ ماده (۲۵ سؤال بالینی و ۳ سؤال اعتباریابی ارائه گردید). شرکت کننده پس از خواندن هر سؤال دور عددی را که به بهترین نحو او را توصیف می‌کند، خط می‌کشد. هر کدام از سؤالات در ۵ سطح (هرگز، به ندرت، گاهی اوقات، اغلب اوقات و همیشه) طبقه‌بندی شده است. این پرسشنامه آزاردیدگی را در پنج خرده‌مقیاس سؤاستفاده جسمانی، هیجانی، جنسی، غفلت و نادیده گرفتن جسمانی و هیجانی می‌سنجد و در نهایت یک نمره سؤاستفاده کلی را به دست می‌دهد. این پرسشنامه دارای اعتبار و روایی نسبتاً بالایی می‌باشد. برنشتاین و همکاران (۱۹۹۴) اعتبار عوامل مختلف پرسشنامه ترومای دوران کودکی را با دو روش بازآزمایی و آلفای کرونباخ بین ۰/۷۹ تا ۰/۹۴ گزارش کرده‌اند (حسین زاده خانمیری، شالچی و قراملکی، ۱۳۹۶).

۴. شاخص توده بدنی (BMI): یک شاخص متداول از اندازه چربی در بزرگسالان است که به عنوان نسبت وزن به کیلوگرم تقسیم بر قد به متر به توان ۲ محاسبه می‌شود. در این بررسی از BMI که مقیاس ساده و مورد اعتمادی می‌باشد استفاده شد که طبقه بندی آن بر اساس تعریف انستیتوی ملی سلامت آمریکا (NIH)^۳ صورت بدین است که BMI کمتر از ۱۸/۵ را دارای کمبود وزن، ۱۸/۵-۲۴/۹ نرمال، ۲۵-۲۹/۹ دارای اضافه وزن، ۳۴-۳۴/۹ چاقی درجه ۱، ۳۵-۳۹/۹ چاقی درجه ۲ و بیش از ۴۰ را چاقی درجه ۳ در نظر می‌گیرند (سلیمانی زاده، سلیمانی زاده، جوادی، میری، عرب و اکبری، ۱۳۸۶). در این پژوهش کلیه شرکت کنندگان بدون کفش، لباس سنگین و یا زیورآلات اندازه‌گیری شدند. قد توسط متر و وزن با ترازوی دیجیتال اندازه‌گیری شد.

۵. مقیاس پرخوری (BES): گورمالی، بلک، داستون و راردین (۱۹۸۲)، به نقل از بدافی، حسنی و مرادی، (۱۳۹۵). این مقیاس را به منظور اندازه‌گیری شدت پرخوری در افراد مبتلا به چاقی طراحی کردند. این مقیاس از ۱۶ ماده تشکیل شده است و ماده-

^۱ Beck Depression Inventory-II

^۲ VanVoorhis & Blumentritt

^۳National Institute of Health

فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی

ویژه‌نامه اولین کنفرانس دوسالانه تازه‌های روان‌شناسی و علوم رفتاری دانشگاه تبریز ۱۶ و ۱۷ مهرماه ۱۳۹۸

های آن از سه یا چهار جمله تشکیل شده است. از آزمودنی‌ها خواسته می‌شود جمله‌هایی را انتخاب کنند که آنها را به بهترین وجه توصیف می‌کند. ماده‌ها از صفر تا سه درجه‌بندی می‌شوند و نمره کلی از صفر تا ۴۶ متغیر است که کسب نمره ۵۶ وجود اختلال پرخوری و کسب نمره بالاتر از آن شدت بیشتر پرخوری را نشان می‌دهد. نسخه‌های انگلیسی، پرتغالی و ایتالیایی این مقیاس از اعتبار و ضریب حساسیت و ویژگی رضایت‌بخشی برخوردار هستند. دژکام، مولودی، موتابی و امیدوار (۱۳۸۹) در مطالعه‌ای خصوصیات روانسنجی نسخه ایرانی مقیاس پرخوری را بررسی کردند. آنان اعتبار این مقیاس را با روش دونیمه‌سازی ۰/۶۷ و با استفاده از روش بازآزمون ۰/۷۲ گزارش کردند. همچنین ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به دست آمد.

یافته‌ها

دامنه سنی شرکت‌کنندگان در پژوهش بین ۱۶ تا ۶۳ سال با میانگین ۳۷/۵۶ و انحراف استاندارد ۱۳/۲۷ بود. تعداد ۴۴ نفر مجرد و ۸۴ نفر متأهل بودند. تعداد ۷۸ نفر دیپلم، ۱۲ نفر فوق دیپلم، ۳۲ نفر لیسانس و ۶ نفر فوق لیسانس بودند. تعداد ۴۵ نفر ورزش می‌کردند و تعداد ۸۳ نفر ورزش نمی‌کردند.

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش

متغیر	تنظیم هیجان	افسردگی	ترومای دوران کودکی	چاقی
میانگین	۴۰/۸۸	۲۵/۴۲	۷۴/۹۱	۱/۳۷
انحراف معیار	۱۱/۸۸	۱۴/۷۷	۱۲/۱۴	۰/۵۷

میانگین و انحراف معیار تنظیم هیجان به ترتیب ۴۰/۸۸ و ۱۱/۸۸، میانگین و انحراف معیار افسردگی به ترتیب ۲۵/۴۲ و ۱۴/۷۷، میانگین و انحراف معیار ترومای دوران کودکی به ترتیب ۷۴/۹۱ و ۱۲/۱۴ و میانگین و انحراف معیار چاقی به ترتیب ۱/۳۷ و ۰/۵۷ بود.

جدول ۲: ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

مقیاس	۱	۲	۳	۴	۵
۱. تنظیم هیجان	۱	-۰/۱۱	۰/۰۹	*-۰/۳۴	-۰/۱۳
۲. پرخوری		۱	۰/۰۱۷	**۰/۲۹	*۰/۲۱
۳. ترومای دوران کودکی			۱	۰/۵۰	۰/۰۱۲
۴. افسردگی				۱	-۰/۱۵
۵. چاقی					۱

** ۰/۰۰۰۱ * ۰/۰۰۰۵

بر اساس جدول ۲ رابطه تنظیم هیجان و افسردگی -۰/۳۴- و در سطح ۰/۰۰۰۱ معنی‌دار است. همچنین رابطه پرخوری و افسردگی ۰/۲۹ و در سطح ۰/۰۰۰۱ هستند و رابطه پرخوری و چاقی ۰/۲۱ و در سطح ۰/۰۰۰۱ معنی‌دار است.

جدول ۳: ضرایب همبستگی چندگانه پرخوری با افسردگی و چاقی

متغیر پیش بین	همبستگی چندگانه	ضریب تعیین	F	سطح معنی داری (p)	ضریب رگرسیون استاندارد شده (β)	t	سطح معنی داری (p)
افسردگی	۰/۲۹	۰/۰۸	۱۲/۰۳۳	p<۰/۰۰۰۱	۰/۲۹	۳/۵۸	p<۰/۰۰۰۱
چاقی	۰/۳۶	۰/۱۳	۹/۷۳	p<۰/۰۰۰۱	۰/۲۱	۲/۶۲	p<۰/۰۰۱

متغیر ملاک: پرخوری

نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون نشان می‌دهد که ضریب همبستگی متغیر پیش بین افسردگی با پرخوری برابر با ۰/۲۹ می‌باشد که در سطح ۰/۰۰۰۱ معنی‌دار است. همچنین همبستگی چند متغیری برای ترکیب خطی متغیر پیش بین چاقی با پرخوری برابر با ۰/۳۶ می‌باشد که در سطح ۰/۰۰۰۱ معنی‌دار است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی نقش تنظیم هیجان، افسردگی، ترومای دوران کودکی و چاقی در پیش‌بینی اختلال پرخوری بود و نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون نشان داد که ضریب همبستگی متغیر پیش بین افسردگی با پرخوری ۰/۲۹ و چاقی با پرخوری ۰/۳۶ بود که در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار بود. این یافته با یافته‌های والس و همکاران (۲۰۱۴)، راسکیتی و همکاران (۲۰۱۶) و رودگرز و پاکستون (۲۰۱۴) همسو است. در تبیین کلی یافته‌های این پژوهش می‌توان بیان کرد که در سبب شناسی پایه اختلالات خوردن و چاقی به ترکیبی از عوامل محیطی، روانشناختی، ژنتیک و بیولوژیک توجه می‌شود. افرادی که از اختلالات روانی (مانند افسردگی، اضطراب و اختلالات خوردن) رنج می‌برند، مشکلاتی در کنترل مصرف غذا، ورزش و مقدار کافی وزن و نگهداری آن دارند. غذا به عنوان مکانیزم سازگاری توسط افراد چاق به ویژه زمانی که آنان افسرده، مضطرب و تنها باشند، به کار می‌رود. در بسیاری از افراد چاق به نظر می‌رسد که چرخه مداومی از اختلال خلق، پرخوری و اضافه وزن وجود داشته باشد. زمانی که آنان مضطرب هستند، به غذا به عنوان کمک برای سازگار شدن توجه می‌کنند و خوردن موجب ایجاد آرامش موقتی برای اضطراب آنان خواهد شد، اما اضافه وزن مجدد موجب خلق بی‌قرار ناشی از ناتوانی در کنترل این استرس خواهد شد (کولینز و بنتز، ۲۰۰۹). یکی از یافته‌های پژوهش حاکی از رابطه معنی‌دار افسردگی با علائم پرخوری بود. در تبیین این یافته می‌توان متذکر شد که خلق پایین موجب فراخوانی پرخوری می‌شود و استرس و پریشانی مرتبط با علائم پرخوری می‌تواند منجر به خلق افسرده شود (فالكونبریج و بچتل^۱، ۲۰۱۴). یکی از مکانیزم‌های اثرگذار بین این دو متغیر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی پایین است که یک عامل خطر برای طیف وسیعی از مشکلات سلامت جسم و روان است. انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، توانایی فرد برای ارتباط با زمان حال و انجام رفتارهای مؤثر در زمانی است که هیجان، افکار و خاطرات دشوار و ناراحت‌کننده را تجربه می‌کند. بنابراین انعطاف‌پذیری بالا، افراد دارای علائم افسردگی شدید را در برابر رفتارهای پرخوری محافظت می‌کند. در آسیب‌شناسی

¹ Faulconbridge & Bechtel

اختلالات خوردن دو عامل خطر اساسی مطرح شده است که عبارت است از نارضایتی از تصویر بدنی و شرایط خوردن نامناسب. انعطاف‌پذیری بالا در مورد تصویر بدنی از قبیل واکنش انعطاف‌پذیر به احساسات و افکار مرتبط با بدن، به عنوان یک عامل محافظت‌کننده در برابر حملات پرخوری عمل می‌کند (گدفری، باتران، فورمن، مارتینز، روبرت و شیروود^۱، ۲۰۱۹). همچنین می‌توان اختلال پرخوری را نتیجه ناتوانی فرد در تنظیم هیجان‌ها دانست. افراد دارای این اختلال قادر به سازگاری مناسب با احساسات افسرده‌ساز نیستند و به احتمال بیش‌تری از راهبردهای نامناسب مانند پرخوری برای کنار آمدن با این احساسات استفاده می‌کنند. در واقع پرخوری، ابزاری برای فرار از نگرانی و افکار منفی و فرونشانی هیجان‌ها منفی است (دینجیمانز، دنر و پاکز^۲، ۲۰۱۷). از سوی دیگر ناتوانی در کنترل رفتارهای پرخوری نشان‌دهنده نقص در کارکردهای اجرایی^۳ است که نشانگان افسردگی این نقص را تشدید می‌کند (دینجیمانز، ونهیلن، آردوم و ون فورت^۴، ۲۰۱۹).

ادبیات پژوهشی حاکی از شواهد روشنی است که نشان می‌دهد هیجان‌ها منفی از قبیل افسردگی، اضطراب، ناراحتی، خشم و ناامیدی و راهبردهای نامناسب تنظیم هیجان، نقش مهمی در شروع و تداوم اختلال پرخوری ایفا می‌کند. مدل‌های نظری اختلال پرخوری اذعان دارند که خلق منفی قبل از حملات پرخوری وجود داشته و پرخوری تلاشی برای تنظیم کردن پریشانی هیجانی است. و این فرض ممکن است به این حقیقت مرتبط باشد که افراد دارای اختلال پرخوری فاقد راهبردهای تنظیم هیجان سالم و مؤثر بوده و دارای تمایل به سرکوب هیجان‌ها ناخواسته و نشخوار فکری در مورد آن‌ها هستند و به میزان کم‌تری از راهبردهای سازگار مانند ارزیابی مجدد استفاده می‌کنند (دینجیمانز و همکاران، ۲۰۱۷). یکی از راهبردهای ناسازگار تنظیم هیجان سرکوبی است که در اختلالات پرخوری شایع است (آلدو، نولن هاکسما و شویزر^۵، ۲۰۱۰). زمانی که فرد از این راهبرد استفاده می‌کند، در واقع به جای تجربه هیجان آن را بیان می‌کند که ممکن است در کوتاه مدت مؤثر بوده اما در بلند مدت باعث برانگیختگی فیزیولوژیک بیش‌تر شده و در کاهش دادن هیجان‌ها مؤثر نیست (گراس^۶، ۲۰۰۲). در واقع سرکوبی هیجان دارای تأثیر متضاد با چیزی است که فرد خواهان آن بوده و منجر به تثبیت هیجان می‌شود. همچنین سرکوبی مکرر مانع از خوگیری فرد با محرک هیجانی می‌شود که به نوبه خود منجر به افکار و نشانگان آسیب‌شناختی می‌شود (واگنر، وایت، اشنایدر و کارتر^۷، ۱۹۸۷). دومین راهبرد منفی شایع در اختلال پرخوری، نشخوار فکری است. در صورتی که نشخوار فکری متمرکز بر مقایسه موقعیت فعلی با استانداردهای مورد انتظار فرد باشد، موجب خلق منفی بیش‌تر می‌شود. در واقع نشخوار فکری، یک فرآیند شناختی مهم بوده که با شدت اختلال پرخوری مرتبط است. به طور مثال افرادی که بر سبزه فعلی بدن خود تمرکز کرده و آن را با سبزه مورد انتظار و مورد علاقه خود مقایسه می‌کنند، نگرانی و پریشانی روان‌شناختی بیش‌تری را در مورد شکل بدن خود تجربه می‌کنند (وانگ، لایدیکر و گریلو^۸، ۲۰۱۷).

یافته دیگر پژوهش حاضر حاکی از رابطه معنی‌دار چاقی با علائم پرخوری بود. یکی از عوامل اصلی در تبیین رابطه پرخوری با چاقی، وجود عامل ژنتیک است. همچنین عوامل محیطی و روان‌شناختی دوران کودکی و بزرگسالی نیز در ایجاد و ماندگاری مشکلات چاقی و اضافه وزن و همچنین اختلال پرخوری دخیل است (هاسلر^۹ و همکاران، ۲۰۰۴). در واقع دو ملاک اساسی

¹ Godfrey, Butryn, Forman, Martinez, Roberts & Sherwood

² Dingemans, Danner & Parks

³ Executive functions

⁴ Dingemans, Vanhaelen, Aardoom, van Furth

⁵ Aldao, Nolen-Hoeksema & Schweizer

⁶ Gross

⁷ Wegner, White, Schneider & Carter

⁸ Wang, Lydecker & Grilo

⁹ Hasler

فصلنامه پژوهش‌های روان‌شناختی

ویژه‌نامه اولین کنفرانس دوسالانه تازه‌های روان‌شناسی و علوم رفتاری دانشگاه تبریز ۱۶ و ۱۷ مهرماه ۱۳۹۸

اختلال پرخوری که عبارت است از دوره‌های تکرار شونده خوردن، خوردن مقدار بیشتری از غذا در این دوره‌ها و احساس فقدان کنترل بر آن موجب افزایش چاقی در این افراد می‌شود. همچنین و احساس گناه یا استرس در بین دوره‌ها و عدم استفاده از راهبردهای تنظیم هیجان مناسب موجب پرخوری بیشتر و در نتیجه چاقی بیش‌تر در این افراد شده و به صورت یک دور معیوب ادامه می‌یابد. یکی دیگر از عواملی که باعث افزایش میزان چاقی در افراد دارای اختلال پرخوری می‌شود، کیفیت زندگی محور (HRQL) است که یک سازه چندبعدی بوده و به ارزیابی فاعلی فرد از وضعیت سلامت خود و تأثیر این ارزیابی بر زندگی روزانه وی اشاره دارد. تحقیقات متعددی نشان داده‌اند که افراد دارای میزان بالای چاقی و علائم پرخوری دارای نمرات پایین در متغیر کیفیت زندگی سلامت محور هستند. (ونکمفورت و همکاران^۲، ۲۰۱۴). به طور مثال افراد چاق دارای علائم پرخوری دارای عزت نفس پایین‌تر و استرس عمومی بالاتر در مقایسه با افراد بدون علائم پرخوری هستند (رایجر، ویلفلای، استین، مارینو و کرو^۳، ۲۰۰۵). سینگلیتون، کنی، هالت و کارتر^۴ (۲۰۱۹) در پژوهش خود نشان دادند که افسردگی نیز دارای نقش تعیین‌کننده‌ای در رابطه بین علائم پرخوری و کیفیت زندگی سلامت محور بوده و همبندی افسردگی با اختلال پرخوری را تبیین می‌نماید. در واقع ارزیابی و درمان افسردگی در افراد دارای اختلال پرخوری از طریق افزایش بهزیستی روان‌شناختی بیماران، لازمه افزایش موفقیت در درمان اختلال پرخوری است.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به محدود شدن نمونه به زنان اشاره کرد. لذا توصیه می‌شود در پژوهش‌های آتی به مقایسه زنان و مردان در متغیرهای مورد نظر پرداخته شود. همچنین در این پژوهش از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. لذا استفاده از روش‌های نمونه‌گیری دقیق‌تر و انتخاب نمونه از شهرهای مختلف در پژوهش‌های آینده، امکان تعمیم نتایج را به صورت دقیق‌تر فراهم می‌سازد. بررسی نقش فرهنگ و مناطق جغرافیایی متفاوت در عادات غذایی و همچنین بررسی شیوع اختلال پرخوری در شهرهای مختلف ایران موجب فراهم آمدن اطلاعات مناسب جهت اصلاح عادات غذایی خواهد شد.

منابع

بدای، الله، حسنی، جعفر؛ و مرادی، علیرضا (۱۳۹۵). فعالیت سیستم‌های مغزی رفتاری در بیماران مبتلا به اختلال پرخوری، اعتیاد و افراد بهنجار، فصلنامه علمی پژوهشی عصب روانشناسی، ۳، ۲۶-۹.

جابر قادری، نسرین؛ بابایی، اکرم؛ نوری، کبری؛ زادمیر، ندا؛ نوری، رؤیا؛ کاظمی، محمود؛ حسینی، لیلا؛ شریفی، ویکتوریا؛ و مرادی، مسعود. (۱۳۸۷). فراوانی حوادث آسیب‌زای زندگی و اثرات روان‌شناختی آن در کودکان مدرسه‌رو ۱۵-۷ ساله شهر کرمانشاه (۱۳۸۵). فصلنامه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، ۱، ۲۰۱-۱۹۰.

حسین زاده خانمیری، بهناز، شالچی، بهزاد و بافنده قراملکی، حسن. (۱۳۹۶). تبیین آثار کودک آزاری در گرایش به اعتیاد. ویژه‌نامه روان‌شناسی معاصر، ۱۲، ۵۷۲-۵۶۹.

دژکام، محمود؛ مولودی، رضا؛ موتابی، فرشته؛ و امیدوار، رضا. (۱۳۸۹). استانداردسازی مقیاس پرخوری در جمعیت چاق ایرانی. نهمین کنفرانس سالانه انجمن روان‌پزشکی ایران، تهران.

¹ health-related quality of life

² Vancampfort et al

³ Rieger, Wilfley, Stein, Marino, & Crow

⁴ Singleton, Kenny, Hallett & Carter

فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی

ویژه‌نامه اولین کنفرانس دوسالانه تازه‌های روان‌شناسی و علوم رفتاری دانشگاه تبریز ۱۶ و ۱۷ مهرماه ۱۳۹۸

رجبی، غلامرضا؛ و کارجو کسمایی، سونا. (۱۳۹۱). کفایت شاخص‌های روان‌سنجی نسخه فارسی پرسشنامه افسردگی بک ویرایش دوم (BDI-II). **فصلنامه اندازه‌گیری تربیتی**، ۱۰، ۱۵۰-۱۳۹.

سلیمانی‌زاده، لاله؛ سلیمانی‌زاده، فرزانه؛ جوادی، مصطفی؛ میری، سکینه؛ منصور، عرب؛ و اکبری، نورا... (۱۳۸۶). مطالعه چاقی و عوامل مرتبط با آن در دانشجویان مراکز دانشگاهی شهرستان بزم ۸۴-۸۳. **مجله دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد**، ۴، ۶۶-۵۹.

قاسم‌پور، عبدالله؛ ایل‌بیگی، رضا؛ و حسن‌زاده، شهناز. (۱۳۹۱). خصوصیات روانسنجی پرسشنامه تنظیم هیجانی گراس و جان در یک نمونه ایرانی. **ششمین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان**، دانشگاه گیلان.

نقوی، محمدرضا؛ محمدی، مسعود؛ بهرام‌نژاد، علی؛ یابنده، محمدرضا؛ زارع، ایرج؛ و نخعی، نوذر. (۱۳۹۰). مقایسه‌ی فراوانی انواع سوءاستفاده و مسامحه‌ی دوران کودکی بین دو گروه وابسته و غیر وابسته به مواد. **مجله اصول بهداشت روانی**، ۳، ۲۴۹-۲۴۲.

Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical psychology review*, 30(2), 217-237.

Berking, M., & Wupperman, P. (2012). Emotion regulation and mental health: recent findings, current challenges, and future directions. *Current opinion in psychiatry*, 25(2), 128-134.

Bernstein, D. P., Fink, L., Handelsman, L., Foote, J., Lovejoy, M., Wenzel, K., & Ruggiero, J. (1994). Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *The American journal of psychiatry*, 151, 1132-1136.

Brownley, K. A., Boettiger, C. A., Young, L., & Cefalu, W. T. (2015). Dietary chromium supplementation for targeted treatment of diabetes patients with comorbid depression and binge eating. *Medical hypotheses*, 85(1), 45-48.

Collins JC, Bentz JE. (2009). Behavioral and psychological factors in obesity. *The Journal of Lancaster General Hospital*, 4(4), 124-127.

Danner, U. N., Evers, C., Stok, F. M., van Elburg, A. A., & de Ridder, D. T. (2012). A double burden: Emotional eating and lack of cognitive reappraisal in eating disordered women. *European Eating Disorders Review*, 20(6), 490-495.

Dingemans, A. E., Vanhaelen, C. B., Aardoom, J. J., & van Furth, E. F. (2019). The influence of depressive symptoms on executive functioning in binge eating disorder: a comparison of patients and non-obese healthy controls. *Psychiatry research*, 274, 138-145.

Dingemans, A., Danner, U., & Parks, M. (2017). Emotion regulation in binge eating disorder: A review. *Nutrients*, 9(11), 1274.

Faulconbridge, L. F., & Bechtel, C. F. (2014). Depression and disordered eating in the obese person. *Current obesity reports*, 3(1), 127-136.

Flegal, K. M., Carroll, M. D., Ogden, C. L., & Curtin, L. R. (2010). Prevalence and trends in obesity among US adults, 1999-2008. *Jama*, 303(3), 235-241.

Freitas, S. R., Lopes, C. S., Appolinario, J. C., & Coutinho, W. (2006). The assessment of binge eating disorder in obese women: a comparison of the binge eating scale with the structured clinical interview for the DSM-IV. *Eating behaviors*, 7(3), 282-289.

- Godfrey, K. M., Butryn, M. L., Forman, E. M., Martinez, M., Roberts, S. R., & Sherwood, N. E. (2019). Depressive symptoms, psychological flexibility, and binge eating in individuals seeking behavioral weight loss treatment. *Journal of Contextual Behavioral Science, 14*, 50-54.
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of psychopathology and behavioral assessment, 26*(1), 41-54.
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of general psychology, 2*(3), 271-299.
- Gross, J. J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology, 39*(3), 281-291.
- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual difference in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 85*, 348-362.
- Hasler, G., Pine, D. S., Gamma, A., Milos, G., Ajdacic, V., Eich, D., & Angst, J. (2004). The associations between psychopathology and being overweight: a 20-year prospective study. *Psychological medicine, 34*(6), 1047-1057.
- Heatherton, T. F., & Baumeister, R. F. (1991). Binge eating as escape from self-awareness. *Psychological bulletin, 110*(1), 86-108.
- Henderson, Z. B., Fox, J. R., Trayner, P., & Wittkowski, A. (2019). Emotional development in eating disorders: A qualitative metasynthesis. *Clinical psychology & psychotherapy, 1*-18.
- Pearson, C. M., Zapolski, T. C., & Smith, G. T. (2015). A longitudinal test of impulsivity and depression pathways to early binge eating onset. *International Journal of Eating Disorders, 48*(2), 230-237.
- Racine, S. E., & Wildes, J. E. (2015). Emotion dysregulation and anorexia nervosa: an exploration of the role of childhood abuse. *International Journal of Eating Disorders, 48*(1), 55-58.
- Rieger, E., Wilfley, D. E., Stein, R. I., Marino, V., & Crow, S. J. (2005). A comparison of quality of life in obese individuals with and without binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders, 37*(3), 234-240.
- Rodgers, R. F., & Paxton, S. J. (2014). The impact of indicated prevention and early intervention on co-morbid eating disorder and depressive symptoms: a systematic review. *Journal of eating disorders, 2*(1), 2-10.
- Ruscitti, C., Rufino, K., Goodwin, N., & Wagner, R. (2016). Difficulties in emotion regulation in patients with eating disorders. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation, 3*(1), 1-7.
- Shojaeizadeh, D. (2001). Child abuse in the family: An analytical study. *Iranian journal of public health, 30*, 45-48.
- Sim, L., & Zeman, J. (2005). Emotion regulation factors as mediators between body dissatisfaction and bulimic symptoms in early adolescent girls. *The Journal of Early Adolescence, 25*(4), 478-496.
- Singleton, C. W., Kenny, T. E., & Carter, J. C. (2019). Depression partially mediates the association between binge eating disorder and health-related quality of life. *Frontiers in psychology, 10*, 209- 217.
- Stice, E., Presnell, K., Shaw, H., & Rohde, P. (2005). Psychological and behavioral risk factors for obesity onset in adolescent girls: a prospective study. *Journal of consulting and clinical psychology, 73*(2), 195- 202.

فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی

ویژه‌نامه اولین کنفرانس دوسالانه تازه‌های روان‌شناسی و علوم رفتاری دانشگاه تبریز ۱۶ و ۱۷ مهرماه ۱۳۹۸

- Svaldi, J., Caffier, D., & Tuschen-Caffier, B. (2010). Emotion suppression but not reappraisal increases desire to binge in women with binge eating disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 79(3), 188- 190.
- Vancampfort, D., De Herdt, A., Vanderlinden, J., Lannoo, M., Soundy, A., Pieters, G., & Probst, M. (2014). Health related quality of life, physical fitness and physical activity participation in treatment-seeking obese persons with and without binge eating disorder. *Psychiatry research*, 216(1), 97-102.
- VanVoorhis, C. R. W., & Blumentritt, T. L. (2007). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory-II in a clinically-identified sample of Mexican American adolescents. *Journal of Child and Family Studies*, 16(6), 789-798.
- Wallace, L. M., Masson, P. C., Safer, D. L., & von Ranson, K. M. (2014). Change in emotion regulation during the course of treatment predicts binge abstinence in guided self-help dialectical behavior therapy for binge eating disorder. *Journal of eating disorders*, 2(1), 1-9.
- Wang, S. B., Lydecker, J. A., & Grilo, C. M. (2017). Rumination in patients with binge-eating disorder and obesity: Associations with eating-disorder psychopathology and weight-bias internalization. *European Eating Disorders Review*, 25(2), 98-103.
- Wegner, D. M., Schneider, D. J., Carter, S. R., & White, T. L. (1987). Paradoxical effects of thought suppression. *Journal of personality and social psychology*, 53(1), 5.