

رفتاردرمانی دیالکتیکی  
برای پر خوری و پراشتهایی روانی  
راهنمای عملی برای متخصصین بالینی

# فهرست

۷	پیش‌گفتار مترجمان
۹	پیش‌گفتار
۱۱	درباره نویسندگان
۱۳	تشکر و قدردانی
۱۵	مقدمه
۲۱	فصل ۱: اختلال پرخوری و پراشتهایی روانی
۳۷	فصل ۲: راهنمای درمانگران
۵۷	فصل ۳: مرحله پیش از درمان
۱۳۷	فصل ۴: مهارت‌های بنیادی توجه‌آگاهی
۱۷۷	فصل ۵: مهارت‌های تنظیم هیجانی
۲۲۵	فصل ۶: مهارت‌های تحمل پریشانی
۲۵۹	فصل ۷: جلسات پایانی
۲۷۳	فصل ۸: شرح مثال‌های موردی
۳۰۹	فصل ۹: جهت‌گیری‌های آینده
۳۱۹	پیوست: اطلاعاتی برای محققان
۳۲۵	منابع
۳۳۳	واژه‌نامه انگلیسی به فارسی
۳۳۵	واژه‌نامه فارسی به انگلیسی



## پیش‌گفتار مترجمان

رفتاردرمانی دیالکتیکی حوزه‌زاینده‌ای از رفتاردرمانی است که توسط مارشا لینهان بنیان‌گذاری، تدوین و توسعه یافته است. این رویکرد درمانی در ابتدا به‌طور اختصاصی برای ویژگی‌های زنان دارای اختلال شخصیت مرزی تنظیم و تدوین شد و بر اساس کارآزمایی‌های بالینی مکرر صیقل خورد و در نهایت به یک درمان مفید و پرثمر برای اختلال شخصیت مرزی تبدیل شد. در طی یک دهه گذشته کوشش‌های زیادی برای کاربرد رفتاردرمانی دیالکتیکی در حوزه‌های بالینی که مشخصه مهم آن بدتنظیمی هیجانی است، صورت پذیرفته است و یکی از حوزه‌های رفتار، پرخوری و اختلال پراشتهایی روانی است. گرچه کوشش‌های متعددی برای تعدیل رفتاردرمانی دیالکتیکی برای رفتارهای پرخوری و پراشتهایی روانی صورت پذیرفته است، ولی با توجه به مقدمه دکتر لینهان درباره کتاب حاضر و تأکید ایشان بر این که راهنمای درمانی تنظیم‌شده توسط نویسندگان کتاب - یعنی کریستی تلچ، دبرا سافر، و اونیس چن - از حمایت‌های تجربی لازم برخوردار است، این کتاب برای ترجمه انتخاب شد. همان‌طور که در سرتاسر کتاب ملاحظه خواهید کرد، این کتاب یک راهنمای کامل درمانی برای مشکلات مرتبط با خوردن (پرخوری و پراشتهایی روانی) است و کاربران آن می‌توانند در صورتی که با اصول کلی رفتاردرمانی دیالکتیکی آشنا باشند یا با مشورت گرفتن از یک استاد ناظر، با مطالعه کتاب، این درمان را در افراد دارای این نوع مشکلات به کار برند. امیدواریم مطالعه این اثر، برای متخصصان روان‌شناسی بالینی، سایر روان‌شناسان، مشاوران و روان‌پزشکان و پزشکان مفید باشد. به‌طور ویژه از همکارانی که با بیان نظرات انتقادی خود ما را در ویرایش بهتر چاپ‌های بعدی کتاب یاری خواهند کرد، تشکر و قدردانی می‌کنیم.

### مترجمان



## پیشگفتار

از زمان انتشار کتاب راهنمای اصلی رفتاردرمانی دیالکتیکی (DBT) در سال ۱۹۹۳، بحث‌های گسترده‌ای در مورد تعدیل این درمان برای جمعیت‌های مختلف انجام شده است. درخواستم از محققان و درمانگران این بوده که دقت لازم را در نحوه تعدیل DBT به عمل آورند. به خصوص این‌که فراتر از داده‌ها حرکت نکنند، تا حد امکان نزدیک به کتاب راهنما عمل کنند و روی درمان‌های تعدیلی خود تحقیق کنند. تاکنون بسیاری از افراد در زمینه تعدیل DBT برای جمعیت‌های مختلف تلاش کرده‌اند، اما تعداد کمی به اندازه *دبرا سافر*، *کریستی تلچ* و *اونیس چن* در این باره همت گمارده‌اند. تا به امروز کتاب رفتاردرمانی دیالکتیکی برای اختلال پرخوری و پراشتهایی روانی، تنها کتاب راهنمای DBT برای اختلالات خوردن است که در کارآزمایی‌های کنترل‌شده تصادفی مورد حمایت قرار گرفته است.

*کریستی تلچ* در سال ۱۹۹۴ در مورد تعدیل DBT برای اختلال پرخوری نزد من آمد. او قصد داشت در ابتدا و قبل از انجام این کار از صلاحیتش در DBT استاندارد، اطمینان یابد. به همین دلیل تحت نظارت و سوپرویزیونی من قرار گرفت. *کریستی* جزو معدود افرادی است که DBT را از عمق وجود فهمیده‌اند. او نه تنها راهبردها و اصول DBT را درک می‌کند، بلکه نکات ریز و جزئی آن را هم می‌فهمد و آن‌ها را در این کتاب جای داده است.

*دبرا سافر* عضو اصلی کمیته طرح‌ریزی استراتژیک تحقیقات DBT، که سال‌ها قبل آن را تأسیس کرده‌ام، می‌باشد. او خیلی زود درگیر نگارش این کتاب شد. *دبرا* اختلالات خوردن و همچنین DBT را می‌فهمد و تعصب زیادی در مورد صحت و درستی کتاب از نظر داده‌ها و درمان دارد.

*اونیس چن* در سال ۲۰۰۲ به عنوان عضو فوق‌دکتر به کلینیک تحقیقات و درمان رفتاری (BRTC) در دانشگاه واشینگتن پیوست. *اونیس* متخصص اختلالات خوردن است؛ به‌ویژه، وقتی این اختلالات بخشی از مشکلات پیچیده و چندگانه در بیماران باشد. او موقع حضور در DBT، BRTC، اختلالات خوردن و نیز اختلال شخصیت مرزی (BPD) را مورد مطالعه قرار داد. وی مدتی است که BRTC را ترک کرده و به دانشگاه شیکاگو منتقل شده است و در آنجا تحقیقات هیجان‌انگیزی در مورد اختلالات مختلف خوردن، BPD و DBT انجام می‌دهد.

ما هر هفته تماس‌های تلفنی و ایمیل‌های متعددی از افرادی که به دنبال روش‌های ابتکاری در درمان اختلالات خوردن بودند، دریافت می‌کردیم. باور بسیاری از درمانگران و محققان این بود که DBT می‌تواند برای اختلالات خوردن به‌ویژه زمانی که خوردن مشکل‌دار نتیجه بدتنظیمی هیجان

است، به کار برده شود. سافر، تلج و چن اولین افرادی بودند که این کار را با تکیه بر مبنای تجربی انجام دادند. قبل از انتشار این کتاب، بسیاری از درمانگران از برگه‌های مهارت‌آموزی استاندارد برای افراد مبتلا به پراشتهایی و پرخوری استفاده می‌کرده‌اند. این کتاب بیشتر از ۳۰ برگه را که مبتنی بر مهارت‌های اصلی DBT هستند، اما به‌طور ویژه برای رفتارهای خوردن نوشته شده‌اند، ارائه می‌دهد. مثال‌های موردی نیز متناسب با رفتارهای پرخوری و پراشتهایی نوشته شده‌اند و رهنمودهای لازم را در مورد نحوه اجرای DBT در اختیار درمانگران و محققان خواهند گذاشت.

هنگام خواندن این کتاب چند نکته مهم را باید مدنظر قرار داد؛ اول این‌که این کتاب راهنما برای بیماران پیچیده‌ای که گرایش‌های خودکشی دارند، مناسب نیست. دوم این‌که این کتاب مختص بیماران دارای یک مشکل واحد در مرحله ۳ است. این درمان یک درمان مهارت‌آموزی گروهی است و برای بیماران مبتلا به پرخوری و پراشتهایی تنظیم شده است. سوم این‌که در حال حاضر در این کتاب داده‌هایی برای درمان اختلال بی‌اشتهایی روانی وجود ندارد. همچون همیشه پیروی از داده‌ها ضروری است.

در اجرای DBT و تحقیق در مورد آن بهترین آرزوها را برای‌تان داریم.

### **دکتر مارشا لینهان**

پروفسور، دانشکده روان‌شناسی

مدیر کلینیک درمان و تحقیق رفتاری

دانشگاه واشینگتن

## درباره نویسدگان

**دبرا، ال، سافر:** وی استادیار دپارتمان علوم روان‌پزشکی و رفتاری مرکز پزشکی دانشگاه استنفورد است. دکتر سافر مدرک کارشناسی و کارشناسی ارشد خود را از دانشگاه برکلی کالیفرنیا گرفت و پس از آن وارد دانشکده پزشکی دانشگاه سانفرانسیسکو کالیفرنیا شد؛ سپس دوره تخصص خود را در روان‌پزشکی در دانشگاه استنفورد گذراند. فلوشیپ فوق‌دکترای او نیز در دانشگاه استنفورد انجام گرفت که در آنجا از نزدیک با دکتر استوارت آگراس و گروه تحقیقات اختلال خوردن او کار می‌کرد. تحقیقات و کار بالینی دکتر سافر روی درمان اختلالات خوردن در بزرگسالان و نوجوانان با استفاده از رفتاردرمانی دیالکتیکی و سایر درمان‌های دارای حمایت تجربی است.

**دکتر کریستی تلچ:** وی در پالوآلتوی کالیفرنیا روی درمان اختلالات خوردن و نیز پانیک و اختلالات اضطرابی کار می‌کند. دکتر تلچ مدرک کارشناسی و کارشناسی ارشد خود را در روان‌شناسی از دانشگاه فولرتون ایالت کالیفرنیا و دکترای او در روان‌شناسی مشاوره از دانشگاه استنفورد گرفت. پس از آن به دپارتمان علوم روان‌پزشکی و رفتاری استنفورد پیوست و در آنجا به دلیل تحقیقاتش بر روی اختلالات خوردن و نیز نوشتن یا همکاری در نوشتن بیش از ۳۰ مقاله شهرت ملی پیدا کرد. او در سال ۱۹۹۷ از مؤسسه ملی سلامت روانی، کمک‌هزینه‌ای برای طراحی یک درمان تعدیل‌یافته از DBT برای اختلال پرخوری دریافت کرد. پژوهشی که او با این کمک‌هزینه شروع کرد و کتاب راهنمای درمانی که نوشت، یعنی کتاب *مهارت‌آموزی تنظیم هیجانی برای اختلال پرخوری*، زیربنای این کتاب است.

**دکتر اونیس چن:** او استادیار دپارتمان علوم اعصاب روان‌پزشکی و رفتاری دانشکده شیکاگو است و در آنجا اداره برنامه‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی برای بزرگسالان مبتلا به اختلالات خوردن را به عهده دارد. دکتر چن مدرک کارشناسی و دکترای خود را در روان‌شناسی بالینی از دانشگاه سیدنی استرالیا گرفت و پس از آن فلوشیپ فوق‌دکترای خود را در دانشگاه‌های یل و واشینگتن با دکتر مارشا لینهان به پایان رسانید.





## تشکر و قدردانی

عمیقاً سپاسگزار افرادی هستیم که به ما در تحقق نگارش این کتاب کمک کردند. از جمله از افرادی که به عنوان درمانگر کارآزمایی‌های پژوهشی را انجام دادند: دکتر برندا براونلو، دکتر امیلی هوگو، دکتر ربکا کلین و دکتر سوزان ویزر. افرادی که به عنوان همکاران پژوهشی طی سال‌ها به کار گرفته شده‌اند: وندا چوچی، سارا کلانسی، مولی مک‌ملین و دکتر شیرین ریزوی و اماندا واتدو. همچنین دانشجویهای دکتری که در این پروژه یاری رسانده‌اند که تعدادی از آن‌ها عبارت‌اند از: مگی چارتیر، مگان جونز، مگان مک‌الهران و نیکول ریدل. سایر افرادی که کمک قابل توجهی کرده‌اند عبارتند از: دکتر آگراس، جنیفر کاتوییر، دکتر کارا فیتز پاتریک، کریج فورتی، دکتر اوا گول-اوز، دکتر گری گیلبرت، دکتر جیمز گراس، دکتر جیمز لاک و لیندا مالاوانیا.

همچنین از دکتر شری مانینگ عضو موسسه تحقیقات فناوری رفتاری برای سخاوت ایشان هم در مطالعه نسخه اولیه کتاب و هم ارائه بازخوردهای ارزشمندشان سپاسگزاریم. همچنین با قدردانی از خانم دکتر مارشا لینهان، خود را مدیون ایشان می‌دانیم. کار شخص ایشان، الهام‌بخش ما در ارائه این نسخه تطبیق‌شده و تشویق‌های ایشان انگیزه‌بخش ما برای چاپ این کتاب بود. ما بی‌اندازه خوش شانس بودیم که کیتی مور ویراستار کتاب ما در انتشارات گیلفورد بود. راهنمایی‌های ماهرانه ایشان در جای‌جای این کتاب احساس می‌شود. دبرا. ال. سافر از خانواده دوست‌داشتنی خود تشکر می‌کند. مخصوصاً از پدر و مادرش، دان و الین؛ از همسرش آدام و دخترشان زو و پرستار فرزندشان، ویلما.

کریستی. اف. تلچ، شخصاً از دکتر استورات آگراس، دکتر بروس آرنو و دکتر مارشا. ام. لینهان برای تشویق، حمایت و مشاوره‌های خردمندانه‌شان در فرایند انجام این کار سپاسگزاری می‌کند. همچنین می‌خواهد قدردانی قلبی خود را به همسر دوست‌داشتنی‌ش، باب فورمن و پسرهای عزیزش آرون تلچ و جیمز فورمن برای سخاوت روحی و شکیبایی بی‌پایان‌شان در طول کارش در این پروژه و دوره خدمت حرفه‌ایش ابراز کند.

اونیس. وای. چن از مایک مک کلاسکی و سانی کویی برای عشق و حمایتشان سپاسگزاری می‌کند.

در آخر، همه ما از تمام مراجعینی که در طول این سال‌ها در کارآزمایی‌های پژوهشی‌مان شرکت کردند، تشکر ویژه داریم. بدون شما نگارش این کتاب هرگز ممکن نمی‌شد.



## هدف از نگارش این کتاب

این کتاب در پاسخ به تقاضاهای مکرر درمانگران در محیط‌های بالینی و تحقیقی برای شرح چگونگی تعدیل<sup>۱</sup> رفتار درمانی دیالکتیکی<sup>۲</sup> (DBT) برای درمان اختلال پرخوری<sup>۳</sup> (BED) و علائم پراشتهایی روانی<sup>۴</sup> (BN) نوشته شد. هدف از نگارش این کتاب معرفی کامل این درمان نویدبخش است.

این برنامه درمانی بر پایه کتاب راهنمای اصلی نوشته کریستی/اف تلج (۱۹۹۷) تنظیم شده و در تعدادی از مطالعات پژوهشی که در دانشکده علوم روان‌پزشکی و رفتاری دانشگاه/سنتهورد انجام شده است، مورد ارزیابی قرار گرفته و اثربخشی آن مورد تایید قرار گرفته است (سافر، رابینسون و جو، زیر چاپ؛ سافر، تلج و آگراس، ۲۰۰۱a؛ ۲۰۰۱b؛ تلج ۱۹۹۷b، تلج، آگراس و لینهان، ۲۰۰۰، ۲۰۰۱).

برنامه شرح داده شده در این کتاب، برگرفته از DBT استاندارد است؛ درمانی که در اصل توسط لینهان (۱۹۹۳b، ۱۹۹۳a) برای افرادی که به‌طور مداوم درگیر رفتارهای خودکشی‌گرایانه می‌شدند و ملاک‌های لازم برای اختلال شخصیت مرزی<sup>۵</sup> را داشتند، ایجاد شده بود. در نسخه تعدیل‌شده DBT برای اختلالات خوردن نسبت به DBT استاندارد، تغییراتی ایجاد شده که دلیل آن جمعیت درمان‌جویان و سؤالات پژوهشی متفاوت این دو درمان است. برای مثال هدف از طراحی DBT استاندارد این است که شدت و خطر جانی احتمالی رفتارهایی که عموماً مرتبط با شخصیت مرزی است، مورد توجه قرار گیرد. این درمان یک سال طول می‌کشد و روان‌درمانی‌های انفرادی هفتگی، مهارت‌آموزی‌های گروهی هفتگی، دسترسی به پشتیبانی و هدایت تلفنی ۲۴ ساعته و مشاوره گروهی هفتگی برای درمانگران را شامل می‌شود.

نسخه تعدیل‌شده DBT مختص درمان‌جویانی است که مشکل اصلی آن‌ها مربوط به علائم BED و BN است. این نسخه تعدیل‌یافته، عناصر کارکردی دو بخش مجزای DBT استاندارد را با هم ترکیب می‌کند: روان‌درمانی انفرادی (افزایش انگیزه) و مهارت‌آموزی گروهی (کسب و تقویت مهارت‌های جدید). این مداخلات در ۲۰ جلسه هفتگی به شکل درمان گروهی دو ساعته برای افراد مبتلا به BED و درمان انفرادی یک ساعته برای درمان‌جویان دارای علائم BN ارائه می‌شود. افزون بر این، این درمان

---

1. adapting  
2. dialectical behavior therapy  
3. binge-eating disorder  
4. bulimia nervosa  
5. borderline personality disorder

تعدیل شده شامل سه بخش از چهار بخش مهارت‌آموزی در DBT استاندارد (توجه‌آگاهی<sup>۱</sup>، تنظیم هیجانی<sup>۲</sup>، تحمل پریشانی<sup>۳</sup>) است. دلیل کنار گذاشتن بخش مهارت‌های کارآمدی بین فردی، براساس ملاحظات مربوط به طرح کارآزمایی بالینی بود، چراکه در این حالت احتمال هم‌پوشانی آن با سایر درمان‌های موجود برای BED و BN که به‌طور خاص بر روی درمان مشکلات بین فردی تمرکز می‌کنند، وجود داشت.

## این کتاب برای چه کسانی نوشته شده است

این کتاب برای مخاطبان مختلفی نوشته شده است. به این معنا که درمان شرح داده شده در این کتاب برای درمانگرانی که در DBT آموزش کافی دیده‌اند، اما تجربه کمی در درمان اختلالات خوردن دارند، پیش‌زمینه‌ای در مورد اختلالات خوردن و دستورالعمل ویژه‌ای در مورد کاربرد DBT برای درمان افراد دارای علائم پرخوری و پراشتهایی در اختیار می‌گذارد. برای درمانگرانی که با نحوه درمان افراد مبتلا به اختلالات خوردن آشنا هستند؛ اما با درمان از طریق DBT آشنایی ندارند، این کتاب اصول اساسی DBT را با تمرکز بر نحوه تعدیل آن برای افراد دارای مشکلات پرخوری و پاک‌سازی، به اجمال بیان می‌کند. امیدواریم توضیح کامل و مفصل موجود در این کتاب، به افزایش کاربرد، بهبود برنامه درمان و تلاش بیشتر برای ارزیابی درمان توسط پژوهشگران علاقه‌مند به این حوزه، بینجامد.

نکته مهمی که باید تأکید شود این است که قصد ما از تعدیل DBT برای BED، ساده‌سازی بیش از اندازه درمان یا مشکلات مدنظر این درمان نیست. مسائلی که درمان‌جویان ما با آن روبه‌رو هستند، پیچیده و DBT یک رویکرد درمانی چندگانه است. توصیه ما این است که درمانگران برای اطمینان از این که درمان را به نحو شایسته انجام می‌دهند، باید از اصول شناختی-رفتاری عمومی کاملاً آگاه بوده و با DBT استاندارد آشنایی داشته باشند. ما دو کتاب راهنمای لینهان «رفتاردرمانی شناختی<sup>۴</sup> برای اختلال شخصیت مرزی» (لینهان، ۱۹۹۳a) و کتاب «راهنمای مهارت‌آموزی برای اختلال شخصیت مرزی» را به عنوان متن‌های همراه این کتاب پیشنهاد می‌کنیم (لینهان، ۱۹۹۳b) و توصیه می‌کنیم این دو کتاب قبل از شروع این درمان خوانده شوند.

## کدام درمان‌جویان بیشترین سود را از این درمان می‌برند

این درمان اساساً در یک محیط سرپایی که در آن درمان‌جویان مبتلا به BED جلسات هفتگی گروهی و درمان‌جویان دارای علائم پرخوری و پاک‌سازی جلسات هفتگی انفرادی را دریافت می‌کردند، شکل

- 
1. Mindfulness
  2. Emotion Regulation
  3. Distress Tolerance
  4. Cognitive-Behavioral Treatment

گرفته و مورد مطالعه قرار گرفته است. در صورتی که این درمان در محیط‌های مشابه و با درمان‌جویان مشابه به کار گرفته شود، احتمال تکرار نتایج مثبتی که در ابتدا به دست آمده، بیشتر خواهد شد. درمانگران یا محققانی که علاقه‌مند به استفاده از این درمان در محیط‌های دیگر مانند بیماران بستری شده هستند، احتمالاً باید تغییرات بیشتری در درمان ایجاد کنند.

حمایت‌های پژوهشی در مورد DBT تعدیل شده برای BED و BN اگرچه نویدبخش بوده‌اند، ولی نسبتاً محدود هستند. بنابراین توصیه می‌کنیم پس از در نظر گرفتن جایگزین‌های موجود از این درمان استفاده شود. محتاطانه‌ترین توصیه این است که DBT تعدیل شده برای پرخوری و پاک‌سازی ممکن است برای درمان‌جویانی بیشترین تناسب را داشته باشد که در درمان‌های استاندارد و مبتنی بر شواهد<sup>۱</sup> برای اختلالات خوردن (مانند رفتاردرمانی شناختی یا روان‌درمانی بین‌فردی<sup>۲</sup>) شرکت کرده و بهبود پیدا نکرده‌اند یا کم‌ترین سود را از این درمان‌ها برده‌اند.

تا به امروز تحقیقات، متغیرهای مرتبطی که نشان دهند استفاده از DBT تعدیل شده برای اختلالات خوردن در مورد درمان‌جویان مناسب است یا نه را شناسایی نکرده‌اند. بنابراین تا زمان انجام چنین تحقیقاتی، فقط می‌توان عواملی را در نظر گرفت که بین درمان توصیف شده در این کتاب و یک درمان‌جوی خاص تناسب خوبی نشان می‌دهند. برای نمونه، مدل درمانی‌ای که زیربنای رویکرد DBT تعدیل یافته است، ارتباط ویژه‌ای را بین بدتنظیمی هیجانی و رفتارهای مرتبط با پرخوری و پراشتهایی فرض می‌کند. این درمان به‌ویژه برای درمان‌جویی که با مشکلات هیجانی دست و پنجه نرم می‌کند و اظهار می‌کند که دوره‌های پرخوریش به وضوح توسط هیجان‌های منفی (مانند خشم، ناراحتی) راه‌اندازی می‌شود، می‌تواند مناسب باشد. در مجموع به این نتیجه رسیده‌ایم که درمان‌جویانی که مدل تنظیم هیجانی پرخوری را با تجارب شخصی‌شان متناسب می‌یابند، عملکرد بهتری در درمان نشان می‌دهند.

## درمان‌جویانی که توصیه می‌کنیم این درمان تعدیل شده را دریافت نکنند

درمان‌جویانی که به دنبال درمان BED یا BN خود هستند، معمولاً از مشکلات همایندی مانند اختلالات خلقی (برای مثال، برکمان، لوه‌ر، بولیک، ۲۰۰۷؛ تلچ و استیس، ۱۹۹۸) و اختلالات محور II (مانند کاسین و وان رانسون، ۲۰۰۵) نیز رنج می‌برند. داده‌های حاصل از مطالعات درمانی ما، با وجود نرخ قابل توجه همایندی با افسردگی، اضطراب، سوءمصرف مواد و اختلالات شخصیتی، بهبود قابل توجهی در علائم هدف در درمان‌جویان نشان می‌دهند (جدول I-۱ را ببینید). در مورد درمان‌جویان دارای علائم چندگانه، توصیه همیشگی این است که اهداف درمان الویت‌بندی شوند. بنابراین اگر در حال حاضر رفتارهای جدی دیگر مانند سوءمصرف مواد یا وابستگی به آن یا رفتارهای

1. evidence-based  
2. interpersonal psychotherapy

خودکشی گرایانه وجود دارند، توصیه ما این است که استفاده از DBT برای درمان BED یا BN، تا زمانی که علائم مربوط به اختلال خوردن، هدف اولیه و اختصاصی درمان باشند، به تأخیر انداخته شود (چن، متیوس، الن، کو و لینهان، ۲۰۰۸). به این معنا که ما DBT تعدیل شده را برای درمان جویانی که دارای علائم چندگانه شدید و مزمن هستند و گرایش به خودکشی دارند یا مبتلا به اختلال شخصیت مرزی و یا اختلال شخصیت مرزی همراه با وابستگی به مواد هستند، توصیه نمی‌کنیم. برای این افراد برنامه DBT استاندارد، تعدادی کارآزمایی بالینی تصادفی<sup>۱</sup> (لینهان، آرمسترانگ، سوارز، آلمون، و هیرد، ۱۹۹۱؛ لینهان و همکاران، ۱۹۹۹؛ تورنر، ۲۰۰۰؛ کونس و همکاران، ۲۰۰۱؛ لینهان، دیمف و همکاران، ۲۰۰۲؛ ورهول و همکاران، ۲۰۰۳؛ لینهان و همکاران، ۲۰۰۶) و تعدادی کارآزمایی کنترل شده غیرتصادفی<sup>۲</sup> (بارلی و همکاران، ۱۹۹۳؛ بوهوس و همکاران، ۲۰۰۰؛ ایستلی، ایوانف، برادسکی، اپنهایم و مان، ۱۹۹۳؛ مک کان، بال و ایوانف، ۲۰۰۰؛ راتوس و میلر، ۲۰۰۲؛ بوهوس، هاف و سیمس، ۲۰۰۴) دارد که به اندازه کافی اثربخشی نشان داده‌اند. برای این درمان جویان برنامه اصلی و جامع چندبخشی DBT درمان انتخابی به شمار می‌رود. به همین نحو، بهترین روش درمانی در مورد درمان جویان دارای سوءمصرف یا وابستگی به مواد هدایت آن‌ها به یک درمان مختص سوءمصرف یا وابستگی به مواد است.

در حال حاضر هیچ داده تجربی منتشر شده‌ای که اثربخشی این برنامه درمانی را برای درمان جویان دارای ملاک‌های بی‌اشتهایی روانی<sup>۳</sup> ارزیابی کند، وجود ندارد. هرچند برنامه‌هایی وجود دارند که DBT را برای این افراد اقتباس کرده‌اند (ویسنیوسکی، سافر، و چن، ۲۰۰۷).

#### جدول ۱-۱. نرخ آسیب‌شناسی همایند در بین درمان جویان شرکت‌کننده در مطالعات تصادفی شده DBT برای BED

وضعیت همایند	درصد
افسردگی اساسی (در حال حاضر)	۹
افسردگی اساسی (طول عمر)	۳۸
اختلال اضطرابی (در حال حاضر)	۱۸
اختلال اضطرابی (طول عمر)	۳۵
سوءمصرف یا وابستگی به مواد (طول عمر)	۲۷
اختلال شخصیت	۲۷

توجه: اطلاعات از تلچ، آگراس و لینهان (۲۰۰۱) گرفته شده است.

1. randomized clinical trials  
2. Nonrandomized controlled trials  
3. anorexia nervosa

## ساختار این کتاب

این کتاب شامل ۹ بخش است. فصل اول خوانندگان را با بسیاری از مشکلات پیش روی افراد مبتلا به BED و BN آشنا می‌کند؛ خلاصه‌ای از درمان‌های موجود را ارائه می‌دهد و منطق تعدیل DBT برای BED و BN و نیز شواهد مربوط به آن را بیان می‌کند.

فصل ۲ درمانگران را با DBT برای BED و BN آشنا می‌کند. این فصل انگیزه شکل‌گیری این درمان تعدیل‌شده را توضیح می‌دهد. مدل درمان، فرضیه‌ها، اهداف و آماج درمان را معرفی می‌کند و راهبردهای اصلی درمانگر و اصول اصلی تنظیم جلسات درمانی را شرح می‌دهد.

فصول ۳ تا ۷ نکات اصلی را در مورد نحوه تعدیل DBT برای درمان BED و علائم مربوط به پراشهایی بیان می‌کنند. فصل ۳ روی جلسات پیش از درمان و مقدماتی تمرکز می‌کند. بخش توجه‌آگاهی در فصل ۴، بخش تنظیم هیجانی در فصل ۵ و بخش تحمل‌پیشانی در فصل ۶ بیان شده است. فصل ۷ نحوه خاتمه درمان و پیشگیری از بازگشت را بیان می‌کند.

فصل ۸ با ارائه دو مثال موردی، نحوه اجرای درمان و مسائل رایج در جلسات را توضیح می‌دهد. یکی از این دو مثال موردی مربوط به یک بیمار مبتلا به BN است و دیگری تعدادی از درمان‌جویان مبتلا به BED هستند که به صورت گروهی درمان شده‌اند.

در نهایت، فصل ۹ مسیرهای آینده را در مورد DBT برای BED و BN طرح‌ریزی می‌کند. بیوست انتهای کتاب، جزئیاتی را در مورد ملاک‌های ورود شرکت‌کنندگان در کارآزمایی‌های تصادفی، تعداد و نوع ارزیابی‌های تشخیصی و ویژگی‌های مربوط به محتوای درمان (مانند مهارت‌های آموزش داده شده) در طول هر کدام از ۲۰ جلسه پژوهشی بیان می‌کند.

## سخنی پیش از شروع

توصیه می‌کنیم درمانگرانی که قصد اجرای این درمان را دارند، دو کار را (افزون بر خواندن کتاب‌های راهنمای لینهان) انجام دهند. اول این‌که کل کتاب را قبل از شروع درمان مطالعه کنند و به منطق و اهداف درمان، همان‌طور که در فصل ۲ توضیح داده شده است، با دقت توجه کنند. دوم این‌که قبل از آموزش مهارت‌ها به دیگران، خودشان استفاده از هر کدام از مهارت‌ها را تمرین کرده باشند. آن‌ها باید در طول اجرای درمان به تمرین این مهارت‌ها ادامه دهند و شخصا «تکالیف خانگی» مربوط به مهارت‌های هر جلسه درمان را تمرین کنند.





# فصل ۱

## اختلال پر خوری و پراشتهایی روانی چرا رفتاردرمانی دیالکتیکی؟

این فصل بسیاری از مشکلاتی که افراد مبتلا به پر خوری و پراشتهایی با آن روبه‌رو هستند را با تمرکز بر ویژگی‌های اصلی این اختلال و نیز نقص‌هایی که این اختلال در عملکرد روان‌شناختی، جسمی و اجتماعی فرد ایجاد می‌کند، بررسی می‌کند. اگرچه درمان‌های پیشرویی مانند رفتاردرمانی شناختی (CBT)، درمان بین‌فردی (IPT) و درمان رفتاری کاهش وزن<sup>۱</sup>، (BWL) موجب بهبود قابل توجهی می‌شود، اما این حقیقت که تعداد قابل توجهی از افراد پس از دریافت این درمان‌ها همچنان علائم اختلال را نشان می‌دهند، موجب شده است تا تلاش شود مدل‌های درمانی دیگری ایجاد شود. در این کتاب شواهدی برای چنین مدلی، یعنی مدل تنظیم عاطفه<sup>۲</sup> پر خوری و پاک‌سازی ارائه داده می‌شود. این شواهد، منطق تعدیل رفتاردرمانی دیالکتیکی که در اصل برای اصلاح بدتنظیمی عاطفی در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی ایجاد شده است را برای درمان رفتارهای خوردن مشکل‌دار بیان می‌کند. در این فصل خلاصه‌ای از شواهد پژوهشی در مورد کارآمدی DBT برای پر خوری و پراشتهایی روانی ارائه شده است.

### مرور

پر خوری و پراشتهایی روانی، دو اختلالی که درمان شرح داده شده در این کتاب، آن‌ها را در کارآزمایی‌های بالینی مورد پژوهش قرار داده، دو نوع اختلال خوردن هستند که هر دو با پر خوری شناخته می‌شوند. دو ملاکی که مشخص می‌کنند یک دوره خوردن پر خوری است یا نه، شامل مقدار غذای مصرفی و همچنین احساس عدم کنترل روی خوردن است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۰۰). به عبارت دیگر، مقدار غذایی که در یک دوره زمانی خاص (مثلاً دو ساعت) مصرف می‌شود، باید

---

1. behavioral weight loss therapy

نسبت به مقدار غذایی که بیشتر مردم در طی همان دوره زمانی و تحت شرایط مشابه مصرف می‌کنند، به شکل غیرعادی‌ای زیاد باشد. علاوه بر آن در طی دوره پرخوری، نوعی احساس عدم کنترل وجود دارد؛ به طوری که فرد احساس می‌کند نمی‌تواند خوردنش را متوقف و یا نوع و مقدار غذای مصرفی را کنترل کند. پراشتهایی روانی با استفاده از رفتارهای پاک‌سازی در پاسخ به پرخوری (مانند استفراغ، رژیم‌های سخت غذایی، سوءمصرف ملین‌ها یا مدرها، ورزش افراطی)، از اختلال پرخوری متمایز می‌شود.

### اختلال پرخوری

پر خوری در حال حاضر در پیوست نسخه بازنگری شده چهارمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری<sup>۱</sup> (DSM-IV-TR، انجمن روان‌شناسی آمریکا، ۲۰۰۰) به عنوان یک تشخیص پژوهشی مطرح شده است که نیازمند مطالعات بیشتر است. ملاک‌های تشخیصی پیشنهاد شده برای این اختلال شامل وجود پر خوری، حدود ۲ بار در هفته برای یک دوره حداقل شش ماهه در غیاب رفتارهای پاک‌سازی است.<sup>۲</sup> سایر ویژگی‌های این اختلال شامل خوردن بسیار سریع‌تر از افراد عادی، خوردن تا حد احساس ناراحتی جسمی، خوردن با وجود نداشتن احساس جسمی گرسنگی، تنها غذا خوردن به دلیل احساس شرم از میزان غذای مصرفی خود و نیز احساس تنفر، افسردگی و گناه پس از پر خوری است. تقریباً ۲ تا ۵ درصد جمعیت عمومی از پر خوری رنج می‌برند (بروس و آگراس، ۱۹۹۲؛ فیبرون، کوپر، دال، نورمن و اکونور، ۲۰۰۰؛ اسپیتزر و همکاران، ۱۹۹۲، ۱۹۹۳؛ برادی، والش و دلوین، ۱۹۹۴). ۴۹ درصد افرادی که تحت عمل جراحی کاهش وزن<sup>۳</sup> قرار می‌گیرند، ملاک‌های لازم برای پر خوری را دارند (رجوع شود به مطالعات مروری زاوان و همکاران، ۲۰۰۳؛ نیگو، کافمن، ویز و گیلبرت، ۲۰۰۷). در میان اعضای انجمن پر خوری‌کننده‌های گم‌نام، نرخ افرادی که از اختلال پر خوری رنج می‌برند، تا ۷۱ درصد تخمین زده شده است (اسپیتزر و همکاران، ۱۹۹۲).

اختلال پر خوری در میان زنان رایج‌تر است. با این حال تعداد قابل توجهی از مردان نیز از پر خوری رنج می‌برند. نسبت مردان به زنان، در میان افراد مبتلا به پر خوری که دارای اضافه‌وزن

1. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

۲. اختلال پر خوری در پنجمین ویرایش راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی (DSM-5) به عنوان یک اختلال تمام‌عیار مطرح است و معیارهای تشخیصی آن تا حد زیادی همان معیارهای مندرج در پیوست DSM-IV است، با این استثناء که معیارها اکنون طوری تغییر یافته‌اند تا به طور متوسط در طول ۳ ماه، هر هفته یک اپیزود روی دهد (راهنمای کامل تغییرات و نکات ضروری DSM-5، تالیف مهدی گنجی). (م.م.)

3. bariatric surgery

هستند، حدود ۲ به ۳ و در نمونه‌های جامعه ۱ به ۱ است (اسپیتزر و همکاران، ۱۹۹۲).

افرادی که تشخیص اختلال پرخوری را دریافت می‌کنند، بیان می‌کنند که به‌طور دائم هم با پرخوری خود و هم با مسائل مربوط به کنترل وزنشان درگیر هستند. پرخوری، رژیم گرفتن و اضافه‌وزن، اغلب از نیمه‌های نوجوانی یا اوایل جوانی شروع می‌شود (اسپورل، ویلفلی، تانوفسکی و براونل، ۱۹۹۷) و متأسفانه اغلب ادامه پیدا می‌کند. در یک مطالعه گسترده در مورد افراد مبتلا به پرخوری، حدود سه‌چهارم افراد گزارش دادند که بیش از نیمی از دوران جوانی خود را با رژیم گرفتن سپری کرده‌اند و حدود نیمی از افراد نیز گزارش دادند که حدود پنج مرتبه یا بیشتر افزایش و کاهش وزن حداقل ۲۰ پوندی را تجربه کرده‌اند (اسپیتزر و همکاران، ۱۹۹۳).

اگرچه برخی از افراد مبتلا به اختلال پرخوری، وزن عادی دارند، با این حال افراد دارای ملاک‌های لازم برای اختلال پرخوری، بیشتر احتمال دارد دچار اضافه‌وزن یا چاقی باشند (برای مثال بروس و آگراس، ۱۹۹۲). در حقیقت، تعدادی از مطالعات (بروس و آگراس، ۱۹۹۲؛ اسپیتزر و همکاران، ۱۹۹۳؛ تلچ، آگراس و روسیتر، ۱۹۸۸)، رابطه مثبتی بین تعداد دفعات پرخوری و چاقی‌ای که با شاخص توده بدنی<sup>۱</sup> ( $BMI; kg/m^2$ )، محاسبه شد، نشان داده‌اند. با وجود این هم‌پوشانی بین پرخوری و چاقی، تفاوت‌های مهمی بین افراد مبتلا به اختلال پرخوری و افراد هم‌وزنی (یعنی افرادی که اضافه‌وزن مشابهی دارند) که ملاک‌های لازم برای پرخوری را ندارند، وجود دارد. این تفاوت‌ها در چندین حیطه از جمله در اختلال‌های روان‌پزشکی یا آسیب‌های مختص اختلالات خوردن، نقص‌های اجتماعی و شغلی و پیامدهای جسمی دیده می‌شود که در بخش‌های بعدی مورد بحث قرار خواهد گرفت.

افزون بر مشکلات جدی که افراد مبتلا به اختلال پرخوری با آن روبه‌رو هستند، داشتن اختلال پرخوری پاسخ درمانی ضعیف به درمان‌های کاهش وزن را پیش‌بینی می‌کند. برای مثال افراد دارای اضافه‌وزن مبتلا به اختلال پرخوری که در یک کلینیک کاهش وزن ثبت نام کرده بودند، تنها ۵۵ درصد کاهش وزن شرکت‌کنندگان بدون اختلال پرخوری را به دست آوردند (پاقوتو و همکاران، ۲۰۰۷). در یک مطالعه مروری که توسط نیگو و همکاران (۲۰۰۷)، بر روی بیمارانی که تحت جراحی‌های چاقی قرار گرفته بودند، انجام شد، یافته‌ها نشان داد افرادی که سابقه پرخوری‌های گسترده داشتند، نتایج درمانی ضعیف‌تری همچون احتمال ابتلا به خوردن مشکل‌دار پس از جراحی (اچسو، بتانکورت، و سولیوان، ۱۹۹۶؛ اچسو، سالیوان و بنوتی، ۱۹۹۷) از دست دادن مقدار کمتری از اضافه‌وزن اولیه خود (سالت و همکاران، ۲۰۰۷)، سطوح بالاتری از افزایش وزن دوباره (اچسو و همکاران، ۱۹۹۶) و نیاز بیشتر به سازگاری پس از جراحی (پوستو و همکاران، ۲۰۰۵) را نشان دادند.

### علائم روان‌شناختی و علائم مختص اختلال خوردن در BED

داشتن تشخیص اختلال پرخوری در مقایسه با گروه‌های کنترل با وزن مشابه که مبتلا به این اختلال نیستند، با سطوح بالاتر علائم روان‌پزشکی مرتبط است. یک مطالعه بر روی افرادی که به دنبال درمان نرفته بودند نشان داد که نرخ افسردگی اساسی در طول عمر (۴۹٪) و همچنین هرگونه تشخیص محور I (۵۹٪)، حدود دو برابر گروه کنترل دارای اضافه‌وزن/چاقی بود که مبتلا به اختلال پرخوری نبودند (به ترتیب ۲۸٪ و ۳۷٪ تلج و استیس، ۱۹۹۸). یک مطالعه بزرگ دیگر نشان داد که افراد دارای اضافه‌وزن که مبتلا به پرخوری نبودند، با احتمال بیشتری سوء‌مصرف الکل (۱۵٪ در مقابل ۱۷٪) یا سوء‌مصرف داروها (۱۳٪ در مقابل ۴٪ اسپیتزر و همکاران، ۱۹۹۳) را در سابقه خود داشتند.

در مورد اختلالات شخصیت، احتمال تشخیص هر گونه اختلال محور II، در افراد مبتلا به اختلال پرخوری حدود چهار برابر بیشتر (۲۰٪) از گروه کنترل دارای اضافه‌وزن/چاقی که مبتلا به BED نبودند، به دست آمد (۵٪ تلج و استیس، ۱۹۹۸). هم اختلالات خوشه B (مانند اختلال شخصیت مرزی) و خوشه C (مانند اختلال شخصیت اجتنابی، اختلال شخصیت وسواسی - جبری) به‌طور معنی‌داری شایع‌تر بودند (اسپکر و همکاران، ۱۹۹۴).

نکته مهم این است که تحقیقات نشان داده‌اند که شدت اختلالات روان‌شناختی همایند به جای این‌که وابسته به میزان اضافه‌وزن باشد، تا حد زیادی وابسته به پرخوری است (پیکات و لینفیلد، ۲۰۰۳؛ تلج و آگراس، ۱۹۹۴؛ یانوفسکی، نلسون، دابر، اسپیتزر، ۱۹۹۳). در حقیقت میزان اختلالات روان‌شناختی همایند در میان افراد چاق بدون اختلال پرخوری با میزان آن در نمونه غیربیمار، مشابه است (اسپیتزر و همکاران، ۱۹۹۳؛ تلج و استیس، ۱۹۹۸).

افزون بر افزایش نرخ علائم روان‌پزشکی، افراد مبتلا به اختلال پرخوری، سطوح بالاتری از آسیب‌شناسی مختص اختلال خوردن را نیز نشان می‌دهند. برای مثال افراد مبتلا به اختلال پرخوری، نگرانی مفرط بیشتری را در مورد وزن و شکل (الدريج و آگراس، ۱۹۹۶؛ اسپیتزر و همکاران، ۱۹۹۳)، ترس بیشتری از افزایش وزن، اشتغال ذهنی بیشتری با غذا و وزن و نارضایتی بدنی بیشتری (برای مثال ویلسون، نوناسور و زنبولوم، ۱۹۹۳) نشان می‌دهند. نکته مهم این است که مشخص شده علائم مختص اختلال خوردن مانند نگرانی مفرط در مورد وزن و شکل، وابسته به وزن واقعی فرد نیست.

### نقص‌ها و مشکلات اجتماعی و شغلی در اختلال پرخوری

علاوه بر موارد ذکر شده، افراد مبتلا به پرخوری با احتمال بیشتری نقص‌هایی در عملکرد اجتماعی و شغلی نشان می‌دهند. اسپیتزر و همکاران (اسپیتزر و همکاران، ۱۹۹۳) دریافتند که ۶۵/۱ درصد بیماران

مبتلا به پرخوری در مقایسه با ۲۸/۸ درصد گروه کنترل با وزن یکسان، روابط بین فردی مختلفی را به دلیل پریشان حالی ناشی از خوردن و وزنشان تجربه می کنند. به همین نحو، گزارش ها در مورد عملکرد بد شغلی به دلیل آشفتگی های مرتبط با وزن و خوردن، در مبتلایان به اختلال پرخوری دو برابر (۴۴/۵٪) بیشتر از افراد با وزن یکسان غیربیمار است (۱۷/۳٪، اسپیتزر و همکاران، ۱۹۹۳).

پژوهش های دیگر که تأثیر اختلال پرخوری بر کیفیت زندگی را بررسی می کردند، نسبت های بالاتر معنی داری را در میزان آشفتگی های کلی افراد چاق مبتلا به اختلال پرخوری در مقایسه با افراد چاق غیرمبتلا پیدا کردند (ریجر، ویلفلی، استین، مارینو و کراو، ۲۰۰۵). وقتی که از افراد خواسته شد آثار اضافه وزن خود را بر ابعاد خاصی از کیفیت زندگی شان ارزیابی کنند، افراد مبتلا به پرخوری اختلال بیشتری را در ابعاد روانی اجتماعی شغل خود (نظیر گرفتن ترفیع های مقتضی)، فعالیت های عمومی (نگرانی در مورد جا شدن در صندلی ها در فضاهای عمومی)، زندگی جنسی (مانند میل جنسی) و عزت نفس نشان دادند (ریجر و همکاران، ۲۰۰۵). نتایج این یافته ها به دلیل تشابه شرکت کنندگان مبتلا به پرخوری و غیرمبتلایان در میزان اضافه وزن، نمی تواند به سطوح بالاتر چاقی نسبت داده شود (ریجر و همکاران، ۲۰۰۵).

### پیامدهای فیزیولوژیکی اختلال پرخوری

همان طور که بیان شد، افراد مبتلا به پرخوری نسبت به افراد غیرمبتلا، بیشتر احتمال دارد که دچار اضافه وزن یا چاقی باشند. افزون بر این، هر میزان که پرخوری - از نظر تکرار دفعات و مقدار - شدیدتر باشد، میزان اضافه وزن، که با شاخص BMI اندازه گیری می شود، بیشتر خواهد بود (بروس و آگراس، ۱۹۹۲؛ پیکات و لیلنفلد، ۲۰۰۳؛ تلچ و همکاران، ۱۹۹۸). (وزن بهنجار طبق BMI به BMI بین ۱۹ تا ۲۴/۵، اضافه وزن به BMI بین ۲۵ تا ۲۹/۹ و چاقی به BMI برابر ۳۰ و بیشتر گفته می شود) (مؤسسه ملی قلب، ریه و خون و مؤسسه ملی سلامت، ۱۹۹۸). در یک نمونه ۴۵۵ نفری از زنان، افراد مبتلا به اختلال پرخوری، میانگین وزن بدنی بالاتری ( $BMI=30/24$ )، نسبت به افرادی که کمتر از دو بار در هفته پرخوری می کردند ( $BMI=26/21$ ) داشتند و BMI این گروه اخیر، بالاتر از افرادی بود که اصلاً پرخوری نداشتند ( $BMI=22/85$ ؛ بروس و آگراس، ۱۹۹۲).

با توجه به هم پوشانی اختلال پرخوری و چاقی، دور از ذهن نیست که افراد مبتلا به اختلال پرخوری، با احتمال بیشتری از مشکلات عمده پزشکی (مانند فشار خون بالا، سکت، بیماری های قلبی، آپنه خواب، سرطان روده بزرگ، سرطان سینه) که صرفاً مرتبط با چاقی است رنج می برند (مؤسسه ملی قلب، ریه و خون، ۱۹۸۸؛ پیسونیر، ۲۰۰۲). وجود این ارتباط، پیامد مهم اختلال پرخوری برای سلامت عمومی جامعه را بیشتر نشان می دهد. در برخی موارد عوارض پرخوری از عوارض چاقی،

بیشتر است. برای مثال نرخ دیابت نوع دو در افرادی که دست کم دو بار در هفته پرخوری می کنند ۱۴ درصد بود؛ در حالی که این میزان در گروه کنترل با BMI و سن یکسان ۴ درصد به دست آمد (کناردی، منچ، بون و پیرسون، ۱۹۹۴). افزون بر این، در افراد مبتلا به دیابت نوع دو که اختلال پرخوری داشتند، رابطه معنی داری بین کنترل گلیسیمیک<sup>۱</sup> (که با HbA1c - قند خون درازمدت - اندازه گیری می شود) و پرخوری وجود داشت. رابطه ای که مستقل از میزان وزن بود (کناردی، منچ، باون و دالتون، ۲۰۰۱). مورد دیگری که در رابطه با پیامدهای پزشکی جدی مرتبط با تشخیص اختلال پرخوری مطرح است، مربوط به وضعیت سلامت کلی افراد مبتلا به اختلال پرخوری است که تحقیقات نشان می دهد وضعیت سلامت کلی آنها به طور معنی داری پایین تر از هنجارهای جامعه آمریکا و حتی پایین تر از افراد چاق گروه کنترل که وزن مشابهی دارند، است (اچسو و همکاران، ۲۰۰۲).

### هیجانها، تنظیم هیجان و اختلال پرخوری

شواهد پژوهشی به نقش هیجانها (و به ویژه هیجانهای منفی) و تنظیم عواطف در پرخوری تأکید می کنند.

برای نمونه، یکی از تسریع کننده های پرخوری که به وفور ذکر شده است، استرس و هیجانهای منفی است (پولیوی و هرمان، ۱۹۹۳). افزون بر این، افراد دارای اضافه وزنی که پرخوری می کنند، صرف نظر از سطح اضافه وزنشان، نسبت به افرادی که پرخوری نمی کنند، در واکنش به هیجانهای منفی میل بیشتری به پرخوری نشان می دهند (الدريج و آگراس، ۱۹۹۶). در یک مطالعه در مورد این که کدام یک از شش هیجان، بیشترین ارتباط را با شروع پرخوری دارد، اضطراب بیشترین ارتباط را داشت و پس از آن ناراحتی، تنهایی، خستگی، خشم و شادی در رتبه های بعدی قرار داشتند (ماشیب و گریلو، ۲۰۰۶).

در یک مطالعه آزمایشی بر روی زنان مبتلا به اختلال پرخوری و گروه کنترل دارای وزن مشابه، حالت های هیجانی منفی هم با از دست دادن کنترل و هم با دوره های خوردن موسوم به پرخوری مرتبط بود (تلچ و آگراس، ۱۹۹۶) و در یک مطالعه آزمایشی که محرومیت از کالری و حالت های القای خلق منفی و خنثی را دستکاری می کرد، دوره های پرخوری که زنان چاق مبتلا به اختلال پرخوری ذکر کردند، به جای این که وابسته به محرومیت از کالری باشد، رابطه معنی داری با خلق منفی داشت (آگراس و تلچ، ۱۹۹۸). سایر مطالعات نیز نتایج مشابهی را در مورد نقش هیجانهای منفی در راه اندازی پرخوری ذکر کرده اند (چوآ، تويز و هیل، ۲۰۰۴).

در یک مطالعه آزمایشی که در آن از شرکت‌کنندگان خواسته می‌شد خلق و رفتارهای خوردن خود را به مدت ۶ روز با رایانه دستی ثبت کنند، نتایج نشان داد که حالت‌های خلقی آزارنده در افراد مبتلا به اختلال پرخوری در مقایسه با گروه کنترل، میل بیشتری به پرخوری ایجاد می‌کرد (گرینو، وینگ و فیشر، ۲۰۰۰).

افزون بر این، بررسی‌های تصادفی در طول دوره مطالعه نشان داد که شرکت‌کنندگان مبتلا به اختلال پرخوری، نسبت به افراد غیرمبتلا حالت‌های خلقی بدتری را تجربه کرده بودند. نوسانات روزانه بیشتری نیز در افسردگی و اضطراب افراد پرخوری کننده که در یک دوره دو هفته‌ای مورد ارزیابی قرار گرفته بودند، ثبت شد (لینگزویلر، کراوسر و استفاز، ۱۹۸۷). همچنین افراد پرخور چه با وزن عادی و چه دارای اضافه‌وزن، نسبت به افراد غیرپرخور خلق منفی بیشتری را در هنگام خوردن و دوره‌های پرخوری گزارش کردند (لینگزویلر و همکاران، ۱۹۹۷). افزون بر این که افراد پرخور، با احتمال بیشتری در واکنش به عواطف منفی پرخوری می‌کنند، شواهدی وجود دارد که این افراد نسبت به افراد غیرپرخور، موقعیت‌ها را استرس‌زاتر نیز توصیف می‌کنند (هنسل و ویتراک، ۱۹۹۷).

یک دلیل احتمالی این که افراد پرخوری‌کننده در واکنش به خلق منفی، به خوردن روی می‌آورند و موقعیت‌ها را استرس‌زاتر توصیف می‌کنند این است که این افراد نقص‌هایی در توانایی تنظیم هیجانشان دارند. شواهد حمایت‌کننده‌ای در مورد نقش بدتنظیمی هیجانی در افراد پرخوری‌کننده توسط *وایتساید و همکاران* (۲۰۰۷) ارائه شده است. آن‌ها گزارش دادند که مشکل در شناسایی و معنا دادن به حالت‌های هیجانی در کنار دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجان، بدون توجه به جنس، محدودیت غذایی و بیش‌برآورد ارزش وزن و شکل، با پرخوری مرتبط است.

## پراشتهایی روانی

پراشتهایی روانی به اشتغال ذهنی با لاغری و دوره‌های پرخوری گفته می‌شود که به دنبال آن رفتارهای پاک‌سازی (مانند استفراغ کردن، محدودیت رژیم افراطی، سوء‌مصرف مسهل یا مدرها، ورزش افراطی) انجام می‌گیرد. برای این که پراشتهایی روانی تشخیص داده شود، این دوره‌ها باید دست‌کم دو بار در هفته و به مدت ۳ ماه اتفاق بیفتند.<sup>۱</sup> این اختلال در بافت اختلال بی‌اشتهایی روانی و در میان بیشتر مبتلایان دارای وزن عادی تشخیص‌گذاری نمی‌شود.

---

۱. در پنجمین ویرایش راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی (DSM-5)، آستانه تشخیصی برای پراشتهایی روانی کاهش پیدا کرده و اکنون ملزم می‌سازند که پرخوری و رفتارهای پاک‌سازی جبرانی حداقل یک بار در هفته و در طول یک دوره ۳ ماهه ادامه یابند و نوع فرعی همراه با پاک‌سازی و بدون پاک‌سازی در DSM-5 حذف شده است (راهنمای کامل تغییرات و نکات ضروری DSM-5 تألیف مهدی گنجی). (م.م.)



شروع پراشتهایی روانی، عموماً در دوره نوجوانی یا اوایل بزرگسالی رخ می‌دهد و معمولاً موجب رژیم گرفتن می‌شود (انجمن روان‌شناسی آمریکا، ۲۰۰۰). زنان بیشترین میزان تشخیص (۹۰ درصد) را به خود اختصاص می‌دهند (انجمن روان‌شناسی آمریکا، ۲۰۰۰). از هر ۱۰۰ نفر زن یک نفر ملاک‌های لازم برای اختلال پراشتهایی روانی را دارد (هوک و ون هوکن، ۲۰۰۳؛ اچسو، ۱۹۹۶). نرخ پراشتهایی روانی ممکن است در برخی گروه‌های خاص بالاتر باشد. برای نمونه، در ایالات متحده آمریکا ۲ تا ۴ نفر از هر ۱۰۰ زن دانشجوی تحت تأثیر این اختلال قرار می‌گیرند (کاتزمن و والچیک، ۱۹۸۴؛ هنری، کونروی و والش، ۱۹۸۵؛ پایل، هالورسون، نیومن و میچل، ۱۹۸۶؛ درونوسکی، یی و کران، ۱۹۸۸؛ پایل، نیومن، هالورسون و میچل، ۱۹۹۱).

پراشتهایی روانی دارای یک دوره مزمن است که احتمال دارد بی‌ثبات بوده (فیربورن و همکاران، ۲۰۰۰) و با افزایش و کاهش دوره‌های پرخوری و پاک‌سازی در طی زمان همراه باشد (میلوس اسپیندلر، اسچنیدر و فیربورن، ۲۰۰۵؛ ویلسون، گریلو و ویتوسک، ۲۰۰۷). نرخ بهبودی از ۳۱ تا ۷۴ درصد تخمین زده می‌شود (بن تویم و همکاران، ۲۰۰۱؛ گریلو و همکاران، ۲۰۰۳؛ میلوس و همکاران، ۲۰۰۵؛ ویلسون و همکاران، ۲۰۰۷). زمانی هم که بهبودی رخ دهد، معمولاً کوتاه‌مدت بوده و بازگشت مجدد رایج است (بن تویم و همکاران، ۲۰۰۱؛ هرزوغ و همکاران، ۱۹۹۹؛ ویلسون و همکاران، ۲۰۰۷).

همانند پرخوری، پراشتهایی روانی نیز با نقص در عملکردهای روان‌پزشکی، اجتماعی و جسمی همراه است. این‌ها در بخش‌های آینده بیشتر مورد بحث قرار گرفته است.

### علائم روان‌پزشکی و علائم مختص اختلال خوردن در پراشتهایی روانی

افراد مبتلا به اختلال پراشتهایی روانی به‌طور مداوم از اختلال‌های روان‌پزشکی همانند محور I (مانند اختلالات خلقی، اضطرابی و مصرف مواد) و محور II (مانند اختلال شخصیت مرزی، اختلال وسواسی جبری) رنج می‌برند. اگرچه تخمین‌ها در مورد میزان شیوع در مطالعات مختلف متفاوت است. اما تحقیقات نرخ بالاتر افسردگی در طول عمر را در بیماران مبتلا به پراشتهایی (برای مثال ۶۰-۷۰٪) نسبت به جمعیت عادی (۱۶/۲٪؛ کسلر و همکاران، ۲۰۰۳) نشان می‌دهند (گودارت و همکاران، ۲۰۰۷)؛ مخصوصاً زمانی که نمونه‌هایی با اندازه‌های بیشتر مورد مطالعه قرار گرفته‌اند. اضطراب همانند در افراد مبتلا به پراشتهایی نسبت به گروه کنترل بیشتر است. به این صورت که نرخ شیوع حداقل یک اختلال اضطرابی (مانند اختلال وسواسی جبری، اضطراب اجتماعی، اختلال استرس پس از سانحه) در سراسر عمر بین ۲۵ تا ۷۵ درصد است (سوین بورن و توینز، ۲۰۰۷). نکته جالب توجه این است که اختلال اضطرابی در بیشتر موارد پیش از پراشتهایی روانی بروز می‌کند (سوین بورن و توینز، ۲۰۰۷).

سوء مصرف الکل یا وابستگی به الکل همایند نیز بسیار رایج است. میزان آن در مطالعه بولیک و همکاران (۲۰۰۴)، ۴۶ درصد به دست آمد. به نظر می‌رسد که نرخ سوء مصرف مواد در سراسر عمر نیز در زنان مبتلا به پراشتهایی روانی بیشتر بوده و بین ۱۸ (هرزوغ و همکاران، ۲۰۰۶) تا ۲۸ درصد (لایسی، ۱۹۹۳) متغیر است. نرخ سراسر عمر اختلال‌های سوء مصرف الکل و مصرف مواد در افراد مبتلا به پراشتهایی روانی نسبت به جمعیت عادی بالاتر است (به ترتیب ۱۳/۲، ۱۴/۶، کسلر و همکاران، ۲۰۰۵).

ثابت شده که نرخ اختلالات شخصیت به‌ویژه اختلالات خوشه B نیز در افراد مبتلا به پراشتهایی روانی بیشتر است. در یک مطالعه مروری بر روی نرخ شیوع اختلالات شخصیت که در آن از مصاحبه‌های تشخیصی (یک روش ارزیابی سخت‌گیرانه‌تر از روش خودگزارشی) استفاده شده بود، میزان اختلال شخصیت مرزی ۳۷٪-۶ و میزان اختلال شخصیت اجتنابی ۳۶٪-۲ بود (کسین و وان راسون، ۲۰۰۵). در حالی که در نمونه‌های جامعه میزان آن ۵/۰ درصد برای اختلال شخصیت مرزی و ۱/۸ درصد برای اختلال شخصیت اجتنابی گزارش شده است (ساموئلز و همکاران، ۲۰۰۲).

در مورد آسیب‌های مختص اختلال خوردن، افراد مبتلا به پراشتهایی روانی در مقایسه با گروه‌های کنترل غیرمبتلا، به‌طور معنی‌داری سطوح بالاتری از نگرانی در مورد شکل بدنی، وزن بدنی، خوردن (مانند اشتغال ذهنی با غذا و کالری‌ها) و محدودیت غذایی را گزارش می‌دهند (کوپر، کوپر و فیورن، ۱۹۸۹).

### نقص‌های اجتماعی و پراشتهایی روانی

پراشتهایی روانی سازگاری اجتماعی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. برای نمونه، افراد مبتلا به اختلال پراشتهایی روانی در مقایسه با گروه‌های کنترل غیرمبتلا، نقص‌های بیشتری در سازگاری اجتماعی کلی، به خصوص در حوزه کار، فراغت و روابط خانوادگی نشان می‌دهند (هرزوغ، کلر، لوری و اوت، ۱۹۸۷). زنانی که در حال حاضر مبتلا به پراشتهایی روانی هستند، نسبت به زنانی که اختلال پراشتهایی‌شان در حال بهبود است و یا گروه‌های کنترلی که مبتلا به اختلال خوردن نیستند، حمایت اجتماعی کمتری احساس می‌کنند (رارتی، یاگر، باک والتر و روزوتو، ۱۹۹۹) و هر دوی آن‌هایی که پراشتهایی‌شان در مرحله فعال است یا بهبود پیدا کرده‌اند، نسبت به گروه کنترل بدون اختلال خوردن، نارضایتی عمده‌ای در مورد حمایت اجتماعی از طرف بستگان دارند (رارتی و همکاران، ۱۹۹۹). به نظر می‌رسد نقص‌های اجتماعی که در بیماران مبتلا به پراشتهایی روانی دیده می‌شود، ادامه می‌یابد.