

به نام خدا

# اختلالات تغذیه و سلامت رفتاری

مولفان :

طیبه شمع الدینی

آرزو امیدی

زهرا طالبی

ناهید طاهرپور

فاطمه امیری

انتشارات ارسطو

(سازمان چاپ و نشر ایران - ۱۴۰۲)

نسخه الکترونیکی این اثر در سایت سازمان چاپ و نشر ایران و اپلیکیشن کتاب رسان موجود می باشد

[chaponashr.ir](http://chaponashr.ir)

سرشناسه: شمع الدینی، طیبه، ۱۳۵۶  
عنوان و نام پدیدآور: اختلالات تغذیه و سلامت رفتاری / مولفان طیبه شمع الدینی، آرزو امید،  
زهرا طالبی، ناهید طاهرپور، فاطمه امیری.  
مشخصات نشر: انتشارات ارسطو (سازمان چاپ و نشر ایران)، ۱۴۰۲.  
مشخصات ظاهری: ۸۱ ص.  
شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۴۰۸-۱۴۰-۷-۷  
وضعیت فهرست نویسی: فیبا  
موضوع: اختلالات تغذیه - سلامت رفتاری  
شناسه افزوده: امید، آرزو، ۱۳۶۰  
شناسه افزوده: طالبی، زهرا، ۱۳۵۴  
شناسه افزوده: طاهرپور، ناهید، ۱۳۵۲  
شناسه افزوده: امیری، فاطمه، ۱۳۶۳  
رده بندی کنگره: PN۲۱۸۵  
رده بندی دیویی: ۸۰۹/۲۲۸  
شماره کتابشناسی ملی: ۶۵۳۲۰۰۱  
اطلاعات رکورد کتابشناسی: فیبا

نام کتاب: اختلالات تغذیه و سلامت رفتاری  
مولفان: طیبه شمع الدینی - آرزو امید - زهرا طالبی - ناهید طاهرپور - فاطمه امیری  
ناشر: انتشارات ارسطو (سازمان چاپ و نشر ایران)  
صفحه آرای، تنظیم و طرح جلد: پروانه مهاجر  
تیراژ: ۱۰۰۰ جلد  
نوبت چاپ: اول - ۱۴۰۲  
چاپ: زبرجد  
قیمت: ۸۱۰۰۰ تومان  
فروش نسخه الکترونیکی - کتاب رسان:  
<https://chaponashr.ir/ketabresan>  
شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۴۰۸-۱۴۰-۷-۷  
تلفن مرکز پخش: ۰۹۱۲۰۲۳۹۲۵۵  
[www.chaponashr.ir](http://www.chaponashr.ir)



## فهرست مطالب

فصل اول: اختلالات تغذیه ای	۷
مقدمه	۷
انواع اختلالات خوردن	۸
اختلال پرخوری	۱۲
اختلال تغذیه و خوردن مشخص شده	۱۳
اختلال در مصرف غذای محدودکننده اجتنابی (ARFID)	۱۴
پیکا (Pica)	۱۶
اختلال نشخوار فکری	۱۷
فصل دوم: سلامت روان	۱۹
مفاهیم در سلامت روان	۱۹
عوامل تعیین کننده سلامت روان	۲۰
ارتقاء و پیشگیری از مشکلا سلامت روان	۲۱
مراقبت و درمان سلامت روان	۲۳
پاسخ WHO	۲۴
اضطراب چگونه می تواند منجر به اختلال در خوردن شود	۳۲
سلامت روان چیست و چگونه می توانیم آن را بهبود دهیم؟	۳۹
عادی هستیم یا غیر عادی؟	۴۰
سلامت روان چیست؟	۴۰
چرا سلامت روان مهم است؟	۴۱
سلامت روان چیست و چگونه می توانیم آن را بهبود دهیم؟	۴۲
سلامت روان چیست و چگونه می توانیم آن را بهبود دهیم؟	۴۲

- بهداشت روان چیست؟ ..... ۴۲
- چگونه از سلامت روان خود مراقبت کنیم؟ ..... ۴۳
- آیا سلامت روان شما در طول زمان تغییر می کند؟ ..... ۴۵
- چه چیزهایی می توانند بر سلامت روان فرد تأثیر بگذارند؟ ..... ۴۵
- اختلالات سلامت روان چگونه تعریف می شوند؟ ..... ۴۵
- علائم اختلال سلامت روان ..... ۴۶
- برای حل مشکل سلامت روان چه باید کرد؟ ..... ۴۷
- متخصصان سلامت روان چگونه اختلالات را تشخیص می دهند؟ ..... ۴۷
- شایع ترین انواع بیماری ها و اختلالات روانی ..... ۴۸
- علائم و نشانه ها را دست کم نگیرید ..... ۴۹
- برای خودتان شادی بیشتری ایجاد کنید ..... ۴۹
- چاقی و اختلالات تغذیه ای ..... ۵۳
- تشخیص DSM و ICD ..... ۵۷
- تأثیر اختلالات تغذیه ای بر سلامت جنسی افراد ..... ۵۹
- نگرانی های مربوط به تصویر بدنی ..... ۵۹
- عوامل روانشناختی ..... ۵۹
- هویت جنسی ..... ۶۰
- پیامدهای درمان ..... ۶۰
- فصل سوم: درمان اختلالات تغذیه ای ..... ۶۳
- درمان اختلالات خوردن ..... ۶۳
- اختلالات خوردن چگونه درمان می شود؟ ..... ۶۳
- روان درمانی ..... ۶۴

- داروها ..... ۶۴
- برای درک بهتر و درمان اختلالات خوردن چه اقداماتی انجام می شود؟ ..... ۶۶
- درمان - بی اشتهایی عصبی ..... ۶۶
- درمان برای بزرگسالان ..... ۶۷
- درمان شناختی رفتاری (CBT) ..... ۶۷
- درمان بی اشتهایی عصبی مادزلی برای بزرگسالان (MANTRA) ..... ۶۸
- مدیریت بالینی حمایتی تخصصی (SSCM) ..... ۶۸
- روان درمانی کانونی ..... ۶۹
- حمایت تغذیه ای ..... ۶۹
- درمان برای کودکان و نوجوانان ..... ۷۰
- خانواده درمانی ..... ۷۰
- روان درمانی متمرکز بر نوجوان ..... ۷۱
- حمایت تغذیه ای ..... ۷۱
- سلامت استخوان ..... ۷۲
- داروهای ضد افسردگی ..... ۷۲
- جایی که درمان اتفاق خواهد افتاد ..... ۷۳
- درمان اجباری ..... ۷۳
- چک آپ ها ..... ۷۴
- حمایت بیشتر ..... ۷۴
- مرور برخی از تحقیقات انجام شده ..... ۷۵
- مدیریت روان دارویی اختلالات خوردن ..... ۷۵
- روانگردان ها در درمان اختلالات خوردن: منطق و مکانیسم های بالقوه ..... ۷۵

۷۶ ..... شناسایی و مدیریت اختلالات خوردن در کودکان و نوجوانان

۷۷ ..... رویکرد فعلی به اختلالات خوردن: یک به روز رسانی بالینی

# فصل اول

## اختلالات تغذیه ای

### مقدمه

اختلالات خوردن شرایط رفتاری است که با اختلال شدید و مداوم در رفتارهای خوردن و افکار و احساسات ناراحت کننده مرتبط مشخص می شود. آنها می توانند شرایط بسیار جدی باشند که بر عملکرد فیزیکی، روانی و اجتماعی تأثیر می گذارند. انواع اختلالات خوردن عبارتند از بی اشتهایی عصبی، پرخوری عصبی، اختلال پرخوری، اختلال اجتنابی محدود کننده مصرف غذا، سایر اختلالات تغذیه و خوردن مشخص، اختلال پیکا و نشخوار. روی هم رفته، اختلالات خوردن تا ۵ درصد از جمعیت را تحت تأثیر قرار می دهد که اغلب در نوجوانی و جوانی ایجاد می شود. چندین مورد، به خصوص بی اشتهایی عصبی و پرخوری عصبی در زنان شایع تر است، اما همه آنها می توانند در هر سنی رخ دهند و بر هر جنسیتی تأثیر بگذارند. اختلالات خوردن اغلب با مشغله های فکری در مورد غذا، وزن یا شکل یا با اضطراب در مورد خوردن یا عواقب خوردن برخی غذاها همراه است. رفتارهای مرتبط با اختلالات خوردن از جمله خوردن محدود یا اجتناب از برخی غذاها، پرخوری، پاکسازی با استفراغ یا سوء استفاده از ملین یا ورزش اجباری. این رفتارها می توانند به شیوه هایی که شبیه به اعتیاد به نظر می رسد هدایت شوند.

اختلالات خوردن اغلب همزمان با سایر اختلالات روانپزشکی، اختلالات خلقی و اضطرابی، اختلال وسواس فکری-اجباری، و اختلالات مصرف الکل و مواد همراه است. شواهد نشان می‌دهد که ژن‌ها و وراثت‌پذیری در این که چرا برخی افراد در معرض خطر بالاتری برای اختلال خوردن هستند، نقش دارند، اما این اختلالات می‌توانند افرادی را که سابقه خانوادگی این بیماری را ندارند نیز مبتلا کنند. درمان باید به عوارض روانی، رفتاری، تغذیه ای و سایر عوارض پزشکی بپردازد. مورد دوم می‌تواند شامل پیامدهای سوء تغذیه یا رفتارهای پاکسازی از جمله مشکلات قلبی و گوارشی و همچنین سایر شرایط بالقوه کشنده باشد. دوسوگرایی نسبت به درمان، انکار مشکل در خوردن و وزن، یا اضطراب در مورد تغییر الگوهای غذا خوردن غیر معمول نیست. با این حال، با مراقبت‌های پزشکی مناسب، افراد مبتلا به اختلالات خوردن می‌توانند عادات غذایی سالم را از سر بگیرند و سلامت عاطفی و روانی خود را بازیابی کنند.

### انواع اختلالات خوردن

نورکسی عصبی با گرسنگی از خود و کاهش وزن که منجر به وزن کم برای قد و سن می‌شود مشخص می‌شود. بی‌اشتهایی بالاترین مرگ و میر را در بین هر تشخیص روانپزشکی به جز اختلال مصرف مواد افیونی دارد و می‌تواند یک بیماری بسیار جدی باشد. شاخص توده بدنی یا BMI، اندازه‌گیری وزن برای قد، معمولاً در یک فرد بالغ مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی کمتر از ۱۸,۵ است.

رفتار رژیم غذایی در بی‌اشتهایی عصبی ناشی از ترس شدید از افزایش وزن یا چاق شدن است. اگرچه برخی از افراد مبتلا به بی‌اشتهایی می‌گویند که می‌خواهند و در تلاش برای افزایش وزن هستند، رفتار آنها با این هدف سازگار نیست. برای مثال، آنها ممکن است فقط مقادیر کمی از غذاهای کم‌کالری بخورند و بیش از حد ورزش کنند.



برخی از افراد مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی نیز به طور متناوب پرخوری می‌کنند و یا با استفراغ یا استفاده نادرست از ملین پاک می‌کنند.

### دو نوع فرعی از بی‌اشتهایی عصبی وجود دارد:

نوع محدود کننده، که در آن افراد عمدتاً با رژیم غذایی، روزه گرفتن یا ورزش بیش از حد وزن کم می‌کنند.

نوع پرخوری/پاکسازی که در آن افراد نیز به پرخوری متناوب و/یا رفتارهای پاکسازی دست می‌زنند.

با گذشت زمان، برخی از علائم زیر ممکن است مربوط به گرسنگی یا رفتارهای پاکسازی شوند:

دوره‌های قاعدگی متوقف می‌شود

سرگیجه یا غش در اثر کم‌آبی بدن

مو/ناخن شکننده

عدم تحمل سرما

ضعف و تحلیل عضلانی

سوزش سر دل و رفلاکس (در کسانی که استفراغ می‌کنند)

یبوست شدید، نفخ و سیری بعد از غذا

شکستگی‌های استرسی ناشی از ورزش اجباری و همچنین از دست دادن استخوان که منجر به استئوپنی یا پوکی استخوان (نازک شدن استخوان‌ها) می‌شود.

افسردگی، تحریک پذیری، اضطراب، تمرکز ضعیف و خستگی

عوارض پزشکی جدی می تواند تهدید کننده زندگی باشد و شامل اختلالات ریتم قلب به خصوص در بیمارانی است که استفراغ می کنند یا از ملین ها استفاده می کنند، مشکلات کلیوی یا تشنج دارند.

درمان بی اشتهایی عصبی شامل کمک به افراد مبتلا برای عادی سازی رفتارهای خوردن و کنترل وزن و بازیابی وزن خود است. ارزیابی پزشکی و درمان هر شرایط روانپزشکی یا پزشکی همزمان یکی از اجزای مهم برنامه درمانی است. برنامه غذایی باید بر کمک به افراد برای مقابله با اضطراب ناشی از خوردن تمرکز کند و مصرف طیف وسیع و متعادلی از مواد غذایی با تراکم کالری های مختلف را در وعده های غذایی منظم انجام دهد. برای نوجوانان، و بزرگسالان در حال ظهور، مؤثرترین درمان ها شامل کمک به والدین برای حمایت و نظارت بر وعده های غذایی فرزندشان است. رسیدگی به نارضایتی از بدن نیز مهم است، اما اصلاح آن اغلب بیشتر از وزن و رفتار غذا خوردن طول می کشد.

در مورد بی اشتهایی عصبی شدید که درمان سرپایی موثر نیست، پذیرش در یک برنامه تخصصی رفتاری بستری یا اقامتی ممکن است نشان داده شود. اکثر برنامه های تخصصی در بازیابی وزن و عادی سازی رفتار غذایی موثر هستند، اگرچه خطر عود در اولین سال پس از ترخیص از برنامه همچنان قابل توجه است.

افراد مبتلا به پرخوری عصبی معمولاً رژیم های غذایی را جایگزین می کنند یا فقط «غذاهای ایمن» کم کالری می خورند با پرخوری در غذاهای پر کالری «ممنوع». پرخوری به معنای خوردن مقدار زیادی غذا در مدت زمان کوتاهی است که با احساس از دست دادن کنترل بر روی چه چیزی یا مقدار غذا همراه است. رفتار افراطی معمولاً

مخفیانه است و با احساس شرم یا خجالت همراه است. پرخوری ممکن است بسیار زیاد باشد و غذا اغلب به سرعت، فراتر از سیری تا حد تهوع و ناراحتی مصرف می شود. پرخوری حداقل به صورت هفتگی اتفاق می افتد و به طور معمول با آنچه "رفتارهای جبرانی" نامیده می شود برای جلوگیری از افزایش وزن دنبال می شود. اینها می تواند شامل روزه گرفتن، استفراغ، استفاده نادرست ملین یا ورزش اجباری باشد. مانند بی اشتهاهی عصبی، افراد مبتلا به پرخوری عصبی بیش از حد درگیر افکار مربوط به غذا، وزن یا شکل هستند که بر ارزش خود تأثیر منفی می گذارد و به طور نامتناسبی بر ارزش خود تأثیر می گذارد.

افراد مبتلا به پرخوری عصبی می توانند کمی کم وزن، وزن طبیعی، اضافه وزن یا حتی چاق باشند. با این حال، اگر وزن آنها به طور قابل توجهی کم باشد، در نظر گرفته می شود که آنها دارای بی اشتهاهی عصبی پرخوری یا پاکسازی هستند نه پرخوری عصبی. اعضای خانواده یا دوستان ممکن است ندانند که یک فرد مبتلا به پرخوری عصبی است، زیرا به نظر می رسد کم وزن نیست و رفتارهای او پنهان است و ممکن است مورد توجه نزدیکان قرار نگیرد. علائم احتمالی مبنی بر اینکه فردی ممکن است به پرخوری عصبی مبتلا باشد عبارتند از:

- رفت و آمدهای مکرر به دستشویی بلافاصله بعد از غذا
- ناپدید شدن مقادیر زیادی غذا یا بسته بندی های خالی و ظروف غذا بدون دلیل
- گلودرد مزمن
- تورم غدد بزاقی در گونه ها
- پوسیدگی دندان ناشی از فرسایش مینای دندان توسط اسید معده
- سوزش سر دل و رفلاکس معده به مری

- مصرف نادرست ملین یا قرص لاغری
- اسهال مکرر بدون دلیل
- استفاده نادرست از دیورتیک ها (قرص های آب)
- احساس سرگیجه یا غش به دلیل رفتارهای پاکسازی بیش از حد که منجر به کم آبی بدن می شود

پرخوری عصبی می تواند منجر به عوارض نادر اما بالقوه کشنده از جمله پارگی مری، پارگی معده و آریتمی های خطرناک قلبی شود. نظارت پزشکی در موارد پرخوری عصبی شدید برای شناسایی و درمان هر گونه عوارض احتمالی مهم است. درمان شناختی رفتاری سرپایی برای پرخوری عصبی درمانی با قوی ترین شواهد است. این به بیماران کمک می کند تا رفتار غذایی خود را عادی کرده و افکار و احساساتی را که باعث تداوم این اختلال می شوند، مدیریت کنند. داروهای ضد افسردگی (مانند فلوکستین) نیز می توانند در کاهش میل به پرخوری و استفراغ مفید باشند. درمان مبتنی بر خانواده متمرکز بر اختلال خوردن که شامل ارائه اطلاعات به مراقبان در مورد چگونگی کمک به یک نوجوان یا بزرگسال جوان برای عادی سازی الگوی غذایی خود می شود نیز ممکن است در درمان جوانان مبتلا به پرخوری عصبی مفید باشد.

### اختلال پرخوری

در افراد مبتلا به پرخوری عصبی، افراد مبتلا به اختلال پرخوری دوره‌هایی از پرخوری را تجربه می‌کنند که در آن مقادیر زیادی غذا در یک دوره کوتاه مصرف می‌کنند، احساس از دست دادن کنترل بر غذا خوردن خود را تجربه می‌کنند و از این رفتار پرخوری مضطرب می‌شوند. با این حال، بر خلاف افراد مبتلا به پرخوری عصبی، آنها به طور منظم از رفتارهای جبرانی برای خلاص شدن از شر غذا با تحریک استفراغ،

روزه گرفتن، ورزش یا استفاده نادرست ملین استفاده نمی کنند. اختلال پرخوری می تواند منجر به عوارض جدی سلامتی از جمله چاقی، دیابت، فشار خون بالا و بیماری های قلبی عروقی شود.

تشخیص اختلال پرخوری مستلزم پرخوری های مکرر (حداقل یک بار در هفته به مدت سه ماه)، همراه با احساس عدم کنترل و سه یا بیشتر از ویژگی های زیر است:

- غذا خوردن سریعتر از حد معمول
- خوردن تا زمانی که به طور ناراحت کننده ای سیر شود.
- خوردن مقادیر زیاد غذا در زمانی که احساس گرسنگی نمی کنید.
- تنها غذا خوردن به دلیل احساس خجالت از میزان غذا خوردن.
- احساس انزجار از خود، افسرده شدن یا گناه بسیار پس از پرخوری.
- مانند پرخوری عصبی، موثرترین درمان برای اختلال پرخوری، روان درمانی شناختی رفتاری فردی یا گروهی برای پرخوری است. درمان بین فردی نیز مانند چندین داروی ضد افسردگی و لیسدگزامفتامین موثر بوده است.

### اختلال تغذیه و خوردن مشخص شده

این دسته تشخیصی شامل اختلالات خوردن یا اختلالات رفتار خوردن است که باعث ناراحتی می شود و عملکرد خانوادگی، اجتماعی یا کاری را مختل می کند، اما با دسته های دیگر فهرست شده در اینجا مطابقت ندارد. در برخی موارد، به این دلیل است که فراوانی رفتار آستانه تشخیصی را برآورده نمی کند (مثلاً فراوانی پرخوری در پرخوری عصبی یا اختلال پرخوری) یا معیارهای وزن برای تشخیص بی اشتهایی عصبی برآورده نمی شود.

نمونه ای از دیگر اختلالات مشخص شده در تغذیه و خوردن «بی اشتهاپی عصبی غیر معمول» است. این دسته شامل افرادی می‌شود که ممکن است وزن زیادی از دست داده باشند و رفتارها و دغدغه‌هایشان با نگرانی‌های مربوط به وزن یا شکل و ترس از چاق بودن با بی‌اشتهاپی عصبی سازگار است، اما هنوز بر اساس شاخص توده بدنی‌شان کم وزن در نظر گرفته نمی‌شوند، زیرا وزن پایه‌شان بالاتر از میانگین بود. .

از آنجایی که سرعت کاهش وزن با عوارض پزشکی مرتبط است، افراد مبتلا به بی‌اشتهاپی عصبی غیر معمول که با انجام رفتارهای کنترل وزن شدید به سرعت وزن خود را کاهش می‌دهند، علیرغم ظاهر طبیعی یا بالاتر از وزن متوسط، در معرض خطر بالای عوارض پزشکی قرار دارند.

### اختلال در مصرف غذای محدودکننده اجتنابی (ARFID)

ARFID یک اختلال خوردن است که اخیراً تعریف شده است که شامل اختلال در غذا خوردن است که منجر به عدم پاسخگویی مداوم به نیازهای تغذیه‌ای و تند خوردن شدید می‌شود. در ARFID، پرهیز از غذا یا مجموعه غذایی محدود می‌تواند به دلیل یک یا چند مورد زیر باشد:

کم اشتهاپی و عدم علاقه به خوردن یا غذا.

اجتناب شدید از غذا بر اساس ویژگی‌های حسی غذاها به عنوان مثال. بافت، ظاهر، رنگ، بو.

اضطراب یا نگرانی در مورد عواقب خوردن، مانند ترس از خفگی، حالت تهوع، استفراغ، یبوست، یک واکنش آلرژیک و غیره. این اختلال ممکن است در پاسخ به یک رویداد منفی مهم مانند یک دوره خفگی یا مسمومیت غذایی و به دنبال آن اجتناب ایجاد شود. از تنوع روزافزون غذاها

تشخیص ARFID مستلزم این است که مشکلات در خوردن با یک یا چند مورد از موارد زیر مرتبط باشد:

کاهش وزن قابل توجه (یا عدم دستیابی به افزایش وزن مورد انتظار در کودکان).

کمبود مواد مغذی قابل توجه

نیاز به تکیه بر لوله تغذیه یا مکمل های غذایی خوراکی برای حفظ مصرف کافی مواد مغذی.

تداخل در عملکرد اجتماعی (مانند ناتوانی در غذا خوردن با دیگران).

تأثیر بر سلامت جسمی و روانی و درجه سوء تغذیه می تواند مشابه تأثیری باشد که در افراد مبتلا به بی اشتهایی عصبی مشاهده می شود. با این حال، افراد مبتلا به ARFID نگرانی بیش از حد در مورد وزن یا شکل بدن خود ندارند و این اختلال از بی اشتهایی عصبی یا پرخوری عصبی متمایز است. همچنین، در حالی که افراد مبتلا به اختلال طیف اوتیسم اغلب رفتارهای غذایی سفت و سخت و حساسیت های حسی دارند، اینها لزوماً منجر به سطح آسیب لازم برای تشخیص اختلال مصرف غذای اجتنابی/محدود نمی شوند.

ARFID محدودیت غذایی مربوط به عدم دسترسی به غذا را شامل نمی شود. رژیم غذایی معمولی؛ اعمال فرهنگی، مانند روزه داری مذهبی؛ یا رفتارهای طبیعی از نظر رشدی، مانند کودکان نوپا که اهل غذا خوردن هستند.

اجتناب یا محدودیت غذا معمولاً در دوران نوزادی یا اوایل کودکی ایجاد می شود و ممکن است در بزرگسالی نیز ادامه یابد. با این حال می تواند در هر سنی شروع شود. صرف نظر از سن فرد مبتلا، ARFID می تواند خانواده ها را تحت تاثیر قرار دهد و باعث افزایش استرس در زمان صرف غذا و در سایر موقعیت های غذایی اجتماعی شود.