

Determining the Effectiveness of Interpersonal Therapy on Weight Loss and Cognitive Emotion Regulation in Obese Individuals

Yaraghchi A¹, *Jomehri F¹, Seyrafi MR², Kraskian Mujembari A², Mohammadi Farsani GhR^{1,3}

Author Address

1. Department of Psychology, Kish International Branch, Islamic Azad University, Kish Island, Iran;
 2. Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran;
 3. Department of Clinical Nutrition, School of Nutrition and Dietetics, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
- *Corresponding Author Email: jomehri@atu.ac.ir

Received: 2022 September 18; Accepted: 2022 October 17

Abstract

Background & Objectives: Obesity, as a chronic and prevalent disorder, is directly and indirectly associated with many diseases. It is one of the most important fields of study in health psychology. In recent years, people with obesity have shown signs of maladaptive cognitive emotion regulation strategies and inefficient interpersonal behavior. Cognitive emotion regulation strategies are processes that people use to manage stress. So, thoughts and cognitions are essential in managing, regulating, and controlling emotions after experiencing a stressful event. Cognitive emotion regulation strategies are among the important aspects of obesity pathology. Therefore, it is considered one of the important diagnostic and therapeutic criteria in psychological interventions for obesity. Interpersonal psychotherapy indicates cognitive, emotional, and affective distress as a result of negative social evaluation, which makes a person suffer from eating disorder symptoms. As a result, it is recommended that thoughts and emotions and inefficiency in social situations be identified, as well as to increase self-esteem and reduce emotional responses that cause eating behavior. This study assessed the efficacy of interpersonal psychotherapy on weight loss and cognitive emotion regulation strategies in obese people.

Methods: The present study was quasi-experimental with a pretest-posttest design and a control group. The statistical population of this research comprised obese people who were referred to nutrition clinics located in a specific area of Tehran City, Iran, from November 2017 to February 2018. This research selected 28 eligible volunteers with a body mass index above 29.9 kg/m² by purposeful sampling and considering the inclusion and exclusion criteria. They were assigned to the experimental group (interpersonal psychotherapy, n=13) and control group (n=15). The inclusion criteria in this research were as follows: living in Tehran and being able to participate in group therapy sessions, being willing to cooperate, being between 20 and 50 years old, not suffering from a chronic physical disease, lacking any psychological disorders, and being obese (BMI>29.9 kg/m²). The exclusion criteria were as follows: unwillingness to continue attending intervention sessions and failure to attend group therapy for more than two sessions. Then, after explaining the goals and conditions of the study to the participants, they were assured that while their information remains confidential, they can withdraw from the plan at any stage of the study if they wish. Informed consent was obtained from all participants. Then, they completed the demographic and emotional cognitive regulation questionnaires (Garnefski & Kraaij, 2007) at the study's beginning and end. Furthermore, the participant's body mass index was measured at the first meeting and at the treatment's end. The intervention group participated in the interpersonal group therapy for ten sessions. Statistical methods included the Chi-square test and analysis of covariance.

Results: The findings showed that interpersonal psychotherapy could reduce body mass index ($p<0.001$), reduce negative emotional cognitive regulation strategies ($p<0.001$), and increase positive emotional cognitive regulation strategies ($p<0.001$).

Conclusion: Interpersonal psychotherapy is an effective way to lose weight and improve cognitive emotion regulation strategies. Therefore, this treatment method is recommended to promote the physical and mental health of obese individuals.

Keywords: Obesity, Weight loss, Interpersonal psychotherapy, Cognitive emotion regulation.

تعیین اثربخشی درمان بین فردی بر کاهش وزن و تنظیم شناختی هیجان در افراد مبتلا به چاقی

آزاده یراقچی^۱، *فرهاد جمهری^۱، محمدرضا صیرفی^۲، آدیس کراسکیان مومباری^۲، غلامرضا محمدی فارسانی^۱ و^۳

توضیحات نویسندگان

۱. گروه روان‌شناسی، واحد بین‌المللی کیش، دانشگاه آزاد اسلامی، جزیره کیش، ایران؛

۲. گروه روان‌شناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران؛

۳. گروه تغذیه بالینی، دانشکده تغذیه و رژیم‌شناسی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

*رایانامه نویسنده مسئول: jomehri@atu.ac.ir

تاریخ دریافت: ۲۷ شهریور ۱۴۰۱؛ تاریخ پذیرش: ۲۵ مهر ۱۴۰۱

چکیده

زمینه و هدف: چاقی به‌عنوان اختلالی مزمن و بسیار شایع، به‌صورت‌های مستقیم و غیرمستقیم با بیماری‌های زیادی همراه است و از زمینه‌های مهم مطالعاتی در روان‌شناسی سلامت به‌شمار می‌رود. پژوهش حاضر باهدف تعیین اثربخشی درمان بین‌فردی بر کاهش وزن و تنظیم شناختی هیجان در افراد مبتلا به چاقی انجام گرفت.

روش‌بررسی: این پژوهش، از نوع نیمه‌آزمایشی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش را افراد مبتلا به چاقی تشکیل دادند که از آذر تا بهمن ۱۳۹۶ برای کاهش وزن به کلینیک‌های تغذیه واقع در منطقه یک تهران مراجعه کردند. در این پژوهش ۲۸ نفر از افراد داوطلب واجد شرایط با شاخص توده بدنی بیشتر از ۲۹/۹ به‌روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و به‌طور تصادفی سیزده نفر در گروه آزمایش و پانزده نفر در گروه گواه قرار گرفتند. در ابتدای پژوهش آزمودنی‌ها پرسش‌نامه مشخصات جمعیت‌شناختی و پرسش‌نامه تنظیم شناختی هیجان (گارفنسی و کرایچ، ۲۰۰۷) را تکمیل کردند. همچنین شاخص توده بدنی افراد، در اولین و آخرین جلسه درمان سنجیده شد. شرکت‌کنندگان گروه آزمایش به‌مدت ده جلسه مداخله درمان بین‌فردی را دریافت کردند. در پایان جلسات درمانی، به‌طور مجدد پرسش‌نامه‌ها توسط تمامی آزمودنی‌ها تکمیل شد. روش آماری به‌کاررفته در این پژوهش، آزمون مجدورخی دومتغیری و تحلیل کوواریانس یک‌راهه تک‌متغیری بود.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد، درمان بین‌فردی باعث کاهش شاخص توده بدنی ($p < 0/001$) و کاهش راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان ($p < 0/001$) و افزایش راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان می‌شود ($p < 0/001$).

نتیجه‌گیری: پژوهش حاضر مشخص کرد، درمان گروهی بین‌فردی موجب کاهش وزن و افزایش تنظیم شناختی هیجان در افراد مبتلا به چاقی شده است؛ لذا به‌کارگیری این رویکرد درمانی در افراد مبتلا به چاقی توصیه می‌شود.

کلیدواژه‌ها: چاقی، کاهش وزن، درمان بین‌فردی، تنظیم شناختی هیجان.

فشارخون زیاد، سندرم متابولیک، اختلالات چربی و مشکلات حرکتی همراه است و نیز سبب کاهش اختلالات روان‌پزشکی و مشکلات ارتباطی در این بیماران می‌شود (۱۴). همچنین مشخص شد، درمان‌های چاقی که محدود به رژیم‌های غذایی محدودکننده، فعالیت‌های ورزشی سنگین و حتی اعمال جراحی هستند، در درازمدت در کاهش وزن تأثیر ندارند و بسیاری از افراد در طی پنج سال، به‌طور مجدد به وزن سابق خود برمی‌گردند؛ ازاین‌رو، مدنظر قراردادن متغیرهای روانی اجتماعی در کنار مداخلات پزشکی در درمان چاقی مؤثر است (۱۵).

مدل درمانی روابط بین‌فردی^۷ (IPT)، مبین آن است که پریشانی‌های شناختی و هیجانی و عاطفی^۸ منجر به ارزیابی اجتماعی منفی می‌شود و فرد را به سمت علائم اختلال خوردن^۹ سوق می‌دهد؛ لذا شناسایی افکار، احساسات و عواطف و ناکارآمدی در موقعیت‌های اجتماعی و ازسویی افزایش عزت‌نفس و کاهش پاسخ‌های عاطفی که علت رفتار خوردن است، توصیه می‌شود (۱۶). مطالعات نشان داد، افراد مبتلا به چاقی در کنار مشکلات جسمی از مشکلات روانی اجتماعی مثل هدف انگ قرارگرفتن، تبعیض‌های شغلی، اجتماعی، تحصیلی، مشکلات اعتمادبه‌نفس و انزوای اجتماعی، رنج می‌برند و این مشکلات بر سلامت روان و توانایی انطباق ایشان مؤثر است (۱۷، ۱۸). اساس نظری روان‌درمانی بین‌فردی آن است که علائم اختلالات روانی در بافت بین‌فردی شکل می‌گیرد و اگر مداخلات درمانی بر این بافت متمرکز باشد، بهبودی اختلال را تسهیل می‌کند؛ بنابراین روش درمانی مذکور بر شناسایی و تغییر بافت بین‌فردی متمرکز است که در آن اختلالات خوردن رشد و تداوم می‌یابد (۱۹). براساس نتایج پژوهش‌ها می‌توان پنج عامل را به‌منزله عوامل سبب‌ساز مشکلات بین‌فردی در افراد مبتلا به چاقی نام برد: ناتوانی در حل مشکلات بین‌فردی؛ نگرش‌های منفی به بیان هیجانانگیز؛ نگرانی از ارزیابی منفی؛ ترس از صمیمیت و بدگمانی در روابط بین‌فردی؛ مقایسه اجتماعی منفی (۲۰-۲۲)؛ ازاین‌رو درمان روابط بین‌فردی که بر الگوهای بین‌فردی ناکارآمد متمرکز دارد، از روش‌های درمانی بسیار مهم در این حوزه است. این درمان بر چهار زمینه اصلی متمرکز است: سوگ و فقدان؛ تغییر نقش و سازگاری با پیامدهای آن؛ اختلافات بین‌فردی؛ نقصان مهارت‌های فرد در روابط بین‌فردی؛ دراین‌راستا، مطالعات درحوزه درمان روابط بین‌فردی مشخص کرد، ازآنجا که این بیماران در نتیجه چاقی از مشکلات بین‌فردی رنج می‌برند یا آنکه چاقی به‌واسطه مشکلات بین‌فردی باقی می‌ماند و تشدید می‌شود، با بهبود مهارت‌های افراد در مدیریت تعارضات بین‌فردی^{۱۰} و کاربری شبکه حمایت اجتماعی، بیماری چاقی بهبود خواهد یافت (۲۵-۲۳، ۱۹). در مطالعه مروری کرم و همکاران اثربخشی روان‌درمانی بین‌فردی برای درمان اختلالات خوردن بررسی شد. آن‌ها این روش درمانی را درمانی مؤثر مبتنی بر شواهد قوی برای پرخوری عصبی^{۱۱} و اختلال پرخوری^{۱۲}

شیوع چاقی^۱ به‌سرعت در کشورهای درحال توسعه همانند کشورهای صنعتی، روبه‌افزایش است و این اختلال در نتیجه تعادل‌نداشتن بین دریافت و مصرف انرژی به‌وجود می‌آید (۱). طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت^۲ (WHO)، چاقی به انباشت فراگیر چربی در بدن گفته می‌شود (۲). معیاری که به‌طور گسترده برای اندازه‌گیری میزان چاقی و اضافه‌وزن و حتی کاهش وزن در افراد مدنظر قرار می‌گیرد، شاخص توده بدنی^۳ (BMI) است. شاخص توده بدنی از تقسیم وزن برحسب کیلوگرم بر مجذور قد برحسب متر به‌دست می‌آید (۳). چاقی، مشکلی بهداشتی پیچیده و چندعاملی زیستی و روانی و اجتماعی است که می‌توان از آن به‌عنوان یکی از عوامل خطرزای اصلی برای بیماری‌های گوناگون از جمله بیماری‌های قلبی‌عروقی، دیابت نوع دو، برخی از سرطان‌ها، آپنه خواب و درد مفاصل یاد کرد (۴، ۵). همچنین با بسیاری از مشکلات روان‌شناختی همچون نگرانی شدید درباره بدن و خلُق افسرده و کاهش عزت‌نفس ارتباط دارد (۶). امروزه دیده می‌شود از دیگر مشکلات روان‌شناختی افراد مبتلا به چاقی، هیجان و مدیریت آن است (۷). افراد مبتلا به چاقی نشانه‌هایی از راهبردهای ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان^۴ و نیز رفتار بین‌فردی ناسالم را از خود بروز می‌دهند؛ ازاین‌رو تنظیم شناختی هیجان^۵ به‌منزله یکی از متغیرهای روان‌شناختی، توجه بسیاری از پژوهشگران را به خود جلب کرده است (۸). راهبردهای تنظیم شناختی هیجان فرایندهای شناختی هستند که افراد به‌منظور مدیریت اطلاعات هیجان‌زا و برانگیزاننده به‌کار می‌برند؛ بنابراین، افکار و شناخت‌ها در توانایی مدیریت و تنظیم احساسات و هیجان‌ها بعد از تجربه پیشامدی تنش‌زا نقش بسزایی دارند؛ همچنین ازآنجا که افراد با فقدان راهبردهای مؤثر برای پاسخ‌دهی به پریشانی‌های هیجانی و ناتوانی در مدیریت هیجان‌ها بیشتر به‌سمت خوردن هیجانی روی می‌آورند، راهبردهای ناسازگارانه مانند اجتناب و سرکوب هیجان به‌عنوان شیوه‌های نادرست مدیریت در افراد مبتلا به چاقی، با خوردن هیجانی دارای ارتباط معناداری هستند (۹). در تعدادی از مطالعات تأکید شد که راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، از ابعاد مهم آسیب‌شناسی چاقی^۶ به‌شمار می‌روند؛ بنابراین، باید از معیارهای مهم تشخیصی و درمانی در مداخلات روان‌شناختی چاقی در نظر گرفته شوند؛ به‌علاوه این راهبردها می‌توانند به‌صورت فرایندهای ناهشیار مانند توجه انتخابی یا به‌شکل فرایندهای هشیار مانند نشخوار فکری یا خودسرزنشگری نمایان شوند (۱۰-۱۲). مطالعه رستمی و همکاران حاکی از آن بود که استفاده از راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان با مصرف بیشتر غذا رابطه دارد؛ درحالی‌که استفاده از راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان مانند ارزیابی مجدد شناختی، رابطه‌ای با میزان مصرف غذا نشان نمی‌دهد (۱۳).

کاهش وزن در مبتلایان به چاقی با کاهش عوارض جسمی مانند

7. Interpersonal Psychotherapy (IPT)

8. Cognitive, Emotional and Affective Distresses

9. Eating Disorder

10. Interpersonal Conflicts

11. Bulimia Nervosa

12. Binge-Eating Disorder

1 Obesity

2 World Health Organization (WHO)

3 Body Mass Index (BMI)

4 Maladaptive Cognitive Emotion Regulation Strategies

5 Cognitive Emotion Regulation

6 Obesity Pathology

دانستند (۲۶). همچنین نتایج پژوهش پابن و همکاران، اثربخشی درمان بین فردی در پیشگیری از افزایش وزن دانش آموزان دختر را پس از یک و دو سال پیگیری، نشان داد (۲۷).

بنابراین با توجه به پیامدهای بیماری چاقی و میزان شیوع آن در جامعه، مطالعاتی به منظور ارائه روش های مؤثر برای پیشگیری و درمان چاقی و کاهش پیامدهای روانی و اجتماعی و اقتصادی آن صورت گرفته است؛ ولی با وجود نقش روابط بین فردی بر تنظیم هیجان و بنیان های نظری مشترک بین درمان بین فردی و تنظیم هیجان، مجموعه تعامل این متغیرها در جامعه افراد مبتلا به چاقی، کمتر بررسی شده است؛ لذا با توجه به اهمیت روابط بین فردی در ارتقای سطح سلامت جسمی و روانی و بهبود عملکرد اجتماعی این افراد، پژوهش حاضر، با هدف تعیین اثربخشی درمان بین فردی بر کاهش وزن و تنظیم شناختی هیجان در افراد مبتلا به چاقی انجام شد.

۲ روش بررسی

این پژوهش، از نوع نیمه آزمایشی با پیش آزمون و پس آزمون همراه با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش را افراد مبتلا به چاقی تشکیل دادند که از آذر تا بهمن ۱۳۹۶ برای کاهش وزن به کلینیک های تغذیه واقع در منطقه یک تهران مراجعه کردند. در این پژوهش سی نفر نمونه واجد شرایط داوطلب به روش نمونه گیری هدفمند و با گمارش تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه پانزده نفر) قرار گرفتند (۲۸). از این تعداد، دو نفر از شرکت کنندگان درمان بین فردی (گروه آزمایش) ریزش کردند و در نتیجه سیزده نفر در گروه آزمایش و پانزده نفر در گروه

گواه بودند. ملاک های ورود به پژوهش عبارت بود از: سکونت در تهران و توانایی شرکت در جلسات گروه درمانی؛ تمایل به همکاری؛ رده سنی بین ۲۰ تا ۵۰ سالگی؛ مبتلانی بودن به بیماری جسمانی جدی غیر از چاقی؛ مبتلانی بودن به اختلال روان پزشکی؛ داشتن $BMI < 29/9$. ملاک های خروج شرکت کنندگان پژوهش عبارت بود از: غیبت در جلسات مداخله بیش از دو جلسه؛ تمایل نداشتن به ادامه حضور در جلسات مداخله.

پس از ارائه توضیحاتی در خصوص شرایط آزمایش و مطالعه به زبان ساده و مفهوم به شرکت کنندگان، به ایشان اطمینان داده شد ضمن محرمانه ماندن اطلاعات، در هر مرحله از مطالعه بنابر تمایلشان می توانند از طرح خارج شوند. در ادامه، پس از اخذ موافقت کتبی آنها مبنی بر شرکت در پژوهش، تمامی شرکت کنندگان پرسش نامه های مشخصات دموگرافیک و پرسش نامه تنظیم شناختی هیجان^۱ (گارنفسکی و کرایچ، ۲۰۰۷) را قبل از شروع مداخلات و بلافاصله پس از اتمام دوره تکمیل کردند. همچنین شاخص توده بدنی (BMI) افراد، در اولین جلسه ویزیت و پس از اتمام دوره سنجیده شد. این شاخص از طریق تقسیم وزن برحسب کیلوگرم بر مجذور قد برحسب متر به دست می آید. تمامی شرکت کنندگان برنامه ای جامع به منظور اصلاح سبک زندگی و داشتن رژیم غذایی سالم، دریافت کردند؛ اما تنها شرکت کنندگان گروه آزمایش، به مدت پنج ماه طی ده جلسه در معرض درمان بین فردی قرار گرفتند. جلسات به صورت یک هفته در میان و به مدت نود دقیقه برگزار شد.

جدول ۱. جلسات گروهی درمان بین فردی

جلسات	اهداف	محتوا	تکالیف
اول	برقراری اتحاد درمانی و ایجاد آمادگی برای جلسات گروهی	مرور علائم گرسنگی و رفتارهای پر خوری، بیان طرح درمان	-
دوم	آشنایی اعضا با بیماری چاقی و دادن نقش بیمار	تبیین بیماری چاقی در چارچوب ابعاد زیستی روانی اجتماعی، تعریف چاقی و نظریه های پر خوری، القای امید	-
سوم	برقراری ارتباط بین چاقی و روابط بین فردی	ارزیابی روابط بین فردی گذشته و فعلی، تشویق اعضا به تعامل و مشارکت گروهی	تهیه لیستی از موقعیت های پر خوری
چهارم	تعیین حوزه های مشکلات بین فردی	فرمول بندی مشکل و بستن قرارداد درمانی	تعیین یک هدف بین فردی اختصاصی
پنجم	ایجاد آمادگی برای تغییر در الگوهای روابط بین فردی	تحلیل تعاملات و ارتباطات بین فردی در داخل و خارج از گروه	مطرح کردن تجارب و مشکلات بین فردی
ششم	ایجاد آمادگی برای مواجهه، بهبود مشکلی بین فردی در زندگی مراجع	کار بر موضوعات بین فردی ابراز خشم، ترس از طرد شدن، پذیرش ابهام، انفعال و بررسی مواجهه بیمار در موقعیت های بین فردی	بیان تجارب بین فردی، در نظر گرفتن گزینه های راهبردی بین فردی
هفتم و هشتم	توسعه مهارت های بین فردی جدید	افزایش خود آگاهی، تغییر نقش، پذیرش احساسات منفی در تعاملات اجتماعی، افزایش مهارت جرثمنندی و خودمختاری، شناسایی اجتناب های اجتماعی	ابراز احساسات و نیازها و ارائه بازخورد به دیگران، مواجهه با موقعیت های چالش برانگیز بین فردی، بازی نقش
نهم	بررسی پیشرفت درمان	آموزش تعامل سالم و دریافت حمایت اجتماعی	بیان موقعیت های چالش برانگیز بین فردی و اقدامات جایگزین
دهم	ایجاد آمادگی برای خاتمه جلسات گروه	ابراز احساسات درباره خاتمه جلسات گروه، ارائه شاخص های هشدار برای مراجعه مجدد به درمانگر	بیان تغییرات حاصل از درمان

1. Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ)

برای گردآوری داده‌ها ابزارها و جلسات درمانی زیر به کار رفت.

خرده‌مقیاس‌های مستخرج از پرسش‌نامه تنظیم شناختی هیجان با نمره کل مقیاس افسردگی، اضطراب و فشار روانی^۳، حاکی از روایی هم‌گرا و روایی واگرایی پرسش‌نامه تنظیم شناختی هیجان بود (۳۰).

درمان بین‌فردی: این مداخله درمانی، شامل ده جلسه نود دقیقه‌ای بود که به صورت گروهی برگزار شد. گروه‌درمانی روابط بین‌فردی ویژه اختلالات خوردن توسط وایزمن و همکاران تدوین شد و روایی آن توسط ایشان به تأیید رسید (۳۱). همچنین این مداخله درمانی در پژوهش‌های زبردست و همکاران (۳۲) و غلام‌رضایی و همکاران (۳۳) بررسی شد و با توجه به دستیابی به نتایج مطلوب، این پروتکل از نظر محتوایی مستند و تأیید شده است. جلسات گروه‌درمانی مطابق جدول ۱ اجرا شد.

به منظور تحلیل داده‌های پژوهش، نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ به کار رفت. در سطح آمار توصیفی، از میانگین و انحراف استاندارد و در سطح آمار استنباطی از آزمون مجذورخی دو متغیری و آزمون تحلیل کوواریانس یک‌راهه تک‌متغیری در سطح معناداری ۰/۰۵ استفاده شد.

۳ یافته‌ها

توزیع فراوانی گروه‌های نمونه پژوهش براساس متغیرهای جمعیت‌شناختی و نتایج آزمون مجذورخی دو متغیری برای بررسی همگن بودن دو گروه در متغیرهای جمعیت‌شناختی در جدول ۲ ارائه شده است.

پرسش‌نامه تنظیم شناختی هیجان (گارنفسکی و کرایچ، ۲۰۰۷): این پرسش‌نامه توسط گارنفسکی و کرایچ در سال ۲۰۰۷ به منظور ارزیابی نحوه تفکر افراد بعد از تجربه رخداد‌های تهدیدکننده یا استرس‌زای زندگی ابداع شد (۲۹). پرسش‌نامه دارای ۳۶ عبارت است که نحوه پاسخ به آن براساس مقیاس درجه‌بندی لیکرت، در دامنه‌ای از هرگز=۱ تا همیشه=۵ قرار دارد. پرسش‌نامه از نظر مفهومی نه خرده‌مقیاس متمایز از هم را تشکیل می‌دهد که هر یک به منزله راهبردی خاص از راهبردهای شناختی تنظیم هیجان است. خرده‌مقیاس‌ها شامل راهبردهای ملامت خود، ملامت دیگران، فاجعه‌آمیزپنداری و نشخوار ذهنی به‌عنوان راهبردهای شناختی تنظیم هیجان «منفی» و راهبردهای پذیرش، توجه مجدد به برنامه‌ریزی، توجه مثبت مجدد، بازاریابی مثبت و تسهیل حادثه از طریق نسیب‌نگری به‌عنوان راهبردهای شناختی تنظیم هیجان «مثبت» است (۲۹). برای بررسی پایایی^۱، گارنفسکی و همکاران همسانی درونی را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس‌های پرسش‌نامه در دامنه ۰/۷۱ تا ۰/۸۱ گزارش کردند (۲۹). در ایران ضریب آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های پرسش‌نامه توسط سامانی و صادقی در دامنه ۰/۶۲ تا ۰/۹۱ به دست آمد (۳۰). به منظور بررسی روایی^۲ پرسش‌نامه، از روش تحلیل عاملی استفاده شد. نتایج تحلیل عاملی به روش مؤلفه‌های اصلی نه عامل پیش‌بینی شده را مشخص کرد (۲۹). در ایران همبستگی

جدول ۲. توزیع فراوانی گروه‌های نمونه پژوهش براساس ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و نتایج بررسی همگن بودن گروه‌ها

متغیر	گروه پژوهشی		df	خی‌دو	مقدار p
	آزمایش	گواه			
جنسیت	مرد	۳	۱	۰/۰۳۹	۰/۸۴۳
	زن	۱۰			
وضعیت تأهل	مجرد	۸	۱	۰/۰۰۷	۰/۹۳۴
	متأهل	۵			
میزان تحصیلات	دیپلم	۲	۱	۰/۱۰۱	۰/۷۵۰
	کارشناسی و کارشناسی ارشد	۱۱			
سن	کمتر از ۳۵	۵	۱	۰/۰۰۷	۰/۹۳۴
	بیشتر از ۳۵	۸			

میانگین و انحراف استاندارد داده‌های پژوهش در دو گروه آزمایش و گواه به تفکیک متغیرها و مؤلفه‌های بررسی شده در جدول ۳ گزارش شده است؛ همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، در گروه آزمایش، میانگین شاخص توده بدنی و میانگین نمره کل راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان و خرده‌مقیاس‌های آن در پس‌آزمون درمقایسه با پیش‌آزمون، کاهش یافته است؛ همچنین میانگین نمره کل راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان و خرده‌مقیاس‌های آن در پس‌آزمون درمقایسه با پیش‌آزمون، افزایش پیدا کرده است؛ در حالی که در گروه گواه، در سه متغیر مذکور (شاخص توده بدنی و نمره کل و خرده‌مقیاس‌های راهبردهای مثبت و منفی تنظیم شناختی هیجان)

تفاوت در خورتوجهی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون دیده نمی‌شود. پیش از اجرای تحلیل کوواریانس، ابتدا پیش‌فرض‌های آن بررسی شد. نتایج آزمون شاپیروویلک برای بررسی توزیع متغیرهای پژوهش در هر دو مرحله اجرای آزمون در دو گروه پژوهش نشان داد، متغیرهای پژوهش از توزیع بهنجار برخوردار است ($p > 0/05$). به منظور بررسی پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شد که نتایج آن، همگنی واریانس‌ها را مشخص کرد ($p > 0/05$). همچنین رابطه خطی بین نمره‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون ($p < 0/001$) و همگنی شیب رگرسیون‌ها ($p > 0/05$) برقرار بود؛ بنابراین با توجه به برقراری پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس، نتایج آزمون تحلیل کوواریانس

3. Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS)

1. Reliability
2. Validity

یک راهه تک متغیری و شاخص اندازه اثر و پس آزمون های تعدیل شده به تفکیک متغیرها و مؤلفه های آن در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۳. میانگین و انحراف استاندارد داده های پژوهش

متغیر/مؤلفه	گروه آزمایش				گروه گواه			
	پیش آزمون		پس آزمون		پیش آزمون		پس آزمون	
	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین
شاخص توده بدنی	۱/۸۸	۳۱/۹۸	۲/۳۴	۳۳/۶۰	۱/۵۲	۳۳/۷۳	۱/۳۰	۳۳/۷۳
ملاط خویش	۴/۰۸	۱۰/۰۰	۲/۹۲	۱۵/۰۰	۲/۲۷	۱۵/۰۰	۰/۶۶	۱۵/۰۰
نشخوارگری	۴/۵۹	۱۱/۶۹	۳/۲۵	۱۵/۲۰	۳/۱۷	۱۴/۶۰	۲/۳۲	۱۴/۶۰
فاجعه سازی	۳/۵۰	۱۱/۲۳	۱/۹۲	۱۲/۸۰	۲/۷۳	۱۳/۴۰	۱/۹۲	۱۳/۴۰
ملاط دیگران	۳/۷۷	۱۱/۱۵	۳/۶۹	۱۴/۲۰	۳/۵۵	۱۳/۴۰	۳/۵۰	۱۳/۴۰
نمره کل (منفی)	۵۴/۰۸	۴۴/۰۸	۴/۷۵	۵۷/۲۰	۵/۳۴	۵۶/۴۰	۶/۲۳	۵۶/۴۰
پذیرش	۲/۱۰	۱۲/۹۲	۱/۳۲	۱۱/۶۰	۲/۱۳	۱۲/۲۰	۲/۰۱	۱۲/۲۰
تمرکز مجدد مثبت	۲/۶۱	۱۲/۲۳	۲/۳۵	۱۰/۰۰	۳/۲۷	۱۱/۰۰	۳/۴۰	۱۱/۰۰
تمرکز مجدد بر برنامه ریزی	۳/۹۷	۱۴/۰۰	۲/۶۱	۹/۰۰	۲/۸۵	۱۰/۴۰	۲/۵۰	۱۰/۴۰
ارزیابی مجدد مثبت	۲/۵۳	۱۳/۰۸	۲/۷۵	۱۰/۲۰	۱/۲۱	۰/۸۰	۱/۲۱	۰/۸۰
نسبی نگری	۲/۶۷	۱۴/۹۲	۱/۷۵	۹/۴۰	۴/۴۷	۹/۶۰	۲/۴۱	۹/۶۰
نمره کل (مثبت)	۷/۸۹	۶۷/۱۵	۶/۵۰	۵۰/۲۰	۱۰/۰۰	۵۳/۰۰	۷/۴۱	۵۳/۰۰

راهبردهای تنظیم شناختی هیجان

جدول ۴. نتایج تحلیل کواریانس یک راهه تک متغیری و شاخص اندازه اثر و پس آزمون های تعدیل شده

متغیر/مؤلفه	نتیجه تحلیل کواریانس			میانگین پس آزمون های تعدیل شده
	$F_{(1,25)}$	اندازه اثر: مجذور η^2	آزمایش	
شاخص توده بدنی	**۲۹/۵۱۴	۰/۵۴۱	۳۲/۱۷	۳۳/۵۸
ملاط خویش	**۵۲/۶۵۳	۰/۶۷۸	۱۰/۵۵	۱۴/۵۲
نشخوارگری	**۱۵/۶۲۱	۰/۳۸۵	۱۲/۲۷	۱۴/۱۰
فاجعه سازی	**۱۲/۵۱۲	۰/۳۳۸	۱۱/۱۴	۱۳/۴۸
ملاط دیگران	**۱۳/۵۱۸	۰/۳۵۱	۱۱/۱۰	۱۳/۱۴
نمره کل (منفی)	**۴۲/۵۸۵	۰/۶۳۰	۴۵/۳۱	۵۵/۳۳
پذیرش	**۱۹/۰۵۸	۰/۴۳۳	۱۳/۵۲	۱۱/۶۸
تمرکز مجدد مثبت	**۴۳/۰۳۸	۰/۶۳۳	۱۲/۶۶	۱۰/۶۲
تمرکز مجدد بر برنامه ریزی	**۵۷/۹۱۴	۰/۶۹۸	۱۳/۳۹	۱۰/۹۳
ارزیابی مجدد مثبت	**۸۰/۶۲۰	۰/۷۶۳	۱۳/۲۲	۹/۶۸
نسبی نگری	**۱۰/۷۲۶	۰/۸۰۳	۱۳/۸۵	۱۰/۵۳
نمره کل (مثبت)	**۳۰/۴/۱۰۱	۰/۹۲۴	۶۶/۱۳	۵۳/۸۹

راهبردهای تنظیم شناختی هیجان

** $p < 0.01$

و تنظیم شناختی هیجان در افراد مبتلا به چاقی انجام شد. باتوجه به نتایج پژوهش حاضر، بین نمره های پس آزمون دو گروه آزمایشی و گواه تفاوت معناداری وجود داشت؛ در واقع اثربخشی درمان بین فردی بر شاخص توده بدنی و همه مؤلفه های سازگاران و ناسازگاران تنظیم شناختی هیجان معنادار بود.

نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر با یافته های دیگر پژوهش ها همسوست؛ زبردست و همکاران در پژوهشی اثربخشی دو روش درمان بین فردی و مدیریت هیجان را بر کاهش وزن زنان مبتلا به چاقی مقایسه کردند. آن ها به این نتیجه رسیدند که روش درمانی روابط بین فردی

همان گونه که در جدول ۴ ملاحظه می شود، میانگین نمره شاخص توده بدنی ($p < 0.01$)، نمره کل راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان و خرده مقیاس های آن، نمره کل راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان و خرده مقیاس های آن، در پس آزمون بعد از حذف اثر پیش آزمون، در دو گروه پژوهشی تفاوت معناداری دارد ($p < 0.01$). این امر بیانگر اثربخشی درمان بین فردی بر شاخص توده بدنی و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در افراد مبتلا به چاقی است.

۴ بحث

پژوهش حاضر باهدف تعیین اثربخشی درمان بین فردی بر کاهش وزن

نیز کاهش دهد و به کاهش وزن منجر شود (۲۵-۱۶،۲۳). اثربخشی درمان روابط بین فردی بر کاهش وزن افراد مبتلا به چاقی از این نظر نیز تبیین شدنی است که درمان مذکور با بهبود مهارت‌های بین فردی مانند افزایش صمیمیت و مردم‌آمیزی، در افزایش حمایت‌های عاطفی و اجتماعی افراد از شبکه اجتماعی‌شان نقش دارد؛ افزایش دریافت حمایت اجتماعی سبب کاهش رفتار خوردن می‌شود و بر کاهش وزن مؤثر است. مهارت‌گری، مهارت مهمی است که رفتار خوردن را متأثر می‌سازد. درمان روابط بین فردی با افزایش این مهارت در افراد مبتلا به چاقی، کنترل آن‌ها را در مواجهه با رفتار خوردن افزایش می‌دهد و با کاهش رفتار خوردن، به کاهش وزن منجر می‌شود (۲۵-۱۶،۲۳).

ازسوی دیگر باید در نظر داشت که هیجان‌ات و ابراز هیجانی در عملکردهای اجتماعی و ارتباطی نقش دارند. تنظیم هیجان نه تنها در خدمت از بین بردن حالات هیجانی آزارنده فرد است، بلکه به مدیریت و حفظ روابط بین فردی کمک می‌کند. فرایندهای بین فردی یک داربست تنظیم هیجانی در طی زندگی است. افراد اغلب از طریق همدلی و حمایت و انعطاف اجتماعی که از دیگران دریافت می‌کنند، تنظیم هیجان‌ات خود را انجام می‌دهند (۴۱). یکی از حوزه‌های درمان روابط بین فردی، برطرف کردن نقص‌های بین فردی است؛ در این راستا، پردازش کافی و مناسب هیجان‌های حل‌نشده سبب حل و فصل آن‌ها می‌شود. اجرای تکنیک‌های روان‌درمانی بین فردی به منظور رفع آشفتگی‌ها و تعارضات بین فردی، از جمله گفت‌وگوی واقعی یا تصویری با فرد آسیب‌رسان، موجب رهایی از احساس‌های در خود فرورفتگی خواهد شد. موضع «دادن نقش بیمار» که در درمان روابط بین فردی به کار می‌رود با دو راهبرد از راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان یعنی سرزنش خود و سرزنش دیگران در ارتباط است و درمانگر بین فردی با دادن نقش بیمار به مراجع تلاش می‌کند از میزان سرزنش وی بکاهد (۴۲). همچنین از آنجاکه افراد آسیب‌دیده از روابط بین فردی در بسیاری مواقع، احساس طردشدگی و تحقیرشدگی دارند و عزت‌نفسشان کم می‌شود، پردازش‌های عاطفی و هیجانی از طریق آگاهی، بیان، تنظیم و اصلاح هیجان و به چالش کشیدن افکار ناکارآمد، معنا می‌یابد؛ این عوامل، کمک شایانی در کاهش استفاده از راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان در افراد می‌کند. درحوزه انتقال نقش در درمان روابط بین فردی، فرد با موقعیت‌ها و روابط استرس‌زای زندگی سازگار می‌شود و از طریق حل تعارض‌های بین فردی، به آگاهی و پذیرش سوءتفاهم‌ها و سوءبرداشت‌ها دست می‌یابد؛ بدین ترتیب با تعریف و پذیرش و تطابق با نقش جدید در افراد، در واقع بازاریابی و ارزیابی مجدد مثبت و ارزیابی مجدد بر برنامه‌ریزی اتفاق افتاده که به معنای استفاده بیشتر از راهبردهای مثبت تنظیم هیجان است؛ به طور خلاصه می‌توان گفت، این درمان با اصلاح الگوی روابط بین فردی، استفاده از راهبردهای تنظیم هیجان را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۴۳، ۳۵).

پژوهش حاضر محدودیت‌هایی به همراه داشت؛ از جمله نمونه انتخابی پژوهش تنها از میان افراد مبتلا به چاقی شهر تهران بود و تعمیم آن به سایر گروه‌ها و شهرها باید با احتیاط صورت گیرد؛ لذا پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، مطالعه روی افراد مبتلا به چاقی

مؤثرتر از روش درمانی دیگر است (۳۲). غلام‌رضایی و همکاران دریافتند، درمان بین فردی در بهبود عملکردهای روانی و اجتماعی و کاهش مؤلفه‌های اختلال خوردن دانشجویان دختر مؤثر است (۳۳). براساس نتایج پژوهشی دیگر، افراد با وزن غیرسالم (مبتلا به چاقی و اضافه‌وزن) در مقایسه با افراد با وزن سالم بیان کردند که از طرف دوستان و اعضای خانواده‌شان حمایت‌های عملی و هیجانی کمتری دریافت می‌کنند و باور دارند، به عنوان سازوکاری دفاعی در مقابله با این فقدان، به رفتار خوردن روی می‌آورند (۳۴). نتایج پژوهش اصل سلیمانی و همکاران بر دانشجویان دختر مبتلا به اضطراب اجتماعی مشخص کرد، روان‌درمانی بین فردی بر نمره اضطراب اجتماعی و راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان تأثیر معناداری دارد و این مداخله بر راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان و پردازش پس‌رویدادی مؤثر نیست (۳۵). پژوهش دیبوف و همکاران نشان داد، با سرزنش خود و نشخوارگری و فاجعه‌آمیزپنداری (از ابعاد تنظیم شناختی هیجان)، می‌توان چاقی را پیش‌بینی کرد (۳۶). در بررسی پنجاه دانشجوی دختر مبتلا به چاقی براساس پرسش‌نامه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان مشخص شد این افراد، خودداری سختی در برابر میل شدید به خوردن دارند و فاقد رفتارهای سازمان‌یافته و راهبردهای شناختی سازگارانه هستند که می‌تواند بر کنترل وزن و تغذیه آن‌ها تأثیر بگذارد (۳۷). پژوهشی دیگر با بررسی اثرات سرکوبی، ارزیابی مجدد شناختی و شرایط کنترل خنثی بر رفتارهای خوردن نشان داد، عمده شرکت‌کنندگان در شرایط ارزیابی مجدد، هیچ‌کدام از خوراکی‌های ناسالم را انتخاب نکرده‌اند (۳۸). پژوهش اسداللهی و همکاران مبین آن بود که تغییر رفتار در راستای راهبردهای شناختی تنظیم هیجان مانند خوردن با کنترل ذهن بر رفتار خوردن، تأثیر دارد و رابطه راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان با عاطفه منفی، بازداری اجتماعی، پریشانی روان‌شناختی و بیش‌خوری و اضافه وزن، تأیید شده است (۳۹).

اثربخشی درمان بین فردی بر کاهش وزن و تنظیم شناختی هیجان را می‌توان به واسطه فرایندهای حاکم بر آن تبیین کرد. دامنه روابط بین فردی در زندگی روان‌شناختی هر فردی، فراگیر و بسیار مهم قلمداد می‌شود. وجود مشکلاتی در این حوزه، برای بسیاری از افراد به‌ویژه افراد جامعه‌ای بالینی مانند افراد مبتلا به چاقی می‌تواند تعیین‌کننده مرز سلامت جسمانی و روان‌شناختی با برخی از اختلالات باشد؛ یکی از این مرزهای مشترک، مرز مشکلات بین فردی با اختلالات مرتبط با وزن است. به نظر می‌رسد درمان مشکلات بین فردی با هدف شناسایی و بررسی شبکه روابط بین فردی، برطرف‌ساختن آشفتگی‌های بین فردی و غلبه بر نقص‌های بین فردی در افراد مبتلا به چاقی، به بهبود روابط بین فردی در این افراد کمک شایانی می‌کند (۳۲)؛ در واقع نتایج تحقیقات پیشنهاد کرد، برای کمک به افراد مبتلا به چاقی از درمان روابط بین فردی استفاده شود؛ به این دلیل که یا این افراد در نتیجه چاقی از مشکلات روابط بین فردی رنج می‌برند یا اینکه چاقی به واسطه مشکلات بین فردی باقی می‌ماند (۴۰). همسو با یافته‌های این پژوهش، مطالعات دیگر نشان داد که درمان مشکلات بین فردی می‌تواند به موازات کاهش مشکلات بین فردی، فراوانی رفتار خوردن را

در سایر نقاط ایران و با گروه‌های قومی و نژادی و شرایط فرهنگی مختلف انجام شود. از دیگر محدودیت‌های پژوهش، نمونه‌گیری هدفمند بود که این نمونه ممکن است نماینده کلی جامعه نباشد و تعمیم‌پذیری یافته‌ها محدود شود؛ از این رو توصیه می‌شود در پژوهش‌های بعدی، روش‌های نمونه‌گیری تصادفی برای تعیین نمونه به‌کار رود. محدودیت دیگر پژوهش حاضر، اجرانشدن دوره پیگیری به دلیل دسترسی نداشتن به همه شرکت‌کنندگان در پژوهش بود؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود اثربخشی این روش درمانی از طریق مرحله پیگیری ارزیابی شود تا از ثبات و صحت یافته‌ها در طول زمان اطمینان بیشتری به دست آید.

۵ نتیجه‌گیری

بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر مشخص شد، درمان بین‌فردی بر کاهش شاخص توده بدنی تأثیر دارد و این روش درمانی باعث افزایش راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان و کاهش راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان شده است؛ به بیان دیگر روان‌درمانی بین‌فردی موجب کاهش وزن و بهبود تنظیم شناختی هیجان در افراد مبتلا به چاقی می‌شود.

۶ تشکر و قدردانی

مقاله حاضر، مستخرج از رساله دکتری تخصصی رشته روان‌شناسی سلامت است. نویسندگان این مطالعه مراتب تشکر و قدردانی خود را از مدیران و مسئولان محترم کلینیک‌های تغذیه و همچنین تمامی

افراد مبتلا به چاقی که در پژوهش همکاری داشتند، ابراز می‌کنند.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیه اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

در این پژوهش ملاحظات اخلاقی نظیر رازداری، حمایت از رفاه و راحتی شرکت‌کنندگان و امکان ترک پژوهش در هر مرحله از مطالعه، برای تمامی شرکت‌کنندگان رعایت شد.

رضایت برای انتشار

این امر غیرقابل اجرا است.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند، هیچ‌گونه تضاد منافی ندارند.

منابع مالی

تأمین منابع مالی از هزینه‌های شخصی بوده و توسط هیچ نهاد یا سازمانی صورت نگرفته است.

مشارکت نویسندگان

نویسنده اول مقاله در تدوین ایده پژوهش و اجرای مداخلات و نگارش مقاله نقش داشت. نویسنده دوم بر تمامی مراحل پژوهش نظارت کرد. نویسنده سوم در تدوین بحث سهم بود. نویسنده چهارم در تحلیل آماری داده‌ها و تفسیر نتایج نقش داشت و نیز در سایر مراحل پژوهش همکاری کرد. نویسنده پنجم در فرایند هماهنگی شرکت‌کنندگان و تدوین مبانی نظری نقش داشت. تمامی نویسندگان نسخه نهایی مقاله را مطالعه و تأیید کردند.

References

1. Buch A, Carmeli E, Shefer G, Keinan-Boker L, Berner Y, Marcus Y, et al. Cognitive impairment and the association between frailty and functional deficits are linked to abdominal obesity in the elderly. *Maturitas*. 2018;114:46–53. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2018.05.009>
2. Overweight and obesity [Internet]. World Health Organization. 2018 [cited 2019 Sep 16]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
3. Ghaffari M, Rakhshandehroo S, Mehrabi Y, Besharati Far S. A study of the beliefs of female students in pakdasht city about obese people and the related factors. *Journal of Human Environment and Health Promotion*. 2018;4(1):40–4. [Persian] <http://dx.doi.org/10.29252/jhehp.3.2.102>
4. Tanaka M. Improving obesity and blood pressure. *Hypertens Res*. 2020;43(2):79–89. <https://doi.org/10.1038/s41440-019-0348-x>
5. Horwich TB, Fonarow GC, Clark AL. Obesity and the obesity paradox in heart failure. *Prog Cardiovasc Dis*. 2018;61(2):151–6. <https://doi.org/10.1016/j.pcad.2018.05.005>
6. Hruby A, Manson JE, Qi L, Malik VS, Rimm EB, Sun Q, et al. Determinants and consequences of obesity. *Am J Public Health*. 2016;106(9):1656–62. <https://doi.org/10.2105/ajph.2016.303326>
7. Kass AE, Wildes JE, Coccaro EF. Identification and regulation of emotions in adults of varying weight statuses. *J Health Psychol*. 2019;24(7):941–52. <https://doi.org/10.1177/1359105316689604>
8. Yaraghchi A, Jomehri F, Seyrafi M, Kraskian Mujembari A, Mohammadi Farsani G. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on weight loss and cognitive emotion regulation in obese individuals. *Iranian Journal of Health Education and Health Promotion*. 2019;7(2):192–201. [Persian] <http://dx.doi.org/10.30699/ijhehp.7.2.192>
9. Sainsbury K, Evans EH, Pedersen S, Marques MM, Teixeira PJ, Lähteenmäki L, et al. Attribution of weight regain to emotional reasons amongst European adults with overweight and obesity who regained weight following a weight loss attempt. *Eat Weight Disord*. 2019;24(2):351–61. <https://doi.org/10.1007/s40519-018-0487-0>
10. Reinelt T, Petermann F, Bauer F, Bauer CP. Emotion regulation strategies predict weight loss during an inpatient obesity treatment for adolescents. *Obes Sci Pract*. 2020;6(3):293–9. <https://doi.org/10.1002/osp4.410>
11. Taut D, Renner B, Baban A. Reappraise the situation but express your emotions: impact of emotion regulation strategies on ad libitum food intake. *Front Psychol*. 2012;3:359. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2012.00359>
12. Walenda A, Kostecka B, Santangelo PS, Kucharska K. Examining emotion regulation in binge-eating disorder. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul*. 2021;8(1):25. <https://doi.org/10.1186/s40479-021-00166-6>
13. Rostami M, Ehteshamzade P, Asgari P, Alavi Fazel SK. Effectiveness of cognitive hypnotherapy on coping self-efficacy and cognitive emotion regulation components in obese women. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*. 2022;9(1):118–33. [Persian] <http://dx.doi.org/10.32598/shenakht.9.1.118>

14. Holt RIG. The management of obesity in people with severe mental illness: an unresolved conundrum. *Psychother Psychosom.* 2019;88(6):327–32. <https://doi.org/10.1159/000503835>
15. Freitas CRM, Gunnarsdottir T, Fidelix YL, Tenório TRS, Lofrano–Prado MC, Hill JO, et al. Effects of a psychological intervention on the quality of life of obese adolescents under a multidisciplinary treatment. *J Pediatr (Rio J).* 2017;93(2):185–91. <https://doi.org/10.1016/j.jped.2016.05.009>
16. Rieger E, Van Buren DJ, Bishop M, Tanofsky–Kraff M, Welch R, Wilfley DE. An eating disorder–specific model of interpersonal psychotherapy (IPT–ED): causal pathways and treatment implications. *Clin Psychol Rev.* 2010;30(4):400–10. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.02.001>
17. Azizi S, Memaryan N, Alavi K, Sedigh R, Jolfaei Ghanbari A. A qualitative study on patients' experiences of interpersonal relationships after bariatric surgery. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology.* 2020;26(1):102–13. [Persian] <http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.26.1.3131.1>
18. Kochkodan J, Telem DA, Ghaferi AA. Physiologic and psychological gender differences in bariatric surgery. *Surg Endosc.* 2018;32(3):1382–8. <https://doi.org/10.1007/s00464-017-5819-z>
19. Pine AE, Shank LM, Burke NL, Higgins Neyland MK, Schvey NA, Quattlebaum M, et al. Examination of the interpersonal model with adolescent military dependents at high risk for adult obesity. *Am J Psychother.* 2020;73(2):43–9. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherpy.20190034>
20. Aldao A, Nolen–Hoeksema S. Specificity of cognitive emotion regulation strategies: a transdiagnostic examination. *Behav Res Ther.* 2010;48(10):974–83. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.06.002>
21. Levinson CA, Rodebaugh TL. Social anxiety and eating disorder comorbidity: the role of negative social evaluation fears. *Eat Behav.* 2012;13(1):27–35. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2011.11.006>
22. Wilson GT, Wilfley DE, Agras WS, Bryson SW. Psychological treatments of binge eating disorder. *Arch Gen Psychiatry.* 2010;67(1):94–101. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2009.170>
23. Arcelus J, Haslam M, Farrow C, Meyer C. The role of interpersonal functioning in the maintenance of eating psychopathology: a systematic review and testable model. *Clin Psychol Rev.* 2013;33(1):156–67. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.10.009>
24. Lo Coco G, Gullo S, Salerno L, Iacononelli R. The association among interpersonal problems, binge behaviors, and self–esteem, in the assessment of obese individuals. *Compr Psychiatry.* 2011;52(2):164–70. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2010.06.002>
25. Matherne CE, Munn–Chernoff MA, Thornton LM, Rhee SH, Lin S, Corley RP, et al. Perceived family functioning among adolescents with and without loss of control eating. *Eat Behav.* 2019;33:18–22. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2019.02.001>
26. Karam AM, Fitzsimmons–Craft EE, Tanofsky–Kraff M, Wilfley DE. Interpersonal psychotherapy and the treatment of eating disorders. *Psychiatr Clin North Am.* 2019;42(2):205–18. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2019.01.003>
27. Pine AE, Schvey NA, Shank LM, Burke NL, Neyland MKH, Hennigan K, et al. A Pilot feasibility study of interpersonal psychotherapy for the prevention of excess weight gain among adolescent military–dependent girls. *Mil Med.* 2021;186(3–4):344–50. <https://doi.org/10.1093/milmed/usaa514>
28. Delavar A. Theoretical and practical foundations of research in humanities and social sciences. Tehran: Roshd Pub; 2020. [Persian]
29. Garnefski N, Kraaij V. The cognitive emotion regulation questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment.* 2007;23(3):141–9. <http://dx.doi.org/10.1027/1015-5759.23.3.141>
30. Samani S, Sadeghi L. Psychometric properties of the cognitive emotion regulation questionnaire. *Psychological Methods and Models.* 2010;1(1):51–62. [Persian] https://jpmmm.marvdasht.iau.ir/article_1154_6e3f407eda4870f6205308852fc2475b.pdf
31. Weissman MM, Markowitz JC, Klerman GL. Clinician's quick guide to interpersonal psychotherapy. New York: Oxford University Press. *Research on Social Work Practice.* 2008;18(5):530–1. <https://doi.org/10.1177/1049731508318777>
32. Zebardast O, Besharat MA, Purhosein R, Bahrami Ehsan H, Pursharifi H. Comparing the effects of interpersonal therapy and regulation of emotion on the reduction of weight in obese women. *Journal of Guilan University of Medical Sciences.* 2015;24(94):36–47. [Persian] <https://journal.gums.ac.ir/article-1-993-en.pdf>
33. Gholamrezaei S, Mehrabzade Honarmand M, Zargar Y, Davoudi I, Bassaknejad S. The effect of interpersonal psychotherapy on eating disorder symptoms and the psychosocial performance of female students. *Psychological Achievements.* 2014;21(1):33–54. [Persian] https://psychac.scu.ac.ir/article_11818_4e7b900209265c3e5027089b2952385d.pdf?lang=en
34. Zysberg L. Emotional intelligence, anxiety, and emotional eating: a deeper insight into a recently reported association? *Eat Behav.* 2018;29:128–31. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2018.04.001>
35. Asl Soleimani Z, Borjali A, Kiani Dehkordi M. Effectiveness of interpersonal psychotherapy on cognitive emotion regulation strategies and post event processing in girl students with social anxiety. *Journal of Psychological Studies.* 2017;13(2):7–24. [Persian] <https://doi.org/10.22051/psy.2017.14203.1351>
36. Debeuf T, Verbeke S, Boelens E, Volkaert B, Van Malderen E, Michels N, et al. Emotion regulation training in the treatment of obesity in young adolescents: protocol for a randomized controlled trial. *Trials.* 2020;21(1):153. <https://doi.org/10.1186/s13063-019-4020-1>
37. Shast Fouladi K, Bashardoust S. Comparison of the levels of self-control and emotion regulation strategies among college students with high and normal body mass index. *Avicenna Journal of Neuro Psycho Physiology.* 2020;7(4):198–203. [Persian] <http://dx.doi.org/10.32592/ajnpp.2020.7.4.100>
38. Kachooei M, Moradi A, Kazemi AS, Ghanbari Z. The discriminative role of emotion regulation and impulsivity in different unhealthy eating patterns. *Feyz Medical Sciences Journal.* 2016;20(4):383–90. [Persian] <http://feyz.kaums.ac.ir/article-1-3141-en.pdf>

39. Asadollahi T, Salehi M, Jomehri F, Taghilou S. Explaining the structural relationship between mindfulness and binge eating in obese people: The mediating role of cognitive emotion regulation strategies. *Chronic Diseases Journal*. 2022;10(1):39–49. [Persian]
40. Miniati M, Callari A, Maglio A, Calugi S. Interpersonal psychotherapy for eating disorders: current perspectives. *Psychol Res Behav Manag*. 2018;11:353–69. <https://doi.org/10.2147/prbm.s120584>
41. Southward MW, Cheavens JS. Identifying core deficits in a dimensional model of borderline personality disorder features: A network analysis. *Clin Psychol Sci*. 2018;6(5):685–703. <https://doi.org/10.1177/2167702618769560>
42. Lipsitz JD, Markowitz JC. Mechanisms of change in interpersonal therapy (IPT). *Clin Psychol Rev*. 2013;33(8):1134–47. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.09.002>
43. Lipsitz JD, Gur M, Vermes D, Petkova E, Cheng J, Miller N, et al. A randomized trial of interpersonal therapy versus supportive therapy for social anxiety disorder. *Depress Anxiety*. 2008;25(6):542–53. <https://doi.org/10.1002/da.20364>