

أثر العلاج المعرفي القائم على التعلُّل في خفض أعراض اضطراب الشره العصبي لدى عينة من مرضى الشره العصبي المنتكسين

محمود عطية محمود إسماعيل (*)

الملخص:

هدفت هذه الدراسة إلى التحقق من أثر العلاج المعرفي القائم على التعلُّل، في خفض أعراض اضطراب الشره العصبي لدى عينة من مرضى الشره العصبي المنتكسين. واعتمدت الدراسة على المنهج شبه التجريبي، وتكون التصميم من مجموعتين: التجريبية والضابطة وقياسات متكررة. واستُخدمَ مقياس الشره العصبي؛ لاختيار عينة الدراسة من مرضى الشره العصبي المشخصين طبيًا، وترتفع درجاتهم على المقياس ومترددين على وحدة علم النفس العيادي، وبلغ حجم العينة (١٤) مريضًا، ووزعوا عشوائيًا على مجموعتين تجريبية وضابطة. وتعرضت المجموعة التجريبية إلى العلاج المعرفي القائم على التعلُّل والذي تم التدريب فيه على فنيات (مراقبة الذات، تحديد الأفكار التلقائية والعمل على تصحيحها، التنفس بتعلُّل، فحص الجسم بتعلُّل، الأكل بتعلُّل، تعقُّل المشاعر). وأظهرت النتائج أثر العلاج المعرفي القائم على التعلُّل في خفض أعراض الشره العصبي المنتكسين لدى أفراد المجموعة التجريبية مقارنة بالضابطة. كما استمر تأثير العلاج في خفض أعراض الشره العصبي بقياس المتابعة للمجموعة التجريبية، وتمت مناقشة النتائج في ضوء أدبيات الدراسة والانتهااء بتوصيات.

الكلمات المفتاحية: العلاج المعرفي القائم على التعلُّل، اضطراب الشره العصبي، الانتكاس

(*) مدرس علم النفس الاكلينيكي بقسم علم النفس جامعة المنوفية / تبوك، للمرسلات

mhmoudatteia2009@gmail.com

Effect of Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) in reducing symptoms of bulimia nervosa in a sample of relapsing bulimia nervosa patients

Mahmoud Atia Mahmoud^(*)

Abstract: The study aimed to effect of Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) in reducing symptoms of bulimia nervosa in a sample of relapsing bulimia nervosa patients. the study depend on the quasi-experimental Method and The design consisted of two experimental and control groups with repeated measures, and the bulimia nervosa scale was used to select the study sample from medically diagnosed bulimia nervosa patients and whose scores rise on the scale and who frequent the clinical psychology unit.. The sample size was (14) patients, and they were randomly distributed into two experimental and control groups, and the experimental group was subjected to Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT), in which they were trained in techniques (self-monitoring, identifying automatic thoughts and correcting them, Mindful-Breathing, Mindful Body Scan, Mindful-eating, Mindfulness of Emotions). The results showed the effectiveness Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) in reducing the symptoms of relapsing bulimia nervosa among members of the experimental group compared to the control group. The effect of the therapy in reducing the symptoms of bulimia nervosa continued by measuring the follow-up of the experimental group, and the results were discussed in the light of the study literature and ended with recommendations

key Words: Mindfulness-based cognitive therapy, bulimia nervosa

(*) Clinical Psychology Teacher –Department of Psychology, University of Menoufia/Tabuk.

مقدمة الدراسة:

صنف الدليل التشخيصي الإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية DSM-5 اضطرابات الأكل لخمسة أنواع هي: الشره العصبي^(١)، وفقدان الشهية العصبي^(٢)، ونهم الطعام، واضطرابات أكل أو تغذية، واضطرابات أكل أو تغذية غير محددة (American Psychiatric Association, 2013). وينتشر الشره العصبي بين طلاب الجامعات، ويمكن خلف هذا الانتشار العديد من الأسباب بعضها مرتبط بالمعايير الاجتماعية والثقافية المنتشرة بالبيئة الجامعية، التي قد تركز على النحافة وشكل الجسم (VanLone, 2002)، وتأثير زملاء الجامعة واتجاهاتهم نحو الأكل (Jones et al., 2001)، ومحاولات التكيف مع ضغوط الحياة الجامعية (Schwarz et al., 2005).

كما يعاني ذوو اضطراب الشره العصبي من الإفراط في تناول الطعام بكمية كبيرة، وفي فترة زمنية قصيرة (Dreyfuss et al., 2017; Sathyapriya, 3018) ويتعمدون التقيؤ بأي وسيلة؛ لمواجهة زيادة الوزن، ما يجعل هناك انعكاسات خطيرة على صحتهم الجسمية والنفسية (Dakanalis et al., 2015). وتضيف ميرا كوبر وآخرون (Cooper et al., 1998) أنه، نتيجة تخلصهم من الطعام الذي تناولوه بشراهة، هو الشعور بالذنب، وانخفاض تقدير الذات والاكتئاب، بل ويصل الأمر إلى حد كراهية الذات، وتدني مفهوم الذات وما يقترن به من الشعور بالخجل والرفض وعدم الكفاءة (Hall & Cohn, 1999)، ويجاهدون بشتى الطرق في إخفاء أعراضهم (عبد الله، ٢٠٠٠).

ويعد العائق الرئيس أمام الشفاء من الشره العصبي هو الانتكاسات المبكرة والمتكررة بعد العلاج؛ لذا هناك حاجة ملحة لتعزيز استمرارية تقديم الرعاية المتخصصة، وباستخدام تدخلات فعالة واستراتيجيات الوقاية من الانتكاس من أجل تحسين النتائج طويلة الأمد (Elisabeth et al., 2021).

(1) Bulimia Nervosa

(2) Anorexia

فحتى مع أفضل العلاجات المتاحة فإن معظم المصابين بالشره العصبي لا يزالون يعانون من أعراض في نهاية العلاج، حتى أولئك الذين حققوا استقراراً، فإن خطر الانتكاس لديهم مرتفع، ومن ثمَّ هناك حاجة إلى تدخلات تركز على الوقاية من الانتكاس بعد انتهاء العلاج (Robinson et al., 2006).

تناولت العديد من الدراسات علاج الشره العصبي وباستخدام علاجات نفسية مختلفة مثل دراسة بركات (٢٠١٤)، ودراسة بيرناتشي (2017) Bernacchi التي استخدمت العلاج المعرفي-السلوكي، ودراسة فاخوري (٢٠١٢) التي استخدمت العلاج القائم على الانفعالات^(١)، ودراسة كل من ياراغشي وآخرين (2019) Yaraghchi et al. وخطاطبة (٢٠٢١) التي تناولت العلاج بالتقبُّل والالتزام^(٢)، ودراسة الشريفيين وبحر (٢٠٢٠) التي استخدمت العلاج بالقصص، ودراسة فيرير-جارسيا وآخرين (2017) Ferrer-García et al. التي استخدمت العلاج بالواقع الافتراضي^(٣).

وتستخدم التدخلات النفسية المبنية على التَّعْقُل في علاج الشره العصبي. (Mace, 2008)، وتتوافر أدلة بحثية حول نجاح التَّعْقُل في مساعدة الكثير على التصالح مع ذواتهم (Grow et al., 2015)، والتخفيف من حدة الأعراض المرضية والوقاية من الانتكاس (Witkiewitz et al., 2012)، وأصبحت النتائج العلمية حول دور التَّعْقُل في الصحة أكثر وضوحاً مع نشر أعداد كبيرة من الدراسات المنهجية المحكمة (Goyal et al., 2014). كما قارنت دراسة كريستلر وآخرين (2014) Kristeller et al. بين فعالية العلاج المعرفي القائم على التَّعْقُل^(٤) والعلاج المعرفي السلوكي^(٥)، وتوصلت إلى أن العلاج المعرفي القائم على التَّعْقُل أكثر فعالية في علاج اضطراب الأكل.

(1) Emotion-based therapy

(2) Acceptance and Commitment Therapy

(3) Virtual Reality Exposure Therapy

(4) Mindfulness-based cognitive therapy

(5) Cognitive – Behavior Therapy

اكتسبت كذلك أساليب العلاج المعرفي القائم على التعلُّل السنوات الأخيرة شعبية في علاج اضطراب الشره العصبي (Pierick, 2021)، فهو علاج تكميلي مثير للاهتمام تكمن فعاليته في التأثير على العوامل الوسيطة، من خلال تقليل العبء المعرفي المرتبط بمحفزات الشره العصبي (Sala et al., 2021).

بناء على ما سبق توجهت الدراسة الحالية إلى التحقق من أثر العلاج المعرفي القائم على التعلُّل، في خفض أعراض الشره العصبي لدى عينة من مرضى الشره العصبي المنتكسين.

مدخل إلى مشكلة الدراسة:

يتزايد معدل الوفيات لدى مرضى الشره العصبي، فهم يعانون في كثير من الأحيان من مضاعفات خطيرة على صحتهم الجسمية والنفسية تضطرهم إلى دخول المستشفى (Dakanalis et al., 2015; Bernacchi, 2017; Stoving et al., 2020)، وغالبًا مسارهم المرضي طويل الأمد ومتقلب (Zipfel, 2015) ويموت نحو ٥٪ منهم في فترات المتابعة طويلة المدى (Fichter, 2017). وأحد تحديات علاجهم -الذي يؤثر على جميع أوضاع العلاج ومراحله- يتمثل في الالتزام بالعلاج. فتصل معدلات التوقف عن العلاج إلى ٣٠-٤٠٪ (DeJong et al., 2012)، ولسوء الحظ، فإن نسبة كبيرة منهم يعانون من التدهور أو الانتكاس في الأشهر الأولى بعد انتهاء علاجهم؛ بسبب انقطاع الرعاية (Berends et al., 2018)، فمرحلة ما بعد العلاج والخروج من المستشفى هي مرحلة انتقالية حرجة لا تعالج أو تدار جيدًا (Zipfel, 2015 ; Zeeck, 2018).

وعلى الرغم من النتائج الإيجابية المهمة عياديا بتطبيق العلاج المعرفي السلوكي على العديد من الأفراد الذين يعانون من الشره العصبي، فإن ما يقرب من ٥٠٪ من المرضى لا يزالون يعانون من الأعراض بعد العلاج (Linardon et al., 2017). علاوة على ذلك، يبدو أن معدلات الانتكاس بعد العلاج المعرفي السلوكي غالبًا ما تتطابق مع معدلات

الاستقرار التي تحدث في الفترة بين ما بعد العلاج والمتابعة في التجارب ذات الأدلة، ما يعطي انطباعًا خاطئًا بعدم حدوث انتكاسة عند الاستدلال عنه إحصائيًا. ومع ذلك، عند فحصها عن كثب تكون معدلات الانتكاس بعد العلاج المعرفي السلوكي لاضطرابات الأكل أكثر من ٣٠٪ (Södersten et al., 2017). وجدت دراسات متعددة أيضًا أن ما يقرب من ٢٥٪ من المشاركين المسجلين في التجارب السريرية للعلاج المعرفي السلوكي للشره العصبي امتنعوا عن العلاج قبل البدء (Agüera et al., 2017). وتشير مثل هذه النتائج إلى الحاجة بدرجة كبيرة إلى تحسين أثر العلاج المعرفي السلوكي ونتائجه بعلاج الشره العصبي.

وعلى الرغم من وجود الأدلة البحثية الحالية التي تثبت فعالية العلاجات المبنية على التعقل لاضطرابات الأكل، فإنها قليلة وتحتاج إلى مزيد من الأبحاث لتقييم فعاليتها (Juarascio et al., 2021)، إذ أكدت نتائج دراسة بارني وآخرين (Barney et al., 2019) المرجعية التي فحصت (٣٩) دراسة تناولت العلاج المعرفي القائم على التَّعْقُل إلى وجود تحليلات إحصائية دون المستوى، وأدوات قياس غير مناسبة، وضعف في استخدام التقييم المرحلي (منتصف العلاج).

أسئلة الدراسة:

ما تأثير العلاج المعرفي القائم على التَّعْقُل في خفض أعراض اضطراب الشره العصبي لدى عينة من مرضى الشره العصبي المنتكسين؟ ويتفرع من هذا السؤال الرئيس الأسئلة الفرعية التالية:

- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في أعراض الشره العصبي بين وسيط رتب المجموعة التجريبية والضابطة بعد تطبيق العلاج المعرفي القائم على التَّعْقُل؟

- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في أعراض الشره العصبي بين وسيط رتب المجموعة التجريبية قبل تطبيق العلاج المعرفي القائم على التَّعْقُل وبعده؟

- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في أعراض الشره العصبي بين وسيط رتب المجموعة التجريبية لقياسات المتابعة (بعد العلاج المعرفي القائم على التَّعقُّل، بعد ٣ شهور، بعد ٦ شهور)؟

أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة إلى التحقق من مدى تأثير العلاج المعرفي القائم على التَّعقُّل في خفض أعراض اضطراب الشره العصبي لدى عينة من مرضى الشره العصبي المنتكسين.

أهمية الدراسة:

يبلغ معدل انتشار الشره العصبي لدى السكان نحو ٥% لدى النساء و٢.٥% لدى الرجال (Hudson et al., 2007)، ويرتفع الانتشار بين طلبة الجامعة حيث يقدر بـ (٦.٠٧%) (بكر وآخرين، ٢٠٢١). وتعد الحاجة إلى العلاج الناجح للشره العصبي أمراً بالغ الأهمية؛ بسبب ارتباطه بالضعف النفسي والاجتماعي والمضاعفات الطبية ومعدلات الوفيات المرتفعة (Suokas et al., 2013; Mitchell, 2016)

الأهمية النظرية:

- ندرة الدراسات العربية والأجنبية التي تناولت العلاجات المبنية على التَّعقُّل وخفض أعراض الشره العصبي.

- الحاجة إلى إجراء مزيد من الدراسات التي تركز بشكل مباشر أكثر على الأعراض الأساسية للشره العصبي والآثار طويلة المدى للعلاج (Sala et al., 2021)

تشير الدلائل المتزايدة إلى أن العلاجات النفسية القائمة على التَّعقُّل للشره العصبي قد تكون فعالة، ولكن لا يُعرف سوى القليل عن مكونات العلاج النشطة أو الأشخاص الذين قد تكون أكثر فعالية بالنسبة لهم. (Barney et al., 2019)

- الحاجة إلى تقييم فعالية العلاج المعرفي القائم على التَّعقُّل (Pierick, 2021; Juarascio et al. 2021)

الأهمية التطبيقية:

- يتوقع إفادة مرضى ذوي الشره العصبي من نتائج الدراسة بتطبيق العلاج المعرفي القائم على التعقل في انخفاض أعراضهم؛ مما سينعكس إيجاباً على صحتهم النفسية والجسدية.
- يتوقع إفادة المعالجين والأطباء النفسيين القائمين على رعاية مرضى الشره العصبي من نتائج تطبيق العلاج المعرفي القائم على التعقل على مرضى الشره العصبي.
- يتوقع إفادة الباحثين في مجال التدخلات النفسية، وعلم نفس الصحة بتطبيق العلاج المعرفي القائم على التعقل في خفض أعراض أنواع أخرى من ذوي اضطرابات الأكل.

مفاهيم الدراسة:

- اضطراب الشره العصبي: يعرف بأنه اضطراب في الأكل تتداخل به فترات تناول الأكل والنظام الغذائي بشكل مختل. ويتضمن هذا الاضطراب محاولات التخلص من الطعام بعد تناول كميات كبيرة منه. وهذه المحاولات التي تستخدم لمنع زيادة الوزن، عادة ما تتمثل في القيء والصيام وممارسة الرياضة العنيفة أو تناول الملينات (Call et al., 2013; Bulut et al., 2017). ويعرف اضطراب الشره العصبي إجرائياً في هذه الدراسة بالدرجات التي يحصل عليها المريض على مقياس الشره العصبي المستخدم بالدراسة والمبني على محكات الـ DSM5.
- العلاج المعرفي القائم على التعقل: هو أحد أنواع علاجات الموجه الثالثة للعلاجات السلوكية، وينسب إلى كل من سيجال وآخرين (Segal et al., 2002)، وفيه يُجمع بين عناصر ممارسة التعقل والتقنيات المستمدة من العلاج المعرفي، ويركز العلاج المعرفي القائم على التعقل على مساعدة الأفراد على أن يصبحوا أكثر وعياً بالأفكار والمشاعر، ويرتبطوا بها من منظور أوسع ولا مركزي كـ "أحداث عقلية"، بدلاً من كونها جوانب من الذات أو انعكاسات للواقع (Teasdale et al., 2000)، كما يركز على مساعدة المشاركين على

الاستجابة للأحداث الخاصة بمرونة أكبر من خلال استراتيجيات التَّعَقُّل بدلاً من تعديلها أو إزالتها بشكل مباشر في حد ذاتها (Kishita et al., 2016). ويعرف العلاج المعرفي القائم على التَّعَقُّل إجرائياً في هذه الدراسة بأنه علاج نفسي يتضمن التدريب على مهارات العلاج المعرفي (مراقبة الذات، تحديد الأفكار التلقائية والعمل على تصحيحها)، وتدريبات لمهارات التَّعَقُّل (التنفس بتَّعَقُّل، فحص الجسم بتَّعَقُّل، الأكل بتَّعَقُّل، تَعَقُّل المشاعر). صممت لخفض أعراض اضطراب الشره العصبي، من خلال تدريب المرضى على (فحص ومراقبة الأفكار، التمييز بين الأفكار، استبدال الأفكار، التنفس بتَّعَقُّل، فحص الجسم بتَّعَقُّل، الأكل بتَّعَقُّل، تَعَقُّل المشاعر).

حدود الدراسة:

- الحدود الموضوعية: تناولت الدراسة المتغيرات التالية (العلاج المعرفي القائم على التَّعَقُّل، اضطراب الشره العصبي).
- الحدود الزمانية: طُبِق في الفصل الدراسي الثاني ١٤٤٢ هـ.
- الحدود المكانية: التطبيق بوحدة علم النفس العيادي -جامعة تبوك.
- الحدود البشرية: المرضى المشخصين طبيياً بالشره العصبي ومترددين على وحدة علم النفس العيادي.

الإطار النظري للمفاهيم:

- الشره العصبي:

تتعدد العوامل المسببة لحدوث الشره العصبي منها: العوامل الحيوية، والعوامل الأسرية والتعليمية، ونوعية الإدراكات الذاتية (Archer & Cash, 1985). أو بعد المرور بتجربة انفعالية سلبية شديدة أو غير سارة مثل التعرض للعنف، أو الرفض أو المشكلات، أو ضغوط الحياة (Muuss, 1998)، وهناك عوامل تؤثر على مآل الشره العصبي، وهي: العوامل البيولوجية (حدوث تشوهات بيولوجية مثل الخلل الهرموني/الطفرات الوراثية)، والعوامل النفسية (الاكتئاب، عدم الرضا عن صورة الجسد، تدني

الرضا عن الذات، صعوبة التعامل مع المشاعر)، وعوامل اجتماعية (الضغوط الاجتماعية، تأثير وسائل الإعلام التي يمكن أن تحفز على تناول الطعام بشراهة) (Ferrante et al., 2002).

وطبقا للإصدار الخامس للدليل التشخيصي الإحصائي DSM-5 الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي فإن الشره العصبي تتوافر فيه الأعراض التالية:

- نوبات شراهة متكررة عند تناول الطعام تظهر في أكل كمية من الطعام كبيرة مقارنة بما يأكله معظم الناس بالوقت والظروف نفسها.
- الشعور بعدم السيطرة على الأكل في أثناء نوبة الشراهة (الإحساس بأن الفرد لا يستطيع التوقف عن الأكل، أو السيطرة على الكمية المتناولة من الطعام).
- تصاحب نوبات شراهة الأكل ثلاثة سلوكيات أو أكثر من التالي: سرعة في الأكل أكثر بكثير من العادي، الأكل حتى امتلاء البطن والشعور بعدم الراحة، أكل كميات ضخمة من الطعام من دون وجود جوع، وتناول الطعام منفردا بسبب الحرج من كثرة الطعام المتناول، والشعور بتحقير الذات، والاكنتاب أو الإحساس بالذنب بعد المرور بنوبة الشراهة.
- إحباط ملحوظ تجاه سلوك شراهة الأكل.
- حدوث نوبات الشراهة على الأقل مرة أسبوعياً ولمدة (٣) أشهر.
- لا تصاحبه سلوكيات تعويضية مثل اضطراب النهيم العصبي (التقيؤ الإرادي، الرياضة العنيفة، تناول مليئات للأمعاء، إلخ) (American Psychiatric Association, 2013).

ويمكن للمرضى المصابين بالشره العصبي ترتيب جداول زمنية معقدة؛ لاستيعاب نوبات الإفراط في الأكل وتفريغ المعدة، وغالبًا ما تكون مصحوبة بزيارات متكررة إلى الحمام. بالإضافة إلى الإفراط في ممارسة الرياضة، وهناك طرق أخرى للتحكم في الوزن تشمل تناول المليئات أو

مدرات البول، ويمكن أن يساهم القيء الذاتي المتكرر في التهاب الغدة النكفية أو تلون الأسنان أو تآكل المينا أو بقع خشنة من الجلد باليدين (Harrington et al., 2015).

كما يُنظر إلى الإفراط في تناول الطعام على أنه إحدى آليات المواجهة المختلفة^(١)، التي يميل المفرطون في تناول الطعام إلى استخدامها عند مواجهة انفعالات سلبية وللهرب من هذه الانفعالات (Baer et al., 2005). كما تنتشر لدى المفرطين في تناول الطعام صورة الجسم السلبية^(٢)، التي تسبب مشاعر الإحساس بالعار والنقد الذاتي، وعضا عن تلك المشاعر السلبية فمن الأفضل شرح أعراض الاضطراب (Pinto-Gouveia et al., 2019). لذا يعد اضطراب الشره العصبي من الأمراض التي تتطلب إدارة ذاتية، وتنظيم للانفعالات (Dreyfuss et al., 2017)

العلاج المعرفي القائم على التعلُّل واضطرابات الأكل:

يعد العلاج المعرفي القائم على التعلُّل علاجاً جماعياً يجمع بين عناصر العلاج المعرفي السلوكي، وتدريب التعلُّل لتمكين المرضى من التعامل مع أعراض مثل التوتر أو الألم أو المشاعر المعقدة (Tickell et al., 2020). كما يستخدم التأملات^(٣) وتدريبات الوعي لتعليم المرضى ملاحظة المشاعر الداخلية، مثل الشعور بالرضا أو التعامل مع المشاعر الصعبة بشكل أكثر فعالية (Courbasson et al., 2010). وطوِّرَ هذا العلاج من قبل المعالجين Zindel Segal و Mark Williams و John Teasdale، الذين سعوا للبناء على العلاج المعرفي، بسبب ملاحظتهم أنه من خلال دمج العلاج المعرفي مع برنامج طوِّرَ في عام ١٩٧٩ بواسطة جون كابات زين Jon Kabat-Zinn يسمى الحد من التوتر القائم على اليقظة^(٤)، يمكن أن يكون العلاج أكثر فعالية. (Mackenzie & Kocovski, 2016).

(1)Dysfunctional Coping Mechanisms

(2)Negative Body Image

(3)Meditations

(4)Mindfulness-based Stress Reduction

يعرف برون وريان التَّعَقُّلُ^(١) (Brown and Ryan (2007,P.823) بأنه "الانتباه الواعي الموضوعي في اللحظة الراهنة"، بينما يعرفه كابات -زين Kabat-Zinn (1994,P.4) بأنه "الانتباه بطريقة معينة ومقصودة في اللحظة الراهنة وعدم إصدار أحكام". في حين يراه أبستن (1999) Epstein بأنه القدرة على الحضور بطريقة غير تقييمية للعمليات الجسدية والعقلية للفرد في أثناء المهام اليومية العادية. ويمثل "التَّعَقُّلُ" سمة متأصلة، لكنها قابلة للتعديل، إذ يتمتع جميع الأشخاص بقدرات متفاوتة للحضور والإدراك لما يحدث في الوقت الحاضر (Brown & Ryan,2007)، ويضيف هاسيد (2016) Hassed أن التَّعَقُّلُ مهارة عامة لمجموعة واسعة من التطبيقات ذات الصلة بالتعليم. وتشمل هذه التطبيقات تعزيز الصحة النفسية، والتواصل والمواجهة والنمو الانفعالي، وتحسين الصحة البدنية والتعلم والأداء.

ويرى هاسكر (2010) Hasker أن التَّعَقُّلُ يتكون من جانبين رئيسيين هما: التنظيم الذاتي للانتباه Self- Regulation باللحظة الراهنة، والانفتاح والاستعداد والوعي بالتجارب باللحظة الراهنة. وتؤكد مايا ديور Duerr (2008) وشاييرو وآخرون (2005) Shapiro et al. وكوهين كاتز Cohen- (2005) أن التَّعَقُّلُ يتميز بفوائد فسيولوجية (خفض الألم المزمن، وتنشيط الوظيفة المناعية، وتحسين جودة النوم)، وفوائد نفسية (خفض الضغوط والاحترق والقلق والاكتئاب والمخاوف المرضية وتحسين الانتباه والذاكرة والشفقة والمواجهة^(٢) والشفقة بالذات^(٣)). وتؤكد التدخلات القائمة على التَّعَقُّلُ على الممارسة الرسمية للتأمل المتعقل لتعزيز مهارات الانتباه ولتطوير اتجاه غير تقييمي (لا يتضمن أحكاماً) وذو شفقة بالذات، وطور هذا النوع من العلاج بناءً على مبادئ التأمل المعرفي التي تؤدي إلى تقليل الأعراض لمجموعات مرضية مختلفة (Chiesa & Serretti, 2011)، واستعين بالتدخلات القائمة على التَّعَقُّلُ لتكون مكملة للعلاج المعرفي وتستهدف بشكل

(1)Mindfulness

(2)Empathy

(3)Self-compassion

فعال الأعراض المتبقية بعد التعرض للعلاج المعرفي (Key et al., 2017). يساعد العلاج المعرفي القائم على التعلُّل الأفراد في تعلم كيفية الانتباه لشعورهم وإحساسهم بالواقع من حولهم، ورؤية أنفسهم بوصفهم كيانات منفصلة عن أفكارهم وانفعالاتهم، بمعنى أن أفكارهم وانفعالاتهم التي تعتر بهم ليست بالضرورة حقائق دائمة تختزل هويتهم، بل حالات مؤقتة ينبغي وعيها وتجاوزها دون حكم سلبي من الفرد أو نقد للذات. وبذلك يتيح للفرد التحرر من أنماط التفكير السلبية المتكررة وتلمس بديلاً عنها أفكاراً إيجابية، ويُطبق برنامج العلاج المعرفي القائم على التعلُّل بوصفه برنامج علاجي جماعي أسبوعي على مدار (٨) أسابيع، وبمعدل جلسة واحدة أسبوعياً، وتستغرق الجلسة مدة ساعتين تنتهي بواجبات منزلية يكلف بها المرضى ولمدة (٤٥) دقيقة خلال أيام الأسبوع. وقد يتضمن العلاج المعرفي القائم على التعلُّل أنشطة وتدريباً مثل الاستماع إلى التسجيلات وممارسة التأمل القائم على التعلُّل، إضافة إلى تدريبات التنفس فيما يعرف باسم "حيز أو مساحة التنفس"، واستخدامها هذه التدريبات بصورة منتظمة بحياتهم اليومية (Good Therapy, 2018).

وأستخدم العلاج المعرفي القائم على التعلُّل لعلاج بعض أنواع اضطرابات الأكل، ووُضح الأساس المنطقي له من خلال نموذج عدم تنظيم الانفعال الموضح بدراسة مونيل وآخرين (Monell et al. 2015) التي أكدت أن الذين يعانون من الإفراط في تناول الطعام لديهم قدرة منخفضة على وصف وتحديد الانفعالات، ويميلون إلى استخدام استراتيجيات عدم تنظيم الانفعال أكثر من غيرهم. وتناولت دراسة بينتو جوفيا وآخرين (Pinto-Gouveia et al. 2019) برنامج تدخل جمعي لاضطراب الإفراط في تناول الطعام^(١) واعتمدت الدراسة على المنهج التجريبي، وتناولت عينة من النساء

(١) (Binge eating disorder (BED) يختلف اضطراب الإفراط في تناول الطعام (BED) عن اضطراب الشره العصبي (BN) في عدم وجود سلوكيات تعويضية للتخلص من الطعام كالقيء المتعمد والصيام وممارسة التمارين الرياضية العنيفة ومعظم المصابين به يعانون من زيادة الوزن والسمنة (Weissman et al., 2001)

ذوات الوزن الزائد والسمنة اللائي يعانين من اضطراب الإفراط في تناول الطعام بلغ عددهن (٣١) مريضة، طبق عليهن مقاييس نفسية متكررة لتحليل التباين. وتكون العلاج المعرفي القائم على التعقل الجمعي من (١٢) جلسة استخدم فيها فنيات التعليم النفسي والتعقل والشفقة والأفعال القائمة على القيم. وخلصت أهم نتائج الدراسة إلى انخفاض في الإفراط في تناول الطعام وتناول الأكل المرضي بعد تطبيق البرنامج، انخفاض المشاركين في الإفراط في تناول الطعام، والأكل النفسي المرضي، والشعور بالخجل، والنقد الذاتي، وعدم المرونة النفسية، وزيادة الشفقة مع الذات والمشاركة في الأفعال المبنية على القيم والاندماج المعرفي لصورة الجسم. كما أظهرت نتائج قياسات المتابعة بعد انتهاء تطبيق البرنامج الجمعي بـ ٣ و ٦ أشهر الحفاظ على نتائج البرنامج لدى العينة. وأجرت نينا بيريك Pierick (2021) دراسة مرجعية فحصاً للأدبيات التي تناولت العلاج المعرفي القائم على التعقل واضطراب الإفراط في تناول الطعام، واعتمدت الدراسة على فحص الدراسات بعناية عبر المواقع التالية Scopus و Web of Science و PubMed و Google Scholar، واتباع إرشادات PRISMA، وما بها من معلومات وبيانات تجريبية تناولت العلاج المعرفي القائم على التعقل بوصفه نهجاً علاجياً للعينات العيادية أو شبه العيادية، وتضمن الفحص مراجعة (١٠) دراسات. وتوصلت أهم النتائج إلى أن العلاج المعرفي القائم على التعقل طريقة واعدة لعلاج اضطراب الأكل القهري. تضمنت الدراسات العشر دراسة تجريبية وباستخدام العشوائية ومجموعة ضابطة، ودراسة استخدمت منهج الحالة الواحدة، وثمانية دراسات نموذجية استخدمت عينات صغيرة. وكانت الآليات الأساسية المستهدفة لاضطراب الإفراط في تناول الطعام هي مستويات الوعي والتعقل والشعور بفقدان السيطرة، ويمكن تحسين هذه بمساعدة العلاج المعرفي القائم على التعقل. علاوة على ذلك، انخفضت درجات الاكتئاب لدى المرضى، كما أظهرت النتائج ثباتها من خلال قياسات المتابعة، وتحسن في درجة الاكتئاب. والمثير للدهشة أن المشاركين لم

يتمكنوا من فقدان الوزن كما هو متوقع من خلال اتباع نهج العلاج المعرفي القائم على التّعقل. أظهرت كذلك إحدى الدراسات التي قارنت مباشرة بين العلاج المعرفي القائم على التّعقل والعلاج المعرفي السلوكي، أن العلاج المعرفي القائم على التّعقل كان أكثر فعالية في علاج اضطراب الإفراط في تناول الطعام.

الدراسات السابقة التي تناولت العلاج المعرفي القائم على التّعقل واضطراب الشره العصبي.

هدفت دراسة سالا وآخرين (Sala et al. (2021 إلى التحقق من أثر العلاج المعرفي القائم على التّعقل بوصفه نهجًا تكميليًا لمرضى الشره العصبي، ومرضى الإفراط في تناول الطعام لتقليل العبء المعرفي للكلمات المتعلقة بشكل الجسم والوزن والطعام؛ إذ يمكن أن تشكل عاملاً وسيطاً يفسر فعاليتها العالمية، واعتمدت الدراسة على المنهج التجريبي إذ شارك في الدراسة (٨٨) رجلاً وامرأة خضعوا للتقييم قبل تطبيق البرنامج الذي استغرق (٨) أسابيع من العلاج المعرفي القائم على التّعقل، وطبق عليهم مقياس تقييم مهارات التّعقل واستخبار الأكل ثلاثي العوامل^(١)، كما قُيِّمت الاضطرابات المصاحبة (بك للاكتئاب، ومقياس سمة وحالة القلق)، وتقييم العبء المعرفي للكلمات من خلال نسخة معدلة من اختبار ستروب لتسمية الألوان. وخلصت أهم نتائج الدراسة إلى تحسن مهارات التّعقل بعد التعرض للبرنامج وتحسن سلوكيات الأكل مصحوباً بانخفاض في الاكتئاب والقلق وتحسن في الأداء على مقياس ستروب.

وهدف دراسة ادريان جوراسايو (Juarascio et al. (2021 إلى التحقق من أثر العلاج القائم على التقبُّل والتّعقل^(٢) مقارنةً بالعلاج المعرفي السلوكي التقليدي لمرضى الشره العصبي، واعتمدت الدراسة على المنهج التجريبي؛ إذ خضع (٤٤) مريضاً ومريضة بالشره العصبي مترددين على

(1)Three Factor Eating Questionnaire (TFEQ)

(2)Mindfulness- and acceptance-based treatments (MABTs)

العيادات الخارجية لقياس نوبات الأكل بنهم وشدة الشره العصبي وأعراض الاكتئاب ونوعية الحياة الوعي الانفعالي وتحمل الكرب، واتخاذ القرارات القائمة على القيم، وطبق عليهم ٢٠ جلسة علاجية سواء للعلاج المعرفي السلوكي أم العلاج القائم على التَّعَبُّل والتَّعَقُّل. وأظهرت النتائج أن الفروق بين العلاج القائم على التَّعَبُّل -التَّعَقُّل والعلاج المعرفي السلوكي صغيرة جدًا. كما أظهر العلاجان كلاهما تغييرات ملحوظة، وتحسن في الأعراض لدى المرضى، لذا أوصت الدراسة بمزيد من الأبحاث لتقييم فعالية العلاج القائم على التَّعَبُّل -التَّعَقُّل.

التعليق على الدراسات السابقة:

توصلت نتائج دراسة سالا وآخرين (Sala et al. (2021 إلى أن العلاج المعرفي القائم على التَّعَقُّل أدى إلى تحسن سلوكيات الأكل والأداء (Sala et al. (2021، وتوصلت نتائج دراسة ادريان جوراسايو (Juarascio et al. (2021 إلى أن العلاج المعرفي القائم على التَّعَقُّل أدى إلى تحسن في الأعراض لدى مرضى الشره العصبي. واستخدمت الدراستان المنهج التجريبي، واعتمدت على عينات من مرضى الشره العصبي من الجنسين واستخدمت أدوات تشخيصية للشره العصبي (Sala et al., 2021; Juarascio et al., 2021).

يتضح مما سبق ندرة الدراسات العربية والأجنبية في تناول العلاج المعرفي القائم على التَّعَقُّل لخفض أعراض الشره العصبي خصوصاً لدى المنتكسين، وقد أفاد الباحث من الدراستين السابقتين في التصميم البحثي، واختيار الأدوات، وتطبيق العلاج المعرفي القائم على التَّعَقُّل.

فروض الدراسة:

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في أعراض الشره العصبي بين وسيط رتب المجموعة التجريبية، والضابطة بعد تطبيق العلاج المعرفي القائم على التَّعَقُّل في اتجاه (الصالح) المجموعة الضابطة.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في أعراض الشره العصبي بين وسيط

رتب المجموعة التجريبية قبل تطبيق العلاج المعرفي القائم على التعلُّق وبعده في اتجاه القياس قبل تطبيق العلاج.

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في أعراض الشره العصبي بين وسيط رتب المجموعة التجريبية لقياسات المتابعة (بعد تطبيق العلاج المعرفي القائم على التعلُّق، بعد ٣ شهور، بعد ٦ شهور).

- منهج الدراسة وإجراءاتها:

- منهج الدراسة:

اعتمدت الدراسة على المنهج شبه التجريبي؛ إذ إن المتغير المستقل هو العلاج المعرفي القائم على التعلُّق، والمتغير التابع هو أعراض الشره العصبي، والمتغيرات الدخيلة هي أي متغيرات لها تأثير على المتغير التابع، وليست محط الدراسة. وتحوَّط الباحث لعزل أثرها عن المتغير التابع، واستخدم مجموعتين تجريبية وضابطة متكافئتين للتحقق من فعالية العلاج المعرفي القائم على التعلُّق في خفض أعراض الشره العصبي.

- التصميم التجريبي:

اعتمدت الدراسة على تصميم المجموعتين التجريبية والضابطة وبقياسات متكررة يوضحها الجدول التالي:

جدول (١) التصميم التجريبي المستخدم بالدراسة

| نوع القياس | | | | |
|------------|---------------|---------------|-------------------|-------------------|
| المجموعة | القياس القبلي | القياس البعدي | القياس بعد ٣ أشهر | القياس بعد ٦ أشهر |
| التجريبية | √ | √ | √ | √ |
| الضابطة | √ | √ | X | X |

ويتضح من الجدول السابق أن المجموعة التجريبية ستعرض للعلاج المعرفي القائم على التعلُّق، ولن تتعرض له المجموعة الضابطة، بينما ستعرض المجموعتان للقياس القبلي والبعدي، وستعرض فقط المجموعة التجريبية لقياس المتابعة (بعد ٣ أشهر، وبعد ٦ أشهر).

- مجتمع الدراسة:

جميع المرضى الذكور المترددين على وحدة علم النفس العيادي بجامعة تبوك، وتتوافر المحكات التشخيصية لاضطراب الشره العصبي وفقاً للدليل التشخيصي الخامس DSM5 وتم علاجهم طبياً بالمستشفى (على الأقل مرة واحدة خلال آخر ٦ شهور) وانتكسوا.

عينة الدراسة:

طُبِقَ مقياس الشره العصبي على عدد كبير من المترددين على وحدة علم النفس العيادي، وأُختيرت عينة الدراسة بطريقة قصدية حيث يشترط وجود تشخيص سابق بالشره العصبي ودخول المستشفى للعلاج مرة على الأقل خلال آخر (٦) أشهر، ذكور، متعلمين، ولم يسبق تلقيهم العلاج النفسي، وترتفع درجاتهم على مقياس الشره العصبي، وموافقين على الاشتراك في العلاج الجمعي موافقة طوعية ووفق بروتوكول العلاج بعد شرح أهداف الدراسة والبروتوكول العيادي وإجراءات الحفاظ على هوية البيانات قبل التوقيع على استمارة الموافقة المستنيرة. ولم يتلق المشاركون أي شكل من أشكال المقابل المالي أو المكافآت نظير المشاركة بالدراسة، وبلغ عدد عينة الدراسة (١٤) مريضاً، ووُزِعُوا عشوائياً (باستخدام توزيع الأرقام الزوجية والفردية)، لضمان التكافؤ على مجموعتين (٧) مرضى للمجموعة التجريبية، و(٧) مرضى للمجموعة الضابطة. وللتحقق من تكافؤ المجموعتين الضابطة والتجريبية في الشره العصبي اتضحت النتائج في الجدول التالي:

جدول (٢) الفروق في مقياس الشره العصبي بين المجموعتين التجريبية والضابطة للقياس القبلي باستخدام اختبار مان- ويتني

| المجموعة | حجم العينة | وسيط الرتب | مجموع الرتب | قيمة (U) | مستوى الدلالة |
|-----------|------------|------------|-------------|----------|---------------|
| التجريبية | ٧ | ٨.٣٦ | ٥٨.٥٢ | ١٨.٥٠ | ٠.٤٤٢ |
| الضابطة | ٧ | ٦.٦٤ | ٤٦.٤٨ | | |

يتضح من نتائج الجدول (٢) السابق عدم وجود فروق في الشرح العصبي بين وسيط رتب المجموعتين التجريبية والضابطة للقياس القبلي؛ إذ إنَّ قيمة (U=18.50)، وهي قيمة غير دالة إحصائيًا عند مستوى الدلالة (٠.٠٥). وللتحقق من تكافؤ المجموعتين في العمر اتضحت النتائج في الجدول التالي:

جدول (٣) المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لأعمار المجموعتين التجريبية والضابطة

| المجموعة | المتوسط | الانحراف المعياري |
|-----------|---------|-------------------|
| الضابطة | ٢٠.٩٤ | ١.٢٩ |
| التجريبية | ٢٠.٣٧ | ١.٣٥ |
| الكل | ٢٠.٦٦ | ١.٣٠ |

يتضح من نتائج الجدول (٣) أن المتوسط الحسابي والانحراف المعياري للعمر بلغ (٢٠.٦٦±١.٣٠) لعينة الدراسة بشكل كلي، وللتحقق من الفروق في العمر بين المجموعتين التجريبية والضابطة أُجْرِيَ التالي:

جدول (٤) الفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة في العمر باستخدام اختبار مان- ويتني

| المجموعة | حجم العينة | وسيط الرتب | مجموع الرتب | قيمة (U) | مستوى الدلالة |
|-----------|------------|------------|-------------|----------|---------------|
| التجريبية | ٧ | ٦.٥٧ | ٥٥.٩٩ | ٣١ | ٠.٤٠٦ |
| الضابطة | ٧ | ٨.٤٣ | ٥٩.٠١ | | |

ويتضح من جدول (٤) السابق عدم وجود فروق في العمر بين وسيط الرتب للمجموعتين التجريبية والضابطة؛ إذ إنَّ قيمة (U=٣١)، وهي قيمة غير دالة إحصائيًا عند مستوى الدلالة (٠.٠٥).

- أدوات الدراسة:

- مقياس الشره العصبي (الشريفيين وبحر، ٢٠٢٠):

فحص الباحث المقاييس الحديثة لاضطراب الشره العصبي المبنية على محكات الـ DSM-5 ومنها مقياس أحمد (٢٠٢١)، الذي استخدم في البيئة المصرية، ولكنه تجاهل المحك الخامس، أما مقياس الشريفيين وبحر (٢٠٢١) الذي استخدم في البيئة الأردنية فبنى المحكات الخمس التشخيصية، وتكون بصورته النهائية من (١٧) بنداً، ومحددات الاستجابة للمحكات الأربع هي: (دائمًا، غالبًا، أحيانًا، نادراً، أبداً)، وجميع البنود تصحح بـ (١، ٢، ٣، ٤، ٥) عدا البند رقم (٥) فهو بند عكسي. أما المحك الخامس فبنوده (٣) أسئلة تعكس المحك الخامس للتشخيص. ومن تمَّ يحسب الوسط الحسابي للمحكات الأربع، وتكون درجة المبحوث للتشخيص بالمحكات الأربع الأولى (من ٥٠ درجة فأعلى، إلى أقل من ٨٥) درجة، أما المحك الخامس فيقدر في ضوء محددات الإجابة عن الثلاث أسئلة. وقد استخدم المقياس رغم حداثته في العديد من الدراسات العربية منها دراسة بكر وآخرين (٢٠٢١). وقد أضاف الباحث في البيانات الشخصية سؤالاً متعلقاً بكم مرة أقام في المستشفى للعلاج من الشره العصبي، إذ إن عينة الدراسة من مواصفاتها مرضى الشره العصبي المنتكسين.

- إجراءات التحقق من الشروط السيكومترية للمقياس:

- صدق الظاهري /المحكمين:

عُرض المقياس على متخصصين عددهم (٧) بواقع (٤) بعلم النفس العيادي و(٣) بالطب النفسي؛ لبيان مدى وضوح فقرات المقياس وصياغتها اللغوية، وملائمتها لعينة الدراسة الحالية، ومناسبتها للمحك الفرعي والمقياس الكلي، ولقياس مدى الاتفاق على صلاحية الفقرات، وأُعدت الفقرات التي حصلت على نسبة اتفاق تقدر بـ ٨٥.٧% من المحكمين، وهي نسبة اتفاق مرتفعة، وبذلك اتفق على البنود والمحكات الأربعة الرئيسية وكذلك أسئلة المحك الخامس، وتمخضت عملية التحكيم عن حذف بعض البنود أو تغيير صياغتها، موضحة بالجدول التالي:

جدول (٥) نتائج تحكيم بنود مقياس الشره العصبي

| رقم المحك | رقم البند | البند قبل التعديل | البند قبل التعديل | البند المحذوفة والسبب |
|-----------|-----------|---|--|--|
| ١ | ١ | أتناول مقدارًا كبيرًا من الطعام أكثر مما يأكله الآخرون في الوجبة الواحدة | أتناول بالوجبة الواحدة كمية كبيرة من الطعام أكثر من الآخرين. | |
| ١ | ٢ | أتناول عدة وجبات من الطعام خلال فترة قصيرة من الوقت أكثر مما يتناوله الآخرون. | أتناول عدة وجبات من الطعام خلال وقت قصير أكثر من الآخرين. | |
| ١ | ٣ | أتناول الطعام بشراهة في الظروف والأوقات العادية. | أتناول الطعام بكثرة في الظروف العادية. | |
| ١ | ٥ | أستطيع الاستغناء عن الطعام الذي أرغب به وأتناول طعامًا أكثر صحة. | أستغني عن الطعام الذي أفضله وأتناول الأفضل صحيا | |
| ٢ | ٩ | أتناول الطعام خفية حتى لا أشعر بالحرج من كمية الطعام التي أتناولها. | أتناول الطعام منفردا حتى لا أخرج من كمية الطعام التي أتناولها. | |
| ٢ | ١٠ | | | بعد تناول كمية كبيرة من الطعام أكره نفسي وألومها. (مكرر بالبند رقم ١١) |
| ٢ | ١٤ | أقوم بتمارين قاسية جدًا لخفص وزني أو المحافظة عليه. | أمارس تمارين شاقة جدًا لخفص وزني أو المحافظة عليه. | |
| ٢ | ١٦ | ألجأ إلى الصوم (أو عدم تناول الطعام لوجبتين متتاليتين) بوصفه عقابًا على تناول كمية كبيرة من الطعام. | ألجأ إلى الصوم أو الحمية الغذائية لمواجهة تناولي كمية كبيرة من الطعام. | |

ونتيجة للتحكيم أصبح المقياس يتكون من (١٦) بندًا وتكون درجة المبحوث للتشخيص بالمحكات الأربع الأولى (من ٤٥ درجة فأعلى، إلى أقل من ٨٠ درجة)، أما المحك الخامس فلا تعديل على الثلاث أسئلة.

- الصدق التمييزي:

للتحقق من الصدق التمييزي لمقياس الشره العصبي لعينتين أصحاء، ومرضى شره عصبي أُسْتُخِدِمَ اختبار مان ويتي؛ لإيجاد الفروق في وسيط الرتب بين درجة المقياس للأصحاء، ومرضى الشره العصبي وظهرت النتيجة في الجدول التالي:

جدول (٦) الفروق في مقياس الشره العصبي بين الأصحاء ومرضى الشره العصبي المنتكسين باستخدام اختبار مان- ويتي

| المجموعة | حجم العينة | وسيط الرتب | مجموع الرتب | قيمة (U) | مستوى الدلالة |
|---------------|------------|------------|-------------|----------|---------------|
| الأصحاء | ١٤ | ٧.٥٠ | ١٠٥ | ١٩٦ | ٠.٠٠٠٠ |
| مرضى شره عصبي | ١٤ | ٢١.٥٠ | ١٥٠.٥٠ | | |

ويتضح من الجدول (٦) السابق وجود فروق في مقياس الشره العصبي بين وسيط الرتب للأصحاء ومرضى شره عصبي؛ إذ إنَّ قيمة (U=١٦٩) وهي قيمة دالة إحصائيًا عند مستوى الدلالة (٠.٠٠٥). والفروق في اتجاه مرضى الشره العصبي المنتكسين فقيمة متوسط الرتب بلغت (٢١.٥٠).

- صدق الارتباط بمحك (الدسوقي، ٢٠٠١):

وللتحقق من صدق الارتباط بمحك حُسِبَ معامل ارتباط بيرسون بين درجة مقياس الشره العصبي المستخدم بالدراسة ومقياس الشره العصبي

(الدسوقي، ٢٠٠١) على عينة استطلاعية بلغ عددها (٢٠) مريضاً شره عصبي، وظهرت النتيجة في التالي:

جدول (٧) معامل ارتباط مقياس الشره العصبي المستخدم بالدراسة ومقياس الشره العصبي (الدسوقي، ٢٠٠١)

| | |
|--------------------------------------|------------------------------------|
| معامل الارتباط | مقياس الشره العصبي (الدسوقي، ٢٠٠١) |
| مقياس الشره العصبي المستخدم بالدراسة | **٠.٩٢٧ |

يتضح من جدول (٧) السابق أن معامل الارتباط دال إحصائياً عند مستوى ٠.٠٠١.

- الثبات:

حُسيب الثبات بطريقة إعادة الاختبار بمعامل ارتباط بيرسون بين درجة المقياس للتطبيق الأول، وإعادة التطبيق بعد أسبوعين على عينة استطلاعية بلغ عددها (٢٠) مريضاً شره عصبي، وظهرت النتيجة كالتالي:

جدول (٨) معامل ارتباط مقياس الشره العصبي

| | |
|----------------|----------------------------|
| معامل الارتباط | التطبيق الثاني بعد أسبوعين |
| التطبيق الأول | **٠.٩٩٦ |

يتضح من نتائج جدول (٨) السابق أن معامل الارتباط بين التطبيقين دال إحصائياً عند مستوى ٠.٠٠١.

العلاج المعرفي القائم على التَّعَقُّل:

يهدف العلاج المعرفي القائم على التَّعَقُّل إلى تعليم المرضى من أن يصبحوا أكثر وعياً بأفكارهم ومشاعرهم وأحاسيسهم الجسدية، والارتباط بها بشكل مختلف، على سبيل المثال يُشجع المرضى على الارتباط بالأفكار والانفعالات بوصفها أحداثاً عابرة في العقل بدلاً من التماهي معها، أو التعامل معها على

أنها تمثيلات دقيقة للواقع. كذلك يعلم العلاج المعرفي القائم على التعقل المهارات التي تسمح للأفراد بالتخلي عن الروتين المعرفي المعتاد (التلقائي) المختل، ولا سيما أنماط التفكير الاجتراري المرتبطة بمخاطر الانتكاس في المستقبل (Williams et al., 2008).

وخلال العلاج المعرفي القائم على التعقل بجانب الرعاية المعتادة يشارك المرضى في الجلسات الأسبوعية على مدار (٩) أسابيع، وبمعدل جلسة واحدة كل أسبوع، ومضاف إليهم جلستين للمتابعة بعد (٣، ٦) أشهر من انتهاء العلاج، وتتراوح مدة الجلسة الواحدة من ٩٠-١٢٠ دقيقة. وأجريت الجلسات بواسطة الباحث الذي يمتلك ١٠٠٠ ساعة تدريب عيادي منها ممارسة العلاج المعرفي القائم على التعقل تحت الإشراف بوحدة علم النفس العيادي بالإضافة إلى دورات متخصصة في العلاج المعرفي-السلوكي والتعقل بجمعية المعالجين النفسيين المصرية ورانم، ومركز البحوث النفسية بجامعة القاهرة وجمعية العلاج المعرفي السلوكي.

وأفاد الباحث في إعدادة وتطبيقه للعلاج المعرفي القائم على التعقل من الاطلاع على دراسة سيجال وآخرين (Segal et al.) 2002، وأحمد (٢٠١٢)، وبركات (٢٠١٤)، ويحيى (٢٠٢٠)، وخطاطبة (٢٠٢١)، والسيد (٢٠٢١). وأستخدم فنيات ونماذج تدريبية معرفية مختلفة إذ ركزت المرحلة الأولى بالجلسات من ١ إلى ٤ على العلاج المعرفي وفنياته (مراقبة الذات، تحديد الأفكار التلقائية والعمل على تصحيحها)، بينما ركزت الجلسات من ٥ إلى ٨ على التعقل وفنياته الأربع (التنفس بتعقل، فحص الجسم بتعقل، الأكل بتعقل، تعقل المشاعر) وفي التالي شرح للفنيات المستخدمة.

- المراقبة الذاتية^(١): إذ يلاحظ المريض ويسجل ما يقوم به وفق نموذج المراقبة الذاتية، وقد استخدمها الباحث لتدريب مريض الشره العصبي على

(1) Self-monitoring

مراقبة ذاته (أفكاره، انفعالاته، سلوكه) في مواقف الجوع وتناول الطعام أو الشبع.

- تحديد الأفكار التلقائية والعمل على تصحيحها^(١): وفيها يُدرب المريض على فحص الأفكار والتمييز بين الأفكار السلبية والإيجابية ومناقشة الأدلة واكتشاف المعتقد غير العقلاني الكامن خلف الأفكار التلقائية السلبية واستبدالها بأفكار إيجابية بناءً على أدلة تؤدي إلى نتائج حسنة، ويُدرب المريض على نموذج سجل الأفكار السباعي.

- التنفس بتعقل^(٢): التنفس بتعقل هو ممارسة بسيطة متاحة للجميع ممارستها المنتظمة تحقق فوائد مثل: تقليل التوتر، وزيادة الهدوء والوضوح والوعي الذاتي والإحساس بالسيطرة، فضلاً عن تعزيز السعادة، والسلام والصفود في المواقف العصيبة، ويرتبط بالتنفس بالتعقل ارتباطاً وثيقاً بتمارين التنفس العميق، وهو يأخذ خطوة إلى الأمام ويربط بين فوائد التنفس العميق وعملية وتقنيات التعقل. (Joyce, 2018; Kar et al., 2014)، وتتضمن تقنيات اقتران اليقظة والتنفس، تنمية الوعي بتجربتك في اللحظة الحالية، والعيش في كل لحظة على أكمل وجه ممكن. ومن وجهة نظر عملية يعد التنفس قوة الحياة. فعندما نستنشق، فإنه يجلب الأكسجين إلى الخلايا، وعندما نزفر نطلق النفايات على شكل ثاني أكسيد الكربون، وتؤثر أنواع التنفس المختلفة على أجسامنا بشكل مختلف؛ على سبيل المثال، التنفس المنتظم يوازن الجهاز العصبي. ولنتذكر أن الهدف الأساسي من التنفس بتعقل هو الهدف الأساسي من هذا التأمل هو وصف التنفس بتعقل بأنه مجرد وعي هادئ، ولا يتضمن إصدار أحكام، مما يسمح للأفكار والمشاعر بالظهور والذهاب دون الوقوع في فخها. (Amalie, 2022)

(1) Identifying automatic thoughts

(2) Mindful-Breathing

- فحص الجسم بتعقل^(١): هو تأمل واعي مفتوح يساعد في توسيع وعي العقل بالجسم، والتخلص من التوتر وتهدة العقل، وهو فنية تأمل فعالة بشكل خاص لتقوية التركيز والانتباه وتهدة التنفس، كما أن فحص الجسم يركز الوعي بأحاسيس الجسم من خلال جعل المشاركين يركزون تركيزهم من الرأس إلى أخمص القدمين، ويلاحظون الأحاسيس داخل أجسادهم وتساعدهم على الشعور بمزيد من الارتباط مع الجسم، ويوفر لنا فنية فحص الجسم فرصة لتجربة أجسامنا كما هي، دون الحكم عليها أو محاولة تغييرها. إنها تسمح لنا بملاحظة وإخراج أي مصادر توتر لم نكن على علم بها من قبل، مثل أكتاف مرتفعة أو عضلات الفك المشدودة، كما تسمح لنا فنية فحص الجسم بممارسة التنظيم الذاتي حتى نتمكن من القيام بقرارات تستند إلى القيم بدلاً من الاستجابة للانفعالات والقرارات السابقة التي ربما لم نخدمنا. وتساعد عمليات فحص الجسم أيضاً على تنمية تقبلنا لأجسامنا، ما يساعد في أشياء مثل التخلص من الانزعاج وصورة الجسم السلبية والقلق بشأن الألم والمرض. (Yalim, 2018; Burk, 2014; Baltzell& Summers, 2017;) (Khazan, 2019).

- الأكل بتعقل^(٢): مهارة حياتية سهلة التعلم يمكن أن تفقد الناس إلى التمتع بعلاقة مشبعة وصحية وممتعة مع الطعام، وتساعدهم على التحرر من "قواعد الطعام" والبدء في التمتع بممارسات الأكل الصحية والمرنة والمريحة. الأكل بتعقل ليس حمية غذائية. الأكل بتعقل يتعلق بالطريقة التي نأكل بها، وليس بما نأكله؛ فكونك متعقلاً يعني تركيز انتباهك ووعيك على اللحظة الحالية للمساعدة في الانفصال عن العادات والسلوكيات المعتادة والضارة في أثناء الأكل. والأكل بتعقل هو ببساطة عكس الأكل العشوائي إذ يستخدم نهج يساعد في تغيير الطريقة التي نستجيب بها للطعام جسدياً وانفعالياً. ويتضمن تبني

(1) Mindful Body Scan

(2) Mindful-eating

الأكل بتعقل ما يلي:

- الوعي بالفرص التغذوية الإيجابية لتحضير الطعام واستهلاكه. واختيار تناول الطعام على الذي يشبع الجسم ويغذيه واستخدام الحواس لاستكشافه

- التآني والتذوق والاعتراف وقبول الاستجابات للطعام دون إصدار حكم.
- الحذر من الجوع الجسدي، وإشارات الشبع لتوجيه القرارات لبدء الأكل ووقفه، وتحديد المحفزات الشخصية للأكل العشوائي سواء أكان انفعالات أم ضغوط اجتماعية أو أطعمة معينة.

كذلك من خطوات للأكل بتعقل التالي: (اجلس ولا تأكل وأنت واقف، تناول الطعام ببطء، تذوق الطعام بتأمل، اجعل الطعام الصحي في متناول يدك، ابتسم في أثناء تناول الطعام) (Eating Disorders Victoria, 2014; Albers, 2016)

-تعقل المشاعر^(١): وفيه يتعلم الفرد أن يرى مشاعره ويختبرها بشكل مباشر وبوضوح، ولا توجد عاطفة غير مناسبة في مجال ممارسة التعقل. ولا عواطف يتم تجنبها، أو التركيز على بعض أنواع العواطف دون غيرها. مع التعقل نحن نسمح للعواطف في الظهور عند وجودها، دون التعقيدات الإضافية لحكم مسبق، أو التفضيلات، أو النفور، أو الرغبات، أو التشبث، أو المقاومة، أو ردود الفعل الأخرى. ببساطة ترك المشاعر وحدها؟ وبمجرد رؤية العواطف بشكل أكثر وضوحاً ومع الاستقرار يمكن الحصول على رؤى حول أسباب المشاعر المزعجة، والاحتفاظ بالعواطف في ذهننا، دون قمع، وبمرور الوقت، ستساعد هذه المهارة في تقليل تكرار المشاعر السلبية ومدتها والتصرف وفقاً إليها بمهارة أكبر. (Florida Community of Mindfulness, 2017).

كما استخدم الباحث الأساليب التالية:

(1)Mindfulness of Emotions

- المحاضرة والمناقشة: وهو يعتمد على المنحى المعرفي إذ يقدم فيه الباحث معلومات نفسية يدور حولها نقاش مفيد في التعلم، وإعادة التعلم وتعديل اتجاهات المرضى (عبد الهادي، ٢٠١٢)
- التعليم النفسي^(١): وهو شكل من أشكال التعليم يُقدم للمرضى بهدف إعطائهم قاعدة معرفية أقوى لمعرفة اضطرابهم وطرق التكيف معه رغم وجود الاضطراب، وقد استخدمها الباحث بهدف التعريف بالشره العصبي وأعراضه، وطبيعة المشكلات الناجمة عنه.
- الواجب المنزلي: وأُستخدمت نهاية كل جلسة في ضوء أهداف الجلسة واستيعاب المريض، وتأتي هذه الواجبات لتنفيذها في المنزل أو البيئة الخارجية، ويتم متابعتها وتقييمها من جانب الباحث.
- سجل الأفكار^(٢): وهو من أكثر إجراءات العلاج المعرفي استخداماً لتحديد الأفكار غير العقلانية ودحضها واستبدالها بأفكار بديلة عقلانية.
- النمذجة^(٣): وفيها يؤدي الباحث المهارة المطلوبة أمام المرضى ويطلب منهم ملاحظته، وهو يؤدي خطواتها، ويتعمد الباحث الحديث بصوت مرتفع في البداية حتى يتأكد من فهم المرضى واستيعابهم لخطوات تأدية المهارة المطلوبة، فالباحث يقدم نفسه بصفته نموذجاً تعليمياً تدريبياً.

(1)Psychoeducation

(2)Thought Record Sheet

(3)Modeling

جدول (٩) جلسات العلاج المعرفي القائم على التَّعَقُّل لمرضى الشره العصبي المنتكسين

| م | نوع الجلسة | الهدف | الضغيات | الأدوات | الإجراءات | الواجب المترلي |
|---|------------|---|--|--|---|--|
| ١ | تمهيد | تحقيق الألفة بين الباحث والمشاركين | الحوار والمناقشة الواجب المترلي | مخطط ورقي مفصل لجلسات العلاج | -التعارف بين الباحث والمشارك. -التعريف بالعلاج المعرفي القائم على التَّعَقُّل وأهدافه وأهميته وإجراءاته. -تحقيق الألفة والثقة بين الباحث والمشارك. | القراءة عن الشره العصبي وأعراضه، وتحديد المشكلات المتعلقة به لكل مشارك |
| ٢ | تدخل | إكساب معلومات صحيحة عن الشره العصبي | الحوار والمناقشة، التعليم النفسي، الواجب المترلي | - بروشورات ورقية. - قائمة المشكلات. | -مراجعة الواجب المترلي. -التعريف بالشره العصبي وأعراضه. -عرض المشارك مشكلاته الناجمة عن الشره العصبي. - الاتفاق ووضع قائمة المشكلات والأهداف العلاجية. | -مراجعة قائمة المشكلات والأهداف العلاجية. -تحديد المواقف التي تستثير تناول الطعام والأفكار المرتبطة بها. |
| ٣ | تدخل | إكساب فنية المراقبة الذاتية | الشرح والإيضاح، النمذجة، الواجب المترلي | - نموذج المراقبة الذاتية | -مراجعة الواجب المترلي. - شرح العلاقة بين الأفكار والانفعالات والسلوك وفي ضوء الواجب المترلي للمشاركين. - تدريب على نموذج المراقبة الذاتية. | - تحديد مواقف الجوع وتناول الطعام. - تطبيق نموذج المراقبة الذاتية على مواقف الجوع وتناول الطعام أو الشبع. |
| ٤ | تدخل | إكساب فنية تحديد الأفكار التلقائية والعمل على تصحيحها | الأسئلة السقراطية، النمذجة، الواجب المترلي | - نموذج سجل الأفكار السباعي. | -مراجعة الواجب المترلي. -التمييز بين الأفكار الإيجابية والسلبية. -مناقشة ودحض الأفكار السلبية عن طريق الأسئلة السقراطية Socratic Questions. -استبدال الأفكار التلقائية السلبية بالأفكار الإيجابية. - تدريب على نموذج سجل الأفكار السباعي. | - تطبيق نموذج سجل الأفكار السباعي على أحد مواقف الجوع أو تناول الطعام أو الشبع. |
| ٥ | تدخل | إكساب فنية التنفس بتعقل | التعليم النفسي، النمذجة، الواجب | - مقاطع فيديو عن التنفس | -مراجعة الواجب المترلي. - شرح معنى التَّعَقُّل ومكوناته وأهميته وخصائصه الشخص المتأمل، | -ممارسة التنفس بتعقل في المواقف التي تستثير الجوع |

| | | | | | | |
|---|---|-------------------------------|---|----------------------------|-----------------|----|
| الترقي والتقيؤ والرغبة في | وأمثلة لبعض مهارات التعقل في الحياة. - التدريب على التنفس بتعقل (في أثناء الأفكار السلبية ركز على تنفسك، أغلق عينيك، خذ نفا عميقا ركز جيدا في أثناء دخول النفس من جسدك وخروجه) | بتعقل- | المتري | | | |
| ممارسة فحص الجسم بتعقل في المترل | -مراجعة الواجب المترلي. - شرح معنى فحص الجسم بتعقل وفوائده. -التدريب على ممارسة فحص الجسم بتعقل. | | التعليم النفسي، النمذجة، الواجب المترلي | إكساب فنية فحص الجسم بتعقل | تدخل | ٦ |
| ممارسة الأكل بتعقل في المترل | -مراجعة الواجب المترلي. - شرح معنى الأكل بتعقل ومبادئه. - تدريب الأكل بتعقل (اجلس ولا تأكل واقفا، تناول الطعام ببطء، تذوق الطعام بتأمل، اجعل الطعام الصحي في متناول يدك، ابتسم في أثناء تناول الطعام) | -أوراق عمل تقييم الأكل بتعقل- | التعليم النفسي، النمذجة، الواجب المترلي | إكساب فنية الأكل بتعقل | تدخل | ٧ |
| ممارسة فحص الجسم بتعقل في المترل | -مراجعة الواجب المترلي. - شرح معنى تعقل المشاعر وفوائده. -التدريب على ممارسة تعقل المشاعر (تسمية الانفعال، القبول، الهدوء، الفحص بعمق). | | التعليم النفسي، النمذجة، الواجب المترلي | إكساب فنية تعقل المشاعر | تدخل | ٨ |
| الوعي بمواعيد المتابعة وطرق الدعم والتواصل عند الحاجة | -مراجعة الواجب المترلي. - تطبيق اختبار الشره العصبي. -الاتفاق على آلية وموعد المتابعة. | اختبار الشره العصبي | الاختبار النفسي | قياس | إنهاء | ٩ |
| الوعي بموعد المتابعة القادم | - تطبيق اختبار الشره العصبي. -تأكيد موعد المتابعة القادم. | | الاختبار النفسي | قياس | متابعة (٢) أشهر | ١٠ |
| | - تطبيق اختبار الشره العصبي. | | الاختبار النفسي | قياس | متابعة (٦) أشهر | ١١ |

-المناقشة والحوار: وأُستخدِمت في أثناء الجلسات لمناقشة الأفكار، وتصحيحها وشرح الفنيات والإجابة عن أسئلة المريض.

-التعليم النفسي: واستخدمه الباحث للإمداد بالمعلومات سواء أكان عن العلاج وجلساته أم اضطراب الشره العصبي أو الأساس النظري لكل فنية علاجية يتم التدريب عليها، أو الواجبات المنزلية.

-النمذجة: واستخدمها الباحث للقيام بتنفيذ الفنية العلاجية أمام المريض، ومن ثم يلاحظها المريض ويطلب منه الباحث أدائها.

- الواجب المنزلي: واستخدمها الباحث في كل جلسة وتكون مرتبطة بما تم تعلمه في أثناء الجلسة، وأدائه في المنزل أو البيئة الخارجية، ويُناقش بداية الجلسة التي تليه.

- الأدوات المستخدمة بجلسات العلاج المعرفي القائم على التَّعقُّل:

بروشورات، نماذج واختبارات ورقية، جهاز كمبيوتر، جهاز بروجكتور للعرض.

-تطبيق جلسات العلاج المعرفي القائم على التَّعقُّل:

طبقت جلسات العلاج المعرفي القائم على التَّعقُّل حضورياً، وبصورة جماعية باستثناء بعض الجلسات أُجريت عن بعد بسبب تعذر الحضور وجائحة كورونا وموجاتها.

- تقويم العلاج المعرفي القائم على التَّعقُّل:

قِيم الشره العصبي قبل تطبيق العلاج -وبعد انتهائه- وبعد انتهاء العلاج بفترات (تتبعي).

- صدق العلاج المعرفي القائم على التَّعقُّل:

عُرِضت جلسات العلاج المعرفي القائم على التَّعقُّل على متخصصين

بعلم النفس العيادي والطب النفسي^(١)؛ لبيان مدى ملائمة الجلسات والفتيات المستخدمة لعينة الدراسة الحالية، وأُعدمت الجلسات التي حصلت على نسبة اتفاق تقدر بـ ٨٣.٣٣% من المحكمين، وهي نسبة اتفاق مرتفعة.

- أخلاقيات وإجراءات الدراسة:

اجتاز الباحث دورتين في أخلاقيات تطبيق البحوث NIDA Clinical Trials Network KACST. وحضر عدد (٤) دورات تدريبية علاجية عن التَّعْقُلُّ والعلاج المعرفي-السلوكي بالجمعية المصرية للمعالجين النفسيين، وجمعية الأخصائيين النفسيين المصرية (رانم)، وخضع للتدريب على الجلسات العلاجية تحت الإشراف بوحدة علم النفس العيادي بواقع (١٠٠٠ ساعة) إحلال عيادي نفسي، وبعد الموافقة على البروتوكول العلاجي طُبِقَ على عددٍ كبير من المترددين على وحدة علم النفس العيادي. ويتوافر لديهم تشخيص طبي سابق بالشره العصبي وخضعوا للعلاج بالمستشفى مرة على الأقل خلال آخر ٦ شهور من الشره العصبي، وشرحت أهداف الدراسة والبروتوكول العيادي وإجراءات الحفاظ على هوية البيانات قبل التوقيع على استمارة الموافقة المستنيرة، التي تؤكد مشاركتهم بشكل منهجي بالدراسة، ولم يتلق المرضى أي شكل من أشكال المقابل المالي أو المكافآت نظير المشاركة بالدراسة.

نتائج الدراسة وتفسيرها:

- الفرض الأول ونصه "توجد فروق ذات دلالة إحصائية في أعراض الشره العصبي بين وسيط رتب المجموعة التجريبية والضابطة بعد تطبيق العلاج

(١) د. يوسف بن سطاتم العنزى أستاذ علم النفس العيادي- الجنائي المشارك /جامعة تبوك

د. ياسر السيد موسى أستاذ الصحة النفسية المشارك /جامعة تبوك

د. فهد بن سعيد العنزى أستاذ علم النفس العيادي المساعد /جامعة تبوك

د. محمود حمدي طبيب نفسي بمستشفى / تبوك

د. عمرو عبد الجواد طبيب نفسي /مستشفى العباسية

د. عبد الرزاق محمد علي طبيب أمراض نفسية / تبوك

المعرفي القائم على التَّعَقُّل في اتجاه (لصالح) المجموعة الضابطة".
وللتحقق من صحة الفرض أُسْتُخْدِمَ اختبار مان ويتني اللا بارامتري
للعينتين المستقلتين، وظهرت النتائج في الجدول التالي:

جدول (١٠) الفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة في مقياس الشره العصبي بعد تطبيق العلاج المعرفي القائم على التَّعَقُّل باستخدام اختبار مان-ويتني

| المجموعة | حجم العينة | وسيط الرتب | مجموع الرتب | قيمة (U) | مستوى الدلالة |
|-----------|------------|------------|-------------|----------|---------------|
| التجريبية | ٧ | ٤.١٤ | ٢٨.٩٨ | ٤٨ | ٠.٠٠٣ |
| الضابطة | ٧ | ١٠.٦٨ | ٧٦.٠٢ | | |

ويتضح من نتائج جدول (١٠) السَّابِق وجود فروق في الشره العصبي بين وسيط الرتب المجموعتين التجريبية والضابطة بعد تطبيق العلاج المعرفي القائم على التَّعَقُّل في اتجاه المجموعة الضابطة، وانخفاض لدى المجموعة التجريبية؛ إذ إن قيمة ($U = ٤٨$)، وهي قيمة دالة إحصائيًا عند مستوى الدلالة (٠.٠٠٥).

وتشير النتائج إلى نجاح العلاج المعرفي القائم على التَّعَقُّل في خفض أعراض الشره العصبي للمجموعة التجريبية، مقارنة بارتفاع وسيط الرتب للمجموعة الضابطة التي لم تتعرض للعلاج وظلت لديها أعراض الشره العصبي مرتفعة. وتتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسة سالا وآخرين (Sala et al. (2021) التي بينت كفاءة العلاج المعرفي القائم على التَّعَقُّل في تحسين سلوكيات الأكل والأداء، ودراسة جوراسايو (Juarascio et al. (2021) التي أكدت أنَّ العلاج المعرفي القائم على التَّعَقُّل أدى إلى انخفاض الأعراض لمرضى الشره العصبي المنتكسين.

ويفسر ذلك بأنه يُنظر إلى الإفراط في تناول الطعام على أنه إحدى آليات المواجهة المختلة التي يميل المفرطون في تناول الطعام إلى استخدامها عند مواجهة انفعالات سلبية وللهرب من هذه الانفعالات (Baer et al., 2005)، كما تنتشر لديهم صورة الجسم السلبية التي تسبب مشاعر الإحساس

بالعار والنقد الذاتي (Pinto-Gouveia et al., 2019)؛ لذا يعد اضطراب الشره العصبي من الأمراض التي تتطلب إدارة ذاتية وتنظيمًا للانفعالات (Dreyfuss et al., 2017). لذا تكمن فعالية التدخلات النفسية المبنية على التَّعْقُل في التأثير على العوامل الوسيطة من خلال تقليل العبء المعرفي المرتبط بمحفزات الشره العصبي (Sala et al., 2021). فاكتمت شعبيّة في السنوات الأخيرة في علاج الشره العصبي (Mace, 2008; Pierick, 2021)، فهي تساعد مرضى الشره العصبي على التصالح مع ذواتهم (Grow et al., 2015)، وتخفف من حدة أعراضهم المرضية (Witkiewitz et al., 2012). كما أصبحت النتائج العلمية حول دور التَّعْقُل في الصحة أكثر وضوحًا مع تزايد الدراسات المنهجية المحكمة (Goyal et al., 2014). فقد قارنت دراسة كريستلر وآخرين (Kristeller et al., 2014) بين فعالية العلاج المعرفي القائم على التَّعْقُل والعلاج المعرفي السلوكي، وتوصلت النتائج إلى أن العلاج المعرفي القائم على التَّعْقُل أكثر فعالية في علاج اضطراب الأكل.

- الفرض الثاني ونصه "توجد فروق ذات دلالة إحصائية في أعراض الشره العصبي بين وسيط رتب المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق العلاج المعرفي القائم على التَّعْقُل في اتجاه (لصالح) القياس قبل تطبيق العلاج" وللتحقق من صحة الفرض أُسْتُخِذَ اختبار ولكسون اللا بارامتري للعينتين المرتبطتين، وظهرت النتائج في الجدول التالي.

جدول (١١) الفروق بين القياس القبلي والبعدي في أعراض الشره العصبي للمجموعة التجريبية باستخدام اختبار ولكسون

| القياس القبلي-البعدي | حجم العينة | وسيط الرتب | مجموع الرتب | قيمة (Z) | مستوى الدلالة |
|----------------------|------------|------------|-------------|----------|---------------|
| الرتب الموجبة | ٧ | ٤ | ٠ | ٢.٣٦٦ | ٠.٠١٨ |
| الرتب السالبة | ٧ | ٤ | ٢٨ | | |

ويتضح من نتائج جدول (١١) السابق وجود فروق ذات دلالة إحصائية في أعراض الشره العصبي بين وسيط رتب القياس القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية، إذ إنَّ الاحتمال لمستوى الدلالة أقل من درجة الشك $\alpha=0.05$ ، والفروق في اتجاه (إصالح) القياس القبلي وهذا يدل على انخفاض درجة الشره العصبي بعد تطبيق العلاج المعرفي القائم على التعلُّل؛ ومن ثمَّ يدل على كفاءة العلاج وفتياته العلاجية.

وتتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسة أديان جوراسايو Juarascio et al. (2021) التي توصلت إلى أن العلاج المعرفي القائم على التعلُّل أدى إلى تحسن في الأعراض لدى مرضى الشره العصبي المنتكسين؛ إذ يساعد العلاج المعرفي القائم على التعلُّل الأفراد في تعلم كيفية الانتباه لشعورهم وإحساسهم بالواقع من حولهم ورؤية أنفسهم بوصفهم كيانات منفصلة عن أفكارهم وانفعالاتهم، وبذلك يتيح لهم التحرر من أنماط التفكير السلبية المتكررة وتلمس بديل عنها أفكاراً إيجابية، وتعلم مهارات التعلُّل وممارستها بصورة منتظمة بحياتهم اليومية (Good Therapy, 2018).

كما يرجع أثر العلاج المعرفي القائم على التعلُّل إلى كفاءة الفتيات العلاجية المستخدمة وفوائدها لمرضى الشره العصبي المنتكسين، إذ أدت فنية المراقبة الذاتية إلى: تدريب مريض الشره العصبي على مراقبة ذاته (أفكاره، انفعالاته، سلوكه) في مواقف الجوع وتناول الطعام أو الشبع وباستخدام نموذج المراقبة الذاتية، وفنية تحديد الأفكار التلقائية والعمل على تصحيحها إلى تدريب المريض على فحص الأفكار والتمييز بين الأفكار السلبية والإيجابية، ومناقشة الأدلة واكتشاف المعتقد غير العقلاني الكامن خلف الأفكار التلقائية السلبية واستبدالها بأفكار إيجابية وباستخدام نموذج سجل الأفكار السباعي، وفنية التنفس بتعلُّل Mindful-Breathing؛ لتتمة الوعي باللحظة الحالية بهدوء ولا يتضمن إصدار أحكام؛ ما يسمح للأفكار والمشاعر بالظهور والذهاب دون الوقوع في فخها. (Amalie, 2022). وفنية فحص

الجسم بتعقل Mindful Body Scan؛ لتنمية التَّقبُّل لأجسامنا ما يساعد في التخلص من الانزعاج وصورة الجسم السلبية والقلق بشأن الألم والمرض. (Yalim, 2018; Burk, 2014; Baltzell& Summers, 2017; Khazan, 2019).
 وفنية الأكل بتعقل Mindful-eating: لتبني نهج يساعد في تغيير الطريقة التي يستجيب بها للطعام، جسدياً وانفعاليّاً. وفنية تعقل المشاعر Mindfulness of Emotions: التي علمت المريض أن يرى مشاعره ويختبرها بشكل مباشر وبوضوح والاحتفاظ بها في ذهننا، دون قمع، فتساعد في تقليل تكرار المشاعر السلبية ومدتها والتصرف وفقاً إليها بمهارة أكبر (Florida Community of Mindfulness, 2017)

- الفرض الثالث ونصه "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في أعراض الشره العصبي بين وسيط رتب المجموعة التجريبية لقياسات المتابعة (بعد تطبيق العلاج المعرفي القائم على التعقل، بعد ٣ شهور، بعد ٦ شهور) "وللتحقق من صحة الفرض أُستخدِمَ اختبار مان ويتي فريدمان اللا بارامتري للعينات المرتبطة على عينة المجموعة التجريبية، وقد تعذر التواصل مع أحد المرضى وبذلك أصبح عدد المجموعة التجريبية في القياس التتابعي (٦) مرضى، وظهرت النتائج في الجدول التالي:

جدول (١٢) الفروق في الشره العصبي بين وسيط رتب المجموعة التجريبية بعد تطبيق العلاج المعرفي القائم على التعقل مباشرة، وبعد ٣ شهور، وبعد ٦ شهور باستخدام اختبار فريدمان Friedman Test (ن = ٦)

| المقياس | القياس | وسيط الرتب | مربع كا | مستوى الدلالة |
|--------------|------------|------------|---------|---------------|
| الشره العصبي | بعد العلاج | ٢.٨٢ | ٧.٦٣٦ | ٠.٠٢٢ |
| | بعد ٣ شهور | ١.٨٣ | | |
| | بعد ٦ شهور | ١.٣٣ | | |

ويتضح من نتائج الجدول (١٢) السابق وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الشره العصبي للمجموعة التجريبية بين وسيط رتب المجموعة التجريبية بعد تطبيق العلاج المعرفي القائم على التَّعَقُّل مباشرة، وبعد ٣ شهور، وبعد ٦ شهور في اتجاه (إصالح) القياس بعد تطبيق العلاج المعرفي القائم على التَّعَقُّل؛ ما يدل على عدم التحقق من صحة الفرض، ولكن النتائج عكست استمرار انخفاض درجات الشره العصبي. وهذا يعني استمرار كفاءة تأثير العلاج المعرفي القائم على التَّعَقُّل على المدى البعيد في خفض أعراض الشره العصبي لدى المجموعة التجريبية.

ويتمثل أحد التحديات المحددة في علاج الشره العصبي -الذي يؤثر على جميع أوضاع ومراحل العلاج- في الالتزام بالعلاج مع معدلات توقف عن العلاج تصل إلى ٣٠-٤٠٪ (DeJong et al., 2012) كما يعاني مرضى الشره العصبي من التدهور أو الانتكاس في الأشهر الأولى بعد إنهاء علاجهم (Berends et al., 2018) بسبب انقطاع الرعاية إذ إنَّ مرحلة ما بعد العلاج والخروج من المستشفى هي مرحلة انتقالية حرجة لا تتم معالجتها وإدارتها بشكل جيد (Zipfel, 2015 ; Zeeck, 2018).

وجاء العلاج المعرفي القائم على التَّعَقُّل ليقى من الانتكاس ويحافظ على المكاسب/المهارات التي اكتسبها المرضى من العلاج، وهذا ما أكده ويتكويتز وآخرون (Witkiewitz et al. (2012 من أن التدخلات النفسية المبنية على التَّعَقُّل تزيد من الوقاية من خطر الانتكاس (Witkiewitz et al., 2012).

-التوصيات:

- تطبيق العلاج المعرفي القائم على التَّعَقُّل على مرضى الشره العصبي المنتكسين.
- الحاجة إلى دراسات عربية تقارن أثر العلاج المعرفي القائم على التَّعَقُّل بعلاجات نفسية أخرى لمرضى الشره العصبي المنتكسين.

قائمة المراجع العربية والأجنبية

- أحمد، سيد. (٢٠١٢). فاعلية استخدام بعض فنيات العلاج المعرفي السلوكي في علاج حالات فقدان الشهية العصبي واضطراب صورة الجسم لدى عينة من طالبات الجامعة. *مجلة العلوم التربوية والنفسية - جامعة البحرين*، (١٣) ٣، ٢١٩-٢٥٣.
- بركات، عفاف (٢٠١٤). فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض حدة فقدان الشهية العصبي لدى طالب الجامعة. *مجلة كلية التربية-جامعة بنها*، ٢٥ (٩)، ٢٧٣-٢٩٣.
- بكر، شفاء؛ الشريفين، أحمد والرفاعي، عبير (٢٠٢١). القدرة التنبؤية للاستقواء والكره النفسي باضطراب الشره العصبي لدى طلبة الجامعات الأردنية. *مجلة جامعة الخليل للبحوث*، ١٦ (١)، ١١٥-١٥٨.
- خطاطبة، يحيى (٢٠٢١). فاعلية برنامج إرشادي قائم على العلاج بالقبول والالتزام في خفض أعراض اضطراب الشره العصبي وتحسين الرضا عن صورة الجسم لدى النساء ذوات الوزن الزائد. *مجلة الدراسات التربوية والنفسية- جامعة السلطان قابوس*، ١٥ (١)، ٢٦-١.
- الدسوقي، مجدي (٢٠٠١). الشره العصبي من حيث علاقته ببعض المتغيرات النفسية. *مجلة كلية التربية-جامعة عين شمس*، ٤ (٢٥)، ١٠٩-١٦٨.
- السيد، هدى (٢٠٢١). فاعلية برنامج إرشادي انتقائي تكاملي لتحسين صورة الجسم لدى عينة من المراهقات اللاتي يعانين من اضطراب الشره العصبي. *مجلة البحث العلمي في الآداب (العلوم الاجتماعية والإنسانية)*، (٢٢)، ٢٢٠-٢٦٩.
- الشريفين، أحمد وبحر، نور (٢٠٢٠). فاعلية العلاج القصصي في خفض اضطراب الشره العصبي والاندفاعية لدى عينة من المراهقات. *المجلة الأردنية في العلوم التربوية*، ١٦ (٤)، ٤١٥-٤٣٧.

- عبد الله، عادل (٢٠٠٠). **العلاج المعرفي أسس وتطبيقات**. دار الرشاد.
- عبد الهادي، تهاني (٢٠١٢). **اضطراب الوسواس القهري وعلاجه المعرفي السلوكي**، مكتبة الأنجلو المصرية.
- فاخوري، ربي (٢٠١٢). **بناء برنامج مرتكز على الانفعالات وقياس فعاليته في معالجة اضطراب الشراهة لدى عينة أردنية**. رسالة دكتوراه (غير منشورة)، الجامعة الأردنية بعمان.
- يحي، رحاب (٢٠٢٠). **فعالية العلاج السلوكي الجدلي في تحسين التنظيم الانفعالي لدى المراهقات وأثره على تخفيف اضطراب شره الأكل العصبي**. مجلة كلية التربية - جامعة بنها، ٣١ (١٢١)، ١٠٤-١٦٤.
- Agüera, Z., Sánchez, I., Granero, R., Riesco, N., Steward, T., Martín-Romera, V., Jiménez-Murcia, S., Romero, X., Caroleo, M., Segura-García, C., Menchon, M., & Aranda, F. (2017). Short-term treatment outcomes and dropout risk in men and women with eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 25(4), 293-301.
- Albers, S. (2016). *Mindful Eating Handouts*. <https://mindfuleatingsummit.com/wp-content/uploads/2016/01/20-mindful-eating-handouts-for-professionals-full-document-color.pdf>
- Amalie, A. (2022). *What Is Mindful Breathing? Exercises, Scripts, and Videos*. [https:// positivepsychology. com/ mindful-breathing/](https://positivepsychology.com/mindful-breathing/)
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder* (5th Ed), Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Archer, R., & Cash, T. (1985). Physical attractiveness and maladjustment among psychiatric inpatients. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 3(2), 170-180.
- Baer, R. A., Fischer, S., & Huss, D. B. (2005). Mindfulness and acceptance in the treatment of disordered eating [Article]. *Journal of Rational - Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 23 (4), 281-300.
- Baltzell, A., & Summers, J. (2017). *The Power of Mindfulness*. <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-319-70410-4>

- Barney, J. L., Murray, H.B., Manasse, S.M., Dochat, C., & Juarascio, A. (2019). Mechanisms and Moderators in Mindfulness- and Acceptance-Based Treatments for Binge Eating Spectrum Disorders: *A Systematic Review*. *Eur Eat Disord Rev*, 2019 Jul; 27(4),352–380.
- Berends, T., Boonstra, N., & van Elburg A.(2018). *Relapse in anorexia nervosa: a systematic review and meta-analysis*. *Curr Opin Psychiatry*, 31(6), 445-455.
- Bernacchi, D. L. (2017). *Bulimia Nervosa: A Comprehensive Analysis of Treatment, Policy, and Social Work Ethics*. *Social Work*, 62(2),174-180.
- Brown, K.W.,& Ryan, R.M.(2003). The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *J Personal Soc Psychol*, 84(4),822–48.
- Brown, K., & Ryan, R. (2007). *Mindfulness: theoretical foundations and evidence for its salutary effects*. *Psychological Inquiry*, 14, 71–76.
- Bulut, N. S., Kupeli, N. Y., Bulut, G. C., & Topcuoglu V. (2017). *Psychosocial treatments in anorexia nervosa*. *Current Approaches to Psychiatry*, 9(3),1-8.
- Burk, D. (2014). *Idiot's guides: Mindfulness*. NY: Penguin Books (USA).
- Call, C., Walsh, B.T.,& Attia, E. (2013). *From DSM-IV to DSM-5: changes to eating disorder diagnoses*. *Curr Opin Psychiatry*, 26 (6), 532–536.
- Chiesa, A., & Serretti, A. (2011). *Mindfulness based cognitive therapy for psychiatric disorders: A systematic review and meta-analysis*. *Psychiatry Research*, 187(3), 441– 453.
- Cohen-Katz, J., Wiley, S. D., Capuano, T., Baker, D. M., Kimmel, S.,& Shapiro. S. (2005). *The effects of mindfulness-based stress reduction on nurse stress and burnout, Part II: A quantitative and qualitative study*. *Holistic Nursing Practice*, 19(1), 26–35.
- Cooper, M.J., Todd, G., & Wells, A. (1998). Content, Origins, and Consequences of Dysfunctional Beliefs in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 12(3),213-230.

- Courbasson, C. M., Nishikawa, Y., & Shapira, L. B. (2010). *Mindfulness-Action Based Cognitive Behavioral Therapy for Concurrent Binge Eating Disorder and Substance Use Disorders*. *Eating Disorders*, 19(1), 17-33.
- Dakanalis, A., Carrà, G., Timko, A., Volpato, C., Pla-Sanjuanelo, J., Zanetti, A., Clerici, M., & Riva, G. (2015). Mechanisms of influence of body checking on binge eating. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 15(2), 93– 104
- DeJong, H., Broadbent, H., & Schmidt, U. (2012). *A systematic review of dropout from treatment in outpatients with anorexia nervosa*. *Int J Eat Disord*, 45 (5), 635-647.
- Dreyfuss, M., Riegel, M., Pedersen, G., Cohen, A., Silverman, M., Dyke, J., Mayer, L., Walsh, B., Casey, B., & Broft, A. (2017). *Patients with bulimia nervosa do not show typical neurodevelopment of cognitive control under emotional influences*. *Psychiatry Res Neuroimaging*, 266, 59-65.
- Duerr, M. (2008). *The Use of Meditation and Mindfulness Practices to Support Military Care Providers: A Prospectus. Report prepared for Center for Contemplative Mind in Society Northampton, MA*. <https://www.contemplativemind.org/admin/wp-content/uploads/MeditationforCareProviders.pdf>
- Eating Disorders Victoria. (2014). *Mindful Eating*. <https://www.eatingdisorders.org.au/wp-content/uploads/2019/04/EDV-Mindful-eating.pdf>
- Elisabeth, G. K., Peter, M., Kathrin, S., Stephan, H., Tobias, H., Antonius, S., Martin, T., Ulrich, V., Jörn, V., Beate, W., Almut, Z., Wolfgang, B., Ulrike, S., Stephan, Z., & Florian, J. (2021). Specialized post-inpatient psychotherapy for sustained recovery in anorexia nervosa via videoconference – study protocol of the randomized controlled SUSTAIN trial, *Journal of Eating Disorders*, 9(1), 1-11.
- Epstein, R.M. (1999). *Mindful practice*. *JAMA*, 282(9), 833–9.
- Ferrante, R., Andreassen, O., Dedeoglu, A., Ferrante, K., Jenkins, B., Hersch, S. & Beal, M. (2002). Therapeutic effects of coenzyme Q10 and remacemide in transgenic mouse models of Huntington's disease. *J. Neuroscience*, 22(5), 1592–1599.
- Ferrer-García, M., Gutiérrez-Maldonado, J., Pla-Sanjuanelo, J., Vilalta-Abella, F., Riva, G., Clerici, J., Ribas-Sabaté, J., Andreu-Gracia, A., Fernandez-Aranda, F., Forcano, L., Riesco, N., Sánchez, I.,

- Escandón-Nagel, N., Gomez-Tricio,O., Tena,V., & Dakanalis, A.(2017). A Randomised Controlled Comparison of Second-Level Treatment Approaches for Treatment-Resistant Adults with Bulimia Nervosa and Binge Eating Disorder: Assessing the Benefits of Virtual Reality Cue Exposure Therapy.***European Eating Disorders Review***,25(6),429-624.
- Fichter,M. (2017). Long-term outcome of anorexia nervosa: results from a large clinical longitudinal study. ***Int J Eat Disord***, 50(9),1018-1030.
- Florida Community of Mindfulness, (2017). ***Mindfulness of Emotions***.
<https://floridamindfulness.org/resources/Documents/Mindfulness%20of%20Emotions.pdf>
- Good Therapy (2018). ***Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT)***, <https://www.goodtherapy.org/learn-about-therapy/types/mindfulness-based-cognitive-therapy>
- Goyal, M., Singh, S., Sibinga, E.M., Gould, N.F., Rowland-Seymour.A., Sharma, R., Berger, Z., Sleicher, D., Maron, D.D., Shihab, H.M., Ranasinghe, P.D., Linn, S., Saha, S., Bass, E.B., & Haythornthwaite, JA. (2014). Meditation programs for psychological stress and well-being: a systematic review and meta-analysis. ***JAMA Intern Med***,174(3),357-368.
- Grow, J., Collins, S., Harrop, E.,& Marlatt, G. (2015). Enactment of home practice following mindfulness-based relapse prevention and its association with substance-use outcomes. ***Addictive Behaviors***, 40(1),16-20.
- Hall, L., & Cohn, L. (1999). ***Bulimia: A guide to recovery***. ***Library of Congress***.
- Harrington, B. C., Haxton, C., & Jimerson, D. C. (2015). Initial Evaluation, Diagnosis, and Treatment of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. ***Am Fam Physician***,91(1),46-52.
- Hasker, M. (2010). ***Evaluation Of The Mindfulness-Acceptance-Commitment (Mac) Approach For Enhancing Athletic Performance***. Unpublished Doctoral Dissertation, Indiana University of Pennsylvania.
- Hassed, C. (2016). Mindful learning; why attention matters in education. ***International Journal of School Educational Psychology***. 4(1), 52- 60.

- Haynos, A.F., Forman, E.M., Butryn, M.L., & Lillis, J. (2016). *Mindfulness and acceptance for treating eating disorders and weight concerns: Evidence-based interventions. New Harbinger Publications.*
- Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope, H. G., & Kessler, R. C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey replication. *Biological Psychiatry*, 61(3), 348–358.
- Jones, J., Bennett, S., Olmsted, M., Lawson, M., & Rodin, G. (2001). Disordered eating attitudes and behaviors in teenaged girls: A school-based study. *Canadian Medical Association Journal*, 165(5), 240-261.
- Joyce, S., Shand, F., Bryant, R. A., Lal, T. J., & Harvey, S. B. (2018). Mindfulness-based resilience training in the workplace: Pilot study of the internet-based Resilience@ Work (RAW) mindfulness program. *Journal of Medical Internet Research*, 20(9). e10326.
- Juarascio, A.S., Parker, M., Hunt, R., Murray, H., Presseller, E., & Manasse, S. (2021). Mindfulness and acceptance-based behavioral treatment for bulimia-spectrum disorders: A pilot feasibility randomized trial. *International Journal of Eating Disorders*, 54(7), 1270-1277.
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life. Hyperion Pub.*
- Kar, P. C., Shian-Ling, K., & Chong, C. K. (2014). Mindful-STOP: Mindfulness made easy for stress reduction in medical students. *Education in Medicine Journal*, 6(2), 48-56.
- Key, B., Rowa, K., Bieling, P., McCabe, R., Pawluk, E. (2017). *Mindfulness-based cognitive therapy as an augmentation treatment for obsessive-compulsive disorder.* Clinical Psychology & Psychotherapy, 24(5), 1109-1120/
- Khazan, I. (2019). *Biofeedback and mindfulness in everyday life: Practice solutions for improving your health and performance.*, NY: W. W. Norton & Company.
- Kishita, N., Takei, Y., & Stewart, I. (2016). A meta-analysis of third wave mindfulness-based cognitive behavioral therapies for older people. *Geriatric Psychiatry*, 32(12), 1352-1361.

- Kristeller, J., Wolever, R. Q., & Sheets, V. (2014). ***Mindfulness-Based Eating Awareness Training (MB-EAT) for Binge Eating***: A Randomized Clinical Trial. *Mindfulness*,5(3), 282-297.
- Linardon J, Wade T.D., de la Piedad Garcia, X., & Brennan, L. (2017). The efficacy of cognitive-behavioral therapy for eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *Journal of consulting and clinical psychology*, 85(11), 1080.
- Mace, C. (2008). ***Mindfulness and mental health: therapy, theory and science***. Routledge Taylor & Francis Group.
- Mackenzie, M.B.,& Kocovski, N.L.(2016). ***Mindfulness-based cognitive therapy for depression: Trends and developments***. *Psychol Res Behav Manag*,9:125-32.
- Mitchell, J. E. (2016). Medical comorbidity and medical complications associated with binge-eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*,49(3),319– 323.
- Monell, E., Högdahl, L., Mantilla, E. F., & Birgegård, A. (2015). Emotion dysregulation, selfimage and eating disorder symptoms in University Women. *Journal of Eating Disorders*, 3(1),3- 44.
- Muuss, R. E. (1998).Eating disorders: Anorexia nerves and Bulimia :In Muuss,E. & Porton, H.D.(eds.), ***Adolescent behavior and society A Book of Readings***.(PP396-408), 5th ed, McGraw-Hill College.
- Pinto-Gouveia, J., Carvalho, S. A., Palmeira, L., Castilho, P., Duarte, C., Ferreira, C., Duarte,J., Cunha, M., Matos, M., & Costa, J. (2019). Incorporating psychoeducation, mindfulness and self-compassion in a new programme for binge eating (BEfree): Exploring processes of change. *Journal of health psychology*, 24(4), 466-479.
- Pierick, N. (2021). ***Use and Effectiveness of Mindfulness-based Cognitive Therapy in the treatment of Binge Eating Disorder – A scoping Review***. MA Thesis: Positive Clinical Psychology and Technology, University of Twente.
- Sala, L., Gorwood, P., Vindreau, C ., & Duriez,P. (2021). ***Mindfulness-based cognitive therapy added to usual care improves eating behaviors in patients with bulimia nervosa and binge eating disorder by decreasing the cognitive load of***

- words related to body shape*, weight, and food. *Eur Psychiatry*,64(1),1-23.
- Sathyapriya, B., lakshanan, P., sumathy, G., Koshy, J., Chandrakala, B., & Gokulalakshmi, E. (2018). *Bulimia nervosa– a psychiatric eating disorder. Acta Scientific Medical Sciences*, 2 (2), 21-26.
- Schwarz, C., Gairrett, L., Aruguete, S., & Gold, S. (2005). Attitudes, body dissatisfaction and perfectionism in female college athletes. *North American Journal of Psychology*, 7(3), 345-352.
- Segal, Z., Williams, J.,&Teasdale,J.(2002).*Mindfulness-based Cognitive Therapy for Depression: A New Approach to Preventing Relapse*. Guildford Press.
- Shapiro, S. L., Astin, J. A., Bishop, S. R., & Cordova, M. (2005). Mindfulness-based stress reduction for health care professionals: Results from a randomized trial. *International Journal of Stress Management*, 12(2), 164–176.
- Södersten, P., Bergh, C., Leon, M., Brodin, U., & Zandian, M. (2017). *Cognitive behavior therapy for eating disorders versus normalization of eating behavior*. *Physiology & behavior*, 174, 178–190.
- Stoving, R. K., Larsen, P.V., Winkler, L. A., Bilenberg, N., Roder, M. E., & Steinhausen, H.C. (2020). Time trends in treatment modes of anorexia nervosa in a nationwide cohort with free and equal access to treatment. *Int J Eat Disord*, 53(12), 1952-1959.
- Suokas, J. T., Suvisaari, J. M., Gissler, M., Löfman, R., Linna, M. S., Raevuori, A., et al. (2013). Mortality in eating disorders: a follow-up study of adult eating disorder patients treated in tertiary care, 1995-2010. *Psychiatry Research*, 210, 1101–1106.
- Robinson S., Perkins, S., Bauer,S., Hammond,N., Treasure,J.,& Schmidt,U.(2006). Aftercare intervention through text messaging in the treatment of bulimia nervosa—Feasibility pilot.*International Journal of Eating Disorders*,39(8),633-638.
- Teasdale, J., Segal, Z., Williams, J., Ridgeway,V., Soulsby,J.,& Lau, M.(2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*,68(4),615– 623.

- Tickell, A., Ball, S., Bernard, P., Kuyken, W., Marx, R., Pack, S., Strauss, C., Sweeney, T., & Crane, C. (2020). **The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) in Real-World Healthcare Services.** *Mindfulness*, 11(2), 279-290.
- Williams, J., Russell, I., & Russell, D. (2008). Mindfulness-Based Cognitive Therapy Further Issues in Current Evidence and Future Research. *J Consult Clin Psychol*. 2008 Jun, 76(3), 524–529.
- VanLone, J. S. (2002). **Social contagion of eating attitudes and behaviors among first year college women living in residence hall communities:** Unpublished doctoral dissertation, West Virginia University.
- Weissman, R., Cachelin, F., Dohm, F., & Pike, K. (2001) Comparison of binge eating disorder and bulimia nervosa in a community sample. *International Journal of Eating Disorders*, 29(2):157 – 165.
- Witkiewitz, K., Bowen, S., Douglas, H. & Hsu, S. (2012). Mindfulness-based relapse prevention for substance craving. *Addict Behav*, 38(2), 1563-1571.
- Yalim, D. (2018). **Don't Worry, Blissful Body Scan Meditation Will Boost Life Quality.** <https://bayart.org/body-scan-meditation/>
- Yaraghchi, A., Jomehri, F., Seyrafi, M., Mujembari, A., & Mohammadi, F. (2019). The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Weight Loss and Cognitive Emotion Regulation in Obese Individuals. *Iranian Journal of Health Education and Health Promotion*, 7(2), 192-201.
- Zeeck, A. (2018). **Psychotherapeutic treatment for anorexia nervosa: a systematic review and network meta-analysis.** *Front Psychiatry*, 9, 158.
- Zipfel, S. (2015). **Anorexia nervosa: etiology, assessment, and treatment.** *Lancet Psychiatry*, 2(12), 1099-1111.