

## بررسی نقش اختلالات شخصیت در درمان بیماران مبتلا به اختلالات تغذیه \*

محمدعلی بشارت

استادیار دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران

### چکیده

وجود همزمان دو یا چند اختلال روان‌شناختی (همبودی) یک پدیده بالینی شناخته شده است. بسیاری از بیماران مبتلا به اختلالات تغذیه همزمان از اختلالات شخصیت رنج می‌برند. شناخت ماهیت ارتباط اختلالات شخصیت و تغذیه به دلیل استلزام‌ها و راه‌کارهای نظری و درمانی آن بسیار مهم است. هدف پژوهش حاضر بررسی همبودی اختلالات شخصیت و تغذیه و تأثیر اختلالات شخصیت بر نتایج درمان بیماران مبتلا به اختلالات تغذیه است. این پژوهش در درمانگاه اختلالات تغذیه بیمارستان روانی مادزلی لندن و بخش روان‌درمانی موسسه روانپزشکی دانشگاه لندن در مورد ۵۸ بیمار مبتلا به اختلال تغذیه انجام شده است. پس از بررسی‌های گسترده بالینی و تشخیصی در مرحله پیش‌درمانی، آزمودنی‌ها به صورت تصادفی در چهار گروه درمانی جایگزین شدند. نتایج نشان داد که ۴۶/۵ درصد آزمودنی‌ها علاوه بر اختلال تغذیه از یک اختلال شخصیتی رنج می‌بردند. بیماران مبتلا به اختلال پرخوری بیش از بیماران مبتلا به اختلال بی‌اشتهایی اختلال شخصیتی نشان دادند. به طور نسبی، اختلال شخصیت اضطرابی با بیماری بی‌اشتهایی و اختلال شخصیت هیستریکی با بیماری پرخوری در ارتباط بود؛ و اختلال شخصیت با نتایج درمانی ضعیف‌تر همبستگی داشت.

واژگان کلیدی: اختلالات تغذیه، اختلال پرخوری، اختلال بی‌اشتهایی، اختلالات شخصیت.

---

##. این مقاله بخشی از رساله دکتری تخصصی محقق در دانشگاه لندن است. بدین وسیله از همه کسانی که در انجام رساله محقق را یاری کردند، به ویژه اساتید محترم راهنما، دکتر ایوان آیسلر (Ivan Eisler) و دکتر کریستوفر دیر (Christopher Dare) تشکر و قدردانی می‌شود.

## مقدمه

پژوهش‌ها رابطه بین شخصیت و نشانه‌های مرضی (کندل<sup>۱</sup> و دیسی پیو<sup>۲</sup>، ۱۹۶۸)، پیش‌آگهی (رزن<sup>۳</sup>، ۱۹۸۷) و پاسخ به درمان (تایرر<sup>۴</sup>، کسی<sup>۵</sup> و گال<sup>۶</sup>، ۱۹۸۳) را نشان داده‌اند و اختصاص یک محور مستقل به اختلالات شخصیت در نظام‌های طبقه‌بندی بیماری‌های روانی (DSM-IV, ۱۹۹۴) تاکید می‌کند است مضاعف بر اهمیت اختلالات شخصیت و به رسمیت شناختن نقش تعیین‌کننده ویژگی‌های شخصیتی در نشانه‌شناسی، علت‌شناسی و درمان این دسته از بیماری‌های روانی.

بررسی‌های همه‌گیری شناختی میزان شیوع اختلالات شخصیت را در بیماران مبتلا به اختلال تغذیه<sup>۷</sup>، اختلال بی‌اشتهایی<sup>۸</sup> (AN) و اختلال پرخوری<sup>۹</sup> (BN)، از ۲۷ درصد (هرزگ<sup>۱۰</sup> و همکاران، ۱۹۹۲) تا ۹۳ درصد (کندی<sup>۱۱</sup>، مک وی<sup>۱۲</sup> و کتز<sup>۱۳</sup>، ۱۹۹۰) برای وجود هر نوع اختلال شخصیت برآورد کرده‌اند. این تخمین‌ها برای بیماران مبتلا به پرخوری از ۲۱ - ۴۰ درصد (آمز-فرانکل<sup>۱۴</sup> و همکاران، ۱۹۹۲) تا ۴۰ - ۶۰ درصد (استیگر<sup>۱۵</sup> و همکاران، ۱۹۹۱؛ روسیتر<sup>۱۶</sup> و همکاران، ۱۹۹۳؛ زانارینی<sup>۱۷</sup> و همکاران، ۱۹۹۰) و ۶۱ - ۸۵ درصد (استیگر و همکاران، ۱۹۹۲؛ اشمیت<sup>۱۸</sup> و تلچ<sup>۱۹</sup>، ۱۹۹۰؛

1. Kendell

2. Discipio

3. Rosen

4. Tyrer

5. Casey

6. Gall

7. Eating disorder

8. Anorexia Nervosa

9. Bulimia Nervosa

10. Herzog

11. Kennedy

12. Mcvey

13. Katz

14. Ames-Ftankel

15. Steiger

16. Rossiter

17. Zanarini

18. Schmidt

19. Telch

20. Norman

لزن، بلیس<sup>۱</sup> و هرزگ، ۱۹۹۳؛ وندرلیچ<sup>۲</sup> و همکاران، ۱۹۹۰) متفاوت بوده‌اند. در برآوردی کلی از سیزده پژوهش در این مورد (آمز - فرانکل و همکاران، ۱۹۹۲؛ اشمیت و تلچ، ۱۹۹۰؛ زانارینی و همکاران، ۱۹۹۰؛ کندی، مک وی و کتز، ۱۹۹۰؛ وندرلیچ و همکاران، ۱۹۹۰؛ هرزگ و همکاران، ۱۹۹۲ و ...) وجود حداقل یک اختلال شخصیت در بیماران مبتلا به اختلال تغذیه ۵۹ درصد تخمین زده شده است. مشاهدات بالینی (بروک<sup>۳</sup>، ۱۹۷۳) و مطالعات روان‌سنجی<sup>۴</sup> (استروبر<sup>۵</sup>، ۱۹۸۳؛ گارنر<sup>۶</sup>، المستد<sup>۷</sup> و گارفینکل<sup>۸</sup>، ۱۹۸۳؛ گارنر و همکاران، ۱۹۸۵) ویژگی‌های شخصیتی متفاوت را برای بیماران مبتلا به انواع مختلف اختلالات تغذیه تأیید می‌کنند. وندرلیچ و همکاران (۱۹۹۰) و پیران و همکاران (۱۹۸۸) نشان داده‌اند که پرخوری با اختلال شخصیت هیستریکی<sup>۹</sup> و بی‌اشتهایی با اختلال شخصیت وسواس - بی‌اختیاری<sup>۱۰</sup> و اجتنابی<sup>۱۱</sup> همبستگی دارند. یافته‌های دیگر این همبستگی را تأیید نمی‌کنند (پوپ<sup>۱۲</sup> و همکاران، ۱۹۶۷؛ گارتنر و همکاران، ۱۹۸۹).

اختلالات شخصیت قدرت خود را در پیش‌بینی نتایج نامطلوب درمان مشکلاتی چون افسردگی (بلک<sup>۱۳</sup> و همکاران، ۱۹۸۸؛ چارنی<sup>۱۴</sup> و همکاران، ۱۹۸۱؛ زاگرمز<sup>۱۵</sup> و همکاران، ۱۹۸۰؛ فرانک<sup>۱۶</sup> و همکاران، ۱۹۸۷؛ فهل<sup>۱۷</sup> و همکاران، ۱۹۸۴، ۱۹۸۷؛

1. Blais

2. Wonderlich

3. Bruch

4. psychometric

5. Strober

6. Garner

7. Olmsted

8. Garfinkel

9. Hystrionic

10. obsessive-compulsive

11. Aviodant

12. Pope

13. Black

14. charney

15. Zuckerman

16. Frank

17. Pfohl

ویسمن<sup>۱</sup> و همکاران، (۱۹۷۸) اضطراب (ترنر<sup>۲</sup>، ۱۹۸۷؛ ریچ<sup>۳</sup>، ۱۹۸۸؛ فوارلی<sup>۴</sup> و آلبانسی<sup>۵</sup>، ۱۹۸۷؛ ماویسا کالیان<sup>۶</sup> و هامان<sup>۷</sup>، ۱۹۸۷) اختلالات نورزی<sup>۸</sup> (تایرر و همکاران، ۱۹۸۳)، مشکلات شرابخواری<sup>۹</sup> (گریگز<sup>۱۰</sup> و تایرر، ۱۹۸۱) و اختلالات تغذیه<sup>۱۱</sup> (جانسن، توبین<sup>۱۲</sup> و دنیس<sup>۱۳</sup>، ۱۹۹۰؛ دیتر<sup>۱۴</sup> و همکاران، ۱۹۹۲؛ رسیتر و همکاران، ۱۹۹۳؛ سن سون<sup>۱۵</sup> و فاین<sup>۱۶</sup>، ۱۹۹۲) نشان داده‌اند. مک‌کله‌لند<sup>۱۷</sup> و همکاران (۱۹۹۱) با استفاده از مصاحبه سنجش شخصیت<sup>۱۸</sup> (PAS؛ تایرر و الکساندر<sup>۱۹</sup>، ۱۹۷۹) در بیماران مبتلا به اختلال تغذیه، ۵۲ درصد از آزمودنی‌ها را دارای اختلال شخصیت تشخیص دادند. این دسته از بیماران در مقایسه با آزمودنی‌هایی که فاقد اختلال شخصیت بودند دوره بیماری طولانی‌تری داشتند. فاهی<sup>۲۰</sup>، آیسلر<sup>۲۱</sup> و راسل<sup>۲۲</sup> (۱۹۹۳) نشان داده‌اند که شناخت درمانگری رفتاری<sup>۲۳</sup> در بیماران مبتلا به اختلال پرخوری که همزمان دچار اختلال شخصیت نیز می‌باشند، با نتایج ضعیف درمان همبستگی دارد. یافته‌های پژوهش جانسن، توبین و دنیس (۱۹۹۰) حاکی از آن است که اختلال پرخوری وقتی با اختلال شخصیت مرزی<sup>۲۴</sup> همراه شود، درمان تحلیلی<sup>۲۵</sup> نیز ثمربخش

- 
- |                                |                                     |
|--------------------------------|-------------------------------------|
| 1. Weissman                    | 2. Turner                           |
| 3. Reich                       | 4. Favarelli                        |
| 5. Albanesi                    | 6. Mavissakalian                    |
| 7. Hamman                      | 8. neurotic disorders               |
| 9. drinking problems           | 10. Griggs                          |
| 11. Johnson                    | 12. Tobin                           |
| 13. Denis                      | 14. Deter                           |
| 15. Sanson                     | 16. Fine                            |
| 17. McClelland                 | 18. Personality Assessment Schedule |
| 19. Alexander                  | 20. Fahy                            |
| 21. Eisler                     | 22. Russell                         |
| 23. cognitive-behavior therapy | 24. borderline personality disorder |
| 25. analytic therapy           |                                     |

نخواهد بود. بعضی معتقدند که در وضعیت فعلی نمی‌توان پیش‌آگهی منفی اختلالات شخصیت را قطعی دانست (آمز-فرانکل و همکاران، ۱۹۹۲؛ فالون<sup>۱</sup> و همکاران، ۱۹۹۱؛ فاهی، آیسلر و راسل، ۱۹۹۳).

ماهیت رابطه بین اختلالات شخصیت و بیماری‌های روانی براساس دیدگاه‌های متفاوت تبیین می‌شوند. آکیسکال<sup>۲</sup>، هیرشفلد و ایروانیان (۱۹۸۳) چهار فرضیه در این باره مطرح کرده‌اند: در فرضیه اول ویژگی‌های شخصیت به منزله متغیرهای آماده‌ساز در پدیدآیی اختلالات روانی تلقی می‌شوند. بروک (۱۹۷۳) با تأکید بر نقش تعیین‌کننده علت شناختی شخصیت پیش‌مرضی<sup>۳</sup> افراد مبتلا به اختلال تغذیه در پدیدآیی اختلال بی‌اشتهایی از فرضیه آمادگی<sup>۴</sup> (تمهید) حمایت می‌کند. فرضیه دوم میان می‌دارد ویژگی‌های شخصیت نشانه‌ها و دوره اختلالات روانی را متأثر می‌سازند. شخصیت، طبق این فرضیه، متغیری آماده‌ساز یا علت شناختی محسوب نمی‌شود، بلکه صرفاً به تظاهرات بیماری شکل ویژه می‌دهد. فرضیه شکل‌پذیری مرضی<sup>۵</sup> (فرضیه تعدیل<sup>۶</sup>) به اخیراً در مورد اختلالات تغذیه تأیید شده است.

گارفینکل و گارنر (۱۹۸۲) نشان داده‌اند که نتایج درمانی ضعیف‌تر در بیماران مبتلا به بی‌اشتهایی با صفات شخصیتی ناپایدار و نورتیک، افزایش مشخصه‌های بدنی و وسواسی و یا نشانه‌های پرخوری روانی همبستگی دارند. فرضیه سوم متغیرهای شخصیتی را اساساً به منزله برآیند اختلال روانی می‌داند. براین اساس، ویژگی‌های شخصیت از پیامدهای اختلال روانی بوده، فاقد اهمیت علت شناختی در پدیدآیی بیماری می‌باشند. فربرن<sup>۷</sup> (۱۹۸۴) با بهبود افسردگی در بیماران مبتلا به پرخوری همزمان با کنترل نشانه‌های اختلال تغذیه، فرضیه اخیر را تقویت کرده است. فرضیه

1. Fallon

2. Akiskal

3. premorbid

4. predisposition

5. pathoplastic

6. modifying

7. Fairburn

برآیند<sup>۱</sup> در مورد اختلالات تغذیه نیازمند بررسی‌های بیشتر است. سرانجام در فرضیه<sup>۲</sup> چهارم ویژگی‌های شخصیت، شکل‌های فرعی اختلالات روانی دیگر قلمداد می‌شوند. آکسکال (۱۹۸۴) معتقد است که اختلال شخصیت اسکیزوفرنی گونه<sup>۳</sup> احتمالاً یکی از شکل‌های فرعی<sup>۳</sup> اسکیزوفرنیا را نشان می‌دهد. پذیرش اختلال شخصیت اسکیزوفرنی گونه به منزله شکل فرعی اسکیزوفرنیا شاید دشوار نباشد، ولی به نظر نمی‌رسد به سادگی بتوان چنین رابطه‌ای را برای ویژگی‌های شخصیتی مرتبط با اختلالات تغذیه به مثابه شکل فرعی بی‌اشتهایی یا پرخوری ثابت کرد، زیرا تفاوت دو اختلال در اولی کمی و در دومی کیفی است. بنابراین، فرضیه<sup>۴</sup> تفریع<sup>۴</sup> کمتر از بقیه فرضیه‌ها با اختلالات تغذیه مرتبط به نظر می‌آید (سویفت<sup>۵</sup> و وندرلیچ، ۱۹۸۸).

در حال حاضر، پژوهش‌ها در مورد رابطه بین اختلالات شخصیت و اختلالات تغذیه به نتایج مفید، اما محدود، دست یافته‌اند. لازم است در سه زمینه زیر پژوهش‌های بیشتری صورت گیرد: اول، جهت رابطه بین این دو پدیده بالینی بررسی شود؛ دوم، شکل همبستگی بالینی انواع مختلف اختلالات تغذیه با انواع متفاوت اختلالات شخصیت مشخص شود؛ سوم، تأثیر اختلالات شخصیت در روند درمان بیماران مبتلا به اختلالات تغذیه بررسی شود. پژوهش حاضر با تکیه بر یافته‌های مطالعات قبلی به بررسی ماهیت و شیوع اختلالات شخصیت در بیماران مبتلا به اختلال تغذیه می‌پردازد. فرضیه‌های پژوهش حاضر عبارتند از:

- ۱- اختلال شخصیت بیماران مبتلا به بی‌اشتهایی با اختلال شخصیت بیماران مبتلا به پرخوری متفاوت است.
- ۲- فراوانی اختلال شخصیت اضطرابی در بیماران مبتلا به بی‌اشتهایی و اختلال شخصیت هیستریکی در بیماران مبتلا به پرخوری بیشتر است.
- ۳- ویژگی‌های شخصیتی بیماران مبتلا به بی‌اشتهایی با اختلال شخصیت بازداشته<sup>۶</sup>

---

1. complication

2. schizotypal

3. subclinical form

4. attenuation

5. Swift

6. inhibited

و ویژگی‌های شخصیتی بیماران مبتلا به پرخوری با اختلال شخصیت وابسته<sup>۱</sup> همبستگی دارند.

در این پژوهش همچنین با طرح پرسش‌های زیر تأثیر اختلال شخصیت بر فرآیند درمان بیماران مبتلا به اختلال تغذیه بررسی می‌شود.

- ۱- آیا اختلال شخصیت با نتایج نامطلوب درمان بیماران مبتلا به اختلال تغذیه همبستگی دارد؟ اگر چنین باشد،
- ۲- کدام یک از اختلالات شخصیت نتایج ضعیف‌تری را به همراه خواهد داشت؟
- ۳- اختلال شخصیت در کدام نوع درمان بیشترین همبستگی را با نتایج خواهد داشت؟

روش

نمونه

گروه نمونه مشتمل بر پنجاه و هشت بیمار زن مبتلا به اختلال تغذیه است که به منظور دریافت خدمات درمانی به کلینیک اختلالات تغذیه بیمارستان روانی مادزلی<sup>۲</sup> لندن و بخش روان‌درمانی انستیتو روانپزشکی دانشگاه لندن مراجعه کرده بودند. ضابطه شرکت در این طرح آزمایشی بالینی<sup>۳</sup> داشتن ۱۸ سال و معیارهای تشخیصی DSM-IV (APA, ۱۹۹۴) و (WHO, ۱۹۹۲) ICD-10 برای اختلالات تغذیه، اختلال بی‌اشتهایی و اختلال پرخوری، بود. جدول ۱ مشخصه‌های بیماران را نشان می‌دهد. آزمودنی‌ها به دو گروه تقسیم شدند: (AN = ۴۳ (۷۴/۱)٪، BN = ۱۵ (۲۵/۹)٪. میانگین سنی آزمودنی‌ها ۲۶/۱ سال (انحراف معیار = ۷/۸۷، دامنه = ۱۸-۴۵) و میانگین سن شروع بیماری ۱۸/۶۹ سال (انحراف معیار = ۵/۲۴) بود. میانگین وزن آزمودنی‌ها برحسب درصد میانگین وزن جامعه با توجه به سن و قد (دیم،<sup>۴</sup> لتنر<sup>۵</sup>، ۱۹۷۰) ۷۱/۸۲ درصد (انحراف معیار = ۷/۸۷) بود. هفتاد و چهار درصد آزمودنی‌ها (n=۴۳) پیش‌تر در

1. dependent

2. Maudsley Hospital

3. clinical controlled trial

4. Diem

5. Lentner

سایر مراکز خدمات درمانی دریافت کرده بودند؛ ۷۲/۴ درصد اعضای گروه نمونه (n=۴۲) مجرد، ۱۸/۹ درصد (n=۱۱) متأهل و ۸/۶ درصد (n=۵) مطلقه بودند.

جدول ۱. مشخصه‌های بیماران مبتلا به اختلال تغذیه

مشخصات	تعداد	درصد	میانگین	انحراف معیار
بی‌اشتهایی	۴۳	۷۴/۱	---	---
پرخوری	۱۵	۲۵/۹	---	---
سن آزمودنی (سال)	---	---	۲۶/۱	۶/۵۸
سن شروع اختلال تغذیه (سال)	---	---	۱۸/۶۹	۵/۲۴
دوره بیماری (سال)	---	---	۶/۴۸	۵/۹۶
میانگین وزن بدن	---	---	۷۱/۸۲	۷/۸۷
درمان قبلی	۴۳	۷۴/۱	---	---
تجرد	۴۲	۷۲/۴	---	---
تاهل	۱۱	۱۸/۹	---	---
طلاق	۵	۸/۶	---	---

#### روش اجرا

فرایند سنجش بالینی در مرحله پیش‌درمانی (T<sub>۱</sub>) با تقسیم آزمودنی‌ها به دو گروه AN و BN براساس ضوابط تشخیصی DSM-IV و ICD-10 آغاز شد و با بررسی نشانه‌های اختلالات تغذیه، پرخوری، افسردگی، وسواس و مشکلات بین شخصی از طریق تکمیل آزمون‌های زیر ادامه یافت: پرسشنامه اختلال تغذیه<sup>۱</sup> (گارنر، المستد و پولیوی<sup>۲</sup>،



۱۹۸۳؛ آزمون پرخوری ادینبورو<sup>۱</sup> (هندرسن<sup>۲</sup>، فریمن<sup>۳</sup>، ۱۹۸۷)؛ پرسشنامه افسردگی بک<sup>۴</sup> (بک و همکاران، ۱۹۶۱)؛ آزمون وسواس - بی‌اختیاری مادزلی<sup>۵</sup> (هدسن<sup>۶</sup> و راجمن<sup>۷</sup>، ۱۹۷۷)؛ پرسشنامه مشکلات بین شخصی<sup>۸</sup> (هرویتز<sup>۹</sup> و همکاران، ۱۹۸۸)؛ هرویتز و همکاران، ۱۹۸۹). پس از آن آزمودنی‌ها در مصاحبه سنجش شخصیت (تایرر، ۱۹۸۸؛ تایرر و الکساندر، ۱۹۷۹) با هدف تشخیص اختلالات شخصیتی شرکت کردند. مصاحبه سنجش نتایج درمان مورگان - راسل<sup>۱۰</sup> (مورگان و راسل، ۱۹۷۵؛ مورگان و هیوارد<sup>۱۱</sup>، ۱۹۸۸) نیز در دو نوبت، پیش از شروع درمان (T<sub>۱</sub>) و پس از پایان دوره درمان (T<sub>۲</sub>) به منظور سنجش وضعیت بالینی و پیشرفت بالینی آزمودنی‌ها اجرا شد. پس از بررسی‌های گسترده تشخیصی و بالینی در مرحله پیش‌درمانی (T<sub>۱</sub>) آزمودنی‌ها به صورت تصادفی در چهار گروه خانواده درمانگری<sup>۱۲</sup>، تحلیل‌گری متمرکز<sup>۱۳</sup>، شناخت درمانگری تحلیلی<sup>۱۴</sup> و درمان حمایتی<sup>۱۵</sup> جایگزین شدند تا برای ۱۲ ماه تحت درمان قرار گیرند. جدول ۲ مشخصه‌های این رویکردهای درمانی و روش اجرای آن‌ها را به اختصار نشان می‌دهد.

- 
1. The Bulimic Inventory test, Edinburgh
  2. Henderson
  3. Freeman
  4. Beck Depression Inventory
  5. The Maudsley obsessional-cimpulsive Inventory
  6. Hodgson
  7. Rachman
  8. The Inventory of Interpersonal Problems
  9. Horowitz
  10. The Morgan- Russell outcome Assessment Schedule
  11. Hayward
  12. family therapy
  13. Focal Analytic therapy
  14. Cognitive-analytic therapy
  15. Supportive therapy

جدول ۲. مشخصه‌های رویکردهای درمانی و روش اجرای آنها در بیماران مبتلا به اختلال تغذیه

نوع درمان	فراوانی	درمانگر	روش اجرا	نظارت
خانواده‌درمانگری	جلسات ۶۰ تا ۹۰ دقیقه‌ای، هر دو هفته یک جلسه، به مدت یک سال	درمانگر متخصص در زمینه روان‌تحلیل‌گری و خانواده‌درمانگری	تسهیل تمایز زندگی بیمار و خانواده، حذف نقش نشانه بیماری به عنوان شرط رابطه، تغییرات نشانه‌ای	نظارت مستقیم به وسیله یک خانواده‌درمانگر با تجربه در چارچوب یک گروه ثابت نظارتی
تحلیل‌گری متمرکز	جلسات ۵۰ دقیقه‌ای، هفته‌ای یک جلسه، به مدت یک سال	درمانگر متخصص در زمینه روان‌تحلیل‌گری و خانواده‌درمانگری	تمرکز بر معنای نشانه بیماری به عنوان واسطه تجربه ارتباطی به ویژه نسبت به درمانگر، اجتناب از توصیه مستقیم در مورد تغییرات نشانه‌ای	نظارت غیر مستقیم به وسیله یک روان‌تحلیل‌گر با تجربه در چارچوب یک گروه ثابت نظارتی
شناخت‌درمانگری تحلیلی	جلسات ۶۰ تا ۹۰ دقیقه‌ای، هر هفته یک جلسه، به مدت شش	درمانگر متخصص در زمینه شناخت‌درمانگری تحلیلی	درمان ساخت دار با عناصر شناختی روان‌پویشی، تمرکز بر زیر ساخت سازمان‌های شناختی که نشانه بیماری را به تجربه‌های تحولی و آسیب‌زا پیوند می‌زنند. این موضوعات با همکاری درمانگر و بیمار به تصویر کشیده می‌شوند و نزد بیمار باقی می‌مانند.	نظارت مستقیم به وسیله یک متخصص شناخت‌درمانگری تحلیلی
درمان حمایتی	جلسات ۳۰ دقیقه‌ای، هر دو هفته یک جلسه، به مدت یک سال	کارآموز متخصص در زمینه اختلالات تغذیه	تمرکز بر تغییرات نشانه‌ای بر اساس رژیم‌های غذایی و توصیه‌های فیزیولوژیک، ترغیب و نصیحت، داروی افسردگی	نظارت غیر مستقیم به وسیله روان‌پزشک متخصص در زمینه اختلالات تغذیه

## ابزار

در این پژوهش از دو دسته ابزار استفاده شد: مقیاس‌های مشاهده‌ای و مقیاس‌های خودسنجی.

مصاحبه سنجش نتایج درمان مورگان - راسل. این مقیاس مصاحبه‌ای ساخت دار است که مورگان و راسل (۱۹۷۵) برای سنجش وضعیت بالینی و نتایج درمان ابداع کرده‌اند. این مقیاس به همراه مشخصه‌های روان‌سنجی معتبر (مورگان و هیوارد، ۱۹۸۸) به صورت گسترده در پژوهش‌های بالینی مربوط به اختلالات بی‌اشتهایی و پرخوری به کار می‌رود. این مصاحبه از پنج زیر مقیاس تشکیل شده است: جذب غذا<sup>۱</sup>، الگوی قاعدگی<sup>۲</sup>، وضعیت روانی<sup>۳</sup>، وضعیت روانی - جنسی<sup>۴</sup>، و روابط اجتماعی و خانوادگی. هر مقیاس از صفر تا دوازده نمره گذاری می‌شود و میانگین نمره مقیاس‌ها تعیین‌کننده نتیجه عمومی درمان است. نتیجه درمان در مقیاس اصلی به سه مقوله خوب، متوسط و ضعیف طبقه‌بندی می‌شود. نظر به اهداف خاص این پژوهش و ماهیت مزمن اختلالات تغذیه آزمودنی‌های پژوهش حاضر، طبقه‌بندی سه‌گانه فوق به چهار مقوله بهبود کامل، پیشرفت قابل ملاحظه، پیشرفت نسبی و ضعیف تغییر یافت.

مصاحبه سنجش شخصیت (PAS). این مقیاس مصاحبه‌ای نیمه ساخت دار است که تایرر و الکساندر (۱۹۷۹) ابداع کرده‌اند. این مقیاس بیست و چهار متغیر شخصیتی را می‌سنجد. اختلالات شخصیت در این مقیاس براساس تحلیل خوشه‌ای متغیرهای شخصیتی به سیزده اختلال تقسیم می‌شوند و برحسب شرایط پژوهش مانند تعداد کم آزمودنی‌ها در گروه‌های سیزده‌گانه، این اختلالات به چهار دسته کلی‌تر یعنی ضداجتماعی<sup>۵</sup>، وابسته، بازداشته و گوشه‌گیر<sup>۶</sup> کاهش می‌یابند. اختلالات شخصیت حاصل از اجرای PAS معادل اختلالات شخصیت DSM و ICD بوده، قابل محاسبه و تبدیل به اختلالات نظام‌های اخیر می‌باشند. مصاحبه سنجش شخصیت (PSA) از پایایی مناسب برخوردار است (تایرر، کسی و گال، ۱۹۸۳؛ تایرر و همکاران، ۱۹۷۹).

1. food intake

2. menstrual Pattern

3. mental state

4. psychosexual state

5. antisocial

6. withdrawn

پرسشنامه اختلال تغذیه. این مقیاس آزمونی ۶۴ پرسشی است که ماهیت چند بعدی AN و BN را می‌سنجد (گارنر، المستد و پولیوی، ۱۹۸۳). هشت زیر مقیاس این پرسشنامه عبارتند از تمایل به لاغری<sup>۱</sup>، پرخوری<sup>۲</sup>، نارضایتی بدنی<sup>۳</sup>، ناکارآمدی<sup>۴</sup>، کمال‌گرایی<sup>۵</sup>، بی‌اعتمادی بین شخصی<sup>۶</sup>، آگاهی احشایی<sup>۷</sup>، و ترس‌های ریشی<sup>۸</sup>. پرسشنامه اختلال تغذیه از ثبات درونی خوب (راسیتی<sup>۹</sup> و نورکروس<sup>۱۰</sup>، ۱۹۸۷؛ شور<sup>۱۱</sup> و پورتر<sup>۱۲</sup>، ۱۹۹۰) و پایایی بسیار بالا (ویر<sup>۱۳</sup> و پراتز<sup>۱۴</sup>، ۱۹۸۷) بهره‌مند است.

پرسشنامه پرخوری ادینبورو. این مقیاس آزمونی ۳۳ پرسشی است و برای سنجش نشانه‌های پرخوری یا وهله‌های مهارناپذیر پرخوری ابداع شده است (هندرسن و فریمن، ۱۹۸۷). دو زیر مقیاس این پرسشنامه نشانه‌ها و شدت نشانه‌ها را اندازه‌گیری می‌کنند و برای به دست آوردن یک نمره کلی قابل جمع هستند.

پرسشنامه افسردگی بک. این مقیاس آزمونی ۲۱ پرسشی است که در سال ۱۹۶۱ ابداع و کمی بعد مورد تجدیدنظر قرار گرفت (بک و همکاران، ۱۹۶۱، ۱۹۷۹). هر پرسش از صفر تا سه نمره‌گذاری می‌شود و حاصل جمع نمره‌های آزمودنی شدت نشانه‌های افسردگی را نشان می‌دهد. پایایی و اعتبار این مقیاس در پژوهش‌های انجام گرفته مناسب نشان داده شده است (بک، استیر و گاربین، ۱۹۸۸).

پرسشنامه وسواس - بی‌اختیاری مادزلی. این مقیاس آزمونی ۳۰ پرسشی است که برای سنجش نشانه‌های وسواس - بی‌اختیاری ابداع شده است (هدسن و راچمن،

---

1. drive for thinness

2. bulimia

3. body dissatisfaction

4. ineffectiveness

5. Perfectionism

6. interpersonal distrust

7. interoceptive awareness

8. Maturity fears

9. Raciti

10. Norcross

11. shore

12. Porter

13. wear

14. Pratz

(۱۹۷۷). زیر مقیاس‌های شستن<sup>۱</sup>، واریسی کردن<sup>۲</sup>، کندی<sup>۳</sup> و تردید<sup>۴</sup> به صورت جداگانه و جمعی نمره‌گذاری می‌شوند. این پرسشنامه از پایایی خوب (دنت<sup>۵</sup> و سالکوسکیس<sup>۶</sup>، ۱۹۸۶) و ثبات درونی مناسب (استرنبرگ<sup>۷</sup> و برنز<sup>۸</sup>، ۱۹۹۰) برخوردار است و آزمودنی‌های نورتیک و سواسی و غیروسواسی را از هم متمایز می‌کند.

پرسشنامه مشکلات بین شخصی. این مقیاس آزمونی ۱۲۷ پرسشی است که برای سنجش مشکلات بین شخصی ابداع شده است (هرویتز و همکاران، ۱۹۸۸، ۱۹۸۹). پرسش‌ها از صفر تا چهار نمره‌گذاری می‌شوند و علاوه بر میانگین کل، میانگین نمره‌های آزمودنی در زیر مقیاس‌های قاطعیت<sup>۹</sup>، مردم‌آمیزی<sup>۱۰</sup>، اطاعت‌پذیری<sup>۱۱</sup>، صمیمیت<sup>۱۲</sup>، مسؤلیت‌پذیری<sup>۱۳</sup>، و مهارگری<sup>۱۴</sup> محاسبه می‌شوند. پرسشنامه مشکلات بین شخص دارای پایایی قابل قبول بوده نسبت به تغییرات درمانی حساس است (هرویتز و همکاران، ۱۹۸۸، ۱۹۸۹).

### تحلیل آماری داده‌ها

به منظور بررسی ارتباط بین متغیرهای بالینی و گروه‌های تشخیصی AN و BN از یک سو و بیماران با اختلال شخصیت و بدون اختلال شخصیت از سوی دیگر، آزمون t برای گروه‌های مستقل انجام شد. برای تحلیل آماری ارتباط متغیرهای سه‌گانه شخصیت، نوع درمان و نتیجه درمان از روش توزیع مربع‌کای استفاده شد.

1. Washing

2. checking

3. slowness

4. doubting

5. Dent

6. Salkovskis

7. sternberger

8. Burns

9. be assertive

10. be sociable

11. be submissive

12. be intimate

13. be responsible

14. be controlling

## نتایج

### مشخصه‌های بالینی گروه‌های تشخیصی بی‌اشتهایی و پرخوری

آزمون ۱ برای گروه‌های مستقل تشخیصی بی‌اشتهایی و پرخوری روانی نشان می‌دهد که تفاوت معنادار بین دو گروه در مورد متغیرهای بالینی مانند سن آزمودنی، سن شروع اختلال تغذیه، دوره بیماری، وزن بدن، افسردگی، میانگین مقیاس مورگان - راسل، وسواس - بی‌اختیاری، و مشکلات بین شخصی وجود ندارد. همان‌طور که جدول ۳ نشان می‌دهد تنها تفاوت‌های معنادار دو گروه به متغیرهای اصلی اختلال تغذیه مربوط می‌شوند؛ بیماران BN در پرسشنامه پرخوری ادینبورو و زیر مقیاس‌های پرخوری پرسشنامه اختلال تغذیه نمره‌های بیشتر نسبت به بیماران AN کسب کرده‌اند.

جدول ۳. مشخصه‌های بالینی بیماران مبتلا به اختلالات تغذیه

P <sup>۱</sup>	پرخوری میانگین (انحراف معیار)	بی‌اشتهایی میانگین (انحراف معیار)	متغیرهای بالینی
۰/۷۵	۲۶/۴۷(۶/۳۷)	۲۵/۹۳(۶/۶۹)	سن آزمودنی (سال)
۰/۹۹	۱۸/۶۸(۶/۳۷)	۱۸/۶۹(۴/۸۸)	سن شروع اختلال تغذیه (سال)
۰/۳۰	۷/۷۸(۶/۵۲)	۶/۰۴(۵/۷۷)	دوره بیماری (سال)
۰/۶۸	۱۵/۵۱(۱/۵۷)	۱۵/۳۳(۱/۶۵)	شاخص حجم بدن (وزن kg / قد m <sup>2</sup> )
۰/۷۰	۲۷/۴۰(۱۱/۵۹)	۲۵/۷۰(۱۲/۶۶)	افسردگی
۰/۴۳	۵/۴۳(۱/۹۹)	۵/۸۳(۱/۶۴)	میانگین مقیاس مورگان-راسل
۰/۲۰	۷/۳۶(۳/۳۸)	۹/۱۹(۳۹/۵)	واسوس-بی اختیاری
۰/۳۷	۲/۰۵(۰/۲۶)	۱/۸۸(۰/۵۸)	مشکلات بین شخصی
			پرسشنامه پرخوری ادینبورو:
۰/۰۰۱	۳۲/۹۰(۸/۳۰)	۱۵/۲۶(۷/۸۶)	پرخوری (نمره کل)
۰/۰۰۱	۱۰/۷۰(۳/۰۹)	۲/۹۶(۳/۵۲)	پرخوری (شدت)
۰/۰۰۳	۲۲/۲۰(۷/۸۳)	۱۲/۳۰(۵/۶۳)	پرخوری (نشانه‌ها)
			پرسشنامه اختلال تغذیه:
	۱۶/۷۵(۸/۸۴)	۹/۴۳(۶/۶۸)	آگاهی احشایی
۰/۰۱	۸/۱۲(۶/۲۲)	۰/۹۳(۱/۲۳)	پرخوری
۰/۰۶	۶/۸۷(۵/۳۸)	۲/۶۳(۲/۳۱)	ترس‌های رسشی
۰/۹۲	۱۴/۰۰(۶/۲۵)	۱۳/۷۶(۶/۶۵)	نارضایتی بدنی
۰/۱۳	۱۰/۳۷(۵/۱۵)	۷/۰۶(۵/۰۵)	بی‌اعتمادی بین شخصی
۰/۱۹	۱۳/۸۷(۷/۸۶)	۹/۶۶(۶/۵۲)	ناکارآمدی
۰/۶۳	۶/۷۵(۵/۷۲)	۷/۸۳(۵/۲۰)	کمال‌گرایی
۰/۴۵	۱۲/۸۷(۵/۱۳)	۱۱/۲۰(۶/۳۱)	تمایل به لاغری

### مشخصه‌های بالینی بیماران بر حسب وجود و عدم اختلال شخصیت

مقایسه بیمارانی که علاوه بر اختلال تغذیه از اختلال شخصیت هم رنج می‌برند، با بیمارانی که فاقد اختلال شخصیت هستند نشان می‌دهد که میانگین نمره گروه نخست در مقیاس مورگان - راسل بیش از گروه دوم است. این تفاوت از نظر آماری معنادار است ( $t = -2/39, df = 44/96, P < 0/02$ ). تفاوت نمره دو گروه در مقیاس‌های بی اعتمادی بین شخصی ( $t = -2/16, df = 35/76, P < 0/04$ ) و مشکلات بین شخصی ( $t = -3/18, df = 7/96, P < 0/01$ ) نیز از نظر آماری معنادار است. همچنین بیماران مبتلا به اختلال شخصیت با شروع زودتر اختلال تغذیه، دوره طولانی‌تر بیماری، افسردگی بیشتر و شاخص حجم بدن ( $\frac{\text{وزن kg}}{\text{قد}^2 \text{m}^2}$ ) کمتر، از بیماران فاقد اختلال شخصیت متمایز می‌شوند، اما این تفاوت‌ها از نظر آماری معنادار نیستند (جدول ۴).

جدول ۴. مشخصه‌های بالینی بیماران مبتلا به اختلال تغذیه بر حسب بود و نبود

#### اختلال شخصیت

متغیرهای بالینی	فقدان اختلال شخصیت میانگین (انحراف معیار)	وجود اختلال شخصیت میانگین (انحراف معیار)	P <sup>۱</sup>
سن شروع اختلال تغذیه (سال)	۲۰/۵۴ (۵/۸۶)	۱۸/۲۰ (۵/۱۰)	۰/۱۳
دوره اختلال تغذیه (سال)	۴/۴۰ (۵/۵۲)	۷/۲۴ (۶/۳۹)	۰/۰۸
شاخص حجم بدن ( $\frac{\text{وزن kg}}{\text{قد}^2 \text{m}^2}$ )	۱۵/۹۴ (۱/۴۶)	۱۵/۱۶ (۱/۷۴)	۰/۰۷
افسردگی	۲۶/۱۵ (۱۲/۷۳)	۲۹/۶۶ (۱۲/۰۱)	۰/۴۴
میانگین مقیاس مورگان - راسل	۶/۳۱ (۱/۶۰)	۵/۱۶ (۱/۵۹)	۰/۰۲
پرسشنامه مشکلات بین شخصی	۵/۹۱ (۴/۴۲)	۹/۹۳ (۵/۴۰)	۰/۰۴
بی اعتمادی بین شخصی	۱/۱۳ (۰/۵۸)	۱/۹۵ (۰/۵۲)	۰/۰۱
مشکلات بین شخصی			



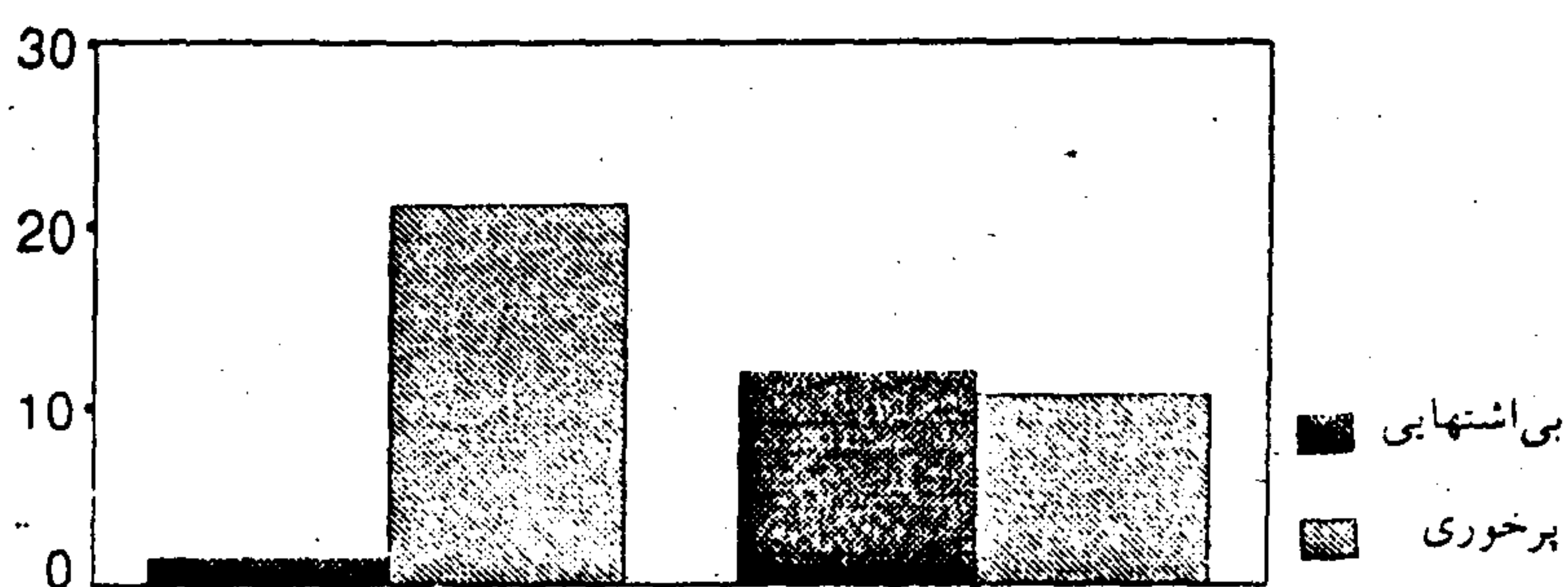
### توزیع اختلالات شخصیت در بیماران مبتلا به اختلال تغذیه

جدول ۵ نشان می‌دهد که ۲۳ آزمودنی یعنی ۳۹/۷ درصد از تعداد کل آزمودنی‌ها هیچ نوع اختلال شخصیتی ندارند. براساس نظام طبقه‌بندی PAS، هشت آزمودنی (۱۳/۸ درصد) مشکل شخصیتی دارند؛ هجده نفر (۳۱ درصد) از اختلالات شخصیتی رنج می‌برند؛ و نه نفر (۱۵/۵ درصد) اختلالات شخصیتی شدید دارند. بیست و هفت نفر از تعداد کل آزمودنی‌ها (۴۶/۶ درصد) بیش از یک اختلال شخصیت نشان می‌دهند. مقایسه دو گروه مورد بررسی بیانگر آن است که در بیماران BN بیش از بیماران AN اختلال شخصیت مشاهده می‌شود (۵۳/۳ درصد در مقابل ۴۴/۲ درصد)، اما این تفاوت از نظر آماری معنادار نیست.

### جدول ۵. توزیع اختلالات شخصیت (PAS) در بیماران مبتلا به اختلال تغذیه

طبقة بندی تشخیصی (PAS)		کل بیماران (n=58)		بی‌اشتهایی (n=43)		پر خوری (n=15)	
تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
بهنجار	۲۳	۳۹/۷	۱۸	۴۱/۹	۵	۳۳/۳	
مشکلات شخصیت	۸	۱۳/۸	۶	۱۴	۲	۱۳/۳	
اختلالات شخصیت	۱۸	۳۱	۱۲	۲۷/۹	۶	۴۰	
اختلالات شدید شخصیت	۹	۱۵/۵	۷	۱۶/۳	۲	۱۳/۳	
بیش از یک نابهنجاری شخصیتی	۲۷	۴۶/۶	۲۰	۴۶/۵	۷	۴۶/۷	
اختلال شخصیت اضطرابی	۹	۱۵/۵	۷	۱۶/۳	۲	۱۳/۳	
اختلال شخصیت هیستریکی	۵	۸/۶	۱	۲/۳	۴	۲۶/۷	
اختلال شخصیت نافع-وابسته	۶	۱۰/۳	۵	۱۱/۶	۱	۶/۷	
اختلال شخصیت تحریک پذیر-پرخاشگر	۴	۶/۹	۳	۷	۱	۶/۷	
اختلال شخصیت اجتنابی	۴	۶/۹	۴	۹/۳	۰	۰	
اختلال شخصیت پارانوئید	۳	۵/۲	۲	۴/۷	۱	۶/۷	
اختلال شخصیت افسرده‌خو	۲	۳/۴	۲	۴/۷	۰	۰	
اختلال شخصیت وسواس-بی‌اختیاری	۲	۳/۴	۱	۲/۳	۱	۶/۷	

بیشترین اختلال شخصیت در بیماران AN، اختلال شخصیت اضطرابی (۱۶/۳ درصد) و در بیماران BN اختلال شخصیت هیستریکی (۲۶/۷ درصد) است. در مقایسه با گروه BN، تنها ۲/۳ درصد بیماران AN اختلال شخصیت هیستریکی نشان می‌دهند؛ این تفاوت از نظر آماری معنادار است ( $P < 0/01$ ). نمودار ۱ میزان شیوع اختلالات شخصیت هیستریکی و اضطرابی را در بیماران مورد بررسی نشان می‌دهد.



نمودار ۱. توزیع اختلالات شخصیت اضطرابی و هیستریکی در بیماران مبتلا به اختلال تغذیه

نمودار ۱. توزیع اختلالات شخصیت اضطرابی و هیستریکی در بیماران مبتلا به اختلال تغذیه

وقتی طبقه‌بندی خوشه‌ای PAS در بیماران مورد بررسی اجرا شد، ۵۰ درصد بیماران BN به گروه اختلالات شخصیت وابسته و ۴۰ درصد از بیماران BN به گروه بازداشته اختصاص یافتند (جدول ۶). این تفاوت از نظر آماری معنادار نیست. همان‌طور که جدول ۶ نشان می‌دهد ۳۷/۱ درصد از کل آزمودنی‌ها (۱۳ نفر) به گروه بازداشته تعلق دارند؛ ۳۱/۴ درصد (۱۱ نفر) به گروه وابسته؛ ۲۰ درصد (۷ نفر) به گروه گوشه‌گیر، و ۱۱/۴ درصد (۴ نفر) به گروه ضداجتماعی.

جدول ۶. توزیع خوشه‌ای اختلالات شخصیت (PAS) در بیماران مبتلا به اختلال تغذیه

طبقه بندی خوشه‌ای (PAS)		کل بیماران (n=۳۵)		بی‌اشتهایی (n=۲۵)		پر خوری (n=۱۰)	
تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
اختلال شخصیت ضد اجتماعی	۴	۱۱/۴	۳	۱۲	۱	۱۰	
اختلال شخصیت وابسته	۱۱	۳۱/۴	۶	۲۴	۵	۵۰	
اختلال شخصیت باز داشته	۱۳	۳۷/۱	۱۰	۴۰	۳	۳۰	
اختلال شخصیت گوشه گیر	۷	۲/۰۰	۶	۲۴	۱	۱۰	

نقش اختلالات شخصیت در پیش‌بینی نتایج درمان بیماران مبتلا به بی‌اشتهای و پر خوری

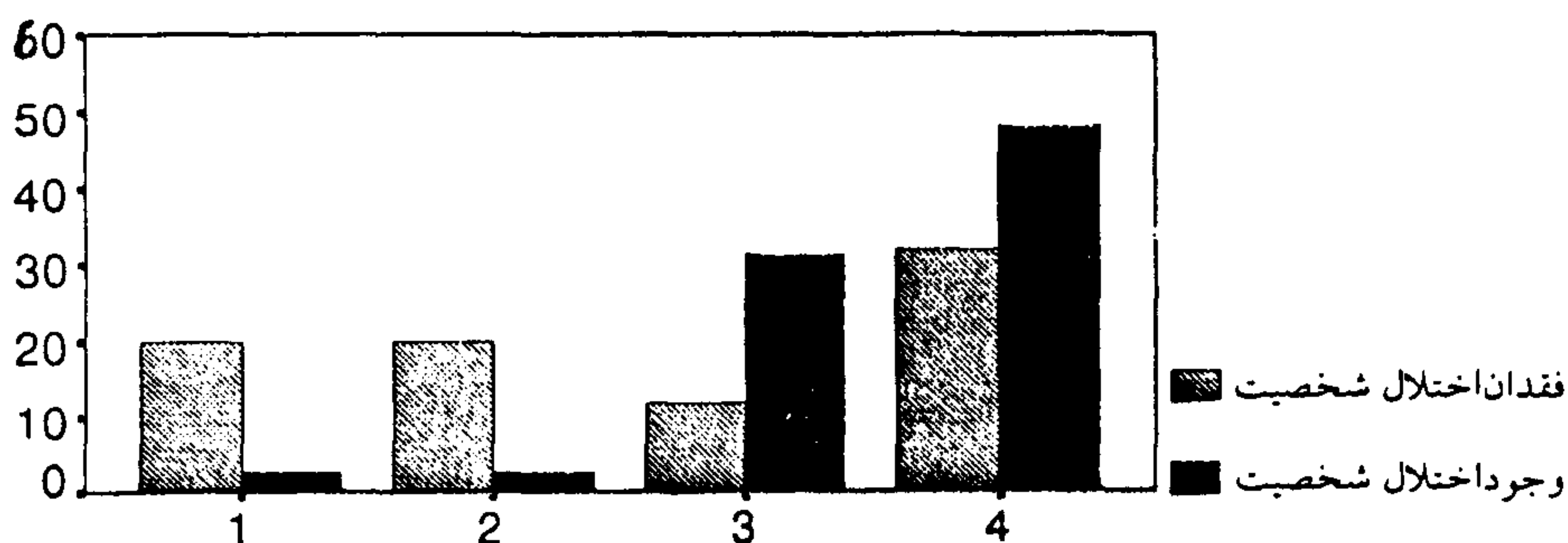
مقایسه دو گروه آزمودنی‌های واجد اختلال شخصیت و فاقد اختلال شخصیت نشان می‌دهد که پیشرفت بیماران فاقد اختلال شخصیت در جریان درمان بیش از بیماران گروه نخست است. این تفاوت از نظر آماری معنادار است ( $P = ۰/۰۰۶$ ).

جدول ۷. توزیع اختلالات شخصیت (PAS) در رابطه با نتایج عمومی درمان بیماران مبتلا به اختلال تغذیه

نتایج عمومی درمان (تعداد بیماران)				طبقه بندی تشخیصی (PAS)
بهبود کامل	پیشرفت قابل ملاحظه	پیشرفت نسبی	ضعیف	
۵	۵	۳	۸	فقدان اختلال شخصیت
۱	۱	۱۱	۱۷	وجود اختلال شخصیت

Two-Tail Fisher's Exact  $P = .006$

تحلیل آماری رابطه متغیرهای سه گانه شخصیت، نوع و نتیجه درمان نشان می دهد که در مقایسه نتایج ضعیف با دیگر نتایج درمان هیچ نوع رابطه معناداری بین اختلالات شخصیت و نتایج درمانی برای هیچیک از انواع درمان های روانی وجود ندارد. نمودار ۲ توزیع اختلالات شخصیت را در نتایج چهارگانه درمان نشان می دهد.



نتایج درمان

۱: بهبود کامل؛ ۲: پیشرفت قابل ملاحظه؛ ۳: پیشرفت نسبی؛ ۴: ضعیف

## نمودار ۲. توزیع اختلالات شخصیت برای نتایج درمان

### نتایج و استلزام های پژوهش

نتایج پژوهش حاکی از آن است که نزدیک به نیمی از بیماران مبتلا به اختلال تغذیه حداقل از یک اختلال شخصیت رنج می برند. این نتیجه با یافته های تحقیقات قبلی مانند رقم ۵۳ درصد (مک کله لند و همکاران، ۱۹۹۱) و ۳۹ درصد (فاهی، آیسلر و راسل، ۱۹۹۳) مطابقت می کند و به خودی خود صرفاً توصیف کننده میزان همبودی اختلالات تغذیه با اختلالات شخصیت است. بیمارانی که از اختلال شخصیت رنج می برند، در مقایسه با بیمارانی که اختلال شخصیت ندارند، سن شروع اختلال تغذیه پایین تر، طول دوره اختلال تغذیه بیشتر، مقیاس حجم بدن کمتر و نشانه های آسیب شناختی روانی بیشتری نشان می دهند. چند احتمال در مورد این یافته مطرح است. یکی این که مشخصه های آسیب شناختی روانی در بیماران واجد اختلال شخصیت صرفاً محصول

سوء تغذیه درازمدت و اختلالات عاطفی این دسته از بیماران است. دیگر این که بعضی یافته‌ها (فاهی، آیسلر و راسل، ۱۹۹۳) نشان داده‌اند که اختلال عاطفی می‌تواند تشخیص اختلال شخصیت را افزایش دهد، و برعکس اختلال شخصیت می‌تواند خطر اختلال عاطفی را بالا برد. مطالعات بیشتر با گروه‌های متفاوت بیماران می‌تواند به روشن‌سازی تأثیر متقابل این دو عامل کمک کند.

همبستگی نسبی اختلال شخصیت هیستریکی با BN و اضطرابی با AN در یک سطح و همبستگی نسبی اختلال شخصیت بازداشته با AN وابسته با BN در سطحی دیگر علاوه بر تأیید فرضیه‌های پژوهش، با نتایج پژوهش‌های قبلی (پیران و همکاران، ۱۹۸۸؛ فاهی، آیسلر و راسل، ۱۹۹۳؛ وندرلیچ و همکاران، ۱۹۹۰) همخوانی دارد. این یافته همچنین همانند یافته‌های گارفینکل و گارنر (۱۹۸۲) و استروبر (۱۹۸۵) به سود فرضیه شکل‌پذیری مرضی (تعديل) است. طبق این فرضیه می‌توان گفت که مشخصه‌های هیستریکی نشانه‌های پرخوری و مشخصه‌های اضطرابی نشانه‌های بی‌اشتهایی را شکل می‌دهند. از زاویه‌ای متفاوت و هماهنگ با دیگر یافته‌ها (استون‌هیل<sup>۱</sup> و کریسپ<sup>۲</sup>، ۱۹۷۷؛ بروک، ۱۹۷۳؛ کریسپ، سو<sup>۳</sup> و استون‌هیل، ۱۹۷۹؛ گومز<sup>۴</sup> و دالی<sup>۵</sup>، ۱۹۸۰) این نتیجه ممکن است به سود فرضیه آماده‌سازی (تمهید) نیز تفسیر شود. طبق این فرضیه، شخصیت فراهم‌آورنده آمادگی منش شناختی برای پیدایش اختلال تغذیه محسوب می‌شود. البته آزمون و تأیید این فرضیه مستلزم سنجش بیماران در دو مرحله T<sub>۱</sub> و T<sub>۲</sub> است؛ یعنی وقتی نشانه‌های اختلال تغذیه موجودند و هنگامی که این نشانه‌ها ترمیم شده‌اند.

یافته‌های این پژوهش نیز در راستای نتایج سایر پژوهش‌ها (جانسن، توین و دنیس، ۱۹۹۰؛ دیترو و همکاران، ۱۹۹۲؛ رسیتر و همکاران، ۱۹۹۳؛ سن سون و فاین، ۱۹۹۲؛ فاهی، آیسلر و راسل، ۱۹۹۳) همبستگی اختلالات شخصیت را با نتایج ضعیف درمان اختلالات تغذیه تأیید می‌کنند. آزمودنی‌هایی که اختلال شخصیت نداشتند، در مقایسه

1. Stonehill

2. Crisp

3. Hsu

4. Gomes

5. Dally

با آزمودنی‌هایی که علاوه بر اختلال تغذیه از اختلال شخصیت هم رنج می‌بردند پیشرفت و بهبودی بیشتری در جریان روان‌درمانگری نشان دادند. این یافته پاسخی است مثبت به پرسش اول. تشخیص اختلال شخصیت هیستریکی در بیماران مبتلا به اختلال تغذیه از اهمیت بالینی مخصوص برخوردار است؛ زیرا این مشخصه با نتایج درمانی ضعیف همبستگی دارد. همه بیماران مبتلا به اختلال شخصیت هیستریکی در  $T_2$  نتایج درمانی ضعیف نشان دادند. همبستگی بین تشخیص اختلال شخصیت اضطرابی در بیماران چنین اهمیتی را نشان نمی‌دهد؛ ۴۰ درصد این دسته از بیماران در  $T_2$  نتایج درمانی نامطلوب و ۶۰ درصد نتایج درمانی مطلوب داشتند. این یافته علاوه بر این که می‌تواند پاسخی به پرسش دوم باشد، این فرض را القا و تقویت می‌کند که احتمالاً بیماران با اختلالات شخصیتی متفاوت به انواع متفاوت شیوه‌ها و راه‌کارهای درمانی بهتر پاسخ می‌دهند. برای مثال، بیمار مبتلا به اختلال تغذیه با شخصیتی درونگرا احتمالاً از خانواده درمانگری بیشتر سود ببرد و بیمار با شخصیت برونگرا از نوعی روان‌درمانگری فردی.

بررسی میزان همبستگی اختلال شخصیت با انواع متفاوت درمان‌ها به دلیل کوچک بودن حجم نمونه در پژوهش حاضر میسر نبود. بنابراین پاسخ دقیق به پرسش سوم مستلزم پژوهش‌های دیگر است.

همبستگی اختلالات شخصیت با نتایج درمان بیماران BN در پژوهش فاهی، آیسلر و راسل (۱۹۹۳) تأیید نشده است. گرچه نمونه کوچک گروه BN در پژوهش حاضر امکان کنترل نقش و تأثیر آن را در مقابل AN به منظور سنجش همبستگی اختصاصی BN با نتایج درمان فراهم نیاورد، تفاوت بین این یافته‌ها و نتایج پژوهش فاهی، آیسلر و راسل (۱۹۹۳) را می‌توان به چند شکل تبیین کرد: اول آن‌که، طول دوره بیماری در آزمودنی‌های پژوهش حاضر به طور متوسط سه سال بیشتر از طول دوره بیماری آزمودنی‌های پژوهش آن‌هاست. طولانی‌تر بودن مدت اختلال تغذیه احتمالاً از طریق تشدید نشانه‌های اختلال شخصیت تا حدودی تفاوت نتایج دو پژوهش را تبیین می‌کند. دوم آن‌که، نوع درمانگری‌های به کار بسته شده در دو پژوهش متفاوتند. یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهند که هر یک از انواع مختلف اختلالات تغذیه به یک روش درمانی

خاص پاسخ مناسب می‌دهد (برای مثال، دیر<sup>۱</sup> و آیسلر، ۱۹۹۵؛ راسل و همکاران، ۱۹۸۷).

با توجه به ناکارآمدی درمان‌های کوتاه مدت برای بیماران مبتلا به اختلال تغذیه که همزمان از اختلال شخصیت رنج می‌برند، برنامه‌های درمانی دراز مدت پیشنهاد شده‌اند (پارلوف<sup>۲</sup> و دیس<sup>۳</sup>، ۱۹۷۷؛ دال و مرسکی<sup>۴</sup>، ۱۹۸۱؛ والدینگر<sup>۵</sup> و گاندرسن<sup>۶</sup>، ۱۹۸۷). نتایج پژوهش حاضر ضمن تأیید این پیشنهاد بر مطالعات طولی با هدف مشخص کردن ارزش پیش‌بینی اختلالات شخصیت برای درمان‌های دراز مدت و نتایج آن‌ها در بیماران مبتلا به اختلال تغذیه تأکید می‌کند. بدین ترتیب نقش اختلالات شخصیت هم از جنبه برنامه‌ریزی درمانی و هم از جهت پیش‌آگهی درمان در اختلالات تغذیه برجسته می‌شود. رابطه ویژه بین نوع اختلال شخصیت و نوع اختلال تغذیه، روش‌های درمانی مخصوص را برای این دو دسته از بیماران پیشنهاد می‌کند، راه‌کارهایی که بر نتایج درمان تأثیر مثبت دارند. یافته‌های پژوهش حاضر مشکلات درمانی بیماران را که همزمان از اختلال شخصیت رنج می‌برند تا حدودی تبیین می‌کند؛ اقدامات درمانی این دسته از بیماران مستلزم راه‌کارهای مخصوص به منظور کاهش نشانه‌های اختلال شخصیت است، چه پیش از درمان اختلال تغذیه و چه همراه آن. درمانگر برای تعدیل جنبه‌های مختلف آسیب‌شناختی روانی احتمالاً لازم است راهبردهای درمانی متفاوت را همزمان به کار گیرد.

روی هم‌رفته رابطه اختلال شخصیت و نتایج درمان نباید رابطه‌ای ساده و مستقیم تلقی شود. به احتمال زیاد اختلال شخصیت تنها یکی از عوامل آماده ساز یا تعدیل‌کننده است که پاسخ فرد به درمان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. بهتر است متغیرهای شخصیتی در کنار متغیرهای آسیب‌شناختی روانی و خانوادگی به عنوان سه جزء متأثرکننده نتایج درمان در نظر گرفته شوند. ماهیت و جهت ارتباط اختلالات شخصیت و تغذیه مستلزم پژوهش‌های بیشتری است. در همین زمینه دسته‌بندی‌های AN و BN براساس انواع

1. Dare

2. Parloff

3. Dies

4. Merskey

5. Waldinger

6. Gunderson

اختلالات شخصیت باید به طور دقیق‌تر مشخص شوند.

در هر پژوهش علمی امکانات محدود و محدودیت‌ها بسیارند. دشواری تمایز مشخصه‌های آسیب‌شناختی روانی مربوط به پیش از اختلال تغذیه و پس از آن از جمله محدودیت‌های این پژوهش بود. به همین دلیل میزان اختلالات شخصیت در این پژوهش ممکن است بیش از حد واقعی آن باشد. سنجش میزان اختلالات عاطفی از این منظر ضروری به نظر می‌رسد. به کارگیری گروه‌های کنترل برای تمییز این دو مقوله مهم است. علاوه بر مشکلات روش‌شناختی، ترکیب بیماران باعث محدود سازی تعمیم‌پذیری نتایج پژوهش می‌شود (گروه بیماران مادزلی معمولاً از اختلالات شدید و مزمن رنج می‌برند؛ مثلاً ۷۴ درصد پیش از مراجعه به مادزلی در مراکز دیگر تحت درمان بوده‌اند). سی‌وهشت درصد ریزش بیماران با کاهش نمونه تحقیق نیز به تحدید تعمیم‌پذیری نتایج تحقیق افزوده است. نبود گروه کنترل بهنجار، آزمودنی‌های مرد برای مقایسه با آزمودنی‌های زن، و کوچکتر بودن گروه آزمودنی‌های BN در مقایسه با بیماران AN امکان بعضی مقایسه‌ها بین نتایج را در پژوهش منتفی ساخت. نکته آخر این که تأثیر تعدد و تفاوت انواع درمان‌ها و درمانگرها بر نتایج درمان را نباید نادیده گرفت.



## Reference

- Akiskal, H.S., Hirschfeld, R.M.A., & Yerevanian, B.I. (1983). The relationship of personality to affective disorders: A critical review. *Archives of General Psychiatry*, 40, 801-10.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed. (DSM-IV). Washington, DC: APA.
- Ames-Frankel, J., Devlin, M.J., Walsh, B.T., Strasser, T.J., Sadik, C., Oldham, J.M., & Roose, S.P. (1992). Personality disorder diagnoses in patients with bulimia nervosa: Clinical correlates and changes in treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*, 53, 90-96.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy for Depression*. New York: Guilford Press.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Bemis, K. M. (1978). Current approaches to the etiology and treatment of anorexia nervosa. *Psychological Bulletin*, 85, 593-617.
- Bruch, H. (1973). *Eating disorders: Obesity, anorexia nervosa and the person within*. New York: Basic Books.
- Bruch, H. (1979). Anorexia Nervosa. In: R.J. Wurtman, & J.J. Wurtman (eds), *Nutrition and the Brain*. New York: Raven Press.
- Crisp, A.H., Hsu, L.K.G. & Stonehill, E. (1979). Personality, body weight and ultimate outcome in anorexia nervosa. *Journal of clinical Psychiatry*, 40, 332-4.
- Dally, P. (1969). *Anorexia Nervosa*. London: William Heinerman Medical Books.
- Dare, C.& Eisler, I: (1995). Family therapy. In: G. Szmukler, C. Dare, J. Treasure, *Handbook of Eating Disorders: Theory, Treatment and Research*. Chichester: John Wiley & Sons.

- Dent, H.R., & Salkovskis, P.M. (1986). Clinical measures of depression and obsessionality in non-clinical populations. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 689-91.
- Diem, K., & Lentner, C. (1970). *Geigy Scientific Tables*. Basel, Switzerland, JR Geigy, P. 711.
- Fahy, T.A., Eisler I., & Russell, G.F.M. (1993). Personality disorder and treatment response in bulimia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 162,765-70.
- Fairburn, C.G. (1984). Bulimia: Its epidemiology and management. In: A.J. Stunkard & E. Stellar (Eds.), *Eating and Its Disorders*. New York: Raven Press, PP. 235-58.
- Fallon, B.A., Walsh, B.T., Sadik, C., Saoud, J.B., & Lukasik, V. (1991). Outcome and clinical course in inpatient bulimic women: A 2 -to 9-year follow-up study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 52, 272-278.
- Fleiss, J.L. (1981). *Statistical Methods for Rated and Proportions*, 2nd ed. New York: Wiley.
- Garfinkel,P.E.,& Garner, D.M.(1982). *Anorexia Nervosa: A Multidimensional Perspective*. New York: Brunner/Mazel.
- Garfinkel, P.E., Moldofsky, H., & Garner, D.M. (1980). The heterogeneity of anorexia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 37. 1036-40.
- Garner, D.M., & Garfinkel, P.E. (1980). Socio-cultural factors in the development of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 10, 647-656.
- Garner, D.M., Garfinkel, P.E., & Bemis, K. (1982). A miltidimensional psychotherapy for anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 1, 3-46.
- Garner, D.M., Olmsted, M. P.,& Garfinkel, P.E. (1983). Does anorexia nervosa occur on a continuum? Subgroups of weight-preoccupied women and their

- relationship to anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 11-20.
- Gartner, A.F., Marcus, R.N., Halmi, K., & Loranger, A.W. (1989). DSM-III-R personality disorders in patients with eating disorders. *American Journal of Psychiatry*, 146, 1585-1591.
- Gittleson, N.L. (1966). The effect of obsessions on depressive psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 112, 253-9.
- Goetz, P.L., Succop, R.A., Reinhart, J.B., & Miller, A. (1977). Anorexia nervosa in children: A follow-up study. *American Journal of Orthopsychiatry*, 47, 597-603.
- Gwirstman, H.E., Roy-Byrne, P., Yager, J., & Gerner, R.H. (1983). Neuroendocrine abnormalities in bulimia. *The American Journal of Psychiatry*, 140, 559-63.
- Henderson, M., & Freeman, C.P.L. (1987). A self rating scale for bulimia, The BITE. *British Journal of Psychiatry*, 150, 18-24.
- Herzog, D.B., Keller, M. B., Lavori, P.W., Kenny, G.M., & Sacks, N.R. (1992). The prevalence of personality disorders in 210 woman with eating disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 53, 147-152.
- Herzog, D.B., Keller, M.B., Sacks, N.R., Yeh, C.J., & Lavori, P.W. (1992). Psychiatric comorbidity in treatment seeking anorexics and bulimics. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 810-818.
- Hodgson, R.J., & Rachman, S. (1979). Obsessional-compulsive. *Behaviour Research and Therapy*, 15, 389-95.
- Horowitz, L.M., Rosenberg, S.E., Baer, B.A., Ureno, G., & Villasenor, V.S. (1988). Inventory of interpersonal problems: psychometric properties and clinical applications. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 885-892.
- Horowitz, L.M., Rosenberg, S.E., Ureno, G., Kalehzan, B.M., & O'Halloran, P.

- (1989). Psychodynamic formulation, consensual response method, and interpersonal problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57,599-606.
- Johnson, C., Tobin, D., & Dennis, A. (1990). Difference in treatment outcome between borderline and nonborderline bulimics at one-year follow-up. *International Journal of Eating Disorders*, 9, 617-27.
- Katz J.L. (1985). Some reflections on the nature of the eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 4, 617-626.
- Kendell, R.E. & Discipio, W.J. (1968). Eysenck Personality Inventory scores of patients with depressive illness. *British Journal of Psychiatry*, 114, 767-70.
- Kendell, R.E., Hall, D.J., Hailey, A., & Babig, H.M. (1973). The epidemiology of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 3, 200-203.
- Kennedy, S.H., McVey, G., & Katz R. (1990). Personality Disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Psychiatric Research*, 24, 259-269.
- Levin, A.P., & Hyler, S.E. (1986). DSM-III personality Diagnosis in bulimia. *comprehensive Psychiatry*, 47-53.
- McClelland, L., Mynors-Wallis, L., Fahy, T., & Treasure, J. (1991). Saxual abuse, disordered personality, and eating disorders. *British Journal of Psychiatry*, 158(suppl. 10 ) 63-8.
- Morgan, H. G., & Hayward, A.E. (1988). Clinical assessment of anorexia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 152, 367-371.
- Morgan, H. G., & Russel, G.F.M. (1975). Value of family background and clinical features as predictors of long term outcome in anorexia nervosa: A four-year follow-up study of 41 patients, *Psychological Medicine*, 5, 355-71.
- Norman, D.K., Blais, M.A., & herzog, D.B. (1993). Personality characteristics of eating disordered patients as identified by the Millon Clinical Multiaxial Inventory. *Journal of Personality Disorders*, 1-9.

- Pope, H.G., Frankenburg F.R., Hudson J.L., Jonas J., & Yurgelun-Todd, D. (1987). Is bulimia associated with borderline personality disorder? A controlled study. *Journal of Clinical Psychiatry, 48*, 181-4.
- Pope, H.G., & Hudson, J.I. (1989). Are eating disorders associated with borderline personality disorder? A critical review. *International Journal of Eating Disorders, 8*, 1-9.
- Powers, S.P., Coovert, D.L., Brightwell, D.R., & Stevens, B.A. (1988). Other psychiatric disorders among bulimic patient. *Comprehensive Psychiatry, 29*, 503-508.
- Reich, J.H., & Green, A.I. (1991). *The Journal of Nervous and Mental Disease, 179*, 74-82.
- Rosen, I. (1957). The clinical significance of obsessions in schizophrenia. *J. Ment. Sci., 103*, 773-85.
- Ross, J.L. (1977). Anorexia nervosa: An overview. *Bulletin of Meninger Clinic, 41*, 418-436.
- Rossiter, E. M., Agras, W.S., Telch, C.F., & Schneidre, J.A. (1993). Cluster B personality disorder characteristics predict outcome in the treatment of bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders, 13*, 349-357.
- Schmidt, N.B., & Telch, M.J. (1990). Prevalence of personality disorders among bulimics, nonbulimic binge eaters, and normal controls. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 12*, 169-185.
- Shore, R.A., & Porter, J.E. (1990). Normative and reliability data for 11 to 18 year olds on the Eating Disorders Inventory. *International Journal of Eating Disorders, 9*, 201-207.
- Steiger, H., Liquornik, K., Chapman, J., & Hussain, N. (1991). Personality and family disturbances in eating-disorder patients: Comparison of "restricters" and "bingers" to normal controls. *International Journal of Eating Disorders, 10*,

501-512.

- Steiger, H., Thibaudeau, J. Ghadirian, A.M., & Houle, L (1992). Psychopathological features in bulimics as a function of Axis-II comorbidity: Isolation of mood-independent differences. *International Journal of Eating Disorders*, 12, 383-395.
- Strenberger, L. G. & Bruns, G.L. (1990). Compulsive activity checklist and the Maudsley Obsessional-Compulsive Inventory: psychometric properties of the two measures of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Therapy*, 21, 117-27.
- Strober, M. (1983). An empirically derived typology of anorexia nervosa. In P.L. Darby, P.E. Garfinkel, D.M. Garner & D.V. Coscina (Eds.), *Anorexia Nervosa: Recent Developments* (pp. 185-96). New York: Alan R. Liss.
- Strober, M., Salkin, b., Burroughs, J., & Morrell, W. (1982). Validity of the bulimia-restrictor distinction in anorexia. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 170, 345-51.
- Swift, W.J., & Wonderlich, S.A. (1988). Personality factors and diagnosis in eating disorders: traits, disorders, and structures. In: *Diagnostic Issues in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa*, eds. D.M. Garner & P.E. Garfinkel. New York: Brunner/Mazel.
- Tyrer, P. (1988). *Personality disorders: diagnosis, management and course*. London: Butterworth & Co.
- Tyrer, P, and Alexander, J. (1979). Classification of personality disorder. *British Journal of Psychiatry*, 135, 163-167.
- Tyrer, P, and Alexander M.S., Cichetti D., Cohen M.S., & Remington, M. (1979). Reliability of schedule for rating personality disorders. *British Journal of Psychiatry*, 135, 168-74.
- Tyrer, P., Casey, P., & Gall, J. (1983). Relationship between neurosis and personality disorder. *British Journal of Psychiatry*, 142, 404-8

- Tyrer, P., & Seivewright, H. (1988). Studies of outcome. In P. Tyrer (Ed), *Personality Disorders* (pp. 119-137). London: Wright.
- Valone, K., Norton, J.P., Goldstein, M.J., & Doane J.A. (1983). Parental expressed emotion and affective style in an adolescent sample at risk for schizophrenia spectrum disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 92, 399-407.
- Wear, R.W., & Pratz, O. (1987). Test-retest reliability for the Eating Disorder Inventory. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 767-769.
- Weissman, M., & Rothwell, S. (1976). Assessment of social adjustment by self-report. *Archives of General Psychiatry*. 33, 1111-1115.
- Wonderlich, S.A. & Swift, W.J. (1990). Borderline versus other personality disorders in the eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 9, 617-28.
- Wonderlich, S.A. Swift, W.J., Slotnick, H.B., & Goodman, S. (1990). DSM-III-R personality disorders in eating disorder subtypes.. *International Journal of Eating Disorders*, 9, 607-616
- Yager, J. (1981). Anorexia nervosa and the family. In M. R. Lansky (Ed), *Family therapy and major psychopathology* (pp. 249-280). New York: Grune and Stratton.
- Yager, J. (1982). Family in the pathogenesis of anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine*, 44, 43-60.
- Yager, J. Landsverk J. Edlestein C.K. et al. (1989). Screening for axis II personality disorders in womem with bulimic eating disorders. *Psychosomatics*, 30, 255-62.
- Yates, W.R., Sielieni, B., Reich, J., Brass, C. (1989). Comorbidity of bulimia nervosa and personality disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 50, 57-59.
- Zanarini, M.M., Frankenburg, F.r., Pope, H.G., Hudson, J.I., Yurgelun-Todd, D., & Cicchetti, C.J. (1990). Axis II comorbidity of normal-weight bulimia. *Comprehensive Psychiatry*, 30, 20-24.