

## "إضطرابات الأكل والتغذية"

### "Feeding And Eating Disorders"

(التشخيص، الأسباب، العلاج)

إعداد الباحثين:

محمد فرحات

محمد فضل الله

علي شقير

ماجستير في علم النفس العيادي من الجامعة اللبنانية



## ملخص الدراسة:

تُعتبر اضطرابات الأكل والتغذية من الاضطرابات النفسية الشائعة، وقد ساهمت العديد من العوامل في اتساع دائرة انتشارها وامتداد تأثيرها، يفرض هذا الواقع العديد من التحديات التي يتجلى أغلبها في تكثيف الأبحاث التي تساهم في كشف المزيد من المعلومات المرتبطة بأسباب الإصابة بالاضطراب، بالإضافة الى سبل العلاج على اختلافها والاهم من هذا تحديد سبل الوقاية. بحثنا هذا هو محاولة للكشف عن ماهية اضطرابات الاكل والتغذية، انواعها، الاسباب والعوامل التي تؤدي الى نشأة تلك الاضطرابات النفسية ومدى تأثيرها على شخصية الفرد، انتشارها، وكذلك تسليط الضوء على العلاجات المعتمدة لهذا النوع من الاضطرابات، والتركيز على النفسي منها وتحديداً العلاج المعرفي السلوكي واستعراض بعض الابحاث والدراسات الدالة على فاعليته في علاج هذا النوع من الاضطرابات.

### 1- مقدمة:

تُعرّف اضطرابات الأكل بأنها اضطراب في سلوك الأكل مع القلق المفرط بشأن وزن الجسم الذي يضعف الصحة الجسدية أو الأداء النفسي والاجتماعي. يمكن أن تظهر اضطرابات الأكل كأمراض نفسية وخيمة مرتبطة بمعدلات عالية من الامراض والوفيات. غيرت الطبعة الخامسة من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM-5) مصطلح "اضطرابات الأكل" إلى "اضطرابات التغذية والأكل" يذكر DSM-5 ثماني فئات في اضطرابات سنسعى من خلال بحثنا هذا الى عرضها والدخول اكثر من مسبباتها، مدى انتشارها على مستوى الجغرافية وتبعاً للجنس والتركيز على ابرز العلاجات المقترحة لهذا النوع من العلاج مع التركيز على الجانب النفسي وتحديداً العلاج المعرفي السلوكي وفاعليته في علاج هذا النوع من الاضطرابات.

### 2- تعريف اضطرابات الأكل:

- تعريف زينب شقير: " تُعرّف إضطرابات الأكل على انها اختلال في سلوك تناول الطعام، او عدم الانتظام في تناول الوجبات ما بين الامتناع القهري عن تناول الطعام، او التكرار القهري لتناول الطعام في غير مواعيده، وبكميات تزيد عما يتطلبه النمو الطبيعي للفرد والذي قد يصحبه محاولة من الفرد للتخلص من الطعام الزائد عن حاجة الجسم" (النوبي، 2010، ص:28).
  - تعريف الجمعية الأمريكية للطب النفسي: وفي الدليل التشخيصي والاحصائي الخامس للاضطرابات النفسية، تُعرّف اضطرابات الاكل والتغذية؛ على انها اضطرابات تتميز باضطراب مستمر في الأكل، او سلوك متعلق بالأكل مما ينتج عنه استهلاك او امتصاص متغير للغذاء وهذا يُضعف الى حد كبير الصحة الجسدية او الأداء النفسي الاجتماعي. (الحمادي، 2015، ص: 225).
- وتحدّد اضطرابات الاكل والتغذية وفقاً للدليل التشخيصي والاحصائي الخامس للاضطرابات النفسية بالاضطرابات التالية:

### 1-2 اضطراب شهوة الطين (Pica Disorder)

هو اضطراب في الأكل يشتمل على تناول عناصر غير طعامية، ولا تحتوي على قيمة غذائية كبيرة، مثل الشعر والأوساخ، ورفائق الطلاء. (NEDA, 2018)

### المعايير التشخيصية لاضطرابات الأكل:

وفقاً للدليل التشخيصي والاحصائي الخامس للاضطرابات النفسية الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي (2013) فان معايير تشخيص اضطراب شهوة الطين هي:

- A- الأكل المستمر لمواد غير غذائية وغير طعامية لفترة شهر على الأقل.
- B- اكل المواد غير الغذائية وغير الطعامية غير مناسب للمرحلة التطورية للفرد.

C- السلوك الطعمي ليس جزءاً من ممارسة مدعومة ثقافياً او مناسبة اجتماعية.  
D- إذا حدث سلوك الأكل اثناء سير اضطراب عقلي آخر (مثل الإعاقة الذهنية، اضطراب طيف التوحد، فصام) فانه من الشدة بما يكفي ليستحق انتباهاً سريرياً مستقلاً. (حمادي، 2015، ص:226).  
**2-2 اضطراب الاجترار (Rumination Disorder)**

تتضمن اضطرابات الاجترار بارتجاع منتظم للأغذية يحدث لمدة شهر على الأقل. قد يتم إعادة مضغ الطعام، أو إعادة بلعه، أو بصفه. عادةً، عندما يتقيأ الشخص الطعام، لا يظهر انه يبذل مجهوداً، ولا يبدو أنه يعاني من الإجهاد أو الغضب أو الاشمئزاز. (NEDA, 2018)  
**معايير التشخيص:**

معايير تشخيص اضطراب الاجترار وفق الدليل التشخيصي والاحصائي الخامس:

- A- ارتجاع متكرر للطعام لفترة شهر على الأقل، حيث الطعام المرتجع قد يعاد مضغه وابتلاعه او بصفه خارجاً.  
B- لا يُعزى الارتجاع المتكرر لاضطراب معوي او حالة طبيّة عامة أخرى (مثل الارتجاع المريئي، تضيق البواب)  
C- لا يحدث اضطراب الأكل حصراً اثناء سير اضطرابات فقدان الشهية او النهم العصبي، الشراهة للطعام، استهلاك الطعام التجنّبي/ المقيد.  
D- كما إنّ ترافق السلوك مع اضطراب عقلي آخر ينبغي ان يبلغ من الشدة ما يستحق انتباهاً سريرياً مستقلاً. (حمادي، 2015، ص ص: 226-227).

### **2-3 اضطراب تناول الطعام التجنّبي/ المقيد (Avoidant/ Restrictive Food Intake Disorder).**

اضطراب تناول الطعام التجنّبي المقيد هو تشخيص جديد في DSM-5، وكان يشار إليه سابقاً باسم "اضطراب الأكل الانتقائي". يشبه اضطراب فقدان الشهية لأن كلا الاضطرابين تنطوي على قيود في كمية و/ أو أنواع الطعام المستهلكة، ولكن على عكس فقدان الشهية، لا ينطوي اضطراب تناول الطعام التجنّبي/ المقيد على أي ضائقة حول شكل الجسم أو حجمه، أو مخاوف من السمّة. على الرغم من أن العديد من الأطفال يمرون بمراحل من الأكل الانتقائي، فإن الشخص المصاب باضطراب تناول الطعام التجنّبي/ المقيد لا يستهلك ما يكفي من السعرات الحرارية للنمو والتطور بشكل صحيح، ولدى البالغين، للحفاظ على وظائف الجسم الأساسية. يمنع هذا الأطفال من اكتساب الوزن والنمو. كما يؤدي الى فقدان الوزن لدى البالغين. يمكن أن يؤدي اضطراب تناول الطعام التجنّبي/ المقيد، أيضاً إلى حدوث مشاكل في المدرسة أو العمل، بسبب صعوبة تناول الطعام مع الآخرين والأوقات الطويلة اللازمة لتناول الطعام. (NEDA, 2018)  
**معايير التشخيص:**

معايير تشخيص اضطراب تناول الطعام التجنّبي/ المقيد وفق الدليل التشخيصي والاحصائي الخامس:

- A- اضطراب الأكل او التغذية (مثلاً على ما يبدو عدم الاهتمام في الأكل او الطعام، التجنّب استناداً على الخواص الحسية للطعام، المخاوف حول عواقب تجنّب الأكل) كما يتّضح من الفشل المستمر لتلبية الاحتياجات المناسبة من الغذاء و/او الطاقة المترافق مع واحد او أكثر مما يلي:  
1- فقدان كبير في الوزن (او الفشل في كسب الوزن او تحقيق النمو المتوقّع عند الأطفال)

- 2- نقصان هام في التغذية.
- 3- الاعتماد على التغذية المعوية او المكملات الغذائية عن طريق الفم.
- 4- تداخل ملحوظ في الأداء النفسي والاجتماعي.
- B- لا يفسر الاضطراب بشكل أفضل من خلال نقص المواد الغذائية المتوفرة او بممارسة عقابية ثقافية مرافقة.
- C- لا يحدث اضطراب الأكل حصراً اثناء سير فقد الشهية او النهمة العصبي، ولا يوجد دليل على اضطراب في الطريقة التي ينظر فيها الشخص لوزنه او شكله.
- D- لا يعزى الاضطراب الى حالة طبية متزامنة او لا يفسر بشكل أفضل باضطراب عقلي آخر، عندما يحدث اضطراب الأكل في سياق حالة أخرى او اضطراب آخر، فشدة اضطراب الأكل تتجاوز تلك المرافقة بشكل روتيني للحالة او الاضطراب ويستجلب انتباهاً سريرياً اضافياً. (حمادي، 2015، ص: 227).

#### 2-4 اضطراب فقدان الشهية العصبي (Anorexia Nervosa Disorder)

يتميز اضطراب فقدان الشهية العصبي بفقدان الوزن (أو نقص الوزن المناسب عند الأطفال الصغار)، صعوبات الحفاظ على وزن الجسم المناسب للطول والعمر، وتشوه في صورة الجسم لدى الكثير من الافراد. الأشخاص الذين يعانون من اضطراب فقدان الشهية يقيدون عموماً عدد السعرات الحرارية وأنواع الطعام الذي يتناولونه. بعض الأشخاص الذين يعانون من هذا الاضطراب يمارسون الرياضة بشكل قهري، ويظهرون من خلال التقيؤ والمسهلات.

يمكن أن يؤثر اضطراب فقدان الشهية على الأشخاص من جميع الأعمار والأجناس والتوجهات الجنسية والأعراق. لقد وجد المؤرخون وعلماء النفس أدلة على ظهور أعراض لفقدان الشهية لمئات أو آلاف السنين.

على الرغم من أن الاضطراب يبدأ في أغلب الأحيان خلال مرحلة المراهقة، إلا أن عدداً متزايداً من الأطفال وكبار السن يتم تشخيصهم أيضاً بفقدان الشهية. (NEDA, 2018)

**معايير التشخيص:**

معايير تشخيص اضطراب فقدان الشهية العصبي وفق الدليل التشخيصي والاحصائي الخامس:

- A- قيود على الوارد من الطاقة بالنسبة للمتطلبات، مما يؤدي إلى انخفاض وزن الجسم بشكل ملحوظ في سياق العمر والجنس والمسار التطوري، والصحة البدنية. انخفاض ملحوظ في الوزن يُعرف بأنه وزن أقل من الحد الأدنى الطبيعي أما بالنسبة للأطفال والمراهقين، فهو أقل من الحد الأدنى المتوقع.
- B- خوف شديد من كسب الوزن أو من البدانة، أو سلوك مستمر يتداخل مع اكتساب الوزن رغم أن الوزن متدنٍ بشكل كبير.
- C- اضطراب في الطريقة التي يختبر فيها الشخص وزنه أو شكله، أو تأثير غير ملائم لوزن الجسم أو شكله على التقييم الذاتي أو إنكار خطورة الانخفاض الراهن لوزن الجسم.

**تحديد ما إذا كان:**

نمط مقيد (F50.01): خلال الثلاثة أشهر الماضية، لم ينخرط الفرد في نوبات متكررة من الشراهة أو السلوك المسهل (أي التقيؤ الذاتي أو إساءة استخدام الملينات، مدرات البول، أو الحقن الشرجية). يصف هذا النمط الفرعي التظاهرات التي انجز فيها فقد الوزن أساساً عبر الحمية، الصيام، و/أو التمارين الرياضية.

نمط النهمة/الاسهال (F50.02): خلال الثلاثة أشهر الماضية، انخرط الفرد في نوبات متكررة من الشراهة أو السلوك المسهل (أي التقيؤ الذاتي أو إساءة استخدام المليينات، مدرات البول، أو الحقن الشرجية).  
**تحديد ما إذا كان:**

في هذأة جزئية: بعد استيفاء المعايير الكاملة لفقدان الشهية العصبي سابقاً. فالمعيار "A" (وزن الجسم المنخفض) لم يتحقق لفترة مطولة، ولكن إما المعيار "B" (خوف شديد من كسب الوزن أو من البدانة، أو سلوك مستمر يتداخل مع اكتساب الوزن) أو معيار "ج" (اضطرابات في الإدراك الذاتي للوزن والشكل) لا يزالان متحققان.  
في هذأة كاملة: بعد استيفاء المعايير الكاملة لفقدان الشهية العصبي سابقاً، فإن تحديد أي من المعايير لم يتحقق لفترة مطولة من الزمن.

#### تحديد الشدة الحالية:

ويستد الحد الأدنى من الشدة للكبار، على مؤشر كتلة الجسم الحالية (BMI) (انظر أدناه)، أو بالنسبة للأطفال والمراهقين، على مؤشر كتلة الجسم بالنسبة المئوية. النطاقات أدناه مستمدة من فئات منظمة الصحة العالمية للنحافة عند البالغين، عند الأطفال والمراهقين، فمؤشر كتلة الجسم المئوية المقابل يجب أن يستخدم. ويمكن زيادة مستوى الشدة لتعكس الأعراض السريرية، ودرجة العجز الوظيفي، والحاجة إلى الإشراف:

خفيف:  $BMI > 17 \text{ kg/m}^2$

متوسط:  $BMI 16-16.99 \text{ kg/m}^2$

شديد:  $BMI 15-15.99 \text{ kg/m}^2$

متطرف:  $BMI < 15 \text{ kg/m}^2$  (حمادي، 2015، ص: 228-229).

#### 2-5 اضطراب النهمة العصبي (Bulimia Nervosa Disorder)

النهم العصبي هو اضطراب غذائي خطير يحتمل أن يهدد الحياة ويتميز بدورة من الشراهة والسلوكيات التعويضية مثل القيء المستحدث ذاتياً والمصمم للتراجع أو التعويض عن آثار الأكل بنهم. (NEDA, 2018)  
**معايير التشخيص:**

معايير تشخيص اضطراب النهمة العصبي وفق الدليل التشخيصي والاحصائي الخامس:

A- نوبات معاودة من الشراهة عند الأكل. وتتصف نوبة الشراهة عند الأكل بكل مما يلي:

1- أكل مقدار من الطعام أكبر بشكل مؤكد مما يأكله معظم الناس أثناء نفس الفترة من الوقت وتحت نفس الظروف. وذلك في فترة منفصلة من الوقت (مثال، أي خلال فترة ساعتين).

2- إحساس بانعدام السيطرة على الأكل أثناء النوبة (مثال، الاحساس بأن المرء لا يستطيع التوقف عن الأكل أو السيطرة على ما هيبة أو مقدار ما يأكل).

B- سلوكيات تعويضية غير مناسبة متكررة لمنع كسب الوزن، مثل افتعال القيء أو سوء استخدام المسهلات أو المدرات أو الحقن الشرجية أو أدوية أخرى، أو الصيام أو التمارين المفرطة.

C- يحدث كل من الشره عند الأكل والسلوكيات التعويضية غير المناسبة، كمعدل وسطي، مرة أسبوعياً على الأقل لمدة 3 أشهر.

D- يتأثر تقييم الذات بشكل غير سليم بشكل ووزن الجسم.

E- لا يحدث الاضطراب حصراً أثناء نوبات فقد الشهية العصبي.

تحديد ما إذا كان:

في هدأة جزئية: بعد استيفاء المعايير الكاملة للنهم العصبي سابقاً. فبعض المعايير وليس جميعها لا يزال موجوداً لفترة مطوّلة من الوقت.

في هدأة كاملة: بعد استيفاء المعايير الكاملة للنهم العصبي سابقاً، فإن أيّاً من المعايير لم يتحقق لفترة مطوّلة من الزمن. تحديد الشدة الحالية:

ويستند الحد الأدنى من الشدة على تواتر السلوكيات التعويضية غير المناسبة (انظر أدناه). ويمكن زيادة مستوى الشدة ليعكس أعراضاً أخرى ودرجة العجز الوظيفي.

خفيف: بمعدل 1-3 نوبة من السلوكيات التعويضية غير المناسبة في الأسبوع.

متوسط: بمعدل 4-7 نوبة من السلوكيات التعويضية غير المناسبة في الأسبوع.

شديد: بمعدل 8-13 نوبة من السلوكيات التعويضية غير المناسبة في الأسبوع

المتطرف: بمعدل 14 نوبة أو أكثر من السلوكيات التعويضية غير المناسبة في الأسبوع. (حمادي، 2015، ص ص: 229-230).

## 2-6 اضطراب الشرهية للطعام (Binge eating disorder)

اضطراب الشرهية للطعام، من الاضطرابات المهددة للحياة، يمكن علاجه، يتسم بنوبات متكررة من تناول كميات كبيرة من الطعام (غالباً ما يكون سريعاً وإلى حد الانزعاج)؛ شعور بفقدان السيطرة أثناء الشرهية؛ يعاني الفرد من مشاعر الخجل أو الضيق أو الذنب بعد ذلك؛ واللجوء الغير منظم لاستخدام التدابير التعويضية غير الصحية (مثل التطهير) لمواجهة الشرهية عند تناول الطعام. يعتبر الاضطراب الأكثر شيوعاً في الولايات المتحدة.

اضطراب الشرهية للطعام واحد من أحدث اضطرابات الأكل المعترف بها رسمياً في الدليل التشخيصي والاحصائي الخامس، قبل الدليل الخامس كان اضطراب الشرهية للطعام مدرج ضمن اضطرابات (اضطراب التغذية او الأكل ذات المحدد الآخر). (NEDA, 2018)

معايير التشخيص:

معايير تشخيص اضطراب الشرهية للطعام وفق الدليل التشخيصي والاحصائي الخامس:

A- نوبات معاودة من الشرهية عند الأكل. وتتصف نوبة الشرهية عند الأكل بكل مما يلي:

1- أكل مقدار من الطعام أكبر بشكل مؤكد مما يأكله معظم الناس أثناء نفس الفترة من الوقت وتحت نفس الظروف. وذلك في فترة منفصلة من الوقت.

2- إحساس بانعدام السيطرة على الأكل أثناء النوبة (مثال، الاحساس بأن المرء لا يستطيع التوقف عن الأكل أو السيطرة على ما هية أو مقدار ما يأكل)

B- تترافق نوبات الأكل بشرهية مع ثلاثة (أو أكثر) مما يلي:

1- الأكل بسرعة أكثر بكثير من المعتاد.

2- تناول الطعام حتى الشعور غير المريح بالامتلاء.

3- تناول كميات كبيرة من الطعام عند عدم الشعور بالجوع فيزيائياً.

4- تناول الطعام على انفراد بسبب الشعور بالحرج من كمية الطعام المتناولة.

5- الشعور بالاشمئزاز من الذات، والاكتئاب، أو بالذنب الشديد بعد ذلك.

C- تواجد إحباط ملحوظ تجاه الأكل بشراهة.

D- تحدث الشراهة عند الأكل، كمعدل وسطي، مرة أسبوعياً على الأقل لمدة ثلاثة أشهر.

E- لا يترافق الشره عند الأكل مع سلوكيات تعويضية غير مناسبة من النهم العصبي أو فقد الشهية العصبي.

تحديد ما إذا كان:

في هدأة جزئية: بعد استيفاء المعايير الكاملة لاضطراب الشراهة للطعام سابقاً. فبعض المعايير وليس جميعها لا يزال موجوداً لفترة مطولة من الوقت.

في هدأة كاملة: بعد استيفاء المعايير الكاملة لاضطراب الشراهة للطعام سابقاً، فإن أيّاً من المعايير لم يتحقق لفترة مطولة من الزمن.

تحديد الشدة الحالية:

ويستند الحد الأدنى من الشدة على تواتر نوبة الأكل بشراهة (انظر أدناه). ويمكن زيادة مستوى الشدة ليعكس أعراضاً أخرى ودرجة العجز الوظيفي.

خفيف: بمعدل 1-3 نوبة من نوب الشراهة للطعام في الأسبوع.

متوسط: بمعدل 4-7 نوبة من نوب الشراهة للطعام في الأسبوع.

شديد: بمعدل 8-13 نوب الشراهة للطعام في الأسبوع

المتطرف: بمعدل 14 نوبة أو أكثر من نوب الشراهة للطعام في الأسبوع. (حمادي، 2015، ص ص: 230-232).

## 2-7 اضطراب التغذية أو الأكل المحدد الآخر (Other Specified Feeding or Eating Disorder)

ينطبق هذا التصنيف على الحالات التي تسيطر فيها الأعراض المميزة لاضطراب الأكل أو التغذية، والتي تسبب إحباطاً في الأداء في المجالات الاجتماعية والمهنية، أو غيرها، ولكن لا تفي بالمعايير الكاملة لتشخيص أي من الاضطرابات من فئة اضطرابات التغذية أو الأكل.

يتم استخدام فئة اضطراب التغذية أو الأكل المحدد الآخر في الحالات التي يختار فيها الطبيب، إيصال سبب محدد أن التظاهرات الحالية لا تلبى المعايير لتشخيص أي من الاضطرابات المحددة من فئة اضطرابات التغذية أو الأكل. يتم ذلك من خلال تسجيل "اضطراب التغذية أو الأكل المحدد الآخر" تليها الأسباب المحددة (مثل النهم العصبي ذو التوتر المنخفض)

أمثلة من الحالات التي يمكن تطبيق "الآخر المحددة" لتعيينها وتشمل ما يلي:

1- فقدان الشهية العصبي اللانموذجي: يتم استيفاء جميع معايير فقدان الشهية العصبي، إلا أنه على الرغم من فقدان الوزن الكبير، فوزن الفرد ضمن أو أعلى من الحد الطبيعي .

2- النهم العصبي (من التواتر المنخفض و/أو المدة المحدودة): يتم استيفاء جميع معايير النهم العصبي، أقل من مرة باستثناء أن الشراهة عند تناول الطعام وكذلك السلوكيات التعويضية غير المناسبة تحدث، وسطياً أقل من مرة أسبوعياً و/أو لأقل من 3 أشهر.

3- اضطراب الشراهة للطعام (من التواتر المنخفض و/أو المدة المحدودة): يتم استيفاء جميع المعايير لاضطراب الشراهة للطعام، باستثناء أن النهم عند تناول الطعام يحدث وسطياً أقل من مرة أسبوعياً و/أو لأقل من 3 أشهر .

- 4- اضطراب المسهلات: سلوك إسهالي متكررة للتأثير على الوزن أو الشكل (على سبيل المثال، التقيؤ المفتعل، إساءة استخدام المليينات، مدرات البول، أو الادوية الأخرى) في غياب الشراهة عند تناول الطعام.
- 5- متلازمة الأكل ليلاً: نوبات متكررة من تناول الطعام ليلاً كما يتظاهر من خلال تناول الطعام، بعد الاستيقاظ من النوم أو الإفراط في استهلاك الطعام بعد تناول وجبة المساء. وهناك وعي وتذكر للأكل. لا يُفسر تناول الطعام ليلاً بشكل أفضل من خلال التأثيرات الخارجية: مثل التغيرات في دورة النوم واليقظة للفرد أو عن طريق القواعد الاجتماعية المحلية. يسبب تناول الطعام ليلاً ضائقة كبيرة و/أو انخفاض في الاداء. لم يتم شرح نمط في الأكل بشكل أفضل من خلال اضطراب الشراهة للطعام، أو اضطراب عقلي آخر، بما في ذلك استخدام المواد، ولا يُعزى إلى حالة طبية أخرى أو إلى تأثير دواء. (حمادي، 2015، ص ص: 233-232).

## 2-8 اضطراب التغذية أو الأكل غير المحدد (Unspecified Feeding or Eating Disorder).

ينطبق هذا التصنيف على الحالات التي تسيطر فيها الاعراض المميزة لاضطراب التغذية أو الأكل، والتي تسبب احباطاً سريرياً هاماً أو ضعفاً في الأداء في المجالات الاجتماعية والمهنية، أو غيرها، ولكن لا تقي بالمعايير الكاملة لتشخيص أي من الاضطرابات من فئة اضطرابات التغذية أو الأكل.

يتم استخدام فئة اضطراب التغذية أو الأكل غير المحدد في الحالات التي يختار فيها الطبيب، عدم إيصال سبب محدد أن التظاهرات الحالية لا تلي المعايير المحددة لتشخيص أي من الاضطرابات من فئة اضطرابات التغذية أو الأكل. وتتضمن الحالات التي لا تتوفر على المعلومات الكافية لوضع تشخيص أكثر تحديداً (في اقسام الطوارئ مثلاً). (حمادي، 2015، ص: 233).

3- النظريات المفسرة للاضطرابات الأكل:

فيما يلي أبرز النظريات التي تناولت موضوع اضطرابات الأكل بالبحث والتفسير:

### أ- العوامل الوراثية والعضوية:

تزداد احتمالات اضطراب فقدان الشهية العصبي لدى أقارب الدرجة الأولى للنساء المصابات بالاضطراب أكثر بعشر مرات من المعدل الطبيعي. (Strober, Freeman, Lampert, Diamond & Kaye, 2000)

وعلى الرغم من ندرة الاضطراب لدى الرجال، الا انه أشارت بعض الدراسات الحديثة ان أقارب الدرجة الأولى المصابين باضطراب فقدان الشهية العصبي تزداد لديهم احتمالات الإصابة بالاضطراب مقارنة مع أقارب الدرجة الأولى من الرجال الغير مصابين باضطراب فقدان الشهية العصبي. (Strober et al., 2001)

كما أظهرت بعض الدراسات ارتباطاً في ظهور اضطراب فقدان الشهية العصبي والنهم العصبي بين التوائم المتماثلة بدرجة اعلى لغير التوائم المتماثلة.

كما أكدت مجموعة متنامية من دراسات التوائم (7MZ, 6DZ)<sup>1</sup> أن هناك صلة لا يمكن إنكارها بين العوامل الوراثية واضطرابات الأكل. في دراسة شملت مجموعة من 26 توائم 13 منهم على عتبة اضطراب فقدان الشهية العصبي، و13 منهم دون عتبة اضطراب

<sup>1</sup> التوائم الأحادية والثنائية

فقدان الشهية العصبي، لم يستوف أي من توائم DZ معايير تشخيص مرض فقدان الشهية العصبي، بينما كان 29% - 50% من توائم MZ (التوائم الأخوية) متطابقين مع اضطراب فقدان الشهية العصبي (Azadeh et al. 2013).

كما يعتقد أن السيروتونين (5-hydroxytryptamin, 5HT) يشارك ليس فقط في تنظيم الشهية ولكن أيضاً في تنظيم الحالة المزاجية. على الرغم من أن السبب الدقيق للخلل الوظيفي في اضطرابات الأكل غير معروف، ولكن العديد من الدراسات يفترض أن التغييرات التي تحصل في أنشطة مستقبلات 5-HT1A and 5-HT2A، ومستويات CSF 5-HIAA يمكن أن تكون موجودة لدى المرضى الذين يعانون من اضطرابات الأكل. كما أكدت العديد من الدراسات استمرار حدوث تغييرات في نشاط السيروتونين، وكذلك استمرار القلق، والسلوك الهوسي، بعد الشفاء من مرض فقدان الشهية العصبي، أو النهم العصبي. (Azadeh et al. 2013)

كما يعدّ الهيبوثلامس (hypothalamus) المركز الرئيس في تنظيم الجوع والأكل. وتشير الأبحاث أن الحيوانات المصابة في الفص الأمامي من الهيبوثلامس تفقد الوزن والشهية للطعام (Hoebel & Teitelbaum, 1966)، كما لوحظ ان اختلال نسبة الهرمونات التي ينظم الهيبوثلامس عملية افرازها كهرمون الكورتيزول تسبب المعاناة من فقدان الشهية العصبي. فهذه الاضطرابات في الهرمونات تحدث نتيجة تجويع المريض لنفسه، وتعود لنسبتها الطبيعية مع زيادة الوزن (Stoving, Nord, & Hagen, 1990)

كما تشير بعض الدلائل المأخوذة من الدراسات السريرية وغير السريرية إلى دور الدوبامين لدى الأفراد الذين يعانون اضطرابات النهم العصبي والشراهة الى الطعام. (Bello & Hajnal, 2010).

#### ب- العوامل الغذائية

من المعروف أن تكرار الأكل بشراهة ينتج عن كسر النظام الغذائي (Herman & Polivy, 1985) وبهذا تحدث انتكاسة في النظام الغذائي القاسي الذي يتبعه مرضي فقدان الشهية العصبي فيأكلون بشراهة. ويأتي التخلص من الأكل بعد جلسات الشراهة نتيجة الخوف من زيادة الوزن. فمرضي فقدان الشهية العصبي الذين لم يمروا بمرحلة الأكل بشراهة ثم التخلص من الأكل، قد يكون لديهم انشغال أكبر بالخوف من زيادة الوزن.

#### ج- العوامل النفسية

##### النظرية التحليلية:

يشير أنصار النظرية التحليلية الكلاسيكية الى ان مرجع فقدان الشهية العصبي يتمثل في القلق والصراع الجنسي، ويعتقدون ان انكار الطعام هو في حد ذاته انكار للجنس، فالاضطرابات في تناول الطعام ليس سلوكاً عادياً، بل انه مرتبط ارتباطاً وثيقاً بالارتجاع او الانخفاض في التوتر الناتج عن الصراع الجنسي. كذلك يرتبط هذا الاضطراب بالعلاقة الاغوائية الاعتمادية مع الاب، مع شعور بالذنب نتيجة الشعور بالعدوانية تجاه الام، ومع وجود تناقض وجداني في العلاقة مع الام. ويعبر فقدان الشهية العصبي عن نوع من عقاب الذات الذي يلقيه المريض على نفسه نتيجة لمشاعر الذنب المتولدة لديه من إحساسه بالعدوانية. اما في حالة النهم المرضي نجد المريض يخاف من الجوع الذي يعني الفقد الرمزي للحب، يصبح الطعام بمثابة اشباعاً للميول العدوانية لدى الفرد (فايد، 2005، ص ص: 175-176).

كما تفسر النظريات التحليلية النهم العصبي بأنه يرجع الى الخوف من الجوع الذي يعني الفقد الرمزي للحب، ويصبح الطعام بمثابة اشباعاً للميول العدوانية لدى الفرد فضلاً عن ان اكل الحفلات ينتج عن اثاره الخوف اللاشعوري من الهجر، كما يرجع النهم العصبي الى التعرض للإحباطات الاجتماعية التي تجعل الفرد يسعى للإشباع بالإفراط في تناول الطعام، بهذه الوسيلة يعبر عن عدوانه واحياناً تكون صورة الجسم لها دلالتها الانفعالية حيث انها تمثل رغبة الشخص في ان يكون قوياً مما يعطي له اشباعاً. وفقدان الوزن يمثل صعوبة لا بسبب عدم القدرة على مواجهة عدم الارتياح الجسمي الناشئ عن الجوع، ولكن ايضاً بسبب الإحساس بفقدان الحب والانتقام الذي يمثله تناول الطعام واخيراً الخوف من فقدان القوة التي يمثّلها زيادة الجسم في الوزن (فايد، 2008، ص:227)

**النظرية المعرفية السلوكية:**

تركز النظريات السلوكية المعرفية لاضطرابات الأكل على فهم الأفكار، والمشاعر، والسلوك التي تسهم في تشوه صورة الجسم، والخوف من السمنة، وفقدان التحكم في الأكل. فالأفراد ذوو اضطرابات الأكل يعانون وصمة سوء تكيف لأنهم عادة ما يكون انتباههم موجهاً للأفكار والصور المرتبطة بالوزن، وشكل الجسم، والطعام (Fairburn, Shafran, & Cooper, 1999).

فقدان الشهية العصبي: تؤكد النظريات المعرفية السلوكية لاضطراب فقدان الشهية العصبي على أن الخوف من السمنة، والفكرة المشوهة عن شكل الجسم تعد من الاسباب المشجعة على تعزيز الحدّ من الطعام وتقليل الوزن. فقد قرّر الكثير من ذوي اضطراب فقدان الشهية العصبي، أن بداية الأعراض كانت تالية لفترة فقدان الوزن واتباع نظام غذائي. فسلوكيات الحفاظ على النحافة تعزز سلبياً من خلال الحد من قلق أن تصبح بديناً. علاوة على ذلك، فاتباع نظام غذائي وفقدان الوزن يمكن أن يعزز إيجابياً بالإحساس بالسيطرة أو التحكم الذاتي (Garner, Vitousek, & Pike, 1997).

### ج- العوامل الاجتماعية الثقافية:

تشمل بعض النظريات الشخصية والعوامل الثقافية الاجتماعية لمحاولة تفسير كيفية ظهور كل من إحساس الخوف من السمنة والصورة المشوهة عن شكل الجسم، فعلى سبيل المثال فإن المثالية والإحساس بعدم الكفاءة قد يجعلان الفرد قلقاً على مظهره، مما يعزز فكرة اتباع أنظمة الأكل. وبالمثل التعرض لما تعرضه وسائل الإعلام التي تشجع على النحافة كنموذج مثالي والميل لمقارنة الفرد لنفسه مع ما يراه في وسائل الإعلام يؤدي لعدم الرضا عن شكل الجسم (Stormer & Thompson, 1996)

ومن العوامل المهمة التي تدفع نحو النحافة تعليقات الأقران والآباء حول زيادة الوزن. ( Paxton, Schutz, Wertheim, & Muir, 1999).

ان المستوى الاجتماعي والظروف البيئية والاقتصادية تلعب دوراً هاماً في إصابة الشخص بفقدان الشهية العصبي او بالبدانة حيث تلعب الاموال ووفرته دوراً في ذلك، أي في شراء الأطعمة وبكميات تفوق ما يحتاجه الفرد (غانم، 2006، ص:246).

هـ - عوامل أخرى:

تتداخل عوامل أخرى كمسببات لاضطرابات الأكل، منها تأثيرات الشخصية، خصائص الاسر، إساءة معاملة الأطفال، فقد كشفت الدراسات عن الخصائص الشخصية أن المثالية تؤدي دوراً، ومن الخصائص الشخصية الأخرى التي تنتبأ باختلالات الأكل نجد عدم الرضا عن صورة الجسد، ومدى تمييز الحالات البيولوجية لأجسامهم، والمرور بخبرة وجدانية سلبية. كذلك اختلالات العلاقات الأسرية شائعة إلى حد ما بين الأفراد الذين يعانون اضطرابات الأكل، ولكن هذا يمكن أن يكون نتيجة لاضطرابات في الأكل، وليس بالضرورة سبباً لذلك، كما ان ارتفاع معدلات الاعتداء الجنسي وجدت بين الأفراد ذوي اضطرابات الأكل، ولكنها ليست عوامل خطر محددة لتطوير اضطرابات الأكل (الحويلة، عياد، شويخ، الرشيد، والحمدان، ص ص: 678-688).

#### 4- انتشار المرض:

أسهمت التعديلات التي أدخلت على المعايير التشخيصية في الدليل التشخيصي الاحصائي الخامس للاضطرابات النفسية الى زيادة في انتشار المرض، وتشير الدراسات ان معدّل انتشار المصابين باضطراب فقدان الشهية العصبي يزداد بنسبة 40% باستخدام معايير الدليل الخامس، ففي دراسة شملت عينة من الاناث بعمر 20 سنة، هدفت الى إظهار الاختلاف في تحديد نسبة إنتشار اضطراب فقدان الشهية العصبي وفقاً لمعايير الدليل الرابع والمعدّل والدليل الخامس، أظهرت النتائج اختلافاً واضح حيث زاد معدل انتشار الاضطراب من 0.6% الى 0.8%. وفي دراسة شملت عينة أخرى من طالبات المدارس الثانوية والجامعات ارتفع معدّل انتشار اضطراب فقدان الشهية من 0.59% وفقاً للمعايير التشخيصية للإصدار الرابع المعدّل الى 0.69% وفقاً للمعايير التشخيصية في الدليل الخامس. (Machado, Goncalves, & Hoek, 2013)

ايضاً مثل اضطراب فقدان الشهية العصبي فان المعايير التشخيصية لاضطراب النهمة العصبي اختلفت في DSM - 5 عن المعايير التشخيصية التي اعتمدت في DSM-IV-TR. ففي الدليل الرابع المعدّل يجب أن يحدث كل من الشره عند الأكل والسلوكيات التعويضية الغير مناسبة كمعدل وسطي مرتين في الأسبوع لمدة 3 أشهر، فيما خفضت معايير الدليل الخامس هذه العتبة لمرة واحدة في الأسبوع.

وجدت دراسة تأثيراً بسيطاً لمعايير DSM-5 المقترحة على عدد الحالات التي تم تشخيصها بالنهم العصبي مقارنة بالحالات المحددة مع معايير الدليل الرابع المعدّل. (Keel, Brown, Holm-Denoma, & Bodell, 2011) كما وجدت دراسة في السويد على توائم الاناث أن معدل انتشار اضطراب النهمة العصبي زاد من 1.2% باستخدام معايير الدليل الرابع الى 1.6% باستخدام معايير الدليل الخامس. وفي دراسة شملت عينة من طالبات المدارس الثانوية والجامعات البرتغالية وجدت زيادة أقل نسباً حيث ارتفع معدّل انتشار اضطراب النهمة العصبي وفقاً لمعايير الدليل الرابع المعدّل من 0.46% الى 0.59% بالمقارنة مع معايير التشخيص المدرجة في الدليل الخامس. (Machado et al., 2013) وكذلك ظهرت هذه الزيادة أكثر وضوحاً في دراسة شملت عينة من المراهقات حيث ارتفع معدّل الانتشار من 1.6% (Stice et al., 2009) الى 2.6% (Stice et al., 2013)

تراوحت تقديرات معدّل انتشار المرض سنوياً 0.01% إلى 0.06% في الولايات المتحدة (Marques et al. 2011) وأوروبا (Preti et al. 2009)

أدى بحث منهجي في ثلاث قواعد بيانات الكترونية (PsycINF، EMBASE، PubMed) الى إيجاد 32 دراسة حول انتشار اضطراب الشراهة للطعام، وفي تحليل لتلك الدراسات تبين ان معدّل انتشار الاضطراب العالمي 0.9% (مجال الثقة 95%؛ 0.7 - 1.0%)، انتشاره بين النساء (1.4%؛ 0.7 - 1.1%) اعلى من الرجال (0.4%؛ 0.3 - 0.6%). كما أظهرت الدراسة عدم وجد فروق كبيرة في معدّل الانتشار بين البلدان ذات الدخل المرتفع (0.9%؛ 0.8 - 1.1%) كما انه منخفض في البلدان المتوسطة الدخل (0.7%؛ 0.3 - 1.1%). (Erskine & Whiteford, 2018).

كما عمل باحثون على اجراء مراجعة منهجية لانتشار اضطرابات الأكل في بلدان الشمال الأوروبي (أي الدنمارك وفنلندا وأيسلندا والنرويج والسويد) ما بين الأعوام: 1994-2016

أظهرت النتائج أن معدلات انتشار مرض فقدان الشهية العصبي واضطراب الشراهة للطعام لدى الإناث أقل في بلدان الشمال مقارنة بأوروبا بشكل عام، وأعلى قليلاً في حالة الشره العصبي.

وفي دراسة لمدى انتشار اضطرابات الأكل بين المراهقات في الولايات المتحدة وفقاً للمعايير المقترحة في DSM-5 أظهرت النتائج التالي:

**جدول (1) مدى انتشار اضطرابات الأكل**

الاضطراب	العمر	مدى الانتشار %
فقدان الشهية العصبي	20	0.8
النهم العصبي	20	2.6
الشراهة للطعام	20	3.0
فقدان الشهية اللانموذجي	20	2.8
النهم العصبي دون العتبة	20	4.4
الشراهة للطعام دون العتبة	20	3.6
اشترك الاضطرابات	20	13.1 (5.2% فقدان الشهية والنهم العصبي او الشراهة للطعام / 11.5% مصابون باضطرابات تغذية غير محددة

(Stice, Marti, & Rohde, 2013)

**انتشار اضطرابات الأكل في العالم العربي:**

الدراسات التي تناولت اضطرابات الأكل في العالم العربي قليلة جداً، في دراسة لاستكشاف تأثير التعرّض للثقافة الغربية في انتشار اضطرابات الأكل، شملت العينة على مجموعتين من الطالبات العربيات اللاتي التحقن بجامعة لندن وطالبات يتابعن الدراسة في جامعة القاهرة، تم تسجيل استجابة إيجابية في اختبار اتجاهات الأكل (EAT - 40) في 22% من الطلاب في مجموعة لندن و12% في مجموعة القاهرة، حققت ست حالات من عينة لندن معايير تشخيصية للشره المرضي العصبي، ولكن لم يتم تحديد أي حالات لفقدان الشهية أو الشره المرضي في عينة القاهرة. (ناصر، 1986).

كشفت دراسة أجريت في الإمارات العربية المتحدة (2006) بين الفتيات المراهقات، المقابلات مع 50 فتاة من العينة المشاركة أظهر إصابة 2% من العينة باضطراب فقدان الشهية، كما كشفت دراسة لاحقة أجراها توماس وخان وعبد الرحمن (2010) انتشار أعراض اضطرابات الأكل بما نسبته 24% من (n=228) الطالبات الجامعيات في الإمارات حيث سجلن أكثر من 20 على مقياس اتجاهات الأكل (EAT - 26)

في دراسة هدفت للتحقق من الإصابة باضطرابات الأكل وارتباطها بين المراهقات في عمان، الأردن. تبين ان ثلث المشاركين يعانون من اضطرابات الأكل، بما في ذلك النهم العصبي (0.6%)، واضطراب الشراهة للطعام (1.8%) واضطراب الأكل غير المحدد (31%)، ومع ذلك لم يتم العثور على حالات فقدان الشهية. كانت اضطرابات الأكل سائدة بين العينة. كان المشاركون أكثر انشغالاً بوزن الجسم بسبب الأعراف الاجتماعية والثقافية التي تعززها الوسائل الإعلامية. (Mousa, Mashal, Al-Domi, & Jibril, 2010) وفي دراسة هدفت الى الكشف عن إنتشار اضطرابات الأكل بين المراهقين الذكور والاناث في سبع دول عربية الجزائر والأردن والكويت وليبيا وفلسطين وسوريا والإمارات العربية المتحدة. كشف النتائج التالي:

- ان خطر الإصابة باضطرابات الأكل لدى الاناث يتضاعف مرتين مقابل الذكور في الأردن وليبيا وفلسطين وسوريا.

- أظهر المراهقون الكويتيون (ذكور وإناث) ارتفاع معدل انتشار الاضطراب مقارنة بنظرائهم في البلدان الأخرى.

- كان خطر الإصابة بالاضطراب بين المراهقين ممن يعانون من السممة المفرطة مرتين إلى ثلاث مرات أعلى من المراهقين الذين لا يعانون من السممة المفرطة، بين كلا الجنسين. باستثناء الإناث الكويتيات والذكور الفلسطينيين. (Musaiger et al.2012) انتشار اضطرابات الأكل في لبنان:

خلال العام 2015 أجرى كل من (زينه، صفي الدين، دوميظ) دراسة للتعرف على عدد مرضى اضطرابات الأكل المترددين الى العيادات النفسية لطلب العلاج خلال العام 2013، أظهرت النتائج أن النهم المرضي العصبي (bulimia nervosa) كان الأكثر انتشاراً (46.1%) يليه فقدان الشهية العصبي (39.4%) والشراهة للطعام (14.4%).

#### 5- الفروق بين الجنسين:

تعتبر اضطرابات الأكل واحدة من أكثر المشكلات شيوعاً بين الإناث الشابات في الدول الغربية (Grave,2003) فقدان الشهية العصبي:

عادة ما يبدأ فقدان الشهية العصبي مع بداية أو وسط سنوات المراهقة، وغالبا ما يكون بعد اتباع نظام غذائي أو التعرض لمشقة من ضغوط الحياة. واحتمالية استمرار معاناة الفرد لفقدان الشهية العصبي مدى حياته هو أقل من 1%، أما نسبته في النساء فتبلغ 10 اضعاف مثلتها في الرجال (Hoek & van Hoeken,2003)

وحيثما يصاب الرجال بهذا الاضطراب فإنه تظهر لديهم نفس الأعراض والخصائص الأخرى مثل المشكلات العائلية، التي تظهر لدى النساء اللاتي يعانين نفس الاضطراب. (Olivardia, Pope, Mangweth, & Hudson,1995)

و غالباً ما تعاني النساء المصابات بهذا الاضطراب من الاكتئاب، والوسواس القهري، والرهاب، واضطراب الهلع، واضطراب سوء استخدام المواد، والعديد من اضطرابات الشخصية. (Baker, Mitchell, Neale, & Kendler, 2010) والذكور ممن يعانون اضطراب فقدان الشهية العصبي أكثر احتمالاً لظهور أعراض اضطراب المزاج، والفصام، واضطراب سوء استخدام المواد (Striegel-Moore et al., 1999)

#### اضطراب النهمة العصبي:

وعادة ما يبدأ اضطراب النهمة العصبي مع بداية مرحلة المراهقة أو نهايتها، فحوالي % 90 من الحالات نساء، ويبلغ انتشاره بين النساء نحو 1-2% من الجمهور (Hoek & van Hoeken, 2003)

وجدت دراسة حول مدى انتشار اضطرابات الأكل بين الجنسين (فقدان الشهية العصبي، والنهم العصبي، والشراهة للطعام) هي %0.9، و%1.5، و3.5 بين النساء و%0.3، و%0.5، و%2.0 بين الرجال. (Hudson, Hiripi, Pope, & Kessler, 2007)

#### 6- المآل:

تشخيص اضطرابات الأكل لدى البالغين ليست جيدة، ما نشر على مدار الثلاثين عاماً الماضية أشار الى تدهور في الاستجابة. بداية القرن الحادي والعشرين، كان ربع المصابين بالنهم العصبي و%16 من المصابين بفقد الشهية العصبي (Pinheiro, Thornton, Von Holle, Berrettini, Klump, and Bulik, & Brandt, 2008) يتعافون تماماً.

ما بين %50 و%70 من مرضى فقدان الشهية العصبي يتمثلون للشفاء، تستغرق هذه المرحلة من 6 الى 7 سنوات. تحدث انتكاسات قبل الوصول الى نمط ثابت للغذاء والحفاظ على وزن مناسب للجسم. (Strober, Freeman, & Morrell, 1997)

ويهدد فقد الشهية العصبي حياة الإنسان حيث ترتفع معدلات وفيات المصابين به إلى 10 أضعاف معدل الوفيات العادية، كما أنها تبلغ ضعف الوفيات الناتجة عن الاضطرابات النفسية الأخرى. وتصل معدل الوفاة بين السيدات ذوات اضطراب فقدان الشهية العصبي ما بين 3 الى 5% (Keel & Brown, 2010)

كشفت دراسات متابعة لأفراد النهمة العصبي على المدى البعيد امتثال % 75 منهم للشفاء، رغم وجود الأعراض كاملة لدي حوالي 10 إلى 20 % منهم (Keel et, 2009). ويرتبط التدخل بعد فترة وجيزة من التشخيص أي في غضون السنوات القليلة الأولى بزيادة احتمالات الشفاء (Reas, Williamson, Martin, & Zucker, 2000)

#### 7- الاضطرابات المشتركة مع اضطرابات الأكل:

يتطلب تقييم الأفراد الذين يعانون من اضطرابات الأكل إجراء تقييم شامل ليس فقط للأعراض المرتبطة بالأكل ولكن أيضاً للأعراض النفسية المشتركة التي قد تؤثر على التشخيص وكذلك على العلاج.

أظهرت بعض الأبحاث معدلات مرتفعة للغاية من الاعتلالات المشتركة للأمراض النفسية لدى الأفراد الذين يعانون من اضطرابات الأكل، حيث أفادت إحدى الدراسات أن 97% من المرضى الذين لديهم تشخيص أولي لاضطرابات الأكل ان لديهم اضطراب نفسي إضافي واحد على الأقل. (Blinder, Cumella, & Sanathara, 2006) ، ومع ذلك أن مجرد تقييم وجود مرض

مشترك هو غير كاف، لتحسين الرعاية السريرية، من المهم أيضاً فهم الجدول الزمني وتسلسل بداية الحالات المصاحبة، والنظر في التأثير المحتمل للتشخيصات النفسية التي تحدث في تشخيص الحالة الأولية وعلاجها. (Valderas, Starfield, Sibbald, (Salisbury, & Roland, 2009)

وبعبارة أخرى، فإن تقييم الاضطراب المشترك هو مكون أساسي في التقييم الشامل لأي فرد يعاني من اضطرابات الأكل، أن تشخيص الاضطرابات المتزامنة في سياق اضطرابات الأكل يمثل العديد من التحديات.

#### اضطرابات الأكل واضطرابات المزاج:

أظهرت دراسة ان ما يقرب 40% من الافراد المصابين باضطراب فقدان الشهية، ويعانون من اضطراب المزاج، وكذلك يعاني 70% من المصابين باضطراب النهم العصبي و45% من المصابين باضطراب الشرهه للطعام من اضطراب في المزاج. (Hudson, Hiripi, Pope, & Kessler, 2007)

كما أظهرت بعض الدراسات ان الزيادة في اعراض اضطرابات الاكتئاب ترافقت مع زيادة في اعراض اضطراب النهم العصبي، والعكس (Presnell, Stice, Seidel, & Madeley, 2009)، بمعنى آخر إن تطور أعراض الأكل لا يُظهر أسبقية زمنية واضحة على تطور أعراض الحالة المزاجية والعكس صحيح.

ان الرجال الذين يعانون اضطراب النهم العصبي غالباً ما يتم تشخيصهم من خلال اضطراب المزاج أو اضطراب استخدام المواد (Stiegel-Moore Garvin, Dohm, & Rosenheck.1999)

قامت إحدى الدراسات بفحص العلاقة بين النهم العصبي والاكتئاب بين الفتيات ووجدت هذه الدراسة أن أعراض النهم العصبي كشفت عن وجود أعراض الاكتئاب. وبالرغم من ذلك فالعكس أيضاً صحيح، حيث إن الأعراض الاكتئابية كشفت عن وجود أعراض النهم العصبي، وبذلك فإن كلا منهما يزيد من خطورة الإصابة بالآخر (Stice, Burton, and Shaw,2004)

#### اضطرابات الأكل والانتحار:

تعد محاولات الانتحار شائعة بشكل مثير للقلق لدى الأفراد الذين يعانون من اضطراب فقد الشهية والنهم العصبي، هذا يدفع الأطباء لإجراء تقييم دقيق لأعراض الانتحار التي يعاني منها الافراد المصابون باضطرابات الأكل.

في دراسة استطلاعية لعينة كبيرة من النساء المصابات باضطرابات الأكل، قام ما مجموعه 15% من العينة بمحاولة انتحارية بنية جادة للموت خلال دورة مدتها 8.6 سنوات من الدراسة (Franko & keel , 2006) وأشارت الدراسة نفسها، انه ليس من المستغرب في أن المشكلات النفسية التي تحدث، مثل الاكتئاب وتعاطي المخدرات، تزيد من خطر الانتحار. وكذلك سمات الشخصية تلعب دوراً مهم، وتشير بعض النتائج ان الأفراد المصابون باضطراب الأكل والشخصية الحدية إلى احتمالية أكبر لسلوكيات إيذاء النفس ومحاولات الانتحار مقارنة بالأفراد الذين يعانون من اضطرابات الأكل المترافق مع اضطرابات شخصية أخرى او بدون اضطرابات الشخصية. (Wonderlich & Swift, 1990)

### اضطرابات الأكل واضطراب قلق ما بعد الصدمة:

هناك روابط راسخة بين اضطرابات الأكل، والتعرض للإساءة أو الصدمة، واضطراب ما بعد الصدمة، فحوالي 30% من البالغين الذين يعانون من اضطراب النهم العصبي يبلغون عن تجارب جنسية غير مرغوب فيها أثناء الطفولة، وأكثر من نصفهم يبلغون عن سوء معاملة بدنية للأطفال. (Wonderlich, Brewerton, Jovic, Dansky, & Abbott, 1997)

أشارت دراسة استقصائية أن اضطراب ما بعد الصدمة يحدث في حوالي 45% من الأفراد الذين يعانون من اضطراب النهم العصبي، في مقابل 10-15% فقط من المصابين باضطراب فقدان الشهية العصبي. (Hudson et al., 2007).

### اضطرابات الأكل واضطرابات الإدمان:

ترتفع معدلات تعاطي الكحول وغيرها من اضطرابات تعاطي المخدرات لدى الأفراد الذين يعانون من اضطرابات الطعام، ما يقرب من 25% من المصابين باضطراب فقدان الشهية العصبي، و35% من المصابين باضطراب النهم العصبي و25% من المصابين باضطراب الشراهة للطعام (Hudson et al., 2007).

### اضطرابات الأكل واضطرابات الخلل في الوظيفة الجنسية:

كذلك فيما خصّ الخلل في الوظائف الجنسية، يبدو انه شائع لدى النساء اللاتي يعانين من اضطرابات الأكل، يرتفع المعدل لحوالي 75% من النساء المصابات باضطراب فقدان الشهية العصبي و40% من النساء المصابات باضطراب النهم العصبي (Pinheiro et al., 2010).

بالمقارنة مع النساء غير المصابات باضطرابات الأكل، فإن النساء المصابات باضطراب فقدان الشهية العصبي والنهم العصبي لديهن مستويات أعلى من القلق الجنسي، والعلاقات دون الاتصال الجنسي، ومشاكل الإثارة والنشوة الجنسية، فضلاً عن انخفاض مستويات الرضا الجنسي. (Castellini, Lelli, Lo Sauro, & Fioravanti, 2012; Morgan, Wiederman, & Pryor, 1995).

### اضطرابات الأكل واضطرابات الشخصية:

في مراجعة لمعدلات انتشار اضطراب الشخصية من الدراسات التي استخدمت المقابلات التشخيصية، حقق ما معدله 21% من الأفراد الذين يعانون من النهم العصبي معايير الإصابة باضطرابات الشخصية، مقارنةً بـ 3% من الأفراد يعانون من فقدان الشهية العصبي و9% من الأفراد يعانون اضطراب الشراهة الى الطعام.

(Cassin & von Ranson, 2005)

## 8- العلاجات:

### أ- العلاجات النفسية لاضطرابات الأكل:

#### العلاج المعرفي السلوكي:

في دراسة حول فعالية العلاج المعرفي السلوكي المعزز (CBT-E) لاضطرابات الأكل أظهرت النتائج تعافي كامل للعينات التي أكملت المسار العلاجي بالكامل (وقف جميع سلوكيات اضطرابات الأكل الرئيسية)، بشكل عام، أشارت النتائج أن CBT-E يؤدي إلى تحسن كبير لدى المرضى الذين يعانون من اضطرابات الأكل. (Byrne, Fursland, Allen, and Watson, 2011)

في دراسة مقارنة بين فاعلية العلاج المعرفي السلوكي لاضطرابات الأكل لعلاج صورة الجسم بدون ومع استخدام تقنية الواقع الافتراضي. أظهرت النتائج أن المرضى الذين تلقوا العلاج مع إضافة مكّون الواقع الافتراضي تحسّنوا أكثر من الذين تلقوا العلاج من دون مكّون الواقع الافتراضي. وكشفت النتائج عن ميزة تضمنين عنصر علاج يعالج اضطرابات صورة الجسم في بروتوكول العلاج العام لاضطرابات الأكل. (Marco, Perpina, & Botella. 2013)

#### نموذج للعلاج المعرفي السلوكي لاضطراب النهمة العصبي:

تم وصفه لأول مرة في عام 1981 من قبل كريستوفر فيربورن (Christopher Fairburn)، ويعتبر من أكثر العلاجات نجاحًا لحالات النهمة العصبي. أصبحت النسخة الموسعة من الدليل الأصلي (Fairburn et al. 1993)، والذي صاغه كل من ويلسون وفيربورن وأغراس (Wilson, Fairburn, & Agras) (1997)، "قاعدة ذهبية" لعلاج النهمة العصبي. وتم اعتماده من قبل المعهد الوطني للصحة وتوقّ الرعاية (NICE, 2004) والجمعية الأميركية للطب النفسي (2006) واعتباره العلاج الأولي لاضطراب النهمة العصبي.

يتكون البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي لاضطراب النهمة العصبي من 19 جلسة فردية تتطبّق على مدار 20 أسبوعًا. يعتمد العلاج على نموذج للتعرف على دور كل من العمليات المعرفية والسلوكية لاضطراب النهمة العصبي.

تدني احترام الذات والمبالغة في تقدير الوزن والشكل، يؤدي إلى اعتماد نظام غذائي صارم والافراط في التمارين الرياضية في سبيل فقدان الوزن. هذه القيود الغذائية الصارمة تتخللها حلقات شراهة في تناول الطعام، والتي تليها محاولات للتعويض عن السرعات الحرارية التي تم تناولها وأغلب الأحيان يكون التعويض عن طريق التقيؤ أو السلوكيات التطهيرية الأخرى (على سبيل المثال، سوء استخدام ملين أو مدر للبول). ومع ذلك، فإن هذه المحاولات للتعويض لا تؤدي إلا إلى تعزيز الشراهة عند تناول الطعام عن طريق الحد من مستوى القلق بشأن احتمالية زيادة الوزن الناتجة عن الشراهة. هذا النمط من الشراهة يتسبب في الضيق ولوم الذات، مما يقلل من احترام الذات ويعزز محاولات فقدان الوزن، وبالتالي يخلق حلقة مفرغة. يهدف العلاج إلى كسر هذه الدورة عن طريق استبدال النظام الغذائي الصارم إلى الأكل العادي وتغيير التفكير المغلوط حول أهمية الشكل والوزن.

يتضمن جدول أعمال الجلسة معالجة السلوكيات المعرفية والخلل الوظيفي، ومراجعة المراقبة الذاتية وغيرها من الواجبات المنزلية، مع التركيز على مهام التمرين والممارسة من أجل تحقيق التغيير السلوكي والمعرفي، وتلخيص الجلسة، وتحديد المهام المنزلية. يعمل

المعالج والمريض معاً في عملية من "التجربة التعاونية"، الاتفاق على التعاون العلاجي بين المعالج والمريض من النقاط الضرورية، تعاون يوازي بين التعاطف والحزم (Beck, 1976). يتم شرح الطبيعة المنظمة والمركزة للعلاج للمرضى في البداية، ويتوقع الالتزام بخمسة أشهر من العلاج. من الأمور الشائعة أنه على الرغم من أن معظم المرضى الذين يعانون من اضطراب النهم العصبي يرغبون في التغلب على الاضطراب لديهم، إلا أن الكثير منهم متناقضون بشأن التغيير.

ينصب تركيز الجلسات الثماني الأولى (التي تُعقد أسبوعياً) على إقامة علاقة علاجية جيدة وتيسير التغيير السلوكي المبكر. يتم توضيح توقعات العلاج من خلال توضيح أن النتيجة المحتملة إيجابية ولكن "النجاح بين عشية وضحاها" غير مرجح ويمكن أن يستمر التقدم إلى ما بعد نهاية العلاج. يتم تحديد النكسات كفرص للتعليم. يتم تقديم الأساس المنطقي للعلاج المعرفي السلوكي، مع التركيز على تأثير المعتقدات على السلوك والعواطف، والدور النشط للمريض، والحاجة لاستمرار العمل بين الجلسات لتعديل السلوك.

من الجلسة الأولى، يتم توجيه المرضى للمراقبة الذاتية لأكلهم والسوائل التي يتناولونها والظروف التي يحدث فيها ذلك، سواء لزيادة وعيهم بسلوكيات الأكل لديهم (وبالتالي مساعدتهم على استعادة السيطرة على الأكل). يتم توجيه المرضى لتسجيل مقدار استهلاك الطعام بعد فترة وجيزة من حدوثه، مع الأفكار والمشاعر المترافقة، وأي شراهة في الأكل أو التطهير. في بداية كل جلسة علاج، يجب إعطاء وقت كاف لمراجعة هذه السجلات، للحصول على صورة كاملة عن عادات الأكل لدى المريض. يتم تشجيع المرضى على تقييم أنفسهم (فقط) مرة واحدة في الأسبوع لتقليل انشغالهم بالوزن. ووفقاً للنموذج المعرفي السلوكي، يتم توفير التعليم فيما يتعلق بالآثار السلبية للنظام الغذائي الصارم، والآثار الجسدية (وعدم الفعالية النسبية) للتطهير.

بحلول الجلسة الثالثة، يُطلب من المرضى تناول الطعام بانتظام (ثلاث وجبات ووجبتان خفيفتان يومياً) من أجل الحد من الأكل بشراهة. ينصب التركيز المبكر على التغيير السلوكي الأقل صعوبة (مثل تطوير نمط منتظم من تناول الأطعمة "الآمنة") من أجل تسهيل التقدم المبكر ومكافحة اليأس.

يتم تقديم التعليم حول التجربة الذاتية للامتلاء (على الأرجح ناتج عن الخوف من زيادة الوزن أو الأحاسيس غير المألوفة المتعلقة بالأكل المنتظم). يزداد التحكم في النفس عن طريق إدخال سلوكيات مخططة تتعارض مع الشراهة عند تناول الطعام (مثل المشي) والحد من التعرض للغذاء (على سبيل المثال، تجنب التسوق) عندما يشعر المرضى بأن التحكم في النفس منخفض.

الجلسات من 9 إلى 16 أسبوع: الإجراءات المعرفية والسلوكية للحد من الشراهة وضبط النفس. يمكن أن تحدث الشراهة عند تناول الطعام من خلال عدد من الأحداث، بما في ذلك الضغوطات الشخصية والانفعالات السلبية. يعطي تعليم حل المشكلات الرسمي مهارات للمرضى حتى يتمكنوا من التعامل مع المواقف بطرق أكثر فاعلية من الأكل بنهم.

يتم تذكير المرضى بأن اتباع نظام غذائي صارم يجعلهم عرضة للأكل بنهم. بعد إجراء تغييرات على أنماط الأكل الخاصة بهم عندما يأكلون. (يُطلب من المرضى إنشاء قائمة لـ "الأطعمة المحرمة")، والتي يصنّفونها من حيث درجة الصعوبة. تساعد التجارب السلوكية المرضى على تجنب تلك الأطعمة، وذلك باستخدام التعرض التدريجي والمتكرر للأطعمة التي كانت يخشى منها المرضى من قبل.

يمكن استخدام إعادة الهيكلة المعرفية لمعالجة الإدراك الخاطئ، مثل التفكير الترددي والمواقف غير الواقعية المتعلقة بالشكل والوزن، من أجل تطوير معتقدات وظيفية أكثر منطقية لتوجيه السلوك في المستقبل. كما تستخدم التقنيات السلوكية لمعالجة مخاوف الوزن / الشكل.

المرحلة النهائية من العلاج (الجلسات 17-19)، يحدد المرضى الجوانب الرئيسية للعلاج التي وجدوا أنها مفيدة بشكل خاص. كما يقومون بتحديد العوامل عالية الخطورة التي من المحتمل ان تؤدي الى انتكاس ويتم اختبار بعض استراتيجيات مواجهة للتعامل مع تلك العوامل. (Fursland, Byrne, 2015, pp: 775-783)

#### العلاج الاسري:

في مراجعة حول فعالية التدخلات الاسرية لعلاج اضطرابات الأكل، خلصت دراسة ان العلاج الاسري هو من أفضل العلاجات لاضطرابات الأكل. (Lock, 2011)

#### العلاج الجدلي السلوكي:

ويعتبر العلاج الجدلي السلوكي من العلاجات المطروحة لعلاج اضطرابات الأكل، وقد أظهرت مراجعة منهجية الى تحديد مواقع لمقالات حول العلاج الجدلي السلوكي، تشير النتائج أن علاجات DBT تبدو فعالة في معالجة سلوكيات اضطرابات الأكل وغيرها من أشكال الاضطرابات النفسية. (Bankoff, Karpel, Forbes, & Pantalone. 2012). كما قيّمت دراسة فعالية العلاج السلوكي الجدلي لعلاج نوبات اضطرابات الأكل وأعراض الاكتئاب التي تحدث بين الأفراد المصابين باضطرابات الأكل. وظهرت النتائج تأثيراً كبيراً، مما يشير إلى أن (DBT) قد يكون فعالاً لتقليل اعراض اضطرابات الأكل بين النساء. (Lenz, Taylor, Fleming, & Serman. 2014)

في مراجعة للدراسات المنشورة حول فاعلية التدخلات النفسية والاجتماعية لعلاج اضطرابات الأكل، تضمنت العلاج الاسري، العلاج الفردي، العلاج المعرفي السلوكي، العلاج السلوكي الجدلي، أظهرت النتائج ان العلاج الاسري هو العلاج الوحيد الراسخ لعلاج المراهقين المصابين بفقدان الشهية العصبي. لا توجد علاجات راسخة للمراهقين الذين يعانون من النهم العصبي، أو اضطراب الشراهة للطعام، أو اضطراب تناول الطعام المقيد / المتجنب. يعد العلاج السلوكي المعرفي الذي يتم توفيره عبر الإنترنت علاجاً فعالاً لاضطرابات الأكل بنهم. (Lock, 2015)

#### ب- العلاجات الدوائية لاضطرابات الأكل:

أن الأدلة العلمية حول فعالية العلاج الدوائي لاضطرابات الأكل لا تزال متواضعة. تُعد الإرشادات الدولية المتاحة حالياً والمتعلقة بالعلاج الدوائي لاضطرابات الأكل قليلة وليست كافية، حيث انها تتأثر بنقص الدراسات حول هذا الموضوع. كنتيجة أخرى لذلك، ليس من المستغرب أنه، باستثناء الفلوكستين (fluoxetine) فقط لعلاج أعراض النهم العصبي، لم يتم التصريح بأدوية نفسية لعلاج اضطرابات الأكل. (Milano, & Capasso. 2019)

من الناحية النظرية، ينبغي للعلاج الدوائي لاضطرابات الأكل أن يساعد في التعافي من الأعراض الأساسية في المرحلة الحادة من المرض، وأيضاً يمنع الانتكاس بمرور الوقت. في الوقت الحالي، لا توجد أدوية فعالة لجميع هذه الميزات السريرية. وتستند بضعة

استنتاجات على ادلة مأخوذة من التجارب العشوائية. إن الآثار الجانبية المحتملة للعقاقير والأعراض العضوية المصاحبة، والتي غالباً ما تكون موجودة لدى هؤلاء المرضى، تقل إلى حد كبير من الامتثال طويل الأمد للعلاج الدوائي. لذلك فإن حجم التسرب في الدراسات السريرية، مرتفعة إلى حد كبير. (Milano et al.2013)

في مراجعة للأدلة العلمية لفعالية وسلامة العلاج الدوائي للأطفال والبالغون الذين يعانون من اضطرابات الأكل (اضطرابات فقدان الشهية العصبي، النهم العصبي، الشرهية للطعام)، أظهرت المتابعة ان لدواء أولانزيبين (Olanzapine) تأثيراً مساعداً في علاج مرضى فقد الشهية العصبي الذين يعانون من نقص الوزن، كما ساعد دواء فلوكستين (fluoxetine) في منع الانتكاس لدى مرضى اضطراب فقد الشهية المعافين. كما أظهر استخدام مثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية (SSRI) ومضادات الاكتئاب ومثبطات الحالة المزاجية فاعلية في علاج اضطراب النهم العصبي واضطراب الشرهية للطعام.

ان للعلاج الدوائي لاضطرابات النهم العصبي والشرهية للطعام تأثيراً معتدل ولكن لا تزال معدلات الشفاء منخفضة. كما اظهر الدمج بين العلاج الدوائي والنفسي (العلاج المعرفي السلوكي) فاعلية أكبر من استخدام أي من تلك العلاجات منفردة. ان البيانات الطولية حول فعالية العلاج الدوائي لاضطرابات الطعام قليلة، ولا يزال اثبات فعالية هذا النوع من العلاج سواء قصير المدى او بعيد المدى يشكل تحدياً للأطباء. (Flament, Bissada, & Spettigue.2012)

### ج- العلاج الغذائي لاضطراب الأكل:

أن تدخل التغذية، بما في ذلك المشورة الغذائية من قبل اخصائي التغذية هو من العناصر الاساسية في العلاج الجماعي للمرضى الذين يعانون من اضطراب فقدان الشهية العصبي، النهم العصبي، واضطرابات الأكل الأخرى. كما ان فهم أدوار ومسؤوليات اخصائي التغذية أمر بالغ الأهمية للرعاية الفعالة للأفراد المصابين باضطرابات الأكل. اخصائي التغذية هو عضو لا يتجزأ من فريق العلاج المؤهل لتوفير العلاج. يتطلب هذا الدور من اخصائي التغذية فهم الجوانب النفسية والبيولوجية العصبية للاضطرابات الأكل، وتلقيه تدريب متقدم للعمل بفعالية مع هؤلاء الافراد.

### 9 -خاتمة:

قدّم بحثنا هذا وصفاً نظرياً لموضوع اضطرابات الاكل والتغذية، متعرّضاً لابرز المفاهيم التي تناولت هذا الاضطراب وانواعها وفقاً لما ورد في الدليل التشخيصي والاحصائي الخامس للاضطرابات النفسية، وبين اهم الاسباب التي تساهم في نشأة هذا الاضطرابات مع التركيز على ابرز المدارس النفسية التي بينت العوامل المساهمة في نشوء الاضطراب، فضلاً عن عناوين بحثية ساهمت في اثراء محتوى البحث واهميته كمدى انتشار الاضطراب في العالم مع التركيز على العالم العربي، وكذلك الفروق بين الجنسين والمآل والاعتلالات النفسية المشتركة مع هذا النوع من الاضطرابات، والعلاجات المستخدمة مع مزيد من التوسع في العلاج المعرفي السلوكي لهذا الاضطراب والتطرق الى ابرز الابحاث والدراسات والتي بينت فاعلية العلاج المعرفي السلوكي لهذا النوع من الاضطرابات.

مما لا شك فيه ان مكتبتنا العربية بحاجة الى المزيد من الابحاث النظرية حول اضطرابات الاكل والتغذية وغيرها من الاضطرابات النفسية، وباعتقادنا ان هذا النوع من الابحاث يقدم اطاراً وصفيّاً نظريّاً مهماً، ويشكل دعامة مفيدة للدراسات والبحوث والادبيات التي تهدف الى تقديم معالجة علمية ميدانية لموضوع الاضطرابات النفسية والسلوكية.

## المراجع:

- الحويلة أمثال، عياد فاطمة، شويخ هناء، الرشيد ملك، الحمدان نادية. (2016): علم النفس المرضي استناداً على الدليل التشخيصي الخامس، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة - مصر.
- النوبي، محمد علي. (2010): مقياس اضطراب الأكل الشره العصبي للمراهقين المعاقين بدنياً والعاديين. دار صفاء للنشر والتوزيع.
- حمادي، انور (2015): خلاصة الدليل التشخيصي والاحصائي الخامس للاضطرابات العقلية، الدار العربية للعلوم ناشرون، بيروت - لبنان.
- عبد الخالق، احمد: (1994): الدراسة التطورية للقلق، الكويت، حولية - كلية الآداب، جامعة الكويت.
- غانم، حسن. (2006): الاضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية (الوبائيات - محكات التشخيص - الأسباب - العلاج - المآل والمسار). مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة - مصر.
- فايد، حسين. (2005): المشكلات النفسية الاجتماعية رؤية تفسيرية. القاهرة: مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع.
- فايد، حسين. (2008): دراسات في السلوك والشخصية. القاهرة: مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع.
- [A. Stephen Lenz](#), [Rebecca Taylor](#), [Molly Fleming](#), [Nina Serman](#), (2014). Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy for Treating Eating Disorders. *Journal of Counseling & Development* 92, 26-35
- Baker, J. H., Mitchell, K. S., Neale, M. C., & Kendler, K. S. 2010. Eating disorder symptomatology and substance use disorders: Prevalence and shared risk in a population based twin sample. *International Journal Eating Disorders*, 43, 648-658.
- Blinder, B., Cumella, E., & Sanathara, V. (2006). Psychiatric comorbidities of female inpatients with eating disorders. *Psychosomatic Medicine*, 68, 454-462.
- Cassin, S. E., & von Ranson, K. M. (2005). Personality and eating disorders: A decade in review. *Clinical Psychology Review*, 25, 895-916.
- Castellini, G., Lelli, L., Lo Sauro, C., Fioravanti, G., Vignozzi, L., Maggi, M., & Ricca, V. (2012). Anorectic and bulimic patients suffer from relevant sexual dysfunctions. *Journal of Sexual Medicine*, 9, 2590-2599.
- Castellini, G., Lelli, L., Lo Sauro, C., Vignozzi, L., Maggi, M., Faravelli, C., & Ricca, V. (2012). Childhood abuse, sexual function and cortisol levels in eating disorders. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 81, 380-382
- Eapen, V., Mabrouk, A. A., & Bin-Othman, S. (2006). Disordered eating attitudes and symptomatology among adolescent girls in the United Arab Emirates. *Eating Behaviors*, 7, 53-60
- Erskine, Holly E., Whiteford, Harvey A. (2018). Epidemiology of binge eating disorder. *Current Opinion in Psychiatry*: 31, 462-470
- Franko, D. L., & Keel, P. K. 2006. Suicidality in eating disorders: Occurrence, correlates, and clinical implications. *Clinical Psychology Review*, 26, 769-782.
- Grave, R. D. (2003). School-based prevention programs for eating disorders: Achievements and opportunities. *Disease Management and Health Outcomes*, 11, 579-593.
- Hoek, H. W., & van Hoeken, D. 2003. Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 34, 383-396.
- Hudson, J. L., Hiripi, E., Pope, H. G., Jr., & Kessler, R. C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, 61, 348-358.
- [James Lock](#). (2015). An Update on Evidence-Based Psychosocial Treatments for Eating Disorders in Children and Adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 44, 707-721
- [Jiska J. Aardoom](#), Alexandra E. Dingemans, Philip Spinhoven, Eric F. Van Furth. (2013). Treating eating disorders over the internet: A systematic review and future research directions. *International Journal of Eating Disorder* 46:539-552.
- [José H. Marco](#), Conxa Perpiñá, Cristina Botella (2013). Effectiveness of cognitive behavioral therapy supported by virtual reality in the treatment of body image in eating disorders: One-year follow-up. [Psychiatry Research](#) 209, 619-625

- Keel, P. K., Brown, T. A., Holm-Denoma, J., & Bodell, L. P. (2011). Comparison of DSM-IV versus proposed DSM-5 diagnostic criteria for eating disorders: Reduction of eating disorder not otherwise specified and validity. *International Journal of Eating Disorders*, 44, 553–560.
- Linda Smolak, Michael P. Levine (2015): *The Wiley Handbook of Eating Disorders. Volume 2 Assessment, Prevention, Treatment, Policy, and Future Directions*. John Wiley & Sons, Ltd, The Atrium, Southern Gate, Chichester, West Sussex, PO19 8SQ, UK.
- Lock, James. (2011). Evaluation of family treatment models for eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*: 24, 274–279.
- Machado, P. P. P., Gonçalves, S., & Hoek, H. W. (2013). DSM-5 reduces the proportion of EDNOS cases: Evidence from community samples. *International Journal of Eating Disorders*, 46, 60–65.
- Marques, L., Alegria, M., Becker, A. E., Chen, C., Fang, A., Chosak, A., & Belo Diniz, J. (2011). Comparative prevalence, correlates of impairment, and service utilization for eating disorders across US ethnic groups: Implications for reducing ethnic disparities in health care access for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 44, 412–420.
- [Martine F. Flament](#), [Hany Bissada](#), [Wendy Spettigue](#). (2012). Evidence-based pharmacotherapy of eating disorders. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 15, 189–207.
- Nasser, M. (1986a). Comparative study of the prevalence of abnormal eating attitudes among Arab female students of both London and Cairo universities. *Psychological Medicine*, 16, 621–625.
- National Eating Disorders Association (2018) : <https://www.nationaleatingdisorders.org/learn/by-eating-disorder>.
- Neumark-Sztainer, D., Wall, M., Guo, J., Story, M., Haines, J., & Eisenberg, M. (2006). Obesity, disordered eating, and eating disorders in a longitudinal study of adolescents: How do dieters fare 5 years later? *Journal of the American Dietetic Association*, 106, 559–568.
- Olivardia, R., Pope, H. G., Mangweth, B., & Hudson, J. L. 1995. Eating disorders in college men. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1279-1284.
- Paxton, S. J., Schutz, H. K., Wertheim, E. H., & Muir, S. L. 1999 . Friendship clique and peer influences on body image concerns, dietary restraint, extreme weight-loss behaviors, and binge eating in adolescent girls. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 255-264.
- Pinheiro, A. P., Raney, T. J., Thornton, L. M., Fichter, M. M., Berrettini, W. H., Goldman, D.,...Bulik, C. M. (2010). Sexual functioning in women with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 43, 123–129.
- Polivy, J., & Herman, C. E. 1985. Dieting and hinging: A causal analysis. *American Psychologist*, 40, 193-201.
- Preti, A., de Girolamo, G., Vilagut, G., Alonso, J., de Graaf, R., Bruffaerts, R.,...the ESEMED-WMH Investigators. (2009). The epidemiology of eating disorders in six European countries: Results of the ESEMED-WMH project. *Journal of Psychiatric Research*, 43, 1125–1132.
- Reas, D. L., Williamson, D. A., Martin, C. K., & Zucker, N. L. 2000. Duration of illness predicts outcome for bulimia nervosa: A long-term follow-up study. *International Journal of Eating Disorders*, 27, 428-434.
- Sarah M. Bankoff, Madeleine G. Karpel, Hope E. Forbes David W. Pantalone. (2012). A Systematic Review of Dialectical Behavior Therapy for the Treatment of Eating Disorders. *The Journal of Treatment & Prevention* 20, 196-215.
- Stice, E., Burton, E. M., & Shaw, H. 2004. Prospective relations between bulimic pathology, depression, and substance abuse: Unpacking comorbidity in adolescent girls. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 62-71.
- Stice, E., Marti, C. N., & Rohde, P. (2013). Prevalence, incidence, impairment, and course of the proposed DSM-5 eating disorder diagnoses in an 8-year prospective community study of young women. *Journal of Abnormal Psychology*. 122, 445–457.
- Stice, E., Marti, C. N., Shaw, H., & Jaconis, M. (2009). An 8-year longitudinal study of the natural history of threshold, subthreshold, and partial eating disorders from a community sample of adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 118, 587–597.
- Stoving, R. K., Hangaard, J., Hansen-Nord, M., & Hagen, C. 1999. A review of endocrine changes in anorexia nervosa. *Journal of Psychiatric Research*, 33,139–152.
- Strober, M., Freeman, R., Lampert, C, Diamond, J., & Kaye, W. 2001. Males with anorexia nervosa: A controlled study of eating disorders in first degree relatives. *International Journal of Eating Disorders*, 29, 264-269.
- Strober, M., Freeman, R., Lampert, C., Diamond, J., & Kaye, W. 2000. Controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: Evidence of shared liability and transmission of partial syndromes. *American Journal of Psychiatry*, 157, 393-401.
- Susan Byrne, Anthea Fursland, Karina L.Allen, HunnaWatson(2011). The effectiveness of enhanced cognitive behavioral therapy for eating disorders: An open trial. *Behavior Research and Therapy* 49, 219-226.
- [Tamara Yousef Mousa](#) , [Hayder Abdullah Al-Domi](#) , [Rima Hussein Mashal](#) , [Musa Abdel-Khaleq Jibril](#) (2010). Eating disturbances among adolescent schoolgirls in Jordan. [Appetite](#) 54, 196-201.

- Valderas, J. M., Starfield, B., Sibbald, B., Salisbury, C., & Roland, M. (2009). Defining comorbidity: Implications for understanding health and health services. *Annals of Family Medicine*, 7, 357–363.
- Von Holle, A., Pinheiro, A. P., Thornton, L. M., Klump, K. L., Berrettini, W. H., Brandt, H., Bulik, C. M. (2008). Temporal patterns of recovery across eating disorder subtypes. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 42, 108–117.
- W. Milano, M. De Rosa, L. Milano, A. Riccio, B. Sanseverino, and A. Capasso. (2013). *The Pharmacological Options in the Treatment of Eating Disorders*. Hindawi Publishing, 5.
- Walter Milano, Anna Capasso. (2019). Psychopharmacological Options in the Multidisciplinary and Multidimensional Treatment of Eating Disorders. *The Open Neurology Journal* 13, 22-31.
- Wertheim, E. H., Paxton, S. J., & Blaney, S. (2009). Body image in girls. In L. Smolak & J. K. Thompson (Eds.), *Body image, eating disorders, and obesity in youth: Assessment, prevention, and treatment* (2nd ed., pp. 47–76). Washington, DC: American Psychological Association.
- Wonderlich, S. A., Brewerton, T. D., Jovic, Z., Dansky, B. S., & Abbott, D. W. (1997). Relationship of childhood sexual abuse and eating disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1107–1115.
- Zeeni, N., Safieddine, H. & Doumit, R. (2015). Eating Disorders in Lebanon: Directions for Public Health Action. *Community Mental Health Journal*, 53, 117–125.
- ZahraDjoudi, Abdulrahman O.Musaiger , MariamAl-Mannai , ReemaTayyem , OsamaAl-Lalla ,... ManelChirane (2012). Risk of disordered eating attitudes among adolescents in seven Arab countries by gender and obesity: A cross cultural study. [Appetite](#) 60, 162-167