

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
République Algérienne Démocratique et Populaire

Ministère de l'Enseignement Supérieur
et de la Recherche Scientifique
Université Akli Mohand Oulhadj - Bouira -
Tasdawit Akli Muḥend Ulḥağ - Tubirett -



Faculté des Sciences Sociales et Humaines

شعبة علم النفس

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة أكلي محمد أولحاج
- البويرة -

كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية

سم علم النفس وعلوم التربية

تخصص: علم النفس العيادي

عنوان المذكرة:

أثر الصدمة النفسية في ظهور الشراهة

لدى الراشدين اللواتي يتراوح

أعمارهم ما بين 25-30 سنة

مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماستر في علم النفس العيادي

إشراف الأستاذ(ة):

الدكتورة حلوان زويينة

من إعداد الطالب(ة):

بن قراج خديجة

السنة الجامعية 2021-2022

الشكر والتقدير

الحمد لله الذي منحنا العقل لنفكر به
وفضلنا على سائر الخلق ووهبنا كل النعم
،فهله الحمد أولاً وأخيراً والصلاة والسلام
على خير البشر سيدنا محمد وعلى آله
وصحبة أجمع.

أتقدم بالشكر المشرفة على
هذا العمل لدكتورة "حلوان زوينة"
على ما قدمته لي من نصائح وتوجيهات
من أجل إنجاز هذا العمل وإلى
كل أساتذة علم النفس

-العيادي-

إهداء

أهدي ثمرة جهدي إلى سندي الذي كان وراء كل فرحة نجاح في حياتي إلى من ساندني وبعث في روحي حب النجاح والتفائل ومن كان يسعدني أوقات حزني ، ويحول ضعفي قوة أبي الغالي . إلى حبيبتي التي كانت سببا في سعادتي إلى من كانت تضحني في سبيل راحتي إلى المرأة التي لن يكررها الزمن أُمي الغالية إلى من لا تكتمل فرحتي إلا بهما والديا الكريمين وإلى إخوتي وكل من كان سببا في سعادتي . إلى كل سالك منهج العلم والمعرفة و حفظكم الله جميعا

ملخص الدراسة

جاءت الدراسة الحالية تحت عنوان : " أثر الصدمة النفسية في ظهور الشراهة لدى الراشدين " . فالشراهة تؤثر على أي شخص في أي عمر ومن أي جنس، تجد الذين يعانون من الشراهة المرضية صعوبة بالاعتراف بمشاكلهم مع الطعام وتؤدي اضطرابات الأكل في كثير من الحالات إلى عدد من المضاعفات، والتي يمكن لبعضها أن يهدد حياة المصاب، وبخاصة مع زيادة حدة الاضطراب أو زيادة مدة الإصابة به.

وتشمل هذه المضاعفات مشكلات صحية خطيرة، وفي بعض الحالات يمكن أن تصل إلى حد الشعور بالألم. والانخراط في سلوكيات الأكل المضطربة غالبًا ما يكون وسيلة للتعامل مع آثار الصدمات التي تعطل حياتهم اليومية. لذلك، أظهر الأبحاث أن هناك صلة بين الصدمة والشراهة عند الأكل ، لا يزال العلم يعمل على فهم سبب وجود هذا الارتباط. ومع ذلك ، هناك بعض النظريات حول العلاقة بين الصدمة والشراهة عند الأكل.

الفهرس

الموضوع	الصفحة
الشكر والتقدير	
الإهداء	
ملخص الدراسة
فهرس محتويات
مقدمة	1
الفصل التمهيدي: الإطار العام للدراسة	
1-الإشكالية	5
2-الفرضيات	7
3-الدراسات السابقة عليها	7
4-تحديد مصطلحات الدراسة	11
5-أسباب اختبار الموضوع	12
6-هذاف الدراسة	12
7-أهمية الدراسة	13

الجانب النظري

الفصل الأول: الصدمة النفسية

17	1- مفهوم الصدمة النفسية
20	2- الصدمة النفسية وبعض المفاهيم ذات العلاقة
21	3- أعراض الصدمة النفسية
24	4- أنواع الصدمة النفسية
27	5- العوامل مسببة لصدمة النفسية
27	6- آثار الصدمة النفسية
28	7- خصائص الصدمة النفسية
29	8- تشخيص الصدمة النفسية حسب DSM4
30	9- النظريات المفسرة للصدمة النفسية
37	10- العلاج الصدمة النفسية
42	خلاصة

الفصل الثاني: الشرهية

45	تمهيد
46	1- اضطراب الأكل
47	1-2 تعريف اضطراب الأكل
47	1-3 أنواع اضطراب الأكل
48	1-4 أعراض اضطراب الأكل

52	5-1 معايير التشخيص
55	6-1- النظريات المفسرة لاضطرابات الأكل
57	2- الشراهة
57	2-1 تعريف الشراهة
57	2-2 أعراض الشراهة
59	2-3 أسباب الشراهة
61	2-4 معايير التشخيص
62	2-5 علاج
68	خلاصة

الفصل الثالث: إجراءات المنهجية لدراسة الميدانية

71	تمهيد
72	1- المنهجية
72	2- حدود الدراسة
73	3- مجموعة الدراسة
73	3-1 شروط انتقاء مجموعة الدراسة
73	3-2 خصائص مجموعة الدراسة
73	4- أدوات الدراسة
78	5- الدراسة الاستطلاعية

الفصل الرابع: عرض وتحليل النتائج ومناقشتها

83	عرض و تحليل محتوى النتائج.....
83	1-تقديم الحالة
83	2-عرض وتحليل نتائج المقابلة
83	3-عرض وتحليل نتائج المقياس.....
83	4-مناقشة نتائج
83	5-المناقشة العامة
83	6-الاستنتاج العام
84	خلاصة الدراسة
87	قائمة المراجع
95	قائمة الملاحق

مقدمة

أن لإجهاد الناجم عن الصدمة النفسية حسب (Vilija, M, 2014) يشير إلى ردود الفعل الجسدية والنفسية التي تحدث بدرجات متفاوتة بعد تجارب صادمة ، وتتميز بأعراض مثل ذكريات الماضي؛ كوابيس. تجنب؛ والصعوبة العاطفية. و انعدام التلذذ والانفجار الحاد من الخوف ، يمكن أن يسبب تغيرات في سلوك الأكل حسب (Hirth, JM, 2011) تشير الدراسات التي تتناول سلوك الأكل بين الأشخاص بعد تجارب صادمة ، إلى أن الأعراض المرتبطة بالصدمة مرتبطة باستهلاك الوجبات السريعة والسلوك الغذائي غير الصحي سلوك الأكل ، الذي حدده "لكيل سنة نعى أنه" مصطلح واسع يشمل اختيار الطعام والدوافع ، وممارسة التغذية ، والنظام الغذائي ، والمشاكل المتعلقة بالأكل مثل السمنة ، واضطرابات الأكل ، واضطرابات التغذية" ، يمثل مكونات مهمة ل تعزيز والحفاظ على صحة جيدة مدى الحياة . قد تكون التجارب المؤلمة عامل خطر لتطوير سلوك الأكل المضطرب. تم العثور على صدمة الطفولة لتكون عامل خطر لتطوير اضطراب الأكل.

في علم النفس يُعرف (Schulherr, 2008:9) هذا السلوك في الأكل بمصطلح "اضطرابات الأكل" إلى شخص ما، لا يأكل بطريقة صحيحة، وبالتأكيد نجد أن بعض الأفراد ذوى اضطرابات الأكل يتناولون كميات منخفضة بشدة من الأطعمة لدرجة المخاطرة بصحتهم أو حياتهم، والبعض الآخر يفرض في تناول الطعام بشكل متكرر، ويمكن أن يقوم بأفعال بها مخاطرة؛ للتخلص من السعرات الحرارية التي استهلكها ومع ذلك حسب (Timothy, DB, 2007) فإن الدراسات الحديثة ، مثل الدراسة التي أجراها كارين ميتشل وآخرون والتي نظرت في الاعتلال المشترك بين الرجال والنساء الذين يعانون من اضطرابات الأكل ، وجدت أن العديد من الأنواع الأخرى من الصدمات الشخصية يمكن أن تؤدي أيضاً إلى اضطراب الأكل. ذكرت في دراستها أن "الغالبية العظمى من النساء والرجال المصابين بفقدان الشهية العصبي، والشهوية المرضي العصبي، واضطراب الشراهة ،أبلغوا عن تاريخ من الصدمات الشخصية

بين (Timothy & DB, 2007)دراسة أجريت في عام 2001 أن "النساء اللواتي أبلغن عن التعرض لصدمة جنسية كن أكثر عرضة بشكل ملحوظ لإظهار سلوكيات غير طبيعية في الأكل مقارنة بالضوابط ، بما في ذلك المعدلات الأعلى لكل من الصدمة النفسية واضطرابات الأكل لدى الراشدين.

من هنا قمنا بتقسيم البحث إلى جانبين نظري وجانب تطبيقي مع تطرق إلى الفصل التمهيدي والذي احتوى على الإشكالية المطروحة والفرضية المصاغة بالإضافة إلى تحديد المفاهيم الخاصة بالدراسة ، ثم تطرقنا إلى أسباب اختيار البحث وأهميته وأخيرا الأهداف المتعلقة بالبحث .

الفصل الأول : تحت عنوان الصدمة النفسية ، تطرقنا فيه إلى مفهوم الصدمة ، وأهم النظريات المفسرة لها ومميزاتها على الفرد المتعرض لها وتطرقنا إلى أهم أنواع الصدمات ، وأعراضها ومراحلها بالإضافة الصدمة النفسية وبعض المفاهيم ذات العلاقة ، أعراض الصدمة النفسية ، العوامل المسببة للصدمة النفسية ، خصائص الصدمة النفسية تشخيص الصدمة النفسية حسب DSM4 ، آثار الصدمة النفسية .

الفصل الثاني : تحت عنوان الشراهة

أولاً: اضطراب الأكل تطرقنا تعرف اضطراب الأكل وأسبابه وأنواعه ونظرياته المفسرة لاضطراب الأكل و كذلك أعراض اضطراب الأكل، معايير التشخيص .

ثانياً: الشراهة تعريف الشراهة أسباب الشراهة -أعراض الشراهة معايير التشخيص تصنيف اضطراب الشراهة حسب DSM علاج

انتقلنا إلى الجانب التطبيقي فتضمن : الفصل الثالث الإطار المنهجي ويحتوي على المنهجية المتبعة ، حدود الدراسة ، شروط انتقاء مجموعة البحث ، خصائصها ، أدوات البحث والدراسة الاستطلاعية .

أما فيما يخص الفصل الرابع : الذي يضم عرض تحليل ومحتوى النتائج ومناقشتها ألقينا فيه الضوء على عرض تحليل النتائج تقديم حالة وكذلك ذكرنا عرض وتحليل نتائج المقابلة، عرض وتحليل محتوى نتائج المقياس مناقشة نتائج ،مناقشة العام وفي الأخير قدمنا خلاصة الدراسة،قائمة المراجع وفي الاخير قائمة الملاحق .

الجانب النظري

الفصل التمهيدي: الإطار العام للدراسة

1- الإشكالية

2- الفرضية

3- الدراسات السابقة

4- تحديد مصطلحات الدراسة

5- أسباب اختبار الموضوع

6- أهمية الدراسة

7- أهداف الدراسة

الإشكالية:

بين (Frude,1998p75) ينظر إلى الأكل من الناحية البيولوجية على انه تناول المواد الكربوهيدراتية والدهنيه والبروتينية والأملاح المعدنية والفيتامينات وبعد الجوع أحد الأسباب التي تدفع الأفراد إلى تناول الطعام حيث يشعر الفرد بالجوع عند حدوث تقلصات بالمعدة أو عندما ينخفض مستوى السكر في الدم وبالرغم من ذلك فثمة مجموعه من الأسباب التي تدفع بعض الأفراد إلى تناول الطعام دون شعور بالجوع، منها توافر الطعام الذي يبدو منظره لذيذاً أو تكون رائحته شهيه كما أن غالبية الأفراد أفراد تتناول الطعام لأنه قد جاء وقت تناول الطعام ويكون ذلك عادة أو امتثالاً لتوقعات الآخرين و يمكن أن يكون الأكل احد وسائل أحداث تغيرات حادة في الانفعالات فبعض الأفراد يدخلون البهجة على أنفسهم بتناول بعض الأطعمة المفضلة وقد تكون هذه الأطعمة من وجبات خفيفة عاليه سعرات حرارية مثل الشوكولاتة والحلوى ومن ثم فان عمليه الأكل تحدث داخل سياق الاجتماعي والثقافي معين وهو ما يحدد بشكل عام سيكولوجيا الأكل.

توصل (غانم،2014ص9) وتمثل اضطرابات الأكل تلك العلاقة بين الحالة النفسية للفرد والرغبة العملية لتناول أو العزوف عنه وهذه العلاقة ليست جديدة فهي معروفة منذ زمن بعيد أو أهم ما يميز اضطرابات الأكل والاختلاف في السلوك تناول الطعام وعدم الانتظام في تناول الوجبات ما بين الامتناع القهري لتناول وبكميات تزيد عما يتطلبه النمو الطبيعي للفرد .

ومعظم الأفراد الذين تنمو اضطرابات الأكل لديهم حسب(رجب مطر،ع، 2008ص148) والمقدرين بحوالي 90%- يكن إنثاءً. وترتبط اضطرابات الأكل عادة بالنساء صغيرات السن والمراهقات، كما أن هذه الاضطرابات تؤثر أيضا على النساء الكبار وذوات السن المتوسط، بالرغم من أنه حتى وقت حديث نسبيا لم نكن نعرف الكثير عن الانتشار لهذه الاضطرابات بين تلك المجموعة العمرية الأكبر سنا، وتنقسم اضطرابات الأكل إلى ثلاثة أنواع هي: فقدان الشهية العصبي، والشره العصبي، واضطراب الشراهة.

وقد وضح(الدسوقي،م،2007ص400) أن فوريت وزملاؤه عام 1998 انه كان قديما يتم تصنيف اضطرابات الأكل ضمن الاضطرابات النفسية أو السيكوسوماتية أو النفس جسمية إلى أن صدر الدليل التشخيصي والإحصائي المعدل للاضطرابات النفسية، الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي عام 1987 وأعقبه الدليل الرابع الصادر عام 1994 ووضعها هذه الاضطرابات في فئة مستقلة ضمن

اضطرابات الراشدين أما التصنيف الدولي العاشر للاضطرابات في فئة مستقلة ضمن اضطرابات الراشدين، أما التصنيف الدولي العشر للاضطرابات السلوكية والعقلية والصادر عن المنظمة الصحة العالمية بجنيف أوضح أن اضطرابات الأكل تتضمن فقدان الشهية العصبي، والشر العصبي و،الشراهة أو المرتبط باضطرابات النفسية أخرى.

شرح (مطر،م،2008،ص134) أنه تعد اضطرابات الأكل جزءا من العواقب الصحية قصيرة المدى وطويلة المدى للعنف والصدمات التي يتعرض لها في مرحلة الطفولة أو مرحلة البلوغ، وترتبط بوجود اضطرابات النفسية مثل الصدمة وهي تعبير عن ذاكرة مؤلمة، أو استراتيجيات البقاء على قيد الحياة للهروب منه،تم توثيق الروابط بين العنف والصدمات النفسية واضطرابات الأكل، سواء كان فقدان الشهية أو الشره المرضي أو الشراهة.

حيث توصلت الدراسة (COROSTOPHIN & ET AL,2007,P23-30)إلى وجود علاقة بين اضطرابات الأكل وما يبدو معها من سلوك انقيادي في الأكل والتعرض إلى صدمات نفسية في مرحلة الطفولة والتي تتمثل في المقام الأول في الإساءة الجنسية. وتعطي نظريه التحليلية أهمية للخبرات الطفولة والماضي الفرد في تفسيرها للاضطرابات الأكل كان يكون الفرد تعرض لصدمات نفسيه أو إساءة بدنيه مرتبطة بالأكل أو إساءة الجنسية أو علاقة الغير حميمية في الطفولة المبكرة مما يظهر ذلك في مرحله البلوغ في صورته نوبات الشراهة أو فقدان الشهية(NICOPOLIS.2006) وتثير الإحصائيات الأمريكية حسب (NICOPOLIS.2006) أن الصدمات بمختلف أنواعها ترتبط ارتباطا وثيقا باضطرابات الأكل، حيث وجدت دراسة أجريت على عينة من 3006 نساء أن الأشخاص الذين يعانون من شره أو الشراهة: 26.6% تعرضوا "للاغتصاب" في حياتهم. ، 26% أفادوا بالاعتداء ولمرات عدة. و 36.9% لديهم تاريخ الصدمة،وقد ازداد الاهتمام بموضوع اضطراب الأكل خصوصا عند نساء وذلك الأسباب عديدة منها: الزيادة الملحوظة في نسبة انتشار هذه الاضطرابات وربما زيادة الاهتمام بالكشف عنها إزاء مضاعفات هذه الاضطرابات على المصابين وعائلاتهم والمجتمع.

وتوصلت دراسة (Ghaderi,S,2001p125) أن معدل انتشار اضطراب الأكل لدى الإناث في المرحلة العمرية ما بين (18-30) عام حسب غادري بلغت (3،15%) وزعت كالاتي:(0،12%)فقدان شهية عصبي (1،33%)شره عصبي،(1،21%) اضطراب الشراهة (0،48%) الاضطرابات غير المصنفة، ويلاحظ النسبة المرتفعة لاضطراب الشراهة حيث قاربت الشره وفاقت فقدان الشهية، وفي الآونة الأخيرة زاد الاهتمام بالأنواع غير التقليدية لاضطرابات الأكل، كاضطراب الشراهة واضطراب الأكل غير المحددة على النحو آخر والتي أكدت الدراسات انتشارها بمعدلات تفوق فقدان الشهية والشره العصبي .

حسب (Brewerton,T,2007p 35) غالباً ما يكون الرابط الرئيسي بين الصدمة النفسية واضطرابات الأكل في تحديات تنظيم المشاعر، حيث من الممكن أن يكون الشره في الطعام والتقيؤ من الطرق التي تدير المشاعر وتعطي الفرد شعور بالسيطرة، مع ذلك تلزم الحاجة إلى البحث المتزايد في الآليات التي تسبب الرابطة بين الصدمة واضطرابات الأكل.. **من هنا نطرح تسال التالي: هل تؤدي الصدمة النفسية إلى ظهور الشراهة لدى الراشدين**

2-الفرضية العامة:

قد تؤدي الصدمة النفسية إلى ظهور الشراهة لدى الراشدين .

3 - الدراسات السابقة:

هناك دراسات وبحوث عديدة تناولت الصدمة النفسية وبعض المتغيرات الأخرى إلا أنه هناك نقص في الدراسات التي تتحدث عن اضطراب الشراهة، كما لاحظنا عدم وجود دراسات تقي بالغرض حول موضوعنا ألا وهو الصدمة النفسية واضطراب الشراهة نومن خلال هذا الفصل سوف نحاول قدر الإمكان بوضع مجموعة من الدراسات التي سوف تساعدنا في موضوع بحثنا وتزويد معارفنا:

الدراسات الأجنبية:

1-دراسة فيكتور فيرلينج 2014

كما قام (Vierlmg,v.2015) فيكتور فيرلينج بمستشفى الجامعي Lilleبفرنسي عام (2014) بالدراسة حول تقييم انتشار وتأثير إجهاد ما بعد الصدمة على المرضى الذين يعانون من اضطرابات الأكل في

هذه الدراسة تم تجنيد المرضى الذين يعانون من اضطرابات الأكل خلال 6 أشهر في عام 2014 خضع المرض لمقابلة تشخيصية شبه منظمة من قبل أطباء نفسيين ومدربين تم تقييم شدة سلوكيات الأكل واضطراب ما بعد الصدمة تم تضمين 130 مريضا (57 مريضا يعانون من فقدان الشهية العصبي و26 مصابا بالشره العصبي و18 مصابا باضطراب في أكل لم يتم تحديده بخلاف ذلك و29 مصاب باضطراب الشراهة وبعد كشف تحليلات الدراسة التي أجريت عن معدل اضطراب ما بعد الصدمة التي توصلت النسبة 33.9% في المرضى.

التعقيب عن الدراسة الأولى :

- ✓ اهتمت الدراسة بتقييم سلوكيات الأكل واضطراب ما بعد الصدمة ،عليه تشترك مع دراستنا لكونها توضح تأثير إجهاد ما بعد الصدمة في ظهور الشراهة.
- ✓ مجموعة البحث في دراسة فيكتور فيرلينج تتضمن 130 إي دراسة إحصائية أما دراستنا تمثلت في مجموعة البحث مشكلة في أربع (4) حالات .
- ✓ واعتمدت هذه الدراسة على أدوات منها مقابلة تشخيصية شبه منظمة وذلك من أجل تقييم وجمع البيانات، أما دراستنا اعتمدت على عدة أدوات من بينها المقابلة نصف الموجهة .
- ✓ يتضح لنا أنها أجريت الدراسة من أجل كشفت عن معدل نسبة إصابة باضطراب الأكل عند التعرض لصدمات.

2-دراسة باشتال 1996:

بين (Rorty M1996) في أصدر مقال سنة 1996 له بعنوان تاريخ الصدمة في مرحلة الطفولة وتسلسل ما بعد الصدمة عند النساء المصابات باضطرابات الأكل ان الدراسة تركز على اضطراب ما بعد الصدمة لإثراء فهمنا لدور اضطراب الأكل في حياة النساء اللاواتي لديهن تاريخ من الصدمات في مرحلة الطفولة بما في ذلك على سبيل المثال ارتباط سوء معاملة والصدمات الأخرى بشكل موثوق بمجموعة من العواقب النفسية الخطيرة طويلة الأجل بما في ذلك تعاطي الكحول والمخدرات القلق اضطراب ما بعد الصدمة .الاضطرابات الجنسية. اضطرابات الشخصية في العقد الأخير نظر الأطباء

والباحثون في احتمال أن إساءة معاملة الأطفال والصدمات تمثل سوابق قوية لاضطرابات الأكل.

التعقيب عن الدراسة الثانية:

تتشترك هذه الدراسة مع بعض متغيرات بحثنا المتمثلة :

✓ -تاريخ الصدمة في مرحلة الطفولة وتسلسل ما ابعده الصدمة الإصابة باضطراب الأكل.

✓ -اعتمدت الدراسة على نساء.

✓ -ترتكز الدراسة على اضطراب ما بعد الصدمة لإثراء فهمنا لدور اضطراب الأكل.

✓ عواقب الصدمات في مرحلة الطفولة موثوق بمجموعة من سوابق القوية لاضطراب الأكل .

3-دراسة كورستورفين :

تناولت الدراسة(CORSTORPHIN &AL,2007,P23-30) إلى وجود علاقة بين اضطرابات الأكل وما يبدو معها من سلوك انقيادي في الأكل والتعرض إلى صدمات نفسية في مرحلة الطفولة والتي تتمثل في المقام الأول في الإساءة الجنسية. وتعطي نظريه التحليلية أهمية للخبرات الطفولة والماضي الفرد في تفسيرها للاضطرابات الأكل كان يكون الفرد تعرض لصدمات نفسيه أو إساءة بدنيه مرتبطة بالأكل أو إساءة الجنسية أو علاقة الغير حميمية في الطفولة المبكرة مما يظهر ذلك في مرحله البلوغ في صورته نوبات الشراهة أو فقدان الشهية.

التعقيب عن الدراسة الثالثة:

✓ تتشابه هذه الدراسة مع الدراسة الحالية في الاهتمام بالمتغيرين: الصدمة النفسية

والشراهة

✓ تهدف الدراسة تفسير اضطرابات الأكل وعلاقتها بالتعرض لصدمة نفسية

✓ ظهورها اضطرابات الأكل في مرحلة البلوغ بصورة نوبات الشراهة

✓ تعتمد على النظرية التحليلية

4- دراسة كرينسو 2002

كما شرح (رجب مطر، ع، 2008، ص134) في أكتوبر 2002 إلى ماى 2004 أجريت مقابلات مع 150 احتمالاً مع BED و 150 احتمالاً وبدون BED و 888 من أقاربهم من الدرجة الأولى (135 منهم لديهم اضطراب الشراهة و54 منهم استوفوا معايير جزئية محددة لـ BED التي حددناها على أنها BED) تمت مقابلة المشاركين في الدراسة باستخدام المقابلة السريرية المنظمة DSM-IV لتقييم اضطراب الأكل والاضطرابات النفسية الأخرى ومقابلة منظمة إضافية لتقييم بعض الاضطرابات الطبية إكمال المشاركون أيضاً استبيان التقرير الذاتي، مقياس الأشياء السيئة لكل اضطراب نفسي وطبي نقمنا بحساب نسبة احتمالات الحدوث المصحوب بالعمر والجنس: احتمالات الإصابة بهذا اضطراب في حياة الفرد بين الأفراد الذين يعانون من اضطراب BEM مدى الحياة وكانت النتائج مجتمعية كبيرة مع التشخيصات التي أجراها المحاورون السريريون أستخدم بيانات من هذا النوع من الدراسة لتقييم التواجد المشترك للعديد من الاضطرابات النفسية والطبية مع DSM-IV مع العتبة الفرعية

التعقيب عن الدراسة الرابعة:

✓ ذكرنا هذه الدراسة في هذه الدراسة لما تخدم متغير اضطراب الأكل من جهة ارتباطها بتقييم

اضطراب الأكل والاضطرابات النفسية بالتالي تتشابه الدراسة مع الدراسة الحالية حيث تعددت

أدوات هذه الدراسة فاشتملت

✓ المقابلة السريرية المنظمة

✓ وأيضاً استبيان التقرير الذاتي، أما الدراسة الحالية كان لنا عدة أدوات منها مقابلة نصف موجهة

ومقياسيين.

✓ حجم مجموعة البحث في هذه الدراسة متكونة من 189 إي دراسة إحصائية أما دراستنا تمثلت في مجموعة البحث مشكلة في أربع (4) حالات.

التعقيب العام على الدراسات السابقة:

مما يلي سوف نعرض تقييمنا حول الدراسات السابقة التي تطرقنا إليها فيما يخص العينة، أدوات ، و النتائج المتواصل إليها ،تتشرك في تقييم اضطراب الأكل الناتج من الصدمة النفسية كذلك استحدثت مجموعة من الأدوات المختلفة بين المقابلة و مقاييس أما بالنسبة للعينة هناك فروق في اختيار العينة من حالة إلى عدد كبير من الحالات كل حسب ما يخدم الموضوع ، أما دراستنا تمثلت في مجموعة البحث مشكلة في أربع (4) حالات .

و قد توصلت دراسة كل من بارشال وكرنيسو و فيكتور فيرلينج الى ان هناك أثر الصدمة النفسية في ظهور اضطراب الأكل والشراهة مجمل القول أن هذه الدراسات قد أفادتنا في تحديد معالم الطرح النظري واختيار أدوات الدراسة التي تخدم أهداف البحث.

4- تحديد مصطلحات الدراسة:

4-1 تعريف الصدمة النفسية:

4-1-1 اصطلاحا:

كما عرفها (عبد الرحمن،م،2002ص62) بأنها أي حدث يهاجم الإنسان ويخترق الجهاز الدفاعي لديه مع إمكانية تمزيق حياة الفرد بشدة وقد ينتج عن ها الحادث تغيرات في الشخصية أو المرض عضوي إذا لم يتم التحكم فيه والتعامل معه بسرعة وفاعلية وتؤدي إلى نشأة الخوف العميق والعجز والرعب ،

4-1-2 إجرائيا:

مجموعة من الأحداث المفاجئة والمركبة التي ينتج عنها عدم قدره الفرد على السيطرة والتصرف واخذ القرار المناسب بسبب شدتها وتتمثل في درجه التي يحصل عليها المبحوث في مقياس المستخدم في الدراسة.

4-2 تعريف الشراهة:

اصطلاحاً:

يذكر (د عبد الرحمن، م، 2000ص237) على أن هذا الاضطراب يشبه الشره العصبي في أن الأفراد الذين يعانون من هذا الاضطراب يnehون في الأكل بطرق مصرفه وبصوره متكررة إلا أنهم لا يخرطون بانتظام أو بدون انتظام في عمليه تفرغ المعدة سواء متعمد أو بتناول مسهلات ولا يحددون أي مائه لأوزانهم وهذا الاضطراب ينتشر الخاص الذي يعانون من السمنة المفرطة وهؤلاء لا يبدونك لو كانوا مجبرين على الأكل

4-2-2- تعريف إجرائياً:

يصل وزن الفرد المصاب بالسمنة إلى ما يقارب 25كغ أو أكثر عن وزن المعتدل. حسب هذا البحث اعتمدنا على تشخيص الطبي للأفراد المصابين بالسمنة ومترددتين على أخصائي النفساني المتواجدين بمستشفى محمد بوضياف بالبويرة.

5- أسباب اختيار الموضوع:

- معرفه إذا كان للصدمة النفسية اثر في ظهور الشراهة
- قله البحوث والدراسات الميدانية التي تناولت دراسة حسب الإطلاع
- كثره صدمات التي يعاني منها الفرد..
- توسيع المعارف حول هذا الموضوع خاصة وهو من طبيعة التخصصي من اجل توظيفه في الميدان والاحتكاك بهذه الحالات.
- قابلية البحث للدراسة من الناحية النظرية والميدانية.
- الرغبة الشخصية في التقرب من هذه الفئة ومعرفة المزيد عنها.

6- أهداف الدراسة

- يكمل الهدف الأساسي من البحث والوصول إلى مدى تأكد من صدق وصحة الفرضية
- إعطاء فكره حول موضوع الدراسة
- تهدف الدراسة إلى معرفه مرضى الشراهة وتأثيرها على حياتهم وما تستخلفه من الأعراض النفسية والفيزيولوجية والاجتماعية.

- إثراء الرصيد المعرفي والعلمي

7- أهمية الدراسة

- أهمية الدراسة أنها بالغة أهمية مثل لها سائر المواضيع ذات اثر نفسي منتشر في مجتمعنا والتي يجب أن تدرس وتعالج
- تسهيل المهم على الأخصائي النفسيين بمعرفه كيفية التعامل مع هذه الشريحة من المجتمع وفتح المجال الباحثين لمواصلة البحث في هذا الموضوع والوصول إلى أحسن طرق العلاجية
- حسب اطلاعي قلة تتناول وتداول مواضيع متعلق بالشراة مقارنة بالمواضيع الاضطرابات ومشاكل النفسية الأخرى.

الفصل الأول

الصدمة النفسية

الفصل الأول :-الصدمة النفسية

تمهيد

- 1- مفهوم الصدمة النفسية
 - 2- الصدمة النفسية وبعض المفاهيم ذات العلاقة
 - 3- أعراض الصدمة النفسية
 - 4- أنواع الصدمة النفسية
 - 5- العوامل مسببة لصدمة النفسية
 - 6- آثار الصدمة النفسية
 - 7 - خصائص الصدمة النفسية
 - 8-تشخيص الصدمة النفسية حسب:DSM4
 - 9-النظريات المفسرة للصدمة النفسية:
 - 10-علاج الصدمة النفسية
- خلاصة

تمهيد :

إن الحياة الإنسانية عرضة دائما لتهديدات المحيط الذي يتواجد فيه بالإضافة إلى الكوارث الطبيعية التي تخلف آثار فادحة من الناحية المادية والنفسية، تكون لها عواقب وخيمة يبقى الإنسان عاجز حيالها ومن بين أهم هذه المخلفات التي حاول الإنسان إعطائها تفسيرات هي الصدمة النفسية، التي سنتطرق إليها في هذا الفصل من خلال تعريفها وذكر أهم التطورات التي مرت بها مع ذكر أهم النظريات المفسرة لها، وغيرها لتخدم بذكر علاج الصدمة النفسية

1- مفهوم صدمة النفسية

إن الاطلاع على أدبيات البحث التاريخية لمفهوم الصدمة النفسية في الطب العقلي سيسمح لنا بملاحظة الصعوبات التي واجهها هذا العلم لتقبل فكرة أن الواقع يمكن أن يصيب بصفة دائمة و عميقة نفسية و بيولوجية الإنسان، كما سيسمح لنا بتسليط الضوء على مفهوم الصدمة تحديد المعنى المقصود من اللفظ وما يراد منه في اللغة، ويكون موضح بلسان(مختار،ع،2008ص84)

1-1 لغة :

الصدمة من صدم والصدم ضرب الشئ الصلب بشئ مثله وصدمة صدمة ضربة بجسده، وصادمة ضربة بجسده وصادمة فتصادما واصطاداما وصدمة أمر أصابهم وفي اللغات الأوربية كلمة صدمة Truman وجمعها الصدمات trumata تعني باليونانية جرح أو يجرح وهو مصطلح عام يشير غما إلى إصابة جسمية سببتها قوة خارجية مباشرة أو إلى إصابة نفسية تسبب فيها هجوم انفعالي متطرف.

1-2 اصطلاحا

تعريف الاصطلاحى لكلمة صدمة النفسية رجع حسب ما عرفه (لكحل وذنو،2014،ص103) ادخل سنة 1989 الطبيب النفسي الألماني إبناهايم مصطلح ليصفه الأحداث العنيفة التي تؤثر على النفس وتؤثر على العصابات الصدمية لقد ادخل إبناهايم خلال القرن 19 مفهوم الصدمة النفسية في علم النفس المرضى حيث يعتبر ابناهايم مرجع الأساسي في التاريخ العصابات الصدمية فنشر مرجعه حول العصابات الصدمة في سنة 1888 الذي كتبهم مع زميله توماس في سنة 1884 حيث عرض بالنهايم في مرجعي 42 حاله عصابة ناتج عن حوادث ومنها انشأ مفهوم الصدمة سيكولوجيه.

1-2-3 تعريفات بعض العلماء:

اهتم بعض علماء النفس بالصدمة النفسية وتعريفها وتأثيرها على الحالة النفسية، ويتبين ذلك مع (كورو،ع،2010ص41)

بالنسبة Barrois.C 1988 الصدمة هي صدمة عنيفة وغير متوقعة مرتبطة بمواجهة الموت "الحقيقي" يتفاعل معها الشخص بفرع وبشعور بالعجز وقلة المساعدة ثم يظل الحدث المخيف غير متكامل في النفس نفسية تود قهريا في أحاسيس الإنعاش أو كأنها تهديد قريب الحدوث.

تعريف H. Perron 1979: الصدمة انفعال عنيف متغير بطريقة مستمرة و شخصية الفرد المصدوم تصبح حساسة لانفعالات مماثلة للصدمة الأولى .

تعريف Roger Perron 1983: الصدمة هي مفهوم اقتصادي يعبر عن كميات من الطاقة . وفي هذا المعنى فالصدمة هي أحداث عنيفة تفوق شفتها صد الإثارة ، كما أن هناك نتيجة كبيرة تعرض نفسها وهي أن الصدمة النفسية ليست لها علاقة فقط بطبيعة الحدث ، لأنه قد يكون الحدث نفسه و لكن تأثيراته تختلف من شخص لآخر .

تعريف N. Sillamy 1998: الصدمة هي أزمة أو حادث عنيف قابل لشن اضطرابات جدية ونفسية .
تعريف Pierre Marty 1980 سنة: هي الصدى النفسي و العاطفي الذي يظهر أثره على الفرد و يكون ناتجا عن وضعية قد تكون ممتدة في الزمن ، أو عن حدث خارجي يأتي ليعرقل أما التنظيم و هو في مرحلة التطور و النمو أين يمس التنظيم الأكثر تطورا عند حدوث الصدمة.

جاء (Bouzeriba.R.2017p24) يقدم الدليل التشخيصي والإحصائي الأمريكي الرابع (DSM IV) التعريف التالي للصدمة مجموعة من الاضطرابات التي يقدمها شخص تعرض لحدث أو أكثر من الأحداث المؤلمة التي تهدد سلامته الجسدية والنفسية أو سلامة الأشخاص الآخرين الموجودين تسبب في خوف شديد وشعور بالعجز أو الرعب وتسبب في اضطرابات نفسية مرتبطة بهذه للصددمات .

1-2-4 تعريف معجم التحليل النفسي:

قد عُرِف الصدمة النفسية معجم مصطلحات النفسية وذلك من خلال اهتمام الذي توصل له (بن يوب،أ،2017،ص20)

من وجهه نظر التحليل النفسي وعموما أن مصطلح الصدمة النفسي يشير إلى دلالة على ظاهرة الاختراق وكثير للنفس عن طريق مؤثرات عنيفة وقوية كما تعمل على خلق تشويه وتغيير في مكونات الشخصية والعلاقات العاطفية.

تعتبر (حب الله،2006،ص32) الصدمة النفسية مصطلح فريدي فقد بين من خلال دراسات حول هستيريا على الصعيد النظري أعطى فرويد للعامل الصدم دورا أساسيا في مفهوم الهستيريا قدم فريد رابطته سببيا متباينة بين العامل والأعراض المرضية فكل نكسه عن طريق الهلوسة.

1-2-5 تعريف حسب القاموس الطبي:

يعد القاموس الطبي هو معجم للكلمات المستخدمة في الطب . للاستخدام العام والرعاية الصحية المساعدة ، في حين أن إصدارات النصوص الكاملة هي أعمال مرجعية يستخدمها طلاب الطب والأطباء والمهنيون الصحيون. ويحدد بها مصطلح وفي هذا صدد وضح (إجباري،أ،2018،ص17)

الصدمة أو الصدمي هي تعابير مستعملة قديماً في الطب والجراحة، تدل كلمة صدمة TRAUMA التي تعني الجرح في اليونانية وتشتق من فعل ثقب على جرح مع الكسر .

و يرى Hmicel سنة 1909 أن الصدمة بسبب وضعية ماء ضغط نفسي فعال، إلا أن الضغط لا يمكن اعتباره صدمة إلا إذا أدى إلى استغلال الفرد حيث يستجيب له بعدة اضطرابات وتحمل الصدمة لا يتوقف على الوضعية أو الحالة النفسية بل حسب خصائص الفرد

1-2-6 معنى العيادي للصدمة إكلينيكية الصدمة:

في هذا الباب تكلم كثير من اهتموا بالمصطلح صدمة النفسية وعن تحديد هذه الألفاظ المتعلقة به، وحسب التعريف الإكلينيكي كما بين (لكحل وذنو،2014،ص105)

انطلاقاً من هذا التمييز الأساسي خصوصية الطب النفسي نجد الفرناكفوني في ميدان الصدمات النفسية سوف تتطور في عدة اتجاهات عيادية ولسببية مرضية علاجية فعل الصعيد العيادي سوف نميز بين 3 مراحل في المرض النفسوصدمي :مرحلة الفورية والمرحلة ما بعد الفورية والمرحلة المؤجلة والتي أصبحت زمنية، وحدها المرحلة الفورية أو رد الفعل الانفعالي الفوري هي التي تدوم عن عدة ساعات إلى اليوم والتي من الممكن تسميتها الضغط النفسي إذ أردنا إعداد مقارنة مع الوصف (التصنيف) الأنغلوساكسوني للأمراض التي تمتد حالة الضغط النفسي الحاد إلى ما وراء اليوم الأول وإلى غاية 4 أسابيع.

على الصعيد الرمازي (المتعلق بالرموز والإشارات)يمكن كذلك أن يتعلق الأمر بالضغط النفس المتكيف والمتقل فقط بالأعراض الملازمة التي هي متعلقة ويمكن كذلك أن يتعلق الأمر كذلك بالضغط النفسي المتجاوز في إشكالية الهائجة لكن ليس دائماً لأنني قد رأينا ضغوط نفسيه متجاوزه تتطور بدون آثارعلى التزامن الأعراض النفسية الدائمة لكن بعض الضغوط النفسية التكيفية تظهر بعد ذلك بصفه سريه بأنها تغطي تجربته تحطيم معاشه وتؤدي فيما بعد إلى العصب الصادمي واذ ليس هناك ارتباط دقيق بين الضغط النفسي المتكيف والضغط النفسي المتجاوز وغياب الاثار .

من خلال هذه التعاريف يمكننا أن نستخلص أن الصدمة النفسية تجسد حدثاً في حياة الشخص يتميز بعدم القدرة على الإستجابة بشكل متكيف ، حيث يتدخل عنصر المفاجئة مولداً حالة من الرعب والهلع ، فأهمية الحدث ومدة إستمراره نفسياً لا يرجع فقط إلى طبيعة الحدث أو الإستعداد الداخلي للمريض فقط ، بل هناك عوامل أخرى منها خارجية والبيئية والمتعلقة ببنية الشخص وتنظيمه الشخصي ، فهي كل حادث عنيف وقوي ومرعب تعرض له الفرد بشكل مفاجئ وغير متوقع ، حيث أن هذا الحادث من شأنه أن يخلق جملة من الإضطرابات النفسية والجسدية لدى الفرد ، والتي تؤثر على حياته الخاصة والعامة ، وقد تبقى مدى حياته إذا لم يكن هناك تكفل نفسي دقيق وموجه ، وبالعكس إذا كان هناك تكفل نفسي فإنه بإمكان الفرد تجاوز تلك الصدمة أو الحادث ويعيش حياته طبيعياً

2-الصدمة النفسية وبعض المفاهيم ذات العلاقة

إن معايشة حدث صدمي هو للأسف تجربة جد متكررة في مجتمعنا الحالي :التعرض لسرقة والاعتداء بالسلاح الأبيض،التعرض للاغتصاب و الاعتداءات الجنسية و الجسدية،التعرض لحوادث المرور أو لكارثة طبيعية،معايشة حرب مدنية، كلها تجارب كمونيا صدمية و تؤدي غالباً إلى عواقب نفسية خطيرة و هي العواقب ما بعد الصدمة.

و بالتالي فإن ردود فعل الفرد إزاء هذا النوع من التجارب الصدمية لا يكون دائماً متكيفاً، ويمكن أن تكون له عواقب وخيمة على الصحة النفسية و العقلية و الجسدية على المدى الطويل خاصة إن لم يتمكن هذا الفرد من تجاوز هذه الصدمة وإرصانها بالسبل السوية.

2-1الحدث الصدمي:

يعرف(الحواجري،أ، ص 21).أن "الأحداث الصدمية أحداث خطيرة ومركبة ومفاجأة تنسم بقوتها الشديدة أو المتطرفة، وتسبب الخوف والقلق والانسحاب والتجنب، والأحداث الصدمية كذلك ذات شدة مرتفعة وغير متوقعة وغير متكررة، وتختلف في دوامها من حادة إلى مزمنة."

ويمكن أن تؤثر في شخص بمفرده كحادث سيارة أو جريمة من جرائم العنف، وقد تؤثر في المجتمع كله كما هو الحال في الأعاصير أو الزلازل أو الفيضانات...الخ».

2-2 الصدمة النفسية و تطور مفهوم العصاب الصدمي:

أكبر صدمة ممكن أن يتعرض لها الإنسان هي تلك المواجهة المفاجأة للموت، وهذه المواجهة مع تهديد الحياة هي ما اصطلح على تسميتها بالعصاب الصدمي .

كما جاء (الحواجري،أ، ص 22) لقد كان ابن سينا أول من درس العصاب الصدمي بطريقة علمية تجريبية، حيث قام بربط حمل وذئب في غرفة واحدة دون أن يستطيع احدهما مطاولة الآخر، فكانت النتيجة هزال الحمل ثم موته وذلك رغم إعطائه نفس كمية الغذاء التي كان يستهلكها حمل آخر يعيش في ظروف طبيعية. ويظهر هذا المفهوم كذلك نتيجة الاضطرابات التي كان يعاني منها ضحايا سكك الحديد مع نهاية القرن التاسع عشر، وظهور العصاب الصدمي يكون بعد فترة كمون، التي تدوم من ساعات إلى أيام وسنوات من وقوع الحادث. وتعود تسمية الشعور بتهديد الحياة (اقترب الموت) باسم العصاب إلى أوبنهايم 1984 حيث وصف هذا العصاب بأنه يخلق أثارا نفسية ناجمة عن الرعب المصاحب لحادثة من الحوادث

ولقد أثار هذا الطرح معارضة " شاركو" الذي لم يرى في هذه الآثار سوى نوع خاص من أنواع الهستيريا من نوع " الهستيريا النوراستانيا"، وفي هذا التيار أي تيار "شاركو" اهتم كل من FREUD ET JANET بدراسة الأسباب التي تسببها الصدم والذكريات ذات الطابع الصدمي في الوعي، ثم جاءت الحرب العالمية الأولى لتهدد أعداد كبيرة من الناس، ليشكل العصاب الصدمي أهمية قصوى واتسعت حقول دراسة ثم جاءت الحرب العالمية الثانية لتعيد إحياء الاهتمام بهذه الدراسات التي لا تزال تنتعش بفضل الحروب هنا وهناك.

وتطور مفهوم العصاب الصدمي حتى كاد يتحول إلى اختصاص منفرد هو علم النفس الكارثة أو الطب النفسي للكارثة فالعصاب الصدمي هو مرض ذو ديمومة يتحول إلى مرض مزمن في حالة عدم علاجه لذلك يمكنه أن يصاحب المريض بقية حياته و لاتتجح محاولات المريض الذاتية للتخلص من عصابة

3- أعراض الصدمة النفسية

هناك قواسم مشتركة بين الأفراد المصابين والتي تتمثل في الأعراض التي تظهر عندهم بعد تعرضهم للحوادث نذكر منها على حسب ما تطرق إليها(منصوري، ل. 2020ص34).

3-1 الأعراض الحسية:

وهي تدفق الفائض من الاستجابات الانفعالية إزاء المنبهات الداخلية أو الخارجية وتحمل في طياتها أشكال الحدث وأهم هذه الاستجابات ما يلي:

• الحصر أو الضغط النفسي

يحس المصدوم بقلق شديد وضعف والخوف من أن يصبح مختلاً أو أن يموت بحسرتة ويظهر القلق على شكل مخاوف مرضية استجابات غير عادية لمنبهات الطبيعية وبذلك فهو يحس بأنه إنسان غير عادي يعيش في رعب وفضع.

• الغضب والتهور:

يتميز الانفعال المصدوم بالعنف والغضب الشديدين والتذمر من مصيره وهذا ما يجعله بحيث الابتعاد الآخرين من اجل عدم الاصطدام بهم.

• الإكتئاب

يعني إضطراب مزاج والإحساس بالحزن الشديد والمستمر بالإضافة إلى الإحساس بالأسى

• اللامبالاة

لا يهتم المصدوم بعلاقاته السابقة كما لا يصبو إلى تكوين علاقات جديدة كما انه لا يطمح إلى المستقبل المزهر وتكون نظريته للمستقبل متشائمة.

• الشرود والسرхан

حالة تتميز بفقدان الوعي والإدراك الشعوري

• الانهيار

يتعرض المصدوم لاضطراب ذهني ونفس نتيجة للحدث الصدمية تمثل في التعطيل تفكيره ويكون نظرتة لذاته سيئة .

3-2 الأعراض السلوكية :

تشكل الصدمة النفسية مجموعة من الأعراض السلوكية حسب (بن يوب، أ. 2017 ص30) متمثل
عموما في ضعف النشاط الوظيفي و الإختلال والتجلي هذه الأعراض في ما يلي:

• الهيجان

عدم قدرة المصدوم على الإحساس بالراحة والإحساس الدائم بالضغط

• العياء:

ينقص نشاط الفرض المصدر نتيجة تعرضه للحدث الصدمي بالرغم من هذا وهو يحس بالتعب الدائم.

• نوبات البكاء

يبكي المصدوم تعبيرا عن حزنه وخسارته ومعاشة الصدمة

• اضطراب النوم:

يتميز هذا العرض بديمومة على اختلاف مظاهره سواء كانت صعوبة الاستغراق في النوم والاستيقاظ بعد
مدة من النوم.

3-3 الأعراض الذهنية

استعرض بعض الحقائق عن

• اضطرابات في الانتباه

أن القلق الذي يعيشه المصدوم والأفكار المصحوبة بالانفعالات الشديدة والمصاحبة للتخيلات والهواجس
والوساوس والحالات الخوف الشديد والرعب الذي يعيشه من شأنه أن يؤثر على انتباهه

• اضطراب التركيز

اضطرابات الذاكرة إن الفرد المصدوم غير قادر على التذكر كل خبراتي و ذكرياتي خاصة تلك المتعلقة
بالحدث الصادمي ويعمل على تجنبها على قدر استطاع وهذا يؤثر على العمل ذاكرته

3-14 أعراض الجسمية:

تعتبر لصدمة النفسية من الأمراض المنتشرة التي يجهلها الكثير من الأشخاص، فهي تسبب عددًا من الأعراض الجسدية يستعرض " التالي كل ما يتعلق بالصدمة النفسية، وفقًا لما ذكره (جباري، أ، 2018 ص 27).

• نقص الوزن

ويكون الوزن مصدوم ناقص لفقدان شهية

• الإنهاك

• توبيخ ذاتي

• تقدير الذات

يحس المصدوم بعدم أهميته وعدم قدرته على القيام بأي شيء واحتقار النفس وهذا يؤدي الى الانطواء

• فقدان المعنى الواقع.

• فقدان الأمل:

يحس المصدوم بتشاؤم وانعدام الرغبة في تحقيق إي هدف مع التفكير المستمر في الموت الى درجة تصل إلى محاولات الانتحار إضافة إلى وجود إحساس بيبأس.

• فقدان الثقة

يفقد مصدوم الثقة بالآخرين ويشك في تصرفاتهم اتجاه وفي أسباب إعانتهم له كما يفقد الثقة في الحياة

4- أنواع الصدمات:

هناك أنواع مختلفة من الصدمات يتبين ذلك مع (كورو، ع 2010 ص 49)

4-1 الصدمات الرئيسية :

هي خبرات جلية في حياة أي فرد تصادفه باكرا وتكون لها أثار نفسية حاسمة لا يمكن أن تستحدثها أي صدمة خرى وهي أنواع:

4-1-1-1 صدمة الميلاد

تعتبر الولادة أول وضعية خطيرة يعيشها الإنسان والتي تصبح قاعدة لكل قلق فيما بعد لذا تعتبر الصدمة الميلاد صدمة ولعل أشهر من تحدث عن الصدمة الميلاد Otto Rank في كتابه سنة 1923 حيث عيّد الميلاد ويصيبها منها القلق الشديد الذي يكون أصل القلق لاحقاً.

وأعتبرها نموذج الأول أو النواة لكل عصاب فخروج الطفل من جنته الأولى من الحياة الرحمية ولهن نمط الأول لكل قلق والأصل كل عصاب وأن الصدمة النفسية تنتشط مباشرة القلق البدائي حيث يعمل خطر الموت خارجي على إثارة تحقيق العاطفي للذكر الميلاد التي لم تتحقق لحد الآن لا شعورياً.

فمن خلال الأحلام المزعجة التي تظهر في العصابة الصدمية تكرر الإنتاج الصدمة الميلاد بطريقة نموذجية تحت قناع الحادثة الصادم الراهن مع بعض التفاصيل المتعلقة به فعندما نفتقد شخصا عزيزا مهما كان جنس فان هذا الفراق يحيي ذكرى الفراق الأساسي مع الأمر فيباشر عمل نفسي مؤلم يهدف إلى فصل المفقود وهو ما يتوافق مع تكرار النفس للصدمة الميلاد.

وحسب لابلونش بونتاليز الرحم هو منبع اللذة والسعادة والميلاد وهو طرد من تلك الحياة الداخلية إلى الحياة الخارجية تتميز بالقساوة و باعتبار الرحم مثالية للطفل لا يشكل بالنسبة لها تهديدا ولا توجد فيه الصراعات ومن ثم يصاب الطفل بالهناء اللحظة الميلاد ويبيكي بشدة ويضل لديه الحنين دائم خلال النمو ليعود للرحم .

4-1-2-1 الصدمة الفطام

يتعاقب الإشباع و الإحباط عند الطفل منذ ولادته فعلاقة الرضيع بالثدي كموضوع جيد تعاقبها على علاقته تتراوح المواقف الرضيع من مواضيع وتجعل هذه المواضيع سيئة أو جيدة وقد لا ترتبط هذه الصورة فعلا بحقيقتها من هنا ينبع القلق و العصاب.

وكما ترى "ميلاني كلاين أن الأم هي ميدان الزراعة"

الطفل فهي تؤمن له التغذية والعلاقة مع العالم الخارجي وهي في نفس الوقت منبع كل أنواع الهجر فهي تسهم في صدمة الولادة وصدمة الفطام ومبدأ ميلاني كلاين هو الانشطار بين الهوى والواقع وبين الموضوع الجيد والسيء والقلق والعدائية.

4-1-3 صدمة البلوغ:

يعرف البلوغ على أنه مجموعه تغيرات نفسية و فيزيولوجية مرتبطة بالنضج الجنسي و يمثل البلوغ الانتقال من مرحلة الطفولة إلى مرحلة البلوغ مرحلة محتمة لكل فرد يمر بها خلال نموه ولهذا يعتبر مرحلة البلوغ الصدمة النفسية و يذهب بعض العلماء إلى قول بأن الصدمة في البلوغ تظاهي الصدمة الميلاذ آثرا فالمعروفة أن الطفل في البلوغ يشهد تغيرات في جسمه و يحس بمشاعر لم تكن من قبل و يقوم بتصرفات يحس بأنها مختلف تماما وربما تكون له في هذه المرحلة من نمو الإستجابة تكون لها تأثيرات مهمة على حياته النفسية و تظل معه بقيه عمرة.

4-2 صدمات الحياة:

وهي تجرب التي يمر بها الفرد أو الأحداث التي يتعرض لها سواء كانت بسيطة أو عنيفة وأن كانت كذلك تسبب له صدمة نفسية وهي أنواع: (الحنفي، ع1996ص924)

• صدمة الطفولة:

صدمة الطفولة قد تكون أحداث مؤلمة منفردة من نوع الذي يستغرق حدوثها وقتا قصيرا كعمليات الجراحية التي تجري للطفل دون اعدادا نفسيا أو الاعتداءات الجنسية على الطفل أو الموت أحد الوالدين أو كلاهما فجائيا أو اختفائه وقد تكون الأحداث طويلة الأمد استغرقت بعد الوقت الانفصال الوالدين أو شذوذ العلاقات الأسرية أو المعاملة القاسية التي يتلقاها الطفل من بيئته ويرى فرويد إن كل الأمراض منشؤها صدمات طفولية.

• الصدمة الناتجة عن المعاشة الحدث الصدمي:

وهي ناتج عن الأحداث العنيفة الطبيعية الخارج عن نطاق الفرد كالفيضانات والزلازل ومختلف في الكوارث الطبيعية كما قد تكون بفعل الإنسان كالحروب والحوادث المرور وغيرها.

• الصدمة النفسية الناتجة عن سماع خبر مؤلم دون معاشه الحدث:

كسمعا الفرد بموت أحد المقربين له مما يؤثر على نفسيته بالرغم من عدم حضوره أثناء الوفاة وعموما كل معيشة الشخص من الحادث يتخطى الإطار المألوف لتجربة الإنسانية وأن يكون هذا الحدث مؤلما

لدى أي فرد مثل تهديد الخطير على حياة الشخصي أو الجسد أو على الزوجة أو الأولاد أو رؤية جريمة قتل أو اعتداء جنسي أو غيرها.

• الصدمة المستقبل أو الصدمة الحضارية:

تكون كنتيجة الإفراط في إثارة كما يقول طفلة حيث تحدث ولا يمكن تحقيق التكيف الناجح إلا عندما يكون مستواه الإداري معقول وبدون إفراط من احتياجات الأمر الذي يؤدي إلى انهيار الجسد والتقليل من إثارة الإحساس لتحقيق التنمية السليمة.

5- العوامل المسببة في الصدمة النفسية :

نجد هناك عدة مسببات لظهور الصدمة النفسية وقد تطرقا لها (لكحل ،هـ، 2014ص48) هي مسألة نسبية إلى حد بعيد فقد يتعرض الشخصان لنفس الصدمة في يرى احدهما أنها مدمرته إنها يمكن أن تكون أقوى وهذا راجع للفروق الفردية المتمثلة في الظروف الصدمة من صنع البشر عمر الضحية دوام الكارثة

العمليات المعرفية خبرات الحياة وسمات الفردية العوامل الشخصية وتفاعلها مع الموقف طرق المواجهة للمشكلات ومحاولة التغلب عليها الأفراد الذين يعانون من اضطراب النفسي ومن خلال كل هذه العوامل يمكن أن يصل تأثير الحدث الصدمي إلى أحد طرفين سواء الاستعادة توازن حيوي أو المرض والخلل

6- آثار الصدمة النفسية

يتعرض أغلب المصابين بالصدمة النفسية إلى مجموعة من الآثار النفسية، ومنها كما توصل لها(منصوري ،ل، 2020ص45)

❖ الحزن ،اليأس، الألم والحداد

❖ الإكتئاب العصبي البسيط والحاد

❖ إنعدام الشعور بالقيمة والجدور والإحتقار الذات

❖ العزلة والإنسحاب الإجتماعي

❖ التفكير في الإنتحار ووضع حد للمعاناة

❖ الحبس الكلامية عدم النطق

❖ الأعراض الحساسية والحركية

❖ فقدان الذاكرة (الهستيريا)

❖ ظهور بعض الأمراض التي تصنف في فئة الأمراض السيكوماتية

7- خصائص الصدمة النفسية:

نجد ثلاث خصائص تكمن وراء فكرة الصدمة كما توصل له (Aljandi,N, A2015P19).

الشدة:

شدة الحدث في حدوث الصدمة كما في حالة الكوارث الطبيعية والحروب سيكون فظاعة الموقف في أصل حالة إجهاد عفا عليها الزمن تمثل تهديداً حيوياً (الخوف من الموت) هذا هو العامل "الكمي" الذي غالباً ما يتم وع التركيز عليه في الأعمال الكلاسيكية العظيمة عن الصدمات النفسية كما يشير (Lebigot ,F,2004p45) إلى أن الصدمة تتعلق بالتهديد الحيوي الذي يفاجئ الشخص عندما يكون في حالة راحة.

عدم استعداد الأنا:

الحالة التي تجد الأنا نفسها فيها وقت وقوع الحدث، يكون الموضوع غير قادر على التفاعل والتعامل مع الحدث يرتبط إما بفجأة الحدث (فاجأ الموضوع بحدوث الموقف الصادم دون إشارة إنذار تحذره من وجود خطر يهدد سلامته النفسية وأنه كان من الضروري حشد الدفاعات نتيجة لذلك) إما هشاشة الأنا، بسبب مشكلة هيكلية (مثل الافتقار إلى التمثيل والعقل) أو حقيقة أن غلاف "الحماية" قد خضع لسلسلة من الأحداث التي يكفيها حدث واحد آخر فقط ،

يفترض أن تتعلق بالمتغيرين السابقين، وهما شدة الحدث وحالة عدم استعداد الأنا اما بالنسبة لـ "جورني" 1995 فقد صنف الأحداث الصادمة تحت ثلاث فئات:

1- الأحداث التي صدمت بقدرات كبيرة كما في حالات التعذيب أو العتداء العنيف في الواقع تؤثر هذه الأحداث على السلامة النفسية الجسدية للشخص ،بمعنى أنه يمكن أن يتسبب في موته.

2-الأحداث المؤلمة المحتملة غير المؤكدة: العناصر التي تشكلها لا تلعب دور التنبؤ الحيوي للموضوع ولكنها تذكره بالموت وتدفعه لتمثيله بنفسه،

3-الأحداث الخالية من القدرات المؤلمة ولكنها يمكن أن تصبح مؤلمة الأشخاص الذين تكون أنهم مقنعة أو غير مدركة، هذه أحداث من الحياة اليومية

8-تشخيص الصدمة النفسية حسب: DSM4

يتم تشخيصها بإعتماد على المعايير الموجودة في DSM4 أثبات المرجع الأساسي نعود إليه كل مرة ونجد هذه المعايير ضمن اضطرابات القلق تحت عنوان "traumatique stress post" ومعايير التشخيص الصدمة النفسية حسب (منصوري،ل،2020ص38) DSM4 تتمثل في

- ❖ مواجهة الصدمة أي تعرض الشخص لحذف صدمي فنجد توفر عنصري تالين
- ❖ الشخص عاش أو شاهد أو حادث أو مجموعة من الأحداث كان بإمكانه أن تؤدي بالشخص إلى الموت أو بجروح خطيرة.
- ❖ إستجابة شخص إساءة هذا الحادث كانت بالخوف الشديد إحساس بعدم القدرة أو الرعب
- ❖ تناظر التكرار معايشة الحدث الصدمي بصورة مستمرة بوحدة بعده الطرق من الطرق التالية
- ❖ ذكريات مكررة و احتياجه للحادث المثير للإحساس بالضيق يتضمن صورها أو إدراكات.
- ❖ الإحساس أو الهيجان كان الحدث الصدمي سيتكرر مع وجود الإحساس إعادة معايشة الحادث تخيلات هلاوس ذكريات غير متسلسلة.
- ❖ الإحساس الشديد بالضيق النفسي عند التعرض لصدمة داخلية كانت أو خارجية إمكانية أم كثير أو تشبه احد جوانب الحدث الصدمي
- ❖ إعادة النشاط الفيزيولوجي عند التعرض لصدمة داخلية أو الخارجية التشير أو تشبه أحد الجوانب الحدث الصدمي
- ❖ التناظر التجنب الدائم للمثيرات المتعلقة بالصدمة والضعف النشاط العام لمن يكون موجود قبل الصدمة مسجل ثلاث مظاهر على الأقل من المظاهر التالية
- ❖ بدل جهد من أجل تجنب الأفكار، الإحساسات أو الحوادث المتعلقة بالصدمة
- ❖ بدل جهد من أجل تجنب النشاطات الأماكن الأشخاص الذين يذكرون الفرد بالصدمة

- ❖ عدم القدرة على المهم من الصدمة
- ❖ إنخفاض الواضح لاهتمام بالنشاطات المهمة انخفاض المشاركة فيها
- ❖ انخفاض وقله العواطف مثلا عدم القدرة على إعطاء مشاعر الحنان
- ❖ التناظر العصبي الأعاشي أي وجود أعراض دائمة تدل على النشاط الأعاشي العصبي لم تكن قبل الصدمة كما نسجل وجود مظهرين على الأقل من مظاهر التالية :
- ❖ صعوبة النوم أو النوم متقطع
- ❖ حده الطبع أو الغضب السريع
- ❖ صعوبة تركيز
- ❖ يقظة المفرطة

9- النظريات المفسرة للصدمة النفسية:

توجد عدة نظريات تفسر الصدمة النفسية تجعلنا نتعرف على عدة أبعاد لها ونكتفي بذكر البعض منها

حسب (لكحل وذنو، 2014، نص 117)

9-1 تفسير الصدمة النفسية من طرف أوتورنيك :

قدم Otto Rank في كتابه الصدمة الميلاد سنة 1923 محاولات النفسية من منظور التحليلي ويرى أن عملية الميلادية أول حالة للخطر ونجدها عند الفرد العادي وكذا عند الأفراد العاديين وتتركز في ينبوع الخلق اللاشعور نفسي وتوصل إلى أن هذا إلي ينبوع يتركز في منطقة النفس جسدي ومن الممكن تعريفها بمصطلحات البيولوجية وهذا ما يطلق عليها تسميه الصدمة الميلاد :ظاهرة اعتبرت بيولوجية خالصة غير أن الخبرة تسمح بأن تعتبر ينبوع الأحداث النفسية و لها أهمية بالغة في تطور الإنسانية النفسية ويرى في هذه الصدمة نواة اللاشعورية.

ويوضح التجسد هذه الصدمة أثناء وضعية تحليلية من خلال ممارسته العلاجية ،حيث كان الكثير من العلماء في الأواخر مرحلة التحليل والشفاء يعكسون لاشعوريا وبصورة هذه الصدمة في شكل رمزي ،ويرى في هذه الظاهرة بروز هوام معروف جدا متعلق بميلاد الثاني ويدركونه محللون النفسانيون بصورة مشتركة حينما يعبر عن إرادة المريض في الشفاء عندما يسمع عبارة ولدت من جديد في هذا العمل اقترح تفسير هذا الحدث أن المريض يبدأ في إسترجاع عافيته نجده في حالة ولادة جديدة وذلك بفضل التحليل

ويعود الأمر للتثبيت طفولي الذي يعبر عنه عموماً بعقده أوديب أو بشكل آخر إعادة ولادة الهواء الطفولي الذي يتركز على الرغبة في التلقي الطفل من الأب يصبح العميل يعد نفسه كطفل الروحاني المولود جديد المحلل النفسي.

9-2 الصدمة النفسية من طرف فرويد:

نظريات صدمات تلك التي وضعها فرويد التي تتعلق بشكل أساسي بأثار الحدث الصادم في هذا الإطار وضع (لكل وذنو، ه، 2014 ص 18-19-20)

يحتل مفهوم الصدمة مكان جوهري في النظرية التحليل النفسي في أعمال فرويد في كتابه دراسات حول الهستيريا وقد ميز هذا الأخير بين الصدمة التي تشير إلى الأثر الداخلي الناتج وبين الصدمة النفسية والتي تشير إلى الحادث الخارجي الذي يصيب الشخص.

بعد أربع سنوات من بعد pierre Jenet وبالضبط سنة 1893 في محاضراته الأولى أخذ "فرويد" فرضيات "جينيت" بعين الاعتبار فيما يخص الصدمة الإنفعالية إختراق الجهاز النفسي الجسم الغريب وظاهره تفكك الشعور إشارة إلى فكرة إستنكار للحدث الصدمي بالمصطلح الافلاطوني الاستنكار المفاجئ.

وهو مصطلح مماثل لما حدث عنه لكن هذا الأخير لم يتوصل إليه صحيح إن المصطلح فكره مثبته يستدعي وجود بناء معرفي لكن هذا ليس ما هو عليه الحال بالنسبة لمفهوم الاستنكار الصدمي أما "فرويد" فقد أوحى كما يعرف: "بالمنهج الفرج" وكلمة المفرج مأخوذة هذه المرة من عند أرسطو، هذا المنهج الذي يقوم على إعادة إحياء الحدث الصدمي عند الفرد تحت تأثير التنويم المغناطيسي وإخراج الشحنة الوجدانية للتخلص الجهاز النفسي من الوجدانات الصادمة والتي بقيت محصورة في الداخل كما تتطلب من الفرد ان يقوم بالتداعيات الأفكار المرتبطة بالحادث الصادمي لإعطائه معنى وإعادة إدراجه ضمن تسلسل أحداث الحياة بينما سبق من الأحداث وما هو أتي كما تحدث "فرويد" على وجود مظهرين للصدمة مظهرها الدينامي الذي يتضمن تحطيم الدفاعات النفسية ومظهرها الذي يتضمن غياب الدال.

الصدمة حسب فرويد "وقبل كل شيء اختراق الغلاف الجسدي مثل إختراق النفسي والتي مثلها "فرويد" تحت الصورة الحوصلة الحية في نهاية كتابة الحداد المانيخوليا سنة 1915. والذي كتب دقة" الصراع في

الأنا يتصرف بالضرورة مثل الجرح المؤلم وكذلك استعمل نفس الاستعارة حول اختراق النفسي الحويصلة الحية لتحديد مفهوم الصدمة النفسية في كتاب في وصف العصاب الصدمة"

في سنة 1921 قام فريد في كتاب "ما فوق مبدأ اللذة" بتوضيح وشرح المظهر الدينامي للنظريته حول الصدمة فهذه المقارنة الإستعارية بين الجهاز النفسي الحويصلة الحية التي هي عبارة عن كرة مكونة من مادة طبيعية حية وهذه المادة ثابتة متجددة ومحمية بطبقة سطحية سماها بالحاجز الصاد لإثارة الذي يعمل في نفس الوقت على إحتواء وحماية الجهاز النفسي، كما له دور آخر وهو عمل على إرجاعه وإبعاد الإثارات مؤذية وتصفيتها وتخفيفها لتصبح مقبولة وسهلة الإستيعاب والفهم والسهولة الربط وأن الفروق بين الأفراد في مدى صلابة تؤدي إلى أن بعض الأفراد يكونون مجهزين بجهاز صاد لإثارات يتميز بالقوة كما أن هناك أشخاص آخرين لا يتمتعون بهذه الميزة كما نجد من جهة أخرى وبمجرد ملاحظته لاقترب الخطر الخارجية يقوم لتقوية الحاجز الصاد لإطارات وذلك بتعبئة الطاقة الآتية من الداخل الجهاز النفسي في حالة ما كان لديه طاقة كافية، وهذا ما لا يتوفر دائما (فمن الممكن أن يكون الفرد مجهد بسبب بدله لجهود السابق). فبعض الأفراد العصبيين طاقه داخلية بدون الاحتفاظ بالاحتياطي لمواجهة مكبوتاتهم ، ففي المستقبل لن يكون لديه طاقة كافية لتقوية الحاجز الإدارات الحدث الذي يفترض إن يكون صادما ممكن أن يتسبب في اختراق إذن تسبب في الصدمة لا يكون صادما لهم غدا.

إن مفهوم الصدمة كما يقول فريد يبقى نسبي وعلى حسب التوازن القوي ما بين القوة والإثارات الآتية من الخارج وقوة الصلابة المميزة للحجز الدفاعات المستقبل هذه القوة الخارجية.

لذلك من المنظور التحليل النفسي الفرويدي يتناول الصدمة النفسية من مظهرين متكاملين متداخلين هما:

أولا: جهة النظرة الدينامية

افتراض " فرويد" في المحور الأول أن الصدمة النفسية تكون دائما جنسيا وينتج عن الإغواء إي حادث إغواء طفل من طرف شخص راشد، و اشار إلى أن حدوث الصدمة يقتضي توفر أمرين:

الأول هو الحدث لإغواء كائن غير ناصف ويكون في وضعية سلبية ومن دون تهيؤ

أما الثاني: فهو العامل الفجر أو صدمة البعدية والذي أخذ الصدمة معناها من خلاله فهو الذي ينشط آثار الذكورية المتعلقة بالحدث الإغواء المبكر الذي مع الكبت على حجمة ونسيانه .

وتناول "فرويد" الصدمة النفسية في هذا الإطار من زاوية الظواهر النفسية التي تصاحبها والصراعات التي تستثمرها نتيجة الاندفاع الذي تشكل هو يرى في الدراسات حول الهستيريا وإن الصدمة هي الجنسية أساسا وتجزأ عمل الصدمة إلى عناصر عدة ويفترض دائما وجود حدثين على الأقل حيث تعرض الطفل على حسب (لابلاتش، بونتائيس 1985 ص 301-302) في:

المشهد الأول

الذي يسمى المشهد الغواية إلى إغواء جنسي من قبل الراشد بدون أن يولد هذا الغراء عنده إثارة جنسية وبعد البلوغ

يأتي المشهد الثاني

غالبا ما يكون عديم الأهمية ظاهرة وينفذ المشهد الأول من خلال السمات المترابطة بينهما.

لقد ذكر " فرويد" في دراسة للهستيريا أكد أن الصدمة النفسية تتميز بمظهرين أساسيين: حيث أن الصدمة النفسية لا تمثل فقد زيادة في الطاقة الجنسية المتراكمة لكن مظهر آخر لصدمة هو الصورة مفردة النشاط الناجمة من الإثارة أو الطاقة الجنسية المتراكمة وبالتالي أن الأثر النفسي للصدمة والذي نسميه " حاليا التصورة أو التمثل الغير محتمل يتكون من عنصرين لا شعوريين مهمين وهو الإفراط الوجداني والصورة الإفراط الوجداني والصورة مفردة النشاط.

الراشد العصابي خاصة الهستيريا تلقى وبشكل السلبي وليس بشكل صدمي صدمة الجنسية في طفولته وفي البلوغ بفعل حدث له علاقة بالحدث السابق تنشط الصدمة والذكور المكبوتة سابقا، تحدث على اثرها زعزعة في المعالم موضوعية لحد الآن وبالتالي يوجد شرطان لظهور الصدمة

الأول: أن يعيش الفرد في حالة من السلبية وعدم نضج الجنسي، ولا تظهر الصدمة إلا فيما بعد الحادث الثاني وبذلك يطلق فيض من الاستثارة الجنسية التي تبعث في التحلل في الأليات الدفاع الأنا.

حيث يؤكد فرويد مع بروير في دراسة حول الهستيريا أن المادة النفسية تصبح باثولوجية من جراء الصراعات إلى أن تبقى مكبوتة وبشكل تأذي دائرة الجنسية وفراغ بين الحالة الوجدانية الصراع المحددات الرئيسية في الصدمة النفسية ولا يمكن فهمها إلا بعودة إلى المرحلة الطفولة لنبحث فيها عن تأثيرات أو خبرات يمكن أن يكون لها أثر مماثل للأثر الذي ينجم عن الصدمة.

وهنا تظهر أهمية الارتباط بين الحادث الخارجي والمشهد الأول. فالحدث الخارجية تستمد فعاليتها مما تحركه من الهومات وما تطلقه من فيض الإثارة النزوية، وهذا الفيض المفرط من الإثارة يخرج من مبدأ اللذة مباشرة من دائرة تأثير مجبرا بذلك الجهاز النفسي على قيام بهجمة أكثر إلحاحا هي ما فوق مبدأ اللذة، وتخلص هذه المهمة في ربط الإثارات بشكل يسمح بتصريفها برد تكرار الأحلام حيث يعيش الشخص حادث بزخمه،، ويجد نفسه من جديد في الوضعية الصدمية وكأنه يرمي للسيطرة عليها إلى حالة اضطراب التكرار

ثانيا: وجهه النظر الإقتصادي:

دفع مشكل العصاب الحرب " فرويد " إلى أن يواجهه انتباهه للصدمة النفسية من منظور الإقتصادي لذلك تعريف الأساسي للصدمة على أنه مفهوم إقتصادي عنف الصدمة يتولد عن تجمع الإثارة أو الإستثارة مما يؤدي إلى تحطيم الحاجز أو الاختراق الحاجز الوافي للانا الذي تعمل على الاختراق التوازن النفسي ومن جهة أخرى هذه المقاربة الاقتصادية طورت بشكل واسع أثناء الحرب العالمية الأولى مع عوده النظرية الصدمية.

والتصور الاقتصادي للصدمة يعرفها على إنها انكسار واسع للصاد الإدارات كإشارة إلى عدم قدره الجهاز الجهاز النفسي على تصريف فيض الإطارات الكبير الذي إن هذه الكمية المعتبرة من الإطارات هي مهمة مبدأ اللذة بسبب العنف والمفاجأة الوضعية الصدمية تجد نفسها مباشرة خارج إدارة التأثير والنتيجة مفاجأة لا يقوم الفلق الإشارة تعبئه العملية الدفاعية الملائمة

الصدمة النفسية من منظور الاقتصادي في محور الثاني هو غياب النجدة في اجزاء الأنا الذي ينبغي أن تواجه التراكم الإثارة التي لا تطلق سواء كانت من مصدر داخل أو خارجي

لذلك في هذا السبب وحتى من جهة النظر فرويد من منظور الإقتصادي تتميز بتأكيدها على عنصر المفاجآت في حدوث الصدمة يتحدث أساسا بشده العنف المتعلق بها بالمقارنة مع حاله الهيئة أو عدمها للجهاز النفسي من تلقيه لها فان صاد الاثارات باعتبار يحمي الجهاز النفسي ويمنع الاقتحام كميات كبيره من الإثارة تختلف قدرته على احتمال والصدر من فرد إلى آخر ولد نفس الشخص من زمن إلى آخر وعبر مراحل حياتي المتعددة وهو ما يدل على تعاقد الحدث الصدمي إذا لا يخص وضعيه الصدمية فقط بل الفرد في الوضعية الصدمية لذلك يختلف الأفراد في ردود أفعالهم اتجاه حدث الواحد.

9-3 صدمة النفسية من وجهة نظر فيرينزي:

يرى (حب الله، 2006ص63) أن الصدمة تتضمن انهيار الشعور والقدرة على المقاومة والسلوك والتفكير بهدف الدفاع عن النفس أو أن الأعضاء التي تتضمن الحفاظ على الذات تضمحل أو تقلل من وظيفتها إلى أقصى حد ممكن فهي بهذا المعنى إذن تلاشي فقدان الشكل الأصلي والتقبل السهل ومن غير مقاومة للشكل الجديد حيث يبرز الصدمة النفسية دائما من غير شئ وتكون مسبقة بالشعور بالثقة بالنفس فيأتي حادث الصدم ليزعزع هذه الثقة ويحطمها في الذات وفي المحيط الخارجي إذا كان الشخص قبل الحادث يعتقد أن ذلك لن يحدث له بل فقط للآخرين.

كما يرى أن الصدمة قد تكون فيزيائية خالصة أو نفسية خالصة أو الفيزيائية ونفسية معا وأن الصدمة الفيزيائية تكون دائما نفسية كذلك حيث يكون القلق هو النتيجة المباشرة لها وتتضمن الشعور بعدم القدرة على التكيف مع وضعية التضيق الأكبر الذي ينتج بسبب طابع الفجائية الذي تتسم به الصدمة النفسية فلا يتمكن المستقبلي للواقع في الاتجاه الملائم بذلك أن هذه التصورات تعمل كمضاد للتسمم ضد الضيق والألم

9-4 النظرية الظاهرية للصدمة :

تتجلى نظرية الظاهرية حول تفسير الصدمة النفسية على لسان (لكحل وذنو، 2014ص44)

أن مواجهة مع الحقيقة الموت تفرض اعتبارات معينة وهذه الأخيرة أدت إلى مقارنة ظواهرية التي يعيشها الفرد ما خوذة من حالة مرضيه للقلق الذي يحدث في قصه داخلية للحياة وجود موضوع خارجي يعود إلى الكائن ينتمي على عالم جد واسع ويعود دائما ولا ينتظر سوى العدم.

إما بالنسبة Barrois لنستطيع القول إن الحدث الصدمة هو وقت ضيق في مفهومه الزمان والمفاجئ في ظهوره أو رؤية نحو التجلي العدم إعلان صريح تنبؤ الموت كحقيق نهائيا ام على المستوى المعاصر العيادي فالتجربة الصدمية هي عبارة عن تحطيم للكائن حيث يترك هذا التحطيم لدى الفرد مشاعر تغيير جذري للشخصية وخلل عميق في منظور الزمن لان الزمن يتوقف في وقت محدد ومثبت حول الذعر والفرع دون إمكانية العيش الوقت الحاضر ولا مواجهه المستقبل المختلف ولا حتى إعادة اعتبار أن الماضي مخالف للأوقات الأخرى أي انه فقدان إمكانية إعطاء معنى للأشياء إضافية إلى فقدان ستكون

كتجربة عدم وعند مرور إلى هذا العدم الذي يجعلنا نتخلى عن العالم الأشياء أين يجعلنا ندخل في عالم العدم هذا العدم الذي ينحدر منه والذي نحن وتأكدين منه دون أن نعرفه والذي حاولنا دون جدوى في كل كلماتنا حيث يقول "بيار مارتى" في محاضراته في فرنسا نحن نحاول أن تأكيد الحقيقة كل يأس كوجودنا بشيء بئس ولا وليس شيء.

9-5- تفسير الصدمة النفسية من وجهة نظر السيكوسوماتية بيارمارتي:

يرى حسب (pierre ,M.1980Pp45) بان الصدمة تكمن في الأثر العاطفي على الفرد للوضع الخارجية الممتدة النفسية أو حدث خارجي تمس تنظيم العقلي في النقطة التطورية أثناء مرحلة النمو أو في تنظيم الأكثر تطور عند اللحظة الصدمة ففي بداية تمص الصدمة الذي تحاول اتجاه الحلول لكي لا تصل الحركة الفساد والتنظيم في مجال السوماتي إلا انه إذا تم ذلك فستعمل على تدمير المجهود الوظيفية بصفة تدريجية خاصة إذ لم تجد نقطه تثبيت قوية نضع لها حدا . فالحوادث التي تحيط بنا والممثلة في الاحباطات مختلفة تجلب لنا منبهات داخلية الضغط الغير مختلفة عن الأجهزة الوظيفية التي تصادم مما يؤدي إلى عرقلة المسار الطبيعي هو الذي نسميه الصدمة . وكما تؤكد على في هذا الصدد بان الصدمة حدثا يسبب ضغطا نفسيا والذي لا يمكن أن يعتبر الصدمة إلا إذا تسبب في اضطرابات للفرد المتعرض لها كما انه لا يمكن تحديد هذه الصدمة بنوعيه الحدث والوضعيات التي تتسبب في حدوثها و إنما تحدد بمراحل الحياة الفرد الذي توصل إليه عند لحظه الصدمة وذكر " دمنيال " أن الصدمة هي مجموع استجابات عابره أو ضغط الشديد بدون مرض سابق أو ملازمه .

لذلك الصدمة تولد كميته من التوتر وقد تأخذ شكل الأعراض المرضية أهمها التعطل وظائف الأنا المختلفة أو ضعف فيها وذلك نتيجة الموقف يهدد الفرد بصورة مفاجئه حيث يفقد الفرد فيه معظم إمكانيات المواجهة الموقف فيستجيب بالعجز والإحساس بالتهديد الذات مما يؤثر على كفاءة الوظائف الأنا بمعنى الصدمة قد تخل بالتوازن النفسي إلا انه يختلف الأفراد في استجاباتهم في نفس الموقف عليه يقوم المختص بفهم كل حاله بصوره منفردة قصد التجنب تفكك حاله وسوء التنظيم لبناء النفسي والجسدي . ير بيارمارتي أن الأصل ما هي الفرح الخارجي للصدمة لا يأخذ في حد ذاته قيمه موضوعيه فقدان الشخص العزيز متى لا يمكن أن يكون صدميا بالنسبة للفرد الراشد كالإحساس الذي تسببه عند الشخص الآخر خلل في التنظيم الذي يأخذ دائما اتجاه ضد التطوري .

10-العلاج الصدمة النفسية

ينبغي تأكيد على أهمية العلاج في الحالات الصدمة النفسية باعتباره سبيل الوحيد لإعادة التوازن الفرد المتعرض للصدمة , لكن من المهم أيضا الأخذ بعين الاعتبار لبعض المتطلبات أي تدخل العلاجي أو تكفل بالحالات المتعرضة للصدمة النفسية يبينه (كورو، ع، 2010، ص59)فيما يلي:

10-1إستعادة الأمان

وذلك بنقل الفرد إلى مكان يشعر فيه بالأمان وطمأنينة بعيدا عن مكان

❖ استعادته القدرة على التعامل مع العواقب الحدث الصدمة :من خلال مساعدته على معرفه ما حدث له ولحيطه بشكل يحتمله وعيه .

❖ استعادته شبكه الدعم والمساعدة وذلك من خلال إحاطته بمن يتبقى من الأفراد أسرتي أو أقاربي في حاله كارثة طبيعیه مثلا أو بجمعيات الدعم والسند في المجتمع .

إمكانية استيعاب خبره الصادمة وهذا من خلال بناء المعرفي البسيط من خلال إعطاء تفسيرات عقلية ومنطقيه لما حدث .

قبل التطرق إلى مختلف استراتيجيات المستعملة في حالات الصدمة النفسية كما قام (شادلي ،ع،2017،ص 171)بالقاء الضوء على مفهوم التكافل وبعض الاستراتيجيات:

10-2- مفهوم التكفل

التكافل هو تعبير يشمل كل المقاربات الفردية والجماعية في مختلف الحقول العلاجية التربوية والبيداغوجية والاجتماعية ويمكن إذن لهذا المفهوم أن يكون علاج نفسي أو إعادة تأهيل أو علاج نفسي حركي أو علاج بالعمل أو حتى تكفل المؤسسات باعتبار المؤسسة أنك لتكفل بالفرد الذي يواجه صعوبات وهذا لم يستعرض له الفرد من فعل تربوي أو تعليمي أو تجهيزي أو علاج غلى أخره .

وفيما يلي عرض لبعض الاستراتيجيات تكافل بالأفراد المتعرضين للصدمة

10-3التدخل الأزمة

يرجع الفصل بالتعرف بهذا المفهوم "ليندمان" الذي أعطاه قيمة جوهريه وهذا بمناسبة دراسته لرد فعل الحداد العادي والمرضي والعلاجه وبعدها نشرت عدة كتب ومقالات للعلاج القصير المدى وللتعريف أكثر بالتدخل الأزمة يفرق "سيفسون" بين نوعين من التدخل الأول والعلاج القصير المدى بكل ما تحمله الكلمة من معنى والذي يمتد من شهرين إلى سنة وتدخل الأزمة الذي يمثل العلاج محددًا بعدد قليل من الحصص أي من ستة إلى عشرة فقط.

الجديد بالذكر أن التدخل أزمة يشمل عدة ايجابيات ملموسة ومنها إمكانية مساعده اكبر عدد من المرضى باستعمال العقلاني والاقتصادي للموارد العلاجية التخطيط أو غياب الأهداف العلاجية.

10-4 علاج قصر المدى

يشرح (كورو، م، 2010، ص59) علاج قصير المدى يقوم المعالج باستخدام مجموعه متنوعه من التدخلات الشخصية والعلاجية في أن واحد كالعلاج السلوكي والتفيس والعلاج الصيدلاني أو تدخل على مستوى المحيط العائلي والاجتماعي للعميل كل هذه الوسائل تسمح للمعالج بالتعرف على المبحوث والتقييم السريع لعدده مشاكله وتدخل ملائم لحالته كل هذه كل هذا يحدد لطبيعة الأسماء والشخصيات فانه من الممكن وصف نوعين رئيسيين من العلاج قصير المدى وحسب طبيعة التدخلات:

أولاً :

العلاج النفسي التفسيري والذي قد يسبب القلق لأنه يهدف إلى إيصال المفحوص إلى الوعي بالصراع على أمل حدوث تغيير حالي في رد فعل عصابي لمواجهة المشكلة.

ثانياً:

العلاج بالسندو الذي يهدف إلى التخفيض من صراعات المفحوص بمساعدة الإيحاء طبيب خاص أو أحيانا تدخل على مستوى المحيط المفحوص.

10-5 التطهير النفسي:

حسب الباحثة (شادلي، ع، 2017، ص171) التطهير النفسي أو العلاج بعد الموجة للأفراد الذين عايشوا الحوادث الخاصة أو صدمات الكوارث الطبيعية والحوادث أو الوضعيات الناتجة عن العنف البشري

هؤلاء الأفراد يمكن أن يكون مدنيين عمال يمارسون المهن ذات مخاطر الإنقاذ الذين شهدوا هذه الحوادث الصعبة تخيل المعنيين في التطهير النفسي وفي بعض الحالات يعجزون عن إنقاذ الروح البشرية.

كل هؤلاء الأفراد واجهوا فجاه الموت إدراك الموت والذات أو الآخرين وهم يتواجدون في وضعيه إجهاد مع التزعزع توازنهم الداخلي مما سبب خلل في التنظيم لذواتهم

مهما كانت طبيعة الإصابات والتي في بعض الحالات تكون صعوبات التعرف عليها والأعراض العيادية محددات الاستمرارية النفسية للفرد والتعرضت لخطر بالموازنة مع الانقطاع الوظيفي الزمنية وفعليا الوقت الصدم يكون جامدا وينتج عنه تمزيق في الإدراك الاستمرارية كما تختلف طرق العلاج حسب الظروف وعلى علاقة والمكان تواجدهم

أولا:العلاج الإستعجالي :

شرح (كورو،ع، 2010،ص60) أن التطهير المبكر والذي يسمى يمارس في مكان الحدث الصدري ويؤمن عموما من طرف الأطباء العقلان العقليين والمختصين النفسيين والمرضين والخلايا الاستعجالات الطبية النفسية تكون مهينة والعلاج الموازيين لمساعدتهم على الاستيعاب معاشهم الأتي وقلقهم.

ثانيا العلاج بعد الإستيعجالي :

العلاج بعد الاستيعجالي يمارس تطهير النفسي من يومين إلى عدة أيام بعد الحادث بين 24 ساعة إلى 72 ساعة في مكان محايد ومستقر وقد يكون الفرد أو الجماعي مدته تتراوح بين ساعة ونصف إلى ثلاث ساعات حسب عدد المشاركين والذين لا يجب أن يتجاوز عددها 12 شخص هذه الطريقة مواجهه للأفراد المدنيين والممارسين أثناء ممارسة وظيفتي وكذلك الرجال الإنقاذ بعد مبادرة مهنتهم يكون مؤمنا من طرف أخصائي الصحة العقلية ومكونين في إجهاد والدينامة الجماعة.

ثالثا: المتابعة النفسية:

تمثل دورها بتتبع مدى تقدم وتحسن حالة العميل وهي متابعة منظمة لما. أوضحها (شادلى ،ع،2010ص151) بان بعض الأشخاص حاجه إلى متابعة حصص العلاج النفسي لمساعدتهم على

خروج من التناظر بعد الصدمة وهذا العلاج يؤمن من طرف المختصين النفسيين أو أطباء عقليين مكونين خصيصا في هذا النوع من العلاج النفسي علاج بالسند

يمارس العلاج في معاینات خاصة ويعلم النفس الصدمي كما أن التطهير النفسي هو اجتماع لمجموعة منظمة لمراجعة الأحداث بالتفاصيل والأفكار والأحاسيس والردود الأفعال التي تلت الحادث الصدمي كما يهدف التطهير النفسي إلى التنبؤ بآثار غير مرغوب فيها وتسريع الاسترجاع الطبيعي والمحافظة على الدفاعية.

عموما فكرة الأساسية في العلاج النفسي تتخلص في إزالة الإجهاد النفسي الواقع على الفرد وذلك بإبعاده عن مصدر الخطر والتهديد وتم مساعدته على التنفيس عما تراكم بداخله من مشاعر وذكريات أثناء وقوع الحادث وهذا يتم بشكل تدريجي في جو آمن ومدعم حتى تستطيع في النهاية استيعاب آثار الصدمة وتجاوزها و يلى لذلك تعليم الفرض المتعرض للصدمة مهارات مواجهة الأحداث حتى تزداد مناعته في مواجهة أحداث المماثلة

10-6 العلاج الدوائي:

. المعالجة الدوائية هي علاج من خلال تناول الأدوية فقد أشار (كورو، ع2010ص59) إلى أن هناك بعض الأدوية التي ثبتت فعاليتها في العلاج هذا الاضطراب منها مضادات الإكتئاب ثلاثيه الحلقات مثل الأمبيرامين، نفرانيل والأميتريبتيلين ، تريبتيزول ويبدأ العلاج بجرعات صغيرة ويزيد هذه جرعه للتدريس حتى تتحسن الحالة مع مراعاة إثار الغير مرغوب فيها خاصة على القلب وهذا بواسطة الفحص العيادي وعمل رسم القلب خاصة إذا كانت جرعات موصوفة كبيره نوعا.

وهناك مجموعة أخرى من الأدوية وهي حديثة نوعا ما وتسمى مانعات استيراد السيروتونين الإنتقائية مثل الفلوكستين والستالوبرام والباركستين والفلوفوكسامين وغيرها وهذه المجموعة تتميز بأن أعراضها الجانبية أقل وتقبلها افضل

أما الأدوية المساعدة فنذكر منها مضادات القلق مثل البرازولام، زاناكس ومضادات الصرع مثل كاربامازيبين، تيجريتول، وفالبروات الصوديوم، ديباكين ، ويمكن استخدام البوربرانول، أندرال، بجرعات بسيطة في حالة زيادة ضربات القلب أو وجود المظاهر جسمية للقلق كالتعرق والرعدة وعدم الاستقرار.

خلاصة

من خلال ما سبق ذكره في هذا الفصل تبين إن الصدمة النفسية من أهم الاضطرابات النفسية المعروفة منذ القدم حتى العصر الحديث فهي ناتجة عن تعرض الفرد لحادث مفاجئ غير متوقع يتسم بالقوة والشدة مما يحدث فيه اضطرابات وخلال وتظهر لديه جملة من الإطارات التي تؤثر على الصحة النفسية والجسدية حيث أن الصدمة لا تتجم عن عدم الاستجابة ولكن العجز عن الاستجابة هي التي تعطي بعد صدميا وحسب تحليل النفسي فانه في هذه الحالة سيحدث تحطيم وكسر على مستوى النظام الصادر للإثارة الذي يمثل غلاف الزائدة عمل هذا النظام سيؤدي إلى فيض في الطاقة الحرة واختلال الذي يسبب اختراق النظام الصاد للإشارة سيكون عنيفا خاصة إذا لم يتم الربطة هذه الطاقة بصورة سريعة من طرف الأنا والذي القيام بها

الفصل الثاني

الشراة

الفصل الثاني: الشراهة

1-اضطراب الأكل

1-1تعرف اضطراب الأكل

1-2 أسباب اضطراب الشراهة

1-3 نظريات المفسرة لاضطراب الأكل

1-4 أعراض اضطراب الأكل

1-5 أنواع اضطراب الأكل

1-6 معايير التشخيص

خلاصة

2-الشراهة

تمهيد

2-1تعريف الشراهة

2-2 أسباب الشراهة

2-3 أعراض الشراهة

2-4معايير التشخيص

2-4تصنيف اضطراب الشراهة حسب DSM

2-5علاج

تمهيد

تعد الحاجة إلى تناول الطعام من أهم الحاجات الفسيولوجية الهامة، والتي لا غنى عنها لأي إنسان، كما أنها تعد من أهم المظاهر الدالة على صحته. ولكن الأمر لن يكون كذلك إذا شعر الفرد بأنه في حاجة ملحة لتناول كميات كبيرة من الطعام، أو شعر أنه لا يستطيع التوقف إذا بدأ في تناول الطعام، أو شعر الفرد أنه عازف عن تناول الطعام أو أغلب أصنافه.

1- اضطراب الأكل

1-1 تعريف اضطراب الأكل:

يعرف اضطرابات الأكل بأنها : اختلال في سلوك تناول الطعام ، وعدم الانتظام في تناول الوجبات ، ما بين الامتناع القهري عن تناول الطعام ، أو التكرار القهري لتناول الطعام في غير مواعيده ، وبكميات تزيد عما يتطلبه النمو الطبيعي للفرد ، وقد يصاحبه محاولة من الفرد للتخلص من الطعام الزائد ، هناك عدة تعاريف من بينها:

تعريف (شقيير،ز،2002، ص 13)اضطرابات الأكل بأنها اختلال في السلوك التناول الطعام وعدم الانتظام في تناول الوجبات ما بين الامتناع القهري عن تناول الطعام او تكرار القهري لتناول الطعام في غير مواعيده وبكميه تزيد عما يتطلبه نمو طبيعي للفصل وقد يصاحبهم محاولة من الفرد للتخلص من الطعام الزائد

وجاء عند (السيد،ع،1999، ص 18) إن الاضطرابات الأكل هي وجود اتجاهات وسلوكيات المشوهة وراسخة نحو الأكل والوزن والبدانة أو سوء استخدام الأكل يحدث بصورة قهرية بغرف تحقيق نوع من التوازن النفسي المرغوب.

كما توصف (عبد الرحمن،م،2000،ص 225) اضطرابات الأكل الموجود الإختلالات الحادة في السلوك الأكل مع بذل جهود غير تكيفيه وغير صحية للتحكم في الوزن الجسم وجود اتجاهات غير سوية نحو الوزن والشكل الجسم

تشمل اضطرابات الأكل وفقا للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع الاضطرابات النفسية الذي جاء على لسان (غريب،ع، 1999 ص 393) ثلاث اضطرابات هي فقدان الشهية العصبي:

وفقا للطبعة الرابعة المعادلة للدليل التشخيصي تشمل الاضطرابات الأكل الأربعة أنواع هي فقدان الشهية العصبي والشه العصبي والاضطراب الشراهة اضطراب الأكل الغير مصنفة على نحو أخرى.(Burcun,M,2006,p1)وهذا بجانب ما جاء ذكره في الموضوع آخر في -DSM- IV ضمن فئة الاضطرابات التي يتم تشخيصها غالبا في المرحلة الرضاعة والطفولة والمراهقة تحت المسمى اضطرابات التغذية والأكل في مرحلة الرضاعة أو الطفولة المبكرة

1-2 انتشار اضطرابات الأكل:

إن اضطرابات الأكل من الاضطرابات الشائعة جدا ، وقد زاد انتشارها خلال القرن الواحد والعشرين ، وهي تمثل نسبة مرتفعة من بين أمراض الطب النفسي ، وربما يكون العدد الحقيقي أضعاف ما هو معروف ، لأن هناك مرضى كثيرين يخفون وينكرون أعراضها ، ولا يذهبون للعلاج ، ومن ثم يؤثر ذلك على المعدل الحقيقي لنسب الانتشار كما موضح كالأتي:

وضح (عبد الرحمن،م،2000ص41)يتميز اضطراب الأكل بخاصيتين متناقضتين الأولى التصور جوعا، والثانية القدرة على ضبط النفس حتى الوصول إلى حالة فقدان الشهية من ناحية، والشراسة والإقبال على الأكل بلا حدود من ناحية أخرى ولان اضطرابات الأكل من الاضطرابات العديدة التي انتشرت في أغلب المجتمعات في الآونة الأخيرة بل ازداد انتشارها بشكل ملحوظ مما أدى إلى ظهور أمراض شتى تتخذ صورا وأشكال نفسية أو جسمية أو نفس جسمية لتحظى باهتمام العلماء والباحثون في مجالات التخصص في علم النفس الاكلينيكي وما يتداخل معه من مجالات نفسية عصبية إضافة إلى اهتمام علماء في مجالات التغذية والغدد. لترتكز هذه الاضطرابات في مرحلة المراهقة خاصة وأكثر مما في مراحل أخرى ولأسباب أخرى حيث يمر المراهق في طور نمو يحتم عليه مواجهة تقلبات نفسية عميقة يحتاج معها الإرشاد والدعم ذلك لذا دراسة شقير في جامعة طنطا لتشير إلى أن نسبة انتشار الشره العصبي لدى الإناث قد بلغت (10%) ولدى الذكور (7,06%) وأكدت دراسة وعينتها (201) مراهقة في عمر (17-21) حيث إظهرت أن (12.4%) من العينة يعانون من اضطراب الأكل.

1-3 أسباب اضطرابات الأكل :

هناك مجموعة من الأسباب التي قد تؤدي إلى اضطرابات الأكل أو عودة الإصابة بها خلال عمر الفرد ونتعرف لى أسباب من خلال ما ذكر (شقير،ز،2002ص45). وهي كالآتي :

1-الحزن : مع تقدم السن تزداد احتمالية أن يفقد الفرد أناسا يهتمون به. ويمكن للحزن أن يزيل شهيتك وتجد أن تقييد تناول الأطعمة، يمكن أن يكون طريقة للتعامل مع مشاعر الآخرين. فمثلا سجلت ممثلة الروايات الهزلية (الكوميديا) "جون ريفرز" بدايتها المفاجئة للشره العصبي في الخمسينات من عمرها بعد وفاة زوجها بالانتحار .

2-الطلاق : بالإضافة إلى الحزن والفقدان فإن الانفصال يمكن أن يحث المرأة على النظر إلى جسدها بعدم استحسان بالمقارنة بالنساء والفتيات ذات الحالات الاجتماعية الأخرى.

- 3- الوعي الزائد بتقدم السن : وهذا يكون شديد على وجه الخصوص عندما تعود النساء للدراسة أو العمل، أو عندما تحتاج إلى الاحتفاظ بالعمل بعد السن التقليدي للتقاعد خاصة في المجالات المرتبطة بالمظهر .
- 4- المرض الطبي : إذا أدى مرض قصير المدى إلى فقدان الوزن، قد تتلقى المرأة ثناء بشأن مظهرها الرشيق، الأمر الذي يجعلها تستمر في وضع قيود على الطعام بعد شفاءها؛ لكي تتجنب زيادة الوزن
- 1- 4 أنواع اضطرابات الأكل:

عرض (عبد الخالق، أ، 1997 ص 34) أنواع اضطرابات الأكل في كتابه كالتالي:

1. فقدان الشهية العصبي

2. الشره العصبي

3. الشراهة

1- فقدان الشهية العصبي:

يعد مصطلح فقدان الشهية مشتق من كلمتين يونانيتين، ويتم ترجمتها عادة على أنها " انعدام الشهية ". ولكن هذه التسمية غير صحيحة، فالمرضى لا يفقدون شهيتهم، وإنما يحاولون التغلب عليها، حيث أنهم يخافون في نفس الوقت من اكتساب الوزن، ويقتنعون بأنهم يتميزون بسمنة مفرطة، حتى إذا كان وزنهم منخفض، وكنتيجة لذلك فإنهم يعرضون أنفسهم للموت جوعاً لدرجة يخاطرون بحياتهم

أن اللفظ من أصل يوناني معناه فقدان الشهية وهي في الواقع تسميه خاطئة لأن أصحاب هذا الاضطراب لديهم شهيه للطعام ولكنهم يمتنعون عن تناوله خشية البدانة أي يتم التحكم في الشهية بقوه احمد

جاء في قاموس التغذية على لسان (كامل، م، 1993 ص 113- 114) أن فقدان الشهية العصبي ينتج عنه عدم الرغبة في الأكل وعدم الإحساس بالجوع مع النقص الشديد في الوزن والضمور في الأنسجة والانخفاض معدل المتمثل الغذائي

وجاء في موسوعة والاضطرابات الأكل أن فقدان الشهية العصبي هو اضطراب نفسي يتميز بالخوف شديد من زيادة الوزن والتجوع المستمر للذات والرفض الإشارة لوزن الجسم والانشغال المرضى بالطعام والحمية.

في قاموس التربية الخاصة عرف (الدماطي، ع، 1992 ص 33) فقدان الشهية بأنه حالة خطيرة تتضمن الأحجام الفرد عن تناول الطعام أو رفضه مما يؤدي إلى نقص وزنه وقله حيويته وربما وفاته إذ لم يعالج

ذكر (الأشوال،ع،1887 ص 79) في قاموس التربية الخاصة أن فقدان الشهية العصبي باعتبار حاله تتمثل في الرفض الفرد تناول الطعام مما يؤدي إلى فقدان الوزن والحيوية.

وكما عرفت (شقيير،م، 2002 ص 102) فقدان الشهية العصبي بأنه رفض لا شعوري للأكل باستثناء تناول كميات غذائية في صوره السوائل مما يؤدي إلى نقص في الوزن الجسم والخوف الشديد من زيادة الوزن والتوقف الدورة الشهرية لدى الفتيات والطرب صوره الجسم ويتخلل هذا الامتناع عن الأكل بعض نوبات الشرح للطعام

وطبقا لي ما تطرق إليه(عبد الرحمن،م،2000ص229) في الدليل (DSM.IV DSM.IV) فان فقدان الشهية العصبية عن الرفض الإبقاء على الوزن الجسم في حدود الطبيعة والخوف الشديد من البدانة مع التشوه في الإدراك الفرد للحجم جسمه مع التوقف الدورة الشهرية في الإناث.

مما سبق يتضح إن فقدان الشهية العصبي اضطراب في الأكل يتميز بالرفض لا شعوري للأكل ينتج عنه هزال شديد انخفاض في وزن الجسم بدرجة كبيره عن حدود الطبيعية لصاحبه الخوف الشديد من البدانة وتشوه في الإدراك الحجم الجسم والرصد الإشارة لوزنه والانشغال المرضى بالطعام والحمية والتوقف الدورة الشهرية في الإناث وقد يتخلل ذلك بعض نوبات الشرح للطعام وربما يؤدي إلى وفاه إذ لم يعالج.

1-4-1 أنماط الفرعية لفقدان الشهية العصبي هناك نمط:

هناك نوعان من فقدان الشهية هما :

1- فقدان الشهية العضوي :

يعرفه(عبد الخالق،أ،1997ص37) بأنه رفض جزئي أو كلي للشهية ومرجعه لأسباب عضوية، ويعد مصاحبا لعدد من الأمراض والاضطرابات، ويرتبط ببعض مجالات العدوى الحادة، وبالأمراض الجهاز الهضمي الخطرة، وسرطان المعدة أو القولون والتهاب الكبد الوبائي المعدي، واضطراب الغدد الصماء مثل: نقص إفراز الغدة الدرقية، أو انخفاض وظائف الغدة النخامية.

2- فقدان الشهية العصبي :

(التوبي ،م،2010ص26) ويمثل رفض الطعام أو التقيء المتعمد بعد الأكل مباشرة مما يتسبب عنه انخفاض ملحوظ في وزن الجسم إلى النقطة التي يمكن أن تهدد حياة الإنسان بالموت جوعا ولذا يطلق عليه التجويع الذاتي المرضي.

وطبقا للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية هناك نوعان فرعيان لفقدان الشهية العصبي : (مطر، 2008، ص12):

1- المقيد :

يصف هذا النوع الفرعي العررض التي يتم فيها تحقيق فقدان الوزن بشكل رئيسي من خلال اتباع نظام غذائي، الصيام، أو التمرينات الرياضية الزائدة، وفي خلال هذه النوبات، لم ينهمك هؤلاء الأفراد بشكل منتظم في تناول الطعام بنهم أو تناول المطهرات للبطن .

2- نوع تناول الطعام بنهم/ تناول المليينات :

يستخدم هذا النوع الفرعي عندما يشترك الفرد بشكل منتظم في تناول الطعام بنهم أو تناول المطهرات للبطن (أو كليهما) خلال هذه النوبات .

ومعظم الأفراد الذين يعانون من اضطراب فقدان الشهية العصبي الذين يتناولون الطعام بنهم يتناولون أيضا مطهرات للبطن من خلال القيء المتحدث ذاتيا أو سوء استخدام الملين، المدر للبول، أو الحقنة الشرجية

1-4-2 الشره العصبي:

يعرف (رشاد، م، 2002 ص 11)الشره العصبي الشره أو الجوع الشديد مأخوذة من كلمة اليونانية Bous أي رأس الماشية أي الجوع الشديد البوليميا من الإغريقية بمعنى جوع الثيران أو الشهية الكلب بمعنى السعار أو النهم الشديد.

(جمعه ،ي. 2000. ص104)العصبي تتميز: زملة تتميز بنوبات متكررة من الإفراط في الأكل والانشغال الشديد بالتحكم في الوزن الجسم ويشترك هذا الاضطراب مع فقدان الشهية العصبي في كثير من السمات النفسية ولا سيما الاهتمام بالوصل الجسم

وبأنه حاله من النعم الزائد تبدو في صفة إجبار الذات على تناول كميات كبيره من الطعام في الوقت قصير ودون مضغ جيدا أحيانا ثم محاوله التخلص من هذا الطعام بالقيء العمد , ويطلق عليه أحيانا الجوع البقري (الشربيني، ز، 2001، ص151-150) بأنه اضطراب في الأكل يتميز بوجود نوبات متكررة من الشرح في الأكل ويعقبها محاوله التخلص منه بإفترعال القيء أو تناول مدرات البول أوالمليينات أو الصيام أو أداء تدريبات شاقة

بأنه خلل في التغذية يتميز بحالات الشراهة والاستهلاك كميات الطعام الزائدة من منقول أو الإفراط في استخدام ميليناتر للتخلص من الطعام (شقيير، ز، 2002، ص32)و بأنه حاله مرضيه تتميز بالإفراط في تناول الطعام بما يزيد من حاجه الفرد لفترات طويلة دون هو أداءه بعد الإشباع الشعور بالجوع مع فقد القدرة على التوقف أثناء الأكل و لا يتوقف إلا إذا انتهى الطعام وفي النهاية يشعر الفرد بالامتلاء والغثيان والضيق ويلجا إلى التقيؤ للتخلص من الطعام ما يشعره بالراحة النفسية المؤقتة سرعان ما تستبدل الاشمنزاز والشعور بالذنب إدانة الذات

وطبقا (DSM-IV)فان أشهر العصبية يعني تناول الفرد كميات كبيره من الطعام في فتره زمنيه قصيرة مع القيام ببعض السلوكيات التعويضية للتجنب الزيادة في الوزن مثل التقيؤ وتمارين المجهدة والمدارات البول. والمليينات أثناء حدوث نوبات النهمة يفقد الفرد السيطرة على نفسه ومع الشعور بعدم الرضا عن صورته الجسم

مما سبق يتضح أن الشره العصبي هو اضطراب في الأكل يتصف بحدوث نوبات متكررة من النهمة تناول الفرد خلالها كميات كبيرة من الطعام في فترة قصيرة مع الشعور بفقد القدرة على التحكم أو التوقف عن الأكل، يعتبرها القيام بمثل السلوكيات تعويضية غير ملائمة للتخلص من الطعام مثل القيئ العمد المليينات، مدرات ، الصيام ،التدريبات المجهدة.

2-2 الأنماط الفرعية للشره العصبي هناك نمطان هما:

يضم الشره العصبي كما أوضح (عبد الرحمن، م، 2000 ص232) أن هناك فرعين:

النوع التطهيري :

يتميز هذا النوع بالقيام بسلوكيات للتطهير او التخلص من الطعام بعد نوبة النهمة أو تناول المدارات البول المليينات

النوع الغير تطهيري:

يتميز هذا النوع باستخدام وسائل أخرى غير التطهير مثل النظام الغذائي القاسي الصيام التمارينات المجهدة والنمط تطهيره هو الأخطر والأكثر قدره على التحول إلى مرض مزمن

1-4-3 الشراهة

يذكر (عبد الرحمن، م، 2000 ص 237) على أن هذا الاضطراب يشبه الشره العصبي في أن الأفراد الذين يعانون من هذا الاضطراب يnehون في الأكل بطرق مصرفه وبصوره متكررة إلا أنهم لا يخرطون بانتظام أو بدون انتظام في عمليه تفريغ المعدة سواء متعمد او بتناول مسهلات ولا يحددون أي ماده لا وزانهم وهذا الاضطراب ينتشر الخاص الذي يعانون من السمنة المفرطة وهؤلاء لا يبدونك لو كانوا مجبرين على الأكل

ويذكر (Robert, J, 2000. p13) أن هذا الاضطراب لم يعد موجودا ضمن الاضطرابات الغير مصنفه وانه من الاضطرابات الأكل الجديدة ويحتاج لمزيد من وضع التصنيف والتشخيص محدد له وهو يتميز بالنوبات النهمة الإجبارية مع غياب الافتعال التقيؤ والسلوكيات التطهيرأو التخلص من الطعام.

1-5 معايير التشخيص:

يستخدم الأطباء والمتخصصون في الصحة العقلية معايير التشخيص من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية ، الطبعة الخامسة (DSM-V) ، لتشخيص اضطرابات الأكل. و DSM هو دليل نشره جمعية الطب النفسي الأمريكية. وهي حاليا في طبعها الخامسة. تم إنشاء كل فئة التشخيص في الكتاب على أساس البحوث وردود الفعل من الأطباء.

في حين أن اضطرابات الأكل المعروفة هي فقدان الشهية العصبي ، الشره العصبي ، واضطراب الشراهة ، وهناك غيرها من اضطرابات الأكل كذلك . الأشخاص الذين يصارعون بعض أعراض اضطراب الأكل ولكنهم لا يستوفون المعايير الكاملة أو الذين يعانون من مشاكل تتعلق بالوزن والطعام إلى درجة أنه يمثل مشكلة في حياتهم قد يتم تشخيصهم أيضاً مع تناول الطعام المحدد أو غير المحدد اضطراب (OSFED أو UFED).

وفقا للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية تكون المعايير التشخيصية لاضطراب فقدان الشهية العصبي حسب (Moore ,RH, 2003p11-12) كالتالي:

➤ رفض المحافظة على وزن الجسم عند الحد الأدنى للوزن الطبيعي، أو أعلى منه بالنسبة للسن والطول (مثل فقدان الوزن المؤدى إلى الحفاظ على وزن الجسم أقل من 85% من ذلك المتوقع، أو الفشل في تحقيق اكتساب الوزن المتوقع خلال فترة النمو مما يؤدي إلى وزن الجسم أقل من 85% من ذلك المتوقع)

- الخوف الشديد من اكتساب الوزن أو السمنة بالرغم من أن الوزن منخفض.
- اضطراب في طريقة إدراك وزن الجسم أو شكله، تأثر غير ملائم لوزن الجسم أو شكله على تقويم الذات أو إنكار خطورة الوزن الحالي المنخفض للجسم.
- انحباس الطمث لدى الإناث، أي غياب ثلاث دورات شهرية متتالية على الأقل (يكون لدى المرأة انحباس للطمث إذا حدثت دورتها الشهرية بعد إعطاءها هرمون الأستروجينو وتمثل الملامح التشخيصية لهذا الاضطراب في أن الفرد يرفض المحافظة على الحد الأدنى من الوزن الطبيعي للجسم، حيث أنه يخاف بشدة من زيادة الوزن ويظهر اضطراب دال في إدراك شكل أو حجم جسمه

1-5-1 التشخيص الفارقة لفقدان الشهية العصبي:

يرى (عكاشة، أ، 2009 ص 601) أن نادراً ما يكون التشخيص الفارقي لتحديد نوع الزملة السلوكية المصحوبة بالاختلالات وظيفية وعوامل بدنية مشكلة، فقد تكون هناك أعراض اكتئاب أو وسواسية مصاحبة، بالإضافة إلى سمات اضطرابات الشخصية، مما يطرح مسألة التمييز / أو استخدام أكثر من رمز تشخيصي. وتتضمن الأسباب الجسمية لفقدان الوزن المرضي بين الشباب والتي تميز الأمراض المزمنة وأورام المخ واضطرابات الأمعاء مثل مرض كرون أو زملة الامتصاص غير السوى.

وتذكر (شقيير، ز، 2002 ص 111) أن مرضى هذا الاضطراب غالباً ما يخفون وينكرون أعراض فقدان الشهية لديهم، ويقاومون العلاج، وهذا يتطلب التعامل مع أقارب أو أصدقاء هؤلاء المرضى لمعرفة تاريخ المرض لديهم، وفحص الحالة العقلية لدى الحالات. وغالباً ما يظهر أن المريض متيقظ واسع المعرفة فيما يتعلق بالتغذية، ويكون دائماً مشغولاً بالطعام والوزن ولا بد من إجراء فحص طبي وعصبي وجسدي للمريض إلا أنه من المهم جداً أن نتأكد من أن المريض ليس به مرض عضوي طبي لتبرير فقدان الوزن لديه (مثل ورم في المخ أو سرطان)، أو اضطراب انفعالي أو ذهاني، لأن فقدان الوزن والسلوك الشاذ في تناول الطعام والقيء كلها أعراض تحدث مع كثير من هذه الاضطرابات.

1-5-2 تشخيص الشره العصبي:

يمكن أن نتعرف. (Schulherr,S,2008:13) بسهولة على الشخص ذو الشره العصبي من خلال سلوكيات الأكل بكثرة والتطهير، أي إذا أمكن مشاهدته على أساس أن هذه السلوكيات يتم أدائها خفية

دائماً، حيث يحدث أكل لكميات كبيرة من الطعام في جلسة واحدة وأحياناً عشرات الألاف من السعرات الحرارية بسرعة غالباً، ويقوم الشخص ذو الشره العصبي بالتطهير لكي يتخلص من هذه السعرات الحرارية وطبقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية التشخيصية المعدل (APA,2000) تكون المعايير التشخيصية للاضطراب الشره العصبي هي:

1. نوبات متكررة من تناول الطعام بنهم وتتميز نوبات تناول الطعام بنهم بكل مما يلي:
 - ❖ تناول الطعام في فترة زمنية مميزة (مثلاً خلال أي ساعتين، بمقدار أكبر مما يتناول معظم الأفراد خلال فترة زمنية مشابهة وتحت نفس الظروف
 - ❖ إحساس بفقدان التحكم في تناول الطعام خلال نوبات الشره مثل (الإحساس بأن الفرد لا يمكنه التوقف عن تناول الطعام أو التحكم فيما يأكله أو مقدار ما يأكله
 2. سلوك تعويضي متكرر وغير مناسب من أجل منع اكتساب الوزن مثل القيء المستحدث ذاتياً، سوء استخدام الملين المدر للبول، الحقنة الشرجية، أو أدوية أخرى، الصيام أو ممارسة التمرينات الرياضية الزائدة.
 3. أن تناول الطعام بنهم والسلوكيات التعويضية يحدثان معا مرتين على الأقل كل أسبوع لمدة 3 شهور في المتوسط.
 4. يتأثر تقويم الذات بشكل الجسم ووزنه.
 5. لا يحدث الاضطراب بشكل خاص خلال نوبات فقدان الشهية العصبي
- كما ذكر (واردل، ج، 2000 ص608) أن التداخل واضح بين الشره العصبي وفقدان الشهية العصبي في الكثير من الخصائص المتعلقة بالاتجاهات نحو الطعام والوزن، الذي يعبر عنه المريض في كلتا المجموعتين. ويوفر الدليل التشخيصي الثالث المعدل تشخيصاً فارقاً يقوم على نظام تدريجي واضح بمعنى أن استخدام تعبير شره عصبي يعتمد على استبعاد فقدان الشهية العصبي، ويقترح التراث البحثي البريطاني نموذجاً تدريجياً ضمناً وجوهرياً فإن ذلك يعني أن المريض الذي يخشى السمنة واضطراب الأكل هو الذي يمكن أن ينطبق عليه تشخيص فقدان الشهية العصبي (النمط الشره) وذلك عندما يكون وزنه منخفضاً، ويشخص على أنه حالة شره عصبي إذا كان سوى الوزن

1-5-3 التشخيص الفارق لاضطراب الشراهة:

تتمثل محكات الشخيص وفقاً ل (مطر، ع، 2008، ص38) فيما يلي: يختلف هذا الاضطراب عن حالة الشره العصبي في غياب السلوكيات التعويضية الموجودة في الشره العصبي بنوعية التطهيري وغير التطهيري.

يختلف عن حالة فقدان الشهية العصبي بضرورة غياب نوبات فقدان الشهية وفقد الوزن الشديد بل على العكس فهم في الغالب بدناء.

لا يوجد انشغال بوزن وشكل الجسم كما في الشره العصبي.

1-6 النظريات المفسرة لاضطراب الأكل :

وتوجد عدة نظريات فسرت اضطراب فرط - فقدان الشهية العصبي وأبرزها نظريات بيولوجية، ونظريات التحليل النفسي، واجتماعية ومنها: حسب ما شرح (الدسوقي، م، 2002، ص37)

1-6-1 النظرية البيولوجية:

تشير بعض نتائج الدراسات إلى أن أقارب المصابين بالشره العصبي من الدرجة الأولى من أفراد العائلة أكثر عرضة للإصابة أيضاً بالشره العصبي (إن مرضى فقدان الشهية العصبي كمثال ينتشر بمقدار (ثمانى مرات بين الأقارب) المقربين للمرضى مقارنة إلى الجمهور العام. أن نسبة انتشاره بين الأخوة وبين التوائم أيضاً يصل إلى (6-10%) من الذين كانوا يعانون من هذه الحالة وتقابل هذه النسبة نسبة (1-2%) الموجودة في الآخرين الذي لا يرتبطون بعلاقات نسب في نفس العمر ومن أسبابه العضوية:

1. وجود اضطراب في كيميائية الجسم أي وجود خلل في النظام الهرموني قد يكون وراثياً أو ناجماً عن بعض الأمراض مثل تضخم الغدة الدرقية مما يؤثر على عمليات الأيض الغذائي.

2- تضرر خلايا الدماغ ولاسيما الهايبوثلاموس وهو الجزء المسؤول عن الإحساس بالجوع أو الشبع فعند حصول تضرر في هذا الجزء لا يشعر الفرد بحالة الشبع مما يؤدي إلى زيادة كميات الطعام المتناولة ويلاحظ ذلك من خلال زيادة الوزن لدى الأفراد الذين لديهم إصابات أو أورام في الدماغ

3- بعض الأدوية مثل مضادات الاكتئاب وبعض مضادات الهيستامين وغيرها التي قد تزيد الشهية لتناول الطعام وتؤدي بالتالي إلى فرط الطعام

4- وقد أثبت الأبحاث وجود اضطرابات أولية لوظيفة ما تحت المهاد، إضافة إلى وجود شذوذ أولي في منطقتي ما تحت المهاد والنخامية، وكذلك في الغدد وعمليات الأيض، ونواحي شذوذ كيميائي عصبية عديدة لحالات اضطراب فقدان الشهية العصبي

5- وبعض الدراسات دعمت الافتراض القاسي بأن المصابين بالشه العصبي لديهم نقص في نشاط السيروتونين في حين لم تجد دراسات أخرى فروقا ذات دلالة في مستوى السيروتونين بين الأفراد الذين يعانون من الشه العصبي وعينة ضابطة من الأسوياء، وتعزى أسباب اضطرابات الأكل إلى الأنيميا، وداء السكري والتشنج الحملي، وإحتشاء أو انسداد المشيمة، والمشاكل القلبية الولادية ومخاطر الولادة

1-6-2 نظرية التحليل النفسي :

وضح (رشاد، ر، 2002، ص25) تفسر هذا الاضطراب على أنه نكوص للمرحلة الشخصية. وإذ حدث التثبيت الفمي ليحمل شعورا متناقضا ناحية الحب الأول (الأم) ونتيجة للإحباط وعدم الإشباع في مراحل نموه الأولى يتولد عنده التناقض في الإحساس بين الحب والكراهية والالتحام والنبذ وقد يصاب بفقدان عزيز أو خيبة أمل عند نضوجه ينكص لحاجاته الأولية. ولتناقض عواطفه ناحية موضوع الحب المفقود، نقص طاقته ودمجها نحو ذاته، نمو الأنا ومن هنا يبدأ المضطرب في الانغلاق والعدوان الذاتي ومهام الأنا والإحساس بالدونية والتي تطلق الميول الانتحارية. أما نوبات الابتهاج فهي تعبير عن الحرية الطفيلية في إطلاق العنان لكل غرائزه والإحباط أو الشعور بالتعاسة لفترات طويلة يكون التنفيس عنه لدى المضطربين من خلال تناول كميات كبيرة من الطعام. وتعزو هذه النظرية الإفراط إلى الصراع الذي يتعرض له الفرد سواء على الصعيد الذاتي كان هذا الصراع أم على الصعيد الخارجي إذ يكون الإقبال الشديد على الطعام أو الشراهة في تناوله تعبيراً عن العدوانية الناتجة عن شعور الفرد بالإحباط.

2- الشراهة:

2-1 تعريف الشراهة:

يقال أن الشراهة تهيمن على شخص ما عندما يأكل أو يشرب شيئاً يعرف أنه يسبب مشاكل صحية . الرغبة في المتعة أقوى من وعيك بالاضطراب الذي يتسبب في فعلك ، ولا يمكنك مقاومة الإلحاح ، وهناك تعاريف نذكر منها:

يذكر (عبد الرحمن م، 2000، ص237) على أن هذا الاضطراب يشبه الشره العصبي في أن الأفراد الذين يعانون من هذا الاضطراب يnehون في الأكل بطرق مصرفة وبصوره متكررة إلا أنهم لا يخرطون بانتظام أو بدون انتظام في عملية تفريغ المعدة سواء متعمد أو بتناول مسهلات ولا يحددون أي مادة لا وزانهم وهذا الاضطراب ينتشر الخاص الذي يعانون من السمنة المفرطة وهؤلاء لا يبدونك لو كانوا مجبرين على الأكل

ويذكر (Robert,J,2000.p13) أن هذا الاضطراب لم يعد موجودا ضمن الاضطرابات الغير مصنفة وانه من الاضطرابات الأكل الجديدة ويحتاج لمزيد من وضع التصنيف والتشخيص محدد له وهو يتميز بالنوبات الإجبارية مع غياب الافتعال التقيؤ والسلوكيات التطهير او التخلص من الطعام.

ويعرفه (Falissard,B,2007.P284) بأنه نوبات متكررة من النهمة في الأكل غير مصحوبة بالسلوكيات التخلص من الطعام التي توجد في فقدان الشهية العصبي.

2-2 أعراض الشراهة:

خلال نوبة من الأكل بنهم، فإنّ المرضى المصابين بهذا الاضطراب يتناولون كميات أكبر من الطعام مقارنة بما يتناوله غيرهم في وقت وظروف مماثلة. ويشعر المرضى بفقدان السيطرة على التحكم في كميات الطعام المتناولة خلال نوبة الشراهة. ولا تُتبع هذه النوبة بأي محاولة لتطهير وتفرغ ما تناوله الشخص من طعام (عن طريق التقيؤ المتعمد أو فرط استخدام المسهلات، أو الحقن الشرجية)، أو الإفراط في ممارسة الرياضة، أو الصيام. لا يحدث الإفراط في تناول الطعام بشكل دائم، بل تتمثل أعراض الشره المرضي في حصول نوبات متكررة من تناول الطعام بكميات كبيرة.

وقد يكون لدى مرضى هذا الاضطراب أعراض كما سترسل (Mitchell & KS,2012,P8) ما يأتي.

- -لا يتحكم الشخص في استهلاك الطعام
 - -يأكل كمية كبيرة بشكل غير عادي من الطعام في وقت واحد ،أكثر بكثير مما يأكله الشخص العادي في نفس الوقت .
 - -يأكل بسرعة أكبر أثناء نوبات الشراهة مقارنة بأوقات الأكل العادية.
 - -يأكل حتى يشعر بعدم الراحة الجسدية والغثيان بسبب كمية الطعام التي تتم تناولها .
 - -يأكل عند الإكتئاب أو الملل
 - -يأكل كميات كبيرة من الطعام حتى عندما لا يكون جائعا حقا
 - -عادة ما يأكل بمفرده أثناء نوبات الشراهة لتجنب اكتشاف الاضطراب
 - -كثيرا ما يأكل بمفرده خلال فترات الأكل العادي بسبب الشعور بالحرج من الطعام.
 - -زيادة الوزن سرعة
 - -ظهور السمنة بشكل مفاجئ
 - لا يتوقفون عن التهام الطعام حتى يشعروا بالامتلاء المزعج
 - تناول كميات كبيرة من الطعام حتى عند عدم وجود شعور بالجوع
 - يشعرون بالاشمزاز والاكنتاب والذنب بعد الإفراط في تناول الطعام عادة
- غالبًا ما يشعر الأشخاص، الذين يعانون من اضطراب الشراهة عند تناول الطعام، بالأسى والقلق، لاسيما إذا كانوا يحاولون إنقاص أوزانهم. كما أنهم أكثر عرضة للإصابة بالاكنتاب أو القلق مقارنة مع أولئك غير المصابين بهذا اضطراب. كما أنّ الأشخاص البدينين الذين يعانون من اضطراب الشراهة عند تناول الطعام يكونون أكثر ميلاً للانشغال بشكل الجسم أو الوزن أو كليهما، وذلك مقارنة بالأشخاص البدينين الذين لا يأكلون الشراهة.

وهناك أعراض أخرى كما توصل لها (Brownley,k,2006p67)

- لا يتحكم الشخص في استهلاك الطعام
- يأكل كمية كبيرة بشكل غير عادي من الطعام في وقت واحد ،أكثر بكثير مما يأكله الشخص العادي في نفس الوقت .
- -يأكل بسرعة أكبر أثناء نوبات الشراهة مقارنة بأوقات الأكل العادية.
- -يأكل حتى يشعر بعدم الراحة الجسدية والغثيان بسبب كمية الطعام التي تتم تناولها .
- -يأكل عند الإكتئاب أو الملل

- -يأكل كميات كبيرة من الطعام حتى عندما لا يكون جائعا حقا
- -عادة ما يأكل بمفرده أثناء نوبات الشراهة لتجنب اكتشاف الاضطراب
- -كثيرا ما يأكل بمفرده خلال فترات الأكل العادي بسبب الشعور بالحرج من الطعام.
- -يشعر بالاشمئزاز أو الاكتئاب أو الذنب بعد الشراهة.
- -زيادة الوزن بسرعة
- -ظهور السمنة بشكل مفاجئ

2-3 أسباب الشراهة

ليس هناك سبب وحيد للشراهة المرضية بل أن هنالك مجموعة من الأسباب، ومن أهمها ما يأتي كما شرحها (Forma ,S,2018p25)

2-3-1 الجانب التنموي:

هو الاعتبار بأن الضغط على النظر بشكل معين والملائمة من خلال النحافة يكون أكبر خلال فترة المراهقة.

تتأثر الفتيات أكثر بالاضطراب الداخلي في هذا الوقت تدنى احترام الذات والقلق والوعي الذاتي، يشير هذا النهج إلى أن الأولاد عادة يجدون تكوين هوية أسهل إلى حد ما من الفتيات. يدرك المجتمع أيضا التغيير المستمر من حيث التوقعات لدور المرأة

2-3-2 الجانب المعرفي:

يتعلق الأمر كله بتحديد وتحدي السلوكيات السلبية والمشاعر والأفكار والمعتقدات عن الذات. يأتي التركيز على تعلم مقاطعة السلوك المدمر او أنماط التفكير التي تعمل على الحفاظ على الآفة الشريرة. هذا يشمل سوء استخدام المسهلات

2-3-3 الجانب الوراثي:

تلعب النظم الأسية والنماذج الاجتماعية والثقافية والعامل الفردي دورا رئيسيا في تطوير اضطرابات لا توجد أسباب واضحة للإصابة باضطراب الأكل بشراهة، لكن يوجد العديد من العوامل التي قد تزيد من خطر الإصابة، منها ما يأتي (Forman, S, 2018p20-25).

2-3-4 العامل الوراثي:

قد يُعاني بعض الأشخاص المُصابين باضطراب تناول الطعام بشراهة من حساسية متزايدة لمادة الدوبامين، وهي مادة كيميائية في الدماغ مسؤولة عن المشاعر السلبية والإيجابية، ويوجد العديد من الأدلة التي تُثبت أنّ هذا النوع من الاضطراب قد يكون موروثاً.

2-3-5 الجنس:

إذ تعدّ النساء أكثر عرضة للإصابة بهذه الحالة من الرجال؛ وذلك بسبب الاختلافات البيولوجية.

2-3-6 حدوث تغييرات في بنية الدماغ:

توجد دراسات تُثبت أنّ الأشخاص الذين يُعانون من تغييرات في بنية الدماغ قد يزيد تناولهم للطعام بشراهة.

2-3-7 الوزن:

إذ إنّ 50% من الأشخاص المُصابين باضطراب الأكل بشراهة يُعانون من السمنة، و 25-50% قد يخضعون لجراحة إنقاص الوزن، لذلك يوجد ترابط بين وزن الشخص وحالة اضطراب الأكل بشراهة.

عدم الرضا عن شكل الجسم:

إذ يعود هذا الأمر سلباً على نفسية المصاب مسبباً الإفراط في تناول الطعام، بالتالي زيادة خطر الإصابة باضطراب الأكل بشراهة.

2-3-8 الأكل بشراهة مدّة طويلة:

قد تكون عادة الأكل بشراهة موجودةً عند الشخص في مرحلة الطفولة والمراهقة ثم تطوّرت إلى الإصابة بهذا اضطراب. التعرّض لصدمة عاطفية: مثل التعرّض للإساءة، أو الوفاة، أو التعرّض لحادثة معينة، فقد يزيد ذلك من خطر الإصابة باضطراب الأكل بشراهة

2-3-9 الاضطرابات النفسية:

فقد أثبتت الدراسات أنّ 80% من الأشخاص المصابين باضطراب تناول الطعام بشراهة قد يُعانون من اضطرابات نفسيّة، بما في ذلك الرهاب، والاكتئاب، واضطراب ما بعد الصدمة، والاضطراب ثنائي القطب، أو القلق.

2-3-10 التعرّض للإجهاد النفسي:

إذ قد يزيد التعرّض للإجهاد والمشاعر السلبية من زيادة تناول الطعام بشراهة

2-4 معايير التشخيص :

شرح (Witkowski, p, 2018, p3) في عام 1959 نشر "ستنكارد" ملاحظة سريرية تفيد بأن بعض الأفراد الذين يعانون من السمنة المفرطة بأنهم يعانون من نوبات مؤلمة من الإفراط في تناول الطعام يت عرضون لها خارج نطاق سيطرتهم وسط "ستنكارد" الإفراط في تناول الطعام بأنه "ذو جوده متحمسة" ولاحظ أن كميات هائلة عن الطعام يتم استهلاكها في فترات قصيرة الطعام نسبيا. وقد لاحظ أن الإفراط في تناول الطعام مرتبط كثيرا بالحدث معين ويتبعة 40 عاما أدت الملاحظة السريرية "ستنكارد" إلى تحديد اضطراب الشراهة BED وقد تم التضامن BED في مختلف الإصدار الرابع من الدليل التشخيصي والإحصائي للعقلية الاضطراب باعتبارها اضطرابات المزيد من الدراسة وتم ترميمها أيضا كمثال للاضطراب الأكل غير محدد بخلاف ذلك (EDNOS) حفز إدخال BED إلى (DSM-IV) لكثير من البحث على مدى العقد الماضي بالإضافة إلى العديد من الأسئلة الهامة المتعلقة بفائدة هذا التشخيص الجديد لا توجد فئة بالتشخيص خاص في المراجعة العاشرة المنظمة الصحية العالمية سنة 1992 يتم عرض معايير التشخيص الموصى بها حاليا لـ BED:

- الأكل في الفترة الزمنية المنفصلة على سبيل المثال خلال أي فترة ساعتين لمة من الطعام الذي هو بالتأكيد اكبر مما قد يأكله معظم الناس خلال فترة زمنية غير متوقعة في ظروف مماثله
- الشعور بفقدان السيطرة أثناء الحلقات على سبيل المثال الشعور بان المرء لا يستطيع التوقف عن الأكل أو التحكم

➤ ترابط النوبات شراهة بثلاثة أو أكثر مما يلي واحده الأكل بسرعة اكبر بكثير من المعتاد

القطم حتى الشعور بالشبع

- الشعور بالاشمئزاز من ذاته والاكنتاب و الشعور بالذنب البالغ فيه بعد الإفراط في الأكل
- وجود ذائقه ملحوظة في ما يتعلق بالشراهة
- حالة النهم هذه توجد في المتوسط ليومين في الأسبوع لمدة 6 أشهر

2-5 علاج الشراهة:

جذبت مشكلة البدانة اهتماما متزايدا في العالم الغربي لسببين كما وضحه (عطاءالله، 2008، ص287)

1. صحي:

- ❖ -تراكم الأدلة لمخاطر البدانة على الصحة
- ❖ -تزايد ضغوطات الاتجاهات الاجتماعية في اتجاه تفصيل القوام النحيل ضغوط حيث تعد البدانة الآن وصمة.
- ❖ أساليب العلاج المختلفة تؤكد على أهمية التحكم في الطعام المستهلك ، على الرغم من التباين في التركيز على توعية الغذاء.
- ❖ العلاج الغذائي للبدانة نتائج غير مشجعة. يشير برونديل ووادن. أن احتمال الشفاء من السرطان أيسر من السمنة.
- ❖ يهدف العلاج إلى التقليل من كميات الطعام وتغيير العادات الصحية، ومن أهم العلاجات المستخدمة في ذلك كما توصل له (Mayoclinic, 2020P25-30) ما يأتي:

2. العلاج النفسي:

- ❖ يساعد العلاج النفسي في استبدال العادات غير الصحية بالعادات الصحية والتقليل من نوبات تناول الطعام بشراهة، ويتضمن ما يأتي:

3-العلاج السلوكي المعرفي (CBT)،

ساعد هذا العلاج على التعامل بطريقة صحيحة مع المشاعر السلبية التي تُسبب تناول الطعام بشراهة، مثل مشاعر الاكنتاب.

4-العلاج النفسي للعلاقات بين الأشخاص،

يعتبر هو العلاج الذي يُستخدم للتركيز على العلاقات مع الآخرين، ويهدف أيضًا إلى تحسين مهارات التواصل معهم، بما في ذلك العائلة والأصدقاء وزملاء العمل، ويُساعد في تقليل الإفراط في تناول الطعام الذي تُسببه العلاقات الاجتماعية غير الصحية.

5-العلاج السلوكي الجدلي (DBT)،

توصل (Fogarty, S, 2016). أن العلاج الذي يُساعد في التحكم بالضغط الناتج من الإجهاد والتوتر، ويُساعد في تنظيم المشاعر مع الآخرين، ويقلل من الرغبة بالإفراط في تناول الطعام. العلاج بالأدوية: يُستخدم دواء ديكستروأمفيتامين لعلاج اضطرابات تناول الطعام بشراهة، وهو دواء يُستخدم لاضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه، لكن تمت الموافقة عليه من قبل إدارة الغذاء والدواء لعلاج اضطراب الأكل بشراهة، وتجدر الإشارة إلى أنّ له العديد من الآثار الجانبية الشائعة، مثل جفاف الفم والأرق، إضافةً إلى ذلك تساعد عدة أنواع أخرى من الأدوية في تقليل الأعراض، أهمها:

- ❖ توبراميت وهو الدواء المستخدم في التحكم بالنوبات، لكن قد يُستخدم في الحد من نوبات الأكل بشراهة، وقد يشعر الشخص بالعديد من الآثار الجانبية، بما في ذلك الشعور بالدوخة، والعصبية، والنعاس، وصُعوبة التركيز، لذا يجب استشارة الطبيب قبل تناول هذا النوع من الأدوية. مضادات الاكتئاب، قد تُساعد في التقليل من الإفراط في تناول الطعام، وذلك من خلال التأثير على بعض المواد الكيميائية الموجودة في الدماغ التي ترتبط مباشرةً بالتحكم بالمزاج.
- ❖ برامج العلاج السلوكي لإنقاص الوزن: من خلال التخطيط لوجبات غذائية تُساعد على فقدان الوزن، والتقليل من نوبات الإفراط في الأكل، ويجب أن تكون برامج إنقاص الوزن تحت إشراف اختصاصي أو طبيب للتأكد من تناول الأطعمة التي تحتوي كافة العناصر الغذائية التي يحتاجها الجسم، كما يجب علاج الحالة الأساسية قبل البدء بتطبيقها.
- ❖ هدف العلاج إلى التقليل من كميات الطعام وتغيير العادات الصحية، ومن أهم العلاجات المستخدمة في ذلك ذكر فيها (عطالله، 2008، ص281-288-289) ما يأتي:

3-العلاج السلوكي المعرفي	2-العلاج المعرفي:	1- العلاج السلوكي
<p>- وجود أن بعض الحالات لا تحقيق إطلاق الوزن المستهدف وفي هذه الحالة تصبح المساعدة اكتساب السعادة بصحة جسمية ونفسية أفضل والبرامج تشمل:</p>	<p>-تعديل الأفكار التي تشجع الانتكاس الغذائي</p>	<p>-تقديم إطار من التوصيات الغذائية الأساسية المتعلقة بكمية الطعام والأنشطة</p>
<p>1-مراقبة الذات باستخدام السجلات اليومية للأكل والرياضة.</p>	<p>-خفض الأفكار والتعبيرات السلبية والناقذة للذات وتشجيع التقدير الإيجابي للذات.</p>	<p>برامج التحكم في الأكل للحد من تكرار الأكل وسرعة تناول من تعليم إجراءات التحكم في النفس وتشمل ضبط المثيرات التمييزية للأكل ومكافأة.</p>
		<p>-الأكل بطريقة، ومعتدلة ملائمة وخفض القيمة التعزيزية للطعام.</p>
<p>2- تحديد الأهداف العلاجية بشكل واقعي (التاريخ الخاص بالوزن ،اعتبارات صحية معلومات المعالج حول الوزن المتوقع فقده للحالة)</p>	<p>-تقديم معلومات تؤكد أهمية الأكل المتوازن والصحي ونمط الحياة النشطة.</p>	<p>-معالجة 8 نساء بدينات بهذه الأساليب والنتائج فعالة ومثيرة.</p>

<p>3-تحديد وتعديل المنبهات التمييزية البيئية.(التحليل الوظيفي للسلوك ABC)</p>	<p>-استراتيجية سويال لتحسين صورة الجسم:</p>	<p>-النتائج العلاجية لزيادة مستويات النشاط كانت أكثر تعلقا بالمحافظة على الوزن الجديد من تعلقها بفقدان جوهري للوزن.</p>
<p>4-تبدال النمط الغذائي:</p>	<p>أ-الاعتراف بالوصمة</p>	<p>-تناول أغذية ذات سرعات حرارية شديدة الانخفاض إلى جانب العلاج السلوكي لتحقيق فقدان كبير وسريع للوزن. إلا أن فقدان السريع للوزن لا يستمر طويلا. فلا توجد منيرة محققة للعلاج المشترك.</p>
<p>أ- الأكل ببطء يستثير إشارات الشبع.</p>	<p>ب- الاستعداد للموقف الممثل للوصمة</p>	
<p>ب-زيادة الوقت الذي يستغريه الأكل المثير للبهجة.</p>	<p>ج- استجب بشكل مناسب.</p>	
<p>ج-خفض معاناة الشعور بالذنب.</p>	<p>د-حل المشكلات التي يؤدي إليها الوصمة.</p>	

<p>*مناقشة وتصحيح الشائعة منها: *توضيح المؤشرات المباشرة للتحكم وخاصة في نمط الأكل الأنفعالي emotional eating والمساعدة في تطوير واستخدام أبدال مناسبة تكون غير متوافقة مع الحالة المزاجية السلبية.</p>		
<p>5- خفض مقدار الطاقة المكتسبة عن طريق التدريب والتعليم لاختبار الوجبات قليلة الدهون وزيادة الفيتامينات والألياف وفهم البيانات المرفقة بالأطعمة هو الخطوة الأولى.</p>	<p>1- إن البدنيين لا يأكلون أكثر من النحفاء</p>	
<p>6- زيادة استهلاك الطاقة بالنشاطات حيث أن ممارسة الرياضة تؤدي دورا تدعيميا بمجرد قيام الشخص بها،لذا يعد خفض مستوى النشاط أمرا منفرا</p>	<p>2- إن البدانة البسيطة أو المتوسطة لا تتضمن مخاطر صحة.</p>	
<p>7- تحديد المكونات المعرفية الانهزمية</p>	<p>3- وإن محددات البدانة بيولوجية أساسا.</p>	
<p>-تحسين صورة الجسم،</p>	<p>4- إن الغذائي النظام</p>	

خفض	:يخفض المعدل الأيضى ويعززالميل.	
	-لاختزان الدهون و بالتالي لا يوجد علاج فعال،ويمكن هنا تزويدهم بالبحوث الحديث الحديثة حول البدانة التي تلخص الحقائق حول النقاط السابقة.	
*التعرض التدريجي لمواقف محرجة		

❖ برامج العلاج السلوكي لإنقاص الوزن: من خلال ما تبين من أن التخطيط لوجبات غذائية تُساعد على فقدان الوزن، والتقليل من نوبات الإفراط في الأكل، ويجب أن تكون برامج إنقاص الوزن تحت إشراف اختصاصي أو طبيب للتأكد من تناول الأطعمة التي تحتوي كافة العناصر الغذائية التي يحتاجها الجسم، كما يجب علاج الحالة الأساسية قبل البدء بتطبيقها.

خلاصة

شَار هذا الفصل على أَنَّ اضطراب الأكل أحد الأمراض النفسِيَّة التي قد يُصَاب بها البعض كردَّة فعل لمواجهة حدث ما أو مشكلة معيَّنة، ما يؤثِّر على الحالة النفسِيَّة والصحيَّة للمريض، تترافق اضطرابات الأكل غالبًا مع سَيَلٍ من الأفكار والعواطف المؤلمة والسلبية التي تُفقد الشخص زمام سيطرته على كمِّيَّات الطعام المفترض تناولها سواءً بفرط ذلك أو بإجحافه الشديد بحقِّ حاجة جسده للطعام

جانب التطبيقى

الفصل الثالث: الإجراءات المنهجية لدراسة الميدانية

تمهيد

1- المنهجية

2- حدود الدراسة

3 -مجموعة الدراسة

3-1 شروط انتقاء مجموعة الدراسة

3-2 خصائص مجموعة الدراسة

4- أدوات الدراسة

5- الدراسة الاستطلاعية

تمهيد

الجانب تطبيقي يتم التطرق إلى المنهج المتبع والخلفية النظرية لهذه الدراسة وكذلك الأدوات المستعملة والدراسة الاستطلاعية والتطرق كذلك لحدود الدراسة وكيفية تطبيق المقياس على مجموعه البحث المنتقاء للدراسة، والهدف من هذا الجانب الولوج إلى الميدان وتطبيق المعارف والربط الجانب النظري بالجانب التطبيقي بهدف جامع المعلومات وفق الإطار المنهجي المتبع من أجل التوصل إلى نتائج تخدم الدراسة وتختبر مدى صحة الفرضية.

1- المنهجية

1-1 منهج الدراسة

في بحثنا على المنهج العيادي كونه المنهج يهتم بدراسة الفرد في شموليته وإذا يتم التركيز من خلال على الدراسة الشخص من كل جوانب من حيث البنية الشخصية نشأة وطبيعة الصراعات القائمة في التاريخ الشخصي كون هذا المنهج يقوم على دراسة حالة والتي تهتم بوضع ملف لكل حالة وحدها ودراستها دراسة مفصلة بحيث هي الطريقة للحصول على المعلومات الشاملة من الحالات المدرسة وهي طريقه تهتم بالوقف الكلي للفرد وتعتمد على التاريخ الشخصي للفرد وتحدد كل العوامل المؤثرة المتأثرة بالموضوع والكشف عن أسباب المتدخلة في الحالة وإيجاد حلول لها والمنهج العيادي حسب (عواطف،م، 1900 ص86) وهو الطريق التي تنتظر إلى السلوك من المنظور الخاص فهي تحاول كشف عن مكنون الفرد والمنهج العيادي وهو جملة التقنيات المستخدمة في إطار العمل النفسانيين فهو يركز على ملاحظة ويعتمد بشكل كبير على دراسة الحالات الفردية.

إما بالنسبة للإطار النظري فقد اعتمدنا على نظريه تحليلية في دراستنا وهذه وهذا راجع إلى الدوافع الشخصي أولاً كوني أهتم كثيراً بالتحليل النفسي وثانياً كون النظرية التحليلية تطرقت للصدمة النفسية واهتمت بالعصابات بشكل عام، ولأن هذه النظرية تركز على الأسباب والتاريخ المرض للحالة، ولا تركز فقط على إزالة العرض، بل تدرس السبب وتعالجه ليتم القضاء على العرض تلقائياً، ولأن من الهدف الأخصائي النفسي معالجة الاضطرابات لابد من معالجة السبب أولاً والتطرق إلى التاريخ المرضي والشخصي والعودة إلى أولى مراحل في الحياة الإنسان، لان عدم معالجة السبب والقضاء على العرض، فحينها يأخذ الاضطراب مسلكاً آخر وهذا هو الهدف من اختبار النظرية التحليلية كخلفية نظرية وكإطار علاجي.

2- حدود الدراسة :

يتم تطبيق هذه الدراسة على أربعة حالات تعرضوا للصدمة النفسية يترددون على مكتب الأخصائية النفسية على مستوى مستشفى محمد بوضياف لولاية البويرة، أما فيما يخص الزمن فكانت الدراسة للسنة الحالية، السنة الثانية ماستر، بحيث بدأت إجراءات الدراسة من بداية السنة الجامعية 2021-2022

3-مجموعة الدراسة:

تتضمن مجموعة دراستنا حالات متواجدين ضمن مكتب الأخصائية النفسية بحيث يتم إجرا مقابلة وتطبيق الأدوات المخصصة لدراستنا هذه بهدف التوصل على النتائج تؤكد أو تنفي صحة فرضيتنا

3-1 شروط انتقاء مجموعة الدراسة:

لاختيار مجموعة البحث لهذه الدراسة كان يجب أن تتوفر فيها عدة شروط من بينها:

- ✓ جنس : أن تكون مجموعة الدراسة ينتمون إلى جنس إناث
- ✓ السن: يجب أن تكون أفراد مجموعة الدراسة ينتمون إلى فئة الراشدين الذين تتراوح أعمارهم ما بين 25-30 سنة
- ✓ الوزن: يحدد الوزن أفراد مجموعة بمقدار أكبر من 25 أو يساوي 25 من الوزن الأصلي

3-2- خصائص مجموعة الدراسة:

بالنسبة لخصائص مجموعة البحث فإنها تكون في جدول يحتوي على خصائص كل حالة على حدا فيتم انتقاء مجموعة البحث وهي تتميز بخواص وسمات محددة ، جنس ،السن ،الوزن

4- أدوات الدراسة:

اعتمدنا في هذه الدراسة على أدوات مختلة بهدف جمع اكبر قدر من المعلومات التي تخدم دراستنا والتي تلم بالجوانب الشخصية للحالة وبالتالي دراسة كل حالة لوحدها للتأكد من صحة الفريضة

4-1مقابله نصف موجهة

أن طبيعة الدراسة التي تقوم بها تستدعي استعمال مقابله مواجهه لأنها تخدم الدراسة فهي ليست مفتوحة تماما وإذا أنها تحدد المبحوث مجال السؤال وتعطيه نوعا من الحرية في حدود السؤال .

ويعرف (غانم ،م،2004ص171) مقابل موجه بأنها سلسلة من الأسئلة التي يعمل منها الباحث الحصول على الإجابة من الملحوس ومن المفهوم طبعا أن هذا الأسلوب لا يأخذ شكل تحقيق وانما تدخل فيه موضوع ضروري لدراسة خلال محادثه التكافل قدرا كبيرا من الحرية التصرف ويحرس البحث إلا يقترح إي إجابات مباشر أو غير مباشر

والإجراء هذه المقابلة قمنا بصياغة مجموعه من لإجراء هذه المقابلة قمنا بصياغة مجموعه من العروض في الصورة دليل المقابلة الذي يحتوي على محاور ،بعد بيانات الشخصية تكون محاور التالية :

المحور الأول: الحالة الصحية

المحور الثاني: الحالة النفسية

المحور الثالث :علاقات الاجتماعية

المحور الرابع : التطلعات المستقبلية

وقد اعتمدنا في هذه دراسة على مقابله نصف موجهه لأنها تخدم الأعراض السابقة ذكر كونها تسمح للمفحوص بالتحدث بنوع من الحرية والتدخل الأخصائية يكون نوع مع توجيهي يحاول إن يحصر هو في إطار موضوع دراسة لكن يترك له الحرية الكلام

-2الأداة:

4-2-1مقياس لدافيدسون الكرب ما بعد الصدمة (1987):

اعتمدنا في دراستنا على مقياس داتسون لاضطراب الكرب ما بعد الصدمة الذي تطرق له(بن يوب،أ،2017،ص110)كالاتي

تعريف المقياس

يتكون هذا المقياس من 17 بند لقياس الخبرة الصادمة تماثل من تمثل الصيغة التشخيصية الرابعة للطب النفسي الأمريكية يتم تقسيم بنود المقياس إلى ثلاث مقاييس فرعية وهي

-الاستعادة الخبرة الصادمة وتشمل بنود التالية (1 . 2 . 3 . 4 . 17)

تجنب الخبرة الصادمة وتشمل البنود التالية:(5_6_7_8_9_10_11)

الاستثارة وتشمل البنود التالية(12_13_14_15_16)

ويتم حساب النقاط على المقياس المكون من خمس نقاط من(0إلى4)

يكون السؤال المفحوص من الأعراض في الأسبوع المنصرم ويكون مجموع درجات 153 نقطة حسب درجه الكرب ما بعد الصدمة يتم تشخيص الحالات التي تعاني من الكرب ما بعد الصدمة بحسب ما يلي

- عرض من الأعراض استعادة الخبرة الصادمة.
- أعراض من أعراض التجنب.
- عرض من أعراض الاستعارة

اخترنا هذا المقياس كأداة في دراستنا لسهولة أسئلة ووضوحها وكذلك عدد الأسئلة ليس بكثير وبالتالي المبحوث لا يمل من الإجابة عنهم وكذلك و كذلك لسهولة استخدام ،بالنسبة لى كباحثة،كذلك وجدنا أن هذا المقياس كيف على البيئة الجزائرية بعد التأكيد من صدقه وثباته

و بخصوص صدقه على البيئة الجزائرية وضح(الموشي ، ع، 2019 ، ص 125)، فقد تم اختياره بعدة طرق من طرف الكثير من الناحش الجزائريين بهدف معرفة ملائمته مع البيئة الجزائرية ، فعلى سبيل المثال قامت أمينة من التواتي (2015) بجامعة ورقلة بحساب صدقه بالاعتماد على طريقة المقارنة الطرفية للمقياس و توصلت إلى أنه يتمتع بدرجة عالية من الصدق ، كما قامت باختيار ثباته بطريقة ألفا كرونباخ ، و توصلت أيضا إلى تمتعه بثبات قدره 0.77 معامل عال من الثبات

4-2 مقياس تشخيص اضطراب الأكل :

وضح (Straus ,M,2016p60) أن مقياس تشخيص اضطراب الأكل هو 22 بند تقرير ذاتي الاستبيان الذي يقيم وجود ثلاثة اضطرابات الأكل؛ فقدان الشهية العصبي، الشره المرضي العصبي واضطراب الأكل الشراهة. تم تكييفها من قبل Stice وآخرون في عام 2000 من المقابلة النفسية المنظمة المصادق عليها: فحص اضطراب الأكل ووحدة اضطراب الأكل في المقابلة السريرية المنظمة لـ DSM-IV 16. أجريت دراسة لاستكمال البحوث EDDS؛ عملية إنشاء الاستبيان والانتهاه منه. مجموعة من الناس الاضطرابات الأكل الباحثين تلقي نظرة على نسخة أولية من الاستبيان واتخاذ قرار نهائي من الأسئلة التي وضعت على الاستبيان النهائي مع الأسئلة 22. يبدأ الاستبيان بأسئلة حول مشاعر المريض تجاه مظهره الجسدي، وبالتحديد الوزن. ثم، فإنه يمضي إلى أسئلة حول وجود نوبات من تناول الطعام مع فقدان السيطرة وكيف شعر بعد الإفراط في تناول الطعام. الأسئلة بعد ذلك هي حول

تجربة المريض في الصيام، مما يجعل أنفسهم يتقيأون ويستخدمون المسهلات لمنع زيادة الوزن. وسوف تسأل بعد ذلك كم من مشاكل صورة الجسم تؤثر على علاقتك والصدقة مع الآخرين. وأخيراً، يسأل الاستبيان عن وزن المريض الحالي وطوله وجنسه وعمره. يستخدم استبيان EDDS للباحثين لتقديم بعض العلاجات لأنواع الثلاثة من اضطرابات الأكل. إنه أكثر فاعلية من إجراء مقابلة لأنه من الأسهل الحصول على نتيجة، من مجموعة من المشاركين، باستخدام الاستبيان المكون من 22 سؤالاً. يعد الاضطرار إلى إجراء مقابلة مع كل مشارك طريقة أصعب وتستغرق وقتاً طويلاً للحصول على نتيجة. هذا الاستبيان مفيد أيضاً للرعاية الأولية / الأعراض السريرية لتحديد المرضى الذين يعانون من أمراض الأكل. في دراسات متابعة لمصدقية وصلاحية EDDS ، تبين أنها حساسة بدرجة كافية للكشف عن آثار برامج الوقاية من اضطرابات الأكل، والاستجابة لمثل هذه البرامج، والظهور المستقبلي لعلم أمراض اضطرابات الأكل والاكتئاب. يُظهر EDDS التشخيصات الكاملة وتحت الحد الأدنى لفقدان الشهية العصبي والشهية المرضية العصبي واضطراب الأكل بنهم. EDDS هي نتيجة مركبة لأعراض اضطراب الأكل المستمر تستخدم مجموعة أدوات PhenX EDDS لبروتوكول فحص اضطرابات الأكل.

4-2-1 تعريف المقياس:

جاء على (Straus & M:2004P60-61) أنه مقياس مكون من 22 عنصر يقوم بتقييم الأعراض المدرجة في دليل التشخيص الإحصائي الاضطرابات النفسية الرابعة الاضطرابات التالية: فقدان الشهية العصبي واضطراب النهم الطعام (الشراهة) صياغة البنود المعايير الأعراض بما في ذلك معايير متعلقة بالأطعمة الزمنية التي يجب أن تكون الأعراض موجودة فيها تقدم بيانات النفسية الأولية دليلاً على مصداقية المقياس المرض على سبيل المثال إعادة اختبار والصلاحية على سبيل المثال المحتوى وصلاحية مقترية استنتج المؤلفون أن هذا المقياس قد يكون مفيداً في نهاية لتقييم اضطراب الأكل في علم الأمراض وتطبيق أبحاث العلاج وذلك إعداد السريرية تقليديه حيث تكون مقابلات النفسية منظمه اقل جدوى

تسجيل النقاط الخاصة بالاضطراب الأكل (EDDS) :

وتقوم الخوارزمية التسجيل النقاط اضطراب الاكل EDDBS تشخيص أوجه التشابه التي تستخدم اختبار اضطراب الاكل (EDE) ويتم طلب بيانات تسجيل نقاط المحسوبة بحيث تشخيص الشهية المرضية العصبي يستبق تشخيص اضطراب الأكل النهم والتشخيص فقدان الشهية العصبي تشخيص شهية المرضية

فقدان الشهية العصبي: البنود: 20-19-21-2-3-4

الشهر المرضي العصبي يتم تشخيص شره المرضي العصبي في الدليل التشخيص والاضطرابات النفسية (DSM-IV) اذ بلغ

(أ) الفرد الإفراط في الأكل المنتظم الذي يتم فقدان السيطرة والاستهلاك كميات كبيرة من الطعام كما هو فهرس الاستجابة نعم لEDDS البنود : 5_6_8

(ب) استخدام المنتظم للسلوكيات التعويضية الفهرس بالاستجابة على مجموعه بنود: 16_17_18

(ج) التأثير غير مبرر لوزن الجسم أو الشكل على تقييم الذاتي كما هو في فهرس: البنود 3_4

اضطراب الشرهية يتم تشخيص اضطراب شرهية DSM-IV :

التقارير الفردية (أ) نوبات الأكل المنتظمة التي يتم يتميز بفقدان محسوس للتحكم والاستهلاك كميات كبيرة من الطعام كما هو الفهرس البنود 5-6-7

(ب) تأييد ما لا يقل عن ثلاثة من الميزات التي قد ترتبط بنهم الأكل كما هو الفهرس بالاستجابة عن 3 على الأقل من ميزات الواضحة عن العناصر 13 12 11 10 9 EDDS

(ج) ذائقه ملحوظة في بالرد نعم على البنود 14 وعدم وجود اي سلوكيات تعويضية على النحو الذي يعكس 0 استجابة لعناصر EDDS البنود 15 16 17 18

4-2-2- الخصائص السكومترية مقياس اضطراب الأكل

للخصائص السكومترية تطرق لها (Straus, M :2004P60-61-) كمايلي:

- ❖ إعادة الاختبار لتشخيص اضطراب الأكل للنتيجة الإجمالية لمقياس القيمة.
- ❖ فيما يتعلق بالاتساق الداخلي ل EDDS ، قدم ألفا كرونباخ للعينة بأكملها.
- ❖ كشفت صلاحية المعيار عن معامل يعكس الاتفاق بين التشخيص الذي تم إجراؤه باستخدام المقابلة المنظمة و EDDS ،
- ❖ أولاً: إجراء تحليل عامل استكشافي لهيكل EDDS ، متبوعاً بتحليل عامل تأكيد.

❖ ثانياً: تم تقييم موثوقية وصدق الأبعاد الناتجة.

❖ تحليل عامل استكشافي بواسطة Lee and كشف زملاء العمل عن أربعة أبعاد: عدم رضا

الجسم ، وسلوكيات الشراة ، وتكرار الشراة ، وتكرار السلوكيات التعويضية

4-2-3- صدق المحكمين

تم عرض المقياس في صورته المبدئية على عدد من أعضاء هيئة التدريس بقسم علم النفس ، وذلك بغرض إبداء الرأي في مدى إنتماء العبارة للأبعاد التي تقيسها ومدى مناسبتها لمجموعة الدراسة ، وكانت نسبة إتفاق المحكمين على عبارات المقياس وقد راعت الباحثة التوصيات والملاحظات التي أوصى بها السادة المحكمون وهي : الإبتعاد عن العبارات المقررة ، تغيير عدد من عبارات متكررة بدون معنى وذلك لى ترجمة من اللغة العربية إلى اللغة الإنجليزية ، دمج بعض عبارات المقياس ، وصياغة العبارات بلغة بسيطة وسهلة حتى يتسنى الإجابة عليها بسهولة وفي ضوء آراء السادة المحكمين تم إستبعاد (١١ عبارة) لم يتم الإتفاق عليها ، وأعيدت صياغة بعض العبارات الأخرى ، وتم نقل بعض العبارات من البعد اللغوى إلى البعد النفسي وبذلك يتكون المقياس من (22 بند) عبارة موزعة على بعدين المقياس حتى لا تستغرق من المرضى وقتاً طويلاً في الإجابة مما قد يشعره بالملل والضيق . .

5- الدراسة الاستطلاعية:

يعرفها (بركات،م، 1975ص30) أنها دراسة مسحية استكشافية ، وهي من أهم المراحل في البحث العلمي نظرا لارتباطها المباشر بالميدان مما يضيف الموضوعية في البحث ، والابتعاد قدر الإمكان عن الذاتية والتصور وبناء على التجربة الاستطلاعية وعلى ما يصادف الباحث من صعوبات ، وما يظهر له من النواحي التي تشوب التغيير ، فإنه يقوم على المراجعة النهائية لخطوات البحث حتى يكون مطمئنا السلامة التنفيذ ، فهذه هي الفرصة الوحيدة للتعديل ، وحتى يتسنى له بعد ذلك التطبيق وضبط المتغيرات والتأكد من الفرضيات المقترحة ومعرفة مدى صلاحية الوسائل المنهجية في البحث

الدراسة الاستطلاعية مرحلة مهمة في البحث العلمي نظرا لارتباطاتها بالميدان فمن خلالها نتأكد من وجود مجتمع البحث . فحسب الباحث (عيساوي،ع،1992ص30) : الدراسة الاستطلاعية هي دراسة استكشافية تسمح للباحث بالحصول على معلومات أولية حول موضوع بحثه ، كما تسمح لنا كذلك بالتعرف على الظروف و الإمكانيات المتوفرة في الميدان ومدى صلاحية الوسائل المنهجية المستعملة قصد ضبط متغيرات البحث .

وتعتبر جزء من مهم من الدراسة في جانبها الميداني وفي البحث ككل ، فهي تسمح بالتقرب أكثر من فهم الموضوع والإلمام به وتوظيف المعلومات النظرية التي تحصلنا عليها لإزالة كل غموض أو التباس يحيط بالموضوع . ومن جهة أخرى التعرف على مدى ملائمة الظروف للقيام بهذه الدراسة والتأكد من صحة توافق المنهج المختار للدراسة مع متغيراتها ، لذا يتم إجراء المقابلة نصف موجهة ومقياس . يجب القيام بإجراءات الدراسة الميدانية بزيارة مستشفى محمد بوضياف ولاية البويرة للحصول على ترخيص من إدارة ، وفي هذا الوقت يبدأ العمل بتحديد مجموعة البحث، ثم إجراء مقابلة أولية مع حالات لشرح لهن أهداف هذه الدراسة في إطار هذا الموضوع ، ثم القيام بالمقابلات من خلال الأسئلة النصف موجهة حول ما تمثله هذه الشراهة في حياتهم وما هي تأثيرات النفسية، ومدى وضوح محاور المقابلة ومدى قابلية الإجابة عن الأسئلة المكونة لها .

1-5- الهدف من الدراسة الاستطلاعية :

- ✓ . تهدف الدراسة الاستطلاعية إلى التأكد من وجود مجتمع البحث .
- ✓ وجود ظروف ملائمة لإنجاز هذا البحث .
- ✓ أيضا التأكد من أن أسئلة محاور المقابلة من أنها مفهومة وواضحة بالنسبة للحالة .
- ✓ كما تكتشف من خلالها العراقيل التي يمكن أن تواجهنا أثناء تطبيق الأدوات .
- ✓ تسمح لنا باختبار فرضيات البحث ، ففي الحالة العادية عندما عذر علينا اختبار الفرضيات يتطلب منا تعديل الأسئلة أو إضافة بعض الأسئلة .

الفصل الرابع

عرض و تحليل محتوى النتائج

ومناقشتها

الفصل الرابع: عرض و تحليل محتوى النتائج ومناقشتها

- عرض و تحليل محتوى النتائج

1- تقديم الحالة

2- عرض وتحليل نتائج المقابلة

3- عرض وتحليل نتائج المقياس

4- مناقشة نتائج

5- المناقشة العامة

6- الاستنتاج العام

تمهيد

فبعد استعراض منهج الدراسة وأهم تقنيات الدراسة، التي لم نستطيع تطبيقها على الواقع، لكننا قمنا بوضع فصل آخر والمتمثل في عرض وتحليل النتائج ومناقشتها، بحيث يكمن الهدف من وراء هذا العمل إلى مناقشة وتحليل النتائج التي قمنا بجمعها وذلك من أجل الإجابة عن فرضية الدراسة لكن نظرا للظروف والصحية تعذر علينا القيام بهذا الجانب .

عرض وتحليل محتوى النتائج

بعد جمع البيانات بواسطة الأدوات العلمية المقننة والمعتمدة في هذه الدراسة يتم تحليل محتوى وعرض نتائج هذه الأدوات حساب نتائج المقاييس وتحليل المقابلة.

1-تقديم الحالة

في هذا العنصر سنقوم بتقديم وعرض المعلومات الخاصة للحالة (الاسم المستعار،الجنس ،السن،الحالة العائلية وتاريخ الحالة)، لكل حالة من حالات التي قمنا بتقديمها

2-عرض وتحليل محتوى نتائج المقابلة:

يتم فيها تحليل محتوى المقابلة التي قمنا بها مع الحالات كل محور على حدا.

3-عرض و تحليل لمحتوى نتائج مقياس:

وفي هذا العنصر ستقوم بتقديم نتائج المقياس الخاص بحالات ،نقوم بتكرار نفس عملية بنسبة لكل حالة بعد حالة.

4-مناقشة النتائج:

نقوم بمناقشة المقابلة وربطها بنتائج المقياس بالنسبة لكل حالة هذا على ضوء متطرفنا إليه في جانب النظري وتكرر نفس العملية بالنسبة لكل الحالات واحدة تلوى الأخرى.

5-المناقشة العامة:

نقوم بمناقشة كل الحالات مع تدعيمها بما جاء في الجانب النظري.

6-الاستنتاج العام

نقوم في هذه المرحلة بمقارنة نتائج بحثنا مع نتائج الدراسات السابقة التي تطرقنا إليها في الجانب النظري نقوم أولاً بدراسة فرضية البحث وكل هذا البحث يتمحور حول تحقيقها أو نفيها . مهما كانت النتيجة فهي تؤثر على البحث بالإيجاب لأننا لا يجب أن نعطي للنتائج أكثر مما تستحق .

الخلاصة العامة

يقول Sillamy في إطار تعريفه لمصطلح الدافعية: " يميز علم النفس الكلاسيكي بين البواعث والدوافع ، فالأولى هي الأسباب الفكرية لأفعالنا أما الثانية فهي الأسباب العاطفية ، ولكن هذا التمييز مصطنع وعبثي ، ففي الواقع وعلى مستوى جوهر تصرفاتنا ليس هنالك فقط سبب واحد ، بل مجموعة من العوامل التي لا يمكن فصلها ، عوامل شعورية ولا شعورية، تحكم تصرفاتنا واختياراتنا يصعب الفصل بينها ، وبعد هذا التوضيح سأحاول هنا إذن استشفاف الدوافع التي دفعتني لاختيار موضوع. قرأت أثناء فترة جائحة كورونا واستغلال الفترة حجر الصحي في مطالعه لفت انتباه كتاب المرأة واضطراباتها النفسية وعقلية للأستاذ الدكتور محمد غانم الذي يتمثل في اضطرابات الأكل وعلاقته بالحالة النفسية للفرد وبين الرغبة الملحة لتناول الطعام أو عزوف عنه. من هنا كان اختيار موضوع الشراهة وعلاقته باضطرابات النفسية كنت خلالها مترددة من جهة إزاء فكرة الموضوع التي تعتبر هذه الفئة مصابين بالشراهة مهمشين لقلة مجتمع البحث واهتمام بموضوع اضطراب الأكل وإشارة أيضا إلى أن مصابين باضطرابات الأكل يعانون من نقص في التكفل. حينما كنت أطلع ذلك الكتاب كان يدور في ذهني مجموعة من التساؤلات التي جعلتني أبحث عن بعض المراجع التي تناولت هذه المشكلات. مطالعتي جعلني أشعر أن تلك المشكلة مرتبطة بعدم إهتمام المختصين في تكفل بهذه فئة . هل يمكنني كنفساني تناول المشكلات النفسية للأفراد مصابين بالشراهة ولا شك أن ذلك العمل يتطلب وجود تنسيق مع أخصائية نفسية بتوازي مع أخصائية التغذية في عيادة "حجوج حكيمة" وبالمتابعة تم تحديد مجتمع الدراسة تبعا لطبيعة موضوع الدراسة والمتمثل في : الصدمة النفسية وإثرها في ظهور الشراهة ولم يتسن لنا الحصول إلا على 4 حالات يمثلون مجموعة الدراسة، وتتراوح أعمارهم ما بين 25-30 سنة . يترددون على العيادة المتواجدة على مستوى مستشفى محمد بوضياف". وقمنا من خلال بحثنا هذا لتوصل إلى النتيجة وضعنا الفرضية على الشكل الآتي : تأثر الصدمة النفسية فظهور الشراهة لدي الراشدين. ومن أجل إثبات صحة الفرضية أو نفيها تطرقنا إلى الدراسة النظرية لكن تعذر علينا تطبيق نظرا لظروف الصحية لم يسعفنا الحظ لإتمام هذه الدراسة أي لم نقم بتطبيق الأدوات المقترحة لهذه الدراسة المتمثلة في المقابلة نصف موجهة ، و زيادة إلى ذلك مقياس اضطراب الأكل الذي مررناه على صدق المحكمين تم عرض المقياس في صورته المبدئية على عدد من أعضاء هيئة التدريس بقسم علم النفس

الخلاصة العامة

ووضعنا في الملاحق إمضاءاتهم. وكل هذه الخطوات تبين التحضير المنهجي الذي قمنا به بالنسبة للجانب التطبيقي.

الأفاق المستقبلية لهذا البحث:

بما أننا قمنا بالدراسة النظرية وتهيئة الأدوات العلمية والمنهجية نود أن يواصل باحثين آخرين في هذا المجال إكمال هذا البحث. تكون دراسة ميدانية شاملة في أوضاع جيدة وملائمة التي تبين صحة الفرضية أو عدمها

قائمة المراجع

قائمة المراجع باللغة العربية:

- 1- بركات ، م'، (1975) : علم النفس العيادي ، دار النهضة العربية ، بدون طبعة
- 2- النابلسي،أ،1991 الصدمة النفسية علم النفس الحروب والكوارث، ط5 ، دار النهضة العربية، بيروت لبنان،
- 3- الحواجرياً،2003،،الصدمة النفسية، دائرة التربية والتعليم وكالة الغوث غزة
- 4- عكاشة،أ،ط،2009: الطب النفسي المعاصر، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية،
- 5- عبد الخالق،أن1997 : فقدان الشهية العصبى، الكويت، مؤسسة الكويت التقدم العلمى
- 6- عيساوي ،ع،(1992) : الصحة النفسية و العقلية ، دار النهضة العربية ، بيروت ، لبنان
- 7- جمعية ،ي، 2000 الاضطرابات السلوكية وعلاجها القاهرة دار غريب
- 8- الزغمي،أ،، 2000 الاضطرابات السلوكية ط1 الأردن دار صفاء للنشر والتوزيع
- 9- حسن بد المعطي 2003 الاضطرابات النفسية في الطفولة والمراهقة القاهرة دار القاهرة.
- 10- واربدل 2000،جن : فحص اضطرابات الاكل،
- 11- س. ل. ليندزاي، ج. س. بول 2001 : مرجع في علم النفس الأكلينيكي للراشدين، ترجمة صفوت فرج، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية

- 12- رشاد ،م.، 2002 سيكولوجية الشره العصبي ط1 القاهرة عالم الكتب
- 13- الشربيني، ز، 1994، المشكلات النفسية عند الأطفال، القاهرة، دار الفكر العربي.. زكريا حلمى الشربيني، 2008، المشكلات النفسية عند الأطفال، القاهرة، دار الفكر العربي..
- 14- شقير، ز، 2002 إحذر اضطرابات الأكل، الشره العصبي، السمنة المفرطة، فقدان الشهية العصبي، مجلد 2، القاهرة، مكتبة النهضة المصرية .
- 15- صابر ،م، 2010 الكمالية العصائية (غير السوية) وعلاقتها باضطراب الأكل لدي عينة من طلاب الجامعة، شعبة الدراسات النفسية والاجتماعية، جامعة المنوفية
- 16- الخالدي، 2008، ع، إرشاد المجموعات الخاصة،
- 17- زقار، ع، 2003، الصدمة والحداد عند الطفل والمراهق ط1 الجزائر
- 18- عدنان، ح، 2006، الصدمة النفسية أشكالها العيادية وأبعادها ، (ط 1) ، لبنان ، دار الهدى للنشر والتوزيع .
- 19- النوبي ،م، 2010 اضطرابات الأكل لدي ذوي الاحتياجات الخاصة (رؤية اكلينيكية)، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، .
- 20- الدسوقي ،م، 2006 فقدان الشهية العصبي، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية .
- 21- الدسوقي، م، 2006 الشره العصبي، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية .
- 22- الدسوقي، م، 2007 اضطرابات الأكل، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية
- 23- النابلسي، م، 2003 السمنة اسبابها وعلاجها مجلة الثقافة النفسية، بيروت

1. عبد الموجود، س، 2001، اضطرابات الأكل لدى المراهقين والشباب وعلاقتها ببعض متغيرات الشخصية، علم النفس، العدد 59، السنة الخامسة عشر.
2. الزغاليل، أ، 2009 مشكلة اضطرابات الأكل عن طلبة الجامعة ومدى الإختلاف في اتجاهاتهم نحو ذلك تبعاً لبعض المتغيرات الديموغرافية، مجلة العلوم التربوية والنفسية، مجلد 10، العدد الأول،
3. الدسوقي، م، 2001 الشره العصبي من حيث علاقته ببعض المتغيرات النفسية، مجلد كلية التربية، جامعة عين شمس، العدد 25، الجزء الرابع .
4. الدسوقي ،م، 2002 فقدان الشهية العصبي من حيث علاقته ببعض المتغيرات النفسية والإجتماعية لدى عينة من طالبات الجامعة، مجلة كلية التربية، العدد 26، الجزء الثاني،
5. رشاد ،م، 2003 التنبؤ بالشره العصبي في ضوء بعض الأعراض العصابية لدى المراهق الأزهري، مجلة التربية، العدد، 118.
6. الهويش 2011، ف، فقدان الشهية العصبي وعلاقته بالمهارات الاجتماعية وبعض المتغيرات الديموغرافية لدى الطلاب والطالبات، دراسات نفسية، مجلد 21 أطروحات الدكتوراء:
1. بن يوب،،، مذكره ماجستير اضطراب الضغط ما بعد الصدمة لدى المراه المصابة بالسرطان الرحم جامعه ام البواقي سنة 2016 2017
2. بوعبيد،،، مذكره ماجستير ماذا فعاليه التقنيه EMDR في علاج اضطرابات ما بعد الصدمه لدى ضحايا الحوادث المرور دراسه ميدانيه عيادية لحالات الضغط ما بعد الصدمة جامعه ام البواقي (2020_ 2021)

3. حمادة،ع، 2008 العلاقة بين الوحدة النفسية واضطرابات الأكل لدى المراهقين المعاقين سمعياً، رسالة ماجستير غير منشوره، كلية التربية، جامعة بنها
4. كورو ،ع. مساهمه في دراسه محاوله الانتحار عند المراهق بعد تعرضه لصدمة الفشل أسباب وأستراتيجيات التكافل النفسي مذكرات ماجستير. جامعة سطيف (2009-2010)
5. لكحل وزنو ،ه، الصدمة النفسية عند ضحايا الصدمة دماغية مذكرات ماجستير جامعه سطيف (2) (2014)
6. شدالي ،ع، اطروحه دكتوراه انعكاسات الصدمة النفسية على توظيف النفسي لدى المبتوري الاطراف دراسه حاله من منظور نفسي عيادي جامعه بسكره (2016-2017)
7. حمادة،ع، 2008 العلاقة بين الوحدة النفسية واضطرابات الأكل لدى المراهقين المعاقين سمعياً، رسالة ماجستير غير منشوره، كلية التربية، جامعة بنها
8. منصورى ،ل، الصدمه النفسيه لدى المراه المصابه بسرطان الثدي وعلاقتها بالمسانده الاسريه دراسه ميدانيه بمستشفى الجامعي بن زرجب مذكرات ماجستير وهران جامعه وهران (2020_2021)
9. عيسي،إ، 2006 دافعية الإنجاز والإقدام علي المخاطره لدي ذوات فقدان الشهية والشهه العصبي والعاديات من المراهقات " دراسة مقارنة "، رسالة ماجستير غير منشوره، كلية التربية، جامعة طنطا فرع كفر الشيخ

قائمة المراجع باللغات الأجنبية:

1. Américain Psychiatric Association.Diagnostic and StatisticalManual for Mental Disorders fourth édition(DSM-IV).Washington,DC,:Américain Psychiatric press,1994

- Américain Psdychiatric Association Work Group on Rating Disorders. .2
Practice guideline for thé treatment for theatment of patients with rating
.Disorders(revision).Américain.journalof psychiatres.2000
- Anderson AE.Eating Disorders in mâles In:Brownell KD,Fairdurm .3
Gg,eds.Eating Disorders and obesity:a compréhensive handbook.New
.York:Guilford press,1995,177_187
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical .4
manual of mental disorders
- N,2015Traumatisme psychique et symbolisation Cas des ‘ALJENDI .5
victimes de guerre en Irak Thèse DE DOCTORAT DE PSYCHOLOGIE
.25septembre
- Adebayo,J. Y.,Olayide,R.,&Saheed,O. (2012).Influence of leadership .6
styles and emotional intelligence on job performance of local government
workers in osun state, Nigeria. Journal of Alternative Perspectives In The Social
,Sciences
- Brewerton ,DT,2007 Timothy D Brewerton Ating Disorders, Trauma, and .7
Comorbidity: Focus on PTSD Eating Disorders
- Brewerton, T. (2007). Eating Disorders, Trauma, and Comorbidity: Focus .8
.on PTSD. Eating disorders
- Burcin. M(2006)EXamination of the prevalence of eating disorders .9
behaviors at two distinct periods of timeamong first semester college
fresmen.PHD.University OF South Carolina

- Corstorphine , E. , Mountford , V. , Tomlinson , S. , Waller , G. , & in the .10
 , eating Meyer , C. (2007) . Distress tolerance disorders.Eating Behaviors
- Falissard,B(2007)Rating Disorders:interactions between. human .11
 .nutrition research and good behaviours Trends in good Science Technology
- .Mayo ,c, Retrieved " , "Binge-eating disorder 30-5-2020 .12
- EditedCassell,D,Larroca,F(1994)Thé Encyclopédies of obesity,and rating .13
 .Disorders.Fast on file Inc.New York
- Mitchell KS,2012. Comorbidity of partial and subthreshold PTSD among .14
 men and women with eating disorders in the National Comorbidity Survey-
 Replication Study. The International Journal of Eating Disorders.
 .doi:10.1002/eat.20965
- Robert,J,(2000)Rating Disorders in women and children:prévention, stress .15
 .management,and treatment,CRC presse,New York
- Rorty, M. (1996). Histories of childhood trauma and complex post- .16
 traumatic sequelae in women with eating disorders. Psychiatric Clinics of North
 America
- Stefano,s,BacaltchuK,J,Blay,S.,Hay,p(2006).self-helpl treatments for .17
 disorders of recurrent binge eating: asystematic review .Acta psychiatrica
 .Scandinavica
- Schulherr,S. (2008).Eating disorders, wiley publishing. Inc., Indiana .18
 .polis, Indiana

- Moore RH , Franko DL . Epidemiology of Binge Eating International .19
Journal of Eating Disorders , 2003
- Moore RH , Franko DL . Epidemiology of Binge Eating International .20
Journal of
Eating Disorders , 2003 ; 21 : 11-27 a.
- Psychological Assessment 2004-03: Vol 16 Iss 1, M, Strauss .21
- Forman .SF2018. Eating disorders: Overview of epidemiology, clinical .22
features, and diagnosis. <https://www.uptodate.com/contents/search>. Accessed
. ,Jan. 25
- Fogarty S2016, et al. The role of complementary and alternative medicine -24
in the treatment of eating disorders: A systematic review. Eating Behaviors
- Dr P. Witkowski 2018 Paris Du Binge Eating Disorder à l'obésité sévère -25
le 15 March 2018
- Pierre Marty(1980), l'ordre psychométrique des mouvements individuels -26
. vie et de mort ,2, payot, paris
- Vilija M, Romualdas M(2014). Unhealthy food in relation to -27
posttraumatic stress symptoms among adolescents. Appetite
- Hirth JM, Rahman M, Berenson AB (2011). The association of -28
posttraumatic stress disorder with fast food and soda consumption and unhealthy
. weight loss behaviors among young women

قائمة ملاحق

الملحق الأول: دليل المقابلة

المحور الأول : البيانات الشخصية

- الاسم :
- الجنس:
- الحالة الاجتماعية :.
- الحالة العائلية

المحور الأول : الحالة الصحية

- متى بدأت أعراض السمنة لديك ؟
- هل تعانيين من أمراض أخرى ؟ ما هي ؟
- هل هي سمنة وراثية أم مكتسبة ؟
- هل سبق لك أن قمت باتباع الحمية الغذائية ؟
- هل سبق لك استشارة الطبيب أو اجراء فحوصات طبية

المحور الثاني : الحالة النفسية ؟

- ماذا يقلقك أكثر في جسمك ؟ لماذا ؟
- هل تقارنين نفسك بالأخريات ؟ .
- هل يهملك رأي الآخريين بخصوص صورة جسمك ؟
- هل تترين نفسك في المرأة ؟
- هل تعتقدين أن السمنة حرمتك من أشياء ترغبين فيها ؟ ما هي ؟
- هل تحبين الظهور في الأماكن العامة ؟

المحور الثالث: علاقات الاجتماعية

- هل تعاني رفض من طرف أسرتك خارج محيط العائلي منعا للإجراج بسبب شكل جسمات

-كيف هي علاقتك مع أفراد الأسرة ؟ (الزوج ، الوالدين ، الإخوة) ،

-أكثر تصرفاتهم إزعاجا لك ؟

-هل لديك خجل من الناس ؟

-كيف هي حالتك النفسية أثناء تواجدك مع الناس لمدة أطول ؟

-هل سبق وان عانيت من مشكلات في التعامل مع الآخرين؟

-هل تبالي بآراء الآخرين بخصوص مظهرك ؟

-هل تتأثر بنظارة الآخرين بخصوص سمينة؟

المحور الرابع : التطلعات المستقبلية

- هل نجحت في إنقاص وزنك بممارستك للرياضة ؟

- هل تفكرين في مشروع علاجي لإنقاص وزنك ؟

-ما هو ؟ كيف تتصورين نفسك بعد إنقاص الوزن ؟

-كيف تتوقعين ردة فعل (أفراد الأسرة ، الزوج ، الزملاء و الأصدقاء) بعد ذلك ؟

الملحق الثاني: مقياس كرب ما بعد الصدمة النفسية

مقياس كرب ما بعد الصدمة النفسية
PTSD Scale according to DSM-IV
ترجمة د. عبد العزيز ثابت

الاسم.....العمر:.....الجنس(ذكر-أنثى)

العنوان.....

عزيزتي/عزيزتي
الأسئلة التالية تتعلق بالخبرة الصادمة التي تعرضت لها خلال الفترة الماضية، كل سؤال يصف التغيرات التي حدثت في صحتك ومشاعرك خلال الفترة السابقة من فضلك أجب على كل الأسئلة، علماً بأن الإجابات تأخذ أحد الاحتمالات 0=أبداً، 1=نادرًا، 2=أحيانًا، 3=غالبًا، 4=دائمًا

4	3	2	1	0	الرقم	الخبرة الصادمة
دائمًا	غالبًا	أحيانًا	نادرًا	أبداً		
					1.	هل يتخيل صور وذكريات وأفكار عن الخبرة الصادمة
					2.	هل تحلم أحلام مزعجة تتعلق بالخبرة الصادمة
					3.	هل تشعر بمشاعر فجائية أو خيرات بأن ماحدث لك سيحدث مرة أخرى
					4.	هل تتضايق من الأشياء التي تذكرك ما تعرضت له من خبرة صادمة
					5.	هل تتجنب الأفكار أو المشاعر التي تذكرك بالحدث الصادم
					6.	هل تتجنب المواقف والأشياء التي تذكرك بالحدث الصادم
					7.	هل تعاني من فقدان الذاكرة للأحداث الصادمة التي تعرضت لها(فقدان ذاكرة نفسي محدد)
					8.	هل لديك صعوبة في التمتع بحياتك والنشاطات اليومية التي تعودت عليها
					9.	هل تشعر بالعزلة وبأنك بعيد ولا تشعر بالحب تجاه الآخرين أو الانبساط
					10.	هل فقدت الشعور بالحزن والحب(أنك متبلد الإحساس)
					11.	هل تجد صعوبة في تخيل بقائك على قيد الحياة لفترة طويلة لتحقيق أهدافك في العمل، الزواج، إنجاب، الأطفال
					12.	هل لديك صعوبة في النوم أو البقاء نائمًا
					13.	هل تنتابك نوبات من التوتر أو الغضب
					14.	هل تعاني من صعوبات في التركيز
					15.	هل تشعر بأنك على حافة الانهيار (واصلة معاك على الآخر)، ومن السهل تشتيت انتباهك
					16.	هل تستثار لأنفه الأسباب وتشعر دائما بأنك متحفز ومتوقع الأسوأ
					17.	هل الأشياء والأشخاص الذين يذكرونك بالخبرة الصادمة يجعلك تعاني من نوبة من ضيق التنفس، والرعدة، والعرق الغزير وسرع في ضربات قلبك

الملحق الثالث: مقياس تشخيص اضطراب الأكل

مقياس تشخيص اضطراب الأكل (EDDS)

إكمال جميع الأسئلة بعناية:

خلال الأشهر الثلاثة الماضية....
للغاية

معتدل	بشكل طفيف	لا مطلقا	0	1	2	3	4	5
5	4	3	2	1	0	1- هل أحسست بالسمنة		
5	4	3	2	1	0	2- هل كان لديك خوف واضح من زيادة الوزن أو السمنة		
5	4	3	2	1	0	3- هل أثر وزنك على طريقة تفكير (حكم) على نفسك كشخص		
5	4	3	2	1	0	4- هل اثر شكلك على طريقة تفكيرك (حكم) على نفسك كشخص		
5 - خلال الأشهر الستة الماضية، كانت هناك أوقات شعرت فيها انك قد أكملت ما يعتبره الآخرون كمية كبيرة بشكل غير عادي من الطعام (على سبيل المثال، ربع جالون من الايس كريم) نظرا للظروف. نعم - لا								
6- خلال الأوقات التي تكون فيها كمية الطعام كبيرة بشكل غير عادي هل شعرت بفقدان السيطرة (تشعر انك لا تستطيع التوقف عن الأكل أو التحكم في ماذا أو كم كنت تأكل) نعم- لا								
7- كم عدد الأيام في الأسبوع في المتوسط على مدار خلال الـ 6 أشهر الماضية هل تناولت كمية كبيرة من الطعام بشكل غير عادي وفقدت السيطرة؟ 0 1 2 3 4 5 6 7 8.								
8- كم مرة في الأسبوع في المتوسط على مدار الثلاثة أشهر الماضية هل تناولت كمية كبيرة من الطعام بشكل غير عادي وفقدت السيطرة؟ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14								
خلال هذه النوبات من الإفراط في الأكل وفقدان السيطرة ، هل ...								
9. هل تاكل بسرعة أكبر بكثير من المعتاد؟ نعم لا								
10. هل تناول الطعام حتى تشعر بعدم الراحة؟ نعم لا								
11. هل تناول كميات كبيرة من الطعام عندما لا تشعر بالجوع الجسدي؟ نعم لا								
12. هل تناول الطعام بمفردك لأنك كنت محرَجًا من مقدار ما كنت تتناوله نعم لا								
13. هل تشعر بالاشمزاز من نفسك ، أو الاكتئاب ، أو الشعور بالذنب الشديد بعد الإفراط في الأكل؟								
14. هل تشعر بالاستياء الشديد من الإفراط في الاكل الذي لا يمكن السيطرة عليه أو زيادة الوزن الناتجة؟ نعم لا								
15. كم مرة في الأسبوع في المتوسط خلال الأشهر الثلاثة الماضية قمت بتقيؤ نفسك لمنع زيادة الوزن أو مواجهة آثار تناول الطعام؟ 0 1 2 3								

16. كم مرة في الأسبوع في المتوسط على مدى الأشهر الثلاثة الماضية استخدمت ملينات أو مدرات للبول لمنع زيادة الوزن أو إبطال تأثيرات الأكل؟

14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0

17. كم متوسط عدد المرات في الأسبوع مرة صمت (تخطيت وجبتين متتاليتين على الأقل) لمنع زيادة الوزن أو مواجهة آثار الأكل المفرط؟

14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0

18. كم مرة في الأسبوع في المتوسط على مدار الأشهر الثلاثة الماضية مارست تمارين مفرطة على وجه التحديد لمواجهة آثار نوبات الإفراط في تناول الطعام؟

14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0

19. ما هو وزنك؟ إذا كان غير مؤكد ، يرجى إعطاء أفضل تقدير.

20. كم يبلغ طولك؟

21. على مدى الأشهر الثلاثة الماضية ، كم عدد دورات الحيض التي فاتتك؟

4 3 2 1

22. هل كنت تتناولن حبوب منع الحمل خلال الأشهر الثلاثة الماضية؟

نعم / لا

ASSESSMENT

EATING DISORDERS

The Eating Disorder Diagnostic Scale¹ (EDDS) is a 22-item self-report scale that assesses the symptoms listed in the DSM-IV² for the following disorders: anorexia nervosa, bulimia nervosa, and binge-eating disorder. The wording of the items reflects symptom criteria, including the criteria pertaining to the time frames in which the symptoms are required to be present. Preliminary psychometric data provide evidence of the scale's satisfactory reliability (eg, test-retest) and validity (eg, content and convergent validity).¹ The authors conclude that "this scale might ultimately prove useful for the assessment of eating disorders in etiologic, prevention, and treatment research applications, as well as in traditional clinical settings, where structured psychiatric interviews are less feasible."

Scoring Algorithm for Eating Disorder Diagnostic Scale (EDDS)

The scoring algorithm for EDDS eating disorder diagnoses parallels that used for the Eating Disorder Examination (EDE). Computerized scoring statements are ordered such that bulimia nervosa diagnoses preempt binge-eating disorder diagnoses, and anorexia nervosa diagnoses preempt bulimia nervosa diagnoses. The computer code is available from Eric Stice.

Anorexia Nervosa

A diagnosis of *DSM-IV* anorexia nervosa is made if an individual reports (a) height and weight data on EDDS Items 19 and 20 that result in a body mass index (BMI = Kg/M²) of less than 17.5; (b) a fear of weight gain or becoming fat as indexed by a score of 4 or greater on EDDS Item 2; (c) undue influence of body weight or shape on self-evaluation as indexed by a score of 4 or greater on either EDDS Item 3 or 4; and (d) amenorrhea in postmenarcheal females as indexed by a 3 on EDDS Item 21. Following the EDE scoring algorithm, if an individual meets the first and fourth criteria above, it is not necessary for the individual to endorse the second and third criteria. Further, because oral contraceptives can result in a regular menstrual cycle, to be on the conservative side, participants who were taking oral contraceptives that met the low weight criteria were coded as amenorrheic. This approach is also used in the EDE.

Bulimia Nervosa

A diagnosis of *DSM-IV* bulimia nervosa is made if an individual reports (a) regular eating binges marked by a perceived loss of control and the consumption of a large amount of food as indexed by a response of yes to EDDS Item 5, a yes to EDDS Item 6, and a response of greater than 2 on EDDS Item 8; (b) regular use of compensatory behaviors as indexed by a response of 8 or greater on the sum of EDDS Items 15, 16, 17, and 18; and (c) undue influence of body weight or shape on self-evaluation as indexed by a score of 4 or greater on either EDDS Item 3 or 4.

Binge-Eating Disorder

A diagnosis of *DSM-IV* binge-eating disorder is made if an individual reports (a) regular eating binges marked by a perceived loss of control and the consumption of a large amount of food as indexed by a response of yes to EDDS Item 5, a yes to EDDS Item 6, and a response of greater than 2 on EDDS Item 7; (b) an endorsement of at least three of the features that may be associated with binge eating as indexed by a yes response to at least three of the features described in EDDS Items 9, 10, 11, 12, and 13; (c) marked distress regarding binge eating as indexed by a yes response to EDDS Item 14; and (d) the absence of any compensatory behaviors as reflected by a 0 response to EDDS Items 15, 16, 17, and 18.

Copyright 2000 by Eric Stice and Christy F. Telch. Reprinted by permission.

¹Stice E [stice@psy.utexas.edu], Telch CF, & Rizvi SL. Development and validation of the Eating Disorder Diagnostic Scale: A brief self-report measure of anorexia, bulimia, and binge-eating disorder. *Psychological Assessment*, 12:123-131, 2000.

²*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition (DSM-IV)*, Washington DC: American Psychiatric Association, 1994.

ASSESSMENT

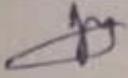
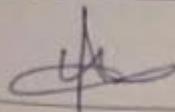
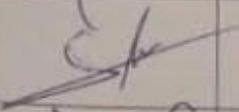
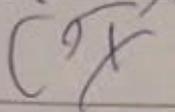
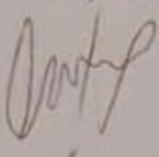
EATING DISORDERS

Eating Disorder Diagnostic Scale (EDDS)

Eating Screen							
Please carefully complete all questions.							
Over the past 3 months . . .	Not at all	Slightly	Moderately	Extremely			
1. Have you felt fat?	0	1	2	3	4	5	6
2. Have you had a definite fear that you might gain weight or become fat?	0	1	2	3	4	5	6
3. Has your weight influenced how you think about (judge) yourself as a person?	0	1	2	3	4	5	6
4. Has your shape influenced how you think about (judge) yourself as a person?	0	1	2	3	4	5	6
5. During the past 6 months have there been times when you felt you have eaten what other people would regard as an unusually large amount of food (e.g., a quart of ice cream) given the circumstances? YES NO							
6. During the times when you ate an unusually large amount of food, did you experience a loss of control (feel you couldn't stop eating or control what or how much you were eating)? YES NO							
7. How many DAYS per week on average over the past 6 MONTHS have you eaten an unusually large amount of food and experienced a loss of control? 0 1 2 3 4 5 6 7							
8. How many TIMES per week on average over the past 3 MONTHS have you eaten an unusually large amount of food and experienced a loss of control? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14							
During these episodes of overeating and loss of control did you . . .							
9. Eat much more rapidly than normal? YES NO							
10. Eat until you felt uncomfortably full? YES NO							
11. Eat large amounts of food when you didn't feel physically hungry? YES NO							
12. Eat alone because you were embarrassed by how much you were eating? YES NO							
13. Feel disgusted with yourself, depressed, or very guilty after overeating? YES NO							
14. Feel very upset about your uncontrollable overeating or resulting weight gain? YES NO							
15. How many times per week on average over the past 3 months have you made yourself vomit to prevent weight gain or counteract the effects of eating? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14							
16. How many times per week on average over the past 3 months have you used laxatives or diuretics to prevent weight gain or counteract the effects of eating? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14							
17. How many times per week on average over the past 3 months have you fasted (skipped at least 2 meals in a row) to prevent weight gain or counteract the effects of eating? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14							
18. How many times per week on average over the past 3 months have you engaged in excessive exercise specifically to counteract the effects of overeating episodes? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14							
19. How much do you weigh? If uncertain, please give your best estimate. ____lb							
20. How tall are you? ____ft ____in							
21. Over the past 3 months, how many menstrual periods have you missed? 1 2 3 4 na							
22. Have you been taking birth control pills during the past 3 months? YES NO							

Copyright 2000 by Eric Slice and Christy F Teich. Reprinted by permission.

قائمة الأساتذة المحكمين مقياس اضطراب الأكل:

إمضاء	أسماء الأساتذة
	الأستاذة ساعد وردية
	الأستاذة بوكنوس عائشة
	الأستاذة صوان عبد الوهاب
	الأستاذة أشروف سليمة
	الأستاذة كواش منيرة