

مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری متمرکز بر نشخوار فکری و درمان شناختی رفتاری کلاسیک بر افسردگی، اضطراب و خوردن آشفته در افراد مبتلا به چاقی: مطالعه‌ای تک آزمودنی با طرح خط پایه چندگانه

تاریخ چاپ نهایی: ۱۴۰۶/۰۱/۰۱

تاریخ چاپ اولیه: ۱۴۰۵/۰۶/۲۶

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۵/۳۰

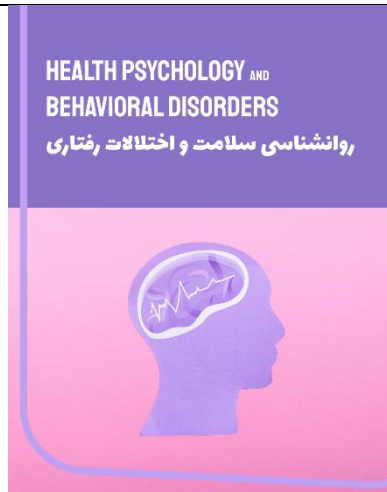
تاریخ بازنگری: ۱۴۰۵/۰۵/۱۸

تاریخ ارسال: ۱۴۰۵/۰۲/۲۷

چکیده

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری متمرکز بر نشخوار فکری و درمان شناختی رفتاری کلاسیک بر کاهش افسردگی، اضطراب و خوردن آشفته در افراد مبتلا به چاقی انجام شد. این پژوهش با استفاده از طرح آزمایشی تک آزمودنی از نوع خط پایه چندگانه بین آزمودنی‌ها انجام شد. شش بزرگسال ۱۸ تا ۵۰ ساله مبتلا به چاقی در دو شرایط درمانی سه نفره شامل درمان شناختی رفتاری کلاسیک و درمان شناختی رفتاری متمرکز بر نشخوار فکری قرار گرفتند. خط پایه‌ها به صورت پلکانی و شامل چهار تا شش نقطه اندازه‌گیری، مرحله مداخله شامل هشت نوبت اندازه‌گیری و مرحله پیگیری شامل چهار نوبت بود. هر دو مداخله طی ۱۰ جلسه هفتگی ۶۰ دقیقه‌ای اجرا شدند. افسردگی با پرسشنامه افسردگی بک-ویرایش دوم، اضطراب با پرسشنامه اضطراب بک و خوردن آشفته با نسخه کوتاه ۱۲ ماده‌ای پرسشنامه بررسی اختلال خوردن اندازه‌گیری شد. داده‌ها با تحلیل دیداری و شاخص‌های عدم همپوشانی همه جفت‌ها (NAP) و $Tau-U$ تحلیل شدند. مقایسه خط پایه با مرحله مداخله نشان داد که برای افسردگی، مقادیر NAP در درمان کلاسیک و متمرکز بر نشخوار به ترتیب 0.980 و 0.897 و مقادیر $Tau-U$ به ترتیب 0.959 و 0.794 بود. برای اضطراب، NAP به ترتیب 0.988 و 0.931 و $Tau-U$ به ترتیب 0.865 و 0.751 به دست آمد. در خوردن آشفته نیز NAP در دو درمان به ترتیب 0.812 و 0.758 و $Tau-U$ به ترتیب 0.624 و 0.516 بود. در مقایسه خط پایه با پیگیری، NAP افسردگی و خوردن آشفته در هر دو درمان 1.000 و $Tau-U$ نیز 1.000 بود؛ برای اضطراب، NAP در هر دو درمان 1.000 و $Tau-U$ برابر 0.889 به دست آمد. این الگو نشان داد که شاخص‌های کل مرحله مداخله برتری یکنواختی برای درمان متمرکز بر نشخوار نشان ندادند، اما شواهد مربوط به سطح نهایی و حفظ تغییر به نفع این درمان بود. هر دو رویکرد در کاهش پیامدهای روان شناختی و خوردن آشفته مؤثر بودند، اما درمان شناختی رفتاری متمرکز بر نشخوار فکری از نظر عمق نهایی تغییر و پایداری اثر در پیگیری الگوی مطلوب‌تری نشان داد؛ بنابراین، هدف‌گیری اختصاصی نشخوار فکری می‌تواند مؤلفه‌ای سودمند در مداخلات شناختی رفتاری برای افراد مبتلا به چاقی باشد.

کلیدواژگان: افسردگی؛ اضطراب؛ خوردن آشفته؛ درمان شناختی رفتاری متمرکز بر نشخوار فکری؛ درمان شناختی رفتاری کلاسیک؛ چاقی؛ طرح تک‌آزمودنی؛ خط پایه چندگانه.



حسن مشهدی‌زاده^۱، اعظم داودی^{۲*}، قاسم نظیری^۳، نجمه فتح^۴

۱. گروه روانشناسی بالینی، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران.

* ایمیل نویسنده مسئول:

hatami513@gmail.com

شیوه استناددهی: مشهدی‌زاده، حسن، داودی، اعظم، نظیری، قاسم، و فتح، نجمه. (۱۴۰۶). مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری متمرکز بر نشخوار فکری و درمان شناختی رفتاری کلاسیک بر افسردگی، اضطراب و خوردن آشفته در افراد مبتلا به چاقی: مطالعه‌ای تک‌آزمودنی با طرح خط پایه چندگانه. *روانشناسی سلامت و اختلالات رفتاری*، ۱(۱)، ۱-۲۶.

Comparison of the Effectiveness of Rumination-Focused Cognitive Behavioral Therapy and Classical Cognitive Behavioral Therapy on Depression, Anxiety, and Disordered Eating in Individuals with Obesity: A Single-Case Multiple-Baseline Study

Submit Date:
2026-05-17

Revise Date:
2026-08-09

Accept Date:
2026-08-21

Initial Publish Date:
2026-09-17

Final Publish Date:
2027-03-21

Abstract

This study aimed to compare the effectiveness of rumination-focused cognitive behavioral therapy (RFCBT) and classical cognitive behavioral therapy (CBT) in reducing depression, anxiety, and disordered eating among individuals with obesity. A single-case experimental design with multiple baselines across participants was employed. Six adults aged 18–50 years with obesity were assigned to two three-participant treatment conditions: classical CBT and RFCBT. Baseline phases were staggered across four to six measurement points, followed by eight intervention assessments and four follow-up assessments. Both interventions were delivered in 10 weekly 60-minute sessions. Depression was assessed using the Beck Depression Inventory-II, anxiety using the Beck Anxiety Inventory, and disordered eating using the 12-item Eating Disorder Examination Questionnaire–Short Form. Data were analyzed through visual analysis and quantitative single-case indices, including Nonoverlap of All Pairs (NAP) and Tau-U. For baseline-to-intervention comparisons, NAP values for depression were 0.980 for classical CBT and 0.897 for RFCBT, while corresponding Tau-U values were 0.959 and 0.794. For anxiety, NAP values were 0.988 and 0.931 and Tau-U values were 0.865 and 0.751, respectively. For disordered eating, NAP values were 0.812 and 0.758, with Tau-U values of 0.624 and 0.516. In baseline-to-follow-up comparisons, NAP values reached 1.000 for depression, anxiety, and disordered eating in both treatment conditions. Tau-U reached 1.000 for depression and disordered eating in both conditions and 0.889 for anxiety. Thus, whole-intervention nonoverlap indices did not consistently favor RFCBT, whereas the overall pattern of end-point and maintenance effects indicated greater depth and persistence of change following RFCBT. Both interventions were effective in reducing depression, anxiety, and disordered eating; however, RFCBT demonstrated a more favorable pattern in the final magnitude and maintenance of therapeutic change. Targeting rumination as a transdiagnostic cognitive process may therefore enhance the longer-term effectiveness of cognitive behavioral interventions for individuals with obesity, although replication in larger and more controlled studies is warranted.

Keywords: *Depression; Anxiety; Disordered Eating; Rumination-Focused Cognitive Behavioral Therapy; Cognitive Behavioral Therapy; Obesity; Single-Case Experimental Design; Multiple-Baseline Design.*

HEALTH PSYCHOLOGY AND BEHAVIORAL DISORDERS

روانشناسی سلامت و اختلالات رفتاری

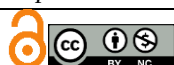


Hasan Mashhadizade¹, Azam Davoodi^{1*},
Ghasem Naziri¹, Najmeh Fath¹

1. Department of Clinical Psychology, Shi.C.,
Islamic Azad University, Shiraz, Iran.

*Corresponding Author's Email:
azam.davoodi@iau.ac.ir

How to cite: Mashhadizade, H., Davoodi, A.,
Naziri, Gh., & Fath, N. (2027). Comparison of the
Effectiveness of Rumination-Focused Cognitive
Behavioral Therapy and Classical Cognitive
Behavioral Therapy on Depression, Anxiety, and
Disordered Eating in Individuals with Obesity: A
Single-Case Multiple-Baseline Study. *Health
Psychology and Behavioral Disorders*, 5(1), 1-26.



چاقی یکی از مسائل پیچیده سلامت در جهان معاصر است و پیامدهای آن صرفاً به افزایش وزن یا عوارض جسمانی محدود نمی‌شود، بلکه با طیفی از مشکلات هیجانی، شناختی و رفتاری همراه است که می‌توانند روند درمان را دشوار و چرخه افزایش وزن را پایدار کنند. در میان این پیامدها، افسردگی، اضطراب و الگوهای خوردن آشفته جایگاه ویژه‌ای دارند؛ زیرا می‌توانند هم در پی تجربه چاقی، نارضایتی بدنی و انگ مرتبط با وزن پدید آیند و هم از طریق کاهش انگیزش، افزایش اجتناب، تضعیف خودتنظیمی و استفاده از غذا برای تعدیل هیجان منفی، به تداوم مشکل کمک کنند. شواهد مروری نشان می‌دهد خوردن هیجانی با اضافه‌وزن و چاقی، افسردگی، اضطراب و استرس ارتباط دارد و این متغیرها اغلب در شبکه‌ای متقابل از عاطفه منفی، دشواری تنظیم هیجان و رفتارهای خوردن ناسازگار عمل می‌کنند (Braden et al., 2025; Dakanalis et al., 2023). از این رو، مفهوم‌سازی و درمان چاقی نیازمند توجه هم‌زمان به نشانه‌های هیجانی و سازوکارهای شناختی‌ای است که رفتار خوردن را در شرایط تنش، غم و نگرانی هدایت می‌کنند.

خوردن آشفته مفهومی گسترده‌تر از خوردن هیجانی یا پرخوری است و مجموعه‌ای از نگرش‌ها و رفتارهای ناسازگار مرتبط با غذا، وزن و شکل بدن را در بر می‌گیرد؛ از جمله محدودیت‌های سختگیرانه غذایی، اشتغال ذهنی با خوردن، نگرانی درباره وزن و شکل بدن، احساس از دست دادن کنترل و برخی رفتارهای جبرانی. این الگوها ممکن است در افراد مبتلا به چاقی حتی بدون وجود یک اختلال خوردن تشخیص‌گذاری شده مشاهده شوند و کیفیت زندگی، تنظیم هیجان و موفقیت مداخلات مدیریت وزن را مختل کنند. یافته‌های بالینی نشان داده‌اند اضافه‌بار هیجانی، بدتنظیمی هیجان و تکانشگری با الگوهای ناسازگار خوردن در افراد مبتلا به چاقی و پرخوری ارتباط دارند (Benzerouk et al., 2020). در همین راستا، اعتبارسنجی نسخه فارسی ابزارهای سنجش آسیب‌شناسی خوردن نیز بر ضرورت ارزیابی دقیق و حساس به زمینه فرهنگی این مشکلات در جمعیت ایرانی تأکید کرده است (Sahlan et al., 2023). بنابراین، خوردن آشفته باید در کنار افسردگی و اضطراب به عنوان یک پیامد بالینی مهم در افراد مبتلا به چاقی بررسی شود.

یکی از سازوکارهایی که می‌تواند افسردگی، اضطراب و رفتار خوردن ناسازگار را به یکدیگر پیوند دهد، نشخوار فکری است. نشخوار به درگیری مکرر و نسبتاً منفعلانه با افکار، احساسات، علل و پیامدهای تجربه‌های منفی اشاره دارد؛ فرایندی که به جای تسهیل حل مسئله، اغلب موجب تداوم عاطفه منفی، کاهش انعطاف شناختی و محدودشدن پاسخ‌های سازگاران می‌شود. در این الگو، فرد بارها به محتوای منفی بازمی‌گردد، بدون آنکه به اقدام مؤثر یا پردازش روشن و موقعیت‌محور دست یابد. از این رو، نشخوار نه فقط یکی از ویژگی‌های افسردگی، بلکه یک فرایند شناختی فراتشخیصی دانسته می‌شود که می‌تواند در طیفی از مشکلات هیجانی و رفتاری نقش نگهدارنده داشته باشد (Watkins & Roberts, 2020). درمان شناختی‌رفتاری متمرکز بر نشخوار نیز بر این فرض استوار است که تغییر شیوه پردازش تکرارشونده و انتزاعی می‌تواند مسیر مستقیمی برای کاهش آسیب‌پذیری نسبت به خلق منفی فراهم کند (Watkins, 2016).

رابطه نشخوار با آسیب‌شناسی خوردن نیز به طور فزاینده‌ای مورد توجه قرار گرفته است. فراتحلیل‌ها نشان داده‌اند نشخوار با شدت آسیب‌شناسی اختلالات خوردن ارتباط دارد و می‌تواند در تداوم اشتغال ذهنی با غذا، وزن و شکل بدن نقش ایفا کند (Smith et al., 2018). همچنین، شواهد فراتحلیلی درباره تفکر منفی تکرارشونده نشان می‌دهند هر دو مؤلفه نگرانی و نشخوار با نشانه‌های اختلالات خوردن ارتباط دارند (Palmieri, Mansueto, Ruggiero, et al., 2021). در بیماران دارای اختلال پرخوری و چاقی نیز نشخوار با آسیب‌شناسی خوردن و درونی‌سازی سوگیری مرتبط با وزن همراه بوده است (Wang et al., 2017). از منظر فراشناختی، باورهای مثبت و منفی درباره نگرانی، نشخوار و کنترل افکار نیز با الگوهای خوردن ناسازگار ارتباط دارند؛ بنابراین، تنها محتوای فکر مهم نیست، بلکه نحوه پاسخ فرد به افکار و باورهای او درباره ضرورت یا کنترل‌ناپذیری فکرکردن نیز اهمیت دارد (Palmieri, Mansueto, Scaini, et al., 2021).

شواهد فرایندی، سازوکار احتمالی این رابطه را روشن‌تر کرده‌اند. پژوهش‌های لحظه‌ای نشان می‌دهند نشخوار می‌تواند با افزایش عاطفه منفی و سپس احتمال بروز پرخوری مرتبط باشد و بدین ترتیب، حلقه‌ای میان شناخت تکرارشونده، هیجان منفی و رفتار خوردن شکل دهد (Smith

(et al., 2021). در بزرگسالان بستری مبتلا به چاقی نیز نگرانی و نشخوار به عنوان سازوکارهایی میان بدتنظیمی هیجان و خوردن هیجانی مطرح شده‌اند (Guerrini Usubini et al., 2025). افزون بر این، در کودکان دارای اضافه‌وزن یا چاقی، نشخوار و مهارت‌های مدیریت هیجان غم در پیش‌بینی خوردن هیجانی نقش داشته‌اند (Arghavani Hadi et al., 2023). این همگرایی شواهد در گروه‌های سنی و زمینه‌های مختلف نشان می‌دهد که نشخوار می‌تواند هدف درمانی مهمی برای کاهش هم‌زمان آشفتگی هیجانی و رفتار خوردن ناسازگار باشد. درمان شناختی-رفتاری کلاسیک یکی از رویکردهای اصلی برای مداخله در مشکلات روان‌شناختی و رفتاری مرتبط با چاقی است. این رویکرد با شناسایی و بازسازی افکار ناکارآمد، فعال‌سازی رفتاری، خودنظارتی، حل مسئله و اصلاح الگوهای رفتاری ناسازگار می‌تواند به کاهش آشفتگی روان‌شناختی و بهبود رفتارهای مرتبط با وزن کمک کند. یک فراتحلیل نشان داده است مداخلات شناختی-رفتاری علاوه بر پیامدهای وزنی، می‌توانند بر پیامدهای روان‌شناختی نیز اثر مثبت داشته باشند (Jacob et al., 2018). یک کارآزمایی تصادفی درباره رویکرد شناختی-رفتاری در درمان چاقی نیز بهبودهایی را در متغیرهای رفتاری و روان‌شناختی گزارش کرده است (Moraes et al., 2021) و مطالعه‌ای مقدماتی درباره CBT گروهی برای همبودی افسردگی و چاقی، امکان‌پذیری و سودمندی این رویکرد را نشان داده است (Lores et al., 2020). با این حال، این پرسش همچنان مطرح است که آیا هدف‌گیری مستقیم فرایندی مانند نشخوار می‌تواند عمق یا پایداری تغییر را نسبت به CBT کلاسیک افزایش دهد.

مطالعات متمرکز بر خوردن هیجانی نیز نشان می‌دهند مداخلات روان‌شناختی می‌توانند رفتار خوردن را تغییر دهند، اما اندازه اثر و دوام پاسخ میان مداخلات و افراد متفاوت است. مرور نظام‌مند و فراتحلیل مداخلات خوردن هیجانی در بزرگسالان دارای اضافه‌وزن یا چاقی، در کنار تأیید آثار درمانی، ناهمگنی قابل توجهی در روش‌ها و پیامدها گزارش کرده است (Smith et al., 2023). مرور و فراتحلیل جدیدتر تکنیک‌های تغییر رفتار نیز بر این نکته تأکید دارد که موفقیت درمان به سازوکارهای هدف‌گیری شده و نحوه ترکیب فنون وابسته است (Power et al., 2025). همچنین، یک مطالعه مقدماتی نشان داد CBT گروهی در مدیریت چاقی می‌تواند استرس، اضطراب و خوردن هیجانی را بهبود بخشد (Porto et al., 2025). این یافته‌ها ضرورت شناسایی مؤلفه‌هایی را برجسته می‌کنند که برای افراد دارای نشخوار بالا یا آشفتگی هیجانی مزمن سودمندترند.

در کنار CBT کلاسیک، رویکردهای مبتنی بر تنظیم هیجان و فرایندهای فراتشخیصی نیز در چاقی بررسی شده‌اند. درمان شناختی-رفتاری متمرکز بر هیجان در افراد مبتلا به چاقی همراه با اختلال پرخوری، از نظر امکان‌پذیری و پیامدهای بلندمدت نتایج امیدبخشی نشان داده است (Torres et al., 2020). مقایسه رفتاردرمانی دیالکتیکی و CBT نیز کاهش خوردن هیجانی را در افراد مبتلا به چاقی نشان داده است (Honardar et al., 2022). افزون بر این، یک بسته فراتشخیصی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد، درمان متمرکز بر شفقت و رفتاردرمانی دیالکتیکی بر تنظیم هیجان و رفتار خوردن زنان دارای اضافه‌وزن و چاقی اثرگذار بوده است (Abdolkarimi et al., 2018) و درمان متمرکز بر شفقت در زنان مبتلا به چاقی مزمن با بهبود خوردن هیجانی، بدتنظیمی هیجان، استرس ادراک‌شده و نشخوار همراه شده است (Vatanpanah et al., 2023). مجموعه این یافته‌ها نشان می‌دهد مداخلات چاقی هنگامی می‌توانند جامع‌تر باشند که فراتر از توصیه‌های رفتاری، فرایندهای شناختی و هیجانی نگهدارنده را نیز هدف قرار دهند.

درمان شناختی-رفتاری متمرکز بر نشخوار فکری به‌طور اختصاصی برای تغییر شیوه پاسخ فرد به تفکر منفی تکرارشونده طراحی شده است. در این رویکرد، نشخوار به عنوان عادتی پردازشی و وابسته به زمینه صورت‌بندی می‌شود و درمانگر با تحلیل کارکردی، شناسایی محرک‌های آغازگر نشخوار، تمایز پردازش انتزاعی از پردازش عینی، تمرین توجه به جزئیات تجربه، فعال‌سازی رفتاری و ایجاد پاسخ‌های جایگزین، چرخه نشخوار را هدف قرار می‌دهد (Watkins, 2016; Watkins & Roberts, 2020). در نتیجه، تمرکز RFCBT تنها بر درست یا نادرست بودن محتوای یک فکر نیست، بلکه بر «چگونگی» پردازش تجربه قرار دارد؛ یعنی اینکه فرد پس از رویداد منفی چگونه وارد تفکر تکرارشونده می‌شود و چگونه می‌تواند از پردازش کلی و خودانتقادگر به پردازش مشخص و عمل‌گرا منتقل شود.

شواهد تجربی درباره RFCBT عمدتاً در حوزه افسردگی شکل گرفته است. در یک کارآزمایی فاز دوم، RFCBT گروهی در مقایسه با CBT گروهی برای افسردگی نتایج امیدوارکننده‌ای نشان داد و نقش هدف‌گیری مستقیم نشخوار را برجسته کرد (Hvenegaard et al., 2020). در پژوهشی داخلی نیز مقایسه RFCBT و CBT کلاسیک نشان داد تمرکز بر نشخوار می‌تواند در کاهش نشخوار و نشانه‌های افسردگی سودمند باشد (Moayedfar et al., 2020). یک کارآزمایی تصادفی در مراقبت‌های اولیه نیز نشان داد درمان گروهی متمرکز بر نشخوار می‌تواند نگرانی و نشانه‌های همبود در افسردگی، اضطراب و بی‌خوابی را کاهش دهد (Wallsten et al., 2023). همچنین، یک کارآزمایی بالینی چندمرکزی جدید در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی عودکننده، اثربخشی RFCBT را در کاهش افسردگی، عاطفه منفی و نشخوار گزارش کرده است (Hasani et al., 2025). این شواهد از ظرفیت RFCBT برای تغییر نشانه‌های مرتبط با تفکر منفی تکرارشونده حمایت می‌کنند.

با وجود این پشتوانه، تعمیم یافته‌های RFCBT از افسردگی به افراد مبتلا به چاقی و پیامدهای خوردن آشفته هنوز به بررسی مستقیم نیاز دارد. از یک سو، شواهد نشان می‌دهد نشخوار با خوردن ناسازگار، عاطفه منفی و بدتنظیمی هیجان مرتبط است؛ از سوی دیگر، CBT در چاقی مؤثر است، اما پاسخ درمانی در همه افراد و همه پیامدها یکسان نیست. مرورهای جدید درباره خوردن هیجانی نیز تأکید می‌کنند که برای افزایش اثربخشی درمان باید سازوکارهای شناختی و هیجانی نگهدارنده رفتار خوردن دقیق‌تر شناسایی و هدف‌گیری شوند (Braden et al., 2025; Power et al., 2025). بنابراین، مقایسه مستقیم RFCBT با CBT کلاسیک می‌تواند روشن کند که افزودن صورت‌بندی اختصاصی نشخوار آیا می‌تواند به تغییر عمیق‌تر یا پایدارتر در افسردگی، اضطراب و خوردن آشفته منجر شود.

در این مقایسه، الگوی زمانی پاسخ نیز اهمیت دارد. ممکن است CBT کلاسیک به دلیل استفاده زودهنگام از فعال‌سازی رفتاری، حل مسئله، خودنظارتی و اصلاح افکار خودکار در برخی نشانه‌ها پاسخ اولیه سریع‌تری ایجاد کند، درحالی‌که RFCBT با تمرکز بر تغییر عادت‌های یادگیری و ایجاد پاسخ‌های جایگزین به نشخوار، اثر خود را تدریجی‌تر اما پایدارتر نشان دهد. در مورد خوردن آشفته نیز تغییر می‌تواند دیرتر ظاهر شود؛ زیرا رفتار خوردن علاوه بر خلق و شناخت، تحت تأثیر عادت‌ها، محرک‌های محیطی، قواعد رژیمی و نگرانی‌های بدنی قرار دارد. چنین تفاوت‌هایی ممکن است در میانگین ساده پیش‌آزمون و پس‌آزمون پنهان بمانند. از این رو، طرح‌های تک‌آزمودنی با سنجش‌های مکرر امکان بررسی سطح، روند، فوریت تغییر، همپوشانی و حفظ اثر را فراهم می‌کنند و شاخص‌هایی مانند Tau-U می‌توانند با لحاظ روند خط‌پایه، برآورد دقیق‌تری از تغییر ارائه دهند (Fingerhut et al., 2021).

در مجموع، ادبیات موجود از یک سو بر پیوند چاقی، آشفتگی هیجانی و رفتار خوردن ناسازگار تأکید دارد و از سوی دیگر، نشخوار را به‌عنوان فرایندی فراتشخیصی معرفی می‌کند که می‌تواند میان عاطفه منفی و رفتار خوردن نقش نگهدارنده داشته باشد. شواهد از اثربخشی CBT در مدیریت پیامدهای روان‌شناختی و رفتاری چاقی حمایت می‌کنند و مطالعات RFCBT نیز نشان داده‌اند هدف‌گیری مستقیم نشخوار می‌تواند افسردگی، اضطراب، نگرانی و عاطفه منفی را کاهش دهد. با این حال، شواهد مستقیم درباره مقایسه RFCBT و CBT کلاسیک در افراد مبتلا به چاقی، با تمرکز هم‌زمان بر افسردگی، اضطراب و خوردن آشفته و بررسی روند تغییر در طول درمان و پیگیری، محدود است؛ شکافی که بررسی آن می‌تواند هم به تبیین نقش نشخوار در چاقی کمک کند و هم برای انتخاب مداخله متناسب با سازوکارهای غالب هر مراجع اهمیت بالینی داشته باشد.

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری متمرکز بر نشخوار فکری و درمان شناختی‌رفتاری کلاسیک بر افسردگی، اضطراب و خوردن آشفته در افراد مبتلا به چاقی بود.

پژوهش حاضر بخشی از یک مطالعه تک‌آزمودنی با طرح خط‌پایه چندگانه^۱ آبین آزمودنی‌ها بود؛ طرحی که امکان بررسی تغییرات درون‌فردی و تکرار اثر مداخله در خط‌پایه‌هایی با طول متفاوت را فراهم می‌کند (کراتوچویل^۲ و همکاران، ۲۰۱۰؛ کازدین^۳، ۲۰۱۱). شش بزرگسال ۱۸ تا ۵۰ سال مبتلا به چاقی در دو شرط درمانی سه‌نفره قرار گرفتند. ملاک چاقی، شاخص توده بدنی^۴ برابر یا بالاتر از ۳۰ بود. خط‌پایه‌ها به‌صورت پلکانی و در چهار، پنج یا شش نقطه اجرا شدند؛ مرحله مداخله شامل هشت نوبت سنجش و مرحله پیگیری شامل چهار نوبت بود. داده‌های گزارش‌شده حاصل ارزیابی واقعی همین شرکت‌کنندگان است. لازم است اطلاعات سن، جنس، تحصیلات و شاخص توده بدنی پیش از ارسال مقاله از پرونده پژوهش استخراج و در جدول ویژگی‌های نمونه درج شود.

جدول ۱. ساختار مراحل پژوهش برای آزمودنی‌ها

آزمودنی	شرط درمانی	طول خط‌پایه	نقاط خط‌پایه	نقاط مداخله	نقاط پیگیری
۱	درمان شناختی رفتاری کلاسیک	۱۴ روز	۴	۸	۴
۲	درمان شناختی رفتاری متمرکز بر نشخوار فکری	۲۸ روز	۶	۸	۴
۳	درمان شناختی رفتاری کلاسیک	۲۱ روز	۵	۸	۴
۴	درمان شناختی رفتاری متمرکز بر نشخوار فکری	۱۴ روز	۴	۸	۴
۵	درمان شناختی رفتاری کلاسیک	۲۸ روز	۶	۸	۴
۶	درمان شناختی رفتاری متمرکز بر نشخوار فکری	۲۱ روز	۵	۸	۴

شدت نشانه‌های افسردگی با پرسشنامه افسردگی بک - ویرایش دوم^۵ سنجیده شد. این ابزار ۲۱ ماده دارد و نمره کل آن از صفر تا ۶۳ متغیر است؛ نمره بالاتر نشان‌دهنده شدت بیشتر نشانه‌های افسردگی است (بک، استیر^۶ و براون^۷، ۱۹۹۶). شواهد مربوط به کفایت روان‌سنجی نسخه فارسی این ابزار نیز گزارش شده است (رجبی و کارجو کسمایی^۸، ۱۳۹۱).

شدت نشانه‌های اضطراب با پرسشنامه اضطراب بک^۹ اندازه‌گیری شد. این پرسشنامه ۲۱ ماده دارد و نشانه‌های ذهنی و جسمانی اضطراب را در دامنه صفر تا ۶۳ ارزیابی می‌کند. نمره بالاتر بیانگر شدت بیشتر نشانه‌های گزارش‌شده است و به‌تنهایی معادل تشخیص بالینی اختلال اضطرابی نیست (بک، اپستین^{۱۰}، براون و استیر^{۱۱}، ۱۹۸۸؛ کاویانی^{۱۲} و موسوی^{۱۳}، ۱۳۸۷).

خوردن آشفته با نسخه کوتاه دوازده‌ماده‌ای پرسشنامه بررسی اختلال خوردن^{۱۴} سنجیده شد. دامنه نمره کل از صفر تا ۳۶ است و ابعادی مانند محدودیت، اشتغال ذهنی با خوردن، نگرانی درباره وزن و شکل، از دست دادن کنترل و برخی رفتارهای جبرانی را پوشش می‌دهد. نمره بالاتر نشان‌دهنده شدت بیشتر آسیب‌شناسی خوردن است، اما به‌تنهایی برای تشخیص اختلال خوردن کفایت نمی‌کند (گیدیون و همکاران، ۲۰۱۶).

¹ Single-Case Experimental Design

² Multiple-Baseline Design

³ Kratochwill

⁴ Kazdin

⁵ Body Mass Index (BMI)

⁶ Beck Depression Inventory-II (BDI-II)

⁷ Beck

⁸ Steer

⁹ Brown

¹⁰ Rajabi

¹¹ Karjou Kasmaei

¹² Beck Anxiety Inventory (BAI)

¹³ Epstein

¹⁴ Kaviani

¹⁵ Mousavi

¹⁶ Eating Disorder Examination Questionnaire-Short (EDE-QS)

هر دو مداخله در ده جلسه هفتگی شصت دقیقه‌ای اجرا شدند و از نظر مدت، فاصله جلسات و برنامه سنجش مکرر، ساختار مشابهی داشتند. درمان شناختی-رفتاری کلاسیک بر آموزش مدل شناختی، شناسایی و اصلاح افکار خودکار، فعال‌سازی رفتاری^۱، حل مسئله، خودنظارتی^۲ و مهارت‌های مقابله‌ای تمرکز داشت. درمان شناختی-رفتاری متمرکز بر نشخوار، نشخوار فکری را به عنوان عادتی پردازشی هدف قرار داد و از تحلیل کارکردی، تغییر پردازش انتزاعی به عینی، آزمون باورهای مرتبط با نشخوار، تمرین پاسخ‌های جایگزین و پیشگیری از بازگشت استفاده کرد.

تحلیل داده‌ها بر همگرایی تحلیل دیداری^۳ و شاخص‌های کمی استوار بود. در تحلیل دیداری، سطح، روند، تغییرپذیری، فوریت تغییر^۴، میزان همپوشانی و حفظ اثر در پیگیری بررسی شد. در هر سه متغیر، کاهش نمره نشان‌دهنده بهبود بود. درصد بهبودی پایان درمان از رابطه «میانگین دو نقطه پایانی خط‌پایه منهای نمره پایان درمان، تقسیم بر میانگین دو نقطه پایانی خط‌پایه، ضرب در ۱۰۰» محاسبه شد؛ برای پیگیری، میانگین نمرات پیگیری جایگزین نمره پایان درمان شد. ناپ‌همپوشانی^۵ همه جفت‌های خط‌پایه و مرحله بعدی را برآورد کرد و تاویو^۶ امکان تعدیل اثر روند خط‌پایه را فراهم ساخت (پارکر^۷ و ونست^۸، ۲۰۰۹؛ پارکر و همکاران، ۲۰۱۱؛ فینگرهات^۹ و همکاران، ۲۰۲۱). هیچ شاخصی به‌تنهایی مبنای نتیجه‌گیری قرار نگرفت.

یافته‌ها

میانگین دو نقطه پایانی خط‌پایه در دو گروه یکسان بود: افسردگی ۳۳/۴۲، اضطراب ۳۳/۳۵ و خوردن آشفته ۰۰/۲۸. خط‌پایه‌ها در سطح بالا، کم‌نوسان و فاقد روند کاهشی منظم بودند؛ بنابراین، کاهش‌های مرحله مداخله را نمی‌توان صرفاً ادامه یک روند نزولی پیشین دانست. پس از آغاز مداخله، هر سه پیامد در هر دو درمان کاهش یافتند. بر اساس نمودارهای میانگین، کاهش افسردگی و اضطراب زودتر آشکار شد؛ درحالی‌که کاهش خوردن آشفته با یک تا دو نوبت سنجش تأخیر ظاهر شد.

جدول ۲. تغییرات فردی افسردگی

آزمودنی	گروه	خط‌پایه پایانی	پایان درمان	میانگین پیگیری	بهبودی پایان	بهبودی پیگیری
۱	درمان شناختی-رفتاری کلاسیک	۰۰/۴۱	۰۰/۲۶	۵۰/۲۷	۶٪/۳۶	۹٪/۳۲
۲	درمان شناختی-رفتاری متمرکز بر نشخوار فکری	۰۰/۴۴	۰۰/۱۹	۷۵/۲۰	۸٪/۵۶	۸٪/۵۲
۳	درمان شناختی-رفتاری کلاسیک	۰۰/۴۲	۰۰/۲۵	۵۰/۲۶	۵٪/۴۰	۹٪/۳۶
۴	درمان شناختی-رفتاری متمرکز بر نشخوار فکری	۰۰/۴۱	۰۰/۱۷	۲۵/۱۸	۵٪/۵۸	۵٪/۵۵
۵	درمان شناختی-رفتاری کلاسیک	۰۰/۴۴	۰۰/۲۷	۰۰/۲۹	۶٪/۳۸	۱٪/۳۴
۶	درمان شناختی-رفتاری متمرکز بر نشخوار فکری	۰۰/۴۲	۰۰/۱۸	۲۵/۱۹	۱٪/۵۷	۲٪/۵۴

^۱ Behavioral Activation

^۲ Self-Monitoring

^۳ Visual Analysis

^۴ Immediacy of Effect

^۵ Nonoverlap of All Pairs (NAP)

^۶ Tau-U

^۷ Parker

^۸ Vannest

^۹ Fingerhut

جدول ۳. تغییرات فردی اضطراب

آزمودنی	گروه	خط پایه پایانی	پایان درمان	میانگین پیگیری	بهبودی پایان	بهبودی پیگیری
۱	درمان شناختی رفتاری کلاسیک	۰۰/۳۴	۰۰/۲۱	۰۰/۲۳	۲٪/۳۸	۴٪/۳۲
۲	درمان شناختی رفتاری متمرکز بر نشخوار فکری	۰۰/۳۷	۰۰/۱۷	۷۵/۱۷	۱٪/۵۴	۰٪/۵۲
۳	درمان شناختی رفتاری کلاسیک	۰۰/۳۵	۰۰/۲۰	۵۰/۲۱	۹٪/۴۲	۶٪/۳۸
۴	درمان شناختی رفتاری متمرکز بر نشخوار فکری	۰۰/۳۴	۰۰/۱۵	۲۵/۱۶	۹٪/۵۵	۲٪/۵۲
۵	درمان شناختی رفتاری کلاسیک	۰۰/۳۷	۰۰/۲۲	۵۰/۲۳	۵٪/۴۰	۵٪/۳۶
۶	درمان شناختی رفتاری متمرکز بر نشخوار فکری	۰۰/۳۵	۰۰/۱۶	۷۵/۱۶	۳٪/۵۴	۱٪/۵۲

جدول ۴. تغییرات فردی خوردن آشفته

آزمودنی	گروه	خط پایه پایانی	پایان درمان	میانگین پیگیری	بهبودی پایان	بهبودی پیگیری
۱	درمان شناختی رفتاری کلاسیک	۰۰/۲۷	۰۰/۲۰	۰۰/۲۱	۹٪/۲۵	۲٪/۲۲
۲	درمان شناختی رفتاری متمرکز بر نشخوار فکری	۰۰/۲۹	۰۰/۱۷	۲۵/۱۸	۴٪/۴۱	۱٪/۳۷
۳	درمان شناختی رفتاری کلاسیک	۰۰/۲۸	۰۰/۲۰	۰۰/۲۱	۶٪/۲۸	۰٪/۲۵
۴	درمان شناختی رفتاری متمرکز بر نشخوار فکری	۰۰/۲۷	۰۰/۱۵	۷۵/۱۵	۴٪/۴۴	۷٪/۴۱
۵	درمان شناختی رفتاری کلاسیک	۰۰/۲۹	۰۰/۲۱	۵۰/۲۲	۶٪/۲۷	۴٪/۲۲
۶	درمان شناختی رفتاری متمرکز بر نشخوار فکری	۰۰/۲۸	۰۰/۱۶	۷۵/۱۶	۹٪/۴۲	۲٪/۴۰

جدول ۵. خلاصه گروهی درصدهای بهبودی

متغیر	خط پایه کلاسیک	خط پایه متمرکز	پایان کلاسیک	پایان متمرکز	پیگیری کلاسیک	پیگیری متمرکز
افسردگی	۳۳/۴۲	۳۳/۴۲	۶٪/۳۸	۵٪/۵۷	۶٪/۳۴	۲٪/۵۴
اضطراب	۳۳/۳۵	۳۳/۳۵	۵٪/۴۰	۷٪/۵۴	۸٪/۳۵	۱٪/۵۲
خوردن آشفته	۰۰/۲۸	۰۰/۲۸	۴٪/۲۷	۹٪/۴۲	۲٪/۲۳	۶٪/۳۹

در پایان درمان، فاصله درصد بهبودی دو گروه به نفع درمان متمرکز بر نشخوار، برای افسردگی ۹/۱۸، برای اضطراب ۲/۱۴ و برای خوردن آشفته ۵/۱۵ واحد درصد بود. در مرحله پیگیری، این فاصله‌ها به ترتیب ۶/۱۹، ۳/۱۶ و ۴/۱۶ واحد درصد باقی ماندند. بنابراین، مزیت درمان متمرکز به آخرین سنجش درمان محدود نماند و در مرحله پیگیری نیز در هر سه پیامد حفظ شد.

جدول ۶. شاخص‌های ناپ و تاو

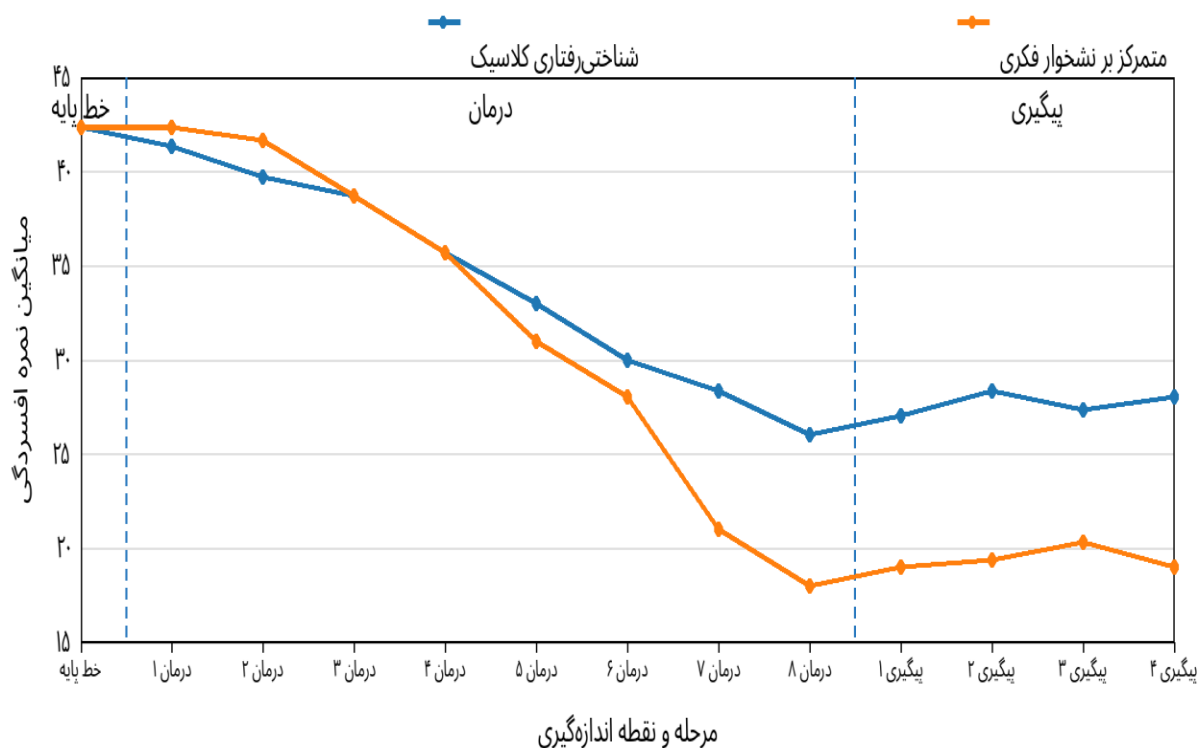
متغیر	مقایسه	ناپ کلاسیک	ناپ متمرکز	تاو-یو کلاسیک	تاو-یو متمرکز
افسردگی	خط پایه به مداخله	۹۸۰/۰	۸۹۷/۰	۹۵۹/۰	۷۹۴/۰
افسردگی	خط پایه به پیگیری	۰۰۰/۱	۰۰۰/۱	۰۰۰/۱	۰۰۰/۱
اضطراب	خط پایه به مداخله	۹۸۸/۰	۹۳۱/۰	۸۶۵/۰	۷۵۱/۰
اضطراب	خط پایه به پیگیری	۰۰۰/۱	۰۰۰/۱	۸۸۹/۰	۸۸۹/۰
خوردن آشفته	خط پایه به مداخله	۸۱۲/۰	۷۵۸/۰	۶۲۴/۰	۵۱۶/۰
خوردن آشفته	خط پایه به پیگیری	۰۰۰/۱	۰۰۰/۱	۰۰۰/۱	۰۰۰/۱

جدول ۷. فوریت تغییر و تداوم اثر

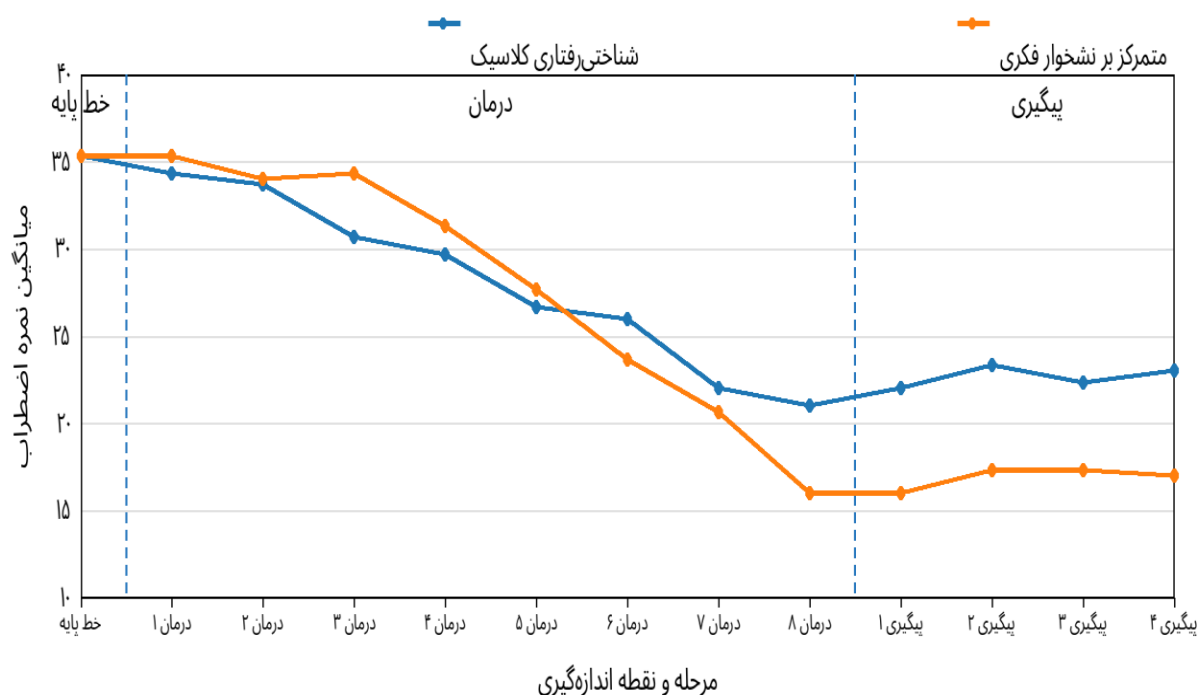
متغیر	فوریت کلاسیک	فوریت متمرکز	تداوم کلاسیک	تداوم متمرکز
افسردگی	۳٪/۴	۸٪/۰	۸٪/۱۸	۴٪/۳۹
اضطراب	۸٪/۳	۹٪/۱	۰٪/۱۹	۳٪/۳۹
خوردن آشفته	۲٪/۱-	۲٪/۱	۹٪/۱۳	۸٪/۳۰

در مقایسه خط پایه با مداخله، شاخص‌های ناپ و تاویو هر سه متغیر در درمان کلاسیک اندکی بیشتر بود؛ الگویی که در نگاه نخست با برتری درمان متمرکز در درصد بهبودی پایان درمان ناهمخوان به نظر می‌رسد. این تفاوت از آن رو اهمیت دارد که شاخص‌های عدم همپوشانی، همه نقاط مرحله مداخله و زمان آغاز تغییر را در نظر می‌گیرند؛ در حالی که درصد بهبودی پایان درمان، عمق نهایی تغییر را برجسته می‌کند. بنابراین، داده‌ها از برتری یکنواخت درمان متمرکز در سراسر مرحله مداخله حمایت نمی‌کنند، اما سطح نهایی پایین‌تر، درصد بهبودی بیشتر و حفظ بهتر اثر را در این درمان نشان می‌دهند.

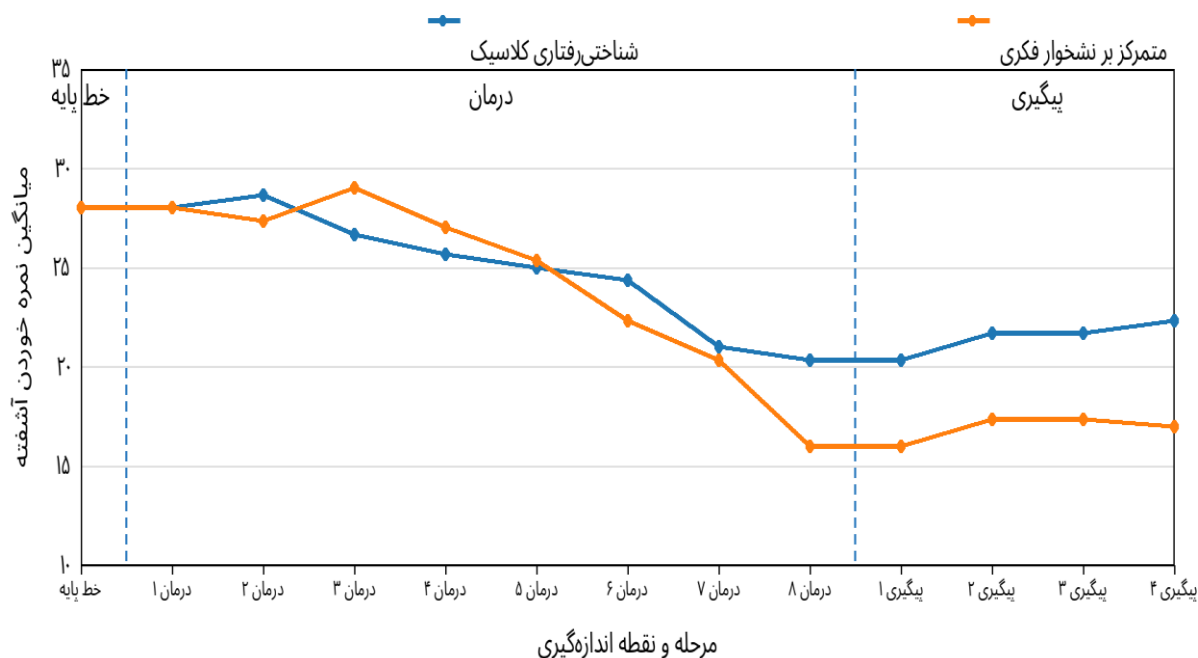
شاخص فوریت تغییر نیز نشان داد که کاهش اولیه افسردگی و اضطراب در درمان کلاسیک سریع‌تر بود؛ در مقابل، شاخص تداوم اثر در درمان متمرکز بر نشخوار برای هر سه پیامد به مراتب بیشتر بود. در خوردن آشفته، فوریت تغییر در درمان کلاسیک اندکی منفی و در درمان متمرکز مثبت بود. این الگو با این تفسیر سازگار است که درمان کلاسیک در برخی نشانه‌ها پاسخ اولیه سریع‌تری ایجاد کرده است، اما درمان متمرکز در ادامه به تغییری عمیق‌تر و پایدارتر منجر شده است.



شکل ۱. روند میانگین نمرات افسردگی در دو گروه درمانی طی مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری.

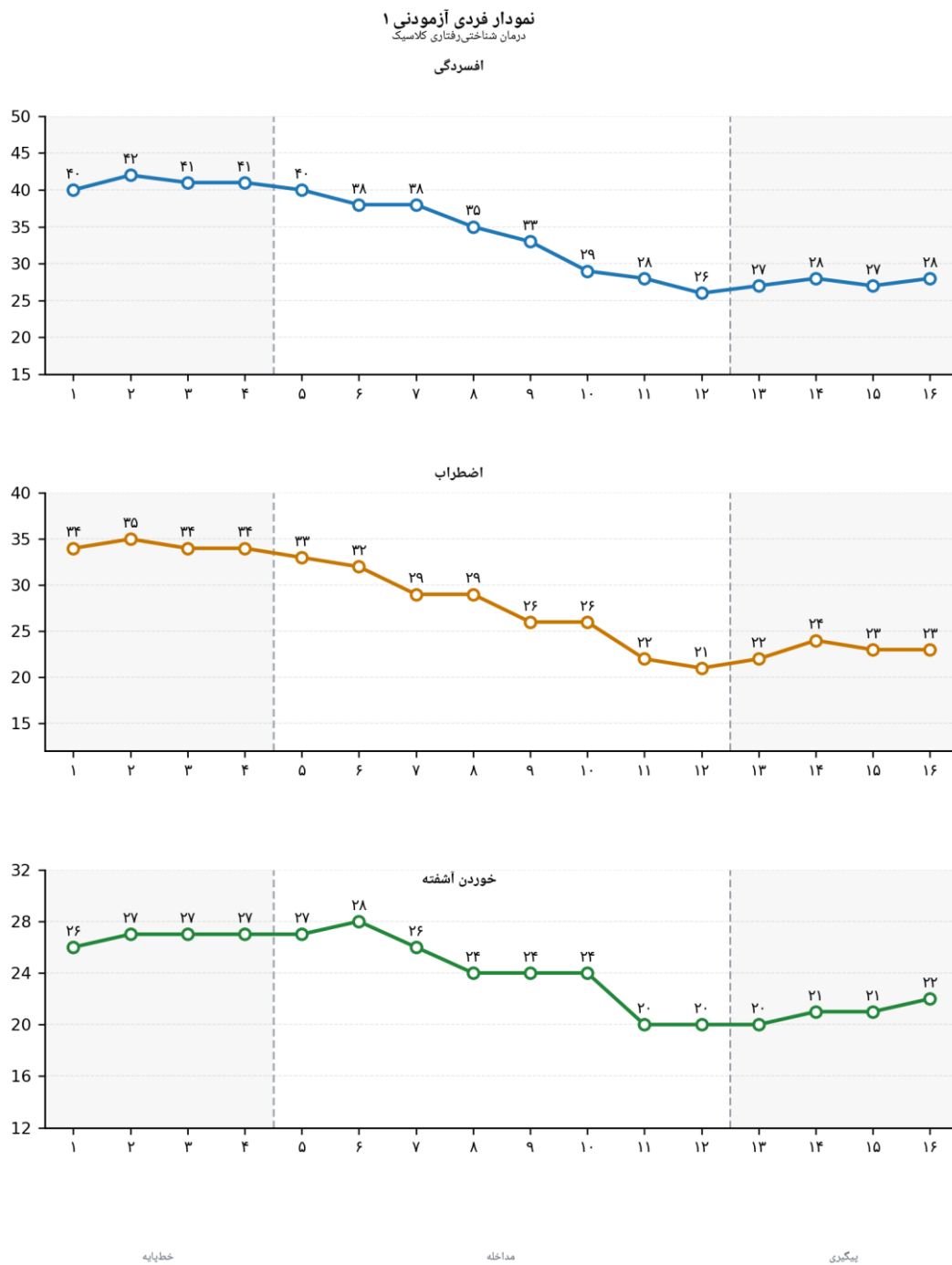


شکل ۲. روند میانگین نمرات اضطراب در دو گروه درمانی طی مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری.

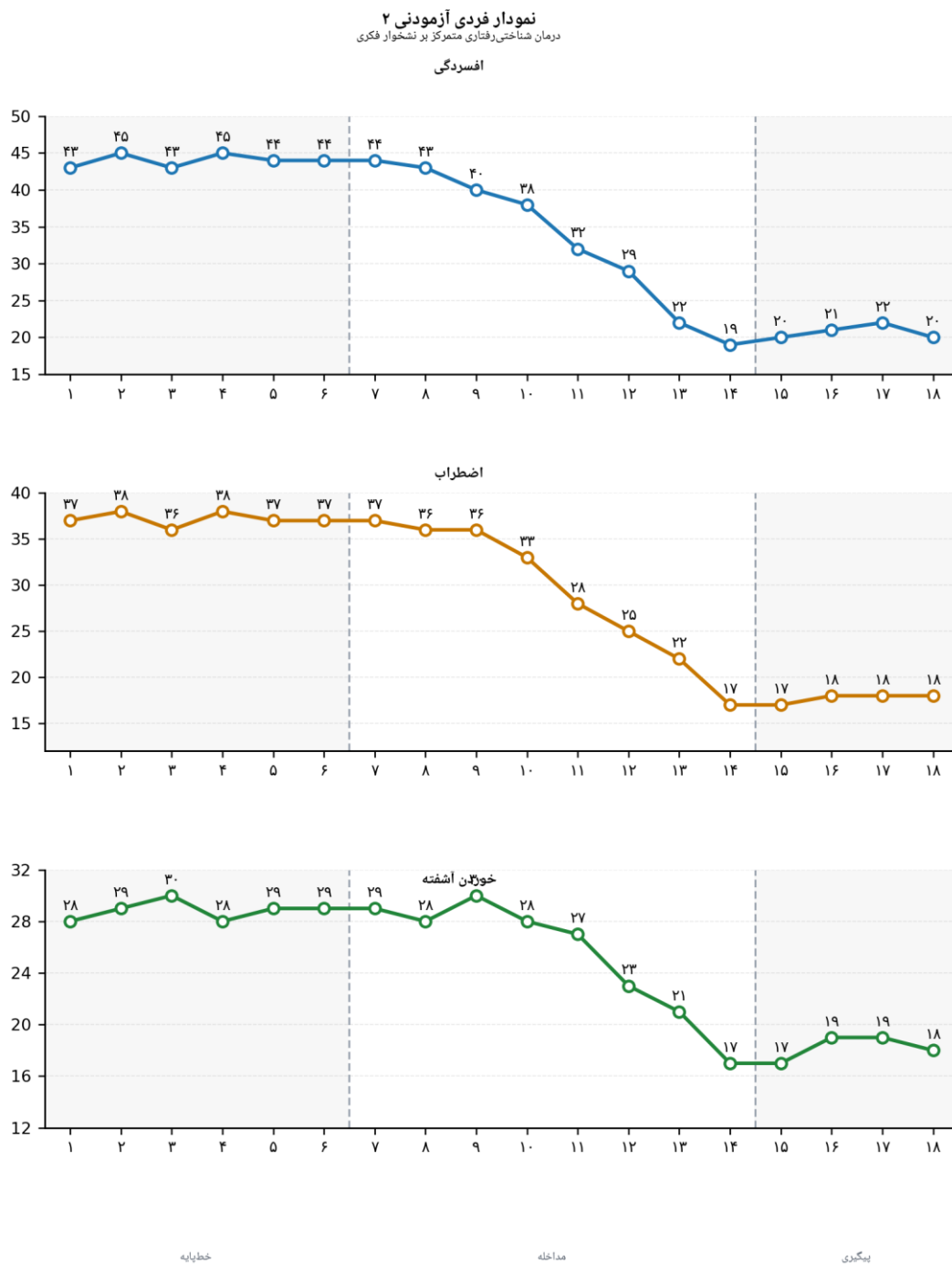


شکل ۳. روند میانگین نمرات خوردن آشفته در دو گروه درمانی طی مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری.

روند نقطه به نقطه نمرات افسردگی، اضطراب و خوردن آشفته برای هر شش آزمودنی در شکل‌های ۴ تا ۹ ارائه شده است. خطوط عمودی، مرز مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری را مشخص می‌کنند و مقیاس محور عمودی هر متغیر در همه آزمودنی‌ها ثابت نگه داشته شده است تا مقایسه دیداری امکان‌پذیر باشد.



شکل ۴. روند نمرات افسردگی، اضطراب و خوردن آشفته در آزمودنی ۱ طی مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری.

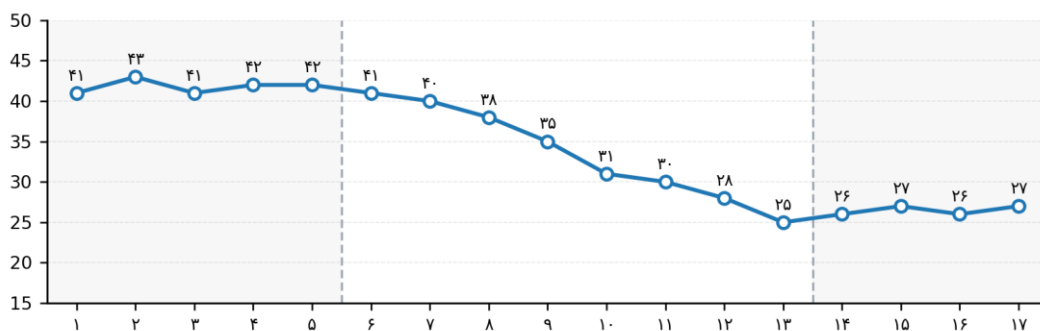


شکل ۵. روند نمرات افسردگی، اضطراب و خوردن آشفته در آزمودنی ۲ طی مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری.

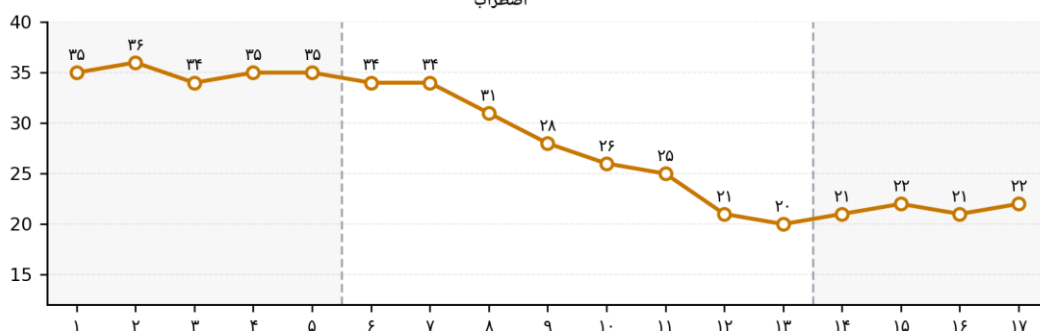
نمودار فردی آزمودنی ۳

درمان شناختی رفتاری کلاسیک

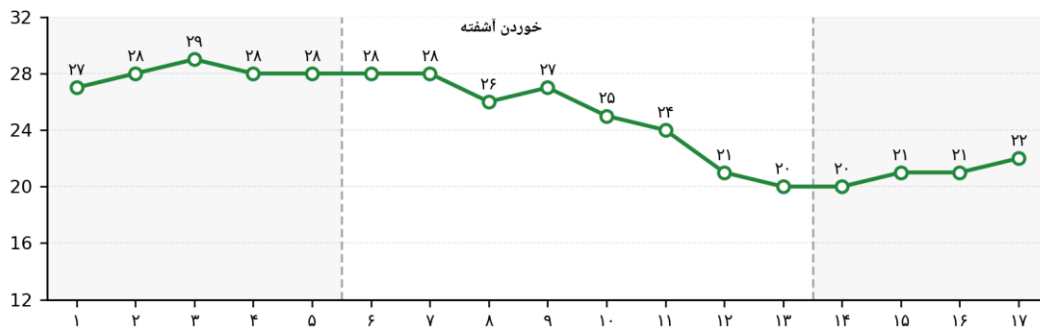
افسردگی



اضطراب



خوردن آشفته

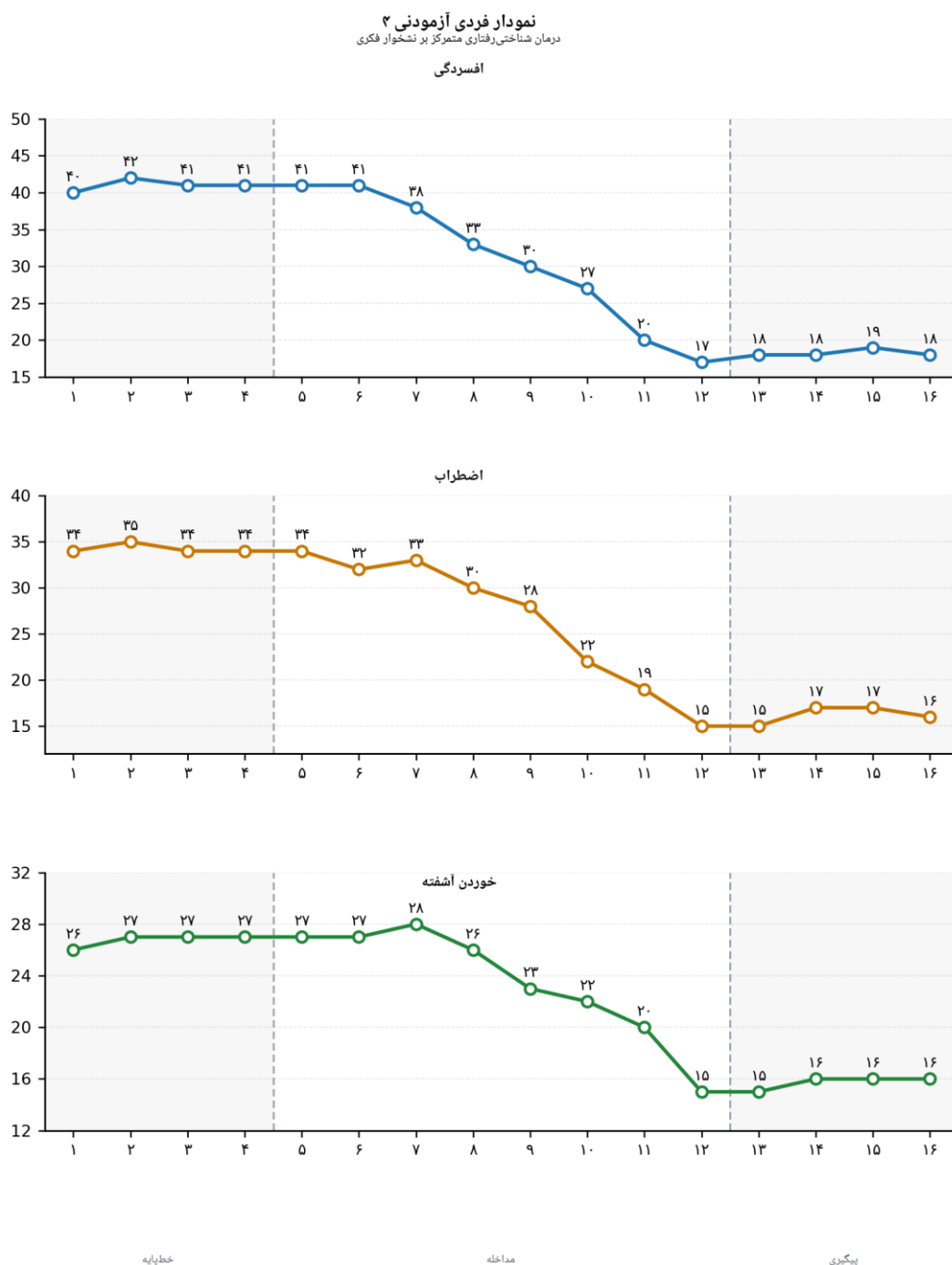


خط پایه

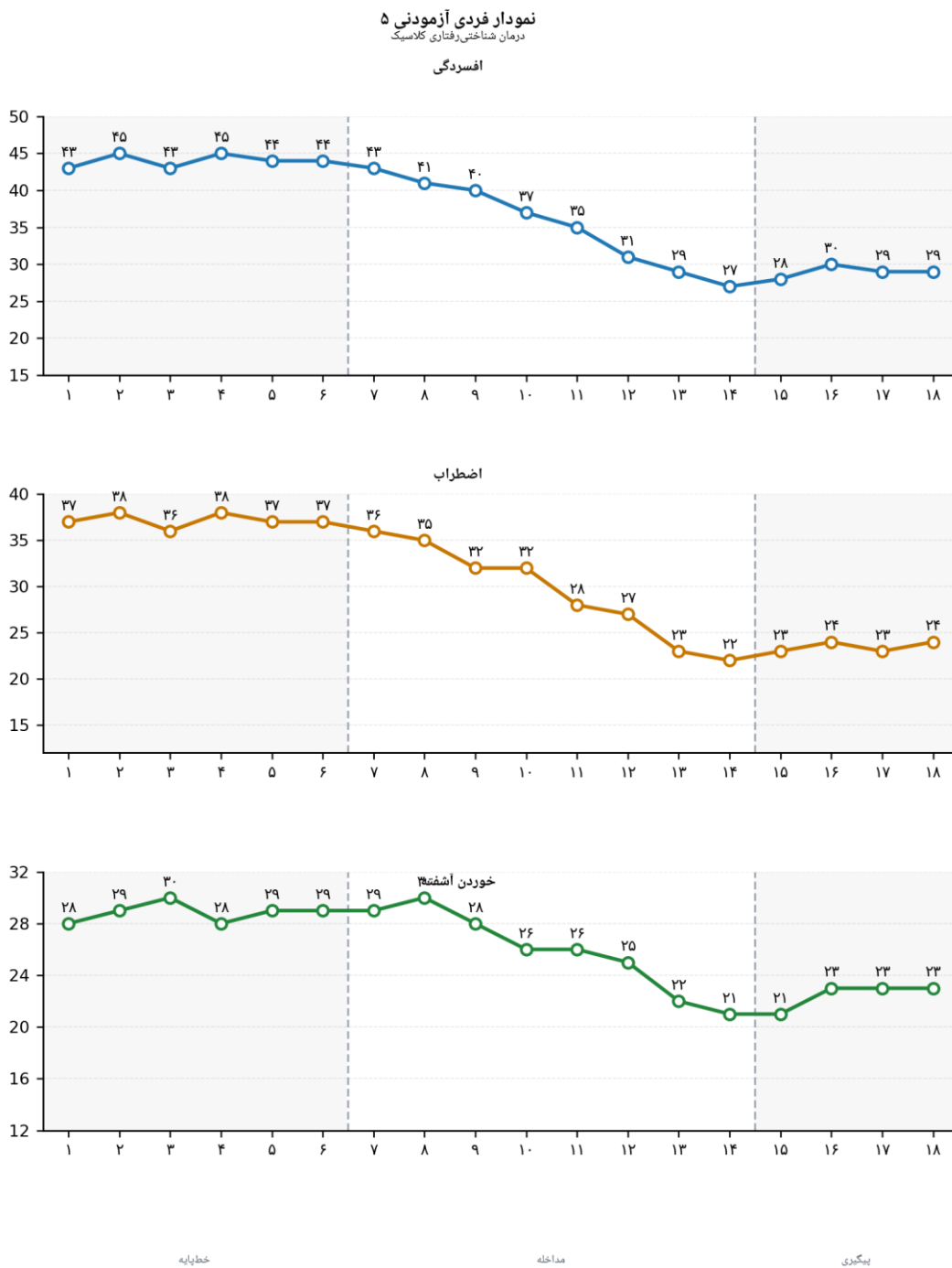
مداخله

پیگیری

شکل ۶. روند نمرات افسردگی، اضطراب و خوردن آشفته در آزمودنی ۳ طی مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری.

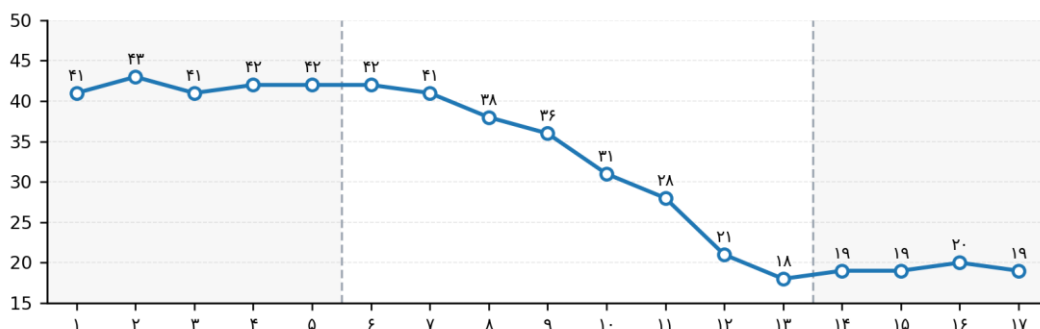


شکل ۷. روند نمرات افسردگی، اضطراب و خوردن آشفته در آزمودنی ۴ طی مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری.

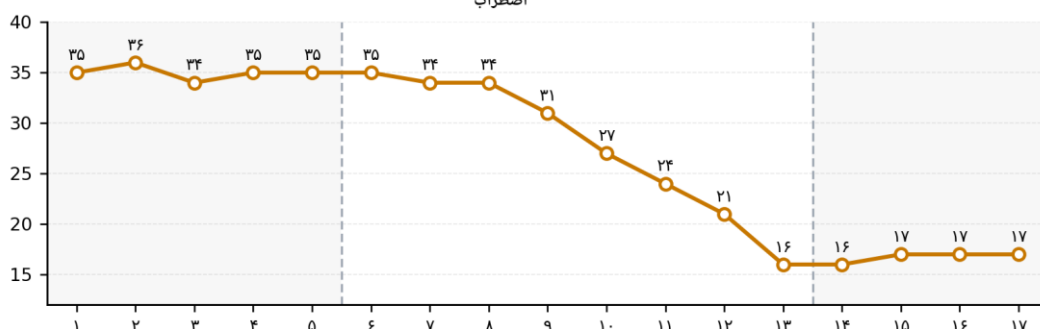


شکل ۸. روند نمرات افسردگی، اضطراب و خوردن آشفته در آزمودنی ۵ طی مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری.

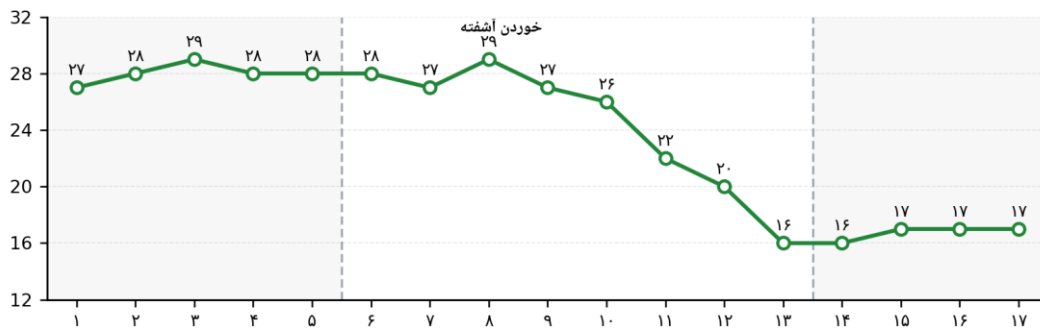
نمودار فردی آزمودنی ۶
درمان شناختی-رفتاری متمرکز بر نشخوار فکری
افسردگی



اضطراب



خوردن آشفته



خط پایه

مداخله

پیگیری

شکل ۹. روند نمرات افسردگی، اضطراب و خوردن آشفته در آزمودنی ۶ طی مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری متمرکز بر نشخوار فکری و درمان شناختی-رفتاری کلاسیک بر افسردگی، اضطراب و خوردن آشفته در افراد مبتلا به چاقی انجام شد. یافته‌ها در مجموع نشان دادند که هر دو مداخله با کاهش هر سه پیامد همراه بودند، اما الگوی تغییر در دو درمان یکسان نبود. در پایان درمان، درصد بهبودی افسردگی در درمان شناختی-رفتاری کلاسیک ۳۸,۶ درصد و در درمان متمرکز بر نشخوار فکری ۵۷,۵ درصد بود؛ در مرحله پیگیری نیز این مقادیر به ترتیب ۳۴,۶ و ۵۴,۲ درصد به دست آمد. در مورد

اضطراب، درصد بهبودی پایان درمان در دو رویکرد به ترتیب ۴۰،۵ و ۵۴،۷ درصد و در پیگیری ۳۵،۸ و ۵۲،۱ درصد بود. همچنین، خوردن آشفته در پایان درمان در گروه درمان کلاسیک ۲۷،۴ درصد و در درمان متمرکز بر نشخوار ۴۲،۹ درصد بهبود یافت و این مقادیر در مرحله پیگیری به ترتیب ۲۳،۲ و ۳۹،۶ درصد بود. بنابراین، هرچند هر دو رویکرد اثربخش بودند، درمان متمرکز بر نشخوار فکری از نظر میزان نهایی بهبود و حفظ دستاوردها در هر سه متغیر، الگوی مطلوب‌تری نشان داد.

یافته مربوط به کاهش افسردگی در هر دو مداخله با مجموعه گسترده‌ای از پژوهش‌های مربوط به اثربخشی مداخلات شناختی رفتاری همسو است. مداخلات شناختی رفتاری از طریق اصلاح افکار منفی، افزایش فعالیت‌های تقویت‌کننده، حل مسئله و کاهش اجتناب می‌توانند نشانه‌های افسردگی را در افراد دارای چاقی کاهش دهند. فراتحلیل مداخلات شناختی رفتاری در حوزه اضافه‌وزن و چاقی نیز نشان داده است که این درمان‌ها علاوه بر پیامدهای مرتبط با وزن، می‌توانند به بهبود شاخص‌های روان‌شناختی منجر شوند (Jacob et al., 2018). همچنین، اجرای CBT در افراد دارای همبودی افسردگی و چاقی با کاهش آشفتگی روان‌شناختی همراه بوده است (Lores et al., 2020) و رویکردهای شناختی رفتاری در درمان چاقی نیز نتایج مطلوبی در متغیرهای روان‌شناختی و رفتاری ایجاد کرده‌اند (Moraes et al., 2021). از این رو، بهبود افسردگی در گروه CBT کلاسیک را می‌توان حاصل تأثیر فونونی مانند فعال‌سازی رفتاری، اصلاح شناختی، خودنظارتی و حل مسئله دانست که مستقیماً چرخه خلق منفی و انفعال را هدف قرار می‌دهند.

باین‌حال، میزان بیشتر بهبود افسردگی و حفظ بهتر آن در درمان متمرکز بر نشخوار فکری احتمالاً به هدف‌گیری اختصاصی یکی از فرایندهای اصلی نگهدارنده افسردگی مربوط است. در RFCBT، تمرکز صرفاً بر محتوای افکار منفی نیست، بلکه شیوه پردازش تکرارشونده، انتزاعی و غیرمولد تجربه‌ها تغییر می‌یابد. نشخوار می‌تواند با بازفعال‌سازی مکرر عاطفه منفی، افزایش خودتمرکزی، اختلال در حل مسئله و کاهش رفتارهای هدفمند موجب تداوم افسردگی شود؛ بنابراین، کاهش آن می‌تواند به تغییر عمیق‌تر نشانه‌ها منجر شود (Watkins, 2016). Watkins & Roberts, 2020). یافته حاضر با نتایج پژوهش‌هایی همسو است که RFCBT را در کاهش افسردگی و نشخوار مؤثر گزارش کرده‌اند. در مطالعه Hvenegaard و همکاران، درمان گروهی متمرکز بر نشخوار در مقایسه با CBT گروهی برای افسردگی نتایج مطلوبی نشان داد (Hvenegaard et al., 2020). همچنین، مقایسه داخلی دو رویکرد نشان داده است که RFCBT در کاهش نشخوار و علائم افسردگی اثربخش است (Moayedfar et al., 2020). یافته‌های یک کارآزمایی چندمرکزی جدید نیز نشان داده‌اند که این درمان می‌تواند افسردگی، عاطفه منفی و نشخوار را در مبتلایان به افسردگی اساسی عودکننده کاهش دهد (Hasani et al., 2025).

در مورد اضطراب نیز هر دو درمان کاهش قابل ملاحظه‌ای ایجاد کردند، اما درصد بهبود و حفظ اثر در RFCBT بیشتر بود. اثربخشی CBT کلاسیک در کاهش اضطراب را می‌توان با اصلاح ارزیابی‌های تهدیدآمیز، افزایش مهارت‌های مقابله‌ای، حل مسئله و کاهش اجتناب توضیح داد. شواهد موجود درباره مدیریت چاقی با رویکرد شناختی رفتاری نیز نشان داده‌اند که چنین مداخلاتی می‌توانند اضطراب و استرس را کاهش دهند (Porto et al., 2025). باین‌حال، برتری نسبی RFCBT در پایان مداخله و پیگیری می‌تواند ناشی از کاهش تفکر منفی تکرارشونده باشد. نگرانی و نشخوار، اگرچه از نظر محتوایی یکسان نیستند، هر دو واجد ویژگی تکرارشوندگی، دشواری کنترل و تمرکز بر اطلاعات منفی‌اند و می‌توانند به عنوان فرایندهای فراتشخیصی در افسردگی و اضطراب عمل کنند (Watkins & Roberts, 2020). یافته حاضر با نتایج کارآزمایی Wallsten و همکاران هماهنگ است که نشان داد درمان گروهی متمرکز بر نشخوار می‌تواند نگرانی و نشانه‌های همبود افسردگی، اضطراب و بی‌خوابی را کاهش دهد (Wallsten et al., 2023). بنابراین، ممکن است تغییر نحوه مواجهه فرد با تفکر تکرارشونده، علاوه بر کاهش نشخوار افسردگی‌زا، چرخه نگرانی و برانگیختگی اضطرابی را نیز تضعیف کند.

یافته سوم نشان داد خوردن آشفته نیز در هر دو درمان کاهش یافت، ولی درمان متمرکز بر نشخوار فکری در پایان درمان و پیگیری بهبودی بیشتری ایجاد کرد. این یافته با شواهدی همسو است که نقش فرایندهای شناختی و هیجانی را در رفتار خوردن افراد مبتلا به اضافه‌وزن و چاقی برجسته کرده‌اند. مطالعات نشان داده‌اند بدن‌تنظیمی هیجان، فشار هیجانی و تکانشگری با الگوهای خوردن ناسازگار در افراد مبتلا به چاقی

ارتباط دارند (Benzerouk et al., 2020). همچنین، مرور شواهد بالینی نشان می‌دهد خوردن هیجانی با افسردگی، اضطراب، استرس و چاقی پیوند دارد و استفاده از غذا ممکن است در برخی افراد به راهبردی کوتاه‌مدت برای کاهش عاطفه منفی تبدیل شود (Braden et al., 2023; Dakanalis et al., 2025). بنابراین، کاهش خوردن آشفته در CBT کلاسیک می‌تواند ناشی از خودنظارتی، اصلاح قواعد غذایی ناکارآمد، شناسایی محرک‌های خوردن و جایگزینی پاسخ‌های رفتاری سازگارانه باشد.

برتری نسبی RFCBT در خوردن آشفته را می‌توان با نقش نشخوار در پیوند میان عاطفه منفی و رفتار خوردن توضیح داد. فراتحلیل Smith و همکاران نشان داده است نشخوار با آسیب‌شناسی اختلالات خوردن رابطه معناداری دارد (Smith et al., 2018) و فراتحلیل دیگری نیز نقش تفکر منفی تکرارشونده، شامل نگرانی و نشخوار، را در اختلالات و رفتارهای خوردن تأیید کرده است (Palmieri, Mansueto, 2021; Ruggiero, et al., 2021). همچنین، باورهای فراشناختی درباره کنترل، سودمندی یا خطرناک‌بودن افکار تکرارشونده با رفتارهای خوردن ناسازگار مرتبط هستند (Palmieri, Mansueto, Scaini, et al., 2021). در مطالعات لحظه‌ای نیز مشخص شده است که افزایش نشخوار می‌تواند با افزایش عاطفه منفی و متعاقب آن با احتمال بیشتر پرخوری همراه باشد (Smith et al., 2021). بر همین اساس، اگر RFCBT توانسته باشد میزان درگیری با تفکر منفی تکرارشونده را کاهش دهد، احتمال دارد نیاز فرد به استفاده از خوردن به‌عنوان شیوه‌ای برای اجتناب یا تنظیم کوتاه‌مدت هیجان منفی نیز کاهش یافته باشد.

این تبیین با یافته‌های مطالعات انجام‌شده در افراد مبتلا به چاقی نیز هماهنگ است. در بزرگسالان بستری مبتلا به چاقی، نگرانی و نشخوار در رابطه میان بدتنظیمی هیجان و خوردن هیجانی نقش واسطه‌ای داشته‌اند (Guerrini Usubini et al., 2025). همچنین، در کودکان دارای اضافه‌وزن و چاقی، نشخوار و ضعف در مدیریت هیجان غم توانسته‌اند رفتار خوردن هیجانی را پیش‌بینی کنند (Arghavani Hadi et al., 2023). Wang و همکاران نیز نشان دادند نشخوار در بیماران مبتلا به اختلال پرخوری و چاقی با شدت آسیب‌شناسی خوردن و درونی‌سازی سوگیری مرتبط با وزن ارتباط دارد (Wang et al., 2017). در مجموع، این شواهد از این برداشت حمایت می‌کنند که هدف‌گیری نشخوار ممکن است به‌طور غیرمستقیم از طریق کاهش عاطفه منفی، خودانتقادی و اشتغال ذهنی با وزن و بدن، زمینه کاهش رفتارهای خوردن ناسازگار را فراهم سازد.

یافته‌ها همچنین نشان دادند که کاهش خوردن آشفته نسبت به افسردگی و اضطراب با تأخیر بیشتری ظاهر شد. این تفاوت زمانی را می‌توان با ماهیت چندعاملی رفتار خوردن توضیح داد. تغییر خلق یا اضطراب ممکن است پس از اصلاح پردازش شناختی یا افزایش فعالیت سازگارانه نسبتاً سریع رخ دهد، درحالی‌که رفتار خوردن تحت تأثیر شبکه گسترده‌تری از عادات‌های تثبیت‌شده، محرک‌های محیطی، دسترسی به غذا، قواعد رژیم، نگرانی بدنی و راهبردهای تنظیم هیجان قرار دارد. مرورهای نظام‌مند مداخلات خوردن هیجانی نیز نشان داده‌اند پاسخ به درمان متغیر است و ترکیب تکنیک‌های رفتاری، شناختی و تنظیم هیجان می‌تواند در میزان موفقیت مداخله نقش داشته باشد (Power et al., 2023; Smith et al., 2025). بنابراین، تأخیر مشاهده‌شده در تغییر خوردن آشفته می‌تواند منعکس‌کننده آن باشد که ابتدا کاهش آشفتگی هیجانی و تغییر فرایندهای شناختی رخ داده و سپس این تغییرات به تدریج به سطح رفتار خوردن منتقل شده‌اند.

نتایج پژوهش حاضر با مطالعاتی که بر نقش تنظیم هیجان در درمان مشکلات خوردن مرتبط با چاقی تأکید کرده‌اند نیز همسو است. درمان شناختی-رفتاری متمرکز بر هیجان در افراد مبتلا به چاقی همراه با اختلال پرخوری نتایج امیدوارکننده‌ای در پیامدهای بلندمدت نشان داده است (Torres et al., 2020). همچنین، مقایسه رفتاردرمانی دیالکتیکی و CBT نشان داده است هر دو رویکرد می‌توانند خوردن هیجانی را در افراد مبتلا به چاقی کاهش دهند (Honardar et al., 2022). استفاده از بسته‌های فراتشخیصی مبتنی بر پذیرش و تعهد، شفقت و رفتاردرمانی دیالکتیکی نیز به بهبود تنظیم هیجان و رفتار خوردن در زنان دارای اضافه‌وزن و چاقی منجر شده است (Abdolkarimi et al., 2018). افزون بر این، درمان متمرکز بر شفقت در زنان مبتلا به چاقی مزمن توانسته است خوردن هیجانی، بدتنظیمی هیجان، استرس و

نشخوار را کاهش دهد (Vatanpanah et al., 2023). این همگرایی نشان می‌دهد که صرف تمرکز بر کنترل خوردن احتمالاً برای همه افراد کافی نیست و هدف‌گیری فرایندهای هیجانی و شناختی بالادستی می‌تواند به پایداری بیشتر تغییر کمک کند. یکی از یافته‌های مهم پژوهش حاضر، تفاوت میان شاخص‌های عدم همپوشانی کل مرحله مداخله و شاخص‌های مربوط به سطح نهایی و پایداری تغییر بود. در مقایسه خط‌پایه با مداخله، مقادیر NAP و Tau-U برای افسردگی، اضطراب و خوردن آشفته در CBT کلاسیک اندکی بیشتر از RFCBT بود. برای مثال، NAP افسردگی در CBT کلاسیک ۰٫۹۸۰ و در RFCBT برابر ۰٫۸۹۷ و Tau-U به‌ترتیب ۰٫۹۵۹ و ۰٫۷۹۴ بود. الگوی مشابهی برای اضطراب و خوردن آشفته مشاهده شد. باین‌حال، درصدهای بهبودی پایان درمان، درصدهای بهبودی پیگیری و شاخص تداوم اثر در هر سه متغیر به نفع RFCBT بودند. این یافته را نباید تناقض آماری تلقی کرد، زیرا شاخص‌های مختلف طرح‌های تک‌آزمودنی جنبه‌های متفاوتی از تغییر را منعکس می‌کنند. NAP و Tau-U به توزیع همه نقاط مرحله و روند زمانی پاسخ حساس‌اند و Tau-U به‌طور خاص می‌تواند اثر روند خط‌پایه را نیز در بر گیرد (Fingerhut et al., 2021). در مقابل، درصد بهبود پایان درمان و تداوم اثر بیشتر نشان‌دهنده عمق نهایی تغییر و میزان حفظ آن هستند.

شاخص فوریت تغییر نیز این تفسیر را تقویت می‌کند. کاهش اولیه افسردگی و اضطراب در CBT کلاسیک سریع‌تر بود، درحالی‌که شاخص تداوم اثر در RFCBT برای هر سه پیامد به‌مراتب بیشتر بود. برای افسردگی، تداوم اثر در درمان کلاسیک ۱۸٫۸ درصد و در RFCBT برابر ۳۹٫۴ درصد و برای اضطراب به‌ترتیب ۱۹٫۰ و ۳۹٫۳ درصد بود؛ در خوردن آشفته نیز این مقادیر ۱۳٫۹ و ۳۰٫۸ درصد بودند. این الگو می‌تواند نشان دهد CBT کلاسیک به دلیل استفاده مستقیم و زودهنگام از فعال‌سازی رفتاری، بازسازی شناختی، حل مسئله و خودنظارتی، در برخی نشانه‌ها پاسخ اولیه سریع‌تری ایجاد کرده است، اما RFCBT به دلیل نیاز به شناسایی الگوهای نشخوار، تحلیل کارکردی آن‌ها و تمرین مکرر پاسخ‌های جایگزین، ممکن است تغییر تدریجی‌تری ایجاد کند که در ادامه عمیق‌تر و پایدارتر می‌شود. چنین برداشتی با ماهیت فرایندمحور RFCBT و تأکید آن بر تغییر عادت‌های پردازشی سازگار است (Watkins, 2016).

از منظر بالینی، یافته‌های حاضر نشان می‌دهند که درمان شناختی-رفتاری کلاسیک و درمان متمرکز بر نشخوار را نباید الزاماً به‌صورت دو مداخله متضاد در نظر گرفت. CBT کلاسیک ظرفیت ایجاد تغییر سریع در افکار، رفتارها و نشانه‌های هیجانی را دارد، درحالی‌که افزودن هدف‌گیری مستقیم نشخوار ممکن است در مراجعانی که با خودتمرکزی منفی، نگرانی مداوم، خودانتقادی و تفکر منفی تکرارشونده مواجه‌اند به تثبیت و تعمیق اثر کمک کند. در نتیجه، یافته‌ها از برتری مطلق RFCBT در تمام مراحل و همه شاخص‌ها حمایت نمی‌کنند، بلکه نشان می‌دهند مزیت اصلی آن در سطح نهایی پایین‌تر نشانه‌ها و حفظ بهتر اثر پس از پایان درمان است. با توجه به شواهد موجود درباره ارتباط نشخوار با افسردگی، اضطراب و آسیب‌شناسی خوردن، چنین الگویی از نظر نظری نیز قابل انتظار است و می‌تواند مبنایی برای توسعه مداخلات فرایندمحورتر در افراد مبتلا به چاقی باشد.

در مجموع، نتایج پژوهش حاضر نشان داد هر دو درمان شناختی-رفتاری کلاسیک و متمرکز بر نشخوار فکری در کاهش افسردگی، اضطراب و خوردن آشفته افراد مبتلا به چاقی اثربخش بودند، اما الگوی اثرگذاری آن‌ها متفاوت بود. CBT کلاسیک در برخی شاخص‌های مربوط به کل مرحله مداخله و فوریت پاسخ عملکرد بهتری داشت، درحالی‌که RFCBT در درصد بهبودی پایان درمان، حفظ اثر در پیگیری و تداوم تغییر برتری نشان داد. بنابراین، داده‌ها از این نتیجه حمایت می‌کنند که هدف قرار دادن نشخوار فکری می‌تواند به ایجاد تغییر عمیق‌تر و پایدارتر کمک کند، هرچند شواهد حاضر برتری یکنواخت این درمان در سراسر دوره مداخله را تأیید نمی‌کنند.

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی همراه بود که باید در تفسیر یافته‌ها مورد توجه قرار گیرند. نخست، استفاده از طرح تک‌آزمودنی و تعداد محدود شرکت‌کنندگان، هرچند امکان بررسی دقیق تغییرات درون‌فردی و روند زمانی پاسخ را فراهم کرد، تعمیم نتایج به جمعیت وسیع افراد مبتلا به چاقی را محدود می‌کند. دوم، شرکت‌کنندگان ممکن است از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، شدت چاقی، سابقه مشکلات روان‌شناختی، الگوهای خوردن و انگیزش برای درمان تفاوت‌هایی داشته باشند که با این حجم نمونه امکان بررسی نظام‌مند اثر آن‌ها وجود

نداشت. سوم، ارزیابی متغیرها عمدتاً مبتنی بر پرسشنامه‌های خودگزارشی بود و احتمال سوگیری پاسخ، مطلوبیت اجتماعی یا تغییر ادراک فرد از نشانه‌ها وجود دارد. چهارم، دوره پیگیری نسبتاً محدود بود و مشخص نیست تفاوت میان دو درمان در بازه‌های زمانی طولانی‌تر نیز حفظ شود. پنجم، متغیر نشخوار فکری به عنوان سازوکار میانجی تغییر به طور رسمی در تحلیل‌ها آزمون نشد؛ بنابراین، نمی‌توان با قطعیت نتیجه گرفت که برتری نهایی RFCBT مستقیماً ناشی از کاهش نشخوار بوده است. در نهایت، نبود یک گروه کنترل بدون مداخله یا درمان معمول، استنباط قطعی درباره میزان تأثیر اختصاصی هر مداخله را محدود می‌کند.

پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده این مقایسه را با نمونه‌های بزرگ‌تر و ناهمگون‌تر و ترجیحاً در قالب کارآزمایی‌های تصادفی کنترل‌شده تکرار کنند تا قابلیت تعمیم یافته‌ها افزایش یابد. استفاده از دوره‌های پیگیری شش ماهه و یک‌ساله می‌تواند اطلاعات دقیق‌تری درباره پایداری درمان و احتمال بازگشت نشانه‌ها فراهم سازد. همچنین، مناسب است نشخوار فکری، نگرانی، تنظیم هیجان، خودانتقادی و عاطفه منفی در چند مرحله از درمان سنجیده شوند تا نقش میانجی یا سازوکار تغییر آن‌ها به صورت مستقیم آزمون شود. بررسی اثر درمان بر پیامدهای تکمیلی مانند کیفیت زندگی، تصویر بدنی، خوردن هیجانی، پرخوری، شاخص توده بدنی و حفظ کاهش وزن نیز می‌تواند تصویر جامع‌تری از کارکرد بالینی مداخلات ارائه دهد. مقایسه زیرگروه‌های دارای نشخوار بالا و پایین و بررسی متغیرهای تعدیل‌کننده مانند شدت افسردگی، اضطراب، جنسیت، مدت ابتلا به چاقی و سابقه رژیم‌های کاهش وزن نیز می‌تواند مشخص کند چه افرادی بیشترین سود را از RFCBT دریافت می‌کنند. همچنین، استفاده از سنجش‌های روزانه یا ارزیابی لحظه‌ای می‌تواند توالی زمانی نشخوار، عاطفه منفی و رفتار خوردن را با دقت بیشتری آشکار سازد.

در سطح بالینی پیشنهاد می‌شود ارزیابی نشخوار فکری و سایر اشکال تفکر منفی تکرارشونده در فرایند ارزیابی روان‌شناختی افراد مبتلا به چاقی گنجانده شود، به‌ویژه زمانی که افسردگی، اضطراب یا الگوهای خوردن آشفته نیز وجود دارند. برای مراجعانی که درگیری ذهنی مداوم، خودانتقادی، مرور مکرر شکست‌های مرتبط با وزن یا دشواری در فاصله‌گرفتن از افکار منفی دارند، می‌توان فنون متمرکز بر نشخوار را به برنامه‌های شناختی‌رفتاری موجود اضافه کرد. آموزش تحلیل کارکردی نشخوار، تشخیص محرک‌های آغازگر، انتقال از پردازش انتزاعی به عینی، تمرین توجه انعطاف‌پذیر، فعال‌سازی رفتاری و ایجاد پاسخ‌های جایگزین می‌تواند در کنار آموزش خودنظارتی و مهارت‌های تنظیم خوردن به کار رود. همچنین، درمانگران باید انتظار داشته باشند که تغییر رفتار خوردن ممکن است نسبت به بهبود خلق و اضطراب با تأخیر ظاهر شود و از قضاوت زود هنگام درباره اثربخشی مداخله خودداری کنند. طراحی برنامه‌های پیگیری و جلسات تقویتی پس از پایان درمان نیز می‌تواند به حفظ دستاوردهای درمانی و پیشگیری از بازگشت الگوهای نشخوار و خوردن آشفته کمک کند.

مشارکت نویسندگان

در نگارش این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

موازین اخلاقی

در انجام این پژوهش تمامی موازین و اصول اخلاقی رعایت گردیده است.

تعارض منافع

در انجام مطالعه حاضر، هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران از تمامی شرکت کنندگان که در اجرای پژوهش حاضر کمک نمودند نهایت قدردانی و سپاس را دارند.

شفافیت داده‌ها

داده‌ها و مآخذ پژوهش حاضر در صورت درخواست از نویسنده مسئول و ضمن رعایت اصول کپی رایت ارسال خواهد شد.

حامی مالی

این پژوهش حامی مالی نداشته است.

چکیده گسترده

EXTENDED ABSTRACT

Introduction

Obesity is a complex and multifactorial condition whose consequences extend beyond physical health and frequently encompass psychological distress, maladaptive eating patterns, and difficulties in emotional and cognitive self-regulation. Depression, anxiety, and disordered eating are particularly relevant because they may both contribute to and result from obesity, creating reciprocal cycles in which negative affect, body dissatisfaction, weight-related concerns, and unsuccessful weight-management experiences reinforce maladaptive eating behavior. Emotional eating has consistently been associated with overweight and obesity as well as depression, anxiety, stress, and unhealthy dietary patterns, indicating that eating behavior in obesity cannot be adequately understood without considering psychological processes (Braden et al., 2025; Dakanalis et al., 2023). Emotional overload, emotion dysregulation, and impulsivity have likewise been associated with problematic eating patterns among individuals with obesity (Benzerouk et al., 2020). Accordingly, recent reviews emphasize the importance of psychological and behavior-change interventions for emotional eating among adults living with overweight or obesity (Power et al., 2025; Smith et al., 2023).

Cognitive-behavioral therapy (CBT) represents one of the principal psychological approaches used in obesity management because it targets dysfunctional cognitions, behavioral avoidance, ineffective problem-solving, self-monitoring deficits, and maladaptive eating patterns. Meta-analytic and clinical evidence indicates that cognitive-behavioral interventions can improve psychological and behavioral outcomes among individuals with overweight or obesity (Jacob et al., 2018; Moraes et al., 2021). Group CBT has also demonstrated potential benefits for individuals presenting with comorbid depression and obesity, while recent findings suggest beneficial effects on stress, anxiety, and emotional eating (Lores et al., 2020; Porto et al., 2025). Other psychologically oriented interventions targeting emotional processes have similarly reduced problematic eating among individuals with obesity (Abdolkarimi et al., 2018; Honardar et al., 2022; Torres et al., 2020; Vatanpanah et al., 2023). Nevertheless, treatment response remains heterogeneous, suggesting that identifying cognitive processes that maintain both emotional distress and maladaptive eating may improve intervention specificity.

Rumination constitutes one such process. It involves repetitive and relatively passive thinking about negative experiences, their causes, consequences, and personal meanings, often without movement toward effective problem-solving. Rumination-focused cognitive behavioral therapy (RFCBT) conceptualizes rumination as a

maladaptive processing habit and aims to shift individuals from abstract, evaluative processing toward concrete, context-sensitive, and action-oriented processing (Watkins, 2016; Watkins & Roberts, 2020). Evidence increasingly supports rumination as a transdiagnostic mechanism relevant not only to depression but also anxiety and eating-related psychopathology. Rumination is significantly associated with eating-disorder psychopathology (Smith et al., 2018), while repetitive negative thinking, including worry and rumination, has been implicated across eating disorders and maladaptive eating behaviors (Palmieri, Mansueto, Ruggiero, et al., 2021; Palmieri, Mansueto, Scaini, et al., 2021). Among individuals with binge-eating disorder and obesity, rumination has been associated with eating-disorder psychopathology and internalized weight bias (Wang et al., 2017). Prospective evidence further suggests that momentary rumination may contribute to binge eating through increased negative affect (Smith et al., 2021). Similar relationships have been observed between rumination, sadness-management difficulties, and emotional eating in youth with overweight or obesity (Arghavani Hadi et al., 2023), while worry and rumination have been identified as potential mechanisms connecting emotional dysregulation with emotional eating in adults with obesity (Guerrini Usubini et al., 2025).

Evidence for RFCBT has primarily emerged from depression research. Trials comparing RFCBT with conventional CBT have demonstrated beneficial effects on rumination and depressive symptoms (Hvenegaard et al., 2020; Moayedfar et al., 2020). More recent studies have extended these findings to recurrent major depression and comorbid worry, anxiety, and insomnia (Hasani et al., 2025; Wallsten et al., 2023). Although these findings support the transdiagnostic relevance of targeting repetitive negative thinking, direct evidence concerning RFCBT for depression, anxiety, and disordered eating among individuals with obesity remains limited. Accurate assessment of eating psychopathology is also important in this population, including culturally appropriate assessment in Iranian samples (Sahlan et al., 2023). Moreover, repeated-measure single-case designs can provide detailed information regarding the level, trend, immediacy, overlap, and maintenance of therapeutic change, with indices such as Tau-U allowing more nuanced evaluation of intervention effects (Fingerhut et al., 2021). Therefore, the present study aimed to compare the effectiveness of RFCBT and classical CBT in reducing depression, anxiety, and disordered eating among individuals with obesity.

Materials and Methods

The study employed a single-case experimental design with multiple baselines across participants. Six adults aged 18–50 years with obesity were included and allocated to two treatment conditions, with three participants receiving classical CBT and three receiving RFCBT. Obesity was defined as a body mass index of 30 kg/m² or higher. Baseline durations were staggered across participants and consisted of four, five, or six measurement points. Following baseline assessment, participants entered an intervention phase containing eight repeated measurement occasions, followed by a follow-up phase consisting of four measurement occasions.

Both interventions were delivered individually over 10 weekly sessions, each lasting approximately 60 minutes. Classical CBT focused on psychoeducation regarding the cognitive-behavioral model, identification and modification of dysfunctional automatic thoughts, behavioral activation, problem-solving, self-monitoring, and coping-skills development. RFCBT conceptualized rumination as a maladaptive processing habit and emphasized functional analysis of rumination, identification of triggers, discrimination between abstract and concrete processing, modification of beliefs concerning rumination, development of alternative responses, behavioral exercises, and relapse prevention.

Depressive symptoms were assessed using the Beck Depression Inventory-II, anxiety symptoms were measured with the Beck Anxiety Inventory, and disordered eating was evaluated using the 12-item Eating Disorder Examination Questionnaire–Short Form. Higher scores on all measures indicated greater symptom severity. Data analysis integrated visual analysis with quantitative single-case indices. Changes in level, trend,

variability, overlap, immediacy of effect, and maintenance during follow-up were examined. Percentage improvement was calculated using the mean of the final two baseline observations as the reference value. Nonoverlap of All Pairs (NAP) and Tau-U were additionally calculated to quantify intervention effects while considering the distribution and temporal pattern of observations.

Findings

Both classical CBT and RFCBT were associated with reductions in depression, anxiety, and disordered eating from baseline through treatment and follow-up. Baselines were generally elevated, relatively stable, and did not demonstrate systematic downward trends before intervention. Changes in depression and anxiety emerged earlier during treatment, whereas improvement in disordered eating generally appeared after a delay of approximately one to two measurement occasions.

For depression, mean improvement at the end of treatment was 38.6% with classical CBT and 57.5% with RFCBT. At follow-up, improvement remained 34.6% and 54.2%, respectively. For anxiety, end-of-treatment improvement was 40.5% with classical CBT and 54.7% with RFCBT, while follow-up improvement was 35.8% and 52.1%, respectively. Disordered eating improved by 27.4% following classical CBT and 42.9% following RFCBT at the end of treatment; corresponding follow-up improvements were 23.2% and 39.6%.

The advantage of RFCBT over classical CBT at treatment completion was therefore 18.9 percentage points for depression, 14.2 percentage points for anxiety, and 15.5 percentage points for disordered eating. At follow-up, the corresponding differences remained 19.6, 16.3, and 16.4 percentage points, respectively, indicating that the relative advantage of RFCBT was maintained after treatment termination.

However, indices incorporating all intervention observations did not uniformly favor RFCBT. For baseline-to-intervention comparisons, depression NAP values were 0.980 for classical CBT and 0.897 for RFCBT, with Tau-U values of 0.959 and 0.794, respectively. For anxiety, NAP values were 0.988 and 0.931 and Tau-U values were 0.865 and 0.751. For disordered eating, NAP values were 0.812 and 0.758, while Tau-U values were 0.624 and 0.516. In baseline-to-follow-up comparisons, NAP reached 1.000 for all three outcomes in both treatments. Tau-U was 1.000 for depression and disordered eating in both conditions and 0.889 for anxiety in both conditions.

Immediacy indices indicated somewhat faster initial reductions in depression and anxiety with classical CBT. In contrast, maintenance indices consistently favored RFCBT. Maintenance was 18.8% versus 39.4% for depression, 19.0% versus 39.3% for anxiety, and 13.9% versus 30.8% for disordered eating for classical CBT and RFCBT, respectively. Thus, classical CBT showed stronger effects on some indices reflecting early or whole-phase change, whereas RFCBT demonstrated greater final improvement and more sustained therapeutic gains.

Discussion and Conclusion

The findings indicate that both classical CBT and RFCBT can reduce depression, anxiety, and disordered eating among individuals with obesity, but they appear to produce somewhat different temporal patterns of therapeutic change. Classical CBT generated relatively rapid early improvement in some outcomes, which may reflect its direct emphasis on behavioral activation, cognitive restructuring, problem-solving, self-monitoring, and immediately applicable coping strategies. These techniques can rapidly alter daily behavior and reduce exposure to cognitive and behavioral conditions that maintain emotional distress.

RFCBT, in contrast, demonstrated a clearer advantage in the magnitude of improvement achieved by the end of treatment and in the maintenance of gains during follow-up. This pattern may reflect the more process-oriented nature of RFCBT. Changing habitual rumination may require repeated recognition of triggers, functional analysis, discrimination between productive and unproductive modes of thinking, and extensive practice of alternative processing styles. Consequently, therapeutic effects may develop more gradually but

become increasingly evident as participants acquire greater ability to disengage from repetitive negative thinking.

The delayed improvement observed in disordered eating compared with depression and anxiety is also clinically meaningful. Eating behavior is influenced not only by mood and cognition but also by established habits, environmental cues, dietary rules, body-related concerns, and learned emotion-regulation strategies. Changes in these patterns may therefore require more time than changes in subjective emotional symptoms. The stronger maintenance of improvement following RFCBT suggests that modifying repetitive cognitive processes may eventually influence eating behavior indirectly through improved management of negative affect and reduced cognitive preoccupation.

The discrepancy between NAP and Tau-U findings during the intervention phase and the percentage-improvement and maintenance results is particularly important. The data do not support an interpretation of RFCBT as uniformly superior throughout treatment. Nonoverlap indices incorporate all observations and are sensitive to when change begins and how consistently treatment values separate from baseline. Classical CBT's relatively faster initial response therefore contributed to stronger values on some whole-phase indices. Conversely, end-point improvement and maintenance indices emphasize the eventual depth and persistence of change, on which RFCBT performed more favorably. These results should therefore be interpreted as evidence for different therapeutic trajectories rather than simple absolute superiority of one intervention.

Overall, both interventions appeared clinically beneficial for psychological distress and disordered eating in individuals with obesity. Classical CBT may provide relatively rapid symptom relief, whereas RFCBT may offer additional advantages when repetitive negative thinking represents a prominent maintaining process. The principal advantage of RFCBT in this study concerned the final magnitude and durability of change rather than consistent superiority at every stage of treatment. These findings support incorporating assessment and targeted management of rumination into cognitive-behavioral conceptualizations of obesity, particularly when depression, anxiety, and maladaptive eating coexist. Nevertheless, because the study involved only six participants within a single-case experimental framework, the findings should be considered preliminary and require replication in larger controlled studies before firm conclusions regarding comparative efficacy can be established.

فهرست منابع

References

- Abdolkarimi, M., Ghorban Shiroudi, S., Khalatbari, J., & Zarbakhsh, M. R. (2018). Effectiveness of a Transdiagnostic Package Based on Acceptance and Commitment Therapy, Compassion-Focused Therapy, and Dialectical Behavior Therapy on Emotion Regulation and Eating Behavior in Women with Overweight and Obesity. *Psychological Sciences*, 17(70), 651-662.
- Arghavani Hadi, S., Afshari, A., & Tavoli, A. (2023). The Role of Rumination and Sadness Emotion-Management Skills in Predicting Emotional Eating Behavior in 9- to 12-Year-Old Children with Obesity and Overweight. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*, 10(2), 118-130. <https://doi.org/10.32598/shenakht.10.2.118>
- Benzerouk, F., Djerada, Z., Bertin, É., Barrière, S., Gierski, F., & Kaladjian, A. (2020). Contributions of Emotional Overload, Emotion Dysregulation, and Impulsivity to Eating Patterns in Obese Patients with Binge Eating Disorder and Seeking Bariatric Surgery. *Nutrients*, 12(10), 3099. <https://doi.org/10.3390/nu12103099>
- Braden, A., Ahlich, E., & Koball, A. M. (2025). Emotional Eating and Obesity: An Update and New Insights. *Current Obesity Reports*, 14, 70. <https://doi.org/10.1007/s13679-025-00661-9>
- Dakanalis, A., Mentzelou, M., Papadopoulou, S. K., Papandreou, D., Spanoudaki, M., Vasios, G. K., Pavlidou, E., Mantzorou, M., & Giaginis, C. (2023). The Association of Emotional Eating with Overweight/Obesity, Depression, Anxiety/Stress, and Dietary Patterns: A Review of the Current Clinical Evidence. *Nutrients*, 15(5), 1173. <https://doi.org/10.3390/nu15051173>

- Fingerhut, J., Xu, X., & Moeyaert, M. (2021). Selecting the Proper Tau-U Measure for Single-Case Experimental Designs: Development and Application of a Decision Flowchart. *Evidence-Based Communication Assessment and Intervention*, 15(3), 99-114. <https://doi.org/10.1080/17489539.2021.1937851>
- Guerrini Usubini, A., Ducale, S., Bondesan, A., Frigerio, F., Tringali, G., Cornacchia, M., Nibbio, F., Castelnovo, G., & Sartorio, A. (2025). Emotional Dysregulation and Emotional Eating in Hospitalized Adults with Obesity: The Mediating Role of Worry and Rumination. *Journal of clinical medicine*, 14(11), 3871. <https://doi.org/10.3390/jcm14113871>
- Hasani, M., Zenoozian, S., Ahmadi, R., Khakpoor, S., Saberi, S., Pirzeh, R., & Saed, O. (2025). Evaluating the Efficacy of Rumination-Focused Cognitive-Behavioral Therapy in Alleviating Depression, Negative Affect, and Rumination among Patients with Recurrent Major Depressive Disorder: A Randomized Multicenter Clinical Trial. *BMC psychiatry*, 25, 626. <https://doi.org/10.1186/s12888-025-07065-y>
- Honardar, A., Ansari Shahidi, M., Rahnejat, A. M., & Rezaei Jamaloei, H. (2022). Comparison of the Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy and Cognitive Behavioral Therapy on Emotional Eating in Individuals with Obesity. *Community Health*, 16(4), 1-11. <https://doi.org/10.22123/chj.2023.327058.1857>
- Hvenegaard, M., Moeller, S. B., Poulsen, S., Gondan, M., Grafton, B., Austin, S. F., Kistrup, M., Rosenberg, N. K., Howard, H., & Watkins, E. R. (2020). Group Rumination-Focused Cognitive-Behavioural Therapy (CBT) v. Group CBT for Depression: Phase II Trial. *Psychological medicine*, 50(1), 11-19. <https://doi.org/10.1017/S0033291718003835>
- Jacob, A., Moullec, G., Lavoie, K. L., Laurin, C., Cowan, T., Tisshaw, C., Kazazian, C., Raddatz, C., & Bacon, S. L. (2018). Impact of Cognitive-Behavioral Interventions on Weight Loss and Psychological Outcomes: A Meta-Analysis. *Health Psychology*, 37(5), 417-432. <https://doi.org/10.1037/hea0000576>
- Lores, T., Musker, M., Collins, K., Burke, A., Perry, S. W., Wong, M. L., & Licinio, J. (2020). Pilot Trial of a Group Cognitive Behavioural Therapy Program for Comorbid Depression and Obesity. *BMC psychology*, 8(1), 34. <https://doi.org/10.1186/s40359-020-00400-w>
- Moayedfar, H., Yaghoubi, H., Hassanabadi, H., & Mahdavian, A. (2020). Comparison of the Effectiveness of Rumination-Focused Cognitive Behavioral Therapy and Classical Cognitive Behavioral Therapy on Rumination and Depressive Symptoms. *Disability Studies*, 10, 27.
- Moraes, A., Padovani, R., La Scala Teixeira, C. V., Cuesta, M. G. S., Gil, S. S., de Paula, B. O., dos Santos, G. M., Gonçalves, R., Dâmaso, A., Oyama, L., Gomes, R. J., & Caranti, D. (2021). Cognitive Behavioral Approach to Treat Obesity: A Randomized Clinical Trial. *Frontiers in Nutrition*, 8, 611217. <https://doi.org/10.3389/fnut.2021.611217>
- Palmieri, S., Mansueto, G., Ruggiero, G. M., Caselli, G., Sassaroli, S., & Spada, M. M. (2021). Metacognitive Beliefs across Eating Disorders and Eating Behaviors: A Systematic Review. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 28(5), 1254-1265. <https://doi.org/10.1002/cpp.2573>
- Palmieri, S., Mansueto, G., Scaini, S., Caselli, G., Sapuppo, W., Spada, M. M., Sassaroli, S., & Ruggiero, G. M. (2021). Repetitive Negative Thinking and Eating Disorders: A Meta-Analysis of the Role of Worry and Rumination. *Journal of clinical medicine*, 10(11), 2448. <https://doi.org/10.3390/jcm10112448>
- Porto, A. P., Rabelo, L., & do Nascimento, E. B. (2025). A Pilot Study of Obesity Management: Contributions of Cognitive-Behavioral Group Therapy to Stress, Anxiety, and Emotional Eating. *Actualidades en Psicología*, 39(138). <https://doi.org/10.15517/ap.v39i138.54969>
- Power, D., Jones, A., Keyworth, C., Dhir, P., Griffiths, A., Shepherd, K., Smith, J., Traviss-Turner, G., Matu, J., & Ells, L. (2025). Emotional Eating Interventions for Adults Living with Overweight and Obesity: A Systematic Review and Meta-Analysis of Behaviour Change Techniques. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 38(1), e13410. <https://doi.org/10.1111/jhn.13410>
- Sahlan, R. N., Saunders, J. F., Klimek-Johnson, P., Convertino, A. D., Lavender, J. M., Fitzsimmons-Craft, E. E., & Nagata, J. M. (2023). Validation of a Farsi Version of the Eating Disorder Examination Questionnaire (F-EDE-Q) in Adolescents and University Students from Iran. *Journal of eating disorders*, 11, 105. <https://doi.org/10.1186/s40337-023-00830-y>
- Smith, J., Ang, X. Q., Giles, E. L., & Traviss-Turner, G. (2023). Emotional Eating Interventions for Adults Living with Overweight or Obesity: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International journal of environmental research and public health*, 20(3), 2722. <https://doi.org/10.3390/ijerph20032722>
- Smith, K. E., Mason, T. B., & Lavender, J. M. (2018). Rumination and Eating Disorder Psychopathology: A Meta-Analysis. *Clinical psychology review*, 61, 9-23. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.03.004>
- Smith, K. E., Mason, T. B., Reilly, E. E., Hazzard, V. M., Borg, S. L., Dvorak, R., Crosby, R. D., & Wonderlich, S. A. (2021). Examining Prospective Mediation Relationships between Momentary Rumination, Negative Affect, and Binge Eating. *Journal of Affective Disorders Reports*, 6, 100138. <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2021.100138>
- Torres, S., Sales, C., Guerra, M., Simões, M., Pinto, M., & Vieira, F. M. (2020). Emotion-Focused Cognitive Behavioral Therapy in Comorbid Obesity with Binge Eating Disorder: A Pilot Study of Feasibility and Long-Term Outcomes. *Frontiers in psychology*, 11, 343. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00343>

- Vatanpanah, S., Khalatbari, J., Tayebi, A., & Sabet, M. (2023). Effectiveness of Compassion-Focused Therapy on Emotional Eating Behavior, Emotion Dysregulation, Perceived Stress, and Rumination in Women with Chronic Obesity. *Applied Family Therapy*, 4(2), 115-128.
- Wallsten, D., Norell, A., Anniko, M., Eriksson, O., Lamourin, V., Halldin, I., Kindbom, T., Hesser, H., Watkins, E. R., & Tillfors, M. (2023). Treatment of Worry and Comorbid Symptoms within Depression, Anxiety, and Insomnia with a Group-Based Rumination-Focused Cognitive-Behaviour Therapy in a Primary Health Care Setting: A Randomised Controlled Trial. *Frontiers in psychology*, 14, 1196945. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1196945>
- Wang, S. B., Lydecker, J. A., & Grilo, C. M. (2017). Rumination in Patients with Binge-Eating Disorder and Obesity: Associations with Eating-Disorder Psychopathology and Weight-Bias Internalization. *European Eating Disorders Review*, 25(2), 98-103. <https://doi.org/10.1002/erv.2499>
- Watkins, E. R. (2016). *Rumination-Focused Cognitive-Behavioral Therapy for Depression*. Guilford Press.
- Watkins, E. R., & Roberts, H. (2020). Reflecting on Rumination: Consequences, Causes, Mechanisms and Treatment of Rumination. *Behaviour Research and Therapy*, 127, 103573. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2020.103573>