

آیا فریبی یک اختلال تغذیه است؟ (قسمت اول)

Advances in Occupational Health: Is Obesity an Eating Disorder? (Part One)

Wardle, J. (2009). *The European Health Psychology*, 11, 52-55.

Mohtaram Nemat Tavousi, PhD

Islamic Azad University
South Tehran Branch

دکتر محترم نعمت طاوسی

دانشگاه آزاد اسلامی
واحد تهران جنوب

ارتباط بین فریبی و اختلالهای تغذیه همواره توجه متخصصان را به خود معطوف کرده است. در هر دو مورد وزن، خوردن و تصویر بدنی از مشخصه‌های اصلی هستند و عوامل اجتماعی و فرهنگی نیز نقش اساسی را ایفا می‌کنند. این دو اختلال در بسیاری از الگوهای علت‌شناختی با یکدیگر مرتبط بوده‌اند. در گذشته، فریبی را یک اختلال روانی می‌دانستند که براساس تمایل نابهنجار به خوردن مشخص می‌شد. در سالهای اخیر به نقش علت‌شناختی اختلال بحران پُرخوری binge eating disorder در فریبی پرداخته‌اند و براساس تحلیل عوامل فرهنگی-اجتماعی، آرمانی‌سازی اجتماعی لاغری را مسئول نارضایتی از اندام خود دانسته‌اند؛ نارضایتی‌ای که به نوبه خود کوششهای مہار وزن را به راه می‌اندازد که یا بسیار مؤثرند (به روان بی‌اشتهایی یا پُرخوری مرضی منجر می‌شوند) و یا غیرسازنده (افزایش وزن و فریبی را در پی دارند). از دیدگاهی مشابه، برنامه‌های پیشگیری از فریبی را از عوامل بالقوه‌ای دانسته‌اند که خطر گسترش اختلالهای تغذیه را افزایش می‌دهد.

این مقاله که بخش نخست آن در این شماره در اختیار خوانندگان قرار می‌گیرد با مروری کوتاه بر توصیف بالینی و ضوابط تشخیصی اختلالهای تغذیه، با تمرکز بر نقش عوامل ژنتیکی - زیست‌شناختی و مؤلفه‌های فرهنگی - اجتماعی در پدیدارشناسی و علت‌شناسی فریبی به ارزیابی این امر می‌پردازد که آیا می‌توان به تشخیص فریبی به منزله یک اختلال روان پزشکی، که در آن مشکلات رفتار خوردن و تصویر بدنی ضوابط اصلی هستند، پرداخت؟

اختلالهای تغذیه

چهارمین مجموعه تشخیصی و آماری انجمن روان پزشکی آمریکا (DSM-VI, ۱۹۹۴) سه نوع اختلال تغذیه را مشخص می‌کند: روان بی‌اشتهایی، پُرخوری و اختلال تغذیه تصریح نشده که در حال حاضر دربرگیرنده اختلال بحران پُرخوری نیز هست اگرچه ممکن است که در نهایت به صورت یک مقوله تشخیصی جداگانه در آید. همان گونه که از نام آنها بر می‌آید، نابهنجاریهای رفتار خوردن در هر سه اختلال وجود دارند (محدودیت، بحران پُرخوری، تخلیه و رفتارهای جبرانی دیگر). اختلالهای تصویر بدنی شامل بیش از شیبایی وزن و انکار وخامت کم بودن وزن بدن (در روان بی‌اشتهایی)

نیز از ضوابط تشخیصی اصلی در روان بی‌اشتهایی و پُرخوری هستند. کم وزنی مفرط تنها در روان بی‌اشتهایی مشاهده می‌شود در حالی که وزن بدن می‌تواند در پُرخوری و حتی در اختلال بحران پُرخوری (اختلالی که معمولاً با احساس تنش شدید شروع می‌شود و در خلال خوردن، فرد احساس می‌کند که در متوقف کردن آن ناتوان است) بهنجار باشد. قطع قاعدگی نیز تنها ضابطه تشخیصی روان بی‌اشتهایی است در حالی که غالباً بخشی از اختلال تعمیم‌یافته غدد مترشحه داخلی است که بر اثر پایین بودن وزن بدن به وجود می‌آید.

اختلالهای تغذیه معمولاً در نوجوانی و اوایل ۲۰ سالگی بروز می‌کنند و بروز آنها در سالهای بعدی را می‌توان احتمالاً به تأخیر در تشخیص نسبت داد. فراوانی روان بی‌اشتهایی و پُرخوری در زنان به گونه قابل ملاحظه‌ای بیش از مردان است، اگرچه در اختلال بحران پُرخوری شواهد اندکی درباره تفاوت بین دو جنس وجود دارد. مدتها این تصور وجود داشت که روان بی‌اشتهایی در گروههای اجتماعی - اقتصادی طبقات بالا رایج‌تر است اما شواهد موجود ارتباط نسبتاً کم روان بی‌اشتهایی، پُرخوری و بحران پُرخوری را با طبقه اجتماعی - اقتصادی نشان می‌دهند. پیش از سالهای ۱۹۸۰، میزان شیوع روان بی‌اشتهایی به سرعت افزایش یافت اما پس از آن نسبتاً ثابت ماند. در حالی که فراوانی اختلال بحران پُرخوری که در اواخر سالهای ۱۹۷۰ شناخته شد، مدتها در حال افزایش بود پیش از آنکه به ثبات برسد.

از زوایه علت‌شناسی، آرمانی سازی اجتماعی ظرافت بدنی در زنان که در دهه ۱۹۶۰ به اوج خود رسید، هنوز نیز به عنوان ایفاکننده نقش اصلی مورد پذیرش است. اما به‌رغم توجیه تفاوت فراوانی اختلالهای تغذیه در زنان و مردان با توجه به مسائل اجتماعی و فرهنگی، افزایش شواهد روز افزون در مورد اهمیت تأثیر عوامل ژنتیکی - زیست‌شناختی و نخستین سالهای زندگی به ویژه تجربه‌های دهانی در بروز اختلالهای تغذیه، گسترش الگوهای دقیق‌تری را در پی داشته‌اند: الگوهایی که میزان خطر ابتلا را براساس تعامل آمادگی فرد با فشارهای اجتماعی و تنیدگی زندگی تعیین کرده‌اند.

فربهی

فربهی اساساً برحسب وزن (یا به طور دقیق‌تر، چربی بدن) تعریف می‌شود؛ معمولاً شاخص تعیین آن نسبت وزن به قد یا اندازه دور کمر است. بالابودن سطوح چربی بدن برای تشخیص فربهی و متمایز کردن آن از روان بی‌اشتهایی یا پُرخوری مرضی لازم و کافی است. وجود همبسته‌های فیزیولوژیکی فربهی مانند عناصر نشانگان سوخت و سازی (مانند مقاومت انسولین، چاقی شکمی) ثابت شده‌اند. فقدان قاعدگی و ناباروری نیز در زنان فربه مفرط متداول است. اگرچه هیچیک از این موارد برای تشخیص فربهی الزامی نیستند اما می‌توانند در تعیین اولویت روشهای درمانگری موثر باشند.

فراوانی بروز فربهی در اکثر کشورهای توسعه یافته تا اوایل سالهای ۱۹۸۰ نسبتاً ثابت بود اما پس از آن افزایش یافت. برای مثال بررسیهای اخیر نشان داده‌اند که میزان فربهی در انگلستان از حدود ۷٪ در سال ۱۹۸۴ به میزان شیوع کنونی آن یعنی ۲۴٪ رسید (زمینه‌یابی سلامت انگلستان، ۲۰۰۷). فراوانی فربهی در زنان و مردان مشابه است اما چاقی مفرط در مردان رایج‌تر است. بین میزان شیوع فربهی و طبقه اجتماعی اقتصادی در مردان رابطه منفی ضعیف وجود دارد اما این رابطه در زنان بسیار نیرومندتر است. در دهه اخیر، تنها گروهی که در انگلستان فراوانی فربهی در آنها افزایش نیافته است،

زنان با طبقه اجتماعی اقتصادی مرفه هستند. با بروز فریبهی در سالهای پیش از دبستان و دیابت ریخت ۲ (علت ثانوی فریبهی)، سن آغاز فریبهی کاهش یافته است. اما، چاقی در سراسر زندگی بزرگسالان افزایش و تنها در سالمندی کاهش می‌یابد. از نظر علت‌شناسی، تعداد کمی از اختلالاتی یک ژن واحد همراه با فریبهی به عنوان یک ضابطه اصلی وجود دارند (مانند نقص لیپتین مادرزادی) اما این موارد نادرند. اکثر موارد فریبهی به شکل «فریبهی متداول» هستند که انتهای سمت راست توزیع بهنجار وزن در جمعیت را پوشش می‌دهند. اما حتی در «فریبهی متداول» نیز شواهد نیرومندی در مورد نقش عوامل ژنتیکی وجود دارند. افزون بر مشارکت ویژگیهای ژنتیکی که تعیین‌کننده آمادگی فرد در چگونگی مواجهه با عوامل محیطی هستند، تغییرات در مواد غذایی و هنجارهای مصرف غذا همراه با کاهش نیاز به فعالیت جسمانی در زندگی روزمره، نیروی محرکه افزایش فریبهی در ۲۵ سال گذشته را ترسیم کرده‌اند. این الگوی تعاملی ژن - محیط از شواهدی حمایت می‌کند که نشان می‌دهد بیشترین افزایش وزن در سالهای اخیر در بالاترین انتهای توزیع وزن قرار دارد؛ افراد لاغرتر به همان لاغری که بودند هستند اما در انتهای بالایی توزیع، وزن افراد همراه با افزایش نگران‌کننده فریبهی شدید به شدت افزایش یافته است.

در شماره آینده با مرور بررسیهای انجام شده در قلمرو ابعاد شناختی و ادراکی تصویر بدنی در افراد فریبه و توصیف رفتار خوردن با تأکید بر دو رگه رفتار خوردن در فریبهی یعنی پاسخدهی به نشانه‌های بیرونی غذا و پاسخدهی به نشانه‌های درونی سیری که منعکس‌کننده الگوی فرایند دوگانه تنظیم جذب غذا هستند، ضوابط تشخیصی فریبهی برجسته خواهد شد.