

# مقایسه اثربخشی درمان روابط بین شخصی و مدیریت هیجان بر کاهش وزن زنان چاق

دکتر عدرا زبردست<sup>۱</sup> (PhD) - \* دکتر محمدعلی بشارت<sup>۲</sup> (PhD) - دکتر رضا پورحسین<sup>۳</sup> (PhD) - دکتر هادی بهرامی احسان<sup>۴</sup> (PhD) - دکتر حمید پورشریفی<sup>۵</sup> (PhD)

\* نویسنده مسئول: گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، ایران

پست الکترونیک: besharat@ut.ac.ir

تاریخ دریافت مقاله: ۹۳/۰۵/۰۴ تاریخ پذیرش: ۹۳/۰۸/۱۷

## چکیده

مقدمه: در پژوهش‌های گوناگون، مشکل بین شخصی و ناتوانی در تنظیم هیجان به عنوان متغیرهای روانشناختی مرتبط با چاقی در نظر گرفته می‌شود.

هدف: مقایسه اثربخشی دو روش درمان روابط بین شخصی و مدیریت هیجان بر کاهش وزن زنان چاق.

مواد و روش‌ها: ۴۰ زن با BMI بالای ۲۹/۹ که به درمانگاه کاهش وزن بیمارستان سینا تهران مراجعه کرده بودند، به روش نمونه‌گیری دسترس و براساس جدول تصادفی انتخاب و در این پژوهش شبه آزمایشی شرکت کردند. از افراد خواسته شد پرسشنامه مشکل بین شخصی (IPP-۶۰) و پرسشنامه تنظیم هیجانی (ITEC-۲۷) را تکمیل کنند. شرکت‌کنندگان به صورت تصادفی به دو گروه تقسیم شده و به مدت ۶ ماه در معرض دو روش درمانی روابط بین شخصی و آموزش یکپارچه شایستگی‌های هیجانی قرار گرفتند. در پایان نشست‌های درمانی و سه ماه پس از درمان، کاهش وزن افراد برپایه شاخص توده بدن (BMI) بررسی شد. روش آماری بکار رفته در پژوهش، آزمون‌های t مستقل و وابسته و تحلیل کوواریانس بود. برای سطح معنی‌داری، خطای ۰/۰۵ و سطح اطمینان ۰/۹۵ در نظر گرفته شد.

نتایج: درمان روابط بین شخصی، مشکلات بین شخصی را کاهش داد و آموزش یکپارچه شایستگی‌های هیجانی، مهارت‌های تنظیم هیجان را بهبود می‌بخشد. هر دو روش درمانی منجر به کاهش وزن در زنان چاق می‌شود.

نتیجه‌گیری: روش درمانی روابط بین شخصی اثر بهتری بر روش آموزش یکپارچه شایستگی‌های هیجانی در کاهش وزن زنان چاق ایجاد می‌کند.

کلید واژه‌ها: چاقی/کاهش وزن/روان درمانی

مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان، دوره بیست و چهارم شماره ۹۴، صفحات: ۳۶-۴۷

## مقدمه

مطالعاتی در روانشناسی سلامت (Health Psychology) شمار افراد چاق (Obese) همراه با بهبود شرایط اجتماعی و اقتصادی، افزایش یافته‌است. سازمان جهانی بهداشت (WHO) مساله همه‌گیری چاقی (Obesity Epidemic) را یکی از ده دشواری کلان بهداشت جهانی برشمرده است (۱). کشورهای پیشرفته سال‌هاست که با آن دست به گریبان هستند و بدبختانه امروزه به کشورهای در حال گسترش نیز سرایت کرده‌است (۲). در کشورهای توسعه‌یافته، ۵٪ همه هزینه‌های بهداشتی به مساله چاقی اختصاص پیدا می‌کند و یکی از سیاست‌گذاری‌های کلان بسیاری از جوامع، برنامه‌پیشگیری و درمان چاقی است (۳ و ۴). چاقی (obesity) به عنوان اختلالی مزمن و بسیار شایع که به‌طور مستقیم و غیرمستقیم با بیماری‌های زیادی همراه است، یکی از زمینه‌های مهم

مطالعاتی در روانشناسی سلامت (Health Psychology) محسوب می‌شود (۵). برپایه تعریف سازمان جهانی بهداشت (۶)، چاقی به انباشت فراگیر چربی در بدن، گفته می‌شود. چون نمی‌توان در پژوهش‌ها، چربی را مستقیم اندازه‌گیری کرد، به‌صورت غیرمستقیم اندازه‌گیری می‌شود. به دلیل کاربرد آسان فرمول شاخص توده بدن (BMI)، در بیشتر تحقیقات بالینی و تجربی از این فرمول، یعنی وزن بر حسب کیلوگرم بخش بر مجذور قد بر حسب متر استفاده می‌شود. چاقی بر مبنای شاخص توده بدنی و بر پایه دسته‌بندی سازمان جهانی بهداشت به BMI بالای ۲۹/۹ گفته می‌شود. این طبقه‌بندی در بزرگسالان و کودکان به صورت یکسان استفاده می‌شود (۷).

۱. گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران

۲. گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران

۳. گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

(تغییر نقش و سازگاری با پیامدهای تغییر نقش بیماران مانند کار/ بازنشستگی، ازدواج/ طلاق)؛ ۳- اختلاف بین شخصی؛ ۴- کاستی مهارت‌های فرد در روابط بین شخصی.

از درمان روابط بین شخصی به این دلیل استفاده می‌شود که یا این افراد در نتیجه چاقی مشکل روابط بین شخصی دارند یا این که چاقی با میانجی‌گری مشکلات بین شخصی باقی می‌ماند (۲۶ و ۱۸). درمانگران بر این باورند که برپایه پیشبرد و بهبود توانایی افراد در کاربری شبکه پشتیبانی اجتماعی و مدیریت تعارض بین شخصی، چاقی درمان خواهد شد و کاهش وزن بیشتری رخ خواهد داد (۳۸-۲۶).

یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهند که از دیگر مشکلات روانشناختی افراد چاق، هیجان و مدیریت آنهاست (۴۱-۳۹). روابط کارکردی انبوه بین هیجان‌ها و خوردن مانند خوردن خوراک خوشمزه برای تنظیم عاطفه منفی مطرح شده است (۴۴-۴۲). در واقع، خوردن هیجانی افراد به این بستگی دارد که آیا افراد در مقابله با هیجان‌های منفی به راهبردهای پاسخ‌دهی سازش یافته دستیابی دارند؟ در واقع، افراد با فقدان راهبردهای موثر جهت پاسخ‌دهی به آشفتگی‌های هیجانی و ناتوانی در مدیریت هیجان‌ها بیشتر به سمت خوردن هیجانی روی می‌آورند. پاسخ‌های سازش نیافته مانند دوری و سرکوب هیجان، به عنوان روش‌های نادرست مدیریت، در افراد چاق با خوردن هیجانی رابطه معنی‌دار دارد (۴۵ و ۴۶). براساس نظر تامپسون (Thompson, RA) مدیریت هیجان 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 برای دستیابی فرد به هدف‌هایش انجام می‌شود (۴۴). برپایه این تعریف و نظریه‌های تنظیم و مدیریت هیجان، برکینگ (۴۵) الگویی را برای مدیریت هیجان تدوین کرده است. این مدل ۹ مهارت مدیریت هیجان را در برمی‌گیرد: ۱- پردازش هشیار هیجان‌ها/ آگاهی به هیجان‌ها؛ ۲- شناسایی و نامگذاری درست هیجان‌ها؛ ۳- تفسیر صحیح هیجان‌ها بر اساس احساس بدن؛ ۴- درک درست از پیشروی و افزایش شدت هیجان‌ها؛ ۵- خویشتن‌داری در موقعیت‌های هیجانی آشفته؛ ۶- اصلاح و تعدیل فعال هیجان منفی در رسیدن به حالت

تاکنون برای رویارویی با این پدیده چندبعدی و فراگیر، روش‌های مقابله‌ای و درمانی متعدد ارائه شده که هر یک اثربخشی متفاوتی دارند. در گذشته، داده‌های تجربی از طیف گسترده‌ای از انواع روش‌های رژیم، داروهای کاهش وزن و درمان‌های جراحی پشتیبانی می‌کرد (۸). به‌تازگی بر اساس تلاش متخصصان سلامت در مورد درمان چاقی، یکی از راه‌کارهای موثر برای درمان و رویارویی با پیامدهای اجتماعی، اقتصادی و روانی چاقی، برنامه‌های درمانی روانشناختی و مدیریتی در کنار درمان‌های پزشکی و ورزشی است (۹). مطالعات نشان داده افراد چاقی که برای کاهش وزن پی‌گیر درمان هستند در مقایسه با کسانی که پی‌گیر نیستند، آشفتگی روانشناختی بیشتری دارند (۱۰ و ۱۲). برپایه یافته پژوهش‌ها، یکی از متغیرهای روانشناختی که چاقی با آن رابطه معنی‌دار دارد، مشکلات بین شخصی است (۱۸-۱۲). براساس نتایج تحقیقات، افراد چاق، بیشتر درگیر ارتباط با دیگران می‌شوند. آنها گرایش و احساس نیاز به ارتباط با دیگران دارند و به گونه‌ای دیگران را مهار می‌کنند. به‌راستی، فکر می‌کنند با روابط با دیگران، از سوی آنان پذیرفته شده و با مرزبندی ضعیف، مشکلاتی را در ارتباط با دیگران بر می‌تابند (۱۹). اما این پرسش باقی است که آیا رفتارها و نگرش‌های افراد چاق پیش‌بینی‌کننده مشکلات بین شخصی و ناسازگاری اجتماعی است یا این که این مشکلات علت چاقی است؟ نبود مطالعات طولی، این سردرگمی را تشدید می‌کند. بی‌گمان در تحقیقات، چاقی با مشکلات بین شخصی و ناسازگاری‌های اجتماعی رابطه معنی‌دار دارد (۱۳، ۲۰ و ۲۱).

نقش مشکلات بین شخصی در چاقی برپایه اثربخشی درمانی پررنگ شده است. درمان روابط بین شخصی (interpersonal therapy) که بر الگوهای بین شخصی سازش نیافته تمرکز دارد، یکی از مهم‌ترین روش‌های درمانی (۲۴ و ۲۵). این الگوی درمانی مانند درمان شناختی- رفتاری، درمانی کوتاه مدت است و طی ۱۲ تا ۲۰ نشست به مدت ۴ تا ۶ ماه اجرا می‌شود. در این مدل درمانی درمانگر نسبت به درمان رفتاری کمتر پویاست. این نوع درمان بر چهار زمینه ریشه‌ای متمرکز است: ۱- سوگ و نبودن (بیمارانی که فرد/ افراد مهم زندگی‌شان یا روابط مهمی را از دست داده‌اند)؛ ۲- تغییر نقش

## مواد و روش‌ها

جامعه نمونه، روش مطالعه و روش اجرای پژوهش - جامعه پژوهشی همه زنان چاق مراجعه‌کننده به درمانگاه کاهش وزن بیمارستان سینای تهران بودند. سنجش‌های انتخاب نمونه برای پژوهش عبارت بودند از زن بودن؛ داشتن BMI بالای ۲۹/۹؛ موافقت بیمار با رضایت‌نامه کتبی برای شرکت در پژوهش؛ سکونت در تهران؛ سن بین ۲۰ تا ۴۵ سالگی؛ داشتن دست کم تحصیلات در حد خواندن و نوشتن؛ نداشتن بیماری طبی جدی غیر از چاقی؛ نداشتن اختلال عمده روانپزشکی؛ نداشتن مشکلات جسمی عمده مانند نابینایی و یائسه نبودن. ۴۰ زن پس از پر کردن رضایت‌نامه کتبی، در این پژوهش که روش مطالعه آن شبه آزمایشی بود، شرکت کردند. از این تعداد، به صورت تصادفی، ۲۰ نفر در گروه درمان روابط بین شخصی و ۲۰ نفر در گروه آموزش یکپارچه شایستگی‌های هیجانی قرار گرفتند. دو گروه ابتدا از نظر تفاوت‌های روانشناختی و وزن برپایه شاخص توده بدن، بررسی شدند و سپس به مدت ۶ ماه به دو روش روابط بین شخصی و مدیریت هیجان درمان شدند. در پایان نشست‌های درمانی دوباره دو گروه از نظر تفاوت‌های روانشناختی و وزن بررسی شدند. وزن این افراد پس از پایان جلسات درمان پی‌گیری و سه ماه بعد نیز دو گروه از نظر وزن برحسب شاخص توده بدن بررسی شد. میانگین سنی همه شرکت‌کنندگان ۳۳/۳۳ سال با دامنه ۲۰ تا ۴۴ سالگی و انحراف استاندارد ۷/۰۶ بود. میانگین وزن کلیه شرکت‌کنندگان براساس شاخص توده بدن، ۳۸/۲۵ با دامنه ۳۰ تا ۵۱/۲۰ و انحراف استاندارد ۵/۵۳ بود.

برای دستیابی به هدف پژوهش، فرضیه‌های پژوهش به شرح زیر آزمون شدند: **فرضیه اول:** درمان مشکلات بین شخصی، این مشکلات را در زنان چاق کاهش می‌دهد؛ **فرضیه دوم:** روش آموزش یکپارچه شایستگی‌های هیجانی، مهارت مدیریت هیجان را در زنان چاق بهتر می‌کند؛ **فرضیه سوم:** درمان مشکلات بین شخصی وزن را در زنان چاق کاهش می‌دهد؛ **فرضیه چهارم:** روش آموزش یکپارچه شایستگی‌های هیجانی، وزن را در زنان چاق کاهش می‌دهد؛ **فرضیه پنجم:** درمان مشکلات بین شخصی در مقایسه با روش آموزش یکپارچه شایستگی‌های هیجانی، وزن را در زنان چاق بیشتر

بهتر؛ ۷- پذیرش هیجان؛ ۸- انعطاف‌پذیری و تحمل هیجان منفی؛ 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. برکینگ (۴۵) در این مدل روشی درمانی برای مدیریت هیجان‌ها ارائه داده‌است. این روش، یعنی آموزش یکپارچه شایستگی‌های هیجانی (Integrative Training of Emotional Competencies) (ITEC)، ترکیبی از فنون درمان شناختی- رفتاری، درمان دیالکتیکی رفتاری، مداخله مبتنی بر ذهن آگاهی، آموزش همدلی کردن، درمان هیجان محور و درمان‌های حل مساله است. روش ITEC در ۱۰ نشست 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 (۲۱، ۴۳ و ۴۶).

با هزینه مالی گزافی که امروزه چاقی برای جوامع رقم زده، بکارگیری موثرترین روش روان‌درمانی در کنار سایر درمان‌ها، برای کمک به افراد چاق، می‌تواند از نظر درمانی تاثیرگذار و از نظر مالی، مقرون به صرفه باشد. هیجان‌ها جزء جدانشدنی رخدادهای زندگی هر فرد به شمار می‌آیند. بر این اساس، برای پژوهش‌های انسانی چه در گستره 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 چاق که وضعیت مزمن نابهنجار فیزیولوژی و روانشناختی دارند، بیشتر دچار مشکلات هیجانی هستند. در نتیجه برای درمان و کمک به این گروه باید در حیطه مدیریت هیجان اقدام شود. از طرفی، با اهمیتی که روابط بین شخصی در زندگی افراد، به عنوان موجود اجتماعی دارد و بویژه افراد چاق که به داشتن روابط بین شخصی نیاز روانی بیشتری دارند، توجه به این حیطه در راستای درمان چاقی در کنار صرفه‌جویی مالی، بسیار مهم و حیاتی است. از این رو، هدف این پژوهش، سنجش اثربخشی درمان روابط بین شخصی و مدیریت هیجان‌های منفی بر میزان کاهش وزن زنان چاق است.

هیجان‌ها/ آگاهی به هیجان‌ها؛ ۲- شناسایی و نامگذاری درست هیجان‌ها؛ ۳- تفسیر صحیح هیجان‌ها بر اساس احساس بدن؛ ۴- درک درست از پیشروی و افزایش شدت هیجان‌ها؛ ۵- خویشن‌داری در موقعیت‌های هیجانی آشفته؛ ۶- اصلاح و تعدیل فعال هیجان منفی در رسیدن به حالت بهتر؛ ۷- پذیرش هیجان؛ ۸- انعطاف‌پذیری و تحمل هیجان منفی؛ ۹- رویارویی با موقعیت‌های هیجانی آشفته برای توجه به هدف‌های والاتراست. همسانی درونی نسخه اصلی این پرسشنامه  $\alpha=0/90$  و پایایی بازآزمایی آن  $r_{tt}=0/75$  است. پس از ترجمه و روش‌های آماری مربوطه، نسخه پارسی این پرسشنامه بکار رفت. این پرسشنامه در طرحی آزمایشی بر گروه ۳۰ نفره بالینی (چاق) 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.

#### مداخله‌های درمانی

**درمان روابط بین شخصی** - درمان روابط بین شخصی ویژه اختلال خوردن در ۱۶ جلسه گروهی برگزار می‌شود. اما در این تحقیق، اول به دلیل پیش‌بینی افت آزمودنی‌ها و پیشگیری از معنی‌دار نبودن آماری و دوم به دلیل کنترل اثر آمیخته شدن مدت درمان با اثربخشی خالص روش درمانی در مقایسه با درمان ITEC که در ۱۰ جلسه برگزار می‌شود، یعنی برای کنترل معناداری بالینی و سوم، همان‌طور که در پروتکل اصلی آمده، می‌توان تعداد جلسات کمتری هم برگزار کرد (۳۴)، درمان روابط بین شخصی در ۱۰ جلسه، هر جلسه ۴۵ دقیقه، هر ۱۵ روز یک بار در مدت ۶ ماه و به صورت گروهی برگزار شد. در سه جلسه اول درمانگر و بیمار به شناسایی محدوده مشکلات و توافق بر اهداف واقع‌بینانه درمانی می‌پردازند. محدوده‌های بررسی شامل ارزیابی خلق، شبکه روابط بین شخصی و زمان رویدادهای مربوط به خوردن و آسیب‌شناسی خوردن است. در پایان جلسه سوم درمانگر می‌تواند تشخیص کامل بدهد که آیا بیمار قادر به ادامه کار در مدل روابط بین شخصی هست یا خیر. طی جلسات میانی یعنی جلسه پنجم تا نهم، درمانگر به بیمار کمک می‌کند تا به

کاهش می‌دهد؛ فرضیه ششم: میزان کاهش وزن زنان چاقی که درمان مشکلات بین شخصی دریافت کردند در مقایسه با زنان چاقی که آموزش یکپارچه شایستگی‌های هیجانی دریافت کردند، تا سه ماه بعد از درمان (در مرحله پیگیری)، بیشتر است. برای تحلیل داده‌های پژوهش از روش‌های آماری شامل، آزمون‌های  $t$  وابسته،  $t$  مستقل و تحلیل کواریانس تک متغیره استفاده شد.

ابزار بکار رفته به شرح زیر بود:

**پرسشنامه مشکلات بین شخصی** - مقیاس مشکلات بین شخصی آزمونی ۶۰ سوالی است و مشکلات بین شخصی را در شش زمینه قاطع بودن، مردم‌آمیزی، اطاعت‌پذیری، صمیمیت، مسئولیت‌پذیری و مهارگری در مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت از نمره ۰ تا ۴ می‌سنجد. در اعتباریابی فرم پارسی این مقیاس برای نمونه‌های دانشجویی (۵۹ 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، ۰/۹۱، ۰/۸۹، ۰/۸۴، ۰/۸۳ و برای آزمودنی‌های دختر ۰/۸۳، ۰/۸۹، ۰/۹۰، ۰/۹۲، ۰/۸۵ و ۰/۷۹ بود. 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  $r=0/94$  است (۴۷). این پرسشنامه ابتدا در یک گروه ۳۱ نفره بالینی (چاق) به صورت آزمایشی اجرا شد و ویژگی‌های روانسنجی آن 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.

**پرسشنامه مدیریت هیجان** - پرسشنامه مهارت‌های تنظیم هیجان Emotional Regulations Skills Questioner (ERSQ) (ERSQ)، ۲۷ آیتم دارد و مهارت‌های تنظیم هیجانی را بصورت لیکرت ۵ درجه‌ای (هرگز تا همیشه) در یک هفته پیش از آن می‌سنجد (۲۱). این پرسشنامه ۹ زیر مقیاس دارد. این زیر مقیاس‌ها شامل ۱- پردازش هوشیار

برای مقابله با هیجان منفی. در جلسه پایانی یعنی جلسه دهم که جلسه تعدیل و اصلاح نام دارد، دستورکار 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 پنج‌گامی تعدیل هیجان آموزش داده می‌شود. این طرح پنج‌گامی مبتنی بر حل مساله عمومی است و شامل: ۱- تنظیم هدفی راستین و ویژه از آنچه که یک فرد می‌خواهد احساس کند؛ ۲- بارش فکری راه‌های ممکن تغییر در آغاز هیجان؛ ۳- انتخاب یک راهبرد؛ ۴- طراحی یک الگوی خاص؛ ۵- ارزیابی پیشرفت در بر گیرنده تقویت تلاش موفقیت‌آمیز یا تغییر طرح/هدف در صورت لزوم می‌شود (۲۱).

### نتایج

برپایه فرضیه اول پژوهش درمان مشکلات بین شخصی، این مشکل زنان چاق را کاهش داد. در بررسی این فرضیه از روش آماری  $t$  وابسته استفاده شد تا جفت میانگین‌های مشکلات بین شخصی را در پیش و پس از درمان بسنجد با مراجعه به اطلاعات توصیفی جدول ۱ می‌توان دید که میانگین مشکلات بین شخصی زنان چاق در پس‌آزمون (۱/۹) کمتر از پیش‌آزمون (۳/۱۳) بود. اما با بررسی معناداری  $t$ ، این تفاوت معنی‌داری است. براساس نتایج جدول ۲، اندازه  $t$  با سطح اطمینان  $p < 0/0005$  معنی‌دار است و از آنجایی که فرضیه پژوهش یک دامنه بود سطح معناداری به دو تقسیم شد و با سطح معنی‌داری  $P < 0/00025$ ، میزان  $t$  معنی‌دار است (یک دامنه،  $P < 0/00025$ ،  $df = 19$ ،  $t = 19/15$ ). به بیان دیگر میزان مشکلات بین شخصی زنان چاق به طور معنی‌دار کاهش یافت. با محاسبه اندازه اثر ( $d = 2/32$ ) که مقدار بالایی است (۴۸)، می‌توان گفت درمان مشکلات بین شخصی، این مشکلات زنان چاق را کاهش داده است.

تغییر حاصل از انجام مهارت‌ها در روابط بین شخصی توجه کند، روش حل مساله را برای مقابله با مشکلات 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. 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؛ 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 (۳۲).

روش آموزش یکپارچه شایستگی هیجانی (ITEC) - در پژوهش روش ITEC در ۱۰ جلسه و هر جلسه به مدت ۴۵ دقیقه و با فاصله هر ۱۵ روز یک‌بار، در مدت ۶ ماه و به صورت گروهی برگزار می‌شود. جلسه اول و دوم روانی آموزشی بوده و درمانگر به روشنگری و شرح مبانی زیستی و روانشناختی، کارکرد، مکانیسم و سود و زیان واکنش هیجانی می‌پردازد. در جلسه سوم چند روش آرام‌سازی (مانند آرام‌سازی کم‌کم ماهیچه‌ای Progressive Muscle Relaxation (PMR) و تنفس دیافراگمی) برای فرونشانی برانگیختگی 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

جدول ۱. اطلاعات توصیفی مشکلات بین شخصی و مهارت‌های تنظیم هیجان، کاهش وزن گروه‌های مداخله در پیش و پس‌آزمون

تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	جفت متغیرها
۲۰	۳/۱۳	۰/۲۵	مشکلات بین شخصی - پیش‌آزمون
۲۰	۱/۹۰	۰/۲۸	مشکلات بین شخصی - پس‌آزمون

۰/۳۵	۲/۴۳	۲۰	مهارت‌های تنظیم هیجان- پیش‌آزمون
۰/۴۳	۲/۶۵	۲۰	مهارت‌های تنظیم هیجان- پس‌آزمون
۶/۲۱	۳۹/۸۶	۲۰	وزن- پیش‌آزمون (گروه درمان روابط بین شخصی)
۵/۲۶	۳۳/۴۱	۲۰	وزن- پس‌آزمون (گروه درمان روابط بین شخصی)
۲/۷۷	۶/۴۵	۲۰	وزن پس‌آزمون گروه درمان مشکلات بین شخصی
۱/۷۹	۳/۷۱	۲۰	وزن پس‌آزمون گروه آموزش یکپارچه شایستگی‌های هیجانی

جدول ۲. مقایسه درمان مشکلات بین شخصی و مهارت‌های تنظیم هیجان در کاهش وزن گروه‌های مداخله در پیش و پس‌آزمون

جفت متغیرها	تفاوت جفت میانگین	انحراف استاندارد	t	درجه آزادی	سطح معنی‌داری دو دامنه
مشکلات بین شخصی پیش‌آزمون- مشکلات بین شخصی پس‌آزمون	۱/۲۲	۰/۲۹	۱۹/۱۵	۱۹	۰/۰۰۰۵
مهارت‌های تنظیم هیجان پیش‌آزمون- مهارت‌های تنظیم هیجان پس‌آزمون	-۰/۲۳	۰/۶	-۱/۷۵	۱۹	۰/۰۹
(گروه درمان روابط بین شخصی) وزن پیش‌آزمون- وزن پس‌آزمون	۶/۲۳	۲/۷۷	۱۰/۴	۱۹	۰/۰۰۰۵
(گروه آموزش یکپارچه شایستگی‌های هیجانی) وزن پیش‌آزمون- وزن پس‌آزمون	۳/۷۱	۱/۸	۹/۲۵	۱۹	۰/۰۰۰۵

$$d = (3/13 - 1/90) \div (0/25 + 0/28) / 2 = 2/32$$

$$d = (2/43 - 2/65) \div (0/35 + 0/43) \div 2 = 0/56$$

$$d = (39/86 - 33/41) \div (26/5 + 21/6) \div 2 = 7/26$$

$$d = (36/35 - 32/94) \div ((4/36 + 3/9) \div 2) = 0/82$$

یکپارچه شایستگی‌های هیجانی، مدیریت هیجان زنان چاق را بهبود بخشید.

در مورد بررسی فرضیه سوم تحقیق یعنی این فرض که درمان مشکلات بین شخصی، وزن را در زنان چاق کاهش می‌دهد، میانگین وزن زنان چاق در مرحله پیش درمان (پیش‌آزمون) و پس‌درمان (پس‌آزمون) به روش آماری  $t$  وابسته ارزیابی شد. همان‌طور که در جدول ۱ دیده می‌شود، میانگین وزن برحسب شاخص توده بدن در زنان چاق در مرحله پس‌آزمون (۳۳/۴۱) کمتر از میانگین این شاخص در مرحله پیش‌آزمون (۳۹/۸۶) است. اما برای معنی‌داری این تفاوت باید به سطح معنی‌داری  $t$  توجه کرد که این مقدار را به دو تقسیم کردیم. با سطح معنی‌داری  $P < 0/0025$ ، مقدار  $t$  معنی‌دار است. بنابراین تفاوت میانگین وزن زنان چاق در مرحله پیش و پس‌آزمون، تفاوتی معنی‌دار است (یک دامنه،  $P < 0/0025$ ،  $df = 19$ ،  $t = 10/4$ ). با محاسبه اندازه اثر ( $d = 7/26$ )، می‌توان گفت درمان مشکلات بین شخصی، وزن زنان چاق را کاهش می‌دهد.

در بررسی فرضیه دوم یعنی روش آموزش یکپارچه در بررسی فرضیه دوم یعنی روش آموزش یکپارچه شایستگی‌های هیجانی، مهارت مدیریت، هیجان را در زنان چاق بهتر می‌کند، نیز از روش آماری  $t$  وابسته استفاده شد تا میانگین مدیریت هیجان زنان چاق پیش و پس از درمان با هم مقایسه شود. همان‌طور که در جدول ۱ دیده می‌شود، میانگین مهارت‌های تنظیم هیجان زنان چاق در مرحله پس‌آزمون (۲/۶۵) بیش از مرحله پیش‌آزمون (۲/۴۳) بود. اما برای معنی‌داری این تفاوت باید به سطح معنی‌داری  $t$  توجه کرد. با توجه به این که سطح معنی‌داری جدول ۲ دو دامنه است و برای ارزیابی  $t$  در اینجا به سطح معنی‌داری یک دامنه نیاز بود، این مقدار را به دو بخش کردیم. با سطح معنی‌داری  $P = 0/045$ ، مقدار  $t$  معنی‌دار است. بنابراین تفاوت میانگین مهارت‌های تنظیم هیجان زنان چاق در مرحله پیش و پس‌آزمون، تفاوتی معنی‌دار است (یک دامنه،  $P = 0/045$ ،  $df = 19$ ،  $t = -1/75$ ). با محاسبه اندازه اثر ( $d = 0/56$ ) می‌توان گفت روش آموزش

کرد، با سطح معنی داری  $P < 0/00025$ ، مقدار  $t$  معنی دار است. بنابراین تفاوت میانگین وزن زنان چاق در مرحله پیش و پس آزمون، تفاوتی معنی دار است (یک دامنه،  $P < 0/00025$ ،  $df=19$ ،  $t=9/25$ ). با محاسبه اندازه اثر ( $d=0/82$ )، می توان گفت روش آموزش یکپارچه شایستگی های هیجانی، وزن زنان چاق را کاهش داد.

فرضیه چهارم تحقیق این بود که روش آموزش یکپارچه شایستگی های هیجانی، وزن را در زنان چاق کاهش می دهد. این فرض با  $t$  تست وابسته ارزیابی شد. همان طور که در جدول ۱ دیده می شود، میانگین وزن برحسب شاخص توده بدن در زنان چاق در مرحله پس آزمون (۳۲/۹۴) کمتر از میانگین این شاخص در مرحله پیش آزمون (۳۶/۵۶) است. اما برای معنی داری این تفاوت باید به سطح معنی داری  $t$  توجه

جدول ۳. نتایج  $t$  تست مستقل کاهش وزن بر حسب شاخص توده بدن زنان چاق در پس آزمون

کاهش وزن	آزمون لوین برای تساوی واریانس ها		T تست برای تساوی میانگین ها	
	f	معنی داری	t	درجه آزادی
تساوی واریانس ها	۳/۶	۰/۰۷	۳۸	۳۷۲
عدم تساوی واریانس ها			۳۲/۵۱	۳۷۲

$$d = (6/45 - 3/71) \div ((2/77 + 1/79) \div 2) = 1/2$$

(فرضیه پنجم)

جدول و از مقادیر فرض تساوی واریانس ها، استفاده شد. برپایه نتایج جدول ۱ و ۳ می توان گفت میانگین کاهش وزن زنان چاق در گروه درمانی مشکلات بین شخصی ( $d=6/45$  میانگین) بیش از میانگین کاهش وزن زنان چاق در گروه درمانی آموزش یکپارچه شایستگی های هیجانی ( $d=3/71$  میانگین) است. میانگین تفاوت بین گروه ها  $2/74$  و سطح اطمینان ۹۵٪ برای تخمین میانگین تفاوت جامعه، بین  $1/25$  و  $4/23$  و اندازه اثر نیز ( $d=1/2$ ) است. آزمون  $t$  مستقل نشان داد که تفاوت میان روش های درمانی در کاهش وزن زنان چاق برحسب شاخص توده بدن معنی دار است (آزمون یک دامنه  $P < 0/0005$ ،  $df=38$ ،  $t=3/72$ ).

فرضیه پنجم پژوهش این بود که درمان مشکلات بین شخصی در مقایسه با روش آموزش یکپارچه شایستگی های هیجانی، وزن را در زنان چاق بیشتر کاهش می دهد. برای بررسی این فرضیه از روش آماری  $t$  مستقل استفاده شد؛ یعنی میزان وزن افراد بعد از اجرای مداخله از میزان وزن ایشان قبل از اجرای مداخله کم شد و متغیر جدیدی با عنوان میزان کاهش وزن تعریف شد. سپس براساس این متغیر دو گروه درمانی با یکدیگر مقایسه و ارزیابی شدند که نتایج آن در جدول های ۱ و ۳ نمایش داده شده است. همان طور که در جدول ۳ دیده می شود، سطح معنی داری لوین، بزرگتر از  $0/05$  است ( $P=0/07$ )، از این رو برای بررسی  $t$  از مقادیر ردیف بالای

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس کاهش وزن گروه های مداخله در مرحله پیگیری برای بررسی فرض همگنی شیب رگرسیون

منبع	درجه آزادی	مجدور میانگین	F	معنی داری
گروه	۱	۰/۰۹	۰/۱۶	۰/۷
کاهش وزن در پس آزمون	۱	۱۸۴/۴۱	۳۱۲/۸۲	۰/۰۰۵
گروه * کاهش وزن در پس آزمون	۱	۰/۵۴	۰/۹۲	۰/۳۴
خطا	۳۵	۰/۵۹		
کل	۴۰			

جدول ۵. نتایج آزمون لوین کاهش وزن گروه‌های مداخله در پیگیری

F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معنی داری
۰/۱۶	۱	۳۷	۰/۷

(P)، بنابراین، فرض همگنی شیب رگرسیون برقرار است و می‌توان تحلیل کوواریانس انجام داد. نتایج آزمون لوین نیز براساس جدول ۵، معنی دار (P=۰/۷) نیست یعنی فرض تساوی خطای واریانس‌ها برقرار است. براساس نتایج جدول ۶، اثر درمان بر کاهش وزن براساس عامل بین آزمودنی گروه یعنی در دو گروه درمانی معنادار است (Partial  $\eta^2=0/24$ ،  $P=0/03$ ،  $F(1, 37)=0/95$ ). جدول ۷، میانگین کاهش وزن زنان چاق را در دو گروه درمانی بعد از تعدیل نمره‌های پس‌آزمون نشان می‌دهد. همان‌طور که نتایج جدول نشان می‌دهد نمرات تعدیل شده میانگین کاهش وزن پیشنهاد می‌کند که زنان چاق در گروه درمانی روابط بین شخصی نسبت به زنان چاق در گروه آموزش یکپارچه شایستگی‌های هیجانی کاهش وزن بیشتری دارند.

فرضیه ششم با روش آماری تحلیل کوواریانس تک متغیره ارزیابی شد. میزان کاهش وزن در مرحله پیگیری از میزان کاهش وزن اولیه کم شده و متغیر کاهش وزن دوم تعریف شد. سپس، بین این دو متغیر در دو گروه درمانی تحلیل کوواریانس انجام شد. قبل از انجام تحلیل کوواریانس، فرض همگنی شیب رگرسیون‌ها بررسی شد. برای بررسی فرض همگنی شیب رگرسیون در برنامه SPSS، تحلیل واریانس یکطرفه انجام شد. نتایج این ارزیابی در جدول‌های ۷-۴ ارائه شده‌است. همان‌طور که در جدول ۴ دیده می‌شود، تعامل گروه و مشکلات بین شخصی در پس‌آزمون معنی دار نیست (P=۰/۳۴).

جدول ۶. نتایج تحلیل کوواریانس کاهش وزن گروه‌های مداخله در مرحله پیگیری

منبع	درجه آزادی	مجدور میانگین	F	معنی داری	مجدور سهمی ا تا
گروه	۱	۰/۵۶	۰/۹۵	۰/۰۳	۰/۹۱
کاهش وزن در پس‌آزمون	۱	۲۲۰/۵	۳۷۴/۸۵	۰/۰۴	۰/۲۶

جدول ۷. میانگین تعدیل شده کاهش وزن گروه‌های مداخله در مرحله پیگیری

گروه	میانگین	خطای استاندارد	فاصله اطمینان ۹۵٪
			مرز بالا
درمان مشکلات بین شخصی	۷/۱۳	۰/۱۹	۶/۷۴
آموزش یکپارچه شایستگی‌های هیجانی	۶/۸۵	۰/۱۸	۶/۴۷

همسو با نتایج این تحقیق، یافته‌ها نشان می‌دهد که درمان مشکلات بین شخصی می‌تواند به موازات کاهش مشکلات بین فردی، فراوانی رفتار خوردن را در افراد چاق کاهش دهد و به کاهش وزن منجر شود (۱۷، ۱۸ و ۳۸-۳۳).

همسو با این یافته‌ها، در مورد بهبود مهارت تنظیم هیجان، نتایج مطالعات نشان می‌دهد زنان چاق با رژیم بیشتر هیجان منفی را احساس می‌کنند لذا هنگامی که در برنامه رژیم برای کاهش وزن قرار می‌گیرند، بی‌گمان باید راهبردهای مدیریت و تنظیم هیجانی را بکار گیرند؛ زیرا برخی زنان یاد گرفتند برای رهایی کوتاه‌مدت از هیجان‌های دردناک، به عنوان مکانیسم رویارویی، غذا بخورند. به صورت کلی دو نوع مهارت‌های مقابله‌ای وجود دارد: مقابله مساله-محور و مقابله هیجان-

## بحث و نتیجه‌گیری

نتایج نشان داد درمان روابط بین شخصی بر مشکلات بین شخصی زنان چاق اثر معنی دار دارد. به راستی، به این دلیل از درمان روابط بین فردی استفاده می‌شود که یا این افراد در نتیجه چاقی از مشکلات روابط بین فردی رنج می‌برند یا چاقی به علت مشکلات بین فردی باقی می‌ماند (۳۲-۳۸). درمانگران بر این باورند که براساس پیشبرد و بهبود توانایی افراد در کاربری شبکه پشتیبانی اجتماعی و مدیریت تعارض بین فردی، چاقی درمان خواهد شد و کاهش وزن بیشتری رخ خواهد داد. از این رو با وجود مشکلات بین شخصی زیاد در بیماران چاق، انتظار می‌رود که درمان روابط بین فردی به کاهش مشکلات بین شخصی در بیماران چاق کمک کند.

از محدودیت‌های پژوهش این است که نمونه پژوهش تنها شامل زنان بود و مردان در این پژوهش حضور نداشتند و نمونه تنها در برگیرنده یک بیمارستان می‌شد که گسترش این نتایج را با محدودیت و احتیاط مواجه می‌سازد؛ نتایج مداخله در پژوهش به صورت پی‌گیری سه ماهه ارزیابی شد، امید که مطالعات طولی با فاصله زمانی بیشتری انجام شود.

بنابراین، پادرمیانی آموزش یکپارچه شایستگی‌های هیجان، تنظیم هیجان را بهبود بخشید اما درمان روابط بین شخصی به کاهش وزن بیشتری در مرحله پس‌آزمون و در مرحله پی‌گیری منجر شد، چه بسا به این دلیل که در کنار مشکلات تنظیم هیجان، مسائل مربوط به روابط بین شخصی سهم گستره‌تری در رفتار خوردن دارد. در نتیجه به نظر می‌رسد ترکیب مداخله مهارت‌های تنظیم هیجان و درمان روابط بین شخصی می‌تواند راهکار مناسب‌تری برای زنان چاق باشد.

چکیده دستاوردهای این پژوهش در دو سطح نظری و عملی بدست آمد: در سطح نظری یافته‌های ما می‌تواند موجب افزایش دانش ما در زمینه درمان چاقی شود و به گسترش تبیین روان‌درمانی کمک کند. در سطح عملی و بویژه بالینی، این یافته‌ها در خدمت متخصصان سلامت عمومی، روانشناسان سلامت و متخصصان کاهش وزن قرار می‌گیرد. بررسی تفاوت‌های درمانی زنان چاق، می‌تواند با انتخاب موثرترین روش درمانی از اتلاف وقت و هزینه جلوگیری کرده و متخصصان را در دستیابی به اهدافشان نزدیک‌تر سازد.

**تشکر و قدردانی:** در پایان از همه همکاران در درمانگاه کاهش وزن بیمارستان سینا و همه شرکت‌کنندگان در پژوهش سپاسگزاریم، بی‌شک بدون حضور ایشان انجام این پژوهش ممکن نبود.

نویسندگان اعلام می‌دارند که هیچ‌گونه تضاد منافی ندارند.

محور. رفتار پرخوری نوعی مقابله ناسازگارانه و هیجان-محور قلمداد می‌شود (۵۲-۴۹). برکینگ و همکاران نیز در مطالعه‌ای، مهارت‌های هیجانی را به بیماران سرپایی آموزش دادند. نتایج این مطالعه نشان داد که مهارت‌های پذیرش، بردباری و اصلاح هیجان منفی، اهمیت ویژه‌ای برای درمان سلامت روانی کنونی و پیامد درمانی دارد (۲۱).

همان‌طور که گفته شد، سه ماه پس از پایان دوره درمان روابط بین‌شخصی و آموزش یکپارچه شایستگی‌های هیجان، گروه‌های مداخله از نظر کاهش وزن بر حسب شاخص توده بدن، ارزیابی شدند. بر اساس نتایج این ارزیابی، میانگین کاهش وزن برحسب شاخص توده بدنی در زنان چاقی که در گروه درمانی درمان روابط بین شخصی بودند در مقایسه با میانگین کاهش وزن زنان چاق در گروه آموزش یکپارچه شایستگی‌های هیجان، بیشتر بود. این نتیجه نشان می‌دهد که نه تنها درمان روابط بین شخصی به کاهش وزن زنان چاق کمک کرده، بلکه این تاثیر، نتیجه پایایی تا سه ماه بعد از پایان درمان دارد. همسو با نتایج این تحقیق، در یک مطالعه طولی، نشان داده شده شد تعامل اجتماعی مشکل‌دار دختران نوجوان با افزایش وزن و چاقی ایشان در ۲ سال بعد، رابطه مثبت و معنی‌دار دارد (۵۳). همچنین، در مطالعه دیگری نیز در بررسی مقایسه گروه درمانی شناختی- رفتاری با گروه درمانی روابط بین‌شخصی، نشان داده شد که گروه درمانی درمان روابط بین شخصی برای کاهش وزن افراد چاق بعد از ۱۲ ماه پی‌گیری، اثربخشی طولانی‌تری دارد (۱۷). در مطالعه مشابه دیگری نتایج مقایسه روش‌های درمان شناختی- رفتاری، درمان رفتاری کاهش وزن و درمان روابط بین شخصی، در پیگیری دو ساله نشان داد که با وجود آسیب‌شناسی روانی و عزت نفس پایین، روش درمانی درمان روابط بین فردی موثرترین روش برای کاهش وزن زنان چاق است.

## منابع

1. Li ZP, Maglione M, Tu WL, Mojica W, Arterburn D, Shugarman LR, et al. Meta-analysis: pharmacologic treatment of obesity. *Journal of Annual International Medical*. 2005; 142: 532-546.
2. Hill A J. Psychological aspects of obesity. *The Medicine Publishing Company Ltd*. 2005; 4: 26-30.
3. Ogden CL, Kuczumarski RJ, Flegal KM, Mei Z, Guo S, Wei R, et al. *Centers of Disease Control and*

- Prevention 2000 growth charts for the United States: improvements to the 1977 National Center for Health Statistics version. Pediatrics* 2002; 109: 45-60.
4. Kopelman PG. Obesity as a medical problem. *Journal of Nature* 2002; 404: 635-643.
5. Ro O, Roseninge JH, Reas DL. The Impact of age and BMI on Eating Disorder Examination

- Questionnaire (EDE-Q): Scores in a community sample. *Eating Behaviors* 2012; 13: 158-161.
6. World Health Organization. Suicide and attempted suicide. Geneva, WHO, 2006. Available from: URL:[http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/pesticides\\_safer\\_access.pdf](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/pesticides_safer_access.pdf)
7. Knecht S, Ellger T, Levine JA. Obesity in neurobiology. *Progress in Neurobiology* 2006; 84: 85-103.
8. Bessesen DH. Update on obesity. *Journal of Clinical Endocrinol Metabolism* 2008; 93: 2027-2034.
9. Orzano AJ, Scott JG. Diagnosis and treatment of obesity in adult: an applied evidence-based review. *Journal of Medical* 2012; 17: 359-369.
10. Mather A A, Cox BJ, Enns MW, Sareen J. Association between body weight and personality disorders in a nationality representative sample. *Journal of Psychosomatic Medicine* 2008; 70: 1012-1019.
11. Fitzgibbon ML, Stolley MR, Kireschenbaum DS. Obese people who seek treatment have different characteristics than those who do not seek treatment. *Journal of Health Psychology* 1993; 12: 346-353.
12. Sarwer DB, Wadden TA, Fabricatore, AN. Psychosocial and behavioral aspects of bariatric surgery. *Journal of Obesity Research* 2005; 13: 639-648.
13. Ambwani S, Hopwood C J. The Utility of considering interpersonal problems in the assessment of bulimic features. *Journal of Eating Behavioral* 2009; 10: 247-255.
14. Anderson K, Rieger E, Caterson I. A Comparison of maladaptive schemata in treatment-seeking obese adults and normal-weight control subjects. *Journal of Psychosomatic Research* 2006; 60: 245-252.
15. Tiggeman M, Rothblum ED. Gender differences in social consequences of perceived overweight in the United States and Australia. *Journal of Sex Roles* 1988; 18: 75-86.
16. Fassino S, Leombruni P, Pier, A, Abbate-Daga G, Giacomo Rovera G. Mood, eating attitudes, and anger in obese women with and without binge eating disorder. *Journal of Psychosomatic Research* 2003; 54(6): 559-566.
17. Wilfley DE, Welch RR, Stein RI, Spurrell EB, Cohen LR, Saelens BE, et al. A randomized comparison of group cognitive-behavioral therapy and group interpersonal psychotherapy for the treatment of overweight individuals with binge eating disorder. *Archives of General Psychiatry* 2010; 59: 713-721.
18. Weissman M M. Interpersonal psychotherapy in the treatment of eating disorders. *Journal of European Eating Disorders Review* 2010; 37: 315-320.
19. Hopwood CJ, Clarke AN, Perez M. Pathoplasticity of bulimic features and interpersonal problems. *International Journal of Eating Disorders* 2007; 40: 652-658.
20. Dierk J, Conradt M, Rauh E, Schlumberger P, Hebebrand J, Rief W. What determines well-being in obesity? Associations with BMI, social skills, and social support. *Journal of Psychosomatic Research* 2006; 60: 219-227.
21. Berking M, Wupperman P, Reichardt A, Pejic T, Dipple A, Znoj H. Emotion- regulation skills as a treatment target in psychotherapy. *Behaviour Research and Therapy* 2008; 46: 1230-1237.
22. Sim L, Zeman L. Emotion awareness and identification skills in adolescent girls with bulimia nervosa. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* 2004; 33(4): 760-771.
23. Hinrichsen H, Wright F, Waller G, Meyer C. Social anxiety and coping strategies in the eating disorders. *Journal of Eating Behaviors* 2003; 4: 117-126.
24. Fairburn CG, Jones R, Peveler RC, Carr, SJ, Solomon, RA, O'Connor, ME, Burton, J, Hope RA. Three psychological treatments for bulimia nervosa: A comparative trial. *Archives of General Psychiatry* 1991; 48: 463-469.
25. Fairburn CG, Jones R, Peveler RC, Hope RA, O'Connor M. Psychotherapy and bulimia nervosa: longer term effects of interpersonal psychotherapy, behavior therapy, and cognitive behavior therapy. *Journal of Archives of General Psychiatry* 1993; 50: 419-428.
26. Wilfley DE, Agras WS, Telch CF, Rossiter EM, Schneider JA, Cole AG, Sifford L, Raeburn SD. Group cognitive-behavioral therapy and group interpersonal psychotherapy for the nonpurging bulimic individual: A controlled comparison. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1993; 61: 296-305.
27. Roth DM, Ross DR. Long-term cognitive-interpersonal group therapy for eating disorders. *International Journal of Group Psychotherapy* 1988; 38: 491-510.
28. McIntosh V, Bulik C, McKenzie J, Luty S, Jordan J. Interpersonal psychotherapy for anorexia nervosa. *The International Journal of Eating Disorders* 2000; 27: 125-139.
29. Hinrichsen GA, Clougherty KF. Interpersonal psychotherapy for depressed older adults. *American Psychological Association*. 2006. Available from: URL: <http://www.apa.org/pubs/videos/4310796.aspx>.
30. Hoffart A, Abrahamsen G, Bonsaksen T, Borge FM, Ramstad R, Lipsitz J, et al. A residential interpersonal treatment for social phobia. New York, Nova Science Publishers Inc, 2007.
31. Whight D, McGrain L, Langham C, Baggott J, Meadows L, Arcelus J. A New version of interpersonal psychotherapy for bulimic disorders. The manual, LPT. 2011. Free online editions of Intech Books and Journals. Available from: URL:<http://www.wix.com>.
32. Weissman MM, Markowitz JC, Klerman GL. *Comprehensive guide to interpersonal psychotherapy*. New York; Basic Books, 2000.
33. Wilfley DE, Welch RR, Stein RI, Spurrell EB, Cohen LR, Saelens BF, et al. A Group cognitive behavior therapy for the treatment of overweight individuals with binge eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2002; 32: 315-322.
34. Weissman MM, Markowitz JC, Klerman GL. *Book review: Clinician's quick guide to interpersonal psychotherapy. Research on social work practice*. 2008. Available from: DOI: 10.1177/1049731508318777.

35. Arcelus J, Haslam M, Farrow C, Meyer C. The Role of interpersonal functioning in the maintenance of eating psychopathology: A systematic review and testable model. *Journal of Clinical Psychology Review* 2013; 33: 156-167.
36. Elliott CA, Tanafosky-Kraff M, Shomaker LB, Columbo KM, Wolkoff, LE, Ranzenhofer, LM, et al. An Examination of the interpersonal model of loss of control eating in children and adolescents. *Behavior Research and Therapy* 2010; 48: 424-428.
37. Coco GL, Gullo S, Salerno L, Iaconopelli R. The Association among interpersonal problems, binge eating behaviors, and self-esteem, in the assessment of obese individuals. *Journal of Comprehensive Psychiatry* 2011; 52: 164 - 170.
38. Rieger E, Van Buren DJ, Bishop M, Tanofsky-Kraff M, Welch R, Wilfley DE. An eating disorder-specific model of interpersonal psychotherapy (IPT-ED): casual pathways and treatment implications. *Journal of Clinical Psychology Review* 2010; 30: 400-410.
39. Amianto F, Siccardi S, Abbate-Daga G, Marech L, Barosio M, Fassino S. *J Psychiatry Research*, 2012; 200: 502-512.
40. Hawkins MAW Stewart JC. Do Negative emotional factors have independent associations with excess adiposity?. *Journal of Psychosomatic Research* 2012; 73: 243-250.
41. Macht M. How Emotions affect eating: A five-way model. *Journal of Appetite* 2008; 50(1): 1-11.
42. Evers C, Stok FM, DeRidder DT. Feeding your feelings: Emotion regulation strategies and emotional eating. *Personality and Social Psychology Bulletin* 2010; 36(6): 792-804.
43. Lee JM, Greening L, Stoppelbein L. The Moderating effect of avoidant coping on restrained eaters' risk for disinhibited eating: Implications for dietary relapse prevention. *Journal of Behaviour Research and Therapy* 2010; 48(10): 2334-2348.
44. Thompson RA. Emotion regulation: a theme in search of definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development*. 1994; 59: 25-52.
45. Berking M. Affect regulation training. Heidelberg: Springer, 2007.
46. Clyne C, Blampied NM. Training in emotion regulation as a treatment for binge eating: a preliminary study. *Behaviour Change* 2004; 21: 269-281.
47. Besharat, MA. Assessment of validity, reliability and factor analysis of version of 60-question of interpersonal problem scale in Iranian population. *J ravanshenasie Moaser* 2009; 8: 25-36. [Text in Persian].
48. Cohen J. *Statistical Power analysis power for the behavioral sciences* (rev ed.). New York: Academic Press, 1977.
49. Whiteside U, Chen E, Neighbors C, Hunter D, Lo T, Larimer M. Difficulties regulating emotions: Do binge eaters have fewer strategies to modulate and tolerate negative affect?. *Journal of Eating Behaviors*. 2007; 8(2): 162-169.
50. Campbell-Sills L, Barlow DH, Brown TA, Hofmann SG. Effects of suppression and acceptance on emotional responses of individuals with anxiety and mood disorders. *Behaviour Research and Therapy* 2006; 44: 1251-1263.
51. Nolen-Hoeksema S, Stice E, Wade E, Bohon C. Reciprocal relations between rumination and bulimic, substance abuse, and depressive symptoms in female adolescents. *Journal of Abnormal Psychology* 2008; 116: 198-207.
52. Appelhans MB, White MC, Schneider KL, Oleski, J, Pagoto SL. Response style and vulnerability to anger-induced eating in obese adults. *Journal of Eating Behaviors* 2011; 12: 9-14.
53. Stice E, Presnell K, Spangler D. Risk factors of onsets in adolescent girls: a 2-year prospective investigation. *Journal of Health Psychology* 2002; 21: 131-138..

# Comparing the Effects of Interpersonal Therapy and Regulation of Emotion on the Reduction of Weight in Obese Women

Zebardast A(PhD)<sup>1</sup>- \*Besharat M.A(PhD)<sup>2</sup>- Purhosein R(PhD)<sup>2</sup>- Bahrami Ehsan H(PhD)<sup>2</sup>-Pursharifi H(PhD)<sup>3</sup>

\*Corresponding Address: Department of psychology, Faculty of Psychology and Education, University of Tehran, Tehran, Iran

Email: besharat@ut.ac.ir

Received: 26 Jul/2014 Accepted : 8/Nov/2014

## Abstract

**Introduction:** In several research studies, interpersonal problems and dysregulation of emotion were shown to be psychological variables related to obesity.

**Objective:** The aim of this research is comparison of the effects of interpersonal therapy and regulation of emotion on the reduction of weight in obese women.

**Materials and Methods:** 40 women with BMI > 29.9 participated in the study, who had been referred to the weight loss clinic of Sina hospital of Tehran. They were selected by available sampling and based on random table. The subjects were asked to fill Interpersonal Problem questionnaire (IPP-60) and Emotional Regulation questionnaire (ITEC-27). They were divided into two groups randomly and were six months under interpersonal therapy and integrative training of emotional competencies. At the end of the treatment sessions and three months after it, the groups' reduction of weight were re-examined in terms of body mass index. Statistical methods included independent and dependent t-test and analysis of covariance and  $P < 0/05$  was considered significant.

**Results:** Interpersonal therapy reduced interpersonal problems and integrative training of emotional competencies improved regulation of emotion. Both of the treatments could reduce weight in obese women.

**Conclusion:** Based on the results, it can be concluded that interpersonal therapy rather than integrative training of emotional competencies can help lose more weight, three months after the end of treatment.

**Keywords:** Obesity/ Weight loss/ Psychotherapy

Journal of Guilan University of Medical Sciences, No: 94, Pages: 36- 47

**Please cite this article as:** Zebardast A, Besharat MA, Purhosein R, Bhrami Ehsan H, Pursharifi H. Comparing the Effects of Interpersonal Therapy and Regulation of Emotion on the Reduction of Weight in Obese Women. J of Guilan University of Med Sci 2015; 24 (94 ) :36- 47[Text in Persian]

1. Department of psychology, Faculty of Humanities, University of Guilan, Rasht, Iran

2. Department of psychology, Faculty of Psychology and Education, University of Tehran, Tehran, Iran

3. Department of psychology, Faculty of Psychology and Education, University of Tabriz, Tabriz, Iran