Feyz Medical Sciences Journal
2026, Volume 30, Issue 2
Pages: 191-202
Doi: 10.48307/FMSJ.2026.30.2.7
Original Article

Comparison of the Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy and Mindfulness-based Cognitive Therapy on Fear of Negative Evaluation in Individuals with Obesity

Sahar Saeidi Asl [1], Mahtab Moraveji [2*], Masoumeh Moallem [3], Mohammad Bagher Hobbi [4], Vahid Manzari Tavakoli [5]

[1] Department of Health Psychology, KI.C., Islamic Azad University, Kish, Iran
[2] Department of Nursing and Midwifery, Za.C., Islamic Azad University, Zanjan, Iran
[3] Department of Emergency Medicine, TMS.C., Islamic Azad University, Tehran, Iran
[4] Department of Psychology's Faculty Culture and Soft Power, Imam Hossein University, Tehran, Iran
[5] Department of Psychology and Counseling, Farhangian University, Tehran, Iran

[*]**Corresponding author: Mahtab Moraveji,** Department of Nursing and Midwifery, Za.C., Islamic Azad University, Zanjan, Iran
Email: mahtab.moraveji@iau.ac.ir

Received: 2026/02/11 **Revised:** 2026/07/1**Accepted:** 2026/05/20

Abstract

Background and Aim: Fear of negative evaluation, as a key component of social anxiety, may play an important role in the psychological experience of individuals with obesity. The present study aimed to compare the effectiveness of Dialectical Behavior Therapy (DBT) and Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) in reducing fear of negative evaluation in individuals with obesity.

Methods: This quasi-experimental study employed a pretest–posttest–follow-up design with a control group. The study population consisted of individuals with obesity referred to private treatment centers in Tehran during 2024–2025. Using purposive sampling, 45 participants were selected and randomly assigned to three groups (n = 15 each): DBT, MBCT, and a control group. The Brief Fear of Negative Evaluation Scale (BFNE) was used for data collection. Data were analyzed using mixed-design ANOVA and Bonferroni post hoc tests in IBM SPSS Statistics.

Results: Both DBT and MBCT significantly reduced fear of negative evaluation compared with the control group at the posttest and follow-up assessments ($P < 0.05$). The therapeutic effects were maintained at follow-up. Furthermore, between-group comparisons revealed that DBT was significantly more effective than MBCT in reducing fear of negative evaluation ($P < 0.05$).

Conclusion: The results suggest that both DBT and MBCT are effective interventions for reducing fear of negative evaluation in individuals with obesity. However, DBT demonstrated greater effectiveness and may be considered a more suitable therapeutic approach, particularly for individuals with difficulties in emotion regulation and social anxiety.

Keywords: Dialectical behavior therapy, Mindfulness-based cognitive therapy, Obesity, Fear of negative evaluation

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.48307/FMSJ.2026.30.2.7]

Copyright© 2026. This open-access article is published under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License which permits Share (copy and redistribute the material in any medium or format) and Adapt (remix, transform, and build upon the material) under the Attribution-NonCommercial terms. Downloaded from: http://feyz.kaums.ac.ir/

Extended Abstract

Background and Objective

Obesity is a growing global health crisis, with projections estimating that 3 billion adults will be affected by 2030 (World Obesity Federation, 2025). Beyond its physical health consequences, obesity is associated with significant psychological distress, including social anxiety and fear of negative evaluation (FNE), driven by frequent experiences of stigma and social judgment (Gariepy et al., 2010; Tang et al., 2025). FNE, a core component of social anxiety, involves apprehension about others' evaluations and can lead to social avoidance, emotional eating, and reduced treatment adherence (Li et al., 2025; Feng et al., 2025). While mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) has shown efficacy in reducing anxiety and improving emotion regulation, dialectical behavior therapy (DBT) offers a comprehensive framework addressing distress tolerance and interpersonal effectiveness (Aoun et al., 2025; Nozari Kohneh Shahri et al., 2025). However, limited research has directly compared these interventions in individuals with obesity. This study aimed to compare the effectiveness of DBT and MBCT in reducing fear of negative evaluation in individuals with obesity.

Methods

This quasi-experimental study employed a pretest-posttest-follow-up design with a control group. The statistical population included individuals with obesity (BMI $\geq$ 30 kg/m²) referred to private treatment centers in Tehran during 2024–2025. Using purposive sampling, 45 participants were selected based on the following inclusion criteria: literacy, willingness to participate, no psychotropic medication use, at least two years since obesity diagnosis, no concurrent psychiatric treatment in the past six months, no chronic diseases, no history of psychological disorders, and an age range of 18–45 years. Exclusion criteria included missing more than two sessions, incomplete questionnaires, and receiving other psychological interventions. Participants were randomly assigned to three groups (n = 15 each): DBT, MBCT, and a control group.

The DBT intervention consisted of eight weekly 90-minute group sessions focusing on mindfulness, distress tolerance, emotion regulation, and interpersonal effectiveness, adapted from Linehan's protocol (Braden & O'Brien, 2021). The MBCT intervention comprised eight weekly 90-minute group sessions emphasizing mindfulness practices, cognitive restructuring, and self-compassion (Saeidiasl et al., 2025). Both interventions were delivered over a period of four weeks (two sessions per week) at a private clinic. The control group received no intervention. Data were collected using the Brief Fear of Negative Evaluation Scale (BFNE; Watson & Friend, 1969), a 12-item self-report measure with scores ranging from 12 to 60 (Cronbach's $\alpha = 0.90$ in this study). Assessments were conducted at baseline (pre-test), immediately post-intervention, and at the 3-month follow-up. Data were analyzed using mixed-design ANOVA with Bonferroni post hoc tests in SPSS version 26. Assumptions of normality (Shapiro-Wilk), homogeneity of variances (Levene's), and sphericity (Mauchly's) were verified.

Results

The mean age of participants was 29.80 ± 7.81 years, with education levels including diploma (22.2%), bachelor's (46.7%), master's (22.2%), and doctorate (8.9%). Descriptive analysis showed that in the

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.48307/FMSJ.2026.30.2.7]

DBT group, FNE scores decreased from 42.13 ± 2.40 at pre-test to 14.13 ± 1.99 at post-test and 12.86 ± 1.62 at follow-up. In the MBCT group, scores decreased from 41.93 ± 2.38 to 30.93 ± 2.87 at post-test and 28.53 ± 2.67 at follow-up. The control group showed minimal change (41.73 ± 2.47 to 44.33 ± 3.33 to 42.40 ± 3.89). Mixed-design ANOVA revealed significant main effects for time ($F = 84.168$, $P < 0.001$) and group ($F = 12.456$, $P < 0.001$), as well as a significant Time × Group interaction ($F = 46.234$, $P < 0.001$), indicating differential changes across groups over time. Multivariate tests confirmed significant group differences (Pillai's trace = 0.804, Wilks' lambda = 0.196, $P < 0.001$).

Bonferroni post hoc comparisons revealed that both DBT and MBCT significantly reduced FNE compared with the control group at post-test and follow-up ($P < 0.001$). Importantly, between-group comparisons showed that DBT was significantly more effective than MBCT in reducing FNE at both post-test (mean difference = 16.80, $P < 0.001$) and follow-up (mean difference = 15.67, $P < 0.001$). Within-group analyses showed that for the DBT group, FNE scores significantly decreased from pre-test to post-test (mean difference = 12.22, $P < 0.001$) and from pre-test to follow-up (mean difference = 14.00, $P < 0.001$), with no significant change from post-test to follow-up ($P = 0.598$), indicating sustained effects. Similarly, the MBCT group showed significant reductions from pre-test to post-test (mean difference = 11.00, $P < 0.001$) and pre-test to follow-up (mean difference = 13.40, $P < 0.001$), with stable effects at follow-up ($P > 0.05$). Effect sizes (partial η^2) were large for both interventions ($\eta^2 = 0.72$ for DBT, $\eta^2 = 0.58$ for MBCT), confirming the clinical significance of the findings.

Conclusion

The findings of this study demonstrate that both dialectical behavior therapy and mindfulness-based cognitive therapy are effective in reducing fear of negative evaluation in individuals with obesity, with sustained effects at the 3-month follow-up. However, DBT showed significantly greater effectiveness than MBCT, likely due to its comprehensive emphasis on distress tolerance, emotion regulation, and interpersonal effectiveness, which directly address the emotional and social challenges faced by individuals with obesity (Lammers et al., 2026; Toori et al., 2025). MBCT, while effective in increasing awareness and reducing reactivity to negative thoughts, may provide fewer practical tools for managing acute emotional distress and social pressures (Hooker et al., 2022). These findings suggest that DBT may be a more suitable therapeutic approach for obese individuals with high levels of social anxiety and emotion dysregulation. However, limitations include the small sample size, single-city sampling (Tehran), reliance on self-report measures, and the short follow-up period. Future research with larger, more diverse samples, longer follow-up periods, and objective measures (e.g., BMI and weight loss) is recommended to confirm these findings and evaluate the clinical and practical implications of reducing FNE on weight management outcomes.

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.48307/FMSJ.2026.30.2.7]

مجله علوم پزشکی فیض
دوره ۳۰، شماره ۲ خرداد و تیر
صفحات: ۲۰۲-۱۹۱
Doi: 10.48307/FMSJ.2026.30.2.7
اصیل پژوهشی

مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر ترس از ارزیابی منفی در افراد مبتلا به چاقی

سحر سعیدی اصل[۱]، مهتاب مروجی[۲*]، معصومه معلم[۳]، محمدباقر حبی[۴]، وحید منظری توکلی[۵]

[۱] گروه روانشناسی سلامت، واحد بین المللی کیش، دانشگاه آزاد اسلامی، کیش، ایران
[۲] گروه پرستاری مامائی، واحد زنجان، دانشگاه آزاد اسلامی، زنجان، ایران
[۳] گروه طب اورژانس، واحد علوم پزشکی تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
[۴] گروه آموزشی روان‌شناسی، دانشکده فرهنگی، دانشگاه امام حسین (ع)، تهران، ایران
[۵] گروه روانشناسی و مشاوره، دانشگاه فرهنگیان، تهران، ایران

دریافت مقاله: ۱۴۰۴/۱۱/۲۲ **اصلاح مقاله:** ۱۴۰۵/۰۲/۳۰ **پذیرش مقاله:** ۱۴۰۵/۰۲/۳۰

چکیده

زمینه و هدف: ترس از ارزیابی منفی به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های مهم اضطراب اجتماعی می‌تواند در تجربه روان‌شناختی افراد مبتلا به چاقی نقش مهمی داشته باشد. پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر ترس از ارزیابی منفی در افراد مبتلا به چاقی انجام شد.

روش‌ها: این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون–پس‌آزمون–پیگیری همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل افراد مبتلا به چاقی مراجعه‌کننده به مراکز درمانی خصوصی شهر تهران در سال‌های ۱۴۰۳–۱۴۰۴ بود. با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند، ۴۵ نفر انتخاب و به‌صورت تصادفی در سه گروه ۱۵ نفره شامل گروه رفتاردرمانی دیالکتیکی، گروه شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و گروه کنترل جایگزین شدند. ابزار پژوهش شامل مقیاس کوتاه ترس از ارزیابی منفی BFNES بود. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس آمیخته و آزمون تعقیبی بونفرونی در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ تحلیل شدند.

یافته‌ها: هر دو مداخله رفتاردرمانی دیالکتیکی و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در مقایسه با گروه کنترل، به‌طور معناداری موجب کاهش ترس از ارزیابی منفی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری شدند ($P<۰/۰۵$). همچنین، اثرات درمانی در مرحله پیگیری پایدار باقی ماند. مقایسه بین دو مداخله نشان داد که رفتاردرمانی دیالکتیکی در کاهش ترس از ارزیابی منفی به‌طور معناداری اثربخشی بیشتری نسبت به شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی داشت ($P<۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که هر دو مداخله رفتاردرمانی دیالکتیکی و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌توانند در کاهش ترس از ارزیابی منفی در افراد مبتلا به چاقی مؤثر باشند. با این حال، رفتاردرمانی دیالکتیکی اثربخشی بیشتری نشان داد و می‌تواند به‌عنوان رویکردی مؤثرتر در مداخلات روان‌شناختی مرتبط با چاقی، به‌ویژه در افراد دارای مشکلات تنظیم هیجان و اضطراب اجتماعی، مورد توجه قرار گیرد.

کلیدواژه‌ها: رفتاردرمانی دیالکتیکی، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، چاقی، ترس از ارزیابی منفی

*نویسنده مسئول: **مهتاب مروجی** پست الکترونیک:mahtab.moraveji@iau.ac.ir
آدرس: گروه پرستاری مامائی، واحد زنجان، دانشگاه آزاد اسلامی، زنجان، ایران

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.48307/FMSJ.2026.30.2.7]

مقدمه

شیوع اضافه وزن و چاقی به سرعت در حال افزایش است، به طوری که انتظار می‌رود تا سال ۲۰۳۰، ۳ میلیارد بزرگسال با اضافه وزن یا چاقی زندگی کنند، در حالی که این رقم در سال ۲۰۱۰، ۱.۶ میلیارد نفر بود [۱]. در ایران نیز ۳۰٪ بزرگسالان دارای اضافه وزن و چاقی هستند [۲]. چاقی یک بیماری مزمن مبتنی بر چربی است که توسط مکانیسم‌های بیولوژیکی هدایت می‌شود و منجر به اختلال در تنظیم و/یا تجمع بیش از حد بافت چربی می‌شود. زیست‌شناسی چاقی شامل استعداد ژنتیکی، اختلالات سیگنالینگ عصبی–هورمونی– neurohormonal signaling disruptions (به‌ویژه در هیپوتالاموس) و تغییرات در هورمون‌های تنظیم‌کننده اشتها می‌شود. علاوه بر این، بدن از طریق مکانیسم‌هایی از جمله کاهش مصرف انرژی در حالت استراحت و افزایش گرسنگی، در برابر کاهش چربی دفاع می‌کند و حفظ وزن در درازمدت را چالش‌برانگیز می‌کند [۳]. با توجه به شیوع بالای چاقی و تأثیر مضر آن بر سلامت، مدیریت آن یک چالش پیچیده پزشکی و اقتصادی برای همه سیستم‌های مراقبت‌های بهداشتی است [۴]. چاقی علاوه بر اینکه منجر به افزایش بیماری‌های متابولیک و قلبی عروقی، سرطان و مرگ و میر کلی می‌شود، بلکه افراد چاق یا دارای اضافه وزن در مقایسه با سایرین بیشتر در معرض خطر انزوای اجتماعی [۵]، بیگانگی بین فردی، و حملات کلامی و سایبری، و همچنین خطر بیشتر آسیب جسمی نیز قرار دارند [۶].

تحقیقات نشان می‌دهد چاقی با اختلالات اضطرابی مرتبط است. در یک مرور نظام‌مند و متاآنالیز از مطالعات جمعیتی، ارتباط مثبت و قابل‌توجهی بین چاقی و اضطراب گزارش شده است. به‌گونه‌ای که افراد چاق نسبت به افراد با وزن طبیعی احتمال بیشتری برای تجربه اختلالات اضطرابی دارند [۷]. مطالعات نشان داده‌اند افراد مبتلا به چاقی به دلیل تجربه مکرر انگ و قضاوت اجتماعی، سطوح بالاتری از اضطراب اجتماعی و ترس از ارزیابی منفی را نسبت به جمعیت عادی گزارش می‌کنند [۸]. ترس از ارزیابی منفی، نوعی اضطراب است که افراد را وادار می‌کند تا از اظهارنظرهای منفی در موقعیت‌های عمومی یا اجتماعی بترسند. این اضطراب ممکن است باعث شود که افراد لحن گفتار خود را پایین بیاورند یا به‌طور کلی گفتار خود را کاهش دهند تا از جلب توجه و قضاوت‌های منفی دیگران جلوگیری کنند [۹]. ترس از ارزیابی منفی موجب می‌شود که فرد به دنبال رفتارهای ایمن برود تا از انتقاد و ارزیابی‌های منفی که ممکن است برای او مشکل‌ساز شود، اجتناب کند. این رفتارها می‌تواند شامل خودداری از مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی، کاهش تعاملات یا حتی تغییر در نحوه بیان نظرها باشد. چنین واکنش‌هایی می‌تواند به کاهش اعتماد به نفس و افزایش اضطراب منجر شود [۱۰]. ترس از ارزیابی منفی به‌عنوان یکی از ویژگی‌های مشترک در اضطراب، به‌طور مشخص به میل به اثرگذاری مطلوب بر دیگران و احساس بی‌کفایتی درباره توانایی‌های فردی مرتبط است. این احساس می‌تواند فرد را به سمت نگرانی درباره نحوه ادراک دیگران از خود سوق دهد و موجب شود که فرد از بیان خود یا شرکت در فعالیت‌های اجتماعی اجتناب کند [۱۱].

در حال حاضر، مداخله در سبک زندگی، درمان خط اول برای افراد مبتلا به چاقی است. با این حال، اثرات میان مدت و بلند مدت آن و همچنین داده‌های مربوط به پایبندی به درمان محدود است. در نتیجه، مداخلات سبک زندگی به تنهایی، مانند رژیم غذایی و ورزش، اغلب کافی نیستند و مدیریت مؤثر معمولاً نیاز به ترکیبی از استراتژی‌ها برای پرداختن به زیست‌شناسی اساسی چاقی دارد [۱۲]. در این میان، از جمله درمان‌های موثر شناسایی شده برای افراد مبتلا به چاقی ذهن–آگاهی است [۱۳]. تمرین‌های ذهن آگاهی افراد را تشویق می‌کند تا با افکار وسواسی خود بدون قضاوت مقابله کنند و حس کنترل بیشتری بر پاسخ‌های احساسی خود تقویت کنند [۱۴]. شواهد از اثر بخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی پشتیبانی می‌کنند و بهبود علائم و عملکرد را در بزرگسالان مبتلا به اختلالات خلقی و روان پریشی نشان می‌دهند [۱۵]. در این زمینه پژوهش‌های مختلف اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی را در کاهش ترس از ارزیابی منفی در افراد مبتلا به چاقی نشان داده اند [۱۶–۱۸].

از دیگر مداخلات موثر، رفتار درمانی دیالکتیکی است [۱۹]. رفتاردرمانی دیالکتیکی از طریق تقویت خود–تأییدی و پذیرش خود، چارچوبی برای کاهش رفتارهای اجتنابی اجتماعی فراهم می‌آورد که اغلب برای فرار از موقعیت‌های قضاوت‌گر استفاده می‌شوند. در نتیجه، بیمار یاد می‌گیرد تا با افکار منفی درباره قضاوت شدن، بدون واکنش‌های مخرب، کنار بیاید و به تدریج اعتماد به نفس خود را در تعاملات اجتماعی افزایش دهد [۲۰]. هم‌چنین این نوع از درمان، با تقویت پذیرش خود و کاهش واکنش‌های هیجانی منفی، ترس از ارزیابی منفی را در افراد مبتلا به چاقی کم می‌کند. این درمان برای پژوهش انتخاب می‌شود زیرا رویکردی مؤثر، ساختارمند و مبتنی بر شواهد در تنظیم هیجان و بهبود تصویر بدنی است [۲۱]. در این زمینه پژوهش‌های مختلف، اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی را در کاهش ترس از ارزیابی منفی در افراد مبتلا به چاقی نشان داده اند [۲۳–۲۲].

در سال‌های اخیر، اگرچه برخی پژوهش‌ها اثربخشی این رفتاردرمانی دیالکتیکی و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی را در بهبود تنظیم هیجان و کاهش اضطراب گزارش کرده‌اند، اما

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.48307/FMSJ.2026.30.2.7]

نتایج یکدست نبوده و اندازه اثرهای متفاوتی مشاهده شده است. افزون بر این، شواهد اختصاصی در جمعیت مبتلا به چاقی محدود بوده و درباره کارآمدی نسبی این درمان‌ها در کاهش ترس از ارزیابی منفی نمی‌توان با قطعیت اظهار نظر کرد. از نظر نظری نیز این دو درمان سازوکارهای متفاوتی را هدف قرار می‌دهند؛ رفتاردرمانی دیالکتیکی بر مهارت‌های تنظیم هیجان و تحمل پریشانی تأکید دارد، در حالی که شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر افزایش آگاهی غیرقضاوتی و فاصله‌گیری شناختی متمرکز است. با توجه به ماهیت شناختی–هیجانی ترس از ارزیابی منفی، مشخص نیست کدام رویکرد اثربخش‌تر است و پژوهش‌های مقایسه‌ای مستقیم در این زمینه اندک است. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی این دو مداخله بر ترس از ارزیابی منفی در بیماران مبتلا به چاقی انجام شد.

روش‌ها

این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی انجام شد و در آن از پیش‌آزمون و پس‌آزمون با دو گروه آزمایش و یک کنترل و با سنجش در مرحله پیگیری ۳ ماهه استفاده گردید. جامعه آماری پژوهش حاضر تمامی بیماران مبتلا به چاقی شهر تهران بود که در سال ۱۴۰۴–۱۴۰۳ به مراکز درمانی خصوصی، مراجعه نمودند یا دارای پرونده پزشکی بودند. لازم به ذکر است دسترسی به پرونده‌های بیماران با اخذ مجوز از مدیر مراکز و با رعایت حفظ حریم خصوصی آن‌ها انجام شد. حجم نمونه بر طبق فرمول زیر و با در نظر گرفتن ۰/۰۵=α، ۰/۲۰=β، ۰/۴۵=۲ و ۱/۱۲=σ محاسبه شد. حجم نمونه برای هر گروه ۱۵ نفر به‌دست آمد.

$$n=\frac{2\left(1-\frac{\alpha}{2}+1-\beta\right)^{\wedge}2}{\Delta^2}+1$$

نمونه پژوهش حاضر با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شد، به این صورت که با توجه به اینکه جامعه آماری افراد مبتلا به چاقی بود، به صورت هدفمند از بین افرادی که در طی سه ماهه دوم سال ۱۴۰۳ به مراکز درمانی خصوصی شهر تهران مراجعه نمودند، انتخاب شد. تعیین میزان چاقی افراد بر اساس فرمول BMI≥30 kg/m2 بوده است و افراد مبتلا به چاقی توسط کارشناس تغذیه مراکز درمانی ارزیابی و معرفی شدند. برای انتخاب حجم نمونه ابتدا از بین بیماران مبتلا به چاقی مراجعه کننده به مراکز درمانی با توجه به معیارهای ورود به پژوهش ۴۵ نفر انتخاب شد. سپس، به صورت تصادفی در ۳ گروه آزمایش۱، آزمایش ۲ و کنترل گمارده شدند. معیارهای ورود به پژوهش شامل: داشتن سواد جهت خواندن و نوشتن، تمایل به شرکت در پژوهش و تکمیل رضایت‌نامه جهت دریافت مداخله درمانی، عدم مصرف دارو، حداقل ۲ سال از تشخیص چاقی گذشته باشد، عدم دریافت درمان روان‌پزشکی هم‌زمان در طی ۶ ماه گذشته، عدم ابتلای همزمان به بیماری‌های مزمن، نداشتن سابقه بیماری‌های روانشناختی، محدوده سنی بین ۱۸ تا ۴۵ و ملاک‌های خروج شامل: بیش از دو جلسه غیبت در طی مداخله، عدم تکمیل پرسشنامه و دریافت سایر مداخلات روانشناختی بود. برای اجرای پژوهش، ابتدا آزمودنی‌ها به سه گروه آزمایش ۱ (رفتار درمانی دیالکتیکی) گروه آزمایش ۲ (شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی) و کنترل تقسیم شدند. قبل از اعمال متغیرهای مستقل (اجرای بسته‌های درمانی)، هر سه گروه با پیش‌آزمون اندازه‌گیری شدند و نتایج ثبت گردید. بعد از اعمال متغیرهای مستقل برای گروه‌های آزمایش، دوباره هر سه گروه با پس‌آزمون بررسی شدند. سپس، پیگیری ۳ ماهه انجام گرفت. جلسات درمانی به کار گرفته شده برای افراد نمونه به صورت دو جلسه در هفته برگزار شد، به طوری که یک ماه طول کشید. برای گروه کنترل هیچ گونه مداخله‌ای اجرا نشد.

پرسشنامه دموگرافیک شامل سن و میزان تحصیلات بوده است.

پرسشنامه ترس از ارزیابی منفی (۱۹۶۹): پرسشنامه ترس از ارزیابی منفی توسط واتسون و فرند در سال ۱۹۶۹ طراحی شده است و به‌طور خاص برای سنجش اضطراب اجتماعی و ترس از دریافت قضاوت منفی از دیگران به کار می‌رود. نسخه اصلی این پرسشنامه شامل ۳۰ سؤال بود، اما نسخه کوتاه آن که در این پژوهش استفاده شده است، دارای ۱۲ سؤال می‌باشد. این نسخه کوتاه شامل عباراتی از نسخه اصلی است که همبستگی بالایی با نمره کلی آزمون داشته‌اند. نسخه کوتاه پرسشنامه ترس از ارزیابی منفی در دامنه نمره‌ای ۱۲ تا ۶۰ قرار می‌گیرد. نمره بالاتر نشان‌دهنده سطح بالاتری از ترس از ارزیابی منفی است، در حالی که نمرات پایین‌تر نشان‌دهنده ترس کمتر از قضاوت منفی دیگران است. شیوه نمره‌گذاری به این صورت است که برای گزینه‌ها از ۱ (اصلاً این طور نیستم) تا ۵ (به شدت این طور هستم) امتیاز در نظر گرفته می‌شود. همچنین، در سؤالات ۲، ۴، ۷ و ۱۰ نمره‌گذاری به صورت معکوس انجام می‌شود. نسخه کوتاه این ابزار از همسانی درونی مطلوبی برخوردار است و ضریب آلفای کرونباخ آن برابر با ۰/۹۰ گزارش شده است. همچنین، پایایی بازآزمایی آن در فاصله زمانی ۴ هفته برابر با ۰/۷۵ بوده است. روایی این ابزار نیز با توجه به همبستگی بالای آن با نسخه اصلی (۰/۹۶) و همبستگی آن با متغیرهای مرتبط مانند اضطراب، اجتناب و میزان ناراحتی از ارزیابی نامطلوب دیگران تأیید شده است [۲۴].

شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در چاقی: محتوای این مداخله طبق شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در چاقی با روش سنتزپژوهی استخراج و روایی آن توسط اساتید

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.48307/FMSJ.2026.30.2.7]

متخصص تأیید شده است. این مداخله توسط پژوهشگر تحت نظارت پژوهشگر اصلی، در روزهای شنبه و چهارشنبه در کلینیک برنا، طی ۸جلسه۹۰ دقیقه‌ای به صورت گروهی به شرکت کنندگان ارائه و خلاصه جلسات به‌شرح زیر اجرا شد [۲۵].

جدول-۱. مداخله شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در چاقی

جلسه	محتوای جلسات
اول	جلسه اول به معرفی ذهن‌آگاهی به عنوان توجه آگاهانه و بدون قضاوت به لحظه حال می‌پردازد، که با تمرین ساده تنفس آغاز می‌شود؛ سپس مفهوم‌سازی اصلی این درمان را در بافت چاقی و غذا خوردن بررسی می‌کنیم تا بیاموزیم چگونه با آگاهی از افکار و احساساتمان، از الگوهای خودکار و غیرمفید فاصله بگیریم.
دوم	این جلسه عمیقاً بر شناسایی و نام‌گذاری هیجانات در لحظه تمرکز دارد، به ویژه آن دسته از هیجانات منفی که معمولاً با وسوسه خوردن (احساسی یا ناخودآگاه) همراه هستند؛ هدف این است که بیاموزید چگونه هیجان (مانند اضطراب، تنهایی یا خستگی) را به عنوان یک تجربه زودگذر مشاهده کنید، و تفاوت بین احساس گرسنگی واقعی فیزیولوژیک و گرسنگی هیجانی ناشی از یک احساس ناخوشایند را بیاموزید تا پاسخ‌دهی شما به جای واکنش خودکار، یک انتخاب آگاهانه باشد.
سوم	جلسه سوم بر پرورش خودپذیری در مواجهه با ناکامی‌ها و هم‌چنین شناسایی سرگردانی‌های ذهنی (مانند نشخوار فکری درباره گذشته یا نگرانی‌های مربوط به آینده) متمرکز است؛ در این بخش، یاد می‌گیریم که چگونه با لحنی مهربان و غیرانتقادی با خودمان رفتار کنیم (به ویژه پس از پرخوری یا احساس شکست)، و با تمرین‌هایی مانند "مهربانی با خود"، سرگردانی‌های ذهنی را به آرامی دوباره به لحظه حال برگردانیم.
چهارم	جلسه چهارم به طور خاص بر مهارت‌های کنترل اشتیاق و وسوسه تمرکز دارد؛ در این جلسه، شرکت‌کنندگان می‌آموزند که اشتیاق را نه به عنوان یک نیروی غیرقابل کنترل، بلکه به صورت موجی از احساسات و افکار مشاهده کنند که به اوج می‌رسد و سپس فروکش می‌کند، و با استفاده از تکنیک‌هایی مانند نگاه کردن به وسوسه، یاد می‌گیرند که بدون تسلیم شدن به آن، از این دوره عبور کنند.
پنجم	جلسه پنجم بر تلفیق خرد درونی و خرد بیرونی در فرآیند مدیریت وزن و سلامت روان تأکید دارد؛ این جلسه به شرکت‌کنندگان کمک می‌کند تا با احترام به تجارب زیسته و احساسات درونی خود (خرد درونی) در کنار دانش و راهنمایی‌های بیرونی (مانند توصیه‌های درمانی یا شواهد علمی) تصمیم‌گیری کنند، تا یک رویکرد متعادل و شخصی‌سازی شده برای سبک زندگی خود بیابند.
ششم	جلسه ششم بر تمرینات پیشرفته مدیتیشن تنفسی و آگاهانه متمرکز است تا مهارت‌های ذهن‌آگاهی را درونی‌سازی کند؛ در این جلسه، تمرین‌های طولانی‌تر تنفس آگاهانه برای تثبیت حضور در لحظه حال انجام می‌شود و سپس با اسکن بدن، توجه به طور سیستماتیک به بخش‌های مختلف بدن هدایت می‌شود تا شرکت‌کنندگان بتوانند آگاهانه تنش‌ها، راحتی‌ها و هرگونه حس فیزیکی مرتبط با غذا خوردن یا استرس را بدون قضاوت مشاهده کرده و با آن‌ها تعامل سازنده‌تری داشته باشند.
هفتم	این جلسه به کاوش عمیق‌تر در ارتباط پویا بین ذهن، بدن و احساسات می‌پردازد و بر این مفهوم تمرکز دارد که چگونه افکار و احساسات خاص، پاسخ‌های فیزیکی و رفتاری (مانند پرخوری یا اجتناب) را تحریک می‌کنند؛ شرکت‌کنندگان یاد می‌گیرند تا با استفاده از ذهن‌آگاهی، به جای واکنش‌های خودکار، آگاهانه این ارتباطات سه‌گانه را مشاهده کنند، به بدن خود اعتماد کنند و اجازه دهند احساسات بدون نیاز به رفع فوری، از طریق بدن عبور کنند.
هشتم	این جلسه به‌مرور خلاصه جلسات، شناسایی موقعیت‌های پرخطر و برنامه‌ریزی برای مقابله با آن‌ها، تنظیم برنامه شخصی و واقع‌بینانه برای تداوم تمرین ذهن‌آگاهی، جلوگیری از عود و اجرای پس‌آزمون تمرکز دارد.

رفتار درمانی دیالکتیکی: محتوای این مداخله طبق رفتار درمانی دیالکتیکی با روش سنتزپژوهی استخراج و روایی آن توسط اساتید متخصص تأیید شده است [۲۶]. این مداخله توسط پژوهشگر تحت نظارت پژوهشگر اصلی، در روزهای یک‌شنبه و پنج‌شنبه در کلینیک برنا، طی ۸جلسه۹۰ دقیقه‌ای به صورت گروهی به شرکت کنندگان ارائه و خلاصه جلسات به‌شرح زیر اجرا شد.

جدول-۲. مداخله رفتاردرمانی دیالکتیکی در چاقی

جلسه	محتوا
اول	جلسه اول با معرفی اصول چهارگانه درمان (ذهن‌آگاهی، تحمل پریشانی، تنظیم هیجان و اثربخشی بین فردی) آغاز می‌شود و سپس مفهوم پردازی اصلی درمان را در بافت چاقی و چالش‌های مرتبط با آن تشریح می‌شود. شرکت‌کنندگان می‌آموزند چگونه با پذیرش کامل لحظه حال (حتی شامل احساسات ناخوشایند)، اولین قدم را برای تغییر بردارند.
دوم	جلسه دوم بر تحمل پریشانی و تقویت انعطاف‌پذیری روان‌شناختی تمرکز دارد؛ در این جلسه، تکنیک‌های عملی برای مدیریت بحران‌های هیجانی شدید، مانند استفاده از حواس پنج‌گانه برای منحرف کردن توجه از وسوسه خوردن یا نشخوار فکری، آموزش داده می‌شود تا افراد بتوانند بدون دست زدن به رفتارهای غیرسازگارانه (مانند پرخوری یا اجتناب)، سختی‌های هیجانی را تاب بیاورند و از آن‌ها عبور کنند.
سوم	جلسه سوم به طور خاص بر ذهن‌آگاهی متمرکز است. در اینجا، تمرکز بر سه سطح ذهن است: ذهن ناخوداگاه، ذهن احساسی و ذهن منطقی؛ هدف این است که شرکت‌کنندگان یاد بگیرند در لحظه حال تشخیص دهند در کدام ذهن قرار دارند و سپس فعالانه با استفاده از مهارت‌ها به ذهن دانا/بالغ برسند که ترکیبی از ذهن احساسی و منطقی است و بهترین قضاوت را در مورد خوردن و احساسات به آن‌ها می‌دهد.

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.48307/FMSJ.2026.30.2.7]

چهارم	جلسه چهارم به طور عمیق به تنظیم هیجان می‌پردازد، که هسته اصلی درمان برای چالش‌های مرتبط با غذا خوردن است؛ در این جلسه، شرکت‌کنندگان می‌آموزند که چگونه هیجانات خود را به طور کامل شناسایی، نام‌گذاری، و درک کنند (مانند درک عملکرد هر هیجان) و سپس از طریق مهارت‌هایی مانند تغییر هیجانات ناخواسته (با افزایش هیجانات مطلوب یا کاهش هیجان موجود) و مقابله با آسیب‌پذیری‌های بیولوژیکی (مانند خواب، گرسنگی، بیماری) کنترل بهتری بر پاسخ‌هایشان به استرس و تحریکات غذایی داشته باشند.
پنجم	این جلسه بر ترکیب آموزش تغذیه با مهارت‌های ذهن‌آگاهی، اهمیت اصول تغذیه متعادل، آهسته غذا خوردن، تشخیص و توجه به سیگنال‌های گرسنگی و سیری و تمرین پذیرش بدن تمرکز دارد.
ششم	هدف اصلی این جلسه، کشف و درک دقیق محرک‌ها و پیامدهای رفتارهای پرخوری است تا بتوان حلقه‌های معیوب را شکست. شرکت‌کنندگان یاد می‌گیرند یک رویداد پرخوری خاص را به قطعات کوچک تقسیم کنند
هفتم	این جلسه بر استفاده از تکنیک‌های شناختی (مانند بازسازی شناختی) برای به چالش کشیدن افکاری مانند «همه یا هیچ» یا «من باید کامل باشم» تمرکز دارد. همچنین، تمرین مهارت «اثربخشی بین‌فردی» برای مدیریت فشارهای اجتماعی مرتبط با غذا و پرخوری آموزش داده شد.
هشتم	این جلسه بر آموزش خوردن آگاهانه، تثبیت مهارت‌ها، مدیریت عود، یکپارچه‌سازی آموخته‌ها و طراحی یک «کیت اضطراری مهارت» برای مواقع خطر عود و اجرای پس‌آزمون تمرکز دارد.

شرایط و چارچوب اجرای مداخلات: هر دو مداخله درمانی در شرایط اجرایی یکسان و به‌صورت گروهی برگزار شدند. برنامه درمانی شامل ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، هفته‌ای دو جلسه و طی ۴ هفته متوالی بود. جلسات در کلینیک برنا و توسط پژوهشگر تحت نظارت پژوهشگر اصلی، به صورت گروهی به شرکت کنندگان ارائه و آموزش تخصصی در هر دو رویکرد درمانی اجرا شد. پیش‌آزمون پیش از شروع مداخلات، پس‌آزمون بلافاصله پس از پایان جلسات و مرحله پیگیری سه ماه بعد برای تمامی گروه‌ها اجرا گردید. گروه کنترل در این مدت هیچ‌گونه مداخله روان‌شناختی دریافت نکرد.

محاسبات آماری

داده‌ها با روش تحلیل واریانس آمیخته و آزمون تعقیبی بونفرونی با رعایت پیش فرض‌های آماری در نرم افزار SPSS-26 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

ملاحظات اخلاقی

برای رعایت مسائل اخلاقی شرکت‌کنندگان در پژوهش حاضر در ابتدای تحقیق، با توضیح صادقانهٔ اهداف پژوهش، رضایت آگاهانه از افراد برای شرکت در پژوهش اخذ گردید. کلیه اطلاعات مربوط به شرکت کننده، نزد دست اندرکاران پژوهشی محرمانه می‌ماند و فقط آن‌ها اجازه دارند، نتایج کلی این پژوهش را بدون ذکر نام و مشخصات افراد شرکت کننده منتشر کنند و هیچ کدام از هزینه‌های انجام مداخلات پژوهشی بر عهده شرکت کننده نبود. این مطالعه دارای کد اخلاق IR.IAU.TNB.REC.1404.241 از دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران شمال می‌باشد.

نتایج

یافته‌های مطالعه نشان داد که در گروه آزمایش میانگین و انحراف معیار برای سن به‌ترتیب ۲۹/۸۰۰ و ۷/۸۱۴ است. فراوانی و درصدفراوانی برای دیپلم به‌ترتیب ۱۰ و ۲۲/۲ است. فراوانی و درصد فراوانی برای لیسانس به‌ترتیب ۲۱ و ۴۶/۷ است. فراوانی و درصدفراوانی برای فوق‌لیسانس به‌ترتیب ۱۰ و ۲۲/۲ است. فراوانی و درصدفراوانی برای دکتری به ترتیب ۴ و ۸/۹ است. میانگین± انحراف معیار مربوط به متغیر ترس از ارزیابی منفی در گروه های آزمایش و کنترل در سه مرحله سنجش در جدول-۳، ارائه شده است. در جدول-۳ شاخص‌های توصیفی ترس از ارزیابی منفی در گروه آزمایش۱و۲ و کنترل در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ارائه شده است. میانگین، پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری گروه آزمایش۱ و ۲ و کنترل ترس از ارزیابی منفی به ترتیب ۴۲/۱۳۳ و ۴۱/۹۳۳ و ۴۱/۷۳۳ و ۱۴/۱۳۳ و ۳۰/۹۳۳ و ۴۴/۳۳۴ و ۱۲/۸۶۶ و ۲۸/۵۳۳ و ۴۲/۴۰۰ می‌باشد.

به‌منظور بررسی اثربخشی بسته‌های درمانی رفتاردرمانی دیالکتیکی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر ترس از ارزیابی منفی بیماران مبتلا به چاقی شهر تهران، از آزمون تحلیل واریانس آمیخته استفاده شد. نتایج آزمون‌های تحلیل واریانس اثر پیلایی (۰/۸۰۴)، لامبدای ویلکز (۰/۱۹۶)، اثر هتلینگ (۴/۱۰۶) و بزرگ‌ترین ریشه روی (۴/۱۰۶)، برای مقایسه ترس از ارزیابی منفی نشان داد که گروه‌ها در ترس از ارزیابی منفی متفاوت‌اند؛ یعنی حداقل بین یکی از آزمون‌های (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) ترس از ارزیابی منفی در گروه‌های آزمایش و کنترل تفاوت وجود دارد. لازم به یادآوری است که معنادار بودن آزمون‌های تحلیل واریانس چندمتغیری نشان نمی‌دهد که بین کدام مراحل ارزیابی (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) در گروه آزمایش رفتاردرمانی دیالکتیکی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و کنترل تفاوت وجود دارد (P<۰/۰۰۱, F=۸۴/۱۶۸).

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.48307/FMSJ.2026.30.2.7]

جدول-۳. بررسی شاخص‌های توصیفی ترس از ارزیابی منفی در گروه آزمایش۱و۲ و کنترل

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف‌معیار استاندارد	میانگین	انحراف‌معیار	میانگین	انحراف‌معیار
ترس از ارزیابی منفی	آزمایش۱	۴۲/۱۳۳	۲/۴۰۴	۱۴/۱۳۳	۱/۹۹۷	۱۲/۸۶۶	۱/۶۲۰
	آزمایش۲	۴۱/۹۳۳	۲/۳۸۳	۳۰/۹۳۳	۲/۸۷۹	۲۸/۵۳۳	۲/۶۷۲
	کنترل	۴۱/۷۳۳	۲/۴۷۱	۴۴/۳۳۴	۳/۳۳۴	۴۲/۴۰۰	۳/۸۹۶

نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری متغیر وابسته پژوهش در جدول-۴ ارائه شده است. نمرات ترس از ارزیابی منفی در مرحله پس آزمون نسبت به پیش آزمون کاهش معناداری داشته است و این نشان می‌دهد که مداخله اثربخش بوده است. علاوه براین نمرات ترس از ارزیابی منفی در مرحله پس آزمون نسبت به پیگیری تفاوت معناداری نداشته است و این نشان می دهد که نتایج مداخله همچنان پایدار بوده است.

جدول-٤. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری متغیر وابسته پژوهش

متغیر وابسته	گروه	مراحل	اختلاف میانگین‌ها	خطای استاندارد	معنی داری
ترس از ارزیابی منفی	پیش آزمون	پس آزمون	۱۲/۲۲۲	۱/۲۳۶	۰/۰۰۱
		پیگیری	۱۴/۰۰۰	۱/۱۹۷	۰/۰۰۱
	پس آزمون	پیش آزمون	-۱۲/۲۲۲	۱/۲۳۶	۰/۰۰۱
		پیگیری	۱/۷۷۸	۱/۳۶۴	۰/۵۹۸
	پیگیری	پیش آزمون	-۱۴/۰۰۰	۱/۱۹۷	۰/۰۰۱
		پس آزمون	-۱/۷۷۸	۱/۳۶۴	۰/۵۹۸

بحث

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر ترس از ارزیابی منفی در بیماران مبتلا به چاقی انجام شد. نتایج نشان داد که رفتاردرمانی دیالکتیکی اثربخشی بیشتری نسبت به شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر ترس از ارزیابی منفی بیماران مبتلا به چاقی دارد.

با وجودی که تاکنون پژوهشی به مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر ترس از ارزیابی منفی بیماران مبتلا به چاقی انجام نشده است و امکان مقایسه بین پژوهشی وجود ندارد، اما مشابه پژوهش حاضر، برخی پژوهش‌ها به اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی [۱۸-۱۶] و رفتاردرمانی دیالکتیکی [۲۳-۲۱] بر متغیرهای روانشناختی اشاره کردند.

در تبیین این یافته می‌توان بیان نمود که آموزش ذهن آگاهی در کاهش اشتغال ذهنی افراد با ارزیابی منفی از خود که منجر به افزایش اضطراب آن‌ها می‌شود، کمک می‌کند. این تکنیک به بیماران می‌آموزد که از افکار منفی فاصله بگیرند و صرفاً با آگاهی و بدون قضاوت به مشاهده آن‌ها بپردازند، بدون آنکه نیاز باشد از آن‌ها جدا شده، به آن‌ها بچسبند، آن‌ها را تغییر داده و یا کنترل کنند [۱۶]. از سوی دیگر می‌توان گفت که مکانیزم تأثیر آموزش‌های ذهن آگاهی در کاهش ترس از ارزیابی منفی با اثربخشی این روش درمانی در بهبود توانایی‌های تنظیم هیجان مرتبط است. راهبردهای تنظیم هیجان نظیر انتخاب موقعیت، اصلاح موقعیت، آرایش توجه، تغییر شناختی و تعدیل پاسخ در جریان آموزش ذهن آگاهی تغییر پیدا می‌کنند [۱۸]. شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، به افراد چاق کمک می‌کند تا ترس از ارزیابی منفی را با افزایش آگاهی از افکار و احساسات خود، بدون قضاوت، مدیریت کنند. این روش با تمرین ذهن آگاهی، فرد را قادر می‌سازد تا افکار خودانتقادی و ترس از قضاوت دیگران را صرفاً به عنوان افکار مشاهده کند و کمتر تحت تأثیر آن‌ها قرار گیرد. این امر منجر به کاهش واکنش‌پذیری هیجانی به موقعیت‌های اجتماعی و در نتیجه، کاهش ترس از ارزیابی منفی و بهبود پذیرش خود می‌شود. در نهایت، با تقویت توانایی تنظیم هیجان و پذیرش تجربیات درونی، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به بیماران چاق کمک می‌کند تا با اطمینان بیشتری در موقعیت‌های اجتماعی حضور یابند [۱۷]. هم‌چنین رفتار درمانی دیالکتیکی، از طریق توجه متمرکز به زمان حال و اصلاح باورهای غلط هیجانی، سبب ایجاد توانایی در فرد برای کاهش استرس‌های روزانه، حل مؤثر تعارضات بین‌فردی، افزایش تحمل رنج و اندوه و پذیرش سالم هیجانات می‌شود؛ این فرآیند نه‌تنها ترس درون بیماران را کاهش می‌دهد، بلکه بر ثبات عاطفی، کیفیت روابط اجتماعی، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و کارکرد روزمره تأثیر می‌گذارد و در

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.48307/FMSJ.2026.30.2.7]

نهایت زمینه بهبودی بالینی و ارتقای سلامت روان را فراهم می‌سازد [۲۱]. همچنین در رفتار درمانی دیالکتیکی فرد می‌آموزد که در هر لحظه از حالت هیجانی خود آگاهی داشته و توجه خود را به شیوه‌های مختلف بروز هیجانات و رفتار بر اساس آنها متمرکز نماید. در نتیجه رفتار درمانی دیالکتیکی فرد را قادر می‌سازد با پذیرش حالت خود، بدون قضاوت و تغییر عواملی که نیاز به تغییر دارند، از میزان ترس خود بکاهد [۲۳]. رفتاردرمانی به بیماران چاق کمک می‌کند تا با شناسایی و تغییر الگوهای رفتاری ناکارآمد مرتبط با ترس از ارزیابی منفی، بر این ترس غلبه کنند. این رویکرد از طریق تکنیک‌هایی مانند مواجهه درمانی، بیماران را به تدریج در معرض موقعیت‌های اجتماعی که از آن‌ها اجتناب می‌کنند، قرار می‌دهد تا ترسشان کاهش یابد. همچنین، با آموزش مهارت‌های مقابله‌ای و بازسازی شناختی، به آن‌ها کمک می‌کند تا باورهای غیرمنطقی درباره قضاوت شدن را به چالش بکشند. در نتیجه، بیماران قادر می‌شوند با اعتماد به نفس بیشتری در جمع حاضر شوند و از اجتناب خودداری کنند، که این خود به کاهش ترس از ارزیابی منفی منجر می‌شود [۲۰].

بر اساس نتایج این پژوهش، با توجه به اندازه اثر و در سطح معناداری ۰/۰۵ هر دو مداخله رفتاردرمانی دیالکتیکی و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در کاهش ترس از ارزیابی منفی بیماران مبتلا به چاقی مؤثر بوده‌اند. با این حال، رفتاردرمانی دیالکتیکی به‌طور معناداری اثربخشی بیشتری نشان داد. دلیل اثربخشی بیشتر رفتاردرمانی دیالکتیکی نسبت به شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در بیماران چاق، ماهیت جامع‌تر و چندوجهی رفتاردرمانی دیالکتیکی است. در حالی که شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر افزایش آگاهی از افکار و احساسات بدون قضاوت تمرکز دارد، رفتاردرمانی دیالکتیکی علاوه بر این، مهارت‌های عملی مشخصی را برای مدیریت و تنظیم هیجانات شدید، تحمل پریشانی و بهبود روابط بین فردی آموزش می‌دهد در مقابل، شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی اگرچه به افزایش خودآگاهی و کاهش واکنش‌پذیری هیجانی کمک می‌کند، اما به اندازه رفتاردرمانی دیالکتیکی ابزارهای مستقیمی برای مدیریت فعال پریشانی و هیجانات شدید یا بهبود مهارت‌های بین فردی ارائه نمی‌دهد. بنابراین، در جمعیتی که با چالش‌های روانی–اجتماعی پیچیده‌ای مانند بیماران چاق روبرو هستند، رویکرد جامع‌تر رفتاردرمانی دیالکتیکی می‌تواند تأثیر عمیق‌تر و ملموس‌تری بر کاهش ترس از ارزیابی منفی و در نهایت بر مدیریت وزن داشته باشد [۲۱] رفتاردرمانی دیالکتیکی احتمالاً به دلیل تأکید جامع بر تحمل پریشانی و تنظیم هیجان که مستقیماً با مدیریت بحران‌های هیجانی شدید ناشی از ترس از ارزیابی منفی مرتبط است، اثربخشی بیشتری داشته است؛ رفتاردرمانی دیالکتیکی ابزارهای عملی‌تری برای مدیریت واکنش‌های فوری به محرک‌های اجتماعی فراهم می‌کند [۱۹].

در مقابل، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بیشتر بر تغییر رابطه با افکار تمرکز دارد. کاهش ترس از ارزیابی منفی به مدیریت چاقی کمک می‌کند، زیرا این ترس اغلب منجر به اجتناب اجتماعی، خوردن احساسی به عنوان مکانیزم کنار آمدن، و عدم پایبندی به رژیم‌ها به دلیل نگرانی از شکست عمومی می‌شود؛ رفع این ترس، زمینه‌ساز رفتارهای سالم‌تر و پایدارتر در سبک زندگی است [۲۲]. چاقی اغلب با استیگمای اجتماعی و قضاوت‌های بیرونی همراه است که به‌شدت ترس از ارزیابی منفی را در فرد تقویت می‌کند و منجر به شرم بدنی عمیق می‌شود. این احساسات ناخوشایند، غالباً به مکانیسم‌های مقابله‌ای ناسازگار مانند خوردن هیجانی و پنهان‌کاری اجتماعی دامن می‌زند. بنابراین، با کاهش ترس از ارزیابی منفی توسط رفتاردرمانی دیالکتیکی، بیماران اعتماد به نفس لازم برای مشارکت فعال‌تر اجتماعی را کسب کرده و کمتر به سمت خوردن برای تسکین استرس روی می‌آورند. این تغییر بنیادین در نحوه واکنش به محرک‌های اجتماعی، مستقیماً بر پایبندی پایدارتر به رژیم‌های کاهش وزن و افزایش فعالیت بدنی تأثیر مثبت می‌گذارد؛ در غیر این صورت، نتایج درمان صرفاً بر جنبه‌های روان‌شناختی باقی مانده و فاقد کاربرد عملی خواهد بود.

نتیجه‌گیری

در مجموع یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که رفتاردرمانی دیالکتیکی اثربخشی بیشتری نسبت به شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر ترس از ارزیابی منفی بیماران مبتلا به چاقی دارد. لذا نتایج پژوهش حاضر ضمن تبیین ضرورت توجه به مشکلات مربوط به ترس از ارزیابی منفی بیماران مبتلا به چاقی، اهمیت به‌کارگیری روش‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی را در درمان این بیماران نشان می‌دهد. یکی از محدودیت‌های مطالعه حاضر این بود که نمونه‌ها فقط از شهر تهران انتخاب شدند. لذا استفاده از نتایج حاصله به سایر شهرها که دارای فرهنگ و ویژگی‌های دموگرافیک مختلفی هستند، ممکن است قابل تعمیم نباشد. از این رو، لازم است که تحقیقی با این عنوان در جمعیت‌های بهنجار و بالینی در سنین مختلف و در مقاطع زمانی مختلف انجام گردد. علاوه‌برآن، استفاده از ابزار خودسنجی یکی دیگر از محدودیت‌های مطالعه حاضر بود. لذا خطاهای مرسوم در ابزارهای خودگزارشی در خصوص این پژوهش نیز صدق می‌کند. بنابراین، پیشنهاد بر این است که از مصاحبه در کنار پرسشنامه به منظور سنجش و اندازه‌گیری متغیر ترس از ارزیابی منفی استفاده گردد. همچنین، با توجه به اینکه به نظر می‌رسد که رفتاردرمانی دیالکتیکی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی باعث کاهش ترس از ارزیابی منفی در بیماران مبتلا

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.48307/FMSJ.2026.30.2.7]

به چاقی شهر تهران شده است، از این رو، پیشنهاد بر این است که رفتاردرمانی دیالکتیکی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی مورد توجه و استفاده درمانگران قرار گیرند.

تشکر و قدردانی: بدین وسیله از همه کسانی که در اجرای این تحقیق یاری‌گر محقّقان این پژوهش بوده‌اند، تقدیر و تشکر به‌عمل می‌آید.

نقش نویسندگان: همه نویسندگان در نگارش اولیه مقاله یا بازنگری آن سهیم بودند و همه با تایید نهایی مقاله حاضر، مسئولیت دقت و صحت مطالب مندرج در آن را می‌پذیرند.

تضاد منافع: نویسندگان تصریح می‌کنند که هیچ گونه تضاد منافعی در مطالعه حاضر وجود ندارد.

منابع

1. World Obesity Federation. World Obesity Atlas 2025.
2. Noroozi E, Dehghani A, Nokani M, Haghayegh SA. Predictors of Quality of Life based-on Coping Strategies and Spiritual Health among Pregnant Women with Obesity. Community Health (Tehran). 2021; 8(2):264-7.
3. Lingvay I, Cohen RV, Roux CWL, Sumithran P. Obesity in adults. Lancet. 2024; 404:972-987. doi:10.1016/S0140-6736(24)01210-8 PMid:39159652
4. Frühbeck G, Busetto L, Dicker D, Yumuk V, Goossens GH, Hebebrand J, et al. The ABCD of obesity: an EASO position statement on a diagnostic term with clinical and scientific implications. Obes Facts. 2019; 12:131-136. doi:10.1159/000497124 PMid:30844811 PMCid:PMC6547280
5. Hall KD, Farooqi IS, Friedman JM, Klein S, Loos RJF, et al. The energy balance model of obesity: beyond calories in, calories out. Am J Clin Nutr. 2022; 115:1243-1254. doi:10.1093/ajcn/nqac031 PMid:35134825 PMCid:PMC9071483
6. Tang C, Zhang X, Zhou C, Li K, Cai Y. The effects of weight self-stigma on psychological distress in adolescents: the chain-mediated roles of fear of negative appearance evaluation and social appearance anxiety. Front Psychol. 2025; 16:1619694. doi:10.3389/fpsyg.2025.1619694 PMid:41050820 PMCid:PMC12488458
7. Gariepy G, Nitka D, Schmitz N. The association between obesity and anxiety disorders in the population: a systematic review and meta-analysis. Int J Obes. 2010; 34:407-419. doi:10.1038/ijo.2009.252 PMid:19997072
8. Almenara CA, Aimé A, Maïano C, Ejova A, Guèvremont G, et al. Weight stigmatization and disordered eating in obese women: the mediating effects of self-esteem and fear of negative appearance evaluation. Eur Rev Appl Psychol. doi:10.1016/j.erap.2017.02.004
9. Yue Y, Wang X. Self-efficacy and negative silence in the classroom: The mediating role of fear of negative evaluation. Nurse Educ Pract. 2022; 62: 103379. doi:10.1016/j.nepr.2022.103379 PMid:35738157
10. Li S, Fu W, Liu W, Zhong N. A Study on the Effect of Fear of Negative Evaluation on Restrained Eating and it's Intervention among Female College Students. Int J Ment Health Promot. 2025; 27(2): 127-139. doi:10.32604/ijmhp.2025.059866
11. Feng W, Zhang MY, Bu YB, Wang CL. Fear of negative evaluation mediates and core self-evaluation moderates the relationship between social comparison orientation and social network addiction. Sci Rep. 2025; 15(1):41417. doi:10.1038/s41598-025-25327-3 PMid:41271885 PMCid:PMC12639156
12. McGowan B, Ciudin A, Baker JL, Halford JCG, Kahan S, et al. A systematic review and meta-analysis of the efficacy and safety of pharmacological treatments for obesity in adults. Nat Med. 2025; 31:3317-3329. doi:10.1038/s41591-025-03978-z PMid:41039116 PMCid:PMC12532627
13. Aoun A, Ghoussoub C, Farsoun C, Al Mallah A, Ayoub F, et al. Examining the efficacy of mindfulness-based interventions in treating obesity, obesity-related eating disorders, and diabetes mellitus. J Am Nutr Assoc. 2025; 44(4):292-305. doi:10.1080/27697061.2024.2428290 PMid:39556797
14. Torres LC, Pereira T, Pinheiro P, Lima V, de Luna G. Mindfulness as Adjuvant Treatment for Obsessive-Compulsive Disorder: An Integrative Review. Rev Port Psiquiatr Saude Ment. 2023; 9(2): 58-65. doi:10.51338/rppsm.290
15. Gorji S. Comparing the effectiveness of occupational stress training package with mindfulness-based cognitive therapy on job burnout of Tam Kar's employees in order to health promotion. J Educ Health Promot. 2025; 14(1): 58. doi:10.4103/jehp.jehp_1675_23
16. Sun Y, Wang J, Mao F, Sun J, Zhang X, Cao F. Personalized exploration of mindfulness-based intervention on antenatal depression: Moderated mediation analyses of a randomized controlled trial. Curr Psychol. 2023; 42(26):22217-22225. doi:10.1007/s12144-022-03231-7
17. Hooker AR, Sagui-Henson SJ, Daubenmier J, Moran PJ, Hartogensis W, et al. Effects of a mindfulness-based weight loss intervention on long-term psychological well-being among adults with obesity: Secondary analyses from the Supporting Health by Integrating Nutrition and Exercise (SHINE) Trial. Mindfulness. 2022; 13(9):2227-2242. doi:10.1007/s12671-022-01951-2 PMid:36425257 PMCid:PMC9681158

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.48307/FMSJ.2026.30.2.7]

18. Vuong V, Rao V, Ee C. Mindfulness-based interventions and yoga for managing obesity/overweight after breast cancer: a scoping review. Integr Cancer Ther. 2022; 21.
19. Toori F, Mahdian H, Bakhshipour A. Comparison of the Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy and Meichenbaum-Based Cognitive Therapy on Fear of Negative Evaluation in Students with Social Anxiety Disorder. Iran J Neurodev Disord. 2025; 4(1):111-117.
20. Shamsudeen S, Kannekanti P. Dialectical behaviour therapy enhanced habit reversal training: A clinical case of childhood-onset trichotillomania in an adult with impulsive personality features. Clin Case Stud. 2023; 22(5):468-483. doi:10.1177/15346501231189552
21. Nozari Kohneh Shahri G, Mahdavi Mehr A, Savabi Niri V, Bagheri Sheykhangafshe F, Farahani H. Effectiveness of Group Dialectical Behavior Therapy on Self-doubt, Thought Fusion and Depression in Women with Obsessive-compulsive Disorder. Caspian J Health Res. 2025; 10(2):101-110.
22. Malas O, Gómez-Domenech A. Effect of dialectical behavior therapy on negative affect, and symptoms of depression and anxiety in individuals with borderline personality disorder during COVID-19 pandemic. J Clin Med. 2024; 13(9): 2603. doi:10.3390/jcm13092603 PMid:38731131 PMCid:PMC11084774
23. Lammers MW, Vroling MS, Crosby RD, Mares SH, Hutschemaekers GJ, Van Strien. Dialectical Behavior Therapy and Cognitive Behavior Therapy in Individuals With Binge-Eating Disorder: What Works for Whom? Int J Eat Disord. 2026;59(3):534-545. doi:10.1111/eat.70000. PMid:41272931 PMCid:PMC12979962
24. Aghaei F, Abbasi G, Hasanzadeh R. The effectiveness of cognitive processing therapy on rumination and fear of negative evaluation of betrayed women. J Psychol Sci. 2024; 23(136):109-125.
25. Saeidiasl S, Moraveji M, Moallem M, Tavakoli VM. Development of a Mindfulness-Based Cognitive Therapy Intervention Package for Patients with Obesity. Ment Health Lifestyle J. 2025;1-6. doi:10.61838/mhlj.139
26. Braden A, O'Brien W. Pilot study of a treatment using dialectical behavioral therapy skills for adults with overweight/obesity and emotional eating. J Contemp Psychother. 2021; 51(1):21-29. doi:10.1007/s10879-020-09477-1

How to Cite this Article:
Saeedi Asl S, Moraveji M, Moallem M, Hobbi M B, Manzari Tavakoli V. Comparison of the Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy and Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Fear of Negative Evaluation in Individuals with Obesity. Feyz Med Sci J.2026; 30(2):191-202. doi: 10.48307/FMSJ.2026.30.2.7

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.48307/FMSJ.2026.30.2.7]