

جامعة البحرين

كلية الآداب

قسم علم النفس

برنامج الماجستير

في علم النفس الإرشادي



الشهر العصبي وعلاقته بصورة الجسم لدى عينة من طالبات المرحلة الإعدادية بمملكة البحرين

أطروحة مقدمة كجزء من متطلبات الحصول على درجة الماجستير في علم النفس الإرشادي

إعداد

كاميليا محمد إبراهيم المهزع

١٩٩٦٠٤٨٣

إشراف

الدكتور أحمد سعد جلال

أستاذ علم النفس المشارك بقسم علم النفس

جامعة البحرين

مملكة البحرين

مايو ٢٠١٨

جامعة البحرين

كلية الآداب

قسم علم النفس
برنامج الماجستير
في علم النفس الإرشادي



الشرة العصبى وعلاقته بصورة الجسم لى عينة من طالبات المرحلة الإعداءية بمملكة البحرين

أطروحة مقدمة كجزء من متطلبات الحصول على درجة الماجستير فى علم النفس الإرشادى

إعداد

كاميليا محمد إبراهيم المهزع

١٩٩٦٠٤٨٣

إشراف

الدكتور أحمد سعد جلال

أستاذ علم النفس المشارك بقسم علم النفس

جامعة البحرين

مملكة البحرين

مايو ٢٠١٨

نموذج رقم (٢)

صفحة الاعتماد من قبل لجنة التحكيم



جامعة البحرين

كلية الآداب

قسم علم النفس

برنامج الماجستير في علم النفس الإرشادي

ناقشت الطالبة/ كاميليا محمد إبراهيم المهزوع الرقم الجامعي: ١٩٩٦٠٤٨٣ الأطروحة التي
استكملت بها متطلبات الحصول على درجة الماجستير في علم النفس الإرشادي. والمعنونة
"الشهر العصبي وعلاقته بصورة الجسم لدى عينة من طالبات المرحلة الإعدادية

بمملكة البحرين"

وذلك يوم الأربعاء الموافق ٩ مايو ٢٠١٨

وتوصي اللجنة بمنحها درجة الماجستير بتقدير:

(لجنة المناقشة)

التوقيع

الاسم

.....

مشرفاً

د. أحمد سعد جلال

.....

ممتحناً داخلياً

د. توفيق عبد المنعم

.....

ممتحناً خارجياً

أ.د. أمينة شلبي

ملخص الدراسة

هدفت الدراسة الحالية إلى التعرف على دلالة العلاقة بين الشره العصبي واضطراب صورة الجسم، كذلك أهم أعراض الشره العصبي من وجهة نظر الطالبات المرحلة الإعدادية بمملكة البحرين، وقد اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي، حيث طبقت الدراسة على عينة من طالبات المرحلة الإعدادية في مدارس مملكة البحرين الحكومية قوامها (٢٣٦) طالبة، اختيرت من أربع مدارس حكومية بمختلف محافظات مملكة البحرين وهي: (مدرسة عالي الإعدادية للبنات، ومدرسة عراد الإعدادية للبنات، ومدرسة أم كلثوم الإعدادية للبنات، ومدرسة أم سلمة الإعدادية للبنات).

وتم جمع البيانات من خلال ثلاثة مقاييس وهي: مقياس الشره العصبي: من إعداد: حسن على فايد، ومقياس اضطراب صورة الجسم: من إعداد: مجدي دسوقي، ومقياس اختبار شكل الجسم: من إعداد: مجدي دسوقي، حيث تأكدت الباحثة من ثبات المقاييس وملاءمتها للبيئة البحرينية وصلاحياتها للتطبيق، كما تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للتعرف على مستوى الشره العصبي، ومعاملات الارتباط للتعرف على دلالة العلاقة بين الشره العصبي وصورة الجسم لدى طالبات المرحلة الإعدادية في مملكة البحرين، وخلصت الدراسة إلى العديد من النتائج من أهمها الآتي: أنه لا توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين الشره العصبي واضطراب صورة الجسم لدى طالبات المرحلة الإعدادية بمملكة البحرين. كما وجدت علاقة ارتباطية طردية دالة إحصائية بين الشره العصبي وشكل الجسم لدى طالبات المرحلة الإعدادية بمملكة البحرين، وأن أهم أعراض الشره العصبي هي: الشهية المفتوحة للطعام، الحفلات، ضبط وزن الجسم من خلال تناول كميات قليلة من الطعام أو الابتعاد عنه ليوم أو أكثر، تناول الطعام يشعرني بالنشاط والحيوية، ضعف القدرة على التحكم بالأكل. كما كان لمتغير العمر أثر سلبي دال إحصائياً على شكل الجسم لدى أفراد العينة، أما متغير الطول لم يكن له تأثير دال على أي من الشره العصبي أو شكل الجسم أو حتى اضطراب صورة الجسم. بينما كان لمتغير الوزن أثر سلبي دال إحصائياً على الشره العصبي، كذلك تبين وجود أثر سلبي لوزن الفرد على النظرة لشكل الجسم.

إهداء

أبي الحبيب أمي الغالية أرجو من الله أن يمد في أعماركم ويجزيكم عنا خير الجزاء، إلى زوجي في
نهاية مشواري أريد أن أشكرك على مواقفك النبيلة و تطلعك لنجاحي دائما بنظرات الحب. إلى
إخوتي وخواتي شكرا لثقتكم بنجاحي.

شكر و عرفان

قال رسول الله صلى الله عليه و سلم:
"من لم يشكر الناس لم يشكر الله"
صدق رسول الله صلى الله عليه و سلم

الحمد لله على إحسانه والشكر له على توفيقه وامتنانه و نشهد أن لا إله إلا الله وحده لا شريك له تعظيماً لشأنه ونشهد أن سيدنا ونبينا محمد عبده ورسوله الداعي إلى رضوانه صلى الله عليه وعلى آله وأصحابه وأتباعه وسلم. بعد شكر الله سبحانه وتعالى على توفيقه لنا لإتمام هذه الرسالة أتقدم بجزيل الشكر والتقدير إلى من شرفني بإشرافه على أطروحتي الدكتور "أحمد سعد جلال" الذي لن تكفي حروف هذه الرسالة لإيفائه حقه بصبره الكبير علي، ولتوجيهاته العلمية التي لا تقدر بثمن؛ والتي ساهمت بشكل كبير في إتمام واستكمال هذا العمل.

"رب أوزعني أن أشكر نعمتك التي أنعمت علي وعلى والدي وأن أعمل صالحاً
ترضاه وأدخلني برحمتك في عبادك الصالحين"

الباحثة

قائمة المحتويات

الصفحة	الموضوع
أ	صفحة الاعتماد من قبل لجنة التحكيم
ب	ملخص الدراسة
ج	إهداء
د	شكر وعرفان
هـ	قائمة المحتويات
ز	قائمة الجداول
١	الفصل الأول: مدخل إلى الدراسة
٢	مقدمة
٥	مشكلة البحث
٥	أسئلة الدراسة
٦	أهداف الدراسة
٦	أهمية البحث
٧	حدود الدراسة
٧	مصطلحات الدراسة
١٦	الفصل الثاني: الإطار النظري والدراسات السابقة
١٧	أولاً: الإطار النظري
١٧	أ) الشره العصبي
١٩	تعريفات الشره العصبي
٢٢	الشره العصبي وتأثره ببعض العوامل
٢٥	أهم الأعراض والمعايير التشخيصية للشره العصبي
٢٧	الأنماط الفرعية للشره العصبي
٢٨	ب) صورة الجسم
٣١	النظريات المفسرة لصورة الجسم
٣٣	العوامل المؤثرة على صورة الجسم
٣٨	اضطراب صورة الجسم

الصفحة	الموضوع
٤١	ثانياً: الدراسات السابقة
٤١	المحور الأول: دراسات تناولت الشره العصبي
٤٣	المحور الثاني: دراسات تناولت صورة الجسم
٤٤	المحور الثالث: دراسات تناولت الشره العصبي وصورة الجسم
٤٦	التعليق على الدراسات السابقة
٥٠	الفصل الثالث: الطريقة والإجراءات
٥١	أولاً: منهج الدراسة
٥١	ثانياً: مجتمع الدراسة وعينتها
٥٣	ثالثاً: أدوات الدراسة
٥٨	رابعاً: الأساليب الإحصائية المستخدمة
٥٩	الفصل الرابع: النتائج ومناقشتها والتوصيات
٦٠	نتائج الدراسة
٧٤	توصيات الدراسة
٧٥	الدراسات المقترحة
٧٦	قائمة المراجع
٧٦	أولاً: المراجع العربية
٧٦	ثانياً: المراجع الأجنبية
—	الملاحق
—	ملحق رقم (١) مقياس الشره العصبي
—	ملحق رقم (٢) اختبار شكل الجسم
—	ملحق رقم (٣) مقياس اضطراب صورة الجسم

قائمة الجداول

رقم الجدول	عنوان الجدول	الصفحة
جدول (١)	توزيع أفراد العينة على المدارس	٥٢
جدول (٢)	توزيع أفراد العينة على الصفوف الدراسية	٥٢
جدول (٣)	توزيع أفراد العينة على المدرسة والصف	٥٣
جدول (٤)	العلاقة الارتباطية بين الشره العصبي واضطراب صورة الجسم	٦٠
جدول (٥)	العلاقة الارتباطية بين الشره العصبي وشكل الجسم	٦٢
جدول (٦)	أعراض الشره العصبي لدى أفراد العينة من وجهة نظرهم	٦٤
جدول (٧)	نتائج اختبار تحليل التباين المتعدد للتعرف على دلالة أثر المتغيرات الديموغرافية (العمر والطول والوزن) على الشره العصبي وشكل الجسم واضطراب صورة الجسم	٧٣

الفصل الأول

مدخل إلى الدراسة

- مقدمة.
- مشكلة البحث.
- أسئلة البحث.
- أهداف الدراسة.
- أهمية البحث.
- حدود الدراسة.
- مصطلحات البحث.

الفصل الأول

مدخل إلى الدراسة

مقدمة:

يعاني معظم الناس بين الفينة والأخرى من مشاكل الشهية، فهناك من يمتنع عن الأكل عندما يشعر بالحزن، وهناك من يأكل كثيرًا عندما يشعر بالوحدة، أو بالملل، أو الفراغ العاطفي. فمع تغير نمط الحياة الاقتصادية والاجتماعية للإنسان يتغير ويتبدل أسلوب حياته ومعايشته وكذلك طريقته في التعبير عن معاناته جسديًا ونفسيًا. وفي السنوات الأخيرة كان هناك اهتمام ملحوظ ومتزايد بما يعرف باضطرابات الأكل Eating Disorders وقد يكون هناك اتفاق بين الباحثين على أن اضطرابات الأكل قد أصبحت ذات معدلات انتشار كبيرة، وأن معدل تواتر ظهورها في تصاعد مستمر بلغ ذروته خلال العقدين الماضيين (عبد الموجود، ٢٠٠١).

تمثل اضطرابات الأكل العلاقة بين الحالة النفسية للفرد وبين الرغبة في الطعام أو العزوف عنه، وهذه العلاقة ليست بالجديدة، فقد كانت اضطرابات الأكل تصنف ضمن الاضطرابات السيكوسوماتية، إلى أن صدر الدليل التشخيصي عام ١٩٨٧، ومن (DSM-III- R) والإحصائي الثالث المنقح للاضطرابات العقلية (DSM-IV)، ثم الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية عام ١٩٩٤، ثم الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات العقلية عام ٢٠١٦، حيث وضعها منفصلة تحت عنوان اضطرابات الأكل (في: شقير، ٢٠٠٢)، وتضمنت اضطرابات الأكل في كل من: (Bulimia Nervosa) الشره العصبي (Anorexia Nervosa) فقدان الشهية العصبي (Eating Disorder Not otherwise Specified) واضطرابات أكل أخرى غير مصنفة.

وتعد صورة الجسم من المظاهر النفسية المهمة لدى الفرد والتي قد يكون لها من التأثير السلبي على الفرد أن يعيش حالة من عدم التوافق أو في حالة من عدم السواء، وقد يرجع اختلالها إلى تعرض الفرد إلى ظروف غير عادية، أو حتى لظروف مرضية مثل اضطرابات الأكل (عبد الخالق، ٢٠٠١).

إن ما يعنينا في هذا البحث هو علاقة الشره العصبي بصورة الجسم لدى طالبات المرحلة الإعدادية في عمر من ١٥-١٨ سنة، بمملكة البحرين.

وفيما يتعلق بتسمية هذا الاضطراب فالاسم الإنجليزي بوليميا نيرفوزا (Bulimia Nervosa) يعود أصله إلى اليونانية القديمة، وقد ترجم أول ما ترجم إلى العربية بفرط الشهية العصبي، إلا أن فرط الشهية العصبي له كلمة واحدة في اللغة العربية هي كلمة النهم، فقد جاء في مختار الصحاح "النهم بفتح النون إفراط الشهوة في الطعام، كما جاء فيه" وقد نهم بكذا نهماً فهو منهوم، أي مولع به، وفي الحديث منهومان لا يشبعان منهوم بالمال ومنهوم بالعلم" كما جاء في القاموس المحيط، والنهماة كسحابة إفراط الشهوة في الطعام وأن لا تمتلئ عين الأكل ولا يشبع، نهم كفرح وعني فهو نهم ونهيم ومنهوم، والنهما الحاجة وبلوغ الهمة والشهوة في الشيء وهو منهوم بكذا مولع به"، واستخدام لفظ واحد أفضل بالطبع من استخدام لفظين لترجمة لفظ واحد يستخدم النهم بدل النهام في ترجمة تصنيف منظمة الصحة العالمية العاشر إلى العربية، أي بحيث يكون الاسم النهم العصبي، والكلمتان العربيتان نهم ومنهوم تعبران في حقيقة الأمر عن حال المريض بالنهام العصبي، لأن الذي يحدث ليس فقط هو الإسراف في التهام الطعام أثناء نوبة الأكل الشره وإنما الاستمتاع المصاحب للشعور بالنهم، وكذلك هناك الولع الذي يبيده المريض بالأكل بوجه عام، إلا أنه لا بأس من استخدام النهام من نهم في التسمية العربية على اعتبار أنها لفظة توحى بالمبالغة.

ويتميز اضطراب النهام العصبي بحدوث نوبات من الدقر (نوبات الأكل الشره) يشعر الفرد أثناءها أنه لا يتحكم في عملية الأكل، وكأنها تخرج خارج نطاق قدرته على ضبط النفس، فيأكل كمّاً كبيراً من الطعام وبسرعة غير التي يأكل بها عادةً، وتستمرّ النوبة على مدى ما بين الساعة والساعتين من الزمان، ثم يشعر المريض بعد ذلك برغبة ملحة في التخلص مما أكله، ويقوم بعمل شيء ما لكي يتجنب زيادة الوزن التي ستجُمّ عن ما تناوله أثناء النوبة من طعام وأكثر الخيارات يكون التقيؤ وإن كان البعض يلجأ إلى طرق أخرى كابتلاع كميات متفاوتة من المسهلات (الملينات)، أو إلى الإفراط في القيام بالتمارين العضلية، أو إلى تجويع النفس لفترة ما، وقد يستعمل بالطبع عدداً من هذه الخيارات مجتمعات في نفس الوقت.

وقد وصفت نوبات (الأكل الشره) أول ما وصفت في أواخر الخمسينات كنوع من السلوكيات الموجودة عند بعض مرضى السمنة، وفي أواخر الستينات وأوائل السبعينات وصفت كتطور يحدث في ما يقارب ٥٠٪ من حالات الشره في المراحل المتأخرة بعد ما يزيد على العامين من تجويع الذات المستمر الذي يتميز به اضطراب الشره العصبي (Norman, 1995)؛ (في: محمد، ٢٠٠٨)، ومنذ نهاية السبعينات عندما وصفها راسل Russel بدأت تدريجياً تأخذ وضع الاضطراب النفسي الذي يمكن أن يكون قائماً بذاته.

فمما لاشك فيه أن المشاكل الفسيولوجية المرتبطة بمدخول غذائي غير سليم، بتناول الإنسان كميات كبيرة من الطعام في وقت قصير يشعر فيها أنه غير قادر على السيطرة والتحكم في كمية الطعام وبعدها يشعر بالذنب والقلق والاكتئاب فيلجأ إلى التخلص من الطعام عن طريق التقيؤ بإدخال الأصبع إلى داخل الحلق أو استخدام مدرات البول أو الأدوية والمليينات أو ممارسة نشاط رياضي قاسي.

ويشير جمعة سيد (٢٠٠٠) على أن الشره العصبي Nervosa Bulimia هو زملة تتميز بنوبات متكررة من الإفراط في الأكل، وانشغال شديد بالتحكم في وزن الجسم يؤدي بالمريض إلى نمط من الإفراط في الأكل، يليه قيء أو استخدام المليينات، ويشترك هذا الاضطراب في كثير من السمات النفسية مع فقدان الشهية العصبي بما فيها الاهتمام الشديد بشكل ووزن الجسم. ويعرف الأكل الشره بأنه أكل كمية كبيرة من الطعام تفوق بكثير ما اعتاد الأفراد الآخرون أن يأكلوه في ظروف مشابهة، وذلك في فترة زمنية قصيرة، وتشير الفترة القصيرة من الزمن إلى فترة محدودة تكون عادة أقل من ساعتين.

هذا وتمثل صورة الجسم والقلق والاكتئاب بعض المظاهر النفسية المهمة لدى الفرد والتي قد يكون لها من التأثير السلبي علي الفرد في أن يعيش حالة من عدم التوافق أو في حالة من عدم السواء، وقد يرجع اضطراب هذه المظاهر إلى تعرض الفرد لظروف غير عادية أو حتى لظروف مرضية، ولوحظ أن الآباء المصابين بهذا الاضطراب يغلب عليهم البدانة، كما لوحظ أن نوبات الاكتئاب الأساسي تكثر بين أقارب الدرجة الأولى للمصابين بالشره العصبي. ويتسبب الشره المرضي في حدوث خلل واضطراب في المظاهر النفسية للفرد والتي من بينها: تشوه صورة الجسم، والقلق النفسي، والاكتئاب النفسي (شقيير، ٢٠٠٥)، (حمودة، ١٩٩١).

وهذا الاضطراب يعرض الإنسان لمشكلات في المعدة والأمعاء والحلق، فضلاً عن الانشغال بهذه المشكلة يؤثر علي جودة إنجاز المهام والتركيز فيه (الوقفي، ٢٠٠٣).

ومن أهم الاضطرابات التي ترتبط ارتباطاً وثيقاً بالقلق والاكتئاب والتوتر هي اضطرابات الأكل. حيث أشار مجدى الدسوقي (٢٠٠٧) إلى أن اضطرابات الأكل يشيع انتشارها بصفة أساسية في المدى العمري من ١٥-٢٤ سنة تقريباً، وهو المدى الذي يوازي مرحلة المراهقة والشباب، مع ارتفاع ملحوظ في سن الثامنة عشر، ويندر وجودها في المستويات العمرية الأدنى والأعلى من ذلك.

مشكلة البحث:

تنتشر اضطرابات الأكل في الغالب بين الإناث بدرجة أكبر من الذكور وخاصة بين المراهقات والشابات صغيرات السن، ويبلغ المعدل العالمي لانتشارها لديهن في هذا العمر (٣٪) بواقع (٧٪) لفقدان الشهية العصبي، (١-٢٪) للشراهة العصبي، ومن المتوقع أن ترتفع معدلات الانتشار خلال السنوات القادمة وخاصة الشراهة العصبي (Fosselius,2007:281)^١.

ويذكر محمد عبد الرحمن (٢٠٠٠) أن نسبة انتشار الشراهة العصبي لدى الإناث في مرحلة المراهقة والرشد بلغت (١-٣٪)، وفقدان الشهية العصبي (٢-٨٪)، والاضطراب يبدأ عادة ما بين (١٤-١٨) عامًا خلال سن المراهقة وبداية الرشد، أي الشراهة ينتشر بدرجة أكبر من فقدان الشهية.

وبالتالي تتمثل مشكلة البحث في محاولة الإجابة عن الأسئلة التالية:

أسئلة الدراسة:

١. هل توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد العينة في مقياس الشراهة العصبي ودرجاتهن في مقياس اضطراب صورة الجسم لدى الطالبات بالمرحلة الإعدادية بمملكة البحرين؟
٢. هل توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد العينة في مقياس الشراهة العصبي ودرجاتهن في مقياس شكل الجسم لدى الطالبات بالمرحلة الإعدادية بمملكة البحرين؟
٣. ما أهم أعراض الشراهة العصبي من وجهة نظر طالبات المرحلة الإعدادية بمملكة البحرين؟
٤. هل يوجد أثر دال إحصائية للمتغيرات الديموغرافية (العمر والطول والوزن) على الشراهة العصبي وشكل الجسم واضطراب صورة الجسم؟

أهداف الدراسة:

١. التعرف على دلالة العلاقة بين متوسطات درجات أفراد العينة في مقياس الشره العصبي ودرجاتهن في مقياس اضطراب صورة الجسم لدى طالبات المرحلة الإعدادية بمملكة البحرين.
٢. التعرف على دلالة العلاقة بين متوسطات درجات أفراد العينة في مقياس الشره العصبي ودرجاتهن في مقياس شكل الجسم لدى الطالبات بالمرحلة الإعدادية بمملكة البحرين.
٣. التعرف على أهم أعراض الشره العصبي من وجهة نظر الطالبات المرحلة الإعدادية المصابات بمملكة البحرين.
٤. التعرف على دلالة اثر المتغيرات الديموغرافية (العمر والطول والوزن) على الشره العصبي وشكل الجسم واضطراب صورة الجسم.

أهمية البحث:

تتمثل أهمية البحث فيما يلي:

أ- الأهمية النظرية:

- ١) تسلط هذه الدراسة الضوء على مشكلة تواجه فئة عمرية مهمة (١٥-١٨ سنة) في طور النمو، وتحاول الدراسة المساهمة في مساعدة هذه الفئة على التغلب على مشكلة الشره العصبي وصورة الجسم عن طريق التركيز على أحد أسبابها.
- ٢) عينة الدراسة الحالية تقع في مرحلة "المراهقة"، وهي مرحلة مهمة بالنسبة للفرد، فإذا وجدت مشكلات في صورة الجسم، أدى ذلك إلى الاضطرابات النفسية.
- ٣) تناولت الدراسة الحالية موضوعاً مهماً في الصحة النفسية، فصورة الجسم هي مكون مهم وأساسي في شخصية الفرد، وحينما تكون موجبة وصحيحة يكون السواء "الرضا"، وعندما تكون سالبة ومحرفة ومضطربة يكون اللاسواء "عدم الرضا".

ب- الأهمية التطبيقية:

- ١) يمكن الاستفادة من هذه الدراسة في وضع برامج إرشادية تساعد المراهقات في التخلص من التوتر والقلق الناتج عن الصورة السلبية صورة الجسم لديهن.
- ٢) تلفت هذه الدراسة اهتمام الآباء والمربين والباحثين إلى مشكلة قد تتسبب في انخفاض مستوى الاستقرار النفسي عند المراهقات، وتحاول إيجاد بعض المقترحات لتلافيها.

حدود الدراسة:

الحدود البشرية: طالبات المرحلة الإعدادية بمملكة البحرين.

الحدود المكانية: مملكة البحرين.

الحدود الموضوعية: دراسة العلاقة بين الشره العصبي وصورة الجسم.

الحدود الزمانية: الفصل الدراسي الأول للعام ٢٠١٧ - ٢٠١٨.

مصطلحات الدراسة:

(١) الشره العصبي (Bulimia Nervosa):

هو زملة تتميز بنوبات متكررة من الإفراط في الأكل، وانشغال شديد بالتحكم في وزن الجسم يؤدي بالمريض إلى نمط من الإفراط في الأكل، يليه قيء أو استخدام الملينات، ويشترك هذا الاضطراب في كثير من السمات النفسية مع فقدان الشهية العصبي بما فيها الاهتمام الشديد بشكل ووزن الجسم. ويعرف الأكل الشره بأنه أكل كمية كبيرة من الطعام تفوق بكثير ما اعتاد الأفراد الآخرون أن يأكلوه في ظروف مشابهة، وذلك في فترة زمنية قصيرة، وتشير الفترة القصيرة من الزمن إلى فترة محدودة تكون عادة أقل من ساعتين (يوسف، ٢٠٠١).

أو هي حالة من النهم الزائد تبدو في صورة إجبار الذات على تناول كميات كبيرة من الطعام في وقت قصير، ودون مضغ جيد أحياناً ثم محاولة التخلص من هذا الطعام بالقيء العمد، ويطلق عليه أحياناً الجوع البقري (الشربيني، ٢٠٠١).

أو أنه اضطراب في الأكل يتميز بوجود نوبات متكررة من الشره في الأكل، يعقبها محاولة التخلص منه بافتعال القيء أو تناول مدرات البول أو الملينات أو الصيام أو أداء تدريبات شاقة (Colling & King, 1994:81).^٢

أو خلل في التغذية يتميز بحالات الشراهة واستهلاك كميات زائدة عن المنقول، يليها افتعال التقيؤ أو الإفراط في استخدام الملينات للتخلص من الطعام (شقيير، ٢٠٠٢).

^٢ <http://www.maganin.com/regime/articlesview.asp?key=25>

وبأنه حالة مرضية تتميز بالإفراط في تناول الطعام بما يزيد عن حاجة الفرد لفترات طويلة دون هوادة بعد إشباع الشعور بالجوع، مع فقد القدرة على التوقف أثناء الأكل، ولا يتوقف إلا إذا انتهى الطعام، وفي النهاية يشعر الفرد بالغثيان والضغط، ويلجأ إلى التقيؤ للتخلص من الطعام مما يشعره براحة نفسية مؤقتة سرعان ما تستبدل بالاشمئزاز والشعور بالذنب وأدائه الذات (الدسوقي، ٢٠٠٦).

وبأنه حاله تتميز بنوبات من الإفراط الشديد في الأكل، وفي الغالب يلجأ الفرد بعد ذلك إلى افتعال التقيؤ أو استخدام الملينات، مع الخوف من زيادة الوزن، وتشوه صورة الجسم (في: شقير، ٢٠٠٢).

وبأنه نوبات متكررة من النهم في الأكل، مرتبطة بالقيء والتخلص من الطعام، والتمارين البدنية المجهدة، ولا تؤدي نوبات النهم هذه بالضرورة إلى السمنة وزيادة وزن المريض، وذلك بسبب ما يقوم به من سلوكيات تعويضية للتخلص من الطعام (Falissard, 2007).^٣

وطبقاً للدليل التشخيصي الخامس DSM-5 فإن الشره العصبي يعني ما يلي:

A- نوبات معاودة من الشره عند الأكل وتتصف نوبة الشره عند الأكل بكل مما يلي:

١. أكل مقدار من الطعام بشكل مؤكد مما يأكله معظم الناس أثناء نفس الفترة من الوقت وتحت نفس الظروف، وذلك في فترة منفصلة عن الوقت (مثال: خلال أي فترة ساعتين).

٢. إحساس بانعدام السيطرة على الأكل أثناء النوبة (مثال الإحساس بأن المرء لا يستطيع التوقف عن الأكل أو السيطرة على ماهية أو مقدار ما يأكل).

B- سلوكيات تعويضية غير مناسبة متكررة لمنع كسب الوزن، مثل افتعال الإقياء أو سوء استخدام المسهلات أو المدرات أو الحقن الشرجية أو أدوية أخرى أو الصيام أو التمارين المفرطة.

³<http://www.nooonbooks.com/reader/epub/index/bookId/21245/hash/9d6b7b03043fa45f65692b913117b948a756548bce2ed662728c7fab6dfaf2b5/page/13/>

C- يحدث كل من الشره عند الأكل والسلوكيات التعويضية غير المناسبة، كمعدل وسطي مرة أسبوعياً على الأقل لمدة ٣ أشهر.

D- يتأثر تقييم الذات بشكل غير سليم بشكل ووزن الجسم.

E- لا يحدث الاضطراب حصراً نوبات فقد الشهية العصبي.

تحديد ما إذا كان:

في هدأة جزئية: بعد استيفاء المعايير الكاملة للنهم العصبي سابقاً. فبعض المعايير وليس جميعها لا يزال موجوداً لفترة مطولة من الوقت.

في هدأة كاملة: بعد استيفاء المعايير الكاملة للنهم العصبي سابقاً فإن أياً من المعايير لم يتحقق لفترة مطولة من الزمن.

تحديد الشدة الحالية:

ويستند الحد الأدنى من الشره على تواتر السلوكيات التعويضية غير المناسبة (أنظر أدناه). ويمكن زيادة مستوى الشدة ليعكس أعراضاً أخرى ودرجة العجز الوظيفي.

خفيف: بمعدل ١-٣ نوبة من السلوكيات التعويضية غير المناسبة في الأسبوع.

متوسط: بمعدل ٤-٧ نوبة من السلوكيات التعويضية غير المناسبة في الأسبوع.

شديد: بمعدل ١٤ نوبة من السلوكيات التعويضية غير المناسبة في الأسبوع.

المتطرف: بمعدل ١٤ نوبة من السلوكيات التعويضية غير المناسبة في الأسبوع.

(الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للأمراض العقلية، ٢٠١٦).

ومما سبق يتضح أن الشره العصبي هو اضطراب في الأكل يتصف بحدوث نوبات متكررة من النهم، يتناول الفرد خلالها كميات كبيرة من الطعام في فترة زمنية قصيرة، مع الشعور بفقد القدرة على التحكم أو التوقف عن الأكل، يعقبها القيام بسلوكيات تعويضية غير ملائمة للتخلص من الطعام مثل القيء العمد، المليينات، مدرات البول، الصيام، التدريبات المجهدة.

الأنماط الفرعية للشهر العصبي: هناك نمطان هما:

أ- النوع التطهيري: Purging Type:

ويتميز هذا النوع بالقيام بسلوكيات للتطهير أو التخلص من الطعام بعد نوبة النهم كافتعال القيء، أو تناول مدرات البول والملينات.

ب- النوع غير التطهيري: Non Purging Type

يتميز هذا النوع باستخدام وسائل أخرى غير التطهير، مثل النظام الغذائي القاسي، الصيام، التمرينات المجهدة. والنمط التطهيري هو الأخطر والأكثر قدرة على التحول Purging Type إلى مرض مزمن (في: عبد الرحمن، ٢٠٠٠: ٢٣٢).

(٢) صورة الجسم Body Image:

يرى دسوقي أن صورة الجسم هي "الصورة أو التصور العقلي الذي عند المرء عن جسمه الخاص أثناء الراحة أو في الحركة في أية لحظة، وهي مستمدة من الإحساسات الباطنة وتغيرات الهيئة والاحتكاك بالأشخاص والأشياء في الخارج، والخبرات الانفعالية والخيالات (في: دسوقي، ٢٠٠٩).

ويذهب فيشر Fisher (١٩٩٠) إلى أن صورة الجسم هي مسألة شعورية ولا شعورية وهي تعكس التأثير المتحد والمجتمع للبنية الجسمية الواقعية والوظيفية والخبرة والتجربة المبكرة والمستمرة المرتبطة بالجسم، وكذلك تعكس الاستجابة الاجتماعية المستمرة مدى الحياة لهيئة الجسم والقيم الاجتماعية الثقافية والمثالية فيما يتعلق بالجسم (في: محمد، ٢٠٠٨).

ويذكر فايد (١٩٩٩) أن صورة الجسم تعني "الاهتمامات بوزن وشكل الجسم المنغرس في خبرات الحياة لدى الإناث المراهقات، وتتمثل هذه الاهتمامات في النحافة كصفة جيدة للحياة، وعدم الرضا عن زيادة الوزن والقلق من زيادة الوزن، والإفراط في الطعام، مقابل الجاذبية الجسمية، وإنقاص الوزن مقابل رسائل بين شخصية عن النحافة.

كما يعرفها محمد الشبراوي (٢٠٠١) بأنها الصورة الذهنية للفرد عن تكوينه الجسماني وكفاءة الأداء الوظيفي لهذا البيان، وتتحدد هذه الصورة بعوامل: شكل أجزاء الجسم، وتناسق هذه الأجزاء والشكل العام للجسم، والكفاءة الوظيفية للجسم، والجانب الاجتماعي لصورة الجسم (في: محمد، ٢٠٠٨).

ويذهب ريس Reas (٢٠٠٢) إلى أنها "الصورة التي نكونها في عقولنا لأجسامنا أو السبيل الذي به أجسامنا تبدو لأنفسنا"، وهي ظاهرة متعددة الأبعاد وتشمل المظاهر الإدراكية والاتجاهات والمظاهر السلوكية (في: محمد، ٢٠٠٨).

ويعرفها ألبرتسون Albertson (٢٠٠٣) أنها "ظاهرة متعددة الأبعاد، فليست فقط تتضمن الخصائص الجسمية المتعددة، مثل الوزن ومظاهر الوجه والتنسيق، لكن تتضمن الخبرات والتجارب الانفعالية والمعرفية لجسم الفرد". كما يرى شروف Shroff (٢٠٠٤) أن صورة الجسم هي مكون مهم للذات ويؤثر على الطريق الذي يدرك به الفرد العالم". وصورة الجسم تصف التمثيل والتصوير الداخلي للهيئة الخارجية لدى الفرد، وبنية صورة الجسم متعددة الأبعاد وترتبط بالمشاعر والأفكار التي تؤثر على السلوك، والأساس في صورة الجسم هو الإدراكات الذاتية لدى الفرد والخبرات والتجارب، وهي تتضمن كلاً من: المكونات الإدراكية (الحجم والوزن والطول) والمكونات الذاتية (الاتجاهات نحو حجم الجسم والوزن وأجزاء الجسم الأخرى أو الهيئة الجسمية ككل) (في: فايد، ٢٠٠٤).

ويذهب حسين عبد القادر (٢٠٠٥) إلى أنها "الفكرة الذهنية للفرد عن جسمه، وصورة الجسم هي الأساس في خلق الهوية، إذ أن الأنا على حد تعبير "فرويد" إنما هو في الأساس، أنا جسمي Body Ego (في: فايد، ٢٠٠٤).

إن صورة الجسم في علاقتها بالواقع تمثل جوهر الظاهرة النفسية، فهي مسألة أساسية في تكوين الشخصية، إذ ينفصل الأنا عن اللاأنا بفضل صورة جسمية لها تاريخ. فالأنا - كما يرى فرويد - إنما هو جزء من الهو عدل بواسطة التأثير الإدراكي، فكأن صورة الجسم وصيروتها يتوقف عليها وعلى تعثراتها بعد السوية واللاسوية، وهي ترتبط ارتباطاً عضوياً بمراحل النمو.

وتاريخياً ارتبطت صورة الجسم بالبحث في اضطرابات الطعام، خاصة البوليميا (شره الطعام) والأنوركسيا (فقدان الشهية العصبي)، وفي التصنيف الأمريكي الإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية، يعد اضطراب صورة الجسم مقياساً ومعياراً للأنوركسيا، حيث أن الأفراد الذين لديهم أنوركسيا يكون لديهم عدم رضا عن الجسم وإدراك خاطئ للجسم.

٣) اضطرابات الأكل (Eating Disorders):

توصف اضطرابات الأكل بوجود اضطرابات حادة في سلوك الأكل، ويبدل الفرد جهود غير سوية أو غير صحيحة للتحكم السوي في وزن الجسم مع وجود اتجاهات غير سوية نحو وزن الجسم وشكله.

وتعرف اضطرابات الأكل بأنها: اضطراب في سلوك تناول الطعام، وعدم الانتظام في تناول الوجبات، ما بين الامتناع القهري عن تناول الطعام، أو التكرار القهري لتناول الطعام في غير مواعيده، وبكميات تزيد عما يتطلبه النمو الطبيعي للفرد، وقد يصاحبه محاولة من الفرد للتخلص من الطعام الزائد (شقيير، ٢٠٠٢).

وتعرف اضطرابات الأكل بوجود اتجاهات وسلوكيات مشوهة وراسخة نحو الأكل والوزن والبدانة، أو هي سوء استخدام للأكل يحدث بصورة قهرية بغرض تحقيق نوع من التوازن النفسي المرغوب. والعرضان الأساسيان في اضطرابات الأكل هما فقدان الشهية العصبي، وفرط الشهية العصبي (أبو زيد، ٢٠٠١).

وتعرف زينب شقيير (٢٠٠٢) اضطرابات الأكل بأنها اختلال في سلوك تناول الطعام، وعدم الانتظام في تناول الوجبات ما بين الامتناع القهري من تناول الطعام، أو التكرار القهري لتناول الطعام في غير مواعيده، وبكميات تزيد مما يتطلبه النمو الطبيعي للفرد، والذي يصاحب محاولة من الفرد للتخلص من الطعام الزائد عن حاجة الجسم.

ويعرفها عمر السيد (٢٠٠٨) بأنها اضطرابات تتمثل في وجود سلوكيات خاطئة نحو الأكل بطريقة غير معتادة في محاولة للوصول إلى شكل معين للجسم، وينشأ عن ذلك بعض الأمراض النفسية علاوة على ذلك بعض الأمراض العضوية تؤدي على الوفاة (في: محمد، ٢٠٠٨).

وتعرفها سامية صابر (٢٠٠٨) لاضطرابات الأكل حيث عرفته بأنها: اضطرابات حادة في سلوك الأكل، وتشمل: فقدان الشهية العصبي (الأنوركسيا)، وفرط الشهية العصبي (البوليميا). وتحدد إجرائيًا: بالدرجة التي يحصل عليها المفحوص في مقياس: اضطرابات الأكل (صابر، ٢٠٠٨).

وجاء عند سيد عبد الموجود (١٩٩٩) أن اضطرابات الأكل هي وجود اتجاهات وسلوكيات مشوهة وراسخة نحو الأكل والوزن والبدانة، أو سوء استخدام للأكل يحدث بصورة قهرية بغرض تحقيق نوع من التوازن النفسي المرغوب.

٤) مرحلة المراهقة (Adolescence):

تعتبر سنوات البلوغ والمراهقة قاسية خاصة على صورة الجسم بسبب تغييرات قد يتأسس جيداً في الجسم الإنساني، وأن عدم الرضا عن صورة الجسم المدرك الفترة التي يصل فيها الفرد للمراهقة، أن مستويات تقدير الذات والقلق والاكتئاب تتعلق إيجابياً بعدم الرضا عن صورة الجسم المدرك، وتعرف المراهقة بسن البلوغ وتغييرات النمو، وأثناء

هذه المرحلة يواجه المراهقون زيادة الوعي عن أجسامهم بسبب التغييرات البدنية التي تحدث، ويصبح المراهق وحيرة حول جسمه النامي، ويزداد النمو Self-Scrutiny أكثر إدراكاً لنفسه وفحصاً لذاته الجسدي، في هذه المرحلة بصورة سريعة من حيث الطول والوزن ونسب الجسم، كما تتضح الفروق بين الجنسين في شكل الجسم والنمو الجسدي وينظر المراهق لكل عضو من أعضاء جسمه كأنه جزء قائم بذاته، حيث تعتبر هذه المرحلة مرحلة الفحص الجزئي الدقيق، وغالباً ما يكون المراهق غير راض عن شكل أجزاء الجسم، وتتأثر صورة الجسم لدى المراهق بتعليقات وتقييمات الآخرين.

٥) فقدان الشهية العصبي (Anorexia Nervosa):

إن لفظ Anorexia من أصل يوناني معناه فقدان الشهية Loss Appetite، وهو في الواقع تسمية خاطئة لأن أصحاب هذا الاضطراب لديهم شهية للطعام ولكنهم يمتنعون عن تناوله خشية البدانة، أي يتم التحكم في الشهية بقوة (عبد الخالق، ١٩٩٧: ٣٤)، (عبد الموجود، ١٩٩٩: ١٨).

وجاء في قاموس التغذية أن فقدان الشهية العصبي اضطراب فسيولوجي ينتج عن عدم الرغبة في الأكل وعدم الإحساس بالجوع، مع نقص شديد في الوزن وضمور في الأنسجة، وانخفاض معدل التمثيل الغذائي، وجاء في موسوعة البدانة واضطرابات الأكل أن فقدان الشهية العصبي هو اضطراب نفسي يتميز بالخوف الشديد من زيادة الوزن، والتجوع المستمر للذات، ورفض الإشارة لوزن الجسم، والانشغال المرضي بالطعام والحمية (Cassell & Larroca, 1994: 11)، وفي قاموس التربية الخاصة عرف فقدان الشهية بأنه حالة خطيرة تتضمن إحجام الفرد عن تناول الطعام أو رفضه وربما وفاته إذا لم يعالج (الشخص والدماطي، ١٩٩٢: ٣٣).

معايير التشخيص (وفقاً للدليل التشخيصي الخامس للاضطرابات العقلية) DSM-5

A- قيود على الوارد من الطاقة بالنسبة للمتطلبات. مما يؤدي إلى انخفاض وزن الجسم بشكل ملحوظ في الوزن يعرف بأنه وزن أقل من الحد الأدنى الطبيعي، أما بالنسبة للأطفال والمراهقين، فهو أقل من الحد الأدنى المتوقع.

B- خوف شديد من كسب الوزن أو البدانة، أو سلوك مستمر يتداخل مع اكتساب الوزن رغم أن الوزن متدني بشكل كبير.

C- اضطراب في الطريقة التي يختبر فيها الشخص وزنه أو شكله، أو تأثير غير ملائم لوزن الجسم أو مشكلة على التقييم الذاتي أو إنكار خطورة الانخفاض الراهن لوزن الجسم.

تحديد ما اذا كان:

(F50.01) نمط مقيد: خلال الثلاثة أشهر الماضية، لم ينخرط الفرد في نوبات متكررة من الشراهة أو السلوك المسهل (أي التقيؤ الذاتي أو إساءة استخدام المليينات، ومدرات البول، أو الحقن الشرجية). يصف هذا النمط الفرعي التظاهرات التي انجر فيها الوزن أساساً عبر الحماية أو الصيام أو التمارين المفرطة.

(F50.02) نمط النهم/الإسهال: خلال الثلاثة أشهر الماضية، انخرط الفرد في نوبات متكررة من الشراهة أو السلوك المسهل (أي التقيؤ الذاتي أو إساءة استخدام المليينات، مدرات البول، أو الحقن الشرجية).

تحديد ما اذا كان:

في هدأة جزئية: بعد استيفاء المعايير الكاملة لفقدان الشهية العصبي سابقاً. فالمعيار A (وزن الجسم المنخفض) لم يتحقق لفترة مطولة، أما المعيار B (خوف شديد من كسب الوزن أو من البدانة، أو سلوك مستمر يتداخل مع اكتساب الوزن) أو معيار C (اضطرابات في الإدراك الذاتي للوزن والشكل) لا يزالان متحققان.

في هدأة كاملة: بعد استيفاء المعايير الكاملة لفقدان الشهية العصبي سابقاً، فإن أياً من المعايير لم يتحقق لفترة مطولة من الزمن.

تحديد الشدة الحالية:

ويستند الحد الأدنى من الشدة للكبار، على مؤشر كتلة الجسم الحالية (BMI)، أو بالنسبة للأطفال والمراهقين، على مؤشر كتلة الجسم بالنسبة المئوية. النطاقات أدناه مستمدة من فئات منظمة الصحة العالمية للنحافة عند البالغين، عند الأطفال والمراهقين، فمؤشر كتلة الجسم المئوية المقابل يجب أن يستخدم ويمكن زيادة مستوى الشدة لتعكس الأعراض السريرية، ودرجة العجز الوظيفي، والحاجة إلى الإشراف.

خفيف: BMI>17Kg/m²

متوسط: BMI 16-16.99Kg/m²

شديد: BMI 15-15.99 Kg/m²

متطرف: BMI<15Kg/m²

الفصل الثاني

الإطار النظري والدراسات السابقة

أولاً: الإطار النظري:

أ. الشره العصبي.

ب. صورة الجسم.

ثانياً: الدراسات السابقة:

المحور الأول: دراسات تناولت الشره العصبي.

المحور الثاني: دراسات تناولت صورة الجسم.

المحور الثالث: دراسات تناولت الشره العصبي وعلاقته بصورة الجسم.

التعليق على الدراسات السابقة.

الفصل الثاني

الإطار النظري والدراسات السابقة

يتضمن هذا الفصل عرضاً للإطار النظري للدراسة متمثلاً في الشره العصبي وصورة الجسم، مختوماً بأهم الدراسات السابقة ذات الصلة بموضوع الدراسة الحالية، وذلك على النحو الآتي:

أولاً: الإطار النظري:

أ. الشره العصبي:

الشره العصبي أحد أنواع اضطرابات الأكل:

من المعروف أن الحاجة إلى الطعام من العوامل النفسية التي لا يستطيع أي إنسان أن يستغني عنها، كما أن تناول الطعام هو الذي يحافظ على صحة الإنسان العامة، أما إذا شعر الفرد أنه يحتاج إلى تناول كميات كبيرة من الطعام على غير المتوقع والمتناسب معه، أو شعر أنه أن يتناول الطعام ولا يتوقف عن تناوله، أو قد يستشعر أنه ليس في حاجة إلى الطعام أو أنه لا يرغب في تناول بعض أصناف معينة منه.

قد تتخذ سلوكيات الأكل طقوساً غير عادية، مثل الاستجابة الطبيعية للجوع والشبع والوزن المفرط الناتج عن عدم الانتظام في تناول الطعام، لأن الأكل يعتبر سلوكاً غريزياً بالنسبة للكائنات الحية بشكل عام، وهو يمثل هدفاً يحقق للكائن البشري بعض الأغراض الصحية والنفسية والاجتماعية، وقد يكون تعبيراً عن بعض العادات العرفية والعائلية لدى بعض الطبقات.

إن اضطرابات الأكل من أكثر الاضطرابات النفسية إثارة للجدل فمن خلال العقدين الماضيين وُجد اهتماماً ملحوظاً ومتزايداً بما يعرف باضطرابات الأكل، وهو نوع جديد من أنواع الاضطرابات النفسية، ويكاد يكون هناك اتفاق تام بين الباحثين على أن اضطرابات الأكل

أصبحت ذات معدلات انتشار كبيرة، وأن معدل تواتر ظهورها في تصاعد مستمر، ولعل الزيادة الظاهرة في معدل انتشار اضطرابات الأكل يعطي انطباعاً نفسياً (الدسوقي، ٢٠٠٧: ٩).

ومع نهاية السبعينيات ظهرت بالتوالي التقارير العلمية والطبية التي أثبتت وجود نوبات من الشره، والتهام كميات لا محدودة من الطعام دون أي ضابط أو رابط أو حتى أدنى مقاومة داخلية من الشخص المصاب بهذا الشره، مما يعد حالة من حالات الاضطراب النفسي.

وينتشر الشره العصبي في الغرب أكثر منه في دول العالم الأخرى، وبالتحديد في أمريكا وأوروبا، كما أشارت التقارير، وتبلغ نسبة الإصابة به بين مجموع السكان حوالي (١-٢٪)، والملاحظ أن اضطرابات تناول الطعام وعلى رأسها (الأنوركسيا) فقدان الشهية العصبية، و(البوليميا) الشره العصبي، قد أصبحت أكثر شيوعاً خلال العقدين الأخيرين من الزمان أي منذ أواخر السبعينيات وحتى الآن، والملاحظ أن نسبة الإصابة في ازدياد دائم على الرغم من محاولات العلاج والبحث المستمر من قبل المهتمين والقائمين على التشخيص والعلاج (فاضل، ٢٠٠٣: ١٥٩).

وإن الامتناع القهري عن تناول الطعام، أو التكرار القهري لتناول الطعام في غير مواعيده، وبكميات تزيد عما يتطلبه النمو الطبيعي للفرد، وقد يصاحبه محاولة من الفرد للتخلص من الطعام الزائد تشير إلى اضطرابات الأكل وإلى اختلال في سلوك تناول الطعام، وعدم الانتظام في تناول الوجبات، (مطر، ٢٠٠٨: ١١)، وهذا ما يسمى بالشره العصبي وهو أحد أهم أنواع اضطراب الأكل.

ومن المعلوم أن أهم عرضين من أعراض اضطرابات الأكل الذي يسمى (الشره العصبي) هما الشهية العصبية، وفرط الشهية العصبية هما أحد الأعراض الرئيسية لاضطرابات الأكل، حيث يشير اضطراب الأكل إلى وجود اتجاهات وسلوكيات مشوهة وراسخة نحو الأكل والوزن والبدانة، أو هي سوء استخدام للأكل يحدث بصورة قهرية بغرض تحقيق نوع من التوازن النفسي المرغوب (أبو زيد، ٢٠٠١).

كما أن الشره العصبي يتميز بحدة الفعل في تناول الطعام يليها بعض أنواع إجراءات التعويضات لتجنب زيادة الوزن (2: Harvard Medical School, 2012).

وهناك من حدد أن الاضطراب في الوزن ليس شرهاً، إنما الاضطراب في الأكل هو ما يسمى بالشره، لأنه يتسم بنوبات من النهم، وعادة ما يليها محاولة التخلص من الطعام بوسيلة ما، مثل تعمد القيء أو استخدام الملينات بكثرة، وعادة ما يكون تناول الطعام في الفترات بين النوبات نافعا (واردل، ٢٠٠٠: ٦٠٩).

وكلما زادت كمية الطعام انغمس فيها وازدادت نوبات الشره لديه، وبين النوبات، ينتاب المريض جوعاً شديداً، يجعله يقلل الفترة بين الوجبة والأخرى، فتتقارب نوبات تناوله للطعام، فيزداد وزنه زيادة شديدة، وهنا يلجأ المصاب الواعي إلى الامتناع عن الطعام، وقد يتناول البعض مهبطات الشهية، أو المسهلات، أو يتقيأ عمداً، بل وفي بعض الحالات ينتهي الأمر بارتداد من كان شرهاً عصبياً زاهداً عصبي للطعام، وتتشرك الحالتان في وجود أعراض اكتئابية مصاحبة (حقي، ١٩٩٣: ٧٠).

تعريفات الشره العصبي:

هناك عدة تعريفات للشره العصبي، تبدو مختلفة في الظاهر إلا أنها في المضمون والمعنى تشير إلى معنى واحد، وفيما يأتي نتناول بعض من هذه التعريفات:

وصف روسيل (Russell) الأعراض المرضية المرتبط بالشره العصبي عام ١٩٧٩، وبدايته في سن المراهقة وأول سن الرشد، وتمثلت هذه الأعراض فيما يلي: وصفت نوبات الدقر (الأكل الشره) أول ما وصفت في أواخر الخمسينات كنوع من السلوكيات الموجودة عند بعض مرضى السمنة، وفي أواخر الستينات وأوائل السبعينات وصفت كتطور يحدث في ما يقارب ٥٠٪ من حالات القهم في المراحل المتأخرة بعد ما يزيد على العامين من تجويع الذات المستمر الذي يتميز به اضطراب القهم العصبي (in: Norman, 1995).

ومنذ نهاية السبعينات (Russell,1979) عندما وصفها روسيل Russel بدأت تدريجياً تأخذُ وضعَ الاضطراب النفسي الذي يمكنُ أن يكونَ قائماً بذاته، وأنها يمكنُ أن توجدَ في غير مريضات النهم، والحديثُ هنا يتعلقُ بتلك الحالات التي يكونُ النهم العصبي فيها اضطراباً قائماً بذاته. وقد اختير ثلاثون مريضاً للدراسة المرتقبة وفقاً لمعيارين أولهما حيث لا يقاوم علي الإفراط في الأكل (الشراهة المرضي العصبي)، يليه التقيؤ أو التطهير المستحث ذاتياً، وثانياً الخوف الموهوس من الدهون. وكان معظم المرضى لهم تاريخ سابق لفقدان الشهية الحقيقي. والتقيؤ والتطهير الذاتيان هما من الأجهزة الثانوية التي يستخدمها المرضي للتصدي لإثارة الإفراط في الأكل والحيلولة دون كسب الوزن. هذه الأجهزة هي خطيره لأنها تشكل عادة وتؤدي إلى فقدان البوتاسيوم والمضاعفات المادية الأخرى والمرضي عازمون علي الحفاظ علي وزنهم تحت عتبة المفروضة ذاتياً، ويميل المريض إلى أن يكون أثقل، وأكثر نشاطاً جنسياً، وأكثر عرضة لأن تحيض بانتظام وتبقي خصبة. وكانت أعراض الاكتئاب في كثير من الأحيان شديدة ومحزنة وأدت إلى ارتفاع خطر الانتحار (في: موسى، ٢٠٠٣: ٦).

ويراد بكلمة بوليميا (Bulimia) اضطراباً خطيراً ومهدداً للحياة، وهو اضطراب نفسي مرتبط بالأكل، بشراهة أو الجوع الشديد، وهي مأخوذة من الكلمة اليونانية (Bous)؛ أي رأس الماشية، و(Limos) أي الجوع الشديد، والبوليميا من الإغريقية بمعنى جوع الثيران، أو شهية الكلب (Appetitus Caninus)، بمعنى السعار أو النهم الشديد (موسى، ٢٠٠٦: ١١).

ويعرف الشره العصبي بأنه: عملية تتميز بنوبات متكررة من الإفراط في الأكل، والانشغال الشديد في التحكم بوزن الجسم، ويلي نوبة النهم قيء للتخلص من الطعام، ويشترك هذا الاضطراب مع فقدان الشهية العصبي في كثير من السمات النفسية، ولاسيما الاهتمام المفرط في شكل ووزن الجسم (مطر، ٢٠٠٨: ١٥).

كما عرفه عيسى (٢٠٠٦) بأنه عبارة عن دوافع ملحة وقهرية لتناول كميات كبيرة من الطعام، في وقت قصير، يصحب ذلك آلام في المعدة ويعقبه إحساس الفرد بالاكتئاب، واحتقار الذات والقلق، من زيادة الوزن، ثم إحساس بالذنب يجعل المريض يلجأ إلى استخدام المليينات

ومدرات البول بصورة منتظمة، ومحاولة الفرد التقيؤ الذاتي أو استخدام وسائل أخرى للتخلص من الكميات الزائدة من الطعام، لتحقيق الراحة النفسية.

وعرفه كلاً من مارش وجوش (March & Grose, 2011: 1) بأنه نوبات متكررة من الإفراط في تناول الطعام؛ أي فقدان السيطرة أثناء تناول الطعام والذي يؤدي إلى استهلاك كميات كبيرة بشكل غير عادي من الطعام في أي فترة زمنية تستمر ساعتين يثيرها الضغط النفسي، والجوع الشديد، والمدرجات غير الطبيعية حول صورة الجسم والطعام.

كما عرفه الشربيني (٢٠٠٨: ١٥٠) بأنه نوع من النهم والأكل فوق الطبيعي الذي قد يتسبب في الآلام الشديدة، فيأكل الطفل كميات زائدة من الأغذية ربما تزيد وزنه بعدها بمقدار ٢ كيلو جرام، وتظهر في صورة قوة دفع تجاه الأكل بكميات كبيرة، وأحياناً دون أن يحسن مضغه، وقد يكون ذلك الأمر حالة طارئة.

وكذلك عرفه كولنج وكنج (Collings & King, 1994: 81) بأنه: حالة مرضية تتميز بكثرة الأكل بما يزيد عن حاجة الفرد لفترات طويلة دون توقف بعد إشباع الشعور بالجوع، مع عدم القدرة على التوقف أثناء الأكل، ولا يتوقف إلا إذا انتهى الطعام، وفي النهاية يشعر الفرد بالامتلاء والغثيان والاضيق، ويلجأ إلى التقيؤ للتخلص من الطعام مما يشعره براحة نفسية مؤقتة، ثم يليه الشعور بالذنب والإحساس بالندم والسخط على فعله.

وعرفه حمادة (٢٠٠٨) بأنه وضع يستشعر فيه الفرد بأنه دائماً في حالة جوع شديد ويحتاج إلى تناول الطعام، فيأكل مما يؤدي بدوره إلى عدم قدرة المعدة على تحمل كمية الطعام الموجودة بها، فيؤدي إلى التقيؤ، ثم يعود مرة ثانية إلى تناول الطعام مرة أخرى ويتقيأ، فيؤدي ذلك إلى شعور بآلام البطن وإحساسه بالغثيان، والقلق، والاكتئاب، والعزلة عن الآخرين.

وبناءً على ما سبق من تعاريف نلاحظ أن الشره العصبي هو عدم تحكم الفرد في قدراته والسيطرة على ميوله بما يحتاجه من طعام، فيتجاوز احتياجه الطبيعي بكميات كبيرة جداً، مما ينتج عن ذلك أعراض مرضية ونفسية منها شعور بالإحباط وعدم رضا عن النفس، بما يدفع

الفرد إلى انتهاج بعض السلوكيات كالقيء القسري، أو تناول بعض المليينات التي تساعد على استقراغ الطعام.

الشراهة العصبية وتأثره ببعض العوامل:

يؤكد كل من مارش وجروس (March & Grose, 2011: 1) أن العوامل الثقافية والاجتماعية والنفسية والبيولوجية والأسرية لها دورها في نمو الشراهة، وأن الخوف الشديد من إضافة وزن كبير وخروجهم بصورة غير لائقة فإنهم يعوضون استهلاك الكميات الكبيرة من الطعام بالقوى والصيام، والإفراط في ممارسة التمرينات الرياضية أو إساءة استخدام الملين، المدرر للبول، الحقن الشرجية، أدوية فقدان الوزن.

وهذا ما أكدته أول نظرية لتفسير أسباب الشراهة التي قام بها بوسكيند-لودال (Boscind-Loudal) عام ١٩٧٦، حيث أثبتتها بطريقة الملاحظة الإكلينيكية لـ (٣٦) أنثى تعاني من الاضطراب في مركز العلاج النفسي الجامعي، وقد افترضت أن الإفراط من تقبل النمط المقولب الجامد للتفكير الأنثوي كان سبباً في حدوث الاضطراب، وأن المرضى بالاضطراب يحاولون جاهدين كسب استحسان الآخرين وتقبلهم، مما يعطيهم تقديراً للذات، وهذا دفعه للقول أن العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية لها دور في نشوء اضطراب الشراهة وتطوره (في: حمادة، ٢٠٠٨).

كما أظهرت بحوث بوسكيند-لودال عام ١٩٧٦ أن الدراسة أظهرت من خلال الفحص أن الفتيات أكثر احتياطاً في إظهار جمال الجسد والعمل على توازنه، ولذا فإن سلوك تناول الولايم الذي يعتبر وسيلة لضبط الوزن، يتم اعتباره أسلوباً لخفض التوتر في مجال المشاغل والمشكلات المتعلقة بالجنس الآخر، والمواعيد والإنجاز والتحصيل، وقد قال بوسكيند للشخص الذي يناضل لتحقيق حاجات غير واقعية عن طريق ضبط الذات تكون الحفلات مجرد محرر وملاذ (في: حمادة، ٢٠٠٨).

وفي نفس السياق قال جيلبرت (Gilbert, 2012: 469) أن البيئة الثقافية التي يعيشها الفرد من خلال التخوف من زيادة الوزن لها أثرها في التخوف من تناول الطعام بكثرة، وأن الآثار

التي تتركها الحفلات وتناول الطعام فيها، تحدث فقط في حالة وجود استعدادات مرضية، وهذه الاستعدادات أو العوامل المهيأة قد تكون بيولوجية أو معرفية، مثل الصورة السيئة للجسم أو صورة الجسم السلبية.

كما أكدت جيلبرت (Gilbert, 2012: 470) أن طعام الحفلات يمكن فهمه بشكل أفضل حين نفهم طريقة الفرد في التعامل مع الضغط النفسي ومواجهته Stress and Coping لأنها تبين علاقة الفرد في بيئته ديناميكاً، وقد افترضت أيضاً أن نمط الحياة الجامعية خاصة تضع الشاب أو الشابة في مواقف توتر وقلق العمل والتحصيل، إضافة إلى الحماية ونظام الغذاء وضبط الوزن خاصة في نهاية المراهقة عند الإناث.

ولذا فإن هناك عاملين يساهمان في اضطراب الشهادة، هما:

- الأول: سلوك المحافظة الشديدة والعمل على تقليل الوزن الزائد المفرط وما يؤدي إليه من الإفراط في الطعام فيما بعد، والذهاب إلى الحفلات التي يكثر بها طعام الحفلات.
- الثاني: الاستخدام غير الصحيح والفعال للطعام، وأسلوب التعامل والتكيف مع الأحوال النفسية الضاغطة سواء الأكاديمية أو الاجتماعية.

ووفقاً لهذين العاملين فإن التخوف من ظهور صورة الجسم بشكل سلبي، وضعف احترام الذات وتقديرها، والرغبة الزائدة في الاستحسان والتقبل من الآخرين، والتهيب للاكتئاب وخاصة عند الإناث ما يدفعهن إلى السعي للتحكم في وزنهن وتعديله حين مواجهتهن مواقف ضاغطة، وأخيراً تتشغل النساء في سلوكية خفض الوزن والنظام الغذائي الذي يقود في النتيجة إلى الإفراط في تناول الطعام في الحفلات والولائم، فيعجزن عن ضبط وزنهن وخفضه، وعندما لا تتحكم النساء في عادات الأكل، سيؤدي ذلك إلى شعورهن بالقلق والاكتئاب وضعف تقدير الذات، وستقود هذه الحالات المزاجية السلبية بالتالي إلى زيادة ارتيادهن إلى الحفلات والولائم والسهر (عبدالله، ٢٠٠١: ٢٩).

وسمات الشخصية سالفة الذكر لدى من يعانون من اضطراب الأكل غالباً ما ترتبط بالضغوط النفسية والاجتماعية التي يمرون بها، وبأسلوب تعاملهم، وطريقة مواجهتها، فحين تمر

هذه الشخصية بموقف ضاغط يتجه إلى الحفلات والسهر وتناول الطعام كطريق للتعامل مع هذا الموقف الضاغط والتخلص مما يرافقه من شعور، يسبب توتراً إضافياً له، فيعتبر عادة الطعام هذه على أنها غير سوية ومؤذية (عبد الله، ٢٠٠١: ٢٩-٣٠).

كما أن الأحداث غير السارة والصدمات العاطفية كالرفض من قبل صديق أو فشل علاقة عاطفية، وكذلك الصعوبات الدراسية، هذه جميعاً تؤهب الفرد وتدفعه للإفراط بتناول الطعام، كأسلوب لمواجهة الضغط النفسي هذا، وإن التفسير السلبي الذي يبديه المصاب بالشره تجاه الأحداث التي يواجهها، قد تكون نتيجة إحساس بالفشل في مواجهته الموقف يدفع المريض للتوجه إلى الطعام أملاً أن يجعله في حال أفضل (آمال باظه، ١٩٩٧: ١٦٣).

ولذا فإن تفاعل هذه العوامل الاستعدادية المرهبة مع الضغوط النفسية عند بعض أنماط الشخصيات (مثل: ضعف تقدير الذات، الصلابة الاستحوادية، الانشغال المسبق بالطعام، الخوف من فقدان القدرة على التحكم بالأكل) تساعد في حدوث الاضطراب، إن المريض بالشره له حالات اكتئاب يمر به بسبب نظرة المجتمع له بأنه على غير المستوى المطلوب اجتماعياً (الشربيني، ٢٠٠٨: ١٥٧).

إن العلاقة بين الحالة النفسية والرغبة في الطعام أو الابتعاد عنه معروفة منذ زمن بعيد، وتم النظر إلى اضطرابات الأكل كفئة مستقلة من الاضطرابات في السبعينات من هذا القرن ووضع فقدان الشهية العصبي والشره العصبي ضمن الأمراض السيكوسوماتية في كتيب التشخيص الإحصائي الثالث، كما اعتبر الغذاء والرغبة فيه وسيلة للتعبير عن توتر الفرد واضطرابه أو أنه نموذج سوي (آمال باظه، ١٩٩٧: ١٦٥).

ويعتقد البعض أن إنكار الطعام هو في حد ذاته إنكار للجنس، فالاضطراب في تناول الطعام ليس سلوكاً عادياً، بل إنه مرتبط ارتباطاً وثيقاً بالارتفاع والانخفاض في التوتر الناجم عن الصراع الجنسي وفي الوقت الذي يرى فيه أنصار نظرية التحليل النفسي الكلاسيكية أن مرجع فقدان الشهية العصبي والشره العصبي يتمثل في القلق والصراع الجنسي، نجد أن هناك نظريات

سيكودينامية تعتبر فقدان الشهية العصبي والشره العصبي نضالاً يائساً للوصول لتقدير الإنسان لنفسه (عبد الخالق، ١٩٩٧: ٥٦).

وقوام النظرية الثقافية الاجتماعية في إيضاحها للشره العصبي وفقدان الشهية العصبي تقوم على الأفكار السائدة في المجتمعات ليس على المعايير والمقاييس الخاصة بشكل الجسم ووزنه خصوصاً لدى الإناث والنساء (موسى، ٢٠٠٦: ١٦).

كما تعزي نظرية الأنوثة (Feminist theory) الشره العصبي وفقدان الشهية العصبي لدى الإناث أو النساء إلى محاولة المنافسة المستمرة التي تقوم بها المرأة مع الرجل في مجال العمل، وتعدد أدوارها الاجتماعية مما يخلق نوعاً من الصراع النفسي لدى الإناث والنساء يظهر في رفضهن للطعام أو إهماله (Furnham & Hume-Wright, 1992: 23).

أما النظرية الفسيولوجية للمراهقين (The physiology of adolescent) فإن الإناث يكن أكثر انشغالاً من الذكور بصورة الجسم ويشعرن بالخجل ويزداد وعيهن بذواتهن وبالجنس الآخر والنتيجة النهائية هي أن الإناث الواعيات بهيئتهن "الأكثر سمناً" يسعين إلى إنقاص وزنهن بإتباع نظام غذائي معين، وكذلك المراهق فيرجع الشره العصبي وفقدان الشهية العصبي إلى التغيرات الفسيولوجية التي تعترى كلا من الذكور والإناث (Furnham & Hume-Wright, 1992: 23).

أهم الأعراض والمعايير التشخيصية للشره العصبي:

نستطيع التعرف بسهولة على الشخص صاحب الشره العصبي من خلال سلوكيات الأكل بكثرة والتطهير، أي إذا أمكن مشاهدته على أساس أن هذه السلوكيات يتم أدائها سرّاً دائماً، حيث يحدث أكل لكميات كبيرة من الطعام في جلسة واحدة وأحياناً عشرات الآلاف من السعرات الحرارية بسرعة غالباً، ويقوم الشخص صاحب الشره العصبي بالتطهير لكي يتخلص من هذه السعرات الحرارية (Schulherr, 2008: 13).

وطبقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية التشخيصية المعدل (APA,2000) تكون المعايير التشخيصية لاضطراب الشره العصبي هي:

- نوبات متكررة من تناول الطعام بنهم وهذه تتميز بتناول الطعام في فترة زمنية مميزة (مثلاً خلال أي ساعتين، بمقدار أكبر مما يتناول معظم الأفراد خلال فترة زمنية مشابهة وتحت نفس الظروف)، كما تتميز بإحساس بفقدان التحكم في تناول الطعام خلال نوبات الشره، مثل: (الإحساس بأن الفرد لا يمكنه التوقف عن تناول الطعام أو التحكم فيما يأكله أو مقدار ما يأكله).
- سلوك تعويضي متكرر وغير مناسب من أجل منع اكتساب الوزن، مثل القيء المستحدث ذاتياً، سوء استخدام الملين المدر للبول، الحقنة الشرجية، أو أدوية أخرى، الصيام أو ممارسة التمرينات الرياضية الزائدة.
- إن تناول الطعام بنهم والسلوكيات التعويضية يحدثان معاً مرتين على الأقل كل أسبوع لمدة ٣ شهور في المتوسط.
- يتأثر تقويم الذات بشكل الجسم ووزنه.
- لا يحدث الاضطراب بشكل خاص خلال نوبات فقدان الشهية العصبي (APA, 2000: 594).

ويضاف إلى الأعراض السابقة أيضاً أعراض أخرى من قبيل:

- اضطرابات بالجهاز الهضمي الأعلى، تؤدي إلى قيئ متكرر.
- اضطرابات في التشخيص، إذ أن اضطراب الأكل قد يتواجد جنباً إلى جنب مع الاعتماد على الكحول أو بعض الاختراقات البسيطة للقانون مثل: سرقة أشياء صغيرة من المحل.
- الاضطراب الاكتئابي (إذ أن مرضى الشره كثيراً ما يعانون من الاكتئاب) (عكاشة، ٢٠٠٩: ٦٠٣).

وفي هذا يقول فاضل (٢٠٠٣: ١٦٩-١٧٠)، إن أهم عوامل التشخيص النهائي للشره

العصبي هي:

- الانشغال المستمر والدائم بتناول الطعام، بجانب شهوة الطعام الطاغية التي لا تقاوم، مما يدفع المريضة إلى نوبات من الإفراط الشديد في تناول كميات كبيرة جداً من الطعام في فترة قصيرة نسبياً من الزمن.
- الظن بأن إحداث التقيؤ لنفسها أو إساءة استخدام المليينات والمسهلات، أو الصيام عن الطعام بشكل غير منتظم، أو استخدام أدوية تغلق الشهية أو عقاقير تدر البول هي محاولة من المريض لمقاومة زيادة وزنه، والطريف أن مرضى السكر حينما يصابون بالشه الشهية العصبي يهملون تناول علاج الأنسولين.
- إن الخوف والرعب الشديد من زيادة الوزن هما من الأسباب المرضية النفسية.

الأنماط الفرعية للشه الشهية العصبي:

ويحدد الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس المعدل للاضطرابات النفسية (APA, 2000) الأنماط الفرعية للشه الشهية كالاتي:

أ- النوع التطهيري: Purging Type

ويتميز هذا النوع بالقيام بسلوكيات للتطهير أو التخلص من الطعام بعد نوبة النهم كافتعال القيء، أو تناول مدرات البول والمليينات.

ب- النوع غير التطهيري: Non Purging Type

يتميز هذا النوع باستخدام وسائل أخرى غير التطهير، مثل النظام الغذائي القاسي، الصيام، التمرينات المجهدة. والنمط التطهيري هو الأخطر والأكثر قدرة على التحول Purging Type إلى مرض مزمن (في: عبد الرحمن، ٢٠٠٠: ٢٣٢).

إن المريض الذي يخشى السمنة واضطراب الأكل هو الذي يمكن أن ينطبق عليه تشخيص فقدان الشهية العصبي (النمط الشهية)، وذلك عندما يكون وزنه منخفضاً، ويشخص على أنه حالة شه عصبى إذا كان سوى الوزن، ولذا يظهر التداخل واضحاً بين الشه العصبى وفقدان الشهية العصبى في الكثير من الخصائص المتعلقة بالاتجاهات نحو الطعام والوزن، الذي يعبر عنه المريض في كلتا المجموعتين، ويوفر الدليل التشخيصي الثالث المعدل تشخيصاً فارقاً يقوم على

نظام تدريجي واضح بمعنى أن استخدام تعبير شره عصبي يعتمد على استبعاد فقدان الشهية العصبي، ويقترح التراث البحثي البريطاني نموذجاً تدريجياً ضمناً وجوهياً (واردل، ٢٠٠٠: ٦٠٩).

وخلاصة ما سبق أن الشره العصبي هو حالة مرضية، تدفع بصاحبها إلى تناول كميات كبيرة من الطعام تفوق حاجته، وسرعان ما يشعر المريض بحاجة ملحة إلى التخلص مما أكله نتيجة خوفه من زيادة الوزن والسمنة، فيعمد إلى بعض الطرق التي تؤدي إلى فقدانه ما أكله كممارسة الرياضة بشكل شديد، أو إجبار نفسه على استقراغ ما أكله، وكتناول بعض المليينات أو المسهلات، ويرافق مريض الشره العصبي بعض الأعراض التي تثبت إصابته بهذا المرض.

(ب) صورة الجسم:

مفهوم صورة الجسم:

إن صورة الجسم مصطلح ينسب إلى الإدراكات والاتجاهات عن الجسم، وقد يشمل الخصائص السلوكية، مثل محاولات تقليل الوزن، وهناك أربعة مكونات متضمنة في بنية صورة الجسم وهي: المظاهر المعرفية والانفعالية والسلوكية والإدراكية لصورة الجسم (أنور، ٢٠٠١: ١٣٢).

وتاريخياً ارتبطت صورة الجسم بالبحث في اضطرابات الطعام، خاصة البوليميا (شره الطعام) والأنوركسيا (فقدان الشهية العصبي)، وفي التصنيف الأمريكي الإحصائي الثالث للاضطرابات النفسية، يعد اضطراب صورة الجسم مقياساً ومعيّاراً للأنوركسيا، حيث إن الأفراد الذين لديهم أنوركسيا يكون لديهم عدم اقتناع بالجسم مع فهم خاطئ لإدراك المعنى (عبد النبي، ٢٠٠٨: ٥).

وصورة الجسم هي مكون مهم للذات ويؤثر على الطريق الذي يدرك به الفرد العالم، وهي تصف التمثيل والتصوير الداخلي للهيئة الخارجية لدى الفرد، وبنية صورة الجسم متعددة الأبعاد وترتبط بالمشاعر والأفكار التي تؤثر على السلوك، والأساس في صورة الجسم هو الإدراكات

الذاتية لدى الفرد والخبرات والتجارب، وهي تتضمن كلاً من: المكونات الإدراكية (الحجم والوزن والطول) والمكونات الذاتية (الاتجاهات نحو حجم الجسم والوزن وأجزاء الجسم الأخرى أو الهيئة الجسمية ككل) (أنور، ٢٠٠١: ١٣٤).

وصورة الجسم يتوقف عليها وعلى تعثراتها بعد السوية واللاسوية وهي ترتبط ارتباطاً عضوياً بمراحل النمو وصورة الجسم كما يصفها البعض، وأيضاً هي الفكرة الذهنية للفرد عن جسمه، وهي الأساس في خلق الهوية، إذ أن الأنا على حد تعبير "فرويد" إنما هو في الأساس، أنا جسمي، ولذا فإن صورة الجسم في علاقتها بالواقع تمثل جوهر الظاهرة النفسية، فهي مسألة أساسية في تكوين الشخصية، إذ ينفصل الأنا عن اللاأنا بفضل صورة جسمية لها تاريخ (طه وآخرون، ٢٠٠٥: ٤٧١).

وهناك العديد من التعريفات لصورة الجسم فيما يلي نذكر بعض من هذه التعريفات:

حيث أشار كل من شيه ووانجر وجلاهير (Xie and Unger and Gallaher, 2010: 78-79) في دراستهم إلى عدد من التعريفات لصورة الجسم وهي:

- التقييم الشخصي والذاتي للجسم وذلك من خلال المشاعر والاتجاهات المرتبطة بالشخص.
- الصورة الذهنية المثالية التي يشكلها الشخص للذات الجسمية لديه.
- الصورة التي نكونها في عقولنا لأجسامنا أو السبيل الذي به أجسامنا تبدو لأنفسنا، وهي ظاهرة متعددة الأبعاد وتشمل المظاهر الإدراكية والاتجاهات والمظاهر السلوكية.
- هي ظاهرة متعددة الأبعاد، فليست فقط تتضمن الخصائص الجسمية المتعددة، مثل الوزن ومظاهر الوجه والتنسيق، لكن تحتوي على الخبرة والتجربة الانفعالية والمعرفية لجسم الفرد.

كما عرف دسوقي (١٩٨٨: ١٩١) صورة الجسم بأنها: "الصورة أو التصور العقلي الذي عند المرء عن جسمه الخاص أثناء الراحة أو في الحركة في أية لحظة، وهي مستمدة من

الإحساسات الباطنة وتغيرات الهيئة والاحتكاك بالأشخاص والأشياء في الخارج، والخبرات الانفعالية والخيالات".

كما عرفها عبد الحميد، وكفاي (١٩٨٩: ٢٤٨) "عبارة عن صورة ذهنية تكونها عن أجسامنا ككل، بما فيها الخصائص الفيزيائية والخصائص الوظيفية واتجاهاتنا نحو هذه الخصائص، كما أن صورة الجسم تتبع من مصادر شعورية وأخرى لا شعورية، وتمثل مكوناً أساسياً في مفهومنا عن ذاتنا".

وكذلك يعرفها البعض بأنها: الصورة التي تعكس التأثير المتحد والمجتمع للبنية الجسمية الواقعية والوظيفية والخبرة والتجربة المبكرة والمستمرة المرتبطة بالجسم، وكذلك تعكس الاستجابة الاجتماعية المستمرة مدى الحياة لهيئة الجسم والقيم الاجتماعية الثقافية والمثالية فيما يتعلق بالجسم" أي إنها "مسألة شعورية ولا شعورية (Rierdan, 1997).

كما أشار سذرلاند (Sutherland, 1991: 57) إلى أن صورة الجسم: هي الصورة الشعورية لدى الشخص عن جسمه، واتجاهاته نحو هذا الجسم واعتقاداته عن كيف يراه الآخرون أي هي الإحساس الفردي والذاتي والشخصي للجسم، وهي مكون جوهري وأساسي للشخصية.

ويذكر فايد (١٩٩٩: ١٩٩) أن صورة الجسم تعنى "الاهتمامات بوزن وشكل الجسم المنغرس في خبرات الحياة لدى الإناث المراهقات، وتتمثل هذه الاهتمامات في النحافة كصفة جيدة للحياة، وعدم الرضا عن زيادة الوزن والقلق من زيادة الوزن، والإفراط في الطعام، مقابل الجاذبية الجسمية، وإنقاص الوزن مقابل رسائل شخصية عن النحافة".

ويذهب إقبال وآخرون (Iqbal et al., 2006: 269) إلى أن صورة الجسم هي اتجاه ذاتي متعدد الأبعاد والأوجه نحو جسم الشخص خاصة الحجم والشكل والناحية الجمالية، وهي تنسب إلى تقييمات الشخص والتجارب والخبرات المؤثرة فيما يتعلق بالخصائص الجسمية والمظهر الخارجي، وتقييمات صورة الجسم تشتق من المثاليات الجسمية المستدخلة وتشير إلى التشابه بين شكل الجسم الحقيقي وبين المثالي المدرك، فكل شخص لديه صورة جسم، ويستند المعنى الانفعالي لصورة الجسم على خبرة الفرد وتجربته في الحياة.

وأخيراً تعرف صورة الجسم على أنها: "الصورة التي يرسمها الشخص في عقله عن جسمه، وتكون موجبة أو سالبة، حقيقية أو غير حقيقية، وهي تتأثر بالعوامل النفسية والثقافية والاجتماعية" (عبد النبي، ٢٠٠٨: ٦).

وفي ضوء ما سبق نلاحظ أن تعريفات صورة الجسم تتفق على اعتبارها صورة ذهنية أو تصور عقلي (إيجابي أو سلبي) يكونه الفرد عن جسمه، ويسهم في تكوين هذه الصورة الخبرات والمواقف التي يتعرض لها الفرد، وبناءً على ذلك فإن صورة الجسم قابلة للتغيير والتعديل في ضوء هذه الخبرات الجديدة.

النظريات المفسرة لصورة الجسم:

حظيت صورة الجسم كبقية الاضطرابات النفسية بتفسير العديد من النظريات، وفيما يلي نتناول هذه النظريات وكيف فسرت صورة الجسم بشيء من التفصيل.

أ- النظرية المعرفية: (فونت، ١٨٧٩):

وقد بينت بعض الدراسات أن المزاج السالب يزيد من تقييم حجم الجسم لدى النساء اللائي يعانين من البوليميا (شره الطعام) فيجعل صورة الجسم أسوأ وأردأ، كما ترى النظرية المعرفية أن صورة الجسم المحرفة أو المشوهة تكون عرضاً معرفياً للاكتئاب. وأثبتت البحوث في الاتجاه المعرفي عدم استقرار بنية صورة الجسم، حيث يمكن أن يرجع التقييم لحجم الجسم الحالي إلى انفعال سالب أو إلى الضغوط (Reas, 2002: 5).

ب- النظرية الإنسانية: (ماسلو، ١٩٦١)

يرى أنصار هذه النظرية أن شخصية الفرد تتضح بناءً على إدراكه لذاته، لأن الذات هي المحور الأساسي للشخصية، فالتجارب الماضية خاصة أحداث وخبرات الطفولة التي ترتبط بصفات الفرد الجسمية لها تأثير في إدراك الفرد لصورة جسمه، كما أن لها تأثيراً قوياً وفعالاً على توافق الشخصية والخبرات التي يمر بها أو المواقف التي يتعرض لها لا تؤثر في سلوكه إلا تبعاً لإدراكه لذاته، ولما كان لصورة الجسم أهمية كبرى من خلال تداخلها مع تقدير الفرد لذاته، فإن

الفرد يقيم ما يتعرض له من خبرات على ضوء فيما إذا كانت تشعره بالتقدير الإيجابي للذات، بحيث يعتقد أنصار هذه النظرية أن لكل فرد حقيقته وصورته عن ذاته كما خبرها وأدركها هو، لذا فهي تعد العامل الحاسم في بناء شخصيته وصحته النفسية (الجبوري وحافظ، ٢٠٠٧: ٢٥٦).

ج- النظرية الاجتماعية الثقافية: (فيغوتسكي، ١٩٨٨)

النظريات الاجتماعية والثقافية تفسر وتشرح كيف أن صورة الجسم تنمو وتتطور، وأن فهم تلك النظريات يساعد علي فهم لماذا تتكرر صورة الجسم السالبة لدى الأشخاص البدناء، ولقد ركزت النظرية الاجتماعية الثقافية على أهمية مرحلة الطفولة والمراهقة كفترة مهمة، وفي إثنائها تنمو وتتطور صورة الجسم، وأن هناك عوامل مثل: (وقت البلوغ) الذي يسهم في نمو صورة الجسم، وأما بخصوص الهيئة والمظهر الخارجي والجمال كعوامل مهمة في نمو وتطور صورة الجسم، فهذا هو ما تهدف إليه النظرية الثقافية الاجتماعية إلى عقد المقارنة الاجتماعية والوسائل الثقافية الاجتماعية (Reas, 2002: 6).

ولذا فإن المنحى الاجتماعي الثقافي يعتبر الاتجاه الأكثر تدعيماً وتأييداً لتفسير اضطراب صورة الجسم، حيث يركز على المستويات الاجتماعية للجمال التي تؤكد في المقام الأول على الرغبة في النحافة أو الرشاقة على اعتبار أن الرشاقة تساوي الجمال، وفي هذا الصدد يشير أنصار هذا الرأي إلى أنه كلما اعتقد الفرد أن ما هو بدين أمر قبيح وما هو نحيف أمر جميل كلما اتجه نحو النحافة، وكلما زاد توتره وقلقه وأصبح مهموماً بشأن البدانة، وما يؤيد هذا هو أن الإناث مثلاً لديهن رغبة أو استعداد من الناحية التاريخية لتغيير أجسامهن لكي تتطابق مع مفهوم الجمال الذي يروج له المجتمع، ونظراً لأن الجمال مرادف للنحافة فلا عجب في أن الإناث يرغبن في أن تكون أجسامهن نحيفة، حتى يحظين بالرغبة والاهتمام من قبل الجنس الآخر (عبازة، ٢٠١٤: ٢٧).

هـ - النظرية السلوكية:

ويرى أصحاب هذه النظرية أن الفرد ينمو في بيئة اجتماعية يؤثر فيها ويتأثر بها، ويكتسب منها أنماط الحياة والمعايير الاجتماعية والتي تكون مجموعة من المحددات السلوكية لدى الفرد، والتي تكون صورته عن جسمه، ولكون صورة الجسم تظهر في مرحلة الطفولة، حيث يكون الفرد متأثراً بجو الأسرة، وبعبارات الذم والمدح التي يتلقاها، وبتعليقات الوالدين وبتقييمهم لأجسام أبنائهم، فإن ما تطلقه الأسرة من تعزيزات نحو أبنائها ومثله أيضاً تعزيزات الرفاق والأصدقاء تؤثر في درجة قبول الفرد لجسمه (الجبوري وحافظ، ٢٠٠٧: ٢٥٦).

العوامل المؤثرة على صورة الجسم:

هناك عوامل كثيرة تؤثر في نمو وتكوين صورة الجسم، ونظراً لتعدد هذه العوامل واختلافها، اختلفت نظرة الأفراد لبعضهم البعض، والثقافة، والعمر والجنس ووسائل الإعلام وغيرها من العوامل التي تؤثر بشكل أو بآخر على صور أجسامنا في النمو والتكوين.

وأثبتت عدة دراسات أن صورة الجسم تتأثر بالعديد من العوامل كالأسرة والمدرسة والأصدقاء، والمجتمع بشكل عام ويلعب الآباء، والأقران، والمعلمون دوراً كبيراً في حياة العديد من الأطفال والمراهقين وتؤثر على صورة جسمهم (زيادة، ٢٠١٥: ٢٠).

وفيما يلي أهم العوامل التي تؤثر على نمو وتشكيل صورة الجسم:

أ- العوامل البيولوجية:

تلعب الخصائص البيولوجية والوراثية دوراً مهماً في نمو صورة الجسم، كما أن بعض الاضطرابات العصبية أو الخصائص البيولوجية يمكن أن تؤثر على طريقة إدراك الأفراد لأجسامهم، مثل الطول وصفات الجلد والبشرة، وحجم الصدر، وشكل الوجه والبشرة ولذا تتحد معالم الجسم بشكل كبير بالعوامل البيولوجية والوراثية (القاضي، ٢٠٠٩: ٤٢).

وفي مرحلة المراهقة يتغير الجسم تغيراً سريعاً وتجعل النساء مدركات لمظهرهن وغير آمانات وقلقات بشأن أجسامهن، فالبلوغ والسمات الأخرى من النضوج الجسمي في المراهقة تزيد

مشاعر الارتباك والرغبة، وهذه التغيرات البيولوجية تجعل الأمر صعباً على نمو الأنثى على وجه الخصوص، ولذلك تتوجه الأنثى للتعامل مع جسمها باهتمام في مجتمع يتعامل مع الجسم القويم للأنثى (الأشرم، ٢٠٠٨: ٣١).

وعليه فإن العامل البيولوجي يؤثر بشكل كبير في تكوين صورة الجسم وإدراك الفرد لجسمه، فمظهر الفرد محدد بالوراثة والبيئة، ولا يمكن تغيير صورة الجسم بشكل سهل وبسيط، وإنما يكون التحكم في صورة الجسم من خلال الصفات الشخصية التي تؤثر بشكل مباشر على صورة الجسد.

ب- العوامل الأسرية:

الأسرة هي خلية المجتمع الأول ومنها تتكون المجتمعات، فإذا كانت كذلك بالنسبة للمجتمعات، فهي لأفرادها وأبنائها الخريطة التي تحدد لهم تصورهم عن أجسامهم وشخصياتهم، فالأب والأم يؤثرون على طريقة إدراك الأطفال لأجسامهم (زيادة، ٢٠١٥: ٢١).

كما يلعب الآباء دوراً حيوياً سواء بشكل علني أو سري في إرسال الرسائل إلى أبنائهم للتوافق والتكيف مع المعيار المثالي في المجتمع، الوالدان أنفسهم يركزون بقوة على تنظيم غذاء أبنائهم والحفاظ على مظهرهم بشكل جيد وجميل، ويضربون المثل لأبنائهم الصغار "ذكوراً وإناثاً" أن الصورة والمظهر الخارجي كل شيء، والأبناء الصغار يقلدون الكبار في كل شيء حيث تكون فترة الطفولة مرحلة حاسمة في تكوين صورة الجسم (القاضي، ٢٠٠٩: ٤٣).

وتلعب الأم دوراً بارزاً في إدراك صورة الجسم لدى أبنائها أكثر من الأب، فهي التي تقدم التشجيع لأبنائها في حالة ضبط النظام الغذائي وإنقاص الوزن، ويعد تقييم الوالدين لجسم طفلها يترك انطباعاً طويلاً المدى على تقدير ذات الفرد (Stacy, 2000: 12).

ج- العوامل الاجتماعية:

إن لكل مجتمع معايير خاصة به تسهم في تبني صورة الجسم المثالية، فإذا ما تطابقت صورة الفرد لجسمه وهذه المعايير، أشعره ذلك بجاذبيته الجسمية وهو ما يمثل جزءاً مركزياً في

رضا الفرد عن صورته الجسمية وإن رضا الفرد أو سخطه عن صورة الجسم يرتبط بما يصدره الآخرون من أحكام وتقييمات، وأن الشكل الجسمي الذي يعتبر جذاباً ومناسباً من حيث العمر من وجهة نظر الفرد له فاعلية قد تكون أعم وأشمل في التأثير على مدى رضا الفرد سخطه عن جاذبيته الجسمية (كفاقي والنيال، ١٩٩٦: ٧).

إن المدرسة وما بها من معلمين وأصدقاء يقومون بدور مهم في إدراك الأطفال والمراهقين لصورة جسمهم، وتبين الدراسات أن إدراك الطلاب لتقييم معلمهم عامل مهم في إنجازهم الأكاديمي، لذا فمن المعقول أيضاً أن يؤثر المعلمون على كيفية إدراك الأطفال والمراهقين لأجسامهم (الأشرم، ٢٠٠٨: ٣٢).

ومن وجهة نظر أخرى أن المعلمين يعاملون الطلاب طبقاً لمظهرهم الجسمي، حيث أن بعض المعلمين يبنون توقعاتهم عن أداء طلبتهم بناء على درجة جاذبيتهم، ولذلك فإن العديد من الطلاب يعتبروا معلمهم قدوة لهم، ومن ثم أسلوب تقديم المعلمين لأنفسهم وتعليقاتهم يؤثر كثيراً على الأطفال والمراهقين (Stacy, 2001: 599).

أما جماعة الأقران والأصدقاء فيلعبون دوراً رئيسياً مكملاً في بناء صورة الجسم خاصة أثناء مرحلة المراهقة، حيث يزودون بعضهم بعضاً بالأمان العاطفي والتغذية الراجعة حول المظهر الشخصي، كما يمنحون بعضهم النصيح والرشد حول صورة أجسامهم أمام بعض، لذلك فإن العلاقة بين الأصدقاء تؤثر تأثيراً مباشراً على بعضهم البعض فيختار الأطفال والمراهقون الأصدقاء من الأفراد الذين يتوافقون مع صورة الجسم المثالية، ويقومون بالعديد من الأمور ليكونوا مقبولين، أيضاً يبحثون عن الصداقات التي تكون مقبولة من الآخرين؛ ولأن هذه الفترة مهمة في حياتهم وأي تعليقات بخصوص المظهر قد تؤثر عليهم مدى الحياة، فالتعليقات السلبية أو المثيرة من الأقران يمكن أن تؤثر على تقدير الذات (القاضي، ٢٠٠٩: ٤٤).

د- وسائل الإعلام:

إن عرض نماذج الجاذبية في المجالات، والأفلام، والممثلات/الممثلين في أجهزة الإعلام عامل مهم في تقييم الفرد لصورة جسمه، كما أننا نتعلم القيم والمعايير الثقافية لما هو جيد وجميل

ومهم من خلالها ممثلة في الإعلانات والأفلام والمجلات والكتب والصحف وبرامج التلفزيون،
فالتأكيد على المظهر يعرض على نحو واسع في كافة الأجهزة البصرية للاتصال (القاضي،
٢٠٠٩: ٤٤).

فالعديد من الرسائل في أجهزة الإعلام حول صورة الجسم توحى بأن المظهر، مهم جداً
لتكون ناجحاً في الحياة وذلك من خلال الصور التي يراها الناس في أجهزة الإعلام المختلفة لها
غالباً تأثيراً قوياً على صورة الجسم (Stacy, 2001: 601).

وأن الارتباط بين أجهزة الإعلام وصورة الجسم مهم، فهذا الارتباط جدي لأن صورة الجسم
المنخفض يؤدي أحياناً إلى اضطرابات الأكل (فقدان الشهية العصبي، أو النهام العصبي، أو
الأكل المرح) الذي يمكن أن يؤدي إلى الموت.

كما وجد أن الإناث اللواتي لم يتعرضن للصور ذات العلاقة بالمظهر من أجهزة الإعلام
كن أكثر رضا عن شكل جسمهن، وأن النساء اللواتي يتعرضن لأجهزة الإعلام كن أقل رضاً عن
أجسامهن كان عندهن انخفاض في صورة الذات وانخفاض لتقدير الذات أكثر من النساء اللواتي
كن راضيات عن جسمهن الطبيعي (زيادة، ٢٠١٥: ٢٣).

وعلى الرغم من أن وسائل الإعلام تستهدف الأشخاص في كل المستويات العمرية، إلا أن
المراهقين وهم الشباب عماد المجتمعات أكثر عرضه للرسائل التي تصل مجتمعنا، فأغلبية
المعلومات التي قدمت في أجهزة الإعلام المختلفة موجهة بشكل محدد نحو المراهقين في جزء
من منظومة للغزو الفكري والثقافي الموجه لهم.

إن الواقع الذي نعيشه حالياً أكد على أهمية الإعلام في نشر الثقافات المختلفة بين الشعوب
ودورها المهم في تكوين صورة الجسم المثالية، فملايين الرسائل اليومية التي تصدرها وسائل
الإعلام تدور حول صورة الجسم مما يوحى للمتلقي بأن المظهر مهم جداً لتكون ناجحاً في
الحياة، في ظل أن الجميع يبحث عن المظهر الخارجي ولا ينظر إلى المضمون (الأشرم،
٢٠٠٨: ٣٤).

وترى الباحثة أن المثالية الثقافية تظهر من خلال التلفزيون والإعلام وأجهزة الإعلام المطبوعة وأن تعريفات حجم وشكل الجسم المثالي يتفاوت من ثقافة لأخرى، فما هو مقبول في المجتمع الغربي من معايير الجسد المثالي من الممكن أن يكون غير مثالي في مجتمعاتنا الشرقية، فالمجتمعات الشرقية بوجه عام مجتمعات محافظة ملتزمة، تهتم بصورة الجسد ولكن لا تظهرها على وسائل الإعلام المختلفة، وإنما هي مجرد حفاظ على نظم غذائية معينة.

هـ- الثقافة المجتمعية:

إن خبرات صورة الجسم تعكس السياق الثقافي غالباً ومن الطبيعي أن لكل مجتمع ثقافته الخاصة به، والتي تحدد العلاقة الارتباطية بين صورة الجسم وبعض المتغيرات النفسية، ومعايير خاصة به تسهم في تبني صورة الجسم المثالية، فإذا ما تطابقت صورة الجسم وهذه المعايير أشعره ذلك بجاذبيته الجسمية، وكلما ابتعدت الصورة عن هذه المعايير تكونت لدى الفرد اتجاهات سلبية نحو جاذبيته الجسمية (القاضي، ٢٠٠٩: ٥٤).

وإن انطباع الفرد وصورته عن جسمه متعلمة من خلال ما يحدث له داخل أسرته وبين أقرانه، ولذا فإن الثقافة التي يكتسبها الفرد لها التأثير الأكبر على صورة الجسم، وتنمو صورة الجسم من خلال تعريف المجتمع لما هو جذاب ومرغوب (Stacy, 2001: 600).

وكلما كانت صورة الفرد لجسمه متطابقة والمعايير التي تحددها الثقافة حول الجاذبية الجسمية، شعر الفرد بالرضا عن ذاته الجسمية، وذلك من إسهامات الثقافة فيما يكونه الفرد من تصورات حول جسمه (كفافي والنيال، ١٩٩٦: ١٢).

وكذلك يؤثر التكيف الثقافي على صورة الجسم بشكل كبير، فالثقافة ترفع قيمة بعض الأشياء وتخفض قيمة الأخرى، وتحدد ما الجيد؟ وما الجميل والمهم؟ كل هذا يعرف داخل الثقافة، وأن التركيز الثقافي على المظهر الخارجي ضار للمجتمع، ويؤدي إلى نتائج سلبية تؤثر على صورة جسم الفرد.

وتسهم الثقافة في ما يكونه الفرد من تصورات حول الجسم، وكلما كانت صورة الفرد لجسمه متطابقة والمعايير التي تحددها الثقافة حول الجاذبية الجسمية، شعر الفرد بالرضا عن ذاته

الجسمية، فهناك بعض الثقافات تشيد بطول القامة وكبر حجم أجزاء الجسم لدى الرجال والإناث في حين تعتبرها ثقافات أخرى دلالة على مظاهر لا يشجعها المجتمع أو لا يحترمها، بينما تشير في ثقافات ثالثة إلى الصحة الجسمية (زيادة، ٢٠١٥: ٢٤-٢٥).

وترى الباحثة أن المجتمع يعلم الأفراد منذ الطفولة أن مظهرهم الشخصي مهم، حيث يتعلمون من لحظات حياتهم الأولى أن الآخرين سيحكمون عليهم من خلال مظهرهم أو كيف تبدو شخصيتهم الظاهرية، والرسائل الاجتماعية الحضارية تؤدي إلى تشكيل التصورات والمشاعر والأفكار عن صورة الجسم، وتؤسس صورة جسم الشخص، ويتأثر أفراد المجتمع بالثقافة في تكوينهم لصورة الجسم سواء صغار أو كبار فهي تؤثر على كل الأعمار.

اضطراب صورة الجسم:

إن مظهر الجسم وصورته وصحته عوامل مهمة في إحساس الشخص بالأمان وتقدير الذات، ولذلك فإن فكرة الشخص عن ذاته وصورته عن جسمه هي النواة الرئيسية التي تقوم عليها شخصيته، ومن هنا تلعب صورة الجسم دوراً مهماً في الشخصية، فالجسم هو أرض الملتقى بين السيكولوجية والفيزيولوجية، وكما توجه الأنا الجسم وتتحكم فيه فإنها يمكن أن تقع تحت تحكم وتوجيه الرغبات والنزعات الجسمية (موسى، ٢٠١٢: ١٥).

ويعد اضطراب صورة الجسم شكلاً من أشكال الاضطرابات النفسية، والتي يكون فيها عدم الرضا عن المظهر الجسدي هو السمة الأساسية المحددة، وهذا الاضطراب الجسماني تم إدراجه حديثاً في الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث المعدل للاضطرابات النفسية (DSM-III-R)، وأضاف الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع محكاً يقضي بأن انشغال الفرد يجب أن يكون حاداً أو شديداً بما يكفي أن يسبب خللاً وظيفياً (دسوقي، ٢٠٠٦، ١٠، ٩).

ويشير ريس (Reas, 2002, 4) إلى أن اضطراب صورة الجسم هو شكل للاضطراب الإدراكي والمعرفي والانفعالي والسلوكي الذي يرتبط بالاهتمامات بحجم الجسم.

وعلى هذا فإن فكرة الشخص عن صورة جسمه هي التي تحدد إلى درجة كبيرة سلوكه واستجاباته في المواقف المختلفة، فالشخص يقوم بعملية تقويم لخبراته هل هي ذات قيمة موجبة أو ذات قيمة سالبة؟، ويتكون لدى الشخص حاجة إلى التقدير الموجب لصورة الجسم، ولذا فإنه في استقباله للخبرات يرحب بالخبرات التي ترضي حاجته إلى التقدير الموجب لصورة جسمه، ويحرف أو يهمل إدراك الخبرات التي لا ترضي حاجته لتقدير صورة جسمه (عبد السميع، ٢٠١٤: ٩).

لكن إذا تعارضت خبرات الشخص مع فكرته عن جسمه أو مع دافعه إلى التقدير الموجب لصورة جسمه، فإنه يقع فريسة للصراع، فالشخص يفهم أي خبرات لا تتسق مع فكرته عن صورة جسمه أو ما يسمى بالصورة المدركة، على أنها تهديد له مما يسبب عنده القلق والتوتر، فيلجأ إلى تخفيضهما أو التغلب عليهما بوسائل دفاعية أهمها تشويه أو تحريف الحقائق التي لا تتسق مع فكرته عن جسمه أو يتجاهلها كلية، وإذا زاد التعارض بين الخبرات المدركة والصورة المدركة فإن الشخص يلجأ إلى مزيد من الدفاعات، فإذا فشلت هذه الدفاعات أيضاً أو اتخذت شكلاً جامداً وقع صريعاً للأمراض النفسية (كامل، ٢٠١٢: ٥٦٧-٥٦٨).

وهناك مجموعة من المعايير التي تشخص اضطراب تشوه صورة الجسم منها:

- الانشغال بعيب متصور أو أكثر في المظهر الخارجي لا يمكن ملاحظته، أو قد يبدو طفيفاً للآخرين.
- غالباً ما يقوم الفرد خلال مسار الاضطراب ببعض السلوكيات استجابة لمخاوف المظهر كشد الجلد سعياً للاطمئنان، والتحقق من المرأة، ومقارنة مظهر جسمه بأجسام الآخرين.
- غالباً ما يؤدي الاهتمام باضطراب تشوه صورة الجسم إلى اختلال في الأداء الاجتماعي أو المهني، أو أي وظائف أخرى (عبازة، ٢٠١٤: ٣٧).

كما يعدد الباحثين عدة علامات أو أعراض يمكن من خلالها تحديد ضعف الرضا عن صورة الجسم لدى الفرد منها:

- المقارنة المتكررة لعيب مظهر جسمه المدرك مع المظهر لدى الآخرين.

- الفحص المتكرر لمظهر الجزء المحدد من الجسم في المرآة.
 - تغطية العيب المدرك بالملابس أو مساحيق التجميل أو القبعات أو اليدين أو الوقفة.
 - تجنب المرايا أو الوقوف أمامها لساعات.
 - اللمس المتكرر للعيب المدرك.
 - قياس الجزء غير المرغوب من الجسم.
 - تجنب المواقف الاجتماعية التي يمكن فيها كشف العيب المدرك.
 - القراءة المفرطة عن الجزء الذي فيه عيب من الجسم.
 - الإحساس بالقلق (عبازة، ٢٠١٤: ٣٨).
- ويضيف دسوقي (٢٠٠٦: ١٢٧) بعض العلامات التي تحدد ضعف الرضا عن صورة الجسم وهي:

- التقدير السلبي للذات.
- العزلة وعدم الرغبة في مقابلة الآخرين الذين يعرفون الفرد خوفاً من أن يجبر على أن يتفاعل أو يتجاوب معهم.
- الاعتقاد بأن الآخرين ينظرون بإمعان إلى جميع تفاصيل جسمه.
- الإحساس بأن الآخرين يشتمنون من جسمه.
- الثبات على حالة واحدة عند النظر إلى المرآة، حيث يكرر مراراً وتكراراً فحص الجزء الذي يعتقد أنه قبيح من جسمه.

وهكذا نلاحظ أن عدم الرضا عن صورة الجسم يمكن اكتشافه من خلال مجموعة من الأعراض أو السلوكيات التي يلجأ إليها الفرد، حيث ينشغل الفرد بشكل مبالغ فيه في محاولة فحص أو التستر على جزء من جسمه يعتقد هو أن العيب يكمن فيه.

ثانياً: الدراسات السابقة:

قامت الباحثة بتقسيم الدراسات السابقة إلى ثلاثة محاور، المحور الأول تناولت فيه الدراسات التي تناولت الشره العصبي، والمحور الثاني اقتصر على الدراسات التي تناولت صورة الجسم، والمحور الثالث تناول الدراسات التي تناولت علاقة الشره العصبي بصورة الجسم، وذلك على النحو الآتي:

المحور الأول: دراسات تناولت الشره العصبي:

استهدفت دراسة (الفايز، ٢٠٠٧) معرفة العلاقة بين اضطراب الشره العصبي والعوامل الخمسة الكبرى في الشخصية، ومعرفة الفروق بين المتزوجات وغير المتزوجات في اضطراب الشره العصبي، وقد طبقت الدراسة على عينة من طالبات قسم علم النفس في جامعة الملك سعود في المملكة العربية السعودية بلغ عددهن (٣٧٠) طالبة، من بينهن (٦٥) طالبة متزوجة، و(٣٠٥) طالبة غير متزوجة، حيث طبقت عليهن مجموعة من المقاييس وهي: مقياس الشره العصبي، ومقياس قائمة العوامل الخمسة الكبرى في الشخصية، وخلصت الدراسة إلى أن هناك علاقة بين اضطراب الشره العصبي وعوامل الشخصية الكبرى الآتية: (العصابية، التفاني، الانفتاح على الخبرة)، في حين لا توجد أي علاقة بين الشره العصبي وعوامل الشخصية الكبرى التالية (الانبساط، الوداعة)، كما تبين أن هناك فروق بين متوسطات درجات طالبات جامعة الملك سعود المتزوجات وغير المتزوجات في اضطراب الشره العصبي.

وأيضاً هدفت دراسة (Pence, 2007) إلى فحص العلاقة بين مكونات الذكاء الانفعالي وشدة الأعراض لدى النساء ذواتي الشره العصبي، وقد طبقت الدراسة على عينة من النساء اللاتي يعانين من اضطراب الشره العصبي مكونة من (٨٥) امرأة، حيث طبقت عليهن مجموعة من المقاييس وهي: استبيان فحص اضطرابات الأكل EDE-Q، مقياس تقرير الذات لتقييم الذكاء الانفعالي EQ، وخلصت الدراسة إلى أن النساء ذواتي الشره العصبي لديهن عجز مهم وخطير في الوظيفة الانفعالية ومناطق الذكاء الانفعالي، بالإضافة إلى وجود ارتباط سالب ذات دلالة إحصائية بين الذكاء الانفعالي وشدة الأعراض المرضية للشره، بالإضافة إلى ذلك حددت

عوامل الذكاء الانفعالي كمنبئات مهمة لاضطرابات الأكل، كما تدل النتائج أيضاً أن النساء اللاتي ظهرن أكبر أعراضاً الاضطرابات الأكل في مناطق الأكل المتصلة بالشكل والوزن لديهن مستويات منخفضة من الذكاء الانفعالي.

كما هدفت دراسة (داوود وفاخوري، ٢٠١١)، إلى معرفة أشكال اضطرابات الأكل لدى طالبات الصف العاشر في المدارس الخاصة في مدينة عمان، وعلاقتها بصورة الذات والقلق وممارسة الرياضة وعادات الأم الغذائية وبعض العوامل الديموغرافية، ولتحقيق هدف الدراسة طورت الباحثتان خمسة مقاييس لقياس اضطراب الأكل، وصورة الذات، وممارسة الطالبات للرياضة، والعادات الغذائية للأم، والقلق، وقد طبقت الدراسة على عينة من طالبات الصف العاشر في المدارس الخاصة في مدينة عمان بلغ عددها (٨٤٣)، ممن تراوحت أعمارهم بين (١٤ - ١٦) سنة، وخلصت الدراسة إلى أن ظاهرة الخوف من السمنة تنتشر لدى ٥٥٪ من أفراد الدراسة، وأن النحافة الشديدة هي أكثر اضطرابات الأكل شيوعاً لدى الطالبات، وقد تصل نسبة انتشارها إلى ١٧,٥٪، بينما لا تزيد نسبة من يعانين البوليميا على ٦٪ من أفراد الدراسة.

وكذلك هدفت دراسة (Matsumototo & et al; 2015) إلى التعرف على أوجه الاختلاف بين النساء المصابات بالشره العصبي، وفقدان الشهية العصبي، وبين النساء الأصحاء في عملية صنع القرار، وعلاقة ذلك بمتغيرات (القلق، والاكتئاب، واضطراب الأكل، وقلق الوزن)، وقد طبقت الدراسة على عينة من النساء قوامها (٥٨)، حيث بلغ عدد النساء المصابات باضطراب الأكل (٣٦)، في حين بلغ عدد النساء الأصحاء (٢٢)، وقد طبقت على العينة عدة مقاييس كمقياس القلق والاكتئاب، ومقياس الشره العصبي، ومقياس الوسواس القهري، وانتهت الدراسة إلى أن هناك فروق في مستوى القلق والاكتئاب وقلق الوزن بين النساء المصابات بالشره العصبي وفقدان الشهية العصبي وبين النساء الأصحاء، لصالح النساء المصابات، كما تبين أن هناك فروق في عملية صنع القرار بين النساء المصابات بالشره العصبي وفقدان الشهية العصبي، وبين النساء الأصحاء.

المحور الثاني: دراسات تناولت صورة الجسم:

هدفت دراسة (الزائدي، ٢٠٠٧) إلى فحص الفروق بين عينات الدراسة في صورة الجسم والمتغيرات الانفعالية التالية: القلق، والاكتئاب، والخجل، كما هدفت إلى الكشف عن العلاقة الارتباطية بين صورة الجسم والمتغيرات الانفعالية سابقة الذكر، وقد طبقت الدراسة على عينة من المراهقين والمراهقات من المراحل الدراسية المتوسطة والثانوية في مدينة الطائف وبلغ عددهم (٦٠٠) طالب وطالبة، حيث طبقت عليهم المقاييس التالية: مقياس صورة الجسم، مقياس القلق، مقياس الاكتئاب، مقياس الخجل الاجتماعي، وخلصت الدراسة إلى أن المراهقين أكثر رضا عن صورة الجسم من المراهقات، كما أن المراهقات أكثر قلق بشأن صورة الجسم من المراهقين، وأيضاً المراهقات أكثر معاناة من الاكتئاب فيما يتعلق بصورة الجسم، وهن أيضاً أكثر خجل فيما يتعلق بصورة الجسم من المراهقين.

وأيضاً استهدفت دراسة (Huang et al., 2007) إلى كشف وتحديد أثر التدخل السلوكي لمدة عام والذي يستهدف النشاط الجسمي وسلوكيات التغذية على صورة الجسم وتقدير الذات لدى المراهقين، ومعرفة مدى قدرتهم على إنقاص أوزانهم أو المحافظة على أوزانهم خلال عام، وقد طبقت الدراسة على عينة من المراهقين (ذكوراً وإناثاً) قوامها (٦٥٧) مفردة، حيث طبق عليهم عدة مقاييس كمقياس تقدير الذات، ومقياس اضطراب الأكل، ومقياس الرضا عن صورة الجسم، وانتهت الدراسة إلى أن هناك نقصاً في الآثار المعاكسة وغير الملائمة على الرضا عن الجسم وتقدير الذات عبر المراهقين الخاضعين للتدخل السلوكي، كما تبين أن هناك فروق في درجة الرضا عن صورة الجسم بين أفراد العينة للبالغ الذكور.

كما استهدفت دراسة (عبد النبي، ٢٠٠٨)، معرفة طبيعة العلاقة بين صورة الجسم وتقدير الذات والاكتئاب لدى عينة من طلاب جامعة (بنها)، وأيضاً معرفة الفروق بين الجنسين في صورة الجسم وتقدير الذات والاكتئاب، وقد طبقت الدراسة على عينة من طلاب وطالبات جامعة بنها وعددهم (٢٨٧) طالب وطالبة، حيث طبقت عليهم عدة مقاييس كمقياس صورة الجسم، ومقياس تقدير الذات، ومقياس الاكتئاب، وانتهت الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة بين صورة الجسم وتقدير الذات، وتوجد علاقة ارتباطية سلبية بين صورة الجسم والاكتئاب، كما بينت

النتائج أيضاً وجود فروق بين الجنسين في مستوى صورة الجسم، ووجود فروق في مستوى تقدير الذات لصالح الإناث، ووجود فروق في مستوى الاكتئاب لصالح الإناث.

وكذلك هدفت دراسة (عبازة، ٢٠١٤) إلى الكشف عن العلاقة بين صورة الجسم والتوافق الدراسي لدى المراهقين المتمدرسين بالسنة الثانية ثانوي، والكشف عن العلاقة بينهما وفق بعض المتغيرات كالجنس، والتخصص الدراسي، والتحصيل الدراسي، والتفاعل بينهما، وقد طبقت الدراسة على عينة من المراهقين في المرحلة الثانوية في ثلاث مدارس ثانوية جزائرية، وبلغ عددهم (٥٦٧) طالب وطالبة، حيث طبق عليهم عدة مقاييس كمقياس صورة الجسم واختبار هنري بورو للتكيف، وخلصت الدراسة إلى أن المراهقين من طلاب المرحلة الثانوية لا يعانون من عدم الرضا عن صورة الجسم، كما لا يعانون من عدم التوافق النفسي، كما لا توجد أي علاقة بين الرضا عن صورة الجسم والتوافق الدراسي عند المراهقين.

المحور الثالث: دراسات تناولت الشره العصبي وصورة الجسم:

استهدفت دراسة (Mazzio, 2000)، فحص العلاقة بين اضطرابات الأكل وصورة الجسم، وقد طبقت الدراسة على عينة من طلاب وطالبات الجامعة، ممن تتراوح أعمارهم ما بين (١٨ - ٢١) سنة، وبلغ عددهم (٢٣٧) طال وطالبة، حيث طبقت عليهم عدة مقاييس كمقياس شكل الجسم، واختبار اتجاهات الأكل، واختبار الشره العصبي، وخلصت الدراسة إلى أن هناك علاقة ارتباطية بين صورة الجسم وكل من الشره العصبي وفقدان الشهية العصبي، كما تبين أن الإناث اللاتي يعانين من اضطرابات الأكل يحدث لهن خلل أو اضطراب نفسي يتمثل في اضطراب صورة الجسم.

وأيضاً استهدفت دراسة (الدخيل، ٢٠٠٧) الكشف عن العلاقة بين صورة الجسم وبين الشره العصبي، وأيضاً الكشف عن العلاقة بين صورة الجسم وفقدان الشهية العصبية، وقد طبقت الدراسة على عينة من طالبات جامعة الملك سعود، البالغ عددهن (٥٨٢) طالبة، حيث طبقت عدة مقاييس على عينة الدراسة كمقياس صورة الجسم، ومقياس فقدان الشهية العصبي، ومقياس الشره العصبي، وخلصت الدراسة إلى أن هناك علاقة سلبية بين كل من صورة الجسم من جهة

والشره العصبي، وفقدان الشهية العصبي من جهة ثانية، هناك فروق في صورة الجسم بين كل من الطالبات المصابات بالشره العصبي، والطالبات المصابات بفقدان الشهية العصبي لصالح المصابات بفقدان الشهية العصبي.

كما استهدفت دراسة (Costarelli & et al., 2009) الكشف عن الاختلافات الممكنة في الذكاء الانفعالي وصورة الجسم ومستويات القلق عند الإناث الشابات ذوات اضطراب الأكل ومجموعة من النساء العاديات، وقد طبقت الدراسة على عينة من طالبات الجامعة بلغ عددهن (٩٢) طالبة، حيث طبق عليهن مجموعة من المقاييس وهي: مقياس حالات الأكل EAT - 26، ومقياس الذكاء الانفعالي لبار-أون، واستبيان صورة الجسم، ومقياس سمة القلق STAI، وخلصت الدراسة إلى أن النساء ذواتي حالات اضطرابات الأكل لديهن مستويات منخفضة من الذكاء الانفعالي بالمقارنة بمجموعة الإناث العاديات في كثير من العوامل كإدراك الانفعالات، والتعاطف، والعلاقات الشخصية، وإدارة الضغوط والسعادة، كما كان لديهن مستويات عالية من الألكسيزيميا وانفعالات سلبية بشدة بالمقارنة بالنساء اللاتي أظهرن أقل أعراضاً للشره العصبي، كما أظهر اختبار MPRSA لصورة الجسم عن اختلافات مهمة بين صفات المجموعتان في امتلاك الوزن الزائد والاتجاه المرضي.

وكذلك هدفت دراسة (Akdevelioglu & Gumus, 2010) إلى تحديد انتشار اضطرابات الأكل وصورة الجسم لدى طلبة الجامعة (طلبة مهن تعليم التغذية) وقد طبقت الدراسة على عينة من طلاب جامعة غازي بياكستان قوامها (٥٧٧) طالباً، من حيث قسمت العينة إلى مجموعات، المجموعة الأولى من طلاب تعلم التغذية وعددهم (٢٩٩)، والمجموعة الثانية من أقسام أخرى وعددهم (٢٧٨)، وطبق على العينة مجموعة من الأدوات وهي: اختبار اتجاهات الأكل EAT - 40، ومقياس Body Cathexis Index، ودليل كتلة الجسم، وخلصت الدراسة إلى أن انتشار سلوكيات واتجاهات الأكل غير الطبيعية بنسبة ٥,٩٪ لدى طلبة الجامعة، وأنه لم يكن هناك تأثير لطلبة تعليم التغذية علي حدوث سلوكيات الأكل غير الطبيعية، وأن هناك علاقة ارتباطية سالبة غير دالة وجدت بين كتلة الجسم BMI واتجاهات الأكل وإدراك صورة الجسم.

كما هدفت دراسة (Tan & Yew, 2012) إلى التعرف على مدى رضا ممارسي الرياضة لأكثر من ساعتين في الأسبوع عن أجسامهم، وكذلك التعرف على العلاقة بين عدم الرضا عن الجسم واضطرابات الأكل، وقد طبقت الدراسة على عينة من ممارسي الرياض في ماليزيا وعددهم (١٠٠) مفردة، (٥٤ من الإناث، و٤٦ من الذكور)، ممن تتراوح أعمارهم ما بين (٢٠-٤٠)، حيث طبقت ثلاثة مقاييس على أفراد العينة وهي: مقياس صورة الجسم، ومقياس الرضا عن صورة الجسم، ومقياس اضطراب الأكل، وانتهت الدراسة إلى أن ارتفاع مستوى عدم الرضا عن صورة الجسم يؤدي بشكل كبير إلى الوقوع باضطراب الأكل، وأن هناك فروق في مستوى درجة الرضا عن صورة الجسم تبعاً لمتغير الجنس لصالح الذكور.

التعليق على الدراسات السابقة:

١. دراسات المحور الأول:

من حيث الأهداف: هناك تنوع في أهداف الدراسات السابقة، حيث نلاحظ أن دراسة (Matsumototo & et al., 2015) حاولت التعرف على أوجه الاختلاف بين النساء المصابات بالشره العصبي، وبين النساء الأصحاء في عملية صنع القرار، في حين هدفت دراسة (داوود، وفاخوري، ٢٠١١) إلى معرفة أشكال اضطرابات الأكل لدى طالبات الصف العاشر في المدارس الخاصة في مدينة عمان، وعلاقتها بصورة الذات والقلق، بينما سعت دراسة (Pence, 2007) إلى فحص العلاقة بين مكونات الذكاء الانفعالي وشدة الأعراض لدى النساء ذواتي الشره العصبي، أما دراسة (الفايز، ٢٠٠٧) فقد سعت إلى معرفة العلاقة بين اضطراب الشره العصبي والعوامل الخمسة الكبرى في الشخصية، ومعرفة الفروق بين المتزوجات وغير المتزوجات في اضطراب الشره العصبي.

من حيث العينة: لم يكن هناك اختلاف كبير في نوع العينة المختارة في معظم الدراسات السابقة، حيث كانت جميع أفراد العينة المختارة في الدراسات من النساء، ففي دراسة (Matsumototo & et al., 2015) كانت عينة الدراسة مؤلفة من (٥٨) امرأة منهن (٣٦) نساء مصابات بالشره العصبي، و(٢٢) أصحاء، بينما تمثلت عينة (داوود، وفاخوري، ٢٠١١) بعينة من طالبات

الصف العاشر في المدارس الخاصة في مدينة عمان قوامها (٨٤٣) طالبة، في حين تمثلت عينة (Pence, 2007) بعدد من النساء اللاتي يعانين من اضطراب الشره العصبي قوامها (٨٥)، وأما دراسة (الفايز، ٢٠٠٧) فكانت عينته من طالبات قسم علم النفس في جامعة الملك سعود المتزوجات وغير المتزوجات قوامها (٣٧٠) طالبة.

من حيث الأدوات: تشابهت معظم الدراسات السابقة في بعض المقاييس المستخدمة، كما تفردت كل دراسة بمقياس أو مقاييس معينة، حيث استخدمت دراسة (Matsumototo & et al., 2015) مقياس القلق والاكتئاب، ومقياس الشره العصبي، ومقياس الوسواس القهري، بينما استخدمت دراسة (داوود، وفاخوري، ٢٠١١) مقاييس لقياس اضطراب الأكل، وصورة الذات، وممارسة الطالبات للرياضة، والعادات الغذائية للأم، والقلق، في حين استخدمت دراسة (Pence, 2007) استبيان فحص اضطرابات الأكل EDE-Q، مقياس تقرير الذات لتقييم الذكاء الانفعالي EQ، وأخيراً استخدمت دراسة (الفايز، ٢٠٠٧) مقياس الشره العصبي، ومقياس قائمة العوامل الخمسة الكبرى في الشخصية.

٢. دراسات المحور الثاني:

من حيث الأهداف: هناك تنوع في أهداف الدراسات السابقة، حيث سعت دراسة (عبازة، ٢٠١٤) إلى الكشف عن العلاقة بين صورة الجسم والتوافق الدراسي لدى المراهقين المتمدرسين بالسنة الثانية ثانوي، بينما سعت دراسة (عبد النبي، ٢٠٠٨)، إلى معرفة طبيعة العلاقة بين صورة الجسم وتقدير الذات والاكتئاب لدى عينة من طلاب جامعة (بنها)، في حين سعت دراسة (Huang et al, 2007) إلى كشف وتحديد أثر التدخل السلوكي لمدة عام والذي يستهدف النشاط الجسمي وسلوكيات التغذية على صورة الجسم وتقدير الذات لدى المراهقين، بينما سعت دراسة (الزائدي، ٢٠٠٧) إلى فحص الفروق بين عينات الدراسة في صورة الجسم والمتغيرات الانفعالية التالية: القلق، والاكتئاب، والخجل.

من حيث العينة: هناك تشابه في نوعية عينة الدراسة المختارة بين معظم الدراسات، حيث كانت عينة الدراسة في معظم الدراسات من المراهقين، كما في دراسة (عبازة، ٢٠١٤) حيث كانت

العينة من المراهقين في المرحلة الثانوية قوامها (٥٦٧)، وفي دراسة (Huang et al., 2007) حيث كانت العينة من المراهقين (ذكوراً وإناثاً) قوامها (٦٥٧) مفردة، وفي دراسة (الزائدي، ٢٠٠٧) حيث كانت العينة من المراهقين والمراهقات من المراحل الدراسية المتوسطة والثانوية في مدينة الطائف وبلغ عددهم (٦٠٠) طالب وطالبة.

بينما طبقت دراسة (عبد النبي، ٢٠٠٨)، على عينة من طلاب وطالبات جامعة بنها وعددهم (٢٨٧) طالب وطالبة.

من حيث الأدوات: تشابهت معظم الدراسات السابقة في بعض المقاييس المستخدمة، كما تفردت كل دراسة بمقياس أو مقاييس معينة، حيث استخدمت دراسة (عبازة، ٢٠١٤) مقياس صورة الجسم واختبار هنري بورو للتكيف، بينما استخدمت دراسة (عبد النبي، ٢٠٠٨) مقياس صورة الجسم، ومقياس تقدير الذات، ومقياس الاكتئاب، وكذلك استخدمت دراسة (Huang et al., 2007) مقياس تقدير الذات، ومقياس اضطراب الأكل، ومقياس الرضا عن صورة الجسم، في حين استخدمت دراسة (الزائدي، ٢٠٠٧) مقياس صورة الجسم، مقياس القلق، مقياس الاكتئاب، مقياس الخجل الاجتماعي.

٣. دراسات المحور الثالث:

من حيث الأهداف: هناك اختلاف في معظم أهداف الدراسات السابقة، حيث استهدفت دراسة (Tan & Yew, 2012) إلى التعرف على مدى رضا ممارسي الرياضة لأكثر من ساعتين في الأسبوع عن أجسامهم، وكذلك التعرف على العلاقة بين عدم الرضا عن الجسم واضطرابات الأكل، بينما استهدفت دراسة (Akdevelioglu & Gumus, 2010) إلى تحديد انتشار اضطرابات الأكل وصورة الجسم لدى طلبة الجامعة، في حين استهدفت دراسة (Costarelli & et al., 2009) الكشف عن الاختلافات الممكنة في الذكاء الانفعالي وصورة الجسم ومستويات القلق عند الإناث الشابات ذوات اضطراب الأكل ومجموعة من النساء العاديات، كما استهدفت دراسة (الدخيل، ٢٠٠٧) الكشف عن العلاقة بين صورة الجسم وبين الشره العصبي، وأيضاً

الكشف عن العلاقة بين صورة الجسم وفقدان الشهية العصبية، وأخيراً استهدفت دراسة (Mazzio, 2000)، فحص العلاقة بين اضطرابات الأكل وصورة الجسم.

من حيث العينة: طبقت معظم الدراسات السابقة على عينة من طلاب وطالبات الجامعات كما في دراسة (Akdevelioglu & Gumus, 2010) حيث بلغ عدد العينة (٥٧٧) مفردة، وكذلك دراسة (Costarelli & et al., 2009) حيث بلغت عينته (٩٢) طالباً، وأيضاً دراسة (الدخيل، ٢٠٠٧) حيث بلغت عينته (٥٨٢) طالبة، وأخيراً (Mazzio, 2000) وبلغت عينته (٢٣٧) طالباً وطالبة.

بينما طبقت دراسة (Tan & Yew, 2012) على عينة من ممارسي الرياض في ماليزيا وعددهم (١٠٠) مفردة، (٥٤ من الإناث، و٤٦ من الذكور).

من حيث الأدوات: اتفقت جميع الدراسات السابقة في استخدام مقياس صورة الجسم، ومقياس حالات أو اضطراب الأكل، في حين اختلفت في بقية المقاييس، حيث استخدمت دراسة (Tan & Yew, 2012) ثلاثة مقاييس وهي مقياس صورة الجسم، ومقياس الرضا عن صورة الجسم، ومقياس اضطراب الأكل، في حين استخدمت دراسة (Akdevelioglu & Gumus, 2010) اختبار اتجاهات الأكل EAT – 40، ومقياس Body cathexis index، ودليل كتلة الجسم، بينما استخدمت دراسة (Costarelli & et al., 2009) مقياس حالات الأكل EAT – 26، ومقياس الذكاء الانفعالي لبار-أون، واستبيان صورة الجسم، ومقياس سمة القلق STAI، وكذلك استخدمت دراسة (الدخيل، ٢٠٠٧) مقياس صورة الجسم، ومقياس فقدان الشهية العصبي، ومقياس الشره العصبي، وأخيراً استخدمت دراسة (Mazzio, 2000)، مقياس شكل الجسم، واختبار اتجاهات الأكل، واختبار الشره العصبي.

الفصل الثالث

الطريقة والإجراءات

- المنهج المستخدم.
- مجتمع الدراسة والعينة.
- أدوات الدراسة.
- خطوات جمع البيانات/إجراءات الدراسة.
- الأساليب الإحصائية المستخدمة.

الفصل الثالث

الطريقة والإجراءات

يتضمن الفصل الثالث عرض لطريقة وإجراءات الدراسة، المتمثلة في منهج الدراسة، ومجتمع الدراسة وعينتها، وأدوات الدراسة، والأساليب الإحصائية المستخدمة في تحليل بيانات الدراسة، وذلك وفق الآتي:

أولاً: منهج الدراسة:

تعتمد هذه الدراسة على المنهج الوصفي لملائمته لموضوع الدراسة الحالية، وعليه تحاول هذه الدراسة توظيف المنهج الوصفي لدراسة العلاقة بين الشره العصبي وصورة الجسم لدى طالبات المرحلة الإعدادية بمملكة البحرين.

ثانياً: مجتمع الدراسة وعينتها:

يشتمل مجتمع الدراسة على جميع طالبات المرحلة الإعدادية في مدارس مملكة البحرين الحكومية والبالغ عددهن (٢١٠٨١) طالبة حسب إحصاء عام ٢٠١٧-٢٠١٨ (وزارة التربية والتعليم بمملكة البحرين).

وتطبق هذه الدراسة على عينة عشوائية من طالبات المرحلة الإعدادية في المدارس الحكومية بمملكة البحرين، والبالغ عددها (٢٣٦) طالبة، بحيث تشكل ١٪ من مجتمع الدراسة، وقد تم اختيار العينة من أربع مدارس حكومية بمختلف محافظات مملكة البحرين وهي: (مدرسة عالي الإعدادية للبنات، ومدرسة عراد الإعدادية للبنات، ومدرسة أم كلثوم الإعدادية للبنات، ومدرسة أم سلمة الإعدادية للبنات)، وفيما يأتي بعض الجداول التي توضح توزيع العينة على المدارس، والصفوف الدراسية.

جدول (١)

توزيع أفراد العينة على المدارس

المدسة	العدد	النسبة المئوية %
مدرسة أم كلثوم الإعدادية للبنات	٦٣	٢٦,٧
مدرسة عراد الإعدادية للبنات	٦٠	٢٥
مدرسة أم سلمة الإعدادية للبنات	٥٨	٢٤,٦
مدرسة عالي الإعدادية للبنات	٥٥	٢٣
الإجمالي	٢٣٦	١٠٠

نلاحظ من الجدول السابق أن هناك اختلاف في عدد الطالبات المبحوثات بين مدرسة وأخرى، حيث بلغ عدد الطالبات بمدرسة أم كلثوم الإعدادية للبنات (٦٣) طالبة بنسبة ٢٦,٧٪، في حين بلغ عدد الطالبات في مدرسة عراد الإعدادية للبنات (٦٠) طالبة بنسبة ٢٥٪، بينما بلغ عدد الطالبات في مدرسة أم سلمة الإعدادية للبنات (٥٨) طالبة بنسبة ٢٤,٦٪، وأخيراً بلغ عدد الطالبات في مدرسة عالي الإعدادية للبنات (٥٥) طالبة بنسبة ٢٣٪.

جدول (٢)

توزيع أفراد العينة على الصفوف الدراسية

الصف	العدد	النسبة المئوية %
الأول الإعدادي	٨٠	٣٣,٩
الثالث الإعدادي	٧٩	٣٣,٥
الثاني الإعدادي	٧٧	٣٢,٦
الإجمالي	٢٣٦	١٠٠

نلاحظ من خلال الجدول السابق أن هناك اختلاف في توزيع أفراد العينة على الصفوف الدراسية، حيث بلغ عدد الطالبات المبحوثات في الصف الأول إعدادي في الأربع مدارس (٨٠) طالبة بنسبة ٣٣,٩٪، في حين بلغ عدد الطالبات في الصف الثاني إعدادي في الأربع مدارس

(٧٩) بنسبة ٣٣,٥٪، وأخيراً بلغ عدد الطالبات في الصف الثالث إعدادي في المدارس الأربعة (٧٧) طالبة بنسبة ٣٢,٦٪.

جدول (٣)

توزيع أفراد العينة على المدرسة والصف

المدارس الصفوف	مدرسة عالي الإعدادية للبنات		مدرسة عراد الإعدادية للبنات		مدرسة أم كلثوم الإعدادية للبنات		مدرسة أم سلمه الإعدادية للبنات		الإجمالي	
	العدد	النسبة المئوية٪	العدد	النسبة المئوية٪	العدد	النسبة المئوية٪	العدد	النسبة المئوية٪	العدد	النسبة المئوية٪
الأول الإعدادي	١٧	٢١,٣	٢٠	٢٥,٠	٢٣	٢٨,٧	٢٠	٢٥,٠	٨٠	١٠٠
الثاني الإعدادي	١٨	٢٣,٤	٢٠	٢٦,٠	٢٠	٢٦,٠	١٩	٢٤,٧	٧٧	١٠٠
الثالث الإعدادي	٢٠	٢٥,٣	٢٠	٢٥,٣	٢٠	٢٥,٣	١٩	٢٤,١	٧٩	١٠٠
الإجمالي	٥٥	٢٣,٣	٦٠	٢٥,٤	٦٣	٢٦,٧	٥٨	٢٤,٦	٢٣٦	١٠٠

وقد بلغ متوسط العمر لدى أفراد العينة ١٣,٢٨ سنة بانحراف معياري قدره $\pm 1,029$ سنه، كما بلغ متوسط الطول لديهم ١٥٦,٠٩ سم بانحراف معياري قدره $\pm 7,417$ سم، وبلغ متوسط الوزن لديهم ٥٣,١٧ كج بانحراف معياري $\pm 13,207$ كج.

ثالثاً: أدوات الدراسة:

استخدمت الباحثة في هذه الدراسة مجموعة من الأدوات تتمثل في الآتي:

- أ. مقياس الشره العصبي (٢٠٠٥): من إعداد: حسن على فايد.
- ب. اختبار شكل الجسم (٢٠٠٤): من إعداد: مجدي دسوقي.
- ج. مقياس اضطراب صورة الجسم (٢٠٠٤) : من إعداد: مجدي دسوقي.

وفيما يأتي شرح مفصل لهذه الأدوات، من حيث عدد البنود وتوزيعها، وإجراءات الصدق والثبات لكل أداة، وذلك وفق الآتي:

أ- مقياس الشره العصبي **Bulimia Nervosa**: (٢٠٠٥)، إعداد حسن علي فايد

الهدف من إعداد المقياس:

تم إعداد مقياس الشره العصبي كأداة للتقرير الذاتي التي تعطى تقديرًا كميًا لأعراض الشره العصبي وفقًا لما ورد في معايير التشخيص الطب نفسية الحديثة والمعاصرة، وهذا ما تفتقر إليه المكتبة العربية.

خطوات إعداد مقياس الشره العصبي:

أولاً: مصادر اشتقاق البنود:

تم الرجوع إلى مصادر متخصصة في مجالي علم النفس المرضى والطب النفسي (Stic et al, 1996:DSM-IV, 1994:DSM-III-R, 1987) فضلاً عن الاطلاع على بعض المقاييس الأجنبية (Vincent et al., 1999, Thelen et al., 1996, Garner, 1991)

واستناداً إلى هذه المصادر المتخصصة قد تم وضع (٤١ بنداً) انتظمت في المحاور التالية:

١. بنود تدور حول الاندفاع القهري لتناول الطعام.
٢. بنود تدور حول عدم الرضا عن زيادة الوزن.
٣. بنود تدور حول الإفراط في تناول طعام الحفلات.
٤. بنود تدور حول طرق التخسيس (ممارسة الرياضة-القيء المستنثار ذاتياً- استخدام الملينات).

وقد عرضت الصيغة المبدئية لوعاء البنود على عدد من المحكمين المتخصصين في علم النفس والطب النفسي، وطلب منهم قراءة العبارات عبارة عبارة بتفحص وذلك لتحديد أمرين:

أ- حذف العبارات التي لا تعد مقياساً جيداً للشره العصبي في البيئة المحلية.

ب- اقتراح أي تعديل في صياغة أي عبارة.

واعتماداً على هذه الخطوة تم حذف (٩) عبارات مكررة، وأصبح طول المقياس - عند هذا المستوى - مكوناً من (٣٢) عبارة. وأجريت تعديلات في صياغة بعض العبارات، تلخص معظمها في الاتجاه نحو مزيد من التبسط.

ثانياً: تعليمات المقياس:

كانت التعليمات التي قُدم بها المقياس على النحو التالي:

فيما يلي مجموعة من العبارات التي اعتاد الناس وصف أنفسهم بها، والمطلوب منك قراءة كل عبارة بدقة ثم ضع علامة (✓) داخل الدائرة والمناسبة الموجودة على يسارها لتوضيح إلى أي مدى تنطبق عليك العبارة وليست هناك إجابات صحيحة وأخرى خاطئة.

ثالثاً: بدائل الإجابة:

يجاب عن كل بند من بنود المقياس تبعاً لبدائل خمسة هي:

لا تنطبق مطلقاً = ١ تنطبق بدرجة بسيطة = ٢

تنطبق بدرجة متوسطة = ٣ تنطبق بدرجة كبيرة = ٤

تنطبق بدرجة كبيرة جداً = ٥

وقد أعدت جميع عبارات المقياس في الاتجاه السلبي نحو أعراض الشره العصبي، وبالتالي فإنه كلما حصل المبحوث على درجة مرتفعة على عبارات المقياس كان ذلك في اتجاه المزيد من المعاناة من أعراض الشره العصبي لديه.

خامساً: صدق المقياس:

(أ) في البيئة الأصلية:

١- الصدق العاملي:

طبق مقياس الشره العصبي في صيغته قبل النهائية (٢٨ بنداً) على عينة من طالبات الجامعة (ن=١٦٢)، ثم استخرجت معاملات الارتباط المتبادلة بين بنود المقياس، وحلت عاملياً

بطريقة المكونات الأساسية "لهوتليج"، ثم أديرَت العوامل تدويراً متعامداً بطريقة الفاريمكس "لكايرز". ولما كان الهدف هو استخراج عوامل عريضة تتسم بالاستقرار وعدم التغيير، لذا فقد تم وضع معايير تحكمية ثلاثة، هي:

١. العامل الجوهري ما كان ه جذر كامن $\leq 1,0$.
٢. محك التشبع الجوهري على العامل $\leq 0,3$.
٣. أن يتشبع على العامل ثلاثة بنود على الأقل، حيث أنها تعد بمثابة معياراً له استقرار وقابل للتكرار.

واعتماداً على هذه المحكات تم استخراج أربعة عوامل استوعبت ٥٤,٤٥% من التباين الكلي، وهي نسبة معقولة. وظل طول المقياس (٢٨ بنداً)، حيث كانت جميع بنوده متشعبة على العوامل الأربعة المستخرجة.

(ب) في البيئة البحرينية:

وقد تم استخراج معامل ألفا لكرونباخ لحساب الثبات بطريقة التجانس الداخلي لبنود المقياس البالغ عددها ٢٨ بنداً، وتم التوصل إلى معامل ألفا قيمته ٠,٩٠، وهو معامل مرتفع ومقبول إحصائياً، مما يدل على ثبات الأداة.

ب- اختبار شكل الجسم Body Shape Questionnaire (BSQ): (٢٠٠٤) إعداد مجدي الدسوقي

أعد هذا الاختبار في صورته الأصلية كوبر (Cooper et al., 1987) وذلك لقياس الانشغال الزائد عن الحد بصورة الجسم، ويتكون الاختبار من ٣٤ فقرة يتم تقديرها على مقياس مكون من ست نقاط، تتراوح من أبداً (١) إلى دائماً (٦)، إلا أنه يؤخذ على هذا الاختبار أن الفقرات المكونة له لا تقيس بطريقة شاملة الانشغال الزائد عن الحد بصورة الجسم، حيث يحتوي المقياس على عدد من العبارات تقيس أوجه السلوك أو السلوكيات المتعلقة بتناول الطعام بدلاً من الانشغال الزائد عن الحد بصورة الجسم، لذلك دعت الحاجة إلى تعديل الاختبار لكي يقيس أوجه السلوك المتعلقة بالانشغال الزائد عن الحد بصورة الجسم بدرجة أكثر وضوحاً، وقام

مومفورد وآخرون (١٩٩١) بتصميم ١٣ فقرة إضافية لكي تقيس الانشغال الزائد عن الحد بصورة الجسم، وذلك بالاستعانة بعدد من الإكلينيكيين الحاصلين على درجة الدكتوراه ومن ذوى الخبرة الكبيرة في التعامل مع الأفراد الذين يعانون من اضطراب صورة الجسم، لأنهم وجدوا أن الفقرات التي يحتوي عليها اختبار شكل الجسم الأصلي تتناول أوجه السلوك المتعلق بالأكل وصورة الجسم معاً، ولم تتناول على وجه التحديد الانشغال بصورة الجسم، ولتقييم صدق التكوين أو البناء للاختبار الأصلي المكون من ٣٤ فقرة أو بنداً، والاختبار الجديد المكون من ١٣ فقرة أو بنداً تم إجراء تحليل عاملي للفقرات الأصلية والفقرات الجديدة، وعلى أساس أو في ضوء التشبعات العاملية التي تم الحصول عليها تم إنشاء صيغة جديدة أو نسخة مختصرة من اختبار شكل الجسم تتكون من ثمان فقرات من المقياس الأصلي ذو الأربع والثلاثين فقرة، وفقرتين جديدتين، وبالتالي أصبحت الصيغة الجديدة تتكون من عشرة بنود على شكل أسئلة ويوجد أمام كل منها ستة اختبارات هي: دائماً، عادة، غالباً، أحياناً، نادراً، أبداً. ويعطي للمفحوص خمس درجات إذا كان اختياره دائماً، وأربع درجات إذا كان اختياره عادةً، وثلاث درجات إذا كان اختياره غالباً، ودرجتان إذا كان اختياره أحياناً، ودرجة واحدة إذا كان اختياره نادراً، وصفر إذا كان اختياره أبداً، ويستخدم الجمع الجبري في حساب الدرجة الكلية التي يحصل عليها المفحوص على الاختبار، والدرجة المرتفعة تشير إلى شدة أو حدة الميول السلوكية المصاحبة لاضطراب صورة الجسم والعكس صحيح.

وقام مجدي الدسوقي (٢٠٠٤) بتعريب وتقنين هذه الصيغة المختصرة، وتوصل إلى معاملات صدق وثبات عالية يمكن الاطمئنان إليها عند استخدام الاختبار في البيئة المصرية.

ثبات الأداة في البيئة البحرينية:

تم استخراج معامل ألفا لكرونباخ لحساب الثبات بطريقة التجانس الداخلي لبنود المقياس البالغ عددها ١٠ بنود، وتم التوصل إلى معامل ألفا قيمته ٠,٩١، وهو معامل مرتفع ومقبول إحصائياً، مما يدل على ثبات الأداة.

ج- مقياس اضطراب صورة الجسم: (٢٠٠٤) إعداد مجدي الدسوقي

أعد هذا المقياس مجدي الدسوقي (٢٠٠٤) بهدف التعرف على الأعراض المعرفية والسلوكية التي تصاحب اضطراب صورة الجسم، ويتكون المقياس من ٣٣ فقرة أو بنداً تعكس الأعراض الشائعة بين الأفراد الذين لا يشعرون بالرضا عن أجسامهم أو مظهرهم العام، وتم وضع تعليمات بسيطة للمقياس تتضمن أن يجيب المفحوص على كل بند من بنود المقياس تبعاً لبدائل خمسة: دائماً، غالباً، أحياناً، نادراً، أبداً، وقد وضعت لهذه الاستجابات أوزان متدرجة كالآتي : دائماً (٤)، غالباً (٣)، أحياناً (٢)، نادراً (١)، أبداً (صفر)، ويستخدم الجمع الجبري في حساب الدرجة الكلية التي يحصل عليها الفرد على المقياس مع ملاحظة أن العبارات التي تحمل أرقام ٦ ، ١١ ، ١٣ ، ١٩ ، ٢١ ، ٢٣ ، ٢٤ تصحح في الاتجاه العكسي، والدرجة المرتفعة على المقياس تشير إلى الرضا عن صورة الجسم، والدرجة المنخفضة تشير إلى عدم الرضا عن صورة الجسم، وتم حساب صدق وثبات المقياس من خلال تطبيقه على عينة من طالبات الجامعة، ومن خلال هذا الإجراء تم التوصل إلى معاملات صدق وثبات عالية يمكن الاطمئنان إليها عند استخدام المقياس.

ثبات المقياس في البيئة البحرينية:

تم استخراج معامل ألفا لكرونباخ لحساب الثبات بطريقة التجانس الداخلي لبنود المقياس البالغ عددها ٣٣ بنود وتم التوصل إلى معامل ألفا قيمته ٠,٧٩، وهو معامل مرتفع ومقبول إحصائياً، مما يدل على ثبات الأداة.

رابعاً: الأساليب الإحصائية المستخدمة:

تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للتعرف على مستوى الشره العصبي والتوتر، ومعاملات الارتباط للتعرف على دلالة العلاقة بين الشره العصبي وصورة الجسم لدى طالبات المرحلة الإعدادية في مملكة البحرين، وتحليل التباين المتعدد MANOVA للتعرف على أثر المتغيرات الديموغرافية (العمر والطول والوزن) على الشره العصبي وشكل الجسم واضطراب صورة الجسم.

الفصل الرابع

النتائج ومناقشتها والتوصيات

- نتائج الدراسة.
- توصيات الدراسة.
- الدراسات المقترحة.

الفصل الرابع

النتائج ومناقشتها والتوصيات

يتضمن هذا الفصل عرض لأهم النتائج التي تم التوصل إليها من خلال الدراسة الميدانية التي أجريت على ٢٣٦ طالبة من طالبات المرحلة الإعدادية بصفوفها الثلاثة، كما تم مناقشة النتائج التي تم التوصل إليها وربطها بالدراسات السابقة، واستعراض أهم التوصيات للدراسة الحالية:

نتائج الدراسة:

أولاً: الإجابة عن السؤال الأول: "هل توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد العينة في مقياس الشره العصبي ودرجاتهن في مقياس اضطراب صورة الجسم لدى الطالبات بالمرحلة الإعدادية بمملكة البحرين؟"

وللإجابة عن هذا السؤال تم حساب معامل ارتباط بيرسون بين الدرجة الكلية للشره العصبي مع الدرجة الكلية لاضطراب صورة الجسم لدى الطالبات في المرحلة الإعدادية بمملكة البحرين. والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول (٤)

العلاقة الارتباطية بين الشره العصبي واضطراب صورة الجسم

المتغير	معامل الارتباط مع اضطراب صورة الجسم
الدرجة الكلية للشره العصبي	-٠,١٢٢

أوضح من الجدول السابق أنه لا توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين الشره العصبي واضطراب صورة الجسم. فالصحة النفسية ترتبط بصورة الجسم الإيجابية، حينما تكون صورة الجسم صحيحة وتقدير الذات "إيجابياً" فإن النمو والحياة سوية.

فاضطراب صورة الجسم يعد شكلاً من أشكال الاضطرابات النفسية، والتي يكون فيها عدم الرضا عن المظهر الجسمي هو السمة الأساسية المحددة، وهذا الاضطراب الجسماني لكي

يصنف ضمن الأمراض النفسية يجب أن يشمل انشغال الفرد بجسمه وخصائصه بشكلٍ حاد وشديد بما يكفي أن يسبب خللاً وظيفياً.

إن مظهر الجسم وصورته وصحته عوامل مهمة في إحساس الشخص بالأمان وتقدير الذات، ولذلك فإن فكرة الشخص عن ذاته وصورته عن جسمه هي النواة الرئيسية التي تقوم عليها شخصيته، ومن هنا تلعب صورة الجسم دوراً مهماً في الشخصية، فالجسم هو أرض الملتقى بين السيكولوجية والفيزيولوجية، وكما توجه الأنا الجسم وتتحكم فيه فإنها يمكن أن تقع تحت تحكم وتوجيه الرغبات والنزعات الجسمية (موسى، ٢٠١٢: ١٥).

ويعد اضطراب صورة الجسم شكلاً من أشكال الاضطرابات النفسية، والتي يكون فيها عدم الرضا عن المظهر الجسمي هو السمة الأساسية المحددة، وهذا الاضطراب الجسماني تم إدراجه حديثاً في الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث المعدل للاضطرابات النفسية (DSM-III-R)، وأضاف الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع محكاً يقضي بأن انشغال الفرد يجب أن يكون حاداً أو شديداً بما يكفي أن يسبب خللاً وظيفياً (دسوقي، ٢٠٠٦: ٩-١٠).

وعلى الرغم من ارتباط صورة الجسم مع اضطرابات الطعام، خاصة البوليميا (شره الطعام) والأنوركسيا (فقدان الشهية العصبي)، حسب التصنيف الأمريكي الإحصائي الثالث للاضطرابات النفسية، إلا أن من خلال الدراسة انه لا توجد علاقة ارتباطية بينهم، فالمرافقات وضعن العديد من الأسباب للشره العصبي، ولكنهن لم يربطنها باضطراب صورة الجسم، فعلى الرغم من اهتماماتهن واتجاهاتهن عن الجسم، إلا أنهن لم يربطن ذلك مع الشره العصبي، أي أن الاضطراب في الوزن ليس شرهاً إنما الاضطراب في الأكل هو ما يسمى بالشره (واردل، ٢٠٠٠: ٦٠٩). فتعريفات صورة الجسم تتفق على اعتبارها صورة ذهنية أو تصور عقلي (إيجابي أو سلبي) يكونه الفرد عن جسمه، ويسهم في تكوين هذه الصورة الخبرات والمواقف التي يتعرض لها الفرد، وبناءً على ذلك فإن صورة الجسم قابلة للتغيير والتعديل في ضوء هذه الخبرات الجديدة.

وهذا ما تتفق معه دراسة (Costarelli & et al., 2009) التي استهدفت الكشف عن الاختلافات الممكنة في الذكاء الانفعالي وصورة الجسم ومستويات القلق عند الإناث الشابات

ذوات اضطراب الأكل ومجموعة من النساء العاديات، وخلصت إلى أن النساء ذوات حالات اضطرابات الأكل لديهن مستويات منخفضة من الذكاء الانفعالي بالمقارنة بمجموعة الإناث العاديات في كثير من العوامل كإدراك الانفعالات، والتعاطف، والعلاقات الشخصية، وإدارة الضغوط والسعادة، كما كان لديهن مستويات عالية من الألكسيزيميا وانفعالات سلبية بشدة بالمقارنة بالنساء اللاتي أظهرن أقل أعراضاً للشه العصبي، كما أظهر اختبار MPRSA لصورة الجسم عن اختلافات مهمة بين صفات المجموعتين في امتلاك الوزن الزائد والاتجاه المرضي.

وكذلك استهدفت دراسة (الدخيل، ٢٠٠٧) الكشف عن العلاقة بين صورة الجسم وبين الشه العصبي، وأيضاً الكشف عن العلاقة بين صورة الجسم وفقدان الشهية العصبية، والتي خلصت إلى أن هناك علاقة سلبية بين كل من صورة الجسم من جهة والشه العصبي، وفقدان الشهية العصبي من جهة ثانية، هناك فروق في صورة الجسم بين كل من الطالبات المصابات بالشه العصبي، والطالبات المصابات بفقدان الشهية العصبي لصالح المصابات بفقدان الشهية العصبي.

ثانياً: الإجابة عن السؤال الثاني: "هل توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد العينة في مقياس الشه العصبي ودرجاتهن في مقياس شكل الجسم لدى الطالبات بالمرحلة الإعدادية بمملكة البحرين؟"

وللإجابة عن هذا السؤال تم حساب معامل ارتباط بيرسون بين الشه العصبي وشكل الجسم لدى الطالبات بالمرحلة الإعدادية بمملكة البحرين، والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول (٥)

العلاقة الارتباطية بين الشه العصبي وشكل الجسم

المتغير	معامل الارتباط مع شكل الجسم
الدرجة الكلية للشه العصبي	*٠,١٦

*دال عند ٠.٥.

أتضح من الجدول السابق أنه توجد علاقة ارتباطية طردية دالة إحصائية بين الشه العصبي وشكل الجسم لدى طالبات المرحلة الإعدادية بمملكة البحرين، عند مستوى دلالة ٠.٥. فتعتبر المراقبة فترة مهمة في تطور صورة الجسم، حيث يحدث تطور ونمو للخصائص

الفسولوجية، وكذلك نمو العلاقات الاجتماعية، مما يجعل المراهقين والمراهقات يهتمون بمظهرهم، ويرتبط الرضا عن الجسم لدى البالغين بإنجاز وتحقيق التفاعلات الشخصية، والسعادة في الحياة بوجه عام.

وتاريخياً ارتبطت صورة الجسم بالبحث في اضطرابات الطعام، خاصة البوليميا (شره الطعام) والأنوركسيا (فقدان الشهية العصبي)، وفي التصنيف الأمريكي الإحصائي الثالث للاضطرابات النفسية، يعد اضطراب صورة الجسم مقياساً ومعياراً للأنوركسيا، حيث أن الأفراد الذين لديهم أنوركسيا يكون لديهم عدم اقتناع بالجسم مع فهم خاطئ لإدراك المعنى (عبد النبي، ٢٠٠٨، ٥).

وهذا ما تتفق معه دراسة (Costarelli & et al., 2009) التي تهدف إلى الكشف عن الاختلافات الممكنة في الذكاء الانفعالي وصورة الجسم ومستويات القلق عند الإناث الشابات ذوات اضطراب الأكل ومجموعة من النساء العاديات، وخلصت الدراسة إلى أن النساء ذوات حالات اضطرابات الأكل لديهن مستويات منخفضة من الذكاء الانفعالي بالمقارنة بمجموعة الإناث العاديات في كثير من العوامل كإدراك الانفعالات، والتعاطف، والعلاقات الشخصية، وإدارة الضغوط والسعادة، كما كان لديهن مستويات عالية من الألكسيزيميا وانفعالات سلبية بشدة بالمقارنة بالنساء اللاتي أظهرن أقل أعراضاً للشره العصبي، كما أظهر اختبار MPRSA لصورة الجسم عن اختلافات مهمة بين صفات المجموعتان في امتلاك الوزن الزائد والاتجاه المرضي.

وصورة الجسم هي مكون مهم للذات ويؤثر على الطريق الذي يدرك به الفرد العالم، وهي تصف التمثيل والتصوير الداخلي للهيئة الخارجية لدى الفرد، وبنية صورة الجسم متعددة الأبعاد وترتبط بالمشاعر والأفكار التي تؤثر على السلوك، والأساس في صورة الجسم هو الإدراكات الذاتية لدى الفرد والخبرات والتجارب، وهي تتضمن كلاً من: المكونات الإدراكية (الحجم والوزن والطول) والمكونات الذاتية (الاتجاهات نحو حجم الجسم والوزن وأجزاء الجسم الأخرى أو الهيئة الجسمية ككل) (أنور، ٢٠٠١: ١٣٤).

وأيضاً استهدفت دراسة (Mazzio, 2000)، فحص العلاقة بين اضطرابات الأكل وصورة الجسم، والتي وخلصت إلى أن هناك علاقة ارتباطية بين صورة الجسم وكل من الشره العصبي

وفقدان الشهية العصبي، كما تبين أن الإناث اللاتي يعانين من اضطرابات الأكل يحدث لهن خلل أو اضطراب نفسي يتمثل في اضطراب صورة الجسم.

ثالثاً: الإجابة عن السؤال الثالث: "ما أهم أعراض الشره العصبي من وجهة نظر طالبات المرحلة الإعدادية بمملكة البحرين؟"

وللإجابة عن هذا السؤال تم حساب المتوسطات الحسابية لمقياس الشره العصبي مرتبة من الأعلى إلى الأدنى وحساب الانحرافات المعيارية.

وبالنسبة للمقاييس الثلاثية التي تكون فيها الدرجات متدرجة من ١ إلى ٣ درجات، يتم أولاً حساب طول مدى المتوسطات الحسابية على النحو الآتي:

$$\text{طول مدى المتوسطات الحسابية} = 3 - 1 = 2$$

$$\text{طول المدى لكل مستوى من المستويات الثلاثة} = 3 \div 2 = 1,67$$

وبالتالي يكون مدى درجات المستوى الأول $1 + 1,67 = 2,67$ ، وهكذا:

وبالتالي يتم تقسيم المستويات كما يلي:

- المستوى المنخفض = مدى الدرجات من ١,٠٠ إلى أقل من ١,٦٧
- المستوى المتوسط = مدى الدرجات من ١,٦٧ إلى أقل من ٢,٣٤
- المستوى المرتفع = مدى الدرجات من ٢,٣٤ إلى ٣,٠٠

جدول (٦)

أعراض الشره العصبي لدى أفراد العينة من وجهة نظرهن (مرتبة من الأعلى للأدنى)

المستوى	الانحراف المعياري	المتوسط	الترتيب	العرض
مرتفع	١,٣٢٦٩	٢,٩٢٨	١	شهيتي للطعام مفتوحة
مرتفع	١,١٩٧٩	٢,٨٤٣	٢	حينما يتم دعوتي لحفلات بها طعام فإنني أتناول الأطعمة الغنية بالنشويات والسكريات
مرتفع	١,٤٦٨٠	٢,٨٠٩	٣	أحاول أن لضبط وزني بتناول قليل من الطعام

العرض	الترتيب	المتوسط	الانحراف المعياري	المستوى
أو الامتناع عنه لمدة يوم أكثر				
أشعر أن الطعام يتحكم في حياتي	٤	٢,٦١٤	١,٥٠٧٣	مرتفع
أشعر بالتوتر والضيق	٥	٢,٥٣٤	١,٤٨٠٠	مرتفع
لا أستطيع التحكم في كمية الطعام التي أتناولها	٦	٢,٤٨٣	١,٤٣٠٦	مرتفع
يمكن أن أصف نفسي بأنني من راغبي أكل الحفلات والمناسبات	٧	٢,٤٥٣	١,٣٨١٥	مرتفع
أفضل إعداد أو شراء الأطعمة الغنية بالنشويات والسكريات لتناولها	٨	٢,٤٠٧	١,٣٥٤٢	مرتفع
أشعر بالسعادة بعد تناول الطعام في الحفلات أو المناسبات	٩	٢,٣٩٠	١,٤٤١٢	مرتفع
أتناول الطعام وبكميات كبير في بعض الأوقات	١٠	٢,٣٦٤	١,٣٧٢٥	مرتفع
أخاف من تناول نوع معين من الأطعمة حيث أنه لا يمكنني التوقف عن تناوله بكثرة (لا أستطيع مقاومته)	١١	٢,٣٦٠	١,٤٠٥٧	مرتفع
حينما اغضب فأنا أتناول الطعام بكثرة حتى ارتاح (خروج الغضب في الأكل)	١٢	٢,٣٦٠	١,٥٤٤٢	مرتفع
أشعر بالالاكتئاب	١٣	٢,٣٥٦	١,٤٧٠٤	مرتفع
أشعر بالنشاط والحيوية حينما أتناول كميات كبره من الطعام	١٤	٢,٣٣٩	١,٤٧٤٤	متوسط
قدرتي على التحكم في أكلي ضعيفة بالمقارنة بمعظم الناس	١٥	٢,٣٠٩	١,٣٣٤٤	متوسط
لا يمكن أن استمر فترة قصيرة دون تناول الطعام	١٦	٢,٢٨٤	١,٣٥٨٩	متوسط
أشعر بالسعادة حينما يقول الآخرون أنني أشتهي كل أنواع الطعام	١٧	٢,٢٨٠	١,٣٦٧٦	متوسط
سوف يندهش الناس الذين اعرفهم إذا ما عرفوا كمية الطعام التي يمكن استهلاكها	١٨	٢,٢٦٣	١,٤٨١٤	متوسط

العرض	الترتيب	المتوسط	الانحراف المعياري	المستوى
لا أستطيع التحكم في تناول الطعام لدرجة أن معدتي تمتلئ تماماً بالطعام	١٩	٢,٢١٦	١,٣٩٩١	متوسط
يمكن أن أتناول كمية كبيرة من الطعام بالرغم من عدم جوعي	٢٠	٢,٢١٦	١,٤٢٦٢	متوسط
أشعر بقيمة نفسي حينما يكبر حجمي	٢١	٢,٢١٦	١,٤٩٠٤	متوسط
أشعر بالرضا عن نظام أكلي بكميات كبيرة من الطعام	٢٢	٢,١١٠	١,٣١٩٥	متوسط
يمكن أن اصف نفسي في الوقت الحالي بأنني مدفوع بشكل قهري (غير متحكم فيه) لتناول الطعام	٢٣	٢,٠٨٩	١,٣٣٢٣	متوسط
استاء من الأشخاص الذين يتناولون كميات قليلة من الطعام	٢٤	١,٩٦٢	١,٢٨٢٧	متوسط
من السهل أن أتقيأ عن عمد بالمقارنة بمعظم الناس	٢٥	١,٩٣٢	١,٢٨٩٨	متوسط
استخدم الملبينات لإنقاص وزني	٢٦	١,٩٢٨	١,٣٥٢٣	متوسط
منذ ثلاثة شهور وأنا لا أستطيع التحكم في نفسي حينما أتناول الطعام في الحفلات والمناسبات	٢٧	١,٩١٩	١,٢٨٤١	متوسط
أشعر باحمرار البشرة حينما أتناول كميات كبيرة من الطعام	٢٨	١,٨٩٠	١,٣٥٤٥	متوسط

تشير البيانات في الجدول السابق إلى أن أعراض الشره العصبي لدى أفراد العينة من وجهة نظرهم مرتبة كالآتي:

حصل ١٣ بنداً من البنود على تقدير مرتفع، كانت أعلامهم عبارة "سبب شهيتي للطعام مفتوحة" في المرتبة الأولى بمتوسط حسابي ٢,٩٢٨ وانحراف معياري قدره ١,٣٢٦٩، تليها عبارة "حينما يتم دعوتي لحفلات بها طعام فإنني أتناول الأطعمة الغنية بالنشويات والسكريات" بمتوسط

حسابي ٢,٨٤٣ وبانحراف معياري ١,١٩٧٩، تليها "أحاول أن أضبط وزني بتناول قليل من الطعام أو الامتناع عنه لمدة يوم أو أكثر" بمتوسط حسابي ٢,٨٠٩ وبانحراف معياري ١,٤٦٨٠.

يتبين من النتائج السابقة أن أهم عرض من وجهة نظر الطالبات للشهه العصبي يرجع " لشهية الطعام المفتوحة" بمستوى مرتفع، وفي البداية لا بدّ أن نعلم الفرق بين الشهية والجوع، فالجوع هو إحساس فيزيولوجي يدفعنا لتناول حاجتنا من الطعام، أمّا الشهية فهي إحساس وهمي أو إحساس نفسيّ يجعلنا نتناول المزيد من الطعام بعيداً عن حاجتنا"، مشيرة إلى أنّ هناك العديد من الأسباب التي تتحكّم بالشهية المفرطة، ومنها الحالة النفسية بما فيها التوتر، الاكتئاب والقلق، والتي تجعل الجسم يفرز هرمون يدعى الكورتيزول، حيث يجعلنا نشعر بالجوع لتناول الطعام، ثمّ يقوم بتخزينه على هيئة دهون حول منطقة الخصر كذلك متلازمة ما قبل الطمث، وتتمثل أعراضها بالتغيرات الهرمونية، النفسية والعاطفية التي تؤثر بشكل مباشر على زيادة الشهية عند المراهقات بدرجة أكبر، وبالتالي زيادة الوزن كما أن زيادة كمية الملح المتناولة والتي يتميز بها الوجبات السريعة سبب مهمّ أيضاً لفتح الشهية، ففي حال تناولنا المزيد من الملح سيسبّب ذلك احتباس السوائل في الجسم، وبالتالي زيادة الوزن. والإفراط في تناول السكريات المصنّعة بما فيها الكيك، الكوكيز الدونات وغيرها، لأنّها ترفع من نسبة سكر الدم بسرعة قصوى ثم يعود لينخفض بعد انتهائنا من تناولها، ممّا يجعلنا نتناول المزيد من السكريات. ويؤثر النوم أقلّ من سبع ساعات يومياً على الشهية المفرطة، لأنّ الجسم يقوم بإفراز هرمونات الجوع "الغريلين"، وبالتالي تناول المزيد من الطعام.

وهذا العرض يتوافق مع العلاقة بين الحالة النفسية والرغبة في الطعام أو الابتعاد عنه، وتم النظر إلى اضطرابات الأكل كفئة مستقلة من الاضطرابات في السبعينات من هذا القرن، ووضع فقدان الشهية العصبي والشهه العصبي ضمن الأمراض السيكوسوماتية في كتيب التشخيص الإحصائي الثالث، كما اعتبر الغذاء والرغبة فيه وسيلة للتعبير عن توتر الفرد واضطرابه أو أنه نموذج سوي (باطه، ١٩٩٧: ١٦٥).

أما العرض الثاني للشهه العصبي تمثل " حينما يتم دعوتي لحفلات بها طعام فإنني أتناول الأطعمة الغنية بالنشويات والسكريات"، بمستوى مرتفع. فهذه الوجبات تحتوي على نسب عالية من الدهون والصوديوم، وهي تعتمد على الأطعمة المقلية في معظم الأحيان، مما يجعلها مضرّة

بالصحة، وغنية بالسعرات الحرارية، فأغلب هذه الحفلات تقدم الصودا أو المشروبات الغازية، التي تحتوي على الكافيين، الذي يدخل المراهقات في حالة من التوتر والقلق، وفي الحفلات عموماً يشعر المرء بعدم قدرته على السيطرة على الكميات التي يأكلها، تتبعها سلوكيات تعويضية كالتقيؤ أو استخدام المليّنات للتعويض وتجنب زيادة الوزن، وتعرض أجسامهن للإصابة بالعديد من الأمراض المزمنة والسمنة وزيادتها المفرطة وبالأعراض المتعلقة بها مثل مشاكل القلب، السكري، ضغط الدم المرتفع، ضيق التنفس، مشاكل المرارة، مشاكل في الدورة الشهرية عند المرأة، كما أن هذه المشكلة تسبب صعوبة في الحركة واضطرابات في النوم.

كما أكد جيلبرت (Gilbert, 2012: 470) أن طعام الحفلات يمكن فهمه بشكل أفضل حين تفهم طريقة الفرد في التعامل مع الضغط النفسي ومواجهته Stress and Coping لأنها تبين علاقة الفرد في بيئته ديناميكياً، وقد افترضت أيضاً أن نمط الحياة الجامعية خاصة تضع الشاب أو الشابة في مواقف توتر وقلق العمل والتحصيل، إضافة إلى الحماية ونظام الغذاء وضبط الوزن خاصة في نهاية المراهقة عند الإناث.

ولذا فإن هناك عاملين يساهمان في اضطراب الشراهة، هما:

- الأول: سلوك المحافظة الشديدة والعمل على تقليل الوزن الزائد المفرط وما يؤدي إليه من الإفراط في الطعام فيما بعد، والذهاب إلى الحفلات التي يكثر بها الطعام الحفلات.
- الثاني: الاستخدام غير الصحيح والفعال للطعام، وأسلوب التعامل والتكيف مع الأحوال النفسية الضاغطة سواء الأكاديمية أم الاجتماعية.

ووفقاً لهذين العاملين فإن التخوف من ظهور صورة الجسم بشكل سلبي، وضعف احترام الذات وتقديرها، والرغبة الزائدة في الاستحسان والتقبل من الآخرين، والتهيب للاكتئاب وخاصة عند الإناث ما يدفعهن إلى السعي للتحكم في وزنهن وتعديله حين مواجهتهن مواقف ضاغطة، وأخيراً تتشغل النساء في سلوكية خفض الوزن والنظام الغذائي الذي يقود في النتيجة إلى الإفراط في تناول الطعام في الحفلات والولائم، فيعجزن عن ضبط وزنهن وخفضه، وعندما لا تتحكم النساء في عادات الأكل، سيؤدي ذلك إلى شعورهن بالقلق والاكتئاب وضعف تقدير الذات، وستقود هذه الحالات المزاجية السلبية بالتالي إلى زيادة ارتيادهن إلى الحفلات والولائم والسهر (عبد الله، ٢٠٠١: ٢٩).

وجاءت عبارة "أحاول أن أضبط وزني بتناول قليل من الطعام أو الامتناع عنه لمدة يوم أو أكثر" في الترتيب الثالث من قبل طالبات المرحلة الإعدادية للشهر العصبي، فحتى لا يزداد وزنهن فإنهن يحاولن إتباع نظام غذائي صارم، ولكن مع استمرارهن في هذا النظام فإنهن يشعرن بالحرمان المؤلم والجوع الشديد والدائم، ويظللن في حالة من الجوع حتى بعد الأكل. ولكنهن لا يستطعن مقاومة حالة الجوع التي يعانين منها، ومن ثم يأكلن بشراهة، غير أن هذا السلوك يشعرهن بالتعاسة والذنب وعدم القدرة على ضبط كميات الطعام، ومن هنا تزداد جهودهن لضبط الطعام أو التخلص منه بالقيء أو ممارسة الرياضة أو استخدام المسهلات أو مدرات البول، حيث أنهن يشعرن إن القيء يخفف بسرعة تعاستهن ويقل لديهن مشاعر الذنب.

ولذا فإن المنحى الاجتماعي الثقافي يعتبر الاتجاه الأكثر تدعيماً وتأييداً لتفسير اضطراب صورة الجسم، حيث يركز على المستويات الاجتماعي للجمال التي تؤكد في المقام الأول على الرغبة في النحافة أو الرشاقة على اعتبار أن الرشاقة تساوي الجمال، وفي هذا الصدد يشير أنصار هذا الرأي إلى أنه كلما اعتقد الفرد أن ما هو بدين أمر قبيح وما هو نحيف أمر جميل كلما اتجه نحو النحافة، وكلما زاد توتره وقلقه وأصبح مهموماً بشأن البدانة، وما يؤيد هذا هو أن الإناث مثلاً لديهن رغبة أو استعداد من الناحية التاريخية لتغيير أجسامهن لكي تتطابق مع مفهوم الجمال الذي يروج له المجتمع، ونظراً لأن الجمال مرادف للنحافة فلا عجب في أن الإناث يرغبن في أن تكون أجسامهن نحيفة، حتى يحظين بالرغبة والاهتمام من قبل الجنس الآخر (عبارة، ٢٠١٤: ٢٧).

ويرى أصحاب النظرية السلوكية أن الفرد ينمو في بيئة اجتماعية يؤثر فيها ويتأثر بها، ويكتسب منها أنماط الحياة والمعايير الاجتماعية والتي تكون مجموعة من المحددات السلوكية لدى الفرد، والتي تكون صورته عن جسمه، ولكون صورة الجسم تظهر في مرحلة الطفولة، حيث يكون الفرد متأثراً بجو الأسرة، وبعبارات الذم والمدح التي يتلقاها، وبتعليقات الوالدين وبتقييمهم لأجسام أبنائهم، فإن ما تطلقه الأسرة من تعزيزات نحو أبنائها ومثله أيضاً تعزيزات الرفاق والأصدقاء تؤثر في درجة قبول الفرد لجسمه (الجبوري وحافظ، ٢٠٠٧: ٢٥٦).

كما حصل ١٥ بنداً من البنود على تقدير متوسط، بدءاً من "أشعر بالنشاط والحيوية حينما أتناول كميات كبيره من الطعام" بمتوسط حسابي ٢,٣٣٩ وبانحراف معياري ١,٤٧٤٤، تليها

"قدرتي على التحكم في أكلي ضعيفة بالمقارنة بمعظم الناس" بمتوسط حسابي ٢,٣٠٩ وبانحراف معياري ١,٣٣٤٤، تليها "لا يمكن أن استمر فترة قصيرة دون تناول الطعام" بمتوسط حسابي ٢,٢٨٤ وبانحراف معياري ١,٣٥٨٩.

بالنسبة إلى العرض الخاص بأشعر بالنشاط والحيوية حينما أتناول كميات كبيرة من الطعام"، فإن الإنسان الطبيعي يحتاج إلى الحصول على كمية مناسبة من الطاقة الجسدية لأداء أفضل خلال النهار وتحمل أعباء الضغوطات اليومية سواء كانت من العمل أو السفر أو أية أعمال أخرى والتي تأتي من خلال تناول للأغذية الصحية، إلا أن بعض المراهقات قد يتجهن إلى تناول كميات كبيرة من الطعام الذي يكون أغلبه غير صحي وغير متوازن ظناً منهن أنهن سوف يحصلن على من خلاله على النشاط والحيوية لاستكمال يومهن وشعورهن بالذب تجاهه مما يلجأن إلى طرق لتخلص منه كالقيء أو استخدام المليينات أو القيام بمجهود رياضي كبير لحرق هذه الكميات، بينما تحمل هذه الكميات على الكثير من السرعات الحرارية وغالباً ما تكون مرتفعة في الدهون والسكريات التي تؤدي إلى السمنة وأمراض أخرى، وعليه لابد من إتباع برنامج غذائي صحي متوازن بكميات متناسبة مع وزن وعمر المراهقات ويمدهن بالطاقة اللازمة.

ويؤكد كل من مارش وجروس (March & Grose, 2011:1) أن العوامل الثقافية والاجتماعية والنفسية والبيولوجية والأسرية لها دورها في نمو الشره، وأن الخوف الشديد من إضافة وزن كبير وخروجهم بصورة غير لائقة فإنهم يعوضون استهلاك الكميات الكبيرة من الطعام بالقيء والصيام، والإفراط في ممارسة التمرينات الرياضية أو إساءة استخدام الملين، المدر للبول، الحقن الشرجية، أدوية فقدان الوزن.

كما أظهرت بحوث بوسكيند- لودال عام ١٩٧٦ أن الدراسة أظهرت من خلال الفحص أن الفتيات أكثر احتياطاً في إظهار جمال الجسد والعمل على توازنه، ولذا فإن سلوك تناول الولايم الذي يعتبر وسيلة لضبط الوزن، يتم اعتباره أسلوباً لخفض التوتر في مجال المشاغل والمشكلات المتعلقة بالجنس الآخر، والمواعيد والإنجاز والتحصيل، وقد قال بوسكيند للشخص الذي يناضل

لتحقيق حاجات غير واقعية عن طريق ضبط الذات تكون الحفلات مجرد محرر وملاذ (حمادة، ٢٠٠٨).

إن العلاقة بين الحالة النفسية والرغبة في الطعام أو الابتعاد عنه معروفة منذ زمن بعيد، وتم النظر إلى اضطرابات الأكل كقوة مستقلة من الاضطرابات في السبعينات من هذا القرن ووضع فقدان الشهية العصبي والشره العصبي ضمن الأمراض السيكوسوماتية في كتيب التشخيص الإحصائي الثالث، كما اعتبر الغذاء والرغبة فيه وسيلة للتعبير عن توتر الفرد واضطرابه أو أنه نموذج سوي (باطة، ١٩٩٧: ١٦٥).

أما العرض الخاص "بقدرتي على التحكم في أكلي ضعيفة بالمقارنة بمعظم الناس" الذي حصل على تقدير متوسط، فإنه بينت بعض الطالبات أن قدرتهن على التحكم بأكلهن ضعيفة، فتناول الطعام بدون ضوابط محددة وكميات متوازنة، تكون نتيجته الارتفاع الكبير في وزن الجسم. فالمراهقات يستهلكن أحيانا كميات كبيرة من الطعام (بما يتجاوز شعورهن بالشبع) من خلال الشعور بعدم السيطرة والتحكم بعاداتهن في تناول الطعام. يستعملن الطعام كوسيلة لمواجهة عدم ارتياحهن في كل ما يتعلق بالمشاعر. ويدور الحديث هنا بوجه عام، عن أشخاص لم يتعلموا كيفية التصرف الصحيح في حالات الضغط ويجدون عزاءهم وسكينتهم في تناول الطعام. وللأسف الشديد هؤلاء يعانون بشكل عام من شعور حاد بالذنب بسبب عدم قدرتهم على التحكم بعاداتهم في تناول الطعام، وهذا ما يزيد الضغط النفسي، وزيادة على ذلك فإن الأشخاص الذين يعانون من اضطراب الأكل يعانون، أيضا من ضائقة دائمة في كل ما يتعلق بعاداتهم في تناول الطعام، وفي بعض الحالات يهمل هؤلاء دراستهم في المدرسة أو نشاطاتهم الاجتماعية لكي يتفرغوا لعادات الأكل القهرية لديهم.

ولذا فإن تفاعل هذه العوامل الاستعدادية المرهبة مع الضغوط النفسية عند بعض أنماط الشخصيات (مثل: ضعف تقدير الذات، الصلابة الاستحواذية، الانشغال المسبق بالطعام، الخوف من فقدان القدرة على التحكم بالأكل) تساعد في حدوث الاضطراب، إن المريض بالشره له حالات اكتئاب يمر به بسبب نظرة المجتمع له بأنه على غير المستوى المطلوب اجتماعياً (الشربيني، ٢٠٠٨: ١٥٧).

كما أشار سذرلاند (Sutherland, 1991: 57) إلى أن صورة الجسم: هي الصورة الشعورية لدى الشخص عن جسمه، واتجاهاته نحو هذا الجسم واعتقاداته عن كيف يراه الآخرون أي هي الإحساس الفردي والذاتي والشخصي للجسم، وهي مكون جوهري وأساسي للشخصية.

ويذكر فايد (١٩٩٩: ١٩٩) أن صورة الجسم تعني "الاهتمامات بوزن وشكل الجسم المنغرس في خبرات الحياة لدى الإناث المراهقات، وتتمثل هذه الاهتمامات في النحافة كصفة جيدة للحياة، وعدم الرضا عن زيادة الوزن والقلق من زيادة الوزن، والإفراط في الطعام، مقابل الجاذبية الجسمية، وإنقاص الوزن مقابل رسائل شخصية عن النحافة".

وبالنسبة للعرض الخاص "بلا يمكن أن استمر فترة قصيرة دون تناول الطعام"، يعتبر الجوع أحد المشاعر التي تسيطر على الإنسان عند عدم تناول الطعام لفترة من الزمن والقيام بنشاطات مختلفة، فهو يدل على احتياج الجسم للطعام من أجل تزويده بالطاقة، ولذلك يعتبر الجوع شعوراً طبيعياً عند القيام بمجهود كبير جداً أو عند عدم تناول كمية كافية من الطعام تتناسب مع احتياجات الجسم، إلا أن بعض الطالبات رشن السبب هذا لعدم استطاعتهن البقاء طويلاً من غير طعام، أي أنهن يشعرن بالجوع، وهذا النوع من الجوع لا ينبع من حاجة الجسم للطعام، بل إنه ينتج بسبب الضغط النفسي المتولد على الشخص أو بسبب القلق أو الاكتئاب، وهو ما يؤدي إلى تناول الطعام بكميات تفوق احتياج الشخص بشكل كبير جداً مع عدم الشعور بالشبع وعدم مقاومة إغراء الطعام مما يؤدي إلى زيادة الوزن بشكل كبير لدى الكثير من الناس، كما أن أحد الأسباب للشعور بالجوع باستمرار هو عدم تناول الطعام بالطريقة الصحيحة وبتوازن والاعتماد في التغذية على الأطعمة الدهنية التي تقوم برفع السكريات في الجسم لفترات قصيرة ومن ثم يحتاج الجسم للطاقة بعد تناولها بفترات قصيرة. والسرعة في تناول الطعام لا تعطي الوقت الكافي لهرمونات الإشباع في تحفيزها وبيان تأثيراتها التي تحدثها والتي تساعد في قمع الشهية.

وطبقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية التشخيصية المعدل (APA, 2000) تكون المعايير التشخيصية لاضطراب الشره العصبي هي:

- نوبات متكررة من تناول الطعام بنهم وهذه تتميز بتناول الطعام في فترة زمنية مميزة (مثلاً خلال أي ساعتين، بمقدار أكبر مما يتناول معظم الأفراد خلال فترة زمنية مشابهة وتحت نفس الظروف)، كما تتميز بإحساس بفقدان التحكم في تناول الطعام خلال نوبات

الشهه، مثل (الإحساس بأن الفرد لا يمكنه التوقف عن تناول الطعام أو التحكم فيما يأكله أو مقدار ما يأكله).

- سلوك تعويضي متكرر وغير مناسب من أجل منع اكتساب الوزن، مثل القيء المستحدث ذاتياً، سوء استخدام الملين المدر للبول، الحقنة الشرجية، أو أدوية أخرى، الصيام أو ممارسة التمرينات الرياضية الزائدة.
- إن تناول الطعام بنهم والسلوكيات التعويضية يحدثان معاً مرتين على الأقل كل أسبوع لمدة ٣ شهور في المتوسط.
- يتأثر تقويم الذات بشكل الجسم ووزنه.
- لا يحدث الاضطراب بشكل خاص خلال نوبات فقدان الشهية العصبي (APA, 2000: 594).

رابعاً: الإجابة عن السؤال الرابع: "هل يوجد أثر دال إحصائياً للمتغيرات الديموغرافية (العمر والطول والوزن) على الشهه العصبي وشكل الجسم واضطراب صورة الجسم؟"

تم حساب اختبار تحليل التباين المتعدد MANOVA للإجابة عن هذا السؤال، والجدول التالي يوضح النتائج الخاصة بذلك:

جدول (٧)

نتائج اختبار تحليل التباين المتعدد للتعرف على دلالة أثر المتغيرات الديموغرافية (العمر والطول والوزن) على الشهه العصبي وشكل الجسم واضطراب صورة الجسم

المتغير	الشهه العصبي			شكل الجسم			اضطراب صورة الجسم		
	مجموع المربعات	متوسط المربعات	قيمه ف	مجموع المربعات	متوسط المربعات	قيمه ف	مجموع المربعات	متوسط المربعات	قيمه ف
العمر	٧٥٥,١٢٤	١٥١,٠٢٥	٠,٤٢٢	١٧٩٩,١٣٥	٣٥٩,٨٢٧	*٢,٣٧٦	٧٢٧,٣٠٥	١٤٥,٤٦١	٠,٥٢٧
الطول	١٣٥٨٠,٧٣٨	٣٩٩,٤٣٣	١,١١٥	٦٥٩٤,٣١٥	١٩٣,٩٥٠	١,٢٨١	٧٤٠٨,٨٧٥	٢١٧,٩٠٨	٠,٧٨٩
الوزن	٢٧٥٠,٥٢٤	٥١٨,٩١٦	*١,٤٤٨	١٣٦١٦,٢٩٩	٢٥٦,٩١١	*١,٦٩٦	١٣٥٠,٦٥٦١	٢٥٤,٨٢١	٠,٩٢٣

*قيمة ف دالة عند ٠.٥ و

يتضح من الجدول السابق أن متغير العمر كان له أثر سلبي دال إحصائياً على شكل الجسم لدى أفراد العينة، بمعنى أنه كلما ارتفع العمر كلما نظر أفراد العينة لشكل أجسامهم بطريقة سلبية، أما متغير الطول لم يكن له تأثير دال على أي من الشره العصبي أو شكل الجسم أو حتى اضطراب صورة الجسم.

بينما كان لمتغير الوزن أثر سلبي دال إحصائياً على الشره العصبي؛ بمعنى أنه كلما زاد وزن الفرد زاد لديه الشره العصبي. كذلك تبين وجود أثر سلبي لوزن الفرد على النظرة لشكل الجسم، بمعنى أنه كلما زاد وزنه كلما كانت هناك نظرة سلبية لشكل الجسم. وتتفق هذه النتيجة مع نتيجة دراسة (Matsumototo & et al; 2015) والتي انتهت إلى أن هناك فروق في مستوى القلق والاكتئاب وقلق الوزن بين النساء المصابات بالشره العصبي وفقدان الشهية العصبي وبين النساء الأصحاء، لصالح النساء المصابات.

توصيات الدراسة:

من خلال النتائج التي توصلت إليها الدراسة، وبناءً عليها فإن الباحثة قد خرجت بالتوصيات الآتية:

١. تصميم البرامج الإرشادية التي تعني بتعديل الصورة السلبية للجسم لدى المراهقات، والعمل على الرقي باهتماماتهن وتطوير ثقافتهن وإشراكهن في النشاطات المدرسية، ومساعدتهن في الكشف عن مواطن قوتهن وتطوير إمكانياتهن وتعزيز ثقتهن بأنفسهن وتقديرهن لذواتهن.
٢. تزويد المدارس بممرضات لمتابعة الغذاء الصحي والوزن والطول للطالبات.
٣. توعية الآباء والأمهات إلى طبيعة التغيرات النفسية والجسمية التي تمر بها المراهقات وتزويدهم ببعض القواعد والمعلومات، وإصدار نشرات في كيفية التعامل مع هذه التغيرات والمشاكل المصاحبة لها.
٤. إرشاد المعلمات إلى كيفية التعامل مع المراهقات، ومحاولة التركيز على الجوانب الأخرى من شخصياتهن وتشجيعهن على اكتشاف مواهبهن واستغلالها ما يؤثر إيجابياً على ثقتهن بأنفسهن وتوافقهن مع مجتمعهن.

٥. حث المدارس والمؤسسات التعليمية على الاهتمام بالتربية الرياضية في مدارس البنات من أجل صحة جسمية أفضل.
٦. تكثيف دور الإعلام المرئي والمسموع عن طريق إقامة المحاضرات والندوات والبرامج التي توجه المراهقات لمحاولة تحسين صورة الجسم لديهن.
٧. تقديم برامج إرشادية للمراهقات تركز على التوعية الصحية والجسمية.

الدراسات المقترحة:

- دراسات على فئات عمرية مختلفة في ضوء متغيرات نفسية أخرى.
- دراسات تهدف إلى استخدام علاجات سلوكية معرفية للطالبات التي يعانين من اضطراب تشوه صورة الجسم.
- دراسات تهدف إلى تسليط الضوء على العوامل الأسرية والنفسية والاجتماعية المؤثرة على صورة الجسم.

قائمة المراجع

أولاً: المراجع العربية:

- أبو زيد، سيد (٢٠٠١). اضطرابات الأكل لدى المراهقين والشباب وعلاقتها ببعض متغيرات الشخصية، مجلة علم النفس، (٥٩)، السنة الخامسة عشر، (١٥٦-١٦٣).
- الأشرم رضا، إبراهيم محمد (٢٠٠٨). صورة الجسم وعلاقتها بتقدير الذات لذوي الإعاقة البصرية، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة الزقازيق، مصر.
- أنور، محمد الشبراوي (٢٠٠١). علاقة صورة الجسم ببعض متغيرات الشخصية لدى المراهقين، مجلة كلية التربية، جامعة الزقازيق، (٣٨)، ١٢٧-١٥٣.
- بدر، أحمد (١٩٨٨). مناهج البحث والاتصال والرأي العام والاتصال الدولي، القاهرة: دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع.
- الجبوري، كاظم جابر وحافظ، ارتقاء يحيى (٢٠٠٧). صورة الجسم وعلاقتها بالقبول الاجتماعي لدى طلبة الجامعة، مجلة القادسية للعلوم الإنسانية، (١٠)، ٣٨٣-٣٥١.
- الجمال، راسم محمد (١٩٩٩). مناهج البحث في الدراسات الإعلامية، جامعة القاهرة، كلية الإعلام، القاهرة.
- حقي، ألفت محمد (١٩٩٣). الاضطراب النفسي: علم النفس الإكلينيكي. الإسكندرية: دار الفكر الجامعي.
- حمادة، عمر السيد (٢٠٠٨). العلاقة بين الوحدة النفسية واضطرابات الأكل لدى المراهقين المعاقين سمعياً، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة بنها، مصر.

دسوقي، كمال (١٩٨٨). ذخيرة علوم النفس، المجلد الأول. القاهرة: الدار الدولية للنشر والتوزيع.

دسوقي، مجدي محمد (٢٠٠٦). اضطرابات صورة الجسم الأسباب والتشخيص والوقاية والعلاج، سلسلة الاضطرابات النفسية ٢، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

الدسوقي، مجدي محمد (٢٠٠٧). اضطرابات الأكل، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

زيادة، مي محمد نعمان (٢٠١٥). صورة الجسم وبعض متغيرات الشخصية وعلاقتها بالشعور بالسعادة لدى طلبة جامعه الأزهر بغزه، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، غزة.

الشربيني، زكريا حلمي (٢٠٠٨). المشكلات النفسية عند الأطفال، القاهرة: دار الفكر العربي.

الطائي، مصطفى حمد (٢٠١٢). مناهج البحث في الإعلام وعلوم الاتصال، الشارقة: مكتبة الجامعة.

طه، فرج عبد القادر وقنديل، شاكراً عطية ومحمد، حسين عبد القادر وعبد الفتاح، مصطفى كامل (٢٠٠٥). موسوعة علم النفس والتحليل النفسي، مصر: دار الوفاق للطباعة والنشر.

عبازة، آسيا (٢٠١٤). صورة الجسم وعلاقتها بالتوافق الدراسي لدى المراهق المتمدرس بالسنة الثانية ثانوي، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة ورقلة، الجزائر.

عبد الحميد، جابر وكفافي، علاء الدين (١٩٨٩). معجم علم النفس والطب النفسي، الجزء الثاني، دار النهضة العربية، القاهرة.

عبد الخالق، أحمد محمد (١٩٩٧). فقدان الشهية العصبي، الكويت: مؤسسة الكويت التقدم العلمي.

عبد السميع، فاطمة الزهراء مجدي (٢٠١٤). صورة الجسم وعلاقتها بالمهارات الاجتماعية لدى طفل الروضة، كلية رياض الأطفال، جامعة القاهرة، القاهرة.

عبد الله، محمد قاسم (٢٠٠١). اتجاهات حديثة في الصحة النفسية، عمان: دار الفكر للطباعة والنشر، ط ١.

عبد النبي، سامية محمد صابر (٢٠٠٨). صورة الجسم وعلاقتها بتقدير الذات والاكتمال لدى عينة من طلاب الجامعة، مجلة البحوث النفسية والتربوية، كلية التربية، جامعة المنوفية، (٢٢)، ١٨٧-٢٣٥.

عكاشة، أحمد وعكاشة، طارق (٢٠٠٩). الطب النفسي المعاصر، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

عيسى، إسماعيل عبده (٢٠٠٦). دافعية الإنجاز والإقدام علي المخاطرة لدي ذوات فقدان الشهية والشهر العصبي والعاديات من المراهقات: دراسة مقارنة، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة طنطا فرع كفر الشيخ، مصر.

فاضل، خليل (٢٠٠٣). اعترافات من على كرسي الطبيب النفسي، القاهرة: دار نهضة مصر.

فايد، حسين على (١٩٩٩). صورة الجسم والقلق الاجتماعي وفقدان الشهية لدى الإناث المراهقات، المجلة المصرية للدراسات النفسية، (٢٣)، (٩)، ١٨٠ - ٢٢٣.

القاضي، وفاء محمد حميدان (٢٠٠٩). قلق المستقبل وعلاقته بصورة الجسم ومفهوم الذات لدى حالات البتر بعد الحرب في غزة، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، الجامعة الإسلامية، غزة.

كامل، سهير أحمد (٢٠١٢). سيكولوجية الشخصية، الإسكندرية: مركز الإسكندرية للكتاب.

كفافي، علاء الدين والنيال، مایسة أحمد (١٩٩٦). صورة الجسم وبعض متغيرات الشخصية لدى

عينة من المراهقات، مجلة علم النفس، الهيئة المصرية العامة للكتاب، (٣٩).

مطر، عبد الفتاح رجب (٢٠٠٨). اضطرابات الأكل لدى العاديين والمعاقين: اتجاهات حديثة،

الإسكندرية: دار الوفاء، ط١.

موسى، رشاد علي (٢٠٠٣). التنبؤ بالشهر العصبي في ضوء بعض الأعراض العصابية لدى

المراهق الأزهرى، مجلة كلية التربية، جامعة الأزهر، (١١٨)، ١-٦٠.

موسى، رشاد علي (٢٠٠٦). سيكولوجيا الشهر العصبي، ط١، القاهرة: عالم الكتب.

موسى، رشاد علي (٢٠١٢). أساسيات الصحة النفسية والعلاج النفسي، القاهرة: مؤسسة

المختار.

واردل، جين (٢٠٠٠). فحص اضطرابات الأكل، في س. ل. ليندزاي، ج. س. بول (٢٠٠١)،

مرجع في علم النفس الإكلينيكي للراشدين، ترجمة: صفوت فرج، القاهرة، مكتبة الأنجلو

المصرية، ٦٠٥-٦٤٠.

ثانياً: المراجع الأجنبية:

- American Psychiatric Association (APA). (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed. Text rev), Washington, DC.
- Collings, S. & King, M. (1994). Ten Years Follow-Up of 50 patients with Bulimia Nervosa. *British J. Psychiatry*, 164, 80–87.
- Gilbert, K. E. (2012). The neglected role of positive emotion in adolescent psychopathology, *Clinical Psychology Review*, 32 (6), 467–481.
- Harvard Medical School, USA (2012). Eating disorders in adult women. *Harvard Women Health Watch*, 28(9) 1–3.
- Iqbal, N., Shahnawaz, M., and Alam, A. (2006). Educational and Gender Differences in Body Image and Depression Among Students, *Journal of The Indian Academy of Applied Psychology*, 32, 3, 269–272.
- March, P. D. & Grose, S. (2011). Bulimia nervosa. *Cinahi Information systems*, 1–2.
- Reas, Deborah Lynn (2002). Relationship between weight loss and body image in obese individuals seeking weight loss treatment, degree of Doctor of Philosophy, Louisiana State University, USA.

Rierdan J. Koff E. (1997). Weight, weight-related aspects of body image, and depression in early adolescent girls. *Adolescence*, 32(127): 615–624.

Schulherr, S. (2008). Eating disorders, Wiley publishing. Inc., Indiana polis, Indiana.

Stace, E., Bearman, S. (2001). Body Image and Eating Disturbances Prospectively Predict Increases in Depressive Symptoms in Adolescent Girls: A Growth Curve Analysis, *Developmental Psychology*, 37, 5, (597 – 607).

Sutherland, S. (1991). Macmillan Dictionary of Psychology, Palgrave Macmillan, Basingstoke, United Kingdom.

Xie, B. and Unger, J. B. and Gallaher, P. (2010). Overweight, Body Image, and Depression in Asian and Hispanic Adolescents, *Journal List HHS*, 34, 4, (476–488).

Abstract

This study aimed to identify the relationship between the bulimia nervosa and the disorder of the body image, as well as the most important symptom of the nervous system from the point of view of the students of the preparatory stage in the Kingdom of Bahrain, the study was based on the descriptive approach, the study was applied to a sample of students in the preparatory stage in Kingdom of Bahrain (236 students) were selected from four public schools in the different governorates of the Kingdom of Bahrain, namely: Alia Preparatory School for Girls, Arad Preparatory School for Girls, Umm Kulthum Preparatory School for Girls and Umm Salamah Preparatory School for Girls.

The data were collected by three measures: bulimia nervosa Scale: Prepared by: Hassan Ali Fayed, and Body Disorder Scale: Prepared by: Majdi Desouki, and Body image Scale: Prepared by: Majdi Desouki, where the researcher confirmed the stability of the measurements and their suitability for the environment And the correlation coefficients to identify the significance of the relationship between the bulimia nervosa and the body image of the students in the preparatory stage in the Kingdom of Bahrain. The study concluded the following results: There is no statistically relationship between the bulimia nervosa and body image. The most important symptoms of bulimia nervosa are: open appetite for food, parties, body weight control by eating small amounts of food or moving away from it for a day or more, eating the food makes me feel energetic and energetic, I cannot control eating. The variable of age had a statistically negative significant effect on the shape of the body. The variable of length did not have any effect on either the bulimia nervosa, the shape of the body or even the disorder of the body image. While the weight variable had a statistically negative significant effect on the bulimia nervosa, as well as a negative effect of the weight on the perception of the body shape.

UNIVERSITY OF BAHRAIN

College of Arts



Department of Psychology

**Bulimia Nervosa and its relation to body
image in a sample of students in the
preparatory stage in Kingdom of Bahrain**

**A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the
Master Degree in Counseling Psychology**

**Submitted by
Kamilya Mohammed Ibrahim Al Mehaz**

19960483

**Supervised by
Dr. Ahmed Saad Galal**

**Associated Professor, Department of Psychology
University of Bahrain**

Kingdom of Bahrain

May 2018