

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



معاونت پژوهش

به نام خدا

شورای اخلاق پژوهش

یادماندگی از خدای سبحان و اعتقاد به این که عالم محضر خداست و به واسطه نامعبر بر اعمال انسان و به منظور پاس داشت حکام بلند دانش و پژوهش و تفکر به ایت جایگاه دانشگاه و انجمن علمی فرهنگ و تمدن بشری

با دانشمندان و اصحابی برینت علمی و الهامی و دانشگاه آرزو اسلامی متعهدی کردیم اصول زیر را در انجام فعالیت های پژوهشی به نظر قرار داده و از آن تعین کنیم:

- ۱- اصل برت: التزام به برت جویی از مرکز و رفتار غیر حرفه ای و اعلام موضع نسبت به کسانی حوزه علم و پژوهش را به سبب های غیر علمی می آکنند.
- ۲- اصل رعایت انصاف و امانت: تعهد به اجتناب از مرکز و جانب داری غیر علمی و حفاظت از اموال، تجهیزات و منابع در اختیار.
- ۳- اصل ترویج: تعهد به رواج و دانش و دانش نتایج تحقیقات و انتقال آن به بکاران علمی و دانشمندان به غیر از مولودی که منع قانونی دارد.
- ۴- اصل احترام: تعهد به رعایت حریم ها و حرمت ها در انجام تحقیقات و رعایت جانب تعدد و خود داری از مرکز حرمت شکنی.
- ۵- اصل رعایت حقوق: التزام به رعایت کامل حقوق پژوهشگران و پژوهشگران (انسان، حیوان و نبات) و سایر صاحبان حق.
- ۶- اصل رازداری: تعهد به صیانت از اسرار و اطلاعات محرمانه افراد، سازمانها و کشور و کلیه افراد و نهاد های مرتبط با تحقیق.
- ۷- اصل حقیقت جویی: تلاش در راستای پی جویی حقیقت و وفاداری به آن و دوری از مرکز پنهان سازی حقیقت.
- ۸- اصل مالکیت ملای و مسنوی: تعهد به رعایت کامل حقوق ادبی و مسنوی دانشگاه و کلیه بکاران پژوهش.
- ۹- اصل منافع ملی: تعهد به رعایت مصالح ملی و در نظر داشتن به پیشبرد و توسعه کشور و کلیه مراحل پژوهش.



دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی

دانشکده روان شناسی و علوم اجتماعی

رساله برای دریافت درجه دکتری تخصصی (Ph.D)

گرایش: روان شناسی عمومی

عنوان :

مدل یابی نشانه های آسیب پذیری مرتبط با خوردن بر پایه پیوند مادری، باورهای اختلال

خوردن و ناگویی خلقی

استاد راهنما:

دکتر علی دلاور

استادان مشاور:

دکتر مهدیه صالحی

دکتر شیرین کوشکی

پژوهشگر:

علی اصغر حسین زاده

زمستان ۱۳۹۱

تقدیم بہ:

پدرو مادر کراقتدرم،

ہمسرمہربانم و

فرزندان عزیزم کہ ہموارہ مشوقم بودہ اند

پاسگزارى و تقدير

در اجراى اين طرح پژوهشى از راهنمايى و مساعدت عزيزان زيادى بهره برده ام كه لازم است از آنها تشكر و قدردانى نمايم. اساتيد فرهيخته، جناب دكترعلى دلاور و شادروان دكتر حيدرعلى هومن كه به عنوان استاد راهنما ضمن نظارت دقيق، رهنمودهاى ارزشمندى در جهت بهبود اين اثر پژوهشى ارائه نمودند، بدىوسيله از آنان تشكر و قدردانى مى نمايم. همچنين، از زحمات اساتيد مشاورگرانقدر سركار خانم دكتر مهديه صالحى و سركارخانم دكترشيرين كوشكى كه با نكته سنجى درحسن اجراى اين پژوهش سهم بسزايى ايفا نمودند و همواره يارى رسان بودند، كمال تشكر را دارم. بى ترديد اجراى اين پژوهش امكان پذير نبود مگر با همكارى و مساعدت مسولين آموزش و پرورش و مديران مدارس شهرستانهاى مشاركت كننده در طرح كه بدىوسيله از همكارى صميمانه و مساعدت ثمر بخش آنها تشكر و قدردانى مى شود.

بسمه تعالی

در تاریخ : ۹۱/۱۱/۱۵ دانشجوی دکتری آقای علی اصغر حسین زاده از رساله خود دفاع نموده و با نمره ۱۹/۲۵ بحروف نوزده و بیست و پنج صدم و با درجه عالی مورد تصویب قرار گرفت.

امضاء استاد راهنما



دانشگاه آزاد اسلامی

واحد تهران مرکزی

تعهد نامه اصالت پایان نامه دکتری

اینجانب **علی اصغر حسین زاده** دانش آموخته دوره دکتری به شماره دانشجویی ۸۸۰۸۳۴۹۷۷۰۰ در رشته روانشناسی که در تاریخ ۹۱/۱۱/۱۵ از پایان نامه خود تحت عنوان **مدل یابی نشانه های آسیب پذیری مرتبط با خوردن بر پایه پیوند مادری، باورهای اختلال خوردن و ناگویی خلقی** با کسب نمره ۱۹/۲۵ و درجه عالی دفاع نمودم. بدینوسیله متعهد می شوم:

- ۱- این پایان نامه حاصل تحقیق و پژوهش انجام شده توسط اینجانب بوده و در مواردی که از دستاورد های علمی و پژوهشی دیگران (اعم از پایان نامه، کتاب، مقاله و...) استفاده نموده ام، مطابق ضوابط و رویه موجود، نام منبع مورد استفاده و سایر مشخصات آن را فهرست ذکر و درج کرده ام.
- ۲- این پایان نامه قبلاً برای دریافت هیچ مدرک تحصیلی (هم سطح، پایین تر یا بالاتر) در سایر دانشگاهها و موسسات آموزش عالی ارئه نشده است.
- ۳- چنانچه بعد از فراغت از تحصیل، قصد استفاده و هرگونه بهره برداری اعم از چاپ کتاب، ثبت اختراع و... از این پایان نامه داشته باشم، از حوزه معاونت پژوهشی واحد مجوزه های مربوطه را اخذ نمایم.
- ۴- چنانچه در هر مقطع زمانی خلاف موارد فوق ثابت شود، عواقب ناشی از آن را بپذیرم و واحد دانشگاهی مجاز است با اینجانب مطابق ضوابط و مقررات رفتار نموده و در ابطال مدرک تحصیلی ام هیچگونه ادعایی نخواهم داشت.

نام نام خانوادگی: **علی اصغر حسین زاده**

تاریخ و امضاء:

فصل اول: کلیات طرح

۲	۱-۱- مقدمه
۵	۱-۲- بیان مساله پژوهش
۱۴	۱-۳- اهداف پژوهش
۱۵	۱-۴- اهمیت و ضرورت پژوهش
۱۸	۱-۵- سوالات پژوهش
۱۹	۱-۶- فرضیه های پژوهش
۱۹	۱-۷- تعاریف مفاهیم و واژگان اختصاصی

فصل دوم: مبانی نظری و پیشینه پژوهش

۲۲	۲-۱- تاریخچه آسیب پذیری خوردن
۲۳	۲-۲- محدودیت معیارهای تشخیصی DSM-IV-TR
۲۶	۲-۳- طبقه بندی اختلال خوردن بر اساس نشانه ها
۲۷	۲-۳-۱- بی اشتهايي عصبی
۳۱	۲-۳-۲- پرخوری عصبی
۳۳	۲-۳-۳- نوع به گونه دیگر تصریح نشده
۳۴	۲-۴- اختلالات همبود با اختلال خوردن
۴۰	۲-۵- همه گیر شناسی
۴۳	۲-۶- سبب شناسی
۴۳	۲-۶-۱- مدل روان پویایی
۴۴	۲-۶-۲- مدل روان-تنی
۴۷	۲-۶-۲-۱- بد رفتاری با کودکان و اختلال خوردن

۵۱	۳-۶-۲- عوامل زیست شناختی
۵۴	۴-۶-۲- مدل رشدی
۵۵	۵-۶-۲- عوامل فرهنگی و اجتماعی
۵۶	۱-۵-۶-۲- مدل یادگیری اجتماعی
۵۷	۲-۵-۶-۲- مدل مقایسه اجتماعی
۵۹	۳-۵-۶-۲- مدل شیء
۶۱	۴-۵-۶-۲- نظریه فمینیستی
۶۲	۷-۲- نارضایتی بدنی
۶۶	۸-۲- ناکارآمدی
۶۹	۹-۲- کمال گرایی
۷۱	۱۰-۲- فرضیه فرار و مسدود کردن
۷۲	۱۱-۲- اختلال خوردن در مردان
۷۴	۱۲-۲- شناسایی و تنظیم هیجان در اختلال خوردن
۷۶	۱۳-۲- انعطاف پذیری شناختی در اختلال خوردن
۷۸	۱۴-۲- درمان اختلال خوردن
۸۲	۱۵-۲- باورهای اختلال خوردن
۸۳	۱-۱۵-۲- گارنر و بمیس
۸۴	۲-۱۵-۲- فیروبورن، کوپر و کوپر
۸۷	۳-۱۵-۲- گویداند و لیوتی
۸۸	۴-۱۵-۲- ویتوسک و هولون
۸۹	۵-۱۵-۲- باورهای هسته ای و اختلال خوردن
۹۴	۶-۱۵-۲- نظریه قطبیت طرحواره
۹۶	۱۶-۲- مدل شناختی اجتماعی
۹۶	۱۷-۲- تاریخچه پیوند والدینی
۹۷	۱-۱۷-۲- نظریه دلبستگی
۱۰۴	۲-۱۷-۲- نظریه های روان پویشی
۱۱۰	۳-۱۷-۲- نوروسایکولوژی پیوند مادری
۱۱۳	۴-۱۷-۲- شیوه های فرزند پروری

- ۱۱۷ ۵-۱۷-۲- ملاحظات فرهنگی در شیوه فرزند پروری
- ۱۲۵ ۱۸-۲- ناگویی خلقی
- ۱۲۶ ۱-۱۸-۲- همه گیری شناسی ناگویی خلقی
- ۱۲۷ ۲-۱۸-۲- سبب شناسی ناگویی خلقی
- ۱۳۵ ۳-۱۸-۲- ناگویی خلقی از دیدگاه روان پویشی
- ۱۳۷ ۴-۱۸-۲- پایه های عصب روان شناختی ناگویی خلقی
- ۱۴۳ ۵-۱۸-۲- ناگویی خلقی و پردازش اطلاعات
- ۱۴۵ ۶-۱۸-۲- ناگویی خقی و کیفیت زندگی
- ۱۴۶ ۷-۱۸-۲- ناگویی خلقی و اختلال خوردن
- ۱۵۵ ۸-۱۸-۲- ناگویی خلقی و شکایت جسمانی
- ۱۵۷ ۹-۱۸-۲- ناگویی خلقی و شخصیت
- ۱۶۱ ۱۰-۱۸-۲- ثبات ناگویی خلقی
- ۱۶۲ ۱۱-۱۸-۲- ناگویی خلقی و رشد کلامی
- ۱۶۴ ۱۲-۱۸-۲- ناگویی خلقی و افسردگی/اضطراب
- ۱۶۶ ۱۳-۱۸-۲- ناگویی خلقی و هوش هیجانی
- ۱۶۷ ۱۴-۱۸-۲- ناگویی خلقی و ارزشهای فرهنگی
- فصل سوم: روش شناسی تحقیق**

- ۱۷۱ ۱-۳- روش پژوهش
- ۱۷۱ ۲-۳- جامعه آماری
- ۱۷۱ ۳-۳- حجم نمونه و روش اندازه گیری آن
- ۱۷۲ ۴-۳- ابزارهای پژوهش
- ۱۸۸ ۵-۳- روش تجزیه و تحلیل آماری داده‌های پژوهش

فصل چهارم: تجزیه و تحلیل یافته های تحقیق

- ۱۹۰ ۱-۴- یافته های پژوهش

فصل پنجم: نتیجه‌گیری و پیشنهادات

۲۰۵	۱-۵- نتیجه‌گیری
۲۲۰	۲-۵- محدودیت‌های پژوهش
۲۲۱	۳-۵- پیشنهادهای پژوهش
۲۲۳	۴-۵- پیشنهاد جانبی کاربردی
۲۲۶	فهرست منابع و مآخذ
۲۴۶	چکیده انگلیسی

فهرست جداول

صفحه	عنوان
۴۱	جدول ۱-۲ خلاصه ای از توزیع اختلال خوردن
۱۱۶	جدول ۲-۲ ابعاد سبک فرزند پروری بامیرند
۱۷۴	جدول ۳-۱ اندازه KOM و آزمون کرویت سیاهه اختلال خوردن
۱۷۵	جدول ۳-۲ ارزش ویژه، درصد تبیین واریانس و درصد واریانس تراکمی عامل هشتگانه سیاهه اختلال خوردن
۱۷۶	جدول ۳-۳ بار عاملی چرخش نیافته سیاهه اختلال خوردن
۱۷۷	جدول ۳-۴ بار عاملی چرخش یافته سیاهه اختلال خوردن
۱۸۰	جدول ۳-۵ اندازه KOM و آزمون کرویت مقیاس باورهای اختلال خوردن
۱۸۱	جدول ۳-۶ ارزش ویژه، درصد تبیین واریانس و درصد واریانس تراکمی مقیاس باورهای اختلال خوردن
۱۸۱	جدول ۳-۷ بار عاملی چرخش نیافته مقیاس باورهای اختلال خوردن
۱۸۲	جدول ۳-۸ بار عاملی چرخش یافته باورهای اختلال خوردن
۱۸۵	جدول ۳-۹ اندازه KOM و آزمون کرویت مقیاس ناگویی خلقی
۱۸۶	جدول ۳-۱۰ ارزش ویژه، درصد تبیین واریانس و درصد واریانس تراکمی عامل سه گانه ناگویی خلقی
۱۸۷	جدول ۳-۱۱ بار عاملی چرخش نیافته ناگویی خلقی
۱۸۸	جدول ۳-۱۲ بار عاملی چرخش یافته ناگویی خلقی
۱۹۰	جدول ۴-۱ توزیع فراوانی آزمودنی ها به تفکیک جنسیت و شهرستان
۱۹۱	جدول ۴-۲ شاخص توصیفی مربوط به متغیرهای مورد مطالعه
۱۹۵	جدول ۴-۳ شاخص های برازندگی مدل اولیه پژوهش
۱۹۶	جدول ۴-۴ آزمون معناداری ضرایب ساختاری مدل اولیه
۱۹۸	جدول ۴-۵ مقایسه شاخص های برازندگی مدل اولیه و اصلاح شده
۲۰۰	جدول ۴-۶ آزمون معناداری ضرایب ساختاری و اصلاح شده

فهرست اشکال

صفحه	عنوان
۱۴	شکل ۱-۱ مدل فرضی پژوهش
۲۴	شکل ۱-۲ حرکت زمانی اختلال های خوردن
۲۶	شکل ۲-۲ مدل پیوستاری اختلال خوردن
۳۱	شکل ۳-۲ مدل اختلال خوردن پراشتهایی و بی اشتهایی عصبی
۳۲	شکل ۴-۲ مدل شناختی تمایز بین بی اشتهایی عصبی و پراشتهایی عصبی
۴۲	شکل ۵-۲ توزیع اختلال خوردن در سراسر جهان
۵۰	شکل ۶-۲ مدل بدرفتاری دوره کودکی و اختلال خوردن
۵۴	شکل ۸-۲ مدل عصبی روان شناختی بی اشتهایی عصبی
۶۵	شکل ۷-۲ مقیاس درجه بندی شکل بدن برای زنان
۸۶	شکل ۹-۲ مدل شناختی پراشتهایی عصبی
۹۴	شکل ۱۰-۲ مدل رشد شناختی شکل گیری باورها
۱۰۰	شکل ۱۱-۲ سبک دلبستگی اصلی بارتولومئو هارویتز
۱۱۱	شکل ۱۲-۲ تصاویر فعالیت مغزی مربوط به پیوند مادری
۱۹۳	شکل ۴-۱ مدل اولیه با ضرایب ساختاری غیراستاندارد
۱۹۴	شکل ۴-۲ مدل اولیه با ضرایب ساختاری استاندارد
۱۹۷	شکل ۴-۳ مدل اصلاح شده با ضرایب ساختاری غیراستاندارد
۱۹۷	شکل ۴-۴ مدل اصلاح شده با ضرایب ساختاری استاندارد

فهرست نمودار ها

صفحه	عنوان
۱۷۴	نمودار شیب اسکری سیاهه اختلال خوردن
۱۸۰	نمودار شیب اسکری مقیاس باورهای اختلال خوردن
۱۸۶	نمودار شیب اسکری مقیاس ناگویی خلقی

فصل اول

کلیات پژوهش

۱-۱- مقدمه:

نوجوانی دوره بحرانی است که آسیب پذیری خوردن افزایش می یابد (استیک^۱ و همکاران، ۱۹۹۸). برطبق راهنمای تشخیصی آماری اختلالات روانی درحال تجدید نظر امریکا (DSM-V)^۲، طبقه بندی اختلالات خوردن با هدف تاکید بیشتر بر تعریف مشترک برای کودکان، نوجوانان و بزرگسالان جهت پیش بینی، پیشگیری و راهبردهای درمانی بهتر درحال تدوین است (روم، ۲۰۱۲).

نگرش های ناکارآمد معطوف به وزن، شکل و خوردن (برای مثال، دل مشغولی در مورد غذا، افزایش وزن، باورهای نادرست در مورد بدن یا وسواس چاقی)، ملاکهای تشخیصی برای اختلال خوردن هستند (انجمن روانپزشکی امریکا، ۱۹۹۴؛ گلداسمیت^۳، و همکاران، ۲۰۱۰). شواهد نشان می دهد دل مشغولی با وزن و شکل بدن در تحول و حفظ اختلال خوردن نقش دارند (رُز و همکاران، ۲۰۰۶). در واقع، تاکید اصلی نظریه های شناختی رفتاری اختلال خوردن، بر همین ساختارشناختی ناسالم، استفاده مفرط از طرحواره های ناسازگار همانند خودباوری منفی و فرضیات بنیانی (نگرانی در مورد شکل و وزن) در بین بیماران مبتلا به اختلال خوردن است (کوپر، ۱۹۹۸؛ فیروبورن و همکاران، ۲۰۰۳).

هاوتالا^۴ و همکاران (۲۰۱۱) در مطالعه پیگیری ۴ ساله (۲۰۰۸ نفر) از نوجوانان با نشانه های بی نظمی خوردن را با یک گروه کنترل همتا بدون نشانه های اختلال خوردن (۵۱۴ نفر) بر اساس پایه تحصیلی، جنس و محل تحصیل مقایسه کردند. نتایج نشان داد ۵۲٪ از دختران و ۱۷٪ از پسران با نشانه های اختلال خوردن در خط پایه، در مطالعه پیگیری نیز نشانه های اختلال خوردن داشتند. این ارقام هشداردهنده نشان می دهد که شیوع اختلال خوردن در هر دو جنس شایع است. با این حال، جنس زن در مقابل اختلال خوردن آسیب پذیرتر است.

مطالعه انجام شده در مورد سبب شناسی اختلال خوردن با انتقاد از فرض ارتباط مدل مستقیم برای تبیین فرایند ارتباط بین دلبستگی^۵ (پیوند)^۶ نابسندة والد- کودک و اختلال خوردن (اکیرنی، ۱۹۹۶)، معتقدند که

1 - Stice

2 _ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

3 _ Goldschmidt

4 _ Hautala

5 - attachment

6 -bonding

چنین مدلی تبیین کافی برای تحول اختلال خوردن فراهم نمی کند. زیرا، نقش عوامل واسطه ای بین تجارب کودکی و علایم اختلال خوردن مورد غفلت واقع شده است (جونز و همکاران، ۲۰۰۵). بنابراین، رشد اختلال خوردن می تواند برپایه مدل چند وجهی تبیین شود، برطبق این رویکرد، رشد اختلال خوردن تحت تاثیر عوامل مستعد کننده^۱، آشکارساز^۲ و حفظ^۳ یا دوام بیماری است. عوامل مستعد کننده می تواند فردی، خانوادگی و یا فرهنگی اجتماعی باشد. از جمله عوامل آشکار ساز می توان به رژیم گرفتن، افسردگی، اضطراب و رفتارهای مقابله ای سازش نایافته اشاره کرد. عوامل حفظ و بقای این بیماری می تواند چندگانه باشند، اما یکی از عوامل مهم گرسنگی کشیدن یا ریاضت طلبی است، زیرا معلوم شده است گرسنگی اثر منفی بر تفکر، حالت هیجانی و رفتار دارد (تیمنا^۴، ۲۰۱۱).

اهمیت راهبردهای مراقبتی والد- کودک در شکل گیری و رشد شخصیت کودکان انکارناپذیر است، و سهم آن حتی فراتر از سهم ژنتیک در نظر گرفته شده است (آیزنبرگ^۵ و همکاران ۲۰۱۰؛ بکر و هورکر، ۲۰۱۲). راهبردهای مراقبت والد- کودک احتمالاً پیامد بلند مدتی برای رشد توانایی های شخصی، سازمان دهی اجتماعی هیجانی و سلامت روان دارد (بکر و هورکر، ۲۰۱۲). یک فرض اساسی در روان شناسی بالینی و روانپزشکی این است که کیفیت روابط نزدیک تاثیر قابل توجهی در مشکلات سلامت روان دارد. ریشه این نظریه برگرفته از آثار جان بالبی (۱۹۸۰، ۱۹۷۳، ۱۹۶۹) است. ادبیات پژوهش نشان می دهد که اختلال در فرایند رابطه والد- کودک و مراقبت نابسند با انواع اختلالات روان پزشکی از جمله اختلال خوردن ارتباط دارد (جونز و همکاران، ۲۰۰۵). به همین دلیل توجه روزافزون پزشکان و پژوهشگرانی که به دنبال درک درستی از سبب شناسی اختلال خوردن هستند را به خود جلب کرده است (زاجریسون و ردرود^۶، ۲۰۱۰).

در حالی که به تاثیر والدین بر رشد شناختی کودکان اذعان شده است، پژوهشگران معتقدند احتمالاً اثر آن از طریق تنظیم هیجانات آشکار می شود (آیزنبرگ، ۲۰۰۴). اگر چه بی نظمی هیجان مفهوم جدیدی نیست، با این وجود ادبیات پژوهشی مملو از تعاریف ناهمخوان است. یکی از شایع ترین تعاریف ارایه شده آن را به منزله "فرایند ارزیابی و تفسیر واکنش هیجانی برای تحقق اهدافشان می داند" (تامپسون، ۱۹۹۴). در

1 - predisposing

2 - precipitating

3 - maintaining

4 - Timea

5 - Eisenberg

6 - Zachrisson, & Rderud

۶۳٪، پرخوری عصبی ۵۶٪ و اختلال خوردن به گونه دیگر تصریح نشده ۴۸٪ گزارش شد (کوچران^۱ و همکاران، ۱۹۹۳).

شواهد نشان می دهد که شدت ناگویی خلقی با میزان احساسات مثبت ابراز شده در خانواده رابطه منفی (برنباوم و جیمز^۲، ۱۹۹۴؛ یلسما و همکاران، ۲۰۰۰) و با آسیب شناسی تعامل درون خانواده رابطه مثبت دارد (لاملی^۳ و همکاران، ۱۹۹۶) و این فرضیه را تقویت می کند که وجود یک سبک والدینی کنترل گر افراطی، مادر مزاحم و دخالت کننده ممکن است از طریق جلوگیری از استقلال عمل^۴ و کنترل روان شناختی، فرد را به سمت دشواری در سهیم شدن هیجانی سوق دهد، این ویژگی اغلب در افراد به صورت ناگویی خلقی و دشواری در شناسایی و توصیف احساسات آشکار می شود (کارکیوی^۵ و همکاران، ۲۰۱۰).

۱-۲- بیان مسأله تحقیق

برطبق گزارش سازمان جهانی بهداشت اختلال خوردن از چالش برانگیزترین بیماریهای دوران نوجوانی است (سازمان بهداشت جهانی^۶، ۲۰۰۵؛ هاوتالا^۷ و همکاران، ۲۰۱۱). اختلال خوردن را می توان به عنوان نگرش و رفتارهای ناسازگارانه مرتبط با خوردن و کنترل وزن تعریف نمود. این نگرشها به دامنه ای از عاداتهای خوردن منجر می شود که می تواند از طریق اعمال محدودیت غذایی شدید به کم کردن وزن و لاغر شدن شخص کمک کند (هوبارت و اسماک، ۲۰۰۰؛ نقل از اسکوفیر و همکاران، ۲۰۱۰). اختلالات خوردن به سه نوع بی اشتهایی عصبی، پرخوری عصبی^۸ و اختلال خوردن تصریح نشده که شامل گروهی از اختلال خوردن است که ملاک های هیچ یک از اختلال خوردن ویژه را در بر نمی گیرند، تقسیم می شوند (انجمن روانپزشکی امریکا، ۲۰۰۰؛ واندربلیچ^۹ و همکاران، ۲۰۰۷). هرچند چاقی ساده در طبقه بندی بیماریها (ICD-10)^{۱۰} به عنوان یک بیماری جسمانی گنجانده شده است، اما در چهارمین مجموعه تجدید نظر شده تشخیصی و آماری اختلالات، وجود ندارد. زیرا ثابت نشده است که چاقی، به طور قطع با نشانگان روانی یا

1 - Cochrane

2 - Berenbaum, & James

3 - Lumley

4 - autonomy

5 - Karukivi

6 - World Health Organization (WHO)

7 - Hautala

8 - bulimia nervosa

9 - Wonderlich

10 - International classification of diseases

رفتاری مرتبط است. بی‌اشتهایی عصبی و پرخوری عصبی به عنوان عمده‌ترین اختلالات خوردن شناخته شده‌اند (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰).

بی‌اشتهایی عصبی با نشانه‌های امتناع از حفظ حداقل وزن طبیعی، ترس از اضافه وزن، اشتغال ذهنی با ظاهریدن و قطع قاعدگی در زنان (پیترز^۱ و همکاران، ۲۰۰۷)، اما نشانه‌های اختلال پرخوری عصبی براساس برانگیختگی ناگهانی، مقاومت ناپذیر و مهارنشده نسبت به خوردن، پرخوری دوره‌ای و رفتار جبرانی برای جلوگیری از افزایش وزن مشخص می‌شود (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰؛ توچت^۲ و همکاران، ۲۰۱۱).

تأثیر فرهنگ بر تحول اختلالات خوردن مانند بی‌اشتهایی عصبی و پرخوری عصبی مدت طولانی است که احساس می‌شود. به نظر می‌رسد این سندرم‌ها در فرهنگ غربی و صنعتی رایجتر هستند و به مراتب در زنان شایعتر از مردان هستند، و از نظر اهمیت اشتیاق لاغری در زنان بین فرهنگ‌ها تفاوت وجود دارد (میلر و پامریکا، ۲۰۰۱). پرخوری عصبی به نظر می‌رسد فرهنگ بسته است، اما بی‌اشتهایی عصبی احتمالاً بیشتر با عوامل وراثتی پیوند دارد و صرفاً نشانگان بسته به فرهنگ نیست (کیل و کلامپ^۳، ۲۰۰۳).

سیستم تشخیصی فعلی محدودیت‌هایی دارد (واندرلیچ جویئر، کیل، ویلیامسون و کروسبی، ۲۰۰۷)، به نظرمی‌رسد علت اصلی آن فقدان حمایت تجربی برای معیارهای تشخیصی فعلی است (کولیر و تریشور^۴، ۲۰۰۴). بدین ترتیب، با توجه به مشکلات طبقه‌بندی معیارهای اختلال خوردن، متخصصان پیشنهاد کردند که ممکن است توصیف موجودیت آن بر روی یک پیوستار بین خوردن سالم و اختلال خوردن مناسبتر باشد، این روش اجازه می‌دهد موارد بیشتری از افراد در معرض خطر شناسایی شوند. با توجه به اینکه موارد بالینی مشاهده شده در طرح‌های درمانی ممکن است تنها نماینده بخش کوچکی از جمعیت دارای اختلال خوردن باشد (ویلیامز^۵ و همکاران، ۱۹۸۶). بنابراین، با بررسی تنها جمعیت بالینی، بخش بزرگی از طیف اختلال خوردن موجود که ملاک تشخیصی کامل ندارند، اما به وضوح دارای اختلال خوردن هستند، نادیده گرفته می‌شوند. این جمعیت "زیرگروه بالینی" ممکن است بهترین راه برای تحقیقات پیشگیرانه باشد و سبب درک بیشتر تحول اختلال خوردن می‌شود (لوکاس، ۲۰۱۰).

1 - Pieters

2 - Touchette.

3 - Keel, & Klump

4 - Treasure

5-Williams