

## Research Paper

# The Discriminative Role of Metacognitive Beliefs, Difficulty in Emotion Regulation, and Codependency in Obese Women



Seyed Ali Kazemi Rezaei<sup>1</sup> , \*Sahar Khoshsorour<sup>2</sup> , Robabeh Nouri<sup>3</sup> 

1. Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Kharazmi University, Tehran, Iran.
2. Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.
3. Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Kharazmi University, Tehran, Iran.



**Citation:** Kazemi Rezaei SA, Khoshsorour S, Nouri R. [The Discriminative Role of Metacognitive Beliefs, Difficulty of Emotion Regulation, and Codependency in Women With Obesity (Persian)]. Journal of Arak University of Medical Sciences (JAMS). 2019; 22(4):86-97. <https://doi.org/10.32598/JAMS.22.4.80>

 <https://doi.org/10.32598/JAMS.22.4.80>



### Article Info:

Received: 15 Apr 2019

Accepted: 16 Jun 2019

Available Online: 01 Oct 2019

### Key words:

Metacognitive beliefs, Difficulty in emotion regulation, Codependency, Obesity

## ABSTRACT

**Background and Aim** Obesity with its various physical and mental problems threatens public health. This study aimed to investigate the discriminative role of metacognitive beliefs, the difficulty in emotion regulation, and codependency in women with obesity.

**Methods and Materials** In this causal-comparative research, 40 obese women (BMI  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup>) and 40 normal-weight subjects were selected by convenience sampling method. The samples were evaluated by metacognitive questionnaire, difficulties in emotion regulation scale, and the Farsi version of codependency measurement tool. We used discriminant function analysis to analyze the obtained data.

**Ethical Considerations** All study subjects signed the written consent form. The Research Ethics Committee of Kharazmi University approved this study (Code: IR.KHU.REC.1397.41).

**Results** The discriminant function could correctly classify 95% of obese people and 97.5% of normal-weight people with 3 variables of metacognitive beliefs, difficulty in emotion regulation, and codependency. In other words, 96.25% of all participants had been classified correctly.

**Conclusion** Distinguishing the two groups of obese and normal people, the variables of metacognitive beliefs, difficulty in emotion regulation, and codependency have a significant role. Therefore, these variables are supposedly influential psychological factors in obesity. So they can be used for its prevention and treatment.

## Extended Abstract

### 1. Introduction

Obesity is considered as one of the significant problems in developing countries and a threat to public health worldwide, causing various diseases [1]. People with eating disorders have problems in emotion regulation and lack the skills needed to deal effectively with

emotion management [4]. Difficulties in emotion regulation include the use of maladaptive strategies for responding to emotions, being risk factors for the occurrence and persistence of various psychiatric as well as eating disorders such that binge eating acts as a response to unpleasant emotions in obese people who seek treatment [6].

Another psychological variable affecting emotion regulation in obese people is metacognitive beliefs. Dysfunctional metacognitive beliefs can be related to having

### \* Corresponding Author:

Sahar Khoshsorour, PhD. Student

Address: Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.

Tel: +98 (45) 31505012

E-mail: khoshsorour@uma.ac.ir

a negative body image and experiencing negative emotions in obese people [8].

There are several reasons that the metacognitive model can be useful for understanding eating disorders; for example, eating disorders appear to have many similarities to other types of worry-related mental disorders such as Generalized Anxiety Disorder (GAD) and Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) in which metacognitive beliefs play a significant role. Also, rumination, a target of metacognitive therapy, is significantly associated with eating disorders [9].

Dysfunctional metacognitive beliefs, reduced self-esteem, and feelings of inadequacy undermine the abilities of obese people, making them reliant on others. Studies have shown that compared with normal-weight people, obese people are more involved in communicating with others and feel the need to do so; even in this way they control others [10]. In fact, they think that having relationships with others means that they are accepted by them, and this causes problems for obese people in social communications and interpersonal relationships. In this regard, we investigate the predictive role of metacognitive beliefs, difficulty in emotion regulation, and codependency in obese women compared to healthy-weight subjects.

## 2. Materials and Methods

This research was a causal-comparative study performed on 80 subjects, including 40 obese people referring to a specialized weight loss clinic in Tehran and 40 subjects with average weight. They were selected through convenience sampling method, and they completed research tools.

The tools used in the research were Wells & Cartwright-Hatton's Metacognitions Questionnaire, a 30-item self-report scale that measures the subjects' metacognitive beliefs [14]; Difficulties in Emotion Regulation Scale, a 36-item self-report tool designed by Gratz and Roemer, with acceptable internal consistency in Iran [17]; the Codependency Assessment Questionnaire developed by Hughes-Hummer, Martsalef, and Zeller designed to measure the characteristics of codependency in the subjects with 25 questions, also with a good internal consistency in Iran [19].

## 3. Results

In this study, discriminant function analysis was used to analyze the data. Results of the discriminant function with three variables of metacognitive beliefs, the difficulty in

regulating emotion, and codependency can correctly classify 95% of obese and 97.5% of healthy average weight subjects. In other words, the overall function was able to classify 96.25% of all subjects correctly.

## 4. Discussion

The purpose of the present study was to identify obese people from normal-weight people based on metacognitive beliefs, difficulty in emotion regulation, and codependency. The results showed that metacognitive beliefs could significantly discriminate between obese individuals and normal-weight ones. Compared to those who do not, people with obesity who seek treatment for weight loss experience more psychological distress such as depression, anxiety, etc [22]. Research findings suggest that even mild depression is associated with a significant increase in negative metacognitive beliefs [20]. Thus, depression and anxiety in obese people can increase dysfunctional metacognitive beliefs, which themselves may cause depression and anxiety in obese people. Metacognitive therapy by way of eliminating worry and rumination, and developing a flexible metacognitive style can be useful for these people.

One of the psychological problems of obese people is the management of their emotions [25]. Studies show that emotional eating is associated with negative feelings such as anger, depression, discomfort, anxiety, and loneliness and often occur in stressful moments of life. Therefore, it is not unlikely that people with obesity use eating as a coping strategy when it comes to difficulty in regulating emotion and that weight gain occurs rapidly once emotional regulation fails.

Codependency is another psychological variable that has a significant relationship with different levels of body mass index. There is a clear relationship between obesity and major interpersonal problems [26]. Inability to solve interpersonal problems, fear of negative judgments by others, unfavorable social comparison, fear of closeness and establishing intimacy, and suspicion in interpersonal relationships are the causes of interpersonal problems in people with obesity [29, 30].

By being highly codependent, obese people believe they are able to control others' mentality and be accepted by them, and by developing codependency with others, they believe they can control the fear of rejection and others' negative evaluation. Also, emotional eating occurs mostly when people are alone at home. This may reflect the role of others in controlling their emotional eating. However, the problems resulting from commu-

nication with others and codependency can itself trigger emotional eating.

The findings of the present study confirm the theories and explanations about the significant role of psychological factors in obesity and overweight. In distinguishing the two groups of obese and normal-weight people, the variables of metacognitive beliefs, difficulty in emotion regulation, and codependency have significant roles. Therefore, it is suggested that these variables be considered in the prevention and treatment of obesity.

## **Ethical Considerations**

### **Compliance with ethical guidelines**

This research was approved by Kharazmi University (Ethical Code: IR.KHU.REC.1397.41).

### **Funding**

This research did not receive any specific grant from funding agencies in the public, commercial, or not-for-profit sectors.

### **Authors' contributions**

All authors met standard criteria of writing based on the recommendations of the **International Committee of Medical Journal Publishers (ICMJE)**.

### **Conflicts of interest**

The authors declare no conflict of interest .

## نقش تشخیصی باورهای فراشناختی، دشواری در تنظیم هیجان و هموابستگی در زنان مبتلا به چاقی

سیدعلی کاظمی رضایی<sup>(۱)</sup>، \* سحر خوش سرور<sup>(۲)</sup>، ربابه نوری<sup>(۳)</sup>

۱- گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

۲- گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

۳- گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

## چکیده

اطلاعات مقاله:

تاریخ دریافت: ۲۶ فروردین ۱۳۹۸

تاریخ پذیرش: ۲۹ اردیبهشت ۱۳۹۸

تاریخ انتشار: ۰۹ مهر ۱۳۹۸

**زمینه و هدف:** چاقی یک عامل تهدیدکننده بهداشت عمومی و همراه با مشکلات جسمی و روانی متعدد است. از این رو، این پژوهش با هدف بررسی نقش تشخیصی باورهای فراشناختی، دشواری در تنظیم هیجان و هموابستگی در زنان مبتلا به چاقی انجام شد.

**مواد و روش‌ها:** در قالب یک طرح علی-مقایسه‌ای، ۴۰ نفر از افراد مبتلا به چاقی (شاخص توده بدنی  $\leq 30$ ) و ۴۰ نفر از افراد بهنجار به صورت در دسترس انتخاب شدند و از طریق پرسش‌نامه فراشناخت، مقیاس دشواری در تنظیم هیجان و فرم فارسی ابزار سنجش هموابستگی ارزیابی شدند. برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل تابع تشخیصی استفاده شد.

**ملاحظات اخلاقی:** کسب رضایت آگاهانه و در اختیار قراردادن نتایج از اصول اخلاقی در این پژوهش بود. این مطالعه با کد IR.KHU.1397.41 به تصویب کمیته اخلاق دانشگاه خوارزمی تهران رسیده است.

**یافته‌ها:** نتایج تابع تشخیصی با سه متغیر باورهای فراشناختی، دشواری در تنظیم هیجان و هموابستگی توانست ۹۵ درصد از افراد چاق و ۹۷/۵ درصد از افراد بهنجار را درست گروه‌بندی کند؛ به عبارت دیگر به طور کلی ۹۶/۲۵ درصد از کل شرکت‌کنندگان، درست طبقه‌بندی شدند.

**نتیجه‌گیری:** در تفکیک و تشخیص دو گروه افراد چاق و افراد بهنجار، متغیرهای باورهای فراشناختی، دشواری در تنظیم هیجان و هموابستگی نقش معناداری دارند؛ بنابراین، توجه به این متغیرها به عنوان عوامل روان‌شناختی مؤثر بر چاقی در پیشگیری و درمان آن پیشنهاد می‌شود.

## کلیدواژه‌ها:

باورهای فراشناختی،  
دشواری در تنظیم  
هیجان، هموابستگی،  
چاقی

## مقدمه

سال به ترتیب ۱۶ و ۲۲ درصد است [۲]. اگرچه چاقی تحت‌تأثیر عوامل متعدد بیولوژیکی و ژنتیکی قرار دارد، تأثیرات رژیم غذایی، عوامل محیطی، شخصیتی (فردی) و به‌ویژه مسائل روان‌شناختی را نباید نادیده گرفت [۳].

درباره چاقی این فرض مطرح است که افراد مبتلا به اختلالات خوردن، کاستی‌هایی در تنظیم هیجان داشته و فاقد مهارت‌های مورد نیاز برای مقابله مؤثر و سازگارانه با هیجانات و مدیریت آن‌ها هستند. برخی از پژوهش‌ها به نقش احتمالی دشواری‌های تنظیم هیجان در پدیده‌شناسی بالینی، تشخیص، پیشگیری و درمان چاقی اشاره داشته‌اند [۴].

با وجود نقش مثبت و سازنده هیجانات در زندگی بشر، بُعد دیگری نیز برای آن‌ها وجود دارد که همان جنبه مخرب هیجانات است. در واقع، یک هیجان زمانی مشکل‌آفرین و آسیب‌زا می‌شود که به سبک نادرستی ابراز شود، در بافتی نامتناسب رخ دهد،

چاقی یکی از عمده‌ترین مشکلات جوامع در حال توسعه و تهدیدی برای سلامت عمومی در سراسر جهان تلقی می‌شود که با خطر ایجاد بیماری‌های مختلف همراه است. چاقی زمانی ایجاد می‌شود که میزان انرژی دریافتی، بیش از میزان انرژی مصرفی باشد و تعادل بین انرژی دریافتی و مصرفی در بدن انسان بر هم بخورد که در این صورت، بدن انرژی اضافه را به صورت چربی در بافت چربی ذخیره می‌کند. بافت چربی فعالیت سوخت‌وسازی کمتری در مقایسه با سایر بافت‌ها دارد و اگر بافت چربی جانشین بافت‌های غیرچربی شود، خود چربی می‌تواند مستقیماً باعث کاهش میزان سوخت‌وساز شود [۱].

در ایران، چاقی از مشکلات در حال رشد است و برآوردهای ملی نشان می‌دهد میزان اضافه‌وزن و چاقی در گروه سنی ۱۵ و ۳۵

\* نویسنده مسئول:

سحر خوش سرور

نشانی: اردبیل، دانشگاه محقق اردبیلی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی.

تلفن: ۰۱۲-۳۱۵۰۵۰۴۵ (۴۵) ۰۹۸+

پست الکترونیکی: khoshsorour@uma.ac.ir

بسیار شدید باشد و برای مدت زیادی بر زندگی فرد اثر گذارد. این کارکرد دوگانه هیجانات به فرایند تنظیم هیجان اشاره می‌کند که طی آن افراد هیجانات خود را با توجه به موقعیت‌های گوناگون تنظیم و تعدیل می‌کنند و این فرایند مشخص می‌کند که هیجانات چگونه توسط افراد تجربه و ابراز می‌شوند [۴].

تنظیم هیجان دربرگیرنده چهار مؤلفه آگاهی از هیجانات و فهمیدن آن‌ها، پذیرش هیجانات، توانایی کنترل رفتارهای تکانشی و رفتارکردن مطابق با اهداف مطلوب در زمان تجربه هیجان منفی است که باعث توانایی به کارگیری منعطف تدابیر تنظیم هیجانی متناسب با موقعیت، جهت تنظیم مطلوب پاسخ‌های هیجانی در راستای دستیابی به اهداف شخصی و احترام به خواست‌های محیطی است [۵]. اما برخلاف آن، دشواری‌های تنظیم هیجان شامل استفاده از راهبردهای ناسازگارانه برای پاسخگویی به هیجانات می‌شود و یک عامل خطر فراتشخیصی برای پدیدایی و تداوم آسیب‌شناسی‌های روانی گوناگون و همچنین چاقی به حساب می‌آید. دشواری در تنظیم هیجان به منزله مؤلفه‌ای کلیدی در چندین مدل آسیب‌شناسی روانی برای اختلالات شخصیت مرزی، دوقطبی، افسردگی عمده، اضطراب تعمیم‌یافته، اضطراب اجتماعی، اختلالات مربوط به سوءمصرف مواد و اختلالات خوردن آورده شده است [۶].

در آسیب‌شناسی اختلالات خوردن، نشان داده شد افرادی که به اختلال خوردن مبتلا هستند، بدتنظیمی هیجانی بیشتری را نسبت به افراد سالم گزارش می‌کنند و بدتنظیمی هیجانی، اختلالات خوردن را در رفتارهای مختلف مانند محدود کردن غذا، ارزش‌گذاری و توجه مفرط به وزن، شکل بدن و عواطف منفی توجیه می‌کند؛ به گونه‌ای که پرخوری و مصرف غذای زیاد، شدت هیجانات منفی را می‌کاهد [۷].

از سوی دیگر، یکی از متغیرهای روان‌شناختی مؤثر بر تنظیم هیجان در افراد مبتلا به چاقی، باورهای فراشناختی است. باورهای فراشناختی منفی می‌تواند با داشتن تصویر منفی از بدن در مبتلایان به چاقی و تجربه هیجانات منفی در آن‌ها مرتبط باشد. فراشناخت یک مفهوم چندوجهی است که شامل باورها، تجارب و راهبردهای فراشناختی است؛ باورها از جمله عناصر فراشناختی هستند که هدایت تفکر و هیجان را برعهده دارند و کارکرد تفکر و سازش‌یافتگی فرد را هدایت می‌کنند. طبق این مدل، آسیب‌پذیری و تداوم اختلالات روان‌شناختی به وسیله سندرم شناختی توجهی صورت می‌گیرد. این نشانگان با تمرکز زیاد بر خود، پایش تهدید، پردازش نشخوارگونه و فعال‌سازی باورهای مختل و راهبردهای خودتنظیمی مشخص می‌شود. همسان با این دیدگاه بین فراشناخت و شاخص‌های هیجانی و شناختی ارتباط مثبتی به دست آمده است [۸].

باور مرکزی نظریه فراشناخت درباره اختلالات روان‌شناختی این است که باورهای ناکارآمد درباره شناخت‌ها مبنای تداوم

و شکل‌گیری مشکلات بالینی است. روش فراشناخت نه تنها بر فعالیت‌های شناختی، بلکه بر ابعاد فراشناختی تفکر نیز متمرکز می‌شود، به‌ویژه باورهای فرد درباره شناخت خویش، دانش فراشناختی و فرایندهای تنظیم شناختی خاص (تنظیم فراشناختی) که نقش مهمی در آسیب‌شناسی روانی ایفا می‌کنند. درواقع، بر اساس رویکرد فراشناختی افراد به این دلیل در دام ناراحتی‌های هیجانی گرفتار می‌شوند که فراشناخت آن‌ها به الگوی خاصی از پاسخ‌دهی به تجربه‌های درونی منجر شده و موجب تقویت باورهای ناکارآمد و تداوم هیجانات منفی و در نتیجه بروز مشکلات روانی می‌شود [۸].

دلایل متعددی وجود دارد که مدل فراشناختی می‌تواند برای درک اختلالات خوردن سودمند باشد؛ اول، به نظر می‌رسد اختلالات خوردن به انواع دیگری از اختلالات روانی مرتبط با نگرانی که در آن باورهای فراشناختی نقش محوری دارند، مانند اختلال اضطراب تعمیم‌یافته، نشانه‌های اختلال وسواسی جبری شباهت‌های بسیاری داشته باشد. دوم، نشخوار فکری که از موارد مورد توجه در درمان‌های فراشناختی است، به عنوان عاملی مهم در بیماران با علائم اختلالات خوردن در ارتباط است. سوم، از آنجا که مدل فراشناختی تمرکز بر فرایندهای معمول روانی دارد که فراتر از مرزهای تشخیصی است، این رویکرد می‌تواند به‌خصوص در درمان اختلالات خوردن مدنظر قرار گیرد [۹].

باورهای فراشناختی و شخصیت‌گرایی منفی، کاهش اعتمادبه‌نفس و احساس بی‌کفایتی، توانایی‌های باقی‌مانده را در افراد مبتلا به چاقی تحت‌الشعاع قرار می‌دهد و اتکای آن‌ها بر خویشتن متزلزل و احساس نیاز به دیگران و وابستگی به غیر در آن‌ها ظاهر می‌شود. چه‌بسا پژوهش‌ها نشان داده‌اند افراد چاق، بیشتر درگیر ارتباط با دیگران هستند و در این زمینه احساس نیاز می‌کنند؛ حتی از این طریق به گونه‌ای دیگران را کنترل می‌کنند. درواقع، آن‌ها فکر می‌کنند با داشتن روابط با دیگران، از سوی دیگران پذیرفته شده‌اند و این مرزبندی ضعیف، مشکلاتی را در ارتباطات اجتماعی و روابط بین‌فردی برایشان به بار می‌آورد [۱۰].

از لحاظ تاریخی و مفهومی، هم‌وابستگی تاکنون به عنوان اعتیاد، بیماری، رفتار آموخته‌شده، وضعیت اجتماعی-روانی و یک نوع اختلال شخصیت مطرح شده است. این مفهوم در سال ۱۹۷۵، در نتیجه جنبش درمان اعضای خانواده بیماران الکلی آغاز شد و سپس به حیطة سلامت روان انتقال یافت [۱۱]. هم‌وابستگی نوعی الگوی ناسالم در برقراری ارتباط متقابل با دیگران و نوعی مشکل هیجانی است که طی آن، فرد خود را در رفتارهای اجباری (شخصی و حرفه‌ای) گرفتار می‌کند. درواقع، هم‌وابستگی الگویی از وابستگی مبالغه‌آمیز و افراطی متشکل از رفتارها، باورها و احساس‌های آموخته‌شده‌ای است که زندگی را دردناک می‌کند و این وابستگی به مردم و شرایط خارج از خود تا بدان حد پیش می‌رود که خود مورد غفلت و فراموشی قرار

خرده‌مقیاس باورهای فراشناختی مثبت در مورد نگرانی، باورهای فراشناختی منفی در مورد نگرانی، اطمینان شناختی، نیاز به کنترل افکار و خودآگاهی شناختی است. دامنه ضریب آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌ها بین ۰/۷۳ تا ۰/۹۳ و پایایی بازآزمایی برای نمره کل ۰/۷۵ و برای خرده‌مقیاس‌ها بین ۰/۵۹ تا ۰/۸۷ گزارش شده است [۱۴]. در ایران، ابوالقاسمی و همکاران ضریب آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه را ۰/۸۵ گزارش کردند [۱۵].

### مقیاس دشواری در تنظیم هیجان

مقیاس اولیه دشواری در تنظیم هیجان یک ابزار ۳۶ آیتمی خودگزارش‌دهی است که توسط گراتز و رومر<sup>۳</sup> طراحی شد. این مقیاس بر اساس مدل یکپارچه تنظیم هیجان ساخته شده است و توانایی فرد برای تعدیل برانگیختگی هیجانی، میزان آگاهی هیجانی، فهم و پذیرش برانگیختگی هیجانی و ظرفیت کارکرد در زندگی روزانه با وجود حالت هیجانی را اندازه می‌گیرد. این ابزار دارای همسانی درونی بالا برای کل مقیاس (۰/۹۳)، زیرمقیاس‌های عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی (۰/۸۵)، دشواری در دست‌زدن به رفتار هدفمند (۰/۸۹)، دشواری در کنترل تکانه (۰/۸۶)، فقدان آگاهی هیجانی (۰/۸۰)، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی (۰/۸۸) و فقدان شفافیت هیجانی (۰/۸۴) و پایایی آزمون-بازآزمون (۰/۸۸) است [۱۶]. این مقیاس در ایران نیز همسانی درونی قابل قبولی (۰/۵۴ تا ۰/۸۶) دارد [۱۷].

### فرم فارسی ابزار سنجش هم‌وابستگی

این پرسش‌نامه را هاگز هامر، مارتسالف و زلر<sup>۴</sup>، به منظور اندازه‌گیری ویژگی‌های هم‌وابستگی افراد با ۲۵ سؤال و پنج خرده‌مقیاس به نام‌های تمرکز بر دیگری / غفلت از خود، مسائل خانواده اولیه، خودکم‌بینی، پنهان کردن خود و مشکلات پزشکی ساخته‌اند. پاسخگویی به این پرسش‌نامه در طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای (هرگز=۱، همیشه=۵) است. اعتبار بازآزمایی این پرسش‌نامه و خرده‌مقیاس‌های آن بین ۰/۷۸ تا ۰/۹۴ گزارش شده است. آلفای کرونباخ برای کل مقیاس برابر با ۰/۹۱ و برای خرده‌مقیاس‌ها شامل تمرکز بر دیگران / غفلت از خود، ۰/۸۵؛ خودکم‌بینی، ۰/۸۴؛ مسائل خانواده اولیه، ۰/۸۱؛ پنهان کردن خود، ۰/۸۰ و مشکلات پزشکی، ۰/۷۸ محاسبه شده است [۱۸].

در ایران، دامنه آلفای کرونباخ (۰/۵۴ تا ۰/۸۸) نشان داد نسخه فارسی ابزار سنجش هم‌وابستگی و خرده‌مقیاس‌های آن، همسانی درونی مطلوبی دارد و ارزش ضرایب بازآزمایی (۰/۸۲ تا ۰/۸۸) بیانگر ثبات مقیاس است [۱۹].

می‌گیرد و هویت از دست می‌رود. فرد هم‌وابسته نوعی رنج و آشفتگی را تجربه می‌کند که ناشی از تمرکز و توجه مفرط بر نیازها و رفتارهای دیگران است [۱۲]. زنان همواره بیش از مردان مستعد ابتلای به هم‌وابستگی هستند [۱۳].

با توجه به مطالب ذکر شده و به منظور درمان و مداخله مناسب برای مبارزه با موج فزاینده چاقی، شناسایی عوامل روان‌شناختی دخیل در اضافه‌وزن و چاقی، اهمیت بسزایی دارد. در تلاشی به منظور بررسی تفاوت‌های بالقوه بین افراد مبتلا به چاقی و افراد با وزن طبیعی و ترسیم تفاوت پاره‌ای ویژگی‌های روان‌شناختی و برنامه‌ریزی‌های درمانی که با چاقی مرتبط هستند، این مطالعه نقش تشخیصی باورهای فراشناختی، دشواری در تنظیم هیجان و هم‌وابستگی در زنان مبتلا به چاقی را در مقایسه با افراد بهنجار بررسی کرده است.

### مواد و روش‌ها

این پژوهش از نوع علی-مقایسه‌ای است که روی ۸۰ نفر، شامل ۴۰ فرد مبتلا به چاقی مراجعه‌کننده به یک کلینیک تخصصی لاغری در تهران و ۴۰ فرد با وزن بهنجار به روش نمونه‌گیری در دسترس انجام شد. جهت تعیین حجم نمونه از فرمول کوکران استفاده شد؛ بدین صورت که از جامعه زنان چاق مراجعه‌کننده به یک کلینیک تخصصی لاغری در تهران در بازه زمانی مهر تا آذر ۱۳۹۷، تعداد ۴۰ نفر که معیارهای ورود به پژوهش را داشتند، انتخاب شدند و با ۴۰ زن با وزن بهنجار که به صورت در دسترس گزینش شده بودند، از لحاظ متغیرهای جمعیت‌شناختی هم‌تاشدند.

معیار ارزیابی شده برای تعیین افراد، شاخص توده بدنی<sup>۱</sup> است. گستره شاخص توده بدنی برای افراد چاق ( $BMI \geq 30$ ) و برای افراد بهنجار ( $18/5 \leq BMI < 25$ ) است. با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود (داشتن سطح BMI متناسب با پژوهش، مؤنث بودن، حداقل سواد خواندن و نوشتن) و ملاک‌های خروج (بارداری، ابتلا به اختلالات جسمی و روان‌پزشکی)، دو گروه به پرسش‌نامه‌های مربوطه پاسخ دادند. جهت جمع‌آوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده شد.

### پرسش‌نامه فراشناخت

این پرسش‌نامه را ولز و کاترایت هاتن<sup>۲</sup> تهیه کرده و یک مقیاس ۳۰ گویه‌ای خودگزارشی است که باورهای فراشناختی افراد درباره تفکرشان را می‌سنجد. پاسخ در این مقیاس بر اساس طیف چهاردرجه‌ای لیکرت محاسبه می‌شود. این ابزار دارای پنج

1. Body Mass Index (BMI)
2. Wells & Cartwright-Hatton

3. Gratz & Roemer

4. Hughes-Hammer, Martzolf & Zeller

## یافته‌ها

از نظر خصوصیات جمعیت‌شناختی، میانگین و انحراف معیار سنی افراد مورد بررسی  $35/47 \pm 6/84$  سال بود. ۴۹ نفر (۶۱/۲۵ درصد) از افراد مجرد و ۴۲ نفر (۵۲/۵ درصد) نیز در سطح تحصیلی کارشناسی بودند. **جدول شماره ۱** میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای مورد پژوهش را به تفکیک گروه نشان می‌دهد. در این پژوهش به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها، از تحلیل تابع تشخیصی استفاده شد که در ادامه نتایج این تحلیل بررسی می‌شود.

در منابع گوناگون، از تحلیل تابع تشخیصی به عنوان آزمون پیگیری تحلیل واریانس چندمتغیره یاد می‌کنند. بدین منظور نتایج آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره، به عنوان یکی از پیش‌فرض‌های اساسی تحلیل تابع تشخیصی، در **جدول شماره ۲** ارائه شده است. در این پژوهش، نتایج آزمون  $M$  باکس نیز  $(F_{(36-2, 271, 177, 0)} = 1/0, 48; P > 0/05)$  نشان داد مفروضه همسانی ماتریس‌های کوواریانس به عنوان یکی از پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره و متعاقباً تحلیل تابع تشخیصی، در دو گروه برقرار است.

همان‌گونه که در **جدول شماره ۲** قابل مشاهده است، چنین استنباط می‌شود که گروه‌های مورد پژوهش در کلیه متغیرهای پیش‌بین اختلاف معناداری  $(P < 0/05)$  با هم دارند؛ بنابراین تمام متغیرها می‌توانند جزئی از تابع تشخیصی باشند. در ادامه، به‌منظور تعیین نقش تشخیصی متغیرهای پیش‌بین در عضویت گروهی شرکت‌کنندگان این پژوهش، از تحلیل تابع تشخیصی به روش گام‌به‌گام استفاده شد.

**جدول شماره ۳**، متغیرهایی که سهم معناداری در تابع تشخیصی به روش گام‌به‌گام داشته‌اند را به ترتیب اهمیت نشان می‌دهد. همان‌گونه که مشاهده می‌شود، فقدان آگاهی هیجانی  $(Wilks\ Lambda = 0/666; F = 39/108; P < 0/001)$  بیشترین میزان تأثیر را در این تابع تشخیصی دارد و پس از آن متغیرهای دسترسی محدود به راهبردها  $(F = 40/513; P < 0/001; Wilks\ Lambda = 0/487; P < 0/001)$ ، عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی  $(Wilks\ Lambda = 0/405; F = 37/250; P < 0/001)$ ، مشکلات مربوط به خانواده اولیه  $(F = 32/584; P < 0/001; Wilks = 0/365; F = 32/584; P < 0/001)$ ، دشواری در رفتار هدفمند  $(P < 0/001; Lambda = 0/32830/2799; F = 32/584; P < 0/001)$ ، دشواری در کنترل تکانه  $(Wilks\ Lambda = 0/307; F = 27/504; P < 0/001)$ ، خودارزشی  $(Wilks\ Lambda = 0/285; F = 25/802; P < 0/001)$ ، تضاد شناختی  $(F = 24/203; P < 0/001; Wilks\ Lambda = 0/268; F = 24/203; P < 0/001)$  و نیاز به کنترل افکار  $(F = 24/906; P < 0/001; Wilks = 0/263; F = 24/906; P < 0/001)$  قرار دارند.

در **جدول شماره ۴**، نتایج تحلیل تابع تشخیصی و معناداری

آن‌ها نشان داده شده است. از آنجا که دو گروه مقایسه وجود دارد، یک تابع تشخیصی به وجود آمده است. با توجه به نتایج **جدول شماره ۴**، ارزش ویژه تابع که بین گروه‌های چاق و بهنجار تمایز ایجاد می‌کند،  $2/806$  است، همبستگی کانونی این تابع  $0/86$  و مقدار  $\chi^2$  دو برابر با  $98/913$  است که بیانگر معناداری تمایز ایجادشده در گروه‌ها به واسطه این تابع است. **جدول شماره ۵**، ضرایب همبستگی متغیرهای پیش‌بین واردشده به مدل و تابع تشخیصی را نشان می‌دهد. **جدول شماره ۶** نشان می‌دهد این تابع تشخیصی توانسته است ۹۵ درصد از افراد چاق و ۹۷/۵ درصد از افراد بهنجار را درست گروه‌بندی کند؛ به عبارت دیگر به صورت کلی تابع مذکور توانسته است ۹۶/۲۵ درصد از کل آزمودنی‌ها را درست طبقه‌بندی کند.

## بحث

هدف از پژوهش حاضر، تمییز و تشخیص افراد مبتلا به چاقی، از افراد بهنجار بر اساس باورهای فراشناختی، دشواری در تنظیم هیجان و هم‌وابستگی است. نتایج نشان داد باورهای فراشناختی به طور معناداری قادر به تشخیص افراد مبتلا به چاقی از افراد بهنجار است. به عبارتی دیگر، افرادی که نمره بالاتری در باورهای فراشناختی دارند، بیشتر مستعد آسیب‌پذیری برای قرار گرفتن در گروه مبتلا به چاقی هستند. این یافته با نتایج برخی تحقیقات پیشین همچون همدال<sup>۵</sup> و همکاران<sup>۶</sup> و وگت<sup>۷</sup> و همکاران همسو است [۲۰، ۲۱].

در تبیین یافته پژوهش حاضر باید گفت افراد مبتلا به چاقی که به پزشکان مراجعه می‌کنند، اغلب دارای علائم بارز افسردگی، عدم توانایی تفکر، تمرکز یا تصمیم‌گیری هستند، تصویر بدنی<sup>۷</sup> منفی دارند، دچار تضاد شناختی می‌شوند، نیاز به کنترل افکار در آن‌ها دیده می‌شود و احتمال دارد به‌آسانی دچار حواس‌پرتی یا مشکلات حافظه شوند؛ جالب‌تر آنکه افراد چاقی که برای کاهش وزن پیگیر درمان هستند در مقایسه با افراد چاقی که پیگیر درمان نیستند، آشفتگی‌های روان‌شناختی بیشتری همچون افسردگی، اضطراب و غیره را تجربه می‌کنند [۲۲].

یافته‌های پژوهشی حاکی از آن است که حتی سطوح خفیف افسردگی با افزایش معنی‌دار در باورهای فراشناختی منفی همراه است [۲۰]. بنابراین، افسردگی و اضطراب در مبتلایان به چاقی می‌تواند افزاینده باورهای فراشناختی منفی باشد و این باورهای منفی نیز می‌تواند زمینه‌ساز افسردگی و اضطراب در افراد چاق باشد. نگرانی از تصویر بدنی نیز با باورهای فراشناختی منفی ارتباط دارد. یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهند درمان‌های فراشناختی باعث کاهش نگرانی از تصویر بدنی می‌شود [۲۲].

5. Hjemedal

6. Vogt

7. Body Image

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش

| میانگین $\pm$ انحراف معیار |                  | متغیر                                  |
|----------------------------|------------------|--|
| گروه چاق                   | گروه بهنجار      |  |
| ۱۶/۷۵ $\pm$ ۲/۶۱           | ۱۴/۴۵ $\pm$ ۳/۳۵ | باورهای مثبت درباره نگرانی             |
| ۱۶/۷۳ $\pm$ ۲/۹۶           | ۱۴/۵۰ $\pm$ ۲/۳۸ | نیاز به کنترل افکار                    |
| ۱۴/۵۸ $\pm$ ۳/۳۵           | ۱۱/۳۰ $\pm$ ۲/۷۷ | باورهای منفی کنترل ناپذیری             |
| ۱۶/۱۵ $\pm$ ۲/۴۷           | ۱۴/۲۸ $\pm$ ۳/۳۴ | خودآگاهی شناختی                        |
| ۱۶/۳۳ $\pm$ ۲/۸۱           | ۱۳/۴۸ $\pm$ ۲/۸۷ | تضاد شناختی                            |
| ۱۴/۸۳ $\pm$ ۳/۵۴           | ۱۱/۹۳ $\pm$ ۲/۵۸ | عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی              |
| ۱۴/۴۳ $\pm$ ۳/۳۱           | ۱۱/۴۰ $\pm$ ۲/۱۵ | دشواری در دست‌زدن به رفتار هدفمند      |
| ۱۷/۰۵ $\pm$ ۳/۷۰           | ۱۴/۳۳ $\pm$ ۲/۲۰ | دشواری در کنترل تکانه                  |
| ۱۶/۴۳ $\pm$ ۳/۳۴           | ۱۲/۳۳ $\pm$ ۲/۸۲ | فقدان آگاهی هیجانی                     |
| ۱۹/۱۵ $\pm$ ۳/۷۳           | ۱۵/۴۳ $\pm$ ۲/۷۵ | دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی |
| ۱۰/۷۳ $\pm$ ۲/۶۹           | ۷/۹۵ $\pm$ ۲/۰۰  | فقدان شفافیت هیجانی                    |
| ۱۴/۷۵ $\pm$ ۳/۰۳           | ۱۲/۷۰ $\pm$ ۲/۷۹ | پنهان کردن خود                         |
| ۱۴/۹۰ $\pm$ ۳/۱۸           | ۱۳/۵۰ $\pm$ ۲/۹۴ | تمرکز بر دیگران                        |
| ۱۰/۷۸ $\pm$ ۳/۶۸           | ۱۲/۶۸ $\pm$ ۴/۱۸ | خودارزشی                               |
| ۱۴/۳۰ $\pm$ ۲/۹۸           | ۱۱/۵۸ $\pm$ ۴/۵۳ | مشکلات پزشکی                           |
| ۱۴/۶۵ $\pm$ ۳/۶۸           | ۱۱/۷۳ $\pm$ ۲/۹۱ | مشکلات مربوط به خانواده اولیه          |



هستند. این یافته با نتایج برخی از تحقیقات پیشین اورس<sup>۸</sup> و همکاران، آمیان<sup>۹</sup> و همکاران همسوست [۲۳، ۲۴].

جهت تبیین یافته پژوهش حاضر باید اشاره کرد که یکی دیگر از مشکلات روان‌شناختی افراد مبتلا به چاقی، عوامل هیجانی و مدیریت آن‌هاست. روان‌شناسان سلامت توصیه می‌کنند یکی از راهکارهای مؤثر برای افزایش اثربخشی درمان چاقی، بررسی عوامل تأثیرگذار بر رفتارهای خودمدیریتی در مبتلایان به چاقی است [۲۵].

میان رفتار خوردن با هیجانات منفی و رویدادهای استرس‌زا در زندگی رابطه وجود دارد. مطالعات نشان می‌دهد پرخوری هیجانی با هیجانات منفی مثل عصبانیت، افسردگی، بی‌حوصلگی، اضطراب و تنهایی همراه است و اغلب در ارتباط با دوره‌های پُراسترس زندگی اتفاق می‌افتد. در واقع، افراد با فقدان راهبردهای مؤثر جهت

اصلاح باورهای فراشناختی از شیوه‌های شناختی نظیر آموزش تنظیم هیجانات برای بهبود تحریفات شناختی و فراشناختی و باورهای مربوط به تصویر بدن، ارائه اسنادها و تصحیح سبک توجه، باورهای ناکارآمد فرد، خطاهای شناختی و نحوه مقابله با این شناخت‌ها، آموزش‌های رفتاری، فنون مقابله با استرس و افکار منفی استفاده می‌کند. اصلاح فراشناختی از طریق رفع نگرانی و نشخوار فکری و ایجاد شیوه فراشناختی انعطاف‌پذیر، مسیر پردازش طبیعی را که در اکثر اختلالات روانی مخدوش شده است، هموار می‌کند.

همچنین، نتایج پژوهش حاضر نشان داد دشواری در تنظیم هیجان، به طور معناداری قادر به تشخیص و تفکیک افراد مبتلا به چاقی از افراد بهنجار است. به عبارتی دیگر، افرادی که نمره بالاتری در دشواری در تنظیم هیجان دارند، بیشتر مستعد آسیب‌پذیری برای طبقه‌بندی در گروه مبتلا به چاقی

8. Evers

9. Amianto



جدول ۲. نتایج تحلیل واریانس چندمتغیره به منظور بررسی تفاوت گروهها در متغیرهای پیش‌بین

| متغیر                                  | لامبدای ویلکز | درجه آزادی ۱ | درجه آزادی ۲ | F      | سطح معناداری |
|--|---------------|--------------|--------------|--------|--------------|
| پنهان کردن خود                         | ۰/۸۸۷         | ۱            | ۷۸           | ۹/۹۰۵  | ۰/۰۰۲        |
| تمرکز بر دیگران                        | ۰/۹۴۹         | ۱            | ۷۸           | ۴/۱۶۸  | ۰/۰۴۵        |
| خودارزشی                               | ۰/۹۴۴         | ۱            | ۷۸           | ۴/۶۵۵  | ۰/۰۳۴        |
| مشکلات پزشکی                           | ۰/۸۸۵         | ۱            | ۷۸           | ۱۰/۱۲۴ | ۰/۰۰۲        |
| مشکلات مربوط به خانواده اولیه          | ۰/۸۳۴         | ۱            | ۷۸           | ۱۵/۵۷۲ | ۰/۰۰۰        |
| باورهای مثبت درباره نگرانی             | ۰/۸۶۸         | ۱            | ۷۸           | ۱۱/۹۰۱ | ۰/۰۰۱        |
| نیاز به کنترل افکار                    | ۰/۸۵۰         | ۱            | ۷۸           | ۱۳/۷۴۳ | ۰/۰۰۰        |
| باورهای منفی کنترل ناپذیری             | ۰/۷۷۵         | ۱            | ۷۸           | ۲۲/۶۶۷ | ۰/۰۰۰        |
| خودآگاهی شناختی                        | ۰/۹۰۵         | ۱            | ۷۸           | ۸/۱۷۳  | ۰/۰۰۵        |
| تضاد شناختی                            | ۰/۷۹۴         | ۱            | ۷۸           | ۲۰/۲۱۷ | ۰/۰۰۰        |
| عدم پذیرش پاسخهای هیجانی               | ۰/۸۱۶         | ۱            | ۷۸           | ۱۷/۵۷۴ | ۰/۰۰۰        |
| دشواری در دستزدن به رفتار هدفمند       | ۰/۷۶۸         | ۱            | ۷۸           | ۲۳/۵۸۰ | ۰/۰۰۰        |
| دشواری در کنترل تکانه                  | ۰/۸۲۹         | ۱            | ۷۸           | ۱۶/۰۷۴ | ۰/۰۰۰        |
| فقدان آگاهی هیجانی                     | ۰/۶۶۶         | ۱            | ۷۸           | ۳۹/۱۰۸ | ۰/۰۰۰        |
| دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی | ۰/۷۵۱         | ۱            | ۷۸           | ۲۵/۸۰۴ | ۰/۰۰۰        |
| فقدان شفافیت هیجانی                    | ۰/۷۴۰         | ۱            | ۷۸           | ۲۷/۴۳۵ | ۰/۰۰۰        |



جدول ۳. نتایج تحلیل تابع تشخیص به روش گام‌به‌گام

| گام | متغیر واردشده حذف‌شده         | لامبدای ویلکز |     |     | F واقعی |     |     |
|-----|-------------------------------|---------------|-----|-----|---------|-----|-----|
|     |                               | آماره         | Df۱ | Df۲ | آماره   | Df۱ | Df۲ |
| ۱   | فقدان آگاهی هیجانی            | ۰/۶۶۶         | ۱   | ۷۸  | ۳۹/۱۰۸  | ۱   | ۷۸  |
| ۲   | دسترسی محدود به راهبردها      | ۰/۴۸۷         | ۲   | ۷۸  | ۴۰/۵۱۳  | ۲   | ۷۷  |
| ۳   | عدم پذیرش پاسخهای هیجانی      | ۰/۴۰۵         | ۳   | ۷۸  | ۳۷/۲۵۰  | ۳   | ۷۶  |
| ۴   | مشکلات مربوط به خانواده اولیه | ۰/۳۶۵         | ۴   | ۷۸  | ۳۲/۵۸۴  | ۴   | ۷۵  |
| ۵   | دشواری در رفتار هدفمند        | ۰/۳۲۸         | ۵   | ۷۸  | ۳۰/۲۷۹  | ۵   | ۷۴  |
| ۶   | دشواری در کنترل تکانه         | ۰/۳۰۷         | ۶   | ۷۸  | ۲۷/۵۰۴  | ۶   | ۷۳  |
| ۷   | خودارزشی                      | ۰/۲۸۵         | ۷   | ۷۸  | ۲۵/۸۰۲  | ۷   | ۷۲  |
| ۸   | تضاد شناختی                   | ۰/۲۶۸         | ۸   | ۷۸  | ۲۴/۲۰۳  | ۸   | ۷۱  |
| ۹   | دشواری در رفتار هدفمند        | ۰/۲۷۸         | ۷   | ۷۸  | ۲۶/۶۷۰  | ۷   | ۷۲  |
| ۱۰  | نیاز به کنترل افکار           | ۰/۲۶۳         | ۸   | ۷۸  | ۲۴/۹۰۶  | ۸   | ۷۱  |



جدول ۴. نتایج تحلیل تابع تشخیص

| تابع تشخیص | ارزش ویژه تابع | درصد واریانس | همبستگی کانونی | لامبدای ویلکز | خی دو  | درجه آزادی | سطح معناداری |
|------------|----------------|--------------|----------------|---------------|--------|------------|--------------|
| ۱          | ۲/۸۰۶          | ۱۰۰/۰        | ۰/۸۵۹          | ۰/۲۶۳         | ۹۷/۹۱۳ | ۸          | ۰/۰۰۰        |



جدول ۵. پیش‌بینی طبقه‌بندی دو گروه

| متغیر پیش‌بین                 | ضرایب همبستگی |
|-------------------------------|---------------|
| خودرزشی                       | ۰/۳۱۱         |
| مشکلات مربوط به خانواده اولیه | ۰/۴۲۰         |
| نیاز به کنترل افکار           | ۰/۲۸۳         |
| تضاد شناختی                   | ۰/۳۳۲         |
| عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی     | ۰/۵۵۷         |
| دشواری در کنترل تکانه         | ۰/۴۳۵         |
| فقدان آگاهی هیجانی            | ۰/۵۴۰         |
| دسترسی محدود به راهبردها      | ۰/۴۸۵         |



جدول ۶. نتایج نهایی تحلیل تشخیص به منظور تفکیک گروه‌ها

| نتایج   | گروه |        |     |
|---------|------|--------|-----|
|         | چاق  | بهنجار | جمع |
| فراوانی | ۳۸   | ۲      | ۴۰  |
|         | ۱    | ۳۹     | ۴۰  |
| درصد    | ۹۵   | ۵      | ۱۰۰ |
|         | ۲/۵  | ۹۷/۵   | ۱۰۰ |



بنابراین، همبستگی بین هیجانات منفی و خوردن‌های هیجانی در مبتلایان به چاقی می‌تواند دلیلی بر این باشد که از این رفتارها برای فرار از هیجانات منفی خود استفاده می‌کنند و خوردن هیجانی را به عنوان مکانیسمی دفاعی جهت تنظیم هیجانی خود به کار می‌گیرند.

یکی دیگر از یافته‌های پژوهش حاضر این است که هم‌وابستگی به طور معناداری قادر به تشخیص افراد مبتلا به چاقی از افراد بهنجار است. به عبارتی دیگر، افرادی که نمره بالاتری در هم‌وابستگی دارند، بیشتر مستعد آسیب‌پذیری برای قرارگرفتن در گروه مبتلا به چاقی هستند. بنابراین، یکی از متغیرهای روان‌شناختی که با سطوح مختلف BMI رابطه معناداری دارد، هم‌وابستگی است. این یافته با نتایج برخی

پاسخ‌دهی به آشفتگی‌های هیجانی و ناتوانی در مدیریت هیجان‌ها بیشتر به سمت خوردن هیجانی، روی می‌آورند. پاسخ‌های ناسازگارانه مانند اجتناب و سرکوب هیجان، به عنوان روش‌های ناصحیح مدیریت هیجانی، در افراد دارای اضافه‌وزن با خوردن هیجانی رابطه معنادار دارد [۲۳]. بنابراین، دور از تصور نیست که افراد مبتلا به چاقی هنگام دشواری در تنظیم هیجان از خوردن به عنوان راهبرد مقابله‌ای استفاده کنند و به محض شکست تنظیم هیجانی، افزایش وزن به سرعت رخ دهد. خوردن‌های هیجانی با تمایل برای تغییر توجه از تجربه هیجانات منفی که با ادراک خود نامطلوب پیوند دارند، به کار برده می‌شوند.

بسیاری از مطالعات حاکی از آن است که خوردن، حواس انسان را از هیجانات منفی و هرگونه پریشانی دور می‌کند.



از تحقیقات پیشین همچون انسل<sup>۱۰</sup> و همکاران، آرکلوس<sup>۱۱</sup> و همکاران هم‌جهت است [۲۶، ۲۷].

در تبیین یافته پژوهش حاضر، می‌توان گفت آشفتگی‌های ارزشمندی خود، عواطف و در نتیجه ارزیابی اجتماعی منفی، فرد را به علائم اختلال خوردن مبتلا می‌سازد. از این رو جهت درمان، شناسایی احساسات، عواطف و ناکارآمدی در موقعیت‌های اجتماعی و از سویی افزایش حس شایستگی فرد و کاهش پاسخ‌های عاطفی که علت رفتار خوردن است، توصیه می‌شود. پژوهش‌های انجام‌شده، پیوند آشکار بین چاقی و مشکلات عمده بین‌فردی را تأیید کرده‌اند [۲۶]. ناتوانی در حل مشکلات بین‌شخصی [۲۷]، نگرش‌های منفی نسبت به بیان هیجان [۲۸]، ترس از ارزیابی منفی توسط دیگران و مقایسه اجتماعی منفی [۲۹]، ترس از نزدیکی و صمیمیت و بدگمانی در روابط بین‌فردی [۳۰] را می‌توان به عنوان عوامل سبب‌ساز مشکلات بین‌شخصی در افراد چاق برشمرد.

با وجود ترس از نزدیکی و ارزیابی منفی دیگران، افراد چاق تمایل دارند با دیگران ارتباط داشته باشند و این ارتباط می‌تواند جنبه افراطی و هم‌وابستگی نیز پیدا کند. در واقع، آن‌ها فکر می‌کنند با داشتن ارتباط زیاد و هم‌وابستگی، می‌توانند ذهنیت دیگران را نسبت به خود کنترل کنند و از سوی دیگران پذیرفته شوند و با مرزبندی ضعیف بین خود و دیگران، به کنترل ترس از طرد و ارزیابی منفی دیگران بپردازند که البته این مسئله می‌تواند زمینه‌ساز مشکلاتی در ارتباط با دیگران باشد. همچنین، خوردن هیجانی، بیشتر زمانی رخ می‌دهد که افراد تنها هستند و وعده غذایی که در خانه صرف می‌شود در مقایسه با خارج از خانه، بیشتر است. این مسئله می‌تواند بیانگر نقش دیگران در کنترل پرخوری هیجانی آن‌ها باشد؛ اما مشکلاتی که ارتباطات با دیگران و هم‌وابستگی به همراه دارد، می‌تواند آغازگر خوردن‌های هیجانی باشد.

این افراد در شرایط آشفتگی یا در مواجهه با نشانه‌های غذا تحمل مقاومت نداشته و نمی‌توانند با تأمل با موقعیت رویارو شوند و در نتیجه بدون فکر و دوراندیشی دست به خوردن می‌زنند. درمانگران معتقدند بر اساس پیشبرد و بهبود توانایی افراد در کاربری شبکه حمایت اجتماعی و مدیریت تعارضات بین‌فردی، چاقی درمان خواهد شد و کاهش وزن بیشتری اتفاق خواهد افتاد [۲۷]. بنابراین، آسیب‌شناسی مشکلات بین‌فردی در درمان چاقی جایگاه مهمی دارد.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر این است که نمونه پژوهش صرفاً شامل زنان بود و مردان در این پژوهش حضور نداشتند و نمونه‌گیری به روش دردسترس و محدود به یک کلینیک

تخصصی لاغری در شهر تهران است که طبیعتاً منجر به احتیاط در تعمیم این نتایج می‌شود. امروزه، ماهیت ارتباط بین چاقی و اضافه‌وزن با عوامل روان‌شناختی بین محققان و درمانگران بالینی پذیرفته شده است؛ بنابراین مدنظر قرار دادن متغیرهای روانی-اجتماعی همچون باورهای فراشناختی، دشواری در تنظیم هیجانی و هم‌وابستگی در کنار مداخلات پزشکی در درمان چاقی پیشنهاد می‌شود.

### نتیجه‌گیری

این پژوهش نشان داد در تفکیک و تشخیص دو گروه افراد چاق و افراد بهنجار، متغیرهای باورهای فراشناختی، دشواری در تنظیم هیجان و هم‌وابستگی نقش معناداری دارند. یافته‌های این پژوهش می‌تواند موجب افزایش دانش در زمینه درمان چاقی و اضافه‌وزن شود و به گسترش تبیین‌های مربوط به روان‌درمانی کمک کند. علاوه بر این، یافته‌های پژوهش حاضر تأییدی بر نظریه‌ها و تبیین‌ها در خصوص اهمیت نقش عوامل روان‌شناختی در چاقی و اضافه‌وزن است.

### ملاحظات اخلاقی

#### پیروی از اصول اخلاق پژوهش

این مقاله دارای کد اخلاق IR.KHU.REC.1397.41 مصوبه دانشگاه خوارزمی تهران است.

#### حامی مالی

این تحقیق هیچ کمک مالی خاصی از سازمان‌های تأمین مالی در بخش‌های دولتی، تجاری یا غیرانتفاعی دریافت نکرده است.

#### مشارکت‌نویسندگان

تمام نویسندگان در آماده‌سازی این مقاله مشارکت داشته‌اند.

#### تعارض منافع

طبق نظر هیچ‌گونه تضاد منافی در نگارش این مقاله وجود ندارد.

10. Ansell

11. Arcelus

## References

- [1] Aslam M, Siddiqui AA, Sandeep G, Madhu SV. High prevalence of obesity among nursing personnel working in tertiary care hospital. *Diabetes Metab Syndr*. 2018; 12(3):313-6. [DOI:10.1016/j.dsx.2017.12.014] [PMID]
- [2] Abdi J, Eftekhari H, Mahmoodi M, Shojayezadeh D, Sadeghi R, Saber M, et al. The effect of theory and new communication technologies-based lifestyle intervention on the weight control of the employees with overweight and obesity. *Iran J Health Edu & Health Promot*. 2015; 3(3):188-97.
- [3] Saloumi C, Plourde H. Differences in psychological correlates of excess weight between adolescents and young adults in Canada. *Psychol Health Med*. 2010; 15(3):314-25. [DOI:10.1080/13548501003668711] [PMID]
- [4] Han S, Pistole MC. College student binge eating: Insecure attachment and emotion regulation. *J Coll Stud Dev*. 2014; 55(1):16-29. [DOI:10.1353/csd.2014.0004]
- [5] Suri G, Sheppes G, Young G, Abraham D, McRae K, Gross JJ. Emotion regulation choice: The role of environmental affordances. *Cogn Emot*. 2018; 32(5):963-71. [DOI:10.1080/02699931.2017.1371003] [PMID]
- [6] Dejonckheere E, Kalokerinos EK, Bastian B, Kuppens P. Poor emotion regulation ability mediates the link between depressive symptoms and affective bipolarity. *Cogn Emot*. 2019. 33(5):1076-83. [DOI:10.1080/02699931.2018.1524747] [PMID]
- [7] Gianini LM, White MA, Masheb RM. Eating pathology, emotion regulation, and emotional overeating in obese adults with binge eating disorder. *Eat Behav*. 2013; 14(3):309-13. [DOI:10.1016/j.eatbeh.2013.05.008] [PMID] [PMCID]
- [8] Vickery CE, Dorjee D. Mindfulness training in primary schools decreases negative affect and increases meta-cognition in children. *Front Psychol*. 2016; 6:2025. [DOI:10.3389/fpsyg.2015.02025] [PMID] [PMCID]
- [9] Konstantellou A, Campbell M, Eisler I, Simic M, Treasure J. Testing a cognitive model of generalized anxiety disorder in the eating disorders. *J Anxiety Disord*. 2011; 25(7):864-9. [DOI:10.1016/j.janxdis.2011.04.005] [PMID]
- [10] Dierk JM, Conratt M, Rauh E, Schlumberger P, Hebebrand J, Rief W. What determines well-being in obesity? Associations with BMI, social skills, and social support. *J Psychosom Res*. 2006; 60(3):219-27. [DOI:10.1016/j.jpsychores.2005.06.083] [PMID]
- [11] Le Gallec A, Patel CJ. Age-dependent codependency structure of biomarkers in the general population of the United States. *Aging (Albany NY)*. 2019; 11(5):1404-26. [DOI:10.18632/aging.101842] [PMID] [PMCID]
- [12] Kent OA, Sandi MJ, Rottapel R. Codependency between KRAS addiction and ARHGAP2 promotes an adaptive escape from MAPK pathway inhibition. *Small GTPases*. 2019; 10(6):441-8. [DOI:10.1080/21541248.2017.1337545] [PMID]
- [13] Mann CL. 2004: Managing exchange rates: Achievement of global re-balancing or evidence of global codependency? In: Thomas Crow R, editor. *The Best of Business Economics*. New York: Palgrave Macmillan; 2016. [DOI:10.1007/978-1-137-57251-6\_30] [PMID] [PMCID]
- [14] Wells A, Cartwright-Hatton S. A short form of the metacognitions questionnaire: Properties of the MCQ-30. *Behav Res Ther*. 2004; 42(4):385-96. [DOI:10.1016/S0005-7967(03)00147-5]
- [15] Abolghasemi A, Ahmadi M, Kiamarsi A. [The relationship of metacognition and perfectionism with psychological consequences in the addicts (Persian)]. *J Res Behav Sci*. 2007; 5(2):73-9.
- [16] Gratz KL, Roemer L. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *J Psychopathol Behav Assess*. 2004; 26(1):41-54. [DOI:10.1023/B:JOBA.000007455.08539.94]
- [17] Asgari P, Pasha GR, Aminian M. [Relationship between emotion regulation, daily hassles and body image with eating disorders in women (Persian)]. *Thought Behav*. 2011; 13:65-78.
- [18] Loucks HA. Levels of codependency in associate degree nursing students upon entry to and completion of nursing school [PhD dissertation]. Laramie: University of Wyoming; 2005.
- [19] Alipour F, Hassani J, Saeedpour S, Bodaghi E. Psychometric properties of the Persian version of codependency inventory. *J Res Addict*. 2017; 11(42):249-68.
- [20] Hjemdal O, Hagen R, Nordahl HM, Wells A. Metacognitive therapy for generalized anxiety disorder: Nature, evidence and an individual case illustration. *Cog Behav Pract*. 2013; 20(3):301-13. [DOI:10.1016/j.cbpra.2013.01.002]
- [21] Vogt D, Waeldin S, Hellhammer D, Meinschmidt G. The role of early adversity and recent life stress in depression severity in an outpatient sample. *J Psychiatr Res*. 2016; 83:61-70. [DOI:10.1016/j.jpsychores.2016.08.007] [PMID]
- [22] Linardon J, Gleeson J, Yap K, Murphy K, Brennan L. Meta-analysis of the effects of third-wave behavioural interventions on disordered eating and body image concerns: Implications for eating disorder prevention. *Cog Behav Ther*. 2019; 48(1):15-38. [DOI:10.1080/16506073.2018.1517389]
- [23] Evers C, Marijn Stok F, de Ridder DT. Feeding your feelings: Emotion regulation strategies and emotional eating. *Pers Soc Psychol Bull*. 2010; 36(6):792-804. [DOI:10.1177/0146167210371383] [PMID]
- [24] Amianto F, Siccardi S, Abbate-Daga G, Marech L, Barosio M, Fassino S. Does anger mediate between personality and eating symptoms in bulimia nervosa? *Psychiatry Res*. 2012; 200(2-3):502-12. [DOI:10.1016/j.psychres.2012.07.036] [PMID]
- [25] Sobhani Z, Ahadi H, Khosravi S, Poursharifi H, Seirafi M. [Psychometric indices of post bariatric surgery self-management behaviors questionnaire (Persian)]. *J Arak Uni Med Sci*. 2017; 20(1):84-95.
- [26] Ansell EB, Grilo CM, White MA. Examining the interpersonal model of binge eating and loss of control over eating in women. *Int J Eat Disord*. 2012; 45(1):43-50. [DOI:10.1002/eat.20897] [PMID] [PMCID]
- [27] 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. [DOI:10.1016/j.cpr.2012.10.009] [PMID]
- [28] Meyer C, Leung N, Barry L, De Feo D. Emotion and eating psychopathology: links with attitudes toward emotional expression among young women. *Int J Eat Disord*. 2010; 43(2):187-9. [DOI:10.1002/eat.20659] [PMID]
- [29] Levinson CA, Rodebaugh TL. Social anxiety and eating disorder comorbidity: The role of negative social evaluation fears. *Eat Behav*. 2012; 13(1):27-35. [DOI:10.1016/j.eatbeh.2011.11.006] [PMID] [PMCID]
- [30] Wilson GT, Wilfley DE, Agras WS, Bryson SW. Psychological treatments of binge eating disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2010; 67(1):94-101. [DOI:10.1001/archgenpsychiatry.2009.170] [PMID] [PMCID]