



درمان شناختی رفتاری برای اختلال مصرف غذای اجتنابی/محدودکننده

در کودکان، نوجوانان و بزرگسالان



فهرست

فصل ۱

مفهوم ARFID چیست؟ ۱۱

فصل ۲

مروری بر درمان‌های موجود اختلالات خوردن، تغذیه و اختلالات اضطرابی ۱۹

فصل ۳

ارزیابی ARFID ۲۷

فصل ۴

مدل شناختی رفتاری ARFID ۳۵

فصل ۵

مروری بر CBT-AR ۴۳

فصل ۶

آموزش روان‌شناختی و تغییرات اولیه ۵۰

فصل ۷

مرحله ۲: برنامه‌ریزی درمانی ۷۱

فصل ۸

مرحله ۳: سازوکارهای نگه‌دارنده به ترتیب اولویت ۸۷

فصل ۹

مرحله ۴: پیشگیری از عود ۱۱۹

فصل ۱۰

مثال‌های موردی CBT-AR ۱۳۳

فصل ۱۱

نتیجه‌گیری و مسیرهای آینده ۱۵۷

ضمیمه ۱: درجه‌بندی کارآمدی CBT-AR ۱۵۹

ضمیمه ۲: پابندی CBT-AR: درجه‌گذاری جلسه به جلسه ۱۶۱

منابع ۱۸۳

واژه‌نامه انگلیسی به فارسی ۱۸۹

واژه‌نامه فارسی به انگلیسی ۱۹۱

مفهوم ARFID چیست؟

فرهنگی باشد (ملاک *DSM-5*) و با نگرانی‌های مربوط به وزن و اندام قابل توجه نیست (ملاک *DSM-5*). اگر اختلال مصرف غذای اجتنابی / محدودکننده با سایر اختلالات روان‌پزشکی و بیماری‌های جسمی همراه باشد، اختلال در خوردن باید به‌اندازه کافی شدید باشد تا نیاز به توجه بالینی مستقل را برای اختلال همایند فراهم آورد (ملاک *DSM-5*).

به‌عنوان یک گروه تشخیصی، ARFID بسیار ناهمگون است. آن می‌تواند شامل دانش‌آموز قدکوتاه با اشتهای کم که در دوران نوزادی رفلاکس معده‌اش بر خوردن اولیه وی تأثیر گذاشته باشد و نیز به کسی اطلاق شود که اکنون به خاطر سازگاری هاضمه‌اش با غذاهای نرم، رژیم غذایی خود را محدود نموده است؛ بنابراین، وعده‌های غذایی همراه با تنش بوده و والدینش بین اجبار به وی و بی‌خیال شدن مردد هستند؛ چون او نمی‌تواند از غذاهایی که بقیه اعضا خانواده می‌خورند، بخورد. ARFID همچنین شامل دانش‌آموز دبیرستانی لاغر با اختلال سلیاک^۴ است، بیماری‌ای که پس از یک دوره حساسیت به گلوتن، باعث می‌گردد رژیم غذایی محدود نوجوان، محدودتر شده و منجر به کاهش وزن چشمگیر و کمبود ویتامین شود. این طبقه تشخیصی همچنین ممکن است شامل نوجوانی با اضافه وزن همراه با فقر آهن باشد؛ به علت اینکه از مصرف غذاهای به‌اصطلاح کودکانه خجالت می‌کشد، از مصرف همه میوه‌ها، سبزی‌ها و گوشت‌ها اجتناب می‌کند و تمایلی به دوست‌یابی ندارد. درحالی‌که این موارد در الگوهای مصرف غذای اجتنابی / محدودکننده مشترک هستند، ولی، عواقب پزشکی و روانی متفاوت می‌باشند.

در سال ۲۰۱۳، ARFID جایگزین اختلال خوردن در دوران نوزادی یا اوایل کودکی در *DSM-IV* شد، که گاهی این اصطلاح در کار بالینی استفاده می‌شد، اما به‌ندرت در ادبیات علمی مورد

ARFID^۱ (اختلال مصرف غذای اجتنابی / محدودکننده) اولین بار در *DSM-5* به‌عنوان طبقه تشخیصی جدیدی از اختلالات خوردن نوزادی و اوایل کودکی *DSM-IV* ارائه شده است (انجمن روان‌شناسی آمریکا،^۲ ۲۰۱۳). گرچه *DSM-5* تعریف نسبتاً روشنی از ARFID ارائه داده، اما پژوهش‌ها در مورد چگونگی شیوع، تشخیص افتراقی از اختلالات قبلی خوردن و سبب‌شناسی آن هنوز ضروری است.

تعریف

ARFID با الگوی از خوردن تعریف شده است که در تنوع غذایی (به‌عنوان مثال، اجتناب از غذاهای خاص) و / یا حجم غذا (به‌عنوان مثال، مقدار کم) محدود شده و با اثرات مهم پزشکی و روان‌شناختی همراه است (ملاک *DSM-5*، A). افراد با مشخصه ARFID معمولاً الگوی اجتناب یا محدودسازی غذایی خود را به خصوصیات حسی غذا (به‌عنوان مثال، حساسیت حسی)، ترس از پیامدهای آزارنده غذا خوردن (به‌عنوان مثال، خفگی، استفراغ)، و / یا فقدان علاقه به غذا و خوردن (به‌عنوان مثال، گرسنگی کم، عدم لذت‌بردن از خوردن) نسبت می‌دهند؛ اما ARFID مفهومی بیش از سخت‌گیری غذایی و حذف یک وعده غذایی برای هرچند وقت یک‌بار است. برای گرفتن تشخیص ARFID، الگوی غذا خوردن فرد باید با پیامدهای منفی مهم همراه باشد. این پیامدها یک یا چند مورد زیر را شامل می‌شوند: کاهش وزن چشمگیر / تأخیر در رشد، کمبودهای تغذیه‌ای، وابستگی به تغذیه لوله‌ای یا تکیه بر مکمل‌های انرژی‌زا یا اختلال در عملکردهای روان‌شناختی. (ملاک *DSM-5*، A). خوردن اجتنابی^۳ در ARFID نمی‌تواند ناشی از کمبود مواد غذایی در دسترس یا هنجارهای

1. Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder
2. American Psychological Association
3. Avoidant/restrictive eating

4. Celiac

(EDNOS) و یا فوبی خاص را دریافت کند. طبقه تشخیصی EDNOS در تصویر ارائه شده بسیار مبهم است، درعین حال، طبقه تشخیصی فوبی خاص، بر مؤلفه کاهش وزن کمتر تأکید می کند. در مقابل، طبقه تشخیصی ARFID اختلال را به طور کامل مشخص می سازد.

سرانجام، DSM-5 خاطرنشان می کند که اگر مشکل خوردن مستلزم توجه بالینی مستقل باشد، ARFID می تواند درزمینه ای از هماپندی های پزشکی یا روان پزشکی نیز ایجاد شود. تشخیص ARFID در مورد سبب شناسی اختلالات خوردن نظری نمی دهد و بنابراین تشخیص، اختلالات معنادار بالینی را در گروه هایی که به احتمال زیاد با معیارهای اختلال خوردن DSM-IV قابل تشخیص نبودند، ارتقاء می بخشد. درحالی که برخی از جمعیت های روان پزشکی یا پزشکی ممکن است از لحاظ مشکلات خوردن یا تغذیه بیش از دیگران در معرض خطر باشند، اکثر این موارد، درمانی را تضمین نمی کند که خارج از محدوده انتظارات بر اساس تشخیص اولیه است. در یک بررسی اخیر، نمونه ای بالغ بر ۲۰۰۰ کودک ۸ - ۱۸ ساله که در ۱۹ کلینیک دستگاه گوارش کودکان در منطقه بوستون جهت یک ارزیابی اولیه حضور داشتند، گروه تحقیقاتی ما فقط در ۱/۵ درصد، ملاک های تشخیصی ARFID را یافتند (ادی و همکاران، ۲۰۱۵). با اینکه مسائل مربوط به خوردن و تغذیه در این جمعیت پزشکی فراوان بود، بیماران با مصرف غذای اجتنابی / محدودکننده برجسته بودند.

مشکلات تغذیه یا خوردن در دوران کودکی نسبتاً شایع است و تقریباً در ۲۵٪ نوباوگان امکان بروز وجود دارد (چاتور، ۲۰۰۲؛ میکالی و همکاران، ۲۰۱۱). بااین حال، ARFID از نظر تداوم و شدت بالینی نیز قابل تشخیص است. خوردن انتخابی^۱ در دوران کودکی شایع است، اما اغلب موارد در اواسط دوره کودکی، حتی بدون درمان، بهبود می یابد (جاکوبی، اشمیتز و آگراس، ۲۰۰۸؛ ماسکولا، رایسون و آگراس، ۲۰۱۰). در مقابل، اجتناب یا محدودیت شدید غذایی در ARFID به خودی خود کاهش پیدا نمی کند. در عوض، اجتناب و محدودیت غذایی در ARFID، می تواند منجر به مشکلات پزشکی یا روانی شود که پیامدهای اجتناب و محدودسازی غذایی را تشدید و منجر به تداوم بیماری می گردد (توماس و همکاران، ۲۰۱۷ الف). خطرات ناشی از چنین الگوی غذایی شامل رشد ضعیف، دیابت، بیماری های قلبی عروقی، خستگی، عزت نفس پایین، درگیری خانوادگی هنگام غذاخوردن، انزوای اجتماعی همسالان و مشکلات در روابط و کار

مطالعه بود. اختلال خوردن نوزادی یا اوایل کودکی با کاهش وزن یا ناکامی در کسب وزن مورد انتظار؛ عدم تشخیص هم زمان اختلال روان پزشکی و پزشکی که توجیه کننده اختلالات تغذیه ای باشند؛ و سن شروع قبل از شش سالگی تعریف شده بود. بااین حال، تشخیص آن قدر محدود بود که از نظر بالینی کارایی نداشت. به عنوان مثال، یک مطالعه تشخیصی از افرادی که به کلینیک اختلالات تغذیه ای مراجعه می کردند، مشخص کرد که فقط ۱۲ درصد، معیارهای تشخیصی مربوط به اختلال خوردن نوزادی یا اوایل کودکی را داشتند (ویلیامز، ریگل و کروین، ۲۰۰۹). بقیه افراد با مشکلات خوردن معنادار از نظر بالینی، ملاک های تشخیصی را دریافت نکردند. در پاسخ به این معضل تشخیصی، گروه کاری DSM-5 از چند روش مهم برای تشخیص جدید ARFID جهت تجدیدنظر و گسترش بیشتر طبقه تشخیصی اولیه استفاده کرده است. اول، اگرچه وزن کم یا ناکامی در افزایش وزن علامت شایع مصرف غذای اجتنابی / محدودکننده است، مشکلات دیگری نیز می تواند بروز یابد. ARFID در تشخیص الگوی خوردن، همراه با کمبودهای تغذیه ای، اتکا به تغذیه روده ای یا مکمل های غذایی، یا اختلال روان شناختی است. مهم این است، فرمول بندی مجدد تشخیصی تأیید کرده که اجتناب / محدودیت غذایی همیشه منجر به کاهش وزن نمی شود، بلکه می تواند با وزن نرمال یا حتی اضافه وزن و یا چاقی نیز همراه باشد. درواقع، برخی از افراد مبتلای به ARFID ممکن است با استفاده از تغذیه لوله ای، یا مکمل های انرژی زا دامنه وزن سالم داشته باشند، درحالی که سایر بیماران، با تکیه بر کربوهیدرات ها یا غذاهای فرآوری شده انرژی زا، ممکن است اضافه وزن نیز داشته باشند. شواهد حمایتی مبنی بر اینکه اختلالات خوردن شامل طیف وزنی است، وجود دارد؛ برای مثال؛ نتایج مطالعه در نوباوگان ارجاعی به کلینیک اختلالات خوردن نشان داد ۷۱٪ کودکان کمبود وزن نداشتند (ویلیامز و همکاران، ۲۰۰۹).

قابل ذکر است، حذف معیار سن شروع، تأیید می کند که فرد در هر سنی می تواند مصرف غذای اجتنابی / محدودکننده معنی دار بالینی داشته باشد که لزوماً همیشه از اوایل کودکی شروع نشده است. افراد زیادی با مصرف غذای اجتنابی / محدودکننده آشکار، که اکنون با ARFID مشخص شده اند، به طور مؤثر ناکامان تشخیصی در DSM-IV بودند. به عنوان مثال، فرد بزرگ سال با سبک تغذیه نرمال که پس از تجربه خفگی منجر به اجتناب از غذا و کاهش وزن شدید در وی شد، ممکن است در DSM-IV تشخیص اختلال خوردن به گونه دیگر مشخص نشده

ARFID یکسان بود (هی و همکاران، ۲۰۱۷؛ کورز و همکاران، ۲۰۱۵). درواقع، در مطالعه گروه خودمان در کلینیک گوارش کودکان منطقه بوستون، عمده تشخیص‌ها مربوط به مردان جوان بود (۲۲ از ۳۳؛ ۶۷ درصد) (ادی و همکاران، ۲۰۱۵).

تعداد اندکی از مطالعات شیوع‌شناسی ARFID از طریق بررسی سوابق پزشکی در مراکز تخصصی، تخمین می‌زنند که تقریباً ۵٪ از کودکان (نوریس و همکاران، ۲۰۱۴) و ۱۵٪ از نوجوانان (فیشر و همکاران، ۲۰۱۴؛ فرمن و همکاران، ۲۰۱۴؛ ارنستین و همکاران، ۲۰۱۳) ارزیابی شده در برنامه‌های اختلال خوردن، با به کار بردن ملاک‌های قدیمی، می‌توانند این طبقه تشخیصی را دریافت کنند. در مطالعه بررسی شده در مورد اختلالات خوردن؛ ARFID در شرکت‌کنندگان ۷ الی ۱۷ ساله بخش بستری بیمارستان (روزانه) شایع‌تر بود (۲۲/۵ درصد) (نایسلی و همکاران، ۲۰۱۴).

درحالی‌که هنوز داده‌های اندکی در مورد نسبت بروز AR-FID در نژادهای مختلف و اقلیت‌های قومی در دست است، این طبقه تشخیصی در خارج از آمریکای شمالی، اروپا و استرالیا نیز گزارش شده است. برای مثال، ناکایی و همکاران (۲۰۱۶) گزارش داده‌اند که در افراد طیف سنی ۱۵ تا ۴۰ سال که در جست‌وجوی درمان اختلالات خوردن از طریق برنامه بیمارستانی برای اختلال خوردن در ژاپن بودند، در ۹ تا ۱۱ درصد، ARFID تشخیص داده شد. به همین ترتیب تاناکا (۲۰۱۵) بیان می‌کند که در میان بزرگسالان بستری برای درمان اختلالات خوردن در ژاپن، ۸/۹ درصد افراد تشخیص ARFID دریافت می‌کنند. به‌علاوه، گزارش موردی اخیر، تشخیص ARFID در یک پسر بچه دبستانی از نژاد کلمبیایی تحت درمان در کانادا را اثبات می‌کند (شرمبروکر و همکاران، ۲۰۱۷).

بنابراین، این داده‌های اخیر نشان می‌دهد که ARFID در جمعیت کلی زنان و مردان کودک، نوجوان و بزرگسال و افراد مراجعه‌کننده به مراکز درمانی اختلالات خوردن نیز وجود دارد. نقطه قابل توجه اینکه، اکثریت این مطالعات منتشرشده، بروز علائم بیماری را قبل از انتشار DSM-5 نشان می‌دهند و بنابراین، قبل از شناخت بالینی و عمومی ARFID، این مطالعات صورت گرفته‌اند. در مجموع، این یافته‌ها نشان می‌دهد که شیوع واقعی ARFID ممکن است در گزارش‌های منتشرشده دست‌کم گرفته‌شده باشد.

است. درواقع، کیفیت زندگی به‌طور قابل توجهی تحت تأثیر AR-FID قرار می‌گیرد. در یک مطالعه اپیدمیولوژیک، افراد مبتلایه ARFID (نمونه=۴۶، دامنه سنی=۲۴-۶۰ سال، ساکن استرالیا) از نظر سلامت روانی کیفیت زندگی پایین‌تری داشتند و به دلیل مشکلات هیجانی و فیزیکی، نسبت به افراد بدون مشکلات خوردن، اکثر روزها عملکرد مطلوبی نداشتند (هی و همکاران، ۲۰۱۷). به‌طور مشابه، در یک مطالعه آنلاین، بزرگسالان با علائم ARFID (نمونه=۸۲ نفر) نسبت به افراد بدون علائم ARFID و افراد با سایر مشکلات خوردن، استرس درونی بیشتری را گزارش کردند (زیکگراف، فرانکلین و روزین، ۲۰۱۶). بیشتر آنچه در مورد خوردن اجتنابی یا محدودکننده شناخته‌شده، بر اساس ادبیات اختلالات خوردن قبل از سال ۲۰۱۳ است. درحالی‌که از زمان انتشار DSM-5، ARFID طبقه تشخیصی جدیدی بوده، تحقیقات در این زمینه نوپا و در حال گسترش است.

شیوع

اگرچه تحقیقات اپیدمیولوژیک اندکی صورت گرفته، داده‌های موجود حاکی از آن است که ARFID به‌اندازه سایر اختلالات خوردن شناخته‌شده، شایع است. هی و همکاران (۲۰۱۷) در یک مطالعه زمینه‌یابی مبتنی بر جامعه‌ای از مردان و زنان نوجوان و بزرگسال استرالیایی ۱۵ سال به بالا، گزارش دادند که شیوع نقطه‌ای سه‌ماهه برای ARFID شامل ۰/۳ درصد (با فاصله اطمینان ۹۵ درصد، ۰/۱-۰/۵) در سال ۲۰۱۳ و ۰/۳ درصد (با فاصله اطمینان ۹۵ درصد، ۰/۲-۰/۶) در سال ۲۰۱۴ بود. نکته قابل توجه این است که تخمین شیوع‌ها برای سایر اختلالات خاص خوردن نیز مشابه بود (۰/۴٪ و ۰/۵٪ برای بی‌اشتهایی عصبی^۱ و ۱/۱٪ و ۱/۲٪ برای پرخوری عصبی^۲) و نسبت به اختلالات طبقه ناهمگن خوردن و تغذیه به گونه دیگر مشخص شده (OSFED) کمتر بود (۳/۲٪). مطالعه دوم منتشرشده، بر روی دانش‌آموزان مدارس سوئیس شیوع نقطه‌ای ۳/۲٪ (برای مثال: ۴۶ از ۱۴۴۴ نفر) را در کودکان ۸ الی ۱۳ سال با روش خودگزارشی نشان داد که با علائم تشخیصی ARFID از طریق پرسشنامه مطابقت داشت (کورز و همکاران، ۲۰۱۵). برخلاف سایر اختلالات خوردن، که در زنان شایع‌تر است، در هر دو مطالعه اپیدمیولوژیک، احتمال ابتلای مردان و زنان به

1. Anorexia nervosa

2. Bulimia

تشخیص افتراقی از اختلالات خوردن کلاسیک

ARFID با اختلالات بی‌اشتهایی عصبی، پرخوری عصبی، اختلال پرخوری و دیگر اشکال مربوط به OSFED متفاوت است. تمایز اصلی این است که در ARFID، رفتارهای اجتنابی یا محدودکننده خوردن به دلیل نگرانی در مورد اندام و وزن نیست. درحالی‌که میل به داشتن اندام ایده‌آل که منجر به گرفتن رژیم شود و بیش ارزیابی از شکل و وزن بدن، هسته اصلی اختلالات خوردن کلاسیک محسوب می‌شود، در AR-FID دغدغه و نگرانی‌های مرتبط با وزن به‌طور معمول یا وجود ندارد و یا در حد طبیعی است. در ARFID بیمار کم‌وزن، که با نشانه فقدان علاقه به خوردن و غذا شناخته می‌شود، ممکن است ناراحتی از لاغری‌بودن را تأیید و با افزایش وزن در روند درمان احساس غرور و خوشبختی کند. در مقابل، بیمار کم‌وزن با یک اختلال خوردن کلاسیک، هراس آشکار خود را از چاق شدن ابراز می‌کند یا رفتاری را انجام می‌دهد که مانع افزایش وزن می‌شود و در صورت بازگشت وزن، اضطراب شدیدی را نشان می‌دهد. علاوه بر این، غذاهای مطلوب افراد مبتلا به ARFID که اغلب چربی و کربوهیدرات زیادی دارند و انرژی‌زا هستند، با غذای افراد اختلالات خوردن کلاسیک که اغلب غذاهای کم‌کالری را ترجیح می‌دهند، تفاوت زیادی داشته و شامل غذاهایی است که افراد مبتلا به ARFID به‌طور فعال از آن‌ها اجتناب می‌کنند (به‌عنوان مثال، میوه‌ها و سبزی‌ها). گروه مطالعاتی ما، به‌عنوان بخشی از یک مطالعه مستمر اختلالات خوردن همراه با کمبود وزن، سوابق غذایی را طی یک دوره چهار روزه بررسی کرده و مشاهده نمودند که افراد مبتلا به ARFID در مقایسه با مبتلایان به بی‌اشتهایی عصبی به‌طور معناداری میزان پروتئین کمتری مصرف کردند (ایزکواردیو و همکاران، ۲۰۱۸). قابل توجه است که ARFID از سایر اختلالات خوردن از جمله هرزه‌خواری^۱ - که ویژگی آن استفاده از مواد غیرمغذی و غیرغذایی است - و اختلال نشخوار^۲، یعنی استفراغ مکرر و جویدن مجدد غذا، خوردن یا تف کردن غذای بلعیده‌شده، متمایز است.

برداشت‌های بالینی در مورد تمایزهای بین ARFID و اختلالات خوردن کلاسیک در مطالعات اخیر نیز بررسی شده است. اطلاعات حاصل از بررسی سوابق کلینیک پزشکی نوجوانان نشان می‌دهد که در مقایسه با سایر اختلالات خوردن،

افراد با تشخیص ARFID به‌طور کلی جوان‌تر (فرمن و همکاران، ۲۰۱۴؛ نوریس و همکاران، ۲۰۱۴) و عمدتاً مرد (فرمن و همکاران، ۲۰۱۴؛ نوریس و همکاران، ۲۰۱۴) هستند. همان‌طور که پیش‌بینی می‌شود افراد با تشخیص ARFID در مقایسه با افراد بی‌اشتهایی عصبی یا پرخوری عصبی، نمره کمتری در مقیاس‌های آسیب‌شناختی اختلال خوردن کسب می‌کنند (ناکایا و همکاران، ۲۰۱۶؛ نایسلی و همکاران، ۲۰۱۴؛ ارنستین و همکاران، ۲۰۱۷). اما یک تضاد بالینی با پیامدهای تشخیصی بین افراد مبتلا به ARFID و افراد با اختلال بی‌اشتهایی عصبی که دغدغه و نگرانی خود را در مورد وزن و شکل بدن (بی‌اشتهایی عصبی بدون ترس از چاق شدن؛ بکر، توماس و پایک، ۲۰۰۹) انکار یا به حداقل می‌رسانند، وجود دارد. چون در هر دو اختلال کمبود وزن در غیاب اختلال بدبخت‌انگاری وجود دارد، تشخیص افتراقی می‌تواند چالش‌برانگیز باشد (توماس، هارتمن و کیلگور، ۲۰۱۳). با توجه به اینکه تأیید صریح همیشه با باورهای درونی (به‌عنوان مثال، چاقی‌هراسی) مطابقت ندارد، گروه ما از اقدامات مرتبط با رژیم غذایی برای کشف تفاوت‌های بین گروهی استفاده کرد. در نمونه‌ای از زنان کم‌وزن نوجوان، ما این فرضیه را مورد آزمون قرار دادیم که افراد با اختلال بی‌اشتهایی عصبی - خواه ترس از افزایش وزن را ابراز کنند و یا نکنند - باورهای ضمنی سوگیرانه‌ای نسبت به لاغری و رژیم گرفتن دارند. درحالی‌که افراد با اختلال ARFID چنین باورهایی ندارند. در راستای فرضیه، دریافتیم که سوگیری ضمنی نسبت به رژیم غذایی در افراد با اختلال بی‌اشتهایی عصبی زیاد است و بین کسانی که چاقی‌هراسی را تأیید کردند در برابر آن‌هایی که تأیید نکردند، تفاوتی وجود نداشت. در مقابل، در ARFID، سوگیری نسبت به رژیم گرفتن کمتر از بی‌اشتهایی عصبی بود و با افراد گروه کنترل سالم تفاوتی نداشتند (ایزکواردو، ۲۰۱۷).

با وجود پذیرش دلایل مختلف برای اجتناب و محدودیت غذایی، زیرمجموعه‌ای از افراد با ARFID همانند افراد مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی دچار کمبود وزن هستند (ناکایی و همکاران، ۲۰۱۶؛ نایسلی و همکاران، ۲۰۱۴). جالب اینکه داده‌های موجود حاکی از آن است که افرادی با علائم ARFID و شبه AR-FID در مقایسه با افراد مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی یا موارد مشابه، بلافاصله قبل از مراجعه به درمان، به‌طور معمول وزن کمتری از دست می‌دهند (پینهایس و همکاران، ۲۰۱۷؛ استنچورد و همکاران، ۲۰۱۵). در عوض، به نظر می‌رسد افراد کم‌وزن با تشخیص ARFID به‌طور مزن قبل از اقدام به درمان کم‌وزن

1. Pica
2. Rumination

مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی در تکلیف پاداش تأخیری پولی^۲ - یعنی درجه‌ای که ارزش ذهنی پاداش بر اساس تأخیر در دریافت آن کاهش می‌یابد- مقایسه کردیم. در بی‌اشتهایی عصبی، تأثیر پاداش تأخیری اغلب پائین بود. به عبارت دیگر، کسانی که بی‌اشتهایی عصبی دارند تمایل به چشم‌پوشی از پاداش فوری کوچک‌تر (به عنوان مثال، غذاهای پرکالری) به نفع پاداش‌های طولانی‌مدت بزرگ‌تر (به عنوان مثال، بدن لاغر) را داشتند. در مقابل، داده‌های اولیه ما حاکی از آن است افراد با اختلال AR-FID در مقایسه با مبتلایان به بی‌اشتهایی، همانند گروه کنترل سالم، احتمالاً پاداش فوری را نسبت به پاداش تأخیری بیشتر انتخاب می‌کردند. این یافته‌ها فرض می‌کند که افراد مبتلا به ARFID ممکن است نسبت به مبتلایان به بی‌اشتهایی عصبی (که غالباً صبور هستند) خود-کنترلی کمتر و یا تکانش‌گری بیشتری داشته باشند (کانگیلو و همکاران، ۲۰۱۷). به نظر می‌رسد این یافته‌ها با برداشت بالینی ما سازگار است. در ARFID، محدودیت غذایی نسبت به اختلالات خوردن کلاسیک کمتر حساب شده و هدفمند است.

در مجموع، تشخیص همپوشانی در میان اختلالات خوردن کلاسیک به خوبی اثبات شده است (ادی و همکاران، ۲۰۰۸؛ میلوس و همکاران، ۲۰۰۵)، اما اینکه آیا تشخیص هم‌زمان در ARFID با سایر اختلالات خوردن معمول است، هنوز مطالعه نشده است. این‌ها داده‌هایی هستند که نشان می‌دهند بین مشکلات خوردن دوران کودکی و نوجوانی یا اختلالات خوردن در بزرگسالی تداوم وجود دارد. برخی از مطالعات طولی نشان می‌دهد که مشکلات گوارشی در دوران کودکی و خوردن انتخابی (کم غذاخوردن، بد غذایی^۳، آهسته غذاخوردن و اشتیاق اندک به خوردن) خطر بی‌اشتهایی عصبی را افزایش می‌دهد، در حالی که مشکلات گوارشی، هرزه‌خواری و رژیم گرفتن احتمال ابتلا به پرخوری عصبی را افزایش می‌دهند (مارشی و کوهن، ۱۹۹۰). به علاوه، مطالعه دیگری نشان داد تعارض‌های دوران کودکی در مورد خوردن و چالش در وعده‌های غذایی خانوادگی، که توأم با بد غذایی بود، احتمال ابتلا به اختلالات خوردن در نوجوانی را افزایش می‌دهد (کوئتر و همکاران، ۲۰۰۱). برعکس، در برخی از مبتلایان به ARFID، به ویژه کسانی که دارای وزن کم در طول بیماری یا حتی درمان هستند، ممکن است اختلال ثانویه بد ریخت‌انگاری به وجود آید. در یک مطالعه مداوم با بودجه

بوده‌اند، در حالی که افراد دچار بی‌اشتهایی عصبی کاهش وزن حاد را تجربه می‌کنند (استنچورد و همکاران، ۲۰۱۵).

در تأیید شدت مشکلات پزشکی، مطالعه مقدماتی نوریس و همکاران (۲۰۱۴) نشان می‌دهد که در هنگام مراجعه به درمان، ۷۷ درصد از افراد مبتلا به ARFID (۲۰/۲۶) دارای ضریب تراکم استخوان ($Z < -0.1$) بودند. ۲۵ درصد دیگر افراد نمونه، (۷/۲۶) دارای ضریب تراکم ($Z < -0.21$) بودند و این مسئله نشان می‌دهد که آن‌ها در طیف تشخیصی پوکی استخوان قرار داشتند. در مطالعه دیگر، پوکی استخوان در گروه ARFID نسبت به افراد مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی بیشتر بود (نوریس و همکاران، ۲۰۱۴)، اما این آمار، مشابه کاهش تراکم استخوان^۱ و پوکی استخوان در بی‌اشتهایی عصبی است که در ادبیات پژوهشی گزارش شده است (میسرا و کلیبانسکی، ۲۰۱۴).

نمایه اختلالات روان‌پزشکی همایند در ARFID نیز تا حدودی با دیگر اختلالات خوردن متفاوت است. از لحاظ بالینی، به نظر می‌رسد اضطراب و افسردگی ARFID مشابه تعداد دفعاتی باشد که در بی‌اشتهایی عصبی یا پرخوری عصبی رخ می‌دهد. با این حال، موارد دیگر از جمله: اختلال طیف اوتیسم، اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای و نقص توجه/بیش‌فعالی ممکن است در ARFID نسبت به اختلالات خوردن دیگر شایع‌تر باشد. شیوع بالای مشکلات خوردن و تغذیه در اختلال طیف اوتیسم در یافته‌های پیشین تأیید شده است (به عنوان مثال، بری و همکاران، ۲۰۱۵؛ بو و همکاران، ۲۰۱۰؛ اموند و همکاران، ۲۰۱۰؛ لوکارلی و همکاران، ۲۰۱۷؛ مک‌الانن و همکاران، ۲۰۱۴). با این حال، داده‌های در دسترس اندکی در مورد همایندی روان‌پزشکی و سبک‌های شخصیتی ARFID در مقایسه با سایر اختلالات خوردن وجود دارد. در نمونه‌ای از ۳۶ کودک و نوجوان حاضر در یکی از تحقیقات مستمر گروه ما بر روی ARFID، دریافتیم که ۳۹٪ افراد، معیارهای اختلالات همایند روان‌پزشکی را با مصاحبه بالینی ساختاریافته دریافت کردند و شایع‌ترین آن‌ها اختلالات اضطرابی (۹/۳۶) و نقص توجه/بیش‌فعالی (۴/۳۶) بود. داده‌های ما ممکن است همایندی با اختلالات طیف اوتیسم عملکرد پایین را کمتر برآورد کند، چراکه ضریب هوشی کمتر از ۷۰ از جمله ملاک‌های خروج مطالعه بود.

داده‌های بسیار کمی در مورد تفاوت سبک‌شناختی افراد مبتلا به ARFID در برابر بی‌اشتهایی عصبی وجود دارند. در مطالعه دوم، زنان کم‌وزن مبتلا به ARFID را در مقایسه با افراد

2. Monetary delay discounting

3. Pickiness

1. Osteopenia

علاوه بر این، داده‌های موجود در مطالعات جمعیت‌شناسی نشان می‌دهد، اجبار والدین برای خوردن با وزن کم کودک مرتبط است، درحالی‌که با افزایش وزن کودک، خوردن او را بیشتر محدود می‌کنند (بیرچ و فیشر، ۲۰۰۰). با این حال، ما بسیار در مورد اینکه والدین باعث ARFID می‌شوند، مردد هستیم. درواقع، استفاده از این داده‌ها و توصیه‌ها به جوانان با نوع شدیدتر بدغذایی و ARFID مشخص نیست. تجارب ما در زمانی که خانواده‌ها برای درمان حضور داشتند نشان داد، آن‌ها توصیف می‌کنند که معمولاً همه‌چیز را امتحان کرده‌اند - با فشار، بدون فشار، پاداش، تنبیه - توصیه‌هایی که ممکن است برای اکثر کودکان سالم مفید باشد، برای کودکان با علائم ARFID به راحتی قابل استفاده نیست. درواقع، سایر عوامل محیطی از جمله یارانه‌های کشاورزی، تبلیغات فست فود، خانواده‌های دو شغلی پر مشغله و هزینه بالای میوه‌ها و سبزی‌ها در مقایسه با غذاهای فرآوری شده، والدین را برای ارائه انواع غذاهای سالم به فرزندان در تمام فرصت‌های غذایی با دشواری مواجه می‌کند (براونل و هورگن، ۲۰۰۴). علاوه بر این، افزایش «منوی غذایی کودکان» و محصولات غذایی مخصوص کودکان (به عنوان مثال، بسته‌های ناهار آماده، ماست‌های فشرده و پوره) که نوباوگان را به غذاهای مخلوط ترغیب می‌کنند نیز ممکن است در ایجاد الگوهای غذایی اجتنابی یا محدودکننده نقش داشته باشد.

در تعامل عوامل بیولوژیکی و مؤلفه‌های محیطی، همبندی‌های پزشکی و روان‌پزشکی وجود دارد که می‌توانند خوردن و تغذیه را به چالش کشیده و زمینه‌سازی برای گسترش ARFID باشند. به عنوان مثال، آلرژی‌های غذایی که نیاز به محدودیت‌های خاصی دارند، ممکن است باعث آسیب‌پذیری کمابیش فرد به محدودسازی و اجتناب غذایی شود. به صورت مشابه در اختلال طیف اوتیسم، که با افزایش حساسیت حسی و انعطاف‌ناپذیری شناختی توأم است، زمینه برای خوردن انتخابی پایدار فراهم می‌شود. علاوه بر این، پیشرفت‌های پزشکی منجر به افزایش تولدهای زودرس در چند دهه گذشته شده است. افرادی که زود به دنیا می‌آیند احتمالاً عوارض پزشکی و وزن کم به هنگام تولد دارند که همین مسئله می‌تواند تغذیه زودرس را با چالش مواجه کرده (کومارو همکاران، ۲۰۱۷؛ ویلار و همکاران، ۲۰۱۸) و خطر اختلالات خوردن را افزایش دهد.

در مجموع، اهمیت بالینی ARFID در الگوی مشکل‌ساز روان‌شناختی و تغذیه‌ای که از خود به‌جا می‌گذارد، مشهود است. تمام شواهد موجود نشان می‌دهد که ARFID مشکلی واقعی،

موسسه ملی بهداشت (NIH) تحت عنوان «سازوکارهای تهدیدی عصبی-زیستی و رفتاری در جوانان اجتنابی/محدودکننده» (1R01MH108595)، گروه ما به‌طور فعال در حال بررسی روند بیماری مبتلایان به ARFID است، و بنابراین اطلاعات زیادی در مورد تشخیص هم‌زمان به دست خواهد آمد.

علت‌شناسی

علل ARFID ناشناخته است. برخی از داده‌ها نشان می‌دهند که امکان دارد عوامل بیولوژیکی در کار باشند، اما نشان‌گرهای زیستی ARFID، در مقایسه با بدغذایی تا حد زیادی مورد بررسی قرار نگرفته است. درحالی‌که هیچ مطالعه‌ای به‌طور انحصاری بر روی دوقلوها یا موارد فرزندخواندگی در مورد ARFID انجام نشده است، مطالعات مربوط به فرزندخواندگی و دوقلوها نشان می‌دهد که ترجیحات چشایی حداقل تا حدی ژنتیکی هست (برین، پلامین و واردل، ۲۰۰۶). برحسب اتفاق، بسیاری از بیماران ما در مورد خویشاوندان درجه یک خود (به عنوان مثال، والدین، خواهر و برادر) اظهار نظر کردند که آن‌ها نیز مصرف غذای اجتنابی/محدودکننده دارند که احتمال وجود استعداد ژنتیکی را برجسته‌تر می‌کند. فرض ما بر این است که برخی از عوامل بیولوژیکی در حساسیت حسی، اضطراب، و اشتها کم نقش‌علیتی دارند و این مفروضه‌ها در فصل ۴ به‌طور کامل بیان شده‌اند.

مجموعه‌ای از تحقیقات بر نقش محیط غذایی و پویای خانواده در مورد خوردن متمرکز شده‌اند، زیرا که آن‌ها به تغذیه اولیه و ایجاد رفتارهای غذایی سالم یا ناسالم در رشد نوباوگان مرتبط می‌باشند (مراجعة کنید به سویچ، فیشر و بیرچ، ۲۰۰۷). درواقع، والدین از راه ایجاد فضا (به عنوان مثال، گرم و آرام در برابر خشن و پرتنش) و تنظیم انتظارات از نظر زمان صرف غذا، حجم غذا، تنوع و سرعت، اولین مدل‌های خوردن را فراهم می‌آورند. الین ساتر (۱۹۸۶) تقسیم مسئولیت در تغذیه را توصیف کرده است که به موجب آن، والدین انتظارات خود از اینکه وعده‌های غذایی چه زمانی و در کجا باشند، تنظیم می‌کنند و سپس کودکان تصمیم می‌گیرند که چگونه و چه مقدار غذا بخورند. برای ترغیب تغذیه سالم در نوباوه در حال رشد، والدین می‌توانند انواع متنوعی از غذاهای سالم را فراهم کرده و مدل تغذیه‌ای سالمی در تنوع و حجم غذا داشته باشند (سویچ و همکاران، ۲۰۰۷). شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد والدین با اختلال ترس از غذاهای جدید، عمدتاً فرزندان با علائم ترس از غذای جدید و اختلال بدغذایی دارند (دووی و همکاران، ۲۰۰۸).

بر وزن و اندام نیست و برداشت‌های بالینی همراه با داده‌های اولیه نشان می‌دهد همانندی و خصوصیات شخصیتی، ARFID را از بی‌اشتهایی عصبی و پرخوری عصبی متمایز می‌کند. البته شباهت‌های بین ARFID و اختلالات خوردن، تغذیه و اختلالات اضطرابی نیز ممکن است اثر احتمالی راهبردهای درمانی مشابه را برجسته سازد.

قابل‌شناسایی و ناهمگون است. به نظر می‌رسد شیوع ARFID مشابه سایر اختلالات خوردن در زنان و مردان بوده و در هر سنی ممکن است رخ دهد. درحالی‌که ARFID برخی موارد مشترک با اختلالات خوردن کلاسیک دارد -ازجمله الگوی نامناسب اجتناب و محدودسازی غذا، خطرات پزشکی و اضطراب همانند- اما اختلالی متفاوت است. برخلاف اختلالات خوردن کلاسیک، هسته اصلی آسیب‌شناسی ARFID تمرکز بیش‌ازحد