

رفتاردرمانی دیالکتیکی برای درمان اختلال‌های تغذیه‌ای

نویسنده: آنتیا فدریچی، دکترا از کالج روانشناسی آنتریو، بنیاد پیشرفت تشخیص‌های اساسی (FAED)

به‌روزرسانی‌شده در مارس ۲۰۲۴

از زمانی که من شروع به نوشتن این مقاله کردم پیشرفت‌های زیادی در زمینه رفتاردرمانی دیالکتیکی (DBT) و ارتباط آن با اختلال‌های تغذیه‌ای رخ داده است. این نسخه‌ی به‌روزرسانی‌شده شامل پیشرفت‌های مهم و اطلاعات در مورد دلیل و نحوه‌ی استفاده‌ی ما از DBT و گونه‌های قابل کاربرد DBT است.

رفتاردرمانی دیالکتیکی چیست؟

رفتاردرمانی دیالکتیکی یا DBT توسط مارشا لینهان در دهه ۱۹۹۰ میلادی ابداع شد تا به افرادی با مشکلاتی مانند افکار خودکشی مداوم یا رفتارهای خودآسیب‌رسان کمک کند. این برنامه‌ی درمانی از آشفتگی او در زمینه کمبود گزینه‌های درمانی برای این گروه از بیماران، شهرت بد آن‌ها در محیط‌های پزشکی/روانپزشکی، و همچنین تمایل او برای ایجاد یک مسیر مراقبتی خاص سرچشمه گرفت. مسیر درمانی که لینهان به‌وجود آورد وجهه‌ی مراقبت‌های روانشناسی از افراد مقاوم به درمان را تغییر داد. در مرکز DBT یک دیدگاه منطقی جهانی وجود دارد که به جای یافتن پاسخ «درست» به دنبال آمایش نگرش‌های مخالف است. DBT رویکردهای رفتاری شناختی پیچیده و چندوجهی (از جمله روان‌درمانی فردی، آموزش مهارت، راهنمای تلفنی و گفت‌واری روانشناسی) را با تمرین‌های ژرف‌پویی و راهبردهای مبتنی بر پذیرش ترکیب می‌کند و وجهه‌ای کاملاً جدید و خاص از روان‌درمانی را ارائه می‌دهد.

کامیابی DBT در هدف قرار دادن رفتارهای منجر به خودکشی و خودآسیب‌رسان، کاهش نیاز به مراقبت‌های روانپزشکی سطح بالا، و بهبود کیفیت زندگی بیماران، در تمام دنیا چشمگیر بوده است. طی ۳۰ سال گذشته DBT به لطف پژوهشگران بین‌المللی به یک گزینه‌ی درمانی قوی برای افراد درگیر با دیگر رفتارهای تکانشی و مشکل‌ساز تبدیل شده است. برای مرور بر پژوهش‌های کنونی درباره‌ی DBT لطفاً به [behavioraltech.org](https://www.behavioraltech.org) مراجعه کنید.

بهم‌ریختگی احساسی چیست؟

توانایی ما برای تجربه‌ی احساس‌های گوناگون، تحمل احساس‌های دردناک، و در میان گذاشتن نیازهای خود با دیگران، نقش اساسی در سلامت جسم و روان ما دارد. واژه‌ی «بهم‌ریختگی احساسی» زمانی استفاده می‌شود که فرد برای یک مدت طولانی برای سازش با احساس‌های ناخوش‌آیند با مشکل روبرو است یا هنگام تجربه‌ی این احساس‌ها و فشار حاصل از آنها رفتارهایی (مانند آسیب رساندن به خود، سرکوب خود) از او سر می‌زنند. برای برخی افراد، احساس‌ها به قدری غیرقابل‌تحمل می‌شوند که تلاش می‌کنند با دوری یا سرکوب با آنها سازش کنند (مثلاً ممکن است متوجه احساس آن‌ها نشویم). در دیگر افراد احساس‌های آن‌ها باعث رفتارهای تکانشی و خودآسیب‌رسان می‌شوند (مانند، پرخوری عصبی به دلیل احساس خجالت یا کم خوردن به دلیل وجود اضطراب).

چگونه یک فرد دچار بهم‌ریختگی احساسی می‌شود؟

در DBT، انگاره‌ی زیست‌اجتماعی ایجاد شده و مورد پژوهش قرار گرفته است تا بتوان دلیل دشواری کنترل هیجان‌ها را توضیح داد.

پژوهشگران بر این باورند که برخی از افراد به صورت طبیعی (یا ژنتیکی) از بدو تولد نسبت به هیجان حساس‌تر هستند (برای نمونه، ممکن است آن‌ها به نشانه‌های احساسی حساس‌تر باشند، هیجان‌های شدیدتری را تجربه کنند، یا «بازگشت به حالت اولیه» پس از هیجانی شدن زمان بیشتری طول بکشد). با این حال زیست‌شناسی نمی‌تواند به تنهایی همه‌چیز را توضیح دهد. لینهان متوجه شد افرادی که از نظر احساسی حساس‌تر هستند (فوق‌حساس ژنتیکی) به احتمال زیاد سابقه‌ی انکار شدن نیز دارند. محیط‌های انکارکننده این حس را می‌رسانند که احساس‌ها، نیازها، فکرها، یا رفتارهای یک فرد نادرست، غیرقابل‌قبول، بد یا نامناسب هستند. انکار می‌تواند آگاهانه یا ناخواسته باشد و اغلب هنگامی رخ می‌دهد که فرد یا سیستم درک نمی‌شوند. چنین محیط‌هایی می‌توانند باعث شوند شخص به احساس‌های درونی و واکنش‌های غریزه‌ای خود شک کند و احساس خود را نسبت به بقیه جهان زیر سوال ببرد.

به عنوان عضوی از MED-DBT (در ادامه مشاهده کنید)، این انگاره‌ی زیست‌اجتماعی اکنون برای اختلال‌های تغذیه‌ای استفاده می‌شود، از آنجایی که شامل زیربنای متابولیک-عصبی است که باعث به وجود آمدن و ادامه اختلال‌های تغذیه‌ای و انکار شدن فراگیر افراد دچار اختلال‌های تغذیه‌ای (مانند فر هنگ رژیم غذایی) می‌شود.

برای اختلال‌های تغذیه‌ای استفاده کنیم؟ DBT چرا از

مبتنی بر الگوی مهار هیجان‌ها است DBT . ۱

یکی از ویژگی‌هایی که DBT را خاص می‌کند تمرکز آن بر درک هیجان‌ها و کار کردن روی آن‌هاست. در گذشته هدف قرار دادن هیجان‌ها در درمان اختلال‌های تغذیه‌ای در مرکز برنامه‌های درمانی استاندارد اختلال‌های تغذیه‌ای (مانند، CBT و FBT) قرار نداشت. اگرچه پژوهش‌ها نشان داده‌اند که تمرکز بر مهار هیجان‌ها بخشی ناگزیر از فرایند درمان و بهبودی است. برای مثال:

- بسیاری از افراد دچار اختلال‌های تغذیه‌ای مشکلات خود را در توصیف، تحمل، و بروز هیجان‌های خود گزارش می‌کنند. برای بسیاری از افراد، هیجان‌ها تهدیدکننده و گیج‌کننده هستند و آنها را تحت فشار قرار می‌دهند. برخی دیگر گزارش می‌دهند که احساس بی‌حسی می‌کنند و نمی‌توانند با هیجان‌های خود ارتباط برقرار کنند.
- مراجعه‌کنندگان دچار اختلال‌های تغذیه‌ای گزارش می‌دهند که مهارت سازش با هیجان‌های خود به روش سالم و سازشگر را در طول درمان یا پس از درمان فشرده ندارند.
- بدون مهارت کنترل هیجان‌های مناسب، نشانه‌های اختلال تغذیه‌ای می‌توانند، حتی به طور موقت، به روشی برای کنترل احساس‌ها و حالت‌های بدنی تحت فشار و ناخوش‌آیند (مانند، ناراحتی دستگاه گوارش) تبدیل شوند. بسیاری از افراد گزارش می‌کنند که نشانه‌های اختلال تغذیه‌ای به آن‌ها در تحمل و کنترل هیجان‌های شدید و دردناک کمک می‌کنند. پر خوری عصبی، بالا آوردن خودخواسته، و غذا نخوردن، همگی به عنوان راهبردهای سازش، «فرار فیزیکی»، «کنار کشیدن»، یا «تسکین موقتی» درد و ناراحتی احساسی توصیف می‌شوند.

- هیجان‌های منفی یکی از رایج‌ترین تکانه‌های نشانه‌های اختلال‌های تغذیه‌ای به شمار می‌روند. پژوهش‌هایی که حالت احساسی افراد را قبل و بعد از پرخوری عصبی بررسی کرده‌اند نشان می‌دهند که احساس افسردگی، خشم، گناه، تنهایی و خودتقصیری در روزهایی که افراد دچار این نشانه‌ها می‌شوند به میزان قابل توجهی بیشتر است.
- در صورت درمان نشدن، بهم‌ریختگی احساسی می‌تواند آسیب‌پذیری فرد در برابر بازگشت بیماری پس از درمان را افزایش دهد. چندین پژوهش به این نتیجه رسیده‌اند که اگر افراد احساس کنند می‌توانند هیجان‌های خود را بهتر شناسایی، قبول و تحمل کنند شانس بیشتری برای حفظ بهبودی خود پس از درمان اختلال تغذیه‌ای داشته باشند.

۲. تمرکز DBT بر انگیزه به عنوان هدف مرکزی برنامه‌ی درمان است

اختلال‌های تغذیه‌ای ماهیت خودپذیرش دارند (یعنی داشتن ویژگی‌هایی که شخص نمی‌خواهد از آن‌ها دست بکشد) و می‌توانند با آنوسوگونوزیا (اختلال عصبی که فرد از شدت بیماری خود مطلع نیست) شناسایی شوند. انگیزه برای تغییر بالا و پایین دارد و DBT از مجموعه‌ای از راهبردها استفاده می‌کند تا در طول درمان روی این موضوع کار کند.

۳. محرک اصلی در DBT ساخت یک زندگی ارزشمند است

برای بسیاری از مراجعه‌کنندگان، برنامه‌های درمانی متمرکز بر نشانه‌های اختلال مفید واقع نبوده و برای برخی تجربه‌ای روان‌خراش و اجباری بوده است. DBT با استفاده از دنبال کردن یک زندگی ارزشمند بین نیاز به امنیت و ثبات پزشکی تعادل برقرار می‌کند. برای بسیاری از افراد، هدف جلوگیری از بالا آوردن خودخواسته فقط به دلیل اختلال تغذیه‌ای انگیزه کافی نیست. همانگونه که همکارم، لوسین ویزنیوکی، آموزش می‌دهد، مراجعه‌کنندگان ما به یک «چرا»ی بزرگتر نیاز دارند (مانند، «من تصمیم دارم تابستان به سفر بروم و بالا آوردن خودخواسته باعث بی‌ثباتی پزشکی می‌شود که جلوی رفتن من را می‌گیرد پس به همین خاطر باید این رفتار را مورد هدف قرار دهم»).

۴. DBT به افراد کمک می‌کند تا مهارت‌های لازم برای ساخت یک زندگی ارزشمند را کسب کنند!

تغییر عادت‌هایی که به فرد کمک کرده‌اند تا بدون یادگیری روش‌های جدید بودن در دنیا (و بدن خود) با زندگی سازش کند، اگر غیرممکن نباشد، بسیار دشوار است. مراجعه‌کنندگان ما و خانواده‌های آنها اغلب می‌گویند که برای تحمل اضطراب و خشم خود هنگام وعده‌های غذایی و بعد از آن یا هدایت افکار و رفتارهای منجر به خودکشی و آسیب رساندن به خود هنگام تلاش برای کاهش نشانه‌های اختلال تغذیه‌ای به کمک نیاز دارند. در DBT، مراجعه‌کنندگان دوره‌های آموزشی را در چهار حیطه‌ی زیر می‌گذرانند:

مهارت‌های ذهن‌آگاهی: به گونه‌ای طراحی شده‌اند تا به افراد یاد دهند چگونه توجه خود را بدون قضاوت بر زمان حال متمرکز کنند. اغلب افراد دچار اختلال‌های تغذیه‌ای با ماندن در «اینجا و اکنون» مشکل دارند. پیوستگی بین احساس‌ها، بدن و غذا می‌تواند محرک شدیدی برای شخص دچار اختلال تغذیه‌ای باشد. مهارت‌های ذهن‌آگاهی به افراد کمک می‌کنند تا از الگوها و رفتارهای خود آگاه شوند و به آن‌ها اجازه می‌دهند تا افکار و احساس‌های خود را بدون قضاوت شدن بررسی و به آن‌ها عمل کنند.

اثربخشی بین‌فردی: افراد دچار اختلال‌های تغذیه‌ای اغلب گزارش می‌دهند که در ابراز نیازهای خود، نه گفتن به دیگران و ترجیح اهداف و خواسته‌های خود بر خواسته‌های دیگران مشکل دارند. اغلب این امر ریشه در ترس (مانند ترس از طرد یا رد شدن توسط دیگران) یا شرم (از اینکه نیازهای شخص مهم نیستند) دارند. حفظ روابط و درمیان گذاشتن نیازهای خود با دیگران در مرکز تندرستی ما قرار دارند. مهارت‌های اثربخشی بین‌فردی به افراد یاد می‌دهند چگونه به موثرترین نحو با دیگران ارتباط برقرار کنند و چگونه شانس برآورده کردن نیازهای خود را افزایش دهند.

تحمل پریشانی: این مهارت به گونه‌ای طراحی شده تا به مراجعه‌کنندگان در پشت سر گذاشتن یک بحران بدون بدتر شدن وضعیت کمک کند. در اینجا، مراجعه‌کنندگان طیف گسترده‌ای از راهبردهای کنترل استرس و بحران را یاد می‌گیرند تا کمترین آسیب را ببینند و با ارزش‌های زندگی مراجعه‌کنندگان همخوانی دارند. این‌ها معمولاً اولین مهارت‌هایی هستند که افراد یاد می‌گیرند تا با نشانه‌های اختلال مبارزه کنند و اعتمادبه‌نفس کسب کنند تا دریابند راهی برای گذر از موقعیت‌های دشوار وجود دارد.

مهار هیجان‌ها: برخلاف مهارت‌های تحمل پریشانی، مهارت‌های مهار هیجان چیزهای روزمره‌ای هستند که ما به مراجعه‌کنندگان آموزش می‌دهیم تا کیفیت زندگی خود را بهبود بخشند و آسیب‌پذیری در برابر «ذهن احساسی» را کاهش دهند. افراد یاد خواهند گرفت که چگونه دنیای احساسی خود را بدون ترس، قضاوت یا نفرت از خود مشاهده و توصیف کنند. این مهارت‌ها بر ماهیت سازگار همه‌ی احساس‌ها تاکید می‌کنند، به مراجعه‌کنندگان آموزش می‌دهند که چگونه مشکل‌ها را حل کنند، احساس‌های خود را در صورت نیاز تغییر دهند و افسانه‌های مربوط به احساس‌ها را به چالش بکشند.

DBT برای اختلال‌های تغذیه‌ای چگونه به نظر می‌رسد؟

طی بیست سال گذشته، پژوهشگران نحوه‌ی استفاده از DBT برای افراد دچار اختلال‌های تغذیه‌ای را مطالعه کرده‌اند. DBT به روش‌های مختلفی برای اختلال‌های تغذیه‌ای به کار گرفته شده‌است. مهم است بدانیم که همه‌ی آن‌ها مانند یکدیگر نیستند و تفاوت‌های مهمی با هم دارند. هر کدام از این روش‌ها برای یک وجه متفاوت اختلال تغذیه‌ای، یا همانطور که در DBT گفته می‌شود «سطح‌های» مختلف بیماری، طراحی شده‌اند.

دبرا سیفر و همکاران الگوی استنفورد یا DBT-BN/DBT-BED را ارائه داده‌اند. این رویکرد مبتنی بر شواهد برای افراد دچار بولیمیا یا اختلال پرخوری عصبی طراحی شده که دچار دیگر بیماری‌های زمینه‌ای نیازمند توجه نیستند. در DBT، این الگوها برای افراد «سطح ۳» مناسب هستند که شخص از ثبات بیشتری برخوردار است و در شرایط بحرانی قرار ندارد. این نوع DBT فراگیر نیست و برای افراد دچار افکار خودکشی/آسیب رساندن به خود یا سایر مشکل‌های همزمان طراحی نشده‌است.

به نظر من و طبق تجربه‌ی شخصی، DBT باز رویکرد دیگری است که برای «سطح ۳» مناسب می‌باشد. این رویکرد برای افراد دچار اختلال‌های تغذیه‌ای که ثبات پزشکی ندارند یا آن‌هایی که در خوردن و ثبات وزنی نیازمند کمک هستند طراحی نشده‌است. همچنین برای کمک به بهم‌ریختگی احساسی که افراد هنگام روبرو شدن با غذا تجربه می‌کنند و مشکل‌های ظاهر بدن طراحی نشده‌است. علاوه بر این، این یک برنامه‌ی درمانی تروما نیست که در DBT «سطح ۲» توصیف می‌شود.

MED-DBT یک برنامه‌ی درمانی برای افراد دچار اختلال تغذیه‌ای با دشواری‌های «سطح ۱» است، یعنی افرادی که از هرج و مرج هیجانی و رفتاری رنج می‌برند و باید قبل کار کردن روی موضوع‌های عمیق‌تر احساسی یا تروما هیجان خود را مدیریت کنند. این یعنی افرادی که همزمان دچار اختلال تغذیه‌ای هستند و از عدم مدیریت رفتارهای منجر به خودکشی و خودآسیبی رنج می‌برند و برای زنده ماندن نیازمند کمک هستند به یک رویکرد دیالکتیکی‌تر نیاز دارند.

MED-DBT از چهار بخش کلی تشکیل شده است:

- روان درمانی فردی
- درمان گروهی از طریق مهارت‌آموزی
- آموزش مهارت‌ها به صورت تلفنی
- تیم مشاوره برای درمانگرها

موارد زیر چندین منبع مطالعاتی توصیه‌شده برای اطلاعات بیشتر هستند:

Anderson, L. K., Murray, S. B., Ramirez, A. L., Rockwell, R., Le Grange, D., & Kaye, W. H. (2015). The integration of family-based treatment and dialectical behavior therapy for adolescent bulimia nervosa: Philosophical and practical considerations. *Eating Disorders*, 23(4), 325-35. doi: 10.1080/10640266.2015.1042319

Ben-Porath, D., Duthu, F., Luo, T., Gonidakis, F., Compte, E.J., & Wisniewski, L. (2020). Dialectical behavioral therapy: An update and review of the existing treatment models adapted for adults with eating disorders. *Eating Disorders*, 28(2), 101-121. doi: 10.1080/10640266.2020.1723371

Federici, A., Wisniewski, L., & Ben-Porath, D. (2012). Description of an intensive dialectical behavior therapy program for multidagnostic clients with eating disorders. *Journal of Counseling and Development, Special issue on prevention and treatment of eating disorders*, 90, 330-338.

Wisniewski, L., & Safer, D.L. (2021). DBT and Eating Disorders, In Linda A. Dimeff, Shireen L. Rizvi, Kelly Koerner, Elissa M. Ball, Brad Beach (eds.), *Dialectical Behavior Therapy in Clinical Practice: Applications Across Disorders and Settings (2nd ed)*, Guilford Press.

References

¹ Linehan, M. M. (1993). *Cognitive behavioural treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.

² Linehan, M. M., Armstrong, H. E., Suarez, A., Allmon, D., & Heard, H. L. (1991). Cognitive-behavioural treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 48, 1060-1064.

³ Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H. L., et al. (2006). Two-year randomized trial and follow-up of dialectical behaviour therapy vs therapy

by experts for suicidal behaviours and borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63, 757-766.

⁴ Bydlowski, S., Corcos, M., Jeammet, P., Paterniti, S., Berthoz, S., Laurier, C., Chambry, J., Consoli, S. M. (2005). Emotion-processing deficits in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 37, 321-329.

⁵ Zonnevijlle-Bendek, M. J. S., van Goozen, S. H. M., Cohen-Kettenis, P. T., van Elburg, A., & van Engeland, H. (2002). Do adolescent anorexia nervosa patients have deficits in emotional functioning? *European Child & Adolescent Psychiatry*. 11, 38-42.

⁶ Federici, A., & Kaplan, A. S. (2007). The patient's account of relapse and recovery in anorexia nervosa: A qualitative study. *European Eating Disorders Review*, 26, 1-10.

⁷ Cockell, S. J., Zaitsoff, S. L., & Geller, J. (2004). Maintaining change following eating disorder treatment. *Professional Psychology: Research and Practice*, 35, 527-534.

⁸ Polivy, J. & Herman, C. P. (2002). Causes of eating disorders. *Annual Review of Psychology*, 53, 187-213.

⁹ Heatherton, T. F., & Baumeister, R. F. (1991). Binge eating as escape from self awareness. *Psychological Bulletin*, 110, 86-108.

¹⁰ Stein, K. F., & Corte, C. M. (2003). Ecologic momentary assessment of eating disordered behaviours. *International Journal of Eating Disorders*, 34, 349-360.

¹¹ Safer, D. L., Couturier, J. L., & Lock, J. (2007). Dialectical Behavior Therapy modified for adolescent binge eating disorder: A case report. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14(2), 157-167.

¹² Federici, A., Wisniewski, L., & Ben-Porath, D. (2012). Description of an intensive dialectical behaviour therapy program for multidagnostic clients with eating disorders. *Journal of Counseling and Development, Special issue on prevention and treatment of eating disorders*, 90, 330-338.

Translation of this *NEDIC Bulletin* was made possible by funding support from the BC Eating Disorders Research Excellence Cluster.



THE UNIVERSITY OF BRITISH COLUMBIA

BC Eating Disorders
Research Excellence Cluster