مجله علوم تغذیه و صنایع غذایی ایران
سال پنجم، شماره ۴، زمستان ۱۳۸۹، صفحات ۶۳-۵۳

مقایسه تأثیر روایت‌درمانی و رژیم‌درمانی بر شاخص توده بدن زنان مبتلا به اضافه‌وزن و چاقی

سمیّه سادات مکّیان [۱]، حسین اسکندری [۲]، احمد برجعلی [۳]، دل آرام قدسی [۴]

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد روان شناسی عمومی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی
۲- نویسنده مسئول: استادیار گروه روان شناسی بالینی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی
پست الکترونیکی: e_eskandari@yahoo.com
۳- استادیار گروه روان شناسی بالینی، دانشکده روان شناسی وعلوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی
۴- کارشناس ارشد تغذیه، دانشکده علوم تغذیه و صنایع غذایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

تاریخ دریافت: ۸۹/۵/۳ تاریخ پذیرش: ۸۹/۸/۸

چکیده

سابقه و هدف: این مطالعه با توجه به اهمیت شاخص توده بدن BMI (Body Mass Index) در زنان مبتلا به اضافه‌وزن و چاقی و نقش روایت‌های زندگی در شکل‌گیری اضافه‌وزن و با هدف مقایسه نقش رژیم‌های غذایی و مداخله‌های روایتی در کاهش توده بدن زنان مبتلا به اضافه‌وزن انجام گرفت.

افراد و روش‌ها: در این مطالعه که یک طرح نیمه‌آزمایشی مداخله‌ای بود، از بین مراجعه‌کنندگان به کلینیک تخصصی تغذیه و رژیم‌درمانی، ۳۰ زن مبتلا به اضافه‌وزن به‌روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شدند و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل قرار گرفتند. گروه آزمایشی ۱ فقط تحت رژیم‌درمانی (به‌مدت ۵ هفته)، گروه ۲ علاوه بر رژیم‌درمانی، تحت روایت‌درمانی نیز قرار گرفتند. گروه کنترل نیز هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. وزن افراد با حداقل لباس با ترازوی Seca با دقت ۰/۵ کیلوگرم و قد افراد در حالت ایستاده با قدسنج متصل به ترازو با دقت ۰/۵ سانتی‌متر اندازه‌گیری شد. BMI با تقسیم وزن بر مجذور قد بر حسب متر اندازه‌گیری شد. داده‌ها با استفاده از نرم افزار $SPSS_{16}$ و آزمون تحلیل کوواریانس و آزمون t داده‌های وابسته تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: تحلیل داده‌ها نشان داد در پایان مطالعه رژیم‌درمانی به‌تنهایی در کاهش توده بدن اثر معنی‌داری نداشت ($P>0/05$) اما در گروه۲ که روایت‌درمانی نیز به‌همراه رژیم‌درمانی برای آنها اعمال می‌شد، کاهش معنی‌داری در توده بدن دیده شد ($P<0/001$). مقایسه میانگین‌های ۳ گروه مورد مطالعه نشان داد که تفاوت معنی‌داری در اثرگذاری رژیم غذایی و روایت‌درمانی بر توده بدن در نمونه‌های مورد بررسی وجود نداشت.

نتیجه‌گیری: مشخص شد روایت‌درمانی، فاز اولیه درمان را به اصلاح روایت‌های زندگی که حول اضافه‌وزن می‌گردد، اختصاص می‌دهد که همگام با رژیم غذایی اجرا می‌شود. به‌عبارتی فاز دوم درمان که به کاهش BMI منجر می‌شود، بعد از اصلاح روایت‌های زندگی زنان چاق اتفاق می‌افتد. رژیم‌درمانی، به‌علت اینکه با روایت‌های زندگی زنان چاق همگام نیست، نقشی در اصلاح روایت‌های زندگی برای عملکرد موفق‌تر رژیم‌های غذایی ندارد. با توجه به اثر بخشی روایت‌درمانی بر کاهش توده بدن و مشخص شدن عدم اثربخشی رژیم‌های غذایی به‌تنهایی، نیاز به بررسی روایت‌های زندگی زنان مبتلا به اضافه‌وزن و اصلاح آن دیده می‌شود.

واژگان کلیدی: روایت‌درمانی، شاخص توده بدن (BMI)، رژیم‌درمانی، اضافه‌وزن

• مقدمه

اضافه‌وزن و چاقی به‌صورت یک اپیدمی جهانی درآمده است. اپیدمیولوژیست‌ها در بیش از ۳۰ سال گذشته روند پایایی از شیوع فزاینده چاقی در اروپا، ایالات متحده آمریکا، آسیا و خاورمیانه شناسایی کردند (۱). از دیدگاه سلامت عمومی، رشد مداخله‌های مؤثر بر درمان چاقی مسئله بسیار مهمی به‌شمار می‌آید. علم روان‌شناسی در ده‌های اخیر شاهد ظهور الگوها و شیوه‌های درمانی رو به رشدی بوده است که در درمان فردی و خانواده تحول ایجاد کرده و آن را به

[Downloaded from nsft.sbmu.ac.ir on 2026-11-22]

مسیرهای جدیدی سوق داده است. تعدادی از این شیوه‌های درمانی، بازتاب پدیده‌ای هستند که دیدگاه پسامدرن (post-modern) نامیده می‌شود. متفکران این دیدگاه معتقدند که دانش و شناخت امری نسبی و وابسته به بافت آن است و نظام اعتقادی ما صرفاً منعکس‌کننده سازه‌های ذهنی- اجتماعی‌ای هستند که ما درباره دنیای خود خلق می‌کنیم (۲). بر طبق این دیدگاه، وظیفه درمانگر این است که به درمانجو کمک کند تا عامل انتخاب‌های شخصی خودش باشد. باید درمانجو را به نقل داستان‌های خود ترغیب کند سپس به او کمک کند تا این داستان‌ها را به شیوه‌ای تخریب (شالوده‌شکنی deconstruction) و بازسازی کند تا قدرت و اختیارشان افزایش یابد (۳). برجسته‌ترین رویکرد در این پارادایم، روایت‌درمانی(Narrative Therapy) است (۴). در این رویکرد، بیمار و درمانگر، در واقع ویراستاران زندگینامه شخصی مُراجع هستند و درمان، ویراستاری زندگینامه شخصی است، به‌عبارتی نقش فعالی را برای مُراجع در درمان فراهم می‌کند. فرد در این روش یاد می‌گیرد مسئولیتش را در تسکین و بهبود مسائل روانی خود به‌عهده بگیرد و آن را تمرین کند. چون هنگام نوشتن داستان زندگی، فرد هم‌زمان به آن فکر می‌کند، بخش‌هایی از آن را انتخاب می‌کند و قسمت‌های نه‌چندان مهم را کنار می‌گذارد. در واقع ویراستار داستان خود می‌شود و این چیزی است که در این رویکرد مورد تأکید است، یعنی افراد باید داستان زندگیشان را مرتب ویراستاری کنند (۵). از طریق روایت‌های افراد می‌توان به احساسات، هیجانات و نگرش‌های آنان دست یافت. انسان‌ها براساس روایت‌هایی که ساخته‌اند دست به کنش و عمل می‌زنند و این فرایند سبب می‌شود احساس کنند که قادر به پیش‌بینی و کنترل زندگی خود هستند. در واقع روایت در پی ساختن تجارب افراد است. زمانی‌که یک تجربه ساخته می‌شود، پیامدهای هیجانی ناشی از آن قابل کنترل خواهد شد (۶). به‌عنوان انسان، ما به‌طور اجتناب‌ناپذیری معناساز هستیم. ما تجربه به‌دست می‌آوریم و سپس به آن معنا می‌دهیم. روایت‌درمانی به داستان‌هایی که ما با آنها زندگی می‌کنیم توجه دارد، داستان‌هایی که با خود داریم، درباره اینکه چه کسی هستیم و چه چیزی برایمان مهم است. روایت‌درمانی شامل کشف این داستان‌ها، فهمیدن آنها و بازگویی آنها است. روایت‌درمانی عقیده دارد که افراد از داستان‌های معینی درباره خودشان استفاده می‌کنند. مانند لنز داخل یک دوربین، این داستان‌ها تأثیر فیلتر کننده بر تجربه شخص دارند و بنابراین آن اطلاعاتی را که بر آن تمرکز کرده‌اند انتخاب می‌کنند. این داستان‌ها دیدگاه‌های زندگی، گذشته و آینده آنان را شکل می‌دهد. علی‌رغم اطلاعات مخالف، این داستان‌ها می‌توانند به‌طور قابل توجهی ثابت و محکم باشند. روایت‌درمانی، معنایی را فراهم می‌کند که لنز این دوربین را از تنظیم خارج کرده و به شکل‌گیری مجدد روایت‌ها و زندگی افراد کمک می‌کند (۷).

روایت‌درمانگران با افرادی کار می‌کنند که داستان‌های مملو از مشکلی دارند که یا خودشان بازگویی کرده‌اند و یا جامعه در مورد اینکه آنها چه کسانی هستند و زندگی آنها چگونه است، گفته است. داستان‌های ناتوان‌کننده‌ای که افراد احساس می‌کنند کنترل خود را ازدست داده‌اند و توانایی تغییر آن را ندارند (۸)، همانند روایت‌هایی که می‌توانند با موضوعیت اضافه‌وزن از سوی اجتماع، شکل بگیرد. با توجه به ویژگی‌های برجسته رویکرد روایت‌درمانی که شامل در نظر گرفتن سطوح ضمنی و تمثیلی تجارب مُراجع، برونی‌سازی مسئله ، یک وضعیت درمانی بدون سرزنش، حرکت از ساخت فردی و درون فردی مسئله به سمت ساختی که بیشتر بین فردی و رابطه‌ای است، به نظر می‌رسد که این رویکرد نسبت به سایر رویکردها از کارایی بیشتری در کاهش ترس افراد از تصویر بدنشان، برخوردار باشد (۹). روایت‌درمانی از جمله مواردی است که در زمینه اختلالات ریزخوردن مطرح شده و در بهبود وضعیت روانشناختی این افراد مؤثر بوده است (۱۰).

کنترل چاقی مسئله‌ای قابل بحث است. از آنجا که چاقی پدیده‌ای پیچیده و چندعلیتی است و در علل و پیامدهای آن عوامل زیستی، روان‌شناختی و اجتماعی نیز دخالت دارند، کنترل و درمان آن از حیطه یک رشته واحد خارج است. شناسایی درمان‌های حمایت‌شده به لحاظ تجربی می‌تواند به تثبیت بیشتر نقش مداخله‌های روان‌شناختی، به‌عنوان قسمتی از رویکردهای میان‌رشته‌ای برای کنترل و درمان چاقی کمک کند. گرچه پژوهش‌های درمانی بسیاری انجام شده است، اما اکثر آنها دارای نارسایی‌های روش‌شناختی مهمی هستند (۱۱). درکل چهار رویکرد عمده مبتنی بر شواهد برای درمان وجود دارد: رژیم‌درمانی (diet therapy)، دارودرمانی (pharmacotherapy)، جراحی (surgery) و درمان های روان شناختی (psychological treatment). با توجه به این ملاحظات، به‌وضوح نیاز روشنی به رویکردهای جدید

[Downloaded from nsft.sbmu.ac.ir on 2026-11-22]

به‌منظورعملکرد بهتر رژیم غذایی وجود داشت. در همین راستا بر پایه روایت اضافه‌وزن زنان چاق، رویکرد جدیدی برای درمان چاقی به‌وجود آمد. این رویکرد برای به‌حداقل رساندن افزایش دوباره وزن، که عموماً به دنبال کاهش وزن پیش می‌آید و به‌منظور غلبه بر موانع روان‌شناختی جهت فراگیری و پایبندی درازمدت به رفتار مؤثر کنترل وزن، طرح‌ریزی شد (۱۲). روایت‌درمانی در انواع مختلفی از مشکلات مانند اختلالات خوردن ، بی‌اختیاری ادراری (۱۳) سوء استفاده جنسی و مقابله با بیماری‌های پزشکی (۱۴) به‌کار گرفته شده است. همچنین Dacosta و همکاران در سال ۲۰۰۷ در یک مطالعه موردی- بالینی دریافتند که روایت‌درمانی می‌تواند در اختلال بدریختی بدنی نیز مؤثر باشد (۱۵). بسیاری از شیوه‌های روان‌شناسی و روان‌درمانی تاکید فراوانی بر فرایند فردیت دارند. به عبارتی معتقدند که فرد دنیای درونی خود را به‌تنهایی می‌سازد. روایت‌درمانی دیدگاهی مغایر با این اعتقاد را فراهم کرده است. روایت‌درمانی عقیده دارد که هویت در ارتباط با افراد دیگر نیز به خوبی گذشته و فرهنگ شخص، هم‌آفرینی (co-created) می‌شود. بنابراین، دیده شدن از طرف دیگران، به یک روش معین، می‌تواند به اندازه دید خود شخص کمک‌کننده باشد. بنابراین، فرد می‌خواهد خودش را با نگاه کردن در آیینه‌هایی که دیگران برایش می‌سازند، ببیند. از این جهت، گفته می‌شود که هویت یک فرد از طریق اجتماع ساخته می‌شود. روایت‌درمانی بر میزان تناسب این هویت اجتماعی یا فرد مورد نظر تمرکز می‌کند(۷).

در سایر روش‌های درمانی، درمانگر غالباً به عنوان متخصص در نظر گرفته می‌شود اما در روایت‌درمانی خود مُراجع متخصص زندگی خودش است. روایت‌درمانی از کلمات هم استفاده می‌کند و این کلمات را در شیوه‌ای متفاوت از آن‌چه که در زندگی روزمره استفاده می‌شود، به‌کار می‌برد. در روایت‌درمانی، داستان‌ها (روایت‌ها) به‌طور ویژه‌ای معطوف به داستان‌هایی است که افراد درباره خودشان می‌گویند. آنها معرف آن چیزی هستند که افراد به‌خاطر می‌آورند و درباره رویدادها فکر می‌کنند (۱۶). یافتن داستان‌های ترجیحی و جایگزین در روایت‌درمانی ضروری است. روایت‌درمانی به‌عنوان یک استعاره (metaphor) در پی درک آسان تألیف و یا تألیف مجدد یک فرایند است که افراد را قادر می‌سازد سایر شیوه‌های بودن در دنیا را تجربه کنند. درمانگر به مُراجع کمک می‌کند تا داستان‌هایی را که اغلب گفته نشده بگوید. روایت‌های جدید اغلب نیاز به کلمات جدید برای بیان ایده‌ها و ادراکات مُراجع دارند، و این از طریق به‌کارگیری وسیع استعاره‌ها صورت می‌گیرد. در حالی‌که درمانگران راه‌حل‌مدار معتقدند که درمانجویان با استفاده از هدف‌هایی که در زمان حال انتخاب می‌کنند، آینده خود را می‌سازند، روایت‌درمانگران می‌گویند که درمانجویان با داستان‌هایی که در زمان حال انتخاب می‌کنند، گذشته خود را می‌سازند. گذشته را می‌توان با ساختن داستان‌های جدید تغییر داد. روایت‌درمانگران در حقیقت ضد واقعیت‌گرایی هستند (۱۷). آنها معتقدند که در پس داستان‌های ما، واقعیتی عینی وجود ندارد. واقعیتی که در آن وجود داریم، داستان‌های ماست. واقعیت هر درمانجو داستان اوست که منحصر به‌فرد، شخصی، ذهنی، و خوشبختانه تغییرپذیر است (۱۸). به‌طور کلی درمانگران در این رویکرد دارای ارزش‌های زیر هستند: داشتن دیدگاه غیرآسیب‌شناسانه و بی‌قضاوت، قدردانی، احترام و استفاده از واقعیت منحصر به فرد مُراجع، استفاده از استعاره‌های قصه و روایت، اجتناب از برچسب‌گذاری و سرزنش کردن و طبقه‌بندی افراد و خانواده‌ها یا رفتارهایشان، "شفاف" بودن در برابر اطلاعات و سوگیری‌ها (۱۹). روایت‌درمانگران ترجیح می‌دهند که یک رابطه مشترک با مُراجع برقرار کنند تا داستان مُراجع را ارزشیابی نمایند، تلقی مسائل به‌عنوان وجودی خارج از مُراجع، رفتار کردن با هرکس به‌عنوان کسی که داستانش منحصر به‌فرد است، اجتناب از برچسب‌گذاری، یاری‌رسانی به افراد برای مجزا شدن از روایت‌های فرهنگی غالب که آنها درونی‌سازی کرده‌اند و گشایش فضایی جهت ایجاد داستان‌های دیگر، از جمله فرایندهای این رویکرد درمانی است (۲۰).

از منظر روایت‌درمانی، سلول بنیادی مطالعه انسان، روایت است. سه شکل متمایز در مورد داستان‌های مرتبط با خود وجود دارد. هسته اصلی، روایت درونی است؛ آن فرایند روانی‌ای که فرد زندگی خود را به‌شکل روایت تفسیر می‌کند. روایت درونی شامل فهم حال، بازسازی گذشته و انتظار در مورد آینده است. روایت زیسته تجربه زندگی است، فرایندی است که افراد با طرح روایی خود زندگی می‌کنند. روایت گفته شده داستانی است که در ارتباط کلامی با ابزار سمبلیک ابراز می‌شود. این سه شیوه روایی، ارتباط نزدیکی با هم دارند اما معادل هم نیستند.در روایت‌درمانی یافتن چشم‌اندازی جدید به خود و به زندگی،

[Downloaded from nsft.sbmu.ac.ir on 2026-11-22]

منجر به تغییر در روایت درونی گفته شده و در نهایت روایت زیسته خواهد شد. این سه شیوه روایت خود در تعامل دو جانبه با یکدیگر موجب تغییر خواهند شد (۲۱).

ترتیب دقیق کارهای درمانی با هر مُراجعی متفاوت است. با وجودی که هر درمانگری ممکن است این کارها را بسط دهد، خلاصه کند، به آن بازگشت کند و یا آن را منحرف کند، آنها برای سهولت توضیح، به قسمت‌های زیر تقسیم شده‌اند:

ـ شخص داستان خود را می‌گوید (توصیف سرشار از مشکل).

ـ مشکل به‌وسیله مُراجع و درمانگر هر دو با هم نامگذاری می‌شود (نامگذاری مشکل).

ـ زبان برون‌سازی به‌کار می‌رود.

ـ مسائل سیاسی، فرهنگی و اجتماعی در نظر گرفته می‌شود (قدرت و آگاهی).

ـ پرسشگری تأثیرگذار و مرتبط، به‌کار گرفته می‌شود (شناسایی پیامدهای یگانه).

ـ از مُراجع برای اتخاذ موقعیت نسبت به مشکل دعوت می‌شود (داستان جایگزین).

ـ از مستندات درمانی استفاده می‌شود.

به مُراجع جهت یادآوری اشخاص مهم و تأثیرگذار (مثبت) زندگی‌اش در گذشته کمک می‌شود (عضویت مجدد)

ـ جهت تثبیت تغییرات و بازگویی داستان رشددهنده از اشخاص حمایتگر مانند خانواده و دوستان مُراجع دعوت می‌شود (شاهدان بیرونی).

ـ ادامه درمان (گفتن و دوباره گفتن به سوی غنی‌سازی داستان خود)

ـ پایان درمان: زمانی است که مُراجع دریابد که «داستان خود» او برای حمایت از آینده‌اش به اندازه کافی غنی است. ممکن است جلسه پایانی به‌عنوان یک موقعیت شاد سازمان‌بندی شود و ممکن است افراد مهم زندگی فرد دعوت شوند و مراسمی مانند ارائه یک گواهینامه جهت برجسته ساختن موقعیت برگزار شود(۲۲).

نظریه روایت، با توجه به شم بالینی و خلاقیت درمانگران، می‌تواند در چارچوب‌های متفاوت و با اهداف گوناگونی اجرا شود. به عبارت بهتر، در این پژوهش نیز جلسات درمانی با توجه به محور اضافه‌وزن و مرجعیت بدن و با اقتباس از نظریه روایت، همگام با اعمال نظر درمانگر روایتی در طراحی جلسات، طرح‌ریزی شد.

اگرچه چارچوب مفهومی مداخله روایتی برای چاقی قابل قبول به‌نظر می‌رسد، اما با بازبینی ادبیات پژوهشی، پژوهشگر به یافته‌ای درباره اثربخشی این روش درمان بر BMI زنان مبتلا به اضافه‌وزن دست نیافت و از طرفی از آنجا که روایت‌های زندگی افراد مبتلا به اضافه‌وزن در سبک زندگی آنان مؤثر است و بررسی این روایت‌ها به‌عنوان یک اقدام مثبت بهداشتی، جنبه الزامی دارد و نیز به علت گزارشات متعددی که از عدم کارآیی رژیم‌های غذایی در کاهش وزن در دست است، این پژوهش با هدف مقایسه تأثیر روایت‌درمانی و رژیم‌درمانی بر BMI زنان مبتلا به اضافه‌وزن انجام گرفت.

• افراد و روش‌ها

مطالعه اخیر، یک مطالعه نیمه‌آزمایشی مداخله‌ای است. از بین زنان مراجعه‌کننده به کلینیک مشاوره تغذیه و رژیم‌درمانی در شهر تهران، ۳۰ زن دارای اضافه‌وزن که دارای معیارهای ورود به مطالعه بودند به‌روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل موارد ذیل بود: داشتن حداقل ۱۸ سال و حداکثر ۳۶ سال سن، حداقل تحصیلات در سطح دیپلم، شاخص توده بدن (BMI ≥ ۲۵)، باردار نبودن یا نداشتن برنامه برای بارداری، عدم مصرف داروهای روان‌گردان یا داروهای تاثیرگذار بر روی وزن، عدم وجود اختلال‌های روانی ایجاب‌کننده درمان‌های فوری (مانند پراشتهایی عصبی، اختلال خوردن با ولع و اختلال خوردن شبانه)، عدم وجود عوامل استرس‌زای شدید (مثل طلاق و جدا شدن از همسر)، عدم وجود سابقه بیماری‌هایی نظیر تیروئید، دیابت، بیماری کلیوی، بیماری قلبی ـ عروقی. افراد شرکت‌کننده در مطالعه افرادی بودند که در زمان اجرای مطالعه برای کاهش وزن یا روان‌درمانی تحت نظر کلینیک دیگری نبودند و در مورد دو گروه آزمایشی، حداقل یک ماه از آغاز رژیم غذایی توسط آنها می‌گذشت. از آنجا که مداخله روایتی یک مداخله درمانی بالینی تلقی می‌شود، تعداد اعضای نمونه با استناد به پژوهش‌های قبلی و کارهای مشابه در این حیطه، تعیین شدند(۲۳).

به این صورت که تعداد ۱۰ نفر در گروه آزمایشی برای طی کردن مصاحبه‌های روایت زندگی و گذراندن دروه روایت‌درمانی بعد از ریزش نمونه به دست آمد. پس از توجیه افراد در مورد تحقیق در حال اجرا و تکمیل رضایت‌نامه

[Downloaded from nsft.sbmu.ac.ir on 2026-11-22]

کتبی توسط افراد، نمونه‌ها به‌طور تصادفی و به‌صورت مساوی در دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل قرار گرفتند. گروه آزمایشی یک، گروهی بودند که فقط رژیم غذایی دریافت کردند و گروه آزمایشی دو به همراه رژیم‌های غذایی، روایت‌درمانی نیز می‌شدند و ۱۰ نفر نیز از میان فهرست انتظار متخصص تغذیه برای آغاز رژیم‌های غذایی، با داشتن معیارهای ورود به پژوهش، به‌صورت تصادفی انتخاب شدند و در گروه کنترل قرار گرفتند که هیچ مداخله‌ای روی این افراد صورت نگرفت. وزن افراد با حداقل لباس با ترازوی Seca با دقت ۰/۵ کیلوگرم و قد افراد در حالت ایستاده با قدسنج متصل به ترازو با دقت ۰/۵ سانتی‌متر اندازه‌گیری شد. شاخص توده بدن BMI (Body Mass Index) با تقسیم وزن بر مجذور قد بر حسب متر اندازه‌گیری شد. افراد گروه ۱ توسط متخصص تغذیه و رژیم‌درمانی، رژیم غذایی کم‌کالری (Low calorie Diet) جهت کاهش وزن دریافت کردند. بعلاوه از افراد خواسته شد تا برنامه فعالیت بدنی خود را با توجه به نظر متخصص تغذیه تنظیم کرده و میزان آن را در طول مطالعه تغییر ندهند. افراد گروه ۲ علاوه بر رژیم غذایی در ۱۲ جلسه گروهی روایت‌درمانی شرکت کردند.

پروتکل روایت‌درمانی نیز بر اساس جهت‌گیری به سمت اضافه‌وزن به‌صورت درمان گروهی در ۱۲ جلسه، براساس نظریه روایت ترجمه و تنظیم شد (۵) برنامه شامل ۱۲ جلسه ۵۰ دقیقه‌ای بود که در طول ۵ هفته، هفته‌ای دوبار و به‌صورت گروهی اجرا شد. (تعداد جلسات می‌تواند درصورت لزوم با تکرار بعضی از جلسات به‌طور متناوب به عدد ۲۰ برسد). به‌منظور اجرای جلسات مداخله، ابتدا برای هر یک از افراد نمونه، جلسه‌ای انفرادی جهت مصاحبه تکمیلی و مطرح کردن اهداف درمانی ترتیب داده شد. پس از اجرای مصاحبه و بحث درباره مفید بودن و لزوم شرکت آنان در گروه درمانی و به توافق رسیدن جهت شرکت در گروه ، قرارداد کتبی درمانی به منزله تعهد شرکت در تمامی جلسات نوشته شد. در هر جلسه، ابتدا هدف از تشکیل جلسه، سپس موضوعات مربوط به آن جلسه مطرح شد و اعضای گروه، با تفکر، بحث و تبادل نظر به بررسی مطالب پرداختند. همچنین به سوالات مراجعان پاسخ داده می‌شد. در پایان هرجلسه، مطالب جمع‌بندی می‌شد و تکلیفی برای جلسه بعد، به‌صورت تایپ‌شده، به اعضاء ارائه می‌گردید. جلسه معارفه و گرفتن پیش‌آزمون وجلسه برگزاری پس‌آزمون به‌عنوان جلسات درمانی لحاظ نمی‌شود. جلسات درمانی به این صورت طرح‌ریزی شد: مرحله بهترین بدن، مرحله نقش بدن، مرحله تنفس بدن، مرحله جاروی بدنی، مرحله جریان بدن، مرحله سبک‌ترین بدن، مرحله شروع بدن، مرحله برازندگی بدن، مرحله آیینه بدن. (۱۲). فاصله بین جلسات متغیر است و هیچ فرضی مبنی بر جلسات هفتگی و یا هر گونه فواصل از قبل تعیین شده وجود ندارد. روایت‌درمانی یک درمان کوتاه‌مدت نیست، با این حال روش و کارهای روایتی می‌توانند طول مدت درمان را از هر نوع روش درمانی دیگر کوتاه‌تر کنند (۲۲).

گروه ۳ (گروه کنترل) تحت هیچ مداخله‌ای قرار نگرفتند. منظور از اثربخشی درمان در این پژوهش، کاهش BMI، در انتهای برنامه درمانی، در زنان مبتلا به اضافه‌وزن و چاقی بود. داده‌های دموگرافیک مربوط به وضعیت تأهل، تعداد فرزندان، سطح سواد و وضعیت اشتغال افراد نیز با استفاده از یک پرسشنامه خوداجرا جمع‌آوری شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس و آزمون t داده‌های وابسته استفاده شد.

• یافته‌ها

مشخصات عمومی نمونه‌های مورد مطالعه در جدول ۱ ارائه شده است. میانگین سن افراد شرکت‌کننده در مطالعه ۲۸/۷±۲/۶۸ سال بود که تفاوت معنی‌داری در میانگین سنی گروه‌های مختلف وجود نداشت. با نگاهی دقیق‌تر به فراوانی‌های متغیرهای ذکرشده، به تفکیک گروه‌ها متوجه می‌شویم که این طبقات به‌شکل نسبتاً یکسانی در گروه‌های آزمایشی ۱و ۲ و کنترل قرار گرفته‌اند وتفاوت‌های جزئی بین آنها دیده می‌شود. به‌عبارتی در هیچ کدام از فراوانی‌های درصدی، اختلاف بیش از ۱۰ درصد دیده نمی‌شود. به این معنا که اعضای نمونه به‌صورت همسان و همگن انتخاب شده و از این طریق تاثیر متغیرهای مداخله‌گر بر روی سه گروه یکسان بوده و اثر آنها حذف شده است.

در جدول ۲ میانگین BMI در سه گروه مورد مطالعه در ابتدا و انتهای مطالعه ارائه شده است. در گروه کنترل که هیچ مداخله‌ای روی آنها انجام نشد، وضعیت توده بدن در ابتدا و انتهای مطالعه کاهشی نشان نداد.

در جدول ۳ اثر رژیم‌درمانی بر BMI زنان گروه آزمایشی ۱ با استفاده از آزمون t وابسته نشان داده شده است. داده‌ها بیانگر آن است که وضعیت توده بدنی این گروه در انتهای

[Downloaded from nsft.sbmu.ac.ir on 2026-11-22]

مداخله با ابتدای آن اختلاف معنی‌داری نداشته است. نتایج آزمون t وابسته جهت بررسی اثر روایت‌درمانی همراه با رژیم غذایی بر BMI افراد گروه آزمایشی ۲ در جدول ۴ ارائه شده است. با توجه به داده‌ها با ۹۵ درصد اطمینان می‌توان گفت که روایت‌درمانی توانسته است تغییرات معنی‌داری (P<۰/۰۵) در توده بدن زنان چاق ایجاد کند.

با توجه به مقدار میانگین‌ها در می‌یابیم که BMI بعد از دوره به‌طور معنی‌داری کاهش یافته است. جهت مقایسه BMI سه گروه آزمایشی و کنترل از آزمون کوواریانس استفاده شده است. قبل از بیان نتایج این آزمون لازم است بیان کنیم که پیش‌فرض‌های مورد نیاز برای آزمون تحلیل کوواریانس که از جمله مهمترین آنها نرمال بودن توزیع‌ها، برابری شیب خط رگرسیون و برابری واریانس‌ها بوده است، مورد بررسی قرار گرفت. نتایج در حد قابل قبولی بود. به طوری‌که بتوان از این آزمون استفاده کرد. در سطر اول (متغیر کوواریانس) نحوه تأثیر نمرات پیش‌آزمون بر نمرات پس‌آزمون آورده شده است. با توجه به سطح معنی‌داری این ردیف(P<۰/۰۰۱) درمی‌یابیم که نمرات ابتدای مطالعه تأثیر معنی‌داری بر نمرات انتهای مطالعه داشته است که بر اساس تحلیل کوواریانس این تأثیر، تعدیل شده است. در جدول ۵ تأثیر روایت‌درمانی و رژیم‌درمانی بر BMI در ۳ گروه مورد مطالعه، نشان داده شده است. با توجه به داده‌های این جدول تفاوت معنی‌داری بین ۳ گروه مورد مطالعه وجود ندارد (P> ۰/۰۵).

جدول۱- ویژگی‌های دموگرافیک افراد مورد مطالعه برحسب فراوانی

ویژگی‌های فردی		گروه آزمایشی ۱	گروه آزمایشی ۲	گروه کنترل	کل
وضعیت تأهل					
	متأهل	۳۰	۲۶/۶۷	۲۶/۶۷	۸۳/۳۳
	مجرد	۳/۳۳	۳/۳۳	۰	۶/۶۷
	مطلقه	۰	۳/۳۳	۳/۳۳	۶/۶۷
وضعیت تحصیلات					
	دیپلم	۱۶/۶۷	۲۰	۲۶/۶۷	۶۳/۳۳
	فوق‌دیپلم	۰	۳/۳۳	۶/۶۷	۱۰
	لیسانس	۱۳/۳۳	۱۰	۰	۲۳/۳۳
	فوق‌لیسانس	۳/۳۳	۰	۰	۳/۳۳
وضعیت اشتغال					
	خانه دار	۲۳/۳۳	۲۶/۶۷	۳۰	۸۰
	کارمند	۶/۶۷	۳/۳۳	۳/۳۳	۱۳/۳۳
	دانشجو	۳/۳۳	۳/۳۳	۰	۶/۶۷
تعداد فرزند					
	بدون فرزند	۶/۶۷	۱۰	۳/۳۳	۲۰
	یک فرزند	۱۰	۱۰	۱۳/۳۳	۳۳/۳۳
	دو فرزند	۱۶/۶۷	۶/۶۷	۱۳/۳۳	۳۶/۶۷
	سه فرزند	۰	۶/۶۷	۳/۳۳	۱۰
سن		۲۹/۲۰	۲۸/۹۰	۲۸/۰۰	۲۸/۷۰

[Downloaded from nsft.sbmu.ac.ir on 2026-11-22]

جدول ۲- میانگین BMI زنان چاق شرکت‌کننده در مطالعه در گروه‌های آزمایشی و کنترل، در ابتدا و انتهای مطالعه

میانگین نمایه توده بدن / گروه‌ها	ابتدای مطالعه Mean ± SD	انتهای مطالعه Mean ± SD
گروه آزمایشی ۱	۲۹/۲۲ ±۲/۹۵	۲۸/۶۲±۰/۹۳
گروه آزمایشی ۲	۲۸/۸۷±۳/۸	۲۸/۳۵±۴/۶
گروه کنترل	۲۸/۲۸±۲/۸	۲۸/۵۸±۳

جدول ۳- بررسی اثر رژیم‌درمانی بر وضعیت توده بدن در زنان گروه آزمایشی ۱

متغیرها	میانگین	انحراف معیار	مقدار t	درجه آزادی	سطح معنی داری
توده بدن در ابتدای مطالعه	۲۹/۲۲	۱/۷۱۶۴۶	-۱/۳۶۹	۹	۰/۲۰۴
توده بدن در انتهای مطالعه	۲۸/۶۲	۰/۹۶۴۷۱			

جدول ۴- بررسی اثر روایت‌درمانی به‌همراه رژیم غذایی بر وضعیت توده بدن در زنان گروه آزمایشی ۲

متغیر ها	میانگین	انحراف معیار	مقدار t	درجه آزادی	سطح معنی‌داری
توده بدن در ابتدای مطالعه	۲۸/۸۷	۱/۱۷	-۲/۲۸۶	۹	۰/۰۴۸
توده بدن در انتهای مطالعه	۲۸/۳۵	۱/۳۰			

جدول ۵- مقایسه اثر رژیم‌درمانی و روایت‌درمانی بر BMI در زنان مورد مطالعه

منبع واریانس	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معنی‌داری
متغیر کوواریانس(پیش آزمون)	۱۵/۹۵	۱	۱۵/۹۵	۲۱/۳۰	۰/ ۰۰
تفاوت بین گروه‌ها	۱/۸۵	۲	۰/۹۳	۱/۲۴	۰/۳۱
خطا	۱۹/۴۷	۲۶	۰/۷۵		
کل	۲۴۴۳۱/۸۵	۳۰			

نتایج آزمون کوواریانس جهت مقایسه BMI سه گروه آزمایشی و کنترل

• بحث

به طورسنتی، هدف‌های درمان چاقی ساده و روشن است: کاهش وزن بدن تا دسترسی به وزن ایده‌آل با توجه به نمودارهای استاندارد قد و وزن. همین منطق درمانی بود که در دهه ۱۹۸۰ پژوهشگران را برانگیخت تا انواع گوناگونی از مداخله‌ها همچون دارودرمانی و برنامه‌های غذایی خیلی کم‌کالری (یعنی کمتر از ۸۰۰ کیلوکالری در روز) را با مداخله رفتاری به‌منظور ایجاد کاهش‌های بیشتر وزن ترکیب نمایند (۲۴). اقدامات برای ایجاد چنین کاهش‌هایی موفقیت‌آمیز بودند، اما ابقای درازمدت وزن کاسته شده، ناپایدار بود (۲۵). به‌همین جهت در طول دهه ۱۹۹۰، پژوهشگران تغییرات کوچک در وزن و رفتار را به‌عنوان پیامدهای درمانی معقول پیشنهاد کردند (۲۶). به این معنا که عدم اثربخشی رژیم‌های غذایی به‌تنهایی، توسط این محققان تأکید شده است. اما نارسایی‌های رژیم‌های غذایی در مورد اثرگذاری بر BMI، آنها را دچار یک سیکل معیوب می‌کند چرا که روایت زندگی فرد چاق، همچنان حول محور اضافه‌وزن باقی می‌ماند و به‌سمت روایت‌های دیگر گسترش پیدا نمی‌کند. در بررسی ما روایت‌های زندگی به‌عنوان عاملی غیر از وزن، مورد بررسی و اصلاح قرار گرفت. Cash نیز در ۱۹۹۰ پیشنهاد کرد که عواملی غیر از وزن (یا کاهش

[Downloaded from nsft.sbmu.ac.ir on 2026-11-22]

وزن) ممکن است تغییرات در تصویر بدن را تحت تأثیر قرار دهد (۲۷). با توجه به نتایج به‌دست آمده از پژوهش، عدم کارایی رژیم‌درمانی بر BMI، جایگاه بررسی روایت‌های زندگی را تحت پروتکل‌های روایت‌درمانی شفاف‌تر می‌کند. این یافته با مطالعه Dacosta و همکاران (۲۰۰۷) هماهنگ است که مداخله گروهی روایتی را روی گروهی از دختران جوان که با وزن، بدن و مشکلات تغذیه‌ای درگیری داشتند انجام داد و پس از ارزشیابی گروهی به‌وسیله پرسش‌نامه، مشخص کرد که اعضا، کنترل برخی از مسائل زندگی شان را دوباره به‌دست آورده‌اند و همه آنها تجربه گروهی درمان‌روایتی را در این امر مهم می‌دانستند. به‌عبارتی مشخص کرد که کار گروهی نه تنها برای دختران جوان مناسب است بلکه روایت‌درمانی زمانی که گروهی کار شود می‌تواند نتایج رضایت‌بخش‌تری داشته باشد (۱۵). مطالعه Conroy و همکاران (۲۰۰۸) درخصوص تکنیک‌های روان‌شناختی مرتبط با وزن، شامل نوشتن به صورت تداعی آزاد در مورد قسمتی از بدن که مشکل دارد، بیانگر نقش روایت‌درمانی و نقش‌گزاری روانی (psychodrama)در این حیطه است(۲۸).

نتایج مطالعه نشان داد که موضوعات مربوط به روایت زندگی زنان چاق باید طی فاز اول درمان با هدف برخورد با هر نوع مشکل باقی‌مانده از اضافه‌وزن و روایت‌های مرتبط با آن، به‌عنوان اولین گام و متعاقب آن شروع فاز کاهش وزن، به‌عنوان فاز دوم درمان، عنوان شود. همان‌طورکه ذکر شد با مداخله روایتی، روایت‌ها اصلاح می‌شود و به دنبال آن بدن کاهش وزن را تجربه می‌کند. برخلاف این یافته Cooper و همکاران (۲۰۰۳)پیشنهاد می‌کنند که با استناد به رفتاردرمانیِ شناختی (Cognitive Behavior Therapy) که در جهت تنظیم رفتار خوردن اجرا می‌شود- درمان تصویر بدن باید به‌دنبال کاهش وزن طی فاز ابقای وزن درمان، به‌منظور بهبود ابقای درازمدت وزن به‌کار بسته شود (۲۹). بر اساس یافته‌های این مطالعه، چنین استدلال می‌شود که برنامه‌های کاهش وزن سنتی (همانند رژیم‌های غذایی) چون به بررسی روایت‌های زندگی که بدن قهرمان آن روایت‌هاست نمی‌پردازند، به‌طور مکرر شکست می‌خورند چرا که رژیم‌ها با روایت‌های زندگی زنان مبتلا به اضافه‌وزن و چاقی، همگام نیستند. به‌عبارت بهتر دو خانم مبتلا به ۱۰ کیلوگرم اضافه‌وزن، با رژیم غذایی کم و بیش یکسان، مورد درمان قرار می‌گیرند. این درحالی است که دو روایت متفاوت از این دو نفر وجود دارد که منجر به اضافه‌وزن تقریباً یکسانی شده است، چیزی که رژیم‌های غذایی با آن برخورد مناسبی نمی‌کنند. اگرچه زمان تقریبی ۵ هفته برای بررسی کاهش وزن توسط رژیم‌های غذایی، زمان کوتاهی است، اما با توجه به اینکه حداقل یک ماه از آغاز رژیم‌های غذایی در دو گروه آزمایشی می‌گذشت و حداکثر این میزان نیز ۴ ماه بود، عدم کارایی رژیم‌های غذایی چندان غیرمنتظره نیست.

به‌عبارت بهتر روایت‌درمانی در صورت همگام شدن با رژیم‌درمانی مؤثرتر از زمانی عمل می‌کند که رژیم‌های غذایی به‌تنهایی اجرا می‌شوند. البته در قیاس با زنانی که رژیم غذایی دریافت نمی‌کنند اما اضافه‌وزن دارند، تفاوت معنی‌داری ایجاد نمی‌کند. چرا که فاز درمانی مربوط به روایت‌درمانی، جهت‌گیری به سمت اضافه‌وزن و اصلاح روایت‌هایی با مرجعیت بدن زنان چاق بود تا با بررسی این روایت‌ها، فاز کاهش وزن که متعاقب فاز اول پیگیری می‌شود، موثرتر اتفاق بیفتد.

علی‌رغم رشد وگسترش برنامه‌ها، محصولات و روش‌های کاهش وزن، شیوع افزایش وزن همچنان روند روبه رشد دارد. به‌طور قطع، مداخله‌های بالینی کاهش وزن، راه‌حلی را برای بحران فزاینده چاقی ارائه نمی‌دهد. تحقیق حاضر نشان داد رژیم‌های غذایی با تمرکز بر کاهش BMI، موفقیت‌آمیز عمل نمی‌کنند. مداخله روایت‌درمانی در این فاز درمانی، با تمرکز بر روایت‌هایی که حول اضافه‌وزن می‌گردند، به اصلاح روایت‌های زندگی زنان مبتلا به اضافه‌وزن پرداخت. همان‌طورکه ذکر شد رفتاردرمانی شناختی به‌عنوان یک مداخله روان‌شناختی در جهت کاهش وزن، کاهش BMI را به‌عنوان اولین فاز و اصلاح تصویر بدنی را به‌عنوان دومین فاز درمانی پیشنهاد می‌کند. اما روایت‌درمانی به‌عنوان یک رویکرد درمانی جدید، بررسی روایت‌های حول محور اضافه‌وزن را به‌عنوان اولین و مؤثرترین گام که همراه با

[Downloaded from nsft.sbmu.ac.ir on 2026-11-22]

رژیم‌های غذایی اعمال می‌شود، در نظر می‌گیرد و فاز کاهش وزن را به‌عنوان دومین مرحله درمان به‌جهت کاهش‌های وزن پایدارتر معرفی می‌کند.

قابل ذکر است که حجم کم‌نمونه به‌عنوان یکی از محدودیت‌های قابل توجه در پژوهش حاضر، قلمداد می‌شود. در پژوهش اخیر به فاز اولیه درمان (اصلاح روایت‌های زندگی حول اضافه‌وزن) پرداخته شده است. لذا پیشنهاد می‌شود اجرای این رویکرد درمانی در راستای فاز دوم درمان که همان کاهش وزن پایدارتر پس از اصلاح روایت‌های زندگی است، با حجم نمونه بیشتر، مورد بررسی قرار گیرد.

سپاسگزاری

از مسئولان محترم کلینیک تغذیه انستیتو تحقیقات تغذیه‌ای ایران و کلیه بانوان شرکت‌کننده در این مطالعه، تشکر و قدردانی می‌شود.

• References

1. Field AE, Barnoya J and Goldtiz GA. Epidemiology and health and economic consequences of obesity. In: Wadden A, Stunkard AJ, editors.Handbook of obesity treatment. New York: Guilford press. 2002; p: 3-18.

2. Liotar JF. Big narrative, Meta narrative. In: Noroozi H,editors. Modernism and post modernism. 2nd ed.Naghshe jahan Publication.2003; p:207-13 [text in Persian]

3. Mc kenzie, A. Narrative-oriented therapy with children who have experienced sexual abuse. The Manitoba Journal of Child Welfare. 2005; 4(2).

4. Brown C. Narratives and metaphors. In: Brown C ,Tod AS,editors. Narrative Therapy: Making meaning, making Lives. 1nd ed. Sage Publication.2007;p:28-30

5. White, M. & Epston, D.Narrative means to therapeutic ends. New York: Norton 1990;p:20

6. Faircloth, G. A Qualitative Study/Counter-StoryTelling: A Counter-Narrative of Literacy Education for African American Males. (Dissertation). University of Miami.2009

7.Sween E.The one-minute question: What is narrative therapy, Internatioal Journal of Narrative Therapy and Community Work. Dulwich Center.1998.12(3).

8.Shapiro. J., & Ross, V. Applications of narrative theory and therapy to the practice of family medicine. Fam Med 2002; 34 (2): 96-100.

9. Neziroglu F, Roberts M, Yaryura-Tobias J. A behavioral model for body dysmorphic disorder. Psychiatric Annals: Proquest Psychology Journals 2004;11(2)

10. Bohne A, Wilhelm S, Keuthen NJ, Florin I, Baer L, Jenike MA. Prevalence of body dysmorphic disorder in a German college student sample. Psychiatry Res 2002; 109(1): 101-4.

11. Glenny AM, O'Meara S, Melville A, Sheldon E, Wilson C. The treatment and prevention of obesity: A systematic review of the literature. Int J Obes Relat Metab Disord 1997, 21, 715-37.

12. Linehan MM.Using similes,Analogies,Metaphors and Stories(SAMS).In: Rushforth J, Bell R,editors .Overcoming body image disturbance.1st ed. New York: Routledge. 2008; p: 35-50.

13. Sabol P. Narrative therapy: Perception and attitudes regarding the use of this paradigm with Latino and Pilipino Clients (dissertation). Fairliegh Dickinson University; 2006.

14. Draucker CB. Narrative therapies for women who have live with violence. Archives of Psychiatric Nursing, Narrative Therapy and Community Work. Dulwich Center 2003; 12 (3):162- 68.

15. Dacosta D, Nelson TM, Rudes J, Guterman JT. A narrative approach to body dysmorphic disorder. Mental Health Counseling 2007; 26: 67.

16. Etchison M , & Kleist D. Review of narrative therapy: Research and utility. Family Journal, 2000؛ 8 (1): 61-67.

17. Keeling ML, Bermudez M. Externalizing problems through art and writing: Experiences of process and helpfulness. J Marital Fam Ther 2006؛ 32(4) : 405-15.

18. Prochaska J,Norcras A.A text book of Psychoanalysis theory. 2nd ed. Translated by Seyedmohamadi Y.Tehran :Roshd press.1999;19-30[in Persian].

19. Anderson, H . Postmodern social construction therapies. In Sexton Thomas L., Weeks Gerald R.& Robbins Micael S.(Ed.). Handbook of family therapy. Brunner-Routledge.2003.p:78

20. Brimhall AS , Gardner BC, Henline BH. Enhancing narrative couple therapy process with an enactment scaffolding. Contemporary Family Therapy 2003; 25 (4):391-414

21. Kranstuber HA. Let's Start at the Beginning: The Relationship between Entrance Narratives and Adoptees' Self Concepts. [dissertation]. Miami: University of Miami. Master of Arts, Speech Communication; 2008.

22. Payne M.editor. Narrative therapy (An introduction for Counsellers).1 ed. Sage publication. 2004 .p.4522

[Downloaded from nsft.sbmu.ac.ir on 2026-11-22]

23. Aminikhoo N. The comparison between Efficacy of Narrative Therapy and Cognitive Behavior Therapy on Body Image and self esteem in women with breast cancer[dissertation].Tehran: Alame Tabatabaii University, M.S. Faculty of psychology and educational science; 2006[in Persian].

24. Wadden TA. Treatment of obesity by moderate and sever restriction: Results of clinical research trials. Ann Intern Med 1993; 119: 688-93.

25. Brownell KD, Jeffry RW. Improving long-term weight loss: pushing the limits of treatment. Behav Res Ther 1987; 18: 353-74.

26. Foster GD, Kendall PC. The realistic treatment of obesity: changing the scale of success. Clinical Psychology Review 1994; 14:701-39.

27. Pruzinsky T. Body image assessment. In : Cash TF, editors.Body images, Development, Deviance and change.2nd ed. New York-London: Guilford press.1990; p: 102-4.

28. Conroy M, Menard W, Fleming K, Modha P, Cerullo H, Phillips KA. Prevalence and clinical characteristics of body dysmorphic disorder in adult impaitient setting. Gen Hosp Psychiatry 2008; 30(1): 67-72.

29. Cooper Z, Fairborn CG. A new cognitive behavioral approach to the treatment of obesity. Behav Res Ther 2001; 39: 499-511.

[Downloaded from nsft.sbmu.ac.ir on 2026-11-22]

Comparison of the effects of narrative therapy and diet therapy on the body mass index in overweight and obese women

*Mackean S[1], Eskandari H[*2] , Borjali A[3] , Ghodsi D[4]*

1. *M.Sc in General Psychology, Faculty of Psychology and educational Sciences, Allameh Tabatabaii University, Tehran. Iran.*
2. **Corresponding author: Assistant Prof, Dept. of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and educational Sciences, Allameh Tabatabaii University, Tehran. Iran. Email:* e_eskandari@yahoo.com
3. *Assistant Prof, Dept. of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and educational Sciences, Allameh Tabatabaii University, Tehran. Iran.*
4. *M.Sc in Nutrition, Faculty of Nutrition Sciences and Food Technology, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.*

Received 25 Jul, 2010 **Accepted 3 Oct, 2010**

Background and Objectives: This study was carried out with the aim of comparing the effect of diet therapy and narrative intervention on the extent of body mass index (BMI) reduction in overweight and obese women.

Subject and Methods: This was a quasi experimental-interventional study, in which 30 overweight women were selected by random sampling from among those consulting the Diet Clinic and randomly assigned to one of 2 intervention (group 1, diet therapy alone; group 2, diet therapy plus narrative therapy) and a control group (receiving no intervention). The period of intervention was 5 weeks. Weight of all the subjects with light clothing was measured by a Seca scale to the nearest 0.5 kg and their height by a stadio-meter to the nearest 0.5 cm. The BMI was calculated by dividing weight (in kg) by squared height (m^2). The data were analyzed using the SPSS 16 software, the statistical test being covariance analysis and paired t- test.

Results: Data analysis showed that diet therapy alone (group 1) had no significant effect on the BMI ($P>0.05$), while in group 2 (diet therapy plus narrative therapy) BMI decreased significantly ($P<0.001$). Inter-group comparison (among the 3 groups) showed that there were no significant difference between diet therapy and narrative therapy with regard to BMI.

Conclusion: The findings show that in the first phase of intervention life narratives about overweight help obese women correct their nutritional habits. This is followed by BMI reduction in the second phase. Since diet therapy is not consistent with the women's life narratives, it plays no role in correcting life narratives for more successful dieting. Considering the efficacy of narrative therapy in body mass index reduction and no effect by diet therapy alone, further studies on the life narratives of overweight women and their correction are recommended

Keywords: Narrative therapy, Body mass index (BMI), Diet therapy**,** Overweight

[Downloaded from nsft.sbmu.ac.ir on 2026-11-22]