الشهية المفرطة وعلاقتها ببعض الاضطرابات العصابية
(دراسة عاملية - كلينيكية)

دكتور إبراهيم علي إبراهيم
كلية التربية بجامعة قطر

دكتورة مايسة أحمد مصطفى النيال
كلية التربية بجامعة قطر

ملخص :

تهدف الدراسة إلى التعرف على مدى العلاقة بين الشهية المفرطة وبعض الاضطرابات العصابية (الاكتئاب ، القلق ، الوساوس) .

واشتملت عينة الدراسة على (١١٠) طالبة من طالبات جامعة قطر تراوحت أعمارهن الزمنية بين ٢٠ ، ٢٢ عاماً وتم تقسيمهن إلى مجموعتين .

(١) المجموعة الأولى ومثلت عينة الطالبات اللائي حصلن على درجات مرتفعة على مقياس الشهية المفرطة ، ويبلغ قوامها (٥٩) طالبة بمتوسط عمري قدره ٢١,٢٥ عاماً وانحراف معياري قدره ± ٢,٦٢ .

(٢) المجموعة الثانية ومثلت عينة الطالبات اللائي حصلن على درجات متوسطة أو أقل من المتوسطة على مقياس الشهية المفرطة ، وبلغ قوامها (٥١) طالبة بمتوسط عمري قدره ٢١,١١ عاماً وانحراف معياري قدره ± ٢,٥٠ .

واستخدم الباحثان مقياس الشهية المفرطة (من إعداد الباحثين) ، مقياس بك للاكتئاب ، مقياس سمة القلق لسبيلبرجر وزملائه ، قائمة الوساوس القهرية ، إعداد : أحمد عبد الخالق .

كما استخدمت بعض أدوات الدراسة الكلينيكية متمثلة في بعض لوحات اختبار تفهم الموضوع (T.A.T) ، مقياس الغرائز الجزئية ، استمارة تاريخ الحالة .

واستخدم الباحثان التحليل العالمي ، ومعاملات الارتباط كأساليب احصائية للتحقيق من صحة فروض الدراسة .

وأسفرت نتائج كل من الدراسة العاملية ، والكلينيكية عن : أن طالبات الشهية المفرطة أكثر اكتئاباً ، وقلقاً ، بل انهن أكثر ميلاً للأفعال والأفكار الوسواسية عن نظائرهن من طالبات الشهية العادية حيث كانت الفروق دالة عند مستوى ٠,٠٠١ لصالح طالبات الشهية المفرطة .

مقدمة :

يعد هذا العصر صورة حية ونموذجاً واضحاً لشتى أنواع الصراع بين مختلف التيارات القديمة والحديثة ، هذا فضلاً عن التفاعل بين عوامل شتى : نفسية واجتماعية واقتصادية وسياسية يمكن أن نتلمس آثارها من خلال ضروب الضغوط أو المشقة والانعصاب التي تقع على عاتق الإنسان لترفع بالتأكيد من احتمالات تعرضه لشتى أنواع الاضطرابات النفسية أو الجسمية ، فتنشأ أمراض واضطرابات شتى تتخذ صوراً وأشكالاً متباينة – ومن أكثرها شيوعاً تلك الاضطرابات النفسجسمية ومثل هذه الاضطرابات تشكل خطورة على حياة الأفراد سواء أكان ذلك على توافقهم العام أو توافقهم المهني أو الصحي . ولا يمكن أن ننكر في هذا المقام أن حالة الفرد الانفعالية وعلى وجه الخصوص القلق النفسي لها دور مؤكد في تطور أشكال الأعراض والأمراض النفسية والجسمية كضغط الدم الجوهري ، قرح المعدة ، الذبحة الصدرية ، الجلطة الدموية ، فقدان الشهية العصبي ، الشهية المفرطة ... إلخ .

(أنظر : محمد أحمد غالي ، رجاء أبو علام ، ١٩٧٤ ، ص ٤٦٩ ؛ مايسة النيال ، ١٩٩١م – « أ » . « ب ») .

ولذا فقد أدى هذا الانتشار لمثل هذه الاضطرابات إلى زيادة الاهتمام بالعوامل النفسية والاجتماعية في تشخيص الأمراض العضوية مع الوضع في الاعتبار أثر العوامل النفسية في تطورها .

ونحن في هذه الدراسة نتناول اضطراب شاع انتشاره في السنوات الأخيرة ألا وهو : الشهية المفرطة أو الزائدة Bulimia فهو لا يقل أهمية في دراسته عن فقدان الشهية العصبي

لما له من آثار وخيمة على صحة الفرد النفسية والجسمية ومدى ارتباطه بالاضطرابات العصابية ومتغيرات الشخصية ومفهوم الذات والوحدة النفسية . وتحاول هذه الدراسة أن تميط اللثام عن مدى تفاعل الشهية المفرطة وكل من الاكتئاب والقلق والوساوس . وتجدر الإشارة إلى أن الباحثين اختلفوا في النظر إلى هذا الاضطراب ، فاعتبره البعض ضمن زملة الاضطرابات العصابية أو الاضطرابات النفسجسمية في حين صنفه البعض الآخر داخل إطار اضطرابات الأكل Eating disorders شأنه في ذلك شأن اضطراب فقدان الشهية العصبي Anorexia Nervous disorder (انظر : أحمد عبد الخالق ، مايسة النيال ١٩٩٢ «ب») . وتجدر الإشارة إلى أنه وجه اهتمام قليل لاضطراب الشهية المفرطة ولا سيما على الصعيد العربي وإن كانت هناك دراسة حديثة – وربما الأولى في حدود علم الباحثين – والتي اهتمت بتقديم بروفيل نفسي للفتاة المراهقة التي تعاني من السمنة المفرطة (مايسة المفتي ، ١٩٩١) . إذ أسفرت الدراسة عن أن البدينات يتسمن بانخفاض تقييمهن لذواتهن فضلاً عن عدم شعورهن بالانتماء .

تعد الشهية المفرطة Bulimia أو السمنة المفرطة Excessive Obesity عرضاً لفعل قهري أكثر من كونها مجرد متعة للطعام وهي من أمراض العصر الحديث حيث ثبت علمياً أنها تؤدي لانسداد مفاجئ لشرايين القلب بل قد تؤدي إلى السكتة القلبية ، التي أصبحت من أكبر معضلات القرن الحالي وأعلى مسببات الموت المفاجئ ، ويعزو عدد كبير من الباحثين أسباب الشهية المفرطة إلى عوامل انفعالية ونفسية وينسحب الأمر ذاته على أمراض الجسم الأخرى بما في ذلك ضغط الدم ، قرحة المعدة ، أمراض القلب (عطوف ياسمين ، ١٩٨١م ، ص ١٥٦ ب) .

ويمكن تحديد الشخص الذي يعاني من الشراهة المفرطة ، ومن ثم البدانة المفرطة – من خلال وزنه الذي يزيد عن ٢٠٪ من وزنه الطبيعي . ولكن وجد الباحثون في الآونة الأخيرة أن البدانة المفرطة لا يمكن أن نغزوها فقط إلى عامل النهم Gluttony بل يمكن

إرجائها أيضاً إلى خلل في وظائف المخ أو الغدد أو أي عطب في أي جهاز بالجسم (Dworzatz Key, 1985, P. 278) .

ومن الدلائل والبراهين الأولى التي أشارت إلى أن الشراهة المفرطة ليست عملية سهلة في تفسيرها يرجع إلى البحوث التي قام بها « انسل كيز » Ancel Keys في عام ١٩٤٤م ، . حيث أخضع ٣٦ متطوعاً لنظام غذائي شديد – علماً بأن أفراد عينة الدراسة كانوا من ذوي الوزن المتوسط نقص فيه أفراد عينة البحث نصف أوزانهم تقريباً وهذا أدى إلى معاناتهم من أعراض التوتر والقلق والاكتئاب فضلاً عن قابليتهم للاستشارة . ثم سمح لأفراد عينة الدراسة بعد ذلك بخرق النظام الغذائي وتناول ما يشتهون من طعام مما أسفر عن زيادة أوزانهم بشكل كبير مما أدى إلى معاناتهم من معدلات أعلى من التوتر والقلق . وقد توصل الباحث إلى أن عينة البحث لم ترتد إلى حالات الراحة أو الاطمئنان إلا بعد عودتهم إلى أوزانهم الطبيعية (Bennett & Gurin, Passim) . ومثل هذه النتيجة التي توصل إليها « كيز » فيما يتعلق بالشهية المفرطة ومن ثم زيادة الوزن لدى بعض الأفراد ، تشير إلى أن هناك نقاط انطلاق أو تهيؤ Set Points فقد يزيد وزن الفرد إلى عشرة أرطال ويستمر على هذا الوزن الجديد لفترة زمنية ثم يعود مرة أخرى إلى نقطة التهيؤ ليكتسب عشرة أرطال جديدة من الوزن . . إلخ وتجدر الإشارة إلى أن هناك ميكانيزم للتماثل حساس للغاية هو المسئول عن إحداث الجوع والشبع والذي يعتمد وبدرجة كبيرة على مستوى الدهون بالجسم (انظر : Dworetz Key, 1985, P. 278) .

وتتمثل أسباب السمنة المفرطة في أن بعض الأفراد من ذوي الوزن الزائد لديهم ميكانيزمات تهيؤ ضعيفة ، ويحتاجون دائماً إلى تلميحات للتنبيه تتعلق بمتى يتناولون الطعام . ولكن في نهاية عام ١٩٦٠ ، جاءت نتائج البحوث لتشير إلى أن الأفراد الذين يتسمون بالبدانة المفرطة أو الشراهة في تناول الطعام لم يهتموا بتنظيم ميكانيزم الشبع Satiation الداخلي أو أن مثل هذه الآليات الداخلية اتسمت بالخلل . فقد توصل

« ستانلي » وزملاؤه إلى أن المفحوصين من ذوي الشراهة أو الشهية الزائدة ، كانوا أكثر اهتماماً بمرور الزمن لتحديد موعد تناول الطعام فضلاً عن كونهم أكثر إثارة نحو أنواع الطعام ومذاقه ، وذلك بالمقارنة بالأفراد من ذوي الشهية الطبيعية . وقد توصل الباحث ذاته إلى نتيجة تؤكد ما سبق عندما طلب من عدد من المفحوصين البقاء في غرفة بها ساعة كانت تتحرك بسرعة عن معدلها الطبيعي ، فتبين أن المفحوصين كانوا يأكلون بمعدلات أكبر عندما اقترب موعد الغذاء مثلاً وذلك بالمقارنة بالمفحوصين من ذوي الأوزان والشهية الطبيعية . ومثل هذه الدراسة تشير من بين ما تشير إلى اعتماد أفراد الشهية والأوزان الطبيعية على بعض التلميحات Cues الداخلية التي تنبههم بحالة الجوع أكثر من اعتمادهم على تلميحات أخرى خارجية (كنوع الطعام ومذاقه) كما في حالة المرضى من ذوي الشهية المفرطة (Wooley, 1979) .

ونخلص مما سبق إلى اعتماد ذوي الشهية المفرطة على بعض المثيرات الخارجية التي تنبه شهيتهم ، كرائحة الطعام ، نوع الطعام ، كم الطعام ومذاقه وذلك أكثر من اعتمادهم على تنبيهات داخلية مقيدة والتي بدورها تنبه الفرد على أنه بحاجة لتناول الطعام لإشباع الإحساس بالجوع .

وفي الواقع ، تعد الشهية المفرطة التي تؤدي إلى الزيادة الشديدة في الوزن أو البدانة من العادات – إن جاز التعبير – غير المرغوب فيها ، فهي تعادل الجرم في حق الذات (Rodin, 1977) ، ونتيجة لهذا نجد أن أصحاب الشهية المفرطة يعانون من عدم الجاذبية الاجتماعية فضلاً عن شعورهم القهري والملح أنهم المسؤولين الوحيدون إلى ما وصلوا إليه من زيادة في الوزن تعوق الحركة ، وتضعف الحيوية ، وتجلب الخمول ، إلى جانب هذا ينتاب المريض شعور بعدم الراحة والضيق الذي يصل في كثير من الأحيان إلى حد الاكتئاب (Bootzin & Acocella, 1984, P. 196) .

ولكن ما هي أسباب الشراهة الزائدة ومن ثم البدانة ؟ وللإجابة على هذا التساؤل هناك

شقان . الأول فيزيولوجي بحت والثاني نفسي ، فهناك فريق يؤكد على أن الشراهة الزائدة ومن ثم البدانة المفرطة ترجع إلى عوامل فيزيولوجية ، فقد يميل الفرد النحيف إلى تناول كميات كبيرة من الطعام للدرجة التي نطلق عليه أنه شره وعلى الرغم من ذلك لا يزداد وزنه ، وعلى العكس من ذلك أن تناول البدين كمية من الطعام وإن كانت لا تعبرعن الشراهة الزائدة نجد جسمه يتأثر بشكل واضح ويزداد وزنه بشكل ملحوظ ، وتكون فكرتنا الطبيعية عنه أنه شره . ولتفسير هذه الظاهرة ببساطة ، نوضح أن عمليات الأيض لدى الأخير تسير ببطء شديد بل أكثر من ذلك ، إذا حاول هذا الشخص خفض وزنه يفشل تماماً وبالتالي قد يتعرض إلى حالة رفض شديد للنظام الغذائي ويقبل على الطعام بشراهة أكثر عن ذي قبل (Rodin, 1981) .

أما الشق الثاني وهو الشق النفسي ، ووجهة النظر فيه تتمثل في أن حالات الانفعال الزائد والقلق لا سيما المزمن منها ، عامل مؤثر ومعطل لمركز الشبع ، حيث تجعل الفرد تحت وطأة الضغط النفسي ، يفقد القدرة على إدراك حالة الشبع ، وبالتالي لا يشعر الفرد عصبياً وفيزيولوجياً بحالة الشبع مهما تناول من كميات من الطعام ، وبذلك يتناول أكثر مما يحتاجه من الطعام دون أن يشعر ودون أن يدري . ويرى علماء التحليل النفسي أمثال (فرويد وآدلر) أن هناك دوافع لا شعورية تدفع الإنسان لتناول كميات ضخمة من الطعام في حالات القلق والاكتئاب ولكن الحالة قد تنقلب إلى العكس فيحصل لدى الفرد فقدان شهية للطعام ، وهذا في حد ذاته مؤشر آخر على الاضطراب الانفعالي لدى الفرد ، وترى « آنا فرويد » بأن العلاقة بين زيادة الشهية للطعام في حالة الإصابة بالمرض النفسي والسمنة ، إنما تعود إلى عوامل مرتبطة بشخصية هؤلاء الأفراد وظروفهم العائلية وأسلوب تنشئتهم وتربيتهم ، فالاهتمام الزائد أو الإهمال الزائد من قبل الآباء نحو الأبناء له مضاره النفسية ، فنجد الابن يتجه إلى تناول الطعام بشراهة وكأنها عملية تعويضية ويكون الطعام في هذه الحالة مصدر الإرضاء الوحيد له . أي أن التعويض يتم عن طريق الفم لأن في ذلك حل للصراع الذي يعيشه (عطوف ياسين ، ١٩٨١ ، ص ١٥٧ – ١٥٩) .

وقد ترجع زيادة الشهية إلى بعض الظروف التي تتميز بالانعصاب الانفعالي كوفاة أحد الوالدين أو ميلاد طفل جديد . وتكون الشهية المفرطة شكلاً من أشكال التعزية أو المواساة فضلاً عن كونها وسيلة توكيدية كما يرتبط الافراط في الطعام بالصراعات الجنسية Sexual Conflicts ففي أوقات الاحباط الجنسي يستشف الفرد اللذة المفقودة من الطعام (Bootzin & Acocella, 1984, P. 39) .

وعلى الرغم من استبعاد عدد كبير من العلماء وجود أي سبب وراثي للشهية المفرطة ومن ثم السمنة والبدانة ، إلا أنهم أشاروا لارتباط الشراهة المفرطة بالأم القلقة والعصابية التي تشعر بأنها تؤدي واجباتها بالنسبة لطفلها على أكمل وجه وذلك لأنها تعطيه كفاية من الطعام فتسارع إلى تغذيته دون نظام ودون ترتيب . وفي هذه الحالة ، تعبر مثل هذه الأم عن حرمان عاطفي من أبويها أو من زوجها فتحاول تعويض هذا النقص عن طريق إفساد نظام الطفل الغذائي (انظر : Klajner et al. 1981, Wardle, 1980) .

وفي الواقع لا نستطيع بأي شكل من الأشكال إلا أن نعزو الشراهة المفرطة ومن ثم البدانة إلى إطارين محددين الأول : فيزيولوجي قد يرجع إلى خلل أو اضطراب في منطقة الهيبوتلامرس وهي مسئولة عن مراكز الشبع ، ومن ثم تقود الفرد تحت أي ظرف من الظروف إلى الإفراط الشديد في تناول الطعام ، والاطار الثاني : نفسي ويرجع إلى اضطراب في معاملة الآباء للأبناء أو إلى اتباع اتجاهات والديه غير سوية كالإهمال أو الحماية الزائدة التي ينتج عنها ارتفاع في معدلات القلق والاكتئاب فيتخذ الطفل من الإقبال على الطعام بنهم وسيلة للتعويض أو حلاً للصراع الذي يعاني منه .

والجدير بالذكر ، أنه من الممكن أن يظهر مرض الشهية المفرطة في أعقاب فقدان الشهية العصبي . فنجد الفرد لديه رغبة جياشة في الإفراط في الطعام بوصفها استجابة عكسية للعرض الأخير ، بل أكثر من ذلك كثيراً ما نجد الفرد الذي يعاني من فقدان الشهية يصاب بإفراط في الطعام مرات عديدة أثناء إصابته بفقدان الشهية (انظر : محمد أحمد

غالي ، رجاء أبو علام ، ١٩٧٤ ، ص ٤٩٠ ، محمود أبو النيل ، مصطفى زيور ، ١٩٨٤ ، ص ١٤٢) .

ومثل فقدان الشهية العصبي ، يظهر اضطراب الشهية المفرطة بوضوح في مرحلة المراهقة وهو أكثر شيوعاً لدى المراهقات والنساء عنه لدى المراهقين والرجال . ومن الملاحظ انتشار كل من فقدان الشهية العصبي والشهية الزائدة لدى أفراد المستويات الاجتماعية والاقتصادية المرتفعة عنه لدى المستويات المتوسطة أو المنخفضة (انظر : أحمد عبد الخالق ، مايسة النيال ، ١٩٩٢م ، (Costin & Draguns, 1989, P. 463) .

ويتسم من يعانون من الشهية الزائدة أو المفرطة – وهم غالباً من الإناث – ببعض سمات الشخصية ، وهي على النحو التالي : الاكتئاب ، القلق ، الخوف ، الوسواس القهري ، الرفض ، الانسحاب ، احتقار الذات Self-Contempt فضلاً عن الشعور بالخجل والذنب . ومن الأعراض الفيزيولوجية التي يعاني منها المصابون بالشهية المفرطة : الرغبة الشديدة في النوم ، الشعور بالتعب والإعياء من أقل مجهود ، الخمول ونقص الحيوية ، اضطرابات في دورة الحيض (كأن يحدث الطمث مرتين في الشهر فضلاً عن تساقط الشعر ، تسوس الأسنان (انظر : Schmidt & Telch, 1990; Silverstone, 1990) .

ومن ثم يتضح لنا أن اضطراب الشهية المفرطة يمكن أن يقع ضمن زملة الاضطرابات النفسجسمية (انظر : مايسة النيال ، ١٩٩٢ أ ، ب) فضلاً عن كونه مكوناً أساسياً في اضطرابات الأكل . ولكن تجدر الإشارة إلى أن نجاح علاج ضحايا هذا الاضطراب غير مأمول وقد تفشل المساعدات الطبية والعناية السيكولوجية في علاجه في كثير من الأحيان . وفي الواقع أن الأسباب التي تكمن وراء نجاح بعض المرضى في خفض أوزانهم وضبط شهيتهم المفرطة للطعام وفشل البعض الآخر في هذا الإجراء ، يظل موضع الجدال والنقاش والبحث العلمي لدى الباحثين حتى يومنا هذا . فمنذ زمن بعيد أوضح « ستنكارد » أن معظم مرضى الشهية المفرطة والوزن الزائد لن يستمروا إلى الأبد تحت

العلاج ، فمنهم من يبقى تحت العلاج دون أن يفقد وزنه ومنهم من يفقد وزنه ثم يستعيده ثانية (Stunkard, 1958, P. 79) .

وذلك شأن سمات الشخصية والمتغيرات السيكولوجية ، فقد حظيت الشهية المفرطة بتفسيرات متباينة من قبل نظريات علم النفس المختلفة ، فيعزو أصحاب نظرية التحليل النفسي الشهية المفرطة إلى الصراع الذي يتعرض له الفرد سواء أكان هذا الصراع على الصعيد الذاتي أو الخارجي الاجتماعي فضلاً عن أنه من المحتمل أن يكون مرده إلى الخداع الذاتي Self decption ، أو يكون نتيجة مباشرة للانعصاب الذي تخبره الشخصية ولا سيما الشخصية الفمية Oral Personality أما وجهة نظر النظرية الانسانية فتتمثل في أن الشهية المفرطة قد يكون مردها إلى التعرض الزائد إلى المثيرات ومن ثم فإن الشخص الذي يتعرض إلى مستويات مرتفعة من التوتر والقلق يأخذ من تناول الطعام وسيلة استرضائية . في حين أن نظرية التعلم الاجتماعي تفسر الشهية المفرطة على أنها وسيلة لتجنب المخاوف .

ويتحدد تفسير النظرية السلوكية ، في أن الشهية المفرطة تعبير صريح عن سوء التوافق على الصعيدين الشخصي والاجتماعي ، وتوصي النظرية بضرورة علاج ذوي الشهية المفرطة عن طريق الانطفاء ، الاشراط ، التفسير وغيرها من أشكال التدخل السلوكي (Grusec, Lockhart & Walters, P.P. 622-632) .

ومن ثم يتضح أن نظريات علم النفس تتباين في تفسيرها لاضطراب الشهية المفرطة ، ولكن من وجهة نظرنا نرى أن أفضل تفسير لها ما تتضمنه النظرية السلوكية فضلاً عن أن طرق العلاج المتباينة تتضمن تعديلاً وتصحيحاً لسلوك المضطرب وتصحبه ، وقد أشاد عدد من الباحثين إلى مدى فاعلية طرق العلاج السلوكي في تعديل سير هذا الاضطراب (Bennett, 1987) .

وفيما يلي عرض للدراسات السابقة والتي اهتمت بدراسة اضطراب الشهية المفرطة في

علاقته ببعض متغيرات الشخصية .

قاوم « فابورن » وآخرون بمقارنة ثلاثة طرق علاجية للشهية المفرطة (العلاج المعرفي ، العلاج النفسي ، العلاج السلوكي) وذلك لدى ٧٥ فتاة تعاني من الشهية المفرطة (متوسط عمرهن ١٧ سنة) هذا فضلاً عن تطبيق عدد من المقاييس النفسية : قائمة بك للاكتئاب ، مقياس عادات الأكل ، الاتجاهات نحو الأكل ، التوافق الاجتماعي . تعزو نسبة ٢٤٪ للعلاج السلوكي ، ١٦٪ للعلاج المعرفي ، ١٢٪ للعلاج النفسي . ولا شك أن طرق العلاج المختلفة أثرت في ضبط الشهية المفرطة ولكن تفوقت النتائج العلاجية للعلاج المعرفي في نتائجه العلاجية على طريقتي العلاج السلوكي والنفسي في علاج الشهية المفرطة (Faiburn, Jones, Peveler & Sally, 1991) .

فحص كل من « هاديجان ، والش » مدى اهتمام مرضى الشهية المفرطة بشكل الجسم والوزن وذلك لدى ٧٨ مريضة بهذا الاضطراب حيث طبق استخبار تشكل الجسم Body Shape Questionnaiel BSO عليهن فضلاً عن ٣ مجموعات أخرى : المجموعة الأولى وتكونت من ١٤ سيدة تعاني من بعض الاضطرابات الوجدانية ، المجموعة الثانية ومثلت بعض زميلات مرضى الشهية المفرطة ، أما المجموعة الثالثة فتكونت من ٣٢ سيدة ومثلهن المجموعة الضابطة . وقد أسفرت نتيجة الدراسة على حصول مريضات الشهية المفرطة على متوسط درجات مرتفع على استخبار شكل الجسم وذلك بالمقارنة بالمجموعات الثلاث الأخرى . وقد ارتبطت مقاييس الأداء الذاتي للاهتمام بشكل الجسم ، الاتجاهات نحو الأكل ، الاكتئاب إيجابياً بالدرجات على استخبار شكل الجسم . وقد خلص الباحثان إلى أن الاهتمام الزائد بشكل الجسم هي من الخصائص التي تساعد على تشخيص حالات الشهية المفرطة فضلاً عن ذلك فقد توصل الباحثان إلى أن الاهتمام بشكل الجسم يرتبط بالحالة الانفعالية – بالدرجة الأولى – ومفهوم وتقدير الذات لدى المريضات أكثر من ارتباطه بالمشكلات السلوكية (Hadigon & Walsh, 1991) .

قام كل من « روزن ، انتوني ، بوكر ، براون » بدراسة مسحية للعوامل التي تنضوي

تحت اضطرابات الطعام لدى ٩٠ أمريكية من الزنوج و ٧٧ أمريكية من البيض . لم تشعر المفحوصات من البيض بالرضا عن شكل أجسامهن ، فضلاً على حصولهن على درجات مرتفعة على مقياس الشهية المفرطة وتبين أن لديهن رغبة شديدة في إنقاص وزنهن بالمقارنة بعينة الإناث الأمريكيات من الزنوج (Rosen, Anthony, Booker & Brown, 1991) .

قيّم كل من « بينيت ، سبوث ، بروجن » انتشار أعراض الشهية المفرطة وذلك لدى ٢٠٤٢ فتاة في المدارس الثانوية . وقد طبق على عينة الدراسة اختبار الشهية المفرطة (Bulimia Test (BT)) ، قائمة القلق حالة وسمة ، قائمة « بك » للاكتئاب ، مقياس الاكتفاء الذاتي ، ومقياس الخوف من السمنة لجولد فارب Gold Farb . وعلى أساس الدرجات على اختبار الشهية المفرطة ، وقعت ٦,٣٪ من المفحوصات في المجموعة ذات أعراض الشهية المفرطة المرتفعة ، في حين وقعت ٩,٣٪ منهن في المجموعة ذات الأعراض المتوسطة ، بينما وقعت ٨٤,٤٪ من عينة الدراسة في المجموعة ذات أعراض الشهية المفرطة المنخفضة . اتسمت مفحوصات مجموعة أعراض الشهية المفرطة المرتفعة بما يلي : التقيؤ عن عمد بعد تناول وجبات الطعام ، الاكتئاب ، القلق ، الخوف الشديد من الشهية المفرطة ، انخفاض الكفاءة الذاتية ، انخفاض التقييم الذاتي . وقد أسفرت الدرراسة عن ارتباط جوهري موجب بين الخوف من السمنة وعرض الشهية المفرطة فضلاً عن ارتباط العرض الأخير بالاكتئاب (Bennett, Spoth & Borgen, 1991) .

قام كل من « ليدوكس ، تشوكيوت ، فلامنت » بمسح على ٣٢٨٨ مراهقة ممن تراوحت أعمارهن بين ١٢ – ١٩ عاماً وذلك فيما يتعلق بعادات الطعام ، مدى انتشار اضطرابات الطعام ، وعلاقتها بأعراض الاكتئاب . وقد حددت أعراض الشهية المفرطة عن طريق ما يلي : محاولات ضبط الوزن ، الهتمام والانشغال بشكل الجسم ، الاشمئزاز من الذات ، ويتفاقم الشعور بهذه الأعراض بعد تناول أي وجبة غذائية دسيمة . ووفقاً للمحك التشخيصي والاحصائي الثالث للإضطرابات العقلية – المراجع (DSM III R) عانى ٧٪ من أفراد عينة الدراسة من الشهية المفرطة . كما ظهرت لديهن أعراض التعب

ونقص الحيوية ، الرغبة في النوم ، أو صعوبات في النوم فضلاً عن الأعراض الاكتئابية والقلق . (Ledoux, Choquet & Flament, 1991) .

. قيّم « سيلفرسون » ٤٣ مريضة يعانين من الشهية المفرطة وذلك على استخبار لتقييم الذات ومقياس القلق والاكتئاب . وقد أسفرت الدراسة عن انخفاض متوسط درجات عينة البحث على استخبار تقييم الذات وارتفاعه على مقياس القلق والاكتئاب (Silverstone, 1990) .

فحص كل من « بيوري ، بابا جيوجس ، هير » القلق لدى ٤٠ سيدة قبل ، أثناء ، بعد تناول الطعام . وقد قسمت عينة الدراسة إلى (١٠) من ذوات فقدان الشهية العصبي ، (١٠) من ذوات فقدان الشهية العصبي – الشهية المفرطة ، (١٠) من ذوات الشهية المفرطة (١٠) من ذوات الأوزان المثالية . وقد قيم القلق لديهن عن طريق مقياس للأداء الذاتي (وتم فيه تقدير الشعور بالسعادة ، التنبيه ، القلق) فضلاً عن تحديد بعض المؤشرات السيكوفيزيولوجية (ضربات القلق وضبط الجلد) هذا إلى جانب تطبيق مقياس استهلاك الطعام . وقد أسفرت نتيجة الدراسة عن انخفاض مستويات القلق لدى المجموعة الضابطة في أي وقت تناولن فيه الطعام . في حين عانت مفحوصات اضطرابات الطعام من مستويات مرتفعة من القلق عبر الدراسة . والجدير بالذكر أن كميات الطعام المتناولة من قبل المجموعة السوية أو الضابطة ومجموعة الشهية المفرطة كانت تقريباً متساوية في حين أنها قلت تماماً لدى مجموعة فقدان الشهية العصبي . وتجدر الإشارة إلى أن التنبيه السيكوفيزيولوجي كان مرتفعاً أثناء تناول الأكل لدى كل المجموعات (Buree, Papageorgis & Hare, 1990) .

وصف « كراهن » حالة فتاة تبلغ من العمر ٢١ سنة تعاني من الشهية المفرطة ، فضلاً عن تاريخ مرض حيث كانت تعاني من قبل من فقدان الشهية العصبي فضلاً عن ارتفاع في إفرازات الغدة الدرقية . فظهرت السمنة المفرطة لدى المريضة أثناء خلل الغدة الدرقية مما أسفر عن زيادة شديدة في الوزن . وقد أدى علاج الغدة الدرقية وخلل إفرازاتها إلى زيادة

شهية المريضة لديها وإلى هبوط قدراتها المعرفية بل تلفها في أحياناً كثيرة إلى جانب الصورة السلبية نحو ذاتها مع عدم تقلبها لشكل جسمها (Krahn, 1990) .

وفي مسح قام به « هزيو » على ٥٠ فتاة من مريضات الشهية المفرطة (ممن تراوحت أعمارهن بين ١٧ – ٤٢ عاماً تبين أن أفراد عينة الدراسة يعانين من حالات شديدة من القلق والإحباط فضلاً عن نوبات من التقيؤ عن عمد إثر تناول أي وجبة طعام . وقد خضعت أفراد عينة الدراسة إلى العلاج المعرفي (HSU, 1990) .

توصل « كويزمان » إلى أن هناك ارتباطاً موجباً وجوهرياً بين اضطرابات الأكل – بما فيها الشهية المفرطة – أو فقدان الشهية العصبي وعرض الاكتئاب . كما خلص الباحث ذاته بأنه من الممكن أن يكون العلاج فعالاً عندما يتناول الفرد برمته متضمناً في ذلك سلوكيات الأكل ، الخلل المعرفي والوجداني فضلاً عن الاكتئاب (Coisman, 1990) .

فحص « هيد ، وليامسون » العلاقة بين عوامل البيئة الأسرية ، اضطرابات الشخصية ، سلوكيات الأكل لدى ٥٨ أنثى ممن تراوحت أعمارهن بين ١٨ – ٤٤ عاماً واللاتي شخصن بأنها من ذوات الشهية المفرطة وفقاً للمحك التشخيصي والاحصائي للاضطرابات العقلية (DSM - III) . وقد خضعت البيانات التي تم الحصول عليها من استجابات عينة الدراسة على مقياس بيئة الأسرة Family Enviromment Scale ، قائمة ميلون الاكلينيكية The Millon Clinical Inventory قائمة اضطرابات الأكل إلى التحليل العاملي ، وقد أسفر التحليل عما يلي :

١ – هناك ارتباط جوهري بين القيود / الصراعات في البيئة الأسرية وبعدي العصابية والانطواء ولكن يرتبط عكسياً بسلوك الشهية المفرطة .

٢ – هناك ارتباط جوهري آخر بين البيئة الأسرية وكل من الانبساط ، الامتياز ، البارانويا . ولكن هذا الارتباط لم ينجح في الكشف عن ارتباط جوهري بين البيئة الأسرية ذات الاختلال الوظيفي وأعراض الشهية المفرطة (Head & Williamson, 1990) .

وفي دراسة « كارني ، يتس » لفحص بعض سمات الشخصية لدى أفراد أسر عينة من الإناث (ن = ٢٥) ، ممن تراوحت أعمارهن بين ١٨ – ٤٣ عاماً واللاتي شخصن بأنهن يعانين من الشهية المفرطة . هذا فضلاً عن أسر عينة أخرى ضابطة من الإناث (ن = ٢٥) اتسمن بالوزن المثالي . استجابت عينتي الدراسة وأسرهن على بطارية من الاستخبارات تضمنت استخبار تشخيص الشخصية Personality Diagnosis Questionaire (POQ) وقد أسفرت نتيجة الدراسة عن حصول مفحوصات الشهية المفرطة على متوسط درجات مرتفع على استخبار تشخيص الشخصية وذلك بالمقارنة بالعينة الضابطة . وقد أظهر أفراد أسر مريضات الشهية المفرطة بعض السمات الشاذة البسيطة بالمقارنة بالعينة الضابطة . (Carney & Yates, 1990) .

فحص كل من « دولان ، ليسي ، ايفانز » الاتجاهات نحو الطعام ، الأوزان ، شكل الجسم وذلك من خلال مسح قاموا به على ٣٦٥ سيدة من البيض ، ٧١ سيدة أفرو ـ كريبية ، ٤٣ سيدة بريطانية . وكان لدى العينة الأخيرة اضطرابات أكل أكثر من العينة الأفرو ـ كريبية ، ولكن لم تظهر فروق بين المجموعات الثلاث فيما يتعلق بالاهتمام بالأوزان وشكل الجسم . وفي المجموعة القوقازية ، ارتبطت الاتجاهات نحو اضطرابات الأكل إيجابياً بالقلق والاكتئاب ، ولم ينسحب الأمر ذاته لدى المجموعة الأفرو ـ كريبية والبريطانية (Dolan, Lacey & Evans, 1990) .

تم مقارنة (٣٠) سيدة ممن يعانين من الشهية المفرطة ، (١٥) سيدة تعاني من الاكتئاب وذلك بـ (١٠٠) سيدة أخرى مثلن المجموعة الضابطة . جمعت بعض البيانات بالنسبة لعينات الدراسة تتعلق بالصراعات الأسرية ، الاضطرابات الجنسية ، بعض المشكلات في مرحلة الطفولة . وقد أسفرت نتائج الدراسة عن وصف مجموعة الشهية المفرطة أسرهن بما يلي : التوتر ، القلق ، السيطرة ، التسلط ، كثرة المشاكل وبصفة عامة المعاناة . في حين وصفت المجموعة الاكتئابية أسرهن بأنهن مقلات في التعبير عن عواطفهن ، منطويات ، منسحبات في المجتمع ، من ذوي السلوك الرفضي وقد

كشفت الدراسة أيضاً عن أن المجموعة الاكتئابية اتسمت بنوع من الاستقرار الأسري بالمقارنة بمجموعة الشهية المفرطة . ويعزو الباحثون في نهاية الدراسة أن الشهية المفرطة يمكن أن يكون مردها إلى الاضطرابات في العلاقات الأسرية (Stuart, Laraia, Ballenger & Lydiard, 1990) .

تعقيب على الدراسات السابقة :

من الجلي أن معم هذه الدراسات التي عرضنا لها تواً كشفت عن ارتباط وثيق الصلة بين الشهية المفرطة والاكتئاب – هذا في المقام الأول – ثم ظهرت دراسات أخرى أوضحت أن الارتباط قوي وجوهري أيضاً بين الشهية المفرطة والقلق ، في حين كشفت بحوث أخرى – وإن كان ذلك بطريقة غير مباشرة – عن ارتباط قائم بين الشهية المفرطة والوساوس على اعتبار أن الاضطراب الأول يمثل فعلاً قهرياً ، ولكن ما زال المجال بحاجة ماسة إلى مزيد من البحث المتفحص الدقيق . فإذا كان كل من القلق والاكتئاب من أمراض العصر فإن الشهية المفرطة وما ينجم عنها من سمنة مفرطة هي أيضاً من اضطرابات العصر ، فهناك مؤشرات احصائية تؤكد أن نسبة هذا الاضطراب تصل إلى حوالي ٦,٣ – ٧٪ من النسبة السكانية ، هذا من ناحية ، ومن ناحية أخرى فإن هذا المجال الذي وجه إليه الاهتمام حديثاً باعتباره اضطراباً سيكوسوماتياً أو من ضمن تصنيفات اضطرابات الأكل لم يلق الاهتمام الكافي من قبل الدراسات العربية – في حدود علم الباحثين – وبصفة عامة سوف تستكشف هذه الدراسة طبيعة الارتياط بين الشهية المفررطة وبعض متغيرات الشخصية . ومن هنا ننتقل إلى بيان الهدف من هذه الدراسة .

هدف الدراسة :

لهذه الدراسة ثلاثة أهداف كما يلي :

(١) تصميم أداة لقياس الشهية المفرطة لدى الإناث بدولة قطر ، والتعرف إلى البناء العاملي لهذا المقياس ، مع تحديد أهم معالمه السيكومترية .

(٢) دراسة العلاقة بين الشهية المفرطة وبعض متغيرات الشخصية : الاكتئاب والقلق والوساوس .

(٣) بيان التركيب العاملي للدرجة الكلية على مقياس أعراض الشهية المفرطة ومتغيرات الاكتئاب والقلق والوساوس .

(٤) تدعيم الدراسة العاملية بدراسة كلينيكية متعمقة لبعض الحالات الطرفية (مرتفعة الشهية المفرطة) .

فروض الدراسة :

تحددت فروض الدراسة الأربعة التالية :

(١) توجد فروق جوهرية بين طالبات الشهية المفرطة والطالبات من ذوات الشهية الطبيعية في كل من المقاييس التالية : الاكتئاب القلق الوساوس.

(٢) توجد ارتباطات جوهرية موجبة بين الشهية المفرطة وكل من الاكتئاب والقلق والوساوس لدى عينتي الدراسة .

(٣) الارتباط بين الشهية المفرطة و الاكتئاب أعلى في العينة المرضية عنه لدى العينة السوية .

(٤) يختلف التركيب العاملي للمقاييس لدى عينة طالبات الشهية المفرطة عن التركيب العاملي لعينة طالبات الشهية الطبيعية في متغيرات الدراسة .

إجراءات الدراسة :

(أ) العينات :

اختيرت عينة الدراسة من طالبات الجامعة بدولة قطر ، متضمنة من الأقسام التالية : اقتصاد منزلي ، اللغة الانجليزية ، اللغة العربية ، الشريعة ، الاجتماع . وقد بلغ قوام عينة الدراسة (١١٠) طالبة ، تراوحت أعمارهن بين ٢٠ ، ٢٢ عاماً . وقد تم تقسيم عينة البحث الكلية إلى مجموعتين :

١ – المجموعة الأولى ومثلت عينة الطالبات اللائي حصلن على درجات مرتفعة* على مقياس الشهية المفرطة ، وبلغ قوامها (٥٩) طالبة بمتوسط عمر = ٢١ر٢٥ ± ٢ر٦٢ .

٢ – المجموعة الثانية ومثلت عينة الطالبات اللائي حصلن على درجات متوسطة أو أقل من المتوسط على مقياس الشهية المفرطة . إذ تكونت هذه المجموعة من (٥١) طالبة بمتوسط عمر = ٢١ر١١ ± ٢ر٥٠ .

وكان الفرق بين الأعمار غير جوهري حيث كانت ت = ٣٨٨ر٠ .

(ب) أدوات الدراسة :

أولاً : مقياس الشهية المفرطة Bulimia Scale

قام إبراهيم علي ، مايسة النيال بوضع مقياس الشهية المفرطة وذلك بغرض توفير أداة سيكومترية مستمدة من البيئة العربية لتناسب الاستخدام مع طالبات الجامعة القطريات وفيما يلي عرض للخطوات التي اتبعت في تصميم هذا المقياس مع بيان أهم معالمه .

(١) **مجموعة من البنود** : استمدت بنود المقياس من التراث السيكولوجي والسيكياتري الاكلينيكي ، حيث تم من خلال مراجعة التراث تحديد خصائص وأعراض ذوي الشهية المفرطة .

(٢) اعتماداً على الخطوة السابقة تم صياغة ثلاثة وعشرين بنداً صياغة عربية مبسطة .

(٣) **عرض البنود على المحكمين** : طلب من عدد من المحكمين المتخصصين في الصحة النفسية (أعضاء هيئة تدريس بجامعة قطر والاسكندرية) قراءة البنود بتمعن وطلب منهم أن يضعوا أمام كل عبارة خمس درجات تتراوح بين : ١ – لا علاقة

---

* الدرجة المرتفعة على مقياس الشهية المفرطة هي التي تزيد عن ٤٥ والمنخفضة هي التي تقل عن ٤٥ . (حيث تعتبر الدرجة ٤٥ هي درجة الوسيط) .

* اختيرت عينة الدراسة من طالبات الجامعة ولم ترفض أي طالبة الاشتراك في البحث .

لها بالشهية المفرطة . ٥ – ترتبط بها بشدة ، وأدى هذا الإجراء إلى استبقاء عشرين بنداً وحذف ثلاث بنود .

(٤) **بدائل الإجابة** : يجاب على كل بند من بنود المقياس تبعاً للبدائل الخمسة الآتية : ١ ، ٢ ، ٣ ، ٤ ، ٥ على التوالي . وقد وضع للمقياس تعليمات موجزة وبسيطة .

(٥) **الارتباط بين الدرجة الكلية والبنود الفرعية** : طبق المقياس (٢٠ بنداً) على عينة من طالبات كلية التربية – جامعة قطر (ن = ٧٥) ، ثم صحح المقياس ، وحسبت معاملات الارتباط بين كل بند والدرجة الكلية على المقياس ونلاحظ من جدول (١) أن جميع معاملات الارتباط جوهرية احصائياً فيما عدا البند (١١) والذي نص على : « اهتم بمعرفة وزني » إذا لم يصل إلى حدود الدلالة الاحصائية .

جدول رقم (١) : معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية لمقياس الشهية المفرطة وكل بند من بنود المقياس كما طبق على عينة من طالبات كلية التربية – جامعة قطر (ن = ٧٥)

رقم البند	معاملات الارتباط	الدلالة *	رقم البند	معاملات الارتباط	الدلالة *
١	٠,٥٠٣	٠,٠١	١١	٠,١٩٠	غير جوهري
٢	٠,٢٦٦	٠,٠٥	١٢	٠,٦٢١	٠,٠١
٣	٠,٥٥١	٠,٠١	١٣	٠,٦١٣	٠,٠١
٤	٠,٦٩٥	٠,٠١	١٤	٠,٧٧٥	٠,٠١
٥	٠,٦٠٩	٠,٠١	١٥	٠,٦٩٣	٠,٠١
٦	٠,٤٧٣	٠,٠١	١٦	٠,٤٩٣	٠,٠١
٧	٠,٣٤٨	٠,٠١	١٧	٠,٥٦٣	٠,٠١
٨	٠,٥٦٩	٠,٠١	١٨	٠,٦١٦	٠,٠١
٩	٠,٧٣١	٠,٠١	١٩	٠,٦٢٤	٠,٠١
١٠	٠,٦٢١	٠,٠١	٢٠	٠,٥٧٧	٠,٠١

* تصبح ر جوهرية عند مستوى ٠,٠١ عندما تكون ≤ ٠,٣٠٢

* تصبح ر جوهرية عند مستوى ٠,٠٥ عندما تكون ≤ ٠,٢٣٣

(٦) **التحليل العاملي لبنود المقياس** : استخرجت معاملات الارتباط المتبادلة بين استجابات عينية من طالبات الجامعة (ن = ٧٥) القطريات للبنود المفردة للمقياس ، ثم حللت معاملات الارتباط بين البنود عاملياً بطريقة « هويتلنج » المكونات الأساسية ، واستخدم محك « جتمان » لتحديد العوامل (العامل الجوهري ما كان له جذر كامن $\geq$ ١) ، ثم أديرت العوامل تدويراً متعامدة بطريقة الفاريماكس (Nie et al., 1975) ، وتم استخراج خمسة عوامل تبعاً لهذا المحك ويبين جدول (٢) قيم الشيوع هـ^{٢} h^2 .

جدول رقم (٢) : شيوع هـ^{٢} بنود مقياس الشهية المفرطة لدى طالبات الجامعة (ن = ٧٥)

رقم البند	هـ^{٢}	رقم البند	هـ^{٢}
١	٠,٧٨٢	١١	٠,٦٧٦
٢	٠,٧٣٦	١٢	٠,٦٢٠
٣	٠,٥٧١	١٣	٠,٥٦٠
٤	٠,٧٣٣	١٤	٠,٧٦٤
٥	٠,٦٢٤	١٥	٠,٧٩٤
٦	٠,٦١٣	١٦	٠,٦٤٥
٧	٠,٨١٩	١٧	٠,٧٦٤
٨	٠,٧٨٢	١٨	٠,٧٥٢
٩	٠,٥٩٩	١٩	٠,٧٢٩
١٠	٠,٥٦٢	٢٠	٠,٧٢١

جدوّل رقم (٣) : الجذر الكامن والنسب المئوية لتباين العوامل المتعامدة المستخلصة من مقياس الشهية المفرطة لدى الطالبات

رقم العامل	الجذر الكامن	نسبة التباين
١	٦,٦٨	٪ ٣٣,٤
٢	٢,٦٩	٪ ١٣,٥
٣	٢,٠١	٪ ١٠,١
٤	١,٣٩	٪ ٧,٠
٥	١,٠٧	٪ ٥,٤
النسبة الكلية للتباين		٪ ٦٩,٤

ويتضح من جدول (٣) أن النسبة الكلية للتباين ٦٩,٤٪ وهي نسبة مرتفعة تشير إلى أن العوامل المستخرجة تستوعب قدراً معقولاً من التباين . ولما كان الهدف هو استخراج عوامل عريضة تتسم بالاستقرار والثبات ، لذا فقد اختير معيار التشبع الجوهري بالعامل ليكون ≤ ٠,٣٥ ، وذلك في كل عامل مستخرج له جذر كامن ≤ ١,٠ . وتطبيقاً لذلك استبقيت أربعة عوامل فقط ، ولم يسفر عن هذا الإجراء حذف أي من البنود ليصبح طول المقياس تسعة عشر بنداً . ويبين جدول (٤) التشبعات الجوهرية (≤ ٠,٣٥) للعوامل الأربعة .

جدول رقم (٤) : العوامل المتعامدة* لمقياس الشهية المفرطة وتشبعاتها لدى طالبات الجامعة (ن = ٧٥)

التشبع	العوامل والبنود المكونة لها	
	العامل الأول	الأعراض العصابية المصاحبة لزيادة الوزن والاتجاه السالب نحو شكل وصورة الجسم ٪ ٣٣,٤
(٠,٨٤٠)	٤	أجد صعوبة في إنقاص وزني .
(٠,٨٣٣)	١٥	أشعر بالقلق والتوتر نتيجة لزيادة وزني .
(٠,٨٢٦)	١٤	زيادة وزني تجعلني لا أتقبل صورة جسمي .
(٠,٧٥٢)	٥	أشعر بكآبة نتيجة ما أصابني من زيادة في الوزن .
(٠,٦٨٤)	١٠	أشعر بضيق عندما يقول الآخرون عني بأنني سمينة .
(٠,٦٢٦)	٩	عندما أبالغ في تناول الطعام ينتابني شعور باليأس والخجل.
(٠,٤٤٤)	١٢	أقبل على تناول الطعام بشراهة عندما أتعرض لمشكلة ما .
(٠,٣٧٨)	٣	كنت أسير على نظام غذائي قبل زيادة وزني .
	العامل الثاني	الأعراض المصاحبة للشهية المفرطة ومحاولات إنقاص الوزن ٪ ١٣,٥
(٠,٨٤٢)	١٧	أعاني من تسوس الأسنان .
(٠,٨٠٧)	١٨	شعر رأسي يتساقط .
(٠,٧٧٤)	٨	أشعر برغبة شديدة في النوم منذ زيادة وزني .
(٠,٧٦٢)	١٩	أتقيأ عن عمد بعد تناول أي وجبة غذائية .
(٠,٦٦٩)	٢٠	أتناول بعض الأدوية الملينة للمعدة .
(٠,٤٧٥)	٦	أشعر بالخمول ونقص الحيوية .
	العامل الثالث	الطعام كفعل قهري . ٪ ١٠,١
(٠,٨٨٢)	٧	تسيطر علي فكرة تناول الطعام .
(٠,٦٨٠)	١٣	لا أستطيع أن أستمر فترة وجيزة من الزمن دون تناول طعام
(٠,٥٨١)	١٦	أحب تناول الطعام عند انغماسي في إنهاء بعض الأعمال .
(٠,٤١٦)	٣	كنت أسير على نظام غذائي قبل زيادة وزني .
(٠,٣٦٢)	١٢	أقبل على تناول الطعام بشراهة عندما أتعرض لمشكلة ما .
	العامل الرابع	الشهية المفرطة ومصاحبتها من زيادة في الوزن ٪ ٧,٠
(٠,٨٢٦)	٢	أعاني من إفراط في الشهية .
(٠,٦٦٢)	١	لا أستطيع ضبط نفسي في كم الطعام الذي أتناوله .
(٠,٤٩٩)	٤	أجد صعوبة في إنقاص وزني .
(٠,٤٧٤)	١٠	أشعر بضيق عندما يقول الآخرون عني بأنني سمينة .

* وقد أسفر التحليل العاملي عن حذف البند رقم (١١) والذي استبقاه الباحثان أثناء إجراء التحليل .

وبالنظر إلى جدول (٤) نلاحظ أن العامل الأول استوعب قدراً كبيراً من التباين (٣٣,٤ ٪) ويمكن تسميته زملة الأعراض العصابية نتيجة زيادة الوزن والاتجاه السالب نحو شكل وصورة الجسم ، وتتركز أعلى تشبعاته في البند رقم (٤) (أجد صعوبة في إنقاص وزني) والبند رقم (١٥) (أشعر بالقلق والتوتر نتيجة زيادة وزني) والبند رقم (١٤) (زيادة وزني تجعلني لا أتقبل صورة جسمي) . بينما استوعب العامل الثاني (١٣,٥ ٪) من التباين ، ويمكن تسميته عامل الأعراض المصاحبة للشهية المفرطة ومحاولات إنقاص الوزن ، وتضم أعلى تشبعاته البند رقم (١٧) (أعاني من تسوس الأسنان) والبند رقم (١٨) (شعر رأسي يتساقط) والبند رقم (٨) (أشعر برغبة شديدة في النوم منذ زيادة وزني) . أما العامل الثالث فقد استوعب (١٠,١ ٪) من التباين ويمكن تسميته عامل الطعام باعتباره فعل قهري ، وتضم أعلى تشبعاته : البند رقم (٧) (تسيطر على فكرة تناول الطعام) والبند رقم (١٣) (لا أستطيع أن أستمر فترة وجيزة من الزمن دون تناول الطعام) والبند رقم (١٦) (أحب تناول الطعام عند انغماسي في إنهاء بعض الأعمال) على حين استوعب العامل الرابع والأخير (٧,٠ ٪) من التباين ، ويمكن تسميته عامل الشهية المفرطة ومصاحبتها من زيادة في الوزن .

ونستدل من هذه العوامل المشتملة على كل بنود مقياس الشهية المفرطة لدى الطالبات على صدق تكوينه وكفاءته في قياس ما وضع لقياسه .

(٧) **ثبات المقياس** : تمت البرهنة عليه بدرجة كبيرة (انظر جدول ٥) .

ثانياً : مقياس الاكتئاب : Beck Depression Inventory (B D I).

وضع هذه القائمة « آرون بك » وزملاؤه ، ونشرت لأول مرة عام ١٩٦١م ، ثم طورت صورة منقحة للقائمة عام ١٩٧١م ، ونشرت هذه الصورة المنقحة عام ١٩٧٨م ، وقد أصبحت هذه القائمة من أوسع الأدوات انتشاراً ، ليس لقياس شدة الاكتئاب لدى المرضى في المجال السيكياتري فحسب ، بل أيضاً للكشف عن الاكتئاب وبيان مدى

انتشاره لدى الجمهور العام ، والقائمة ذات خواص سيكومترية جيدة على عينات أمريكية (Beck, Steer & Garbin, 1988) ومصرية (أحمد عبد الخالق ، مايسة النيال ، ١٩٩٠م ، (Abdel Khalek, El Nayal, (Inpress)) وقطرية (أحمد عبد الخالق ، مايسة النيال ، قيد النشر) .

ثالثاً : مقيـاس سمـة القلـق : State - Trait Anxiety Inventory (S T A I).

وضع « سبيلبرجر » وزمـلاؤه
(Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg & Jacobs, 1983)

قائمة القلق : الحالة والسمة وذلك على أساس التمييز بين كون القلق حالة مؤقتة أو سمة مستقرة في الشخصية . وقد آثرنا في هذه الدراسة استخدام مقياس سمة القلق فقط . وذلك لأن القلق الذي ينتاب الإناث اللاتي يعانين من الشهية المفرطة غالباً ما يكون قلقاً مستمراً دائماً وليس قلقاً تشعر به في التو واللحظة فحسب ، أي أن القلق في حالتهن قلق ممتد وليس مؤقتاً ، كما أن اقتصارنا في هذا البحث على استخدام مقياس سمة القلق فقط ، يرجع إلى اهتمامنا بفحص السمات وليس الحالات . وقد قام أحمد عبد الخالق (١٩٨٤) بتعريب هذه القائمة وإعدادها لتناسب المفحوصين العرب ، وللمقياس خواص سيكومترية جيدة على عينات أمريكية (Op. Cit.) ومصرية (Abdel - Khalek, 1989) وكويتية (Abdel - Khalek & Omar, 1988) وقطرية (أحمد عبد الخالق ومايسة النيال ، قيد النشر) .

رابعاً : قائمـة الوسـاوس القهريـة :

وضع أحمد عبد الخالق (قيد النشر) هذه القائمة ، وتتكون من ٣٢ عبارة يجاب عنها بـ « نعم » أو « لا » ولها ثبات مرتفع وصدق مقبول ومعايير عربية على مفحوصين مصريين ولبنانيين وقطريين .

وقد حسبت معاملات الثبات للمقاييس الأربعة على عينات قطرية من طالبات الجامعة (ن = ٧٥) وذلك بطريقة التنصيف ، ثم صحح الطول بمعادلة « سبيرمان – براون » .

وتعد معظم المعاملات مقبولة ، وبعضها مرتفع ، مما يشير إلى اتساق داخلي للمقاييس .

جدول رقم (٥) : معاملات ثبات التجزئة النصفية للمقاييس المستخدمة على عينات قطرية من الطالبات

المقاييس	معامل الارتباط بين النصفين	معامل الثبات
١ - الشهية المفرطة	٠,٦٥	٠,٧٩
٢ - الاكتئاب	٠,٦٦	٠,٨٠
٣ - القلق	٠,٦٩	٠,٨٢
٤ - الوساوس	٠,٦٣	٠,٧٧

* صححت المعاملات بمعادلة « سبيرمان - براون » لتعويض الطول .

(جـ) تطبيق المقاييس :

طبقت مقاييس الدراسة في موقف قياسي جمعي ، حيث كان التطبيق يتسم في جلسات تضم عدداً غير كبير من الطالبات .

(د) التحليل الإحصائي :

حسبت المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمقاييس الدراسة ، للعينة المرضية ، العينة السوية كل على حدة ، واستخرجت قيم « ت » لدراسة الفروق بين المتوسطات وحسبت معاملات ارتباط بيرسون بين الدرجات الخام ، هذا فضلاً عن تحليل متغيرات الدراسة عاملياً بطريقة « المكونات الأساسية » والتدوير المتعامد بطريقة « الفاريماكس » .

النتائج ومناقشتها

يتضح من جدول رقم (٦) التالي أن الفروق بين متوسطات عينتي الطالبات (الشهية المفرطة ، الشهية الطبيعية) جوهرية في المقاييس الثلاثة التالية : الاكتئاب ، القلق ، الوساوس .

جدول رقم (٦) : المتوسطات (م) الانحرافات المعيارية (ع) لمقاييس الدراسة وقيم (ت) لدى عينتي طالبات الشهية المفرطة (ن = ٥٩) وطالبات الشهية العادية (ن = ٥١)

المقاييس	طالبات الشهية المفرطة (ن = ٥٩)		طالبات الشهية العادية (ن = ٥١)		قيمة «ت»	مستوى الدلالة
	م	ع	م	ع		
١ - الاكتئاب	٣١,٨٣	٩,٧٨	١٩,٠٠	٨,٧٣	٧,٣٣	٠,٠٠١
٢ - القلق	٥٠,١٦	٥,٥٦	٤٥,٢٢	٩,١٩	٣,٦٣	٠,٠٠١
٣ - الوساوس	٢٥,٨٣	٥,٠٤	١٦,٤٣	٤,٨٦	٤,٢٣	٠,٠٠١

* تصبح قيمة «ت» جوهرية عند مستوى ٠,٠٠١ عندما تكون ≤ ٣,٤٦ .

بالنظر إلى جدول رقم (٦) السابق فيما يختص بالفروق الجوهرية نجد أن متوسط درجات عينة الطالبات ذوات الشهية المفرطة أعلى من متوسط درجات عينة طالبات الشهية العادية في مقاييس الدراسة الأربعة .

وهذا يعني أن عينة طالبات الشهية المفرطة أكثر اكتئاباً وقلقاً بل انهن أكثر ميلاً للانفعال والأفكار الوسواسية عن نظائرهن من طالبات الشهية العادية ، وقد يكون مرد ذلك على عدم قدرة إناث الشهية المفرطة إلى تقبل صور أجسامهن نتيجة الزيادة المفرطة التي تعرضن لها في الشهية فيصبن بالاكتئاب فضلاً عن أنهن يفقدن جاذبيتهن الاجتماعية وينخفض مفهومهن عن ذاتهن .

أما فيما يتعلق بالفروق في عينتي الدراسة في متغير القلق ، فقد جاءت هذه النتيجة إلى حد كبير متوقعة . فلا شك أن إناث الشهية المفرطة يشعرن بالتوتر والقلق نتيجة هذه الزيادة الشديدة في الشهية والوزن ، ومجرد تفكيرهن في السير على نظام غذائي صارم يثير هذا الاضطراب لديهن للدرجة التي تصل إلى حد تكوين دافع عكسي يتمثل في الإفراط فيه . وبما أن الإفراط في تناول الطعام يمثل فعل قهري ملح فكان من المتوقع أن يرتفع متوسط عينة طالبات الشهية المفرطة في متغير الوساوس عن نظائرهن من عينة طالبات الشهية الطبيعية بل لا يتوقف الوضع عند هذا الحد ، فيتعرض إناث الشهية المفرطة إلى

حـالات من التقيـؤ المتعمـد نتيجـة لسيطرة فكرة وسواسية تتمثل في زيـادة أوزانهن نتيـجـة تناول كم كبير من الطعـام . وهذا من شأنه أن يزيد من معدلات الاكتئـاب والقلق (انظر : Caplan & Sadock, 1983, P. 604 F.) .

وبالنظر إلى الجدول ذاته يتضح أن معظم متوسطات درجات عينة الطالبات ذوات الشهية العادية – تتفق مع نتائج دراسات مصرية عديدة سابقة . فيتفق متوسط القلق إلى حد كبير مع ما توصل إليه أحمد عبد الخالق (١٩٨٤) ، أحمد عبد الخالق ، مايسة النيال ١٩٩٢ (أ ، ب) ، عبد الفتاح دويدار (١٩٨٧) ، ويقترب متوسط درجات الوساوس في العينة ذاتها مع ما توصل إليه أحمد عبد الخالق ، مايسة النيال (١٩٩٠) .

جـدول رقـم (٧) :

معاملات الارتباط بين مقياس الشهية المفرطة وبقية متغيرات الدراسة لدى عينة من طالبات الشهية المفرطة (ن = ٥٩) المثلث الأسفل وعينة من طالبات الشهية العادية (ن = ٥١) المثلث الأعلى

المقـــــاييس	(١)	(٢)	(٣)	(٤)
١ – الشهية المفرطة	—	٠,١٥٠-	٠,٢١٠	٠,٠٣٣
٢ – الاكـتـئـاب	٠,٣١٨ **	—	٠,٤٤٥ **	٠,٤٨٣ **
٣ – الـقـلـق	٠,٤١٣ **	٠,١٨٠-	—	٠,٥٤١ **
٤ – الوســـاوس	٠,٢٤٨	٠,٥٠١ **	٠,٠٠٦	—

** تصبح ر جوهرية عند مستوى ٠,٠١ عندما تكون ≤ ٠,٣٧٢

** تصبح ر جوهرية عند مستوى ٠,٠٥ عندما تكون ≤ ٠,٢٨٨

يتضح من جدول رقم (٧) السابق ما يلي :

أولاً : بالنسبة لعينـة طالبات الشهية المفرطـة : ارتبطت الشهية المفرطة جوهرياً بكل من الاكـتـئـاب والقلق (عند مـسـتـوى ٠,٠١) كـمـا ارتبـط القلق بالوسـاوس (عند مستوى ٠,٠١) .

ثانياً : والنتيجة البارزة في جدول (٧) ارتباط الشهية المفرطة بالاكتئاب والقلق لدى عينة طالبات الشهية المفرطة ، وإن كان هذا يشير من بين ما يشير إلى أن هناك عنصراً

اكتئابياً وآخر يتعلق بالقلق في الشهية المفرطة . وفي الواقع يمكن تفسير ذلك على أن الزيادة المبالغ فيها في الوزن كنتيجة طبيعية للشهية المفرطة تعرض الإناث للإصابة بأعراض الاكتئاب ، فهن لا يتقبلن صور أجسامهن بعد ، بل أنهن يفقدن جاذبيتهن الاجتماعية وينخفض مفهومها عن ذاتهن ، فضلاً عن ذلك فإن البعض منهن يحاولن خفض أوزانهن عن طريق السير على نظام غذائي ولكنهن قد يفشلن في اتباع هذا النظام ، بل أنهن يشعرن بالاكتئاب عندما لا يحقق النظام الغذائي المتبع النتائج المرجوة – بمعنى آخر هن يسرن على النظام الغذائي ويمتنعن عن تناول كثير من أنواع الطعام وكأنهن في حالة حرمان وبالتالي يتوقعن أن يفقدن عدد معقول من الكيلوجرامات نظير هذا النظام الغذائي الصارم ومن ثم عندما تكون النتائج المتوقعة غير مرضية تحبط الأنثى ، بل تكتئب ويظهر لديها ميل جارف نحو الإفراط في الطعام . ولا يمكن لنا أيضاً أن نغفل أن زيادة وزن الأنثى نتيجة الشهية المفرطة يزيد من معدلات الخمول والتعب السريع إزاء أي مجهود أو نشاط تقوم به وتشعر أن كفاءتها في إنجاز الأشياء انخفضت بشكل ملحوظ فتكون النتيجة المباشرة الانزواء والانسحاب ومن ثم الاكتئاب ولا شك أن بعرض الأعراض المصاحبة للشهية المفرطة ولا سيما تساقط الشعر من المسببات المباشرة لما يعتري الأنثى من اكتئاب .

أما فيما يتعلق بالارتباط بين الشهية المفرطة والقلق فمرجعه التوتر والضيق من زيادة الوزن . وقد يكون القلق من تناول الطعام دافع عكسي للإفراط فيه وهذا في حد ذاته أدى لشعور الأنثى بالقلق . بل أكثر من ذلك فقد تعتزم الأنثى الاعتدال في تناول الطعام وضبط شهيتها المفرطة ولكن عندما يفلت الزمام وتنصاع وراء شهوة الطعام وملذاته أو لذته وتقرر أن تتقيأ عن عمد عقب تناولها لهذا الكم من الأكل – فمثل هذه الفكرة – التقيؤ تخفض من حدة قلقها – ولكن عند فشلها في التقيؤ تصاب بمعدلات مرتفعة من القلق والتوتر .

وتتفق هذه النتائج مع بعض الدراسات السابقة فيما يتعلق بالارتباط بين الشهية المفرطة والاكتئاب (انظر : Bennet et al, 1990, Hadigan et al, 1990) .

كما ظهر عدد آخر من الدراسات يدعم الارتباط بين الشهية المفرطة والقلق

(انظر : Greene,et al, 1990, Petersoon, 1990) .

ومن ناحية أخرى فإن الارتباطات الجوهرية المتبادلة بين الاكتئاب والقلق والوساوس ، جاءت مؤكدة لمعظم الدراسات التي تناولت المتغيرات ذاتها (انظر : أحمد عبد الخالق ، مايسة النيال ، ١٩٩٠ ، ١٩٩٢م) وان مثل هذه النتيجة تشير إلى تداخل الأنماط المختلفة للعصاب فيما بينها ، وكيف أنها تقع جميعاً في تجمع واحد من زملة الاضطرابات العصابية . ثم حللت مصفوفة الارتباط عاملياً بطريقة « هوتيلنج » المكونات الأساسية ، وأديرت تدويراً متعامداً بطريقة « فاريماكس » وتم ذلك لعينتي الدراسة كل منهما مستقلة عن الأخرى . واتبع محك « جتمان » للتوقف عن استخراج العوامل ، ويتلخص في أن العامل الجوهري ما كان له جذر كامن ≤ ١,٠ . وتطبيقاً لهذا المحك استخرج عاملان متعامدان جوهريان من مصفوفة الارتباطات لعينة طالبات الشهية المفرطة ، وانسحب الأمر ذاته على مصفوفة عينة طالبات الشهية العادية (انظر جدول ٨) .

جـدول رقم (٨) :

العوامل المستخرجة بعد التدوير من تحليل الارتباطات بين مقاييس الدراسة والنسبة الكلية للتباين لدى عينة طالبات الشهية المفرطة (ن = ٥٩) وطالبات الشهية العادية (ن = ٥١)

المتغيرات	عوامل طالبات الشهية المفرطة		الشيوع (هـ٢)	عوامل طالبات الشهية العادية		الشيوع (هـ٢)
	العامل الأول	العامل الثاني		العامل الأول	العامل الثاني	
١ – الشهية المفرطة	٠,٤٩٣	٠,٦٦٠	٠,٦٨٠	-٠,٠٤٠	٠,٩٦٢	٠,٩٢٨
٢ – الاكتئاب	-٠,٨٤٤	٠,٠٢٨	٠,٧١٤	٠,٧٩٣	-٠,٢٥٣	٠,٦٩٤
٣ – القلق	٠,١٣٥	٠,٩٠٧	٠,٨٤٢	٠,٨٠٥	٠,٣٤٦	٠,٧٦٨
٤ – الوساوس	-٠,٨٠٥	٠,٠٨٨	٠,٦٥٦	٠,٨٢٥	٠,٠٥٧	٠,٦٨٤
الجذر الكامن	١,٧٥	١,١٤		١,٩٦	١,١١	
نسبة التباين	٪ ٤٣,٨	٪ ٢٨,٥		٪ ٤٩,٠	٪ ٢٧,٩	

يتضح من جدول رقم (٨) السابق ما يلي :

أولاً : بالنسبة لعينة طالبات الشهية المفرطة :

١ – تراوحت قيم الشيوع بين (٠,٨٤٢ ، ٠,٦٥٦) حيث كانت أعلى قيمة لمتغير القلق في حين كانت أقل قيمة لمتغير الوساوس .

٢ – استوعب العامل الأول ٤٣,٨٪ من النسبة الكلية للتباين ، وهي نسبة مرتفعة .

٣ – كان أعلى تشبع بالعامل الأول لمتغير الاكتئاب (٠,٨٤٤) يليه مباشرة في التشبع متغير الوساوس (٠,٨٠٥) ثم الشهية المفرطة (٠,٤٩٣) ويمكن تسمية هذا العامل عامل بعض المتغيرات العصابية مقابل الشهية المفرطة .

٤ – استوعب العامل الثاني ٢٨,٥٪ من النسبة الكلية للتباين الكلي .

٥ – حظي متغير القلق على أعلى تشبع (٠,٩٠٧) يليه مباشرة متغير الشهية المفرطة (٠,٦٦٠) ولذا نقترح تسمية هذا العامل « القلق والشهية المفرطة » .

ثانياً : بالنسبة لعينة طالبات الشهية العادية :

١ – تراوحت قيم الشيوع بين (٠,٩٢٨ ، ٠,٦٨٤) حيث كانت أعلى قيمة لمتغيرالشهية المفرطة وأقلها لمتغير الوساوس .

٢ – استوعب العامل الأول ٤٩,٠٪ من النسبة الكلية للتباين .

٣ – كان أعلى تشبع بالعامل الأول لمتغير الوساوس فالاكتئاب ثم القلق لذا نقترح تسمية هذا العامل عامل الأعراض العصابية .

٤ – استوعب العامل الثاني ٢٧,٩٪ من النسبة الكلية للتباين .

٥ – كان أعلى تشبع بهذا العامل لمتغير الشهية المفرطة (٠,٩٧٢) فالقلق (٠,٣٤٦) ولذا نقترح تسميته عامل « الشهية المفرطة والقلق » .

خلاصة

حققت نتائج هذه الدراسة – إلى حد كبير – الأهداف والفروض التي بدأت بها فقد أمكن تصميم مقياس للشهية المفرطة ، يشتمل في صورته الأخيرة على ١٩ بنداً يتسم بثبات معقول ($ر_{١١}$ = ٠,٧٩) وذلك على الرغم من قصره ، وإذا نظرنا إلى تركيبه العاملي فنجده متسق إلى حد كبير ، ويتضمن أربعة مكونات للشهية المفرطة الأعراض العصابية المصاحبة لزيادة الوزن والاتجاه السالب نحو شكل الجسم ، الأعراض الفيزيولوجية المصاحبة للشهية المفرطة ومحاولات إنقاص الوزن ، الطعام كفعل قهري ، الشهية المفرطة ومصاحباتها من زيادة في الوزن . ومن ثم قد تحقق الهدف الأول للدراسة .

ومن أبرز النتائج في هذه الدراسة ارتباط الشهية المفرطة بزملة الاضطرابات العصابية ألا وهي : الاكتئاب ، القلق ، وذلك لدى عينة طالبات الشهية المفرطة وهذه النتيجة منطقية إلى حد كبير ، فيصاحب الشهية المفرطة اكتئاب نتيجة لصورة الجسم غير المرغوبة وزيادة الوزن ، فضلاً عن الشعور بالقلق كلما اعتزمت الأنثى تناول الطعام . وترتبط الشهية المفرطة بالوساوس باعتبار أن فكرة تناول الطعام تمثل فعل قهري لا يمكن التخلص منه ببساطة . ونردف تفسيرنا هذا أن الشهية المفرطة شأنها شأن فقدان الشهية العصبي (انظر : أحمد عبد الخالق ، مايسة النيال ، ١٩٩٢) تقع ضمن الاضطرابات النفسجسمية ، ومن ثم قد يكون الأخير مكون من مكونات الاضطرابات العصابية وعرض من أعراضها ، فضلاً عن هذا فإن وراء المشكلات النفسجسمية وكذا الاضطرابات العصابية استعداد وظروف بيئية معجلة أو مفجرة .

أما عن الارتباطات المتبادلة بين الاكتئاب والوساوس (لدى عينة الشهية المفرطة) ، فلا جدال على أنهم جميعاً يقعون من ضمن تجمعات الاضطرابات العصابية ويدعم ذلك نظرية « ايزنك » عن العصابية Neuroticism بوصفها عاملاً وحدوياً عاماً .

وقد أسفر التحليل العاملي عن استخراج عاملين مستقلين لعينتي الدراسة كل على

حدة ، والجدير بالذكر أنه لا يوجد التشابه بين العاملين المستخرجين لدى عينة الشهية المفرطة ونظائرهن من عينة الشهية العادية وإن كان هناك بعض الفروق في المسميات وهذا يرجع إلى طبيعة الاضطرابات التي تعاني منها عينة الشهية المفرطة .

خلاصة القول : إن فروض الدراسة قد تحققت جزئياً ، فقد تحقق الفرض الأول إذ ظهرت فروق جوهرية بين عينتي الدراسة في متغيرات الدراسة جميعها . فضلاً عن ظهور ارتباطات بين الشهية المفرطة وكل من الاكتئاب والقلق والوساوس – ومن ناحية أخرى استخرج عاملان متعامدان – لهما قدر كبير من التشابه – من كل من عينتي الدراسة . وهذا يحقق الفرض الرابع والأخير من فروض الدراسة .

ومن ثم نستطيع أن نخلص مما سبق بأن الإناث اللاتي يعانين من الشهية المفرطة لا بد أنهن – إلى حد بعيد – يعانين من واحداً وأكثر من الاضطرابات العصابية ، فضلاً عن ذلك فإن نجاح العلاج مع هؤلاء المرضى غير مأمول فمن ينقص وزنها منهن نجدها ترتد إليه مرة أخرى ، ومن تحاول إنقاص وزنها تفشل نتيجة عدم القدرة على ضبط الشهية . ولكن مجال البحث في هذا الموضوع لا يزال جديداً والحلول العلاجية فيه ما زالت تحت التجريب .

ثانياً : الدراسة الكلينيكية

قاما الباحثان بدراستهما الكلينيكية على حالة تمخضت عنها الدراسة العاملية من حيث الشهية المفرطة حيث حصلت الحالة على أعلى الدرجات على مقياس الشهية المفرطة .

أدوات الدراسة الكلينيكية :

١ – استمارة المقابلة الشخصية (تاريخ الحالة) : إعداد : صلاح مخيمر :

وقد استخدمت لجمع معطيات تاريخ الحالة بأسلوب المقابلة الشخصية غير الطليقة مع حالة الدراسة الكلينيكية وذلك لما تختص به هذه الطريقة من موضوعية ووضوح .

٢ – مقياس الغرائز الجزئية : إعداد : صلاح مخيمر وتقنين سامية القطان :

ويعتمد هذا المقياس على تكملة الجمل ويكشف عن الغرائز الجزئية بلغة التحليل النفسي أو الحاجات الكامنة بلغة « موراي » وهذه الغرائز والحاجات هي النظارية ، الاستعراضية ، السادية ، المازوشيه .

٣ – اختبار (T.A.T.) الاسقاطي (الإدراك الداخلي للموضوع) : إعداد موراي ومرجان : وأعده للعربية محمد عثمان نجاتي ، ونقيب أنور حمدي :

وقد استخدما الباحثان بعض اللوحات التي تتمشى وطبيعة دراستهما وهي : (٢) ، (٣ب . أ) ، (٤) ، (٩ب . أ) ، (١٣ . أ) ، (١٤) ، (١٧ب . أ) ، (١٦) ، (١٨ب . أ) .

٤ – المقابلات الكلينيكية الطليقة :

وقد استخدما الباحثان في تلك المقابلات فنيات تكشف عن الأعماق مثل تفسير الأحلام واستخدام الاختبار الاسقاطي وما إلى ذلك بحيث يتمكن الباحثان من رسم اللوحة الكلينيكية النهائية لحالة الدراسة .

٥ – دراسة الأحلام والهفوات :

استعان الباحثان بدراسة الأحلام والهفوات بما تحويه من زلات القلم واللسان من أهمية كلينيكية قصوى بما تقدماه من معطيات ثرية يمكن إخضاعها للتفسير والتحليل الذي يكشف عن الأعماق اللاشعورية ، مما يعين الباحثان على استخلاص الدلالة السيكولوجية الحقيقية التي تنطوي عليها المسالك في وحدتها الحالية الزمنية .

خطوات الدراسة الكلينيكية :

* قاما الباحثان بتطبيق استمارة المقابلة الشخصية – إعداد : صلاح مخيمر – على حالة الدراسة وذلك بغرض التعرف على تاريخ حياتها .

* طبق الباحثان على حالة الدراسة المقياس المقنن للغرائز الجزئية للتعرف على مدى التطابق بين جنس الحالة التشريحي والنفسي .
* طبق الباحثان على حالة الدراسة بعض لوحات اختبار (T.A.T) الاسقاطي الخاصة بموضوع الدراسة وهي اللوحات رقم (٢) ، (٣ب . أ) ، (٤) ، (٩ب . أ) ، (١٣ . أ) ، (١٤) ، (١٧ب . أ) ، (١٦) ، (١٨ب . أ) .
* أجريت مقابلات كلينيكية طليقة مع الحالة للحصول منها على بعض الأحلام والتحقق فيها من بعض المعطيات لتاريخ الحالة .
* بعد ذلك تم تفسير قصص الاختبار الاسقاطي (T.A.T) في استعانة بكل المعطيات المتاحة لدراسة الحالة وبذلك تمكن الباحثان من رسم اللوحة الكلينيكية النهائية لحالة الدراسة .

حالة الدراسة الكلينيكية (س)

حصلت على أعلى الدرجات على مقياس الشهية المفرطة وذلك بالنسبة لباقي أفراد عينة الدراسة فكانت درجاتها $\frac{٩٠}{١٠٠}$ (بينما كانت درجاتها في الاضطرابات العصابية كالتالي قلق $\frac{٦٠}{٨٠}$ ، اكتئاب $\frac{٤٦}{٦٠}$ ، وساوس $\frac{٢١}{٣٢}$ ، كما كانت درجاتها على مقياس الغرائز الجزئية كالتالي :

السادية	٨	النظارية	١٠
المازوشية	١٤	الاستعراضية	٩

تاريخ الحالة :

المفحوصة طالبة بالجامعة تبلغ من العمر ٢٢ عاماً ، بدينة الجسم (تزن ١٠٠كم وطولها ١٥٥سم) وهي من النمط الهادي الصامت ظاهرياً ، تحب العزلة وعدم الاختلاط حيث تقول :

« **أمي تحاول معي أن أزور أقاربي وأنا أرفض ولكن أزورهم في المناسبات فقط** » .

وكذلك قولها : « **إذا ذهبت لزيارة الناس أتضايق وأحب أخرج بسرعة** » .

كما أنها تعاني من الحساسية الزائدة في تعاملها مع صديقاتها حيث يتضح ذلك من قولها : « **أتمنى أن يكون لي عدد من الصديقات ولكن أخاف أن يزعلن وأضايقهن بكلمة أو بكلمتين** » كما أنا تعاني في ساعات الغضب من **كثرة الأكل** وترقعة أصابع اليد والقدم حيث تقول : « **عندما أغضب آكل أي شيء حتى لو كنت لا أحبه** » ، كما تقول أيضاً : « **عند غضبي اترقع أصابع يدي ورجلي** » . كما تقول أيضاً : « **عندما أغضب أدخل حجرتي المستقلة وأرمي الأشياء التي بها وفكرت أحياناً أن أقص يدي بموس** » ، **كما أقوم أثناء غضبي برسم صورة لامرأة عيونها واسعة وشعرها مصفف وجسمها منسق** .

والمفحوصة تميل إلى ممارسة هواية تنسيق الزهور ورسم الزخارف ودخول المطبخ والخياطة . كما أنها تتمنى أن تحقق أملها في الحياة بأن تنجح وتعمل مدرسة وتتخلص من بعض المشكلات التي بالعائلة .

* الأب متقاعد لا يعمل يبلغ من العمر ٥٥ عاماً يعاني من مرض الروماتيزم وهو طيب – كما وصفته المفحوصة – وعلاقته بالأسرة طيبة ويعامل المفحوصة بحنان وحب .
* الأم ربة بيت لا تعمل تبلغ من العمر ٥٠ عاماً صحتها جيدة ، لا تعاني من أية أمراض ، علاقتها بالأسرة طيبة – وعلي حد قول المفحوصة – تعامل المفحوصة بشدة أكثر من أخوتها حيث تقول المفحوصة : « **أمي متسلطة وتشد معي في المعاملة عن بقية أخوتي بحجة حرصها عليّ** » .
* المفحوصة هي الابنة السابعة من حيث الترتيب بين الاخوة حيث يسبقها أربعة من الذكور واثنتان من الإناث ، الابن الأول ذكر وعمره ٣٥ سنة ، والثاني ذكر

وعمره ٣٣ سنة ، والثالث ذكر وعمره ٣٠ سنة ، والرابع أنثى وعمرها ٢٨ سنة والخامس ذكر وعمره ٢٦ سنة والسادس ذكر وعمره ٢٤ سنة والسابع أنثى (المفحوصة) وعمرها ٢٢ سنة .

موقف المفحوصة من الاضطرابات النفسية والأحلام

تعاني المفحوصة من بعض الاضطرابات النفسية حيث يظهر عليها أثناء الغضب ترقعة أصابع اليد والقدم والتهام كميات كبيرة من الأكل ، وتحطيم الأشياء ، كما أنها أحياناً تفكر في كيفية الانتحار والانتقام من ذاتها ، حيث يتضح ذلك من قولها : « **عندما أغضب أدخل حجرتي المستقلة وأرمي الأشياء التي بها وفكرت أحياناً أن أقص يدي بموس** » .

وهذا يوضح لنا معاناة المفحوصة من القلق والتوتر النفسي الذي يظهر عليها بنهمها لكميات كثيرة من الطعام ، وترقعة يدها ورجلها وتحطيمها للأشياء – كما تعاني من مشاعر الحزن والاكتئاب ، والحساسية الزائدة في معاملة الصديقات (غيرها من النساء) . حيث ذلك في قولها : « **أنا نفسيتي تعبانة وحزينة لأن أختي أصيبت بورم في صدرها وذهبت للعلاج بالخارج ، كما توجد مشاكل عائلية بين والدي وعمي** » .

كما أنها تعاني من الشك والوساوس حيث تشك في معاملة صديقاتها وتخاف من تكوين صديقات لها ، ولا تحب التزاور مع الأهل خوفاً من الكلام .

« أحلام المفحوصة »

أما عن أحلام المفحوصة فهي :

– **الحلم الأول** « **حلم دائم التكرار** » فتقول : « أحلم أنني أرى السماء مظلمة والقمر قريب مني ويكون بدراً وتدور حوله سفينة كبيرة شراعية بيضاء اللون ثم أصحو من النوم » .

التعلـيــق :

هذا الحلم يعبر عن قلق المفحوصة وتشاؤمها «اكتئاب» حيث أن السماء مظلمة ترمز لتشاؤمها ، بينما القمر القريب منها ويكون بدراً فهو رمز لأملها في الدنيا التي عبرت عنها في الحلم بأنها سفينة كبيرة شراعية بيضاء اللون .

وإذا نظرنا لتاريخ حالة المفحوصة نجد أن أملها في هذه الدنيا هو تخرجها من الجامعة وعملها مدرسة ، وتخلصها من معاناتها النفسية وحزنها على مرض أختها ومشاحنات أبيها وعمها .

- **الحلم الثاني « الكابوس »** تقول : « حلمت ذات مرة أنني أجري في منزلنا القديم لوحدي والمكان مظلم وفي بعض زوايا المنزل أشباح نائمة وكنت أجري إلى أن أقع وأصحو من النوم » .

التعلـيــق :

هذا الحلم يعبر أيضاً عن المعاناة النفسية للمفحوصة وتشاؤمها ومعاناتها من العزلة . حيث يتضح ذلك من قولها في الحلم : « أجري في منزلنا القديم لوحدي والمكان مظلم » ، كما تعبر في حلمها عن الاضطرابات النفسية والمشكلات العائلية بأنها أشباح نائمة في زوايا البيت تعوق تقدمها وسعادتها وتحقيق آمالها . حيث يتضح ذلك من قولها عن الحلم : « وأرى في بعض زوايا المنزل أشباح نائمة وكنت أجري إلى أن أقع » .

- أما عن الأحلام العادية للمفحوصة فتقول :

(١) « حلمت أنني حصلت على الشهادة الجامعية وأصبحت مدرسة » .

التعلـيــق :

هذا الحلم يعتبر نوعاً من الأحلام الشفافة التي تعبر عن الأمنيات والرغبات المكبوتة لدى المفحوصة والتي تريد تحقيقها في الواقع . ولو رجعنا إلى تاريخ الحالة لوجدنا

أن أمل المفحوصة هو نجاحها وتخرجها وعملها مُدرسة .

(٢) « حلمت أنني مع عائلتي ذهبنا إلى البحر فوجدت لؤلؤاً كثيراً فحملته في يدي وأعطيته أمي » .

التعليـــق :

الحلم هنا يعبر عن رغبة المفحوصة في الخروج من معاناتها النفسية والتفاؤل بتخليص العائلة من المشاكل التي تعاني منها (مشاكل الأب مع العم) حيث اتضح ذلك من حلم المفحوصة في قولها : « **أنني مع عائلتي ذهبنا إلى البحر** » . والبحر هنا في الحلم رمزاً للتفاؤل والخير ثم تقول : « **فوجدت لؤلؤاً كثيراً فحملته في يدي وأعطيته أمي** » واللؤلؤ هنا رمز للخير والاستقرار والهدوء حيث أعطته المفحوصة لأمها ربة الأسرة تعبيراً عن رغبة المفحوصة في أن يعم هذا الخير والاستقرار والهدوء جميع أفراد الأسرة .

* ومن الحلمين الأول والثاني تعبر المفحوصة عن قلقها وحزنها وعدم استقرارها النفسي بينما عبرت من خلال أحلامها العادية عن رغبتها في تحقيق آمالها وتخلص العائلة من المشكلات والمعاناة النفسية .

تفسير قصص المفحوصة في الاختبار الاسقاطي

قصـة اللوحـة رقـم (٢)

« التعاون الأســري »

« طلبت الأم من البنت مساعدة الأب والأخوان في زراعة الأرض وجني المحصول فطلبت البنت من الأب أن يعطيها مجرفة للمساعدة في حرث الأرض فحرثت الأرض مع الأب والأخ وجلست الأم تتأمل هذا المنظر ولم تغادر البنت المكان إلا بعد الانتهاء من حراثة الأرض فباركت الأم ابنتها على تعاونها مع أخوانها » .

التعليـــق :

تكشف هذه القصة عن مدى علاقة المفحوصة بأسرتها حيث اتضح من معالم

القصة عن حسن العلاقة بين المفحوصة وأفراد أسرتها ويتضح ذلك من قول المفحوصة : « **فحرثت الأرض مع الأب والأخ وجلست الأم تتأمل هذا المنظر** » كما يتضح من القصة أيضاً إدراك المفحوصة للدور الذي يقوم به كل من الرجل والمرأة في الحياة ويتضح ذلك عندما كتبت : « **طلبت الأم من البنت مساعدة الأب والأخوان في زراعة الأرض** » كما يتضح ذلك عندما كتبت : « **فطلبت البنت من الأب أن يعطيها مجرفة** » .

قصة اللوحة رقم (٣ ب أ)

« مأساة ليلى »

« ليلى بنت حساسة جداً تحب الأصدقاء وتحب المسرح .. فجأة سمعت أن صديقة لها مقربة جداً لقلبها تصدمها سيارة مسرعة مما أسفر عن إصابة البنت «الصديقة» بكسور شديدة في جسمها وكان ذلك أمام عينيها في الشارع ولم تستطع أن تفعل ليلى أي شيء لصديقتها إلا البكاء في الشارع مستندة على عامود اللمبة واستمرت في البكاء فترة طويلة إلى أن استرجعت ما حدث لصديقتها فذهبت مسرعة إلى المستشفى لزيارة صديقتها » .

التعليق :

تكشف هذه القصة عن مشاعر الحزن والاكتئاب لدى المفحوصة ومدى حساسيتها في تعاملها مع صديقاتها حيث اتضح ذلك عندما كتبت : « **ليلى بنت حساسة جداً** » حيث توحدت المفحوصة مع «ليلى» بطلة القصة .

ثم تتضح مشاعر الحزن والاكتئاب على أختها المريضة بورم في صدرها (انظر تاريخ الحالة) حيث اسقطت المفحوصة مشاعر الحزن والأسى والاكتئاب في هذه القصة على صديقتها التي أصيبت بحادثة سيارة ويتضح ذلك عندما كتبت المفحوصة قائلة : « **أسفر عن إصابة البنت «الصديقة» بكسور شديدة في جسمها وكان**

ذلك أمام عينيها في الشارع ولم تستطع أن تفعل ليلى أي شيء لصديقتها » كما يتضح أيضاً من عنوان القصة « مأساة ليلى » .

قصـة اللوحـة رقـم (٤)

« محبة زوجين »

« طلب حمد (الزوج) من زوجته أن تعد له فنجان شاي وكانت الزوجة في هذه الأثناء تصفف شعرها فطلب الزوج منها أكثر من مرة ولكن الزوجة لم تستجب مما أغضب الزوج فبدأ بالصراخ فغضبت الزوجة لذلك وزاد الشجار بينهم لدرجة كبيرة فغضب الزوج من زوجته ولم يتكلما واستمرا في الخصام لمدة ٣ ساعات فأحست الزوجة بغلطتها تجاه زوجها فذهبت لتتسامح منه فرفض الزوج ذلك التسامح وألحت عليه زوجته بكلام مدلل لفترة طويلة إلى أن رضا الزوج ورجعا زوجين محببين لبعض » .

التعلـيـق :

تكشف هذه القصة عن طائفة شتى من الحاجات والعواطف المتصلة بالصلة بين الإناث والذكور ، وحيث أن المفحوصة لم تدخل بيت الزوجية إلا أنها أسقطت في هذه القصة اتجاهات المرأة نحو الرجال حيث أوضحت ذلك عندما كتبت : « **فأحست الزوجة بغلطتها تجاه زوجها فذهبت لتتسامح منه فرفض الزوج ذلك** » . ثم أكدت ذلك في قولها عندما كتبت : « **وألحت عليه زوجته بكلام مدلل لفترة طويلة إلى أن رضا الزوج ورجعا زوجين محببين لبعض** » .

قصـة اللوحـة رقـم (٩ ب أ)

« الطاعة العمياء »

« في يوم من الأيام طلبت أم ليلى من ليلى أن تمسح الأرض فنفذت ليلى ما طلبته أمها بسرعة خشية من العقاب لأن الأم شديدة العصبية وتغضب بسرعة وإذا لم ينفذ ما طلبته

تغضب الأم وتصرخ وتضرب وفي ذات يوم طلبت الأم من البنت غسل الثياب فنست البنت ما قالته أمها لها لأنها كانت تدرس للامتحان مما أغضب الأم وجرت خلف البنت حاملة معها مكنسة (مقشة) لتضربها فخافت البنت من أمها وهربت منها إلى الجيران لحل الخلاف بينهم فتدخل الجيران وحلوا الخلاف بينهم فرجعت البنت إلى أمها لتتسامح معها ثم نفذت ما طلبته منها الأم » .

التعليـــق :

تكشف هذه القصة عن علاقة المفحوصة بغيرها من النساء ، كما تكشف عما يكون بين الاخوات ، أو عن العداء بين المفحوصة وأمها . والواضح هنا من معالم هذه القصة أن المفحوصة أسقطت اتجاهها نحو أمها حيث أمها تقسو عليها في المعاملة (انظر تاريخ الحالة) . وتريد منها الطاعة دون مناقشة وهذا واضح من عنوان هذه القصة « الطاعة العمياء » كما يتضح ذلك من قول المفحوصة عندما كتبت : « **طلبت أم ليلى من ليلى أن تمسح الأرض فنفذت ليلى ما طلبته أمها بسرعة خشية من العقاب** » .

وهنا تتوحد المفحوصة مع (ليلى) بطلة القصة بينما تتخذ الأم دور (أم ليلى) في القصة .

قصة اللوحة رقم (١٣ ، رأ)

« خيانة زوجية »

« كانت الزوجة مطيعة لزوجها تتجمل له وقت ما شاء وتعرفت الزوجة على صديق زوجها وبالتدريج ابتعدت الزوجة عن زوجها وتقربت من صديق زوجها وكان صديق زوجها يتقرب منها وكانت الزوجة تتهرب من زوجها لتقابل الصديق . . وأحس الزوج بأن زوجته تتهرب منه وفجأة قرر الزوج السفر وأخبر زوجته أنه سيغيب فترة من الوقت والحقيقة أنه يخدعها ليعرف ما تخفيه زوجته وفي ليلة من الليالي تسلل الزوج لغرفة زوجته فوجدها

مع صديقه تخونه فهرب الصديق عندما شاهد الزوج وحمل الزوج سكين وقتل زوجته ورماها على الأرض وهو غاضب جداً فتوسلت إليه زوجته بمساعدتها وأمسكت بثياب زوجها ليساعدها فلم يوافق وغادر المنزل وجعل زوجته غارقة في الدماء » .

التعليـــق :

تكشف هذه القصة عن اتجاه المفحوصة نحو الناحية الجنسية وأفراد الجنس الآخر ، كما تكشف عن الشعور بالإثم والاكتئاب . حيث أوضحت ملامح القصة اتجاه المفحوصة تجاه أفراد جنسها حيث كان عنوان القصة « **خيانة زوجية** » ويتضح ذلك في قولها عندما كتبت : « **ابتعدت الزوجة عن زوجها وتقربت من صديق زوجها وكان صديق زوجهـــا يتقرب منها وكانت الزوجـــة تتهرب من زوجها لتقابل الصديق** » . وأيضاً قولها : « **تسلل الزوج لغرفة زوجتـــه فوجدها مع صديقه تخونـــه** » .

كما تتضح مشاعر الشعور بالإثم والاكتئاب لدى المفحوصة عندما أسقطت قائلة : « وحمل الزوج سكين وقتل زوجته » وفي قولها أيضاً : « **غادر المنزل وجعل زوجته غارقة في الدماء** » .

ونجد في القصـــة جملتين هما : « غارقة في الدماء ، وقتل زوجته » وهما جملتين معبرتين عن مشاعر الإثم والاكتئاب .

قصـــة اللوحـــة رقـم (١٤)

« خيبة أمل »

« انتقلت أسرة غنية من منزلها وانتقلت إلى منطقة ثانية حاملة معها كل المتع والأثاث وانتقلوا دون علم الجيران .. كل ما كانوا يعرفونه أنهم سافروا لفترة معينة وسوف يرجعون لمنزلهم بعد انقضاء هذه المدة . في يوم من الأيام تسلل حرامي داخل المنزل ليسرقه في

الليل . دخل المنزل من خلال الشباك فجلس يتخبط في الأبواب ولم يستطع أن يحصل على شيء مما جعله أصيب بخيبة أمل فغادر المكان من الشباك نفسها وهو نادم » .

التعليـــق :

تعبر معالم هذه القصة عن آمال المفحوصة وطموحاتها حيث أنها تسعى وراء تحقيق آمالها (أنظر تاريخ الحالة) . ولكنها تعاني من الاضطرابات النفسية ومشاعر الغضب والقلق الذي يعوق تحقيق هذه الآمال والطموحات وخاصة خروجها من عزلتها والتخلص من (بدانة جسمها التي هي مصدر قلقها) ويتضح ذلك من القصة عندما كتبت : « **دخل المنزل من خلال الشباك فجلس يتخبط في الأبواب ولم يستطع أن يحصل على شيء** » وأيضاً في قولها : « **أصيب بخيبة أمل فغادر المكان من الشباك نفسها وهو نادم** » . وهنا تتضح زلة القلم في كلمة (نفسها) حيث كان من المفروض أن تكتب « **فغادر المكان من الشباك نفسه وهو نادم** » ولكن المفحوصة كتبت نفسها بدلاً من نفسه تعبيراً عن أن **خيبة الأمل لها هي نفسها** نتيجة عدم قدرتها على تحقيق آمالها والتخلص من الاضطرابات النفسية ومشاعر الاثم والقلق الناجم عن سمنتها المفرطة ومشاكل العائلة ومرض أختها .

قصـة اللوحـة رقـم (١٧ . ب . أ)

« الطبيعة »

« في يوم مشرق وجميل جلست ليلى في الفرنده تتمتع في منظر الطبيعة الجميل من أشجار وزهور وفراشات وتتأمل أشعة الشمس الجميلة وهي تخترق الأشجار وجلست تفكر في جمال الكون لفترة طويلة إلى أن تعبت قدماها من طول الوقوف ثم رجعت إلى البيت وهي مسرورة » .

التعليـــق :

توضح معالم هذه القصة تفاؤل المفحوصة وعن ميلها إلى أن تعتصم بالأمل حيث

اتضح ذلك عندما كتبت : « **وجلست تفكر في جمال الكون لفترة طويلة إلى أن تعبت قدماها من طول الوقوف ثم رجعت إلى البيت وهي مسرورة** » .

ويتضح اعتصام المفحوصة بالأمل في قولها : « **ورجعت إلى البيت وهي مسرورة** » .

قصة اللوحة رقم (١٦ - الصفحة البيضاء)

« النصيحة »

« جلست ليلى تفكر طويلاً محاولة معرفة الطريقة المناسبة للمذاكرة فسألت صديقتها عن طريقتها للمذاكرة فأجابت أنها لا تدرس إلا وقت الامتحان فقط وتدرس عن طريق القراءة بصوت منخفض فلم تقتنع ليلى بما أخبرتها به صديقتها فسألت مدرستها المفضلة عن طريقة مناسبة للدراسة فأجابتها أن أفضل طريقة للمذاكرة الآن هي توزيع اليوم الواحد إلى أوقات معينة وتخصيص كل وقت لمذاكرة موضوع معين وفي أثناء المذاكرة إذا لم تستوعبي الدرس ذاكري بصوت منخفض وبتركيز عدة مرات واستخدمي القلم للمذاكرة ففرحت البنت لطريقة المدرسة ونفذتها في الحال واستطاعت التفوق في الامتحان » .

التعليق :

اسقطت المفحوصة على هذه الصفحة البيضاء قلقها الناجم عن رغبتها في تحقيق آمالها وهي النجاح والتخرج حيث أنها في الفصل النهائي (الثامن) بالجامعة وتتمنى أن تنجح وتتخرج وتعمل مُدرسة (انظر تاريخ الحالة) . ويتضح ذلك في قولها عندما كتبت : « **ففرحت البنت لطريقة المدرسة ونفّذتها في الحال واستطاعت التفوق في الامتحان** » .

قصة اللوحة رقم (١٨ . ب . أ)

« عاقبة الإهمال »

« كانت لليلى بنت جميلة عمرها لا يتجاوز سنتين فطلبت من الخادمة أن تعتني في

بنتها لحين عودتها من العمل فاستغلت الخادمة ذهاب صاحبة المنزل وتركت الطفلة لوحدها في الغرفة وذهبت لتتحدث في التليفون مع صديقها لفترة طويلة وكانت البنت (الطفلة) قريبة من مجموعة من الأدوية كانت قد نسيت في الأرض فتناولت الطفلة الدواء بأكمله ولم تستحمل ذلك وماتت ، جاءت بعد فترة فرأت البنت مستلقية على الأرض فظنت أنها نائمة فوضعتها على السرير وعندما حضرت الأم ذهبت لتوقظ ابنتها لم تقوم فأحضرت لها الطبيب فقال لها أنها ماتت نتيجة تناول مجموعة من الأدوية الخطرة فبكت الأم بكاءً شديداً وذهبت إلى الخادمة لتقتلها بيدها وتخنقها ولم تترك رقبة الخادمة إلا بعد أن قتلتها ثم ذهبت إلى الشرطة لتسلم نفسها وتعترف » .

التعليـــق :

تكشف هذه القصة عن اتجاهات المفحوصة نحو العدوان وأيضاً عن علاقتها بغيرها من النساء على وجه العموم . حيث اتضح من معالم هذه القصة مدى العلاقة السيئة بين المفحوصة وغيرها من النساء (في صورة الخادمة) حيث اتضح ذلك عندما كتبت : « **وذهبت إلى الخادمة لتقتلها بيدها وتخنقها ولم تترك رقبة الخادمة إلا بعد أن قتلتها** » .

وهنا يتأكد ما ذكرته المفحوصة في القصة رقم (١٣ر٠ أ) عن اتجاهها ضد غيرها من النساء .

كما أوضحت معالم القصة أيضاً مشاعر الاكتئاب لدى المفحوصة حيث عبّرت عنها عندما كتبت : « **فبكت الأم بكاءً شديداً** » . وأيضاً عبّرت عن مشاعر الاثم نتيجة تأنيب الأنا الأعلى لها عندما قالت : « **ثم ذهبت إلى الشرطة لتسلم نفسها وتعترف** » والشرطة هنا رمز للأنا الأعلى .

خلاصة

انصبت الدراسة الكلينيكية على حالة طرفية تمخضت عنها الدراسة العاملية ومنذ

البداية نسجل اتفاق النتائج الكلينيكية مع النتائج العاملية ، وإن مدتنا النتائج الكلينيكية بالأسباب والعلل التي ترينا العلة في إفراط الشهية لدى الحالة موضع الدراسة وما تعانيه من اضطرابات تمثلت في القلق الناجم عن بدانة جسمها (تزن ١٠٠ كجم وطولها ١٥٥ سم) ومعاناتها من مشاعر الاثم والحزن والاكتئاب بالإضافة إلى الوساوس والحساسية الزائدة والعزلة . (انظر تاريخ الحالة – وأحلام المفحوصة) .

وفي القصة (٣) تتضح مشاعر الحزن والاكتئاب لدى المفحوصة ، بينما في القصص (١٣ ر . أ) ، (١٨ ب . أ) تتضح العلاقة السيئة بين المفحوصة وغيرها من النساء كما يتأكد ذلك من (تاريخ الحالة) .

بينما القصة رقم (٢) توضح مدى تعاون المفحوصة وحسن علاقتها مع أسرتها ورغم ذلك نجدها في القصة (٩ ب . أ) تسقط علاقتها بالأم حيث تسلط الأم وقسوتها على المفحوصة (انظر تاريخ الحالة) .

ونجد في القصة (٤) اتجاهات المفحوصة نحو الرجال (الجنس الآخر) بينما القصة (١٤) تتضح الآمال التي تسعى المفحوصة لتحقيقها ومشاعر القلق التي تعانيها في سبيل ذلك ، وبالرغم من ذلك كله نجدها في القصة (١٧ ب . أ) تعبر عن تفاؤلها واعتصامها بالأمل ويتأكد ذلك في قصة الصفحة البيضاء رقم (١٦) التي توضح ما تريده المفحوصة لتحقيق آمالها .

المراجـــع

(١) أحمد محمد عبد الخالق (١٩٧٨٤) – إعداد ـ قائمة القلق (الحالة والسمة) وضع «سبيلبيرجر» وزملائه ، الاسكندرية : دار المعرفة الجامعية .

(٢) أحمد محمد عبد الخالق (١٩٩٠) قائمة الوساوس القهرية (غيرمنشورة) .

(٣) أحمد محمد عبد الخالق ، مايسة أحمد النيال (١٩٩٠ «أ») سن اليأس وعلاقته بكل من الاكتئاب والقلق والمخاوف لدى عينتين من العاملات ، مجلة علم النفس ، ١٣ ، ١٤ – ٢٦ .

(٤) أحمد محمد عبد الخالق ، مايسة أحمد النيال (١٩٩٠ «ب») الوساوس القهرية وعلاقتها بكل من القلق والمخاوف والاكتئاب ، مجلة كلية الآداب ، جامعة الاسكندرية ، ٣٨ ، ٥٤٣ – ٥٧٥ .

(٥) أحمد محمد عبد الخالق ، مايسة أحمد النيال (١٩٩٠ «أ») فقدان الشهية العصبي وعلاقته ببعض متغيرات الشخصية ، دراسات نفسية ، ك ٢ ، ح ٢ ، ص ص ٥٧ – ٧٤ .

(٦) أحمد محمد عبد الخالق ، مايسة أحمد النيال (١٩٩٠ «ب») اضطرابات النوم وعلاقتها بكل من الاكتئاب والقلق والوساوس . بحوث المؤتمر الثامن لعلم النفس في مصر ص ص ٣٣ – ٤٩ .

(٧) سامية القطان (١٩٨١) : المقياس المقنن للغرائز الجزئية ، القاهرة : مكتبة سعيد رأفت .

(٨) سامية القطان (١٩٨٣) : كيف تقوم بالدراسة الكلينيكية ، الجزء الثاني ، القاهرة ، الانجلو المصرية .

(٩) صلاح مخيمر (١٩٧٨) : استمارة المقابلة الشخصية ، القاهرة : مطبعة النهضة الجديدة .

(١٠) عبد الفتاح محمد دويدار (١٩٨٧) دراسة عاملية ومنهجية مقارنة للقلق لدى الفئات الكلينيكية ، رسالة دكتوراة (غير منشورة) بكلية الآداب – جامعة الاسكندرية .

(١١) عطوف ياسين (١٩٨١) علم النفس العيادي ، بيروت : دار العلم للملايين .

(١٢) مايسة أحمد النيال (١٩٨٨) زملة أعراض الحيض وعلاقتها ببعض متغيرات الشخصية والتغيرات النفسحركية والادراكية ، رسالة دكتوراة (غير منشورة) – كلية الآداب – جامعة الاسكندرية .

(١٣) مايسة أحمد النيال (١٩٩١ «أ») الأعراض السيكوسوماتية لدى عينة من الأطفال وعلاقتها ببعدي العصابية والانبساط : دراسة عاملية مقارنة ، دراسات نفسية ، ك ١ ح ٢ ، ص ص ١٧٧ – ١٩٧ .

(١٤) مايسة أحمد النيال (١٩٩١ «ب») الأعراض السيكوسوماتية لدى عينة من الأطفال وعلاقتها بالقلق والاكتئاب « دراسة عاملية مقارنة » ، بحوث المؤتمر السابع لعلم النفس في

مصر ، ص ص ١٤٠ – ١٦١ .

(١٥) محمد أحمد غالي ، رجاء أبو علام (١٩٧٤) القلق وأمراض الجسم ، دمشق : مطبعة الحلبوني .

(١٦) محمد عثمان نجاتي ، أنور حمدي (د . ت) كراسة اختبار تفهم الموضوع ، القاهرة : دار النهضة العربية .

(١٧) محمود السيد أبو النيل (١٩٨٤) الأمراض السيكوسوماتية : الأمراض الجسمية النفسية المنشأ : دراسات عربية وعالمية . القاهرة : مكتبة الحانجي .

(18) Abdel-Khalek, A.M. (1989) The development and validation of an Arabic form of the STAI: Egyptian results, Personality & Individual Differences, 10, 277-285.

(19) Abdel-Khalek, A.M. & El Nayal, M. A., Psychometric properties of an Arabic form of the Beck Depression Inventory (in press).

(20) Abdel-Khalek, A. M. & Omar, M. M. (1988) Death anxiety, state and trait anxiety in Kuwatien Samples, Psychological Reports, 63, 715-718.

(21) Beck, A. T., Steer, R. A. & Garbin, M. G. (1988) Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty five years of elevation, Clinical Psychology Review, 8, 77-100.

(22) Bennett, G. (1987) Behavior therapy in the treatment of obesity, In R. A. Boakes, D. A. Popplewell & M. J. Burton (Eds), Eating Habits: Food, physiology and learned behavior, London: Wiley, P. P. 45-74.

(23) Bennet, W. & Gurin, J. (1982) The dieter's dilemma, New York: Basic Books.

(24) Bennet, N., Spoth, R. & Borgen, F. (1991) Bulimic, Symptoms in high school females: Prevalence and relationship with multiple measures of psychological health, Journal of Community Psychology, 19, 13-28.

(25) Bootzin, R. & Acocella, J. (1984) Abnormal Psychology: Current perspectives, New York, Random House.

(26) Buree, B., Papageorgis, D. & Hare, R. (1990) Eating in anorexia nervosa and bulimia nervosa: An application of the tripartite model of anxiety, Canadian Journal of Behavioral Science, 22, 207-218.

(27) Carney, C. & Yates, W. (1990) A controlled family study of personality in normal weight bulimia nervosa, International Journal of Eating disorders, 9, 659-665.

(28) Coisman, F. (1990) Adolescent depression and eating disorders.

Special Issue: Adolescent depression, Journal of Psychology and Christianity, 9, 72-80.

(29) Coisman, F. & Draguns, J. (1989) Abnormal psychology: patterns issues, interventions, New York: Wiley.

(30) Dolan, B., Lacey, H. & Evans, CH (1990) Eating behavior and attitudes to weight and shape in British women from three ethnic groups, British Journal of Psychiatry, 157, 523-528.

(31) Dworetzky, J. (1985) Psychology, New York: West Publishing Company.

(32) Fairburn, C., Jones, R., Peveler, R., Carr, S. et al. (1991) Three psychological treatments for bulimia nervosa: A comparative trial, Archive of General Psychiatry, 48, 463-469.

(33) Greene, P., Petrie, C. & Zeichner, A. (1990) Anxiety reduction in bulimia: Single-case methodology to evaluate arousal and eating, Behavioral Assessment, 12, 295-304.

(34) Grusec, J., Lockhart, R. & Walters, G. (1990) Foundations of Psychology, Toronto: Copp Clark Pitman Ltd.

(35) Hadigan, C., Colleen, M. & Walsh, B. (1991) Body shape concerns in bulimia nervosa, International Journal of Eating Disorder, 10, 323-331.

(36) Head, S. & Williamson, D. (1990) Association of family environment and personality disturbances in bulimia nervosa, International Journal of Eating Disorders, 9, 667-674.

(37) Hsu, G. (1990) Experimental aspects of bulimia nervosa: Implications for cognitive behavioral therapy, Behavior Modification, 14, 50-65.

(38) Kaplan, H. & Sadock, B. (1983) Modern Synopsis of Comprehensive textbook of psychiatry III, Baltimore: Williams & Wilkins, 3rd ed.

(39) Klajner, R., Herman, J. & Chhabra, (1981) Human obesity, dieting and anticipatory salivation, Physiology and Behavior, 27, 195-198.

(40) Krahn, D. (1990) Thyrotoxicosis and bulimia nervosa, Psychosomatics, 31, 222-224.

(41) Ledoux, S., Choquet, M. & Flament, M. (1991) Eating disorders among adolescents in an unselected French population, International Journal of Eating Disorder, 10, 81-89.

(42) Mofty, M. (1990). psychological Profile of Obese Adolescent Girls, Psychological Studies, B1, P4, 703-735.

(43) Nie, N. H., Jenkins, J. B., Steinbrenner, K. & Bent, D. H. (1975)

SPSS: Statistical package for the social sciences, New York: McGraw-Hill.

(44) Petersson, B. (1990) Can you dope yourself with food? On the abuse aspect of bulimia nervosa, Acta Psychiatrica Scandinavica, 82, 19-22.

(45) Rodin, J., (1977) Research on eating behavior and Obesity: Where does it fit in personality and social psychology? Personality and Social Psychology Bulletin, 3, 335-355.

(46) Rodin, J., (1981) Current Status of the internal external hypothesis for obesity: What went wrong? American Psychologist, 36, 361-372.

(47) Rosen, E., Anthony, D., Booker, K., Brown, Teri et al., (1991) A comparison of eating disorder scores among African-American and White College females, Bulletin of the Psychonomic Society, 29, 65-66.

(48) Silverstone, P. (1990) Low self-esteem in eating disordered patients in the absence of depression, Psychological Reports, 67, 276-278.

(49) Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R, Vagg, R. & Jocoks, G. A. (1983) Manual for the State-Trait Inventory (Form) Consulting Psychologists Press, Palo Alto.

(50) Stuart, G., Laraia, M., Ballenger, J. & Lydiard, R. (1990). Early family experiences of women with bulimia and depression, Archives of Psychiatric Nursing, 4, 43-52.

(51) Stunkard, A. J. (1958) The management of obesity, Journal of medicine, 58, 79-87.

(52) Schmidt, N. & Telch, M. (1990) Prevalence of Personality disorders among bulimics, nonbulimic binge eaters, and normal controls, Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 12, 169-185.

(53) Wardle, J. (1980) Dietary restraint and binge eating, Behavioral Analysis and Modification, 4, 201-209.

(54) Wooley, S. (1972) Physiological versus cognitive factors in short term food regulation in the obese and nonobese, Psychosomatic Medicine, 34, 62.

ورد البحث بتاريخ ٢٠/٩/١٩٩٢ وأعيد بعد تعديله في ١٤/٢/١٩٩٣ وأجيز نشره بتاريخ ١٨/٣/١٩٩٣م .

The ERC Journal Third Year January 1994 No. 5

BULIMIA AND ITS RELATIONSHIP WITH SOME NEUROTIC DISORDERS

Factorial - Clinical Study among female students in Qatar University

Dr. Ibrahiem Ali Ibrahiem **Dr. Mayssah El Nayal**

Abstract

This study aimed to study the degree of relation between bulimia and some neurotic disorders (Depression, Anxiety and obsession).
The sample of the study consisted of (110) female student from Qatar University whose ages ranged between 20-22 years and they where divided into two groups:
1. First group: Students who gained high scores on Bulimia Scale (N=59) mean 21.25 years standard deviation 2.62.
2. Second group: Students who had moderate scores on Bulimia Scale (N=51) mean age 21.11 year standard deviation 2.50.
The two researches used the Bulimia Scale - Composed by them, the scale went through the needed statistical procedures, beside, the researches administrated, Beck Depression Scale, Trait Anxiety Inventory, Obsession Inventory by Abdel-Khalek., also other scales where used for the sake of the clinical study: e. g. TAT, Partial Distinct Scale, Case history Inventory.
Factor analysis, correlation coefficients where used for analysing the data.
The factorial and Clinical study revealed, that students of Bulimia disorder are more depressed, anxious and obsessive in comparison with students of medium and low scores on Bulimia scale.