رویش روان شناسی، سال۱۲، شماره۸، شماره پیاپی ۸۹، آبان ۱۴۰۲
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),12(8), 2023

مقایسه اثربخشی رژیم درمانی همراه با ورزش و اثر تلفیقی آن با گروه درمانی متمرکز بر هیجان بر کنترل تکانه افراد مبتلا به چاقی با اختلال پرخوری

Comparing the effectiveness of therapeutic diet combined with exercise and its combined effect with the group emotion focused therapy on impulse control of obese people with binge eating disorder

میر جواد چهراقی
دانشجوی دکتری روان شناسی سلامت، مرکز تحقیقات مراقبتهای بالینی و ارتقاء سلامت، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.
فاطمه محمدی شیرمحله (نویسنده مسئول)
استادیار، گروه روانشناسی، مرکز تحقیقات مراقبتهای بالینی و ارتقاء سلامت، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.
علیرضا شکرگزار
استادیار، گروه روانشناسی، مرکز تحقیقات مراقبتهای بالینی و ارتقاء سلامت، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.
مریم ابوالحسنی
دانشیار، گروه پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران، تهران، ایران.
محمد آرش رمضانی
استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.

Mir Javad Chehraghi
PhD student in health psychology, Clinical Care and Health Promotion Research Center, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.
Fatemeh Mohammadi shir mahalleh*
Assistant Professor, Department of Psychology, Clinical Care and Health Promotion Research Center, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.
m_mohammadi1352@yahoo.com
Alireza Shokrgozar
Assistant Professor, Department of Psychology, Clinical Care and Health Promotion Research Center, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.
Maryam Abolhasani
Associate Professor, Department of Medicine, Tehran University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran.
Mohammad Arash Ramezani
Associate Professor, Department of Psychology, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.

چکیده

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی رژیم درمانی همراه با ورزش و اثر تلفیقی آن با گروه درمانی متمرکز بر هیجان بر کنترل تکانه افراد مبتلا به چاقی با اختلال پرخوری بود. روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون_پس‌آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری پژوهش شامل افراد چاق مبتلا به پرخوری مراجعه کننده به کلینیک چاقی بیمارستان سینا شهر تهران در سال ۱۴۰۱ بود. حجم نمونه شامل ۵۱ نفر (هر گروه ۱۷ نفر) بود که به روش نمونه گیری دردسترس انتخاب شدند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه تکانشگری (BIQ) بارت (۱۹۹۵) بود. گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکرد اما هر دو گروه آزمایش پژوهش مداخله رژیم درمانی همراه با ورزش را در طول ۱۲ جلسه دریافت کردند و یکی از گروه‌های آزمایش ۱۰ جلسه تقریبا ۲ ساعته درمان متمرکز بر هیجان را نیز دریافت کرد. برای تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس آمیخته استفاده شد. نتایج نشان داد که تفاوت میانگین پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری گروه رژیم درمانی همراه با ورزش در تلفیق با گروه درمانی متمرکز بر هیجان در کنترل تکانه (دو مولفه شناختی و عدم برنامه‌ریزی) معنادار است (P<۰/۰۵). ولی تفاوت پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گروه رژیم درمانی همراه با ورزش در مولفه‌های کنترل تکانه معنادار نبود (P>۰/۰۵). نتایج نشان داد که گروه درمانی متمرکز بر هیجان، احتمالا درمان کارآمدتری در مقایسه با رژیم درمانی همراه با ورزش برای درمان کنترل تکانه در افراد مبتلا به چاقی با اختلال پرخوری است.

واژه‌های کلیدی: *اختلال پرخوری، چاقی، رژیم درمانی، درمان متمرکز بر هیجان، کنترل تکانه، ورزش.*

Abstract

The purpose of the present study was to compare the effectiveness of diet combined with exercise and its combined effect with the group emotion-focused therapy on impulse control of obese people with binge eating disorder. The research method was semi-experimental with a pre-test-post-test design and a control group with a two-month follow-up. The statistical population of the study included all obese people suffering from overeating who were referred to the obesity clinic of Sina Hospital in Tehran in 1401. The sample size included 51 people (17 people in each group) selected by available sampling method. The research tool included the Impulsivity Questionnaire (BIQ) by Barrett (1995). The control group did not receive any intervention, but both research experimental groups received a diet combined with exercise during 12 sessions, and one of the experimental groups received 10 sessions of approximately 2 hours of emotion-focused therapy. A mixed variance analysis was used to analyze the data. The results showed that the difference between the pre-test and post-test and follow-up of diet combined with exercise in combination with emotion-focused therapy in impulse control (cognitive and lack of planning) is significant (P<0.05), but the difference between the pre-test, post-test, and follow-up of the diet therapy group with exercise was not significant in impulse control components (P>0.05). Results showed that emotion-focused therapy is probably a more efficient treatment compared to the diet combined with exercise for the treatment of impulse control in obese people with binge eating disorders.

Keywords: *binge eating disorder, obesity, diet therapy, emotion-focused therapy, impulse control, exercise.*

نوع مقاله : پژوهشی | **دریافت : اردیبهشت ۱۴۰۲** | **پذیرش: خرداد ۱۴۰۲** | **ویرایش نهایی: آبان ۱۴۰۲**

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-12]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.8.10.8]

مقدمه

شیوع اضافه وزن و چاقی در سراسر جهان، به ویژه در کشورهای آسیایی از سال ۱۹۸۰ دو برابر شده است، به طوری که نزدیک به یک سوم جمعیت جهان اکنون به عنوان اضافه وزن یا چاق طبقه‌بندی می‌شوند (چوی[۱] و همکاران، ۲۰۱۹). چاقی و اختلال پرخوری[۲] به شدت با یکدیگر همبستگی دارند و نرخ همبودی آنها نیز بالا است (آگورا[۳] و همکاران، ۲۰۲۱). طبق تعریف انجمن روان‌پزشکی آمریکا[۴] (۲۰۱۳) اختلال پرخوری به اپیزودهای مکرر پرخوری (حداقل یک بار در هفته به مدت سه ماه یا بیشتر) در غیاب رفتارهای جبرانی منظم تعریف شده است. ویژگی بارز پرخوری، افزایش وزن و چاقی مفرط است و به نظر می‌رسد هسته مرکزی آن از دست دادن کنترل تکانه‌های شناختی و هیجانی باشد (تانفسکوی – کراف[۵] و همکاران، ۲۰۲۰). کنترل تکانه و اختلالات مرتبط شامل یک گروه ناهمگن از اختلال‌ها و رفتارهای لذت بخشی است که به طور مکرر، بیش از حد و اجباری انجام می شود. علامت مشترک کلیدی در همه این موارد، عدم مقاومت در برابر انگیزه یا وسوسه برای کنترل یک عمل یا رفتار خاص مانند پرخوری است که در نهایت برای خود یا دیگران مضر است و در بخش‌های عمده زندگی دخالت می‌کند (وینتراب[۶] و همکاران، ۲۰۱۵؛ مالونی[۷] و همکاران، ۲۰۱۷؛ گوسا[۸] و همکاران، ۲۰۱۸). یکی از جنبه‌های کنترل تکانه که به ویژه با چاقی و رفتارهای خوردن مرتبط است، فوریت منفی است که به عنوان تمایل به مشکل در کنترل تکانه در حالت‌های خلقی منفی توصیف می‌شود (سایدرز و اسمیت[۹]، ۲۰۰۸). فوریت منفی باعث افزایش سوگیری توجه به نشانه‌های غذایی و افزایش احساس گرسنگی در هنگام تجربه خلق منفی می‌شود (هپورث[۱۰] و همکاران، ۲۰۱۰). به عبارتی به نظر می‌رسد که مشکل در کنترل تکانه به ویژه با تاکید بر فوریت منفی، به واسطه افزایش تمایل به رفتارهای مانند خوردن هیجانی و اعتیاد به خوردن منجر به افزایش وزن و چاقی می‌گردد (رز[۱۱] و همکاران، ۲۰۱۸). علاوه بر این اختلال در کنترل تکانه افراد مبتلا به پرخوری را مستعد تجربه اختلال‌های روانی دیگر می‌کند (بوسول و گریلو[۱۲]، ۲۰۲۱).

در افراد چاق مبتلا به پرخوری به نقش تکانشگری و کاهش آنها توجه شده، چرا که نشان داده شده تکانشگری مولفه مهم برای تفکیک افراد چاق و افراد چاق مبتلا به پرخوری است (کهتری هرزنق و همکاران، ۱۳۹۸). روش‌های مختلفی برای تغییر ترکیب بدن و مسائل چاقی برای بزرگسالانی که بیش از حد چاق هستند در دسترس است. از جلمه این روش‌ها رژیم درمانی همراه با ورزش است که بیانگر استفاده از انواع روش‌های تمرین‌های مقاومتی و استقامتی به همراه برنامه‌های مدیریت مصرف کالری در طول شبانه روز است (کلارک[۱۳]، ۲۰۱۵). رژیم های غذایی با کالری محدود بیشترین استفاده را در درمان چاقی در سراسر جهان دارند. هرگونه محدودیت در دریافت انرژی از رژیم غذایی منجر به صرفه‌جویی در انرژی با کاهش سرعت متابولیسم پایه و کاهش توده بدون چربی بدن می شود (مونیر[۱۴] و همکاران، ۲۰۲۱). در کنار برنامه‌های رژیمی، ورزش منظم به کاهش وزن و چربی بدن، حفظ وزن بدن و کاهش چربی و آمادگی متابولیک در چاقی کمک می‌کند (پتریدو[۱۵] و همکاران، ۲۰۱۹). نشان داده شده که برنامه‌های تمرین ورزشی و رژیم غذایی برای بهینه‌سازی کاهش وزن و کاهش توده چربی و بهبود آمادگی جسمانی مؤثر هستند (بلیچا[۱۶] و همکاران، ۲۰۱۸). این در حالی است که نتایج بررسی فراتحلیل نشان می‌دهد که اگرچه مداخله‌های مبتنی بر ورزش و رژیم درمانی در ابتدا نتایج اثربخشی را نشان می‌دهند، اما افزایش وزن پس از کاهش وزن یکی از مهم‌ترین چالش‌های این مداخله‌ها است (فورایت و همکاران، ۲۰۱۸). بررسی پژوهش‌ها نشان داده‌اند که رژیم درمانی همراه

1 Chooi
2 binge eating disorder (BED)
3 Agüera
4 American Psychiatric Association
5 Tanofsky-Kraff
6 Weintraub
7 Maloney
8 Cossu
9 Cyders & Smith
10 Hepworth,
11 Rose
12 Boswell & Grilo
13 Clark
14 Monnier
15 Petridou
16 Bellicha

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-12]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.8.10.8]

با ورزش در کاهش وزن و در برخی موارد بهبود سلامت روان موثر هستند، با این حال این پژوهش‌ها با این محدودیت روبرو بوده‌اند که به پیگیری پایداری نتایج بدست آمده نپرداخته‌اند (صدیقیان و همکاران، ۱۳۹۹؛ ایران‌دوست و همکاران، ۱۳۹۴).

به نظر می‌رسد عود و افزایش وزن دوباره تا حدودی ناشی از موانعی مانند عدم کنترل رفتاری و پریشانی هیجانی است (مونیر و همکاران، ۲۰۲۱). در همین رابطه نشان داده شده که ترکیبی از رژیم غذایی شخصی، ورزش و درمان‌های روان‌شناختی موثرترین شکل مداخله در اضافه وزن و چاقی و مشکلات روان‌شناختی همراه و زیربنای آن است (پونت و مارتینز – مارکوس[1]، ۲۰۱۸). درمان متمرکز بر هیجان[2] که از سنت انسان گرایانه بیرون آمده، تا حدودی اثربخشی آن برای اختلالات خوردن نشان داده شده است (گلیسنتی[3] و همکاران، ۲۰۲۱). درمان متمرکز بر هیجان یک رویکرد انسانی- یکپارچه است که بر اهمیت عواطف انسانی در عملکرد روانشناختی و تغییرات درمانی تأکید دارد و ریشه های اولیه آن در درمان‌های انسان گرایانه، گشتالت و وجودی و نیز نظریه سیستم های خانواده است (گرینبرگ و گلدمن، ۲۰۱۹). درمان متمرکز بر هیجان از یک چارچوب یکپارچه استفاده می‌کند و تمرکز مداوم بر روی هیجان‌های فرد است. مشارکت تجربی و هیجان‌های درک شده به عنوان وسیله اولیه تغییر در نظر گرفته می‌شود. در درمان متمرکز بر هیجان، فرد باید احساسات دردناک خود را تجربه کند تا آنها را تغییر دهد. تجارب هیجانی اساساً با عملکرد انسان سازگار است. عواطف می توانند و اغلب زودتر و سریعتر از شناخت ها رخ دهند، و نقشی اساسی در پردازش اطلاعات دارند (گلدمن، ۲۰۱۹). نتایج دو فراتحلیل حاکی از این بوده است که درمان متمرکز بر هیجان به صورت معناداری آسیب روانی پرخوری، دفعات پرخوری، نگرانی های مربوط به خوردن و شکل بدن و همچنین دشواری تنظیم هیجان را کاهش می‌دهد (گلیسنتی و همکاران، ۲۰۱۸؛ اوسورو و همکاران، ۲۰۲۱). اخیرا در یک مطالعه اگر چه بر روی افراد مبتلا به چاقی نبود، با این حال نشان داده شد که درمان متمرکز بر هیجان بر اپیزودها و روزهای پرخوری و آسیب‌های روانی پرخوری تکانه‌ای اثربخشی معناداری دارد (گلیسنتی و همکاران، ۲۰۲۱). البته این نتایج به صورت محدود و بر روی چند آزمودنی بدست آمد که در تعمیم نتایج آن محدودیت وجود دارد. همچنین در یک مطالعه دیگر اگرچه نشان داده شده که درمان متمرکز بر هیجان بر بهبود کنترل تکانه‌های هیجانی و سبک زندگی ارتقاء دهنده اثربخش است، اما نتایج آن محدود به زنان چاق بوده و فاقد پیگیری نتایج جهت بررسی پایداری آن بوده است (یعقوبی و همکاران، ۲۰۲۰).

در مجموع می‌توان گفت که چاقی روند رو به گسترش و نگران کننده‌ای دارد و ارائه مداخله‌های کارآمد و پایدار جهت کاهش اضافه وزن جزء مسائل مهم نظام سلامت هر جامعه به شمار می‌رود. اگرچه چاقی و پرخوری از عوامل گوناگون زیستی و غیرزیستی نشأت می‌گیرد، با این حال نمی‌توان از نقش عوامل روان‌شناختی مانند عدم کنترل تکانه‌ها چشم‌پوشی کرد. به عبارتی عدم کنترل تکانه‌ها علاوه بر اینکه می‌توانند علتی برای چاقی و پرخوری باشند، همچنین می‌توانند مانعی برای اثربخشی برنامه‌های رژیم‌درمانی و ورزش باشند. به نظر می‌رسد عدم نتایج پایدار و اثربخش برنامه‌های رژیمی و ورزشی در جهت کاهش چاقی تا حدودی به همین عوامل روان‌شناختی برگردد. بنابراین ارائه مداخله‌های روان‌شناختی کارآمد و اثربخش به همراه برنامه‌های رژیمی و ورزشی می‌تواند بر افزایش اثربخشی و پایداری نتایج کمک کند. اگرچه براساس شواهد موجود به نظر می‌رسد درمان متمرکز بر هیجان تا حدودی در بهبود پرخوری اثربخش باشد، اما این خلا وجود دارد که اثربخشی ترکیبی آن همراه با برنامه‌های رژیمی و ورزشی مورد بررسی قرار نگرفته است. در همین راستا هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی رژیم درمانی همراه با ورزش و اثر تلفیقی آن با گروه درمانی متمرکز بر هیجان بر کنترل تکانه افراد مبتلا به چاقی با اختلال پرخوری بود.

روش

روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری یک ماهه بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه افراد چاق مبتلا به پرخوری مراجعه کننده به کلینیک چاقی بیمارستان سینا در سال ۱۴۰۱ واقع در شهر تهران بود. با در نظر گرفتن این مورد که حداقل حجم نمونه مورد نیاز برای طرح‌های آزمایشی ۱۵ نفر برای هر گروه است (کوئن و همکاران، ۲۰۰۲) و امکان ریزش نیز در گروه‌های پژوهش وجود دارد، بنابراین حجم نمونه پژوهش شامل ۵۱ نفر (هر گروه ۱۷ نفر) از افراد چاق مبتلا به پرخوری

1 Puente & Martínez-Marcos
2 emotion-focused therapy
3 Glisenti

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-12]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.8.10.8]

بود که به روش نمونه گیری دردسترس انتخاب و به شیوه تصادفی در سه گروه گمارده شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: رضایت آگاهانه از شرکت در پژوهش، دامنه سنی ۳۰ تا ۵۵ سال، شاخص توده بدنی بالاتر از ۳۰، عدم اعتیاد به مواد مخدر و مشروبات الکی (طبق اظهار نظر شرکت کنندگان در پژوهش و بررسی پرونده پزشکی آنها در کلنیک چاقی بیمارستان سینا)، دریافت تشخیص اختلال پرخوری بر اساس پرونده پرشکی موجود در کلینیک چاقی بیمارستان سینا، عدم دریافت اختلال روان‌شناختی و جسمی به غیر از اختلال پرخوری بر اساس پرونده پزشکی در کلینیک چاقی بیمارستان سینا و داشتن سواد تحصیلی حداقل در سطح دیپلم. همچنین ملاک‌های خروج از پژوهش شامل درخواست انصراف از پژوهش حین اجرای پژوهش، عدم شرکت در حداقل دو جلسه از مداخله برای گروه‌های آزمایش، عدم پاسخگویی به حداقل ۵ درصد از گویه‌های هر پرسشنامه بود. علاوه بر رضایت آگاهانه و محرمانه نگه داشتن اطلاعات شرکت‌کنندگان، همچنین امکان دریافت هر یک از مداخله‌ها برای گروه کنترل به صورت رایگان دیگر ملاحضه اخلاقی پژوهش حاضر بود. برای تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش از روش تحلیل واریانس آمیخته و نرم افزار SPSS نسخه ۲۵ استفاده شد.

ابزار سنجش

پرسشنامه تکانشگری بارت (BIQ)[1]: این پرسشنامه در سال ۱۹۹۵ توسط بارت و همکارانش ساخته شد. این پرسشنامه دارای ۳۰ پرسش می‌باشد که شامل تکانشگری شناختی، تکانشگری حرکتی و عدم برنامه ریزی می‌باشد. سوالات این پرسشنامه در مقیاس لیکرت تنظیم شده است که از ۱(نبودن) تا ۴(بسیار زیاد) است. پرسشنامه شامل سه عامل عدم برنامه ریزی، تکانشگری حرکتی و تکانشگری شناختی است. سازندگان ضمن تایید روایی محتوایی با مقدار بالاتر از ۰/۷۲ برای گویه‌ها، ضریب آلفای کرونباخ بالاتر از ۰/۷۱ را برای عامل‌ها و نمره کل پرسشنامه گزارش کرده‌اند (بارت و همکاران، ۱۹۹۵). جاوید و همکاران (۱۳۹۱) این پرسشنامه را در ایران هنجاریابی کرده‌اند و مقدار آلفای کرونباخ و ضریب بازآزمایی با فاصله دو هفته برای نمره کل و خرده مقیاس‌ها به ترتیب بالاتر از ۰/۶۷ و ۰/۴۹ بدست آمد. همچنین روایی همگرایی پرسشنامه با محاسبه هبستگی میان نمره کل و خرده مقیاس‌های پرسشنامه بین ۰/۴۷ تا ۰/۸۰ (**P** =۰/۰۱) بدست آمد. در پژوهش حاضر مقدار آلفای کرونباخ بدست آمده برای نمره کل پرسشنامه و خرده‌مقیاس‌های آن بین ۰/۷۴ تا ۰/۷۹ بود.

شرح جلسات مداخله درمان متمرکز بر هیجان مبتنی بر مداخله ارائه شده توسط گرینبرگ (۲۰۱۵) که توسط یعقوبی و همکاران (۲۰۲۰) برای افراد دچار چاقی در ۱۰ جلسه تقریبا ۲ ساعته و هفته‌ای یکبار بکار رفته، در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۱. خلاصه جلسات مداخله درمان متمرکز بر هیجان

جلسه	هدف	فعالیت‌های جلسه
اول	پیوند، آگاهی و اتحاد درمانی	جلسه اول برای ایجاد اتحاد درمانی، معرفی داوطلبان و توضیح در مورد هدف برگزاری و تشکیل گروه برگزارخواهد شد. توضیحاتی در مورد EFT بیان خواهد شد. در ادامه قوانین گروه از قبیل رازداری، رعایت حقوق یکدیگر، پاسخگویی بیان خواهد شد.
دوم	معرفی اهداف درمانی	جلسه دوم شامل جهت‌گیری درمان و معرفی روان‌شناختی و آموزش چاقی و هیجان خواهد بود که شامل تشریح اصول کار روی هیجان و توافق با آزمودنی‌ها در مورد اهداف درمان خواهد بود.
سوم	شناسایی و شناخت هیجان‌ها	مرور جلسه قبل. آگاهی از تجربه داخلی، بهبود پذیرش و تحمل هیجانی. اجازه دادن به تجربه هیجان. تمرکز بر شناسایی و نام‌گذاری هیجان‌ها و عبارت‌های هیجانی برای کمک به حل مشکل. در این جلسه همچنین در مورد واکنش های فیزیکی (تجربیات بدنی) در برابر هیجان‌ها بدون مهار و قطع آنها کارخواهد شد.
چهارم	کشف نشانگرها و تشخیص طرح احساسات	مرور جلسه قبل. پرداختن به شاخص های مختلف در سطوح مختلف فرآیند پردازش هیجانی مراجعان. درمانگر با مجموعه متنوعی از شاخص ها در سطوح مختلف کار می کند .شاخص های اولیه شامل شاخص های فرعی مانند کیفیت صدای مراجعان و عمق تجربه و درجه برانگیختگی است. در این جلسه سعی خواهد شد فراوانی و نقش مراجعان را در خلق تجربیاتشان برجسته کرد. همچنین بر نقش و مسئولیت شخصی در خلق تجربیات تاکید می‌شود و سعی خواهد شد طرح هیجانی مشخص گردد.
پنجم	دسترسی به اطلاعات هیجانی، با حفظ یک	مرور جلسه قبل. برانگیختن و کشف هیجان‌های اولیه از طریق تکنیک گشتالت مانند گفتگوی دو صندلی با قرار دادن اجزای متضاد آنها در مقابل یکدیگر و با صحبت کردن با آنها . سپس از تجربه آن هیجان‌ها برای تجربه هیجانی و

1 Barratt impulsivity questionnaire (BIQ)

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-12]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.8.10.8]

	تجربه هیجانی در جلسه	ارتباط با عاطفه استفاده خواهد شد. در این فرآیند، درمانگر با استفاده از تنظیم هیجان، مراجع را به درجه ای از برانگیختگی می رساند تا راحت تر آن را تجربه کند و تشخیص دهد که این هیجان اولیه یا ثانویه است.
ششم	دستیابی به اطلاعات از طریق احیا تجربه هیجانی	به تجربیات هیجانی هفته گذشته و تجربه آنها از جلسه قبل پرداخت خواهد شد. از راه های انگیزشی برای احیای تجربه موضوع مانند مواجهه خیالی استفاده خواهد شد. برای ایجاد بهترین حالتی که می توان تجربیات و احساسات کلیدی را تقویت و تحریک کرد، به علائم و نشانه های فرآیند در حال حاضر پرداخته می شود. هنگامی که تجربه هیجانی مراجع تحریک شود، وی قادر خواهد بود به اطلاعاتی که حاوی تجربه است دسترسی پیدا کند.
هفتم	رفع وقفه ها و غلبه بر وقفه ها	مرور جلسه قبل. کشف و غلبه بر وقفه‌ها و موانع بیان هیجان‌ها، فرآیندهای اجتناب و حذف شکستن فعالیت های دو صندلی. آزمودنی‌ها فرآیندهای شکستن را به‌عنوان دراماتیک انجام می‌دهند تا خود را عاملان شکستن فرآیندها تجربه کنند.
هشتم	دسترسی به طرح هیجانی ناسازگار	مرور جلسه قبل.دسترسی به طرح‌های هیجانی ناسازگار از طریق برانگیختن هیجان‌های متوقف شده، روی نشانگرهای هیجانی و مسئولیت‌های الزام آور کار می شود و به نیازهای مراجع دسترسی پیدا خواهد شد. هدف از این جلسه تغییر هیجان‌ها، دستیابی به هیجان‌های اولیه پنهان، ارزیابی خودکار به هم پیوسته و در نهایت دستیابی به نیازهای مراجع می باشد.
نهم	پردازش هیجان و تغییر طرح هیجانی	مرور جلسه قبل. ایجاد پاسخ‌ها و تنظیم هیجانی جدید برای تغییر شکل طرح ناسازگار مرکزی از طریق بهبود تفکر برای معنا بخشیدن به تجربه، اعتبار بخشیدن به هیجان‌های جدید و حفاظت از حس ایجاد شده نسبت به خود شخص.
دهم	تثبیت هیجان‌های سازگار و اتمام کار گروه	آماده سازی گروه برای پایان دادن به جلسات. پس از تغییر در فرآیند هیجانی، هیجان‌ها سازماندهی خواهد شد. فعالیت هایی را ارائه می شود که می تواند تغییرات را تقویت کند .به جای پرخوری، بر بیان هیجان‌ها تاکید خواهد شد.

مداخله متمرکز بر هیجان شامل ۱۰ جلسه تقریبا ۲ ساعته است که برای یکی از گروه‌های پژوهش اجرا شد. لازم به ذکر است که هر دو گروه آزمایش مداخله رژیم درمانی همراه با ورزش را در طول ۱۲ جلسه که توسط کلنیک چاقی در بیمارستان سینا ارائه شد دریافت کردند. در این مداخله میزان کالری موردنیاز افراد با توجه به قد، وزن و سن محاسبه گردید و رژیم غذایی روزانه با کسر میزان ۵۰۰ کیلو کالری با سهم ۶۰ تا ۶۵ درصد کربوهیدرات، ۲۰ تا ۲۵ درصد پروتئین و مابقی چربی تجویز گردید. روزانه ۳۰ تا ۴۵ دقیقه ورزش هوازی مانند پیاده‌روی با شدت متوسط در نظر گرفته شد. قبل و بعد از مطالعه وزن کشی و تعیین شاخص توده بدنی انجام شد.

یافته ها

بررسی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی گروه‌های پژوهش نشان داد که سطح تحصیلات دیپلم و فوق دیپلم، کارشناسی و کارشناسی ارشد برای گروه گروه هیجان‌مدار به ترتیب ۴(۲۳/۵ درصد)، ۹ (۵۳ درصد) و ۴ (۲۳/۵)، برای گروه رژیم درمانی همراه با ورزش به ترتیب ۶ (۳۵/۳۰ درصد)، ۶ (۳۵/۳۰ درصد) و ۵ (۲۹/۳۰ درصد) و برای گروه کنترل به ترتیب ۴(۲۳/۵۰ درصد)، ۱۰ (۵۸/۸۰ درصد) و ۳ (۱۷/۷۰) نفر است. همچنین تعداد افراد متاهل و مجرد شرکت کننده در گروه هیجان‌مدار به ترتیب ۱۱ (۶۴/۷۰ درصد) و ۶ (۵۳/۳۰ درصد)، در گروه رژیم درمانی و ورزش ۱۳ (۷۶/۵۰ درصد) و ۴ (۲۳/۵۰ درصد) و برای گروه کنترل ۱۲ (۷۰/۶۰ درصد) و ۵ (۲۹/۴۰ درصد) نفر بود. از لحاظ سنی میانگین و انحراف معیار برای گروه‌های هیجان‌مدار، گروه رژیم درمانی و ورزش و گروه کنترل به ترتیب ۴۲/۳۵ ± ۴/۸۳، ۳۸/۵۸ ± ۵/۸۵ و ۳۸/۷۶ ± ۵/۳۵ بود. در جدول ۲ شاخص‌های توصیفی خرده مقیاس‌های کنترل تکانه به تفکیک گروه‌های پژوهش ارائه شده است.

جدول۲: شاخص‌های توصیفی کنترل تکانه در گروه‌های پژوهش

متغیر		مرحله آزمون	گروه هیجان‌مدار		گروه رژیم درمانی و ورزش		گروه گواه	
			میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
کنترل	عدم برنامه-	پیش آزمون	۲۵/۵۹	۳/۱۴	۲۶/۱۲	۴/۰۶	۲۶	۵/۳۱
تکانه	ریزی	پس آزمون	۲۰/۸۲	۲/۹۲	۲۶/۳۵	۴/۱۱	۲۶/۳۵	۵/۴۷
		پیگیری	۲۱/۲۳	۲/۲۱	۲۶/۴۷	۳/۹۹	۲۶/۱۲	۵/۲۵
	حرکتی	پیش آزمون	۲۲/۸۲	۴/۸۶	۱۹/۱۸	۴/۱۳	۲۱/۵۳	۴/۷۲

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-12]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.8.10.8]

	پس آزمون	۲۱/۴۷	۴/۸۹	۱۸/۷۶	۳/۶۸	۲۱/۸۲	۴/۵۶
	پیگیری	۲۱/۰۶	۵/۸۵	۱۸/۸۸	۳/۸۴	۲۱/۱۲	۴/۷۸
شناختی	پیش آزمون	۲۲/۰۵	۳/۴۲	۲۲/۴۷	۳/۳۴	۲۴/۱۲	۲/۹۱
	پس آزمون	۱۸/۹۴	۲/۸۴	۲۳	۳/۲۶	۲۳/۷۱	۲/۷۱
	پیگیری	۱۸/۰۱	۲/۴۰	۲۲/۷۱	۳/۱۴	۲۴/۲۹	۳/۱۴

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که میانگین گروه هیجان‌مدار به میزان قابل توجهی در مرحله پس آزمون و پیگیری در مقایسه با پیش‌آزمون کاهش یافته است. این درحالی است که چنین تغییری برای گروه گواه و گروه رژیم درمانی همراه با ورزش قابل مشاهده نیست. قبل از مقایسه اثربخشی دو درمان، پیش‌فرض‌های تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر مورد بررسی قرار گرفت و نتایج بدست آمده برای برای آزمون شاپیرو - ویلک نشان دادکه پیش‌فرض نرمال بودن داده‌ها در متغیر پژوهش در هر سه گروه و در هر سه مراحله آزمون رعایت شده است (P>۰/۰۵). همچنین نتایج آزمون لوین نیز نشان می‌دهد پیش‌فرض همگنی واریانس متغیر پژوهش بین‌گروه‌ها در سه مرحله آزمون نیز رعایت شده است (P>۰/۰۵). علاوه براین برای آزمون ام باکس سطوح معناداری بدست آمده بیشتر از ۰/۰۵ بود، ولی برای دو مولفه عدم برنامه‌ریزی و عدم کنترل تکانه حرکتی مقدار کرویت موچلی در سطح معناداری قرار داشت (**P<۰/۰۵**). بنابراین به جای کرویت موچلی از تصحیح گرین هاوس – گیسر[1] که بیانگر کاهش درجه آزادی و احتیاط بیشتر در رد فرض صفر به غلط است، استفاده شد. در جدول ۳ نتایج آزمون تحلیل واریانس آمیخته جهت مقایسه اثربخشی دو درمان بر متغیر کنترل تکانه ارائه شده است.

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس آمیخته جهت بررسی و مقایسه اثربخشی رژیم درمانی همراه با ورزش و اثر تلفیقی آن با گروه درمانی متمرکز بر هیجان بر کنترل تکانه

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	مقدار P	اندازه اثر	توان آزمون
عدم برنامه‌ریزی	مراحل آزمون	۶۱/۵۸	۱/۶۹	۳۶/۳۷	۳۱/۳۹	۰/۰۰۱	۰/۳۹	۱
	تعامل مراحل و گروه	۱۷۷/۵۹	۳/۳۹	۵۲/۴۴	۴۵/۲۷	۰/۰۰۱	۰/۶۵	۱
	عضویت گروهی	۴۶۲/۶۴	۲	۲۳۱/۳۲	۴/۴۰	۰/۰۲	۰/۱۵	۰/۷۳
حرکتی	مراحل آزمون	۱۷/۵۰	۱/۱۰	۱۵/۸۹	۱/۳۳	۰/۲۶	۰/۰۳	۰/۲۱
	تعامل مراحل و گروه	۱۷/۲۸	۲/۲۰	۷/۸۴	۰/۶۶	۰/۵۴	۰/۳.	۰/۱۶
	عضویت گروهی	۲۴۹/۳۵	۲	۱۲۴/۶۷	۲/۴۴	۰/۱۰	۰/۰۹	۰/۴۷
شناختی	مراحل آزمون	۴۲/۹۱	۲	۲۱/۴۶	۷/۷۷	۰/۰۰۱	۰/۱۴	۰/۹۴
	تعامل مراحل و گروه	۱۱۶/۰۳	۴	۲۹/۰۱	۱۰/۵۱	۰/۰۰۱	۰/۳۰	۱
	عضویت گروهی	۵۱۳/۴۲	۲	۲۵۶/۷۱	۱۱/۶۳	۰/۰۰۱	۰/۳۳	۰/۹۹

نتایج بدست آمده در جدول ۳ نشان می‌دهد که تفاوت مراحل آزمون، عضویت گروهی و تعامل مراحل و گروه برای دو مولفه عدم برنامه ریزی و شناختی متغیر کنترل تکانه معنادار است (P<۰/۰۵)، ولی برای مولفه حرکتی معنادار نیست (P>۰/۰۵). برای بررسی نقاط تفاوت در مولفه‌های عدم برنامه ریزی و شناختی متغیر کنترل تکانه از مقایسه زوجی بنفرونی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. مقایسه زوجی بن‌فرونی تفاوت های بین گروهی و مراحل آزمون مولفه‌های عدم برنامه ریزی و شناختی متغیر کنترل تکانه

متغیر	منبع تغییرات	گروه مبنا	گروه ثانویه	تفاوت میانگین	خطای انحراف معیار	مقدار P
عدم برنامه‌ریزی	گروه	هیجان‌مدار	رژیم و وزش	-۳/۷۵	۱/۴۴	۰/۰۳
			گواه	۳/۶۱	۱/۴۴	۰/۰۵
		رژیم و ورزش	گواه	۰/۱۶	۱/۴۴	۱
	مرحله آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	۱/۳۹	۰/۱۹	۰/۰۰۱

1 **Greenhouse–Geisser correction**

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-12]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.8.10.8]

			پیگیری	۱/۲۹	۰/۲۳	۰/۰۰۱
		پس آزمون	پیگیری	-۰/۱۰	۰/۱۶	۱
شناختی	گروه	هیجان‌مدار	رژیم و وزش	-۳/۰۶	۰/۹۳	۰/۰۰۶
			گواه	-۴/۳۷	۰/۹۳	۰/۰۰۱
		رژیم و ورزش	گواه	-۱/۳۱	۰/۹۳	۰/۴۹
	مرحله آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	۱	۰/۳۶	۰/۰۲
			پیگیری	۱/۲۲	۰/۳۶	۰/۰۰۴
		پس آزمون	پیگیری	۰/۲۲	۰/۲۶	۱

نتایج بدست آمده از جدول ۴ نشان می‌دهد که گروه تلفیق درمان هیجان‌مدار با رژیم و ورزش در مقایسه با گروه رژیم درمانی همراه با ورزش و گروه کنترل به صورت معنادرای میانگین کمتری در مولفه عدم برنامه ریزی و شناختی متغیر کنترل تکانه دارد (P<۰/۰۵). همچنین نتایج نشان می‌دهد که گروه رژیم درمانی همراه با ورزش در مقایسه با گروه کنترل تفاوت معناداری را نشان نمی‌دهد (P>۰/۰۵). همچنین نتایج نشان می‌دهد میانگین پیش‌آزمون به صورت معناداری بیشتر از پس آزمون و پیگیری است (P<۰/۰۵)، ولی بین مرحله پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود ندارد (P>۰/۰۵)، که بیانگر پایداری نتایج است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی رژیم درمانی همراه با ورزش و اثر تلفیقی آن با گروه درمانی متمرکز بر هیجان بر کنترل تکانه افراد مبتلا به چاقی با اختلال پرخوری بود. نتایج بدست آمده نشان داد که رژیم درمانی همراه با ورزش بر مولفه‌های کنترل تکانه شامل عدم برنامه‌ریزی، شناختی و حرکتی اثربخشی معناداری ندارد. این یافته با نتایج پژوهش‌های کریس – اترتون و همکاران (۲۰۲۱) و لی و گیلانی (۲۰۱۹) همسو و با پژوهش‌های اکوین و همکاران (۲۰۲۱)، برون و همکاران (۲۰۱۹)، ولفندن و همکاران (۲۰۲۰) و استوباس و همکاران (۲۰۱۸) ناهمسو بود. در تبیین یافته بدست آمده باید گفت که رژیم درمانی همراه با ورزش بیشتر به منظور کاهش جرم بدن توصیه می‌شود و به عنوان یک برنامه هدفمند و موثر برای بهبود روان‌شناختی در اولویت نیست (زارع احمد آبادی و پونده نژادان، ۱۳۹۱؛ استوباس و همکاران، ۲۰۱۸؛ کالکتارا و زکوتی، ۲۰۲۲). حتی نشان داده شده که اغلب افراد چاقی که از رژیم درمانی استفاده می‌کنند، به دلیل عدم رضایت ازموفقیت مورد انتظار از برنامه‌های کاهش وزن این برنامه‌ها را ترک می‌نمایند (کوپر و همکاران، ۲۰۲۰). بنابراین می‌توان این استدلال را مطرح کرد که بهبود کنترل تکانه‌ها که یکی از مکانیزم‌های اصلی وسوسه‌های غذا خوردن در افراد چاق است، نیازمند مداخله‌های روان‌شناختی است. تکانشگری احتمالاً در نتیجه برانگیختگی مداوم (از آمیگدال) رخ می‌دهد که فوریت منفی را آغاز می کند (کالیسکی، ۲۰۲۰). بنابراین نیاز است که مداخله‌های روان‌شناختی هدفمند برای کاهش این برانگیختگی در نظر گرفته شود که در برنامه‌های رژیم درمانی همراه با ورزش به چشم نمی‌خورد. اگرچه تصور می‌شود اختلال کنترل تکانه از رویدادهای مثبت ایجاد می‌شوند، اما برای ایجاد اختلال نیاز به یک باور منفی اساسی است. هر چه یک فرد بیشتر تمایل به یک احساس خاص داشته باشد، بیشتر در معرض خطر ابتلا به اختلال کنترل تکانه است. به عبارت دیگر، زمینه روانشناختی یک فرد دلیل و انرژی لازم را برای ایجاد یک حالت که منجر به اختلال کنترل تکانه می شود را فراهم می کند (میلر، ۲۰۱۰). بر همین اساس می‌توان گفت که رژیم درمانی همراه با ورزش احتمالا نتواند بر زمینه‌های آسیب‌پذیری روان‌شناختی و هیجان‌های برانگیزاننده تکانه‌های خوردن در افراد چاق اثرگذار باشد.

همچنین نتایج بدست آمده نشان داد که رژیم درمانی همراه با ورزش در تلفیق با گروه درمانی متمرکز بر هیجان بر عدم برنامه‌ریزی و عدم کنترل تکانه‌های شناختی اثربخشی معناداری دارد ولی بر مولفه حرکتی کنترل تکانه اثربخشی معناداری ندارد. این یافته با نتایج بدست آمده از پژوهش‌های اسمری برده‌زرد و همکاران (۱۴۰۰)، جاویدنیا و همکاران (۱۴۰۰)، اسمری برده زرد و همکاران (۱۳۹۶)، گلیسنتی و همکاران (۲۰۲۱)، اوسورو و همکاران (۲۰۲۲)، اوسورو و همکاران (۲۰۲۱) و ونوک و همکاران (۲۰۱۵) همسو بود. یک تبیین اساسی برای نتایج بدست آمده می‌تواند این باشد که مکانیسم احتمالی عدم کنترل تکانه اختلال در مدارهای بین آمیگدال و قشر پیش پیشانی است که منجر به بیش فعالی آمیگدال و کاهش مهار جلوی پیشانی می‌شود و کانشگری احتمالاً در نتیجه برانگیختگی مداوم (از آمیگدال) رخ می‌دهد (کالیسکی، ۲۰۲۰). در همین رابطه درمان متمرکز بر هیجان در تلاش است تا فرآیند پردازش هیجانی به صورت

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-12]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.8.10.8]

خودکار را در قشر آمیگدال کاهش داده و به جای آن با استفاده از تکنیک‌های تجربی پردازش هیجانی را در لحظه حال بازآفرینی کند و فرآیند هشیار و آگاهانه پردازش هیجانی را که در بخش نئو کورتکس مغز صورت می‌گیرد را افزایش دهد (چلیک و آیدوگدو، ۲۰۱۸). به عبارتی دیگر مداخله متمرکز بر هیجان ارائه شده با استفاده از آگاهی‌بخشی هیجانی و تلاش برای تجربه احساس‌ها که با استفاده همدلی و تصدیق هیجان‌ها در جلسات تسهیل می‌شد، در تلاش بود که فرآیند تحت کنترل و آگاهانه پردازش هیجانی، جایگزین فرآیندهای خودکار پاسخگویی به پیام‌های هیجانی گردد که معمولا در آمیگدال صورت می‌گرفت. در چنین شرایطی می‌توان احتمال داد که افراد چاق مبتلا به اختلال پرخوری با کنترل و آگاهی بیشتر بر پیام‌های هیجانی خود، توانایی بیشتری برای اقدام‌های برنامه‌ریزی شده داشته باشند و از لحاظ شناختی کمتر دیگر افکار خودکار و تکانه‌ای گردند. نظریه حالت احساس بر این دیدگاه است که تجربه هیجان‌ها و احساس‌های مثبت و منفی پیشایند اختلال‌های کنترل تکانه است (میلر، ۲۰۱۰). بنابراین اصلاح و ترمیم هیجان و تبدیل هیجان‌های ناسازگار به هیجان‌های سازگار احتمالا مکانیزم اساسی برای اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان برای بهبود کنترل تکانه در شناخت و برنامه‌ریزی باشد. طبق نظریه‌های روان‌پویشی نیز رفتارهای تکانشی ممکن است به عنوان پیامد روابط بد آبژه تلقی شوند. تصور می‌شود که این حالت درونی بسیار ناراحت‌کننده توانایی نوزاد را برای ادغام ویژگی‌های خوب (یعنی پرورش دهنده، تسکین‌دهنده) و بد (یعنی ناراحت‌کننده، ناامیدکننده) آبژه درونی خنثی می‌کند. افراد در رفتارهای تکانشی ممکن است به دنبال یک «تنظیم‌کننده خارجی» (مانند پرخوری) برای تقلید از ویژگی‌های تسکین‌دهنده آبژه خوب باشند (فردریش و همکاران، ۲۰۱۹). در جلسات مداخله متمرکز بر هیجان تلاش می‌شود که به روابط قبلی و دوران کودکی در قالب موضوعات دلبستگی دسترسی پیدا شود. به عبارتی با تجربه و بازآفرینی هیجان‌های آسیب‌پذیر ناشی از تجارب کودکی با استفاده از تکنیک‌های تجربی مانند گفتگوی دوصندلی تلاش می‌شود، عمل تکانه‌ای این هیجان‌ها ترمیم و با رسیدن به هیجان‌های سازگار متعاقبا برنامه‌ها و شناخت‌های افراد سازگار و هدفمند گردد.

در نهایت نتایج بدست آمده نشان داد که رژیم درمانی همراه با ورزش در تلفیق با گروه درمانی متمرکز بر هیجان بر عدم برنامه‌ریزی و عدم کنترل تکانه‌های شناختی اثربخش بوده اما رژیم درمانی همراه با ورزش اثربخشی نشان نداد. این یافته با نتایج بدست آمده از پژوهش‌های اسمری برده‌زرد و همکاران (۱۴۰۰)، جاویدنیا و همکاران (۱۴۰۰)، اسمری برده زرد و همکاران (۱۳۹۶)، گلیسنتی و همکاران (۲۰۲۱)، اوسورو و همکاران (۲۰۲۲)، اوسورو و همکاران (۲۰۲۱)، چاترتون و همکاران (۲۰۱۸) و دشت‌بزرگی و همکاران (۱۳۹۴) همسو بود. در تبیین یافته بدست آمده باید گفت که تاریخچه روانشناختی یک فرد تأثیر مهمی در شکل گیری اختلال کنترل تکانه دارد. به عبارت دیگر، زمینه روانشناختی یک فرد دلیل و انرژی لازم را برای ایجاد یک حالت که منجر به اختلال کنترل تکانه می شود را فراهم می کند (میلر، ۲۰۱۰). علاوه بر این مشکلات در درک هیجان‌ها، مدیریت هیجان‌ها و کنترل تکانه‌های هیجانی در برخی از اختلال‌های کنترل تکانه مشاهده شده است (فوکس و همکاران، ۲۰۰۷). بر همین اساس می‌توان این استدلال را مطرح کرد که بهبود کنترل تکانه‌ها از طریق رژیم درمانی و ورزش در افراد چاق مبتلا به پرخوری چندان مقدور نبوده و در مقابل اضافه کردن درمان متمرکز بر هیجان با بهبود تجربه، پردازش و پذیرش هیجان‌ها منجر به افزایش درک و مدیریت هیجان‌ها شده است و از شدت تکانه‌های ناشی از هیجان‌ها کاسته است. علاوه بر این یافته‌های عصب‌شناختی نشان داده است که فعالیت‌های بازداری پاسخ و پردازش محرک هیجانی نامطلوب و تعامل بین هیجان‌های منفی بالا و بازداری رفتاری کم در تکانشگری وجود دارد (وان زوتفن و همکاران، ۲۰۲۰). بر همین اساس می‌توان گفت که توجه به پردازش هیجان‌های نامطلوب و و تبدیل آنها از ناسازگار به سازگار باعث ضعیف کردن تعامل تعامل بین هیجان‌های منفی با عدم بازداری رفتاری و شتاختی منجر به تکانشگری در افراد چاق با اختلال پرخوری شده است. این در حالی است که برنامه‌های رژیم درمانی و همراه ورزش فاقد اهمیت داد به مولفه‌های روانی و هیجانی در اختلال پرخوری و چاقی است و بیشتر متمرکز بر تغییر وزن است.

در مجموع نتایج بدست آمده نشان داد که برخلاف رژیم درمانی همراه با ورزش که اثربخشی معناداری را نشان نداد، اما رژیم درمانی همراه با ورزش در تلفیق با گروه درمانی متمرکز بر هیجان نتایج اثربخشی معناداری بر دو مولفه کنترل تکانه (عدم برنامه‌ریزی و شناختی) را نشان داد. بر همین اساس می‌توان گفت که تلفیق برنامه‌های رژیم درمانی و ورزش با درمان متمرکز بر هیجان احتمالا بتواند نتایج اثربخش‌تری در مراکز و کلنیک‌های درمان چاقی و اختلال پرخوری نشان دهد. با این حال نباید از محدودیت‌های پژوهش غافل شد. روش نمونه‌گیری پژوهش حاضر به صورت دردسترس بود، بنابراین محدودیت عمده پژوهش حاضر عدم نمونه‌گیری تصادفی و در نتیجه کاهش تعمیم‌پذیری نتایج بود. علاوه بر این باید توجه کرد که شرکت‌کنندگان در پژوهش حاضر فقط محدود به زنان بود. بر همین اساس پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌های آتی مشابه با مشارکت مردان نیز صورت بگیرد. همچنین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی درمان‌های دیگر با

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-12]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.8.10.8]

رژیم درمانی همراه با ورزش در تلفیق با گروه درمانی متمرکز بر هیجان در افراد چاق با اختلال پرخوری مورد مقایسه قرار گیرد، تا اولویت و کارایی بیشتر آن در مقایسه با دیگر درمان‌ها نیز مورد بررسی قرار گیرد.

منابع

اسمری برده زرد، ی؛ محمدامین زاده، د. و متولی، م. (۱۳۹۶). *اثر درمان متمرکز بر هیجان بر دشواری تنظیم هیجان و دوره های پرخوری در زنان مبتلابه اختلال پرخوری*. ششمین کنگره انجمن روانشناسی ایران؛ تهران

ایران‌دوست، خ؛ طاهری، م. و ثقه‌الاسلامی، ع. (۱۳۹۴). مقایسه تاثیر ورزش درمانی و رژیم غذایی با رویکرد کاهش وزن بر سطح افسردگی زنان سالمند با افسردگی شدید. *مجله سالمندی ایران*، ۱۰(۱)، ۴۸-۵۳. http://salmandj.uswr.ac.ir/article-1-773-fa.html

جاوید، م؛ محمدی، ن، و رحیمی، چ. (۱۳۹۱). ویژگی های روانسنجی نسخه فارسی یازدهمین ویرایش مقیاس تکانشگری بارت. *روشها و مدلهای روان شناختی*، ۲(۸)، ۲۱-۳۲. 20.1001.1.22285516.1391.2.8.2.1

جاویدنیا، س؛ مجتبایی، م. و بشردوست، س. (۱۴۰۰). مقایسه تاثیر درمان متمرکز بر هیجان و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تنظیم هیجان زنان مبتلا به اختلال سوگ ناشی از کووید – ۱۹. *روان پرستاری*، ۹ (۶)، ۱-۱۳. http://ijpn.ir/article-1-1901-fa.html

زارع احمد آبادی، م. و پونده نژادان، ع. (۱۳۹۱). مقایسه اثربخشی سه شیوه رژیم درمانی، رژیم درمانی به همراه ورزش و رژیم درمانی به همراه رفتاردرمانی شناختی بر روی کاهش وزن و بهبود رضایت از زندگی کارکنان مرد چاق و دارای اضافه وزن شرکت ملی حفاری ایران. *فرهنگ مشاوره و روان درمانی*، ۳(۱۲)، ۹۳-۱۲۳. https://doi.org/10.22054/qccpc.2013.5910

صدیقیان، س؛ حکیم جوادی، م؛ رضائی، س. و زبردست، عذرا. (۱۳۹۹). تأثیر برنامه تمرین ورزش هوازی بر سلامت روان و نگرانی تصویر بدنی زنان دارای انگ چاقی. *فصلنامه علمی- پژوهشی روانشناسی سلامت*، ۹ (۳۴)، ۱۳۷-۱۵۴. 20.1001.1.23221283.1399.9.34.8.7 .

کهتری هرزنق، ل؛ پورشریفی، ح. و حشمتی، ر. (۱۳۹۸). تمایزگذاری افراد چاق مبتلا و غیرمبتلا به اختلال پرخوری بر اساس تکانشگری و اجتناب تجربه‌ای: یک مطالعه همبستگی. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۲۵(۱)، ۸۴-۹۵. 10.32598/ijpcp.25.1.84

Agüera, Z., Lozano-Madrid, M., Mallorquí-Bagué, N., Jiménez-Murcia, S., Menchón, J. M., & Fernández-Aranda, F. (2021). A review of binge eating disorder and obesity. *neuropsychiatrie*, *35*(2), 57-67. https://doi.org/10.1016/j.metabol.2018.09.005

Aucoin, M., LaChance, L., Naidoo, U., Remy, D., Shekdar, T., Sayar, N., ... & Cooley, K. (2021). Diet and Anxiety: A Scoping Review. Nutrients 2021, 13, 4418. *The Role of Nutrition in ADHD, Psychiatric, and Mental Disorders Treatment*, 83. https://doi.org/10.3390/ nu1312441.

Bellicha, A., Ciangura, C., Poitou, C., Portero, P., & Oppert, J. M. (2018). Effectiveness of exercise training after bariatric surgery—a systematic literature review and meta-analysis. *Obesity Reviews*, *19*(11), 1544-1556. https://doi.org/10.1022/a0013341

Boswell, R. G., & Grilo, C. M. (2021). General impulsivity in binge-eating disorder. *CNS spectrums*, *26*(5), 538-544. https://doi.org/10.1017/S1092852920001674

Brown, T., Moore, T. H., Hooper, L., Gao, Y., Zayegh, A., Ijaz, S., ... & Summerbell, C. D. (2019). Interventions for preventing obesity in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 15(7), 14-29. https://doi.org/10.1002/14651858.CD001871.pub3

Calcaterra, V., & Zuccotti, G. (2022). Prevention and Treatment of Cardiometabolic Diseases in Children with Overweight and Obesity: The Future of Healthcare. *Children*, *9*(2), 176. https://doi.org/10.3390/children9020176

Chatterton, M. L., Mihalopoulos, C., O'Neil, A., Itsiopoulos, C., Opie, R., Castle, D., ... & Jacka, F. (2018). Economic evaluation of a dietary intervention for adults with major depression (the "SMILES" trial). *BMC Public Health*, *18*(1), 1-11. https://doi.org/10.1186/s12889-018-5504-8.

Chooi, Y. C., Ding, C., & Magkos, F. (2019). The epidemiology of obesity. *Metabolism*, *92*, 6-10. 10.1007/s40211-020-00346-w

Clark, J. E. (2015). Diet, exercise or diet with exercise: comparing the effectiveness of treatment options for weight-loss and changes in fitness for adults (18–65 years old) who are overfat, or obese; systematic review and meta-analysis. *Journal of Diabetes & Metabolic Disorders*, *14*(1), 1-28. https://doi.org/10.1186/s40200-015-0154-1.

Cooper, A. R., Loeb, K. L., & McGlinchey, E. L. (2020). Sleep and eating disorders: current research and future directions. *Current Opinion in Psychology*, *34*, 89-94. https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2019.11.005

Cossu, G., Rinaldi, R., & Colosimo, C. (2018). The rise and fall of impulse control behavior disorders. *Parkinsonism & related disorders*, *46*, S24-S29. https://doi.org/10.1016/j.parkreldis.2017.07.030

Cyders, M. A., & Smith, G. T. (2008). Emotion-based dispositions to rash action: positive and negative urgency. *Psychological bulletin*, *134*(6), 807. https://doi.org/10.1037/a0013341

Fox, H. C., Axelrod, S. R., Paliwal, P., Sleeper, J., & Sinha, R. (2007). Difficulties in emotion regulation and impulse control during cocaine abstinence. *Drug and alcohol dependence*, *89*(2-3), 298-301. https://doi.org/10.2007/a00012592

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-12]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.8.10.8]

Friederich, H. C., Wild, B., Zipfel, S., Schauenburg, H., & Herzog, W. (2019). *Anorexia nervosa-focal psychodynamic psychotherapy: theoretical basis and user manual*. Hogrefe Publishing.

Glisenti, K., Strodl, E., King, R., & Greenberg, L. (2021). The feasibility of emotion-focused therapy for binge-eating disorder: a pilot randomised wait-list control trial. *Journal of Eating Disorders*, *9*(1), 1-15. https://doi.org/10.1016/j.enfcle.2017.06.004

Goldman, R. N. (2019). History and overview of emotion-focused therapy. In L. S. Greenberg & R. N. Goldman (Eds.), *Clinical handbook of emotion-focused therapy* (pp. 3–35). American Psychological Association

Greenberg L. S. (2015). *Emotion-focused therapy: coaching clients to work through their feelings*, *2nd ed*. American Psychological Association.

Greenberg, L. S., & Goldman, R. N. (2019). *Clinical handbook of emotion-focused therapy* (pp. xiv-534). American Psychological Association.

Hepworth, R., Mogg, K., Brignell, C., & Bradley, B. P. (2010). Negative mood increases selective attention to food cues and subjective appetite. *Appetite*, *54*(1), 134-142. https://doi.org/10.1016/j.metabol.2010.54.005

Kaliski, S. Z. (2020). Impulse control, impulsivity, and violence: clinical implications. *Psychiatric Times*, *32*. https://doi.org/10.2020/amp0000592

Kris-Etherton, P. M., Petersen, K. S., Hibbeln, J. R., Hurley, D., Kolick, V., Peoples, S., ... & Woodward-Lopez, G. (2021). Nutrition and behavioral health disorders: depression and anxiety. *Nutrition reviews*, *79*(3), 247-260. https://doi.org/10.1093/nutrit/nuaa025

Lee, C. H., & Giuliani, F. (2019). The role of inflammation in depression and fatigue. *Frontiers in immunology*, *10*, 1696. 10.3389/fimmu.2019.01696.

Maloney, E. M., Djamshidian, A., & O'Sullivan, S. S. (2017). Phenomenology and epidemiology of impulsive-compulsive behaviours in Parkinson's disease, atypical Parkinsonian disorders and non-Parkinsonian populations. *Journal of the neurological sciences*, *374*, 47-52. https://doi.org/10.1016/j.jns.2016.12.058

Miller, R. (2010). The feeling-state theory of impulse-control disorders and the impulse-control disorder protocol. *Traumatology*, *16*(3), 2-10. https://doi.org/10.1177/1534765610365912

Monnier, L., Schlienger, J. L., Colette, C., & Bonnet, F. (2021). The obesity treatment dilemma: Why dieting is both the answer and the problem? A mechanistic overview. *Diabetes & Metabolism*, *47*(3), 101192. https://doi.org/10.1016/j.diabet.2020.09.002

Osoro, A., Villalobos, D., & Tamayo, J. A. (2021). Efficacy of emotion-focused therapy in the treatment of eating disorders: A systematic review. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 4(12), 22-34. https://doi.org/10.1002/cpp.2212

Osoro, A., Villalobos, D., & Tamayo, J. A. (2022). Efficacy of emotion-focused therapy in the treatment of eating disorders: A systematic review. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *29*(3), 815-836. https://doi.org/10.1002/cpp.2690

Petridou, A., Siopi, A., & Mougios, V. (2019). Exercise in the management of obesity. *Metabolism*, *92*, 163-169. https://doi.org/10.1016/j.metabol.2018.10.009

Puente, J. M. G., & Martínez-Marcos, M. (2018). Overweight and obesity: effectiveness of interventions in adults. *Enfermería Clínica (English Edition)*, *28*(1), 65-74. https://doi.org/10.1111/obr.12740

Rose, M. H., Nadler, E. P., & Mackey, E. R. (2018). Impulse control in negative mood states, emotional eating, and food addiction are associated with lower quality of life in adolescents with severe obesity. *Journal of pediatric psychology*, *43*(4), 443-451. https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsx127

Tanofsky-Kraff, M., Schvey, N. A., & Grilo, C. M. (2020). A developmental framework of binge-eating disorder based on pediatric loss of control eating. *American Psychologist*, *75*(2), 189. https://doi.org/10.1037/amp0000592

van Zutphen, L., Siep, N., Jacob, G. A., Domes, G., Sprenger, A., Willenborg, B., ... & Arntz, A. (2020). Impulse control under emotion processing: an fMRI investigation in borderline personality disorder compared to non-patients and cluster-C personality disorder patients. *Brain imaging and behavior*, *14*(6), 2107-2121. https://doi.org/10.1007/s11682-019-00161-0.

Weintraub, D., David, A. S., Evans, A. H., Grant, J. E., & Stacy, M. (2015). Clinical spectrum of impulse control disorders in Parkinson's disease. *Movement Disorders*, *30*(2), 121-127. https://doi.org/10.1002/mds.26016

Wnuk, S. M., Greenberg, L., & Dolhanty, J. (2015). Emotion-focused group therapy for women with symptoms of bulimia nervosa. *Eating disorders*, *23*(3), 253-261. https://doi.org/10.1080/10640266.2014.964612

Wolfenden, L., Barnes, C., Jones, J., Finch, M., Wyse, R. J., Kingsland, M., ... & Yoong, S. L. (2020). Strategies to improve the implementation of healthy eating, physical activity and obesity prevention policies, practices or programmes within childcare services. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12(2),54-69. https://doi.org/10.1002/14651858.CD011779.pub3

Yaghoubi, R., Bayazi, M. H., Babaei, M., & Asadi, J. (2020). The Effectiveness of Emotion-Focused Therapy Group on Difficulties in Emotion Regulation and Health Promoting Lifestyle in Obese Women. *International Journal of Health Studies*, *6*(2), 22-31. http://dx.doi.org/10.22100/ijhs.v6i2.737.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-12]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.8.10.8]