

فاعلية استخدام بعض فنيات العلاج المعرفي - السلوكي
في علاج حالات فقدان الشهية العصبي واضطراب
صورة الجسم لدى عينة من طالبات الجامعة

د. سيد أحمد محمد الوكيل

قسم علم النفس

كلية التربية- جامعة الملك عبد العزيز

فاعلية استخدام بعض فنيات العلاج المعرفي - السلوكي في علاج حالات فقدان الشهية العصبي واضطراب صورة الجسم لدى عينة من طالبات الجامعة

د. سيد أحمد محمد الوكيل

قسم علم النفس

كلية التربية- جامعة الملك عبد العزيز

الملخص

تهدف هذه الدراسة التعرف إلى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في علاج فقدان الشهية العصبي وتشوه صورة الجسم لدى عينة من طالبات الجامعة قوامها (٣٠) طالبة من جامعة طنطا من يُعانين من فقدان الشهية العصبي وتشوه في صورة الجسم، وتراوح أعمارهن ما بين (١٨ و ٢١) بمتوسط عمري (١٨,٤٠) وانحراف معياري (٠,٦١) وخضعت العينة للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي لمدة أربعة أشهر، وتم عمل قياس قبل بدء البرنامج العلاجي وبعده، وتبين من النتائج أنه:

- ١- تُوجد فروق دالة إحصائياً بين عينة الدراسة في مُتغير الوزن قبل الخضوع للبرنامج العلاجي وبعده.
- ٢- تُوجد فروق دالة إحصائياً بين عينة الدراسة في مُتغير فقدان الشهية العصبي قبل الخضوع للبرنامج وبعده.
- ٣- تُوجد فروق دالة إحصائياً بين عينة الدراسة في مُتغير صورة الجسم قبل الخضوع للبرنامج العلاجي وبعده.
- ٤- لا تُوجد فروق دالة إحصائياً بين عينة الدراسة في مُتغير فقدان الشهية العصبي بعد العلاج، وبعد فترة المتابعة.
- ٥- تُوجد فروق دالة إحصائياً بين عينة الدراسة في مُتغير صورة الجسم بعد العلاج، وُبعد فترة المتابعة.

الكلمات المفتاحية: فقدان الشهية العصبي، اضطراب صورة الجسم، العلاج السلوكي المعرفي.

The Efficacy of Using Some Techniques of Cognitive -Behavioral Therapy in Treating Anorexia Nervosa & Body Image Disorder for Sample of University Students

Dr. Sayed Ahmed M. Elwakeel

Department of psychology
Faculty of Education - King Abdulaziz University

Abstract

This study aimed at identifying the efficacy of cognitive behavioral therapy in the treatment of anorexia nervosa and distort the image of the body in a sample of university students consisting (30) students from Tanta University, who suffer from anorexia nervosa and deformity in the body image. Their was ages between (18 and 21), the mean age was (18.40) and a deviation (0.61) underwent a standard sample of cognitive behavioral therapy for a period of four months, is the work of measurement before the start of the theraputic program and after it. the results showed that:

1. There were significant differences between the study sample in a variable of weight before undergoing therapeutic program and after it.
2. There were significant differences between the study sample in a variable of anorexia nervosa before submission of the program and after it.
3. There were significant differences between the study sample in a variable of body image before submission of the therapeutic program and after it.
4. There was no statistically significant differences between the study sample in a variable of anorexia nervosa after treatment, and after following-up period.
5. There were significant differences between the study sample in a variable of body image after treatment, and after following-up period.

Key words: anorexia nervosa, body image disorder, cognitive behavioral therapy.

فاعلية استخدام بعض فنيات العلاج المعرفي - السلوكي في علاج حالات فقدان الشهية العصبي واضطراب صورة الجسم لدى عينة من طالبات الجامعة

د. سيد أحمد محمد الوكيل

قسم علم النفس

كلية التربية- جامعة الملك عبد العزيز

المقدمة

لقد قطع الإنسان شوطاً كبيراً في فهم الطبيعة من حوله، وتمكن من تسخير قواها ومقوماتها لصالحه، وأصبح الإنسان سيد الطبيعة بلا منازع - رغم أنه ليس أقوى الكائنات فيها - وذلك بفضل ما حباه الله من عقلٍ وحكمةٍ وقدرةٍ على التدبر والتفكير والتأمل والإبداع، وبذلك أمكن للإنسان التعرف على الكثير من القوانين والأسس التي تحكم العالم من حوله، ولكنه لم يستطع اكتشاف القوانين والأسس التي تحكم عالمه الداخلي الخاص به- ذلك العالم النفسي الفريد الذي يحكم تكوينه ومزاجه- وصدق الله تعالى القائل في محكم تنزيله ”وفى أنفسكم أفلا تبصرون“ صدق الله العظيم، فالإنسان تقدم تقدماً طبيعياً ولكنه لم يتقدم نفسياً، فالتقدم التكنولوجي الرهيب الذي يعيشه الإنسان لم يُصاحبه تقدم سيكولوجي ما تسبب عنه الكثير من المشكلات والصعاب والمتاعب. وقد ظهر عجز الإنسان عن فهم نفسه وفهم الآخرين من حوله من خلال الصدام والعدوان والعداء المُستمر بينه وبين المحيطين به، خاصةً عندما اكتوى بنار حربين عالميتين في ثلاثين عاماً، وتبين من ذلك أن الإنسان لم يعجز عن فهم نفسه فقط ولكنه عجز عن التنبه إلى الطاقة العدوانية الهائلة والكامنة في أعماقه، ولم تنقطع الصدمات والصراعات بين الإنسان وغيره وامتد الصدام وتحوّل من صدام بين الإنسان وغيره إلى صدام بين الإنسان ونفسه ما ترتب عنه الكثير من الأزمات والمشكلات النفسية، حتى أن العلماء قد أطلقوا على هذا العصر ”عصر القلق والاكتئاب معاً“ إشارةً منهم إلى ما يتسم به هذا العصر من صراعات واضطرابات وتوترات وصدمات ألقت بظلالها على حياة الإنسان. وقد ترتب على هذه الاضطرابات النفسية والصراعات أن تراجعت القيم الإنسانية والخلفية كالتعاون والإيثار والوفاء، وقل أثرها في سلوكيات وفي تعامل الأفراد بعضهم البعض، وازدادت عزلة الإنسان عن الآخرين وعن ذاته أيضاً وانتشرت العديد من الاضطرابات النفسية والعقلية

والجسدية والنفسجسمية أو ما يُسمى بالاضطرابات السيكوسوماتية وهي تلك الأمراض ذات الأسباب النفسية والأعراض الجسمية مثل ضغط الدم المرتفع وأمراض القلب والقرح بأنواعها مثل قرحة المعدة والأسنان والقولون والثثة واللسان والإثنى عشر، وآلام الأسنان والصداع النصفي والسمنة والسكر والربو الشُعبي واضطرابات التنفس والسُّل الرئوي، والاضطرابات الجلدية والتهابات المفاصل والسرطان. واضطرابات الشهية بنوعها سواء فقدان الشهية العصبي أو الشره أو ما يُسمى "بالبوليميا" أو معاناة المريض من اضطرابٍ في صورة جسده.

والجدير بالإشارة أن الاهتمام بدراسة العلاقة المتداخلة بين الجسم والنفس كان مع بداية القرن العشرين. فقد أدت التطورات المتلاحقة في ميدان الطب وعلم النفس وعلم وظائف الأعضاء إلى نشأة الطب السيكوسوماتي *Psychosomatic Medicine* وتعددت الدراسات والبحوث حول آثار العوامل السيكلوجية على الوظائف الفسيولوجية لدى الإنسان والحيوان- حيث كانت لنتائج بحوث "بافلوف" الخاصة بتأثير الفعل المنعكس الشرطي في إفراز اللعاب، ثم أبحاث "كانون" التي أكدت الآثار الفسيولوجية للمنبهات الانفعالية القوية، ومن بعدهما "سيللي" في الأعراض الجسمية الناشئة عن التعرض الطويل للإجهاد النفسي، كما أن رواد التحليل الحديث من تلاميذ "فرويد" أمثال "ألكسندر" الذي أسهم بالعديد من الآراء والنظريات حول دور الكبت والصراعات الموجودة في داخل الفرد- وغيرها من ميكانيزمات الدفاع اللاشعورية- في نشأة بعض الأمراض الجسمية (الفيومي، 1995). ولقد أوضح "زيور" 1999 أن الأعراض السيكوسوماتية هي بمثابة الناتج النهائي للعمليات الجسدية الديناميكية طويلة الأمد، والتي تمتد جذورها إلى الاضطرابات التي حدثت في الماضي، وأن اختفاء الاختلال الوظيفي للعملية العضوية يحدث عندما تخرج الصراعات من دائرة اللاشعور إلى دائرة الشعور (زيور، 1999). ولذا فإن الاضطرابات السيكوسوماتية لا يتم علاجها عن طريق علاج أعراضها فحسب، بل لابد أن يتضمن العلاج معرفة أسباب المرض وخلفيته، والتعرف إلى الصراعات النفسية الشعورية واللاشعورية الكامنة وراء هذه الاضطرابات ثم علاجها (فضة، 1995). ويؤكد ليبويسكي (Lipowski, 1982) على أن مصطلح الطب السيكوسوماتي أصبح واسع الانتشار، كما أكدت دنبار (Denpar, 1985) العلاقة المتداخلة بين مَللِدات المرض السيكوسوماتي. إذ أكدت حاجتنا إلى الاتجاه الشمولي في التعامل مع المرضى جميعاً وليس فقط أولئك الذين يُعانون من الأمراض السيكوسوماتية، معتمدين على الملاحظات الإكلينيكية والبحث عن العلاقات بين مَللِدات الشخصية والأمراض السيكوسوماتية (في: المغربي، 1993).

وهكذا أجهت الدراسات الطبية الحديثة بصفة عامة، والدراسات الإكلينيكية بصفة خاصة إلى النظر للظواهر الجسمية والنفسية بوصفهما تعبيرين عن وحدة الحياة الإنسانية، فأصبح شعار الأطباء أنه من الواجب علينا التعرف إلى حقيقة المريض الذي انتابه المرض بدلاً من التعرف إلى حقيقة المرض الذي انتاب المريض (زيون، ١٩٩٩) إشارة منهم إلى ضرورة فهم شخصية المريض ودراساتها بدلاً من الاكتفاء بدراسة المرض، وهذا بدوره يُشير إلى أن الاهتمام بدراسة شخصية المريض وأحواله لا تقل أهمية عن دراسة المرض نفسه، ومن هنا تبدو أهمية الحاجة إلى إجراء الدراسات العلاجية التي تركز على تطبيق الأساليب السيكلوجية في علاج الاضطرابات السيكلوسوماتية. وعلى ذلك يمكن إختصار الاتجاهات الأساسية في البحث السيكلوسوماتي في اتجاهين هما:

١- اتجاه خاص بتحديد المتغيرات السيكلوجية التي يُفترض أنها تكمن وراء العلل الجسمية، وقد أُستوحى هذا الاتجاه من نظرية التحليل النفسي، والذي يؤكد أهمية العوامل والدوافع اللاشعورية كالصراعات اللاشعورية التي يُفترض أنها السبب في حدوث المرض. وقد ازدهر هذا الاتجاه في العصر الحديث.

٢- اتجاه خاص بمحاولة اكتشاف أفضل الأساليب العلاجية للاضطرابات السيكلوسوماتية، ومحاولة التخفيف من حدوثها (راجع، ١٩٩٨). والجدير بالإشارة أن الاتجاهين السابقين لهما غاية مشتركة تتمثل في تحديد الدور الهام للمتغيرات السيكلوجية لدى الإنسان، ومقابلاتها الانفعالية في التأثير على الوظائف الجسمية، وخاصة ما يتعلق منها بنشوء وتو مسار نتائج الأمراض الجسمية وتقديم أفضل السبل لعلاجها باستخدام تكتيكات العلاج المناسبة. وتقوم الدراسة الحالية على استخدام بعض فنيات العلاج السلوكي والمعرفي لتحسين بعض الاضطرابات السيكلوسوماتية، مثل فقدان الشهية العصبي واضطراب صورة الجسم، خاصة وأن الدراسات النفسية قد أكدت دور الاضطرابات الانفعالية والسيكلوجية في بدء واستمرار الاضطرابات السيكلوسوماتية. والاضطرابات الانفعالية هي حالات جسمية ناتجة أي حالات شعورية تقترن باضطرابات فسيولوجية حشوية مختلفة تشمل الأجهزة الداخلية، وتكون مُقترنة في الوقت ذاته بحركات تعبيرية وسلوك خارجي ظاهر وتنصرف عن طريق الطاقة الحشوية، فإن حدث أن أُعيقَت هذه الطاقة عن الانطلاق في شكل سلوك خارجي مُناسب بالقول والفعل واضطر الفرد إلى قمعها أو كبتها، فإن هذه الاضطرابات تؤدي إلى حدوث الأزمات التي تقود إلى وجود أمراض جسمية خطيرة هي أمراض جسمية نفسية المنشأ، والتي تُعرف بالأمراض السيكلوسوماتية، ومن أخطرها اضطرابات الأكل وبالأخص فقدان الشهية

العصبي (Nervosa Anorexia). والمفهوم السلبي عن صورة الجسم (Body Negative Image) (راجع، 1998). يُشير زيور إلى أن الاضطرابات السيكوسوماتية لا تُدرس بوصفها كذلك في مقررات الطب في مصر. ومن ثمَّ فإن الهيئات المصرية والمؤسسات بوسعها أن تُشخص أمراض ارتفاع ضغط الدم الجوهري وفرح المعدة والإثني عشر بوصفها أمراض بدنية. في حين أن التقدم الطبي في الولايات المتحدة الأمريكية ومعظم الدول الأوروبية يعتبرونها أمراضاً سيكوسوماتية. في الوقت الذي يقف فيه جمهرة من أطبائنا موقفاً مختلفاً من حيث علم السببية (Etiology) ومن حيث العلاج، مما نتج عن هذه المواقف المتباينة الكثير من الخسائر المادية والمعنوية خاصةً في المجتمع المصري (زيور، 1999).

ولقد أكدت العديد من الدراسات التي أُجريت حول سيكولوجية فقدان الشهية العصبي والاضطرابات السيكوسوماتية أن هناك العديد من الآثار السلبية الناتجة عن مثل هذه الاضطرابات. حيث أكد كل من واندر ولستر (Wander & Lester, 1989) في دراستهما التي كانت بعنوان "مفهوم الذات وصورة الجسم وعلاقتها بانقاص الوزن لدى الإناث"، والتي استهدفت الكشف عن ما إذا كان هناك ارتباط بين مفهوم الذات وصورة الجسم لدى كل من الإناث والذكور وعلاقتها بانقاص الوزن. وأُجريت الدراسة على (32) من الذكور و(27) من الإناث. وباستخدام مقياس صورة الجسم لسكورد وجورارد، ومقياس تقدير الذات لكوبر سميث تبين وجود ارتباطات مُرتفعة لدى الإناث والذكور. وكانت مُرتبطة بالدرجات على الحصر والأرداف والوزن الكلي لدى الإناث. وأما الذكور فكانت الإرتباطات بين تقدير الذات والصوت والبروفيل. كما أكدت لواندا (Luanda, 1990) في دراستها بعنوان "فقدان الشهية العصبي وعلافته بصورة الجسم ومفهوم الذات وتأثير نظام الإرشاد في العلاج" استهدفت تنمية الإطار الإدراكي المعرفي لتحديد الصورة الإكلينيكية وأدوات التقدير والتخمين لتنمية خطة العلاج النفسي. وتحديد سمات فاقدي الشهية مع ربط العلاج الفردي بالعلاج العائلي. وأظهرت الدراسة أن هناك ارتباطاً بين فقدان الشهية العصبي وصورة الجسم مع ربط العلاج الفردي بالعلاج العائلي (Therapy Family).

كما أكد ذلك كل من ميريل وسوابان (Merril & Swapan, 1991) في بحثهما حول "العلاقة بين صورة الجسم ومفهوم الذات لدى عينة من السيدات ذوات فقدان الشهية العصبي" واستهدفت فحص العلاقة بين صورة الجسم وتقدير الذات لدى ذوات فقدان الشهية العصبي. وأُجريت على عينة من الطالبات الجامعيات بلغن (127) فتاة. وتم استخدام مجموعة من الأدوات النفسية تمثلت في مقياس الإدراك الذاتي ومقياس الوعي الذاتي

الشخصي، وافترض الباحثان وجود علاقة ارتباطية موجبة بين صورة الجسم وتقدير الذات وتأثيرها على العينة المضطربة، وأوضحت النتائج ارتفاع مُعدل تقدير الذات لدى الفتيات وبخاصة فيما يتعلق بالتغيرات الايجابية للذات الجسمية والتغيرات في صورة الجسم لدى الفتيات اللاتي آجهن لانقاص أوزانهن.

وتوصل كل من عبد الخالق والنيال (١٩٩٣) في دراستهما، والتي كانت بعنوان "فقدان الشهية العصبي وعلاقته ببعض متغيرات الشخصية"، استهدفت فحص الارتباط بين فقدان الشهية العصبي وكل من القلق والاكتئاب والوسواس القهري، على فرض أن مضطربي فقدان الشهية يعانون من اضطرابٍ عصابي مُتعدد، وقد تم وضع مقياس عربي لفقدان الشهية العصبي من إعداد الباحثين يشتمل على أربعة عوامل هي: القلق من زيادة الوزن، كراهية الطعام، أعراض فقدان الشهية، والانقاص المُتعمد للوزن. وتم تطبيق المقياس على عينة مكونة من (١٠٧) من طالبات الجامعة، وأسفرت النتائج عن وجود ارتباطاتٍ جوهريةٍ موجبةٍ بين فقدان الشهية وكل من (الاكتئاب والقلق والوسواس)، واستوعبها عامل واحد هو فقدان الشهية العصبي والاضطرابات العصابية.

وأكد جابلانسك (Jablansky, 1997) في دراسته التي كانت بعنوان "اضطرابات صورة الجسم لدى الفتيات ذوات فقدان الشهية العصبي" واستهدفت التعرف إلى العلاقة بين اضطراب صورة الجسم وفقدان الشهية العصبي لدى عينة من مضطربات فقدان الشهية العصبي، وأجريت الدراسة على (٣٠) فتاة تراوحت أعمارهن بين (١٣-١٩) عاماً، وتم إدراجهن ضمن مُضطربات فقدان الشهية العصبي، واستخدمت الدراسة مجموعة من الأدوات التشخيصية تمثلت في مجموعة من المُقابلات الشخصية للفتيات وأمهاتهن، وأسئلة تدور حول المُعاملة الوالدية وسن البلوغ وتاريخ زيادة الوزن الفعلي والمثالي للجسم والوزن الحالي لديهن. كما تم استخدام مجموعة من الاستبيانات التي تهدف إلى تقييم اضطراب صورة الجسم، والعلاقة بين الأعراض التي ظهرت لديهن والضغط اليومية وانخفاض تقدير الذات. كما تم استخدام مقياس هاملتون للقلق، ومقياس لإضطرابات الطعام وعدم الرضا عن صورة الجسم، وقد أكدت النتائج أن إضطراب صورة الجسم يُعد من أهم سمات شخصية المُصابات باضطراب فقدان الشهية العصبي، كما أن اضطراب فقدان الشهية العصبي يُصاحبه الكثير من الإنخفاض في تقدير الذات وارتفاع في مستوى القلق.

وأكد مكاي (McKay, 1997) في دراسته التي أجراها وكانت بعنوان "دراسة مقارنة بين السمات الإكلينيكية واضطراب الوسواس القهري واضطراب فقدان الشهية العصبي"،

استهدفت مُقارنة مجموعة من مرضى الوسواس القهري، ومجموعة أخرى من مضطربي فقدان الشهية العصبي في الهواجس والأفكار المُتسلطة والاكتئاب والقلق. وأكدت النتائج على أن هناك تشابهاً بين مرضى الوسواس القهري ومضطربي فقدان الشهية العصبي في الهواجس القهرية وفي الاكتئاب والقلق إذ أن مرضى فقدان الشهية سجلوا مستوى عالٍ من القلق في الحالات المُتأخرة من الإصابة بالاضطراب، وخاصةً عند قياس الأعراض الجسمية المُصاحبة لردود الأفعال التابعة لمؤثر ما، وبصفةٍ عامةٍ أظهرت النتائج التشابه في الأفكار المُتسلطة والهواجس خاصةً المُتصلة بصورة الجسم كما أكدت كمال (١٩٩٨) في دراستها التي كانت بعنوان "البناء النفسي للمرضى المصابين بفقدان الشهية العصبي". استهدفت الكشف عن البناء النفسي للمريضات المُصابات بفقدان الشهية العصبي، وتكونت عينة الدراسة من (٥) فتيات مُصابات بفقدان الشهية العصبي وتراوحت أعمارهن ما بين (١٩-٢٤) عاماً، وتوصلت الباحثة إلى عدد من النتائج من أهمها: أن المريضات يأتين من أسر ذات مستوى اجتماعي واقتصادي مُرتفع، والفتيات المُصابات بفقدان الشهية العصبي يفقدن للتواصل الوجداني والترابط مع أمهاتهن. ولذلك فإن هؤلاء الفتيات يستخدمن الكبت والانكار والعزل تجاه مشاعرهن، وهذا ما يترتب عنه انخفاض أداء الأنا لوظيفته التكيفية مع الواقع ما يُسبب عدم شعور بالرضا عن ذواتهن (كمال، ١٩٩٨).

وأكد كاسبر (Casper, 1998) في دراسته عن "الاكتئاب واضطرابات الأكل"، واستهدفت التعرف إلى طبيعة الاضطرابات الاكتئابية واضطرابات الأكل من خلال الدراسة الإكلينيكية والوصفية والوراثية والعلاجية، وأكدت هذه الدراسة وجود أعراض اكتئابية لدى المصابين باضطرابات الأكل، وبجانب ذلك وجود بعض اضطرابات القلق والوسواس. وأن مثل هذه الاضطرابات العُصابية تلعب دوراً أساسياً في ظهور اضطراب فقدان الشهية العصبي لأن فقد الوزن هو العرض الرئيسي في الحالات المُختارة، كما أظهرت النتائج وجود معدلاتٍ أعلى من الاكتئاب لدى المصابين بالشره العصبي عن المصابين بفقدان الشهية العصبي.

وأكد تود (Todd, 1998)، في دراسة بعنوان "العوامل المؤثرة في تقييم وتحديد صورة الجسم وعلاقتها بفقدان الشهية العصبي"، واستهدفت التعرف إلى بعض المُعتقدات والأفكار عن صورة الجسم، وبعض السلوكيات التي تُشكل وتُعزز إدراك صورة الجسم لدى الفتيات خاصةً تلك المُستقاة والمُنشأة في وسائل الإعلام، وتكونت العينة من (١٥٤٣) (٧١٥ ذكر، ٧٧٨ أنثى) في المرحلة الثانوية، وتم جمع وتحليل مجموعة من المعلومات حول التأثير التدريجي للمجلات وبرامج الاعلام التي تعرض صورة الجسم المناسبة والمُثلى للفتاة بأنها الصورة النحيفة، إذ

تقوم المجلات وتلك البرامج بتعزيز هذه الصورة للفتاة النحيفة وجعلها هي الصورة المثالية الجذابة التي يُصادق عليها المجتمع. لذا جُذ أن نظرية المُقارنة الاجتماعية تُؤكد على انتشار صورة الفتاة "الموديل" في إعلانات المجلات لها نفس التأثير السيئ في تقييم صورة الجسم لدى الفتاة سواء من داخل العائلة أو من خلال الحفلات وغيرها أيضاً. وقد تم جمع معلومات حول العلاقة بين تقييم صورة الجسم وتحديدها. وبعض المتغيرات التي تختلف من شخص لآخر من حيث العمر ودرجة الرفض والتضايق من صورة الجسم. وقد أظهرت النتائج أن: مفهوم الذات عن الجاذبية والنحافة لدى الأناث يرتبط بما يُقابلة من ضخامة الجسم لدى الذكور. كما أن الرغبة في فقدان الوزن تتناسب تناسباً عكسياً مع السن. وتصور تضخم الجسم والمُطابقة من صورة الجسم كانت مُتساوية بالنسبة للاناث والذكور معاً. في حين أن الرغبة في اكتساب الوزن كلما تقدم السن كانت خاصةً بالذكور فقط. وتتلشى هذه الرغبة مع تصور ضخامة الجسم لدى الذكور والإناث. والتحكم المرضي في الوزن (اضطراب فقدان الشهية العصبي) ناتج من التأثير السلبي لصورة الجسم النحيفة في المجلات. وأخيراً مُصادفة وتأكيد آراء المجتمع لمقاييس الجسم المثالي كلها تُؤدي بالفتاة لسلوك مُطابقة السمينة والتخفيف من الوزن.

كما تبين لمايكل (Michael, 1999) في دراسة بعنوان "تحليل مُقارن لنظام شخصية المراهقة ذوات فقدان الشهية العصبي". وقد أُجريت هذه الدراسة بهدف التعرف إلى الملامح المُميزة لذوات فقدان الشهية العصبي من المراهقات في مرحلة التعليم العالي. وتكونت عينة الدراسة من مجموعة قوامها 50 من الإناث ذوات فقدان الشهية. إذ قُورنت بمجموعة مزدوجة من ذوات الاكتئاب والانطواء من الإناث. وتضمن التحليل تطبيق مقياس كاتل للشخصية للمرحلة الثانوية، وأكدت النتائج أن مجموعة ذوات فقدان الشهية العصبي أبرزت مُطابقة وانسجام مع القلق العصبي- والتحكم الانفعالي وتجنب المثيرات.

وأكد ذلك أبو زيد (٢٠٠١) في دراسة بعنوان "اضطرابات الأكل. لدى المراهقين وعلاقتها ببعض متغيرات الشخصية". استهدفت تقدير مُعدل انتشار اضطرابات الأكل ومن ضمنها الشره العصبي لدى عينة من المراهقين والشباب من الجنسين. كما استهدفت هذه الدراسة أيضاً التعرف إلى طبيعة الارتباط بين اضطرابات الأكل وبين بعض مُتغيرات الشخصية المهمة مثل: مفهوم الذات. الاكتئاب. والقلق. وقد شارك في هذه الدراسة مجموعة تم اختيارها بطريقة عشوائية من طلبة وطالبات خمس مدارس ثانوية بمحافظة القاهرة والقليوبية. وست كليات بجامعة عين شمس والزقازيق - فرع بنها. وقد بلغ عددهم جميعاً

(٩٢٤) في الفئة العمرية من (١٥-٢٥) سنة، منهم (٦٩٠) إناث، وكان متوسط العمر (١٩,٧٩). (٢٣٤) ذكور وكان متوسط العمر (١٩,٨). وقد أوضحت نتائج هذه الدراسة أن معدل انتشار اضطرابات الأكل لدى الإناث أعلى منه لدى الذكور، كما أوضحت النتائج ارتباط كل من مفهوم الذات والاكتئاب بالشهية العصبي ارتباطاً دالاً. كما أن ذوي الشهية العصبي أقل إحساساً بالرضا عن مفهومهم لذواتهم وأكثر انخفاصاً من ذوي فقدان الشهية العصبي. ومن ثمّ، فإن اضطرابات الأكل بصفة عامة ينتج عنها الكثير من الآثار السلبية على صحة وحياة المُصاب بها كما، أنها ترتبط بالعديد من الاضطرابات النفسية مثل: القلق والاكتئاب وانخفاض مفهوم الذات ورفض للصورة الجسدية، ومن ثم فإن مثل هذه الاضطرابات بحاجة ماسة إلى التدخل العلاجي النفسي الفاعل من أجل اقتلاع هذه الاضطرابات من جذورها، وعلاج الأعراض والأمراض السيكولوجية المُصاحبة لها.

ولقد أكدت الكثير من الدراسات فاعلية العلاج السلوكي والعلاج المعرفي، والعلاج السلوكي- المعرفي في تعديل وعلاج اضطرابات الأكل والأعراض والاضطرابات السيكولوجية المُصاحبة لها، فقد توصلت السطحية (٢٠٠٤) في دراسة لها بعنوان "فاعلية برنامج سلوكي معرفي لتعديل صورة الجسم والاكتئاب والوزن لدى عينة من ذوات فقدان الشهية العصبي من الطالبات الجامعيات"، استهدفت التوصل إلى برنامج سلوكي لتعديل صورة الجسم والاكتئاب والوزن لدى ذوات فقدان الشهية العصبي، وأُخذت العينة من طالبات جامعة طنطا في عمر زمني يتراوح بين (١٩-٢١) عام، وافترضت الدراسة أنه تُوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية على مقياس فقدان الشهية العصبي، ومقياس الاكتئاب والوزن وصورة الجسم، إلى مجموعة النتائج أوضحت أن العلاج المعرفي السلوكي يُعد علاجاً فعالاً على المدى الطويل في تعديل الوزن وصورة الجسم.

كما أكد راميريز (Ramirez, 2004)، في دراسة بعنوان "أثر التوافق النفسي على صورة الجسم في فقدان الشهية العصبي"، استهدفت معرفة أثر التوافق النفسي على تعديل وتحسين صورة الجسم لدى المراهقات المصابات باضطراب فقدان الشهية العصبي وقد تكونت عينة الدراسة من (٤٥) مراهقة تُعاني من اضطرابات الأكل، (٥٥) مراهقة تُعاني من اضطرابات فقدان الشهية العصبي وصورة الجسم، (٥٠) مراهقة سوية كونها عيّنة ضابطة، واستخدمت استمارة لتقدير الذات واستمارة لقياس التوافق النفسي ومقياس لاضطرابات الأكل، وأوضحت النتائج أن المراهقات اللاتي يُعانين من فقدان الشهية العصبي ذوات مستويات عالية من عدم التقبل لذواتهن، ما يُسبب لهن سوء التوافق النفسي، وتقرح

الدراسة نموذجاً لبرنامج علاجي لعلاج سوء التوافق لدى الإناث يبدأ بتعديل صورة الجسم، ومن ثمّ يتحسن مستوي التغذية لديهم.

ومن خلال ماسبق يتبين أن اضطراب فقدان الشهية العصبي يُصاحبه الكثير من الاضطرابات النفسية والسلوكية والسيكوسوماتية، وأن العلاج السلوكي المعرفي يُعد من أهم التكنيكات العلاجية المُستخدمة وأفضلها في علاج اضطراب فقدان الشهية العصبي، وما يُصاحبه من تشوّه في صورة الجسم لدى الكثير من الحالات المُصابات بهذا الاضطراب سواء من الذكور أم من الإناث، ومن ثم فإن علينا ملاحظة تصميم البرامج العلاجية المعرفية السلوكية لعلاج هذا الاضطراب السيكوسوماتي. واختبار مدى فاعليتها في تحسين وعلاج مثل هذه الاضطرابات السيكوسوماتية. وعلى ذلك فإن الدراسة الحالية تُعد محاولةً لإيجاد أفضل السبل لعلاج مشكلة من المشكلات الخطيرة التي تفتشت بين صفوف طالبات الجامعة، ومن ثمّ ترتب عنها الكثير من الضعف والهزال والاكتئاب والتوتر والتأخر الدراسي لدى هؤلاء الطالبات المصابات بها. ومن هنا كانت أهمية تناول أو إجراء مثل هذه الدراسة.

مشكلة الدراسة

الاضطرابات السيكوسوماتية لا يملك شفاؤها شفاءً حاسماً من خلال إعطاء المريض بعض العقاقير والمضادات الحيوية الطبية. خاصةً إذا كانت الحالة العُصابية المثيرة للانفعال والغضب أمراً مُزمناً، وأصبح لدى الأطباء قناعة مفادها "أنه من الأفضل أن نتعرف إلى المريض الذي انتابه المرض بدلاً من التعرف إلى المرض الذي انتاب المريض"، مما يُشكل إجاباً ونظرةً جديدةً تجاه المرض والمريض (فضه، ١٩٩٥) وبذلك تبدوا الحاجة مُلحة إلى تقديم المُساندة والدعم النفسي أي الإرشاد والعلاج النفسي للمرضى المصابين باضطرابات سيكوسوماتية، ولهذا فقد وقع اختيار الباحث على منهج العلاج المعرفي السلوكي الذي أرسى مبادئه "واطسون" وطوره "بيك"، لما يتسم به من فنياتٍ يمكن المريض من تغيير سلوكه وتصحيح أفكاره ومفاهيمه الخاطئة، ويُحاول أن يُصلح ذاته بمساعدة المُعالج الذي يُحاول مُساندة المريض ومساعدته في اكتشاف مواطن الضعف لديه (عراقي، ١٩٩١)، وتُستخدم فيه الطرق النفسية لعلاج مشكلاتٍ واضطراباتٍ ذات صبغةٍ انفعالية يُعاني منها المريض وتؤثر في سلوكه، وتم الاعتماد على منهج وطريقة "بيك" في العلاج نظراً لسهولةتها ووضوحها وقصر الوقت المُستغرق في إنجاز جلساتها، لأن "بيك" يعدّ تصحيح الأفكار هي الأساس في عملية العلاج، فإذا استطاع العميل أن يُعدل أفكاره فإنه سيُصبح قادراً على أن يُعدل سلوكياته

(عكاشة، ١٩٩٩). وبناءً على ذلك يمكن تحديد مُشكلة الدراسة الحالية في التساؤلات الآتية:

- ١- هل توجد فروق دالة إحصائياً بين عينة الدراسة في مُتغير الوزن قبل العلاج وبعده؟
- ٢- هل تُوجد فروق دالة إحصائياً في متوسط درجات عينة الدراسة في مُتغير فقدان الشهية العصبي قبل العلاج وبعده؟
- ٣- هل تُوجد فروق دالة إحصائياً في متوسط درجات عينة الدراسة في مُتغير صورة الجسم قبل العلاج وبعده؟
- ٤- هل تُوجد فروق دالة إحصائياً في متوسط درجات عينة الدراسة في مُتغير فقدان الشهية العصبي بعد العلاج وبعد فترة المتابعة؟
- ٥- هل تُوجد فروق دالة إحصائياً في متوسط درجات عينة الدراسة في مُتغير صورة الجسم بعد العلاج وبعد فترة المتابعة؟

أهداف الدراسة

تستهدف الدراسة الحالية محاولة التعرف إلى فاعلية برنامج علاجي باستخدام فنيات العلاج المعرفي السلوكي في تحسين بعض حالات فقدان الشهية العصبي. وتشوه صورة الجسم لدى عينة من طالبات الجامعة.

فروض الدراسة

- طبقاً لتساؤلات الدراسة وهدفها، والأدوات المُستخدمة فيها، وطبقاً للدراسات السابقة التي تمّ التعرض لها قام الباحث بصياغة فروض الدراسة الحالية كما يلي:
- ١- الفرض الأول: توجد فروق دالة إحصائياً بين عينة الدراسة في مُتغير الوزن قبل الخضوع للبرنامج العلاجي وبعده لصالح القياس البعدي.
 - ٢- الفرض الثاني: توجد فروق دالة إحصائياً بين عينة الدراسة في مُتغير فقدان الشهية العصبي قبل الخضوع للبرنامج العلاجي وبعده لصالح القياس القبلي.
 - ٣- الفرض الثالث: توجد فروق دالة إحصائياً بين عينة الدراسة في مُتغير صورة الجسم قبل الخضوع للبرنامج العلاجي وبعده لصالح القياس البعدي.
 - ٤- الفرض الرابع: لا توجد فروق دالة إحصائياً بين عينة الدراسة في مُتغير فقدان الشهية العصبي بعد العلاج وبعد فترة المتابعة.
 - ٥- الفرض الخامس: توجد فروق دالة إحصائياً بين عينة الدراسة في مُتغير صورة الجسم بعد العلاج وبعد فترة المتابعة.

أهمية الدراسة

تنبثق أهمية هذه الدراسة من خلال الجوانب الثلاثة الآتية:

الجانب الأول: يتعلق هذا الجانب بظاهرة الاضطرابات السيكوسوماتية من حيث أنها ظاهرة ازداد شيوعها في العصر الحديث خاصةً بين صفوف الفتيات، وهذا الأمر يدعونا إلى ضرورة الاهتمام بها كونها ظاهرة خطيرة تستحق الدراسة إن كنا نريد للإنسان أن يستعيد توافقه مع ذاته، ومع المحيطين به.

الجانب الثاني: إن هذه الدراسة تتعرض لقطاع هام من قطاعات المجتمع، وهو جيل الشباب من الفتيات واللاتي يُعتبرن أمل المجتمع في الغد القريب.

الجانب الثالث: قلة الدراسات النفسية خاصةً في البيئة العربية - في حدود علم الباحث - والتي استخدمت العلاج المعرفي السلوكي في محاولة تحسين بعض الحالات النفسية من الطالبات اللاتي يُعانين من فقدان الشهية العصبي، وتشوه صورة الجسم، وعلى ذلك، فإن الدراسة الحالية تُعد محاولةً لإيجاد أفضل السبل لعلاج مشكلة من المشكلات الخطيرة التي تفشت بين صفوف طالبات الجامعة، وبالتالي ترتب عنها الكثير من الضعف والهزال والاكنتاب والتوتر والتأخر الدراسي لدى هؤلاء الطالبات المصابات بها، كما قد يترتب عنها مشاكل أخطر قد تصل إلى التفكير في الانتحار والموت البطيء نتيجةً للأفكار المشوهة التي تُسيطر على تفكير الفتاة وسلوكها، لأن فتاة اليوم هي أم الغد، والأم الصالحة التي تتمتع بالصحة النفسية هي التي تمد المجتمع بالأبناء الأسوياء، وهذا ما يستوجب العناية بالفتاة منذ الصغر، ومن هنا كانت أهمية هذه الدراسة.

محددات الدراسة

تحدد الدراسة الحالية بالعينة، والأدوات، وتطبيق البرنامج العلاجي المُستخدم في الوصول إلى النتائج. بالإضافة إلى فترة المتابعة التي سوف يعتمد عليها الباحث، أو يستخدمها مع عينة الدراسة للتحقق من فاعلية البرنامج العلاجي المُستخدم وعدم حدوث انتكاسة للعينة.

مصطلحات الدراسة

تضمنت الدراسة الحالية المصطلحات الآتية:

العلاج المعرفي (Therapy Cognitive): مع ظهور علم النفس المعرفي بدأ التقارب والالتقاء بين المناهج السلوكية والمعرفية، وذلك باعتراف السلوكيين أنهم يتعاملون فعلاً مع عملياتٍ

معرفيةٍ داخليةٍ، ففي أسلوب التحصين التدريجي الذي يقوم على تخيل المواقف والمشاهد الباعثة على القلق في إطار مُدرج القلق، فإنه يقوم على عمليات معرفيةٍ داخليةٍ، وليست سلوكاً خارجياً ملحوظاً، وأسلوب النمذجة "لبندورا" الذي يقوم على التعلم بالملاحظة واعترافه بالعمليات الداخلية، وذلك لتركيزه على التنظيم الذاتي والضببط الذاتي والانطفاء البديلي والتعزيز الذاتي بالإضافة إلى تشفير الأحداث الخارجية بالذاكرة في رموز عند امتثالها، والتي يتم استدعائها في الوقت والمكان المناسبين. وجاء العلاج المعرفي "لبيك"، والعقلاني الانفعالي "لأليس" بوصفهما ائتلاف بين المناهج السلوكية والمعرفية فالعلاج المعرفي أسلوب علاجي يحاول تعديل السلوك لدى المريض من خلال التأثير في عمليات التفكير (عراقي، 1991)، وعلى ذلك فإن العلاج المعرفي هو نوعٌ من العلاج النفسي الذي يقوم على تعديل الأفكار، والاتجاهات السلبية لدى المريض باستخدام مجموعة من التكنيكات والاستراتيجيات النفسية.

العلاج السلوكي (Therap Behavioral): مُصطلح (العلاج السلوكي) أو (تعديل السلوك) يعتمد في تناوله للسلوك المضطرب على نظرية التعلم، وأُسلمة الرئيسة التي نُسلم بها هي: أن الإنسان يتعلم أن يستجيب بطريقةٍ شاذةٍ لبيئته إلى أن يتحول هذا الشذوذ إلى عادة وأسلوب حياة يُطلق عليه فيما بعد- بحسب اتجاه هذا الشذوذ وأعراضه- المصطلحات المختلفة للاضطرابات النفسية والعقلية، وهدف العلاج السلوكي هو أن يُوجه السلوك - بغض النظر عن مُسببات سواء أكانت وراثية أم اجتماعية- إلى وجهاتٍ مقبولةٍ ومرغوبةٍ تحقّق للفرد ومن حوله بعض السعادة في ظروف أصبح من العسير على الناس أن يسعدوا أنفسهم أو أن يتسامحوا مع سعادة الآخرين (إبراهيم وعبدالعزیز و رضوي، 1993). وعلى ذلك، فإن العلاج السلوكي هو تكنيك من تكنيكات العلاج النفسي الذي يستهدف تعديل السلوك المرضي وتغييره مباشرةً من خلال استخدام النتائج والمبادئ المُشتقة من المدرسة السلوكية في علم النفس بزعامه "واطسون"، والخاصة بنظريات التعلم (Theories Learning).

العلاج المعرفي- السلوكي (Cognitive- Behavioral Therapy): يُعدّ العلاج المعرفي السلوكي من أكثر الأساليب العلاجية المستخدمة في السنوات الأخيرة، وقد ميز الكثير من الباحثين بينه وبين العلاج السلوكي، فالفرد عند السلوكيين موجود فقط عند مستوى المثير/ الاستجابة، وقد كتب شكسبير "في هاملت" أنه لا يوجد ما هو خيرٌ أو شرٌّ إنما طريقة التفكير هي التي تصنع ذلك وقد انعكس هذا الاعتقاد لشكسبير على العمليات النفسية وهو ما نُسميه بالاتجاه المعرفي، فالمتخصصون في علم النفس المعرفي (Psychology Cognitive) يرون أن الأحداث في حد ذاتها لا تُؤدّي إلى المشاعر والسلوكيات المُضطربة، وإنما تفسير الفرد

للأحداث هو الذي يصنع ذلك، وافترضوا أن التغيرات في طريقة التفكير يمكن أن ينتج عنها تغييرات في المشاعر والسلوكيات. أما السلوكيون، فاهتموا فقط بالمُدخلات والمُخرجات على عكس المعرفيين الذين اهتموا بالعمليات المعرفية الداخلية مثل التفكير والإدراكات والمحدثات الذاتية (Sdorow, 1992). وعلى ذلك فإن العلاج المعرفي السلوكي هو تكنيك سيكولوجي علاجي يستهدف تعديل السلوك والتحكم في الاضطرابات النفسية من خلال تعديل أسلوب تفكير المريض، وإدراكاته لنفسه والمحيطين به وبيئته معتمدين على استخدام بعض تكنيكات العلاج النفسي (Psychotherapy).

فقدان الشهية العصبي (Nervosa Anorexia): يُشير فقدان الشهية العصبي إلى نقص مستمر في الشهية للطعام ورفض له، وكثيراً ما يكون مصحوباً بانقطاع الطمث والقيء، ونقص حاد في الوزن والهزال، وتحدث هذه الحالة بكثرة للمراهقات، وكثيراً ما يُفسر هذا باعتباره رغبةً لديهن في أن يُبقين نحيفات كالصبيان، ومن ثمّ يتجنبن أعباء النمو والنضج والقيام بدورهن الأنثوي والزواجي. ومن خصائصهن الشعور بالبدانة حتى وهن نحيفات ونكرانهن لمرضهن، وفي بعض الحالات يُظهرن اشمئزازاً من الطعام (عبد الحميد، وكفافي، 1989). كما أنه عبارة عن عدم الانتظام في تناول الطعام ودائماً ما يظهر في شكل "شبه جوع" وهو الانصراف المرضي عن الطعام نتيجةً لاضطراب انفعالي يكمن خلفه مقاومة للنمو، ومقاومة عدوانية لمطالب الوالدين، وعقاب للذات نتيجةً للشعور بالذنب ومن أهم أعراضه فقدان الشهية للطعام، ونقص الوزن (الحفني، 1995). وعلى ذلك؛ فإن فقدان الشهية العصبي هو اضطراب يحدث نتيجةً لتوقف المريض عن تناول الطعام، فيعتاد الجسم كميات أقل فأقل من الطعام حتى يفقد الشخص وزنه ويصاب بالهزال الشديد.

صورة الجسم (Body Image): عن صورة في هيئة عقلية يُكونها الفرد عن جسمه سواء في مظهره الخارجي أو في مكوناته الداخلية وأعضائه المختلفة، وقدرته على توظيف هذه الأعضاء، وما قد يُصاحبها من مشاعر وإجاءات موجبة أو سالبة عن تلك الصورة الذهنية للجسم (عبد الحميد وكفافي، 1989). فصورة الجسد هي: التصورات والآراء والمعتقدات التي يُكونها الفرد في مظهره، والتي تتعلق بصورة جسده ومدى تقبله أو رفضه لها.

منهجية الدراسة وإجراءاتها:

منهاج الدراسة

اعتمدت الدراسة الحالية على استخدام المنهج الإكلينيكي (Method Clinical) القائم

على تشخيص اضطراب فقدان الشهية العصبي واضطراب صورة الجسم، ووضع البرنامج العلاجي المناسب لعلاج اضطرابي فقدان الشهية العصبي وصورة الجسم لدى عينة الدراسة والتأكد من مدى فاعليته وكفاءته في العلاج.

مجتمع الدراسة

تكون مجتمع الدراسة من طالبات جامعة طنطا بجمهورية مصر العربية من يُعانين من اضطراب فقدان الشهية العصبي. وتشوه صورة الجسم المرتبط به.

عينة الدراسة

تكونت عينة الدراسة في بدايتها من (٣٠٠) طالبة من طالبات كليات جامعة طنطا من مختلف الأقسام العلمية بها. وتم تطبيق أدوات الدراسة المتمثلة في (مقياس فقدان الشهية العصبي، ومقياس صورة الجسم) كونه إجراءً مسيحياً من أجل اختيار عينة الدراسة التجريبية من الحاصلات على أعلى الدرجات في فقدان الشهية العصبي وتشوه صورة الجسم. وقد بلغت العينة النهائية للدراسة (٣٠) طالبة من الحاصلات على أعلى الدرجات في فقدان الشهية العصبي وتشوه صورة الجسم كونها مجموعة تجريبية سوف تخضع للبرنامج العلاجي من أجل التعرف على فاعليته في التخفيف من حدة الأعراض والاضطرابات التي يُعانين منها، وقد تراوحت أعمارهن ما بين (١٨، ٢١) عاماً بمتوسط عمري قدره (١٨،٤٠) وانحراف معياري قدره (٠،٦١) من العام. وقد خضعت المجموعة التجريبية لجلسات العلاج المعرفي السلوكي لمدة أربعة أشهر كاملة بواقع جلستين أسبوعياً. وتم عمل قياس قبل بدء البرنامج العلاجي وبعده.

أدوات الدراسة

اعتمدت الدراسة على استخدام مجموعة من الأدوات السيكومترية من أهمها ما يلي:
أولاً: مقياس فقدان الشهية العصبي التي أعدته د. زينب شقير
يهتم هذا المقياس بقياس وتقدير حالات فقدان الشهية العصبي بين الذكور والإناث، ويتضمن مجموعة من الأبعاد من أهمها: عادات الطعام، القلق من زيادة الوزن ومحاولة إنقاصه، الأعراض الجسمية والمزاجية المصاحبة لحالات فقدان الشهية، الانشغال الزائد بالشكل الخارجي وصورته الذهنية، ويتكون المقياس من (٢٣) فقرة منها فقرة واحدة تصلح للإناث فقط دون الذكور، يُجيب عنها المفحوص إما بموافق أو محايد أو لا أوافق، وتُعطى درجتان

في حالة الموافقة ودرجة واحدة في حالة الإجابة بالمحايدة أما في حالة عدم الموافقة فتُعطى صفر. وبذلك تتراوح الدرجات الكلية للمقياس ما بين (صفر إلى ٤٦) درجة. وتُشير الدرجات المرتفعة على المقياس إلى إرتفاع فقدان الشهية العصبي أما الدرجة المنخفضة فتشير إلى انخفاض أعراض فقدان الشهية العصبي.

تقنين المقياس: طبقت مُعدة هذا المقياس على عينة قوامها (٤٠٠) طالباً وطالبة من طلاب الفرقة الأولى بكلية التربية بجامعة طنطا مُناصفةً، وتراوحت الأعمار الزمنية للعينة ما بين (١٨,٢ و ١٩,٦) عاماً.

صدق المقياس: وقد تم الحصول على صدق هذا المقياس باستخدام ثلاثة أنواع من الصدق هي:

أ. **صدق المحكمين:** وقد حُقق هذا النوع من الصدق من خلال عرض المقياس على مجموعة من المتخصصين في علم النفس والطب النفسي والصحة العامة. وقد وُجد اتفاق بين مجموعة المحكمين بنسبة (٩٠٪) على صلاحية المقياس في قياس وتقدير فقدان الشهية العصبي.

ب. **صدق المحك:** فقد تم تطبيق هذا المقياس على عينة التقنين. كما تم تطبيق مقياس آخر هو "مقياس الاتجاه نحو الأكل" من تعريب الباحثة على نفس العينة، وتم حساب معامل الارتباط بين نتائج المقياسين. وبلغ مُعامل الارتباط (-٠,٤٨) للذكور و (-٠,٥١) للإناث بمستوى دلالة (٠,٠١) ويشير هذا إلى أن الاتجاه السلبي نحو الطعام قد صاحبه فقدان الشهية العصبي.

ت. صدق التمييز: وقد تمت المقارنة الطرفية بين الثلث الأعلى والثلث الأدنى لدرجات عينتي الذكور والإناث (ن=١=٨٠). والجدول رقم (١) يوضح ذلك:

**الجدول رقم (١)
صدق التمييز لمقياس فقدان الشهية العصبي**

الجنس	العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	ت	دلالة ت
ذكور	٢٦ الثلث الأعلى	٢٠,٠٨	٥,٠٩	١١,٧١	دالة عند مستوى ٠,٠١
	٢٦ الثلث الأدنى	٧,٨٥	٢,٤٣		
إناث	٢٦ الثلث الأعلى	٢١	٥,٢٣	١٠,١٨	دالة عند مستوى ٠,٠١
	٢٦ الثلث الأدنى	٨,٨٨	٢,٨٨		

يتبين من الجدول السابق قدرة المقياس على التمييز بين المستويات الضعيفة والمستويات القوية لدى الجنسين. فقد وُجدت فروق دالة عند مستوى (٠,٠١) بين المستويات العُلّيا والدُنّيا لدى الذكور. وبين المستويات العُلّيا والدُنّيا لدى الإناث ما يُعبر عن الصدق التمييزي للمقياس.

ومن ثم صدق المقياس.

ثبات المقياس: وقد تم الحصول على ثبات المقياس بطريقتين هما:

أ. **الثبات بطريقة إعادة التطبيق:** فقد قامت واضعة المقياس بتطبيق المقياس مرتين مُتباعدين على عينة التقنين بفاصلٍ زمني قدره أسبوعين، وبلغ معامل الارتباط بين التطبيقين لدى الذكور (٠,٦١ و ٠,٧٦) لعينة الإناث، وهذان المعاملان دالان عند مستوى (٠,٠١) ما يُطمئن على صلاحية المقياس وثباته.

ب. **الثبات بطريقة التجزئة النصفية:** وقد تم تقسيم بنود المقياس إلى نصفين متساويين، وتم إيجاد مُعامل الارتباط بين نتائج التطبيق باستخدام طريقة سبيرمان براون، وبلغ مُعامل الارتباط (٠,٨٩) وهو دال عند مستوى (٠,٠١)، ما يُؤكد قوة وثبات المقياس وصلاحيته للتطبيق على عينة الدراسة (شقيير، ٢٠٠٢).

ثانياً: مقياس صورة الجسم (من إعداد د. زينب شقيير، ٢٠٠٣)

اهتمت الباحثة في هذا المقياس بمحاولة التعرف إلى مدى الرضا عن الصورة الجسدية لدى الفرد، ومفهوم الفرد عن الجوانب التالية: الجاذبية الجسدية والتناسق بين مكونات الوجه الظاهرية، التآزر بين شكل الوجه وباقي أعضاء الجسم الداخلية والخارجية، المظهر الشكلي العام ومدى التناسق بين حجم الجسم وشكله ومستوى التفكير. وقد حرصت مُعدة المقياس على إدخال الجانب الفكري والذهني ضمن هذه الجوانب لأن صورة الجسم تُمثل معتقداً فكرياً معيناً، وكما أوضحه البعض بأنه يُعد جانباً مهماً من جوانب مفهوم الذات (الجسمية) من حيث أنه فكر أو معتقد يُكونه الفرد عن نفسه. ويتكون المقياس في صورته الحالية من (٢٦) مفردة يُجيب عليها المفحوص إما بموافق أو بمحايد أو بعدم الموافقة، وفي حالة الموافقة تُعطى العبارة درجتان، وفي حالة المحايدة تُعطى العبارة درجة واحدة فقط، وفي حالة عدم الموافقة بمعنى رفض العبارة فتعطى صفراً، وبذلك تتراوح درجات المقياس الكلية ما بين صفر: ٥٢ درجة.

تقنين المقياس: قامت واضعة المقياس بتقنيه على عينة قوامها (٣٢٠) مفحوصاً (عبارة عن ١٦٠ ذكراً، ١٦٠ أنثى) تراوحت أعمارهم ما بين (١٥-٤٥) عاماً، وكانت العينة موزعة كما يلي: (٤٠) مريضاً بتشوهاتٍ جلديةٍ مختلفةٍ مناصفةً بين الذكور والإناث، ٤٠ مريضاً بروماتيزم القلب مناصفةً بين الذكور والإناث، (٤٠) مريضاً بالاضطرابات العصبية المختلفة مناصفةً بين الذكور والإناث، وذلك من أقسام القلب والباطنة وجراحات التجميل والجلدية والصحة النفسية بالعبادة الشاملة بجامعة طنطا. كما تكونت العينة أيضاً من (٢٠٠)

فرداً لم يسبق لهم التعرض لأي مرض عضوي أو نفسي نصفهم من الذكور والنصف الآخر من الإناث من طلاب المرحلة الثانوية. وطلاب كلية التربية بطنطا. وكذلك مجموعة من الموظفين والعاملين بالكلية.

صدق المقياس: وقد حَققت معدة المقياس من صدقه بطريقتين هما:

١. **صدق الحكمين:** وقد قامت بعرضه على مجموعة من المحكمين من أساتذة علم النفس والطب النفسي والطب البشري. وقد اتفق المحكمون بنسبة (٩٠٪) على صلاحية المقياس في قياس وتقدير صورة الجسم لدى الفرد.

٢. **صدق التمييز:** قامت مُعدة المقياس بإجراء مُقارنة طرفية بين الإرباعي الأعلى والأدنى لدى مائة من الذكور ومائة من الإناث من العينة الكلية للدراسة. حيث تم حساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري للإرباعي الأعلى والأدنى لكل من الذكور والإناث. وتم حساب الدرجة التائية والكشف عن دلالتها. والجدول رقم (٢) يوضح ذلك:

الجدول رقم (٢)
الصدق التمييزي لمقياس صورة الجسم

الجنس	العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	ت	دلالة ت
ذكور	٢٥ الإرباعي الأعلى	٢١,٧٦	٠,٨٢	٢٢,٢٤	دالة عند مستوى ٠,٠١
	٢٥ الإرباعي الأدنى	١١,١٢	١,٢٩		
إناث	٢٥ الإرباعي الأعلى	٢٢,٢٤	١,١٢	٢٩,٢٢	دالة عند مستوى ٠,٠١
	٢٥ الإرباعي الأدنى	١٢,٦٨	١,٤١		

يتبين من الجدول السابق قدرة المقياس على التمييز بين المستويات الضعيفة والمستويات القوية لدى الجنسين. فقد وُجدت فروق دالة عند مستوى (٠,٠١) بين المستويات العليا والدنيا لدى الذكور وبين المستويات العليا والدنيا لدى الإناث مما يُعبر عن الصدق التمييزي للمقياس. وصدق المقياس ككل.

ثبات المقياس: وقامت مُعدة المقياس بالحصول على ثباته بطريقتين هما:

١. **الثبات بطريقة إعادة التطبيق:** وقد تم تطبيق المقياس مرتين بفاصلٍ زمني قدره ثلاثة أسابيع بين التطبيقين. وذلك على عينة قوامها (٥٠) من طلاب وطالبات الفرقة الرابعة بكلية التربية بطنطا. وقد بلغ معامل الارتباط بين التطبيقين (٠,٦١). وهو دال عند مستوى (٠,٠١) مما يُشير إلى ثبات المقياس.

٢. **ثبات الاتساق:** وقد حصلت عليه الباحثة من خلال تقسيم المقياس إلى قسمين أحدهما خاص بالفقرات الفردية والآخر خاص بالفقرات الزوجية. وتطبيقه على عينة قوامها خمسين

من الذكور وخمسين من الإناث، وتم حساب الثبات بين نصفي المقياس من خلال إيجاد مُعامل الارتباط بين النتائج. وقد بلغ مُعامل الارتباط (٠.٦٥). وبالتعويض في طول الاختبار باستخدام معادلة سبيرمان براون بلغ معامل الارتباط (٠.٧٩) وهو دال عند مستوى (٠.٠١) مما يُشير إلى ثبات المقياس (شُقير، ٢٠٠٣).

ثالثاً: البرنامج العلاجي المستخدم في الدراسة:

أعد الباحث هذا البرنامج العلاجي بهدف العمل على تحسين مستوى التوافق النفسي لدى عينة الدراسة من مُضطربات فقدان الشهية العصبي وتشوه صورة الجسم، ما يُساهم في التخفيف من حدة الأعراض المترتبة عليها ومن ثم علاجها. كما استهدف هذا البرنامج تحقيق مجموعة من الأهداف الخاصة المتمثلة في ما يأتي:

١. تزويد مرضى فقدان الشهية العصبي وتشوه صورة الجسم بمعلومات هامة وشاملة عن مرضهن ما يجعلهن أكثر فهماً لطبيعة هذا المرض. ومساعدتهن على معرفة خصائص مرضهن وأسبابه، وأهم أعراضه وآثاره على الجسم والنفس.
٢. مُساعدة المريضات على تعديل أفكارهن الخاطئة المتعلقة بفقدان الشهية العصبي. وتحويلها إلى أفكار إيجابية تُساهم في علاج هذا المرض بطريقة أكثر فاعلية.
٣. تعريف المريضات بالطرق والأساليب والفنيات السليمة التي تُساعدهن على الحد من آثار هذا المرض. والطرق الغذائية والحياتية السليمة التي يجب عليهن الإتيان بها.

الأسلوب العلاجي المستخدم في البرنامج

اعتمد الباحث على استخدام مجموعة من الأساليب العلاجية المتمثلة في ما يأتي:

١. **العلاج الفردي (Individual Psychotherapy):** المعتمد على إرشاد عميل واحد وجهاً لوجه في كل مرة. معتمداً في فاعليته على العلاقة الإرشادية المهنية الفاعلة بين المرشد والعميل. أي أنه يُمثل علاقة هادفة ومُخططة بين طرفين.
٢. **العلاج الجماعي (Group Psychotherapy):** وهو إرشاد عدد من العملاء الذين تتشابه مُشكلاتهم واضطراباتهم معاً في جماعات صغيرة كما يحدث في جماعة إرشادية أو في فصل (زهران، ١٩٩٨). وتكمن أهمية الإرشاد الجماعي فيما يُهيئه من تفاعل بناء بين العميل (مريضات فقدان الشهية العصبي وتشوه صورة الجسم) والمرشد (الباحث). وبين العميل وأعضاء الجماعة معاً.
٣. **العلاج المعرفي السلوكي (Cognitive Behavioral Psychotherapy):** بُعد العلاج السلوكي المعرفي من أهم الأساليب العلاجية المُستخدمة في السنوات الأخيرة. وقد ميز

الكثير من الباحثين بينه وبين العلاج السلوكي: فالسلوك عند السلوكيين هو مثير واستجابة. وأن الخصائص والصفات المرضية هي مجرد استجابات سلوكية خاطئة متعلمة من البيئة المحيطة. وبعد ظهور الاتجاه المعرفي في علم النفس المعرفي Cognitive Psychology الذي يرى أن الأحداث في حد ذاتها لا تؤدي إلى المشاعر والسلوكيات المضطربة وإنما تفسر الفرد للأحداث هو الذي يصنع هذه الاضطرابات. ومن ثم فإن التغيرات في طريقة التفكير يمكن أن ينتج عنها تغييرات في المشاعر والادراكات والسلوكيات (Sdorow, 1992). فالإتجاه المعرفي إذن يُركز في دراسة العمليات المعرفية وتأثيراتها القوية على الانفعالات والسلوك معاً. وأن الاضطرابات النفسية تنبع أساساً من الاضطراب في التفكير. وبالتالي فإن العلاج السلوكي المعرفي يعتمد أساساً على تعديل الاضطرابات المعرفية المتعلقة بالتفكير والإدراك للمثيرات البيئية المحيطة. وعلى ذلك فإن العلاج السلوكي المعرفي يستهدف تعديل الأفكار والتصورات الخاطئة حول طبيعة مشكلة ما باستخدام مجموعة من الفنيات الخاصة بذلك (Spence & Susan, 1994).

الفنيات المستخدمة في البرنامج العلاجي

استخدم الباحث الفنيات العلاجية التالية:

١. المحاضرة: ويتمثل المضمون التطبيقي لهذه الفنية في تقديم معلومات مبسطة وواضحة حول طبيعة اضطراب فقدان الشهية العصبي وتشوّه صورة الجسم من حيث أسبابه. وأهم أعراضه وآثاره وأهم المعتقدات والتصورات الخاطئة التي قد يكونها المريض حول مرضه ومآله. وما يجب على المريض عمله من الناحية الطبية والغذائية والسلوكية للتغلب على هذا المرض بشكل آمن حتى لا تمتد مخاطره وآثاره السلبية مستقبلاً.
٢. المناقشة الجماعية: ويتمثل المضمون التطبيقي لهذه الفنية في تبادل الرؤى حول موضوع المحاضرة بين الباحث وبين المُضطربات من ناحية. وبين المضطربات وبعضهن البعض من ناحية أخرى. وذلك من أجل فتح مجال للحوار وتبادل الأفكار والمعلومات بين المضطربات وبعضهن البعض مما يساهم بدرجة كبيرة في التفريغ الانفعالي (Abreaction) وتعديل الأفكار (Ideas Modification) والآراء والاتجاهات بين المضطربات وبعضهن البعض. وتعتبر هذه الفنية نوع من الإرشاد السلوكي المعرفي (Cognitive Behavioral Counseling) الذي يستهدف تعديل الأفكار والتصورات الخاطئة حول طبيعة مشكلة ما. كما اعتمد الباحث على استخدام بعض الفنيات المعرفية (Cognitive techniques) المتمثلة في الفنيات الآتية:

١. تسجيل الأفكار السلبية أو المشوهة (Thought – Catching): فقيام المريض بتسجيل أفكاره سوف يُساعده في زيادة استبصاره بنفسه وبالخطأ في هذه الأفكار، والهدف هو جعل المريض قادر على أن يُراقب، ويسجل أحاديثه وأفكاره بصورة صحيحة، وعندما يشعر المُعالج بأن المريض قد أصبح قادراً على البدء في تحديد أفكاره أثناء الجلسة فبالإمكان أن يطلب منه أن يُراقب تفكيره الخاص، ويقوم بتسجيل هذه الأفكار، وتُوجد عدة طرق يتم من خلالها تسجيل الأفكار السلبية ومنها الصيغة التي وضعها "بيك" وآخرون إذ يُطلب من المريض كتابة قائمة بالموافق، والتفكير السلبي المُصاحب لها والانفعالات الناتجة عنها، علماً بأن الكثير من المرضى يجدون صعوبة في التعبير عن أفكارهم المشوهة بطريقة مكتوبة وخاصة في المراحل المبكرة من العلاج (Williams, 1992). وبعدما يتمكن المريض أو العميل من تسجيل أفكاره السلبية أو المشوهة، والانفعالات السلبية المُصاحبة لها يتم توجيهه نحو ما هو سلبي من هذا الأفكار، وضرورة تعديلها، واستبدالها بأفكار جديدة أكثر إيجابية، وفاعلية. وهو ما حدث بالفعل في البرنامج العلاجي الحالي مع مُضطربات فقدان الشهية العصبي، فقد تم توجيههن نحو تسجيل أفكارهن المتعلّقة بذواتهن وبصورة أجسادهن، وتم مناقشة مثل هذه الأفكار الخاصة بكل حالة واكتشاف السلبيات فيها.

٢. إعادة البناء المعرفي (Cognitive re-construction): والهدف من استخدام هذه الفنية هو إعادة البناء المعرفي لمريضات فقدان الشهية العصبي وتشوه صورة الجسم، وتعديل أفكارهن الخاطئة، وتعزيز التواصل بينهن وبين أسرهن أو أعضاء الجماعة اللاتي يعشن فيها، فالمعالج يُساعد العميلة على تحديد المعتقدات غير المنطقية حول اضطرابها، وعلى تفسيرها للأحداث، ويناقش معها التأثير السلبي لهذه المعتقدات على سلوكها ومستوى توافقها النفسي، ويتضمن هذا البناء المعرفي تحديد المعتقدات والأفكار السلبية لدى المريضة، ومناقشة هذه الأفكار وتوليد أو إيجاد نماذج أو أفكار معرفية إيجابية حول طبيعة مشكلتها.

كما اعتمد الباحث على استخدام بعض الفنيات السلوكية (Behavioral techniques)

التمثلة في ما يأتي:

١. النمذجة (Modeling): ويتمثل المضمون التطبيقي لهذه الفنية في عرض نماذج سلوكية إيجابية تبرز من خلال المناقشات بين المريضات وبعضهن البعض حول طبيعة اضطراباتهن، وما يجب عليهن عمله للتوافق والتعايش والتغلب على هذا المرض، ومن ثم فإن هذه الفنية تهدف إلى إرشاد المضطربات إلى مجموعة من السلوكيات الجديدة، والأساليب السوية التي تُساهم في تحسين مستوى توافقهن وتعايشهن بطريقة إيجابية مع طبيعة اضطربهن.

وذلك من خلال الاقتداء بنموذج سلوكي معين من أقرانهم من المريضات الأكثر توافقاً من الناحية النفسية.

٢. **التعزيز الإيجابي (Positive reinforcement):** ويتمثل المضمون التطبيقي لهذه الفنية في مساعدة المريضات على التفكير الإيجابي في مشكلاتهن وطبيعة مرضهن، ويتمثل ذلك في تقديم مُدعمات (ثناء - مدح - مشاركة وجدانية ومُساندة) للمريضات خاصةً عندما يشتركن في الحوارات والمناقشات بطريقةٍ إيجابيةٍ (الفنجري، ٢٠٠٨): فعندما يطرح المُعالج مجموعة من الأسئلة والاستفسارات حول طبيعة المرض مثلاً، أو أهم الوسائل التي يُمكن من خلالها تحقيق التوافق والتغلب على هذا المرض بطريقةٍ إيجابيةٍ، فمشاركة المريضات في هذه الحوارات، والإجابة عن هذه الاستفسارات بطريقةٍ جيدةٍ يتبعه بالضرورة تقديم مساندة وتدعيم معنوي لهؤلاء المريضات.

٣. **الواجب المنزلي (Homework):** ويتمثل المضمون التطبيقي لهذه الفنية في تكليف مريضات فقدان الشهية العصبي وتشوه صورة الجسم بالقيام ببعض الواجبات في ختام كل جلسة إرشادية، بهدف مُساعدة المريضات على نقل التغيرات الإيجابية والأفكار والمعتقدات والاتجاهات الإيجابية الجديدة التي تكونت لهن أثناء الجلسات الإرشادية، وتعميمها على المواقف والمثيرات الموجودة في البيئة من حولهن، وفي سبيل تحقيق هذه الأهداف يتم تكليف المريضة بالقيام بمجموعة من الواجبات الخارجية أو المنزلية التي تتضمن وضع تصور لما يجب عليها عمله عند مواجهتها لمشكلة ما تتعلق بمرضها أو اضطرابها (إبراهيم، ١٩٩٤).

تحكيم البرنامج العلاجي

قام الباحث بعرض البرنامج العلاجي في صورته الأولية على "خمسة محكمين من أساتذة علم النفس والصحة النفسية" بهدف التحقق من ملاءمة البرنامج لأفراد العينة من مريضات فقدان الشهية العصبي وتشوه صورة الجسم، وصحة الإجراءات التطبيقية والفنيات العلاجية السلوكية المعرفية المُستخدمة في تنفيذ جلسات البرنامج وتحقيق أهدافه، ووفقاً لتعليمات السادة المحكمين أُجريت التعديلات المطلوبة ومن ثم تم إعداد الصورة النهائية للبرنامج العلاجي، والذي تم تطبيقه على عينة الدراسة من مريضات فقدان الشهية العصبي وتشوه صورة الجسم، وقبل استخدام هذا البرنامج تم عرضه في صورته النهائية على نفس المحكمين الذين اتفقوا بنسبة (٩٠٪) على صلاحية البرنامج

العلاجي المعرفي السلوكي، وفاعليته ومُناسبته في التطبيق على عينة الدراسة.
* يتقدم الباحث بجزيل الشكر والتقدير للأساتذة الأفاضل الذين تفضلوا بتحكيم البرنامج العلاجي وهم:

- | | |
|---|-------------------------------|
| أستاذ علم النفس بجامعة الإسكندرية | ١- أ د/ عبد الرحمن العيسوي |
| أستاذ الصحة النفسية بجامعة المنصورة | ٢- أ د/ السيد محمد عبد المجيد |
| أستاذ الصحة النفسية بجامعة الزقازيق | ٣- أ د/ محمد عيسوي الفيومي |
| أستاذ علم النفس بجامعة عين شمس | ٤- أ د/ العارف بالله الغندور |
| أستاذ الصحة النفسية المساعد بجامعة بنها | ٥- أ د/ سامية محمد صابر |

الأسلوب الإحصائي المستخدم

استخدم الباحث اختبار "ت" (T.test) لحساب دلالة الفرق بين التطبيقين القبلي والبعدي لدى عينة الدراسة.

إجراءات التطبيق

ضمنت الدراسة الحالية بعض الإجراءات المنهجية، التي يمكن توضيحها كما يأتي:

١. قام الباحث بتطبيق الأدوات المستخدمة في الدراسة والمتمثلة في مقياس فقدان الشهية العصبي، ومقياس صورة الجسم على عينة كلية تضمنت (٣٠٠) طالب وطالبة من جامعة طنطا، من تراوحت أعمارهم ما بين (١٨ و ٢١) عاماً بإجمالي (١٠٠) من الذكور و(٢٠٠) من الإناث، وتم استبعاد عينة الذكور والتركيز في عينة الإناث لعدة أسباب من أهمها: أن هذه الدراسة تختص بالإناث من طالبات الجامعة كما أن المسح ونتائج التطبيق على عينة الذكور لم تُسفر إلا عن وجود طالب واحد فقط من يُعاني من فقدان الشهية العصبي واضطراب في صورة الجسم، ومن ثمّ تم الاعتماد على عينة الإناث فقط لأن هذا ما يعيننا في الدراسة الحالية، وتم اختيار (٤٢) طالبة من طالبات الكلية من لديهن ارتفاع في فقدان الشهية العصبي واضطراب في صورة الجسم، كما تم استبعاد (١٢) طالبة منهن والاكْتفاء بـ (٣٠) طالبة من الحاصلات على أعلى الدرجات في فقدان الشهية العصبي واضطراب صورة الجسم لتكون بمثابة العينة النهائية للدراسة التي ستخضع لجلسات العلاج المعرفي السلوكي، وكانت معظم أفراد العينة من المقيّمات في مدينة طنطا حتى يسهل عليهن حضور جلسات العلاج.

٢. قام الباحث بمعاونة بعض الاختصاصيات النفسيات باصطحاب عينة الدراسة الثلاثين

إلى مستثنى طنطا الجامعي من أجل توقيع الكشف الطبي عليهن. وذلك للتأكد من عدم إصابتهن بإضطرابات عضوية قد تكون هي السبب الرئيسي في إصابتهن بفقدان الشهية العصبي. ومن ثمّ؛ فقد استهدف الباحث من هذا الإجراء المنهجي استبعاد العوامل العضوية والجسمية التي قد تكون سبباً في إصابة بعض أفراد العينة باضطراب فقدان الشهية العصبي.

٣. قام الباحث بالحصول على الأوزان والأطوال الحقيقية لأفراد العينة بمعرفة أحد المتخصصين في ذلك وسجل الأوزان الخاصة بكل منهن.

٤. تم تطبيق أدوات الدراسة على أفراد العينة كونه اختباراً قبلياً. وبعد ذلك تم تقسيم أفراد العينة إلى مجموعتين متساويتين تضمنت كل مجموعة (١٥) حالة حتى يسهل التعامل معهن. وحتى يتم تطبيق البرنامج العلاجي بالصورة المثلى. حرص الباحث- بالاتفاق مع إحدى الاختصاصيات النفسيات المُساعدات للباحث في تنفيذ البرنامج العلاجي- على ضرورة التطوع وتناول وجبة الغذاء مع أفراد المجموعتين. وأن يُعهد إلى كل حالة من الحالات بأن تأخذ دورها في عملية إعداد الطعام بمنزلها وإحضاره لبقيّة زميلاتِها من أفراد مجموعتها. وبالفعل كانت كل حالة تأخذ دورها في عملية تجهيز وإعداد وجبة بسيطة من الطعام لزميلاتِها. وقد شعر الباحث بوجود نوع من التنافس بين أفراد العينة في عملية التفنن في إعداد الطعام الشهى المذاق. فقد كانت كل طالبة تُعد نفسها مسبقاً حتى يأتي عليها الدور في عملية إعداد الطعام. وكان الباحث يقوم بعملية المساندة والدّعم لهن طوال البرنامج.

٥. تم تطبيق البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المُعد من قبل الباحث على أفراد العينة. وأثناء القيام بتطبيق البرنامج قام الباحث بإحضار بطاقات طبية مُقننة تُحد وزن وطول الفتاة الطبيعية. لأن لكل طول وزناً مُعيّناً. وتم عرض هذه البطاقات على عينة الدراسة. وطلب منهن مقارنة الوزن الطبيعي بأوزانهن الحقيقية. ومن هنا تبين لأفراد العينة أن أوزانهن غير مُطابقة للأوزان الطبيعية التي يفترض أن يكن عليها لأنها أقل بكثير من الأوزان التي يفترض أن يكن عليها. وطلب الباحث من أفراد العينة أن تعمل كل طالبة على تعويض النقص في الوزن الذي تُعاني منه من خلال الإقبال على تناول الطعام. وظلت عملية الدّعم المعنوي من الباحث ومعاونيه لأفراد العينة مُستمرة طيلة فترة البرنامج العلاجي.

٦. في نهاية جلسات البرنامج العلاجي قام الباحث باصطحاب أفراد العينة إلى أحد المتخصصين من أجل الحصول على أوزانهن الحالية بعد انتهاء تطبيق البرنامج.

٧. تم تطبيق أدوات الدراسة أنفة الذكر وصفه تطبيقاً بعدياً من أجل عمل المُعالجات والمقارنات

الإحصائية اللازمة لتوضيح فاعلية البرنامج العلاجي من عدمه. وبعد انتهاء شهرين من المتابعة مع أفراد العينة تم إعادة تطبيق أدوات الدراسة آنفة الذكر من أجل عمل المقارنات والتحليلات الإحصائية اللازمة بين فترة العلاج، وفترة المتابعة للتأكد من الفاعلية النهائية للبرنامج العلاجي.

نتائج الدراسة ومناقشتها

تضمنت عينة الدراسة الحالية (٣٠) طالبة من طالبات جامعة طنطا من اللائي يُعانين من فقدان الشهية العصبي واضطراب في صورة الجسم. وقد تراوحت أعمارهن ما بين (١٨) و(٢١) عاماً بمتوسط عمري قدره (١٨,٤٠) عاماً وانحراف معياري قدره (٠,٦١) من العام. وقد بلغ متوسط الطول (١٦٢,٥) سم بانحراف معياري قدره (٢,٣٠) سم. وقد خضعت العينة لجلسات البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المُعد سلفاً من قبل الباحث. وقد أسفرت الدراسة بعد انتهاء البرنامج العلاجي عن النتائج الآتية:

أولاً: عرض نتائج الفرض الأول

نص هذا الفرض من فروض الدراسة على أنه: "توجد فروق دالة إحصائية بين عينة الدراسة في مُتغير الوزن قبل الخضوع للبرنامج العلاجي وبعده لصالح القياس البعدي". وقد أسفرت التطبيقات والمعالجات الإحصائية عن مجموعة من النتائج المتعلقة بدلالة الفروق في أوزان العينة والتي يوضحها الجدول رقم (٣):

الجدول رقم (٣)

دلالة الفرق في وزن العينة قبل البرنامج العلاجي وبعده (ن = ٣٠)

دلالة ت	ت	بعد العلاج		قبل العلاج		السمّة الوزن
		ع	م	ع	م	
دالة عند مستوى ٠,٠١	٦,٢٦ -	٥,٨٠	٦٢	٣,١٠	٤٨,٢٢	

يتبين من الجدول السابق وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى (٠,٠١) بين أفراد العينة من الطالبات في الوزن قبل الخضوع لجلسات البرنامج العلاجي وبعده لصالح العينة بعد البرنامج. فقد ارتفعت أوزان أفراد العينة بعد الخضوع لجلسات البرنامج العلاجي بشكل ملحوظ، وهذا يُشير إلى أن البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي- المُعد سلفاً من قبل الباحث- قد أتى ثماره. وحققت الفائدة المرجوة منه؛ فتعديل الأفكار السالبة تجاه تناول الطعام وما

تبعه من سلوكياتٍ إيجابيةٍ تتعلق بعملية تناول الطعام قد ساهم بشكلٍ كبيرٍ في الإقبال على تناول الطعام، ومن ثمَّ تحسُّن الشهية والرغبة في تناول الطعام بالقدر الطبيعي الذي يُساعدن في التخلص من اضطراب فقدان الشهية العصبي. وهذا يُشير بدوره إلى الأثر الفاعل لبرنامج العلاج المعرفي السلوكي الذي خضعت له العينة، وبذلك تتحقق صحة هذا الفرض من فروض الدراسة. وقد اتفقت نتائج هذا الفرض مع ما توصل إليه كل من (Lester & Wander) من أن وضع برنامج علاجي معرفي يُساهم بشكلٍ كبيرٍ في تحسين الوزن لدى من يُعاني من فقدان الشهية العصبي أو اضطرابات الطعام بصفةٍ عامةٍ وفقدان الشهية العصبي بصفةٍ خاصةٍ (Wander & Lester, 1989). كما اتفقت أيضاً مع ما توصلت إليه (Luanda) من أن إخضاع العينة التي تُعاني من فقدان الوزن لبرنامجٍ علاجي فردي أو جماعي يُساهم في تحسين الوزن لديها (Luanda, 1990).

ثانياً: عرض نتائج الفرض الثاني

نص الفرض الثاني من فروض الدراسة على أنه: "تُوجد فروق دالة إحصائية بين عينة الدراسة في مُتغير فقدان الشهية العصبي قبل الخضوع للبرنامج العلاجي وبعده لصالح القياس القبلي". وقد أسفرت التطبيقات والمعالجات الإحصائية عن مجموعة من النتائج المتعلقة بدلالة الفروق في متوسط درجات مُتغير فقدان الشهية العصبي قبل خضوع العينة للبرنامج العلاجي وبعده، والتي يوضحها الجدول رقم (٤)

الجدول رقم (٤)

دلالة الفروق في متغير فقدان الشهية العصبي للعينة قبل العلاج وبعده (ن = ٣٠)

السمة	قبل العلاج		بعد العلاج		ت	دلالة ت
	م	ع	م	ع		
فقدان الشهية	٢٨,٧٠	٤,١٥	٢٧	٢,٨٥	١٠,٦٤	دالة عند مستوى ٠,٠١

يتبين من الجدول السابق وجود فروق دالة إحصائية في فقدان الشهية العصبي بين متوسط درجات عينة الدراسة من الطالبات قبل خضوعهن للبرنامج العلاجي وبعده لصالح القياس القبلي. بمعنى ارتفاع متوسط درجات فقدان الشهية العصبي لدى العينة قبل خضوعها للبرنامج العلاجي، وانخفاضه بعد خضوعها للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي. وهذا يُشير بدوره إلى أن البرنامج العلاجي له فاعلية كبيرة في تحسين اضطراب فقدان الشهية

العصبي لدى عينة الدراسة من الطالبات. وعلى ذلك تتحقق صحة الفرض الثاني من فروض الدراسة الحالية. فالبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي- المُعد من قبل الباحث- قد ساهم في تحسن الحالة النفسية لدى العينة تحسناً ملحوظاً، مما ترتب عنه الكثير من النتائج الإيجابية لدى العينة. فعملية التدريب المعرفي (Training Cognitive) للعينة، ومُساعدتها على التخلص من الأفكار السلبية والسيئة المرتبطة بتناول الطعام. وعلى اكتشاف الأفكار والمعتقدات المعرفية المشوهة، واستبدالها بأفكار أكثر فاعلية وإيجابية فيما يتعلق بعملية تناول الطعام بالكيفية المناسبة والمفيدة للجسم، قد ساهم بشكل كبير في تخلص العينة من اضطراب فقدان الشهية العصبي وما ترتب عنه من نتائج سلبية، كما ساهم أيضاً في إتخاذهن لخطوات سلوكية أكثر إيجابية فيما يتعلق بسلوك تناول الطعام. وقد اتفقت نتائج هذا الفرض مع ما توصلت إليه (Luanda) من أن إخضاع العينة التي تُعاني من فقدان الشهية العصبي واضطرابات الطعام بصفة عامة لبرنامج علاجي فردي أو جماعي يُساهم في تحسن حالتها النفسية (Luanda, 1990). كما اتفقت أيضاً مع ما توصل إليه (Ramirez) من أن تحسّن مستوى التوافق النفسي لدى من يُعاني من اضطرابات الطعام يُساهم في تحسّن مستوى الحالة النفسية لديه، ومن ثمّ يُمكن التغلب على المُشكلات المُتعلّقة بعملية تناول الطعام (Ramirez, 2004). كما اتفقت نتائج هذا الفرض مع ما توصلت إليه "السطيحة" من أنه توجد فروق دالة إحصائية لدى المجموعة التجريبية بين القياسين القبلي والبعدي على مقياس فقدان الشهية العصبي لصالح القياس البعدي، بمعنى وجود تحسن ملحوظ لدى العينة بعد خُضوعها للبرنامج العلاجي السلوكي المعرفي الموضوع من قبل الباحثة لعلاج فقدان الشهية العصبي لديهن (السطيحة، ٢٠٠٤).

ثالثاً: عرض نتائج الفرض الثالث

نص الفرض الثالث من فروض الدراسة على أنه: "تُوجد فروق دالة إحصائية بين عينة الدراسة في مُتغير صورة الجسم قبل الخُضوع للبرنامج العلاجي وبعده لصالح القياس البعدي". وقد أسفرت التطبيقات والمُعالجات الإحصائية عن مجموعة من النتائج المُتعلّقة بدلالة الفروق في مُتوسط درجات مُتغير صورة الجسم قبل خُضوع العينة للبرنامج العلاجي وبعده، والتي يوضحها الجدول رقم (٥):

الجدول رقم (٥)
دلالة الفروق في متوسط درجات صورة الجسم لدى العينة قبل
خضوعها للبرنامج العلاجي وبعده (ن=٣٠)

دلالة ت	ت	بعد العلاج		قبل العلاج		السمة
		ع	م	ع	م	
دالة عند مستوى ٠,٠١	٢٠,٠٩	٣,٨٥	٢٩,٩٥	٢,٩٠	٤٧,٣٢	صورة الجسم

يتبين من الجدول السابق وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى (٠,٠١) بين متوسط درجات العينة قبل الخضوع للبرنامج العلاجي وبعده لصالح القياس القبلي. بمعنى أن عدم الرضا عن صورة الجسم وتصويرها بطبيعة مشوهة كان أكثر قبل خضوع العينة للبرنامج العلاجي. أما بعد خضوعها للبرنامج العلاجي حدث تحسن ملحوظ في صورة الجسم المشوهة من العينة سلفاً. ما يُشير إلى فاعلية البرنامج العلاجي الذي خضعت له العينة في تحسين صورة الجسم المشوهة. وبذلك تتحقق صحة الفرض الثالث من فروض الدراسة الحالية. فعملية إعادة البناء المعرفي (Cognitive re-construction) والتدريب المعرفي الذي خضعت له العينة، وما تبعه من إجراءات سلوكية إيجابية تمثلت في اكتشاف الأفكار المشوهة والخطئة المتعلقة بعملية تناول الطعام وصورة الجسم المضطربة لديهن. قد ساهم بشكل كبير في تحسين مستوى التوافق النفسي لدى العينة وهذا ما ترتب عنه التحسن الملحوظ في صورة الجسم الإيجابية لدى العينة. وقد اتفقت هذه النتائج مع ما توصلت إليه دراسة كل من (Merril & Swapan) من أن التغيرات الإيجابية في الحالة النفسية لدى العينة التي تعاني من اضطراب في صورة الجسم تُساهم في تحسن وتغيير ملحوظ في النواحي الإيجابية المتعلقة بصورة الجسم لدى العينة (Sample (Merril & Swapan, 1991). كما اتفقت أيضاً مع ما توصلت إليه "السطيحة" من أنه توجد فروق دالة إحصائية لدى المجموعة التجريبية بين القياسين القبلي والبعدي على مقياس صورة الجسم لصالح القياس البعدي. بمعنى وجود تغير ملحوظ لدى العينة بعد خضوعها للبرنامج العلاجي السلوكي المعرفي الموضوع من قبل الباحثة وتحسن في صورة الجسم لديهن. خاصة بعد أن كانت الفكرة المسيطرة عليهن - قبل خضوعهن للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي- أن صورة أجسادهن هي صورة سلبية وغير مثالية، ولكن تعدلت هذه الفكرة وتحسنت بعد أن خضعت العينة للبرنامج العلاجي الموضوع من قبل الباحثة (السطيحة، ٢٠٠٤). كما اتفقت أيضاً مع ما توصل إليه (Ramirez) من أن تحسين مستوى التوافق النفسي لدى من يعانون من اضطرابات الطعام يُساهم في تحسين مستوى الحالة النفسية لديه. ومن ثم يمكن التغلب

على المشكلات المتعلقة بعملية تناول الطعام وأيضاً تحسن صورة الجسم لدى العينة (Ramirez, 2004).

رابعاً: عرض نتائج الفرض الرابع

نص الفرض الرابع من فروض الدراسة على أنه: "لا توجد فروق دالة إحصائياً بين عينة الدراسة في مُتغير فقدان الشهية العصبي بعد العلاج وبعد فترة المتابعة". وقد أسفرت التطبيقات والمعالجات الإحصائية عن مجموعة من النتائج المتعلقة بدلالة الفروق في متوسط درجات مُتغير فقدان الشهية العصبي بعد خضوع العينة للبرنامج العلاجي وبعد فترة المتابعة، والتي يوضحها الجدول رقم (١)

الجدول رقم (١)

دلالة الفروق في متوسط درجات فقدان الشهية العصبي بعد العلاج وبعد المتابعة لدى عينة الدراسة (ن=٣٠)

دلالة ت	ت	بعد المتابعة		بعد العلاج		الاسمة
		ع	م	ع	م	
غيردالة	١,٧٩	٤,٦٤	٢٥	٣,٨٥	٢٧	فقدان الشهية

يتبين من الجدول السابق عدم وجود فروق دالة إحصائياً في مُتغير فقدان الشهية العصبي لدى عينة الدراسة بعد خضوعها للبرنامج العلاجي. وبعد فترة المتابعة التي استمرت قرابة الشهرين بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي، مما يُشير إلى صحة الفرض الرابع من فروض الدراسة. وهذا بدوره يُشير إلى استمرار عملية التأثير الفعال للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي الذي خضعت له العينة، كما أنه يدعم الدور والأثر الفاعل الذي تلعبه عملية المُساندة (Support) والتدعيم الإيجابي (Positive Reinforcement) التي تتم بعد الانتهاء من أي برنامج إرشادي أو علاجي تتعرض له أية عينة إكلينيكية (Clinical Sample). وبفوق في الوقت ذاته مع نتائج الدراسات التي تُقرر بأن هناك ارتباطاً تاماً بين مُتغير فقدان الشهية العصبي وبين اضطراب وتشوه صورة الجسم، وأن التحسن في أحدهما يتبعه تحسن في المُتغير الآخر (Luannnda, 1990). كما أن التشوه أو الاضطراب في أحدهما يتبعه اضطراب أو تشوه في المُتغير الآخر (Jablansk, 1997).

خامساً: عرض نتائج الفرض الخامس

نص الفرض الخامس من فروض الدراسة على أنه: "توجد فروق دالة إحصائياً بين عينة

الدراسة في مُتغير صورة الجسم بعد العلاج وبعد فترة المتابعة لصالح فترة المتابعة". وقد أسفرت التطبيقات والمعالجات الإحصائية عن مجموعة من النتائج المتعلقة بدلالة الفروق في متوسط درجات مُتغير صورة الجسم بعد خضوع العينة للبرنامج العلاجي وبعد إنتهاء فترة المتابعة، والتي يوضحها الجدول رقم (٧).

الجدول رقم (٧)

دلالة الفروق في متوسط درجات صورة الجسم لدى العينة بعد خضوعها للبرنامج العلاجي وبعد فترة المتابعة (ن = ٣٠)

دلالة ت	ت	بعد فترة المتابعة		بعد العلاج		السمة
		ع	م	ع	م	
دالة عند مستوى ٠,٠١	٥,٦١	٤,٢٢	٢٤	٣,٨٥	٢٩,٩٥	صورة الجسم

يتبين من الجدول السابق وجود فروق دالة إحصائية بين متوسط درجات عينة الدراسة بعد خضوعها للبرنامج العلاجي، وبعد انتهاء فترة المتابعة لصالح عينة الدراسة بعد خضوعها للبرنامج العلاجي مما يُشير إلى تحقق الفرض الخامس من فروض الدراسة الحالية، وهذا بدوره يُشير إلى تحسن صورة الجسم المشوهة بشكل كبير بعد فترة تلقي المتابعة والتدعيم والمساندة للعينة بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي عليها. وقد اتفقت هذه النتائج مع ما توصلت إليه "السطيحة" من أن العلاج السلوكي المعرفي يُعد علاجاً فعالاً على المدى الطويل في علاج فقدان الشهية العصبي وتعديل أو تحسن صورة الجسم (السطيحة، ٢٠٠٤). وبصفة عامة، يُعد البرنامج العلاجي القائم على استخدام فنيات العلاج المعرفي السلوكي من أهم وأفضل الإستراتيجيات المُستخدمة في علاج اضطرابات الطعام، وفي تحسين مستوى التوافق النفسي وصورة الجسم لدى عينة الدراسة لأنه ليس علاج وقتي ينتهي بزوال فترة العلاج، ولكن آثاره وفاعليته تمتد لتشمل فترة المتابعة أيضاً مما يُشير إلى فاعليته على المدى البعيد.

توصيات الدراسة

- طبقاً لما توصلت إليه الدراسة من نتائج فإن الباحث يوصي بما يأتي:
١. ضرورة الاهتمام بتبصير مرضى ومريضات فقدان الشهية العصبي، وإمدادهم بنوع من النوعية الصحية والغذائية المناسبة لطبيعة مرضهم حتى لا تزداد حالاتهم سوءاً.
 ٢. ينبغي أن تحتوي المناهج الدراسية على قدر من الثقافة السيكولوجية حتى يتحصن الطلاب من بعض السلوكيات الخاطئة، وأنماط التفكير غير السوية التي تؤثر في سلوكهم.

٣. ينبغي العمل على إجراء المزيد من البحوث والدراسات المتعمقة لمعرفة الأسباب والدوافع الكامنة وراء انتشار ظاهرة فقدان الشهية العصبي خاصةً بين المراهقات.
٤. ينبغي العمل على إجراء المزيد من الدراسات والبحوث الإكلينيكية التي تستهدف إيجاد طرق وبدائل غير تقليدية للوقاية والعلاج من فقدان الشهية العصبي.
٥. ضرورة العمل على معرفة الظواهر والعوامل المرتبطة باضطراب فقدان الشهية العصبي.
٦. ينبغي على الأسر تدعيم السلوك الإيجابي لدى أبنائها، وتبصيرهم بخطأ بعض الاستجابات غير السوية حتى لا تتأصل في شخصياتهم المستقبلية.
٧. ضرورة اهتمام وسائل الإعلام المختلفة بالأساليب الصحيحة للقضاء على اضطراب فقدان الشهية العصبي والتفاعل معه بإيجابية وفاعلية حتى لا تتفاقم أعراضه وتتطور مخاطره.
٨. ينبغي على مؤسسات التنشئة الاجتماعية تنمية الوازع الديني، وبت روح الأمل والرضا لدى المراهقين والمراهقات بالصورة الجسدية الخاصة بهم أيًا كانت، مع حثهم على عدم اللجوء إلى الأساليب المتطرفة وغير السوية في تغيير وتعديل هذه الصورة لما لها من مخاطر قد تؤدي بحياتهم.
٩. ينبغي علينا نشر الوعي النفسي والثقافة النفسية من خلال إنشاء مكاتب وعيادات للخدمة النفسية، ومن خلال وسائل الإعلام، يكون الهدف منها تبصير المجتمع بصفة عامة والأسر بصفة خاصة بمشكلات الأبناء وطرق التربية والتنشئة الاجتماعية الصحيحة، وكيفية مساعدة الأبناء والعناية بهم من أجل تحقيق مستوى أعلى من التوافق النفسي والصحة النفسية.

المراجع

- إبراهيم، عبد الستار (١٩٩٤). **العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث**. القاهرة: دار الفجر للنشر والتوزيع.
- إبراهيم، عبد الستار، عبد العزيز الدخيل ورضوى إبراهيم (١٩٩٣). **العلاج السلوكي للطفل: أساليبه ونماذج من حالاته**. سلسلة عالم المعرفة، الكويت: المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب.
- أبو زيد، سيد (٢٠٠١). اضطرابات الأكل لدى المراهقين وعلاقتها بمتغيرات الشخصية: ملخص رسالة ماجستير. **مجلة علم النفس**، (٥٩)، ١٥٦-١٦٢.

الحفني، عبد المنعم (١٩٩٥) موسوعة علم النفس والتحليل النفسي. القاهرة: مكتبة مدبولي.

السطيحة، إيمان (٢٠٠٤) فاعلية برنامج سلوكي لتعديل صورة الجسم والاكنتاب والوزن لدى عينة من ذوات فقدان الشهية العصبي. رسالة ماجستير غير منشورة، مصر، كلية التربية، جامعة طنطا.

الفنجري، حسن عبد الفتاح (٢٠٠٨) فاعلية استخدام بعض إستراتيجيات علم النفس الإيجابي في التخفيف من قلق المستقبل. المجلة المصرية للدراسات النفسية، ١٨(٥٨)، ٧٧-٣٥

الفيومي، محمد عيسوي (١٩٩٥) فاعلية العلاج المتمركز حول العميل في تحسن الاضطرابات السيكوسوماتية. رسالة دكتوراة غير منشورة، مصر، كلية التربية، جامعة بنها.

المغربي، إبراهيم سليمان (١٩٩٣) العلاقة بين مرض ضغط الدم الأولي وبعض القدرات العقلية. رسالة ماجستير غير منشورة، مصر، كلية الآداب، جامعة الإسكندرية.

راجح، أحمد عزت (١٩٩٨) أصول علم النفس. القاهرة: دار المعارف.

زهران، حامد عبد السلام (١٩٩٨) الصحة النفسية والعلاج النفسي. القاهرة: عالم الكتب.

زيور، مصطفى (١٩٩٩) في النفس: بحوث مُجمعة. القاهرة: دار النهضة العربية.

شُقير، زينب محمود (٢٠٠٢) مقياس فقدان الشهية العصبي. القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.

شُقير، زينب محمود (٢٠٠٣) مقياس صورة الجسم. القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.

عبد الحميد، جابر كفاقي وعلاء الدين (١٩٨٩) مُعجم علم النفس والطب النفسي. بيروت: دار النهضة العربية.

عبد الخالق، أحمد محمد و النبال مايسة (١٩٩٣) فقدان الشهية العصبي وعلاقته ببعض مُتغيرات الشخصية. مجلة دراسات نفسية "رائم"، ٢(١)، ٥٧-٧٤.

عراقي، صلاح الدين (١٩٩١) العلاج المعرفي السلوكي ومدى فاعليته في علاج مرضى الاكنتاب العصبي. رسالة دكتوراة غير منشورة، كلية التربية، مصر: جامعة بنها.

عكاشة، أحمد (١٩٩٩) التشريح الوظيفي للنفس. ط (٨). القاهرة: دار المعارف.

فضة، حمدان محمود (١٩٩٥) العلاج المتمركز حول العميل ومدى فاعليته في تحسن القلق. رسالة دكتوراة غير منشورة، كلية التربية، مصر، جامعة بنها.

كمال، أمال محمد (١٩٩٨) البناء النفسي للمرضى المُصابين بفقدان الشهية العصبي: دراسة إكلينيكية: مُلخص رسالة دكتوراة. مجلة علم النفس، ٤٨(٤٨)، ١٩٤-١٩٦.

Casper, R.C. (1998). Depression and eating disorders, *Journal of Clinical Psychology*, 8, 96-104.

- Jablansky, R.J. (1997). Body image in anorexia nervosa. **Journal of Psychiatry**, **31**(4), 397- 408.
- Luanda, R.K. (1990). Anorexia nervosa and its relation with body image and counseling system effectiveness in treatment. **Journal of Clinical Psychology**, **8**(5), 25-35.
- McKay, N.D. (1997). **Comparison of clinical characteristics in obsessive compulsive disorder & body allomorphic disorder**. Research from great neck, 1-30, USA
- Merril, J. & Swapan, R. (1991). **The relationship between body image & self concept in anorexic female**, USA: Texas, Press of Texas University.
- Michael, S. (1999). A comparative analysis of personality organization in juvenile anorexia nervosa. **Journal of Youth & Adolescence**, **1**, 285- 295.
- Ramirez, M. G. (2004). The effectiveness of psychological adjustment in body image for anorexia nervosa. **Journal of Youth & Adolescence**, **10**(4), 134-145.
- Sdorow, L. (1992). **Psychology**, London: Lowa Win Brown Company Publishers.
- Spence, H.S. & Susan, R.M. (1994). Cognitive therapy with children & adolescent. **Journal of Child Psychology & Psychiatry**, **11**(2), 1191- 1227.
- Todd, M.G. (1998). **Body image effective factors**. Canada: Press of Royal University, 124- 137.
- Wander, G. & Lester, D. (1989). **The relationship between self concept, body image & loss wight in female**. London: Press of Liverpool University, 113-116.
- Williams, J. M. (1992). **The psychological treatment of depression**. London: Rutledge Company.
-