

اختلال تغذیه در کودکان و نوجوانان

تالیف:

رقیه بزی



نشر کیان دانش: ناشر کتاب‌های دانشگاهی

عنوان: اختلال تغذیه در کودکان و نوجوانان

تالیف: رقیه بزی

صفحه آرای و ویراستاری: نسیم ناصری مقدم

چاپ و صحافی: موسسه مهرداد

طراحی جلد: امین حیدری

چاپ اول: ۱۴۰۲

شمارگان: ۱۰۰ جلد

شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۸۲۸۴-۵۴-۵

حق چاپ محفوظ است.

خیابان ۱۲ فروردین، خیابان شهدای ژاندارمری، شماره ۱۲۶، طبقه چهارم

پیشگفتار

اختلالات تغذیه در کودکان و نوجوانان به عنوان یک مسئله جدی در جوامع مختلف شناخته شده است. این اختلالات می‌توانند شامل اضطراب نسبت به وزن و ظاهر بدن، اختلالات خوردن مانند بلیمیا و آنورکسیا نروتیکا، و اختلالات تغذیه ناشی از عوامل روانشناختی و اجتماعی باشند. این مشکلات می‌توانند عواقب جدی برای سلامت جسمی و روانی کودکان و نوجوانان داشته باشند و نیازمند راهکارهای مقابله مناسب هستند.

به عنوان راهنمایی برای تشخیص و مقابله با اختلالات تغذیه در کودکان و نوجوانان، می‌توان به برخی از نشانه‌های مهم اشاره کرد. این نشانه‌ها شامل تغییرات ناگهانی در وزن بدن، تغییرات در الگوی خوردن مانند رژیم‌های غذایی محدود کننده، اضطراب و استرس نسبت به غذا و وزن، افزایش تمرکز بر ظاهر بدن و تمایل به مقایسه خود با دیگران، و اختلالات خواب و افسردگی می‌باشند.

برای مقابله با این اختلالات، اهمیت دارد که ابتدا نشانه‌ها را تشخیص داده و سپس به مشاوره و درمان متخصصان مراجعه شود. کتاب پیش رو می‌تواند کمک کند تا علل این اختلالات شناسایی و راهکارهای مناسبی برای مقابله با آنها ارائه کند. همچنین، خانواده و افراد نزدیک نیز می‌توانند نقش مهمی در حمایت و تشویق نوجوانان به تغذیه سالم و سازنده ایفا کنند.

در نهایت، آگاهی از اینکه اختلالات تغذیه در نوجوانان مسئله‌ای جدی است و نیازمند راهکارهای مشخص و متناسب است، می‌تواند به بهبود سلامت جسمی و روانی این گروه‌های سنی کمک کند. با توجه به اهمیت این موضوع، لازم است که جامعه به طور کلی و خانواده‌ها به طور خاص، از این اختلالات آگاه شوند و تلاش کنند تا با ارائه حمایت و آموزش‌های لازم، به جلوگیری و مقابله با این مشکلات کمک کنند.

فهرست مطالب

فصل اول: تغذیه و اختلالات آن	۱۷
تغذیه	۱۸
نقش غذا در بدن	۱۸
مواد مغذی	۱۸
نیازهای تغذیه ای	۱۹
اختلالات خوردن	۱۹
بی اشتهایی روانی	۲۰
همه گیر شناسی	۲۳
سبب شناسی بی اشتهایی روانی	۲۴
عوامل زیست شناختی	۲۴
عوامل اجتماعی-فرهنگی	۲۵
عوامل روان شناختی و روان پویشی	۲۵
پر خوری عصبی	۲۶
همه گیر شناسی	۲۹
سبب شناسی	۳۰
عوامل زیست شناختی	۳۰
عوامل اجتماعی	۳۰

عوامل روان شناختی.....	۳۱
فصل دوم: گروههای غذایی.....	۳۳
گروههای غذایی.....	۳۴
«تاریخچه غذا».....	۳۴
« عهد قدیم تا دوران آگاهی عصر جدید».....	۳۶
قرن ۱۶.....	۳۷
قرن ۱۸.....	۳۷
« عصر جدید تا سال ۱۹۴۱».....	۳۷
هرم غذایی.....	۴۰
شکل هرم:.....	۴۱
تغذیه و تندرستی.....	۴۱
« معرف هرم غذایی».....	۴۱
اما چه چیز و به چه اندازه مصرف کنیم؟.....	۴۲
تغذیه و تندرستی.....	۴۳
«گروههای غذایی هرم».....	۴۳
گروههای مواد غذایی.....	۴۶
«ویتامینها».....	۴۶
ویتامین های گروه B.....	۴۷

۴۸	ویتامین B ₃ (اسیدپانتوتنیک).....
۴۹	کمبود وعوارض ذکر شده.....
۴۹	ویتامین B ₆ (اسیدفولیک).....
۴۹	ویتامین B ₁₂ (کوبالامین).....
۵۰	ویتامین B ₈ (H) بیوتین.....
۵۱	ویتامین C (اسیدآسکوربیک).....
۵۲	کلیاتی در مورد ویتامین های محلول در چربی.....
۵۳	ویتامین A (رتینال).....
۵۳	ویتامین D.....
۵۴	ویتامین E.....
۵۵	ویتامین K.....
۵۵	کربوهیدرات ها چه هستند.....
۵۷	نقش کربوهیدرات ها در سلامتی انسان.....
۵۷	منابع کربوهیدراتها.....
۵۷	کربوهیدراتها و رفتار.....
۵۸	چربیها.....
۵۹	اسیدهای پرچرب.....
۶۰	دید کلی.....

۶۱	 ساختار آمینو اسید
۶۱	 نقش پروتئینها
۶۲	 تعداد ساختار پروتئینی در انسان
۶۳	 انواع ساختار پروتئین ها
۶۴	 ستر طبیعی پروتئین
۶۶	 پروتئین: اساس رشد مناسب نوجوانان
۶۶	 مقدار پروتئین مورد نیاز
۶۸	 املاح معدنی
۶۹	 آهن
۷۰	 سدیم و پتاسیم
۷۰	 کلسیم
۷۲	 روی
۷۳	 آب
۷۳	 آب درمانی
۷۵	 فصل سوم: اهمیت تغذیه در کودکان
۷۶	 مقدمه
۷۸	 اصول مهم تغذیه ایی در کودکان دو تا هشت ساله
۸۰	 کوتاهی قد به خاطر مشکل تغذیه

- نقش غذا در بدن ۸۰
- نیازهای تغذیه ای و مواد مغذی ۸۱
- انرژی ۸۲
- پروتئین ۸۲
- ویتامین ها و مواد معدنی (املاح) ۸۳
- ویتامین A ۸۳
- چه عواملی موجب کمبود ویتامین A می شوند؟ ۸۴
- آهن ۸۵
- کمبود آهن و کم خونی (فقر آهن) ۸۵
- عوارض ناشی از کم خونی فقر آهن در کودکان سنین مدرسه و نوجوانان ۸۶
- علائم کم خونی ۸۶
- پیشگیری و کنترل کم خونی ۸۷
- ید ۸۸
- پیشگیری از کمبود ید ۸۹
- ویتامین D ۸۹
- کلسیم ۸۹
- ویتامین C ۹۰
- روی ۹۰

۹۲	 میان وعده ها
۹۳	 رفتارهای تغذیه ای نامطلوب در کودکان سنین مدرسه و شیوهٔ اصلاح آن
۹۵	 تغذیه کودکان کم وزن
۹۵	 چه غذایی برای رشد کودک مناسب است؟
۹۶	 بهترین غذا برای کودکان کم وزن
۹۷	 یک غذای مفید برای کودکان که نباید فراموش کنید
۹۷	 رشد کودک با یک ترکیب ویژه
۹۷	 سیری کاذب با هله هوله های بی ارزش
۹۹	 فصل چهارم: اهمیت تغذیه در نوجوانان
۱۰۰	 تغذیه در دوران بلوغ
۱۰۰	 ویژگی رفتارهای تغذیه ای نوجوانان
۱۰۱	 عوارض رژیم های غذایی برای کاهش وزن در دوران بلوغ
۱۰۲	 اهمیت تغذیه در دختران
۱۰۳	 اهمیت آموزش تغذیه به دختران :
۱۰۴	 تاثیر تغذیه نوجوانان در موفقیت جامعه
۱۰۶	 فصل پنجم: عوارض ناشی از اختلال تغذیه ای در کودکان و نوجوانان
۱۰۷	 عوارض ناشی از تغذیه نادرست
۱۰۷	 مشکلات جسمی

- مشکلات ناشی از تغذیه ناسالم..... ۱۰۷
- چاقی..... ۱۰۷
- منشا چاقی..... ۱۰۸
- عوارض رژیم های غذایی برای کاهش وزن در دوره بلوغ..... ۱۱۰
- کمبود آهن و کم خونی ناشی از آن در سنین مدرسه و دوران بلوغ..... ۱۱۱
- کم خونی فقر آهن..... ۱۱۱
- کمبود آهن و کم خونی فقر آهن چیست ؟..... ۱۱۱
- عوارض ناشی از کم خونی فقر آهن در کودکان سنین مدرسه و نوجوانان :..... ۱۱۱
- علل ایجاد کم خونی فقر آهن در دوران مدرسه و بلوغ..... ۱۱۲
- کم خونی مگالوبلاستیک..... ۱۱۴
- کم خونی وخیم و کم خونی های دیگر ناشی از کمبود ویتامین B12..... ۱۱۵
- علائم بالینی..... ۱۱۵
- تشخیص..... ۱۱۶
- مراقبت تغذیه ای..... ۱۱۶
- کم خونی همولیتیک کم خونی ناشی از کمبود ویتامین E..... ۱۱۷
- کم خونی ناشی از کمبود مس..... ۱۱۷
- کربو هیدارتها و پوسیدگی دندان..... ۱۱۸
- کربو هیدارتها و بیماریهای قلبی -عروقی..... ۱۱۸

- تغذیه و پیشگیری از بیماریهای قلبی و عروقی. ۱۱۹
- ید و اهمیت آن (تاثیر ید بر رشد جسمی و ذهنی افراد): ۱۲۰
- مسئله کواتر ساده در دوران بلوغ. ۱۲۱
- ویتامینها. ۱۲۲
- کمبود ویتامین A و بیماریهای پوستی. ۱۲۲
- کمبود ویتامین B2 (پیو فلاوین). ۱۲۲
- کمبود پرو تیتین. ۱۲۳
- مشکلات روحی. ۱۲۳
- افسردگی چیست؟ (قسمت اول). ۱۲۳
- ملاکهای تشخیص افسردگی عبارتند از: ۱۲۴
- عوامل زیر خطر بازگشت افسردگی را افزایش میدهند. ۱۲۶
- افسردگی مشکلی در بین جوانان (قسمت اول). ۱۲۷
- تعریف افسردگی: ۱۲۸
- افسردگی در سنین بین ۱۳ تا ۱۹ سالگی. ۱۲۹
- علائم افسردگی در جوانان ۱۳۰
- خطر خودکشی ۱۳۱
- آیا فردی را می شناسید که چنین نشانه هایی را دارد: ۱۳۲
- علل افسردگی ۱۳۳

افسردگی چیست؟ (قسمت دوم).....	۱۳۳
علت های افسردگی.....	۱۳۳
درمان افسردگی.....	۱۳۵
علائم افسردگی عبارت اند از:.....	۱۳۶
لازم است بدانید:.....	۱۳۷
اختلال دو قطبی:.....	۱۳۸
افسردگی خفیف.....	۱۳۸
افراد مبتلا به افسردگی:.....	۱۳۸
افسردگی، خانواده، جامعه.....	۱۴۰
افسردگی و تغذیه.....	۱۴۱
عواملی که باعث افسردگی می شود شامل:.....	۱۴۲
مشکلات تغذیه ای در دوران بلوغ.....	۱۴۳
چاقی.....	۱۴۳
آکنه.....	۱۴۴
بی اشتهایی عصبی.....	۱۴۴
پر خوری عصبی.....	۱۴۴
فصل ششم: توصیه ها و راهکارهای درمانی.....	۱۴۶
توصیه های تغذیه ای.....	۱۴۷

- تغذیه در جوانان امروزه ۱۴۷
- شیر موز به جای شیر: ۱۴۸
- نقش خانواده در عادات تغذیه ای سالم ۱۴۸
- ایجاد عادات سالم تغذیه ای در کودکان ۱۴۹
- شیوه های مقابله با ریزه خواری کودکان ۱۵۰
- پر خوری و کم خوری در کودکان ۱۵۱
- شرایط مناسب غذا خوردن ۱۵۳
- ویژگی سنی ۱۵۳
- ایجاد عادات مناسب غذا خوردن در کودکان ۱۵۴
- نوع غذا و تنوع غذایی ۱۵۵
- چگونگی غذا خوردن ۱۵۵
- با دیگران خوردن ۱۵۵
- ساعت و زمان خوردن ۱۵۶
- تبلیغ درباره غذا ۱۵۶
- حضور الگوی صحیح خوردن ۱۵۶
- توجه به سلامت روحی و جسمی کودکان در هنگام خوردن ۱۵۷
- تنقلات قبل از غذا ۱۵۷
- نظم و انضباط هنگام خوردن ۱۵۷

محیط تغذیه	۱۵۸
سپاس در خوردن	۱۵۸
غذای روزانهٔ کودک	۱۶۱
صبحانه	۱۶۲
اهمیت خوردن صبحانه	۱۶۳
غذای نیمروز	۱۶۵
ناهار	۱۶۶
زنگ تفریح	۱۶۶
شام	۱۶۷
رفتارهای تغذیه ای نامطلوب در کودکان سنین مدرسه	۱۶۸
نکات زیر را در تغذیهٔ دانش آموزان به خاطر داشته باشید	۱۷۰
آموزش اصول تغذیه صحیح	۱۷۱
درمان بی اشتهایی روانی	۱۷۲
دارو درمانی	۱۷۲
درمان شناختی-رفتاری	۱۷۲
روان درمانی پویشی	۱۷۳
رژیم غذایی متناسب برای کودکان و نوجوانان با اختلال تغذیه	۱۷۴
تغذیه متعادل	۱۷۴

۱۷۴	الگوهای غذایی منظم
۱۷۵	صرف زمان برای پیشرفت تدریجی
۱۷۵	تغذیه آگاهانه
۱۷۵	توجه به رویکرد فردی
۱۷۶	درمان اختلالات تغذیه ای در نوجوانان
۱۷۶	درمان اختلال خوردن در نوجوانان
۱۷۸	اختلالات خوردن در نوجوانان
۱۸۰	درمان اختلال خوردن
۱۸۱	درمان بی اشتهاهی عصبی
۱۸۲	درمان پر اشتهاهی عصبی
۱۸۳	فهرست منابع



فصل اول:

تغذیه و اختلالات آن

تغذیه

تغذیه علمی است که رابطه میان رژیم غذایی و وضعیت سلامت و بیماری را مطالعه می کند نیاز انسان به غذا یکی از احتیاجات ذاتی یا فیزیولوژیک است که مهمترین عامل بقای زندگی و طول عمر می باشد. احتیاج به غذا دائمی است و ارگانسیم را مجبور می کند تا برای بدست آوردن غذا و رفع گرسنگی کوشش کند. تغذیه صحیح و متعادل نه تنها پدیده رشد را میسر می سازد و به تندرستی و طول عمر می انجامد بلکه با تأثیر روی اعصاب و روان سبب رشد فکری و نمو نیروهای روانی می گردد.

نقش غذا در بدن

غذا با مواد جامد یا مایعی گفته می شود که از راه دهانی مصرف می شوند و علاوه بر برطرف کردن حس گرسنگی نیازهای بدن را نیز تأمین می کند این نیازها عبارتند از:

انرژی که برای ادامه کار دستگاههای مختلف بدن از قبیل: قلب، ریه، دستگاه گوارش و عضلات و همچنین انجام فعالیتهای روزانه مثل ایستادن، راه رفتن، ورزش و درس خواندن لازم است. تأمین مواد اولیه برای رشد و نمو (بخصوص در کودکان، نوجوانان و زنان باردار) ترمیم و جانشین کردن سلول ها و بافتهای مختلف بدن که در اثر افسردگی از بین می روند.

مواد مغذی

غذاها از مواد مغذی یعنی کربوهیدراتها، پروتئین ها، چربیها، ویتامین ها، مواد معدنی و آب تشکیل شده اند که همه برای حفظ سلامت بدن مهم هستند این مواد کم و بیش در غذاها وجود دارند نقش مواد مغذی مختلف در بدن عبارتند از:

کربوهیدراتها و چربیها منابع عمده تأمین انرژی هستند. پروتئین ها نقش سازندگی دارند و برای ساخته شدن و نگهداری سلول ها و بافتهای بدن مورد نیاز هستند پروتئین ها بعلا نقش ویژه خود در رشد بدن در برنامه غذایی نوجوانان از اهمیت ویژه ای برخوردار است.

ویتامین ها و مواد مغذی در مقایسه با کربوهیدراتها و پروتئین ها به مقدار کمتری مورد نیازند اما به همان اندازه در حفظ سلامت بدن، تنظیم واکنش شیمیایی و اعمال حیاتی بدن نقش دارند برخی از مواد اجزای ساختمانی بافت ها را تشکیل می دهند مثل کلسیم در استخوانها و دندانها و آهن در خون. آب سالم و فیبر (الیاف گیاهی) نیز از جمله اجزای یک رژیم غذایی مناسب می باشند.

نیازهای تغذیه ای

غذاها از مواد مغذی تشکیل شده اند و تغذیه صحیح یعنی خوردن و دریافت مقدار لازم و کافی از هریک از این مواد مقدار مناسب این مواد مغذی که برای حفظ سلامت لازم است نیازهای تغذیه ای نامیده می شوند این نیازها با توجه به شرایط جسمی، محیطی، و فردی متفاوتن و براساس سن، جنس، شرایط فیزیولوژیک اندازه بدن و میزان فعالیت فرد تعیین می شوند.

اختلالات خوردن

اختلالات تغذیه و خوردن با اختلال مداوم در خوردن و رفتار مرتبط با خوردن مشخص می شوند که به تغییر مصرف یا جذب غذا منجر می شوند و سلامت جسمانی یا عملکرد روانی-اجتماعی را مختل می کنند. دو نوع اختلال خوردن اساسی وجود دارد، بی اشتهایی و پراشتهایی.

بی‌اشتهایی روانی

بی‌اشتهایی روانی از واژه یونانی بی‌اشتهایی و یک واژه لاتین مطرح کننده ریشه عصبی تشکیل یافته است. بی‌اشتهایی روانی سندرمی است مشتمل با سه ملاک اساسی. اول گرسنگی کشیدن عمدی به حد قابل ملاحظه است؛ دومی انگیزه پایان ناپذیر برای لاغری یا ترس بیمارگونه از چاقی است؛ و سومی علائم و نشانه‌های طبی ناشی از گرسنگی کشیدن است. بی‌اشتهایی روانی غالباً با آشفتگی‌های تصویر تن، درک اینکه شخص علیرغم لاغری آشکار اندامی حجیم دارد، همراه است (سادوک و سادوک، ۲۰۱۰، ترجمه پور افکاری، ۱۳۹۰).

در DSM-5 بی‌اشتهایی عصبی سه ویژگی اصلی دارد: محدودیت مصرف انرژی مداوم؛ ترس شدید از افزایش وزن یا چاق شدن، یا رفتار مداومی که در افزایش وزن اختلال ایجاد می‌کند؛ و اختلال در وزن یا شکل بدن خود پنداشته. فرد وزن بدنی را حفظ می‌کند که زیر حداقل سطح عادی برای سن، جنسیت، مسیر رشد، و سلامت جسمانی است (ملاک A). وزن بدن افراد اغلب این ملاک را پس از کاهش وزن قابل ملاحظه برآورده می‌کند، اما در کودکان و نوجوانان، به جای کاهش وزن، ممکن است به صورت متناوب، ناتوانی در رسیدن به افزایش وزن مورد انتظار یا حفظ کردن کسیر رشد عادی وجود داشته باشد (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳، ترجمه سید محمدی، ۱۳۹۳).

ملاک A ایجاب می‌کند که وزن فرد به طور قابل ملاحظه‌ای کم باشد (یعنی، کمتر از حداقل طبیعی، یا برای کودکان و نوجوانان، کمتر از حداقل مورد انتظار). ارزیابی وزن می‌تواند دشوار باشد، زیرا دامنه وزن طبیعی در بین افراد تفاوت دارد، و برای توصیف لاغری یا کم‌وزنی، آستانه‌های متفاوتی منتشر شده‌اند. شاخص جثه مقیاس مفیدی برای ارزیابی وزن بدن نسبت به قد است.

افراد مبتلا به این اختلال معمولاً ترس شدیدی از افزایش وزن یا چاق شدن دارند (ملاک B). این ترس شدید از چاق شدن معمولاً با کاهش وزن برطرف نمی شود. در واقع نگرانی در مورد افزایش وزن حتی وقتی وزن کاهش می یابد، ممکن است افزایش یابد. افراد جوانتر مبتلا به بی اشتهایی عصبی، به علاوه برخی بزرگسالان ممکن است ترس از افزایش وزن را تایید نکنند. متخصص بالینی در غیاب توجه دیگر برای وزن خیلی پایین، از سابقه جنبی، اطلاعات مشاهده ای، نتایج جسمانی و آزمایشگاهی، با ورنه طولی نتیجه گیری می کند که ترس از افزایش وزن را نشان می دهند یا اینکه رفتارهایی را تایید می کنند که از افزایش وزن را نشان می دهند یا اینکه رفتارهایی را تایید می کنند که از افزایش وزن جلوگیری می کنند. بدین ترتیب از این اطلاعات برای تعیین ملاک B استفاده می کند.

تجربه و اهمیت وزن و شکل بدن در این افراد تحریف شده است (ملاک C). برخی از افراد به طور کلی احساس می کنند چاق هستند. برخی دیگر می دانند که لاغر هستند، اما باز هم نگرانند که اندام های خاصی، مخصوصاً شکم، کفل ها، و ران ها «خیلی چاق» باشند. آنها برای ارزیابی اندازه یا وزن بدن خود از روش های مختلف، از جمله وزن کشی مکرر، اندازه گیری وسواسی اندام های بدن، و استفاده مداوم از آینه برای واری کردن مناطقی که تصور می کنند «چاق» هستند، استفاده می کنند. عزت نفس افراد مبتلا به بی اشتهایی عصبی به برداشت آنها از شکل و وزن بدنشان بسیار وابسته است. کاهش وزن اغلب به عنوان پیشرفت چشمگیر و علامتی از انضباط شخصی فوق العاده انگاشته می شود، در حالی که افزایش وزن به صورت شکست غیر قابل قبول خویشنداری تصور می شود. با اینکه برخی از افراد مبتلا به این اختلال ممکن است تایید کنند که لاغر هستند، اما اغلب جدی بودن عوارض جسمانی و وضعیت دچار سوء تغذیه شده خود را تشخیص نمی دهند.

غالباً فرد بعد از کاهش وزن چشمگیر (یا ناتوانی در کسب کردن وزن مورد انتظار)، توسط اعضای خانواده مورد توجه حرفه ای قرار می گیرد. اگر افراد خودشان جویای کمک باشند، معمولاً به دلیل ناراحتی از پیامدهای جسمانی و روان شناختی گرسنگی کشیدن است. افراد مبتلا به بی اشتها بی عصبی به ندرت فقط از کاهش وزن شکایت می کنند. در واقع، افراد مبتلا به بی اشتها بی عصبی اغلب در مورد این مشکل پینش ندارند یا آن را انکار می کنند. بنابراین، برای ارزیابی سابقه کاهش وزن و ویژگی های دیگر این بیماری، به دست آوردن اطلاعات از اعضای خانواده یا منابع دیگر اهمیت دارد (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳، ترجمه سید محمدی، ۱۳۹۳).

جدول ۱-۱. ملاک های تشخیصی بی اشتها بی روانی (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳، ترجمه سید

محمدی، ۱۳۹۳)

ملاک های تشخیصی
A. محدودیت مصرف انرژی نسبت به نیازمندی ها، که به وزن بدن بسیار کم با توجه به سن، جنسیت، مسیر رشد، و سلامت جسمانی منجر می شود. وزن بسیار کم به صورت وزنی تعریف شده که کمتر از حداقل طبیعی یا در مورد کودکان و نوجوانان، کمتر از حداقل مورد انتظار است.
B. ترس شدید از افزایش وزن یا چاق شدن، یا رفتار مداومی که در افزایش وزن اختلال ایجاد می کند، با اینکه فرد وزن بسیار کمی دارد.
C. اختلال در نحوه ای که فرد وزن یا شکل بدنش را احساس می کند، تاثیر بی مورد وزن یا شکل بدن بر ارزیابی خویشتن، یا عدم تشخیص مداوم جدی بودن کم وزنی کنونی.
مشخص کنید آیا:

نوع محدود کننده: در طول سه ماه گذشته، فرد به دوره های مکرر پرخوری یا رفتار پاکسازی نپرداخته است (یعنی استفراغ عمدی یا سوء استفاده از ملین هاف مدرات، یا تنقیه ها). این نوع فرعی، جلوه های بالینی را توصیف می کند که در آنها کاهش وزن عمدتاً از طریق رژیم گرفتن، روزه گرفتن، و یا ورزش بیش از اندازه به انجام می رسد.

نوع پرخوری/پاکسازی: در طول سه ماه گذشته، فرد به دوره های مکرر پرخوری یا رفتار پاکسازی پرداخته است (یعنی استفراغ عمدی یا سوء مصرف ملین ها، مدرات، یا تنقیه ها).

مشخص کنید اگر:

در حالت بهبودی نسبی: بعد از اینکه ملاک های کامل برای بی اشتهایی عصبی قبلاً برآورده شده بودند، ملاک A (وزن بدن کم) برای دوره مستمر برآورده شده است، اما هر یک از ملاک های B (ترس شدید از افزایش وزن یا چاق شدن یا رفتاری که در افزایش وزن اختلال ایجاد می کند) یا ملاک C اختلالاتی در خودچنداره وزن و شکل بدن) هنوز برآورده می شود.

در حالت بهبودی کامل: بعد از اینکه ملاک های کامل بی اشتهایی عصبی قبلاً برآورده شده بودند، هیچ یک از ملاک ها برای مدت زمان مستمر برآورده نشده اند.

همه گیر شناسی

انواع اختلالات خوردن در ۴ درصد نوجوانان و جوانان محصل گزارش شده است. بی اشتهایی روانی در چندین دهه گذشته، بیشتر از دوره های قبلی و در دختران بیش از مرحله بلوغ و پسرها گزارش شده است. اواسط نوجوانی بی اشتهایی روانی بیش از سایر دوره ها گزارش می شود، اما ۵ درصد بیماران بی اشتها در اوایل دهه سوم عمر به آن مبتلا می گردند (سادوک و سادوک، ۲۰۱۰)، ترجمه پور افکاری، ۱۳۹۰). در DSM-5 شیوع ۱۲ ماهه بی اشتهایی روانی در زنان جوان تقریباً ۰/۴ درصد است. در مورد شیوع در مردان اطلاعات کمتری وجود دارد، اما بی اشتهایی

روانی در مردان خیلی کمتر از زنان شایع استریال به طوری که جلوه های بالینی عموماً نسبت زن به مرد ۱۰:۱ را نشان می دهند (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳، ترجمه سید محمدی، ۱۳۹۳).

سبب شناسی بی اشتهایی روانی

عوامل زیست شناختی، روان شناختی و محیطی در سبب شناسی بی اشتهایی روانی دخیل شناخته شده اند.

عوامل زیست شناختی

چنین فرض شده است که مواد افیونی درون زاد در انکار گرسنگی در بیماران مبتلا به بی اشتهایی روانی سهم هستند. مطالعات مقدماتی افزایش بارز وزن را در بیمارانی که آنتاگونیست های تریاک به آنها تجویز شده بود نشان داده است. گرسنگی کشیدن منجر به برخی تغییرات بیوشیمیایی می گردد که در افسردگی نیز آنها را می توان یافت مثل: هیپرکورتیزولمی و عدم فرونشینی آن با دگزامتازون، عمل تیروئید نیز وقفه می یابد. این تغییرات با اصلاح تغذیه از بین می رود. گرسنگی کشیدن همچنین به قطع قاعدگی می انجامد که بازتاب کاهش سطح هورمونی است. معهدا، برخی از بیماران مبتلا به بی اشتهایی روانی قبل از کاهش بارز وزن دچار آمنوره می گردند. چندین مطالعه با CT اتساع فضاها (CSF) (بطن ها و شیارهای مغز) را نشان داده است که در دوره گرسنگی کشیدن وجود دارد و با برگشت وزن طبیعی از بین می رود. در یک مطالعه به PET اسکن، متابولیسم هسته دمدار در دوره گرسنگی بالاتر از دوره پس از تغذیه مناسب است. برخی از مولفین اختلال کارکرد محور هیپوتالامیک-هیپوفیز (نورآندوکراین) را مطرح کرده اند. برخی از مطالعات قرائن اختلال کارکرد در سروتونین، دوپامین، نوراپی نفرین، سه نوروترانسمیتر درگیر در تنظیم رفتار خوردن در هسته پاراوانتریکولر هیپوتالاموس را نشان داده اند. سایر عوامل

هورمونی که ممکن است درگیر باشند مشتملند بر هورمون آزاد کننده گونادوتروپین، و هورمون محرکه تیروئید (سادوک و سادوک، ۲۰۱۰، ترجمه پورا فکاری، ۱۳۹۰).

عوامل اجتماعی-فرهنگی

به نظر می رسد بروز بی اشتها بی شاید در نتیجه فشارهای اجتماعی-فرهنگی رو به افزایش باشد. وزن «آرمانی» نزد زنان در سالهای اخیر کاهش یافته است. برای مثال، گروهی از محققان دریافتند که در دوره ای ۲۰ ساله شاخص های مدل های مجله «پلی یوی» در مورد متوسط اندازه بالا تنه و پایین تنه کاهش یافته است. آنها همچنین دریافتند که متوسط وزن داوطلبین شرکت در مسابقات دختر شایسته آمریکا در همان دوره کاهش یافته بود. در ضمن اختلاف بین واقعیت و آرمان کاهش یافته است زیرا وزن متوسط زنان آمریکایی زیر ۳۰ سال ۵ پوند افزایش یافته است (ساراسون و ساراسون، ۱۹۸۷، ترجمه نجاریان، اصغری مقدم و دهقانی، ۱۳۸۳).

عوامل روان شناختی و روان پویشی

بی اشتها بی روانی به نظر می رسد واکنشی در مقابل خواست های نوجوان برای استقلال بیشتر و افزایش عملکرد اجتماعی و جنسی است. بیماران مبتلا به این اختلال اشتغال ذهنی با خوردن و افزایش وزن را جانشین سایر مسائل طبیعی نوجوانی می کنند. این اشتغال ذهنی ها به افکار وسواسی شباهت دارند. بیماران مبتلا به بی اشتها بی روانی نوعاً فاقد احساس خودمختاری و خود بودن هستند. بسیاری از این بیماران احساس می کنند که جسم آنها به نوعی تحت کنترل پدر و مادرشان است. گرسنگی کشیدن ممکن است تلاشی برای کسب اعتبار به عنوان فردی خاص باشد. تنها از طریق اعمال خود انضباطی غیر عادی است که بیمار بی اشتها احساس خودمختاری و خود بودن می کنند.