
الفصل الأول

الشره العصبي

الشراه العصبي

مقدمة:

تمثل اضطرابات الأكل Eating disorders العلاقة بين الحالة النفسية للفرد وبين الرغبة الملحة لتناول الطعام أو العزوف عنه وهذه العلاقة ليست جديدة فهي معروفة منذ زمن بعيد، وقديماً كانت تصنف اضطرابات الأكل ضمن الاضطرابات السيكوسوماتية، إلى أن صدر دليل التشخيص الثالث (Dsm-111-R) عام ١٩٨٧ وأعقبه الدليل الرابع لعام ١٩٩٤، ووضعها منفصلة تحت عنوان اضطرابات الأكل وهذه الاضطرابات تتميز باختلال كبير في سلوك تناول الطعام، وتتضمن فقدان الشهية العصبي، والشراه العصبي للطعام، واضطرابات أكل أخرى تتضمن ما يطلق عليه الوحم في الراشدين، وفقدان الشهية نفسي المنشأة (زينب شقير، ٢٠٠٢: ٢١٠).

ويقصد بكلمة بوليميا Bulimia أو الشراه الجوع الشديد وهي مشتقة من كلمتين يونانيتين (Bous) أي رأس الماشية (Limos) أي الجوع الشديد (٢٠٨: ١٩٩٣، Perrotto & Culkin). والبوليميا من الإغريقية بمعنى جوع الثيران فهي فرط الجوع أو كما يقال لها الشهية المفتوحة أو شهية الكلب Appetitus Caninus بمعنى السعار أو النهم الشديد والشراه البالغ.

وفي الاصطلاح: الضور أو القشم تقول عن الشخص إذا اشتد جوعه أو أكله أنه ضرى أو قشم Bulimiac، وسواء كان الشراه فرط جوع بمعنى ضور أو فرط شهية بمعنى قشم فهو في الحالين مرض يشعر المريض به أنه جوعان دائماً أو كما نقول يشعر للجوع بغصه أو لذعة فإذا أكل لا يشبع ويظل به نهم

إلى الطعام وحاله كحال مدمن الخمر مهما يشرب من الخمر يظل به ظمأً إليها لا يرتوي، والقشم أو الضاري يقبل على الطعام وكأنه يأتي فعلاً قهرياً لا إرادة له فيه ويبدو وهو يأكل في حالة ذهول عقلي عن نفسه و عما حوله وكأنه الثور أو الكلب فعلاً (الحنفي، ١٩٩٥: ٣٠٤).

ويُعرف الشره بأنه: الإفراط والشره في تناول الطعام يتبعه شعور بالذنب والاكنتاب والغضب جراء هذا العمل. فعلى الرغم من وجود بعض المشاعر المصاحبة من فقدان السيطرة والتحكم في الأكل فإنه لا يوجد نقص ملحوظ في الوزن تحت الحد السوي المناسب للعمر والطول (Scully, et al., ١٩٨٩: ٢٠٧).

ويشير باركر Barker (١٩٩٠: ٢٣٣) إلى أن الشره يدعى أحياناً الشره العصبي ويتضمن مرض الشره فترات من الإسراف في الطعام يعقبها عادة تقيؤ ويكون المريض مدركاً أن سلوكه في تناول الطعام سلوكاً غير عادي ويتملكه الخوف من عدم قدرته للتوقف عن الطعام بإرادته وإحساس بإنكار الذات، وهناك مميزات أخرى شائعة لهذا المرض وهي إساءة استخدام المليينات ومدرات البول المخصصة لإنقاص الوزن وقد ينتج عن سوء استخدام المليينات نقص في البوتاسيوم وإسهال. وقد يسبق الشره المرضى مرض فقدان الشهية الذي يستمر لعدة أعوام ثم يتطور إلى شره في تناول الطعام.

وتعرّف ألفت حقي (١٩٩٣: ٦٨) الشره العصبي بأنه مزاولة المريض نوبات من الانغماس في الطعام عظيم الكمية. وبين النوبات ينتاب المريض جوعاً شديداً، يجعله يختصر الفترة بين الوجبة والأخرى، وينتهي الأمر بتناول كميات هائلة على فترات متقاربة، فيرتفع وزنه ارتفاعاً كبيراً. وهنا يلجأ المصاب المستبصر إلى الامتناع عن الطعام. وقد يتناول البعض مهبطات

الشهية أو المسهلات أو يتقيأ عمداً. بل وفي بعض الحالات، ينتهى الأمر بارتداد من كان شرها عصبيا إلى زاهد عصبى للطعام. وتشارك الحالتان فى وجود أعراض اكتتابيه مصاحبة.

ويذهب كوفمان Kauffman (١٩٩٣: ٤٢٢) إلى أن الشره هو الأكل غير المنتظم الذى يتبعه محاولة لإرغام الذات على التقىؤ كما أن المصابين بالشره يحاولون المحافظة على عادات أكلهم غير المنتظم وتقيؤهم سراً. وغالبا ما يشعرون بالإحباط وعدم القدرة على التحكم فى عاداتهم الغذائية. وفى بعض الحالات يحاولون تقليل وزنهم من خلال أنظمة غذائية قاسية وحققن شرجية وأدوية ملينة للأمعاء بالإضافة إلى التقىؤ.

ويُعرف الشره العصبى بأنه اضطراب فى الأكل يتميز بالتهام الطعام بشراهة ، ومغلاة فى أساليب التحكم فى الوزن والميول غير الطبيعية نحو الاهتمام الزائد بوزن وشكل الجسم (Wilson, et al., ١٩٩٦: ٣٦٠).

ويشير بارون Baron (١٩٩٨: ٥٧٢) إلى أن الشره العصبى هو مشاركة الأفراد فى حلقات متكررة دوريا من الإسراف فى الطعام - أى تناول كميات كبيرة من الطعام فى فترات قصيرة من الوقت - يتبعه نوع من السلوك التعويضى وهو تطهير البطن لتفادى أى زيادة فى الوزن، وربما يصحب هذا التقىؤ، إساءة استخدام المسهلات أو الملينات، الصيام أو تمرين زائد إلى درجة يكون فيها التخلص من الطعام ضاراً بصحتهم.

ويذكر القريطى (١٩٩٨: ٣٠) أن الشره العصبى يتمثل فى نوبات متكررة اندفاعية من النهم والإفراط فى تناول كميات غير معقولة من الطعام، وفى الوقت ذاته الانشغال الشديد بفكرة التحكم فى الوزن وهو ما يؤدي غالبا

إلى التقيؤ أو استخدام المليينات بعد نوبة الأكل وتصاحب هذه الحالة أعراض اكتئابية أو إدمان المهدئات والاعتماد على الكحول.

ويذهب الشريبي (٢٠٠١: ١٥٠-١٥١) إلى أن الشره العصبى أو الإفراط فى الأكل هو حالة من النهم والأكل فوق المعقول، الذى قد يتسبب فى الآلام الشديدة ، فيأكل الفرد كميات زائدة من الأغذية ربما يزيد وزنه بعدها بمقدار ٢ كيلو جرام، ويظهر فى صورة اندفاع أو إجبار النفس على أكل كميات كبيرة، وأحياناً دون أن يحسن مضغه، وقد يكون الأمر حالة طارئة، وهناك حالات يأكل فيها الفرد كميات كبيرة تؤدى به إلى التقيؤ، أو تؤدى به إلى محاولة التخلص منه بوضع الإصبع فى البلعوم، وربما يظهر الولع الشديد لبعض أنواع من الأطعمة، وليس جميعها، ويسمى البعض النهم الشديد والإفراط فى الأكل "الجوع البقرى" ويحدث بكثرة لدى الإناث، وإذا أعقب النهم الشديد نوم، وأصبح الأمر على التبادل كثرة أكل ثم نوم وهكذا، أطلق على ذلك مرض **كلاين ليفين Klein Levin disease** ويحدث بكثرة لدى الذكور، واضطراب الإفراط فى الأكل يطلق عليه الشره **Bulimia**.

ويُعرفه عبد المعطى (٢٠٠٣: ٤٣) بأنه عرض يكون فيه تناول الطعام بإفراط أكثر من مجرد متعة طعام، بل هو أيضا فعل قهرى فالمريض يبدو كما لو كان فى شبه غيبوبة وهو يتناول جرعات من الطعام تشبه تناول جرعات الخمر، ويتناوله بصورة مفرطة أكثر من اللازم وأكثر من حاجة الفرد، فنجد أن المريض قد يصل إلى درجة القيء، ثم يعاود الأكل مرة أخرى ، ويعد هذا الاضطراب سيكوسوماتيا لارتباطه بدوافع لا شعورية تجعل الفرد ينكص إلى المرحلة الفمية ويستشف اللذة المفقودة من الطعام، فالطعام يعادل الحب والحنان المفقود.

تاريخ الشره العصبي:

لقد تم تعريف الشره العصبي في عام ١٩٧٩ بواسطة جيرالد راسيل Gerald Russell وعلى الرغم من ظهور حالات مشابهة وسابقة الظهور في وقت مبكر، فقد عرّف راسيل الشره العصبي كمنبئ متغاير من فقدان الشهية العصبي. إلا أن الصورة العيادية تغيرت تدريجياً لدرجة أن معظم حالات الشره العصبي لم يسبقها نوبات أو إصابة بفقدان الشهية العصبي. فقد استغرق راسيل ستة أعوام ليجمع ثلاثين حالة، إما اليوم فالحالات منتشرة مما يشير إلى تزايد انتشار المرض بسرعة على مدى الثلاثة عقود الماضية. إن التاريخ القصير لمرض الشره العصبي يعني أن المعلومات المتوفرة قليلة، فقد تم التعرف على مرض الشره العصبي من قبل منظمة الصحة العالمية، حيث خضع للتصنيف في عام ١٩٩٢، إلا أنها لم تخصص لها سجلاً منفصلاً لتسجيل الحالات في بيانات المستشفى بالمملكة المتحدة، أما في الولايات المتحدة فإن أنظمة التشخيص تطورت في تعريفها من الشره إلى الشره العصبي خلال العقد الماضي، ومن ثم فإن الحالات التي تم تعريفها من خلال الدراسات الماضية قد شملها هذا الانتقال (٢١٣-٢١١: Murray, et al., ١٩٩٧).

معدل انتشار الشره العصبي:

لقد دلت الإحصاءات المختلفة على تزايد معدل انتشار الشره العصبي بين الجنسين فقد دلت إحصاءات عام ١٩٨١ إلى أن واحدة من بين ثلاث طالبات بأمریکا تتابها حالة الشره (زينب شقير، ٢٠٠٢: ٢٣). وفي خلال عام ١٩٨٢ أشارت الأبحاث إلى أن واحدة من خمس عشرة طالبة، في المرحلة الأولى في جامعة ادينبرج، تعاني أعراض الشره Bulimia (بربارا فرنش، ١٩٩٧: ١٨). وتوالت الدراسات في أمريكا وأستراليا لتوضح أن طالبة من كل عشر طالبات

تبدو عليها أعراض الشره وذلك فى إحصاء عام ١٩٨٣. وأوضح هارولد وآخرون Harold, et. al. فى عام ١٩٩٨ أن بعض الدراسات تشير إلى أن معدل انتشاره يتراوح ما بين ١,٠٣% لدى الإناث، بينما ينتشر بنسبة ٠,١% لدى الذكور من طلاب الجامعة، وأنه يكثر عند متوسط العمر الزمنى ما بين ١٣ - ٥٨ عاماً، ويكثر لدى الإناث بنسبة تتراوح ما بين ٩٠ - ٩٥% مقارنة بالذكور.

إلى أن جاء دليل تصنيف الأمراض النفسية الثالث المعدل وأعقبه الدليل الرابع ليوضح أن معدل انتشاره يكون ٤% ومما يؤكد على التزايد المتتابع والمستمر لمعدل انتشار الشره العصبى فى كافة المجتمعات ما جاء فى تقرير أوضحه جوتستام وآخرون Gotesam, et. al. عن مدى انتشار الشره العصبى بين الجنسين فى المجتمع النرويجى، حينما أجرى استفتاء على عدد ٣٦٤ مريضاً من المترددين على عيادات الصحة النفسية الخارجية، وأسفرت النتائج عن انتشاره فى مختلف مراحل العمر الزمنى، وينتشر بمعدل ٥,٢% لدى الإناث، وبمعدل ٢,٧% لدى الذكور.

وفى مصر كان آخر إحصاء توصلت إليه زينب شقير من تلك الدراسة التى أجريت على طلاب جامعة طنطا عام (١٩٩٨) وكانت نسبة الشره العصبى لدى الإناث ١٠%، ٧,٠٦% لدى الذكور. وتعتبر هذه النسبة مرتفعة إلى حد ما، مما يدل على أنه مع تغيرات العصر وتزايد معدل الضغوط التى يتعرض لها الشباب، وخاصة الضغوط الدراسية، قد يزيد معها التعرض لبعض الصعوبات والعقبات النفسية التى تفصح عن نفسها فى شكل أنماط وعادات سلوكية غير عادية مثل: الإعراض عن الأكل وعدم تناوله والتى تظهر فى شكل فقدان الشهية العصبى أو فى شكل سلوك قهرى يتمثل فى تكرار تناول

الطعام بشكل غير مألوف وغير طبيعي وما ينتج عنه من حالات الشره العصبى للطعام، والتي قد تقضى فى نهاية الأمر إلى حدوث حالة من السمنة المفرطة، الأمر الذى يستوجب التوقف عند هذه الظاهرة والحد من حدوثها، وأن تسلط عليها الأنظار وخاصة أنها تنتشر بين جميع الطبقات الاجتماعية.

طرق تشخيص الشره العصبى:

تتم عملية التشخيص عن طريق المقابلة لمرضى اضطرابات الأكل. وذلك من أجل جمع المعلومات بانتظام بالإضافة إلى استخدام بعض المقاييس السيكولوجية مثل اختبار اضطرابات الأكل والذى يتكون من ٦٢ بنداً لقياس اضطراب الشره، ومقياس الميول الإفراطية فى الأكل؛ بالإضافة إلى السجلات التفصيلية التى يقوم بها المشرفون على المريض (فوقية رضوان، ٢٠٠٣: ١٨).

المحكات التشخيصية للشره العصبى :

يمكن تحديد المحكات التشخيصية للشره العصبى فيما يلى:

(أ) نوبات متكررة من الإفراط فى الأكل والشرب (حفلات اغتراف الطعام) وتتصف هذه النوبات بكل مما يلى:

١. الأكل فى فترات غير مترابطة على سبيل المثال خلال ساعتين فيتناول فيها الفرد كمية من الطعام أكبر مما يتناوله الناس فى نفس الفترة الزمنية وتحت ظروف متشابهة .

٢. الإحساس بفقدان السيطرة على التحكم فى الأكل خلال نوبة فعلى سبيل المثال: شعور الفرد بأنه غير قادر على التوقف عن الأكل ولا يستطيع أن يتحكم فيما يأكل أو مقدار ما يأكله.

(ب) تكرار سلوك تعويضي غير مناسب لمنع زيادة الوزن، مثل: حمل النفس

على التقىؤ المتعمد، سوء استعمال المليينات، ومدرات البول والحقن الشرجية، أو أى أدوية أخرى، كذلك اللجوء إلى الصيام أو التمارين الرياضية المفرطة.

(ج) الأكل الفوضوى والسلوك التعويضى يحدثان على الأقل بمعدل مرتين أسبوعيا ولمدة ثلاثة شهور.

(د) التقييم الذاتى يتأثر بشكل الجسم ووزنه وبصورة غير صحيحة.

(و) لا يحدث الاضطراب بشكل قاطع خلال نوبات فقدان الشهية العصبى.

تحديد النمط :

١. النوع التطهيرى (التسهلى) Purging Type فخلال النوبة من الشره

العصبى يكون الشخص قد انخرط بشكل منتظم فى التقىؤ المتعمد أو سوء استخدام المليينات أو مدرات البول أو الحقن الشرجية.

٢. النوع غير التطهيرى (غير التسهلى) Non Purging Type: أثناء

النوبة من الشره العصبى يكون الشخص قد استخدم سلوكيات تعويضية غير مناسبة مثل الصوم أو التمرينات البدنية الزائدة ولكن لم ينخرط بشكل منتظم فى تقىؤ عمدى أو سوء استخدام للمليينات والمسهلات.

(Kaplan, & Sadock, ١٩٩٥: ١١٦٣)

وقد وجد أن حوالى ثلثى مرضى الشره من النوع التطهيرى والثلث

الأخير من النوع غير التطهيرى. وقد قارن العلماء ماكان

Willmuth & Cado ويلموت وكادو (١٩٩١)، Mccann, et. al.

(١٩٨٨) بين هذين النوعين وقد وجدت الدراسات أن مرضى الشره العصبى

الذين ينتمون إلى النوع الأول يحتاجون إلى علاج نفسى أكبر من المرضى

الذين ينتمون للنوع الثانى، بالإضافة إلى أن هؤلاء المرضى الذين ينتمون للنوع الأول أظهروا تكراراً للإسراف فى حفلات اغتراف الطعام (الأكل بنهم) بشكل كبير، وكذلك معاناة من الاكتئاب لمدة طويلة واضطرابات نفسية خاصة الإحساس بالذعر، وكذلك سجلوا أرقاما عالية فى مقاييس اضطرابات الأكل والاضطرابات السلوكية (Barlaw, & Durand, ٢٠٠١: ٢٣١).

وبين جدول (١) وسائل التخلص المستخدمة من قبل عينة مكونة من ٢٧٥ من المرضى ذوى الشره العصبى.

جدول (١)

وسائل التخلص المستخدمة من المرضى ذوى الشره العصبى

النسبة	عدد المستخدمين	وسيلة التخلص
%٨٨,١	٢٣٨	التقيؤ
%٦٤,١	١٧٧	بصق الطعام
%٦٠,٦	١٦٣	المسهلات
%٥٠,٢	١٣٤	أقراص الحمية " الرجيم "
%٣٣,٩	٩٠	أدوية مدرة للبول

(Perrotto, & Culkin, ١٩٩٣: ٣٠٨)

أسباب الشره العصبى :

ينصف النهم بأكل مقدار كبير من الأكل قبل حدوث الشبع وقد يكون أساسه وظيفيا أو عصبيا أو نفسيا، وقد يكون بسبب أمراض عضوية، وتبدو مشكلة الشره بصور مختلفة، منها أن يأكل الإنسان أكثر مما يحتمل أو أن يزدرد الأكل ازدراداً دون أن يحسن مضغه، وقد يرجع إلى عوامل مزمنة أو مؤقتة ويظهر فى مناسبات معينة دون أخرى، وقد يرجع إلى عوامل طارئة

وعلينا أن نذكر بهذه المناسبة أن الناس يقال عنهم أنهم يأكلون غالباً أكثر مما تحتاج إليه أجسامهم، فتناول الطعام لا يحدث عادة لسد حاجة جسمية فحسب، وإنما يحدث لأنه عادة معينة يريد أن يمارسها الفرد في أوقات معينة (النسيمة، ١٩٩١: ٢٤١-٢٤٢)، ومن أسباب الشره العصبي ما يلي:

العوامل الوراثية:

أوضحت الدراسات الأسرية أن فقدان الشهية والشره العصبي ينتشران بين الأفراد الذين لديهم قرابة بيولوجية (أقارب في العائلة) يعانون من اضطرابات الأكل عموماً أكثر مما هو شائع بين الأفراد العاديين (Strober, ١٩٩٥)، كما أوضحت دراسات التوائم إلى أن الانتقال العائلي *Familial Transmission* يرجع إلى التأثيرات الوراثية، فعلى سبيل المثال وجد هولاند وآخرين Holland, et. al. (١٩٨٨) أن معدل حدوث فقدان الشهية العصبي في التوائم المتماثلة كان ٥٥% في حين يبلغ معدله في التوائم الأخوية ٧%، ولقد افترض ستروبر Strober (١٩٩٥) أن الاستعداد الوراثي في مرضى فقدان الشهية العصبي يمكن أن يعبر عنه ويشرح من خلال أنواع محددة من التركيبات الشخصية؛ فالملاحظات والبحث العيادي قد أوضحنا أن هناك بعض سمات شخصية بعينها يمكن أن تتراكم وتتكون في المرضى منها: القابلية للسمنة، الصرامة، الكبت العاطفي، تفضيل المألوف وضعف القدرة على التكيف وطبقاً لرأي Strober فإن الأفراد ذوي هذه الصفات الشخصية يكونون أقل حظاً وعرضة للإصابة عندما يتعرضون ويدخلون في إطار المراهقة والبلوغ وهذا الاضطراب يكون بمثابة أسلوب تكيفي خاطئ لمواجهة الصراع بين المراهقة وحاجة الفرد إلى المكانة والقدرة على التنبؤ والتوقع. إن الدراسات الحديثة على التوائم تبين تأثير العامل الوراثي في الشره العصبي، ففي إحدى الدراسات على

١٠٣٣ أنثى من التوائم (Walters, et al., ١٩٩٢) وجد أن قابلية الإصابة بالشره ترتفع لدى التوائم المتماثلة عن التوائم الأخوية. مما يوحي أن الجينات تلعب دورا في تحديد الأشخاص الأكثر قابلية للإصابة باضطراب الأكل.

العوامل البيولوجية:

إن التغيير في سلوكيات الأكل يمكن أن يكون له تأثير على كيفية عمل الجهاز العصبي، مما يشكل مشكلة للباحثين الذين يختبرون العوامل الأساسية البيولوجية المسببة لاضطرابات الأكل. فهل اللاسواء البيولوجي الملاحظ في حالات اضطرابات الأكل نتيجة أم سبب لسلوكيات اختلال الأكل؟. فالأفراد ذوي الشره العصبي يتعرضون لاختلالات في وظائف هرمون السيروتونين، الوسيط العصبي للمخ والذي يلعب دورا محوريا في تنظيم الحالة المزاجية وسلوكيات الطعام، فكيف ينظم السيروتونين الشعور بالجوع أو الشبع أو الرضا؟ وهو ما دفع الباحثين إلى افتراض مؤداه أن السلوك الفوضوي للأكل يتأثر بالنقص في أداء السيروتونين لوظيفته. كما أن الأدلة المتاحة ذو التباس فهناك بعض الدراسات تؤيد نظرية انخفاض السيروتونين. إذا أن مرضى الشره لديهم انخفاض في معدل نشاط السيروتونين. ولكن هناك دراسات أخرى قد اكتشفت بأنه لا يوجد اختلاف يعتد به في معدلات السيروتونين بين أفراد الشره والأفراد العاديين (Wilson, et. al., ١٩٩٦: ٣٦٦-٣٦٦).

تاريخ العائلة من المرض النفسي:

لاشك أن الانتقال العائلي لكل من الشره العصبي وفقدان الشهية العصبي يعد تدعيما جيدا لوجهه النظر المؤيدة لدور الوراثة، كما أن الأدلة من عينات إكلينيكية من المرضى تؤكد أن تاريخ الأسرة في الإصابة بالاكتئاب أو سوء استخدام العقاقير يعد بمثابة عامل مخاطرة لحالات الشره العصبي، فإدمان

الوالدين للكحول أو سوء استخدام العقاقير يمثلان خطراً محدقاً وعاملاً فى إصابة المرء بالشرة العصبى (Fairburn ١٩٩٤)، وقد أيد ستروبر Strober (١٩٩٥) هذه البيانات فى مقارنته لأقارب مرضى الشرة أو إلتهام الطعام وأقارب مرضى فقدان الشهية.

التاريخ الشخصى والعائلى للوزن الزائد:

إن الوزن الزائد وتاريخ السمنة لدى الفرد ولدى والديه يعد كلاهما عاملاً مخاطرة للإصابة بالشرة العصبى، نتيجة ما يحدثان من مخاطر يمكن إرجاعها لهما. ويقصد بالمخاطرة التى يمكن عزو الاضطراب لها نسبة الحالات فى المجتمع العام التى ترجع باضطرابها إلى عامل المخاطرة. وفى هذه الحالة فقد وجد أن ١٠% من مرضى الشرة العصبى لديهم تاريخ وراثى وعائلى فى الوزن الزائد فكلما كانت السمنة أضخم والوزن أزيد كلما تضاعف خطر الإصابة بالشرة، فهناك عاملان يؤكدان على هذا الترابط بين السمنة والشرة العصبى أولهما: أن المنبأين الاثنى من نتائج المتابعة لمدة ست سنوات للعلاج النفسى لحالات الشرة العصبى كانتا فى كل من البدانة الشخصية والوالدين، ثانيهما أن المتابعة لمدة عشر سنوات بعد العلاج السلوكى للأطفال البدناء وكانت أعمارهم بين (٦ - ١٢ سنة) وجد أن نسبة حدوث الإصابة بالشرة العصبى ترتفع بين الفتيات لتصل إلى ٦%.

(Epstein, & Wisniewski, ١٩٩٤)

والتفسير المحتمل لهذه النتائج أن الميل نحو الوزن الزائد يجعل من الصعب على النساء تحقيق النحافة أو المحافظة عليها والتى تعد أمراً ذات قيمة كبيرة وخاصة فى الثقافة الغربية، وهو ما يدفعهم إلى استخدام أساليب ووسائل أشد صرامة للتحكم فى الوزن مثل نظم التغذية الصارمة، وهو ما يدفعهم بدوره

إلى خطر الإصابة بالشره العصبى (المرجع السابق: ٣٦٧).

نظام الحمية:

تشير الخبرات الإكلينيكية والبيانات الوبائية إلى أن الحمية مرتبطة ارتباطاً وثيقاً ببدء الشره العصبى (بارلو، ٢٠٠٢: ٦٧٠). ويذكر فيربرن Fairburn إن مرضى الشره يحاولون بصورة مستمرة التحكم الصارم فى الغذاء الذى يتناولونه مما يؤدى إلى الاشتراك فى حفلات اغتراف الطعام وذلك عن طريق تفاعلات عديدة بين عوامل فسيولوجية ونفسية.

(Lowe, et. al., ١٩٩٨: ٢٦٣)

وهناك دراسة أجريت على طالبات المرحلة الثانوية فى لندن حيث بلغ عددهن ١٠١٠ طالبة، وقد أظهرت النتائج أن الطالبات اللاتي يزاولن نظام الحمية أكثر عرضة لظهور اضطرابات الأكل لديهن مقارنة باللاتي لا يزاولن نظام الحمية، وذلك بعد مرور سنة على إجراء الدراسة. ويمكن أن يكون للحمية العديد من المترتبات البيولوجية والمعرفية، التى تنتج عن حفلات اغتراف الطعام. ويتبع ظهور حفلات اغتراف الطعام مباشرة نزعة شديدة من سلوكيات التحكم بالوزن مثل التقبؤ؛ تعويض ما يدركه الفرد على أنه إفراط.

(بارلو، ٢٠٠٢: ٦٧٠)

ويتفق مع ما سبق ذكره توبين وزملائه Tobin, et. al. (١٩٩١: ١٤) فلقد أشاروا إلى أن الحمية المستمرة تؤدى إلى فقدان الوزن وأيضاً إلى مآزق حيوى نتيجة الجوع الشديد، وعندما ينهار نظام الحمية تبدأ حفلات اغتراف الطعام، ويؤدى فقدان السيطرة إلى قلق حول الوزن مما يؤدى إلى التخلص من الطعام، والإسراف والتخلص يؤدى إلى تغييرات فى القدرة الذاتية على التأثير واحترام الذات ومستويات من الاكتئاب مما يؤدى إلى العودة لقيود الحمية.

وإن كان للحمية آثار بيولوجية ومعرفية، وعاطفية ربما تجعل الفرد عرضة للاستمتاع الفوضوى بالأكل، فمن الضروري الإشارة إلى تلك الآثار فمن آثارها البيولوجية، أن الحمية قصيرة المدى فى الإناث العاديات أدت إلى خفض واضح فى وظائف هرمون السيروتونين فى المخ ومن المعروف أن اختلال مستوى السيروتونين فى المخ يرتبط باضطرابات الأكل كما أن للرجيم عددا من الآثار المعرفية، فالعديد ممن يتبعون نظاما غذائيا ثابتا لديهم معايير متصلبة وغير واقعية لتحكمهم فى نظام الأكل، وعلى المستوى المعرفى فإن ذلك يجعلهم يشعرون بالحرمان، وتحت هذه الظروف الصارمة يكون الأشخاص المتبعون لنظام غذائى قابلين لفقدان تحكمهم إن هم أحلوا بنظام تغذيتهم، وقد تؤدى الهفوات أثناء فترة الحمية إلى كل ردود الأفعال المعرفية وقد لا تؤدى وهو ما يعرف بآثار انتهاك التقشف *abstinence violation effect* فالأفراد يرجعون هفواتهم الغذائية إلى العجز الكامل فى المحافظة على الضبط، وهو ما يجعلهم يتخلون عن كل محاولات تنظيم كمية الأكل ويأكلون بإفراط وشراهة. والرجيم بالتأكيد عامل خطر ولكنه ضعيف نسبيا إذا بقى بمفرده، ومن الواضح أنه يجب أن يتفاعل مع عوامل أخرى بيولوجية ونفسية تتفاعل معا لتزيد من قابلية الإصابة بهذا المرض "اضطرابات الأكل".

(Wilson, et. al., ١٩٩٦: ٣٦٨)

العوامل النفسية :

يعتقد أن العديد من العوامل الشخصية والعائلية المختلفة هى المسئولة عن اضطرابات الأكل، ولكن حتى وقت قريب لم توجد أدلة تجريبية مدعمة لذلك، فالتوقعات حول أسباب المرض بنيت أساساً على عينات إكلينيكية وهو ما يعد تحديدا فى غاية الأهمية، فالأشخاص الذين يسعون للعلاج ربما لا يكونوا ممثلين لأغلبية الناس المصابين بالمرض. وفى دراسة حديثة فى جامعة

اكسفورد بإنجلترا حاولت معالجة هذا القصور المنهجي أو غيره من أوجه القصور فى دراسة أسباب الشره العصبى، باستخدام تصميم الحالة الضابطة Case - Control Design حيث اختيرت عينة قوامها ١٠٢ مريضاً بالشره العصبى وكل من هؤلاء الأفراد يتم مقارنته بحالة عادية ضابطة وأخرى مريضة نفسياً، وتكونت العينة الضابطة السيكتيرية أساساً من حالات الاكتئاب التى تحتاج إلى معرفة عوامل المخاطرة المحددة لاضطرابات الأكل وليس للمرض النفسى عموماً. وقد أوضحت هذه الدراسة أن حوالى ٧٥% من العينة لم يتلقوا على الإطلاق علاجاً للشره العصبى. وتؤكد هذه النتائج على أهمية التحليل الوبائى لأسباب المرض على عينة ممثلة للمجتمع بالإضافة إلى عينة مرضية، فالدراسات التى أجريت على أفراد يبحثون عن العلاج يمثلون فى الغالب مجموعة فرعية من المجتمع العام لاضطرابات الأكل، ومن الملامح المميزة الأخرى لهذه الدراسة أنها تستخدم نمط فنى من المقابلات الإكلينيكية بغرض تصنيف وتعميم نسبة انتشار الشره العصبى وعوامل المخاطرة المحتملة فيها. وتم استنتاج نتائج هامة وعديدة من هذه الدراسة، فمن المعتقد أن الإساءة الجنسية فى سن مبكرة تعد من أسباب الشره العصبى، وعلى الرغم من أن التدعيم التجريبي لهذا الاعتقاد مازال مفقوداً، إلا أن دراسة جامعة اكسفورد قد وجدت أن الإساءة الجنسية فى الطفولة تحدث بشكل متكرر فى حالات الشره العصبى والمجموعة الضابطة من المرضى النفسيين عن معدل حدوثها فى العينة الضابطة السوية أو بعبارة أخرى تعد الإساءة الجنسية فى الطفولة بمثابة عامل مخاطرة عام للمرض النفسى، ولا يمثل عامل مخاطرة خاص للشره العصبى وحده كما أن كل من التقييم السلبي للذات، والسعى للكمال، والخجل تمثل عوامل مخاطرة نوعية بنسب مساهمة ١١%، ١٣%، ١٥% على التوالي (المرجع السابق: ٣٦٨-٣٦٩)

وقد سجلت بكفاءة العوامل النفسية المشاركة في تطور حالة الشره ومن هذه العوامل: تقدير الذات والمنشأ على الاتجاه نحو الكمال والذي لا يستطيع أن يسلكه الشخص وهناك ملامح سجلها الباحثون والتي وجدت في عدد من المرضى الذين يعانون من مرض الشره ومن تلك الملامح الهواجس، والكراهية، والتفكير في شكل الجسد، والقلق المتعلق بالجنس ومشاكل التحكم.

(Clipson & Steer, 1998: 163)

ويشير إبراهيم ومايسة النبال (1994: 16) إلى أن حالات الانفعال الزائدة والقلق عامل مؤثر ومعتل لمركز الشبع، حيث تجعل الفرد تحت وطأة الضغط النفسي، ويفقد القدرة على إدراك حالة الشبع، وبالتالي لا يشعر الفرد عصبياً وفيزيولوجياً بحالة الشبع مهما تناول من كميات من الطعام، وبذلك يتناول أكثر مما يحتاجه من الطعام دون أن يدري ودون أن يشعر.

ولقد بحث سترجيل وآخرون *Striegel, et.al.* (1993) الإجابة عن سؤال لماذا النساء والفتيات أكثر عرضة للإصابة بالشره العصبي؟ فقد وجد أن هناك منظورين يتعلقان بالجنس ودوره الهام في زيادة عرضة وإصابة المرأة بالشره. أولها: أن المرأة يتوقع لها أن تكون أكثر سحراً وجاذبية ومن ثم فهي أكثر عرضة للتأثير بآراء وسلوك الآخرين. ثانيها: أن الجمال هو مركز تكوين المرأة والمكون الرئيس للأنوثة. ومن ثم فإن هذين العاملين يتفاعلان، ويزيدان من قيمة الثقافة الجمالية. إذا فما العوامل التي تؤدي إلى زيادة الفرصة والميول الفردية للإصابة بالشره؟ قد تكون المدرسة، والأسرة، أو الأماكن الثقافية، والتأكيد غير المطلوب وغير الواجب على النحافة من الأمهات، ومتخصصي البالية أو الدراما المدرسية، فالبعض يعاني من عدم ثبات الشخصية بسبب نقص الرعاية الوالدية، والأحداث القاسية للحياة كالتحرش الجنسي، فمعظم

المريضات بالشرة قد عبرن عن تجارب وأحداث معاكسة خلال فترة الطفولة مثل انفصال الوالدين أو الإهمال أو التحرش أو قد عانين من أحداث الحياة قبل الإصابة بالمرض.

وفى الواقع فإن الأشخاص الذين يعانون من الشره العصبى مثل الذين يعانون من فقدان الشهية من حيث أنهم يميلون إلى رؤية أجسامهم أكبر وزناً عما هو عليه فى الحقيقة وتم شرح هذه الحقيقة بوضوح فى دراسة قدمها ويليامسن وجليفز Williamson, & Gleaves (1993) نقلاً عن بارون Baron (1998: 573) حيث طلبا من ثلاث مجموعات من الفتيات؛ مجموعة تعاني من الشره والثانية تعاني من فقدان الشهية والثالثة لا تعاني من أى اضطراب فى الطعام بأن يصنفن الصورة الظلية للنساء حيث تتراوح هذه الصورة من النساء اللاتي تعانين النحافة الشديدة إلى النساء اللاتي تعانين السمنة المفرطة. فاختارت المشاركات أولاً الصورة الظلية للمرأة التي غالباً تناسب حجم أجسامهن الحالية، ثم الصورة الظلية للمرأة التي تمثل حجم الجسم الذي غالباً ما يفضلنه أي المثالى. وأشارت النتائج إلى أنه عندما يكون حجم الجسم الحالى ثابتاً إحصائياً، فإن كلا من الأشخاص الذين يعانون من الشره وفقدان الشهية يصنفون حجم أجسامهم الحالى بأكبر مما صنفته المشاركات المنضبطات وزناً، كما أنهن صنفن النموذج الأمثل بأصغر مما صنفته المنضبطات. بتعبير آخر عندما نضع فى الاعتبار وزن الجسم الحالى (مع العلم بأن الأشخاص الذين يعانون من فقدان الشهية هم الأرفع قواماً) فإن كلا المجموعتين باضطراباتهما فى الأكل يعتبرتا أنفسهما أبعد عن النموذج الأمثل أكثر من المجموعة التي لا تعاني من أى اضطراب فى الأكل.

ضغوط مرحلة المراهقة :

يتطور كل من الشره العصبي، وفقدان الشهية العصبي لدى الفتيات أثناء مرحلة المراهقة، ويفسر ذلك بأن مرحلة المراهقة هي الفترة التي تعاني فيها الفتيات عموماً من انخفاض تقديرهن لذواتهن، ويكن أكثر عرضة للإختلالات العاطفية من الذكور، وفي المقابل لذلك نجد أن صورة الذات للفتيات المراهقات ذات توجيهي في العلاقات البينشخصية، كما أن البنات المراهقات أكثر انشغالاً بمظهرهن وبالعلاقاتهن مع الآخرين، ونتيجة لذلك فإن الفتيات أكثر ميلاً من الذكور في تأثر مشكلاتهن العاطفية بصورة الجسم ومحاولاتهن للتأثير فيها.

(Wilson, et. al., ١٩٩٦: ٣٦٩)

العوامل الأسرية والبيئية وأساليب المعاملة الوالدية :

أوضح فيربرن وآخرون Fairburn, et al. (١٩٩٧) من دراسة أجراها على ١٠٢ فرداً مصابين بالشره العصبي أن من بين العوامل التي تزيد من خطورة الشره هي المشاكل الأبوية والأسرية المختلفة التي يتعرض لها الأفراد. وأشار تروب و تير Troop & Teure (١٩٩٧) إلى وجود نسبة عالية من النساء اللاتي تعانين من الشره العصبي قد تعرضن في طفولتهن لمشاكل واضطرابات مختلفة في مرحلة الطفولة كالاعتداء الجنسي عليهن، وعدم الرعاية الوالدية. وأوضح بوليك وآخرون Bulik, et al. (١٩٩١) أن عدم الاهتمام بالأكل وعدم إشباع حاجة الجسم إلى الطعام من قبل الوالدين كان من أهم العوامل في نشأة الشره لدى الأبناء.

كما أن عدم التحكم في الاستجابات والرغبات والنزوات يعتبر من أهم عوامل نشأة الشره، وتؤكد بعض الدراسات أن ذوى الشره العصبي يعيشون غالباً في أسر مفككة، ولا يخضعون للضبط الأسري وتكون أدوار أعضاء

أفراد الأسرة غير واضحة تماما، مع قلة الحماية من الأسرة لهؤلاء المرضى، وعدم تعويدهم على العادات السليمة فى تناول الأكل. ولاشك أن الضغوط المستمرة لمحاولة الإبقاء على الوزن من أجل ممارسة بعض المهن المختلفة (كعارضات الأزياء، والرياضيات، والمضيفات) يجعلهن يقبلن الصيام أو الرجيم القاسى أو التقبؤ المفتعل الذى يتطور بحالتهن إلى الشره.

(زينب شقير، ٢٠٠٢: ٣٦-٣٧)

وقد وجدت دراسة جامعة اكسفورد أن النظام الغذائى الذى تتبعه الأسرة والتعليقات الساخرة من قبل الوالدين على وزن ابنتيهما أو طريقة أكلها تمثل عوامل مخاطرة محددة للشره العصبى و كما أوضحت الدراسة عدة عوامل منها الغياب المتكرر من قبل الوالدين، ضعف الترابط، التوقعات العالية والانتقادات أو السخرية، الخلافات الودية، كل ذلك يشكل منحدرًا للوقوع فى هوة الشره (Wilson, et al., ١٩٩٧: ٣٧١). وقد أشار الباحثون أيضا إلى وجود صلة بين الشره ومشاكل فى العلاقات بين الأفراد فالنساء المريضات بالشره يملن إلى الخجل وليس لديهن أصدقاء مقربون (Fairburn, et al., ١٩٩٧). وقد وجدت دراسة قارنت بين ٢١ فتاة جامعية من ذوات الشره، و ٢١ فتاة جامعية أخرى كمجموعة ضابطة ليست من ذوات الشره، أن المريضات بالشره لديهن مشاكل اجتماعية أكبر ويعتقدن أنهن يتلقين تأييدا اجتماعيا أقل كما أنهن أخبرن عن صراعات اجتماعية كبرى خاصة مع أفراد العائلة، كما أنهن أقل فى مهارة السلوك الاجتماعى عن المجموعة الأخرى.

(Nevid, et al., ٢٠٠٠: ٣٥٦)

العوامل الثقافية - الاجتماعية :

لا يمكن شرح أسباب اضطرابات الأكل دون أن نفهم دور المؤثرات الاجتماعية على المرأة فى المجتمع المعاصر والتركيز المفرط على مسألة

الرشاقة الأثوية الجميلة (Wilson, et al., ١٩٩٧: ٣٧١).

فعلى المستوى الثقافى الاجتماعى، كان معروفا أن المجتمع الغربى يفضل النحافة والجاذبية فى الفتيات الصغيرات وذلك عن طريق الإعلانات، وغالبا تصحب صورة النحافة المهارة والذكاء والنجاح، بالإضافة إلى ذلك فمعظم الرجال يفضلون المرأة النحيفة والجذابة، ويمثل ذلك ضغطا إضافيا على النساء اللاتى يردن ذلك، ولقد وجدت الدراسات الاجتماعية أن هناك قلة فى اضطرابات النظام الغذائى فى الثقافات غير الغربية، والتي قادت بعض الباحثين إلى استنتاج أن الانشغال الغربى بالنحافة يشارك فى مرض الشره، ومرض فقدان الشهية فى الولايات المتحدة وأوربا (Clipson,& Steer, ١٩٩٨: ١٦٤). وإذا كان الشره ينتشر فى المجتمعات العربية ويعد ظاهرة شائعة إلا أن هناك بعض المجتمعات الأخرى كالهند والشرق الأوسط يوجد فيها الشره وفقدان الشهية بصورة نادرة ولكن عندما تتأثر نساء هذه المجتمعات بالأفكار والثقافة الغربية فإن بعضهن يصاب بهذه الحالة (بربارا فرنش، ١٩٩٧: ٤٠-٤١).

أسباب أخرى للشره:

هناك أسباب أخرى تؤدي إلى الشره منها ما يلي:

• التقليد:

يغلب أن يقدم الناس على تناول أنواع الطعام والشراب تقليداً للآخرين ولإرضاء أنفسهم بأنهم أصبحوا مثلهم. إن الطفل يقلد أبويه وأخوته الكبار فإن كانوا أكولين فقد ينشأ أكلوا مثلهم.

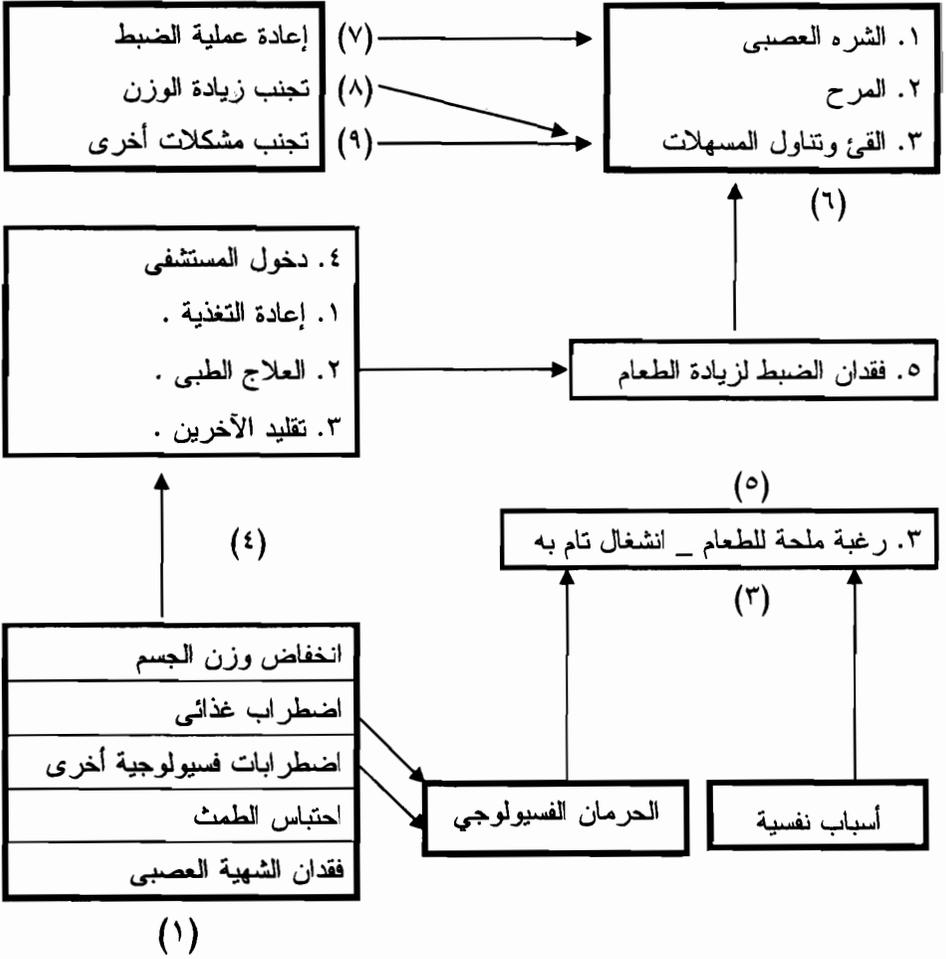
• الهروب من الواقع الأليم والتفريغ عن النفس:

يمكن أن يكون الشره دالا على فقدان الشعور بالأمن والاطمئنان والسعادة وهو يظهر أحيانا فى حالات اليأس وفقدان الحب والشعور بالاكنتاب المصحوب

بالحاجة إلى التفريغ عن النفس عن طريق الأكل والشرب وكثير من الناس من يزداد وزنه بسبب الإفراط في السكريات والأكل والشرب والنوم بعد فقد زوجاتهم أو أزواجهن، وقد يكون الأكل في كل هذه الحالات وغيرها نوعاً من النشاط اللذيذ يتلهم به الفرد عن مشكلاته الأخرى.

(النسي، ١٩٩١ : ٢٤٦-٢٤٩)

أما سلايد Slade فيقترح في نمودجه للتحليل الوظيفي للشهه العصبي أن هذا الاضطراب يرجع إلى فقدان الشهية العصبي وقد توصل إلى ذلك النموذج من ملاحظات روسيل Russel (١٩٧٩) الذي اقترح وجود العديد من الطرق المرضية التي تؤدي إلى المشاكل السلوكية الخاصة بالشهه العصبي. ويتضح من خلال الشكل التي أشارت إليه أمال باظه (١٩٩٧ : ١٨٨-١٩٠) إلى أنه يوجد أسلوبان أو طريقتان يقودان إلى الشراهة للطعام الأول وهو وجود فقدان الشهية والثاني ينتج مباشرة من أسباب نفسية أخرى وهذه الأسباب النفسية لم تلق الاهتمام الكافي كما هو في المسلك الأول. ويشير سلايد أن الشهه يرجع إلى فقدان الشهية العصبي الذي يؤدي إلى تدهور الحالة ودخولها المستشفى وأن محاولة زيادة الوزن وإعادة التغذية مرة ثانية، ووجود تحذيرات طبية من خطورة تطور الحالة وتدهورها، يؤدي إلى وقوع الحالة تحت نوعين من الضغط: أحدهما ضغط بيولوجي داخلي internal biological pressure، والثاني ضغط بيئي خارجي external environmental pressure ويعتبران بمثابة التعزيز الموجب القوي للأكل. وهنا تفقد الحالات عملية الضبط التي تفرضا على الطعام، وتحاول إرضاء الآخرين المحيطين وتقليدهم في تناول الشهه للطعام ومحاولة زيادة الوزن.



شكل (١) الصيغة التخطيطية للشراهة العصبية

• قابلية مسبقة للسكريات قبل فترة الحيض :

التغيرات الهرمونية التي تطرأ في خلال فترة ما قبل الحيض تسبب انخفاضاً شديداً لمستوى السكر في الدم . فالنساء ذوات الحساسية لهذه التغيرات ينتابهن جوع مفرط للسكريات والمأكولات ذات القيمة الحرارية العالية في خلال الأيام القليلة التي تسبق الحيض، زد على ذلك أن التركيبة الوقائية لتصحيح الانخفاض الحاصل في مستوى السكر في الدم يدفع العديداً إلى الشراهة. كما أن الأدرينالين هو الهرمون المسئول عن تحويل الجلوكوز من مخزون الجسم إلى الدم لإعادة نسبة السكر في الدم إلى حالتها الطبيعية السابقة، كما أنه المسئول عن الشعور بالغضب والقلق والتوتر والانزعاج. وعند حدوث ذلك يصبح الأكل الملاذ المثالي للتوصل إلى الراحة والهدوء النفسى والجسدى. أما الأعراض الجسدية لمرحلة ما قبل الحيض فقد تظهر على شكل وجع رأس وإحساس شامل بالانتفاخ، مما يدفع البعض إلى استشفاف العلاج عبر تناول الأطعمة الغنية بالسكريات.

• اختلال إفرازات النخاع الشوكى :

أسفرت الدراسات الحديثة عن أن نسبة الانخفاض غير الطبيعى لمادة السيروتونين الموجودة في الدماغ لدى المصابات بالشره العصبى تساعد هذه المادة على نقل الاندفاعات العصبية بين خلايا الدماغ، وتعنى على وجه الخصوص بمنطقة الدماغ المسئولة عن الشعور بالشبع بعد الوجبات والسيطرة على التصرفات الاندفاعية، كما لوحظ انخفاض نسبة هذه الإفرازات لدى المصابات بحالة اكتئاب، والعقاقير المهدئة التي أثبتت أهميتها لدى مصابات بالشره العصبى تقوم برفع مستوى السيروتونين مما يدل على أنه فى بعض الحالات يكون الخلل فى إفرازات الدماغ سببا فى نشوء وتزايد حالة الشره لدى البعض (بربارا فرنش، ١٩٩٧ : ٤٣-٤٥).

الشهه العصبي ونظرية التحليل النفسى :

تذهب نظرية التحليل النفسى إلى تعليل فرط الشهية المرتب على فرط الجوع بأنه محاولة لإشباع حاجات لم يتيسر لها الإشباع وهى غالباً حاجات جنسية يتسبب منها لمفرط الشهية صراعات، وقيل أن المريض بالشهه يعانى من الاضطرابات من صغره من المرحلة الفمية وهى من مراحل التطور النفسى جنسى وفيها ينشغل الطفل تماماً بمتطلباته الفمية، وإذا لم يجد الإشباع لحاجاته هذه فإن ما لا يشبع منها ينتقل مع النمو إلى مرحلة البلوغ، عندما يعانى وهو بالغ من احباطات جنسية فإنه يتردد أو ينكص إلى المرحلة الفمية التى بدأت معها الاضطرابات والصراعات ويلجأ إلى الأكل لعله يجد فيه الإشباع البديل. وربما يلجأ الشخص الذى يعانى من قصور فى الشخصية إلى الإفراط فى الأكل ليتذرع بالسمنة عن فشله فى أن تكون له بالناس أو بالجنس الآخر علاقات ناجحة (الحنفى، ١٩٩٥ : ٣٥٥).

ويرى علماء التحليل النفسى أمثال فرويد ، وآدلى أن هناك دوافع لا شعورية تدفع الإنسان لتناول كميات ضخمة من الطعام فى حالات القلق والاكتئاب ولكن الحالة قد تتقلب إلى العكس فيحصل لدى الفرد فقدان شهية للطعام، وهذا فى حد ذاته مؤشر آخر على الاضطرابات الانفعالية لدى الفرد. وترى أنا فرويد أن العلاقة بين زيادة الشهية للطعام فى حالة الإصابة بالمرض النفسى والسمنة إنما تعود إلى عوامل مرتبطة بشخصية هؤلاء الأفراد وظروفهم العائلية وأسلوب تنشئتهم وتربيتهم، فالاهتمام الزائد من قبل الأباء نحو الأبناء له مضاره النفسية، فنجد الابن يتجه إلى تناول الطعام بشراهة وكأنها عملية تعويضية ويكون الطعام فى هذه الحالة مصدر الإرضاء الوحيد له. أى أن التعويض يتم عن طريق الفم لأن فى ذلك حلاً للصراع الذى يعيشه. وقد ترجع

زيادة الشهية إلى بعض الظروف التي تتميز بالانعصاب الانفعالي ك وفاة أحد الوالدين أو ميلاد طفل جديد. وتكون الشهية المفرطة شكلا من أشكال التعزية أو المواساة فضلا عن كونها وسيلة توكيدية، كما يرتبط الإفراط فى الطعام بالصراعات الجنسية Sexual conflicts ففي أوقات الإحباط الجنسي يستشف الفرد اللذة المفقودة من الطعام (إبراهيم، مایسة النیال، ١٩٩٤ : ١٦-١٧).

وغالباً ما تزعم التعليقات " الجنسية - النفسية " للشرة اللاتی يعانینہ. إذ أنهم لا یجدن أي ربط بینہ و بین حالتہن ویرفضن أخذها بجديّة. والحقیقة هی أنه لیس هنالك من شئ یسمى سببا نموذجيا للشرة. فالأخصائون یقسمون اللاتی یعانین الشرة العصبی إلى مجموعات صغيرة كل منها لها أسبابها ودوافعها للتوصل إلى الشرة العصبی. لا نستطيع الجزم بأن جميع اللاتی یعانین الشرة العصبی دوافعهن جنسية، لأن كل إنسان یتمتع بسمات معينة تميزه عن سواه ، فالدوافع الكامنة فی اللاوعی الإنسانی لدى إحداهن، جنسية كانت أو غير ذلك ، لا یمكن أن تتشابه مع سواها (بربارا فرنش، ١٩٩٧ : ٢٩).

الشرة العصبی والنظرية السلوكية :

یتحدد تفسیر النظرية السلوكية فی أن الشهية المفرطة تعبير صریح عن سوء التوافق على الصعیدین الشخصی والاجتماعی، وتوصی النظرية بضرورة علاج ذوی الشهية المفرطة عن طریق الانطفاء، الاشرط، التفسیر وغيرها من أشكال التدخل السلوكی.

الشرة العصبی والنظرية الإنسانية :

تشیر النظرية الإنسانية إلى أن الشهية المفرطة قد یكون مردها التعرض الزائد إلى المثیرات؛ ومن ثم فإن الشخص الذى يتعرض إلى مستويات مرتفعة من التوتر والقلق يأخذ من تناول الطعام وسيلة استرضائية.

بداية الدوامة :

إن الشره عادة ما يبدأ مع البالغين أو الشباب الصغار الذين يحاولون المحافظة على رشاقتهم فبعض المرضى كان لهم تاريخ زمنى مع فقدان الشهية والآخر مع السمنة إلا أن البداية غالباً ما تتبع التغيرات فى المواقف المعيشية مثل ترك المنزل، وبداية الجامعة أو تغير الوظيفة أو الاندماج فى علاقات جديدة (Goldman, ١٩٩٢: ٣٣١-٣٣٢).

وتبدأ مرحلة الأكل بنهم ، عادة بين سن الخامسة عشر والرابعة والعشرون، حيث تطراً لسبب واحد أو أكثر من الأسباب التالية:

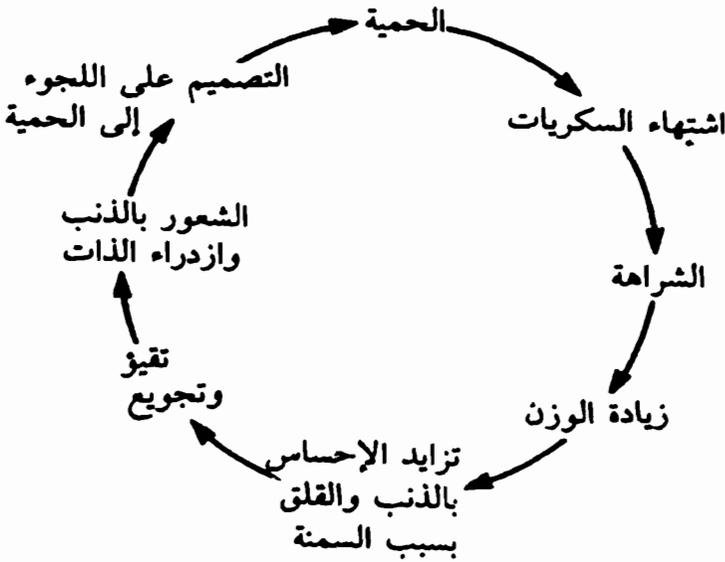
١. ضغط المجتمع لجعلهن نحيلات (يتخلل مرحلة فقد الشهية العصبى).
٢. حادث مؤلم أو ملاحظة شخصية.
٣. حصول حادث مقلق بشكل عام أو حدوث حالة معاكسة.

ويوضح شكل (٢) دوامة الشراهة والتقيؤ كما أشارت إلى ذلك بربارا فرنش (١٩٩٧: ٤٦-٤٧).

الضغوطات من أجل النحول



تعيّسات لأن:
 (أ) أوزانهن مرتفعة جداً.
 (ب) حدوث مواقف تشعرهن بأنهن سمينات.



شكل (٢) دوامة الشراهة والتقيؤ

هل يمكن اكتشاف الأشخاص المصابين بالشره العصبى؟

على نقيض فقدان الشهية العصبى **Anorexia nervosa** يصعب اكتشاف النساء اللاتى يعانين من الشره العصبى لكونهن يأكلن بطريقة طبيعية أمام بقية الناس، ومعظمهن ذوات أوزان مناسبة لأعمارهن وطولهن، أمّا حالات الشرهه فإنها تتنابهن فقط عندما يكن ودهن عادة، كما أن معظم اللاتى يعانين الشره العصبى يلاحظن تقلب أوزانهن بسبب أكلهن غير المنتظم. غير أن هذه التقلبات تحدث ضمن فترات وجيزة، مما يجعلهن يخترن الملابس المناسبة لإخفاء الحقائق عن أعين الآخرين. وأحد أسباب صعوبة اكتشافهن هو أن غالبية اللاتى تعانين الشره العصبى يظهرن عادة للعيان بمظهر السعادة والثقة بالنفس، فمعظمهن فطنات وذوات جمال أخاذ، لكن لمظهرهن الخارجى تأثير فى تقديرهن لأنفسهن، مما يصيبهن بكآبة داخلية لكونهن لا يستطعن كبح قابليتهن عن تناول كميات الأطعمة (بربارا فرنش، ١٩٩٧: ٢٤). ومع كل فإنه يمكن أن نميز مريضة الشره بعلامات فى الأسنان فالأسنان تبدو صغيرة وناعمة، فالجزء الأمامى العلوى من الأسنان يأخذ شكل قوس. كما أن جانب الفم ربما يظهر وكأنه منشق والوجه قد يبدو دائريا نظراً لتورم الغدة النكافية. مع ظهور الندب على مفاصل اليد مما يوحى بأن الأصابع كانت تستخدم فى التقبؤ (Murry, et al., ١٩٩٧: ٢١٦).

الأعراض المنذرة لحدوث الشره العصبى:

أشارت بربارا فرنش (١٩٩٧: ٢٤) إلى أهم الأعراض المبدئية التى تهدد بحدوث الشره، والتى تساعد فى التشخيص المبكر له أو الوقاية منه قبل الدخول فى الأعراض الحقيقية للشره على النحو التالى:

١. تجنب الوجبات المتكررة فهن نادرا ما يشاركن الباقيين فى الوجبة

٢. دخول الحمام مباشرة بعد تناول الطعام بحجة غسل شعرهن أو الاستحمام.
٣. تأرجح كبير للوزن لفترة قصيرة من الزمن.
٤. الاختفاء الغامض للأطعمة.
٥. اكتشاف الحلويات، والسكريات، والبسكويت مغلفة تحت الكراسى، المخدات، الفراش.
٦. صرف المال على شراء أشياء دون فائدة، والوقوع تحت وطأة الدين واختفاء الأموال، وعدم استطاعتهن تقدير قيمة صرفهن.
٧. تقدير الوزن المتكرر والتحدث عن الحميات الجديدة والرغبة فى أن يصبحن نحيلات.
٨. عدم القبول لشكلهن ومظهرهن عموماً، والتحدث عن رغبتهن فى التغيير.
٩. الخروج المفاجئ غالباً لشراء الطعام.
١٠. التسلل خلال الليل لتناول الطعام عندما يستسلم الجميع لسبات عميق.
١١. تزايد العزلة، وعدم الاهتمام بالنشاطات الاجتماعية، وإهمال العمل أو الدرس.
١٢. نظره كئيبة عارمة نحو الحياة.

أعراض الشره العصبى :

أن أعراض الشره العصبى هى نفس محكات تشخيص الشره العصبى والتي سبق ذكرها؛ ويضاف إليها انقطاع الدورة الشهرية لدى الإناث أو عدم انتظامها لفترة لا تقل عن ثلاثة أشهر. وتشير النظرية المعرفية للشره بأن

أعراض الشره تتطور وتستقل عندما ينهك الفرد جهده في الاهتمام والحصول على جسم ووزن مثالي وشكل جذاب مما يصاحبه ظهور المشاكل الصحية تبعا لهذه المعتقدات الخاطئة. ويتجلى ذلك في ثلاثة مظاهر رئيسية هي كما يلي:

١. عدم التفاؤل تجاه وزن وشكل الجسم المصحوب بتصورات غير حقيقية.

٢. النظر إلى الجسم على أنه ضرورة لتحقيق تقدير الذات، ومن ثم فيجب الحصول على جسم نموذجي شكلا ووزنا للحصول على النتائج المرجوة.

٣. أشكال ونظم غذائية و الحيد عن الطرق الطبيعية بتبنى أفكاراً سلبية عن الطعام وآثاره على الجهاز الهضمي ووزن وشكل الجسم. ومن ثم فقد تولد عن هذه الأفكار والمعتقدات غير السوية عدم الرضا عن شكل الجسم ووزنه وظهور النظم الغذائية الصارمة للتحكم في وزن الجسم وشكله وتغيرهما.

ونتج عن هذه المعتقدات الباطلة أن الأكل أصبح خاضعا للقوانين والنظم الشخصية عن كونه خاضعا لغريزة الجوع والشهية. فهذه النظم والقوانين تضبط كيفية ونوع وكم الأكل في الوجبة، وفي محاولة الفرد للحفاظ على هذه النظم والقوانين فإنه يكون عرضه وفريسة سهلة للأمراض البدنية والنفسية ذات العواقب والمضاعفات الوخيمة منها نوبات الجوع الشديدة، والتركيز على الاهتمام بالطعام، والقابلية لفقد التحكم والسيطرة، ومن ثم تقع نوبات الالتهام. فعلى الرغم من شعور الفرد بالرضا والارتياح وإشباع الرغبة حين نوبة التهام، إلا أنه يشعر بالتوتر والقلق بعدها ومن ثم فإنه يلجأ إلى التخلص خوفا من ازدياد الوزن، وازدراء الذات، واستعادة الشعور بضبط النفس. إن مشاعر القلق

والاهتمام الزائد بوزن وشكل الجسم وفقدان الضبط النفسى والفشل والغضب للتعدى على النظم الغذائية وكسرها يعزز ويقوى من الشعور بالدونية، ومن ثم فإنه يعزز أيضا ويقوى بطريقة عكسية الرغبة فى ضبط النفس والحصول على المكانة والقبول من الآخرين عن طريق تحقيق الوزن والشكل المثالى للجسم، ومن ثم فإن سلوك التخلص يتبعه عودة إلى بوتقة النظم الصارمة لضبط الأكل. (Spangler, ١٩٩٩: ٦٦٩-٧٠٠)

الملامح الشخصية والنفسية المرتبطة بالشراه العصبى:

- الاعتدال النفسى حيث خوف المريض من البدانة، ومحاولته تحديد وزن أقل من الوزن السابق له.
- اضطرابات عصبية بالجهاز الهضمى تؤدي إلى قيئ متكرر.
- اضطرابات فى الشخصية، إذ أن اضطرابات الأكل قد تتواجد جنبا إلى جنب مع الاعتماد على الكحوليات أو بعض الانحرافات (كالسرقة والإدمان).

(زينب شقير، ٢٠٠٢: ٢٦٠)

- إن نوبات التهام الطعام يسبقها فى الغالب اضطراب فى المزاج واكتئاب يشعر معه المرء بالحزن والوحدة والجوع أو بحالات قلق يصاحبها توتر كلى.

(Goldman, ١٩٩٢: ٣٢٩)

- الخجل من سلوك تكرار تناول الطعام ومشاعر الاكتئاب والإحباط.
- الحاجة الملحة للإنجاز والكمال.
- مظاهر اضطرابات المراهقة.
- الاهتمام بصورة الجسم والمظاهر الجسمية والتفكير البالغ فى ذلك.

- القلق الزائد سواء ما يتعلق بصورة الجسم أو القلق العام.
- النشاط الجنسي الزائد مقارنة بحالات فقدان الشهية العصبى.
- المزاج المتقلب.
- النكوص ومشاعر العزلة الاجتماعية.
- انخفاض تقدير الذات.
- ضعف القدرة على التحكم فى الدوافع والحاجات الشخصية.
- الشخصية غير الناضجة سلوكيا .

(زينب شقير، ٢٠٠٢: ٢٦٠-٢٦١)

- بالرغم من أن عملية التهام الطعام بشراهة يمكن أن تعطى شعورا بالسعادة بسبب التخلص من التوتر غير المحتمل إلا أنها تؤدي إلى الإحساس بوخز الضمير بشدة، والشعور بالذنب والاكنتاب، والخوف من زيادة الوزن، والخوف أيضا من افتضاح أمرهم، إذ أن عملية التهام الطعام بشراهة تتم دائما فى السر وبحذر شديد.

(Comer, ١٩٩٨: ٣٧٩)

المشكلات الطبية الناجمة عن الشره العصبى :

سبب الشره العصبى عدداً من المشاكل الطبية منها: عدم انتظام ضربات القلب، السكتة القلبية، إصابة المرئ، تمزق المعدة، بالإضافة إلى أن القيء المتكرر يسبب تضخم الغدد النكافية والتي تظهر على شكل انتفاخات فى الوجه (Clipson & Steer, ١٩٩٨: ١٦٥).

• انخفاض فى مستوى السكر فى الدم :

يكون رد الفعل الطبيعى للجسم لدى احتوائه على أطعمة سكرية إفراز مادة الأنسولين. وإجبار النفس على التقيؤ يؤدي إلى إخراج الأطعمة السكرية

من الجسم، فلا يبقى للأنسولين إلا استهلاك كمية السكر الموجودة في الدم مما يعرض النسبة الطبيعية للسكر للانخفاض الذي ينتج عنه أعراض مرضية منها: نوبات صرع، تعب، وإنهاك، زيادة العرق، قلق، حالات ذعر، شعور بالجوع، تشوش في الدماغ، خلل في دقات القلب (بربارا فرنش، ١٩٩٧: ٥٧-٥٩).

• الأسنان :

يؤدي التقيؤ إلى عملية تلف للأسنان بداية من فقدان مادة الإينامل (ميناء الأسنان)، وتلين السطح وتآكل أطرافها مما يصاحبه اصفرار فتصبح السنة معرضة للتسوس وانتشار الدامل (Murry, et al., ١٩٩٧: ٢١٦).

وكذلك أيضا وجود آلام و انتفاخات معوية وكذلك روم في اليدين والساقين والرجلين، وورم في الغدد اللعابية حول الوجه والوجنتين، وانقطاع النفس ودوخة.

• الخلل في التوازن الكيميائي للجسم :

البوتاسيوم والصوديوم معدنان أساسيان للجسم، يتسبب في فقدانهما افتعال التقيؤ وتناول المسهلات. هذان المعدنان أساسيان لوظائف العضلات، وعندما يحدث خلل في توازنهما في الجسم ينتج عنه تعقيدات سببها الخلل في عملية الأيض العضوية في الجسم حيث يحدث ضعف في العضلات ووهن عام، وفقدان الإحساس بالأطراف (الأنامل / أصابع الرجلين)، التشویش وفقدان التركيز، جفاف، عدم انتظام دقات القلب، انخفاض في ضغط الدم، إلحاق الضرر بالكليتين، وفقدان معادن أخرى من الجسم.

• نزيف المجرى العلوي للمعدة :

للتقيؤ المفتحل تأثير مضر وهو كاف لتسبب جروح، تقرح، ونزيف الحلق والمرئ مما يحتم اللجوء إلى العمليات الجراحية.

• **النقص في البروتين :**

التقيؤ المفتعل والإفراط في تناول المسهلات ينتج عنهما نقص في البروتين، والذي يؤدي إلى تجمع المياه في خلايا الجسم، وتتجلى عوارض هذا التجمع في انتفاخ الوجه والكاحلين.

• **الأثار الجانبية للمغالاة في استعمال المسهلات :**

اللاتى يفرطن في تناول المسهلات سرعان ما يشعرون بالتعب الشديد وعدم الحيوية نتيجة الخلل الكيمايى الذى قد يعرض حياتهن للخطر إذا كان شديداً.

(بربارا فرنش، ١٩٩٧: ٦٢-٦٣)

وقد يسبب الإفراط في استخدام المليينات إسهال مصحوباً بالدماء (Nevid, et al., ٢٠٠٠: ٣٥٢). كما أن حالات الإسهال المتتالية قد تسبب الجفاف وفقدان ملح معادن الجسم والتي تنتج عنها وهن في عضلات الجسم ومشاكل في القلب.

• **الأثار الجانبية للإفراط في استعمال الأدوية المنشطة والكحول :**

يلجأ بعض اللاتى يعانين من الشره إلى تناول الأدوية المنشطة والكحول للسيطرة على أوزانهن وتسلية أنفسهن من ضغوط الحياة. وتقوم الأدوية المنشطة بالتأثير في الجهاز العصبى تأثيراً يحاكي مفعول الهرمونات والأدرينالين في الجسم مما يمنح الجسم النشاط الزاخم.

أما الأعراض المبدئية فهى كالتالى:

- تزايد الحيوية.
- انخفاض الشهية.
- مزاج مشرق.

- انخفاض إحساسهن بكل ما يجرى من حولهن.
- عدم القدرة على التركيز.
- وهن فى حركات الجسم والتعرض للمخاطر.

وعند زوال تأثير المنشطات يخالجهن شعور بالضيق والارتباك وتظهر لديهن أعراض الاكتئاب. هذه الحالة من التعاسة تؤدى بهن إلى تناول جرعة ثانية من الدواء ليعدن إلى حالة النشوة التى كن يشعرن بها سابقاً. وينتج عن طول الاستعمال لهذه الأدوية الإدمان والحاجة إلى المزيد من الأدوية المنشطة والمنبهة وقد يحتاج الجسم إلى جرعات أكبر للوصول إلى حالات الهلوسة.

(بربارا فرنش، ١٩٩٧: ٦٢-٦٣)

وهناك بعض المرضى يجبر نفسه على التقيؤ بتناول خلاصة عرق الذهب Ipecac (Wilson, et al., ١٩٩٦: ٣٦٣)، كما أن شراب عرق الذهب الطبى والذى يستخدم للحث على التقيؤ له آثار سامة وخطيرة حينما يؤخذ بانتظام وبجرعات كبيرة من قبل الأفراد ذوى اضطرابات الأكل (Halgin, & Withbourn, ٢٠٠٣: ٤٦٠).

الفوائد الإيجابية للشراهة :

للشراهة نواتج إيجابية رغم جميع العوامل السلبية التى تنتج عنها ، فما هى تلك النواحي؟

الفائدة الجسدية للشراهة :

إن اللاتى يعانين من الشراهة للمأكولات السكرية ترتفع لديهن الطاقة لممارسة التمارين الرياضية المختلفة كالجري والسباحة وركوب الدراجة عند تناولهن المأكولات التى تحتوى على السكر.

الفائدة الجسدية للتقيؤ :

تُشعر اللواتى يتقيأن بالراحة النفسية لتخلصهن من الإحساس بالتخمة.

الفائدة العاطفية للشراهة :

يلف الغموض جميع المشاعر والأحاسيس المتعلقة بدوامة الشراهة والتقيؤ. فبينما تكون اللاتى يعانين الشره مشغولات بالتفكير بأوزانهن وأكلهن، يتجنبن الوقوع فى مشاكل الحياة الحقيقية، فلا تعود عندهن مخاوف أو مصاعب أخرى فى الحياة. ويكون القلق الوحيد ناتجا عن حالات الشراهة. المشكلة التى تنتج عن استهلاك الطعام كوسيلة للتغلب على المأسى أنهن كلما خضعن فى هذه الدوامة كلما ابتعدن عن واقعية الحياة وانغلقتن على أنفسهن.

الفائدة العاطفية من جراء التقيؤ :

بعد التقيؤ يكون هناك شعوراً بما يلى :

- إحساس مريح بالتخلص من كل الضغوط الجسدية والراحة النفسية من الحالة المقلقة بسبب تناول الوحدات الحرارية المرتفعة.
- إحساس بالنظافة.
- طريقة لمعاقة الذات.
- إحساس بالأمان.

(بربارا فرنش، ١٩٩٧ : ٦٥-٦٨)

الشره العصبى وفقدان الشهية العصبى :

قد يتطور حوالى الأربعين إلى الخمسين بالمائة تقريبا، من اللاتى يعانين من فقدان الشهية العصبى إلى الشره العصبى. فرغم تشابه الحالتين المميزتين فى تخفيف كمية الطعام المتناول ، والخوف المهيمن والمستمر من السمنة، فالشره وفقدان الشهية لهما العديد من أوجه التباين (المرجع السابق: ١٩). وقبل

الإشارة إلى هذا التباين لابد من تعريف فقدان الشهية العصبى ، فيعرف بأنه أحد اضطرابات الأكل ، وهو عبارة عن عدم الانتظام فى تناول الطعام ودائماً ما تظهر فى شكل (شبه جوع) يوجد جزئياً وليس كلياً فى الفتيات المراهقات ويبدأ من سن البلوغ، والشخص المصاب به يتضاءل معه وزن الجسم تدريجياً، وينتج عن شعور الجوع هذا إفراز هرمونات وتغيرات أخرى تؤدي إلى انخفاض درجة حرارة الجسم، وانخفاض سرعة ضربات القلب، وانخفاض استجابة المناعة وتوقف الدورة الشهرية لدى الإناث لمدة لا تقل عن ثلاثة أشهر متتالية. وعند تشخيص هذا المرض لابد من التأكد من عدم الإصابة بأي مرض عضوى يكون مسئولاً عن نقص الوزن (زينب شقير، ٢٠٠٢: ٢١٢). ويبين جدول (٢) أوجه التباين بين الشره وفقدان الشهية.

جدول (٢) أوجه التباين بين الشره وفقدان الشهية .

فقدان الشهية العصبى	الشره العصبى	خصائص
الطبقة المتوسطة خصوصاً.	جميع الطبقات الاجتماعية	الطبقة الاجتماعية
فى خلال مرحلة المراهقة.	غالبية الحالات تبدأ بين عمر الـ ١٦ و الـ ٤٥ عاماً. وعادة بين الـ ٢٠ والـ ٢٥ عاماً.	العمر المعرض للإصابة
المنطويات على نواتهن كثيراً، واللاتى يعتمدن على عائلاتهم كثيراً، وليس لديهن خبرة جنسية بعد.	نوات انفتاح وانطلاق اجتماعي ولديهن خبرة جنسية.	الشخصية
قليلا ما تنتابهن حالة الشراهة والتقيؤ؛ وبيتعدن عن الطعام فى الأوقات العصبية، سيطرة قاسية على شهيتهن.	دائمة الشراهة والتقيؤ، اللجوء إلى الطعام لحل المشاكل وفى الأوقات العصبية، يشعرون بأنهم فقدن السيطرة على شرهم.	العادات الغذائية

تابع جدول (٢)

فقدان الشهية العصبى	الشهه العصبى	خصائص
شديدة النحول.	يتأرجح بين المقياس الطبيعى للطول والوزن .	المظهر
وزن الجسم هو أساس كل شئ.	يمكن للوزن أن يكون اقل اهتماما من دوامة الشرهه والتقيؤ أحيانا.	التوقعات : الوزن وشكل الجسم .
انقطاع الحيض ، آثار التجويع.	عدم انتظام الحيض بسبب الضغوط والخلل فى الوجبات وآثار جانبية للتقيؤ.	التأثيرات الجسدية
الرفض القاطع لفكرة وجود أى خلل أو مشكلة.	يعانين المشكلة وينزعجن بسببها، وهذا يمكن أن يؤدي بهن إلى طلب وقبول العلاج.	المواقف من مشكلة التغذية
غير شديدة ، تخفيض الوزن والمحافظة عليه بمثابة المكافأة المعنوية للمصابة.	عارمة، المصابة تعاني من شعور عارم بالتقزز من الذات، والغضب لفقدانها السيطرة عليها.	حالة الاكتئاب

(بربارا فرنش، ١٩٩٧: ٢٠)

• نماذج لبعض الحالات المصابة بالشهه العصبى "حالات توضيحية"

نموذج لشابة عمرها ٢٠ عاماً والتي اعتقدت أنها حالة مستعصية نظراً لتكرار سلوك التهام الطعام والتخلص منه. فقد بدأت معها الأعراض فى سن السابعة عشر عندما كانت فى سنة أولى جامعة. فعلى الرغم من جاذبيتها وتآلقها، إلا أنها كانت قلقة بشأن ما إذا كان الرجال سوف يحبونها أم لا؟ لقد كانت ذات وزن عادى بالنسبة لطولها ومرحلتها العمرية، ولكنها قررت أن تفقد بضع أرطال من وزنها فى الربيع لكى تكون ملائمة لارتداء بدلة السباحة

واتبعت نظاما غذائيا هي ورفيقتها في الحجرة التي اقترحت عليها التقيؤ بعد الوجبات. وقد ذكرت الفتاة عدد مرات الالتهام بشراهة، فهي ثلاث مرات أو أربعة أسبوعيا وتكون عادة في المساء عندما تكون وحيدة. فقد كانت تشعر بالاكتئاب والقلق عندما ينتابها الشعور بالرغبة في التهام الطعام. وكانت تلتهم الخبز والحلوى. فلقد كان أمراً غير معتاد لديها أن تلتهم نصف جالون من الآيس كريم وعلبة من البسكويت المحشو إلى جانب رغيف من الخبز، وكانت تستغرق من ٣٠ - ٤٥ دقيقة في عملية الالتهام. فلقد كانت تشعر بالراحة من الاكتئاب والقلق أثناء الالتهام إلى جانب الشعور بالدفء، والأمان والارتياح غير معروف السبب وعادة ما كانت تنتهي من الوجبة عندما تشعر بألم في معدتها، مما يدفعها إلى التقيؤ ألياً بالإضافة إلى أنها تشعر بالذنب والغضب من نفسها بعد التقيؤ لعدم تحكمها في دوافعها وعرائزها.

وكانت الفتاة تتعاطى كميات وجرع هائلة من المطهرات يوميا وكانت أحيانا تستخدم مدرات البول وكذلك كانت تنفق ما يصل إلى ٦٠ دولار في نوبة التهام واحدة.

وقد ذكرت الحالة أنها قامت بعمل جروح ظاهرية في يديها واصفة ذلك بأنها محاولات شبه انتحارية نتيجة لسلوكها وتطرفها السيئ. وفي النهاية قررت المريضة أن تخضع للعلاج بعد قراءتها عن الأخطار المرضية للشهره. فلقد كانت خجولة ومحرجة من مناقشة أعراض الشهره، اعتقدت بأنها الشخص الوحيد في العالم الذي يعاني من هذا الاضطراب الغريب. لقد كانت مندهشة مما ورد في المقال عن العدد الهائل للحالات المصابة. ثم ألحقت نفسها بمصحة نفسية وحضرت مع مجموعة مساعدة من النساء المصابات بالشهره. ولقد

تحسنت حالتها وسجلت ارتفاعاً ملحوظاً خلال الستة أشهر الأولى من العلاج مع تكرار انخفاض مرات الالتهام إلى مرة أسبوعياً. وبعد عام من العلاج تحسنت إلى حد بعيد مع عدم حدوث الالتهام إلا نادراً. ثم قررت أن تستمر في العلاج ليس فقط لفهم طبيعة اضطرابات الأكل لديها، ولكن لحل بعض المشاكل الأخرى التي ظلت تعاني منها طويلاً مثل التقدير المنخفض للذات، وصعوبة عمل علاقات اجتماعية.

(Goldman, ١٩٩٢: ٢٣٢-٢٣٣)

• حالة أخرى:

حالة فتاة تدعى فويب Phoebe يبدو من مظهرها أنها فتاة مثالية فكانت فويب Phoebe فتاة أمريكية تقليدية، معروفة وجذابة، وذكية، وموهوبة، وعندما وصلت للسنة النهائية بالتعليم الثانوي كانت قد حققت أشياء عديدة حيث كانت رائدة الفصل خلال المرحلة الثانوية، وكانت الفتاة المثالية في العام الثانى من المرحلة الثانوية وكذلك ملكة صغيرة في الحفلات الراقصة. وقد تنبأ لها كابتن فريق كرة القدم أنها لها مواهب عديدة منها: صوت عذب، وتفوق في أداء البالية، ففي عيد الميلاد من كل عام تؤدى بالية كسارة البندق مع أصدقائها وكانت تجذب الانتباه نتيجة لأدائها المتميز. وشاركت باللعب في عديد من الفرق الرياضية بالمدرسة. والتحقت بكلية من كليات القمة ولكن لديها سرّاً فلديها هواجس تسيطر عليها وهو أنها بدينة وقبيحة. فكانت تعتقد أن كل قطعة طعام تتناولها هي الخطوة التالية لطريق صعب لا يرحم سيؤدى إلى نهاية نجاحها وشهرتها. وبدأت تشعر بالقلق على وزنها منذ أن كانت ابنة إحدى عشر عاماً، وبدأت في تنظيم وتحديد طعامها في المرحلة الثانوية فكانت لا تتناول وجبة الإفطار برغم اعتراض والدتها، فكانت تأكل كمية صغيرة من البسكويت

المملح، وفي المساء. تسمح لنفسها بتناول نصف ما يقدم إليها في العشاء واستمر هذا السلوك طول فترة التعليم الثانوي حيث قاومت لتقصر تناولها للطعام في حفلات اغتراف الطعام "الأكل بنهم" أو الشرهة في الأكل. وكانت تقوم أحياناً بالوصاق أصابعها تحت الحلق عقب الاشتراك في هذه الحفلات ولكن هذه الطريقة لم تقلح، فحاولت ذات مرة أن تستخدم فرشاة الأسنان بدلا من أصابعها وعندما كانت في الصف الثاني الثانوي بلغت الطول المناسب لمن هن في عمرها ووصل وزنها إلى ١١٠ رطلاً؛ واستمر وزنها في التذبذب بين ١٠٥، ١١٠ خلال مرحلة التعليم الثانوي وعندما وصلت إلى السنة النهائية في التعليم الثانوي كان لديها قلق شديد حول ماذا تأكل ومتى؟. استخدمت فويب كل جزء من إرادتها في محاولة لتحديد طعامها، لكنها كانت أحيانا تفشل. ففي أحد الأيام في خريف السنة النهائية للتعليم الثانوي أكلت عبوتين كبيرتين من الحلويات بعد عودتها من المدرسة وجلسها بمفردها أمام التلفزيون. تلا ذلك إحساسها بالاكنتاب والذنب، وذهبت إلى الحمام ولصقت أصابعها أسفل حلقها أكثر من أي مرة سابقة ثم تقيئت، وتقيئت بالرغم من إحساسها بالتعب الشديد حتى إنها استلقت على سريرها لمدة نصف الساعة، وبعدها شعرت بالارتياح لأنها قد تخلصت منها فمعدتها الآن خاوية وهذا هو الحل الأمثل لمشاكلها. وقد تعلمت بسرعة كبيرة ما هو الطعام الذي يمكن التخلص منه عن طريق التقيؤ، واعتادت على شرب كميات كبيرة من المياه وبدأت في تحديد وتقليص طعامها بصورة أكبر عن ذي قبل. فكانت تقريبا لا تتناول أى شئ حتى عودتها من المدرسة حتى تتمكن من تحقيق أحلامها ومخططاتها التي تحددها كل صباح. وبالرغم من تنوع الطعام الذي تتناوله إلا أن سلوكها لم يتغير فقد تشتري اثنتي عشرة كعكة محلاة وعلبة من الحلوى وعندما تعود إلى البيت تتناول طبقا من الفيشار. بعد ذلك تستمر في الأكل حتى أنها تدفع الكعك والفيشار حتى تؤلمها

معدتها، مع إحساس بالاشمئزاز. والارتياح أن تتخلص مما تناولته من طعام وتجبر نفسها على التقيؤ، وعندما تنتهي من ذلك تقف على الميزان لتتأكد من عدم زيادة وزنها ثم تنهار على سريرها وتنام لمدة تصل إلى نصف الساعة. وقد استمرت على هذا الروتين لمدة ست أشهر تقريبا، حتى أبريل من السنة النهائية الثانوية حين ذلك فقدت كثيرا من حيويتها وبدأ عملها المدرسى فى التدهور. حتى إن مدرسيها لاحظوا ذلك ورأوا أيضا أنها تبدو بشكل سيئ فكانت دائما متعبة وبرز الطفح الجلدى على بشرتها وانفخ وجهها خاصة حول الفم. وشك المدرسون وكذلك والدتها أنها تعاني من اضطرابات فى الطعام، وعند مواجهتها شعرت بالارتياح وأن مشكلتها قد تم كشف الستار عنها، وفى محاولة لتقليل فرص الإسراف فى الطعام ثم التخلص منه أعادت والدتها ترتيب جدولها لتكون متواجدة فى البيت وكذلك قللت من فرصة تركها بمفردها خاصة بعد تناول الطعام، ولقد نجحت هذه الطريقة لمدة شهر، لكن فى ظل خوفها الشديد من زيادة وزنها وفقد شهرتها استأنفت Phoebe طريقتهما للتخلص من الطعام ولكن هذه المرة كانت تخفى هذا الأمر بمهارة، فلمدة ٦ أشهر كانت تسرف فى تناول الطعام ثم تتخلص منه بمعدل ١٥ مرة أسبوعياً.

أصبحت الأمور أكثر صعوبة هذا الخريف عندما ذهبت إلى الجامعة حيث أن لديها رقيقة فى الحجرة لذا فقد كانت أكثر تصميمًا عن ذى قبل على الإبقاء على مشكلتها سرا بالرغم من أن قسم الرعاية الطبية يقوم بعمل ورشات عمل وندوات حول اضطرابات الطعام للطالبات المستجدات، إلا أن فويب تعلم أنها لن تستطيع كسر هذه الدائرة بدون زيادة فى الوزن ولتجنب استخدام الحمام المشترك كانت تذهب إلى مكان مهجور خلف مبنى قريب للتقيؤ. ولما كانت الحياة الاجتماعية فى الجامعة تشتمل عادة على تناول أطعمة دسمة مما زاد من تقيؤها وبرغم ذلك فقد زاد وزنها بمقدار ١٠ أرطال ، وأصبح وزنها ١٢٠

رطلاً، وقد علقت والدتها يوماً بدون تفكير أن وزن فويب في تزايد، وقد كانت هذه الملاحظة لها أثر مدمر على فويب. فحافظت على سرها حتى وصلت إلى السنة الثانية، عندها انهار كل شيء. ففي إحدى الليالي، عقب شرب كثير من البيرة في إحدى الحفلات، ذهبت مع أصدقائها إلى كنتاكي وبالرغم من أنها لم تسرف في تناول الطعام لأنها كانت بصحبة أصدقائها إلا أنها أكلت كثيراً من الدجاج المحمر الذي يعد من الأطعمة المحرمة المدونة على قائمتها. حينئذ تزايد إحساسها بالذنب والقلق بشكل لم يحدث من قبل فقد بدأت معدتها تؤلمها لكنها حينما حاولت التقيؤ لم تفلح. ثم أتت نوبة هستيرية واتصلت بصديقتها لتخبرها أنها ستقتل نفسها، وجذب صوت صراخها العالي انتباه أصدقائها في المدينة الجامعية الذين حاولوا أن يهدووها. اعترفت فويب لهم بمشاكلتها واتصلت بوالديها حينئذ أدركت أنها فقدت السيطرة تماماً على حياتها وأنها تحتاج إلى مساعدة طبية.

(Barlow, & Durand, ٢٠٠١: ٢٣٠-٢٣١)

العلاج :

إن العلاج لكي يحدث فلا بد من تقدير شامل فيجب أن نقيس ونقدر ظاهرة الأكل المرضى وطرق التحكم في الوزن المتبعة، كما يجب أن تجرى اختبارات جسدية لقياس درجة ومقادير السوائل التي قد تتأثر بطرق وأساليب التحكم في الوزن. فالتقيؤ والمطهرات للتخلص من الطعام غالباً ما يصاحبهما انخفاض في نسبة البوتاسيوم والأحماض. كما أن وجود أي اعتلال يجب أن يدرج، كما لا يجب أن نغفل عن دور الصعوبات الاجتماعية، وضغوط الحياة إذ أنها يمكن أن تلعب دوراً في تطور المرض. فالإصابة بالمرض غالباً ما تتضمن أو يسبقها اعتلال في الطفولة وصعوبات وضغوط مستمرة فمرض الشره مبدياً أقل انقساماً بشأن العلاج عن المصابين بفقدان الشهية، إلا أنه عندما يدركون أن

العلاج ربما يدخل فيه تضحية في نظام الضبط في الوزن أو الأكل، فإن الموقف سوف ينعكس تماماً ويؤدى إلى تراخ وإذعان. فالتقدير المبدئى يجب أن يركز على أسباب المريض فى الاستشفاء من الشره، فعندما نعرف الأسباب التى ستدخل فى العلاج يمكن أن نستخدمها كحافز فى تشجيع المريض على الاستمرار فى العلاج (Murray et al., ١٩٩٧: ٢١٧-٢١٨). ويتكون علاج الشره المرضى من عدة أشياء متداخلة منها علاج نفسى للفرد، وطريقة العلاج المعرفى السلوكى وكذلك علاج جماعى، وعلاج أسرى، وعلاج بالأدوية (Kaplan & Sadock, ١٩٩٥: ١٣٦٩).

العلاج النفسى :

يعد العلاج النفسى ضروريا فى جميع حالات اضطرابات الأكل، باستثناء الأطفال الصغار. وحتى فى بعض هذه الحالات يوجه العلاج النفسى إلى الآباء بدلا من الطفل، وفى جلسات العلاج النفسى يشجع المريض على التنفيس عن رغباته وشعوره وخبراته، لكى يتم التوصل إلى العوامل الدفينة التى تقف خلف هذا الاضطراب، ومن ثم مساعدته على تحقيق الاستبصار بهذه الدوافع والرغبات اللاشعورية والتعامل معها بواقعية ومحاولة التحكم فيها. ومن بين العلاجات النفسية التى استخدمت فى هذا المضمار التحليل النفسى، وتوجد هناك حالة نموذجية للشره العصبى عولجت باستخدام التحليل النفسى الكلاسيكى واستطاع المعالج بعد عناء شديد ووقت طويل النجاح فى علاجها (Murray, et al., ١٩٩٧: ٣٠).

العلاج المعرفى السلوكى :

لقد تطور العلاج المعرفى السلوكى للشره العصبى تطورا عظيما. فهذا العلاج يعتمد عليه أساسا فى علاج الشره إذ أثبتت التجارب مدى فائدته وكفاءته فى العلاج. إن العلاج المعرفى السلوكى للشره هو جزء من مجموعة من

العلاجات التي انبثقت من شرارة بيك Beck الأولى في عام (١٩٧٩) والتي اشتملت على العلاج المعرفي السلوكي المفصل للاكتئاب. فعلى الرغم من كون هذا العلاج قد بنى على أساس نموذج بيك، إلا أنه تم تعديله وتحويره لكي يتلاءم مع مرضى الشره (Fairburn, ١٩٩٤).

إن التدخلات الحالية للعلاج المعرفي السلوكي تتبع من نظرية العلاج المعرفي السلوكي للشره ومحاولة التصويب على العوامل المسببة للإصابة بالمرض.

إن النموذج المعرفي السلوكي المستخدم لعلاج الشره يوضح أن الشره وليد المعتقدات والأفكار المتوهمة والصارمة تجاه وزن وشكل الجسم. كما أن المحاولات المستنفذة لضبط وزن وشكل الجسم تنتج من القواعد الصارمة للضبط الغذائي. وعلى أي حال فإن المرء إذا بدأ في اتباع نظام غذائي فإن المشاكل البدنية والنفسية سرعان ما تطفو مصاحبة للحرمان من الطعام. ومن ثم فإنها تساعد وتساهم في تفاقم الحالة. وأخيراً فإن النموذج المعرفي السلوكي يقر بتفاقم الإصابة بالشره واستفحالها في محيط ثقافي اجتماعي قائم على الأفكار الغربية تجاه شكل ووزن الجسم، وعدم الرضا عن الجسم وسلوكيات الأكل الصارمة.

نظرة على البرنامج العلاجي :

إن البرنامج العلاجي المستخدم في العلاج المعرفي السلوكي ينقسم إلى ثلاثة مراحل كل منها يركز على نقاط محددة في النموذج المرضي أو الحالة المرضية فالعلاج عبر فترة زمنية " ٢٠ أسبوعاً" ويشمل:

- بناء وتأسيس نظام غذائي منتظم.
- تغيير المعتقدات تجاه شكل ووزن الجسم.

▪ منع الانتكاس.

المرحلة الأولى: بناء وتأسيس نظام غذائي منتظم:

إن الهدف الأساسي من المرحلة الأولى هو تنظيم الأكل العشوائي والصارم فالمعالج يساعد المريض على أن يتخذ لنفسه شكلاً ونظاماً غذائياً يشتمل على ثلاث وجبات وأكثنتين خفيفتين يومياً. إن مساعدة المرضى في تغيير أنظمتهم الغذائية الصارمة هي عملية تدريجية تتطلب عدد من المتضمنات والمدخلات. كما أن المتضمنات والأساليب التطبيقية في الطور الأول للعلاج يجب تطبيقها في إطار من الحنان والتألف العلاجي، والذي يعتبر ضرورياً ولكنه لا يكفي وحده لإحداث التغيير.

إن الطور الأول يبدأ بشرح مبسط للنموذج المعرفي السلوكي في علاج الشره مع التركيز الخاص على نظام الضبط الغذائي كعامل أساسي في علاج الأعراض؛ فالمريضة يطلب إليها أن تراقب أشكال طعامها عن طريق تسجيل مواعيد ومتضمنات الوجبات اليومية. وإذا ما كانت تلاحظ وجود نوبات التهام أثناء الوجبات ومتى يحدث التخلص؟ ولكي نحقق نظاماً غذائياً منتظماً فإن المعالج والمريض يشتركان معاً في مراجعة سجل أكل المريض في بداية كل جلسة، ويناقشا معاً آثار تخطي الوجبات وما ينتج عن ذلك من نوبات التهام المعالج عليه أن يشجع المريض على أن يتماشى تدريجياً مع نظام منتظم بالتركيز على وجبة واحدة في وقت محدد. إن وصف الأكل المنتظم يبدأ بمناقشة لأوقات الوجبات التي تشكل تهديداً أقل للمريض وأنواع الأطعمة التي يشعر المريض معها بالارتياح ولا يريد التخلص من أثر تناولها. ثم يساعد المعالج بعد ذلك المريض على ابتكار خطة لتناول هذه الأطعمة التي تشعره بالراحة والاطمئنان والتي لا تولد في ذهنه مشاعر النفور ومن ثم التخلص

منها. وعلى المريض أن يلتزم بأكل هذه الأنواع يوميا في أوقات محددة. كما أن عليه أن لا يحاول التخلص ويمنع نفسه منها لمدة ساعتين بعد كل وجبة محددة ثم تضاف الوجبات الأخرى والأكلات الخفيفة تدريجيا إلى جدول البرنامج العلاجي إلى أن تبلغ عدد الوجبات ثلاث يوميا بالإضافة إلى أكلتين خفيفتين، ويراعى تسجيل الظروف المحيطة بتناول الوجبات مثل: متى يأكل المريض؟ أثناء مشاهدة التلفاز، أو أثناء القيادة، أو عندما يكون وحيداً أو على مكتبه. وتسجيل كيفية الأكل مثلاً: بسرعة أو واقفاً. ويراعى تشجيع التغير والبدائل إذا ما كان لها أثر في انتظام مرات الأكل وضبط سلوك الالتهام. فمبدئياً إن وصف الأكل المنتظم يثير القلق لدى معظم المرضى، ومن ثم فإنهم يقاومون عمل خطط له، أو الالتزام به فمعظم المرضى يخشون على أنفسهم من ازدياد الوزن لو أكلوا طبقاً لقواعد منتظمة، ولكي نواجه هذا الخوف فقد طلب من المرضى أن يزنوا أنفسهم مرة واحدة أسبوعياً في يوم محدد، ووقت محدد لكي يتابع معدل وزنه عبر الفترة العلاجية. كما أن هناك بنداً تطبيقياً آخر، ومدخلا علاجياً يمكن أن يحد من نوبات القلق المصاحب للأكل المنتظم شامل العديد من الأنشطة التي يمكن للمرء أن يمارسها ويجد المتعة معها والتي تنتهي عزمه عن الالتهام، والتخلص مثل: أخذ حمام، أو التنزه بالحديقة، أو الحديث مع صديق عبر الهاتف فإن المريض يلجأ إلى مثل هذه الممارسات حين يشعر بالخطر الشديد والميل إلى الانزلاق في التخلص، وعادة ما يكون هذا بعد الوجبات المحددة كما يوصى أيضاً بتطبيق مثل هذه الممارسات حين يشعر بالميل تجاه الالتهام.

إن علم النفس التعليمي هو المكون النهائي للطور الأول والمرحلة الأولى من العلاج وكما أن المدخل النفسى التعليمي يهدف إلى تصحيح المعلومات

والاعتقادات الخاطئة تجاه الطعام وتأثير التقيؤ واستخدام المطهرات والمضاعفات التي تنتج عن ضبط السلوك الغذائي أو الحرمان منه والتي تظهر بعد أمد طويل. وإجمالاً فإن الهدف الأساسي لكل مدخل من المرحلة الأولى، أو طور الأول للعلاج هو مساعدة المريض على اتخاذ نظام غذائي منتظم ودحض الاعتقادات والسلوكيات التي تفوق ذلك.

(Spangler, 1999: 702-799)

المرحلة الثانية: تغير وتطوير المعتقدات تجاه الشكل والوزن :

إن المرحلة الثانية تبدأ في الجلسة التاسعة (سبعة أسابيع من العلاج) فعند هذه النقطة تتاح للمريض تصميم شكل غذائي منتظم لنفسه، ويكون قد قلل فعلا من نوبات الالتهام والتخلص مع ثبات النوبات العارضة منها.

إن إحدى دعائم وبنود المرحلة الثانية يركز على عدد مرات تناول الطعام، وأنواع الطعام حيث أن مرضى الشره عموماً يحصرون أنفسهم في نطاق ضيق من الأطعمة قليلة الدهون حتى لا تساعدهم على الالتهام، والتوسع والإكثار في الأطعمة التي لا تغرى بالتخلص منها. وتلك هي أول خطوة من ثلاث في الطور الثاني. ولكي نبحث في معتقدات المريض وميوله تجاه أنواع الطعام التي يجب أن يأكلها فإن المعالج والمريض يقومان بعمل قائمة مقسمة إلى ثلاثة أو أربعة تصنيفات، تبدأ من الأطعمة التي لا تشكل تهديداً وخطورة إلى الأطعمة الأكثر تهديداً وخطراً. ثم يتفق المعالج مع المريض على إدراج الأطعمة من كل تصنيف في وجباته تدريجياً بدءاً بالأقل خطراً. فالغرض من هذا هو القضاء على الوهم وإزالته بأن بعض الأطعمة جيد بينما البعض سيئ وممنوع ولا يجب أكله ومن ثم فإن المريض لن يشعر بالحرمان والتهافت على الطعام الممنوع، وعليه فلن يفرض في التهام مثل هذه الأنواع من الأطعمة عندما يقرر أن يأكل منها.

الخطوة الثانية في الطور الثاني للعلاج مخصصة للتعرف على تغير الأفكار والمعتقدات تجاه شكل ووزن الجسم والتي لها أكبر الأثر في التبرم والضييق بصورة الجسم ومن ثم عدم الرضا عن الجسم واللجوء إلى الضبط والحذر الغذائي. إن مثل هذه المعتقدات والأفكار تنتوع لدى المرضى. ولكي نضع أيدينا على مضمون ومفهوم هذا الاعتقاد تجاه وزن وشكل الجسم، نجد أن المرضى يبالغون في الاهتمام بمظهرهن وما يتبع ذلك من السعي للحصول على الجسم المثالي في الوزن والشكل. إن الواجب المنزلي يساعد في إظهار الجسم ولكن بصور أخرى مثل الذهاب للسباحة فإنه يجعل المرضى أكثر وعياً بقصر نظرهم تجاه أجسامهم.

كما يتم تشجيع المرضى على عمل سجل للأكل يسجلون به أى أفكار جديدة تتعلق بأجسامهم بصورة منتظمة يومياً. إن المعالج والمريض يتعاوناً معاً في مناقشة مثل هذه الأفكار والسلوكيات في إطار يبنى على مدى منفعة هذه الأفكار والمعتقدات والتنبؤات، ثم إيجاد أفكار ومعتقدات بديلة وسلوكيات تحل محل الأفكار الضارة سابقة الذكر.

الخطوة الثالثة في الطور الثاني وهي التدريب على مهارات حل المشاكل. إن هذه الخطوة ربما تبنى على أنقراض المبرر الذي يستخدمه المرضى ويرددونه من خضوعهم لنوبات اللاتهام والتخلص لكي يتثنى لهم العيش تحت وطأة الضغوط الحياتية في المواقف المختلفة. إن اللجوء إلى التخلص لتقليل الضغط والتوتر يلجأ إليه كرد فعل للأفراط في الأكل.

إن المران والتدريب على حل المشكلات هو طريقة بديلة للتعايش مع الظروف والمواقف تحت وطأة الضغط والتوتر؛ فهذا المران يشمل التعرف على الخطوات اللازمة لحل المشاكل مثل : التعرف على المشكلة، تعميم الحل،

وتطوير الحلول الممكنة، وتنفيذ الحلول وتنمية النتائج والتي تشمل تطبيق المريض لهذه الخطوات لحل المشاكل التي يواجهها.

(المرجع السابق: ٧٠٢-٧٠٣)

المرحلة الثالثة: منع الانتكاس:

إن المرحلة الثالثة في العلاج تبدأ في آخر ثلاث أو أربع جلسات للعلاج الأسبوعي. إن الهدف الأساسي للمرحلة الثالثة للعلاج هي منع الانتكاس، فالمرحلة الثالثة تبدأ بما يلي:

١. مراجعة وملاحظة تطور الحالة أثناء العلاج شاملة التعرف على الأفكار، وردود الأفعال المكتسبة من جلسات العلاج والمعوقات.
٢. بيان وتوضيح أعراض الشره وكيفية التصدي لإمكانية الإصابة به.
٣. توضيح الفرق بين تكرار الإصابة الحالية والانتكاس، وذلك بالتأكيد على أن الإفراط في الأكل الطارئ هو شئ عادي ولا يعنى انتكاساً، ومن ثم يجب التعرف على الانتكاس والذي يشمل التعرف على العلامات التحذيرية والتعرف على الاستراتيجيات الخاصة المستخدمة في التصدي لمكافحة تكرار الإصابة والانتكاس.
٤. التشجيع على استخدام الخطط والطرق المفيدة أثناء فترة العلاج.

(المرجع السابق: ٧٠٣-٧٠٤)

وهناك العديد من الدراسات التي أشارت إلى فعالية البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي في التخفيف من عدم الرضا عن صورة الجسم لدى المصابات بالشره مثل دراسة إميرسون Emerson (١٩٩٥) وكذلك دراسة زينب شقير (١٩٩٩) التي استخدمت بعض أساليب العلاج المعرفي السلوكي في بعض حالات الشره العصبي؛ وقد أثبت العلاج المعرفي السلوكي فعالية في

التخفيف من القلق والاكتئاب وعدم الرضا عن صورة الجسم.

وعلى الرغم أن العلاج المعرفى السلوكى قد أظهر نتائج إيجابية وثبت أن له فعالية فى تقليل نوبات اللتهام والتقيؤ. إلا أنه لسوء الحظ فإن هذا العلاج ناجح ونافع جزئيا ، حيث أن غالبية مريضات الشره لا يستطعن التوقف تماما عن نوبات اللتهام والتخلص، فعند مراجعة النتائج الخاصة ببعض البحوث وجد أن متوسط نسبة الحالات التى استمرت فى سلوك التقيؤ أثناء الأسبوع الأخير من العلاج كان ٦٦%. فما هو واقع وثابت هو أن العديد من المصابات بالشره يعانون من صعوبات وقف سلوك التقيؤ بعد نوبات اللتهام. مما يثير التساؤل عن العوامل التى تدفع مريضة الشره إلى التخلص من الطعام. إن أحد هذه العوامل يمكن أن يكون التقرز بعد إلتهام الطعام، ومحاولات التقيؤ. فالتقرز يمكن أن يكون استجابة مصاحبة تحدث أليا عند رؤية وشم وتذوق أنواع معينة من الطعام، ومن ثم فإن التخلص عن طريق التقيؤ ربما يساعد فى تقليل الإجهاد النفسى إلى جانب كونه يخفف الشعور بالقرف والتقرز.

(Broberg, et al., ١٩٩٠: ١٨٣)

العلاج النفسى الجمعى :

وفيه يتم إعطاء محاضرات تعليمية إرشادية للمصابين باضطرابات الأكل (فقدان شهية - شره مرضى للطعام) عن العواقب الصحية السلبية التى تصاحب اضطرابات الأكل. وينبغى أن تكون كل مجموعة علاجية متجانسة سواء من المصابين بفقدان الشهية العصبى أو الشره، ثم يقوم المعالجون بعمل حوارات ومناقشات خاصة بنظام الأكل الصحى والتدريب على عادات وطرق الأكل الصحية (فايد، ٢٠٠١: ٣٥٥).

العلاج الطبى :

مع أنه لا يوجد دواء للشفاء من الشره، لكن البحوث قائمة على تطوير المنشطات للحول دون إمكانية حدوث حالات الشرهه. غير أن هذه الأبحاث غير مثبتة علمياً بعد إذ لا يُعرف تأثير هذه العقاقير فى المرضى ومدى تأثيرها فى المصاب بعد فترة العلاج لذلك لا تقبل دوماً أخذ أى دواء من دون اقتناع حتى لو كان وصفة طبيب ، فالذى يأخذ الأدوية من دون اقتناع سرعان ما يفشل فى العلاج خصوصاً عندما يعانى من حالة كالشره ليس له أدوية بعد.

(بربارا فرنش، ١٩٩٧ : ٨٤)

إلا انه يمكن الاستفادة من العلاجات الطبية بمضادات الاكتئاب فى الحد من الشره العصبى. فقد وجدت الدراسات أن بعض العقاقير ثلاثية الحلقات مثل الایمبرامین والديسبرامين ومركبات البروزاك مثل الفلوكستين فهو أكثر فعالية من الأقراص الوهمية، ومن أهم مميزات استخدام مضادات الاكتئاب فى علاج الشره العصبى هو علاج الاكتئاب الذى يرتبط عادة بهذا الاضطراب.

ويعدد ويلسون وآخرون *Wilson, et al.* (١٩٩٦ : ٣٧٤-٣٧٥) ثلاث مشكلات تتعلق باستخدام العقاقير الطبية فى مثل هذه الاضطرابات هى:

١. العديد من مرضى الشره العصبى يعارضون ويمنعون فى تعاطى الأدوية لمثل هذه المشكلة.
٢. معدل توقف المرضى عن العلاج الطبى يفوق كثيراً معدل توقف المرضى عن العلاج النفسى بسبب الآثار الجانبية التى تسببها العقاقير.
٣. يميل الأفراد إلى الارتداد أو الانتكاسة ثانية بشكل سريع عندما ينسحب العقار من الدم.

ترغيب الإسلام في الاعتدال :

إن الاعتدال في الطعام والشراب وترك الإسراف مجال للوفر الاقتصادي، وراحة لجهاز الهضم، وجهاز التنفس، ووقاية من مضار الشره، وصفاء للفكر. ومن أجل ذلك حذر الإسلام من الشره ونهى عن الشبع المفرط، وبين أن التعلق باللذات والبعد عن الأهداف الإنسانية الربانية إنما هو من خلق الكافرين. ولقد بيّن رسول الله ﷺ طريق الاعتدال في الطعام والشراب وأن على الإنسان أن يراعى أثناء تناوله الطعام أنه سيحتاج إلى الماء وأن حركة الحجاب الحاجز في التنفس تتمدد بفرط الامتلاء بالطعام والشراب؛ وإذا تمددت شعر صاحبها بالضيق وضعفت همته وتكاسل عن القيام بواجب الأعمال وتعرض للإصابة بأضرار النهم وشروره. فعن المقدم بن معد ﷺ قال: سمعت رسول الله ﷺ يقول: "ما ملأ ابن آدم وعاء شراً من بطنه، بحسب ابن آدم لقيمات يقمن صلبه، فإن كان لا محالة، فثلث لطعامه، وثلث لشرابه، وثلث لنفسه" [رواه النسائي]. قال العلامة ابن قيم الجوزية: مراتب الغذاء ثلاثة: أحدهما مرتبة الحاجة، والثانية مرتبة الكفاية، والثالثة مرتبة الفضلة. وقال لقمان الحكيم لابنه: يا بني إذا امتلأت المعدة نامت الفكرة وخرست الحكمة وقعدت الأعضاء عن العبادة، وقال بعض السلف لا تأكلوا كثيراً فتشربوا كثيراً فترقدوا كثيراً، فتخسروا كثيراً، وقال سفيان الثوري رحمه الله تعالى: بقلة الطعام يملك سهر الليل أى من أجل طلب العلم والتهدد لله تعالى. وقال القاضي عياض فى شفاة: إن كثرة الأكل والشرب دليل على النهم والحرص والشره وغلبة الشهوة مسبب لمضار الدنيا والآخرة وقديما قيل: البطنة تذهب الفطنة وقيل: قلل طعاما تحمد منا ما (النسيمي، ١٩٩١: ١٥٠-١٥٣).