

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

عذرا زبردست*، محمدعلی بشارت**، رضا پورحسین***، هادی بهرامی احسان****، حمید

پورشریفی*****

* دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت دانشگاه تهران، تهران، ایران.
** استاد گروه روانشناسی دانشگاه تهران، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)
*** دانشیار گروه روانشناسی دانشگاه تهران، تهران، ایران.
**** استادیار گروه روانشناسی دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.
***** استادیار گروه روانشناسی دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.

چکیده

تاریخچه:

دریافت: ۱۳۹۲/۱۱/۲۸
تجدیدنظر: ۱۳۹۴/۰۷/۰۲
پذیرش: ۱۳۹۴/۰۷/۰۵

هدف: مشکلات بین شخصی و مهارت‌های تنظیم هیجانی در پژوهش‌های مختلف به‌عنوان تفاوت‌های روان‌شناختی گروه چاق و اضافه‌وزن مورد بررسی و تأیید قرار گرفته است و دیده‌شده که مدنظر قرار دادن متغیرهای روانی همچون مدیریت هیجانی و بهزیستی در روابط بین فردی در کنار مداخلات پزشکی در درمان چاقی مؤثر است. پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان روابط بین شخصی و مدیریت هیجانی در کاهش وزن زنان چاق و دارای اضافه‌وزن انجام گرفت.

کلیدواژه‌ها:

چاقی، اضافه‌وزن، شاخص توده بدنی (BMI)، مهارت‌های تنظیم هیجانی، 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 اضافه‌وزن) در این پژوهش شرکت کردند. از این افراد خواسته شد پرسشنامه مشکلات بین شخصی (IPP-127؛ هروویتز، روزنبرگ، بایر، اورنو و ویلاسنور، ۱۹۸۸) و پرسشنامه تنظیم هیجانی (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 هیجانی قرار گرفتند و در پایان روش درمانی کاهش وزن برحسب شاخص توده بدنی (BMI) مورد بررسی قرار گرفت.

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

نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که درمان روابط بین شخصی و تنظیم هیجانی، درمانی مؤثر برای کاهش وزن افراد چاق و دارای اضافه‌وزن است.

Compare The Efficacy of Interpersonal Therapy and Emotional Management on Weight Loss in Obese and Overweight Women

*O. Zebardast, **M. A. Besharat, ***R. Pour Hossein, ****H. bahrami, ***** H. pour Sharifi

* PhD Student in Health Psychology, Tehran University, Tehran, Iran.

** Professor, Department of psychology, Tehran University, Tehran, Iran.

*** Associate of Professor, Department of Psychology, Tehran University, Tehran, Iran.

**** Assistant of Professor, Department of Psychology, Tabriz University, Tabriz, Iran.

***** Assistant of Professor, Department of Psychology, Tabriz University, Tabriz, Iran.

Abstract

Objective: Interpersonal problems and emotional regulation skills in studies as psychological differences of obese and overweight women has been reviewed and approved. The present study compared the efficacy between interpersonal therapy and emotional management of weight loss in obese and overweight women.

Method: 80 women with a BMI over 24/9 participated in this study. Asked subjects to complete Interpersonal Problems (IPP-127, Horovitz, et al, 1988) and emotional regulation Questioneres (ERSQ-27, Berking & znoj, 2007). Overweight and obese groups were treated during 6 months with two methods, IPT and ITEC. At the end of treatment, weight loss as BMI.

Result: result showed that IPT and ITEC are different on weight loss in obese and overweight women. Obese women with IPT compared obese with ITEC loss weight greater. While weight loss in overweight women with ITEC compared overweight with IPT was not significant.

Conclusion: Based in the findings, we conclude that IPT and ITEC are an effective treatment for weight loss in obese and overweight women.

Article Information:

History:

Receipt: 2014/02/07

Revise: 2015/09/24

Acceptance: 2015/09/27

Keywords:

Obesity, Overweight, body mass index (BMI), Emotional regulation, Interpersonal therapy

از نچت، الگر و لوین^{۱۱}، ۲۰۰۸).

انتخاب نوع درمان برای افراد چاق و دارای اضافه وزن، مسئله پیچیده‌ای است. در گذشته، داده‌های تجربی از طیف وسیعی از انواع روش‌های رژیم، داروهای کاهش وزن و درمان‌های جراحی حمایت می‌کرد (بیشسن^{۱۲}، ۲۰۰۸). اخیراً بر اساس تلاش متخصصان سلامت در مورد درمان چاقی و اضافه وزن پیشرفت‌های چشمگیری حاصل شده است، چراکه این متخصصان بر این باور هستند که برای درمان باید به این مسئله به‌عنوان یک شرایط مزمن جدای از یکدیگر و نه یک شرایط حاد یکسان، توجه داشت (اورزانو و اسکات^{۱۳}، ۲۰۱۲). امروزه دیده شده که مدنظر قرار دادن متغیرهای روانی اجتماعی همچون کیفیت زندگی و بهزیستی در روابط بین فردی در کنار مداخلات پزشکی در درمان چاقی مؤثر است (انجمن رژیم غذایی آمریکا^{۱۴}، 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^{۱۵} و همکاران، ۲۰۰۶؛ وادن^{۱۶} و همکاران، ۲۰۰۲؛ کیم^{۱۷} و همکاران، ۲۰۰۷؛ وادن و همکاران، ۲۰۰۶؛ مک الوری^{۱۸} و همکاران، ۲۰۰۴) و بین چاقی و اختلالات روان‌پزشکی در طول زندگی رابطه معنادار وجود

چاقی^۱ و اضافه وزن^۲ به‌عنوان اختلالی مزمن و بسیار شایع که به‌طور مستقیم و غیرمستقیم با بیماری‌های متعدد همراه است، یکی از زمینه‌های مهم مطالعاتی در روانشناسی سلامت^۳ محسوب می‌شود. این اختلال به دلیل تغییر سبک زندگی^۴ در جوامع، یعنی زندگی بدون تحرک و مصرف بیش از اندازه غذاهای چرب، رو به فزونی است. طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت^۵ (WHO، ۲۰۰۶)، چاقی به انباشت فراگیر چربی در بدن، گفته می‌شود. چون نمی‌توان در تحقیقات، چربی را به‌صورت مستقیم اندازه‌گیری کرد، اندازه‌های غیرمستقیم مثل شاخص توده بدنی^۶ (BMI)، دور کمر^۷ (WC)، نسبت کمر به باسن^۸ (WHR)، ضخامت پوست^۹ و مقاومت زیستی^{۱۰} استفاده می‌شود. به دلیل کاربرد آسان فرمول BMI، در اکثر تحقیقات بالینی و تجربی از این فرمول، یعنی وزن برحسب کیلوگرم تقسیم بر مجذور قد برحسب متر استفاده می‌شود. شاخص توده بدنی بر اساس طبقه‌بندی سازمان جهانی بهداشت به‌صورت $BMI < 18.5$ کمبود وزن، $18.5 < BMI < 24.9$ وزن نرمال، $25 < BMI < 29.9$ اضافه وزن، $30 < BMI < 34.9$ چاقی نوع اول، $35 < BMI < 39.9$ چاقی نوع دوم و $BMI > 40$ و بالاتر چاقی نوع سوم تعریف می‌شود، این طبقه‌بندی در بزرگسالان و کودکان به‌صورت یکسان استفاده می‌شود (به نقل

10. Bioimpedance
11. Knecht, Ellger, & Levin
12. Bessesen
13. Orzano & Scott
14. American Dietetic Association
15. Simon
16. Wadden
17. Kim
18. McElory

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

افزاده‌وزن دچار اضطراب اجتماعی هستند. افراد چاق تمایل دارند و احساس نیاز می‌کنند که با دیگران ارتباط داشته باشند و به‌گونه‌ای 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^{۱۳} و همکاران، ۲۰۰۶).

در مدل درمانی روابط بین فردی خاص اختلالات خوردن^{۱۴} (*IPT-ED*) (ریگر^{۱۵} 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 تأیید می‌کنند (اوماهونی و هالوی^{۱۶}، ۱۹۹۵؛ هوپوود، کلارک و پرز، ۲۰۰۷؛ آمبوانی^{۱۷} و هوپوود، ۲۰۰۹؛ آنسل، گریلو و وایت^{۱۸}، ۲۰۱۲). بر اساس نتایج مطالعات انجام‌شده می‌توان ۵ عامل را به‌عنوان عوامل سبب‌ساز مشکلات بین شخصی در افراد چاق برشمرد: ۱- ناتوانی در حل مشکلات بین شخصی (استریگل-

دارد (مادر، کوکس، انس و سارین^۱، 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 (فیزگیبون، استولی و کرشن‌بائوم^۲، ۱۹۹۳؛ سارور، وادن و فابریکتور^۳، ۲۰۰۵).

پژوهش‌ها بر این مسئله بسیار تأکید 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^۴، ۲۰۰۷). همچنین دیده‌شده که عوامل روان‌شناختی با سطوح مختلف *BMI*، روابط متفاوت و معناداری دارد (کاستلینی^۵ و همکاران، ۲۰۰۸). یکی از متغیرهای روان‌شناختی که با سطوح مختلف *BMI* رابطه معنادار دارد، مشکلات بین شخصی است (فاسینو^۶ و همکاران، ۲۰۰۳؛ هاپوود، کلارک و پرز^۷، ۲۰۰۷؛ آمبوانی^۸ و هاپوود، ۲۰۰۹؛ تیگمن و راتبلوم^۹، ۱۹۸۸؛ آندرسون، آندرسون، ریگر و کاترسون^{۱۰}، ۲۰۰۶؛ ویلفلی^{۱۱} و همکاران، ۲۰۱۰؛ ویسمن^{۱۲}، ۲۰۱۰). بر اساس نتایج تحقیقات، افراد دارای اضافه‌وزن افرادی سرد هستند، درحالی‌که افراد چاق، بیشتر درگیر ارتباط با دیگران هستند. در واقع افراد دارای اضافه‌وزن تمایل دارند تا ارتباطشان را با دیگران بازداري کنند و این موضوع همسو با نتایج تحقیقاتی است دال بر اینکه افراد دارای چاقی کمتر از افراد دارای

10. Anderson, Rieger, & Caterson
11. Wilfley
12. Weissman
13. Dierk
14. Interpersonal Therapy-Eating Disorder
15. Reiger
16. O'Mahony & Hollwey
17. Ambwani
18. Ansell, Grilo, & White

1. Mather, Cox, Enns, & Sareen
2. Fitzgibbon, Stolley, & Kireschenbaum
3. Sarwer
4. Carr, Friedman, & Jaffe
5. Castellini
6. Fassino
7. Hopwood, Clarke, & Perez
8. Ambwani
9. Tiggeman, & Rothblum

مور، سیلبرشتاین و رودین^۱، ۱۹۹۳؛ تامپسون و اسکوارتز^۲، ۱۹۸۰؛ سیم و زمان^۳، ۲۰۰۴؛ برکینگ^۴ و همکاران، ۲۰۰۸؛ آلدو و نولن-هکسما، ۲۰۱۰).
 ۲- نگرش‌های منفی نسبت به بیان هیجان (گلر، کوکل و هویت^۵، ۲۰۰۰؛ میر، لئونگ، باری و دی-فیو^۶، ۲۰۰۹) ۳- ترس از ارزیابی منفی (آتلاس^۷، ۲۰۰۴؛ هینریچسن، رایت، والر و میر^۸، ۲۰۰۳؛ لوینسون و رودبائوک^۹، ۲۰۱۲) ۴- ترس از نزدیکی و صمیمیت و بدگمانی در روابط بین فردی (دساتر و تلن^{۱۰}، ۱۹۹۱؛ رابرتسون، راشتون و وورم^{۱۱}، ۲۰۰۸؛ ویلسون، ویلفلی، آگراس و بریسون^{۱۲}، ۲۰۱۰) و ۵- مقایسه اجتماعی منفی.

اما این سؤال 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، به‌صورت مکرر، رابطه معنادار دارد، این ارتباط با شبکه اجتماعی ضعیف توجیه می‌شود (تیلر، ۲۰۰۳؛ آلدو و نولن-هکسما، ۲۰۱۰).

نقش مشکلات بین شخصی در چاقی، بر مبنای اثربخشی درمانی پررنگ شده است. درمان روابط بین فردی^{۱۳} (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^{۱۴}، ۱۹۹۳؛ فایربرن و همکاران، ۱۹۹۱؛ هینریچسن و کلوگوتی، ۲۰۰۶؛ هوفارت^{۱۵} و همکاران، ۲۰۰۷؛ مک‌این‌توش، بولیک، مک‌کنزی، لوتی و جردن^{۱۶}، ۲۰۰۰؛ روس و روز^{۱۷}، ۱۹۸۸؛ ویسمن، مارکویتز و کلرمن^{۱۸}، ۲۰۰۰؛ ویلفلی و همکاران، ۱۹۹۳، ۲۰۰۲، ۲۰۱۰؛ وایت و همکاران، ۲۰۱۰). این مدل درمانی مانند درمان شناختی- رفتاری، درمانی کوتاه‌مدت 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 زندگی‌شان یا روابط مهمی را ازدست‌داده‌اند). 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 به‌واسطه مشکلات بین فردی باقی می‌ماند (کلرمن، ویسمن، رنساویل و چورن^{۱۹}، ۱۹۸۴؛ مارکویتز، ۱۹۹۸؛ ویسمن، کلرمن و

11. Robertson, Rushton, & Wurm
 12. Wilson, Agras, & Bryson
 13. Interpersonal Therapy
 14. Jones, Peveler, Hope, & O'Connor
 15. Hoffart
 16. McIntosh, Bulik, McKenzie, Luty, & Jordan
 17. Roth & Ross
 18. Weissman, Markowitz, & Klerman
 19. Rounsaville & Chevron

1. Striegel-Moore, Silberstein, & Rodin
 2. Thompson & Schwartz
 3. Sim & Zeman
 4. Berking
 5. Geller, Cockell, & Hewitt
 6. Meyer, Leung, Barry, & De Feo
 7. Atlas
 8. Hinrichsen, Wright, Waller, & Meyer
 9. Levinson & Rodebaugh
 10. Descutner & Thelen

هیترتون و تیس^۷، ۱۹۹۴). خوردن هیجانی در تمامی طبقات اجتماعی مختلف و در میان زنان و مردان شایع است. مطالعات به صورت پیوسته نشان می‌دهد که خوردن هیجانی با هیجان‌های منفی مثل عصبانیت، افسردگی، بی‌حوصلگی، اضطراب و تنهایی همراه است و اغلب در ارتباط با دوره‌های پراسترس زندگی اتفاق می‌افتد (گانلی، ۱۹۸۹؛ ادمن، یاتس، آروگوت و دی‌پورد، ۲۰۰۵؛ وایت-ساید^۸ 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 (مجت، ۲۰۰۸، اسپرینگ^۹ و همکاران، ۲۰۰۸؛ والیس و هیترینگتون^{۱۰}، ۲۰۰۴). در واقع، خوردن هیجانی افراد به اینکه آیا راهبردهای پاسخ‌دهی سازگارانه برای فرد قابل‌دستیابی هستند، وابستگی دارد (اسپور، بکر، وناسترتین و ون‌هک^{۱۱}، ۲۰۰۷). افراد با فقدان راهبردهای مؤثر جهت پاسخ‌دهی به آشفتگی‌های هیجانی و ناتوانی در مدیریت هیجان‌ها بیشتر به سمت خوردن هیجانی، روی می‌آورند (والیس و هیترینگتون، ۲۰۰۴؛ اورس، استوک و دی‌رایدر^{۱۲}، ۲۰۱۰؛ اسپور، بکر، وناسترتین و ون‌هک، ۲۰۰۷؛ وایت‌ساید و همکاران، ۲۰۰۷). پاسخ‌های ناسازگارانه مانند اجتناب و سرکوب هیجان، به‌عنوان روش‌های ناصحیح مدیریت هیجانی، در افراد دارای اضافه‌وزن

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 (فایبرن، ۱۹۹۷؛ ویسمن، مارکویتز و کلرمن، ۲۰۰۰، ۲۰۰۸؛ ریگر و همکاران، ۲۰۱۰؛ الیوت^۱ و همکاران، ۲۰۱۰؛ کوکو، گولو، سالرنو و ایاکوپونلی^۲، ۲۰۱۱؛ آرکلوس، هاسلام، فارو و میر، ۲۰۱۳).

بررسی پژوهش‌ها نشان می‌دهد، از دیگر مشکلات روان‌شناختی افراد دارای اضافه‌وزن و چاق، عوامل هیجانی و مدیریت آن‌ها است (هاوکینز و استیوارت^۳، ۲۰۱۲؛ کراگ^۴ و همکاران، ۲۰۰۸؛ آمیانته^۵ 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^۶، ۲۰۰۰). اکثر مطالعات نشان می‌دهد که میان رفتار خوردن و هیجان‌های منفی یا رویدادهای استرسی زندگی رابطه قوی معناداری وجود دارد. رفتار خوردن هیجانی به‌طور دوره‌ای اتفاق می‌افتد و روند منظمی ندارد. از این‌رو افراد به‌جای چاقی، دچار اضافه‌وزن می‌شوند (گانلی، ۱۹۸۹).

خوردن هیجانی زمانی که 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 (بالاومیستر،

7. Baumeister, Heatherton, & Tice
8. Whiteside
9. Spring
10. Wallis & Hetherington
11. Spoor, Bekker, Van Strien, & Van Heck
12. Evers, Stok, & De Ridder

1. Elliott
2. Coco, Gullo, Salerno, & Iaconopelli
3. Hawkins & Stewart
4. Krug
5. Amianto
6. Macht & Simons

با خوردن هیجانی رابطه معنادار دارد (اورس، استوک و دی‌رایدر، ۲۰۱۰؛ لی، گرینینگ و استوپلین، ۲۰۰۷). بر اساس نظر تامپسون^۲ (۱۹۹۴) مدیریت هیجانی با اشاره به فرایندهای درونی و بیرونی درگیر در بررسی، ارزیابی، تعدیل و اصلاح واکنش‌های هیجانی به‌ویژه انواع شدید و موقعیتی آن، تعریف می‌شود. این واکنش‌ها به‌منظور دستیابی فرد به اهدافش انجام می‌گیرد.

بر اساس این تعریف و نظریه‌های تنظیم و مدیریت هیجانی (گراتز و روئمر^۳، ۲۰۰۴؛ گروس^۴، ۱۹۹۸؛ لارسن^۵، ۲۰۰۰؛ سارنی^۶، 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 هیجان‌ها، ۵- خویشن‌داری 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 روبه‌رو شدن با موقعیت‌های هیجانی آشفته به‌منظور توجه به اهداف والاتر. فرض مهم این مدل، اصلاح هیجان به یک سبک خواسته و/یا پذیرش و تحمل هیجان‌های ناخواسته به‌منظور تأمین 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^۷ (ITEC)، ترکیبی از تکنیک‌های درمان شناختی- رفتاری، درمان دیپالکتیکی رفتاری، مداخلات مبتنی بر به‌شیراری، آموزش‌های همدلی کردن، درمان متمرکز بر هیجان و درمان‌های حل مسئله است. روش ITEC در طول ۱۰ جلسه و هر جلسه به مدت ۴۵ دقیقه برگزار می‌شود. اثربخشی درمان مدیریت هیجان نشان می‌دهد که این مهارت مکانیسم مهمی برای به‌زیستی و سلامت روانی است (لینهان^۸ و همکاران، ۲۰۰۲؛ لینچ، مورس، مندلسون و رایبیز^۹، ۲۰۰۳؛ کلین و بلامید^{۱۰}، ۲۰۰۴؛ برکینگ و همکاران، ۲۰۰۸).

با هزینه‌های مالی گزافی که امروزه چاقی و اضافه‌وزن برای جوامع رقم زده است، به‌کارگیری مؤثرترین روش روان‌درمانی در کنار سایر درمان‌ها، برای کمک به زیرگروه‌های چاقی و اضافه‌وزن برحسب تفاوت‌های روان‌شناختی آن‌ها، می‌تواند از نظر درمانی تأثیرگذار و از نظر مالی، مقرون‌به‌صرفه باشد. اگرچه اکثر تحقیقات به تمایز روان‌شناختی گروه اضافه‌وزن از چاقی نپرداخته‌اند، اما نتایج برخی از تحقیقات نشان می‌دهد که شیوع اختلالات خلقی^{۱۱} در گروه افراد اضافه‌وزن به‌طور معناداری بیشتر از گروه افراد چاق (تیلر و مک‌کوین^{۱۲}، ۲۰۰۶؛ وایدیا^{۱۳}، ۲۰۰۶) و میزان افسردگی^{۱۴} در

8. Linehan
9. Lynch, Morse, Mendelson, & Robins
10. Clyne & Blampied
11. Mood Disorders
12. Taylor & MacQueen
13. Vaidya
14. Depressive Disorder

1. Lee, Greening, & Stoppelbein
2. Thompson
3. Gratz, & Roemer
4. Gross
5. Larsen
6. Saarni
7. Integrative Training of Emotional Competencies

افراد، به‌عنوان 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:** تأثیر درمان *IPT* و *ITEC* در کاهش وزن زنان چاق و دارای اضافه‌وزن 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 اضافه‌وزنی که درمان *ITEC* دریافت کردند در مقایسه با زنان دارای اضافه‌وزنی که درمان *IPT* دریافت کردند، کاهش وزن بیشتری دارند.

روش

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

گروه افراد چاق به‌طور معناداری بیشتر از گروه افراد اضافه‌وزن است (وادن و استنکارد^۱، ۱۹۸۷؛ موسانت، کاستانزو و فریدمن^۲، ۱۹۹۸؛ فاسینو^۳ و همکاران، ۲۰۰۳؛ لیند^۴ و همکاران، ۲۰۰۴؛ وریج^۵ و همکاران، ۲۰۰۶؛ کیم و همکاران، ۲۰۰۷). در میان افراد چاق در مقایسه با افراد دارای اضافه‌وزن، مشکلات بین شخصی به‌طور معناداری بیشتر است (فاسینو و همکاران، ۲۰۰۳؛ هاپوود، کلارک و پریز، ۲۰۰۷؛ آمبوانی و هاپوود، ۲۰۰۹؛ آندرسون، ریگر و کاترسون، ۲۰۰۶؛ ویلفلی و همکاران، ۲۰۱۰؛ ویسمن، ۲۰۱۰). نتایج تحقیقات به‌طور کلی نشان می‌دهد افراد دارای اضافه‌وزن در مقایسه با افراد چاق، دارای مشکلات بیشتری در مدیریت هیجان‌ها به‌ویژه هیجان‌های منفی هستند (هاوکینز و استیوارت، ۲۰۱۲). به‌طور خلاصه می‌توان گفت ناتوانی در مدیریت عوامل هیجانی منفی یکی از تفاوت‌های معنادار افراد دارای اضافه‌وزن با افراد گروه چاق است. هیجان‌ها جزء لاینفک رویدادهای زندگی هر فرد به شمار می‌آیند. 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 اضافه‌وزن که یک وضعیت مزمن نابهنجاری فیزیولوژیک و روان‌شناختی را تحمل می‌کنند، بیشتر دچار مشکلات هیجانی هستند. در نتیجه برای درمان و کمک به این گروه باید در حیطه مدیریت هیجانی اقداماتی انجام گیرد. از طرفی، بااهمیتی که روابط بین فردی در زندگی

4. Linde
5. Werrij

1. Stunkard
2. Musante, Costanzo, & Friedman
3. Fassino

انتخاب نمونه برای پژوهش عبارت بودند از زن بودن؛ داشتن BMI بالای $24/9$ ؛ 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 اضافه‌وزن؛ نداشتن اختلال عمده روان‌پزشکی؛ نداشتن مشکلات جسمانی عمده مثل نابینایی؛ عدم یائسگی؛ داشتن سطوح تقریباً یکسان انگیزه برای کاهش وزن. هشتاد زن چاق و دارای اضافه‌وزن در این پژوهش شرکت کردند (۴۰ نفر چاق و ۴۰ نفر دارای اضافه‌وزن). 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 به‌عنوان 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 موردبررسی قرار گرفتند و سپس طول مدت ۶ ماه در معرض دو روش درمانی روابط بین شخصی و مدیریت هیجانی قرار گرفتند و کاهش وزن برحسب شاخص توده بدنی (BMI) موردبررسی قرار گرفت. به‌این ترتیب، زنان چاق (۴۰ نفر) و دارای اضافه‌وزن (۴۰ نفر) به صورت تصادفی به چهار گروه تقسیم شدند؛ یعنی ۲۰ نفر گروه چاق اول، ۲۰ نفر گروه چاق دوم، ۲۰ نفر گروه اضافه‌وزن اول و ۲۰ نفر گروه اضافه‌وزن دوم؛ درمان روابط بین فردی و گروه چاق دوم و

اضافه‌وزن دوم مداخله مدیریت یکپارچه هیجانی دریافت کردند. میانگین سنی کل شرکت‌کنندگان $33/33$ سال با دامنه ۲۰ تا ۴۴ سال و انحراف استاندارد $7/06$ ، میانگین سنی گروه چاق 34 سال با دامنه ۲۰ تا ۴۴ سال و انحراف استاندارد $7/15$ و میانگین سنی گروه اضافه‌وزن 33 سال با دامنه ۲۰ تا ۴۴ سال و انحراف استاندارد $6/99$ بود. میانگین وزن کلیه شرکت‌کنندگان بر اساس شاخص توده بدن (BMI) $32/85$ کیلوگرم با دامنه $24/9$ تا $51/20$ کیلوگرم و انحراف استاندارد $6/75$ ، میانگین وزن گروه چاق $38/25$ کیلوگرم با دامنه ۳۰ تا $51/20$ کیلوگرم و انحراف استاندارد $5/53$ و میانگین وزن گروه اضافه‌وزن $27/45$ کیلوگرم با دامنه $24/9$ تا $29/9$ کیلوگرم و انحراف استاندارد $1/36$ 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 سؤالی است و مشکلات بین شخصی را در شش زمینه قاطعیت، مردم‌آمیزی، اطاعت‌پذیری، صمیمیت، مسئولیت‌پذیری و مهارت‌گیری در مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت از نمره ۰ تا ۴ می‌سنجد (هروویتز، روزنبرگ، بایر، اورنو و ویلاسینور، ۱۹۸۸). این مقیاس از دو قسمت تشکیل شده است: قسمت اول که به چهار زیر مقیاس اول مربوط می‌شود جمعاً ۷۸ سؤال را به خود اختصاص می‌دهد. این سؤال‌ها با عبارت «برایم دشوار است

که ...» (*It is hard for me to ...*) شروع می‌شوند. قسمت دوم از ۴۹ سؤال 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 مسئولیت‌پذیری 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، ۰/۹۱، ۰/۸۴، ۰/۸۳ و برای آزمودنی‌های دختر ۰/۸۳، ۰/۸۹، ۰/۹۰، ۰/۹۲، ۰/۸۵ و ۰/۷۹ بود که نشانه همسانی درونی بالای مقیاس است. ضرایب پایایی بین نمره‌های یک نمونه ۹۰ نفری (۵۶ دختر، ۳۴ پسر) که در دو نوبت بافاصله 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 $r = 0.94$ است که نشانه پایایی بازآزمایی خوب مقیاس است (بشارت، ۱۳۸۴).

اعتبار مقیاس مشکلات بین شخصی از طریق محاسبه ضریب همبستگی بین نمره کل آزمودنی‌ها با مقیاس عزت‌نفس کوپر اسمیت (۱۹۶۷) در مورد ۶۰ دانشجو (۳۰ دختر، ۳۰ پسر) گزارش شده است.

ضرایب همبستگی بین نمره آزمودنی‌ها در عزت‌نفس با مشکلات بین شخصی نشان‌دهنده همبستگی منفی معنی‌دار مشکلات بین شخصی با عزت‌نفس بود. این ضرایب برای کل نمونه $(r = -0.45, P = 0.001)$ و برای آزمودنی‌های پسر $(r = -0.41, P = 0.002)$ و برای آزمودنی‌های دختر $(r = -0.51, P = 0.004)$ محاسبه شد که نشانه اعتبار کافی مقیاس است (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 غیربالینی و بر روی دانشجویان اعتباریابی شده است و ویژگی‌های روان‌سنجی آن مربوط به جامعه غیربالینی 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 به‌کارگیری آن برای یک گروه بالینی، این پرسشنامه ابتدا در یک گروه ۳۱ نفری بالینی (اعم از چاق و دارای اضافه‌وزن) به‌صورت طرح آزمایشی (پایلِت) 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 نفری که در دو نوبت بافاصله 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 بکار گرفته شد.

پرسشنامه مدیریت هیجانی - پرسشنامه مهارت‌های تنظیم هیجانی (ERSQ)^۱ که یک مقیاس خودگزارش دهی است، دارای ۲۷ آیتم است و مهارت‌های تنظیم هیجانی را به صورت لیکرت ۵ درجه‌ای (هرگز تا همیشه) در طول یک هفته قبل می‌سنجد (برکینگ و زوج، 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- خویشن‌داری 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 روبه‌رو شدن با موقعیت‌های هیجانی آشفته به منظور توجه به اهداف والاتر است. 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 مؤلف (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 نفر بالینی (اعم از چاق و دارای اضافه‌وزن) اجرا شد. آلفای کرونباخ این پرسشنامه برای جامعه بالینی چاقی، $\alpha = 0.86$ و ضریب پایایی بین نمره‌های این نمونه ۳۰ نفر که در دو نوبت بافاصله 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 بکار گرفته 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 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

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 بافاصله 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 تأکید می‌کند. در جلسه سوم، چند روش آرام‌سازی (مانند آرام‌سازی ماهیچه‌ای تدریجی^۲ (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 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

روانی آموزشی^۱ 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 آموخته‌شده را در شبکه روابط اجتماعی‌شان اجرا سازند. البته این مسئله 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 موردتوجه قرار دهند، روش حل مسئله را برای مقابله با مشکلات مطرح 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 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

که جلسه تعدیل و اصلاح نام دارد، دستورالعمل پنج مرحله‌ای تعدیل واکنش هیجانی که مبتنی بر مدل کلی حل مسئله 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 مسئله عمومی است و شامل: ۱- تنظیم یک هدف واقعی و خاص از آنچه 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 دو عاملی 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

تأیید 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 تأثیر مداخله *IPT* و *ITEC* در زنان چاق و دارای اضافه‌وزن متفاوت است. به عبارت دیگر پس از تعدیل نمرات پیش-آزمون، اثر بین آزمودنی گروه، $P < 0/001$ ، $F(1, 75) = 15/9$ و با اندازه اثر $0/18$ که اندازه اثر بالایی است، معنادار است؛ اما اثر اصلی مداخله با وزن با $P = 0/118$ ، $F(1, 75) = 2/50$ و با اندازه اثر $0/32$ که اندازه اثر کمی است، معنادار نیست. اثر اصلی گروه با وزن نیز با $P = 0/866$ ، $F(1, 75) = 0/29$ و با اندازه اثر $0/001$ که اندازه اثر کمی است، معنادار نیست.

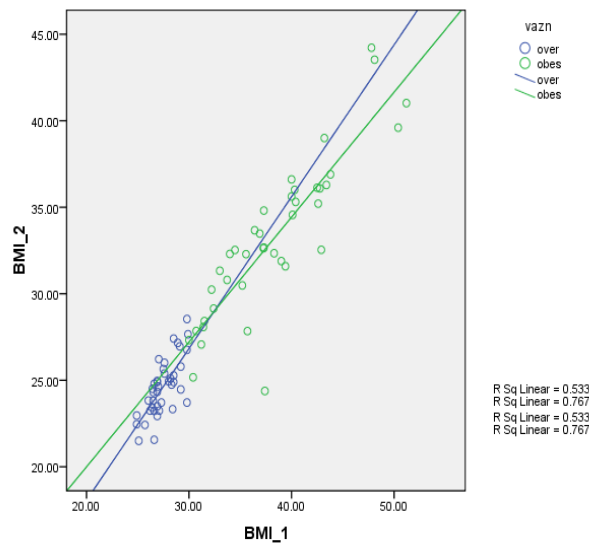
جدول ۱. بررسی فرض همگنی شیب رگرسیون با متغیر وابسته BMI

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

شخصی بیشترین کاهش وزن را داشته است (میانگین = ۳۳/۴ کیلوگرم). در ادامه اطلاعات توصیفی (جدول ۳) و بعدازآن جدول نتایج تحلیل کوواریانس ارائه می‌شود (جدول ۴).

بر اساس نتایج، فرضیه اول با معناداری اثر تعاملی مداخله و گروه برحسب شاخص توده بدنی تأیید می‌شود و با توجه به اطلاعات توصیفی (جدول ۳)، گروه چاق با مداخله روابط بین

جدول ۳. اطلاعات توصیفی شاخص توده بدنی شرکت‌کنندگان به تفکیک گروه‌های مداخله در پس‌آزمون

روش مداخله	گروه‌ها	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
IPT	اضافه‌وزن	۲۰	۲۴/۹۹	۱/۸۴
	چاق	۲۰	۳۳/۴۰	۵/۲۵
	کل	۴۰	۲۹/۱۹	۵/۷۶
ITEC	اضافه‌وزن	۲۰	۲۴/۲۲	۱/۳۵
	چاق	۲۰	۳۲/۹۴	۳/۸۸
	کل	۴۰	۲۸/۵۸	۵/۲۶
کل	اضافه‌وزن	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 اضافه‌وزن

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 برحسب شاخص توده بدن در ۴ گروه مداخله را نشان می‌دهد.

جدول ۵. اطلاعات توصیفی کاهش وزن برحسب شاخص توده بدنی ۴ گروه مداخله در پس آزمون

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

جدول ۶. نتایج تحلیل واریانس کاهش وزن برحسب 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

همان‌طور که در جدول بالا نشان داده شده، اثر گروه بر کاهش وزن برحسب شاخص توده بدنی (BMI)، $\text{Partial } \eta^2 = 0/42$ ، $P < 0/001$ ، $F(3, 76) = 18/66$ ، معنادار است و دارای اندازه اثر $0/42$ است.

برای مقایسه جفت میانگین‌های کاهش وزن در گروه‌های مداخله از آزمون تعقیبی استفاده شد. جدول ۷ نتایج این بررسی را نشان می‌دهد.

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

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

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 تأیید 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 ($P=0/67$)؛ بنابراین فرضیه سوم تأیید نشد.

نتیجه‌گیری و بحث

نتایج پژوهش نشان داد که تأثیر درمان IPT و ITEC در کاهش وزن زنان چاق و دارای اضافه‌وزن 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 تأیید 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 تأیید 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 اضافه‌وزن، کاهش وزن بیشتری داشته باشد تا به

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 اضافه‌وزنی که مداخله روابط بین فردی دریافت کردند در مقایسه با گروه چاقی که مداخله روابط بین فردی دریافت کردند، از نظر میانگین کاهش وزن برحسب BMI تفاوت معناداری دارند ($P=0/001$). 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 اضافه‌وزن با مداخله روابط بین فردی است.

تفاوت میانگین کاهش وزن گروه اضافه‌وزنی که درمان روابط بین فردی دریافت کردند با میانگین کاهش وزن گروه چاقی که درمان مهارت‌های تنظیم هیجانی دریافت کردند، تفاوت معناداری ندارند ($P=0/14$).

گروه اضافه‌وزنی که مداخله مهارت‌های تنظیم هیجانی دریافت کردند در مقایسه با گروه چاقی که درمان روابط بین فردی دریافت کردند، در میزان کاهش وزن باهم تفاوت معناداری دارند ($P=0/001$). به عبارت دیگر، میانگین کاهش وزن در گروه چاق با مداخله روابط بین فردی بیشتر از میانگین کاهش وزن در گروه اضافه‌وزن با مداخله مهارت‌های تنظیم هیجانی است.

میزان کاهش وزن در گروه‌های چاق نسبت به گروه اضافه‌وزنی که هر دو مداخله مهارت‌های تنظیم هیجانی دریافت کردند، بیشتر است اما این تفاوت معنادار نیست ($P=1/000$).

مقایسه میانگین کاهش وزن در گروه چاق با مداخله مهارت‌های تنظیم هیجانی در مقایسه با

وزن سلامت یعنی به BMI بین ۱۸ تا ۲۴/۹ 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 زمانی که برای کاهش وزن اقدام می‌کنند، 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 اضافه‌وزن افرادی سرد هستند، در حالی که افراد چاق، بیشتر درگیر ارتباط با دیگران هستند. در واقع افراد دارای اضافه‌وزن تمایل دارند تا ارتباطشان را با دیگران بازداری کنند در حالی که 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^۱، ۲۰۰۶) و انتخاب غذا (کولن^۲ و همکاران، ۲۰۰۴) را متأثر 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 اجتماعی و عدم جرات‌ورزی نشان می‌دهند؛ جای تعجب نیست که مشکلات بین شخصی به صورت خیلی قوی با چاقی رابطه معنادار داشته باشد (فایربرن، 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^۳، ۱۹۹۲، هرزوغ، نورمن، ریگوت و پیوس^۴، ۱۹۸۶؛ جانسون و برندت^۵، ۱۹۸۳؛ نورمن و هرزوغ، ۱۹۸۴؛ رورتی، یاگر، بوک والتر و روسوستو^۶، 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 (فایربرن، ۱۹۹۷؛ فایربرن، جونز، پیولر، هوپ و اوکتر، ۱۹۹۳؛ فایربرن و همکاران، ۱۹۹۱؛ هینریچ‌سن و کلوگرتی،

4. Herzog, Norman, Rigott, & Pepose
5. Johnson & Berndet
6. Rorty, Yager, Buck walter, & Rossotto

1. Haines & Neumark-Sztainer
2. Cullen
3. Grissett & Norvell

بارتمئوف، درویت- وولت و روست^۲ (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 اضافه‌وزن دیده نشد. در مقابل، هیجان منفی نسبت به غذاهای لذیذ در افراد دارای اضافه‌وزن بیشتر از افراد دارای چاق بود. برای غذاهای غیر لذیذ، شرکت‌کنندگان دارای اضافه‌وزن تجارب هیجانی منفی کمتری نسبت به گروه چاق و وزن نرمال داشتند. از این رو، بر اساس نتایج این پژوهش، افراد دارای اضافه‌وزن در موقعیت هیجانی بیشتر از دو گروه دیگر بیش‌خوری می‌کنند.

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، ووپرن، ریچاردت و پجیک، ۲۰۰۸).

مقایسه اثربخشی گروه‌درمانی متمرکز بر هیجان (EFT)، رژیم‌درمانی (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 بعدازآن درمان متمرکز بر هیجان

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 به واسطه 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 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 زمانی که در برنامه رژیم جهت کاهش وزن قرار می‌گیرند، حتماً باید راهبردهای مدیریت و تنظیم هیجانی را به‌کارگیرند (سانتی و همکاران، ۲۰۰۲؛ آفلدورفر^۱، ۲۰۰۴؛ هرمن و پولیوی، ۱۹۸۰؛ مچت، ۲۰۰۸؛ والس و هیتزینگتون، ۲۰۰۴).

1. Apfeldorfer
2. Barthomeuf, Droit-Volet, & Rousset

بیشترین تأثیر را در کاهش وزن دارد (کمپار^۱ و همکاران، ۲۰۱۳).

جالب آنکه نتایج نشان می‌دهد به محض شکست تنظیم هیجانی، افزایش وزن به سرعت اتفاق می‌افتد (ویت ساید و همکاران، ۲۰۰۷؛ مانچ، مییر، کوآریتر و ویلهلم^۲، ۲۰۱۱).

همان‌طور که نتایج نشان داد، مداخله مهارت‌های تنظیم هیجانی در گروه اضافه‌وزن در مقایسه با گروه چاق به تنظیم هیجانی بیشتری منجر شده اما این بهبود در کاهش وزن چندان مؤثر نبوده است. در مقابل، درمان روابط بین فردی به کاهش مشکلات بین فردی گروه چاق کمک زیادی کرده و این مسئله احتمالاً به کاهش وزن بیشتر منجر شده است. اینکه در گروه اضافه‌وزن 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 مناسب‌تری برای کاهش وزن معنادار در گروه اضافه‌وزن 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 اضافه‌وزن شود و به گسترش تبیین‌های مربوط به روان‌درمانی کمک کند. علاوه بر این، یافته‌های این پژوهش تأییدی

است بر نظریه‌ها و تبیین‌های تحقیقات در خصوص تفاوت روان‌درمانی دو گروه اضافه‌وزن و چاق. البته عدم کاهش وزن معنادار گروه اضافه‌وزن 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 به‌خصوص بالینی، این یافته‌ها در خدمت متخصصان سلامت عمومی، روانشناسان سلامت و متخصصان کاهش وزن قرار می‌گیرد. بررسی تفاوت‌های درمانی گروه افراد چاق و دارای اضافه‌وزن، می‌تواند با انتخاب مؤثرترین 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 اضافه‌وزن، می‌توان گامی بلند جهت پیشگیری و یا جلوگیری از پیشرفت کمیت و کیفیت چاقی و اضافه‌وزن 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.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر این است که نمونه پژوهش تنها شامل زنان بود و مردان در این پژوهش حضور نداشتند و نمونه تنها شامل یک بیمارستان است که طبیعتاً تعمیم این نتایج را با محدودیت و احتیاط مواجه می‌سازد.

1. Compare
2. Munsch, Meyer, Quartier, & Wilhelm

Reference

- 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, M. & 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.
- 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.
- 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. & Iaconopelli, 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.
- 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 of 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 interpersonal psychotherapy, behavior therapy, and cognitive behavior therapy". *Journal of Archives of General Psychiatry*, 50, 419–428.
- Fassino, S., Leombruni, P., Pieri, 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 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.
- 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. & Villasenor,V.S. (1988). "Inventory of Interpersonal problems : Psychometric Properties & Clinical Application". *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 56, 885-892.
- Johnson, C. & Bernd t, D. J. (1983). "Preliminary investigation of bulimia and life adjustment". *The America n 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-Llovera, 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.
- 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 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 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.
- 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". *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 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". *Archives 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.

World Health Organization (2006). "Suicide and attempted suicide". Geneva: WHO. Available in: www.who.int.