

## 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 پر خوری

### 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

**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](mailto: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.

**میر جواد چهرآغی**

دانشجوی دکتری روان شناسی سلامت، مرکز تحقیقات مراقبتهای بالینی و ارتقاء سلامت، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

**فاطمه محمدی شیر محله** (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.

## 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.

## 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 پر خوری بود. روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری پژوهش شامل افراد چاق مبتلا به پر خوری 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 در دسترس انتخاب شدند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه تکانشگری (BIQ) بارت (۱۹۹۵) بود. گروه گواه مداخله ای دریافت نکرد اما هر دو گروه آزمایش پژوهش مداخله رژیم درمانی همراه با ورزش را در طول ۱۲ جلسه دریافت کردند و یکی از گروه های آزمایش ۱۰ جلسه تقریباً ۲ ساعته درمان متمرکز بر هیجان را نیز دریافت کرد. برای تحلیل داده ها از تحلیل واریانس آمیخته استفاده شد. نتایج نشان داد که تفاوت میانگین پیش آزمون با پس آزمون و پیگیری گروه رژیم درمانی همراه با ورزش در تلفیق با گروه درمانی متمرکز بر هیجان در کنترل تکانه (دو مولفه شناختی و عدم برنامه ریزی) معنادار است ( $P < 0.05$ ). ولی تفاوت پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری گروه رژیم درمانی همراه با ورزش در مولفه های کنترل تکانه معنادار نبود ( $P > 0.05$ ). نتایج نشان داد که گروه درمانی متمرکز بر هیجان، احتمالاً درمان کارآمدتری در مقایسه با رژیم درمانی همراه با ورزش برای درمان کنترل تکانه در افراد مبتلا به چاقی با اختلال پر خوری است.

**واژه های کلیدی:** اختلال پر خوری، چاقی، رژیم درمانی، درمان متمرکز بر هیجان، کنترل تکانه، ورزش.

## 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<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۹). چاقی و اختلال پرخوری<sup>۲</sup> به شدت با یکدیگر همبستگی دارند و نرخ همبودی آنها نیز بالا است (آگورا<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۲۱). طبق تعریف انجمن روان‌پزشکی آمریکا<sup>۴</sup> (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<sup>۵</sup> 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 می‌شود. 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<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۱۵؛ مالونی<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۱۷؛ گوسا<sup>۸</sup> 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<sup>۹</sup>، ۲۰۰۸). فوریت منفی باعث افزایش سوگیری توجه به نشانه‌های غذایی و افزایش احساس گرسنگی در هنگام تجربه خلق منفی می‌شود (هپورث<sup>۱۰</sup> 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<sup>۱۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۸). علاوه بر این اختلال در کنترل تکانه افراد مبتلا به پرخوری را مستعد تجربه اختلال‌های روانی دیگر می‌کند (بوسول و گریلو<sup>۱۲</sup>، 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 (کهرتری 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 جمله 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<sup>۱۳</sup>، ۲۰۱۵). رژیم‌های 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 می‌شود (مونیر<sup>۱۴</sup> 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<sup>۱۵</sup> 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<sup>۱۶</sup> 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

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<sup>۱</sup>، ۲۰۱۸). درمان متمرکز بر هیجان<sup>۲</sup> که از سنت انسان‌گرایانه بیرون آمده، تا حدودی اثربخشی آن برای اختلالات خوردن نشان داده شده است (گلیسنتی<sup>۳</sup> 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 ریشه‌های اولیه آن در درمان‌های انسان‌گرایانه، گشتالت و وجودی و نیز نظریه سیستم‌های 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 می‌توانند و اغلب زودتر و سریعتر از شناخت‌ها 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، نگرانی‌های مربوط به خوردن و شکل بدن و همچنین دشواری تنظیم هیجان را کاهش می‌دهد (گلیسنتی و همکاران، ۲۰۱۸؛ اوسورو و همکاران، ۲۰۲۱). اخیراً 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 اگر چه 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 نگران‌کننده‌ای 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 پیش‌آزمون - پس‌آزمون 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 (کوتن 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

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 پر خوری  
Comparing the effectiveness of therapeutic diet combined with exercise and its combined effect with the group emotion ...

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 الکلی (طبق اظهار نظر شرکت کنندگان در پژوهش و بررسی پرونده پزشکی آنها در کلینیک چاقی بیمارستان سینا)، دریافت تشخیص اختلال پر خوری بر اساس پرونده پزشکی موجود در کلینیک چاقی بیمارستان سینا، عدم دریافت اختلال روان‌شناختی و جسمی به غیر از اختلال پر خوری 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 شرکت کنندگان، همچنین امکان دریافت هر یک از مداخله‌ها برای گروه کنترل به صورت رایگان دیگر ملاحظه 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):**<sup>۱</sup> 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 همبستگی میان نمره کل و خرده مقیاس‌های پرسشنامه بین ۰/۴۷ تا ۰/۸۰ ( $P = 0/01$ ) 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 تقریباً 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 برگزار خواهد 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 واکنش‌های فیزیکی (تجربیات بدنی) در برابر هیجان‌ها بدون مهار و قطع آنها کار خواهد شد.                                                                                                                                       |
| چهارم | کشف نشانگرها و تشخیص احساسات        | مرور جلسه قبل. پرداختن به شاخص‌های مختلف در سطوح مختلف فرآیند پردازش هیجانی مراجعان. درمانگر با مجموعه متنوعی از شاخص‌ها در سطوح مختلف کار می‌کند. شاخص‌های اولیه شامل شاخص‌های 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                                                                                                                                                                                                                   |

|                      |                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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 وقفه ها و موانع بیان هیجان ها، فرآیندهای اجتناب و حذف شکستن فعالیت های دو صندلی. آزمودنی ها فرآیندهای شکستن را به عنوان دراماتیک انجام می دهند تا خود را عاملان شکستن فرآیندها تجربه کنند.                                                                                                                                                                                                       |
| هشتم                 | دسترسی به طرح هیجانی ناسازگار                                                                                                                                                                           | مرور جلسه قبل. دسترسی به طرح های هیجانی ناسازگار از طریق برانگیختن هیجان های متوقف شده، روی نشانگرهای هیجانی و مسئولیت های الزام آور کار می شود و به نیازهای مراجع دسترسی پیدا خواهد شد. هدف از این جلسه تغییر هیجان ها، دستیابی به هیجان های 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 پاسخ ها و تنظیم هیجانی جدید برای تغییر شکل طرح ناسازگار مرکزی از طریق بهبود تفکر برای معنا بخشیدن به تجربه، اعتبار بخشیدن به هیجان های جدید و حفاظت از حس ایجاد شده نسبت به خود شخص. آماده سازی گروه برای پایان دادن به جلسات. پس از تغییر در فرآیند هیجانی، هیجان ها سازماندهی خواهد شد. فعالیتی هایی را ارائه می شود که می تواند تغییرات را تقویت کند. به جای پرخوری، بر بیان هیجان ها تاکید خواهد شد. |
| دهم                  | تثبیت هیجان های سازگار و اتمام کار گروه                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

مداخله متمرکز بر هیجان شامل ۱۰ جلسه تقریباً ۲ ساعته است که برای یکی از گروه های 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 کلینیک چاقی در بیمارستان سینا ارائه شد دریافت کردند. در این مداخله میزان کالری مورد نیاز 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 پیاده روی با شدت متوسط در نظر گرفته شد. قبل و بعد از مطالعه وزن کشی و تعیین شاخص توده بدنی انجام شد.

## یافته ها

بررسی ویژگی های جمعیت شناختی گروه های پژوهش نشان داد که سطح تحصیلات دیپلم و فوق دیپلم، کارشناسی و کارشناسی ارشد برای گروه هیجان مدار به ترتیب ۴ (۲۳/۵ درصد)، ۹ (۵۳ درصد) و ۴ (۲۳/۵ درصد)، 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 درصد) نفر است. همچنین تعداد افراد متاهل و مجرد شرکت کننده در گروه هیجان مدار 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 گروه های هیجان مدار، گروه رژیم درمانی و ورزش و گروه کنترل به ترتیب  $42/35 \pm 4/83$ ،  $38/58 \pm 5/85$  و  $38/76 \pm 5/35$  بود. در جدول ۲ شاخص های توصیفی خرده مقیاس های کنترل تکانه به تفکیک گروه های پژوهش ارائه شده است.

جدول ۲: شاخص های توصیفی کنترل تکانه در گروه های پژوهش

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

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 ...

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

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 داد که پیش‌فرض نرمال بودن داده‌ها در متغیر پژوهش در هر سه گروه و در هر سه مرحله آزمون رعایت شده است ( $P>0/05$ ). همچنین نتایج آزمون لوین نیز نشان می‌دهد پیش‌فرض همگنی واریانس متغیر پژوهش بین گروه‌ها در سه مرحله آزمون نیز رعایت شده است ( $P>0/05$ ). علاوه بر این 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 کروییت موچلی در سطح معناداری قرار داشت ( $P<0/05$ ). بنابراین به جای کروییت موچلی از تصحیح گرین هاوس - گیسر<sup>۱</sup> 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    | ۰/۳۰       | 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 برنامه‌ریزی و شناختی متغیر کنترل تکانه معنادار است ( $P<0/05$ )، ولی برای مولفه حرکتی معنادار نیست ( $P>0/05$ ). برای بررسی نقاط تفاوت در مولفه‌های عدم برنامه‌ریزی 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 تفاوت‌های بین گروهی و مراحل آزمون مولفه‌های عدم برنامه‌ریزی 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 ورزش | -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   |

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

نتایج بدست آمده از جدول ۴ نشان می‌دهد که گروه تلفیق درمان هیجان مدار با رژیم و ورزش در مقایسه با گروه رژیم درمانی همراه با ورزش و گروه کنترل به صورت معناداری میانگین کمتری در مولفه عدم برنامه ریزی و شناختی متغیر کنترل تکانه دارد ( $P<0/05$ ). همچنین نتایج نشان می‌دهد که گروه رژیم درمانی همراه با ورزش در مقایسه با گروه کنترل تفاوت معناداری را نشان نمی‌دهد ( $P>0/05$ ). همچنین نتایج نشان می‌دهد میانگین پیش آزمون به صورت معناداری بیشتر از پس آزمون و پیگیری است ( $P<0/05$ )، ولی بین مرحله پس آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود ندارد ( $P>0/05$ )، 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 پر خوری 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)، ولفند 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 از موفقیت 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. کاناشگری احتمالاً در نتیجه برانگیختگی مداوم (از آمیگدال) رخ می‌دهد که فوریت منفی را آغاز می‌کند (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 می‌شود را فراهم می‌کند (میلر، ۲۰۱۰). بر همین اساس می‌توان گفت که رژیم درمانی همراه با ورزش احتمالاً 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 برده‌زرد و همکاران (۱۳۹۶)، گلیسنی 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 کاناشگری 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

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 پر خوری  
Comparing the effectiveness of therapeutic diet combined with exercise and its combined effect with the group emotion ...

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 معمولاً در آمیگدال صورت می‌گرفت. در چنین شرایطی می‌توان احتمال داد که افراد چاق مبتلا به اختلال پر خوری 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 پیش‌بیند اختلال‌های کنترل تکانه است (میلر، ۲۰۱۰). بنابراین اصلاح و ترمیم هیجان و تبدیل هیجان‌های ناسازگار به هیجان‌های سازگار احتمالاً 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 آبه 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، نامیدکننده) آبه درونی خنثی می‌کند. افراد در رفتارهای تکانشی ممکن است به دنبال یک «تنظیم‌کننده خارجی» (مانند پر خوری) برای تقلید از ویژگی‌های تسکین‌دهنده آبه 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 متعاقباً 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)، گلیسنی 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 شکل‌گیری 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 می‌شود را فراهم می‌کند (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 پر خوری 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 بازدارنده پاسخ و پردازش محرک هیجانی نامطلوب و تعامل بین هیجان‌های منفی بالا و بازدارنده 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 بین هیجان‌های منفی با عدم بازدارنده رفتاری و شناختی منجر به تکانشگری در افراد چاق با اختلال پر خوری شده است. این در حالی است که برنامه‌های رژیم درمانی و همراه ورزش فاقد اهمیت داد به مولفه‌های روانی و هیجانی در اختلال پر خوری 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 احتمالاً بتواند نتایج اثربخش‌تری در مراکز و کلینیک‌های درمان چاقی و اختلال پر خوری 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

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 مبتلا به اختلال پرخوری. ششمین کنگره انجمن روانشناسی ایران؛ تهران
- ایران دوست، 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 روان‌شناختی*، ۲(۸)، ۲۱-۳۲. [20.1001.1.2285516.1391.2.8.2.1](https://doi.org/10.22855/16.1391.2.8.2.1)
- جاویدنیا، س؛ مجتبابی، 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 جواد، 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](https://doi.org/10.23221283.1399.9.34.8.7)
- کهری هرنزق، ل؛ پورشریفی، ج. 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](https://doi.org/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](https://doi.org/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>

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 ...

- 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.enfcl.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](https://doi.org/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>.