

---

---

# الفصل الثاني

التنبؤ بالشره العصبى فى ضوء

بعض الأعراض العصابية لدى المراهق الأزهرى

---

---



## التنبؤ بالشه العصبي فى ضوء

### بعض الأعراض العصبية لدى المراهق الأزهرى

#### مقدمة البحث:

خلق الله الإنسان بمجموعة من الغرائز تعمل على استمرار الحياة ليمارس دوره الذى أعده الخالق فى عمارة الأرض إلى أن يرثها الله ومن عليها. ومن أهم هذه الغرائز غريزة الجوع والتي يستجيب لها بالطعام حيث إنه لا صبر للإنسان عليها سوى ساعات أو أيام قلائل. وقد أمرنا الدين الإسلامى بالامتناع عن الطعام فى حالات لخبرة إيمانية وإنسانية نعانى فيها عدم إشباع غريزة الجوع.

ولأسباب مختلفة يحدث اضطراب لبعض الأفراد مما يؤثر على غريزة الجوع لديه فيشعر بحاجته المستمرة للطعام دون حاجة بدنه لذلك، وينتهى به الاضطراب إلى فيما يعرف فى أدبيات علم النفس المرضى باسم الشه العصبي Bulimia. وغالباً ما يسبب ذلك العديد من الأمراض الجسدية أقلها السمنة وما تحمله من مخاطر على صحة الفرد الذى هو عماد كل تقدم فى الحياة والثروة الحقيقية لكل الأمم، وتعوق هذه الحالة الإنسان عن ممارسة حياته الطبيعية، كما تصيبه بالعديد من الأعراض العصبية.

والشهر العصبي بمثابة حالة مرضية تجعل المصاب بها يشعر بجوع متواصل أو يشعر بحاجة إلى الأكل دون حاجة بدنه لذلك، وهذه الحالة تكون قهرية ولا يستطيع مقاومتها (فوزية الدريع، ١٩٩٥: ٥٠). ويتسم الشخص الذى يعانى من الشهر العصبي بتناول كميات ضخمة من الطعام أكثر مما يمكن أن

يأكله معظم الأفراد عادة ويحدث ذلك في فترة قصيرة وبسرعة شديدة خلال فترة زمنية معينة يشعر فيها الفرد إنه لا يتحكم في سلوك الأكل لديه، كما يشعر إنه مقهور ومجبر على فعل ذلك، وتنتهي فترة الشراهة هذه ببعض الآلام؛ كالآلم في المعدة أو الشعور بالغثيان، ويلى هذا عادة الشعور بالخجل والذنب والاكئاب والنفور من الذات أو التقزز منها. ويستخدم مثل هذا الشخص عادة الميلينات أو مدرات البول مع التقيؤ أو إحداث القيء بشكل صناعي أو تناول دواء مسهل ملين للإمعاء أو عقار مدر للبول أو أخذ شربة (زينب شقير، ٢٠٠٢: ٢٦).

ويرتبط الشره العصبي ببعض الأمراض النفسية في العينات الاكلينيكية، ويتزامن حدوثه بشكل متكرر مع الاكئاب؛ حتى أن بعض الباحثين يرى أن كلاً الاضطرابين يشتركا في درجة انتشارهما. كما أن البحوث التي تناولت العائد من الاكئاب أوضحت أن الاكئاب يكاد يختفى مع نجاح علاج اضطرابات الأكل؛ وهذه الأدلة توضح أن الاكئاب بمثابة نتيجة أو يرتبط بالشره العصبي ولكنه ليس سبباً له. كما يتزامن حدوث القلق مع الشره العصبي (عبد الرحمن، ١٩٩٩: ٢٣٤-٢٣٥).

وعليه، يرمى هذا البحث إلى التنبؤ بالشره العصبي في ضوء بعض الأعراض العصابية الآتية: القلق، والخوف المرضي، والوساوس القهرية، والاضطرابات السيكوماتية، والاكئاب، والهستيريا.

### مشكلة البحث:

أن الشره العصبي أحد اضطرابات الأكل؛ وهو يندرج تحت الاضطرابات النفس - جسمية، ويستخدم تعبير الشره العصبي ليعبر عن الميل

والرغبة الشديدة والمتكررة نحو الأكل، ويوجد عند الإناث أكثر من الذكور؛ وغالباً ما يأتي بعد نوبة فقدان الشهية العصبى للطعام (محمد، ٢٠٠٠). ويقصد بالشره العصبى للطعام تناول العرضى غير المنتظم والقهرى والسريع لكميات كبيرة من الطعام فى فترة قصيرة من الوقت؛ مع الشعور ببعض الآلام بالبطن والإحساس بالغثيان؛ وما يصحب ذلك من إحساس بالذنب وشعور بالقلق والاكتئاب واحتقار الذات. وقد يلجأ الشخص إلى استخدام المليينات ومدرات البول بصورة منتظمة ومحاولته التقيؤ أو استخدام وسائل صناعية للتخلص من الكميات الزائدة من الطعام (عكاشة، ١٩٩٨: ٥٠٣).

أضف إلى هذا؛ أن الشره العصبى لم يصنف كعرض نفسى طبى واضح المعالم (American Psychiatric Association, ١٩٨٠) حتى عام ١٩٨٠ (American Psychiatric Association, ١٩٨٠). وتعد نوبة الأكل أو حفلة الأكل binge eating أحد ملامح الشره العصبى، وقد يصاحبه أيضاً عملية التقيؤ vomiting، والرجيم القاسى strict dieting، وسوء استخدام المليينات laxative abuse.

إضافة إلى هذا، انتهى بعض الباحثين فى هذا المجال إلى أن الأفراد الذين يعانون من الشره العصبى يعانون من الحالة النفسية القلقة dysphoric mood، وتحقير الذات، والانشغال بالطعام preoccupations with food، وحجم الجسم body size (Johnson & Larson, ١٩٨٢; Fairburn, ١٩٩٤; Russell, ١٩٧٩). كما أشارت بعض البحوث أن نسبة انتشار الشره العصبى تقدر بحوالى ١٠% بين طالبات الجامعة (Smith and Thelen, ١٩٨٤).

وإلى جانب هذا، تعددت البحوث فى التراث النفسى الغربى التى تناولت الشره العصبى بغيره من المتغيرات الأخرى مثل: القلق (Sigler, ١٩٩٩)،

والمخاوف المرضية (Kendler, et al., ١٩٩٥)، والوساوس القهرية (Ghadirian, Arogona and Vella, ١٩٩٨)، والأعراض السيكوسوماتية (Parry and et al., ١٩٩٣)، والاكئاب (Glore, ٢٠٠١)، والهستيريا (Parry, ١٩٩١). وعلى الرغم من هذا، لم يجد الباحث الحالي بحثاً قد تناول الشره العصبي في علاقته بالأعراض العصابية المذكورة سلفاً؛ إلى جانب محاولة التنبؤ بأى من هذه الأعراض أكثر ارتباطاً بالشره العصبي. ومن ثم، تكمن مشكلة البحث الحالي في محاولة التنبؤ بالشره العصبي في ضوء بعض الأعراض العصابية.

ويمكن تحديد مشكلة البحث الراهن في محاولة الإجابة على التساؤلات

الآتية:

- (١) هل توجد فروق في القلق وفقاً لتفاعل متغيرى مستوى الشره العصبي (مرتفع - منخفض)، والجنس (ذكور - إناث)؟
- (٢) هل توجد فروق في المخاوف المرضية وفقاً لتفاعل متغيرى مستوى الشره العصبي (مرتفع - منخفض)، والجنس (ذكور - إناث)؟
- (٣) هل توجد فروق في الوساوس القهرية وفقاً لتفاعل متغيرى مستوى الشره العصبي (مرتفع - منخفض)، والجنس (ذكور - إناث)؟
- (٤) هل توجد فروق في الأعراض السيكوسوماتية وفقاً لتفاعل متغيرى مستوى الشره العصبي (مرتفع - منخفض)، والجنس (ذكور - إناث)؟
- (٥) هل توجد فروق في الاكئاب وفقاً لتفاعل متغيرى مستوى الشره العصبي (مرتفع - منخفض)، والجنس (ذكور - إناث)؟
- (٦) هل توجد فروق في الهستيريا وفقاً لتفاعل متغيرى مستوى الشره

العصبى (مرتفع - منخفض)، والجنس (ذكور - إناث)؟

(٧) هل يمكن التنبؤ بالشرة العصبى فى ضوء بعض الأعراض العصابية الآتية: القلق، والمخاوف المرضية، والوساوس القهرية، والأعراض السيكوسوماتية، والاكتئاب، والهستيريا.

### أهمية البحث:

أبانت بعض البحوث أن نسبة انتشار الشرة العصبى بين طالبات الجامعة على وجه الخصوص تتراوح من ٥% إلى ٢٠% (Halmi, et al., ١٩٨١); كما تبين أن من يعانون من الشرة العصبى يعانون من الاكتئاب، وتحقير الذات، والانشغال الدائم بالطعام وصورة الجسم (Pyle, et al., ١٩٨٤). إلى جانب بعض الأعراض العصابية الأخرى مثل القلق والمخاوف المرضية (Onderman and Kirschenbaum, ١٩٨٤)، والوساوس القهرية (Rogers, ١٩٩٧)، والأعراض السيكوسوماتية والهستيريا (Bulik, et al., ١٩٩١)، ونظراً لقلّة البحوث التى تناولت الشرة العصبى ببعض الأعراض العصابية فى البيئة المصرية تكمن الأهمية العلمية للبحث الراهن فى محاولة الكشف عن العلاقة بين الشرة العصبى وبعض الأعراض العصابية؛ ومحاولة التنبؤ بأى من هذه الأعراض أكثر إسهاماً للشرة العصبى.

إضافة إلى هذا، تتجلى الأهمية التطبيقية للبحث الراهن فى محاولة الوصول إلى نتائج تكشف عن مدى العلاقة بين الشرة العصبى ببعض الأعراض العصابية، ومعرفة أى من هذه الأعراض أكثر إسهاماً للشرة العصبى، مما يساعد العاملين فى مجال الإرشاد النفسى على تصميم بعض البرامج الإرشادية التى تقلل من حدة الشرة العصبى إلى جانب تخفيف حدة بعض الأعراض العصابية المصاحبة.

### هدف البحث:

هدف البحث الكشف عن العلاقة بين الشره العصبى وبعض الأعراض العصابية، ومحاولة التنبؤ بأى من هذه الأعراض أكثر إسهاماً للشره العصبى.

### حدود البحث:

يتحدد البحث بالعينة المستخدمة المكونة من مائة طالب وطالبة (٥٠) مفحوصاً مرتفعى الشره العصبى، و٥٠ مفحوصاً منخفضى الشره العصبى)، وبالمقياس المستخدم لقياس الشره العصبى.

### مفاهيم البحث:

#### ١- الشره العصبى:

أن البوليميا Bulimia حالة من الجوع المرضى الذى يتعذر إشباعه (جرجس، ١٩٦١: ٢٧٣). ويعد هذا العرض المرضى وسيلة للتعبير عن عدم الرضا. ويتعرض بعض الأطفال الذين لا يسمح أهلهم بالاشتراك معهم فى تناول الطعام وتبادل الحديث إلى هذه الظاهرة الهستيرية. أن هذه الظاهرة ما هى إلا وسيلة للاحتجاج بطريقة لا شعورية على تصرفات الأباء. وأحياناً تحدث الشراهة إلى الطعام بشكل مرضى نتيجة بعض المضايقات الانفعالية (فهمى، ١٩٥٧: ٨٨-٨٩).

ويؤدى الشره العصبى إلى فقد السيطرة على النفس والاندفاع القهرى فى تناول كميات كبيرة من الطعام فى فترة زمنية قصيرة. وبعد هذا الاتهام يقىء المريض نفسه أو يستعمل مدرات البول أو المسهلات، أو يضع نظاماً صارماً للصيام، أو يمارس رياضة عنيفة لمنع زيادة الوزن، والانشغال المستمر بشكل الجسم ووزنه، وأغلب المصابين بالشره العصبى تكون أوزانهم فى حدود

الطبيعى وبعضهم قد يقل عن الطبيعى، بينما يعانى البعض من زيادة الوزن، ويصاحب الشره العصابى الاكتئاب، أو الإدمان وخاصة المهدئات أو مشتقات الامفيتامين أو الكوكايين أو الكحول (حمودة، ١٩٩١: ٢٠٧-٢٠٩).

وتبدأ الشرهه العصبية فى المراهقة عادة، وتشيع لدى الإناث أكثر من الذكور. وقد لوحظ أن البدانة فى المراهقة يمكن أن تهيئ الشخص وتجعله مستعداً وقابلاً لاضطراب الشرهه فى الكبر (عبد الخالق، ١٩٩٣: ٣٥٤).

ورغم أن المصابين بالشره العصبى ربما يعانون من السمنة إلا أن المعاناة البدنية قليلة؛ وهذا بالقياس إلى المعاناة النفسية. فيكفى المصابون بمرض الشرهه العصبية معايشة هذا الاندفاع القهرى نحو الأكل وما يتبعه من احساس بالذنب واحتقار الذات. وحتى أن بعض الحالات يتحاشى النظر إلى وجهه فى المرأة، ولربما أن فعل يؤنب نفسه ويلومها على هذا الضعف الذى يتكرر دون إرادة (فوزية الدريع، ١٩٩٥: ٦٠).

ويعزى الفضل إلى راسل Russell الذى قام بوصف الأعراض المرضية المرتبطة بالشره العصبى عام ١٩٧٩. ويبدأ الشره العصبى عادة فى سن المراهقة أو بداية الرشد.

ومن ثم، يعد الشره العصبى اضطراب يتعلق بالأكل ويتضمن تناول المتكرر لكميات كبيرة من الطعام والشراب فى وقت قصير فيما يشبه نوبة الأكل أو حفلة الأكل؛ ويتبع نوبة الأكل والشراب حالة من المزاج المكتئب وتقليل قيمة الذات. وفى حالات كثيرة تحدث محاولات لإنقاص الوزن بإتباع نظام غذائى وبالتقيؤ وباستخدام المسهلات. وأحياناً ما تعود حالة النهم إلى اضطراب غدى، ولكنها تحدث فى حالات كثيرة بسبب عوامل نفسية مثل

التخفف من الضغط أو محاولة استعادة مشاعر الأمن الطفولية أو إحلال الطعام محل الإشباعات الحالية غير المحققة مثل العطف أو الجنس.

(جابر وكفافي، ١٩٨٨: ٤٩٢)

## ٢- الأعراض العصابية:

يتضمن العصاب النفسي عدة أعراض هي: القلق، والمخاوف، والوسواس القهري، والاضطرابات السيكوسوماتية، والاكتئاب، والهستيريا. ويعرف القلق بأنه: "حالة توتر شامل ومستمر نتيجة توقع تهديد خطر فعلى أو رمزى قد يحدث، ويصحبها خوف غامض، وأعراض نفسية جسمية" (زهران، ١٩٧٧: ٨٥)؛ وبأنه: "حالة انفعالية دافعية مركبة، نستدل عليها من عدد الاستجابات المختلفة. وقد يكون القلق موضوعياً كرد فعل طبيعى لمواقف ضاغطة، أو مرضياً كحالة مستمرة منتشرة غامضة مهددة" (منصور وآخرون، ١٩٨٩: ٤٥٠)؛ وبأنه: "حالة نفسية مؤلمة تنتج عن شعور الإنسان بالعجز والدونية فى مواقف الإحباط والصراع، وتؤدى إلى الحيل النفسية الدفاعية" (محمد ومرسى، ١٩٩٤: ١٤٠)؛ وبأنه: "استجابة انفعالية مؤلمة يمر بها الفرد، ويصاحب ذلك بعض التغيرات الفسيولوجية فى عدد من هذه الأجهزة الداخلية التى يتحكم فيها الجهاز العصبى اللاإرادى" (الدسوقي، ١٩٩٧: ٢٤)؛ وبأنه: "شعور عام غامض غير سار بالتوجس والخوف والتحفز والتوتر؛ مصحوب عادة ببعض الإحساسات الجسمية؛ خاصة زيادة نشاط الجهاز العصبى اللاإرادى" (عكاشة، ١٩٩٨: ١٠٧)؛ وبأنه: "حالة انفعالية سلبية حول موضوع معين" (عبد الوهاب ووفاء مسعود، ٢٠٠٠: ٨٠).

ويعرف الخوف المرضى بأنه: "خوف دائم من وضع أو موضوع (شخص أو شيء أو موقف أو فعل أو مكان) غير مخيف بطبيعته، ولا يستند

إلى أساس واقعي، ولا يمكن ضبطه أو التخلص منه أو السيطرة عليه" (زهران، ١٩٧٧: ٤١٧-٤١٨)؛ وبأنه: "حالة يحسها كل إنسان في أثناء حياته وهي إما موضوعية أو حقيقية (عامة أو غير محددة)" (القوصي، ١٩٨٢: ٣١٦)؛ وبأنه: "خوف مبالغ فيه، يصل إلى حد الرعب من موضوع أو موقف معين لا يمثل في حد ذاته مصدراً للخطر" (الطيب، ١٩٨٣: ١٤٢)؛ وبأنه: "حالة خوف غير منطقي في مواقف معينة كالخوف من الظلام أو من الأماكن العالية أو المغلقة أو من الحيوانات" (منصور وآخرون، ١٩٨٩: ٤٧٦)؛ وبأنه: "خوف من أشياء أو موضوعات لا تثير الخوف بطبيعتها عند عامة الناس أو لا تثير نفس الدرجة من الشدة؛ حيث لا يتفق حجم الخوف مع مقدار الخطر المتضمن في المثير وإنما يزيد عليه. أو هو خوف لا عقلاني يدركه الفرد نفسه ولا يستطيع التخلص منه" (العيسوي، ١٩٩٢: ١٧٤)؛ وبأنه: "خوف غير طبيعي وليس له أساس في الواقع الخارجي أي لا يوجد ما يبرر حدوثه" (جليلة القيسي، ١٩٩٦: ٢٧٠)؛ وبأنه: "حيلة دفاعية لا شعورية، يحاول المريض أثناءها عزل القلق الناشئ من فكرة أو موضوع أو موقف معين في حياته اليومية، وتحويله لفكرة أو موضوع أو موقف رمزي ليس له علاقة مباشرة بالسبب الأصلي" (عكاشة، ١٩٩٨: ١٢٩).

ويعرف الوسواس القهري بأنه: "فكرة متسلطة تفرض نفسها على المريض، وتلازمه، ولا يستطيع مقاومتها على الرغم من اقتناعه بعدم معقوليتها، وعدم فائدتها" (فريد، ١٩٦٨: ١٦٨)؛ وبأنه: "فكر متسلط، يظهر بتكرار وقوة لدى المريض ويلزمه ويفرض نفسه عليه، ولا يستطيع مقاومته رغم وعي المريض وتبصره بغرابته وسخفه وعدم فائدته، ويشعر بالقلق، والتوتر إذا قاوم ما توسوس به نفسه، ويشعر بالحاح داخلي للقيام به" (زهران،

١٩٧٧:٤٢٣)؛ وبأنه: "فكرة معينة أو أفكار تشغل ذهن الفرد بطريقة قهرية متكررة، وغالباً ما تكون غير مقبولة (منصور وآخرون، ١٩٨٩:٤٧٣)؛ وبأنه: "تسلط أفكار مزعجة لا يستطيع الفرد التخلص منها رغم علمه بأنها أفكار تافهة" (العيسوى، ١٩٩٢:١٦٦)؛ وبأنه: "اضطراب نفسى يتسلط على الفرد فيقضى مضجعه ويقلق نفسه، ويعكر صفو مزاجه" (محمد ومرسى، ١٩٩٤:٢٠٠)؛ وبأنه: "مرض عصابى يتميز بوجود وساوس فى هيئة أفكار أو اندفاعات أو مخاوف أو أعراض قهرية فى هيئة طقوس حركية مستمرة أو دورية" (عكاشة، ١٩٩٨:١٣٦)؛ وبأنه: "أفكار مقلقة أو دفعات يعرف الفرد أنها غير مطلوبة، وأنها بدون معنى ومع ذلك لا يمكنه التخلّى عنها" (غريب، ١٩٩٩:٤٢١).

وتعرّف الاضطرابات السيكوسوماتية بأنها: "اضطرابات جسمية موضوعية ذات أساس وأصل نفسى، تصيب المناطق والأعضاء التى يتحكم فيها الجهاز العصبى الذاتى" (زهران، ١٩٧٧:٤٧٥)؛ وبأنها: "اضطراب يتميز بأعراض توحى بالاضطراب الجسمى دون أسباب عضوية ظاهرة" (جلال، ١٩٨٦:١٩٩)؛ وبأنها: "اضطرابات مرضية جسمية المظهر، نفسية المنشأ" (منصور وآخرون، ١٩٨٩:٤٧٩)؛ وبأنها: "تلك الأمراض الجسمية الناشئة عن أسباب نفسية مثل قرحة القولون، ارتفاع ضغط الدم، الصداع النصفى، حساسية الجلد، حب الشباب .. الخ" (محمد ومرسى، ١٩٩٤:٢٠٨)؛ وبأنها: "أعراض جسدية لأسباب بعضها أو كلها نفسية" (العيسوى، ١٩٩٦:١٣)؛ وبأنها: "اضطرابات عضوية يغلب فيها العامل الانفعالى دوراً هاماً قوياً أساسياً، وعادة ما يكون ذلك من خلال الجهاز العصبى اللاإرادى" (عكاشة، ١٩٩٨:٣٥٥)؛.

ويعرّف الاكتئاب بأنه: "الشعور بالعجز واليأس وعدم القدرة على النظر

للمستقبل بتفاؤل، ونقص في الثقة بالنفس، وانطواء، ونزوع إلى القلق، وانخفاض في الحيوية" (مليكة وآخرون، ١٩٥٩: ١٥٤)؛ وبأنه: "حالة عصابية مؤقتة يثيرها فقدان عزيز، وتتسم بالقلق وانتقاد الذات، والحط من شأنها. كما أنه ضرب من الحزن يتميز عن الحزن العادي بما يتضمنه من انقباض في الصدر، والشعور بالضيق، وخمود في الهمة، وخور في العزيمة، وعدم القدرة على الاستمتاع بمباهج الحياة استمتاعاً حقيقياً" (فريد، ١٩٦٨: ١٥٨)؛ وبأنه: "حالة من الحزن الشديد المستمر تنتج عن الظروف المحزنة الأليمة، وتعبير عن شيء مفقود، وإن كان المريض لا يعي المصدر الحقيقي للحزن" (زهرا، ١٩٧٧: ٤٢٩)؛ وبأنه: "حالة مرضية بسبب المعاناة النفسية، ومشاعر الذنب مصحوباً بنقص ملحوظ في الإحساس بالقيم الشخصية، وبنقص عقلي ونفسي وحركي وحتى في النشاط العضوي" (Campbell, ١٩٨١)؛ وبأنه: "المظهر الحزين، وفقدان الشهية مع تعبيرات الحزن، وأحياناً تفريغ السلوك بصورة لاسوية مثل الصراخ واللامبالاة وفقدان الهمة، والانسحاب الاجتماعي، والشكاوى الجسمية مع اضطراب النوم والقلق والمخاوف المرضية" (الطيب، ١٩٨٨: ٤٩)؛ وبأنه: "حالة نفسية أو معنوية تتسم بمشاعر انكسار النفس، وفقدان الأمل، والشعور بالكسل، والاسترخاء والبلادة، والشعور بعدم القيمة أو بانعدام القيمة، ويشعر المريض بفقدان الشهية وبعدم القدرة على النوم" (العيسوي، ١٩٩٢: ١٢٣)؛ وبأنه: "حالة تتضمن تغيراً محدداً في المزاج مثل الشعور بالحزن والوحدة واللامبالاة؛ بالإضافة إلى مفهوم سالب عن الذات مصاحب بتوبيخ للذات وتحقيرها ولومها، ورغبات في عقاب الذات والهروب والاختفاء والموت، وتغيرات في مستوى النشاط، وصعوبة النوم، وفقدان الشهية" (غريب، ١٩٩٩: ٢١٨)؛ وبأنه: "زملة الأعراض المؤلمة والمحزنة التي يشعر بها الشخص فيفقد متعة الحياة ولذتها، ويفقد شهيته للطعام، ويصبح

أكثر قلقاً وأرقاً، وأكثر شعوراً بالوحدة، وأكثر عجزاً عن إنجاز الأعمال" (عبد الرحمن، ١٩٩٨: ١٧)؛ وبأنه: "مرض يزخر بأعراض مختلفة تتباين في الكم وليس في الكيف، وإنه لا يوجد ما يسمى بالاكتئاب النفسى أو العصابى أو الخارجى مستقلاً عن الاكتئاب العقلى أو الذهانى أو الداخلى، وأن الفارق الوحيد بينهما هو تعقيد وشدة الأعراض الاكلينيكية" (عكاشة، ١٩٩٨: ٢١١).

وتعرف الهستيريا بأنها: "مرض نفسى عصابى يظهر فيه اضطرابات انفعالية مع خلل فى أعضاء الحس والحركة، أى أنه عصاب تحولى بمعنى أن الانفعالات المزمنة تتحول إلى أعراض جسمية ليس لها أساس عضوى" (زهرا، ١٩٧٧: ٤١١)؛ وبأنها: "حالة عصابية تتبدى فيها الأعراض الجسمية من غير أن يكون لها سبب عضوى يمكن تحديده" (سلامة، ١٩٧٩: ٤٠٥)؛ وبأنها: "عرض بفقدان العضو المصاب للقدرة الوظيفية التى كان يؤديها الفرد أو هى مغالاة فى التعبير عن الانفعالات لدى المصاب" (جلال، ١٩٨٦: ١٥٥)؛ وبأنها: "مرض نفسى وظيفى وغير عضوى، يصيب الإنسان فى مختلف مراحل عمره" (العيسوى، ١٩٩٢: ١٤١)؛ وبأنها: "اضطراب تساهم فى إحداثه جملة من العوامل النفسية والفسىولوجية والضغط البيئية" (محمد ومرسى، ١٩٩٤: ٢٠٠)؛ وبأنها: "مرض عصابى يتميز بظهور علامات وأعراض مرضية بطريقة لاشعورية بدافع الحصول على منفعة خاصة أو جلب الاهتمام، أو الهروب من موقف خطير" (عكاشة، ١٩٩٨: ٥٦).

### بحوث سابقة:

قام وولف وكروزر Wolf and Crowther (١٩٨٣) بدراسة بعض المتغيرات الشخصية المرتبطة بعادات الأكل كمؤشرات لشدة الإفراط فى تناول الطعام binge eating، والوزن. ولتحقيق هذا، تم تطبيق مقياس بيك للاكتئاب،

ومقياس روتر للضبط الخارجى - الداخلى، ومقياس تتسلى لمفهوم الذات، ومقياس تركيز الطاقة الجسمية Body Cathexis Scale على عينة مكونة من ١٢٠ طالبة جامعية من الطالبات عاديات ومفرطات الوزن. وقد أشارت النتائج إلى أن الطالبات مفرطات الوزن يتسمن بعدم الرضا عن تصور الجسم، ويحصلن على درجات منخفضة فى تقدير الذات، ودرجات مرتفعة فى الاعتقاد الخارجى والاكتئاب.

وهدفت الدراسة التى قام بها وادن وآخرين (Wadden, et al. ١٩٨٤) إلى الكشف عن الفروق بين عينة من الأطفال البدنيين والأطفال عاديين الوزن فى مفهوم الذات. ولتحقيق هدف البحث، تم تطبيق مقياس مفهوم الذات للأطفال من إعداد بيرس وهاريس Piers-Harris Children's Self-Concept Scale على عينة مكونة من ١٠٥ طفلاً من الأطفال البدنيين (٥٨ ذكراً، و٤٧ أنثى) متوسط أوزانهم ٥١,٢ كيلوجراماً. بينما تكونت العينة الضابطة من ١٥٠ طفلاً من الأطفال عاديين الوزن (٦٠ ذكراً، و٤٥ أنثى)، وقد بلغ متوسط أوزانهم ٣٦,٥ كيلوجراماً فى المستوى الثالث حتى الثامن الدراسى. وقد أبانت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين فى مفهوم الذات.

وقام ماك كان Mc Canne (١٩٨٥) باختبار علاقة (القلق، والتوكيدية، والاعتقاد فى الضبط الخارجى - الداخلى) بالشره العصبى، وذلك من خلال تطبيق مقياس القلق، ومقياس التوكيدية، ومقياس روتر للضبط الخارجى - الداخلى على عينة مكونة من ٢٣ طالباً من طلاب الجامعة فى مجموعة العلاج الجمعى لسراهاة الطعام المرضية، و١٥ طالباً فى مجموعة العلاج الجمعى الذين يعانون من مشكلات غير مرتبطة باضطرابات الأكل، ومجموعة أخرى ضابطة مكونة من ١٨ طالباً بقسم علم النفس. وقد أبانت النتائج أن أفراد المجموعة فى

العلاج الجمعى لشراهة الطعام المرضية يحصلون على درجات منخفضة فى التوكيدية، ودرجات مرتفعة فى القلق، والاعتقاد فى الضبط الخارجى عن المجموعتين الأخريتين.

كما قام جراس وآخرين (Grace, et al. 1985) بدراسة مقارنة بين مجموعة من الأفراد الذين يعانون من الشره الغذائية المرضية، وأيضاً يعانون فى نفس الوقت من تسهيل البطن *purging*؛ بمجموعة أخرى من الأفراد الذين يعانون من الشره الغذائية المرضية ولا يعانون من تسهيل البطن، بأخرى ضابطة من الأفراد الذين لا يعانون من أية مشكلات مرتبطة بالغذاء ببعض متغيرات الشخصية. ولتحقيق هدف البحث، تم تطبيق مقياس تقدير الذات، ومقياس القلق، ومقياس روتر للضبط الخارجى - الداخلى على مجموعة أولى مكونة من ٢٦ سيدة من السيدات اللاتى يعانون من الشره الغذائية المصاحبة بتسهيل البطن، ومن السيدات اللاتى يعانون من الشره الغذائية دون مصاحبة بتسهيل البطن، وثانية ضابطة مكونة من ٢٤ سيدة.

وأنتهت النتائج إلى أن المجموعة التى تعانى من الشره الغذائية سواء المصاحبة بتسهيل البطن أو بدونه يحصلن على درجات منخفضة فى تقدير الذات، ودرجات مرتفعة فى القلق، والاعتقاد فى الضبط الخارجى من المجموعة الضابطة. وبمقارنة النتائج بين أفراد المجموعة التى تعانى من الشره الغذائية المصاحبة بتسهيل البطن بالأخرى غير المصاحبة بتسهيل البطن، انتهت إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية فى متغيرات الشخصية آنفاً الذكر. كما بينت النتائج أن التخمة أو القهم *gorging* من أهم الأعراض المميزة فى الشره الغذائية المرضية.

وانتهت نتائج دراسة هابرماس ومولر Habermas & Mueller

(١٩٨٦)، وسوسن فيليبس Phillips (١٩٨٨) إلى أنه يوجد ارتباط وثيق بين الشره العصبي والأعراض الهستيرية.

وقام لوينكوبف Lowenkopf (١٩٨٦) بمناقشة الشره العصبي، وزملة الأكل الصاخب binge-eating syndrome، والانهماك الانفعالي emotional involvement في اضطراب الأكل. وقد انتهت إلى توصية مفادها إلى أنه ينبغي على المعالج النفسي أن يفرق بين الأنماط المختلفة للشره العصبي، كما ينبغي عليه أن يحدد الظروف الانفعالية والمشكلات التي كان يعاني منها المريض بالشره العصبي قبل تطبيق برنامج العلاج. كما تبين أن من الأعراض العصبية التي يعاني منها المريض بالشره العصبي الاضطرابات الوسواسية القهرية.

وأشارت نتائج دراسة لورنا هيكير Hecker (١٩٨٦) إلى أن العوامل الأسرية مثل عادات تناول الغذاء، والبيئة المنزلية بمثابة عوامل رئيسة في الإصابة بمرض الشره الغذائية. إضافة إلى هذا، اقترحت النتائج وجود حاجة ملحة لوجود نموذج علاجي قائم على الأسرة family based treatment model. وأنتهت نتائج دراسة باتريشيا بليسنج Blessing (١٩٨٦) إلى أن أطفال أمريكا أكثر عرضة للسمنة والبدانة.

وقام وادن وستكارد Wadden and Stunkard (١٩٨٦) بدراسة لضبط الوجبة الغذائية ذات السرعات الحرارية المنخفضة جداً، والعلاج السلوكي، واندماجهما في علاج البدانة. ولتحقيق هدف البحث، تم قياس فعالية برنامج متحد يحوى الوجبة الغذائية ذات السرعات الحرارية المنخفضة جداً والعلاج السلوكي في علاج البدانة. وقد تبين أن استخدام العلاج المتحد والعلاج السلوكي يساعد على إنقاص الوزن، بينما تبين أن استخدام الوجبة الغذائية ذات

السرعات الحرارية المنخفضة غير كفيلة بإنقاص الوزن. في حين أن الذين تلقوا علاجاً سلوكياً بمفرده، والعلاج المتحد بينوا تناقصاً دالاً إحصائياً في الاكتئاب.

وقام سكوت وباروفيو Scott and Baroffio (١٩٨٦) بتطبيق قائمة الشخصية المتعددة الأوجه للكشف عن التشابهات والفروق في البروفيل النفسى للمرضى الذين يعانون من فقدان الشهوة إلى الطعام anorexia، والمرضى الذين يعانون من الشره العصبى، والمرضى الذين يعانون من البدانة المرضية morbid obesity، وعلى مجموعة أخرى ضابطة من العاديين. وقد أبانت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعات التجريبية الثلاثة فى البروفيل النفسى الكلى. بينما توجد فروق دالة إحصائياً بين المجموعات التجريبية الثلاثة والمجموعة الضابطة فى البروفيل النفسى.

كما قام هيس وآخرين Hesse, et al. (١٩٨٧) بدراسة الأهمية الفارقة لتصور الوزن والجسم بين طلبة وطالبات الجامعة. وقد أظهر مسح لعينة مكونة من ٣٩٥ طالباً وطالبة (٧١% من حجم العينة مكوناً من الطالبات) أن تصور الجسم ودرجة تغير الوزن المرغوب يرتبط بترتيب الذات الأكاديمية academic self-rankings والتوافق النفسى والاجتماعى، وتزايد الاضطرابات المرتبطة بعادات الأكل. وأنتهت النتائج إلى أن المرأة الأقل جاذبية تدرك نفسها بأنها أثقل وزناً وأكثر معاناة من سوء التوافق النفسى والاجتماعى وأقل تحصيلاً. كما تبين أن النساء اللاتى لديهن تصوراً فقيراً لأجسامهن ويردن إنقاص أوزنهن أكثر معاناة من الاضطرابات المرتبطة بالأكل.

وقام برايس Price (١٩٨٧) بدراسة ادراكات مديرى المدارس الابتدائية للبدانة فى مرحلة الطفولة. ولتحقيق هدف البحث، تم تطبيق استبانة

على عينة مكونة من ٢٧٧ مديراً من مديري المدارس الابتدائية للكشف عن ادراكاتهم نحو البدانة في مرحلة الطفولة ودور المدرسة للتعامل مع هذه المشكلة الصحية. وقد أظهرت النتائج أن مديري المدارس يرون أن البدانة مشكلة صحية عويصة يمكن التغلب عليها من خلال إعداد برامج إرشادية للأطفال ووالديهم. كما تبين أن المدرسة ليست لها دوراً في تقليل البدانة لدى الأطفال.

وفي دراسة أخرى، قام بها برايس Price (١٩٨٧ ب) للكشف عن ادراكات ممرضات المدارس للبدانة في مرحلة الطفولة، تم تطبيق استبانة لقياس البدانة في الطفولة على عينة مكونة من ٢٥٠ ممرضة من ممرضات المدارس. وقد أظهرت النتائج أن معظم أفراد العينة يعتقدون أن الوزن العادي مهم جداً لصحة الأطفال، كما يرون صعوبة الإرشاد لإنقاص وزن الآباء والأطفال، وأن للمدرسة عليها دوراً كبيراً في التخفيف من حدة البدانة عند الأطفال.

وترى كارول بليمبتون Plimpton (١٩٨٧) أن معلمى التربية البدنية يستطيعون مساعدة الأطفال البدنيين على التبصر بقيمة الصحة من خلال الحفاظ على الوزن. كما تبين أنه ينبغي على معلمى التربية البدنية تشجيع الاتجاهات الموجبة نحو التمرينات واللياقة، والإرشاد الفردي، وتعليمات التغذية الصحيحة، ونمو تقدير الذات المرتفع.

وقام برون وفيشر Brone and Fisher (١٩٨٨) بدراسة محددات البدانة عند المراهق. وقد تبين أن من الأسباب التي تؤدي إلى البدانة هي الممارسات الوالدية الخاطئة مثل الحماية الزائدة حيث أنها تخلق في الطفل الاعتمادية وكثرة الشكوى، كما يلعب الآباء دوراً كبيراً في تكوين بعض العادات الغذائية الخاطئة عند الطفل التي تنعكس عليه بالسلب في مراحل النمو اللاحقة.

كما قام بيرى Perri (١٩٨٨) بدراسة أثير برنامج للصيانة maintenance على الإدارة طويلة المدى للبدانة. وقد هدفت الدراسة إلى تقويم فعالية بعض البرامج لإنقاص الوزن. ولتحقيق هذا الهدف، تكونت عينة البحث من ١٢٣ مفحوصاً من المفحوصين متوسطى الوزن. وتم تقسيم أفراد العينة إلى مجموعتين. وقد تعرضت المجموعة الأولى للعلاج السلوكى، والثانية للعلاج السلوكى مع برنامج الصيانة طويل المدى للبدانة. وقد أظهرت النتائج أن العلاج السلوكى مع برنامج الصيانة أكثر أثراً فى إنقاص الوزن من استخدام برنامج العلاج السلوكى بمفرده.

وقام وادن Wadden (١٩٨٨) بدراسة تتبعية استغرقت ثلاثة سنوات لعلاج البدانة باستخدام الوجبة الغذائية منخفضة السرعات الحرارية، والعلاج السلوكى، والاثنتين معاً. وقد تبين أن معدل إنقاص الوزن فى الحالات الثلاثة على الوجه التالى: ١٤,٠٩ كيلوجراماً، ١٤,٢٦ كيلوجراماً، ١٩,٢٥ كيلوجراماً، على الترتيب. وبعد مرور ثلاثة سنوات، بلغ متوسط إنقاص الوزن لعينة مكونة من ٤٥ مفحوصاً من ٥٠ مفحوصاً إلى ٢,٢٠ كيلوجراماً، ٣,٥٤ كيلوجراماً، ٥,١١ كيلوجراماً، على الترتيب. ولم توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين العلاجات الثلاثة.

وهدفت الدراسة التى قام بها جرافس Graves (١٩٨٨) إلى تقويم كفاءة التدريب القائم على أسلوب حل المشكلات الوالدى فى البرنامج السلوكى لتقليل الوزن للأطفال البدينين. ولتحقيق هدف البحث، تم تعريض الأطفال ووالديهم إلى ثلاث معالجات مختلفة، وهى: مجموعة التدريب على أسلوب حل المشكلات، ومجموعة إنقاص الوزن السلوكى، ومجموعة إنقاص الوزن القائمة على التعليمات. وقد أبانت النتائج أن الأطفال فى مجموعة أسلوب حل

المشكلات يفقدون وزناً أكبر من المجموعتين الأخريتين. كما تبين وجود ارتباط بين إنقاص الوزن للطفل وزيادة القدرة على حل المشكلات الوالدية.

وتحاول الدراسة التي قام بها جروفس Groves (١٩٨٨) الإجابة على التساؤل الذي ينص على أنه توجد علاقة بين البدانة في مرحلة الطفولة وإدمان مشاهدة التلفزيون. وقد أبانت النتائج وجود علاقة بين مشاهدة التلفزيون المستمرة والبدانة عند الأطفال، لأنها تؤدي إلى تقليل الوقت الذي يستطيع أن يمكته الطفل في الأنشطة البدنية، وتعزز الإفراط في تناول الوجبات الغذائية، والأطعمة ذات السعرات الحرارية المرتفعة. وهذا يسبب تدميراً نفسياً وجسماً وتتعكس آثاره في مرحلة الرشد.

وقد أظهرت نتائج دراسة برايس Price (١٩٩٠) عن ادراكات معلمى التربية البدنية في المرحلة الابتدائية عن البدانة في مرحلة الطفولة أنه يوجد إجماع unanimous في معتقدات معلمى التربية البدنية على أن الوزن الطبيعي هام جداً لصحة الأطفال، كما تبين أن معظم معلمى التربية البدنية لا يعتقدون أن المدارس تستطيع القيام بدور لتقليل البدانة.

وقام شاد Chad (١٩٩٠) بدراسة المعدل الأيضى metabolic rate وعلاقته بالمقاييس الانتروبومترية (فرع من الانثروبولوجيا يبحث فى قياس الجسم البشرى) لدى عينة من الأطفال (١١ ذكراً، و٧ إناثاً) المصابين بعرض داون Down syndrome. وقد تم تحليل الوجبات الغذائية لتحديد المكانة الغذائية للأطفال. وقد انتهت النتائج بعدة مقترحات توصى بالتدخل وعلاج البدانة لدى الأطفال المصابين بعرض داون.

وأشارت نتائج الدراسة التي قام بها داسى وآخرون Dacey, et al. (١٩٩٠) إلى أن معدل انتشار الشره العصبي بين عينة مكونة من ٢٦٠ فتاة

تراوحت أعمارهم من ١٤ إلى ١٨ سنة كانت ٥,٨% وقد أعتمد هذا على درجات أفراد العينة على اختبار الشره العصبي Bulimia Test، وقائمة الاضطرابات الغذائية Eating Disorder Inventory. إضافة إلى هذا، قام الباحثون بتطبيق قائمة الشخصية متعددة الأوجه Minnesota Multiphasic Personality Inventory على عينة مكونة من ١٤ فتاة من الفتيات اللائى يعانون من الشره العصبي، وأخرى مكونة من ١٤ فتاة من الفتيات اللائى لا يعانون من الشره العصبي. وقد أبانت النتائج أن أفراد العينة اللائى يعانون من الشره العصبي يحصلون على درجات مرتفعة فى البارانويا، والهستيريا، والذكورة - الأنوثة، والفصام.

وتناولت دراسة موريل Morrill (١٩٩١) البدانة عند المراهق فى ضوء إعادة التفكير فى الاتجاهات التقليدية لعلاج البدانة. وقد تم وصف الاتجاهات التقليدية للعمل مع الطلاب البدينين، وهى: برامج إنقاص الوزن، وبرامج التغذية، ومجموعات تقدير الذات. وتم اقتراح بدائل قائمة على النظام based alternative system، وإعطاء دورات تدريبية للعاملين فى هذا المجال، وإعداد فريق للعمل مع أعداد كبيرة من الطلاب، وتقديم الإرشاد الفردى لمساعدة الطلاب، وتوفير الفرص من أجل تفاعل المدرسة مع الأسرة فى هذا الصدد.

وقامت سينثيا بوليك وزميلاتها Bulik, et al. (١٩٩١) بتطبيق قائمة القلق والفوبيا الاجتماعية على عينة مكونة من ٢٣ امرأة؛ ممن بلغ أعمارهن ٢٠,٣ سنة، ممن يعانون من فقد الشهية العصبي، و ٥٤ امرأة ممن بلغ أعمارهن ٢٢,٤ سنة؛ ممن يعانون من الشره العصبي، و ٤٣ امرأة ممن بلغ أعمارهن ٣٦,٣ سنة من الفوبيا الاجتماعية، و ٥٠ امرأة من طالبات الجامعة. وقد أبانت النتائج أن النساء اللائى يعانون من فقد الشهية العصبي والشره العصبي يظهرن مخاوف اجتماعية مساوية للنساء اللائى يعانون من المخاوف الاجتماعية.

وقامت بريندا بارى وبارى Parry and Parry (١٩٩١) بتحليل تاريخ الحالة لعينة مكونة من ١٢ مريضاً من عام ١٦٧٨ إلى ١٨٩٧. وتكونت العينة من ٩ ذكور، وامرأتين، ومفحوص غير مبين الجنس. وقد تبين من خلال هذا التحليل أن بداية الشره العصبي يبدأ من ١٠ سنوات إلى خمسين سنة. وقد أظهرت خمسة من أفراد العينة انحرافات في الشهية إلى الطعام perversions of appetite. كما أسفر التحليل أن الشره العصبي مرتبط بالديدان المعوية intestinal worms. كما تبين أن الزيادة في افرازات العرق excessive sweating، والنزعة إلى السلب الليلي nocturnal rapacity منتشرة لدى مرضى الشره العصبي. إلى جانب أن الشره العصبي مرتبط بالهستيريا. إضافة إلى ذلك، تبين من خلال تحليل الحالات أن العلاجات التي كانت تستخدم مع مرضى الشره العصبي هي فقد الدم blood letting، واستخدام الملينات purgation، وإتباع نظام غذائي منخفض low diet، تناول الداخلي للعقاقير المختلفة internal administration of various drugs، وامتصاص الدهون ingestion of fats.

وقامت باتريشيا كروفورد وليونا شابيرو Crawford and Shapiro (١٩٩١) بدراسة هدفت التعرف على كيفية تطور البدانة. ولتحقيق هدف البحث، تم الكشف عن ارتباط الممارسات الوالدية، والمعتقدات الصحية، وبعض العوامل الديموجرافية، وخصائص الوالدين مع تطور البدانة لدى الأطفال. وأظهرت النتائج وجود علاقة بين تطور البدانة عند الأطفال والمتغيرات سالفه الذكر. إضافة إلى هذا، تمت دراسة كميات الطعام التي يتناولها الطفل يومياً، وأنماط تناول الطعام غير المنتظمة، ورغبة الوالدين من أجل ممارسة الطفل للأنشطة الحركية المختلفة.

وأشار ساتر Satter (١٩٩١) إلى أنه ينبغي على المختصين في مجال الصحة تصحيح العوامل التي تعرقل من النمو الطبيعي، وتعليم الطفل عادات تناول الطعام الموجبة، وممارسة التمرينات لإنقاص زيادة الوزن. إضافة إلى هذا، ينبغي على الأطفال تعلم العادات الجيدة لتناول الطعام، وتعزيز أنماط التدريبات، والاتجاهات الموجبة نحو الذات والآخرين.

وكشفت دراسة بورك Burke (١٩٩٢) عن الفروق بين حجم الجسم body size، والارتباطات الكامنة للبدانة لدى عينة مكونة من ١٤٨١ امرأة أمريكية من اصل أفريقي، و ١٣٠٧ امرأة أمريكية من البيض، واللأتي تراوحت أعمارهم من ١٨ إلى ٣٠ سنة من خلال دراسة تطور مخاطرة الإصابة بمرض الشريان التاجي. وقد أبانت النتائج أن النساء الأمريكيات من اصل أفريقي أكثر بدانة وأقل تصوراً لحجم الجسم من النساء الأمريكيات البيض. إضافة إلى هذا، تبين أن للفروق العرقية، والعمرية، ومستويات التعليم أثراً دالاً إحصائياً في البدانة.

وأنتهت نتائج دراسة مويك Muecke (١٩٩٢) إلى وجود ارتباط بين البدانة في مرحلة الطفولة وتناول الطعام الدسم والنشاط الرياضي المنخفض. وهدفت الدراسة التي قام بها برايس Price (١٩٩٢) إلى الكشف عن ادراكات الوالدين للبدانة في مرحلة الطفولة ودور المدارس. ولتحقيق هدف البحث، تم تطبيق بعض الاستبانات على عينة مكونة من ٤٩٨ والداً للتعرف على ادراكاتهم نحو البدانة في مرحلة الطفولة ودور المدارس في هذا الصدد. وقد أظهرت النتائج أن الآباء يعتبرون أن الوزن العادي مهم جداً لصحة الأطفال. ويرى معظم الآباء أنه ليست من وظيفة المدارس علاج البدانة. كما أيد معظم الآباء مقررات التربية البدنية لأنها تعطي للأطفال بعض المعلومات المفيدة عن اللياقة وكيفية التحكم في الوزن وتناول كميات الطعام.

وقام معهد دراسة الدم والرئة والقلب القومى National Heart, Lung and Blood Institute (١٩٩٢) بدراسة طولية استغرقت خمس سنوات للكشف عن البدانة والعوامل المرتبطة بالإصابة بمرض الشريان التاجى Cardiovascular Disease Risk لعينة مكونة من ١١٦٦ فتاة أمريكية، و١٢١٣ فتاة أمريكية من أصل أفريقي، واللائي تراوحت أعمارهن من ٩ إلى عشر سنوات. وتم قياس البدانة والاستعداد للإصابة بمرض الشريان التاجى بعدة اختبارات صممت خصيصاً لقياس هذه المتغيرات. وأظهرت النتائج وجود علاقة وثيقة بين البدانة والاستعداد للإصابة بمرض القلب خاصة لعينة الفتيات الأمريكيات من اصل أفريقي. كما تبين أن الفتيات الأمريكيات من أصل أفريقي الأكبر عمراً أكثر تعرضاً للبدانة واستعداداً للإصابة بمرض الشريان التاجى عن المجموعة الأخرى.

وهدفت الدراسة التى قام بها ريمير Rimmer (١٩٩٣) إلى دراسة انتشار البدانة فى الكبار الذين يعانون من التخلف العقلى. ولتحقيق هدف البحث، تم قياس البدانة لعينة مكونة من ٣٦٤ مفحوصاً من المفحوصين الكبار والسذين يعانون من التخلف العقلى. وقد أشارت القياسات إلى أن نسب البدانة كانت أعلى بين الإناث من الذكور. كما تبين أن أفراد العينة الذين يتسمون بالتخلف العقلى الحاد لا يعانون من البدانة المرتفعة، والذين يقيمون فى مؤسسات التربية الفكرية، وهذا بالمقارنة إلى أفراد العينة الذين يقيمون فى منازلهم.

وكشف البحث الذى قام به جاديريان وآخرين Ghadirian, et al. (١٩٩٣) عن انتشار أربعة أعراض سيكوسوماتية متضمنة ما يلى: القرحة الناشئة عن عمل العصارات الهضمية peptic ulcer، والأزمة الشعبية bronchial asthma، والالتهاب الجلدى العصبى neurodermatitis،

والتهاب المفاصل الروماتويدية rheumatoid arthritis لدى بعض المرضى الخاضعين لبرنامج الاضطرابات الغذائية. ولتحقيق هذا، تم الحصول على استجابات ١٥٠ أنثى وذكورين من المرضى، والذين تراوحت أعمارهم من ١٧ إلى ٥٣ سنة من خلال تطبيق أداة قياسية، وبعض المعلومات التي أمكن الحصول عليها من الملفات الاكلينيكية لهم. وقد تضمنت العينة ٦٠% من الأفراد يعانون من الشره المرضى، وبقية ٤٠% من العينة الكلية يعانون من فقد الشهية العصبي. وقد أشارت النتائج إلى أن الأعراض السيكوسوماتية أكثر انتشاراً بين المرضى الذين يعانون من فقد الشهية العصبي، وهذا بالمقارنة إلى المرضى الذين يعانون من الشره العصبي. وقد بلغت نسبة انتشار الأعراض السيكوسوماتية الخاصة بالتهاب المفاصل الروماتويدية، والقرحة الناشئة من عمل العصارات الهضمية، والأزمة الشعبية كما يلي: ١٠%، ٧,٦%، ٨,٧%؛ على الترتيب، وهذا بالمقارنة بالمرضى الذين يعانون من الشره العصبي. إضافة إلى هذا، تبين أن المرض السيكوسوماتي الخاص بالتهاب المفاصل الروماتويدية نادراً في كل من المرضى الذين يعانون من فقد الشهية العصبي (١,٦%)، والمرضى الذين يعانون من الشره العصبي (٥,٤%).

وأشارت نتائج دراسة هوكس وريشينس Hawks and Richins (١٩٩٤) إلى أنه ينبغي أن تشمل برامج التربية الصحية الشاملة على المكونات الغذائية، والاجتماعية، والمعرفية من أجل تقليل السمنة وزيادة النشاط. وتناولت دراسة وادن Wadden (١٩٩٤) مقارنة تقييدات الوحدات السعرية الحادة والمتوسطة وتأثيرات علاج المحافظة على الوزن weight maintenance therapy. ولتحقيق هدف البحث، تمت مقارنة إنقاص وزن عينة مكونة من ٤٩ امرأة بدينة من خلال برنامج سلوكي مع تقييدات الوحدات السعرية الحادة أو

المتوسطة لمدة ٥٢ أسبوعاً. وقد أبانت النتائج أن مجموعة تقييدات الوحدات السعرية الحادة فقدت وزناً أكثر أثناء الأسابيع الستة والعشرين الأولى، ولكن حدث بعد ذلك زيادة طفيفة في الوزن في الأسابيع المتبقية. كما أشارت التقارير إلى أن الإفراط في تناول الطعام بدأ يتناقص، ولكن لم يلحظ وجود علاقة بين الإفراط في تناول الطعام وفقد الوزن والإنهاك attrition.

كما هدفت دراسة أيوب Ayoob (١٩٩٤) إلى الكشف عن الإفراط المزمن في تناول الطعام دون وجود عرض البدانة لدى الأطفال الذين يعانون من صعوبات نمائية developmental disabilities. ولتحقيق هدف البحث، تم دراسة عينة مكونة من ١٣ طفلاً، تراوحت أعمارهم من ٣,١ إلى ٥,٢ سنة يعانون من الإفراط في تناول الطعام دون وجود عرض البدانة. وقد تبين أن هؤلاء الأطفال يعانون من بعض السلوكيات الشاذة مثل السلوك الانسحابي، والسلوك العدوانى التى تعزى إلى الأساليب الوالدية الخاطئة.

وكشفت الدراسة التى قامت بها جينا فورميا وزميلها بيرنس Formea and Burns (١٩٩٥) عن العلاقة بين الشره العصبى والأعراض الوسواسية - القهرية. ولتحقيق هذا، تم تطبيق المقاييس النفسية التالية: قائمة بادو لقياس الأعراض الوسواسية القهرية، واختبار الشره العصبى المعدل على عينة مكونة من ٩٨١ أنثى و٧٢٢ ذكراً من طلاب الجامعة. وقد انتهت النتائج إلى وجود علاقة دالة ومتساوية في المقدار بين الشره العصبى والأعراض الوسواسية القهرية لكل من النساء والرجال. كما تبين أيضاً أن أعراض الشره العصبى أكثر ارتباطاً بالاستحواذ obsessions من الإكراه compulsions.

وأنتهت بحوث سكنار Schnare (١٩٩٥)، واندرسون Anderson (١٩٩٨)، ونيلسن Nelsen (١٩٩٩)، وويدرمان وبروير Wiederman and

Pryor (٢٠٠٠) إلى وجود علاقة بين الشره العصبى والاكتئاب.

وهدف البحث الذى قامت به كينيث كيندلر وزملاؤها Kendler, et al. (١٩٩٥) إلى الكشف عن بناء عوامل المخاطرة البيئية والجينية لستة أعراض نفس - طبية فى النساء؛ وهم: المخاوف، واضطراب القلق العام، واضطراب الهلع، والشره العصبى، والاكتئاب، والكحولية. وتكونت العينة من ١٠٣٣ من زوجيات التوائم البيض. وقد تضمنت المقابلات أجزاء من الاضطرابات العقلية - الثالث - المعدل Mental Disorders-III-Revised للاكتئاب الرئيسى major depression، واضطراب القلق العام، واضطراب الهلع، والشره العصبى، والاعتمادية الكحولية. وقد أبانت النتائج وجود ارتباطات دالة بين الشره العصبى وكل من الفوبيا، والقلق، والاكتئاب، واضطراب الهلع، والاعتماد على الكحوليات.

وهدفت الدراسة التى قامت بها ريبيكا روجرز Rogers (١٩٩٧) الكشف عن العلاقة بين بعض المتغيرات النفسية التالية: الوسواسية، والاعتمادية، والتحكم الزائد فى العدائية over-controlled hostility، والتوكيدية، والتحكم المدرك، وتقدير الذات بكل من فقد الشهية إلى الطعام anorexia، والشره العصبى bulimia لدى طالبات الجامعة. وأنتهت النتائج باستخدام تحليل الإنحدار إلى أن الأعراض المرتبطة بفقد الشهية إلى الطعام أكثر ارتباطاً بالوسواسية، والاعتمادية، والاعتماد الانفعالى emotional reliance، بينما تبين أن أعراض الشره العصبى أكثر ارتباطاً بنقص ثقة الذات الاجتماعية lack of social self-confidence، والوسواسية.

وأنتهت نتائج دراسة كل من أرجوانا وفيللا Aragona and Vella (١٩٩٨) إلى وجود علاقة بين الشره العصبى والأعراض الوسواسية القهرية.

وكشف البحث الذي قام به كارين - ديانا سيجلر Sigler (١٩٩٩) عن العلاقة بين الاضطرابات الغذائية (فقد الشهية العصبى، والشراهة العصبى) والقلق الاجتماعى social anxiety. ولتحقيق هذا، تم تطبيق مقياس القلق الاجتماعى، وقائمة الرهاب الاجتماعى Social Phobia، والقلق، ومقياسين من المقاييس الكمبيوترية computerized measures للانتباه البصرى visual attention، هما: مطلب تحقيق النقطة البصرى Visual Dot Probe Task، ومطلب تسمية اللون Color Naming Task لقياس المخاوف الاجتماعى على عينات من الإناث اللاتى يعانين من فقد الشهية العصبى، والشراهة العصبى، والمخاوف الاجتماعى، وعينة أخرى من الإناث العاديات كعينة ضابطة. وقد تمت صياغة فروض البحث على النحو التالى: (١) أن أفراد العينة اللاتى يعانين من فقد الشهية العصبى والشراهة العصبى سوف يحصلون على درجات مرتفعة على مقياس القلق الاجتماعى من أفراد العينة الضابطة، (٢) أن أفراد العينة اللاتى يعانين من فقد الشهية العصبى والشراهة العصبى سوف يظهرون أنماطاً من حياد الانتباه attentional bias على المقاييس الكمبيوترية. وقد أيدت النتائج صحة الفرض الأول كلياً، والثانى جزئياً.

وهدف البحث الذى قام به جلور (٢٠٠١) Glore الكشف عن علاقات الاكتئاب بكل من البيئة الأسرية، والتأثيرات الاجتماعى - الثقافية على الشراهة العصبى لدى النساء. ولتحقيق هذا، تم تطبيق الأدوات النفسى الآتية: مقياس الاكتئاب، ومقياس البيئة الأسرية Family Environment Scale، ومقياس الضغط الاجتماعى - الثقافى المدرك Pereceived Sociocultural Pressure Scale، واستبانة الاتجاهات الاجتماعى الثقافية نحو الظهور Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire.

وقد أشارت نتائج تحليل الانحدار أن المتغيرات الآتية أكثر تنبؤاً بالشره العصبى: الاكتئاب، الاختلال الوظيفى الأسرى family dysfunction، والتأثيرات الثقافية.

### تعقيب:

يمكن تقسيم البحوث السابقة إلى المحاور الآتية:

**المحور الأول:** بحوث تناولت الشره العصبى وعلاقته بالقلق؛ مثل

بحوث ماك كان Mc Canne (١٩٨٥)، وجراس وآخرون Grace, et al. (١٩٨٥)، وبوليك وآخرون Bulik, et al. (١٩٩١)، وكيندلر وآخرون Kendler, et al. (١٩٩٥)، وسيجلر Sigler (١٩٩٩).

**المحور الثانى:** بحوث تناولت الشره العصبى وعلاقته بالمخاوف

المرضية؛ مثل بحوث بوليك وآخرون Bulike, et al. (١٩٩١)، وكيندلر وآخرون Kendler, et al. (١٩٩٥).

**المحور الثالث:** بحوث تناولت الشره العصبى وعلاقته بالوساوس

القهرية؛ مثل بحوث لوينكوبف Lowenfoph (١٩٨٦)، وفورميا وبيرنس Formea & Burns (١٩٩٥)، وروجرز Rogers (١٩٩٧)، وأراجونا وفيللا Arogona & Vella (١٩٩٨).

**المحور الرابع:** بحوث تناولت الشره العصبى وعلاقته بالأعراض

السيكوسوماتية؛ مثل بحوث بارى وبارى Parry & Parry (١٩٩١)، وجاديريان وآخرون Ghadirian, et al. (١٩٩٣).

**المحور الخامس:** بحوث تناولت الشره العصبى وعلاقته بالاكتئاب؛

مثل بحوث وولف وكروزر Wolf & Crowther (١٩٨٣)، وهابرماس

ومولر Harbermas & Mueller (١٩٨٦)، وفيليبس Phillips (١٩٨٨)،  
وكيندلر وآخرون. Kendler, et al. (١٩٩٥)، وأندرسون Anderson  
(١٩٩٨)، وويدرمان وبروير Wiederman & Pryor (٢٠٠٠)، وجلور  
(٢٠٠١) Glore.

المحور السادس: بحوث تناولت الشرح العصبي وعلاقته بالهستيريا؛

مثل بحوث داسي وآخرون. Dacey, et al. (١٩٩٠)، وباري وباري Parry  
& Parry (١٩٩١).

وإلى جانب هذا، تناولت بحوث وادن وآخرون. Wadden, et al.

(١٩٨٤)، وهيك Hecker (١٩٨٦)، وبلينج Blessing (١٩٨٦)، وادن  
وستكارد Wadden & Stunkard (١٩٨٦)، وسكوت وباروفيو Scott &  
Baroffio (١٩٨٦)، وهيس وآخرون. Hesse, et al. (١٩٨٧)، وبراييس  
Price (١٩٨٧، أ، ب)، وبليمبتون Plimpton (١٩٨٧)، وبيرون وفيشر  
Brone & Fisher (١٩٨٨)، وبيري Perri (١٩٨٨)، وادن Wadden  
(١٩٨٨)، وجرافس Graves (١٩٨٨)، وجروفس Groves (١٩٨٨)،  
وبراييس Price (١٩٩٠)، وشاد Chad (١٩٩٠)، وموريل Morrill  
(١٩٩١)، وكروفورد وشايبورو Crawford & Shapire (١٩٩١)، وساتر  
Satter (١٩٩١)، وبورك Burke (١٩٩٢)، ومويك Muecke (١٩٩٢)،  
وبراييس Price (١٩٩٢)، ومعهد دراسة الدم والريثة والقلب القومي National  
Heart, Lung and Blood Institute (١٩٩٢)، وريمير Rimmer  
(١٩٩٣)، وهوكس وريشيسينس Hawks & Richins (١٩٩٤)، وادن  
Wadden (١٩٩٤)، وأيوب Ayoob (١٩٩٤) البدانة أحد أعراض الشره  
العصبي وعلاقتها بمتغيرات أخرى.

وقد تبين من خلال عرض نتائج البحوث السابقة أنها تناولت الشره العصبى بكل من الأعراض العصابية التالية: القلق، والمخاوف المرضية، والوساوس القهرية، والأعراض السيكوسوماتية، والاكتئاب، والهستيريا؛ كل على حده، بينما لم يجد الباحث فى الأدبيات النفسية بحثاً قد تناول التنبؤ بالشره العصبى فى ضوء هذه الأعراض العصابية، لأنه من الأهمية الكشف عن أى عرض من هذه الأعراض أكثر ارتباطاً بالشره العصبى. ومن ثم، تتبلور مشكلة البحث الراهن فى محاولة التنبؤ بالشره العصبى فى ضوء بعض الأعراض العصابية.

### فروض البحث:

فى ضوء ما تم عرضه من إطار نظرى ونتائج بحوث امبيريقية؛ يمكن صياغة فروض البحث على النحو التالى:

- (١) توجد فروق ذات دلالة إحصائية فى القلق وفقاً لتفاعل متغيرى مستوى الشره العصبى (مرتفع - منخفض)، والجنس (ذكور - إناث).
- (٢) توجد فروق ذات دلالة إحصائية فى المخاوف المرضية وفقاً لتفاعل متغيرى مستوى الشره العصبى (مرتفع - منخفض)، والجنس (ذكور - إناث).
- (٣) توجد فروق ذات دلالة إحصائية فى الوساوس القهرية وفقاً لتفاعل متغيرى مستوى الشره العصبى (مرتفع - منخفض)، والجنس (ذكور - إناث).
- (٤) توجد فروق ذات دلالة إحصائية فى الأعراض السيكوسوماتية وفقاً لتفاعل متغيرى مستوى الشره العصبى (مرتفع - منخفض)، والجنس (ذكور - إناث).

- (٥) توجد فروق ذات دلالة إحصائية فى الاكتئاب وفقاً لتفاعل متغيرى مستوى الشره العصبى (مرتفع - منخفض)، والجنس (ذكور - إناث).
- (٦) توجد فروق ذات دلالة إحصائية فى الهستيريا وفقاً لتفاعل متغيرى مستوى الشره العصبى (مرتفع - منخفض)، والجنس (ذكور - إناث).
- (٧) يمكن التنبؤ بالشره العصبى فى ضوء بعض الأعراض العصابية الآتية: القلق، والمخاوف المرضية، والوساوس القهرية، والأعراض السيكوسوماتية، والاكتئاب، والهستيريا.

### منهج البحث:

يستند هذا البحث إلى المنهج الوصفى المقارن.

### [١] أدوات البحث:

تم استخدام أداتين قياسيتين؛ هما:

#### أ- اختبار الشره العصبى:

من المشكلات الراهنة التى تواجه العمل الاكلينيكي فى دراسة الشره العصبى هو عدم وجود أداة قياسية تتمتع بالخصائص السيكومترية من صدق وثبات (Smith & Thelen, ١٩٨٤). وعلى الجانب الآخر، توجد ثلاثة مقاييس لقياس اضطرابات الأكل؛ وهى مقياس الأكل القهرى Compulsive Eating Scale (Ondercin, ١٩٧٩)، ومقياس الأكل الصاخب Binge Scale (Hawkins & Clement, ١٩٨٠)، وقائمة اضطرابات الأكل Eating Disorders Inventory (Garner, et al., ١٩٨٣) لقياس السمات النفسية والسلوكية السائدة فى كل من فقد الشهية العصبى anorexia nervosa والشره العصبى.

وعلى الرغم من هذه المحاولات، ألا إنه توجد ضرورة لتصميم أداة قياسية لقياس الشره العصبى. ومن ثم، قام كل من مارسيا سميث وتلين Smith & Thelen (١٩٨٤) بتصميم اختبار الشره العصبى.

وفى البداية، تم بناء ٧٥ بنداً لقياس الخصائص التى تعكس الشره العصبى كما جاء وصفها فى الدليل التشخيصى الثالث DSM-III. وتم الاستجابة على كل بند من خلال ميزان تقدير مكوناً من خمسة أوزان. وقد تم تطبيق هذه البنود على مجموعة من الإناث ممن يعانون من الشره العصبى، ومجموعة أخرى من الإناث اللاتى لا يعانون من الشره العصبى. ثم تمت إضافة عبارتين أخريتين لقياس التقيؤ vomiting، والسلوكيات المرتبطة بالوجبات الصارمة strict dieting behavior. ومن خلال تجريب بنود المقياس على عينات اكلينيكية وأخرى ضابطة لحساب صدق المقياس؛ انتهت عدد البنود إلى ٣٦ بنداً (ملحق أ). إضافة إلى هذا، تم حساب ثبات الاختبار باستخدام طريقة إعادة القياس، فبلغ معامل الثبات ٠,٨٧، وهو دال إحصائياً عند مستوى ٠,٠٠١.

وفى البحث الراهن، تم حساب صدق اختبار الشره العصبى باستخدام أسلوب الاتساق الداخلى، وذلك من خلال تطبيقه على عينة مكونة من ١١٠ طالباً وطالبة فى الفرقة الأولى من طلاب الجامعة (المتوسط الحسابى لأعمارهم = ١٧,٢ سنة). وقد تراوحت معاملات الاتساق بين درجة كل بند والمجموع الكلى لدرجات الاختبار من ٠,٦١ إلى ٠,٧٩، وكلها معاملات دالة إحصائياً. كما تم حساب ثبات الاختبار باستخدام معادلة ألفا لكرونباخ، فبلغ معامل الثبات ٠,٨٦، وهو معامل دال إحصائياً.

ب- استبانة مستشفى ميدل سكس :

تقيس استبانة مستشفى ميدل سكس Middlesex Hospital Questionnaire عدة أعصبة نفسية مثل القلق Anxiety، والمخاوف المرضية Phobia، والوساوس Obsession، والأعراض السيكوسوماتية Psychosomatic، والاكئاب Depression، والهستيريا Hysteria (Crown & Crisp, 1970). وقد أجريت عدة بحوث لقياس صدق وثبات الاستبانة (Crisp, et al., 1978). وقد تم تعريب الاستبانة وحساب خصائصها السيكومترية من صدق وثبات (موسى، 1994).

وفي البحث الراهن، تم حساب صدق مقاييس استبانة مستشفى ميدل سكس باستخدام أسلوب الاتساق الداخلي، فبلغت معاملات الاتساق الداخلي لمقياس القلق من 0,57 إلى 0,73، ولمقياس المخاوف المرضية من 0,61 إلى 0,74، ولمقياس الوسواس من 0,59 إلى 0,75، ولمقياس الأعراض السيكوسوماتية من 0,62 إلى 0,76، ولمقياس الاكتئاب من 0,60 إلى 0,78، ولمقياس الهستيريا من 0,63 إلى 0,82؛ وكلها معاملات دالة إحصائياً عند مستوى 0,01. كما تم حساب ثبات مقاييس استبانة مستشفى ميدل سكس باستخدام معادلة ألفا لكرونباخ، فبلغت معاملات الثبات على النحو التالي: 0,73 لمقياس القلق، و0,76 لمقياس المخاوف المرضية، و0,74 لمقياس الوسواس، و0,77 لمقياس الأعراض السيكوسوماتية، و0,81 لمقياس الاكتئاب، و0,79 لمقياس الهستيريا، وكلها معاملات دالة إحصائياً عند مستوى 0,01.

[ ٢ ] عينة البحث:

تكونت عينة البحث من أربع مجموعات على النحو التالي: مجموعة الذكور المكونة من ٢٥ ذكراً مرتفعي الشرة العصبي (م = ١٤٠,٨ درجة)،

ومجموعة الذكور المكونة من ٢٥ ذكراً منخفضى الشره العصبى (م = ٧٢,٦ درجة)، ومجموعة الإناث المكونة من ٢٥ أنثى مرتفعة الشره العصبى (م = ١٦٢,٤ درجة)، ومجموعة الإناث المكونة من ٢٥ أنثى منخفضة الشره العصبى (م = ٧٨,٩ درجة). وقد تم اختيار أفراد عينة البحث من طلاب وطالبات الفرقة الأولى من كلية التربية، وكلية الدراسات الإنسانية - بتفهما الإشراف - محافظة الدهلية، وقد بلغ المتوسط الحسابى لأعمار عينة البحث ١٧,٨ سنة.

### [٢] تنفيذ البحث:

تم تنفيذ البحث وفقاً للخطوات الآتية:

- \* تم حساب الخصائص السيكومترية من صدق وثبات لاختبار الشره العصبى واستبانة ميدل سكس للأعراض العصابية على عينة مكونة من ١١٠ طالباً وطالبة فى الفرقة الأولى من طلاب الجامعة (المتوسط الحسابى لأعمارهم = ١٧,٢ سنة).
- \* تم تطبيق اختبار الشره العصبى على مائة طالب، وتم اختيار الربيعى الأعلى والربيعى الأدنى منهم بناءً على درجاتهم على اختبار الشره العصبى [٢٥ طالباً مرتفع الشره العصبى، و٢٥ طالباً منخفض الشره العصبى].
- \* تم تطبيق اختبار الشره العصبى على مائة طالبة، وتم اختيار الربيعى الأعلى والربيعى الأدنى منهن بناءً على درجاتهن على اختبار الشره العصبى [٢٥ طالبة مرتفعة الشره العصبى، و٢٥ طالبة منخفضة الشره العصبى].
- \* تم تطبيق استبانة مستشفى ميدل سكس للأعراض العصابية على المجموعات الأربعة.

\* تم تفرغ البيانات ومعالجتها إحصائياً.

#### [٤] الأساليب الإحصائية:

تم استخدام الأساليب الإحصائية الآتية:

- \* معامل ارتباط بيرسون لحساب الاتساق الداخلى لبنود المقاييس.
- \* معادلة ألفا لكرونباخ لحساب ثبات الأدوات القياسية.
- \* تحليل التباين (٢×٢) لاختبار صحة فروض البحث السنة الأولى.
- \* المتوسطات الحسابية.
- \* معادلة تحليل الانحدار المتعدد لمعالجة اختبار الفرض السابع.

#### عرض النتائج:

١- عرض النتائج الخاصة باختبار صحة الفرض الأول الذى ينص على مايلي: توجد فروق ذات دلالة إحصائية فى القلق وفقاً لتفاعل متغيرى مستوى الشره العصبى (مرتفع - منخفض)، والجنس (ذكور - إناث).

#### جدول (١)

نتائج تحليل التباين (٢×٢) لأثر متغيرى مستوى

الشره العصبى (مرتفع - منخفض)، والجنس (ذكور - إناث) فى القلق

الدلالة الإحصائية	القيمة الفاتية	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصادر التباين
٠,٠١	٣١,٤٤٤	٧٥٠,٧٦٠	١	٧٥٠,٧٦٠	مستوى الشره العصبى (أ)
غ.د.	٢,٦٨١	٦٤,٠٠٠	١	٦٤,٠٠٠	الجنس (ب)
غ.د.	٢,٦٨١	٦٤,٠٠٠	١	٦٤,٠٠٠	أ × ب
		٢٣,٨٧٦	٩٦	٢٢٩٢,٠٨٠	الخطأ
			٩٩	٣١٧٠,٨٤٠	المجموع الكلى

أوضحت النتائج في جدول (١) ما يلي:

مستوى الشره العصبي: وجود فرق ذو دلالة إحصائية لأثر متغير مستوى الشره العصبي (مرتفع - منخفض) في القلق، حيث بلغت قيمة  $F(31, 444)$  [د.ح = ١، ٩٦، دالة إحصائية عند مستوى ٠,٠١]. وللكشف عن اتجاه الفروق، تم حساب المتوسطات الحسابية بين المجموعتين، فأبانت النتائج أن الأفراد ذوى مستوى الشره العصبي المرتفع أكثر قلقاً ( $M = 18,28$ ) من الأفراد ذوى مستوى الشره العصبي المنخفض ( $M = 12,80$ ).

الجنس: عدم وجود فرق ذو دلالة إحصائية لأثر متغير الجنس (ذكور - إناث) في القلق، حيث بلغت قيمة  $F(2, 681)$  [د.ح = ١، ٩٦، غير دالة إحصائياً].

تفاعل مستوى الشره العصبي مع الجنس: عدم وجود فرق ذو دلالة إحصائية لأثر تفاعل متغيرى مستوى الشره العصبي والجنس في القلق، حيث بلغت قيمة  $F(2, 681)$  [د.ح = ١، ٩٦، غير دالة إحصائياً].

ومن ثم، انتهت نتائج الفرض الأول إلى أن الأفراد مرتفعى الشره العصبي أكثر قلقاً، بينما لا يوجد فرق في القلق وفقاً لمتغير الجنس، كما لا يوجد فرق في القلق وفقاً لتفاعل متغيرى مستوى الشره العصبي والجنس. وعليه، لم تؤيد هذه النتائج صحة اختبار الفرض الأول.

ويلاحظ من نتائج الفرض الأول أن الأفراد مرتفعى الشره العصبي أكثر قلقاً، وهذا يتفق مع نتائج بحوث ماك كان Mc Canne (١٩٨٥)، وجراس وآخرون Grace, et al. (١٩٨٥)، وبوليك وآخرون Bulik, et al. (١٩٩١)، وكيندلر وآخرون Kendler, et al. (١٩٩٥)، وسيجلر Sigler (١٩٩٩) فى وجود علاقة بين الشره العصبي والقلق.

٢- عرض النتائج الخاصة باختبار صحة الفرض الثاني الذي ينص على ما يلي: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المخاوف المرضية وفقاً لتفاعل متغيرى مستوى الشره العصبى (مرتفع - منخفض)، والجنس (ذكور - إناث).

جدول (٢)

نتائج تحليل التباين (٢×٢) لأثر متغيرى مستوى الشره العصبى (مرتفع - منخفض)، والجنس (ذكور - إناث) فى المخاوف المرضية

الدالة الإحصائية	القيمة الفاتية	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصادر التباين
٠,٠١	٥٤,٨٤٢	١٠٣٦,٨٤٠	١	١٠٣٦,٨٤٠	مستوى الشره العصبى (أ)
غ.د.	٠,١٣٥	٢,٥٦٠	١	٢,٥٦٠	الجنس (ب)
٠,٠١	٧,٦١٧	١٤٤,٠٠٠	١	١٤٤,٠٠٠	أ × ب
		١٨,٩٠٦	٩٦	١٨١٤,٩٦٠	الخطأ
			٩٩	٢٩٩٨,٣٦٠	المجموع الكلى

أظهرت النتائج فى جدول (٢) ما يلى:

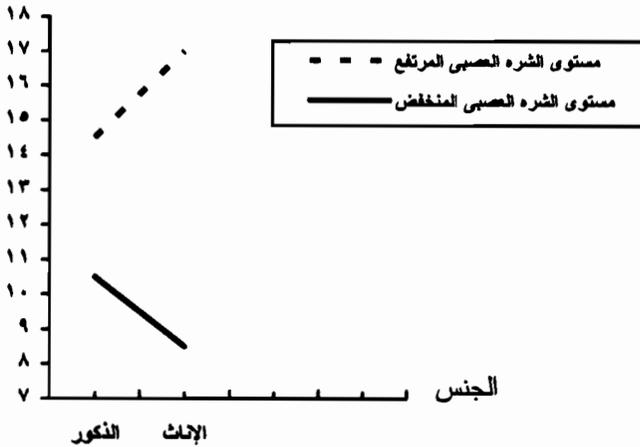
مستوى الشره العصبى: وجود فرق ذو دلالة إحصائية لأثر متغير مستوى الشره العصبى (مرتفع - منخفض) فى المخاوف المرضية، حيث بلغت قيمة ف (٥٤,٨٤٢) [د.ح = ١، ٩٦، دالة إحصائية عند مستوى ٠,٠١]. وللكشف عن اتجاه الفروق، تم حساب المتوسطات الحسابية بين المجموعتين، فأشارت النتائج إلى أن الأفراد ذوى مستوى الشره العصبى المرتفع أكثر مخاوفاً (م = ١٥,٦٤) من الأفراد ذوى مستوى الشره العصبى المنخفض (م = ٩,٢٠).

الجنس: عدم وجود فرق ذو دلالة إحصائية لأثر متغير الجنس (ذكور - إناث) فى المخاوف المرضية، حيث بلغت قيمة ف (٠,١٣٥) [د.ح = ١، ٩٦،

غير دالة إحصائياً].

تفاعل مستوى الشره العصبي مع الجنس: وجود فرق ذو دلالة إحصائية لأثر تفاعل متغيري مستوى الشره العصبي والجنس في المخاوف المرضية، حيث بلغت قيمة  $F(7,617)$  [د.ح = 1، 96، دالة إحصائية عند مستوى 0,05]. ويوضح الشكل البياني رقم (1) طبيعة تفاعل هذين المتغيرين مع المخاوف المرضية.

#### المخاوف المرضية



الشكل البياني رقم (1) طبيعة تفاعل متغيري مستوى

الشره العصبي والجنس مع المخاوف المرضية

أظهرت النتائج الموضحة في الشكل البياني رقم (1) أن الإناث ذوات الشره العصبي المرتفع أكثر معاناة من المخاوف المرضية من بقية المجموعات.

وعليه، أسفرت نتائج الفرض الثاني عن أن الأفراد مرتفعي الشره العصبي أكثر مخاوفاً مرضية، كما أن الإناث مرتفعات الشره العصبي أكثر

معاناة من المخاوف المرضية، بينما لم يوجد فرق في المخاوف المرضية وفقاً للجنس. ومن ثم، تؤيد هذه النتائج صحة اختبار الفرض الثانى.

وتتفق نتائج الفرض الثانى مع ما انتهت إليه بحوث بوليك وآخرون (Bulik, et al. (1991)، وكيندلر وآخرون (Kendler, et al. (1995) فى وجود علاقة بين الشره العصبى والمخاوف المرضية.

٣- عرض النتائج الخاصة لاختبار صحة الفرض الثالث الذى ينص على ما يلى: توجد فروق ذات دلالة إحصائية فى الوسواس القهرية وفقاً لتفاعل متغيرى مستوى الشره العصبى (مرتفع - منخفض)، والجنس (ذكور - إناث).

### جدول (٣)

نتائج تحليل التباين (٢×٢) لأثر متغيرى مستوى الشره العصبى (مرتفع - منخفض)، والجنس (ذكور - إناث) فى الوسواس القهرية

الدلالة الإحصائية	القيمة الفائية	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصادر التباين
غ.د.	٢,٨٢٦	٦٠,٨٤٠	١	٦٠,٨٤٠	مستوى الشره العصبى (أ)
غ.د.	٠,٣١٤	٦,٧٦٠	١	٦,٧٦٠	الجنس (ب)
٠,٠٥	٣,٩٣١	٨٤,٦٤٠	١	٨٤,٦٤٠	أ × ب
		٢١,٥٢٩	٩٦	٢٠٦٦,٨٠٠	الخطأ
			٩٩	٢٢١٩,٠٤٠	المجموع الكلى

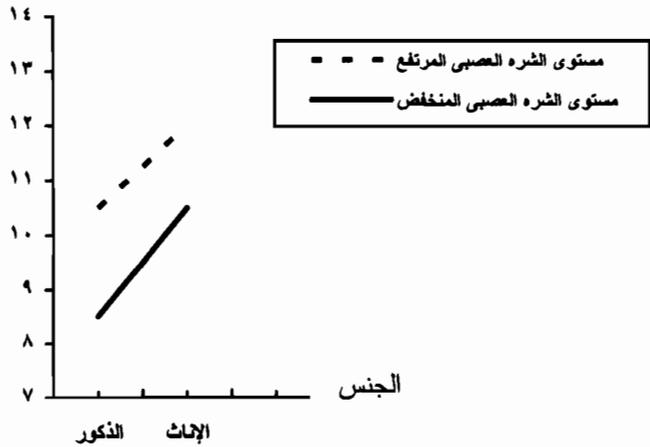
أشارت النتائج فى جدول (٣) ما يلى:

مستوى الشره العصبى: عدم وجود فرق نو دلالة إحصائية لأثر متغير مستوى الشره العصبى (مرتفع - منخفض) فى الوسواس القهرية، حيث بلغت قيمة ف (٢,٨٢٦) [د.ح = ١، ٩٦، غير دالة إحصائياً].

الجنس: عدم وجود فرق ذو دلالة إحصائية لأثر متغير الجنس (ذكور - إناث) في الوسواس القهري، حيث بلغت قيمة  $F (0,314)$  [د.ح = 1، 96، غير دالة إحصائياً].

تفاعل مستوى الشره العصبي مع الجنس: وجود فرق ذو دلالة إحصائياً لأثر تفاعل متغيري مستوى الشره العصبي والجنس في الوسواس القهري، حيث بلغت قيمة  $F (3,931)$  [د.ح = 1، 96، دالة إحصائياً عند مستوى 0,05]. ويوضح الشكل البياني رقم (2) طبيعة تفاعل هذين المتغيرين مع الوسواس القهري.

الوسواس القهري



الشكل البياني رقم (2) طبيعة تفاعل متغيري مستوى

الشره العصبي والجنس مع الوسواس القهري

أوضحت النتائج المبينة في الشكل البياني رقم (2) أن الإناث ذوات مستوى الشره العصبي المرتفع أكثر معاناة من الوسواس القهري من بقية المجموعات.

ومن ثم، انتهت نتائج الفرض الثالث إلى أن الإناث ذوات الشره العصبي المرتفع أكثر معاناة من الوسواس القهرية، بينما لم يوجد فرق فى الوسواس القهرية وفقاً لكل من متغير مستوى الشره العصبي، ومتغير الجنس. وتدعم هذه النتائج صحة اختبار الفرض الثالث.

إضافة إلى هذا، تتفق نتائج الفرض الثالث مع ما انتهت إليه نتائج بحوث لوينكوبف Lowenkopf (1986)، وفورميا وبيرنس Formea & Burns (1995)، وروجرز Rogers (1997)، وأراجونا وفيللا Arogona & Vella (1998) فى وجود علاقة بين الشره العصبي والوسواس القهرية.

٤- عرض النتائج الخاصة لاختبار صحة الفرض الرابع الذى ينص على ما يلى: توجد فروق ذات دلالة إحصائية فى الأعراض السيكوسوماتية وفقاً لتفاعل متغيرى مستوى الشره العصبي (مرتفع - منخفض)، والجنس (ذكور - إناث).

#### جدول (٤)

نتائج تحليل التباين (2×2) لأثر متغيرى مستوى الشره العصبي (مرتفع - منخفض)، والجنس (ذكور - إناث) فى الأعراض السيكوسوماتية

الدالة الإحصائية	القيمة الفاتية	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصادر التباين
٠,٠٥	٦,١٥٥	١٣٢,٢٥٠	١	١٣٢,٢٥٠	مستوى الشره العصبي (أ)
غ.د.	١,٣٠٧	٢٨,٠٩٠	١	٢٨,٠٩٠	الجنس (ب)
٠,٠١	١٣,٢٩٣	٢٨٥,٦١٠	١	٢٨٥,٦١٠	أ × ب
		٢١,٤٨٦	٩٦	٢٠٦٢,٦٤٠	الخطأ
			٩٩	٢٥٠٨,٥٩٠	المجموع الكلى

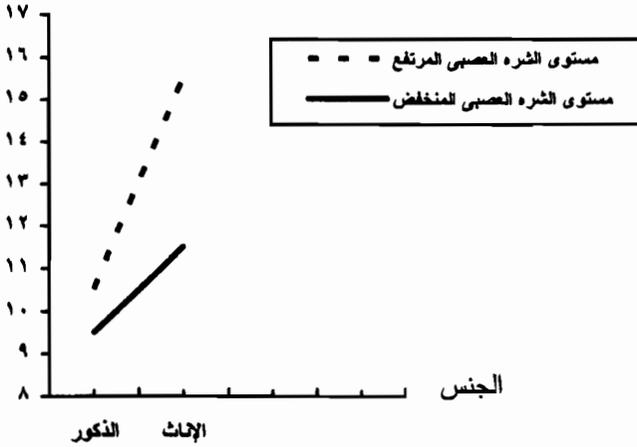
أسفرت النتائج فى جدول (٤) عما يلى:

مستوى الشره العصبى: وجود فرق ذو دلالة إحصائية لأثر متغير مستوى الشره العصبى (مرتفع - منخفض) فى الأعراض السيكوسوماتية، حيث بلغت قيمة ف (٦,١٥٥) [د.ح = ١, ٩٦. وللكشف عن اتجاه الفروق، تم حساب المتوسطات الحسابية بين المجموعتين، فأسفرت النتائج عن أن الأفراد ذوى مستوى الشره العصبى المرتفع أكثر معاناة من الأعراض السيكوسوماتية (م = ١٢,٨٦) من الأفراد ذوى مستوى الشره العصبى المنخفض (م = ١٠,٥٦).

الجنس: عدم وجود فرق ذو دلالة إحصائية لأثر متغير الجنس (ذكور - إناث) فى الأعراض السيكوسوماتية، حيث بلغت قيمة ف (١,٣٠٧) [د.ح = ١, ٩٦، غير دالة إحصائياً].

تفاعل مستوى الشره العصبى والجنس: وجود فرق ذو دلالة إحصائية لأثر تفاعل متغيرى مستوى الشره العصبى والجنس فى الأعراض السيكوسوماتية، حيث بلغت قيمة ف (١٣,٢٩٣) [د.ح = ١, ٩٦، دالة إحصائياً عند مستوى ٠,٠١]. ويوضح الشكل البيانى رقم (٣) طبيعة تفاعل هذين المتغيرين مع الأعراض السيكوسوماتية.

الأعراض السيكوسوماتية



الشكل البياني رقم (٣) طبيعة تفاعل متغيري مستوى الشره العصبي والجنس مع الأعراض السيكوسوماتية

أشارت النتائج في الشكل البياني رقم (٣) أن الإناث ذوات مستوى الشره العصبي المرتفع أكثر معاناة من الأعراض السيكوسوماتية من بقية المجموعات. أوضحت نتائج الفرض الرابع أن الأفراد مرتفعي الشره العصبي أكثر معاناة من الأعراض السيكوسوماتية، وأن الإناث ذوات الشره العصبي المرتفع أكثر معاناة من الأعراض السيكوسوماتية، بينما لم توجد فروق في الأعراض السيكوسوماتية وفقاً لمتغير الجنس. وعليه تؤيد هذه النتائج صحة اختبار الفرض الرابع.

وإلى جانب هذا، تتفق نتائج الفرض الرابع مع ما أسفرت عنه نتائج بحوث بارى وبارى Parry & Parry (١٩٩١)، وجاديريان وآخرون

Ghadirian, *et al.* (1993) في وجود علاقة بين الشره العصبي والأعراض  
السيكوسوماتية.

٥- عرض النتائج الخاصة لاختبار صحة الفرض الخامس الذي ينص على  
ما يلي: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الاكتئاب وفقاً لتفاعل  
متغيري مستوى الشره العصبي (مرتفع - منخفض)، والجنس (ذكور -  
إناث).

### جدول (٥)

نتائج تحليل التباين (2×2) لأثر متغيري مستوى الشره العصبي  
(مرتفع - منخفض)، والجنس (ذكور - إناث) في الاكتئاب

الدلالة الإحصائية	القيمة الفائية	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصادر التباين
٠,٠١	٩,٦٣٥	١٦٣,٨٤٠	١	١٦٣,٨٤٠	مستوى الشره العصبي (أ)
غ.د.	٠,١١٥	١,٩٦٠	١	١,٩٦٠	الجنس (ب)
غ.د.	١,٣٥٥	٢٣,٠٤٠	١	٢٣,٠٤٠	أ × ب
		١٧,٠٠٤	٩٦	١٦٣٢,٤٠٠	الخطأ
			٩٩	١٨٢١,٢٤٠	المجموع الكلي

أبانت النتائج في جدول (٥) عما يلي:

مستوى الشره العصبي: وجود فرق ذو دلالة إحصائية لأثر متغير  
مستوى الشره العصبي (مرتفع - منخفض) في الاكتئاب، حيث بلغت قيمة ف  
(٩,٦٣٥) [د.ح = ١، ٩٦، دالة إحصائية عند مستوى ٠,٠١]. وللكشف عن  
اتجاه الفروق، تم حساب المتوسطات الحسابية بين المجموعتين، فأوضحت  
النتائج أن الأفراد ذوي مستوى الشره العصبي المرتفع أكثر اكتئاباً (م =

(١١,٠٢) من الأفراد ذوى مستوى الشره العصبى المنخفض (م = ٨,٤٦).

**الجنس:** عدم وجود فرق ذو دلالة إحصائية لأثر متغير الجنس (ذكور - إناث) فى الاكتئاب، حيث بلغت قيمة ف (٠,١١٥) [د.ح = ١, ٩٦، غير دالة إحصائياً].

**تفاعل مستوى الشره العصبى والجنس:** عدم وجود فرق ذو دلالة إحصائية لأثر تفاعل متغيرى مستوى الشره العصبى والجنس فى الاكتئاب، حيث بلغت قيمة ف (١,٣٥٥) [د.ح = ١, ٩٦، غير دالة إحصائياً].

أظهرت نتائج الفرض الخامس أن الأفراد مرتفعى الشره العصبى أكثر اكتئاباً، بينما انتهت النتائج عدم وجود فرق فى الاكتئاب وفقاً لمتغير الجنس، كما لا يوجد فرق فى الاكتئاب وفقاً لتفاعل متغيرى مستوى الشره العصبى والجنس. ومن ثم، لم تؤيد هذه النتائج صحة اختبار الفرض الخامس.

وكما تبين من نتائج الفرض الخامس أن الأفراد مرتفعى الشره العصبى أكثر اكتئاباً، وهذا يتفق مع ما انتهت إليه نتائج بحوث وولف وكروزر Wolf & Crowther (١٩٨٣)، وهابرماس وموللر Harbermas & Mueller (١٩٨٦)، وفيليبس Phillips (١٩٨٨)، وكيندلر وآخرون Kendler, et al. (١٩٩٥)، وأندرسون Anderson (١٩٩٨)، وويدرمان وبروير Wiederman & Pryor (٢٠٠٠)، وجلور Glore (٢٠٠١) فى وجود علاقة بين الشره العصبى والاكتئاب.

٦- عرض النتائج الخاصة باختبار صحة الفرض السادس الذي ينص على ما يلي: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الهستيريا وفقاً لتفاعل متغيري مستوى الشره العصبي (مرتفع - منخفض)، والجنس (ذكور - إناث).

جدول (٦)

نتائج تحليل التباين (٢×٢) لأثر متغيري مستوى الشره العصبي (مرتفع - منخفض)، والجنس (ذكور - إناث) في الهستيريا

الدلالة الإحصائية	القيمة الفاتية	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصادر التباين
٠,٠١	١٤,٣٨٣	٣٦١,٠٠٠	١	٣٦١,٠٠٠	مستوى الشره العصبي (أ)
غ.د.	٣,٢٢٧	٨١,٠٠٠	١	٨١,٠٠٠	الجنس (ب)
غ.د.	١,٤٣٤	٣٦,٠٠٠	١	٣٦,٠٠٠	أ × ب
		٢٥,٠٩٨	٩٦	٢٤٠٩,٤٤٠	الخطأ
			٩٩	٢٨٨٧,٤٤٠	المجموع الكلي

أوضحت النتائج في جدول (٦) ما يلي:

مستوى الشره العصبي: وجود فرق ذو دلالة إحصائية لأثر متغير مستوى الشره العصبي (مرتفع - منخفض) في الهستيريا، حيث بلغت قيمة  $F(١٤,٣٨٣)$  [د.ح = ١، ٩٦، دالة إحصائية عند مستوى ٠,٠١]. وللكشف عن اتجاه الفروق، تم حساب المتوسطات الحسابية بين المجموعتين، فأظهرت النتائج أن الأفراد ذوي مستوى الشره العصبي المرتفع أكثر هستيرياً ( $m = ١٤,٧٤$ ) من الأفراد ذوي مستوى الشره العصبي المنخفض ( $m = ١٠,٩٤$ ).

الجنس: عدم وجود فرق ذو دلالة إحصائية لأثر متغير الجنس (ذكور - إناث) في الهستيريا، حيث بلغت قيمة ف (٣,٢٢٧) [د.ح = ١، ٩٦، غير دالة إحصائياً].

تفاعل مستوى الشره العصبي والجنس: عدم وجود فرق ذو دلالة إحصائية لأثر تفاعل متغيري مستوى الشره العصبي والجنس في الهستيريا، حيث بلغت قيمة ف (١,٤٣٤) [د.ح = ١، ٩٦، غير دالة إحصائياً].

أوضحت نتائج الفرض السادس أن الأفراد مرتفعي الشره العصبي أكثر هستيريا، بينما لم يوجد فرق دال إحصائياً في الهستيريا وفقاً لكل من الجنس، وتفاعل كل من مستوى الشره العصبي والجنس. ومن ثم، لم تؤيد هذه النتائج صحة اختبار الفرض السادس.

وكما هو ملاحظ من نتائج الفرض السادس أن الأفراد مرتفعي الشره العصبي أكثر هستيريا، وهذا يتفق مع ما انتهت إليه نتائج بحوث داسي وآخرون *Dacey, et al.* (١٩٩٠)، وباري وباري *Parry & Parry* (١٩٩١) في وجود علاقة بين الشره العصبي والهستيريا.

٧- عرض النتائج الخاصة باختبار صحة الفرض السابع الذي ينص على ما يلي: يمكن التنبؤ بالشرة العصبى فى ضوء بعض الأعراض العصابية الآتية: القلق، والمخاوف المرضية، والوساوس القهرية، والأعراض السيكوسوماتية، والاكتئاب، والهستيريا.

جدول (٧)

نتائج تحليل الانحدار لمتغيرات البحث من أجل التنبؤ بالشرة العصبى وفقاً لعينات البحث المختلفة

الدالة الإحصائية	قيمة (ت)	الانحدار المعيارى Beta	قيمة الانحدار R	معامل التحديد R <sup>2</sup>	الارتباط R	المتغيرات المستقلة	المتغير التابع	مجموعات البحث
٠,٠١	٧,٠٢٣	٠,٥٩٧	٣,٨٨٧	٠,٣٥٧	٠,٥٩٧	القلق	الشره العصبى	الذكور (ن = ١٠٠)
٠,٠١	٦,١٠٣	٠,٤٥٧	٣,٠١٦	٠,٥٤٨	٠,٧٤٠	المخاوف المرضية		
٠,٠١	٣,٠٣٠	٠,٢١١	١,٥٦٢	٠,٥٩١	٠,٧٦٩	الهستيريا		
٠,٠٥	٢,٢٠٠	٠,١٦٠	١,٤٨٨	٠,٦١٣	٠,٧٨٣	الاكتئاب		
٠,٠١	٥,٤٠٥	٠,٤٩٧	٣,١٢٥	٠,٢٣٠	٠,٤٧٩	المخاوف المرضية	الشره العصبى	الإناث (ن = ١٠٠)
٠,٠١	٤,٣٥٧	٠,٣٥٨	٢,٠٥٦	٠,٣٥٦	٠,٥٩٦	القلق		
٠,٠٥	٢,٣٢٣	٠,١٩٠	١,٠٣٣	٠,٣٩٠	٠,٦٢٤	الهستيريا		
٠,٠١	٨,٣٤٨	٠,٥١٩	٣,٤٠٤	٠,٢٦٩	٠,٥١٩	المخاوف المرضية	الشره العصبى	العينة الكلية (ن = ٢٠٠)
٠,٠١	٧,٤٣٥	٠,٤١٦	٢,٥٦٤	٠,٤٣٥	٠,٦٦٠	القلق		
٠,٠١	٤,٠٢٥	٠,٢١٤	١,٣٣٧	٠,٤٨٠	٠,٦٩٣	الهستيريا		
٠,٠١	٢,٦١١	٠,١٤٠	١,١٣٠	٠,٤٩٩	٠,٧٠٦	الاكتئاب		

أشارت نتائج تحليل الانحدار المتعدد الموضحة فى جدول (٧) إلى

ما يلى:

أولاً: بالنسبة لعينة الذكور: أظهرت نتائج تحليل الانحدار المتعدد لمتغيرات البحث من أجل التنبؤ بالشرة العصبى أن الأعراض العصابية الآتية قد ساهمت فى التنبؤ بالشرة العصبى على الترتيب: القلق (٠,٣٥٧)، والمخاوف

المرضية (٠,٥٤٨)، والهستيريا (٠,٥٩١)، والاكتئاب (٠,٦١٣).

ثانياً: بالنسبة لعينة الإناث: أبانت نتائج تحليل الانحدار المتعدد لمتغيرات البحث من أجل التنبؤ بالشرة العصبى أن الأعراض العصابية الآتية قد ساهمت فى التنبؤ بالشرة العصبى على الترتيب: المخاوف المرضية (٠,٢٣٠)، والقلق (٠,٣٥٦)، والهستيريا (٠,٣٩٠).

ثالثاً: بالنسبة للعينة الكلية: أوضحت نتائج تحليل الانحدار المتعدد لمتغيرات البحث من أجل التنبؤ بالشرة العصبى أن الأعراض العصابية الآتية قد ساهمت فى التنبؤ بالشرة العصبى على الترتيب: المخاوف المرضية (٠,٢٦٩)، والقلق (٠,٤٣٥)، والهستيريا (٠,٤٨٠)، والاكتئاب (٠,٤٩٩).

وعليه، أبانت نتائج الفرض السابع أن الاكتئاب أكثر الأعراض العصابية ارتباطاً بالشرة العصبى بالنسبة لعينة الذكور، وللعينة الكلية. بينما تبين أن الهستيريا أكثر الأعراض العصابية ارتباطاً بالشرة العصبى بالنسبة للإناث. وعليه، تؤيد هذه النتائج صحة اختبار الفرض السابع، كما تتفق إلى حد ما مع ما أسفرت عنه نتائج بحوث وولف وكروزر Wolf & Crowther (١٩٨٣)، وهابرماس ومولر Harbermas & Lueller (١٩٨٦)، وفيليبس Phillips (١٩٨٨)، وكيندلر وآخرون Kendler, et al. (١٩٩٥)، وأندرسون Anderson (١٩٩٨)، وويدرمان وبروير Wiederman & Pryor (٢٠٠٠)، وجلور Glore (٢٠٠١) فى وجود علاقة بين الشرة العصبى والاكتئاب. كما تتفق مع نتائج بحوث داسى وآخرون Dacey, et al. (١٩٩٠)، وبارى وبارى Parry & Parry (١٩٩١) فى وجود علاقة بين الشرة العصبى والهستيريا.

تعقيب:

انتهت النتائج العامة للبحث أن الشره العصبى يرتبط ببعض الأعراض العصابية التالية: القلق، والمخاوف المرضية، والوساوس القهرية، والأعراض السيكوسوماتية، والاكتئاب، والهستيريا. ويتفق هذا مع ما أسفرت عنه بعض البحوث التالية: كيندلر وآخرون. Kendler, *et al.* (١٩٩٥)، وسيجلر Sigler (١٩٩٩)، وبوليك وآخرون. Bulik, *et al.* (١٩٩١)، وروجرز Rogers (١٩٩٧)، وأراجونا وفيللا Arogona & Vella (١٩٩٨)، وبارى وبارى Parry & Parry (١٩٩١)، وجاديريان وآخرون. Ghadirian, *et al.* (١٩٩٣)، ووديرمان وبروير Wiederman & Pryor (٢٠٠٠)، وجلور Glore (٢٠٠١)، وداسى وآخرون. Dacey, *et al.* (١٩٩٠) فى وجود علاقة بين الشره العصبى وتلك الأعراض العصابية.

كما كشفت بعض نتائج البحث الراهن عن أن الإناث أكثر معاناة من الشره العصبى؛ ويتفق هذا مع انتهت إليه بعض البحوث (عبد الخالق، ١٩٩٣؛ محمد، ٢٠٠٠؛ Pyle, ١٩٨١؛ Halmi, *et al.*, ١٩٨٤؛ Smith & Thelen, ١٩٨٣ *et al.*).

إضافة إلى هذا، أبانت النتائج الحالية أن الاكتئاب والهستيريا يعدا من أكثر الأعراض العصابية ارتباطاً بالشره العصبى، ويعد هذا إضافة علمية؛ حيث أوضحت معظم نتائج البحوث السابقة التى تم الرجوع إليها أن الشره العصبى يرتبط ارتباطاً وثيقاً بالأعراض العصابية، ولكن لم يعثر الباحث على بحوث سابقة تفيد أى من هذه الأعراض أكثر ارتباطاً بالشره العصبى.

ويرى الباحث أنه على الرغم ما توصل إليه من نتائج فى هذا الصدد، إلا أن هناك بعض الأدلة المنطقية التى تعضد من هذا، فعند تحليل الأعراض

الاكتئابية فوجد أن من أعراضها العزوف عن الطعام؛ وهذا أيضاً يعد عرضاً من أعراض فقد الشهية إلى الطعام والتي تعد بدورها الوجه المقابل للشهية العصبية؛ حيث أبانت بعض البحوث (Russell, 1979) أن بعض من يعانون من فقد الشهية العصبى ينقلبون من هذه الحالة إلى حالة أخرى، وهى الشهية العصبى للطعام. وإلى جانب هذا، نجد أن من أعراض الهستيريا الاهتمام الزائد بصورة الجسم، وفقد الشهية الهستيرى، ومما لا شك أن هذه الأعراض ترتبط أيضاً بالشهية العصبى.

وعلى الرغم، ما توصل إليه الباحث من نتائج حول الشهية العصبى والأعراض العصابية، ألا أن النتيجة التى قد تثير الانتباه هى أن الأعراض السيكوسوماتية ليست من أكثر الأعراض العصابية ارتباطاً بالشهية العصبى، مع أن الشهية العصبى يندرج تحت الاضطرابات النفس - جسمية (محمد، 2000). وربما يعزى هذا كما يرى الباحث أن الاضطرابات النفس - جسمية يندرج تحتها الكثير من الاضطرابات؛ وتكون من بينها الشهية العصبى، أو قد يرجع إلى أن عبارات المقياس الخاص بالأعراض السيكوسوماتية المستخدم فى البحث الراهن غير مشبعة بالشهية العصبى. لذا، فإنه من الضرورة بمكان إجراء بحوث أخرى بين الشهية العصبى والأعراض السيكوسوماتية، مع الأخذ فى الاعتبار بناء مقياس خاص بالأعراض السيكوسوماتية بحيث تكون عباراته مشبعة بالشهية العصبى.

وعليه، يأمل الباحث إجراء بحوث أخرى تستهدف تصميم برامج إرشادية من أجل التخفيف من حدة الشهية العصبى وما يصاحبها من أعراض عصابية لدى عينات من الإناث فى مستويات عمرية وثقافية متباينة.