

چرا کودکان دچار بی‌اشتهایی روانی می‌شوند؟

دکتر احمد به پژوه
دانشیار دانشگاه تهران

آشکار است که فهم و شناخت درست و دقیق اختلال‌های رفتاری و روانی بدون علت‌شناسی، پیامدی جز سردرگمی در تشخیص و درک نادرست از روش‌های درمانی به دنبال نخواهد داشت. از این رو، مبحث سبب‌شناسی در آسیب‌شناسی روانی، از جمله مباحث زیربنایی قلمداد می‌شود و آگاهی کامل از علت‌ها، ملاک‌های تشخیص و نشانه‌شناسی اختلال‌های روانی شرط لازم برای پیشگیری و درمان اختلال‌های روانی به شمار می‌آید. کسانی که با ساده‌انگاری، بدون تأمل کافی در علت‌شناسی، به تشخیص و درمان و اجرای برنامه‌های مداخله‌گرانه می‌پردازند، به زودی دچار مشکل می‌شوند و با ناکامی و شکست روبه‌رو می‌گردند.

در اکثر فرهنگ‌ها مادر کودک را شیر می‌دهد و سپس از شیر می‌گیرد. در برخی فرهنگ‌ها، مادر کودک را زود از شیر می‌گیرد و در برخی دیگر، از شیر گرفتن کودک تدریجی است. هم‌زمان با از شیر گرفتن کودک و قطع شیر، غذا دادن و غذا خوردن کودک و مسایل آن آغاز می‌شود.

بدون شک آداب و رسوم و شیوه‌های از شیر گرفتن و غذا دادن به کودک تحت تأثیر فرهنگ‌های گوناگون است و این مسئله بفرایند رشد کودک و بروز نابهنجاری‌های رفتاری و اختلال‌های روانی تأثیر می‌گذارد. اختلال خوردن به شکل‌های گوناگون بروز می‌کند، مانند بدغذایی، سخت‌غذایی، بی‌اشتهایی عصبی یا روانی،^۱ پرخوری عصبی یا روانی،^۲ نشخوار کردن،^۳ هرزه‌خواری،^۴ مشکلات مربوط به بلعیدن



و جویدن و نظایر آن. عمده‌ترین اختلال خوردن، به شکل‌های بی‌اشتهایی روانی و پرخوری روانی ظاهر می‌شود. کم‌اشتهایی روانی^۵ یکی از شایع‌ترین اختلال‌های دوران نوجوانی و جوانی است. ولی در دوره شیرخوارگی و کودکی نیز به ندرت رخ می‌دهد و می‌تواند سلامت کودک را به خطر بیندازد.

بی‌اشتهایی روانی چیست؟

در چهارمین ویرایش تجدیدنظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی که توسط انجمن روان پزشکی آمریکا (۲۰۰۰) منتشر شده، بی‌اشتهایی روانی به عنوان عمده‌ترین اختلال خوردن شناخته شده است. نخستین توصیف بالینی بی‌اشتهایی روانی در سال ۱۶۸۶ توسط یک پزشک انگلیسی به نام ریچارد مورتن^۶ مبنی بر اجتناب از غذا خوردن، کاهش ارادی وزن، لاغری مفرط و قطع قاعدگی ارایه شد. مورتن ضمن آن که مبنای این اختلال را عصب شناختی می‌دانست، اما تأثیر عوامل روان‌شناختی در پدید آبی آن را نیز پذیرفته بود. (کاستین^۷، ۱۹۹۹؛ کوپر^۸، ۱۹۹۴). در سال ۱۸۷۴ اصطلاح بی‌اشتهایی عصبی توسط ویلیام گال^۹ وارد قلمرو پزشکی شد و مدت‌ها پزشکان بی‌اشتهایی روانی را ناشی از اختلال غدد درون ریز می‌دانستند، لیکن از دهه ۱۹۴۰ به بعد علت‌شناسی این اختلال، برپایه‌های روان‌شناختی گسترش یافت. (دادستان، ۱۳۷۸)

بی‌اشتهایی روانی نوعی اختلال در خوردن است که به امتناع مداوم از خوردن اطلاق می‌شود. این وضعیت بر اثر تصور جاق بودن، تمایل به لاغری و کم کردن وزن بیش از حد یا ترس از افزایش وزن حاصل می‌شود و گاهی تا عدم تمایل به خوردن و قطع خوردن ادامه می‌یابد که به مرگ فرد منتهی می‌شود.

بی‌اشتهایی روانی در جوامع شهری و غربی و نزد دختران و زنان بیش‌تر مشاهده می‌شود. قله سنی بروز بی‌اشتهایی روانی بین ۱۴ تا ۱۸ سالگی است و اغلب با اختلال‌های دیگر بروز می‌کند.

علت‌شناسی

الگوی زیستی

با توجه به تأثیر عوامل زیستی بر بی‌اشتهایی روانی، شگفت‌آور نیست که برخی از پژوهشگران بر این باورند که اختلال در کار

هیپوتالاموس موجب بی‌اشتهایی روانی می‌شود. (تامسون، ۲۰۰۴) با وجود این، اکثر پژوهشگران معتقدند که این اختلال در کودکان علت‌های عضوی و جسمانی ندارد و سرانجام باید اضافه کرد که بی‌اشتهایی روانی از طریق وراثت منتقل نمی‌شود.

الگوی پویایی روانی

برای شناخت علت‌های بی‌اشتهایی روانی باید به شکل پویاتری به عقب برگشت و وضعیت روانی جنین را در دوران بارداری مادر و سپس نوزاد را در دوران شیرخوارگی مورد مطالعه قرار داد. گزارش‌های بالینی متعدد نشان می‌دهند که بی‌اشتهایی روانی پاسخ و واکنشی به فشارهای روانی و عوامل اضطراب‌زاست.

از دیدگاه فروید، رفتار خوردن با غریزه جنسی برابر است، یعنی کودک و نوجوانی که از برآوردن نیازهای جنسی خود ناتوان می‌ماند، به سطح ابتدایی‌تر که ارضای دهانی است، متوسل می‌شود. امتناع از خوردن به شکل مقاومت روانی در مقابل فشارها و تهدیدها و ابراز ناخشنودی از محیط تلقی می‌گردد.

از دیدگاه روان‌پویشی، تصور می‌شود که محرومیت‌های اولیه از محبت مادر و عدم ارضای نیازهای روانی منجر به

نظام خانوادگی

بدون شک نظام خانوادگی خاستگاه اولیه بروز و ظهور بی‌اشتهایی روانی است و خانواده‌های کودکان مبتلا به بی‌اشتهایی روانی در شکل‌گیری و تداوم این اختلال نقش اساسی به عهده دارند. مینوچین و همکارانش (۱۹۷۸) بر این باورند که خانواده نقش عمده‌ای در بروز نابهنجاری‌های روانی، از جمله بی‌اشتهایی روانی دارد. در خانواده‌هایی که کودک مبتلا به بی‌اشتهایی روانی دارند، کودک تحت حمایت بیش از حد است؛ به طوری که کودک استقلال فردی خود را از دست می‌دهد و حتی اجازه سؤال کردن ندارد. در این گونه خانواده‌ها، همواره نگرانی‌هایی درباره کمیت و کیفیت خوردن کودک، رژیم غذایی و عادت‌های غذایی او وجود دارد. کودک در این گونه خانواده‌ها به عنوان اعتراض، با امتناع از خوردن، عنادورزی می‌کند. لذا می‌توان نتیجه گرفت که خانواده درمانی ضرورت پیدا می‌کند. اختلال بی‌اشتهایی روانی به طور معمول در فرزند خوانده‌ها و دوقلوها بیش‌تر مشاهده می‌شود.

بی‌اشتهایی روانی نوعی اختلال در خوردن است که به امتناع مداوم از خوردن اسحاق می‌شود. این وضعیت بر اثر تصور چاق بودن، تمایل به لاغرری و کم کردن وزن بیش از حد یا ترس از افزایش وزن حاصل می‌شود و گاهی تا مدت‌ها تداوم می‌بخورد و قطع خوردن ادامه می‌یابد که به مرگ فرد منتهی می‌شود.

بروز این اختلال می‌شود. اختلال بی‌اشتهایی روانی به طور معمول با اختلال‌های خواب، سلوک، لجبازی، اضطراب، افسردگی و پرخاشگری همراه است (اصل همبودی^{۱۰}).

الگوی رفتاری

تبیین بی‌اشتهایی روانی از دیدگاه رفتار گرایان، شکلی از لجبازی و سرکشی است که اکتسابی بوده، بر اثر توجه، تقویت می‌شود. والدین گاه با صرف انرژی بسیار می‌کوشند کودکان خود را مجبور سازند که به طور مناسب غذا بخورند. برخی از کودکان با جدیت غذا می‌خورند و بعضی از کودکان با غذا بازی می‌کنند و در اولین فرصت از خوردن غذا می‌گریزند. این قبیل کودکان متوجه شده‌اند که غذا خوردن برای والدینشان امری مهم تلقی می‌شود و مادر هنگام صرف غذا نگران است و تمایل دارد کودک با شتاب‌زدگی غذا را تمام کند. در این شرایط، زمان غذا خوردن نوعی مبارزه و جدال بین کودک و مادر محسوب می‌شود و کودک با قدرت نمایی می‌خواهد نشان دهد که او چقدر مهم است و می‌تواند پدر و مادرش را عصبانی کند. (خدایاری فرد، ۱۳۸۲).



واکنش والدین

واکنش والدین، به ویژه مادر، نسبت به بی‌اشتهایی کودک بسیار حائز اهمیت است. اغلب اوقات مادران حساسیت زیادی به بد غذایی فرزندان خود نشان می‌دهند و می‌خواهند با نفوذ و اقتدار کودک را وادار به خوردن کنند و در غذا خوردن کودک خود مداخله می‌کنند. در این وضعیت که کودک نسبت به واکنش‌های مادر هوشمند و آگاه است، مادر را ارزیابی و

عوامل خانوادگی مؤثر بر بی‌اشتهایی روانی کودکان حساس‌ترین ایام زندگی یک فرد از بدو تولد، در خانه و خانواده سپری می‌شود. از این رو، شگفت‌انگیز نیست که



تست حساسیت می‌کند و موفق می‌شود برای جلب توجه، کینه‌توزی و انتقام‌گیری به روش خود ادامه دهد و از غذا خوردن امتناع ورزد، غذای خود را به درستی نخورد یا به تأخیر اندازد.

ریشه اکثر نابهنجاری‌های رفتاری و عاطفی را باید در بستر خانواده جست و جو کرد (به پژوه، ۱۳۸۰ و ۱۳۸۲). شرایطی که در زیر به آن‌ها اشاره می‌شود موجب بی‌اشتهایی روانی کودکان می‌گردد.

– در خانواده‌ای که مراقب کودک جا به جا یا تعویض می‌شود، مانند خانواده‌ای که مادر شاغل است و کودک گاهی توسط پدر، پدربزرگ، مادر بزرگ، خاله یا عمه نگهداری می‌شود.

– کودکی که ناخواسته و بدون تمایل مدتی در مهدکودک قرار می‌گیرد.

– غیبت‌های طولانی مادر، مانند مادری که به حج رفته و فرزندش را ترک کرده است یا مادر بیماری که مدتی در بیمارستان بوده است.

– در برخی از خانواده‌ها، مادر شاغل کودک را با عجله از خواب بیدار می‌کند، با عجله لباس او را می‌پوشاند و با شتاب یک لقمه به دست کودک می‌دهد تا آن را به عنوان صبحانه بخورد. در چنین وضعیتی کودک میل به خوردن صبحانه ندارد، زیرا غذا خوردن به آرامش و شکیبایی نیاز دارد. (مؤسسه پژوهشی کودکان دنیا، ۱۳۸۰)

– در برخی از خانواده‌ها مادری که شاغل نیست گاهی دیر از خواب بیدار می‌شود و صبحانه نمی‌خورد و برای تهیه صبحانه برای اعضای خانواده تلاش نمی‌کند. در چنین وضعیتی کودک نیز همراه مادر دیر بیدار می‌شود و گاهی صبحانه و ناهار یکی می‌شود.

– در خانواده‌هایی که شیوه‌های تربیتی خشن و ناهماهنگ میان والدین وجود دارد، مادر می‌خواهد با تهدید و داد و فریاد و

عصبانیت فرزندش را به خوردن غذا مجبور کند. در این وضعیت کودک از این که مادر را عصبانی کرده، خوشحال است و احساس می‌کند توانسته است قدرت را به دست گیرد و مادر را به نوعی عذاب دهد، لذا این گونه رفتارها را تکرار می‌کند. بنابراین با فرزند خود درباره غذا خوردن دعوا نکنید و به جای «بگو مگو» با او «گفت و گو» کنید.

– کودکانی که در خانواده‌های آشفته زندگی می‌کنند و به اضطراب جدایی مبتلا هستند.

– مادری که برای انجام کاری یا خوردن غذایی خاص، چندین بار تقاضای خود را تکرار و بر آن تأکید می‌کند. در این وضعیت کودک یاد می‌گیرد چند بار اول را به تقاضای مادر توجه نکند تا مادر تقاضای خود را تکرار کند.



بی‌اشتهایی

- 1 - ANOREXIA NERVOSA (AN)
- 2 - BULEMIA NERVOSA (BN)
- 3 - RUMINATION DISORDER
- 4 - PICA

۵- بی‌اشتهایی یک اصطلاح نادرست است، زیرا فقدان اشتها به ندرت دیده می‌شود، بلکه اشتها کم یا زیاد می‌گردد و فرد از خوردن امتناع می‌ورزد.

- 6 - MORTON, R.
- 7 - COSTIN, C.
- 8 - COOPER, P.J
- 9 - GULL, W.
- 10 - COMORBIDITY

فهرست منابع

- اسلون، هوارد (بی‌تا): غذا حاضر است، ترجمه حورا صدر (۱۳۷۰)، تهران، انتشارات سروش.
- باورز، واینه؛ ایوانز، کای و کلیو، لورا (۱۹۹۹): درمان اختلالات غذا خوردن در نوجوانی، به پژوه، احمد (۱۳۸۰): اصول برقراری رابطه انسانی با کودک و نوجوان، تهران، نشر رویش. (مؤلف)
- به پژوه، احمد (۱۳۸۲): انتظارات کودکان از مادران و پدران چیست؟ تهران، انتشارات برنیان (مؤلف).
- خدایاری فرد، محمد (۱۳۸۲): مسایل دوران کودکی و نوجوانی، تهران، نشر بسطرون.
- دادستان، پریخ (۱۳۷۸): روان‌شناسی مرضی تحولی: از کودکی تا بزرگسالی (جلد دوم)، تهران، سمت.
- راینیکه و همکاران (۱۹۹۹): شناخت درمانی در کودکان و نوجوانان، ترجمه جواد علاقبندراد و حسن فرهی (۱۳۸۰)، تهران، انتشارات بقعه.
- مؤسسه پژوهشی کودکان دنیا (۱۳۸۰): کودکان سخت غذا، تهران، مؤسسه پژوهشی کودکان دنیا.
- ویکس - نلسون، ریئا و ایزارائل، آلن (۱۹۸۴): اختلال‌های رفتاری کودکان، ترجمه محمد تقی منشی طوسی (۱۳۶۹)، مشهد، انتشارات آستان قدس رضوی.

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2000). DIAGNOSTIC AND STATISTIC MANUAL OF MENTAL DISORDER (4th ED., TEXT REV.). WASHINGTON, DC: AUTHOR.
- COOPER, P.J. (1994). EATING DISORDER, IN COMPANION ENCYCLOPEDIA OF PSYCHOLOGY (VOL. 2). ABNORMAL PSYCHOLOGY. NEW YORK: RUTLEDGE.
- COSTIN, C. (1999). THE EATING DISORDER SOURCEBOOK: A COMPREHENSIVE GUIDE TO THE CAUSES, TREATMENT AND PREVENTION OF EATING DISORDER. LOSANGELES: LOWELL HOUSE.
- MINUCHIN, S.; ROSMAN, B.L. & BAKER, L. (1978). PSYCHOSOMATIC FAMILIES: ANOREXIA NERVOSA IN CONTEXT. CAMBRIDGE, MA: HARVARD UNIVERSITY PRESS.
- THOMPSON, K. (2004). HANDBOOK OF EATING DISORDERS AND OBESITY. NEWJERSEY: WILEY.

- به طور معمول کودک تمام رفتارهای والدین را تقلید و الگوبرداری می‌کند، لذا مادر یا پدری که خود مبتلا به اختلال خوردن است، کودک این وضعیت را از آن‌ها یاد می‌گیرد و در رفتار خود نشان می‌دهد. برای مثال، مادر یا پدری که بعضی از غذاها را می‌خورد یا برخی از غذاها را نمی‌خورد، موجب می‌شود کودک دچار بدغذایی شود.

توصیه‌ها

- هنگام غذا خوردن، محیطی شاد و مناسب فراهم کنید.
- از بی‌نظمی در غذا خوردن پرهیز کنید. نظم در غذا خوردن می‌تواند میل و اشتهای کودکان را افزایش دهد.
- هنگام غذا خوردن کودکان را به نرمی تشویق کنید.
- کودکان را در آماده کردن غذا مشارکت دهید.
- به کودکان فرصت بیش‌تری برای غذا خوردن بدهید و از عجله کردن هنگام غذا خوردن خودداری کنید.
- نظر به این‌که معده کودکان کم حجم است، فاصله غذا خوردن کودکان نباید زیاد طولانی باشد.
- کودکان هنگام غذا خوردن، دوست دارند والدین در کنارشان باشند و آن‌ها را همراهی کنند.
- از خوردن غذاهای کاذب (مانند پفک) توسط کودکان پیش از خوردن غذای اصلی جلوگیری کنید.
- پیش از غذا خوردن، کودکان را مطلع کنید و از نوع غذا و کیفیت آن تعریف نمایید.
- از کودکان در چیدن سفره و آماده کردن غذا کمک بخواهید.

- درباره نوع غذایی که می‌خواهید آماده کنید، از کودکان نظرخواهی کنید.

- سعی کنید به برنامه غذایی خانواده خود تنوع ببخشید و از انواع مواد غذایی استفاده کنید. برای مثال، گاهی اوقات پدر یا مادر چون خودشان عدسی یا کدو دوست ندارند، این مواد غذایی را از برنامه غذایی خانواده حذف می‌کنند.

- هیچ‌گاه کودک را با زور، مجبور نکنید ماده غذایی خاصی را بخورد.

- هنگام غذا خوردن، وسایل و ظروف مناسب با سن کودک، در اختیار او قرار دهید.

- هنگام غذا خوردن، تلویزیون را خاموش کنید و درباره کیفیت غذا با یکدیگر صحبت کنید.