



## اثربخشی فنون مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیکی در بهبود علائم اختلال پراشتهایی روانی

پریسا پورمحمد<sup>۱\*</sup>

۱- دانشجوی دکترای روانشناسی بالینی دانشگاه شیراز، شیراز، ایران

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۴/۴

تاریخ وصول: ۱۳۹۸/۳/۲۸

### چکیده

پراشتهایی روانی، یکی از انواع اختلالات خورد و خوراک است که در افراد جوان شیوع داشته و سلامت جسمی و روان‌شناختی بیماران مبتلا به آن را به خطر می‌اندازد. رویکردهای نظری و درمان‌های متعددی برای این اختلال ایجاد شده است. رفتار درمانی دیالکتیکی که بد تنظیمی هیجانی را در این بیماران هدف قرار می‌دهد، یکی از جدیدترین درمان‌های مطرح در درمان پراشتهایی روانی به شمار می‌رود. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی فنون مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیکی (ذهن آگاهی، تنظیم هیجانی، تحمل پریشانی) در بهبود علائم پراشتهایی روانی، بیماران مبتلا به این اختلال انجام گرفت. مواد و روش: در چارچوب طرح‌های تک آزمودنی با خطوط پایه‌ی چندگانه، دو بیمار مبتلا به اختلال پراشتهایی روانی، به روش نمونه‌گیری در دسترس و بر اساس ملاک‌های ورود و خروج از پژوهش، انتخاب شدند و ۱۱ جلسه رفتار درمانی دیالکتیکی انفرادی به صورت هفتگی و مبتنی بر راهنما بر روی این بیماران انجام گرفت. ابزارهای مورد استفاده شامل مصاحبه‌ی تشخیصی ساختاریافته (SCID) و سیاهه اختلالات خوردن (EDI) بود که بیماران در جلسات پیش‌درمان، پنجم، هفتم، جلسه‌ی آخر و نیز پیگیری یک‌ماهه، از نظر آزمون خط پایه مورد ارزیابی قرار گرفتند. نتایج از طریق ترسیم‌های دیداری، درصد بهبودی و اندازه اثر مورد بررسی قرار گرفت. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که DBT موجب کاهش معنی‌دار در علائم اختلال پراشتهایی روانی می‌شود. مبتنی بر یافته‌های این پژوهش، می‌توان بیان کرد که رفتار درمانی دیالکتیکی، به‌عنوان یک رویکرد جدید، در کاهش علائم پرخوری و پاک‌سازی بیماران مبتلا به اختلال پراشتهایی روانی مفید است.

**واژگان کلیدی:** پراشتهایی روانی، رفتار درمانی دیالکتیکی، بدتنظیمی هیجان

### مقدمه

پراشتهایی روانی<sup>۱</sup> نوعی اختلال خوردن است که به پرخوری دوره‌ای همراه با راه‌های نامناسب جلوگیری از افزایش وزن تعریف شده است (کاپلان-سادوک<sup>۲</sup>، ۲۰۰۷). طبق پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (DSM-5) پراشتهایی روانی سه ویژگی اصلی دارد: دوره‌های مکرر پرخوری (ملاک A)، رفتارهای پاک‌سازی نامناسب و مکرر برای جلوگیری از افزایش وزن (ملاک B) و خودارزیابی‌ای که به‌طور افراطی تحت تأثیر شکل و وزن است (ملاک

psy.p91@gmail.com

\* نویسنده مسئول

1. Bulimia nervosa  
2. Kaplan & Sadock

C). برای اینکه تشخیص پراشتهایی وجود داشته باشد، باید دوره‌های پرخوری و رفتارهای پاک‌سازی باید به‌طور میانگین حداقل یکبار در هفته برای مدت سه ماه وجود داشته باشد (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). علائم مربوط به پراشتهایی روانی به نسبت در نوجوانان و جوانان شایع‌تر است (هوک<sup>۱</sup>، ۲۰۰۶؛ به نقل از برگ<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۲) و با مشکلات پزشکی و روان‌پزشکی جدی و همچنین خطر بالاتر مرگ‌ومیر مرتبط است (کراو<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۰۹؛ به نقل از برگ و همکاران، ۲۰۱۲).

تحقیقات کنترل‌شده ثابت کرده است که چندین شکل از روان‌درمانی می‌توانند علائم پراشتهایی روانی را کاهش دهند. در این بین، رفتاردرمانی شناختی (CBT) که روی بهنجار کردن الگوهای خوردن و چالش با افکار بیش بهاداده شده در مورد وزن و شکل بدن تمرکز می‌کند (سافر<sup>۴</sup>، تلچ<sup>۵</sup> و چن<sup>۶</sup>، ۲۰۰۹)، به‌عنوان درمان انتخابی اختلالات خوردن شناخته می‌شود (هی<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۰۹). با این حال، میزان رهایی از علائم رفتارهای پراشتهایی روانی توسط رفتاردرمانی شناختی متناقض و بین ۸٪ تا ۸۰٪ درصد گزارش شده است (میچل<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۰۲). علاوه بر این، کناره‌گیری از درمان قابل‌توجهی هم در CBT، با میانگین افت آزمودنی حدود ۲۸٪ وجود دارد (میچل و همکاران، ۲۰۰۲).

بر این اساس، با توجه به عدم کارایی رفتاردرمانی شناختی در درمان همه‌ی بیماران مبتلا به پراشتهایی روانی و نرخ افت بالا و با توجه به اینکه تحقیقات بسیار گسترده‌ای حالت‌های عاطفی منفی را با علائم پراشتهایی روانی مرتبط دانسته‌اند و عاطفه‌ی منفی به‌عنوان یکی از رایج‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های پرخوری شناخته شده است (پولیوی و هرمان<sup>۹</sup>، ۱۹۹۳)، در سال‌های اخیر محققان این حوزه، سعی در تطبیق درمان‌های مبتنی بر تنظیم هیجان برای درمان اختلال پراشتهایی روانی کرده‌اند. یکی از مهم‌ترین این درمان‌ها رفتاردرمانی دیالکتیکی<sup>۱۰</sup> است. این رویکرد درمانی در اصل توسط مارشا لینهان و برای درمان اختلال شخصیت مرزی و به‌خصوص، رفتارهای خودکشی و خود آسیب زنی تکانشی این بیماران شکل گرفت (لینهان<sup>۱۱</sup>، ۱۹۹۳).

طبق نظر تلچ (۱۹۹۷a، ۱۹۹۷b) مفهوم بندی DBT از خودآسیب‌زنی به‌عنوان 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 به‌عنوان رفتار تنظیم هیجان در بیماران با خوردن مختل فراهم کند (تلچ، ۱۹۹۹a،

- 
1. Hoek
  2. Berg
  3. Crow
  4. Safer
  5. Telch
  6. Chen
  7. Hay
  8. Mitchell
  9. Polivy & Herman
  12. Dialectical Behavior Therapy
  11. Linehan

(۱۹۹۷b). در واقع 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 (تلج، آگراس<sup>۱</sup> و لینهان، ۲۰۰۱). بر این اساس، افراد مبتلا به پراشتهایی 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 درمی‌یابد که رفتارهای 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<sup>۲</sup>، ۱۹۸۲). در واقع بر اساس این مدل هم پرخوری و هم پاک‌سازی حالت‌های منفی هیجانی را کاهش می‌دهند و این رفتارها از طریق تقویت منفی حفظ می‌شوند (برگ و همکاران، ۲۰۱۲).

شواهد تجربی در مورد اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر روی پراشتهایی روانی و پرخوری در حال حاضر در ابتدای راه خود است. تاکنون دو مطالعه‌ی موردی (سافر، تلج و آگراس، ۲۰۰۱b؛ تلج و همکاران، ۲۰۰۱)، یک مطالعه‌ی درمان گروهی بدون گروه کنترل (تلج، آگراس و لینهان، ۲۰۰۰)، دو مطالعه همراه با لیست انتظار و یک درمان با کنترل فعال (تلج و همکاران، ۲۰۰۱؛ سافر، رابینسون<sup>۳</sup> و جو<sup>۴</sup>، ۲۰۱۰؛ سافر و همکاران، ۲۰۰۱a) انجام شده است. روی هم رفته این مطالعات، شواهدی را فراهم می‌کند که DBT موجب کاهش عمده در رفتارهای پرخوری و پاک‌سازی بیماران مبتلا به پراشتهایی روانی و پرخوری در مرحله‌ی پس از درمان، نسبت به پیش از درمان می‌شود و این کاهش در شش ماه پیگیری حفظ می‌گردد (تلج و همکاران، ۲۰۰۱؛ سافر و همکاران، ۲۰۰۱b؛ سافر و همکاران، ۲۰۱۰).

همچنین شواهدی مبنی بر این وجود دارد که DBT موجب کاهش عمده در تمایل به خوردن در هنگام احساس افسردگی، اضطراب و خشم در بیماران مبتلا به پراشتهایی روانی می‌شود (سافر و همکاران، ۲۰۰۱b). به طور کلی شواهد، در مورد اثربخشی DBT بر روی پراشتهایی روانی و پرخوری، امیدبخش ولی محدود بوده است. بر اساس این پایه‌ی منطقی و پژوهشی ذکر شده، تحقیق حاضر قصد دارد اثربخشی فنون مبتنی بر DBT را بر بهبود علائم اختلال پراشتهایی روانی بررسی کند.

- 
1. Agras
  2. Johnson & Larson
  3. Robinson
  4. Jo

## روش

## شرکت‌کنندگان و طرح پژوهش

طرح پژوهش از نوع آزمایش تک موردی از نوع خط پایه‌ی چندگانه است که از طرح‌های تجربی پرکاربرد در روانشناسی بالینی است. شرکت‌کنندگان این پژوهش دو بیمار (مؤنث، سنین ۲۰ و ۲۲ ساله، دانشجوی کارشناسی) مبتلا به پراشتهایی روانی بودند که به روش نمونه‌گیری در دسترس، انتخاب شدند. ملاک‌های ورود شامل موارد ذیل بود: ۱- دارا بودن ملاک‌های تشخیصی DSM-5 برای اختلال پراشتهایی روانی بنا به تشخیص روانشناس ۲- داشتن حداقل ۱۸ و حداکثر ۶۵ سال ۳- موافقت بیمار برای شرکت در پژوهش و امضای رضایت‌نامه کتبی. ملاک‌های خروج نیز شامل این موارد بود: ۱- مصرف فعلی داروهای روان‌پزشکی ۲- داشتن اختلال سایکوتیک یا تشخیص اختلال‌های دوقطبی ۳- درگیری فعلی با سایر روان‌درمانی‌ها یا برنامه‌های کاهش وزن ۴- تمایل فعلی به خودکشی ۵- بارداری

## ابزارهای پژوهش

الف) مصاحبه‌ی تشخیصی ساختاریافته برای اختلالات محور یک (SCID): مصاحبه‌ی بالینی ساختاریافته برای اختلالات محوری I، مصاحبه‌ای انعطاف‌پذیر است که توسط فرست و همکاران (۱۹۹۶) تهیه شده است. ترن و اسمیت<sup>۱</sup> (۲۰۰۴) ضریب کاپای ۶۰٪ را به‌عنوان ضریب اعتبار بین ارزیاب‌ها برای SCID گزارش کرده‌اند (ترن و اسمیت، ۲۰۰۴؛ به نقل از هاشمی، ۱۳۸۹). شریفی و همکاران (۱۳۸۳) این مصاحبه را بر روی نمونه‌ی ۲۹۹ نفری اجرا کردند که توافق تشخیصی برای بیشتر تشخیص‌های خاص و کلی، متوسط یا خوب بود (پایایی بالاتر از ۶۰٪). (به نقل از هاشمی، ۱۳۸۹)

ب) سیاهه‌ی اختلالات خوردن EDI: این سیاهه، مقیاس ۶۴ ماده‌ای خودتوصیفی برای ارزیابی ویژگی‌های روان‌شناختی و نشانه‌های مرتبط با بی‌اشتهایی و پراشتهایی روانی است که گارنر<sup>۲</sup> و همکاران (۱۹۸۳) آن را ساخته‌اند. این سیاهه شامل ۸ زیرمقیاس است که ۳ زیرمقیاس آن، شامل تمایل به لاغری، پرخوری و نارضایتی بدنی ابعاد نشانه‌ای اختلالات خوردن را می‌سنجند. برای نمره‌گذاری این سیاهه، به گزینه‌های همیشه، معمولاً و اغلب اوقات به ترتیب نمره‌ی ۱، ۲، ۳ و به سه گزینه‌ی گاهی، به ندرت و هرگز، نمره‌ی صفر داده می‌شود. گارنر و همکاران (۱۹۸۳) همبستگی درونی زیرمقیاس‌های آن را در دامنه‌ای از ۰/۳۰ تا ۰/۵۸ گزارش کردند (به نقل از شایقیان و وفایی، ۱۳۸۹).

در نمونه‌ی ایرانی نیز این مقدار در دامنه‌ی ۰/۳۴ تا ۰/۶۶ به دست آمد. آلفای کرونباخ سیاهه، ۰/۷۶ به دست آمد که از اعتبار و روایی خوبی برخوردار است (شایقیان و وفایی، ۱۳۸۹). در این پژوهش از خرده مقیاس پراشتهایی این آزمون استفاده شد که شامل هفت گویه است و نمرات آن از صفر تا ۲۱ متغیر است. خرده مقیاس پراشتهایی EDI همبستگی بالایی با مقیاس پراشتهایی EAT-26 نشان داده است (اسپلاگ<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۰۳). در یک تحقیق، این خرده مقیاس،

1. Tran & smith  
2. Garner  
3. Espelage

در طبقه‌بندی ۹۷٪ از افراد، به دو دسته‌ی بیماران دارای پراشتهایی و گروه بیماران سرپایی روان‌پزشکی، موفق بوده است (اسکومیکر<sup>۱</sup> و همکاران، ۱۹۹۷؛ به نقل از اسپلاگ و همکاران، ۲۰۰۳).

### شیوه اجرای پژوهش

برای هر دو شرکت‌کننده، مصاحبه‌ی تشخیصی ساختاریافته انجام شد و شرکت‌کنندگان از نظر احراز ملاک‌های اختلال پراشتهایی روانی، بر اساس DSM-5 مورد بررسی قرار گرفتند. همچنین آزمون‌های خط پایه که شامل پرسشنامه‌های EDI بود، به عمل آمد. در جلسه‌ی اول درمان بیمار اول، بیمار دوم وارد طرح درمان شد. علاوه بر جلسه‌ی مصاحبه، یک جلسه‌ی مقدماتی برای آشنایی با رویکرد درمانی و بررسی اهداف درمان برگزار شد. سپس ۱۰ جلسه آموزش مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی بر روی بیماران صورت گرفت. آزمون‌های علاوه بر جلسه‌ی مقدماتی، در طی جلسات پنجم، هفتم و یازدهم و همچنین در دوره‌ی پیگیری یک‌ماهه نیز، آزمون‌های خط پایه را تکمیل کردند.

برای تجزیه‌وتحلیل داده‌ها علاوه بر ترسیم دیداری، از فرمول درصد بهبودی (بلانچارد و اسکوارز<sup>۲</sup>، ۱۹۸۸) و نیز اندازه اثر با استفاده از روشی که مبتنی بر میانگین و انحراف استاندارد است (d کوهن) استفاده شد. مطالعات مختلف برای تفسیر این شاخص، مقدار ۰/۴۱ را به‌عنوان حداقل میزان اثر، ۱/۱۵ را به‌عنوان اندازه اثر متوسط و ۲/۷۰ را به‌عنوان اندازه اثر بزرگ پیشنهاد کرده‌اند (فرگوسن<sup>۳</sup>، ۲۰۰۹).

### فرایند درمان

در پژوهش حاضر، درمان بر اساس راهنمای رفتاردرمانی دیالکتیکی برای اختلال پراشتهایی روانی (سافر و همکاران، ۲۰۰۹)، انجام شد. بر اساس این راهنما باید سه حوزه‌ی مهارت‌های ذهن آگاهی، تنظیم هیجانی و تحمل پریشانی جهت درمان بیماران دارای پراشتهایی روانی به آنان آموزش داده شود. رفتاردرمانی دیالکتیکی برای اختلال پراشتهایی روانی، حوزه‌ی چهارم یعنی کارآمدی بین فردی را شامل نمی‌شود که دلیل آن محدودیت زمانی و نیز جلوگیری از هم‌پوشانی این درمان با روان‌درمانی بین فردی<sup>۴</sup> (IPT) است. طبق راهنمای درمان، درمان در ۲۰ جلسه‌ی ۵۰-۶۰ دقیقه‌ای تنظیم شده است که در این پژوهش، این تعداد جلسات به ۱۱ جلسه تقلیل یافت که دلیل آن محدودیت زمانی بوده است. البته تلاش شد که اکثر مهارت‌هایی که در هر سه حوزه‌ی DBT در نظر گرفته شده بود، به‌خصوص مهارت‌هایی که طبق بیان همین راهنما، اهمیت بیشتری داشت، با توجه به وقت هر جلسه، در برنامه‌ی درمانی گنجانده شود. لازم به ذکر است که این راهنما توسط پژوهشگر به زبان فارسی ترجمه شد.

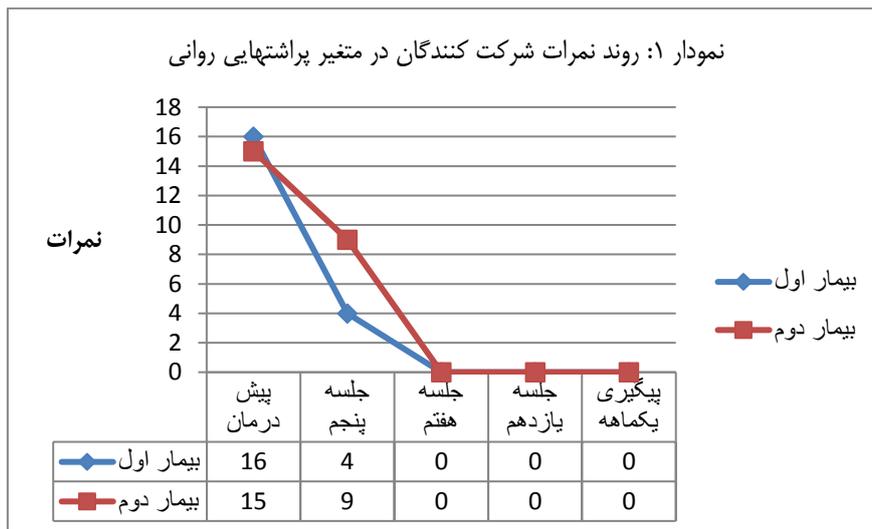
1. Schoemaker  
2. Blunchard & Schwars  
3. Ferguson  
4. Interpersonal psychotherapy

## جدول ۱: خلاصه فرایند درمان

جلسه	شرح جلسه
آشنایی پیش از درمان	- آشنایی با مدل بد تنظیمی هیجانی مشکل خوردن و تطبیق آن با مشکل بیمار - بررسی سود و زیان پرخوری و پاک‌سازی - توافق درمانی درمانگر و مراجع و امضای موافقت‌نامه درمانگر و درمان‌جو - آشنایی با کارت یادداشت روزانه و برگه‌ی تحلیل زنجیره‌ای رفتار مشکل‌ساز (کارت یادداشت روزانه هر جلسه و برگه‌های تحلیل زنجیره‌ای تا جلسه‌ی ششم توسط مراجع تکمیل شد)
جلسه اول	- آشنایی با مفهوم پرهیز دیالکتیکی - آشنایی با تنفس دیافراگمی و تمرین آن در جلسه
جلسه دوم	- معرفی سه حالت ذهن (ذهن منطقی، ذهن هیجانی، ذهن خردمند) - آموزش پیدا کردن ذهن خردمند و تمرین آن در جلسه
جلسه سوم	- آشنایی با مهارت‌های مفهومی ذهن آگاهی (مشاهده کردن، توصیف کردن، شرکت کردن) - آموزش مهارت تسمه‌ی نقاله - آشنایی با خوردن با ذهن آگاهی و تمرین آن در جلسه (با کشمش)
جلسه چهارم	- آشنایی با مهارت‌های کاربردی ذهن آگاهی (غیر قضاوت گرایانه بودن، یک- با هوشیاری، مهارت به شیوه‌ی مؤثر) - موج‌سواری روی میل و تمرین آن در جلسه با اسمارتیز
جلسه پنجم	- آشنایی با مدل توصیف هیجان‌ها - آشنایی با هیجان‌های اولیه و ثانویه - آموزش نحوه‌ی ثبت هیجان‌ها
جلسه ششم	- آموزش مهارت ذهن آگاهی از هیجان کنونی - آموزش عملکرد هیجان‌ها
جلسه هفتم	- آموزش راه‌های کاهش آسیب‌پذیری نسبت به ذهن هیجانی - ایجاد تجارب مثبت - آموزش ذهن آگاهی نسبت به هیجان‌های مثبت - آموزش انجام عمل متضاد با هیجان فعلی
جلسه هشتم	- بحث کلی در مورد منطق مهارت‌های تحمل پریشانی - بحث در مورد منطق مهارت‌های پذیرش - آموزش مهارت‌های پذیرش واقعیت (شامل مهارت مشاهده کردن نفس کشیدنتان، تمرینات آگاهی و پذیرش بنیادین) - مهارت سوزاندن پل‌هایتان
جلسه نهم	- بحث در مورد مهارت‌های رهایی از بحران - آموزش مهارت حواس برگردانی - آموزش مهارت خود آرام بخشی - مهارت بهبود لحظه‌ی حال
جلسه دهم	- مرور همه‌ی مهارت‌های آموخته‌شده - برنامه‌ریزی برای آینده با آموزش مهارت مقابله در آینده - گرفتن بازخورد از درمان‌جو در مورد درمان و مهارت‌ها - خداحافظی

اقتباس از سافر، تلج و آگراس (۲۰۰۹)

یافته‌ها



همان‌طور که در نمودار ۱ مشاهده می‌شود، روند نمرات هر دو آزمودنی تا جلسه پنجم (پس از پایان آموزش مهارت‌های مربوط به ذهن آگاهی)، با شیب زیادی کاهش یافته و بهبودی زیادی در هر دو شرکت‌کننده و به‌خصوص شرکت‌کننده اول دیده می‌شود. در جلسه هفتم این مقدار در هر دو آزمودنی به صفر رسیده است و تا انتهای درمان و دوره پیگیری نیز حفظ شده است که بیان‌کننده اثربخشی قابل‌توجه رفتاردرمانی دیالکتیکی در کاهش علائم پراشتهایی روانی در این دو بیمار است. به‌منظور بررسی معنی‌داری این تغییرات، اندازه اثر درمانی و درصد بهبودی هر دو شرکت‌کننده در متغیر پراشتهایی روانی محاسبه شد که نتایج آن در جدول ۱ آمده است.

جدول ۲: درصد بهبودی و اندازه اثر درمانی هر دو بیمار در متغیر پراشتهایی روانی

اندازه اثر درمان	درصد بهبودی دوره پیگیری	درصد بهبودی طول درمان	
۲/۱۶	٪۱۰۰	٪۱۰۰	بیمار اول
۱/۸۴	٪۱۰۰	٪۱۰۰	بیمار دوم

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، درصد بهبودی بالینی علائم پراشتهایی روانی پس از درمان برای هر دو درمان‌جو ٪۱۰۰ به دست آمده است که به معنای متوقف شدن کامل دوره‌های پرخوری و پاک‌سازی و سایر علائم پراشتهایی روانی در این بیماران است. این میزان درصد بهبودی، از نظر بالینی درصد بهبودی بسیار بالایی است. این میزان بهبودی در هر دو آزمودنی در دوره پیگیری یک‌ماهه نیز حفظ شده است. اندازه اثر درمان نیز در بیمار اول نسبتاً بزرگ و در بیمار دوم نیز در فاصله‌ی بین  $0.15 < D < 0.70$  قرار داشته و متوسط به حساب می‌آید.

**بحث و نتیجه‌گیری**

نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که رفتاردرمانی دیالکتیکی در کاهش علائم پراشتهایی روانی اثربخش بوده است.

نتایج این تحقیق همسو با پژوهش‌های سافر و همکاران (۲۰۰۱a,b) چن و همکاران (۲۰۰۸)، کروجر<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۱۰)، ابوالقاسمی و جعفری (۱۳۹۱) است. در تبیین این یافته می‌توان بیان کرد که فرضیه‌ی اصلی رفتاردرمانی دیالکتیکی برای اختلالات خوردن، بر اساس نظریه‌ی تنظیم هیجانی است. طبق این نظریه، رفتارهای مشکل‌آفرین خوردن مثل پرخوری و پاک‌سازی راه‌هایی برای کنترل و اثرگذاری بر حالت‌های هیجانی دردناک و مقابله با حالت‌های هیجانی منفی است. در واقع فرض بر این است که افراد مبتلا به پراشتهایی روانی، در کنار آسیب‌پذیری زیستی نسبت به بد تنظیمی هیجانی، مهارت‌های کافی برای تنظیم مناسب هیجان‌ها ندارند و به این دلیل، برای تنظیم هیجان‌ها به ابزارهای ناسازگار مانند پرخوری و پاک‌سازی روی می‌آورند؛ به این صورت که سعی می‌کنند خلق خود را از طریق پرخوری بالا ببرند و پاک‌سازی موجب جلوگیری از بالا رفتن وزنشان می‌شود؛ اما در نهایت متوجه می‌شوند که رفتارهای 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 به‌عنوان وسیله‌ی کاهش تنش می‌شود (جانسون و لارسون، ۱۹۸۲).

هر سه مؤلفه‌ی مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی که در درمان پراشتهایی روانی به کار می‌رود به‌نوعی موجب افزایش مهارت‌های تنظیم هیجانی فرد شده و از این طریق، موجب کاهش علائم پراشتهایی روانی می‌گردد. فرد از طریق مهارت‌های ذهن آگاهی می‌آموزد که با هیجان‌ها، حس‌های بدنی و میل به خوردن خود، به‌صورت غیر واکنشی برخورد کند. به این صورت که ابتدا حالت‌های هیجانی و میل به پرخوری خود صورت غیر قضاوت‌گرایانه مشاهده کند؛ به این معنا که بدون قضاوت کردن، همه‌ی آگاهی خود را روی حالت‌هایی که تجربه می‌کند متمرکز کند و در مرحله‌ی بعدی حالت‌های هیجانی و میل فوری خود به غذا خوردن خود را در قالب کلمات قرار داده و آن‌ها را توصیف کند، بدون اینکه از قضاوت‌ها در توصیف خود استفاده کند. در واقع، با این تمرینات، فرد بین میل به پرخوری و انجام عمل پرخوری فاصله ایجاد می‌کند و این فاصله‌ی زمانی باعث می‌شود، فرد با سهولت بیشتری از ذهن هیجانی که در آن قرار دارد، خارج شده و به ذهن خردمند خود دسترسی پیدا کند. همچنین فرد از طریق آموزش مهارت «موج سوای روی میل» که یکی از مهارت‌های ذهن آگاهی است، یاد می‌گیرد که میل به پرخوری خود را مثل موجی در نظر بگیرد که اگرچه در لحظه‌ی کنونی در حال بالا رفتن است، اما در نهایت مانند پایین آمدن موج دریا پایین خواهد آمد و از بین خواهد رفت و خود را همانند موج‌سواری ببیند که روی آن موج‌ها می‌راند، بدون اینکه سعی در سرکوب آن‌ها یا عمل بر اساس آن‌ها داشته باشد. انجام چنین تمریناتی موجب ایجاد پردازش‌ها و ارتباطات جدید در مغز می‌شود و مغز یاد می‌گیرد که تجربه‌ی میل به پرخوری بدون انجام عمل پرخوری امکان‌پذیر است.

1. Kroger

از سویی، پر خوری عملی غیر آگاهانه است که تا حد زیادی به صورت خودکار انجام می‌شود. یاد گرفتن تمریناتی که آگاهی فرد را در حین خوردن بالا ببرد، می‌تواند راه حل مؤثری در کاهش پر خوری باشد. فرد از طریق تمرین خوردن با ذهن آگاهی یاد می‌گیرد که در حین خوردن، آگاهی خود را از ویژگی‌های کیفی غذا مانند طعم، بو، حالت قرار گرفتن غذا در دهان بیشتر کرده و همه‌ی توجه تقسیم نشده‌اش را متوجه عمل غذا خوردن کند. این توجه متمرکز روی عمل خوردن باعث افزایش آگاهی فرد از احساس‌های سیری شده و مانع ادامه دادن خوردن بعد از احساس سیری می‌شود.

مهارت‌های تنظیم هیجانی باعث افزایش آگاهی فرد از هیجان‌اتش می‌شود. تحقیقات متعددی بیانگر این هستند که افراد دارای پراشتهایی روانی، غالباً درجاتی از الکسی‌تایمی را نشان می‌دهند (برای مثال، اسپرانزا<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۵). به این معنا که این افراد در شناسایی احساسات و تمایز آن‌ها از حس‌های بدنی و در توصیف احساسات خود دچار مشکل هستند و مستعد این هستند که حالت‌های هیجانی خود را به صورت مبهم توصیف کنند. این ابهام هیجانی و عدم توانایی نام‌گذاری هیجان‌ها، خود، شدت رنج هیجانی آن‌ها را افزایش داده و فرد را در معرض پر خوری قرار می‌دهد.

در این طرح درمانی، بیماران با انواع هیجان‌ها، نام‌های مختلف یک هیجان، تظاهرات بدنی هیجان‌ها، انواع رویدادهای برانگیزان و نقش انواع تفسیرها در بروز هیجان‌های مختلف، آشنایی پیدا می‌کنند و توانایی‌شان در شناسایی حالت‌های هیجانی خود بیشتر می‌شود. علاوه بر این، یاد می‌گیرند که با قضاوت هیجان‌ها و واکنش نشان دادن هیجانی به آن‌ها، موجب هیجان‌های منفی ثانویه که عامل مهمی در روی آوردن به پر خوری هستند، نشوند. همچنین، آشنایی با نقش بسیار حیاتی تفسیرها در نوع هیجان تجربه‌شده، باعث می‌شود فرد بتواند در موقعیت‌های مختلف، با فکر کردن به تفسیرهای جایگزین در رابطه با رویدادهای برانگیزان، به طور قابل توجهی کیفیت هیجان را تغییر دهد.

در نهایت، مهارت‌های تحمل پریشانی، علاوه بر این که به فرد در جهت پذیرش اموری که قادر به تغییر آن‌ها نیست، کمک می‌کند و از این طریق، رنج هیجانی‌ای را که از نپذیرفتن شرایط ناشی می‌شود، می‌کاهد، راه‌های آرامش بخشی سریع را به فرد یاد می‌دهد تا در مواردی که رنج هیجانی شدیدی دارد و میلی فوری به درگیر شدن در رفتارهای پر خوری و پاک‌سازی احساس می‌کند، از آن‌ها استفاده کند و بتواند به طور موقت از حالت هیجانی‌ای که در آن قرار دارد خارج شود. این مهارت‌ها، به خصوص مهارت‌های حواس برگردانی<sup>۲</sup> و مهارت‌های خود-آرامش بخشی<sup>۳</sup> و مهارت‌های بهبود لحظه‌ی حال<sup>۴</sup>، آرامش کوتاه مدتی را برای فرد فراهم می‌کنند تا از ذهن هیجانی که در آن نسبت به پر خوری آسیب پذیر است، خارج شده و وقتی دوباره سراغ حل مسئله یا بحران موجود می‌آید، این کار را در حالت ذهنی متفاوتی انجام دهد.

---

1. Speranza  
2. Distracting  
3. Self-Soothing  
4 Improving the Moment

## منابع

- ابوالقاسمی، عباس؛ جعفری، عیسی (۱۳۹۱). اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر تصویر بدنی و خودکارآمدی در دختران مبتلا به پرخوری عصبی، *مجله‌ی روان‌شناسی بالینی* (۲)، ۴، ۳۷-۲۹
- شایقیان، زینب؛ وفایی، مریم (۱۳۸۹). بررسی شاخص‌های روان‌سنجی سیاهه اختلالات خوردن (EDI) در دانش‌آموزان دختر پایه دوم دبیرستان‌های تهران، *مطالعات روان‌شناختی*، دوره (۶)، ۲، ۲۹-۲۴
- کاپلان، هارولد؛ سادوک، بنیامین (۲۰۰۷). خلاصه روان‌پزشکی: علوم رفتاری-روان‌پزشکی بالینی، ترجمه نصرت‌الله پور افکاری، جلد دوم، ویرایش دهم، تهران، انتشارات شهر آب
- هاشمی، زهره؛ محمودعلیلو، مجید؛ هاشمی، تورج. (۱۳۸۹). اثربخشی درمان فراشناختی بر اختلال افسردگی اساسی: گزارش موردی. *مجله‌ی روانشناسی بالینی*، (۲)، ۳، ۹۷-۸۵
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fifth edition. American Psychiatric publishing
- Berg K. C., Crosby, 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. doi: 10.1037/a0029703.
- Espelage, D. L., Mazzeo, S. E., Aggen, S. H., Quittner, A. L., Sherman, R., & Thompson, R. (2003). Examining the construct validity of the Eating Disorder Inventory. *Psychological Assessment*, 15(1), 71.
- Ferguson, C. J. (2009). An effect size primer: a guide for clinicians and researchers. *Professional psychology: Research and practice*, 40(5), 532.
- Hay, P. P., Bacaltchuk, J., Stefano, S., & Kashyap, P. (2009). Psychological treatments for bulimia nervosa and bingeing. *Cochrane database of systematic reviews*, (4).
- Johnson, C., & Larson, R. (1982). *Bulimia: an analysis of moods and behavior*. Psychosomatic Medicine.
- Kröger, C., Schweiger, U., Sipos, V., Kliem, S., Arnold, R., Schunert, T., & Reinecker, H. (2010). Dialectical behaviour therapy and an added cognitive behavioural treatment module for eating disorders in women with borderline personality disorder and anorexia nervosa or bulimia nervosa who failed to respond to previous treatments. An open trial with a 15-month follow-up. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 41(4), 381-388.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York, the Guildford Press.
- 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.

- Polivy, J. & Herman, C. (1993). Etiology of binge eating: Psychological mechanisms. In *Binge eating: Nature, assessment, and treatment* edited by C. G. Fairburn, C. G. & Wilson, G. T. New York, Guilford press, pp 173-205
- Safer, D. L., & Jo, B. (2010). Outcome from a randomized controlled trial of group therapy for binge eating disorder: comparing dialectical behavior therapy adapted for binge eating to an active comparison group therapy. *Behavior therapy*, 41(1), 106-120.
- Safer, D. L., Telch, C. F., & Agras, W. S. (2001). Dialectical behavior therapy for bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 158(4), 632-634.
- Safer, D. L., Telch, C. F., & Agras, W. S. (2001). Dialectical behavior therapy adapted for bulimia: A case report. *International Journal of Eating Disorders*, 30(1), 101-106.
- Safer, D. L., Telch, C. F., & Chen, E. Y. (2009). *Dialectical behavior therapy for binge eating and bulimia*. Guilford Press.
- Speranza, M., Corcos, M., Loas, G., Stéphan, P., Guilbaud, O., Perez-Diaz, F., ... & Jeammet, P. (2005). Depressive personality dimensions and alexithymia in eating disorders. *Psychiatry Research*, 135(2), 153-163.
- Telch, C. F. (1997a). *Emotion regulation skills training treatment for binge eating disorder: Therapist manual*. Unpublished manuscript.
- Telch, C. F. (1997). Skills training treatment for adaptive affect regulation in a woman with binge-eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 22(1), 77-81.
- 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(3), 569-582.
- Telch, C. F., Agras, W. S., & Linehan, M. M. (2001). Dialectical behavior therapy for binge eating disorder. *Journal of consulting and clinical psychology*, 69(6), 1061.