

## اختلالات خوردن بی‌اشتهایی روانی و پراشتهایی روانی

دکتر حسین آزاد<sup>۱</sup>

### چکیده

اختلالاتی که امروزه تحت عنوان بی‌اشتهایی روانی و پراشتهایی روانی نام گرفته‌اند به صورتها و اسامی گوناگون در نوشته‌های مصریها، ایرانیها، چینیها، و رومیها به چشم می‌خورد. در اقوام آفریقایی نیز چنین داستانهایی وجود دارد. اولین توصیف رسمی این اختلالات در ۱۶۸۹ در اروپا مطرح شده است. پس از آن در فرانسه و انگلستان اولین دو مقاله در ادبیات پزشکی جدید درباره این اختلالات ارائه شده است. در آغاز این اندیشه وجود داشت که این اختلالات نوعی بیماری هستند تا آنجا که بی‌اشتهایی روانی بیماری سل به حساب می‌آمد یا تظاهراتی بدنی ناشی از عدم توازن هورمونها یا ناکارآمدی غدد درون‌ریز سؤال‌هایی از این قبیل که وزن آرمانی کدام است؟ چه میزان چربی برای سلامت بدن لازم است؟ چه مقدار غذا برای بدن مناسب است؟ راه مناسب افزایش وزن در افراد استخوانی و بسیار لاغر کدام است؟ ویژگی‌های بی‌اشتهایی روانی و پراشتهایی روانی کدام‌اند؟ علل این اختلالات کدام‌اند؟ مشکلات پزشکی و روانشناختی اختلالات خوردن کدام‌اند؟ مخاطرات رژیم گرفتن کدام‌اند؟ و از این قبیل مورد بحث و بررسی دقیق واقع شده است.

واژه‌های کلیدی: بی‌اشتهایی روانی، پراشتهایی روانی، وزن آرمانی، رژیم غذایی

## بررسی تاریخی

توصیف‌هایی از اختلالاتی شبیه به آنچه که امروزه بی‌اشتهایی روانی<sup>۱</sup> و پراشتهایی روانی<sup>۲</sup> نامیده شده است در نوشته‌های قدیمی مصریها، هیروگلیف‌ها و ایرانیها وجود دارد. در طومارهای به جای مانده از اقوام چینی اولیه نیز رفتارهایی شبیه به آنچه که امروزه به عنوان گرسنگی کشیدن و پر خوردن مطرح شده عنوان گردیده است. در نوشته‌های تاریخی ملاحظه می‌شود که رومی‌های قدیم در مهمانیها به پر خوری بیش از اندازه و اسراف در خوردن غذا می‌پرداختند و پس از آن با استفراغ کردن به آرامش می‌رسیدند. (این عمل برون ریزی غذا و استفراغ) در مستراحها صورت می‌گرفت و پس از آن دوباره به میهمانی باز می‌گشتند و خوردن به افراط را ادامه می‌دادند.

اطلاعات مربوط به اقوام افریقایی حاکی از داستانهایی است که افراد به هنگام قحطی از خوردن امتناع می‌ورزیدند، و به کودکانشان مقدار بسیار ناچیزی از غذا که در دسترسشان بود می‌دادند. این افراد توسط کسانی که نمی‌توانستند چنین خودامتناعی سختی را تحمل کنند مورد تحسین بسیار واقع می‌شدند. پس از پایان قحطی نیز عده کمی از این کسان داوطلبانه خودداری از خوردن را تا آن حد که در معرض خطر مرگ قرار می‌گرفتند ادامه می‌دادند. بعضی از آنان توسط شایدان و القای حالاتی شبیه به خلسه که هم اکنون در هیپنوتیزم درمانی متداول است مورد درمان واقع می‌شدند.

در اروپا اولین توصیف رسمی بی‌اشتهایی روانی در ادبیات پزشکی توسط ریچارد مورتون<sup>۳</sup> در ۱۶۸۹ مطرح شده است. او اولین توصیف خود از این اختلال را به عنوان اسکلتی پوشیده از پوست مطرح کرده است. دو پزشک دیگر یکی لازگ<sup>۴</sup> (۱۸۷۳) در فرانسه و دیگری گال<sup>۵</sup> (۱۸۷۴) در انگلستان اولین دو مقاله را درباره بی‌اشتهایی روانی در ادبیات جدید پزشکی ارائه دادند. در آغاز تصور می‌شد که بی‌اشتهایی روانی نوعی سل باشد یا تظاهراتی از اختلال یا بیماری بدنی که با عدم توازن هورمون‌ها یا ناکارآمدی غدد درون ریز در ارتباط است. این امر تا دهه ۱۹۳۰ ادامه داشت. پس از آن محققان بر این باور شدند که علل خودگرسنگی دادن روانشناختی و هیجانی است. امروزه نیز متخصصان بالینی باور دارند که اختلالات خوردن پیامد نهایی ناراحتی‌های هیجانی است که با نبود تعادل فیزیولوژیایی به دلیل رژیم‌های سخت غذایی در افراد مستعد در تعامل است. بدیهی است که درمان مؤثر هم عوامل بدنی و هم عوامل روانی فیزیولوژیایی را شامل می‌شود (ان رد<sup>۶</sup>، ۲۰۰۵).

1. anorexia nervosa

2. bulimia nervosa

3. Richard Morton

4. Lasegue

5. Gull

6. ANRED: Anorexia Nervosa Related Eating Disorders.

وزن آرمانی کدام است و چگونه می‌توان محاسبه کرد؟

چه میزان چربی برای سلامت بدن لازم است؟

چه میزان غذا برای سلامت بدن مناسب است؟

اصطلاح «وزن آرمانی» چندان مناسب نیست، زیرا این امر در حد زیاد به تصورات غیرواقعی که توسط رسانه‌های جمعی به ما القاء می‌شود وابسته است. وزن آرمانی یا وزن سلامت بخش بدن وزنی است که در آن شخص احساس کند دارای نیرو، انرژی، و تندرستی است. ساختمان بدن افراد با یکدیگر متفاوت است. بنابراین تکیه به چهارچوبها، جدولها، فرمولهائی که برای سنجش و تعیین وزن سلامت بخش ارائه شده است ضروری نیست. بلکه باید در حد متعادل، مناسب، متنوع که شامل مقدار زیادی میوه، سبزیجات، و حبوبات است غذا خورد. باید دانست که غذاهای کم چرب یا بی چربی به سلامت استخوانها آسیب می‌رساند، بنابراین نباید نسبت به خوردن غذاهای دارای چربی و قند چندان سخت گیر بود. بدین معنی که لازم است فرد به خود اجازه دهد که از مقدار غذای متوسط برای ارضای نیازهای بدنی خویش لذت ببرد؛ نه خود را از خوردن محروم سازد و نه اصرار در پرخوری داشته باشد.

وقتی که شخص احساس کند دارای نیرو و انرژی لازم برای یک زندگی بهنجار و سلامت بخش است وزن سالمی دارد. به عبارت دیگر وقتی که فشار خون، سطوح کلسترول و قند خون طبیعی است، و هنگامی که به دلیل تغذیه کم (کمبود مواد لازم برای استخوانها)، یا به دلیل اضافه وزن، شخص دچار درد کمرب یا درد مفاصل نیست، مسیر سلامتی را طی می‌کند. در زنان دوره‌های قاعدگی بهنجار خود نشانه‌ای از سلامتی بدنی است.

متداول ترین میزان پذیرفته شده چربی خون برای سلامت بدن در مردان بزرگسال ۱۸ تا ۲۳ درصد و برای زنان بزرگسال ۱۸ تا ۲۸ درصد است. کمتر از این حد ممکن است موجب مشکلات فیزیولوژیائی معناداری از قبیل کمبود مواد معدنی استخوان و در نتیجه پوکی استخوان شود، یا موجب کمبودهای هورمونی و از دست دادن شوق زندگی، مشکلات جنسی، و باروری آسیب دیده شود (ان رد، ۲۰۰۵).

در بعضی از افراد پرخوری موجب اتساع و انبساط شکم می‌شود و ظاهر آن را برجسته و بد نما می‌سازد. خوردن غذای زیاد و خواب رفتن پس از آن، در حالی که تمام ماهیچه‌ها در حال آرامش اند، می‌تواند تأثیر مشابهی داشته باشد. بعضی از کسان وقتی که پرخوری را متوقف می‌سازند احساس فشار و ناراحتی می‌کنند، عده‌ای دیگر به رغم فریبهی همواره در حال خوردن و جویدن هستند.

یکی از پیامدهای متداول اختلالات خوردن کندی حرکات معدی است. یعنی غذا بیش از حد لزوم در معده و روده می‌ماند و در نتیجه شخص ساعتها احساس نفخ و سنگینی شکم می‌کند.



اگر افراد فربه میزان غذای بهنجار را حفظ کنند، بدنشان بتدریج به حال عادی خود باز می‌گردد. این امر در آغاز می‌تواند به صورت محدود ساختن واقعی غذاهای چربی دار و سایر موادی که هضم آنها مشکل است باشد. پس از بازگشت بدن به حالت بهنجار و یا بهبود رو به پیشرفت، شخص می‌تواند مقداری از این غذاها را صرف کند، زیرا بدن وی آموخته است که دگر بار آنها را کنترل و اداره کند. علاوه بر آن خوردن مقدار کم در دفعات بیشتر ممکن است هضم آن آسانتر باشد تا خوردن مقدار زیاد غذا آنهم در دو یا سه نوبت (اندر، ۲۰۰۵).

بعضی از کسان بر این باورند که خودداری کردن از خوردن به صورت دوره‌ای یا به شکل روزه گرفتن برای دفع سموم بدن لازم است. این موضوع خیلی زیاد در اسطوره‌ها رشد و گسترش یافته است، ولی براساس واقعیت‌های علمی نیست. بدن برای پاکیزه ساختن خود از طریق هضم بسیار کارآمد است و هیچ شاهدهی دال بر این امر وجود ندارد که بدن از طریق خوردن معمولی دچار «مسمومیت» شود. این اندیشه نیز که معده و روده‌ها به صورت موقت نیاز به استراحت دارند درست نیست. در واقع خودداری از خوردن برای کسانی که دچار اختلالات خوردن هستند می‌تواند زیانبخش باشد. یعنی موجب سردرد، تهوع، استفراغ، دل پیچه، پائین آمدن فشار خون و بی نظمی ضربان قلب شود. این امر به ویژه برای مبتلایان به دیابت، بیماریهای کبدی و کلیوی خطرناک است. زنان باردار هیچگاه نباید به شکل روزه گرفتن از خوردن امتناع ورزند (ان رد، ۲۰۰۵).

همواره باید به اندازه کافی غذا خورد به ویژه غذاهای فیبر (رشته) دار مانند بقولات، میوه‌ها و سبزیهای تازه. پوست و الیاف درونی میوه‌ها، سبوسهای گندم، و غذاها و موادی که دارای فیبر زیاد باشند برای کار معده و سلامت بدن بسیار مفیدند.

سبزیهای ریشه‌دار نیز به خاطر داشتن ویتامینها، مواد معدنی، آنتی اکسیدانها، و مواد فیبری سودمنداند. آب میوه فاقد مواد فیبری لازم برای معده است (سلامت نوجوان<sup>۱</sup>) نوشیدن هشت تا ده لیوان آب در خلال روز مفید و ضروری است.

ورزشهای منظم و متوسط به ثابت بودن وزن کمک می‌کند و سپاهی کلی از نظر فواید کوتاه‌مدت و درازمدت برای سلامت بدن فراهم می‌سازد (آیدپ<sup>۲</sup>، ۲۰۰۵).

### راه مناسب افزایش وزن در افراد خیلی لاغر و استخوانی

افراد خیلی لاغر و استخوانی باید بیش از عملکرد و فعالیت متابولیک و سوخت و ساز پایه غذای کالری دار بخورند. خوردن مواد پروتئینی بیش از معمول و پنج تا شش بار در هر روز به جای

1. Adolescence Health

2. IAEDP: International Association Eating Disorders Professionals

سه بار که معمول است علاوه بر خوردن حبوبات سالم، میوه‌جات و سبزیجات، باید در بین وعده‌های غذایی از مواد پرکالری استفاده شود. این غذاهای بین وعده‌ای باید از نظر اندازه کم ولی از نظر کالری زیاد باشند، به نحوی که شخص سیر نشود و بی‌اشتهاییش برای غذای بعدی از بین نرود. استفاده از روغن‌های گیاهی مانند روغن زیتون، روغن ذرت و از این قبیل خیلی بهتر است تا کاهش چربی‌های مختلف. رژیم صحیح آن است که غذاهای سلامت‌بخش خورده شود. بستنی، سسهای مایونز، آبگوشت و خورشتهای آبدار، و گوشتهای چرب حاوی کالری هستند، ولی چربی آنها اشباع شده است و برای سلامت بدن مناسب نیستند. بدیهی است خوردن هر نوع غذایی مناسب است اگر در حد تعادل مصرف شود. نوشیدن یکی دو لیوان آب یا نوشیدنی دیگر در بین غذا مناسب است. از داروهای لاغرکننده باید اجتناب شود. برای چاق شدن نباید عجله کرد. باید به یادداشت که افراد بتدریج که سنشان بالاتر می‌رود چاق‌تر می‌شوند، به ویژه این حالت در زنان پس از قاعدگی و بچه‌دار شدن بسیار نمایان است. ممکن است که شخص همواره قلمی باقی بماند ولی چربی لازم در نواحی مخصوص بدن به اندازه کافی باشد.

سازمان بهداشت جهانی گروه‌های فربه را براساس «شاخص وزن» با فرمول زیر مشخص کرده است:

$$\text{شاخص وزن بدن} = \frac{\text{وزن بدن به کیلو}}{(\text{طول قد به متر})^2}$$

۱۷/۵	۲۴/۵ تا ۱۸/۵	۲۹/۵ تا ۲۵	۳۴/۵ تا ۳۰	۳۹/۵ تا ۳۵	۴۰ و بیشتر
لاغر	وزن متعارف	وزن اضافه	اندکی فربه	میانه فربه	زیاد فربه
			(رده ۱)	(رده ۲)	(رده ۳)

برای کم شدن وزن هیچگاه نباید خوردن متوقف شود، زیرا این عمل موجب نقرس، سنگ کیسه صفرا، سنگ کلیه، نارسائی کبد، و بی‌نظمی ضربان قلب به صورتی خطرناک و حتی ایست قلبی می‌شود. اگر شخص کمتر از ۱۲۰۰ کالری در شبانه روز غذا بخورد، پروتئین، چربی، کربوهیدراتها، ویتامین‌ها و مواد معدنی لازم به بدنش نخواهد رسید و نیاز به استفاده از داروهای تقویتی خواهد بود.

برای کم کردن وزن باید سوختن کالری بیش از مصرف آن باشد و این امر از طریق ورزش یا از طریق کم کردن غذا، به ویژه غذاهای پرچربی میسر است (ندا، ۲۰۰۵).



## ویژگی های بی اشتهائی و پراشتهائی روانی

بی اشتهائی روانی نوعی بیماری است که معمولاً در دختران نوجوان رخ می نماید، ولی در پسران نوجوان و زنان و مردان بزرگسال نیز ممکن است به وقوع بپیوندد. افراد مبتلا به بی اشتهائی روانی وسواس زیاد دربارهٔ لاغر بودن دارند. آنان می کوشند تا هر قدر ممکن است وزن خود را از دست بدهند و از به دست آوردن وزن وحشت دارند. حتی زمانی که از فرط لاغری در آستانهٔ مرگ قرار می گیرند باز فکر می کنند که خیلی چاق اند. این اختلال مسئله ای نیست که تنها به نخوردن و کاهش وزن مربوط باشد. بلکه تلاشی است برای مقابله با مسائل هیجانی از طریق تمرکز بر خوردن و وزن.

در دختران مبتلا به بی اشتهائی روانی معمولاً دوره های قاعدگی متوقف می شود، پوستشان خشک و زرد شده، ناخنها و موی سرشان نازک و ترد و شکننده می گردد. ممکن است موهای لانگو<sup>۱</sup> (اصطلاحی که برای موهای نرم و کرک مانند روی بدن نوزاد بکار رفته است) در تمام سطح بدنشان رشد کند. همواره احساس سرما می کنند و پیاپی بیمار می شوند. در حالت خلقی بدی قرار دارند (غمگین و افسرده اند) در تمرکز کردن دچار مشکل اند و همواره دربارهٔ غذا و نخوردن می اندیشند. بدیهی است که این امر واقعیت ندارد که این افراد هیچگاه گرسنه نمی شوند، بلکه در واقع آنان همواره گرسنه اند و گرسنگی کشیدن به آنها احساسی از کنترل بر بدن و زندگیشان می دهد. وقتی که وزن خود را از دست می دهند چنان است که گوئی در بهترین حالت احساس قرار دارند. این افراد ممکن است که در معرض خطر مرگ به دلیل گرسنگی کشیدن قرار گیرند (ندا، ۲۰۰۵).

افراد مبتلا به پراشتهائی روانی مقدار زیادی غذا می خورند، ولی پس از خوردن احساس گناه کرده و از طریق تهوع و استفراغ یا داروهای معین، یا داروهای ادرار آور به سرعت آنها را خارج می سازند تا بدین ترتیب وزن خود را حفظ کنند. هم در بی اشتهائی روانی و هم در پراشتهائی روانی تصور ذهنی غلطی دربارهٔ بدن و اندامشان وجود دارد. یعنی در هر دو اختلال افراد مبتلا تصور می کنند که بی اندازه چاق و فربه اند. این خود تصویری نسبت به چاق بودن موجب می شود که در فرد مبتلا به بی اشتهائی روانی، حتی هنگامی که فوق العاده لاغر و شبیه به اسکلت است، از خوردن امتناع ورزد، و اگر کمی غذا خورده باشد از طریق داروهای امنیت آور و تهوع و استفراغ آنها را خارج سازد. این دور باطل خوردن، احساس گناه، و خارج ساختن غذای خورده شده در هر دو اختلال هم پراشتهائی روانی و هم بی اشتهائی روانی وجود دارد (انجمن ملی بی اشتهائی روانی و اختلالات وابسته<sup>۲</sup>، ۲۰۰۵).

1. Lanugo

2. National Association of Anorexia Nervosa and Associated Disorders

## علل بی‌اشتهایی روانی و پراشتهایی روانی

دانش و اطلاعات به دست آمده درباره علل بی‌اشتهایی روانی قطعی نیست. در تلاش برای فهم و کشف منشاءهای اختلالات خوردن، محققان و دانشمندان توجه خود را بر روی شخصیت، ژنتیک، محیط، و عوامل زیستی شیمیایی افراد مبتلا به اختلالات معطوف ساخته‌اند. ویژگی‌های شخصیتی خاصی که در افراد دچار اختلالات خوردن متداول است عبارت است از: عزت نفس پائین، کناره‌گیری اجتماعی (به ویژه پس از ظهور اختلال) و کمال‌گرایی. به عنوان مثال این افراد تمایل دارند که دانشجویان خوب یا ورزشکاران عالی باشند و اگر احساس کنند که چیزی در زندگیشان کامل نیست خود را ملامت می‌کنند. آشکارا به نظر می‌رسد که تمرکز بر روی وزن و غذا به آنان اجازه می‌دهد تا مسائل و مشکلاتی را که برایشان رنج آور، دردناک و غیرقابل تحمل است نادیده انگارند (هرچند که این امر ممکن است برایشان شناخته شده نباشد). آنان باور دارند که هر قدر لاغرتر شوند شادتر و موفق‌تر خواهند بود.

اختلالات خوردن معمولاً در خانواده‌ها جریان می‌یابد، و اکثر مبتلایان زنان هستند. مثلاً یک دختر ۱۰ تا ۲۰ برابر برادر خود در معرض خطر ابتلا به بیماری بی‌اشتهایی روانی است. این یافته این معنی را می‌رساند که ممکن است عوامل ژنتیک بعضی از افراد را برای ظهور اختلالات خوردن آماده سازد ولی تأثیرات رفتاری و محیطی نیز ممکن است نقشی به عهده داشته باشد. به ویژه آنکه فشارهای روانی و حوادث استرس‌زای زندگی می‌توانند خطر ابتلا به اختلالات خوردن را افزایش دهند.

دانشمندان در مطالعات مربوط به عملکردهای زیستی شیمیایی افراد مبتلا به اختلالات خوردن دریافته‌اند که انتقال دهندگان سروتونین و نوراپی نفرین در این افراد مانند مبتلایان به افسردگی کاهش یافته است. همچنین سطوح کورتیزل (یک هورمون مغزی که در پاسخ به استرس ترشح می‌شود) افزایش یافته و ازوپرسین<sup>۱</sup> (ماده‌ای شیمیایی مغزی که میزان آن در بیماران مبتلا به وسواس فکری و عملی نابهنجار است) بیش از افراد عادی است (انجمن ملی، ۲۰۰۵).

برای آگاهی بیشتر به علل اختلالات خوردن علل زیست‌شناختی را مورد بررسی عمیق‌تر قرار می‌دهیم. گرچه اندیشه‌های رایج بر این باورند که علت این اختلالات آن است که زنان می‌کوشند تا تصور بدنی آرمانی را که در بیشتر فرهنگها متداول است و بر لاغر بودن تأکید می‌شود ارضاء نمایند، ولی ثابت شده است که بی‌اشتهایی روانی و پراشتهایی روانی مشکلاتی هستند که عوامل بسیاری ممکن است در آنها دخالت داشته باشند. این عوامل دامنه‌ای از عوامل ژنتیک تا عدم تعادل انتقال دهندگان عصبی و هورمونی را دربر می‌گیرد (موسسات ملی بهداشت روانی،<sup>۲</sup> ۲۰۰۵).



مطالعات مربوط به اختلالات خوردن نوعی آمادگی ژنتیک را آشکار ساخته‌اند. دلائلی که برای این امر ذکر شده این است که زنان متعلق به خانواده‌هایی که یکی از اعضای آن دچار نوعی اختلال خوردن است، احتمال اینکه دچار اختلال خوردن شوند خیلی زیاد است. خواهران دوقلوی یکسان بیش از دو قلوهای ناهمسان مستعد ظهور اختلالات خوردن هستند. حتی این احتمال مورد بررسی است که آیا در خواهران مبتلا به اختلالات خوردن ONA خاصی وجود دارد که متفاوت از خواهران غیرمبتلاست. در حالی که اغلب افراد رسانه‌های جمعی و جامعه را به خاطر به تصویر کشاندن زیبایی آرمانی به صورت لاغری مخاطره‌آمیز سرزنش می‌کنند، ولی این تنها بخشی از دلائل مختلف اختلالات خوردن است. یکی از بحث‌های عمده درباره آمادگی ژنتیک برای بی‌اشتهایی و پراشتهایی روانی بالا بودن میزان ابتلای زنان طبقات بالا و متوسط است. به نظر می‌رسد که در طبقات بالا از نظر اقتصادی پدران و مادران بیش از طبقات پائین نگران و دلواپس زیبایی و وزن دخترانشان هستند و در نتیجه محیطی مخاطره‌آمیز که می‌تواند منجر به اختلالات خوردن شود فراهم می‌سازند. مطالعات رفتاری نیز نشان داده‌اند که اختلالات والدین مانند افسردگی، بدرفتاری با همسر و غیره می‌تواند در اختلالات خوردن نقشی به عهده داشته باشد، ولی دخالت عوامل ژنتیک هم باید مورد توجه قرار گیرد (شبکه بهداشت روانی، ۲۰۰۵).

ارتباط انتقال دهندگان عصبی با هیپوتالاموس و نقش آنها در ایجاد اختلالات خوردن از نخستین مطالعات محسوب می‌شود. آشکار شده است که بخش‌های مرکزی و جانبی هیپوتالاموس مسئول اداره رفتار خوردن در انسان و حیوانات است. بخش مرکزی (بطنی) هیپوتالاموس مرکز سیری نامیده شده است. اگر این بخش از مغز تحریک شود رفتار خوردن متوقف می‌گردد، یعنی این بخش با احساس سیری همبستگی داشته و در ارتباط است. برعکس بخش جانبی (کناری) با رفتار خوردن و گرسنگی همراه است. وقتی این دو ناحیه کار خود را به درستی انجام دهند وزن بدن در نقطه مناسب خاصی تثبیت می‌شود. آسیب به یکی از این دو ناحیه موجب تغییر و اختلال در این نقطه مناسب می‌شود. بنابراین خوردن پاسخی خواهد بود به این نقطه تغییر یافته که اگر پائین‌تر از وضعیت بهنجار باشد موجب می‌شود که انسان یا حیوان تا سرحد مرگ از خوردن امتناع ورزد (گرسنگی و سیری، ۲۰۰۵).

کاهش میزان اپی نفرین در بخش مرکزی هیپوتالاموس با ظهور رفتارهای بی‌اشتهایی روانی و پراشتهایی روانی در موشها بستگی داشته است. یعنی موشها با میزان پایینی از خوردن سازش حاصل کرده، بر فعالیتشان افزوده می‌شود، میزان دریافت کار بر هیدرات کاهش می‌یابد و پرخوری به حالت نخستین بر می‌گردند (اختلالات خوردن، ۲۰۰۵).



آشکار شده است که میزان نوراپی نفرین، سروتونین، و دوپامین در افراد مبتلا به بی‌اشتهایی و پراشتهایی روانی ناپه‌نجان است. آزمایش‌های انجام شده روی حیوانات آزمایشگاهی با سروتونین نشان داده‌اند که وقتی این انتقال‌دهنده عصبی در بخش مرکزی یا جانبی هیپوتالاموس ترشح شود خوردن متوقف شده و منجر به گرسنگی کشیدن می‌شود. کاهش سطوح سروتونین موجب پرخوری و فربهی می‌شود. ترشح میزان نوراپی نفرین نیز پیامدهای مشابهی داشته است. مطالعات مربوط به انسانها نشان داده‌اند که «آسیب در حساسیت سروتونین دستگاه عصبی مرکزی می‌تواند با ظهور یا برقراری الگوهای خوردن ناپه‌نجان در بیماران مبتلا به پراشتهایی روانی نقش داشته باشد. محققان در این مطالعات دریافته‌اند که سروتونین احساس خوب بودن و سیری در ارتباط است. یعنی پس از تغذیه با رژیم غذایی دارای کربوهیدرات غنی، بدن این قندها را از طریق مراحل چندگانه به تریپتوفان، که پیشرو و منادی سروتونین است تبدیل می‌کند. در نتیجه رفتار پرخوری در پراشتهایی روانی ممکن است پاسخی باشد به عدم تعادل این ماده شیمیایی در مغز، یعنی پائین بودن میزان سروتونین در مغز (توصیف عملکرد سروتونین در پراشتهایی روانی، ۲۰۰۵).

همچنین این مطالعه آشکار ساخت که آزمودنیهای سالم پس از خوردن یک وعده غذای طبیعی بیش از افراد مبتلا به بی‌اشتهایی روانی احساس سیری می‌کنند. این یافته دلالت بر آن دارد که ممکن است مرکز پاسخ سیری در افراد دچار پراشتهایی روانی اشکال داشته باشد. تمایل به احساس سیری ممکن است موجب شود که مبتلایان به پراشتهایی روانی بکوشند تا از طریق خوردن شیرینی که منجر به ترشح تریپتوفان در مغز می‌شود، مغز خود را از این ماده اشباع سازند. درمان موفقیت‌آمیز پراشتهایی روانی با فلوکستین هیدروکلراید<sup>۱</sup>، یا پروزاک<sup>۲</sup> نیز اهمیت سروتونین را در اختلالات خوردن نشان می‌دهد. این دارو به عنوان افزایش ترشح سروتونین در مغز از طریق منع باز جذب آن عمل می‌کند. بعضی از بیماران دریافته‌اند که این عمل به آنان کمک می‌کند تا رفتارهای پرخوری، استفراغ، پاکسازی خود را کنترل نمایند (گزارش تحقیقی دربارهٔ درمان پراشتهایی روانی، ۲۰۰۵).

از سوی دیگر بیماران مبتلا به بی‌اشتهایی روانی ممکن است مراکز پاسخ دهی بیش فعال نسبت به سروتونین داشته باشند، که منجر به یک نیاز برای کاهش سروتونین در مغز آنان از طریق محدودسازی غذا خوردنشان می‌شود. در واقع سطوح بیش از اندازه سروتونین با احساس تحریک مداوم عصبی همبسته است. خود گرسنگی دادن ممکن است کوششی باشد برای رهایی بدن از این احساس ناراحت‌کننده (همان منبع).

1. fluoxetine hydrochloride

2. Prozac

پائین بودن سطوح سروتونین با افسردگی همراه است که یک اختلال هماهنگ (همراه) و متداول در افراد دچار اختلال خوردن است. هم اختلالات خوردن و هم افسردگی می‌توانند به عنوان اختلالاتی نگریسته شوند که کنش «من»<sup>۱</sup> یعنی احساس خود (سلف)<sup>۲</sup> با واقعیت بیرونی هماهنگی ندارد. مثلاً فرد افسرده اغلب احساس درماندگی، ناامیدی، و عزت نفس فوق العاده پائین بی توجه به موقعیتهای واقعی زندگی می‌کند. شخصی که از بی‌اشتهایی یا پراشتهایی روانی رنج می‌برد احساس می‌کند که وزنش بیش از اندازه است. در حالی که در واقع افراد دچار بی‌اشتهایی روانی و نشان خیلی پایین‌تر از بهنجار است و افراد دچار پراشتهایی روانی و نشان بهنجار عملکرد «من» به طریقی که خودپنداری ناسالم اختیار کرده است. اندامی که توسط عملکرد «من» برای خود (سلف) تصور می‌شود با آنچه واقعا هست و دیگران می‌بینند یکسان نیست. محققانی که در تلاش برای یافتن درمانهای زیست‌شناختی این اختلالات هستند، به راههایی می‌نگرند تا تصور بدنی عملکرد «من» را با آنچه که در دنیای خارج دیده می‌شود هماهنگ سازند. سرانجام اینکه عملکرد «من» باید با عملکرد دستگاه عصبی که از طریق وراثت شکل گرفته است هماهنگ شود. چون نورونها از طریق انتقال دهندگان عصبی با یکدیگر ارتباط حاصل می‌کنند، بنابراین یک دستگاه انتقال دهنده عصبی نابهنجار می‌تواند بر عملکرد «من»، و در نتیجه بر ادراک خود (سلف) تأثیر بگذارد. دلائل احتمالی برای دستگاه انتقال دهنده عصبی نادرست در دامنه‌ای از تاثیرات ژنتیک و محیطی قرار می‌گیرد (همان منبع).

موقعیتهای حاصل از درمانگریهای دارویی این باور را که عملکرد «من» می‌تواند به طور مثبت تحت تأثیر افزایش مصنوعی محیط عصبی-شیمیایی قرار گیرد، مورد تأیید قرار می‌دهد. درمان افراد افسرده با داروهای ضد افسردگی، با افزایش عزت نفس آنان همبستگی دارد. یعنی عملکرد «من» که قبلاً موجب خودپنداری ضعیف در آنان می‌شد می‌تواند تغییر کند، و در نتیجه نظری سالم‌تر و مناسب‌تر نسبت به خود (سلف) در این افراد ایجاد شود. در افراد دچار بی‌اشتهایی و پراشتهایی روانی نیز عملکرد «من» ممکن است به طور مثبت تحت تأثیر داروهای که موجب تغییرات محیط عصبی شیمیایی می‌شوند قرار گیرد. این مدل شیمیایی ممکن است که موجب تسکین افراد مبتلا به بی‌اشتهایی و پراشتهایی روانی شود (کشفیات علمی<sup>۳</sup>، ۲۰۰۵).

هورمونهای متعدد مانند کورتیزول اورکسین<sup>۴</sup> A، اورکسین B، هورمون لوتینیزینگ<sup>۵</sup>، عامل رهاکننده هورمون لوتینیزینگ و هورمون تحریک‌کننده فولیکول (تخمندان) غالباً با اختلالات

1. I

2. self

3. Scientific American Explorations

4. orexin

5. Luteinizing



خوردن در ارتباط بوده‌اند. سطوح یا توزیع این هورمون‌ها که در افراد سالم نیز وجود دارند در افراد مبتلا به اختلالات خوردن ناپه‌نجا است. مثلاً آشکار شده است که هورمون مغزی کورتیزول در بیماران مبتلا به بی‌اشتهایی روانی در سطح بالایی است. این هورمون معمولاً در پاسخ به فشار روانی ترشح می‌شود، ولی در افراد دچار اختلالات خوردن ممکن است که ترشح آن به دلیل بدعملکردی هیپوتالاموس دچار اشکال باشد (همان منبع).

معلوم شده است که هورمون‌های تازه کشف شده یعنی اورکسین A و اورکسین B، با رفتار خوردن در موشها در ارتباط‌اند. یعنی از طریق تزریق این هورمون‌ها و تعدیل حس گرسنگی و سیری، دانشمندان توانسته‌اند بر میزان خوردن موشها تأثیر بگذارند. بدین ترتیب که تزریق آنها به داخل هیپوتالاموس کناری موشها فوراً شروع به خوردن کرده و هشت تا ده برابر معمول غذا خورده‌اند. به دنبال این یافته، محققان سطوح افزایش یافته این هورمون‌ها را در موشها به هنگام گرسنگی سنجیدند. گرچه این محققان هنوز نتوانسته‌اند دریابند که کاهش اورکسین A و اورکسین B موجب کاهش اشتها در موشها می‌شود، ولی در حال بررسی موشها از طریق مهندسی ژنتیک هستند تا ببینند که این امر می‌تواند ناشی از نبود ژن لازم برای ایجاد آنها باشد. فرضیه این تحقیق این است که داروهایی که نقش اورکسین را بازی می‌کنند ممکن است به بیماران مبتلا به بی‌اشتهایی روانی کمک کنند تا بر اختلال خود چیره شوند، و برعکس داروهایی که موجب مسدود ساختن عمل اورکسین می‌شوند ممکن است در درمان مبتلایان به پراشتهایی روانی مؤثر واقع شوند (همان منبع).

یک نشانهٔ مرضی متداول در بی‌اشتهایی روانی آمنوریاست.<sup>۱</sup> یعنی از دست دادن چرخهٔ قاعدگی منظم یا قطع قاعدگی. به نظر می‌رسد که آمنوری در افراد دچار بی‌اشتهایی روانی ناشی از کاهش هورمون‌های تولید مثل، یعنی هورمون لوتینیزینگ، عامل رهاکننده لوتینیزینگ، و هورمون تحریک‌کننده فولیکول (تخمدان) باشد. زیرا هنگامی که شخص به وزن اولیهٔ خود باز می‌گردد سطوح این هورمون‌ها نیز معمولاً به الگوی چرخه‌ای و نوسانی بهنجار بازگشت حاصل می‌کند. چنین تصور شده است که این امر مربوط است به عملکرد نظام عصبی-غددی، به ویژه هیپوتالاموس. بنابراین احتمال بهبود برای بیماران مبتلا به بی‌اشتهایی روانی که چرخهٔ قاعدگی منظم خود را باز نمی‌یابند، زیاد نیست (اختلالات خوردن، علل زیستی اختلالات خوردن، ۲۰۰۵). منابع کمی بر این باورند که افراد مبتلا به بی‌اشتهایی روانی به روزه گرفتن (چیزی نخوردن) معتاد شده‌اند، دلیل آن را هم به طور آشکار تغییرات شیمیایی دانسته‌اند که از طریق گرسنگی

1. amenorrhea



کشیدن حاصل می‌شود. به ویژه آنکه معلوم شده است مواد شبه افیونی، انکفالین‌ها<sup>۱</sup>، و اندروفین‌ها در مایع مغزی نخاعی بیماران مبتلا به بی‌اشتهایی روانی در سطح بالایی است. هرچند معلوم نیست که آیا افزایش این مواد در مغز معلول گرسنگی کشیدن هستند یا علت آن. بعضی از مطالعات دریافته‌اند که داروهایی که عملکرد این مواد افیونی را منع می‌کنند موجب می‌شوند که بیماران مبتلا به بی‌اشتهایی روانی وزن قبلی خود را بازیابند. همچنین سطوح نابهنجار هورمون‌ها ممکن است بر عملکرد «من» تأثیر بگذارد و موجب شود که بار دیگر شخص تصور بدنی ناسالمی برای خود (سلف) احساس کند. دستکاری مصنوعی معطوف به تغییر این هورمون‌ها، ممکن است که از طریق بهبود تصور خود (سلف) از عملکرد «من» همگام با واقعیت به درمان اختلالات خوردن کمک کند (مقاله بهداشت روانی هاروارد<sup>۲</sup>، ۲۰۰۵).

هنوز سؤال‌های متعددی هستند که لازم است از طریق تحقیقات عمیق‌تر پاسخ داده شوند. این سؤال‌ها عبارتند از:

چه تفاوتی بین زنان و مردان وجود دارد که موجب می‌شود چنین اختلالاتی در میزان ابتلاء به این اختلالات وجود داشته باشد؟ آیا این تفاوتها از عوامل زیست‌شناختی ناشی می‌شود یا از عوامل اجتماعی؟ آیا بین عدم تعادل هورمونی - انتقال دهنده عصبی و اختلالات خوردن رابطه‌ای محض به صورت یک حادثه یک طرفه وجود دارد؟ و آیا رفتارهای بی‌اشتهایی روانی و پراشتهایی روانی به صورت گرسنگی کشیدن، پرخوری، و تخلیه‌سازی بر محیط شیمیایی بدن تأثیر می‌گذارد؟ آیا این رابطه می‌تواند یک تأثیر تعاملی باشد، یعنی عدم تعادل شیمیایی موجب اختلال خوردن می‌شود، و اختلال خوردن به نوبت موجب عدم تعادل بیشتر عوامل شیمیایی؟ کدام آمادگی در عملکرد «من» برای دستکاری توسط محیط‌های دارویی وجود دارد؟ آیا با تغییر شیمیایی بدن در واقع می‌توان احساس خود (سلف) را نیز تغییر داد؟ آیا برای درمان این اختلالات، تغییر شخصیت که تا حدودی توسط وراثت تعیین می‌شود اندیشه خوبی است؟ تمام این عناوین پژوهشی ممکن است که محققاً منجر به سؤال‌های بیشتری درباره عملکرد «من» و نقش آن در سلامت روانی بشوند. البته بررسی‌های عمیق‌تر ممکن است موجب شوند که بعضی از این سؤال‌ها پاسخ داده شوند، ولی بعضی از آنها همواره به صورت یک معما باقی بمانند. بسیاری از شرایط که دامنه‌ای از عوامل زیست‌شناختی، روان‌شناختی، و روانی اجتماعی را دربر می‌گیرند برای ظهور بی‌اشتهایی یا پراشتهایی روانی در یک فرد لازم‌اند. و سرانجام مجموعه این تأثیرات است که بر عملکرد «من» تأثیر می‌گذارد و موجب بدعملکردی آن می‌شود. اگر امکان پذیر باشد که از طریق طب جدید بتوان به صورت مثبت بر عملکرد «من» تأثیر گذاشت، این احتمال وجود دارد که روزی بتوان مؤلفه زیست‌شناختی این اختلالات را تحت کنترل آورد (همان منبع).

1. enkephaline

2. Harvard Mental Health letter

## مشکلات پزشکی و روانشناختی اختلالات خوردن

### مشکلات پزشکی

اگر اختلالات خوردن متوقف نشوند، گرسنگی کشیدن، پرخوری، و تخلیه سازی می تواند منجر به آسیب های بدنی بهبودناپذیر و حتی مرگ بشود. این اختلالات می توانند بر سلولها، بافتها و اعضای داخلی بدن تأثیر بگذارند. مواد زیر بخشی از مخاطرات پزشکی است که با اختلالات بی اشتتهائی روانی، پراشتهائی روانی و اختلال پرخوری همراه است:

- بی نظمی ضربان قلب، ایست قلبی، و مرگ

- آسیب کلیوی و مرگ

- آسیب کبدی و مرگ

- خرابی دندانها، از هم گسیختگی مری، آسیب رسیدن به عضلات و توده استخوانی

- آسیب رسیدن به جداره معده و مخاط درونی آن، التهاب معده، ناراحتی و درد معده

- فروپاشی چرخه قاعدگی، ناباروری

- تأخیر یا توقف رشد دائمی به دلیل کم غذایی

- اشکال در رسیدن به طول قد بهنجار و مورد انتظار حتی پس از بهبود و بازیافتن وزن

- ضعف دستگاه ایمنی بدن

- سردی دستها، پاها و سایر اندامها

- تورم غدد در گردن، ایجاد سنگهایی در مجرای بزاقی، «گونه های آسیب دیده»

- ظاهر شدن موهای کرک مانند و زائد بر صورت، بازوها، و بدن

- خشک شدگی و لکه دار شدن پوست با ریختن ناسالم و رنگ خاکستری یا زرد

- کم خونی، سوء تغذیه، فروپاشی تعادل مواد معدنی - مایعی بدن و عدم تعادل الکترولیت، و

فقدان پتاسیم تا سرحد مرگ

- دوره های ضعف، حمله های قلبی، آشفته گی خواب، خواب دیدنهای بد، گیجی روانی

- پایین بودن قند خون، همراه با لرزش، اضطراب، بیقراری، و احساس گسترده از خارش در تمام

اعضای بدن

- از دست رفتن جرم استخوانها، شکستگی و درد دائمی آنها

- ضعف (عجز) در نگهداری مدفوع و ادرار، عفونت مجرای ادراری، انحراف واژنی، و سایر مسائل

مربوط به ضعف و آسیب دیدگی عضلات نشیمنگاه. بعضی از این حالات ممکن است مربوط به

یبوست دائمی باشد که معمولاً با بی اشتتهائی روانی همراه است. آسیب ساختاری و لاغر شدگی

عضلات نشیمنگاه می تواند معلول میزان پایین استروژن، ورزش افراطی، و تغذیه ناکافی باشد.

برای ترمیم این آسیبها ممکن است که نیاز به جراحی باشد.

اگر اختلال پرخوری منجر به فریبی شود موارد زیر نیز اضافه می‌گردد:

- خطر فزاینده بیماریهای قلبی - عروقی

- خطر فزاینده سرطان روده، سینه، و اندامهای تناسلی و تولیدمثل

- خطر فزاینده دیابت

- آرتروز و درد مفاصل (مشکلات اختلالات خوردن<sup>۱</sup>، ۲۰۰۵).

### مسائل روانشناختی

مشکلات روانی و درد و رنج ناشی از اختلالات خوردن بیش از مسائل پزشکی آن است. این امر یک موضوع غم آلود است که شخصی که دچار مشکلات خوردن می‌شود اولین گام را با رژیم غذایی آغاز می‌کند. زیرا باور دارد که از دست دادن وزن موجب اصلاح و بهبود عزت نفس، اعتماد به نفس و احترام به نفس می‌شود. اما واقعیت بی رحمانه و دردناک این است که کم خوری و گرسنگی کشیدن، پرخوری، و تخلیه سازی پایدار تأثیر متضادی بر عزت نفس، اعتماد به نفس و احترام به نفس شخص دارند. افراد دچار اختلالات خوردن نوعاً با یک یا چند مشکل زیر دست به گریبان‌اند.

- افسردگی که می‌تواند منجر به خودکشی گردد.

- احساس خراج از کنترل بودن مشکل و درماندگی برای انجام دادن کاری نسبت به حل آن.

- اضطراب، خودتردیدی

- احساس گناه، احساس شرم، احساس شکست

- گوش به زنگی بیش از اندازه و اشتغال ذهنی نسبت به این افکار که دیگران همواره نظاره گر آنها هستند و می‌خواهند برای آنها در دسر و مزاحمت ایجاد کنند.

- ترس از رسوائی

- افکار و اشتغال ذهنی‌های وسواسی

- رفتارهای وسواسی، انجام اکثر فعالیتها به صورت مراسم و نظم اجباری

- احساس از خودبیگانگی و تنهایی. «من مناسب هیچ کاری نیستم»

- احساس ناامیدی و بیچارگی. نمی‌توانند تصور کنند که چگونه از پس امور برآیند.

ممکن است غرق در یاس و نومیدی، مبتلا به جبرگرایی، و سرانجام افسردگی و خودکشی شوند (همان منبع).



## مسائل و مشکلات جانبی اختلالات خوردن

اختلالات خوردن نه تنها موجب درد و رنج افرادی که بدان دچار هستند می‌شوند بلکه موجبات رنج و ناراحتی خانواده، دوستان و شریکهای عشقی آنان را نیز فراهم می‌سازند.

این مسائل و مشکلات عبارتند از:

- فروپاشی خانواده، سرزنش و جنگ خانواده درباره غذا، وزن، درمان و غیره.
- دست به گریبان بودن اعضای خانواده با احساس گناه، غمگینی، اضطراب و ناکامی و بیچارگی نسبت به عدم توانایی درباره انجام کاری
- گنجی و حادثه آفرینی به هنگام رانندگی

## درمان

برای درمان مبتلایان به اختلالات خوردن رویکردهای متنوعی ممکن است بکار گرفته شود. استفاده از روان درمانگری برای سازش فرد مبتلا با عوامل هیجانی و زیربنایی لازم است. درمانگری رفتاری - شناختی برای تغییر افکار و رفتارهای ناپهناجاری می‌تواند سودمند باشد. درمانگری گروهی نیز غالباً توصیه شده است زیرا افراد می‌توانند از طریق تجربه‌های مناسب خود به یکدیگر کمک کنند. و سرانجام درمانگری خانواده، به ویژه اگر فرد در خانواده زندگی می‌کند و نوجوان است، بسیار مهم و سودمند خواهد بود (انجمن ملی، ۲۰۰۵).

## پیشگیری

هیچ یافته تحقیقی نشان نداده است که بعضی از «صفات» در افرادی که دچار بی‌اشتهایی یا پراشتهایی روانی می‌شوند «عوامل مخاطره‌انگیز» واقعی بوده و باید زود هنگام درمان شوند. مثلاً عزت نفس پائین، نارضایتی بدنی ممکن است دلیلی برای رژیم‌های سخت غذایی به حساب آیند، اما نمی‌توانند دلیل قاطع و محکمی برای ظهور این اختلالات تلقی شوند (همان منبع).

## مخاطرات رژیم گرفتن

در یک مطالعه محققان از گروهی از زنان خواستند تا دریافت مواد کالری زای خود را تا ۵۰ درصد کاهش دهند. پس از ۱۵ هفته آشکار گشت که فعالیت سلولهای کشنده طبیعی (بخشی از دستگاه ایمنی که با ویروسها می‌جنگند) در آنان به ۲۰ درصد کاهش یافته است (مجله سلامت، ۱۹۹۹).

## خطرات از دست دادن چربی لازم

زنان دارای عضلات شکمی مناسب ممکن است در حدود شش درصد چربی بدنی لازم را دارا باشند. البته این میزان چربی براساس وزن آرمانی است که ممکن است در بعضی از جوامع پذیرفته و تعریف شده باشد، در حالی که میزان چربی مناسب در دامنه‌ای از ۱۵ تا ۲۳ درصد است. اگر میزان چربی بدن به کمتر از ده درصد برسد قاعدگی متوقف می‌شود، میزان استروژن کاهش یافته و منجر به پوکی استخوان حتی در بیست سالگی بشود، یا موجب قوزشدگی شدید گردد (مجله نیوزویک، ۵ می، ۱۹۹۷).

## یادداشتی درباره ورزش افراطی

تمرینهای منظم و متوسط به ثابت ماندن وزن کمک می‌کنند و سپاهی کلی از نظر فواید کوتاه‌مدت و درازمدت برای سلامت بدن فراهم می‌سازند. اما ورزش‌های افراطی موجب از هم پاشیدگی دوره‌های قاعدگی و ناباروری می‌گردد. موضوع مهم این است که آیا می‌توان مسائل مربوط به تولیدمثل را که ناشی از ورزش افراطی است با خوردن غذاهای پرکالری اصلاح کرد؟ برای پاسخ به این موضوع مطالعه‌ای در سال ۲۰۰۱ در دانشگاه پتیسبورگ صورت گرفت. سؤال اصلی این مطالعه این بود که آیا قطع قاعدگی و ناباروری معلول فشار ورزش افراطی است یا صرف میزان بالای انرژی در ورزشهای افراطی. «یافته‌های این تحقیق نشان داد که صرف انرژی زیاد در خلال ورزشهای افراطی موجب بدکارکردی دستگاه تناسلی می‌شود». این محققان ورزشهای سخت بدنی (ورزشهای ماراتون یا بامانع) را شبیه به آنچه در انسانها رایج است تعلیم داده و به اجرا در آوردند، آسیب‌های دستگاه تناسلی در این میمونها ظاهر گشت. اما وقتی که این میمونها وادار به خوردن غذای بیشتر شدند این آسیب‌ها ناپدید شدند. منطقی است که تصور شود ورزشهای سخت و افراطی در انسانها نیز چنین نتایجی به بار آورد (ان رد، ۲۰۰۲).

## یادداشت آخر

### تأثیر بی‌اشتهایی روانی بر دندانها

افراد مبتلا به بی‌اشتهایی روانی دچار نارسایی مواد بزاقی خاصی هستند که به عنوان محافظه‌هایی دندانها را از تاثیرات اسیدهایی که توسط باکتریها در دهان ایجاد می‌شوند حفظ می‌کنند. از سوی دیگر غذاهای کم کالری و نوشابه‌های مورد علاقه افراد مبتلا به بی‌اشتهایی روانی حاوی مقدار زیادی اسید است. بدن، این محافظها را که در بزاق طبیعی موجود است از مواد موجود در غذاهای چرب تامین می‌کند. بنابراین اگر در رژیم غذایی شخصی به اندازه کافی چربی وجود نداشته باشد بدن نمی‌تواند به طور شایسته مواد محافظ دندانها را در بزاق طبیعی فراهم سازد و از خراب شدگی دندانها به دلیل وجود اسیدها جلوگیری نماید (ان رد، ۲۰۰۲).

## نتیجه گیری و پیشنهادها

بی‌اشتهایی روانی و پراشتهایی روانی اختلالاتی هستند که می‌توانند خطرات جسمانی و روانی زیاد به همراه داشته باشند. چون معلوم شده است که افراد مبتلا به این اختلالات نگرشی منفی نسبت به بدن خود دارند و همواره دچار احساس گناه هستند، بنابراین قبل از هر اقدام لازم است که به مسائل روانشناختی آنان توجه شده افکار و نگرشهای منفی آنان درباره وزن و بدنشان اصلاح و تعدیل گردد. همچنین لازم است که اطلاعات لازم درباره وزن آرمانی، میزان چربی مناسب برای سلامت بدنی، میزان غذای مناسب برای شاد و سلامت زیستن، راههای مناسب افزایش وزن در افراد استخوانی و بسیار لاغر، علل این اختلالات، مشکلات پزشکی و روانشناختی ناشی از این اختلالات، و مخاطرات رژیم گرفتن به آنان داده شود.

## منابع

- Adolescence Health: 2001; 29: 406-416.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental Disorders*, 4th ed. Washington, DC: American psychiatric Association, 1994.
- ANRED: *Anorexia Nervosa and Related Eating disorders*, Frequently asked questions: National convention, 2005.
- ANRED: *Anorexia Nervosa and Related Eating disorders, Medical and psychological complications*: Reusters Health, 2001.
- ANRED: *Anorexia Nervosa and Related Eating disorders*, what causes eating disorders, 2005.
- Ben-Tovim, DI, Morton, J. *The epidemiology of anorexia nervosa in south Australia, Aust, NZJ psychiatry*, 1990; 24, 182-186.
- Ben Tovim, DI., Waker, MK. *A quantitative study of body-related attitudes in patients with anorexia nervosa psychological med.* 1992: 961-969.
- Carlat, DJ. Cammargo, CA., Herzog, DB. *Eating disorders in males: a report of 135 patients*. Am, J. Psychiat, 1997; 154: 1127-1132.
- Frombonne, E. Anorexia Nervosa. *No evidence of an increase*. Br. J. Psychiatry, 1995; 166:462-471.
- Gilchrist, PN., Ben-Tovim, DI. Hay, PJ. Kalucy, RS. walker, MK. Eating disorders revisited: Medical, *Journal of Australia*, 2005.
- Gilchrist, PN. Burk, L. *Eating disorders, Textbook of science and medicine*, 1995; 665-672.



- Halmi, K. *Changing rates of eating disorders: What does it mean?* Am. J. Psychiat. 1997; 152:1256-1257.
- Herzog, DB., Keller MB, Lavori PW., *Outcome in anorexia nervosa and bulimia nervosa. A review of the literature.* J Nerv Ment Dis, 1988; 176: 131-143.
- Hirst, J., Eating Disorders, *National institutes of Mental Health*, 2005.
- Hirst, J. A. *A comprehensive study on anorexia nervosa and bulimia, Understanding Eating Disorders.* National Association of Anorexia Nervosa and Associated disorders, 2005.
- Hirst, J. Cause of Bulimia Nervosa. *Research Report*, 2005.
- Hirst, J. A short news article reviewing a study done with links anorexia of genetic roots, *Mental Health Net*, 2005.
- Hirst, J. *A comprehensive review of Blimia nervosa.* National Eating Disorders Association, 2005.
- Hirst, J. *Areas of the hypothalamus which govern feelings of hunger and satiety.* International Association of Eating Disorders professionals, 2005.
- Hirst, J. The biological causes of eating disorders, Eating Disorders, *Health magazine*, 2002.
- Hirst, J. An actual scientific research in which the researcher looked at the relationship between serotonin and bulimia, Decreased serotonin Function in Bulimia, *Royal college of psychiatrists*, 2005.
- Hirst, J. *A research article centered on the treatment of bulimia, research Report: Treatment of Bulimia Nervosa. The Nations voice on mental illness*, 2005.
- Hirst, J. A discovery of two new hormones related to weight control: *scientific American Explorations*, 2005.
- Hirst, J. *Eating Disorders: Harvard Mental Health*, 2005.
- Kalucy, RS. *The evolution of a multi therapy orientation: Handbook of Psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia.* NewYork: Guild ford press, 1984; 458-487.
- Kaufman, MR. Heiman, H. *Evaluation of psychosomatic concepts: anorexia nervosa. A paradigm.* London: Hogarth press, 1995.
- Richert, AJ. Hummers, JA. *Patterns of physical activity in college students at possible risk for eating disorders.* Int. J. Eating Disorders, 1996; 5: 757-763.
- Rodin, J., *Women and weight: a normative discontent.* Neb symp motive, 1994, 31: 267-307.

Russell, G. F. An evaluation of family therapy in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Arch, Gen, psychiatry*, 1997; 44: 1047-1056.

Sharp, CW. Freeman, CPL. The medical complications of anorexia nervosa. *Br. J. psychiatry* 1993. 162: 452-462.

Strober. M. Morrell, W. A controlled family study of anorexia nervosa. *J. Psychiatr, Res.* 1995; 19/234-246.

Vitousek, KB. Daly, J. Heiser, C., Reconstructing the internal world of the eating disordered individual: overcoming denial and distortion in self-report. *Int. J. Eating Disorders*, 2001; 10: 647-666.

Wade, T., Health. AC. Abraham, S., Assessing the prevalence of eating disorders in an Australian twin population. *Aust. NZJ. Psychiatry*, 1996; 30: 845-851.

