Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry
Vol. 1/ No. 3/ Winter 2015
Page: 63-76

The role of anxiety and alexithymia in predicting disordered eating behaviors among students:implication for health promotion

Mohammad Reza Khodabakhsh[1], Fariba kiani[2]
1- PhD in Psychology, Young Researchers & Elite Club, Mashhad Branch, Islamic Azad University, Mashhad, Iran **(Correspondence)**, Email: khodabakhsh@ut.ac.ir
2- PhD in Psychology, Young Researchers & Elite Club, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran

Abstract

Introduction: Disordered eating behaviors due to their relationship with adverse physical and psychological outcomes have become a main concern in public health. The previous studies have shown anxious mood and alexithymia are related with adverse medical and psychological disorders including gastrointestinal disorders and eating disorders.

Objective: The aim of this study was to investigate the role of anxiety and alexithymia in predicting disordered eating behaviors among student.

Method: This cross-sectional study was conducted on 477 student of Allameh Tabataba'i University who was selected by multiple cluster sampling. Participants responded to the questionnaires of demographic characteristics, anxiety of Costello and Comrey (1967), Twenty-item Toronto Alexithymia and disordered eating behaviors of Garner and colleagues (1982). Data were analyzed using Pearson correlation coefficient and stepwise regression.

Results: Results showed that there was significant internal correlation among anxiety, alexithymia and disordered eating behaviors ($p<0.01$). Also, stepwise regression analysis indicated that anxiety and alexithymia significantly predicted, respectively, 40% and 29% of the variance of disordered eating behaviors ($p<0.01$).

Conclusion: This study results suggest the importance of anxiety and alexithymia in predicting disordered eating behaviors and these factors can explain the high degree of variance of this behaviors.

Key words: Alexithymia, Anxiety, Eating behavior, Students

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1393.1.3.5.4]

مجله روانشناسی و روان پزشکی شناخت
سال اول، شماره ۳، زمستان/۱۳۹۳
صفحات: ۷۶-۶۳

نقش اضطراب و ناگویی خلقی در پیش بینی رفتارهای خوردن آشفته در میان دانشجویان: تلویحاتی برای ارتقاء سلامت

محمدرضا خدابخش[۱]، فریبا کیانی[۲]

۱- دکتری روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد مشهد، باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان، مشهد، ایران (مولف مسئول)
(ایمیل khodabakhsh@ut.ac.ir)

۲-دکتری روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد شهرکرد، باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان، شهرکرد، ایران

چکیده

مقدمه: رفتارهای خوردن آشفته به دلیل رابطه‌اش با پیامدهای روانشناختی و بدنی نامطلوب به یک نگرانی عمده در زمینه بهداشت عمومی تبدیل شده است. تحقیقات گذشته نشان داده‌اند خلق مضطرب و ناگویی خلقی با اختلالات روانشناختی و پزشکی نامطلوبی چون اختلالات معده‌ای- روده‌ای واختلالات خوردن رابطه دارند.

هدف: هدف از پژوهش حاضر، بررسی نقش اضطراب و ناگویی خلقی در پیش بینی رفتارهای خوردن آشفته در میان دانشجویان بود.

روش: این مطالعه مقطعی بر روی ۴۷۷ نفر از دانشجویان دانشگاه علامه طباطبائی که به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب شدند، انجام گردید. شرکت‌کنندگان به پرسشنامه‌های خصوصیات دموگرافی، اضطراب از کاستلو کامری (۱۹۶۷)، ناگویی خلقی تورنتو (**TAS-20**) و رفتارهای خوردن آشفته از گرنر و همکاران (۱۹۸۲) پاسخ دادند. داده‌ها با استفاده از محاسبه ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون گام به گام تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که بین اضطراب، ناگویی خلقی و رفتارهای خوردن آشفته همبستگی درونی معنی‌داری وجود دارد (P<۰/۰۱). همچنین، نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام نشان داد که متغیرهای اضطراب و ناگویی خلقی به ترتیب ۴۰٪ و ۲۹٪ از واریانس رفتارهای خوردن آشفته را بطور معنی‌داری پیش‌بینی کردند (P<۰/۰۱).

نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش حاضر حاکی از اهمیت اضطراب و ناگویی خلقی در پیش بینی رفتارهای خوردن آشفته می-باشد و این عوامل می‌توانند میزان بالایی از واریانس رفتارهای خوردن آشفته را تبیین نمایند.

کلید واژه: اضطراب، ناگویی خلقی، رفتارهای خوردن آشفته، دانشجویان.

[دریافت مقاله: پذیرش مقاله:]

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1393.1.3.5.4]

مقدمه

خوردن سالم بالقوه می‌تواند خطر شرایط نامطلوبی چون بیماری کرونر قلبی[1]، سکته[2]، فشارخون[3]، سرطان[4]، دیابت و آسم[5] را کاهش دهد (شفرد[6] و همکاران، ۲۰۰۶). مطالعه علمی اختلالات خوردن[7] به نسبت حوزه‌ی جدیدی است که در دهه‌ی ۱۹۶۰ آغاز شد و تحقیقات گسترده‌ای تاکنون بر روی آن انجام شده است (هادسون[8] و همکاران، ۲۰۰۷). اختلالات خوردن بیماریهای جدی هستند که پایداری هیجانی، قضاوت و کارکرد شناختی را مختل می‌کنند و فعالیتهای زندگی افراد مبتلا را محدود می‌کنند (کلامپ[9] و همکاران، ۲۰۰۹). این چنین اختلالاتی تاثیرات جدی بر کیفیت زندگی افراد دارند و می‌توانند به طور جدی بهزیستی روان شناختی، اجتماعی و فیزیکی آنها را تحت تاثیر قرار دهند (لئونگ[10] و همکاران، ۲۰۱۳). شناسایی عواملی که در حفظ و ایجاد رفتارهای خوردن آشفته سهیم هستند به کانون تلاش‌های تحقیقی در سالهای اخیر تبدیل شده است (براون[11] و همکاران، ۲۰۱۲). تحقیقات نشان می‌دهد شیوع رفتارهای خوردن آشفته در حال افزایش است و حتی فراتر از شیوع ثبت شده برای اختلالات خوردن بویژه در میان افراد جوان و بالاخص زنان جوان است (وایت[12] و همکاران، ۲۰۱۱). بی‌اشتهایی عصبی[13] و پراشتهایی عصبی[14] حدود ۰/۳٪ تا ۱٪ از زنان را مبتلا می‌کند و میزان شیوع بیشتری در زنان سنین بین ۱۵ تا ۲۴ سال دارد (هوئک[15]، ۲۰۰۶). مطالعات همبسته‌ها و پیش‌بینی‌کننده‌های گوناگونی را برای رفتارهای خوردن آشفته از ژنتیک تا پویایی‌های خانواده و ارزشهای فرهنگی را شناسایی کرده‌اند (کولیر و ترشر[16]، ۲۰۰۴). در سالهای اخیر محققان بر نیاز به فهم بهتر اثرات عوامل مرتبط با هیجان بر رفتارهای خوردن آشفته تاکید می‌کنند (سیم و زمان[17]، ۲۰۰۵). حجم عظیمی از تحقیقات تجربی پیشنهاد می‌کنند عواطف منفی (اضطراب) عامل مهمی در ارتباط با آسیب شناسی اختلالات خوردن است. برای مثال شواهد مبتنی بر مطالعات جمعیت و تحقیقاتی که از نمونه‌های بالینی استفاده می‌کنند، پیشنهاد می‌کنند اختلالات خلقی و اضطرابی به طور متداول با اختلالات خوردن به طور همزمان روی می‌دهند (هادسون و همکاران، ۲۰۰۷). تحقیقات دیگر نشان داد اضطراب در یکی از پیش-بینی‌کننده‌های پایدار رفتارهای خوردن آشفته است (استوبر و اوتو[18]، ۲۰۰۶). اضطراب رابطه‌ی قوی با اختلالات خوردن و رفتارهای خوردن آشفته که شامل محدودیتهای تغذیه‌ای و پرخوری است، دارد (فیتزسیمون و باردون کان[19]، ۲۰۱۱). برای مثال اختلالات اضطرابی در افرادی با اختلالات خوردن در مقایسه با نمونه‌های جامعه بسیار شایع هستند (اسوینبورن و تویز[20]، ۲۰۰۷). برخی از اختلالات اضطرابی برای مثال اختلال اضطراب تعمیم یافته[21] و فوبی اجتماعی[22] با همه‌ی اشکال آسیب شناسی اختلالات خوردن رابطه دارند در حالیکه اختلالات دیگر برای مثال اختلال وسواسی جبری[23] عمدتا با محدودیتهای غذایی رابطه

1 . Coronary heart disease
2 . Stroke
3 . Hypertension
4 . Cancer
5 . Asthma
6 . Shepherd
7 . Eating disorders
1. Hudson
2. Klump
3. Leung
4. Brown
5. White
6. Anorexia nervosa
7. Bulimia nervosa

8. Hoek
16 . Collier &Treasure
17 . Sim & Zeman
18 . Stoeber & Otto
19 . Fitzsimmons & Bardone-Cone
20 . Swinbourne & Touyz
21 . Generalized anxiety disorder
22 . Social phobia
۲۳. Obsessive compulsive disorder

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1393.1.3.5.4]

دارند (پالیستر و والر[1]، ۲۰۰۸). تحقیقات نشان می‌دهد نشانگان اضطراب مقدم[2] بر رشد اختلالات خوردن ظاهر می‌شوند (کای و همکاران[3]، ۲۰۰۴). تمایل به اجتناب یا کاهش احساس اضطراب افراد را به استفاده از رفتارهای ایمن و راهبردهای اجتنابی برانگیخته می‌کند. راهبردهای رفتاری که ممکن است موجب کاهش اضطراب در کوتاه مدت شود و ممکن است کمک به حفظ اضطراب کند چون افراد قادر نیستند که یاد بگیرند تهدیدی وجود ندارد یا قابل مدیریت است (هلبیگ لانگ و پیترمن[4]،۲۰۱۰). پالیستر و والر (۲۰۰۸) استدلال می‌کنند رفتارهای خوردن آشفته می‌توانند کارکرد رفتارهای ایمن و راهبردهای اجتنابی را داشته باشند. برای مثال محدودیتهای غذایی می‌توانند حسی از کنترل و ایمنی را پرورش دهند بویژه در شکل ترس از به دست آوردن وزن، در حالیکه پرخوری می‌تواند فرار و اجتناب از خودآگاهی نامطلوب و عواطف منفی را بوسیله بی‌حسی[5] موقت حالتهای هیجانی منفی فراهم کند. بنابراین رابطه بین اضطراب و رفتارهای خوردن آشفته ممکن است به عنوان قسمتی از کارکرد تنظیم عواطف محدودیتهای غذایی و پرخوری فهمیده شود (کاین[6] و همکاران،۲۰۱۰). یکی از مسائل مورد مطالعه در این پژوهش، بررسی رابطه بین اضطراب با رفتارهای خوردن آشفته است.

تحقیقات نشان می‌دهد ناگویی خلقی[7] با نشانگان اختلالات خوردن در جمعیت غیر بالینی رابطه دارد (برتوز[8] و همکاران، ۲۰۰۷). تحقیقات اندکی بر رابطه بین ناگویی خلقی و رفتارهای خوردن آشفته در نمونه‌های غیر کلینیکی پرداخته‌اند و این نوع از تحقیقات بدون شک مهم می‌باشد؛ به خصوص نمونه‌های غیر کلینیکی که ترکیبی از دانشجویان دختری هستند که اختلالات خوردن در میان آنها شایع‌تر است. سیفنئوس[9] (۱۹۷۲) ناگویی‌خلقی را به عنوان افرادی با نشانه‌های روانی بدنی که قادر به شناسایی و بیان هیجانات نیستند، تعریف می‌کند. ناگویی خلقی دارای سه ویژگی اصلی مشکل در شناسایی احساسات[10]، توصیف احساسات[11]، و سبکهای جهت‌گیری تفکر بیرونی[12] است (بنکیر[13] و همکاران، ۲۰۰۱). مشکل در شناسایی احساسات زمانی رخ می‌دهد که فرد در تمایز میان احساسات دچار پریشانی می‌شود. مشکل در توصیف احساسات هنگامی است که فرد نمی‌تواند آنچه را که به لحاظ هیجانی احساس کرده، بیان کند. جهت‌گیری تفکر بیرونی زمانی رخ می‌دهد که فرد تمایل به تفکر درباره امور به صورت بیرونی و در تضاد با جهت‌گیری تفکر درونی دارد (لاند[14] و همکاران، ۲۰۰۲). ناگویی خلقی به عنوان اختلال تنظیم عواطف با دفاع‌های اولیه، سبک‌های کنارآمدن غیرانطباقی، آسیب‌پذیری در برابر استرس و نشانه‌های روانی بدنی پیوند می‌یابد (پیکاردی، تونی و کاروپو[15]، ۲۰۰۵). افراد با ناگویی خلقی سطوح کمتری از همدلی را نشان می‌دهند (جانسون [16] و همکاران، ۲۰۱۳)؛ تحقیقات اخیر نشان می‌دهد ناگویی خلقی اثرات منفی بر روی بهزیستی روانشناختی و هیجانی می‌گذارد و عاملی خطرساز در ابتلا افراد به پریشانی هیجانی، مشکلات روانشناختی و تشخیص عدم سلامت ذهنی است (ماتیلا[17] و همکاران، ۲۰۰۷). ناگویی خلقی با افسردگی و اضطراب

1 . Pallister and Waller
2 . Precede
3 . Kaye
1. Helbig-Lang & Petermann
5 . Anaesthetizing
6 . Cain
7 .Alexithymia
8 . Berthoz
9 . Sifneos
10 . Difficulties identifying feelings-DIF
11 . Difficulties describing feelings-DDF
12 . Externally-oriented thinking-EOT
13 . Bankier
14 . Lundh
15 . Picardi , Toni , Caroppo
16 . Jonason
17 . Mattila

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1393.1.3.5.4]

(پیکاردی[1] و همکاران، ۲۰۱۱)، افزایش خشم و پرخاشگری (پایر[2] و همکاران، ۲۰۱۱)، اختلال شخصیت مرزی[3] (BPD) (جویس[4] و همکاران، ۲۰۱۳)، آسم[5] و فشارخون اساسی[6] (لاملی[7] و همکاران، ۲۰۰۷)، سبک‌های غیر انطباقی تنظیم هیجان[8] (دابی [9] و همکاران،۲۰۱۰)، اختلالات طیف اوتیسم[10] (بیرد[11] و همکاران،۲۰۱۰)، وابستگی و سوء استفاده از الکل و مواد[12] (اورن[13] و همکاران، ۲۰۰۸) و اختلالات خوردن (اسپنس و کورباسن[14]، ۲۰۱۲) رابطه دارد. یکی از مسائل مورد مطالعه در این پژوهش، بررسی نقش ساختار شخصیتی ناگویی خلقی در پیش بینی رفتارهای خوردن آشفته است.

با توجه به این مطالب، هدف از پژوهش حاضر بررسی نقش ناگویی خلقی و نشانگان اضطراب در پیش بینی رفتارهای خوردن آشفته دانشجویان است. با توجه به وجود مطالعات اندکی که موضوع پژوهش حاضر را به طور مستقیم مورد بررسی قرار داده باشند و عدم وجود سابقه انجام چنین مطالعه‌ای در ایران، این مطالعه در نوع خود کم نظیر بوده و دارای نوع‌آوری-های خاص خود از نظر موضوع و تبیین نتایج است.

روش بررسی

این مطالعه توصیفی- مقطعی بر روی ۴۷۷ از دانشجویان دانشگاه علامه طباطبائی تهران (۲۶۷ دانشجوی دختر و ۲۱۰ دانشجوی پسر)، در سال ۹۴-۱۳۹۳ مشغول به تحصیل بودند، که به روش تصادفی خوشه‌ای چند مرحله‌ای و براساس فرمول مورگان انتخاب شدند، انجام گردید. ابتدا از بین دانشکده‌های دانشگاه علامه طباطبائی پنج دانشکده، از هر دانشکده ۴ کلاس و از هر کلاس ۲۵ نفر بطور تصادفی انتخاب شدند که جمعاً ۱۰۰ نفر از هر دانشکده انتخاب شدند. ۲۳ پرسشنامه به دلیل مخدوش بودن کنار گذاشته شدند. معیار ورود به پژوهش اشتغال به تحصیل در دانشگاه در زمان پژوهش و تمایل دانشجو به شرکت در تحقیق بود. معیار خروج از پژوهش، عدم تمایل به شرکت در پژوهش و عم اشتغال به تحصیل در دانشگاه در زمان پژوهش بود. در ابتدا با اخذ مجوز از دانشگاه پژوهشگر وارد محیط پژوهش شده و سپس پرسش نامه های طراحی شده مطابق روش نمونه گیری در اختیار دانشجویان قرار داده شده و تکمیل شدند. شرکت کنندگان در پژوهش کاملاً توجیه شدند که شرکت در پژوهش برای کلیه افراد اختیاری بوده و هیچ گونه نام و نشانی از آنها خواسته نمی شود و مسئله رازداری کاملاً رعایت خواهد شد و اطلاعات تنها به صورت گروهی مورد تجزیه و تحلیل قرار خواهند گرفت. ضمناً شرکت کنندگان بصورت شفاهی رضایت خود را در مورد شرکت در پژوهش اعلام کردند و همچنین سعی بر آن شد تا در تدوین سوالات پرسش نامه، از عبارت ارزشی استفاده نشود که باعث شود حساسیت دانشجویان را برانگیزد و در نتیجه موجب سوگیری در پاسخدهی به سوالات شود.

ابزارهای پژوهش

۱.پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک

این پرسشنامه حاوی اطلاعاتی در مورد سن، جنس، وضعیت تاهل و مقطع تحصیلی بود.

1 . Picardi
2 . Payer
3 . Borderline personality disorder
4 . Joyce
5 . Asthma
6 . Hypertension
7 . Lumley
8 . Maladaptive styles of emotion regulation
9 . Dubey
10 . Disorders of the Autism spectrum
11 . Bird
12 . Substances and alcohol abuse and dependence
13 . Evren
14 . Spence & Courbasson

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1393.1.3.5.4]

۲. مقیاس ۲۰ ماده‌ای ناگویی خلقی تورنتو[1] (TAS-20).

یک ابزار خودگزارش دهی ۲۰ سئوالی است که شامل سه زیر مقیاس: ۱) دشواری در شناسایی احساسات، ۲) دشواری در توصیف احساسات و ۳) تفکر عینی می‌باشد که به اندازه‌های ۵ درجه‌ای لیکرت از نمره ۱ (کاملاً مخالف) تا نمره ۵ (کاملاً موافق) تقسیم می‌گردد (بگبی، پارکر و تایلور[2]، ۱۹۹۴). دو نمونه از سوالات این مقیاس "عموماً گیج می شوم که چه نوع هیجان یا عاطفه ای را احساس می کنم" و "برای من سخت است که عمیق ترین احساسات درونی خود را حتی برای دوستان نزدیک خود بیان نمایم"، است. یک نمره کل نیز از جمع نمره‌های ۳ زیر مقیاس برای ناگویی خلقی کلی محاسبه می‌شود. بشارت[3] (۲۰۰۷)، نسخه فارسی مقیاس ناگویی خلقی تورنتو-۲۰ را تهیه و ضریب آلفای کرونباخ برای ناگویی خلقی کل و سه زیر مقیاس دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی را به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۲، ۰/۷۵ و ۰/۷۲ گزارش کرد که نشانه همسانی درونی خوب مقیاس است. پایایی بازآزمایی مقیاس ناگویی خلقی تورنتو-۲۰ در یک نمونه ۶۷ نفری در دو نوبت با فاصله ۴ هفته از ۰/۸۰ تا ۰/۸۷ برای ناگویی خلقی کل و زیر مقیاسهای مختلف تأیید شد. این مقیاس پرکاربردترین ابزار به منظور اندازه‌گیری ناگویی خلقی است (گرینبرگ[4] و همکاران، ۲۰۱۰).

۳. مقیاس اضطراب

این مقیاس ۹ گویه‌ای که توسط کاستلو و کامری[5] (۱۹۶۷) ساخته شده است، برای سنجش اضطراب به عنوان صفت به کار می‌رود. شرکت‌کنندگان در یک مقیاس پنج درجه‌ای از ۱ (عمدتاً مخالف) تا ۵ (عمدتاً موافق) پاسخ دادند. دو نمونه از سوالات این مقیاس: "هنگام بروز مشکلات، به جای اینکه برای حل کردن مشکل آرام فکر کنم، عصبی و ناراحت می‌شوم" و "وقتی مجبور به انتظار کشیدن باشم، عصبی می‌شوم"، است. به این پرسشنامه پاسخ دادند. ضرایب آلفای کرونباخ مقیاس اضطراب ۰/۷۳ و همچنین دارای روایی بالا گزارش شده است (قربانی، فرامرز و واتسون[6]، ۲۰۰۵). در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ مقیاس اضطراب برابر با ۰/۷۹ به دست آمده است.

٤. مقیاس رفتارهای خوردن آشفته

این مقیاس ۲۶ گویه‌ای (گرنر، اولمستد، بوهر و گرفینکل[7]، ۱۹۸۲)، یک پرسشنامه غربالگری است که به منظور کمک به اینکه آیا رفتار غذا خوردن و نگرش پاسخ‌دهندگان نیازمند ارزیابی بیشتر است، ساخته شده است. این پرسشنامه تشخیصی را ارائه نمی‌دهد بلکه در عوض، نشانه‌هایی را شناسایی می‌کند که سازگار با هر کدام از اختلال‌های خوردن است. دو نمونه از سوالات این مقیاس "دائماً دل‌مشغول غذا هستم" و "وقتی غذا می‌خورم، احساس می‌کنم قادر به متوقف کردن خود نیستم". بر مبنای مقیاس لیکرتی ۶ درجه‌ای از ۱ (همیشه) تا ۶ (هرگز) است. ریواز[8] و همکارنش (۲۰۱۰) در پژوهش خود نشان دادند که این پرسشنامه دارای همسانی درونی بالایی می‌باشد. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ مقیاس اضطراب برابر با ۰/۸۱ به دست آمده است.

در این پژوهش برای تحلیل داده‌ها از آماره‌های توصیفی درصد، فراوانی، میانگین، انحراف معیار و ضریب همبستگی پیرسون و از آماره‌های استنباطی از تحلیل رگرسیون گام به گام استفاده شد.

1. Twenty-item Toronto Alexithymia Scale
2 . Bagby, Parker & Taylor
3 . Besharat
4 . Grynberg
5 . Costello & Comrey
6 . Ghorbani, Framarz &Watson
7 . Garner, Olmsted, Bohr & Garfinkel
8 . Ivas

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1393.1.3.5.4]

یافته‌ها

میانگین سنی کل آزمودنی‌ها ۲۲ سال با دامنه ۱۸ تا ۳۳ سال و انحراف استاندارد ۶/۱۳، میانگین سن مردان ۲۵ سال با دامنه ۱۸ تا ۳۳ سال و انحراف استاندارد ۵/۹۵ و میانگین سن زنان ۲۳ سال با دامنه ۱۸ تا ۳۰ سال و انحراف استاندارد ۶/۲۲ بود. ۳۹۵ نفر از شرکت-کنندگان (۸۳ درصد) مجرد و ۴۲ نفر (۹ درصد) متاهل بودند و تعداد ۴۰ نفر (۸ درصد) وضعیت تاهل خود را مشخص نکرده بودند. ۳۱۰ نفر از شرکت‌کنندگان (۶۵ درصد) دارای مدرک کارشناسی، تعداد ۱۱۹ نفر (۲۵ درصد) دارای مدرک کارشناسی ارشد و تعداد ۴۸ نفر (۱۰ درصد) دارای مدرک دکتری بودند. در جدول ۱، میانگین، انحراف استاندارد، همبستگی درونی بین متغیرهای پژوهش ارائه شده است.

جدول ۱: میانگین، انحراف استاندراد، همبستگی درونی متغیرها (N=٤٧٧)

	$\bar{X}$	SD	ضرایب همبستگی		
			۱	۲	۳
۱.اضطراب	۲۳/۸۲	۸/۹۸	۱		
۲.ناگویی خلقی	۳۹/۷۳	۹/۳۱	۰/۲۹**	۱	
۳.رفتارهای خوردن آشفته	۲۱/۸۳	۹/۳۸	۰/۴۹**	۰/۳۲**	۱

** P<۰/۰۱

همانطور که مشاهده می‌شود، بین متغیرهای اضطراب، ناگویی خلقی و رفتارهای خوردن آشفته همبستگی مثبت درونی بالایی وجود دارد (p<۰/۰۱). بدین ترتیب هرچه میزان اضطراب و ناگویی خلقی بالاتر باشد میزان بروز نشانه های رفتارهای خوردن آشفته بیشتر است.

از تحلیل رگرسیون سلسله مراتبی برای ارزیابی اثر اضطراب و ناگویی خلقی بر رفتارهای خوردن آشفته استفاده شد. در جدول ۲، خلاصه مدل تحلیل رگرسیون گزارش شده است.

جدول ۲: خلاصه مدل تحلیل رگرسیون

	F	R	R^2	ΔR^2	Sig
گام اول. اضطراب	۴۸/۳۲	۰/۴۸	۰/۲۴	۰/۲۴	۰/۰۰۰
گام دوم. اضطراب و ناگویی خلقی	۹۴/۶۴	۰/۶۷	۰/۴۶	۰/۲۲	۰/۰۰۰

نتایج این دو مدل تحلیل رگرسیون برای تبیین رفتارهای خوردن آشفته از روی متغیرهای اضطراب و ناگویی خلقی نشان داد که ضریب F مربوط به هر دو مدل از لحاظ آماری در سطح کمتر از ۰۰۰۱/ معنادار است، بنابراین امکان تبیین رفتارهای خوردن آشفته براساس این دو متغیر وجود دارد.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1393.1.3.5.4]

جدول ۳: خلاصه تحلیل رگرسیون گام به گام برای پیش‌بینی رفتارهای خوردن آشفته براساس متغیرهای اضطراب و ناگویی خلقی

متغیر	β	B	SE B	t	R^2	Sig
اضطراب	۰/۶۲	۱/۰۱	۰/۰۶	۱۷/۸۳	۰/۴۰	۰/۰۰۰
ناگویی خلقی	۰/۴۹	۰/۳۵	۰/۰۳	۱۳/۹۵	۰/۲۹	۰/۰۰۰

در جدول ۳، ضرایب رگرسیون تحلیل رگرسیون گام به گام ارائه شده است. همانطور که مشاهده می‌شود متغیر اضطراب با بتای ۰/۶۲ قادر است ۰/۴۰ از واریانس رفتارهای خوردن آشفته را تبیین کند. در خصوص پیش‌بینی رفتارهای خوردن آشفته از طریق ناگویی خلقی، نتایج نشان داد مدل استفاده شده معنی‌دار است و ناگویی خلقی با بتای ۰/۴۹، ۰/۲۹ از واریانس رفتارهای خوردن آشفته را تبیین می‌کند.

بحث

نتایج این پژوهش نشان داد که اضطراب بطور معنی‌داری رفتارهای خوردن آشفته را پیش‌بینی می‌کند. این نتایج با یافته‌های پژوهش قبلی (فیتزسیمون و باردون کان، ۲۰۱۱) همسو است. این یافته را می‌توان بر حسب احتمالات زیر تفسیر کرد: علی‌رغم تلاشها برای فهم علل و سبب شناسی اختلالات خوردن، میزان بروز رفتارهای خوردن آشفته در سال‌های اخیر رو به افزایش است. فراتر از همزمانی[1] تشخیصی، شواهد پیشنهاد می‌کنند افرادی با اختلالات خوردن تمایل به نشان دادن نشانگان زیر آستانه‌ای اضطراب و افسردگی (واگنر[2] و همکاران، ۲۰۰۶) و همینطور سطوح بالاتری از شکل‌های گوناگون عواطف منفی (خشم، گناه و خشونت) دارند (والر[3] و همکاران، ۲۰۰۳). نقش ویژه‌ی عواطف منفی در اختلالات خوردن در مدل‌های درمانی و سبب‌شناسی مورد تاکید قرار گرفته است. برای مثال نظریه فرار[4] اختلالات خوردن (هدرتون و بامیستر[5]، ۱۹۹۱) بیان می‌کند رفتار خوردن بوسیله تمایل برای تغییر توجه از تجربه عواطف منفی که با ادراک خود نامطلوب پیوند دارد، بکار برده می‌شود. در مدل‌های دیگری که بر روی ابعاد بسیار اختصاصی عواطف منفی متمرکز شده‌اند، استروبر[6] (۲۰۰۴) بر نقش اضطراب و ترس در بی‌اشتهایی روانی تاکید می‌کند و بیان می‌کند افرادی با بی‌اشتهایی روانی تمایل در جهت اضطراب و فرایند یادگیری ترس دارند و مقاومت بیشتری نسبت به خاموشی پاسخ ترس یادگرفته شده دارند (استیس، ۲۰۰۱). تاثیرات گرسنگی کشیدن و دیگر روشهای بکار برده شده برای کاهش وزن ممکن است در رفتارهای وسواس بی‌اختیاری مرتبط با غذا، خوردن و وارسی بدن به عنوان یک اختلال اضطرابی مشاهده شود. تحقیقات نشان می‌دهد افرادی با اختلالات خوردن که دارای اختلالات اضطرابی همبود هستند، احتمال بیشتری دارد که در برابر نشانگان اختلالات خوردن مقاوم باشند، کارکردهای مالی و سلامت پایین‌تری داشته باشند و نرخ بالاتری از مرگ و میر را در مقایسه با افرادی بدون اختلال همبودی در پیگیری ۱۴ ساله نشان دهند (باتون[7] و همکاران،۲۰۱۰). برای مثال می‌توان

1 . Co-occurrence
2 . Wagner
3 . Waller
4 . Escape theory
5 . Heatherton & Baumeister
6 . Strober
7 . Button

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1393.1.3.5.4]

گفت اضطراب اجتماعی ممکن است با جلوگیری از تعهد افرادی با اختلالات خوردن به فرایند درمان، به دلیل ترس از ارزیابی منفی و اجتناب از تعامل با دیگران بخشی از واریانس نامطلوب همبودی اختلالات اضطرابی با اختلالات خوردن در زمیته درمان را تبیین کند (گودوین و فیتزگوین[1]، ۲۰۰۲). این همبودی اختلالات اضطرابی نشان دهنده شدت بالاتر بیماری و پیچیدگی در ظاهرشدن اختلالات خوردن است که ممکن است به طور مستقل پیامد ضعیف‌تر درمان را پیش‌بینی کند (لی گرانگ[2] و همکاران، ۲۰۱۲). درپژوهشی که در زمیته رابطه بین رفتارهای خوردن آشفته با هیجانات بر روی ۲۲ فرد با وزن زیاد انجام شد نتایج تحقیق نشان داد هیجانات نامطلوب به طور خاص با پرخوری ارتباط دارد و اضطراب بیشترین دلیل برای پرخوری است (ماشب و گریلو[3]، ۲۰۰۶). زمانی که اضطراب در موقعیتهای آزمایشی اعمال می‌شود به احتمال بیشتری آزمودنیها دچار پرخوری می‌شوند حتی زمانی که غذا دلپذیر نباشد. گرچه ماهیت خاص روابط بین اختلالات خوردن و اضطراب واضح نیست محققان بیان می‌کنند اضطراب ممکن است عاملی خطرساز در ایجاد اختلالات خوردن باشد، اضطراب ممکن است ثانویه به اختلالات خوردن باشد و یا ممکن است هر دو اختلال در برخی عوامل آسیب‌پذیر متداول سهیم باشند (گودارت[4] و همکاران، ۲۰۰۳). برای مثال نظریات اخیر بیان می‌کنند تجربیات اولیه منفی می‌تواند عامل خطرسازی در رشد هر دو اختلال باشد. در این مدل، شناختهای آسیب رسان عمده منجر به شناخت‌های اجتنابی آسیب‌رسانی می‌شوند که حاصل کاربرد رفتارهای ایمنی است که متضمن هر دو اختلال می‌باشند (پالیستر و والر، ۲۰۰۸). از این دیدگاه اضطراب کودکی ممکن است نقش سبب شناسی در ایجاد اختلالات خوردن داشته باشد که ریشه آنها از ترس مفرط درباره‌ی موقعیتها و حوادث مشخصی است که سبب ترس بیش از حد درباره ی خوردن، شکل و وزن و نهایتاً منجر به رفتارهای خوردن آشفته می‌شود (جاکوبی[5] و همکاران، ۲۰۰۴).

نتایج این پژوهش نشان داد ناگویی خلقی بطور معنی‌داری رفتارهای خوردن آشفته را پیش‌بینی می‌کند. این یافته با یافته‌های پژوهش قبلی (لاوسون[6] و همکاران، ۲۰۰۸) همسو است. این یافته را می‌توان بر حسب احتمالات زیر تفسیر کرد: ناگویی خلقی دارای ابعاد عاطفی ناتوانی در توصیف و شناسایی هیجانات، و بعد شناختی تفکر دارای جهت‌گیری به بیرون و عینی است (زاخیم[7]، ۲۰۰۷). تحقیقات نشان داده است ناتوانی در بیان تجربیات هیجانی در نتیجه‌ی عدم تمایز و ناتنظیمی عواطف می‌تواند با رفتارهای خوردن آشفته از طریق تحریف تصویر بدنی رابطه داشته باشد (فنویک و سالیوان[8]، ۲۰۱۱). محدودیتهای شناختی در تنظیم هیجانات در افرادی با ناگویی خلقی ممکن است با رفتارهای غیر انطباقی چون گرسنگی کشیدن یا سوء مصرف مواد به منظور خود تنظیمی رفتارهای مختل همراه باشد. فقدان بینش و سبک-های تفکر دارای جهت‌گیری به بیرون افراد دارای ناگویی خلقی، با توانایی این افراد در سود بردن از مداخلات رواندرمانی تداخل می‌کند. زنانی با رفتارهای خوردن آشفته در مقایسه با زنان گروه

1 . Goodwin & Fitzgibbon
2 . Le Grange
3 . Masheb & Grilo
4 . Godart
5 . Jacobi
6 . Lawson
7 . Zackheim
8 . Fenwick & Sullivan

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1393.1.3.5.4]

کنترل در زمینه ناگویی خلقی در سطح بالاتری هستند و ممکن است هیجانات خود را به احساسات بدنی و ظاهر فیزیکی منتقل سازند (کسلر[1] و همکاران، ۲۰۰۶). ناتوانی در شناسایی هیجانات با نارضایتی از بدن در افرادی با رفتارهای خوردن آشفته رابط دارد (فنویک و سالیوان، ۲۰۱۱). تحقیقات نشان می‌دهد نرخ ناگویی خلقی در افرادی با اختلالات خوردن در مقایسه با افرادی که از اختلالات خوردن بهبود یافته‌اند، بالاتر است و نشانگان اختلالات خوردن نشان دهنده تعارضات درونی و احساسات نامشخص است (پارلینگ، مرتضوی و قادری[2]، ۲۰۱۰). افرادی با سطوح بالایی از ناگویی خلقی مشکلاتی در شناسایی و توصیف احساسات خود دارند. بواسطه محدودیتهای آنها در تنظیم هیجانات این افراد بوسیله احساسات غیر قابل کنترل درهم شکسته می‌شوند و در نهایت آنها تلاش می‌کنند بوسیله رفتارهای خودتحریکی غیرانطباقی چون رژیم گرفتن خود را تنظیم کنند. این راهبردها به عنوان تلاشهای غیرهدایت شونده‌ای هستند که به منظور سازمان دادن عواطف و حالتهای درونی به طور معنادار و یکپارچه کردن حس دفاعی از خود بکار برده می‌شوند. شناسایی ناگویی خلقی در افرادی با نشانگان اختلالات خوردن به عنوان یک عامل پیش آگهی منفی در راهبردهای درمانی امری اساسی است (اسپرانزا[3] و همکاران، ۲۰۰۷). ناگویی خلقی و مشکلاتی در بازشناسی و تنظیم هیجانات منفی منجر به رفتارهای خوردن آشفته می‌شود که در واقع می‌تواند به عنوان راهبردی در کاهش این هیجانات باشد (کاروکیوی[4] و همکاران، ۲۰۱۰). افرادی با اختلال پرخوری عصبی که دارای سطوح بالایی از ناگویی خلقی هستند ممکن است در تلاش باشند تا با احساسات منفی خود از طریق استفراغ کردن در ارتباط باشند (لانکو[5] و همکاران، ۲۰۰۶). استفراغ کردن به عنوان شیوه‌ای به منظور فراموشی تجربیات هیجانی آنها و اجتناب از احساسات منفی است که از آنها می‌ترسیده‌اند. تحقیقات نشان می‌دهد نمرات افراد بر روی رفتارهای خوردن آشفته در افرادی با ناگویی خلقی در مقایسه با افراد گروه کنترل که ناگویی خلقی نداشتند، بالاتر بود (نولی[6] و همکاران، ۲۰۱۰). در این مورد می‌توان گفت بهبود توانایی کنارآمدن با هیجانات منفی یا کاهش در سطح ناگویی خلقی می‌تواند با کاهش نشانگان رفتارهای خوردن آشفته‌ی چون خوردن/ پاکسازی در رابطه باشد. تحقیقات نشان می‌دهد بهبود ناگویی خلقی در افرادی با رفتارهای خوردن آشفته به طور مستقیم با سطح مشکل در شناسایی احساسات در پیش از درمان در رابطه است. افرادی با ناگویی خلقی که مشکل بیشتری در شناسایی احساسات خود دارند نشانگان بیشتری را در پیگیری و بهبود کمتری را نشان دادند (اسپرانزا و همکاران، ۲۰۰۷). تحقیق بر روی طرحواره‌های ذهنی افرادی با رفتارهای خوردن آشفته نشان می‌دهد طرحواره‌های ذهنی به طور مستقیم با مشکلاتی در توصیف و شناسایی احساسات رابطه دارد. به طور خاص افرادی با رفتارهای خوردن آشفته که در توصیف احساسات خود مشکل بیشتری دارند طرحواره‌های ذهنی آنها بیشتر شامل آسیب‌پذیری و بازداری هیجانات است (لاوسون و همکاران، ۲۰۰۸). این طرحواره‌ها می‌تواند پیش‌آگهی منفی در ارتباط با درمان رفتارهای

1 . Kessler
2 . Parling, Mortazavi & Ghaderi
3 . Speranza
4 . Karukivi
5 . Iancu
6 . Noli

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1393.1.3.5.4]

خوردن آشفته داشته باشد (اسپرانزا و همکاران، ۲۰۰۷).

نتیجه‌گیری

به طور خلاصه، یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که اضطراب و ناگویی خلقی بطور معنی‌داری رفتارهای خوردن آشفته را در میان دانشجویان پیش‌بینی می‌کند. یافته‌های این پژوهش، کارهای تحقیقاتی گذشته در زمینه ارتباط اضطراب و ناگویی خلقی با اختلالات خوردن را در نمونه غیر بالینی متشکل از مردان و زنان گسترش می‌دهد. یافته‌های پژوهش حاضر می‌توانند به غنای نظریه-های فعلی مربوط به شخصیت و نشانگان اختلالات خوردن کمک کند و سوالات مهمی را در زمینه عوامل تاثیرگذاری که با سبب شناسی و پیش‌آگهی اختلالات خوردن در ارتباط هستند، مطرح می-سازند که باید در تحقیقات آینده مورد بررسی قرار گیرند. مطالعات آینده می‌توانند تمرکز خود را در بررسی پاسخ درمانی در میان افرادی با همبودی اختلالات خوردن و اضطراب مصروف دارند. پژوهش حاضر، به دلیل تازگی آن در نمونه‌های ایرانی، نیازمند تکرار در نمونه‌های مختلف و تاییدهای تجربی بیشتر است.

تشکر و قدردانی

از تمام دانشجویانی که به عنوان شرکت‌کننده در این پژوهش شرکت کردند، کمال تشکر و قدردانی را داریم.

References:

Bagby, R. M., Parker, J. D., & Taylor, G. J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale-I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of psychosomatic research*, *38*(1), 23-32.

Bankier, B., Aigner, M., & Bach, M. (2001). Alexithymia in DSM-IV disorder: comparative evaluation of somatoform disorder, panic disorder, obsessive-compulsive disorder, and depression. *Psychosomatics*, *42*(3), 235-240.

Berthoz, S., Perdereau, F., Godart, N., Corcos, M., & Haviland, M. G. (2007). Observer-and self-rated alexithymia in eating disorder patients: Levels and correspondence among three measures. *Journal of psychosomatic research*, *62*(3), 341-347.

Besharat, M. A. (2007). The relations between personality dimensions and alexithymia. *Contemporary Psychology*, *2*(2), 55-67.

Bird G, Silani G, Brindley R, White S, Frith U, et al. (2010) Empathic brain responses in insula are modulated by levels of alexithymia but not autism. Brain 133: 1515–1525.

Brown, A. J., Parman, K. M., Rudat, D. A., & Craighead, L. W. (2012). Disordered eating, perfectionism, and food rules. *Eating behaviors*, *13*(4), 347-353.

Button, E. J., Chadalavada, B., & Palmer, R. L. (2010). Mortality and predictors of death in a cohort of patients presenting to an eating disorders service. *International Journal of Eating Disorders*, *43*(5), 387-392.

Cain, A. S., Bardone-Cone, A. M., Abramson, L. Y., Vohs, K. D., & Joiner, T. E. (2010). Prospectively predicting dietary restraint: The role of interpersonal self-efficacy, weight/shape self-efficacy, and interpersonal stress. International Journal of Eating Disorders, 43, 505–512.

Collier, D. A., & Treasure, J. L. (2004). The aetiology of eating disorders. *The British Journal of Psychiatry*, *185*(5), 363-365.

Costello, C. G., & Comrey, A. L. (1967). Scales for measuring depression

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1393.1.3.5.4]

International Journal of Eating Disorders, *32*(1), 103-106.

Grynberg, D., Luminet, O., Corneille, O., Grèzes, J., & Berthoz, S. (2010). Alexithymia in the interpersonal domain: A general deficit of empathy?. *Personality and individual differences*, *49*(8), 845-850.

Heatherton, T. F., & Baumeister, R. F. (1991). Binge eating as escape from self-awareness. Psychological Bulletin, 110, 86–108.

Helbig-Lang, S., & Petermann, F. (2010). Tolerate or eliminate? A systematic review on the effects of safety behavior across anxiety disorders. Clinical Psychology: Science and Practice, 17, 218–233

Hoek, H. W. (2006). Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Current opinion in psychiatry*, *19*(4), 389-394.

Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope Jr, H. G., & Kessler, R. C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological psychiatry*, *61*(3), 348-358.

Iancu, I., Cohen, E., Yehuda, Y. B., & Kotler, M. (2006). Treatment of eating disorders improves eating symptoms but not alexithymia and dissociation proneness. *Comprehensive psychiatry*, *47*(3), 189-193.

Jacobi, C., Hayward, C., de Zwaan, M., Kraemer, H. C., & Agras, W. S. (2004). Coming to terms with risk factors for eating disorders: application of risk terminology and suggestions for a general taxonomy. *Psychological bulletin*, *130*(1), 19.

Jonason, P. K., Lyons, M., Bethell, E., & Ross, R. (2013). Different routes to limited empathy in the sexes: Examining the links between the Dark Triad and empathy. Personality and Individual Differences, 57, 572–576.

Joyce, A. S., Fujiwara, E., Cristall, M., Ruddy, C., & Ogrodniczuk, J. S. (2013). and anxiety. *The Journal of Psychology*, *66*(2), 303-313.

Dubey, A., Pandey, R., & Mishra, K. (2010). Role of emotion regulation difficulties and positive/negative affectivity in explaining alexithymia-health relationship: an overview. *Indian Journal of Social Science Researches*, *7*(1), 20-31.

Evren, C., Sar, V., Evren, B., Semiz, U., Dalbudak, E., & Cakmak, D. (2008). Dissociation and alexithymia among men with alcoholism. *Psychiatry and clinical neurosciences*, *62*(1), 40-47.

Fenwick, A. S., & Sullivan, K. A. (2011). Potential link between body dysmorphic disorder symptoms and alexithymia in an eating-disordered treatment-seeking sample. *Psychiatry research*, *189*(2), 299-304.

Fitzsimmons, E. E., & Bardone-Cone, A. M. (2011). Coping and social support as potential moderators of the relation between anxiety and eating disorder symptomatology. Eating Behaviors, 12, 21–28.

Garner, D. M., Olmsted, M. P., Bohr, Y., & Garfinkel, P. E. (1982). The eating attitudes test: psychometric features and clinical correlates. *Psychological medicine*, *12*(04), 871-878.

Ghorbani, N., Framarz, A. G., & Watson, P. J. (2005). Philosophy, self-knowledge, and personality in Iranian teachers and students of philosophy. *The Journal of Psychology*, *139*(1), 81-95.

Godart, N. T., Flament, M. F., Curt, F., Perdereau, F., Lang, F., Venisse, J. L., ... & Fermanian, J. (2003). Anxiety disorders in subjects seeking treatment for eating disorders: a DSM-IV controlled study. *Psychiatry Research*, *117*(3), 245-258.

Goodwin, R. D., & Fitzgibbon, M. L. (2002). Social anxiety as a barrier to treatment for eating disorders.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1393.1.3.5.4]

treating health problems. *Journal of personality assessment*, *89*(3), 230-246.
Lundh, L. G., Johnsson, A., Sundqvist, K., & Olsson, H. (2002). Alexithymia, memory of emotion, emotional awareness, and perfectionism. *Emotion*, *2*(4), 361.
Masheb, R. M., & Grilo, C. M. (2006). Emotional overeating and its associations with eating disorder psychopathology among overweight patients with binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, *39*(2), 141-146.
Mattila, A. K., Ahola, K., Honkonen, T., Salminen, J. K., Huhtala, H., & Joukamaa, M. (2007). Alexithymia and occupational burnout are strongly associated in working population. *Journal of psychosomatic research*, *62*(6), 657-665.
Noli, G., Cornicelli, M., Marinari, G. M., Carlini, F., Scopinaro, N., & Adami, G. F. (2010). Alexithymia and eating behaviour in severely obese patients. *Journal of human nutrition and dietetics*, *23*(6), 616-619.
Pallister, E., & Waller, G. (2008). Anxiety in the eating disorders: Understanding the overlap. Clinical Psychology Review, 28, 366–386
Parling, T., Mortazavi, M., & Ghaderi, A. (2010). Alexithymia and emotional awareness in anorexia nervosa: time for a shift in the measurement of the concept?. *Eating behaviors*, *11*(4), 205-210.
Payer, D. E., Lieberman, M. D., & London, E. D. (2011). Neural correlates of affect processing and aggression in methamphetamine dependence. Archives of General Psychiatry, 68, 271–282.
Picardi, A., Fagnani, C., Gigantesco, A., Toccaceli, V., Lega, I., & Stazi, M. A. (2011). Genetic influences on alexithymia and their relationship with depressive symptoms. Journal of Psychosomatic Research, 71, 256–263.
Clinical correlates of alexithymia among patients with personality disorder. Psychotherapy Research, 23, 690–704
Karukivi, M., Hautala, L., Korpelainen, J., Haapasalo-Pesu, K. M., Liuksila, P. R., Joukamaa, M., & Saarijärvi, S. (2010). Alexithymia and eating disorder symptoms in adolescents. *Eating Disorders*, *18*(3), 226-238.
Kaye, W. H., Bulik, C. M., Thornton, L., Barbarich, N., Masters, K., & the Price Foundation Collaborative Group. (2004). Comorbidity of anxiety disorders with anorexia and bulimia nervosa. The American Journal of Psychiatry, 161, 2215–2221.
Kessler, H., Schwarze, M., Filipic, S., Traue, H. C., & von Wietersheim, J. (2006). Alexithymia and facial emotion recognition in patients with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, *39*(3), 245-251.
Klump, K. L., Bulik, C. M., Kaye, W. H., Treasure, J., & Tyson, E. (2009). Academy for eating disorders position paper: eating disorders are serious mental illnesses. *International Journal of Eating Disorders*, *42*(2), 97-103.
Lawson, R., Waller, G., Sines, J., & Meyer, C. (2008). Emotional awareness among eating-disordered patients: the role of narcissistic traits. *European Eating Disorders Review*, *16*(1), 44-48.
Le Grange, D., Lock, J., Agras, W. S., Moye, A., Bryson, S. W., Jo, B., & Kraemer, H. C. (2012). Moderators and mediators of remission in family-based treatment and adolescent focused therapy for anorexia nervosa. *Behaviour research and therapy*, *50*(2), 85-92.
Leung, S. F., Ma, J. L., & Russell, J. (2013). Enhancing quality of life in people with disordered eating using an online self-help programme. *Journal of Eating Disorders*, *1*(9), 1-11.
Lumley, M. A., Neely, L. C., & Burger, A. J. (2007). The assessment of alexithymia in medical settings: implications for understanding and

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1393.1.3.5.4]

Strober, M. (2004). Pathologic fear conditioning and anorexia nervosa: On the search for novel paradigms. International Journal of Eating Disorders, 35, 504–508.

Swinbourne, J. M., & Touyz, S. W. (2007). The comorbidity of eating disorders and anxiety disorders: A review. Europ Eating Disorders Review, 15, 253–274

Wagner, A., Barbarich-Marsteller, N. C., Frank, G. K., Bailer, U. F., Wonderlich, S. A., Crosby, R. D., . . . Kaye, W. H. (2006). Personality traits after recovery from eating disorders: Do subtypes differ? International Journal of Eating Disorders, 39, 276–284.

Waller, G., Babbs, M., Milligan, R., Meyer, C., Ohanian, V., & Leung, N. (2003). Anger and core beliefs in the eating disorders. International Journal of Eating Disorders, 34, 118–124.

White S, Reynolds-Malear JB and Cordero E (2011) Disordered eating and the use of unhealthy weight control methods in college students: 1995, 2002, and 2008. *Eating Disorders* 19(4): 323–334.

Zackheim, L. (2007). Alexithymia: The expanding realm of research. *Journal of psychosomatic research*, *63*(4), 345-347.

Picardi, A., Toni, A., & Caroppo, E. (2005). Stability of alexithymia and its relationships with the'big five'factors, temperament, character, and attachment style. *Psychotherapy and psychosomatics*.

Rivas, T., Bersabé, R., Jiménez, M., & Berrocal, C. (2010). The eating attitudes test (EAT-26): reliability and validity in Spanish female samples. *The Spanish journal of psychology*, *13*(02), 1044-1056.

Shepherd, J., Harden, A., Rees, R., Brunton, G., Garcia, J., Oliver, S.,&Oakley,A. (2006).Young people and healthy eating: A systematic review of research on barriers and facilitators. *Health Education Research*, *21*, 239–257.

Sifneos, P. E. (1972). *Short-term psychotherapy and emotional crisis*. Harvard University Press.

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, 478–496

Spence, S., & Courbasson, C. (2012). The role of emotional dysregulation in concurrent eating disorders and substance use disorders. *Eating behaviors*, *13*(4), 382-385.

Speranza, M., Loas, G., Wallier, J., & Corcos, M. (2007). Predictive value of alexithymia in patients with eating disorders: A 3-year prospective study. *Journal of psychosomatic research*, *63*(4), 365-371.

Stice, E. (2001). A prospective test of the dual-pathway model of bulimic pathology: Mediating effects of dieting and negative affect. *Journal of Abnormal Psychology, 110,* 124-135.

Stoeber, J., & Otto, K. (2006). Positive conceptions of perfectionism: Approaches, evidence, challenges. Personality and Social Psychology Review, 10, 295–319.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1393.1.3.5.4]