

辩证行为疗法用于治疗饮食失调

作者: Anita Federici, PhD, CPsych, FAED

2024 年 3 月更新

自从我首次写这篇文章以来，辩证行为疗法（Dialectical Behaviour Therapy, DBT）及其在饮食失调方面的应用已经取得了许多进展。此更新版本将介绍一些重要进展，以及我们为什么使用辩证行为疗法、如何使用以及要应用哪些类型。

什么是辩证行为疗法？

辩证行为疗法是由 Marsha Linehan 在 20 世纪 90 年代开发出来的，旨在为反复挣扎于自杀和自残行为的人们提供帮助¹。由于对这个患者群体缺乏治疗选项、在精神科/医疗环境中声誉不佳的情况感到沮丧，并且希望创建一种新的护理途径，于是 Marsha Linehan 提出了辩证行为疗法。对于一度被认为对治疗有抗拒的患者群体，Linehan 开创的这一疗法改变了他们心理护理的局面。辩证行为疗法的核心是辩证的世界观，力求在相互对立的观点之间找到综合的解决方案，而不是找到“正确”的答案。辩证行为疗法是复杂的、多模式的（即包括个体治疗、技能训练、电话辅导和治疗师咨询），它将认知行为方法与冥想实践和基于接纳的策略相结合，创造出真正独特的治疗方式。

辩证行为疗法在针对自杀和自残行为、降低高级别精神科护理需求以及提高生活质量方面取得的成功引起了世界各地的关注。在过去的 30 多年里，在国际研究小组的努力下，辩证行为疗法已经发展成为一种强有力的治疗选择，适用于那些苦苦挣扎于冲动和问题行为中的人，对于这些人来说，情绪失调起着核心作用。有关辩证行为疗法当前研究的回顾，请参阅：[Core Evidence & Research - Behavioral Tech Institute \(behavioraltech.org\)](https://behavioraltech.org)

什么是情绪失调？

体验感受的能力、忍受痛苦情绪的能力和就需求进行沟通的能力对我们的心理健康和整体福祉起着至关重要的作用。当人们长期难以应对不愉快的感觉，或者令人难以承受的情绪导致了人们的行为（例如自残、限制）时，就会用到“情绪失调”一词。对于有些人来说，情绪变得如此难以忍受，以至于他们通过试图回避或压抑情绪来应对（例如，他们可能难以被解读）。也有些人，他们的情绪会导致冲动或自毁行为（例如，羞耻感导致暴饮暴食，或焦虑导致节食）。

一个人的情绪失调是如何产生？

在辩证行为疗法中，为了解释导致和维持情绪调节困难的原因，生物社会理论得到发展和研究。研究人员认为，有些人天生（或生物学上）就对自己的情绪更敏感（例如，他们可能对情绪暗示特别敏感，会经历更强烈的情绪，或在情绪被触发后需要更长时间才能“回到基线”）。但仅从生物学的角度无法解释整体情况。Linehan 所了解到的是，那些情绪敏感度更高的人（生物学上的超感受者）更有可能有着曾被否定的重要经历。否定环境所传递的是，一个人的感受、需求、想法或行为是不正确的、不可接受的、不好的或在其他方面是不适当的。否定行为可能会有意或无意地发生，并且通常在一个人或系统不理解另一个人或系统时发生。这样的环境会使人怀疑自己的内心感受和“本能”反应，也会对与外界交互中的自我认识产生质疑。

作为 MED-DBT 的一部分（见下文），生物社会理论现已适用于解释饮食失调，因为它包括驱动和维持饮食失调患者的神经代谢基础以及饮食失调患者经历的普遍否定（例如饮食文化）。

为何采用辩证行为疗法来治疗饮食失调？

1. 辩证行为疗法基于情绪调节模型

辩证行为疗法的独特之处之一是它注重对情绪的理解和处理。在标准的饮食障碍治疗中（例如，认知行为疗法，家庭行为疗法），专门针对情绪进行治疗并不是主要的治疗方向或重点。然而，研究表明，关注情绪调节是治疗和康复的必要组成部分。例如：

- 许多饮食障碍患者表示难以描述、容忍和表达情绪。对许多人来说，情绪会被感受为威胁性的、令人困惑的，并且完全无法控制。也有些人则表示感到麻木、空虚，无法与情绪产生联系^{4,5}。
- 饮食障碍患者经常报告说，他们在治疗期间或强化治疗后无法以健康、改良的方式应对自己的情绪^{6,7}。
- 如果没有足够的情绪调节技能，饮食失调的症状可能会成为调节患者不安和不适感及身体状况（例如胃肠道不适）的一种方式，至少暂时会这样。许多人报告说，他们的症状有助于他们忍受和控制强烈和痛苦的情绪。暴饮暴食、催吐和清肠以及禁食曾被描述为应对策略、“身体逃避”、“退缩方式”或对情绪痛苦和不适的“暂缓剂”^{8,9}。

- 负面情绪是饮食失调症状最常见的诱因之一。追踪暴食前后情绪状态的研究表明，人们在出现暴食症状的日子里，抑郁、愤怒、内疚、孤独和自责的情绪明显更高¹⁰。
- 如果不做治疗，情绪失调治疗后复发的可能性可能会增加。多项研究发现，当人们感觉自己能够更好地识别、接受和容忍情绪时，他们更有可能维持饮食失调的康复过程^{6,7}。

2. 辩证行为疗法关注积极性，并以此作为中心治疗目标

进食障碍以其自我适应性特性而闻名（例如，具有一个人不想摆脱的特质），并且可能有失认症（anosognosia）的特点，失认症是一种神经疾病，患者意识不到自己疾病的严重程度。想要做出改变的积极性时高时低，而辩证行为疗法在整个治疗过程中使用了一套策略来应对这个问题。

3. 辩证行为疗法的驱动力是成就值得过的生活

对于许多服务对象来说，针对症状的治疗还不够，对于另一些服务对象来说，还带来了创伤性和胁迫性的治疗。辩证行为疗法兼顾了安全需求、医疗稳定性需求以及对值得康复的生活的追求。对于许多人来说，仅仅因为患有进食障碍，所以要设立停止催吐和清肠的目标，这是不够的。正如我的同行 Lucene Wisniewki 所教导的那样，我们的服务对象需要更大的“理由”（例如，“我想今年夏天去旅行，催吐和清肠会导致医疗不稳定，这妨碍我旅行，所以这就是我需要针对这种行为做出改变的“理由”）。

4. 辩证行为疗法帮助人们学习和磨练技能，成就值得过的生活！

如果不去学习在世界中（以及自己的身体中）以新方式存在，那么，要改变经过多次重复而习得的行为，即使不是不可能，也是很困难的，因为这些行为曾用来帮助一个人应对问题。我们的服务对象及其家人经常告诉我们，在尝试减少饮食障碍症状的过程中，他们需要帮助来忍受用餐前后的焦虑和愤怒，或者需要帮助来摆脱自杀和自残的想法和行为。在辩证行为疗法中，服务对象会接受 4 个领域的深入训练：

正念技能：旨在教人们如何将注意力集中在当下而先不做判断。很多时候，患有饮食失调的人很难停留在“此时此地”。对于饮食失调患者来说，与情绪、身体和食物的联系非常容易触发负面反应。正念技能可以帮助个人深入了解自己的模式和行为，并允许他们观察想法和感受，而不进行判断或采取行动。

人际效能：饮食失调患者经常报告说，他们很难表达自己的需求、对他人说不以及将自己的目标和愿望置于他人的目标和愿望之上。这通常来自于恐惧（例如，害怕被别人拒绝/不喜欢）或羞耻感（例如，认为自己的需求不重要）。与他人维持关系并协商需求对于我们的福祉是至关重要的。人际效能的技巧可以教会人们如何有效地与他人沟通以及如何增加满足其需求的可能性。

抗压能力：这些技能旨在帮助服务对象度过危机，而不让事情变得更糟。在这个单元中，服务对象将学习一系列应对压力和危机的策略，以尽量减少伤害并与他们的人生价值观相一致。这些通常是人们学会的最初技能，用于中断症状并获得信心，认识到有一种不同的方式可用来经历困境。

情绪调节：与抗压技能不同，情绪调节的技能是我们教服务对象做的日常功课，旨在提高生活质量并减少“情绪心理”的脆弱性。人们将学会如何在没有恐惧、论断或自我憎恨的情况下观察和描述他们的情感世界。这些技能强调所有情绪的适应性，教导服务对象如何解决问题、在需要时改变情绪以及挑战有关情绪的错误认识。

用于治疗饮食失调的辩证行为疗法是什么样的？

在过去的 20 年里，研究人员一直在研究应在什么情况下以及怎样对饮食失调患者使用辩证行为疗法。辩证行为疗法有多种不同的改良方式来治疗饮食失调。这些方法并不完全相同，并且存在重要差异，明白这一点很重要。每个都是针对不同的饮食障碍表现或辩证行为疗法中的疾病“阶段”而设计的。

Debra Safer 及其同事开发了斯坦福模型（Stanford Model¹¹），即 DBT-BN/DBT-BED 模型。这种基于证据的方法是为患有厌食症或暴食症的人设计的，而这些人没有需要关注的主要并发症。在辩证行为疗法中，这些模型适合处于“第三阶段”的人，此时个体更加稳定，不处于危机之中。这种方法也仅基于技能，并且可单独或在小组环境中提供。它不是全面的辩证行为疗法，也不是为那些正在挣扎于自杀/自残或同时存在其他障碍的人设计的。

根据我的观点和经验，全然开放的辩证行为治疗（Radically Open DBT）可能是另一种潜在的第三阶段治疗方法。它不适用于身体状况不稳定的饮食障碍患者或需要饮食和体重稳定帮助的患者。它不是设计来帮助应对面对食物和身体形象问题时所经历的失调感。它也不是辩证行为疗法“第二阶段”工作所定义的创伤治疗。

MED-DBT¹² 是针对有进食障碍的人群设计的治疗方案，针对的是“第一阶段”困难，意味着他们陷入了情绪和行为混乱，而这些是在进行更深层次的情绪或创伤治疗之前必须应对的。对于我们来说，这通常意味着人们需要在处理饮食障碍的同时，需要帮助维持生命，同时需要应对自杀和自残行为，并且需要更加辩证的方法。

MED-DBT 有四个主要组成部分：

- 个体心理治疗
- 技能训练小组治疗
- 电话技能辅导
- 治疗师咨询团队

以下是一些建议阅读的参考资料：

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 Zonnevrijlle-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