

## مقایسه اثربخشی درمان روابط بین شخصی و مدیریت هیجان در کاهش وزن زنان چاق و دارای اضافه وزن

عذرا زبردست<sup>۱\*</sup>، محمدعلی بشارت<sup>۲\*</sup>، رضا پورحسین<sup>۳\*\*</sup>، هادی بهرامی احسان<sup>۴\*\*</sup>، حمیدپورشریفی<sup>۵\*\*\*</sup>  
<sup>۱\*</sup> استادیار گروه روانشناسی دانشگاه گیلان  
<sup>۲\*</sup> استاد گروه روانشناسی دانشگاه تهران (نویسنده مسئول)  
<sup>۳\*\*</sup> دانشیار گروه روانشناسی دانشگاه تهران  
<sup>۴\*\*</sup> استادیار گروه روانشناسی دانشگاه تبریز

### چکیده

**هدف:** مشکلات بین شخصی و مهارت‌های تنظیم هیجان در پژوهش‌های مختلف به عنوان تفاوت‌های روانشناختی گروه چاق و اضافه وزن مورد بررسی و تایید قرار گرفته است و دیده شده که مد نظر قرار دادن متغیرهای روانی همچون مدیریت هیجانی و بهزیستی در روابط بین فردی در کنار مداخلات پزشکی در درمان چاقی موثر است. پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان روابط بین شخصی و مدیریت هیجان در کاهش وزن زنان چاق و دارای اضافه وزن انجام گرفت.

دریافت: ۱۳۹۲/۱۱/۲۸  
پذیرش: ۱۳۹۴/۰۷/۲۴

### کلیدواژه‌ها:

چاقی، اضافه وزن، شاخص توده بدنی (BMI)، مهارت‌های تنظیم هیجان، درمان روابط بین شخصی

**روش:** این پژوهش یک پژوهش بنیادی-کاربردی از نوع طرح‌های شبه آزمایشی است. تعداد ۸۰ زن با BMI بالای ۲۴/۹ (۴۰ نفر چاق و ۴۰ نفر اضافه وزن) در این پژوهش شرکت کردند. از این افراد خواسته شد پرسشنامه مشکلات بین شخصی (IPP-127؛ هروویتز، روزنبرگ، بایر، اورنو و ویلاسور، ۱۹۸۸) و پرسشنامه تنظیم هیجان (ITEC-27؛ برکینگ و زونج، ۲۰۰۸) را تکمیل کنند. دو گروه چاق و اضافه‌وزن طول مدت ۶ ماه در معرض دو روش درمانی روابط بین شخصی و مدیریت هیجان قرار گرفتند و در پایان روش درمانی کاهش وزن بر حسب شاخص توده بدنی (BMI) مورد بررسی قرار گرفت.

**یافته‌ها:** نتایج پژوهش نشان داد که درمان روابط بین شخصی و تنظیم هیجان بر کاهش وزن زنان چاق و دارای اضافه وزن متفاوت است. زنان چاق با مداخله درمان روابط بین شخصی در مقایسه با زنان چاقی که درمان تنظیم هیجان دریافت کردند، کاهش وزن بیشتری داشتند؛ درحالی‌که زنان دارای اضافه وزن که درمان مدیریت هیجان دریافت کردند در مقایسه با زنان اضافه‌وزنی که درمان روابط بین شخصی دریافت کردند، کاهش وزن معناداری نداشتند.

**نتیجه‌گیری:** براساس یافته‌های این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که درمان روابط بین شخصی و تنظیم هیجان، درمانی موثر برای کاهش وزن افراد چاق و دارای اضافه‌وزن است.

# Comparison the efficacy of interpersonal therapy and emotional management on weight loss in obese and overweight women

A.Zebardast<sup>\*</sup>, M.A.Besharat<sup>\*\*1</sup>, R.Purhossein<sup>\*\*\*</sup>, H.Bahrami Ehsan<sup>\*\*\*</sup>, H.Pursharifi<sup>\*\*\*\*</sup>

<sup>\*</sup> Assistant professor, Department of Psychology, University of Guilan, Guilan, Iran

<sup>\*\*</sup> Professor, Department of Psychology, Tehran University, Tehran, Iran

<sup>\*\*\*</sup> Associate professor, Department of Psychology, Tehran University, Tehran, Iran

<sup>\*\*\*\*</sup> Assistant professor, Department of Psychology, Tabriz University, Tabriz, Iran

## Abstract

**Purpose:** In various studies, interpersonal problems as psychological factors associated with overweight and obesity treatment is considered and it was confirmed that consideration of psychological variables such as emotional management and interpersonal well-being, along with medical interventions are effective in the treatment of obesity. This study has compared the efficacy of Interpersonal Therapy and emotion management on weight loss in obese and overweight women.

**Method:** This is a basic-applied research and quasi-experimental research method. With regard to control variables, 80 (40 obese and 40) overweight women with BMI > 24.9 were selected for the present research. We asked from respondent to respond to interpersonal problems (IPP-127, Horowitz, et al, 1988) and emotional regulation skills (ERSQ-27, Berking & Znoj, 2007). These two groups (obese and overweight) over a period of 6 months treated to two methods of interpersonal relationships and emotion management and at the end of weight loss treatment based on body mass index (BMI) were examined.

**Results:** based on these findings, interpersonal therapy and emotional regulation training are different effect on weight loss in overweight and obese women. Obese women that received intervention interpersonal treatment compared to obese women with emotional regulation treatment, had more weight, while overweight women who received emotional management treatment compare to overweight women who received interpersonal relationships treatment, no significant weight loss.

**Conclusion:** Based on the results of this research can be concluded that treatment interpersonal relationships and emotional regulation are effective treatment for weight loss in obese and overweight women.

## Article Information

Received: 2/17/2014

Accepted: 10/16/2015

## Keywords:

obesity, overweight, body mass index (BMI), emotion regulation skills, interpersonal therapy.

<sup>1</sup> - Corresponding Author E-mail: besharat@ut.ac.ir

انتخاب نوع درمان برای افراد چاق و دارای اضافه وزن، مساله پیچیده‌ای است. در گذشته، داده‌های تجربی از طیف وسیعی از انواع روشهای رژیم، داروهای کاهش وزن و درمان‌های جراحی حمایت می‌کرد (بیشسن<sup>۱۲</sup>، ۲۰۰۸). اخیراً بر اساس تلاش متخصصان سلامت در مورد درمان چاقی و اضافه وزن پیشرفت‌های چشمگیری حاصل شده است، چرا که این متخصصان بر این باور هستند که برای درمان باید به این مساله به عنوان یک شرایط مزمن جدای از یکدیگر و نه یک شرایط حاد یکسان، توجه داشت (اورزانو و اسکات<sup>۱۳</sup>، ۲۰۱۲).

امروزه دیده شده که مد نظر قرار دادن متغیرهای روانی اجتماعی همچون کیفیت زندگی و بهزیستی در روابط بین فردی در کنار مداخلات پزشکی در درمان چاقی موثر است (انجمن رژیم غذایی امریکا<sup>۱۴</sup>، ۲۰۰۹). ماهیت ارتباط بین چاقی و اضافه وزن با آشفتگی‌های روانشناختی از بحث بین محققان و درمانگران بالینی برآمده است. نتایج برخی از مطالعات بیان می‌کند که بین اضافه وزن و افزایش علائم روانپزشکی (سیمون<sup>۱۵</sup> و همکاران، ۲۰۰۶؛ وادن<sup>۱۶</sup> و همکاران، ۲۰۰۲؛ کیم<sup>۱۷</sup> و همکاران، ۲۰۰۷؛ وادن و همکاران، ۲۰۰۶؛ مک الوری<sup>۱۸</sup> و همکاران، ۲۰۰۴) و بین چاقی و اختلالات روانپزشکی در طول زندگی رابطه معنادار وجود دارد (مادر، کوکس، انس و سارین<sup>۱۹</sup>، ۲۰۰۸). جالب‌تر آنکه افراد چاقی که برای کاهش وزن پیگیر درمان هستند در مقایسه با افراد چاقی که پیگیر درمان نیستند، آشفتگی‌های روانشناختی بیشتری را تجربه می‌کنند (فیزگیون،

چاقی<sup>۱</sup> و اضافه‌وزن<sup>۲</sup> به عنوان اختلالی مزمن و بسیار شایع که بطور مستقیم و غیر مستقیم با بیماری‌های متعدده همراه است، یکی از زمینه‌های مهم مطالعاتی در روانشناسی سلامت<sup>۳</sup> محسوب می‌شود. این اختلال به دلیل تغییر سبک زندگی<sup>۴</sup> در جوامع، یعنی زندگی بدون تحرک و مصرف بیش از اندازه غذاهای چرب، رو به فزونی است. طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت<sup>۵</sup> (WHO؛ ۲۰۰۶)، چاقی به انباشت فراگیر چربی در بدن، گفته می‌شود. چون نمی‌توان در تحقیقات، چربی را بصورت مستقیم اندازه‌گیری کرد، اندازه‌های غیر مستقیم مثل شاخص توده بدنی<sup>۶</sup> (BMI)، دور کمر<sup>۷</sup> (WC)، نسبت کمر به باسن<sup>۸</sup> (WHR)، ضخامت پوست<sup>۹</sup> و مقاومت زیستی<sup>۱۰</sup> استفاده می‌شود. به دلیل کاربرد آسان فرمول BMI، در اکثر تحقیقات بالینی و تجربی از این فرمول، یعنی وزن بر حسب کیلوگرم تقسیم بر مجذور قد بر حسب متر استفاده می‌شود. شاخص توده بدنی بر اساس طبقه‌بندی سازمان جهانی بهداشت بصورت  $BMI < 18.5$  کمبود وزن،  $18.5 < BMI < 24.9$  وزن نرمال،  $24.9 < BMI < 29.9$  اضافه وزن،  $BMI < 34.9$  چاقی نوع اول،  $34.9 < BMI < 39.9$  چاقی نوع دوم و  $BMI > 40$  و بالاتر چاقی نوع سوم تعریف می‌شود، این طبقه‌بندی در بزرگسالان و کودکان بصورت یکسان استفاده می‌شود (به نقل از نچت، الگر و لوین<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۸).

- 1-Obesity
- 2-Overweight
- 3-Health Psychology
- 4- Life Style
- 5-World Health Organization (WHO)
- 6-Body Mass Index
- 7-Waist Circumference
- 8-Waist/Hip Ratio
- 9-Skin fold Thickness
- 10-Bioimpedance
- 11-Knecht, Ellger, & Levin

- 12-Bessesen
- 13-Orzano & Scott
- 14-American Dietetic Association
- 15-Simon
- 16-Wadden
- 17-Kim
- 18-McElory
- 19-Mather, Cox, Enns, & Sareen

استولی و کرشن باثوم<sup>۱</sup>؛ ۱۹۹۳؛ سارور، وادن و فابریکتور<sup>۲</sup>، ۲۰۰۵).

پژوهش‌ها بر این مساله بسیار تاکید دارند که افراد چاق یک گروه ناهمگن هستند و از این رو بررسی عوامل روانشناختی خاص در ارتباط با یک طبقه خاص از چاقی، لازم و ضروری است (کار، فریدمن و جاف<sup>۳</sup>، ۲۰۰۷). همچنین دیده شده که، عوامل روانشناختی با سطوح مختلف BMI، روابط متفاوت و معناداری دارد (کاستلینی<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۰۸). یکی از متغیرهای روانشناختی که با سطوح مختلف BMI رابطه معنادار دارد، مشکلات بین شخصی است (فاسینو<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۰۳؛ هاپوود، کلارک و پریز<sup>۶</sup>، ۲۰۰۷؛ آمبوانی<sup>۷</sup> و هاپوود، ۲۰۰۹؛ تیگمن و راتبلوم<sup>۸</sup>، ۱۹۸۸؛ آندرسون، ریگر و کاترسون<sup>۹</sup>، ۲۰۰۶؛ ویلفلی<sup>۱۰</sup> و همکاران، ۲۰۱۰؛ ویسمن<sup>۱۱</sup>، ۲۰۱۰). بر اساس نتایج تحقیقات، افراد دارای اضافه وزن افرادی سرد هستند، در حالیکه افراد چاق، بیشتر درگیر ارتباط با دیگران هستند. در واقع افراد دارای اضافه وزن تمایل دارند تا ارتباط‌اشان را با دیگران بازداري کنند و این موضوع همسو با نتایج تحقیقاتی است دال بر اینکه افراد دارای چاقی کمتر از افراد دارای اضافه وزن دچار اضطراب اجتماعی هستند. افراد چاق تمایل دارند و احساس نیاز می‌کنند که با دیگران ارتباط داشته باشند و به گونه‌ای دیگران را کنترل می‌کنند. در واقع، آنها فکر می‌کنند با داشتن روابط با دیگران، از سوی دیگران پذیرفته شده‌اند و با مرزبندی ضعیف،

مشکلاتی را در ارتباط با دیگران متحمل می‌شوند (دیرک<sup>۱۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۶).

در مدل درمانی روابط بین فردی خاص اختلالات خوردن<sup>۱۳</sup> (IPT-ED) (ریگر<sup>۱۴</sup> و همکاران، ۲۰۱۰)، گفته می‌شود که آشفتگی‌های ارزش-خود و عواطف در نتیجه ارزیابی اجتماعی منفی، فرد را به علائم اختلال خوردن مبتلا می‌سازد. از این رو جهت درمان، شناسایی احساسات و عواطف و ناکارآمدی در موقعیت‌های اجتماعی و از سوی افزایش حس شایستگی فرد و کاهش پاسخ‌های عاطفی که علت رفتار خوردن است، توصیه می‌شود (ویلفلی و همکاران، ۲۰۰۲).

اکثر تحقیقات، پیوند آشکار بین چاقی و مشکلات عمده بین فردی را تایید می‌کنند (اوماهونی و هالوی<sup>۱۵</sup>، ۱۹۹۵؛ هاپوود، کلارک و پریز، ۲۰۰۷؛ آمبوانی<sup>۱۶</sup> و هاپوود، ۲۰۰۹؛ آنسل، گریلو و وایت<sup>۱۷</sup>، ۲۰۱۲). بر اساس نتایج مطالعات انجام شده می‌توان ۵ عامل را به عنوان عوامل سبب‌ساز مشکلات بین شخصی در افراد چاق برشمرد: ۱- ناتوانی در حل مشکلات بین شخصی (استریگل - مور، سیلبرشتاین و رودین<sup>۱۸</sup>، ۱۹۹۳؛ تامپسون و اسکوارتز<sup>۱۹</sup>، ۱۹۸۰؛ سیم و زمان<sup>۲۰</sup>، ۲۰۰۴؛ برکینگ<sup>۲۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۸؛ آلدو و نولن-هکسما، ۲۰۱۰). ۲- نگرش‌های منفی نسبت به بیان هیجان (گلر، کوکل و هویت<sup>۲۲</sup>، ۲۰۰۰؛ میر، لئونگ، باری و دی‌فیو<sup>۲۳</sup>، ۲۰۰۹) ۳- ترس از ارزیابی

<sup>12</sup> -Dierk

<sup>13</sup> -Interpersonal Therapy-Eating Disorder

<sup>14</sup> -Reiger

<sup>15</sup> -O'Mahony & Hollwey

<sup>16</sup> -Ambwani

<sup>17</sup> -Ansell, Grilo, & White

<sup>18</sup> - Striegel-Moore, Silberstein, & Rodin

<sup>19</sup> -Thompson & Schwartz

<sup>20</sup> -Sim & Zeman

<sup>21</sup> -Berking

<sup>22</sup> -Geller, Cockell, & Hewitt

<sup>23</sup> -Meyer, Leung, Barry, & De Feo

<sup>1</sup> -Fitzgibbon, Stolley, & Kireschenbaum

<sup>2</sup> -Sarwer

<sup>3</sup> -Carr, Friedman, & Jaffe

<sup>4</sup> -Castellini

<sup>5</sup> -Fassino

<sup>6</sup> -Hopwood, Clarke, & Perez

<sup>7</sup> -Ambwani

<sup>8</sup> -Tiggeman, & Rothblum

<sup>9</sup> -Anderson, Rieger, & Caterson

<sup>10</sup> -Wilfley

<sup>11</sup> -Weissman

۱۹۹۳، ۲۰۰۲، ۲۰۱۰؛ وایت و همکاران، ۲۰۱۰). این مدل درمانی مانند درمان شناختی- رفتاری، درمانی کوتاه مدت است و طی ۱۲ تا ۲۰ جلسه (یا با تعداد جلسات کمتر) به مدت ۴ تا ۶ ماه اجرا می‌شود. در این مدل درمانی درمانگر نسبت به درمان رفتاری کمتر فعال است. این نوع درمان بر چهار زمینه اصلی متمرکز است: ۱- سوگ و فقدان (بیمارانی که فرد/افراد مهم زندگی‌اشان یا روابط مهمی را از دست داده‌اند). ۲- تغییر نقش (تغییر نقش و سازگاری با پیامدهای تغییر نقش بیماران مثل کار/بازنشستگی، ازدواج/طلاق). ۳- اختلافات بین فردی و ۴- نقایص مهارت‌های فرد در روابط بین فردی. به این دلیل از درمان روابط بین فردی استفاده می‌شود که یا این افراد در نتیجه چاقی از مشکلات روابط بین فردی رنج می‌برند و یا اینکه چاقی بواسطه مشکلات بین فردی باقی می‌ماند (کلرمن، ویسمن، رنساویل و چورن<sup>۱۳</sup>، ۱۹۸۴؛ مارکویتز، ۱۹۹۸؛ ویسمن، کلرمن و مارکویتز، ۲۰۰۸؛ ویسمن، ۲۰۱۰). درمانگران معتقدند که بر اساس پیشبرد و بهبود توانایی افراد در کاربری شبکه حمایت اجتماعی و مدیریت تعارضات بین فردی، چاقی درمان خواهد شد و کاهش وزن بیشتری اتفاق خواهد افتاد (فایربرن، ۱۹۹۷؛ ویسمن، مارکویتز و کلرمن، ۲۰۰۰، ۲۰۰۸؛ ریگر و همکاران، ۲۰۱۰؛ الیوت<sup>۱۴</sup> و همکاران، ۲۰۱۰؛ کوکو، گولو، سالرنو و ایاکوپونلی<sup>۱۵</sup>، ۲۰۱۱؛ آرکلوس، هاسلام، فارو و میر، ۲۰۱۳).

بررسی پژوهش‌ها نشان می‌دهد، از دیگر مشکلات روانشناختی افراد دارای اضافه وزن و چاق، عوامل هیجانی و مدیریت آنها است (هاوکینز و استیوارت<sup>۱۶</sup>، ۲۰۱۲؛ کراگ<sup>۱۷</sup> و همکاران، ۲۰۰۸؛

منفی (آتلاس<sup>۱</sup>، ۲۰۰۴؛ هینریچ سن، رایت، والر و میر<sup>۲</sup>، ۲۰۰۳؛ لوینسون و رودباثوک<sup>۳</sup>، ۲۰۱۲) ۴- ترس از نزدیکی و صمیمیت و بدگمانی در روابط بین فردی (دساتنر و تلن<sup>۴</sup>، ۱۹۹۱؛ رابرتسون، راشتون و وورم<sup>۵</sup>، ۲۰۰۸؛ ویلسون، ویلفلی، آگراس و بریسون<sup>۶</sup>، ۲۰۱۰) و ۵- مقایسه اجتماعی منفی.

اما این سوال باقی است که آیا رفتارها و نگرش‌های افراد چاق پیش‌بینی کننده مشکلات بین شخصی و ناسازگاری اجتماعی است یا اینکه مشکلات بین شخصی و ناسازگاری اجتماعی علت آسیب‌شناسی چاقی است. نبود مطالعات طولی، این سردرگمی را تشدید می‌کند. آنچه مسلم است این است که در تحقیقات، مشکلات بین شخصی و ناسازگاری‌های اجتماعی با چاقی، بصورت مکرر، رابطه معنادار دارد، این ارتباط با شبکه اجتماعی ضعیف توجیه می‌شود (تیلر، ۲۰۰۳؛ آداو و نولن-هکسما، ۲۰۱۰).

نقش مشکلات بین شخصی در چاقی، بر مبنای اثربخشی درمانی پررنگ شده است. درمان روابط بین فردی<sup>۷</sup> (IPT) که بر الگوهای بین فردی ناسازگارانه تمرکز دارد، یکی از مهم‌ترین روش‌های درمانی در این زمینه است (فایربرن، ۱۹۹۷؛ فایربرن، جونز، پیولر، هوپ و اوکنر<sup>۸</sup>، ۱۹۹۳؛ فایربرن و همکاران، ۱۹۹۱؛ هینریچ سن و کلوگوتی، ۲۰۰۶؛ هوفارت<sup>۹</sup> و همکاران، ۲۰۰۷؛ مک‌این توش، بولیک، مک‌کنزی، لوتی و جردن<sup>۱۰</sup>، ۲۰۰۰؛ روس و روز<sup>۱۱</sup>، ۱۹۸۸؛ ویسمن، مارکویتز و کلرمن<sup>۱۲</sup>، ۲۰۰۰؛ ویلفلی و همکاران،

- 1-Atlas
- 2-Hinrichsen, Wright, Waller, & Meyer
- 3-Levinson & Rodebaugh
- 4-Descutner & Thelen
- 5-Robertson, Rushton, & Wurm
- 6-Wilson, Agras, & Bryson
- 7-Interpersonal Therapy
- 8-Jones, Peveler, Hope, & O'Connor
- 9-Hoffart
- 10-McIntosh, Bulik, McKenzie, Luty, & Jordan
- 11-Roth & Ross
- 12-Weissman, Markowitz, & Klerman

<sup>13</sup>-Rounsaville & Chevron

<sup>14</sup>-Elliott

<sup>15</sup>-Coco, Gullo, Salerno, & Iaconopelli

<sup>16</sup>-Hawkins & Stewart

<sup>17</sup>-Krug

آمیانتو<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۲). رابطه یک هیجان خاص و رفتار خوردن زمانی پررنگ می‌شود که آن هیجان بخصوص در بافت خوردن در یک گروه خاص، با فراوانی بیشتری نسبت به دیگر هیجان‌ها اتفاق بیافتد (مچ و سیمونز<sup>۲</sup>، ۲۰۰۰). اکثر مطالعات نشان می‌دهد که میان رفتار خوردن و هیجان‌های منفی یا رویدادهای استرسی زندگی رابطه قوی معناداری وجود دارد. رفتار خوردن هیجانی به طور دوره‌ای اتفاق می‌افتد و روند منظمی ندارد. از این رو افراد به جای چاقی، دچار اضافه وزن می‌شوند (گانلی، ۱۹۸۹).

خوردن هیجانی زمانیکه افراد تنها هستند، وعده‌های غذایی زیاد است یا میان وعده وجود دارد و وعده غذایی در خانه صرف می‌شود در مقایسه با خارج از خانه، بیشتر اتفاق می‌افتد (باومیسטר، هیترتون و تیس<sup>۳</sup>، ۱۹۹۴). خوردن هیجانی در تمامی طبقات اجتماعی مختلف و در میان زنان و مردان شایع است. مطالعات بصورت پیوسته نشان می‌دهد که خوردن هیجانی با هیجان‌های منفی مثل عصبانیت، افسردگی، بی‌حوصلگی، اضطراب و تنهایی همراه است و اغلب در ارتباط با دوره‌های پرسترس زندگی اتفاق می‌افتد (گانلی، ۱۹۸۹؛ ادمن، یاتس، آروگوت و دی‌بورد، ۲۰۰۵؛ وایت‌ساید<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۰۷؛ برکینگ و همکاران، ۲۰۰۸؛ آلدو و نولن-هکسما، ۲۰۱۰). ارتباطات کارکردی متعددی بین هیجان‌ها و خوردن مطرح شده است، مانند خوردن غذای لذیذ و خوشمزه برای تنظیم عاطفه منفی (مچت، ۲۰۰۸، اسپرینگ<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۰۸؛ والیس و هیتترینگتون<sup>۶</sup>، ۲۰۰۴). درواقع، خوردن هیجانی افراد به اینکه آیا

راهبردهای پاسخدهی سازگارانه برای فرد قابل دستیابی هستند، وابستگی دارد (اسپور، بکر، ون-استرین و ون‌هک<sup>۷</sup>، ۲۰۰۷). افراد با فقدان راهبردهای موثر جهت پاسخدهی به آشفتگی‌های هیجانی و ناتوانی در مدیریت هیجان‌ها بیشتر به سمت خوردن هیجانی، روی می‌آورند (والیس و هیتترینگتون، ۲۰۰۴؛ اورس، استوک و دی‌رایدر<sup>۸</sup>، ۲۰۱۰؛ اسپور، بکر، ون-استرین و ون‌هک، ۲۰۰۷؛ وایت‌ساید و همکاران، ۲۰۰۷). پاسخهای ناسازگارانه مانند اجتناب و سرکوب هیجان، به عنوان روش‌های ناصحیح مدیریت هیجانی، در افراد دارای اضافه وزن با خوردن هیجانی رابطه معنادار دارد (اورس، استوک و دی-رایدر، ۲۰۱۰؛ لی، گرینینگ و استوپلبین<sup>۹</sup>، ۲۰۰۷).

بر اساس نظر تامپسون<sup>۱۰</sup> (۱۹۹۴) مدیریت هیجانی با اشاره به فرایندهای درونی و بیرونی درگیر در بررسی، ارزیابی، تعدیل و اصلاح واکنش‌های هیجانی بویژه انواع شدید و موقعیتی آن، تعریف می‌شود. این واکنش‌ها به منظور دستیابی فرد به اهدافش انجام می‌گیرد.

بر اساس این تعریف و نظریه‌های تنظیم و مدیریت هیجانی (گراتز و روئمر<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۴؛ گروس<sup>۱۲</sup>، ۱۹۹۸؛ لارسن<sup>۱۳</sup>، ۲۰۰۰؛ سارنی<sup>۱۴</sup>، ۱۹۹۹)، برکینگ (۲۰۰۷) مدلی سازگارانه را برای مدیریت هیجانی تدوین کرده است. این مدل ۹ مهارت مدیریت هیجانی را دربرمی‌گیرد: ۱- پردازش هوشیار هیجان‌ها/آگاهی به هیجان‌ها، ۲- شناسایی و نامگذاری صحیح هیجان‌ها، ۳- تفسیر صحیح هیجان‌ها بر اساس احساسات بدنی، ۴- درک درست از پیشروی و افزایش شدت هیجان-

<sup>7</sup>-Spoor, Bekker, Van Strien, & Van Heck

<sup>8</sup>-Evers, Stok, & De Ridder

<sup>9</sup>-Lee, Greening, & Stoppelbein

<sup>10</sup>-Thompson

<sup>11</sup>-Gratz, & Roemer

<sup>12</sup>-Gross

<sup>13</sup>-Larsen

<sup>14</sup>-Saarni

<sup>1</sup>-Amianto

<sup>2</sup>-Macht & Simons

<sup>3</sup>-Baumeister, Heatherton, & Tice

<sup>4</sup>-Whiteside

<sup>5</sup>-Spring

<sup>6</sup>-Wallis & Hetherington

ها، ۵- خویشتن‌داری در موقعیت‌های هیجانی آشفته،  
۶- اصلاح و تعدیل فعال هیجان منفی جهت رسیدن  
به حالت بهتر، ۷- پذیرش هیجان، ۸- انعطاف‌پذیری  
و تحمل هیجان منفی و ۹- مواجهه و رو به رو شدن  
با موقعیت‌های هیجانی آشفته به منظور توجه به  
اهداف والاتر. فرض مهم این مدل، اصلاح هیجان به  
یک سبک خواسته و/یا پذیرش و تحمل هیجان‌های  
ناخواسته به منظور تامین سلامت روانی است.

بر اساس این مدل، برکینگ (۲۰۰۷) روش درمانی را  
برای مدیریت هیجان‌ها ارائه داده است. این روش  
یعنی آموزش یکپارچه شایستگی هیجانی<sup>۱</sup> (ITEC)،  
ترکیبی از تکنیک‌های درمان شناختی- رفتاری، درمان  
دیالکتیکی رفتاری، مداخلات مبتنی بر به‌شماره،  
آموزش‌های همدلی کردن، درمان متمرکز بر هیجان و  
درمان‌های حل مساله است. روش ITEC در طول  
۱۰ جلسه و هر جلسه به مدت ۴۵ دقیقه برگزار می-  
شود. اثربخشی درمان مدیریت هیجان نشان می‌دهد  
که این مهارت مکانیسم مهمی برای بهزیستی و  
سلامت روانی است (لینهان<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۲؛ لینچ،  
مورس، مندلسون و رایبیز<sup>۳</sup>، ۲۰۰۳؛ کلین و بلامید<sup>۴</sup>،  
۲۰۰۴؛ برکینگ و همکاران، ۲۰۰۸).

با هزینه‌های مالی گزافی که امروزه چاقی و اضافه  
وزن برای جوامع رقم زده است، به کارگیری  
موثرترین روش روان‌درمانی در کنار سایر درمان‌ها،  
برای کمک به زیرگروه‌های چاقی و اضافه وزن  
برحسب تفاوت‌های روان‌شناختی آنها، می‌تواند از نظر  
درمانی تاثیرگذار و از نظر مالی، مقرون به صرفه باشد.  
اگرچه اکثر تحقیقات به تمایز روان‌شناختی گروه  
اضافه‌وزن از چاقی نپرداخته‌اند، اما نتایج برخی از

تحقیقات نشان می‌دهد که شیوع اختلالات خلقی<sup>۵</sup> در  
گروه افراد اضافه وزن بطور معناداری بیشتر از گروه  
افراد چاق (تیلر و مک‌کوین<sup>۶</sup>، ۲۰۰۶؛ وایدیا<sup>۷</sup>، ۲۰۰۶)  
و میزان افسردگی<sup>۸</sup> در گروه افراد چاق بطور معناداری  
بیشتر از گروه افراد اضافه وزن است (وادن و  
استنکارد<sup>۹</sup>، ۱۹۸۷؛ موسانت، کاستانزو و فریدمن<sup>۱۰</sup>،  
۱۹۹۸؛ فاسینو<sup>۱۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۳؛ لیند<sup>۱۲</sup> و همکاران،  
۲۰۰۴؛ وریج<sup>۱۳</sup> و همکاران، ۲۰۰۶؛ کیم و همکاران،  
۲۰۰۷). در میان افراد چاق در مقایسه با افراد دارای  
اضافه وزن، مشکلات بین شخصی بطور معناداری  
بیشتر است (فاسینو و همکاران، ۲۰۰۳؛ هاپوود،  
کلارک و پریرز، ۲۰۰۷؛ آمبوانی و هاپوود، ۲۰۰۹؛  
آندرسون، ریگر و کاترسون، ۲۰۰۶؛ ویلفلی و  
همکاران، ۲۰۱۰؛ ویسمن، ۲۰۱۰). نتایج تحقیقات  
بطور کلی نشان می‌دهد افراد دارای اضافه وزن در  
مقایسه با افراد چاق، دارای مشکلات بیشتری در  
مدیریت هیجان‌ها بویژه هیجان‌های منفی هستند  
(هاوکینز و استیوارت، ۲۰۱۲).

بطور خلاصه می‌توان گفت ناتوانی در مدیریت  
عوامل هیجانی منفی یکی از تفاوت‌های معنادار افراد  
دارای اضافه وزن با افراد گروه چاق است. هیجان‌ها  
جزء لاینفک رویدادهای زندگی هر فرد به شمار می-  
آیند. بر این اساس برای پژوهش‌های انسانی چه در  
حیطه درمان در صورت وجود نابهنجاری و چه در  
حیطه بهزیستی در صورت سلامت، همواره باید  
موضوع هیجان‌ها مورد توجه قرار گیرد. در این میان،  
افراد دارای اضافه وزن که یک وضعیت مزمن  
نابهنجاری فیزیولوژیک و روان‌شناختی را تحمل می-

<sup>5</sup>-Mood Disorders

<sup>6</sup>-Taylor & MacQueen

<sup>7</sup>-Vaidya

<sup>8</sup>-Depressive Disorder

<sup>9</sup>- Stunkard

<sup>10</sup>-Musante, Costanzo, & Friedman

<sup>11</sup>-Fassino

<sup>12</sup>-Linde

<sup>13</sup>-Werrij

<sup>1</sup>-Integrative Training of Emotional  
Competencies

<sup>2</sup>-Linehan

<sup>3</sup>-Lynch, Morse, Mendelson, & Robins

<sup>4</sup>-Clyne & Blampied

کنند، بیشتر دچار مشکلات هیجانی هستند. در نتیجه برای درمان و کمک به این گروه باید در حیطه مدیریت هیجانی اقداماتی انجام گیرد. از طرفی، با اهمیتی که روابط بین فردی در زندگی افراد، به عنوان موجودات اجتماعی دارد و خاصه افراد چاق که به داشتن روابط بین فردی، نیاز روانی بیشتری دارند، توجه به این حیطه در راستای درمان چاقی در کنار صرفه‌جویی‌های مالی، بسیار مهم و حیاتی است. از این رو، هدف پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی مدیریت هیجان‌های منفی (ITEC) و درمان روابط بین فردی (IPT) بر میزان کاهش وزن زنان چاق و دارای اضافه است. برای دستیابی به این هدف، فرضیه‌های پژوهش به شرح زیر آزمون شدند: **فرضیه اول:** تاثیر درمان IPT و ITEC در کاهش وزن زنان چاق و دارای اضافه وزن متفاوت است؛ **فرضیه دوم:** زنان چاقی که درمان IPT دریافت کردند در مقایسه با زنان چاقی که درمان ITEC دریافت کردند، کاهش وزن بیشتری دارند؛ **فرضیه سوم:** زنان دارای اضافه وزنی که درمان ITEC دریافت کردند در مقایسه با زنان دارای اضافه وزنی که درمان IPT دریافت کردند، کاهش وزن بیشتری دارند.

## روش

**جامعه، نمونه و روش اجرای پژوهش - این پژوهش یک پژوهش بنیادی - کاربردی از نوع طرح-های شبه آزمایشی است. جامعه پژوهشی حاضر کلیه زنان چاق و دارای اضافه وزن مراجعه‌کننده به کلینیک کاهش وزن بیمارستان سینا بودند. نمونه‌گیری از بین داوطلبان به روش هدفمند انجام شد. از میان کلیه زنان چاق و دارای اضافه وزن افرادی که معیارهای ورود به مطالعه را داشتند و داوطلب برای شرکت در پژوهش بودند، انتخاب شدند. معیارهای انتخاب نمونه برای پژوهش عبارت بودند از زن بودن؛ داشتن**

**BMI بالای ۲۴/۹؛ موافقت بیمار برای شرکت در پژوهش؛ سکونت در تهران؛ سن بین ۲۰ تا ۴۵ سالگی، داشتن حداقل تحصیلات در حد خواندن و نوشتن؛ نداشتن بیماری طبی جدی غیر از چاقی و اضافه وزن؛ نداشتن اختلال عمدۀ روانپزشکی؛ نداشتن مشکلات جسمانی عمدۀ مثل نابینایی؛ عدم یائسگی؛ داشتن سطوح تقریباً یکسان انگیزه برای کاهش وزن. هشتاد زن چاق و دارای اضافه وزن در این پژوهش شرکت کردند ( ۴۰ نفر چاق و ۴۰ نفر دارای اضافه وزن). افرادی که وارد نمونه می‌شدند ابتدا توسط پژوهشگر در رابطه با اهمیت و اهداف و نحوه انجام پژوهش توجیه می‌شدند و پس از تکمیل فرم رضایت‌نامه، پرسشنامه‌ها در اولین جلسه درمانی تکمیل شد و توضیح داده شد که در این پژوهش، سه جلسه غیبت به عنوان ملاک افت در نظر گرفته می‌شود و فرد قادر به ادامه طول درمان نخواهد بود. دو گروه چاق و اضافه‌وزن ابتدا از نظر تفاوت‌های روانشناختی مورد بررسی قرار گرفتند و سپس طول مدت ۶ ماه در معرض دو روش درمانی روابط بین شخصی و مدیریت هیجانی قرار گرفتند و کاهش وزن بر حسب شاخص توده بدنی (BMI) مورد بررسی قرار گرفت. به این ترتیب، زنان چاق (۴۰ نفر) و دارای اضافه وزن (۴۰ نفر) بصورت تصادفی به چهار گروه تقسیم شدند؛ یعنی ۲۰ نفر گروه چاق اول، ۲۰ نفر گروه چاق دوم، ۲۰ نفر گروه اضافه وزن اول و ۲۰ نفر گروه اضافه وزن دوم؛ گروه چاق اول و گروه اضافه وزن اول مداخله درمان روابط بین فردی و گروه چاق دوم و اضافه وزن دوم مداخله مدیریت یکپارچه هیجانی دریافت کردند. میانگین سنی کل شرکت‌کنندگان ۳۳/۳۳ سال با دامنه ۲۰ تا ۴۴ سال و انحراف استاندارد ۷/۰۶، میانگین سنی گروه چاق ۳۴ سال با دامنه ۲۰ تا ۴۴ سال و انحراف استاندارد ۷/۱۵ و میانگین سنی گروه اضافه وزن ۳۳ سال با دامنه ۲۰**



تا ۴۴ سال و انحراف استاندارد ۶/۹۹ بود. میانگین وزن کلیه شرکت‌کنندگان براساس شاخص توده بدن (BMI) ۳۲/۸۵ کیلوگرم با دامنه ۲۴/۹ تا ۵۱/۲۰ کیلوگرم و انحراف استاندارد ۶/۷۵، میانگین وزن گروه چاق ۳۸/۲۵ کیلوگرم با دامنه ۳۰ تا ۵۱/۲۰ کیلوگرم و انحراف استاندارد ۵/۵۳ و میانگین وزن گروه اضافه وزن ۲۷/۴۵ کیلوگرم با دامنه ۲۴/۹ تا ۲۹/۹ کیلوگرم و انحراف استاندارد ۱/۳۶ بود. برای تحلیل داده‌های پژوهش از شاخص‌های آمار توصیفی شامل فراوانی، میانگین، دامنه و انحراف استاندارد و روش‌های آمار استنباطی شامل تحلیل واریانس و تحلیل کوواریانس استفاده شد. ابزار مورد استفاده این پژوهش به شرح زیر معرفی می‌شوند.

**پرسشنامه مشکلات بین شخصی -** مقیاس مشکلات بین شخصی یک آزمون ۱۲۷ سوالی است و مشکلات بین شخصی را در شش زمینه قاطعیت، مردم‌آمیزی، اطاعت‌پذیری، صمیمیت، مسوولیت‌پذیری و مهارگری در مقیاس ۵ درجه ای لیکرت از نمره ۰ تا ۴ می‌سنجد (هروویتز، روزنبرگ، بایر، اورنو و ویلاسنور<sup>۱</sup>، ۱۹۸۸). این مقیاس از دو قسمت تشکیل شده است: قسمت اول که به چهار زیر مقیاس اول مربوط می‌شود جمعاً ۷۸ سوال را به خود اختصاص می‌دهد. این سوال‌ها با عبارت «برایم دشوار است که ...» (It is hard for me to ...) شروع می‌شوند. قسمت دوم از ۴۹ سوال تشکیل شده و با عبارت «... را خیلی زیاد انجام می‌دهم.» (I do ... too much) شروع می‌شوند. از مجموع ۱۲۷ ماده مقیاس مشکلات بین شخصی، ۲۱ ماده به زیر مقیاس قاطعیت، ۱۸ ماده به زیر مقیاس مردم‌آمیزی، ۱۰ ماده به زیر مقیاس اطاعت‌پذیری، ۱۲ ماده به زیر مقیاس صمیمیت، ۱۲ ماده به زیر مقیاس

مسوولیت‌پذیری و ۱۰ ماده به زیر مقیاس مهارگری اختصاص یافته است. علاوه بر ۶ زیر مقیاس فوق، میانگین کل آزمودنی در زمینه مشکلات بین شخصی نیز بر اساس نمره وی در مجموع ۱۲۷ ماده آزمون محاسبه می‌شود. در اعتباریابی فرم فارسی این مقیاس برای نمونه‌های دانشجویی (۱۵۹ دختر، ۱۱۲ پسر)، ضریب آلفای کرونباخ ماده‌های هر یک از زیر مقیاس‌ها برای کل آزمودنی‌ها به ترتیب ۰/۸۹، ۰/۸۲، ۰/۹۱، ۰/۹۳، ۰/۸۵، ۰/۸۷؛ برای آزمودنی‌های پسر ۰/۸۷، ۰/۸۵، ۰/۸۹، ۰/۸۳، ۰/۸۴، ۰/۹۱، ۰/۸۹، ۰/۸۵، ۰/۸۳، ۰/۸۳، ۰/۸۴، ۰/۹۱، ۰/۸۹، ۰/۸۵ بود که نشانه همسانی درونی بالای مقیاس است. ضرایب پایایی بین نمره‌های یک نمونه ۹۰ نفری (۵۶ دختر، ۳۴ پسر) که در دو نوبت با فاصله دو هفته انجام شد، نشان داد که میزان همبستگی برای کل آزمودنی‌ها  $r = 0.93$ ، برای آزمودنی‌های پسر  $r = 0.92$  و برای آزمودنی‌های دختر  $r = 0.94$  می‌باشد که نشانه پایایی بازآزمایی خوب مقیاس می‌باشد (بشارت، ۱۳۸۴).

اعتبار مقیاس مشکلات بین شخصی از طریق محاسبه ضریب همبستگی بین نمره کل آزمودنی‌ها با مقیاس عزت نفس کوپر اسمیت (۱۹۶۷) در مورد ۶۰ دانشجو (۳۰ دختر، ۳۰ پسر) گزارش شده است. ضرایب همبستگی بین نمره آزمودنی‌ها در عزت نفس با مشکلات بین شخصی نشان‌دهنده همبستگی منفی معنی‌دار مشکلات بین شخصی با عزت نفس بود. این ضرایب برای کل نمونه  $P = 0.001$ ،  $r = -0.45$  و برای آزمودنی‌های پسر  $P = 0.002$ ،  $r = -0.41$  و برای آزمودنی‌های دختر  $P = 0.004$ ،  $r = -0.51$  و محاسبه شد که نشانه اعتبار کافی مقیاس می‌باشد (بشارت، ۱۳۸۴).

لازم به ذکر است که نسخه فارسی (ایرانی) پرسشنامه مشکلات بین شخصی (IPP-127) که در پژوهش حاضر استفاده شده (بشارت، ۱۳۸۴)، در جامعه

<sup>1</sup> - Horowitz, Rosenberg, Baer, Ureno, & villasenor

غیربالینی و بر روی دانشجویان اعتباریابی شده است و ویژگی‌های روانسنجی آن مربوط به جامعه غیر بالینی است. با توجه به اینکه از اساس این پرسشنامه برای جامعه بالینی ساخته شده است ( هروویتز، روزنبرگ، بایر، اورنو و ویلاسنور، ۱۹۸۸)، برای استفاده در پژوهش حاضر و به کارگیری آن برای یک گروه بالینی، این پرسشنامه ابتدا در یک گروه ۳۱ نفره بالینی (اعم از چاق و دارای اضافه وزن) بصورت طرح آزمایشی (پایلت) اجرا شد و برخی از ویژگی‌های روانسنجی آن (آلفای کرونباخ و ضریب بازآزمایی) محاسبه شد. آلفای کرونباخ این پرسشنامه برای جامعه بالینی چاقی،  $\alpha = 0/90$  و ضریب پایایی بین نمره‌های این نمونه ۳۱ نفره که در دو نوبت با فاصله دو هفته انجام شد ( $r = 0/95$ )، نشان داد نسخه فارسی پرسشنامه مشکلات بین شخصی برای جامعه بالینی مناسب است. بعد از محاسبه این ویژگی‌های روانسنجی، نسخه فارسی پرسشنامه مشکلات بین شخصی، در پژوهش حاضر بکارگرفته شد.

**پرسشنامه مدیریت هیجانی** - پرسشنامه مهارت‌های تنظیم هیجانی (ERSQ)<sup>۱</sup> که یک مقیاس خودگزارش‌دهی است، دارای ۲۷ آیت‌م است و مهارت‌های تنظیم هیجانی را بصورت لیکرت ۵ درجه‌ای (هرگز تا همیشه) در طول یک هفته قبل می‌سنجد (برکینگ و زنج، ۲۰۰۸). این پرسشنامه دارای ۹ زیر مقیاس است. این زیر مقیاس‌ها شامل ۱- پردازش هوشیار هیجان‌ها/آگاهی به هیجان‌ها، ۲- شناسایی و نامگذاری صحیح هیجان‌ها، ۳- تفسیر صحیح هیجان‌ها بر اساس احساسات بدنی، ۴- درک درست از پیشروی و افزایش شدت هیجان‌ها، ۵- خویشتن‌داری در موقعیت‌های هیجانی آشفته، ۶- اصلاح و تعدیل فعال هیجان منفی جهت رسیدن به

حالت بهتر، ۷- پذیرش هیجان، ۸- انعطاف‌پذیری و تحمل هیجان منفی و ۹- مواجهه و رو به رو شدن با موقعیت‌های هیجانی آشفته به منظور توجه به اهداف والاتر می‌باشد. همسانی درونی نسخه اصلی این پرسشنامه  $\alpha = 0/90$  و پایایی بازآزمایی آن  $r_{tt} = 0/75$  است. نسخه انگلیسی این پرسشنامه توسط محقق از مولف (پرفسور برکینگ) تهیه و پس از انجام ترجمه و روش‌های آماری مربوطه (پایلت و همسانی درونی)، نسخه فارسی این پرسشنامه در پژوهش حاضر استفاده شد. این پرسشنامه در یک طرح آزمایشی (پایلت) بر روی گروه ۳۰ نفره بالینی (اعم از چاق و دارای اضافه وزن) اجرا شد. آلفای کرونباخ این پرسشنامه برای جامعه بالینی چاقی،  $\alpha = 0/86$  و ضریب پایایی بین نمره‌های این نمونه ۳۰ نفره که در دو نوبت با فاصله دو هفته انجام شد ( $r = 0/88$ )، نشان داد نسخه فارسی پرسشنامه مهارت‌های تنظیم هیجانی برای اجرای پژوهش مناسب است. بعد از محاسبه این ویژگی‌های روانسنجی، نسخه فارسی پرسشنامه مهارت‌های تنظیم هیجانی، در پژوهش حاضر بکارگرفته شد.

### مداخله‌های درمانی

**درمان روابط بین شخصی** - درمان روابط بین شخصی خاص اختلالات خوردن در ۱۶ جلسه گروهی برگزار می‌شود. اما در این تحقیق اول به دلیل پیش‌بینی افت آزمودنی‌ها و جلوگیری از عدم معناداری آماری و دوم به دلیل کنترل اثر آمیخته شدن طول مدت درمان با اثربخشی خالص روش درمانی در مقایسه با درمان ITEC که در طول ۱۰ جلسه برگزار می‌شود، یعنی جهت کنترل معناداری بالینی و سوم، همانطور که در پروتکل اصلی آمده است، امکان برگزاری تعداد جلسات کمتر هم (ویلفلی و همکاران، ۲۰۱۰)، درمان روابط بین شخصی در طی

<sup>1</sup> -Emotional Regulations Skills Questioner(ERSQ)

سخت‌ترین مراحل درمانی است. زیرا بیماران در این مرحله باید روش و عادت‌های خوردن خود را تغییر دهند. جلسه دهم جلسه پایانی درمان است که طی آن درمانگر مسیر رو به پایان درمان را شرح می‌دهد و بر چند اصل متمرکز می‌شود: ۱- بازشناسی و نگهداری تغییرات حاصله، ۲- آگاهی در مورد زمینه‌هایی که تغییر حاصل نشده و ۳- عواطف و احساسات مربوط به پایان دوره درمان. در ساختار اولیه این روش درمانی که طی ۱۶ جلسه برگزار می‌شود، طرح درمان در سه بخش اولیه (چهار جلسه)، بخش میانی (جلسه پنجم تا چهاردهم) و بخش پایانی (جلسه پانزدهم و شانزدهم) اجرا می‌شود (ویلفلی و همکاران، ۲۰۱۰).

#### روش آموزش یکپارچه شایستگی هیجانی

(ITEC) - در پژوهش حاضر روش ITEC در طول ۱۰ جلسه و هر جلسه به مدت ۴۵ دقیقه و با فاصله هر ۱۵ روز یکبار، در طول مدت ۶ ماه و به صورت گروهی برگزار می‌شود. جلسه اول و دوم که جلسات روانی آموزشی، درمانگر به توضیح و تشریح مبانی زیستی و روانشناختی، کارکردها، مکانیسم‌ها و فواید و ضررهای واکنش هیجانی می‌پردازد. آموزش‌های ابتدایی در خصوص تعریف و توضیح مهارت‌ها ارائه می‌دهد و بر اهمیت تمرینات مرتب تاکید می‌کند. در جلسه سوم، چند روش آرام‌سازی (مانند آرام‌سازی ماهیچه‌ای تدریجی<sup>۲</sup> (PMR) و تنفس دیافراگمی) برای فرونشانی برانگیختگی‌های زیستی روانی آموزش داده می‌شود. در جلسه چهارم و پنجم، درمانگر، آگاه شدن به هیجان و نامگذاری هیجانی را آموزش می‌دهد. در جلسه ششم، پذیرش و تحمل هیجان طی فرایند پنج‌گانه به بیماران آموزش داده می‌شود. محتوای آموزش جلسه هفتم و هشتم مربوط

۱۰ جلسه، هر جلسه ۴۵ دقیقه، هر ۱۵ روز یکبار در طول ۶ ماه و به صورت گروهی برگزار شد. در طول سه جلسه اول درمانگر و بیمار به شناسایی محدوده مشکلات و توافق بر سر اهداف واقع‌بینانه درمانی می‌پردازند. محدوده‌های بررسی شامل ارزیابی خلق، شبکه روابط بین شخصی و زمان رویدادهای مربوط به خوردن و آسیب‌شناسی خوردن است. وظیفه عمده درمانگر در این مرحله کمک به بیمار برای درک صحیح از روابط بین شخصی و مشکلات مربوط به آن است تا بیمار را متقاعد سازد که برای حل مشکلات خود در روابط بین شخصی اقدام کند. از مشخصه اصلی درمان در این مرحله، استفاده از درمان روانی آموزشی<sup>۱</sup> مرتبط با خوردن است. در پایان جلسه سوم درمانگر می‌تواند تشخیص کامل بدهد که آیا بیمار قادر به ادامه کار در مدل روابط بین شخصی است یا خیر. درمان روابط بین شخصی برای همه افراد مناسب نیست چراکه باید بیماران در فاصله برگزاری جلسات، مهارت‌های آموخته شده را در شبکه روابط اجتماعی‌شان اجرا سازند. البته این مساله برای بسیاری از افراد سخت و دشوار است.

طی جلسات میانی یعنی جلسه پنجم تا نهم، درمانگر به بیماران کمک می‌کند تا تغییرات حاصل از انجام مهارت‌ها در روابط بین شخصی را مورد توجه قرار دهند، روش حل مساله را برای مقابله با مشکلات مطرحه آموزش می‌دهد و امید افراد را در راستای دستیابی به اهداف درمانی تقویت می‌کند. هدف درمانی این مرحله تقویت تغییرات حاصله جهت افزایش حس خود ارزشی و اطمینان به خود بیماران است. در این صورت، بیماران به صورت فعال در درمان باقی می‌مانند؛ زیرا احساس می‌کنند که درمانگر همواره در طی درمان در کنار آنها است و آنها را حمایت می‌کند. این مرحله برای بسیاری از بیماران از

<sup>2</sup> -Progressive Muscle Relaxation

<sup>1</sup> -Psycho Education

به کارآمدی بیماران در موقعیت‌های هیجانی است. جلسه نهم، جلسه تحلیلی است، یعنی بررسی نشانه‌های موقعیت هیجانی، شناسایی هیجان اولیه و ثانویه، تعیین اهداف مقابله‌ای و اقدام برای مقابله با هیجان منفی. در جلسه پایانی یعنی جلسه دهم که جلسه تعدیل و اصلاح نام دارد، دستورالعمل پنج مرحله‌ای تعدیل واکنش هیجانی که مبتنی بر مدل کلی حل مساله است، آموزش داده می‌شود؛ در این جلسه تعدیل و اصلاح کیفیت و / یا کمیت یک واکنش هیجانی به کمک طرح پنج گامی تعدیل هیجان آموزش داده می‌شود. این طرح پنج گامی مبتنی بر حل مساله عمومی است و شامل: ۱- تنظیم یک هدف واقعی و خاص از آنچه که یک فرد می‌خواهد احساس کند؛ ۲- بارش فکری راه‌های ممکن تغییر در مقدمات هیجان؛ ۳- انتخاب یک راهبرد؛ ۴- طراحی یک الگوی خاص؛ ۵- ارزیابی پیشرفت، شامل تقویت تلاش‌های موفقیت‌آمیز یا تغییر طرح/ هدف در صورت لزوم می‌شود (برکینگ، ۲۰۰۷).

### یافته‌ها

برای بررسی فرضیه اول از روش تحلیل کوواریانس دوعاملی استفاده شد. برای انجام تحلیل کوواریانس ابتدا باید فرض همگنی شیب‌های رگرسیون، رابطه خطی بین متغیر تصادفی کمکی و متغیر وابسته و برابری واریانس‌ها برقرار باشد. با

بررسی فرض همگنی شیب‌های رگرسیون به دنبال بررسی وجود تعامل بین متغیر تصادفی کمکی و متغیر مستقل هستیم. نتایج، فرض همگنی شیب‌های رگرسیون را تایید می‌کند (جدول ۱). برای بررسی رابطه خطی بین متغیر تصادفی کمکی و متغیر وابسته از نمودار پراکنی استفاده شد (شکل ۱). همانطور که در این نمودار دیده می‌شود بین متغیر کمکی و وابسته رابطه خطی وجود دارد. برای فرض برابری واریانس‌ها، آزمون لوین انجام شد. داده‌های جدول ۲ که مربوط به معناداری لوین است، نشان می‌دهد که این فرض برقرار نیست، اما به دلیل تساوی نمونه‌ها در گروه‌ها، تخطی از این فرض امکان‌پذیر است. با انجام تحلیل کوواریانس، نتایج (جدول ۴) نشان داد که اثر تعاملی روش‌های مداخله و گروه بر میزان وزن معنادار است. یعنی تاثیر مداخله IPT و ITEC در زنان چاق و دارای اضافه وزن متفاوت است. به عبارت دیگر پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون، اثر بین آزمودنی گروه،  $P < 0.001$ ،  $F(1, 97) = 15.09$  و با اندازه اثر  $0.18$  که اندازه اثر بالایی است، معنادار است. اما اثر اصلی مداخله با وزن با  $P = 0.118$ ،  $F(1, 97) = 2.50$  و با اندازه اثر  $0.032$  که اندازه اثر کمی است، معنادار نیست. اثر اصلی گروه با وزن نیز با  $P = 0.866$ ،  $F(1, 97) = 0.029$  و با اندازه اثر  $0.001$  که اندازه اثر کمی است، معنادار نیست.

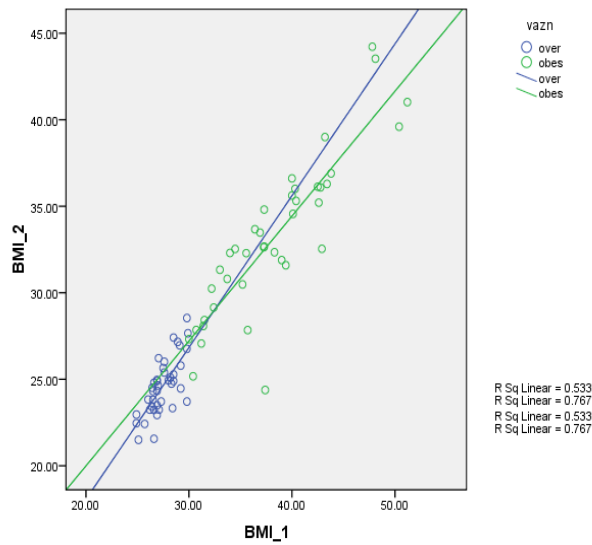
جدول ۱. بررسی فرض همگنی شیب رگرسیون با متغیر وابسته BMI

اثر تعاملی	F	درجه آزادی	سطح معناداری
وزن * گروه	۰/۵۲۷	۱	۰/۴۷

جدول ۲. آزمون لوین برای تحلیل کوواریانس اثربخشی متفاوت مداخله‌ها بر کاهش وزن بر اساس شاخص توده بدنی

F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
۳/۱۱۶	۳	۷۶	۰/۰۳۱

شکل ۱. رابطه خطی متغیر تصادفی کمکی و متغیر وابسته



جدول ۴-۲۲- اطلاعات توصیفی شاخص توده بدنی شرکت کنندگان به تفکیک گروه‌های مداخله در پس آزمون

روش مداخله	گروه‌ها	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
IPT	اضافه وزن	۲۰	۲۴/۹۹	۱/۸۴
	چاق	۲۰	۳۳/۴۰	۵/۲۵
	کل	۴۰	۲۹/۱۹	۵/۷۶
ITEC	اضافه وزن	۲۰	۲۴/۲۲	۱/۳۵
	چاق	۲۰	۳۲/۹۴	۳/۸۸
	کل	۴۰	۲۸/۵۸	۵/۲۶
کل	اضافه وزن	۴۰	۲۴/۶	۱/۶۴
	چاق	۴۰	۳۳/۱۷	۴/۵۶
	کل	۸۰	۲۸/۸۹	۵/۴۹

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس اثربخشی متفاوت مداخله‌ها بر کاهش وزن بر اساس BMI در زنان چاق و دارای اضافه وزن

اثر	F	درجه آزادی	سطح معناداری	مجذور سهمی اتا
گروه	۰/۰۲۹	۱	۰/۸۶۶	۰/۰۰۱
مداخله	۲/۵۰	۱	۰/۱۱۸	۰/۰۳۲
مداخله * گروه	۱۵/۹	۱	۰/۰۰۱	۰/۱۸

در بررسی فرضیه اول تحقیق حاضر، نتایج نشان داد گروه چاق در مقایسه با گروه اضافه وزن، کاهش وزن بیشتری داشتند. برای آزمون فرضیه دوم و سوم از روش تحلیل واریانس تک متغیره و برای مقایسه میانگین‌ها، آزمون تعقیبی بنفرونی انجام شد. جدول ۵ اطلاعات توصیفی و جدول ۶ نتایج تحلیل واریانس کاهش وزن بر حسب شاخص توده بدن در ۴ گروه مداخله را نشان می‌دهد.

بر اساس نتایج، فرضیه اول با معناداری اثرتعاملی مداخله و گروه بر حسب شاخص توده بدنی تایید می‌شود و با توجه به اطلاعات توصیفی (جدول ۳)، گروه چاق با مداخله روابط بین شخصی بیشترین کاهش وزن را داشته است ( میانگین = ۳۳/۴ کیلوگرم). در ادامه ابتدا اطلاعات توصیفی ( جدول ۳) و بعد از آن جدول نتایج تحلیل کوواریانس ارائه می‌شود ( جدول ۴).

جدول ۵. اطلاعات توصیفی کاهش وزن بر حسب شاخص توده بدنی ۴ گروه مداخله در پس‌آزمون

گروه‌ها	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
اضافه وزن (ITEC)	۲۰	۳/۳۱	۰/۹۴
چاق (ITEC)	۲۰	۳/۷۱	۱/۷۹
اضافه وزن (IPT)	۲۰	۲/۳۹	۱/۱۴
چاق (IPT)	۲۰	۶/۴۵	۲/۷۷
کل	۸۰	۳/۹۶	۲/۳۴

کاهش وزن

جدول ۶. نتایج تحلیل واریانس کاهش وزن بر حسب شاخص توده بدنی ۴ گروه مداخله در پس آزمون

کاهش وزن	F	درجه آزادی	سطح معناداری	مجذور سهمی اتا
	۱۸/۶۶	۳	۰/۰۰۱	۰/۴۲

جدول ۷. آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه کاهش وزن ۴ گروه مداخله بر حسب (BMI) در پس آزمون

گروه	گروه	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	سطح معناداری
گروه اضافه وزن (IPT)	گروه اضافه وزن (ITEC)	-۰/۹۲	۰/۵۷	۰/۶۷
گروه چاق (IPT)	گروه چاق (ITEC)	-۴/۰۶	۰/۵۷	۰/۰۰۱
گروه چاق (ITEC)	گروه چاق (IPT)	-۱/۳۲	۰/۵۷	۰/۱۴
گروه اضافه وزن (ITEC)	گروه چاق (IPT)	-۳/۱۴	۰/۵۷	۰/۰۰۱
گروه چاق (ITEC)	گروه چاق (ITEC)	-۰/۴	۰/۵۷	۱/۰۰۰
گروه چاق (IPT)	گروه چاق (ITEC)	۲/۷۴	۰/۵۷	۰/۰۰۱

تفاوت میانگین کاهش وزن گروه اضافه وزنی که درمان روابط بین فردی دریافت کردند با میانگین کاهش وزن گروه چاقی که درمان مهارت‌های تنظیم هیجانی دریافت کردند، تفاوت معناداری ندارند ( $P = ۰/۱۴$ ).

گروه اضافه وزنی که مداخله مهارت‌های تنظیم هیجانی دریافت کردند در مقایسه با گروه چاقی که درمان روابط بین فردی دریافت کردند، در میزان کاهش وزن با هم تفاوت معناداری دارند ( $P = ۰/۰۰۱$ ). به عبارت دیگر، میانگین کاهش وزن در گروه چاق با مداخله روابط بین فردی بیشتر از میانگین کاهش وزن در گروه اضافه وزن با مداخله مهارت‌های تنظیم هیجانی است.

میزان کاهش وزن در گروه‌های چاق نسبت به گروه اضافه وزنی که هر دو مداخله مهارت‌های تنظیم هیجانی دریافت کردند، بیشتر است اما این تفاوت معنادار نیست ( $P = ۱/۰۰۰$ ).

همانطور که در جدول بالا نشان داده شده، اثر گروه بر کاهش وزن بر حسب شاخص توده بدنی (BMI)،  $\eta^2 = ۰/۴۲$ ؛  $Partial \eta^2 = ۰/۴۲$ ،  $P < ۰/۰۰۱$ ،  $F(۳, ۷۶) = ۱۸/۶۶$ ، معنادار است و دارای اندازه اثر  $۰/۴۲$  است. برای مقایسه جفت میانگین‌های کاهش وزن در گروه‌های مداخله از آزمون تعقیبی استفاده شد. جدول ۷ نتایج این بررسی را نشان می‌دهد.

به دلیل اینکه ۴ گروه وجود دارد، از این رو ۶ جفت میانگین برای مقایسه وجود دارد. همانطور که در جدول بالا مشاهده می‌شود، گروه اضافه وزنی که مداخله روابط بین فردی دریافت کردند در مقایسه با گروه چاقی که مداخله روابط بین فردی دریافت کردند، از نظر میانگین کاهش وزن بر حسب BMI تفاوت معناداری دارند ( $P = ۰/۰۰۱$ ). با مراجعه به جدول توصیفی می‌توان مشاهده کرد که میانگین کاهش وزن در گروه چاق با مداخله روابط بین فردی بیشتر از میانگین کاهش وزن در گروه اضافه وزن با مداخله روابط بین فردی است.

مقایسه میانگین کاهش وزن در گروه چاق با مداخله مهارت‌های تنظیم هیجانی در مقایسه با گروه چاقی که درمان روابط بین فردی دریافت کردند، نشان داد که این تفاوت معنادار است ( $P=0/001$ ). به بیان دیگر گروه چاقی که درمان روابط بین فردی کاهش وزن بیشتری داشت؛ بنابراین فرضیه دوم تایید شد.

گروه اضافه‌وزنی که مداخله روابط بین فردی دریافت کردند (میانگین =  $2/39$ ) در مقایسه با گروه اضافه‌وزنی که مداخله مهارت‌های تنظیم هیجانی دریافت کردند (میانگین =  $3/31$ )، از نظر میانگین کاهش وزن برحسب BMI تفاوت داشتند اما این تفاوت معنادار نیست ( $P=0/17$ )؛ بنابراین فرضیه سوم تایید نشد.

### بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش نشان داد که تاثیر درمان IPT و ITEC در کاهش وزن زنان چاق و دارای اضافه وزن متفاوت است، گروه چاق با درمان IPT در مقایسه با گروه چاقی که درمان ITEC دریافت کردند، کاهش وزن بیشتری داشتند؛ این نتایج فرضیه اول و دوم را تایید می‌کند؛ همچنین نتایج نشان داد که گروه اضافه‌وزنی که درمان ITEC دریافت کردند در مقایسه با گروه اضافه‌وزنی که درمان IPT دریافت کردند، تفاوت معناداری در میزان کاهش وزن نداشتند و به این ترتیب فرضیه سوم تایید نشد، این نتایج برحسب چند احتمال به شرح زیر تبیین می‌شود.

با توجه به اینکه هر دو گروه، با هدف رسیدن به وزن سلامت، به رژیم گرفتن اقدام می‌کنند، انتظار می‌رود که گروه چاق نسبت به گروه دارای اضافه وزن، کاهش وزن بیشتری داشته باشد تا به وزن سلامت یعنی به BMI بین ۱۸ تا  $24/9$  برسد. از یک نقطه نظر دیگر باید گفت که افراد چاق به دلیل اینکه از نظر ابتلا به بیماری‌های جسمانی بیشتر در معرض خطر هستند، احتمالاً زمانیکه برای کاهش وزن اقدام می-

کنند، پیروی بیشتری نشان می‌دهند و برای کاهش وزن احتمالاً از طرف خانواده‌هایشان بیشتر تحت فشار هستند، در نتیجه کاهش وزن بیشتری داشتند.

همچنین به نظر می‌رسد درمان روابط بین فردی در نمونه مورد بررسی در این تحقیق، اثربخشی بیشتری داشته است. یعنی برطرف شدن مشکلات بین فردی گروه چاق، در مقایسه با بهتر شدن مهارت‌های تنظیم هیجانی، کاهش وزن را تسریع کرده است. به نظر می‌رسد آسیب‌شناسی مشکلات بین فردی در درمان چاقی جایگاه مهمی دارد.

بر اساس نتایج تحقیقات، افراد دارای اضافه وزن افرادی سرد هستند، در حالیکه افراد چاق، بیشتر درگیر ارتباط با دیگران هستند. در واقع افراد دارای اضافه وزن تمایل دارند تا ارتباط‌اشان را با دیگران بازداری کنند در حالیکه افراد چاق تمایل دارند و احساس نیاز می‌کنند که با دیگران ارتباط داشته باشند و به گونه‌ای دیگران را کنترل می‌کنند. در واقع، آنها فکر می‌کنند با داشتن روابط با دیگران، از سوی دیگران پذیرفته شده‌اند و با مرزبندی ضعیف، مشکلاتی را در ارتباط با دیگران متحمل می‌شوند (دیرک و همکاران، ۲۰۰۶) و از سویی دیگر نتایج مطالعات نشان می‌دهد که تماس‌های بین فردی می‌تواند رفتارهایی مثل رژیم ( هاینس و نئومارک-زتاینر<sup>۱</sup>، ۲۰۰۶) و انتخاب غذا ( کولن<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۴) را متاثر سازد.

همسو با نتایج تحقیق حاضر، نتایج مطالعه آرکلوس، وایت و هاسلام ( ۲۰۱۱) و هاپوود و همکاران ( ۲۰۰۷) نیز نشان داد که بین مشکلات بین شخصی و اختلالات خوردن رابطه معنادار وجود دارد: افراد چاق در مقایسه با افراد غیرچاق به احتمال بیشتری رفتارهای مستبدانه، رفتارهای دفاعی، اجتناب

<sup>1</sup> - Haines & Neumark-Sztainer

<sup>2</sup> -Cullen



کاربری شبکه حمایت اجتماعی و مدیریت تعارضات بین فردی، چاقی درمان خواهد شد و کاهش وزن بیشتری اتفاق خواهد افتاد (فایبرن، ۱۹۹۷؛ ویسمن، مارکویتز و کلرمن، ۲۰۰۰، ۲۰۰۸؛ ریگر و همکاران، ۲۰۱۰؛ ایوت و همکاران، ۲۰۱۰؛ کوکو، گولو، سالرنو و ایاکوپونلی، ۲۰۱۱؛ آرکلوس، هاسلام، فارو و میر، ۲۰۱۳).

از طرفی دیگر، برخی از مطالعات نشان می‌دهد که افراد دارای اضافه‌وزن در مقایسه با افراد چاق، بیشتر هیجان منفی را احساس می‌کنند و لذا زمانیکه در برنامه رژیم جهت کاهش وزن قرار می‌گیرند، حتماً باید راهبردهای مدیریت و تنظیم هیجانی را به کار گیرند (سانتی و همکاران، ۲۰۰۲؛ آپفلدورفر، ۲۰۰۴؛ هرمن و پولیوی، ۱۹۸۰؛ مچت، ۲۰۰۸؛ والس و هیتزینگتون، ۲۰۰۴).

بارتمثوف، درویت- وولت و روست<sup>۶</sup> (۲۰۰۹) در مطالعه‌ای، تصویر ۳۰۰ نوع غذا را به ۱۱۱ نفر بزرگسال نشان دادند و از آنها خواستند تا هیجان خود را در یک مقیاس ۵ درجه‌ای اندازه‌گیری کنند. نتایج نشان داد که میزان هیجان با توجه به میزان وزن افراد (BMI) متفاوت بود. هیجان مثبت نسبت به غذاهای لذیذ در افراد با وزن نرمال دیده شد و تفاوتی در سطح هیجان مثبت در بین افراد چاق و اضافه وزن دیده نشد. درمقابل، هیجان منفی نسبت به غذاهای لذیذ در افراد دارای اضافه وزن بیشتر از افراد دارای چاق بود. برای غذاهای غیر لذیذ، شرکت‌کنندگان دارای اضافه وزن تجارب هیجانی منفی کمتری نسبت به گروه چاق و وزن نرمال داشتند. از این رو، بر اساس نتایج این پژوهش، افراد دارای اضافه وزن در موقعیت هیجانی بیشتر از دو گروه دیگر بیش‌خوری می‌کنند.

اجتماعی و عدم جرات‌ورزی نشان می‌دهند؛ جای تعجب نیست که مشکلات بین شخصی بصورت خیلی قوی با چاقی رابطه معنادار داشته باشد (فایبرن، ۱۹۹۷؛ هینریچسن و کلوگرتی، ۲۰۰۶؛ هوفارت و همکاران، ۲۰۰۷؛ ویسمن، مارکویتز و کلرمن، ۲۰۰۸؛ ویسمن، ۲۰۱۰؛ ریگر و همکاران، ۲۰۱۰؛ آرکلوس، هاسلام، فارو و میر، ۲۰۱۳؛ گریست و نورول<sup>۱</sup>، ۱۹۹۲، هرزوغ، نورمن، ریگوت و پیوس<sup>۲</sup>، ۱۹۸۶؛ جانسون و برندت<sup>۳</sup>، ۱۹۸۳؛ نورمن و هرزوغ، ۱۹۸۴؛ رورتی، یاگر، بوک والتر و روسوتو<sup>۴</sup>، ۱۹۹۹؛ استریگل- مور، سیلبراستاین و رودین، ۱۹۹۳؛ تامسون و اسکوارتز، ۱۹۸۰؛ آرکلوس، هاسلام، فارو و میر، ۲۰۱۳؛ ریگر و همکاران، ۲۰۱۰).

از این رو برای درمان مشکلات بین شخصی در چاقی، یکی از مهم‌ترین روش‌های درمانی در این زمینه، درمان روابط بین فردی است (فایبرن، ۱۹۹۷؛ فایبرن، جونز، پیولر، هوپ و اوکتر، ۱۹۹۳؛ فایبرن و همکاران، ۱۹۹۱؛ هینریچسن و کلوگوتی، ۲۰۰۶؛ هوفارت و همکاران، ۲۰۰۷؛ مک‌این‌توش، بولیک، مک‌کنزی، لوتی و جردن، ۲۰۰۰؛ روس و روز، ۱۹۸۸؛ ویسمن، مارکویتز و کلرمن، ۲۰۰۰؛ ویلفلی و همکاران، ۱۹۹۳، ۲۰۰۲، ۲۰۱۰؛ وایت و همکاران، ۲۰۱۰).

درواقع، به این دلیل از درمان روابط بین فردی استفاده می‌شود که یا این افراد در نتیجه چاقی از مشکلات روابط بین فردی رنج می‌برند و یا اینکه چاقی بواسطه مشکلات بین فردی باقی می‌ماند (کلرمن، ویسمن، رنساویل و چورن، ۱۹۸۴؛ مارکویتز، ۱۹۹۸؛ ویسمن، کلرمن و مارکویتز، ۲۰۰۸؛ ویسمن، ۲۰۱۰). درمانگران معتقدند که بر اساس پیشبرد و بهبود توانایی افراد در

<sup>1</sup> - Grissett & Norvell

<sup>2</sup> - Herzog, Norman, Rigott, & Pepose

<sup>3</sup> - Johnson & Berndet

<sup>4</sup> - Rorty, Yager, Buck walter, & Rossotto

<sup>5</sup> - Apfeldorfer

<sup>6</sup> - Barthomeuf, Droit-Volet, & Rousset

همسو با نتایج تحقیق حاضر، در مطالعه‌ای، ۲۸۹ بیمار سرپایی در مقایسه با ۲۴۶ نفر گروه کنترل بدون نشانه بالینی، در خصوص مهارت‌های هیجانی (ITEC) آموزش دیدند. نتایج این مطالعه نشان داد که مهارت‌های پذیرش، تحمل و اصلاح هیجانات منفی، اهمیت ویژه‌ای برای درمان سلامت روانی کنونی و پیامدهای درمانی دارد (برکینگ، ووپرمن، ریچاردت و پجیک، ۲۰۰۸).

مقایسه اثربخشی گروه‌درمانی متمرکز بر هیجان (EFT)، رژیم درمانی (DT) و ترکیب این دو درمان (CT) در کاهش وزن ۱۸۹ فرد دارای اضافه‌وزن نیز نشان داد که ترکیب این دو درمان در درجه اول و بعد از آن درمان متمرکز بر هیجان بیشترین تاثیر را در کاهش وزن دارد (کمپار<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۳).

جالب آنکه نتایج نشان می‌دهد به محض شکست تنظیم هیجانی، افزایش وزن به سرعت اتفاق می‌افتد (وایت ساید و همکاران، ۲۰۰۷؛ مانچ، مییر، کوآرتیر و ویلهلم<sup>۲</sup>، ۲۰۱۱).

همانطور که نتایج نشان داد، مداخله مهارت‌های تنظیم هیجانی در گروه اضافه وزن در مقایسه با گروه چاق به تنظیم هیجانی بیشتری منجر شده اما این بهبود در کاهش وزن چندان موثر نبوده است. در مقابل، درمان روابط بین فردی به کاهش مشکلات بین فردی گروه چاق کمک زیادی کرده و این مساله احتمالاً به کاهش وزن بیشتر منجر شده است. اینکه در گروه اضافه وزن بهبود مهارت‌های تنظیم هیجانی به کاهش وزن معنادار منجر نشده، احتمالاً به این دلیل است که در کنار مشکلات تنظیم هیجانی این گروه، باید مسائل روانشناختی دیگری نیز سهم داشته باشد. در نتیجه به نظر می‌رسد ترکیب مداخله مهارت‌های تنظیم هیجانی و سایر مهارت‌های مربوطه می‌تواند راهکار مناسب-

تری برای کاهش وزن معنادار در گروه اضافه وزن باشد.

دستاوردهای این پژوهش را می‌توان در دو سطح نظری و عملی خلاصه کرد: در سطح نظری یافته‌های این پژوهش می‌تواند موجب افزایش دانش ما در زمینه درمان چاقی و اضافه وزن شود و به گسترش تبیین‌های مربوط به روان‌درمانی کمک کند. علاوه بر این، یافته‌های این پژوهش تاییدی است بر نظریه‌ها و تبیین‌های تحقیقات درخصوص تفاوت روان‌درمانی دو گروه اضافه وزن و چاق. البته عدم کاهش وزن معنادار گروه اضافه وزن با مداخله ITEC در مقایسه با گروه اضافه‌وزن با مداخله IPT بررسی سایر متغیرهای روانشناسی به منظور درمان بهتر را ضروری می‌سازد. در سطح عملی و به خصوص بالینی، این یافته‌ها در خدمت متخصصان سلامت عمومی، روانشناسان سلامت و متخصصان کاهش وزن قرار می‌گیرد. بررسی تفاوت‌های درمانی گروه افراد چاق و دارای اضافه وزن، می‌تواند با انتخاب موثرترین روش درمانی از اتلاف وقت و هزینه جلوگیری کرده و متخصصان را در دستیابی به اهدافشان نزدیک‌تر - سازد و اینکه با بررسی اثربخشی این روش‌های درمانی و شناسایی مشکلات روانشناختی گروه چاق و دارای اضافه وزن، می‌توان گامی بلند جهت پیشگیری و یا جلوگیری از پیشرفت کمیت و کیفیت چاقی و اضافه وزن برداشت. به این ترتیب این امکان حاصل می‌شود که متخصصان بالینی و مجریان برنامه‌های کاهش وزن بتوانند با بهره‌گیری از یافته‌های حاصل از پژوهش، بر میزان موفقیت برنامه‌های کاهش وزن بیفزایند، امری که می‌تواند صرفه‌جویی در منابع انسانی و مالی را به دنبال داشته باشد.

ازجمله محدودیت‌های پژوهش حاضر این است که نمونه پژوهش تنها شامل زنان بود و مردان در این پژوهش حضور نداشتند و نمونه تنها شامل یک

<sup>1</sup> -Compare

<sup>2</sup> - Munsch, Meyer, Quartier, & Wilhelm

Arcelus, J., Haslam, M., Farrow, C., & Meyer, C. (2013). The role of interpersonal functioning in the maintenance of eating psychopathology: A systematic review and testable model. *Journal of Clinical Psychology Review*, 33, 156- 167.

Atlas, J. (2004). Interpersonal sensitivity, eating disorder symptoms, and eating/thinness expectancies. *Journal of Current Psychology*, 22, 368-378.

Barthomeuf, L., Droit-Volet, S., & Rousset, S. (2009). Obesity and emotions: Differentiation in emotions felt towards food between obese, overweight and normal-weight adolescents. *Food Quality and Preference*, 20, 62-68.

Baumeister, R.F., Heatherton, T.F., & Tice, D.M. (1994). *Losing Control: How and How People Fail at Self-Regulation*. Academic Press, Inc, San Diego, CA.

Berking, M. (2007). *Affect regulation training*. Heidelberg: Springer.

Berking, M., & Znoj, H. (2008). Development and validation of a self-report measure for the assessment of emotion-regulation skills. *Journal of Psychiatric, Psychology and Psychotherapy*, 56, 141-152.

Bessesen, D.H. (2008). Update on obesity. *Journal of Clinical Endocrinal Metabolism*, 93, 2027-2034.

Carr, D., Friedman, M. A., & Jaffe, K. (2007). Understanding the relationship between obesity and positive and negative affect: the role of psychosocial mechanisms. *Journal of Body Image*, 4, 165-177.

بیمارستان است که طبیعتاً تعمیم این نتایج را با محدودیت و احتیاط مواجه می‌سازد.

#### منابع

Aldao, A., & Nolen-Hoeksema, S. (2010). Specificity of cognitive emotion regulation strategies: A transdiagnostic examination. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 974-983.

Ambwani, S., & Hopwood, C.J. (2009). The utility of considering interpersonal problems in the assessment of bulimic features. *Journal of Eating Behavioral*, 10, 247- 255.

American Dietetic Association. Position of the American Dietetic Association: weight management. *Journal of the American Dietetic Association*, 109, 220-346.

Amianto, F., Siccardi, S., Abbate-Daga, G., Marech, L., Barosio, Marta., & Fassino, S. (2012). *Psychiatry Research*, 200, 502-512.

Anderson, D. A. (2009). Psychological consequences of obesity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 361- 369.

Ansell, E. B., Grilo, C. M., & White, M. A. (2012). Examining the interpersonal model of binge eating and loss of control over eating in women. *The International Journal of Eating Disorders*, 45, 43-50.

Apfeldorfer, G. (2004). Solving the emotion paradox: Categorization and the experience of emotion. *Personality and Social Psychology Review*, 10, 20-46.

Dierk, J., Conradt, M., Rauh, E., Schlumberger, P., Hebebrand, J., & Rief, W. (2006). What determines well-being in obesity? Associations with BMI, social skills, and social support. *Journal of Psychosomatic Research, 60*, 219-227.

Edman, J.L., Yates, A., Aruguete, M.S., & DeBord, K.A. (2005). Negative emotion and disordered eating among obese college students. *Journal of Eating Behaviors, 6*, 308- 317.

Elliott, C.A., Tanafosky- Kraff, M., Shomaker, L.B., Columbo, K.M., Wolkoff, L.E., Ranzenhofer, L.M., & Yanovski, J.A. (2010). An examination of the interpersonal model of loss of control eating in children and adolescents. *Behavior Research and Therapy, 48*, 424-428.

Evers, C., Stok, F. M., & DeRidder, D. T. (2010). Feeding your feelings: Emotion regulation strategies and emotional eating. *Personality and Social Psychology Bulletin, 36*(6), 792-804.

Fairburn, C. G. (1997). Interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa. In D. M. Garner, & P. E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of treatment for eating disorders* (2nd Ed.). New York: Guilford Press.

Fairburn, C. G., Jones, R., Peveler, R. C., Carr, S. J., Solomon, R. A., O'Connor, M. E., Burton, J., & Hope, R. A. (1991). Three psychological treatments for bulimia nervosa: A comparative trial. *Archives of General Psychiatry, 48*, 463-469.

Fairburn, C. G., Jones, R., Peveler, R. C., Hope, R. A., & O'Connor, M. (1993). Psychotherapy and bulimia nervosa: longer term effects of

Castellini, G, Lapi, F., Ravaldi, C., Vannacci, A., Rotella, C.M., et al. (2008). Eating disorder psychopathology does not predict the overweight severity in subjects seeking weight loss treatment. *Journal of Comprehensive Psychiatry, 49*, 359-363.

Clyne, C., & Blampied, N. M. (2004). Training in emotion regulation as a treatment for binge eating: a preliminary study. *Behaviour Change, 21*, 269-281.

Coco, G.L., Gullo, S., Salerno, L., & Iaconelli, R. (2011). The association among interpersonal problems, binge eating behaviors, and self-esteem, in the assessment of obese individuals. *Journal of Comprehensive Psychiatry, 52*, 164- 170.

Compare, A., Calugi, S., Marchesini, G., Shonin, E., Grossi, E., Molinari, E., & Grave, R.D. (2013). Emotionally focused group therapy and dietary counseling in binge eating disorder. Effect on eating disorder psychopathology and quality of life. *Appetite, 71*, 361- 368.

Cullen, K.W., Klesges, L. M., Sherwood, N. E., Baranowski, T., Beech, B., Pratt, C., et al. (2004). Measurement characteristics of diet-related psychosocial questionnaires among African-American parents and their 8- to 10-year-old daughters: results from the girls' health enrichment multi-site studies. *Journal of Preventive Medicine, 38*, 34-42.

Descutner, C. J., & Thelen, M. H. (1991). Development and validation of a fear-of intimacy scale. *Journal of Psychological Assessment, 3*, 218-225.

integrative review. *Review of General Psychology*, 2, 271–299.

Haines, J., & Neumark-Sztainer, D. (2006). Prevention of obesity and eating disorders: a consideration of shared risk factors. *Journal of Health Education Research*, 21(6), 770-782.

Hawkins, M.A.W. & Stewart, J.C. (2012). Do negative emotional factors have independent associations with excess adiposity? *Journal of Psychosomatic Research*, 73, 243-250.

Herzog, D. B., Norman, D. K., Rigott, N. A., & PePOSE, M. (1986). Frequency of bulimic behaviors and associated social maladjustment in female graduate students. *Journal of Psychiatric Research*, 20,355–361.

Hinrichsen, G.A., & Clougherty, K.F. (2006). *Interpersonal psychotherapy for depressed older adults*, American Psychological Association, [www.intechopen](http://www.intechopen).

Hinrichsen, H., Wright, F., Waller, G., & Meyer, C. (2003). Social anxiety and coping strategies in the eating disorders. *Journal of Eating Behaviors*, 4, 117–126.

Hoffart, A., Abrahamsen, G., Bonsaksen, T., Borge, F. M., Ramstad, R., Lipsitz, J., et al. (2007). *A residential interpersonal treatment for social phobia*. New York: Nova Science Publishers Inc.

Hopwood, C. J., Clarke, A. N., & Perez, M. (2007). Pathoplasticity of bulimic features and interpersonal problems. *International Journal of Eating Disorder*, 40, 652-658.

Horowitz, L.M., Rosenberg, S.E., Baer, B.A., Ureno, G., & Villaseñor, V.S. (1988). Inventory of

interpersonal psychotherapy, behavior therapy, and cognitive behavior therapy. *Journal of Archives of General Psychiatry*, 50, 419–428.

Fassino, S., Leombruni, P., Pier, A., Abbate-Daga, G., & Giacomo Rovera, G. (2003). Mood, eating attitudes, and anger in obese women with and without binge eating disorder. *Journal of Psychosomatic Research*, 54(6), 559-566.

Fitzgibbon, M.L., Stolley, M.R., & Kireschenbaum, D.S. (1993). Obese people who seek treatment have different characteristics than those who do not seek treatment. *Journal of Health Psychology*, 12, 346-353.

Ganley, R.M. (1989). Emotion and eating in obesity: a review of the literature. *International Journal of Eating Disorders*, 8, 343-361.

Geller, J., Cockell, S., & Hewitt, P. L. (2000). Inhibited expression of negative emotions: Interpersonal orientation in anorexia nervosa. *The International Journal of Eating Disorders*, 28, 8–19.

Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, 41–54.

Grissett, N. I., & Norvell, N. K. (1992). Perceived social support, social skills, and quality of relationships in bulimic women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 293 – 299.

Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: an

- Levinson, C. A., & Rodebaugh, T. L. (2012). Social anxiety and eating disorders comorbidity: The role of negative social evaluation fears. *Journal of Eating Behaviors, 13*, 27–29.
- Linde, J. A., Jeffery, R. W., Levy, R. L., Sherwood, N. E., Utter, J., Pronk, N. P., et al. (2004). Binge eating disorder, weight control self-efficacy, and depression in overweight men and women. *International Journal of Obesity Related Metabolic Disorder, 28*(3), 418-425.
- Linehan, M. M., Dimeff, L. A., Reynolds, S. K., Comtois, K. A., Welch, S. S., Heagerty, P., et al. (2002). Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug and Alcohol Dependence, 67*, 13–26.
- Lynch, T. R., Morse, J. Q., Mendelson, T., & Robins, C. J. (2003). Dialectical behavior therapy for depressed older adults: a randomized pilot study. *American Journal of Geriatric Psychiatry, 11*, 33–45.
- Macht, M. (2008). How emotions affect eating: A five-way model. *Journal of Appetite, 50*(1), 1–11.
- Macht, M., & Simons, G. (2000). Emotions and eating in everyday life. *Journal of Appetite, 35*(1), 65–71.
- Markowitz, J. C. (1998). Interpersonal Psychotherapy for Dysthymic Disorder. *Journal of American Psychiatric, 54*, 254-276.
- Mather, A.A., Cox, B.J., Enns, M.W., & Sareen, J. (2008). Association between body weight and personality disorders in a nationality representative
- Interpersonal problems : Psychometric Properties & Clinical Application . *Journal of Consulting & Clinical Psychology, 56*, 885-892.
- Johnson, C., & Berndt, D. J. (1983). Preliminary investigation of bulimia and life adjustment. *The American Journal of Psychiatry, 140*, 774–777.
- Kim, J.Y., Oh, D.J., Yoon, T.Y., Choi, J.M., & Choe, B.K. (2007). The impacts of obesity on psychological well-being: a cross-sectional study about depressive mood and quality of life. *Journal of public Health, 40*, 191-195.
- Klerman, G. L., Weissman, M. M., Rounsaville, B. J., & Chevron, E. S. (1984). *Interpersonal psychotherapy of depression*. New York: Basic Books.
- Knecht, S., Ellger, T., & Levine, J.A. (2008). Obesity in neurobiology. *Progress in Neurobiology, 84*, 85-103.
- Krug, I., Bulik, C.M., Vall-Llobera, O.N., Granero, R., Aguera, Z., Villarego, C., et al. (2008). Anger expression in eating disorders: Clinical, psychopathological and personality correlates. *Psychiatry Research, 161*, 195-205.
- Larsen, R. J. (2000). Toward a science of mood regulation. *Psychological Inquiry, 11*, 129–141.
- Lee, J. M., Greening, L., & Stoppelbein, L. (2007). The moderating effect of avoidant coping on restrained eaters' risk for disinhibited eating: Implications for dietary relapse prevention. *Journal of Behaviour Research and Therapy, 45*(10), 2334–2348.

review. *Journal of Medical*, 17, 359-369.

Rieger, E., Van Buren, D.J., Bishop, M, Tanofsky- Kraff, M., Welch, R., & Wilfley, D.E. (2010). An eating disorder-specific model of interpersonal psychotherapy (IPT-ED): casual pathways and treatment implications. *Journal of Clinical Psychology Review*, 30, 400- 410.

Robertson, M, Rushton, P., & Wurm, C. (2008). Interpersonal Psychotherapy: An overview. *Journal of Psychotherapy in Australia*, 14(3), 46-54.

Rorty, M., Yager, J., Buck walter, G., & Rossotto, E. (1999). Social support, social adjustment, and recovery status in bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 26, 1-12.

Saarni, C. (1999). *The development of emotional competence*. New York: Guilford.

Sarwer, D.B., Wadden, T.A., & Fabricatore, A. N. (2005). Psychosocial and behavioral aspects of bariatric surgery. *Journal of Obesity Research*, 13, 639-648.

Sim, L., & Zeman, L. (2004). Emotion awareness and identification skills in adolescent girls with bulimia nervosa. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33(4), 760-771.

Simon, G.E., Von Kroff, M., Saunders, K., Miglioretti, D.L., Crane, P.K., Van Belle, G., et al. (2006). Association between obesity and psychiatric disorders in the US adult population. *Journal of Archive General Psychiatry*, 63, 824-830.

sample. *Journal of Psychosomatic Medicine*, 70, 1012-1019.

McElory, S.L., Kotwal, R., Malhotra, S., Nelson, E.B., Keck, P.E., & Nemeroff, C.B. (2004). Are mood disorders and obesity related? A review for the mental health professional. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65, 634-651.

McIntosh, V., Bulik, C., McKenzie, J., Luty, S., & Jordan, J. (2000). Interpersonal psychotherapy for anorexia nervosa. *The International Journal of Eating Disorders*, 27, 125-139.

Meyer, C., Leung, N., Barry, L., & DeFeo, D. (2009). Emotion and eating psychopathology: links with attitudes toward emotional expression among young women. *The International Journal of Eating Disorders*, 43, 187-189.

Munsch, S., Meyer, A., Quartier, V., & Wilhelm, F.H. (2011). Binge eating in binge eating disorders. *Psychiatry Research*, 31, 67-73.

Musante, G. J., Costanzo, P. R., & Friedman, K. E. (1998). The comorbidity of depression and eating dysregulation processes in a diet-seeking obese population: a matter of gender specificity. *International Journal of Eating Disorder*, 23, 65-75.

O'Mahony, J. F., & Hollwey, S. (1995). Eating problems and interpersonal functioning among several groups of women. *Journal of Clinical Psychology*, 51, 345 - 351.

Orzano, A.J., & Scott, J.G. (2012). Diagnosis and treatment of obesity in adult: an applied evidence-based

*Journal of Academic Science*, 499, 55-65.

Wadden, T.A., & Stunkard, A.J. (2007). *Handbook of obesity of Obesity Treatment*. New York: Guilford Press.

Wadden, T.A., Browell, K.D., Kelly, A.J. & Foster, B.D. (2002). Obesity: Responding to the global epidemic. *Journal of Consulting and Psychology*, 70, 510-525.

Wallis, D. J., & Hetherington, M. M. (2004). Stress and eating: The effects of ego-threat and cognitive demand on food intake in restrained and emotional eaters. *Journal of Appetite*, 43(1), 39-46.

Weissman, M. M., Markowitz, J.C., & Klerman, G.L. (2007). *Clinician's Quick Guide to Interpersonal Psychotherapy*. New York: Oxford University Press.

Weissman, M.M. (2010). Interpersonal psychotherapy in the treatment of eating disorders. *Journal of European Eating Disorders Review*, 37, 315-320.

Weissman, M.M., Markowitz, J.C., & Klerman, G.L. (2008). Book review: Clinician's quick guide to interpersonal psychotherapy. *Research on social work practice*, DOI: 10.1177/1049731508318777.

Werrij, M. Q., Mulkens, S., Hospers, H. J., & Jansen, A. (2006). Overweight and obesity: the significance of a depressed mood. *Journal of Patient Education and Counseling*, 62, 126-131.

Whight, D., McGrain, L., Langham, C., Baggott, J., Meadows, L. & Arcelus, J. (2010). *A new version of*

Spoor, S. T. P., Bekker, M. H. J., Van Strien, T., & van Heck, G. L. (2007). Relations between negative affect, coping, and emotional eating. *Journal of Appetite*, 48(3), 368-376.

Spring, B., Schneider, K., Smith, M., Kendzor, D., Appelhans, B., Hedeker, D., & Pagoto, S. (2008). Abuse potential of carbohydrates for overweight carbohydrate cravers. *Journal of Psychopharmacology*, 197(4), 637-647.

Striegel-Moore, R. H., Silberstein, L. R., & Rodin, J. (1993). The social self in bulimia nervosa: Public self-consciousness, social anxiety, and perceived fraudulence. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 297-303.

Taylor, S. E. (2003). *Health Psychology*. New York: McGraw Hill.

Taylor, V., & MacQueen, G. (2006). Associations between bipolar disorder and metabolic syndrome: a review. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67(7), 1034-1041.

Thompson, M., & Schwartz, D. (1980). Life adjustment of women with anorexia nervosa and anorexic-like behavior. *The International Journal of Eating Disorders*, 1, 47-60.

Tiggeman, M., & Rothblum, E. D. (1988). Gender differences in social consequences of perceived overweight in the United States and Australia. *Journal of Sex Roles*, 18, 75-86.

Vaidya, V. (2006). Psychosocial aspects of obesity. *Journal of Advanced Psychosomatic Medical*, 27, 73-85.

Wadden, T. A., & Stunkard, A. J. (1987). Psychopathology and obesity.



World Health Organization (2006).  
Suicide and attempted suicide. Geneva:  
WHO. Available in: [www.who.int](http://www.who.int).

*interpersonal psychotherapy for bulimic  
disorders.* The manual,  
LPT, www.wix.com

Whiteside, U., Chen, E., Neighbors,  
C., Hunter, D., Lo, T., & Larimer, M.  
(2007). Difficulties regulating  
emotions: Do binge eaters have fewer  
strategies to modulate and tolerate  
negative affect? *Journal of Eating  
Behaviors*, 8(2), 162– 169.

Wilfley, D. E., Agras, W. S., Telch,  
C. F., Rossiter, E. M., Schneider, J. A.,  
Cole, A.G., Sifford, L., & Raeburn, S.  
D. (1993). Group cognitive-behavioral  
therapy and group interpersonal  
psychotherapy for the nonpurging  
bulimic individual: A controlled  
comparison. *Journal of Consulting and  
Clinical Psychology*, 61, 296-305.

Wilfley, D.E., Welch, R. R., Stein,  
R. I., Spurrell, E. B., Cohen, L. R.,  
Saelens, B. F., et al. (2002). A group  
cognitive behavior therapy for the  
treatment of overweight individuals  
with binge eating disorder. *Journal of  
Consulting and Clinical Psychology*,  
32, 315-322.

Wilfley, D.E., Welch, R.R., Stein,  
R.I., Spurrell, E.B., Cohen, L.R.,  
Saelens, B.E., et al. (2010). A  
randomized comparison of group  
cognitive-behavioral therapy and group  
interpersonal psychotherapy for the  
treatment of overweight individuals  
with binge eating disorder. *Archive  
General Psychiatry*, 59, 713-721.

Wilson, G.T., Wilfley, D.E., Agras,  
W.S., & Bryson, S.W. (2010).  
Psychological Treatment of Binge  
Eating Disorder. *Journal of Archived  
General Psychology*, 67, 94- 101.