



## بی‌اشتهایی

لطیف جعفری

عضو هیات علمی دانشگاه آزاد آستارا

در فهمیدن تصویر درست از وضعیت بدنی خود دارند، احساس چاقی و بد ریختی نسبت به بدن خود داشته و در عین حال ضعیف و لاغر شدن و تحلیل رفتن بدن خود را انکار می‌کنند. در دوره‌ی بی‌اشتهایی روانی، شخص بیمار، مصرف‌گذار برای خود بسیار محدود می‌کند و هیچ اقدامی برای پر خوری در دوره‌ای از مواقع بی‌اشتهایی و یا هیچ اقدامی برای استفراغ عمدی و مصرف مسهل یا ادرار آور نمی‌کند. در نوعی از این بیماری که به شکل پر خوری پاکسازی هست فرد بیمار ضمن داشتن حالت بی‌اشتهایی، اغلب اقدام به پر خوری و بعد از آن اقدام به پاکسازی آنچه که خورده است از طریق استفراغ عمدی و یا مصرف داروهای مسهل و ادرار آور می‌نماید.

گاهی فردی دچار پر خوری و به عبارتی پراشتهایی روانی است که در دوره‌هایی از این اختلال، دچار کم‌اشتهایی و کم‌خوری می‌شود. در هر دو حالت چه پراشتهایی یا چه کم‌اشتهایی فرد بیمار به نحوی افراطی به وزن خود، غذای خود و شکل بدن خود حساس است. نتیجه‌ی داشتن چنین حالتی که فرد خود را در دام غذا خوردن و بی‌اشتهایی می‌اندازد متغیر است و از حالت مثبت آن یعنی بهبود خود بخودی تا پیشرفت این اختلال تا رسیدن به مرز مرگ و مردن آن فرق می‌کند (حالت منفی).

فردی که دچار بی‌اشتهایی روانی (یعنی تمایل زیاد بر نخوردن) است اختلال عمیقی در شناخت درست از تصویر بدنی خود دارد و چون خود را خیلی چاق یا پر وزن و بی‌قواره می‌داند پافشاری زیادی بر لاغری خود تا حد گرسنگی کشیدن دارد. این اختلال بی‌اشتهایی روانی در زنان و دختران بیشتر و شایع‌تر از پسرها و مردها است. شروع این بی‌اشتهایی در نوجوانی بیشتر است.

نظریه مربوط به دلیل پیش آمدن چنین رفتار بی‌اشتهایی روانی در دختران به کشمکش‌هایی که به انتقال دختران از مرحله‌ی دختر بودن به مرحله‌ی زن بودن اشاره دارد مرتبط است.

علائم تشخیص بی‌اشتهایی روانی عبارتند از:

تلاش مداوم بر حفظ وزن بدن در میزانی پایین‌تر از حداقل وزن مورد انتظار است. (مثال کاهش وزن به حدی که وزن بدن به کمتر از ۸۵ درصد وزن مورد انتظار برسد. و یا عدم کسب وزن مورد انتظار در دوره‌ی رشد که به وزن کمتر از ۸۵ درصد وزن مورد انتظار منجر شود). این افراد به صورت بسیار واضح ترس شدیدی را از چاق شدن دارند حتی هنگامی که وزن آنها پایین‌تر از حد طبیعی است.

کسانی که دچار بیماری بی‌اشتهایی روانی هستند نوعی اختلال

حالت بی‌اشتهایی در ۴ درصد نوجوانان و جوانان دانش‌آموز گزارش شده است.

در دهه‌ی قبل و چندین دهه‌ی گذشته، حالت بی‌اشتهایی عصبی بیشتر از دوره‌های قبلی در دختران قبل از مرحله‌ی بلوغ و نیز در پسرها هم گزارش شده است. در دوران نوجوانی بیشتر است. حدود ۵۵ درصد این افراد بعد از سنین ۳۰ سالگی دچار این عارضه می‌گردند. تقریباً در ۱ درصد از دختران نوجوان این حالت وجود دارد اما شیوع آن در بین دختران ۱۰ تا ۲۰ برابر پسرهاست. در کشورهای پیشرفته این اختلال بیشتر شایع است و احتمالاً در خانم‌های جوان که در حرفه‌ی آنها لاغری ضروری است از جمله مانکن‌ها و... بیشتر است.

#### عوامل موثر در ایجاد اختلال بی‌اشتهایی:

مجموعه‌ای از عوامل زیست‌شناختی، روانشناختی و محیطی در بروز بی‌اشتهایی روانی تاثیر دارند. از عوامل زیست‌شناختی: به مصرف مواد افیونی که باعث انکار گرسنه بودن می‌شود، می‌توان اشاره کرد. گرسنگی کشیدن منجر به برخی تغییرات زیستی شیمیایی بدن می‌شود که در افسردگی نیز وجود دارد. در تاثیر عوامل اجتماعی: به دلیل تاکید که جامعه بر لاغری و ورزش دارد، افراد کم‌اشتها با توسل به این گفته و خواست اجتماع آن را وسیله‌ی حمایت از اعمال کم‌خوری خود قرار می‌دهند. در این دسته از افراد شواهدی وجود دارد مبنی بر اینکه روابط نزدیک اما دشواری با پدر و مادر خود داشته‌اند و با

توسل به این بیماری سعی می‌کنند توجه را از روابط پرتنش خانه دور کنند. احتمال دارد این افراد سابقه خانوادگی برای افسردگی، وابستگی به الکل و نیز اختلال در خوردن هم داشته باشند.

بی‌اشتهایی به شکل روانی آن به نظر می‌رسد واکنشی در مقابل خواسته‌های دوران نوجوانی برای به دست آوردن استقلال بیشتر و افزایش عملکرد اجتماعی فرد باشد. داشتن اشتغال ذهنی و کشمکش دایمی با غذا خوردن و ممانعت از افزایش وزن به افکار وسواسی شباهت دارند. این افراد فاقد احساس خودمختاری و خود بودن هستند و بسیاری از این‌ها احساس می‌کنند که جسم آنها به نوعی تحت کنترل پدر و مادرشان است. گرسنگی کشیدن ممکن است تلاشی برای کسب اعتبار به عنوان فردی خاص باشد. و بیمار فقط از طریق انجام اقدامات خود انضباطی به شکل غیرعادی است که احساس خودمختاری و خود بودن می‌کند.

از نظر متخصصین روانکاوی این افراد از نظر روانشناختی نتوانسته‌اند خود را از مادرانشان جدا کنند و فکر می‌کنند که جسم این‌ها به تسخیرمادری مزاحم و بدون احساس در آمده است. و گرسنگی کشیدن ممکن است ناخودآگاه به معنی تلاشی برای متوقف کردن رشد این مادر درونی و مزاحم بوده باشد که بدین طریق قصد نابودکردن آن را دارند. پدر و مادر معمولاً به اقدام فرزند خود با هراس و ترس و نگرانی واکنش



و همیشه در جیب یا کیف خود شکلات و شیرینی دارند. گوشت را در بشقاب خود به قطعات بسیار ریز تقسیم کرده و وقت زیادی را صرف چیدن انواع غذا در بشقاب می‌کنند. اگر به رفتار غیرعادی آنها در ارتباط با غذا اشاره شود منکر غیرعادی بودن آن شده یا به سادگی از بحث در مورد آن طفره می‌روند. ترس شدید از افزایش وزن و چاقی در تمام این بیماران وجود دارد و بدون تردید در عدم علاقه یا مقاومت آنها برای درمان موثر است. دزدی و سواس گونه از جمله و معمولا دزدیدن شیرینی و مسهل و... شایع است. مشکلات دیگر از جمله ضعف ارتباط جنسی و تاخیر در رشد روانی جنسی در نوجوانان و کاهش شدید میل جنسی در افراد بالغ وجود دارد که شروع آن با شروع بیماری همزمان بوده است.

مبتلایان به بی‌اشتهایی غالباً افرادی راز دار و یا رازپوش هستند. علائم خود را انکار و در مقابل درمان مقاومت می‌کنند. معاینه‌ی وضعیت روانی بیمار نشان می‌دهد که او هشیار بوده و در مورد موضوع تغذیه آگاه است و با غذا و وزن بدن اشتغال ذهنی دارد. در تشخیص بی‌اشتهایی: هیچ تست آزمایشگاهی واحدی به تشخیص بی‌اشتهایی روانی کمک نمی‌کند. انواع زیادی از مشکلات غددی و پزشکی ممکن است متعاقب گرسنگی کشیدن که در این اختلال روی می‌دهد پدید آید. آزمون‌های انجام یافته شامل سنجش وضعیت کلیه، قند، خون، کلسترول و... است که به تشخیص بی‌اشتهایی کمک می‌کند.



نشان می‌دهند. بیمار نیز پدر و مادر خود را به عنوان کسی که مورد پذیرش نیستند تلقی کرده و آنها را رد می‌کند. با اینکه بی‌اشتهایی روانی بین ۱۰ تا ۳۰ سالگی شروع می‌شود اما علائم اولیه آن پس از ۱۳ سالگی بوده و اوج شیوع در سنین ۱۷ و ۱۸ سالگی است. حدود ۸۵ درصد بین ۱۳ تا ۲۰ سالگی دچار این اختلال می‌گردند. اکثر رفتارهای غیرعادی مربوط به کاهش وزن در خفا صورت می‌گیرد. این بیماران معمولاً از غذا خوردن با اعضاء خانواده یا در مکان‌های عمومی پرهیز می‌کنند. این افراد با کاهش شدید مقدار غذای مصرفی به خصوص مواد قندی و چربی وزن خود را کم می‌کنند. علاقه‌ی زیاد به جمع‌آوری راهکارهای آشپزی و آماده ساختن غذاهای متنوع برای دیگران نشان می‌دهند که دیگران احساس کنند که او به غذا خوردن اهمیت می‌دهد. بعضی از بیماران قادر به کنترل همیشگی مصرف غذا نبوده و دوره‌های پرخوری دارند. این بیماران برای کاهش وزن از مسهل‌ها و حتی ادرار آورها استفاده می‌کنند. انجام تمرینات تشریفاتی، دوچرخه سواری، پیاده روی، آهسته یا تند دویدن از فعالیت‌های معمول این بیماران برای ممانعت از چاق شدن یا افزایش وزن است. بیماران مبتلا به بی‌اشتهایی رفتارهای غریبی در ارتباط با انواع غذا نشان می‌دهند. در تمام کنار و گوشه‌های خانه انواع غذا را پنهان کرده





دخالت دارند لذا برای درمان وجود یک طرح درمانی جامع، شامل بستری کردن در بیمارستان در صورت نیاز و رواندرمانی فردی و خانوادگی ضروری است. روشهای رفتار درمانی درمان بین فردی و شناخت درمانی و در بعضی موارد درمان دارویی باید مد نظر قرار گیرد.

ب بستری کردن بیمار در بیمارستان، وضعیت تغذیه ای بیمار به حالت طبیعی باز گردانده می شود. در برنامه های روانپزشکی بیمارستانی برای این بیماران، ترکیبی از روشهای اداره کردن رفتاری، رواندرمانی فردی، آموزش و درمان خانواده و در مواردی داروهای روانپزشکی استفاده می شود. ترکیبی از تقویت کننده های اعتماد به نفس و تقویت کننده های منفی (محدود کردن ورزش و استفاده از ادراک آورها و مسهل) توصیه می شود.

از روان درمانی نیز با این بیماران استفاده می شود چنانچه بیماری شدید باشد بستری در بیمارستان صورت می گیرد. رواندرمانی خانواده بخشی از طرح درمانی جامع است و رواندرمانی بینش گرا در تثبیت اختلال، در بعضی از بیماران مبتلا به بی اشتهاهی نیز کمک کننده بوده است.

#### منبع:

خلاصه ی روانپزشکی علوم رفتاری روانپزشکی بالینی، کاپلان. ترجمه نصرت الله پورافکاری

سیر این بیماری بسیار متغیر است. گاهی بیمار خودبخود بهبود می یابد و گاهی هیچ درمانی موفق نیست. گاهی فرد دچار بالا رفتن وزن و پایین آمدن دوباره ی آن می شود که در نتیجه ی عوارض گرسنگی کشیدن در پایان منجر به مرگ می گردد. در مجموع احتمال بهبودی کامل زیاد نیست. در بیمارانی که وزن خود را با خوردن بدست آورده اند اشتغال ذهنی با غذا و وزن بدن ادامه می یابد. روابط اجتماعی آنها معمولاً ضعیف است و بسیاری نیز دچار افسردگی هستند. واکنش کوتاه مدت بیماران تقریباً نسبت به تمام انواع برنامه های درمانی بیمارستانی خوب است. مرگ و میر اینها هم بین ۵-۱۸ درصد گزارش شده است. فرایند خوب درمان منجر می شود به:

قبول گرسنگی، انکار کمتر و احترام به نفس بیشتر. اما احتمال عواقب بد در درمان معمولاً همراه بوده است با: عواملی نظیر اختلال رفتاری در دوران کودکی، کشمکش بین پدر و مادر، پراشتهایی روانی، استفرغ، مصرف زیاد مسهل ها و رفتارهای گوناگون دیگر مثل: رفتار وسواسی، رفتار خودنمایشی، افسردگی، بیماریهای روان تنی، عصبی و... حدوداً بین ۳۰-۵۰ درصد بیماران مبتلا به بی اشتهاهی روانی علائم روانی هم دارند.

#### درمان:

در بی اشتهاهی روانی، عوامل پیچیدی پزشکی و روانشناختی