

إضطراب صورة الجسم

إضطراب صورة الجسم : مقدمة

يعد إضطراب صورة الجسم body image disorder أو تشوه صورة الجسم body dysmorphic disorder من التطبيقات الحديثة للعلاج المعرفى السلوكى على الإضطرابات المختلفة. ويعنى هذا الإضطراب تشوه صورة الجسم من وجهة نظر الشخص نفسه نتيجة لعدم رضاه عن مظهر جسمه كأن يرفض أجزاء معينة فى جسمه أن تكون بما هى عليه كالشكل والوزن وحجم الصدر بالنسبة للإناث والطول أو القصر وما إلى ذلك، وهو ما سنوضحه عند الحديث عن طبيعة هذا الإضطراب.

وهناك إضطرابات أخرى تشترك فى جوهرها مع هذا الإضطراب، فعلى الرغم من أن فقد الشهية العصبى والشره العصبى للطعام يعدان بمثابة إضطرابين وثيقى الصلة ببعضهما ويمثلان إضطرابات الأكل eating disorders فإنهما يتسمان بإنشغال كبير من جانب الفرد بشكل جسمه، وإستخدامه للعديد من الإستراتيجيات التى تساعده على أن يتجنب زيادة الوزن. ومن ثم يمكن فهمهما بشكل أفضل كما يرى كانون وواردل (1989) Channon & Wardle على أنهما دلائل أو مظاهر لنفس جوهر إضطراب صورة الجسم إذ يتسم البروفيل الخاص بهما بتقص الوزن وبالأساليب المختلفة التى يلجأ الفرد إليها كى يتحكم فى وزنه. ومن هذا المنطلق تصبح لهما صلة مباشرة باضطراب صورة الجسم حيث يرتبطان بشكل الجسم ووزنه وحجمه من حيث زيادة الوزن أو النحافة، وهو الأمر الذى يقلق الكثيرين، وقد يجعلهم غير راضين عن مظهرهم الجسمى. ولذا فقد آثارنا أن نتناولهما هنا فى هذا الموضوع. وعلى هذا الأساس فسوف نتناول فى هذا الفصل تلك الإضطرابات

الثلاثة وهى إضطراب صورة الجسم أو عدم الرضا عن المظهر الجسمى، وفقد الشهية العصبى، والشرة العصبى للطعام من منطلق إرتباطهم معاً بفكرة واحدة تتعلق بالمظهر الجسمى.

أولاً: إضطراب صورة الجسم body dysmorphic disorder

طبيعة الإضطراب

على الرغم من أن عدم الرضا عن المظهر الجسمى أو الإنشغال المرضى بشكل الجسم يبدو أمراً عادياً فى الوقت الراهن فإن الإنشغال بالمظهر الجسمى يعد أمراً مقلقاً ومزعجاً لعدد كبير من الأفراد. ويضع دليل التصنيف التشخيصى والإحصائى للأمراض والإضطرابات النفسية والعقلية فى طبعته الرابعة DSM - IV (1994) هذا الإضطراب تحت مسمى تشوه صورة الجسم-body dysmorphic disorder order ويبلغ معدل إنتشار هذا الإضطراب 4% تقريباً بين النساء فى حين تقل النسبة عن 1% تقريباً بين الرجال. وعلى الرغم من أن هذا الإضطراب لا يعد نادراً فإن عدد الدراسات أو دراسات الحالة التى تم إجراؤها فى هذا المجال تعتبر قليلة. ويبدو أن بعض العلاجات تعد مبشرة فى هذا الصدد، إلا أنه لم يتم للآن تقييم مدى فاعلية تلك العلاجات بطريقة محكمة عن طريق إستخدام مقاييس مقننة.

ويتعرض الأفراد الذين يعانون من هذا الإضطراب للقلق والإنزعاج حول أى جانب من جوانب مظهرهم الجسمى على الرغم من أن مظهرهم قد يبدو عادياً.

ويرى ألبرتيني وفيليبس (1999) Albertini & Phillips أن إضطراب أو تشوه صورة الجسم هو إنشغال مفرط من جانب شخص ذى مظهر جسمى عادى بعيب طفيف فى مظهره الجسمى، وربما يكون لا وجود لهذا العيب على الإطلاق سوى فى مخيلة هذا الفرد. وعادة ما يبدأ هذا الإضطراب خلال مرحلة المراهقة، فنجد أن المراهقين قد تكثر شكاوهم مثلاً من حجم الجسم وشكله أو مدى إنسيابية ملامح الوجه. وفى حين ينشغل البعض الآخر بالنمش الذى يرون أنه قد يشوه جلدتهم، قد تنشغل أخريات بحجم الثديين أو مدى تناسب حجمهما مع حجم

الجسم، أو مدى كثافة شعر الرأس، أو غزارة الشعر في مناطق متفرقة من الجسم، أو بشكل الأسنان، أو بالطول أو الوزن، كما قد ينشغل البعض من جانبه بحجم الأعضاء التناسلية. وقد تصدر عن البعض الآخر شكاوى أكثر غموضاً كأن يقولون مثلاً أن منظرهم يعد قبيحاً. ومن ثم فإن رفض حجم الجسم وشكله يعتبر أمراً عاماً في الوقت الراهن، إلا أن مثل هذه الشكاوى وغيرها يمكن أن تصل إلى مستوى الإضطراب وذلك إذا ما صوحت بقلق وإنزعاج إلى جانب إنشغال الفرد بهذا الموضوع لدرجة قد تعوقه عن أداء أعماله العادية، كما قد تؤدي إلى إنسحابه من كثير من المواقف الإجتماعية. وكغيره من الإضطرابات جسمية الشكل أو النمط لا يتركز هذا الإضطراب في موضع معين من الجسم يرى المريض أن الخلل يتركز فيه، بل إن المريض في الواقع ينشغل بهذا الموضوع بدرجة كبيرة وبشكل عام.

وغالباً ما يحدث الإنشغال بالمظهر الجسمي في المواقف الإجتماعية التي يشعر الفرد فيها بذاته ويتوقع أن يعطيه الآخرون قدراً كبيراً من الإهتمام والتركيز. وقد يؤدي مثل هذا الإهتمام بالفرد إلى أن يجعله يشعر بالخجل لأنه قد يعتقد أن مثل هذا الخجل يؤدي به إلى إظهار بعض من عدم كفاءته الإجتماعية. هذا وتنسم الإعتقادات التي تتعلق بصورة الجسم والتي تنتشر بين المرضى الذين يعانون من إضطراب صورة الجسم بأنها إعتقادات لاعقلانية قوية أو أفكار مبالغ فيها. ومع ذلك فإن هناك بعض المرضى من بين أولئك الذين لا يظهر شيء غير عادي على أجسامهم أو على مظهرهم الجسمي يعتقدون تمام الإعتقاد بأن لديهم أوجه نقص حقيقية تتعلق بهذا الموضوع، كما توجد لدى البعض منهم أفكار تتعلق بالإشارة تعوزها البصيرة فيما يتعلق بحقيقة أن مثل تلك الأفكار تعد أفكاراً مشوهة. ومن ثم يرى دي ليون وآخرون (1989) de Leon et. al أنه يمكن النظر إلى تلك الأفكار التي تتعلق بصورة الجسم على أنها أفكار ضلالية delusional أى ترتبط بالضلالات وذلك على الرغم من هذا الجدل الذي يدور في الأوساط السيكولوجية والسيكاترية حول هذا الأمر.

وجدير بالذكر أن العديد من الأفراد الذى يعانون من اضطراب صورة الجسم يعملون جاهدين على تجنب المواقف الإجتماعية التى يعتقدون أنها قد تؤدى إلى تركيز الإنتباه على مظهرهم الجسمى وإعطاء مزيد من الإهتمام له. ويرى فيليبس وآخرون (1993) Phillips et. al أن نسبة قليلة من هؤلاء الأفراد يصبحون من جراء ذلك سجناء منازلهم. ومع هذا فإن بعض المرضى يستطيعون القيام على الأقل بقدر محدود من الأداء الوظيفى الإجتماعى والمهنى، ويستخدمون بعض الطرق والأساليب التى يمكنهم بمقتضاها تجنب التعريض الكامل لمظهرهم الجسمى على الملأ وذلك عن طريق إرتداء الملابس التى لا تكشف عن هذا المظهر، والإعتناء بأنفسهم وبمظهرهم، ويغيرون من وضع أجسامهم ومن حركاتهم بطريقة يمكن لها أن تخفى هذا العيب. كذلك فهم يقومون بالعديد من الأنماط السلوكية المختلفة لتفحص الجسم كالتفتيش عن هذا العيب باستخدام المرآة، والقيام بالعديد من الطقوس المتعلقة بالإعتناء بأنفسهم ومظهرهم، وإجراء المقارنات بين مظهرهم الجسمى ومظهر الآخرين الجسمى، ويوجهون الأسئلة لغيرهم حتى يقوموا بتأكيد ذلك لهم.

ومثل الكثير من الدوافع التى يكون من الصعب مقاومتها فإنه يعتبر من الصعب مقاومة تلك الأنماط السلوكية، كما أن السلوكيات الخاصة بتفحص الجسم قد تستمر فى بعض الحالات المتطرفة لعدة ساعات كل يوم. ولاريب أن مثل هؤلاء المرضى يعتقدون تماماً أن الوسيلة الوحيدة التى يمكنهم بمقتضاها أن يقوموا بتحسين تقديرهم لذواتهم تتمثل فى قيامهم بتحسين مظهرهم. وعلى ذلك يقوم العديد من مثل هؤلاء المرضى بإتباع العديد من الأساليب العلاجية والوسائل المختلفة لتحقيق الجمال المفقود والمطلوب لمظهرهم الجسمى، فيقومون مثلاً بإنقاص وزنهم، ويلجأون إلى علاجات للجلد وأخرى للشعر، أو يلجأون إلى جراحات التجميل، وغير ذلك من المقاييس التى يمكن أن يتحقق بواسطتها التخلص من ذلك العيب والنسى لاتعتبر فى العادة ضرورية لتغيير الأعراض الراهنة، كما أنها لاتعد مؤثرة فى تلك الأعراض المتعلقة باضطراب صورة الجسم.

وعلى الرغم من أننا لانعلم سوى القليل عن الأسباب المرضية لإضطراب صورة الجسم، فإننا نقترح نموذجاً معرفياً سلوكياً خاصاً بهذا الإضطراب ويمثل الأساس فى علاجه. فعادة ما يبدأ إنشغال المريض بمظهره الجسمى خلال مرحلة المراهقة وذلك عندما يصل إنشغاله بنموه الجسمى والإجتماعى إلى قمته. ومن المعروف أن هذه المرحلة تشهد العديد من الفروق الجسمية الملحوظة بين العديد من المراهقين والتي يمكن لها أن تثير مزيداً من الإهتمام من قبل الآخرين. فيزداد مثلاً إحتمال تطور مشكلة لدى المراهق تتعلق بصورة جسمه وذلك إذا ما صرحب هذا الإهتمام بأحداث صدمية معينة كأن يقوم الآخرون بإغاظته ومضايقته أو الحط من قدره وذلك من خلال نظراتهم، أو أن يتعرض لإعتداء جسمى أو جنسى من جانبهم. ويمكن لمثل هذه الخبرات أن تثير لدى الفرد إفتراضات مختلة وظيفياً تتعلق بمدى كون مظهرهم الجسمى عادياً وإنعكاس هذا وأثره على مدى تقبلهم لذلك، وكذا إنعكاسه على شخصياتهم، وعلى قيمتهم الذاتية.

وهناك العديد من الميكانيزمات التى تبقى على إنشغال المريض بمظهره الجسمى. فالمرضى يكرر العديد من التقارير الذاتية السلبية والمشوهة التى تتعلق بمظهره الجسمى وذلك إلى الدرجة التى تجعلها أوتوماتيكية ويمكن تصديقها والإعتقاد فيها. كذلك فإن السلوك التجنبى يمنعه من التعود على المنظر الذى يبدو عليه مظهره الجسمى وخاصة فى المواقف الإجتماعية حيث يزداد إحتمال أن يركز الآخرون إنتباههم عليه ويولونه مزيداً من الإهتمام. كما أن السلوك الذى يصدر عنه بغرض تفحص ذلك المظهر الجسمى قد يريحه بشكل مباشر، ولكنه يجعله على المدى الطويل يقوم بتركيز إنتباهه على جوانب هذا المظهر الجسمى التى تثير القلق لديه.

التشخيص الإكلينيكى للإضطراب

يحدد DSM - IV عدداً من المحكات التى يمكن من خلالها تشخيص إضطراب صورة الجسم body dysmorphic disorder وذلك على النحو التالى :

أولاً: إنشغال كبير من جانب الفرد بعيد متخيل في مظهره الجسمى . ويصبح هذا الإنشغال مفراطاً إذا كان هناك حتى ولو قدر ضئيل من الشذوذ فى الجسم أو فى أبعاده المختلفة .

ثانياً: بسبب هذا الإنشغال قدرأ كبيراً من الكرب للفرد تكون له دلالاته من الناحية الإكلينيكية، كما أنه يسبب له خللاً فى أدائه الوظيفى الإجتماعى أو المهنى، أو غير ذلك من مجالات الأداء الوظيفى المختلفة ذات الأهمية .

ثالثاً: لا يرجع هذا الإنشغال إلى أى اضطراب عقلى كعدم الرضا عن شكل وحجم الجسم فى حالة فقد الشهية العصبى على سبيل المثال .

ومن هذا المنطلق يمكن تحديد عدد من السمات تميز ذلك الفرد الذى يعانى من اضطراب صورة الجسم وذلك على النحو التالى:

- ١ - مظهر جسمى عادى .
- ٢ - زيادة التركيز على المظهر الجسمى فى التقييم الذاتى .
- ٣ - تقدير سلبى للذات يرجع إلى المظهر الجسمى .
- ٤ - عدم رضا مزعج عن المظهر الجسمى مع إنشغال كبير به .
- ٥ - شعور متطرف بالذات فى المواقف العامة والإجتماعية أو قيام الفرد بتجنب تلك المواقف .
- ٦ - لا يعانى الفرد من فقد الشهية العصبى أو الشره العصبى للطعام .

العلاج المعرفى السلوكى لإضطراب صورة الجسم

على الرغم من وجود العديد من الأساليب العلاجية التى يمكن أن تتناول اضطراب صورة الجسم فإن الدراسات التى أجريت فى هذا الإطار لم تكشف عن نتيجة محددة فى هذا الخصوص لأنها لم تتضمن دراسات حالة محكمة، كما لم تستخدم مقاييس موضوعية ملائمة تتناول صورة الجسم . وإلى جانب ذلك فقد

أثبتت تلك الدراسات أن حالات قليلة فقط هي التى إستجابت للعلاج الطبي . أما فيما يتعلق بالعلاج النفسى فقد أكدت الدراسات نجاح العلاج السيكودينامى والعلاج السلوكى حيث كان أسلوب فقد الحساسية المنظم - كفنية من فنيات العلاج السلوكى - فعالاً فى هذا الإطار . كذلك فإن أسلوب التعريض ومنع الإستجابة قد حقق نجاحاً بدرجة معقولة مع المرضى حيث أدى إلى تقليل الأعراض المرتبطة بهذا الإضطراب . وهو ما يدل على تحقيق العلاج السلوكى لنتائج فعالة فى هذا الصدد .

وقد بدأ الباحثون والمعالجون منذ عام ١٩٨٧ فى إتباع العلاج المعرفى السلوكى لعلاج عدم رضا الأفراد عن أجسامهم ومظهرهم الجسمى ، وأكدت نتائج الدراسات القليلة التى إستخدمته أنه يعد أكثر فاعلية قياساً بغيره من الأساليب العلاجية الأخرى حيث يؤدى إلى تحسين صورة الجسم وإلى تحسين التوافق النفسى العام لمثل هؤلاء الأفراد . إلا أنه لا يمكننا بعد أن نقوم بتعميم تلك النتائج لأنها لاتزال للآن فى مرحلة أولية .

ويفضل أن تتضمن البرامج العلاجية المعرفية السلوكية فى هذا الصدد قياساً قبلياً وآخر بعدياً ، وقياساً ثالثاً تبعياً بعد مرور فترة تتراوح بين شهرين وأربعة أو خمسة شهور على إنتهاء البرنامج العلاجى . كما يجب أن يتضمن التصميم التجريبي المستخدم مجموعة ضابطة إلى جانب المجموعة التجريبية على أن يكون أعضاؤها من المرضى أيضاً وإن كانوا لا يخضعون للعلاج ، وهذا يؤكد أن أعضاء المجموعة الضابطة لا يجب بأى حال من الأحوال أن يكونوا من الأسوياء أى غير المرضى كما حدث فى بعض الدراسات التى أجريت فى هذا الإطار . أما بالنسبة للمجموعة التجريبية وهى تلك التى تخضع للبرنامج العلاجى المستخدم فيفضل أن يتم تقسيمها إلى مجموعات صغيرة يتراوح عدد أعضائها بين أربعة إلى خمسة أفراد على أن يقوم أحد المعالجين بتقديم البرنامج لهم وتدريبهم على المهارات المتضمنة وعلى كيفية الإستفادة من تلك الفنيات التى يتم إستخدامها .

هذا ويتضمن البرنامج العلاجي المعرفى السلوكى ما بين ثمانى جلسات إلى إثنتى عشرة جلسة بواقع جلسة واحدة أسبوعياً تستمر لمدة ساعتين تقريباً أو أقل من ذلك بعض الشيء حيث يمكن أن تكون ساعة ونصف الساعة. ويتم إستخدام كتيبات مطبوعة وشرائط تسجيل للتدريب عليها فى المنزل، وتسهم فى أداء الواجبات المنزلية التى يتم تحديدها للمفحوصين كى يؤدونها فى منازلهم.

ويبدأ البرنامج بشرح للأسباب والعوامل التى يمكن أن تؤدى إلى إضطراب صورة الجسم سواء كانت إجتماعية أو ثقافية أو أسرية، وكيفية العلاج. وفى هذه المرحلة يتم إستخدام إستراتيجية التعليم النفسى بما تضمه من فنيات كالمحاضرة والمناقشة حيث يتم تقديم مفهوم الإضطراب وأعراضه وأسبابه وعلاجه.

والى جانب ذلك تتم مناقشة الجوانب التى تتعلق بالمظهر الجسمى والتى يمكن أن تسبب الضيق والإنزعاج والكرب للأفراد. ويمكن إستخدام التغذية الرجعية فى هذا الصدد. فيمكن مثلاً أن نستخدم رسوماً مختلفة أو صوراً متحركة للأفراد الذى يبالغون فى شكواهم من كبر الردين مثلاً أو عدم إتساق ملامح الوجه. ويتم بعد ذلك مقارنة إدراكاتهم تلك مع الحجم والشكل الحقيقين الذين يبدون عليهما وذلك حتى يتم إدراك مظهرهم الجسمى بما هو عليه بشكل دقيق.

وتتمثل الخطوة التالية فى البرنامج فى قيام الأفراد بتحديد سلم هرمى للجوانب التى تتعلق بمظهرهم الجسمى وذلك بحسب ماتسببه لهم من ضيق وإنزعاج أو كرب. وفى هذه المرحلة يمكن إستخدام فنيات التعريض ومنع الإستجابة، ووقف الأفكار، وصرف الإنتباه، والتدريب على الإسترخاء حتى يتم التخلص من هذا الضيق والكرب المتعلق بتلك الجوانب أو الملامح أو حتى التخفيف من حدته، علماً بأنه لا يطلب من أى مفحوص أن يظهر أياً من هذه الجوانب أو الملامح إذا كانت تحت ملبسه. كذلك يتم تدريب المفحوصين على القيام بالإحجام عن حديثهم الذاتى الناقد، وأن يقدموا وصفاً حياً أكثر موضوعية لأجزاء جسمهم كأن يقول الفرد مثلاً أن أنفه مستديرة بدلاً من أن يقول أن وجهه يشبه وجه الحصان

مثلاً. ثم يتم تدريبهم على أن يقوموا فى المنزل بالتدرج خلال السلم الهرمى الذى قاموا بتحديدده من خلال إستخدام فنية التعريض على أن يتم ذلك تخليلاً أولاً، ثم أمام المرأة بعد ذلك سواء تم ذلك وهم يرتدون ملابسهم أو بدون ملابسهم، وأن يتخلصوا من الوصف السلبى لذواتهم ولمظهرهم الجسمى.

وجدير بالذكر أن المفحوصين يقوموا خلال فترة البرنامج العلاجى بالإحتفاظ بمذكرات يومية عن صورة الجسم، ويسجلون فيها المواقف المرتبطة وما يتعلق بها من أفكار وإعتقادات ترتبط بصورة الجسم وأثرها على وجداناتهم وسلوكهم. كذلك عليهم أن يقوموا بتحديد الأفكار اللاتواؤمية ويسجلونها فى تلك المذكرات حتى يتم التعامل معها بعد ذلك كى يقوموا بتصحيح مثل هذه الأفكار لأن بعضها قد يكون حقيقياً ويسبب لهم الخجل. وهنا يتم تنوع تلك المواقف التى تستخدم فيها فنية التعريض وذلك فيما يتعلق بمدى معرفة الفرد بالآخرين الذى تشملهم مثل هذه المواقف، ومدى إقترابه جسمى منهم، ولمط التفاعلات الإجتماعية كأن يقوم مثلاً بالتحدث أمام مجموعة فى مقابل التحدث إلى زميل، وكذلك التحدث إلى رئيسه فى العمل فى مقابل التحدث إلى صديق.

وإلى جانب ذلك يمكن إستخدام فنية منع الإستجابة للإقلال من سلوكيات تفحص الجسم فيتوقف الفرد مثلاً عن وزن نفسه باستمرار، أو تفحص مظهره الجسمى فى المرأة، أو قياس حجم الجسم أو محيطه باستخدام شرائط القياس أو ملابس خاصة معينة، أو التوقف عن مقارنة نفسه بالآخرين. وجدير بالذكر أن مثل هذه المقارنة تمثل شكلاً من أشكال تفحص الجسم أو المظهر الجسمى.

وبالإضافة إلى ذلك يتم تدريب الأفراد على أسس معينة تساعد فى منع حدوث إنتكاسة ويتضمن ذلك الإستعداد لحضور المواقف المختلفة دون أن يكون لها أثر سلبى عليهم.

هذا وقد أكدت الدراسات التى إستخدمت العلاج المعرفى السلوكى مع إضطراب صورة الجسم أن له فعاليته فى هذا الصدد حيث يؤدى إلى الإقلال من

حدة أو شدة الأعراض المرضية فيقل معدل تفحص الأفراد لأجسامهم فى المرأة أو مقارنة أنفسهم بغيرهم، ويقل معدل إنشغالهم بمظهرهم الجسمى وعدم رضاهم عن شكلهم أو شكل وحجم أعضاء معينة من أجسامهم، وهو ما يمكن أن يتضح من خلال ما يحصل عليه المفحوصون من درجات على المقاييس النفسية المستخدمة أو من خلال ملاحظة ما يصدر عنهم من أنماط سلوكية. كما يمكن أن يؤدي ذلك أيضاً إلى تحسن تقديرهم لذواتهم.

ولكن هذا لا يمنع من أن بعض المرضى قد لا يتحسنون بالقدر الكافى أو بالقدر الذى نطمح إليه عند بداية تطبيق البرنامج. ويحتاج مثل هؤلاء المرضى بطبيعة الحال إلى مدة أطول من العلاج على أن يتم ذلك بشكل مكثف، وأن يتم إستخدام فنية التعريض ومنع الإستجابة خارج نطاق العيادة أو المكان الذى يتم فيه تقديم العلاج وذلك فى المواقف الإجتماعية الواقعية. كذلك من المفيد فى هذا الصدد أن يتكامل هذا الأسلوب العلاجى لهؤلاء المرضى مع العلاج بالعقاقير إذ من الممكن أن تعطى لهم بعض المهدئات أو المسكنات لعلها تلعب دوراً فى علاج ما يشعرون به من قلق وكرب. وتعتبر مشتقات هرمون السيروتونين Serotonin من أفضل العلاجات الطبية التى يمكن إستخدامها فى هذا الصدد.

ومن المقاييس النفسية التى يمكن أن تفيد فى هذا الجانب ما يلى:

- مقياس إضطراب صورة الجسم Body dysmorphic disorder Examination الذى أعده كل من روزن ورايتر (1994) Rosen & Reiter والذى يتألف من 32 عبارة ويقيس الأعراض المعرفية والسلوكية لإضطراب صورة الجسم. ويمكن أيضاً من خلاله التعرف على شعور الفرد الذاتى بمظهره الجسمى ومدى إنشغاله بذلك، والأفكار المبالغ فيها التى تتعلق بمظهره الجسمى والتى يتضمنها تقييمه الذاتى، وتجنب المواقف الإجتماعية أو تجنب التعرض لما يرى أنه يمثل نقائص أو عيوب فى مظهره الجسمى، والتمويه أو الخداع الجسمى، وسلوك تفحص

الجسم. ويمكن إعطاء درجتين من خلال هذا المقياس إحداهما لمدى وجود تلك الأعراض، والأخرى لمدى شدتها.

- إستبيان شكل الجسم Body Image Questionnaire الذى أعده كوبر وآخرون (1987) Cooper et. al والذي يقيس رغبة المفحوص فى أن يقل وزنه، وعدم رضاه عن مظهره الجسمى، وإنخفاض مشاعر قيمة الذات بناء على وزن الجسم وشكله.

- مقياس تقييم المظهر الجسمى Appearance Evaluation Scale والذي يعد واحداً من سبعة مقاييس يتضمنها إستبيان العلاقات الذاتية الجسمية متعددة الأبعاد Multidimensional body self - relations Questionnaire الذى أعده براون وآخرون (1990) Brown et. al والذي يعتمد على سبعة أوزان للجاذبية الجسمية أو عدم الجاذبية، والرضا أو عدم الرضا عن المظهر الجسمى.

- المقياس الموجز للأعراض Brief Symptom Inventory الذى أعده ديروجاتيز وسبنسر (1982) Derogatis & Spencer ويعطى درجة كلية لمدى شدة الإزعاج أو الكرب النفسى للفرد فيما يتعلق بمظهره الجسمى.

- مقياس روزنبرج لتقدير الذات Rosenberg self - esteem Scale الذى أعده روزنبرج (1979) Rosenberg ويتضمن تقديراً لإتجاهات الفرد فيما يتعلق بقيمته الذاتية.

- ويمكن إستخدام مقياس تقدير الذات الذى أعده المؤلف (1991).

ثانياً: الشره العصبى للطعام bulimia Nervosa

طبيعة الإضطراب

يرتبط بصورة الجسم إضطراب آخر هو الشره العصبى للطعام والذي يعد أيضاً من التطبيقات الحديثة للعلاج المعرفى السلوكى حيث لم تتحدد له محكات تشخيصية إلا حديثاً، ومن ثم لم ينل الإهتمام الكافى كمشكلة إكلينيكية إلا

حديثاً أيضاً. ويتسم هذا الإضطراب بنوبات من الأكل الصاخب binge eating والتقيؤ المثار ذاتياً، وغالباً ما تصاحبه زيادة فى الوزن. وتبلغ نسبة هؤلاء الأفراد بين ٢٥% - ٣٥% من إجمالى أعداد أولئك الذين يسعون إلى العلاج من زيادة الوزن.

وجدير بالذكر أن معدل إنتشار الأكل الصاخب يزداد مع زيادة المخزون الدهنى فى أنسجة الجسم adiposity ومن ثم يسبب مشكلة عامة نسبياً يبذل الأفراد معها محاولات مستميتة وذلك لمنع زيادة الوزن. ونظراً لما يصاحب الشره العصبى من زيادة فى الوزن، وما يلزمه من إضطرابات نفسية تنعكس فيما يخبره أولئك الأفراد من مستويات مختلفة من الإضطرابات النفسية، فإنه يمثل تهديداً خطيراً لصحة الإنسان النفسية والجسمية. ومن ناحية أخرى فإن هذا التلازم بين زيادة الوزن وتلك الإضطرابات النفسية يسبب مشكلة فى سبيل العلاج ويمثل تحدياً أمام المعالج عليه أن يعمل جاهداً على التصدى له ومواجهته حتى يحقق النجاح فى مهمته.

ويتضمن هذا الإضطراب عناصر معرفية وأخرى سلوكية؛ أما العناصر المعرفية فتتضمن الإنشغال الزائد بوزن الجسم، وحجمه، وشكله، وتشوه صورة الجسم، ورغبة من الفرد فى أن يكون أكثر نحافة حيث تضع النماذج الخاصة بالشره العصبى أهمية كبيرة على نسق القيم فى المجتمع والذى يجعل من النحافة هدفاً مرغوباً خاصة بالنسبة للإناث. هذا إلى جانب إدراك الفرد أنه لا يمكنه أن يسيطر على نفسه أثناء نوبات الأكل الصاخب أو حتى عندما يرى الطعام، فى حين تضم العناصر السلوكية نوبات متكررة من الأكل الصاخب، والتقيؤ المثار ذاتياً، وزيادة فى الوزن. وغالباً ما يصاحب هذا الإضطراب بالعديد من التوترات والإضطرابات كالاكتئاب والقلق، إلى جانب إنخفاض تقدير الذات، وجميعها يثار عن طريق التفاعل بين الشخصى.

وتؤكد الأدلة الإكلينيكية أن الشره العصبى يميل إلى أن يسلك مضماراً مزمناً

حيث يكون لمعظم المرضى تاريخ مرضى سابق يتضمن إستمرار تلك الأعراض لعدة سنوات، وغالباً لا يكون هؤلاء المرضى قد قاموا من قبل بأى محاولات سابقة تهدف إلى العلاج. ومن هذا المنطلق تعد إستجابة مثل هؤلاء المرضى للعلاج على المدى البعيد بمثابة النتيجة موضع الإهتمام عند إستخدام أحد أساليب العلاج النفسى معهم والتي تراوحت بين العلاج المعرفى، والعلاج السلوكى، والعلاج بين الشخصى، والعلاج المعرفى السلوكى، والعلاج بالعقاقير.

وهناك العديد من المؤشرات التى يمكن أن نتنبأ من خلالها بتلك الإستجابة للعلاج على المدى البعيد منها على سبيل المثال مستوى تقدير هؤلاء المرضى لذواتهم حيث تزداد إيجابية النتائج كلما إرتفع مستوى تقدير الذات لدى هؤلاء المرضى، والعكس صحيح. كذلك فهناك مؤشر آخر يتمثل فى مدى تشوه إتهاماتهم وإعتقاداتهم وأفكارهم المتعلقة بهذا الموضوع وإختلالها أى مايتعلق منها بالاكل وعادات الطعام ووزن الجسم وشكله وصورة الجسم بشكل عام، وكلما كانت تلك الإتهامات والإعتقادات والأفكار مشوهة أثر ذلك سلباً على إستجابة المرضى على المدى البعيد، والعكس صحيح. ومن هذه المؤشرات أيضاً مدة دوام الإضطراب، وسن الفرد عند بداية هذا الإضطراب، ووجود تاريخ مرضى لفقد الشهية العصبى، ومعدل تكرار نوبات الشره، ومدى حدة الإضطراب وشدته، ومدى وجود إضطرابات سيكاترية أخرى، والدرجة الكلية لإضطراب الشخصية حيث نجد أنه كلما إستمر الإضطراب لمدة طويلة، وبشكل أكثر حدة، وبدأ لدى الفرد عندما كانت سنه لاتزال صغيرة، وكان يعانى من فقد الشهية العصبى، وكلما إزدادت نوبات الشره ولم يستطع الفرد أن يمسك نفسه عن الأكل، وكان يعانى من إضطرابات سيكاترية أخرى كالمشاعر الإكتئابية والقلق والخوف من تشوه صورة الجسم أدى ذلك إلى حدوث إختلال فى الشخصية وكان له أثر سلبى على إستجابة الفرد على المدى البعيد، والعكس صحيح.

والى جانب ذلك فهناك عدد من الميكانيزمات التى تترك أثراً واضحاً على لمحاج الأسلوب العلاجى المستخدم ومدى فاعليته، منها معدل الجوع والشبع كما يدركه

الفرد، ومدى وجود أنماط سلوكية معينة تتعلق بالأكل، وعدم تحديد الفرد لأوقات معينة يتناول فيها وجباته، أو تناول وجبات خفيفة بشكل غير منتظم بين الوجبات الأساسية أى تناولها فى أى وقت بين الوجبات الأساسية، والفشل فى تخطيط ووضع نظام معين لتناول الطعام وتنفيذه، إضافة إلى العمليات المعرفية كالكفاءة أو المقدرة الذاتية، وعمليات العزو.

ويرى روسيل Russel أن هناك أسلوبين يقودان إلى الشره العصبى للطعام يتمثل الأول منهما فى الشعور بفقد الشهية العصبى، أما الثانى فيتتج مباشرة من أسباب نفسية أخرى. ووفقاً للأسلوب الأول فإن الشره العصبى ينشأ من فقد الشهية العصبى الذى يتسبب فى حدوثه مجموعة من العوامل النفسية والأسرية والبيئية والفسىولوجية أو الحرمان الفسىولوجى الناتج عن قصور فى الدورة الغذائية. ويرى جمع من الباحثين أن فقد الشهية العصبى يؤدى إلى إرسال إشارات عصبية إلى القشرة المخية فتؤدى بدورها إلى إختزان الطعام. كذلك فإن سلوك مرضى فقد الشهية العصبى حىال دخولهم المستشفى نظراً لخطورة حالاتهم، ووجود برنامج غذائى لفترة محددة كمحاولة لزيادة وزنهم بسرعة مع الخوف من تطور الحالة إلى جانب بعض العوامل الأخرى سوف يؤدى إلى رفض تلك الحالات للطعام الذى تعرضه على نفسها فتقع بالتالى تحت ضغط من النوع البيولوجى الداخلى وضغط من النوع البيئى الخارجى (الأسلوب الثانى) يعملان بمثابة تعزيز موجب للأكل يفقدها عملية الضبط التى تفرضها على الطعام. كذلك فمن الأسباب المؤدية إلى الشره العصبى قيام الفرد بتقليد نماذج أخرى من أولئك الذين يعانون من هذا الإضطراب، هذا التقليد الذى يدفع به إلى أن يكون واحداً منهم.

المحكات التشخيصية للإضطراب

يحدد DSM - IV جملة من المحكات التى يتم فى ضوءها تشخيص هذا الإضطراب نعرض لها على النحو التالى:

أولاً: حدوث نوبات متكررة من الأكل الصاحب. وتتميز نوبة الأكل الصاحب بما يلي:

أ - أن يأكل الفرد خلال فترة زمنية محددة - كأن تكون ساعتين على سبيل المثال - كمية من الطعام أكثر بشكل واضح مما يمكن أن يأكله غالبية الناس خلال فترة زمنية مماثلة وفي ظل ظروف مشابهة.

ب - أن يشعر الفرد بأنه غير قادر على أن يقوم بالسيطرة على نفسه، ومن ثم لا يستطيع الإمتناع عن الأكل خلال النوبة كأن يشعر بأنه لا يستطيع التوقف عن تناول الطعام أو أنه لا يستطيع التحكم فى نوع أو كم الطعام الذى يتناوله.

ثانياً: حدوث سلوك تعويضى متكرر وغير ملائم يتغى الفرد من ورائه إيقاف زيادة وزنه كأن يعمل على أن يجعل نفسه يقوم بالتقيؤ (التقيؤ المثار ذاتياً)، أو يسئ استخدام المليينات laxatives أو الأدوية المدرة للبول diuretics أو الحقن الشرجية enemas أو أى عقاقير أخرى، أو يلجأ إلى الصوم، أو يفطر فى أداء التمرينات الرياضية.

ثالثاً: حدوث الأكل الصاحب والسلوكيات التعويضية غير الملائمة مرتين فى المتوسط أسبوعياً على الأقل وذلك لمدة ثلاثة شهور.

رابعاً: أن يتأثر التقييم الذاتى للفرد بشكل جسمه ووزنه.

خامساً: لا يحدث هذا الإضطراب خلال نوبات فقد الشهية العصبى.

وإلى جانب ذلك يجب أن نحدد ما إذا كان هذا الإضطراب من النوع المصحوب بقئ أم من النوع غير المصحوب بقئ وذلك على النحو التالى:

أ - النوع المصحوب بقئ: يقوم الفرد خلال نوبة الشره العصبى بشكل منتظم بالقئ المثار ذاتياً، أو يقوم بإساءة استخدام المليينات، أو الأدوية المدرة للبول، أو الحقن الشرجية.

ب - النوع غير المصحوب بقى: يقوم الفرد خلال نوبة الشره العصبى باللجوء إلى سلوكيات تعويضية أخرى غير ملائمة كالصوم أو الإفراط فى أداء التمرينات الرياضية، ولكنه لايقوم بالقى المثار ذاتياً أو بإساءة إستخدام المليينات أو الأدوية المدرة للبول أو الحقن الشرجية .

العلاج المعرفى السلوكى للشره العصبى

يعد العلاج المعرفى السلوكى من العلاجات الفعالة مع الشره العصبى للطعام bulimia Nervosa حيث يعمل على التأثير فى سلوكيات الأكل الصاخب فيؤدى إلى الإقلال من معدل حدوثه إلى جانب الإقلال من حدة الإضطرابات النفسية التى تلامه . وعندما يقلع الفرد عن الأكل الصاخب بسبب العلاج يقل وزنه كثيراً . وهذا يعنى أننا يجب أن نعالج الأكل الصاخب أولاً، ثم نلتفت بعد ذلك إلى الوزن .

وإذا كان من الممكن إستخدام بعض أشكال العلاج النفسى الأخرى لعلاج الشره العصبى كالعلاج المعرفى، أو العلاج السلوكى، أو العلاج بين الشخصى، أو حتى العلاج بالعقاقير فإنها لم تصل إلى درجة الفاعلية المطلوبة، ومن ثم يعتبر العلاج المعرفى السلوكى هو أفضل هذه الأساليب العلاجية على الإطلاق فى علاج الشره العصبى حيث تقوم العلاجات الأخرى كالعلاج السلوكى على سبيل المثال بالإقلال من المعدلات المرتفعة لتناول الطعام فى الوقت الذى تبقى فيه العديد من العادات المرتبطة بتناول الطعام كما هى . أما العلاج المعرفى فيركز على الجوانب المعرفية فقط، فى حين يعتمد العلاج بالعقاقير على مضادات الإكتئاب التى تدخل فيها مشتقات السيروتونين والتى وإن كانت قد أثبتت بعض الفاعلية فى هذا الصدد فإنها تعد غير مفضلة فى كثير من الأحيان نظراً لما يصاحبها من آثار جانبية غير مرغوبة كالإمتناع الحاد عن الطعام الذى قد يصل إلى حد فقد الشهية والذى يمكن أن يؤدى إلى حدوث إنتكاسة مع إنتهاء العلاج . أما العلاج المعرفى السلوكى فيعمد من خلال الميكانيزمات المتضمنة فى العملية العلاجية إلى التأثير على الإتجاهات

المشوهة التي تتعلق بشكل الجسم ووزنه وصورته والعادات الغذائية، ومن ثم يساعد على تحديد نظام غذائي معين تحدد فيه ملامح ثابتة لثلاث وجبات غذائية يتمسك المريض به ويغير بالتالى من مفهومه لذاته، ومن مقدرته الذاتية، ومن إعتقاداته وأفكاره المشوهة، ومن ثم يعد هذا الأسلوب العلاجي هو الأفضل على المدى البعيد. ومن هذا المنطلق يعد فعلاً فى هذا الإطار ولا يعادله أو حتى يتفوق عليه فى بعض المواقف سوى العلاج بين الشخصى Interpersonal therapy الذى يعتمد على التعامل مع المشكلات الإجتماعية التى تنتج عن هذا الإضطراب ومدى تأثيرها على وجدان الفرد مما يعمل على زيادة قدرته على التعامل مع المواقف الإجتماعية والإنفعالية المشكلة.

وإذا كان الشرة العصبى يرتبط ببعدين أولهما شخصى ويتعلق بالأفكار والعادات الغذائية للفرد، فإن العلاج المعرفى السلوكى يعد هو الأفضل فى هذا الجانب، أما البعد الثانى فيتعلق بالتغيرات الوجدانية الناتجة عن التفاعلات بين الشخصية ويعد العلاج بين الشخصى هو الأفضل فى ذلك الجانب. وفى حالة عدم إستجابة بعض المرضى للعلاج المعرفى السلوكى بالشكل المطلوب يمكن اللجوء للعلاج بين الشخصى حيث يعمل كلاهما من خلال العديد من الميكانيزمات. ويمكن إستخدام كل منهما بمفرده لكن يفضل دمجهما معاً كشكل من أشكال التكامل العلاجي integration وهو الإتجاه الذى إزداد فى الآونة الأخيرة، وكشف عن نتائج مبشرة.

وإذا كان النموذج المعرفى السلوكى ينظر إلى الشرة العصبى على أنه الإمتناع الشديد عن إتباع أى نظام غذائى والذى يؤدي إلى صياغة قواعد صارمة لتناول الطعام مما يؤدي إلى الأكل الصاخب الذى يؤدي بدوره إلى زيادة الوزن، ومن ثم إلى التقيؤ كسلوك تعويضى غير ملائم، فإنه من المعتقد أن هذه الدائرة من الأحداث تحركها قوى مجتمعية كإعلانات الموضة وغيرها التى تضع قيمة كبيرة على مدى نحافة الجسم. ولذا يهدف العلاج المعرفى السلوكى إلى التغلب على تلك المشكلات وذلك بتحديد نمط سلوكى عادى لتناول الطعام، إلى جانب تعريض

المرضى لتلك الأطعمة التي يخشونها، وتعديل معارفهم المشوهة التي تتعلق بتناول الطعام وصورة الجسم، إضافة إلى أخطاء التعميم الزائد، وتحديد التغيرات الإنفعالية التي تحدث عند رؤية الطعام وذلك بغرض تعديلها. من هذا المنطلق تعد مراقبة الذات Self - monitoring فيما يتعلق بالعادات الغذائية، والأحداث التي تسبق الأكل الصاحب والتقيؤ إلى جانب النتائج المترتبة على ذلك بمثابة إجراءات علاجية أساسية في هذا الصدد حيث تعمل على الفحص الشامل والدقيق للعادات الغذائية، وتعمل كأساس للعملية العلاجية وما يحدث فيها من تقديم للمشورة والنصيحة، ومن تغير سلوكى مرغوب. وتعمل المعلومات التي يتم الحصول عليها من خلال مراقبة الذات على تشكيل نمط عادى لتناول الطعام وذلك من جانب كل من المريض والمعالج على أن يتضمن ذلك النمط ما يلي:

أ - تناول المريض لثلاث وجبات محددة فى اليوم.

ب - زيادة متدرجة فى كمية الطعام التى يتناولها المريض وخاصة فى الصباح.

ج - تقديم تشكيلة متنوعة من الأطعمة فى الوجبة الواحدة تتضمن ذلك النوع من الطعام الذى يخشاه المريض.

وإلى جانب ذلك فإن تقديم المعلومات التى تتعلق بهذا الإضطراب للمرضى ومناقشتها معهم، وفحص تلك المواقف التى يمكن أن يحدث خلالها إفراط من جانب المريض فى تناول الطعام، والتدريب على إستراتيجيات حل المشكلات تلعب دوراً أساسياً وهاماً فى هذا الصدد. وقد أكدت الدراسات التى إستخدمت هذا الأسلوب العلاجى أنه قد أدى إلى تقليص معدل حدوث الأكل الصاحب والتقيؤ المثار ذاتياً بنسب تتراوح بين ٥٢% - ٩٦% وأن النسب المثوية للمرضى الذين إمتنعوا عن الأكل الصاحب والتقيؤ مع إنتهاء البرنامج العلاجى تتراوح بين ١٥% - ٩٠%. وأن آثار العلاج قد تستمر كما يرى فيربورن (١٩٨٨) Fairburn لمدة طويلة بعد نهاية العلاج قد تصل إلى أربع سنوات.

أما عن البرامج العلاجية فى حد ذاتها والتى يمكن إستخدامها مع هؤلاء الأفراد

فهي تتراوح فيما تضمه من جلسات بين ثمانى جلسات إلى إثنتى عشرة أو أربع عشرة جلسة بواقع جلسة واحدة أسبوعياً مدتها ساعة واحدة، حيث هناك من الباحثين من صمم برنامجها العلاجى على هذا النحو أو ذاك، ولكل من الطرفين مبرراته. وتعمل البرامج التى تستغرق ثمانى جلسات على تناول الشق الذاتى من المشكلة أولاً، ومن ثم تحاول من خلال الجلستين الأولى والثانية أن تقوم بتغطية مراقبة الذات وأهميتها فى العلاج، وإعطاء معلومات للمرضى عن التغذية، وعن الأكل الصحاب، وتتم المناقشة فى هذا الإطار. وعلى ذلك تتمثل الإستراتيجيات المستخدمة خلال هاتين الجلستين فى التعليم النفسى، ومراقبة الذات. ويتم خلال الجلسات من الثالثة إلى السابعة إتباع النموذج المعرفى السلوكى مع التركيز على النشاط المعرفى كعامل وسيط بين الأحداث البيئية، والسلوك، وما يترتب على ذلك من نتائج. ويتم التركيز فى هذا الصدد على المعتقدات المختلفة وظيفياً والمعارف المشوهة. ويمكن خلال تلك الجلسات إستخدام فنيات إعادة البناء المعرفى، وتصحيح وتعديل وتغيير الإعتقادات المختلفة وظيفياً، والتدريب على السلوك التوكيدى (التوكيدية)، والتدريب على مهارة حل المشكلات، والتدريب على الإسترخاء. ومما لاشك فيه أن الإعتقادات المختلفة وظيفياً تتعلق فى هذا الإطار بكل من الأكل والوزن وصورة الجسم، وأنه يتم التوصل إليها وتحديدتها عن طريق مراقبة الذات التى يمكن أن تفيد أيضاً فى التعرف على عادات الأكل وما يرتبط بها من تشويهات معرفية. ويقوم المعالج بتوضيح أفكار العميل المشوهة ومخاوفه، ويطلب منه أن يقوم بإعادة صياغتها من جديد وذلك بعد تدريبه على الإستراتيجيات التواؤمية لمواجهة المعارف والمشاعر والمواقف التى يمكن أن تؤدى إلى الأكل الصحاب والتقيؤ. ويتم فى كل جلسة تحديد الواجبات المنزلية التى ترتبط بما تم التدريب عليه أثناء الجلسة. أما فى الجلسة الثامنة فيتم إعطاء العملاء معلومات حول التعزيز الذاتى، ويطلب منهم الإستمرار فى مراقبة الذات، والإبقاء على نظام غذائى جيد، والإستمرار فى إستخدام المهارات التى تم تعلمها والتدريب

عليها خلال البرنامج . كما يتم أيضاً تعزيز إستراتيجيات حل المشكلات لأنها تعد عاملاً أساسياً فى منع حدوث الإنتكاسة . relapse prevention Strategy فى حين تتم المتابعة بعد مرور فترة زمنية لا تقل عن ستة شهور من إنتهاء البرنامج العلاجى .

ومن ناحية أخرى نجد أن البرامج العلاجية التى تستغرق ما بين إثنتى عشرة إلى أربع عشرة جلسة تنطلق من مبدأ أن هناك بعدين أساسيين فى هذا الإضطراب أحدهما ذاتى وهو ما يتم البدء به وذلك من خلال العلاج المعرفى السلوكى ، أما الآخر فهو بعد إجتماعى يفضل أن نستخدم العلاج بين الشخصى عند تناوله على أن تحدث هذه الخطوة بعد الإنتهاء من العلاج المعرفى السلوكى دون وجود فاصل بينهما . وهناك برامج أخرى مماثلة تتبع مع هؤلاء الأفراد ولكنها تستخدم العلاج المعرفى السلوكى لمدة إثنى عشر أسبوعاً تقريباً ، فإذا حدثت إستجابة للعلاج من جانب المرضى تبدأ معهم مرحلة ثانية من العلاج تستغرق مدة مماثلة وتهدف إلى تقليل الوزن . أما إذا لم يستجب المرضى للعلاج المعرفى السلوكى فيتم البدء معهم من جديد فى برنامج للعلاج بين الشخصى interpersonal therapy يستمر لمدة مماثلة ، ثم ننتقل بعد هذه المرحلة إلى مرحلة تقليل الوزن التى تستمر لمدة أخرى مماثلة .

وكما سبق القول عند بداية الحديث عن العلاج المعرفى السلوكى للشهه العصبى أننا يجب أن نعالج الأكل الصاحب أولاً ، ثم ننتقل بعد ذلك إلى الوزن ، وهذا ما يحدث بالنسبة لكل البرامج العلاجية المعرفية السلوكية سواء إستغرقت ثمانية أسابيع أو إثنى عشر أسبوعاً أو أربعة عشر أسبوعاً حيث يتم عند إنتهاء البرنامج اللجوء إلى برنامج لتقليل الوزن يستغرق مدة مماثلة ، أو برنامج للعلاج بين الشخصى لمدة مماثلة ثم برنامج لتقليل الوزن .

وفى هذا الإطار يتكون البرنامج العلاجى فى الغالب من إثنتى عشرة أو أربع عشرة جلسة علاجية بواقع جلسة واحدة أسبوعياً تستمر ساعة واحدة أو ساعة ونصف الساعة فى بعض البرامج وتتطلب بعض البرامج التأكد من وزن الجسم

ومراجعته أسبوعياً مع برنامج للمشى يتضمن قيام العميل بالمشى ثلاث مرات أسبوعياً مدة كل منها نصف ساعة كحد أدنى، وتعليم العملاء إختيار الأطعمة التى تعد أقل فى نسبة الدهون أى التى تحتوى على نسبة أقل من الدهون. ويتمثل الهدف من مثل هذه الإضافات التى تلحق بالبرنامج إلى إيقاف زيادة الوزن التى يمكن أن تحدث خلال البرنامج العلاجى. ويتم إستخدام فنية مراقبة الذات ليقوم العملاء من خلالها بتصوير أسلوبهم فى تناول الطعام، وملاحظة التغيرات التى يمكن أن تحدث لهم، وتصوير نوبات الأكل الصاخب من جانبهم، وأفكارهم، ووجداناتهم قبل وبعد الأكل الصاخب. وهذا بطبيعة الحال يمثل لب العلاج حيث يهدف إلى التغيير التدريجى لأنماط الأكل حتى نصل فى النهاية إلى تدريبهم على الأكل ثلاث مرات منتظمة ومتوازنة فى اليوم، مع تدريبهم أيضاً على خفض معدل تحنّبهم للأطعمة الممنوعة وذلك لتعزيز ضبط الذات، وتقليل مشاعر الحرمان إلى الحد الأدنى.

وإلى جانب ذلك يتم تدريب العملاء على أنماط السلوك التكيفية التى تستخدم كأساليب مواجهة، وتدريبهم على الإجراءات اللازمة لمنع حدوث إنتكاسة والتى تتضمن حل المشكلات، والتدريب على أساليب المواجهة الأكثر فاعلية.

وهناك شروط يجب أن تتحقق فى العميل كى ينجح البرنامج يمكن إجمالها فيما يلى:

- ١ - أن يكون وزن العميل قد قل قبل نهاية البرنامج بأربعة أسابيع على الأقل.
 - ٢ - أن يؤدى برنامجاً لتمرينات الأيروبيك أو يقوم بالمشى ثلاث مرات أسبوعياً لمدة لا تقل عن نصف ساعة على الأقل فى كل مرة.
 - ٣ - أن يمتنع عن الأكل الصاخب قبل نهاية البرنامج بأسبوعين على الأقل.
- وجدير بالذكر أن العملاء الذين لا تنطبق عليهم هذه الشروط يجب أن يتم

إخضاعهم لبرنامج العلاج بين الشخصي وذلك لمدة ماثلة، أما أولئك الذين تنطبق عليهم تلك الشروط فيخضعون لبرنامج آخر لتقليل أوزانهم يتضمن إثنتى عشرة جلسة علاجية ويهدف إلى تعليمهم التحكم فى أوزانهم، ومدة كل جلسة ساعة واحدة أو ساعة ونصف الساعة أيضاً.

أما برنامج العلاج بين الشخصي فيتضمن هو الآخر إثنتى عشرة جلسة مدة كل منها ساعة ونصف الساعة، ويركز على الأمور بين الشخصية كتلك التى تستخدم لعلاج الإكتئاب. وترتكز الجلسات الأولى على إعطاء العملاء خلفية عن العلاج، والهدف منه، وطريقة تنفيذه، وتبصيرهم بأن الأكل الصاخب يثار عن طريق مشاعر سلبية تنبع من العديد من المشكلات بين الشخصية كالعزلة الإجتماعية والخوف من الرفض. كما يعمل أيضاً على تحديد المجالات التى تظهر خلالها تلك المشكلات. أما الجلسات الوسطى فتركز على توضيح وتغيير المشكلات بين الشخصية التى تم تحديدها. فى حين تركز المرحلة الأخيرة من العلاج على تقييم مدى التقدم الذى يحققه العملاء مع التمهيد لإنهاء البرنامج العلاجى.

هذا ويتم عند إختيار عينة الدراسة إستبعاد المفحوصين وفقاً للشروط التالية:

- ١ - إذا قل السن عن ١٨ سنة أو زاد عن ٦٥ سنة.
- ٢ - إذا كان العميل يتعاطى علاجاً طبياً معيناً (عقاقير) أو أى علاج نفسى آخر.
- ٣ - إذا كان هناك تلازم مرضى كأن يعانى العميل إلى جانب الشره العصبى من الفصام، أو أى اضطرابات وجدانية، أو كان يتعاطى الكحوليات أو المخدرات، أو كان يعانى من أى مرض عضوى آخر.
- ٤ - أن يكون العميل الأنثى حاملاً.
- ٥ - أن تحدث للعميل نوبات من فقد الشهية العصبى.

ومن الفنيات التى يمكن إستخدامها فى تلك البرامج العلاجية المعرفية السلوكية التعريض لأنواع مختلفة من الأطعمة ومنع الإستجابة، أى تغيير الأحداث البيئية

ونواتجها التي يعتقد أنها تتحكم في الإستجابة لدورة الأكل الصاحب وما يليها من تقيؤ، وهذا يعنى التعريض للطعام ومنع حدوث التقيؤ. كما تستخدم مراقبة الذات وذلك لتصوير أنماط الأكل، والتفكير، والوجدانات المختلفة وظيفياً مما قد يساعد في خفض مستوى القلق المصاحب، والخوف من زيادة الوزن، وما يرتبط بذلك من إضطراب صورة الجسم، ويسهم إلى جانب ذلك في التعرف على الإعتماد المتبادل بين نسق إعتقادات الفرد وأنماطه السلوكية، والعمل على تغيير العمليات المعرفية المختلفة وظيفياً حول الفرد وحول البيئة، ومن ثم تغيير الجوانب المعرفية والسلوكية للأكل الصاحب. كما يمكن أيضاً استخدام التدريب على السلوك التوكيدي، والتدريب على حل المشكلات والتي تعمل كإستراتيجيات للمواجهة تسهم في عدم حدوث إنتكاسة بعد إنتهاء البرنامج العلاجي. وكذلك يمكن استخدام ضبط النفس، والواجبات المنزلية.

ويمكن استخدام عدد من المقاييس النفسية في هذا الصدد وذلك بغرض التشخيص وتقييم مدى التقدم الذي يتم إحرازه من خلال البرنامج العلاجي المستخدم. ومن هذا المنطلق تستخدم في كل من القياس القبلي والبعدي والتبعي. ومن هذه المقاييس ما يلي:

- إستبيان العوامل الثلاثة المرتبطة بالأكل - **The Three - Factor - Eating Questionnaire** الذي أعده ستونكارد وميسيك (١٩٨٥) **Stunkard & Messick** لقياس المانع أو التقييد المعرفي، والجوع، وعدم الإمتناع عن الأكل.

- مقياس الأكل الصاحب **The Binge Eating Scale** الذي أعده جورمالى وآخرون (١٩٨٢) **Gormally et. al** والذي يستخدم لقياس مدى حدة الأكل الصاحب بالنسبة للعميل.

- قائمة الأعراض **The Symptom Check List** التي أعدها ديروجاتيز (١٩٧٧) **Derogatis** وذلك للتعرف على تلك الأعراض المرتبطة بالأكل الصاحب والتي يعانى منها العميل.

- مقياس إضطرابات الأكل The Eating Disorders Inventory الذى أعده جارنر وأولمستيد (١٩٨٤) Garner & Olmsted ويتكون من ٦٤ عبارة تعمل على تقييم الأبعاد المعرفية والسلوكية التى ترتبط بإضطرابات الأكل وذلك لدى أفراد العينة .

- مقياس روزنبوم لضبط النفس Rosenbaum Self - Control Rating Scale وهو المقياس الذى أعده روزنبوم (١٩٨٠) Rosenbaum والذى يتألف من ٣٦ عبارة لتقييم ميل الفرد إلى ملاحظة، وتنظيم، ومحاولة تعديل الأحداث غير السارة سواء كانت تلك الأحداث داخلية أو خارجية والتى تتضمن إختلالات وظيفية .

- مقياس المشكلات بين الشخصية The Inventory of Interpersonal problems والذى أعده هورويتز وآخرون (١٩٨٨) Horowitz et. al .

- مقياس بيك للإكتئاب Beck Depression Inventory وقد أعده للعربية غريب عبد الفتاح (١٩٨٥) .

- كما يمكن إستخدام مقياس الإكتئاب الذى أعده المؤلف (١٩٩٧) .

- مقياس روزنبرج لتقدير الذات Rosenberg Self - esteem Scale أو مقياس كوبر سميث Coopersmith لتقدير الذات والذى أعده للعربية عبد الرحيم بخيت (١٩٨٥) .

- كما يمكن إستخدام مقياس تقدير الذات للمؤلف (١٩٩١) .

ثالثاً: فقد الشهية العصبى anorexia nervosa

طبيعة الإضطراب

يعتبر فقد الشهية العصبى من تلك الإضطرابات ذات الصلة بإضطراب صورة الجسم على الرغم من أنه يعد من إضطرابات الأكل ولكنه يرتبط بشكل الجسم ووزنه ومن ثم بصورته . ومن هنا باتت صلته وثيقة باضطراب صورة الجسم حيث يتسم هذا الإضطراب بالهزال الشديد، وبالإنشغال الدائم بشكل الجسم، وإستخدام الإستراتيجيات المناسبة لتجنب زيادة الوزن . وبذلك فهو يعد من

الإضطرابات التي تتسم باهتمام شديد بشكل الجسم ومحاولات تجنب زيادة الوزن إذ يرتبط فقد الشهية العصبى بالمزوف عن الطعام أو الإمتناع عنه بغرض الرشاقة وتحقيق معايير الجاذبية الجسمية وفقاً لثقافة المجتمع الذى يحيا فيه الفرد. وبالتالي يزداد معدل إنتشار هذا الإضطراب بين الإناث حيث قد يصل إلى حوالى ١٠% بينهن، ويكثر فى العمر الزمنى الذى يتراوح بين ١٢ - ١٨ سنة وحتى سن الخامسة والعشرين، وقد تصل تلك النسبة إلى حوالى ٢٠% بين طالبات الجامعة.

وجدير بالذكر أن هذا الإضطراب لايرجع إلى أى أساس عضوى، بل يرجع فى الواقع إلى خبرة سلوكية ضاغطة يترتب عليها إنخفاض مخزون الطعام فى الجسم، ومن ثم يحدث نقص فى وزن الجسم. كما يصاحب تلك الخبرة الضاغطة تكوين مفاهيم وإعتقادات خاطئة من جانب الفرد عن كل من الأكل والوزن وشكل الجسم وصورته.

ويرى سليد (١٩٨٢) Slade أن هناك بعدين سلوكيين أساسيين يعتبران هما السبب وراء حدوث هذا الإضطراب هما البحث عن الكمال، وعدم الرضا العام. وأضاف عام ١٩٩١ إليهما بعداً آخر يعد هو ثالث هذه الأبعاد المميزة لشخصية من يعانون من هذا الإضطراب هو بعد الضبط والسيطرة. وتعد تلك الأبعاد الثلاثة بمثابة جوهر نموذج سليد Slade المعروف بالنموذج التحليلى الوظيفى لفقد الشهية العصبى الذى يصور من خلاله مسببات الإضطراب فى إطار مجموعتين من المتغيرات تتمثل الأولى فى تلك الأحداث السابقة على الإضطراب والتي يطلق عليها إسم الأحداث المسببة (A) antecedent events والتي نرى أنه بإمكاننا أن نطلق عليها إسم الأحداث المنشطة إن جار لنا أن نستعير هذا المصطلح من إليس. أما المجموعة الثانية فتتمثل فى تلك النتائج التى تترتب على السلوك الحالى (C) Consequences والذى يتضمن الأعراض المرضية للإضطراب. فى حين نجد أن السلوك الحالى (B) Behavior يتوسط هاتين المجموعتين. ومن ثم يمكننا إختصار ذلك فى نموذج بسيط يعرف بنموذج ABC على غرار نموذج

إليس Ellis العلاجى يتضح من خلاله أن A يؤدي إلى B الذى يؤدي بدوره إلى C.

ومن ناحية أخرى يقدم فورنهام وأنتيرا (1992) Furnham & Antera نموذجاً آخر لتلك الأسباب يعرف بالنموذج الوضعى Lay model وذلك من خلال آراء وإعتقادات وأفكار الحالات المرضية والسوية حول هذا الإضطراب والتي تتعلق بالنسق الأسرى وما يدور فيه من علاقات وتفاعلات، والنسق المجتمعى وما يسود فيه من معايير ومقاييس خاصة بشكل الجسم ووزنه وخصوصاً عند الإناث، والتغيرات الفسيولوجية وما يرتبط بها من صراعات نفسية خلال مرحلة المراهقة.

وبالنظر إلى هذين النموذجين يرى المؤلف أنه بإمكاننا أن نضع نموذج فورنهام وأنتيرا Furnham & Antera بما يضمنه من آراء وإعتقادات وأفكار حول الإضطراب تتعلق بكل من النسق الأسرى والمجتمعى والتغيرات الفسيولوجية ضمن B من نموذج سليد Slade حيث أن لمثل هذه الإعتقادات والأفكار دوراً كبيراً فى تشكيل سلوك الفرد بما لا يدع مجالاً للشك. ويمكن فى ضوء هذا النموذج الجديد أن نخضع ذلك الإضطراب للعلاج باستخدام نموذج إليس ABC نظراً لأن تغيير الآراء والإعتقادات والأفكار المؤثرة على الإضطراب تؤثر بلا ريب على السلوك وذلك كما سنوضح فيما بعد.

ومن الجدير بالذكر أن هناك بعض الإضطرابات كالقلق والإكتئاب والوساوس القهرية والتوتر والخوف المفرط من السمنة ترتبط بفقد الشهية العصبى وتلازم مرضياً معه. ويتضمن هذا الإضطراب مكونات سلوكية وأخرى معرفية تعتبر جميعاً بمثابة أسباب تكمن خلف هذا الإضطراب. وتضم المكونات السلوكية عدم الرضا العام عن الحياة وعن الذات، وإنخفاض تقدير الذات وهو ما ينشأ عن صراعات المراهقة والعلاقات بين الشخصية والضغط التى يتعرض لها الفرد وخبرات الفشل التى يمر بها. كما تضم أيضاً البحث عن الكمال وهو ما يعد ميلاً وسواسياً، إلى جانب الحاجة إلى الضبط الكامل للعديد من الأمور والوصول إلى النجاح الكامل

فى أحد المجالات على الأقل وهو ما يعد كذلك ميلاً وسواسياً. فى حين تتضمن المكونات المعرفية آراء وإعتقادات وأفكار مختلفة وظيفياً ومشوهة أحياناً تتعلق بالنسق الأسرى والمجتمعى والتغيرات الفسيولوجية التى يتعرض لها الفرد خلال المرحلة العمرية التى يمر بها وهى المراهقة.

هذا وقد مر علاج إضطراب فقد الشهية العصبى بالعديد من التغيرات ما بين الراحة فى السرير إلى التغذية السائلة من الأنف، إلى جانب إستخدام بعض العقاقير ذات الصلة، وكان يوجه ذلك فى الأساس نحو إستعادة الوزن. وعندما تم إستخدام العلاج السلوكى بعد ذلك كان يعتمد على نظام يقوم على تعزيز إستعادة الوزن أثبت فعاليته على المدى القريب، إلا أن إحتتمالات حدوث إنتكاسة تتزايد مع علاجه بمثل هذا الشكل حيث يستمر العديد من المرضى على معاناتهم من إتجاهاتهم نحو الأكل والوزن. ولذلك كان لابد من التعامل مع مايرتبط به من إضطرابات إنفعالية، ومعرفية، وسلوكية وهو ما مهد الطريق لإدخال العلاج المعرفى السلوكى إلى هذا المجال. ومع ذلك لا يوجد سوى دراسات قليلة منذ بداية الثمانينيات هى التى إستخدمته ولم تكن نتائجها حاسمة، وهو الأمر الذى يتطلب إجراء المزيد من الدراسات لتطوير وتحسين الآثار العلاجية لهذا الأسلوب العلاجى من خلال تحديد السمات الأساسية لأولئك المرضى الذين يتلقونه.

وعلى الرغم من التاريخ القصير نسبياً للعلاج المعرفى السلوكى فى هذا المجال فقد أصبح أسلوباً علاجياً شائعاً بين المرضى الذى يعانون من هذا الإضطراب، وهو ما فتح مجالاً جديداً أمامه.

ويرى بعض الباحثين أن ضغوطاً خارجية معينة مثل الإمتحانات أو الضغوط الباعثة على القلق الداخلى مثل البلوغ تتفاعل فى أنواع الشخصيات الحساسة مما يترتب عليه النظر إلى الرجيم الغذائى فى مثل تلك الحالة على أنه يعد حلاً لتلك المشكلات. ويتعزز نقص الوزن خارجياً من قبل الآخرين ونسق القيم الثقافية السائدة فى المجتمع الذى يؤكد على النحافة، كما يتعزز نقص الوزن داخلياً أيضاً

بفضل شعور الفرد بالإحجار. وعلى هذا الأساس يعد اضطراب فقد الشهية العصبي دليلاً أو مظهراً لنفس جوهر اضطراب صورة الجسم حيث يتسم البروفيل الخاص به بنقص الوزن، وبتلك الأساليب المختلفة التي يلجأ الفرد إليها كي يتمكن من التحكم في وزنه.

المحكات التشخيصية للإضطراب

يحدد DSM-IV المحكات التالية لتشخيص اضطراب فقد الشهية العصبي كأحد اضطرابات الطعام:

أولاً: رفض الإبقاء على وزن الجسم عند المعدل الطبيعي الذي يتناسب مع السن والطول، أو أكثر من ذلك بقليل حيث يؤدي فقد الوزن في هذه الحالة إلى الإبقاء على وزن الجسم أقل من ٨٥% من المتوقع، أو عدم القدرة على تحقيق الزيادة المتوقعة في الوزن خلال فترة النمو مما يؤدي إلى أن يصبح وزن الجسم أقل من ٨٥% مما هو متوقع.

ثانياً: الخوف الشديد من زيادة الوزن أو من أن يصبح الفرد بديناً حتى إن كان وزنه أقل من معدله الطبيعي.

ثالثاً: حدوث اضطراب في الطريقة أو الأسلوب الذي يخبر به الفرد وزن أو شكل جسمه، مع التأثير المفرط لوزن الجسم أو شكله على تقييم الفرد لذاته، أو إنكاره لخطورة إنخفاض وزن جسمه أو نقصه وذلك بالصورة التي يكون عليها.

رابعاً: إنقطاع الطمث إنقطاعاً غير سوى amenorrhea لدى الإناث وذلك بعد بداية الدورة الشهرية Postmenarcheal كان ينقطع الطمث لمدة ثلاث دورات شهرية متتالية مثلاً (علماً بأن الأنثى تعتبر قد إنقطع عنها الطمث إنقطاعاً غير سوى إذا لم تحدث الدورة الشهرية عندها إلا بعد إفراز هرمون الأستروجين estrogen). هذا إلى جانب حدوث اضطراب في إفراز الهرمونات.

وجدير بالذكر أن فقد الشهية العصبى كاضطراب قد يأخذ أحد نمطين، وذلك على النحو التالى:

أ- النمط المانع أو التقييدى: restricting

ويتميز هذا النمط بعدم قيام الفرد بالمشاركة خلال نوبة فقد الشهية العصبى بشكل منتظم فى الأكل الصاخب، ولايقوم بأى سلوك يهدف بواسطته إلى التخلص من الأكل الموجود بالبطن كالحث الذاتى على التقيؤ، أو إساءة استخدام المليينات أو الأدوية المدرة للبول أو الحقن الشرجية.

ب- نمط الأكل الصاخب المصحوب بسلوك يهدف إلى التخلص من ذلك الأكل الموجود فى البطن:

ويتسم هذا النمط بقيام الفرد بشكل منتظم خلال نوبة فقد الشهية العصبى بالأكل الصاخب أو بأى سلوك يهدف عن طريقه إلى التخلص من الأكل الموجود بالبطن كالحث الذاتى على التقيؤ، أو قيامه بإساءة استخدام المليينات أو الأدوية المدرة للبول أو الحقن الشرجية.

العلاج المعرفى السلوكى لفقد الشهية العصبى

يعد العلاج المعرفى السلوكى على الرغم من تاريخه القصير نسبياً كأسلوب علاجى يستخدم مع هذا الإضطراب من الأساليب العلاجية الفاعلة ذات التأثير الجيد، كما يعتبر من الأساليب الشائعة بين المرضى الذين يعانون من هذا الإضطراب. وأقصد بذلك أنه من الأساليب شائعة الاستخدام التى أثبتت فاعلية كبيرة فى هذا الصدد. وقد تطور العلاج المعرفى السلوكى لهذا الإضطراب من خلال تحليل ما يرتبط به من إضطرابات إنفعالية كالإكتئاب والقلق، ومعرفية كالإعتقادات المختلفة وظيفياً، وسلوكية كالشبع والتقيؤ.

ويعتمد هذا الأسلوب العلاجى فى تناوله لفقد الشهية العصبى على فنيات رئيسية كالتعليم النفسى لتقديم المعلومات عن مفهوم الإضطراب وطبيعته وأسبابه

وتطوره وكيفية مواجهته، إلى جانب مراقبة الذات للتعرف على عادات الأكل وتذبذب الوزن والأفكار والاتجاهات المختلفة وظيفياً التي ترتبط بحجم الجسم وشكله. كما يعتمد أيضاً على فنيات خفض القلق، والتحكم الذاتي في السلوك، وتعديل المعارف اللاتواؤمية. وإضافة إلى ذلك فهو يلجأ إلى التدريب على الإسترخاء، والواجبات المنزلية، وإستراتيجيات المواجهة التي تعمل على منع حدوث إنتكاسة بعد إنتهاء البرنامج العلاجي، ومن هذه الإستراتيجيات التدريب على المهارات الإجتماعية والتدريب على حل المشكلات.

وإذا كان سليد (1991) Slade في نمودجه عن التحليل الوظيفي لمسببات فقد الشهية العصبي ينظر إلى السلوك الحالي - كما أوضحنا سلفاً - بوصفه وظيفة لمجموعتين من المتغيرات أطلق على الأولى منهما إسم الأحداث المسببة أو المنشطة (A) ورأى أنها تشمل الحالات أو التشريطات الثابتة والمثيرات المتميزة، في حين أطلق على الثانية إسم النواتج أو النتائج (C) ورأى أنها تتضمن التدعيم بطبيعته السلبية (السلوك التجنبي) أو الإيجابية، وتاريخه، والنموذج الخاص به، ورأى أن السلوك (B) يتوسط بين هاتين المجموعتين، وأنه يثار من خلال المجموعة الأولى (A) ويؤدى بدوره إلى المجموعة الثانية (C)، فإنه يمكننا أن نختصر هذا النموذج في معادلة بسيطة على غرار نموذج إليس Ellis العلاجي لتصبح ABC. وإلى جانب ذلك يضع فورنهام Furnham نموذجاً آخر لهذا الإضطراب يرى من خلاله أن أسباب الإضطراب ترجع إلى آراء وإعتقادات وأفكار الفرد حول ذلك الإضطراب والتي تتعلق بالنسق الأسرى والمجتمعي والتغيرات الفسيولوجية. ونحن بدورنا نرى أنه بإمكاننا أن نضع ذلك ضمن B من نموذج سليد Slade لأن الآراء والإعتقادات والأفكار تؤثر في سلوك الفرد وتشكله. وفي ضوء هذا النموذج الجديد ترمز B إلى السلوك الحالي وما يكمن خلفه ويتأثر به - السلوك هو الذى يتأثر - من آراء وإعتقادات وأفكار مختلفة وظيفياً أو مشوهة تحتاج إتفاقاً مع رأى إليس Ellis إلى تعديل حيث أن الإعتقاد يؤثر في السلوك، وأن أى تغيير فيه يؤدى قطعاً إلى تغيير وتعديل في السلوك. ومن ثم يمكن أن نستخدم أسلوب إليس في

العلاج والمعروف ABC والذي أضاف إليه بعد ذلك DE ليصبح ABCDE ممثلاً بذلك الأحداث المنشطة، ونسق الإعتقادات، والنتائج، والتفنيذ أو الدحض، والأثر المعرفي وهو ما يمكن أن نستخدمه في تعديل السلوك في هذا الإطار حيث يتم إستخدامه في إعادة البنية المعرفية التي تسهم بقدر كبير في خفض حدة هذا الإضطراب ومن ثم يمكن أن تؤدي بعد ذلك إلى التخلص منه .

أما عن البرامج العلاجية فهي لا تختلف في مدتها عن تلك التي يتم إستخدامها مع الشره العصبي للطعام . ويجب عند إعداد مثل هذه البرامج وتطبيقها في هذا المجال أن تتضمن الجلسات الأولى تقديم معلومات للمرضى عن الإضطراب من خلال فنية التعليم النفسى وإجراء المناقشة معهم حول تلك المعلومات وكيفية مواجهة الإضطراب . كما يتم أيضاً تبصيرهم بضرورة إتباع نظام غذائى معين يتم التدريب عليه . كذلك يجب أن تنطرق المناقشة إلى ما يرتبط بهذا الإضطراب من إضطرابات كالقلق والإكتئاب . أما الجلسات الوسطى فتتضمن تحديد العلاقة بين المعارف والسلوكيات، وتعديل الأفكار المختلة وظيفياً والذي قد يكون موقفياً كما هو الحال في أوقات تناول الطعام أو إرتداء الملابس، أو يكون إنفعالياً كالتغيرات الوجدانية أو المزاجية . كما تتضمن تلك الجلسات أيضاً التدريب على إعادة البناء المعرفى، ومراقبة الذات (حيث لايجب الإقتصار بها على الجلسات الأولى فقط)، والتدريب على المهارات الإجتماعية، والتدريب على حل المشكلات كأساليب لمواجهة الإضطراب . وإلى جانب ذلك يتم التدريب على الإسترخاء، والواجبات المنزلية . فى حين تتم إعادة التدريب على مهارة حل المشكلات فى الجلسة الأخيرة حتى يطبقها العملاء بعد ذلك فى المواقف المختلفة التى قد يتعرضون لها فيما بعد كى نتجنب حدوث إنتكاسة بعد الإنتهاء من تطبيق البرنامج العلاجى . أما القياس التبعى فيتم بعد مرور ستة شهور على الأقل من إنتهاء البرنامج .

هذا ويجب أن تسير خطة العلاج على النحو التالى :

١ - تقديم نموذج العلاج المعرفى السلوكى على أن يتضمن ذلك ما يلى:
أ - التعرف على منطق العلاج .

ب - التعرف على تلك الضغوط التى يمكن أن تؤدى إلى الإضطراب .

٢ - تقديم المعلومات وإجراء المناقشات حول ما يلى:

أ - مخاطر نقص الوزن والعزوف عن الأكل .

ب - الضغوط الثقافية التى ترتبط بالأكل وحجم الجسم .

ج - التقيد بنظام غذائى معين وعدم الخروج عنه .

د - التغذية الجيدة والأنماط الجيدة لتناول الأكل .

هـ - التخطيط للوصول إلى الوزن العادى

و - التذبذب فى الوزن وكيفية الوصول إلى الوزن العادى .

٣ - زيادة كم ونوع الأغذية المراد تناولها بغرض إستعادة الوزن والوصول به إلى المستوى الصحى العادى .

٤ - تحديد المعارف المختلفة وظيفياً والتى ترتبط بالأكل والوزن وحجم الجسم .

٥ - العمل على تعديل تلك الأفكار المختلفة وظيفياً من خلال إتباع إستراتيجيات علاجية معينة .

٦ - تناول جوانب أخرى ذات صلة بالإضطراب كتقدير الذات ، والإكتئاب ، والمهنة ، والأسرة ، إلى جانب العديد من الأمور الإجتماعية المختلفة .

٧ - التدريب على إستراتيجيات المواجهة حتى تجنبنا حدوث إنتكاسة بعد إنتهاء البرنامج العلاجى .

هذا ويجب خلال النقطة السادسة أن يتم التعامل مع أى إضطراب يمكن أن ينشأ إلى جانب فقد الشهية العصبى كالقلق أو الإكتئاب أو أى أفكار وسواسية ،

إضافة إلى إنخفاض تقدير الذات ونقص الثقة فى النفس، وربما تجنب المواقف الإجتماعية أو غيرها من الأمور ذات الصلة بالأسرة والتفاعلات التى تنشأ داخلها وبين أعضائها. أما فيما يتعلق بالدراسة التتبعية فهى تسير على نفس المنطق الذى تسير به فى حالة الشره العصبى للطعام.

ومن الجدير بالذكر أن هناك عدداً من المقاييس النفسية التى يمكن أن نستخدمها فى هذا الصدد، والتى يتم تطبيقها خلال القياسين القبلى، والبعدى وذلك للتعرف على أثر البرنامج العلاجى وتقييمه. كذلك يمكن أن تطبق مثل هذه المقاييس فى القياس التتبعى وذلك للتعرف على مدى إستمرار ذلك الأثر الذى يخلفه البرنامج المستخدم. ومن أمثلة هذه المقاييس ما يلى:

- مقياس سلوكيات ومسببات فقد الشهية العصبى Setting Condition of anorexia nervosa, الذى أعده سليد وديوى (1991) Slade & Dewey والذى يقيس مسببات فقد الشهية العصبى وما يرتبط بها من سلوكيات وذلك فى إطار نموذج سليد Slade ذى المسببات الثلاثة، ولذا إشمطل هذا المقياس على ثلاثة مقاييس فرعية كالتالى:

أ - الميول الكمالية .

ب - عدم الرضا العام عن الحياة وعن الذات وإنخفاض تقدير الذات .

ج - الحاجة إلى الضبط الكامل لبعض مفاهيم ومواقف الحياة .

- مقياس إضطرابات الأكل The Eating Disorder Inventory الذى أعده جارنر وآخرون (1983) Garner et. al وذلك للتعرف على إتجاهات المريض نحو الطعام ونحو تناول الأكل بشكل عام .

- إستبيان سلوكيات الأكل The Dutch Eating Behaviour Questionnaire وهو ذلك المقياس الذى قام بإعداده فان شترابين وآخرون (1986) van Strien et. al

وذلك للتعرف على درجة سيطرة الفرد على نفسه عند رؤية الطعام، ومدى إستجابته للإشارات الخارجية أو الإنفعالية المرتبطة بالأكل.

- مقياس بيك للإكتئاب Beck Depression Inventory وقد أعده للعرية غريب عبد الفتاح (١٩٨٥).

كما يمكن إستخدام مقياس الإكتئاب الذى أعده المؤلف (١٩٩٧).

- مقياس روزنبرج لتقدير الذات Rosenberg Self - esteem Scale أو مقياس كوبر سميث Cooper Smith لتقدير الذات والذى توجد نسخة عربية منه أعدها عبد الرحيم بخيت (١٩٨٥).

ويمكن أيضاً إستخدام مقياس تقدير الذات للمؤلف (١٩٩١).

- مقياس الثقة بالنفس Self - Confidence للمؤلف (١٩٩٧).

دراسات تطبيقية عامة حول إضطراب صورة الجسم.

أجرى أجراس وآخرون (١٩٨٩) Agras et. al دراسة على ٧٧ سيدة تعانين من الشره العصبى تتراوح أعمارهن بين ١٨ - ٦١ سنة، وتم تقسيمهن عشوائياً إلى أربع مجموعات، واحدة ضابطة لم تتلق أى علاج (ن = ١٩)، وتم تدريب المجموعة الثانية على مراقبة الذات وذلك لمنع سلوك التقيؤ (ن = ١٩)، أما الثالثة (ن = ٢٢) فقد خضعت للعلاج المعرفى السلوكى، فى حين خضعت المجموعة الرابعة (ن = ١٧) للعلاج المعرفى السلوكى أيضاً ولكن مصحوباً بالتدريب على منع التقيؤ. وإستمر البرنامج العلاجى لمدة أربعة شهور وتضمن أربع عشرة جلسة بواقع جلسة واحدة أسبوعياً، وتم إستخدام إستراتيجيات المناقشة، ومراقبة الذات، وإعادة البناء المعرفى، والتدريب على حل المشكلات، والواجبات المنزلية. وأوضحت النتائج حدوث تحسن فى كل المجموعات التجريبية الثلاث، وأن العلاج المعرفى السلوكى كان هو الأكثر نجاحاً وفاعلية فى التقليل من التقيؤ وتدعيم التغيرات النفسية الإيجابية التى حدثت نتيجة للعلاج حيث توقف ٥٦% ممن

خضعن للعلاج المعرفى السلوكى عن الشره مع نهاية البرنامج العلاجى، وتوقف التقيؤ بنسبة ٧٧,٢% لديهن. وعند متابعتهن بعد ستة شهور من إنتهاء البرنامج كان ٥٩% ممن خضعن للعلاج المعرفى السلوكى قد تحسنت وقل التقيؤ لديهن بنسبة ٨٠%. وبذلك يتضح أن إضافة التدريب على منع إستجابة التقيؤ إلى برنامج العلاج المعرفى السلوكى لم يدعم فاعليته حيث إنصح من خلال ماكشفت عنه الدراسة أنه يمكن أن يؤدي بدونها إلى تلك النتائج.

وفى دراسة أجراها روزن وآخرون (Rosen et. al (١٩٨٩) على ٢٣ سيدة من ذوات الوزن العادى تعانين من اضطراب صورة أجسامهن ولكنهن لاتعانين من أى اضطراب من اضطرابات الأكل. وتم تقسيمهن إلى مجموعتين إحدهما ضابطة لم تتلق أى علاج والأخرى تجريبية خضعت لبرنامج علاجى معرفى سلوكى لمدة ستة أسابيع بواقع جلسة واحدة أسبوعياً وذلك بعد تقسيم أفرادها إلى مجموعات صغيرة. وقد ركز هذا البرنامج العلاجى على تصحيح التقييم المفرط للوزن والحجم، وتصحيح وتعديل الأفكار السلبية والمشوهة التى تتعلق بالمظهر الجسمى، والتعريض للمواقف التى تثير مايرتبط بالمظهر الجسمى من أفكار. وأوضحت نتائج القياسين البعدى والتبعى حدوث تحسن كبير فى تقييم حجم الجسم، ومدى الرضا عن المظهر الجسمى، ومدى تجنب المواقف المثيرة وذلك من جانب المجموعة التجريبية قياساً بالمجموعة الضابطة مما يدعم فاعلية العلاج المعرفى السلوكى فى هذا الصدد. وقد تأكدت هذه النتائج فى دراسة أخرى أجراها روزن وآخرون (Rosen et. al (١٩٩٠) على ٢٤ فتاة جامعية من ذوات الوزن العادى ممن تعانين من اضطراب صورة أجسامهن. وقد خضعت هؤلاء الفتيات لبرنامج علاجى معرفى سلوكى بعد تقسيمهن إلى مجموعتين تم تدريب إحدهما على الإدراك الدقيق لحجم الجسم فى حين لم يتم تدريب المجموعة الثانية على ذلك. وتم تقسيمهن إلى مجموعات صغيرة عند خضوعهن للبرنامج العلاجى الذى إستمر ستة أسابيع. هذا وقد تضمن البرنامج العلاجى لكلا المجموعتين تصحيح وتعديل الأفكار السلبية والمشوهة المرتبطة بالمظهر الجسمى، والتعريض للمواقف التى

يحاول المريض أن يتجنبها والتي تعمل على إثارة صورة سلبية للجسم . وإضافة إلى ذلك فقد تلقت المجموعة الأولى تدريباً يؤهل أعضائها لتصحيح تقديرهن الزائد لحجم ووزن الجسم وهو الأمر الذي يساعدهن على الإدراك الدقيق لحجم أجسامهن . وأظهرت نتائج القياسين البعدى والتبعي حدوث تحسن متكافئ لدى المجموعتين فى التقييم الزائد لحجم الجسم مع تحسن فى مدى تقبلهن لصورة أجسامهن ، وإنخفاض معدل التجنب من قبلهن للمواقف المثيرة . كما أصبح تقديرهن لذواتهن أكثر إيجابية ، وقل سلوك الإمساك عن تناول الطعام ، وقل إنشغالهن بالطعام وشعورهن بالذنب المرتبط بذلك ، كما قل أيضاً معدل التقيؤ المثار ذاتياً من جانبهن .

وفى الدراسة التى أجرتها فيفيان لويس وآخرون (١٩٩٢) Lewis, V. et. al. على ٢٤ سيدة تحاولن السيطرة على أوزانهن وتتراوح أعمارهن بين ١٩ - ٥١ سنة بهدف التعرف على مدى فاعلية العلاج المعرفى السلوكى الجماعى فى تقوية الفاعلية الشخصية وزيادة تقدير الذات خضعت تلك السيدات لبرنامج علاجى تضمن ثمانى جلسات بعد أن تم تقسيمهن إلى أربع مجموعات صغيرة ، كما تمت متابعتهم لمدة ستة شهور بعد إنتهاء البرنامج العلاجى . وأوضحت النتائج حدوث تحسن من جراء العلاج وذلك فى تقدير الذات ، مع تحكمهن إنفعالياً فى الإفراط فى تناول الطعام ، وحدث تحسن فى فاعلية الذات من جانبهن مع تغير عاداتهن فى تناول الطعام ، وإتجاهاتهن نحو حجم الجسم . وهو ما أكدته نتائج الدراسة التتبعية . كذلك فقد حدث نقص فى الوزن أيضاً بسبب البرنامج وهو ما يرجع إلى التحسن فى كل من فاعلية الذات وتقدير الذات وتغير عادات الأكل .

وتوصل ولفلى وآخرون (١٩٩٣) Wilfley et. al فى دراستهم التى أجروها على ٥٦ سيدة تعانين من الشره العصبى تتراوح أعمارهن بين ٢٧ - ٦٤ سنة بمتوسط ٤٤,٣ سنة تم إختيارهن بشكل عشوائى وتقسيمهن إلى ثلاث مجموعات تلقت الأولى العلاج المعرفى السلوكى الجماعى (ن = ١٨) الذى تضمن ست عشرة جلسة بواقع جلسة واحدة أسبوعياً تم خلالها إستخدام إستراتيجيات

المناقشة، . ومراقبة الذات، وإعادة البناء المعرفى، والتدريب على عادات طعام معينة، والواجبات المنزلية. وتلقت المجموعة الثانية (ن = ١٨) العلاج بين الشخصى الذى إستمر لنفس المدة وضم نفس عدد الجلسات، وتضمن إستخدام إستراتيجيات المناقشة، والتدريب على الأدوار الإجتماعية، والانتقال بين الأدوار (المعالج - المريض)، والتدريب على السيطرة على عادات الطعام. أما المجموعة الثالثة (ن = ٢٠) فكانت مجموعة ضابطة وعلى ذلك لم تتلق أى علاج. وتوصل هؤلاء الباحثون إلى حدوث تحسن واضح ودال فى المجموعتين الأولى والثانية قياساً بالمجموعة الضابطة حيث قلت حدة الشره بدرجة كبيرة، ولم توجد فروق دالة بين المجموعتين الأولى والثانية فى درجة التحسن. كذلك فقد وجدت ثاكوراى وآخرون (١٩٩٣) Thackwray et. al فى الدراسة التى تم إجراؤها على عينة ضمت ٣٨ سيدة تتراوح أعمارهن بين ١٥ - ٦٢ سنة بمتوسط ٣١,٣ سنة تم تقسيمهن عشوائياً إلى ثلاث مجموعات تلقت الأولى برنامجاً للعلاج المعرفى السلوكى، وتلقت الثانية برنامجاً للعلاج السلوكى، أما الثالثة فكانت مجموعة ضابطة ومن ثم لم تتلق أى علاج. وتضمن البرنامج العلاجى ثمانى جلسات بواقع جلسة واحدة إسبوعياً، وتم إستخدام إستراتيجيات التدريب على عادات الطعام، والتعزيز الذاتى (البرنامج السلوكى)، ومراقبة الذات، ومواجهة الإعتقادات المختلة وظيفياً، وإعادة البناء المعرفى، والتدريب على توكيد الذات أى على السلوك التوكيدى، والتدريب على مهارة حل المشكلات، والتدريب على الإسترخاء، والواجبات المنزلية (العلاج المعرفى السلوكى). ووجد هؤلاء الباحثون أن هناك تحسناً قد حدث بنسبة ٩٢% للمجموعة التى تلقت العلاج المعرفى السلوكى فى مقابل ١٠٠% للمجموعة التى تلقت العلاج السلوكى. وأوضحت نتائج المتابعة بعد ستة شهور من إنتهاء البرنامج أن نسبة التحسن لدى المجموعة التى تلقت العلاج المعرفى السلوكى كانت ٦٩% فى مقابل ٣٨% للمجموعة التى تلقت العلاج السلوكى وهو ما يؤكد أولاً على فاعلية كلا الأسلوبين، وثانياً أن نسبة حدوث الإنتكاسة تقل فى حالة العلاج المعرفى السلوكى. ونحن نرى أن هذا

يرجع إلى إستخدام إستراتيجيات المواجهة التى تجعل العلاج المعرفى السلوكى هو الأفضل كأسلوب علاجى وذلك على المدى الطويل. وعلى جانب آخر قام فيربورن (1993) Fairburn بإجراء دراسة على 75 مريضاً ممن يعانون من الشره العصبى تم تقسيمهم إلى ثلاث مجموعات تلقت كل منها أسلوباً علاجياً قصير المدى مع المقارنة بين مدى فاعلية كل منها، فتلقت المجموعة الأولى العلاج المعرفى السلوكى، وتلقت الثانية برنامجاً للعلاج السلوكى، فى حين تلقت المجموعة الثالثة برنامجاً للعلاج بين الشخصى. وتضمن البرنامج العلاجى لكل أسلوب تسع عشرة جلسة على مدى ثمانية عشر أسبوعاً. وأوضحت النتائج إختلاف أثر هذه الأساليب الثلاثة، فكان العلاج السلوكى هو أقلها أثراً وكانت نتائجه ضعيفة، بينما كان العلاج المعرفى السلوكى والعلاج بين الشخصى هما الأفضل وكانت نتائجهما متقاربة ولم توجد فروق دالة بينهما.

وإلى جانب ذلك أجرى بلوين وآخرون (1994) Blouin et. al دراسة لتحقيق عدد من الأهداف من بينها التعرف على مدى حدوث تحسن لدى 69 سيدة تعاني من الشره العصبى على أثر مشاركتهن فى برنامج للعلاج المعرفى السلوكى الجماعى تضمن عشر جلسات وإستمر لمدة عشرة أسابيع، وتم إستخدام عدد من المقاييس النفسية هى مقياس التشويهاة المعرفية المرتبطة بالشره، ومقياس إضطرابات الطعام، وقائمة أعراض الشره العصبى طبقت قبل إستخدام البرنامج وبعده، وبمقارنة متوسطات الدرجات فى التطبيقين القبلى والبعدى إتضح حدوث معدل كبير من التحسن لدى أفراد العينة. هذا وقد وجد كوكر (1994) Coker فى دراسته لحالة سيدة فى الرابعة والستين من عمرها توفى زوجها قبل عامين وأصيبت بالشره من وقتها، وكان هذا الشره مصحوباً بالتقيؤ المثار ذاتياً وإساءة إستخدام الأدوية المليئة. وبعد إستخدام برنامج للعلاج المعرفى السلوكى لمدة عشرة أسابيع متضمناً إستراتيجيات المناقشة، وإعادة البناء المعرفى، والتدريب على نظام غذائى معين كشفت النتائج عن نجاح البرنامج العلاجى فى علاج هذه السيدة حيث إختفت أعراض الشره لديها. كذلك فقد هدفت دراسة أجراس وآخرين (1994)

Agras et. al إلى فحص نتائج المتابعة لمدة عام بعد نهاية البرنامج العلاجي باستخدام عقار ديسيرامين desipramine بمفرده على مجموعة لمدة ستة عشر أسبوعاً، والعلاج المعرفى السلوكى لمجموعة ثانية لمدة أربعة وعشرين أسبوعاً، أو كلاهما معاً كبرنامج مشترك لمدة أربعة وعشرين أسبوعاً وذلك لعلاج ٦١ سيدة تعانين من الشره العصبى وتتراوح أعمارهن بين ١٨ - ٦٥ سنة. وكشفت النتائج أن العلاج المعرفى السلوكى المصحوب بالعلاج بالعقاقير كان هو الأفضل فى تحسن حالات هؤلاء السيدات، يليه العلاج المعرفى السلوكى بمفرده. أما العلاج بالعقاقير فكان أقلها فى النتائج، وأنه كان يجب أن يستمر هو الآخر لمدة أربعة وعشرين أسبوعاً على الأقل إما بمفرده أو مصحوباً بالعلاج المعرفى السلوكى.

ومن ناحية أخرى إستهدف فيشر وتومسون (١٩٩٤) Fisher & Thompson مقارنة مدى فاعلية العلاج المعرفى السلوكى والعلاج باستخدام تمارين الأيروبيك وذلك لعلاج المستويات المرتفعة من اضطراب صورة الجسم لدى ٥٤ طالبة جامعية تمت مجانستهن فى درجة الشحوم المخزونة فى أنسجة أجسامهن، وتم تقسيمهن إلى مجموعتين ضمت كل منهما ٢٧ طالبة. وقد تلقت أولى المجموعتين برنامجاً للعلاج المعرفى السلوكى إستمر ستة أسابيع، وتلقت المجموعة الثانية برنامجاً رياضياً يقوم على تمارين الأيروبيك لمدة ماثلة. ثم تمت بعد ذلك مقارنة كل من هاتين المجموعتين مع مجموعة ضابطة ماثلة. وقد أوضحت النتائج حدوث نقص متساو تقريباً فى شكل الجسم (الحجم والوزن) فى المجموعتين قياساً بالمجموعة الضابطة كما تعكسه درجاتهن على مقاييس اضطراب صورة الجسم والذى يعكس القلق المرتبط بوزن الجسم وذلك كحالة وكسمة، والجوانب المعرفية السلوكية للمظهر، وعدم الرضا عن المظهر الجسمى. كما يؤكد روزن وآخرون (١٩٩٥) Rosen et. al أن برنامج العلاج المعرفى السلوكى قد أدى إلى حدوث نقص دال فى أعراض تشوه صورة الجسم لدى أفراد المجموعة العلاجية، وإختفى الإضطراب تماماً لدى ٨٢% من الحالات بعد العلاج، ولدى ٧٧% منها فى الدراسة التبعية. كما حدث أيضاً تحسن فى الأعراض النفسية بشكل عام وإزداد

لديهن تقدير الذات وذلك فى دراستهم التى أجروها على ٥٤ سيدة ممن ترفضن صورة أجسامهن وتتراوح أعمارهن بين ٢٠ - ٦١ سنة بمتوسط ٣٦,٥ سنة ولا يقل مستوى تعليمهن عن المرحلة الثانوية، وكان تقديرهن لذواتهن المرتبط بصورة أجسامهن سلبياً . وقد تم إختيارهن عشوائياً ومن ثم تصنيفهن إلى مجموعتين إحداهما علاجية (تجريبية) تلقت برنامجاً للعلاج المعرفى السلوكى تضمن ثمانى جلسات بواقع جلسة واحدة أسبوعياً بعد تقسيمهن إلى مجموعات صغيرة تضم كل مجموعة من أربع إلى خمس سيدات، وتضمن البرنامج إستخدام فنيات المناقشة، وتعديل أفكارهن عن صورة أجسامهن وعدم رضاهن عنها، وإعتقاداتهن المبالغ فيها عن مظهرهن الجسمى، والتعريض لمواقف صورة الجسم، والتخلص من الفحص الدائم للجسم كالوزن المستمر وقياس محيط الجسم والنظر الدائم فى المرآة لملاحظة الجسم. أما المجموعة الثانية فكانت ضابطة ولم تتلق بالتالى أى علاج. وفى دراسة أخرى أجراها نفس الباحثون (روزن وآخرون (١٩٩٥) Rosen et. al على ٥١ سيدة بدينة تتراوح أعمارهن بين ٢٣ - ٦١ سنة تم تقسيمهن عشوائياً إلى مجموعتين إحداهما تجريبية قسمت إلى مجموعات صغيرة وتلقت برنامجاً للعلاج المعرفى السلوكى بهدف تحسين صورة أجسامهن إستمر لمدة ثمانية أسابيع بواقع جلسة واحدة أسبوعياً مدتها ساعتان، وتضمن البرنامج معلومات تساعدن على مواجهة الأنماط السلبية للبدانة، وتصحيح وتعديل الأفكار المقحمة المتعلقة بعدم الرضا عن المظهر الجسمى وما يرتبط به من إعتقادات مختلفة وظيفياً، والتعرض لتلك المواقف التى يحاول المريض أن يتجنبها، وخفض معدل الفحص المتكرر للجسم. ولم يتضمن البرنامج ما يتعلق بتغيير سلوكيات تناول الطعام أو أداء التمرينات الرياضية. أما المجموعة الثانية فكانت ضابطة ولم تتلق أى علاج. وأوضحت النتائج حدوث تحسن فى صورة الجسم لدى أعضاء المجموعة التجريبية مع حدوث تحسن فى تقديرهن لذواتهن، وقل الإفراط فى تناول الأكل من جانبهن، كما قل شعورهن بالذنب الناتج عن إفراطهن فى تناول الطعام. أما الوزن فلم يتغير لدى العديد من المفحوصات حيث لم يهدف البرنامج إلى ذلك.

وهدفت دراسة فيلي وآخرين (1996) Veale et. al أيضاً إلى التأكد من فاعلية العلاج المعرفى السلوكى فى علاج اضطراب صورة الجسم وذلك لدى عينة عشوائية من المرضى ضمت تسعة عشر مريضاً من الجنسين فى عقد الثلاثينات من أعمارهم من المترددين على العيادة الخارجية بالمستشفى. تم تقسيمهم إلى مجموعتين خضعت إحداهما وهى المجموعة التجريبية لبرنامج علاجى معرفى سلوكى إستمر إثنى عشر أسبوعاً بواقع جلسة واحدة أسبوعياً، فى حين كانت المجموعة الثانية بمثابة مجموعة ضابطة وضمت أولئك المرضى الذين إعتبروا على قائمة الإنتظار. وأوضحت النتائج عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطى درجات المجموعة الضابطة فى أى من المقاييس المستخدمة وذلك بين القياسين القبلى والبعدى، فى حين كانت هناك فروق دالة إحصائياً بين القياسين القبلى والبعدى للمجموعة التجريبية فى المقاييس المرتبطة باضطراب صورة الجسم والإكتئاب لصالح القياس البعدى. وإلى جانب ذلك كانت هناك فروق دالة إحصائياً بين المجموعتين الضابطة والتجريبية فى القياس البعدى تدل على التحسن وذلك فى المقاييس المرتبطة باضطراب صورة الجسم والإكتئاب مما يؤكد فعالية العلاج المعرفى السلوكى فى هذا الصدد.

ويذكر فنسنت وآخرون (1996) V. H. Vincent et. al أن كلاً من كاش وجرانت (1995) Cash & Grant قد أجريا دراسة باستخدام العلاج المعرفى السلوكى على 23 سيدة غير راضيات عن صور أجسامهن بدرجة كبيرة، وتتراوح أعمارهن بين 18 - 47 سنة. وتم تقسيمهن إلى مجموعتين تلقت إحداهما العلاج المعرفى السلوكى الجماعى فى حين خضعت الأخرى للعلاج المعرفى السلوكى الفردى الذى يعتمد على التوجيه الذاتى القائم على قدر أقل من الإتصال بالمعالج. وقد تضمن البرنامج إحدى عشرة جلسة علاجية، وأوضحت النتائج حدوث تحسن كبير فى صورة الجسم لدى هؤلاء السيدات مع عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين المجموعتين فى هذا الصدد. وفى عام 1997 أجرى كاش ولافالى Cash & Lavallee دراسة على عينة تضم إثنتى عشرة سيدة غير راضيات عن صورة

أجسامهن مستخدمين العلاج المعرفى السلوكى الفردى الذى يعتمد على التوجيه الذاتى الذى يقوم على قدر أقل من الإتصال بالمعالج وهو الأسلوب الذى إستخدمه كاش Cash من قبل . وأوضحت النتائج حدوث درجة من التحسن فى صورة الجسم ذات دلالة إحصائية لدى هؤلاء السيدات أدت إلى تحقيقهن لدرجة دالة من التوافق وذلك دون حدوث أى تغيرات فى وزن الجسم . وكانت النتائج التى تم التوصل إليها فى هذه الدراسة تكافئ تلك النتائج التى توصل إليها كاش وجرانت (١٩٩٥) Cash & Grant .

ومن ناحية أخرى إستهدفت دراسة رايتش وآخرين (١٩٩٧) Raich et. al نفس الهدف وذلك لدى ٤٢ سيدة إسبانية متوسط أعمارهن ٢٣,٤ سنة تم تقسيمهن إلى مجموعتين إحداهما تجريبية ضمت ثلاثين سيدة، فى حين كانت الثانية ضابطة وضمت إثنتى عشرة سيدة. وتم من خلال مقابلة مقننة تقييم المتغيرات الإجتماعية الديموجرافية وصورة أجسامهن. أما البرنامج العلاجى الذى خضعت له المجموعة التجريبية فقد تألف من تسع جلسات علاجية تناولت معلومات عن المظهر، وتصحيح الإدراكات المشوهة، وفقد الحساسية المنظم، والتدريب على الإسترخاء، وإعادة البناء المعرفى، والتعريض ومنع الإستجابة، وتدريبات خاصة بمنع حدوث إنتكاسة. وتم إستخدام المقاييس التالية فى القياسات المختلفة (قبلى - بعدى - تتبعى) على التوالى:

- إستبيان صورة الجسم Body Shape Questionnaire الذى أعده كل من روزن وريتر (١٩٩٥) Rosen & Reiter .

- مقياس إضطراب صورة الجسم Body dysmorphic disorder Examination الذى أعده روزن وريتر (١٩٩٥) Rosen & Reiter .

- إستبيان تجنب صورة الجسم Body Image Avoidance Questionnaire الذى أعده روزن وآخرون (١٩٩٠) Rosen et. al .

وأوضحت النتائج حدوث تغيرات إيجابية فى المكونات الإدراكية، والإنفعالية، والمعرفية، والسلوكية المرتبطة باضطراب صورة الجسم وذلك من جانب المجموعة التجريبية. وقد أكد القياس التبعى بعد مرور عام على إنتهاء البرنامج إستمرار تلك التغيرات.

وهدف إيرين واجونر (Waggoner, Irene) (١٩٩٨) إلى إختبار مدى فاعلية التدخلات العلاجية فى تحسين إدراك صورة الجسم وتقدير الذات لدى البنات فى مرحلة المراهقة المبكرة واللائى كن فى مدرسة متوسطة بغرب جورجيا. وتم إستبعاد البنات من العينة فى ضوء المحكات التالية:

- وجود تاريخ مرضى لأحد إضطرابات الأكل.

- المعاناة من مشكلات صحية أخرى.

- الإلتحاق بفصول التربية الخاصة.

- أن يكون الوزن غير عادى أو شاذاً.

- ألا تكون البنت من الجنس القوقازى.

وقد تضمنت العينة النهائية ٢٣ بنتاً بمتوسط عمرى ١١,١٢ سنة تم تقسيمهن بشكل عشوائى إلى ثلاث مجموعات تلقت الأولى (ن = ٨) برنامجاً للعلاج المعرفى السلوكى، وتلقت الثانية (ن = ٨) برنامجاً للعلاج المعرفى، فى حين كانت الثالثة (ن = ٧) ضابطة لم تتلق برنامجاً علاجياً ولكنها تلقت معلومات دراسية عن إضطراب صورة الجسم وتم تقديمها لهن فى الفصل. وضمت المقاييس المستخدمة أربعة مقاييس: تتناول المكونات الثلاثة لإضطراب صورة الجسم والمجال الوجدانى المرتبط بها. وهذه المقاييس هى:

- مقياس عدم الرضا عن صورة الجسم، وهو مقياس فرعى من مقياس إضطرابات الأكل (المكون المعرفى).

- إستيان تجنب صورة الجسم (المكون السلوكى).

- مقياس التقديرات البصرية لحجم الجسم (المكون الإدراكى).

- بروفيل الإدراك الذاتى للأطفال (المكون الوجدانى).

وتضمن البرنامج العلاجى سبع جلسات تم التركيز خلالها وذلك فى البرنامجين المستخدمين على موضوعات كالمظهر الجسمى وصورة الجسم، والدور الذى تلعبه الإعتقادات فى صورة الجسم، والأخطاء المعرفية، والتحصين ضد الضغوط، والجوانب السلوكية لصورة الجسم، ومنع حدوث إنتكاسة. وأوضحت نتائج القياس البعدى حدوث تحسن دال فى المكونات الثلاثة لإضطراب صورة الجسم مع حدوث تحسن دال فى تقدير الذات للمجموعات الثلاث. كما أوضحت أيضاً أن العلاج المعرفى السلوكى قد أدى إلى حدوث تحسن دال فى الجانب السلوكى لإدراك صورة الجسم.

هذا وقد هدفت دراسة إليوت (1998) Eliot إلى التعرف على مدى فاعلية العلاج المعرفى السلوكى بمفرده، والتمرينات الرياضية، والعلاج المعرفى السلوكى مضافاً إلى التمرينات الرياضية وذلك لعلاج صورة الجسم لدى سيدات ذوات وزن عادى ويبحثن عن وسيلة لتحسين صورة أجسامهن. وإلى جانب ذلك فقد هدفت تلك الدراسة إلى تقييم سمات المفحوصين التى قد توضح ما يمكن للمرأة أن تستفيد به بدرجة كبيرة من خلال العلاج باستخدام التمرينات الرياضية. وقد أوضحت النتائج أن هذه العلاجات المستخدمة أدت إلى حدوث تغير فى كل مكون من تلك المكونات التى تتضمنها صورة الجسم وهى المكونات الإدراكية، والإتجاهية، والوجدانية، والسلوكية. وكانت التمرينات الرياضية هى الأكثر تأثيراً على زيادة دقة المجال الإدراكى، أما العلاج المعرفى السلوكى مضافاً إلى التمرينات الرياضية فكان له الأثر الأكبر فى حدوث الرضا عن صورة الجسم يليه العلاج المعرفى السلوكى فقط. كما كان هذا الدمج بين الأسلوبين له أكبر الأثر على المجال الوجدانى، أما العلاج المعرفى السلوكى فقط فقد أدى إلى زيادة السعادة

بالمظهر الجسمى . ولم يؤثر أى من هذه التدخلات العلاجية الثلاثة على الإنشغال بوزن الجسم من جانب أفراد العينة أو على تقديرهن الذاتى لهذا الوزن . أما النتائج الخاصة بالجانب السلوكى من صورة الجسم فكانت فى الإتجاه العكسى لما تم توقعه فى البداية . ولم يقلل العلاج بشكل عام من مدى تجنب المواقف المثيرة ، كما لم تؤد التمرينات الرياضية إلى تقليل إهتمام أفراد المجموعة بمظهرهن الجسمى . كذلك فقد كشفت النتائج عن سمات شخصية معينة ترتبط بحدوث تحسن فى صورة الجسم وذلك فى المجموعتين اللتين إستخدمتا التمرينات الرياضية إذ إتضح أن المفحوصات اللاتى أدت تلك التمرينات الرياضية بغرض تحقيق قدر أكبر من السعادة والسرور ، واللاتى كن أقل فى قيامهن بالتمرينات بشكل قهرى ، واللاتى لم تشتركن فى أنشطة تدل على الإنشغال بالجسم أو الإشتراك فى رياضات تركز على نمو العضلات قد أظهرن تحسناً بشكل أفضل فى المكونين الوجدانى والسلوكى لصورة الجسم بعد إشتراكهن فى برنامج العلاج المعرفى السلوكى المضاف إلى التمرينات الرياضية . كما أن المشتركات فى التمرينات الرياضية فقط قد أظهرن تحسناً فى المكون السلوكى لصورة الجسم .

وإلى جانب ذلك أجرت سوزان سترومر (Stromer, Susan) (١٩٩٨) دراسة بغرض التحقق من إستجابة كلا الجنسين لبرنامج يتعلق بصورة الجسم ، وكذلك التعرف على الفرق فى أثر البرنامج على كل من الذكور والإناث . وتكونت عينة الدراسة من مجموعتين إحداهما ضابطة ضمت ١٢٤ مفحوصاً من الجنسين (٥٣ ذكور، ٧١ إناث)، أما المجموعة الأخرى فكانت تجريبية وضمت ١٢٠ مفحوصاً من الجنسين (٤٧ ذكور، ٧٣ إناث) وخضعت لبرنامج العلاج المعرفى السلوكى الذى يعتمد فى الأساس على فنية التعليم النفسى بعد إستخدام تكنيك جديد لتوفير المعلومات اللازمة عن الصورة المثالية للجسم يعتمد على الجاذبية المثالية والشكل المثالى للجسم كما تقدمه وسائل الإعلام مع إستخدام رسوم بيانية بالكمبيوتر تتناول هذا الموضوع . وتم عرض هذه المعلومات على المفحوصين بالمجموعة التجريبية وذلك خلال جلسة إستمرت نصف ساعة تقريباً مع مناقشتهم

فى تلك المعلومات . وتضمنت المقاييس المستخدمة مقياس القلق المرتبط بصورة الجسم body image anxiety ومقياس اضطراب صورة الجسم ، ومقياس التقدير الكمى المرتبط بشكل الجسم Figure rating Scale measure . وكانت النتائج التى تم الحصول عليها فى الإتجاه المتوقع بالنسبة للمجموعة التجريبية حيث قل معدل القلق المرتبط بصورة الجسم ، وقل كثيراً معدل عدم الرضا عن المظهر الجسمى وخاصة من جانب الإناث . وقد إتضحت هذه الفروق بين القياسين القبلى والبعدى للمجموعة التجريبية ، وكانت الفروق بطبيعة الحال لصالح القياس البعدى . كما وجدت فروق دالة فى القياس البعدى بين المجموعتين الضابطة والتجريبية لصالح المجموعة التجريبية وذلك فيما يتعلق بالوعى بصورة الجسم وباستدخال الصورة المتضمنة للجاذبية المثالية كما تقدمها وسائل الإعلام وإن لم يكن هذا الإستدخال ذا مستوى مرتفع . كما كشفت الدراسة أيضاً عن حدوث زيادة فى تقدير الإناث بالمجموعة التجريبية دون الضابطة للحجم المثالى المدرك للجنس الآخر وذلك من خلال الأحكام المتعلقة بالجاذبية بين الجنسين . وأوضحت نتائج الدراسة التتبعية أن إنخفاض معدل إستدخال المثال الإجتماعى الثقافى من جانب المجموعة التجريبية قد إستمر مع مرور الوقت ، وأن المستويات الأولية العليا لهذا الإستدخال من جانب الإناث قد إنخفضت إلى معدل يكافئ نظيره لدى الذكور فى التقييم النهائى .

إلا أن ألبرتىنى وفيليس (١٩٩٩) Albertini & Phillips عند مقارنتهما بين فاعلية العلاج المعرفى السلوكى والعلاج بالعقاقير فى هذا الصدد وذلك على عينة ضمت ٣٣ مفحوصاً تتراوح أعمارهم بين ٦ - ١٧ سنة مقسمين إلى مجموعتين تلقت الأولى (ن = ١٩) العلاج بالعقاقير متمثلاً فى مشتقات السيروتونين ، فى حين تلقت الثانية (ن = ١٤) برنامجاً علاجياً معرفياً سلوكياً ، وجدا أن المفحوصين الذين تلقوا العلاج بالعقاقير قد أبدوا تحسناً كبيراً فيما يتعلق بأعراض اضطراب صورة الجسم فى حين لم يبد المفحوصون الذين تلقوا العلاج المعرفى السلوكى تحسناً مماثلاً ، وهو ما يعنى تفوق العلاج بالعقاقير على العلاج المعرفى السلوكى فى هذا الصدد .

تعليق عام

إزداد فى الآونة الأخيرة معدل اضطراب صورة الجسم خاصة بين أولئك اللاتى تقمن بشد الوجه أو شفق الدهون والتى إنتشرت بمعدل كبير، أو حتى تعديل الأسنان أو عمليات تجميل لمناطق معينة فى الوجه كتلك التى يتم إجراؤها على الأنف على سبيل المثال. وإلى جانب عدم الرضا عن المظهر الجسمى هناك اضطرابات أخرى تشترك معه فى إرتباطها بصورة الجسم هى الشره العصبى للطعام وفقد الشهية العصبى.

ويتضح من العرض السابق أن العلاج المعرفى السلوكى له فاعليته فى علاج اضطرابات صورة الجسم، وأنه يتفوق على غيره من أنواع العلاج الأخرى باستثناء العلاج بين الشخصى الذى يتساوى معه فى الفاعلية وخاصة فى علاج الشره العصبى للطعام، أما بالنسبة لتشوه صورة الجسم فالعلاج المعرفى السلوكى هو الأفضل. ولم يعثر المؤلف على دراسات علاجية تتناول فقد الشهية العصبى باستخدام العلاج المعرفى السلوكى خلال التسعينيات، وربما يرجع ذلك إلى إمكانية السيطرة عليه بالعقاقير، كما أن الإتجاه الإيجابى فيما يتعلق بصورة الجسم بين عامة الناس هو الرشاقة ولذا نلاحظ أن غالبية أفراد العينات التى أجريت عليها هذه الدراسات من النساء. وكانت أكثر الفنيات إستخداماً خلال هذه الدراسات هى المناقشة وإعطاء المعلومات، ومراقبة الذات، وتحديد الأفكار المشوهة واللاعقلانية وتعديلها، وإعادة البناء المعرفى، والتدريب على حل المشكلات، والتدريب على السلوك التوكيدى، والتدريب على الإسترخاء، والتدريب على نظام غذائى معين، والتعريض ومنع الإستجابة أو ما يعرف بالتدريب التجنبى وخاصة فى حالة عدم الرضا عن المظهر الجسمى، والواجبات المنزلية.

أما عن البرامج العلاجية المستخدمة فقد تراوحت فى المتوسط بين ٨ - ١٩ جلسة بواقع جلسة واحدة أسبوعياً. وكانت المتابعة تتم بعد إنقضاء ستة شهور على

الأقل من إنتهاء البرنامج، وكشفت نتائج المتابعة أن أثر العلاج المعرفى السلوكى يدوم لمدة أطول، وأنه من الأقل احتمالاً أن يتعرض المرضى الذين تلقوا هذا الأسلوب العلاجى للإنتكاسة وذلك نظراً لما تدرّبوا عليه من إستراتيجيات للمواجهة تفيدهم كثيراً فى التعامل مع ما قد يصادفهم من عقبات أو مشكلات بعد إنتهاء البرنامج العلاجى . .

