

## اثربخشی مدل تنظیم هیجان گروس بر تحمل آشفتگی هیجانی و

### پر خوری هیجانی

فریبا پارسامنش<sup>۱</sup>، آدیس کراسکیان<sup>۲\*</sup>، محمد حکمی<sup>۲</sup> و حسن احدی<sup>۳</sup>

تاریخ دریافت: ۹۶/۰۳/۱۶ صص ۵۲-۲۳ تاریخ پذیرش: ۹۶/۰۷/۲۵

### چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی مدل تنظیم هیجان گروس بر پریشانی هیجانی و رفتار خوردن هیجانی دانشجویان دختر با اضافه وزن دانشگاه آزاد واحد کرج است. از بین کلیه دانشجویان دختر دوره کارشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج در سال ۱۳۹۶ با در نظر گرفتن معیارهای ورودی، تعداد ۴۰ نفر با روش نمونه گیری در دسترس، انتخاب و بطور تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه گماشته شدند. به منظور تعیین سطح پریشانی هیجانی افراد از پرسشنامه مقیاس دشواری در تنظیم هیجان (DERS) با یک مقیاس کلی و شش خرده مقیاس استفاده شد. سپس مدل تنظیم هیجان گروس (۲۰۰۷) در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای برای گروه آزمایش اعمال شد و داده‌های حاصل از مرحله پیش آزمون و پس آزمون گروه گواه و آزمایش با استفاده از برنامه آماری SPSS در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ تحلیل شدند. با استفاده از آزمون تحلیل کواریانس نشان داد که مدل تنظیم هیجان گروس بر پریشانی هیجانی و خرده مقیاسهای آن و نیز رفتار خوردن هیجانی در دانشجویان دختر بیش وزن دانشگاه آزاد واحد کرج اثر بخش است و تفاوت دو گروه در مرحله پس آزمون به لحاظ آماری معنادار است. برنامه ی مداخله پس از خاتمه درمان، کاهش چشمگیر پریشانی هیجانی و تعداد دفعات پر خوری بواسطه تنظیم هیجان در شرکت کنندگان گروه آزمایشی نسبت به گروه گواه مشاهده شد. این یافته نشان داد روشی که در آن احساسات تنظیم شوند بر کاهش رفتار خوردن هیجانی بواسطه کاهش پریشانی هیجانی اثر گذار است.

**کلید واژه‌ها:** مدل تنظیم هیجان گروس، پریشانی هیجانی، رفتار خوردن هیجانی

<sup>۱</sup> دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران

<sup>۲</sup> استادیار دانشکده روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران

<sup>۳</sup> استادیار دانشکده روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران

\* نویسنده مسئول: [adiskraskian@yahoo.com](mailto:adiskraskian@yahoo.com)

## مقدمه

تحمل آشفتگی هیجانی به توانایی تجربه و تحمل موقعیت های روان شناختی منفی ( Simons & Gaher, 2005 ) و ظرفیت مقاومت در برابر ناراحتی ها ( Cleirigh, 2007 ) اطلاق می گردد. آشفتگی ممکن است ماحصل فرآیندهای فیزیکی و شناختی باشد، لیکن بازنمایی آن به صورت حالت هیجانی است که اغلب با تمایل به عمل جهت رهایی از تجربه هیجانی مشخص می گردد ( Lazarus, 1991 ) افراد با تحمل پریشانی پایین در یک تلاش غلط برای مقابله با هیجانات منفی خود درگیر بی نظمی رفتار می شوند ( Keough et al, 2010 ). با پرداختن به برخی رفتارهای مخرب مانند مصرف مواد، الکل و مواد غذایی درصدد تسکین درد هیجانی خود بر می آیند که این رفتار منجر به خلاصی موقت این افراد از هیجانات منفی می شود ( Lazarus, 1991 ). افراد دارای تحمل آشفتگی پایین اولاً هیجان را غیر قابل تحمل می دانند و نمی توانند به آشفتگی و پریشانی شان رسیدگی کنند ، ثانیاً این افراد وجود هیجان را نمی پذیرند و از وجود آن احساس شرم و آشفتگی می کنند زیرا که توانایی های مقابله ای خود با هیجانات را دست کم می گیرند. سومین مشخصه عمده تنظیم هیجانی افراد با تحمل آشفتگی پایین تلاش فراوان این افراد برای جلوگیری از هیجانات منفی و تسکین فوری هیجانات منفی تجربه شده است ( Lazarus, 1991 ). مطالعات در رابطه با علل چاقی، آشفتگی روانشناختی افراد چاق را تأیید کرده اند ( Mather et al, 2008 ؛ Sarwer et al, 2005 ) رفتار خوردن هیجانی، مفهومی است که گرایش به سمت پرخوری در پاسخ به احساسات منفی را توصیف می کند. غذا خوردن احساسی یا هیجانی در ابتدا همراه با بولیمیا یا پرخوری عصبی به رسمیت شناخته شده بود که از احساسات به عنوان یک عامل تقویت کننده پرخوری در بیماران بولیمیا مطرح بود اما بعدها، مشخص شد که غذا خوردن احساسی یا رفتار خوردن هیجانی در افراد چاق و زنان مبتلا به اختلالات خوردن و نیز افراد دارای وزن عادی و با رژیم غذایی شیوع دارد. مفهوم غذا خوردن احساسی در حال تبدیل شدن به موضوع بسیار مهم، به ویژه در مداخلات مدیریت کاهش وزن است ( Sevinçer, Konuk, 2013 ).

در نظریه رفتار خوردن هیجانی فرض بر این است که افراد برای تنظیم خلق و خوی خود به انواع رفتارها دست می زنند ( Morris & Reilly, 1987 ؛ Lazarus, 1991 ). مهمترین رفتار در میان رفتارهای تنظیم خلق و خوی مصرف مواد غذایی است. تعامل بین خلق و خوی، وضعیت روحی و رفتارهای تغذیه ای پیچیده است فرض بر این است که افراد احساسات و خلق و خوی خود را هم با تغییر در انتخاب مواد غذایی و هم با مقادیر آن تنظیم میکنند و نیز خلق و خو نیز می تواند با تاثیر بر مکانیسم خود پاداش دهی مصرف مواد غذایی تاثیر گذار باشد ( Morris & Reilly, 1987 ). بعضی از مواد غذایی تحت شرایط روانی خاص با توجه به نفوذ مواد غذایی بر فعالیت مراکز پاداش مغز ترجیح داده می شوند ( Rangel, 2013 ؛ Jauch-Chara & Oltmanns, 2014 ؛ Weltens, 2014 ).

بنابراین حلقه بازخورد مثبت می‌تواند در افزایش اشتها منجر به چاقی شود. جالب توجه است، غذاهای بسیار خوش طعم همان مناطق پاداش و لذت مغز را فعال می‌کند که در اعتیاد به مواد مخدر فعال هستند (Volkow et al, 2012)، این نشان می‌دهد که یک مکانیسم عصبی اعتیاد به مواد غذایی، منجر به پرخوری و چاقی می‌شود (Davis et al, 2011&2014؛ Dileone et al, 2012؛ Pai et al, 2014؛ Ziauddeen & Fletcher, 2013؛ Davis, 2013؛ Dagher, 2013؛ Volkow et al, 2012؛ Potenza, 2014؛ al, 2014). دوپامین، که به طور مستقیم مراکز پاداش و لذت را فعال می‌کند، هم خلق و خوی و هم مصرف مواد غذایی را تحت تاثیر قرار می‌دهد (Diehl & Gershon, 1992؛ Cawley et al, 2013؛ Cantello et al, 1989؛ Black et al, 2002؛ Fochtmann & Fink, 1992). لذا این موضوع به خوبی از ارتباط بین روانشناسی و رفتارها و عادات غذایی حمایت می‌کند.

در میان عوامل روانشناختی منجر به چاقی و اضافه وزن استرس از اهمیت بیشتری برخوردار است چرا که استرس منجر به مشکلات عاطفی و افزایش کورتیزول روزانه و در نتیجه افزایش لپتین خون در زنان می‌شود، که ترکیب استرس بالا و افزایش لپتین خون ممکن است زنان را بیشتر به پرخوری ناشی از استرس آسیب پذیر سازد (Michels et al, 2016). تحقیقات متعدد با استفاده از روش‌های غیر تهاجمی و موثر با ایجاد تجربه کوتاه مدت استرس، ثابت کردند که زنان چاق هنگامی که تحت فشار هستند در مقابل زنان با وزن عادی حدود دو برابر شدت احساسات منفی (اضطراب، خشم، غم) بیشتری را تجربه می‌کنند (Bonaiuto et al, 1993). تولید بالای احساسات منفی به عنوان یک واکنش در برابر بسیاری از عوامل استرس زای زندگی روزمره، افراد را مجبور به متوسل شدن به مکانیسم‌های دفاعی روانی می‌کند. در مورد افراد چاق، این مکانیزم‌ها شامل بازگشت دهانی و جسمانی، همراه با مکانیزم سرکوب و انکار است (Spielberger & Reheiser, 2000؛ Spielberg, 1998). این عوامل به عنوان «ضرورت سازگاری<sup>۱</sup>» و «دفاع عقلانی / هیجانی<sup>۲</sup>» تعریف شده‌اند که براساس نتایج تحقیقات در مقایسه نمرات افراد چاق با وزن عادی و کم وزن، به طور قابل توجهی بالاترین نمرات «ضرورت سازگاری» مربوط به اشخاص چاق و با اضافه وزن بوده است (Biasi & Bonaiuto, 2014). لذا نتایج تحقیقات نشان می‌دهند که مدیریت استرس و تنظیم هیجانات به واسطه کنترل پریشانی هیجانی بر رفتار خوردن هیجانی موثر است (Haedt-Matt et al, 2011). از اثر مدل تنظیم هیجان بر کاهش عواطف منفی موثر بر پرخوری به عنوان عاملی برای مهار پرخوری حمایت می‌کند (Gross, 1998). بیان می‌کند که تنظیم هیجان فرآیندی است که از طریق آن افراد تحت تاثیر هیجانات (مخصوصاً زمان و چگونگی آن هیجانات) و چگونگی ابراز و

<sup>1</sup> Need for Harmony(N / H)

<sup>2</sup> Rationality/Emotional Defensiveness(R / ED)

تجربه آن هیجان‌ها قرار می‌گیرند. (Eisenberg, Morris, 2002) تنظیم هیجان را با عنوان فرآیند ایجاد، حفظ، تعدیل و تغییر وقوع، شدت یا مدت احساسات درونی و هیجان‌ها مرتبط با انگیزش‌ها و فرآیندهای روان‌شناختی تعریف می‌کنند که اغلب به منظور انجام هدف صورت می‌گیرند (Chiesa et al, 2013).

تنظیم هیجانی ریشه در مطالعه دفاع‌های روان‌شناختی، استرس و مکانسیم‌های مقابله، نظریه دلبستگی و نظریه هیجان دارد. تنظیم هیجانی به عنوان یک سازه مستقل نخستین بار در پژوهش‌های رشد کودک و پس از آن در مطالعات بزرگسالی وارد شد. بر مبنای رویکرد کارکردگرایی، هیجان‌ها از آن جهت که غالباً پاسخی سازگارانه‌ای به مشکلات و موقعیات هستند، تکامل یافته‌اند. نظریه‌های هیجانی بر اهمیت هیجان‌ها در بروز پاسخ‌های حرکتی، فیزیولوژیکی و رفتاری، تسهیل‌سازی فرآیند تصمیم‌گیری، تقویت حافظه و تعاملات بین فردی تأکید دارند، با این وجود هیجان‌ها همان‌طور که می‌توانند کمک‌کننده باشند و سبب تسهیل فرآیندها گردد، می‌توانند آسیب‌رسان نیز باشند. هیجان‌ها زمانی که به گونه‌ای و یا شدت نامناسب، نا مرتبط با بافت مورد نظر و پایداری طولانی مدت بروز کنند، مشکل‌ساز تلقی می‌شوند. منظور گروس از تنظیم هیجانی، ایجاد فرآیندهایی است که هیجان‌ها با استفاده از آنها خود را تنظیم می‌کنند. با این وجود تنظیم هیجانی به فرآیندهای اشاره دارد که بر هیجانی که ما تجربه می‌کنیم، زمان و نوع تجربه و نحو بروز آن اثر می‌گذارد (Gross, 1998).

شیوع بالای پریشانی‌های هیجانی چون اضطراب، افسردگی و سایر مشکلات هیجانی و همچنین چاقی و اضافه وزن و تأثیر این مشکلات روی سلامت عمومی و عملکرد کلی فرد (فردی، خانوادگی، شغلی و اجتماعی) موجب شده که برخی از محققان عوامل مرتبط با این مشکلات را مورد توجه قرار دهند. از جمله یکی از این عوامل، وجود نوعی اختلال در تنظیم هیجانی ذکر شده است (Gross, 2007) که به گفته متخصصان پیش‌بینی‌کننده آسیب روانی فرد در آینده (Sandler et al, 1994؛ Abbott, 2005) و عامل کلیدی و مهمی در پیدایش پریشانی‌های هیجانی و رفتارهای عادی بیمارگونه مانند پرخوری است (Auerbach et al, 2007). نتایج پژوهش (Garnefski & Kraaij, 2009) نشان داد که راهبردهای تنظیم هیجان با پریشانی روان‌شناختی مرتبط بوده و سازگاری بعدی را پیش‌بینی می‌کند. تنظیم هیجان نقش محوری در تحول بهنجار داشته و ضعف در آن، عاملی مهم در ایجاد اختلال‌های روانی به شمار می‌رود (Gross, 2007). نظریه پردازان بر این باورند افرادی که قادر به مدیریت صحیح هیجان‌اتشان در برابر رویدادهای روزمره نیستند، بیشتر نشانه‌های تشخیص اختلال‌های درونی‌سازی از قبیل اضطراب و افسردگی (Garnefski, Kraaij, 2009؛ Nolen-Hoeksema et al, 2008؛ Laborde, 2014) و اختلال‌های خوردن (Nolen-Hoeksema et al, 2007؛ Piran & Cormier, 2005) مانیا (Feldman et al, 2008) اختلال

اضطراب تعمیم یافته (Mennin et al, 2007)، اختلال استرس پس آسیبی (Tull, Roemer, 2007)، اختلال اضطراب اجتماعی (Megan et al, 2009) و اختلال‌های خوردن (Nolen-Hoeksema et al, 2007؛ Piran & Cormier, 2005) را نشان می‌دهند.

از طرفی تحقیقات نشان داده‌اند که تنظیم هیجان یکی از عوامل اساسی بهزیستی و کنش‌وری موفق بوده (Garnefski et al, 2001) و نقش مهمی در سازگاری با وقایع استرس‌زای زندگی ایفا می‌کنند (Garnefski, Kraaij, 2009؛ Garnefski & Krol et al, 2009؛ Garnefski & Koopman et al, 2009) و ممکن است کیفیت زندگی را تحت تأثیر قرار دهد (Cakmak & Cevik, 2010). تغییر و تحول در تنظیم هیجان با تغییرات در عوامل زمینه‌ای آن همراه است. به عنوان مثال با افزایش تجربیات زندگی رشد عقلی، ارزش‌ها و فواید نسبی تنظیم هیجان، همراه با سن تغییر می‌کنند.

(Gross & John, 2003) و استفاده بیشتر از راهبردهای سالم تنظیم هیجان مثل ارزیابی شناختی و استفاده کمتر از راهبردهای ناسالم مثل بازداري هیجانی نشان‌دهنده رشد یافتگی فرد و ایجاد پیامدهای بهتر برای فرد است لذا فرد از تنظیم هیجان بهره‌برده است (Robertson et al, 2012). (Giuliani et al, 2008) معتقدند، ارزیابی شناختی<sup>۱</sup> یعنی تفسیر مجدد، موقعیت فراخوانده هیجان را در مسیری که اثر هیجانی موقعیت را تعدیل یا اصلاح می‌کند، راهبردی موثر است (Cheibe & Zacher, 2013).

(Svaldi et al, 2011) دریافتند که افراد با اختلال خوردن سطح قابل توجهی بالاتری از شدت احساسات، پذیرش کمتر پاسخ‌های هیجانی، فقدان آگاهی و وضوح هیجانی و مشکلات تنظیم هیجان و همچنین استفاده بیشتر از راهبردهای تنظیم هیجان ناکارآمد در مقایسه با گروه کنترل (سالم) دارند. از طرفی مطالعات متعدد آشفتگی روانشناختی افراد چاق را تأیید کرده‌اند (Mather et al, 2008؛ Sarwer et al, 2005) لذا به نظر میرسد مدیریت هیجان و استرس همراه با تنظیم هیجان می‌تواند در کنترل آشفتگی هیجانی و نهایتاً بر خوردن هیجانی در افراد بیش‌وزن موثر باشد. به همین منظور فرضیه‌های پژوهش به این صورت تدوین شدند. فنون تنظیم هیجان گروس بر تحمل آشفتگی هیجانی و خرده‌مقیاس‌های آن (پذیرش پاسخ‌های هیجانی، رفتار هدفمند، کنترل تکانه، آگاهی هیجانی، وضوح پاسخ‌های هیجانی، دسترسی به راهبردهای تنظیم هیجانی) زنان بیش‌وزن موثر است.

<sup>1</sup> Cognitive Appraisal

## روش

### جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر به شیوه نیمه آزمایشی در دو گروه کنترل و آزمایش در دو نوبت پیش و پس از آزمون انجام شد. جامعه آماری شامل کلیه دانشجویان دختر دوره کارشناسی رشته روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج در سال تحصیلی ۹۶-۱۳۹۵ از سن ۲۰ تا ۴۵ با BMI بالاتر از ۲۵ است. نمونه آماری مورد نظر (۴۰ نفر) از طریق درج آگهی در برد اعلانات دانشکده روانشناسی دانشگاه آزاد واحد کرج در سال ۹۵ و با معیارهای ورودی (داشتن BMI بالای ۲۵، سن بین ۲۰ تا ۴۵ سال، مؤنث بودن، عدم یائسگی یا بارداری و عدم بیماری جسمی و اختلال شخصیت و اختلالات خوردن، عدم استفاده از داروها) از طریق روش نمونه‌گیری در دسترس، انتخاب و بطور تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه گماشته شدند. هر دو گروه قبل از هر گونه مداخله در شرایط یکسان به پرسشنامه دشواری در تنظیم هیجان پاسخ دادند و سپس مداخله مبتنی بر سبک زندگی، برنامه ای ده جلسه ای که به صورت هفتگی هر جلسه طی ۹۰ دقیقه (برای ۷ روز هفته) بر گروه آزمایش اجرا شد و گروه گواه تحت آموزش‌های متفرقه‌ی مباحث روانشناسی قرار گرفتند. در پژوهش حاضر مداخله مبتنی بر سبک زندگی به عنوان متغیر مستقل و تحمل آشفتگی هیجانی یا دشواری در تنظیم هیجان به عنوان متغیر وابسته اعمال شدند. پردازش آماری لازم بر روی داده های خام با استفاده از برنامه نرم‌افزاری spss تحت ویندوز (۷) انجام گردید. به منظور توصیف داده‌ها از میانگین، انحراف معیار و به منظور تحلیل استنباطی داده‌ها برای تعیین سطح معناداری شیوه آزمایشی در گروه گواه و آزمایش از روش آمار استنباطی - آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد.

### ابزارها

الف) به منظور سنجش میزان تحمل پریشانی هیجانی افراد از پرسشنامه مقیاس دشواری در تنظیم هیجان DERS استفاده شد (Gratz & Roemer, 2004). این مقیاس توسط گراتز و روئمر ساخته شده است که از شش گویه تشکیل شده است، نمره گذاری گویه‌ها در آن از طریق یک درجه بندی لیکرت صورت می‌گیرد، نمرات بالاتر نشان دهنده دشواری بیشتر در تنظیم هیجان (عدم تحمل پریشانی روانی) و نمرات پایین‌تر نشان دهنده دشواری کمتر در تنظیم هیجان (تحمل پریشانی روانی) است و از ۶ خرده مقیاس: عدم پذیرفتن پاسخ‌های هیجانی، دشواری در انجام رفتار هدفمند، دشواری در کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی دسترسی محدود به راهبردهای نظم بخشی هیجانی و ابهام هیجانی تشکیل شده است. این مقیاس از روایی سازه و پیش بینی کافی

برخوردار بوده و همسانی درونی کل مقیاس و خرده مقیاس‌ها (ضرایب آلفای کرونباخ بین ۰/۸۰ تا ۰/۹۳) مطلوب گزارش شده است (گراتز و رومر، ۲۰۰۴). تحلیل عاملی وجود ۶ عامل عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، دشواری در انجام رفتار هدفمند، دشواری در کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی، عدم وضوح را نشان داد. نتایج حاکی از این است که این مقیاس از همسانی درونی بالایی (۰, ۹۳) برخوردار است (گراتز و رومر، ۲۰۰۴). هر شش زیر مقیاس DERS آلفای کرونباخ بالای (۰, ۸۰) دارند. همچنین DERS دارای همبستگی معناداری با مقیاس NMR و پرسشنامه پذیرش و عمل (AAQ, Hayes et al, 2004) دارد (Gratz & Roemer, 2004).

ب) پرسشنامه رفتار خوردن داچ<sup>۲</sup> (DEBQ): به منظور تعیین سبک خوردن از پرسشنامه رفتار خوردن داچ استفاده شد که از اعتبار و روایی خوبی برخوردار است (VanStrien et al, 1986). این پرسشنامه شامل دو بخش است. در بخش اول پرسشنامه، مشخصات آزمودنی و برخی اطلاعات در خصوص قد، وزن، نوسانات وزن و وجود یا عدم وجود پرخوری‌های دوره ای را در بر می‌گیرد. و بخش دوم سولات آزمون که شامل ۳۳ سوال و سه خرده مقیاس برای سنجش سبک‌های خوردن هیجانی (۱۳ پرسش)، بیرونی (۱۰ پرسش)، و بازداری (۱۰ پرسش) است. و پاسخ‌ها به صورت رتبه بندی ۵ درجه ای است که کمترین درجه، کمترین نمره و بیشترین درجه بیشترین نمره را به خود اختصاص می‌دهد (هرگز=۱، به ندرت=۲، گاهی=۳، اغلب=۴، بسیار زیاد=۵). این پرسشنامه از پایایی و روایی خوبی برخوردار است و مطالعات متعدد، آلفای کرونباخ بالا ( $\alpha=0/82-0/93$ ) را برای مقیاس‌های آن گزارش نموده‌اند (جانکی و وارشرگر<sup>۳</sup>، ۲۰۰۸). پرسشنامه یاد شده توسط Salehi (2006) ابتدا به فارسی برگردانده شد و سپس نسخه فارسی توسط یک مترجم زبان انگلیسی به انگلیسی ترجمه شد (ترجمه معکوس<sup>۴</sup>) و در اختیار موسسه سازنده<sup>۵</sup> پرسشنامه قرار گرفت (Maklee Quoted by Madah Shurjeh, 2011).

ج) مصاحبه بالینی ساختار یافته برای اختلال‌های محور I: یک مصاحبه نیمه ساختار یافته برای تشخیص اختلال‌های محور I است که توسط (First et al, 1997) ساخته شده است. این مصاحبه برای ارزیابی اختلال‌های روانی همبود با چاقی، مانند نشانه‌های روانپریشی، اختلال بدشکلی بدن، افسردگی اساسی، گرایش به خودکشی و هم چنین

<sup>1</sup> Acceptance and Action Questionnaire

<sup>2</sup> Dutch Eating Behaviour Questionnaire

<sup>3</sup> Janke, Warchburger

<sup>4</sup> Back translation

<sup>5</sup> Boom test uigevers, Amsterdam, The Netherlands

اختلال های خوردن به کار گرفته می شود و دارای روایی و پایایی خوبی برای تشخیص اختلال های روانی است (Groth-Marnat, 1997).

د) مصاحبه بالینی ساختار یافته برای اختلال های شخصیت: یک نیمه ساختار یافته تشخیصی برای اختلال های شخصیت است که در ضمیمه DSM-IV در سال ۱۹۹۷ تدوین شد (First et al, 1997). در پژوهش Bakhtiari, (2000) روایی محتوایی نسخه ترجمه شده مصاحبه تأیید شد و ضریب پایایی این ابزار نیز به روش بازآزمایی به فاصله یک هفته ۰/۸۷ به دست آمد.

### مداخله

مدل تنظیم هیجان (Gross, 2007) در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای برای گروه آزمایش انجام شد. همه جلسات با مرور تکالیف جلسات قبل و دادن باز خورد مثبت به هم آغاز و با دادن تکالیف برای هفته آینده پایان داده شدند.

جلسه اول: آشنایی و برقراری ارتباط اعضا با یکدیگر (آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و شروع رابطه متقابل رهبر گروه (روانشناس) و اعضا، بیان اهداف اصلی و فرعی گروه و گفتگوی اعضا راجع به اهداف فرعی و جمعی، بیان منطقی و مراحل مداخله، بیان چارچوب و قواعد شرکت در گروه، دادن تکلیف: یادداشت حالات هیجانی خود در طول هفته آینده).

جلسه دوم: انتخاب موقعیت (ارائه آموزش هیجانی= در میان گذاشتن : تجارب هیجانی و رویدادهای برانگیزاننده ی حالات هیجانی و بروز تغییرات بدنی و چهره ای، و نتایج رفتاری اعضا با یکدیگر و تشویق و تصدیق یکدیگر، گفتگو راجع به چستی هیجان، تهیه کارت یادداشت روزانه ثبت هیجان ها، ایجاد فرصت تجربه عملی هیجان توسط اعضا، تفکیک ابعاد بدنی، ذهنی و احساسی هر هیجان. تکلیف: یادداشت حالات هیجانی خود در طول هفته آینده با توجه به رویداد برانگیزاننده، تغییرات بدنی، حالت چهره و تمایلات برای عمل)

جلسه ی سوم: انتخاب موقعیت (ارزیابی میزان آسیب پذیری و مهارت های هیجانی اعضا= شامل سه بخش: ۱) خودارزیابی با هدف شناسایی تجربه های هیجانی [شناسایی هیجانات] ۲) خود-خودارزیابی با هدف شناسایی میزان آسیب پذیری هیجانی [نمره گذاری آنها از صفر تا ده] ۳) خود-خودارزیابی با هدف شناسایی راهبردهای خود تنظیمی [واکنش های افراد به هیجانات، تهیه ی فهرست مهارت های فردی خود در تسکین و تنظیم هیجانات و درجه بندی پاسخ های هیجانی خود] تکلیف : در طول هفته ی آینده تمرکز بر مهارت های فردی خود در تغییر و تنظیم هیجانات و یادداشت آن ها.

جلسه چهارم: اصلاح موقعیت (ایجاد تغییر در موقعیت برانگیزاننده ی هیجان= فهرست کردن اهداف فردی، اجتماعی و رابطه ای. بررسی روابط خود با اطرافیان، شناسایی موقعیت های فردی و بین



فردی که باید بهبود یابد و تهیه‌ی فهرستی از فعالیت‌های مثبت. آموزش مهارت‌های مورد نیاز برای حل مشکلات بین فردی [جلوگیری از انزوای اجتماعی و اجتناب و توجه به نقش انزوا در افزایش هیجانات منفی و لزوم مقابله با میل به اجتناب و انزوا] آموزش مهارت‌های حل مسئله و حل تعارض. جلسه‌ی پنجم: گسترش توجه (آموزش مهارت‌های تغییر توجه = معرفی مدل فرآیند تنظیم هیجان جیمز گراس به اعضا و توجه خاص به مهارت‌های تغییر توجه در این مدل، آموزش دو مهارت: ۱) متوقف کردن نشخوار فکری و نگرانی [مهارت‌های کنترل فکر = توقف فکر و جایگزین سازی افکار مثبت] ۲) آموزش توجه [از مهارت‌های گسترش توجه و توجه انتخابی از طریق دیدن، شنیدن، بویایی و تحریک حس لامسه استفاده شد = مثلا با آمدن افکار و هیجان منفی فرد یک ماز سخت را حل کند]

جلسه ششم: ارزیابی شناختی (تغییر ارزیابی‌های شناختی = گفتگو راجع به نقش ذهن در تولید، نگهداری، افزایش و کاهش پاسخ هیجانی، شناسایی ارزیابی‌های غلط و اثرات آن‌ها روی حالت‌های هیجانی، آموزش راهبرد باز-ارزیابی،

جلسه ۷ هفتم: تعدیل پاسخ (تغییر پیامدهای رفتاری و فیزیولوژیکی هیجان = مواجهه و توصیف پیامدهای جسمانی، ذهنی و احساسی به شیوه نوشتاری و کلامی، شناسایی میزان و نحوه استفاده از راهبرد بازداری و بررسی پیامدهای هیجانی آن، مهارت آموزی آموزش و تمرین: ابراز هیجان، اصلاح رفتار از طریق تغییر تقویت کننده‌های محیطی، راهبرد تخلیه هیجانی، تغییر دادن پیامدهای هیجانی از طریق عمل معکوس، آرمیدگی جسمانی

جلسه ۸ هشتم: ارزیابی و کاربرد (ارزیابی مجدد و برنامه ریزی برای کاربرد و تثبیت آموزش‌ها = تهیه مجدد فهرست اهداف فردی و گروهی، درجه بندی میزان حصول هر یک از اهداف در مقیاسی از ۰ تا ۱۰، تشویق موفقیت‌های هر یک از اعضا در نیل به اهداف گروهی و فردی) تعهد اعضای در انجام تکالیف خود.

## یافته‌ها

فرضیه پژوهش: فنون تنظیم هیجان گروس بر تحمل آشفتگی هیجانی و خرده مقیاس‌های آن و پرخوری هیجانی در زنان بیش وزن موثر است.

توصیف آماری داده‌ها: شاخص‌های گرایش مرکزی و پراکندگی مربوط به نمره‌های تحمل آشفتگی هیجانی و پرخوری هیجانی‌های گروه نمونه به تفکیک گروه آزمایش و گروه کنترل در مراحل پیش آزمون، پس آزمون در جدول ۱ نشان داده شده است.

نتایج حاصل از شاخص‌های آماری میانگین و انحراف معیار گروه آزمایش و گروه کنترل در مراحل پیش آزمون، پس آزمون نشان داد که میانگین تحمل آشفتگی هیجانی در نوبت پس آزمون

گروه آزمایشی ( $M=55.00$ ؛  $SD=7.96$ ) کمتر از میانگین تحمل آشفتگی هیجانی در نوبت پیش آزمون گروه آزمایشی ( $M=79.90$ ؛  $SD=10.08$ ) و پیش آزمون گروه گواه ( $M=81.05$ )؛  $SD=7.01$ ) و پس آزمون گروه گواه ( $M=80.75$ ؛  $SD=7.4$ ) است.

میانگین رفتار هدفمند در نوبت پس آزمون گروه آزمایشی ( $M=8.85$ ؛  $SD=2.87$ ) کمتر از میانگین رفتار هدفمند در نوبت پیش آزمون گروه آزمایشی ( $M=14.40$ ؛  $SD=2.37$ ) و پیش آزمون گروه گواه ( $M=13.95$ ؛  $SD=2.93$ ) و پس آزمون گروه گواه ( $M=14.55$ ؛  $SD=2.74$ ) است.

میانگین پذیرش پاسخهای هیجانی در نوبت پس آزمون گروه آزمایشی ( $M=8.95$ ؛  $SD=3.07$ ) کمتر از میانگین پذیرش پاسخهای هیجانی در نوبت پیش آزمون گروه آزمایشی ( $M=12.50$ )؛  $SD=3.07$ ) و پیش آزمون گروه گواه ( $M=13.15$ ؛  $SD=3.54$ ) و پس آزمون گروه گواه ( $M=12.25$ )؛  $SD=2.67$ ) است.

میانگین کنترل تکانه در نوبت پس آزمون گروه آزمایشی ( $M=9.65$ ؛  $SD=3.03$ ) کمتر از میانگین کنترل تکانه در نوبت پیش آزمون گروه آزمایشی ( $M=13$ ؛  $SD=3.90$ ) و پیش آزمون گروه گواه ( $M=14$ ؛  $SD=2.86$ ) و پس آزمون گروه گواه ( $M=14.20$ ؛  $SD=2.89$ ) است.

میانگین آگاهی هیجانی در نوبت پس آزمون گروه آزمایشی ( $M=9.85$ ؛  $SD=1.2$ ) کمتر از میانگین آگاهی هیجانی در نوبت پیش آزمون گروه آزمایشی ( $M=14.70$ ؛  $SD=3.29$ ) و پیش آزمون گروه گواه ( $M=14.75$ ؛  $SD=2.98$ ) و پس آزمون گروه گواه ( $M=14.65$ ؛  $SD=3.17$ ) است.

میانگین دسترسی به راهبردهای تنظیم هیجانی در نوبت پس آزمون گروه آزمایشی ( $M=11.25$ )؛  $SD=2.40$ ) کمتر از میانگین دسترسی به راهبردهای تنظیم هیجانی در نوبت پیش آزمون گروه آزمایشی ( $M=16.40$ ؛  $SD=3.25$ ) و پیش آزمون گروه گواه ( $M=16.35$ ؛  $SD=3.2$ ) و پس آزمون گروه گواه ( $M=16.20$ ؛  $SD=3.58$ ) است.

میانگین وضوح پاسخهای هیجانی در نوبت پس آزمون گروه آزمایشی ( $M=6.5$ ؛  $SD=1.63$ ) کمتر از میانگین وضوح پاسخهای هیجانی در نوبت پیش آزمون گروه آزمایشی ( $M=8.40$ )؛  $SD=1.2$ ) و پیش آزمون گروه گواه ( $M=8.65$ ؛  $SD=1.8$ ) و پس آزمون گروه گواه ( $M=8.85$ )؛  $SD=2.21$ ) است.

میانگین خوردن هیجانی در نوبت پس آزمون گروه آزمایشی ( $M=20.5$ ؛  $SD=6$ ) کمتر از میانگین خوردن هیجانی در نوبت پیش آزمون گروه آزمایشی ( $M=31.35$ ؛  $SD=7.46$ ) و پیش آزمون گروه گواه ( $M=29.40$ ؛  $SD=5.04$ ) و پس آزمون گروه گواه ( $M=26.55$ ؛  $SD=5.76$ ) است.

جدول ۱. شاخص های گرایش مرکزی و پراکندگی نمرات مقیاس کل تحمل آشفتگی هیجانی و خرده مقیاس های آن در گروه پژوهشی در دو نوبت اجرا

متغییر	گروه	نوبت آزمایش	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
تحمل آشفتگی هیجانی	گروه آزمایشی	پیش آزمون	۲۰	۷۹.۹۰	۱۰.۰۸
		پس آزمون	۲۰	۵۵.۰۰	۷.۹۶
	گروه گواه	پیش آزمون	۲۰	۸۱.۰۵	۷.۰۱
		پس آزمون	۲۰	۸۰.۷۵	۷.۴۰
رفتار هدفمند	گروه آزمایشی	پیش آزمون	۲۰	۱۴.۴۰	۲.۳۷
		پس آزمون	۲۰	۸.۸۵	۲.۰۹
	گروه گواه	پیش آزمون	۲۰	۱۳.۹۵	۲.۹۲
		پس آزمون	۲۰	۱۴.۵۵	۲.۷۴
پذیرش پاسخهای هیجانی	گروه آزمایشی	پیش آزمون	۲۰	۱۲.۰۵	۳.۰۷
		پس آزمون	۲۰	۸.۹۵	۱.۹۳
	گروه گواه	پیش آزمون	۲۰	۱۳.۱۵	۳.۵۴
		پس آزمون	۲۰	۱۲.۲۵	۲.۷
کنترل تکانه	گروه آزمایشی	پیش آزمون	۲۰	۳۰.۴۵	۶.۵۴
		پس آزمون	۲۰	۱۸.۱۵	۳.۶۶
	گروه گواه	پیش آزمون	۲۰	۳۱.۵۰	۴.۶۰
		پس آزمون	۲۰	۳۳.۳۵	۳.۸۸
آگاهی هیجانی	گروه آزمایشی	پیش آزمون	۲۰	۱۴.۷۰	۳.۲۷
		پس آزمون	۲۰	۹.۸۵	۱.۲
	گروه گواه	پیش آزمون	۲۰	۱۴.۷۵	۲.۹۷
		پس آزمون	۲۰	۱۴.۶۵	۳.۱۷
دسترسی به راهبردهای تنظیم هیجانی	گروه آزمایشی	پیش آزمون	۲۰	۱۶.۴۰	۳.۲۵
		پس آزمون	۲۰	۱۱.۲۵	۲.۴۰
	گروه گواه	پیش آزمون	۲۰	۱۶.۳۵	۳.۲
		پس آزمون	۲۰	۱۶.۲۰	۳.۵۸
وضوح پاسخهای هیجانی	گروه آزمایشی	پیش آزمون	۲۰	۸.۴۰	۱.۲
		پس آزمون	۲۰	۶.۵۰	۱.۶۴
	گروه گواه	پیش آزمون	۲۰	۸.۶۵	۱.۸۱
		پس آزمون	۲۰	۸.۴۵	۲.۲۱
خوردن هیجانی	گروه آزمایشی	پیش آزمون	۲۰	۳۱.۳۵	۷.۴۶
		پس آزمون	۲۰	۲۰.۵	۶
	گروه گواه	پیش آزمون	۲۰	۲۹.۴۰	۵.۰۹
		پس آزمون	۲۰	۲۶.۵۵	۵.۷۶

داده‌های حاصل از SPSS با سطح معناداری بیشتر از ۰/۰۵ از دو مفروضه تحلیل کوواریانس (همگنی شیب های رگرسیون و برابری واریانس‌ها) از این دو مفروضه پشتیبانی نمودند لذا با توجه به تأیید مفروضه‌های تحلیل کوواریانس از تحلیل کوواریانس برای کنترل پیش آزمون و نیز تعیین اثر متغییر مستقل (فنون تنظیم هیجان گروس) بر متغییر وابسته (تحمل آشفتگی هیجانی و خرده مقیاس‌های آن) استفاده شد.

**جدول ۲.** نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تحمل آشفتگی هیجانی و خرده مقیاس‌های آن در گروه پژوهشی و گواه در دو نوبت اجرا

متغییر	سطح	مجموعه مجدورات	df	میانگین مجدورات	F کوواریانس	سطح معناداری	ایتا
تحمل آشفتگی هیجانی	بین گروهی	۶۲۰۴۵۲	۱	۶۲۰۴۵۲	۲۵۱/۹	۰/۰۰۰	۰/۸۷
	درونگروهی	۹۱۱	۳۷	۲۴۶۳۱			
	کل	۱۹۳۱۵۳	۴۰				
رفتار هدفمند	بین گروهی	۳۵۵۵۵۱	۱	۳۵۵۵۵۱	۶۸۷۲	۰/۰۰۰	۰/۶۵۰
	درونگروهی	۱۹۱۴۲	۳۷	۵۱۷۳			
	کل	۶۱۰۰	۴۰				
پذیرش پاسخ‌های هیجانی	بین گروهی	۸۴۷۱	۱	۸۴۷۱	۴۶۱۷	۰/۰۰۰	۰/۵۵۵
	درونگروهی	۶۷۸۹	۳۷	۱۸۳			
	کل	۴۸۱۰	۴۰				
کنترل تکانه	بین گروهی	۲۱۵۷۳۲	۱	۲۱۵۷۳۲	۲۴۸۲۷	۰/۰۰۰	۰/۸۷۰
	درونگروهی	۳۲۱۵۱	۳۷	۸۶۹			
	کل	۲۹۳۷۴	۴۰				
آگاهی هیجانی	بین گروهی	۲۲۷۶۱۴	۱	۲۲۷۶۱۴	۵۹۹۸	۰/۰۰۰	۰/۶۱۸
	درونگروهی	۱۴۰۴۱۸	۳۷	۳۷۶			
	کل	۶۴۹۸	۴۰				
دسترسی به راهبردهای تنظیم هیجانی	بین گروهی	۲۴۷۶۵۳	۱	۲۴۷۶۵۳	۳۸۰۶	۰/۰۰۰	۰/۵۰۷
	درونگروهی	۲۴۰۷۶۵	۳۷	۶۵۱			
	کل	۲۹۳۷۴	۴۰				
وضوح پاسخ‌های هیجانی	بین گروهی	۳۱۰۴	۱	۳۱۰۴	۱۶۵۳۶	۰/۰۰۰	۰/۳۰۹
	درونگروهی	۶۹۴۶	۳۷	۱۸۸			
	کل	۲۴۱۷	۴۰				

				۱	۴۶۰.۰۹	بین گروهی	
۰.۳۵۸	۰.۰۰۰	۲۰.۶۲	۴۶۰.۰۹	۳۷	۸۲۵.۶۸	درون‌گروهی	خوردن هیجانی
			۲۲.۳۱	۴۰	۲۳۶۲۷	کل	

با توجه به نتایج آزمون تحلیل کوواریانس در جدول شماره (۲)، معناداری F کوواریانس برای مقیاس کلی تحمل آشفتگی هیجانی با مقدار (۲۵۱/۹) در سطح (۰/۰۰۰) و اندازه اثر (۰.۷۸) نشان دهنده وجود تفاوت معنادار به لحاظ آماری بین نمرات گروه آزمایش و کنترل و اندازه اثر بزرگ است. معناداری F کوواریانس برای خرده مقیاس رفتار هدفمند با مقدار (۶۱.۷۲) در سطح (۰/۰۰۰) و اندازه اثر (۰.۶۵۰) نشان دهنده وجود تفاوت معنادار به لحاظ آماری بین نمرات گروه آزمایش و کنترل و اندازه اثر بزرگ است. معناداری F کوواریانس برای خرده مقیاس پذیرش پاسخ‌های هیجانی با مقدار (۴۶.۱۷) در سطح (۰/۰۰۰) و اندازه اثر (۰.۵۵۵) نشان دهنده وجود تفاوت معنادار به لحاظ آماری بین نمرات گروه آزمایش و کنترل و اندازه اثر بزرگ است. معناداری F کوواریانس برای خرده مقیاس کنترل تکانه با مقدار (۲۴۸.۲۷) در سطح (۰/۰۰۰) و اندازه اثر (۰.۸۷۰) نشان دهنده وجود تفاوت معنادار به لحاظ آماری بین نمرات گروه آزمایش و کنترل و اندازه اثر بزرگ است. معناداری F کوواریانس برای خرده مقیاس آگاهی هیجانی با مقدار (۵۹.۹۸) در سطح (۰/۰۰۰) و اندازه اثر (۰.۶۱۸) نشان دهنده وجود تفاوت معنادار به لحاظ آماری بین نمرات گروه آزمایش و کنترل و اندازه اثر بزرگ است. معناداری F کوواریانس برای خرده مقیاس دسترسی به راهبردهای تنظیم هیجانی با مقدار (۳۸.۰۶) در سطح (۰/۰۰۰) و اندازه اثر (۰.۵۰۷) نشان دهنده وجود تفاوت معنادار به لحاظ آماری بین نمرات گروه آزمایش و کنترل و اندازه اثر بزرگ است. معناداری F کوواریانس برای خرده مقیاس وضوح پاسخ‌های هیجانی با مقدار (۱۶.۵۴) در سطح (۰/۰۰۰) و اندازه اثر (۰.۳۰۹) نشان دهنده وجود تفاوت معنادار به لحاظ آماری بین نمرات گروه آزمایش و کنترل و اندازه اثر متوسط است. معناداری F کوواریانس برای خوردن هیجانی با مقدار (۲۰.۶۹) در سطح (۰/۰۰۰) و اندازه اثر (۰.۳۵۸) نشان دهنده وجود تفاوت معنادار به لحاظ آماری بین نمرات گروه آزمایش و کنترل و اندازه اثر متوسط است.

بنابراین آنچه باعث ایجاد تفاوت معنادار در گروه آزمایش شده است، تدابیر آزمایشی (فنون تنظیم هیجان گروس) و نیز متغیرهای مزاحم دیگر هستند و در گروه گواه صرفاً متغیرهای مزاحم باعث ایجاد تفاوت در دو نوبت اجرا شده‌اند، بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که تفاوت معنادار مشاهده شده ناشی از فنون تنظیم هیجان Gross, (2007) است.

## بحث و نتیجه گیری

همانطور که یافته‌های مربوط به پژوهش حاضر نشان می‌دهند میانگین تحمل آشفتگی هیجانی و زیر مقیاس‌های آن در پس آزمون گروه آزمایش کمتر از میانگین نمرات تحمل آشفتگی هیجانی و زیرمقیاس‌های آن در پیش آزمون گروه آزمایش و پیش آزمون و پس آزمون گروه گواه است. لذا فرضیه پژوهشی مبنی بر اثربخشی روش آزمایشی (فنون تنظیم هیجان گروس) بر تحمل آشفتگی هیجانی و زیرمقیاس‌های آن و نیز بر پرخوری هیجانی مورد تأیید قرار می‌گیرند.

سال‌ها پژوهش به نقش مهم تنظیم هیجان در سازش با وقایع تنیدگی‌زای زندگی و عملکرد سازگاران و بهزیستی روانشناختی وضوح بخشیده است (Gross, & John, 2003؛ Kraaij, & Garnefski, 2015). طبق تحقیقات افراد قادرند بر شیوه‌هایی که این هیجان‌ها را ابراز می‌کنند، اثر بگذارند. این توانایی نظم‌جویی هیجان نامیده می‌شود، نظم‌جویی هیجان، یک اصل اساسی در شروع، ارزیابی و سازماندهی رفتار سازگاران و همچنین جلوگیری از هیجان‌های منفی و رفتارهای ناسازگاران (Baron, & Parker, 2002) و به عنوان فرآیندهایی که از طریق آن‌ها افراد هیجان‌تشان را برای پاسخ به توقعات محیطی هشیارانه و ناهشیارانه تعدیل می‌کنند، (Aldao et al, 2010) در نظر گرفته می‌شود. شکست در تنظیم هیجان، بی‌نظمی هیجان نامیده می‌شود. بی‌نظمی هیجان به عنوان روش‌های ناسازگاران پاسخ به هیجان‌ات تعریف شده است (Gratz & Roemer, 2004). پژوهش‌ها اختلالات و علائم فیزیولوژیکی گوناگونی را به بی‌نظمی هیجان مرتبط میدانند، از جمله: درد، استعمال دخانیات، پرخوری (Macklem, 2007) و نشانه‌های تشخیصی عدم تنظیم هیجان، اختلال‌های درونی سازی از قبیل افسردگی و اضطراب را نشان می‌دهند (Aldao & Nolen, 2012; Hoeksema, 2012).

Lazarus, (1991) ویژگی‌های افراد با دشواری در تنظیم هیجان را شامل احساس شرم و عدم پذیرش و غیرقابل تحمل دانستن هیجان‌ات منفی و گرایش به تسکین فوری و نیز عدم توان مقابله کارآمد با هیجان‌ات منفی را نام برد. Gratz & Roemer, (2004) معتقدند که دشواری در تنظیم هیجان یا عدم تحمل آشفتگی هیجانی شامل مولفه‌هایی چون: عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، دشواری در انجام رفتارهای هدفمند، دشواری در کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی، عدم وضوح هیجانی و دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی است که در پژوهش حاضر مورد بحث قرار می‌گیرند.

عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی بمعنای احساس شرم، عصبانیت و خجالت و کلافگی بخاطر داشتن هیجان‌ات منفی است. در افراد با بی‌نظمی هیجانی چرخه رنج هیجانی همچنان ادامه داشته لذا منجر به عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی می‌شود. مگر اینکه این افراد به توقف افکار منفی و القاء افکار مثبت بپردازند تا از حس پریشانی هیجانی خود کاسته و احساس گناه ناشی از هیجان‌ات منفی

از بین ببرند. بنابراین یکی از افکار منفی که اغلب افراد با بی نظمی عاطفی استفاده می‌نمایند سرزنش خود است. سرزنش خود<sup>۱</sup>: شامل افکاری است که فرد خود را به خاطر چیزی که تجربه کرده است، سرزنش می‌کند. بیشتر مطالعات نشان می‌دهند که سبک اسنادی سرزنش خود با افسردگی و میزانی از بیماری های روانی دیگر رابطه دارد ( Zare et al, 2013). نقطه مقابل حس سرزنش خود، پذیرش است. پذیرش<sup>۲</sup>: شامل افکاری است تا آنچه را که فرد تجربه کرده است بپذیرد و چیزی را که اتفاق افتاده است رها کند. Carver et al (1989) نشان داده اند که پذیرش به عنوان یک راهبرد مقابله ای یک رابطه مثبت و تعدیل کننده با میزانی از خوش بینی<sup>۳</sup> و عزت نفس<sup>۴</sup> و رابطه منفی و تعدیل کننده با اضطراب دارد. در بیشتر موارد پذیرش می‌تواند شامل یک پاسخ مقابله ای عملی و مفید باشد که ضمن پذیرش واقعیت، مستلزم تلاش قطعی برای حل آن موقعیت است (Bardeen & Fergus, 2014). براساس نظر Gratz & Roemer, (2004) این افراد علاوه بر اینکه وجود هیجان را نمی‌پذیرند و از وجود آن احساس شرم و آشفتگی می‌کنند، به دلیل ایجاد افکار منفی و عدم پذیرش خود در انجام رفتارهای هدفمند با دشواریهایی رو به رو هستند (Gratz & Roemer, 2004). لذا برای انجام کارها و امور خود معمولاً تمرکز کافی ندارند. منظور از تمرکز، توانایی معطوف ساختن توجه به امور مربوط به وظیفه و در صورت لزوم، حفظ و تغییر آن متناسب با شرایط است. خود تنظیمی یا به عبارت دیگر کنترل خود، تلاش سازمان یافته در جهت تنظیم افکار، احساسات و اعمال به منظور دستیابی به اهداف خاص است. هیجان های مثبت، خود تنظیمی را تسهیل می‌کنند و هیجان‌های منفی به خود تنظیمی آسیب می‌رسانند ( Myberg, 2011). تحمل پریشانی هیجانی را توانایی فرد در تجربه و مقاومت و تحمل حالت هیجانی منفی تعریف کرده اند (Simons & Gaher, 2005؛ Cleirigh et al, 2007). طبق نظر Gratz & Roemer, (2004) مشخصه دیگر افراد با تحمل آشفتگی پایین دشواری در کنترل تکانه و تلاش فراوان آنان برای جلوگیری از هیجان‌ات منفی و تسکین فوری هیجان‌ات منفی تجربه شده است. دشواری در کنترل تکانه یعنی ناتوانی برای مقاومت در مقابل یک تکانه یا انگیزه که برای دیگران یا خود خطرناک بوده و با احساس لذت پس از تحقق آن همراه است. در این صورت فرد قدرت مقاومت در مقابل تکانه و وسوسه ای که برای انجام یک عمل که برای خود یا دیگری زیان آور است را ندارد. بیماران قبل از ارتکاب عمل احساس تنش یا تحریک دارند و پس از انجام آن عمل احساس رهایی از تنش و یا لذت دارند. این اختلالات شامل اختلال وسواس کندن مو، اختلال انفجاری متناوب

<sup>1</sup> self-blame

<sup>2</sup> accetance

<sup>3</sup> optimism

<sup>4</sup> self-esteem

جنون دزدی، جنون آتش افروزی، قماربازی اجباری اعتیاد به مواد مخدر و الکل موبایل، اختلالات خوردن، توهمات جنسی، درگیری با اشیاء، درد و رنج، سرقت، آتش سوزی، خرید تکانشی و حملات انفجاری است (انجمن روانشناسی آمریکا<sup>۱</sup>، ۲۰۱۳). شکست در تنظیم هیجان اغلب منجر به شکست در خود کنترلی می شود و نتایج تجربی این باور را حمایت می کند (Rook, Tice et al, 2001)؛ در ۱۹۹۸. در پژوهش (Tice et al, 2001) به برخی از این رفتارهای تکانشی که این افراد هنگام تجربه استرس، برای تنظیم هیجانانشان به کار میگیرند اشاره کرده اند که از آن جمله می توان خوردن به منظور رها شدن از احساس افسردگی، و جستجوی لذت فوری در زمان حال به جای پاداش های بزرگتر در آینده و یا رفتن به سینما به جای مطالعه در شب امتحان را نام برد (Maklee, 2007). (Auerbach et al, 2007) معتقدند افرادی با نقص در تنظیم هیجان بیش از دیگران در رفتارهای پرخطری که متعاقباً به افسردگی یا اضطراب منجر میشود، درگیر شوند. طبق نظر این پژوهشگران افرادی که راهبردهای تنظیم هیجان ضعیف را فراگرفته اند ممکن است بیش از دیگران مستعد استفاده از رفتارهای پرخطر به عنوان ابزاری برای تسکین هیجان منفی باشند. لذا تحقیقات متعدد نقش تنظیم هیجان را بر خود تنظیمی و کنترل تکانه موثر می دانند (Baron, & Parker, 2000)؛ (Janfaza & Shirazi, 2015, Ghasemzadeh, et al, 2010) می شوند. که نتایج پژوهش حاضر نیز نشان داد که افراد با تنظیم هیجان بهتر توانستند بر رفتار خوردن کنترل داشته باشند. Chauchard et al, (2013) دریافتند افرادی که خودکنترلی پایینی دارند، در پیش بینی پیامدهای منفی بلند مدت رفتار خود مشکل دارند، بدین ترتیب پیامدهای رفتار اعتیادی خود را به میزان کمتری مورد بازبینی قرار میدهند. برعکس، افراد دارای خودکنترلی بالا به دلیل اینکه به آسانی می توانند آینده سوء رفتارهای خود را خطرآفرین و هزینه بر تشخیص دهند، به میزان بیشتری احساس گناه کرده و برای درمان با انگیزه می شوند. لذا به نظر می رسد آگاهی هیجانی که خود از مولفه های هوش هیجانی (Bradbri, 2005) است در تنظیم هیجان نیز نقش اساسی به عهده دارد و ناگویی هیجانی، یعنی ناتوانی در بازشناسی و توصیف هیجانها، تعیین کننده اصلی نارسایی در تنظیم هیجان است (Besharst, et al, 2013). عدم وضوح هیجانی (سردرگمی هیجانی) و فقدان آگاهی هیجانی دو خصیصه ی دیگر افراد با بی نظمی هیجانی است (Gross, 2002؛ Gratz & Roemer, 2004). تنظیم هیجان دلالت بر خودآگاهی هیجانی و به کار گماشتن افکار و رفتارهایی که در هیجان های آدمی تأثیر مثبت می گذارند دارد. چراکه فراشناخت شامل آگاهی از فهم تأثیرات هیجانی و ادراک آن است و اینکه فرد می تواند قادر باشد دو نوع هیجان ظاهراً متضاد را در مورد همان شخص یا موقعیت، تجربه کند. هر یک از این دو موضوع برای فرد ضروری است تا ظرفیت سازگاری بیشتر را

<sup>1</sup> American Psychological Association (APA)



برای تنظیم هیجان رشد دهد. این توانایی‌های فراساختی اغلب، با آگاهی و هوشیاری همراه هستند (Bardeen & Fergus, 2014). فراساخت از طریق ایجاد توانایی انجام دادن تعدادی فرآیندهای بی نظیر شامل: تفکر در مورد تفکر، تشکیل یک بازنمایی از ذهن خود فرد، آگاه شدن از احساسات، تصورات و باورها در مورد خودش و تأثیر گذاشتن در ماهیت هیجان و احساس، باعث رشد ذهنی و هیجانی افراد می‌شود (Priebe, et al, 2013). وجود اختلال در بازشناسی و توصیف هیجان‌ها، شیوه استفاده از راهبردهای تنظیم شناختی هیجان را تحت تأثیر قرار می‌دهد و موجب دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجان می‌شود. تحقیقات بین راهبردهای انطباقی تنظیم هیجان و ناگویی هیجانی رابطه منفی و بین راهبردهای غیرانطباقی تنظیم هیجان و ناگویی هیجانی رابطه مثبت معنادار وجود دارد. و می‌توان ناگویی هیجانی را به عنوان نوعی نقص در پردازش و تنظیم هیجان‌ها و تأثیرگذار بر نحوه استفاده از راهبردهای انطباقی یا غیرانطباقی تنظیم شناختی، هیجان دانست (Besharst, et al, 2013). در رویکردهای نوین نیز علت اختلال‌های هیجانی به نقص در کنترل‌های شناختی نسبت داده می‌شود. به طوری که ناتوانی در کنترل هیجان منفی ناشی از وجود افکار و باورهای منفی درباره نگرانی و استفاده از شیوه‌های ناکارآمد مقابله‌ای است (Wells & King, 2006). سبک‌های مقابله‌ای مشتمل بر کوشش‌هایی از نوع عملی و درون روانی برای مهار مقتضیات درونی و محیطی و تعارض‌های آن‌هاست (Monteiro et al, 2014). افراد با تحمل پریشانی پایین در یک تلاش غلط برای مقابله با هیجانات منفی خود درگیر بی‌نظمی رفتاری می‌شوند (Keough et al, 2010). این راهبردهای ناکارآمد برای کسانی که تحمل پریشانی پایینی دارند، شیوه‌های مناسب به شمار می‌روند (Lazarus, 1991). دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجان در افراد با پریشانی هیجانی سبب ایجاد شرایط احساس گناه و عدم پذیرش خود و عدم توانایی مدیریت روابط اجتماعی و اجتناب از برقراری روابط اجتماعی می‌شود در نتیجه سیکل معیوب کاهش روابط اجتماعی و عدم توانایی در کنترل هیجانات منجر به تقویت احساس افسردگی و اضطراب در این افراد می‌شود. چرا که به نظر (Bradabri, 2005) یکی دیگر از مولفه‌های هوش هیجانی جنبه اجتماعی آن است و از طرفی گمان می‌شود توانایی تنظیم هیجان خصیصه‌ای از خصوصیات هوش هیجانی است (Mohamadi & Hosaini, 2015؛ Baron & Parker, 2000). یعنی استفاده از هیجان برای تأثیرگذاری بر دیگران و مدیریت روابط است (Mahmodi & najafi, 2012). Eisenberg, (2000) تنظیم هیجان را در صلاحیت بافت اجتماعی هیجانی و تحول اخلاقی میدانند. وی معتقد است که بدون تنظیم هیجان، تنها رفتار و فیزیولوژیک باقی می‌ماند که برای تعامل‌های اجتماعی ناکافی است و می‌تواند دو پیامد داشته باشد، فزون مهار شدگی و کم مهار شدگی که در هر مورد صلاحیت اجتماعی هیجانی به مخاطره می‌افتد (Gross, 2002). طبق نظر (Garnefski & Kraaij, 2006) افراد در مواجهه با شرایط تنیدگی زا، از راهبردهای متنوعی استفاده می‌کنند. این

راهبردها شامل: راهبردهای مثبت که عبارتند از: تمرکز مجدد مثبت، برنامه ریزی، ارزیابی مجدد مثبت و دیدگاه گیری و راهبردهای منفی: نشخوار فکری، سرزنش خود، سرزنش دیگری، فاجعه انگاری است (Garnefski & Kraaij, 2006؛ Garnefski & Koopman et al, 2009). از آن جایی که تفاوت های فردی در فعالیت های شناختی و محتوای افکار بر چگونگی تنظیم هیجان ها مؤثر است (Garnefski et al, 2003). استفاده از راهبردهای منفی نسبت به دیگر راهبردها، آسیب پذیری فرد برای اختلال های درونی سازی را بیشتر می کنند در حالی که استفاده از راهبردهای مثبت آسیب پذیری کمتری را به دنبال دارند. به طور کلی محققان نه راهبرد شناختی را در تنظیم هیجان ها معرفی کرده اند (Garnefski & Kraaij, 2007). راهبردهای تنظیم هیجان<sup>۱</sup> از نظر گروس به دو دسته راهبردهای قبل از وقوع حادثه و راهبردهای بعد از بروز حادثه تقسیم می شوند. برخی از استراتژی های تنظیم احساسات بیشتر از دیگران توصیه شده اند با توجه به مدل فرآیند تنظیم احساسات (Gross, 1998)، استراتژی هایی که اوایل کار در فرآیند تولید هیجان عمل می کنند از استراتژی هایی که بعد از فرآیند تولید هیجان عمل می کنند نتایج متفاوتی دارند. راهبردهای قبل از وقوع حادثه که در آغاز بروز آن، فعال می شوند و از بروز هیجان های شدید پیش گیری می کنند و در کنترل هیجان منفی حوادث نقش مهمی دارند چرا که موجب تفسیر واقعه به نحوی می شوند که پاسخ های هیجانی منفی را کاهش می دهند و راهبردهای تنظیم هیجان که پس از بروز حادثه و یا بعد از شکل گیری هیجان فعال می شوند نمی توانند از ایجاد هیجان های شدید پیش گیری کنند (Gross, 1999, 1998). سرکوبی یا بازداری هیجانی از راهبردهای تنظیم هیجان پاسخ محور است که شامل بازداری عمدی از ابراز هیجان در حالت برانگیختگی هیجانی و مهار نشانه های ظاهری و احساسات درونی است. و به طور واضح، این راهبرد در تمام جوامع بشری و در شرایط موقعیتی جهت تعاملات اجتماعی مفید واقع می شود. اما پژوهش ها نشان می دهد که این راهبرد با کاهش هیجانان مثبت، کاهش عملکرد بین شخصی و کاهش بهزیستی (Gross & John, 2003) مرتبط است. و این راهبرد، نشخوار فکری نسبت به خلق منفی را افزایش می دهد (Roemer & Orsillo, 2014). از طرفی پژوهش ها نشان می دهد که برخی از راهبردهای تنظیم هیجان تأثیر مثبتی بر بهزیستی روان شناختی دارند. یکی از این راهبردهای مؤثر، که در پژوهش های زیادی با بهزیستی مرتبط است، و به گروه راهبردهای تنظیم هیجان پیشایند مدار تعلق دارد ارزیابی مجدد است که منعکس کننده تغییر راه حل و تفسیر مجدد محرک بوجود آورنده هیجان است که باعث تعدیل در تأثیر هیجانی می شود و به طوری که تأثیر احساسی آنرا کاهش می دهد. برخلاف بازداری هیجانی، ارزیابی مجدد، بطور مثبت با عاطفه مثبت و بهزیستی روان شناختی رابطه دارد و موجب افزایش

<sup>1</sup> Emotion Regulation Strategies

عملکرد بین فردی و خلق مثبت افراد و کاهش تجربه هیجانی و بیان رفتاری شده و هیچ تاثیری بر حافظه ندارد (Gross & John, 2003). در مقابل، سرکوبی یا بازداری هیجانی باعث کاهش بیان رفتاری و اما ناتوان در کاهش تجربه هیجانی، و باعث اختلال در حافظه شده و در نهایت منجر به افسردگی می‌شود. سرکوبی نیز باعث افزایش پاسخ‌های فیزیولوژیکی برای سرکوبگران و شرکای اجتماعی آن‌ها می‌شود. در حالیکه ارزیابی مجدد با نتایج مثبت همراه است (Gross, 1999, 1998). تغییر و تحول در تنظیم هیجان با تغییرات در عوامل زمینه‌ای آن همراه است. به عنوان مثال با افزایش تجربیات زندگی رشد عقلی، ارزش‌ها و فواید نسبی تنظیم هیجان، همراه با سن تغییر می‌کنند (Gross & John, 2003) و استفاده بیشتر از راهبردهای سالم تنظیم هیجان مثل ارزیابی شناختی و استفاده کمتر از راهبردهای ناسالم مثل بازداری هیجانی نشان دهنده رشد یافتگی فرد و ایجاد پیامدهای بهتر برای فرد است لذا فرد از تنظیم هیجان بهره برده است (Roberton et al, 2012).

به نظر Evers et al, (2010) راهبرد ارزیابی مجدد و بیان خودآنگیز، نسبت به سرکوبی منجر به افزایش مصرف مواد غذایی (مخصوصاً غذاهای فست فود) می‌شود. طبق تحقیقات انتخاب راهبردهای مقابله‌ای ناسازگارانه به جای حل تعارضات می‌تواند منجر به بروز انواع اختلالات خوردن گردد (Hinrichsen et al, 2003). بسیاری از افراد که رفتارهای خوردن مخرب دارند، احساس می‌کنند که پرخوری برای آن‌ها به مراتب آسان‌تر از مقابله با افکار، تصاویر و عواطف پریشان آورو ناخوشایند است (Ginsburg, 2007). مشاهدات بالینی از رفتارهای خوردن در افراد چاق منجر به انجام پژوهش‌هایی درباره اهمیت احساسات و ابعاد روانی مرتبط با آن در تشکیل آن‌ها شد. Svaldi et al, (2010) دریافتند که افراد با اختلال خوردن سطح قابل توجهی بالاتری از شدت احساسات، پذیرش کمتر پاسخ‌های هیجانی، فقدان آگاهی و وضوح هیجانی و مشکلات تنظیم هیجان و همچنین استفاده بیشتر از راهبردهای تنظیم هیجان ناکارآمد در مقایسه با گروه کنترل (سالم) را دارند. محققان معتقدند که مدل تنظیم عاطفی، بر این باورند که برخی افراد یادگرفته‌اند تا حالات عاطفی درد آور خود را با خوردن غذا کنترل و تنظیم کرده و بدین وسیله به نوعی بر آن‌ها سرپوش بگذارند (Fairburn et al, 1998). در حالیکه که پرخوری به عنوان یک راهبرد ناکارآمد منجر به کاهش خلق منفی نمی‌شود، و فرد بعد از پرخوری دچار احساس گناه شده و نیز خلق منفی تشدید می‌شود (Hinrichsen et al, 2003). در این راستا Hilbert et al, (2007) بیان کردند که خلق منفی، پیشایند و تقویت کننده‌ی پرخوری در اختلال پرخوری و پراشتهایی روانی است. Hinrichsen et al, (2003). برخی از افراد مبتلا به پرخوری در پاسخ به محرک‌های هیجانی اقدام به غذا خوردن می‌کنند و تحت شرایط خاصی مانند اضطراب دچار نظم‌دهی متضاد میشوند، یعنی در وهله‌های پایایی محدود کردن شناختی و پرخوری گرفتار می‌شوند (Coetho et al, 2008). این موضوع بیانگر نقش

عوامل روانشناختی منجر به چاقی و اضافه وزن است که از میان آن‌ها استرس از اهمیت بیشتری برخوردار است چرا که استرس منجر به مشکلات هیجانی و افزایش کورتیزول روزانه و در نتیجه افزایش لپتین خون می‌شود؛ که ترکیب استرس بالا و افزایش لپتین خون ممکن است زنان را بیشتر به پرخوری ناشی از استرس آسیب‌پذیر سازد (Michels et al, 2016). چرا که مطالعات در مورد تنظیم هیجانات تأکید می‌کند که خوردن یک استراتژی یا یک پاسخ عاطفی به استرس‌های روحی روانی و یا به یک رشد روانی بیمارگونه است (Gianini et al, 2013؛ Miller-Matero et al, 2014؛ Opolski et al, 2015). به هر حال تحقیقات مختلف نشان داده‌اند که اختلال پرخوری اغلب با یک اختلال خلقی همراه است. خوردن هیجانی به عنوان «تمایل به پرخوری در پاسخ به احساسات منفی» تعریف شده است (VanStrien et al, 2013)، که به ویژگی‌های شخصیتی پاتولوژیک و به یک اختلال در نظم سیستم تحت کنترل غم و اندوه، اضطراب، تصویر بدن و تکانشگری مرتبط می‌شود (Heatheron & Wagner, 2011؛ Appelhans et al, 2011). تکانشگری، خلق و خوی، تصویر بدن و اضطراب ابعاد روانی هستند که در این تنظیم هیجان شرکت دارند و در تعیین ویژگی‌های رفتار خوردن در یک نفوذ دو جهته و متقابل موثراند (Gade, 2014؛ Brogan & Hevey, 2015؛ Polivy & Herman, 2005؛ Elfhag & Morey, 2008؛ Leehr et al, 2013). این احتمال نیز وجود دارد که عوامل عاطفی و احساسی به طور غیر مستقیم منجر به پرخوری شوند و تنها پیش زمینه‌ای برای بروز رفتارهای پرخوری در افراد باشند (Ginsburg, 2007). بر اساس تحقیقات، در اختلالات خوردن، سبک مقابله با فشار روانی از جمله عمده‌ترین عوامل پیش‌بینی‌کننده محسوب می‌شود به گونه‌ای که افراد برای مقابله با فشار روانی تلاش می‌کنند تا نوعی سبک مقابله برای کاهش آن‌ها انتخاب کنند. که در پژوهش حاضر به نقش غیر مستقیم تنظیم هیجان (مدل گروس) بر افزایش تحمل هیجانی و کنترل رفتار خوردن پرداخته شد. Gross, (1998) تنظیم هیجان را فرآیندی می‌داند که از طریق آن افراد تحت تأثیر هیجانات و چگونگی ابراز و تجربه آن هیجانات قرار می‌گیرند. در مدل هنجاری تنظیم هیجان گروس، پنج راهبرد وجود دارد که افراد از طریق آن‌ها هیجانات خود را تنظیم می‌کنند. این پنج راهبرد نشانگر پنج صفت مشترک فرآیند تنظیم هیجان هستند که عبارتند از: انتخاب، موقعیت<sup>۱</sup>، تعدیل موقعیت<sup>۲</sup>، تنظیم و گسترش توجه<sup>۳</sup>، ارزیابی مجدد شناختی<sup>۴</sup> و تعدیل پاسخ<sup>۵</sup> است (Gross, 2002). این پنج صفت از این نظر در فرآیند ایجاد هیجان متفاوت هستند که تأثیرات اساسی و متفاوتی دارند

<sup>1</sup> Situation Selection

<sup>2</sup> Situation Modification

<sup>3</sup> Attentional Deployment

<sup>4</sup> Cognitive reappraisal

<sup>5</sup> response modulation

(Vanderhasselt et al, 2013). مدل گروس با انتخاب موقعیت‌های هیجانی و تمرین آن‌ها به ارزیابی میزان آسیب‌پذیری و مهارت‌های هیجانی پرداخته و با این شیوه سعی در بالا بردن آگاهی هیجانی افراد و تفکیک ابعاد بدنی، ذهنی و احساسی هر هیجان داشته است. بطوریکه در این مدل با مرور تجارب هیجانی و رویدادهای برانگیزاننده‌ی حالات هیجانی و بروز تغییرات بدنی و چهره‌ای، و نتایج رفتاری و ذهنی سعی در ایجاد خود آگاهی هیجانی و کاهش سردرگمی حاصل از پریشانی هیجانی نموده. مدل فرآیند تنظیم هیجان جیمز گراس با متوقف کردن نشخوار فکری، نگرانی و آموزش مهارت‌های کنترل فکر (توقف فکر و جایگزین سازی افکار مثبت) مهارت‌های تغییر توجه و توجه انتخابی را از طریق دیدن، شنیدن، بویایی و تحریک حس لامسه گسترش می‌دهد.

در مدل تنظیم هیجان گروس مهمترین راهبرد انتخاب موقعیت است. شامل انتخاب موقعیتی است که موجب هیجان‌ات خوشایند (یا ناخوشایند) می‌شود. پرداختن به هیجان‌ات گذشته و آینده می‌تواند در تعیین موقعیت تنظیم هیجان مؤثر باشد از این نظر که باعث بازیابی هیجان‌اتی می‌شوند که در گذشته از شدت بالا یا پایینی برخوردار بوده‌اند (Wisco et al, 2013). در واقع افراد با بکارگیری راهبرد انتخاب موقعیت در مدیریت احساسات کودک، همسر، دوست یا یک فرد آشنا از طریق بازداشتن آن‌ها از موقعیت‌های استرس زا مداخله می‌کنند (Smart et al, 2016). به طور بالقوه موقعیت‌هایی که هیجان را فرا می‌خوانند، ضرورتاً منجر به پاسخ‌های هیجانی نمی‌شوند. لذا تلاش برای تعدیل موقعیت در جهت تغییر تأثیر هیجانی، شکل بالقوه‌ای از تنظیم هیجانی است. راهبرد تعدیل موقعیت می‌تواند آمادگی کلامی برای کمک به حل مسأله یا دقت در یک پاسخ هیجانی را ممکن سازد (Horan et al, 2013). راهبرد سوم در مدل گروس یعنی تنظیم توجه یکی از اولین فرآیندهای نظم‌دهنده‌ی هیجان است که در طول دوره تحول نمایان می‌شود (Rothbart et al, 1992). به دلیل سوگیری توجه در افراد چاق به سمت مواد غذایی (taghavi et al, 2016) تنظیم توجه ممکن است روش درونی انتخاب موقعیت باشد. که در مدل گروس دو راهبرد تنظیم توجه عبارتند از: حواس پرتی و تمرکز (Stanley et al, 2012). راهبرد چهارم مدل گروس یعنی تغییر شناختی<sup>۱</sup> به چگونگی تفکر درباره موقعیت یا اداره آن اشاره دارد. این راهبرد نشان می‌دهد که حتی بعد از اینکه موقعیت، انتخاب و تعدیل و مورد توجه قرار گرفت، یک پاسخ هیجانی ممکن است به هیچ وجه پیامد مناسب را در بر نداشته باشد. لذا تنظیم هیجان مستلزم این است که افراد توانایی خود را برای مدیریت موقعیت ارزیابی کنند (Salmani, 2013). شکلی از تغییر شناختی که توجه زیادی را به خود جلب کرده است، بازاریابی است (Gross, 2002؛ Gross, 2007؛ Ochsner & Gros, 2007). بر خلاف دیگر فرآیندهای تنظیم هیجان، در فرآیند شکل‌گیری هیجان تعدیل

<sup>۱</sup> Cognitive change

پاسخ به عنوان راهبرد پنجم مدل گروس، تقریباً بعد از زمانی که میل به پاسخ ایجاد شود، اتفاق می افتد. تعدیل پاسخ به پاسخ‌های فیزیولوژیکی، تجربی و رفتاری اشاره دارد (Gross, 2007).

با توجه به اینکه مدل گروس بر تنظیم هیجانات متمرکز است و از آنجا که افراد مبتلا به پرخوری هیجانی در مدیریت سطوح هیجانی خود مشکل دارند در پژوهش حاضر مهارت‌های مربوط به تنظیم هیجانات به آزمودنی‌ها آموزش داده شد و حتی در طول دوره درمانی، درمانگر شاهد تأثیر بسزای این مهارت‌ها نه تنها در مورد پرخوری هیجانی بلکه در دیگر مواردی که هیجانات نقش تعیین کننده‌ای در موقعیت داشتند و پس از خاتمه درمان، کاهش چشمگیر تعداد دفعات پرخوری شرکت کنندگان مشاهده شد. بطور کلی یافته‌های این مطالعه نشان داد که روشی که در آن احساسات تنظیم شوند بر کاهش پریشانی هیجانی و رفتار خوردن هیجانی اثر میگذارند که این نتیجه با نتایج پژوهشهای دیگر (Gross, 2001؛ Garnefski et al, 2011؛ Nolen-Hoeksema et al, 2007؛ Garnefski & Grol, 2009؛ Garnefski & Kraaij, 2006؛ Piran & Cormier, 2005؛ Cakmak & Cevik, 2010؛ Garnefski & Kraaij, 2009؛ Garnefski & Koopman, 2009؛ Svaldi et al, 2012؛ Scheibe & Zacher, 2013؛ Haedt-Matt et al, 2011) هماهنگ است.

## References

- Abbott, B V.(2005).Emotion dysregulation and re-regulation: predictors of relationship intimacy and distress.(Dissertation) Submitted to Texas A&M University in partial fulfillment of the requirements for the DOCTOR OF PHILOSOPHY. Major Subject: Psychology.
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., &Schweizer, S. (2010). Emotion- regulation strategies across psychopathology: A meta\_analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30, 217-237.
- Aldao, Amelia; Nolen-Hoeksema, Susan.(2012).When are adaptive strategies most predictive of psychopathology?Journal of Abnormal Psychology, Vol 121(1), Feb 2012, 276-281.
- American Psychiatric Association.(2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5 edition, (Dsm-5).
- Appelhans BM, Whited MC, Schneider KL, Oleski J, Pagoto SL (2011) Response style and vulnerability to anger-induced eating in obese adults. *Eat Behav* 12(1):9–14. doi:10.1016/j.eatbeh.2010.08.009 CrossRefPubMedGoogle Scholar
- Auerbach, R.P., Abela, J. R. Z., Ringo Ho, M. (2007). Responding to symptom of depression and anxiety: Emotion regulation, neurotism and engagement in risky behaviors.*Behavior research and therapy*, 45, 2182-2191.
- Bakhtiari, M.(2000).Psychological Disorders in Patients with Deformity Disorder. Thesis Master of Clinical Psychology. ran University of Medical Sciences, Tehran Psychiatric Institute.

- Bardeen , J R. a. , Fergus, T A.(2014). An examination of the incremental contribution of emotion regulation difficulties to health anxiety beyond specific emotion regulation strategies. *Journal of Anxiety Disorders*. Volume 28, Issue 4, May 2014, Pages 394–401.
- Baron, R., & Parker, J.D.A. (2000). *E.Q.i:YV BarOn Emotional Quotient Inventory: Youth Version*. Technical Manual. North Towanda, NY Multi-Health Systems Inc.
- Besharat , M A; Zahedi tajrishi, k; Norbala, A A. (2013). Comparison of emotional collapse and emotion regulation strategies in physiotherapy, anxiety patients and normal people. *Journal of Contemporary Psychology, Iranian Journal of Psychology*. 8, 2 (2013): 3-16.
- Biasi, V. & Bonaiuto, P. (2014). Negative Emotions and Defence Mechanisms in Obese People. *Psychology*, Vol.5 No.18.
- Black K. J., Hershey T., Koller J. M., Videen T. O., Mintun M. A., Price J. L., et al. (2002). A possible substrate for dopamine-related changes in mood and behavior: prefrontal and limbic effects of a D3-preferring dopamine agonist. *Proc. Natl. Acad. Sci. U.S.A.* 99, 17113–17118 10.1073/pnas.012260599
- Bonaiuto, P., Biasi, V., Bonaiuto, F., & Bartoli, G. (1993). Riverberi emotivi del disegno di stress in persone obese. *Rassegna di Psicologia*, 10, 105-135
- Brogan A, Hevey D (2013) Eating styles in the morbidly obese: restraint eating, but not emotional and external eating, predicts dietary behaviour. *Psychol Health* 28(6):714–725. doi:10.1080/08870446.2012.760033 CrossRefPubMedGoogle Scholar
- Cakmak, A. <sup>2</sup>. & Cevik, E. I. (2010). Cognitive Emotion Regulation Questionnaire: Development of Turkish version of 18-item short form. *African Journal of Business Management*, 4, 2097-2102.
- Cantello R., Aguggia M., Gilli M., Delsedime M., Chiardo Cutin I., Riccio A., et al. (1989). Major depression in Parkinson's disease and the mood response to intravenous methylphenidate: possible role of the "hedonic" dopamine synapse. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry*. 52, 724–731 10.1136/jnnp.52.6.724.
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267-283.
- Cawley E. I., Park S., Aan Het Rot M., Sancton K., Benkelfat C., Young S. N., et al. (2013). Dopamine and light: dissecting effects on mood and motivational states in women with subsyndromal seasonal affective disorder. *J. Psychiatry Neurosci*. 38, 388–397 10.1503/jpn.120181.
- Chauchard. E., Levin, K.H., Copersino, M. L., Heishman, S.J., Gorelick, D.A.(2013). Motivations to quit cannabis use in an adult non-treatment sample: are they related to relapse? *Addictive Behaviors*, 38(9), 2422–2427.
- Chiesa A1, Serretti A, Jakobsen JC. *Clin Psychol Rev*. (2013). Feb Mindfulness: top-down or bottom-up emotion regulation strategy?;33(1):82-96. doi: 10.1016/j.cpr.2012.10.006. Epub 2013 Oct 23.
- Cleirigh, C., Ironson, G., Smits, J. A. J. (2007). Does Distress Tolerance Moderate the Impact of Major Life Events on Psychosocial Variables and Behaviors Important in the Management of HIV. *Behavior Therapy*, 38, 314° 323.

- Coetho JS, Polivy J, Herman CP. (2008) Selective carbohydrate or protein restriction: effects on subsequent food intake and cravings. *Appetite*. 2006; 47(3):352\_36.
- Dagher A. (2013). Is obesity caused by food addiction? *Can J. Diabetes* 37(Suppl. 2), S235–S236 10.1016/j.jcjd.2013.03.122.
- Davis C. (2013). From Passive Overeating to “Food Addiction”: a Spectrum of Compulsion and Severity. *ISRN Obes*. 2013, 435027 10.1155/2013/435027.
- Davis C., Curtis C., Levitan R. D., Carter J. C., Kaplan A. S., Kennedy J. L. (2011). Evidence that ‘food addiction’ is a valid phenotype of obesity. *Appetite* 57, 711–717 10.1016/j.appet.2011.08.017.
- Davis C., Levitan R. D., Kaplan A. S., Kennedy J. L., Carter J. C. (2014). Food cravings, appetite, and snack-food consumption in response to a psychomotor stimulant drug: the moderating effect of “food-addiction.” *Front. Psychol*. 5:403 10.3389/fpsyg.2014.00403.
- Diehl D. J., Gershon S. (1992). The role of dopamine in mood disorders. *Compr. Psychiatry* 33, 115–120 10.1016/0010-440X(92)90007-D.
- Dileone R. J., Taylor J. R., Picciotto M. R. (2012). The drive to eat: comparisons and distinctions between mechanisms of food reward and drug addiction. *Nat. Neurosci*. 15, 1330–1335 10.1038/nn.3202.
- Eisenberg N (2000) Emotion, regulation, and moral development. *Annu Rev Psychol* 51: 665–697.
- Eisenberg N, Morris AS. (2002). Children’s emotion-related regulation. In: Reese H, Kail R, editors. *Advances in child development and behavior*. Vol. 30. San Diego, CA: Academic Press; 2002. pp. 189–229.
- Elfhag K, Morey LC (2008) Personality traits and eating behavior in the obese: poor self-control in emotional and external eating but personality assets in restrained eating. *Eat Behav* 9:285–293. doi:10.1016/j.eatbeh.2007.10.003 CrossRefPubMedGoogle Scholar
- Evers Catharine F. Marijn Stok Denise T. D. de Ridder(2010). Feeding Your Feelings: Emotion Regulation Strategies and Emotional Eating. *Personality and Social Psychology Bulletin*, vol. 36, 6: pp. 792-804. , First Published May 11, 2010
- Fairburn CG, Doll HA, Welch SL, Hay PJ, Davies BA, & O’Conner ME. (1998). Risk factors binge eating disorder: A community based case-control study. *Arch Gen psychiatry* 1998; 55, 425-432.
- Feldman, G.C., Joormann, J., & Johnson, S.L. (2008). Responses to Positive Affect: A self report measure of rumination and dampening. *Cognitive Therapy & Research*, 32(4), 507–525.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. W. (1997). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I) , Clinical Version*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Fochtmann L., Fink M. (1992). Role of dopamine in mood disorders. *Compr. Psychiatry* 33, 417–418 10.1016/0010-440X(92)90065-X.
- Gade H, Rosenvinge JH, Hjelmæsæth J, Friberg O (2014) Psychological correlates to dysfunctional eating patterns among morbidly obese patients accepted for bariatric



surgery. *Obes Facts* 7:111–119. doi:10.1159/000362257 CrossRefPubMedGoogle Scholar

- Garnefski, N., Boon, S., & Kraaij, V. (2003). Relationships between cognitive strategies of adolescents and depressive symptomatology across different types of life events. *Journal of Youth and Adolescence*, 32, 401–408.
- Garnefski, N., Grol, M., Kraaij, V., & Hamming, J. (2009). Cognitive coping and goal adjustment in people with Peripheral Arterial Disease: relationships with depressive symptoms. *Patient Education and Counseling*, 76, 132-137.
- Garnefski, N., & Kraaij, V. (2006). Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. *Personality and Individual Differences*, 40, 1659–1669.
- Garnefski, N., & Kraaij, V. (2007). The Cognitive Emotion Regulation Questionnaire. *Journal of Psychological Assessment*. 2007; Vol. 23(3):141–149.
- Garnefski, N. & Kraaij, V. (2009). Cognitive coping and psychological adjustment in different types of stressful life events. *Individual Differences research*, 7, 168-181 .
- Garnefski, N., Koopman, H., Kraaij, V., & ten Cate, R. (2009). Cognitive emotion regulation strategies and psychological adjustment in adolescents with a chronic disease. *Journal of adolescence*, 32, 449-454.
- Garnefski, N., Kraaij, V, Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences*, 30, 1311-1327.
- Ghasemzadeh Nasaji, S; Payvastegar, M; Hosainian, S; Motabi, F; Banihashem, S. (2010). Effectiveness of cognitive-behavioral intervention on coping responses and women's emotional cognitive regulation strategies. *Journal of Behavioral Sciences: Volume 4, Issue 1. Pages 35 - 50.*
- Gianini LM, White MA, Masheb RM (2013) Eating pathology, emotion regulation, and emotional overeating in obese adults with binge eating disorder. *Eat Behav* 14(3):309–313. doi:10.1016/j.eatbeh.2013.05.008 CrossRefPubMedPubMedCentralGoogle Scholar
- Ginsburg, S. M. (2007). An integrative group model treatment program for binge eating disorder. Dissertation for P.H.D in Psychology, Alliant International University.
- Giuliani, N.R., McRae, K., & Gross, J.J. ( 2008). The up- and down-regulation of amusement: Experiential, behavioral, and autonomic consequences. *Emotion*, 8, 714-719.
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 36, 41-54.
- Gross J.J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Rev Gen Psychol*. 1998;2(3):271–299.
- Gross J.J. (1999a). Emotion and emotion regulation. In Pervin L.A., John O.P. (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research* (2nd ed., pp. 525–552). New York: Guilford.
- Gross, J.J. (2001). Emotion Regulation in Adulthood: Timing is Everything. *Current directions in psychological science*, Vol. 10, No. 6, pp. 214-219.

- Gross, J. J. (2002). Emotion regulation: affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, 39(3), 281-91.
- Gross, J.J., & John, O.P. (2003). Individual differences in two emotion regulation Self Report Measures for Love and Compassion Research: Personal Growth and Positive Emotions processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 348-362.
- Gross, J.J. (Ed.) (2007). *Handbook of emotion regulation*. New York, NY: Guilford Press.
- Groth-Marnat, G. (1997). *Handbook of psychological assessment* (9th. ed). New York: John Wiley & Sons. Institute of Medicine of the National Academy of Sciences (1995). *Weighing the options: Criteria for evaluating weight management programs*. Washington, DC: National Academy Press.
- Janfaza, M & Shirazi, M.(2015). The predictive role of emotional adjustment and self-control difficulty with addictive talents in drug-dependent individuals. *Journal of Addiction Research* "- No. 33, pp. 57 to 70.
- Jauch-Chara K., Oltmanns K. M. (2014). Obesity–A neuropsychological disease? Systematic review and neuropsychological model. *Prog. Neurobiol.* 114C, 84–101 10.1016/j.pneurobio.2013.12.001.
- Keough, M. E., and Riccardi, C. J., Timpano, K. R., Mitchell, M. A., and Schmidt, N. B. (2010). Anxiety Symptomatology: The Association with Distress Tolerance and Anxiety Sensitivity. *Behavior Therapy*, 41, 567°574.
- Kraaij, V., & Garnefski, N. (2015). Cognitive, behavioral and goal adjustment coping and depressive symptoms in young people with diabetes: A search for intervention targets for coping skills training. *Journal of Clinical Psychology in Medical Setting* 22, 45–53.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D., Wilson, K.G., Bissett, R.T., Pistorello, J., Toarmino, D., Bergan, J. (2004). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *The Psychological Record*, 54(4), 553-578.
- Haedt-Matt, Alissa A.; Keel, Pamela K.(2011).Revisiting the affect regulation model of binge eating: A meta-analysis of studies using ecological momentary assessment. *Psychological Bulletin*, Vol 137(4), Jul 2011, 660-681.
- Heatherton TF, Wagner DD (2011) Cognitive neuroscience of self-regulation failure. *Trends Cogn Sci* 15(3):132–139. doi:10.1016/j.tics.2010.12.005 CrossRefPubMedPubMedCentralGoogle Scholar
- Hilbert, A & Tuschen-Caffier, B. (2007). Maintenance of binge eating through negative mood: A naturalistic comparison of binge eating disorder and bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 40(6), 521-530.
- Hinrichsen, H., Wright, F., Waller, G., & Meyer, C. (2003). Social anxiety and coping strategies in the eating disorders. *Eating behaviors*, 4(2), 117-126.
- Horan, W.P., Hajcak, G., Wynn, J.K., & Green, M.F.(2013).Impaired emotion regulation in schizophrenia:Evidence from event-related potentials. *Psychological Medicine*, 43(11), 2377-2391.
- Laborde S, Lautenbach F, Allen M, Herbert C, Achtzehn S.(2014).The role of trait emotional intelligence in emotion regulation and performance under pressure. *Journal of Personality and Individual differences*. Volume 57. Pages 43-47.

- Lazarus R. . (1991). Cognition and motivation in emotion. *Am Psychol* 1991; 46: 352-67.
- Leehr EJ, Krohmer K, Schag K, Dresler T, Zipfel S, Giel KE (2015) Emotion regulation model in binge eating disorder and obesity: a systematic review. *Neurosci Biobehav Rev* 49:125-134. doi:10.1016/j.neubiorev.2014.12.008 CrossRefPubMedGoogle Scholar.
- Macklem, Gayle L.(2007). *Practitioner's Guide to Emotion Regulation in School-Aged Children*. Nov 7, 2007. Springer Science & Business Media, Azar 12, 1386 AP - Psychology - 226 pages
- Madah Shurjeh, R.(2011). The effectiveness of exercise and its combination with the enrichment training program and promoting life on success diet therapy in people with overweight and obesity. Master's Thesis of General Psychology, Ferdowsi University of Mashhad.
- Mohamadi, F & Hosaini, M.(2015). The Effectiveness of Emotional Intelligence Group Therapy on Emotional Cognitive Adjustment In Students Victim of Parental misbehavior. Volume 6, Issue 22, Winter 2015, Page 101-116.
- Mahmodi, M & Najafi, F.(2012). The effect of emotional intelligence training on students' communication skills in Najaf Abad Islamic Azad University. *Journal of "Psychological Methods and Models"*. Volume 2, Issue 8, Summer 2012, Page 35-53.
- Mather, Amber A.; Cox, Brian J.; Enns, Murray W.; More. (2008). Associations Between Body Weight and Personality Disorders in a Nationally Representative Sample. November/December- Volume 70 - Issue 9 pp: 953-1061.
- Megan Spokas, Jane A. Luterek, Richard G. Heimberg.(2009). Social anxiety and emotional suppression: The mediating role of beliefs. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* Volume 40, Issue 2, Pages 189-384 (June 2009)
- Mennin DS, Holaway R, Fresco DM, Moore MT, Heimberg RG. (2007). Delineating components of emotion and its dysregulation in anxiety and mood psychopathology. *Behavior Therapy*. 2007;38:284-302.
- Michels, N., Sioen, I., Ruige, J. and De Henauw, S. (2016), Children's psychosocial stress and emotional eating: A role for leptin?. *Int. J. Eat. Disord.*. doi:10.1002/eat.22593
- Miller-Matero LR, Armstrong R, McCulloch K, Hyde-Nolan M, Eshelman A, Genaw J (2014) To eat or not to eat; is that really the question? An evaluation of problematic eating behaviors and mental health among bariatric surgery candidates. *Eat Weight Disord* 19(3):377-382. doi:10.1007/s40519-014-0118-3 CrossRefPubMedGoogle Scholar
- Monteiro N M., . Balogun S K & Oratile K N.(2014). Managing stress: the influence of gender, age and emotion regulation on coping among university students in Botswana. *International Journal of Adolescence and Youth*. Volume 19, 2014 - Issue 2. Pages 153-173.
- Morris W. N., Reilly N. P. (1987). Toward the self-regulation of mood: theory and research. *Motiv. Emot.* 11, 215-249 10.1007/BF01001412.
- Myberg, L. (2011). Forgiveness as a mechanism of self-regulation: An ego depletion model. Unpublished dissertation in psychology, University of Richmond.

- Nolen-Hoeksema S, Stice E, Wade E, Bohon C. 2007. Reciprocal relations between rumination and bulimic, substance abuse, and depressive symptoms in female adolescents. *J. Abnorm. Psychol.* 116:198-207
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B., & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on Psychological Science*, 3, 400e424.
- Ochsner KN, Gross JJ. (2007). The functional architecture of emotion regulation. In *The Hand-book of Emotion Regulation*, ed. JJ Gross. New York: Guilford Press.
- Opolski M, Chur-Hansen A, Wittert G (2015) The eating related behaviours, disorders and expectations of candidates for bariatric surgery. *Clin Obes* 5(4):165-197. doi:10.1111/cob.12104 CrossRefPubMedGoogle Scholar
- Pai N., Vella S. L., Richardson K. (2014). Is food addiction a valid phenomenon through the lens of the DSM-5? *Aust. N. Z. J. Psychiatry* 48, 216-218 10.1177/0004867413512384.
- Piran, N., & Cormier, H. C. (2005). The social construction of women and disordered eating patterns. *Journal of Counseling Psychology*, 52, 549e558.
- Polivy J, Herman CP (2005) Mental health and eating behaviours: a bi-directional relation. *Can J Public Health* 96(3):S43-S46 S49-53 PubMedGoogle Scholar
- Potenza M. N. (2014). Obesity, food, and addiction: emerging neuroscience and clinical and public health implications. *Neuropsychopharmacology* 39, 249-250 10.1038/npp.2013.198.
- Priebe, S., Gavrilovic, J. J., Bremner, S., Ajdukovic, D., Franciskovic, T., Galeazzi, G. M., Kucukalic, A., Lecic- Tosevski, D., Morina, N., Popovski, Schützwohl, M., & Bogic, M. (2013). Psychological symptoms as long-term consequences of war experiences. *Psychopathology*, 46,
- Rangel A. (2013). Regulation of dietary choice by the decision-making circuitry. *Nat. Neurosci.* 16, 1717-1724 10.1038/nn.3561.
- Roberton, T., Daffern, M., & Bucks, R. (2012). Emotion regulation and aggression. *Aggression and Violent Behavior*, 17, 72-82. DOI: 10.1016/j.avb.2011.09.006
- Roemer, L., & Orsillo, S. M. (2014). An acceptance-based behavioral therapy for generalized anxiety disorder. In D. H. Barlow (Ed). *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual*, 5th edition (pp. 206-236). New York: Guilford Press.
- Rook K., (1998). Investigating the positive and negative sides of personal relationships: Through a lens darkly. Spitzberg B. H., Cupach W. R., , ed. *The dark side of close relationships* 369-393. Erlbaum, Mahwah, NJ.
- Rothbart, M.K., Ziaie, H., & O'Boyle, C.G. (1992). Self-regulation and emotion in infancy. In N. Eisenberg & R. A. Fabes (Eds.), *Emotion and its regulation in early development: New directions for child development*, No. 55: The Jossey-Bass education series (pp. 7-23). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Salmani, B & Hasani, J.(2013). Cognitive-attention syndrome (CAS) And Cognitive Emotion Regulation Strategies: Fractal processes or disorders specific. *Journal of Clinical Psychology*, Vol 5, No 3 (19); pp. 91-104.
- Sarwer. David B, Thomas A. Wadden and Anthony N. Fabricatore.(2005).Version of Record online: 6 SEP 2012 | DOI: 10.1038/oby..71

- Sandler, I. N., Tein, J-Y., & West, S. G. (1994.). Coping, stress, and the psychological symptoms of children of divorce: Across-sectional and longitudinal study. *Child Development*, 65, 1744–1763.
- Sevinçer G M, Konuk N.. (2013). Emotional JMOOD; 3(4): 171-8.
- Scheibe, S., & Zacher, H. (2013). A lifespan perspective on emotion regulation, stress, and well-being in the workplace. In P. L. Perrewé, J. Halbesleben & C. C. Rosen (Eds.), *Research in occupational stress and well being* (Vol. 11) (pp. 167-197). Bingley, UK: Emerald..
- Simons, J. S., Gaher, R. M. (2005). The distress tolerance scale: Development and validation of a self report measure. *Motivation and Emotion*, 20 (9), 83-102.
- Smart LM, Peters JR, Baer RA.(2016).Development and Validation of a Measure of Self-Critical Rumination. *Assessment*. 2016 Jun;23(3):321-32.
- Spielberger, C. D. (1988). *The Rationality/Emotional Defensivness (R/ED) Scale. Preliminare Test Manual*. Tampa, FL: Center for Research in Behavioral Medicine and Health Psychology, University of South Florida.
- Spielberger, C. D., & Reheiser, E. C. (2000). *Lifestyle Defense Mechanisms Inventory*. Tampa, FL: Center for Research in Behavioral Medicine and Health Psychology, University of South Florida.
- Spielberger, C. D., & Reheiser, E. C. (2009). *Assessment of Emotions: Anxiety, Anger, Depression, and Curiosity*. *Applied psychology: Health and Well-Being*, 1, 271-302.
- Stanley, D. M., Lane, A. M., Beedie, C. J., Friesen, A. P., & Devonport, T. J. (2012). Emotion regulation strategies used in the hour before running. *International Journal of Sport and Exercise Psychology*, 10(3), 159-171.
- Svaldi J . Griepenstroh J .Tuschen-Caffier B. Ehring Th.(2012)..Emotion regulation deficits in eating disorders: A marker of eating pathology or general psychopathology? *Psychiatry Research* Volume 197, Issues 1–2, 15 May 2012, Pages 103–111.
- Taghavi, MR. Tavooosi, AR, Godarzi, MA.(2016). The correction program focuses on Changing the Attention of Obese Women to Food Signs. *Journal of "Psychological Methods and Models"*. Volume 7, Issue 25, Autumn 2016, p. 1-10.
- Tice, D. M., Bratslavsky, E., & Baumeister, R. F. (2001). Emotional distress regulation takes precedence over impulse control: If you feel bad, do it! *Journal of Personality and Social Psychology*, 80, 53-67.
- Tull MT, Roemer L..(2007).Emotion regulation difficulties associated with the experience of uncued panic attacks: Evidence of experiential avoidance, emotional nonacceptance, and decreased emotional clarity. *Behavior Therapy*. 2007;38:378–391.
- Vanderhasselt M. A., Baeken C., Van Schuerbeek P., Luypaert R., De Raedt R. (2013). Inter-individual differences in the habitual use of cognitive reappraisal and expressive suppression are associated with variations in prefrontal cognitive control for emotional information: an event related fMRI study. *Biol. Psychol.* 92, 433–439.
- VanStrien ,Frijters, Bergers, & Defares. (1986). *Dutch Eating Behavior Questionnaire-Restraint Scale (DEBQ-RS)*.
- VanStrien T, Cebolla A, Etchemendy E, Gutiérrez-Maldonado J, Ferrer-García M, Botella C, Baños R (2013) Emotional eating and food intake after sadness and joy. *Appetite* 66:20–25. doi:10.1016/j.appet.2013.02.016 CrossRefGoogle Scholar

- Volkow N. D., Wang G. J., Fowler J. S., Tomasi D., Baler R. (2012). Food and drug reward: overlapping circuits in human obesity and addiction. *Curr. Top. Behav. Neurosci.* 11, 1–24 10.1007/7854\_2011\_169.
- Wells, A., & King, P. (2006). Metacognitive therapy for generalized anxiety disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 37, 206–212.
- Weltens N., Zhao D., Van Oudenhove L. (2014). Where is the comfort in comfort foods? Mechanisms linking fat signaling, reward, and emotion. *Neurogastroenterol. Motil.* 26, 303–315 10.1111/nmo.12309.
- Wisco, B E. . Sloan , D M. Marx. B P.(2013).Cognitive Emotion Regulation and Written Exposure Therapy for Posttraumatic Stress Disorder. *Clinical Psychological Science.* , vol. 1, 4: pp. 435-442. , First Published May 13, 2013.
- Zarea, H & Solgi, Z.(2013). The Relationship between Cognitive Emotion Regulatory Strategies and Depression, Anxiety and Stress in Students. *Journal of Research in Psychological Health*, Sixth Edition, No. 3, pp. 19-29.
- Ziauddeen H., Fletcher P. C. (2013). Is food addiction a valid and useful concept? *Obes. Rev.* 14, 19–28 10.1111/j.1467-789X.2012.01046.x.