



دانشگاه علامه طباطبائی  
دانشکده‌ی روانشناسی و علوم تربیتی

پایان نامه جهت اخذ درجه کارشناسی ارشد رشته روان شناسی عمومی

عنوان پژوهش

بررسی مشکلات هویتی دختران نوجوان و رابطه آن با اختلالات خوردن در دبیرستان‌های شهر تهران

استاد راهنما:

دکتر محمود گلزاری

استاد مشاور:

دکتر حسین اسکندری

استاد داور:

دکتر احمد برجعلی

پژوهشگر:

مرضیه سینا

تابستان ۱۳۹۰

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

تقدیم به پدر و مادر عزیزم

که همیشه مدیون زحمات فراوان و بی دریغ آنها هستم.

## قدردانی و تشکر

از خداوند متعال که مرا یاری فرمود این مهم را به پایان رسانم، سپاسگزارم.

از زحمات استاد محترم راهنما جناب آقای دکتر گلزاری و هم چنین از راهنمایی های استاد محترم مشاور جناب

آقای دکتر اسکندری تقدیر و تشکر می نمایم.

از استاد محترم جناب آقای دکتر برجعلی که داوری این پژوهش را تقبل کردند، قدردانی می نمایم.

در انتها از همه کسانی که در انجام این پژوهش مرا یاری نموده اند، تشکر و قدردانی می نمایم.

## چکیده:

هدف از پژوهش حاضر بررسی رابطه مشکلات هویتی با اختلالات خوردن در دختران نوجوان دبیرستانهای شهر تهران بود. بدین منظور تعداد ۴۰۰ دانش آموز دختر دبیرستانی از شهر تهران به شیوه تصادفی خوشه ای انتخاب شدند. به منظور گردآوری داده ها از پرسشنامه گسترش یافته سنجش عینی هویت من (EOM - ELS)، پرسشنامه بررسی اختلالات خوردن (EDE - Q6)، پرسشنامه محقق ساخ ته تشخیص اختلالات خوردن بر اساس DSM - IV - TR و سنجش شاخص توده بدنی استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از آزمون خی دو و آزمون معنادار بودن همبستگی انجام گرفت. نتایج نشان داد که بین افراد مبتلا به اختلالات خوردن و افراد بدون اختلال خوردن در انواع سبک های هویت عقیدتی و بین فردی تفاوت معناداری وجود ندارد . سبک هویت سردرگم در دختران نوجوان با اختلالات خوردن آنان رابطه مثبت معنادار دارد. سبک هویت زودرس دختران نوجوان فقط با اختلالات نامعین خوردن رابطه مثبت معنادار دارد. هم چنین سبک هویت دیررس دختران نوجوان با اختلالات خوردن آنان رابطه مثبت معنادار دارد. اما شواهدی در تایید این فرضیه که سبک هویت موفق در دختران نوجوان با اختلالات خوردن آنان رابطه منفی دارد، به دست نیامد.

کلید واژه ها: مشکلات هویتی، اختلالات خوردن، سبک های هویت.

## فهرست مطالب

### فصل اول ( مقدمه و بیان مسئله )

۱	مقدمه
۳	بیان مسئله
۵	اهمیت و ضرورت تحقیق
۸	اهداف تحقیق
۸	سئوالات تحقیق
۸	فرضیه های تحقیق
۹	تعریف مفاهیم تحقیق
۹	۱- اختلال خوردن
۹	الف ( تعریف نظری
۹	اختلالات خوردن
۹	بی اشتهاپی عصبی
۹	پراشتهایی عصبی
۱۰	اختلالات تصریح نشده
۱۰	اختلال پرخوری
۱۱	ب ( تعریف عملیاتی
۱۱	۲- مشکلات هویتی
۱۱	الف) تعریف نظری
۱۱	هویت
۱۲	هویت موفق
۱۲	هویت زودرس
۱۲	هویت دیررس
۱۲	هویت سردرگم
۱۲	مشکلات هویتی
۱۳	ب) تعریف عملیاتی

### فصل دوم (ادبیات و پیشینه تحقیق)

۱۴	مقدمه
۱۴	اختلالات خوردن
۱۵	طبقه بندی اختلالات خوردن
۱۵	بی اشتهاپی عصبی
۱۵	پراشتهایی عصبی
۱۷	اختلال پرخوری افراطی
۱۸	اختلالات خوردن نامعین
۱۸	پر خوری اجباری
۱۸	سندروم خوردن شبانه
۱۸	نشخوار
۱۸	پراشتهایی دیابتی ها
۱۹	پیکا
۱۹	سبب شناسی اختلالات خوردن
۱۹	عوامل زیستی
۲۱	عوامل روان شناختی
۲۲	ویژگی های شخصیتی
۲۵	عوامل محیطی
۲۸	تأثیرات و عوارض اختلالات خوردن

۲۹	درمان اختلالات خوردن
۲۹	بستری شدن
۲۹	درمان دارویی
۳۰	درمان شناختی - رفتاری
۳۱	خانواده درمانی
۳۲	هویت
۳۲	نوجوانی
۳۳	مفهوم هویت
۳۴	هویت در نظریه اریکسون
۳۵	نظریه مارسیا
۳۶	هویت موفق
۳۷	هویت دیررس
۳۸	هویت زودرس
۳۹	هویت سردرگم
۴۱	مسیرهای رشدی در شکل گیری هویت
۴۳	بحران هویت و پیامدهای آن
۴۵	زنان و هویت
۴۶	سبک های هویت و اختلالات خوردن
۵۰	پیشینه تحقیق و مطالعات انجام شده
	<b>فصل سوم ( روش اجرای تحقیق )</b>
۵۳	روش تحقیق
۵۳	جامعه آماری
۵۳	گروه نمونه و شیوه گزینش آن
۵۴	ابزار تحقیق
۵۹	روش اجرای تحقیق
۵۹	روش تجزیه و تحلیل داده ها
	<b>فصل چهارم ( داده های تحقیق )</b>
۶۰	مقدمه
۶۰	داده های توصیفی پژوهش
۶۵	داده های استنباطی پژوهش
	<b>فصل پنجم ( بحث و نتیجه گیری )</b>
۷۳	خلاصه و جمع بندی
۷۵	بحث و نتیجه گیری
۸۰	محدودیت های مطالعه
۸۲	پیشنهاد های پژوهشی
۸۳	پیشنهاد های کاربردی
۸۴	منابع فارسی
۸۶	منابع انگلیسی
	<b>پیوست ها</b>
۹۰	پرسشنامه گسترش یافته سنجش عینی هویت من (EOM - ELS)
۹۴	پرسشنامه بررسی اختلالات خوردن (EDE - Q6)
۹۶	پرسشنامه محقق ساخته تشخیص اختلالات خوردن بر اساس DSM - IV - TR
۹۷	چکیده انگلیسی

## فهرست جداول

- ۴۰ جدول ۱-۲: خصوصیات پایگانه‌های هویت
- ۶۰ جدول ۱-۴: توزیع فراوانی سبک های هویت
- ۶۱ جدول ۲-۴: توزیع فراوانی افراد مبتلا به اختلالات خوردن و افراد بدون اختلال در دختران نوجوان
- ۶۲ جدول ۳-۴: شاخص های میانگین و انحراف استاندارد رفتارها و نگرش های خوردن
- ۶۲ جدول ۴-۴: فراوانی افراد مبتلا به اختلالات خوردن و افراد بدون اختلال در انواع هویت عقیدتی
- ۶۳ جدول ۵-۴: فراوانی افراد مبتلا به اختلال خوردن و بدون اختلال در انواع هویت بین فردی
- جدول ۶-۴: آزمون خی دو دو طرفه بین دو گروه افراد مبتلا به اختلالات خوردن و افراد بدون اختلال در انواع هویت عقیدتی
- ۶۵
- جدول ۷-۴: آزمون خی دو دو طرفه بین دو گروه افراد مبتلا به اختلالات خوردن و افراد بدون اختلال در انواع هویت بین فردی
- ۶۶
- جدول ۸-۴: آزمون خی دو دو طرفه بین دو گروه افراد مبتلا به اختلالات خوردن و بدون اختلال در انواع هویت بین فردی
- ۶۶
- جدول ۹-۴: آزمون خی دو دو طرفه بین دو گروه افراد دارای نگرانی کم و زیاد در مورد غذا خوردن در انواع هویت عقیدتی و بین فردی
- ۶۷
- جدول ۱۰-۴: آزمون خی دو دو طرفه بین دو گروه افراد دارای نگرانی کم و زیاد در مورد وزن در انواع هویت عقیده فردی
- ۶۷
- جدول ۱۱-۴: آزمون خی دو دو طرفه بین دو گروه افراد دارای نگرانی کم و زیاد در مورد فرم بدن و انواع هویت عقیدتی و بین فردی
- ۶۸
- جدول ۱۲-۴: آزمون خی دو دو طرفه بین افراد دارای نمره بالا و پایین در آزمون EDE-Q<sub>6</sub> در انواع هویت عقیدتی و بین فردی
- ۶۸
- جدول ۱۳-۴: ماتریس ضرایب همبستگی بین سبکهای هویت عقیدتی و اختلالات خوردن
- ۶۹
- جدول ۱۴-۴: ماتریس ضرایب همبستگی بین سبکهای هویت بین فردی و اختلالات خوردن
- ۷۰
- جدول ۱۵-۴: ماتریس ضرایب همبستگی بین سبکهای هویت عقیدتی و مقیاسهای فرعی EDE-Q<sub>6</sub>
- ۷۱
- جدول ۱۶-۴: ماتریس ضرایب همبستگی بین سبکهای هویت بین فردی و مقیاسهای فرعی EDE-Q<sub>6</sub>
- ۷۱
- جدول ۱۷-۴: ماتریس ضرایب همبستگی بین اختلالات خوردن و مقیاسهای فرعی آزمون EDE-Q<sub>6</sub>
- ۷۲



## فهرست نمودارها

- نمودار ۱ - ۴: توزیع فراوانی دختران نوجوان برحسب سبک های هویت عقیدتی و بین فردی ۶۰
- نمودار ۲ - ۴: توزیع فراوانی افراد مبتلا به اختلالات خوردن و افراد بدون اختلال خوردن در دختران نوجوان ۶۱
- نمودار ۳ - ۴: توزیع فراوانی افراد مبتلا به اختلالات خوردن و افراد بدون اختلال در انواع هویت عقیدتی ۶۳
- نمودار ۴ - ۴: توزیع فراوانی افراد مبتلا به اختلالات خوردن و افراد بدون اختلال در انواع هویت بین فردی ۶۴

# فصل اول

مقدمه و بیان مسئله

## مقدمه

بی شک مرحله نوجوانی را می توان به عنوان آستانه شکل گیری شخصیت فردی از مهم ترین مراحل رشد شخصیت دنیابستر همین دوره است که فرد به آگاهی هایی دست می یابد که به شناخت وی از موقعیت اش در جهان منتج می شود. این تغییرات نوجوانان را با چالش های تحولی جدید شامل تصویر بدنی تازه، حرکت به سمت بلوغ جنسی، روانشناختی و اجتماعی مشخص می شود. این تغییرات نوجوانان را با چالش های تحولی جدید شامل تصویر بدنی تازه، حرکت به سمت بلوغ جنسی، جست و جوی هویت و کسب خودمختاری و استقلال از والدین مواجه می سازد. برخی نوجوانان در سازگاری با این دوره انتقالی با مشکلاتی مواجه می شوند (احمدی، ۲۰۰۹). در این دوران توجه نوجوانان به حفظ ظاهر و تناسب اندام بیشتر جلب می شود. اختلالات خوردن معمولاً در دوران نوجوانی و از ۱۴ تا ۲۰ سالگی آغاز می شوند. اختلال خوردن معمولاً منعکس کننده عدم موفقیت در سازگاری با چالشهای رشدی خاص در نوجوانی می باشد. متخصصان در مورد اهمیت نسبی عوامل زیستی، عوامل شخصیتی، تاثیرات خانوادگی و نقش بستر فرهنگی اجتماعی ای که در ایجاد این اختلال نقش دارند، نظرات مختلفی دارند. اما به هر حال روشن است که نوجوانی مهم ترین دوره ای است که خطر ایجاد اختلالات خوردن در آن وجود دارد. و در سالهای اخیر شیوع این اختلال در نوجوانان خصوصاً دختران به طور شگرفی افزایش داشته است (استریگل مور<sup>۱</sup>، ۲۰۰۶). از آنجا که اختلالات خوردن در سالهای قبل از دوران بزرگسالی شناخته می شوند، آنها را در شمار مسائل روانشناختی نوجوانان آورده اند، در عین حال گاه این مسائل تا بزرگسالی دوام می یابند. اختلالات خوردن ویژگی های عاطفی و رفتاری و نیز پیامدهای جسمانی دارند. بی اشتهایی عصبی و پر اشتهایی عصبی، دو اختلال اصلی خوردن محسوب می شوند (ویلسون<sup>۲</sup>، ۱۹۹۹؛ به نقل از خدایاری فرد، ۱۳۸۵).

اگر چه مسئله کاهش ارادی وزن و پیامدهای مربوط به آن به قرون وسطی باز می گردد، اما نخستین توصیف بالینی بر مبنای نشانه های اجتناب از غذا، لاغری مفرط، قطع قاعدگی و فزون کنشی را در سال ۱۶۹۴، پزشک انگلیسی، به نام مورتن<sup>۳</sup>، ارائه داد. مورتن ضمن آن که این اختلال را دارای مبنای عصب شناسی می دانست، اما تاثیر عوامل روان شناختی را نیز در پیدایش آن پذیرفته بود (کوپر<sup>۴</sup> و همکاران، ۱۹۹۴؛ به نقل از شایقیان و وفایی، ۱۳۸۸). در سال ۱۸۷۴، گول<sup>۵</sup> اصطلاح بی اشتهایی عصبی را به قلمروی پزشکی وارد کرد. این پزشک بیماری خاصی را توصیف کرد که اغلب در زنان جوان بروز می کرد و بر اساس لاغری مفرط مشخص می شد و این اختلال را آشکارا به عنوان یک اختلال روانی در نظر گرفت (کریسپ<sup>۶</sup>، ۱۹۶۷، گلوفینکل<sup>۷</sup> و همکاران، ۱۹۷۰؛ به نقل از دادستان، ۱۳۸۱). بر اساس چهارمین م جموعه تشخیصی آماری انجمن روان پزشکی آمریکا DSM - IV (۲۰۰۰) اختلالات خوردن به سه دسته مجزای بی اشتهایی عصبی<sup>۸</sup>، پراشتهایی عصبی<sup>۹</sup> و اختلال های تصریح نشده<sup>۱۰</sup> تقسیم می شوند. نوع چهارم اختلال خوردن، اختلال پر خوری<sup>۱۱</sup>، به عنوان تشخیصی که پژوهش بیشتر است در DSM.IV.IR آمده است ولی هنوز بخشی از DSM رسمی نیست.

از زمان نظریه های روان پویایی اولیه تاکنون، اختلالات خوردن، بی اشتهایی عصبی (AN) و پراشتهایی عصبی (BN)، تحت عنوان اختلالات خود<sup>۱۲</sup> توصیف شده است. همسو با این نظر، مجموعه وسیعی از مطالعات ارتباط بین ابعاد خود پنداره از جمله عزت نفس کلی<sup>۱۳</sup>، اختلالات ارزیابی اندازه بدن<sup>۱۴</sup>، نگرش نسبت به تصویر بدن<sup>۱۵</sup> را با نشانه های اختلال خوردن مورد بررسی قرار دادند. به رغم توجه

1. Striegel-Moore, R.
2. Wilson
3. Morten
4. Cooper
5. Goll
6. Crisp
7. Garfinkel
8. Anorexia Nervosa

9. Bulimia Nervosa
10. Not otherwise specified (NOS)
11. Binge eating disorder (BED)
12. disorders of the self
13. global self . esteem
14. body size estimation disturbances
15. attitudes toward body image

دراز مدتی که در سبب شناسی اختلالات خوردن صورت گرفته ، تحقیقات زیادی در مورد این دی -دگاه نظری که اختلال در رشد هویت کلی<sup>۱</sup> و کل طیف عقاید مربوط به خود یک ضعف اساسی است که به تشکیل و استمرار این اختلالات کمک می کند ، صورت نگرفته است (فارچس استین و کورت<sup>۲</sup>، ۲۰۰۷).

در بررسی هویت موارد بسیاری همچون جریان و فرایند رشد هویت ، محتوا و سبکهای آن مورد بررسی است . اریکسون (۱۹۵۰، ۱۹۶۸) اولین کسی بود که هویت را به عنوان پیشرفت مهم شخصیت نوجوان و گامی مهم به سمت تبدیل شدن به بزرگسال ثمربخش و خوشحال تشخیص داد تشکیل هویت عبارت است از اینکه مشخص کنید چه کسی هستی برای چه چیزی ارزش قائلید، و تصمیم گرفته اید چه میری را در زندگی دنبال کنید برک، ۲۰۰۷؛ ترجمه سید محمدی، ۱۳۸۹) .

مارسیا<sup>۳</sup> (۱۹۸۰) نگرش اریکسون را درباره شکل گیری هویت با استفاده از متغیرهای زیر بنایی کاوش<sup>۴</sup> (ژرف نگری آگاهانه درباره هدفهای جایگزین نقش ها و ارزش ها و تعهد<sup>۵</sup> (توافق در سرمایه گذاری فرد در کار یا عقیده هملیاتی کرد با در نظر گرفتن وجود یا عدم وجود هریک از این دو بعد) کاوش و تعهد)، مارسیا چهار وضعیت هویت را مشخص می کند در وضعیت سر در گمی هویت نوجوان سرگردان است و مشخصه آن حالت بی تفاوتی است که نوجوان فاقد کُلش و احساس تعهد است در برای تعیین هویت خود را تسلیم نظر والدین کرده است . در وضعیت تعلیق هویت<sup>۶</sup> یا هویت دیررس فرد برای دستیابی به هویت تلاش می کند اما هنوز به احساس تعهد نرسیده است . و سرانجام در وضعیت کسب هویت<sup>۷</sup> شخص کم کم اندیشه هایش را یکپارچه می کند و بعد از یک دوره کاوش ، نسبت به ارزشها و اهداف معینی احساس تعهد می کند (مارسیا، ۱۹۸۰).

پژوهشهای زیادی تایید می کنند که کسب و تعلیق (بررسی) هویت از لحاظ روان شناختی مسیرهای سالمی به سمت هویت پخته هستند مقابل هویت پیش رس و سردرگمی هویت ، ناسازگارانه هستند افرادی که به مدت طولانی دستخوش سردرگمی هستند ، از لحاظ رشد هویت کمترین پختگی را دارند آنها معمولاً از پرداختن به تصمیم گیری ها و مشکلات شخصی دوری می کنند و به جای آن ، به فشارهای موقعیتی جاری اجازه می دهند که واکنش های آنها را تعیین کنند (برک، ۲۰۰۰؛ ترجمه سید محمدی ، ۱۳۸۹) . به نظر می رسد این مشکلات هویتی دزجوانان می تواند زمینه ساز بروز اختلالات خوردن نیز آنها باشد

- 
1. disturbances in overall identity development
  2. Farchaus Stain ,K & Corte, C.
  3. Marcia, J.E.
  4. Exploration
  5. Commitment
  6. Identity diffusion
  7. Identity foreclosure
  8. Identity moratorium
  9. Identity achievement

## بیان مسئله

اختلالات خوردن شامل آشفتگی‌های شدید در رفتار غذا خوردن استوآهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، ۲۰۰۰). اختلال خوردن یکی از عوامل نگران کننده سلامت است که از دهه ۱۹۷۰ میزان شیوع آن رو به افزایش است (هوک و ون هوکن<sup>۱</sup>، ۲۰۰۳؛ استریگل-مور، ۲۰۰۶). اختلالات خوردن رایجی که درازند و دختران نوجوان دیده می‌شود بی‌اشتهایی عصبی، پراشتهایی عصبی و اختلال پرخوری افراطی است.

به طور کلی، بی‌اشتهایی عصبی بلمتنع فرد از حفظ حداقل وزن طبیعی اطلاق می‌شود پراشتهایی عصبی به اختلالی اشاره دارد که در آن افراد به طور تکراری دوره‌های پرخوری و پاکسازی نللو و از رفتارهای جبرانی ناسالم مثل استفراغ عمدی، سوء استفاده از ملین‌ها، روزه داری و ورزش بیش از حد به عنوان ابزاری جهت کلتروزن استفاده می‌کنند و اختلال پرخوری افراطی شبیه پراشتهایی عصبی است با این تفاوت که در پرخوری افراطی رفتار پاکسازی وجود ندارد (هولن هوکسما<sup>۲</sup>، ۲۰۰۸).

این اختلال‌ها می‌توانند در هر سنی روی دهند اما معمولاً در نوجوانی شروع می‌شوند (باچر و هم کاران<sup>۳</sup>، ۲۰۰۷؛ ترجمه سید محمدی، ۱۳۸۸). زیرا تغییرات جسمانی و چالش‌های روانی اجتماعی در این سنین همگرمی شوند. برای مثال، افزایش چربی بدن که به خصوص در دختران چشمگرمی و در عین حال نامطلوب جلوه می‌کند، در بیشتر اوقات با نگرانی شدید در مورد افزایش وزن و یافتن راه چاره همراه می‌شود (خدایاری فرد<sup>۴</sup>، ۱۳۸۵).

حدود یک درصد افراد ممکن است در طول زندگی شان به بی‌اشتهایی عصبی مبتلا شوند از این تعداد ۹۰ تا ۹۵ درصد مبتلایان را زنان تشکیل می‌دهند (هوک و ون هوکن<sup>۵</sup>، ۲۰۰۳؛ استریگل مور و همکاران<sup>۶</sup>، ۲۰۰۳). بی‌اشتهایی عصبی معمولاً بین سنین ۱۵ تا ۱۹ سالگی آغاز می‌شود دوره اختلال از فردی به فرد دیگر متفاوت است اما مطالعات بلند مدتی که در اروپا انجام شد حاکی از این است که با وجودی که نیمی از زنان مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی به طور کامل ۱ سال بعد از درمان بهبود می‌یابند، اما آثار اختلال از جمله مسائل بوط به خوردن یا سایر مشکلات آسیب شناختی، خصوصاً آفرونگی، برای نیمی از مبتلایان همچنان ادامه دارد (هرپرتز - دالمان<sup>۷</sup>، مولر<sup>۸</sup> و همکاران<sup>۹</sup>، ۲۰۰۱؛ لو<sup>۱۰</sup> و همکاران<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۱؛ ونتز<sup>۱۲</sup> و همکاران<sup>۱۳</sup>، ۲۰۰۱؛ به نقل از هولن هوکسما<sup>۱۴</sup>، ۲۰۰۸).

بی‌اشتهایی عصبی از نظر فیزیولوژیکی اختلال بسیار خطرناکی است (هولن هوکسما<sup>۱۵</sup>، ۲۰۰۸). بی‌اشتهایی عصبی بر خلاف بسیاری از مسائل روان شناختی می‌تواند به بیماری وخیم جسمانی و حتی مرگ منجر شود (لستین-هازن<sup>۱۶</sup>، ۱۹۹۴؛ به نقل از خدایاری فرد<sup>۱۷</sup>، ۱۳۸۵). نرخ مرگ و میر میان افراد مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی ۸ درصد است (پولیوی و هرمان<sup>۱۸</sup>، ۲۰۰۱؛ نولن هوکسما<sup>۱۹</sup>، ۲۰۰۸).

میزان شیوع پراشتهایی عصبی در بین جمعیت عمومی تا ۳ درصد برآورد شده است (ویلسون<sup>۲۰</sup>، ۲۰۰۵، استریگل مور و فرانکو<sup>۲۱</sup>، ۲۰۰۳) و این اختلال نیز در بین زنان بیشتر از مردان رایج است (شویوع پراشتهای عصبی اغلب بین ۱۵ تا ۲۹ سالگی اتفاق می‌افتد (نولن هوکسما<sup>۲۲</sup>، ۲۰۰۸). استامی<sup>۲۳</sup> و همکارانش (۱۹۹۸) دریافتند که خطرناک ترین سن برای ابتلا به رفتار پرخوری در دختران، حدود ۱۵ سالگی است، در حالی که تخلیه کردن، تقریباً سال بعد، در حدود ۱۵ سالگی به احتمال خیلی زیاد روی می‌دهد (هالجن<sup>۲۴</sup>، ۲۰۰۷؛ سید محمدی<sup>۲۵</sup>، ۱۳۸۷).

---

1. Hoek & Van Hoeken  
2. Nolen – Hoeksema, S.  
3. Herpertz – Dahlmann  
4. Muller  
5. Lowe  
6. Wentz

7. Stein – Hausen  
8. Polivy & Herman  
9. Wilson  
10. Franko  
11. Stice, E.

در مورد اختلال پرخوری افراطی اطلاعات بسیار کمی وجود دارد زیرا این تشخیص به تازگی مطرح شده است. این حال، ممکن است نسبتاً شایع باشد برآوردهای مبنی بر جامعه میزان شیوع تا ۳ درصد را در کل جمعیت و میزان شیوع بسیار بالاتر (در حدود ۸ درصد) را در افراد چاق نشان می‌دهند (گریلو، ۲۰۰۲؛ باچر، ۲۰۰۷؛ سید محمدی، ۱۳۸۸).

شیوع نشانه‌های اختلالات خوردن بدون ملاک تشخیص کامل در بی‌اشتهایی عصبی، در ۵ درصد دختران جوان و در مورد پراشتهای عصبی شیوع دوره‌های منفرد پرخوری پاکسازی تا ۴۰ درصد در دختران جوان گزارش شده است. در هر صورت شیوع نشانگان کامل بی‌اشتهایی عصبی و پراشتهای عصبی نسبت به شیوع علائم منفرد اختلالات خوردن و نشانگان فلکاشامل نگرشها و رفتارهای غیر عادی خوردن کم است (کاپلان و ساروک، ۱۹۹۸). کاتر و همکارانش<sup>۱</sup> (۲۰۰۰) نیز گزارش دادند که بسیاری از نوجوانان از وزن خود ناراضی هستند. گزارش شده است که بیش از ۷۰ درصد دختران نوجوان با وزن طبیعی به نوعی از رفتارهای ناسالم خوردن دینگیزیرا آنها معتقدند که چاق هستند (نولن - هوکسما، ۲۰۰۸). با وجودی که میزان شیوع اختلالات خوردن کم است، اما میزان بروز این اختلالات در ۴۰-۳۰ سال اخیر افزایش قابل ملاحظه‌ای یافته است (AED<sup>۲</sup>، ۲۰۱۰). در مطالعه همه‌گیرشناسی اختلالات خوردن که در ایران توسط دژکام و همکاران (۱۳۷۹) در دختران دانش‌آموز انجام شده است شیوع بی‌اشتهایی عصبی ۰/۹ درصد و پراشتهای عصبی ۳/۲۳ درصد و نشانگان خفیف اختلال خوردن ۶/۶۳ درصد ارزیابی شده و نشان می‌دهد علاقه به لاغری و استفاده از رفتارهای نامناسب خوردن دختران دانش‌آموز تهرانی شایع و میزان شیوع آن قابل مقایسه با جوامع غربی است. بنابراین بررسی بیشتر این اختلالات و عوامل مرتبط با آن خصوصاً در دوران نوجوانی که مهم‌ترین دوره‌ای است که خطر بروز اختلالات خوردن در آن وجود دارد، ضروری است.

تحقیقات زیادی به بررسی عوامل خطر ساز و سببشناسی اختلالات خوردن پرداخته‌اند نظریات گوناگونی در مورد سبب شناسی اختلالات خوردن وجود دارد از جمله عوامل کلیدی می‌توان به مسائل فرهنگی و اجتماعی مربوط به زنان در جامعه (چیتی<sup>۳</sup>، ۱۹۹۶، مک‌گلدریک، اندرسون و والش<sup>۴</sup>، ۱۹۸۹)، روابط بین فردی ناکارآمد با اعضای خانواده (برچین و کوآلو<sup>۵</sup>، ۱۹۹۵، براچ<sup>۶</sup>، ۱۹۸۹، کوچ و واندریکن<sup>۷</sup>، ۱۹۸۹)، تجارب آسیب‌زا از جمله سوء استفاده جنسی (روت، فالون و فردریک<sup>۸</sup>، ۱۹۸۶، ولی<sup>۹</sup>، ۱۹۹۴)، دشواری در شکل‌گیری هویت (براج و یاگر<sup>۱۰</sup>، ۱۹۸۹) و زمینه زیستی و ژنتیکی (هسو<sup>۱۱</sup>، ۱۹۹۰) اشاره کرد (گواتس، ۱۹۹۸).

اختلال و آشفتگی در رشد خود و شکل‌گیری هویت منسجم به عنوان عامل مهمی که در ایجاد و استمرار اختلال خوردن نقش دارد، شناسایی شده است. بنابراین می‌تواند کانون توجه مهمی برای مداخله به منظور ارتقای تغییرات رفتاری و نگرش باشد (فارچیس استین و نیکوئیست<sup>۱۲</sup>، ۲۰۰۱).

هیلد براچ در نظریه اولیه خود بیان می‌کند که بی‌اشتهایی عصبی با شکست در رشد و توسعه مجموعه متمایزی از هویت و تعریف خود ایجاد می‌شود. اعتقاد بر این است والدینی که به شدت کنترل‌گر و کمال‌گرا هستند فرصتهای کودک را برای عمل کردن به صورت خودگردان محدود می‌کنند و مانع تکامل خود کاملاً رشد یافته و روشن می‌شوند. براچ اظهار می‌کند که توجه نوجوان به وزن بدن به عنوان منبعی سودمند برای تعریف خود و وسیله‌ای جبرانی به دلیل فقدان هویت روشن و مشخص و احساس ضعف و بی‌کفایتی می‌باشد (هلشان منبع).

1. Kater , Rohwer, & Levine

2. Academy for Eating Disorders

3. Chitty

4. McGoldrick , Anderson & Walsh

5. Berchin & Quallo

6. Bruch, H.

7. Kog & Vandereycken

8. Root , Fallon & Fredrich

9. Wooley

10. Yager

11. Hsu

12. Nyquist

از این دیدگاه، تمرکز نوجوان بر روی وزن بدن و تمایل اغراق آمیز و بیش از حد به لاغر شدن، یک روش ناسازگارانه برای کنار آمدن مقابله با کاستی های هویت می باشد و کوششی است در جهت احساس تعریف خود، شایستگی و کنترل. کاستی های هویت موجب استمرار بی اشتهاهی عصبی و پراشتههی عصبی می شود

به رغم توافق کلی بین روان شناسان در ادبیات نظری اختلالات خوردن ماهیت خاص درک از خود و مشکلات هویتی که این اختلالات را مشخص می کنند به طور منظم مورد بررسی قرار نگرفته اند به علاوه با وجودی که مطالعه و تحقیق در مورد اختلالات خوردن در ایران رو به افزایش است، اما هنوز مطالعاتی که این اختلالات را در رابطه با مشکلات هویتی بررسی کنند، مشاهده نشده است. به همین منظور پژوهش حاضر در پی پاسخگویی به این سؤال است که آیا مشکلات هویتی در دختران نوجوان مبتلای آنها به اختلال خوردن رابطه دارد؟

## اهمیت و ضرورت تحقیق

اختلالات خوردن در سه دهه آخر قرن بیستم بخش عظیمی از اختلالاوقان تنی و روان پزشکی را تشکیل داده است به دلیل این صعود ناگهانی، پیامدهای وخیم و جدی بی اشتهاهی عصبی و پراشتههی عصبی، ظهوراشکال جدیدتر این اختلال مثل اختلال پرخوری افراطی و افزایش نرخ بی اشتهاهی عصبی در ۵۰ سال گذشته به خصوص در دختران ۱ تا ۲۴ ساله، تمایل به بررسی این اختلال افزایش یافته است (فینس تری<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۹).

بروز اختلالات خوردن و رفتارهای ناسالم خوردن مانند رژیم های بسیار محدود کننده، پرخوری و به کار بردن رفتارهای مضر برای کنترل وزن (مثل استفراغ کردن) در دختران نوجوان نگرانی های عمده ای را در مورد سلامتی آنها ایجاد کرده است. اختلالات خوردن معمولاً در دوران نوجوانی و از ۱۴ تا ۲۰ سالگی آغاز می شوند. اختلال خوردن معمولاً منعکس کننده عدم موفقیت در سازگاری با چالشهای رشدی خاص در نوجوانی می باشد. متخصصان در مورد اهمیت نسبی عوامل زیستی، عوامل شخصیتی، تاثیرات خانوادگی و نقش بستر فرهنگی اجتماعی ای که در ایجاد این اختلال نقش دارند، نظرات مختلفی دارند. اما به هر حال روشن است که نوجوانی مهم ترین دوره ای است که خطر ایجاد اختلالات خوردن در آن وجود دارد. و در سالهای اخیر شیوع این اختلال در نوجوانان خصوصاً دختران به طور شگرفی افزایش داشته است. شواهد نشان می دهند که ابتلای نوجوانان به اختلالات خوردن زمینه ساز بروز مشکلات روانی و جسمی عمده ای در آنان می باشد. بنابراین ما نیازمند تلاشهایی هستیم که روشهایی را برای کاهش بروز و شیوع این اختلالات آسب زا بیابیم (استریگل\_ مور، ۲۰۰۶).

اختلالات خوردن تنها بر جسم تاثیر نمی گذارد بلکه بر ذهن و روان نیز تاثیر گذار است اختلالات خوردن سبب عوارض جسمی شدیدی می شود و بر شیوه ای که فرد خود و جهان را ادراک می نکند تاثیر می گذارد. این تفکر معیوب تنها در حین اختلال اتفاق نمی افتد بلکه بعد از بهبودی نیز وجود دارد این اختلال ناتوان کننده در بسیاری از کشورهای صنعتی در بین دختران جوانی در که جستجوی هویت خود هستند، شایع شده است شواهد نشان می دهد که اختلال خوردن نوجوانان عاملی خطر ساز برای رفتارها و نگرشهای ورن ناسالم و حتی اختلالات خوردن مزمن در بزرگسالی می باشد (گویج<sup>۲</sup>، ۲۰۰۶).

هر کدام از اختلالات خوردن به تبع ویژگی های همراهشان عوارض عملی به خصوص از نظر سوء تغذیه و تهدید به سلامت عمومی برای مبتلایان ایجاد می کنند که با توجه به سن شیوع این اختلال (نوجوانی) و هم زمانی آن با شروع فعالیتهای اجتماعی و بازدهی فرد، اهمیت موضوع دو چندان می شود (ضرغامی و چیمه، ۱۳۸۲).

1. Tury, F.

2. Gouig, S.

به طور کلی نوجوانان به ویژه دختران نوجوان ، در سنین بلوغ به دلیل مسائل متعدد از جمله تغییرات جسمانی و چالشهای روانی نوجوانان فره اجتماعی و ... در اغلب موارد توجه خاصی به وزن و شکل بدن خود دلیقمعقیده برک(۲۰۰۷) دخترانی که زود به بلوغ می رسند، و از تصویر بدن خود ناراضی هستند در خانواده هایی بزرگ می شوند که نگرانی در مورد وزن و لاغری زیاد است ، در معرض خطر مشکلات خوردن بچ قرار دارند. رژیم گرفتن شدیدپیش بین قدرتمندی برای شروع اختلال خوردن در نوجوانی (شیرجمه سید محمدی ۱۳۸۹).

در طول نیم قرن گذشته موارد بی اشتهاپی عصبی و پراشتهپی عصبی افزایش یافته و تحسین فرهنگی لاغری خانمها به آن دامن زده است. در فرهنگ امروز داشتن رژیم غذاییه یک هنجار تبدیل شده است حدس زده می شود حدود ۶۰ تا ۸۰ درصد زنان آمریکایی تحت یک رژیم غذایی باشند مطالعات نشان می ده که اگر رژیم غذایی از کنترل خارج گردد، عامل زمینه سختلالات خوردن می شود تخمین زده می شود تا زمانی که دختری به ۱۷ سالگی می رسد ، در معرض ۲۵۰۰۰۰ پیام بازرگانی رسانه ای قرار می گیربا فرض بر اینکه اکثر این پیامها زیبا بودن و موفق بودن را معادل بسیار لاغر اندلهدن می کنند، به آسانی می توافهمید که چگونه « تصویر بدن» می تواند در آنها تحریف شود . که این خود زمینه ساز بروز بلرها و رفتارهای اختلال خوردن است تحقیقات دیگر نشان داده است ۵۰ درصد از آگهی ها برای فروش محصولات خود از زیبایی یا قول به زیبایی ایده آل استفاده می کنند. امروزه مانکن ها وزنشان ۲۳ درصد کمتر از وزن متوسط زنان است . این درحالی است که بیست سال قبل، وزن مانکن ها فقط ۸ درصد کمتر از وزن متوسط زنان بود . بنابراین ، ایده آلی که برای زنان ودختران جوان تبلیغ می شود کاملاً غیر واقعی ومغایر با تندرستی است.

با توجه به روند جهانی شدن و گسترش فناوری اطلاعات، مرزهای جغرافیایی کم رنگ تر شده و ملل غیر غربی و به خصوص جوانان در معرض فرهنگ غربی قرار می گیرند. شکی نیست که الگوهای رسانه ای از زیبایی، جنسیت و سلامت در نارضایتی از بدن و تغذیه نا سالم و مهار وزن و رفتارهای بیمارگون خوردن در زنان و مردان آسیب پذیر ایرانی نقش دارد.

مطالعات آینده نگو عواملی را که خطر شروع و ابتلای به اختلالات خوردن را افزایش می دهد، شناسایی کرده اند؛ و از جمله می توان به احساس فشار برای لاغری، درونی ساختن آرمان لاغری، ناخشنودی از بدن، محدودیت رژیم و عاطفه منفی اشاره کرد ( استامیس، ان اجی و شاو<sup>۱</sup> ، ۲۰۱۰). گسترش فرهنگ ها به خصوص فرهنگ غرب وپدید جهانی شدن نیز برافزایش مشکلات مربوط به نگرش ها و رفتار های خوردن ناسالم و اختلالات خوردن تاثیر گذاراست؛ به گونه ای که اختلالات خوردن را پدیده ای متأثر از فرهنگ ها دانسته اند (استریگل مور، ۲۰۰۶). بنا براین بررسی این اختلال در ایران مهم است.

در مطالعه همه گیرشناسی اختلالات خوردن که در ایران توسط دژکام و همکار(۱۳۷۹) در دختران دانش آموز انجام شده است، شیوع بی اشتهاپی عصبی ۰/۹ درصد و پراشتههایی عصبی ۳/۲۳ درصد و نشانگان خفیف اختلال خوردن ۶/۶۳ درصد ارزیابی شد . در مطالعه ای صفوی ، محمودی و روشندل(۱۳۸۷) به بررسی تصویر ذهنی از جسم و ارتباط آن با اختلالات خوردن در دانشجویان دختر دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز پرداختند نتایج مطالعه نشان داد که اکثریت دانشجویان(۸۷ درصد) تصویر ذهنی منفی از بدن داشتندبر اساس نمره پرسشنامه EAT، ۷۸/۴ درصد دانشجویان فاقد اختلال خوردن ۲۱/۵ درصد دارای اختلال خوردن بر اساس ملاکهای تشخیصی اختلالات خوردن ۱/۸ درصد بی اشتهاپی عصبی ۷/۸ درصد پراشتههایی عصبی داشتند و نشان می دهد علاقه به لاغری و استفاده از رفتارهای نامناسب خوردن در دختران تهرانی شایع و میزان شیوع آن قابل مقایسه با جوامع غربی استبراین بررسی بیشتر این اختلالات و عوامل مرتبط با آن خصوصاً در دوران نوجوانی که مهم ترین دوره ای است که خطر بروز اختلالات خوردن در آن وجود دارد، ضروری است

1. Stice, E. , Ng, J. , Shaw, H.



مهم است به خاطر داشته باشیم اختلالات خوردن به آسانی غیر قابل کنترل می شوند و تبدیل به عاداتی می شوند که تر کشان بسیار مشکل است. اختلالات خوردن مشکلات بالینی جدی و مهمی هستند که به درمان حرفه ای توسط پزشک، درمانگر و متخصص نیازمند است (هود سون<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۰). به علاوه رفتارهای غیر طبیعی خوردن با افزایش خطر بروز دی‌گر رفتارهای تهدید کننده سلامتی مثل مصرف دخانیات، الکل، مواد مخدر و افسردگی و خودکشی همراه است (سادوک، ۲۰۰۷؛ ترجمه رضاعی، ۱۳۸۷).

نوجوانان و بزرگسالان جوان نمی دانند یا باور ندارند که اختلالات خوردن می تواند اثر دراز مدتی بر بدن آنها داشته باشد. واقعیت این است که افراد مبتلا به اختلالات خوردن، حتی زمانی که مکرراً به خاطر همین اختلالات نزد پزشک برده می شوند، معنا و اهمیت مشکلات جسمی را دست کم می گیرند. سخت ترین بخش در مورد تعلیم نوجوانان که از خطرات با لقوه اختلالات خوردن آگاه شوند این است که تاثیر اکثر این خطرات در طولانی مدت دیده می شود، که اینها تاثیراتی نیستند که دختران فوراً مشاهده کنند، بنابراین برایشان آسان است که باور کنند صدمه ای نمی بینند. این در حالی است که خطر واقعی مرگ همراه با این اختلالات وجود دارد.

مجموعه مطالب فوق، اهمیت بررسی این اختلالات، شیوع آن، عوامل مرتبط با آن و راههای پیشگیری از آن را نشان می دهد. که در این پژوهش سعی شده عوامل مرتبط با آن بررسی شود. به رغم توجه دراز مدتی که در علت یابی اختلالات خوردن صورت گرفته، تحقیقات زیادی در مورد این فرضیه که مشکلات هویتی و عدم دستیابی به هویتی مسنجم می تواند زمینه ساز بروز اختلالات خوردن در نوجوانان شود، صورت نگرفته است. حجم مطالعات در مورد اختلالات خوردن در ایران، اندک است و به رغم اینکه مطالعاتی در مورد شیوع این اختلال و برخی عوامل مرتبط با آن صورت گرفته اما مطالعاتی که رابطه ی این اختلالات را با مشکلات هویتی بررسی کرده، مشاهده نشده است. بنابراین پژوهش برای بررسی رابطه مشکلات هویتی و اختلالات خوردن در دختران نوجوان دبیرستانی حائز اهمیت است. زیرا بررسی عوامل خطر ساز و مرتبط با اختلالات خوردن می تواند به طراحی برنامه های مداخلاتی موثر و شناسایی افراد با خطر احتمال ابتلای بالا کمک کند. به علاوه پژوهش در این زمینه می تواند به برنامه های پیشگیری موثرتر نیز منجر شود. در صورتی که کاستی های هویت یا خود ضعیف عامل مهمی در ایجاد نشانه های اختلال خوردن باشد، ایجاد هویتی منسجم و خودهای جدید مثبت می تواند عامل مهمی در بهبودی و حتی پیشگیری این اختلال در نوجوانان باشد.

## اهداف تحقیق

هدف از پژوهش حاضر عبارت است از:

– بررسی رابطه مشکلات هویتی با اختلالات خوردن در دختران نوجوان دبیرستانهای شهر تهرن

## سئوالات تحقیق

- آیا افراد مبتلا به اختلالات خوردن با افراد بدون اختلال خوردن در انواع سبک های هویت تفاوت دارند؟
- آیا سبک هویت سردرگم دختران نوجوان با اختلالات خوردن آنان رابطه مثبت دارد؟
- آیا سبک هویت زودرس دختران نوجوان با اختلالات خوردن آنان رابطه مثبت دارد؟
- آیا سبک هویت دیررس دختران نوجوان با اختلالات خوردن آنان رابطه منفی دارد؟
- آیا سبک هویت موفق دختران نوجوان با اختلالات خوردن آنان رابطه منفی دارد؟

## فرضه های تحقیق

- افراد مبتلا به اختلالات خوردن با افراد بدون اختلال خوردن در انواع سبک های هویت تفاوت دارند.
- سبک هویت سردرگم دختران نوجوان با اختلالات خوردن آنان رابطه مثبت دارد.
- سبک هویت زودرس دختران نوجوان با اختلالات خوردن آنان رابطه مثبت دارد.
- سبک هویت دیررس دختران نوجوان با اختلالات خوردن آنان رابطه منفی دارد.
- سبک هویت موفق دختران نوجوان با اختلالات خوردن آنان رابطه منفی دارد.

## تعریف مفاهیم تحقیق

### ۱- اختلال خوردن :

#### الف ( تعریف نظری

\_ **اختلالات خوردن** : طبق DSM-IV-TR اختلالات خوردن با اختلال شدید در رفتار خوردن مشخص می شوند . DSM-IV-TR سه اختلال خوردن متفلوت را مشخص می کند: بی اشتهایی ، پراشتهایی عصبی و اختلال خوردن که به گونه ای دیگر مشخص نشده است . نوع چهارم اختلالات خوردن ، اختلال پرخوری ، در پیوست فهرست شده و هنوز بخشی از DSM رسمی نیست.

\_ **بی اشتهایی عصبی**: اختلالی است که در آن افراد از حفظ حداقل وزن طبیعی متناسب با سن و قدشان خودداری می کنند . آنها تصویر بدنی تحریف شده و ترس شدید از چاقی دارند. در زنان مبتلا به بی اشتهایی عصبی دوره های قاعدگی قطع می شود (نولن - هوکسما ، ۲۰۰۸).

#### ملاک های تشخیص DSM-IV-TR برای بی اشتهایی عصبی:

DSM-IV-TR تصریح می کند که کاهش وزن شدید عمدی و افکار تحریف شده درباره شکل بدن هر دو از خصوصیات اصلی

بی اشتهایی عصبی هستند.

A - امتناع از حفظ وزن بالاتر از حداقل وزن طبیعی متناسب با سن و قد (برای مثال ، کاهش وزن منجر به از دست دادن وزن حداقل ۱۵ درصد پایین تر از کمترین وزن طبیعی بدن می شود، یا ناتوانی در کسب وزن مورد انتظار در طول دوره رشد، که منجر می شود وزن حداقل ۱۵ درصد پایین تر از کمترین وزن طبیعی بدن باشد.

B - ترس شدید از بالا رفتن وزن یا چاق شدن ، به رغم این که وزن پایین تر از حد معمول است.

C - اختلال در ادراک شخص از وزن یا شکل بدن خود، تاثیر بی مورد وزن و شکل بدن در ارزیابی شخص از خود ، یا انکار جدی بودن وزن پایین فعلی.

D - در زمانی که به سن قاعدگی رسیده اند ، فقدان قاعدگی (یعنی فقدان حداقل سه دوره پیاپی قاعدگی).

دو نوع بی اشتهایی عصبی وجود دارد: نوع محدود کننده<sup>۱</sup> و نوع پرخوری/پاکسازی<sup>۲</sup>. در نوع محدود کننده کاهش وزن با محدود کردن شدید مصرف غذا به دست می آید. و در دوره جاری بی اشتهایی عصبی شخص به طور منظم دست به پرخور ی دوره ای و یا پاکسازی زنده است. در نوع پرخوری / پاکسازی شخص به طور مرتب دست به پرخوری و پاکسازی (استفراغ عمدی ، سوء استفاده از ملین ها، مدرها یا تنقیه) می زند.

\_ **پراشتهایی عصبی**: با پرخوری غیر قابل کنترل، که به دنبال آن اقداماتی برای جلوگیری از افزایش وزن مانند پاکسازی ، روزه

داری و ورزش بیش از حد صورت می گیرد، مشخص می شود (نولن- هوکسما ، ۲۰۰۸).

#### ملاکهای تشخیص DSM- IV - TR برای پراشتهایی عصبی:

افراد مبتلا به پراشتهایی عصبی به طور منظم به پرخوری می پردازند و سپس برای اجتناب از افزایش وزن به خاطر پرخوری اقدام می کنند

A - دوره های تکراری پرخوری ، که با دو خصوصیت زیر مشخص می شود:

( ۱ ) خوردن مقادیری از غذا در زمانی محدود (مثلاً در دو ساعت )، که قطعاً بیشتر از آن است که اکثر مردم در دوره زمانی مشابه و در شرایط مشابه مصرف می کنند.

( ۲ ) احساس فقدان کنترل بر خوردن در ضمن دوره پرخوری .

B - رفتارهای جبرانی نامناسب تکراری برای پیشگیری از بالا رفتن وزن: مثل استفراغ عمدی، سوء استفاده از ملین ها، مدرها، تنقیه یا سایر داروها، روزه داری یا ورزش بیش از حد.

C - پرخوری دوره ای و رفتارهای جبرانی نامناسب ، هردو ، به طور متوسط هفته ای دو بار به مدت سه ماه روی می دهد.

D - ارزیابی شخص از خود بیش از حد تحت تاثیر شکل و وزن بدن است.

دو نوع پراشتهایی عصبی وجود دارد : نوع پاکسازی<sup>۱</sup> و نوع بدون پاکسازی<sup>۲</sup> . در نوع پاکسازی در دوره های جاری پرخوری عصبی ، شخص به طور منظم اقدام به استفراغ عمدی یا سوء مصرف ملین ها ، مدرها یا تنقیه می کند . در نوع بدون پاکسازی ، در دوره جاری پراشتهایی عصبی ، شخص به طور منظم اقدام به رفتارهای جبرانی نامناسب نظیر روزه گرفتن و ورزش بیش از اندازه می کند ، اما دست به استفراغ عمدی یا سوء مصرف ملین ها نزده است.

**\_ اختلال غذا خوردن که به گونه ای دیگر مشخص نشده است (اختلال های تصریح نشده):**

این طبقه شامل گروهی از اختلالات غذا خوردن است که ملاکهای هیچ یک از اختلالات ویژه غذا خوردن را در بر نمی گیرد . نمونه های آن عبارتند از ( DSM- IV ) :

( ۱ ) در زن ها ، وجود تمام ملاکهای بی اشتهایی عصبی به استثناء قطع قاعدگی.

( ۲ ) تمام ملاک های بی اشتهایی عصبی وجود دارد ، به استثناء اینکه به رغم کاهش قابل ملاحظه وزن ، وزن فعلی شخص در حدود نرمال است .

( ۳ ) تمام ملاک های پراشتهایی عصبی وجود دارد ، به استثناء اینکه پرخوری دوره ای و رفتارهای جبرانی متناسب به دفعات کمتر از دو بار در هفته و طول مدت کمتر از سه ماه روی می دهد .

( ۴ ) رفتارهای جبرانی نامناسب منظم به وسیله شخص با وزن طبیعی و پس از خوردن مقادیر اندکی از غذا (مثلاً استفراغ عمدی پس از خوردن دو تکه شیرینی).

( ۵ ) جویدن و تف کردن مکرر مقدار زیادی غذا بدون بلعیدن.

**- اختلال پر خوری:** که تشخیص موقت DSM- IV -TR است و با پرخوری بدون اقداماتی برای جلوگیری از بالا رفتن وزن

مشخص می شود . بسیاری از افراد مبتلا به اختلال پرخوری چاق هستند (نولن - هوکسم | ، ۲۰۰۸).

**ملاکهای DSM- IV -TR برای اختلال پرخوری:**

A - خوردن مقادیری از غذا در مدت زمان محدود ، که خیلی بیشتر از مقداری است که اغلب افراد تحت شرایط مشابه می خورند .

---

1. Purging type

2. Nonpurging type