

بی‌اشتهایی روانی (Amorexia Nervosa)

دکتر منوچهر مدرس نراقی

است. بی‌اشتهایی روانی را به دو نوع اولیه و ثانویه تقسیم کرده‌اند که در این مقاله در باره بی‌اشتهایی روانی اولیه بحث شده است.

بی‌اشتهایی روانی ثانویه بصورت علامتی در بعضی از بیماریهای روانی تظاهر پیدا می‌نماید جدول زیر بیماریهایی را که ممکن است با بی‌اشتهایی روانی همراه باشد نشان میدهد.

بی‌اشتهایی روانی اولیه سندرمی است با علائم، تمایل به گرسنگی، امتناع از غذا خوردن، ترس از افزایش وزن و لاغری شدید متعاقب آن که ممکن است بعلت امتناع شدید از غذا خوردن و کمبود یا فقدان مواد غذایی ضروری بدن منجر بمرگ گردد. این بیماری بیشتر در مراحل بلوغ دختران اتفاق می‌افتد و با آموره که از علائم ثانویه آن میباشد همراه

بی‌اشتهایی روانی ثانویه

پسیکوزها	نوروزها
۱ - افسردگی با علائم بی‌اشتهایی شدید	۱ - واکنش‌های روانی در موقع استرس
۲ - اسکیزوفرنی با علائم کاتاتونیک	۲ - ترس از بلعیدن غذا
۳ - اسکیزوفرنی با هذیان‌های غذایی	۴ - تظاهرات بیماری هیستری
۴ - هیپومانیک با فعالیت زیاد	۴ - هیپوکندریای شکمی در شخصیت اضطرابی یا وسواسی
	۵ - تظاهرات بیماری وسواس

اپیدمیولوژی؛ با استفاده از پرونده‌هایی که تشخیص بیماری روانی داشته‌اند تخمین زده‌اند که در حدود ۳۷/۰ یا ۶۰/۱ درصد هزار نفر در سال امکان ابتلا به بیماری را دارند. بیشتر در نزد زنها بویژه دختران در هنگام بلوغ دیده میشود در کودکان خیلی کم گزارش شده است و در مردان نادر است.

آمار دیگری نشان میدهد که در زنان بین سنین ۱۸ تا ۴۵ سال فقط یک در هزار شانس ابتلا به بیماری را دارند. این بیماری بیشتر در طبقات مرفه دیده میشود.

در ایران آماری وجود ندارد که شیوع این بیماری را نشان دهد و تاکنون پژوهشی در این مورد انجام نگرفته است نگارنده در بررسی که به مدت دوسال در میان دو هزار بیمار بستری شده در بیمارستان روزبه انجام داده است با چنین تشخیصی برخورد کرده است لازم به تذکر است که این بررسی در دو نوبت هر نوبت به مدت یکسال که با یکدیگر ۴ سال فاصله داشتند انجام گرفته است که شاید بدین علت باشد که بیمارانی بستری شده در بیمارستان روزبه از طبقات مرفه اجتماعی نبوده‌اند در هر صورت پژوهش بیشتر در آینده این مطلب را روشن خواهد ساخت.

علت بیماری: این بیماری بیشتر در دختران در زمان بلوغ دیده میشود و از این جهت میتوان فکر کرد که شاید تغییرات بیولوژیکی هیجان در دختری که هنوز آمادگی پذیرش بالغ شدن را ندارد، ایجاد بحران بلوغ نماید که تظاهر آن در بعضی از دختران بصورت بی‌اشتهایی روانی است که بروز بیماری سبب به تاخیر انداختن بلوغ برای چند سال میشود. حدود ۵۰ درصد بیماران شروع بیماری خود را از زمانی که جهت لاغر شدن رژیم غذایی انتخاب کرده‌اند می‌دانند. در سابقه فامیل و خانوادگی بیماران، اشتیهای خوب، گرفتاریها و مشکلات مربوط به کاهش یا افزایش وزن، رژیم غذایی، بیماریهای روان تنی و علائم نوروتیک وجود دارد. مادران بیمار اکثراً "مضطرب، بطور افراطی حمایت کننده بوده‌اند و سن بیشتر آنها بالا بوده است و بعلت اختلاف وناسامانی در روابط زناشویی وقت کافی برای کمک به رشد روان و هیجان دختر خود نداشته‌اند.

شخصیت قبل از بیماری: افرادی باهوش و پرکار میباشند، در مدرسه همیشه موفق افرادی مضطرب وجدانی، در خود فرو

رفته و کمتر برون گرا گزارش شده‌اند.

باستثناء تضادها و اختلافاتی که این بیماران از نظر تغذیه با مادران خود دارند اکثر آنها کودکان نمونه بوده و بطور نادر علائم نوروتیک در دوران کودکی آنها دیده شده است.

رشد جسمی در دوران کودکی طبیعی بوده است و چاقی بطور نادر گزارش شده است ولی ۴۵ درصد از آنها قبل از بیماری افزایش وزن داشته‌اند که بنظر میرسد مربوط به شروع دوران عادت ماهیانه باشد که بطور متوسط شروع آن در ۱۲/۵ سالگی دختران میباشد.

در یک پژوهش که ۱۴۰ نفر مورد مطالعه قرار گرفته فقط چهار درصد آنها هنگام بیماری هنوز عادت ماهیانه‌شان شروع نشده بود.

علائم بیماری: عبارتست از:

- ۱- امتناع از غذا خوردن بخصوص خودداری از مصرف مواد گلوسیدی و لپیدی که همراه با کاهش وزن و علائم فیزیکی و آزمایشگاهی مربوط به سوء تغذیه می‌باشد.
- ۲- وحشت از افزایش وزن و چاق شدن که آنرا برابر زشتی و نازیبایی خود میدانند.
- ۳- بی‌اشتهایی حقیقی نادر است و حرکات معده طبیعی است.
- ۴- بعضی از بیماران از حالت گرسنگی خود آگاهی ندارند.
- ۵- عده دیگر از بیماران قادر به بلع غذا نمی‌باشند که بیشتر مربوط به عدم تغذیه بیمار میباشد.
- ۶- بعضی از بیماران بعد از غذا خوردن احساس گناه و تقصیر می‌کنند و افسردگی پیدا می‌کنند.
- ۷- در بعضی مواقع غذای خورده شده را برمی‌گردانند تا بدینوسیله احساس راحتی کنند.
- ۸- با استفاده از ملین و مسهل و ازدیاد فعالیت‌های بدنی سعی می‌کنند که ارزش غذای خورده شده را از بین ببرند.
- ۹- از نظر تصوید بدنی بیمار خود را لاغر احساس می‌کند و این مرحله ایست که بیماری مسجل شده است.
- ۱۰- قطع قاغذگی و آمنوره از علائم ثانویه بی‌اشتهایی روانی اولیه است و میتوان آنرا به سوء تغذیه بیمار

نمود و تحت نظر گرفت این بیماران باید در بیمارستان‌هایی بستری شوند که پرستاران آن با اینگونه بیماران عادت و آشنایی دارند تا بتوان از نظر تشخیص و درمانی کمک نمایند. باید بین بخش‌های روانی و بخش‌های داخلی از نظر نگهداری و درمان بیمار رابطه وجود داشته باشد در اینجا باید متذکر شد بیمارانی را که تا حدودی به بیماری خود بصیرت دارند میتوان بطور سرپائی مورد معالجه قرار داد.

بطور کلی میتوان درمان بی‌اشتهایی روانی اولیه را بطریق زیر خلاصه کرد.

۱- شیمی درمانی و استراحت

بیمار پس از بستری شدن لازم است استراحت کند و تشویق شود که از رژیم غذایی که کالری کافی دارد استفاده نماید.

کالری مورد لزوم از ۱۵۰۰ کالری در روز می‌توان شروع شود و بتدریج به ۴۰۰۰ کالری در روز رساند و همراه با آن روزانه ۲۰۰ میلی‌گرم لارگاکتیل یا همان مقدار ملویل بادوز تقسیم شده که در صورت لزوم میتوان مقدار آنرا تا ۶۰۰ میلی‌گرم افزایش داد. استفاده از گاواژ برای تغذیه بیمار در هنگامی که بیمار از خوردن امتناع می‌ورزد ضروریست که نتیجه بخش بوده است باید به بیمار گفته شود تا زمانیکه افزایش وزن پیدا نکرده است از بیمارستان مرخص نخواهد شد و مدتی که بیمار لازم دارد که افزایش وزن پیدا نماید یک تا سه ماه است.

رفتار درمانی

اساس درمان بر پایه شرطی شدن میباشد که از وسیله Positive Reinforcement استفاده میشود برای مثال بیمار را تشویق می‌کنیم تا به غذا خوردن طبیعی عادت کند باید به او قول داده شود که اگر افزایش وزن پیدا نماید اجازه خواهد داشت از تخت بلند شود و در صورت افزایش وزن به بیمار پاداش بصورت شروع فعالیت در بیمارستان، کم کردن دارو، اجازه داشتن تلفن زدن به خارج بیمارستان شرکت جستن در فعالیت‌های اجتماعی بیمارستان و مرخصی موقت و دائم داده شود با روش‌های درمانی فوق اضافه وزن بیمار گزارش شده است.

و بعد از مرخص شدن از بیمارستان همراهی والدین با

نسبت داد.

از علائم دیگر افسردگی همراه با افکار وسواس و اینکه فرد بیماری خود را انکار میکند و قبول نمی‌کند که سلامتی وی در خطر می‌باشد و برای امتناع از غذا خوردن خود دلایل متعددی مانند سوء هضم بعد از غذا، قادر نبودن به بلع غذا، ناراحتی‌های گوارش دیگر را ذکر می‌کند.

در جریان بیماری بتدریج وزن بیمار تا حدود ۳۰ کیلو گرم کاهش می‌یابد و ذخیره چربی بدن کم می‌شود و تغییرات ظاهری صورت پیدا می‌شود. و در نتیجه تغییراتی در متابولیسم بازال ورم بعلت سوء تغذیه بوجود می‌آید و علاوه بر این تغییراتی در غدد مترشحه داخل که بیشتر بعلت سوء تغذیه میباشد گزارش شده است.

تشخیص افتراقی:

لاغری همراه با فعالیت فیزیکی طبیعی بدن، هوشیاری، و انکار بیماری از علائم مخصوص بیماری میباشد که در دیگر بیماریها مشابه نادر است.

بی‌اشتهایی روانی اولیه را باید از بیماریهای دیگر تشخیص داد.

۱- هیپومانیا که باتوجه به علائم آن بخوبی قابل تشخیص است.

۲- تومورهای مغزی، سندرمهای سوء تغذیه که بیشتر به اختلال و جذب مواد غذایی مربوط بود، و همراه با اسهال میباشد.

درمان

در درمان بیماران مبتلا به بی‌اشتهایی روانی اولیه باید توجه داشت که این قبیل بیماران توصیه پزشک را بندرت می‌پذیرد چون خود را بیمار نمی‌دانند و اکثر اوقات توسط اطرافیان مخصوصاً مادر به پزشک معرفی می‌شوند. بعلت آنکه اولین علائم بیماری مربوط به اختلال رفتاری بیمار بویژه در هنگام غذا خوردن می‌باشد توصیه می‌گردد که شرح حال کامل از بیمار بخصوص از نقطه نظر چگونگی تغذیه و مقدار مصرف آن در هر روز گرفته شود.

چون این بیماران ترس از چاق شدن و افزایش وزن خود را انکار می‌نمایند بتدریج علائم ناشی از سوء تغذیه شدت مییابد در اینصورت باید بیمار را در بیمارستان بستری

بیمار به بهبودی او کمک میکنید

۳- روان درمانی فردی: بصورت حمایتی (Supportive) به بهبودی بیمار کمک میکنید همچنین روان درمانی فامیل از زمان بستری شدن بیمار در بیمارستان تا پس از مرخص شدن وی باید ادامه یابد .

خلاصه

بی‌اشتهایی روانی اولیه سندرمی است با علائم تمایل به گرسنگی امتناع از غذا خوردن ترس از افزایش وزن بدن. این بیماری بیشتر در مراحل بلوغ دختران اتفاق می‌افتد. در حدود ۵/۳۷ تا ۱/۶۰ درصد هزار نفر در سال امکان ابتلا به بیماری را دارند در ایران آماری وجود ندارد نگارنده در بررسی که به مدت ۲ سال در میان دو هزار بیمار

بستری شده در بیمارستان روزه انجام داده است با چنین تشخیصی برنخورده است و لازم است پژوهش بیشتری درباره این بیماری در ایران بشود .

علت بیماری را میتوان در شخصیت بیمار و کشمکش‌های خانوادگی بیمار و تغییرات هیجان در موقع بلوغ فرد یافت. علائم بیماری عبارتست از امتناع از غذا خوردن، وحشت از افزایش وزن و با استفاده از ملین و فعالیت‌های بدنی و استفراغ بیمار سعی می‌کند که ارزش غذایی خورده شده را از بین ببرد و عوارض ناشی از عدم تغذیه بخصوص آمنوره در دختران جوان علامت ثانویه بیماری است در درمان لازم است بعلت عوارض ثانویه بیماری و اشکال درمان بیمار در بیمارستان بستری شود و درمان در شیمی درمانی و رفتاری درمانی و روان درمانی خلاصه میشود .

References

1. Comprehensive Textbook of Psychiatry Edited by Alfred M. Freeman, M.D. and Harold I. Kaplan, M.D.
2. Mayer-Gross Slater and Roth Clinical Psychiatry Third Edition by Eliot Slater M.A., M.D. (Camb) (Lond), F.R.C.P. (Lond), D.P.M.
3. Brithish Medical Journal. (1975) Hormone Paterns in anorexia Nervosa. Br. Med. J. 2, 52
4. Halmi K.A., Powers, P., Cunnigham. S. (1975) Treatment of anorexia Nervosa with behaviour Modification: Effectiveness of Formula feeding and isolations Arch. Gen. Psychiat 32, 93.
5. Kendel R.E., Hall, D.J., Harley , A. and Babigan, H.M. (1973) The Epidemiology of Anorexia Nervosa Psychol. Med., 3, 200.
6. Liehman, R., Minuchin, S. and Baker, L. (1974) An intergrated Treatment program for Anorexia Nervosa Am. J. Psychiat. 131, 432.