

مروری بر زمینه‌های نظری و رویکردهای درمانی اصلی اختلال پراشتہایی روانی؛ چرا رفتاردرمانی دیالکتیکی مؤثرتر است؟

A review on main theoretical grounds and treatment approaches of bulimia nervosa; why dialectical behavior therapy is more effective?

Parisa Pourmohammad

Ph.D student of clinical psychology,

Shiraz university, Shiraz, Iran,

Psy.p91@gmail.com

پریسا پورمحمد

دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی، دانشگاه

شیراز

چکیده

Abstract

Bulimia nervosa is one of the most common eating and feeding disorders which is more prevalent in women and has a significant destructive impact on their health and quality of life. since description of this disorder in 1979, various medical and psychological treatments have been developed to improve its symptoms. CBT has been considered as treatment of choice for bulimia. However research findings reported high rates of relaps up to 50% as well as a high percentage of dropout up to 28% in CBT. Recently a large attention has been focused on the role of emotion dysregulation in development of bulimia and accordingly dialectical behaviour therapy has been adapted for it. This research investigates the main approaches in explaining and treating this disorder and by exploring the role of emotion dysregulation in development of BN, explains the reason and mechanisms involved in effectiveness of DBT for BN.

اختلال پراشتہایی روانی یکی از شایع ترین اختلالات خودروخوارک است که در زنان شیوع بیشتری دارد و تأثیرات منغوب قابل توجیه بر سلامتی و کیفیت زندگی این قشر می‌گذارد. از ابتدای توصیف این اختلال در سال ۱۹۷۹، درمان‌های دارویی و روان‌شناختی متعددی جهت بهبود علائم آن شکل گرفته است. رفتاردرمانی شناختی به عنوان درمان انتخابی این اختلال در نظر گرفته می‌شد؛ با این حال نتایج مطالعات از ترخ بازگشت زیاد تا ۵۰٪ و همچنین درصد بالای کنارگیری از درمان تا ۲۸٪ را در این درمان نشان داده‌اند. اخیراً به نقش بد تنظیمی هیجانی در این اختلال توجه ویژه‌ای شده و بر این اساس رفتاردرمانی دیالکتیکی را برای این اختلال تطبیق داده‌اند. این پژوهش به بررسی رویکردهای اصلی مطرح در تبیین و درمان این اختلال پرداخته و با تبیین نقش بد تنظیمی هیجانی در شکل گیری این اختلال به توضیح منطق اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی و سازوکارهای اثربخشی آن پرداخته است.

Keywords: bulimia nervosa, emotion regulation, dialectical behavior therapy

واژگان کلیدی: پراشتہایی روانی، تنظیم هیجان، رفتاردرمانی دیالکتیکی

مژویی بر زمینه‌های نظری و رویکردهای درمانی اصلی اختلال پراشتهایی روانی؛ چرا رفتاردرمانی دیالکتیکی مؤثرتر است؟

A review on main theoretical grounds and treatment approaches of bulimia nervosa; why

مقدمه

تغذیه با تأثیر روی همهی دستگاه‌های بدن می‌تواند به طور قابل توجهی روی وضعیت سلامتی فرد اثر بگذارد. بالین حال جامعه تصویری از ایدئال‌های بدنی ارائه می‌دهد که می‌تواند در ترکیب با نقص‌های ژنتیکی باعث ایجاد اختلالات خوردن شود (لیستر^۱، ۲۰۰۵). پراشتهایی روانی یکی از رایج‌ترین انواع اختلالات خوردن است که هم در جمعیت‌های بالینی و هم غیر بالینی گزارش شده است. تلاش برای فهم بهتر، پیشگیری و درمان این اختلال، برای کاهش آسیب‌های فردی و اجتماعی آن ضروری به نظر می‌رسد. در این مقاله به رویکردهای نظری تبیین‌کننده‌ی این اختلال و رویکردهای درمانی مطرح در درمان آن پرداخته می‌شود؛ همچنین تبیین مرتبط با نظریه‌ی تنظیم هیجانی به تفصیل مورد بحث قرار گرفته و سازوکارهای اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی که بر مبنای دیدگاه‌های بد تنظیمی هیجانی است واکاوی می‌گردد.

پراشتهایی روانی

مطابق با پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۲ (DSM-5) پراشتهایی روانی^۳ زمانی وجود دارد که دوره‌های مدام پرخوری (حدائق یک بار در هفته یا بیشتر به مدت ۳ ماه) رخ دهد و رفتارهای کنترل وزن افراطی (رفتارهای پاکسازی نامناسب شامل استفراغ عمدى، سوءصرف ملین‌ها و مدرها، محدودیت غذایی افراطی (روزه گرفتن) است) وجود داشته باشد (به نقل از موند^۴، ۲۰۱۳). این اختلال عمدتاً زنان را مبتلا می‌سازد. تخمین زده می‌شود که ۱ تا ۳ درصد از زنان در دوره‌ای از زندگی خود پراشتهایی روانی را تجربه خواهند کرد؛ در صورتی که درصد آن در مردان ۰/۱ تا ۰/۳ است (هوک^۵، ۲۰۰۶). در ایران نیز در بررسی‌ای که توسط نوبخت انجام شد، شیوع پراشتهایی روانی ۳/۲۳٪ گزارش شد (نوبخت، ۱۳۷۷). مطالعات مربوط به سیر اختلال، نرخ بهبودی را بین ۳۱ تا ۷۴٪ نشان داده‌اند (بن تویم، والکر، گیلکریست، فریمن، کالوسی و استرمن^۶، ۲۰۰۱؛ ویلسون، گریلو و ویتسوک^۷،

¹ Lister

² Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

³ Bulimia nervosa

⁴ Mond

⁵ Hoek

⁶ Ben-Tovim, Walker, Gilchrist, Freeman, Kalucy & Esterman

⁷ Wilson, Grilo & Vitousek

۲۰۰۷؛ به نقل از سافر، تلچ و چن^۱، ۲۰۰۹). نتیجه‌ی فراتحلیل‌ها نرخ خام مرگ‌ومیر را نیز برای این اختلال ۰/۴٪ (۱۱ نفر در بین هر ۲۶۹۲ بیمار) بیان می‌کند (ویلفلی، آستین و ولچ، ۲۰۰۳).

دیدگاه‌های تبیینی اصلی پیرامون اختلال پراشتہایی روانی

دیدگاه زیستی-ژنتیکی و درمان‌های دارویی

شواهد روزافزونی عنوان می‌کنند که آسیب‌پذیری‌های عصبی-زیستی به‌طور اساسی با علت‌شناسی و حفظ پراشتہایی روانی و کم‌اشتهاایی روانی مرتبط هستند (کی، ۲۰۰۸). محققان در بیماران مبتلا به اختلال پراشتہایی روانی، انحرافاتی را در سیستم سروتونرژیک، سطوح گرلین، سطوح BDNF (عامل عصبی مغز خواست^۲)، سطوح چربی و سطوح نورادرنالین دریافت‌هاند. پراشتہایی روانی بر اساس کمبود سروتونین (5-HT) تبیین شده است. در یک مطالعه، محققان فعالیت سروتونین غیرعادی را در نواحی پیشانی، سینگولیت، گیجگاهی و آهیانه یافته‌اند. به‌طورکلی، مطالعات همبستگی قوی‌ای را بین سطوح سروتونین و پرخوری غیرقابل کنترل در پراشتہایی روانی دریافت‌هاند (کی، ۲۰۰۵؛ به نقل از لیستر، ۲۰۰۵). تاکنون مطالعات زیادی نیز پایه‌های خانوادگی و ارثی پراشتہایی روانی را بررسی کرده‌اند. مطالعات نشان می‌دهد که خطر ابتلا به پراشتہایی روانی در صورتی که فرد یک خویشاوند زن مبتلا به اختلال خوردن داشته باشد، ۴/۴ برابر بیشتر از جمعیت عمومی است (استروبر، فریمن، لامپرت، دیاموند^۳ و کی، ۲۰۰۰). نتایج حاصل از مطالعه‌ی دوقلوها نیز با مقایسه‌ی دوقلوهای یک‌تخمکی و دو‌تخمکی میزان این وراثت‌پذیری را بین ۵۰٪-۸۰٪ نشان می‌دهد (کندرل، مک‌لین، نیل، کسلر، هیس و ایوس، ۱۹۹۱؛ به نقل از کرو و برندبورگ^۴، ۲۰۱۰).

در ارتباط با درمان‌های دارویی در ابتدا به دلیل این‌که مشاهده می‌شد همایندی پراشتہایی روانی با اختلال‌های عاطفی بالا است، از ضدافسردگی‌ها برای درمان پراشتہایی روانی استفاده می‌شد و تصور بر این بود که بهبود علائم خلقی می‌تواند موجب شود که بیماران بتوانند رفتارهای

¹ Safer, Telch & Chen

² Wilfley, Stein & Welch

³ Kaye

⁴ brain-derived neurotrophic factor

⁵ Strober, Freeman, Lampert, Diamond

⁶ Kendler, MacLean, Neale, Kessler, Heath & Eaves

⁷ Crow & Brandenburg

مروزی بر زمینه‌های نظری و رویکردهای درمانی اصلی اختلال پراشتهایی روانی؛ چرا رفتاردرمانی دیالکتیکی مؤثرتر است؟^۱

A review on main theoretical grounds and treatment approaches of bulimia nervosa; why

خوردن را به خوبی کنترل کنند (پاپ، هودسان، جوناس و یرلوم-تاد^۲، ۱۹۸۳؛ به نقل از هی، کلادیو و کایبو^۳، ۲۰۱۰). تحقیقات متعدد نشان می‌دهد که این داروها صرف‌نظر از اینکه فرد به طور هم‌زمان افسرده هم باشدند یا خیر، اثرات ضد پراشتهایی روانی دارد (آگراس، دوریان، کرکلی، آرنو و باچمن^۴، ۱۹۸۷؛ به نقل از هی و همکاران، ۲۰۱۰). به طور کلی همه‌ی انواع ضدافسردگی‌ها در کوتاه‌مدت در کاهش علائم پراشتهایی روانی مؤثر هستند (ولف^۵، ۱۹۹۵؛ به نقل از هی و همکاران، ۲۰۱۰). نرخ بهبود پراشتهایی در کوتاه‌مدت توسط دارودرمانی (به طور میانگین ۸ هفته) ۲۰٪ است و کاهش کلی در رفتارهای مرتبط با پراشتهایی روانی حدود ۷۰٪ گزارش شده است (باکلچوک، هی و ماری^۶، ۲۰۰۰). با این حال نرخ عود مجدد قابل توجهی (۳۰٪) در بیماران پس از ۴ تا ۶ ماه مشاهده شده است (والش^۷، ۱۹۹۷؛ به نقل از هی و همکاران، ۲۰۱۰)؛ بنابراین به طور کلی، درمان دارویی نقش منطقی ولی محدودی را در درمان پراشتهایی روانی ایفا می‌کند.

نظريه و درمان‌های شناختی رفتاری

نظريه‌ای که پایه و اساس رفتاردرمانی شناختی برای اختلالات خوردن است به جای اين که مرتبط با فرایندهای شکل‌گيری بيماري باشد، عمدتاً مرتبط با فرایندهایی است که آسيب‌شناسي روانی را حفظ می‌کنند. بر اساس اين نظريه، ريشه‌ي حفظ پراشتهایی روانی طرح‌واره‌های ناکارآمد فرد در مورد خود ارزشمندی است. درحالی‌که بسياري از افراد خودشان را بر اساس عملکرد ادراك‌شده‌شان در جنبه‌های مختلف زندگی می‌سنجدن، اين افراد خودشان را به طور وسیع و حتی منحصرأ بر اساس شکل، وزن و توانابی‌شان برای کنترل آن می‌سنجدن. درنتیجه زندگی‌شان متتمرکز به شکل، وزن و کنترل رژیمی می‌شود. لاغری و از دست دادن وزن به طور فعالنامی دنبال می‌شود و از چاقی و افزایش وزن اجتناب می‌گردد. سایر ويژگی‌های پراشتهایی روانی شامل پرهیز رژیمی، سایر اشکال رفتارهای کنترل وزن و اشتغال ذهنی با شکل، وزن و خوردن نیز می‌تواند مستقیماً بر اساس همین آسيب‌شناسي روانی مرکزی فهمیده شود (کوبر و

¹ Pope, Hudson, Jonas & Yurgelum-Todd

² Hay, Claudino, Kaio,

³ Agras, Dorian, Kirkley, Arnow & Bachman

⁴ Wolf

⁵ Bacaltchuk,Hay & Mari

⁶ Walsh

فیربورن^۱). تنها ویژگی پراشتھایی روانی که مستقیماً مربوط به این آسیب‌شناسی نمی‌شود، پرخوری این افراد است. نظریه شناختی رفتاری عنوان می‌کند که پرخوری محصول مستقیم شکل مشخص پرهیز غذایی (تلاش برای محدود کردن خوردن) در این بیماران است که می‌تواند با محدودیت رژیمی واقعی همراه باشد یا نباشد. این بیماران تلاش می‌کنند به قواعد رژیمی چندگانه، خاص و طاقت‌فرسای خود پابیند باشند و حتی کوچک‌ترین لغزش از آن قواعد نشانه کمبود خودکنترلی درک می‌شود؛ و بیماران به چنین قانون‌شکنی‌ای، با رها کردن موقت تلاش خود برای محدود کردن خوردن پاسخ می‌دهند و درنتیجه در مقابل میل به خوردن که نتیجه‌ی پرهیز مربوط به رژیم غذایی است تسیلیم می‌شوند و این منجر به دوره‌های پرخوری می‌شود که پس از مدتی مجدداً با تلاش برای محدود کردن خوردن‌شان ادامه می‌یابد (کوپر و فیربورن، ۲۰۱۰).

رفتاردرمانی شناختی برای پراشتھایی روانی هم روی تحریفات شناختی و هم ناهنجاری‌های رفتاری تمرکز می‌کند (ویلسون و فیربورن، ۱۹۹۳). مدل رفتاردرمانی شناختی سه مرحله دارد که در طی ۲۰ هفته دوره‌ی درمانی انجام می‌شود. در طول مرحله اول بیماران در مورد پراشتھایی روانی و رفتارهایی که بیماری را همیشگی می‌کند آموزش داده می‌شوند. بیمار گزارش‌های مفصل غذایی شامل فراوانی پرخوری و پاکسازی‌ها را که در جلسات درمانی از آن استفاده خواهد شد، ثبت می‌کند. مرحله‌ی دوم شامل آموزش به بیمار است تا انتخاب‌های غذایی‌اش را گسترش دهد و یک زمان اضافی‌ای هم برای اصلاح افکار ناکارآمد در مورد غذا و بدن صرف می‌شود. ۳ جلسه آخر درمان هم شامل مرحله‌ی ۳ است که روی حفظ تغییر و پیشگیری از بازگشت تمرکز می‌کند (آگراس، والش، فیربورن، ویلسون و کریمر، ۲۰۰۰). رفتاردرمانی شناختی به عنوان درمان انتخابی اختلالات خوردن شناخته می‌شود (هی و همکاران، ۲۰۱۰) با این حال، میزان رهایی از علائم رفتارهای پراشتھایی روانی توسط رفتاردرمانی شناختی متناقض و بین ۸٪ تا ۸۰٪ درصد گزارش شده است (میچل^۲، هالمی^۳، ویلسون، آگراس، کریمر و کرو، ۲۰۰۲). پس از تکمیل رفتاردرمانی شناختی حدود ۵۰ درصد از بیماران به پرخوری و پاکسازی

¹ Cooper & fairburn

² Kraemer

³ Mitchell

⁴, halmi

مروزی بر زمینه‌های نظری و رویکردهای درمانی اصلی اختلال پراشتهایی روانی؛ چرا رفتاردرمانی دیالکتیکی مؤثرتر است؟^۱

A review on main theoretical grounds and treatment approaches of bulimia nervosa; why

ادامه می‌دهند (ویلسون، ۱۹۹۷). میزان کناره‌گیری از درمان و افت نیز در CBT حدود ۲۸٪ است (ویلسون، ۱۹۹۷).

نظریه‌ی تنظیم هیجانی و رفتاردرمانی دیالکتیکی

مروزی بر نظریه‌ی تنظیم هیجانی

تنظیم هیجانی به عنوان مقوله‌ای مشتمل بر (الف) آگاهی و درک هیجانات (ب) پذیرش هیجانات (ج) توانایی کنترل کردن رفتارهای تکانشی و رفتار کردن مطابق با اهداف مطلوب به منظور دستیابی به اهداف فردی و تقاضاهای موقعیتی تعریف می‌شود (گراتز و رو默، ۲۰۰۴). طبق نظر گراتز و رو默 (۲۰۰۴) بد تنظیمی هیجانی می‌تواند ویژگی اصلی بسیاری از اختلالات و رفتارهای مشکل‌آفرین باشد. فرض بر این است که نقص در توانایی‌های عمومی تنظیم هیجان، مثل ادراک، فهم، تعديل کردن و پذیرش هیجان‌های منفی، با افزایش عاطفه‌ی منفی، عاطفه‌ی مثبت را کاهش می‌دهد و خودکارآمدی مربوط به هیجان را کمتر می‌کند و بنابراین رفتار ناکارآمد را به عنوان ابزار اجتناب از هیجان‌های منفی بر می‌انگیزد (برکینگ، ۲۰۰۷).

مطالعات متعددی وجود این نقص‌های تنظیم هیجانی در بیماران مبتلا به پراشتهایی روانی را تأیید کرده است. در حوزه‌ی آگاهی از هیجان‌ها، سیم و زمان (۲۰۰۴) دریافتند بیماران مبتلا به پراشتهایی روانی دشواری‌های بیشتری را در شناسایی حالت‌های هیجانی و تمایز آن از حسن‌های بدنی دارند، بی‌میلی بیشتری برای ابراز حالت‌های هیجانی خود نشان می‌دهند و زمان بیشتری را برای برچسب گذاشتن و پاسخ به هیجانات نیاز دارند. همچنین همین محققان دریافتند که دختران مبتلا به پراشتهایی روانی نسبت به گروه کنترل و یا بیماران مبتلا به افسردگی، تمایل به استفاده از واژه‌های هیجانی غیر واضحی (مثل بد، شدید) دارند و وقتی فهرستی از هیجان‌ها به آنها نشان داده می‌شود برچسب‌های هیجانی بیشتری را انتخاب می‌کنند که دلالت بر مشکل در تمایز گذاری بین هیجان‌ها و یا کمبود وضوح هیجانی دارد (سیم و زمان، ۲۰۰۴). همچنین در حوزه‌ی راهبردهای تنظیم هیجانی، یک مطالعه نشان داد که دسترسی ادراک‌شده به راهبردهای مؤثر و جایگزین، واریانس دوره‌های پرخوری را پیش‌بینی می‌کند (وایتساید، چن، نیبورس،

¹ Gratz & Roemer

² Berking

³ Sim & Zeman

هانتر، لو و لاریمر^۱، ۲۰۰۷). این نتایج نشان می‌دهد که افراد پرخور راهبردهای جایگزینی برای تنظیم هیجان‌های خود ندارند (وایتساید و همکاران، ۲۰۰۷). همچنین زنان مبتلا به پراشتہایی روانی نسبت به زنان بدون این اختلال، اجتناب و راهبردهای متمرکر بر هیجان بیشتری را در مقیاس‌های خود گزارش می‌دهند (مایزس^۲، ۱۹۸۹؛ به نقل از سیم، ۲۰۰۲).

شواهد دیگری که از تبیین نظریه‌ی تنظیم هیجانی برای اختلال پراشتہایی روانی را حمایت می‌کنند، بر داده‌هایی تکیه می‌کنند که بیان می‌کند که سطوح بالایی از عاطفه‌ی منفی قبل از رفتارهای مربوط به پراشتہایی روانی و کاهش در این عاطفه‌ی منفی، پس از آن وجود دارد (برگ، کراسبی، کافو، پتروسون، اینگل، میچل و واندرلیچ^۳، ۲۰۱۲). برای مثال داده‌های مربوط به ارزیابی بوم‌شناختی لحظه‌به‌لحظه^۴ (EMA)، نشان می‌دهد که پرخوری احتمال بیشتری دارد که در روزهایی اتفاق بیفتد که عاطفه‌ی منفی پایدار یا فزاینده در آن وجود دارد (کراسبی، واندرلیچ، اینگل، سیمونیچ^۵، اسمیت^۶ و میچل، ۲۰۰۹؛ به نقل از برگ و همکاران، ۲۰۱۲). همچنین مطالعه (EMA) دیگری هم نشان داد که عاطفه‌ی منفی ۴ ساعت قبل از رفتارهای مربوط به پراشتہایی بالا رفت و تا ۴ ساعت بعد از رفتارهای مربوط به پراشتہایی کاهش پیدا کرد (اسمیت و همکاران، ۲۰۰۷؛ به نقل از برگ و همکاران، ۲۰۱۲).

بر اساس این یافته‌ها، نظریه‌ی تنظیم هیجانی، پرخوری و بسیاری از رفتارهای خوردن مانند (استفراغ کردن و رژیم کاهشی) را به عنوان تلاش‌های رفتاری برای تحت تأثیر قرار دادن، تغییر و کنترل حالت‌های هیجانی منفی مفهوم بندی می‌کند (لینهان^۷ و چن، ۲۰۰۵؛ ویسنيوسکی و کلی^۸، ۲۰۰۳؛ به نقل از سافر و همکاران، ۲۰۰۹). درواقع یک ارتباط کارکرده بین عاطفه‌ی منفی و علائم پراشتہایی روانی پیشنهاد شده است. به این صورت که افراد مبتلا به اختلال پراشتہایی روانی تلاش می‌کنند تا خلق خود را از طریق خوردن بالا ببرند و پاکسازی به آن‌ها اجازه می‌دهد تا از افزایش وزن جلوگیری کنند. فرد دچار این اختلال سرانجام در می‌یابد که رفتارهای

¹ Whiteside, Chen, Neighbors, Hunter, Lo & Larimer

² Mizes

³ Berg, Crosby, Cao, Peterson, Engel, Mitchell & Wonderlich

⁴ Ecological momentary assessment

⁵ Simonich

⁶ smyth

⁷ Linehan

⁸ Wisniewski & Kelly

مژویی بر زمینه‌های نظری و رویکردهای درمانی اصلی اختلال پراشتھابی روانی؛ چرا رفتاردرمانی دیالکتیکی مؤثرتر است؟

A review on main theoretical grounds and treatment approaches of bulimia nervosa; why

خوردن خارج از کنترل هستند و شروع به احساس گناه و ترس از خوردن می‌کند. در این حالت خوردن دیگر موجب احساس تسکین نمی‌شود، بلکه موجب احساسات منفی مانند احساس گناه می‌شود. در این هنگام، پاکسازی جایگزین پرخوری به عنوان وسیله‌ی کاهش تنش می‌شود (جانسون و لارسون^۱، ۱۹۸۲). علاوه بر این، افراد دارای اختلالات خوردن، نرخ بالایی از سایر رفتارهای ناسازگار و اختلالات روان‌شناختی را تجربه می‌کنند که بد تنظیمی هیجانی، یک عامل در آن‌هاست (لایسی^۲، ۲۰۱۲). رابطه‌ی بین اختلالات خوردن و آسیب‌های محور I و محور II بیانگر این است که ابعادی از پردازش هیجانی در حفظ رفتار مختلف خوردن نقش دارد (مک کاردی^۳، ۲۰۱۰). علاوه بر این نرخ بالای هماییندی هر نوع اختلال عاطفی (۷۵٪) اختلال افسردگی اساسی (۳۶٪) و اختلالات اضطرابی (۳۳٪)، در اختلال پراشتھابی روانی مشخص شده است (برورتون، لیدیارد، هرزوج، براتمن، اونیل و بلنگر^۴، ۱۹۹۵). برخی محققان بیان کرده‌اند که بسیاری از ویژگی‌های بالینی اضطراب و اختلالات خلق (مثل اجتناب، نشخوار، عقلی سازی)، می‌توانند تلاش‌هایی ناسازگار برای تنظیم هیجانی باشند (کمبیل سیلز و بارلو^۵، ۲۰۰۷؛ به نقل از لایسی، ۲۰۱۲).

علاوه بر این، افراد مبتلا به اختلالات خوردن، سطوح بالایی از تجزیه، رفتارهای خودآسیب‌زنی و اختلال‌های شخصیت را نشان می‌دهند که تحقیقات نشان می‌دهد که در همه‌ی آن‌ها نقص‌هایی در تنظیم هیجانی وجود دارد (چاپمن، گراتز و براون^۶، ۲۰۰۶). نرخ بالایی از هماییندی اختلالات خوردن و اختلالات شخصیت و بهخصوص سطوح بالایی از هماییندی به حدود ۵۰٪ هم می‌رسد (ویلیامسان، زوکر، مارتین و اسمیتس^۷، ۲۰۰۰). علاوه بر این، سطوح بالایی از رفتارهای خودآسیب‌زنی هم که ویژگی عمده‌ی اختلال شخصیت مرزی است، در اختلالات خوردن دیده می‌شود که این میزان بین ۳۰٪-۵۰٪ است (کلیس، وندریکن و ورتومن^۸، ۲۰۰۳). حتی برخی از تحقیقات، خود رفتارهای اختلال خوردن (ورزش افراطی، استفراغ و استفاده از

¹ Johnson & Larson

² lacy

³ McCurdy

⁴ Brewerton, Lydiard, Herzog, Brotman, O'Neil & Ballenger

⁵ Campbell-Sills & Barlow

⁶ Chapman, Gratz & Brown.

⁷ Zucker, Martin & Smeets

⁸ Claes, Vendereycken & Vertommen

میلین‌ها) را شکل‌های خاصی از خودآسیب‌زنی می‌دانند (فاوازه و روزنلت^۱، ۱۹۹۳؛ ساچسی^۲، ۱۹۸۹ به نقل از پائول، شروتر، داهمنی و نوتزینگر^۳، ۲۰۰۳).

رفتاردرمانی دیالکتیکی

رفتاردرمانی دیالکتیکی در اصل توسط لینهان و برای درمان اختلال شخصیت مرزی و بهخصوص، رفتارهای خودکشی و خودآسیب‌زنی تکانشی این بیماران شکل گرفت (لينهان، ۱۹۹۳). رفتاردرمانی دیالکتیکی بر پایه‌ی نظریه‌ی روانی-اجتماعی از مشکلات بد تنظیمی هیجانی در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی است. تجربیات بالینی نشان می‌دهد که نظریه‌ی زیستی-اجتماعی می‌تواند برای اختلالات خوردن هم قابل اطلاق و مناسب باشد (ویسنیوسکی، سافر و چن، ۲۰۰۷). مدل زیستی-اجتماعی برای شکل‌گیری اختلال خوردن، علاوه بر آسیب‌پذیری زیستی وسیع فرد نسبت به بد تنظیمی هیجانی، به نوعی آسیب‌پذیری غذایی هم معتقد است (ویسنیوسکی و کلی، ۲۰۰۳). آسیب‌پذیری غذایی که خطر شکل‌گیری اختلالات خوردن را بالا می‌برد، نوعی آشتفتگی در عملکرد بدن در علامت دادن مناسب سیری و گرسنگی است. این آشتفتگی که ممکن است قبل از رفتار خوردن مختلف یا در نتیجه‌ی آن اتفاق بیفتد، می‌تواند خوردن مؤثر و درست را بهخصوص مشکل کند (ویسنیوسکی، اپستین، مارکوس^۴ و کی، ۱۹۹۷).

محیط بی‌اعتبارساز که مؤلفه‌ی دیگر نظریه‌ی زیستی-اجتماعی لینهان است، در مورد اختلالات خوردن می‌تواند شامل طعنه زدن در مورد شکل بدنی و وزن توسط همسالان و خانواده و همچنین نگرانی زیاد از وزن و سابقه‌ی خانوادگی رژیم گرفتن باشد (استریگل موره، دهم، پیکه، ویلفلی و فیربورن^۵، ۲۰۰۲؛ به نقل از ویسنیوسکی و همکاران، ۲۰۰۷). همچنین می‌تواند شامل انتظارات فرهنگ غربی در مورد زیبایی باشد که می‌تواند برای اکثر زنان بی‌اعتبارساز باشد. همچنین عالم خاص اختلال خوردن نیز می‌تواند برای بسیاری از افراد بی‌اعتبارساز باشد؛ مثلاً وقتی از آن‌ها پرسیده می‌شود «چرا نمی‌توانی خوردن را بس کنی؟» یا بر عکس «چرا نمی‌توانی بخوری؟». این مفهوم‌بندی از محیط بی‌اعتبارساز، هرچند آزمون نشده است، می‌تواند در جات

¹ Favazza & Rosenthal

² Sachsee

³ Paul, Schroeter, Dahme & Nutzinger

⁴ Epstein, Marcus

⁵ Streigel-Moore, Dohm, Pike, Wilfley & Fairburn

مژویی بر زمینه‌های نظری و رویکردهای درمانی اصلی اختلال پراشتهایی روانی؛ چرا رفتار درمانی دیالکتیکی مؤثرتر است؟

A review on main theoretical grounds and treatment approaches of bulimia nervosa; why

بیشتری از بد تنظیمی هیجانی را که هم در بیماران دارای اختلال شخصیت مرزی و هم در اختلالات خوردن دیده می‌شود، توضیح دهد (ویستنوسکی و همکاران، ۲۰۰۷).

در کنار این تبیین نظری از مناسب بودن نظریه‌ی زیستی-اجتماعی برای اختلالات خوردن، تلچ (۱۹۹۷) دریافت که مفهوم‌بندی DBT از خودآسیب‌زنی به عنوان یک رفتار تنظیم هیجان (هرچند ناسازگار) دارای کارکرد در بیماران دارای اختلال شخصیت مرزی، می‌تواند مدل مفیدی را برای فهم عملکرد (هرچند ناسازگار) پرخوری و پاکسازی به عنوان رفتار تنظیم هیجان در بیماران با خوردن مختل فراهم کند (تلچ، ۱۹۹۷). درواقع کاربرد DBT برای اختلالات خوردن، بر اساس این فرضیه است که رفتارهای خوردن بد تنظیم شده به عنوان ابزاری برای تسکین آشفتگی‌های هیجانی، در افرادی که در تنظیم هیجان‌های منفی دچار مشکل هستند، به کار می‌رود (تلچ، آگراس و لینهان، ۲۰۰۱). منطق استفاده از DBT برای پراشتهایی روانی، به محکمی در نظریه و تحقیق بیان گذاشته شده است. DBT بسیاری از عناصر CBT (به خصوص مهارت‌آموزی و تحلیل زنجیره‌ای رفتار، شرح کامل و تفصیلی عاطفه، شناخت، رفتار و میل‌هایی که منجر به رفتار نامطلوب می‌شوند) را با پذیرش و توجه‌آگاهی ترکیب می‌کند (کین،^۱ ۲۰۰۹). سازوکارهای اثربخشی DBT برای اختلال پراشتهایی روانی در ذیل اشاره می‌شود.

الف- تمرکز بر روی هیجانات

بر اساس چندین نظریه (برای مثال مدل تنظیم هیجان اختلال خوردن، ویزر^۲ و تلچ، ۱۹۹۹؛ نظریه‌ی فرار^۳، هیترتون و بامیستر^۴، ۱۹۹۱؛ نظریه‌ی انتظار^۵ هولستین، اسمیتس و آتلاس^۶، ۱۹۹۸) رفتارهای مختل خوردن مثل پرخوری و پاکسازی تلاش‌هایی در جهت تنظیم هیجان هستند. مطالعات به طور مکرر پرخوری و عاطفه‌ی منفی را به هم مرتبط دانسته‌اند (برای مثال کوهن و پتری^۷، ۲۰۰۵؛ المور و دی کاسترو^۸، ۱۹۹۰؛ به نقل از کین، ۲۰۰۹). افرادی که پرخوری می‌کنند به طور مداوم، عملکرد پرخوری و پاکسازی را به عنوان راهی برای فرار از شناخت‌ها و هیجانات

¹ Cain

² Wiser

³ Escape theory

⁴ Heatherton & Baumeister

⁵ Expectancy theory

⁶ Hohlstein, Smith, Atlas

⁷ Cohen & Petrie

⁸ Elmore & de Castro

منفی مطرح می‌کنند (استیکنی، میلتبرگ و لوف^۱، ۱۹۹۹؛ به نقل از کین، ۲۰۰۹). اثربخشی پرخوری به عنوان یک راهبرد مقابله‌ای محدود است و تعدادی از هیجان‌های منفی به طور موقت کاهش می‌یابد، اما هیجان‌های منفی دیگری ایجاد می‌شود. DBT به فرد دارای اختلال خوردن کمک می‌کند تا خزانه‌ی راهبردهای مقابله‌ای خود را غنی‌تر کرده و رفتار خوردن مختلف خود را با راهبردهای مقابله‌ای سالم‌تر جایگزین کند (کین، ۲۰۰۹).

ب- تمکز روی آگاهی

افراد مبتلا به اختلالات خوردن، به طور مداوم در درون‌نگری مشکل دارند. درون‌نگری به معنای داشتن شایستگی و اعتماد در تشخیص و شناسایی هیجانات در مقابل حس‌های گرسنگی و سیری است (گارنر، اولمنستد و پولیوی^۲، ۱۹۸۳؛ به نقل از کین، ۲۰۰۹). یک مطالعه‌ی آینده‌نگر نشان داد که آگاهی درونی کم، خطر ابتلا به اختلالات خوردن را در بین دانش‌آموزان کالاس هفتم و هشتم و دبیرستان در طول یک سال آینده پیش‌بینی کرد (لینفلد^۳، واندرلیچ، ریسو^۴، کراسبی و میچل، ۲۰۰۶؛ به نقل از کین، ۲۰۰۹). درون‌نگری کم باعث می‌شود تا افراد احساس اشتفتگی کنند یا هیجانات دردناک را به صورت هیجانات جسمی گرسنگی یا سیری نام‌گذاری کنند. DBT از طریق توجه‌آگاهی، می‌تواند درون‌نگری را بالا ببرد و بنابراین درمان‌جویان می‌توانند هیجان‌های خود را در ارتباط با پرخوری و پاک‌سازی شناسایی کنند و به درستی بین حس‌های جسمانی و هیجان‌های خود تمایز قائل شوند (کین، ۲۰۰۹).

ج- تمکز بر قطبیت‌ها

شناخت افراد مبتلا به اختلالات خوردن اغلب قطبی و دومقوله‌ای است (زورووف^۵، ۱۹۹۲؛ به نقل از کین، ۲۰۰۹). این مسئله، شامل شناخت‌هایی درباره‌ی غذا، با تقسیم‌بندی غذا به غذای ممنوع (غذایی که به دلیل کالری بالا و/یا ارزش غذایی بالا از آن اجتناب می‌شود مانند چربی یا کربوهیدرات) است، (آرنو، کنارדי^۶ و آگراس، ۱۹۹۲؛ کالس^۷، ۱۹۹۰؛ به نقل از کین، ۲۰۰۹). این می‌تواند از طریق اثر نقض پرهیز و خودداری، پرخوری را تداوم بخشد؛ برای مثال تکه‌ای از

^۱ Stickney, Miltenberger & Wolff

^۲ Garner, Olmsted, & Polivy

^۳ Lilienfeld

^۴Riso

^۵Zuroff

^۶ Arnow, Kenardy

^۷ Kales

مژویی بر زمینه‌های نظری و رویکردهای درمانی اصلی اختلال پراشتہایی روانی؛ چرا رفتاردرمانی دیالکتیکی مؤثرتر است؟

A review on main theoretical grounds and treatment approaches of bulimia nervosa; why

غذاي ممنوع می تواند پرخوری را تسريع کند (آرنو و همکاران، ۱۹۹۲؛ گلیوز^۱، ویلیامسان و بارکر^۲، ۱۹۹۳؛ به نقل از کین، ۲۰۰۹). DBT می تواند تأثیر اثر نقض پرهیز را کاهش دهد. از طریق آموزش توجه‌آگاهی، درمان‌جویان یاد می‌گیرند که چگونه بدون قضاوت و مقوله‌بندی، به غذا نزدیک شوند و آن را توصیف کنند. علاوه بر این، از طریق تمرین توجه‌آگاهی، خوردن بدون قضاوت و مقوله‌بندی را نیز تمرین می‌کنند. این تمرین، رویارویی ارزشمندی را با دسته‌ای از غذاها از جمله غذاهای ممنوع فراهم می‌کند؛ بدون اینکه به دنبال مصرف آن، اجازه‌ی رخ دادن پرخوری را دهد؛ بنابراین ارتباط بین غذا - بهویژه غذاهای ممنوع - از طریق رویارویی و اجتناب از پاسخ از بین می‌رود و باعث کاهش اضطراب مرتبط با غذا و خوردن می‌شود (کین، ۲۰۰۹).

د- تمرکز روی تعمیم بخشی

درمان‌جویان باید هر روز با پرخوری مبارزه کنند. این مسئله، با درمان معمولی یک ساعته در طی جلسات مغایر است. مشاوره‌ی تلفنی DBT پلی را بین جلسات ایجاد می‌کند و فرصتی را برای افزایش تغییر در خارج از درمان ایجاد می‌کند (ویسینیوسکی و بن پوراس^۳، ۲۰۰۵). در مشاوره‌ی متدائل ده - دقیقه‌ای، درمانگر بعد از ارزیابی میل‌ها، ممکن است پرسد «کدام مهارت‌ها را برای ممانعت از پرخوری امتحان کردی؟ چه کمکی برای استفاده از مهارت‌ها نیاز داری؟» بعد از پیدا کردن راه حل‌ها و ایجاد یک طرح، درمانگر از درمان‌جو در مورد انجام این طرح تعهد می‌گیرد. مشکلات احتمالی طرح را برطرف می‌کند و سپس از مراجع می‌خواهد ببیند که آیا مجدداً دچار مشکل می‌شود یا نه. برای درمان‌جویانی که علی‌رغم منافع تماس تلفنی از آن خودداری می‌کنند، می‌توان تکلیف خانگی تماس گرفتن را مشخص کرد (چن و سافر، ۲۰۱۰). نسخه‌ای از رفتاردرمانی دیالکتیکی که اخیراً برای پراشتہایی روانی ارائه داده شده است، شامل ۲۰ هفته رفتاردرمانی دیالکتیکی است که هم به صورت فردی و هم گروهی انجام می‌شود. این نسخه از DBT، برای بهبود توانایی مراجعان برای مدیریت سازگارانه‌ی هیجان‌های منفی طراحی شده است و شامل آموزش ۳ دسته از ۴ دسته مهارت‌های DBT استاندارد شامل توجه‌آگاهی، تنظیم هیجانی و تحمل پریشانی است. همچنین این درمان آموزش تحلیل‌های زنجیره‌ای رفتار را که در طی دوره‌های پرخوری به کار می‌رود نیز شامل می‌شود. در مهارت‌های توجه‌آگاهی که

¹ Gleaves

² Barker

³ Ben-Porath

مهارت‌های اصلی و مرکزی DBT است، بر آگاهی غیرقضاؤت‌گرایانه و پایدار نسبت به حالت‌های هیجانی‌ای که در لحظه‌ی حال رخ می‌دهند، بدون اینکه فرد به آن‌ها واکنش نشان دهد تأکید می‌شود. همچنین درمان جویان در این رویکرد، خوردن توجه‌آگاهانه را با تمرین خوردن توجه‌آگاهانه‌ی کشمش یاد می‌گیرند. مهارت‌های توجه‌آگاهی پایه و اساس مهارت‌های تنظیم هیجانی و تحمل پریشانی هستند، چون افراد را قادر می‌کند که حالت‌های هیجانی شان را بدون درگیری در رفتارهای تکائشی خودکار، شناسایی و تشخیص دهنده و فرد با توجه‌آگاهی، می‌تواند انتخاب‌های سازگارانه‌تری را درمورد استفاده از مهارت‌های تنظیم هیجانی و تحمل پریشانی داشته باشد (کریستلر، بائر و کیلیان-ولور^۱، ۲۰۰۶) و در ادامه‌ی جلسات درمان که مراجع مهارت‌های توجه‌آگاهی را با تمرینات کافی تثبیت کرد، مهارت‌های مشخص تحمل پریشانی برای تحمل و گذراندن دوره‌های هیجانی شدید بدون درگیری در پرخوری و پاکسازی و مهارت‌های تنظیم هیجانی برای شناسایی و تنظیم هیجانات آموزش داده می‌شود.

شواهد تجربی در مورد اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر روی پراشتہایی روانی و پرخوری در حال حاضر در ابتدای راه خود است. با این حال، دو مطالعه‌ی موردی (سفر، تلچ و آگراس، ۲۰۰۱b؛ تلچ، آگراس و لینهان، ۲۰۰۱)، یک مطالعه‌ی درمان گروهی بدون گروه کنترل (تلچ و آگراس و لینهان، ۲۰۰۰)، دو مطالعه همراه با لیست انتظار و یک درمان با کنترل فعال (تلچ و همکاران، ۲۰۰۱؛ سافر، رابینسون و جو^۲، ۲۰۱۰؛ سافر، تلچ و آگراس، ۲۰۰۱a) انجام شده است. روی‌هر رفته این مطالعات، شواهدی را فراهم می‌کند که DBT موجب کاهش عمدۀ در رفتارهای پرخوری و پاکسازی بیماران مبتلا به پراشتہایی روانی و پرخوری در مرحله‌ی پس از درمان، نسبت به پیش از درمان می‌شود و این کاهش در شش ماه پیگیری حفظ می‌گردد (تلچ و همکاران، ۲۰۰۱؛ سافر و همکاران، ۲۰۰۱b؛ سافر و همکاران، ۲۰۱۰). همچنین شواهدی مبنی بر این وجود دارد که DBT موجب کاهش قابل توجهی در تمایل به خوردن در هنگام احساس افسردگی، اضطراب و خشم در بیماران مبتلا به پراشتہایی روانی می‌شود (سافر و همکاران، ۲۰۰۱b). به طورکلی شواهد، در مورد اثربخشی DBT بر روی پراشتہایی روانی و پرخوری امیدبخش ولی محدود بوده است.

¹ Kristeller, Baer & Quillian-Wolever

² Robinson & Jo

مژویی بر زمینه‌های نظری و رویکردهای درمانی اصلی اختلال پراشتهایی روانی؛ چرا رفتاردرمانی دیالکتیکی مؤثرتر است؟
A review on main theoretical grounds and treatment approaches of bulimia nervosa; why

بحث و نتیجه‌گیری

اگرچه اختلال پراشتهایی روانی در ابتدا مربوط به جوامع صنعتی شده بود، اما امروزه شیوع این اختلال در سراسر جهان و همچنین ایران در حال افزایش است. به طور کلی به دو دلیل نیاز است که به اختلال پراشتهایی روانی توجه بیشتری شود. اولاً اینکه با وجود اینکه شیوع این اختلال حدود ۲ تا ۳٪ است، ولی می‌تواند در جمعیت‌های آسیب‌پذیر مانند زنانی که در سنین دانشگاه هستند، به حدود ۱۰٪ نیز برسد (هسو^۱، ۱۹۹۶). دوم اینکه همان‌طور که بیان شد این اختلال علاوه بر همایندی با سایر اختلالات همایند محور I و محور II موجب آسیب‌های جسمی فراوانی و حتی مرگ‌ومیر در این بیماران هم می‌شود و مشخص شده است که مرگ‌ومیر و یا بهبودی به طور مستقیم به مداخله و درمان زودهنگام بستگی دارد. از زمان شناسایی اختلال پراشتهایی روانی، این اختلال به عنوان اختلالی دیده می‌شد که درمان آن بسیار مشکل است از آن زمان بسیاری از مداخلات روان‌شناختی و دارویی برای این اختلال ایجاد و به طور تجربی مورد آزمون قرار گرفته‌اند.

در این مقاله سعی بر این بود که نظریه‌های اصلی تبیین این اختلال و رویکردهای درمانی متداول برای درمان این اختلال مورد بررسی قرار بگیرد. همان‌طور ملاحظه شد، درمان دارویی اگرچه در کوتاه‌مدت اثربخشی نشان می‌دهد، اما در بلندمدت و به دنبال قطع داروها، نرخ عود مجدد بالایی (۳۰ تا ۴۵٪) در آن دیده می‌شود (والش، ۱۹۹۷؛ به نقل از هی و همکاران، ۲۰۱۰). تا چند سال پیش، درمان انتخابی این اختلال رفتاردرمانی شناختی بود. همان‌طور که گفته شد، این درمان بر بهبود الگوهای رفتاری خوردن و همچنین چالش با باورها و افکار بیش بهاداده شده در مورد وزن و شکل تمرکز می‌کرد. با این حال نتایج نشان می‌داد، اگر درمان جویان در انتهای درمان با CBT بتوانند از رفتارهای پراشتهایی روانی پرهیز کنند، مشخص شده است که این علائم دوباره بازمی‌گردند (برای مثال ۴۴٪ در مطالعه‌ی هالمی، آگراس، میچل، ویلسون، کرو، بیسون^۲ و همکاران، ۲۰۰۲؛ به نقل از کین، ۲۰۰۹). علاوه بر این کناره‌گیری از درمان زیادی نیز CBT، با میانگین افت آزمودنی حدود ۲۸٪ وجود دارد (میچل و همکاران، ۲۰۰۲). این نشان می‌دهد که CBT برای همه کاربرد ندارد. افرادی که دارای تکانش‌گری بالا هستند، ممکن است

¹ hsu

² Byson

در خطر بالای افت و ترک درمان در CBT باشند (کین، ۲۰۰۹). در این پژوهش به تحقیقات متعددی اشاره شد که به تبیین وجود بد تنظیمی هیجانی در حوزه‌های مختلف مانند آگاهی از هیجان‌ها و راهبردهای هیجانی در مبتلایان به اختلال پراشتہایی روانی پرداخت. به نظر می‌رسد دلیل عمدی شکست‌های درمانی CBT عدم توجه به نقش هیجانات شدید و نقص در تنظیم آن‌ها توسط بیماران باشد. همچنین مشخص شد که نظریه‌ی زیستی-اجتماعی لینهان که پایه و اساس رفتاردرمانی دیالکتیکی است به خوبی می‌تواند ریشه‌ی تحولی اختلال پراشتہایی روانی را توضیح دهد. همچنین سازوکارهایی که رفتاردرمانی دیالکتیکی به طور خاص برای اختلال پراشتہایی روانی می‌تواند اثربخش باشد به تفصیل مورد بحث قرار گرفت و برخی شواهد تجربی مقدماتی که بیانگر اثربخشی DBT برای پراشتہایی روانی بود توضیح داده شد. بر این اساس می‌توان گفت رفتاردرمانی دیالکتیکی می‌تواند به عنوان یک درمان نویدبخش، برای بسیاری از بیماران مبتلا به اختلال پراشتہایی روانی که با هیجانات شدید دست و پنج نرم می‌کنند، با مشکلات شخصیتی مواجه هستند و از CBT بهره‌ای نمی‌برند، مؤثر باشد.

منابع

نوبخت، منیر (۱۳۷۷). بررسی همه‌گیرشناسی اختلالات خوردن در دانش‌آموzan دختر سال دوم دبیرستانی شهر تهران (سال تحصیلی ۱۳۷۶-۷۷). پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه فردوسی مشهد.

- Agras, W. S., Walsh, T., Fairburn, C. G., Wilson, G. T., & Kraemer, H. C. (2000). A multicenter comparison of cognitive-behavioral therapy and interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 57, 459-466.
- Bacaltchuk, J., Hay, P., & Mari, J. J. (2000). Antidepressants versus placebo for the treatment of bulimia nervosa: a systematic review. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34 (2), 307-10.
- Berg K. C., Crosley, R. D., Cao, L. Peterson, C. B., Engel, S. G., Mitchell, J. E., & Wonderlich, S. A. (2012) Facets of negative affect prior to and following Binge-Only,Purge-Only, and Binge/Purge Events in Women With Bulimia Nervosa. *Journal of Abnormal Psychology*. 122(1). 108-11
- Berking, M. (2007). Training emotionaler Kompetenzen [Training of emotional competencies]. Heidelberg, Germany: Springer.
- Brewerton, T. D., Lydiard, R. B., Herzog, D. B., Brotman, A. W., O'Neil, P. M., & Ballenger, J. C. (1995). Comorbidity of axis I psychiatric disorders in bulimia nervosa. *The Journal of clinical psychiatry*, 56, 78-80.
- Brown, T. A., & Keel, P. K. (2012). Current and emerging directions in the treatment of eating disorders. *Substance abuse: research and treatment*, 6, 33-61.
- Cain, A. S. (2009). Two Brief Treatments Based On Dialectical Behavior Therapy For Binge Eating Across Diagnoses And DiagnosticC Thresholds: Results From A Preliminary Randomized Disantling Study. PhD (Doctor of Philosophy) thesis, University of Missouri-Columbia.

مروزی بر زمینه‌های نظری و رویکردهای درمانی اصلی اختلال پراشتہای روانی؛ چرا رفتاردرمانی دیالکتیکی مؤثرتر است؟

A review on main theoretical grounds and treatment approaches of bulimia nervosa; why

- Chapman, A. L., Gratz, K. L., & Brown, M. L. (2006). Solving the puzzle of deliberate self-harm: the experiential avoidance model. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 371-394.
- Chen, E. Y., & Safer, D. L. (2010). Dialectical behavior therapy for bulimia nervosa and binge-eating disorder. *Treatment of eating disorders: A clinical handbook*, 294-316.
- Claes, L., Vendereycken, W., & Vertommen, H. (2003). Eating-disordered patients with and without self-injurious behaviours: a comparison of psychopathological features. *European Eating Disorders Review*, 11, 379-396.
- Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (2010). Cognitive behavior therapy for bulimia nervosa. *The treatment of eating disorders: A clinical handbook*, 243-270.
- Crow, S. J., & Brandenburg, B. (2010). Diagnosis, assessment, and treatment planning for bulimia nervosa. *The treatment of eating disorders: A clinical handbook*, 28-43.
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 26(1), 41-54.
- Hay, P. P., Claudino, A. M., & Kaio, M. H. (2001). Antidepressants versus psychological treatments and their combination for bulimia nervosa. *The Cochrane Library*. DOI: 10.1002/14651858.CD003385
- Herzog, D. B., Greenwood, D. N., Dorer, D. J., Flores, A. T., Ekeblad, E. R., Richards, A., Blois, M. A., & Keller, M. B. (2000). Mortality in Eating Disorders: A descriptive study. *International Journal of eating Disorders*, 28, 20-26.
- Hoek, H. W. (2006). Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 19, 389-394.
- Hsu, L. K. (1996). Epidemiology of the eating disorders. *Psychiatric Clinics of North America*. 19, 681-700.
- Johnson, C., & Larson, R. (1982). Bulimia: An analysis of moods and behavior. *Psychosomatic Medicine*, 44, 341.
- Kaltiala-Heino, R., Rissanen, A., Rimpela, M., Rantanen, P. (1999). Bulimia and bulimic behaviour in middle adolescence: More common than thought? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 100, 33-39.
- Kaye, W. (2008). Neurobiology of anorexia and bulimia nervosa. *Physiology & Behavior*, 94(1), 121-135.
- Kaye, W. H., Greeno, C. G., Moss, H., Fernstrom, J., Fernstrom, M., Lilienfeld, L. R., ... & Mann, J. J. (1998). Alterations in serotonin activity and psychiatric symptoms after recovery from bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 55(10), 927-935.
- Kristeller, J. L., Baer, R. A., & Quillian-Wolever, R. (2006). Mindfulness-based approaches to eating disorders. *Mindfulness-based treatment approaches: Clinician's guide to evidence base and applications*, 75.
- Lacy, J. L. (2012). An Empirical Investigation of Eating Disorders and Difficulties Regulating Emotion: Do Difficulties Vary Based on Symptom Profiles?. A PhD (Doctor of Philosophy) thesis, University of Duke.
- Linehan, M. M. (1993). Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. New York, The Guilford Press.
- Lister, R. (2005). The Etiology of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. A Critical Literature Review submitted in partial fulfillment of the requirements of the Senior Thesis Class
- McCurdy, D. P. (2010). Eating Disorders And The Regulation Of Emotion: Functional Models For Anorexia And Bulimia Nervosa. PhD (Doctor of Philosophy) thesis, University of Kansas.
- Mitchell, J. E., Halmi, K., Wilson, G. T., Agras, W. S., Kraemer, H., & Crow, S. (2002). A randomized secondary treatment study of women with bulimia nervosa who fail to respond to CBT. *International Journal of Eating Disorders*, 32(3), 271-281.
- Mond J. M. Classification of bulimic-type eating disorders: from DSM-IV to DSM-5. *Journal of Eating Disorders*, 2013; 1:33. doi:10.1186/2050-2974-1-33.

- Paul, T., Schroeter, K., Dahme, B., & Nutzinger, D. O. (2003). Self-injurious behavior in women with eating disorders. *American Journal of Psychiatry*, 159, 408-411.
- Safer, D. L., Robinson, A. H., & Jo, B. (2010). Outcome from a randomised controlled trial of group therapy for binge eating disorder: Comparing Dialectical Behavior Therapy adapted for binge eating to an active comparison group therapy. *Behavior Therapy*, 41, 106-120
- Safer, D. L., Telch, C. F., Agras, W. S. (2001a). Dialectical Behavior Therapy for Bulimia Nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 158, 632-634.
- Safer, D. L., Telch, C. F., Agras, W. S. (2001b). Dialectical Behavior Therapy Adapted for Bulimia: A Case Report. *International Journal of Eating Disorder*, 30, 101-106.
- Safer, D. L., Telch, C. F., Chen, E. Y. (2009). *Dialectical Behavior Therapy for Binge Eating and Bulimia*. New York, NY: The Guilford Press.
- Sim, A. L. (2002). Emotion regulation in adolescent females with bulimia nervosa: an information processing perspective. Ph.D. dissertation, The University of Mine, Main, United States.
- Sim, L. & Zeman, J. (2004). Emotion awareness and identification skills in adolescent girls with bulimia nervosa. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33, 760-771.
- Strober M, Freeman R, Lampert C, Diamond J, & Kaye W. (2000). Controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: Evidence of shared liability and transmission of partial syndromes. *American Journal of Psychiatry*, 157:393-401.
- Telch, C. F. (1997). Emotion regulation skills training treatment for binge eating disorder: Therapist manual. Unpublished manuscript, Stanford University.
- Telch, C. F., Agras, W. S., & Linehan, M. M. (2000). Group dialectical behavior therapy for binge-eating disorder: A preliminary, uncontrolled trial. *Behavior Therapy*, 31, 569-582.
- Telch, C. F., Agras, W. S., & Linehan, M. M. (2001). Dialectical Behaviour Therapy for binge eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69 (6), 1061-1065.
- Whiteside, U., Chen, E., Neighbors, C., Hunter, D., Lo, T., & Larimer, M. (2007). Difficulties regulating emotions: Do binge eaters have fewer strategies to modulate and tolerate negative affect? *Eating Behaviors*, 8, 162-169.
- Wilfley, D. E., Stein, R., & Welch, R. R. (2003). Interpersonal psychotherapy. In U. S. J. Treasure, & E. van Furth (Ed.), *Handbook of eating disorders*. London: John Wiley & Sons.
- Williamson, D. A., Zucker, N. L., Martin, C. K., & Smeets, M. A. (2002). Etiology and management of eating disorders. In *Comprehensive handbook of psychopathology* (pp. 641-670). Springer, Boston, MA.
- Wilson, G. (1997). Cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa. *Handbook of treatment for eating disorders*, 2nd edition, 67-93.
- Wilson, G. T., & Fairburn, C. G. (1993). Cognitive treatments for eating disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 261-269.
- Wisniewski, L., & Ben-Porath, D. (2005). Telephone skill-coaching with eating disordered clients: Clinical guidelines using a DBT framework. *European Eating Disorders Review*, 13(5), 344-350.
- Wisniewski, L., & Kelly, E. (2003). The application of dialectical behavior therapy to the treatment of eating disorders. *Cognitive and Behavioral Practice*, 10, 131-138.
- Wisniewski, L., D. Safer, and E. Chen. "Dialectical behavior therapy and eating disorders." *Dialectical behavior therapy in clinical practice: Applications across disorders and settings* (2007): 174-221.
- Wisniewski, L., Epstein, L. H., Marcus, M. D., & Kaye, W. (1997). Differences in salivary habituation to palatable foods in bulimia nervosa patients and controls. *Psychosomatic Medicine*, 4, 427-433.

مروزی بر زمینه‌های نظری و رویکردهای درمانی اصلی اختلال پراشتهابی روانی؛ چرا رفتار درمانی دیالکسیکی مؤثرer است؟

A review on main theoretical grounds and treatment approaches of bulimia nervosa; why