

بسم الله الرحمن الرحيم

پرخوری روانی

رفتار دہانی دیالکتیکی

تألیف:

محمد حسن فیاض صابری دکتر حسن نوزادہ جانی
عضو هیأت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد مابور

سرشناسه : فیاض صابری، محمدحسن، ۱۳۶۵ -
 عنوان و نام پدیدآور : پرخوری روانی: رفتاردرمانی دیالکتیکی
 تالیف محمدحسن فیاض صابری، حسن توزنده جانی.
 مشخصات نشر : تهران: گبوا، ۱۳۹۵.
 مشخصات ظاهری : ۱۵۰ص.
 شابک : ۹۷۸-۶۰۰-۸۴۷۹-۵۱-۲
 وضعیت فهرست نویسی : فیفا
 یادداشت : کتابنامه.
 شناسه افزوده : توزنده جانی، حسن، ۱۳۴۴ -
 رده بندی کنگره : ۵۵۲RC / ۴۰۹۴۱۳۹۵
 رده بندی دیویی : ۸۵۲۶/۶۱۶
 شماره کتابخانه ملی : ۴۲۹۲۸۵۶

نام کتاب: پرخوری روانی: رفتاردرمانی دیالکتیکی

مولفان: محمدحسن فیاض صابری، حسن توزنده جانی



ویراستار: حجت انجیدنی

ناشر: انتشارات بین المللی گبوا

مدیر اجرایی: محمدصدیق سپهری نیا

حروفچینی: محمد حصارى

صفحه آرا و طرح جلد: آرزیتا گوهری

نوبت چاپ: اول

تاریخ انتشار: ۱۳۹۵

شمارگان: ۱۰۰۰

قیمت: ۱۱۰۰۰۰ ریال

شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۸۴۷۹-۵۱-۲

آدرس و تلفن: تهران، میدان انقلاب، ضلع شمال غربی، جنب بانک رفاه، پ ۵۹.

طبقه دوم شرقی تلفن: ۰۲۱۶۶۱۲۳۸۸۰ - ۰۹۱۲۷۹۸۱۶۵۴

فهرست مطالب:

۷	 مقدمه
۱۸	 مبانی نظری اختلالات خوردن و نشانه‌های بالینی
۱۸	 پرخوری روانی
۲۳	 ملاک‌های تشخیصی DSM-V برای پرخوری روانی
۲۴	 ملاک‌های تشخیصی ICD-10 برای پرخوری روانی
۲۴	 دیدگاه‌های سبب‌شناسی پرخوری روانی
۲۴	 رویکرد زیستی
۲۶	 عوامل فرهنگی - اجتماعی
۲۷	 عوامل روان‌شناختی
۲۹	 نظریه‌های مربوط به خانواده
۳۱	 خود کارآمدی
۳۳	 خود کارآمدی خاص و خود کارآمدی عام
۳۴	 موضع‌گیری‌های نظری در باره خود کارآمدی
۳۸	 خود و خود کارآمدی
۳۹	 رویکرد شناختی - اجتماعی خود کارآمدی
۴۰	 مؤلفه‌های خود کارآمدی

۴۷	فرایندهای مرتبط با خودکارآمدی
۵۱	خودکارآمدی و کارکردهای روان‌شناختی
۵۱	اثربخشی خودکارآمدی بر انگیزش
۵۶	خودکارآمدی و عواطف
۵۷	خودکارآمدی و تجربه و فعالیت
۵۷	منابع خودکارآمدی
۵۹	مراحل رشد خودکارآمدی
۶۱	خودکارآمدی و انگیزش
۶۴	خودکارآمدی و تواناییها
۶۵	خودکارآمدی و تدابیر عملکرد
۶۶	خودکارآمدی و سلامت جسمانی
۶۸	خودکارآمدی و مقابله با استرس
۶۸	تصویر بدنی
۷۶	تفاوت‌های جنسیتی در ابعاد نگرشی تصویر بدن
۷۷	تفاوت‌های جنسیتی در شکل و فرم بدن و اعمال
۷۷	تفاوت‌های جنسیتی در رژیم غذایی و نگرانی از وزن بدن
۷۹	نظریه شیء انگاری
۸۰	نظریه مقایسه اجتماعی
۸۲	روش‌های درمان پرخوری روانی
۸۲	درمان دارویی
۸۴	درمان شناختی- رفتاری
۸۶	خانواده درمانی
۸۷	عاطفه منفی و اختلالات خوردن

۹۰	رفتارهای خود آسیب‌رسان و پرخوری روانی
۹۲	کمال‌گرایی و پرخوری روانی
۹۳	رفتار درمانی دیالکتیکی
۹۶	ابعاد DBT
۹۶	هشیاری فراگیر بنیادین
۹۷	حالات هوشیاری در هشیاری فراگیر
۹۷	ذهن منطقی
۹۸	ذهن هیجانی
۹۸	ذهن خردگرا
۱۰۰	مهارت‌های هشیاری فراگیر
۱۰۱	کاربرد مهارت‌های هشیاری فراگیر DBT
۱۰۳	تحمل پریشانی
۱۰۴	تنظیم هیجانی
۱۰۴	کارآمدی بین فردی
۱۰۵	مفهوم‌سازی موردی دیالکتیکی
۱۰۷	جهت‌گیری نظری به درمان
۱۰۸	عناصر بنیادین DBT
۱۱۲	پژوهش‌های مرتبط با رفتار درمانی دیالکتیکی
۱۲۳	فهرست منابع

مقدمه

اختلالات خوردن سندرم‌هایی هستند که در آن تغییر شناختی مربوط به غذا، وزن بدن و الگوهای غلط خوردن می‌تواند منجر به عوارض تهدیدکننده زندگی از نظر تغذیه‌ای و پزشکی شود. سه نوع اختلال خوردن که شامل بی‌اشتهایی عصبی^۱، پرخوری عصبی^۲ و اختلالاتی که به صورت خاصی طبقه‌بندی نمی‌شوند، شناخته می‌شوند (استنگ^۳ و همکاران، ۲۰۰۵). این اختلالات در تمام طبقات اجتماعی، اقوامی و اقوام دیده می‌شوند (مویس^۴ و همکاران، ۲۰۰۳). اختلال‌های خوردن^۵ اختلالاتی هستند که در هر سنی از طفامات، نوجوانی و بزرگسالی روی می‌دهند. معنی ران، ناسی غذا از نیروی تغذیه‌ای آن خیلی فراتر می‌رود. انسان‌ها علاوه بر وابستگی جسمانی به غذا، تداعی‌های هیجانی نیرومندی با غذا دارند. افراد مبتلا به اختلال‌های خوردن، با کنترل کردن نگرش و رفتارهای آشسته خود در رابطه با غذا دست‌بردار می‌مانند و بسیاری از آن‌ها زندگی خود را به خطر می‌اندازند و باعث پریشانی‌های زیادی می‌شوند که به آن‌ها نزدیک‌اند. طیف این اختلالات از مشکلات خفیف در رفتار خوردن تا بیماری‌های شدید را شامل می‌شود. اما دو اختلال خوردن پرخوری عصبی و کم‌اشتهایی عصبی با خصیصه‌های شخصیتی و عوامل روان‌شناختی معنی وجود دارد و به طور کلی اختلالات خوردن دارای خصوصیات بارزی از جمله مختل

1- anorexia nervosa

2- Bulimia nervosa

3- Stang

4- Muse

شدن رفتارهای سالم تغذیه‌ای و اختلال در افکار فرد نسبت به غذا و خویشتن می‌باشد (به نقل از شریفی، ۱۳۷۶).

مهم‌ترین اختلالات خوردن، بی‌اشتهایی عصبی و پراشتهایی عصبی است. اختلالات خوردن فقط یک علت ندارد و عوامل گوناگونی در پیدایش این بیماری دخیل شناخته شده‌اند. پرخوری عصبی اختلالی روانی است که بین خوردن مقدار زیادی غذا در مدتی کوتاه و بعد تعدیل کردن کالری‌های اضافی با استفراغ کردن اعمال افراطی دیگر مشخص می‌شود (هالگینگ و ویٲبورز، ۲۰۰۲). این اختلال با خداد پرخوری‌های دوره‌ای مشخص شده که معمولاً با برخی از راه‌های حمایتی یا نرسن از غذا را به دنبال دارد. مثل استفراغ ارادی یا مصرف زیاد ملین. مصرف غذا در میان افراد مبتلا به پرخوری‌های دوره‌ای معمولاً بسیار محدود است (لیندزی، پاول^۲، به نقل از یانس و نیکخو، ۱۳۷۹).

پراشتهایی عصبی نوعی پرخوری توصیف شده است که همراه با روش‌های نامتناسب جلوگیری از افزایش وزن است. فرد بعد از خاتمه پرخوری دچار احساس گناه، افسردگی یا نفرت از خود می‌شود. افراد مبتلا به پراشتهایی عصبی هم‌چنین برای جلوگیری از افزایش وزن، به رفتارهای جسمانی محدودکننده‌ای نظیر پاکسازی (استفراغ عمدی، استفاده مکرر از مسهل و مدر)، روزگ‌خن یا ورزش مفرط می‌پردازند. این پرخوری‌ها سبب حالت وحشتزدگی در فرد می‌شود چون بیمار احساس می‌کند که خوردن وی از کنترل خارج شده است (کاپلان و

1- Halgun & Whitborne

2- Lindzy

3- Lindzy & Pavel

سادوک، ۲۰۰۳).

طبق راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی ملاک‌های اصلی پرخوری عصبی عبارت‌اند از:

۱) دوره‌های پرخوری که بسامد آن‌ها نسبتاً بالا است (هفته‌ای دست‌کم ۱ بار) و حداقل ۳ ماه طول کشیده‌اند.

۲) رفتارهای جبرانی متعاقب پرخوری به منظور پیشگیری از افزایش وزن که عمدتاً به صورت استفراغ، سوء مصرف ملین، مدر یا داروهای استفراغ‌آور انجام می‌شوند (۱، ۲، ۳). در ۲۰ درصد موارد بیمار به عنوان رفتار جبرانی به ورزش مفرط یا رژیم‌های سخت روی می‌آورد.

۳) وزن به اندازه بی‌اشتهایی عصبی پایین نیست.

۴) بیمار ترس مرضی از چاق شدن، بی‌وقفه تمایل به لاغر شدن دارد. ارزیابی فرد از خویشتن به میزان زیادی وابسته به شکل و وزن بدن است.

استفراغ یافته شایعی است که معمولاً با داخل کردن انگشت در حلق ایجاد می‌شود. استفراغ درد شکمی و احساس نفخ را بر طرف می‌کند. به بیمار امکان می‌دهد بدون ترس از چاق شدن، به پرخوری ادامه دهد. افسردگی عکساً پس از این دوره فرا می‌رسد و به "دل‌تنگی پس از پرخوری" معروف است. بعضی از بیماران بدون توجه به مزه غذا علاقه به غذاهای پرچم دارند. غذاهای حقیانه و به‌سرعت خورده می‌شوند و گاهی خوب جویده نمی‌شوند. این بیماران در مورد این که در نظر دیگران چگونه جلوه می‌کنند و در باره جذابیت جنسی و تصویر بدنی و ظاهر خود نگران هستند. در مقایسه با مبتلایان به بی‌اشتهایی عصبی، که

علاقه‌ای به روابط جنسی ندارند، این بیماران از لحاظ جنسی فعال هستند. گاهی در سابقه بیماران به پراشتهایی عصبی هرزه خواری (پیکا) و کشمکش در حین صرف غذا دیده می‌شود. در بیماران دچار پراشتهایی عصبی میزان اختلالات خلقی و اختلالات کنترل تکانه بالاست (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۳).

در پر خوری مرضی یا به افراط خوردن، شخص از الگوهای خوردن غیر عادی خبر ناگاه است. از ناتوانی در توقف خوردن می‌ترسد و احتمال دارد افسرده شده و راجع به رفتار بیش انتقادگر شود. در پر خوری، خوردن افراطی حداقل یک بار در هفته در مدت یک به مدت سه ماه روی می‌دهد و اغلب با استفاده از ملین، استفراغ خودالقایی، رژیم‌های مطلق یا رژیم‌های کم‌کالری همراه است. بسیاری از بیماران بی‌اشتها، عریضی پروری دارند؛ اما مشکل در بین افراد با وزن متوسط یا بیش از متوسط رایج است (ساراسون، ساراسون، به نقل از نجاریان و همکاران، ۱۳۸۲).

افراد مبتلا به پر خوری عصبی از عزت نفس پایین، احساس ناتوانی، بی‌کفایتی، نداشتن کنترل بر زندگی، کمال‌گرایی، نارضایتی شدید از وزن بدن، اضطراب، افسردگی و خشم رنج می‌برند. همچنین آن‌ها سرنوشتی بی‌تکانش‌گری و تصویر منفی از بدن را نشان می‌دهند (مک‌کیب و وینست، ۲۰۰۳). افراد مبتلا به پر خوری عصبی همچون مبتلایان به بی‌اشتهایی عصبی در ارتباط با شرایط دوره نوجوانی دچار مشکلاتی هستند. آن‌ها به نسبت مبتلایان بی‌اشتهایی عصبی، افرادی معاشرتی‌تر، خشمگین‌تر و تکانشی‌تر هستند. اعتیاد به الکل،

دزدی از فروشگاه‌ها و بی‌ثباتی هیجانی (از جمله اقدام به خودکشی) با پرخوری عصبی ارتباط دارد. در این اختلال بیشتر از بی‌اشتهایی عصبی، خود ناهمخوان احساس می‌شود و به همین دلیل بیماران مبتلا به پرخوری عصبی آسان‌تر به جستجوی کمک می‌پردازند. این بیماران کنترل قدرت ایگوی مبتلایان به بی‌اشتهایی عصبی را ندارند. مشکل این بیماران در کنترل تکانه‌های خود علاوه بر پرخوری و پاکساز، که شاخص‌های این اختلال است به‌صورت وابستگی به مواد و روابط جنسی خود حریبی بروز می‌کند (سادوک و سادوک، ۲۰۰۳؛ به نقل از رضاعی، ۱۳۸۹).

عوامل متعددی بر پرخوری، روانی، نقش دارند که از بین این عوامل می‌توان به تصویر بدنی و خودکارآمدی اشاره داشت. صاف هوزن بر میزان خود پنداره بدنی زنان و رضایت زناشویی تأثیر منفی گذاشته است. این تغییرها تأثیر می‌پذیرد (ریسمان‌چیان و همکاران، ۱۳۸۶). برون و همکاران (۲۰۰۹) اشاره می‌کند که داشتن اضافه وزن بر خود پنداره بدنی تأثیر منفی دارد. خود پنداره بدنی در احساس ارزشمندی که فرد در روابطش تجربه می‌کند تأثیر گذاشته و پیش‌بینی کننده احساس رضایت فرد از روابطش می‌باشد (ترزینوسکی و همکاران، ۲۰۰۹).

کیسانتس، گلیکان، کاماتا^۱ (۲۰۰۳) در نتیجه‌گیری‌های خود به این نتیجه رسیده‌اند که احتمالاً افراد چاق به واسطه ارزش گذاری منفی برای چاقی و اضافه وزن در جوامع، حس ارزشمندی خود را به دلیل تصویر بدنی نامناسب از دست می‌دهند. خود بدنی یا تصویر ذهنی که فرد از بدن و اندام خود دارد، همان طور که اشاره

شد از عناصر اثرگذار بر رفتار عملکرد افراد است. تصویری که فرد از وضعیت بدنی خود دارد به اشکال مختلف ممکن است دستخوش تغییر یا تحول شود. در واقع، تصویر یا خود بدنی هم از طریق ارتباطات اجتماعی و هم از طریق تجربه مستقیم فرد از وضعیت بدنی و اندام خود حاصل می‌شود. به خصوص در روابط اجتماعی، آنچه ایده‌آل است به صورت رفتارهایی مشهود و غیر مشهود دیده می‌شود و سپس ملاک و معیاری برای مقایسه وضعیت واقعی فرد با آن‌ها می‌شود. به دنبال چنین مقایسه‌ای است که فرد از بدن خود احساس رضایت یا نارضایتی می‌کند. (بریسینکو؛ ترجمه بهزاد، ۱۳۷۸). پژوهش‌ها نیز نشان می‌دهند که اضافه وزن یا خود بدنی به اشکال مختلفی ارتباط دارد. برای مثال، استرلان و همکاران (۲۰۰۳) پی بردند که زنان جوان هرچه از تصویر بدنی خود ناراضی‌تر باشند، بیشتر دست به ورزش فعالیت‌هایی می‌زنند که با تناسب‌اندام ارتباط دارد.

کش و همکاران^۲ (۲۰۰۴) بیان کردند که ارزیابی از قیافه و تناسب اندام، رضایت بدنی و تصور ذهنی زنان از زمره مؤلفه‌های تصویر بدنی است که بر میزان نارضایتی زنان از وضعیت موجود بدن آن‌ها تأثیر می‌گذارد. طبق پژوهش هنبرگ و همکاران (۲۰۰۱) رابطه بین نارضایتی تصویر بدنی و رژیم غذایی سالم و رفتارهای ورزشی مانند آن است. یعنی زمانی که برآشفستگی از تصویر بدن پایین است، افراد خود را در رژیم‌های غذایی سالم و یا ورزش درگیر

1- Bourcienpo

2- Strelank

3- Cash

نمی‌کنند، اما هنگامی که این نارضایتی شدت می‌یابد، ممکن است افراد خود را درگیر رفتارهای غذایی سالم و یا ناسالم و خطرناک (مثل روزه گرفتن یا استفاده از مسهل‌ها) نمایند. در واقع، نحوه گذران زندگی و استفاده از روش‌های تغذیه‌ای و رفتاری (نظیر ورزش و ...) در نمایی یکپارچه در قالب سبک زندگی بر وضعیت بدن افراد اثر خود را بر جای می‌گذارد.

متغیر دیگر، که در افراد مبتلا به پرخوری عصبی باید مورد بررسی قرار گیرد "خودکارآمدی" است؛ یعنی ادراک افراد از توانایی تغییر رفتار، سطح برانگیختگی الگوهای عصبی و واکنش‌های احساسی است. افراد خودکارآمد بالا، توانایی مقابله با مشکلات را دارند و هر موفقیتی موجب افزایش اعتماد به نفس در آنان می‌شود. افراد مبتلا به پرخوری عصبی خودکارآمدی پایین‌تری نسبت به افراد عادی دارند.

پس می‌توان با توجه به نشانه‌هایی که در افراد مبتلا به پرخوری عصبی مشاهده می‌گردد به درمان آنان پرداخت. یکی از درمان‌ها می‌تواند رفتاردرمانی دیالکتیکی (DBT)^۱ باشد. DBT یک درمان شناختی-رفتاری است که در اصل توسط لینهان^۲ به عنوان یک درمان برای افراد افسرده کننده به رفتارهای خود تخریب‌گر تشخیص داده شده است. این رویکرد شناختی-رفتاری در ابتدا برای درمان اختلال شخصیت مرزی (BPD)^۳ ابداع شد. این رویکرد، مداخله‌های مربوط به درمان شناختی-رفتاری را که مبتنی بر اصل تغییر

۱- Dialectical Behavior Therapy

۲- Linhan

۳- Borderline personality Disorder

می‌باشند با آموزه‌ها و فنون شرقی که مبتنی بر اصل پذیرش می‌باشند درآمیخته است. بر این اساس چهار مؤلفه مداخله‌ای را مطرح می‌کند: هشیاری فراگیر بنیادین^۱ و تحمل پریشانی به‌عنوان مؤلفه‌های پذیرش، تنظیم هیجانی و کارآمدی بین فردی و به عنوان مؤلفه‌های تغییر هستند (واگنر و همکاران، ۲۰۰۷، نقل از غروی، ۱۳۹۰).

از سوی دیگر این مسأله که برنامه درمانی DBT به صورت یک پروتکل درمانی کاملاً اختاریافته ارائه شده که کاربرد آن را برای درمانگران ساده‌تر می‌سازد باعث شده که DBT علاوه بر اختلال شخصیت مرزی در درمان دامنه نسبتاً گسترده‌ای از اختلالات مورد کاربرد قرار گیرد. شواهد نشان می‌دهد این رویکرد در درمان اختلالات خوردن به ویژه پرخوری (فینگنباوم^۲، ۲۰۰۷)، سوء مصرف مواد، کودکان و نوجوانان مبتلا به ADHD و افراد دارای خودکشی مؤثر است (سادوک و سادوک، ۲۰۰۷).

DBT رفتارهای خود تخریب‌گرانه را به شکل حل مسأله ناسازگارانه مورد ملاحظه قرار می‌دهد و درمان شناختی-رفتاری DBT را خوب مورد تحقیق قرار داده و تکنیک‌هایی را برای حل مشکلات زندگی مراجعان به روش‌های سازگار یافته‌تر استفاده می‌کند. DBT یک رویکرد درمانی نوین است که به بخشی آن بر کاهش رفتارهای خود تخریب‌گرانه و خودکشی امیدوار کننده می‌باشد. در DBT چهار بخش برای آموزش مهارت‌های رفتاری وجود دارد: هشیاری فراگیر بنیادین،

1- core Mindfulness

2- Feigenbaum

تحمل پریشانی، تنظیم هیجانی و کارآمدی بین فردی. هدف DBT تسهیل یادگیری مهارت‌های جدید و جا دادن این مهارت‌ها در خزانه رفتاری فرد و تعمیم آن‌ها به تمام بافت زندگی است. یادگیری مهارت‌های DBT از طریق ایجاد مهارت‌های مقابله‌ای مؤثر، توانایی یک مراجع را در رسیدن به نتایج مثبت به‌دسترسی قرار می‌دهد و کاهش رفتارهای ناسازگارانه را تسهیل می‌کند (لینهن و همکاران، ۱۹۹۹).

رفتار درمانی دیالکتیکی موجب افزایش تصویر بدنی مثبت می‌شود و باعث افزایش خود کارآمدی، اراد تحت درمان (مبتلایان به پرخوری روانی) می‌گردد. همچنین پژوهش‌ها نشان داده که رفتار درمانی دیالکتیکی موجب افزایش تصویر بدنی مثبت در افراد دارای اختلال پرخوری می‌گردد (وکس و همکاران، ۲۰۰۸).

از آن جا که در ادبیات مربوط به درمان‌های روان‌شناختی برای چاقی بیشتر به رفتار درمانی پرداخته شده، مطرح ساختن اثربخشی رفتار درمانی شناختی برای مبتلایان به پرخوری روانی سرآغاز مناسبی برای سایر بردها در این زمینه خواهد بود. با توجه به آنچه بیان گردید، این پژوهش برای تعیین اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر روی نشانه‌های بالینی، تصویر بدنی، خودکارآمدی مبتلایان به پرخوری روانی انجام خواهد شد.

امروزه، مباحثی همچون تغذیه و ارتباط آن با نگرش‌های فرد به خود، جهان و آینده مورد نظر بوده و چه بسا همین امر منجر به بروز اختلالاتی در خوردن و تغذیه گردد. با وجود اهمیت آشکاری که این مسأله در زندگی افراد دارد و آن

گونه که ضرورت این مسأله اقتضا می‌کند، چندان مورد توجه روان‌شناسان مخصوصاً روان‌شناسان ایرانی قرار نگرفته است. پر خوری عصبی یا پر خوری عصبی نوعی پر خوری است که همراه با روش‌های نامناسب جلوگیری از افزایش وزن است و فرد پس از خاتمه پر خوری دچار احساس گناه، افسردگی یا نفرت از خود می‌شود. این افراد برای جلوگیری از افزایش وزن به رفتارهای جبرانی عود کننده نظیر پاکسازی (استفراغ عمدی، استفاده مکرر از مسهل یا مدر)، روزه گرفتن یا ورزش، معرط می‌پردازند. این بیماران برخلاف مبتلایان به بی‌اشتهایی عصبی می‌توانند وزن طبیعی خود را حفظ کنند (رضاعی، ۱۳۸۹).

اختلال خوردن از شایع‌ترین مشکلات روان‌پزشکی در زنان جوان است و مرگ و میر زیادی را به همراه دارد. اختلال خوردن بر حسب آشفتگی زیاد و شدید در رفتار خوردن متأسفانه می‌نود که معمولاً نخستین بار در دوره شیر خواری یا اوایل کودکی تشخیص داده شده می‌شوند؛ مانند هرزه خواری، اختلال نشخوار و اختلال تغذیه شیر خواری یا اوایل کودکی که در بخش اختلال‌های تغذیه و خوردن در شیر خواری یا اوایل کودکی ذکر شده می‌شوند (یانس و نیکخو، ۱۳۷۹). پر خوری عصبی شایع‌تر از بی‌اشتهایی عصبی است و تخمین‌های شیوع این اختلال بین دو تا چهار درصد در زن‌های جوان است و در زنان شیوع آن در زنان ده برابر بیشتر از مردان است، اما سن شروع آن در دوره جوانی دیرتر از سن شروع بی‌اشتهایی عصبی است. پر خوری عصبی نسبت به بی‌اشتهایی عصبی مرگ و میر کمتری را در بر می‌گیرد و میزان بهبود نسبی یا کامل آن نیز بالاتر می‌باشد. همچون بی‌اشتهایی عصبی، پر خوری عصبی نیز در زنان بسیار شایع‌تر از

مردان است، بر اساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی میزان بروز این اختلال در مردان یک دهم میزان بروز آن در زنان است. این اختلال حتی ممکن است در اوایل جوانی آغاز شود.

هر چند پرخوری عصبی اغلب در زنان جوانی که وزن طبیعی دارند دیده می‌شود، اما گاهی مبتلایان سابقه چاقی نیز دارند. میزان شیوع این اختلال در کشورهای صنعتی تقریباً یک درصد جمعیت عمومی است (کاپلان، سادوک، ۲۰۰۷). این بیماران در مورد این که در نظر دیگران چگونه جلوه می‌کنند و نیز جذابیت جنسی، تصویر بدنی و ظاهر خود نگران هستند و در مقایسه با مبتلایان به بی‌اشتهایی عصبی نه علاقه‌ای به، وابط جنسی ندارند، فعال‌اند، بنابراین، در سال‌های اخیر اضافه وزن و پر خوری بدنی در میان بسیاری از ملت‌ها شیوع پیدا کرده است. آنچه از اطلاعات موجود در این باره این است که اضافه وزن و پر خوری روانی در بسیاری از کشورها به مسأله‌ای عمومی و ملی تبدیل شده و به همین دلیل نیاز به راه‌حل‌های گسترده برای برخورد علمی و دقیق با آن است. به خصوص اضافه وزن و چربی زیاد بدن، باعث به وجود آمدن مشکلاتی از قبیل پرفشاری خون، چربی خون بالا، کمردرد، تنگی نفس، بیماری‌های قلبی و کیسه صفرا، سرطان‌های کولون، رکتوم، پروستات در مردان و سینه و تخمدان در زنان، مشکلات ناباروری در زنان، دیابت نوع II و در نهایت افزایش خطر بروز بیماری‌های قلبی-عروقی و سکته می‌شود. مدارک موجود نشان می‌دهد که در مقایسه با نمونه‌های عادی جامعه، اضطراب و افسردگی در افراد پر خوری روانی که در جستجوی کمک‌های بالینی هستند، بیشتر دیده می‌شود. هم‌چنین زنان

پرخوری روانی، نسبت به مردان پرخوری روانی، بیشتر در معرض اضطراب و افسردگی و دیگر نشانه‌های آسیب‌شناسی روانی هستند.

با توجه به رشد روزافزون پرخوری روانی در جامعه ایرانی و همچنین این که در ایران به اثرات نامطلوب اضافه وزن اهمیت مناسب، داده نمی‌شود، انجام پژوهش در این حوزه و پیدا نمودن روش درمانی مبتنی بر رفتاردرمانی دیالکتیکی اندازه زیادی می‌تواند در رفع نشانه‌های بالینی، خودکارآمدی و تصویر بدنی مبتلایان به پرخوری روانی راهگشا بوده و گامی به سوی کاهش بیماری پر خوری روانی و بی‌گرفتن مسأله روبه رشد پرخوری روانی و اضافه‌وزن در جامعه ایرانی باشد.

مبانی نظری اختلالات خوردن و نشانه‌های بالینی

پرخوری روانی

کلمه "بامامیا" از زبان لاتین مشتق شده و منشأ یونانی دارد. کلمه "bou" به معنی گاو نر و "Limos" به معنی گرسنه می‌باشد و در واقع اشاره به فرد بسیار گرسنه دارد. پرخوری یا پرخوری تاریخی، بسیار قدیمی دارد. در نوشته‌های تاریخی ملاحظه می‌شود که رومی‌های باستان، در جشن‌ها و مهمانی‌های خود به پرخوری افراطی می‌پرداختند، سپس با قلند دادن گلوی خود با پره‌های مخصوص غذای خورده شده را استفراغ می‌کردند و باز دو باره به پرخوری می‌پرداختند. این عمل به آن‌ها این اجازه را می‌داد که غذاهای گوناگون

و با طعم‌های مختلف را امتحان کنند. حتی مکان‌های ویژه‌ای به نام "ومیتوریوس"^۱ یا استفراغ غذا ساخته شده بود. دو امپراتور روم باستان کلودیوس و ویتلیوس^۲ نیز به رفتار پرخوری شهره بودند. در مصر باستان نیز هر ماه به مدت سه روز به طور متوالی عمل استفراغ و پاکسازی به کمک داروهای قی‌آور و تنقیه برای حفظ سلامتی انجام می‌گرفته است. در واقع، مصریان باستان فکر می‌کردند بیماری‌ها از غذا ناشی می‌شوند. در اروپای قرون وسطی نیز عمل پاکسازی برای درمان بسیاری از بیماری‌ها مورد استفاده قرار می‌گرفت و این عمل مورد تأیید پزشکان بود (الکساندر، مونت و لامسدن^۳، ۱۹۹۴).

گالن^۴ پزشک یونانی در قرن دوم به نشانگانی اشاره کرد که با پرخوری، استفراغ و غش کردن مشخص می‌شود. راز آن را "بامامیوس" نامید، در این نشانگان معده و مزاج شخص به طور غیرطبیعی سیدی است. در واقع، بامامیوس نشانه‌های اغراق‌آمیز اما کاذب از گرسنگی را نشان می‌داد. جیمز^۵ (۱۷۴۳) پرخوری واقعی را این طور تعریف کرد: پرخوری واقعی با اشتغال ذهنی شدید به غذا، خوردن طولانی مدت غذا با وقفه‌های کوتاه و سائمه دادن به پرخوری با استفراغ مشخص می‌شود. مادربی^۶ (۱۷۸۵) سه نوع از پرخوری را مشخص کرد: پرخوری به سبب گرسنگی خالص؛ پرخوری همراه با غش کردن؛ و پرخوری که

1 - vomitorium

2 - Claudius & Vitellius

3 - Alexander, Mott & Lumsden

4 - Galen

5 - James

6 - Matherby

به وسیله استفراغ خاتمه می‌یابد.

تمام این روایت‌های تاریخی از پرخوری و پاکسازی لزوماً همان چیزی که امروزه به عنوان پرخوری شناخته می‌شود نیستند. به‌طور مثال، شواهد کافی برای وجود لاغری (که جزء خصیصه‌های آشکار پرخوری مدرن محسوب می‌شود) در اراده^۱ که پرخوری می‌کرده‌اند ثبت نشده است. در قرن ۱۸ و ۱۹ میلادی عمل پرخوری و استفراغ شایسته توجه پزشکی تشخیص داده شدند هر چند که پرخوری به عنوان نشانه بیماری‌های گوناگون در نظر گرفته می‌شد. در طی این مدت، اصطلاحات گوناگونی برای بیان حالت مقاومت‌ناپذیری در برابر پرخوری و استفراغ به وجود آمد (الکساندر - موت و لامسدن، ۱۹۹۴).

بلانچز (۱۸۶۹) اصطلاح «پیرکسیا» را برای توصیف یک چرخه از پرخوری و استفراغ به وجود آورد. سیورکس^۲ در رفع به معنی فکر کردن به غذا و گرسنگی سیری‌ناپذیر بود. استیلر^۳ (۱۸۸۱) اصطلاح هیپروکسیا^۴ را برای توصیف خوردن پایدار و ثابت مقدار کم غذا در جهت غلبه با احساس غش و ضعف مطرح کرد. سالتمن^۵ (۱۸۹۴) با مشاهده رفتار پسر^۵ که از پرخوری و فقدان احساس سیری رنج می‌برد اصطلاح پلی‌فاگیا^۵ را ارایه داد. پلی‌فاگیا به معنی خورنده غذاهای گوناگون است، یعنی فرد با مصرف مقدار زیاد غذا بازم

1 - Cynorexia

2 - Stiller

3 - Hyperorexia

4 - Soltmann

5 - Polyphagia

احساس سیری نمی‌کند. پلی‌فاجیا مشابه با سندرم کلاین-لوین^۱ است که امروزه مطرح می‌شود. آبراهام^۲ (۱۹۱۶) فرد بیماری را توصیف کرد که در عوض استفراغ و پاک‌سازی در خلال حمله‌های پرخوری به خوردن سبزی‌ها می‌پرداخت و این‌گونه با افزایش وزن خود مقابله می‌کرد. آبراهام این اختلال را "سنگ روانی"^۳ نامید که در آن سیگنال تغذیه و سیری از اضطراب و تعارض‌های روانی داخلی فرد سرچشمه می‌گیرد. این حالت با سرکوب میل جنسی ارتباطی ندارد و مشابه حالت اعتیاد به الکل یا اعتیاد به مرفین است.

در اواخر دهه ۱۹۵۰ میلادی، تمرکز بیشتری بر روی پرخوری بیمارانی که وزن طبیعی داشتند گذاشته شد. زیرا این بیماران اختلال وزن آشکاری نداشتند و به نظر می‌رسید لازم است سندرم جدیدی برای اختلال آن‌ها تعریف شود. بوسکیند-وایت اصطلاح بامامارکس^۴ را مطرح نمود. این اصطلاح اختلال خوردنی را توصیف می‌کرد که معمولاً در زنان جوان با وزن عادی روی می‌داد. این زنان به طور متناوب عمل پرخوری و روزه‌داری را انجام می‌دادند. آن‌ها دارای عزت نفس پایین، تصویر بدن ضعیف و ترس از عدم موفقیت در رابطه با جنس مخالف بودند.

راسل (۱۹۷۹) با چاپ مقاله‌ای به توصیف و نام‌گذاری بیماری پرخوری عصبی پرداخت و پس از آن بود که این اختلال به عنوان یک مشکل رایج که

1- Klein-Levin Syndrome

2- Abraham

3- neurotic hunger

4- Bulimarexia

حدود یک درصد از زنان جوان جوامع غربی درگیر آن هستند به رسمیت شناخته شد و از گمنامی به شهرت رسید (پالمر، ۲۰۰۴). راسل هم‌چنین بخش اختلالات خوردن را که بعدها به نام او نام‌گذاری شد بنیان نهاد. راسل ویژگی‌های بالینی و مهم پرخوری عصبی را در بیماران توصیف کرد و این سندرم را نوع شوم بی‌اشتهایی عصبی نامید. نتایج تحقیقات او نشان می‌داد که پرخوری و خودداری به استفراغ از شیوه‌های رایج در میان دانشجویان زن حاضر در دانشگاه‌های ایالتی شمالی می‌باشد. او متذکر شد که این شرایط همیشه مختص زنان است (راسل، ۱۹۷۹).

در سی‌ساله گذشته که شش‌دهت‌های نزدیکی با بیماری بی‌اشتهایی عصبی داشتند پرخوری ثابت‌ترین ویژگی اختلال را تشکیل می‌داد. پرخوری اغلب جنبه‌های بالینی دیگر این اختلال نظیر خودداری به استفراغ یا پاکسازی را تحت الشعاع قرار می‌داد. اهمیت پرخوری می‌طلبید که اصطلاح جدیدی برای نام‌گذاری این بیماری به وجود آید و آن را از بیماری‌های بی‌اشتهایی عصبی متمایز سازد (راسل، ۱۹۷۹). در سال ۱۹۸۰ پرخوری عصبی در DSM-III پذیرفته شد. البته در این نسخه از راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، تنها از نام بامامیا برای این اختلال استفاده شد که در نظر افراد با اختلال پرخوری اشتباه می‌شد؛ اما در نسخه بازنگری شده، یعنی DSM- R-III (۱۹۸۷) پرخوری روانی جایگزین پرخوری شد که بسیار به معیارهای ارزیابی شده توسط راسل نزدیک بود. البته، این معیارها با گنجانیدن زیر گروه در DSM- IV دچار تغییر شدند، اما ملزومات اصلی اختلال تغییری نکردند. در طبقه‌بندی سازمان بهداشت جهانی

(۱۹۹۲) پر خوری عصبی منطبق با معیارهای ارایه شده توسط راسل به عنوان یک اختلال در نظر گرفته شد. هرچند که ICD-10 یک تغییر ناگهانی داشت و در آن تشخیص پر خوری عصبی مقدم بر تشخیص بی‌اشتهایی عصبی بود؛ بنابراین اگر معیارهای ICD-10 در مورد پر خوری عصبی در باره فرد بیمار محقق می‌شد، این شخص حتی با داشتن وزن بسیار پایین تشخیص بیماری پر اشتهایی عصبی را می‌گرفت. (پالمر، ۲۰۰۴).

ملاک‌های تشخیصی DSM-V برای پر خوری روانی

الف- دوره‌های مکرر پر خوری. دوره پر خوری با هر دو مورد زیر مشخص می‌شود:

۱- خوردن، در مدت‌زمان مجزا (ملاً ظرف هر دوره ۲ ساعته)، با مقداری غذایی که قطعاً بیشتر از آن است که اغلب افراد در مدت‌زمان مشابه تحت شرایط مشابه، خواهند خورد.

۲- احساس نداشتن کنترل بر خوردن در طول دوره، مثلاً احساس اینکه فرد نمی‌تواند خوردن را متوقف کند یا آنچه را که می‌خورد و اینکه چقدر می‌خورد، کنترل کند).

ب- رفتارهای نامناسب جبرانی مکرر به‌منظور پیشگیری از عواقب وزن، مانند استفراغ عمدی؛ سوء مصرف ملین‌ها، مدرات، یا داروهای دیگر؛ رو به گرفتن؛ یا ورزش بیش‌ازحد.

ج- پر خوری و رفتارهای جبرانی نامناسب هر دو به‌طور متوسط، حداقل هفته‌ای یک‌بار به مدت ۳ ماه روی می‌دهند.