

# درمان شناختی رفتاری

## اختلالات خوردن در کودکان و نوجوانان

تالیف:

مرضیه هاشمی



انتشارات آوای نور

تهران-۱۳۹۵



تهران، میدان انقلاب، خیابان ۱۲ فروردین، خیابان شهید وحید نظری،  
پلاک ۹۹، طبقه دوم تلفن: ۶ و ۶۶۹۶۷۳۵۵ / نمابر: ۶۶۴۸۰۸۸۲

---

## درمان شناختی رفتاری

اختلالات خوردن در کودکان و نوجوانان

---

تالیف: مرضیه هاشمی

ناشر: انتشارات آوای نور

صفحه آرا: منیرالسادات حسینی

چاپ: اول ۱۳۹۵

شمارگان: ۵۰۰ نسخه

شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۳۰۹-۱۸۵-۶

---

قیمت ۸۵۰۰ تومان

کلیه حقوق برای ناشر محفوظ است

---

## فهرست مطالب

---

مقدمه.....	۷
فصل اول: اختلالات خوردن، عدم رضایت از وضع بدنی، چاقی و کنترل وزن...	۹
مشکلات روبه رشد چاقی.....	۹
مطالعه‌ی خطرات رفتاری نوجوانان (YRBS): سوالات و پاسخ ها.....	۱۱
رژیم سالم در مقایسه با رژیم ناسالم.....	۱۶
عدم رضایت از وضع بدنی: عوامل خطر زا و محافظتی.....	۱۷
عوامل خطر زا.....	۱۷
موضوعات بازگشت کننده.....	۱۹
تصویر بدنی ایده آل.....	۱۹
بلوغ و توده‌ی بدنی.....	۲۰
تاثیر اجتماعی: فشار خانواده و همسالان.....	۲۰
رژیم گرفتن.....	۲۲
خلق منفی.....	۲۳
سن.....	۲۴
جنسیت و خطر.....	۲۵
عزت نفس و کمال گرایی.....	۲۵
عوامل محافظتی.....	۲۶
تاثیرات اجتماعی: شرکت کنندگان ورزشی.....	۲۶
هرزه خواری.....	۲۷
اختلال نشخوار.....	۲۸

۲۸	اختلال تغذیه نوزادی یا اوایل کودکی
۳۲	چارچوب K-3
۳۲	اختلالات خوردن در اواخر کودکی و نوجوانی
۳۳	چکیده فصل
۳۷	فصل دوم: بی اشتهاهی عصبی: توصیف و مشخصه‌های رشدی مرتبط
۳۹	زیرگروه‌های AN
۴۲	دوره‌های درمانی
۴۳	همبودی‌ها
۴۴	شیوع
۴۵	چکیده فصل
۴۷	فصل سوم: پر اشتهاهی عصبی (BN) توصیف و مشخصات مرتبط رشدی
۵۲	دوره‌های درمانی
۵۳	شیوع
۵۳	مقایسه‌ی بین AN و BN: انواع محدود در مقایسه با پراشتهاهی
۵۶	چکیده فصل
۵۹	فصل چهارم: عوامل و مدل‌های نظری
۵۹	اختلالات خوردن، موضوعات کنونی
۵۹	موضوعات کنونی در سبب شناسی
۶۵	مدل زیستی
۶۵	عملکردهای زیستی، ژنتیکی و انتقال دهنده‌های شیمیایی
۶۶	خلق و ویژگی‌های شخصیتی
۶۷	چارچوب مثلثی

۶۷	مدل‌های تاثیر خانواده
۶۸	خانواده درمانی ساخت یافته
۷۰	مدل اجتماعی فرهنگی
۷۲	مدل‌های شناختی رفتاری
۷۳	چکیده فصل
۷۵	فصل پنجم: تشخیص
۷۹	فصل ششم: مداخله، درمان و پیشگیری
۸۰	درمان بی‌اشتهایی عصبی
۸۱	مداخلات پزشکی
۸۱	مداخلات رفتاری
۸۲	پیشگیری از ED
۸۷	فصل هفتم: درمان شناختی رفتاری برای کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلالات خوردن
۸۷	قدم اول: برنامه ریزی، پایه ریزی اصول و شروع تغییرات
۸۸	زمان‌بندی و ساختار بندی درمان و نگرش درمانگر
۸۹	ساختار جلسات
۹۰	تعیین اولویت‌ها در رابطه با مدرسه و سایر عوامل
۹۰	برگه‌ی ثبت روزانه
۹۳	تعیین محدودیت‌ها
۱۲۳	منابع

## مقدمه

اختلالات خوردن یکی از آشناترین و مزمن‌ترین مشکلات روان‌شناختی به شمار می‌آید که زنان جوان امروزی با آن مواجه هستند. اختلالات خوردن می‌تواند منجر به عوارض پزشکی جدی شود و اغلب درمان پیچیده و مشکلی به‌علت همبودی با سایر اختلالات روان‌شناختی مانند اختلالات خلقی، اختلالات مربوط به عاطفه و سوء مصرف مواد دارد. شواهد رو به رشدی وجود دارد که عدم رضایت از شکل بدنی نیز بین مردان به‌صورت امری آشنا درآمده است. اگرچه اکثر خوانندگان با اختلالات شدید رفتارهای خوردن اغلب بین زنان نوجوان و جوان آشنا هستند اما تعدادی نیز ممکن است چنین اختلالاتی را اختلالات رشدی بدانند که ابتلا به چنین اختلالاتی می‌تواند در نوزادی و اوایل کودکی آغاز شود و به شکل اختلالات خوردن باقی بماند.

با توجه به تاثیر مخرب این اختلال در سلامت جسمانی و روانی نوجوانان توجه و درمان زودهنگام به این اختلال بسیار ضروری می‌نماید. درمان‌شناختی رفتاری که برای بسیاری از اختلالات روان‌شناختی کارایی

خود را نشان داده است برای این اختلال نیز مستثنی نیست. به طوریکه در پژوهش‌های بسیاری کارایی این درمان نشان داده شده است. لذا در این کتاب سعی شده است تا ضمن شرح و توصیف اختلالات خوردن، بررسی عوامل آسیب‌شناسانه، تشخیص و درنهایت درمان‌شناختی رفتاری این اختلال و همین‌طور نکات لازم جهت انجام این درمان، مطالبی ارائه شود. امید است تا مورد استفاده‌ی درمانگران و علاقمندان قرار گیرد.

**مرضیه هاشمی**

# فصل ۱

## اختلالات خوردن، عدم رضایت از وضع بدنی، چاقی و کنترل وزن

### یافته‌های علمی

بعد از بلوغ، افزایش قابل توجهی در عدم رضایت از وضع بدنی بین دختران نوجوان وجود دارد. زمانی که دختران نوجوان به‌طور فزاینده‌ای نسبت به افزایش وزن و رژیم گرفتن آگاهی پیدا می‌کنند (بین سنین ۱۱ تا ۱۳ سالگی). درست زمانی که افزایش وزن به دلیل تغییرات ناشی از بلوغ طبیعی است. سوآر و ریچاردز<sup>۱</sup> در تحقیق خود به این نتیجه رسیدند که دخترانی که بلوغ زودرس دارند نسبت به دخترانی که بلوغ دیررس دارند در خطر بیشتری برای ابتلا به اختلالات خوردن قرار دارند.

تحقیقات نشان می‌دهند که تعداد کمی از نوجوانان بین ۲/۸٪ تا ۰/۰۴٪ تمام معیارهای لازم برای تشخیص اختلالات خوردن را دارا هستند. اما با این وجود میزان رفتارهای پرخوری بین دانش‌آموزان دبیرستانی تا ۴۵٪ بین زنان و ۱۶٪ بین مردان گزارش شده است. در یک تحقیق



مشاهده شد که ۱۶٪ از دانش‌آموزان کلاس ششم رفتارهای پرخوری دارند در حالیکه در یک تحقیق دیگر مشاهده شد که ۹٪ از نمونه بین سنین ۶-۱۳ رفتارهای پرخوری طی ۲۸ روز گذشته را گزارش نموده‌اند. در یک تحقیق جدید، کودکان طبیعی از لحاظ وزن با کودکان دارای اضافه وزن مقایسه شدند. مشاهده شد که کودکان دارای اضافه وزن کنترل کمتری در دوره‌های خوردن خود داشتند، شناخت‌های مربوط به اختلال خوردن بیشتری را تجربه کردند و به وسیله‌ی گزارشی که توسط والدین آن‌ها شد، مشکلات درونی‌سازی و برونی‌سازی بیشتری داشتند.

### نرخ چاقی مفرط بین نوجوانان آمریکایی

اگرچه چاقی مفرط توسط DSM- IV- TR به عنوان یک اختلال خوردن در نظر گرفته نشده است، به‌طور تقریبی یک سوم از کودکان در ایالات متحده یا چاق‌اند و یا در خطر ابتلا به چاقی مفرط قرار دارند. میزان کودکان چاق در سال ۲۰۰۴، ۴ برابر سال ۱۹۶۳ بوده است. در حالیکه میزان نوجوانان چاق طی این سال‌ها ۳ برابر شده است.

### مشکلات روبه رشد چاقی

نوجوانان و کودکان زمانی دارای اضافه وزن شناخته می‌شوند که شاخص توده‌ی بدنی<sup>۱</sup> (BMI) برابر یا بیشتر از ۹۵٪ باشد و در صورتیکه بین ۸۵ تا ۹۵ باشد در معرض خطر اضافه وزن قرار می‌گیرند.

---

1 Body mass index

### بانک حافظه

شاخص توده‌ی بدنی BMI نسبتی است که به وسیله‌ی تقسیم وزن بر مجذور قد و ضرب درصد به دست می‌آید. نمرات بالای ۲۵ دارای اضافه وزن خواهند بود و نمرات بالای ۲۹/۹ دارای چاقی مفرط محسوب می‌شوند. نمرات پایین‌تر از ۱۸/۵ دارای کمبود وزن به حساب می‌آیند در حالیکه نمره‌ی ۱۵ یا پایین‌تر دارای نشانه‌های اختلال خوردن به حساب می‌آیند.

۶۰ درصد از کودکان چاق در معرض خطر ابتلا به بیماری‌های قلبی-عروقی قرار دارند. این در حالی است که ۳۰٪ از پسران چاق و ۴۰٪ از دختران چاق در معرض ابتلا به دیابت نوع دو در طول زندگی خود هستند. اگرچه ارتباط ژنتیکی در مورد افزایش وزن وجود دارد اما اکثر چاقی‌ها به علت زیادی خوردن و دریافت کالری بیش از حد نیاز نسبت داده می‌شوند.

علاوه بر مشکلات پزشکی و مربوط به سلامتی نتایج روان‌شناختی چاقی نیز گزارش شده است. نتایجی مانند افسردگی، عزت نفس پایین در دختران دارای اضافه وزن در سن ۵ سالگی نیز دیده می‌شود. به علاوه کودکان دارای اضافه وزن در معرض مواردی چون تبعیض، تحکم، مسخره شدن و کلیشه‌ها قرار دارند. IOM لیستی از عواملی که به افزایش نرخ چاقی نسبت داده می‌شوند به شرح زیر گردآوری کرده است:

- ۱- کمبود تحرک جسمانی (کمی پیاده روی و سایر مشوق‌های مربوط به پیاده روی، کمبود فعالیت‌های جسمانی در مدرسه)
- ۲- استفاده‌ی بیش از حد غذاهای پرکالری (کمبود دسترسی به جایگزین‌های تغذیه‌ای)
- ۳- افزایش زمان فعالیت‌های غیر متحرک (تماشای تلویزیون، انجام بازی‌های کامپیوتری)

### توجه

کودکان به‌طور متوسط ۴ ساعت در روز مقابل صفحه‌های نمایشگر (تلویزیون و رایانه) می‌گذارند. ۹۹٪ از نوجوانان به تلویزیون در خانه دسترسی دارند در حالیکه ۶۵٪ از آن‌ها دسترسی به تلویزیون در اتاق خواب خود دارند، برنامه‌هایی که دارای تبلیغات تجاری در مورد غذا هستند. کودکان ۹ تا ۱۴ سالگی که زمان بیشتری را مقابل نمایشگرها می‌گذارند، کالری بیشتری دریافت می‌کنند و فعالیت جسمانی کمتری دارند که سبب افزایش یک ساله در BMI شده است.

مطالعه‌ی خطرات رفتاری نوجوانان<sup>۱</sup> (YRBS): سوالات و پاسخ‌ها  
مرکز ملی کنترل بیماری‌ها<sup>۲</sup> (CDC) یک گزارش ملی در مورد خطرات رفتاری نوجوانان از ۱۹۹۱ منتشر کرده است. این گزارش خطرات بالای

1 The Youth Risk Behavior Survey

2 The national center for disease control

## ۱۲ ■ اختلالات خوردن در کودکان و نوجوانان

رفتاری میان نوجوانی که سوء مصرف مواد دارند، مجروح شده‌اند، از تنباکو استفاده می‌کنند، رفتارهای جنسی و رفتارهای مربوط به رژیم ناسالم را گزارش کرده است. نتایج این تحقیق مجموعه‌ای را فراهم آورده است که پاسخگویی به سوالات مربوط به عادات خوردن میان نوجوانان را ممکن ساخته است.

سوال: نرخ شیوع اضافه وزن بین دانش‌آموزان دبیرستانی در سال ۲۰۰۵ چه قدر بوده است و چگونه این نرخ با میزان گزارش شده از داده‌های گردآوری شده در سال ۱۹۹۹ مقایسه می‌شود؟

پاسخ: از سال ۱۹۹۹ وزن و قد ثبت گردیده‌اند تا بتوان جداول مربوط به BMI را تدوین نمود. یک BMI بالا و یا ۹۵ دارای اضافه وزن در نظر گرفته می‌شود در حالیکه BMI بین ۸۵ تا ۹۵ در معرض خطر اضافه وزن تلقی می‌شود. در سال ۱۹۹۹، ۹/۹٪ از نوجوانان دبیرستانی دارای اضافه وزن بودند در حالیکه این میزان در سال ۲۰۰۵ برابر با ۱۳/۱٪ است. نوجوانان در معرض خطر نیز از ۱۴/۴٪ در سال ۱۹۹۹ به ۱۵/۷٪ در سال ۲۰۰۵ افزایش یافته‌اند. امروزه بیشتر از یک چهارم نوجوانان دبیرستانی یعنی ۲۸/۸٪ در معرض خطر ابتلا به اضافه وزن قرار دارند.

سوال: آیا تفاوت جنسیتی نیز وجود دارد؟

پاسخ: در گزارش ۲۰۰۵، ۱۶٪ از پسران دارای اضافه وزن بودند در حالیکه این میزان در دختران ۱۰٪ بود. تفاوت بسیار جزئی بین زنان و مردان در طبقه‌بندی در معرض خطر وجود دارد. از سال ۱۹۹۹ میزان

مردان دارای اضافه وزن به  $4/5\%$  افزایش پیدا کرده است در حالیکه این میزان در زنان برابر با  $2/1\%$  بوده است.

سوال: آیا هیچ تفاوت نژادی وجود دارد؟

پاسخ: در مقایسه با ۱۹۹۹، همه‌ی گروه‌های نژادی افزایش در میزان نوجوانان دارای اضافه وزن را گزارش نموده‌اند. بیشترین میزان افزایش بین نوجوانان اسپانیایی تبار (۱۹۹۹:  $12/4\%$ ؛  $2005$ :  $16/8\%$ ) و نوجوانان سیاه پوست (۱۹۹۹:  $11/9\%$ ،  $2005$ :  $16\%$ ) مشاهده شده است. در حالیکه این میزان برای نوجوانان سفید پوست (۱۹۹۹:  $9/2\%$ ؛  $2005$ :  $11/8\%$ ) بوده است.

سوال: آیا دانش‌آموزان دبیرستانی تغییرات تصویر بدنی و کم کردن

وزن را طی ۱۴ سال گذشته مد نظر قرار داده اند؟

پاسخ: مطابق با تحقیقات طی ۱۴ سال گذشته این نرخ تقریباً ثابت

مانده است: از  $31/8\%$  در ۱۹۹۱ به  $31/5\%$  در  $2005$  رسیده است.

سوال: چه تمایلاتی مبنی بر عدم رضایت از وضع بدنی بین زنان و

مردان طی ۱۴ سال گذشته وجود دارد؟

پاسخ: در زنان یک نیمرخ نا هموار مشاهده شده است اما نرخ‌های

جدید از عدم رضایت از وضع بدنی برابر است با  $38/1\%$  که از میزان

گزارش شده در ۱۹۹۱ ( $42/3\%$ ) کمتر است. برای مردان تمایل در جهت

نارضایتی بدنی در این دوره‌ی زمانی افزایش یافته است از  $21/7\%$  در

۱۹۹۱ به  $25/1\%$  در  $2005$  تغییر یافته است.

در مقایسه با پاسخ‌های سطح پایه برای نارضایتی بدنی (کسانی که خود را دارای اضافه وزن می‌دانند) برای زنان و مردان در ۲۰۰۵، در زنان گزارش‌هایی از نارضایتی بدنی به‌طور تدریجی از پایه‌ی ۹ (۳۶/۲٪) به پایه‌ی ۱۲ (۴۱/۸٪) افزایش یافته است، در حالیکه در مردان افزایش کم‌اهمیتی مشاهده می‌شود. از پایه‌ی ۹ (۲۴/۳٪) به پایه‌ی ۱۲ (۲۵/۶٪) تغییر یافته است. نتایج این تحقیقات از این مطلب حمایت می‌کنند که دختران ۱۴ ساله به‌طور معنی‌داری نسبت به پسران نارضایتی بدنی بیشتری داشتند و دختران به‌طور فزاینده‌ای در طول دوره‌ی نوجوانی نارضایتی بیشتری کسب می‌کنند.

سوال: آیا هیچ تمایل متفاوت نژادی در مورد نارضایتی از وضع بدنی

در طول این دوره‌ی زمانی وجود دارد؟

پاسخ: اگرچه نمرات کلی دانش‌آموزان سفید پوست در ۱۹۹۱ (۲۹/۲٪) نسبت به زمان ابتدایی گزارش شده در ۱۹۹۱ (۳۲/۸٪) کاهش نشان داده است، اما نتایج در سال ۲۰۰۵ (۳۱/۵٪) نزدیکتر به نتایج سال ۱۹۹۱ است. تمایلات سیاه‌پوستان و اسپانیایی تبارها افزایش تدریجی در عدم رضایت از وضع بدنی نشان داده‌اند به‌طوریکه سیاه‌پوستان دارای نتایج ۲۳/۶٪، ۲۴/۹٪ و ۲۷/۲٪ و اسپانیایی تبارها دارای نتایج ۳۴/۹٪، ۳۶/۷٪ و ۳۷/۱٪ بوده‌اند. میزان دانش‌آموزانی که در فعالیت‌های کاهش وزن به‌طور پی در پی شرکت دارند از ۴۱/۸ در ۱۹۹۱ به ۴۲/۷٪ در ۱۹۹۹ و به میزان کنونی ۴۵/۶٪ رسیده است.

سوال: تمایل به رژیم گرفتن در زنان و مردان چگونه است؟

پاسخ: در ۱۹۹۱ بیشتر از نیمی از زنان رژیم می‌گرفتند (۵۹/۴٪). اگرچه این مقدار در ۱۹۹۱ به ۶۱/۷٪ افزایش پیدا کرده است اما میزان کنونی برابر با مقدار گزارش شده در نتایج اولیه است. برای مردان این تمایل منعکس کننده‌ی الگوی ذکر شده در مورد عدم رضایت از وضع بدنی است به طوریکه افزایش در طول دوره‌ی گزارش شده مشاهده می‌شود از ۲۲/۷٪ در ۱۹۹۱ به ۲۹/۹٪ در ۲۰۰۵ افزایش یافته است.

سوال: آیا هیچ تمایل متفاوت نژادی و جنسیتی در مورد اضافه وزن یا

توصیف خود به عنوان فردی دارای اضافه وزن وجود دارد؟

پاسخ: مطابق با منابع در همه‌ی گروه‌های نژادی در مورد زنان، درصد بیشتری خود را دارای اضافه وزن دانسته‌اند، در مقایسه با کسانی که مطابق با استاندارد BMI واقعا دارای اضافه وزن شناخته می‌شوند. از لحاظ نژادی، در ۲۰۰۵ در حالیکه ۱۰٪ از زنان سفید پوست واقعا مطابق با طبقه‌بندی دارای اضافه وزن بودند، ۳۸/۱٪ از زنان خود را دارای اضافه وزن دانسته‌اند. این بدین معنا است که تقریبا ۲۸٪ از زنان سفید پوست احساس انحرافی از تصویر بدنی را گزارش نموده‌اند (خود را دارای اضافه وزن دانسته‌اند در صورتیکه چنین امری صحیح نبوده است). تقریبا ۱۷٪ از زنان اسپانیایی تبار و ۱۳٪ از زنان سیاه پوست نیز خود را دارای اضافه وزن دانسته‌اند در مقایسه با آنچه که واقعا اضافه وزن دانسته می‌شود.

برای مردان تفاوت زیادی بین احساس اضافه وزن و دارا بودن اضافه

وزن واقعی برای مردان اسپانیایی تبار (۱۰/۷٪ درک بدنی ضعیف تری

نسبت به واقع داشتند) و همین طور مردان سفید پوست (۹/۵٪) وجود داشت. مردان سیاه پوست ارزیابی صحیح تری داشتند و درک انحرافی کمتری نسبت به تصویر بدنی و وزن بدنی نسبت به همه‌ی گروه‌های نژادی داشتند (۱/۷٪ تفاوت بین درک در مقایسه با وزن بدنی واقعی).

### توجه

اگرچه ملاحظاتی در مورد درگیری نوجوانان در رژیم‌های شدید و سخت وجود دارد، اما شناخت‌های منحرف مربوط به خوردن و به‌طور خاص عدم رضایت از وضع بدنی و توجه بر وزن، ممکن است به واقع دارای ارزش انطباقی باشد و سبب ایجاد نیاز عملکردی به منظور ایجاد انگیزه برای داشتن یک شیوه‌ی زندگی سالم‌تر شود.

### رژیم سالم در مقایسه با رژیم ناسالم

رژیم گرفتن می‌تواند مسئله‌ای سالم (تمرین رژیم‌های کاهش چربی) یا ناسالم (روزه گرفتن، پرخوری/پاکسازی، استفاده از ملین‌ها/استفراغ کردن) باشد.

تمرینات ورزشی به منظور کم کردن وزن رایج‌ترین عمل سالم گزارش شده است و برای زنان (۶۷/۴٪) و برای مردان (۵۲/۹٪). اگرچه زنان در روش‌های کاهش وزن ناسالم، به‌طور معنی داری بیشتر از مردان استفاده می‌کنند. بیش از ۱۷٪ از زنان استفاده از روزه را در طول ۳۰ روز



قبل از تحقیق گزارش نموده اند (بدون غذا سر کردن بیش از ۲۴ ساعت). در ۲۰۰۵ زنان بیشتر احتمال داشت که در روزه گرفتن رتبه‌ی ۹ (۱۸/۴٪) را کسب کنند. استفاده از قرص یا پودر در رتبه‌ی ۱۲ (۱۰/۲٪) و استفراغ کردن و استفاده از ملین‌ها رتبه‌ی ۱۰ (۷/۲٪) را کسب نمودند. میزان دانش آموزان مونث که سعی در کاهش وزن داشته‌اند در همه‌ی سطوح افزایش یافته است از ۶۰/۱٪ و در رتبه‌ی ۹ شروع شده است و به ۶۴٪ و رتبه‌ی ۱۲ رسیده است.

### عدم رضایت از وضع بدنی: عوامل خطر زا و محافظتی

درک پویایی عدم رضایت از وضع بدنی می‌تواند به درک کامل‌تر آسیب‌شناسی روانی خوردن منجر شود.

### عوامل خطر زا

عدم رضایت از وضع بدنی و توجه بر وزن می‌تواند سبب تشدید شدن نشانه‌های پراشتهایی و منجر به رژیم گرفتن و خلق منفی، پیش‌بینی‌کننده‌ی افزایش یافتن وزن و ابتلا به افسردگی اساسی شود. مطابق با نظر استیس<sup>۱</sup> (۲۰۰۱) "عدم رضایت از وضع بدنی به عنوان یکی از قوی‌ترین عوامل خطر زا برای اختلالات خوردن به حساب می‌آید" (ص. ۵۵) بسیاری تاثیرات مشخص می‌تواند سبب افزایش خطر برای عدم رضایت بدنی شود. مدل تاثیر سه جانبه

پیشنهاد می‌کند که سه تاثیر قدرتمند (همسالان، والدین و رسانه‌ها) می‌تواند تاثیر بر ادراک تصویر بدنی از طریق فرآیند درونی‌سازی " آرمان لاغری" و مقایسه مشخصه‌ی ظاهر اجتماعی داشته باشد.

### موضوعات بازگشت‌کننده

مدل تاثیر سه جانبه بر بسیاری از موضوعات مطرح شده در این متن تاکید دارد. از لحاظ رشدی، نوجوانانی دوره‌ای حساس برای جوانی که به تصویر بدنی خود توجه دارد (موضوع ۱). میزانی که اختلال خوردن تبدیل به یک اختلال خوردن می‌شود (موضوع ۲ و ۳) بستگی به سه تاثیر مهم در این زمان دارد: همسالان، والدین و رسانه‌ها (موضوع ۴).

چندین عامل خطر زای بالقوه برای افزایش عدم رضایت بدنی در ظهور نوجوانی پیشنهاد می‌شود. برمن و همکاران<sup>۲</sup> (۲۰۰۶) شش حوزه‌ی دیگر بر عدم رضایت از وضع بدنی پیشنهاد کرده‌اند. شامل درونی‌سازی تصویر بدنی ایده آل، چاقی در زنان، تاثیرات اجتماعی، نگرش‌ها در مورد رژیم گرفتن، عواطف منفی و سن.

### تصویر بدنی ایده آل

حین نوجوانی دختران و پسران به‌طور ذاتی در جهت هویت یابی در جهت کلیشه‌های مربوط به جنس خود در تلاش‌اند. در حالیکه کلیشه‌ها برای زنان با افزایش تاکید بر جذابیت فیزیکی مرتبط است و سبب ایجاد

---

1 Thin ideal

2 Bearman et al

فشار برای خوش اندامی می‌شود، مردان ممکن است بیشتر با قوی جثه بودن به عنوان تلاشی جهت بیشتر مردانه بودن ظاهر شوند.

### **بلوغ و توده‌ی بدنی**

به طور تقریبی از ۸ سالگی به بعد در دختران افزایش چربی (چاقی) در بازوها، پاها و در کمر شروع می‌شود، فرآیندی که بین ۱۱ تا ۱۶ سالگی شتاب می‌یابد. در عوض، میزان چربی در پسران در این دوره کاهش می‌یابد. درست زمانی که ماهیچه‌ها شروع به رشد و قوی شدن می‌نمایند. این افزایش شدید در وزن و میزان چربی در زنان که در این زمان اتفاق می‌افتد برای شروع بلوغ و کسب باروری در زنان ضروری است. با افزایش توده‌ی بدنی، عدم رضایت بدنی دختران نیز افزایش می‌یابد. اگرچه افزایش در ماهیچه‌ها ممکن است در مردان سبب افزایش رضایت از وضع بدنی شود. اما نتایج در این مورد جامعیت ندارند.

### **تاثیر اجتماعی: فشار خانواده و همسالان**

کمبود داشتن سیستم حمایت‌های اجتماعی در نوجوانی با عزت نفس کمتر و افزایش عدم رضایت بدنی همراه است. انتقادات همسالان در مورد ظاهر با میزان بالای اختلالات خوردن در ارتباط است. دختران نوجوانی که تصور می‌کنند تصویر بدنی آن‌ها با نرم‌های اجتماعی هم خوانی ندارد بیشتر نشانه‌های اختلالات خوردن را دارند در حالیکه مسخره‌های مربوط

به وزن همسالان با افزایش عدم رضایت از وضع بدنی و عادات غذایی مختل در ارتباط است و مطابق با یافته‌ها، پیش‌بینی‌کننده‌ی رفتارهای مربوط به پراشتهایی عصبی و فشار برای خوش اندامی است.

در یک تحقیق مشاهده شد که تقریباً یک چهارم از دختران دروهی راهنمایی در معرض مسخره شدن در رابطه با ظاهر خود توسط یکی از والدین و یک سوم نیز حداقل به وسیله‌ی یکی از همشیره‌های خود قرار گرفته‌اند. دختران به‌طور خاصی نسبت به مسخره شدن توسط پدر خود حساس‌اند. در مقایسه با دخترانی که مورد تمسخر قرار نگرفته‌اند، دخترانی که در خانواده مسخره شدند عزت نفس پایین‌تر، عدم رضایت از وضع بدنی بیشتر، افسردگی و داخل شدن در سطح بالای مقایسه‌ی اجتماعی، درونی‌سازی آرمان لاغری و رفتارهای خوردن مربوط به پراشتهایی عصبی و سخت‌گیرانه دارند.

افراد مبتلا به BN گزارش کرده‌اند که خانواده‌های آن‌ها خشم و نزاع زیادی داشتند و هم‌بستگی و مراقبت پایینی داشته‌اند. در حالیکه حداقل در یک پژوهش نتایج این‌گونه بوده‌اند که حمایت مثبت مادرانه به عنوان یک عامل محافظتی برای دختران عمل نموده است، سایر یافته‌ها حاکی از آنند که حتی نظرات حمایتی مادران می‌تواند به اشتباه به عنوان انتقاد قلمداد شود. سایر عواملی که می‌تواند به عنوان پیش‌بینی‌کننده‌ی افزایش عدم رضایت از وضع بدنی مشخص شوند، عبارتند از: اضطراب جدایی زودهنگام و دل‌بستگی ناایمن و آشفته.