

# اضطرابات الأكل لدى الشباب

## [ بين الشره العصبي - فقدان الشهية العصبي - فوضوية الأكل ]

أ.د/ زينب محمود شقير

أستاذ التربية الخاصة والصحة النفسية بكلية التربية - جامعة طنطا  
عضو لجنة الترقيات في مصر والوطن العربي

### • حول اضطرابات الأكل: Eating Disorders

إن اضطرابات الأكل لا تحدث بصورة فجائية أو عشوائية، فقد أوضح ريب جيلدر وآخرون (1998) Reb Gelder , et al. أن هناك خطوات متسلسلة لتعليم تنظيم التعامل مع الطعام وكيفية تناوله، تبدأ بخطوات إيجابية وفعالة تساعد على تناول الطعام بشكل منتظم وبسلوك مقبول وسوي، وتنتهي بسلوك غير فعال وغير صحيح يؤدي إلى حدوث اضطرابات الأكل.

### • خطوات متسلسلة لمنع تنظيم التعامل مع الطعام [ من الفعالية إلى غير الفعالية ]:

- ◀ تحديد وجبات معينة يومياً ومتوازنة بها قدر مناسب من السعرات الحرارية.
- ✓ الحفاظ على وزن الجسم المناسب طبقاً للطول والعمر الزمني.
- ✓ التصور الإيجابي المتعلق بتغذية الجسم بغرض المحافظة على الصحة.
- ◀ زيادة أو نقص السعرات الحرارية المحددة من حين لآخر.
- ◀ الإفراط في الأكل أو الصيام كنتيجة للضغوط الخارجية أو الداخلية.
- ◀ الحالات المتكررة من الإفراط القهري في الطعام، والشراهة، والخفض في السعرات الحرارية المحددة.
- ◀ تاريخ الإفراط القهري في الطعام، والشراهة، والرجيم تؤدي إلى عدم القدرة على تعرف الإحساس بالجوع أو الشبع.
- ◀ التحفظ في كمية الطعام اليومية.
- ✓ فقدان الشهية.
- ✓ الشراهة في الأكل.
- ✓ الإفراط القهري أو الإجباري في الأكل (الفوضوية في تناول الطعام).

### • وبعد هذا العرض يأتى السؤال المهم:

- هل توافق على أن تتحمل مخاطر عدم الانتظام في تناول الطعام؟ وهل توافق على أن تتحمل خطر نقص الغذاء أو زيادته؟
- للإجابة عن هذا السؤال يجب عليك أن تعرف ماهية اضطرابات الأكل وأسبابها ومخاطرها، ومظاهرها، وكيفية الوقاية منها، وعلاجها.
- وتمثل اضطرابات الأكل العلاقة بين الحالة النفسية للفرد وبين الرغبة الملحة لتناول الطعام أو العزوف عنه، وهذه العلاقة ليست جديدة، فهي معروفة منذ زمن بعيد، وقديماً كان

تصنيف اضطرابات الأكل ضمن الاضطرابات السيكوسوماتية ( Nancy Riggins – Hume, 2008؛ LCSW, 2008؛ Nation Institutes of Health ) إلى أن صدر دليل تشخيص الأمراض النفسية لرابطة الطب النفسي الأمريكي الثالث (DSM-III-R) عام (١٩٨٧) وأعقبه الدليل الرابع لعام (١٩٩٤)، ووضعها منفصلة تحت عنوان (اضطرابات الأكل)، وهذه الاضطرابات تتميز باختلال كبير في سلوك تناول الطعام.

### • تعريف اضطرابات الأكل :

تعرف اضطرابات الأكل بأنها: اختلال في سلوك تناول الطعام وعدم الانتظام في تناول الوجبات، ما بين الامتناع القهري عن تناول الطعام ، أو التكرار القهري لتناول الطعام في غير مواعيده، وبكميات تزيد عما يتطلبه النمو الطبيعي للفرد ، والذي قد يصاحبه محاولة من الفرد للتخلص من الطعام الزائد عن حاجة الجسم (زينب شقير، ٢٠١٤).

### • التشخيص التصنيفي الفارقي لأنواع اضطرابات الأكل:

جاء في دليل تشخيص الأمراض النفسية الرابع لرابطة الطب النفسي الأمريكي لعام ١٩٩٤ أن اضطرابات الأكل تبدو في نظامين:  
اضطرابات الأكل في فترة المهد أو الطفولة المبكرة، وتشمل ثلاثة أنواع، هي: ( زينب شقير ٢٠١٤؛ ٢٠٠٢ )

### ١- اضطرابات [إشتهاء] الاطعمة الشاذة Pica :

مثل: تناول المواد السيئة، والصلصال، والورق، والطين، والرمل، والقماش، والشعر، والحجارة، وغيرها، وجميعها مواد لا تفيد في النمو ولا تستخدم في التغذية، والطفل الذي يستخدم هذه المواد بوصفها أطعمة لا يصاب بكراهية للأكل ، وقد تستغرق ما يقرب من شهر من استخدامها حتى يمكن تشخيصها، وهذا غير شائع في كل الثقافات.  
وقد تكثر احتمالية ظهورها في البيئات الاجتماعية التي تعاني من الفقر وعدم الرعاية الوالدية ، وتأخر النمو.

### ٢- الاضطراب الاجتراري Rumination disorder :

المقصود بها إعادة مضغ الطعام وتقيؤه بشكل متكرر ، وهو ما يحدث كثيراً في الحيوانات وخاصة الجمال والماعز وغيرها ، وقد يستمر لمدة شهر تقريباً قبل تشخيصه، ويأخذ عدة أشكال لدى الطفل، هو أن يقوم الطفل باسترجاع الطعام إلى فمه بعد أن تم هضمه، وقد يلفظه للخارج أو أن يمضغه ويعيد بلعه.

ومن الغريب أن هذا الطفل لا يشكو من حالات الغثيان أو التقيؤ ، أو حالات اضطراب بالمعدة ، أو الأمعاء ، كما يكثر لدى الأطفال، ويظهر أيضاً لدى حالات التخلف العقلي ، كما يكثر في الفترة ما بين ٣-١٢ شهراً من عمر الطفل، وقد يصاحب حالات الاجترار هذه حالة من إنقاص الوزن عند الطفل ، ويعاني من مشكلات سوء التغذية والضعف، ويزداد حدوثه عند الذكور مقارنة بالإناث.

### ٣- اضطرابات الغذاء [النفضية] Feeding :

يعاني الطفل في مرحلتي المهد والطفولة من صعوبة تناول كميات كبيرة من الطعام؛ مما يسبب نقصاناً في الوزن دون حدوث اضطرابات عضوية مرتبطة بالمعدة. وقد يصاحب هذه

الحالة بعض الأعراض النفسية، مثل: حالة التبدل، والانسحاب، مع تأخر في النضج، بالإضافة إلى أهم مشكلة وهي رفض الأكل وما قد يسببه من شجار ومشكلات بين الطفل ووالديه، كما يصاب الطفل بالأنيميا ونقص البروتين والزلال في الجسم، مع تكرار التقيؤ وصعوبة في النوم، ويكثر في السنة الأولى من عمر الطفل.

## • اضطرابات الأكل التي تحدث بعد فترة الطفولة؛ ونرجع لسبب نفسي بحث، وينقسم إلى:

- ◀ فقدان الشهية العصبي.
- ◀ النهم أو الشره العصبي للطعام.
- ◀ اضطرابات الأكل غير المصنف (أو غير المحدد).

وقد أطلق البعض على النوع الثالث اسم الفوضوية في الأكل، والتي أوضحها دليل التصنيف الرابع بأنه اضطراب يقوم على أساس الخبرات النفسية الطويلة داخل الفرد.

## • الشره العصبي Bulimia Nervosa

### • تعريف الشره العصبي:

- ◀ هو خلل في التغذية يتميز بحالات الشرهات واستهلاك كميات الطعام الزائدة عن المعقول، يليها افتعال التقيؤ أو الإفراط في استخدام المسهلات للتخلص من الطعام.
- ◀ هو نوبات تظهر بين الحين والآخر يتضمن تناول كميات ضخمة من الطعام أكثر مما يمكن أن يأكله معظم الأفراد عادة، ويحدث ذلك في فترة قصيرة (أقل من ساعتين)، وبسرعة شديدة، خلال فترة معينة يشعر فيها الفرد أنه لا يتحكم في سلوك الأكل لديه، كما يشعر أنه مقهور ومجبر على فعل ذلك، وتنتهي فترة الشرهات هذه نتيجة التعب الجسمي الذي يحس به الشخص، كآلام المعدة أو الشعور بالغثيان (غممان النفس)، ويلي هذه الفترة عادة شعور بالخجل والذنب والاكئاب والنفور من الذات أو التقزز منها، ويعقب هذه النوبات ظهور سلوك تعويضي غير مناسب عادة بغرض منع زيادة الوزن، مثل: استخدام المليينات أو مدرات البول، مع التقيؤ أو إحداث القيء بشكل مُصطنع كوضع الإصبع في الزور أو تناول دواء مسهل ملين للأمعاء، أو عقار مدر للبول، أو أخذ شربة على الرغم من أن بعض المرضى يستطيعون التقيؤ بإرادتهم دون استخدام أي وسيلة تساعدهم على التقيؤ (DSM-VIR-1994).

### • تشخيص الشره العصبي:

يظهر كل من: تكرار نوبات الأكل والسلوك التعويضي غير المناسب بمتوسط يبلغ مرتين في الأسبوع على الأقل ولمدة ثلاثة أشهر، مع التقييم الذاتي المستمر الذي يتأثر بصورة زائدة بشكل الجسم ووزنه، على أن هذا النوع من الاضطراب لا يظهر بشكل خاص خلال نوبات فقدان الشهية العصبي.

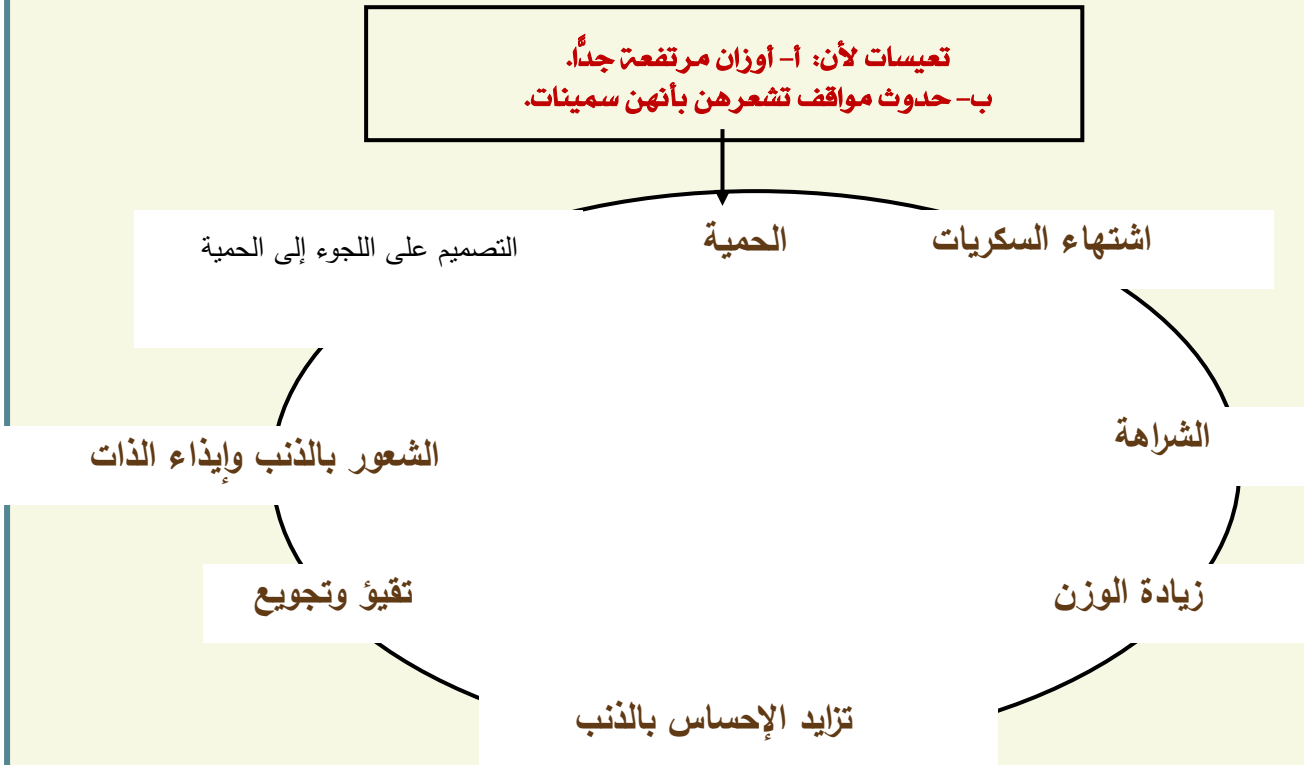
دورة الشره العصبي: ينبغي عند التشخيص الدقيق للشره العصبي تحديد المراحل والخطوات التي مر بها الفرد حتى يصاب به. أوضح إيديس، م.د. (1993) Edes دورة الشره العصبي للطعام كما هو واضح في النموذج التالي:



شكل (١) دورة الشره العصبي للطعام لإيديس ، م.د. Eades, M. D.

وإذا كان إيديس قد أوضح حدوث دورة الشره في خطوات ست، فهناك تفسير آخر لحدوث البوليميا أشار إليه باربارا فرنش (١٩٩٧)، حيث تحدث دورة الشره في ثماني خطوات تتضح في شكل (٢)، والذي أطلق عليه دوامة الشرهات والتقيؤ (في زينب شقير، ١٩٩٩).

• الضغوطات من أجل النحافة



شكل (٢) دورة الشره العصبي عند باربارا فرنش (في: زينب شقير ٢٠٠١)

## • التشخيص الفارقي لنوع الشره العصبي:

ينقسم الشره إلى نوعين:

- ◀ النوع الشره: أثناء حالات الشره يرغب المريض نفسه على التقيؤ باضطراد ، ويفرط في المليينات ومدرات البول والحقن الشرجية، وهو ما يطلق عليه نمط دون قئ.
- ◀ النوع غير الشره (المتحفظ): أثناء حالات الشره يصوم الشخص، ويفرط في التمرينات؛ ليعوض الإفراط في كميات الطعام، وهو ما يطلق عليه نمط القئ. (Reb, Gelder, 1998)

## • تشخيص العادات السلوكية التي يمارسها مريض الشره العصبي:

إن مظاهر وأعراض الشره تتباين في شدتها تبعاً لما يأتي:

- ◀ الوقت الذي قضاءه المصاب من معاناة الشره (إزمان المرض).
- ◀ قدرة الجسم على تحمل الخلل وانعدام التوازن الكيميائي فيه.
- ◀ تكرار وانتظام عملية الشره والتقيؤ.
- ◀ نوعية الطعام الذي يؤكل من خلال فترة الشره والتقيؤ. (بربارا فرنش ، ١٩٩٧ في: زينب شقير ، ٢٠٠١).
- ◀ انشغال دائم وتفكير مستمر في الأكل ، ونهم لا يقاوم للطعام.
- ◀ تكرار حالات الأكل بشرهته.
- ◀ الأكل على فترات متقطعة من الوقت (مثلاً خلال ساعتين) مع تناول كمية من الطعام تكون قطعاً - أكبر من التي يأكلها أغلب الناس أثناء هذه الفترة من الوقت وفي الظروف نفسها.
- ◀ الإحساس بصعوبة التحكم في الأكل أثناء تلك الحالة، حيث لا يستطيع الفرد التوقف عن الأكل ، أو يتحكم فيما يأكل والكمية التي يمكن أن يأكلها ( زينب شقير ، ٢٠٠١).
- ◀ محاولة المريض مقاومة زيادة الوزن المترتبة على تناول الطعام بواحد أو أكثر من الأساليب التالية: افتعال القئ ، واستخدام المليينات ، واستخدام مدرات البول، والحقن الشرجية أو أدوية أخرى ، والصيام ، والتمرينات الرياضية المفرطة.
- ◀ بعض مرضى الشره يكونون ضمن معدل الوزن الطبيعي ، وبعضهم الآخر قد يكون فوق الوزن أو تحته.
- ◀ يحدث أكل بشرهته بمتوسط مرتين في الأسبوع على الأقل ولمدة ثلاثة أشهر.
- ◀ انقطاع الدورة الشهرية - لدى الإناث- أو عدم انتظامها لفترة لا تقل عن ثلاثة أشهر.

## • تشخيص الملامح الشخصية والنفسية المرئبة بالشره:

- ◀ الاعتلال النفسي، حيث خوف المريض من البدانة، ومحاولة تحديد وزن أقل من الوزن السابق.
- ◀ اضطرابات عصبية بالجهاز الهضمي قد تؤدي إلى قئ متكرر.
- ◀ اضطرابات في الشخصية أكثر عموماً، إذ إن اضطرابات الأكل قد تتواجد جنباً إلى جنب مع الاعتماد على الكحوليات أو بعض الانحرافات (مثل: السرقة والإدمان).
- ◀ مشاعر القلق.
- ◀ تشوه اضطرابات صورة الجسم.
- ◀ مشاعر اكتئابية، حيث يعاني مريض الشره من أعراض اكتئابية بعد تناول الطعام.
- ◀ الحاجة الملحة للإنجاز والكمال.
- ◀ مظاهر اضطرابات المراهقة.
- ◀ الاهتمام بصورة الجسم والمظاهر الجسمية والتفكير البالغ في ذلك.

- ◀ القلق الزائد سواء ما يتعلق بصورة الجسم أو القلق العام.
- ◀ النشاط الجنسي الزائد مقارنة بحالات فقدان الشهية العصبي.
- ◀ المزاج المتقلب.
- ◀ النكوص ومشاعر العزلة الاجتماعية.
- ◀ ضعف القدرة على التحكم في الدوافع والحاجات الشخصية.
- ◀ انخفاض تقدير الذات.
- ◀ الشخصية غير الناضجة سلوكياً.
- ◀ عادة ما يجلب الشره في البداية شعوراً بالراحة من التوتر الزائد؛ بسبب الإحساس بالأكل ، ولكن سرعان ما يتبع شعور الراحة إحساس بالذنب والاشمئزاز؛ الأمر الذي يدفع المريض إلى التقىؤ أو استعمال ملينات.
- ◀ الخجل من سلوك تكرار تناول الطعام ومشاعر الاكتئاب والإحباط المصاحبة لذلك.
- ◀ (1979) ؛ يحيى الرخاوى ، ؛ زينب شقير، ٢٠٠١ ب) ؛ Goly, et al, 1988 ; Tannehaus, 1992 ; et al,1997; Reb-Haber,1997; Reb-Boyd, et al, 1998; DSM-IVR-1994; Harold, Argona, et al, 1998).

### • علاج الشره العصبي :

هناك مناحي متعددة لعلاج حالات الشره تأخذ اتجاهات مختلفة ما بين تغيير عادات المريض نحو الأكل ، وبين نوعيات الأكل ونظامه ، وبين العلاج الطبي ، والعلاج الذاتي ، والعلاج النفسي، نوجزها في النقاط التالية:

### • بعض طرق علاج الشره العصبي:

- تتنوع طرق العلاج المستخدمة مع حالات الشره العصبي، من أهمها:
- ◀ النظام الغذائي (الرجيم).
- ◀ التمارين الرياضية.
- ◀ العلاج الدوائي.
- ◀ العلاج المعرفي، ويستخدم في علاج اضطراب وتشوه صورة الجسم لدى مرضى الشره العصبي.
- ◀ العلاج السلوكي (خاصة الأسلوب التنفيري ، والتحصين المنهجي).
- ◀ العلاج المعرفي السلوكي، وهو أفضل أنواع العلاج النفسي الناجمة في علاج مرضى الشره العصبي والأكثر تداولاً.
- ◀ العلاج النفسي التحليلي (السيكودينامي).
- ◀ العلاج الأسري ( زينب شقير ، ٢٠٠٥ ج٢ ؛ ٢٠١٤).

### • فقدان الشهية العصبي Anorexia Nervosa

### • تعريف فقدان الشهية العصبي:

يعرف بأنه: رفض لا شعوري للأكل يتعلق بالمعنى اللاشعوري للطعام ، إلا من كميات ضئيلة في صورة سوائل؛ مما يؤدي إلى نقص وزن الجسم ، والخوف الشديد من اكتساب الوزن، وتتوقف الدورة الشهرية لدى الفتيات ، وتضطرب صورة الجسم ، ويتخلل هذا الامتناع عن الأكل بعض نوبات الشره للطعام ، ويكثر حدته بين الفتيات في مرحلة المراهقة ( زينب شقير ، ٢٠٠١).

### • التشخيص التصنيفي الفارقي لأنواع فقدان الشهية:

فقدان الشهية العضوي: هو فقدان جزئي أو كلي للشهية؛ يرجع لأسباب عضوية، ويعد مصاحباً لعدد من الأمراض والاضطرابات، ويعتبر عرضاً شائعاً مشتركاً في كل الأمراض العضوية والنفسية، ويمكن أن يرتبط فقدان الشهية ببعض مجالات العدوى الحادة، كما أنه يرتبط بمعظم أمراض الجهاز الهضمي الخطرة، وسرطان المعدة أو القولون والتهاب الكبد الوبائي المعدي، واضطرابات الغدد الصماء، مثل: نقص إفراز الغدة الدرقية، أو انخفاض وظائف الغدة النخامية (Herzog, et al. في عبد الخالق، ١٩٩٧).

فقدان الشهية العصبي: يمثل رفض الطعام أو التقيؤ المتعمد بعد الأكل مباشرة؛ مما يسبب انخفاضاً ملحوظاً في وزن الجسم إلى النقطة التي يمكن أن تهدد حياة الإنسان بالموت جوعاً، ويطلق عليه التجويع الذاتي المرضي. Abnormal Self-Starvation.

### • وهناك نوعان من فقدان الشهية العصبي، هما:

فقدان شهية عصبي أولي: يهدف المريض إلى الوصول للنحافة، وإنكار المشكلات الصحية الناتجة عن نقص الوزن الشديد.

فقدان شهية عصبي شاذ: يشكو المريض من نقص الوزن المتوالي، لكنه يمتنع عن الأكل؛ بسبب تفسيره الخاطئ لوظيفة الأكل (Nasser, 2001).

### • وهناك تصنيف آخر لنوعَي فقدان الشهية العصبي، هما:

النوع المتحفظ Restricting type: لا يأكل المريض بشراهة، ويفقد وزنه بالرجيم القاسي أو تناول الرياضة بشكل قاس.

النوع الشره Purging type: أثناء حالة فقدان الشهية يتورط المريض في الأكل بشراهة؛ حتى يسهل بطنه، ثم بعد ذلك يتخلص من الطعام عن طريق القيء أو المسهلات أو مدرات البول. (Kaplan, 1996).

مشكلة تشخيص فقدان الشهية العصبي:

### • هناك صعوبة في تشخيص فقدان الشهية العصبي بسبب:

اختلاف شدة الاضطراب من مريض لآخر.

إنكار الإصابة بالاضطراب لدى عديد من المرضى؛ الأمر الذي يصعب تحديد نسبة انتشاره؛ ومن ثم إغفال الاهتمام بتشخيصه وعلاجه.

ج- عدم تردد المرضى على العيادات للعلاج، وخاصة أن هناك ميلاً واضحاً (وخاصة عند الإناث) إلى النحافة بوصفه معياراً للرشاقة.

د- عدم توفر مقاييس لتشخيصه.

### • إنبارات مهمة في التشخيص [إهم ركائز التشخيص]:

ضرورة الاستعانة بأقارب أو أصدقاء المريض؛ لمعرفة تاريخ المرض (وذلك كما سبق ذكره محاولة إخفاء المريض حالته المرضية).

ضرورة فحص الجانب المعرفي الثقلي للمريض؛ لأن فقدان الشهية قد يرجع إلى أن المريض متيقظ واسع المعرفة فيما يتعلق بالتغذية والمحافظة على إنقاص الوزن.

إجراء الفحوصات الطبية والمعملية الشاملة للتأكد من عدم اصطحاب نقص الوزن وفقدان الشهية لمرض عضوي آخر، مثل: ورم المخ أو الفشل الكلوي، وغيرها.

- ◀ الفحص الشامل؛ للتأكد من خلو المريض من أى اضطراب انفعالي أو ذهاني مصاحب بسلوك فقدان الشهية ونقص الوزن.
- ◀ رفض المريض الإبقاء على وزن الجسم فوق الحد الأدنى للوزن الذي يتناسب مع الطول والعمر، مثل: فقدان الوزن الذي يؤدي إلى الإبقاء على الوزن تحت المثالي بحوالي ١٥٪، أو الفشل في اكتساب الوزن المتوقع أثناء فترة النمو، والذي يؤدي إلى وزن الجسم أقل من ١٥٪ من المتوقع.
- ◀ الخوف الشديد من اكتساب الوزن أو السمنة حتى وإن كان الفرد تحت الوزن الطبيعي.
- ◀ الاضطراب في الطريقة التي يشعر بها الفرد بوزن جسمه أو حجمه أو شكله، مثل: أن يقول: إنه بدين (أو أنه يشعر بالبدانة) حتى وهو نحيف، فيشعر أن منطقة واحدة من الجسم سمينة حتى ولو كانت تحت الوزن الطبيعي (DSM, IV-R, 1994).

## • اهم الملامح التشخيصية لذوي فقدان الشهية العصبي [ الاعراض ]:

### ١- المعايير الاكلينيكية الطبية [ الاعراض الصحية الجسمية ]:

- ◀ انخفاض الوزن المتوالي.
- ◀ انقطاع الطمث لمدة تزيد على ثلاثة أشهر بالنسبة للنساء.
- ◀ الانخفاض الشديد لكمية الطعام والسعرات في الأكل.
- ◀ الشكاوى الجسدية، وخاصة اضطراب المعدة.
- ◀ انخفاض معدل ضربات القلب.
- ◀ انخفاض مستوى الأيض.
- ◀ هشاشة الأظافر والشعر، وزيادة إدرار البول.
- ◀ الإمساك، وزيادة الإحساس بالعطش.
- ◀ قلة نسبة الدهون في الجسم وجفاف الجسم.
- ◀ اصفرار الجلد وجفافه.
- ◀ انخفاض درجة حرارة الجسم، والحساسية الشديدة للبرد.
- ◀ تآكل المينا بالأسنان، ونقص عنصر البوتاسيوم الذي يزيد من احتمال حدوث الفشل الكلوي.
- ◀ فقر الدم، وضعف العضلات.
- ◀ تورم المفاصل.
- ◀ الشعور بالدوخة.
- ◀ هشاشة العظام نتيجة لنقص الكالسيوم في العظام.
- ◀ حدوث خلل في سوائل الجسم.
- ◀ تغير نسبة المعادن في الدم.
- ◀ حدوث خلل في نسب الكالسيوم والبوتاسيوم.
- ◀ حدوث تغير في الهرمونات، وتأخر النمو.
- ◀ نقص كثافة العظام.

### ٢- المعايير [ الاعراض ] النفسية والشخصية:

- ◀ تشوه صورة الجسم.
- ◀ الاكتئاب.
- ◀ مشاعر القلق.
- ◀ مزاج عصبي متقلب.
- ◀ سرعة الاستثارة.
- ◀ العقد النفسية والوساوس.
- ◀ السرقة القهرية.
- ◀ تأخر النضج الجنسي.



- ◀ الضغوط النفسية وخاصة الضغوط الدراسية.
- ◀ عدم التقبل الذاتي وخاصة الذات الجسمية.
- ◀ الانشغال الزائد والدائم بشكل الجسم.
- ◀ إنكار المشكلات الصحية الناتجة عن نقص الوزن.
- ◀ إنكار شدة الانخفاض في الوزن.
- ◀ الخوف من الأطعمة التي تزيد الوزن.
- ◀ السلوك الانسحابي وعدم فرط النشاط.
- النضج.
- ◀ الرغبة في الكمال.
- ◀ اضطرابات النوم.
- ◀ كثرة المجادلة والمناقشة.
- ◀ الشعور بالخجل.
- ◀ التحدي.
- ◀ الميل إلى المألوف، وتجنب غير المألوف.
- ◀ ضعف القدرة على التكيف مع التغيرات.

### ٣- المعايير [ الأعراض ] السلوكية:

- ◀ الامتناع المتعمد عن الأكل. ◀ القئ العمد.
- ◀ تناول المليينات ومدرات البول.
- ◀ ممارسة الرياضة بصورة مبالغ فيها.
- ◀ استعمال الحقن الشرجية للتخلص من الطعام بعد تناوله.
- ◀ الانشغال بالأكل وأصناف الأطعمة.
- ◀ تقطيع الطعام إلى قطع صغيرة.
- ◀ عدم تناول الطعام أمام الآخرين.
- ◀ الاستمتاع بتجهيز الوجبات الشهية للغير.
- ◀ الانشغال الدائم بعدد السعرات الحرارية في الأطعمة.
- ◀ تناول كميات قليلة جداً من الطعام.
- ◀ تجنب الأطعمة ذات السعرات الحرارية المرتفعة بحيث لا تتعدى ١٠٠٠ سُغْر يومياً.
- ◀ تجنب النشويات والدهون واللحوم الحمراء وأحياناً اللحوم عامة.
- ◀ التركيز على الخضراوات ذات السعرات المنخفضة، مثل: الجزر والخس.
- ◀ سلوك تحطيم الذات.
- ◀ إدمان التدخين كأسلوب للنحافة.
- ◀ التقيد بنظام غذائي صارم مع الإحساس بالأمان، والشعور بالقوة عند اتباع هذا النظام.
- ◀ قضاء وقت طويل في تنظيم محتويات الطعام في الأطباق.
- ◀ (زينب شقير، ٢٠٠٥ ج 2، ٢٠٠٢؛ أحمد عكاشة ١٩٩٨؛ DSM-IV, 1994).

### • علاج فقدان الشهية العصبي:

يكون هدف العلاج تغيير العادات غير الصحيحة للأكل، مثل: الرجيم القاسي وإساءة استخدام المسهلات، والقئ العمد، وممارسة الرياضة بشكل زائد عن الحد المعقول، كما يهدف

العلاج إلى ارتفاع تقدير الذات ، وتعديل الاضطرابات في التفكير والشعور والسلوك ، وكذلك تنمية المهارات الاجتماعية (Stein, et al., 2003) .

والعلاج المبكر الذي يقوم على أسس سليمة يؤدي ثماره، ويؤدي في حالات كثيرة إلى الشفاء الكامل، ولكن التأخر في العلاج يجعل من الصعب التغلب على هذا الاضطراب وأثاره التي يتركها في جسم المريض، وبعض الحالات تستلزم العلاج لفترات طويلة.

### • من أهم طرق علاج فقدان الشهية العصبي:

- ◀ العلاج بالعقاقير (الدوائي).
- ◀ العلاج الأسري (العائلي): Family Therapy
- ◀ العلاج النفسي Psychological Therapy.
- ✓ العلاج البينشخصي. Interpersonal therapy
- ✓ العلاج السلوكي. Behavior Therapy
- ✓ العلاج المعرفي. Cognitive Therapy
- ✓ العلاج المعرفي السلوكي. Cognitive- Behavior Therapy

### • فوضوية الأكل (Binge eating disorder)

تعد فوضوية الأكل هي أكثر اضطرابات الأكل شيوعاً من بين الأفراد، ومن المرجح أن يزداد انتشاره في جميع أنحاء العالم (Qian, et al., 2021, 415). والأضرار الجسدية والنفسية التي يسببها اضطراب فوضوية الأكل لا تقل عن تلك الناتجة من اضطرابات الأكل الكلاسيكية (الشراهة العصبي – فقدان الشهية العصبي).

كما أن فوضوية الأكل هو اضطراب جديد تم اقتراحه في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع (DSM – 1v)، حيث يعاني الأشخاص المصابون من نوبات متكررة من تناول الطعام بشراهة لكن لا ينخرطون في سلوكيات تعويضية غير مناسبة كما في الشراهة العصبي (Dingemans, et al., 2002).

### • تعريف فوضوية الأكل :

يعرف (Giel, et al., 2022) فوضوية الأكل بأنه: نوبات منتظمة من الشراهة عند تناول الطعام، حيث يتناول الأفراد خلالها كميات كبيرة من الطعام خلال فترة زمنية منفصلة تصل إلى ساعتين ، وتحدث هذه النوبات مرة واحدة في الأسبوع لمدة ثلاثة أشهر، وتتميز هذه النوبات بتناول الطعام بسرعة أكبر من المعتاد مع شعور بفقدان السيطرة على سلوك الأكل وتناول الطعام رغم عدم الشعور بالجوع دون أن يرافق ذلك أي من السلوكيات التعويضية غير المناسبة، مثل: القيئ الذاتي – الصيام.

وعرفه (de zwaan, 2001) بأنه: نوبات متكررة من الشراهة عند تناول الطعام في غياب السلوك التعويضي (القيئ – استخدام المليينات) وتناول الطعام بمفردهم ، ويعقب تلك النوبات شعور بالاكئاب وشعور بالذنب. وأضاف (Stunkard & Allison, 2003) أن الخاصية المميزة لاضطراب فوضوية الأكل هي تناول الطعام خلال فترات زمنية منفصلة – كل ساعتين على سبيل المثال – وأضاف أن معايير التشخيص تشمل :

- ◀ تناول كمية كبيرة من الطعام أكثر مما قد يأكله معظم الأفراد في الظروف نفسها.
- ◀ الشعور بفقدان السيطرة على كمية الطعام ونوعه.

◀ عدم وجود سلوكيات تطهير غير مناسبة.

◀ حدوث نوبات الشره مرتين في الأسبوع لمدة ستة أشهر.

وقد أوضح ( Smolak & Michael , 2015 ) أن فوضوية الأكل هي تناول كميات كبيرة من الطعام خلال فترة زمنية منفصلة مصحوبة بالشعور بفقدان السيطرة على الأكل والشعور بالخجل من تناول الطعام؛ مما يدفع الأفراد ذوي اضطراب فوضوية الأكل إلى تناول الطعام بمفردهم وبشكل أسرع من المعتاد، كما يعقب نوبات الشره الشعور بالاكتئاب والاشمئزاز، ويتكرر هذا السلوك مره واحدة في الأسبوع لمدة ثلاثة أشهر .

في حين أضاف ( Steinglass & Devlin , 2017, 145 ) أن فوضوية الأكل يمكن أن تُعرف من خلال وجود الشره عند تناول الطعام واستهلاك غير منضبط لكميات كبيرة من الطعام خلال نوبات متكررة دون وجود لسلوكيات تعويضية ويرى أن العلامات السلوكية لشعور فقدان السيطرة على الطعام هو تناول الطعام مع الشعور بالشبع وتناول الطعام بشكل فردي؛ بسبب الشعور بالضيق والإحراج والشعور بالذنب والاكتئاب بعد نوبات الشره تلك .

وعرف ( Wilfley, et al., 2016 ) فوضوية الأكل وفقا لمعايير DSM بأنه: أحد اضطراب الأكل المميزة، وهو عبارة عن نوبات متكررة من الشره عند تناول الطعام، ويشعر الفرد خلالها بفقدان السيطرة والضيق، وعلى عكس الشره العصبي حيث لا توجد سلوكيات تعويضية غير مناسبة وتناول الطعام بمفردهم؛ بسبب الإحراج من كمية الطعام الكبيرة .

### • الملامح الكلينيكية التشخيصية [ الأعراض ] لفوضوية الأكل:

عادة ما تبدأ أعراض فوضوية الأكل في أواخر مرحلة المراهقة أو بداية مرحلة البلوغ، ويمكن تقسيم أعراض فوضوية الأكل إلى:

#### 1- أعراض الانفعالية، ونتمثل في:

- ◀ الشعور بالتوتر الذي لا يزول إلا بتناول الطعام.
- ◀ الشعور بالإحراج من كمية الطعام.
- ◀ الشعور بعدم القدرة على السيطرة أو القيادة التلقائية.
- ◀ الشعور بالذنب والاشمئزاز أو الاكتئاب بعد الإفراط في الطعام.
- ◀ اليأس من السيطرة على الوزن والجسم (Melinda Smith, et al., 2023).

#### 2- الأعراض السلوكية:

- ◀ تناول كميات كبيرة من الطعام بسرعة.
- ◀ تناول الطعام في حالات الشبع.
- ◀ عدم القدرة على التوقف عن الأكل.
- ◀ إخفاء كمية من الطعام الذي يؤكل .
- ◀ الأكل بشكل منفرد أحيانا؛ بسبب كمية الطعام (Mohajan,2023).

#### • الخصائص [ الأعراض ] المعرفية:

#### • التحيز المعرفي، والذي يظهر بوضوح في:

- ◀ اضطراب الانتباه، حيث الانشغال الزائد وتركيز الانتباه فيما يتعلق بالوزن والشكل.
- ◀ تشوه في صورة الجسم.

- المستوى المرتفع من الاندفاع السلبي في التفكير حول اهتمامه بالأكل وما يعقبه من توجهات سلبية نحو هيئته (Lewer, et al., 2017).
- مستوى مرتفع من اجترار التفكير : حيث التفكير المفرط حول الوزن والشكل والجسم بصورة متشائمة (Stice, et al., 2001).

### • معايير التشخيص :

تم تحديد مجموعة من معايير التشخيص في الدليل التشخيصي والإحصائي 5 – DSM عبارة عن مجموعة من البنود، ويشمل كل بند على مجموعة من الأعراض:

### • المعيار الأول :

- نوبات متكررة من الشرهية عند تناول الطعام، وتتميز هذه النوبات بتناول الطعام في فترة زمنية منفصلة، كل ساعتين على سبيل المثال ، وكمية من الطعام أكبر مما قد يأكله معظم الناس في فترة زمنية مماثلة وفي الظروف نفسها.
- الشعور بعدم القدرة علي التحكم في تناول الطعام أثناء النوبة (ما يأكله – مقداره – الشعور بعدم القدرة علي التوقف).

### • المعيار الثاني : نربط نوبات الشرهية عند الأكل بثلاثة أو أكثر مما يلي:

- تناول الطعام بسرعة أكبر من المعتاد.
- تناول الطعام حتى الشعور بالشبع غير المريح.
- تناول الطعام عند عدم الشعور بالجوع.
- الأكل بمفرده؛ بسبب الإحراج من كمية الأكل.
- الشعور بالاشمئزاز والاكئاب والذنب بعد الإفراط في تناول الطعام.

### • المعيار الثالث :

- ضيق ملحوظ فيما يتعلق بالشرهية عند تناول الطعام.

### • المعيار الرابع :

- تحدث نوبات الشرهية في المتوسط يوم واحد في الأسبوع على الأقل لمدة ثلاثة أشهر.

### • المعيار الخامس :

- لا ترتبط فوضوية الأكل بالاستخدام المنتظم للسلوك التعويضي غير المناسب (مثل: الصيام، والتمارين الرياضية المفرطة).

### • درجة الخطورة:

- خفيف معتدل : من ١ إلى ٣ نوبات في الأسبوع .
- معتدل : من ٤ إلى ٧ نوبات في الأسبوع .
- شديدة : من ٨ إلى ١٣ نوبة في الأسبوع .
- شديدة جدا : ١٤ نوبة أو أكثر في الأسبوع (Lewer, et al., 2017).

### • معدلات انتشار فوضوية الأكل :

ترتبط فوضوية الأكل بكثير من المشكلات الصحية والنفسية، حيث يعاني حوالي ٥٠% من الأفراد المصابين بفوضوية الأكل من السمنة؛ ويرجع ذلك إلى زيادة السعرات الحرارية التي يتم تناولها أثناء نوبات الشرهية.

وبالنسبة لمتغير العمر كان متوسط عمر بداية ظهور اضطراب فوضوية الأكل هو أواخر سن المراهقة إلى أوائل العشرينيات، ففي دراسة استقصائية لـ (14) دولة مختلفة لأفراد أعمارهم 18 عاماً فما فوق تبين انتشار فوضوية الأكل بنسبة 1.9% (Kessler, et al., 2013).

وأن فوضوية الأكل هي الأكثر انتشاراً من اضطرابات الأكل، كما أنها منتشرة بين الرجال والنساء بنسبة متعادلة نسبياً، ولكن النساء يكن أكثر عرضة للإصابة بالاكئاب والقلق عند تعرضهن لهذا الاضطراب.

مع العلم بأن مؤشر كتلة الجسم يكون أعلى بكثير لدى مصابي فوضوية الأكل مقارنة بغيرهم، حيث يزداد انتشار فوضوية الأكل مع مرضى السممنة، كما أن لديهم تاريخاً أطول من محاولات فقدان الوزن (Giusti, et al., 2004).

وفيما يتعلق بانتشار فوضوية الأكل لدى الشباب، فقد أوضح مارزيلي وآخرون (Marzilli, et al., 2018) أن اضطراب فوضوية الأكل أكثر الاضطرابات شيوعاً بين الشباب، حيث يبلغ معدل انتشاره ما بين 1-4%، كما أن المراهقين المصابين بفوضوية الأكل لديهم خطر متزايد للإصابة بالسممنة وتعاطي المخدرات والمشكلات الاجتماعية.

### • أسباب فوضوية الأكل :

كما هو الحال في معظم الاضطرابات النفسية لا يوجد سبب محدد لفوضوية الأكل، فهناك العديد من العوامل النفسية والاجتماعية والبيولوجية التي يمكن أن تسهم في تطور فوضوية الأكل (Iqbal & Rehman, 2022) وذلك فيما يلي:

### • العوامل الوراثية :

قد يكون لدى الأشخاص الذين يعانون من فوضوية الأكل حساسية زائدة لمادة الدوبامين الكيميائية التي يفرزها الدماغ، وهي المسؤولة عن آليات المكافأة الدماغية (Davis, 2015) وتم إجراء دراسات وراثية لتحديد التغيرات في تسلسل الحمض النووي التي قد تكون الباعث في التسبب بسلوكيات الأكل المضطرب. وقد كشفت دراسات التوائم أن العوامل الوراثية هي المسؤولة عن اضطراب فوضوية الأكل بنسبة 40%-60% (Trace, et al., 2013) والذي أكد حجم وخصوصية الإسهامات الوراثية لفوضوية الأكل واضطرابات الأكل الأخرى.

### • النوع :

وجد أن فئة النساء من عمر 15 إلى 19 عاماً هن الأكثر عرضة للإصابة بفوضوية الأكل، فهي أكثر شيوعاً عند النساء بنسبة 3.6% من النساء مقابل 2% من الرجال (Smink, et al., 2012, 407).

لكن لا يوجد اختلاف كبير بين الرجال والنساء في العديد من المتغيرات التنموية الخاصة بفوضوية الأكل: (العمر عند أول زيادة في الوزن - العمر عند اتباع النظم الغذائية - العمر عند بداية الشراهة لتناول الطعام).

### • الوزن :

قد تكون مشكلات الوزن سبباً أو نتيجة لفوضوية الأكل، فالكثير من المصابين بالسممنة يعانون من فوضوية الأكل، وبعضهم الآخر من ذوي فوضوية الأكل غير مصابين بالسممنة، وأشارت (Annagur, et al., 2015) إلى أن فوضوية الأكل قد تكون أحد العوامل الوسيطة المسببة للإصابة بالسممنة.

### • العوامل الانفعالية :

تسهم العوامل الانفعالية في الإصابة بفوضوية الأكل، مثل: أحداث الحياة الضاغطة، والخوف من الفشل، والإهمال العاطفي من الأهل، وسوء التوافق النفسي والاجتماعي، والتعرض للحوادث (Degortes, et al., 2014).

### • العوامل الأسرية :

وُجد أن الأطفال الذين يعانون من فوضوية الأكل يعانون في منازلهم من السخرية والاستهزاء المستمر بشأن الوزن، وكذلك يعاني المراهقون ذوو فوضوية الأكل من سوء العلاقات داخل أسرهم مقارنة بغيرهم، كما تعتبر أساليب المعاملة الوالدية عاملاً أساسياً في المعاناة من فوضوية الأكل.

علاوة على أن الشعور بانعدام الأمن والتعلق الوالدي يرتبط بتطور السمات الرئيسية لهذا الاضطراب، ويلاحظ أن الاهتمام بالرعاية الوالدية المنخفضة والحماية المفرطة تدعم الإصابة بفوضوية الأكل.

### • اضطراب صورة الجسم :

يتسبب السعي الدائم وراء الجسم المثالي عن عدم الرضا عن صورة الجسم واتباع نظم غذائية غير صحيحة في تطور وظهور هذا الاضطراب (Stice, et al., 2017).

### • علاج فوضوية الأكل:

- لا تختلف طرق علاج فوضوية الأكل عن الطرق المستخدمة مع حالات الشره العصبي للطعام، مع الأخذ في الاعتبار ما يلي:
- ◀ تنظيم مواعيد الأكل والالتزام بها.
  - ◀ تخفيف عدد الوجبات اليومية.
  - ◀ تخفيف كم الوجبة.
  - ◀ تهيئة الجو الأسري لممارسة عادات الأكل السليمة.
  - ◀ الترويج والأنشطة الرياضية التي تشغل أوقات الفراغ للشباب بدلا من التفكير في الأكل.
  - ◀ عدم تناول المسليات الفاتحة للشهية، والتي تدفعه لمخالفة نظام الأكل.
  - ◀ عدم قيام الأسرة بعمل الولائم وحفلات تناول الطعام التي تشجع الشباب على تناول الأكل في غير أوقاتها.

### • المراجع:

- باربارا فرنش (مترجم) (١٩٩٧). الشره المرضي، (ترجمة) ماريا معاد، بيروت، دار الآفاق.
- زينب شقير (١٩٩٩). أثر برنامج علاجي معرفي سلوكي على بعض مظاهر الشخصية لدى عينت من ذوات الشره العصبي من طالبات الجامعة. (رنام) رابطة الأخصائيين النفسيين المصريين. ع(٤). ٦٥-٩٨٧
- زينب شقير (٢٠٠٥ أ): الشخصية السوية والمضطربة، ط٢، القاهرة، النهضة المصرية.
- زينب شقير (٢٠٠١ ب). مقياس اضطرابات الأكل، ط٢، القاهرة، النهضة المصرية.
- زينب شقير (٢٠٠١ ج). مقياس الشره العصبي، ط٢، القاهرة، النهضة المصرية.
- زينب شقير (٢٠٠١). مقياس صورة الجسم - كراسة التعليمات، القاهرة، النهضة المصرية.
- زينب شقير (٢٠٠١ أ). مقياس فقدان الشهية العصبي، ط٢، القاهرة، النهضة المصرية.
- زينب شقير (٢٠٠٢). الأمراض السيكوسوماتية، القاهرة، النهضة المصرية.

- زينب شقير (٢٠٠٥). انتبه احذر اضطرابات الأكل، القاهرة ، النهضة المصرية.
- زينب شقير (٢٠٠٥ب). الاكتشاف المبكر والتشخيص التكاملي لغير العاديين، القاهرة . الأنجلو المصرية.
- زينب شقير (٢٠١٤). التعليم العلاجي والرعاية المتكاملة لغير العاديين ، جامعة الطائف . المجلس العلمي.
- يحيى الرخاوي (١٩٧٩). دراسة في علم السيكيوباتولوجي ، القاهرة ، دار الغد للثقافة والنشر.

- American Psychiatric Association (1987). Diagnostic and statical manual of mental disorders DSM-III. The American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and statical manual of mental disorders, DSM-IV, Weshington.
- Annagur, B. B., Orhan, O., Ozer, A., Yalcin, N., & Tamam, L. (2015). The effects of depression and impulsivity on obesity and binge eating disorder. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni-Bulletin of Clinical Psychopharmacology*, 25(2), 162-170.
- Aragona, M. & Vella, G. (1998). Psychopathological considerations on the relationship between bulimia and obsessive-compulsive dirorder, *J. of Psychopathology*, 31 (4): 197-205.
- Berkman, N. D., Brownley, K. A., Peat, C. M., Lohr, K. N., Cullen, K. E., Morgan, L. C., ... & Bulik, C. M. (2015). Management and outcomes of binge-eating disorder.
- Davis, C. (2015). The epidemiology and genetics of binge eating disorder (BED). *CNS spectrums*, 20(6), 522-529.
- Degortes, D., Santonastaso, P., Zanetti, T., Tenconi, E., Veronese, A., & Favaro, A. (2014). Stressful life events and binge eating disorder. *European Eating Disorders Review*, 22(5), 378-382
- De Zwaan, M. (2001). Binge eating disorder and obesity. *International Journal of Obesity*, 25(1), 51-55.
- Dingemans, A. E., Bruna, M. J., & Van Furth, E. F. (2002). Binge eating disorder: a review. *International journal of obesity*, 26(3), 299-307.
- Iqbal A, Rehman A. Binge Eating Disorder. (2022). In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK551700/>.
- Edes, M.D. (1993). Freeing someone you love from eating disorders, N.Y., Perigee Books, Putnam publishing Group.
- Harold, I., Kaplan, M, D., Benjamin, J. & Sadock, M.D. (1988). Synopsis of psychiatry. (5<sup>th</sup> ed), Williams & Wilkins. Chapter 38, 596-603.
- Qian, J., Wu, Y., Liu, F., Zhu, Y., Jin, H., Zhang, H., ... & Yu, D. (2021). An update on the prevalence of eating disorders in the general population: a systematic review and meta-analysis. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 415-428.
- Kessler, R. C., Berglund, P. A., Chiu, W. T., Deitz, A. C., Hudson, J. I., Shahly, V., ... & Xavier, M. (2013). The prevalence and correlates of binge eating disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Biological psychiatry*, 73(9), 904-914
- Lewer, M., Bauer, A., Hartmann, A. S., & Vocks, S. (2017). Different facets of body image disturbance in binge eating disorder: a review. *Nutrients*, 9(12), 1-24.
- Marzilli, E., Cerniglia, L., & Cimino, S. (2018). A narrative review of binge eating disorder in adolescence: prevalence, impact, and psychological treatment strategies. *Adolescent health, medicine and therapeutics*, 17-30.

- Mohajan, D. (2023). Binge-Eating: A Life-Threatening Eating Disorder,1-14.
- Melinda Smith, M.A., Lawrence Robinson and Jeanne Segal, Ph.D. (2023)<https://www.helpguide.org/articles/eating-disorders/binge-eating-disorder,1-8>.
- Reb – Boyed, M.A. & Nihart, M.A. (1998). Eating disorders, in Psychiatric nursing (1<sup>st</sup> ed) Lippincott company chapter 21, 667-706.
- Reb – Gelder, M. & Gath, D., Mayou, R. Cowen, P. (1998). Disorders of eating, in Oxford textbook of Psychiatry (3<sup>rd</sup> ed), Oxford University Press. Chapter 12, 373-378.
- Reb – Haber, J., Miller, B. K., Mc Mahon, A. L. & Haskinis, P.P. (1997). Eating disorders in: Comprehensive Psychiatric Nursing (5<sup>th</sup> ed), Msby company. Chapter 28, 545-566
- Smink, F. R., Van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2012). Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. Current psychiatry reports, 14(4), 406-414.
- Smolak, L., & Michael, P. L. (2015). The Wiley Handbook of Eating Disorders, Assessment. Prevention, Treatment, Policy, and Future Directions.
- Stein, D. Meged, S., Bar-Hanin T, Blank S, Elizur A. & Weizman, A (1997). Partial eating disorders in community sample of female adolescents, J. Am Acad Adolesc psychiatry, Aug 36 (8), 1116-1123.
- Steinglass, J. E., & Devlin, M. J. (2017). Finding the disorder in binge eating disorder. Acta Psychiatrica Scandinavica, 136(2), 145-146. - Stice, E., Agras, W. S., Telch, C. F., Halmi, K. A., - Mitchell, J. E., & Wilson, T. (2001). Subtyping binge eating-disordered women along dieting and negative affect dimensions. International Journal of Eating Disorders, 30(1), 11-27.
- Stunkard, A. J., & Allison, K. C. (2003). Binge eating disorder: disorder or marker?. International Journal of Eating Disorders, 34(S1), 107-116.
- Tannehaus, N. (1992). What you can do about eating disorders, N. Y., Lynn Sonberg Book Services.
- Wilfley, D. E., Citrome, L., & Herman, B. K. (2016). Characteristics of binge eating disorder in relation to diagnostic criteria. Neuropsychiatric disease and treatment, 2213-2223.

