

مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری توام با رژیم‌درمانی و روان‌درمانی تحلیلی همراه با رژیم‌درمانی بر کاهش وزن و تکانش‌گری افراد مبتلابه چاقی

فرزانه فرمانی^۱، پرویز صباحی^{۲*}، محمدعلی شهرکی^۳، شاهرخ مکوند حسینی^۴

چکیده

هدف: پژوهش حاضر باهدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری همراه با رژیم‌درمانی و روان‌درمانی تحلیلی همراه با رژیم‌درمانی بر کاهش وزن و تکانش‌گری افراد مبتلابه چاقی انجام شد.

روش بررسی: روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون، با گروه کنترل و پیگیری سه‌ماهه بود. جامعه پژوهش شامل تمامی افراد مبتلابه چاقی مراجعه‌کننده به مراکز روان‌شناختی و رژیم‌درمانی منطقه ۳ و ۷ شهر تهران در بازه زمانی نیمه اول تیر تا نیمه دوم مردادماه سال ۱۴۰۲، بود؛ که ۵۲ نفر به‌صورت در دسترس در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل قرار گرفتند. هریک از گروه‌های آزمایش طی ۱۶ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در کنار رژیم‌درمانی تحت مداخله درمان شناختی-رفتاری و روان‌درمانی تحلیلی قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از فهرست خود گزارشی تکانش‌گری (دیکمن، ۱۹۹۰) جمع‌آوری و با آزمون‌های اندازه‌گیری مکرر و آزمون بونفرونی در نرم‌افزار SPSS-۲۶ تحلیل شدند.

یافته‌ها: اثر زمان، اثر گروه و اثر متقابل زمان و گروه بر متغیر کاهش وزن و تکانش‌گری معناداری بود ($P < 0/0001$). میانگین نمرات کاهش وزن و تکانش‌گری در گروه درمان شناختی-رفتاری و روان‌درمانی تحلیلی همراه با رژیم‌درمانی به‌طور معناداری کمتر از گروه گواه بود ($P < 0/0001$). در دو گروه مداخله تفاوت معناداری در میانگین نمرات کاهش وزن و تکانش‌گری در مراحل پیش‌آزمون-پس‌آزمون ($P < 0/0001$) و پیش‌آزمون-پیگیری ($P < 0/0001$) وجود داشت؛ اما تفاوت معناداری در میانگین نمرات کاهش وزن و تکانش‌گری در مراحل پس‌آزمون-پیگیری مشاهده نشد.

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج به‌دست‌آمده، درمان شناختی-رفتاری همراه با رژیم‌درمانی و روان‌درمانی تحلیلی همراه با رژیم‌درمانی بر کاهش وزن و تکانش‌گری افراد مبتلابه چاقی تأثیر معناداری دارد.

واژه‌های کلیدی: تکانش‌گری، چاقی، درمان شناختی-رفتاری، رژیم‌درمانی، روان‌درمانی تحلیلی، کاهش وزن.

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

۲. نویسنده مسئول، دانشیار گروه روانشناسی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران p_sabahi@semnan.ac.ir

۳. روان‌پزشک

۴. دانشیار گروه روانشناسی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

مقدمه

«چاقی» یک عامل خطر بزرگ برای مشکلات سلامتی در نظر گرفته می‌شود که تقریباً بر تمام عملکردهای فیزیولوژیکی بدن تأثیر منفی می‌گذارد و تهدیدی قابل توجه برای سلامت عمومی است (۱). چاقی به‌عنوان یک اختلال پیچیده که معمولاً به‌عنوان یک بیماری متابولیک، تغذیه‌ای و غدد درون‌ریز (۲) شناخته می‌شود و با توجه به شاخص توده بدنی^۱، در سه طبقه معرفی می‌شود: چاقی طبقه I: شاخص توده بدنی 30-34.9 کیلوگرم بر مترمربع، چاقی طبقه II: شاخص توده بدنی 35-39.9 کیلوگرم بر مترمربع و طبقه III چاقی یا چاقی مرضی شاخص توده بدنی بالاتر از 39.9 کیلوگرم بر مترمربع (۲). طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت^۲ در سال 2021 بیش از 650 میلیون نفر (13%) از بزرگسالان بالای 18 سال در سراسر جهان دچار چاقی هستند ($BMI \geq 30$). چاقی به‌عنوان یکی از عوامل خطر اصلی ابتلا به بیماری‌های مزمن و غیر واگیر مانند (دیابت نوع 2، مقاومت به انسولین³ (IR)، بیماری‌های قلبی عروقی، سرطان‌های خاص، بیماری‌های اسکلتی عضلانی) و کاهش کیفیت زندگی شناخته می‌شود (۳-۴) و مشکلات متعددی را در سلامت جسمی و روحی ایجاد می‌کند و به‌طور مستقیم و قابل توجهی بر رضایت و کیفیت زندگی تأثیر می‌گذارد. بیمارانی که دارای شاخص توده بدنی بالاتر چاقی هستند، کیفیت زندگی پایین‌تری را گزارش می‌کنند و از تصویر بدنی خود نسبت به افراد دارای طبقات پایین‌تر رضایتی بیشتری دارند (۵).

عوامل متعددی چون جنبه‌های ژنتیکی، اجتماعی، محیطی و روانی در فیزیوپاتولوژی این بیماری نقش دارند (۲). مصرف زیاد غذا یکی از عوامل اصلی افزایش وزن و چاقی است. با این حال، اشتها و رفتار تغذیه تنها توسط نیازهای انرژی یا نیاز متابولیک کنترل نمی‌شود. غذا همچنین به‌عنوان یک تقویت‌کننده طبیعی

عمل می‌کند و مصرف آن به دلیل خواص لذت‌بخش آن است که به دوپامین مزولیمبیک^۴ و سیستم‌های اپیوئیدی^۵ متکی است (۶-۷). اعتقاد بر این است که غذاهای فرآوری شده، سرشار از چربی، قند و نمک، اشتها را تحریک کرده و مصرف کالری را از طریق تحریک گیرنده‌های مواد افیونی و دوپامین در مرکز پاداش افزایش می‌دهند (۸).

یکی از سازه‌هایی که در مصرف بیش از حد غذا و افزایش وزن مؤثر شناخته شده است، تکانش‌گری^۶ است (۹). تکانش‌گری را می‌توان به‌صورت ترجیح پاداش‌های فوری، تمایل به ماجراجویی، جست‌وجوی حس‌های نو، یافتن راه‌های ساده دستیابی به پاداش، عدم پشتکار و اصرار در انجام امور و همچنین زمان کوتاه واکنش فردی تبیین نمود (۱۰). تکانش‌گری به‌طور معمول به‌عنوان تمایل به اقدام عجولانه بدون توجه به عواقب رفتارها تعریف می‌شود که در مورد چاقی، با خوردن بیش از حد غذاهای خوش طعم منعکس می‌شود (۱۱). حساسیت به پاداش و مهار نشدن از جنبه‌های تکانه است که نقش اصلی را در رفتارهای اعتیادآور دارند. افرادی که دارای اضافه‌وزن و چاقی، تمایل شدیدی به خوردن غذاهای خاص به دلیل مواد غذایی و محرک‌های مربوطه بسیار پاداش آور دارند. داشتن سطح بالایی از حساسیت به پاداش نسبت به محرک‌های مربوط به غذا می‌تواند احتمال پرخوری را افزایش داده و توانایی مهار یا کنترل غذا را کاهش دهد (۱۲). برخی پژوهشگران اعلام کرده‌اند افرادی که رفتار پرخوری دارند دارای یک سیستم پاداش بیش از حد پاسخگو و اختلال در کنترل مهارتی نسبت به نشانه‌های مربوط به غذا هستند (۱۳). نتایج مطالعات (۱۴-۱۶) نیز نشان می‌دهد افراد تکانش‌گر اعتیاد و وابستگی به غذا را به‌عنوان یک راهبرد تنظیم هیجان (فعال‌سازی سیستم پاداش) قلمداد می‌کنند؛ بنابراین افراد با سطوح تکانش‌گری بالاتر، BMI پایین‌تری دارند.

4. mesolimbic dopamine
5. opioids systems
6. Impulsivity

1. body mass index (BMI)
2. World Health Organization (WHO)
3. insulin resistance

دریافت بهینه رژیم غذایی به کمک مشاوره تغذیه^۱ روشی فراگیر برای هدایت افراد در تغییر رژیم غذایی و سبک زندگی است (۱۷) و نقش مهمی در پیشگیری از سوءتغذیه و بیماری‌های غیر واگیر (۴) و کمک به درمان و کیفیت زندگی افراد مبتلا به بیماری‌های حاد و مزمن دارد. راهبردهای واحدی که توسط متخصصان مختلف مراقبت‌های بهداشتی به کمک مشاور تغذیه آمده و در مطالعات گوناگون مورد بررسی قرار گرفته‌اند (۱۷) برای مثال درمان شناختی-رفتاری به‌عنوان یکی از مؤثرترین درمان‌های استاندارد چاقی و اصلاح سبک زندگی کاهش وزن است که بر اساس ترکیبی از رویکردهای رفتاری، شناختی و تغذیه و ورزش شناخته شده است. رویکردهای درمان روان‌شناختی بالینی محوری هستند و شامل مشارکت دادن بیماران در اصلاح سبک زندگی و ایجاد انگیزه در آن‌ها برای کاهش وزن موفقیت‌آمیز با کمک یک گروه چند رشته‌ای است (۱۸). درمان شناختی-رفتاری (CBT) برای چاقی نه تنها باهدف کاهش وزن، بلکه جلوگیری از بازگشت مجدد وزن، در نتیجه اجتناب از نتایج ناخوشایند طولانی‌مدت درمان‌های رفتاری قبلی است (۱۹). CBT بین کاهش وزن و حفظ وزن تمایز قائل می‌شود و به بیماران امکان می‌دهد تا راهبردهای مؤثر حفظ وزن را تمرین کنند (مثلاً اجتناب از اهداف غیرواقعی وزن و رفع موانع برای حفظ وزن) (۲۰). مطالعات اثربخشی درمان شناختی-رفتاری را بر روی افراد مبتلا به اضافه‌وزن و چاقی بررسی و تأیید نموده‌اند (۲۱-۲۷). بر اساس نتایج یک مطالعه متاآنالیز CBT در مقایسه با روش‌های روان‌درمانی دیگر در اضافه‌وزن چاقی افراد مبتلا به پرخوری عصبی و اختلال پرخوری مؤثرتر است (۲۸).

یکی دیگر از رویکردهای درمانی که به نظر می‌رسد بر روی افراد مبتلا به اضافه‌وزن و چاقی اثربخش باشد، روان‌درمانی تحلیلی^۲ و شاخه‌ای از روان‌درمانی است که بر اصول نظریه روانکاوی^۳ بنا نهاده شده است (۲۹). نوعی صحبت درمانی مبتنی بر این ایده است که

انسان‌ها به واسطه افکار و احساساتی خارج از حیطه آگاهی‌شان تحت تأثیر قرار گرفته و برانگیخته می‌شوند. یاری رساندن به افراد در جهت تغییر شیوه‌های فکری و رفتاری که در آن‌ها به صورت عادت درآمده است، به واسطه ایجاد شناختی عمیق‌تر از نحوه کارکردهای ذهنی و/یا حمایت از این کارکردها به‌طور مستقیم، در متن رابطه با درمانگر، اهداف روان‌تحلیلی را تشکیل می‌دهد (۳۰). روان‌درمانی تحلیلی از نظریه روانکاوی به‌عنوان چارچوبی برای ساختاردهی و درک فرایند درمان استفاده می‌کند و فنونی چون تداعی آزاد، عاطفه، انتقال، انتقال متقابل و... را مورد استفاده قرار می‌دهد (۲۹). تأکید این رویکرد همچون روانکاوی بر افزایش خودشناسی و عمیق شدن آگاهی فرد نسبت به مسائل احساسی و تناقضاتی است که ریشه مشکلات حال حاضر هستند. در این رویکرد، درمانگر به کشف افکار و احساسات ناخودآگاه، درک جوانب و زوایای ارتباط بین درمانگر و مراجع که ممکن است با تناقضات احساسی پنهان در فرد مرتبط باشد، تفسیر فرایندهای دفاعی که سد راه آگاهی عاطفی هستند و توجه به مسائلی مثل تصور فرد از خود و عزت‌نفس فرد می‌پردازد (۳۰). نتایج پژوهش‌ها اثربخشی روان‌درمانی تحلیلی را بر تکانش‌گری، پردازش هیجانی و تصویر بدنی در سایر گروه‌های بالینی بررسی و تأیید نموده‌اند (۳۱-۳۴).

با توجه به این‌که چاقی می‌تواند اثرات سوئی بر سلامت جسمانی و روان‌شناختی افراد بر جای گذارد و حتی به مرگ‌ومیر و ناتوانایی‌هایی در جمعیت انسانی منتهی شود و جامعه صنعتی امروز موجب پیشرفت روزافزون آن در دنیا گردید که علاوه بر کاهش کیفیت زندگی و امید به زندگی موجب افزایش بیماری‌ها شده و عوارض و پیامدهای ناگواری به دنبال دارد؛ بدون شک انجام مداخله‌های روان‌شناختی کارآمد با اثرگذاری طولانی‌مدت در این زمینه امری انکارناپذیر است. درواقع، بهره‌مندی از تأثیر مداخلات روان‌شناختی در کنار رژیم‌درمانی، همچنین کم‌هزینه و کم‌زمان‌بر بودن آن‌ها با تأثیر ژرفی که بر ساختار شناخت و آگاه‌سازی افراد از مشکل خود بر جای می‌گذارند، می‌توانند تأثیرات مفیدی بر روند

1. Dietary counseling (DC)
2. psychodynamic Psychotherapy
3. psychoanalysis

مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری توام با رژیم‌درمانی...

بهبود بیماران در کنترل وزن خود و بازگشت‌ناپذیری آن ایفا نمایند؛ اما این که کدام یک از مداخلات روان‌شناختی (درمان شناختی-رفتاری و روان‌درمانی تحلیلی) در کنار رژیم‌درمانی دارای اثربخشی بیشتری است؟ هنوز جای پژوهش دارد. براین اساس پژوهش حاضر باهدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری همراه با رژیم‌درمانی و روان‌درمانی تحلیلی همراه با رژیم‌درمانی بر کاهش وزن و تکانش‌گری افراد دارای اضافه‌وزن و چاقی انجام شد.

روش پژوهش

پژوهش حاضر با طرح نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری ۳ ماهه انجام شد. این پژوهش دارای دو گروه آزمایش (گروه آزمایش اول درمان شناختی-رفتاری همراه با رژیم‌درمانی و گروه آزمایش دوم روان‌درمانی تحلیلی همراه با رژیم‌درمانی) و یک گروه کنترل (رژیم‌درمانی) بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی افراد مبتلا به چاقی که در بازه زمانی نیمه اول تیرماه تا نیمه دوم مردادماه سال ۱۴۰۲ به مراکز روان‌شناختی و رژیم‌درمانی منطقه ۳ و ۷ شهر تهران مراجعه کردند، بود؛ که ۶۰ نفر پس از تخمین حجم نمونه با استفاده از نرم‌افزار جی‌پاور^۱ با روش نمونه‌گیری در دسترس وارد مطالعه شدند. بدین‌صورت که ابتدا حجم نمونه تعیین شد. حداقل حجم نمونه برای تشخیص تفاوت بین گروه‌های همسان با اندازه اثر ۰/۳۵، توان آماری ۰/۵ و میزان خطای $\alpha = 0/05$ و با در نظر گرفتن ۱۰ درصد افت آزمودنی، تعداد نمونه ۶۰ نفر به‌عنوان حجم نمونه نهایی در نظر گرفته شد.

معیارهای ورود به پژوهش عبارت بود از: دارا بودن شاخص توده بدنی ۳۰-۳۵؛ دامنه سنی ۲۰-۴۰ سال؛ سطح تحصیلات حداقل دیپلم؛ رضایت شرکت‌کنندگان برای حضور در جلسات درمانی؛ برخورداری از پیش‌نیازهای روانکاو در

شرکت‌کنندگان گروه مداخله دوم (انگیزه بالا، توانایی ایجاد رابطه و همچنین ذهنیت روان‌شناختی و ظرفیت بینش). معیارهای خروج شامل: ابتلا به اختلالات روان‌پزشکی نظیر اختلالات اضطرابی، خلقی، سایکوتیک و مصرف مواد، همچنین رفتارهای اعتیادی نظیر اعتیاد به اینترنت که از طریق مصاحبه بالینی ساختاریافته برای DSM-5، ابتلا به اختلالات طبی که از طریق پرونده و سابقه پزشکی بررسی شد؛ دریافت مداخلات روان‌شناختی هم‌زمان، غیبت دو جلسه متوالی از مجموعه جلسات آموزشی، عدم تمایل به همکاری با درمانگر و عدم انجام تکالیف در نظر گرفته شد.

در این پژوهش اصول اخلاقی ازجمله توضیح اهداف پژوهش برای اعضای نمونه، حفظ رازداری، گمنام ماندن اعضا، کسب رضایت آگاهانه از آن‌ها، اختیاری بودن پژوهش، حق خروج از مطالعه، پاسخ به سؤالات و در اختیار قرار دادن نتایج در صورت تمایل افراد رعایت شد. افزون بر این پژوهش با کد اخلاق به شماره IR.SEMUMS.REC.1401.302 در دانشگاه علوم پزشکی سمنان به ثبت رسید.

ابزار پژوهش شامل فهرست تکانش‌گری دیکمن-فرم کوتاه (DII-short)^۲ بود. یک پرسشنامه خودگزارشی که توسط دیکمن (۱۹۹۰) به‌منظور اندازه‌گیری تکانش‌گری کنشی^۳ و تکانش‌گری کژ کنشی^۴ ساخته شده است. شامل ۲۳ آیتم است که پاسخ به هر آیتم به‌صورت دوگزینه‌ای صحیح/غلط تنظیم شده است (۳۵). دیکمن همبستگی این مقیاس را با مقیاس تکانش‌گری بارت-۵^۵ ۰/۶۴؛ و پایایی مقیاس تکانش‌گری کنشی ۰/۷۴ و تکانش‌گری کژ کنشی ۰/۸۵ گزارش شده است (۳۵). در ایران اختیاری و همکاران (۳۶) ضریب آلفای کرونباخ در گروه افراد سالم برای تکانش‌گری کنشی ۰/۶۹ به

2. Dickman impulsivity inventory-short version (DII-short)

3. Functional Impulsivity

4. Dysfunctional Impulsivity

5. Barratt Impulsivity Scale-5

1. G-Power

نفر گروه مداخله اول، ۱۹ نفر گروه مداخله دوم و ۱۷ نفر گروه کنترل) نمونه پژوهش را تشکیل دادند. یک هفته و سه ماه پس از اتمام جلسات مداخله شاخص توده بدنی شرکت کنندگان هر سه گروه اندازه گیری شد. در پایان تمامی شرکت کنندگان سه گروه مجدد به فرم کوتاه فهرست خود گزارشی تکانش گری دیکمن (۱۹۹۰) باهدف اجرای پس آزمون و آزمون پیگیری پاسخ گفتند. در نهایت تحلیل داده ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر (آمیخته) به وسیله نرم افزار SPSS نسخه ۲۵ در سطح معنی داری ۰/۰۵ انجام شد.

جلسات مداخله

۱. جلسات مداخله درمان شناختی-رفتاری همراه با رژیم درمانی: جلسات مداخله درمان شناختی رفتاری همراه با رژیم درمانی بر مبنای بسته مداخله ای ویلدرموت^۱ (۳۷) طی ۱۶ جلسه ۹۰ دقیقه ای به صورت دو جلسه هفتگی در کنار رژیم درمانی برای شرکت کنندگان گروه مداخله اول اجرا شد. در جدول ۱ خلاصه جلسات درمان شناختی-رفتاری ارائه شده است:

جدول ۱. خلاصه محتوای جلسات درمان شناختی-رفتاری (ویلدرموت، ۲۰۰۸)

جلسه	عنوان جلسه	خلاصه محتوای جلسات
اول	آشنایی	معرفی شرکت کنندگان و هدف از شرکت در جلسات؛ ارائه اطلاعات پایه ای در مورد روان درمانی شناختی-رفتاری؛ بیان علت برگزاری این جلسات و هدف گروه درمانی شناختی-رفتاری، بیان و شرح اصول رازداری و دادن اطمینان خاطر به مراجعان که اطلاعاتشان کاملاً محرمانه است؛ بیان قوانین و اصول جلسات درمان؛ انجام تکلیف به صورت تمرینی برای آشنایی بیشتر اعضای گروه برای انجام تکالیف.
دوم و سوم	افکار، احساسات، رفتار	توضیح درباره ارتباط افکار، احساس و رفتار؛ بیان تفاوت افکار، احساسات و رفتار؛ توضیح در مورد سبک های ناکارآمد تفکر؛ بیان خطاهای شناختی معمول؛ توزیع کار برگ بازسازی افکار.
چهارم و پنجم	بازسازی افکار	بررسی و توضیح تکلیف جلسه قبل؛ توضیح چهار گام اصلی برای بازسازی افکار (شناسایی افکار، ارزیابی افکار، تغییر افکار، تعیین اثرات افکار اصلاح شده)؛ توزیع مجدد کار برگ بازسازی افکار.
ششم و هفتم	نشانه ها و زنجیره ها	بررسی تکلیف جلسه قبل؛ بررسی زنجیره علت، پاسخ، پیامد؛ توضیح اینکه پیامدها چگونه خود در زنجیره رفتاری بزرگتر قرار می گیرند؛ بیان راهبردهایی برای شکستن زنجیره مخرب.
هشتم و نهم	جرات ورزی	بررسی تکلیف جلسه قبل؛ تعریف رفتار جرات مندانه؛ تصور موقعیتی که در آن رفتار جرات مندانه داشتن مشکل است؛ خود گویی پیشنهادی برای افزایش جرات ورزی؛ تفاوت بین رفتار منفعل، پر خاشکترانه و جرات مندانه؛ نمونه ای از افکار و خودگویی های منفی که مانع جرات مندی می شود.

دست آمد و برای تکانش گری کژ کنشی ۰/۴۸ گزارش کردند. به منظور اجرای پژوهش ابتدا با اعلام فراخوان به مدت دو هفته در سه مرکز روان شناختی و رژیم درمانی منطقه ۳ و ۷ شهر تهران از افراد علاقه مند به شرکت در جلسات که از ملاک های اولیه ورود به پژوهش (دامنه سنی، شاخص توده بدنی، سطح تحصیلات) برخوردار بودند، ثبت نام به عمل آمد (۸۴ نفر). سپس یک جلسه توجیهی به منظور توضیح اهداف پژوهش، انجام مصاحبه بالینی و اجرای آزمون غربالگری در نظر گرفته شد. پس از انجام مصاحبه، تمامی شرکت کنندگان به فرم کوتاه فهرست خود گزارشی تکانش گری دیکمن (۱۹۹۰) باهدف غربالگری نهائی و اجرای پیش آزمون پاسخ گفتند؛ و در نهایت ۶۰ نفر از افراد واجد شرایط و داوطلب وارد مطالعه شده و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل (هر گروه ۲۰ نفر) قرار گرفتند. سپس شرکت کنندگان گروه آزمایش اول و دوم هر یک طی ۱۶ جلسه ۹۰ دقیقه ای با توالی هر هفته دو جلسه در کنار رژیم درمانی به ترتیب تحت مداخله درمان شناختی-رفتاری و روان درمانی تحلیلی قرار گرفتند. در این مدت شرکت کنندگان گروه کنترل فقط تحت رژیم درمانی بودند و مداخله روان شناختی دریافت نکردند. در نهایت با احتساب ریزش شرکت کنندگان، ۵۲ نفر (۱۶

مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری توام با رژیم درمانی...

جلسه	عنوان جلسه	خلاصه محتوای جلسات
دهم و یازدهم	تکانش گری، خودکنترلی و بالا بردن خلق	تعریف تکانه و بحث در مورد مدیریت تکانه‌ها و راهکارهایی برای خودکنترلی بیشتر؛ راهکارهایی در مورد بالا بردن خلق و افزایش رویدادهای خوشایند؛ توزیع کار برگ فعالیت‌های خوشایند.
دوازدهم و سیزدهم	مدیریت استرس و حل مسئله	بررسی تکلیف جلسه قبل؛ توضیح در مورد استرس، استرس آور و مدیریت استرس‌ها؛ مدیریت استرس؛ راهکارهایی برای حل مسئله؛ آموزش آرامش عضلانی.
چهاردهم و پانزدهم	عزت نفس	بررسی تکلیف جلسه قبل؛ تعریف عزت نفس؛ بیان این نکته که چگونه خودارزیابی‌های منفی موجب عدم عزت نفس می‌شود؛ راهبردهایی برای بهبود عزت نفس؛ توزیع کار برگ خود انگار.
شانزدهم	پیشگیری از عود	بررسی تکلیف جلسه قبل؛ برنامه‌ریزی برای پیشگیری از عود؛ بیان ضرورت تمرین مهارت‌های کسب‌شده در طول جلسات؛ ارزیابی پیشرفت کار و مهارت‌های کسب‌شده.

۲. جلسات مداخله روان درمانی تحلیلی همراه با رژیم درمانی:

شرکت کنندگان گروه مداخله دوم اجرا شد. فنونی که در روان درمانی تحلیلی مورد استفاده قرار گرفت شامل: شفاف‌سازی، تحلیل مقاومت و مکانیسم‌های دفاعی، تحلیل انتقال و مواجهه سازی بود:

جلسات مداخله روان درمانی تحلیلی همراه با رژیم درمانی بر اساس پروتکل درمانی سادوک و سادوک (۳۸) طی سه مرحله در ۱۶ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت دو جلسه هفتگی در کنار رژیم درمانی برای

جدول ۲. خلاصه محتوای جلسات مداخله روان درمانی تحلیلی

مراحل	جلسات	خلاصه محتوای جلسات
اول	اول تا سوم	آشنایی هر بیمار با روش‌ها، روال کار و الزامات تجزیه و تحلیل؛ ایجاد ارتباط درمانی واقعی بین بیمار و تحلیل‌گر؛ تعیین قوانین اساسی در طی جلسات؛ شرح مشکل از سوی بیمار، مرور برخی تاریخچه‌ها، ایجاد آرامش اولیه از طریق روان پاک‌سازی و احساس امنیت در بیمار پیش از عمیق‌تر شدن در ریشه بیماری.
دوم	چهارم تا چهاردهم	جایگزینی اختلال روانی انتقالی بر اختلال روانی واقعی؛ تعارض مستقیم آرزوی سلامتی با تمایل هم‌زمان به دریافت رضایت عاطفی از تحلیل‌گر؛ تظاهر تدریجی سطح درگیری‌های ناخودآگاه؛ افزایش دل بستگی غیرمنطقی به تحلیل‌گر و پیوند با همراهی‌های کاهنده و وابسته به آن؛ بازگشت پیش‌رونده به اشکال قبلی رابطه (گاهی اوقات شبیه به مادر و نوزاد) و تکرار الگوهای دوران کودکی و یادآوری خاطرات آسیب‌زا از طریق انتقال به تحلیل‌گر خواسته‌های حل نشده وابسته به شهوت.
سوم	پانزدهم و شانزدهم	انحلال پیوند تحلیلی؛ فروکش شدن دل بستگی غیرمنطقی به تحلیل‌گر در اختلال روانی انتقالی؛ فراهم‌سازی تسلط و سازگاری بیشتر با مشکلات در بیمار.

معیار سنی گروه مداخله اول (درمان شناختی-رفتاری همراه با رژیم درمانی) $41/48 \pm 31/5$ ، در گروه مداخله دوم (روان‌درمانی تحلیلی همراه با رژیم درمانی) $31/91 \pm 4/83$ و گروه کنترل (رژیم درمانی) $33/88 \pm 4/63$ بود. در گروه مداخله اول (درمان شناختی-رفتاری همراه با رژیم درمانی) ۴۴ درصد دارای سطح

در این پژوهش، ۴۴ درصد شرکت‌کنندگان گروه مداخله اول (درمان شناختی-رفتاری همراه با رژیم درمانی) مرد و ۵۶ درصد زن بودند، در گروه مداخله دوم (روان‌درمانی تحلیلی همراه با رژیم درمانی)، ۴۷ درصد مرد و ۵۳ درصد زن بودند و در گروه سوم (رژیم درمانی) ۴۱ درصد مرد و ۵۹ درصد زن بودند. میانگین وانحراف

شرکت کنندگان را تشکیل دادند.

شاخص‌های توصیفی مربوط به شرکت کنندگان در گروه‌های مداخله اول (درمان شناختی-رفتاری همراه با رژیم‌درمانی)، دوم (روان‌درمانی تحلیلی همراه با رژیم‌درمانی) و گروه کنترل (رژیم‌درمانی) در جدول ۳ ارائه شده است:

تحصیلات کارشناسی، ۳۷ درصد کارشناسی ارشد و ۱۹ درصد دکتری بودند؛ در گروه مداخله دوم (روان‌درمانی تحلیلی همراه با رژیم‌درمانی) ۴۲ درصد دارای سطح تحصیلات کارشناسی، ۳۲ درصد کارشناسی ارشد و ۲۶ درصد دکتری بودند؛ همچنین در گروه رژیم‌درمانی سطح تحصیلات کارشناسی (۲۹ درصد)، کارشناسی ارشد (۴۷ درصد) و دکتری (۲۴ درصد) از

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی در گروه مداخله اول (درمان شناختی-رفتاری با رژیم‌درمانی)، گروه مداخله دوم (روان‌درمانی تحلیلی با رژیم‌درمانی) و گروه کنترل (رژیم‌درمانی)

متغیر	گروه مراحل	درمان شناختی-رفتاری		روان‌درمانی تحلیلی		رژیم‌درمانی	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
کاهش وزن	پیش‌آزمون	۳۳/۱۸	۱/۴۲	۳۳/۷۸	۱/۹۸	۳۳/۰۵	۲/۵۸
	پس‌آزمون	۲۴/۸۱	۲/۹۲	۲۴/۰۵	۲/۰۹	۲۵/۲۹	۲/۶۸
تکانش گری	پیگیری	۲۴/۹۳	۲/۳۲	۲۴/۳۶	۱/۶۰	۲۵/۱۱	۲/۵۹
	پیش‌آزمون	۸۰/۵۰	۱۷/۵۳	۸۲/۲۶	۱۴/۶۹	۸۳/۱۷	۱۱/۴۵
	پس‌آزمون	۴۹/۷۵	۲۰/۸۳	۴۳/۶۸	۱۲/۴۵	۷۶/۱۷	۱۲/۵۸
	پیگیری	۴۹/۰۶	۱۹/۵۵	۴۵/۴۲	۱۱/۱۶	۷۴/۸۲	۱۴/۸۱

n=۵۲

خطا برای کاهش وزن و تکانش گری یکسان است ($P > 0/05$). همچنین نتایج حاصل از آزمون کرویت موخلی نشان داد در متغیر کاهش وزن ($\chi^2 = 24/$, $P = 0/001$) مفروضه کرویت برقرار نیست؛ اما در متغیر تکانش گری ($P = 0/001$)، $\chi^2 = 89/776$ مفروضه کرویت برقرار است.

با توجه به یافته‌های جدول ۴، در ارتباط با عامل درون‌گروهی مقدار F به‌دست‌آمده برای اثر مراحل زمانی (از پیش‌آزمون تا پیگیری) بر متغیر کاهش وزن ($F = 349$, $P < 0/01$, $\eta^2 = 0/877$) و تکانش گری ($F = 102$, $P < 0/01$, $\eta^2 = 0/676$) معنادار بوده است؛ به عبارتی، بین میانگین نمرات کاهش وزن و تکانش گری در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گروه‌های مداخله و گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. علاوه بر این، در عامل بین‌گروهی هم مقدار F به‌دست‌آمده برای کاهش وزن ($\eta^2 = 0/012$)

آماره‌های توصیفی مربوط به سه گروه مورد مطالعه در جدول ۳ نشان می‌دهد نمرات کاهش وزن و تکانش گری از زمان پیش‌آزمون تا پیگیری در گروه درمان شناختی-رفتاری همراه با رژیم‌درمانی و گروه روان‌درمانی تحلیلی همراه با رژیم‌درمانی در مقایسه با گروه کنترل که فقط رژیم‌درمانی دریافت نمودند، تغییرات داشته است.

به‌منظور بررسی نرمال بودن متغیرهای کاهش وزن و تکانش گری شرکت کنندگان در مطالعه از آزمون شاپیرو-ویلکس استفاده شد که مشخصه Z آزمون مربوط به نرمال بودن کاهش وزن و تکانش گری در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نشان داد که توزیع نمره‌ها با توزیع این ابعاد تفاوت ندارد ($P > 0/05$). همچنین به‌منظور بررسی یکسانی واریانس‌ها و نرمال بودن توزیع از آزمون لون استفاده شد که نتایج نشان داد واریانس‌های

مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری توام با رژیم درمانی...

تفاوت معنادار در میانگین نمرات کاهش وزن و تکانش گری است که برای بررسی تفاوت‌ها از آزمون بونفرونی استفاده شد:

$F=0/05, P288 > 0/05$ معنادار نیست، اما برای متغیر تکانش گری در سطح معناداری $F=17/01, P086 < 0/01, \eta^2=0/411$ کوچکتر از $P < 0/001$ است و این نشان‌دهنده وجود

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر با عوامل درون گروهی و برون گروهی برای متغیر کاهش وزن و تکانش گری

متغیر	عوامل	منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	اندازه اثر	معناداری
کاهش وزن	عامل درون گروهی	زمان	۲۵۴۰/۲۱۸	۱/۴۲۵	۱۷۸۲/۲۰۸	۳۴۹/۱۸۲	۰/۸۷۷	۰/۰۰۰۱
		تعامل* گروه	۲۰/۴۲۱	۲/۸۵۱	۷/۱۶۴	۱/۴۰۴	۰/۰۵۴	۰/۲۵۰
		خطا	۳۵۶/۴۶۴	۹۸	۳/۶۳۷			
	عامل بین گروهی	گروه	۴/۸۱۳	۲	۲/۴۰۶	۰/۲۸۸	۰/۰۱۲	۰/۷۵۱
		خطا	۴۱۰/۱۱۰	۴۹	۸/۳۷۰			
تکانش گری	عامل درون گروهی	زمان	۲۲۴۱۷/۱۷۷	۱/۰۸۳	۲۰۶۹۰/۲۵۶	۱۰۲/۲۰۳	۰/۶۷۶	۰/۰۰۰۱
		تعامل* گروه	۵۸۶۶/۲۷۵	۲/۱۶۷	۲۷۰۷/۱۸۲	۱۳/۳۷۳	۰/۳۵۳	۰/۰۰۰۱
		خطا	۱۰۷۴۷/۶۶۱	۵۳/۰۹۰	۲۰۲/۴۴۳			
	عامل بین گروهی	گروه	۱۳۵۳۹/۱۴۷	۲	۶۷۶۹/۵۷۳	۱۷/۰۸۶	۰/۴۱۱	۰/۰۰۰۱
		خطا	۱۹۴۱۴/۱۱۰	۴۹	۳۹۶/۲۰۶			

جدول ۵. خلاصه نتایج مقایسه زوجی اثرات بین آزمودنی در متغیر کاهش وزن و تکانش گری

مرحله	متغیر	گروه	در مقایسه با گروه	تفاوت میانگین	معناداری
پیش آزمون	کاهش وزن	روان درمانی تحلیلی با رژیم درمانی	درمان شناختی رفتاری با رژیم درمانی	۰/۶۰۲	۱
		روان درمانی تحلیلی با رژیم درمانی	کنترل	۰/۷۳۱	۰/۸۸۲
		درمان شناختی رفتاری با رژیم درمانی	کنترل	۰/۱۲۹	۱
	تکانش گری	روان درمانی تحلیلی با رژیم درمانی	درمان شناختی رفتاری با رژیم درمانی	۱/۷۶۳	۱
		روان درمانی تحلیلی با رژیم درمانی	کنترل	-۰/۹۱۳	۱
		درمان شناختی رفتاری با رژیم درمانی	کنترل	-۲/۶۷۶	۱
پس آزمون	کاهش وزن	روان درمانی تحلیلی با رژیم درمانی	درمان شناختی رفتاری با رژیم درمانی	-۰/۷۶۰	۱
		روان درمانی تحلیلی با رژیم درمانی	کنترل	-۱/۲۴۱	۰/۴۶۱
		درمان شناختی رفتاری با رژیم درمانی	کنترل	-۰/۴۸۲	۱
	تکانش گری	روان درمانی تحلیلی با رژیم درمانی	درمان شناختی رفتاری با رژیم درمانی	۶/۰۶۶	۰/۷۶۷
		روان درمانی تحلیلی با رژیم درمانی	کنترل	-۳۲/۴۹۲	۰/۰۰۰۱
		درمان شناختی رفتاری با رژیم درمانی	کنترل	-۲۶/۴۲۶	۰/۰۰۰۱

فرزانه فرمانی و همکاران

مرحله	متغیر	گروه	در مقایسه با گروه	تفاوت میانگین	معناداری	
پیگیری	کاهش وزن	روان درمانی تحلیلی با رژیم درمانی	درمان شناختی رفتاری با رژیم درمانی	-۰/۵۶۹	۱	
		روان درمانی تحلیلی با رژیم درمانی	کنترل	-۰/۷۴۹	۰/۹۳۲	
	تکانش گری	روان درمانی تحلیلی با رژیم درمانی	درمان شناختی رفتاری با رژیم درمانی	-۰/۱۸۰	۱	
		روان درمانی تحلیلی با رژیم درمانی	کنترل	-۳/۶۴۱	۱	
			روان درمانی تحلیلی با رژیم درمانی	کنترل	-۲۹/۴۰۲	۰/۰۰۰۱
			درمان شناختی رفتاری با رژیم درمانی	کنترل	-۲۵/۷۶۱	۰/۰۰۰۱

بحث

پژوهش حاضر باهدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری توأم با رژیم درمانی و روان درمانی تحلیلی همراه با رژیم درمانی بر کاهش وزن و تکانش گری افراد دارای اضافه وزن و چاقی انجام شد. نتایج به دست آمده از تحلیل فرضیه‌ها نشان داد بین نمرات پس آزمون متغیر کاهش وزن و تکانش گری در گروه‌ها تفاوت معناداری وجود دارد؛ به این معنا که درمان شناختی- رفتاری همراه با رژیم درمانی، روان درمانی تحلیلی همراه با رژیم درمانی موجب کاهش وزن و کاهش تکانش گری شرکت کنندگان شده است و میزان اثربخشی در طی زمان دارای پایداری اثر است. همچنین نتایج نشان داد در مقایسه بین گروه‌ها تفاوت معناداری بین درمان شناختی- رفتاری توأم با رژیم درمانی و روان درمانی تحلیلی همراه با رژیم درمانی بر کاهش وزن و تکانش گری وجود ندارد.

یافته به دست آمده مبنی بر اثربخشی درمان شناختی- رفتاری همراه با رژیم درمانی بر کاهش وزن و تکانش گری افراد مبتلا به چاقی با نتایج پژوهش تولدو و همکاران (۲۱) مبنی بر اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و روان درمانی میان فردی بر کاهش وزن، رفتارهای پر خوری و علائم افسردگی که در یک مطالعه متاآنالیز بررسی کردند؛ مورائس و همکاران (۲۳) مبنی بر اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر رفتارهای غذایی، سطح اضطراب و افسردگی و کیفیت زندگی بزرگسالان مبتلا به چاقی؛

رشیدی ظفر و همکاران (۲۵) مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان شناختی- رفتاری و ذهن آگاهی بر بهبود شاخص توده بدنی مبتلایان به اضافه وزن، همسو است. در تبیین یافته به دست آمده می توان گفت: با توجه به تعاریفی که از تکانش گری ارائه شده است از نظر ویس و همکاران (۳۹) به نظر می رسد رابطه پاسخ دهی به تکانش گری و پاداش با پاسخ های شناختی (مثل سوگیری توجهی به غذا) و رفتاری (مانند پر خوری)، از جمله مکانیسم های تأثیر گذاری تکانش گری بر رفتارهای خوردن و چاقی باشد. به علاوه، همبستگی حالات هیجانی با رفتارهای خوردن تکانه ای و تکانش گری نیز می تواند به دلیل نبود راهبردهای تنظیم هیجان سازگار، تعارض بین اهداف گوناگون خودتنظیمی مثل تنظیم عواطف و کنترل تکانه، مختل شدن انگیزش، ظرفیت محدود، تغییر اولویت های تنظیمی و فرار از آگاهی باشد (۴۰). در درمان شناختی- رفتاری به شخص کمک می شود تا متوجه شود چه میزان افکارش در پیدایش نشانگان اضطرابی نقش دارند و چگونه افکار سازش نایافته خود را به منظور کاهش این نشانگان اصلاح نماید. درمان شناختی- رفتاری به وسیله فن های بازسازی شناختی موجب توجه شخص به افکار غیرمنطقی می شود که باعث اضطرابش شده اند (۴۱). افکار و تصورات غیرمنطقی به کمک درمانگر بررسی می شود و مورد تجدیدنظر قرار می گیرد. در طی جلسات تلاش می شود مراجع این مهم را که چگونه



مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری توام با رژیم درمانی...

باورهای غیرمنطقی، رفتار و هیجانات وی را تحت تأثیر قرار می‌دهند درک کند. همچنین دریابد که او چگونه می‌تواند از خود، پیرامون و دیگران ارزیابی واقع‌گرایانه‌تری داشته باشد. استفاده از فنون بازداري فکر بیمار می‌آموزد که خود می‌تواند گاهی با عوض کردن فکر مانع اضطرابش شود؛ و به کمک فنون مرور شناخت سعی می‌کند در ذهن خود برخی روش‌های انطباقی با موقعیت‌های مشکل‌زا و تکانشی را مرور نماید (۴۲). به‌طورکلی درمان شناختی-رفتاری از طریق تمرکزی که بر فن‌های تغییر شناخت و بهبود هیجانات دارد به افراد کمک می‌کند تا راهبردهایی همچون آگاهی هیجانی، اتخاذ چشم‌انداز، حل مسئله را در خود رشد دهند و از طریق تکالیف خانگی کمک می‌کنند تا به شکل انگیزه‌مندتری این مهارت‌ها را به کار بگیرند، پرواضح است که بالا رفتن این توانایی‌ها به افراد کمک می‌کند تا مدیریت بهتری بر رفتار خود داشته باشند و از مشکلات و چالش‌های درونی و برونی بکهند. به همین دلیل است که مطالعات متعدد از اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر روی افراد مبتلابه چاقی و اضافه‌وزن حمایت کرده‌اند. یافته دیگر پژوهش مبنی بر اثربخشی روان‌درمانی تحلیلی همراه با رژیم‌درمانی بر کاهش وزن و تکانش‌گری افراد مبتلابه چاقی با نتایج پژوهش عندلیب و همکاران (۳۳) مبنی بر اثربخشی روان‌درمانی تحلیل گروهی و کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر تصویر بدنی و برداش هیجانی؛ آبت-داگا (۳۴) مبنی بر اثربخشی روان‌درمانی تحلیلی بر بزرگ‌سالان مبتلابه بی‌اشتهایی عصبی، پرخوری عصبی و اختلال پرخوری همسو است. در تبیین یافته به‌دست‌آمده می‌توان گفت: بر اساس روان‌درمانی تحلیلی، در انسان همایندی هیجان‌ها با اضطراب شرطی شده به دلیل ترومای دل‌بستگی می‌تواند منجر به کژ تنظیمی هیجانی و تکانش‌گری شود. همچنین، دفاع‌ها می‌توانند عواطف تنظیم‌نشده را ایجاد کرده و نگهداری کنند؛ بنابراین حالات هیجانی تنظیم‌نشده به دو شکل ایجاد

می‌شوند: (۱) اضطراب: زمانی که اضطرابی مرتبط با یک هیجان معین، بیمار را فراگرفته و او نسبت به احساس مخفی‌شده توسط این اضطراب هشیار نیست؛ بنابراین آنچه اینجا نیازمند تنظیم است، صرفاً خود احساس نیست، بلکه اضطراب نیز هست؛ (۲) دفاع: زمانی که اضطراب تنظیم نمی‌شود، بیمار در حال استفاده از دفاع‌هایی است که هیجانات تنظیم‌نشده را ایجاد یا تکمیل می‌کنند؛ بنابراین تنظیم این هیجانات نیازمند غیرفعال‌سازی دفاع‌ها و توقف احساسات دفاعی/ ثانویه است (به‌عنوان مثال، تجربه غم در موارد آسیب‌دیدگی به جای احساس خشم، نوعی احساس دفاعی است که نیازمند تنظیم احساس غم و تجربه سالم خشم به‌عنوان احساس اصیل است (۴۳)). روان‌درمانی تحلیلی شامل تحریک واکنش‌های هیجانی و غلبه بر مکانیسم دفاعی است. بر اساس این رویکرد رسیدن به آگاهی در خصوص احساسات، رفتارها و تجربیات می‌تواند به فرد کمک کند تا به فهم بهتر ضمیر ناخودآگاهش برسد. ضمیری که به‌شدت بر روی اعمال، افکار و روابط تأثیر می‌گذارد (۴۴). از چشم‌انداز روان‌درمانی تحلیلی آنچه باعث بروز مشکلاتی در نظم هیجانی و تکانش‌گری می‌شود شامل آسیب‌های دل‌بستگی، ضعف ایگو، مکانیسم‌های دفاعی ناسالم، مشکلات جسمانی و ناآگاهی هیجانی است. روان‌درمانی تحلیلی به دلیل تحریک تجارب هیجان‌های شدید و متعارض، به مرکز هیجانی مغز، یعنی جایی که خاطرات مربوط به آسیب‌های مربوط به آسیب‌های زود هنگام در دل‌بستگی ذخیره شده‌اند، رخنه می‌کند و بدین ترتیب درمانگر سریعاً به هسته مشکلات هیجانی و تکانشی بیمار که او را به ستوه، آورده است، دسترسی پیدا می‌کند. سپس در اینجا و اکنون و در رابطه با درمانگر و بیمار، مجال تجربه و فهم این احساسات بدوی و اولیه فراهم می‌شود. از طرفی روان‌درمانی تحلیلی با تمرکز بر شناسایی و خنثی‌سازی انواع مکانیسم‌های دفاعی ناسالم و توجه به مسیرهای تخلیه تکانه‌ها و کمک به بیمار

استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، عدم امکان قیاس بر اساس جنسیت، کوتاه بودن دوره پیگیری محدودیت دیگر پژوهش حاضر بود. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی جهت انتخاب گروه نمونه پژوهشی از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی استفاده گردد و میزان اثربخشی در دوره‌های پیگیری طولانی مدت ۶ ماه تا یک‌ساله بررسی و همچنین بر اساس جنسیت در گروه‌ها مورد مقایسه قرار گیرد. با توجه به نتایج به دست آمده در پژوهش حاضر پیشنهاد می‌شود مشاوران و درمانگران بالینی از این دو رویکرد مداخله‌ای در کنار رژیم‌درمانی بهره‌مند گردند.

تشکر و قدردانی

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش حاضر که با سعه صدر ما را تا پایان اجرای پژوهش یاری نمودند قدردانی نمایند.

برای خودآگاهی و به هوشیاری از طریق همراه کردن بینش شناختی و بینش هیجانی، تأثیر بسزایی در کاهش تکانش‌گری و در نتیجه کاهش وزن افراد مبتلابه چاقی ایفا می‌کند.

نتیجه‌گیری

به‌طور کلی نتایج پژوهش حاضر نشان داد با به‌کارگیری هر یک از رویکردهای درمان شناختی-رفتاری توأم با رژیم‌درمانی و روان‌درمانی تحلیلی همراه با رژیم‌درمانی می‌توان گام مهمی در کاهش آسیب‌ها و پیامدهای روان‌شناختی ناشی از هیجان همچون تکانش‌گری که نقش بسزایی بر اضافه‌وزن و چاقی دارند برداشت.

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی همراه بود؛ از جمله این که محدود به جامعه و نمونه یک شهر و دو مرکز مشاوره بود که در بازه زمانی محدود اجرا شد، پیشنهاد می‌شود به منظور تعمیم‌پذیری نتایج پژوهش در پژوهش‌های آتی از این رویکردهای درمانی در نمونه‌های متفاوت و در سطوح سنی گوناگون استفاده شود.

References

- Egoshi M, Saito A, Nordeng L, Takayama Y, & Furukawa Y. Retrospective study of Cognitive Behavioral Therapy for Obesity modified as FIRE method (CBT-F) in combination with medication for weight loss. 2023.
- Blüher M. Obesity: Global epidemiology and pathogenesis. *Nat Rev Endocrinol*. 2019; 15: 288–298.
- Ferrulli A. Obesity: Classification and Diagnosis. In *Thyroid, Obesity and Metabolism*; Springer: Cham, Switzerland. 2021;93–73 .
- World Health Organization. (2021). Obesity and overweight.
- Alharbi M, Mersal N, & Sofar S. Impact of bariatric surgery on patients' satisfaction and quality of life: A narrative review. *Evidence-Based Nursing Research*. 2023; 5(4): 58-73.
- Wenzel JM, & Cheer JF. Endocannabinoid Regulation of Reward and Reinforcement through Interaction with Dopamine and Endogenous Opioid Signaling. *Neuropsychopharmacology*. 2018; 43: 103–115.
- Amin T, & Mercer JG. Hunger and Satiety Mechanisms and Their Potential Exploitation in the Regulation of Food Intake. *Curr Obes Rep*. 2016; 5: 106–112.
- Small D, & DiFeliceantonio A. Neuroscience: Processed foods and food reward. *Science*. 2019; 363: 346–347.
- Steward T, Miranda-Olivos R, Soriano-Mas C, & Fernández-Aranda F. Neuroendocrinological mechanisms underlying impulsive and compulsive behaviors in obesity: A narrative review of fMRI studies. *Rev. Endocr Metab Disord*. 2019; 20: 263–272.
- Kuştepe A, Kalenderoglu A, Çelik M, Kaya-Bozkurt E, Orum MH, & Uguz S. Evaluation of impulsivity and complex attention functions of subjects with substance use: Sample from Adiyaman province. *Med Sci*. 2019 ;1(8) : 67-71.
- Michaud A, Vainik U, Garcia-Garcia I, & Dagher A. Overlapping neural endophenotypes in addiction and obesity. *Front. Endocrinol*. 2017; 8: 127.
- Smith KE, Mason TB, Schaefer LM, Juarascio A, Dvorak R, Weinbach N, et al. Examining intra-individual variability in food-related inhibitory control and negative affect as predictors of binge eating using ecological momentary assessment. *J Psychiatr Res*. 2020; 120: 137–143.
- Turton R, Nazar BP, Burgess EE, Lawrence NS, Cardi V, Treasure J, et al. To go or not to go: a proof of concept study testing food-specific inhibition training for women with eating and weight disorders. *Eur Eat Disord Rev*. 2018; 26(1): 11-21.
- Ince B, Schlatter J, Max S, Plewnia CH, Zipfel S, Giel K E, et al. Can we change binge eating behavior by interventions addressing food-related impulsivity? A systematic review. *Journal of eating disorders*. 2021; 9(38): 1-10.
- de Sousa Fernandes M, Santos G, dos Santos R, da Costa Ribeiro I, Silva L, Cabral A, et al. Relation of food addiction in overweight/obesity, depression and impulsivity: A systematic review and meta-analysis. *Health Science Journal*. 2020; 14(5): 1-14.
- Legenbauer T, Müller A, de Zwaan M, Fischer C, Burgmer R, & Herpertz S. The impact of self-reported impulsivity on the course of weight is mediated by disinhibited eating. *Eur Eat Disord Rev*. 2018; 26(1): 38-45.
- Barkmeijer A, Te Molder H, Janssen M, & Jager-Wittenaar H. Towards effective dietary counseling: a scoping review. *Patient Education and Counseling*. 2022; 105(7): 1801-1817.
- Castelnuovo G, Pietrabissa G, Manzoni GM, Cattivelli R, Rossi A, Novelli M, et al. Cognitive behavioral therapy to aid weight loss in obese patients: Current perspectives. *Psychol Res Behav Manag*. 2017;10 : 165-173.
- Dalle Grave R, Sartirana M, El Ghoch M, & Calugi S. Treating obesity with personalized cognitive behavioral therapy (No. 144613). Cham, Switzerland: Springer, 2018.
- Tanis J, Martijn C, Vroling M, Maas J, & Keijsers GP. Reducing binge eating through behavioral-focused versus emotion-focused implementation intentions in patients with binge eating disorder or bulimia nervosa: An experimental approach. *Behaviour Research and Therapy*. 2023; 169: 104399.
- Toledo P, Lotufo-Neto F, Verdelli H, Goulart A, Marques A, de Oliveira Solis A, & et al. Interpersonal psychotherapy for treatment of obesity: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*. 2023; 320: 319-329.

22. Canuto R, Garcez A, de Souza R, Kac G, & Olinto M. Nutritional intervention strategies for the management of overweight and obesity in primary health care: A systematic review with meta-analysis. *Obesity reviews*. 2021; 22(3): e13143.
23. Moraes A, Padovani R, La Scala Teixeira C, Cuesta M, Gil S, de Paula B, et al. Cognitive behavioral approach to treat obesity: a randomized clinical trial. *Frontiers in Nutrition*. 2021; 8, 611217.
24. Cha J, Kim S, Shin I, Park Y, & Lim Y. Comparison of the effects of cognitive behavioral therapy and behavioral treatment on obesity treatment by patient subtypes: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Korean Medicine for Obesity Research*. 2020; 20(2): 178-192.
25. Rashidi Zafar M, Bashardoost tajali F, Sharifi N. Comparing the effectiveness of treatment based on acceptance and commitment, cognitive behavioral therapy and mindfulness on improving the body mass index of overweight patients. *Medical Journal of Mashad University of Medical Sciences*. 2022; 65(6), 2486-2497. [Persian]
26. Rouyan M, Torab E, Montazer S, Babaie M, Sepahram S, & Fouladi K. Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy on Body Shaming and Self-Criticism of Obese Adolescents Referred to Nutrition Clinics in Tehran in 2019. *Iranian journal of diabetes and obesity*. 2023; 15(1): 44-50.
27. Miri S, Javadi M, Lin C, Griffiths M, Björk M, & Pakpour A. Effectiveness of cognitive-behavioral therapy on nutrition improvement and weight of overweight and obese adolescents: A randomized controlled trial. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*. 2019; 13(3), 2190-2197. [Persian]
28. Linardon J, Wade T, de la Piedad Garcia X, & Brennan L. The efficacy of cognitive-behavioral therapy for eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2017; 85(11), 1080-1094.
29. Leichsenring F, & Steinert C. The efficacy of psychodynamic psychotherapy: an up-to-date review. In *Contemporary psychodynamic psychotherapy*. Contemporary Psychodynamic Psychotherapy. 2019; 49-74.
30. Cabaniss D. *Psychodynamic Psychotherapy: A clinical manual*. New York: John Wiley & Sons. 2016.
31. Palmer S, Brockmeyer T, Zipfel S, Wild B, Resmark G, Teufel M, et al. Words count in psychotherapy: Differentiating language characteristics of cognitive behavioral therapy and focal psychodynamic therapy for anorexia nervosa. *Psychotherapy*. 2023; 60(4): 488-496.
32. Izydorczyk B. *Body image in eating disorders: Clinical diagnosis and integrative approach to psychological treatment*. Routledge: Taylor & Francis. 2022.
33. Andalib L, Rezaei-Jamalouei H, Emami S M, & Shahidi MA. Comparing the Effects of Psychodynamic Group Psychotherapy and Mindfulness-Based Stress Reduction on Body Image and Emotional Processing in Patients with Colorectal Cancer. *Jundishapur Journal of Chronic Disease Care*. 2023; 12(2): e136399. [Persian]
34. Abbate-Daga G, Marzola E, Amianto F, & Fassino S. A comprehensive review of psychodynamic treatments for eating disorders. *Eat Weight Disord*. 2016; 21: 553-580.
35. Dickman SJ. Functional and dysfunctional impulsivity: Personality and cognitive correlates. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1990; 58(1), 95-102.
36. Ekhtiari H, Safaei H, Esmaeeli D, Atefvahid M, Edalati H, & Mokri A. Reliability and validity of Persian versions of Eysenck, Barratt, Dickman and Zuckerman questionnaires in assessing risky and impulsive behaviors. *Iran University of Medical Sciences*, 2008; 14(3), 326-36. [Persian]
37. Wildermuth A. *Cognitive behaviour group therapy for adolescents with type diabetes*. Dissertation for P.h.D in Psychology, Regent University. 2008.
38. Sadock B, Sadock V, & Ruiz P. *Comprehensive textbook of psychiatry (Vol. 1, pp. 938-950)*. B. J. Sadock, & V. A. Sadock (Eds.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2000.
39. Weiss N, Tull M, Viana A, Anestis M, Gratz K. Impulsive behaviors as an emotion regulation strategy: Examining associations between PTSD, emotion dysregulation, and impulsive behaviors among substance dependent inpatients. *Journal of Anxiety Disord*. 2012; 26(3): 453-458.
40. Bozorgi M, & Zarbakhsh M. The mediation role of eating styles in relationship between depression, anxiety, stress and impulsivity with obese individuals eating disorders. *Journal of Analytical-Cognitive*

- Psychology. 2023; 14(52): 62-76. [Persian]
41. James A, Reardon T, Soler A, James G, & Creswell C. Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2020; 11: CD013162.
42. Stefan S, Cristea IA, Szentagotai Tatar A, & David D. Cognitive-behavioral therapy (CBT) for generalized anxiety disorder: Contrasting various CBT approaches in a randomized clinical trial. Journal of Clinical Psychology. 2019; 75(7): 1188-1202.
43. Frederickson J, Messina I, & Grecucci A. Dysregulated anxiety and dysregulating defenses: Toward an emotion regulation informed dynamic psychotherapy. Front Psychol. 2018; 9: 2054.
44. Auld F, & Hyman M. Psychodynamic Psychotherapy (resolving psychological conflicts). Translated by Dehganpour M, Tehran: Roshd. 2021. [Persian]

Comparing the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy Combined with Diet Therapy and Analytical Psychotherapy Combined with Diet Therapy on Weight Loss and Impulsivity of Obese People

Farzaneh Farmani¹, Parviz Sabahi^{2*}, Muhammad Ali Shahraki³, Shahrokh Makvand Hosseini⁴

Abstract

Background and objective: The present study was conducted with the aim of comparing the effectiveness of cognitive-behavioral therapy (CBT) combined with diet therapy and analytical psychotherapy (AP) combined with diet therapy on weight loss and impulsivity in obese people.

Methods and Materials: The research method was semi-experimental with a pretest-posttest design, with a control group and a three-month follow-up. The research population included all people suffering from obesity who referred to the psychological and diet therapy centers of the 3rd and 7th districts of Tehran between the first of July and the second half of August 2023; 52 eligible people were included in the study and were divided into two experimental groups and one control group. Data were collected using the impulsivity inventory (Dickman, 1990) and analyzed with repeated measures analysis of variance and Bonferroni test.

Results: The effect of time, the effect of group and the interaction effect of time and group on weight loss and impulsivity variables were significant ($P < 0.0001$). In the two intervention groups cognitive-behavioral therapy (CBT) combined with diet therapy and analytical psychotherapy (AP) combined with diet therapy, there was a significant difference in the average scores of weight loss and impulsivity in the pre-test-follow-up ($P < 0.0001$) stages; However, no significant difference was observed in the average scores of weight loss and impulsivity in the post-test-follow-up stages.

Conclusion: Based on the findings, the cognitive-behavioral therapy combined with diet therapy and analytical psychotherapy combined with diet therapy has a significant effect on the weight loss and impulsivity in obese people.

Keywords: analytical psychotherapy, cognitive-behavioral therapy, diet therapy, impulsivity, obesity, weight loss.

1. PhD Student, Department of Psychology, Semnan University, Semnan, Iran

2*. Corresponding author; Associate professor Department of Psychology Semnan University Semnan, Iran p_sabahi@semnan.ac.ir

3. Psychiatrist

4. Associate professor Department of Psychology Semnan University Semnan, Iran