

مقاله اصلی

# اثربخشی روان درمانی مثبت نگر بر باورهای اختلال خوردن، ناگویی هیجانی و کاهش وزن در زنان دارای اضافه وزن

تاریخ دریافت: ۹۹/۰۹/۰۵ - تاریخ پذیرش: ۹۹/۱۱/۱۴

## خلاصه

**مقدمه:** در سال‌های اخیر چاقی و اضافه وزن به یک تهدید مهم بهداشت عمومی در سراسر جهان تبدیل شده است. این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی روان درمانی مثبت نگر بر باورهای اختلال خوردن، ناگویی هیجانی و کاهش وزن در زنان دارای اضافه وزن انجام شد.

**روش کار:** طرح پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل و مرحله پیگیری بود. جامعه آماری شامل زنان دارای اضافه وزن مراجعه کننده به کلینیک‌های تغذیه در شهر ارومیه در سال ۱۳۹۸ بود. آزمودنی‌ها با استفاده از ملاک‌های ورود غربال شدند. از بین آن‌ها نمونه‌ای به حجم ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره جای گرفتند. برای گروه آزمایش، آموزش روان‌درمانی مثبت‌نگر در ۸ جلسه ۱ ساعته براساس دستورالعمل سلیگمن و رشید (۲۰۰۸) ارائه شد، در حالیکه گروه کنترل هیچ آموزشی دریافت نکردند. ابزار پژوهش شامل محاسبه توده بدنی، که با تقسیم وزن (برحسب کیلوگرم) بر مجذور قد (برحسب متر) اندازه‌گیری شد، مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو (TAS-20) و پرسشنامه باورهای اختلال خوردن (EDBQ) بود.

**نتایج:** نتایج حاکی از تاثیر معنادار روان درمانی مثبت نگر بر کاهش وزن، باورهای اختلال خوردن و ناگویی هیجانی در زنان دارای اضافه وزن بود.

**نتیجه‌گیری:** با توجه به نتایج بدست آمده می‌توان برای کاهش وزن، باورهای اختلال خوردن و ناگویی هیجانی از روان درمانی مثبت نگر استفاده کرد. لذا به درمانگران پیشنهاد می‌گردد که این مداخله در درمان اضافه وزن و چاقی به کار گرفته شود.

**کلمات کلیدی:** روان درمانی مثبت نگر، باورهای اختلال خوردن، ناگویی هیجانی، شاخص توده بدنی

صهبا سخاوتی<sup>۱</sup>

علی خادمی<sup>\*۲</sup>

علی شاکر دولق<sup>۳</sup>

<sup>۱</sup>گروه روانشناسی، مرکز تحقیقاتی روانشناسی، واحد ارومیه،

دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران

<sup>۲</sup>گروه روانشناسی، مرکز تحقیقاتی روانشناسی، واحد ارومیه،

دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران (نویسنده مسئول)

<sup>۳</sup>گروه روانشناسی، مرکز تحقیقاتی روانشناسی، واحد ارومیه،

دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران

Email: dr\_ali\_khademi@yahoo.com

## مقدمه

در سالهای اخیر چاقی و اضافه وزن به یک تهدید مهم بهداشت عمومی در سراسر جهان تبدیل شده است (۱). اضافه وزن و چاقی به عنوان تجمع غیر طبیعی یا بیش از حد چربی تعریف می شود که ممکن است سلامت هر فرد را مختل کند (۲). چاقی با طیف گسترده ای از بیماری های پاتولوژیک مانند فشار خون بالا (۳)، دیابت نوع ۲ (۴)، بیماری های قلبی عروقی (۵) و مرگ زودرس (۶) همراه است.

عوامل مختلفی از جمله فعالیت های بدنی، استعمال دخانیات، محیط طبیعی، رژیم غذایی، برخی ژن ها و برخی بیماری ها می توانند بر چاقی تأثیر بگذارند (۷ و ۸). سازمان بهداشت جهانی برآورد کرده است که در سال ۲۰۱۵، نزدیک به ۲/۳ میلیارد بزرگسال، مبتلا به اضافه وزن، بیش از ۷۰۰ میلیون نفر چاق و نیز ۲/۴ درصد، به چاقی مرضی دچار می شوند (۹). در داخل کشور نیز، در مطالعه پاسدار و همکاران (۱۰) که بر روی زنان شهر کرمانشاه انجام گرفت نشان داد که ۳۹/۴ درصد افراد دارای اضافه وزن، ۲۱/۹ درصد چاق و ۵۷/۵ درصد مبتلا به چاقی شکمی بودند. نتایج مطالعات حاکی از آن است که زنان دارای اضافه وزن و چاقی بیشتر از مردان تحت تأثیر عوارض چاقی قرار می گیرند (۱۱). این اختلاف جنسیتی عمدتاً می تواند به دلیل افزایش وزن کلی در دوران بارداری، سالهای باروری، سبک زندگی نامطلوب یا عوامل خطر مرتبط با بارداری و دوره پس از زایمان باشد (۱۲). خطر بالاتر زایمان سزارین، بروز بیشتر عوارض عمل زیبایی، نمرات پایین آپگار، ماکروزومی (بزرگی جنین) و نقص لوله عصبی می تواند از عوارض چاقی و اضافه وزن در زنان باشد (۱۳).

نظریه های شناختی - رفتاری اختلالات خوردن بر نقشی که نگرش ها و باورهای مرتبط با وزن، شکل و خوردن در به وجود آمدن و توسعه ی اختلالات خوردن و نشانه های آن دارند، تأکید می کنند (۱۴، ۱۵). باورهای اختلال خوردن شامل افکار خودآیند منفی راجع به وزن، شکل بدن و خوردن هستند

که به صورت اظهارات کلی و خودباوری های منفی در اختلالات خوردن منعکس می شود (۱۶). طبق مدل شناختی کوپر، ولز و تاد (۱۷)، وقتی که باورهای منفی نسبت به خویشتن مانند "من دوست داشتنی نیستم" یا "من شکست خورده هستم" در فرد فعال می شوند، می تواند باعث یک رویداد ناراحت کننده مانند رفتارهای پرخوری شود. فعال شدن این خودباوری های منفی با احساس اضطراب، افسردگی یا گناه همراه است و افراد، پرخوری را به عنوان ابزاری برای کنار آمدن با این احساسات ناخوشایند آغاز می کنند و روند پرخوری باعث کاهش شدت حالات احساسی ناخوشایند در کوتاه مدت می شود (۱۸).

والر، دیکسون و اوهانیان (۱۹) در پژوهشی به بررسی محتوای شناختی، باورهای هسته ای و نگرشهای خوردن در افراد مبتلا به پرخوری عصبی پرداختند، آنها دریافتند که افراد مبتلا به اختلال خوردن دارای الگوهای متفاوت باورهای ناسازگار هسته ای هستند. در همین راستا کوپر، رز و ترنر (۱۴) در پژوهش خود نشان دادند که این باورها و نگرش ها اهمیت و نقش خاصی در اختلالات خوردن دارند.

اگرچه رژیم غذایی به عنوان اصلی ترین عامل منجر به عدم تعادل بین میزان کالری دریافتی و خروجی شناخته شده است، اما چندین عامل دیگر از جمله روانشناختی، وراثتی و عوامل محیطی با اضافه وزن و چاقی ارتباط دارند (۲۰). یکی از این عوامل روانشناختی که می تواند در کاهش وزن، افراد مبتلا به چاقی موثر باشد، ناگویی هیجانی است (۲۱).

ناگویی هیجانی یک سازه چند بعدی است که به عنوان ناتوانی در تمایز بین احساسات، افکار و پاسخ های فیزیولوژیکی به محرک ها تعریف می شود و متشکل از دشواری در شناخت و بیان احساسات و تفکر بیرونی، می باشد (۲۲). افراد مبتلا به ناگویی هیجانی شدید توانایی پردازش شناختی و کلامی احساسات خود را ندارند و توانایی ضعیفی در تخیل و تفکر نمادین دارند (۲۳). این کمبودها منجر به عدم توانایی در

افسردگی، اضطراب و استرس در آنها کاهش یافت و در نهایت کاهش نسبی وزن در شرکت کنندگان مشاهده گردید. در همین راستا نتایج پژوهش رنجبر نوشری و همکاران (۳۵) نیز حاکی از تأثیر معنادار مداخله مبتنی بر روانشناسی مثبت نگر بر سبکهای خوردن و شاخص توده بدنی در زنان چاق و دارای اضافه وزن بود. همچنین پژوهش‌های صورت گرفته توسط فورد و همکاران (۳۶) و اوپرم (۳۷) اشاره داشتند که مداخلات مبتنی بر روان‌درمانی مثبت نگر اثرات مثبتی بر بهبود مشکلات روانشناختی و مشکلات مرتبط با هیجان از جمله ناگویی هیجانی دارند. از طرف دیگر نتایج پژوهش جباری، شهیدی و موتابی (۳۸) نشان داد که آموزش مثبت نگر می‌تواند باعث کاهش معنادار نگرش‌ها و باورهای ناکارآمد در دختران بشود. با توجه به اهمیت موضوع پژوهش و افزایش آمار چاقی و اضافه وزن در بین زنان ایرانی و رابطه مولفه‌های روان‌درمانی مثبت‌گرا با متغیرهای مربوط به سلامت روان و نیز عدم وجود پژوهش در خصوص این موضوع، پژوهش حاضر به بررسی این موضوع پرداخت که آیا روان‌درمانی مثبت نگر بر باورهای اختلال خوردن، ناگویی هیجانی و کاهش وزن در زنان دارای اضافه وزن اثربخش است؟

### روش کار

طرح پژوهش شبه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری شامل زنان دارای اضافه وزن مراجعه کننده به کلینیک‌های تغذیه در شهر ارومیه در سال ۱۳۹۸ بود که از بین آن‌ها نمونه‌ای به حجم ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره جایگزین شدند، سپس پیش‌آزمون برگزار شد. بدین صورت که با استفاده از ترازوی دیجیتالی وزن هر دو گروه اندازه‌گیری شد و هر دو گروه قبل از هر گونه مداخله در شرایط یکسان به پرسشنامه‌های ناگویی هیجانی و آزمون باورهای اختلال خوردن به عنوان پیش‌آزمون پاسخ دادند. سپس برای گروه آزمایش، آموزش روان‌درمانی مثبت‌نگر در ۸ جلسه ۱ ساعته براساس دستورالعمل سلیگمن، رشید و پارکس (۳۲) ارائه شد، در حالیکه گروه کنترل آموزشی دریافت

تنظیم احساسات و پاسخهای مرتبط می‌شود، که به نوبه خود می‌تواند افراد را مستعد علائم روانی و جسمی کند (۲۴). چندین مطالعه تجربی شواهدی را به دست آورده است که ناگویی هیجانی با انواع اختلالات جسمی مرتبط است و تأثیر منفی بر نتایج درمان دارد (۲۵، ۲۶). همچنین در مورد رابطه بین ناگویی هیجانی و اختلالات خوردن، نوکوفسکی و مک فارلین (۲۷) دریافتند که افراد مبتلا به اختلالات خوردن به طور مداوم سطح بالاتری از ناگویی هیجانی را نسبت به گروه کنترل گزارش می‌کنند. در مطالعه ای دیگر آدامیو همکاران (۲۸)، چندین بیمار چاق را به منظور تعیین اینکه آیا وجود تفاوت در شکل بدن از معیارهای مورد قبول برای رشد صفات شخصیتی ناگویی هیجانی در بیماران چاق می‌شود را مورد مطالعه قرار دادند. نتایج این مطالعه نشان داد ۲۵ درصد بیماران چاق مشخصه‌های ناگویی هیجانی را داشتند.

در سالهای اخیر مجموعه ای از درمانهای جدید و کارآمد برای برخی اختلال‌های روانپزشکی و همچنین بهبود عواطف مثبت که مبتنی بر رویکردهای مثبت‌گرا هستند به وجود آمده اند که به دلیل مقرون به صرفه بودن و اثرات مناسب، مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته اند (۲۹). روان‌درمانی مثبت نگر یکی از رویکردهای درمانی جدیدی است که باعث تغییر و تحولات مهم در سلامت افراد می‌شود (۳۰). روان‌درمانی مثبت نگر بر روی تقویت احساسات، رفتارها یا شناخت‌های مثبت متمرکز می‌شود (۳۱). در واقع در این رویکرد، به جای تمرکز بر مشکلات و ضعف‌ها، بر افزایش هیجانات مثبت و ارتقای معنای زندگی تأکید شده است (۳۲). اصول به کار گرفته شده در مداخله‌های مثبت نگر از طریق افزایش هیجان و احساسات مثبت و ارضای نیازهای اساسی افراد، مانند خودمختاری، عشق و ارتباط، باعث بهبود کیفیت زندگی افراد می‌شود (۳۳).

رابرتسون (۳۴) در پژوهشی به بررسی اثربخشی مداخله مبتنی بر روان‌درمانی مثبت نگر بر برخی از متغیرهای روانشناختی و جسمانی افراد دارای اضافه وزن پرداخت. نتایج نشان داد که افراد شرکت کننده در این مداخله، از نظر حالات خلقی مثبت و رضایت از زندگی افزایش قابل ملاحظه‌ای داشتند، نمرات

## ابزار گردآوری داده ها

**محاسبه توده بدنی (BMI):** نمایه ی توده ی بدنی که متداول ترین شاخص قد و وزن می باشد از فرمول تقسیم وزن (برحسب کیلوگرم) بر روی مجذور قد (بر حسب متر) بدست آمد. وزن با استفاده از ترازوی دیجیتال با حساسیت ۱۰۰ گرم، سنجیده و قد نیز با استفاده از استادیومتر قابل حمل با دقت ۰/۱ سانتیمتر اندازه گیری شد.

**مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو (TAS):** این مقیاس را بگبی، تایلر و پارکر (۱۹۹۴) (۳۹) طراحی کرده اند و یک ابزار خود گزارشی ۲۰ سوالی است که با استفاده از مقیاس پنج درجه ای لیکرت (۱ = کاملاً مخالف تا ۵ = کاملاً موافق) نمره گذاری می شود، لذا دامنه نمرات بین ۲۰ تا ۱۰۰ می باشد. نمرات ۶۰ به بالا به عنوان ناگویی هیجانی بالا و نمرات ۵۲ به پایین به عنوان ناگویی هیجانی پایین ارزیابی می شوند (۴۰). آیدان (۴۱) ضمن تأیید روایی محتوایی ابزار، با استفاده از روش آلفای کرونباخ پایایی آن را ۰/۸۲ گزارش کرد. در ایران بشارت (۴۲) اعتبار ابزار را با روش بازآزمایی برای سه بعد دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تمرکز بر تجارب بیرونی به ترتیب ۰/۶۹، ۰/۷۳، ۰/۷۷ و ۰/۶۵ گزارش کرد.

**پرسشنامه باورهای اختلال خوردن (EDBQ):** این پرسشنامه را کوپر و همکاران در سال ۱۹۹۷ (۴۳) به عنوان یک ابزار خودسنجی در ارزیابی تصورات و باورهای مربوط به اختلال خوردن طراحی کرده اند. این پرسشنامه دارای چهار زیرمقیاس: ۱- خودباوری های منفی؛ ۲- وزن و شکل مورد پذیرش دیگران؛ ۳- وزن و شکل مورد پذیرش خود یا خودپذیری؛ و ۴- کنترل پرخوری می باشد که بر طبق یک مقیاس ۱۰۰ درجه ای از صفر (اصلاً در مورد من صدق نمی کند) تا ۱۰۰ (کاملاً در مورد من صدق می کند) مشخص می شود. روس، کوپر و ترنر (۱۶) همسانی درونی آن را (بین ۰/۴۷ تا ۰/۷۱) و اعتبار این آزمون با استفاده از روش آلفای کرونباخ را برای هر عامل بین ۰/۸۶-۰/۹۴ ذکر کرده اند.

نکردند. ملاک های ورود به پژوهش عبارتند از: داشتن BMI ۲۵ تا ۳۰، موافقت بیمار برای شرکت در پژوهش، سکونت در شهر ارومیه، سن بین ۲۰ تا ۳۵ سال، داشتن تحصیلات در حد خواندن و نوشتن، نداشتن بیماری جدی به غیر از اضافه وزن و چاقی، نداشتن اختلال عمده روانپزشکی، عدم یائسگی و داشتن انگیزه برای کاهش وزن و ملاک خروج، شرکت نکردن در جلسات آموزشی بیشتر از دو جلسه بود. خلاصه محتوای جلسات درمانی در جدول (۱) به تفکیک ارائه می شوند:

## جلسات درمانی

جلسات	اهداف درمانی
جلسه اول	معرفی افراد گروه به یکدیگر و تشریح برنامه روان درمانی مثبت نگر. ثبت یک معرفی مثبت از خود در یک صفحه توسط مراجعین.
جلسه دوم	شناسایی و ثبت توانمندی ها و فضیلت های شخصی هر فرد توسط خودش.
جلسه سوم	ثبت نعمت ها یا یادآوری سه امر مثبت در زندگی روزانه در پایان هر روز با هدف ایجاد هیجان های مثبت.
جلسه چهارم	آشنایی با سازه بخشش و گذشت به عنوان ابزاری که می تواند هیجان منفی را به مثبت تبدیل کند و تکلیف خانگی نوشتن نامه بخشش به شخصی که در حق آن ها جفا کرده است.
جلسه پنجم	استفاده از کاربرگ شکرگزاری و نوشتن نامه تشکرآمیز برای فردی که در زندگیشان تأثیرگذار بوده و هیچگاه به طور شایسته از او تشکر نکردند و ارسال آن برای فرد مورد نظر.
جلسه ششم	تمرکز بر سازه های امید و خوش بینی. یادداشت سه مورد پیشامد یا سه چیز که می خواستند انجام دهند ولی با شکست روبه رو شدند، سپس بررسی اینکه آیا به ازای آن در بسته یا مشکل، در دیگری سر راه آن ها قرار نگرفته است؟
جلسه هفتم	یافتن معنا از طریق بکار بردن توانمندی ها و فضیلت هاهای برجسته در خدمت به دیگران. اینکه چطور می توانند از توانمندی های شناسایی شده در فعالیت هایی برای خدمت به دیگران استفاده کنند (مانند امور خیریه یا صرف وقت برای دیگران). همچنین توضیح در مورد سبک های پاسخ دهی و آموزش فن بهبود روابط.
جلسه هشتم	یکپارچه سازی مطالب و فرایندهای جلسات قبل، گرفتن بازخورد از اعضا در مورد احساس و نظراتشان نسبت به جلسات گروه، جمع بندی و اختتام گروه درمانی.

Toronto Alexithymia Scale

Eating Disorders Beliefs Questionnaire<sup>2</sup>

شرکت کنندگان گروه آزمایش ۳/۲ و کنترل ۲/۹ می‌باشد. داده‌های مربوط به متغیر وابسته توده ی بدنی، باورهای اختلال خوردن و ناگویی هیجانی در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با شاخص‌های توصیفی میانگین و انحراف استاندارد به تفکیک گروه‌ها در جدول شماره ۲ گزارش شده است.

شایقیان و وفایی (۴۴) پایایی این پرسشنامه را با روش تصنیف برای کل آزمون و نیمه اول و دوم به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۹۴ و ۰/۹۱ و با روش آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌ها بین ۰/۶۴ تا ۰/۸۵ و برای کل مقیاس ۰/۸۹ گزارش کرده‌اند.

## نتایج

متن یا بررسی توصیفی متغیرهای جمعیت‌شناختی نشان داد میانگین سنی شرکت کنندگان در گروه آزمایش آزمایش (M=۲۹/۰۶) و کنترل (M=۳۰/۳) و انحراف معیار سنی

**جدول ۲- شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه آزمایش و کنترل**

مولفه	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
توده ی بدنی	آزمایش	۲۸/۶۰	۱/۴۹	۲۶/۷۰	۱/۱۹	۲۶/۷۷	۱/۱۷
	کنترل	۲۸/۱۶	۱/۳۱	۲۸/۳۱	۱/۲۵	۲۸/۳۵	۱/۲۵
دشواری درشناسایی احساسات	آزمایش	۲۱/۸۰	۶/۲۱	۱۶/۴۰	۴/۲۷	۱۸/۴۰	۴/۲۷
	کنترل	۲۲/۷۳	۵/۴۱	۲۱/۸۷	۵/۳۱	۲۴/۲۰	۴/۵۰
دشواری در توصیف احساسات	آزمایش	۱۴/۸۰	۵/۰۱	۹/۶۷	۴/۲۳	۱۰/۰۷	۳/۷۳
	کنترل	۱۵/۱۳	۳/۵۲	۱۴/۶۷	۳/۲۶	۱۵/۲۰	۲/۹۵
تفکرعینی	آزمایش	۲۱/۰۰	۲/۶۴	۱۶/۵۳	۳/۳۹	۱۷/۸۰	۳/۷۴
	کنترل	۲۳/۷۳	۴/۳۳	۲۲/۶۷	۴/۳۳	۲۳/۴۰	۴/۶۵
خودباوری منفی	آزمایش	۳۳	۱۱۶/۲۹	۱۰۰	۹۸/۵۶	۱۶۷	۹۷/۵۹
	کنترل	۵۹۳	۱۶۶/۵۴	۳۶۰	۱۶۰/۱۳	۳۶۶	۱۵۲/۱۲
وزن موردپذیرش دیگران	آزمایش	۶۲۰	۱۳۷/۳۲	۳۷۰	۹۵/۹۹	۳۷۰	۹۰/۲۳
	کنترل	۶۱۰	۱۱۰/۵۱	۵۹۰	۹۸/۵۳	۵۸۳	۱۰۴/۶۵
وزن موردپذیرش خود	آزمایش	۳۴۶	۴۸/۰۵	۲۷۰	۵۹/۱۶	۲۷۳	۶۲/۲۹
	کنترل	۳۳۶	۱۰۰/۸۳	۳۴۰	۹۶/۷۳	۳۴۳	۹۲/۳۲
کنترل پرخوری	آزمایش	۳۹۰	۶۸/۶۶	۲۹۰	۶۰/۳۵	۲۹۳	۷۵/۲۷
	کنترل	۳۷۰	۶۷/۶۱	۳۷۶	۶۵/۱۰	۳۷۳	۵۳/۰۰



۰/۱۳۵	۲/۳۷۲	خودباوری منفی
۰/۰۳۵	۴/۹۲۴	وزن مورد پذیرش دیگران
۰/۴۷۹	۰/۵۱۵	وزن مورد پذیرش خود
۰/۰۸۱	۳/۳۲۴	کنترل پر خوری

#### جدول ۴ - نتایج تحلیل کواریانس تفاوت کلی گروه‌ها در پس-آزمون نمرات پیش آزمون و پس آزمون گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای پژوهش

نام آزمون	مقدار	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معنی داری
اثر پیلاپی	۰/۹۹۰	۳۲/۲۲۷	۱۶	۵	۰/۰۰۱
لامبدای ویلکز	۰/۰۱۰	۳۲/۲۲۷	۱۶	۵	۰/۰۰۱
اثر هتلینگ	۱۰۳	۳۲/۲۲۷	۱۶	۵	۰/۰۰۱
بزرگترین ریشه خطا	۱۰۳	۳۲/۲۲۷	۱۶	۵	۰/۰۰۱

نتایج آزمون‌های چهارگانه تحلیل کواریانس چندمتغیره که در جدول (۴) آمده است، نشان داد که گروه آزمایش و کنترل دست کم در یکی از مولفه‌های مورد مقایسه تفاوت معنی داری دارند ( $P < 0/005$ ). به منظور پی بردن به این تفاوت آزمون آماری تحلیل کواریانس تک متغیری در متن مانکوا استفاده شده است که نتایج آن در جدول (۵) ارائه شده است.

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که در تمامی متغیرها، در گروه آزمایش میانگین نمره‌های پس آزمون و پیگیری نسبت به پیش-آزمون کاهش یافته، اما در گروه کنترل، تغییری مشاهده نمی‌شود. به منظور تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل کواریانس چند متغیری استفاده شد، لذا ابتدا مفروضه‌های زیربنایی این آزمون مورد بررسی قرار گرفت. برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات از آزمون کالموگروف اسمیرنف استفاده شد. نتایج نشان داد که پیش فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها برقرار است ( $P > 0/01$ ). برای بررسی همسانی ماتریس‌های واریانس کواریانس متغیرهای مورد بررسی در گروه‌ها، آزمون ام‌باکس استفاده شد که با توجه به ( $F = 0/877$  و  $p < 0/679$ ) می‌توان نتیجه گرفت ماتریس واریانس-کواریانس متغیرهای وابسته در گروه آزمایش و کنترل همسان است. همچنین برای رعایت پیش فرض‌های آزمون کواریانس از آزمون لوین استفاده شد که نتیجه آن در جدول (۳) ارائه شده است. با توجه به میزان مشاهده شده بیشتر مؤلفه‌ها معنادار نیستند ( $P > 0/01$ )، یعنی نمرات گروه‌های پژوهش در پس آزمون متغیرهای وابسته دارای واریانس همگن هستند. به این ترتیب شرایط لازم برای اجرای آزمون کواریانس برقرار است.

جدول ۳ - نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس‌های متغیرها

متغیر	F	سطح معناداری
توده ی بدنی	۱/۷۳۸	۰/۱۹۸
دشواری در شناسایی احساسات	۰/۰۰۹	۰/۹۲۴
دشواری در توصیف احساسات	۰/۵۱۹	۰/۴۷۷
تفکر عینی	۵/۵۴۵	۰/۰۲۶

#### جدول ۵ - نتایج تحلیل کواریانس میانگین متغیرهای پژوهش با کنترل اثر پیش آزمون

متغیرهای پژوهش	مرحله	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
توده ی بدنی	پس-آزمون	۲۲/۷۸۴	۱	۲۲/۷۸۴	۹۱۸/۴۹	۰/۰۰۱	۰/۷۱
	پیگیری	۲۲/۹۸۰	۱	۲۲/۹۸۰	۱۰۳۱/۴۸	۰/۰۰۱	۰/۷۰

۰/۶۰	/۰۰۱	/۴۰۵	۱۱۰/۹۹۴	۱	۱۱۰/۹۹۴	پس- آزمون	دشواری درشناسایی احساسات
	.	۲۹					
۰/۷۴	/۰۰۱	/۸۱۴	۱۳۵/۴۷۵	۱	۱۳۵/۴۷۵	پیگیری	
	.	۵۸					
۰/۸۰	/۰۰۱	/۵۷۲	۱۰۸/۸۷۲	۱	۱۰۸/۸۷۲	پس- آزمون	دشواری در توصیف احساسات
	.	۸۲					
۰/۷۲	/۰۰۱	/۰۳۴	۱۱۰/۶۱۹	۱	۱۱۰/۶۱۹	پیگیری	
	.	۵۱					
۰/۵۲	/۰۰۶	/۲۳۲	۴۶/۶۶۴	۱	۴۶/۶۶۴	پس- آزمون	تفکر عینی
	.	۲۲					
۰/۲۲	/۰۳۸	۵/۴۶۴	۳۱/۲۷۰	۱	۳۱/۲۷۰	پیگیری	
	.						
۰/۷۰	/۰۰۱	/۱۷۵	۳۰۲۴۷۶/۱۸۷	۱	/۱۸۷	پس- آزمون	خودباوری منفی
	.	۴۸			۳۰۲۴۷۶		
۰/۶۹	/۰۰۱	/۶۸۵	۲۸۷۲۲۶/۹۲۴	۱	/۹۲۴	پیگیری	
	.	۴۳			۲۸۷۲۲۶		
۰/۸۰	/۰۰۱	/۳۶۸	۲۹۷۰۲۴/۳۹۹	۱	/۳۹۹	پس- آزمون	وزن مورد پذیرش دیگران
	.	۷۸			۲۹۷۰۲۴		
۰/۸۲	/۰۰۱	/۰۰۸	۳۲۸۲۱۵/۹۰۶	۱	/۹۰۶	پیگیری	
	.	۹۶			۳۲۸۲۱۵		
۰/۴۹	/۰۰۱	/۰۴۵	۴۵۴۸۴/۱۱۷	۱	/۱۱۷	پس- آزمون	وزن مورد پذیرش خود
	.	۱۹			۴۵۴۸۴		
۰/۵۷	/۰۰۱	/۵۵۴	۴۹۱۴۶/۲۸۵	۱	/۲۸۵	پیگیری	
	.	۲۷			۴۹۱۴۶		
۰/۶۸	/۰۰۱	/۴۲۷	۳۹۵۹۱/۰۳۰	۱	/۰۳۰	پس- آزمون	کنترل پر خوری
	.	۴۲			۳۹۵۹۱		
۰/۴۸	/۰۰۱	/۷۷۳	۳۴۰۷۴/۷۴۹	۱	/۷۴۹	پیگیری	
	.	۱۸			۳۴۰۷۴		

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد، پس از حذف تاثیر پیش‌آزمون بر متغیرهای وابسته، بین میانگین‌های تعدیل‌شده نمرات شرکت-کنندگان بر حسب عضویت گروهی (گروه آزمایش و گروه کنترل) در هر دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌داری وجود دارد ( $P < 0/005$ ). لذا می‌توان نتیجه گرفت که آموزش روان درمانی مثبت نگر بر کاهش اختلال‌های باور خوردن، ناکویی هیجانی و توده بدنی زنان دارای اضافه وزن تاثیر معنی‌داری داشته ( $P < 0/005$ ) که میزان این تاثیر بین ۰/۲۲ تا ۰/۸۲ می‌باشد.

### بحث و نتیجه گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که روان‌درمانی مثبت نگر بر کاهش وزن زنان چاق و دارای اضافه وزن اثر مثبت داشته است. به عبارت دیگر این درمان باعث کاهش وزن در این افراد گردیده است. این یافته با نتایج پژوهش کار، فریدمن و جاف (۴۵)، رابرتسون (۳۴) و رنجبر نوشری و همکاران (۳۵) همسو می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که در رویکرد روان درمانی مثبت نگر، جهت تقویت و بهبود ارتباط موثر و مثبت با



همسو با نتایج ساوو کوفسکی، ماتا و یوسیوتی (۴۸)، اورتون و همکاران (۴۹) و اوسولیوان (۵۰) بود. در تبیین یافته حاضر می توان گفت که در روان درمانی مثبت نگر، باورهای منفی افراد اصلاح و رفتار مناسب به صورت مداوم ارائه می شوند. در نهایت، حذف این باورهای منفی به کاهش استرس افراد منجر می شود. زمانی که این باورهای منفی رفع شدند، طبیعتاً رفتارهای افراد نیز متعادل تر شده و فشار روانی و میل به خوردن افراطی آنان نیز کاهش پیدا می کند. در کل، گرایش و پرداختن به ابعاد مثبت وجود خود، با سلامت روانی و جسمی و بهزیستی شخص سازگار است. به عبارتی دیگر، وقتی بر جنبه های مثبت افکار بیشتر تأکید شود، عملکرد افراد تقریباً یک و نیم برابر زمانی است که بر جنبه های منفی افکار تأکید می شود (۵۱). در واقع این ویژگی تحریک کننده رویدادها نیستند که اهمیت دارند، بلکه دریافت و شیوهی پردازش افراد از رویدادهاست که اهمیت زیادی دارد و به بروز رفتار منجر می شود. نگرش و باورهای مثبتی که حاصل مداخلات مبتنی بر روان درمانی مثبت نگر است، نسبت به خود، دیگران و جهان پیرامون یک نوع احساس و تفکر مثبت ایجاد می کند (۵۲).

همچنین در تبیین این نتیجه ی پژوهش می توان گفت که یکی از موارد تاثیر گذار بر سطح شناختی افراد، در تجربه باورهای منفی اختلال خوردن، خوش بینی است. مؤلفه خوشبینی از مؤلفه های روانشناسی مثبت نگر و تلاش برای دستیابی به افکار و باورهای مثبت و شادی است. در روانشناسی مثبت نگر، سعی بر آن است تا تفکر مثبت و اثربخش، خصوصیات برجسته افراد و توانایی های آنان مورد تأکید قرار دهد و افراد تشویق شوند تا به افکار مثبت، توجه ویژه ای نشان داده و سعی کنند با پیشگیری از افکار منفی، میزان تفکر مثبت را در زندگی خود افزایش دهند (۵۳).

یکی دیگر از یافته های این پژوهش این بود که روان درمانی مثبت نگر بر ناگویی هیجانی زنان چاق و دارای اضافه وزن تاثیر مثبت و معناداری دارد. به عبارتی با آموزش روان درمانی مثبت نگر می توان ناگویی هیجان زنان دارای اضافه وزن را کاهش داد. این یافته با نتایج دویی و پاندی (۵۴)، فورد و همکاران (۳۶)

خویشتن، دیگران و دنیا و نیز افزایش خوش بینی و شادکامی افراد، فنون و مهارت های مثبت اندیشی آموزش داده می شود تا افراد شناخت بهتری از خود پیدا کنند و تجارب مثبت خود را بشناسند و به نقش این تجربه های مثبت در افزایش و ارتقای احترام به خود پی ببرند (۳۳). احتمال نمود برداشت های مثبت تر از خود و دیگران، می تواند با توجه به نقاط مثبت و تجارب خوب گذشته، در افراد افزایش پیدا کند و همین امر سبب می شود افراد درباره ارزش خود، بتوانند مسئولیت بیشتری را بپذیرند و به درک کامل و جامعی از خود دست پیدا کنند. و وقتی افراد به ارزش ذاتی خود پی می برند و شناخت کاملی از خود پیدا می کنند در جهت انجام تغییرات مثبت و تاثیر گذار قدم بر می دارند که کاهش وزن می تواند یکی از این تغییرات مثبت در زندگی باشد (۴۶).

طبق نظر سلینگمن روان درمانی مثبت گرا سبب می شود تا افراد تعهد بیشتری به زندگی خود داشته باشند و با انگیزه ی بیشتر و فعالانه درگیر آن شوند و چون شرط اصلی این درگیری فعال- تر، شناخت توانایی های ذاتی و استفاده کردن بهینه از آنها در زندگی شخصی و مشخص کردن هدف یا اهداف زندگی بر اساس آنها بوده، لذا آموزش روان درمانی مثبت نگر می تواند گامی به سمت بهزیستی و خالی از تهی بودن بردارد. این روش درمانی با ساختن معنا در زندگی بیمار، به وجود آوردن هیجانانگیز و توانایی های منش می تواند به عنوان سپری در مقابل خوردن بیش از حد و به تبع آن چاقی و اضافه وزن عمل نماید (۳۲) در همین راستا سیمز و همکاران (۴۷) نیز بر این باورند که فشارهای روان شناختی با مصرف غذای بیش از حد، مخصوصاً خوردن غذاهای پرکالری رابطه دارد و فشار روانی درک شده بالاتر، پیش بینی خوردن افراطی را سه برابر بیشتر می کند. با توجه به این الزامات، درمان هایی مانند روان درمانی مثبت نگر که منابع روان شناختی را برای بهزیستی و کنترل نمودن هیجانانگیز دربرگیرد، می تواند به کاهش وزن منجر شود.

از دیگر نتایج پژوهش حاضر این بود که آموزش روان درمانی مثبت نگر منجر به کاهش باورهای منفی اختلال خوردن در زنان چاق و دارای اضافه وزن شده بود. یافته حاضر

می‌کند، می‌تواند احتمالات و امکانات بیشتری را در نظر بگیرد که نتیجه‌ی آن، افزایش احساس توانمندی و کاهش هیجانات منفی است (۵۸). بر این اساس مداخلات روانشناسی مثبت نگر به افراد دارای اضافه وزن کمک می‌کند تا به جای اینکه هیجانات منفی خویش را با غذا خوردن سرکوب کنند، مهارت‌هایی را برای کاهش مشکلات هیجانی خود و توجه به هیجانات مثبت و پذیرش آنها فراگیرند.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر، محدود بودن نمونه مطالعه به زنان و همچنین روش نمونه‌گیری در دسترس بود که تعمیم یافته‌های آن را با مشکل مواجه می‌کند. بنابراین پیشنهاد می‌شود روش‌های مورد استفاده در این پژوهش در جوامع مختلف آماری از نظر جنسیت و سن به اجرا درآید. همچنین پیشنهاد می‌شود با توجه به اثر گذاری روان درمانی مثبت نگر بر مشکلات روانشناختی و کاهش وزن زنان دارای اضافه وزن، از این رویکرد درمانی بر روی سایر اختلالات خوردن نیز استفاده شود.

### تشکر و قدردانی

این مقاله بر گرفته از رساله دکترای نویسنده اول در رشته روانشناسی در دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارومیه است و با شناسه IR.IAU.URMIA.REC.1398.005 در کمیته اخلاق این دانشگاه تایید شده است. بدین وسیله از تمامی کسانی که در اجرای این طرح به ما کمک کردند، تشکر و قدردانی می‌شود.

و اوپرم (۳۷) در یک راستا هستند. ارتقا و بهبود میزان رضایت از زندگی، شادکامی و بهزیستی افراد، از مهم ترین اهداف روان درمانی مثبت نگر است. در این درمان، ارتقاء قابلیت‌ها، عواطف و هیجانات مثبت، تعهد و معنا، هم زندگی را شادتر و غنی تر می‌سازد و هم منجر به کاهش مشکلات هیجانی می‌شود (۵۶). لیوبومرסקی و لایوس (۳۳) معتقدند مداخله‌های مبتنی بر روان‌درمانی مثبت گرا با بالا بردن میزان هیجانات مثبت، تفکر مثبت، رفتارهای مثبت و ارضای نیازهای اساسی افراد مثل خودمختاری و عشق، باعث کاهش مشکلات روانشناختی، افزایش شادکامی و احساس بهزیستی روانشناختی در افراد می‌شوند. بنا به اعتقاد فردریکسون (۵۷) ایجاد هیجانات مثبت در افراد که از تکنیک‌ها و مفروضه‌های بنیادین روانشناسی مثبت نگر است به خنثی کردن اثر هیجان‌های منفی، ایجاد و افزایش منابع شخصی، ارتقای تاب‌آوری روانشناختی، افزایش سلامت جسمی و روانشناختی و همچنین ایجاد بستر لازم برای رشد انسان منجر می‌شود. همچنین روان‌درمانی مثبت‌نگر با تاکید بر ارتقاء سطح توانمندی‌ها و قابلیت‌های افراد، آنها را قادر می‌سازد تا با تعامل اثربخش‌تر با دیگران در جامعه بتواند پیشرفت کند و احساسات مثبت در آنها تقویت شود. روان‌درمانی مثبت‌نگر همزمان با شناسایی و ارتقاء قابلیت‌های فردی، کنترل و مدیریت هیجانات ناخوشایند و منفی و نقاط ضعف را میسر می‌نماید که این امر به نوبه‌ی خود باعث افزایش امیدواری و خوش بینی می‌شود. در واقع هنگامی که این روش درمانی سبب ایجاد هیجانات مثبت می‌شود و زمانی که فرد این هیجان‌ها را در خود حس

### References:

- Ahmad Zamri L, Appannah G, Zahari Sham SY, Mansur F, Ambak R, Mohd Nor NS, Aris T. Weight Change and Its Association with Cardio metabolic Risk Markers in Overweight and Obese Women. *Journal of Obesity*. 2020 May 1; 2020.
- WHO. Obesity and Overweight, WHO, Geneva, Switzerland, ; 2020.
- Jiang SZ, Lu W, Zong XF, Ruan HY, Liu Y. Obesity and hypertension. *Experimental and therapeutic medicine*. 2016 Oct 1;12(4):2395-9.
- Al-Goblan AS, Al-Alfi MA, Khan MZ. Mechanism linking diabetes mellitus and obesity. *Diabetes, metabolic syndrome and obesity: targets and therapy*. 2014;7:587.
- Kovesdy CP, Furth SL, Zoccali C, World Kidney Day Steering Committee. Obesity and kidney disease: hidden consequences of the epidemic.
- Basen-Engquist K, Chang M. Obesity and cancer risk: recent review and evidence. *Current oncology reports*. 2011 Feb 1;13(1):71-6.
- An R, Zhang S, Ji M, Guan C. Impact of ambient air pollution on physical activity among adults: a systematic review and meta-analysis. *Perspectives in public health*. 2018 Mar;138(2):111-21.

8. Aspvik NP, Viken H, Ingebrigtsen JE, Zisko N, Mehus I, Wisløff U, Stensvold D. Do weather changes influence physical activity level among older adults?—The Generation 100 study. *PLoS One*. 2018 Jul 6;13(7):e0199463.
9. Amiri H, Borjali A, Sohrabi F, Pazouki A. The comparison of depression and quality of life in the obese women with different body mass indices (BMI) with the normal women residing in Tehran. *RJMS*. 2015; 21 (127) :102-112 (Persian)
10. Pasdar Y, Darbandi M, Niazi P, Alghasi S, Roshanpour F. The Prevalence and the Affecting Factors of Obesity in Women of Kermanshah. *Jorjani Biomed J*. 2015; 3 (1) :82-97 (Persian)
11. Gunderson EP. Childbearing and obesity in women: weight before, during, and after pregnancy. *Obstetrics and Gynecology Clinics*. 2009 Jun 1;36(2):317-32.
12. Triunfo S, Lanzone A. Impact of overweight and obesity on obstetric outcomes. *Journal of endocrinological investigation*. 2014 Apr 1;37(4):323-9.
13. Ahmed M, Seid A, Kemal A. Does the Frequency of Watching Television Matters on Overweight and Obesity among Reproductive Age Women in Ethiopia?. *Journal of Obesity*. 2020 Aug 1;2020.
14. Cooper MJ, Rose KS, Turner H. The specific content of core beliefs and schema in adolescent girls high and low in eating disorder symptoms. *Eating behaviors*. 2006 Jan 1;7(1):27-35.
15. Waller G, Dickson C, Ohanian V. Cognitive content in bulimic disorders: Core beliefs and eating attitudes. *Eating behaviors*. 2002 Jun 1;3(2):171-8.
16. Rose KS, Cooper MJ, Turner H. The eating disorder belief questionnaire: Psychometric properties in an adolescent sample. *Eating behaviors*. 2006 Nov 1;7(4):410-8.
17. Cooper MJ, Wells A, Todd G. A cognitive model of bulimia nervosa. *British Journal of Clinical Psychology*. 2004 Mar;43(1):1-6.
18. Burton AL, Abbott MJ. The revised short-form of the Eating Beliefs Questionnaire: Measuring positive, negative, and permissive beliefs about binge eating. *Journal of Eating Disorders*. 2018 Dec 1;6(1):37.
19. Waller G, Dickson C, Ohanian V. Cognitive content in bulimic disorders: Core beliefs and eating attitudes. *Eating behaviors*. 2002 Jun 1;3(2):171-8.
20. Muga MA, Owili PO, Hsu CY, Rau HH, Chao JC. Dietary patterns, gender, and weight status among middle-aged and older adults in Taiwan: a cross-sectional study. *BMC geriatrics*. 2017 Dec 1;17(1):268.
21. Fernandes J, Ferreira-Santos F, Miller K, Torres S. Emotional processing in obesity: A systematic review and exploratory meta-analysis. *Obesity Reviews*. 2018 Jan;19(1):111-20.
22. Martino G, Caputo A, Schwarz P, Bellone F, Fries W, Quattropiani MC, Vicario CM. Alexithymia and inflammatory bowel disease: a systematic review. *Frontiers in Psychology*. 2020;11.
23. Tang W, Hu T, Yang L, Xu J. The role of alexithymia in the mental health problems of home-quarantined university students during the COVID-19 pandemic in China. *Personality and Individual Differences*. 2020 Oct 15;165:110131.
24. Kovesdy CP, Furth SL, Zoccali C, World Kidney Day Steering Committee. Obesity and kidney disease: hidden consequences of the epidemic. 2017; 10(1):1–8.
25. Lumley MA, Neely LC, Burger AJ. The assessment of alexithymia in medical settings: implications for understanding and treating health problems. *Journal of personality assessment*. 2007 Nov 14;89(3):230-46.
26. Porcelli P, Bagby RM, Taylor GJ, De Carne M, Leandro G, Todarello O. Alexithymia as predictor of treatment outcome in patients with functional gastrointestinal disorders. *Psychosomatic Medicine*. 2003 Sep 1;65(5):911-8.
27. Nowakowski ME, McFarlane T, Cassin S. Alexithymia and eating disorders: a critical review of the literature. *Journal of eating disorders*. 2013 Dec 1;1(1):21.
28. Franco Adami G, Campostano A, Ravera G, Leggieri M, Scopinaro N. Alexithymia and body weight in obese patients. *Behavioral Medicine*. 2001 Jan 1;27(3):121-6.
29. Javidan L, Aslani J. Effect of Positive Psychotherapy on the Symptoms of Mental Disorders and Well-being in Multiple Sclerosis Patients. *mejds*. 2018; 8 :38-38(Persian)
30. Sorbi MH, Sadeghi K, Rahmadian M, Ahmadi SM, Paydarfar HR. Positive psychotherapy effect on life expectancy and general health of type 2 diabetic patients: A randomized controlled trial. *Iranian Journal of Diabetes and Obesity*. 2018 Mar 10;10(1):31-6.
31. Geerling B, Kraiss JT, Kelders SM, Stevens AW, Kupka RW, Bohlmeijer ET. The effect of positive psychology interventions on well-being and psychopathology in patients with severe mental illness: A systematic review and meta-analysis. *The Journal of Positive Psychology*. 2020 Sep 2;15(5):572-87.
32. Seligman ME, Rashid T, Parks AC. Positive psychotherapy. *American psychologist*. 2006 Nov;61(8):774.
33. Lyubomirsky S, Layous K. How do simple positive activities increase well-being?. *Current directions in psychological science*. 2013 Feb;22(1):57-62.
34. Robertson SA. *A positive psychological approach to weight loss and maintenance in obese Australians* (Doctoral dissertation).

35. Ranjbar, F., Basharpour, S., Hajloo, N., Narimani, M. Effectiveness of positive psychology intervention on self-control, eating styles and body mass index in overweight women. *QUARTERLY JOURNAL OF HEALTH PSYCHOLOGY*, 2018; 6(24): 87-105. (Persian)
36. Ford BQ, Dmitrieva JO, Heller D, Chentsova-Dutton Y, Grossmann I, Tamir M, Uchida Y, Koopmann-Holm B, Floerke VA, Uhrig M, Bokhan T. Culture shapes whether the pursuit of happiness predicts higher or lower well-being. *Journal of Experimental Psychology: General*. 2015 Dec; 144(6):1053.
37. Obermann LA. Genuine, Independent, Holistic, and Appropriate: Four Considerations for the Optimization of Positive Interventions.
38. Jabbari, M., Shahidi, S., Mootabi, F. Effectiveness of Group Intervention Based on Positive Therapy on Dysfunctional Attitudes and Happiness in Adolescent Girls. *Journal of Clinical Psychology*, 2014; 6(2): 65-74. doi: 10.22075/jcp.2017.2164(Persian)
39. Bagby RM, Parker JD, Taylor GJ. The twenty item Toronto Alexithymia Scale—I. –Item selection and cross-validation of the factor structure. *J Psychosom Res* 1994; 38(1): 23-32.
40. Mueller J, Alpers GW, Reim N. Dissociation of rated emotional valence and Stroop interference in observer-rated alexithymia. *Journal of psychosomatic research*. 2006 Aug 1;61(2):261-9.
41. Aydm A. A Comparison of the Alexithymia, Self-compassion and Humor Characteristics of the Parents with Mentally Disabled and Autistic Children. *Procedia Soc Behav Sci*. 2015;174:720-9.
42. Besharat MA. Reliability and factorial validity of a Farsi version of the 20-item Toronto Alexithymia Scale with a sample of Iranian students. *Psychol Rep*. 2007;101(1):209-20.
43. Cooper M, Cohen-Tovée E, Todd G, Wells A, Tovée M. The eating disorder belief questionnaire: Preliminary development. *Behavior Research and Therapy*. 1997 Apr 1;35(4):381-8.
44. Zeinab S, Vafae M. The Evaluation of Psychometric Properties of Eating Disorder Beliefs Questionnaire (EDBQ). *Advances in Cognitive Sciences*. 2009; 11 (2) :38-46(Persian)
45. Carr D, Friedman MA, Jaffe K. Understanding the relationship between obesity and positive and negative affect: the role of psychosocial mechanisms. *Body image*. 2007 Jun 1;4(2):165-77.
46. Barlow DH, editor. *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual*. Guilford publications; 2014 Mar 7.
47. Sims R, Gordon S, Garcia W, Clark E, Monye D, Callender C, Campbell A. Perceived stress and eating behaviors in a community-based sample of African Americans. *Eating behaviors*. 2008 Apr 1;9(2):137-42.
48. Savukoski M, Määttä K, Uusiautti S. Back to life: How to use positive psychology to beat anorexia. *International Research Studies in Psychology*. 2012 Jun;1:39-51.
49. Overton A, Selway S, Strongman K, Houston M. Eating disorders—The regulation of positive as well as negative emotion experience. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*. 2005 Mar 1;12(1):39-56.
50. O'Sullivan AE. *Reviving Recovery: A Supplemental Approach in Treating Eating Disorders*. 2019;168.
51. Kahler CW, Surace A, Gordon RE, Cioe PA, Spillane NS, Parks A, Bock BC, Brown RA. Positive psychotherapy for smoking cessation enhanced with text messaging: Protocol for a randomized controlled trial. *Contemporary clinical trials*. 2018 Aug 1;71 :146-53.
52. Kwok SY, Gu M, Kit KT. Positive psychology intervention to alleviate child depression and increase life satisfaction: A randomized clinical trial. *Research on social work practice*. 2016 Jul;26 (4):350-61.
53. Nes LS, Segerstrom SC. Dispositional optimism and coping: A meta-analytic review. *Personality and social psychology review*. 2006 Aug; 10(3):235-51.
54. Dubey A, Pandey R. Mental health problems in alexithymia: Role of positive and negative emotional experiences. *Journal of Projective Psychology & Mental Health*. 2013 Jul 1; 20 (2):128-36.
55. Khanjani, M. Effectiveness of Positive Psychotherapy on Satisfaction with Life, Optimism and Positive Affects in University Students. *Clinical Psychology Studies*, 2017; 7(27): 137-159. doi: 10.22054/jcps.2017.7911(Persian)
56. Fredrickson BL. The value of positive emotions: The emerging science of positive psychology is coming to understand why it's good to feel good. *American scientist*. 2003 Jul 1;91(4):330-5.
57. Fredrickson BL. The value of positive emotions: The emerging science of positive psychology is coming to understand why it's good to feel good. *American scientist*. 2003 Jul 1;91(4):330-5.
58. Barimani, A., donyavi, R., taghizade, S. The Effectiveness of Positive Psychotherapy on Optimism and Alexithymia in Retired Female Teachers with Anxiety. *Positive Psychology Research*, 2020; 6(2): 49-64. (Persian)



## Original Article

# Effectiveness Of Positive Psychotherapy On Eating Disorder Beliefs, Alexithymia And Weight Loss In Overweight Women

Received: 25/11/2020 - Accepted: 02/02/2021

Sahba Sekhavati <sup>1</sup>  
Ali Khademi <sup>2\*</sup>  
Ali Shaker Dolagh <sup>3</sup>

<sup>1</sup> Department of Psychology,  
Psychology Research Center, Urmia  
Branch, Islamic Azad University,  
Urmia, Iran

<sup>2</sup> Department of Psychology,  
Psychology Research Center, Urmia  
Branch, Islamic Azad University,  
Urmia, Iran (Corresponding Author)

<sup>3</sup> Department of Psychology,  
Psychology Research Center, Urmia  
Branch, Islamic Azad University,  
Urmia, Iran

Email: dr\_ali\_khademi@yahoo.com

### Abstract

**Introduction:** In recent years, obesity and overweight have become a major public health threat over the world. This research has aimed at investigating the effectiveness of positive psychotherapy on eating disorder beliefs, Alexithymia and weight loss in overweight women.

**Methods:** The research design was a semi-experimental pre-test-post-test with a control group and follow-up stage. The statistical population included overweight women referring to nutrition clinics in Urmia in 1398. Subjects were screened using the inclusion criteria. Among them, a sample of 30 people was selected by available sampling method and randomly divided into two groups of 15 people. For the experimental group, positivist psychotherapy training was provided in 8, 1-hour sessions according to the instructions of Seligman and Rashid (2008), while the control group did not receive any training. The research instruments included body mass index (BMI) which was measured by dividing weight (in kilograms) by height squared (in meters), Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) and Eating Disorders Beliefs Questionnaire (EDBQ).

**Results:** The results showed that positive psychotherapy has significant impacts on weight loss, eating disorders beliefs and alexithymia in obese and overweight women.

**Conclusion:** According to the obtained results, positive psychotherapy can be used for weight loss, eating disorders beliefs and Alexithymia. Therefore, it is suggested that this intervention applies for overweight and obesity treatment.

**Keywords:** Positive Psychotherapy, Eating Disorder Beliefs, Alexithymia, Body Mass Index