

**مقياس اضطرابات الأكل
الإطار النظري لاضطرابات الأكل
ومراحل إعداد المقياس**

د / ساره محمد عبد الفتاح

اسم الكتاب : مقياس اضطرابات الأكل

إعداد : د. / ساره محمد عبد الفتاح

الموزع : دار العلوم للنشر والتوزيع



العنوان : ١١ شارع منصور- القاهرة

ت : ٠٢/٢٧٩٣٠٣٦٠

ت : ٠١٢٢٦١٢٢٢١٢

البريد الإلكتروني

daralaloom@hotmail.com

الموقع الإلكتروني

www:dareloloom.com

الناشر : دار جوانا للنشر والتوزيع



العنوان : ٩٩ أبراج الأمل

الاوستراد - المعادي

ت : ٠١٠٠٣١٨٢٦١٥

ت : ٠١١٤٠٢٧٥٠٥٠

البريد الإلكتروني

dar_farha_2020@yahoo.com

dargwana2050@yahoo.com

رقم الاييداع : ٢٠١٨/٣١٨٠

الترقيم الدولي : 978- 977- 6469-3-80

عبد الفتاح ، ساره محمد

مقياس اضطرابات الأكل الاطار النظري لاضطرابات

الاكل و مراحل اعداد المقياس ، سارة محمد عبد الفتاح : - القاهرة : -

دار جوانا للنشر والتوزيع ، ٢٠١٨

ص سم

تدمك : 978- 977- 6469-3-80

١- الشهية

١٥٢

أ- العنوان

طبعة ٢٠١٨

المحتويات

الصفحة	الموضوع
٥	مقدمة
٥	١- مفهوم اضطرابات الأكل
٦	أ- الشره العصبي
٨	- مفهوم الشره العصبي
٩	ب- فقدان الشهية العصبي
١١	- مفهوم فقدان الشهية العصبي
١٣	٢- تشخيص اضطرابات الأكل
١٤	أ- المعايير التشخيصية لفقدان الشهية العصبي
١٦	ب- المعايير التشخيصية للشره العصبي
١٧	٣- العوامل المؤدية إلى اضطرابات الأكل
١٨	أ- العوامل الوراثية والعضوية
١٩	ب- العوامل النفسية
٢١	ج- العوامل الاجتماعية الثقافية
٢٢	د- العوامل الأسرية
٢٣	هـ- وسائل الاعلام
٢٥	ز- التكامل بين العوامل المؤدية للاضطرابات الأكل
٢٦	٤- النماذج المفسرة لاضطرابات الأكل
٢٦	أ- النموذج الوراثي (الجيني)
٢٧	ب- نموذج التحليل النفسي لاضطرابات الأكل

الصفحة	الموضوع
٢٩	ج- النموذج المعرفي السلوكي لاضطرابات الأكل
٣٤	د- النموذج الاثنوي
٣٥	هـ- النموذج الاجتماعي الثقافي لاضطرابات الأكل
٤١	ز- نموذج الأنظمة الأسرية لاضطرابات الأكل
٤٢	- خطوات إعداد مقياس اضطرابات الأكل
٤٢	الخطوة الأولى : تحديد أبعاد اضطرابات الأكل
٤٢	الخطوة الثانية : عرض المقياس على المحكمين
٤٣	الخطوة الثالثة : الكفاءة السيكومترية للمقياس
٤٣	أ- الصدق العاملي
٥٠	ب- الصدق التمييزي
٥١	ج- ثبات المقياس
٥٢	الخطوة الرابعة : إعداد الصورة النهائية
٥٣	- طريقة التصحيح
٥٤	- قائمة المراجع
٥٤	- أولاً : المراجع العربية
٥٧	- ثانياً : المراجع الاجنبية
٦٧	- كراسة الاسئلة

مقدمة :

تمثل اضطرابات الأكل طرقاً من تنظيم تناول الطعام أو الوزن بشكل غير صحيح . وتتضمن اضطرابات الأكل فقدان الشهية العصبي Anorexia Nervosa والشراهة العصبي Bulimia Nervosa واضطرابات الأكل أخرى غير محددة Eating Disorders nos . (حسين فايد ، ٢٠٠٢ : ٣٨٣)

واضطراب الأكل هو مصطلح يشمل قطاع واسع من سلوكيات الأكل غير الطبيعية ، والتي تتراوح ما بين اتباع نظام غذائي بسيط إلى الاضطرابات الإكلينيكية للأكل . (Sherman, R. & Thompson, R., 2005:2)

كما إن مصطلح اضطراب الأكل ينطوي على مجموعة من الظروف التي لها أعراض نفسية وطبية متداخلة . وهذه الظروف تعتبر اضطرابات نفسية حيث ترتفع مستويات الاعتلال النفسي والطبي المشترك والذي قد يتضمن بدوره تعقيدات حادة ومزمنة قد تهدد حياة الفرد أو تستمر معه مدى الحياة . (Gelder, M. et al., 2000:35)

قبل أن نتعرض لمفهوم اضطرابات الأكل يجدر بنا الإشارة إلى معنى الاضطراب . إن الاضطراب يعنى لغوياً الفساد أو الضعف أو الخلل ، وهو لفظ يستخدم في مجال علم النفس بصفة عامة وفي مجال علم النفس الإكلينيكي بصفة خاصة وكذلك في علم الطب النفسي وهو يطلق على الاضطرابات التي تصيب الشخصية من ناحية التفكير أو الانفعال أو السلوك ويعنى سوء توافق الفرد مع ذاته ومع الواقع الاجتماعي الذي يحبى فيه . (مصطفى كامل عبد الفتاح وآخرين ، ١٩٨٧ : ٥٢-٥٣)

١- مفهوم اضطرابات الأكل:

يرى سيد أبو زيد عبد الموجود ٢٠٠١ اضطرابات الأكل بأنها وجود اتجاهات وسلوكيات مشوهة وراسخة نحو الأكل والوزن والبدانة ، أو هى 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. (سيد أبو زيد عبد الموجود، ٢٠٠١: ١٥٨)

بينما يرى Bayley, S. et al. 2012 اضطرابات الأكل هي اضطرابات نفسية وطبية تتضمن حالات شذوذ خطيرة في السيطرة على سلوكيات الأكل والوزن. اثنان من أكثر حالات اضطراب الأكل انتشاراً هما فقدان الشهية العصبي والشهية العصبي. ويتسم فقدان الشهية العصبي برفض الحفاظ على الحد الأدنى للوزن الطبيعي للجسم. بينما يتسم الشهية العصبي بوجود نوبات من الأكل بشراسة يليها اتباع لسلوكيات تعويضية غير مناسبة مثل افتعال القيء، أو إساءة استخدام الملينات أو مدرات البول أو غيرها من الأدوية، أو الصوم أو ممارسة التمارين بشكل مكثف. ولعل من السمات الأساسية لكلا الاضطرابين هو اضطراب وتشوه في إدراك شكل ووزن الجسم. وهناك فئة أخرى من اضطرابات الأكل وهي اضطرابات غير محددة، حيث تصف اضطرابات الأكل التي لا تتفق مع المعايير الخاصة باضطراب فقدان الشهية العصبي واضطراب الشهية العصبي. (Bayley, S. et al., 2012:4)

ومن خلال العرض السابق يمكن تعريف اضطرابات الأكل إجرائياً بأنها وجود صورة مشوهة تجاه الأكل والوزن ينتج عنها إساءة استخدام الأكل بهدف تحقيق نوع من التوازن الانفعالي، والعرضان الأساسيان لهذا الاضطراب هما الشهية العصبي وفقدان الشهية العصبي.

أ- الشهية العصبي Bulimia Nervosa:

مع نهاية السبعينات توالى التقارير العلمية التي تشير بوضوح إلى اضطراب نفسي من أهم خصائصه نوبات الشهية، والتهام كميات لا محدودة من الطعام دون أي ضابط أو رابط أو حتى أدنى مقاومة داخلية من المصاب. (خليل فاضل، ٢٠١٢: ١٢)

كما يطلق على اضطراب الشهية أحياناً "الأكل القهري" أو "إدمان الطعام"، وهو اضطراب واسع الانتشار أكثر من فقدان الشهية العصبي. وينتشر هذا الاضطراب بين

الذكور، الذين ينتمون إلى مستويات اجتماعية واقتصادية منخفضة، مثلما ينتشر بين الأفراد المتمين إلى الطبقات الوسطى، والمراهقات من الإناث. (Chernin, K., 1992 : 57)

والشراهة في تناول الطعام هي أكثر سلوكيات اضطرابات الأكل انتشاراً بين المراهقين من الذين يعانون من السمنة، وقد ارتبطت الشراهة في تناول الطعام بارتفاع في مستويات الألم النفسي ومشاعر الأسى التي ترتبط بالأكل. وعلى الرغم من تلك النتائج، وكذلك عدد الأبحاث التي تشير إلى أن الشباب الذين يعانون من السمنة يواجهون ضعفاً في جودة الحياة أكثر من أقرانهم ممن لا يعانون من زيادة في الوزن. (Tanofsky- Kraff, M., 2008: 12)

ويجب أن نفرق بين السمنة و الشره فمريض السمنة بالرغم من تناوله كميات كبيرة من الطعام ويتكرر ذلك مراراً في اليوم، إلا أنه لا يحاول التخلص من الكميات الزائدة من الطعام الذى يناوله. (زينب محمود شقير، ٢٠٠٥ : ٣٥)

ويتسم الشره العصبي بوجود نوبات متكررة من سلوكيات الأكل بنهم يتبعها اعتلال وظيفي وإجراءات تعويضية غير مناسبة. وعادة تظهر أعراض اضطراب الشره العصبي في مرحلة المراهقة أو في المراحل المبكرة من البلوغ. وبعكس الأشخاص الذين يعانون من فقدان الشهية العصبي، فإن أغلب حالات مرضى الشره العصبي تكون أوزانهم عادية. وتقدر الدراسات النسبة حسب الجنس بأنها حوالي ٩ : ١ للنساء في مقابل الرجال. (Hoek, H.W. & Van Hoeken, D., 2003: 383-384)

ولكن ما يمثل إشكالية هنا هو أن المعايير التشخيصية ذاتها تبدو متحيزة فيما يتعلق بالجنس: حيث ينشغل الرجال كثيراً بسلوكيات تعويضية غير التطهير، مثل الإفراط في التمرين (Lewinsohn, P.M., et al., 2002: 428)، بينما تهتم النساء عادة بسلوكيات التطهير كأحد الأساليب التعويضية. وعادة ما تكون هناك أمراض مصاحبة لحالات الشره العصبي: فحوالي ٨٠٪ من الأفراد الذين تم تشخيصهم بهذا الاضطراب كان قد تم تشخيص إصابتهم بمشاكل نفسية أخرى خلال حياتهم (Fichter, M.M. & Quadflieg, N., 2004:1399)

وتشمل القلق، والاكتئاب واضطرابات شخصية. ويتشارك الأشخاص المصابون بالشه العصبي مع المصابين بفقدان الشهية العصبي في بعض السمات الشخصية، وتشمل ارتفاع المثالية، وتجنب الضرر، وانخفاض في تقدير الذات وانخفاض توجيه الذات. (Fassino, S. et al., 2004:36)

- مفهوم الشره العصبي :

هو حالة من الشره المرضي لتناول الطعام، وهو عرض غير منتظم وقهري لتناول كميات كبيرة من الطعام في فترة قصيرة " حيث لا يستمتع الفرد بتناول الطعام وكأنه مكلف بضرورة إنهاء كمية معينة من الطعام " مما يقود إلى حدوث عديد من المشاعر المؤلمة والمصاحبة لعدد من التقلصات في البطن والإحساس بالغثيان، مما يدخله في دورة أخرى من البحث عن مليئات ومدرات للبول ومحاولات (ناجحة أو فاشلة) للتقيؤ، ولا يشعر بالراحة إلا بعد أن يكون قد تخلص من كميات الطعام التي تناولها. (محمد حسن غانم، ٢٠٠٤ : ٢٦٨-٢٦٩)

وتعرف L. Ranzenhofer, 2012 et al. الشراهة في تناول الطعام بأنها استهلاك كميات كبيرة من الطعام، ويلزمه شعور بفقدان السيطرة على تناول الطعام. (et al., L. Ranzenhofer, 2012:168)

بينما يعرف محمد حسن غانم ٢٠٠٩ الشره بأنه تناول 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. (محمد حسن غانم، ٢٠٠٩ : ٢٥٧)

ويرى محمود عبد الرحمن حموده ٢٠٠٧ الشره بأنها نوبات من عدم السيطرة على النفس والاندفاع القهري في تناول كميات كبيرة من الطعام في فترة زمنية قصيرة. (محمود عبد الرحمن حموده، ٢٠٠٧ : ٥٩٤)

اما محمد عاطف زعتر ٢٠٠٠ فيرى اضطراب الشره العصبي يتمثل في الشره الشديد والإفراط الكبير الذي يتلوه شعور بالذنب والاكتئاب، والشعور بفقد السيطرة على تناول الطعام، وبالرغم من ذلك فإنه لا يوجد نقص واضح في الوزن وإن كان يغلب عليهم الرغبة في تخفيف الوزن بالحمية، أو التدريبات الرياضية، واستعمال المليينات والحقن الشرجية، وقد ينتهي هذا الشره بآلام في البطن والعزوف والتقيؤ. (محمد عاطف زعتر، ٢٠٠٠: ٣)

بينما يرى عماد مخيمر وهبة محمد ٢٠٠٦ الشره بأنه التناول القهري لكميات كبيرة من الطعام أكثر مما يأكله معظم الأفراد، ويتم التهام الأكل بسرعة شديدة ويشعر الفرد بعدم القدرة على التحكم في سلوك الأكل، ويحدث هذا السلوك مرتين على الأقل في الأسبوع لمدة ثلاثة شهور. (عماد مخيمر- هبة محمد، ٢٠٠٦: ٢٤٧)

ويعرف كل من Hoek, H.W. & Van Hoeken, D. 2003 الأكل بشره بأنه استهلاك كميات كبيرة غير اعتيادية من الطعام كما يصحبه شعور بفقدان السيطرة. وهناك إجراءات تعويضية تهدف إلى تجنب زيادة الوزن، وتشمل افتعال القيء، إساءة استخدام المليينات لمنع زيادة الوزن، والصوم، والإفراط في التمرين (Hoek, H.W. & Van Hoeken, D. 2003: 383)

ومن خلال ما سبق يمكن تعريف الشره العصبي إجرائياً بأنه نوع من اضطرابات الأكل يتميز بفقدان السيطرة ينتج عنها تناول كميه كبيرة من الطعام وينتهي الأمر بسلوكيات تعويضية (القيء- استخدام المليينات- الصيام- ممارسة الرياضة بشكل مفرض) بهدف إنقاص الوزن.

بد فقدان الشهية العصبي Anorexia Nervosa:

اشتقت كلمة Anorexia أي فقدان الشهية من اللغة اليونانية، وتعني نقص الشهية أو تجنب الطعام والأشمتزاز منه. ولكن المصطلح كما يستخدم اكلينيكياً في بحوث اضطرابات الأكل يعد تسمية خاطئة لأن الشهية لا تتناقص تماماً لدى المريض، ولكن الشهية بالأحرى تتعدل وتتسوه ويتم التحكم فيها بقوة شديدة، ومع ذلك فقد شاع استخدام المصطلح بالرغم مما يثار ضده. (أحمد

محمد عبد الخالق، ١٩٩٧ : ٣٤)

واضطراب فقدان الشهية العصبي هو أحد اضطرابات الأكل التي تتميز بفرض التجويع على الذات، والخوف الشديد من زيادة الوزن رغم حالة الضعف التي يكون عليها الفرد، واضطراب في إدراك الشخص لشكله ووزنه.

(Le Grange, D. & Loeb, K.L., 2007:27)

وتوجد أعلى معدلات الإصابة باضطراب فقدان الشهية العصبي لدى الإناث في مرحلة المراهقة، حيث يصل معدل الانتشار إلى ٤٨ ، ٠٪. ويرتبط هذا الاضطراب بمشكلات نفسية وتعقيدات طبية مصاحبة له والتي تعيق جوانب عديدة من الأداء وتعطل النمو البدني والنفسي، خاصة عند المراهقين. (Golden, N.H. & Shenker, I.R., 1994:54)

ويبدأ اضطراب فقدان الشهية العصبي في الظهور من منتصف إلى أو آخر مرحلة المراهقة، ويصبح اضطراباً مزمنًا عند ثلث الأفراد على الأقل المصابين بهذا الاضطراب، ويتسم بتكرار الدخول للمستشفى للعلاج ثم التعرض لانتكاسة. وفي نسبة كبيرة من الحالات، يتحول فقدان الشهية العصبي من حالة تقييد تناول الطعام إلى الأكل بشراهة ثم إجراء عملية تطهير (قيء)، وقد يتحول عند البعض إلى اضطراب الشره العصبي. (Fichter, M.M. et al., 2006:89)

ويمثل الأكل بشره ثم القيام بعملية التطهير مخاطر طبية إضافية، مثل حدوث خلل في الكهرباء بالجسم. (Sullivan, P.F., 1995: 1073) وقد سجلت معدلات الوفيات في حالات فقدان الشهية العصبي أعلى نسبة وفيات بين الاضطرابات النفسية. بالإضافة إلى ذلك فإن نسبة كبيرة من حالات الوفاة للأشخاص المصابين بفقدان الشهية العصبي تحدث نتيجة الانتحار وليس الجوع، كما أن معدلات محاولات الانتحار عند الأشخاص المصابين باضطراب فقدان الشهية العصبي تعادل تلك المحاولات التي نجدها لدى المرضى المصابين باضطراب الاكتئاب الشديد. (Le Grange, D. & Loeb, K.L., 2007: 27)

وفي هذا الصدد ينبغي أن نفرق بين نوعين من فقدان الشهية :

*** فقدان الشهية العضوي :** وهو فقدان جزئي أو كلي للشهية، يرجع لأسباب عضوية، ويعد مصاحباً لعدد من الأمراض والاضطرابات، ويعتبر عرضاً شائعاً مشتركاً في كل الأمراض العضوية والنفسية، ويمكن أن يرتبط فقدان الشهية ببعض مجالات العدوى الحادة، كما أنه يرتبط بمعظم أمراض الجهاز الهضمي الخطرة، وسرطان المعدة أو القولون والتهاب الكبد الوبائي المعدي، واضطرابات الغدد الصماء مثل نقص افراز الغدة الدرقية، أو انخفاض وظائف الغدة النخامية .

*** فقدان الشهية العصبي :** ويمثل رفض الطعام أو التقيؤ المتعمد بعد الأكل مباشرة مما يتسبب عنه انخفاض ملحوظ في وزن الجسم إلى النقطة التي يمكن أن تهدد حياة الإنسان بالموت جوعاً. ويطلق عليه التجويع الذاتي المرضى . وهناك نوعان من فقدان الشهية العصبي هما النوع المتحفظ حيث لا يأكل المريض بشراهة، مع إرغام النفس على التقيؤ، وتناول الشربة، أو إسهال البطن أو باستخدام المليينات، ومدارات البول والحقن الشرجية . (زينب محمود شقير، ٢٠٠٢ : ١٠٥)

والنوع الشره هو حالة فقدان كبير للوزن بسبب إما رفض الأكل أو القيء المستمر إذا تناول الفرد الطعام، ويكون حدوث معظم الحالات لدى البنات المراهقات . (محمود السيد أو النيل، ١٩٩٤ : ١٩٨)

- مفهوم فقدان الشهية العصبي:

يعرف أحمد عكاشة ١٩٩٨ فقدان الشهية العصبي بأنه اضطراب يتميز بفقدان وزن واضح يحدثه أو يحافظ عليه المريض بنفسه، ويحدث المرض غالباً في الفتيات المراهقات والشابات من النساء، ولكن قد يصاب به الفتيان المراهقون والشباب، كما قد يصيب الأطفال قرب البلوغ والنساء الأكبر سناً حتى سن انقطاع الدورة الشهرية . (أحمد عكاشة، ١٩٩٨ : ٥٠٥)

وقد عرف كل من Sadock, J. B.&Sadock, A.V. 2010 فقدان الشهية العصبي بأنه هو عدم انتظام في تناول الطعام غالباً ما يبدو في شكل " رغبة دائمة في الجوع " وهو يوجد بشكل أو بآخر لدى الفتاة في سن المراهقة ويترتب على فقدان الشهية العديد من المظاهر أهمها النقص أو الفقدان المستمر في الوزن وشكل الجسم، والعديد من المظاهر الأخرى الفسيولوجية التي تترتب على استمرار حالة الجوع مثل انخفاض درجة حرارة الجسم، وانخفاض سرعة دقات القلب... الخ لمدة لا تقل عن ثلاث شهور. (Sadock, J. B. & Sadock, A.V., 2010 :261)

بينما يعرف أحمد محمد عبد الخالق ١٩٩٧ فقدان الشهية العصبي بأنه رفض الفرد للطعام، أو التقيؤ المعتمد بعد الأكل مباشرة، مما يتسبب عنه انخفاض ملحوظ في وزن الجسم، ويسمى أحياناً بالتجوع الذاتي المرضى. (أحمد محمد عبد الخالق، ١٩٩٧ : ٣٢)

وتعرفه زينب محمود شقير بأنه رفض لاشعوري للأكل يتعلق بالمعنى اللاشعوري للطعام، إلا من كميات ضئيلة في صورة سوائل، مما يؤدي إلى نقص في وزن الجسم، والخوف الشديد من اكتساب الوزن، وتوقف الدورة الشهرية لدى الفتيات، وتضطرب صورة الجسم، ويتخلل هذا الامتناع عن الأكل بعض نوبات الشره للطعام، ويكثر حدته بين الفتيات في مرحلة المراهقة. (زينب محمود شقير، ٢٠٠٥ : ٢٥)

كما عرف سيد أبو زيد عبد الموجود ٢٠٠١ فقدان الشهية العصبي بأنه اضطراب في الأكل يتميز بنقص في وزن الجسم ينتج عن التقليل في استهلاك الطعام والخوف من البدانة وفرط النشاط وتشوه صورة الجسم. واضطراب الحيض، الانشغال بالأكل والوزن، واتباع النظام الغذائي. ويبدأ اضطراب فقدان الشهية العصبي بانخراط الشخص في سلوكيات متطرفة من أجل إنقاص الوزن حيث يأخذ في خفض السرعات الحرارية للطعام الذي يستهلكه، والتجنب التام للأطعمة المحتوية على النشويات والدهون، وكذلك يقوم بعمل تدريبات مرهقة مثل المشي، الجري، السباحة، الرقص... الخ، ويصبح النشاط المفرط سمة

مميزة. (سيد أبو زيد عبد الموجود، ٢٠٠١: ١٥٨)

ومن خلال ما سبق يمكن تعريف فقدان الشهية العصبي بأنه هو نوع من اضطرابات الأكل يتميز برغبة دائمة في الجوع بهدف إنقاص الوزن ينتج عنها تعمد تجنب الطعام أو القيء المتعمد بعد الأكل مباشرة خوفاً من البدانة.

٢- تشخيص اضطرابات الأكل:

هناك اتفاق عام حول معايير تشخيص اضطراب فقدان الشهية العصبي واضطراب الشره العصبي كما يعرفها الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية. وتتميز اضطرابات الأكل بوجود اضطرابات حادة في سلوكيات وأساليب الأكل. ويتسم كلا النوعين من الاضطرابات (فقدان الشهية والشره) بالانشغال بقضية الوزن، والخوف من السمنة، والشعور بعدم الملائمة متأثراً بوزن وشكل الجسم، (Russell-Mayhew, S., 2006:2) ويتم عادة التمييز بين اضطراب فقدان الشهية العصبي واضطراب الشره العصبي، بسبب الوزن والمضاعفات الطبية المرتبطة بكل منهما. فالأشخاص المصابون باضطراب فقدان الشهية العصبي ينخفض وزنهم بينما هؤلاء المصابون باضطراب الشره العصبي يكون وزنهم في المتوسط أو أعلى من المتوسط. ولا يتفق الكثير على تعريف وتحديد معيار تشخيص اضطراب نوبات الأكل الشره. غير أن الأشخاص المصابون بنوبات الأكل الشره عادة ما يعانون من نوبات من الأكل بشراهة دون وجود سلوكيات تعويضية مثل التي نراها عادة عند المرضى المصابين باضطراب فقدان الشهية العصبي. (Reagan, P. & Hersch, J., 2005:253)

الا أن هناك اتفاق على أن اضطرابات الأكل ينتج عنها اعتلال وظيفي ومشكلات بدنية، ونفسية واجتماعية. (Engel, S.G. et al., 2006:65)

جدول (١) المعايير التشخيصية لاضطرابات الأكل

أ. المعايير التشخيصية لفقدان الشهية العصبي :

<p>أ- الحد من استهلاك الطاقة مقارنة بالكمية التي يحتاجها الجسم، وهو ما يؤدي إلى انخفاض ملحوظ في الوزن عن المستوى الطبيعي المناسب للعمر، والجنس، والمسار التنموي، والصحة البدنية. ويعرف الانخفاض الملحوظ بالوزن بأنه الوزن الذي يكون أقل من الحد الأدنى للوزن الطبيعي، أو بالنسبة للأطفال والمراهقين يكون الوزن أقل من الحد الأدنى المتوقع.</p>	معايير تشخيص فقدان الشهية العصبي في دليل تشخيص الأمراض النفسية الخامس DSM- V
<p>ب- خوف شديد من كسب الوزن أو من البدانة، رغم أن الوزن أدنى من الطبيعي . ج- اضطراب في الطريقة التي يدرك فيها الشخص وزن جسمه أو شكله. أو تأثير غير ملائم لوزن الجسم أو شكله على التقييم الذاتي أو إنكار خطورة الانخفاض الراهن لوزن الجسم . حدد ما إذا:</p>	
<p>(F50.01) الحد من الطعام: خلال الشهور الثلاثة الماضية، لم يدخل الفرد في نوبات متكررة من الشره في الأكل أو سلوك التطهير (أي استحداث القيء أو إساءة استخدام المسهلات، أو مدرات البول، أو الحقن الشرجية). هذا النوع الفرعي يحدث فيه فقدان الوزن بشكل أساسي عن طريق الحمية، والصوم، و/ أو التمارين المفرطة .</p>	
<p>(F50.02) الشره في الأكل الذي يتبعه التطهير: خلال الشهور الثلاثة الماضية، تعرض الفرد لنوبات متكررة من الشره في الأكل أو اتباع سلوكيات التطهير (أي استحداث القيء أو إساءة استخدام المسهلات، أو مدرات البول، أو الحقن الشرجية). حدد إذا:</p>	
<p>في حالة الهدوء الجزئي: بعد تحقق كل معايير فقدان الشهية العصبي، لم يستمر المعيار الأول (انخفاض وزن الجسم) لفترة زمنية متواصلة، ولكن يظل هناك المعيار الثاني</p>	

(الخوف الشديد من زيادة الوزن أو أن يصبح الفرد بدين أو ظهور سلوك يتعارض مع زيادة الوزن) أو المعيار الثالث (اضطرابات في تصور الذات فيما يتعلق بالوزن والشكل).
في حالة الهدوء التام: بعد تحقق كل معايير فقدان الشهية العصبي، لا تستمر أي من تلك المعايير لفترة زمنية متواصلة .

حدد المستوى الحالي لحدة اضطراب فقدان الشهية العصبي :

يعتمد المستوى الأدنى لحدة الاضطراب بالنسبة للبالغين على مؤشر الكتلة الحالية للجسم (BMI)، أما بالنسبة للأطفال والمراهقين، فإنه يعتمد على النسبة المئوية لمؤشر كتلة الجسم . النطاقات الموضحة فيما يلي مستمدة من تصنيفات منظمة الصحة العالمية الخاصة بالنحافة لدى البالغين؛ أما بالنسبة للأطفال والمراهقين فيجب استخدام النسبة المئوية المناظرة لمؤشر كتلة الجسم . ربما يزيد مستوى حدة الاضطراب ليعكس أعراضاً إكلينيكية، ودرجة الإعاقة الوظيفية، والحاجة للمتابعة والإشراف .

BMI>17kg/m2 : خفيفة

BM116- 16.99 kg/m2 : متوسطة

BM115- 15.99 kg/m2 : شديدة

BMI < 15 kg/m2 : مزمنة

بد المعايير التشخيصية للشهه العصبي:

- أ- نوبات متكررة من الإفراط الطعامي . وتتصف نوبة الإفراط الطعامي بكل مما يلي :
- ١- أكل مقدار من الطعام أكبر بصورة واضحة مما يأكله معظم الناس أثناء نفس الفترة من الوقت وتحت نفس الظروف . وذلك في فترة محدودة من الوقت (مثال ، خلال ساعتين).
 - ٢- إحساس بانعدام السيطرة على الأكل أثناء النوبة (مثال ، الإحساس بأن المرء لا يستطيع التوقف عن الأكل أو السيطرة على مقدار ما يأكل) .
- ب- سلوك تعويضي غير مناسب معاود لمنع كسب الوزن ، مثل افتعال القيء أو سوء استخدام المسهلات أو المدرات أو الحقن الشرجية أو أدوية أخرى ، أو الصيام أو التمارين الشديدة .
- ج- يحدث كل من الإفراط الطعامي والسلوكيات التعويضية غير المناسبة ، كمعدل وسطي ، مرتين أسبوعياً على الأقل لمدة 3 أشهر .
- د- يتأثر تقييم الذات بشكل غير سليم بشكل ووزن الجسم .
- هـ- لا يحدث الاضطراب حصراً أثناء نوبات فقدان الشهية العصبي .
- في حالة الهدوء الجزئي : بعد الانتهاء من عرض محكات تشخيص الشهه العصبي توجد بعض الأمراض التي يمكن أن تظهر واضحة لبعض الوقت .
- في حالة الهدوء التام : بعد الانتهاء من عرض محكات تشخيص الشهه العصبي توجد بعض الأمراض التي يمكن ان تظهر ولكن ليس بصورة دائمة ويجب أن يراعى ذلك في التشخيص .
- حدد المستوى الحالي لحدة اضطراب الشهه العصبي :
- يعتمد تحديد شدة العرض الخاص بالشهه العصبي على مدى تكرار السلوكيات والأعراض الخاصة بهذا المرض وربما تعكس الدرجة الشديدة من المرض زيادة في الاعراض وكذلك انخفاض في الأداء الوظيفي .
- خفيفة : في المتوسط من ١-٣ نوبات من السلوكيات التعويضية في الأسبوع .
- متوسطة : في المتوسط من ٤-٧ نوبات من السلوكيات التعويضية في الأسبوع .
- شديد : في المتوسط ٨-١٣ الحلقات من السلوكيات التعويضية في الأسبوع .
- المزمنة : في المتوسط ١٤ أو أكثر من نوبات من السلوكيات التعويضية في الأسبوع .

معايير تشخيص
الشهه العصبي في
دليل تشخيص
الأمراض النفسية
الخامس DSM- V

٣- العوامل المؤدية إلى اضطرابات الأكل:

اضطرابات الأكل هي تفاعل معقد بين العوامل الحيوية والنفسية، وتشمل أموراً تتعلق بالنمو، وعوامل العلاقات والأسرة، وأحداث الحياة، الضعف الحيوي أو الاستعداد الجيني، والمؤثرات الاجتماعية الثقافية. ولا يوجد مسبب واحد يسهل تحديده لحدوث اضطرابات الأكل. (The Eating Disorders Association, 2012:7) إلا أن بعض الأفراد أكثر عرضة للإصابة باضطرابات الأكل دون غيرهم. وقد أظهرت الأبحاث أنه لا تتأثر جميع قطاعات المجتمع بنفس المعدل. (Hoek, H.W. et al., 1995:1275)

ومن بين العوامل الديموغرافية الهامة في نشوء اضطرابات الأكل هي الجنس، والعرق، والعمر. وقد أظهرت الدراسات أن ٩٠٪ على الأقل من هؤلاء المصابين باضطرابات الأكل هم من الإناث. ومن المعروف بشكل كبير، رغم أنه لم يتم إثباته بشكل قاطع، أن التفاوت يحدث نتيجة الضغوط الاجتماعية الثقافية المختلفة التي تقع على عاتق الإناث فيما يتعلق بالحجم، والمظهر والجاذبية. وعادة ما يكون الأفراد المصابون باضطرابات الأكل من المراهقين وصغار البالغين. وبوجه عام، وجد أن ظهور هذا الاضطراب يحدث ما بين ١٤ و ٣٠ عاماً. كما أن عوامل خطر الإصابة باضطرابات فقدان الشهية العصبي واضطراب الشره عادة ما يتم تعريفها في إطار عوامل الاستعداد للإصابة، والعوامل المؤهلة وعوامل المداومة والاستمرار. وتشير عوامل الاستعداد للإصابة باضطرابات الأكل إلى المؤثرات الفردية، والجينية، والأسرية، والاجتماعية الثقافية. ومن بين الأمثلة النموذجية لهذه العوامل شخص لديه نزعة الكمال أو الوصول إلى النموذجية، أو شخص يسعى لتحقيق أعلى إنجاز. فالشعور بالامتلاء الطبيعي بعد تناول الطعام يمثل شعوراً بعدم الراحة ويُعتبر فشلاً في السيطرة، وضعفاً أخلاقياً ومصدراً كبيراً للشعور بالذنب. فهؤلاء المثاليون يشعرون بالفشل في مشروعهم الأساسي وبالتالي سيضاعفون من مجهودهم عن طريق عدم تناول أي طعام لمدة يوم أو ربما يحدون من تناولهم للماء. (Roodsari, A. F., 2011:1)

في حين تشمل العوامل المؤهلة لحدوث الإصابة المراحل النمائية في الحياة (خاصة مرحلة المراهقة)، أو حدوث أزمة حياتية (مثل حادث فقدان أو أسي)، أو حدوث مرض أو خيبة أمل شخصية. بينما تتضمن عوامل المداومة والاستمرار والتي تؤدي بدورها إلى حدوث الإصابة باضطرابات الأكل وضع قيود غذائية، الأكل بشراهة، اتباع سلوكيات تعويضية للسيطرة على الوزن وأيضاً الأفكار المختلة والمفككة مثل الانشغال المبالغ فيه بالوزن والشكل، وكذا الشعور لفترات طويلة بتدني تقدير الذات. (The Eating Disorders Association, 2012:7) وترتبط هذه السلوكيات عادة بالأفكار القهرية والمثالية والتي تركز على الصورة المشوهة للجسم والخوف من أن يصبح الفرد سمين. (Roodsari, A.F., 2011:1)

أ. العوامل الوراثية والعضوية:

ولقد تم دراسة هذا الجانب من خلال طرق متعددة مثل: دراسات التوائم أو الأقارب المقربين للمريض بالمقارنة بالجمهور العام، وكذا الأخوة وذلك لإثبات مدى التأثير الوراثي في أفراد يفترض أنهم يشتركون تقريبا في نفس الخصائص الآتية:

- إن مرضى اضطرابات الأكل ينتشر بمقدار ثماني مرات بين الأقارب المقربين للمريض بالمقارنة إلى الجمهور العام.

- أثبتت دراسات التوائم صحة تأثير عامل الوراثة، حيث أثبتت العديد من الدراسات وجود عامل وراثي تكمن وراء اضطرابات الأكل ودفع ذلك العلماء إلى البحث عن الأساس الفسيولوجي (في وظائف أعضاء الجسم) المسئول عن هذا العامل الوراثي. (محمد حسن غانم، ٢٠٠٩: ٢٦٣)

- اختلال إفرازات النخاع الشوكي، فقد أثبتت الدراسات الحديثة نسبة الانخفاض غير الطبيعي لمادة السيروتونين الموجودة في الدماغ لدى مصابي الشره، تلك المادة التي تساعد على نقل الاندفاعات العصبية بين خلايا الدماغ، وهي المسئولة عن الشعور

بالشبع بعد الوجبات والسيطرة على التصرفات الاندفاعية، ومن ثم يشعر المريض بالجوع المستمر وبالتالي يتناول الأكل بشكل مستمر .

- التغيرات الهرمونية التي تطرأ على الجسم في فترة ما قبل الحيض مما يحدث انخفاضاً شديداً لمستوى السكر في الدم، والنساء ذوات الحساسية لهذه التغيرات يتناهن جوع مفرط للسكريات والمأكولات ذات القيمة الحرارية العالية في خلال الأيام القليلة التي تسبق الحيض . (زينب محمود شقير، ٢٠٠٢ : ٣٨-٣٩)

بد العوامل النفسية :

تلعب العوامل النفسية مثل القلق من الوزن أو عدم الرضا عن الجسم دوراً هاماً في تطور واستمرار اضطراب الأكل .

حيث يُعتقد أن عدم الرضا عن الجسم أو إدراكه بصورة سلبية يعزز من اتباع نظام غذائي، وهو بدوره يزيد من مخاطر الإصابة باضطرابات الأكل، لأن الأفراد الذين يشعرون بعدم الرضا عن أجسامهم ربما يعتقدون أن اتباع سلوك غذائي معين هو وسيلة فعالة للسيطرة على أوزانهم . ولكن عدم الرضا عن الجسم قد يكون له أيضاً تأثير سلبي، ذلك لأن المظهر البدني قد يكون له بُعد تقييمي أساسي . وأخيراً، فإن عدم الرضا عن الجسم قد يشجع بشكل مباشر على اتباع السلوكيات التعويضية (مثل القيء) الذي يميز اضطراب الشره العصبي . وفي الواقع، يُنبئ عدم الرضا عن الجسم بارتفاع في اتباع نظام غذائي كما يكون له تأثير سلبي . أيضاً يُنبئ بظهور أعراض الشره العصبي . (Fassnacht, D.B., 2011:34)

كما أن إصرار فئة المصابين باضطرابات الأكل على أن تكون في صورة هزيلة ونحيفة إنما يساعدهم من الناحية النفسية في الحفاظ على أن يظل مظهرهم شبيهاً بالأطفال الصغار، وبالتالي يمكنهم تجنب تحديات البلوغ وما يجره من صراعات، بالإضافة إلى إمكانية انقطاع الطمث، وإمكانية أن يتم تسطيح للملامح الأنثوية البارزة وإمكانية الانحراف الواقع على الدافع الجنسي .

وكل هذا من شأنه أن يساعد الفتاة على الإفلات من عبء النمو الأثوي والدور الأمومي وما يتطلبه ذلك من دخول في علاقات قد لا تريدها لا شعورياً مع الآخرين من الجنس الأول. (محمد حسن غانم، ٢٠١٢: ١٨٧)

والغالبية العظمى من الأفراد الذين يعانون من اضطرابات تتعلق بتناول الطعام لديهم إحساس ضئيل بالتحكم الشخصي ولا يتقنون في قدراتهم أو مواهبهم، وينشغلون بدرجة زائدة عن الحد بمظهرهم أمام الآخرين، ويعانون من القلق الاجتماعي، واضطرابات صورة الجسم والعزلة الاجتماعية.

كما أن اضطرابات الأكل تحدث نتيجة تفاعل عدد معين من العوامل مثل: نقص في مفهوم الذات، الخوف من الخواء أو السوء الداخلي إضافة إلى قيام المريض بتزييف سلوكه عن طريق العديد من ميكانيزمات الدفاع، أو الإدراك الخاطئ للكثير من الوقائع. (أسامة فاروق مصطفى، ٢٠١١: ٢١٥-٢١٦)

بالإضافة إلى ما سبق، نجد أن بعض الأفراد يتخذون من اضطرابات الأكل وسيلة للهروب من الحالة الانفعالية التي يعانون منها. حيث ينتج الاضطراب كاستجابة لحالة كريمة من الوعي الذاتي. والوعي الذاتي هذا يكون كريهاً حينما يصبح الفرد واعياً بحدة التناقض بين حالة مرغوبة وحالته الفعلية الحالية. وأن المعايير العالية والشكوك الخاصة بقدرة الفرد على خفض التناقض يكتفان الكراهية، ويعملان على الهروب منها على نحو أكثر احتمالاً. (حسين فايد، ٢٠٠٢: ٤٠٥)

كما أن السمات الشخصية النموذجية للأفراد المصابين باضطراب فقدان الشهية العصبي تتضمن القلق، والسعي للمثالية، وانخفاض في تقدير الذات، والقهر، وتجنب الأذى. (Mitchell, J.E. et al., 2007:95)

والحالات النفسية المترامنة مع هذا الاضطراب تشمل اضطراب القلق والاكتئاب الشديد، وتشير بعض الأدلة إلى أن اضطراب القلق يسبق ظهور أعراض اضطراب الأكل. (Fassnacht, D.B., 2011:34)

ج- العوامل الاجتماعية الثقافية:

إن التأثير الذى يصنعه الإطار الاجتماع الثقافى فى سلوك الأكل من خلال عدم الرضا عن صورة الجسم التى يبعثها فى الأفراد، لا يتوقف عند هذا الحد، بل إنه يظهر أيضاً من خلال المعرفة بمجموعة من المعتقدات والمفاهيم المرتبطة بالغذاء، والتى يكسبهم إياها، فتدعم سلوك الأكل أما بشكل إيجابى أو سلبى. فالأفراد المقيمون فى مجتمعات مفتوحة يعتنقون المعتقدات والمعايير والقيم الخاصة بالوزن وحجم الجسم الشائعة فى مجتمعهم، الأمر الذى قد يحمل معه ظهور اضطرابات سلوك الأكل. (سهير فهيم الغباشى- هناء أحمد محمد، ٢٠١١: ١٦٤)

والبيئة الثقافية الحالية تعرف الشكل المثالى لجسم الأنثى على أنه نحيف ومرن. وتمرن النساء بالكثير من حالات الضغط النفسى، للوصول إلى هذا المستوى الجسمى المثالى. (صفوت فرج وآخرون، ٢٠٠٩: ٦٦٩)

وقد وجد ارتباط بين انتشار اضطرابات الأكل وبين كم الإعلانات التى تجذب من شأن الغذاء المخصص لعمل الرجيم سواء لمن كانت رشيقة وتريد أن تواصل النحافة أو من كانت بدينة وتريد أن تواصل طريقها إلى الرشاقة ناهيك عن العلاجات الأخرى التى تساعد على شفىط الدهون وغير ذلك من المحاولات المستمرة لإنقاص الوزن. (Wiseman, C. et al., 1992:86)

كما تلعب العوامل الاجتماعية درواً هاماً فى ذلك لأن السلوك المتعلق بالأكل مرتبط بالعادات الاجتماعية، وأننا إذا اعتدنا تناول الغذاء مع أشخاص نجبهم ويوجد ميراث من خبرات الحياة السعيدة معهم كل ذلك يجعل الشخص يلتهم كميات كبيرة من الطعام عكس الحال إن كنت تتناول طعامك بفردك، فضلاً عن اللجوء إلى ميكانيزم التقليد من حيث تقليد الطفل لأمه أو أبيه فى تناولهما للطعام وما إذا كان يتناولان كميات كبيرة أو قليلة. (حامد عبد السلام زهران، ٢٠٠٥: ٤٢٥)

والموروث الثقافي عن الصورة النموزجية والمثالية للرشاقة والتركيز على المظهر وكذلك دور الإعلام في ربط السعادة والنجاح بأشخاص رشيقة كل هذا يلعب دوراً هاماً في الإصابة باضطرابات الأكل. (The Victorian Centre of Excellence in Eating Disorders, 2004:14)

وبعض العوامل الاجتماعية تتمثل في لجوء العديد من الأمهات إلى جعل أطفالهن يتناولون كميات كبيرة من الطعام ولو غضباً لأنها تؤمن في قرارة ذاتها أن البنية الجيدة الممتلئة قد تكون بعيدة عن الإصابة بالأمراض. (محمد حسن غانم، ٢٠٠٤ : ٢٦٩)

كما أن المستوى الاجتماعي والظروف البيئية والاقتصادية تلعب دوراً هاماً في إصابة الشخص باضطرابات الأكل حيث تلعب الأموال ووفرتهأ أدواراً في ذلك أي في شراء الأطعمة وبكميات قد تفوق ما يحتاجه الفرد. (محمد حسن غانم، ٢٠٠٩ : ٢٦٤)

د- العوامل الأسرية:

من أهم السمات التي تميز عائلات الأفراد الذين يعانون من اضطرابات الأكل الجمود، الصرامة، والتزمت، القسوة، التفكك، وفقدان الترابط والانسجام بين اعضائها. (أسامة فاروق مصطفى، ٢٠١١ : ٢١٦)

فضلا عن سوء العلاقات بين الأبوين، وارتفاع معدلات القلق لدى الأمهات وزيادة الاكتئاب لدى الآباء، إلى جانب صرامة الأنماط السلوكية من قبل الوالدين وجودها. (أحمد محمد عبد الخالق-مايسة أحمد النبال، ١٩٩٢ : ٥٩)

كما أن الاهتمام الزائد للأم بأطفالها يؤدي عادةً إلى الإفراط في إطعامهم، وربما كان هذا الإفراط في تناول الطعام هو الأسلوب الذي قد يعتقد الطفل أنه الأفضل في استجلاب اهتمام وعطف ومحبة والديه. (مجدى أحمد محمد، ١٩٩٦ : ٢٩٥)

وقد أوضح Bulik, C.M. et al. 1998 أن عدم الاهتمام بالأكل وعدم إشباع حاجات الجسم إلى الطعام من قبل الوالدين كان من أهم العوامل في نشأة الشره لدى الأبناء .
(Bulik, C.M. et al., 1998: 611- 623)

كما أشارت Dan Eades, M. 1993 أن ذوى الشره العصبي يعيشون غالباً في أسر مفككة ولا يخضعون للضبط الأسرى وتكون أدوار أعضاء أفراد الأسرة غير واضح تماماً .
(Dan Eades, M., 1993:147)

بالإضافة إلى ذلك ، فقد اعتُبرت الأسرة أيضاً أحد العوامل المسؤولة عن تطور الإصابة بفقدان الشهية العصبي . حيث تنتشر الحالات التي لها تاريخ مرضي للإصابة بفقدان الشهية العصبي أو أي أمراض أخرى تتعلق بفقدان الوزن أو غيرها من الاضطرابات النفسية الأخرى مثل اضطرابات الاكتئاب والقلق بين أفراد الأسر التي بها نساء مصابات بفقدان الشهية العصبي أكثر من انتشارها بين أفراد الأسر في العينة الضابطة . وقد لوحظ أنماط خاصة للتفاعل الأسري مثل الجمود، والمبالغة في الحماية، والسيطرة الزائدة، والخلافات الزوجية . (Tozzi, F. et al., 2002:144)

هـ وسائل الاعلام:

يعتقد الكثير من الأشخاص أن النمط الشكلي الذي يقدمه الإعلام يساعد في تفسير أن نسبة ٩٠٪ من الأشخاص المصابين باضطرابات الأكل يكن من الإناث بينما ١٠٪ فقط يكونون من الذكور .
(Thompson, J.K. & Heinberg, L.J., 1999: 340)

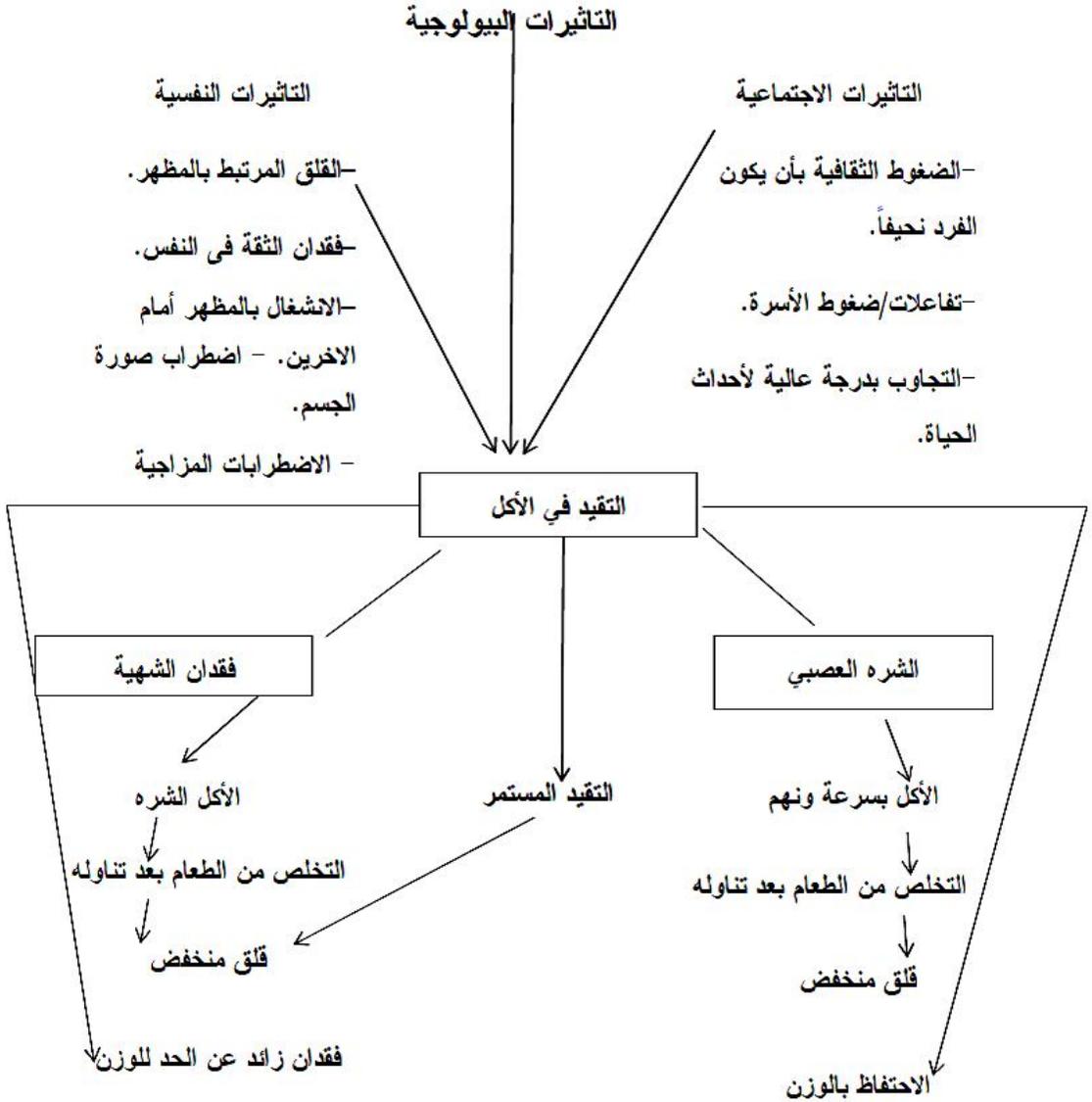
وفي الدول الغربية التي تتسم بالتنافس الشديد لتحقيق النجاح ، عادة ما تواجه السيدات متطلبات ثقافية غير واقعية لتحقيق النحافة . حيث نجد في الولايات المتحدة أن ٣٢٪ من السيدات في شبكات التلفزيون يكن ناقصات وزن، بينما ٥٪ فقط من المشاهدات من الإناث يكن كذلك . وبالمثل ، فإن فقط ٣٪ من الإناث بشبكات التلفزيون يتسمن بالسمنة، بينما ٢٥٪ من السيدات في

الولايات المتحدة يندرجن في نفس هذه المجموعة . إن الاختلافات بين الصور الإعلامية للرجال الناجحين والسعداء في مقابل السيدات مثيرون للاهتمام . بينما تبدو السيدات أصغر سناً، وأجمل وأرشق، نجد الرجال تتباين أعمارهم فنجد منهم الصغار وغيرهم من الكبار، ولكنهم يكونون أقوياء في كافة المجالات الهامة- البدنية، والأعمال، وعلى المستوى الاجتماعي . فالنحافة ليست مفضلة بالنسبة للرجال، بينما تكون القوة، والسلطة والحزم أكثر أهمية . (Costa- Font, J. & Jofre- Bonet, M., 2011:4)

ز- التكامل بين العوامل المؤدية للاضطرابات الأكل:

قدم كل من Barlow, D. & Durand, M., 2014 نموذج سببي متكامل

لاضطرابات الأكل ويتضح ذلك في ما يلي :



شكل (١) (Barlow, D. & Durand, M., 2014:284)

٤. النماذج المفسرة لاضطرابات الأكل:

أ. النموذج الوراثي (الجيني) :

في بداية القرن العشرين كان هناك افتراض بوجود خلل في نشاط الغدد الصماء ينتج عنه اضطرابات الأكل، ولكن التقدم في الفحوص العلمية أكد عدم صحة هذا الادعاء. (محمود عبد الرحمن حموده، ٢٠٠٧: ٥٩٠)

ويبدو أن اضطرابات الأكل تنتقل في العائلة الواحدة من جيل لآخر. حيث ذكر أن الأقارب من النساء لمرضى مصابين بفقدان الشهية العصبي كن أكثر عرضة بمعدل عشرة أضعاف لتطور الإصابة بأحد اضطرابات الأكل أكثر من أقارب العينة الضابطة. وذكر أيضاً الباحث أن مخاطر الإصابة بفقدان الشهية يزداد بين الأقارب من الدرجة الثانية لهؤلاء المرضى. كما تنتشر أيضاً الشرهية في عائلات المرضى المصابين بالشرهية العصبية. (Strober, M. et al., 1990:246)

ومن المثير أن نوع اضطراب الأكل يبدو مميزاً، حيث يكون فقدان الشهية شائعاً في عائلات المرضى المصابين بفقدان الشهية، بينما تنتشر الشرهية بشكل كبير في أسر المرضى المصابين بالشرهية. وربما يشير الارتباط بين الأسر إلى وجود دور للعوامل الجينية، غير أن هذه العوامل لا يمكن أن تبطل تأثير البيئة المشتركة. وبالتالي، أجرى الباحثون دراسات عن التوائم باستخدام التوائم من جنس واحد وأيضاً التوائم من جنسين مختلفين. (Ogden, J., 2010:234)

وتعد الدراسات عن التوائم عادة "أفضل طريقة" لتحديد العوامل الوراثية لأحد المشكلات، حيث أنها تدعو إلى الفصل بين العوامل الوراثية الجينية والعوامل البيئية. وهناك بعض المشكلات التي يجب مراعاتها، على سبيل المثال، نحتاج إلى تحديد طبيعة التوائم بشكل دقيق، فاختيار التوائم عادة يكون صعب، خاصة إذا كانت الحالة محل الدراسة نادرة، كما أن العينة التي يتم اختيارها يجب أن تكون معبرة عن التوائم بوجه عام وليس هؤلاء التوائم الذين

يمثلون الحالة محل الدراسة. بالإضافة إلى ذلك، تظل مشكلة البيئة قائمة، ويفترض أن البيئة التي يعيش فيها توأمين من نفس الجنس هي نفس البيئة التي يعيش فيها التوأمان من جنسين مختلفين. غير أنه من الممكن أن يكون التوائم من جنس واحد تتم معاملتهم بنفس الطريقة تقريباً أكثر من التوائم من جنسين مختلفين. بالإضافة إلى ذلك، إذا تم استخدام الدراسات عن التبني، فإنه من الممكن أن تكون البيئة المحيطة بأسرة التبني مشابهة بشكل كبير للبيئة المحيطة بالأسرة البيولوجية. (Schepank, H., 1992: 248)

بد نموذج التحليل النفسي لاضطرابات الأكل.

هناك العديد من نماذج التحليل النفسي لاضطرابات الأكل. وبوجه عام، لا تهدف مثل تلك النماذج إلى تقديم نموذج شامل للأسباب التي يمكن من خلالها التنبؤ بالحالات التي قد يتطور لديها مشكلات لاضطرابات الأكل، ولكنه يقدم طريقة لفهم خبرات المريض. ويوجد عاملين مشتركين بين هذه النماذج، أولاً، هي تؤكد على المعاني المرتبطة بالأعراض لدى الفرد وعلى وظيفة والحاجة لتلك الأعراض. ثانياً، تؤكد هذه النماذج على دور مرحلة الطفولة وما يتبعها من خبرات تشكل هوية الشخص " بحيث إذا تعرض هذا الشخص لظروف تؤدي إلى الإصابة بفقدان الشهية مثلاً فإنه ينخرط فيها مباشرة " . (Szmukler, G. et al., 1995: 126)

- الدلالة الرمزية للأعراض :

تم تحليل أعراض اضطرابات الأكل ووجد أنها تمثل معاني رمزية بالنسبة للشخص المصاب بهذه الاضطرابات. حيث قامت بعض الأبحاث في هذا المجال باستكشاف العلاقة بين أعراض اضطرابات الأكل والجوانب الجنسية. على سبيل المثال، وجد أن القيء يعد محاولة لإزالة أثر غير مرغوب فيه لعلاقة جنسية، أيضاً وجد أن الخوف من البدانة يعد أحد عوامل رفض الحمل، في حين وجد أن النحافة الشديدة تمثل الخوف الحقيقي من الموت. كما تناولت نظريات أخرى معنى الطعام والجوع مع التأكيد على السيطرة والتحكم في هذا الأمر. (Ogden, J., 2010 :237)

فعلى سبيل المثال، يرى كل من Joseph, S. & Dare, C. أن الجوع يعكس الشره بالنسبة للمصابين بفقدان الشهية، حيث يرى أن الجوع يعتبر "قوة تطفلية لا يمكن قهرها" والتي يجب مقاومتها، وأنه كلما نجح الفرد في مقاومة هذا الشعور كلما أدى ذلك إلى زيادة الرغبة فيها وبالتالي يزداد الخوف منها. (Sandler, J. & Dare, C., 1973:773)

وتتناول بعض النظريات أيضاً وظيفة اضطراب الأكل على سبيل المثال، تطرح تلك النظريات أن المنع الشديد للطعام يعمل على زيادة الشعور بالكفاءة الشخصية من خلال تحقيق النجاح في مجال تجنب الأكل، وأن فقدان الوزن يعمل على تجنب ظهور العلامات الجنسية من خلال تقليل ظهور العلامات الجسدية للبلوغ المرتبطة بالدور الجنسي للفرد. (Bruch, H., 1974:236) ومن وجهة نظر التحليل النفسي فإن تجنب تناول الطعام له معنيين أساسيين، أولاً، يرى الشخص فيها مجال للسيطرة، وثانياً، يرى فيه الفرد أنه طفل صغير، لا يمكنه الاعتماد على ذاته ويحتاج إلى من يراعه. (Ogden, J., 2010:236)

دور الطفولة :

ركزت بعض نظريات التحليل النفسي على تحليل فرويد لمرحلة الطفولة المبكرة. وقد رأت تلك النظريات أن الانشغال الشديد بالطعام والذي يتمثل في إعداد الوجبات للآخرين، وأيضاً العلاقة المتضاربة بالطعام يعكس الطاقات الجنسية الفمية. وقد ركزت صيغ اضطرابات الأكل الأخيرة على العلاقة بين الآباء والأبناء. على سبيل المثال، يرى Bruch, H. 1985 أن الأطفال الذين يتربون بطريقة تجعلهم يشعرون بعدم الفاعلية قد ينمو لديهم فقدان للشهية كأسلوب لإعادة تأسيس القوة داخل الأسرة (Bruch, H., 1985:8) فهو اضطراب يرتبط بالعلاقة الإغوائية الاعتمادية مع الأب، مع شعور بالذنب نتيجة الشعور بالعدوانية تجاه الام، مع وجود تناقض وجداني في العلاقة مع الأم. (حسين فايد، ٢٠٠٢ : ٤٠٢)

ويرى Ogden, J. أن مثل هذا الشعور من عدم الفاعلية قد يكون ظاهراً بشكل خاص في الأطفال الذين تتوقع أمهاتهم جميع متطلباتهم، فهن يفهمن متى يشعر الطفل بالجوع، والعطش والإعياء. فالأطفال الذين يتربون على أيدي أمهات "مثاليات" مدركات بشكل دائم لمتطلبات أطفالهن قد لا يتمكنوا من تحديد وفهم حالاتهم الداخلية. (Ogden, J., 2010:237)

في حين ترى أبحاث أخرى أن الشره والتطهير الذي يتبعه المصابون بالشره وبعض مصابي فقدان الشهية العصبي قد يمثل علاقة متصارعة بين المريض وأمه، حيث يرمز الشره الرغبة في أن يظل المريض بالقرب من أمه بينما يعكس التطهير الرغبة في الانفصال عن الأم. وتلخيصاً لما سبق، يؤكد أسلوب التحليل النفسي على وظيفة ورمزية الأعراض ودور العلاقات التي تتطور خلال مرحلة الطفولة. (Goodsitt, A., 1997:206)

ج- النموذج المعرفي السلوكي لاضطرابات الأكل:

يركز النموذج المعرفي السلوكي لاضطرابات الأكل على المكونات الأساسية للسلوك مثل الظروف التقليدية والإجرائية، كما يركز على مفاهيم مثل التعزيز، وعملية الاستجابة للمثيرات، والخمود. وهو من ثم يضيف المكونات الرئيسية للنظرية المعرفية مثل المعتقدات، والصور، والأفكار، والأساليب. ويتضح ذلك فيما يلي: (Ogden, J., 2010:237)

فقدان الشهية العصبي:

يفسر النموذج المعرفي السلوكي فقدان الشهية، في الأساس، أنه يعد سلوكاً تم تعلمه والحفاظ عليه من خلال عملية تعزيز. ويقال أن الأفراد يقللون من تناولهم للطعام كوسيلة لفقد الوزن نتيجة للضغوط الاجتماعية التي تدفع الفرد لأن يكون نحيفاً. وهذا السلوك يتم تعزيزه بالتالي من خلال مجموعة كبيرة ومتنوعة من المعززات السلبية. على سبيل المثال، عندما يكون الفرد زائد الوزن أو أنه ببساطة غير نحيف فإن ذلك يؤدي إلى عدم رضا الآخرين

وإحساس بعدم الجاذبية، كما أن تجنب الأكل يقلل من مشاعر القلق المرتبطة بتناول الطعام وأي زيادة في الوزن مصاحبة لذلك. أيضاً لوحظ أن تجنب الأكل يأتي بنتائج إيجابية. فمثلاً، نجد أن تجنب الأكل يلفت الانتباه، خاصة الأمهات (Gilbert, S., 1986:53)، وربما تمنح المعدة الفارغة شعور ممتع للفرد، وقد يؤدي شدة الجوع إلى إنتاج إفرازات دماغية ممتعة، في حين أن عدم الأكل قد يولد حالة إيجابية من الشعور بالسيطرة على الذات. (Wyrwicka, w., 1984:582)

إلا أنه قد واجه هذا النماذج انتقادات وذلك لتركيزه على استمرارية العوامل بدلاً من العوامل المسببة للاضطرابات وأيضاً لغياب المراهقين في هذه النماذج. (De Silva, P., 1995:142)

كما تم الإشارة إلى قضايا المراهقين وطرح دور لعمليتين هامتين. الأولى تتضمن حالة عدم الرضا والتي تنشأ عن مشكلات شخصية وصراعات داخل الأسرة مثل وجود صعوبات في تحقيق الاستقلالية، وأيضاً القلق الشخصي، والصفات الداخلية المؤدية للفشل. كما أن هذا الشعور بعدم الرضا يتحد مع نزعة للمثالية والتي تعكس الرغبة في تحقيق السيطرة الكاملة والنجاح الكامل. وقد أيدت أبحاث أخرى تلك الفكرة حيث سجلت ارتفاع في مستويات المثالية المتمركزة حول الذات لدى هؤلاء المصابين باضطرابات الأكل. (Wade, T.D., et al., 2008: 240)

كما أكدت أن الارتباط بين المثالية وسلوكيات اضطراب الأكل قد تكون أقوى بين الإناث عما هو الحال بالنسبة للذكور. يثير هذان العاملان من الشعور بعدم الرضا والمثالية بالتالي سلوكيات الحماية وتنظيم الأكل والتي يتم تعزيزها بالمدح وتجنب القلق المرتبط بتناول الطعام. ويخاطب هذا النموذج بعض المشكلات الموجودة في المنهج السلوكي. ولكن رغم أن الإدراك يظهر جلياً في هذا النموذج في شكل معتقدات حول الوزن وأخرى تتعلق بالأسرة. (Ogden, J., 2010:237)

إلا أن باحثين وإكلينيكيين أمثال Garner, D.M. & Bemis, K.M. 1982 أوضحوا دور الخلل الذي يحدث في الأفكار المعرفية لدى المريض فاقد الشهية فيما يتعلق بالطعام، والأكل، والوزن والشكل والتي تناظر أعمال Beck عن الاكتئاب. فيما يلي وصف De Silva, P. 1995 للخلل الإدراكي الذي يعد جوهرًا ومركزًا لتطور حالة فقدان الشهية:

- التجريد الاختياري، والذي يتضمن التركيز على الأدلة المنتقاة مثل: سأكون متميزاً جداً إذا ما أصبحت نحيفاً" أو " الطريقة الوحيدة التي أشعر فيها بالسيطرة هو السيطرة على الطعام".
 - التفكير الثنائي، والذي يتضمن التفكير في النقيضين مثل، إذا لم أكن أتمتع بالسيطرة الكاملة، سأفقد السيطرة بالكامل" أو " إذا زاد وزني رطلاً واحداً سأصبح بديناً".
 - المبالغة في التعميم، وتتضمن الوصول لاستنتاجات من أحداث فردية ومن ثم تعميم ذلك على كافة الأمور مثل، فشلت ليلة أمس لذا سأفشل اليوم كذلك".
 - التضخيم، ويتضمن المبالغة (مثل، زيادة الوزن بمعدل رطلين سيسقطني في الهاوية).
 - التفكير الخرافي، حيث يتضمن الربط بين أمور غير مرتبطة ببعضها البعض مثل، إذا أكلت هذا الشيء فسوف يتحول إلى دهون مباشرة.
 - التخصيص، ويتضمن الشعور بالأحداث وتفسيرها بأسلوب متمرکز حول الذات مثل، لقد كانوا يضحكون، إذن لابد وأنهم كانوا يسخرون مني.
- ومن هذا المنظور يتم تعزيز الحد من الطعام لدى فاقد الشهية من خلال الضغوطات بأن يكون نحيفاً والمدح أو القلق المرتبط بذلك. كما إن القيمة العالية التي تمنح للنحافة والخوف من أن يصبح الفرد بديناً يتم تأسيسه وتكريسه من خلال التفكير الخاطئ لدى مريض فقدان الشهية، والذي يزداد بشكل كبير ويقل مواجهته وتحديه بشكل كبير كلما أصبح فاقد الشهية معزولاً اجتماعياً. (De Silva, P., 1995:142)

وبالانساق مع ذلك، استخدم Wolf, M. et al. 2007 تدريب يومي لفحص إدراك المرضى المصابين باضطرابات الأكل. حيث طُلب من ١١ مريض نزول في إحدى المستشفيات كتابة مقال، حيث تم تحليله فيما بعد للوقوف على الاستخدام الخاص للكلمات، وقد وجد أنه بالمقارنة مع العينة الضابطة وهؤلاء الذين تعافوا من فقدان الشهية العصبي، استخدام المرضى كلمات كثيرة تركز حول الذات، والكثير من الكلمات المعبرة عن المشاعر السلبية في مقابل القليل من الكلمات المعبرة عن المشاعر الإيجابية، وأيضاً القليل من الكلمات التي ترتبط بالعمليات الاجتماعية. وقد انتهى الباحثون إلى أن تلك المنهجية قدمت نظرة عميقة في أنماط الإدراك لدى الأفراد المصابين باضطرابات الأكل. ومن خلال هذا التحليل، نجد أن فقدان الشهية يعتبر سلوك يتم تعلمه من خلال التعزيز والارتباط، ويتأسس ويتم تكريسه من خلال الخلل الإدراكي. (Wolf, M., et al., 2007:711- 717)

إذاً يمكن القول بأن اتباع نظام غذائي معين وفقدان الوزن يكتسبان قيمتهما التدميمية من الصيغ الإجمالية الخاصة بعدم الكفاية، والقدرة على الكمال، والزهد مع وجود معتقدات مشتقة ثقافياً حول فضيلة النحافة. (حسين فايد، ٢٠٠٢ : ٤٠٢-٤٠٣)

ويأتي في قلب هذا النموذج فكرة أن التصورات المشوهة عن الحمية والنحافة تركز من منع الطعام، ومن ثم الشره وسلوكيات التطهير. وهناك أدلة كثيرة تدعم هذه الفكرة، خاصة بالنسبة للسيدات. ويعتقد أن الصورة الإعلامية عن المرأة الأكثر رشاقة ونحافة تمثل ضغطاً اجتماعياً على السيدات حيث تربط النحافة بالجاذبية والنجاح. وتُظهر الدراسات التجريبية والطولية أن تبني مثل هذه المعايير الاجتماعية يؤدي إلى ارتفاع في أعراض اضطرابات الأكل.

(Baer, R.A. et al., 2006:282- 283)

الشراهة العصبية:

تم تطبيق المفاهيم السلوكية على الشراهة بطرق تناظر نموذج فقدان الشهية . فمثلاً، تشير نماذج تقليل القلق أن القيء والتطهير يقلل من مشاعر القلق . (Rosen, J.C. & Leitenberg, E., 1982:207) وهو ما يعزز هذا السلوك التعويضي . وكما هو الحال في النموذج السلوكي لفقدان الشهية، يواجه هذا الأسلوب انتقاد لأنه يفسر فقط استمرار المشكلة ولا يفسر أسبابها، كما أنه يتضمن مفاهيم ضمنية فقط . وقد كان أول من قدم نموذج لصيغة مُحكمة للمعرفة السلوكية للشراهة العصبية هما Fairburn, C.G. et al. 1986، حيث وصفوا العوامل التالية بأنها أساسية لهذا الاضطراب، وهي: انخفاض تقدير الذات، القلق الشديد بشأن الشكل والوزن، المبالغة في الحمية، النهام، واستحداث القيء أو استخدام المسهلات . ومن ثم تم التوسع في النموذج وذلك في نموذج Wilson, G.T. 1989 للتعلم المعرفي الاجتماعي . قام ويلسون بطرح خمسة عوامل كان قد توصل إليها من خلال تحليلاته:

- المعارف التي تتعلق بالوزن، والشكل، والطعام، واختلال التفكير.

- الخوف من زيادة الوزن والبدانة.

- الشره الذي يتبعه فترات من منع تناول الطعام ويسهل من هذا الإجراء انخفاض المزاج، والغضب، أو الضغوط.

- التطهير ويتضمن القيء، إساءة استخدام المسهلات، أو فترات يتم الإفراط فيها في منع تناول الطعام.

- الآثار النفسية لما بعد التطهير وتتضمن مرحلتين . ففي المرحلة الأولى يشعر الفرد بارتياح بدني ونفسي . أما في المرحلة الثانية يشعر بالقلق بسبب التدايعيات النفسية والبدنية، فيقدم وعوداً بعدم تكرار ذلك مطلقاً (وعد التطهير)، ومن ثم يزيد من امتناعه عن تناول الطعام.

(Wilson G.T., 1989: 75-76)

يتشابه هذا النموذج مع منع تناول الطعام، والذي يؤكد على أساس الفترات التي يمنع فيها الطعام وما يتبعها من خرق لقواعد الحمية الغذائية. وينعكس ذلك أيضاً في "النموذج الحلزوني لاضطرابات الأكل" والذي يصف التحول من الحمية الغذائية إلى اضطراب الأكل من خلال الفشل في اتباع الحمية الغذائية، وانخفاض تقدير الذات وانخفاض المزاج. (Heatherton, T. & Polivy, J., 1991:138)

د- النموذج الانثوي:

تناسب النظرية الانثوية فيما يتعلق باضطرابات الأكل والذات مع المفهوم النفسي التحليلي للذات. ويرى المنظرون لهذا النموذج أنه بينما يتسم تطور الذكور بتمييز الاختلافات بين الذات ومقدم الرعاية، إلا أن التطور النفسي لدى الإناث يتسم بالارتباط المستمر بالأم أو مقدم الرعاية، بحيث يصبح التمييز بين الذات والآخر غير واضح لدى النساء. ومن تبعات ذلك نجد ارتفاع في الاستيعاب الداخلي للقيم الثقافية والمفاهيم التي تتعلق بالنساء، والأنوثة ووزن الجسم، وهو ما قد يصبح متكاملًا مع الذات. (Stein, K.F. & Corte, C., 2003:60)

ويفترض أيضاً أن الاختلافات من حيث الجنس فيما يتعلق بالتعاطف تعد مسؤولة عن ارتفاع في الاعتماد على المصادر الخارجية لتقييم الذات لدى النساء. (De Groot, J.M. & Rodin, G., 1994 : 304)

ويربط الكثير من المؤيدين للمنظور الأنثوي بين اضطراب الأكل والضعف الثقافي التي تتعارض وتتصارع مع قدرة النساء على تطوير هوية مرضية، وهو ما يتطلب الاعتماد على "النموذج المثالي للنساء" كطريقة لمواجهة هذا النقص في حقيقة الذات.

(Stein, K.F.&Corte, C., 2003: 60)

كما يطرح Lester, R.J. 1997 رؤية بديلة وهي أن فقدان الشهية يعد طريقة لضبط الذات داخل مجتمع يؤمن بأن الرشاقة ترتبط بالسيطرة على الذات والذكاء. (Lester, R.J., 1997:481-482)

بينما ترى Louise, A. 2009 أنه من خلال فقدان الشهية تسعى النساء إلى الوصول إلى العقلية النقية المتقفة (والتي يرمز لها بالذكورة) في مقابل الجسد الشهواني الجنسي (والذي يرمز له بالأنوثة). وعن هذه الرمزية تقول Louise, A. أصبحت النحافة تمثل انتصاراً صعباً للذات على الجسد فهي إثبات بأن الذات والجسد يمكن أن ينفصلا عن بعضهما البعض ، وأن جسد المرأة يسخر ذاتها المتألقة لوجود دنيوي محدود .

ورغم عدم توافر أدلة تجريبية لتلك النظريات ، إلا أن العلاقة بين عدم الرضا عن الجسد والترويج الثقافي واستيعاب النموذج الرشيق للنساء مدعم جيداً في الدراسات البحثية .
(Louise, A., 2009:89- 90)

هـ النموذج الاجتماعي الثقافي لاضطرابات الأكل:

يضع هذا النموذج مريض فقدان الشهية أو الشراهة داخل السياق الاجتماعي ويحلل اضطرابات الأكل ويرأها كتعبير عن القيم الاجتماعية. وقد تبني باحثون كثير هذا النموذج أمثال Devereux, G. 1980 فوصفوا اضطرابات الأكل بأنها متلازمة ثقافية، أو اضطراب عرقي . ومن هذا المنظور، تعد اضطرابات الأكل تعبيراً عن القلق والمشكلات التي لم يتم حلها في بيئة ثقافية محددة، وكما وصفها Devereux, G. 1980 فإنه لا يستطيع الفرد فهم انتشار هذه الحالات في العصر الحالي دون تحليل الإطار الاجتماعي الثقافي الأوسع والذي تحدث خلاله هذه الاضطرابات . (Devereux, G., 1980:126)

ويعكس هذا الأسلوب أيضاً أعمال أطباء النفس والكتاب الذين يستمدون أفكارهم من المنظور الأنثوي . ومثل هذه الأعمال تركز اهتمامها لتفسير أن المصابين بتلك الاضطرابات هم من صغار السيدات، كما تؤكد على دور المرأة في المجتمع . كما يرى النموذج الاجتماعي الثقافي أن اضطرابات الأكل تحدث نتيجة سلسلة من الصراعات يتم التعبير عنها من خلال الأكل وغيره من المشكلات المتعلقة بالأكل . وقد أطلق Ogden, J. 2007 عليها " مسار الجزاء الاجتماعي " ليعكس دور دلالة الحجم والطعام اللذان يقدمان للأفراد سياقاً اجتماعياً مناسباً للتعبير عن قضاياهم التي تنشأ عن الحياة في العالم المعاصر . ويوضح الشكل التالي هذه الفكرة .



(Ogden, J., 2007:9- 10)

-النوع

إن الصراع الأساسي الذي يعد مساهماً في تطور حدوث اضطرابات الأكل هو الصراع بين الدور التقليدي للإناث حيث تكون هي المربية، والأم، ومقدمة الرعاية من ناحية وتوقعات المجتمع من الإناث في المجتمعات الحديثة من ناحية أخرى. وتماشياً مع ذلك يرى Gordon, R.A. 2000 أن فقدان الشهية العصبي يعكس من خلال أعراضه التناقضات في هوية الإناث في الوقت الحاضر وأن اضطرابات الأكل تتعلق بشكل أساسي بالدور حسب الجنس. (Gordon, R.A., 2000:132)

ويذكر أيضاً Ogden, J. 2010 أن الأمر يتعلق بتعدد متطلبات الدور ، حيث يبدو أن الكثير منها يتعارض مع بعضه البعض ، وهو ما يجعل الموقف المعاصر للمرأة صعب للغاية .
(Ogden, J., 2010:246- 247)

وتناولت بعض الأعمال التجريبية هذا الصراع . وقد طرحت هذه الأعمال أن تبني الدور التقليدي للإناث قد يكون مصدر وقاية . على سبيل المثال ، أظهر Silverstein, B. et al. 1986 أن الإناث اللاتي لهن تطلعات غير تقليدية للأدوار حسب النوع كن أكثر احتمالاً بمعدل الضعف للإصابة بالشره والتطهير بالمقارنة مع أقرانهن ذوات التطلعات التقليدية . (Silverstein, B. et al., 1986: 902)

ويأتي في مقابل ذلك بشكل مباشر ما ذكرته Klingenspor, B. 1994 وهو أن اضطراب الأكل يرتبط بانخفاض في درجات الذكورة النفسية (Klingenspor, B., 1994:408) وقد انتهى Brown, J. et al. 1990 في بحثه إلى أن سلوكيات الشراهة ترتبط بالأنوثة . ومن ثم يقول بعض الباحثين أن الأمر لا يتعلق بتجاهل الصراع بين الأنوثة والذكورة ، وإنما الوعي بهذا الصراع وما يترتب عليه من توتر وضغوط هو المسئول عن حدوث هذه الاضطرابات . (Brown, J. et al., 1990)
(:572)

فعلى سبيل المثال ، انتهى Thornton, B. et al. 1991 خلال دراستهم التي أجريت على طالبات في الولايات المتحدة والتي تصف محاولات التوافق بين الصور النمطية التقليدية وغير التقليدية لدى هؤلاء الطالبات ، كانت منبئة بحدوث اضطرابات الأكل . وبالمثل وجد Martz, D.M. et al 1995 أن المرأة المصابة باضطرابات الأكل تذكر شعورها بالارتباط بدورها كأنتى وعدم الرضا في نفس الوقت عن هذا الدور لأنه لا يلبي تطلعاتها . ومن هذا المنظور يصبح الصراع بين محاولة التوافق مع الدور التقليدي حسب النوع وتلبية توقعات الحياة في العالم المعاصر قد يكون مساهماً في تطور الإصابة باضطرابات الأكل . (Martz, D.M., et al., 1995:495)

كما تم تناول الدور حسب الجنس أيضاً. فمثلاً، ذكر Orbach, S. 1993 أن أحد الأفكار الأساسية بالنسبة لجميع السيدات المصابات بفقدان الشهية كانت النحافة لكونها تمثل الأنوثة الناجحة، وأنها في نفس الوقت تمثل رفضاً للأنوثة. بعبارة أخرى، كان هناك شكلا من ردود الأفعال مبالغ فيهما ومتناقضان من بعضهما البعض، فكل واحد منهما يمثل محاولة للتفاوض مع الهوية الذاتية، ويعملان في وقت واحد. (Orbach, S., 1993:85)

- الهوية:

لعل الصراع حول الهوية يتصل بشكل وثيق بالصراع المتعلق بالدور حسب الجنس. وهذا يشمل الصراعات التي تتعلق بالرشد في مقابل الطفولة، والاستقلالية في مقابل التبعية. ومثل هذه الصراعات قد تحدث على مدار حياة الفرد، عندما يترك الأطفال منازلهم، أو في حالة الحاجة لاتخاذ قرارات تتعلق بالعمل، ولكنها في أغلب الأحيان تحدث بين صغار الراشدين، وهو الوقت الذي تستهل فيه حالات اضطرابات الأكل في الظهور بشكل عام. وقد وصف Erik Erikson 1968 الهوية بأنها إحساس بالاتساق الذاتي وشعور بالاستمرار والتماثل في نفس الوقت. وتماشياً مع هذا التحليل يقول Gordon, R.A. 2000 أن عملية تشكيل الهوية تكون معرضة بشكل خاص للخلل نتيجة التغيرات الجذرية في الأدوار الاجتماعية أو التوقعات الثقافية وأن التغيرات في التوقعات الثقافية التي أثرت على المرأة على مدار العقود الماضية جعلتهن معرضات بشكل كبير لأعراض مزمنة تتعلق باضطراب الهوية". (Gordon, R.A., 2000:96)

وركزت Lawrence, M. 1984 أيضاً على أهمية الهوية ووصفت دور أزمة الهوية والصراعات المتعلقة بتطور الشعور بالذات. فنقول "تحدث أزمة الهوية عندما نشعر بأننا نواجه صراعاً كبير يتعلق بهويتنا كأفراد مستقلين وأيضاً علاقتنا بالنسبة للأشخاص الآخرين"، وقد قدمت Lawrence, M. أمثلة للعديد من السيدات اللاتي عملت معهن ممن تطور لديهن اضطراب فقدان الشهية. فمثلاً، Suzanne لم تعد بحاجة لأسرة صغيرة للتعامل

معها بل أصبح عليها مواجهة ذاتها لأول مرة كفرد راشد ومن ثم ميّزت نفسها فقط من خلال حقيقة أنها غاية في النحافة . وبالتوازي مع ذلك كانت Marjorie ناجحة في الجامعة ولكنها عندما تركت الكلية كانت معرضة لأزمة حقيقية تتعلق باستقلاليتها وشعرت بعدم القدرة التامة على قيادة حياتها بشكل مستقل وراشد . وُصِفَ النظام الغذائي لـMarjorie بأنه يمنح حياتها معنى . ومن خلال هذا التحليل ، فإن الصراع حول الهوية يمكن أن يؤدي إلى أزمة في الهوية وشعور بعدم السيطرة ، والذي يتم التعبير عنه من خلال نزعة للنحافة ورفض الطعام .
(Lawrence, M., 1984:48)

- مسار الجزء الاجتماعي :

يؤدي الصراع حول النوع ، والهوية إلى شعورٍ بفقدان السيطرة ، ويمكن أن يتم التعبير عنه من خلال عدة طرق . فهي قد تؤدي إلى شعور الفرد بالاكتئاب ، والانطواء ، والعزلة ، أو أنها تؤدي إلى شعورٍ بالقلق والتعرض لنوباتٍ من الذعر ، أو الشعور بالغضب والإحباط . إذا ، لماذا يتوقف الفرد عن تناول الطعام ويرغب في أن يصبح نحيفاً؟ من وجهة النظر الاجتماعية الثقافية فإن تلك الصراعات يتم التعبير عنها من خلال عدة طرق ذات مغزى ويمكن فهمها داخل ثقافة محددة . (Ogden, J., 2010:249)

وباستخدام تحليلات الاضطرابات العرقية ، ذكر G.Devereux أن أنماط الأمراض النفسية داخل ثقافة معينة هي " أنماط لسوء السلوك " يتم تفهمها اجتماعياً . فيقول أن المفاهيم الثقافية تفرض عليك " ألا تفقد صوابك ، ولكن إذا ما حدث ذلك فعليك التصرف وفقاً للآتي " . (Devereux, G., 1980:211) وبالمثل ، يقول Gordon, R.A. 2000 إن " أنماط السلوك المنحرف التي تصبح منتشرة في أحد المجتمعات تميل إلى اتباع نماذج محددة يستطيع تحديدها وتمييزها مباشراً الأفراد المتمون لهذه الثقافة " . (Gordon, R.A., 2000:94)

وتماشياً مع هذا التحليل، نجد أن الصراعات المتعلقة بالنوع والهوية يتم التعبير عنها من خلال اضطراب في الأكل وذلك نتيجة الدلالة الاجتماعية المرتبطة بالنعافة والطعام. كما أن التصوير الإعلامي للمرأة والذي يؤكد على الرشاقة كأحد عوامل الجاذبية للمرأة وما يرتبط بها أيضاً من القدرة على السيطرة، والحربة، والنجاح، يوفر سياقاً للتعبير عن تلك الصراعات. (Ogden, J., 2010:249)

كما يشكل الجسم بما له من حجم معين يعني شيئاً هاماً جداً في العالم الداخلي للمرأة. فهو يعبر عن رسالة لا تستطيع التعبير عنها بالكلمات وهي إن الحصول على جسم نحيف يسمح بالتعبير عن الصراعات. بالإضافة إلى ذلك فإن الدور المركزي الذي يمثله الطعام في حياة المرأة، وما يرتبط به من معاني للصراع، والقوة، والحب، والسعادة، والرعاية، يمثل وسيلة يمكن من خلالها إدارة الصراعات وتحقيق النعافة. وعن طريق رفض الطعام، تقوم المرأة المصابة بفقدان الشهية بإلغاء جانب الحاجة لديها بشكل كامل. فهي تتظاهر بعدم وجودها: فهي لا تحتاج لأشخاص، ولا علاقات... حتى أنها لا تحتاج إلى طعام إن رفض الطعام يرمز إلى عبارة أكبر وأشمل تقوم المرأة من خلالها بالتعبير عنها وهي كلمة "لا". كما يعبر رفض الطعام والنعافة عن الصراعات بطريقة تتضمن جزاء اجتماعي من خلال الدلالة الاجتماعية المرتبطة بالحجم والطعام. (Lawrence, M., 1987:103)

ويرى Gordon, R.A. 2000 إن النعافة وتجنب تناول الطعام هي مفردات عدم الراحة بالنسبة للسيدات في هذا الوقت. (Gordon, R.A.,2000:92) وتماشياً مع ذلك، يقول Ogden, J. 2007 أن معنى الطعام ومعنى حجم الجسم يقدمان مساراً للجزء الاجتماعي يقوم الأشخاص من خلالهما بالتعبير عن قضاياهم التي تنشأ نتيجة معيشتهم في المجتمعات المعاصرة. (Ogden, J., 2007:12)

وتلخيصاً لما سبق، يضع النموذج الاجتماعي الثقافي لاضطرابات الأكل الفرد الذي يعاني سواء من فقدان الشهية أو الشرهية في سياقه الاجتماعي، مع التأكيد على الصراعات

التي تنشأ في بيئته . كما يطرح هذا النموذج بالتحديد فكرة أن هؤلاء الأفراد يواجهون سلسلة من الصراعات تتعلق بالتنوع، والهوية والتي بدورها تولد إحساساً بعدم السيطرة . كما أنه يشير إلى أن هذه الصراعات يتم التعبير عنها من خلال مسار الجزء الاجتماعي ويستدل عليه من معاني النحافة والطعام .

ز- نموذج الأنظمة الأسرية لاضطرابات الأكل:

يرى نموذج الأنظمة الأسرية لاضطرابات الأكل الأسرة كنظام اجتماعي معقد . فهو لا يرى الأسرة مسبباً لاضطرابات الأكل، ولكنه يؤكد على أن الأسرة سياق تحدث فيه تلك اضطرابات . بينما يرى المسببات بأنها عملية دائرية وليست خطية، حيث أن اضطراب الأكل لا تحدث فقط داخل سياق مجموعة محددة من العلاقات الأسرية، ولكنها تصبح أيضاً جزء من هذه العلاقات . وقد قدم هذا النموذج مدرستين فكريتين هما، "الأسلوب الاستراتيجي" والذي يقوم على أساس أعمال Erikson Eric و"الأسلوب البنائي" والذي يقوم على أساس أعمال Minuchin Salvador (Eisler, I., 2003:301).

ويقترح أنصار هذا النموذج أن اضطرابات الأكل تمتد جذورها في نطاق ديناميات الأسرة . فالبنات ذوات فقدان الشهية العصبي مثلاً يعانين من اضطرابات أسرية شديدة، وتكون الأسرة متماسكة ظاهرياً . وفي حالات كثيرة يبدى الوالدان شكلاً من الاضطرابات النفسية . فالإكتئاب وإدمان الكحول يعتبران من أكثر الاضطرابات المتكررة المرتبطة بالآباء، وتوصيف الأم غالباً بأنها مسيطرة ومبالغة في الحماية والمنظمة الرئيسية لشئون الأسرة، في حين يكون الأب عادة شخصية هامشية داخل الأسرة، وغائباً من الناحية الانفعالية . (حسين فايد، ٢٠٠٢ : ٤٠٣)

- خطوات إعداد مقياس اضطرابات الأكل.

الخطوة الأولى : تحديد أبعاد اضطرابات الأكل :

تم تحديد أبعاد اضطرابات الأكل كما يتضمنها المقياس الحالي بناء على :

أ- الأطر النظرية والتعريفات المختلفة لاضطرابات الأكل ، والدراسات السابقة المتصلة به .

ب- بعض المقاييس التي تناولت قياساً لاضطرابات الأكل ، ومن أهم هذه المقاييس :

- قائمة اضطرابات الأكل ٢٠٠٥ (عبد الرقيب البحيري) .

- مقياس فقدان الشهية العصبي ٢٠٠٠ (زينب محمود شقير) .

-The Eating Attitudes Test 1982(Garner, D.M. & Bemis, K.M.)

وفي ضوء المصادر السابقة تم إعداد الصورة الأولية للمقياس والتي اشتملت على بعدين .

الخطوة الثانية : عرض المقياس على المحكمين:

تم عرض الصورة الأولية للمقياس على مجموعة من المحكمين بلغ عددهم عشرة ، وهم من

الأساتذة المتخصصين في الصحة النفسية وعلم النفس والتربية الخاصة ، وقد اشتملت على

التعريف الإجرائي ، وتعريف كل بعد من أبعاد المقياس وما يقيسه كل بعد . وطلب من

سادتهم الحكم على المقياس في ضوء ما يلي :

أ- ملائمة الأبعاد للمقياس .

ب- انتماء العبارات للبعد .

ج- الصياغة الملائمة للعبارات .

د- إبداء أي ملاحظات حول تعديل أو إضافة أو حذف ما يلزم .

وفي ضوء توجيهات السادة المحكمين أجريت التعديلات التي أوصى بها المحكمون ، وأبقت

على العبارات التي اتفق ٨٠٪ من المحكمين على اتفاقها مع التعريف الإجرائي الموضوع لكل

بعد من أبعاد المقياس ، كما إعادة صياغة بعض العبارات .

ويتكون المقياس في صورته النهائية من ٣٧ عبارة موزعة على بعدين وهي :

البعد الأول : الشره العصبي : هو نوع من اضطرابات الأكل يتميز بفقدان السيطرة

*إيمان لطفى إبراهيم - أماني سعيدة سيد - تهاني منيب الجبالي - حسام إسماعيل هيبه -
سهير أنور محفوظ - عبدالرحمن سليمان - على سليمان - محمود زامر - محمود طنطاوى - نبيل
عبدالفتاح حافظ .

ينتج عنها تناول كميه كبيرة من الطعام وينتهى الأمر بسلوكيات تعويضية (القيء - استخدام
الملاينات - الصيام - ممارسة الرياضة بشكل مفروض) بهدف انقاص الوزن .

ويتكون هذا البعد من ٢١ عبارة وهى : ١-٣-٥-٧-٩-١١-١٤-١٦-١٨-٢٠-٢٢-٢٤-٢٦-٢٨-
٣٠-٣٢-٣٣-٣٤-٣٥-٣٦-٣٧ .

البعد الثاني: فقدان الشهية العصبي : هو نوع من اضطرابات الأكل يتميز برغبة دائمه في
الجوع بهدف إنقاص الوزن ينتج عنها تعمد تجنب الطعام أو القيء المتعمد بعد الأكل مباشرةً
خوفاً من البدانة .

ويتكون هذا البعد من ١٦ عبارة وهى : ٢-٤-٦-٨-١٠-١٢-١٣-١٥-١٧-١٩-٢١-٢٣-٢٥-٢٧-
٢٩-٣١ .

ولكل عبارة من العبارات ثلاث استجابات هي (كثيراً - أحياناً - نادراً)

وتم تعريف اضطرابات الأكل اجرائياً بأنها وجود صورة مشوهه تجاه الأكل والوزن
ينتج عنها اساءة استخدام الأكل بهدف تحقيق نوع من التوازن الانفعالي ، والعرضان
الاساسيان لهذا الاضطراب هما الشره العصبي وفقدان الشهية العصبي .

الخطوة الثالثة: الكفاءة السيكومترية للمقياس :

تم تقنين المقياس باستخدام الصدق والثبات كما يلي :

أ.الصدق العاملي Factorial Validity :

استخدم هذا الأسلوب وفقاً لطريقة المكونات الأساسية Principal Component

التي وضعها Hotelling وتم تدوير المحاور تدويراً متعامداً بطريقة الفارماكس Varimax

وفقا لمحك كايزر Kaiser Normalization، وطبقا لما جاء في نتائج التحليل العاملي تم استخراج مجموعة من الأبعاد التي يتكون منها مقياس اضطرابات الأكل وهي كالآتي:

جدول (٢) مصفوفة العوامل الناتجة من التحليل العاملي بعد التدوير المتعامد

لمقياس اضطرابات الأكل

العوامل		العبارات
٢	١	
	٠,٧١٧	٢٥A
	٠,٧٠٥	٢٤A
	٠,٧٠٢	١٩A
	٠,٦٦٩	١A
٠,٣٦٦	٠,٦٣٦	١٥A
	٠,٥٩٢	٢٠A
	٠,٥٨٨	٥A
	٠,٥٧٤	٣A
	٠,٥٦٤	٢٢A
	٠,٥٦١	٤A
	٠,٥٤٩	٢٣A
	٠,٥٤٢	٧A
	٠,٤٩٣	٢١A
	٠,٤٤٩	١٣A
	٠,٤٤٦	١٦A

العوامل		العبارات
٢	١	
٠,٣٠١	٠,٤٣٩	٣٧A
	٠,٤٠١	٨A
	٠,٣٩٠	١٨A
	٠,٣٥٢	٢٧A
	٠,٣٠٤	١٧A
		١٠A
		١٢A
٠,٦٧٠		٣٥A
٠,٦٢٧		١١A
٠,٥٩٨		٢٦A
٠,٥٥٦		٢٨A
٠,٥٤٧		٣٠A
٠,٥٣٣		٣٦A
٠,٥٠٨		٣٤A
٠,٤٧٩		١٤A
٠,٤٢٦		٦A
٠,٤١٦		٣٢A
٠,٤١١		٣٣A
٠,٣٨٧		٣١A

العوامل		العبارات
٢	١	
٠,٣٦٨	٠,٣٤٠	٩A
		٢A
		٢٩A
٤,٠٣٦	٦,٤٤٣	الجذر الكامن
١٠,٩٠٧	١٧,٤١٥	نسبة التباين
٢٨,٣٢٢	١٧,٤١٥	نسبة التباين التراكمية

يتضح من الجدول السابق وجود عاملين يفسران ٢٨,٣٢٢٪ من التباين الكلي وفيما يلي تفسير هذين العاملين سيكولوجياً بعد تدوير المحاور وتدويراً متعامداً.

- العامل الأول:

أسفرت عملية التحليل العاملي عن وجود ٢٠ بند ذات تشبعات دالة على هذا العامل حيث تتراوح معاملات تشبع هذه البنود على هذا العامل ما بين (٠,٧١٧)، (٠,٣٠٤) وبلغ جذره الكامن ٦,٤٤٣، ويفسر هذا العامل ١٧,٤١٥٪ من حجم التباين الكلي وفيما يلي جدول يوضح هذه العبارات.

جدول (٣) يوضح عدد البنود ذات التشعبات الدالة على العامل الأول

ومعاملات تشعبات كل منها

رقم العبارة	العبارة	درجة التشعب
٢٥A	تلح علي فكرة إنقاص الوزن عن طريق اتباع الحمية (الرجيم) .	٠,٧١٧
٢٤A	لدي رغبة قوية لفقد الوزن .	٠,٧٠٥
١٩A	أشعر بخوف من أن يزيد وزني أو أن أصبح بديناً .	٠,٧٠٢
١A	أحاول الحد من كمية الطعام الذي أتناوله كي أؤثر على شكل جسمي أو وزني .	٠,٦٦٩
١٥A	أشعر بالذنب بعد تناوللي الأكل بسبب شكل جسمي أو وزني .	٠,٦٣٦
٢٠A	يتتابني مخاوف محددة من أن يزيد وزني أو أصبح بديناً .	٠,٥٩٢
٥A	أحاول أن أتجنب أي طعام أحبه لكي أؤثر على شكل جسمي أو وزني .	٠,٥٨٨
٣A	أمضي فترات طويلة (٨ ساعات أو أكثر) دون تناول أي شيء لكي أؤثر على شكل جسمي أو وزني .	٠,٥٧٤
٢٢A	أشعر بالبدانة .	٠,٥٦٤
٤A	تستحوذ علي فكرة أن أكون نحيفاً .	٠,٥٦١
٢٣A	أصوم لكي أتجنب أن يزيد وزني .	٠,٥٤٩
٧A	اتبع قواعداً تتعلق بتناولي للطعام لكي أؤثر على شكل جسمي أو وزني، كتحديد السعرات الحرارية وتحديد كمية معينة من الطعام .	٠,٥٤٢
٢١A	يؤثر وزني على كيفية تقييمي (حكمي) على ذاتي .	٠,٤٩٣
١٣A	أقوم بأداء تمارين رياضية قوية كوسيلة للتحكم في شكل جسمي أو وزني أو لإبطال تأثيرات الأكل .	٠,٤٤٩
١٦A	أرغب في أن تصبح معدتي مسطحة أو مشدودة .	٠,٤٤٦

رقم العبارة	العبارة	درجة التشيع
٣٧A	أشعر بالاشمئزاز من نفسى ويسيطر علي الشعور بالذنب بعد الإفراط في تناول الأكل .	٠,٤٣٩
٨A	أعبي نفسى (قيء) كوسيلة للسيطرة على شكل جسمي ووزني، أو كي أبطل تأثيرات الأكل .	٠,٤٠١
١٨A	يتعارض تفكيري بشأن شكل جسمي أو وزني مع قدرتي على التركيز في أمور أخرى هامه : على سبيل المثال القراءة، أو مشاهدة التلفاز أو متابعة حوار .	٠,٣٩٠
٢٧A	أحرص على حساب عدد السعرات الحرارية التي يحتوى عليها الطعام .	٠,٣٥٢
١٧A	أشعر بأنني تناولت كمية كبير من الطعام على الرغم من أن الآخرين يعتبرونها كميات قليلة .	٠,٣٠٤

يتضح من الجدول السابق أن معان ومضامين هذه البنود تدور حول نوع من اضطرابات الأكل يتميز برغبة دائمة في الجوع بهدف إنقاص الوزن وينتج عنها تعمد لتجنب الطعام أو القى المتعمد بعد الأكل مباشره خوفاً من البدانة .

ومن ثم فإن هذه المعاني والمضامين تدعم إمكانية تسمية هذه العامل بعامل فقدان الشهية العصبي .

- العامل الثاني :

أسفرت عملية التحليل العملي عن وجود ١٣ بنود ذات تشبعات دالة على هذا العامل حيث تتراوح معاملات تشيع هذه البنود على هذا العامل ما بين (٠,٦٧٠) ، (٠,٣٦٨) وبلغ جذره الكامن ٠,٣٦٦ ، ٤ ، ويفسر هذا العامل ٩٠٧٪ من حجم التباين الكلي وفيما يلي جدول يوضح هذه العبارات .

جدول (٤) يوضح عدد البنود ذات التشعبات الدالة على العامل الثاني

ومعاملات تشعبات كل منها

رقم العبرة	العبرة	درجة التشعب
٣٥A	أتناول كميات كبيرة من الطعام على الرغم من عدم شعوري بالجوع .	٠, ٦٧٠
١١A	أشعر بفقدان السيطرة على نفسي عندما أتناول الأكل .	٠, ٦٢٧
٢٦A	يزيد تناولي للطعام عندما أشعر بالضغط .	٠, ٥٩٨
٢٨A	أستمر في الأكل دون أن أستطيع التوقف .	٠, ٥٥٦
٣٠A	أصبح غير قادر على تحديد ما اذا كنت أشعر بالشبع أو الجوع .	٠, ٥٤٧
٣٦A	أتناول الطعام بمفردي لأنني أشعر بالحرج بسبب كمية الطعام التي أتناولها .	٠, ٥٣٣
٣٤A	أتناول الطعام حتى أشعر بالامتلاء وعدم الراحة .	٠, ٥٠٨
١٤A	أتناول الطعام سراً دون أن يراني أحد .	٠, ٤٧٩
٦A	أعرض لنوبات من تناول الأكل وأشعر فيها بأني فقدت السيطرة على الرغم من أنني لم أتناول كميات كبيرة من الطعام .	٠, ٤٢٦
٣٢A	أعرض لنوبات من تناول الأكل أشعر فيها بأني فقدت السيطرة رغم أنني لم أتناول الكميات الكبيرة المعتادة من الطعام .	٠, ٤١٦
٣٣A	أتناول الطعام بشكل أسرع من المعتاد .	٠, ٤١١
٣١A	أشعر بالتعب بعد تناول الوجبات .	٠, ٣٨٧
٩A	لدي مخاوف من عدم قدرتي على مقاومة الأكل أو إيقافه .	٠, ٣٦٨

يتضح من الجدول السابق أن معانٍ ومضامين هذه البنود تدور حول نوع من اضطرابات

الأكل يتميز بفقدان السيطرة ينتج عنها تناول كمية كبيرة من الطعام وينتهي الأمر بسلوكيات تعويضية

(القيء - استخدام الملاينات - الصيام - ممارسة الرياضة بشكل مفرض) بهدف إنقاص الوزن .

ومن ثم فإن هذه المعاني والمضامين تدعم إمكانية تسمية هذه العامل بعامل الشره العصبي .

بد الصدق التمييزي:

وهي من أهم الطرق التي تستخدم لبيان صدق المقياس وتقوم على حساب دلالة الفروق بين متوسطات درجات الأفراد ذوي الدرجات المرتفعة على مقياس اضطرابات الأكل ومتوسطات درجات الأفراد ذوي الدرجات المنخفضة على نفس المقياس وعندما تصبح لتلك الفروق دلالة احصائية واضحة فهذا يشير الي صدق المقياس وتم حساب الفروق لكل بعد ثم حساب الفروق للمقياس ككل كما يلي :

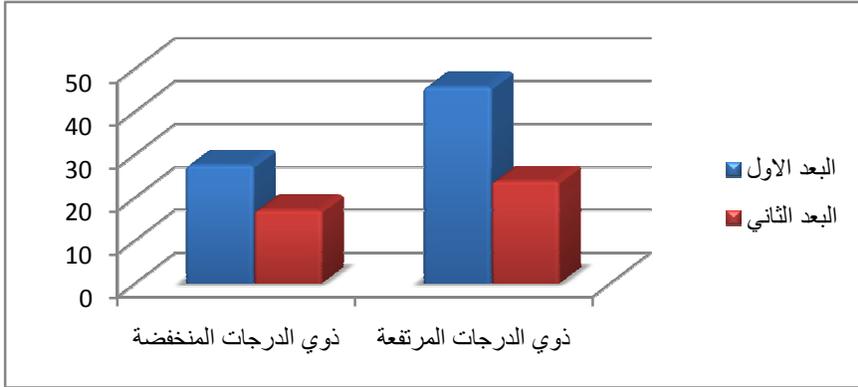
جدول (٥) دلالة الفروق بين متوسطات درجات أفراد العينة على أبعاد مقياس اضطرابات الأكل وفقا

للنوع (ذوو الدرجات المنخفضة- ذوو الدرجات المرتفعة) (ن=٤٩)

مستوى الدلالة	قيمة (ت)	ذوو الدرجات المرتفعة		ذوو الدرجات المنخفضة		المقاييس الفرعية
		الإرباعي الأعلى	الإرباعي الأدنى	ع	م	
دالة عند مستوي ٠,٠١	**١٩,٥٤٨*	٤,٩٠٢	٤٥,٧٣	٤,٢٩٧	٢٧,٥٣	الشهر العصبي
دالة عند مستوي ٠,٠١	**٨,٥٣٣*	٤,٤٩٤	٢٣,٨٢	٣,٢١٣	١٧,٠٨	فقدان الشهية العصبي
دالة عند مستوي ٠,٠١	**٢٥,٦٧١*	٤,٧٣٥	٦٩,٥٥	٤,٨٨١	٤٤,٦١	الدرجة الكلية

(*) دال عند ($\alpha \geq 0,05$) (**) دال عند مستوي ($\alpha \geq 0,01$)

ومن ثم تم التوصل إلى وجود فروق دالة احصائياً بين متوسطات درجات الأفراد ذوي الدرجات المنخفضة ومتوسطات درجات الأفراد ذوي الدرجات المرتفعة على المقياس الفرعية والدرجة الكلية لمقياس اضطرابات الأكل .



شكل (٣)

يوضح الفروق بين متوسطات درجات الأفراد ذوي الدرجات المنخفضة على مقياس اضطرابات الأكل ودرجات الأفراد ذوي الدرجات المرتفعة على نفس المقياس

ومن خلال الفروق التي تم التوصل إليها في كل بعد على حده وفي مجموع درجات الأفراد للمقياس ككل يتضح من ذلك صدق المقياس .

ج- ثبات المقياس:

لحساب ثبات المقياس تم استخدام طريقة ألفا - كرونباخ ، وطريقة التجزئة النصفية . وتعتمد معادلة ألفا كرونباخ على تباينات أسئلة الاختبار ، وتشرط أن تقيس بنود الاختبار سمة واحدة فقط ، ولذلك تم حساب معامل الثبات لكل بعد على انفراد .

أما في طريقة التجزئة النصفية فقد تم قياس معامل الارتباط لكل بُعد بعد تقسيم فقراته لقسمين (قسمان متساويان إذا كان عدد عبارات البعد زوجي – غير متساويين إذا كان عدد عبارات البعد فردي) ثم إدخال معامل الارتباط في معادلة التصحيح للتجزئة النصفية لسبيرمان براون .

جدول (٦) قيم معاملات الثبات بطريقة ألفا – كرونباخ
وطريقة التجزئة النصفية

الابعاد	عدد العبارات	معامل الثبات بطريقة ألفا كرونباخ	معامل الثبات بطريقة التجزئة النصفية
الشرة العصبي	٢٠	٠,٦٦١	٠,٧١٣
فقدان الشهية العصبي	١٣	٠,٤٧٨	٠,٥٢٦
الدرجة الكلية	٣٣	٠,٨٤٤	٠,٩٤٦

يتضح من الجدول السابق أن جميع قيم معاملات ألفا مرتفعة، وكذلك قيم معاملات الثبات بطريقة التجزئة النصفية مما يجعلنا نثق في ثبات المقياس .

الخطوة الرابعة : إعداد الصورة النهائية:

بعد التأكد من كفاءة المقياس ، تم إعداد الصورة النهائية له .

- تعليمات تطبيق مقياس اضطرابات الأكل :

يمكن تطبيق المقياس فردياً أو على مجموعة كبيرة من الافراد، ويتضمن المقياس فى

الورقة الأولى منه تعليمات تتضمن طريقة الاجابة .

إذا طبق المقياس على فرد واحد يكفي أن يطلب منه قراءة التعليمات الواردة في ورقة الأسئلة ثم البدء في الإجابة .

وإذا طبق على مجموعة كبيرة من الأفراد، يمكن أن توزع أوراق الأسئلة، وعلى المفحوصين أن يقوموا بملء البيانات الأولية على الصفحة الأولى من ورقة الإجابة ويطلب من المفحوصين أن يقرأوا التعليمات الموجودة على ورقة الأسئلة لأنفسهم بينما فى نفس الوقت يتولى الفاحص قراءة هذه التعليمات بصوت عال يصل إلى كل المفحوصين .

- طريقة التصحيح :

يعطى كل مفحوص درجة من صفر - ٢ لكل استجابة، بمعنى إذا كانت الإجابة كثيراً = ٢، أحياناً = ١، نادراً = صفر، ثم تجمع درجات كل بعد من البعدين كل على حدة وبعدها يتم جمع أبعاد المقياس لتعطى الدرجة الكلية للإرادة .

استخدامات مقياس اضطرابات الأكل :

- يمكن ان يستخدم مقياس اضطرابات الأكل فى الأوجه العلمية الآتية :-
- كوسيلة سريعة لتقدير ما لدى الفرد من سلوكيات مشوهة تجاه الأكل .
- تستخدم استجابات الفرد على عبارات المقياس كمادة أولية تبنى عليها مقابلات كإكلينيكية لاحقة .
- فى اجراء الدراسات والبحوث التى تهدف إلى دراسة العلاقة بين اضطرابات الأكل والعديد من المتغيرات النفسية .
- فى عمليات التقييم الإكلينيكى التى ترمى إلى دراسة أثر أنواع مختلفة من العلاج النفسى للعديد من الاضطرابات النفسى وخاصة فقدان الشهية العصبى والشره العصبى .

قائمة المراجع

أولاً : المراجع العربية :

- ١- أحمد عكاشة (١٩٩٨). الطب النفسي المعاصر ، القاهرة : مكتبة الانجلو .
- ٢- أحمد محمد عبد الخالق (١٩٩٧). فقدان الشهية العصبي ، الكويت : مؤسسة الكويت - إدارة التأليف والترجمة والنشر .
- ٣- أحمد محمد عبد الخالق - مایسة أحمد النیال (١٩٩٢). فقدان الشهية العصبي وعلاقته ببعض متغيرات الشخصية ، مجلة دراسات نفسية ، مجلد ١ ، عدد ٢ ، ص ص ٧٤-٥٧ .
- ٤- أسامة فاروق مصطفى (٢٠١١). مدخل الى الاضطرابات السلوكية والانفعالية ، عمان : دار المسيرة .
- ٥- حامد عبد السلام زهران (٢٠٠٥). الصحة النفسية والعلاج النفسي ، القاهرة : عالم الكتب .
- ٦- حسين فايد (٢٠٠٢). علم الامراض النفسية السيكوباتولوجي ، الرياض : دار الزهراء .
- ٧- خليل فاضل (٢٠١٢). مشاهد من على كرسي الطبيب النفسي ، القاهرة : دار نهضة مصر .
- ٨- زينب محمود شقير (٢٠٠٠). مقياس فقدان الشهية العصبي ، القاهرة : مكتبة النهضة المصرية .
- ٩- زينب محمود شقير (٢٠٠٢). احذر اضطرابات الأكل ، المجلد الثاني ، القاهرة : مكتبة الانجلو المصرية .
- ١٠- زينب محمود شقير (٢٠٠٥). انتبه وأحذر الاعاقة الصحية : السيكوسوماتية والسوماتوسيكولوجية ، القاهرة : مكتبة النهضة المصرية .

١١- سهير فهيم الغباشي - هناء أحمد محمد (٢٠١١). الرضا عن صورة الجسم ومقدار المعرفة ومعامل كتلة الجسم والنوع وموطن الإقامة كمنبئات بسلوك الأكل المرتبط بالصحة لدى طلاب الجامعة، مجلة دراسات نفسية، مجلد ٢١، العدد ٢، ص ص ١٦١-٢٠٥.

١٢- سيد أبو زيد عبد الموجود (٢٠٠١). اضطرابات الأكل لدى المراهقين والشباب وعلاقتها ببعض متغيرات الشخصية، مجلة علم النفس، العدد ٥٩، ص ص ١٥٦-١٦٢.

١٣- صفوت فرج - محمد نجيب الصبوة - مصطفى أحمد تركي - جمعة سيد يوسف - هبة إبراهيم القشيشي - حصة عبد الرحمن الناصر (٢٠٠٩). مرجع اكلينيكي في الاضطرابات النفسية، القاهرة: مكتبة الأنجلو.

١٤- عبد الرقيب البحيري (٢٠٠٥) قائمة اضطراب الأكل، القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.

١٥- عماد مخيمر - هبة محمد (٢٠٠٦). المشكلات النفسية للأطفال بين عوامل الخطورة وطرق الوقاية والعلاج، القاهرة: مكتبة الأنجلو.

١٦- مجدى أحمد محمد (١٩٩٦). علم النفس المرضى: دراسة بين السواء والاضطراب، الاسكندرية: دار المعرفة الجامعية.

١٧- محمد حسن غانم (٢٠٠٤) الأمراض النفسية للشخصية: دراسات إكلينيكية لحالات عربية، الإسكندرية: المكتبة المصرية.

١٨- محمد حسن غانم (٢٠٠٩). الاضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

١٩- محمد حسن غانم (٢٠١٢). الاضطرابات النفسجسمية، دار غريب، القاهرة.

- ٢٠- محمد عاطف زعتر (٢٠٠٠). سمات الشخصية واضطرابات الاكل لدى طلاب الجامعة ، المؤتمر الدولي الاول ، دورات كليات التربية في التنمية البشرية .
- ٢١- محمود عبد الرحمن حموده (٢٠٠٧) . أمراض النفس ، القاهرة : دار الهلال .
- ٢٢- مصطفى كامل عبد الفتاح - فرج عبد القادر طه - محمد السيد أبو النيل - شاكر عطية قنديل - حسين عبد القادر محمد (١٩٨٧) . معجم علم النفس والتحليل النفسي ، القاهرة ، دار النهضة العربية .

ثانياً: المراجع الاجنبية

- 1- American Psychiatric Association. (2013). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders** (5Th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- 2- Baer, R.A., Fischer, S., Huss, D.B. (2006). Mindfulness and Acceptance in the Treatment of Disordered Eating, **Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy**, 23(4), 281-300.
- 3- Barlow, D. & Durand, M. (2014). **Abnormal Psychology: An Integrative Approach**, 7nd Ed, Cengage Learning.
- 4- Bayley, S., Cameron, K., Gramond, G., fear, N. (2012). **Eating Disorders: An Information Pack for General Practitioners**, The Eating Disorders Association of QLD.
- 5- Brown, J., Cross, H., Nelson, J. (1990). Sex Role Identity and Sex Role Ideology in College Women with Bulimic Behavior, **Journal of Eating Disorders**, 9, 571–575.
- 6- Bruch, H. (1974). **Eating Disorders: Obesity, Anorexia and The Person Within**, New York: Basic Books.
- 7- Bruch, H. (1985). Four Decades of Eating Disorders. In D.M. Garner and P.E. Garfinkel (eds.), **Handbook of Psychotherapy for Anorexia Nervosa and Bulimia**. New York: Guilford Press.

- 8- Bulik, C.M., Sullivan, P.F., Carter, F.A., McIntosh, V.V., Joyce, P.R. (1998) The Role of Exposure with Response Prevention in The Cognitive - Behavioural Therapy for Bulimia Nervosa, **Psychological Medicine**, 28 (3), 611- 623.
- 9- Chernin, K. (1992). Confessions of an Eater. In Curtin, D.W. and Heldke, L.M. (eds.), **Cooking, Eating, Thinking: Transformative Philosophies of Food**, Indianapolis: Indiana University Press, 56–67.
- 10-Costa-Font, J. & Jofre-Bonet, M. (2011). Anorexia, Body Image and Peer Effects: Evidence from a Sample of European Women, **Economica**, 80 (317), 44-64.
- 11-Dan Eades,M. (1993). **Free Someone You Love From Eating Disorders**, Perigee Books, Putnam Publishing Group.
- 12-De Groot, J.M.& Rodin, G. (1994). Eating disorders, Female Psychology, and The Self. **Journal of The American Academy of Psychoanalysis**, 22(2), 299-317.
- 13-De Silva, P.(1995). Cognitive-Behavioral Models of Eating Disorders. In G. Szmukle C. Dare, and J. Treasure (eds.) **Handbook of Eating Disorders: Theory, Treatment and Research**, London: Wiley, 141–153.
- 14-Devereux, G. (1980). Normal and Abnormal. In **Basic Problems of Ethno-psychiatry**, Chicago, University of Chicago, Press, 3–71.

- 15-Eisler, I. (2003). Family Models of Eating Disorders. In G. Szmukler, C. Dare, J. Treasure (eds.) **Handbook of Eating Disorders: Theory, Treatment and Research**. London: Wiley, 293–307.
- 16-Engel, S.G., Wittrock, D.A., Crosby, R.D., Wonderlich, S.A., Mitchell, J.E., Kolotkin, R.L. (2006). Development and Psychometric Validation of an Eating-Disorders Specific Health-Related Quality of Life Instrument, **Journal of Eating Disorders**, 39 (1), 62-71.
- 17-Fairburn, C.G., Cooper, Z., Cooper, P. (1986). **The Clinical Features and Maintenance of Bulimia Nervosa**, New York: Basic Books.
- 18-Fassino, S., Amianto, F., Gramaglia, C., Facchini, F., Abbate Daga, G. (2004). Temperament and Character in Eating Disorders: Ten Years of Studies, **Eating and Weight Disorders**, 9 (2), 81-90.
- 19-Fassnacht, D.B. (2011). Identification of Psychological Risk Factors for Eating Disorder Symptomatology in Women, **ph D**, University of Tübingen.
- 20-Fichter, M.M.&Quadflieg, N. (2004). Twelve-Year Course and Outcome of Bulimia Nervosa, **Psychological Medicine**, 34 (8), 1395-1406.

- 21-Fichter, M.M. ,Quadflieg, N., Hedlund, S. (2006). Twelve-Year Course and Outcome Predictors of Anorexia Nervosa, **Journal of Eating Disorders**, 39(2), No, 87–100.
- 22-Garner, D.M. & Bemis, K.M. (1982). A Cognitive-Behavioral Approach to Anorexia Nervosa. **Cognitive Therapy and Research**, 6, 123–50.
- 23-Gelder, M., Andreasen, N., Lopez-Ibor, J., Geddes, J. (2000). **New Oxford Textbook of Psychiatry**, New York: Oxford University Press.
- 24-Gilbert, S. (1986) **Pathology of Eating**. London: Routledge.
- 25-Golden, N.H. & Shenker, I.R. (1994). Amenorrhea in Anorexia Nervosa. Neuroendocrine Control of Hypothalamic Dysfunction, **Journal of Eating Disorders**, 16 (1), 53-60.
- 26-Gordon, R.A. (2000).**Eating Disorders: Anatomy of a Social Epidemic**, 2nd ed, Oxford: Blackwell.
- 27-Goodsitt, A. (1997) Eating disorders: A Self Psychological Perspective, In D.M. Garner and P.E. Garfinkel (eds.) **Handbook of Treatment for Eating Disorders**, New York: Guilford Press, 205–228.
- 28-Heatherton, T. & Polivy, J. (1991). Chronic Dieting and Eating Disorders: A Spiral Model, In C. Janis, H. Stevan, S. Mary, T. Daniel (eds) **The Etiology of Bulimia: The Individual and Familial Context Washington**, 133-155, DC: Hemisphere Publishers.

- 29-Hoek, H.W.& van Hoeken, D. (2003). Review of The Prevalence and Incidence of Eating Disorders, **Journal of Eating Disorders**, 34 (4), 383-396.
- 30-Hoek, H.W., Bartelds, A.I., Bosveld, J.J., van der Graaf, Y., Limpens, V.E., Maiwald, M., Spaaij, C.J. (1995). Impact of Urbanization on Detection Rates of Eating Disorders, **American Journal of Psychiatry**, 152, 1272-1278.
- 31-Klingenspor, B. (1994). Gender Identity and Bulimic Eating Behavior, **Sex Roles**, 31, 407-431.
- 32-Lawrence, M. (1984). **The Anorexic Experience**, London: Women's Press.
- 33-Lawrence, M. (1987). **Fed Up and Hungry: Women, Oppression and Food**, London: Women's Press.
- 34-Le Grange, D.&Loeb, K.L. (2007). Early Identification and Treatment of Eating Disorders: Prodrome to Syndrome, **Early Intervention in Psychiatry**, 1, 27-39.
- 35-Lester, R.J. (1997). The (Dis)embodied Self in Anorexia Nervosa, **Soc Sci Med**, 44(4), 479-489.
- 36-Lewinsohn, P.M., Seeley, J.R., Moerk, K.C., Striegel-Moore, R.H. (2002). Gender Differences in Eating Disorder Symptoms in Young Adults. **Journal of Eating Disorders**, 32 (4), 426-440.

- 37-Louise, A. (2009). Eating Disorder and the Experience of Self: An Interpretative Phenomenological Analysis, **PhD**, University of Hertfordshire.
- 38-Martz, D.M., Handley, K.B., Eisler, R.M. (1995). The Relationship Between Feminine Gender Role Stress, Body Image, And Eating Disorders, **Psychology of Women Quarterly**, 19 (4), 493-508.
- 39-Mitchell, J.E., Crosby, R.D., Wonderlich, S.A., Hill, L., le Grange, D., Powers, P., Eddy, K. (2007). Latent Profile Analysis of a Cohort of Patients with Eating Disorders Not Otherwise Specified, **Journal of Eating Disorders**, 40, 95-98.
- 40-Ogden, J. (2007).Symptom Onset and The Socially Sanctioned Pathway: The Example of Diet. Health, **An International Journal of Health, Illness and Medicine**, 11, 7–27.
- 41-Ogden, J. (2010) **The Psychology of Eating From Healthy to Disordered Behavior**, 2nd edition, A John Wiley & Sons, Ltd., Publication.
- 42-Orbach, S. (1993). **Hunger Strike: The Anorectic's Struggle as a Metaphor for Our Age**, 2nd ed, London: Faber and Faber.
- 43-Ranzenhofer, L., Columbo, K., Tanofsky-Kraff, M., Shomaker, L. ; Cassidy, O., Matheson, B. E., Kolotkin, R. L., Checchi, J. M., Keil, M., McDuffie, J. R., Yanovski, J. A. (2012). Binge Eating and Weight-Related Quality of Life in Obese Adolescents, **Nutrients**, 4 (3), 167-180.

- 44-Reagan, P. & Hersch, J. (2005). Influence of Race, Gender, and Socioeconomic Status on Binge Eating Frequency in a Population-Based Sample, **Journal of Eating Disorders**, 38 (3), 252-256.
- 45-Roodsari, A. F. (2011).Prevalence of Eating Disorders among Female Students of Tonekabon University, **Journal of Scientific & Engineering Research** ,2(4),1-4.
- 46-Rosen, J.C. & Leitenberg, E. (1982). Bulimia nervosa: Treatment with Exposure and Response Prevention, **Behavior Therapy**, 13, 117–124.
- 47-Russell-Mayhew, S. (2006). Eating Disorders and Obesity as Social Justice Issues Implications For Research and Practice,**Journal for Social Action in Counseling and Psychology**, 1 (1),1-13.
- 48-Sadock, J.B. & Sadock, A.V. (2010). **Pocket Handbook of Clinical Psychiatry**, China : Williams Wilkins.
- 49-Sandler, J. & Dare, C. (1973). The Psychoanalytic Concept of Morality. **Journal of Psychosomatic Research**, 14, 770–787.
- 50-Schepank, H. (1992). Genetic Determinants of Anorexia Nervosa: Results of Studies in Twins, In W. Herzog, H.C. Deter, and W. Vandereycken (eds), **The Course of Eating Disorders**, Berlin, Springer, 241– 256.
- 51-Sherman, R. & Thompson, R. (2005).**Managing The Female Athlete Triad**, The Athlete Special Interest Group of The

- Academy of Eating Disorders**, in Conjunction With The NCAA.
- 52-Silverstein, B., Peterson, B., Perdue, L. (1986). Some Correlates of The Thin Standard of Physical Attractiveness of Women, **Journal of Eating Disorders**, 5, 898–905.
- 53-Stein, K.F.&Corte, C. (2003). Reconceptualizing Causative Factors and Intervention Strategies in The Eating Disorders: A Shift From Body Image to Self-Concept Impairments, **Archives of Psychiatric Nursing**, XVII, (2), 57-66.
- 54-Strober, M., Lampert, C., Morrell, W., Burroughs, J., Jacobs, C. (1990). A Controlled Family Study of Anorexia Nervosa: Evidence of Familial Aggregation and Lack of Shared Transmission with Affective Disorders, **Journal of Eating Disorders**, 9, 239–253.
- 55-Sullivan, P.F. (1995). Mortality in Anorexia Nervosa, **The American Journal of Psychiatry**, 152 (7), 1073-1074.
- 56-Szmukler, G., Dare, C., Treasure, J. (1995). Handbook of Eating Disorders Theory, **Treatment and Research**, London, Wiley, 125–139.
- 57-Tanofsky-Kraff, M. (2008). Binge Eating among Children and Adolescents. In Jelalin, E.& Steele, R.(Eds), **Handbook of Child and Adolescent Obesity**, New York: Springer, 41–57.

- 58-The Eating Disorders Association (2012). **Eating DisordersGeneral Practitioners**,The 3 edition,Australia: Queensland.
- 59-The Victorian Centre of Excellence in Eating Disorders (2004). **An Eating Disorders Resource For Schools**, The Educational Resource Centre, Victoria.
- 60-Thompson, J.K. & Heinberg, L.J. (1999). The Media's Influence on Body ImageDisturbance and Eating Disorders: We've Reviled Them, Now Can We RehabilitateThem?, **Journal of Social Issues**, 55(2), 339 – 353.
- 61-Tozzi, F., Sullivan, P.F., Fear, J.L., McKenzie, J., Bulik, C.M. (2002). Causes and Recovery in Anorexia Nervosa:The Patient's Perspective, **Journal Of Eating Disorder**, 33 (2), 143-155.
- 62-Wade, T.D., Tiggemann, M., Bulik, C.M., Fairburn, C.G., Wray, N.R., Martin, N.G.(2008). Shared Temperament Risk Factors for Anorexia Nervosa: A Twin Study, **Psychosomatic Medicine**, 70 (2), 239–244.
- 63-Wilson, G.T. (1989). The Treatment of Bulimia Nervosa: A Cognitive - Social Learning Analysis, In A.J. Stunkard&A.Baum (Eds.), **Perspectives in Behavioral Medicine**, 73-98, Hillsdale, NJ Lawrence Erlbaum.

- 64-Wiseman, C., Gray, J., Mosimann, J., Ahrens, A. (1992). Cultural Expectations of Thinness in Women: An Update, **Journal of Eating Disorders**, 11(1), 85–89.
- 65-Wolf, M., Sedway, J., Bulik, C.M., Kordy, H. (2007). Linguistic analyses of natural written language: Unobtrusive Assessment of Cognitive Style in Eating Disorders, **Journal of Eating Disorders**, 40 (8), 711–717.
- 66-Wyrwicka, W. (1984). Anorexia Nervosa as a Case of Complex Instrumental Conditioning, **Experimental Neurology**, 84, 579–589.

مقياس اضطرابات الأكل

كراسة الاسئلة

يتضمن هذا المقياس مجموعة من الفقرات المطلوب منك الإجابة عليها في الخانة المناسبة، لا توجد إجابة خاطئة و أخرى صحيحة بل الأمر يتعلق بوجهة نظرك اتجاه بعض المواقف، لذا نرجو منك أن تحددوا إجابتكم بصدق.

البيانات الشخصية

من فضلك املأ البيانات التالية:

الاسم :

الجنس : ذكر () الأنثى ()

تاريخ الميلاد :/...../.....

نوع التعليم :

التعليمات:

ضع (√) أمام العبارات التي ترى أنها تعبر فعلا عن رأيك واعلم أنه لا توجد إجابة صحيحة وأخرى خاطئة فالمطلوب منك أن تعبر عن رأيك بصراحة.

وإليك المثال التالي :

م	العبارات	كثيراً	احياناً	نادراً
١	أحاول الحد من كمية الطعام الذي أتناوله كي أؤثر على شكل جسمي أو وزني .		√	

وأملي بأن تجد منك هذا المقياس كل الاهتمام من خلال الإجابة على جميع الأسئلة وعدم ترك أي عبارة دون إجابة .

شكرا على تعاونكم

م	العبارات	كثيراً	احياناً	نادراً
١	أحاول الحد من كمية الطعام الذي أتناوله كي أؤثر على شكل جسمي أو وزني .			
٢	أشعر سريعاً بالامتلاء رغم تناولي القليل من الطعام .			
٣	أمضي فترات طويلة (٨ ساعات أو أكثر) دون تناول أي شيء لكي أؤثر على شكل جسمي أو وزني .			
٤	تستحوذ علي فكرة أن أكون نحيفاً .			
٥	أحاول أن اتجنب أي طعام أحبه لكي أؤثر على شكل جسمي أو وزني .			
٦	أعرض لنوبات من تناول الأكل وأشعر فيها بأنني فقدت السيطرة على الرغم من أنني لم أتناول كميات كبيرة من الطعام .			
٧	اتبع قواعداً تتعلق بتناولي للطعام لكي أؤثر على شكل جسمي أو وزني ، كتحديد السرعات الحرارية وتحديد كمية معينة من الطعام .			
٨	أعيب نفسي (قيء) كوسيلة للسيطرة على شكل جسمي ووزني ، أو كي ابطل تأثيرات الأكل .			
٩	لدي مخاوف من عدم قدرتي على مقاومة الأكل أو إيقافه .			
١٠	أتناول أدوية مسهلة كوسيلة للتحكم في شكل جسمي أو وزني أو لأبطل تأثيرات الأكل .			
١١	أشعر بفقدان السيطرة على نفسي عندما أتناول الأكل .			
١٢	أقوم بتناول أدوية مدرة للبول كوسيلة للتحكم في شكل جسمي أو وزني أو لإبطال تأثيرات الأكل .			

م	العبارات	كثيراً	أحياناً	نادراً
١٣	أقوم بأداء تمارين رياضية قوية كوسيلة للتحكم في شكل جسمي أو وزني أو لإبطال تأثيرات الأكل .			
١٤	أتناول الطعام سراً دون أن يراني أحد .			
١٥	أشعر بالذنب بعد تناول الأكل بسبب شكل جسمي أو وزني .			
١٦	أرغب في أن تصبح معدتي مسطحة أو مشدودة .			
١٧	أشعر بأنني تناولت كمية كبيرة من الطعام على الرغم من أن الآخرين يعتبرونها كميات قليلة .			
١٨	يتعارض تفكيري بشأن شكل جسمي أو وزني مع قدرتي على التركيز في أمور أخرى هامة : على سبيل المثال القراءة، أو مشاهدة التلفاز أو متابعة حوار .			
١٩	أشعر بخوف من أن يزيد وزني أو أن اصبح بديناً .			
٢٠	يتتابني مخاوف محددة من أن يزيد وزني أو اصبح بديناً .			
٢١	يؤثر وزني على كيفية تقيمي (حكمي) على ذاتي .			
٢٢	أشعر بالبدانة .			
٢٣	أصوم لكي اتجنب أن يزيد وزني .			
٢٤	لدي رغبة قوية لفقد الوزن .			
٢٥	تلح علي فكرة إنقاص الوزن عن طريق اتباع الحمية (الرجيم) .			
٢٦	يزيد تناولي للطعام عندما أشعر بالضغط .			
٢٧	أحرص على حساب عدد السعرات الحرارية التي يحتوي عليها الطعام .			

م	العبارات	كثيراً	احياناً	نادراً
٢٨	استمر في الأكل دون أن استطيع التوقف .			
٢٩	أشكو من الأنيميا .			
٣٠	أصبح غير قادر على تحديد ما إذا كنت أشعر بالشبع أو الجوع .			
٣١	أشعر بالتعب بعد تناول الوجبات .			
٣٢	اتعرض لنوبات من تناول الأكل أشعر فيها بأني فقدت السيطرة رغم أنني لم أتناول الكميات الكبيرة المعتادة من الطعام .			
٣٣	أتناول الطعام بشكل أسرع من المعتاد .			
٣٤	أتناول الطعام حتى أشعر بالامتلاء وعدم الراحة .			
٣٥	أتناول كميات كبيرة من الطعام على الرغم من عدم شعوري بالجوع .			
٣٦	أتناول الطعام بمفردي لأنني أشعر بالحرج بسبب كمية الطعام التي أتناولها .			
٣٧	أشعر بالاشمئزاز من نفسي ويسيطر علي الشعور بالذنب بعد الإفراط في تناول الأكل .			