

اضطرابات الأكل في أستراليا

يتم تمويل (NEDC) National Eating Disorder Collaboration من قبل Department of Health التابعة للحكومة الأسترالية.

هذا الكتيب للمعلومات العامة فقط ولا ينبغي أن يكون بديلاً عن النصائح الطبية أو الصحية. بينما يتم بذل كل جهد لضمان دقة المعلومات، لا تقدم NEDC أي ضمانات بأن المعلومات حديثة أو كاملة أو مناسبة لأي غرض من الأغراض. تمت المراجعة والتحديث في شهر نوفمبر/ تشرين الثاني 2021.

Evidence

Experience

Expertise

للحصول على المساعدة أو لمعرفة المزيد، يرجى زيارة موقع

nedc.com.au



3	ما هو اضطراب الأكل؟
3	أنواع اضطرابات الأكل
5	الانتشار
6	علامات التحذير
8	عوامل الخطر
8	الآثار والمضاعفات
9	الأمراض المصاحبة
10	العلاج
12	التعافي
12	الحصول على المساعدة والدعم
13	المراجع

ما هو اضطراب الأكل؟

اضطرابات الأكل هي أمراض عقلية خطيرة ومعقدة مصحوبة بمضاعفات صحية جسدية وعقلية قد تكون شديدة وتهدد الحياة. تتميز باضطرابات في السلوكيات والأفكار والمشاعر تجاه وزن الجسم وشكله و / أو الطعام والأكل. لا تميز اضطرابات الأكل، ويمكن أن تصيب أي شخص في أي مرحلة من مراحل حياته.

يعيش ما يقارب من مليون أسترالي مع اضطراب الأكل في أي سنة معينة (1).

أنواع اضطرابات الأكل

تصنف اضطرابات الأكل إلى أنواع مختلفة، وفقاً Fifth (DSM-5), Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (2) Edition.

يتم إجراء التصنيفات بناءً على الأعراض وعدد مرات حدوثها.

اضطراب الأكل القهري (BED)

يتميز اضطراب الأكل القهري بنوبات متكررة من الشراهة عند الأكل، والتي تتضمن تناول كمية كبيرة من الطعام في فترة زمنية قصيرة. أثناء نوبة الشراهة، يشعر الشخص بأنه غير قادر على التوقف عن تناول الطعام، وغالبًا ما يرتبط بمستويات عالية من الضيق. لن يستخدم الشخص المصاب باضطراب الأكل القهري السلوكيات التعويضية، مثل التقيؤ الذاتي أو الإفراط في ممارسة الرياضة بعد الأكل بنهم .

النهام العصابي

يتميز النهام العصابي (الشهه المرضي العصبي) بنوبات متكررة من الإفراط في الأكل، تليها سلوكيات تعويضية، مثل القيء أو الإفراط في ممارسة الرياضة لمنع زيادة الوزن. يمكن أن يدور الشخص المصاب بالشهه العصبي في دائرة من الأكل خارج نطاق السيطرة، تليها محاولات للتعويض عن ذلك، مما قد يؤدي إلى الشعور بالخزي والذنب والاشمئزاز. يمكن أن تصبح هذه السلوكيات أكثر قهرياً ولا يمكن السيطرة عليها بمرور الوقت، وتؤدي إلى الهوس بالطعام والأفكار حول الأكل (أو عدم الأكل) وفقدان الوزن والنظام الغذائي وصورة الجسم.

القَهْمُ العُصَابِيُّ

يتميز القهم العصابي (فقدان الشهية العصبي) بتقييد مدخول الطاقة مما يؤدي إلى انخفاض كبير في وزن الجسم مصحوبًا بخوف شديد من زيادة الوزن واضطراب في صورة الجسم. التغييرات التي تحدث في الدماغ بسبب الجوع وسوء التغذية يمكن أن تجعل من الصعب على الشخص المصاب بفقدان الشهية العصبي إدراك أنه ليس على ما يرام، أو فهم الآثار المحتملة للمرض.

فقدان الشهية العصبي غير النمطي هو نوع فرعي من فروع OSFED (انظر OSFED، الصفحة 4). يستوفي الشخص المصاب بفقدان الشهية العصبي غير النمطي جميع معايير فقدان الشهية العصبي، ومع ذلك، على الرغم من فقدان الوزن بشكل كبير، يكون وزن الشخص ضمن نطاق مؤشر كتلة الجسم الطبيعي أو أعلى منه. يعتبر فقدان الشهية العصبي غير النمطي أمرًا خطيرًا ومهددًا للحياة، وسيكون له تأثيرات ومضاعفات مماثلة لفقدان الشهية العصبي.

اضطرابات الغذاء أو الأكل المحددة الأخرى (OSFED)

قد يصاب الشخص المصاب باضطرابات الغذاء أو الأكل المحددة الأخرى (OSFED) بالعديد من أعراض اضطرابات الأكل الأخرى مثل فقدان الشهية العصبي أو الشره المرضي أو اضطراب الأكل بنهم، ولكنه لن يفي بالمعايير الكاملة لتشخيص هذه الاضطرابات. هذا لا يعني أن اضطراب الأكل أقل جدية أو خطورة. المضاعفات الطبية والأفكار والسلوكيات المتعلقة باضطراب الأكل المرتبطة باضطرابات الغذاء أو الأكل المحددة الأخرى (OSFED) شديدة مثل اضطرابات الأكل الأخرى.

اضطراب تجنب / تقييد تناول الطعام (ARFID)

يتسم اضطراب تجنب / تقييد تناول الطعام (ARFID)، بقلة الاهتمام والتجنب والنفور من الطعام والأكل. لا يرجع التقييد إلى اضطراب في صورة الجسم، ولكنه نتيجة القلق أو الرهاب من الطعام و / أو الأكل، أو الحساسية المتزايدة للجوانب الحسية للطعام مثل الملمس أو الطعم أو الرائحة أو عدم الاهتمام بالطعام و / أو الأكل. يرتبط اضطراب تجنب / تقييد تناول الطعام ARFID بواحد أو أكثر مما يلي: فقدان الوزن بشكل بارز، ونقص غذائي كبير، والاعتماد على التغذية المعوية (الأنبوبية) أو المكملات، وتشوش ملحوظ في الأداء النفسي والاجتماعي.

اضطراب التغذية أو الأكل غير المحدد (UFED)

إن اضطراب التغذية والأكل UFED يسبب ضائقة كبيرة وضعفًا في المجالات الاجتماعية أو المهنية أو غيرها من مجالات الأداء المهمة، ومع ذلك، فإنه لا يفي بالمعايير الكاملة لأي من اضطرابات التغذية والأكل الأخرى. تُستخدم هذه الفئة في المواقف التي يختار فيها الطبيب عدم تحديد سبب عدم استيفاء المعايير لاضطراب معين في التغذية والأكل، وتشمل العروض التقديمية التي لا توجد فيها معلومات كافية لإجراء تشخيص أكثر تحديدًا (على سبيل المثال، في وضع غرفة الطوارئ).

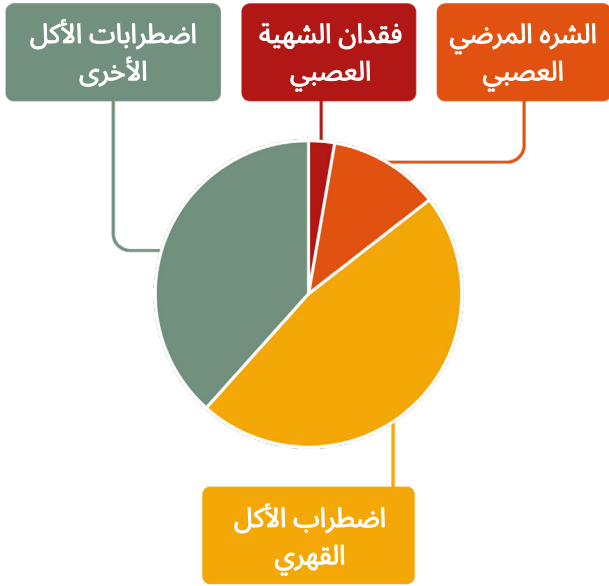
بيكا

يتميز وحم (بيكا) بالاستمرار في تناول المواد غير الغذائية وغير صحية، وهو أمر غير مناسب لمستوى نمو الفرد.

اضطراب الاجترار

يتميز اضطراب الاجترار بالقلس المتكرر للطعام. لا يمكن أن يرتبط القلس المتكرر بحالة طبية أخرى أو يحدث حصريًا في سياق تشخيص اضطراب الأكل آخر.

اضطرابات الأكل هي شائعة



شكل 1: معدل انتشار اضطرابات الأكل عن طريق التشخيص

* تشمل اضطرابات الأكل الأخرى جميع تشخيص اضطرابات الأكل الأخرى باستثناء فقدان الشهية العصبي والشهية المرضي العصبي ونهم الطعام.

- يعاني ما يقرب من مليون أسترالي من اضطرابات الأكل في أي سنة معينة؛ أي 4% من السكان (1).
- من بين الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات الأكل، يعاني 3% من مرض فقدان الشهية العصبي، و12% من الشهية المرضي العصبي، و47% من اضطرابات الأكل، و38% من اضطرابات الأكل الأخرى * (1).
- يعاني العديد من الأشخاص من اضطراب الأكل (أي أعراض وسلوكيات اضطرابات الأكل، ولكن بتواتر أقل أو مستوى أقل شدة) التي لا تستوفي معايير اضطراب الأكل. ما يقرب من ثلث (31.6%) المراهقين الأستراليين يمارسون سلوكيات أكل مضطربة في أي سنة معينة (3).
- تتزايد أعراض اضطراب الأكل مع زيادة تناول الأكل بنهم أسبوعيًا على الأقل ستة أضعاف منذ أواخر التسعينيات وتزايد اتباع نظام غذائي صارم أربعة أضعاف تقريبًا (3).

العمر

في حين يمكن لأي شخص أن يعاني من اضطراب الأكل في أي عمر، تظل اضطرابات الأكل أكثر انتشارًا بين المراهقين والشباب، مع ظهور متوسط لاضطرابات الأكل بين سن 12 و25 عامًا (4، 5). تعتبر فترة المراهقة عالية الخطورة للإصابة باضطراب الأكل.

الجنس

تشير التقديرات إلى أن 8.4% من النساء و2.2% من الرجال يعانون من اضطرابات الأكل في مرحلة ما من حياتهم (6). في حين أن النساء يشكلن ما يقرب من 80% من المصابين بفقدان الشهية العصبي و70% من المصابين بالشهية المرضي العصبي، تشير البيانات الحديثة إلى أن انتشار اضطراب الأكل القهري قد يكون مرتفعًا عند الرجال كما هو عند النساء تقريبًا (7). قد تكون النسبة المئوية الفعلية للرجال من بين الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات الأكل أعلى حيث قد يتم التغاضي عن تجاربهم أو تشخيصها بشكل خاطئ من قبل الأطباء (8).

في حين أن الأبحاث حول انتشار اضطرابات الأكل أو الأكل المضطرب لدى الأشخاص غير الثنائيين والمتحولين جنسيًا محدودة، تشير الأبحاث الناشئة إلى أن الأشخاص غير الثنائيين والمتحولين جنسيًا لديهم خطر أصابة أعلى بمرتين إلى أربع مرات بأعراض اضطراب الأكل أو سلوكيات الأكل المضطربة من نظرائهم المتوافقين مع الجنس (9-12).

إشارات التحذير

تغيرات نفسية

قد تشمل علامات التحذير النفسي ما يلي:

- الانشغال بالأكل والطعام (أو الأنشطة المتعلقة بالطعام) وشكل الجسم ووزنه
- خوف شديد من زيادة الوزن
- زيادة القلق أو الانفعال حول أوقات الوجبات
- الشعور بأنك "خارج عن السيطرة" حول الطعام
- الاستياء الشديد من الجسم أو الصورة السلبية للجسد
- التفكير الصارم "بالأبيض والأسود" (على سبيل المثال، الأفكار حول كون الطعام "جيدًا" أو "سيئًا")
- الحساسية المتزايدة للتعليقات أو النقد (الحقيقي أو المتصور) حول شكل الجسم أو الوزن، وعادات الأكل أو ممارسة الرياضة
- تقلبات الحالة المزاجية (على سبيل المثال، زيادة التهيج، تدني الحالة المزاجية و / أو القلق وكذلك إيذاء النفس و / أو الانتحار)
- تدني احترام الذات (على سبيل المثال، الشعور بالخزي والذنب وكره الذات)
- استخدام الطعام كعقوبة ذاتية أو لتنظيم المشاعر (مثل رفض الأكل أو الإفراط في تناول الطعام بسبب الاكتئاب أو التوتر أو لأسباب عاطفية أخرى)

تغيرات فيزيائية

قد تشمل علامات التحذير الجسدي ما يلي:

- فقدان الوزن المفاجئ أو زيادته أو تأرجحه
- تدني غير مبرر في النسب المئوية لمنحنى النمو أو مؤشر كتلة الجسم (BMI) عند الأطفال والمراهقين،
- الحساسية من البرد (على سبيل المثال، الشعور بالبرودة معظم الوقت، حتى في أجواء دافئة)
- تأخر ظهور أو فقدان أو اضطراب الدورة الشهرية أو العقم (غير اسباب التقلبات مع بداية سن البلوغ أو انقطاع الطمث)
- علامات القيء (على سبيل المثال، تورم الخدين أو خط الفك أو ندبات أو نتوءات على المفاصل ورائحة الفم الكريهة وتلف الأسنان)
- الشعر الناعم الذي يغطي الجسم أو الوجه (زغب)
- التعب أو انخفاض الطاقة
- الإغماء أو الدوخة
- الهبات الساخنة المفاجئة أو نوبات التعرق
- مشاكل في الجهاز الهضمي (مثل الارتجاع والانتفاخ والإمساك والغثيان والشعور بالامتلاء)
- ضعف وهشاشة العظام (مثل ترقق العظام أو قلة العظم)

تغيرات سلوكية

قد تشمل علامات التحذير السلوكية ما يلي:

- اتباع نظام غذائي مستمر أو متكرر (مثل الصيام واحتساب السعرات الحرارية / الكيلوجول، وتخطي الوجبات وتجنب مجموعات غذائية معينة)
- دليل على الأكل بنهم (على سبيل المثال، زوال كميات كبيرة من الطعام، تكديس الطعام استعدادًا للنهم)
- دليل على القياء أو استخدام المليينات لأغراض التحكم في الوزن (على سبيل المثال، الرحلات المتكررة إلى الحمام أثناء أو بعد الوجبات، والشراء المنتظم للملينات)
- أنماط التمارين القهرية أو المفرطة (على سبيل المثال، ممارسة الرياضة في الطقس السيئ، والاستمرار في ممارسة الرياضة عند المرض أو الإصابة، وعدم أخذ أيام الراحة / التعافي المنتظمة، والشعور بالضيق إذا لم يكن التمرين ممكنًا)
- الأنماط أو الطقوس الوسواسية حول الطعام وإعداد الطعام وتناوله (على سبيل المثال، الأكل ببطء شديد وتقطيع الطعام إلى قطع صغيرة جدًا، والإصرار على تقديم الوجبات في وقت معين، ومحتوى الوجبات المتكرر القاسي، والاستخدام المتشدد للأواني وأدوات المائدة)
- التغييرات في تفضيلات الطعام (على سبيل المثال، الادعاء بعدم الإعجاب بالأطعمة التي سبق الاستمتاع بها والهوس المفاجئ بـ "الأكل الصحي")
- تجنب أو تغيير السلوك في المواقف الاجتماعية التي تنطوي على الطعام (على سبيل المثال، التوقف عن تناول الوجبات العائلية في المنزل، وإحضار الطعام الشخصي إلى المناسبات الاجتماعية، ورفض الطعام في الأماكن الاجتماعية)
- تجنب الأكل بإطلاق الأعدار (على سبيل المثال، الادعاء بتناول الطعام سابقاً، والادعاء بأن لديك حساسية / عدم تحمل لأطعمة معينة)
- الانسحاب الاجتماعي أو العزلة عن الأصدقاء والعائلة (على سبيل المثال، تجنب الأنشطة التي تمتعت بها سابقاً)
- التغييرات في السلوك فيما يتعلق بإعداد الطعام والتخطيط (على سبيل المثال، التسوق لشراء الطعام وإعداد وجبات الطعام للآخرين، ولكن مع عدم تناولهم الوجبات والتحكم في وجبات الأسرة)
- تركيز قوي على الوزن وشكل الجسم (على سبيل المثال، الاهتمام بفقدان الوزن أو بناء العضلات)
- سلوكيات فحص الجسم المتكررة أو الوسواسية (على سبيل المثال، الضغط على الخصر أو الرسغين، تكرار قياس الوزن الذاتي، قضاء الوقت المفرط في النظر إلى المرآة)
- تغييرات في نمط الملابس (على سبيل المثال، ارتداء ملابس فضفاضة وارتداء طبقات أكثر من اللازم للطقس)
- السلوك الخفي أو السري حول الطعام (على سبيل المثال، رمي الطعام سرًا وإخفاء الطعام غير المأكول والأكل في الخفاء)
- سلوكيات ترطيب غير مناسبة (على سبيل المثال، استهلاك القليل من السوائل أو عدم تناولها أو استهلاك سوائل مفرطة فوق المتطلبات)
- الإنكار المستمر للجوع
- تطبيق قواعد طعام صارمة (على سبيل المثال، إعداد قوائم بالأطعمة "الجيدة" و "السيئة")
- إساءة استخدام الأنسولين في مرض السكري (النوع 1 أو 2)

لا ينصح أبدًا "بالمراقبة والانتظار". الحصول على الدعم والعلاج مهم، إذا كنت أنت أو أي شخص تعرفه يعاني من اضطراب في الأكل. التدخل المبكر هو المفتاح لتحسين الصحة وللحصول على نتائج حياة جيدة.

عوامل الخطر

تختلف العوامل التي تساهم في الإصابة باضطراب الطعام من شخص لآخر وتتضمن عوامل بيولوجية ونفسية واجتماعية ثقافية. يتعرض أي شخص، في أي مرحلة من مراحل حياته لخطر الإصابة باضطراب الأكل. اضطراب الأكل هو مرض عقلي، وليس خيارًا يتخذه شخص ما.

الآثار والمضاعفات

المضاعفات الطبية والنفسية المصاحبة لاضطرابات الأكل خطيرة ومن المحتمل أن تكون مهددة للحياة.

طبياً

ترتبط سلوكيات اضطراب الأكل بمضاعفات طبية محددة. وتشمل هذه على سبيل المثال لا الحصر:

- **تقييد تناول الطعام** قد يؤدي إلى انخفاض ضغط الدم، وعدم التوازن الهرموني، وعدم تحمل البرد، وضعف التركيز، ومشاكل في الجهاز الهضمي، والتعب والخمول.
- **الإفراط في تناول الطعام** قد يؤدي إلى ارتفاع ضغط الدم والسكري من النوع 2 واختلال التوازن الهرموني.
- **القيء** قد يؤدي إلى تلف المريء، وآلام في البطن، والانتفاخ والإسهال والإمساك، تسوس الأسنان واختلال توازن الألكتروليت مما يؤدي إلى عدم انتظام ضربات القلب والجفاف.
- **سوء استخدام المليينات** قد يؤدي إلى الجفاف وانخفاض نسبة السكر في الدم وضعف عضلات الأمعاء.
- **الإفراط في ممارسة الرياضة** قد يؤدي إلى الإصابة وكسور الإجهاد وضعف العظام وهشاشتها (مثل هشاشة العظام أو قلة العظم) والاختلالات الهرمونية.

نفسياً

هناك العديد من الآثار النفسية المرتبطة باضطرابات الأكل، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر:

- عدم الرضا عن الجسم
- أفكار مهووسة بشأن الأكل والطعام وشكل الجسم و / أو الوزن
- الشعور بالخزي، كراهية الذات، تدني احترام الذات، الإحساس بالذنب أو بالفشل
- أعراض الاكتئاب أو القلق
- أفكار أو خطط أو محاولات انتحارية
- إيذاء النفس
- إساءة استعمال المواد المخدرة
- الانسحاب الاجتماعي

الأمراض المصاحبة

يتعرض الشخص المصاب باضطراب الأكل لخطر متزايد للإصابة بحالة نفسية أو حالة طبية أخرى في نفس الوقت (المعروفة باسم الاعتلال المشترك). قد تكون الحالات المرضية التي يعاني منها الأشخاص المصابون باضطرابات الأكل مرتبطة بأعراض وسلوكيات اضطرابات الأكل لديهم. بالنسبة للأمراض المصاحبة الأخرى، فإن الاتجاه والآليات الكامنة وراء أي ارتباط غير واضحة وهي محور تركيز البحث المستقبلي.

الأمراض المصاحبة للصحة العقلية

تشير الأبحاث إلى أن أكثر من 80% من البالغين المصابين باضطراب الأكل يعانون من اضطراب نفسي آخر على الأقل (13).

تشمل الأمراض المصاحبة للصحة العقلية الأكثر شيوعًا المرتبطة باضطرابات الأكل ما يلي:

- اضطرابات المزاج (مثل اضطراب الاكتئاب الشديد)
- اضطرابات القلق (مثل اضطراب القلق العام والقلق الاجتماعي)
- اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) والإصابة
- إساءة استعمال المواد المخدرة
- اضطرابات الشخصية (اجتنابيه، حدية، وسواس قهري)
- العجز الجنسي
- إيذاء النفس

الأمراض الطبية المصاحبة

لقد ثبت أن الحالات الطبية التالية تنتشر بشكل متزايد بين الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات الأكل مقارنةً بعموم السكان:

- مرض السكري من النوع 1 و2
- متلازمة تكيس المبايض (PCOS)
- ضعف أو ترقق العظام (مثل هشاشة العظام وقلة العظم)
- انخفاض ضغط الدم
- مشاكل في الجهاز الهضمي (على سبيل المثال، متلازمة القولون العصبي)
- آلام المفاصل
- الصداع وداء الشقيقة
- مشاكل الدورة الشهرية (مثل انقطاع الدورة الشهرية)
- مشاكل النوم

ثبت أن الوصول إلى العلاجات القائمة على الأدلة يقلل من شدة اضطراب الأكل ومدته. من بين الأشخاص الذين تم تشخيصهم باضطراب الأكل، يحصل حوالي 23% فقط على العلاج المناسب (4). يوفر تقديم العلاج في وقت مبكر من مسار المرض أفضل فرصة للتعافي من اضطراب الأكل.

تشمل العلاجات النفسية المسندة بالأدلة التي يجب مراعاتها لعلاج اضطرابات الأكل وفقاً للتشخيص (14):

فقدان الشهية العصبي

- بالنسبة إلى الأطفال والمراهقين ، تشمل نماذج العلاج ما يلي:
- العلاج القائم على الأسرة (FBT) أو العلاج الأسري لفقدان الشهية العصبي (يُقبل أيضاً المجموعة التي تركز على الوالدين ومجموعات متعددة العائلات)
- بمشاركة الأسرة CBT-ED
- العلاج النفسي الذي يركز على المراهقين
- بالنسبة إلى البالغين ، تشمل نماذج العلاج ما يلي:
- علاج مودزلي لفقدان الشهية العصبي للبالغين (MANTRA)
- الإدارة السريرية المتخصصة الداعمة (SSCM)
- اضطرابات الأكل-العلاج النفسي الديناميكي البؤري المركز؛ CBT-ED

OSFED

- يجب تحديد نموذج العلاج المحدد المختار من خلال اضطراب الأكل الذي يشبه مشكلة الأكل إلى حد كبير.

ARFID

يُعد تناول الطعام الاجتنابي / المحدد تشخيصاً جديداً نسبياً ولا يزال البحث ينمو حول العلاجات الفعالة.

- تشير الأدلة الحالية إلى أن العلاج السلوكي المعرفي (CBT) هو علاج فعال للأشخاص الذين يعانون من اضطراب تناول الطعام الاجتنابي / المحدد (15). قد يشمل العلاج تعريف الشخص تدريجياً للأطعمة المخيفة له، والتدريب على الاسترخاء، ودعم تغيير سلوكيات الأكل.
- كما تم استخدام علاج التغذية المتجاوبة (RFT) لعلاج ARFID عند الأطفال، ومع ذلك يمكن أيضاً تطبيق المبادئ التوجيهية لـ RFT على المراهقين والبالغين (16). تتضمن التغذية المستجيبة الآباء أو القائمين بالرعاية وضع إجراءات لوقت تناول الطعام مع تفاعلات ممتعة وتقليل من مصادر التنشيط، ونمذجة سلوك وقت تناول الطعام، والسماح للطفل بالاستجابة لإشارات الجوع (16).

الشه المرضي العصبي

- بالنسبة إلى الأطفال والمراهقين ، تشمل نماذج العلاج ما يلي:
- تناول العلاج المعرفي السلوكي الذي يركز على الاضطرابات (CBT-ED) بمشاركة الأسرة
- العلاج الأسري الذي يركز على الشه المرضي العصبي
- بالنسبة إلى البالغين ، تشمل نماذج العلاج ما يلي:
- المساعدة الذاتية الموجهة CBT-ED
- CBT-ED
- IPT

BED

- بالنسبة إلى المراهقين والبالغين ، تشتمل نماذج العلاج على ما يلي:
- تحسين العلاج السلوكي المعرفي (CBT-E)
- العلاج السلوكي المعرفي - المساعدة الذاتية الموجهة (CBT-GSH)
- العلاج الشخصي (IPT)

الدعم غير السريري

هناك عدد من الخدمات غير السريرية التي قد توفر دعمًا قيمًا للأشخاص الذين يخضعون للعلاج من اضطراب الأكل، بالإضافة إلى أسرهم ودعمهم، مثل جلسات دعم الأقران الفردية أو مجموعات الدعم.

مستويات العلاج

يمكن تقديم علاج اضطرابات الأكل في أماكن مختلفة عبر ثلاثة مستويات مختلفة الشدة، اعتمادًا على الاحتياجات الفردية للشخص. قد يبدأ بعض الأشخاص العلاج بأقل مستوى من الشدة، بينما قد يبدأ آخرون في أعلى مستوى من الشدة. قد يحتاج الناس التأرجح بين هذه المستويات المختلفة أثناء عملهم على تعافيهم.

تشمل مستويات خدمات العلاج المتاحة للشخص المصاب باضطراب الأكل ما يلي:

العلاج المجتمعي

يشير العلاج المجتمعي إلى العلاج القائم على الأدلة الذي يتم تقديمه في المجتمع أو في العيادات الخارجية، مع تنسيق الوصول إلى مجموعة من الخدمات حسب الحاجة. قد يتم تقديم العلاج من قبل متخصصي الرعاية الصحية الأولية، وأخصائيي الصحة العقلية وأخصائيي التغذية في المجتمع (الخاصة والعامة)، وعبر الإنترنت للمساعدة الذاتية الموجهة. يمكن لمعظم الناس التعافي من اضطراب الأكل بالعلاج المجتمعي. في المجتمع، يشمل فريق العلاج الأدنى ممارسًا طبيًا مثل طبيب عام وأخصائي صحة عقلية.

العلاج المكثف المجتمعي

يشير هذا إلى العلاج القائم على الأدلة الذي يتم تقديمه في المجتمع أو في العيادات الخارجية بمستوى أعلى من التكرار والشدة، للأشخاص الذين يحتاجون إلى علاج أكثر كثافة. يمكن تقديم خدمات العلاج من خلال برامج العيادات الخارجية المكثفة والبرامج اليومية.

العلاج في المستشفى

العلاج في المستشفى مطلوب للأشخاص الذين يحتاجون إلى تدخل طبي و / أو نفسي، أو القبول في برنامج اضطرابات الأكل السكنية للأشخاص المستقرين طبيًا، ولكنهم يحتاجون إلى مستوى عالٍ من العلاج والدعم. يمكن أن يحدث هذا في أماكن مثل البرامج السكنية أو وحدات المرضى الداخليين الطبيين والنفسيين.

التعافي

من الممكن التعافي من اضطراب الأكل، حتى لو كان الشخص مصابًا بالمرض لسنوات عديدة. يمكن أن يكون طريق التعافي طويلًا وصعبًا. إن التعرف المبكر والوصول إلى الدعم والعلاج المناسبين يعززان طريق الشفاء. قد يجد بعض الناس أن التعافي يجلب فهمًا ورؤى ومهارات جديدة.

الحصول على المساعدة والدعم

إذا كنت تعتقد أنك أو أي شخص تعرفه يعاني من اضطراب في الأكل ، فمن المهم أن تطلب المساعدة على الفور. كلما طلبت المساعدة مبكرًا كلما اقتربت من التعافي. طبيبك العام هو "القاعدة الأولى" الجيدة لطلب الدعم والوصول إلى علاج اضطرابات الأكل.

للحصول على المساعدة في منطقتك المحلية، انتقل إلى [NEDC Support and Services](#).

1. Deloitte Access Economics. Paying the price: The economic and social impact of eating disorders in Australia. Australia: Deloitte Access Economics; 2012.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®): American Psychiatric Pub; 2013.
3. Sparti C, Santomauro D, Cruwys T, Burgess P, Harris M. Disordered eating among Australian adolescents: prevalence, functioning, and help received. *Int J Eat Disord*. 2019;52(3):246-54.
4. Hart LM, Granillo MT, Jorm AF, Paxton SJ. Unmet need for treatment in the eating disorders: a systematic review of eating disorder specific treatment seeking among community cases. *Clin Psychol Rev*. 2011;31(5):727-35.
5. Volpe U, Tortorella A, Manchia M, Monteleone AM, Albert U, Monteleone P. Eating disorders: What age at onset? *Psychiatry Res*. 2016;238:225-7.
6. Galmiche M, Déchelotte P, Lambert G, Tavolacci MP. Prevalence of eating disorders over the 2000–2018 period: a systematic literature review. *Am J Clin Nutr*. 2019;109(5):1402-13.
7. Hay P, Girosi F, Mond J. Prevalence and sociodemographic correlates of DSM-5 eating disorders in the Australian population. *J Eat Disord*. 2015;3(1):1-7.
8. Strother E, Lemberg R, Stanford SC, Turberville D. Eating disorders in men: underdiagnosed, undertreated, and misunderstood. *Eat Disord*. 2012;20(5):346-55.
9. Gordon, A. R., Moore, L. B., & Guss, C. (2021). Eating disorders among transgender and gender non-binary people. In *Eating Disorders in Boys and Men* (pp. 265-281). Springer, Cham.
10. Diemer EW, Hughto JMW, Gordon AR, Guss CS, Austin B, Reisner SL. Beyond the Binary: Differences in Eating Disorder Prevalence by Gender Identity in a Transgender Sample. *Transgender Health*. 2018;3:1, 17-23
11. Giordano S. Eating yourself away: Reflections on the 'comorbidity' of eating disorders and gender dysphoria. *Clinical Ethics*. 2017;12(1):45-53. doi:10.1177/1477750916661977
12. Feder S, Isserlin L, Seale E, Hammond N, Norris ML. Exploring the association between eating disorders and gender dysphoria in youth. *Eat Disord*. 2017; Jul-Sep;25(4):310-317. doi: 10.1080/10640266.2017.1297112
13. Udo T, Grilo CM. Psychiatric and medical correlates of DSM-5 eating disorders in a nationally representative sample of adults in the United States. *Int J Eat Disord*. 2019;52(1):42-50.
14. Heruc G, Hurst K, Casey A, Fleming K, Freeman J, Fursland A, et al. ANZAED eating disorder treatment principles and general clinical practice and training standards. *J Eat Disord*. 2020;8(1):63.
15. Thomas JJ, Lawson EA, Micali N, Misra M, Deckersbach T, Eddy KT. Avoidant/restrictive food intake disorder: a three-dimensional model of neurobiology with implications for etiology and treatment. *Current psychiatry reports*. 2017;19(8):1-9.
16. Wong G, Rowel K. Understanding ARFID Part II: Responsive Feeding and Treatment Approaches National Eating Disorder Information Centre - Bulletin. 2018;33(4).

إنشاء نظام رعاية آمن ومتسق ويمكن الوصول إليه للأشخاص الذين يعانون من اضطرابات الأكل

info@nedc.com.au 
www.nedc.com.au 

