

اختلالات شایع خوردن:

در این زمینه تا کنون دو اختلال، توسط انجمن روانپزشکی آمریکا تعریف شده است. بی اشتهایی عصبی و پرخوری عصبی.

بی‌اشتهایی عصبی *Anorexia nervosa*

افراد مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی آن‌قدر کم غذا می‌خورند که کاهش وزن، جان آنها را به خطر می‌اندازد، گاهی بیمار شدیداً لاغر می‌شود و در برخی موارد می‌میرد. این افراد با وجود ظاهر بسیار نحیف خود معمولاً خود را چاق می‌دانند. کم‌خورهای عصبی در مورد غذا احساسات ضد و نقیضی دارند (۱) این افراد اغلب به غذا تمایل دارند؛ خیلی از آنها از آشپزی و مزه و بوی غذا لذت می‌برند. مشکل آنها بی‌اشتهایی نیست بلکه ترس از چاق شدن و از دست دادن کنترل است. به نظر می‌رسد که دو خرده تیپ افراد بی‌اشتها وجود دارد؛ محدودکننده‌ها و برون‌ریزها.

محدودکننده‌ها، عمدتاً به این علت لاغرند که از خوردن امتناع می‌ورزند. برون‌ریزها نیز اغلب اوقات از خوردن امتناع می‌کنند، اما زمانی که چیزی می‌خورند، برای بیرون ریختن آن استفراغ کرده یا ملین مصرف می‌کنند. این اختلال معمولاً با انواع تغییرات جسمانی دیگر همراه است. فقدان قاعدگی در بین زنان بی‌اشتها رایج است. فشار خون ممکن است افت کند، بی‌نظمی‌های قلبی تهدیدکننده زندگی ممکن است روی دهد، حرارت بدن پایین است، رشد استخوان به تأخیر می‌افتد و کم‌خونی در این افراد رایج است. (۲)

تقریباً ۰/۳ درصد زنان در نوجوانی و اوایل ۲۰ تا ۳۰ سالگی به بی‌اشتهایی عصبی مبتلا هستند. میزان شیوع این اختلال در مردان جوان در حدود یک دهم است و هنگامی که مردان و زنان مسن‌تر می‌شوند، میزان شیوع کاهش می‌یابد (۳)

پرخوری عصبی *Bulimia nervosa*

پرخوری عصبی، اختلالی است که به موجب آن، فرد بین رژیم گرفتن افراطی و پرخوری شدید نوسان دارد. پرخوری عصبی با پرخوری و اقداماتی برای جلوگیری از افزایش وزن با استفاده از رفتارهای نامناسبی مانند استفراغ عمدی و ورزش افراطی مشخص می‌شود. تصویر بالینی فرد مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی که پس از پرخوری، غذا را تخلیه می‌کند ویژگی‌های مشترک زیادی با پرخوری عصبی دارد. در واقع، عده‌ای معتقدند که نوع پرخوری بی‌اشتهایی عصبی را باید شکل دیگری از پرخوری عصبی دانست. تفاوت بین فرد مبتلا به پرخوری عصبی و فرد مبتلا به پرخوری برون‌ریز در بی‌اشتهایی عصبی، وزن است. فرد مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی شدیداً لاغر است. این در مورد فرد مبتلا به پرخوری عصبی صدق نمی‌کند (۴) افراد مبتلا به پرخوری عصبی به شدت خود را به خاطر پرخوری و ظاهر بدنی‌شان سرزنش می‌کنند. به همین دلیل سعی می‌کنند

غذای خورده شده را به هر ترتیبی بیرون بریزند. همانند اختلال بی‌اشتهایی عصبی، اغلب افراد مبتلا به پرخوری عصبی نیز زنان هستند.

انواع دیگر:

اختلالاتی نیز هستند که نمی‌توان علائم آنها را با دو اختلال گفته شده مطابقت داد. در این موارد فرد برخی از علائم یک اختلال و برخی از علائم اختلالات دیگر را دارد.

به عنوان مثال ممکن است فرد پرخوری داشته باشد و از روشهای غیر طبیعی برای کاستن وزن استفاده کند، اما شدت علائم و تناوب این کارها به حدی نباشد که به عنوان پرخوری عصبی در نظر گرفته شود. ممکن است فرد مقادیر زیادی مواد غذایی را بچود و بدون بلع غذا آنها را بیرون بریزد. این موارد نیز اختلال خوردن به حساب می‌آیند.

ممکن است فرد وزن طبیعی داشته باشد اما علائم بی‌اشتهایی عصبی را داشته باشد. مثلاً فردی که وزن طبیعی دارد اما به تازگی محدودیتهای غذایی شدید و غیر منطقی برای خود در نظر گرفته است نیز اختلال خوردن دارد.

خوردن افراطی نیز اختلالی است که در آن فرد بدون اینکه سعی در کاهش وزن داشته باشد و نگران وزن خود باشد، به صورت افراطی و کنترل نشده غذا می‌خورد.

عوامل مخاطره‌آمیز و علیتی در اختلال‌های خوردن

اختلال‌های خوردن فقط یک علت ندارند. به احتمال زیاد، بی‌اشتهایی عصبی و پرخوری عصبی از تعامل پیچیده متغیرهای زیستی، فرهنگی، اجتماعی، خانوادگی و فردی ناشی می‌شوند.

الف. وراثت: خویشاوندان تنی افراد مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی یا پرخوری عصبی خودشان به میزان بالایی دچار این اختلال‌ها هستند. در یک تحقیق بزرگ در مورد اختلال‌های خوردن، خطر بی‌اشتهایی عصبی در خویشاوندان افراد مبتلا به این اختلال ۱۱/۴ برابر بیشتر از خویشاوندان افراد گواه سالم بود؛ در مورد خویشاوندان افراد مبتلا به پرخوری عصبی، خطر این اختلال ۳/۷ برابر بیشتر از خطر آن برای خویشاوندان افراد گواه سالم بود. با این حال، اختلال‌های خوردن برخلاف اختلال‌های خلقی و اسکیزوفرنی، در اصل و نسب یا اجداد افراد مبتلا به آن، ریشه‌دار نیستند. باید توجه داشت که در تحقیقات خانوادگی نمی‌توان دخالت‌های متفاوت تأثیرات ژنتیکی و محیطی را از هم جدا کرد. این‌گونه مسائل با تحقیقات دوقلوها و فرزندخواندگی بهتر حل می‌شوند. تعداد کمی تحقیقات دوقلوها وجود دارد که حاکی از آن است که بی‌اشتهایی عصبی و پرخوری عصبی اختلال‌های توارث‌پذیری هستند. بعضی شواهد نشان می‌دهند، ژن‌هایی وجود دارند که ممکن است با بی‌اشتهایی عصبی یا پرخوری عصبی ارتباط داشته باشند.

ب. عوامل اجتماعی - فرهنگی: با گسترش نقش رسانه‌های گروهی، امروزه تلویزیون و مجله‌های مد نقش بسزائی در تشویق افراد برای لاغری دارند. دختران جوان و نوجوان به‌طور فزاینده‌ای با تصاویر مدل‌هایی که به‌طور نامعقولی لاغر هستند بمباران می‌شوند. علاوه بر این، فشارهای اجتماعی برای لاغری در طبقه‌های بالاتر اجتماعی - اقتصادی که اکثر دخترها و زنان مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی از این طبقه هستند، بسیار زیاد است.

ج. تأثیرات خانواده: بیش از یک‌سوم بیماران مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی اظهار داشته‌اند که کژکاری خانواده عاملی بوده که در ایجاد اختلال خوردن آنها مشارکت داشته است. با این حال، نیمرخ خانواده نمونه وجود ندارد، بلکه انواع رفتارهایی که مورد توجه قرار گرفته‌اند عبارتند از: انعطاف‌ناپذیری، محافظت بیش از حد والدین، کنترل افراطی و اختلاف زناشویی بین والدین. به‌علاوه، بسیاری از والدین بیماران مبتلا به اختلال‌های خوردن در رابطه با مطلوب بودن لاغری، رژیم گرفتن و ظاهر جسمانی خوب، دل‌مشغولی دیرینه داشته و مانند فرزندان خود گرایش‌های کمال‌گرایانه دارند. به نظر می‌رسد که عوامل خانوادگی در پرخوری عصبی نیز نقش داشته باشند. فیبرور(۵) و همکاران متوجه شدند که زنان مبتلا به پرخوری عصبی از نظر عوامل مخاطره‌آمیزی مانند انتظارات بالای والدین، رژیم گرفتن سایر اعضای خانواده و میزان اظهارات عیب‌جویانه اعضای خانواده در مورد شکل، وزن یا خوردن، از لحاظ آماری با گروه گواه نابهنجار و گروه گواه بهنجار تفاوت داشتند. در نمونه بزرگی از زنان سن دانشگاهی، قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده نشانه‌های پرخوری عصبی این بود که اعضای خانواده تا چه حد درباره ظاهر زن اظهارات اهانت‌آمیز و انتقادی کرده و بر نیاز او به رژیم گرفتن تأکید می‌کردند.

عاطفه منفی

عاطفه منفی (احساس بد) عامل خطر علیتی برای ناراضی‌نوی از بدن است. وقتی فرد احساس بدی دارد، ممکن است روی نقاط ضعف و کاستی‌هایش تمرکز کرده و نقایص خود را بزرگ جلوه دهد. به نظر می‌رسد که این به‌خصوص در مورد افرادی که به اختلال‌های خوردن مبتلا هستند مصداق داشته باشد. افراد مبتلا به اختلال‌های خوردن مانند افراد افسرده، شیوه تفکر تحریف‌شده دارند و اطلاعاتی را که از محیط دریافت می‌کنند به صورت تحریف‌شده پردازش می‌کنند و همین باعث می‌شود احساس بدتری داشته باشند. تحقیقات طولی که با افراد جوان انجام شده، تأیید کرده‌اند که افسردگی و عاطفه منفی پیش‌بینی‌کننده خطر زیادی برای اختلال‌های خوردن بعدی هستند(۶)

درمان

داروهای ضد افسردگی در برخی افراد مبتلا به اختلال‌های خوردن مفید واقع شده‌اند. اینکه آیا این داروها کژکاری‌های زیستی اساسی را که علت اختلال خوردن است برطرف می‌کنند یا صرفاً شرکت کردن فرد در روان‌درمانی و تغییر دادن عادت‌های خوردن او را تسهیل می‌کنند، معلوم نیست(۷) به نظر می‌رسد که داروهای ضد افسردگی فراوانی پرخوری‌ها را کاهش می‌دهند و خلق بیماران و اشتغال ذهنی آنها را به شکل و وزن بدن بهبود می‌بخشند. شواهد محکمی وجود ندارند که نشان دهند داروها بتوانند در درمان بیماران مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی مفید

واقع شوند. با این حال، داروهای ضدافسردگی و داروهای ضدروان‌پریشی گاهی مورد استفاده قرار می‌گیرند. (۸)

اغلب متخصصان بالینی موافقند که روان‌درمانی جهت اختلال‌های خوردن، حتی برای افرادی که داروهای ضدافسردگی مصرف می‌کنند، ضروری است. ویلسون (۹) و فیربورن، کارآیی درمان شناختی برای اختلال‌های خوردن، به‌ویژه درمان پرخوری عصبی را بررسی کردند. معلوم شد که درمان‌های شناختی بسیار برتر از گروه‌های گواه لیست انتظار در تمامی شش بررسی منتشر شده بوده و از داروهای ضدافسردگی بسیار مؤثرتر بوده‌اند. میانگین کاهش پرخوری ۷۹ درصد بود، به‌طوری که ۵۷ درصد افراد پرخور، در پایان درمان اصلاً پرخوری نمی‌کردند. آثار درمان با گذشت زمان همچنان پابرجا بودند (۱۰) درمان‌های شناختی - رفتاری به بیماران می‌آموزند محرک‌های محیطی پرخوری را شناسایی کنند، غذاهای نگران‌کننده را وارد رژیم خود کنند اما مقدار خوردن آنها را کنترل نمایند و شناخت‌های تحریف‌شده خود درباره مصرف غذا، وزن و هیکل را شناسایی کنند و آنها را تغییر دهند به وسیله درمان شناختی - رفتاری، در رفتارهایی مانند پرخوری و محدودیت رژیم غذایی تغییر زیادی صورت می‌گیرد، اما حتی بعد از درمان، نگرانی درباره وزن و شکل بدن باقی می‌ماند از آنجا که بی‌اشتهایی عصبی چند ویژگی مشترک با پرخوری عصبی دارد، درمان شناختی - رفتاری برای بیماران مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی نیز مورد استفاده قرار می‌گیرد. اما نتایج به دست آمده از این درمان‌ها، بر محدودیت‌های فعلی درمان شناختی - رفتاری برای این گروه از بیماران تأکید دارند. در مورد نوجوانان مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی، اکنون خانواده‌درمانی درمان ارجح محسوب می‌شود. در خانواده‌درمانی، درمانگر با والدین کار می‌کند تا به آنها کمک کند به فرزند مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی خود کمک کنند تا دوباره خوردن را آغاز کند. درمانگر وعده‌های غذای خانواده را مشاهده کرده و والدین را ترغیب می‌کند تا در مورد خوردن فرزندشان به صورت یک تیم عمل کنند. بعد از اینکه بیمار افزایش وزن را آغاز کرد، به سایر مشکلات و مسایل خانواده پرداخته می‌شود. خانواده‌درمانی به‌خصوص برای بیمارانی که قبل از ۱۹ سالگی به بی‌اشتهایی عصبی مبتلا شده و کمتر از ۳ سال از بیماریشان می‌گذرد، خیلی مناسب‌تر است. (۱۱)

(۱) پینل، جان؛ روان‌شناسی فیزیولوژیک، ترجمه مهرداد فیروزبخت، تهران، ویاریش، ۱۳۸۷، چاپ اول، ص ۴۱۵.

(۲) روزنهان، دیوید و سلیگمن، مارتین؛ آسیب‌شناسی روانی، ترجمه یحیی سیدمحمدی، تهران، ارسباران، ۱۳۷۹، چاپ اول، ج ۲، ص ۴۰۲.

(۳) کالات، جیمز؛ روان‌شناسی فیزیولوژیک، ترجمه یحیی سیدمحمدی، تهران، روان، ۱۳۸۶، چاپ اول، ص ۱۲۵.

(۴) باچر، جیمز و دیگران؛ آسیب‌شناسی روانی، ترجمه یحیی سیدمحمدی، تهران، ارسباران، ۱۳۸۸، چاپ اول، ج ۲، ص ۹۵.

Fairburn (۵)

(۶) باچر؛ آسیب‌شناسی روانی، ج ۲، ص ۱۱۰ تا ۱۱۸.

(۷) روزنهان؛ آسیب‌شناسی روانی، ج ۲، ص ۴۰۶.

(۸) باچر؛ آسیب‌شناسی روانی، ج ۲، ص ۱۲۱.

Wilson (۹)

(۱۰) پروچاسکا، جیمز و نورکراس، جان؛ نظریه‌های روان‌درمانی، ترجمه یحیی سیدمحمدی، تهران، رشد، ۱۳۸۱، چاپ اول، ص ۴۳۴.

(۱۱) روزنهان؛ آسیب‌شناسی روانی، ج ۲، ص ۴۰۷.

گرد آورنده: زهرا شکیب، کارشناس ارشد روانشناسی بالینی