

## رابطه آسیب‌های دوران کودکی و محیط بی‌اعتبارساز با پرخوری افراطی: مدل‌یابی میانجی‌گری ناگویی هیجانی

### The Relationship between Childhood Trauma and Invalidating Environments with Binge Eating: The Mediating Role of Alexithymia

Mahsa Mohasses, PhD Candidate

Seyed Ali Hosseini-Almadani, PhD✉

Solmaz Dabiri, PhD

مهسا محصص<sup>۱</sup>

سیدعلی حسینی‌المدنی<sup>۲</sup>

سولماز دبیری<sup>۱</sup>

#### Abstract

This study aimed to investigate the mediating role of alexithymia in the relationship between invalidating environments and childhood trauma with symptoms of binge eating. A correlational research design was employed, involving a sample of 493 male and female students from the Tehran North branch of Azad University during the 2023-2024 academic year. Participants were selected using a multistage sampling method and completed the Toronto Alexithymia Scale (Bagby et al., 1994), the Childhood Trauma Questionnaire (Bernstein et al., 2003), the Childhood Invalidating Environment Scale (Mountford et al., 2007), and the Binge Eating Scale (Gormally et al., 1982). Data were analyzed using structural equation modeling with AMOS software. The results indicated that the direct effect of childhood trauma on binge eating ( $t = 1.38$ ,  $\beta = 0.11$ ) and the direct effect of invalidating environments on binge eating ( $t = 1.54$ ,  $\beta = 0.12$ ) were not statistically significant. However, the direct effect of alexithymia on binge eating was statistically significant ( $t = 3.85$ ,  $\beta = 0.20$ ), as was the direct effect of childhood trauma on alexithymia ( $t = 3.30$ ,  $\beta = 0.27$ ). The indirect effect of childhood trauma on binge eating through alexithymia was significant ( $p < 0.05$ ,  $\beta = 0.04$ ), whereas the indirect effect of invalidating environments on binge eating through alexithymia was not significant ( $p > 0.05$ ,  $\beta = 0.01$ ). Overall, the findings suggest that adverse childhood experiences may increase the likelihood of engaging in maladaptive eating behaviors as an emotional response by facilitating difficulties in identifying and describing personal emotions.

**Keywords:** Alexithymia, Invalidating Environments, Childhood Trauma, Binge Eating Symptoms

#### چکیده

هدف اصلی این پژوهش آزمون میانجی‌گری ناگویی هیجانی در رابطه محیط بی‌اعتبارساز و آسیب‌های دوران کودکی با نشانه‌های پرخوری افراطی بود. این پژوهش توصیفی از نوع همبستگی و جامعه آماری شامل دانشجویان زن و مرد دانشگاه آزاد واحد تهران شمال در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۲ بودند که تعداد ۴۹۳ دانشجو با استفاده از روش نمونه‌گیری چندمرحله‌ای انتخاب شدند و به مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو (بگبی و همکاران، ۱۹۹۴)، پرسشنامه آسیب‌های دوران کودکی (برنستاین و همکاران، ۲۰۰۳)، مقیاس محیط نازلنده‌ساز کودکی (مانفورد و همکاران، ۲۰۰۷) و مقیاس پرخوری (گورمالی و همکاران، ۱۹۸۲) پاسخ دادند. داده‌ها با استفاده از روش آماری مدل‌یابی معادله ساختاری در محیط نرم‌افزار ایموس انجام شد. یافته‌ها نشان داد که اثر مستقیم آسیب‌های دوران کودکی بر پرخوری افراطی ( $t = 1.38$ ,  $\beta = 0.11$ )، اثر مستقیم محیط بی‌اعتبارساز بر پرخوری افراطی ( $t = 1.54$ ,  $\beta = 0.12$ ) و اثر مستقیم ناگویی هیجانی بر پرخوری افراطی ( $t = 3.85$ ,  $\beta = 0.20$ ) و اثر مستقیم ناگویی هیجانی بر ناگویی هیجانی ( $t = 3.30$ ,  $\beta = 0.27$ ) معنادار نبود. اثر مستقیم ناگویی هیجانی بر پرخوری افراطی ( $t = 3.85$ ,  $\beta = 0.20$ ) و اثر مستقیم آسیب‌های دوران کودکی بر ناگویی هیجانی از نظر آماری، معنادار بود ( $t = 3.30$ ,  $\beta = 0.27$ ). اثر غیرمستقیم آسیب‌های دوران کودکی بر پرخوری افراطی از طریق ناگویی هیجانی، معنادار بود ( $t = 3.85$ ,  $\beta = 0.04$ )، و اثر غیرمستقیم محیط بی‌اعتبارساز بر پرخوری افراطی از طریق ناگویی هیجانی، غیرمعنادار بود ( $t = 1.54$ ,  $\beta = 0.01$ ). در مجموع، نتایج نشان داد که تجارب آسیب‌زای دوران کودکی از طریق تسهیل ناتوانی در شناسایی و توصیف هیجان‌های فردی، احتمال استفاده از رفتارهای خوردن نایمن را به مثابه یک پاسخ هیجانی، افزایش می‌دهد. واژه‌های کلیدی: ناگویی هیجانی، محیط بی‌اعتبارساز، آسیب‌های دوران کودکی، نشانه‌های پرخوری افراطی

دریافت مقاله: ۱۴۰۳/۹/۴ تصویب نهایی: ۱۴۰۳/۱۲/۱۹

۱. گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد تهران شمال، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

۲. گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد تهران شمال، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)

## ● مقدمه

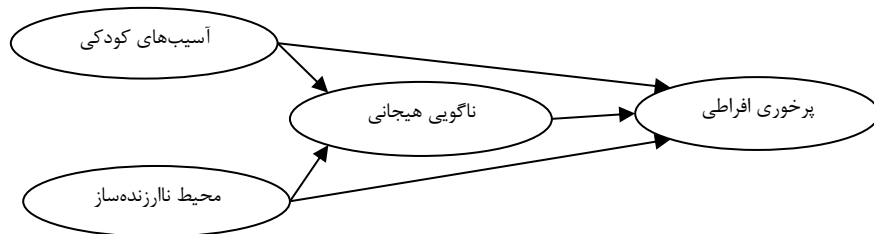
پرخوری (binge eating) به عنوان یک رفتار آشفته خوردن و یکی از نشانه‌های اصلی در انواع اختلال‌های خوردن (eating disorders) و بعضی از اختلال‌های هیجانی است. در پرخوری، فرد احساس فقدان کنترل بر خوردن دارد و در یک محدوده زمانی مشخص (مثلاً دو ساعت)، مقدار غذایی که مصرف می‌کند، بسیار بیشتر از مقداری است که سایر افراد در زمان و شرایط مشابه مصرف می‌کنند (کالتن و همکاران، ۲۰۲۳؛ کاریانی و همکاران، ۲۰۲۳). گزارش‌های همه‌گیرشناسی نشان می‌دهند که یک تا سه درصد جمعیت عمومی، مبتلا به اختلال پرخوری (binge eating disorder) هستند و معمولاً زنان بیشتر از مردان دوره‌های پرخوری را تجربه می‌کنند (برای و همکاران، ۲۰۲۳). اگرچه پرخوری محدود به افراد چاق نمی‌شود، اما نیمی از افراد مبتلا به پرخوری، چاق هستند (وان ریل و همکاران، ۲۰۲۳) و نزدیک به ۸۰ درصد این افراد از سایر اختلال‌های روان‌پزشکی مانند اختلال‌های خلقی، اضطراب و سوءمصرف مواد رنج می‌برند (کار و همکاران، ۲۰۲۲). علاوه بر این، پرخوری خطر ابتلا به مشکلاتی جسمانی مانند دردهای مزمن، دیابت و فشارخون بالا را افزایش می‌دهد (ژو و همکاران، ۲۰۲۲) و به تدریج منجر به کاهش عزت‌نفس و نارضایتی از بدن می‌شود (براکات و همکاران، ۲۰۲۳؛ ریزاتیک و همکاران، ۲۰۲۴). با توجه به شیوع و پیامدهای گریزناپذیر پرخوری، رصد همبسته‌های مفهومی تسهیل‌گرهای رفتار آشفته خوردن، اهمیت زیادی دارد (رسول عباس عبدالله و همکاران، ۲۰۲۳؛ جاکوبسون و همکاران، ۲۰۲۴).

از عوامل مهم در ابتلای افراد به اختلال پرخوری می‌توان به محیط بی‌اعتبارساز (invalidating environment) و آسیب‌های دوران کودکی اشاره کرد. محیط بی‌اعتبارساز به وضعیتی اشاره دارد که در آن فرد به‌طور مداوم احساس می‌کند ارزش‌ها، احساسات و تجربیات او نادیده گرفته، بی‌اهمیت تلقی شده یا سرکوب می‌شوند (منگ و همکاران، ۲۰۲۴). محیط بی‌اعتبارساز بر مشکلات متعدد دوران کودکی، نوجوانی و بزرگسالی تأثیر زیادی دارد (برادن و همکاران، ۲۰۲۱). در دوران کودکی، پریشانی ناشی از بی‌اعتبارشدن هیجانات برای کودک قابل تحمل نیست و این موضوع با آسیب‌های دوران کودکی ارتباط دارد (برای و همکاران، ۲۰۲۳). آسیب‌های دوران کودکی مانند سوءرفتار جنسی، جسمی و عاطفی، زمینه بسیاری از اختلال‌های هیجانی و روان‌شناختی مانند اضطراب، رفتار جامعه‌ستیزانه، افکار پارانوئید، اختلال استرس پس از سانحه، افسردگی و به‌ویژه تداوم اختلال‌های خوردن هستند (فاریلا و همکاران، ۲۰۲۳). با وجود غنای شواهد مبنی بر ارتباط بین محیط بی‌اعتبارساز و آسیب‌های دوران کودکی با اختلال‌های خوردن، تحلیل توان تبیینی دیگر کیفیات روان‌شناختی در بافتار مطالعه پیوند علی بین محیط بی‌اعتبارساز کودکی و آسیب‌های دوران کودکی، از اهمیت زیادی برخوردار است. در این بخش، موافق با دیگر شواهد حمایت‌گر از نقش ناگویی خلقی در بافتار رفتارهای خوردن، به‌منظور کمک به فهم فرایند چرایی و چگونگی پیوند علی تجارب آسیب‌زای دوران کودکی و رفتارهای خوردن، بر نقش میانجیگر مفهوم ناگویی خلقی، تأکید می‌شود (یامامیا و استیسی، ۲۰۲۴).

ناگویی خلقی بیانگر دشواری و ناتوانی در تشخیص و توصیف عواطف و احساسات خود است (ریزاتیک و همکاران، ۲۰۲۴). افراد با ناگویی خلقی آسیب‌هایی را در توانش‌های نظم‌بخشی و پردازشگری هیجانی و دشواری‌هایی را در تشخیص نشانه‌های جسمانی و هیجانی‌شان، نشان می‌دهند (ریسی و همکاران، ۲۰۲۲). در مطالعات مختلف از رابطه ناگویی خلقی با اشکال متفاوتی از اختلال‌های روانی مانند مشکلات اضطرابی، افسردگی، سوءمصرف مواد و اختلال‌های خوردن حمایت کرده‌اند (عامری و نجفی، ۱۴۰۳؛ لاکاز و همکاران، ۲۰۲۲). محیط بی‌اعتبارساز و آسیب‌های دوران کودکی با اشکال مختلف ناگویی هیجانی و اختلال عملکرد عاطفی مرتبط است (برادن و همکاران، ۲۰۲۱؛ حسین‌پور خاقانی و همکاران، ۱۴۰۳). محققان یادآوری می‌کنند افراد در معرض تجربه محیط بی‌اعتبارساز و آسیب‌های دوران کودکی، با آمادگی برای ناپختگی‌های هیجانی، بیش از پیش، در معرض خطر استفاده از رفتارهای خوردن نایمن هستند (مارازی و همکاران، ۲۰۲۳).

اگرچه نتایج مطالعات مختلف از پیوند علی بین تجربه محیط بی‌اعتبارساز و آسیب‌های دوران کودکی با گستره وسیعی از مشکلات سلامت روانی در افراد حمایت کرده‌اند، در این بین، تأکید بر نقش چنین تجارب فشارزایی در بافتار رفتارهای خوردن آشفته‌ساز، حائز اهمیت فراوانی است (کانتی و همکاران، ۲۰۲۳؛ ابید و همکاران، ۲۰۲۱). موافق با پیشنهاد روش‌شناسان، در بافتار تعدد شواهدی معطوف

بر پیوند علی بین تجارب فشارزای کودکی و رفتارهای خوردن افراطی، جستجوی سازوکاری که فرایند چرایی وقوع چنین پیوندی را سبب می‌شود، اولویت می‌یابد (هو و همکاران، ۲۰۲۳). در این بخش، موافق با آموزه‌های منتج از روی آوردهای نقص‌محور در بافتار تجارب کودکی، با فزون‌یافتگی تجارب آسیب‌زای دوران کودکی و نقصان‌یافتگی خزانه توانش‌های هیجانی متعاقب آن، جستجوی رویه‌های هیجانی پاسخ به مطالبه‌گری‌های پیرامونی، در رفتارهای خوردن ناسازگارانه، ظهور می‌یابد. بنابراین، محققان در این پژوهش، به پشتوانه فهمی منتج از آموزه‌های نظری و شواهد تجربی، در معماری بنایی مفهومی، در بافتار رفتارهای خوردن هیجانی از طریق از عوامل‌های خطری مانند محیط بی‌اعتبارساز و آسیب‌های دوران کودکی بر نقش میانجی ناگویی هیجانی، تأکید می‌شود.



شکل ۱. مدل مفهومی پژوهش

## • روش

این پژوهش از نظر هدف، بنیادی و از منظر شیوه گردآوری داده‌ها، توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی دانشجویان دانشگاه آزاد واحد تهران شمال در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۲ بودند. در این پژوهش، موافق با منطق پیشنهادی کلاین (۲۰۱۵)، به منظور برآورد حجم نمونه با تأکید بر تطابق بین پارامترهای آزاد مدل و تعداد مشارکت‌کنندگان و با استفاده از قاعده ۱۴ مشارکت‌کننده به ازای هر پارامتر آزاد، از آنجاکه در مدل پیشنهادی ۳۵ پارامتر اندازه‌گیری شد، تعداد ۵۰۰ دانشجو انتخاب شدند. البته، در مرحله غربالگری داده‌ها تعداد ۷ مشارکت‌کننده به دلیل نبود احراز شرایط، از مطالعه حذف شدند. بنابراین، نمونه آماری این پژوهش ۴۹۷ دانشجو بودند که با استفاده از روش نمونه‌گیری چندمرحله‌ای از بین دانشکده‌های مختلف دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران شمال شامل الهیات و معارف اسلامی، شیمی، علوم انسانی، علوم پایه، علوم و فنون دریایی، علوم زیستی، برق و کامپیوتر، فنی و مهندسی، مدیریت و علوم اجتماعی و زبان‌های خارجه، انتخاب شدند. برای این منظور، ابتدا از بین دانشکده‌های مختلف به قید قرعه، ۵ دانشکده علوم انسانی، علوم پایه، الهیات و معارف اسلامی، برق و کامپیوتر و زبان‌های خارجه، انتخاب و به دنبال آن از هردانشکده نیز ۵ کلاس انتخاب و در نهایت، در هر کلاس، حدود ۲۰ دانشجو نیز به صورت تصادفی، انتخاب شدند.

## • ابزارها

**الف) مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو (Toronto alexithymia scale- TAS):** باگی، تایلر و رایان (۱۹۸۶) این مقیاس را ساختند و سپس بگی، پارکر و تایلر (۱۹۹۴)، آن را مورد تجدیدنظر قرار دادند. مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو یک آزمون ۲۰ ماده‌ای است و از سه زیرمقیاس دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی تشکیل شده است. نتایج مطالعات مختلف از ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو حمایت کرده‌اند (کاظمی نجف‌آبادی، ۱۳۹۵). در پژوهش کاظمی نجف‌آبادی (۱۳۹۵)، ضرایب آلفای کرونباخ نمره کلی مقیاس ناگویی هیجانی، زیرمقیاس دشواری در شناسایی احساسات، زیرمقیاس دشواری در توصیف احساسات و زیرمقیاس تفکر عینی به ترتیب برابر با ۰/۸۵، ۰/۸۲، ۰/۷۵ و ۰/۷۲ به دست آمد. در این پژوهش، ضرایب همسانی درونی زیرمقیاس‌های دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی به ترتیب برابر با ۰/۸۴، ۰/۸۰ و ۰/۷۸ به دست آمد.

**ب) پرسشنامه ترومای دوره کودکی (childhood trauma questionnaire- CTQ):** برنستاین و همکاران (۲۰۰۳) با هدف سنجش تجارب آسیب‌زای دوران کودکی، پرسشنامه ترومای دوران کودکی را توسعه دادند. این پرسشنامه ۲۸ ماده‌ای، ۵ نوع از اشکال بدرفتاری دوران کودکی شامل سوءاستفاده جنسی، سوءاستفاده جسمانی، سوءاستفاده عاطفی و غفلت عاطفی و جسمانی، اندازه‌گیری می‌شود. در پژوهش برنستاین و همکاران (۲۰۰۳)، ضرایب همسانی درونی برای ابعاد سوءاستفاده عاطفی، سوءاستفاده جسمی،

سوءاستفاده جنسی، غفلت عاطفی و غفلت جسمانی عاطفی به ترتیب برابر با ۰/۸۷، ۰/۸۶، ۰/۸۹، ۰/۸۹، ۰/۷۸ به دست آمد. ابراهیمی، دژکام و ثقه‌السلام (۱۳۹۲)، ضرایب همسانی درونی زیرمقیاس‌های پرسشنامه را با استفاده از آلفای کرونباخ در دامنه ۰/۸۱ تا ۰/۹۸ گزارش کردند. در این پژوهش، ضریب همسانی درونی پرسشنامه ترومای دوران کودکی با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۹ به دست آمد.

**ج) مقیاس محیط نازنده‌سازِ کودکی (invalidating childhood environment scale- ICES):** مانفورد و همکاران (۲۰۰۴) نسخ پدر و مادر این ابزار را با شمول دو مولفه پاسخ‌های منفی و فقدان حمایت، توسعه دادند. این ابزار شامل ۱۴ ماده است و مشارکت‌کنندگان به هر ماده بر طیفی ۵ درجه‌ای از هرگز (۱) تا همیشه (۵) پاسخ می‌دهند. نتایج مطالعات مختلف از مشخصه‌های روان‌سنجی روایی و اعتبار ابزار به‌طور تجربی حمایت کردند (هالدين و همکاران، ۲۰۲۳؛ روبرستون، ۲۰۱۳؛ مانفورد و همکاران، ۲۰۰۴؛ محمودی و همکاران، ۱۴۰۱). در پژوهش روبرستون (۲۰۱۳)، ضرایب همسانی نسخ پدر و مادر با استفاده از روش آلفای کرونباخ در یک نمونه غیربالینی به ترتیب ۰/۹۰ و ۰/۸۸ به دست آمد. محمودی و همکاران (۱۴۰۱)، در نسخه مادر، ضرایب همسانی درونی عاملی کلی مقیاس، زیرمقیاس پاسخ‌های منفی مادرانه و زیرمقیاس فقدان حمایت مادرانه با استفاده از روش آلفای کرونباخ به ترتیب برابر با ۰/۹۹، ۰/۹۸ و ۰/۹۸ و در نسخه پدر مقادیر آلفا به ترتیب برابر با ۰/۹۹، ۰/۹۸ و ۰/۹۸ گزارش کرد. در پژوهش حاضر، ضریب همسانی درونی عامل کلی در مقیاس محیط نازنده‌سازِ کودکی برابر با ۰/۷۳ به دست آمد.

**د) مقیاس پرخوری (binge eating scale- BES):** گورمالی، بلاک، داستون و راردین (۱۹۸۲) این مقیاس را به منظور اندازه‌گیری شدت پرخوری در افراد مبتلا به چاقی، طراحی کردند. این مقیاس از طریق ۱۶ ماده، ابعاد شناختی عاطفی (مانند احساس گناه، اشتغال ذهنی با خوردن محدود) و رفتاری (مانند غذاخوردن سریع، تنها غذاخوردن سریع، تنها غذاخوردن) اختلال پرخوری را می‌سنجد. نتایج مطالعات مختلف از ویژگی‌های فنی روایی و اعتبار نسخه‌های زبانی انگلیسی، فارسی، پرتغالی و ایتالیایی این مقیاس حمایت کردند (مولودی، دژکام، موتابی و امیدوار، ۱۳۸۹). در مطالعه مولودی و همکاران (۱۳۸۹)، اعتبار مقیاس پرخوری با استفاده از روش آزمون بازآزمون برابر با ۰/۷۲، روش دومیه‌سازی برابر با ۰/۶۷ و روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۵ به دست آمد. در پژوهش حاضر ضرایب همسانی درونی مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۶ به دست آمد.

## • یافته‌ها

قبل از تحلیل داده‌ها، نخست مفروضه‌های نرمال بودن و نبود هم‌خطی بررسی شد که نتایج آن در ادامه بیان می‌شود. شاخص کجی و کشیدگی متغیرهای آشکار، روشی مرسوم برای تعیین نرمال بودن است. میرز، گامست و گارینو (۲۰۱۶) نقطه برش  $\pm 3$  را برای کجی مناسب می‌دانند. برای شاخص کشیدگی نیز به صورت عمومی مقادیر بیشتر از  $\pm 10$  در مدل‌یابی معادلات ساختاری، مشکل‌آفرین است (کلاین، ۲۰۱۱). مقادیر به دست آمده برای کجی و کشیدگی متغیرها نشان می‌دهد که مفروضه نرمال بودن متغیرهای پژوهش، برقرار بود. برای بررسی مفروضه نبود هم‌خطی از آماره‌های عامل تورم واریانس (VIF) و شاخص تحمل استفاده شد و با توجه به اینکه هیچ کدام از مقادیر مربوط به آماره تحمل کمتر از ۰/۴۰ و البته هیچ‌یک از مقادیر عامل تورم واریانس، بیش از ۱۰ نبودند، در این بخش، نتایج بر رعایت مفروضه نبود هم‌خطی دلالت داشت.

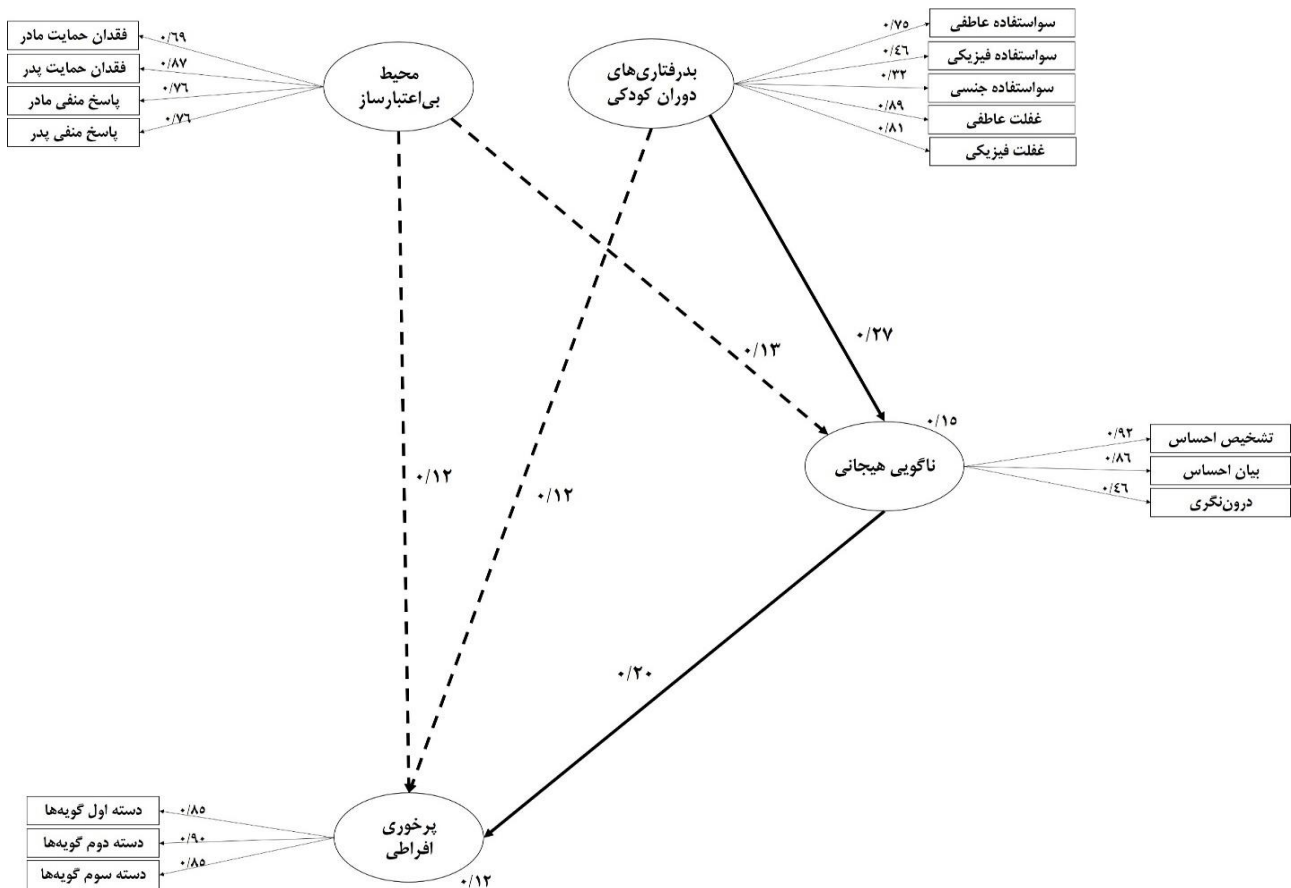
در جدول ۱، نتایج مربوط به اندازه‌های توصیفی و همچنین همبستگی متغیرهای پژوهش ارائه شدند.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی و ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

|                         |       |       |        |        |        |
|-------------------------|-------|-------|--------|--------|--------|
| ۱- آسیب‌های دوران کودکی | ۴۴/۰۲ | ۱۴/۵۸ | ۱      |        |        |
| ۲- محیط بی‌اعتبارساز    | ۳۷/۹۹ | ۱۹/۹۶ | ۰/۶۹** | ۱      |        |
| ۳- ناگویی هیجانی        | ۴۴/۰۸ | ۱۱/۷۷ | ۰/۲۷** | ۰/۳۰** | ۱      |
| ۴- پرخوری افراطی        | ۹/۲۳  | ۸/۶۷  | ۰/۲۹** | ۰/۲۷** | ۰/۲۴** |

\*\*  $P < 0.01$  \*  $P < 0.05$

در ادامه برای بررسی اثرهای مستقیم و واسطه‌ای از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری استفاده شد که نتایج آن در قالب شکل ۱ و جداول اثرات مستقیم و غیرمستقیم ارائه می‌شود.



شکل ۱. ضرایب مسیر استاندارد متغیرهای پژوهش در مدل اصلی

شاخص های برازش مدل ساختاری برای اندازه های  $\chi^2$  دو، نسبت  $\chi^2$  به درجه آزادی، شاخص برازندگی تطبیقی، شاخص برازندگی فزاینده، شاخص نیکویی برازش، ریشه دوم برآورد واریانس تقریب و درنهایت، ریشه دوم میانگین مربعات باقی مانده به ترتیب برابر با ۱۱۳/۶۴، ۲/۹۹، ۰/۹۷، ۰/۹۷، ۰/۹۶، ۰/۶۴ و ۰/۰۸ به دست آمد.

جداول ۲ و ۳، نتایج مربوط به اثرات مستقیم و واسطه ای متغیرهای پژوهش را نشان می دهد.

جدول ۲. بررسی روابط مستقیم متغیرها در مدل تحقیق

| متغیر مستقل          | متغیر وابسته   | استاندارد ضرایب غیر | ضرایب استاندارد | خطای استاندارد | t    | p     |
|----------------------|----------------|---------------------|-----------------|----------------|------|-------|
| آسیب های دوران کودکی | پر خوری افراطی | ۰/۰۹                | ۰/۱۱            | ۰/۰۶           | ۱/۳۸ | ۰/۱۶  |
| محیط بی اعتبار ساز   | پر خوری افراطی | ۰/۰۵                | ۰/۱۲            | ۰/۰۳           | ۱/۵۴ | ۰/۱۲  |
| ناگویی هیجانی        | پر خوری افراطی | ۰/۰۹                | ۰/۲۰            | ۰/۰۲           | ۳/۸۵ | ۰/۰۰۱ |
| آسیب های دوران کودکی | ناگویی هیجانی  | ۰/۴۸                | ۰/۲۷            | ۰/۱۴           | ۳/۳۰ | ۰/۰۰۱ |
| محیط بی اعتبار ساز   | ناگویی هیجانی  | ۰/۱۲                | ۰/۱۳            | ۰/۰۷           | ۱/۶۹ | ۰/۰۹  |

با توجه به جدول ۲ می توان مشاهده کرد که مسیر مستقیم متغیر آسیب های دوران کودکی به متغیر پر خوری افراطی معنادار نیست ( $\beta = ۰/۱۱$ ،  $t = ۱/۳۸$ ). مسیر مستقیم متغیر محیط بی اعتبار ساز به متغیر پر خوری افراطی معنادار نیست ( $\beta = ۰/۱۲$ ،  $t = ۱/۵۴$ ). مسیر مستقیم ناگویی هیجانی به متغیر پر خوری افراطی معنادار است ( $\beta = ۰/۲۰$ ،  $t = ۳/۸۵$ ). مسیر مستقیم آسیب های دوران کودکی به متغیر ناگویی هیجانی معنادار است ( $\beta = ۰/۲۷$ ،  $t = ۳/۳۰$ ). مسیر مستقیم متغیر مکنون محیط بی اعتبار ساز به متغیر ناگویی هیجانی معنادار نیست ( $\beta = ۰/۱۳$ ،  $t = ۱/۶۹$ ).

با توجه به جدول ۳ می توان مشاهده کرد که اثر غیرمستقیم متغیر آسیب های دوران کودکی به متغیر پر خوری افراطی از طریق ناگویی هیجانی معنادار است ( $b = ۰/۰۴$ ،  $p < ۰/۰۵$ ). از سوی دیگر اثر غیرمستقیم متغیر محیط بی اعتبار ساز به متغیر پر خوری افراطی از طریق ناگویی هیجانی معنادار نیست ( $b = ۰/۰۱$ ،  $p > ۰/۰۵$ ).

جدول ۳. روابط غیرمستقیم متغیرها در مدل تحقیق

| متغیر مستقل          | متغیر میانجی  | متغیر وابسته  | ضریب غیر استاندارد | حد پایین | حد بالا | P     |
|----------------------|---------------|---------------|--------------------|----------|---------|-------|
| آسیب‌های دوران کودکی | ناگویی هیجانی | پرخوری افراطی | ۰/۰۴               | ۰/۰۱     | ۰/۰۹    | ۰/۰۰۱ |
| محیط بی‌اعتبارساز    | ناگویی هیجانی | پرخوری افراطی | ۰/۰۱               | -۰/۰۰۱   | ۰/۰۳    | ۰/۰۷  |

## ● بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش میانجی ناگویی هیجانی در رابطه بین محیط بی‌اعتبارساز و آسیب‌های دوران کودکی با علائم پرخوری افراطی انجام شد. نتایج این پژوهش نشان داد که مدل ارتباطی بین آسیب‌های دوران کودکی با علائم خوردن افراطی از طریق میانجی‌گری ناگویی هیجانی، برازش مطلوبی داشت. در این مدل، اثر غیرمستقیم آسیب‌های دوران کودکی بر پرخوری افراطی از طریق ناگویی هیجانی، به‌طور معناداری، میانجی‌گری شد. این یافته با نتایج پژوهش‌های بارونی و همکاران (۲۰۲۳)، کالدیرولی و همکاران (۲۰۲۳)، سیپریانو و همکاران (۲۰۲۴)، رابیتو-آلتون و همکاران (۲۰۲۱) و استرودل و ویلی (۲۰۲۰) همسو بود. این پژوهش‌ها نشان دادند که ناگویی هیجانی در ارتباط بین آسیب‌های دوران کودکی با اختلال‌های خوردن از جمله پرخوری افراطی، نقش میانجی‌گری ایفا می‌کند. در تبیین نتایج این بخش از پژوهش می‌توان گفت که اثر طرق متفاوت آسیب‌های دوران کودکی شامل سوءاستفاده عاطفی، سوءاستفاده فیزیکی، سوءاستفاده جنسی، غفلت عاطفی و غفلت فیزیکی بر رفتار ناسازگارانه پرخوری افراطی، از طریق وجوه چندگانه ناگویی هیجانی شامل دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی، ممکن می‌شود. درواقع افراد با تجربه آسیب‌های دوران کودکی، از طریق بیش‌آسیب‌پذیری در برابر پریشانی‌های هیجانی و روان‌شناختی به‌ویژه ناگویی هیجانی، در معرض اشکال متکثر اختلال‌های خوردن همچون پرخوری افراطی قرار می‌گیرند (بارونی و همکاران، ۲۰۲۳؛ استرودل و ویلی، ۲۰۲۰). پژوهش‌ها با تأکید بر نقش آسیب‌های دوران کودکی افراد دارای آشفتگی‌های خوردن، نشان دادند که این افراد با تکیه بر مقاومت در برابر تغییر و استفاده از سبک‌ها و راهبردهای ارتباطی و تعاملی مختل، از راهبردهای تنظیم هیجانی مبتنی بر ناگویی هیجانی استفاده می‌کنند (بارونی و همکاران، ۲۰۲۳؛ استرودل و ویلی، ۲۰۲۰). همچنین با تشدید ناگویی هیجانی، نشانه‌های انواع اختلال‌های خوردن از جمله پرخوری افراطی تشدید می‌شود. رابیتو-آلتون و همکاران (۲۰۲۱) و استرودل و ویلی (۲۰۲۰) نیز با تأکید بر نقش آسیب‌های دوران کودکی و ترومای دوران کودکی، نشان دادند که کاهش سطوح ناگویی هیجانی مانع بروز نشانه‌های اختلال پرخوری افراطی می‌شود. ازدیگرسو در تبیین نقش میانجی‌گر ناگویی هیجانی در ارتباط بین آسیب‌های دوران کودکی و پرخوری افراطی می‌توان اذعان داشت که آسیب‌های دوران کودکی موجب ناگویی هیجانی شده و متعاقب آن ناگویی هیجانی نیز سبب گرفتارشدن فرد در چرخه‌های ناسازگارانه و معیوب از جمله نبود پذیرش واکنش‌های هیجانی، دشواری در انجام رفتار هدف‌مند، دشواری در کنترل تکانه، ناتوانی در شناسایی و توصیف احساسات و هیجان‌ها و تفکر عینی می‌شوند و درنهایت می‌توانند ایجاد و تداوم عواطف و هیجان‌های منفی و همچنین روی آوردن به رفتارهای خوردن افراطی را سبب شوند (نادری و همکاران، ۱۴۰۲؛ رابیتو-آلتون و همکاران، ۲۰۲۱؛ بارونی و همکاران، ۲۰۲۳).

در بخشی دیگر، نتایج نشان داد رابطه بین محیط بی‌اعتبارساز و علائم پرخوری افراطی با میانجی‌گری ناگویی هیجانی از نظر آماری معنادار نبود. به بیان دیگر، نتایج نشان داد که اثر غیرمستقیم محیط بی‌اعتبارساز و خوردن افراطی از طریق میانجی‌گری ناگویی هیجانی از نظر آماری معنادار نبود. این یافته با نتایج مطالعات اولیقان و همکاران (۲۰۲۳ الف و ب) و پینک و همکاران (۲۰۱۹) ناهمسو بود. این پژوهشگران دریافته‌اند که ناگویی هیجانی با شمول شناساگرهای چندگانه نبود کفایت‌مندی هیجانی در رابطه ساختارهایی خانوادگی مانند محیط بی‌اعتبارساز و رفتارهای ناسازگارانه خوردن، از نقشی واسطه‌ای برخوردار بود. در بافتار پژوهش حاضر، مدل مفهومی با شمول آسیب‌های دوران کودکی به مثابه یکی از عامل‌های خطر محیطی اثرگذار بر رفتارهای خوردن ناانطباقی البته، تداخل معنایی آن با محیط بی‌اعتبارساز کودکی، ظرفیت تفسیری محیط بی‌اعتبارساز را در تبیین پراکندگی مقادیر منتسب به رفتار خوردن افراطی، تحت تأثیر قرار داده است. به بیان دیگر، بیش‌گستری دامنه معنایی سازه بسط آسیب‌های دوران کودکی و البته، تداخل آن با مفهوم محیط بی‌اعتبارساز دوران کودکی، در بافتار فهم رفتارهای خوردن افراطی، توان توضیحی محیط بی‌اعتبارساز کودکی را با محدودیت مواجه کرده است. نتایج در این پژوهش ناهمسو با یافته‌های مطالعات دیگر نشان داد که ناگویی هیجانی، رابطه بین محیط بی‌اعتبارساز و علائم پرخوری



را میانجی‌گری نمی‌کند. در این بخش، فرض می‌شود که انفعال در نقش‌آفرینی مفهوم محیط بی‌اعتبارساز کودکی در مجاورت سازه بسیط آسیب‌های دوران کودکی، کارکرد میانجی‌گری ناگویی هیجانی را نیز در رابطه محیط اعتبارزدا و رفتارهای خوردن افراطی، به نبود معناداری متمایل ساخته است (استرودل و ویلی، ۲۰۲۰).

این پژوهش چند محدودیت دارد. اول، در این پژوهش، بر اساس مبانی نظری و شواهد تجربی، آزمون مدل علی میانجی‌گری به کمک یک طرح مقطعی، اولویت یافت. بنابراین، اگر قرار است ضریب اعتماد به استنتاج‌های علی منتج از یافته‌های این پژوهش فزونی یابد، نیاز است منطق مفروض در مدل پیشنهادی به کمک طرحی طولی نیز آزمون شود. دوم، مشارکت‌کنندگان این پژوهش فقط از بین دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران شمال انتخاب شدند. بنابراین، نیاز است که تعمیم یافته‌های پژوهش به دیگر گروه‌های دانشجویی، با رعایت احتیاط انجام شود. سوم، در این پژوهش فقط از یک مدل میانجی‌گری صرف استفاده شد. بنابراین، تحلیل ایده هم‌ارزی جنسی روابط ساختاری به کمک یک مدل ترکیبی میانجی‌گری تعدیل شده، فرصت مغتنمی را برای گسترانیدن توان اطلاعاتی این پژوهش در قلمرو مطالعاتی منتخب فراهم خواهد آورد.

## • نتیجه‌گیری

در مجموع نتایج این پژوهش با تأکید بر میانجی‌گری ناگویی هیجانی در رابطه تجارب آسیب‌زای دوران کودکی با رفتارهای خوردن ناسازگارانه در بزرگسالی نشان می‌دهد که بافتار ارتباطی رنجاننده و نارزنده‌ساز در کودکی ضمن آن که تلاش برای تأمین نیازهای بنیادین کودک را ناممکن می‌سازد؛ از طریق تحمیل فقر در منابع مقابله‌ای، رجوع به شیوه‌های رویارویی هیجان‌محوری مانند رفتارهای خوردن نائطباقی را سبب می‌شود. علاوه بر این، نتایج در بخشی دیگر، با تأکید بر نبود میانجی‌گری ناگویی هیجانی در رابطه محیط بی‌اعتبارساز کودکی و رفتارهای خوردن افراطی نشان داد که بیش‌گستری دامنه معنایی سازه بسیط آسیب‌های دوران کودکی و تداخل بالقوه آن با دیگر عامل بافتاری محیط اعتبارزای کودکی، ضمن سایه‌انداختن بر مشخصه‌های کارکردی این عامل بافتاری، نقش سازوکار ناگویی هیجانی را نیز در رابطه علی محیط بی‌اعتبارساز و رفتارهای خوردن افراطی، تحت تأثیر قرار داد.

## • تعارض منافع

بنا به اظهار نویسندگان، هیچ گونه تعارض منافی وجود ندارد.

## • تقدیر و تشکر

صمیمانه از مساعدت مسئولانه یکایک مشارکت‌کنندگان تشکر می‌شود. امید که نتایج چنین مطالعاتی، در عمل نیز به حال‌شان مفید افتد.

## • منابع

- ابراهیمی، حجت‌الله، دژکام، محمود، ثقه‌الاسلام، طاهره. (۱۳۹۲). تروماهای دوران کودکی و اقدام به خودکشی در بزرگسالی. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۱۹ (۴)، ۲۸۲-۲۷۵.
- حسین‌پور خاقانی، سیدحامد؛ چلبیانلو، غلامرضا و بافنده، حسن. (۱۴۰۳). مطالعه تطبیقی نیمرخ شناختی دانش‌آموزان مبتلا به اختلال‌های عصبی رشدی: مقایسه پردازش حسی، حافظه فعال، تنظیم هیجانی و انعطاف‌پذیری شناختی. *مجله روانشناسی*، ۲۸ (۲)، ۱۸۳-۱۷۱.
- عامری، نرجس و نجفی، محمود. (۱۴۰۳). روابط ساختاری ناگویی هیجانی و گرایش به رفتارهای پرخطر در نوجوانان: نقش میانجی انعطاف‌پذیری روانشناختی. *مجله روانشناسی*، ۲۸ (۲)، ۱۵۱-۱۴۲.
- محمودی، مهسا، صابری، هائیده، بشردوست، سیمین. (۱۴۰۱). پیش‌بینی پریشانی روان‌شناختی بر اساس ترومای دوران کودکی با نقش میانجی ناگویی هیجانی. *فصلنامه تازه‌های علوم شناختی*، ۲۴ (۳)، ۵۶-۴۱.
- مولودی، رضا، دژکام، محمود، موتابی، فرشته، امیدوار، نسرين. (۱۳۸۹). مقایسه طرحواره‌های ناسازگار اولیه در افراد چاق مبتلا به اختلال پرخوری و فاقد اختلال پرخوری. *مجله علوم رفتاری*، ۴ (۲)، ۱۱۴-۱۰۹.

- نادری، سارا؛ غلامعلی لواسانی، مسعود و قاسم‌زاده، سوگند. (۱۴۰۲). مقایسه رابطه طرحواره‌های ناسازگار اولیه با بهزیستی روان‌شناختی و نقش میانجی‌گر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در نوجوانان با و بدون سابقه طلاق والدین. *مجله روانشناسی*. ۲۷ (۴)، ۴۰۶-۴۱۵.
- 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.
- Bagby, R. M., Taylor, G. J., & Ryan, D. (1986). Toronto Alexithymia Scale: Relationship with personality and psychopathology measures. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 45(4), 207-215.
- Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., & Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse and Neglect*, 27 (2), 169-190.
- Barakat, S., McLean, S. A., Bryant, E., Le, A., Marks, P., Touyz, S., & Maguire, S. (2023). Risk factors for eating disorders: findings from a rapid review. *Journal of Eating Disorders*, 11 (8), 1-31.
- Barone, J., Oliveri, M., Bonaventura, R. E., & Mangano, G. R. (2023). Reduction of drive for thinness and body dissatisfaction in people with self-reported dysregulated eating behaviors after intermittent theta burst stimulation (iTBS) of the left dorsolateral prefrontal cortex. *Frontiers in Human Neuroscience*, 17, 1108869.
- Braden, A., Anderson, L., Redondo, R., Watford, T., Emley, E., & Ferrell, E. (2021). Emotion regulation mediates relationships between perceived childhood invalidation, emotional reactivity, and emotional eating. *Journal of Health Psychology*, 26(14), 2937-2949.
- Bray, B., Sadowski, A., Bray, C., Bradley, R., & Zwickey, H. (2023). Clinical aspects of binge eating disorder: A cross-sectional mixed-methods study of binge eating disorder experts' perspectives. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 1087165.
- Caldirolì, A., La Tegola, D., Manzo, F., Scalia, A., Affaticati, L. M., Capuzzi, E., Colmegna, F., Argyrides, M., Giaginis, C., Mendolicchio, L., et al. (2023). The impact of the COVID-19 pandemic on binge eating disorder: A systematic review. *Nutrients*, 15, 3777.
- Carbone, E. A., Aloï, M., Rania, M., de Filippis, R., Quirino, D., Fiorentino, T. V., & Segura-Garcia, C. (2023). The relationship of food addiction with binge eating disorder and obesity: A network analysis study. *Appetite*, 190, 107037.
- Cipriano, A., Cantone, D., Guerriera, C., Scotto Rosato, M., Cotrufo, P., & Cella, S. (2024). Narcissistic vulnerability and binge eating in adolescence: The mediating role of emotion dysregulation and dissociative experiences. *Journal of Affective Disorders Reports*, 16, 100737.
- Colton, E., Wilson, K. E., Chong, T. T. J., & Verdejo-Garcia, A. (2023). Dysfunctional decision-making in binge-eating disorder: A meta-analysis and systematic review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 152, 105250.
- Conti, C., Nardo, M. D., Lanzara, R., Guagnano, M. T., Cardi, V., & Porcelli, P. (2023). Improvement in binge eating and alexithymia predicts weight loss at 9-month follow-up of the lifestyle modification program. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 28 (30), 1-11.
- Cruise, K. E., & Becerra, R. (2018). Alexithymia and problematic alcohol use: A critical update. *Addictive Behaviors*, 77, 232-246.
- Farello, G., Ranieri, J., Cilli, E., Guerra, F., Cogodi, E., Martelli, A., & Giacomo, D. D. (2023). Binge eating disorders and psychological well-being in prolonged COVID-19 pandemic: Retrospective cross-sectional study on undergraduate students. *Personalized Medicine in Psychiatry*, 41-42, 100109.
- Gormally, J., Black, S., Daston, S., & Rardin, D. (1982). The assessment of binge eating severity among obese persons. *Addictive Behaviors*, 7(1), 47-55.
- Holden, R. R., Lambert, C. E., Billet, M. I., Rochelle, M. L., & Fekken, G. (2023). Factor structure and proposed scoring revision of the Invalidating Childhood Environment Scale: Getting more from less. *Current Psychology*, 42, 6022-6030.
- Hu, P., Xie, P., Qian, W., Liu, X., & Wang, J. (2023). The relationship between perfectionism and eating pathology: the mediating roles of body dissatisfaction and alexithymia. *Current Psychology*, 42, 30939-30948.
- Jacobson, I. G., Geronimo-Hara, T. R., Sharifian, N., McMaster, H. S., Mehlman, H., Rull, R. P., & Maguen, S. (2024). Prevalence and risk factors for the development of bulimia nervosa and binge eating disorder in a large U.S. military cohort. *American Journal of Epidemiology*, <https://doi.org/10.1093/aje/kwae204>
- Kaur, J., Dang, A. B., Gan, J., An, Z., & Krug, I. (2022). Night eating syndrome in patients with obesity and binge eating disorder: A systematic review. *Frontiers in Psychology*, 12, 766827.
- Kline, R. B. (2015). *Principles and practice of structural equation modeling*. New York: Guilford publications.
- Lukas, L., Buhl, C., Schulte-Korne, G., & Sfarlea, A. (2022). Family, friends, and feelings: the role of relationships to parents and peers and alexithymia in adolescents with anorexia nervosa. *Journal of Eating Disorders*, 10 (143), 1-12.
- Marazzi, F., Orlandi, M., De Giorgis, V., Borgatti, R., & Mensi, M. M. (2023). The impact of family alexithymia on the severity of restrictive eating disorders in adolescent patients. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 17 (139), 1-10.
- Meng, S. Q., Bai, B. Y., Bai, C. Z., Shrestha, S., & Ren, Y. Z. (2024). Invalidating environment and meaning in life: The Chain Mediating Effects of regulatory emotional self-efficacy and basic psychological needs satisfaction. *Child Abuse & Neglect*, 151, 106736.
- Meyers, L. S., Gamst, G., & Goarin, A. J. (2016). *Applied multivariate research, design and interpretation*. Thousand oaks. London. New Delhi, Sage publication.
- Mountford, V., Corstorphine, E., Tomlinson, S., & Waller, G. (2007). Development of a measure to assess invalidating childhood environments in the eating disorders. *Eating Behavior*, 8, 48-58.



- Obeid, S., Hallit, S., Akel, M., & Brytek-Matera, A. (2021). Orthorexia nervosa and its association with alexithymia, emotion dysregulation and disordered eating attitudes among Lebanese adults. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 26, 2607–2616.
- O'Loughlen, E., Galligan, R., & Grant, S. (2023a). The functions of binge eating scale (FBES): Development and preliminary psychometric validation. *Appetite*, 1 (183), 106479.
- O'Loughlen, E., Galligan, R., & Grant, S. (2023b). Childhood maltreatment, shame, psychological distress, and binge eating: testing a serial mediational model. *Journal of Eating Disorders*, 11 (96), 1-12.
- Pink, A. E., Lee, M., Price, M., & Williams, C. (2019). A serial mediation model of the relationship between alexithymia and BMI: The role of negative affect, negative urgency and emotional eating. *Appetite*, 133, 270-278.
- Rice, A., Lavender, J. M., Shank, L. M., Neyland, M. K. H., Markos, B., Repke, H., Haynes, H., Gallagher-Teske, J., Schvey, N. A., Sbrocco, T., Wilfley, D. E., Ford, B., Ford, C. B., Jorgensen, S., Yanovski, J. K., Haigney, M., Klein, D. A., Quinlan, J., & Tanofsky-Kraff, M. (2022). Associations among alexithymia, disordered eating, and depressive symptoms in treatment-seeking adolescent military dependents at risk for adult binge-eating disorder and obesity. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 27, 3083–3093.
- Rabito-Alcón, M. F., Baile, J. I., & Vanderlinden, J. (2021). Mediating factors between childhood traumatic experiences and eating disorders development: A systematic review. *Children*, 8(2), 1-12.
- Rasool Abbas Abdulla, Z. A., Almahmood, H. O., Alghasra, R. R., Sadeq Alherz, Z. A., Ghaffar Alsharifa, H. A., Qamber, S. J., Alomar, N. A., Almajed, F. E., Almahroos, T. R., Alnajjas, Z. A., & Alsayyad, A. S. (2023). Prevalence and associated factors of binge eating disorder among Bahraini youth and young adults: a cross-sectional study in a self-selected convenience sample. *Journal of Eating Disorders*, 11 (5), 1-10.
- Robertson, C. D., Kimbrel, N. A., & Nelson-Gray, R. O. (2013). The Invalidating Childhood Environment Scale (ICES): Psychometric properties and relationship to borderline personality symptomatology. *Journal of Personality Disorders*, 27(3), 402–410.
- Rzeszutek, M., Kowalkowska, J., Dragan, M., Schier, K., Lis-Turlejska, M., Holas, P., Drabarek, K., Van Hoy, A., Maison, D., Wdowczyk, G., Litwin, E., Wawrzyniak, J., Znamirska, W., Szumiał, S., & Desmond, M. (2024). Adverse childhood experiences and profiles of healthy orthorexia versus orthorexia nervosa: towards an explanatory model of orthorexia as a multidimensional eating style. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 29 (65), 1-11.
- Strodl, E., & Wylie, L. (2020). Childhood trauma and disordered eating: Exploring the role of alexithymia and beliefs about emotions. *Appetite*, 154, Article 104802.
- van Riel, L., van den Berg, E., Polak, M., Geerts M., Peen, J., Ingenhoven, T., & Dekker, J. (2023). Exploring effectiveness of CBT in obese patients with binge eating disorder: personality functioning is associated with clinically significant change. *BMC Psychiatry*, 23(1), 136-145.
- Yamamiya, Y., & Stice, E. (2023). Risk factors that predict future onset of anorexia nervosa, bulimia nervosa, binge eating disorder, and purging disorder in adolescent girls. *Behavior Therapy*, 55 (4), 712-723.
- Young, H. A., Gaylor, C. M., de-Kerckhove, D., & Benton, D. (2021). Individual differences in sensory and expectation driven interoceptive processes: A novel paradigm with implications for alexithymia, disordered eating and obesity. *Scientific Reports*, 11, 10065.
- Zhou, J. C., Rifas-Shiman, S. L., Haines, J., Jones, K., & Oken, E. (2022). Adolescent overeating and binge eating behavior in relation to subsequent cardiometabolic risk outcomes: a prospective cohort study. *Journal of Eating Disorders*, 10 (140), 1-12.