

## اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر افسردگی و اضطراب زنان مبتلا به اختلال پرخوری مراجعه کننده به بیمارستان سینا در سال ۱۳۹۶

یوسف اسمری برده زرد<sup>۱</sup>، دانا محمدمین زاده<sup>۲</sup>، فریده حسین ثابت<sup>۳\*</sup>

<sup>۱</sup> دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

<sup>۲</sup> کارشناسی ارشد مشاوره مدرسه، دانشگاه علامه طباطبائی تهران، ایران

<sup>۳</sup> استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۱۲/۰۵

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۱۱/۰۹

### چکیده

**مقدمه:** هدف از پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر افسردگی و اضطراب زنان مبتلا به اختلال پرخوری بود. **مواد و روش‌ها:** پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با پیگیری ۶ هفته‌ای با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش، زنان مبتلا به اختلال پرخوری مراجعه کننده به مراکز درمان چاقی شهر تهران بودند که از بین آن‌ها نمونه‌ای به روش هدفمند شامل ۱۶ نفر انتخاب شدند و به صورت تصادفی در ۲ گروه آزمایش (۸ نفر) و کنترل (۸ نفر) قرار گرفتند. سپس، پرسشنامه‌های افسردگی و اضطراب Beck توسط هر ۲ گروه تکمیل گردید. پس از گردآوری داده‌ها، به منظور تجزیه و تحلیل آن‌ها از تحلیل کواریانس چندمتغیره در نرم افزار SPSS 24 با سطح معناداری ( $\alpha \leq 0/05$ ) استفاده شد.

**یافته‌ها:** نمرات میانگین افسردگی در گروه آزمایش در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به ترتیب ۴۲/۷، ۳۱/۸ و ۳۱/۵ و در گروه کنترل ۴۱/۱، ۴۲ و ۴۰/۱ بود. همچنین میانگین اضطراب در گروه آزمایش در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به ترتیب ۳۷/۷، ۲۵/۱ و ۲۷/۶ و در گروه کنترل ۳۶/۲، ۳۵/۲ و ۳۷/۳ به دست آمد؛ از این رو می‌توان گفت که کاهش میانگین در دو متغیر اضطراب و افسردگی در گروه آزمایش وجود دارد و این تفاوت در سطوح و در بین دو گروه در سطح ( $\alpha \leq 0/05$ ) معنادار می‌باشد. **نتیجه‌گیری:** درمان متمرکز بر هیجان با تقویت پردازش و خودآگاهی هیجانی باعث تغییر در طرحواره‌های هیجانی شده و با جانشین کردن پاسخ‌های سازگار منجر به کاهش افسردگی و اضطراب در زنان مبتلا به اختلال پرخوری گردیده است.

**کلمات کلیدی:** افسردگی، اضطراب، پرخوری، درمان متمرکز بر هیجان زنان

## مقدمه

یکی از اختلالات دسته خوردن در ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)، اختلال پرخوری است. ویژگی تشخیصی اصلی اختلال پرخوری (BED: Binge Eating Disorder)، دوره‌های راجعه پرخوری می‌باشد که باید به‌طور متوسط حداقل یک بار در هفته و به مدت ۳ ماه روی دهد (۱). خوردن در یک دوره زمانی خاص (مثلاً در ۲ ساعت) قطعاً بیشتر از مقدار غذایی است که افراد عادی در این بازه زمانی در شرایط مشابه میل می‌کنند و در این راستا یک احساس فقدان کنترل بر خوردن در مبتلایان وجود دارد (۲). درحالی که شیوع BED در نمونه‌های جامعه ۲ تا ۵ درصد است، ۳۰ درصد از افراد چاق که به دنبال کاهش وزن می‌باشند، ملاک‌های اختلال پرخوری را برآورده می‌سازند (۳). مطالعات شیوعی این اختلال در آمریکا را ۱ تا ۳ درصد در جمعیت عمومی نشان داده‌اند (۴). چاقی و BED مشکلات جدی را برای سلامتی عمومی به وجود می‌آورند که این مشکلات به‌طور معناداری باعث افزایش و تسریع مرگ و میر مبتلایان به آن می‌شوند (۵). در یک مطالعه در ارتباط با ۲۴۳۶ بیمار زن بستری که مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی، پرخوری عصبی و اختلال پرخوری بودند نشان داده شد که ۹۷ درصد از این زنان حداقل یک اختلال روانی قابل تشخیص دیگر بدون در نظر گرفتن نوع اختلال در غذا خوردن داشتند که در این ارتباط، ۹۴ درصد از این زنان یک نوع اختلال خلقی (رایج‌ترین افسردگی تک‌قطبی) را نشان دادند و ۵۶ درصد دارای شواهدی از اختلال اضطرابی بودند (۶). در این زمینه و همکاران پی بردند که افراد با اختلالات افسردگی و اضطراب به احتمال بیشتری به رفتارهای ناسالم مانند عدم فعالیت بدنی و چاقی مبتلا می‌شوند (۷). در مطالعه زمینه‌یابی Grucza و همکاران (۲۰۰۷) در ارتباط با یک

نمونه ۹۱۰ نفری نیز نشان داده شد که شیوع BED، ۷ درصد بود و در مبتلایان به اختلال پرخوری با ۷۰ درصد اضافه‌وزن، بیش از یک بار اقدام به خودکشی و سبک زندگی ناسالم وجود داشت. همچنین BED با اختلالات افسردگی، اضطراب منتشر (Generalized Anxiety)، سوء‌مصرف الکل و اختلال وحشت‌زدگی (پانیک Panic Disorder) همبستگی معناداری داشت (۲). به‌طور کلی تحقیقات نشان داده‌اند که افراد چاق مبتلا به BED دارای میزان بیشتری از افسردگی و اضطراب در مقایسه با افراد بدون ابتلا به BED می‌باشند (۸،۷)؛ به‌طور مثال Grillo و همکاران در یک پژوهش با مطالعه تاریخیچه زندگی ۴۰۴ بیمار BED مشاهده نمودند که ۵۲ درصد از آن‌ها مبتلا به افسردگی هستند و ۳۷/۱ درصد دارای اضطراب می‌باشند (۸).

در پژوهش‌های مختلف تأثیر درمان‌های گوناگون بر پرخوری نشان داده شده است؛ به‌عنوان مثال درمان دارویی با Sibutramine (۹)، ترکیب درمان شناختی- رفتاری (CBT: Cognitive-behavioral Therapy) با فلوکستین (۱۰)، درمان شناختی- رفتاری (۱۱)، درمان دیالکتیکی (DBT: Dialectical Behavior Therapy) (۱۲،۱۳)، برنامه‌های ازدست‌دادن وزن (BWL: Behavioral Weight Loss Program) به‌همراه درمان شناختی- رفتاری (۱۴) و درمان بین فردی (IPT: Interpersonal Therapy) (۱۵) برای اختلال پرخوری به کار رفته است؛ اما از آنجایی که تحقیقات ارتباط بین عواطف و هیجانات منفی با اختلالات خوردن را نشان داده‌اند (۱۶،۱۷) و زنان مبتلا به اختلالات خوردن به احتمال زیاد از استراتژی‌های ناکارآمد تنظیم هیجان مانند نشخوار و سرکوب در پاسخ به عواطف منفی استفاده می‌کنند (۱۸)؛ در نتیجه بدتنظیمی هیجان (Emotion Regulation Deficits) یکی از عوامل

و گروه‌درمانی مؤثرتر از درمان‌های فردی برای درمان پرخوری بوده است، پژوهش حاضر با هدف تعیین کارایی درمان گروهی متمرکز بر هیجان بر افسردگی و اضطراب در زنان مبتلا به اختلال پرخوری انجام گرفت.

### مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک کارآزمایی بالینی نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون- پیگیری با گروه کنترل می‌باشد. بدین‌صورت که پس از انتخاب نمونه و گمارش تصادفی آن‌ها به گروه‌های آزمایش و کنترل، پیش‌آزمون (پرسشنامه افسردگی و اضطراب Beck و مقیاس شدت پرخوری) برای هر دو گروه به‌طور هم‌زمان اجرا شد. پس از اجرای پیش‌آزمون، برنامه گروهی با رویکرد درمان متمرکز بر هیجان طی ۱۰ جلسه به‌صورت هفته‌ای یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای برای گروه آزمایش انجام شد و برای گروه کنترل در این مدت هیچ برنامه‌ای اجرا نگردید. جامعه پژوهش کلیه زنانی که به مراکز درمان چاقی در تهران مراجعه کرده بودند را شامل می‌شد. نمونه پژوهش نیز دربرگیرنده ۱۶ نفر (۸ نفر در گروه آزمایش و ۸ نفر در گروه کنترل با جایگزینی تصادفی) از افراد داوطلب بود که به‌صورت در دسترس انتخاب گردیدند و با مجوز مسئول کلینیک کاهش وزن بیمارستان سینا/ چاقی و بیماری‌ها، طی فرایند درمان قرار داده شدند. به‌منظور تشخیص اختلال علاوه بر استفاده از پرسش‌نامه، مصاحبه بالینی طی ۴۵ دقیقه برای هر نفر توسط متخصص بالینی انجام گرفت و ملاک‌های ورود و خروج براساس همین مصاحبه‌ها تعیین گردید. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: سن بالای ۱۸ سال، جنسیت زن، گزارش‌کردن حداقل یک دوره پرخوری در هفته اخیر بدون پاکسازی و شرکت‌نکردن در درمان دیگری در طول مدت مطالعه.

تسریع‌کننده و نگه‌دارنده نشانه‌های اختلالات خوردن و پرخوری می‌باشد (۱۹) و درمان‌های کارشده بر آن به‌طور مستقیم هیجان‌ات و بدتنظیمی آن را هدف قرار نمی‌دهند. همچنین نشان داده شده است که درمان‌های گروهی نسبت به درمان‌های انفرادی برای اختلالات پرخوری مؤثرتر می‌باشند (۲۰).

یکی از درمان‌هایی که به هیجان‌ات می‌پردازد و تأثیرات آن بر افسردگی و اضطراب بررسی شده است، درمان متمرکز بر هیجان می‌باشد که توسط Greenburg و همکاران ایجاد شده است (۲۱). EFT (Emotion-focused Therapy) نوعی درمان کوتاه‌مدت و مبتنی بر شواهد می‌باشد که از سنت روان‌درمانی انسان‌گرا برخاسته است (۲۲). در EFT که براساس نظریه‌های هیجان و نظریه دلبستگی استوار می‌باشد، اعتقاد بر این است که خود رابطه‌درمانی به‌صورت پیوند تنظیم‌کننده عاطفه، نقش تنظیم‌کننده هیجان را بر عهده دارد (۲۳). فرایندهایی که ادعا می‌شود فرضیه‌های موجود در رابطه با آن‌ها نقش دارند، با عناصر سایر رویکردها (همدلی، تمرکز بر لحظه حاضر و فعال‌سازی سامانه‌های ذاتی آرامش‌بخش وابستگی در انسان) هماهنگ هستند. کل فرض این درمان شامل پرورش هوش هیجانی و مجموعه‌ای درحال گسترش از تکنیک‌های تنظیم هیجان در پاسخ به تجربیات هیجانی چالش‌برانگیز از طریق رابطه‌درمانی می‌باشد (۲۲). نتایج مطالعات مشابه بیانگر آن هستند که درمان متمرکز بر هیجان منجر به کاهش نشانه‌های اختلال خوردن و پریشانی عمومی شده و خودکارآمدی و تنظیم هیجان‌ات زنان مبتلا به اختلال پرخوری را بهبود بخشیده است (۲۴). همچنین نشان داده شده است که رویکرد گروهی درمان متمرکز بر هیجان برای افراد با اضطراب و افسردگی مؤثر می‌باشد (۲۵،۲۶). از آنجایی که در پژوهش‌های قبلی درمان‌های روانشناختی برای اختلال پرخوری، هیجان‌ات را کمتر هدف قرار داده‌اند

هیجان، افسردگی، اضطراب و پرخوری، توزیع برگه‌های ثبت هیجانی، برگه تقویت هیجان و برگه ثبت افکار ناکارآمدی به لحاظ هیجانی؛ **مرحله سوم:** فرصت‌دادن به مراجعان برای بیان پیامد اعمال خود (هم برای شخص دیگر و هم برای خود)، بررسی موانع و محدودیت‌های بخشش خود توسط مراجعان، آماده‌شدن مراجعان برای تمرین دوصندلی، آموزش شناسایی هیجانات مثبت و منفی (به کمک برگه ثبت هیجانی)، ارزیابی آن‌ها و کمک به پذیرش با ارائه دو تکنیک ذهن‌آگاهی اسکن بدن و فضای تنفس سه دقیقه‌ای؛ **مرحله چهارم:** آشتی‌دادن جنبه‌های متضاد، بیان و آشکارکردن جنبه‌های متضاد شناسایی‌شده در تکالیف خانگی، افزایش هشیاری مراجع نسبت به پیامدهای به‌تأخیرانداختن فرایند پذیرش و تصدیق خود، فن‌صندلی خالی و آغاز آشتی‌دادن صداهای طرف متضاد مراجع؛ **مرحله پنجم:** ادامه هماهنگ‌کردن صداهای متضاد طرف مراجع، اجازه‌دادن به مراجعان جهت بیان‌نمودن ارزش‌های خود و مشخص‌کردن اینکه چگونه می‌خواهند با آن ارزش‌ها زندگی کنند، تمرکز بر نیازها و انگیزه‌های متصل به اعمال تکانه‌ای و شناسایی روش‌های برآورده‌شدن آن نیازها در آینده در راستای ارزش‌های مراجعان؛ **مرحله ششم:** آموزش شفقت و خودتسکین‌دهی، استفاده از تکنیک آرام‌سازی، تعیین رفتارهای جبرانی مراجع، گفتگوی دوصندلی (فن دوصندلی) و تسهیل بیان و توصیف احساسات، نیازها و آرزوها؛ **مرحله هفتم:** با تمرکز بر تغییرات مثبت از زمان انجام عمل پرخوری و تکانشی، به مراجعان در یادآوری دوره‌های پرخوری کمک گردید تا تجربیات افسردگی و احساس گناه، خودانتقادی و نشخوار فکری و سرکوب‌ها زنده شوند. همچنین به آن‌ها آموزش داده شد تا احساسات منفی باقی‌مانده را با احساسات بخشش خود جایگزین کنند؛ **مرحله هشتم:** کمک به مراجعان

ملاک‌های خروج نیز داشتن یک اختلال بالینی و شخصیت دیگر که درخور تشخیص جداگانه‌ای باشد، خطور خودکشی قریب‌الوقوع، هر گونه سوء‌مصرف مواد یا وابستگی به مواد و الکل و شاخص توده بدنی ( $BMI =$  وزن به کیلوگرم تقسیم بر مجذور قد بر حسب متر) بالاتر از ۴۰ را شامل می‌شد.

به‌منظور رعایت اصول اخلاق حرفه‌ای، برای گروه کنترل نیز همانند گروه آزمایش، مداخله‌درمانی با هدف اجرا پس از اتمام کار در نظر گرفته شد. در ادامه، در جلسه اول (مقدماتی) پیش‌آزمون برای دو گروه آزمایش و کنترل اجرا شد و پس‌آزمون پس از اتمام مداخله‌درمانی و پیگیری اثربخشی درمان (۶ هفته پس از آخرین جلسه) اجرا گردید. در نهایت، داده‌های به‌دست‌آمده در ۲ سطح توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (تحلیل کواریانس چندمتغیره) با استفاده از نرم‌افزار SPSS 24 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. شایان ذکر است که گروه‌درمانی در ۸ مرحله اجرا گردید که خلاصه محتوای آن به شرح زیر می‌باشد:

**جلسه مقدماتی:** پیش از شروع جلسه اول، پیش‌آزمون برای ۲ گروه اجرا گردید و شرایط حضور در گروه آزمایش و کنترل شرح داده شد.

**مرحله اول:** برقراری رابطه‌درمانی و آشناسازی اعضا با یکدیگر، تصدیق همدلانه، شناسایی چرخه تعاملی معیوب و شناسایی هیجانات اساسی، ارزیابی انتظارات و نگرانی‌های مراجعان، آموزش در مورد درمان متمرکز بر هیجان و تشریح قوانین گروه؛ **مرحله دوم:** بحث مقدماتی در مورد هیجانات، کنترل و تنظیم آن‌ها، اجازه‌دادن به مراجعان جهت اقرار به اشتباهات خود و شناسایی منابع این اشتباهات، تأکید بر پذیرش مسئولیت، پایان‌دادن به بحث آموزش (زمانی به بررسی جلسه امروز اختصاص داده شد)، دادن کتابچه‌هایی برای تفهیم بهتر و آموزش درباه

به منظور شناسایی موارد پیشرفت و نحوه حفظ این عایدات، ارائه کلیاتی از کاربرد فرایند بخشش و تصدیق خود برای سایر اعمال تکانه‌ای، توزیع پس‌آزمون و مراسم خداحافظی.

### ابزار پژوهش

مقیاس شدت پر خوری (BES: Binge Eating Scale): این ابزار توسط Gormally و همکاران برای سنجش شدت پر خوری طراحی شده است (۲۷). آلفای کرونباخ این مقیاس قبل از درمان معادل ۰/۹۴ و پس از درمان برابر با ۰/۹۲ محاسبه شده است. این مقیاس شامل ۱۴ آیت ۴ گزینه‌ای و ۲ آیت ۳ گزینه‌ای می‌باشد که دامنه آن از خیلی موافق = ۴ تا کاملاً مخالف = ۰ گسترده است. در مجموع، دامنه نمرات این مقیاس از ۰ تا ۴۶ می‌باشد که کسب نمره ۱۶ بیانگر وجود اختلال پر خوری بوده و کسب نمره بالاتر از آن شدت بیشتر پر خوری را نشان می‌دهد. فرم ایرانی این مقیاس توسط مولودی و همکاران (۱۳۸۹) در ارتباط با ۶۰ آزمودنی اجرا شده که حساسیت آن ۰/۸۵ درصد و اعتبار آزمون-بازآزمون آن معادل ۰/۷۲ محاسبه گردیده است (۲۸).

پرسشنامه اضطراب Beck (BAI: Beck Anxiety Inventory): این ابزار یک پرسشنامه خودگزارشی می‌باشد که برای اندازه‌گیری شدت اضطراب در نوجوانان و بزرگسالان تهیه شده است. این پرسشنامه یک مقیاس ۲۱ ماده‌ای می‌باشد که در آن آزمودنی در هر ماده یکی از ۴ گزینه را که نشان‌دهنده شدت اضطراب است، انتخاب می‌کند. ۴ گزینه هر سؤال در یک طیف ۴ قسمتی از ۰ تا ۳ نمره‌گذاری می‌شوند؛ بنابراین، حداکثر نمره ۶۳ بوده و شدت اضطراب ۰-۷ جزئی، ۸-۱۵ خفیف، ۱۶-۲۵ متوسط و ۲۶-۶۳ شدید می‌باشد. شایان ذکر است که این پرسشنامه از اعتبار روایی بالایی برخوردار می‌باشد و ضریب

همسانی درونی آن (ضریب آلفا) برابر با ۰/۹۲، اعتبار آن با روش بازآزمایی به فاصله یک هفته معادل ۰/۷۵ و همبستگی ماده‌های آن از ۰/۳۰ تا ۰/۷۶ متغیر است. ذکر این نکته ضرورت دارد که ۵ نوع روایی محتوا، همزمان، سازه، تشخیصی و عاملی برای این آزمون سنجیده شده است که همگی نشان‌دهنده کارایی بالای این ابزار در اندازه‌گیری شدت اضطراب می‌باشند (۲۹). در پژوهش کاپوانی و موسوی روایی، پایایی و همسانی درونی این پرسشنامه در ارتباط با جمعیت ۱۵۱۳ نفری زن و مرد در تمامی گروه‌های سنی در تهران به ترتیب  $r=0/72$ ،  $r=0/83$  (Alpha=0/92) به دست آمد (۳۰).

پرسشنامه افسردگی Beck: این پرسشنامه خودگزارشی دربرگیرنده ۲۱ عبارت می‌باشد که به منظور اندازه‌گیری شدت افسردگی توسط Beck ساخته شده است. هر عبارت در این پرسشنامه بازتاب یکی از علائم افسردگی می‌باشد که براساس ۴ پاسخ درجه‌بندی شده است. دامنه نمرات نیز از ۰ تا ۶۳ متغیر می‌باشد که نمرات بالاتر نشانه افسردگی شدیدتر است. براساس تقسیم‌بندی Beck، نمرات ۰-۹ بیانگر فقدان افسردگی؛ نمرات ۱۰-۱۸ نشان‌دهنده افسردگی خفیف تا متوسط؛ نمرات ۱۹-۲۹ بیانگر افسردگی متوسط تا شدید؛ نمرات ۳۰-۶۳ نشان‌دهنده افسردگی شدید می‌باشند (۳۱). در فرهنگ اصلی، روایی همزمان این پرسشنامه معادل ۰/۷۹ و اعتبار بازآزمایی آن برابر با ۰/۶۷ گزارش شده است. در ایران نیز اعتبار این پرسشنامه توسط گودرزی و همکاران از طریق محاسبه ضریب همسانی درونی بر حسب آلفای کرونباخ معادل ۰/۸۴ و ضریب تنصیف آن (براساس سؤالات زوج و فرد) برابر با ۰/۷۰ به دست آمده است (۳۲).

### نتایج

یافته‌های توصیفی در ارتباط با زنان مبتلا به پر خوری

نشان داد که انحراف معیار  $\pm$  میانگین معیار سنی به ترتیب برای گروه آزمایش معادل  $11/66 \pm 38/4$  و برای گروه کنترل برابر با  $7/58 \pm 39/56$  می‌باشد. همچنین بر مبنای نتایج مشاهده شد که ۱۱ نفر از اعضای نمونه (۶۸ درصد) متأهل و ۵ نفر (۳۲ درصد) مجرد بوده‌اند. در ارتباط با وضعیت تحصیلی نیز مشخص شد که از میان افراد مورد مطالعه، ۳ نفر (۱۸ درصد) بی‌سواد و یا دارای سواد تا سطح ابتدایی، ۵ نفر (۳۲ درصد) دارای مدرک دیپلم و فوق دیپلم، ۶ نفر (۳۷ درصد) دارای مدرک کارشناسی و ۲ نفر (۱۲ درصد) دارای مدرک کارشناسی به بالا بودند. ذکر این نکته ضرورت دارد که به دلیل ۲ متغیر وابسته و کنترل پیش‌آزمون، از تحلیل کوواریانس چندمتغیره (MANCOVA) در تحلیل استفاده گردید و ابتدا مفروضه‌های آن بررسی گشت. باید خاطر نشان ساخت که آزمون لوین محاسبه شده در مورد هیچ‌یک از متغیرهای مورد بررسی به لحاظ آماری معنادار نبود؛ از این رو مفروضه همگونی واریانس‌ها در سطح پس‌آزمون تأیید گردید. همچنین آزمون همگونی ضرایب رگرسیون از طریق تعامل پیش‌آزمون اضطراب- افسردگی با متغیر مستقل (روش درمان) در مرحله پس‌آزمون مورد بررسی قرار گرفت که مفروضه همگونی ضرایب رگرسیون تنها برای افسردگی تأیید شد. نتایج آزمون Kolmogorov-Smirnov نیز نشان داد که توزیع داده‌ها در ۳ سطح آزمون طبیعی بوده ( $P \geq 0/05$ ) و فرض صفر مبنی بر نرمال بودن توزیع داده‌ها

تأیید می‌گردد.

با توجه به نتایج جدول ۱، در ۲ سطح پس‌آزمون و پیگیری در میانگین‌های متغیرهای افسردگی و اضطراب در گروه آزمایش کاهش مشاهده می‌گردد؛ در صورتی که این کاهش در گروه کنترل وجود ندارد.

برای تعیین معناداری اثر گروه بر متغیرهای اضطراب و افسردگی از آزمون Lambda Wilks استفاده شد. نتایج حاصل نشان داد که آماره چندمتغیری مربوطه؛ یعنی لامبدای ویلکس در سطح اطمینان ۹۵ درصد ( $\alpha \leq 0/05$ ) معنادار می‌باشد [ $F_{(2,9,11)} = 17/76, P \leq 0/05, \eta^2 = 0/76$ ]. بدین ترتیب فرض صفر آماری رد شده و مشخص می‌گردد که ترکیب خطی متغیرهای وابسته میزان پس‌آزمون‌ها پس از تعدیل تفاوت‌های ۲ متغیر همپراش (پیش‌آزمون‌های اضطراب و افسردگی) از متغیر مستقل روش درمان تأثیر پذیرفته است که این امر در پیگیری نیز به همین قرار می‌باشد [ $F_{(2,9,11)} = 16/53, P \leq 0/05, \eta^2 = 0/75$ ]. علاوه بر این، بر اساس نتایج جدول ۲ در سطح پس‌آزمون افسردگی بین افراد گروه‌های آزمایش و کنترل به لحاظ متغیر مذکور تفاوت معناداری مشاهده می‌شود ( $P = 0/001$  و  $F = 29/6$ )؛ به عبارت دیگر، EFT باعث کاهش افسردگی در گروه آزمایش شده است. از سوی دیگر، میزان تأثیر یا تفاوت معادل  $0/71$  می‌باشد. بدین معنا که ۷۱ درصد از تفاوت‌های فردی در نمرات پس‌آزمون افسردگی مربوط به اثر EFT می‌باشد که این معناداری در پیگیری نیز

جدول ۱: آمار توصیفی متغیرهای وابسته در ۳ سطح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	گروه	تعداد	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
			انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین
افسردگی	آزمایش	۸	۶/۹	۳۱/۸	۷/۶	۳۱/۵	۵/۱	
	کنترل	۸	۲/۷	۴۲	۴/۱	۴۰/۱	۱/۶	
اضطراب	آزمایش	۸	۴/۹	۲۵/۱	۸/۵	۲۷/۶	۵/۹	
	کنترل	۸	۳/۱	۳۵/۲	۵/۶	۳۷/۳	۴/۶	

جدول ۲: نتایج نهایی تحلیل کوواریانس چندمتغیره متغیرهای وابسته در پس‌آزمون و پیگیری

متغیرها	گروه	تفاوت میانگین	SS	DF	MS	F	Sig	ضریب اتا
افسردگی پس‌آزمون	آزمایش-کنترل	۱۱	۵۱۸/۱۷	۱	۵۱۸/۱۷	۲۹/۶	۰/۰۰۱	۰/۷۱
اضطراب پس‌آزمون	آزمایش-کنترل	۱۱	۴۵۸/۳	۱	۴۵۸/۳	۱۲/۵	۰/۰۰۴	۰/۵۱
افسردگی پیگیری	آزمایش-کنترل	۹/۶	۳۴۵/۶	۱	۳۴۵/۶	۳۳/۷	۰/۰۰۱	۰/۷۳
اضطراب پیگیری	آزمایش-کنترل	۱۰/۳	۴۰۳/۴	۱	۴۰۳/۴	۲۱/۱	۰/۰۰۱	۰/۶۳

پایدار مانده است ( $P=۰/۰۰۱$  و  $F=۳۳/۷$ ). علاوه بر این، در سطح پس‌آزمون اضطراب بین افراد گروه‌های آزمایش و کنترل به لحاظ متغیر مذکور تفاوت معناداری مشاهده می‌شود ( $P=۰/۰۰۴$  و  $F=۱۲/۵$ )؛ به عبارت دیگر، EFT باعث کاهش اضطراب در گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر یا تفاوت نیز معادل ۰/۵۱ می‌باشد؛ به عبارت دیگر ۵۱ درصد از تفاوت‌های فردی در نمرات پس‌آزمون اضطراب مربوط به اثر EFT می‌باشد که این معناداری در پیگیری نیز پایدار مانده است ( $P=۰/۰۰۱$  و  $F=۲۱/۱$ ).

### بحث

هدف از پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر افسردگی و اضطراب زنان مبتلا به اختلال پر خوری بود. نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که میانگین افسردگی و اضطراب در گروه آزمایش در سطوح پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون کاهش معناداری داشته‌اند. نتایج این پژوهش همخوان با یافته‌های Wnuk و همکاران (۲۴) و Compare و همکاران (۳۳) اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان در زنان مبتلا به پر خوری را تأیید کرده‌اند. همچنین همراستا با نتایج این پژوهش در ارتباط با اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر کاهش افسردگی، تحقیقات Shahr (۳۴)، Greenberg و Watson (۲۶) و Greenberg (۳۵) اثربخشی گروهی این درمان را بر افسردگی نشان داده‌اند. علاوه بر این، همسو با اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر کاهش اضطراب در این مطالعه،

پژوهش Robinson و همکاران (۲۵) حاکی از آن بود که درمان متمرکز بر هیجان باعث کاهش معناداری در کاهش نشانگان گروه آزمایش شده است. همچنین به‌طور غیرمستقیم به اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر کاهش علائم منفی در اختلالات خوردن اشاره شده است؛ به‌طور مثال Wnuk و همکاران (۲۰۱۴) در بررسی خود بر روی زنان مبتلا به اختلال پراشتهایی عصبی نشان دادند که درمان متمرکز بر هیجان باعث بهبود معنادار نشانه‌های بدتنظیمی هیجان، افسردگی، خودکارآمدی و کاهش در دوره‌های پر خوری شده است.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که اختلال پر خوری با اضطراب و افسردگی رابطه دارد (۳۶، ۳۷). رفتارهای ناسالم غذا خوردن مانند پر خوری، یک راه تجربه‌نکردن هیجانات طاقت‌فرسا، آزاردهنده و منفی می‌باشد (۳۸) و مشکل در تنظیم هیجان با افسردگی (۳۹) و اضطراب (۴۰) مرتبط دانسته شده است. یکی از اهداف EFT، کار روی فرایندهای زیربنایی و افکار هیجانات ناخوشایند به وسیله آگاهی و بیان درست تجربیات درونی هیجانات می‌باشد تا از این طریق تحمل کردن آن‌ها یاد گرفته شده و تنظیم هیجانی گردد و این تجربیات در قالب کلمات، معنا و انعکاس نمادگذاری شوند تا بتوان با برچسب مجدد، هیجانات سالمی را فعال نمود که با نیازها و اعمال مربوط با آن مرتبط شوند (۴۱). فرض اساسی EFT این است که هیجانات به‌طور ذاتی باعث انطباق و سازگاری می‌شوند و اطلاعات مهمی را فراهم می‌کنند. همچنین از طریق

یادگیری آن‌ها در داخل طرحواره‌های هیجانی، شبکه‌های شناختی، احساسات بدنی و اعمالی که به وسیله سائق‌های درونی و بیرونی برانگیخته می‌شوند، سازمان‌دهی می‌گردند. هدف اصلی EFT، افزایش آگاهی از آن‌ها و تجربه واقعی هیجانات است تا بدین‌شکل طرحواره‌های هیجانی ناسازگار تغییر کنند و با تنظیم هیجانات، فرد هیجانات سازگارانه را تجربه نماید (۲۲).

محققان ادعا می‌کنند که راه‌های نابه‌هنجار غذاخوردن برای تخلیه هیجانات منفی است (۴۲) و پرخوری به‌عنوان یک فرار از خودآگاهی به وسیله تمرکز بر اقدام فوری زیاده‌خواری و پاکسازی عمل می‌کند (۴۳). بر این اساس رفتارهای اختلال خوردن، یک تنظیم عملکرد برای زنانی که سطح بالایی از هیجانات آزارنده (Aversive Emotions) را تجربه می‌کنند می‌باشد؛ بنابراین در درمان متمرکز بر هیجان، فن دوصندلی برای انشعابات خودآزم‌گسیخته (Self-interruptive) استفاده می‌شود. زمانیکه خود، بازداری و ممانعت کند و هدف این باشد که برای مراجعان به وسیله دیالوگ خود-خود (خودی که تجربیات هیجانی را مسدود می‌کند) روشن شود که چگونه از خوردن نابه‌هنجار برای منقطع کردن تجربیات هیجانی خود استفاده نمایند، راه‌حل این کار بیان کردن کامل جنبه‌هایی از خود است که قبلاً انکار شده‌اند (۳۸). تکنیک‌های به‌کاررفته در این درمان مانند آموزش در مورد هیجانات مثبت و منفی و ارزیابی مجدد و کمک به پذیرش بدون چون و چرای آن‌ها در این راستا بود تا مراجعان بتوانند با تنظیم هیجان به‌جای سرکوب هیجانات، آن‌ها را بازپردازش کنند و در این زمینه، تجربه‌کردن عمیق و پذیرش به نوعی خودآگاهی منجر گردید. مراجعان در طول جلسات به این درک رسیدند که هیجانات نه الزاماً ترسناک هستند و نه پایدار؛ بنابراین می‌توان به‌جای گریز و یا غرق‌شدن در آن‌ها، پیام پنهانی

آن‌ها را شنید. افزایش آگاهی از هیجانات، بیان هیجانات تازه، کنارآمدن با دشواری‌های تنظیم هیجان و ابراز هیجانی مناسب را با یکدیگر هماهنگ می‌کند و فرد به ادراک تازه‌ای از خود دست می‌یابد. اجراکردن فن دوصندلی برای آشناسدن با جنبه‌های سرکوب‌کننده خود و حل‌کردن صداهای متضاد باعث شد تا خود مهربان و دلسوز بر طرف منتقد و سرکوبگر غلبه پیدا کند. علاوه‌براین، افزایش خوددلسوزی با این روش و تکنیک خودتسکین‌دهی موجب پرورش انعطاف‌پذیری هیجانی گردید. در این روش به افزایش خودمهربانی که موجب تغییر عواطف مثبت و منفی می‌شود توجه می‌گردد تا بیمار قضاوت خود را مورد ارزیابی قرار دهد، فهم دلسوزانه‌ای از آشفتگی‌هایی که کیفیت زندگی وی را تحت تأثیر قرار می‌دهد در خود ایجاد کند و به‌صورت هوشیارانه‌ای احساسات و افکار خود را بپذیرد و تحمل بیشتری داشته باشد که این امر در نهایت موجب افزایش توان مقابله افراد افسرده با آشفتگی‌ها و تمایلات خودانتقادی می‌گردد (۴۴). تکنیک برگه ثبت افکار ناکارآمد به لحاظ هیجانی باعث شد تا بیماران با افکار زیربنایی غلط که با رفتارهای پرخوری همراه هستند (۴۵) و زمینه‌ساز افسردگی و اضطراب می‌باشند، آشنا شوند و با جایگزینی افکار همراه با شواهد معتبر به تنظیم هیجانات خود بپردازند. تأکید بر رابطه‌درمانی و اینکه درمانگر به‌عنوان مربی هیجانی (۴۶) نحوه پردازش هیجان را با ایجاد یک فضای امن، آرام و توأم با همدلی تسهیل می‌کند منجر به تنظیم هیجان و کاهش افسردگی و اضطراب شده است. از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به این موضوع اشاره کرد که جامعه پژوهش را فقط زنان تشکیل داده‌اند؛ از این رو می‌بایست در تعمیم نتایج به سایر افراد احتیاط کرد. همچنین کوتاه‌بودن طول دوره پیگیری به مدت ۶ هفته به دلیل محدودیت همکاری



شرکت‌کنندگان در پژوهش از محدودیت‌های دیگر این مطالعه بود.

نقش دارند.

## نتیجه‌گیری

اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان از یک‌سو نشان‌دهنده نقش آگاهی هیجانی و تنظیم هیجان در تعدیل و کاهش افسردگی بود و از سوی دیگر این مداخله با تکنیک‌های مبتنی بر تنظیم هیجان و ذهن‌آگاهی به‌جای تأکید صرف بر شناخت‌ها و روابط بین فردی باعث بهبود نشانه‌های اضطراب و افسردگی در زنان مبتلا به اختلال پر خوری گردید. در این راستا می‌توان در مطالعات بعدی اثربخشی این درمان بر کاهش خودنشانگان پر خوری و دشواری در تنظیم هیجان و کاهش چاقی را مورد بررسی قرار داد؛ زیرا اضطراب و افسردگی نوعی دشواری در تنظیم هیجان هستند که در تولید و نگهداری نشانه‌های پر خوری

## ملاحظات اخلاقی

در این مطالعه از اعضای شرکت‌کننده رضایت آگاهانه به‌صورت کتبی اخذ شد و برای گروه کنترل نیز بعد از اتمام تحقیق، مداخله درمان متمرکز بر هیجان اجرا گردید.

## تضاد منافع

در این مطالعه هیچ‌گونه تضاد منافع با شخص و یا سازمانی وجود نداشت.

## تشکر و قدردانی

در پایان از تمامی متخصصان و افرادی که در مرکز درمان چاقی با تیم پژوهش همکاری نمودند، کمال تشکر و قدردانی را ابراز می‌داریم.

## References

1. Edition F. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5<sup>th</sup> ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013. P. 358-41.
2. Grucza RA, Przybeck TR, Cloninger CR. Prevalence and correlates of binge eating disorder in a community sample. *Compr Psychiatry*. 2007; 48(2):124-31.
3. Montano CB, Rasgon NL, Herman BK. Diagnosing binge eating disorder in a primary care setting. *Postgrad Med*. 2016; 128(1):115-23.
4. Kornstein SG. Epidemiology and recognition of binge-eating disorder in psychiatry and primary care. *J Clin Psychiatry*. 2017; 78:3-8.
5. Desai MN, Miller WC, Staples B, Bravender T. Risk factors associated with overweight and obesity in college students. *J Am Coll Health*. 2008; 57(1):109-14.
6. Blinder BJ, Cumella EJ, Sanathara VA. Psychiatric comorbidities of female inpatients with eating disorders. *Psychosom Med*. 2006; 68(3):454-62.
7. Strine TW, Mokdad AH, Dube SR, Balluz LS, Gonzalez O, Berry JT, et al. The association of depression and anxiety with obesity and unhealthy behaviors among community-dwelling US adults. *Gen Hosp Psychiatry*. 2008; 30(2):127-37.
8. Grilo CM, White MA, Masheb RM. DSM-IV psychiatric disorder comorbidity and its correlates in binge eating disorder. *Int J Eat Disord*. 2009; 42(3):228-34.
9. Wilfley DE, Crow SJ, Hudson JI, Mitchell JE, Berkowitz RI, Blakesley V, et al. Efficacy of sibutramine for the treatment of binge eating disorder: a randomized multicenter placebo-controlled double-blind study. *Am J Psychiatry*. 2008; 165(1):51-8.
10. Grilo CM, Masheb RM, Wilson GT. Efficacy of cognitive behavioral therapy and fluoxetine for the treatment of binge eating disorder: a randomized double-blind placebo-controlled comparison. *Biol Psychiatry*. 2005; 57(3):301-9.
11. Wilfley DE, Welch RR, Stein RI, Spurrell EB, Cohen LR, Saelens BE, et al. A randomized comparison of group cognitive-behavioral therapy and group interpersonal psychotherapy for the treatment of overweight individuals with binge-eating disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2002; 59(8):713-21.
12. Safer DL, Robinson AH, Jo B. Outcome from a randomized controlled trial of group therapy for binge eating disorder: comparing dialectical behavior therapy adapted for binge eating to an active comparison group therapy. *Behav Ther*. 2010; 41(1):106-20.
13. Telch CF, Agras WS, Linehan MM. Group dialectical behavior therapy for binge-eating disorder: a

- preliminary, uncontrolled trial. *Behav Ther.* 2000; 31(3):569-82.
14. Munsch S, Biedert E, Meyer A, Michael T, Schlup B, Tuch A, et al. A randomized comparison of cognitive behavioral therapy and behavioral weight loss treatment for overweight individuals with binge eating disorder. *Int J Eat Disord.* 2007; 40(2):102-13.
  15. Agras WS, Telch CF, Arnow B, Eldredge K, Detzer MJ, Henderson J, et al. Does interpersonal therapy help patients with binge eating disorder who fail to respond to cognitive-behavioral therapy? *J Consult Clin Psychol.* 1995; 63(3):356.
  16. Abraham SF, Beumont PJ. How patients describe bulimia or binge eating. *Psychol Med.* 1982; 12(3):625-35.
  17. Arnow B, Kenardy J, Agras WS. The emotional eating scale: the development of a measure to assess coping with negative affect by eating. *Int J Eat Disord.* 1995; 18(1):79-90.
  18. Aldao A, Nolen-Hoeksema S, Schweizer S. Emotion-regulation strategies across psychopathology: a meta-analytic review. *Clin Psychol Rev.* 2010; 30(2): 217-37.
  19. Svaldi J, Griepentstroh J, Tuschen-Caffier B, Ehring T. Emotion regulation deficits in eating disorders: a marker of eating pathology or general psychopathology? *Psychiatry Res.* 2012; 197(1-2):103-11.
  20. Tasca GA, Bone M. Individual versus group psychotherapy for eating disorders. *Int J Group Psychother.* 2007; 57(3):399-403.
  21. Greenberg LS, Safran JD. Emotion in psychotherapy. *Am Psychol.* 1989; 44(1):19-29.
  22. Greenberg LS. Emotion-focused therapy: coaching clients to work through their feelings. *Am Psychol Assoc.* 2002; 32(2):56.
  23. Greenberg LS. Emotion in the therapeutic relationship in emotion-focused therapy. *Routledge: the therapeutic relationship in the cognitive behavioral psychotherapies; 2007.* P. 43-62.
  24. Wnuk SM, Greenberg L, Dolhanty J. Emotion-focused group therapy for women with symptoms of bulimia nervosa. *Eat Disord.* 2015; 23(3):253-61.
  25. Lafrance Robinson A, McCague EA, Whissell C. That chair work thing was great: a pilot study of group-based emotion-focused therapy for anxiety and depression. *Person Center Expe Psychother.* 2014; 13(4):263-77.
  26. Greenberg L, Watson J. Experiential therapy of depression: differential effects of client-centered relationship conditions and process experiential interventions. *Psychother Res.* 1998; 8(2):210-24.
  27. Gormally J, Black S, Daston S, Rardin D. The assessment of binge eating severity among obese persons. *Addict Behav.* 1982; 7(1):47-55.
  28. Mootabi F, Moloodi R, Dezhkam M, Omidvar N. Standardization of the binge eating scale among Iranian Obese population. *Iran J Psychiatry.* 2009; 4(4):143-6.
  29. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol.* 1988; 56(6):893-7.
  30. Kaviani H, Mousavi A. Psychometric properties of the Persian version of Beck Anxiety Inventory (BAI). *Tehran Univ Med J.* 2008; 66(2):136-40.
  31. Richter P, Werner J, Heerlein A, Kraus A, Sauer H. On the validity of the beck depression inventory. *Psychopathology.* 1998; 31(3):160-8.
  32. Goudarzi MA. The study of reliability and validity of Beck hopelessness scale in a group of Shiraz university students. *J Social Sci Hum Shiraz Univ.* 2002; 18(2):27-39.
  33. Compare A, Calugi S, Marchesini G, Shonin E, Grossi E, Molinari E, et al. Emotionally focused group therapy and dietary counseling in binge eating disorder. Effect on eating disorder psychopathology and quality of life. *Appetite.* 2013; 71:361-8.
  34. Shahar B. Emotion-focused therapy for the treatment of social anxiety: an overview of the model and a case description. *Clin Psychol Psychother.* 2014; 21(6):536-47.
  35. Goldman RN, Greenberg LS, Angus L. The effects of adding emotion-focused interventions to the client-centered relationship conditions in the treatment of depression. *Psychother Res.* 2006; 16(5):537-49.
  36. Jones-Corneille LR, Wadden TA, Sarwer DB, Faulconbridge LF, Fabricatore AN, Stack RM, et al. Axis I psychopathology in bariatric surgery candidates with and without binge eating disorder: results of structured clinical interviews. *Obes Surg.* 2012; 22(3):389-97.
  37. Ulfvebrand S, Birgegård A, Norring C, Högdahl L, von Hausswolff-Juhlin Y. Psychiatric comorbidity in women and men with eating disorders results from a large clinical database. *Psychiatry Res.* 2015; 230(2):294-9.
  38. Dolhanty J, Greenberg LS. Emotion-focused therapy in the treatment of eating disorders. *Eur Psychother.* 2007; 7(1):97-116.
  39. Gross JJ, Muñoz RF. Emotion regulation and mental health. *Clin Psychol.* 1995; 2(2):151-64.
  40. Thayer JF, Lane RD. A model of neurovisceral integration in emotion regulation and dysregulation. *J Affect Disord.* 2000; 61(3):201-16.
  41. Greenberg LS, Watson JC. Emotion-focused therapy for depression. *Am Psychol Assoc.* 2006; 45(6):321.
  42. Bydlowski S, Corcos M, Jeammet P, Paterniti S, Berthoz S, Laurier C, et al. Emotion-processing

- deficits in eating disorders. *Int J Eat Disord.* 2005; 37(4):321-9.
43. Heatherton TF, Baumeister RF. Binge eating as escape from self-awareness. *Psychol Bull.* 1991; 110(1): 86-108.
44. Gilbert P, Procter S. Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach. *Clin Psychol Psychother.* 2006; 13(6):353-79.
45. Fairburn CG, Cooper Z, Shafran R. Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A “transdiagnostic” theory and treatment. *Behav Res Ther.* 2003; 41(5):509-28.
46. Greenberg LS. Emotion-focused therapy: a clinical synthesis. *Focus.* 2010; 8(1):32-42.



Original Article

# Effectiveness of Emotion-focused Therapy on Depression and Anxiety in Women with Binge Eating Disorder Referring to Sina Hospital in 2017

Yousef Asmari Bardezdard<sup>1</sup>, Dana Mohammad-Aminzadeh<sup>2</sup>, Farideh Hosseinsabet<sup>3\*</sup>

<sup>1</sup> PhD Student in Clinical Psychology of University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences in Tehran, Iran

<sup>2</sup> Master's Degree in Counseling, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran

<sup>3</sup> Assistant Professor, Department of Psychology, Allameh Tabataba'ei University, Tehran, Iran

**Received:** 29 Jan 2018

**Accepted:** 24 Feb 2018

---

## Abstract

**Introduction:** The aim of this study is to determine the effectiveness of Emotion-focused therapy (EFT) on depression and anxiety in women with binge eating disorder.

**Materials and Methods:** This study was semi experimental pretest - posttest with follow-up session after 6 weeks with the control group. The population of the study include all women with binge eating disorder in Tehran that referred to the obesity treatment, and 16 people were selected by purposeful sampling and randomly divided into two groups (8 control) and (8 experimental). Then two groups completed the Beck Anxiety Inventory (BAI) and Beck Depression Inventory (BDI). After data collection, analysis was done by multivariate covariance analysis (MANCOVA) using SPSS-24 software. The significance level was considered at ( $\alpha > 0.05$ )

**Results:** The mean scores of depression in the experimental group in the pre-test, post-test, follow up, were respectively (42.7, 31.8, 31.5) and in the control group were (41.1, 42.1, 40.1) also, the mean of anxiety in the experimental group in the pre-test, post-test, follow up were (37.7, 25.1, 27.6) and in the control group (36.2, 35.2, 37.3). It can be said that reduction in mean score of anxiety and depression is seen in the experimental group. And these differences were significant between two groups ( $\alpha \leq 0.05$ ).

**Conclusion:** Emotion-focused therapy by strengthening emotional processing and emotional awareness makes changes in the emotional schemas and by replacing compatible response, led to reduction in anxiety and depression in the women with binge eating disorder.

**Keywords:** Anxiety, Depression, Emotion-focused therapy, Overeating, Women

---