

القهم العصبي أسبابه وطرق علاجه

جوى غاند غدا*، د. ربا سلمان**

* كلية الصيدلة، جامعة المنارة

(البريد الإلكتروني: ghadajawa4@gmail.com)

** كلية الصيدلة، جامعة المنارة

(البريد الإلكتروني: ruba-salman@hotmail.com)

الملخص

القهم العصبي (Anorexia Nervosa) هو اضطراب نفسي خطير يتميز بخوف شديد من زيادة الوزن وسلوكيات مقيدة للأكل تؤدي إلى نقص حاد في الوزن وسوء تغذية. تشمل أعراضه الانشغال المفرط بالوزن والشكل، واضطرابات صورة الجسم، وأحياناً إنكار شدة الحالة. أسبابه متعددة، تتداخل فيها العوامل الوراثية والنفسية والاجتماعية. يتطلب العلاج نهجاً متعدد التخصصات يجمع بين الدعم الغذائي والعلاج النفسي والمتابعة الطبية الدقيقة.

مقدمة - القهم العصبي، نقص الوزن، اضطرابات سلوكية

ABSTRACT

Anorexia nervosa is a serious mental disorder characterized by an intense fear of gaining weight and restrictive eating behaviours that lead to severe weight loss and malnutrition. Its symptoms include excessive preoccupation with weight and body shape, distorted body image, and often denial of the condition's severity. The causes are multifactorial, involving genetic, psychological, and social factors. Treatment requires a multidisciplinary approach combining nutritional support, psychotherapy, and careful medical monitoring.

KEY WORDS- Anorexia nervosa, weight loss, behavioral disturbances

يُعد الدمج بين الصحة الجسدية والنفسية من الأولويات الأساسية لتحسين الرعاية الصحية على المستوى العالمي وربما لا تُجسد أي حالة أخرى هذه الحاجة إلى الدمج مثل القهم العصبي. القهم العصبي هو اضطراب في الأكل يتميز بانشغال مرضي دائم بالوزن وشكل الجسم، مما يؤدي إلى تقييد تناول الطعام عبر الفم، وبالتالي إلى انخفاض الوزن.

وعلى الرغم من كونه اضطراباً نفسياً، بل إنه الأكثر فتكاً بين جميع الاضطرابات النفسية، إذ تبلغ معدلات الوفيات بسببه أعلى بـ 5.86 مرات من عموم السكان، فإن حوالي نصف حالات الوفاة تُعزى إلى مضاعفات جسدية مرتبطة بحالة التجويع.

وعلى المستوى العملي، يطرح القهم العصبي تحديات خاصة على العاملين في البيئات الطبية؛ إذ قد يشعر الأطباء بالإحباط مما يbedo أنه عدم رغبة المريض في التحسن، خصوصاً في سياق خدمات الاستشارة المكتظة. كما أن التدريب، وقاعدة المعرفة، وفهم الحالة وكيفية التعامل مع المرضي وذويهم غالباً ما تكون غائبة، كما أن المخاطر قد تُسأء قراءتها أو تُفهم بشكل خاطئ.

في سياق القهم العصبي، يمكن للمعايير البيولوجية القابلة للقياس أن تسهم في توجيه علاج المرضي. تشمل هذه المؤشرات الحيوية معايير مخبرية مثبتة بالإضافة إلى مجموعة من المؤشرات الحيوية المستقبلية المحتملة، مثل المؤشرات الجينية، والاستقلالية، والميكروبيومية، والغدد الصماء، والمناعية، والدموية، والكهربائية الفسيولوجية، والتصوير العصبي.

تُعد عملية أخذ السيرة المرضية، والفحص الجسدي والعصبي النفسي، واللاحظة السريرية، وتقدير نجاح العلاج من قبل المريض، والمحيطين به، وأعضاء الفريق الطبي متعدد التخصصات، عناصر أساسية لتقدير البيانات المخبرية والصورية بشكل سليم وتقدير الصورة السريرية الكاملة، وما يزال البحث في المؤشرات الحيوية متاخراً في مجال القهم العصبي.

ومع تغير الخصائص الوبائية لهذا الاضطراب، فإن الحاجة إلى فهم أعمق وتعاون أفضل أصبحت أكثر إلحاحاً من أي وقت مضى، لا سيما إذا كان الهدف هو تحسين الرعاية وزيادة فرص النجاة.

يُعد القهم العصبي اضطراباً في الأكل يبلغ ذروته في مرحلة المراهقة، وهو يحمل أعلى معدل وفيات بين جميع الاضطرابات النفسية. غالباً ما يترافق مع مشكلات صحية جسدية ونفسية أخرى، ومع ذلك فإن التدريب على التعامل مع المصابين باضطرابات الأكل، والمعرفة العملية لدى الأطباء العاملين مع المراهقين الذين يعانون من نقص الوزن، ما تزال غير متسقة. تقدم هذه المراجعة للقهم العصبي لدى المراهقين لمحة عامة عن الأعراض والأسباب والعلاج، مع ترکيز خاص على تقدير المخاطر الصحية الجسدية وتداريرها، بما في ذلك "متلازمة إعادة التغذية"

- II - الوبائيات والإذنار

يبلغ سن الذروة لظهور القهم العصبي لدى كلاً من الذكور والإناث ما بين 15 و 19 عاماً، وقد أظهرت دراسة رصدية شملت أطفالاً وشباباً تتراوح أعمارهم بين 8 و 17 عاماً في المملكة المتحدة وأيرلندا معدلات حدوث بلغت 13.68 حالة لكل 100,000 من السكان (بفارق ثقة 95% يتراوح بين 12.88-14.52)، مع معدلات حدوث بلغت 25.66 (بفارق ثقة 95%: 24.09-27.30) لدى الإناث، و 2.28 (بفارق ثقة 95%: 1.84-2.79) لدى الذكور. وتُقدر نسبة الانتشار مدى الحياة للقهم العصبي بين النساء بـ 3.64% (بفارق ثقة 95%: 2.81-4.72) فعلى الرغم من عقد من البحث في الجوانب التشخيصية والنفسية العلاجية والدوائية النفسية، لا يزال اضطراب القهم العصبي يُسجّل أعلى معدلات الوفيات بين جميع الاضطرابات النفسية، حيث يبلغ معدل الوفيات المعياري SMR حوالي 5 و من منظور الطب النفسي البيولوجي، قد يُعزى هذا التراجع في التقدّم مقارنةً بسائر مجالات الطب النفسي إلى غياب العلاجات الدوائية المعتمدة لهذا الاضطراب [1] Micali وآخرون، 2017).

III - الأعراض

تشمل العلامات النفسية والعاطفية للقهم العصبي ما يلي:

- الخوف الشديد من زيادة الوزن.
- عدم القدرة على تقدير وزن الجسم وشكل الجسم بشكل واقعي (وجود صورة ذاتية مشوهة).
- الاهتمام المفرط بالطعام والسرعات الحرارية واتباع الحميات الغذائية.
- الخوف من أطعمة أو مجموعات غذائية معينة.
- النقد الذاتي المفرط.
- إنكار خطورة انخفاض وزن الجسم و/أو تقدير الطعام.
- الشعور بحاجة ماسة للسيطرة.
- من الشائع وجود حالات صحية نفسية أخرى إلى جانب القهم العصبي، لذلك قد تظهر أعراض نفسية وعاطفية إضافية.

تشمل العلامات السلوكية للقهم العصبي ما يلي:

- تغيرات في عادات أو روتين الأكل، مثل تناول الطعام بترتيب معين أو إعادة ترتيب الأطعمة في الطبق.
- تغيير مفاجئ في تفضيلات الطعام، مثل استبعاد أنواع أو مجموعات غذائية معينة.
- الإدلاء بتعليقات متكررة حول الشعور "بالسمنة" أو زيادة الوزن على الرغم من فقدان الوزن.
- التخلص من الفضلات عن طريق التقيؤ المتعمد و/أو إساءة استخدام الملينات أو مدرات البول.
- الذهاب إلى الحمام مباشرة بعد تناول الطعام.
- إساءة استخدام حبوب الحمية أو مثبتات الشهية.
- ممارسة الرياضة بشكل قهري و/أو مفرط.

الاستمرار في الحد من السرعات الحرارية حتى عندما يكون الوزن منخفضاً بالنسبة للجنس والطول والعمر. [2]

- ارتداء ملابس فضفاضة و/أو طبقات لإخفاء فقدان الوزن والبقاء دافئاً.
- الانسحاب من الأحباء والمناسبات الاجتماعية.

قد تشمل العلامات والأعراض الجسدية للقهم العصبي ما يلي:

- فقدان كبير في الوزن على مدى عدة أسابيع أو أشهر.
- عدم الحفاظ على وزن مناسب للجسم بناءً على الطول والعمر والجنس والصحة البدنية.
- تغير غير مبرر في منحني النمو أو مؤشر كتلة الجسم BMI لدى الأطفال والراهقين الذين ما زالوا في مرحلة النمو. [3]

تشمل العلامات والأعراض الجسدية للقهم العصبي، والتي تُعد آثاراً جانبية للتوجيع وسوء التغذية ما يلي:

- الدوخة و/أو الإغماء.
- الإرهاق. اضطراب نظم القلب.
- انخفاض ضغط الدم.
- الشعور بالبرد طوال الوقت.
- انقطاع الطمث (انقطاع الطمث) أو عدم انتظام الدورة الشهرية.
- الانفاس و/أو ألم البطن.
- ضعف العضلات وفقدان كتلتها.
- جفاف الجلد، وهشاشة الأظافر، و/أو تساقط الشعر.

- ضعف التئام الجروح، وتكرار المرض.

IV- الأسباب

يمكن تلخيص الأسباب التي يعتقد أن لها دور في تطور المرض بما يلي:

- الوراثة: تشير الأبحاث إلى أن ما يقرب من 50% إلى 80% من خطر الإصابة باضطراب الأكل وراثي. الأشخاص الذين لديهم أقارب من الدرجة الأولى (أشقاء بiological أو آباء) يعانون من اضطراب الأكل هم أكثر عرضة للإصابة به بعشر مرات.

- تغيرات الدماغ: قد تلعب التغيرات في كيمياء الدماغ دوراً، وخاصة التغيرات في نظام المكافأة في الدماغ وتوازن النواقل العصبية (الرسائل الكيميائية). يمكن أن تؤثر النواقل العصبية مثل السيروتونين والدوبيامين على الشهية والمزاج وتنظيم الانفعالات.

- الصدمة: يعتقد العديد من الخبراء أن اضطرابات الأكل تحدث عندما يحاول الشخص التعامل مع المشاعر الجارفة والعواطف المؤلمة من خلال التحكم الشديد في شيء آخر. في حالة القهم العصبي، يتعلق الأمر بالتحكم في كمية الطعام التي يستهلكها. على سبيل المثال، يمكن أن يساهم الإيذاء الجسدي أو الاعتداء الجنسي في إصابة بعض الأشخاص باضطراب الأكل.

- البيئة والثقافة: يمكن للثقافات التي تُمجد نوعاً معيناً من الجسم - عادةً الأجسام "النحيفة" - أن تضع ضغطاً غير ضروري على الناس لتحقيق معايير جسدية غير واقعية. غالباً ما تربط الثقافة الشعبية ووسائل التواصل الاجتماعي وصور الإعلانات النحافة بالشهرة والنجاح والجمال والسعادة. [4]

- ضغط المقارنة: قد يكون ضغط المقارنة عاملاً مؤثراً للغاية، خاصةً بالنسبة للأطفال والمرأهقين. التعرض للمضائق أو التنمّر بسبب المظهر أو الوزن قد يُسهم في الإصابة بالقهم العصبي.

- الصحة النفسية: السعي للكمال والسلوك الاندفاعي وال العلاقات الصعبة قد تلعب دوراً في انخفاض تقدير الذات وتقدير الذات. هذا قد يجعلك عرضة للإصابة بالقهم العصبي. [4]

V- درجات القهم العصبي

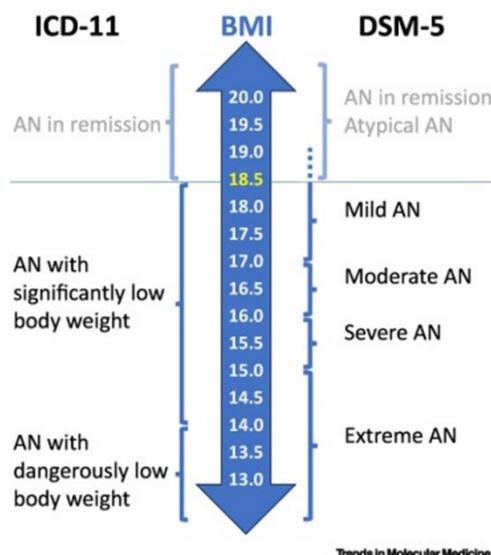
يُميز التصنيف الدولي للأمراض - الإصدار الحادي عشر (11-ICD) - بين درجات درجة خطورة القهم العصبي (AN) وفقاً لمؤشر كتلة الجسم (BMI)، كما يلي:

- القهم العصبي مع نقص كبير في الوزن: مؤشر كتلة الجسم بين 14.0 و 18.5 كغ/م² للبالغين.
- القهم العصبي مع نقص خطير في الوزن: مؤشر كتلة الجسم أقل من 14.0 كغ/م².
- القهم العصبي في مرحلة التعافي مع وزن طبيعي: مؤشر كتلة الجسم أعلى من 18.5 كغ/م².

وبالمثل، يُقِيم الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية - الطبعة الخامسة (5-DSM) - درجة خطورة المرض بناءً على مؤشر كتلة الجسم، كما يلي:

- خفيف: مؤشر كتلة الجسم ≤ 17 كغ/م²
- متوسط: مؤشر كتلة الجسم بين 16 و 16.99 كغ/م²
- شديد: مؤشر كتلة الجسم بين 15 و 15.99 كغ/م²
- شديد جداً: مؤشر كتلة الجسم أقل من 15 كغ/م²

يعرض الشكل 1 ملخصاً للعُنَيات التشخيصية في كل من 11-ICD و 5-DSM بحسب مؤشر كتلة الجسم. ومن باب الإيضاح، نود الإشارة إلى أن منظمة الصحة العالمية (WHO) تُعرّف النقص في الوزن - بعض النظر عن السبب الكامن - على أنه مؤشر كتلة الجسم أقل من 18.5 كغ/م² [5]



الشكل 1: درجة الخطورة كما يشير إليها مؤشر كثافة الجسم BMI وفقاً للتصنيف الدولي للأمراض والدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الإصدار الخامس

VI- التشخيصات التفريقية والأمراض المصاحبة

يعاني العديد من المرضى الذين يعانون من القهقهة العصبية (AN) من مزاج مكتئب وشعور بالعجز، وقد تم العثور على أن الاضطراب الاكتئابي الكبير (MDD) منتشر بشكل كبير لدى الأفراد الذين يعانون من القهقهة العصبية ومع ذلك، من الصعب تحديد ما إذا كان المرضى يعانون من اضطراب اكتئابي مستقل أو إذا كان هذا نتيجة للجوع أو غيره من تبعات المرض.

إذا كانت العلامات السريرية للاكتئاب هي أعراض لاضطراب عاطفي مستقل، فمن المتوقع أن يتم علاجها بالعلاج المضاد للاكتئاب. ومع ذلك، قد تكون مضادات الاكتئاب التقليدية مثل مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات (TCAs) ومثبّطات عودة قبط السيروتونين الانقليمة (SSRIs) أقل فعالية في المرضى الذين يعانون من الاضطراب المترافق مع القهقهة العصبية الحاد.

وقد يكون ذلك بسبب انخفاض توفر التريتووفان، الجزيء الطليعي المبدئي للسيروتونين ولذلك، تم اقتراح إضافة التريتووفان لتحسين التأثيرات العلاجية للأدوية المضادة للاكتئاب في المرضى الذين يعانون من القهقهة العصبية. قد تقدم العلاجات التجريبية مثل تحفيز الدماغ أو العقاقير النفسية التقليدية أو غير التقليدية التي لا تعتمد على وجود السيروتونين نهجاً بديلاً. في الممارسة السريرية الحالية، قد يشير التاريخ المرضي للفصوص الاكتئابية المستقلة وتاريخ العائلة إلى وجود اضطراب عاطفي مستقل. ومن الأمراض المصاحبة الشائعة لـ القهقهة العصبية هي اضطرابات القلق، واضطراب الوسواس القهري، واضطرابات الشخصية، وقد تم العثور على تداخل جيني بين القهقهة العصبية وهذه الاضطرابات [6]

الجدول 1: يظهر الجدول 1 التشخيصات التفريقية المحتملة لـ القهقهة العصبية

الفئة	أمثلة على الحالات

داء كرون، الداء البطني (السيلياك)، فرط نشاط الغدة الدرقية، الأورام، السكري من النمط الأول غير المشخص، العدوى المزمنة	أسباب طبية/جسدية
الاكتئاب الشديد، اضطرابات القلق، اضطرابات الوسواس القهري، اضطراب التجاذب/التقييد في تناول الطعام (ARFID)	أسباب نفسية
إساءة معاملة الأطفال، الإهمال، ضغوط اجتماعية شديدة، صعوبات في العلاقات الأسرية أو المدرسية	أسباب اجتماعية أو سلوكية

٧- المخاطر الحادة على الصحة الجسدية

الاعتلال القلبي الوعائي هو أكثر المضاعفات السريرية شيوعاً، ويمكن أن تُعطى المراقبة البسيطة للعلامات الحيوية مؤشرات سريعة على الخطر، مثل:

- بطء القلب
- انخفاض ضغط الدم
- انخفاض ضغط الدم الوضعي
- انخفاض حرارة الجسم

وكالها مؤشرات على اضطراب في الوظائف الحيوية بسبب نقص الوزن. يُوصى بإجراء تخطيط كهربائي للقلب (ECG) للكشف عن بطء القلب، أو إطالة فترة QTc، أو وجود اضطرابات نظمية.

متلازمة إعادة التغذية (REFEEDING SYNDROME)

خلال التقييم، يُعد كلٌّ من المدخول الغذائي الحالي، وسرعة فقدان الوزن مؤخراً، ووجود التقيؤ من العوامل المهمة التي تُساعد على تحديد خطر الإصابة بمتلازمة إعادة التغذية، وهي من المضاعفات المحتملة والخطيرة (بل والمميتة أحياناً) للقهرم العصبي. ويعُد دور الفريق متعدد التخصصات محورياً في هذا السياق، لا سيما بمشاركة اختصاصي التغذية.

عند إعادة تقديم الغذاء بعد فترة من الجوع، تزداد حاجة الجسم إلى الفوسفات نتيجة تحول الاستقلاب إلى الاعتماد على الكربوهيدرات، مما يؤدي إلى استنزاف مخازن الفوسفات في الجسم. تُعرف هذه الظاهرة بـ"متلازمة إعادة التغذية"، وهي مضاعفة خطيرة محتملة عند إدخال السعرات الحرارية مجدداً إلى الجسم.

بالإضافة إلى الدلائل البيوكيميائية على انخفاض مستويات الفوسفات، قد تشمل العلامات السريرية:

- تسريع القلب أثناء الراحة
- الوذمة
- الارتكاك الذهني

ويشمل العلاج تعويض الفوسفات وتصحيح اضطرابات الشوارد، كما يُوصى بمراقبة قلبية في حال وجود علامات سريرية أو اضطرابات في الشوارد.

في مراجعة شملت 1039 مراهقاً مصاباً بالقهرم العصبي، تراوحت نسبة حدوث نقص الفوسفات المرتبط بإعادة التغذية بين 0% و38%， بمتوسط حدوث يقدر بـ14%. [7]

تُعد الأيام الأولى من إعادة التغذية هي الفترة الأعلى خطورة لحدوث المتلازمة، رغم أن الحالة قد تظهر حتى بعد أسبوعين من بدء التغذية. لذا، من الضروري إجراء مراقبة سريرية وبيوكيميائية مكثفة خلال هذه المرحلة.

Treatment - VIII العلاج

ينتطلب العلاج مشاركة فريق متعدد التخصصات ذو خبرة في إدارة اضطرابات الأكل، ويُعد التدخل الغذائي أمراً بالغ الأهمية، حيث يقدم خطط وجبات مناسبة وإرشادات حول الاحتياجات من الطاقة، بالإضافة إلى نصائح حول الفيتامينات والمعادن المكملة والدعم أثناء إعادة التغذية. عموماً، يُعتبر النسبة الصحية للوزن بالنسبة للطول هي التي تكون فوق 95%， ولكن هناك حاجة إلى مناهج رعاية مخصصة. يجب إحالة الشباب الذين تم تأكيد أو اشتباه إصابتهم بالقهم العصبي إلى خدمة اضطرابات الأكل المتخصصة في الرعاية الثانوية للأطفال والشباب، وقد أظهرت هذه الخدمات تحسيناً في النتائج وفعالية التكاليف، مما يقلل الحاجة إلى قبولهم في المستشفيات. في السنوات الأخيرة، تم استثمار جهود لتطوير وتدريب فرق اضطرابات الأكل المجتمعية للأطفال والشباب، وتحدد معايير NHS England أن الشباب الذين يعانون من اضطرابات الأكل يجب أن يكونوا قادرين على الوصول إلى العلاج الطارئ خلال 24 ساعة، والمساعدة العاجلة خلال أسبوع واحد، والعلاج خلال 4 أسابيع. [8]

بالنسبة لأولئك الذين هم في حالة طيبة مستقرة ويتم علاجهم في المجتمع، فإن العلاج الأسري المركز على القهم العصبي هو العلاج الأولي للأطفال والشباب (المعهد الوطني للصحة والرعاية، 2017)، حيث يركز على دور الأسرة في مساعدة الشخص الشاب على التعافي. تبدأ الجلسات الأولية بالتركيز على استعادة الوزن، مع تمكين الوالدين لتحقيق ذلك. بمرور الوقت، تتحول المسئولية إلى الشخص الشاب حيث يصبح أكثر قدرة على اتخاذ قرارات مستقلة بشأن الوجبات، وتنتهي الجلسات بتوجيهات تهدف إلى الوقاية من الانتكاسات. يمكن تقديم هذه الجلسات كعلاج للأسرة الواحدة أو للعائلات متعددة، وعادة ما تكون من 18-20 جلسة على مدار عام. يتضمن العلاج التغذيف النفسي حول جوانب التغذية، ويُعد هذا أمراً مهماً في الحفاظ على التعافي.

العلاجات البديلة بالنسبة للراهقين الذين يعانون من القهم العصبي، حيث يكون العلاج الأسري الموجه نحو القهم العصبي غير مناسب أو غير فعال، تشمل العلاجات البديلة العلاج السلوكي المعرفي الفردي أو العلاج النفسي الموجه نحو المراهقين للقهم العصبي. من وجهاً نظر صحية بدنية ونفسية، فإن التدخل المبكر في حالة القهم العصبي لدى المراهقين أمر أساسي. ما لم يتم تقديم العلاج خلال السنوات الثلاث الأولى من المرض، فإن النتائج تكون ضعيفة، حتى عندما يتم تقديم العلاج في وقت لاحق كما أن تحالف العلاج المبكر مع المراهقين يتباين بنتائج أفضل في نهاية العلاج، وزيادة الوزن خلال الجلسات الأربع الأولى من العلاج الأسري الموجه قد يتباين باستعادة الوزن إلى مستويات أعلى والتعافي في نهاية العلاج، بالإضافة إلى المتابعة بعد 12 شهراً. قد يكون التعافي طويلاً وغالباً ما تتحسن الأعراض البدنية قبل الأعراض النفسية.

على الرغم من أن الرعاية في المستشفى للمراهقين المصابين بالقهم العصبي كانت تعتبر لفترة طويلة الخيار الأكثر ملاءمة للعلاج، وأن الذين يتم قبولهم في الرعاية داخل المستشفى مع مؤشر كتلة جسم أعلى يميلون إلى الحصول على تتبؤات أفضل للنتائج إلا أن القبول في المستشفى مكلف ويصاحبه معدل مرتفع من الانتكاسات، لذا فإن هذه الطريقة في إدارة المراهقين المصابين بالقهم العصبي ما تزال مثيرة للجدل، قد تكون الرعاية في المستشفى ل يوم واحد بديلاً آمناً وأقل تكلفة للقبول الطويل في المستشفى.

توصي إرشادات المعهد الوطني للصحة والرعاية (2017) بعدم استخدام عتبة وزن أو مؤشر كتلة الجسم المطلق عند اتخاذ قرار قبول المرضى الذين يعانون من اضطرابات الأكل في رعاية يومية أو داخل المستشفى. إذا كان من الممكن تجنب القبولات النفسية طويلة الأمد لاقهم العصبي لدى المراهقين، فقد تكون هناك حاجة للقبول القصير في المستشفى لعلاج المشكلات الطبية، ويجب أن يتم ذلك بناءً على تقييم المخاطر باستخدام إرشادات Junior MARSIPAN (جمعية الأطباء

النفسين الملكية، 2012). على وجه الخصوص، قد تكون السوائل الوريدية وتغذية الأنابيب المعدية ضرورية، وفي بعض الحالات التي يكون فيها الشاب في خطر بدني شديد ولا يوفون على العلاج، قد يكون من الضروري تقديم العلاج بموجب الإطار القانوني لقانون الصحة العقلية.

لا يوصى باستخدام الأدوية كعلاج وحيد للقهم العصبي (المعهد الوطني للصحة والرعاية، 2017)، على الرغم من أنه يجب علاج الأمراض المشتركة مثل الاكتئاب والقلق واضطراب الوسوس القهري بشكل مناسب (باستخدام العلاجات المخصصة لهذه الأمراض فقط)، وقد يكون لهذا تأثير كبير على أعراض القهم العصبي. ومع ذلك، قد تحسن أعراض المزاج المنخفض والقلق مع استعادة الوزن، لذا من المهمأخذ تاريخ دقيق ومناقشة خطط العلاج والخيارات مع الشباب وعائلاتهم. يجب أن يدفع القلق بشأن التطور البدني أو تأخر البلوغ أو تأثر النمو إلى إحالة المريض للمراجعة المختصة.

ويمكن القول إنه لا يوجد دواء معتمد لعلاج القهم العصبي العصبي (AN) في أي دولة. وفقاً لأحدث تحديد لإرشادات الاتحاد العالمي لجمعيات الطب النفسي البيولوجي (WFSBP) هناك توصية محدودة باستخدام أولانزابين، لكن الأدلة المتاحة تقتصر على زيادة الوزن، وتأثيره على الاضطرابات النفسية أقل وضوحاً.

أخيراً قد تكون الواسمات الحيوية ذات صلة لقرارات العلاج في القهم العصبي. على سبيل المثال، قد يكون الميتزالبين - وهو نظير مركب لهرمون اللبتين البشري - له إمكانات كدواء مستقبلي لـ القهم العصبي. إذ إنه في القهم العصبي، يسبب فقدان الكتلة الدهنية نقص اللبتين، وهو ما قد يساهم في تطور المزاج المكتئب، والجمود العقلي، والتفكير المتكرر بالطعام، والنشاط الزائد. [9]

X- الخلاصة

التعرف المبكر والتدخل العلاجي في حالات القهم العصبي لدى المراهقين أمر بالغ الأهمية لتحقيق نتائج جيدة. من المهم مراقبة وملحوظة متلازمة إعادة التغذية في جميع البيئات السريرية. هناك عاقب صحية بدنية حادة ومؤمنة مرتبطة بنقص الوزن. تُعد المؤشرات الحيوية ضرورية لإدارة المخاطر السريرية في حالات القهم العصبي (AN). يمكن أن تسهم المؤشرات الحيوية في اتخاذ قرارات علاجية في مراحل محددة ضمن دورة العلاج.

سيساعد البحث في المؤشرات الحيوية على تحديد الفئات الفرعية بين المرضى المصابين بالقهم العصبي، وتوجيه القرارات نحو علاجات مصممة بشكل فردي، بما في ذلك العلاج النفسي.

المراجع

1. Treasure, J., & Schmidt, U. (2021). Anorexia nervosa: Epidemiology, risk factors, and prognosis. *The Lancet Psychiatry*, 8(5), 420–430. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00060-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00060-2)
2. Zipfel, S., Giel, K. E., Bulik, C. M., Hay, P., & Schmidt, U. (2022). Anorexia nervosa: Aetiology, assessment, and treatment. *The Lancet Psychiatry*, 9(2), 93–106. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00356-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00356-9)
3. American Psychiatric Association. (2022). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.; DSM-5-TR). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing
4. Strober, M., & Johnson, C. (2020). The origins of anorexia nervosa: Biological, psychological and environmental factors. *Current Opinion in Psychiatry*, 33(6), 521–528. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000656>
5. World Health Organization. (2021). International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th Revision). Retrieved from <https://icd.who.int>
6. Eddy, K. T., Tabri, N., Thomas, J. J., Murray, H. B., Keshaviah, A., Hastings, E., & Herzog, D. B. (2020). Recovery from anorexia nervosa and associations with psychiatric comorbidity. *Journal of Clinical Psychiatry*, 81(3), 19m13192. <https://doi.org/10.4088/JCP.19m13192>
7. Rio, A., Whelan, K., Goff, L., Reidlinger, D. P., & Smeeton, N. (2021). Occurrence of refeeding syndrome in adults started on artificial nutrition support: Prospective cohort study. *BMJ Open*, 11(4), e045774. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-045774>
8. Hay, P., Chinn, D., Forbes, D., Madden, S., Newton, R., Sugenor, L., Touyz, S., & Ward, W. (2020). Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment

of eating disorders. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 54(5), 472–479.
<https://doi.org/10.1177/0004867420917449>

9. Treasure, J., Duarte, T. A., & Schmidt, U. (2020). Eating disorders. The Lancet, 395(10227), 899–911.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30059-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30059-3)