

مقایسه اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی و درمان شناختی-رفتاری، بر خوردن هیجانی در افراد چاق

افسانه هنردار^۱، مجتبی انصاری شهیدی^{۲*}، امیر محسن راه نجات^۳، حسن رضایی جمالویی^۲

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۱۱/۹ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۹/۲۲

خلاصه

مقدمه: چاقی معضلی فراگیر است که می‌تواند سلامت جسمانی را به شدت دچار آسیب سازد. پژوهش حاضر، با هدف مقایسه اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی و درمان شناختی-رفتاری بر خوردن هیجانی در افراد چاق صورت گرفت.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون به همراه مرحله پیگیری و با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش، شامل تمامی مراجعه‌کنندگان به مرکز مشاوره و روان‌شناختی راه برتر شهر قزوین در سال ۱۳۹۸ بود، که توسط متخصصان تغذیه، تشخیص چاقی گرفته بودند. با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند، ۶۰ نفر انتخاب شده و به روش تصادفی در سه گروه (رفتار درمانی دیالکتیکی و درمان شناختی رفتاری و کنترل) گمارده شدند (هر گروه ۲۰ نفر). برای گروه‌های آزمایش درمان شناختی رفتاری و رفتار درمانی دیالکتیکی به مدت ۱۰ جلسه اجرا شد و برای گروه کنترل، درمانی صورت نگرفت. پرسشنامه رفتار خوردن (Dutch) در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری شش‌ماهه توسط شرکت‌کنندگان تکمیل شد. از آزمون تحلیل واریانس آمیخته برای آنالیز داده‌ها استفاده شد.

یافته‌ها: بر اساس نتایج حاصل، بعد از انجام دو مداخله رفتار درمانی دیالکتیکی و درمان، شناختی رفتاری، اثرات عضویت گروهی و تعامل مراحل و گروه برای هر سه مؤلفه متغیر، خوردن هیجانی (سبک هیجانی، سبک بازداری و سبک بیرونی) معنادار بود و موجب کاهش آن شده بود ($p < 0/05$). اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بیش از درمان شناختی رفتاری بود ($p > 0/05$). نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج این مطالعه، به نظر می‌رسد رفتار درمانی دیالکتیکی مداخله‌ای مؤثرتر از درمان، شناختی رفتاری در کاهش خوردن هیجانی در افراد چاق می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: خوردن هیجانی، رفتار درمانی دیالکتیکی، درمان شناختی رفتاری، چاقی

۱- دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران.

۲- استادیار، گروه روانشناسی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران. (نویسنده مسئول)

پست الکترونیکی: Dransarishahidi@gmail.com. تلفن: ۰۹۱۲۴۳۷۷۲۳۰

۳- استادیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ارتش جمهوری اسلامی ایران، تهران، ایران.

مقدمه

اضافه وزن، از عوامل خطر بسیاری از بیماری‌های مزمن (همچون بیماری‌های قلبی و دیابت)، به مشکلی فراگیر تبدیل شده است [۱]. عوامل متعددی شامل: الگوی غذایی نامناسب، سبک زندگی نادرست، عدم فعالیت بدنی، عوامل بیولوژیک و برخی بیماری‌ها، سبب چاقی و اضافه وزن می‌شود [۲]. رفتارهای پرخوری از قبیل خوردن هیجانی (Emotional eating)، خوردن تکانشی و عدم خودداری در غذا خوردن می‌توانند زمینه‌ساز چاقی می‌باشند [۳]. هیجان غذا خوردن را تحت تأثیر قرار داده و اغلب احساسات منفی با الگوهای خوردن ناسالم مرتبط است [۴]. پرخوری اغلب واکنشی به هیجان‌های منفی است، که احتمالاً تلاشی در جهت کاستن عواطف منفی است [۵]. در همین راستا، نتایج تحقیقات مختلف نشان می‌دهند، افراد چاق از بالا بودن خلق منفی رنج برده و تجربه هیجان‌های منفی بر الگوی غذا خوردن آن‌ها تأثیر معناداری دارد [۶-۴]. هنگامی که فردی باور دارد غذا خوردن، خلق را بهبود می‌بخشد، در پاسخ به عواطف منفی به غذا خوردن روی می‌آورد [۴]. بنابراین به نظر می‌رسد که درمان شناختی رفتاری (Cognitive-behavioral therapy) می‌تواند مداخله‌ای مؤثر باشد [۷].

اصطلاح شناختی رفتاری بر این نکته تأکید دارد، که فرایندهای تفکر در رفتار و عملکرد تأثیر دارند [۷]. هدف این شیوه آموزشی اصلاح عقاید غیرمنطقی، باورهای ناکارآمد، تفسیرهای غلط و خطاهای شناختی است [۸]. بر اساس رویکرد شناختی رفتاری، ریشه حفظ پراشتهایی روانی طرحواره‌های ناکارآمد فرد در مورد خود ارزشمندی است [۹]. افراد چاق خودشان را به طور وسیع بر اساس شکل، وزن و توانایی‌شان برای کنترل آن می‌سنجند [۱۰]، در نتیجه دائماً متمرکز بر ظاهر بدنی، وزن و کنترل رژیم خود بوده و از چاقی و افزایش وزن اجتناب می‌کنند. براساس نظریه شناختی رفتاری افراد چاق تلاش می‌کنند به قواعد رژیمی پایبند بوده و حتی کوچک‌ترین لغزش، نشانه‌ای از کمبود خودکنترلی انگاشته می‌شود و این افراد به چنین قانون شکنی‌ای، با رها کردن موقت تلاش خود برای محدود کردن خوردن پاسخ می‌دهند [۱۱]، و در نتیجه در مقابل میل به خوردن که نتیجه

پرهیز افراطی از مواد غذایی است، تسلیم شده، که منجر به دوره‌های پرخوری می‌شود [۱۲]. یافته‌های مطالعات متعدد گویای اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر کاهش وزن، رعایت سبک زندگی سالم شامل: کنترل رژیم غذایی و کم‌تحرکی، بهبود خود انگاره بدنی، افزایش سلامت روان و عزت‌نفس در افراد دارای اضافه وزن می‌باشند [۱۳-۹].

رفتار درمانی دیالکتیکی (Dialectical behavior therapy) نیز می‌تواند مداخله‌ای مؤثر در این رابطه باشد [۱۴]. رفتار درمانی دیالکتیکی رویکردی است که بر مبنای تنظیم هیجان‌ها در درمان اختلال شخصیت مرزی شکل گرفته است [۱۴]. این درمان بویژه برای آموزش مهارت‌های تنظیم عواطف سازگارانه طراحی شده است [۱۵]. بر اساس این درمان، رفتارهای خوردن، به عنوان ابزاری برای تسکین آشفتگی‌های هیجانی، در افرادی که در تنظیم هیجان‌های منفی دچار مشکل‌اند، به کار می‌رود [۱۷]. این رویکرد با ترکیب فنون مختلف، بر افزایش توانمندی‌های مراجع از طریق آموزش مهارت‌های جدید به دنبال افزایش انگیزش مراجع برای کاهش عواملی است که در پیشرفت درمان تداخل کرده و یا همانند هیجان‌ها، شناخت‌ها، رفتار آشکار و محیط، از آن جلوگیری می‌کنند [۱۸، ۱۹]. یافته مطالعات مختلف نشان‌دهنده اثربخشی معنادار این مداخله درمانی بر کیفیت زندگی، کنترل وزن و رژیم غذایی و بهزیستی روانی در افراد چاق و دیگر بیماران می‌باشد [۱۹-۱۶].

چاقی معضلی فراگیر است و به عنوان عامل خطر برای بیماری‌های مزمن مختلف از جمله بیماری قلبی عروقی و دیابت شناخته می‌شود. به دنبال بررسی مداخلات مؤثر در کاهش مشکلات روان‌شناختی در افراد چاق (که احتمالاً می‌توانند در کاهش رفتار پرخوری هیجانی در آن‌ها مؤثر باشند)، درمان شناختی رفتاری و رفتار درمانی دیالکتیکی مداخله‌ای مناسب در این زمینه به نظر می‌رسند [۲]. بر همین اساس، این مطالعه درصدد است به مقایسه اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی و درمان شناختی-رفتاری بر خوردن هیجانی در افراد چاق بپردازد.

مواد و روش‌ها

نفر) به دست آمد، که با در نظر گرفتن احتمال ریزش این تعداد به ۲۲ نفر در هر گروه افزایش یافت.

$$n = \frac{2\sigma^2 \left(z_1 - \frac{\alpha}{2} + z_1 - \beta \right)^2}{d^2}$$

ابزارهای پژوهش

چکلیست اطلاعات جمعیت شناختی

چکلیست اطلاعات جمعیت شناختی برای گردآوری اطلاعات مربوط به سن، تحصیلات، وضعیت تأهل مورد استفاده قرار گرفت.

پرسشنامه رفتار خوردن داچ (Dutch Eating Behavior

Questionnaire): این پرسشنامه توسط Van Strien و

همکاران (۲۰) ساخته شد. (که از ۳۳ ماده و سه خرده مقیاس

تشکیل شده است.) مواد این پرسشنامه دارای مقیاس

پاسخگویی پنج درجه‌ای لیکرت (هرگز = ۱ تا بیشتر وقت‌ها =

۵) است. خرده مقیاس‌ها عبارت‌اند: از خوردن محدود شده

(که محدود کردن رفتار خوردن را اندازه می‌گیرد) که از ۱۰

ماده تشکیل شده است (با دامنه نمره ۱۰ تا ۵۰)، خوردن

هیجانی که خوردن در پاسخ به آشفتگی هیجانی را اندازه

می‌گیرد (که ۱۳ ماده این پرسشنامه با دامنه نمره ۱۳ تا ۶۵

را به خود اختصاص داده است) و خوردن بیرونی که خوردن

در پاسخ به نشانه‌های بیرونی غذا را اندازه می‌گیرد (که از ۱۰

ماده این پرسشنامه با دامنه نمره ۱۰ تا ۵۰ را تشکیل شده.)

مجموع نمرات کل ابزار از ۳۳ تا ۱۶۵ متغیر است و کسب نمره

بالا در این پرسشنامه نشان‌دهنده خوردن هیجانی بیشتر در

فرد است. Van Strien و همکاران (۲۰)، روایی سازه این

پرسشنامه را در قالب یک ابزار سه مؤلفه‌ای مورد تأیید قرار

دادند و آلفای کرونباخ این پرسشنامه را برای خوردن هیجانی،

محدود شده و بیرونی به ترتیب ۰/۹۰، ۰/۷۱ و ۰/۷۰ گزارش

کردند، در نهایت آن را دارای همسانی درونی رضایت‌بخش

نشان دادند. در ایران نیز، Nejadi و همکاران (۲۱) با بررسی

ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسشنامه، آن را دارای پایایی

بازآزمایی، همسانی درونی (ضرایب آلفای کرونباخ بین ۰/۸۰ تا

۰/۹۵) و روایی عاملی مناسبی گزارش کردند. ضرایب آلفای

کرونباخ این پرسشنامه در مطالعه حاضر ۰/۸۳ بود.

پژوهش حاضر نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-

پس‌آزمون به همراه مرحله پیگیری و با گروه کنترل بود.

طرح این مطالعه (بسا کد

IR.IAU.NAJAFABAD.REC.1399.079) در کمیته

اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی-واحد نجف‌آباد مورد تصویب قرار

گرفته است. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی زنان

مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره و روان‌شناختی راه برتر شهر

قزوین در سال ۱۳۹۸ بود، که توسط پزشکان و متخصصان

تغذیه، تشخیص چاقی گرفته بودند. افراد واجد شرایط با

استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شده و کسانی که

معیارهای ورود به پژوهش را داشتند به روش تصادفی ساده با

قرعه‌کشی به سه گروه (رفتار درمانی دیالکتیکی و درمان

شناختی رفتاری و کنترل) تقسیم شدند. در ابتدا ۷۰ نفر با

شرایط ورود به پژوهش، به صورت هدفمند انتخاب شدند، از

این ۷۰ نفر، ۶۶ نفر از آن‌ها که نمره بالا (نمره ۹۵ به بالا) در

متغیر خوردن هیجانی داشتند برای شرکت در تحقیق انتخاب

، و در سه گروه ۲۲ نفری قرار گرفتند. در ابتدا و انتهای

جلسات درمانی و هم‌چنین برای دوره پیگیری، شش ماه پس

از خاتمه جلسه‌های درمانی، افراد هر سه گروه پرسش‌نامه

رفتار خوردن داچ را تکمیل نمودند. معیارهای ورود به پژوهش

شامل موارد ذیل می‌باشد: چاقی (شاخص توده بدنی (Body

Mass Index) بالاتر از ۳۰ کیلوگرم بر مترمربع)، نمره بالا در

رفتارهای خوردن هیجانی، مؤنث بودن، دامنه سنی ۲۰-۵۰

سال، باردار نبودن و عدم برنامه‌ریزی برای بارداری، عدم

استفاده از داروهای روان‌پزشکی (مانند ضدافسردگی‌ها و

داروهای آنتی‌سایکوتیک)، عدم دریافت درمان روان‌شناختی

هم‌زمان، دارا بودن حداقل تحصیلات دیپلم، عدم ابتلا به

هرگونه اختلال شدید روان‌پزشکی مانند: اختلال دوقطبی،

اسکیزوفرنی، اختلال وسواسی اجباری و اختلال بارز شخصیتی و

رضایت آگاهانه به شرکت در مطالعه. معیارهای خروج پژوهش،

عدم تمایل به ادامه همکاری در مطالعه بود. در این مطالعه برای

محاسبه حجم نمونه از فرمول زیر (با پارامترهای $B=0.80$ ،

$d=4/5$ ، $a=0/05$ و انحراف معیار مشترک بین سه گروه که

$2/5$ استفاده شد)، حجم نمونه ۶۰ نفر (برای هر گروه ۲۰

مداخلات پژوهش

در این پژوهش از پروتکل درمان، شناختی رفتاری برگرفته از اصول درمانی Hofmann و همکاران [۷] و پروتکل رفتار درمانی دیالکتیکی برگرفته از اصول درمانی Lynch و همکاران [۱۴] استفاده شد. این دو درمان در طی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بر روی گروه‌های آزمایش انجام شد.

پروتکل درمان شناختی رفتاری

جلسه اول: بررسی انگیزه بیمار از تغییر و ایجاد انگیزه تغییر با استفاده از مصاحبه انگیزشی

جلسه دوم: آشنا ساختن بیمار با مدل شناختی رفتاری و پرداختن به موانع کاهش وزن و عوامل مرتبط با نگرانی‌ها

جلسه سوم: آموزش رفتاری کنترل ولع و پرخوری و افزایش فعالیت

جلسه چهارم: پرداختن به نگرانی‌های تصویر بدن و پرداختن به اهداف وزن

جلسه پنجم: آشنا ساختن بیمار با شناخت درمانی و تأثیری که می‌تواند داشته باشد و بررسی افکار خود آیند منفی

جلسه ششم: شناسایی تحریف‌ها یا خطاهای شناختی

جلسه هفتم و هشتم: شناسایی نگرانی‌های مربوط به درمان درباره خطرات سلامتی همراه با چاقی و آغاز محدود کردن دریافت انرژی می‌باشد و شناسایی باورهای بنیادی بیماران مربوط به چاقی و ظاهر خود

جلسه نهم: اصلاح باورهای قدیمی و ناکارآمد، با باورهای جدید، تجدید ساختار خاطرات اوایل زندگی و طرحواره‌های منفی ظاهر

جلسه دهم: در این جلسه، به مرور جلسات قبل و مهارت‌های ابقای وزن پرداخته شد، بازخورد درمانی و پس‌آزمون گرفته شد.

پروتکل رفتار درمانی دیالکتیکی

جلسه اول: شامل ایجاد رابطه درمانی مناسب و فهم کلی مراجع در مورد مشکلات مربوط به خوردن و آماده کردن مراجع در به‌کارگیری منطق رفتار درمانی دیالکتیکی، معرفی مدل تنظیم هیجانی در این رویکرد با هدف کاهش در میزان تسلیم شدن در برابر اشتغالات ذهنی درباره غذا و رفتارهای مرتبط با پرخوری و متوقف کردن پرخوری و عقد قرارداد

درمانی می‌باشد.

جلسه دوم: بحث در مورد اهداف برنامه و ابزار لازم، که ما را به هدف برساند. ضمن آشنا کردن مراجعین با چارچوب کلی درمان در مورد هر یک از مهارت‌های توجه آگاهی اطلاعاتی داده می‌شود.

جلسه سوم: مربی رفتار درمانی دیالکتیک خود باشیم، شامل آشنایی با زنجیره‌های رفتاری که رفتار مخرب را شکل می‌دهد.

جلسه چهارم: مزایای تفکر دیالکتیک و توجه آگاهی، توضیح مبسوطی در مورد تفکر دیالکتیک و مهارت‌های نظاره کردن

جلسه پنجم: نظاره‌گر ماهرتری شویم، که شامل آموزش مهارت اتخاذ یک موضع غیر قضاوت‌گون و تمرکز بر یک چیز در زمان حال و اثربخشی

جلسه ششم: باقی ماندن در مسیر، آموزش داده می‌شود و متوقف کردن هر رفتاری که در اجرای برنامه تداخل کند و مرور مهارت‌هایی آموخته‌شده

جلسه هفتم: آموزش توجه آگاهانه خوردن و جستجوی علل ولع و توضیح در مورد مهارت‌های تحمل رنج یا مهارت‌هایی که به فرد کمک می‌کنند در شرایط بحرانی با هیجانات خود به شیوه مناسب مقابله کنند.

جلسه هشتم: توجه آگاهی هیجانی و پذیرش بنیادین هیجانات و گام‌هایی برای ایجاد تغییرات مثبت و احساسات مثبت

جلسه نهم: تاب‌آوری و تحمل فشار عصبی که به معرفی و توضیح راهبردهای پذیرش (پذیرش کامل از عمق درون)، معطوف کردن ذهن به سمت پذیرش و مهارت‌های مدیریت بحران کمک می‌کند.

جلسه دهم: شامل برنامه‌ریزی برای آینده و جلوگیری از عود و مرور مهارت‌های ذهن آگاهی، تنظیم هیجان و تحمل رنج و به‌کارگیری مستمر مهارت‌های آموخته‌شده، بازخورد از دوره آموزشی و اجرای پس از آزمون می‌باشد.

ابتدا با تمامی مراجعه‌کنندگان به مرکز مشاوره و روان‌شناختی راه برتر شهر قزوین که از طریق مراجعه به روان‌پزشکان، پزشکان و متخصصان تغذیه به این مرکز ارجاع

گروه دلیل عدم مشارکت در جلسات یا تکمیل پرسشنامه‌ها حذف و داده‌های مربوط به ۲۰ نفر در هر گروه مورد آنالیز قرار گرفت.

جهت انجام تجزیه و تحلیل آماری از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ و روش‌های آمار توصیفی، مانند میانگین، انحراف استاندارد و نیز روش‌های آمار استنباطی شامل آزمون تحلیل واریانس، آزمون مجذور کای، تحلیل واریانس آمیخته، آزمون کولموگوروف - اسمیرنوف، آزمون ام باکس، آزمون کرویت موچلی و آزمون تعقیبی بن‌فرونی در سطح معناداری ۰/۰۵ استفاده شد.

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سن گروه رفتار درمانی دیالکتیک ۲۹/۳۰±۵/۸۶، گروه درمان شناختی رفتاری ۲۷/۶۰±۵/۱۲ و گروه کنترل ۲۸/۴۷±۵/۹۰ بود، که با توجه به نتایج آزمون تحلیل واریانس، تفاوت معناداری بین گروه‌ها از نظر سن وجود نداشت (p=۰/۲۴۴). در جدول ۱ شاخص‌های توصیفی فراوانی و درصد فراوانی برای دو متغیر سطح تحصیلات و وضعیت تأهل برای گروه‌های پژوهش ارائه شده است. نتایج به دست آمده برای آزمون مجذور کای، بیانگر این است که بین گروه‌های پژوهش در متغیرهای یاد شده ناهمسانی معناداری وجود ندارد (p>۰/۰۵).

داده شده بودند، به عنوان نمونه انتخاب شدند، با این شرایط که متخصصان مرکز برای آن‌ها تشخیص چاقی داده و علاقه‌مند و داوطلب شرکت در پژوهش باشند. سپس از بین آن‌ها ۶۶ نفر به عنوان نمونه انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه رفتار درمانی دیالکتیکی، درمان شناختی رفتاری و کنترل قرار گرفتند. جلسات به صورت گروهی در مرکز مشاوره و روان‌شناختی راه برتر شهر قزوین و در ساعات ۱۸-۲۰ برگزار شد. در ابتدا و انتهای جلسات درمانی و همچنین برای دوره پیگیری، شش ماه پس از خاتمه جلسه‌های درمانی، افراد هر سه گروه پرسشنامه رفتار خوردن داچ را به صورت خود گزارشی تکمیل نمودند. برای ملاحظات اخلاقی، رعایت حق انتخاب و اختیار مشارکت‌کنندگان برای مشارکت در پژوهش، محرمانه بودن اطلاعات شخصی شرکت‌کنندگان در پژوهش و اختصاص کد به هر یک از آن‌ها، عدم استفاده از منابع مشکوک و فاقد اعتبار علمی و اجتماعی در پژوهش، پرهیز در استفاده از روش‌هایی که سبب آسیب جسمی یا روانی به شرکت‌کنندگان شود، ارائه اطلاعات لازم در زمینه نحوه اجرای پژوهش، تأمین هزینه رفت و آمد شرکت‌کنندگان بنابر تمایل و خودداری از طرح پرسش‌های غیرضروری و شخصی، عدم بایگانی نمودن اطلاعات شخصی غیرضروری و خصوصی شرکت‌کنندگان و اجرای یک جلسه آموزشی پس از اتمام مداخلات برای گروه کنترل لحاظ شد. در نهایت ۲ نفر از هر

جدول ۱- شاخص‌های توصیفی وضعیت تأهل و سطح تحصیلات شرکت‌کنندگان در گروه رفتار درمانی دیالکتیکی (DBT) و گروه درمان شناختی-رفتاری (CBT)

P	گروه کنترل		گروه CBT		گروه DBT		متغیر
	درصد فراوانی	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی	
۰/۷۹*	۲۵	۵	۳۵	۷	۲۵	۵	دیپلم و فوق‌دیپلم
	۵۵	۱۱	۳۵	۷	۵۰	۱۰	سطح کارشناسی
	۲۰	۴	۳۰	۶	۲۵	۵	تحصیلات کارشناسی ارشد و بالاتر
۰/۷۷*	۷۰	۱۴	۷۵	۱۵	۶۵	۱۳	وضعیت تأهل مجرد
	۳۰	۶	۲۵	۵	۳۵	۷	متأهل

* آزمون مجذور کای، p<۰/۰۵ اختلاف معنی‌دار

پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ارائه شده است.

در جدول ۲، شاخص‌های توصیفی میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه‌های پژوهش در مراحل

جدول ۲- شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در گروه رفتار درمانی دیالکتیکی (DBT) و گروه درمان شناختی-رفتاری (CBT)

متغیر	مرحله آزمون	گروه DBT			گروه CBT			گروه کنترل	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
هیجانی	پیش آزمون	۳۷/۴۵	۵/۵۱	۳۷/۹۵	۴/۲۳	۳۶/۱۵	۴/۹۶		
	پس آزمون	۲۵/۲۰	۳/۸۸	۲۸/۷۰	۴/۵۷	۳۶/۳۵	۵/۴۲		
خوردن هیجانی	پیش آزمون	۲۶/۲۵	۴/۴۲	۲۸/۷۵	۵/۰۲	۳۷/۴۰	۴/۵۷		
	پس آزمون	۲۷/۶۰	۵/۳۰	۲۵/۸۱	۵/۹۰	۲۶/۲۰	۴/۵۴		
بیرونی	پیش آزمون	۲۱/۳۰	۵/۲۶	۲۲/۱۵	۵/۶۲	۲۶/۲۰	۴/۶۸		
	پس آزمون	۲۲/۷۰	۳/۴۵	۲۲/۶۵	۵/۳۹	۲۷/۰۵	۴/۱۷		
	پیش آزمون	۲۷/۱۵	۴/۶۲	۲۷/۶۹	۶/۰۳	۲۶/۷۱	۴/۵۵		
	پس آزمون	۱۷/۳۱	۴/۰۵	۲۱/۰۵	۳/۴۷	۲۶/۰۱	۴/۷۹		
	پیش آزمون	۱۹/۱۱	۳/۱۶	۲۲/۴۵	۴/۰۳	۲۲/۳۱	۴/۶۵		

برای آنالیز داده‌ها از تحلیل واریانس آمیخته استفاده شد. در مورد بررسی پیش فرض نرمال بودن توزیع متغیرها، نتایج آزمون کالموگروف-اسمیرنف، بر نرمال بودن توزیع نمرات دلالت داشت. ($p=0/714$). برای همگنی واریانس‌ها از آزمون ام باکس ($p=0/306$ ، Box's $M=0/94$) استفاده شد که از آنجا که برای آزمون ام باکس و آزمون کرویت موچلی ($p=0/570$) سطوح معناداری به دست آمده بیشتر از $0/05$

بود. بنابراین استفاده از تحلیل واریانس آمیخته مانعی ندارد. نتایج این تحلیل نشان داد، که تفاوت معناداری بین میانگین نمرات ترکیب خطی مؤلفه‌های متغیر خوردن هیجانی در گروه‌ها ($F=71/32$ ، $p<0/001$ ، $F=0/461$ لامبدای ویلکز)، مراحل آزمون ($F=80/12$ ، $p<0/001$ ، $F=0/408$ لامبدای ویلکز) و تعامل مراحل و گروه ($F=59/78$ ، $p<0/001$ ، $F=0/539$ لامبدای ویلکز) متفاوت است.

جدول ۳- نتایج آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره متغیر خوردن هیجانی در گروه رفتار درمانی دیالکتیکی (DBT) و گروه درمان شناختی-رفتاری (CBT)

منبع تغییرات	مقدار لامبدای ویلکز	F	معناداری	اندازه اثر
گروه	0/461	71/32	<0/001	0/48
مراحل آزمون	0/408	80/12	<0/001	0/57
گروه × مراحل	0/539	59/78	<0/001	0/41

در جدول ۴، گزارش الگوهای تفاوت از تحلیل واریانس ارائه شده است. نتایج به دست آمده در جدول ۳ نشان می‌دهد که در ترکیب خطی، مؤلفه‌های متغیر خوردن هیجانی (سبک هیجانی، سبک بازداری و سبک بیرونی) در مراحل آزمون، عضویت گروهی و تعامل مراحل و گروه تفاوت معنادار است

($p<0/05$). اندازه اثر در ایجاد تفاوت‌ها برای مراحل آزمون عضویت گروهی و تعامل مراحل و گروه به ترتیب برای سبک هیجانی $0/48$ ، $0/45$ و $0/37$ برای سبک بازداری $0/17$ ، $0/11$ و $0/13$ و برای سبک بیرونی $0/44$ ، $0/27$ و $0/24$ است.

جدول ۴- نتایج تحلیل واریانس آمیخته جهت بررسی مقایسه اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی (DBT) و درمان شناختی-رفتاری (CBT) بر خوردن هیجانی

متغیر (ابعاد خوردن هیجانی)	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	مقدار P	اندازه اثر	توان آزمون
هیجانی	مراحل آزمون	1833/41	2	916/71	51/69	<0/001	0/48	1
	عضویت گروهی	1541/11	2	770/56	22/68	<0/001	0/45	1
	تعامل مراحل و گروه	4653/44	4	1163/36	290/84	<0/001	0/37	1

مقدار P	خطای انحراف معیار	تفاوت میانگین	گروه ثانویه	گروه مبنا	منبع تغییرات	متغیر (ابعاد خوردن هیجانی)
۰/۹۹	۰/۱۷	< ۰/۰۰۱	۱۱/۹۷	۱۷۶	۲	۳۵۲/۰۱
۰/۶۳	۰/۱۱	۰/۰۴	۳/۴۸	۱۵۶/۶۱	۲	۳۱۳/۲۱
۰/۹۲	۰/۱۳	۰/۰۰۳	۴/۲۸	۶۳	۴	۲۵۱/۹۹
۱	۰/۴۴	< ۰/۰۰۱	۴۵/۷۸	۵۷۴/۴۱	۲	۱۱۴۸/۸۱
۰/۹۸	۰/۲۷	< ۰/۰۰۱	۱۰/۴۰	۳۵۰/۷۷	۲	۷۰۱/۵۴
۱	۰/۲۴	< ۰/۰۰۱	۹/۱۹	۱۱۵/۳۷	۴	۴۶۱/۴۹

$p < ۰/۰۵$ اختلاف معنی دار، تحلیل واریانس آمیخته

هیجانی و بیرونی به صورت معناداری اثربخشی بیشتری دارد ($p < ۰/۰۵$). همچنین نتایج نشان می‌دهد میانگین پیش‌آزمون هر سه مولفه به صورت معناداری، بیشتر از پس‌آزمون و پیگیری است ($p < ۰/۰۵$)، ولی بین مرحله پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود ندارد ($p > ۰/۰۵$)، که بیانگر پایداری نتایج است.

به منظور بررسی نقاط تفاوت در مؤلفه‌های معنادار از مقایسه زوجی بنفرونی استفاده شد، که نتایج آن در جدول ۴ ارائه شده است. نتایج به دست آمده از جدول ۵ نشان می‌دهد که گروه DBT و CBT در مقایسه با گروه کنترل در هر سه مولفه خوردن هیجانی به صورت معناداری میانگین کمتری دارند ($p < ۰/۰۵$). همچنین مقایسه دو گروه آزمایش نشان می‌دهد که گروه DBT در مقایسه با گروه CBT در مؤلفه‌های

جدول ۵- مقایسه زوجی تفاوت‌های بین گروهی و مراحل آزمون بر اساس میانگین‌های تعدیل شده مؤلفه‌های خوردن هیجانی در دو گروه رفتار درمانی دیالکتیکی (DBT) و درمان شناختی-رفتاری (CBT)

مقدار P	خطای انحراف معیار	تفاوت میانگین	گروه ثانویه	گروه مبنا	منبع تغییرات	متغیر (ابعاد خوردن هیجانی)
۰/۰۴	۱/۰۴	-۲/۱۷	CBT	DBT	گروه	هیجانی
۰/۰۰۱	۱/۰۴	-۷	کنترل	CBT		
۰/۰۰۱	۱/۰۴	-۴/۸۳	کنترل	DBT		
۰/۷۹	۱/۲۲	۰/۳۳	CBT	DBT		
۰/۰۴	۱/۲۲	-۲/۶۲	کنترل	CBT	گروه	بازداری
۰/۰۲	۱/۲۲	-۲/۹۵	کنترل	DBT		
۰/۰۲	۱/۰۶	-۲/۵۵	CBT	DBT		
۰/۰۰۱	۱/۰۶	-۴/۸۳	کنترل	DBT	گروه	بیرونی
۰/۰۴	۱/۰۶	-۲/۲۸	کنترل	CBT		

بحث

اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر کاهش وزن، رعایت سبک زندگی سالم شامل کنترل رژیم غذایی و کم‌تحركی، بهبود خود انگاره بدنی، افزایش سلامت روان و عزت‌نفس در افراد دارای اضافه وزن همسو است [۹-۱۳]. Paul و همکاران [۱۰] در بررسی خود نشان دادند که، درمان شناختی رفتاری دارای اثر پیش‌بینی کننده در کاهش وزن در بیماران داوطلب جراحی چاقی بوده و می‌تواند میزان موفقیت این درمان را افزایش دهد. Amel و همکاران [۱۱] در یک تحقیق به بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری متمرکز بر والدین بر

مطالعه حاضر با هدف مقایسه اثربخشی، درمان شناختی-رفتاری و رفتار درمانی دیالکتیکی بر خوردن هیجانی در افراد چاق انجام شد. نتایج نشان داد که درمان شناختی-رفتاری و رفتار درمانی دیالکتیکی موجب کاهش خوردن هیجانی، در زنان چاق شده است. نتایج مؤیدایست که رفتار درمانی دیالکتیکی در کاهش خوردن هیجانی در افراد چاق از درمان شناختی رفتاری اثربخش تر است. این نتایج با نتایج تحقیقات انجام گرفته قبلی در زمینه

رفتاری نیز بر روی شناسایی افکار ناکارآمد در مورد غذا و بدن، باورهای منفی بنیادین در این رابطه و پیامدهای هیجانی منفی و همچنین اصلاح باورها و شناخت‌های نادرست و غیرمنطقی تمرکز دارد. بازسازی افکار ناکارآمدی که خود منشأ تجارب هیجانی منفی بسیاری هستند، موجب کاهش هیجانات ناخوشایند و در نتیجه کاهش خوردن هیجانی در افراد چاق می‌شود [۱۱].

نتایج نشان داد که رفتار درمانی دیالکتیکی موجب کاهش خوردن هیجانی در افراد چاق شده که اثربخشی آن بیش از درمان شناختی رفتاری بود. این نتایج با نتایج تحقیقات انجام گرفته قبلی در زمینه اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر کیفیت زندگی، کنترل وزن و رژیم غذایی و بهزیستی روانی در افراد چاق [۱۶-۱۹] همسو است. Abdolkarimi و همکاران در مطالعه خود به بررسی میزان اثربخشی درمان ترکیبی رفتار درمانی دیالکتیکی و تعهد و پذیرش در زنان دارای مشکل اضافه وزن پرداخته و متوجه شدند که این مداخله ترکیبی در اصلاح سبک زندگی این افراد به صورت افزایش ورزش و کاهش وزن مؤثر است [۱۷]. Maffei و همکاران [۱۸] در تحقیق خود که بر روی بیماران وابسته به الکل انجام دادند، به این یافته دست پیدا کردند که رفتار درمانی دیالکتیکی با کاهش میزان شدت هیجانات منفی در این افراد، در کاهش میزان وابستگی به الکل مؤثر است. برخلاف نتایج این مطالعه که نشان دهنده تأثیر بیشتر رفتار درمانی دیالکتیکی از درمان شناختی رفتاری در کاهش خوردن هیجانی در افراد چاق بود، Lammers و همکاران [۱۵] در مطالعه خود که به مقایسه رفتار درمانی دیالکتیکی و درمان شناختی رفتاری در کاهش پرخوری و تبعیت از رژیم غذایی در افراد مبتلا به پرخوری پرداختند، نشان دادند که تفاوت معناداری در این دو مداخله در کاهش پرخوری و تبعیت از رژیم غذایی وجود نداشته و هر دو درمان مؤثر هستند.

در رفتار درمانی دیالکتیکی به فرد دارای اختلال خوردن کمک می‌شود تا خزانه راهبردهای مقابله‌ای خود را غنی‌تر کرده و رفتار خوردن خود را با راهبردهای مقابله‌ای سالم‌تر جایگزین کند [۱۶]. رفتار درمانی دیالکتیکی از طریق ذهن آگاهی، می‌تواند درون‌نگری را بالا برده و بنابراین بیماران

علائم اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی، چاقی و عزت‌نفس کودکان دارای اضافه وزن با اختلال بیش‌فعالی نقص توجه پرداختند و به این یافته دست پیدا کردند که این روش درمانی می‌تواند در این کودکان در بهبود علائم نقص توجه و بیش‌فعالی، چاقی و عزت‌نفس اثربخشی معناداری داشته باشد. اما Dalle و همکاران [۲۲] در بررسی خود بر روی افراد بزرگسال چاق نشان دادند که درمان شناختی رفتاری گرچه در بهبود کیفیت زندگی این افراد مؤثر است، اما در کاهش وزن آن‌ها تأثیر معناداری نداشته است که دلیل آن شاید مربوط به کوتاهی مدت مطالعه باشد، (برای ایجاد اثر مداخله شناختی رفتاری بر روی کاهش وزن، نیاز به ادامه و پیگیری فنون آن در مدت زمان طولانی‌تری است).

رفتار درمانی شناختی برای اختلالات خوردن هم روی تحریفات شناختی و هم ناهنجاری‌های رفتاری تمرکز دارد. در این روش درمانی، بیماران در مورد رفتارهای خوردن خود و راه اندازه‌ها و تقویت‌کننده‌های آن، آموزش داده می‌شوند [۷]. در مورد خوردن هیجانی به بیمار آموزش داده می‌شود، تا گزارش مفصلی در خصوص پرخوری و رفتارهای مرتبط با آن همچون پاک‌سازی‌ها، ثبت نماید و همچنین بیمار آموزش می‌بیند تا به عوامل تحریک‌کننده آن رفتار و به خصوص موقعیت‌های هیجانی توجه داشته و نتایج را یادداشت نماید. به مرور بیمار به رابطه تجارب هیجانی خود و رفتار پرخوری پی برده و این آگاهی خود می‌تواند محرکی برای شروع تغییر رفتار پرخوری باشد [۸]. همچنین بیمار می‌آموزد که در مواقع هیجانی، از راهبردها و گزینه‌های دیگری به غیر از غذا خوردن برای تسکین و آرامش خود استفاده کرده (به همین منظور بخشی از جلسات درمان شناختی رفتاری، بر روی شناسایی هیجانات مختلف از ابعاد جسمی، شناختی و رفتاری و همچنین راهبردهای تنظیم هیجان تمرکز دارد) [۹]. در همین راستا Zhang و همکاران [۱۳] در بررسی خود بر روی بیماران مبتلا به سندرم قلبی متابولیک نشان دادند که، مداخله سبک زندگی مبتنی بر درمان شناختی رفتاری از طریق کمک به بیماران برای مهارت یافتن در تنظیم هیجان انطباقی، موجب اصلاح سبک زندگی آن‌ها و کاهش رفتارهای خوردن غیربهداشتی می‌شود. بخشی از درمان شناختی

تا مطالعات بعدی با در نظر گرفتن جامعه آماری وسیع تر و کنترل اثر متغیرهای مزاحم انجام شود.

نتیجه گیری: یافته‌های این پژوهش نشان داد که درمان شناختی-رفتاری و رفتار درمانی دیالکتیکی در کاهش خوردن هیجانی در افراد چاق اثربخش هستند. همچنین نشان داده شد که رفتار درمانی دیالکتیکی در کاهش خوردن هیجانی در افراد چاق از درمان شناختی رفتاری اثربخش تر است.

تعارض منافع

بین نویسندگان هیچ‌گونه تعارضی در منافع وجود ندارد.

سهم نویسندگان

گردآوری داده‌ها و اطلاعات: افسانه هنردار، نویسنده مقاله
افسانه هنردار و مجتبی انصاری شهیدی، جمع‌بندی مقاله:
امیرحسین راه نجات و حسین رضایی جمالویی.

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر برگرفته از پایان‌نامه دکترای رشته روان-شناسی سلامت دانشگاه آزاد اسلامی-واحد نجف‌آباد است. نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از شرکت‌کنندگان در پژوهش که زمینه اجرای این مطالعه را فراهم آوردند، کمال تشکر و قدردانی دارند.

می‌توانند هیجان‌های خود را در ارتباط با پرخوری شناسایی کنند و به درستی بین حس‌های جسمانی و هیجان‌های خود تمایز قائل شوند. مهارت ذهن آگاهی، که از مهارت‌های اصلی و مرکزی رفتار درمانی دیالکتیکی است، بر آگاهی غیرقضاوت-گرایانه و پایدار نسبت به حالات هیجانی که در لحظه حال رخ می‌دهند، بدون اینکه فرد به آن‌ها واکنش نشان دهد تأکید می‌شود [۱۷]. ذهن آگاهی پایه و اساس مهارت‌های تنظیم هیجانی و تحمل پریشانی است، (چون افراد را قادر می‌کند که حالات هیجانی‌شان را بدون درگیری در رفتارهای تکانشی خودکار، شناسایی و تشخیص دهند و فرد با ذهن آگاهی، می‌تواند انتخاب‌های سازگارانه‌تری را در مورد استفاده از مهارت تنظیم هیجانی و تحمل پریشانی داشته باشد) [۱۸]. از طریق آموزش ذهن آگاهی، بیماران یاد می‌گیرند که چگونه بدون قضاوت و مقوله‌بندی، به غذا نزدیک شده و آن را توصیف و خوردن بدون قضاوت و مقوله‌بندی را نیز تمرین کنند [۱۹]. این تمرین، رویارویی ارزشمندی را با دسته‌ای از غذاها از جمله غذاهای ممنوع فراهم می‌کند؛ (بدون اینکه به دنبال مصرف آن، اجازه رخ دادن پرخوری را دهد) بنابراین ارتباط بین غذا از جمله غذاهای ممنوع از طریق رویارویی و اجتناب از پاسخ از بین رفته و این امر باعث کاهش اضطراب مرتبط با غذا و خوردن می‌شود. از جمله محدودیت‌های این پژوهش، این بود که شرکت‌کنندگان از یک مرکز مشاوره در شهر قزوین انتخاب شده‌اند، بنابراین در تعمیم نتایج باید محتاط بود. همچنین اثر متغیرهایی چون سن، تحصیلات و سابقه خانوادگی کنترل نشده است. بر همین اساس پیشنهاد می‌شود

References

1. Sarma S, Sockalingam S, Dash S. Obesity as a multisystem disease: Trends in obesity rates and obesity-related complications. *DOM* 2021; 23:3-16.
2. Lobstein T, Brownell KD. Endocrine-disrupting chemicals and obesity risk: A review of recommendations for obesity prevention policies. *Obesity Reviews* 2021; 22(11):133-39.
3. Willem C, Nandrino JL, Doba K, Roussel M, Triquet C, Verkindt H, Pattou F, Gandolphe MC. Interoceptive reliance as a major determinant of emotional eating in adult obesity. *Journal of Health Psychology* 2021; 26(12):2118-30.
4. Van Strien T. Causes of emotional eating and matched treatment of obesity. *Current Diabetes Reports* 2018; 18(6):1-8.
5. Spinosa J, Christiansen P, Dickson JM, Lorenzetti V, Hardman CA. From socioeconomic disadvantage to obesity: the mediating role of psychological distress and emotional eating. *Obesity* 2019; 27(4):559-64.
6. Escandón-Nagel N, Peró M, Grau A, Soriano J, Feixas G. Emotional eating and cognitive conflicts as predictors of binge eating disorder in patients with obesity. *IJCHP* 2018; 18(1):52-9.

7. Hofmann SG, Asnaani A, Vonk IJ, Sawyer AT, Fang A. The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *COTR* 2012; 36(5):427-40.
8. Jackson JB, Pietrabissa G, Rossi A, Manzoni GM, Castelnuovo G. Brief strategic therapy and cognitive behavioral therapy for women with binge eating disorder and comorbid obesity: A randomized clinical trial one-year follow-up. *JCCP* 2018; 86(8):688-93.
9. Manzoni GM, Cesa GL, Bacchetta M, Castelnuovo G, Conti S, Gaggioli A, et al. Virtual reality-enhanced cognitive-behavioral therapy for morbid obesity: a randomized controlled study with 1 year follow-up. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking* 2016; 19(2):134-40.
10. Paul L, van der Heiden C, Hoek HW. Cognitive behavioral therapy and predictors of weight loss in bariatric surgery patients. *Current Opinion in Psychiatry* 2017; 30(6):474-9.
11. Amel AK, Amel SK, Erfan A. Effectiveness of parents-focused cognitive-behavioral therapy on attention deficit hyperactivity disorder symptoms, obesity and self-esteem of overweight children with attention deficient hyperactivity disorder. *ABR* 2018; 7:73.
12. Cooney LG, Milman LW, Hantsoo L, Kornfield S, Sammel MD, Allison KC, et al. Cognitive-behavioral therapy improves weight loss and quality of life in women with polycystic ovary syndrome: a pilot randomized clinical trial. *Fertility and Sterility* 2018; 110(1):161-71.
13. Zhang Y, Mei S, Yang R, Chen L, Gao H, Li L. Effects of lifestyle intervention using patient-centered cognitive behavioral therapy among patients with cardio-metabolic syndrome: a randomized, controlled trial. *BMC Cardiovascular Disorders* 2016; 16(1):1-9.
14. Lynch TR, Chapman AL, Rosenthal MZ, Kuo JR, Linehan MM. Mechanisms of change in dialectical behavior therapy: Theoretical and empirical observations. *Journal of Clinical Psychology* 2006; 62(4):459-80.
15. Lammers MW, Vroling MS, Crosby RD, van Strien T. Dialectical behavior therapy adapted for binge eating compared to cognitive behavior therapy in obese adults with binge eating disorder: a controlled study. *Journal of Eating Disorders* 2020; 8(1):1-1.
16. Cancian AC, de Souza LS, da Silva Oliveira M. Qualitative analysis of a Dialectical Behavior Therapy adapted Skills Training group for women with obesity. *Contextos Clínicos* 2019; 12(3):707-11.
17. Abdolkarimi M, Ghorban Shirudi S, Khalatbari J, Zarbakhsh M. The Effectiveness of Diagnostics Educational Package Based on Acceptance and Commitment Therapy, Compassion Focused Therapy and Dialectical Behavior Therapy on the Eating Behavior and the Weight-Efficacy of life style in the Overweight and Obese Woman. *MEJDS* 2018; 8:3-10. [Persian]
18. Maffei C, Cavicchioli M, Movalli M, Cavallaro R, Fossati A. Dialectical behavior therapy skills training in alcohol dependence treatment: findings based on an open trial. *Substance Use & Misuse* 2018; 53(14):2368-85.
19. Rahmani M, Omid A. The Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy on Quality of Life Among Women with Overweight and Binge Eating Disorder: A Clinical Trial. *JRUMS* 2019; 18(2):133-46.[Persian]
20. Van Strien T, Frijters JE, Bergers GP, Defares PB. The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional, and external eating behavior. *IJED* 1986; 5(2):295-315.
21. Nejati V, Alipour F, Saeidpour S, Bodaghi E. Psychometric properties of Persian version of Dutch eating behavior questionnaire. *JFMH* 2017; 20(1):5-14.
22. Dalle Grave R, Sartirana M, El Ghoch M, Calugi S. Personalized multistep cognitive behavioral therapy for obesity. *Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity* 2017; 10:195.

Comparison of the Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy and Cognitive-Behavioral Therapy on Emotional Eating in Obese People

Honardar A¹, Ansari Shahidi M², Rahnejat AM³, Rezaie Jamalouie H²

1- PhD Student, Dept of Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran.

2-Assistant Prof, Dept of Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran. (Corresponding Author)

Email: Dransarishahidi@gmail.com, Tel: 0912437330

3-Assistant Prof, Dept of Clinical Psychology, Faculty of Medicine, Aja University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Received: 29 January 2022

Accepted: 13 December 2022

Introduction: Obesity is a pervasive problem that can severely impair physical health. This study aims to compare the effectiveness of dialectical behavior therapy and cognitive-behavioral therapy on emotional eating in obese people.

Materials and Methods: The present study had a quasi-experimental pretest-posttest design with a follow-up and control group. Its statistical population included all patients referred to the counseling and psychological center of the Rahe Bartar in Qazvin in 2019 who were diagnosed with obesity by nutritionists. Using the purposive sampling method, 60 people were selected and randomly assigned to three groups (dialectical behavior therapy, cognitive behavioral therapy, and the control-20 people in each group). Cognitive-behavioral and dialectical behavior therapies were performed for 10 sessions in the experimental groups, and no treatment was performed for the control group. The Dutch Eating Behavior Questionnaire was completed by participants in the pretest, posttest, and six-month follow-up stages. A mixed analysis of variance test was used to analyze the data.

Results: Due to the differences in test stages after performing two interventions of dialectical behavior and cognitive-behavioral therapies, the effectiveness of group membership and stage-group interaction was significant for all three emotional eating components (emotional, inhibition, and external styles); it was reduction effect ($p < 0.05$). The effectiveness of dialectical behavior therapy was greater than cognitive-behavioral therapy.

Conclusion: Based on the results of this study, dialectical behavior and cognitive-behavioral therapies can effectively reduce emotional eating in obese people.

Keywords: Emotional Eating, Dialectical Behavior Therapy, Cognitive-behavioral Therapy, Obesity

Please cite this article as follows:

Honardar A, Ansari Shahidi M, Rahnejat AM, Rezaie Jamalouie H. Comparison of the Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy and Cognitive-Behavioral Therapy on Emotional Eating in Obese People. *Community Health journal* 2023; 16 (4): 1-11.

Funding: This study did not have any funds.

Conflict of Interest: None declared.

Ethical Approval: The Ethics Committees of Islamic Azad University Najafaba Branch approved the study. (IR.IAU.NAJAFABAD.REC.1399.079)