

اثربخشی درمان گروهی نظم‌جویی هیجانی و درمان شناختی- رفتاری در تنظیم هیجان افراد دارای اضافه وزن

مارال طوافی^۱، محمد حاتمی^۲، حسن احدی^۳
و سارا صرافی‌زاده^۴

با این که زمانی اضافه وزن و چاقی، از مشکلات کشورهای با درآمد بالا به شمار می‌آیند، اکنون این دو عامل در کشورهای با درآمد متوسط و پائین به خصوص در مناطق شهری رو به گسترش است. چاقی وضعیتی پزشکی است که طی آن بافت چربی بیش از حد طبیعی در بدن فرد انباشته شده و این امر می‌تواند باعث پسرقت شاخص‌های سلامتی، از جمله کاهش میانگین طول عمر و یا کاهش کیفیت شود. هدف پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی درمان گروهی نظم‌جویی هیجانی و درمان شناختی رفتاری در تنظیم هیجان افراد دارای اضافه وزن بود. برای این منظور، طی یک پژوهش نیمه آزمایشی همراه با پیش‌آزمون- پس‌آزمون و گروه گواه، ۶۰ نفر از افراد مبتلا به اضافه وزن، به صورت در دسترس از میان بیماران مراجعه‌کننده به مراکز درمانی، انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه ۲۰ نفری (دو گروه آزمایش و یک گروه گواه) گمارش شدند. آزمودنی‌ها قبل و بعد از مداخله از نظر تنظیم هیجان مورد ارزیابی قرار گرفتند. گروه‌های آزمایشی طی ۸ جلسه، درمان گروهی نظم‌جویی هیجانی و درمان شناختی- رفتاری را دریافت کردند. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره نشان داد که روش نظم‌جویی هیجان و درمان شناختی رفتاری در تنظیم هیجان افراد دارای اضافه وزن موثرند و در مان نظم‌جویی هیجان از در مان شناختی رفتاری موثرتر است. یافته‌های این پژوهش از تاثیر درمان‌هایی که بر مدیریت هیجانی تاکید می‌کنند حمایت می‌کند.

واژه‌های کلیدی: اضافه وزن، تنظیم هیجان، درمان شناختی- رفتاری و نظم‌جویی هیجانی

مقدمه

اختلال پرخوری، احتمالاً رایج‌ترین اختلال خوردن است و تخمین زده شده است که تقریباً دو درصد همه بزرگسالان در ایالت متحده از این اختلال رنج می‌برند (انجمن روان پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳).

۱. دپارتمان سلامت، واحد بین الملل کیش، دانشگاه آزاد اسلامی، جزیره کیش، ایران

۲. دپارتمان روان‌شناسی بالینی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران (نویسنده مسوول) hatami513@gmail.com

۳. دپارتمان روان‌شناسی، واحد بین الملل کیش، دانشگاه آزاد اسلامی، جزیره کیش، ایران

۴. دپارتمان علوم تغذیه، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

اگرچه اختلال پرخوری به افراد چاق محدود نمی‌شود، این اختلال تشخیصی رایج در این گروه است، خصوصا در میان مراجعانی که به دنبال درمان برای مشکل چاقی خود هستند (مایکل، ۲۰۰۸). بیش از ۳۰ درصد افرادی که چاق هستند و آن‌هایی که تلاش می‌کنند وزن کم کنند، ممکن است از این اختلال رنج ببرند (کلات، ۲۰۰۸).

تحقیقات نشان می‌دهد که نیمی از افراد مبتلا به پرخوری چاق هستند و چاقی که با اختلال پرخوری و اعتیاد به غذا همراه است، امروزه در جهان بسیار شایع بوده و میلیون‌ها نفر از آن رنج می‌برند، بیماری‌های زیادی متأثر از چاقی است و نتیجه اینکه تلاش‌های زیادی برای کاهش وزن افراد صورت می‌گیرد، اما درمان‌های اخیر پزشکی برای این بیماری در درازمدت بی‌تاثیر و ناپایدار است (گینسبرگ، ۲۰۰۷). مشخص کردن علت پرخوری مشکل است و به نظر می‌رسد که درمان این اختلال باید مسایل جسمانی، مشکلات رفتاری و مسایل روان‌شناختی را همزمان مدنظر قرار دهد (برانل، ۲۰۰۵). یکی از دیدگاه‌های رایج در این زمینه این است که اضطراب، استرس و افسردگی و مشکلات هیجانی می‌تواند در بروز مشکلات خوردن موثر باشد (ریچ و همکاران، ۲۰۰۵؛ به نقل از اطهری، ۲۰۱۲). همچنین افسردگی، بیماری‌های روان‌شناختی و حتی تغییرات کوچک در خلق و خوی روزانه می‌تواند علاوه بر سایر جنبه‌های اجتماعی و سلامتی، روی تغذیه افراد تاثیر بگذارد. بسیاری از افراد در مواجهه با مشکلات عصبی در شرایط استرس‌زا دچار کم‌خوری و پرخوری شده و شاهد افزایش و کاهش چشمگیر وزن در مدت کوتاهی خواهند بود. همچنین بیماری‌هایی چون پرخوری و کم‌خوری عصبی نیز ریشه در اختلال‌های رفتاری و روان‌شناختی دارند. افراد چاق دچار سایکوپاتولوژی وسیع و آن‌هایی که در جریان یک بحران زندگی قرار دارند، اگر هم اقدام به کاهش وزن می‌کنند باید با مراقبت و سرپرستی دقیق باشد (کاپلان و سادوک، ۲۰۱۸).

امروزه برای درمان پرخوری و چاقی سه گزینه متداول وجود دارد که شامل درمان جراحی، دارودرمانی و تغییر سبک زندگی است. پژوهش‌های گوناگون (پای سانیر و همکاران ۲۰۰۴) در مورد اثربخشی این شیوه‌ها انجام شده است دستاوردهای جدی این روش‌ها را سوال برانگیز می‌دانند. مدل‌های شناختی پیشنهاد می‌کنند که دو الگوی قابل توجه در بیماران دارای اختلال خوردن (اجتناب و فرایندهای جبرانی) ممکن است به حفظ رفتارهای مربوط به پرخوری روانی کمک کند. در این مدل نقش تجارب زود هنگام منفی و آسیب‌زا گنجانده شده است که شامل تجارب منفی زود هنگام در خانواده است که فرض شده گسترش باورهای درونی ناسالم را تقویت می‌کند. ویلسون (۲۰۰۲) پیشنهاد می‌کند درمان شناختی- رفتاری برای بیماران پراشتهای روانی امیدوار کننده است. همچنین این

رویکرد تغییرات قابل توجه در رفتار خوردن، پاکسازی و نگرش های غیرطبیعی در مورد شکل بدن و وزن نشان داده است و نسبت به سایر درمان ها موثرتر است، اما در درازمدت نیاز به پیگیری دارد (فلیو، ۲۰۱۰).

رویکرد تنظیم هیجان نیز به واسطه تاکید بر هیجانات، نگاه مهمی بر تاثیر هیجان در افزایش نظم دنبال می کند. در واقع مدیریت هیجانات به منزله فرآیندهای درونی و بیرونی است که مسوولیت کنترل، ارزیابی و تغییر واکنش های عاطفی فرد را در مسیر تحقق یافتن اهداف او بر عهده دارد و هرگونه اشکال و نقص در تنظیم هیجانات می تواند فرد را در برابر اختلال های روانی چون افسردگی و اضطراب آسیب پذیر سازد بنابراین می توان گفت، نظم جویی هیجان، عاملی کلیدی و تعیین کننده در بهزیستی روانی و کارکرد اثربخش است که در سازگاری با رویدادهای تنیدگی زای زندگی نقش اساسی ایفا می کند (گرانفسکی، ۲۰۰۳). تا جایی که باید گفت بر کل کیفیت زندگی فرد اثر می گذارد که یکی از متداول ترین این روش ها استفاده از راهبردهای شناختی است (صادقی، ۲۰۱۰) راهبردهای نظم دهی شناختی هیجان فرایندهای شناختی هستند که افراد برای مدیریت اطلاعات هیجان آور و برانگیزاننده به کار می گیرند (گرانفسکی، ۲۰۰۳) و بر جنبه ی شناختی مقابله تاکید دارند (گرانفسکی، ۲۰۰۱).

چگونگی ارزیابی دستگاه شناختی فرد در هنگام روبروشدن با حادثه ی منفی از اهمیت بالایی برخوردار است، سلامت روانی افراد، ناشی از تعاملی دوطرفه میان استفاده از انواع خاصی از راهبردهای تنظیم شناختی هیجانات و ارزیابی درست از موقعیت تنش زاست (گارفنسکی، ۲۰۰۶). بنابراین، افکار و شناخت ها در توانایی مدیریت، نظم جویی و کنترل احساس ها و هیجان های بعد از تجربه یک رویداد تنیدگی زا نقش بسیار مهمی دارند (گرانفسکی، ۲۰۰۶). از طرفی ویلسون، فاریون، والش و کرامر (۲۰۰۲) درمان شناختی و رفتاری برای بیماران پراشتهای روانی امیدوار کننده است. این رویکرد تغییرات قابل توجه در رفتار خوردن، پاکسازی، و نگرش های غیرطبیعی در مورد شکل بدن و وزن نشان داده است و نسبت به سایر درمان ها موثرتر است. اما در درازمدت نیاز به پیگیری دارد. اهداف درمان شناختی و رفتاری برای اختلال در خوردن، تغییر فرایندهای شناختی و رفتاری بوده که به طور مستقیم مرتبط با این اختلال بوده است. اما علی رغم موثر بودن این درمان، هنگامی که داده های طولی برای افراد شرکت کننده در درمان مبتنی بر درمان شناختی و رفتاری نشان داده است، نرخ برگشت بالا بیماری بالا است و ماندگاری کمی دارد (فربون، کوپر و شافت، ۲۰۰۳).

بنابراین ما در این پژوهش به دنبال بررسی این تفاوت بودیم که آیا نوع درمان در تنظیم هیجان افراد مبتلا به پرخوری هیجانی موثر است؟

روش

پژوهش حاضر از لحاظ هدف کاربردی و از لحاظ روش نیمه‌آزمایشی همراه با پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه است. روش نمونه‌گیری در این پژوهش بصورت دردسترس و از طریق تشخیص‌گذاری پزشکی متخصص انجام شد. حجم نمونه در این پژوهش با استفاده از جدول کوهن بر اساس اندازه اثر ۰/۵۰ الفای ۰/۵۰ و توان آزمون ۰/۹۹ برابر ۶۰ نفر برآورد شد. آزمودنی‌ها بعد از توضیح پژوهش و اخذ رضایت کتبی به صورت تصادفی در سه گروه (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل) کاربندی شدند. آزمودنی‌ها، قبل و بعد از اتمام مداخلات با پرسشنامه تنظیم هیجان مورد ارزیابی قرار گرفتند.

پرسشنامه تنظیم هیجان که توسط گارنفسکی و کرایچ (۲۰۰۷) تنظیم شده یک ابزار خودگزارشی ۳۶ سوالی به منظور شناسایی راهبردهای شناختی مقابله‌ای افراد است. این پرسشنامه شامل ۹ خرده‌مقیاس در راهبرد نظم‌جویی شناختی هیجان است که به دو دسته سازگارانه شامل تمرکز مجدد مثبت، ارزیابی مجدد مثبت، تمرکز بر برنامه‌ریزی، پذیرش و دیدگاه‌گیری و ناسازگارانه شامل ملامت خویشتن، فاجعه‌سازی، نشخوارفکری و ملامت دیگران و نمره کل تقسیم می‌شوند. پایایی راهبردهای مثبت، منفی و کل با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب برابر با ۰/۹۱، ۰/۸۷ و ۰/۹۳ گزارش شده است (سیسلر، اولانتچی، فلدنر و فورسیس، ۲۰۱۰). اعتبار و پایایی این پرسشنامه توسط حسنی (۲۰۱۰) مورد تایید قرار گرفته است.

شیوه ی اجرا

ابتدا یک فراخوان جهت دعوت از افرادی که تمایل به شرکت در جلسات درمان گروهی نظم‌جویی هیجانی و درمان شناختی-رفتاری به منظور کاهش پرخوری در مرکز کاهش وزن و کلینیک‌های تغذیه منطقه ۱ شهر تهران انجام شد. سپس افرادی که ثبت نام کردند توسط پزشک متخصص معاینه و از نظر اهداف و فرایند پژوهش مورد توجه قرار گرفتند. جلسات درمانی نظم‌جویی هیجانی و درمان شناختی-رفتاری به مدت ۸ جلسه‌ی دو ساعته برای اعضا گروه‌های آزمایش به شرح ذیل برگزار شد و گروه گواه در لیست انتظار قرار گرفت.

جدول ۱. پروتکل اجرایی جلسات CBT

جلسه اول: اجرای پیش آزمون، توضیح تعامل فرایندهای فیزیولوژیکی، شناختی و رفتاری؛ تکالیف: نوشتن ده مورد از بدترین حوادث زندگی خود با استفاده از توالی A-B-C

جلسه دوم: آشنایی با افکار خودآیند؛ آشنایی با تعریف های شناختی و شناسایی آنها در تفکر خود؛ تکالیف: شناسایی افکار خودآیند و ثبت آنها در برگه ی A-B-C

جلسه سوم: آشنا با بنیادهای پیامدهای رفتاری، تکالیف: نوشتن پیامدهای رفتاری A-B-C های تکمیل شده و رسم پیکان عمودی برای دو مورد از آنها

جلسه چهارم: کار روی پیکان عمودی و حل مشکلات. تکالیف: مرور تکالیف جلسه ی قبل، آموزش دسته بندی باورها

جلسه پنجم: دستیابی شرکت کنندگان به تصویر واضح تری از چگونگی ارتباط و تناسب باورهای منفی با یکدیگر؛ تکالیف: تهیه ی فهرست اصلی باورها و علت دوام باورهای منفی

جلسه ششم: پذیرش این نکته که باورها تغییر پذیرند تکالیف: تحلیل عینی باورها

جلسه هفتم: درک این نکته که باورها از نظر سودمندی متفاوتند تکالیف: شناخت باورها و تصمیم گیری در مورد نگهداری یا کنار گذاشتن آنها

جلسه هشتم: دستیابی شرکت کنندگان به مفهوم باور مخالف. اجرای پس آزمون

جدول ۲. پروتکل آموزش نظم جویی فرآیندی هیجان براساس مدل تنظیم هیجانی گراس (۲۰۰۲)

جدول ۲. پروتکل آموزش نظم جویی فرآیندی هیجان براساس مدل تنظیم هیجانی گراس (۲۰۰۲)

جلسه اول: اجرای پیش آزمون و معرفی کلی آموزش نظم جویی فرآیندی هیجان، دیدگاه های درست در مورد هیجان ها، مروری بر هیجان های اولیه و ثانویه

جلسه دوم: ارائه آموزش هیجانی، شناخت هیجان و موقعیت های برانگیزاننده از طریق آموزش تفاوت عملکرد انواع هیجان ها، تکلیف: ثبت تجربه های هیجانی افراد با توجه به ابعاد چندگانه ی هیجان

جلسه سوم: ارزیابی میزان آسیب پذیری، کاوش هیجان و افزایش آگاهی از هیجان ها و کنترل هیجان ها افراطی و مهارت های هیجانی، تکلیف: تکمیل فرم آسیب پذیری هیجانی و گزارش های روزانه هیجان ها.

جلسه چهارم: ایجاد تغییر در موقعیت برانگیزاننده ی هیجان، تکلیف: انجام یک فعالیت مثبت در هر روز

جلسه پنجم: تغییر توجه، متوقف کردن نشخوار فکری و نگرانی، آموزش توجه، تکلیف: توقف نشخوار فکری و انجام مهارت های تغییر توجه در خارج از جلسه.

جلسه ششم: تغییر ارزیابی های شناختی، تکلیف: شناسایی ارزیابی های غلط و پیامدهای هیجانی آن و استفاده از راهبرد باز-ارزیابی در زندگی واقعی

جلسه هفتم: تغییر پیامدهای رفتاری و فیزیولوژیکی هیجان، تکلیف: انجام مهارت های ابراز هیجان و تعدیل پاسخ در هنگام درگیر شدن در تجربه های هیجانی

جلسه هشتم: ارزیابی مجدد و رفع موانع کاربرد، تکلیف: برنامه ریزی و اجرای مراحل اقدام

برای تحلیل داده‌ها بعد از تایید مفروضه‌ها، از تحلیل کوواریانس چندمتغیری، استفاده شد تا تاثیر آماری متغیرهای کمکی بر متغیر وابسته حذف شود. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS ویرایش ۲۱ با روش تحلیل کوواریانس چند متغیره محاسبه شده است

یافته‌ها

در جدول ۳ میانگین و انحراف استاندارد نمرات خرده مقیاس‌های تنظیم هیجان در سه گروه ارایه شده است.

جدول ۳. میانگین و انحراف استاندارد نمرات خرده مقیاسهای تنظیم هیجان در سه مرحله

مولفه‌ها		مرحله		درمان شناختی		درمان نظم جویی هیجان		گروه گواه	
				Sd	M	Sd	M	Sd	M
تمرکز دوباره مثبت	پیش	۲/۲۹	۰/۱۶	۲/۴۱	۰/۲۰	۲/۲۸	۰/۳۱		
	پس	۲/۴۷	۰/۱۸	۲/۴۴	۰/۲۰	۲/۲۳	۰/۲۴		
پیگیری	پیش	۲/۵۱	۰/۱۵	۲/۴۴	۰/۱۵	۲/۱۵	۰/۲۵		
	پس	۲/۲۶	۰/۲۸	۲/۲۱	۰/۲۰	۲/۴۰	۰/۱۹		
دیدگاه وسیعتر	پیش	۲/۴۰	۰/۲۶	۲/۳۶	۰/۲۱	۲/۲۰	۰/۳۴		
	پس	۲/۴۲	۰/۲۲	۲/۳۷	۰/۲۹	۲/۱۴	۰/۳۲		
سرزنش دیگران	پیش	۲/۱۳	۰/۲۷	۲/۰۲	۰/۲۷	۲/۱۸	۰/۳۱		
	پس	۲/۳۷	۰/۴۲	۲/۳۷	۰/۴۵	۲/۱۵	۰/۲۳		
پیگیری	پیش	۲/۵۷	۰/۳۲	۲/۲۵	۰/۴۰	۲/۱۵	۰/۴۲		
	پس	۲/۳۶	۰/۳۹	۲/۲۹	۰/۳۱	۲/۳۱	۰/۲۳		
سرزنش خود	پیش	۲/۳۶	۰/۴۱	۲/۱۴	۰/۳۵	۲/۲۹	۰/۲۸		
	پس	۲/۲۰	۰/۳۵	۲/۲۹	۰/۳۱	۲/۲۷	۰/۲۹		
پیگیری	پیش	۲/۲۴	۰/۲۴	۲/۳۷	۰/۳۹	۲/۱۶	۰/۲۴		
	پس	۲/۳۹	۰/۳۰	۲/۳۴	۰/۲۵	۲/۲۳	۰/۲۳		
پیگیری	پیش	۲/۳۵	۰/۳۲	۲/۲۳	۰/۲۸	۲/۲۳	۰/۲۳		
	پس	۲/۳۰	۰/۲۷	۲/۱۵	۰/۲۴	۲/۲۸	۰/۲۸		
فاجعه پنداری	پیش	۲/۴۸	۰/۳۶	۲/۲۸	۰/۴۱	۲/۲۷	۰/۲۹		
	پس	۲/۳۵	۰/۳۱	۲/۳۹	۰/۲۳	۲/۲۵	۰/۲۸		
پیگیری	پیش	۲/۲۰	۰/۲۵	۲/۲۲	۰/۳۹	۲/۰۷	۰/۲۹		
	پس	۲/۵۵	۰/۲۵	۲/۰۸	۰/۲۸	۲/۱۳	۰/۲۷		
پیگیری	پیش	۲/۱۵	۰/۲۵	۲/۴۸	۰/۳۱	۲/۱۰	۰/۲۸		
	پس								

همانطور که مشاهده می‌شود نمره‌های تنظیم هیجان در مولفه‌های تمرکز دوباره مثبت، دیدگاه وسیع‌تر و پذیرش افزایش و در مولفه‌های سرزنش دیگران، سرزنش خود، نشخوار فکری و فاجعه‌پنداری کاهش داشته است.

برای مقایسه گروه‌ها، نمرات آنها را در جدول ۴ با یکدیگر مقایسه کرده‌ایم. مطابق با جدول فوق در تعامل گروه تفاوت میانگین در مولفه‌های تمرکز دوباره مثبت، دیدگاه وسیع‌تر، سرزنش دیگران و پذیرش در گروه‌های مورد مطالعه در سه مرحله اندازه‌گیری lukhnhv است ($P < 0/01$) ولی تفاوت میانگین مولفه‌های میانگین سرزنش خود، نشخوار فکری، فاجعه‌پنداری در گروه‌های مورد مطالعه در سه مرحله اندازه‌گیری lukhnhv نیست ($p > 0/50$).

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس برای مقایسه نمرات

خرده مقیاس‌های تنظیم هیجان					
اندازه اثر	F	MS	df	SS	تعامل آزمون* گروه
۰/۱۶	۳/۸۹	۰/۱۲	۴	۰/۴۹	تمرکز دوباره مثبت
۰/۲۹	۸/۲۷	۰/۶۲	۲	۱/۲۴	
۰/۱۸	۴/۴۲	۰/۳۱	۳/۲	۱/۰۰	دیدگاه وسیع‌تر
۰/۰۷	۱/۵۹	۰/۱۴	۲	۰/۲۹	
۰/۱۷	۴/۱۷	۰/۳۸	۴	۱/۵۲	سرزنش دیگران
۰/۱۷	۴/۱۶	۰/۴۳	۲	۰/۸۶	
۰/۰۴	۰/۸۳	۰/۱۱	۴	۰/۴۳	سرزنش خود
۰/۰۲	۰/۳۷	۰/۰۴	۲	۰/۰۸	
۰/۰۲	۰/۷۸	۰/۰۴	۴	۰/۱۶	نشخوار فکری
۰/۱۰	۲/۳۵	۰/۲۴	۲	۰/۴۸	
۰/۰۷	۱/۴۴	۰/۱۴	۳/۳	۰/۴۷	فاجعه‌پنداری
۰/۰۶	۱/۲۹	۰/۱۸	۲	۰/۳۶	
۰/۲۹	۸/۴۳	۰/۶۳	۳/۴	۲/۱۳	پذیرش
۰/۲۳	۶/۲۲	۰/۵۴	۲	۱/۰۸	

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های این پژوهش نشان داد نمره تنظیم هیجان در خرده مقیاس‌های تمرکز دوباره مثبت، دیدگاه وسیع‌تر، سرزنش دیگران و پذیرش در گروه‌های آزمایش از پیش آزمون به پس آزمون افزایش و در

مولفه‌های سرزنش خود، نشخوار فکری و فاجعه‌پنداری در هر دو درمان کاهش یافته و در مرحله پیگیری از ثبات نسبی برخوردار است. درمان نظم بخشی گروهی در این پژوهش اثربخشی بیشتری نسبت به درمان شناختی- رفتاری در تنظیم هیجان داشته است. در تبیین این یافته می‌توان گفت استفاده از برخی راهبردهای سازگارانه تنظیم هیجان مثل ارزیابی دوباره شناختی در رویارویی با اضطراب در بسیاری از مواقع علاوه بر کاستن هیجانات منفی، می‌تواند باعث افزایش هیجانات مثبت شود (اسچاب و اسکینل ۲۰۱۷). همچنین تنظیم هیجان نقش برجسته‌ای در تحول و حفظ اختلال‌های هیجانی دارد و حیثه گسترده‌ای از هوشیار و ناهوشیار، فیزیولوژی، رفتار و فرایندهای شناختی را شامل می‌شود (بیات، ۲۰۱۴).

پژوهش‌ها نشان می‌دهد که تفاوت افراد در استفاده از سبک‌های مختلف تنظیم هیجانی موجب پیامدهای عاطفی- شناختی و اجتماعی مختلفی می‌شود که استفاده از سبک‌های ارزیابی مجدد با هیجان مثبت و عملکرد میان فردی بهتر و بهزیستی بالا ارتباط دارد (مک مانوس، ۲۰۱۲؛ کاکس، ۲۰۰۱) و همچنین سرکوبی هیجان در هنگام رویایی با یک رویداد استرس‌زا باعث پدید آمدن نشخوار فکری می‌شود (آنکا، ۲۰۱۲). اجتناب از تجربه هیجانات نیز، به طور متناقضی باعث افزایش افکار، احساسات و هیجانات منفی افراد می‌شوند (کاشدان، ۲۰۰۸).

تفاوت دو درمان نشان می‌دهد همانگونه که ویلسون، فاربون، والش و کرامر (۲۰۰۲) نشان داده بودند، هرچند درمان شناختی و رفتاری برای بیماران پراشتهای روانی امیدوار کننده است، اما در درازمدت نیاز به پیگیری دارد و نرخ برگشت بالا بیماری بالا است و ماندگاری کمی دارد (فریبون، کوپر و شافتز، ۲۰۰۳). متاآنالیز برای شناسایی روابط بین الگوهای هیجان کوتاه مدت و سلامت روان نشان می‌دهد که اندازه اثر در زمانی که هیجانات منفی هستند، قوی‌تر از هیجانات مثبت است (هوبن، فورت گیم ویم، کوپنس، ۲۰۱۵) و الگوی ساختاری روابط، بین دشواری‌های تنظیم هیجان، مشکلات روان‌شناختی، جسمانی‌سازی و شدت علائم گوارشی در اختلال‌های گوارشی عملکرد نشان می‌دهد که دشواری در تنظیم هیجانی بر اضطراب (مستقیم و به طور غیرمستقیم بر شدت علائم) و اضطراب (به عنوان واسطه) بر شدت علائم گوارشی افراد مبتلا به اختلال‌های گوارشی عمل می‌کند یعنی اضطراب نقش واسطه‌ای دارد در حالی که از نقش واسطه‌ای افسردگی حمایت نمی‌شود (مینن و همبرگ، ۲۰۰۲). با توجه به مطالعه تحقیقات پیشین کارکردهای تنظیم هیجانی می‌توان به این مساله رسید که هیجان و مکانیسم‌های تنظیمی و بازداری آن می‌تواند در حوزه اجتماعی، در حوزه اختلال‌های روانی و در بیماری‌های مزمن تاثیرگذار بوده و نهایتاً سلامت روان را تحت تاثیر قرار دهد.

می‌توان گفت، نظم‌جویی هیجان، عاملی کلیدی است که بر کل کیفیت زندگی فرد اثر می‌گذارد و راهبردهای نظم‌دهی شناختی هیجان فرایندهای شناختی هستند که افراد برای مدیریت اطلاعات هیجان آور و برانگیزاننده به کار می‌گیرند و از این بر خوردن تاثیر می‌گذارند.

References

- Edition, F. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. *Am Psychiatric Assoc.*
- Spindler, A., & Milos, G. (2007). Links between eating disorder symptom severity and psychiatric comorbidity. *Eating Behaviors, 8*(3), 364-373.
- Atahari A. (2012). *Prevalence of General and Abdominal Obesity in Elementary School Girls in Mashhad*. Unpublished MA, Ferdowsi University of Mashhad.
- Bayat, E., Rahimian Boogar, I., Talepasand, S., & Yousefi Chaigan, P. (2014). The effectiveness of family-based cognitive behavioral therapy in weight reduction among children with obesity. *Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism, 16*(4), 254-261.
- Brownell, K. D., Wadden, T. A., & Phelan, S. (2005). Obesity In B. J. sadock & V. A. Kaplan (Eds), Kaplan and sadock's comprehensive textbook of psychiatry, 8, 2124-2136.
- Delavar, A. (2013). Theoretical and practical foundations of research in humanities and social sciences. *Tehran: Roshd Publication.*
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A "transdiagnostic" theory and treatment. *Behaviour research and therapy, 41*(5), 509-528.
- Fooladvand, M. Farahani, H. Bagheri, F. (2015). *The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy in the Treatment of High School Girls with Obesity in Tehran.*, Azad University Science and Research Branch.
- Garnefski, N., Boon, S., & Kraaij, V. (2003). Relationships between cognitive strategies of adolescents and depressive symptomatology across different types of life event. *Journal of Youth and Adolescence, 32*(6), 401-408.
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual differences, 30*(8), 1311-1327.
- Garnefski, N., & Kraaij, V. (2006). Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. *Personality and Individual differences, 40*(8), 1659-1669.
- Ginsburg, S. M. (2007). *An integrative group model treatment program for binge eating disorder*. ProQuest.
- Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Sussman, N. (2018). *Manual de farmacologia psiquiátrica de Kaplan & Sadock-6*. Artmed Editora.
- Kashdan, T. B., Zvolensky, M. J., & McLeish, A. C. (2008). Anxiety sensitivity and affect regulatory strategies: Individual and interactive risk factors for anxiety-related symptoms. *Journal of anxiety disorders, 22*(3), 429-440.
- Klatt, I. M. (2008). *Treating the Obese---Binge Eating Disorder and Food Addiction: A Model Program*. ProQuest.
- McManus, F., Van Doorn, K., & Yiend, J. (2012). Examining the effects of thought records and behavioral experiments in instigating belief change. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry, 43*(1), 540-547.
- Mennin, D. S., Heimberg, R. G., Turk, C. L., & Fresco, D. M. (2002). Applying an emotion regulation framework to integrative approaches to generalized anxiety disorder. *Clinical Psychology: Science and Practice, 9*(1), 85-90.
- Mitchell, J. E., Devlin, M. J., de Zwaan, M., Peterson, C. B., & Crow, S. J. (2007). *Binge-eating disorder: Clinical foundations and treatment*. Guilford Press.
- PI-SUNYER, E. X. (2000). Weight loss and mortality in type 2 diabetes. *Diabetes care, 23*(10), 1451-1451.
- Sadeghi, K., Gharraee, B., Fata, L., & Mazhari, S. Z. (2010). Effectiveness of cognitive-behavioral therapy in treating patients with obesity. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology, 16*(2), 107-117.
- Schwab, D., & Schienle, A. (2017). Facial emotion processing in pediatric social anxiety disorder: Relevance of situational context. *Journal of anxiety disorders, 50*, 40-46.
- Tortella-Feliu, M., Balle, M., & Sesé, A. (2010). Relationships between negative affectivity, emotion regulation, anxiety, and depressive symptoms in adolescents as examined through structural equation modeling. *Journal of Anxiety Disorders, 24*(7), 686-693.

- Varmaghani, H., Soltanzadeh, H., & DEHBASHI, S. M. (2016). The Relationship between Gender and Space in the Public and Private Realms in the Qajar Era.
- Weber, M., & Wyne, K. (2006). A cognitive/behavioral group intervention for weight loss in patients treated with atypical antipsychotics. *Schizophrenia Research*, 83(1), 95-101.
- Werner, K. H., Goldin, P. R., Ball, T. M., Heimberg, R. G., & Gross, J. J. (2011). Assessing emotion regulation in social anxiety disorder: The emotion regulation interview. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 33(3), 346-354.
- West, D. S., DiLillo, V., Bursac, Z., Gore, S. A., & Greene, P. G. (2007). Motivational interviewing improves weight loss in women with type 2 diabetes. *Diabetes care*, 30(5), 1081-1087.
- Wilson, G. T., Fairburn, C. C., Agras, W. S., Walsh, B. T., & Kraemer, H. (2002). Cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa: Time course and mechanisms of change. *Journal of consulting and clinical psychology*, 70(2), 267.

Journal of
Thought & Behavior in Clinical Psychology
Vol. 14 (No. 54), pp.27-36, 2020

Compare the effectiveness of emotional regulation group intervention and cognitive behavioural therapy on emotion regulation of overweight people

Tavafi, Maral

Dept. of psy. Kish International Branch, Islamic Azad University, Kish, Iran

Hatami Mohammad

Department of Clinical psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran

Ahadi Hasan

Dept. of psy. Kish International Branch, Islamic Azad University, Kish, Iran

Sarafizadeh Sara

Dept. of Nut. Science & Branch branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

Received: 2019/10/01

Accepted: 2019/12/20

Although obesity and overweight are one of the high-income countries' problems, it becomes low- and average-income countries difficulty too. Obesity is a medical condition that fatty tissues stored in the body more than normal; also, this may cause retrogression of health indicators, such as decreased average lifespan, and or lower the quality. The aim of this study was to compare effectiveness of group training emotional regulation and cognitive behavioral therapy on emotion regulation of overweight people. For this purpose, during a semi-experimental study with pretest-posttest and the control group, 60 overweigh individuals referred to medical centers were selected with convenient sampling. Participants were divided into three groups randomly (two experimental group and one control group). Participants assessed with emotional regulation before and after interventions. Both experimental groups received 8 sessions of treatment.

The results of multivariate analysis of covariance showed that the emotional regulation methods and cognitive behavior therapy are effective on emotion regulation of overweight individuals; also, emotional regulation therapy is more effective than cognitive-behavioral therapy. The findings support the impact of treatments that emphasize on emotional management.

Keywords: group training, overweight, Binge eating, cognitive behavioural therapy, emotion regulation.

Electronic mail may be sent to: hatami513@gmail.com