

مقایسه تداعی‌های ضمنی و آشکار مربوط به افسردگی و اضطراب در افراد مبتلا به اختلال خوردن و افراد سالم

Comparing the Implicit and Explicit Associations of Depression, Anxiety and Food Attitudes in People with Eating Disorders and Healthy People

Susan Alizadehfard, PhD ✉

Maryam Zalizadeh, MSc

Ahmad Alipour, PhD

سوسن علیزاده فرد^۱

مریم زالی زاده^۲

احمد علیپور^۲

Abstract

Eating disorder is a complex psychiatric illness that is chronic and debilitating. In recent decades, the cognitive model of eating disorders has been at the forefront of theorizing, research, and treatment. New research uses two distinct theoretical models for explicit and implicit information processing and evaluation. The aim of the present study was to compare the implicit and explicit associations of depression, anxiety and food attitudes in people with eating disorders and healthy people. The method of study is descriptive and correlational. The statistical population includes people with eating disorders in Tehran who have referred to medical and counseling centers in the first six months of 1399. The sampling method was cluster accessible and purposeful. The sample size was 300 people who were examined with SCL-90 questionnaires, Ahvaz Eating Disorder Inventory (Sharififard, 1998), Food Attitude Scale (Teachman et al., 2003) and computer-based task of implicit association test (Greenwald et al., 1998). Data were analyzed by using analysis of variance, which showed there is a significant difference between people with eating disorders and healthy people in explicit and implicit association of depression, in implicit association of anxiety, and in explicit association of eating attitudes. The results of regression analysis also showed that only explicit and implicit association of depression, and implicit association of anxiety can significantly predict eating disorder. These results confirm the role of implicit and explicit associations in the clinical field; and helps to better understand eating disorder, to be considered in the development of educational programs and psychological interventions.

Keywords: Eating Disorder, Anxiety, Depression, Food Attitude, Implicit Associations, Explicit Associations.

چکیده

اختلال خوردن یک بیماری پیچیده روانپزشکی مزمن و ناتوان‌کننده است. در دهه‌های اخیر، مدل شناختی اختلال‌های خوردن پیش‌تاز نظریه‌پردازی، تحقیق و درمان بوده است. در تحقیقات جدید دو مدل نظری متمایز برای پردازش و ارزیابی‌های آشکار و ضمنی اطلاعات استفاده می‌کنند. هدف از پژوهش حاضر مقایسه تداعی‌های ضمنی و آشکار مربوط به افسردگی، اضطراب و نگرش به غذا در افراد مبتلا به اختلال خوردن و افراد سالم بود. روش تحقیق توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری شامل افراد مبتلا به اختلال خوردن شهر تهران بود که در شش ماهه اول سال ۱۳۹۹ به مراکز درمانی و مشاوره مراجعه کرده بودند. روش نمونه‌گیری به صورت خوشه در دسترس و هدفمند انجام شد. حجم نمونه ۳۰۰ نفر بود که با پرسشنامه‌های SCL-90، سیاه اختلال خوردن اهواز (شریفی فرد، ۱۳۷۷)، مقیاس نگرش به غذا (تیچمن و همکاران، ۲۰۰۳) و تکلیف مبتنی بر رایانه آزمون تداعی ضمنی (گرینوالد و همکاران، ۱۹۹۸) آزمون شدند. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس مورد بررسی قرار گرفت. نتایج این تحلیل نشان داد که در تداعی آشکار و ضمنی افسردگی، در تداعی ضمنی اضطراب و در تداعی آشکار نگرش به تغذیه بین افراد مبتلا به اختلال خوردن و افراد سالم تفاوت معنادار وجود دارد. همچنین نتایج تحلیل رگرسیون نیز مشخص کرد که تنها تداعی و ضمنی آشکار افسردگی و تداعی ضمنی اضطراب می‌توانند به شکل معنادار اختلال خوردن را پیش‌بینی نمایند. این نتایج تأیید کننده نقش تداعی‌های ضمنی و آشکار در عرصه بالینی است؛ همچنین در شناخت بهتر اختلال خوردن کمک می‌کند تا در تدوین برنامه‌های آموزشی و مداخله‌های روانشناختی مورد ملاحظه قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: اختلال خوردن، اضطراب، افسردگی، نگرش به تغذیه، تداعی ضمنی، تداعی آشکار

دریافت مقاله: ۱۴۰۰/۶/۷ تصویب نهایی: ۱۴۰۰/۱۰/۲۵

۱. گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)

۲. گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

● مقدمه

اختلال خوردن (eating disorder) یک بیماری پیچیده روانپزشکی است که اغلب مزمن و ناتوان کننده است. مطابق با پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (DSM-5) مهمترین نشانگان این اختلال داشتن عادت‌های ناهنجار خوردن است که بر سلامت فیزیکی و روانی فرد تاثیر منفی می‌گذارد (انجمن روان پزشکی آمریکا، ویراست پنجم، ۲۰۱۳). بر همین اساس دو نوع اصلی این اختلال شامل بی‌اشتهایی روانی (anorexia) و پراشتهایی روانی (bulimia) است. پژوهش‌هایی که در ایران صورت گرفته نشان می‌دهد که شیوع بی‌اشتهایی روانی و پراشتهایی روانی در دانش‌آموزان دختر به ترتیب ۹/۰ و ۲/۳ درصد است (عزیززاده فروزی، محمدعلیزاده، حقدوست، گروسی، شمس‌الدین سعید، ۱۳۸۸).

در بحث سبب شناسی اختلال خوردن عوامل متعددی مانند عوامل زیستی، فرهنگی-اجتماعی، اختلال‌های شخصیت و طرحواره‌ها و باورهای هسته‌ای مطرح شده است (الوارنجا، کوریتار، پیسولارو، مانسینی، کورداس، اسکاگلیوسی، ۲۰۱۴). پژوهش‌های بسیاری نیز به نقش متغیرها و اختلال‌های روانشناختی با اختلال خوردن پرداخته‌اند. اگرچه میزان و نوع شرایط خاص روانپزشکی همراه در مطالعات مختلف به‌طور قابل توجهی متفاوت است (سانتاروسا، وودراف، ۲۰۱۷؛ خدیرزاع، نرگسی، زندگی، مخبری، ۱۴۰۱)، اما شواهد نشان می‌دهند که اختلال‌های خلقی و اضطرابی شایع‌ترین بیماری‌های روانپزشکی در میان بیماران مبتلا به اختلال‌های خوردن است (خیرآبادی، جاجرمی، بخشی پور، ۱۴۰۰). روابط افسردگی و اضطراب با علائم اختلال خوردن، نه تنها به‌صورت همزمان، بلکه حتی پس از بهبودی نیز وجود دارد (الران باراک، گلداسمیت، ۲۰۲۰؛ سرشار، زینالی، ۱۴۰۰).

در دهه‌های اخیر مدل شناختی اختلال‌های خوردن پیش‌تاز نظریه‌پردازی، تحقیق و درمان بوده است (وارتانیان، پولیوی، هرمان، ۲۰۰۴). تمرکز این مدل بر شناخت‌هایی است که بر احساسات و رفتار فرد تأثیر می‌گذارند و با تشکیل یک ساختار سازمانی، پردازش اطلاعات را هدایت می‌کنند. این شناخت‌ها ممکن است شامل افکار غیر منطقی مربوط به غذا خوردن، وزن، شکل بدن و همچنین معنای مرتبط با لاغر بودن (مانند کنترل خود، زیبایی) باشد که احتمالاً نتیجه یادگیری‌های فرد هستند (گریلو، وایت، ماشب، ۲۰۱۲). علاوه بر این احتمالاً افراد مبتلا، باورهای اصلی (یا طرحواره‌های) بیشتری در رابطه با افسردگی و اضطراب مانند ترک، نقص / شرم و انزوای اجتماعی را دارا هستند (براهارت، رادولف، هیلبرت، ۲۰۱۴).

محققان تلاش کرده‌اند تا ساز و کار پردازش‌هایی که این افکار را ایجاد و حفظ می‌کنند را روشن سازند. عمده این تلاش بر سه حوزه متمرکز شده است. ابتدا توجه انتخابی نسبت به مواد غذایی و محرک‌های خوردن مورد بررسی قرار گرفت (کوری، بربریان، اسکارپاتو، کرگانی، سانتوس، کلادینو، ۲۰۲۰). حوزه دوم شامل سوگیری حافظه، قضاوت و همچنین تحریف‌های ادراکی بود (کورن، دایتل، هارتمن، ۲۰۱۹). سومین حوزه نیز که در سال‌های اخیر مورد توجه محققان در بسیاری از زمینه‌های روانشناسی قرار گرفته است بر شناخت‌های ضمنی و فرایندهای شناختی ضمنی به‌عنوان ابزاری برای درک افکار، نگرش‌ها و رفتارهای مردم تمرکز دارد. شناخت‌های ضمنی افکاری هستند که به‌طور خودکار رخ می‌دهند و تحت کنترل آگاهانه نیستند. اندروود و برایت (۱۹۹۶) معتقدند ویژگی تعیین‌کننده افکار و پردازش‌های خودکار این است که آنها تحت کنترل آگاهانه نیستند، بنابراین شناخت‌های ضمنی تحت تأثیر عوامل بیرونی یا سایر سوگیری‌ها قرار نمی‌گیرند. در واقع، افراد نسبت به شناخت ضمنی خود فاقد بینش بوده و نمی‌توانند پاسخ‌های خود را کنترل و فیلتر نمایند (الران باراک، گلداسمیت، ۲۰۲۰؛ پاسالاکیس، شولزن، سامر، کوهن، ۲۰۲۰).

تحقیقات جدید از هر دو مدل نظری شامل دو نظام متمایز پردازش اطلاعات آشکار و ضمنی و ارزیابی‌های آشکار (explicit) و ضمنی (implicit) استفاده می‌کنند (وارتانیان، پولیوی، هرمان، ۲۰۰۴؛ پاسالاکیس، شولزن، سامر، کوهن، ۲۰۲۰). اما نتایج بررسی این دو نظام در بسیاری از موارد همسو با یکدیگر نیست (الران باراک، گلداسمیت، ۲۰۲۰). برای مثال در یک مطالعه جالب، متغیرهای آشکار و ضمنی مربوط به عزت نفس را با هم مورد مقایسه قرار دادند و مشخص شد افرادی که عزت نفس ضمنی و آشکار آنها هر دو بالا است، از عزت نفس واقعی بالایی برخوردارند؛ در حالی که عزت نفس ضمنی پایین اما آشکار بالا، نشان‌دهنده دفاع یا عزت نفس دفاعی است (جوردن، اسپنسر، زانا، ۲۰۰۳).

در همین راستا پژوهش حاضر نیز در نظر دارد تا به مقایسه تداعی‌های ضمنی و آشکار افسردگی و اضطراب در اختلال خوردن

پرداخته و مشخص نماید که کدام جنبه می‌تواند به شکل بهتر و مناسب‌تری اختلال خوردن را پیش‌بینی نماید. این هدف علاوه بر توسعه بینش تجربی در مرزهای دانش، به طراحی مداخلات موثر برای اختلال‌های خوردن نیز کمک می‌نماید.

• روش

طرح پژوهش حاضر، توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری شامل افراد مبتلا به اختلال خوردن شهر تهران بودند که در شش ماهه اول سال ۱۳۹۹ به مراکز درمانی و مشاوره (مرکز تحقیقات و کلینیک کاهش وزن بیمارستان سینا، کلینیک درمان چاقی بیمارستان طالقانی، مرکز تحقیقات چاقی و عادات غذایی بیمارستان شریعتی) مراجعه کرده بودند. از آنجا که در چنین پژوهش‌هایی تعداد ۱۰۰ نفر نمونه در هر گروه کافی است (فراهانی، عریضی، ۱۳۸۸)؛ گروه نمونه نیز مشتمل بر ۳۰۰ نفر در سه گروه مبتلا به پراشتهایی روانی، کم‌اشتهایی روانی و افراد غیر مبتلا با نمونه‌گیری خوشه در دسترس و مبتنی بر هدف از همین جامعه انتخاب شدند. معیارهای ورود نمونه عبارت بود افراد از سن ۲۰ تا ۵۰ سال، تشخیص ابتلا به اختلال خوردن (کم‌اشتهایی روانی، پراشتهایی روانی) توسط پزشک و روانپزشک مرکز درمانی برای افراد گروه نمونه دارای اختلال خوردن، تشخیص عدم ابتلا به اختلال خوردن (افراد گروه غیر مبتلا) بر اساس سیاهه اختلال خوردن اهواز، عدم ابتلا به اختلال‌های شناختی و هوشی، عدم ابتلا به اختلال‌های شدید روان‌شناختی و امضای رضایت‌نامه کتبی توسط آزمودنی‌ها بود.

• ابزارها

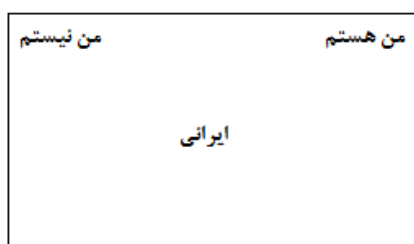
۱) **سیاهه اختلال خوردن اهواز (Ahwaz Eating Disorder Inventory) AEDI**: جهت شناسایی افراد غیر مبتلا و گروه‌بندی افراد نمونه، از سیاهه اختلال خوردن اهواز استفاده شد. این مقیاس توسط شریفی فرد در سال ۱۳۷۶ با تحلیل عوامل پرسشنامه عادات غذا خوردن کوکر و راجر (۱۹۹۰) ساخته شده است (شریفی فرد، نجاریان، شکرکن، ۱۳۷۶). این مقیاس دارای ۳۱ ماده است که به‌صورت درست و نادرست نمره‌گذاری می‌گردد. این مقیاس دو عامل را می‌سنجد، بخش اول بی‌اشتهایی روانی را با ۲۲ ماده و بخش دوم پراشتهایی روانی را با ۹ ماده می‌سنجد. سازندگان میزان اعتبار را از طریق آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۰، بخش اول ۰/۶۸ و بخش دوم ۰/۵۵ محاسبه کردند. همچنین ضرایب بازآزمایی بعد از یک ماه برای کل مقیاس ۰/۸۶، بخش اول ۰/۸۴ و بخش دوم ۰/۸۰ به‌دست آمد (شریفی فرد، نجاریان، شکرکن، ۱۳۷۶).

۲) **فهرست نشانه‌های بالینی SCL-90 (Symptom Checklist-90)**: برای سنجش اضطراب و افسردگی یا به عبارتی برای محاسبه تداعی‌های آشکار اضطراب و پرخاشگری از فهرست علائم بالینی SCL-90 استفاده شد. این فهرست توسط دراگوتیس (۱۹۸۷) ساخته شد و شامل ۹۰ ماده در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای صفر (اصلاً) تا ۴ (خیلی زیاد) نمره‌گذاری می‌شود (دراگوتیس، ۱۹۸۷). این فهرست دارای ۹ زیرمقیاس است که در پژوهش حاضر، فقط سوالات مرتبط با اختلال افسردگی و اضطراب مورد استفاده قرار گرفت (اضطراب ۱۰ ماده و افسردگی ۱۳ ماده). سازندگان فهرست اعتبار درونی مناسبی را برای آن گزارش کرده و همسانی درونی زیرمقیاس‌ها را بین ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ محاسبه نمودند. در ایران نیز مدبرنیا، شجاعی و فلاحی (۱۳۸۹) این فهرست را با مقدار آلفای کرونباخ ۰/۸۵؛ ضریب بازآزمایی ۰/۹۳؛ و همبستگی درونی حدود ۰/۶۰ برای کاربرد در جامعه ایران مناسب دانستند. در پژوهش حاضر مقدار آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۲ به‌دست آمد.

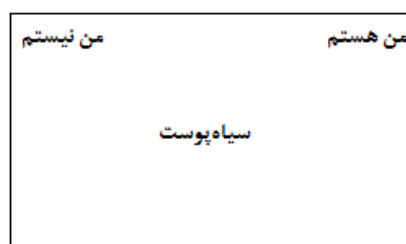
۳) **مقیاس نگرش به غذا (Food Attitude Scale)**: برای بررسی نگرش افراد به غذا یا تداعی آشکار آنها نسبت به غذا از مقیاس نگرش به غذا تیچمن و همکارانش (۲۰۰۳) استفاده شد. این مقیاس دارای ۵ سوال است که هر سوال با بلی یا خیر پاسخ داده می‌شود. پاسخ بلی دارای یک نمره بوده و نمره آزمودنی در این آزمون بین صفر تا ۵ خواهد بود. کسب نمره بالاتر، نشان‌دهنده نگرش منفی‌تر به غذا است. در این مقیاس از فرد سوال می‌شود که مصرف غذا را تا چه حد خجالت‌آور، ناپسند و نادرست می‌داند. سازندگان آزمون مقدار آلفای ۰/۸۳ و اعتبار بازآزمایی ۰/۸۶ را برای آن گزارش کرده و همبستگی آن را نتایج آزمون اختلال خوردن EAT-26 بالا و قابل قبول دانسته‌اند (تیچمن، گاپینسکی، برونوول، راولینز، جی‌ارام، ۲۰۰۳). در پژوهش حاضر نیز مقدار آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۴ به‌دست آمد و همبستگی آن با آزمون اختلال خوردن اهواز ۰/۸۷ محاسبه شد که مقدار مناسبی است.

۴) **آزمون تداعی ضمنی (Implicit Association Test) IAT**: برای سنجش اضطراب و افسردگی ضمنی از آزمون تداعی ضمنی استفاده شد. این ابزار یک آزمون مبتنی بر رایانه است و بر اساس آزمون تداعی ضمنی گرینوالد و همکاران (۲۰۰۹) طراحی شده و یک تکلیف طبقه‌بندی واژگان در دسته‌های مشخص است که زمان واکنش آزمودنی ثبت می‌گردد. فرض این آزمون بر آن است که حضور هم‌زمان کلماتی که به طبقات مختلف تعلق دارند، موجب تداعی ضمنی مفاهیم یکی بر دیگری خواهد شد. برای این منظور عموماً یکی از این طبقات مربوط به مفاهیم شخصی مربوط به من و هویت فردی است. برای مثال مفاهیمی مانند نژاد، ملیت، تحصیلات، یا شغل که افراد هویت خود را وابسته به آنها می‌دانند. گروه دیگر مربوط به طبقه‌ای است که محقق قصد بررسی آن را دارد (که معمولاً یک مفهوم هیجانی است). در پژوهش حاضر این طبقه مربوط به افسردگی و اضطراب بود. همان‌طور که اشاره شد اساس این آزمون بر این فرض استوار است که قضاوت درباره طبقه هیجانی (مانند افسردگی یا اضطراب) تحت تأثیر تداعی ضمنی و غیر آشکار طبقه هویت فردی که حضور دارد قرار گرفته و زمان واکنش آن کوتاه‌تر خواهد شد؛ به عبارت دیگر فرد آن هیجان مورد نظر را در ارتباط با خود مورد قضاوت قرار می‌دهد (گرینوالد، پولمن، اولمان، باناجی، ۲۰۰۹). در این آزمون چند دسته از واژگان بر صفحه رایانه نمایش داده می‌شوند. قبل از نمایش کلمات دستورالعملی داده می‌شود تا بر اساس خصوصیات دوگانه هر واژه و متناسب با الگوی ارائه شده، آزمودنی دکمه L در سمت راست صفحه کلید، یا دکمه D در سمت چپ را فشار دهد.

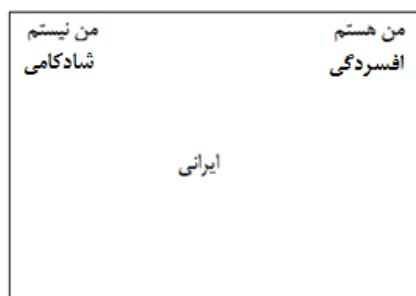
دسته اول ۸ واژه است که در دسته خصوصیات دوگانه "من هستم یا من نیستم" طبقه‌بندی می‌شود. برخی از این کلمات مانند ایرانی (با ارزش اول من هستم) یا سیاه‌پوست (با ارزش دوم من نیستم) مرتبط بود. هر واژه ۲ بار (بدون تکرار پشت هم) ارائه شده و تا زمان فشار دادن دکمه صحیح بر صفحه نمایش باقی می‌ماند.



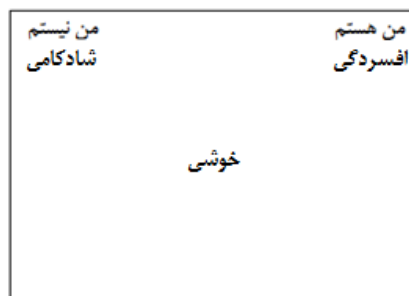
پاسخ صحیح: دکمه سمت راست یعنی L



پاسخ صحیح: دکمه سمت چپ یعنی D



پاسخ صحیح: دکمه سمت راست یعنی L



پاسخ صحیح: دکمه سمت چپ یعنی D

سپس دسته دوم ۸ واژه، با ارزش دوگانه افسردگی / شادکامی ارائه گردید. برخی از این کلمات مانند ناراحتی، دلمردگی (با ارزش اول افسردگی) یا خوشی، شادی (با ارزش دوم شادکامی) بود. در مرحله سوم، ۸ واژه دسته اول و ۸ واژه دسته دوم با یکدیگر ترکیب شده و از آزمودنی درخواست می‌شد تا هر چه سریعتر، بنابر الگوی ترکیبی بالای صفحه نمایش، دکمه راست یا چپ را فشار دهد.

الگوی کلمات بالای صفحه در چهار حالت مختلف ارائه شد که در هر نوبت همه ۱۶ واژه، هر کدام ۲ بار (بدون تکرار پشت هم) ارائه شده و تا زمان فشار دادن دکمه صحیح بر صفحه نمایش باقی می‌ماند. زمان واکنش آزمودنی در هر یک از این مراحل و برای هر پاسخ ثبت به عنوان شاخص پاسخ ضمنی به متغیر افسردگی در نظر گرفته شد. همین مراحل برای متغیر اضطراب (با ارزش دوگانه آرامش / اضطراب) نیز اجرا گردید. برای حفظ تعادل و عدم سوگیری جانبی (counter balance)، همه این مراحل در دو جهت مخالف راست و چپ انجام شد.

برای اجرای این پژوهش ابتدا افراد گروه نمونه مبتلا بر اساس پرونده پزشکی و معیارهای ورود؛ و سپس افراد گروه غیر مبتلا از خانواده‌های آنان و بر اساس معیارهای ورود انتخاب شدند. در ادامه توضیحات لازم برای همه افراد ارائه شده و رضایت‌نامه شرکت در این پژوهش امضا گردید. سپس همه افراد برای گروه‌بندی به پرسشنامه اختلال خوردن اهواز پاسخ دادند. بر اساس نتایج این آزمون افراد در سه گروه پراشتهایی روانی، بی‌اشتهایی روانی و سالم (غیر مبتلا) تقسیم شدند. سپس هر سه گروه به زیرمقیاس‌های افسردگی، اضطراب SCL-90 و نگرش به غذا به‌عنوان آزمون‌های بررسی تداعی آشکار پاسخ دادند. در ادامه آزمون تداعی ضمنی برای شرکت‌کنندگان به‌عنوان آزمون بررسی تداعی ضمنی اجرا شد. در نهایت نتایج حاصل از تداعی آشکار (آزمون‌های کتبی) و تداعی ضمنی افراد سه گروه به شیوه تحلیل واریانس و تحلیل رگرسیون و توسط نرم‌افزار SPSS-24 مورد بررسی و تجزیه تحلیل قرار گرفت.

• یافته‌ها

ابتدا به بررسی و توصیف داده‌های به دست آمده از گروه نمونه پرداخته شد. میانگین سن سه گروه سالم، کم‌اشتهایی و پراشتهایی روانی به ترتیب ۳۵/۲۰، ۳۳/۹۰ و ۳۳/۳۱ بود که تفاوت معناداری بین سه گروه دیده نشد ($F=0/217$, $sig=0/806$). همچنین از نظر جنس نیز تفاوت معناداری بین سه گروه وجود نداشت ($\chi^2=2710$, $sig=0/873$).

در ادامه نمرات اختلال خوردن در سه گروه سالم، کم‌اشتهایی و پراشتهایی روانی نیز بررسی شد که نتایج آن در جدول ۱ درج شده است. بر اساس نتایج جدول ۱ و آزمون تعقیبی توکی مشخص شد که نمرات اختلال خوردن در سه گروه دارای تفاوت معناداری است، که نشان می‌دهد تقسیم افراد در سه گروه به درستی انجام شده است.

در مرحله بعد جهت بررسی فرضیات پژوهش ابتدا نمرات برآمده از آزمون تداعی آشکار مربوط به سایر متغیرهای پژوهش در دو گروه مورد بررسی قرار گرفت که نتایج در جدول ۲ آمده است. همانگونه که از جدول ۲ مشخص است نمره افسردگی در گروه سالم کمتر از نقطه برش و در دو گروه دارای کم‌اشتهایی و پراشتهایی روانی، بیش از نقطه برش آزمون یعنی مقدار ۱ است. در ضمن نتایج آزمون تحلیل واریانس نیز نشان می‌دهد که در متغیر اضطراب تفاوت معناداری بین گروه‌ها وجود ندارد، اما در متغیرهای افسردگی و نگرش به غذا بین سه گروه تفاوت معناداری است. جهت بررسی این تفاوت از آزمون تعقیبی توکی استفاده شد (جدول ۳).

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار نمره اختلال خوردن آزمودنی‌ها در دو گروه

متغیر	تعداد	میانگین	انحراف معیار	F	سطح معناداری
۱ افراد سالم	۱۰۰	۲/۷۰	۰/۶۷		
۲ کم‌اشتهایی روانی	۱۰۰	۱۷/۵۱	۱/۸۴	۳۷۲/۹۹	۰/۰۰۰۱
۳ پراشتهایی روانی	۱۰۰	۶/۱۰	۰/۹۹		

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نمرات تداعی آشکار متغیرهای پژوهش در سه گروه

متغیر	میانگین	انحراف معیار	سالم		F	سطح معناداری
			میانگین	انحراف معیار		
افسردگی	۰/۶۲	۰/۱۹	۱/۴۴	۰/۳۷	۵۱/۰۲	۰/۰۰۰۱
اضطراب	۰/۵۸	۰/۱۳	۰/۷۲	۰/۱۸	۱۰/۴۹	۰/۶۱۴
نگرش به غذا	۲/۳۰	۰/۹۴	۳/۸۱	۰/۶۷	۲۷/۹۹	۰/۰۰۲

جدول ۳. نتایج آزمون تعقیبی توکی برای معناداری تفاوت سه گروه در آزمون تداعی آشکار

مقایسه گروه‌ها	افسردگی		نگرش به خوردن	
	اختلاف میانگین	سطح معناداری	اختلاف میانگین	سطح معناداری
۱ و ۲	۰/۸۲	۰/۰۰۰۱	۱/۵۱	۰/۰۰۴
۱ و ۳	۱/۱۱	۰/۰۰۰۱	۱/۳۰	۰/۰۰۷
۲ و ۳	۰/۲۹	۰/۰۴۵	۰/۲۱	۰/۹۶۵

همانطور که در جداول ۳ مشخص است، در متغیر افسردگی تفاوت معناداری بین سه گروه وجود دارد؛ به شکلی که کمترین نمره افسردگی را گروه سالم، بیشترین نمره افسردگی را گروه پراشتهایی روانی دارند. در ضمن در نگرش به تغذیه تفاوت معناداری بین دو گروه کم‌اشتهایی و پراشتهایی دیده نشد، اما هر دو گروه با افراد سالم تفاوت معنادار داشته و نمره نگرش به تغذیه این دو گروه بالاتر از افراد سالم بود.

در ادامه همین بررسی روی نتایج آزمون تداعی ضمنی نیز صورت گرفت. نمرات جدول ۴ حاصل از اندازه‌گیری زمان واکنش در آزمون تداعی ضمنی است و نمرات کمتر (زمان واکنش کوتاه‌تر) نشان‌دهنده گرایش ضمنی بالاتر فرد در آن زمینه است. همانگونه که از جدول ۴ مشخص است نتایج آزمون تحلیل واریانس نشان می‌دهد که در متغیر نگرش به غذا تفاوت معناداری بین گروه‌ها وجود ندارد، اما در متغیرهای افسردگی و اضطراب بین سه گروه تفاوت معناداری است. جهت بررسی این تفاوت از آزمون تعقیبی توکی استفاده شد (جدول ۵).

همانطور که در جدول ۵ مشخص است، در دو متغیر افسردگی و اضطراب، تفاوت معناداری بین سه گروه وجود دارد؛ به شکلی که میانگین زمان واکنش به متغیر ضمنی افسردگی و اضطراب، در دو گروه پراشتهایی و کم‌اشتهایی روانی تفاوت معناداری نداشته ولی هر دو کمتر از گروه سالم بودند.

در ادامه به بررسی قدرت پیش‌بینی اختلال خوردن توسط نمرات حاصل از تداعی آشکار و ضمنی پرداخته و به این منظور از روش تحلیل رگرسیون استفاده شد. در ادامه نتایج این تحلیل برای هر متغیر در جدول ۶ آمده است با توجه به نتایج جدول ۶، مقدار ضریب تعیین (R^2) این مدل‌ها بین ۰/۲۹ تا ۰/۴۴ است و نشان می‌دهد که متغیرهای افسردگی، اضطراب و نگرش به تغذیه در مجموع حدود ۲۱ تا ۴۷ درصد از تغییرات اختلال خوردن را پیش‌بینی می‌کنند. همچنین با توجه به معناداری مقدار آزمون برای همه این مدل‌ها در سطح حداقل ۰/۰۵ می‌توان نتیجه گرفت که این مدل‌های رگرسیونی قادر هستند تا تغییرات متغیر ملاک یعنی اختلال خوردن را پیش‌بینی نماید.

جدول ۴. میانگین و انحراف معیار نمرات تداعی ضمنی متغیرهای پژوهش در سه گروه

متغیر	سالم	کم‌اشتهایی روانی		پراشتهایی روانی		F	سطح معناداری
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار		
افسردگی	۷۳۰/۱۱	۲۶/۶۸	۵۴۳/۰۱	۲۸/۷۷	۴۷۹/۰۳	۴۱/۲۶	۰/۰۰۰۱
اضطراب	۷۲۸/۰۱	۳۳/۲۶	۴۹۱/۷۰	۳۵/۰۲	۵۷۶/۲۰	۴۱/۱۸	۰/۰۰۰۱
نگرش به غذا	۶۸۲/۹۰	۳۱/۶۵	۶۰۶/۶۱	۵۲/۹۰	۶۳۵/۰۸	۲۶/۱۴	۰/۱۴۶

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی توکی برای معناداری تفاوت دو گروه در آزمون تداعی ضمنی

مقایسه گروه‌ها	افسردگی		اضطراب	
	اختلاف میانگین	سطح معناداری	اختلاف میانگین	سطح معناداری
۱ و ۲	۱۸۷/۱۷	۰/۰۰۰۱	۲۳۶/۳۱	۰/۰۰۰۱
۱ و ۳	۲۵۱/۰۸	۰/۰۰۰۱	۱۸۱/۸۱	۰/۰۰۰۱
۲ و ۳	۶۳/۹۸	۰/۵۹۲	۸۴/۵۲	۰/۱۰۸

جدول ۶. نتایج تحلیل رگرسیون برای پیش‌بینی اختلال خوردن توسط نمرات تداعی آشکار و ضمنی متغیرهای پژوهش

متغیر پیش‌بین	sig	R ²	B	خطای استاندارد	β	t	سطح معناداری
تداعی آشکار	۰/۰۰۰۱	۰/۴۴	۰/۶۶	۰/۲۹	۰/۱۸	۲/۲۷	۰/۰۱۳
تداعی ضمنی			-۰/۹۵	۰/۰۳	-۰/۳۸	-۳/۵۲	۰/۰۰۲
تداعی آشکار	۰/۰۰۰۱	۰/۴۷	۱/۴۶	۲/۰۵	۰/۰۲	۰/۱۵	۰/۸۸۰
تداعی ضمنی			-۰/۰۵	۰/۰۱	-۰/۴۱	-۴/۸۸	۰/۰۰۰۱
تداعی آشکار	۰/۰۳۶	۰/۲۱	۰/۷۷	۰/۱۵	۰/۲۱	۲/۶۵	۰/۰۵۸
تداعی ضمنی			-۱/۰۴	۱/۰۲	-۰/۰۶	-۱/۶۳	۰/۱۱۴

همچنین مشخص است که نمرات تداعی آشکار و پنهان افسردگی و تنها نمرات تداعی ضمنی اضطراب می‌توانند اختلال خوردن را پیش‌بینی نماید. اما نگرش به تغذیه نمی‌تواند به شکل معناداری این اختلال را پیش‌بینی نماید. بر اساس مقدار ضریب تعیین بتا نیز می‌توان ادعا نمود که به ازای افزایش یک واحد انحراف استاندارد در متغیرهای تداعی آشکار افسردگی، تداعی ضمنی افسردگی و تداعی ضمنی اضطراب، به ترتیب به مقدار ۰/۱۸، ۰/۳۸، و ۰/۴۱ انحراف استاندارد اختلال خوردن افزایش خواهد یافت. به علاوه مشخص است که در بین این متغیرها تداعی ضمنی اضطراب قوی‌ترین پیش‌بین و تداعی آشکار افسردگی ضعیف‌ترین پیش‌بین اختلال خوردن هستند.

• بحث

چنانچه گفته شد پژوهش حاضر قصد داشت تا به مقایسه تداعی‌های ضمنی و آشکار در افراد سالم و مبتلا به اختلال خوردن پرداخته و مشخص کند که کدام جنبه می‌تواند به شکل بهتری اختلال خوردن را پیش‌بینی نماید. در این بخش به ترتیب هر کدام از این نتایج به شکل جداگانه مورد بحث و تبیین قرار می‌گیرند.

اول) در تداعی ضمنی و آشکار متغیر افسردگی تفاوت معناداری بین سه گروه وجود دارد؛ به شکلی که کمترین نمره افسردگی را گروه سالم و بیشترین نمره افسردگی را گروه پراشتهایی روانی دارند. در ضمن نمرات حاصل از تداعی ضمنی و آشکار افسردگی هر دو می‌توانند به شکل معناداری اختلال خوردن را پیش‌بینی نمایند. این نتایج در مرحله نخست با سایر پژوهش‌هایی همسو است که همگی تأیید می‌کنند افراد مبتلا به اختلال خوردن نسبت به افراد سالم به شکل معناداری دارای نمرات افسردگی بیشتری هستند (الران باراک، گلداسمیت، ۲۰۲۰؛ خیرآبادی، جاجرمی، بخشی پور، ۱۴۰۰). در تبیین این نتیجه، نظریات و دلایل مختلفی وجود دارد. برای مثال در یک مدل فیزیولوژیک چنین بحث می‌شود که خلُق پایین با کاهش سروتونین همراه است. مصرف و جذب موارد غذایی (به‌خصوص قندی) سبب بالا رفتن ترشح سروتونین و به تبع آن بالا رفتن خلُق می‌گردد. این دلیل اختلال پراشتهایی روانی را اساساً ناشی از خلُق پایین می‌داند و ارتباط افسردگی و پراشتهایی روانی را به این شکل توجیه می‌نماید (هبراس، مارتی، پرسوناز، مرسیر، کراگ، نیلسن و همکاران، ۲۰۲۰). بر اساس دیدگاه شناختی نیز می‌توان چنین تحلیل نمود که در افراد مبتلا به اختلال خوردن یک الگوی شناختی از تداعی‌های خلُق و غذا خوردن مرتبط با هم وجود دارد که در دسترس بودن مواد غذایی و هیجان‌ات منفی، رفتار خوردن را راه‌اندازی می‌کنند (لنزو، باربریس، کانایو، فیلاسترو، وراسترو، کوآتروپانی، ۲۰۲۰). طبق این دیدگاه علاوه بر نشانه‌های آشکار خلُق (افسردگی) در این افراد، تداعی‌های ناآشکار و ضمنی قدرتمندی نیز وجود دارند که به شکلی ناخودآگاه رفتارهای مرتبط با خوردن را برمی‌انگیزند (الران باراک، گلداسمیت، ۲۰۲۰). این الگوهای خلُقی ممکن است به‌صورت ساختارهای شناختی معیوب و ناکارآمدی در شخص وجود داشته باشد؛ مثلاً فرد معیار و الگوی درونی نامناسبی از زیبایی (زیبا بودن یعنی لاغر بودن) داشته باشد و چون خود را از آن معیارهای درونی دور می‌بیند، دچار ناکامی شود (الران باراک، درور، گلداسمیت، تیچمن، ۲۰۲۰). این ناکامی می‌تواند به شکل ناکارآمدی یا عزت نفس پایین جلوه نماید. در این مرحله وجود تداعی‌های ارتباط غذا خوردن، با بالا رفتن خلُق وارد عمل شده و فرد را به سمت خوردن پیش می‌راند (لنزو، باربریس، کانایو، فیلاسترو، وراسترو، کوآتروپانی، ۲۰۲۰). البته ادامه این روند ناکامی ممکن است منجر به بروز رفتارهای دفع و پاکسازی بعد از خوردن شود. در هر صورت نتیجه این بحث توجه به اهمیت افسردگی به شکل آشکار و ضمنی در افراد مبتلا به اختلال خوردن است.

دوم) در تداعی آشکار متغیر اضطراب تفاوتی بین سه گروه وجود نداشت، اما نمرات تداعی ضمنی اضطراب در سه گروه دارای تفاوت معنادار بود؛ به شکلی که کمترین نمره اضطراب را گروه سالم و بیشترین نمره اضطراب را گروه کم‌اشتهایی روانی دارند. در ضمن تنها نمرات حاصل از تداعی ضمنی می‌تواند به شکل معناداری اختلال خوردن را پیش‌بینی نمایند. این نتایج با برخی از نتایج همسو (براوز، استوارت، انتانوجی، کاپلیکی، تامپسون، تیلور و همکاران، ۲۰۲۰) و با برخی نتایج ناهمسو (ماتر، تیبوود، هاس، سبولا، گودارت، ۲۰۱۲) است. پژوهش‌هایی که در ارتباط با اضطراب و اختلال‌های خوردن صورت گرفته است، دارای نتایج متناقض و گاه متفاوتی هستند. بیشتر صاحب‌نظران معتقدند که مکانیسم ارتباط اضطراب با اختلال‌های خوردن به‌خوبی مشخص نیست (الران باراک، درور، گلداسمیت، تیچمن، ۲۰۲۰). در واقع افزایش اضطراب در بسیاری از موارد فعالیت‌هایی مانند خوردن را کند یا متوقف می‌سازد

(فرونزا، گالیمبرتی، فادا، فانینی، بلودی، ۲۰۱۱). از این رو ارتباط اضطراب با رفتارهای خوردن تا حدی مبهم است. از طرفی، رابطه خوردن با خلق منفی و پایین مشخص است؛ اما رابطه خوردن با خلق مضطرب تأیید نشده است (ماتر، تیاود، هاس، سبولا، گودارت، ۲۰۱۲). از این رو می‌توان عدم معناداری تداعی‌های آشکار اضطراب را در افراد مبتلا به اختلال‌های خوردن در این گروه نمونه را تبیین نمود. به این معنی که این افراد خوردن را در پاسخ به اضطراب انتخاب نمی‌کنند. اما بر اساس شواهد موجود، اگر بتوان اضطراب آشکار و نهان را در این افراد جداگانه بررسی نمود، نتایج متفاوت و جالبی به دست می‌آید. در چنین پژوهش‌هایی تأیید شده است که اختلال‌های خوردن، به‌طور کلی و اختلال کم‌اشتهایی روانی، به‌طور خاص با اضطراب پنهان یا اضطراب ضمنی ارتباط دارند (فرونزا، گالیمبرتی، فادا، فانینی، بلودی، ۲۰۱۱؛ تحویل‌داری، جعفری راد، کشاورز، هاشمی، حقیقی زاده، و کیلی، ۱۳۹۶). مطابق با نظریات روان‌تحلیل‌گری، اضطراب بیشتر با تعارضات مراحل بالاتر از مرحله دهانی مربوط بوده و عموماً با رفتارهای اجتنابی همراه می‌گردد. از این رو اضطراب می‌تواند نوعی رفتار وسواسی-اجباری به شکل اجبار در اجتناب از غذا و حفظ الگوی غذایی و شکل بدنی خود هستند (پاراکاریدو، تیناساک، باراجاس مارکویز و همکاران، ۲۰۲۰). از دیگر سو، افکار ناخودآیند، ساختارهای شناختی معیوب و نگرش‌های نامناسب مانند تصویر بدنی تحریف شده، یا سوگیری‌های افراطی درباره شکل بدن نیز در این افراد یکی از وابسته‌های اصلی به‌شمار می‌روند (اسکاندون نایجل، پرو، گراو، سویانو، فیسکس، ۲۰۱۸). چنان‌که مشخص است این موارد همگی به تداعی‌ها و مجموعه ناخودآگاه و ضمنی مربوط هستند. از این رو می‌توان نتایج این پژوهش مبنی بر معناداری تداعی ضمنی مرتبط با اضطراب را در افراد مبتلا به اختلال خوردن را تبیین و تفسیر نمود.

سوم) در تداعی ضمنی نگرش به تغذیه و خوردن نیز تفاوتی بین سه گروه دیده نشد، اما نمرات تداعی آشکار نگرش به تغذیه در سه گروه دارای تفاوت معنادار بود؛ به شکلی که کمترین نمره اضطراب را گروه سالم و بیشترین نمره اضطراب را گروه کم‌اشتهایی روانی داشتند. در ضمن نمرات حاصل از تداعی آشکار یا ضمنی این متغیر نمی‌توانست اختلال خوردن را پیش‌بینی نمایند. این بخش به شکل مستقیم به نگرش‌های این افراد پرداخته است. تمامی افراد مبتلا به اختلال‌های خوردن، از رفتارهای خوردن خود ناراضی بوده و اساساً خوردن را امری مذموم می‌پندارند (صالح، سالامه، اییان و همکاران، ۲۰۱۸). این همان نتیجه‌ای است که در بررسی تداعی آشکار آنها روشن شده است. اما نکته مهم نگرش ضمنی آنهاست که تفاوت معناداری با سایر افراد ندارد و نه تنها غذا را بد و ناپسند نمی‌دانند بلکه آن را مانند سایر افراد (سالم) حتی مطلوب نیز می‌بینند (پنجبید، پاتزر، ۲۰۱۸). این همان نتیجه‌ای است که ارزش بررسی نگرش‌های ناخودآگاه و ضمنی را مورد تأکید قرار می‌دهد. در واقع، ما نه بر اساس آنچه می‌گوییم، بلکه بر اساس آنچه در ناخودآگاه خود باور داریم عمل می‌کنیم. به همین دلیل بیشتر این افراد در کنترل طولانی مدت رفتارهای خوردن با شکست رو به رو می‌شوند؛ زیرا کنترل ارادی و آگاهانه کاری سخت، زمان‌بر و مستلزم صرف منابع شناختی بسیاری است و به زودی فرد هدایت را به دست سکان ضمنی و غیرارادی شناختی خود می‌سپارد (فیسک، تیلور، ۲۰۱۷). این نتیجه نشان می‌دهد که نگرش واقعی (ضمنی) این افراد به غذا و خوردن اصلاً منفی و اجتنابی نیست. بنابراین، روشن می‌گردد که توجه به تغییر نگرش‌های آشکار در دراز مدت اثربخشی چندانی نخواهند داشت.

• نتیجه‌گیری

در مجموع، این نتایج نشان می‌دهند که افسردگی هم به‌صورت ضمنی و هم به‌صورت آشکار عامل مهم و قدرتمندی است؛ و توجه به کنترل خلق باید در مداخلات مربوط به درمان اختلال‌های خوردن مورد توجه قرار گیرد. همچنین باید کنترل اضطراب و توجه به عواملی که موجب اضطراب ناآشکار می‌شوند؛ در رئوس مداخلات اختلال‌های خوردن قرار گیرند. همچنین تمرکز بر شیوه‌های تغییر نگرش‌های ضمنی بیش از پیش صورت گرفته و مهمتر از نگرش‌های آشکار دیده شود.

همچنین لازم است تا کنترل اضطراب و توجه به عواملی که موجب اضطراب ناآشکار می‌شوند در رئوس مداخلات اختلال‌های خوردن قرار گیرند. در انتها نیز تمرکز بر شیوه‌های تغییر نگرش‌های ضمنی مورد تأکید قرار گرفته و مهمتر از نگرش‌های آشکار دیده شود.

این پژوهش نیز مانند بسیاری از پژوهش‌های دیگر با محدودیت روبه‌رو بود. برای مثال نمونه‌گیری این کار در شهر تهران انجام گرفت؛ لذا پیشنهاد می‌شود تا در سایر شهرها و مناطق نیز اجرا شود. در ضمن همه نمونه‌ها از سه مرکز درمانی انتخاب شدند که ممکن است نتایج را با خطای نمونه‌گیری بالایی همراه کرده باشد، لذا پیشنهاد می‌گردد تا این پژوهش در سایر زمینه‌های بالینی و غیر بالینی اجرا شود. همچنین شایسته است تا رابطه سایر متغیرهای روان‌شناختی (علاوه بر افسردگی و اضطراب) نیز با اختلال‌های خوردن مورد بررسی قرار گیرد.

• منابع

- تحویلداری، نازنین؛ جعفری راد، سیما؛ کشاورز، علی؛ هاشمی شیخ‌شبانی، اسماعیل؛ حقیقی زاده محمدحسین؛ و وکیلی، مهدیس. (۱۳۹۶). بررسی ارتباط اضطراب با رفتارهای غذا خوردن در دانشجویان درحال تحصیل در شهرهای تهران و اهواز. *علوم تغذیه و صنایع غذایی ایران*، ۱۲(۲)، ۴۴-۳۵.
- خدیرزراع، مریم؛ نرگسی، فریده؛ زندی، فرزاد؛ و مخبری، علیرضا. (۱۴۰۱). هنجاریابی پرسشنامه شناخت‌هایی درباره بدن و سلامتی (کابا). *مجله روانشناسی*، ۱(۲۶)، ۶۷-۷۵.
- خیرآبادی، هادی؛ جاجرمی، محمود؛ و بخشی پور، ابوالفضل. (۱۴۰۰). مدل یابی ارتباط ساختاری استرس و اختلال خوردن با میانجی‌گری معنای زندگی و اجتناب تجربی. *مجله روانشناسی*، ۴(۲۵)، ۵۱۸-۵۰۹.
- سرشار، مهدیه؛ و زینالی، شیرین. (۱۴۰۰). سبک دل‌بستگی، غذاخوردن ذهن آگاهی و باورهای مادر با غذا خوردن هیجانی کودک: نقش واسطه‌ای تنظیم هیجان کودک. *مجله روانشناسی*، ۲(۲۵)، ۲۷۳-۲۸۹.
- شریفی فرد، امل؛ نجاریان، بهمن؛ و شکرکن، حسین. (۱۳۷۶). بررسی رابطه اختلالات تغذیه با عزت نفس و افسردگی در دانش‌آموزان دختر دبیرستانهای اهواز، خلاصه مقالات نخستین کنگره انجمن روانشناسی ایران، ۱۲۳-۱۲۲.
- عزیززاده فروزی، منصوره؛ محمدعلیزاده، سکینه؛ حقدوست، علی اکبر؛ گروسی، بهشید؛ و شمس‌الدین سعید، ناهید. (۱۳۸۸). ارتباط تصویر ذهنی از بدن با اختلالات خوردن، پژوهش پرستاری، ۴(۱۵)، ۴۳-۳۳.
- فراهانی، حجت‌اله؛ عریضی، حمیدرضا. (۱۳۸۸). *روش‌های پیشرفته پژوهش در علوم انسانی*. اصفهان، دانشگاه اصفهان، انتشارات جهاد دانشگاهی.
- فیسک، سوزان؛ و تیلور، آشلی. (۲۰۱۷). *شناخت اجتماعی: از مغز تا فرهنگ*. مترجم: علیزاده فرد، سوسن؛ زارع، حسین؛ و رافضی، زهره. (۱۳۹۹). تهران: انتشارات آبیژ.
- مدیرنیا، محمدجعفر؛ شجاعی تهرانی، حسین؛ فلاحی، مهناز؛ و فقیرپور، مقصود. (۱۳۸۹). هنجاریابی آزمون SCL-R 90 در دانش‌آموزان دبیرستانی، پیش‌دانشگاهی استان گیلان. *مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان*، ۱۹(۷۵)، ۵۸-۶۵.
- Alvarenga, M. S., Koritar, P., Pisciolaro, F., Mancini, M., Cordás, T. A., Scagliusi, F. B. (2014). Eating attitudes of anorexia nervosa, bulimia nervosa, binge eating disorder and obesity without eating disorder female patients: differences and similarities. *Physiology & behavior*, 28; 131: 99-104.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Association: 329-354.
- Brauhardt, A., Rudolph, A., Hilbert, A. (2014). Implicit cognitive processes in binge-eating disorder and obesity. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 45(2): 285-290.
- Burrows, K., Stewart, J. L., Antonacci, CH., Kuplicki, R., Thompson, K., Taylor, A., Teague, T. K., Paulus, M. P. (2020). Association of poorer dietary quality and higher dietary inflammation with greater symptom severity in depressed individuals with appetite loss. *Journal of Affective Disorders*, 263: 99-106.
- Cury, M. E. G., Berberian, A., Scarpato, B. S., Kerr-Gaffney, J., Santos, F. H. and Claudino, A. M. (2020). Scrutinizing Domains of Executive Function in Binge Eating Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in Psychiatry* 11:288.
- Deragatis, L. R. (1987). *SCL-90-R: Administration, Scoring and Procedures Manual for the Revised Version*. Clinical Psychometric Research; Baltimore MD.
- Elran-Barak, T., Goldschmidt, A. B. (2021). Differences in severity of eating disorder symptoms between adults with depression and adults with anxiety. *Eating and Weight Disorder*, 26(5):1409-1416.
- Elran-Barak, R., Dror, T., Goldschmidt, A. B. and Teachman, B. A. (2020). The Implicit Association of High-Fat Food and Shame Among Women Recovered from Eating Disorders. *Frontiers in Psychology*, 11:1068.
- Escandón-Nagel, N., Perú, M., Grau, A., Soriano, J., Feixas, G. (2018). Emotional eating and cognitive conflicts as predictors of binge eating disorder in patients with obesity. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 18(1): 52-59.

- Fronza, S., Galimberti, E., Fadda, E., Fanini, F., Bellodi, L. (2011). Implicit associations in eating disorders: An experimental study with the “self-esteem” implicit associations test. *European Psychiatry*, 26(1): 719.
- Grilo, C. M., White, M. A., & Masheb, R. M. (2012). Significance of overvaluation of shape and weight in an ethnically diverse sample of obese patients with binge eating disorder in primary care settings. *Behavioral Research and Therapy*, 50, 298e303.
- Greenwald, A. G., Poehlman, T. A., Uhlmann, E. L., & Banaji, M.R. (2009). Understanding and using the Implicit Association Test: III. Meta-analysis of predictive validity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 97, 17-41.
- Hebras, J., Marty, V., Personnaz, J., Mercier, P., Krogh, N., Nielsen, H., Aguirrebengoa, M., Seitz, H., Pradere, J. P., Guiard, B. P., Cavaille, J. (2020). Reassessment of the involvement of Snord115 in the serotonin 2c receptor pathway in a genetically relevant mouse model. *Elife*, 5(9): e60862.
- Jordan, C. H., Spencer, S. J., Zanna, M. P. (2003). *I Love Me, I Love Me Not: Implicit self-esteem, explicit self-esteem, and defensiveness*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Korn, J., Dietel, F. A. & Hartmann, A. S. (2019). An experimental Study on the Induction of an Eating Disorder -Specific Interpretation Bias in Healthy Individuals: Testing the Interpretation Modification Paradigm for Eating Disorders (IMP-ED). *Cognitive Therapy and Research*, 43: 1097–1108.
- Lenzo, V., Barberis, N., Cannavò, M., Filastro, A., Verrastro, V., Quattropani, M.C. (2020). The relationship between alexithymia, defense mechanisms, eating disorders, anxiety and depression. *Review of Psychiatry*, 55(1):24-30.
- Mattar, L., Thiébaud, M. R., Huas, C., Cebula, C., Godart, N. (2012). Depression, anxiety and obsessive-compulsive symptoms in relation to nutritional status and outcome in severe anorexia nervosa. *Psychiatry Research*, 200, 513–517.
- Parra Carriedo, A., Tena-Suck, A., Barajas-Márquez, M. et al. (2020). When clean eating isn't as faultless: the dangerous obsession with healthy eating and the relationship between Orthorexia nervosa and eating disorders in Mexican University students. *Journal of Eating Disorders*, 8(54).
- Paslakis, G., Scholz-Hehn, A. D., Sommer, L. M., Kuhn, S. (2021). Implicit bias to food and body cues in eating disorders: a systematic review. *Eating and Weight Disorder*, 26, 1303–1321.
- Pengpid, S., Peltzer, K. (2018). Risk of disordered eating attitudes and its relation to mental health among university students in ASEAN. *Eating and Weight Disorder*, 23, 349–355.
- Saleh, R. N., Salameh, R. A., Yhya, H. H. et al. (2018). Disordered eating attitudes in female students of An-Najah National University: a cross-sectional study. *Journal of Eating Disorder*, 6(16).
- Santarossa, S., & Woodruff, S. J. (2017). Social Media: Exploring the Relationship of Social Networking Sites on Body Image, Self-Esteem, and Eating Disorders. *Social Media & Society*: 1-10.
- Teachman, B. A., Gapinski, K. D., Brownell, K. D., Rawlins, M., & Jeyaram, S. (2003). Demonstrations of implicit anti-fat bias: the impact of providing causal information and evoking empathy. *Health Psychology*, 22, 68-78.
- Underwood, G. & Bright, J. E. H. (1996). Cognition with and without awareness. In "Implicit Cognition". Oxford University Press.
- Vartanian, L. R., Polivy, J., & Herman, C. P. (2004). Implicit cognitions and eating disorders: their application in research and treatment. *Cognitive and Behavioral Practice*, 11, 160e167.