

چکیده

هدف این پژوهش، بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی گروهی بر کاهش میزان پرخوری و افسردگی و افزایش عزت نفس بیماران زن مبتلا به اختلال پرخوری افراطی بود. به این منظور، در قالب یک طرح نیمه آزمایشی 16 آزمودنی زن با تشخیص اختلال پرخوری افراطی که به مرکز رژیم درمانی دکتر کرمانی مراجعه کرده بودند و نمره افسردگیشان بالاتر از 18 و نمره مربوط به عزت نفسشان کمتر از 25 به روش نمونه گیری دردسترس انتخاب شدند. از جمعیت نمونه 8 نفر در گروه رفتاردرمانی دیالکتیکی گروهی و 8 نفر در گروه کنترل (لیست انتظار) قرار گرفتند و در دو مرحله پیش از شروع درمان و پس از مهارت آموزی گروهی مورد مطالعه قرار گرفتند. ابزار اندازه گیری شامل چک لیست ارزیابی اختلالات خوردن براساس DSM-IV، مقیاس افسردگی بک و مقیاس عزت نفس روزنبرگ بود. داده ها با استفاده از جداول نمودارها و تحلیل واریانس یک طرفه مورد بررسی قرار گرفت. یافته های این پژوهش نشان داد که رفتاردرمانی دیالکتیکی در کاهش میزان پرخوری و افسردگی و افزایش میزان عزت نفس بیماران زن مبتلا به اختلال پرخوری افراطی موثر است.

کلید واژه ها : رفتاردرمانی دیالکتیکی ، افسردگی ، عزت نفس ، اختلال پرخوری افراطی

مقدمه

چاقی یک مسئله عمده سلامتی است . چاقی کودکی و بزرگسالی درجوامع غربی شایع است و میزان آن درحال افزایش است (کوپر¹ ، فیربورن² ، 2001) . همه گیر شناسان درپیش از سی سال گذشته ، یک روند پایایی را به سمت شیوع فزاینده ی چاقی دراروپا ، ایالات متحده ی آمریکا ، آسیا و خاورمیانه شناسایی کردند (فیلد³ ، بارنویا⁴ و گلد تیز⁵ ، 2002) . درحالی که سطوح خط پایه ی اضافه وزن و چاقی ممکن است درپهنه ی کشورها و مناطق فرق کند ، به نظر می رسد که افزایش میزان شیوع کاملا مشابه باشد . این مشاهده به " همه گیری چاقی⁶ " مرسوم است (گزارش جراحان عمومی ، 2001 ، به نقل از ویلیامسون⁷ ، نیوتن⁸ و والدن⁹ 2006) . آن چنان که چاقی پیشتر توسط سازمان بهداشت جهانی به عنوان یک " بیماری همه گیری جهانی¹⁰ " تعریف شده بود (WHO¹¹ ، 1998) .

¹ cooper

² fairburn

³ field

⁴ barnoya

⁵ goldits

⁶ Obesity epidemic

⁷ williamson

⁸ newton

⁹ walden

¹⁰ Global epidemic

¹¹ World health organization

افزایش میزان های چاقی درقسمتهای همه گیری¹² (نواحی تحت پوشش¹³) ایالات متحده و سایر ملل صنعتی جهان ، بازنمایی از یک تهدید جدی برای سلامت عمومی میلیون ها فرد است . در ایالات متحده 34% جمعیت دچار اضافه وزن (دارای BMI¹⁴ بین 25 تا 29/9 کیلوگرم بر متر مربع) و 30% آنها مبتلا به چاقی (دارای BMI > 30 کیلوگرم بر متر مربع) هستند . چاقی از سالهای 1994-1998 تا 2000-1999 از 29/9% به 30/5% افزایش یافت . چاقی افراطی یا شدید¹⁵ (BMI > 40 کیلوگرم بر متر مربع) نیز در طی همان دوره ی زمانی به طور معنا داری از 2/9% به 4/7% افزایش پیدا کرد (براونل¹⁶ ، وادن¹⁷ و فلان¹⁸ ، 2005) . در مجموع ، بین سالهای 1994 و 2000 شیوع به 7/6% افزایش یافته است (فل گال¹⁹ ، کارول²⁰ ، اوگدن²¹ و جانسون²² ، 2002 به نقل از صادقی ، 1387) .

براین اساس می توان گفت ، اضافه وزن یک مسئله سلامت عمومی و فراگیر است و شیوع آن به جای آنکه در حال کاهش باشد روبه افزایش است . آن چه درباره ی آینده ی سیاه گفته می شود این است که اضافه وزن در کودکان به ویژه در حال رشد است (براونل ، وادن و فلان ، 2005) . یک نتیجه گیری کلی اینست که همه گیری چاقی به وسیله ی یک محیط " چاقی زا " (

¹² Epidemic proportion

¹³ Catchment areas

¹⁴ Body mass index

¹⁵ Severe of extreme obesity

¹⁶ brownell

¹⁷ wadden

¹⁸ phelan

¹⁹ flegal

²⁰ carrol

²¹ ogden

²² johnson

آلیسون²³ ، نزین²⁴ وکلای-ویلیامز²⁵ ، (1997) یا سمی²⁶ (هورگان و براونل ، 2002) که شوق بیش خوری و رفتار نشسته²⁷ می باشد به وجود آمده است و یک تلویح این نتیجه گیری این است که راه حل همه گیری چاقی ، مستلزم رویکردهای رفتاری و محیطی است تا این که رفتار خوردن و فعالیت جسمی را اصلاح نماید (ویلیامسون ، نیوتن و والدن ، 2006)

نگرانی درباره ی افزایش میزان شیوع اضافه وزن از شواهدی بر می خیزد که نشان می دهد ، وزن اضافی یک اثر نامطلوب بر سلامت و طول عمر دارد . بیماریهای مربوط به اضافه وزن و چاقی شامل فشار خون بالا ، دیس لیپیدی²⁸ ، دیابت نوع 2 ، بیماری سرخک تابی قلب²⁹ ، سکته ، ورم استخوان - مفصل³⁰ ، بیماریهای تنفسی و انواع معینی از سرطان می باشد (NHLBI³¹ ، 1998 ، 1998) . همچنین ، خطرهای سلامتی مرتبط با اضافه وزن بسته به چگونگی توزیع چربی در بدن متغیر است . چاقی شکمی (یعنی دور کمر³² بیشتر از 102 سانتی متر در مردان و بیشتر از 88 سانتی متر در زنان ، برای افرادی که شاخص توده ی بدنی بین 25 تا 34/9 دارند) خطر فزاینده ای را برای بیماری و مرگ و میر³³ ناشی از اختلالهای سوخت و سازی و

²³ allison

²⁴ nezin

²⁵ Clay- williams

²⁶ Toxic enviroment

²⁷ Sedentary behavior

²⁸ dyslipidemia

²⁹ Coronary heart disease

³⁰ osteoarthritis

³¹ National heart , lung and blood institute

³² Waist circum ference

³³ Morbidity and mortality

بیماریهای قلبی - عروقی به همراه دارد (تورکاتو³⁴ ، بوسلو³⁵ ، فرانسیسکو³⁶ ، هریس³⁷ ، زوایکو³⁸ و همکاران ، 2000؛ به نقل از صادقی 1387) .

اضافه وزن و چاقی علاوه بر اثر نامطلوب بر سلامتی و طول عمر ، از کیفیت زندگی نیز می کاهد (وادن ، وومبل³⁹ ، استانکارد و آندرسون⁴⁰ ، 2002) . بسیاری از اشخاص چاق " تبعیض اجتماعی⁴¹ " را به عنان پیامد مستقیم چاقی شان تجربه می کنند . پیامد های روانشناختی چاقی برای زنان ممکن است به ویژه شدید باشد . نتایج یک مطالعه ی همه گیر شناسی با استفاده از یک مقیاس گسترده⁴² (کارپنتر⁴³ ، هسین⁴⁴ ، آلیسون و فایث⁴⁵ ، 2000 به نقل از پری و کورسیکا ، 2003) نشان داد که چاقی با اختلال افسردگی اساسی و اقدام های خود کشی دربانوان همبستگی دارد . هرچند درمردان این نتایج مشاهده نشد با این حال می توان گفت سلامتی و پیامدهای روانی - اجتماعی چاقی و همینطور هزینه های اقتصادی آن قابل توجه است .

درکشورهای غربی طبقات گوناگون اضافه وزن ، یکی از تعیین کننده های عمده ی هزینه های مراقبت بهداشتی است . در ایالات متحده برآورد شده است که هزینه های مستقیم اضافه وزن بالغ

³⁴ turcato

³⁵ bosello

³⁶ francesco

³⁷ harris

³⁸ zoico

³⁹ womble

⁴⁰ anderson

⁴¹ Social discrimination

⁴² Large scale

⁴³ carpenter

⁴⁴ hasin

⁴⁵ faith

بر 70 میلیون دلار یا 7% مخارج مراقبت بهداشتی است. در سایر کشورها هزینه ها، دامنه ای از 2% در فرانسه (لوی و لوی⁴⁶، لپن⁴⁷ و باس دوانت⁴⁸، 1995) و استرالیا (سگال⁴⁹، کارتر⁵⁰ و زیمت⁵¹، 1994) تا 4% هزینه های مراقبت بهداشت ملی در هلند (سیدل⁵²، 1995) را دربر می گیرد. (ناربرو⁵³، جانسون، لارسون⁵⁴، ودل⁵⁵ و ژوستروم⁵⁶، 1996).

کلد نیز (1999) برآورد کرد که هزینه های غیر مستقیم مرتبط با اضافه وزن در ایالات متحده دست کم بالغ بر 48 بلیون دلار در سال 1995 بود. هر چند، وی خاطر نشان ساخت که چون اثرات نامطلوب بهداشتی همبسته به اضافه وزن نیز وجود دارد (NHLBI، 1998)، بخش کشاورزی و بخش خدمات بهداشتی و انسانی ایالات متحده (1995) شاید برآورد او در محدوده پایین تری از هزینه ی مراقبت بهداشتی قرار بگیرد، چون هزینه های اضافی قابل توجهی از سوی کسانی که دچار اضافه وزن هستند اما چاق نیستند، ایجاد می شود (فیلد، بارنویا، کلدتیز، 2002؛ به نقل از صادقی، 1387).

در حالی که چاقی ممکن است با اشکال مختلف آسیب شناسی روانی همراه شود، اما عموماً پذیرفته شده است که افراد چاق به

⁴⁶ levy

⁴⁷ Le pen

⁴⁸ basdevant

⁴⁹ segal

⁵⁰ carter

⁵¹ zimmet

⁵² seidell

⁵³ narbro

⁵⁴ larsson

⁵⁵ wedel

⁵⁶ sjostrom

عنوان یک گروه ، درزمینه سازگاری روانشناختی⁵⁷ و شخصیتی ، از افراد با وزن طبیعی متفاوت نیستند (وادن و استانکارد ، 1987) . بدین دلیل چاقی نمی تواند دارای ماهیت آسیب شناختی روانی باشد و به همین جهت از نظام های طبقه بندی روانپزشکی همچون DSM حذف شده است . بنا بر این با توجه به اختلالات آشکارا بیمارگون نظیر بی اشتهایی عصبی (AN)⁵⁸ ، پر اشتهایی عصبی (BN)⁵⁹ و دیگر اختلالات مربوط به خوردن و با این استدلال که هر کدام از آنها به طبقه واحدی تعلق دارند ، عنوان متداول " اختلالات خوردن " (ED)⁶⁰ پیشنهاد گردید (براونل و وادن ، 1991) . یکی از این اختلالات خوردن که جزو زیر گروه اختلالات خوردن تصریح نشده در جای دیگر EDNOS⁶¹ قرار می گیرد و طی چندین سال اخیر مورد اقبال پژوهشگران حوزه روانشناسی قرار گرفته است اختلال پرخوری افراطی (BED)⁶² می باشد .

اختلال پرخوری افراطی برای نخستین بار در سال 1990 به عنوان یک اختلال خوردن مطرح شد. اسپیتزر⁶³ و همکاران (1991) طی ارائه یک پروپوزال اظهار کردند که پرخوری افراطی باید به عنوان یک اختلال در آخرین راهنمای تشخیصی بیماریهای روانی DSM- IV در نظر گرفته شود . دلیل آنها برای ارائه این پروپوزال این بود که خیلی از افرادی که نگرانی عمده آنها پرخوری افراطی است ، نمی توانستند در زمره علائم تشخیصی اختلال پراشتهایی عصبی (BN) قرار گیرند . به این معنا که

⁵⁷ Measure of psychological adjustment

⁵⁸ Anorexia nervosa

⁵⁹ Bulimia nervosa

⁶⁰ Eating disorders

⁶¹ Eating disorders not otherwise specified

⁶² Bing eating disorder

⁶³ spitzer

افراد دارای سندرم پرخوری افراطی ، وهله های پرخوری افراطی را به مانند افراد دارای پراشتهایی عصبی دارند با این تفاوت که برخلاف پراشتهایی عصبی ، رفتارهای جبرانی از قبیل مجبور کردن خود به برگرداندن غذای خورده شده ، استفاده از ملین ها ، مسهلها ، قرصهای رژیمی ویا ورزشها و فعالیتهای سنگین و سخت بدنی را انجام نمی دهند .

اختلال پرخوری افراطی آنچنان که به وسیله استانکارد (2002) بازبینی شده ، به طور عینی با مصرف مقدار زیادی غذا در مدت زمانی کوتاه (مثلا کمتر از دو ساعت) ، مدتی که فرد به طور ذهنی فقدان کنترل را تجربه می کند ، مشخص می شود که چنین وهله هایی از پرخوری حداقل دوبار در هفته اتفاق بیفتد . همراه با پرخوری افراطی همانطور که عنوان شد تخلیه یا سایر رفتارهای جبرانی تعقیب نمی شود - که این موضوع اختلال پرخوری افراطی را از پراشتهایی عصبی متمایز می سازد . اساسا تخمین زده شده که پرخوری افراطی با استفاده از خود گزارش دهی تقریبا 30% افراد چاقی که در جستجوی درمان هستند را تشکیل می دهد . اگرچه وقتی توسط معاینه کنندگان متخصص ، تحت معاینه بالینی قرار می گیرند به نظر می رسد ، مییزان شیوع به اندازه 10-15% کاهش می یابد (اسپیتز ، دلوین⁶⁴ ، والش⁶⁵ ، هسین ، وینگ⁶⁶ و همکاران 1992 به نقل از استانکارد 2002) .

مطالعات همه گیر شناسی دریافته اند که اختلالات خوردن وعلائم مربوط به آن در اکثر کشورها در میان زنان جوان دیده می شود به طوریکه گفته شده در ایالات متحده آمریکا و

⁶⁴ delvin

⁶⁵ walsh

⁶⁶ wing

در کشورهای اروپایی میزان شیوع این اختلالات به گونه ای است که 0/5 تا 1 % مربوط به بی اشتهایی عصبی ، 1 تا 3 % مربوط به پراشتهایی عصبی (فیربورن و بگلین 1990) و 2 تا 5 % از این جمعیت را اختلال پرخوری افراطی تشکیل می دهد (یانووسکی⁶⁷ 1998) .

بنابراین باتوجه به آمار و ارقام ارائه شده و یافته های حیرت انگیزی که بسیار متفاوت از دانسته های ماست ضرورت سیاست گذاری های عمومی در این باره به شدت احساس می شود و از دیدگاه سلامت عمومی ، رشد مداخله های موثر بردرمان اختلالات خوردن یک مسئله مهم به شمار می رود .

بیان مسئله

تحقیقات نشان داده اند که میزان همبندی اختلالات روانشناختی، با شدت میزان پرخوری افراطی بیشتر مرتبط است، تا با اضافه وزن (دایکوت⁶⁸ ولین فورد⁶⁹ ، 2003 ؛ تلچ⁷⁰ و آگراس⁷¹ ، 1994 ؛ یانووسکی ، نلسون⁷² ، دوبرت⁷³ و اسپیتزر ، 1993) . دریک مطالعه فیربورن و دیگران (1998) باهدف تعیین عوامل خطر برای پرخوری افراطی ، افراد دارای پرخوری افراطی را با گروه کنترل که سالم بودند مقایسه کردند . یافته های آنها نشان داد که افراد دارای پرخوری افراطی ، باقرارگرفتن در معرض عوامل خطر احتمال بیشتری وجود دارد که

⁶⁷ yanovski

⁶⁸ dicot

⁶⁹ lineford

⁷⁰ telch

⁷¹ agras

⁷² nelson

⁷³ dubbert

به اختلال روانپزشکی و چاقی مبتلا شوند. این افراد همچنین دارای اختلالهای همایند بیشتری به ویژه اختلال های خلقی و شخصیت هستند (میشل⁷⁴ و موسل⁷⁵، 1995؛ یانووسکی، نلسون⁷⁶، دوبرت⁷⁷ و اسپیتز، 1993؛ تلج و استیس⁷⁸، 1998). به نظرمی رسد که تاثیرات اختلالات خوردن فقط به مسائل ومشکلات جسمی مربوط نبوده بلکه ساختارروانی وذهنی فرد را نیزدرگیرخود می کند که این مسئله می تواند تا حد مشکلات درسطح شخصیتی فرد پیشروی داشته باشد.

در رابطه با اختلالات شخصیت، احتمال برخورداری از تشخیص اختلالات محور II در افراد دارای پرخوری افراطی 4 برابر بیشتر از (20%) گروه کنترل چاق و دارای اضافه وزن بدون اختلال پرخوری افراطی است (تلج و استیس، 1998). درمورد ارتباط متقابل بین علائم روانشناختی و اختلالات خوردن با ید گفت که با افزایش میزان علائم روانپزشکی نیز، افراد دارای اختلال پرخوری افراطی سطوح بالاتری از علائم اختلالات خوردن را گزارش می دهند. برای مثال، افراد دارای پرخوری افراطی نگرانی بیشتری رادرمورد وزن وشکل بدنی خود گزارش دارند (الدردلی⁷⁹ و آگراس، 1996؛ اسپیتزر وهمکاران، 1993) بیشتر از بازگشت مجدد وزن می ترسند، دل مشغولی بیشتری با غذا و وزن دارند و نارضایتی بیشتری از وضعیت بدنیشان دارند (ویلوونسکی و روزنبرگ⁸⁰، 1993).

⁷⁴ mischel

⁷⁵ mussel

⁷⁶ nelson

⁷⁷ dobert

⁷⁸ stice

⁷⁹ elderly

⁸⁰ rosenberg

افراد دچار اختلال پرخوری افراطی به احتمال زیاد از دست دادن کنترل رژیم غذایی⁸¹ (مارکوس⁸² ، وینگ و لمپارسکی⁸³ ، 1985 ؛ وادن ، فوسترولیتزیا⁸⁴ ، 1992) نگرانی های افراطی نسبت به شکل بدن و لاغری و دشواری درتفسیر احساسهای احشایی مرتبط با گرسنگی و سیری را گزارش می کنند (تلچ و استیس ، 1998 ؛ مارکوس ، وینگ و لمپارسکی ، 1985 ؛ وادن ، فوسترولیتزیا ، 1992 ؛ مارکوس و همکاران ، 1990) . به علاوه آزمودنی های دارای پرخوری افراطی درسنین کودکی دچار ضافه وزن بوده اند ، گرفتن رژیم غذایی را درسنین ابتدایی تر شروع می کنند و زمانی بیشتری را صرف اقدام های بی ثمر برای کاهش وزن می نمایند (هوارد⁸⁵ ، پورزلیوس⁸⁶ ، 1999 ؛ گریست و فیتز گیبون ، 1996) .

به عبارتی به نظر می رسد که برنامه های کاهش وزن تاثیر کمی در کاهش پرخوری افراطی درافراد چاق دارای اختلال پرخوری افراطی دارد (کیرکلی⁸⁷ و همکاران ، 1992) . بنابراین اجرای درمانهای کاهش پرخوری ، قبل ازانجام مداخلات کاهش وزن لازم به نظر می رسد .

آزمودنیهای دارای اضافه وزن دارای پرخوری افراطی ، خودشان را سنگین وزن تر و فربه تر از آزمودنی های بدون پرخوری افراطی روانی با یک وزن مقایسه پذیر درنظر می گیرند (موسل ، میشل ، دزوان⁸⁸ ، گروسبی⁸⁹ ، سیم⁹⁰ و کراو⁹¹ ، 1996)

⁸¹ Dietary disinhibition

⁸² marcus

⁸³ lamparski

⁸⁴ letzia

⁸⁵ howard

⁸⁶ porzelius

⁸⁷ Kircly

⁸⁸ Dezwoan

. ماشب⁹² وگریلو⁹³ (2000) دریافتند که افراد دارای پرخوری افراطی گزارش گران دقیق وزن هستند و حتی گرایش به کمتر گزارش کردن وزن دارند .

از آنجا که افزایش وزن و چاقی علاوه بر تاثیرات منفی بر روی زندگی شخصی فرد هزینه های هنگفتی را نیز از نظر بهداشتی ، اجتماعی و اقتصادی به جامعه تحمیل می کند و همانطور که گفته شد پرخوری افراطی می تواند زمینه ساز افزایش وزن و چاقی باشد در نتیجه انجام مداخلات درمانی به منظور کاهش پرخوری افراطی و در نتیجه پیشگیری از مشکلات مربوط به اضافه وزن لازم به نظر می رسد .

افراد دارای پرخوری افراطی نه تنها خود از این مسئله رنج می برند ، بلکه تخریبهای متاثر از این اختلال در روابط بین فردی ، اجتماعی ، حرفه ای و حتی سبک زندگی این افراد ، اختلال ایجاد می کند .

در رابطه با کیفیت زندگی افراد دارای اختلال پرخوری افراطی ، تحقیقات نشان داده اند که این افراد در معرض آسیب بیشتری در حیطه های کاری و اجتماعی هستند به عنوان مثال ، اسپیتزرو دانشجویانش دریافتند که 65% از شرکت کنندگان دارای اختلال پرخوری افراطی ، در مقایسه با 28/8% از گروه کنترل ، تخریب در روابط بین فردیشان را که مرتبط با نگرانی در مورد وزن و بد نشان بود را گزارش کردند . همچنین ، گزارشات در مورد اختلال در محیط کاری که مرتبط با خوردن

⁸⁹ Grosby

⁹⁰ Seim

⁹¹ Crow

⁹² Masheb

⁹³ Grilo

وآشفته‌گی مرتبط با وزن بود ، دراین افراد تقریباً دوبرابر افراد گروه کنترل بدون اختلال بود .

محققان دیگر در مطالعه تاثیر پرخوری افراطی بر کیفیت زندگی دریافتند که میزان آشفتگی روانی به طور کلی در میان افراد چاق دارای اختلال پرخوری افراطی در مقایسه با افراد چاق بدون این اختلال به طور معنا داری بالا تراست (ریگر⁹⁴ ، ویلفی⁹⁵ ، استین⁹⁶ ، مارینو⁹⁷ و کرو ، 2005) .

وقتی ارزیابی در مورد تاثیرات اضافه وزن بر ابعاد اصلی زندگی صورت گرفت ، افراد دارای اختلال پرخوری افراطی اختلال بیشتری را در ابعاد روانشناختی حرفه شان (دریافت ارتقا شغلی) زندگی جنسی (علائق جنسی) و عزت نفس نشان دادند (ریگر و همکاران ، 2005) . با توجه به نتایج عنوان شده در گزارشات فوق می توان گفت که بسیاری از اختلالات روانشناختی ارتباطی مستقیم یا غیر مستقیم با اختلالات خوردن به ویژه پرخوری افراطی دارند همچنین با توجه به آمارهای ارائه شده در مورد سبک تغذیه این افراد و فشارهای روانی و نگرانیهای مربوط به وضعیت و شکل بدن و تاثیرگذاری چنین منابع استرس زایی بر سلامت جسمی ، روحی و حتی سبک زندگی و روابط بین فردی این دسته از افراد به نظر می رسد که انجام مداخلات درمانی برای این افراد مثر تر واقع شود فلذا درمان این اختلال می تواند در پیشگیری و یا کنترل سایر اختلالات روانشناختی نیز گام موثری محسوب گردد .

⁹⁴ Rieger

⁹⁵ Wilfley

⁹⁶ Stein

⁹⁷ Marino

مسئله ی کنترل و درمان اضافه وزن ، موضوع نااطمینانی و اختلاف نظر است . از آنجایی که چاقی یک پدیده پیچیده و چند عاملی است و درعلل و پیامدهای آن عوامل زیستی ، روانشناختی و اجتماعی دخالت دارند ، در نتیجه کنترل و درمان آن از حیطة ی یک رشته واحد خارج است . شناسایی درمانهای به لحاظ تجربی حمایت شده ، می تواند به تثبیت بیشتر نقش مداخله های روان شناختی ، به عنوان قسمتی از رویکردهای میان رشته ای برای کنترل و درمان اضافه وزن و چاقی کمک نماید . حجم زیادی از پژوهشهای درمانی وجود دارد ، اما اکثر آنها دارای نارسایی های روش شناختی مهمی هستند (گلنی⁹⁸ ، ام آرا⁹⁹ ، ملویل¹⁰⁰ ، شلدون¹⁰¹ و ویلسون ، 1997) درکل سه رویکرد عمده مبتنی بر شواهد برای درمان وجود دارد درمان جراحی ، درمان دارویی و درمان رفتاری .

به این ترتیب بر اساس شواهد و مستندات ، دودرمان غیر جراحی درخصوص چاقی ، درمیان کامل کنندگان درمان ، حدود 10% کاهش وزن به وجود می آورد وبا افزایش دوباره ی وزن کاسته شده وقتی که درمان متوقف می شود همراه است (کوپروفیربورن ، 2001؛ به نقل از صادقی ، 1387) .

در نتیجه همانطور که پیشتر گفته شد از آنجایی که درطبقات گوناگون اضافه وزن و درحالت مرضی انواع اختلالات خوردن ، مکانیزمها روانشناختی و ذهنی دراین مسئله درگیر می باشند ، لذا روانشناسان به منظوردرمان اینگونه اختلالات ، رویکردهای درمانی متنوعی را به کارگرفته اند . درحال

⁹⁸ Glenny

⁹⁹ O meara

¹⁰⁰ Melville

¹⁰¹ Sheldon

حاضر درمانهای موجود سبب بهتر شدن علائم اختلالات پرخوری افراطی روانی و پراشتهایی عصبی می شوند. این رویکردهای درمانی از این قرارند:

(درمان شناختی - رفتاری) CBT (فیربورن، 1995، مارکوس، 1997، ویلسون، فیربورن و آگراس، 1997) که برنرمال سازی الگوهای نامناسب اختلالات خوردن و بیش ارزش گذاری در عقاید مربوط به وزن و بدن متمرکز است.

(درمان بین فردی) IPT (کلرمن¹⁰² و وایزمن¹⁰³، 1993، ویل فلی و همکاران 1993، ویل فلی و همکاران 2002) که هدف آن حل مشکلات بین فردی است که موجب ابقا و نگه داشتن اختلالات خوردن می شود.

BWL (آگراس و همکاران، 1994؛ مارکوس، وینی¹⁰⁴ و فیربورن، 1995؛ مانس¹⁰⁵ و همکاران، 2007) که بر کاهش الگوهای آشفته و بی نظم خوردن و مصرف بیش از اندازه کالری در مراجعین چاق دارای اختلال پرخوری افراطی روانی تاکید دارد.

با وجود اینکه چنین رویکردهای درمانی، هیجانات را مورد توجه قرار می دهند (درمانی بین فردی که بر نقش هیجانات منفی مانند غم که از روابط بین فردی مختل به وجود می آید توجه دارد) اما نه از لحاظ نظری و نه از لحاظ عملکرد، به طور مستقیم بر نقش هیجانات منفی در پرخوری افراطی روانی و پراشتهایی عصبی متمرکز نیستند. (سافر¹⁰⁶، تلج و چن¹⁰⁷،

¹⁰² Klerman

¹⁰³ Weissman

¹⁰⁴ Winy

¹⁰⁵ Mansch

¹⁰⁶ Safer

¹⁰⁷ Chen

2009) . این واقعیت را باید پذیرفت که تعداد قابل توجهی از مراجعین ، حتی بعد از دوره درمان با CBT یا IPT ویا BWL از علائم اختلال خوردن رنج می برند (ویلسون و همکاران ، 2007) به همین دلیل جویای دیگر مفاهیم نظری ویا رویکردهای درمانی برای حل مشکل خود هستند (سافر ، تلچ و جن ، 2009) .

از آنجا که هیچ یک از رویکردهای درمانی تاکنون بر مبنای مدل تنظیم هیجانی قرار نگرفته اند و با توجه به اینکه در اختلالات خوردن هیجانات نقش کلیدی دارند، رفتار درمانی دیالکتیکی¹⁰⁸ DBT رویکرد جدیدی است که بر مبنای تنظیم هیجانات در درمان اختلالات خوردن توسط مارشا لینهان¹⁰⁹ شکل گرفته است (1993 و 1994) که فراگیر ترین و تجربی ترین رویکرد درمانی در تنظیم عواطف برای افراد دارای اختلال شخصیت مرزی تا کنون بوده است (انجمن روانپزشکی آمریکا¹¹⁰ ، 2001) . از میان متخصصین این امر تلچ (1997) تشخیص داد که مفهوم سازی رفتار درمانی دیالکتیکی از آسیب زدن به خود (که در میان افراد دارای اختلال شخصیت مرزی¹¹¹ شایع است) به عنوان یک رفتار وسیله ای برای تنظیم عواطف منفی (اگرچه ناسازگارانه) در بیماران دارای اختلال شخصیت مرزی می تواند یک مدل مفید را برای فهم عملکرد (اگر چه ناسازگارانه) در پر خوری افراطی ویا رفتارهای پاکسازی و تخلیه به عنوان رفتارهای تنظیم کننده هیجانات به ویژه منفی در بیماران دارای اختلال خوردن فراهم می کند (سافر

¹⁰⁸ Dialectical behavior therapy

¹⁰⁹ Marsha

¹¹⁰ American psychiatric association

¹¹¹ Borderline personality disorder

، تلج وچن ، 2007) . فلذا کریستی اف تلج پکیج درمانی مربوط به اختلالات خوردن به ویژه پرخوری افراطی و پراشتهایی عصبی را از روی نسخه اصلی پکیج درمانی مربوط به رفتاردرمانی دیالکتیکی زیر نظر مارشا لینهان تدوین نموده است (تلج، 1997) .

مدل تنظیم عاطفه¹¹² ، برمبنای تعداد زیادی از مقالات که ارتباط بین عاطفه منفی و اختلالات خوردن را بیان می کند شکل گرفته است (آبراهام¹¹³ و بیومونت¹¹⁴ ، 1982 ؛ آرنو¹¹⁵ ، کناردی¹¹⁶ و آگراس 1992 ، 1995 ؛ پولیوی¹¹⁷ و هرمن¹¹⁸ 1993) در واقع مدل تنظیم عاطفه ، پرخوری افراطی و دیگر انواع آسیب شناسی خوردن را (برگرداندن اجباری غذا و یا خوردن محدود کننده) به عنوان یک تلاش رفتاری برای تحت تاثیر قرار دادن ، تغییر و یا کنترل سطوح هیجانی دردناک در نظر می گیرد (لینهان و چن 2005 ؛ والر¹¹⁹ ، 2003 ؛ ویزر¹²⁰ و تلج ، 1999 ؛ ویزینووسکی¹²¹ و کلی¹²² ، 2003) . به نظر می رسد که وهله های پرخوری در هر دو اختلال پرخوری افراطی خوردن و پراشتهایی عصبی به عنوان وسیله ای برای ایجاد تقویت منفی یا اجتناب موقت از این هیجانات ، عمل می کند . (آرنو و

¹¹² Affect regulation

¹¹³ Abraham

¹¹⁴ Beumont

¹¹⁵ Arnow

¹¹⁶ Kenardy

¹¹⁷ Polivy

¹¹⁸ Herman

¹¹⁹ Waller

¹²⁰ Wiser

¹²¹ Wisniewski

¹²² Kelly

همکاران، 1995؛ پولیوی و هرمن، 1993؛ سیگنیس¹²³ و همکاران، 2007؛ استیکنی¹²⁴، میلتنبر¹²⁵ و ولف¹²⁶، 1999).

شواهد تحقیقاتی نیز نقش هیجان‌ات (به ویژه هیجان‌ات منفی) و تاثیر تنظیم عواطف در پرخوری افراطی روشن می‌کنند. برای مثال، دریک مطالعه روشن شده است که بیشترین فراخوانهای انگیزشی پرخوری افراطی، نگرانی و خلق منفی است (پولیوی و هرمن، 1993). علاوه بر این، خوردندگان پرخور دارای اضافه وزن، برانگیزنده‌های بیشتری را در پاسخ به هیجان‌ات منفی نسبت به کسانی که پرخور نیستند، صرف‌نظر از میزان اضافه وزن گزارش می‌کنند (الدرگ¹²⁷ و آگراس، 1996).

مطالعات دیگر نیز نتایج مشابهی را در مورد نقش خلق منفی در برانگیزی پرخوری نشان می‌دهند و عنوان می‌کند که یک دلیل بالقوه در پاسخدهی به پرخوری افراد به هنگام هیجان‌ات و خلق منفی، اینست که چنین افرادی موقعیتها را بیش از آنکه استرس‌زا باشند تعبیر می‌کنند و این شاید به دلیل وجود نقص در سیستم تنظیم هیجان‌اتشان باشد (کوا¹²⁸، توریز¹²⁹ و هیل¹³⁰، 2001).

چنین نتایجی توسط ویتسیر¹³¹ و دانشجویانش (2007) در مورد نقش هیجان‌ات در پرخوری افراطی مورد حمایت واقع شده است به گونه‌ای که آن‌های گزارش داده‌اند که مشکل این افراد

¹²³ Signyth

¹²⁴ Stickney

¹²⁵ Miltenber

¹²⁶ Wolff

¹²⁷ Elderg

¹²⁸ Chua

¹²⁹ Touryz

¹³⁰ Hill

¹³¹ Witseer

در احساس و تعیین سطوح هیجانات، به همراه محدودیت در به کارگیری استراتژیهای تنظیم هیجانی است که با پرخوری افراطی و رای تاثیرات جنس، محدودیت غذا و بیش ارزش گذاری در وزن و بدن است.

بنابراین رفتاردرمانی دیالکتیکی به طور اخص برای آموزش مهارتهای تنظیم عواطف سازگارانه طراحی شده و برای هدف قرار دادن رفتارهایی که نتیجه بی نظمی هیجانی است یک تئوری مورد قبول برای به کارگیری رفتاردرمانی دیالکتیکی در درمان پرخوری افراطی و پراشتهایی عصبی به وجود آورده است (لاویا¹³² و مارکوس، 2004، تلج و همکاران، 2000، ویزینووسکی و کلی 2003، ویزر و تلج، 1999) در نتیجه نظریه اینکه عواطف و هیجانات ارتباط تنگاتنگی با اختلالات خوردن به ویژه پرخوری افراطی دارند و با توجه به اینکه رفتاردرمانی دیالکتیکی بر تنظیم هیجانات متمرکز است به نظر می رسد که این رویکرد درمانی در درمان اختلال پرخوری افراطی موثر باشد، که این امر تا کنون توسط تحقیقات صورت گرفته در این باره به اثبات رسیده است

روش درمانی

بخشی از رفتار درمانی دیالکتیکی که در این پژوهش اجرا می شود استراتژیهای مهارت آموزی در چندین زمینه می باشد که این آموزشها طی ده جلسه گروه درمانی بر روی گروه آزمایش انجام می شود.

رئوس اصلی مطالب شامل آموزش موارد زیر می باشد:

1- مهارتهای ذهن آگاهی محض

¹³² Lavia

- ذهن سلیم ، ذهن هیجانی و ذهن منطقی
- مشاهده
- توصیف
- مشارکت
- خوردن ذهن آگاه
- غیر قضاوتی بودن
- انجام یک فعالیت در یک زمان
- کارابودن
- غلبه بر تکانه ها
- تغییرجهت طغیان

2 - مهارتهای تنظیم هیجان

- شناسایی و نام گذاری هیجانات
- دوست داشتن هیجانات
- کاهش آمادگی برای برخورداری از ذهن هیجانی
- ایجاد تجارب مثبت
- ذهن آگاه بودن نسبت به تجارب مثبت
- گرفتن موضع متضاد

3 - مهارتهای تحمل رنج