



# بی‌اشتهایی عصبی در کودکان وراههای درمان آن

علی اکبر رهنما

عمل از شیر گرفتن کودک یا افزوده شدن غذاهای سفت به رژیم غذایی وی باشد.<sup>۳</sup> تاریخچه خانوادگی این کودکان نشان می‌دهد که غالباً والدین آنان به علت پرخوری یا داشتن

مقدمه

بی‌اشتهایی عصبی<sup>۱</sup> اختلالی است که در آن کودک از خوردن غذا امتناع می‌ورزد و کاهش بیش از اندازه وزن بدن بدون علل جسمانی از نشانه‌های این بیماری است.<sup>۲</sup> ملاک تشخیص بی‌اشتهایی عصبی در کودکان کاهش وزن آنان به میزان ۱۵ تا ۲۰ درصد وزن اصلی است. البته در کودکان و نوجوانان میزان افزایش وزن حاصل از فرایند رشد را باید در نظر داشت. نکته مهم دیگری که در ارتباط با اختلالات تغذیه‌ای به طور کلی و بی‌اشتهایی عصبی به صورت خاص در دوران کودکی باید مد نظر باشد، نقش والدین و اعضای خانواده در ایجاد این اختلال است.

اصولاً دو نوع بی‌اشتهایی در کودکان دیده می‌شود: یکی بی‌اشتهایی زودرس اصلی که از بدو تولد ظاهر می‌گردد و نوع دیگر آن غالباً بین سنین ۵ تا ۸ ماهگی در کودکان دیده می‌شود. نوع دوم بی‌اشتهایی بیشتر ممکن است ناشی از

لاغری می‌دهد، از راه ایجاد ترس از چاقی نیز می‌تواند از عوامل بروز این اختلال در بین کودکان و نوجوانان باشد.

### عوامل بی‌اشتهایی عصبی

نظریه‌های شناختی- رفتاری، ادراکات غلط فرد از خودش، اعتماد به نفس ضعیف و تعبیر و تفسیر غلط پدیده‌های مربوط به افزایش وزن و چاقی را در ایجاد بی‌اشتهایی عصبی در کودکان مؤثر می‌دانند (گارنر و دیگران، ۱۹۸۶).

در نظریه‌های زیستی این اختلال در اثر نقص در کار هیپوتالاموس مغز ایجاد می‌شود (لانبرگ و دیگران، ۱۹۷۰)، ولی باید گفته شود که بی‌اشتهایی عصبی به صورت کاملاً ارثی منتقل نمی‌گردد. توجهات روان‌کاوی نیز دربارهٔ

رژیم غذایی خاصی، غذا در نظرشان مهم است و در امر تغذیهٔ فرزندان خود نیز دخالت‌های زیادی انجام می‌دهند. بسیاری از این کودکان قبل از مراجعه به درمانگاه، بارها وادار به پرخوری شده‌اند. این اختلال به رغم دیگر اختلالات روانی و رفتاری کودکان، در میان دختران ۹ برابر پسران گزارش می‌شود.

تصور بر این است که این اختلال ممکن است ناشی از تمایل به لاغری و در نتیجه ترس از چاقی و افزایش وزن باشد. این بیماری در بیست سال گذشته افزایش قابل ملاحظه‌ای پیدا کرده است. هر چند که  $\frac{۲}{۳}$  این بیماران بهبود پیدا می‌کنند، لیکن  $\frac{۱}{۳}$  بقیه در اثر پیشرفت بیماری از بین می‌روند (بمیس و برانچ، ۱۹۶۰).

### علل و عوامل ایجاد بی‌اشتهایی عصبی

علت بی‌اشتهایی عصبی هنوز کاملاً مشخص نیست، ولی در عین حال در توجه آن نظریات متعددی ارائه شده است (بمیس، ۱۹۷۸). مطالعات نشان می‌دهد که وسواس فکری در مورد غذا و رفتارهای مشابه در بین بیماران مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی مشاهده می‌شود (کیز، بروزک، هنشل، میکلسن و تایلور، ۱۹۵۰).

استروبر و دیگران نیز عوامل ژنتیکی را در ایجاد این اختلال مؤثر می‌دانند. مطالعات مربوط به دوقلوها نشان می‌دهد که این اختلال در بین دوقلوهای یک تخمکی بیشتر مشاهده می‌شود (هولاند و دیگران، ۱۹۸۴). در بین این کودکان شیوع بیشتری از اختلالات عاطفی نیز گزارش شده است (گروشن و دیگران، ۱۹۸۳). از طرف دیگر اهمیت آن که اجتماع به پدیدهٔ





به طور کلی باید گفته شود طیف وسیعی از عوامل مربوط به محیط به خصوص محیط خانوادگی، عوامل ژنتیکی و ارثی و عوامل مربوط به الگوهای تربیت خانوادگی در ایجاد این اختلال دخیل هستند، ولیکن تحقیقات سهم خانواده را در ایجاد این اختلال خیلی مهم نشان داده است.

### شیوه‌های درمان

لایتنبرگ و همکاران (۱۹۶۸) از تحقیق خود بر روی درمان دو دختر بچه نتیجه گرفته‌اند که موفقیت درمان بی‌اشتهایی عصبی در آنان، در اثر ارائه تقویت مثبت در مقابل خوردن غذا و افزایش وزن صورت گرفته است. یعنی تا وقتی

علل بی‌اشتهایی عصبی قانع‌کننده نیست.

در دیدگاه‌های رفتاری، امتناع از غذا خوردن یک نوع روی گردانی و دلزدگی از غذا تلقی می‌شود که کودک آن را به صورت اکتسابی از محیط و به خصوص محیط خانواده یاد می‌گیرد و این دلزدگی از غذا به توسط رفتار والدین تقویت می‌شود (آیلون، هافتون و آزمووند، ۱۹۶۸).

خانواده درمانگرانی مانند مینوچین می‌گویند که بسیاری از عوارض جسمانی از جمله بی‌اشتهایی عصبی در خانواده ایجاد می‌شود و والدین در ایجاد و حفظ این اختلال نقش اساسی دارند. بر اساس دیدگاه خانواده درمانی وابستگی بیش از اندازه کودک به خانواده موجب می‌شود که کودک به استقلال فردی که اهمیت زیادی در این دوران دارد نرسد و در نتیجه وابسته به خانواده باقی بماند و این وابستگی سهم بزرگی در ایجاد بی‌اشتهایی عصبی در کودک دارد. خانواده‌های این کودکان غالباً نگرانی‌هایی در مورد خوردن، رژیم غذایی و عادات غذایی دارند. در این نوع خانواده‌ها، نوجوانان به ویژه با امتناع از خوردن، لجاجت و دشمنی خود را با والدین آشکار می‌کنند. در مقابل رفتارهای کودکان و نوجوانان، خانواده هر چه بیشتر می‌خواهد از آنان حمایت کند و این خود موجب تقویت رفتارهای غلط شده، به نوبه خود رفتارهای مربوط به بی‌اشتهایی عصبی را تقویت می‌کند. پس لازم است کل نظام خانواده کودک بی‌اشتها مورد اصلاح قرار گیرد. گزارشهای مینوچین و همکاران حاکی از آن است که ۸۶٪ کودکان بی‌اشتها که شمارشان ۵۳ نفر بود، با استفاده از روشهای خانواده درمانی، بهبود پیدا کرده‌اند.

خوردن را در متن خانواده از خود بروز می‌دهد (استانکاراد و ماهونی، ۱۹۷۶).

همه کودکان از سن یک تا سه سالگی یا بیشتر از آن در اوج مرحله لجبازی و منفی‌گرایی هستند و تلاش برای مجبور کردن آنان به کسارهایی یا رفتارهایی مانند غذا خوردن اجباری، بجز جنجال و اضطراب حاصلی ندارد. در این سن کودک از نخوردن و رد کردن غذا لذت می‌برد و از طرفی شرایط نامطبوع غذا خوردن در منزل گاهی ممکن است کودک را از غذا خوردن باز دارد، یعنی او را علیه غذا

که این دو کودک به غذا خوردن مشغول نمی‌شدند و افزایش وزن آنان مشاهده نمی‌شد، هیچ گونه تقویتی دریافت نمی‌کردند. تقویت رفتارهای مربوط به غذا خوردن در این دو کودک عبارت بود از تماشای تلویزیون، گردش در خارج از بیمارستان و مرخص شدن از بیمارستان در اثر افزایش قابل ملاحظه وزن بدن. علاوه بر آن چون بیماران از میزان غذای مصرفی و میزان افزایش وزن خود آگاه می‌شدند، اطلاع از نتایج مربوط به پیشرفت در غذا خوردن و افزایش وزن در بهبودی بیشتر آنان مؤثر بود.

بنابراین، بر اساس اصول یادگیری از دیدگاه شرطی‌سازی عامل (شرطی سازی عامل یا فعال به این صورت است که ابتدا فرد (کودک) کاری را انجام می‌دهد و این کار پیامد مثبت مانند توجه والدین را بر می‌انگیزد و این به نوبه خود باعث می‌شود همان کار باز هم تکرار شود)، گفتن این عبارت از جانب والدین به کودک که: "اگر وزنت افزایش پیدا کند، اجازه خواهی یافت به تماشای تلویزیون بنشینی" در واقع خواستن انجام یک رفتار و عمل از کودک است که در صورت دست زدن کودک به آن عمل، تقویت (تماشای تلویزیون) نیز به دنبال خواهد آمد. یا اینکه والدین با استفاده از اصل شرطی سازی عامل با کودک خود قرارداد می‌بندند که در صورت خوردن مقدار معینی از غذا و یا افزایش میزان معینی از وزنش او را به پارک، سینما و یا مجالسی که دوستان کودک نیز هستند، خواهند برد. البته محققان رفتارگرا معتقدند که رفتاردرمانی همواره باید با خانواده درمانی ترکیب شود، به لحاظ اینکه کودک رفتارهای ناهنجار مربوط به امتناع از غذا

انسانی و مطالعات رفتاری  
علوم انسانی

شرطی کند (نوابی نژاد، ۱۳۶۷). بنابراین لازم است که از تحمیل غذا به کودک خودداری کرد

که دیگر فکر و تصور این موارد، ترس و دلهره‌ای را در کودک ایجاد نماید. نتایج مربوط به درمان دختران ۱۲ ساله مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی با استفاده از روش حساسیت زدایی منظم امیدوارکننده بوده است. البته این نوع درمان در مورد نوجوانان نسبت به کودکان بیشتر نتیجه بخش خواهد بود.

همان‌گونه که اشاره شد، خانواده درمانی نیز یکی از شیوه‌های با اهمیت در درمان بی‌اشتهایی عصبی کودکان به حساب می‌آید و نتایج درمانی نشان می‌دهد که از شیوه‌های درمانی دیگر موفق‌تر بوده است.

روشهای خانواده درمانی همراه با دارو- درمانی در بیمارستان و با ترکیبی از روشهای رفتاری در منزل به کار می‌روند. خانواده درمانگران (مینوچین و همکاران، ۱۹۷۴ و ۱۹۷۸) اعتقاد دارند که الگوها و شیوه‌های نادرست روابط خانوادگی در ایجاد و نگهداری حالت بی‌اشتهایی عصبی در کودکان نقش مهمی دارند. بنابراین برای درمان تلاش می‌کنند

و به هنگام صرف غذا در منزل شرایط آرام و راحتی ایجاد نمود تا در کودک نسبت به غذا خوردن نگرش مثبت به وجود آید، و این عمل برای اولذت بخش شود.

حساسیت زدایی منظم<sup>۴</sup>، نوعی شیوه رفتاری است که در درمان و کاهش حالت بی‌اشتهایی عصبی در کودکان به کار می‌رود و منظور از آن این است که درمانگر سعی می‌کند به تدریج عواملی را که باعث اضطراب و ترس کودک از غذا خوردن می‌شود، از بین ببرد. مثلاً ممکن است کودک ترس از چاق شدن، ترس از مورد تمسخر و اذیت و آزار قرار گرفتن به توسط همسالان و ترس از پذیرفته نشدن در گروه همسالان را بهانه قرار دهد و از خوردن غذا امتناع ورزد. در این موارد یک درمانگر رفتاری سعی می‌کند بعد از ایجاد حالت آرامش عضلانی و روانی در بیمار از وی درخواست کند که به تدریج این فکرهای ترس‌آور را به ذهن آورد و در شرایط "آرامیدگی روانی" و به صورت تجسم ذهنی با آنها مقابله کند، تا جایی



تا والدین را از الگوهای نامطلوب روابط در درون نظام خانوادگی آگاه کنند و در اصلاح این الگوهای نادرست آنان را یاری نمایند. مثلاً ممکن است الگوی رفتاری حمایت بیش از حد کودک از طرف والدین اعمال شود و کودک در اعتراض به حالت وابستگی بیش از حد خود، دچار بی‌اشتهایی عصبی شود (با بی‌اشتهایی عصبی و امتناع از غذا خوردن در برابر والدین خود واکنش نشان دهد).

### توصیه‌های عملی به والدین برای پیشگیری و درمان بی‌اشتهایی عصبی کودکان

با عنایت به اهمیت بسیار زیاد نقش خانواده و والدین در ایجاد و حفظ حالات و عوارضی مانند بی‌اشتهایی عصبی که در این مقاله مورد بررسی قرار گرفت، و با توجه به اینکه کودکان اکثر اوقات خود را با خانواده می‌گذرانند و در تعامل دائمی با والدین و اطرافیان خود در خانواده هستند، در پایان این مقاله، با توجه به نکات مطرح شده در صفحات پیشین و با استناد به یافته‌ها و آزمایش‌های علمی، توصیه‌های عملی مفیدی در زمینه پیشگیری و درمان بی‌اشتهایی که می‌تواند مورد استفاده والدین قرار گیرد، عنوان می‌شود:

۱- والدین باید همواره سهم و نقشی را که خود در ایجاد حالاتی از قبیل بی‌اشتهایی عصبی و پرخوری در فرزندان خویش دارند، مدنظر داشته باشند.

۲- نقش الگویی والدین در صرف منظم غذا و پرهیز از الگوهای غلط صرف غذا مانند پرخوری و نامنظم خوردن غذا، نقش مهمی در



یادگیری الگوهای صحیح مصرف غذا از طرف کودک و در نتیجه عدم ابتلای وی به بی‌اشتهایی عصبی دارد.

۳- پدران و مادران، تقویت‌های مثبت مانند حق تماشای تلویزیون، رفتن به پارک، سینما و گردش و بازی با همسالان را در مقابل رفتارهای مربوط به غذا خوردن و افزایش وزن کودکان ارائه کنند.

۴- والدین در برخورد با کودکان دچار بی‌اشتهایی عصبی از تحمیل نظریات خود در باب غذا خوردن مانند واداشتن آنان به پرخوری لطفاً ورق بزنید

غذا به توسط کودک نمی‌تواند به دلیل بی‌اشتهایی عصبی باشد، بنابراین در برخورد با پدیده بی‌اشتهایی باید معیارها و میزانهای نوع عصبی و روانی آن را در نظر داشته باشند.

#### پاورقیها:

- 1 - ANOREXIA
- ۲ - انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۹۸۷
- ۳ - دادستان، ۱۳۷۰
- 4 - SYSTEMATIC DESENSITIZATION

#### منابع:

- 1 - KRACHWILL, THOMAS R. & MORRIS, RICHARD J. (1991), THE PRACTICE OF CHILD THERAPY, PERGOMON GENERAL PSYCHOLOGY SERIES.
- 2 - GRAHAM, PHILIP (1986) CHILD PSYCHIATRY, OXFORD UNIVERSITY PRESS.
- ۳ - نلسون، ریتاویکس، ایزرائل، آلن سی، ترجمه تقی منشی طوسی (۱۳۶۹)، اختلالهای رفتاری کودکان، انتشارات آستان قدس رضوی
- ۴ - دادستان، پریخ (۱۳۷۰)، روان‌شناسی مرضی تحولی، انتشارات رشد
- ۵ - راس، آلن، ترجمه مهریار، امیر هوشنگ (۱۳۷۰)، اختلالات روانی کودکان، انتشارات رشد
- ۶ - نوابی نژاد، شکوه (۱۳۶۷)، رفتارهای به‌هنجار، انتشارات ابتکار

به رغم میل ایشان خودداری کنند، چون هرچه بیشتر به این کار مبادرت ورزند، حالت عناد و پرخاشگری را در کودک افزایش می‌دهند.

۵ - والدین باید توجه داشته باشند که بی‌اشتهایی عصبی اختلالی است که در آن محرکهای محیطی که این رفتار را تقویت می‌کنند، بسیار مؤثر است. بنابراین باید سعی کرد که این محرکها را از محیط خانواده دور نمود.

۶ - گاهی ممکن است بی‌اشتهایی عصبی ناشی از بعضی اعمال والدین مانند از شیر گرفتن کودک، تحمیل بعضی از غذاها به رژیم غذایی کودک و محروم کردن کودکان از مصرف بعضی از غذاها بدون دلیل پزشکی باشد. در مواردی که بی‌اشتهایی عصبی ناشی از این عوامل باشد، والدین باید جداً از آنها خودداری کنند و یا در عمل به آنها دقت لازم را داشته باشند.

۷ - والدین و اطرافیان کودک نباید خیلی زیاد و مستقیماً دربارهٔ ارزشمندی لاغری صحبت کنند، به خاطر اینکه با این کار ممکن است ترس از چاقی و موارد مشابه دیگری را در کودکان ایجاد نمایند.

۸ - به علت اینکه موارد شدید بی‌اشتهایی عصبی ممکن است جان کودک را به خطر بیندازد، حتماً لازم است والدین در ارتباط مداوم با درمانگر متخصص قرار گیرند.

۹ - در بعضی موارد برای ترغیب و تشویق کودکان به غذا خوردن و نجات آنان از کاهش بیش از حد وزن لازم است که والدین مواد خوشبو و مطبوع به غذای کودکان اضافه نمایند.

۱۰ - والدین باید توجه داشته باشند که هر نوع امتناع از خوردن و یا کاهش میزان مصرف