

نقش دشواری‌های تنظیم هیجان و تکانشگری در نشانه‌های اختلال‌های خوردن

محسن کچویی^۱، علی فتحی آشتیانی^۲

گروه روان‌شناسی بالینی، واحد علوم پزشکی تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران، ^۲مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه بقیه الله، تهران، ایران

تاریخ وصول: ۱۳۹۴/۹/۱ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۱۲/۱

چکیده

زمینه و هدف: اختلال‌های خوردن، اختلال‌های روانی شدیدی هستند که به طور معمول در طول سال‌های جوانی روی می‌دهد و با نرخ مرگ و میر بالا مرتبط هستند. از سوی دیگر شیوع این اختلال‌ها در سال‌های اخیر افزایش یافته است. بر این اساس شناسایی عواملی که ممکن است زمینه‌ساز این اختلال‌ها باشند، بسیار ضروری است و می‌تواند در طراحی برنامه‌های درمانی مدنظر قرار گیرد. هدف از مطالعه حاضر تعیین رابطه دشواری‌های تنظیم هیجان و تکانشگری با نشانه‌های اختلال خوردن بود.

روش بررسی: این یک مطالعه همبستگی بود که ۳۴۰ زن از جمعیت عمومی شهر تهران در سال ۱۳۹۴ به شیوه نمونه‌گیری در دسترس در پژوهش شرکت کردند. ابزارهای پژوهش شامل مقیاس تشخیصی اختلال‌های خوردن (EDDS)، مقیاس دشواری‌های تنظیم هیجان (DERS) و مقیاس تکانشگری بارت (BIS-11) بود. داده‌های به دست آمده با روش‌های آماری ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: نشانه‌شناسی اختلال خوردن با نمرات کل دشواری‌های تنظیم هیجان ($p < 0/01$) و تکانشگری ($p < 0/01$) رابطه معنی‌دار داشت. همچنین بیشتر خرده مقیاس‌های دشواری‌های تنظیم هیجان عدم پذیرش ($p < 0/01$)، اهداف ($p < 0/01$)، تکانه ($p < 0/01$)، راهبردها ($p < 0/01$) و شفافیت ($p < 0/01$) با نشانه‌شناسی اختلال خوردن رابطه معنی‌دار دارند. از سوی دیگر، تکانشگری توجهی راهبردها ($p < 0/01$)، تکانشگری حرکتی ($p < 0/01$)، تکانشگری بی‌برنامگی ($p < 0/05$) نیز با نشانه‌شناسی اختلال خوردن رابطه معنی‌دار دارند. تحلیل رگرسیون چند گانه نیز نشان داد، هر دو سازی دشواری‌های تنظیم هیجان و تکانشگری پیش‌بینی‌کننده معنی‌دار نشانه‌های اختلال خوردن هستند. از لحاظ خرده مقیاس‌ها نیز رگرسیون گام به گام نشان داد که عدم پذیرش هیجان‌های منفی، دستیابی محدود به راهبردهای اثربخش تنظیم هیجان و تکانشگری توجهی قادر به پیش‌بینی نشانه‌های اختلال خوردن می‌باشند.

نتیجه‌گیری: در کل، دشواری‌های تنظیم هیجان و تکانشگری نقش معنی‌داری در سبب‌شناسی و تداوم خوردن بیمارگون ایفا می‌کنند. بنابراین تمرکز بر این عوامل می‌تواند در پیشگیری و درمان اختلال‌های خوردن سودمند باشد. یعنی افراد مبتلا به اختلال‌های خوردن به درمانی نیاز دارند که در آن به مهارت‌های تنظیم هیجان انطباقی و کنترل پاسخ‌دهی تکانشی پرداخته شود. مطالعه‌های آینده می‌تواند اثربخشی مهارت‌های مختلف تنظیم هیجانی و کنترل تکانه را در کاهش علائم بررسی کند.

واژه‌های کلیدی: اختلال خوردن، دشواری تنظیم هیجان، تکانشگری

^۳ نویسنده مسئول: محسن کچویی، تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم پزشکی، گروه روانشناسی بالینی

Email: kachooei.m@gmail.com

مقدمه

افزایش شیوع در سال‌های اخیر، تلاش برای شناسایی عوامل تأثیرگذار در پدیدایی و تداوم این اختلال‌ها و تشخیص افراد در معرض خطر و پیشگیری از بروز این اختلال‌ها ضروری است. امید است که با شناسایی این عوامل بتوان به‌زیستی جسمانی و روانی افراد مبتلا را افزایش داده و در عین حال از وقوع اختلال خوردن جلوگیری نمود.

در پژوهش‌هایی که به جستجوی عوامل خطر این اختلال‌ها پرداخته‌اند، به طور کلی شواهد حاکی از آن است که مشکلات خوردن چند عاملی هستند و عوامل شخصی، محیطی و زیستی در ایجاد آنها نقش دارند (۶). برخی از پژوهش‌ها در این حوزه، به نقش احتمالی دشواری‌های تنظیم هیجان در پدیده‌شناسی بالینی، تشخیص، پیشگیری و درمان این اختلال‌ها اشاره داشته‌اند (۷-۸). تنظیم هیجان (۵) فرایندی است که افراد از طریق آن هیجان‌های خود را به منظور پاسخ مناسب به مطالبات محیطی به شکل هشیارانه یا ناهشیارانه تنظیم می‌کنند. اما بر خلاف آن، دشواری‌های تنظیم هیجان (۶) شامل استفاده از راه‌های ناسازگارانه برای پاسخگویی به هیجان‌ها می‌شوند و یک عامل خطر فراتشخیصی برای پدیدایی و تداوم آسیب‌شناسی‌های روانی گوناگون و از جمله اختلال‌های خوردن به حساب می‌آیند (۹). در حوزه اختلال‌های خوردن این فرض مطرح است که افراد

اختلال‌های تغذیه و خوردن^(۱) با آشفتگی پایدار در خوردن یا رفتارهای مرتبط با خوردن مشخص می‌شود (۱). خوردن بیمارگون با عملکرد روانی اجتماعی پایین، از جمله سازگاری اجتماعی پایین، مشکلات ارتباطی، کاهش رضایت از زندگی مرتبط است و به طور معنی‌داری بر سلامت جسمانی یا کارکرد روانی اجتماعی آسیب می‌رساند (۱). مهم‌ترین اختلال‌های خوردن بی‌اشتهایی روانی^(۲)، پراشتهایی روانی^(۳) و پرخوری افراطی^(۴) می‌باشند (۱). این اختلال‌ها جزء اختلال‌های شدید روانی محسوب شده که به طور معمول در نوجوانی و جوانی روی می‌دهند (۲). شیوع این اختلال‌ها در سال‌های اخیر افزایش یافته است به طوری که در سرتاسر زندگی نزدیک به ۰/۳ درصد از زنان جوان به بی‌اشتهایی روانی (AN) و ۱ درصد به پراشتهایی روانی (BN) مبتلا می‌شوند (۳). افزون بر تشخیص بالینی اختلال‌های خوردن، بین ۱۱ درصد تا ۵۶ درصد دختران نوجوان و جوان نوعی رفتار خوردن بیمارگون (مانند محدود کردن مصرف غذا، پرخوری، پاکسازی) را مرتکب می‌شوند (۴). علاوه بر بار مالی سنگینی که مبتلایان به این اختلال‌ها به سیستم سلامت تحمیل می‌کنند، ماهیت پیچیده این اختلال‌ها آنها را در زمره دشوارترین اختلال‌های روانی از لحاظ درمان قرار داده است و خطر اقدام به خودکشی نیز در این افراد پنج برابر جمعیت عادی است (۵). با توجه به ماهیت مزمن و ناتوان‌کننده، پیچیدگی درمان، سن شروع پایین و

1-Feeding and Eating Disorders
2-Anorexia nervosa
3-Bulimia nervosa
4-Binge eating disorder
5- Emotion regulation
6-Difficulties in emotion regulation

مبتلا به اختلال‌های خوردن کاستی‌هایی در تنظیم هیجان داشته و فاقد مهارت‌های مورد نیاز برای مقابله مؤثر و سازگارانه با حالات عاطفی هستند. یعنی بین دشواری‌های تنظیم هیجان و نشانه‌های اختلال خوردن رابطه مثبت معنی‌داری وجود دارد (۱۰)، اما در مورد این که کدام یک از ابعاد دشواری تنظیم هیجان پیش‌بینی‌کننده معنی‌دار نشانه‌های اختلال خوردن هستند اتفاق نظر وجود ندارد. طبق مدل گرتز و رومر تنظیم هیجان شامل ابعاد زیر می‌باشد؛ پذیرش هیجان‌ها، توانایی کنترل رفتار تکانشی و رفتار کردن بر طبق اهداف مطلوب در هنگام تجربه هیجان‌های منفی، آگاهی و درک هیجان‌ها، توانایی استفاده انعطاف‌پذیر از راهبردهای تنظیم هیجانی برای تعدیل پاسخ‌های هیجانی به منظور دستیابی به اهداف فردی و مقتضیات موقعیتی (۱۱). فقدان یکی یا همه این توانایی‌ها حاکی از وجود دشواری‌هایی در تنظیم هیجان (یعنی نارسایی یا دشواری تنظیم هیجان) در نظر گرفته می‌شود. براساس این مدل مقیاس دشواری‌های تنظیم هیجان (DERS) طراحی شد که دشواری‌های تنظیم هیجان را در شش بعد مورد سنجش قرار می‌دهد؛ عدم پذیرش، اهداف، تکانه، آگاهی، راهبردها و شفافیت. مطالعه‌های مختلف در حوزه اختلال‌های خوردن از این مقیاس استفاده کرده‌اند تا ابعاد پیش‌بین نشانه‌های اختلال خوردن را شناسایی کنند، اما در مورد این ابعاد در پژوهش‌های مختلف توافق وجود ندارد. در مطالعه لاوند و اندرسون ابعاد «عدم پذیرش» همراه با «راهبردها»،

پیش‌بینی‌کننده رفتارهای خوردن آشفته بودند (۱۲)، اما در مطالعه گیانی نی و همکاران ابعاد «عدم پذیرش» همراه با «اهداف» پیش‌بینی‌کننده معنی‌دار رفتار خوردن بیمارگون بودند (۱۳). در مطالعه هان و پیستول زنانی که در شناسایی و پذیرش هیجان‌های خود مشکل داشتند (عدم پذیرش) بیشتر احتمال داشت که به رفتارهای خوردن بیمارگون دست بزنند (۷). در مطالعه کوپر ابعاد «آگاهی» و «اهداف» پیش‌بینی‌کننده‌های معنی‌دار رفتارهای خوردن آشفته بودند (۱۴). در مطالعه ولنبرگ و همکاران فقط بعد «عدم پذیرش» پیش‌بینی‌کننده معنی‌دار نگرش‌های خوردن بیمارگون بود (۸).

از سوی دیگر، برخی پژوهش‌ها با تأکید بر جنبه‌های تکانشی اختلال‌های خوردن (مانند پرخوری افراطی و پاکسازی) از ارتباط تکانشگری با اختلال‌های خوردن حمایت می‌کنند (۱۶ و ۱۵). تکانشگری، مفهومی چند بعدی است که به صورت ارتکاب رفتارهای بدون دوراندیشی و پاسخ‌دهی شتاب‌زده به محرک‌ها تعریف می‌شود که اغلب عواقب نامطلوبی در پی دارد (۱۶). یکی از دیدگاه‌های با نفوذ در مورد تکانشگری، نظریه بارت و همکاران است. آنها با ترکیب اطلاعات چهار دیدگاه مختلف (مدل پزشکی، مدل روان‌شناختی، مدل رفتاری و مدل اجتماعی)، به سه عامل منعکس‌کننده تکانشگری دست یافتند. این ابعاد عبارتند از: تکانشگری توجهی (توانایی تمرکز بر تکالیف و بی‌ثباتی شناختی)، تکانشگری حرکتی (عمل در کسری از ثانیه) و تکانشگری

اختلال خوردن حمایت می‌کنند، اما به پژوهش‌های بیشتری برای بررسی نقش دشواری‌های تنظیم هیجان و تکانشگری در نشانه‌های اختلال خوردن نیاز است. در عین حال، تا آنجا که بررسی پایگاه‌های پژوهشی اینترنتی فارسی و انگلیسی نشان داد تاکنون هیچ پژوهشی به رابطه میان دشواری‌های تنظیم هیجان و تکانشگری در نشانه‌شناسی اختلال‌های خوردن 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 هیجان‌های منفی و ناسازگارانه محسوب می‌شوند (۲۳)، فهم چگونگی نقش و ترکیب دشواری‌های تنظیم هیجان و تکانشگری می‌تواند دستاوردهای مهمی در زمینه آسیب‌شناسی اختلال‌های خوردن، اقدامات پیشگیرانه و مداخلات درمانی داشته باشد.

در تلاش برای تکرار پژوهش‌های گذشته، نخست رابطه بین نشانه‌های اختلال خوردن و دشواری تنظیم هیجان و تکانشگری بررسی می‌شود. فرض می‌شود که افزایش نمره نشانه‌های اختلال خوردن با افزایش نمره کل دشواری‌های تنظیم هیجان و تکانشگری همراه باشد. همچنین به بررسی این موضوع پرداخته می‌شود که کدامیک از ابعاد دشواری‌های تنظیم هیجان و تکانشگری رابطه نیرومندتری با نشانه‌های اختلال خوردن دارند و می‌توانند به طور معنی‌داری نشانه‌های اختلال خوردن را پیش‌بینی نمایند. بنابراین هدف از مطالعه حاضر،

بی‌برنامگی (کنترل خود و پیچیدگی شناختی) (۱۷). تصور می‌شود که رفتارهای تکانشی بدون قضاوت هشیارانه انجام می‌شوند و با عمل بدون برنامه‌ریزی، ناتوانی در تمرکز روی یک تکلیف مشخص و فقدان برنامه‌ریزی کافی مشخص می‌شود (۱۸). براساس ادبیات پژوهشی اختلال‌های خوردن (به خصوص آنهایی که جنبه‌های پرخوری افراطی دارند)، یا تکانشگری مرتبط هستند (۱۹)، اما در عین حال، برخی از پژوهشگران معتقدند تکانشگری صرفاً در گروهی از افراد مبتلا به اختلال خوردن دیده شود و ادعا دارند که تکانشگری یک عامل خطر پایدار برای ایجاد اختلال‌های خوردن نیست (۲۰). همچنین در فراتحلیلی نشان داده شد که رابطه بین تکانشگری و اختلال‌های خوردن معنی‌دار اما ضعیف است (۲۱).

از همین رو است که برخی پژوهشگران ادعا دارند تکانشگری تنها جنبه‌ای از مشکلات تنظیم هیجانی است (۲۲)، اما مطالعه‌های دیگر نشان می‌دهند که تکانشگری به طور مستقل آسیب‌شناسی روانی را پیش‌بینی می‌کند (۲۳). براساس این یافته‌ها، با وجود همپوشی جزئی این دو سازه، مشکلات تنظیم هیجان و تکانشگری نقش مستقلی را در تبیین آسیب‌شناسی روانی ایفا می‌کنند. بنابراین، هم نارسایی تنظیم هیجان و هم تکانشگری می‌توانند به طور مستقل افراد را مستعد ایجاد و یا تداوم آسیب‌شناسی روانی سازند (۲۴).

هرچند یافته‌های اشاره شده در بالا، از رابطه بین نارسایی تنظیم هیجان و تکانشگری و نشانه‌های

بررسی ارتباط بین نشانه‌های اختلال خوردن و دشواری‌های تنظیم هیجان و تکانشگری است.

روش بررسی

پژوهش حاضر از نوع مطالعه توصیفی، هم‌بستگی است. جامعه آماری پژوهش، زنان مراجعه‌کننده به خانه‌های سلامت و باشگاه‌های ورزشی شهر تهران در سال ۱۳۹۴ بودند. حداقل حجم نمونه در پژوهش‌های چند متغیری بر اساس نظر پژوهشگران و متخصصان مختلف از ۱۰۰ نفر تا ۵۰۰ نفر پیشنهاد شده است. با توجه به پژوهش‌های قبلی انجام شده در این حوزه، حجم نمونه ۳۶۰ نفر برآورد شد. از آنجا که امکان تهیه لیست از کل افراد جامعه وجود نداشت از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: سن ۱۸ تا ۵۰ سال، عدم سوء مصرف یا وابستگی به مواد، تمایل برای شرکت در پژوهش و تحصیلات دیپلم به بالا. ملاک‌های خروج از مطالعه عبارت بودند از: یائسگی و بارداری، ابتلا به بیماری‌های شدید روانی تشخیص داده شده تبه وسیله متخصص، ابتلا به بیماری‌هایی نظیر دیابت، فشار خون، تیروئید و سایر بیماری‌های جسمی تأثیرگذار بر وزن و رفتار خوردن، استفاده از دارویی خاص (مانند داروهای کاهنده یا محرک اشتها و داروهای روانگردان). افرادی مسن‌تر از ۵۰ سال و همچنین زنان یائسه از مطالعه کنار گذاشته شدند، چرا که در این مرحله تغییراتی در مقدار یا نوع مواد غذایی مصرفی و همچنین طرز فکر درباره

غذا دیده می‌شود (۲۵). با توجه به این که تمامی شرکت‌کنندگان در این مطالعه زن بودند، جهت حفظ امنیت خاطر آنها، اجرای پرسشنامه‌ها به وسیله همکار خانم صورت گرفت. به شرکت‌کنندگان توضیحات لازم درباره هدف پژوهش و محرمانه بودن اطلاعات آنها ارایه شد. با توجه به لزوم محاسبه شاخص توده بدنی (BMI)، قد و وزن شرکت‌کنندگان از آنها پرسیده شد. چنانچه افراد از قد و وزن خود اطمینان کافی نداشتند با توجه به امکان اندازه‌گیری قد و وزن در محل‌های اجرای پژوهش، قد و وزن آنها اندازه‌گیری شد. ۲۰ پرسشنامه به دلیل ناقص بودن حذف شد و نمونه نهایی به ۳۴۰ زن رسید. میانگین سنی زنان ۲۹/۳۱ و انحراف استاندارد آن ۷/۲۷ بود (دامنه سنی: ۱۸-۴۸). میانگین شاخص توده بدنی (BMI) ۲۳/۹۶ و انحراف استاندارد آن ۵/۰۹ به دست آمد (دامنه BMI: ۱۸-۳۵).

در پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناسی، شرکت‌کنندگان به متغیرهای جمعیت‌شناختی (سن، میزان تحصیلات، وضعیت تأهل، شغل، قد و وزن) و سؤالات مربوط به ملاک‌های ورود و خروج، پاسخ دادند. همچنین در این پرسشنامه شاخص توده بدنی (BMI) به وسیله پژوهشگر و بر اساس اطلاعات وارده به وسیله شرکت‌کنندگان محاسبه و درج شد. شاخص توده بدنی از طریق تقسیم وزن (کیلوگرم) بر مجذور قد (متر) محاسبه می‌شود. شاخص توده بدنی را به صورت وزن طبیعی (BMI = ۱۸/۵۰ - ۲۴/۹۹ کیلوگرم بر مجذور قد)، اضافه وزن (BMI = ۲۵/۰۰ - ۲۹/۹۹ کیلوگرم بر مجذور قد) و

برانگیختگی هیجانی، میزان آگاهی هیجانی، فهم و پذیرش برانگیختگی هیجانی، و ظرفیت کارکرد در زندگی روزانه با وجود حالت هیجانی فرد را اندازه می‌گیرد(۱۱).

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 ماده‌هایی از این قبیل است: «وقتی آشفته‌ام، بخاطر 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 ماده‌هایی است: «وقتی آشفته‌ام، کنترلم را از دست می‌دهم». خرده مقیاس فقدان آگاهی هیجانی(آگاهی، ۶ ماده) شامل چنین ماده‌هایی است: «وقتی آشفته‌ام، هیجاناتم را می‌پذیرم(تأیید 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

چاق ($BMI < 30$ کیلوگرم بر مجذور قد) طبقه‌بندی می‌شود(۲۶).

مقیاس تشخیصی اختلال‌های خوردن(EDDS)^(۱)، یک مقیاس خودگزارشی که از ۲۲ ماده تشکیل شده است و به منظور سنجش علایم خودگزارشی اختلال‌های بی‌اشتهایی روانی(AN)، پراشتهایی روانی(BN) و پرخوری افراطی(BED) براساس ملاک‌های تشخیصی راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی(DSM) مورد استفاده قرار می‌گیرد(۲۷-۲۸). این مقیاس ابزاری مفید برای مقاصد بالینی(سبب‌شناسی، پیشگیری و درمان) و نیز ابزاری مفید برای مقاصد پژوهشی است. می‌توان از نمره کل این مقیاس برای نشان دادن نشانه‌شناسی کلی خوردن بیمارگون استفاده کرد. نمره‌گذاری این مقیاس را می‌توان به صورت دستی یا به شیوه کامپیوتری انجام داد(برای نمره‌گذاری کامپیوتری رجوع کنید به استایس، فیشر، مارتیز(۲۸). این مقیاس به خوبی با مصاحبه‌های روانپزشکی مانند مصاحبه ساختاریافته بالینی براساس(SCID) رقابت می‌کند و ضریب کاپای آزمون - بازآزمون برای تشخیص اختلال خوردن از ۰/۸۰-۰/۹۰ است(۲۸). ضرایب همسانی درونی این مقیاس در ایران، به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۸۲، ۰/۸۳ به دست آمد(۲۹). هم‌چنین همسانی درونی(آلفا) نمره کل این مقیاس در مطالعه حاضر ۰/۷۸ به دست آمد.

مقیاس دشواری‌های تنظیم هیجان(DERS)^(۲): این مقیاس بر اساس مدل یکپارچه تنظیم هیجان(گرتز و رومر) ساخته شده است و توانایی فرد برای تعدیل

1-Eating Disorders Diagnostic Scale
2-Difficulties in Emotion Regulation Scale

خود را روی یک مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای (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، نشان دهنده‌ی دشواری‌های بیشتر در مقوله‌ی تنظیم هیجان‌ات است. مطالعه گراتز و رومر نشان داد که این مقیاس دارای همسانی درونی بالا (کل مقیاس $\alpha=0/93$)، خرده مقیاس عدم پذیرش ($\alpha=0/85$)، خرده مقیاس اهداف ($\alpha=0/89$)، خرده مقیاس تکانه ($\alpha=0/86$)، خرده مقیاس آگاهی ($\alpha=0/80$)، خرده مقیاس راهبردها ($\alpha=0/88$) و خرده مقیاس شفافیت ($\alpha=0/84$) و پایایی آزمون-بازآزمون خوب برای نمرات کلی این مقیاس ($\alpha=0/88$)، و هم‌چنین برای خرده مقیاس‌ها ($\alpha=0/69$) برای عدم پذیرش، $0/69$ برای اهداف، $0/57$ برای تکانه، $0/68$ برای آگاهی، $0/89$ برای راهبردها و $0/80$ برای شفافیت، $p < 0/01$ می‌باشد. این مقیاس از روایی سازه و پیش‌بی کافی برخوردار است (۱۱). در ایران، همسانی درونی بالایی برای کل مقیاس ($\alpha=0/86$) و هم‌چنین برای خرده مقیاس‌ها ($0/75$ برای عدم پذیرش، $0/74$ برای اهداف، $0/76$ برای تکانه، $0/63$ برای آگاهی، $0/74$ برای راهبردها و $0/85$ برای شفافیت) گزارش شد (۳۰). همسانی درونی (آلفا) برای شش خرده مقیاس و نمره کل این مقیاس در مطالعه حاضر عبارت بودند از: $0/92$ برای کل مقیاس، $0/87$ برای عدم پذیرش، $0/81$ برای اهداف، $0/82$ برای

تکانه، $0/63$ برای آگاهی، $0/85$ برای راهبردها و $0/72$ برای شفافیت.

مقیاس تکانشگری بارت (BIS-11)^(۱) از ۳۰ ماده تشکیل شده است که یک نمره کل و سه خرده مقیاس را می‌سازند. خرده مقیاس‌ها عبارتند از: تکانشگری توجهی (شناختی) (۸ ماده)، تکانشگری حرکتی (۱۱ ماده) و بی‌برنامگی (۱۱ ماده). تکانشگری توجهی (شناختی) معرف تحمل پیچیدگی‌ها و مقاومت‌ها در شرایط تصمیم‌گیری بلافاصله است و شامل چنین ماده‌هایی است: «افکار مختلف در ذهنم به سرعت می‌روند و می‌آیند». تکانشگری حرکتی نشانگر عمل بدون فکر و تأمل می‌باشد، شامل چنین ماده‌هایی است: «من کارهایم را بدون فکر انجام می‌دهم»؛ و تکانشگری مبتنی بر بی‌برنامگی، مبین عدم آینده‌نگری در رفتار و اعمال است و شامل چنین ماده‌هایی است: «من در مورد مسایل مختلف به دقت فکر نمی‌کنم» (نمره‌گذاری معکوس). در مورد هر ماده، افراد باید پاسخ خود را روی یک مقیاس لیکرت چهار درجه‌ای (نمره ۱ به معنی به ندرت، هرگز و نمره ۴ به معنی تقریباً همیشه) مشخص کنند. یازده ماده این مقیاس نمره‌گذاری وارونه دارند. می‌توان از جمع خرده مقیاس‌ها به یک نمره کل برای تکانشگری دست یافت. همسانی درونی این مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ($\alpha=0/83$)، خرده مقیاس

1-Barratt Impulsivity Scale

معنی‌دار دارد. نشانه‌های اختلال خوردن بیشترین همبستگی معنی‌دار را با خرده‌مقیاس‌های عدم پذیرش و راهبردها ($p < 0.01$) و پس از آن با خرده‌مقیاس تکانه ($p < 0.01$)، با خرده‌مقیاس تکانشگری توجهی ($p < 0.01$)، با خرده‌مقیاس اهداف ($p < 0.01$)، با خرده‌مقیاس تکانشگری حرکتی ($p < 0.01$)، با خرده‌مقیاس شفافیت ($p < 0.01$) و با خرده‌مقیاس تکانشگری بی‌برنامگی ($p < 0.05$) داشته است. از بین دشواری‌های تنظیم هیجان و تکانشگری، نشانه‌های اختلال خوردن تنها با مقیاس آگاهی رابطه معنی‌داری نداشته است ($p > 0.05$). نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام برای پیش‌بینی نشانه‌های اختلال خوردن از طریق نمره‌های کل دشواری‌های تنظیم هیجان و تکانشگری در جدول ۲ ارائه شده است.

چنان‌که در جدول ۲ مشاهده می‌شود هر دو مقیاس دشواری‌های تنظیم هیجان و تکانشگری قادر به پیش‌بینی معنی‌دار نشانه‌های اختلال خوردن هستند. در گام اول، مقیاس دشواری‌های تنظیم هیجان ($\beta = 0.37, p < 0.001$)، درصد از واریانس نشانه‌های خوردن را تبیین کرده است. در گام دوم، مقیاس تکانشگری ($\beta = 0.12, p < 0.05$) نیز به مدل اضافه شده و واریانس تبیین شده نشانه‌های اختلال خوردن را به ۱۴/۹ درصد رسانده است.

ابعاد پیش‌بین دشواری‌های تنظیم هیجان و تکانشگری به طور جداگانه در جداول ۳ و ۴ به نمایش درآمده‌اند. چنان‌که در جدول ۳ مشاهده می‌شود از میان شش دشواری تنظیم هیجان ابعاد عدم پذیرش و

توجهی ($\alpha = 0.74$)، خرده‌مقیاس حرکتی ($\alpha = 0.74$) و برای خرده‌مقیاس بی‌برنامگی ($\alpha = 0.73$) بالا گزارش شده است. همچنین این مقیاس با سایر پرسشنامه‌های خودگزارشی تکانشگری مانند مقیاس هیجانی طلبی زاکرمن، مقیاس تکانشگری آیزنک و مقیاس بازداری و فعالی‌سازی رفتاری همبستگی خوبی دارد (۱۷). 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 شد (۳۱). همسانی درونی (آلفا) برای سه خرده‌مقیاس و نمره کل این مقیاس در مطالعه حاضر عبارتند بودند از: آلفای کرونباخ ۰/۸۳ برای کل مقیاس، ۰/۶۴ برای خرده‌مقیاس توجهی، ۰/۷۲ برای خرده‌مقیاس حرکتی و ۰/۶۳ برای خرده‌مقیاس بی‌برنامگی.

داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS و آزمون‌های آماری ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه (به شیوه گام به گام) تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها

در جدول ۱ میانگین، انحراف معیار و همبستگی بین متغیرهای پژوهش (دشواری‌های تنظیم هیجان و تکانشگری) در گروه نمونه به نمایش درآمده است.

چنان‌که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، نشانه‌های اختلال خوردن با نمره‌های کل دشواری‌های تنظیم هیجان و تکانشگری رابطه مثبت

پیش‌بینی نشانه‌های اختلال خوردن به وسیله ابعاد تکانشگری در جدول ۴ به نمایش درآمده است. چنانکه در جدول ۴ مشاهده می‌شود از میان سه خرده مقیاس تکانشگری فقط تکانشگری توجهی قادر به پیش‌بینی معنی‌دار نشانه‌های اختلال خوردن است. بعد تکانشگری توجهی ($\beta=0/30, p<0/0001$) ۹/۲ درصد از واریانس نشانه‌های خوردن را تبیین کرده است. سایر خرده مقیاس‌های تکانشگری با آن که با نشانه‌های اختلال خوردن رابطه داشتند (جدول ۱)، پیش‌بینی کننده معنی‌داری برای آن نبودند.

راهبردها طی دو گام قادر به پیش‌بینی معنی‌دار نشانه‌های اختلال خوردن هستند. در گام اول، بعد عدم پذیرش ($\beta=0/25, p<0/0001$) ۱۲/۵ درصد از واریانس نشانه‌های خوردن را تبیین کرده است. در گام دوم، بعد راهبردها ($\beta=0/14, p<0/01$) به مدل اضافه شده و واریانس تبیین‌شده نشانه‌های اختلال خوردن را به ۱۵ درصد رسانده که از این مقدار، ۲/۵ درصد سهم انحصاری و افزوده خرده مقیاس راهبردها بوده است. سایر خرده مقیاس‌های دشواری تنظیم هیجان (به جز آگاهی) با آنکه با نشانه‌های اختلال خوردن رابطه داشتند (جدول ۱)، پیش‌بینی کننده معنی‌داری برای آن نبودند.

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار و ضرایب همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲
نشانه‌های اختلال خوردن	-											
DERS-T	0/27**	-										
عدم پذیرش	0/25**	0/80**	-									
اهداف	0/28**	0/76**	0/55**	-								
تکانه	0/32**	0/82**	0/57**	0/68**	-							
آگاهی	0/05	0/25**	0/07	-0/09	-0/01	-						
راهبردها	0/35**	0/89**	0/65**	0/71**	0/73**	0/03	-					
شفافیت	0/16**	0/57**	0/32**	0/20**	0/34**	0/32**	0/37**	-				
BIS-T	0/26**	0/45**	0/28**	0/26**	0/28**	0/23**	0/37**	0/40**	-			
تکانشگری توجهی	0/30**	0/51**	0/36**	0/41**	0/41**	0/13**	0/46**	0/36**	0/78**	-		
تکانشگری حرکتی	0/24**	0/34**	0/22**	0/14**	0/27**	0/19**	0/27**	0/35**	0/87**	0/58**	-	
تکانشگری بی برنامه‌ی	0/12*	0/29**	0/12*	0/14**	0/27**	0/23**	0/21**	0/29**	0/81**	0/43**	0/54**	-
میانگین	23/26	87/32	12/92	14/12	14/74	15/54	18/52	10/47	59/82	16/40	18/71	24/72
انحراف معیار	12/79	20/05	5/46	4/18	4/88	2/71	6/22	2/54	10/44	3/65	4/51	4/52

**P<0/01 *P<0/05

جدول ۲: نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام برای پیش‌بینی نشانه‌های اختلال خوردن از طریق نمره‌های کل دشواری‌های تنظیم هیجان و تکانشگری

گام	متغیرهای پیش‌بین	R ²	R ² تعدیل شده	b	SE	β	t	سطح معنی داری
۱	نمره کل دشواری‌های تنظیم هیجان	۰/۱۳۸	۰/۱۳۵	-۰/۲۳۷	۰/۰۳۲	۰/۳۷	۷/۳۶	۰/۰۰۰۱
۲	نمره کل دشواری‌های تنظیم هیجان			-۰/۲۰۳	۰/۰۳۶	۰/۳۲	۵/۶۴	۰/۰۰۰۱
	نمره کل تکانشگری	۰/۱۴۹	۰/۱۴۴	-۰/۱۴۶	۰/۰۶۹	۰/۱۲	۲/۱۲	۰/۰۳۵

جدول ۳: نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام برای پیش‌بینی نشانه‌های اختلال خوردن از طریق دشواری‌های تنظیم هیجان

گام	متغیرهای پیش‌بین	R ²	R ² تعدیل شده	b	SE	β	t	سطح معنی داری
۱	عدم پذیرش	۰/۱۲۵	۰/۱۲۲	-۰/۸۲۸	۰/۱۱۹	۰/۳۵۴	۶/۹۵	۰/۰۰۰۱
	عدم پذیرش			-۰/۵۰۹	۰/۱۵۵	۰/۲۱۷	۳/۲۷	۰/۰۰۱
۲	راهبردها	۰/۱۵۰	۰/۱۴۵	-۰/۴۲۹	۰/۱۳۶	۰/۲۰۹	۳/۱۷	۰/۰۰۲

جدول ۴: نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام برای پیش‌بینی نشانه‌های اختلال خوردن از طریق تکانشگری

گام	متغیرهای پیش‌بین	R ²	R ² تعدیل شده	b	SE	β	t	سطح معنی داری
۱	تکانشگری توجهی	۰/۰۹۲	۰/۰۹۰	۱/۰۶۷	۰/۱۸۲	۰/۳۰۴	۵/۸۶	۰/۰۰۰۱

بحث

تکانه، راهبردها و شفافیت) و خرده مقیاس‌های تکانشگری(توجهی، حرکتی و بی‌برنامگی) با نشانه‌های اختلال خوردن در زنان رابطه معنی‌دار دارند. به‌صورت جزئی‌تر نتایج مطالعه حاضر نشان داد که از میان دشواری‌های تنظیم هیجان به ترتیب عدم پذیرش، راهبردها، تکانه، اهداف و شفافیت بیشترین رابطه را با نشانه‌های اختلال خوردن دارند. ارتباط معنی‌دار بین دشواری‌های تنظیم هیجان و ابعاد آن با نشانه‌شناسی اختلال خوردن با نتایج سایر پژوهش‌ها همسو است(۱۵ و ۱۰). نکته قابل توجه همبستگی بعد

اختلال‌های خوردن آسیب معناداری به سلامت جسمانی و روانی می‌رسانند. بار مالی سنگین، پیامدهای ناگوار و درمان دشوار، شناسایی عوامل تأثیرگذار در پدیدایی و تداوم این اختلال‌ها را ضروری می‌سازد. هدف از مطالعه حاضر تعیین رابطه دشواری‌های تنظیم هیجان و تکانشگری با نشانه‌های اختلال خوردن بود. نتایج نشان داد که به جز خرده مقیاس آگاهی، سایر دشواری‌های تنظیم هیجانی(عدم پذیرش، اهداف،

آگاهی با سایر ابعاد دشواری‌های تنظیم هیجان و نشانه‌های اختلال خوردن است. این بعد همبستگی معنی‌داری با نشانه‌شناسی اختلال خوردن و سایر ابعاد دشواری‌های تنظیم هیجان (بجز بعد شفافیت) ندارد. این یافته در مطالعه‌های دیگر نیز به دست آمده است (۳۲ و ۱۴). درحالی که مقیاس دشواری‌های تنظیم هیجان بنا دارد ابعاد تنظیم هیجان را بسنجد و از این رو باید بین ابعاد همبستگی وجود داشته باشد (۳۲) بر همین اساس کوپر و همکاران پیشنهاد بررسی بیشتر ساختار عاملی DERS و روایی و اعتبار آن را در ارتباط با خوردن بیمارگون مطرح کرده‌اند (۱۴).

در مورد تکانشگری، نتایج نشان داد که هر سه بعد تکانشگری با نشانه‌های اختلال خوردن رابطه مثبت معنی‌دار دارند، هرچند ارتباط تکانشگری توجهی و حرکتی با نشانه‌های اختلال خوردن نیرومندتر بود. این یافته‌ها همسو با مطالعاتی هستند که نشان می‌دهند نمره بالا در این ابعاد با نشانه‌شناسی اختلال‌های خوردن مرتبط است (۳۳).

دشواری‌های تنظیم هیجان و تکانشگری هر دو پیش‌بینی‌کننده معنی‌دار نشانه‌های اختلال خوردن می‌باشند. دشواری‌های تنظیم هیجان یک عامل فراتشخیصی برای اختلال‌های خوردن گوناگون در نظر گرفته می‌شود (۱۰). بر این اساس، به نظر می‌رسد دشواری در فهم، پذیرش و تنظیم هیجان‌ات به طور کلی یکی از عوامل زیربنایی خوردن بیمارگون باشد و ممکن است که اختلال‌های خوردن مختلف از لحاظ نوع راهبرد ناکارآمد مورد استفاده برای مقابله با

سطوح شدید هیجان‌ات منفی با یکدیگر متفاوت باشند. در واقع به نظر می‌رسد در پراشتهایی روانی و پرخوری افراطی، خلق منفی از طریق رفتار خوردن بیمارگون مانند پرخوری و یا پاکسازی تنظیم شود (۳۴)، در حالی که در بی‌اشتهایی روانی، ورزش مفرط و رژیم هستند که به عنوان راهبرد تنظیم هیجان عمل می‌کنند (۳۵).

حضور سازه تکانشگری در مدل رگرسیون نشانه‌های اختلال خوردن از این دیدگاه حمایت می‌کند که تکانشگری به طور مستقل توان پیش‌بینی این اختلال‌ها را دارد (۲۳). تکانشگری می‌تواند توجیه‌کننده مشکلات مبتلایان به اختلال‌های خوردن در به تأخیر انداختن نیازها و بازداری رفتارها باشد. به طوری که این افراد توانایی بازداری رفتارهای اجباری خود را ندارند. در واقع از آنجا که این افراد عواطف منفی زیادی را تجربه می‌کنند، رفتارهای تکانشی می‌تواند راهی برای کاهش عواطف منفی باشد. به ویژه افرادی که اقدام به پرخوری افراطی و پاکسازی می‌کنند، با ارتکاب این رفتارها با عواطف منفی خود مقابله می‌کنند. این رفتارها از طریق تقویت منفی در آینده نیز ادامه می‌یابند، چرا که فرد را از منبع اصلی ناراحتی منحرف کرده و تجربه مثبت اما کوتاه مدتی را برای وی رقم می‌زنند.

هدف دوم مطالعه حاضر بررسی نقش پیش‌بینی‌کننده ابعاد دشواری تنظیم هیجان و تکانشگری در نشانه‌شناسی اختلال‌های خوردن بود. دو بعد عدم پذیرش و راهبردها پیش‌بینی‌کننده

ناخواسته یا منفی را تنظیم کنند. نقش معنی‌دار بعد راهبردها در مطالعه حاضر از این فرض حمایت می‌کند و نشان می‌دهد کسانی که از راهبردهای تنظیم هیجان انطباقی کمتری برخوردارند، بیشتر احتمال دارد که در تلاش برای تعدیل یا گریز از حالت عاطفی ناخوشایند و آزارنده دست به رفتارهای خوردن بیمارگون بزنند. تبیین احتمالی دیگر برای این یافته این است که افرادی که رفتارهای خوردن بیمارگون دارند، هیجان‌ات شدیدتر و دیرپاتری را تجربه می‌کنند که تعدیل آنها دشوارتر است (۱۵). در مورد ابعاد تکانشگری، تکانشگری توجهی پیش‌بینی‌کننده معنی‌دار اختلال‌های خوردن است. این نتیجه با یافته‌های پیشین همسو است (۳۶). این بعد توجه و ثبات شناختی را می‌سنجد. گزینه‌های این خرده‌مقیاس حواس پرتی، مشکلات توجه و آگاهی از فعالیت‌های شناختی غیرقابل کنترل و مزاحم را منعکس می‌کنند (۱۷). این حالت در حوزه اختلال‌های خوردن می‌تواند به افکار مزاحم این افراد درباره غذا، شکل و وزن بدن اشاره داشته باشد که مبتلایان از بارداری آنها ناتوانند (۳۷). از سوی دیگر ممکن است تکانشگری توجهی احتمال تخصیص توجه به محرک‌های غذایی پرکالری را افزایش دهد (۳۸). مطالعه حاضر محدودیت‌هایی نیز داشت. نخست، ابزارهای مورد استفاده از نوع خودگزارشی بودند که نسبت به مصاحبه‌های ساختاریافته مطلوبیت کمتری دارند. در ابزارهای خودگزارشی باید بر گزارش‌های افراد تکیه کرد بدون این که منبع دیگری برای تضمین اطلاعات

معنی‌دار نشانه‌های اختلال خوردن بودند. در مطالعه دیگری نیز این دو بعد پیش‌بینی‌کننده رفتارهای خوردن آشفته بودند (۱۲). هرچند بعد عدم پذیرش در مطالعه‌های دیگری نیز به تنهایی یا همراه با ابعاد دیگر پیش‌بینی‌کننده رفتارهای خوردن آشفته بوده است (۱۳ و ۸، ۷). بعد «عدم پذیرش»، حکایت از ناتوانی فرد در پذیرش پاسخ‌های هیجانی دارد (مثلاً وقتی آشفته‌ام، بخاطر چنین احساسی خجالت می‌کشم) و پاسخ‌های هیجانی ثانویه به دنبال تجربه یک حالت هیجانی منفی یا ناخواسته را می‌سنجد. در محیطی که تجربه هیجان‌ات منفی مورد قبول نیست، افراد در سیر تحول خود یاد می‌گیرند که تجربه این هیجان‌ات، خلاف آموزه‌های درونی شده است و در نتیجه از پذیرش آنها اجتناب می‌کنند. در چنین شرایطی وقتی هیجان‌ات منفی به سراغ آنها می‌آید، با هیجان‌ات ثانویه مانند شرم، گناه یا خشم واکنش نشان می‌دهند. این واکنش هیجانی منفی به تجربه‌های هیجانی اولیه فرد را در خطر بیشتری برای ارتکاب رفتارهای ناسازگارانه قرار می‌دهد تا با استفاده از آنها بتواند با حالات هیجانی اولیه و ثانویه خود مقابله کند. بعد دوم که به طور معنی‌داری خوردن بیمارگون را پیش‌بینی کرد خرده‌مقیاس «راهبردها» بود. پژوهش‌های پیشین دریافته‌اند که این بعد یک پیش‌بینی‌کننده معنی‌دار خوردن بیمارگون است (۱۵ و ۱۲). مدل‌های تنظیم عاطفه خوردن بیمارگون پیشنهاد می‌کنند که افراد مرتکب رفتارهای معینی می‌شوند (یعنی پرخوری، پاک‌سازی، ورزش افراطی، روزه‌داری) تا هیجان‌ات

می‌آورد. می‌توان از این یافته‌ها به منظور تشخیص زودهنگام و پیشگیری از بروز اختلال‌های خوردن و همچنین طراحی محتوای درمان این اختلال‌ها بهره گرفت. با توجه به نقش مشکلات تنظیم هیجان و تکانشگری در اختلال‌های خوردن، می‌توان پرداختن به دشواری‌های تنظیم هیجان و آموزش مهارت‌های تنظیم سازگاران هیجانی را نیز در درمان این اختلال‌ها گنجانند. شباهت‌های فراتشخیصی میان اختلال‌های خوردن گوناگون این امکان را فراهم می‌آورد که مداخلات مبتنی بر تنظیم هیجان و مقابله با تکانه‌ها برای تمامی طیف اختلال خوردن قابل کاربرد باشد.

تقدیر و تشکر

از همه عزیزانی که در اجرای این پژوهش با ما همکاری کردند، صمیمانه سپاسگذاریم.

وجود داشته باشد. ماهیت مقطعی طرح مطالعه یکی دیگر از محدودیت‌های پژوهش حاضر است که مانع از تبیین علی یافته‌ها می‌شود. همچنین با توجه به اجرای مطالعه روی زنان، تفسیر نتایج مطالعه حاضر محدود به زنان است. به نظر می‌رسد لازم است در مطالعه‌های آینده با استفاده از روش‌های مبتنی بر علوم اعصاب به زیربنای زیستی و عصبی ارتباط تنظیم هیجان، تکانشگری و اختلال‌های خوردن پرداخته شود. همچنین می‌توان ارتباط دشواری‌های تنظیم هیجان و تکانشگری را در نمونه بالینی بررسی و به مقایسه افراد مبتلا به اختلال‌های خوردن مختلف (بی‌اشتهایی روانی، پراشتهایی روانی و اختلال پرخوری افراطی) پرداخت. از آنجا که دشواری‌های تنظیم هیجان و تکانشگری پیش‌بینی‌کننده عواقب منفی برای مبتلایان به اختلال‌های خوردن هستند، این افراد پیش‌آگهی ضعیف‌تری دارند و به توجه درمانی بیشتری نیاز دارند. در نتیجه پیشنهاد می‌شود که درمانگران وجود و تعداد رفتارهای تکانشی و دشواری‌های تنظیم هیجانی را به دقت بسنجند تا درمان مناسب‌تری برای مبتلایان به اختلال‌های خوردن فراهم آورند که در آن به این ابعاد نیز پرداخته شود.

نتیجه‌گیری

در مجموع، مطالعه حاضر شواهدی را در حمایت از نقش مؤثر و مستقل دشواری‌های تنظیم هیجان و تکانشگری در اختلال‌های خوردن فراهم

REFERENCES

1. American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. American Psychiatric Publishing: Arlington; 2013;
2. Frank GW. What causes eating disorders, and what do they cause?. *Biological Psychiatry* 2015; 77: 602–3.
3. Hoek H, Van Hoeken D. Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *Int J Eat Disord* 2003; 34: 383–96.
4. Sira N, Pawlak R. Prevalence of overweight and obesity, and dieting attitudes among Caucasian and African American college students in eastern North Carolina: Across-sectional survey. *Journal of Nutrition Research and Practice* 2010; 4(1): 36–42.
5. Suokas JT, Suvisaari JM, Grainger M, Raevuori A, Gissler M, Haukka J. Suicide attempts and mortality in eating disorders: A follow-up study of eating disorder patients. *General Hospital Psychiatry* 2014; 36(3): 355-7.
6. Striegel-Moore RH, Bulik CM. Risk factors for eating disorders. *American Psychologist* 2007; 62(3): 181-98.
7. Han S, Pistole MC. College student binge eating: Insecure attachment and emotion regulation. *Journal of College Student Development* 2014; 55(1): 16–29.
8. Wollenberg G, Shriver LH, Gates GE. Comparison of disordered eating symptoms and emotion regulation difficulties between female college athletes and non-athletes. *Eating Behaviors* 2015; 18: 1–6.
9. Bargh JA, Williams LE. On the nonconscious of emotion regulation. In J Gross, *Handbook of emotion regulation*. New York: Guilford Press; 2007; 429-45.
10. Brockmeyer T, Skunde M, Wu M, Bresslein E, Rudofsky G, Herzog W, et al. Difficulties in emotion regulation across the spectrum of eating disorders. *Compr Psychiatry* 2014; 55: 565–71.
11. Gratz KL, Roemer L. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: development, factor structure, and initial validation of Difficulties in Emotion Regulation Scale. *J Psychol Behav Assess* 2004; 26: 41–53.
12. Lavender JM, Anderson DA. Contribution of emotion regulation difficulties to disordered eating and body dissatisfaction in college men. *International Journal of Eating Disorders*, 2010; 43(4): 352–7.
13. Gianini LM, White MA, Masheb RM. Eating pathology, emotion regulation, and emotional overeating in obese adults with binge eating disorder. *Eating Behaviors* 2013; 14: 309-13.
14. Cooper JL, O'shea AE, Atkinson ML, Wade TD. Examination of the difficulties in emotion regulation scale and its relation to disordered eating in a young female sample. *International Journal of Eating Disorders* 2014; 47(6): 630–9.
15. 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?. *Eating Behaviors* 2007; 8: 162–9.
16. Moeller GF, Barratt ES, Dougherty DM, Schmitz JM, Swann AC. Psychiatric aspects of impulsivity. *American Journal of Psychiatry* 2007; 158: 1783e93.
17. 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(5): 385-95.
18. Moeller FG, Barratt ES, Dougherty DM, Schmitz JM, Swann AC. Psychiatric aspects of impulsivity. *American Journal of Psychiatry* 2001; 158: 1783–93.
19. Waxman SE. A systematic review of impulsivity in eating disorders. *Eur Eat Disord Rev* 2009; 17(6): 408-25.
20. Jacobi C, Hayward C, de Swaan M, Kraemer HC, Agras WS. Coming to terms with risk factors for eating disorders: Application of risk terminology and suggestions for a general taxonomy. *Psychological Bulletin* 2004; 130: 19–65.
21. Stice E. Risk and maintenance factors for eating pathology: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin* 2002; 128: 825–48.
22. Sebastian A, Jacob G, Lieb K, Tüscher O. Impulsivity in borderline personality disorder: A matter of disturbed impulse control or a facet of emotional dysregulation?. *Current Psychiatry Reports* 2013; 15(2): 339.
23. Velotti P, Garofalo C, Petrocchi C, Cavallo F, Popolo R, Dimaggio, G. Alexithymia, emotion dysregulation, impulsivity and aggression: A multiple mediation model. *Psychiatry Research* 2016; 237: 296-303.

24. Schreiber LRN, Grant JE, Odlaug BL. Emotion regulation and impulsivity in young adults. *Journal of Psychiatric Research* 2012; 46: 651-58.
25. Elsner RJF. Changes in eating behavior during the aging process. *Eat. Behav.* 2003; 3: 15-43.
26. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Geneva: World Health Organization. 2000.
27. Stice E, Telch CF. Development and Validation of the Eating Diagnostic Scale: A Brief Self-Report Measure of Anorexia, Bulimia, and Bing-Eating Disorder. *Psychol Assess.* 2000; 12(2): 123-31.
28. Stice E, Fisher M, Martinez E. Eating disorder diagnostic scale: Additional evidence of reliability and validity. *Psychol Assess.* 2004; 16(1): 60-71.
29. Khabir L, Mohammadi N, Rahimi CH. The Validation of Eating Disorder Diagnostic Scale (EDDS), *Journal of Kermanshah University of Medical Sciences.* 2014; 18(2): 100-107. [Farsi]
30. 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(2): 124-35. [Farsi]
31. Ekhtiari H, Safaei H, Esmaeeli Djavid Gh, 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(3): 326-36. [Farsi]
32. Bardeen JR, Fergus TA, Orcutt HK. An examination of the latent structure of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *J Psychopathol Behav Assess.* 2012; 34: 382-392.
33. Meule A, Platte P. Facets of impulsivity interactively predict body fat and binge eating in young women. *Appetite.* 2015; 87: 352-357.
34. Hilbert A, Tuschen-Caffier B. Maintenance of binge eating through negative mood: a naturalistic comparison of binge eating disorder and bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders.* 2007; 40: 521-530.
35. Penas-Lledo E, Vaz Leal FJ, Waller G. Excessive exercise in anorexia nervosa and bulimia nervosa: relation to eating characteristics and general psychopathology. *International Journal of Eating Disorders.* 2002; 31: 370-375.
36. Rosval L, Steiger H, Bruce K, Israel M, Richardson J, Aubut M. Impulsivity in women with eating disorders: Problem of response inhibition, planning, or attention? *International Journal of Eating Disorders.* 2006; 39: 590-593.
37. Gowers SG, Green L. *Eating disorders: cognitive behaviour therapy with children and young people.* 1st ed. London: Routledge; 2009.
38. Hou R, Mogg K, Bradley BP, Moss-Morris R, Peveler R, & Roefs A. External eating, impulsivity and attentional bias to food cues. *Appetite,* 2011; 56: 424-427.

Complications of Emotional Regulation and Impulsivity in Symptoms of Eating Disorders

Kachooei M^{1*}, Fathi-Ashtiani A²

¹Lifestyle Research Center, Tehran Medical Sciences Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran,
²Behavioral Sciences Research Center, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Received: 22 Nov 2015 Accepted: 20 Feb 2016

Abstract

Background & aim: Eating disorders (EDs) are severe mental disorders which typically occur during young adulthood and are associated with high mortality. On the other hand, the prevalence of EDs has increased in recent years. Accordingly, identifying the predisposing factors of EDs is essential, which can be taken into account in developing interventional programs. The aim of the present research was to investigate the relationship of difficulties in emotion regulation and impulsivity with eating disorder symptoms.

Method: The research method used in the present study was correlation. A total number of 340 women from Tehran general population in 2015 participated in the study by convenient sampling method. The research instruments were Eating Disorders Diagnostic Scale (EDDS), Difficulties in Emotion Regulation (DERS), and Barratt Impulsivity Scale (BIS-11). Data was analyzed using Pearson Correlational Analysis and multiple regression analysis.

Results: Findings of the present study revealed that relationship of eating disorder symptoms with total scores of difficulties in emotion regulation ($P < 0.01$) and impulsivity ($P < 0.01$) were significant. Also there are significant relationship between most subscales of difficulties in emotion regulation including Non-acceptance ($P < 0.01$), goals ($P < 0.01$), Impulse ($P < 0.01$), strategies ($P < 0.01$), and clarity ($P < 0.01$) with eating disorder symptoms. In the other hand, attentional impulsivity ($P < 0.01$), motor impulsivity ($P < 0.01$), and non-planning impulsivity ($P < 0.05$) have significant relationship with eating disorder symptoms. The results of multiple regression analysis indicated that both constructs of difficulties in emotion regulation and impulsivity are significant predictors of eating disorder symptoms. In terms of subscales, stepwise regression analysis also indicated that non-acceptance of negative emotions, limited access to effective emotion regulation strategies and attentional impulsivity can predict the eating disorder symptoms.

Conclusion: Overall, according to the results of the present study, it can be concluded that emotion regulation difficulties and impulsivity play a significant role in the etiology and maintenance of disordered eating. Therefore it can be useful to focus on these factors in prevention and treatment of eating disorders. It means that patients with eating disorders require a therapy that addresses adaptive emotion regulation skills and control of impulsive responding. Future studies can explore effectiveness of different emotion regulation & impulse control skills in reducing symptoms.

Key words: Eating Disorder, Difficulties in Emotion Regulation, Impulsivity

Corresponding author: Mohsen Kachooei, Department of Clinical Psychology, Tehran Medical Sciences Branch, Islamic Azad University Tehran, Iran

Email: kachooei.m@gmail.com

Please cite this article as follows:

Kachooei M, Fathi-Ashtiani A. Complications of Emotional Regulation and Impulsivity in Symptoms of Eating Disorders. *Armaghane-danesh* 2016; 20 (12): 1070-1085.