

درمان‌های کلاسیک و نوین اختلال پرخوری

The classic and novel treatments for Being Eating Disorder

Simin Ghobadzadeh*

PHD student of Health Psychology,
 Department of Psychology, Kharazmi
 University, Tehran, Iran
 Raha_gh72@yahoo.com

Dr Shahram Mohammad khani

Associate Professor of Clinical
 Psychology, Kharazmi University ,
 Tehran, Iran

Dr Jafar Hassni

Associate Professor of Clinical
 Psychology, Kharazmi University ,
 Tehran, Iran

سیمین قبادزاده (نویسنده مسئول)

دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، دانشگاه

خوارزمی

دکتر شهرام محمدخانی

دانشیار گروه روانشناسی دانشگاه خوارزمی

دکتر جعفر حسینی

دانشیار گروه روانشناسی دانشگاه خوارزمی

چکیده

در حال حاضر، اختلالات خوردن یکی از نگرانی‌های سازمان بهداشت جهانی است، زیرا این اختلالات در بین بیماری‌های روانی، بالاترین نرخ مرگ و میر را به خود اختصاص داده است. اختلالات خوردن سومین بیماری مزمن شایع در میان نوجوانان است و میزان شیوع آن در سراسر جهان در حال افزایش است. با وجود اینکه اختلال پرخوری شایع‌ترین اختلال خوردن به‌شمار می‌رود، همچنان مورد بررسی زیادی قرار نگرفته است. نگرانی درباره میزان شیوع پرخوری از شواهدی برمی‌خیزد که نشان می‌دهد پرخوری عوارض زیادی به دنبال داشته و بین اختلال‌های روانپزشکی بالاترین میزان هم‌آیندی را دارد. حداقل ۶۹ درصد از افراد مبتلا به این اختلال یک اختلال روانپزشکی دیگر و ۳۲ درصد حداقل یک اختلال شخصیت همراه دارند. هم‌چنین این اختلال با پذیرش و پاسخدهی کمتر به درمان همراه است. در مقاله حاضر پس از مروری بر طبقه بندی و تعریف انواع اختلالات خوردن، به بررسی بیشتر اختلال پرخوری پرداخته و در نهایت

Abstract

Eating disorders are posed today as a major concern for the World Health Organization, since these disorders keep the highest mortality rate among other psychiatric disorders. Eating disorder is the third most prevalent disorder among teenagers and its prevalence is increasing worldwide. Despite being the most common type of eating disorders, Binge Eating disorder has not been much investigated as yet. Worries about binge eating arise from evidence showing that binge eating has serious adverse effects and the highest rate of comorbidity among psychiatric disorders. 69 percent of patients with this disorder have at least another psychiatric disorder and 32 percent have at least one personality disorder synchronously. This disorder is also associated with less acceptance and responsiveness to treatment. The present study, after reviewing the categorization and definition of various types of eating disorders, further investigates binge eating disorder, and finally the psychological interventions which have been proposed for the treatment of this disorder will be clarified.

Key words: Eating Disorder, Being Eating Disorder, psychiatric disorder, psychological interventions

مداخلات روانشناختی مختلفی که در جهت درمان این اختلال معرفی شده‌اند، توضیح داده خواهند شد. واژه‌های کلیدی: اختلال خوردن، اختلال پرخوری، اختلال روانپزشکی، مداخلات روانشناختی

مقدمه

امروزه اختلالات خوردن^۱ یکی از اختلالات شایع روانی/روان تنی به‌شمار می‌رود. اختلال پرخوری^۲ شایع‌ترین اختلال خوردن و شایع‌ترین مشکل روانپزشکی بین زنان جوان است و مطالعات همه‌گیرشناسی خبر از افزایش آن می‌دهند. شیوع آن متغیر بوده و بسته به جمعیت مورد مطالعه از کمتر از ۲ درصد تا بیشتر از ۳۰ درصد گزارش شده است. این اختلال باعث ایجاد اشکال در سلامت جسمی و عملکرد روانی شده و کیفیت زندگی فرد مبتلا را مختل می‌کند و همچنین ممکن است سبب افزایش مرگ و میر شود. افراد مبتلا به این اختلال از چندین مشکل همراه از جمله، محرومیت از غذا، توجه بیش از اندازه به شکل و وزن، تصویر بدنی تحریف شده، توجه بیش از اندازه به خوردن، درماندگی روانی، درماندگی جسمی، نشانه‌های روانپزشکی و اضافه وزن رنج می‌برند (انجمن ملی اختلالات خوردن، ۲۰۱۲). علت اصلی این اختلالات هنوز به خوبی شناخته نشده است و درمان آن‌ها مشکل است و بسیاری از بیماران تمایلی به استفاده از درمان‌های کنونی ندارند (دال^۳، ۲۰۱۱). با توجه به مشکلات جسمی، روانی، و اجتماعی ناشی از اختلالات خوردن، تلاش برای رسیدن به فهم درست این بیماری و راه‌های پیشگیری و درمان آن بسیار ارزشمند است. در مقاله پیش رو پس از معرفی انواع اختلالات خوردن به معرفی کامل‌تر یکی از شایع‌ترین انواع این اختلالات یعنی اختلال پرخوری پرداخته شده و اپیدمیولوژی و پاتوفیزیولوژی آن توضیح داده خواهد شد. پس از آن مداخله‌هایی که از ابتدا برای درمان آن معرفی و اجرا شده‌اند و هر کدام از آن‌ها بر پایه شواهد بالینی و تجربی زیادی استوار بوده، مطرح می‌گردند. و در انتها به درمان‌های نوینی که اخیراً برای این اختلال معرفی شده‌اند اشاره خواهد شد.

انواع اختلالات خوردن

¹. Eating disorders

². Being eating disorder

³. Dalle

در حال حاضر پرکاربردترین تعریف برای اختلالات خوردن توسط انجمن روان پزشکی آمریکا در ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۱ ارایه شده است. بر این اساس اختلالات خوردن در سه دسته کلی بی‌اشتهایی عصبی^۲، پراشتهایی عصبی^۳ و اختلال پرخوری طبقه بندی می‌شوند (سادوک و سادوک^۴، ۲۰۱۵).

بی‌اشتهایی عصبی: مشخصه‌های اصلی بی‌اشتهایی عصبی عبارت از کاهش وزن یا عدم وزن‌گیری طی یک مرحله رشدی که منجر به وزنی گردد که کمتر از ۸۵ درصد وزن مناسب برای قد و سن باشد، ترس شدید از افزایش وزن و تصویر ذهنی مختل از بدن. بی‌اشتهایی عصبی، خود به دو زیرگروه محدود کننده و پرخوری/پاک‌سازی تقسیم می‌شود. در زیرگروه محدود کننده، بیماران به طور منظم از یک رژیم غذایی کم کالری پیروی می‌کنند، ولی بیمارانی که در زیرگروه دوم قرار می‌گیرند، به طور منظم دوره‌های پرخوری با رفتارهای جبرانی یا بدون آن را تجربه می‌کنند (سادوک و سادوک، ۲۰۱۵).

پراشتهایی عصبی: مشخصه اصلی پراشتهایی عصبی، پرخوری و پاک‌سازی پس از آن است. پرخوری عبارت از خوردن حجم زیاد و غیر طبیعی غذا طی یک بازه زمانی مشخص، همراه با احساس عدم کنترل بر غذا خوردن در آن مقطع زمانی می‌باشد. در این اختلال، رفتارهای جبرانی پس از پرخوری رخ می‌دهد که ممکن است شامل استفراغ، استفاده از مسهل، مدر، تنقیه یا سایر داروها، روزه‌داری و یا ورزش شدید باشد. بیماران مبتلا به پراشتهایی عصبی، اغلب در فواصل نامنظم غذا می‌خورند و زمان‌های طولانی روزه داری سبب ایجاد احساس وسوسه شدید به غذا و به تبع آن دوره‌های پرخوری و پاک‌سازی می‌شوند. بیماران مبتلا به پراشتهایی عصبی ممکن است مانند افراد مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی، دچار تصویر ذهنی مختل از بدنشان و ترس زیاد نسبت به افزایش وزن باشند. در حال حاضر اگر در بیمار، پرخوری و رفتارهای جبرانی متعاقب آن در زمینه کاهش وزن رخ دهد، تشخیص پزشک بی‌اشتهایی عصبی خواهد بود. باید بر این نکته تأکید نمود که وزن اغلب بیماران مبتلا به پراشتهایی عصبی در محدوده طبیعی قرار دارد (سادوک و سادوک، ۲۰۱۵).

¹ Diagnostic and Statistical of Mental disorders, 5 edition (DSM-V)

² Anorexia nervosa

³ Bulimia nervosa

⁴ Sadock & Sadock

اختلال پرخوری: این اختلال، تشخیصی با طیف گسترده است و شامل بیماری‌هایی می‌شود که علائم مشابه با بی‌اشتهایی یا پراشتهایی عصبی دارند، ولی همه شاخص‌های تشخیصی این دو اختلال را ندارند. به علاوه، این اختلال، طیفی از رفتارهای غیر طبیعی مرتبط با خوردن مانند اختلال پرخوری و تریاد ورزشکار زن را در بر می‌گیرد. بیماران مبتلا به اختلال پرخوری، به طور مفرط غذا می‌خورند، ولی رفتارهای جبرانی اشاره شده در مورد پراشتهایی عصبی را ندارند. تریاد ورزشکار زن، سندرمی است که در ورزشکاران زن دیده شده است و از سه حالت مرتبط با هم شامل دریافت انرژی پایین (با یا بدون اختلال در غذا خوردن)، اختلال قاعدگی و کاهش تراکم معدنی استخوان تشکیل می‌شود. کاهش انرژی دریافتی ممکن است ناشی از مسایل مرتبط با تصویر ذهنی از بدن، تمایل به بهبود عملکرد ورزشی و یا عدم اطلاع از نیازهای واقعی متابولیک بدن در ارتباط با نوع فعالیت ورزشی در این افراد باشد. مصرف بیشتر انرژی در مقایسه با میزان کالری دریافتی، سبب مهار محور هیپوتالاموس، هیپوفیز، تخمدان و در نتیجه کاهش تولید استروژن و از دست رفتن توده استخوانی می‌شود (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳).

اختلال پرخوری در، **DSM-IV** مطابق تعاریف ارائه شده در طبقه سوم اختلالات خوردن بنام "اختلال خوردن تصریح نشده" قرار می‌گرفت. چنانچه اشاره شد، اختلال پرخوری شایع‌ترین دسته از اختلالات خوردن را تشکیل می‌دهد و این مسأله که **DSM-IV** اغلب بیماران را در دسته‌ای قرار می‌داد که تعریف مشخصی برای آن ارائه نشده بود یکی از نقاط ضعف **DSM** به شمار می‌آمد. با این حال در **DSM-V** این مشکل برطرف شده است و اختلال پرخوری به طور جداگانه به عنوان یکی از انواع اختلالات خوردن معرفی شده است (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳).

تعریف پرخوری عبارت است از: الف) خوردن حجمی از غذا در فواصل زمانی ناپیوسته (برای مثال هر دو ساعت) که به وضوح بیشتر از حجمی است که اغلب افراد در همان مقطع زمانی و در شرایط مشابه می‌خورند، ب) احساس عدم کنترل بر غذا خوردن در همان مقطع زمانی (برای مثال فرد احساس می‌کند نمی‌تواند دست از غذا خوردن بکشد یا این که نمی‌تواند خودش را کنترل کند که چه غذایی یا چه مقداری بخورد). بنابراین تعریف اختلال پرخوری

1. American Psychiatric Association (APA)

عبارت از دوره‌های مکرر پرخوری (به طور متوسط یک بار در هفته در سه ماه گذشته) بدون استفاده منظم از رفتارهای جبرانی نامتناسب کنترل وزن است. شایان ذکر است که در تشخیص اختلال پرخوری، علاوه بر احساس درماندگی در مقابل پرخوری، وجود حداقل سه مورد از این موارد لازم است: ۱- غذا خوردن با سرعتی بسیار بیشتر نسبت به حالت عادی خوردن، ۲- غذا خوردن تا زمان احساس سیری آزار دهنده، ۳- خوردن مقادیر زیادی از مواد غذایی در زمان احساس عدم گرسنگی از لحاظ جسمی، ۴- به تنهایی غذا خوردن به دلیل احساس خجالت نسبت به میزان زیاد غذایی که فرد می‌خورد، ۵- احساس تنفر نسبت به خود، افسردگی یا احساس گناه شدید پس از پرخوری (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). این اختلال به طور عمده نوجوانان و زنان جوان را مبتلا می‌کند (سادوک و سادوک، ۲۰۱۵). علاوه بر مصاحبه بالینی مطابق با معیارهای تشخیصی اشاره شده، برای تشخیص اختلال پرخوری می‌توان از ابزارهای دیگری نیز استفاده کرد. آزمون نگرش خوردن یکی از پرکاربردترین ابزارهای مورد استفاده جهت غربالگری است. مقیاس تشخیصی اختلال نیز که ۲۲ سوال دارد و منطبق با DSM-IV طراحی شده است، ابزار مناسبی برای تشخیص بی‌اشتهایی عصبی، پراشتهایی عصبی و اختلال پرخوری به شمار می‌رود. دو ابزار مورد اشاره از بهترین ابزارهای مورد استفاده جهت غربالگری و تشخیص اختلالات خوردن به شمار می‌روند (توری، گالک و کوهس، ۲۰۱۰). همچنین در کشورمان روایی و پایایی نسخه فارسی پرسشنامه‌ی مقیاس پرخوری مورد بررسی قرار گرفته است (دژکام، مولودی، موتابی و امیدوار، ۲۰۰۹). بیشترین کاربرد این پرسشنامه در سنجش شدت اختلال پرخوری در افراد چاق است.

اپیدمیولوژی

بسیاری از بیماران مبتلا به اختلالات خوردن، بر عدم استفاده از درمان حرفه‌ای پافشاری می‌کنند و عدم مراجعه این افراد برای استفاده از درمان مناسب، پژوهش در زمینه اپیدمیولوژی این اختلالات را سخت می‌کند. اختلالات خوردن در تمام جهان، هم در کشورهای توسعه یافته و هم در کشورهای در حال پیشرفت، چون برزیل و چین، گزارش شده است (دال، ۲۰۱۱). در مطالعه‌ای با حجم نمونه بزرگ در آمریکا، شیوع اختلال پرخوری در زنان سفید پوست ۱۸

1. Tury, Gulec, Kohls

تا ۴۰ ساله ۲/۶ درصد و در زنان سیاه پوست در همان رده سنی ۴/۵ درصد گزارش شد (کسلر^۱ و همکاران، ۲۰۱۳). شیوع این اختلال در طول عمر برای بزرگسالان، ۳ درصد تخمین زده می‌شود. مطالعه‌ای در آمریکا شیوع اختلال پرخوری در طول عمر را در زنان ۳/۵ درصد و در مردان ۲ درصد گزارش کرد، که نشان می‌دهد در این اختلال، تفاوت در شیوع بین دو جنس کمتر از سایر اختلالات خوردن است. این مطالعه همچنین نشان می‌دهد که اختلال پرخوری به گونه یکسان‌تری در گروه‌های سنی و نژادهای مختلف شیوع دارد. به طور کلی زنان بیشتر از مردان مبتلا به اختلال پرخوری می‌شوند و شیوع این اختلال در طول عمر در زنان ۱/۵ درصد و در مردان ۰/۵ است. سن شروع این اختلال بالاتر از بی‌اشتهایی عصبی و پراشتهایی عصبی است (دال، ۲۰۱۱). به علاوه، اختلال پرخوری با اضافه وزن و چاقی مرتبط است و در ۷ تا ۱۲ درصد از افرادی که به دنبال درمان چاقی هستند، این اختلال به چشم می‌خورد. شیوع این اختلال در افراد مبتلا به چاقی شدید، تا ۵۰ درصد گزارش شده است. همچنین شیوع این اختلال در طول عمر، در مناطق شهری بیشتر از مناطق غیر شهری است. هر چند ۶۰ درصد از بیماران مبتلا به اختلالات خوردن که در کلینیک‌های سرپایی ویزیت می‌شوند، مبتلا به اختلال پرخوری هستند، این نوع اختلال کمتر از سایر انواع مورد مطالعه قرار گرفته است (سیم^۲ و همکاران، ۲۰۱۰). بر اساس نتایج مطالعات مختلف بین ۴۰ تا ۷۰ درصد از بیماران مبتلا به اختلال پرخوری در صدد درمان این اختلال بر می‌آیند. به طور معمول، بیماران در دهه چهارم زندگی به دنبال درمان می‌روند و تقریباً یک چهارم از این افراد مرد هستند (کسلر و همکاران، ۲۰۱۳). مطالعات معدودی در زمینه اختلالات خوردن در ایران انجام شده است. نویخت و دژکام در اولین مطالعه بررسی اپیدمیولوژیک این اختلالات در ایران، شیوع بی‌اشتهایی عصبی و پراشتهایی عصبی را در ۳۱۰۰ دانش‌آموز دختر سال دوم دبیرستان شهر تهران به ترتیب ۰/۹ و ۳/۲ درصد گزارش کردند (نویخت و دژکام، ۲۰۰۰). مطالعه دیگری در تبریز روی دانش‌آموزان دختر دبیرستانی نشان داد که ۱۶/۷ درصد از افراد شرکت کننده در معرض خطر ابتلا به اختلالات خوردن بودند (پورقاسم گرگری، کوشاور، سیدسجادی، کرمی، و شاهرخی، ۱۳۸۷). در مطالعه دیگری در دانشجویان دختر یکی از دانشگاه‌های تهران، این میزان ۲۱/۵ درصد بود که در نهایت شیوع بی‌اشتهایی عصبی و پراشتهایی عصبی در نمونه مورد

1. Kessler

2. Sim

بررسی به ترتیب ۱/۸ و ۷/۸ درصد بوده است (صفوی، محمودی، و روشندل، ۱۳۸۸). شیوع بی‌اشتهایی عصبی و پراشتهایی عصبی و اختلال پرخوری در دانش‌آموزان دختر دبیرستانی در کرمان به ترتیب ۱/۷، ۱/۷ و ۲/۹ درصد گزارش شده است (شمس و همکاران، ۲۰۱۰).

پاتوفیزیولوژی

الف) عوامل ژنتیکی: بر اساس مطالعاتی که بر روی خانواده‌ها و همچنین افراد دوقلو صورت گرفته، به نظر می‌رسد که بی‌اشتهایی عصبی، پراشتهایی عصبی و اختلال پرخوری، بیماری‌های پیچیده ژنتیکی هستند و وراثت پذیری، آن ۵۰ تا ۸۳ درصد می‌باشد. بستگان فرد مبتلا به اختلالات خوردن در طول عمرشان ۱۰ برابر بستگان یک فرد عادی در معرض خطر ابتلا به اختلالات خوردن هستند. اگر چه محققان، مناطقی، مرتبط بر روی کروموزوم‌های ۱، ۳ و ۴ و بر روی بازوی کوتاه کروموزوم ۱۰ را به ترتیب در رابطه با بی‌اشتهایی عصبی و پراشتهایی عصبی شناسایی کرده‌اند، این نتایج نیاز به بررسی‌های بیشتر دارد (انجمن ملی اختلالات خوردن، ۲۰۱۲).

ب) عوامل زیستی: بیشتر از ۲۰ درصد کالری دریافتی توسط فرد در مغز مصرف می‌شود و مغز وابستگی زیادی به گلوکز دارد. بر این اساس، بافت مغزی به شدت در مقابل تغذیه نامناسب آسیب‌پذیر است و تغذیه نامناسب می‌تواند روی عملکردهای مغزی و اشتها تأثیر منفی بگذارد. مطالعات اپیدمیولوژیک نشان داده‌اند که بیشتر اختلالات خوردن طی دوران نوجوانی پدید می‌آیند. در این دوران که مغز از نظر تکاملی در مرحله بسیار مهمی قرار دارد، وجود سوء تغذیه می‌تواند روی سیر این اختلالات تأثیر منفی زیادی داشته باشد. اساساً سه مکانیسم در کنترل ذایقه نقش دارند. ۱- سیستمی متشکل از ساقه مغز، هیپوتالاموس و اعصاب اتونوم که با تعامل با هورمون‌های گوارشی در ایجاد حس گرسنگی یا سیری نقش دارند، ۲- سیستمی موسوم به سیستم محرک که با همکاری عناصری که در حافظه و آموختن نقش دارند، باعث ایجاد میل به غذا خوردن می‌شوند، ۳- سیستم خودتنظیمی که اشتها را بر اساس شرایط زندگی فرد تنظیم می‌کند. اختلال در هر کدام از این سیستم‌ها می‌تواند زمینه‌ساز ایجاد و تداوم اختلالات خوردن شده، از سوی دیگر خود این اختلالات حتی می‌توانند با تحریک سیستم محرک، به نوعی اعتیاد به غذا منجر شوند (ترشر، کلودینو و زاگر، ۲۰۱۰). عملکرد مونوآمین-های مغزی در اختلالات خوردن در مطالعات مختلف بررسی شده است. برای مثال نشان داده

شده است که در بی‌اشتهایی، میزان گیرنده‌های $5HT2A^1$ طی فاز حاد و پس از بهبودی کاهش و میزان گیرنده‌های $5HT1A^2$ طی فاز حاد و در دوره نقاهت افزایش می‌یابد. در این بیماری میزان گیرنده‌های دوپامینی داخل استریاتوم^۳ نیز پس از بهبودی افزایش می‌یابد (فرانک و همکاران، ۲۰۰۵). همچنین جنس مؤنث مهمترین عامل خطر ساز بالقوه برای ابتلا به اختلالات خوردن است. اما هنوز به‌طور دقیق مشخص نشده است که این ارتباط ناشی از عوامل زیستی یا عوامل اجتماعی می‌باشد (ترشر، کلودینو و زاگر، ۲۰۱۰).

ج) عوامل محیطی: محیط، نقش مهمی در پیدایش بعضی اختلالات خوردن دارد. به طور مثال نشان داده شده است که مادران کودکانی که بعدها مبتلا به اختلالات خوردن می‌شوند، طی بارداری در معرض استرس بیشتری بوده‌اند. اتفاقات حین زایمان (مثل هماتوم سفال^۴) یا زایمان زودرس، شانس بروز اختلالات خوردن را افزایش می‌دهد. برخی از عوامل محیطی مرتبط با اختلالات خوردن عبارت از تجارب زیان‌باری مانند مورد بی‌توجهی قرار گرفتن از جانب دیگران، سوء استفاده فیزیکی یا جنسی و تجارب زیان‌بار مرتبط با غذا و وزن مانند رژیم گرفتن خانواده، چاقی کودکی یا والدین، نظرات انتقادی خانواده یا دیگران نسبت به غذا خوردن و شکل بدن فرد یا فشارهای شغلی برای لاغر بودن می‌باشند (دال، ۲۰۱۱). تجارب زیان‌بار مرتبط با غذا و وزن در کشورهای غربی این‌گونه عمل می‌کند که افراد را نسبت به شکل بدنشان حساس و پس از آن تشویق به رژیم گرفتن می‌کند. این تجارب بیشتر زنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد؛ چرا که فشار اجتماع روی آن‌ها برای لاغر بودن بیشتر است. فرد در دوران پس از بلوغ بسیار آسیب‌پذیر است. تغییرات ناشی از بلوغ، پدیده‌های استرس‌زا و چالش‌های اجتماعی و محیطی می‌توانند زمینه‌ساز اختلالات خوردن، در فرد طی این دوران شوند (ترشر، کلودینو و زاگر، ۲۰۱۰).

د) عوامل روان‌شناختی: نظریه‌های روان‌شناختی زیادی به منظور توضیح چگونگی ایجاد و تداوم اختلالات خوردن ارائه شده است، این نظریه‌ها درمان‌هایی مبتنی بر شواهد ارائه داده‌اند. در ادامه مداخلات مربوط به آن‌ها شرح داده خواهد شد.

1. 5 hydroxytryptamine (serotonin) receptor 2A, G protein-coupled

2. 5 hydroxytryptamine (serotonin) receptor 1A, G protein-coupled

3. striatum

4. cephalohematoma

درمان اختلال پرخوری: درمان‌های دارویی و مداخلات روان‌شناختی مختلفی جهت درمان اختلال پرخوری مورد استفاده قرار گرفته است که به طور خلاصه به آن‌ها خواهیم پرداخت.

درمان‌های دارویی: تاکنون سه گروه دارویی (داروهای ضد افسردگی، ضد چاقی و ضد صرع) در درمان بیماران مبتلا به اختلال پرخوری به کار برده شده است (سادوک و سادوک، ۲۰۱۵). در یک مطالعه متاآنالیز نشان داده شده است که داروها در مقایسه با دارونما در بهبود اختلال پرخوری در کوتاه مدت مؤثرتر هستند. کمترین تأثیر در این سه گروه دارو، مربوط به داروهای مهارکننده اختصاصی بازجذب سروتونین^۱ بوده است که اثرات کاهنده وزن کمی هم دارند. محدودیت این مطالعه این بود که فقط شامل ۱۴ مطالعه کارآزمایی بالینی که اغلب کوتاه مدت و با حجم نمونه کمی بودند، می‌شد. محققان در این مطالعه در نهایت نتیجه‌گیری کردند که یافته‌های آن‌ها بر سودمندی بالقوه استفاده از داروی ضد چاقی سیبوترامین و داروی ضد صرع توپیرامات تأکید می‌کند. قابل ذکر است که سیبوترامین در سال ۲۰۱۰ به دلیل عوارض جانبی زیاد از رده خارج شد و توپیرامات نیز به دلیل عوارض جدی عصبی-شناختی، توسط سازمان غذا و داروی آمریکا به عنوان داروی کاهنده وزن تأیید نشده است (ویلسون، ۲۰۱۱). اورلیستات^۲ که یک مهارکننده لیپاز است، توسط سازمان غذا و داروی آمریکا به عنوان دارویی برای درمان چاقی تأیید شده است. استفاده از ترکیب اورلیستات با درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر خود کمک‌دهی هدایت شده، منجر به بهبودی بیشتر پرخوری در مقایسه با استفاده از ترکیب دارونما و درمان شناختی-رفتاری مورد اشاره، شده است. با این حال این اثر پس از سه ماه پیگیری پس از قطع هر دو درمان باقی نمانده است (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۶). در درمان اختلال پرخوری، اثرات بلند مدت دارودرمانی و تأثیر قطع دارو هنوز چندان مشخص نیست و نبود این اطلاعات، امنیت و تأثیر دارو درمانی برای درمان این اختلال را زیر سؤال می‌برد (گریلو، ماسب و سالانت، ۲۰۰۵). همچنین انجمن روان پزشکی آمریکا هشدار داده است که مصرف طولانی مدت داروهای مهارکننده اختصاصی بازجذب سروتونین با افزایش وزن مرتبط می‌باشد (ویلسون، ۲۰۱۱). به‌طور خلاصه، در حال حاضر داروهای

1. Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (SSRIs)

2. orlistat

موجود در درمان اختلال پرخوری توصیه نمی‌شود. ولی مداخلات روانشناختی مبتنی بر شواهد، منجر به بهبودی چشمگیر پرخوری می‌شود و نیز دارای اثرات درمانی زیادی بر سایر اختلالات موجود در بیماران دارای اضافه وزن یا چاق است. این اختلالات عبارت از حساسیت زیاد به وزن و شکل بدن، اختلالات روان شناختی عمومی مانند افسردگی و عملکرد روانی-اجتماعی می‌باشد. شایان ذکر است این تأثیرات پس از یک الی دو سال پیگیری نیز باقی می‌ماند. باید تأکید کرد که این درمان‌های روان‌شناختی تخصصی باعث کاهش وزن نمی‌شوند. با این حال ممکن است درمان موفقیت‌آمیز پرخوری منجر به عدم وزن‌گیری بیشتر در آینده شود. مداخلات روانشناختی مختلفی که برای درمان اختلال پرخوری مورد ارزیابی قرار گرفته‌اند شامل: درمان شناختی-رفتاری، طرحواره‌درمانی، رفتاردرمان دیالکتیکی^۱، رفتارگزینی^۲ آموزش بازداری در برابر غذاهای لذیذ^۳ اصلاح سوگیری توجه می‌باشند. هر کدام از این روش‌های درمانی موفقیت‌هایی در کاهش فراوانی دوره‌های پرخوری را نشان داده‌اند. هدف از درمان روانشناختی اختلال پرخوری این است که بتوان به مراجعان به خوبی یاد داد که بین گرسنگی هیجانی و فیزیولوژیکی فرق بگذارند و به هیجانات و افکار منفی خود از طریق غذا خوردن پاسخ ندهند. به آن‌ها یاد داده می‌شود که پاسخ خوردن را با پاسخ‌های مناسب‌تر دیگری جایگزین نموده و مسائل عاطفی زیربنایی را مدنظر قرار دهند (پاق، ۲۰۱۵).

۱- **درمان شناختی-رفتاری**: رویکرد شناختی رفتاری یکی از مداخلاتی است که بیشترین تحقیق در مورد اختلالات خوردن را به خود اختصاص می‌دهد. در مدل اولیه CBT بر نقش نگرش فرد در مورد اندام و وزنش تأکید می‌شد و نگرش فرد در پاتولوژی او نقش مهمی ایفا می‌کرد. بر اساس این دیدگاه، تمرکز درمان بر اصلاح افکار مربوط به اندام، وزن و کنترل آن‌ها استوار می‌باشد. بنابراین برای درمان اختلالات خوردن بر تحریفات شناختی و تلاش برای تغییر رفتار تمرکز می‌شود. جوهره CBT عواطف و رفتارهایی است که توسط افکار و شناخت ما شکل گرفته‌اند. درمانگر به بیمار کمک می‌کند تا تحریفات شناختی خود را شناسایی نموده و شیوه‌های تفکری مثبت‌تر و واقع بینانه‌تری را جایگزین آن‌ها نماید. در مدل درمان شناختی-رفتاری اختلال پرخوری، پرخوری بخشی از یک سیکل معیوب مؤلفه‌های رفتاری و روانشناختی مرتبط

1. Dialectical Behavior Therapy (DBT)

2. Intention Implementation

3. Food-specific inhibition training

به هم می‌باشد و مهم‌ترین هدف شکستن سیکل معیوب پرخوری است. همچنین در این شیوه درمانی الگوهای آشفته خوردن تغییر یافته و اصلاح می‌شود (دال و همکاران، ۲۰۱۳).

شناسایی و تغییر اهداف غیرواقع‌بینانه مرتبط با وزن و خوردن، آموزش استراتژی‌های پیشگیری از عود، از دیگر اهداف درمانی محسوب می‌شود. این برنامه درمانی جنبه روان - آموزشی دارد که به بیمار کمک می‌کند دلایل و معانی پشت برخی از رفتارهایش را متوجه شود. افراد با اختلال پرخوری اغلب، چاق تر از افراد مبتلا به پر اشتهایی روانی هستند بنابراین، تمرکز اولیه در درمان، کاهش وزن می‌باشد و به مراجعان گفته می‌شود که اولویت اولیه در درمان، حذف رفتارهای پرخوری و ایجاد و توسعه عادات صحیح خوردن، به منظور دستیابی به این هدف می‌باشد. دوم آنکه مباحثی چون چاقی، تغذیه و ورزش منظم مورد توجه قرار می‌گیرد و نهایتاً آنکه CBT مولفه بازسازی شناختی را مورد توجه قرار می‌دهد. بازسازی شناختی و تغییر باورها، این مفهوم را که فرد پرخور بر مشکلات رفتاری پرخوری کنترل دارد، تقویت می‌کند (دال و همکاران، ۲۰۱۳). عوامل نگهدارنده اختلال که بعداً به نظریه اضافه شدند شامل: نیاز افراطی به کنترل، بد تنظیمی هیجان و باورهای مربوط به بیماری بودند.

بعداً فربرن^۱ و همکارانش یک مدل میان تشخیصی عنوان کردند که اساس آن بر CBT استوار بود. به نظر آنها در کنار افکار بیش‌بها داده شده درباره اندام، وزن و کنترل آنها ۴ عامل دیگر در نگهداری پاتولوژی اختلالات خوردن نقش به‌سزایی ایفا می‌کنند که شامل: عزت نفس پایین، کمال‌گرایی، مشکلات بین‌فردی و عدم تحمل بلا تکلیفی می‌باشند. و این مدل در واقع مدل جدیدی از CBT بود که CBT-E^۲ خوانده می‌شد. این مدل در درمان پیشنهادی خود برای اختلال پرخوری هم به رفتارهای خوردن و هم به باورهای بیش‌بها داده شده اهمیت داد و در کنار آنها به عوامل نگهدارنده اختلال نیز توجه کرد. (ریکا و همکاران، ۲۰۱۰). با این حال یافته‌ها حاکی از آن بوده است که ۵۰٪ بیماران در آخر درمان هنوز نشانه‌های بیماری را دارند. همچنین حدود یک سوم بیماران در دوره پی‌گیری هنوز واجد ملاکهای تشخیصی اختلال پرخوری می‌باشند (سیمسون، مارو، رسیک و رید^۳، ۲۰۱۰).

1. Fairburn

2. CBT- Enhanced

3. Simpson, Morrow, Vreesijk, Reid

۲- **طرحواره‌درمانی:** طرحواره‌درمانی، درمانی نوین و یکپارچه است که عمدتاً بر اساس بسط و گسترش مفاهیم و روشهای CBT کلاسیک بنا شده است. این شیوه درمان، سیستم جدیدی از روان‌درمانی را تدارک می‌بیند که مخصوصاً برای بیماران مقاوم و بیمارانی که پاسخ درمانی خوبی به CBT نمی‌دهند شکل گرفت. در اختلال پرخوری که بیمار عزت نفس بسیار پایین دارد و همچنین وجود بیماری‌های همراه مانند اختلالات شخصیت و بد تنظیمی هیجان از طرفی و از طرف دیگر همراه شدن باورهای منفی نسبت به خود با نگرشهای بیش‌بها داده شده نسبت به اندام و وزن که درمان را پیچیده می‌کنند، نیاز به درمان عمیق‌تر احساس می‌شود. در طرحواره-درمانی یک چارچوبی وجود دارد که در آن چارچوب شناخت، هیجان، رفتار، اشکال در روابط بین فردی و همچنین پاتولوژی شخص مبتلا به اختلال پرخوری معنا می‌شود (ویرجینیا و همکاران، ۲۰۱۶). در واقع این رویکرد پیچیدگی پاتولوژی اختلال پرخوری را هم در تبیین اختلال و هم در درمان آن لحاظ می‌کند. در این مدل طرحواره‌های ناسازگارانه اولیه، علت سایکوپاتولوژی محسوب می‌شوند. یانگ^۱ (۱۹۹۹) معتقد است برخی از این طرحواره‌ها به ویژه آن‌ها که در نتیجه تجارب ناگوار کودکی شکل می‌گیرند، هسته اصلی بسیاری از اختلالات می‌باشند. در این نظریه، فرض بر این است که رفتارهایی مانند پرخوری به منظور کاهش هیجانهای منفی ناشی از فعالیت طرحواره‌های ناسازگار به وجود می‌آیند. چندین پژوهش به منظور بررسی ارتباط بین طرحواره‌های ناسازگار، هیجانهای منفی و رفتارهای پرخوری از روشهای آزمایشگاهی استفاده کرده‌اند. این پژوهش‌ها حاکی از آن بود که سرخهای زیرآستانه‌ای طرحواره رهاشدگی، به افزایش مصرف غذا به‌عنوان روشی برای اجتناب از هیجانهای منفی ناشی از آن منجر می‌شود. بر طبق شواهد، درونمایه غالب طرحواره‌های افراد مبتلا به اختلال خوردن به عنوان افرادی بی‌ارزش، ناقص یا بی‌کفایت است. همچنین وجود طرحواره‌های شرم/نقص در این افراد مورد تایید قرار گرفته است. و به‌طور کلی می‌توان گفت افراد دارای اختلال خوردن، طرحواره‌های ناسازگارتری درباره خود، دنیا و دیگران دارند. بنابراین شواهدی که در زمینه عوامل خطر اختلال پرخوری وجود دارد، وجود طرحواره‌های ناسازگار اولیه را در افراد مبتلا به اختلال پرخوری تایید می‌کند. براساس این قبیل شواهد، طرحواره‌درمانی به منظور کار بر روی باورهای سطح طرحواره و دیگر شناخت‌ها تدوین گردیده است. در این

1. Young

درمان تمرکز اصلی بر برقراری ارتباط بین رفتارهای خوردن با طرحواره‌ها است. تا جاییکه بیماران بتوانند درباره خواستگاه و رفتارهای مقابله‌ای مرتبط با اختلال خود، آگاهی و کنترل هوشیارانه بیشتری بدست آورند. بنابراین پژوهشگران پیشنهاد می‌کنند که درمان شناختی-رفتاری با تمرکز بر فرایندهای طرحواره‌ای بهتر می‌تواند در تغییر رفتار این بیماران موثر بوده و بر اهمیت لحاظ نمودن درونمایه‌ها و فرایندهای طرحواره‌ای تاکید کرده و استفاده از درمان متمرکز بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه را به جای درمان‌های متعارف شناختی-رفتاری توصیه نموده‌اند (ویرجینیا و همکاران، ۲۰۱۶).

۳- رفتاردرمانی دیالکتیکی: این روش ترکیبی از روش‌های مربوط به درمان‌های حمایتی، شناختی و رفتاری است. در این روش عنصر رفتاری درمان دیالکتیکی برای پرخوری بر اصلاح الگوهای خوردن تمرکز کرده و همچنین برنامه‌ریزی وعده‌های غذا، آموزش تغذیه و خاتمه دادن به چرخه‌های پرخوری را در بر می‌گیرد و به بیمار آموزش داده می‌شود که مقادیر کمتری از غذا را به طور منظم مصرف کند. از شیوه‌های رفتاری طراحی شده برای جایگزینی رژیم غذایی نادرست و خوردن افراطی با خوردن بهینه و سالم، خود واری رفتارها و تشکیل عادت‌ها و تمرین‌های آشکار برای مهارت یافتن در کنترل فرایندهای شناختی استفاده می‌شود. بنابراین درمان فوق از طریق توقف هر نوع رفتاری که با درمان در تداخل است (برای مثال توقف پرخوری، حذف خوردن تکانشی و بدون برنامه، کاهش میل، ولع و اشتغال ذهنی با غذا، افزایش مقاومت در برابر ولع) میزان پرخوری افراد را کم کرده و موجب کاهش پرخوری در افراد تحت درمان می‌شود. در درمان فوق از فنون رفتاری نظیر مواجهه خیالی و واقعی برای تعدیل تصویر بدنی منفی استفاده می‌شود. در به کارگیری مواجهه با استفاده از حساسیت زدایی منظم به مراجع آموزش داده می‌شود که به صورت تدریجی با قسمت‌هایی از بدن خود که موجب ناراحتی شان می‌شود همراه با فن تن آرامی مواجه شوند و به مرور تنش، ناراحتی و اضطراب خود را کم کنند و از این طریق احساس رضایت و کامل بودن را دریافت نمایند. از طرفی هدف عنصر شناختی این درمان، تغییر شناخت‌ها و رفتارهایی است که چرخه پرخوری را آغاز کرده یا به آن‌ها تداوم می‌بخشد. این کار از طریق مقابله با افکار ناکارآمد همراه با پرخوری انجام می‌شود. برای مثال، در رفتار درمانی دیالکتیکی، گرایش به تقسیم کردن همه غذاها به طبقات خوب و بد تعدیل می‌شود، و با ارائه اطلاعات مبتنی بر واقعیت، بیمار را

The classic and novel treatments for Being Eating Disorder

ترغیب می‌کند که برای خودش مشخص کند که خوردن غذای بد لزوماً به از دست دادن کامل کنترل بر خوردن منجر نمی‌شود (ویسنوسکی، هرماندز و وال، ۲۰۱۸). بنابراین رفتار درمانی دیالکتیکی از طریق راهبردهای شناختی و هیجانی موجب تصحیح و کاهش تصویر بدنی منفی شده و متعاقب آن باعث ایجاد تصویر بدنی مثبت در افراد می‌شود. اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی در کاهش تصویر بدنی منفی را نیز می‌توان این گونه تفسیر کرد که یکی از عوامل مهم در شکل‌گیری اختلال پرخوری، اختلال در تصویر از تن و نگرش منفی در مورد تصویر بدنی است. با توجه به این که در درمان فوق روی تغییر نگرش مثبت به بدن تأکید می‌شود، این روش می‌تواند در بهبود تصاویر بدنی مؤثر واقع شود.

شواهد قابل ملاحظه‌ای وجود دارند که نشان می‌دهند بدتنظیمی هیجان نقش چشمگیری در ایجاد و تداوم اختلالات خوردن بر عهده دارند. افراد مبتلا به اختلال پرخوری برای مقابله با هیجان‌های خود از روش‌های ناکارآمد و دردسرساز (مانند پرخوری، نوشیدن الکل و غیره) استفاده می‌کنند. این روش‌ها ممکن است به‌طور موقت سبب کاهش میزان برانگیختگی شوند اما پس از مدتی، نه تنها مقابله هیجانی را تشدید کرده بلکه خود به یک مشکل تبدیل می‌شوند (پیرسون، واندرلیچ و اسمیت^۱، ۲۰۱۵). مطرح کردند که رفتارهای پرخوری در واقع روشهای ناسازگارانه‌ای برای کنترل هیجان هستند. برای مثال دوره‌های پرخوری به آنها کمک می‌کند که از هیجان ناخوشایند حواسشان پرت شود. اما به مرور زمان این رفتارها به جای پرت کردن حواس به عنوان اجتناب از تجربه هیجانهای آشفته ساز می‌باشد. در نتیجه رفتار پرخوری ممکن است یک جابجایی از درک تکانه به رفتارهای اجباری باشد که نقش اجتناب را ایفا می‌کند. بنابراین تکنیک‌های تنظیم هیجان بخشی از راهبرد درمانی DBT است. تنظیم هیجان به این معنی است که شخص بداند چه هیجانی دارد، چه موقع آن هیجان را تجربه می‌کند و این هیجان‌ها را چگونه تجربه کرده و چگونه آن‌ها را ابراز می‌کند. وقتی تنظیم هیجان مختل می‌شود، خودتنظیمی در شرایط مختلف زندگی مانند کنترل رفتار غذا خوردن تحت الشعاع قرار می‌گیرد. همانطور که در تابلوی بالینی اختلال پرخوری می‌بینیم رفتارهای پرخوری مکرر ناشی از نقص در خود تنظیمی است که علت آن تجربه هیجان‌ات شدید می‌باشد. در این روش به افراد در تنظیم هیجان‌ها به روش‌های کارآمد و سالم آموزش داده می‌شود. برای رسیدن به این هدف از

1. Pearson, Wonderlich, Smith

راهبردهایی چون شناسایی هیجانات منفی و نحوه مقابله با آن‌ها، راهبردهای مقابله هیجان محور از قبیل ارائه پاسخ‌های هیجانی مناسب در برابر اضطراب، افسردگی، سرزنش، خود اشتغالی و خیال‌پردازی برای تعدیل موقعیت استفاده می‌شود. درمانگر به چگونگی ادراکات فرد از توانایی تغییر رفتار، سطح انگیزتگی، الگوهای فکری و واکنش‌های احساسی پرداخته و از طریق اصلاح خودکارآمدی به عنوان عامل اثرگذار بر پذیرش، حفظ و تغییر رفتار مرتبط با دامنه وسیعی از رفتارهای مورد نیاز در کاهش پرخوری استفاده می‌کند. در طول آموزش اکتساب مهارت‌ها، درمانگر نقایص مربوط به توانایی‌های معطوف به هدف را مورد سنجش قرار داده و به مراجعان مهارت‌های لازم را از طریق آموزش و سرمشق دهی یاد می‌دهد. در این مرحله درمانگر از مهارت‌های کسب شده مراجع حمایت و احتمال استفاده از این مهارت‌ها را افزایش می‌دهد (ویسنوسکی، هرماندز و وال، ۲۰۱۸).

رویکردهای نوین در شکل‌دهی عاداتهای غذایی سالم و شکستن عاداتهای ناسازگارانه:
 اخیراً مدل رشدی اختلالات خوردن مطرح شده و به این می‌پردازد که چطور سایکوپاتولوژی اختلال خوردن در سراسر زندگی گسترده شده و نشانه‌ها به مرور زمان پیچیده‌تر و محکم‌تر می‌شوند. در مراحل شدید بیماری، عاداتهای مربوط به اختلال خوردن به علت اختلال پیشرونده در سیستم اعصاب بوده و پاسخ به درمان را کاهش می‌دهد. عاداتهای افراطی به مکانیسمی مربوط می‌شوند که باعث نگهداری ماهیت اجباری تکانه رفتارهای پرخوری در بولیمیا و اختلال پرخوری می‌شوند. در این راستا نقش شکل‌گیری عادت در اختلال خوردن و سایر اختلالات تکانه‌ای/اجباری مطرح شده است و به دنبال آن رویکردهایی برای شکل دادن عاداتهای غذایی سالم که در درمان این اختلالها مؤثر هستند، شکل گرفته‌اند (گاردنر^۱، ۲۰۱۵). گاردنر عادت را به این صورت تعریف کرد: یک فرآیندی که در آن یک محرک بطور خودکار باعث ایجاد یک تکانه و عمل می‌شود. شکل‌گیری عاداتهای افراط‌آمیز ممکن است در واقع مکانیزم نگهداری اختلال پرخوری باشند. براساس این مدل، برنامه رژیم غذایی افراد مبتلا به اختلال پرخوری، ذاتاً متمرکز بر هدف است. که اهدافی مثل کاهش وزن را در بر می‌گیرد. افراد، الگوهای رژیم غذایی دقیق و مشخص را در برنامه خود قرار می‌دهند و غذاهای زیادی را حذف می‌کنند. همچنین احتمالاً یک برنامه ورزشی سنگین نیز دارند. طی این دوره به احتمال زیاد کاهش وزن

1. Gardner

خوبی اتفاق می‌افتد و فرد از اطرافیان توجه، تعریف و تمجید دریافت می‌کند که باعث می‌شود احساس عزت نفس و کارآمدی کند. اما بعد از مدتی رژیم سخت، رفتارهای مرحله‌ای از خود بی خود شدن که علت و ریشه آنها ممکن است یا درونی (عاطفه منفی، اثرات فیزیولوژیکی) و یا بیرونی (مشکلات بین فردی) باشد، شروع می‌شوند و به مرور زمان این رفتارهای سختگیرانه و مفرط به رفتارهایی که ماهیت اجباری دارند تبدیل می‌شوند. تحقیقات نشان داده است که افراد مبتلا به پرخوری از برنامه مبتنی بر عادت بهتر از برنامه‌های مبتنی بر هدف استقبال می‌کنند. بنابراین با در نظر گرفتن نقش شکل‌گیری عاداتی کارکردی در اختلال پرخوری، مداخلاتی که بر شکل‌گیری عادات جدید و سالم و به موازات آن بر شکستن چرخه رفتارهای ناسازگارانه تمرکز می‌کنند مورد توجه قرار می‌گیرند. اخیراً مداخلاتی مثل رفتارگزینی بر شکستن این چرخه‌های رفتاری تمرکز کرده‌اند. همچنین برخی مداخلات مانند آموزش بازداری در برابر غذاهای لذیذ بر تکانه‌ها تمرکز کرده‌اند. در واقع این رویکردها از زمینه‌هایی دیگر مثل اختلالات مصرف مواد اقتباس شده‌اند و به عنوان درمان جدید و کمکی می‌توانند در اختلالات خوردن استفاده شوند (وود و رونگر، ۲۰۱۵).

۴- رفتارگزینی: این رویکرد بر تغییر رفتار تمرکز می‌کند. در واقع هدف اصلی این مداخله، شکل‌دهی عامدانه یک سری رفتارها بوسیله انجام عاداتی متضاد عاداتی قبلی است. این مداخله شامل طرحی است که مشخص می‌کند بر کدام رفتارها، کی و کجا باید برای رسیدن به هدف اصلی تمرکز کرد. برای مثال به محض اینکه بیمار متوجه شد که در حال توجه شمارش کالری غذاها می‌باشد، حواس خود را پرت می‌کند و یا اگر نیاز به خریدن اسنک را احساس کرد به جای آن میوه بخرد. این مداخله بخشی از مرحله انگیزشی تغییر رفتار است و بر پایه تئوری رفتار طراحی شده^۱ استوار است از طرفی این روش باعث ایجاد پاسخ سالم جدید به یک موقعیت شده و از طرف دیگر احساس کنترل فرد بر رفتارهای ناسازگارانه‌اش را افزایش می‌دهد. همچنین این مداخله در ایجاد عاداتی تغذیه‌ای سالم مؤثر است. اگرچه این تغییرات در طولانی مدت بررسی نشده‌اند و نیاز به تحقیق دارد (ترتون، بریدگام، کاردی و کولت، ۲۰۱۶).

1 .Theory of Planned Behavior (TPB)

2 . Turton, Bruidegom, Cardi, Colette

۵- آموزش بازداری در برابر غذاهای لذیذ: این روش بر کنترل و بازداری در برابر غذاهای لذیذ تمرکز می‌کند. در این مداخله از برنامه‌های کامپیوتری مثل تکلیف "برو/نرو" و "علامت ایست"^۱ استفاده می‌شود. تکلیف برو/نرو، بر اساس پارادایم واکنش انتخاب استوار است به این صورت که فرد در صفحه مانیتور باید سعی کند به سرعت پاسخ صحیح را به محرک ارائه شده بدهد. محرک برای مثال حرف P یا Q در گوشه تصویر به مدت خیلی کوتاه ارایه می‌شود و فرد باید دکمه برو و یا نرو را فشار بدهد. تصاویر حاوی غذاهای لذیذ با علامت نرو جفت می‌شوند و اینکار با هدف افزایش کنترل شخص نسبت به این غذاها انجام می‌شود. نتیجه بر اساس زمان واکنش و تعداد پاسخهای درست محاسبه می‌شود. پاسخهای اشتباه به محرکهای نرو نشان‌دهنده سطح تکانشگری فرد می‌باشند. بر اساس این تکلیف، تکلیف مشابهی به نام آموزش علامت توقف طراحی شده که در آن فرد باید به سرعت به محرک ارایه شده پاسخ دهد. ضمن اینکه همزمان باید به علامت توقف پاسخ دادن هنگام ارایه علامت خاصی (مثلاً لبه اطراف محرک پررنگ می‌شود) توجه کند. این دو روش از جهاتی با هم متفاوت هستند اما در عین حال در هر دو، فرد باید به هر دو محرک خنثی و هدف به سرعت پاسخ دهد. او باید پاسخ‌هایش را نسبت به محرکهای خاصی بازداری کند. آزمایش علامت توقف می‌تواند به عنوان ارزیابی توانایی سرکوب پاسخ حرکتی استفاده شود. به این صورت که زمان واکنش طولانی‌تر به علامت، نشان‌دهنده تکانشگری بیشتر و بازداری ضعیفتر است. همچنین از این روش برای افزایش کنترل نسبت به غذاهای خوشمزه در اختلال پرخوری استفاده می‌شود (ورتمن، جانسون و رووف^۲، ۲۰۱۵).

۶- اصلاح سوگیری توجه: تحقیقات نشان داده‌اند که سوگیری توجه به رفتار خوردن اثر می‌گذارد. برای مثال در افراد با اختلال بی‌اشتهایی عصبی در جلب توجه نسبت به غذاهای خوشمزه اشکال دارند. همچنین سوگیریهای توجه نسبت به این غذاها در جمعیت پرخور گزارش شده است. بنابراین هدف مداخله اصلاح سوگیری توجه، درمان این سوگیریهای شناختی در توجه و کاهش نشانه‌های برجسته محیط که آغازگر رفتارهای مربوط به خوردن هستند می‌باشد. برای این مداخله نیز، تکالیف کامپیوتری طراحی شده‌اند. یکی از آنها تکلیف جستجوی

1. go/not go task / stop-signal task

2. Werthmann, Jansen, Roefs

نقطه است. که می‌توان از آن برای جهت‌گیری توجه هم نسبت به غذا و هم نسبت به محرک هیجانی استفاده شود. این تکلیف به این صورت طراحی شده که ۲ محرک در دو سمت صفحه مانیتور به صورت ثابت ارائه می‌شوند. یکی از آن محرکها مرتبط با غذا و دیگری خنثی است. پس از آن علامت جستجو ظاهر می‌شود. (برای مثال حرف E یا L) و فرد باید به سرعت با فشار دادن دکمه به آن پاسخ بدهد و برای آموزش توجه به غذا علامت جستجو مدام به سمت تصویر غذا و برای آموزش اجتناب از غذا به سمت تصویر خنثی می‌رود. این تمرین در درمان اختلالات خوردن، هم در ایجاد رفتارهای سالم و هم در حذف رفتارهای افراطی مؤثر بوده است. (رنویک، کمپل و اسمید، ۲۰۱۳).

بحث و نتیجه‌گیری

اختلالات خوردن طی سال‌های اخیر مورد توجه زیادی قرار گرفته است و به نظر می‌رسد که همچنان پژوهش‌های بیشتری در زمینه شناخت عوامل مؤثر در ایجاد، تداوم و نیز درمان این اختلالات مورد نیاز است. اختلال پرخوری که در ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، خود به عنوان یک اختلال جداگانه معرفی شده است، شایع‌ترین نوع از اختلالات خوردن به شمار می‌آید. با این حال کمتر از سایر اختلالات به جنبه‌های گوناگون آن پرداخته شده است. از آن جا که شیوع اضافه وزن و چاقی در ایران بالا است و با توجه به ارتباط ثابت شده میان اضافه وزن و چاقی با اختلال پرخوری، پیشنهاد می‌شود که مطالعات گسترده‌ای در زمینه بررسی جنبه‌های اپیدمیولوژیک، علت‌شناسی و درمانی این اختلال در کشورمان انجام شود. همچنین با توجه به وجود و ایجاد مداخله‌های مختلف برای درمان این اختلال فضای خالی برای مقایسه اثربخشی آن‌ها بیشتر از قبل احساس می‌شود.

منابع

پورقاسم گرگری، بهرام؛ کوشاور، دنیز؛ سیدسجادی، ندا؛ کرمی، صفورا و شاهرخی، حسن (۱۳۸۷). خطر اختلالات خوردن در دانش‌آموزان دبیرستانی دختر تبریز در سال ۱۳۸۶. مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز. ۳۰(۴)، ۲۱-۶.

صفوی، محبوبه؛ محمودی، محمود و روشندل، اعظم (۱۳۸۸). بررسی تصویر ذهنی از جسم و ارتباط آن با اختلالات خوردن در دانشجویان دختر دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز. فصلنامه علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد پزشکی تهران. ۱۹ (۲)، ۱۲۹-۱۳۴.

- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (2013). first ed. Washington, DC: American Psychiatric Publish.
- American Psychiatric Association. (2006). *Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders*. 3rd ed. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Dalle, G.R. (2011). Eating disorders: progress and challenges. *International Journal of Medicine*, 22, 153-60.
- Dalle Grave, R., Calugi, S., Conti, M., Doll, H., & Fairburn, C. G. (2013). Inpatient cognitive behavioural therapy for anorexia nervosa: A randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 82, 390-398.
- Dezhkam, M., Moloodi, R., Mootabi, F., & Omidvar, N. (2009). Standardization of the Binge Eating Scale among Iranian Obese Population. *Iranian Journal of Psychiatry*, 4, 143-6.
- Frank, G.K., Bailer, U.F., Henry, S.E., Drevets, W., Meltzer, C.C., Price, J.C., et al. (2005). Increased dopamine D2/D3 receptor binding after recovery from anorexia nervosa measured by positron emission tomography and [11c] raclopride. *Biological Psychiatry*, 58, 908-12.
- Gardner, B. (2015). A review and analysis of the use of 'habit' in understanding, predicting and influencing health-related behaviour. *Health Psychology Review*, 1-19.
- Kessler, R. C., Berglund, P. A., Chiu, W. T., Deitz, A. C., Hudson, J. I., Shahly, V., et al. (2013). The prevalence and correlates of binge eating disorder in the world health organization world mental health surveys. *Biological Psychiatry*, 73(9), 904e914.
- Nicholls, D., & Bryant-Waugh, R. (2009). Eating disorders of infancy and childhood: definition, symptomatology, epidemiology, and comorbidity. *Child Adolesc Psychiatry Clinical N Am*, 18, 17-30.
- Nobakht, M., & Dezhkam, M. (2000). An epidemiological study of eating disorders in Iran. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 265-71.
- Pearson, C., Wonderlich, S., & Smith, G. (2015). A risk to maintenance model for bulimia nervosa: From impulsive action to compulsive behaviour. *Psychol Rev*, 122, 516- 535.
- Pugh, M., A. (2015). A narrative review of schema and schema therapy outcomes in eating disorder. *Clinical Psychology Review*, 39, 10- 68.
- Renwick, B., Campbell, I., & Schmidt, U. (2013). Attention bias modification: A new approach to the treatment of eating disorders? *International Journal of Eating Disorders*, 46, 496-500.
- Robbins, T., Gillan, C., Smith, D., de Wit, S., & Ersche, K. D. (2012). Neurocognitive endophenotypes of impulsivity and compulsivity: towards dimensional psychiatry. *Trends in Cognitive Sciences*, 16, 81-91.
- Sadock BJ, Sadock VA. *Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences. Clinical Psychiatry*. 11th ed Philadelphia, PA: Lippincott Williams and Wilkins; 2015.
- Shams Aldin Saeid, N., Azizzadeh Forouzi, M., Mohammad, Alizadeh S., Haghdoost, A.A., & Garousi, B. (2010). Relationship between body image and eating disorders. *Institute for Journalism & Natural Resources*, 4(15), 33-43.
- Sim, L.A., McAlpine, D.E., Grothe, K.B., Himes, S.M., Cockerill, R.G., & Clark, M.M. (2010). Identification and treatment of eating disorders in the primary care setting. *Mayo Clinic Proceedings*, 85(8), 746-51.
- Simpson, S.G., Morrow, M., Vreesijk, M.V., & Reid, C. (2010). Group Schema Therapy for Eating Disorders: A Pilot Study. *Fronti Psychology*, 1, 1-10.

The classic and novel treatments for Being Eating Disorder

- The National Eating Disorders Collaboration.* (2012). Eating Disorders—A Current Affair, An Introduction, Retrieved November 13, 2013, from <http://www.nedc.com>.
- Treasure, J., Claudino, A.M., & Zucker, N. (2010). Eating disorders. *Lancet*, 375, 583-93.
- Turton, R., Bruidegom, K., Cardi, V., Colette, R. Treasure, H., J. (2016). Novel methods to help develop healthier eating habits for eating and weight disorders: a systematic review and meta-analysis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 61, 132-155.
- Tury, F., Gulec, H., & Kohls, E. (2010). Assessment methods for eating disorders and body image disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 69, 601-11.
- Virginia, V.W., McIntosh, J.J., Janet, D., Christopher, M.A., Janice M., Janet D., Latner, P.R. (2016). Psychotherapy for transdiagnostic binge eating: A randomized controlled trial of cognitive-behavioural therapy, appetite-focused cognitive-behavioural therapy, and schema therapy. *Psychiatry Research*, 240, 30, 412-420.
- Werthmann, J., Jansen, A., & Roefs, A. (2015). Worry or craving? A selective review of evidence for food-related attention biases in obese individuals, eating-disorder patients, restrained eaters and healthy samples. *Proceedings of the Nutrition Society*, 74, 99-114.
- Wilson, G.T. (2011). Treatment of binge eating disorder. *Psychiatry Clinical North American Journal*, 34, 773-83.
- Wisniewski., L., Hernandez., ML., Walle., G. (2018). Therapists' self-reported drift from dialectical behavior therapy techniques for eating disorders. *Original Research Article. Eating Behaviors*, 28, 20-24.
- Wood, W., & Rünger, D. (2015). Psychology of habit. *Annu Rev Psychol*, sep 10 [Epub ahead of print].