دار المنظومة
DAR ALMANDUMAH
الرواد في قواعد المعلومات العربية

العنوان:	المثالية غير التوافقية كمتغير منبئ بأعراض اضطرابات الأكل والاكتئاب لدي طالبات الجامعة
المصدر:	المجلة المصرية للدراسات النفسية
الناشر:	الجمعية المصرية للدراسات النفسية
المؤلف الرئيسي:	أبو النيل، هبة االله محمود
المجلد/العدد:	مج24, ع84
محكمة:	نعم
التاريخ الميلادي:	2014
الشهر:	يوليه
الصفحات:	441 - 486
رقم MD:	1012565
نوع المحتوى:	بحوث ومقالات
اللغة:	Arabic
قواعد المعلومات:	EduSearch
مواضيع:	الاضطرابات النفسية، التقدير الذاتي، طلبة الجامعة، الجامعات المصرية
رابط:	http://search.mandumah.com/Record/1012565

© 2020 دار المنظومة. جميع الحقوق محفوظة.
هذه المادة متاحة بناء على الإتفاق الموقع مع أصحاب حقوق النشر، علما أن جميع حقوق النشر محفوظة. يمكنك تحميل أو طباعة هذه المادة للاستخدام الشخصي فقط، ويمنع النسخ أو التحويل أو النشر عبر أي وسيلة (مثل مواقع الانترنت أو البريد الالكتروني) دون تصريح خطي من أصحاب حقوق النشر أو دار المنظومة.

المثالية غير التوافقية كمتغير منبئ بأعراض اضطرابات الأكل والاكتئاب لدى طالبات الجامعة

د.هبة الله محمود أبو النيل
أستاذ علم النفس المساعد
كلية الآداب جامعة بني سويف

ملخص البحث

تهدف الدراسة الحالية التحقق من العلاقة بين "المثالية غير التوافقية" وبعض الاضطرابات النفسية كما تتمثل في أعراض "اضطرابات الأكل" و "الاكتئاب" وذلك في محاولة لاختبار الفرضية التي قدمها فيربورن وكوبر وشافران٢٠٠٣ Fairburn, Cooper, & Shafran, والتي تشير إلى أن "المثالية في وجهها المرضى" تعد بمثابة متغير مساعد على تشخيص عدة أمراض (فهى عملية تشخيص متعددة التأثير يمكن من خلالها تفسير أكثر من اضطراب نفسي لدي الفرد) . تكونت أدوات الدراسة من(مقياس العوامل الثلاث للاكل و بطارية "اختلال التقييم المثالي" و مقياس مركز الدراسات الابيدمولوجية للاكتئاب وطبقت على عينة قوامها(١٦٠) طالبة من جامعة بني سويف وأسفرت نتائج الدراسة عن وجود علاقة ارتباطية إيجابية دالة بين المثالية غير التوافقية وكل من اضطرابات الأكل وأعراض الاكتئاب ، و أن هذا النوع من المثالية يمكنه التنبؤ بكل من أعراض اضطرابات الأكل وأعراض الاكتئاب . وكانت أكثر أبعاد المثالية غير التوافقية تنبؤا بالأعراض المرضية هي المثالية الموجهة نحو الذات يليها المثالية الموجهة نحو الآخر ثم المثالية المحددة اجتماعيا ، وقد تم تفسير هذه النتيجة في ضوء النظرية المعرفية السلوكية.

المثالية غير التوافقية كمتغير منبئ بأعراض اضطرابات الأكل والاكتئاب لدى طالبات الجامعة

د.هبة الله محمود أبو النيل
أستاذ علم النفس المساعد
كلية الآداب جامعة بني سويف

مدخل إلى مشكلة البحث وأهميته

المثالية غير التوافقية[1] كعملية مفسرة لأكثر من اضطراب نفسي:

تراكمت عديد من الملاحظات خلال الممارسة الأكلينيكية حول شيوع الاضطرابات المتعددة لدي الفرد الواحد[2] وأن معظم الأفراد الذين يسعون للعلاج النفسي لديهم اضطرابات متعددة إذا ما قورنوا بمن لديهم اضطراب أو تشخيص واحد فقط.. ومن ثم بدأ الباحثون في الاونة الأخيرة (Egan, Wade, Shafran.٢٠١٢) الاهتمام بتحديد المتغيرات التي تؤدى دورا جوهريا في تشخيص عدة اضطرابات نفسية معا فيما أطلق عليه "عملية التشخيص المتعدد لأكثر من اضطراب[3]" ، ويؤدي فهم تلك العملية النفسية المشتركة المساهمة في حدوث أكثر من اضطراب إلى تقديم معلومات ذات أهمية كبيرة في مجال الوقاية والعلاج النفسي من الاضطرابات النفسية المركبة[4] (Egan, Wade, Shafran.٢٠١٢) .

لقد تزايد الاهتمام بمنحي التشخيص المتعدد للاضطرابات سواء علي مستوي التنظير أوعلي مستوي العلاج للمظاهر المشتركة والمتشابهة عبر الاضطرابات المختلفة ، ومن أبرز تلك الإسهامات النظرية في هذا الصدد ما قدم عن مفهوم "المثالية غير التوافقية" والذي يشكل قاسما مشتركا في اضطرابات الأكل[5] المختلفة (فقدان الشهية العصبي[6] والنهم العصبي[7] واضطرابات الأكل غير

---

[1] Maladaptive perfectionism
[2] comorbidity
[3] Transdiagnostic process
[4] Complex psychopathology
[5] Eating disorders
[6] Anorexia nervosa
[7] Bulimia nervosa

المحددة[٨]) ، ويركز منحي التشخيص المتعدد علي عوامل الاستهداف التي تؤدي إلى استمرار الاضطرابات و العمليات الدقيقة التي تقف خلف عدد من الاضطرابات وتقدم مؤشرات لعلاج أكثر كفاءة ، و توفيرا للوقت والجهد وذلك في حالة الاضطرابات المتعددة لدي المريض الواحد[٩] ، بالاضافة إلى أن هذا النوع من العلاج يسهل تطبيقه في الممارسة الفعلية للعلاج النفسي .

وهناك منطقان أساسيان وراء العلاجات التي تعنى بأكثر من اضطراب في آن واحد [١٠] الاول يتعلق بالقابلية لعلاج الاضطرابات النفسية المتعددة لدي الفرد الواحد[١١] . والثاني يهتم بالفاعلية في الممارسة العملية وما يصاحبها من اختزال الوقت والجهد والتكاليف . فالعلاج الموجه لأكثر من اضطراب في آن واحد يعتمد علي مسلمة مؤداها أن الاضطرابات المتعددة لدي الفرد تحدث نتيجة وجود بعض الميكانيزمات النفسية المشتركة التي تعتبر عوامل استهداف لتلك الاضطرابات (Harvey, Watkins, Mansell, Shafran, ٢٠٠٤)

وكما يشير بارلو وآخرون (عام ٢٠١١) فان العلاج القائم علي نموذج التشخيص المتعدد يقوم علي أساس أن طبيعة وأسباب وبناء الاضطرابات متشابه إلى حد كبير ، وبالتالي يصمم العلاج ليكون فعالا ويركز علي الاضطرابات المتعددة أكثر من اضطراب واحد ، كما أن هناك عديد من التوجهات والأساليب العلاجية التي تم تصميمها لعلاج الاضطرابات النوعية المحددة بينما لم يتم الالتفات للعلاجات المناسبة والأكثر فعالية للاضطرابات المتعددة لدي الفرد الواحد ومن الممكن أن يرجع ذلك لقلة البحوث الوصفية الإمبريقية التي تهتم بدراسة تلك الاضطرابات والميكانيزمات النفسية التي تقف وراءها. (Barlow, Farchione., Fairholme, Ellard, Boisseau, Allen, & Ehrenreich. ٢٠١١).

وقد أشار إيجان ووادي وشافران (Egan S. J., Wade T. D., Shafran R.٢٠١٢) من خلال مراجعة البحوث والدراسات في المجال الأكلينيكي والتي هدفت التوصل للأدلة التي تدعم أن ميكانيزم المثالية غير التوافقية (المرضية) يمثل عملية نفسية مفسرة لحدوث أكثر من اضطراب نفسي إلى أن المثالية غير التوافقية كانت مرتفعة بشكل ملحوظ عبر عدد من الاضطرابات مثل القلق واضطرابات الأكل والاكتئاب والاضطرابات الشكل جسمية[١٢] ،هذا بالإضافة للتأكيد من خلال عديد من الدراسات علي كون المثالية غير التوافقية تعد منبئا جيدا بظهور الاضطرابات النفسية من قبيل

---

٨ Eating disorders not otherwise specified
٩ Comorbid disorders
١٠ Transdiagnostic treatments
١١ comorbidity
١٢ somatoform

الاكتئاب واضطرابات الأكل، كما أشارت الأدلة التي قدمتها نتائج البحوث في تلك المراجعة أن علاج المثالية غير التوافقية ينتج عنه انخفاض في مدي واسع من مظاهر الاضطراب والمرض النفسي مما يقدم دليلا إضافيا يؤكد ويدعم أن المثالية غير التوافقية تعتبر عملية نفسية أو ميكانيزم مفسر لأكثر من اضطراب نفسي.

ويعتبر هولندر اول من عرف المثالية واعتبرها "اعتياد الفرد علي السعي للأداء شديد التميُز وتوقع نفس الشيء من الآخرين وذلك بشكل أكبر مما يتطلبه الموقف نفسه" (Jahromia, Naziria, Barzegarb .٢٠١٢)

وعلي الرغم من أن نتائج علاج المثالية غير التوافقية تدعو إلى التفاؤل فيما يتعلق بنتائج الشفاء من عديد من الاضطرابات إلا أن هناك حاجة ماسة في المجال الأكلينيكي لتقديم مزيد من الأدلة التي تدعم فعالية العلاج القائم علي علاج المثالية غير التوافقية مقابل أنواع العلاجات التقليدية الآخرى.

إن منحي التشخيص المتعدد للاضطرابات النفسية _ كما يشير بارلو وآخرون _ يساعد على وصف وتفسير الفجوة في التراث البحثي المتعلقة بالممارسات الأكلينيكية وأنواع العلاج التي تقدم للحالات المرضية الأكثر تركيبا وتعقيدا والتي تعاني من أكثر من اضطراب في آن واحد ، وبالتالى تقدم حلولا أكثر فاعلية لعلاج تلك الحالات (Barlow, Farchione., Fairholme, Ellard, Boisseau, Allen, & Ehrenreich. ٢٠١١)

وبالتالى تتحدد **أهداف الدراسة الحالية** في التعرف علي العلاقة بين "المثالية غير التوافقية" وأعراض كل من اضطرابات الأكل والاكتئاب، بما يسمح باختبار التوقع المفترض عن وجود جذر مشترك لهذه الأعراض. ثم الامتداد بذلك للكشف عن مدى إمكان التنبؤ من خلال " المثالية غير التوافقية" بأعراض كلا النوعين من الاضطرابات، وتحديد أي من أبعاد "المثالية غير التوافقية" هي الأكثر قدرة على التنبؤ بنوعي الإضطراب .

مشكلة الدراسة

يشير كيم وآخرون(Kim, Ebesutani, Wall, Olatunji ٢٠١٢) إلى أن أحد طرائق فهم الاضطرابات المتعددة أو الاعتلال المشترك تتمثل في تحديد الاضطراب الاول محل الاهتمام ثم تحديد اضطراب ثاني بحيث يمكن تفسيره من خلال العملية التشخصية نفسها والتي تفسر الاضطراب الاول ، فإذا حاولنا تبين ما يمكن أن يربط بين المتغيرين محل الاهتمام الراهن (اضطرابات الأكل و أعراض الإكتئاب) ، والمتغير التفسيري الذي يمكن افتراضه كمسبب لكلاهما نجد الآتي :

يشير التراث البحثي وما تراكم من بحوث في هذا الصدد إلى وجود ارتباط إيجابي دال بين اضطرابات

الأكل وأعراض الاكتئاب الحادة (من قبيل زيادة معدلات الانتحار، والوفاة، والشكاوي الطبية والمرضية (Crow et al., ٢٠٠٩,Storch, Rasmussen, Price, Larson, Murphy, & Goodman, ٢٠١٠,Fennig & Hadas, ٢٠١٠)

كما أشارت بحوث أخرى إلى ارتفاع معدلات الاكتئاب خلال دورة الحياة لدي المصابين باضطرابات الأكل حيث أشار فرناندز وآخرون (عام ٢٠٠٧) إلى أن نسبة الحدوث تصل إلى ٧٢,٩% في دورة حياة المضطربين مقارنة بنسبة حدوث ١٦,٦% لدى الجمهور العادي (Kessler, Berglund, Demler, Jin, & Walters, ٢٠٠٥). ومن ناحية أخرى أشارت عدة دراسات إلى وجود علاقة إيجابية بين الاكتئاب والمثالية غير التوافقية (Boone L. Soenens B. ٢٠١٠) ، وهو ما أكدته أيضا دراسة بيرنيه وآخرون

Bernert ,Timpano, Peterson, Crow, Bardone-Cone, le Grange, Klein, Crosby, Mitchell, Wonderlich, Joiner, ٢٠١٣، كما توصلت اليه دراسة شفران (Shafran ٢٠٠٦)والتي أظهرت وجود ارتباط ثابت بين المثالية وأعراض اضطراب الأكل و أن المثالية تشكل عامل خطورة مسبب لأعراض هذا الاضطراب.

ومن ناحية ثالثة أشارت عديد من البحوث والدلائل الإمبريقية المتزايدة عن وجود ارتباط إيجابي بين المثالية والاكتئاب-Lynd (Blatt, ١٩٩٥; Hill, McIntire, & Bacharach, ١٩٩٧; Stevenson & Hearne, ١٩٩٩)

وأكثر من هذا أكدت عدد من الدراسات إن تكرار الأفكار المثالية غير التوافقية تتنبأ بشكل كبير بمشاعر الكدر مقارنة بالأفكار السلبية الالية والسمات المثالية (Flett, Hewitt, Blankstein, & Gray, ١٩٩٨)

(Flett, Hewitt, Blankstein, & O'Brien, ١٩٩١; Hewitt & Flett, ١٩٩١; Hewitt, Flett, & Ediger, ١٩٩٦)

يتضح في ضوء ما سبق أن المثالية غير التوافقية يمكن افتراض أنها تقف كعامل مشترك وراء كلا الاضطرابين محل اهتمام الدراسة الحالية ، وعلي الرغم من ذلك فإن هناك ندرة في الدراسات التي حاولت اختبار فروض كوبر وزملائه ٢٠٠٣ و لم يتقدم الباحثون لدراسة هذا النمط من الاعتلال المشترك وراء الاضطرابين، بمعنى آخر النظر إلى اضطرابات الأكل بوصفها المتغير محل الاهتمام ، ثم تحديد المتغير الآخر المرتبط بها وهو الاكتئاب ثم البحث عن المتغير المفسر المشترك ، والمتمثل هنا في المثالية غير التوافقية غير التوافقية.

وفي ظل هذه الندرة في دراسة ***"العملية التشخصية المشتركة"*** يمكننا صياغة ***تساؤل الدراسة الرئيس***

في صياغته المركبة على النحو التالى :

هل توجد علاقة بين "المثالية غير التوافقية" وكل من اضطرابات الأكل وأعراض الاكتئاب؟ ، هل يمكن في ضوء هذه العلاقة التنبؤ من خلال المثالية غير التوافقية بكلا الاضطرابين بما يسمح بتوقع وقوفها كمتغير في موضع المفسر لكلا الاضطرابين؟ ، وأي أبعاد هذه "المثالية غير التوافقية" هي الأكثر مقدرة على التنبؤ بهما؟

وفي ضوء هذا التساؤل المركب ، يمكن *صياغة المشكلات البحثية النوعية* التالية :

١- هل توجد علاقة بين المثالية غير التوافقية واضطرابات الأكل؟

٢- هل توجد علاقة دالة بين المثالية غير التوافقية وأعراض الاكتئاب؟

٣- هل توجد علاقة بين أعراض الاكتئاب واضطرابات الأكل؟.

٤- هل يمكن أن تتنبأ المثالية غير التوافقية بكل من أعراض اضطرابات الأكل وأعراض الاكتئاب؟

٥- أي أنواع المثالية غير التوافقية (المثالية الموجهة نحو الذات[١٣] والمثالية الموجهة نحو الآخر[١٤] والمثالية المحددة اجتماعيا[١٥]) أكثر قدرة على التنبؤ بكل من أعراض اضطرابات الأكل وأعراض الاكتئاب؟

الإطار النظري والدراسات السابقة

المثالية بين السواء والاضطراب

تعد المثالية واحدة من القيم الاجتماعية الأكثر انتشارا في معظم المجتمعات الصناعية وهي إحدى سمات الشخصية التي تتميز بالسعي الدائم لرفض اي نواقص ووضع معايير عالية و صارمة للأداء ، مع الميل نحو التقييمات النقدية المفرطة للسلوك (Jahromia, Naziria, Barzegarb ٢٠١٢).

ويتناول الباحثون "المثالية" من زاويتين إما بوصفها سمة سوية [١٦] وإيجابية [١٧]أو بوصفها سمة عصابية[١٨] أو اختلالا . فعندما يكون سعي الفرد لتحقيق التميُز تصبح المثالية أمراً فعالا وإيجابيا لا ينتج عنه آثارا مرضية أواضطرابا وبالتالى يجب تجنب الخلط بين تبني الفرد معاييرا

---

[١٣] Self-oriented perfectionism

[١٤] Other-oriented perfectionism

[١٥] Socially prescribed perfectionism

١٦ normal

١٧ positive

١٨ neurotic

مرتفعة سوية وبين المثالية غير التوافقية التي تظهر لدي الفئات المرضية المختلفة و تتميز في هذه الحالة بالسعي للمعايير شديدة التميز علي الرغم من المترتبات والآثار السلبية المحبطة لهذا السعي. Shafran, Cooper, Fairburn ٢٠٠٢

في المقابل يشير باحثون آخرون إلى أن المثالية تعكس لدى البعض مشاعر الدونية، والمشاعر السلبية عن الذات وهذا قد لا يكون صحيحا في المطلق ، حيث تميز نماذج التنظيم الذاتي التقليدية بين السعي لتحقيق المعايير المستحيلة وبين سلوكيات التقييم الذاتي لتحقيقأوعدم تحقيق هذه المعايير ، ففي حين أن معظم المثاليين يعتبرون مثاليون عصابيون[١٩] ولديهم انخفاض في تقدير الذات ، فإن المثاليين النرجسيين[٢٠] لديهم إحساس مبالغ بالذات، وإدراك لأهمية الآخرين المحيطين بهم Flett , Galfi–Pechenkov I., Molnar D. S., Hewitt P.L. ,Goldstein A.L. ٢٠١٢)

وقد قدم هاماشك (Hamachek ١٩٧٨) وصفا جيدا لأهم ما يميز الأشخاص المثاليون من خلال الممارسة الأكلينيكية حيث أشار إلى "أن الأفراد المثاليين يحتسون بشكل متواصل من العصائر الوجدانية[٢١] التي صنعوها بأنفسهم والتي تتعلق بالحكم علي ما يؤدونه من مهام من حيث كونها أُديت بشكل صحيح أم لا". ومن وجهة نظر هاماشك "فإن هؤلاء المحتسين لتلك العصائر الوجدانية لا ينظرون للمهام التي يقومون بها في ضوء أفضل ما يستطيعون القيام به، ولكن يسعون لأن تؤدي تلك المهام بطريقة أفضل مما أديت من قبل بشكل مطلق" وهؤلاء الأفراد كما يشير هاماشك "ينظرون إلى الجهود التي يبذلونها _ وحتي افضل تلك الجهود _ علي أنها غير كافية وغير جيدة ، ويبدو لهم دائما انهم يستطيعون ان يفعلوا ويجب ان يفعلوا أفضل مما فعلوا" . ويذكر هاماشك " إن مثل هؤلاء الأفراد يطلبون من انفسهم درجة عالية من الآداء أعلي مما يمكن تحقيقه وهذا بالتأكيد يقلل بشكل كبير من احتمالات الشعور بالرضا عن أنفسهم . ويرجع السبب إلى أن هذه المعايير التي يفرضها الشخص علي نفسه تكون بدافع الخوف من الفشل وليس السعي للتميز، فالخوف يؤدي إلى تجنب السلوك وتجنب السلوك يعني أن الشخص يجب أن يكون دائما علي أهبة الاستعداد والدفاعية[٢٢] لتجنب ما يخشاه ويسبب له المخاوف، فالأفراد المثاليون يضعون معايير عالية وغير منطقية ويُعلون من قيمة الآداء والفعل وفي المقابل يحُطون من قيمة الذات" .

---

١٩ neurotic perfectionists
٢٠ narcissistic perfectionists
٢١ emotional juices
٢٢ defensive

كما قدم هولندر (عام١٩٨٧) بعض الأيضاحات حول الأشخاص المثاليين حيث وجه الانتباه للعمليات المعرفية التي تساعد علي استمرار المثالية مثل **الانتباه الانتقائي**[٢٣] الذي من خلاله يكون الشخص متنبها لما هو خطأ ومتجاهلا ما هو صحيح إيجابي من أفعاله أو أفعال الآخرين ، فهو ينظر باهتمام شديد للعيوب ونقاط الاختلال و يعيش حياته كما يذكر هولندر "مراقبا لها مثلما يفعل المفتش في نهاية خط الإنتاج[٢٤] "

فالشخص المثالييحكم علي نفسه تبعا لآدائه وليس تبعا لما يمتلك فعليا من إمكانات وهؤلاء الأفراد كما يشير هولندر" يقعون في براثن التقليل من شأن الذات[٢٥]" **(Shafran., Cooper, Fairburn. ٢٠٠٢)**

ويعتبر هولندر – كما سبق الإشارة اليه – اول من عرف المثالية واعتبرها "اعتياد الفرد علي السعي الآداء شديد التميُز وتوقع نفس الشيء من الآخرين وذلك بشكل أكبر مما يتطلبه الموقف نفسه" **(Jahromia, Naziria, Barzegarb .٢٠١٢)**

وقد استرعت هذه الخاصية التي تعتمد علي تقييم الذات في النجاح لدي المثاليين اهتمام بارنز ١٩٨٠ حيث أشار إلى أن الأفراد المثاليين يضعون معايير غير واقعية شديدة الارتفاع، ويلتزمون بها بشكل صارم ويفسرون الأحداث بطريقة مشوهة، ويقيمون أنفسهم في ضوء قدرتهم علي تحقيق أهدافهم (Shafran , Cooper, Fairburn ٢٠٠٢)

وقدم بارنز ١٩٨٠تعريفا للمثالية علي انها شبكة من المعارف[٢٦] تتضمن توقعات وتفسيرات للأحداث وتقييمات الفرد لنفسه وللآخرين. حيث يضع الأفراد المثاليون معايير شديدة الارتفاع ،ويلتزمون بها بشكل متصلب ، ويحددون قيمة ذواتهم في ضوء تحقيقهم لهذه المعايير(Jahromia, Naziria, Barzegarb , ٢٠١٢) وهناك اتفاق علي أن الأشخاص المثاليين يولون اهتماما خاصا لفشلهم المدرك علي حساب نجاحاتهم وأن مثاليتهم يكون لها عديد من المترتبات السلبية وهذه الاوصاف الأكلينيكية تشير إلى أن الأفراد المثاليين يميلون لنقد الذات بشكل كبير كنتيجة للعجز المدرك في آدائهم(Shafran., Cooper, Fairburn ٢٠٠٢)

وقد عرف فروست ولهرت وروزنبلات (**Frost ,Marten, Lahart, Rosenblate,١٩٩٠**) المثالية "علي أنها مجموعة من معايير الآداء شديدة الصرامة

---

[٢٣] selective attention
[٢٤] inspector at the end of a production line
[٢٥] self-belittlement
[٢٦] network of cognitions

يصاحبها تقييم ناقد للذات بشكل مفرط " وهذه المعايير المرتفعة مصحوبة بالخوف من الفشل الذي قد يحفز المكونات السلوكية للمثالية لمواجهة المعايير غير المنطقية شديدة الارتفاع كالإفراط في التدقيق قبل اتخاذ القرار علي سبيل المثال ، و يقوم الأشخاص ذوو المثالية غير التوافقية بتجنب المواقف التي تتطلب من الفرد محاولة الوصول للمعايير المثالية الخاصة به والتي تتضمن التأجيل و إرجاء بداية اي مهمة نتيجة لصعوبة إنهائها بشكل مثإلى مما يزيد من صعوبة المهام وعدم الرغبة في آدائها، وينتج عنه بالطبع عدم إكمال الفرد للمهام التي يبدأ فيها نتيجة للمعايير المثالية التي يصعب تحقيقها.

تطور الاهتمام بمفهوم المثالية من مجرد اعتباره بناء أحادي البعد كما تناوله بارنز عام ١٩٨٠ إلى نمو عديد من التصورات متعددة الأبعاد للمثالية مثل نموذج فروست ولاريت وروزنبلات عام ١٩٩٠ و نموذج هيويت وفليت (Hewitt & Flett,١٩٩١) حيث قدما نموذجا جديدا لمفهوم المثالية الذي يشكل جوهر علم النفس المرضي من وجهة نظرهما. ويعرفا المثالية كظاهرة متعددة الأبعاد تتألف من ثلاثة أبعاد "المثالية الموجهة نحو الذات"، و"المثالية الموجهة نحو الآخر"، و"المثالية المحددة اجتماعيا". وتشير "المثالية الموجهة نحو الذات" إلى ميل الفرد لوضع معايير صارمة لآدائه الشخصي أما "المثالية الموجهة نحو الآخر" فتشير إلى ميل الفرد لتوقع أن يتصف آداء الآخرين بالمثالية وتعني "المثالية المحددة اجتماعيا" اعتقاد الفرد أن الآخرين يتوقعون منه آداءً مثاليا . وقد أيدت معظم نتائج الدراسات التي أجريت مؤخرا ما يشير إلى أن ارتفاع الأفراد على المثالية ذات التوجه الذاتي أوالاجتماعي يرتبط بأعراض الاكتئاب لدي كل من العينات الأكلينيكية أوغير الأكلينيكية (Shafran, Cooper, & Fairburn, Hewitt, Flett, Besser ٢٠٠٣).

وعلي الرغم من تعارض البحوث حول تحديد مفهوم المثالية وقياسها فإن المثالية الموجهة نحو الذات تعتبر أكثر قربا للمثالية التي يحاول الممارسون الأكلينيكيون والمنظرون تعريفها والتي تشير إلى وضع معايير صارمة للذات وتقييم سلوك الفرد بشكل صارم (Kobori, Tanno,٢٠٠٥).

وطبقا للتعريفات السابقة تعتبر المثالية عصاب[٢٧] وتدمير للذات [٢٨] وعدم فاعلية[٢٩] فالأفراد الذين يعانون من المثالية العصابية والمدمرة للذات لا يشعرون بالرضا عن آدائهم ، ومع ذلك

---

٢٧ neurotic
٢٨ self-defeating
٢٩ dysfunctional

فقد اقترح الباحثون أنه من الممكن أن توجد مثالية سوية فهناك عديد من المثاليين يشعرون بالرضا عن آدائهم وبالتالي من الممكن أن نقسم المثالية إلى مثالية إيجابية و أخرى سلبية كما أشار سلاد واونز ١٩٩٨أوفاعلة وغير فاعلة كما أشار ليند ستيفنسون وهيرني ١٩٩٩ . ويتميز الأفراد ذوو المثالية التوافقية (السوية أوالإيجابية أوالفاعلة) بأنهم يشعرون بالرضا عند تحقق المعايير المرتفعة لآدائهم مقارنة بذوي المثالية غير التوافقية الذين لا يشعرون بالرضا مهما حققوا من انجازات (Shafran,Mansell, ٢٠٠١)

وفي محاولة لفهم المثالية غير التوافقية قدم شفران وكوبر وفيربرن (Shafran, Cooper, Fairburn ٢٠٠٢) **تعريفا معرفيا سلوكيا** يوضح أهم خصائص هذا المفهوم حيث أشاروا إلى أن المفهوم يعنى "الاعتماد المفرط علي التقييم الذاتي من خلال السعي لتحقيق معايير ملحة يفرضها الشخص ذاتيا في أحد المجالات ذات الأهمية بالنسبة له علي الأقل ، وذلك علي الرغم من صعوبة تحقيقها ، والآثار السلبية المترتبة عليها". ويشير التعريف إلى أن الأفراد المثاليين لديهم مخطط[٣٠] لتقييم ذواتهم علي أنها غير فعالة وذلك من زاويتين **أولهما** تشير إلى أن هذا المخطط يعتمد علي مجال واحد[٣١] بشكل كبير وهو **السعي لإنجاز معايير ذاتية ملحة** تؤدي إلى تقييم سلبي و فشل في تحقيق هذه المعايير مما ينتج عنه نقد الذات والتقييم السلبي لها ، **وثانيهما** تشير إلى اعتماد مخطط تقييم الذات بشكل كبير علي **المجال الذي تظهر فيه المثالية** فاذا ما كان تقييم الذات يعتمد علي معايير شخصية ملحة في مجال فقد الوزن مثلا فسوف ينتج عن ذلك خللا نفسيا وربما جسميا ، ويعتمد هذا البناء المرضي الذي يتميز بمخطط يتبناه الفرد لتقييم الذات اعتمادا صارما علي المعايير الشخصية ، ويفسر السعي الدائم والمستمر للأشخاص المثاليين لتحقيق أهدافهم ، ويفسر أيضا طبيعتهم الناقدة، وتقليلهم من شأن الذات[٣٢] ، والخوف من الفشل، وصعوبة التخلي عن المعايير الصارمة حتي في حالة صعوبة تحقيقها، والمترتبات السلبية الناتجة عنها.

ويؤكد التعريف السابق **أهمية الاعتماد علي نظرة الفرد لنفسه أثناء السعي لتحقيق المعايير المطلوبة ونقد الذات** فمجرد استخدام المعايير كمحدد وحيد للمثالية يعد أمرا غير مناسب حيث ، يجب الأخذ في الاعتبار عوامل أخري مهمة مثل تقييم الذات، والتقليل من شأن الذات ،

---

[٣٠] scheme
[٣١] One area
[٣٢] self-belittlement

وفي مقابل المثالية غير التوافقية نجد أفرادا يضعون لأنفسهم معايير شخصية ويسعون لتحقيقها بشكل إيجابي مما ينتج عنه شعورا بالرضا بشكل طبيعي. فأهم ما يميز المثالية غير التوافقية عن السعي الصحي للتمييز هو نظرة الشخص لنفسه أثناء السعي لتحقيق المعايير المطلوبة ، ونقد الذات والذي يمكن أن ينتج عن الفشل المدرك . كما أن جزءا لا يتجزأ من بناء المثالية غير التوافقية **كونها مختلة وغير فعالة** [٣٣] **فالمثالية غير التوافقية تظهر عندما يتم السعي لتحقيق المعايير الشخصية الملحة علي الرغم من النواتج السلبية** وهذه النواتج من الممكن أن تكون وجدانية (مثل الاكتئاب) أو اجتماعية (كالعزلة الاجتماعية) ،أوجسمية (الارق) أو معرفية (كضعف التركيز) أو سلوكية (إعادة الفحص للمهام ، وتكرار المهمة لإتقانها ، وزيادة الوقت اللازم لأدائها) وهذه المترتبات تكون محتملة لأن تقييم الشخص لذاته يتوقف علي السعي وتحقيق الأهداف وأكثر من ذلك لا ينظر الفرد لهذه المترتبات علي إنها سلبية بل يفسرها علي انها دليل علي السعي والكفاح الحقيقي . كما يؤكد التعريف أيضا علي المعايير التي يسعي الفرد لتحقيقها أي بوصفها ***معاييرا مفروضة بشكل ذاتي*** [٣٤] وليس من المهم من وجهة نظر الشخص المثاليان تكون تلك المعايير واقعية أوحقيقية بل قد يتغاضى عنها الآخرون ولا يهتمون بها ، فالشخص المثالي يتبني هذه المعايير كما لو كانت ملكا له ، وهو ما يشكل الجوهر الأساسي للمثالية من وجهة نظر الباحثين . ومن المحددات المهمة التي طرحها التعريف الحالى للمثالية ما يتعلق **بطبيعة المعايير التي يسعي الفرد لتحقيقها**، فمن المهم أن يكون المعيار مرتفعا ، وملحا علي الفرد أيضا. وكذلك **الطبيعة الشخصية للمعيار** مما يساعد علي تفسير اسباب السعي الدائم ليصبح الفرد أفضل وإذا ما تحقق معيار الآداء لديه فإنه ينظر له علي أنه غير كاف لتحقيق المطالب الشخصية وبالتالي يرفعون من المعايير ..وهكذا ، كما أن المثاليين لديهم معايير عالية **في مجالات الحياة ذات الأهمية الشخصية** بالنسبة لهم ٢ Shafran R. ,Mansell W.,٢٠٠

وهناك إجماع لدي المنظرين علي أن المثالية تنمو وترتقي ، وأن المثالية لها جذورها الممتدة في التفاعل مع الأباء المثالين ، كثيري الإلحاح ، حيث ارتبطت بعض الأساليب والتوجهات الوالدية بالمثالية متمثلة في أربعة أنماط من الخبرات المبكرة ، والتي تسهم في ارتقاء التفكير المثالي والتي تتضمن التنشئة الناقدة كثيرة الإلحاح ، والتنشئة ذات المعايير والمتطلبات شديدة الارتفاع ، والنقد غير المباشر للأبناء،

---

[٣٣] dysfunctional
[٣٤] Self imposed

والتنشئة التي تتضمن الرفض أو الموافقة المشروطة ،أو غير المتسقة . ويمثل الوالدان المثاليان أخيرا نماذج للاتجاهات والسلوكيات المثالية لدي الأبناء . Antony, Purdon, Huta, & Swinson, ١٩٩٨ . فمن المحتمل أن المثالية تبدأ إيجابية وتدعم ثم تصبح مفرطة، وسلبية، ومدمرة لمجموعة متنوعة من الأسباب منها أنه مع الوقت يؤدي السلوك المثالي السابق إلى آثار سلبية مثل التعب ونقص التركيز و إذا ما فشل السلوك المثاليالسابق في تحقيق هدف صعب كالحصول علي تقدير الذات يسعي الفرد للرفع من مستوي المعيار مما يؤدي إلى آثار سلبية عليه ، **هذا بالإضافة إلى أنه من الممكن أن** تتغير الظروف مما يجعل من الصعب الوصول للمعيار الذي كان يصل إليه الفرد سابقا وإضافة لما سبق فغالبا ما ينظر الفرد للسلوكيات المثالية في ضوء آثارها الإيجابية عليه بغض النظر عن الآثار السلبية لمثاليته غير التوافقية على الآخرين وعلى صحته البدنية (Slade & Owens, ١٩٩٨)

وفي ضوء ما سبق، تبنت الدراسة الحالية نموذج هيويت وفليت ١٩٩١ الذي يعرف المثالية كظاهرة متعددة الأبعاد تتألف من المثالية الموجهة نحو الذات، والمثالية الموجهة نحو الآخر ، والمثالية المحددة اجتماعيا نظرا لما قدمته العديد من المراجعات والدراسات السابقة من ارتباط تلك الأبعاد وعلي وجه الخصوص المثالية الموجهة نحو الذات والمثالية المحددة اجتماعيا بالأعراض المرضية المختلفة وخاصة أعراض الاكتئاب وأعراض اضطرابات الأكل لدي كل من العينات الأكلينيكية أوغير الأكلينيكية (Shafran, Cooper, & Fairburn, Hewitt, Flett, Besser ٢٠٠٣)

المثالية غير التوافقية واضطرابات الأكل

نسب الانتشار

تشير الدراسات الوبائية إلى انتشار اضطرابات الأكل بشكل أكبر لدي عينات الإناث مقارنة بالذكور، فعلي مستوي المجتمع الأمريكي ، كانت معدلات انتشار اضطرابات الأكل لدي طالبات الجامعة الأمريكيات يتراوح بين ٥٧ و٦٩ % و معدل إصابة الإناث من عمر ١٥ وحتي٢٩ عاما باضطراب الأكل يتراوح بين ٣ و١٠% ، كما أشارت دراسة هوديسون وهيربي وبوب وكسلر(عام ٢٠٠٧) والتي أجريت علي عينة كبيرة من المجتمع الأمريكي أيضا أن معدلات اضطرابات الأكل لدي الإناث تراوحت بين ٩٠ و٩٥% من العينة الكلية ممن يعانون من هذه الاضطرابات ، في حين تراوحت نسبة الذكور من ٥ إلى ١٠ % من هذه العينة (شيرين سيد، ٢٠١٢) ، وهو ما أكدته علي المستوي المحلي دراسة زينب شقير(١٩٩٩) حيث اتضح في مقارنة بين الذكور والإناث من طلاب جامعة

طنطا المصرية أن ٨,٩٢% من الذكور لديهم اضطرابات فقدان الشهية بينما كانت النسبة ١٥,٤٥% لدي الإناث، وأن النهم العصبي للطعام كانت نسبته ٠,٧٦% لدي الذكور و ١٠% لدي الإناث (زينب شقير ،١٩٩٩) و أشار هيرزوج وكلر ولافوري وساكس (عام ١٩٩١) إلى أن اضطرابات الأكل تنتشر عبر مراحل العمر المختلفة بنسبة ٠,٥ % لفقدان الشّهية العصبي، و ٥ % لاضطراب الأكل المفرط . فإذا ما ضممنا للاضطرابات السابقة الأعراض الثانوية تحت عتبة الاضطراب نجد أنه من ٥-١٥ % من الإناث تعرضن لاضطرابات تغذية في أحد مراحل العمر(Patterson, ٢٠٠٨) .

وقد انشغل الباحثون حديثا بالاهتمام باضطرابات الأكل، ورغم وجود اختلافات حول التعريف الدقيق والعلاج المناسب لهذه الاضطرابات، إلا أن معظم الخبراء اتفقوا علي أنّ هذه الاضطرابات تنجم عن كثير من الأسباب المعقّدة وتشكّل تحديات للممارسة الأكلينيكية، و التدخلات العلاجّية ((Kaplan & Garfinkel, ١٩٩٩

ويشير الباحثون إلى وجود نوعين أساسيين من اضطرابات الأكل وهما:

١- **فقدان الشّهية العصبي:** ويعرف بأنه رفض الاحتفاظ بالحد الأدنى من الوزن الطبيعي، وخوف المرضي من اكتساب الوزن، والمعاناة من اضطراب في الخبرات الخاصة بوزن الجسم وشكله.

٢- **والنهم العصبي:** ويعني تكرار تناول الطعام الذي يتبعه بعض السلوكيات التعويضية[٣٥] مثل القيئ الذاتي، واستعمال الملينات، وممارسة التمارين بشكل مفرط.

وبالإضافة إلى ذلك، هناك أيضا ***اضطراب الأكل المفرط***[٣٦] وفيه يأكل المريض بدون أي سلوك تعويضي، كما أن هناك أعراض ما قبل العتبة[٣٧] التي لم تصل إلى حد الاضطراب و تعالج في أغلب الأحيان تحت مسمي" اضطرابات الأكل غير المحدّدة" Streigel-Moore & Cachelin, ٢٠٠١. وهذه الاضطرابات يصعب علاجها وتؤدي إلى مجموعة كبيرة من المترتبات الفسيولوجية الضارة صحيا .

وفي ضوء ذلك ، يؤكد معظم الباحثين أن أسباب اضطرابات الأكل متعددة الأبعاد ، وقد اعتقدوا بشكل عام أن تلك الاضطرابات من الممكن أن ترجع أسبابها إلى الاستعدادات البيولوجية ، و

---

٣٥ compensatory behaviors

٣٦ binge-eating disorder (BED)

٣٧ subthreshold presentations

النفسية ، والعوامل الشخصية ، والارتقائية ، والمؤثرات الثقافية – الاجتماعية (Patterson, ٢٠٠٨).

وتتضمن معظم نماذج اضطرابات الشهية مزيجا من العوامل المسببة للاضطراب والعلاج المتعدد التخصصات ، ويعتبر هذا المزج الأكثر قبولا أثناء "الممارسة الأكلينيكية الفعالة" في تشخيص وعلاج اضطرابات الأكل .

قدم كل من الطب النفسي وعلم النفس العصبي خطوات فعالة في تحديد *الأسباب الجينية والبيولوجية* التي من الممكن أن تكون مسببة لاضطرابات الأكل، حيث قدموا عديد من التفسيرات تتعلق بميكانزمات فسيولوجية مثل الموصلات العصبية، والاختلال العصبي الهرموني[٣٨] ، كما قدمت بعض البحوث محاولات لتفسير الأسباب الجينية لهذه الاضطرابات وحاولوا التحقق من وجود اضطرابا في وظائف الأمينات الأحادية، والموصلات العصبية التي ترتبط بالسلوكيات المتصلة بالشهية لدي ذوي اضطراب النهم

(Ferguson & Pigott, ٢٠٠٠)

وفي هذا الإطار قامت ستريجل موري وكاهيلن (٢٠٠١) **Striegel-Moore and Cachelin** بمراجعة للدراسات التي أجريت علي التوائم والعائلات لدراسة العوامل الوراثية في اضطرابات الأكل وتوصلت إلى أن الأقارب من الدرجة الأولي للأشخاص الذين لديهم فقدان شهيةأو نهم أكثر قابلية للإصابة بهذه الاضطرابات بشكل دال مقارنة بالأقارب في المجموعات الضابطة المماثلة. أما الدراسات علي التوائم فأظهرت نتائج متداخلة حيث وجدت أحد الدراسات نسبة اتفاق ٢٢% لدي التوائم غير المتماثلة في فقدان الشهية العصبي بينما كانت النسبة ١٠% في التوائم المتماثلة مما يشير إلى ان الرابط الجيني غير واضح وهناك دلائل امبريقية علي ان فترة الحمل[٣٩] تلعب دورا اكبر من العوامل الجينية.(Cnattingius, Hultman, Dahl, & Sparen, ١٩٩٩)

كما تم دراسة *دور العوامل الأسرية* في علاقتها باضطرابات الأكل لدى الأبناء. فبينت دراسة شيرين سيد (٢٠١٢) على سبيل المثال ، وجود علاقة ارتباطية دالة بين التعلق الوالدي واضطرابات الأكل حيث أن نقص التعلق الوالدي الآمن يرتبط به زيادة في مظاهر اضطرابات الأكل لدي طالبات الجامعة كما أوضحت أن التعلق الوالدي يسهم إسهاما دالا في التنبؤ باضطرابات الأكل لدي طالبات الجامعة ،ومن اهم السمات التي تميز عائلات الأفراد الذين يعانون من فقدان الشهية

---

٣٨ neuroendocrine imbalances
٣٩ gestational length

العصبي علي سبيل المثال الجمود والصرامة والتزمت والقسوة والتفكك وفقدان الترابط والانسجام بين أعضائها (الدسوقي،٢٠٠٧، ص ٩٠) .

كما تم دراسة *دور العوامل النفسية وعوامل الشخصية* كمسببات لاضطرابات الأكل ومن بينها مفهوم المثالية غير التوافقية محل اهتمام الدراسة الحالية ، حيث أوضحت دراسة كازن وفون رانسون (عام ٢٠٠٥) أن الأشخاص المصابين بفقدان الشهية والنهم لديهم بعض الخصائص المشتركة . وهذه الخصائص تتضمن الميل للمثالية ، والاستعداد للوسواس القهري وتجنب الألم أو الأذي وانخفاض القدرة علي توجيه الذات وانخفاض روح الرغبة في التعاون وسمات اضطراب الشخصية المتجنبة أوالسلبية ، وقد أشارت العديد من البحوث إلى أن الميل للمثالية هو أحد سمات الشخصية الأكثر ثباتا في الارتباط باضطرابات الأكل (Fairburn, Cooper, & Shafran, ٢٠٠٣)

كما قدم فيربورن وكوبر وشافران (Fairburn, Cooper , Shafran, ٢٠٠٣) من خلال نظرية التشخيص المتعدد[٤٠] تفسير للعديد من الاضطرابات النوعية للأكل مثل فقدان الشهية العصبي والنهم العصبي واضطرابات الأكل غير المحددة و وأوضحوا أن المثالية غير التوافقية تعد إحدى أربعة مفاتيح للميكانيزمات التي تؤدي إلى استمرار كل أنواع اضطرابات الأكل بالإضافة لوجود دلائل علي ارتباط المثالية باضطرابات الأكل بأشكالها المختلفة وقد توصلت هيلد برش ١٩٧٨ من خلال الملاحظات الأكلينيكية علي بعض حالات اضطرابات الأكل التي كانت تخضع للعلاج إلى وجود نمط ثابت للشخصية يتمثل في الاهتمام والتركيز الشديدين علي ارضاء القائمين علي رعايتهم(Patterson. ٢٠٠٨)وهو ما نطلق عليه المثالية المحددة اجتماعيا في دراستنا الحالية وهو ما أكده أيضا كل من هيويت وفليت (١٩٩١)

كما أن المرضي الذين يعانون من اضطرابات الأكل لديهم معايير مرتفعة تجاه ما يأكلون وتجاه مظهر وشكل أجسامهم وتجاه التحكم في أوزانهم ولديهم دافع للوصول إلى المثالية في هذه الأبعاد مما يؤدي بالتالى إلى تزايد اضطرابات الأكل لعدم القدرة علي تحقيق تلك المتطلبات المثالية .

كما اوضحت العديد من الدراسات الإمبريقية وجود علاقة قوية بين الميل للمثالية غير التوافقية واضطرابات الأكل بأنواعها المختلفة فعلي سبيل المثال أشار بوني و سوننس(Boone , Soenens , ٢٠١٠) **أن الارتفاع في كل من مثالية المعايير الشخصية و مثالية القلق من**

---

[٤٠] Transdiagnostic theory

التقييم معا أكثر ارتباطا بأعراض اضطراب الأكل من الارتفاع في أحد هذه الأبعاد دون الآخر، وهو ما أكدته أيضا دراسة بيرنيه وآخرون

(Bernert ,Timpano , Peterson , Crow , Bardone-Cone , le Grange , Klein , Crosby , Mitchell, Wonderlich , Joiner ٢٠١٣)

والتي أكدت ارتباط الدرجة المرتفعة علي أعراض اضطراب الأكل بالدرجة المرتفعة علي المثالية ارتباطا دالا وارتباطا مرتفعا بأعراض الوسواس القهري وتوسطت المثالية العلاقة بين أعراض اضطراب الأكل والوسواس القهري مع التحكم في الاكتئاب وأظهرت النتائج أن المثالية تعتبر عاملا مسببا[٤١] وظاهراتيا [٤٢] لكل من الوسواس القهري واضطرابات الأكل.

كما أجري بوني وسوننز وفاستينكستي وبرات , (Boone ,Soenens ,Vansteenkiste (Braet ٢٠١٢ دراسة هدفت التحقق مما توصلت إليه دراسة شفران(Shafran ٢٠٠٦) والتي أظهرت وجود ارتباط ثابت بين المثالية وأعراض اضطراب الأكل من خلال تصميم تجريبي لاختبار العلاقة السببية بين المثالية وأعراض اضطرابات الأكل علي عينة غير إكلينيكية وذلك من خلال محاولة تحديد دور سمة المثالية وأثرها علي أعراض اضطرابات الأكل علي عينة خضعت لثلاثة أنواع من الظروف التجريبية وهي(المعايير الذاتية المرتفعة – ومثالية القلق من التقييم المرتفعة معا – والظرف الثالث عدم وجود مثالية) وأظهر المشاركون مستويات عالية من المثالية كحالة تحت تأثير الظرفين الاول والثاني كما أن المشاركين في المجموعتين الاولي والثانية أظهروا درجات مرتفعة من الكبت والأكل بنهم مما يشير إلى أن المثالية تشكل عامل خطورة مسبب لأعراض اضطرابات الأكل . وهو ما أكدته دراسة راسولي ولافاساني(**Rasooli, Lavasani**٢٠١١)التي أظهرت أن المثالية (الإيجابية والسلبية) هي المنبئ الدال بصورة الجسم وانه يمكن التنبؤ بصورة الجسم وعوامله من خلال عوامل الشخصية وبعد المثالية . وهوما أكدته أيضا دراسة لمبارد وبيرني وماكلين وفارسلاند (Lampard,Byrne, Mclean, Fursland٢٠١٢) التي أشارت إلى أن المثالية الموجهة نحو الذات أكثر تحديدا للتباين في الاهتمام بالوزن والشكل وضبط النظام الغذائي مقارنة بالمثالية الموجهة اجتماعيا لدي كل من حالات فقدان الشهية العصبي والنهم العصبي وأكدت النتائج الأهمية الكبيرة للمثالية الموجهة نحو الذات في اضطرابات الأكل كما أكدت أن المعايير المثالية والمتمركزة حول الذات لها دلالة كبيرة في التنبؤ باضطرابات الأكل

---

[٤١] etiological
[٤٢] Phenomenological

كما أكدت دراسة ستيلي وكورزيني ووادي(Steel ,Corsini , Wade,٢٠٠٧)علي دور المثالية غير التوافقية في اضطرابات الأكل علي الرغم من ارتفاع تقدير الذات الذي لم يكن كاف للحماية من الزيادة في أعراض النهم في حالة الإدراك المرتفع للوزن الزائد والمستوي المرتفع من المعايير المثالية.

وأكدت دراسة فينج وهادس وايتزكاي وروي وابتر وشاهر٢٠٠٨ , Fenning , Hadas) (Itzhaky , Roe , Apter, Shahar ان متغير نقد الذات كان أكثر المتغيرات تنبؤا بأعراض اضطراب الأكل ، كما أشارت دراسة بوني وسونرز وبروت(٢٠١١ , Boone , Soenens , Broet)الطولية علي عينة من المراهقين إلى ارتباط مثالية القلق من التقييم بزيادة أعراض النهم ومثالية المعايير الشخصية بشكل غير مباشر بعدم الرضا عن الجسم وأعراض النهم من خلال توسط بعض المتغيرات الاجتماعية والثقافية، و توصل بوني وسوبننس وموراديس وفانستينكستي وفيرستاي وبرايت ٢٠١٢ (Boone , Soenens ,Mouratidis ,Vansteenkiste Verstuy ,Braet) إلى وجود تقلبات يومية دالة في أبعاد المثالية كما تتمثل في (مثالية المعايير الشخصية ومثالية القلق من التقييم) لدي الإناث اللاتي يعانين من اضطرابات الأكل وإن كلا البعدين من المثالية متشابكان ومتداخلان خلال اليوم لدي هولاء المريضات ، كما أن التقلبات في مثالية القلق من التقييم تشترك في احداث التغيير في أعراض اضطراب الأكل لدي العينة .

تفسير العلاقة بين المثالية واضطرابات الأكل

وفقا لتصورات برانشBruch وجودسيت Goodsitt ، فإن الصلة بين المثالية غير التوافقية واضطرابات الأكل شديدة القوة فكلا منهما يمثل محاولة للتغطية على عجز "الذات "أوتعويض عن شعور عميق من عدم الفعالية ومن وجهة نظر علم النفس الذاتي فإن كل من المثالية غير التوافقية واضطرابات الأكل يمكن أن تفهم على أنها نتيجة للاضطرابات في ارتقاء الذات و تنتج اضطرابات الذات عندما لا يستجيب المنشئون في المراحل المبكرة للنمو لاحتياجات الطفل الارتقائية حيث تنمو ذات غير واضحة وغير مستقرة نتيجة لانعدام الفجوات الصادمة في التعاطف الوالدي والمطلوبة ارتقائيا هذه الذات تكون عرضة للتغيير استنادا إلى الأحداث الخارجية، فتنشأ الحاجة للمثالية في بعض الأحيان كمحاولة للحفاظ على إحساس مستقر بالذات وتعتبر أعراض اضطرابات الأكل تدابير يتخذها الفرد لاستعادة الشعور بالتكامل و الفعالية . كما أن التحكم الفائق الذي يقوم به الفرد في اضطرابات الأكل يوفر شعور مؤقت بالقوة والفعالية لتغطية المشاعر الكامنة وراء ذلك من ضعف وخجل، وعدم كفاية .واضطراب الأكل يوفر للفرد فرصة للهروب من الخبرة الانفعالية لمشاعر الذات المؤلمة ، بالإضافة لتقديمه للفرد شعورا تعويضيا من الشعور بالذات أوالهوية التي

تمكن اي شخص أن يكون له دور هام في هذا العالم(Heatherton & Baumeister, ١٩٩١)

وفي المقابل ظهرت العديد من ال‌تصورات النظرية الحديثة مثل **النظرية المعرفية السلوكية** لتقدم تصور لكلا من المثالية غير التوافقية واضطرابات الأكل على أنها محاولات للهروب من شيء مكروه ، حيث أكدت على دور الاتجاهات غير الصحية نحو الذات مثل نقد ذات ، وانخفاض تقدير الذات ، و الوعي السلبي بالذات .على سبيل المثال تصورات **بيبي** (Beebe ١٩٩٤) حيث قدمت نموذجا تفسيريا لاضطراب النهم في الأكل كنوع من أنواع الهروب من الأدراكات السلبية للذات و امتدت بالنموذج ليتضمن ممارسة النظام الغذائي و التشدد في الأكل .ووفقا لنموذج بيبي فإن الفشل في تلبية معايير مثالية يؤدي إلى إدراك سلبي للذات مما يؤدي إلى اتباع النظام الغذائي المتشدد الذي من المرجح أن يفشل ، فبينما يؤدي اتباع النظام الغذائي إلى زيادة اليقظة و الوعي باوجه القصور ، يؤدي أيضا إلى العديد من التأثيرات السلبية عندما تفشل محاولات اتباع هذا النظام الغذائي وبالتالي يحاول الأفراد الاستمرار في اتباع النظام غذائي بشكل أكثر صرامة في محاولة مستمرة لتحقيق الأهداف التي فشلت وبدلا من ذلك، فإن الشخص قد يصبح أكثر عرضة للنهم عند الأكل من أجل الهروب من التأثير السلبي . وتبعا لهذا النموذج، تخلق المثالية شعورا بعدم الرضا يؤدي لاستمرار الحلقة المفرغة ويساعد على استمرار سعي الأفراد لتحقيق أهدافهم غير الواقعية

وفي الاونة الأخيرة، قام فيربورن وكوبر وشافران(Fairburn, Cooper, , & Shafran, ٢٠٠٣)بدمج هذه المفاهيم مع المنحي المعرفي السلوكي لتقديم علاج متعدد لاضطرابات الأكل . بناء على المنحي المعرفي السلوكي التقليدي لاضطرابات الأكل الذي يؤكد أن إدراك الفرد يرتبط بشكل ووزن الجسم وطبيعة الغذاء والأهمية النسبية التي يضعها الفرد لهذه الاشياء في حياته و يقترح عددا من الأنماط المعرفية الاوسع نطاقا التي قد تتفاعل مع معتقدات محددة نحو الطعام لاستمرار أعراض اضطراب الأكل .و من بينها انخفاض تقدير الذات ،أوالميل إلى التقييم السلبي للذات بغض النظر عن الآداء بالإضافة للمثالية غير التوافقية .ووفقا لوجهة النظر هذه، بعض الأفراد يضعون لأنفسهم معايير عالية بشكل مفرط ويحكمون باستمرار علي أنفسهم بقسوة .وبالتالي يكونون أكثر عرضة لإدراك الفشل في جهودهم .هذا التصور، جنبا إلى جنب مع عوامل الاستمرار الأخرى (مثل العلاقات الشخصية السيئة) يؤدي إلى حالات مزاجية غير مريحة والسعي للهروب أوالتخلص من هذه الحالات من خلال الأكل بشكل غير سوي (STUART, ٢٠٠٩)

ومن الواضح أنه في حين نظر علماء نفس الذات لاضطراب الأكل كمظهر محدد من مظاهر المحاولة المثالية للحفاظ على تماسك الذات ، نجد أن النماذج المعرفية السلوكية قدمت دورا أكثر فاعلية للمثالية و الاتجاهات السلبية نحو الذات وهذا بدوره يطرح تصورا يتضمن محاولة تغيير هذه

الاتجاهات نحو الذات .

وتتمثل نقطة الالتقاء في هذه النماذج في أن السعي إلى المثالية غير التوافقية يرتبط بشعور ضمني بوجود "خطأ" أوعيب ما إما في داخل الشخص أو في سياق أهدافه في الحياة وينظر الفرد لهذا العيب علي أنه غير مقبول يتطلب أن يخفيه أويهرب منه ، كما تشير هذه النماذج إلى أن كلا من المثالية واضطراب الأكل يحققا هذه الوظائف التي يسعي الفرد لتحقيقها.

المثالية غير التوافقية والاكتئاب

ينظر للاكتئاب في مجال الاضطرابات النفسية مثلما ينظر لنزلات البرد[٤٣] في الأمراض الجسمية (Rosenhan & Seligman ١٩٩٥) ويستخدم تعبير الاكتئاب بطرق مختلفة كأن يستخدم لوصف الحالة المزاجية أولتعريف زملة مرضية وباعتباره تصنيفا في الطب النفسي. **والمزاج الاكتئابي**[٤٤] مألوفا لأغلبنا إذ يعني عدم السعادة والكدر[٤٥] وقد يتضمن مشاعر الزهق[٤٦]أوالذنب والشعور بفقدان القيمة وانخفاض قدر الذات وفتور الهمة واللامبالاة ، وتصف **الزملة الاكتئابية**[٤٧] تجمعا من الأعراض التي تلاحظ عادة خلال الممارسة السيكاترية وهي تتضمن بشكل عام المزاج الاكتئابي وفقدان الاهتمام والقلق واضطرابات النوم وفقدان الشهية ونقص الطاقة والأفكار الانتحارية وقد توجد فيها حالات بكاء وبطء في الحديث والفعل وأحيانا ما توجد أعراض انسحابيه ويعاني بعض المرضي من الهلاوس والتي غالبا ما تكون أصواتا تسخر منهم وقد تكون لديهم هذاءات حول مسئوليتهم عن أحداث رهيبة والاكتئاب أيضا مفهوم تصنيفي وقد صيغ في تصنيفات ثنائية متعددة منها الهوس والاكتئاب والكامن والاستجابي والعصابي والذهاني وذلك تبعا لتاريخ الحالة والأعراض المصاحبة (ريبر ، ٢٠٠٠ ، ص١٠٥).

وقد حاولت بعض النظريات المعرفية تفسير العلاقة بين الاكتئاب والمثالية حيث أشارت إلى أن الاكتئاب يرتبط بفقدان الأمل في التحكم في النواتج السلبية أوالإيجابية والشخص الذي يخشي اقتراف الأخطاء ويعتقد أنه سيرفض من الآخرين لفشله في الوصول إلى المثالية غالبا ما يشعر بفقدان الامل ويكون مهيئا للإصابة بالاكتئاب ،كما تؤدي أيضا المثالية الموجهة نحو الذات إلى الشعور الدائم بانخفاض كفاءة الذات والشعور بعدم القدرة علي التحكم في نواتج الأمور وانخفاض قيمة الذات مما يجعل الشخص مهيئا للوقوع في الاكتئاب ،فالطريق من المثالية للاكتئاب يتوسطه تقدير الشخص

---

[٤٣] Common cold
[٤٤] Depression mood
[٤٥] distress
[٤٦] Fed-up
[٤٧] Depressive syndrome

لذاته ويرتبط تقدير الذات المنخفض بالاكتئاب ، كما أن السعي الدائم للمثالية يعتبر استجابة شائعة للنظرة غير المحببة لقيمة الذات، فانخفاض تقدير الذات أمر أساسي لدي الشخص المثاليفهو غالبا ما يدرك ردود الأفعال السلبية البسيطة بشكل أعم علي مستوي الذات ككل (Shafran ,Mansell, ٢٠٠١)

وهناك دلائل إمبريقية متزايدة عن الارتباط الإيجابي بين المثالية والاكتئاب

(Blatt, ١٩٩٥; Hill, McIntire, & Bacharach, ١٩٩٧; Lynd-Stevenson & Hearne, ١٩٩٩)

وأكثر من هذا أكدت عدد من الدراسات أن تكرار الأفكار المثالية[٤٨] تتنبأ بشكل كبير بمشاعر الكدر مقارنة بالأفكار السلبية الآلية[٤٩] والسمات المثالية[٥٠] (Flett, Hewitt, Blankstein, & Gray, ١٩٩٨)

وقد أشارت العديد من الدراسات لوجود ارتباطات قوية بين المثالية المحددة اجتماعيا[٥١] (وتعني اعتقاد الفرد أن الآخرين يتوقعون منه أداءً مثاليا) والاكتئاب كما تم قياسه من خلال بطارية بك للاكتئاب (Flett, Hewitt, Blankstein, & O'Brien, ١٩٩١; Hewitt & Flett, ١٩٩١; Hewitt, Flett, & Ediger, ١٩٩٦)

كما ارتبطت المثالية المحددة اجتماعيا بالتحكم في الضبط الخارجي والرغبة القوية في الحصول علي موافقة الآخرين والخوف من التقييم السلبي ، والأشخاص ذوي المثالية المحددة اجتماعيا يدركون المعايير علي أنها مفروضة من خلال قوي خارجية كما وجد ارتباط بين عزو الضبط[٥٢] لقوي خارجية وبين الاكتئاب ، كما تنبأت المثالية المحددة اجتماعيا بالزيادة في مستويات أعراض الاكتئاب علي مدي ٤ شهور في أحد الدراسات الطولية (Hewitt, P. L., Flett, G. L., & Ediger, E. ١٩٩٦). اما المثالية الموجهة نحو الذات (والتي تعني ميل الفرد لوضع معايير صارمة لأدائه الشخصي) فبينما أشارت أحد الدراسات لوجود مستويات مرتفعة من المثالية الموجهة نحو الذات لدي مرضي الاكتئاب مقارنة بمرضي القلق والعينة الضابطة Hewitt & Flett, ١٩٩١ إلا ان دراسة أخري أظهرت عكس ذلك حيث كانت مستويات المثالية الموجهة نحو الذات غير دال لدي المستويات المختلفة من الاكتئاب خاصة لدي العينات غير المرضية وعلي الرغم من ذلك فقد ارتبطت المثالية الموجهة نحو الذات بالاكتئاب لدي العينات المرضية بينما لم توجد ارتباطات لدي طلبة الجامعة

---

[٤٨] Perfectionism thoughts
[٤٩] Negative automatic thoughts
[٥٠] Perfectionism traits
[٥١] Socially prescribed perfectionism
[٥٢] Attribution of control

وقد اهتمت بعض الدراسات بفحص دور المتغيرات الوسيطة المعدلة للعلاقة بين المثالية غير التوافقية والاكتئاب وأشارت إلى أن الشعور بالرفض والتجنب وعدم الرغبة من الآخرين لدى الأشخاص ذوي المخاوف المثالية[٥٣] تجعلهم أكثر استهدافا للإصابة بالاكتئاب أكثر من غيرهم (Sherry, MacKinnon, Fossum, Antony, Stewart, Sherry, Nealis, Mushquash ,٢٠١٣) ، وأن التفاؤل كمتغير وسيط يقلل من اثر المثالية غير التوافقية علي الاصابة بالاكتئاب ٢٠١٣ Black J. &Reynolds W. ، كما كان لكفاءة الذات أثر معدل للعلاقة بين المثالية غير التوافقية والاكتئاب zHang B.,Cai T. ٢٠١٢ ، كما توصلت دراسة أخري إلى أن المثالية الموجهة نحو الذات تتنبأ بالاكتئاب في سياق الإنجاز الضاغط وأن العلاقة بين هذا النوع من المثالية يتوقف علي نمط الضغوط (Hewitt & Flett, ١٩٩٣) كما أكد الباحثون أن المثالية الموجهة نحو الذات تتفاعل مع مشقة الإنجاز [٥٤] للتنبؤ بالاكتئاب حتي بعد اربعة شهور من المتابعة وأنها يمكن أن تعتبر عامل استهداف مميز يتطلب ضغوط إنجاز لظهور أعراض الاكتئاب ،وكانت المثالية المحددة اجتماعيا أكثر ارتباطا بفقدان

الأمل لدي المراهقين الذين حاولوا الانتحار (Donaldson,Spirito & Farnett,٢٠٠٠)

المثالية غير التوافقية والاكتئاب واضطرابات الأكل

لم تتطرق الدراسات لمحاولات الربط بين المثالية واضطرابات الأكل أوالمثالية والاكتئاب فقط بل سعي القليل من الباحثين لاختبار العلاقة بين الثلاثة متغيرات حيث اتضح وجود ارتباط قوي بين الاكتئاب والمثالية لدي من لديهن اضطرابات الأكل من المرضي وطلبة الجامعة مما يشير إلى أن الاكتئاب هو أحد أشكال الوجدان المرتبط بالجوانب المعرفية في المثالية غير التوافقية(Patterson Wang,Slaney ٢٠١٢,) وهو ما أكده مازيو ولندت وجونز وميتشل وكندلر ونيل واجين وبوليك Mazzeo, Landt, Jones, Mitchell, Kendler, Neale, Aggen, Bulik, ٢٠٠٦ من ارتفاع أعراض الاكتئاب والمثالية(وخاصة بُعد الخوف من الأخطاء) لدي الإناث اللاتي يعانين من اضطرابات الأكل ، وفي المقابل أسفرت بعض الدراسات عن وجود علاقة بين الاكتئاب وانخفاض تقدير الذات وأضطرابات الأكل بينما لم ترتبط المثالية المحددة اجتماعيا بأضطرابات الأكل , (Turgeon, Forget, Senécal ٢٠١١)

هذا وقد حاولت دراسة ساساروليSassaroli,_ ولورو وروجيرو وموري وفيني وفروست ٢٠٠٨ Frost ,Mauri, Vinai Lauro, Ruggiero المقارنة بين مرضي الاكتئاب العام ومرضي

---

[٥٣] Perfectionistic concerns

[٥٤] achievement stress

اضطراب الوسواس القهري واضطرابات الأكل علي أبعاد المثالية غير التوافقية وأظهرت النتائج أن الخوف من الأخطاء كان مرتفعا لدي كل المجموعات المرضية ، بينما كان بعد المعايير الشخصية مرتفعا فقط لدي عينة اضطرابات الأكل وكان الشك تجاه الأفعال والسلوكيات مرتفعا لدي عينة اضطراب الوسواس القهري واضطراب الأكل مقارنة بمرضي الاكتئاب وهو ما أكده كل من إجان ووادي وشفرانEGAN. WADE, SHAFRAN ٢٠١١ في مراجعة للتراث البحثي[٥٥] تهدف فحص ارتباط المثالية ببعض الاضطرابات مثل الاكتئاب واضطرابات الأكل والقلق والوسواس القهري وأوضحت النتائج ارتفاع المثالية عبر كل الاضطرابات محل اهتمام الدراسة مقارنة بالعينات الضابطة كما أظهرت النتائج أيضا أن المثالية تزيد من الاستهداف لاضطراب الأكل وتساعد علي استمرار اضطراب الوسواس القهري والقلق الاجتماعي والاكتئاب وتتنبأ بنتائج العلاج في هذه الاضطرابات ،كما أشارت إلى أن ارتفاع المثالية يرتبط بالحدوث المشترك للاضطرابات النفسية وهو ما تسعي الدراسة الحالية لاختباره علي المستوي المحلي .

ومن خلال مشكلة الدراسة والعرض النظري والإمبريقي السابق تتحدد فروض الدراسة الحالية فيما يلي :-

١- توجد علاقة إيجابية دالة بين المثالية غير التوافقية وأعراض اضطرابات الأكل.

٢- توجد علاقة إيجابية دالة بين أعراض الإكتئاب و المثالية غير التوافقية.

٣- توجد علاقة إيجابية دالة بين أعراض الاكتئاب وأعراض اضطرابات الأكل.

٤- تتنبأ المثالية غير التوافقية بكل من أعراض اضطرابات الأكل وأعراض الاكتئاب.

٥- تتباين درجة التنبؤ بأعراض الاكتئاب وأعراض اضطرابات الأكل تبعا لاختلاف نوع المثالية غير التوافقية (بحيث تكون المثالية الموجهة نحو الذات أكثر تنبؤا بالأعراض المرضية المختلفة تليها المثالية المحددة اجتماعيا ثم المثالية الموجهة نحو الآخر).

منهج الدراسة وإجراءاتها :

استخدمت الدراسة الراهنة المنهج الوصفي الارتباطي حيث يعتمد التصميم البحثي على الارتباط بين متغيرات الدراسة والتنبؤ (المبنى على الارتباط) .

عينة الدراسة:-

طبقت أدوات الدراسة على (١٦٠) طالبة من طالبات عدد من كليات جامعة بني سويف (الآداب والتعليم الصناعي والعلاج الطبيعي)، وبلغ متوسط أعمارهن (١٩,٧٦+١,٨). ووفقا

---

[٥٥] Review

لاستمارة البيانات الأساسية ، بينت الإجابات غياب أية أمراض مزمنة لدى أفراد العينة التي شاركت في البحث (حيث تم استبعاد ٤ حالات فقط نتيجة للإجابة بنعم علي سؤال الأمراض المزمنة)

أدوات الدراسة:-

تكونت أدوات الدراسة من ثلاثة مقاييس رئيسة، فضلا عن استمارة البيانات الأساسية، وقد أجرت الباحثة في الدراسة الحالية إجراءات الكفاءة السيكومترية للمقاييس ، بحيث شملت هذه الإجراءات صدق المضمون والاتساق الداخلى للبنود، وثبات إعادة الأختبار ومعامل الفا كرونباخ . وقد أجريت إجراءات الاتساق الداخلي علي عينة من ١٠٠ طالبة في السنوات الدراسية المختلفة أما إجراءات ثبات إعادة الاختبار فقد أجريت علي ٢١ طالبة من طلاب كلية الآداب .

وفيما يلي وصفا للمقاييس في صورتها الأصلية ، وبعد ما أدخل عليها من تعديلات .

المقياس الاول: العوامل الثلاث للأكل[٥٦]

المقياس من إعداد ستانكارد وميسك ١٩٨٥ وترجمة الباحثة . وهو يتكون في صورته الأصلية من ٢١ بندا[♦] ، صيغت بنوده في صورة تقرير ذاتي لقياس سلوكيات اضطراب الأكل.

ويتم الإجابة على المقياس بطريقتين (الستة عشر بندا الاولى في صورة مقياس تقدير من ١ –٤ أما البنود الخمسة المتبقية فتطلب الاختيار من متعدد ويتكون المقياس من ٣ مقاييس فرعية (الضبط المعرفي، والأكل الانفعالي، وعدم التحكم في الأكل)

ويمكن عرضها بالتفصيل في المقاييس التالية:-

١- **مقياس الضبط المعرفي للأكل** وهو يقيس القيود التي يضعها الفرد علي طعامه بهدف التأثير في الوزن والشكل ويتكون من ٦ بنود ويقيس بعض اوجه اضطرابات الأكل التي ترتبط بمرضي فقدان الشهية العصبي.

٢- **مقياس الأكل المصاحب للانفعالات** ويقيس الميل إلى الأكل المفرط استجابة للانفعالات السلبية (من قبيل القلق أوالاكتئاب أوالوحدة) ويتكون أيضا من ٦ بنود استخدمته الباحثة كله

٣- **مقياس عدم التحكم في الأكل** ويقيس عدم القدرة علي السيطرة والتحكم في الأكل ويتكون من ٩ بنود ويرتبط بالنهم أوالسمنة المفرطة[٥٧] .(Stuart, ٢٠٠٩)

---

[٥٦]- Three Factor Eating Questionnaire-R٢١ (TFEQ-R٢١)

[♦]تتكون الصورة الأولي للمقياس التي أعدها ستانكارد وميسك من ٥٥ بندا ، ثم قام مستخدمو المقياس بعد ذلك بتقليصه إلي ٥١ بندا ثم إلي ١٨ بندا ثم اضيفت إليه بنود أخرى ليصبح في صورته الأخيرة مكونا من (٢١ بندا).

وحفاظا على توحيد طريقة الاستجابة على المقياس ، واستخدامه في الأغراض البحثية (وليست الأكلينيكية) اختارت الباحثة من المقياس البنود الستة عشر الاولي لاستخدامها في تحديد اضطرابات الأكل حيث تُكّون هذه البنود مقياسا واحدا يخضع لطريقة موحدة في الإجابة والتصحيح (وفيها تم استخدام مقياس للشدة من ١ إلى ٥) وتم حذف البنود الخمسة الاولى.

وقد بينت نتائج تحليلات الكفاءة السيكومترية للمقياس في الدراسة الراهنة ارتباطا جيدا بين درجة البند والدرجة علي المقياس الفرعي والدرجة الكلية علي المقياس كما يظهر في الجدول (١) ، كما أظهر الآداء علي المقاييس ثبات عبر الزمن من خلال إعادة الاختبار مقداره (٠,٧٢١) وبلغ معامل الفاكرونباخ (٠,٧٤) .

جدول (١) مقياس العوامل الثلاثة علاقة البند بالدرجة الكلية والمقياس الفرعي

البند	علاقة البند بالدرجة الكلية	علاقة البند بالمقياس الفرعي	البند	علاقة البند بالدرجة الكلية	علاقة البند بالمقياس الفرعي
١	،٢٧٢	،٨٤٣	٩	٦٢٤,	٧١٨,
٢	،٦٥٦	٧٦٢,	١٠	٦٢٨,	٦٠٤,
٣	٦٣٣,	٧١٦,	١١	١٩٩,	٨٢٤,
٤	٦٣٨,	٧٩٦,	١٢	٣٤٨,	٥٣٧,
٥	٢٦٦,	٨١٨,	١٣	٦٧٥,	٧٤٣,
٦	٢٤٢,	٤٩١,	١٤	٦٦٥,	٧٦٣,
٧	٦٦٥,	٨١١,	١٥	٥٠٣,	٦٧٤,
٨	٤٤٤,	٤٢٠,	١٦	٦٥٥,	٦٤٨,

المقياس الثاني: بطارية اختلال التقييم المثالي[٥٨] :

إعداد فليت وهيويت(Flett & Hewitt ٢٠٠٧) وترجمة الباحثة . ويتكون المقياس من ١٥ بندا يقيس التفاوت المُدرك بين معايير الفرد للمثالية وادائه الفعلي والحالي، كما يقيس بالإضافة لذلك الادراكات لمدي ما يصل اليه الفرد

٥٧- bulimia

٥٨- (Perfectionism Discrepancy Inventory (PDI

من تحقيق للمعايير المثالية . والأبعاد الفرعية للمقياس تقيس التفاوت المتعلق بالتوجه نحو الذات، والتوجه نحو الآخر، والمثالية المُدركة اجتماعيا.

وتشير المثالية الموجهة نحو الذات إلى ميل الفرد لوضع معايير صارمة لأدائه الشخصي، أما المثالية الموجهة نحو الآخر فتشير إلى ميل الفرد لتوقع أن يتصف اداء الآخرين بالمثالية وتعني المثالية المحددة اجتماعيا اعتقاد الفرد أن الآخرين يتوقعون منه آداءً مثاليا Hewitt & Flett, (Hewitt, Flett, & Ediger, ١٩٩١ ,١٩٩٦) ويستجيب الأفراد علي مقياس شدة يتراوح بين أبسدا =١ كثيرا =٤ وفيما يتعلق ببنود المقاييس الفرعية فتكونت كلها من ٥ بنود لكل منها.

وفي الدراسة الراهنة ، بينت نتائج تحليلات الكفاءة السيكومترية للمقياس ارتباطا جيدا بين درجة البند والدرجة علي المقياس الفرعي والدرجة الكلية علي المقياس ، كما يظهر في الجدول (٢) ، كما أظهر الآداء علي المقاييس ثبات عبر الزمن من خلال إعادة الاختبار مقداره (٠,٥٩٦) وبلغ معامل الفاكرونباخ (٠,٧٨) .

جدول (٢) مقياس اختلال التقييم المثالي علاقة البند بالدرجة الكلية والمقياس الفرعي

البند	علاقة البند بالدرجة الكلية	علاقة البند بالمقياس الفرعي	البند	علاقة البند بالدرجة الكلية	علاقة البند بالمقياس الفرعي
١	٥٥٠,	٤٠٦,	٩	,٤٨٧	,٤١٠-
٢	,٦٣٣	,٥٥٥	١٠	,٢٢٩	,١٩٥
٣	٥٨٨,	٤٢٠,	١١	٣٠٦,	٢١٦,
٤	،٦٣٠	٥٤٣,	١٢	٣٧٩,	٢١٦,
٥	٦٤٧,	٥٦٠,	١٣	٣١٩,	٢٦٩,
٦	٥٠٣,	٤٦٦,	١٤	٢٩٤,	٢٢٨,
٧	٥٤٨,	٤٠٤,	١٥	٣٧٦,	١٩٧,
٨	٤٣٥,	٤٣٢,			

المقياس الثالث: مقياس الاكتئاب لمركز الدراسات الابيدمولوجية[٥٩]

[٥٩]- The Center for Epidemiological Studies Depression Scales (CES-D)

اعد المقياس رادلوف ١٩٧٧ وترجمته الباحثة . صمم المقياس لتقدير الأعراض الجسمية والوجدانية للاكتئاب ويتكون من ٢٠ بندا تتم الإجابة عليه عبر مقياس شدة يتراوح بين ١-٥ .

وفي الدراسة الراهنة ، بينت نتائج تحليلات الكفاءة السيكومترية للمقياس ارتباطا جيدا بين درجة البند والدرجة علي المقياس الفرعي والدرجة الكلية علي المقياس ، كما يظهر في الجدول (٣) ، كما أظهر الأداء علي المقاييس ثبات عبر الزمن من خلال إعادة الاختبار مقداره (٠,٦٤٤) وبلغ معامل الفاكرونباخ ٠,٦٦).

جدول (٣) أعراض الاكتئاب علاقة البند بالدرجة الكلية والمقياس الفرعي

البند	علاقة البند بالدرجة الكلية	البند	علاقة البند بالدرجة الكلية
١	٣٨٨,	١١	٤٠٦,
٢	٢٨٥,	١٢	٣٠٠,
٣	٥٨٠,	١٣	٦٢٢,
٤	٢١٦,	١٤	٦٦٧,
٥	٦٩٠,	١٥	٢٤٥,
٦	٤٨٣,	١٦	٤٩٠,
٧	٦٥٣,	١٧	٦٩٤,
٨	٦٨٢,	١٨	٦٠٢,
٩	٦٦٩,	١٩	٥٤٥,
١٠	٤٧٨,		

إجراءات التطبيق

طبقت المقاييس بصورة جماعية علي طلبة الجامعة واستغرق تطبيق الاستمارة حوالى ٤٥ دقيقة في مدرجات الجامعة ، وقد قدمت المقاييس بالترتيب محدد حيث البدء باستمارة البيانات الديموجرافية، ثم مقياس العوامل الثلاث للأكل، فمقياس أعراض الاكتئاب ثم بطارية اختلال التقييم المثالي.

المعالجات الاحصائية

استخدمت الدراسة معاملات الارتباط ، وتحليل الانحدار البسيط والمتعدد لاختبار فروض الدراسة .

نتائج الدراسة:-

اولا نتائج الارتباطات

١- **فيما يتعلق بالفرض الاول** والذي ينص على وجود علاقة إيجابية دالة بين المثالية وأعراض اضطرابات الأكل.

جدول (٤)العلاقة بين مقياس المثالية ومقياس العوامل الثلاثة للأكل

(ن=١٦٠)

المقاييس	الضبط المعرفي	الأكل نتيجة الانفعالات	عدم التحكم في الأكل	المقياس الكلي لأعراض اضطرابات الأكل
المثالية الموجهة نحو الذات	٠٨٦,	٠٣٥,	**,٢٥٠	**,١٨٥
المثالية الموجهة نحو الآخر	١٠٤,	٠٩٢,	**,٢١٨	**,٢٠٦
المثالية المحددة اجتماعيا	٠٨١,-	٠٧٠,	**,٢٦٧	**,٣٠١
المقياس الكلي للمثالية المرضية	٠٤٧,	٠٨٠,	**,٣٠١	**,٢٢٧

* دال عند مستوي ٠,٠٥ ** دال عند مستوي ٠,٠١

أظهرت النتائج ارتباطا إيجابيا دالا بين الدرجة الكلية على بطارية المثالية غير التوافقية و الدرجة الكلية على بطارية أعراض اضطرابات الأكل (**,٢٢٧) ، وبين الدرجة الكلية على بطارية المثالية غير التوافقية ووأحد فقط من المقاييس الفرعية لبطارية اضطرابات الأكل وهو مقياس عدم التحكم في الأكل (ر= ٠,٣٠١) كما وجد ارتباطا إيجابيا دالا بين الدرجة الكلية على مقياس اضطرابات الأكل و والدرجة على المقاييس الفرعية الثلاثة لبطارية المثالية غير التوافقية ، حيث ارتبطت الدرجة الكلية بكل من : مقياس المثالية المحددة اجتماعيا ٣٠١,** والمثالية الموجهة نحو الآخر ٢٠٦,** و المثالية الموجهة نحو الذات ١٨٥,** كما وجد أيضا ارتباطا إيجابيا دالا بين مقياس عدم التحكم في الأكل وكل من مقاييس المثالية الفرعية، والمثالية الموجهة اجتماعيا٢٦٧,** والمثالية الموجهة نحو الذات٢٥٠ ,** و المثالية الموجهة نحو الآخر ٢١٨,** (انظر جدول ٤)

٢- **الفرض الثاني** : والذي ينص على وجود علاقة إيجابية دالة بين المثالية غير التوافقية وأعراض الاكتئاب

جدول (٥)العلاقة بين مقياس المثالية المتناقضة وأعراض الاكتئاب (ن=١٦٠)

مقياس أعراض الاكتئاب / بطارية المثالية	الدرجة الكلية على مقياس أعراض الاكتئاب

المثالية الموجهة نحو الذات	**,٣٤٦
المثالية الموجهة نحو الآخر	**,١٨٣
المثالية المحددة اجتماعيا	**,١٦٧
مقياس المثالية الكلي	**,٢٥٨

* دال عند مستوي ٠,٠٥ ** دال عند مستوي ٠,٠١

وقد أظهرت النتائج ارتباطا إيجابيا دالا بين كل من الدرجة الكلية على بطارية المثالية غير التوافقية و الدرجة الكلية على مقياس أعراض الاكتئاب **,٢٥٨ ،كما أشارت النتائج إلى وجود ارتباط إيجابي دال بين الدرجة الكلية على مقياس أعراض الاكتئاب و المقاييس الفرعية لبطارية المثالية غير التوافقية كما تتمثل في(المثالية الموجهة نحو الذات **,٣٤٦ و المثالية الموجهة نحو الآخر **,١٨٣ و مقياس المثالية المحددة اجتماعيا**,١٦٧

٣ – الفرض الثالث والذي ينص على وجود علاقة إيجابية دالة بين أعراض الاكتئاب وأعراض اضطرابات الأكل.

جدول (٦) العلاقة بين مقياس العوامل الثلاثة للأكل وأعراض الاكتئاب (ن=١٦٠)

المقاييس	الضبط المعرفي	الأكل نتيجة للانفعالات	عدم التحكم في الأكل	مقياس العوامل الثلاثة الكلي
الاكتئاب	,٠٨٢	,١٤٢	**,١٩٢	**,٢١٤

* دال عند مستوي ٠,٠٥ ** دال عند مستوي ٠,٠١

أظهرت النتائج ارتباطا إيجابيا دالا بين الدرجة الكلية على مقياس أعراض الاكتئاب وبطارية اضطرابات الأكل (**,٢١٤) وبين هذه الدرجة و المقياس الفرعي "عدم التحكم في الأكل " (**,١٩٢)

ثانيا :- نتائج تحليل الإنحدار لدي العينة الكلية

قدمت الدراسة الحالية افتراض مؤداه أن متغير المثالية غير التوافقية يمكنه التنبؤ باضطرابات الأكل والأعراض الاكتئابية ولذلك تم إجراء **معاملات الانحدار البسيط** ، لمتغير المثالية غير التوافقية مع كل متغير علي حدة ، للكشف عن قدرته التنبؤية في هذا المجال.

فيما يتعلق بالفرض الرابع والذي ينص على إمكان التنبؤ من خلال المثالية غير التوافقية بكل من أعراض اضطرابات الأكل وأعراض الاكتئاب

١ – المثالية غير التوافقية واضطرابات الأكل

جدول(٧)

الانحدار البسيط متغير المثالية (التناقض المثالي) كمتغير مستقل واضطرابات الأكل كمتغير تابع (ن=١٦٠)

	B	Beta	R٢	F	T
العوامل الثلاثة للأكل	.٠٩٢	.١٧٩	.٠٢٩	*٥,٩٩	٢,٤٤*

* دال عند مستوي ٠,٠٥ ** دال عند مستوي ٠,٠١

أظهر متغير "المثالية غير التوافقية (كما قيست من خلال مقياس اختلال التقييم المثالي) " درجة تنبؤ دالة باضطرابات الأكل (كما قيست من خلال مقياس عوامل الأكل الثلاثة) حيث بلغت قيمة ف = ٥,٩٩

٢ – المثالية وأعراض الاكتئاب

جدول(٨)

الانحدار البسيط متغير المثالية (التناقض المثالي) كمتغير مستقل وأعراض الاكتئاب كمتغير تابع (ن=١٦٠)

	B	Beta	R٢	F	T
أعراض الاكتئاب	.٠٩٨	.٢١٤	.٠٤٦	**٩,٥٦	٣,٠٩*

* دال عند مستوي ٠,٠٥ ** دال عند مستوي ٠,٠١

أظهر متغير "المثالية غير التوافقية (كما قيست من خلال مقياس اختلال التقييم المثالي) " درجة تنبؤ دالة بأعراض الاكتئاب حيث بلغت قيمة ف = ٩,٥٦.

وللتحقق من الفرض الخامس في الدراسة الحالية والذي ينص على "تباين درجة التنبؤ بأعراض الاكتئاب وأعراض اضطرابات الأكل تبعا لاختلاف نوع المثالية غير التوافقية (بحيث تكون المثالية الموجهة نحو الذات أكثر تنبؤا بالأعراض الاكتئابية وأعراض اضطرابات الأكل يليها المثالية المحددة اجتماعيا ثم المثالية الموجهة نحو الآخر)" أجري تحليل الانحدار المتعدد كما يلي:-

١ – فيما يتعلق بأضطرابات الأكل

جدول(٩) الانحدار المتعدد للثلاثة متغيرات (المثالية الموجهة نحو الذات والمثالية الموجهة نحو الآخر والمثالية المحددة اجتماعيا) كمتغيرات مستقلة واضطرابات الأكل كمتغير تابع (ن= ١٦٠)

	B	Beta	RY	F	T
والمثالية المحددة اجتماعيا	٩٤٤.	.٢١١	.٠٠٤	**٣,٠٧٣	**٢,٢٩
المثالية الموجهة نحو الذات	.٢٨٣	.٠٦٣			٧٤٤.
المثالية الموجهة نحو الآخر	٢٤٩.	.٠٥٨			.٦٦٣

* دال عند مستوي ٠,٠٥ ** دال عند مستوي ٠,٠١

تم التقدم لإجراء معاملات الانحدار المتعدد (انظر الجدول (٩) والذي كشف عن التالي:

عند إدخال المتغيرات الفرعية الثلاثة " **المثالية الموجهة نحو الذات والمثالية الموجهة نحو الآخر والمثالية المحددة اجتماعيا واضطرابات الأكل** كمتغير تابع ، بينت قيمة (ف) الدالة جودة النموذج في التنبؤ بأضطرابات الأكل (ف= ٣,٠٧٣ ودالة فيما وراء ٠١.). وإن كانت قيمة (ت) تبين بوضوح أن " **المثالية المحددة اجتماعيا** " هي أكثر المتغيرات تنبؤا بأعراض اضطرابات الأكل

٢ – فيما يتعلق بأعراض الاكتئاب

جدول(١٠) الانحدار المتعدد

للثلاثة متغيرات (المثالية الموجهة نحو الذات والمثالية الموجهة نحو الآخر والمثالية المحددة اجتماعيا) كمتغيرات مستقلة وأعراض الاكتئاب كمتغير تابع (ن= ١٦٠)

	B	Beta	RY	F	T
والمثالية المحددة اجتماعيا	٠٩٠.	.٠٠٦	.٠٦٩	**٤,٩٢	.٠٧٦
المثالية الموجهة نحو الذات	١,٣٢	.٢٥٥			**٣,٠٢

المثالية الموجهة نحو الآخر	.٣٣٠	.٠١٧			.١٩١

* دال عند مستوي ٠,٠٥ ** دال عند مستوي ٠,٠١

تم إجراء معامل الانحدار المتعدد (انظر الجدول (١٠) والذي كشف عن التالي:

عند إدخال المتغيرات الثلاثة " **المثالية الموجهة نحو الذات والمثالية الموجهة نحو الآخر والمثالية المحددة اجتماعيا مقابل أعراض الاكتئاب** كمتغير تابع ، أكدت قيمة (ف) الدالة جودة النموذج في التنبؤ باضطرابات الأكل (ف= ٤,٩٢ ودالة فيما وراء ٠٠١). وإن كانت قيمة (ت) تبين بوضوح أن " **المثالية الموجهة نحو الذات** " هي أكثر المتغيرات تنبؤا بالاكتئاب ،يليها المثالية الموجهة نحو الآخر ثم المثالية المحددة اجتماعيا

مناقشة النتائج

اتفقت نتائج الدراسة الحالية مع معظم نتائج الدراسات السابقة حيث أكدت وجود علاقة إيجابية دالة بين المثالية غير التوافقية وأعراض اضطرابات الأكل وأعراض الاكتئاب ،مما يعني أنه كلما زادت المثالية غير التوافقية كما تتمثل في وضع الفرد لمعايير شديدة الغلو والارتفاع لآدائه الشخصي (المثالية الموجهة نحو الذات) أو لآداء الآخرين المقربين له (المثالية الموجهة نحو الآخر) تزداد أعراض اضطرابات الأكل وأعراض الاكتئاب لديهم ،كما اتضح انه كلما ازداد اعتقاد الفرد أن الآخرين يتوقعون منه آداءً مثاليا والسعي لتحقيق هذه التوقعات المرتفعة التي يضعها الآخرون المقربون للفرد (المثالية المحددة اجتماعيا) تزداد أعراض اضطرابات الأكل و أعراض الاكتئاب لديهم.

وهذا يتفق مع الدراسات السابقة التي أشارت إلى ان أكثر الأبعاد ارتباطا باضطرابات الأكل كانت المثالية الموجهة نحو الذات كما أشارت دراسة لمبارد وبيرني وماكلين وفارسلاند ٢٠١٢ Lampard,Byrne,Mclean,Fursland, حيث اتضح أن المعايير المثالية المتمركزة حول الذات لها دلالة كبيرة في التنبؤ باضطرابات الأكل وأكدت دراسة فيننج وهادس وايتزكاي وروي وابتر وشاهر٢٠٠٨ Fenning S., Hadas A., Itzhaky L., Roe D., Apter A., Shahar G., أن متغير نقد الذات كان أكثر المتغيرات تنبؤا بأعراض اضطراب الأكل ، كما أشارت دراسة بوني وسونرز وبروت ٢٠١١ Boone L. Soenens B. Broet C. الطولية علي عينة من المراهقين إلى ارتباط مثالية القلق من تقييم الآخرين بزيادة أعراض اضطرابات الأكل.

كما وجد جرزيجورك وآخرون (٢٠٠٤) Grzegorek, et al. أن الأشخاص ذوي المثالية غير

التوافقية يعانون من درجات عالية من الاكتئاب ونقد الذات مقارنة بالأشخاص ذوي المثالية التوافقية (Elion A.٢٠٠٧)

والنتائج في الدراسة الحالية تشير إلى أن الإناث اللاتي يعانين من اضطرابات الأكل لديهن اختلال واضح بين المعايير الذاتية المرتفعة التي يضعونها لأنفسهن وآدائهن المدرك أو مظهرهن الفعلي وهذه النتائج تتفق مع الفكرة التي قدمتها المنظرة في ثقافة المجتمع وبحوث المرأة ستريجل مور وآخرون Striegel-Moore ,Silberstein, & Rodin,١٩٨٦ من ان المعايير المحددة ثقافيا للجسم والجمال من الممكن أن تستدمج وتصبح معيارا أو هدفا للوصول إليه . وعندما لا يمكن الوصول لتلك المعايير المدمرة للذات كما تشير الباحثة تشعر الإناث بالفشل مما يولد الشعور بالضيق والكدر ، ووفقا للنموذج الاجتماعي الثقافي فإن استدماج نموذج نحافة الجسم[٦٠] يعتبر أحد أهم المحددات لرضا الفرد عن شكل جسمه والذي يشير في معناه إلى مدي تقبل الشخص لنماذج الجاذبية المحددة اجتماعيا وإلى أي مدي يشارك في المحاولات السلوكية للالتزام بهذه النماذج كوسيلة لتحقيق النجاح والسعادة في الحياة وعلاوة على ذلك فإن استدماج الفرد لنموذج النحافة يزيد من الضغط المدرك[٦١] للنحافة، حيث إن الأفراد يصبحون أكثر عرضة لاستدماج النموذج النحيف لشكل الجسم و يشعرون بعدم الرضا عن الجسم عندما يواجهون برسائل ضاغطة (من الآباء، والأقران، الاحباء، ووسائل الإعلام علي سبيل المثال) تشير إلى وزنهم الزائد ، وهو ما أكدته عدد كبير من البحوث الارتباطية والتجريبية التي كشفت عن أن كلا من الضغط المدرك للنحافة واستدماج الفرد لنموذج النحافة يرتبطا بعدم الرضا عن الجسم والحدوث اللاحق لاضطرابات الأكل مثل أعراض النهم العصبي وفقدان الشهية العصبي Boone, Soenens, and Braet, ٢٠١١.

كما أبرزت الدراسة الحالية دور اضطراب الاكتئاب في تشكيل العلاقة بين المثالية غير التوافقية واضطرابات الأكل وهو ما يفسره فيربرن وكوبر وشفران ٢٠٠٣ في الأشارة لوجود اربعة ميكانيزمات تشكل عوامل مقاومة لعلاج الاكتئاب وهي المثالية غير التوافقية والتي تتضمن معايير عالية يضعها الفرد لنفسه و الصعوبات والمشكلات المرتبطة بالتفاعل الاجتماعي من قبيل الصراعات في العلاقات الاسرية أو الفشل في العلاقات الاجتماعية و الصعوبات في إدارة وتنظيم التقلبات المزاجية واخيرا انخفاض تقدير الذات وهذه الميكانيزمات ترتبط بشكل كبير ببناء الذات المضطربة وعلي وجه

---

٦٠ Thin Ideal Internalization

٦١ Perceived Pressure to Be Thin

الخصوص المثالية غير التوافقية وصعوبات التفاعل الاجتماعي فالصعوبات في تحمل المشاعر السلبية والشعور بانخفاض تقدير الذات تعتبر حالات داخلية ترتبط بالمثالية غير التوافقية وبالتالي يؤكد فيربورن وكوبر وشافران ٢٠٠٣ Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. من خلال **النموذج التفسيري القائم علي المنحي السلوكي المعرفي لاضطرابات الأكل** أن إدراك الفرد لهذه الاضطرابات يرتبط بشكل ووزن الجسم وطبيعة الغذاء والأهمية النسبية التي يضعها الفرد لهذه الاشياء في حياته و يقترح الباحثون عددا من الأنماط المعرفية الاوسع نطاقا التي قد تتفاعل مع معتقدات محددة نحو الطعام لاستمرار أعراض اضطراب الأكل .و من بينها انخفاض تقدير الذات ،أوالميل إلى التقييم السلبي للذات بغض النظر عن الآداء بالاضافة للمثالية غير التوافقية ووفقا لوجهة النظر هذه، بعض الأفراد يضعون لأنفسهم معايير عالية بشكل مفرط ويحكمون باستمرار علي أنفسهم بقسوة .وبالتالي يكونون أكثر عرضة لإدراك الفشل في جهودهم .هذا التصور، جنبا إلى جنب مع عوامل الاستمرار الآخرى (مثل العلاقات الشخصية الصعبة) يؤدي إلى حالات مزاجية غير مريحة والسعي للهروب أو التخلص من هذه الحالات من خلال الأكل بشكل غير سوي (Stuart,٢٠٠٩)

وقد دعمت المراجعة التي اجراها كل من شفران ومانسل ٢٠٠١ العلاقة بين المثالية والاكتئاب ، كما اتضح أن الإناث المصابات بأضطرابات الأكل كان لديهن ميل أكبر لاضطرابات الاكتئاب أكثر من الجمهور العام (Lewinsohn, Striegel Moore & Seeley,٢٠٠٠)

وتوصل وندرليش وآخرون ٢٠٠٥ .Wonderlich et al إلى وجود ٣ مجموعات من مرضي النهم العصبي (الشخص منخفض العلل المشتركة[٦٢] – الشخص المثالي/الوجداني[٦٣] – الشخص الاندفاعي[٦٤]) واتضح أن المجموعة المثالية الوجدانية كانت أكثر اكتئابا وقلقا ومثالية وأظهرت تلك المجموعة أكثر أعراض اضطرابات الأكل حدة وبذلك كانت المستويات المرتفعة من الاكتئاب والمثالية ترتبط بحدة أعراض اضطراب الاكتئاب

(Patterson R., Wang K., Slaney R. ٢٠١٢) ، كما اوضحت ارتباط ثلاثة أبعاد من المثالية بأعراض الاكتئاب الذاتي والملاحظ لدي المرضي المصابين باضطراب الاكتئاب والتي تمثلت في كل من المثالية الموجهة نحو الذات والمثالية المحددة اجتماعيا ونقد الذات واعتبرت تلك الأبعاد عوامل استهداف للاكتئاب

---

[٦٢] low comorbidity

[٦٣] affective/perfectionistic

[٦٤] impulsive

(Enns, Cox.١٩٩٩)

ومن الممكن تفسير هذه النتائج بالمثل في ضوء ما قدمه نموذج هيويت وفليت (Hewitt& Flett ١٩٩١)

حيث أشارا إلى أن **المثالية الموجهة نحو الذات** والتي تتضمن وضع معايير صارمة للذات والتقييم الصارم واللوم الذاتي لسلوكيات الفرد تشتمل علي مكون دافعي صامت هذا الدافع ينعكس من خلال السعي لتحقيق المثالية في آداء الفرد والسعي أيضا لتجنب الفشل وبحكم هذا التعريف فإن المثالية الموجهة نحو الذات ترتبط بسلوكيات مشابهة لإدارة الذات مثل مستوي الطموح ولوم الذات بالإضافة لذلك فأنها ترتبط بمؤشرات متعددة من سوء التوافق مثل القلق وفقدان الشهية العصبي والاكتئاب تحت الأكلينيكي ويرتبط أحد مكونات المثالية الموجهة نحو الذات والذي يتمثل في وجود تباين بين الذات الحقيقية والذات المثالية، بالوجدان الاكتئابي وانخفاض قيمة الذات .

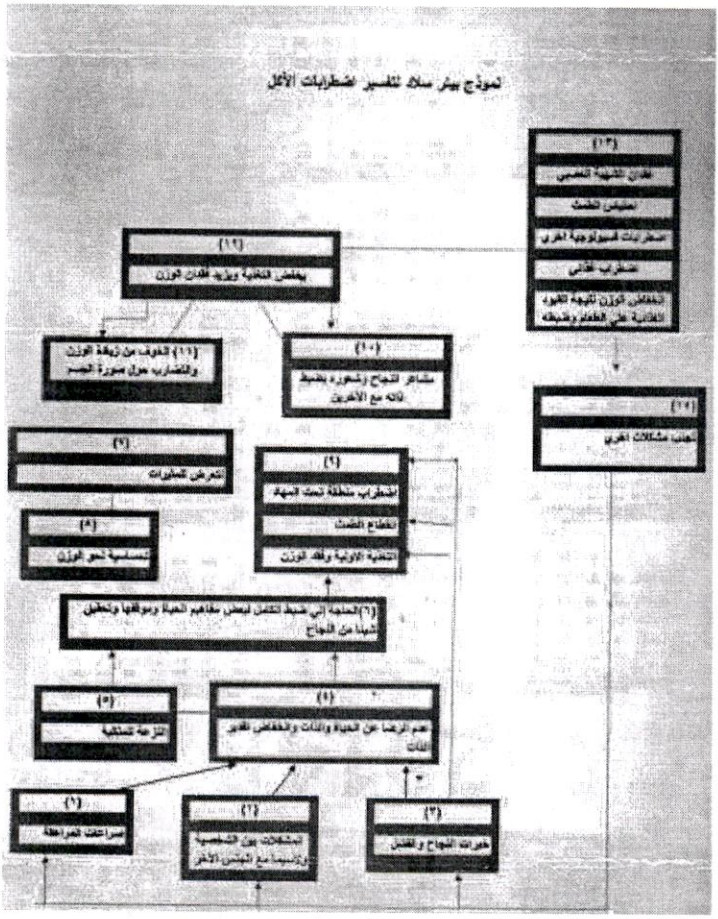
كما اتضح من خلال هذا النموذج أيضا أن أحد أوجه أبعاد المثالية والمتمثل في **المثالية الموجهة نحو الآخر** يتضمن المعتقدات والتوقعات عن امكانات وقدرات الآخرين ووضع معايير غير واقعية للآخرين ذوي الأهمية بالنسبة للفرد والتقييم الصارم لآداء الآخرين ، ويعتبر هذا السلوك مشابه في الاساس للمثالية الموجهة نحو الذات علي الرغم من أنها موجهة للخارج فبينما المثالية الموجهة نحو الذات تتضمن نقد وعقاب للذات تتضمن المثالية الموجهة نحو الآخر لوم موجه نحو الآخر ونقص الثقة والشعور بالعداوة تجاه الآخرين ،وأكثر من ذلك هذا البعد يرتبط بجوانب تثير الإحباط بين الأفراد مثل السخرية من الآخر والشعور بالوحدة والمشكلات الأسرية والزواجية ومن الواضح من خلال مسح التراث نقص الاهتمام بهذا البعد المتعلق بالجانب الاجتماعي للمثالية وإن كانت هيويت و فليت ١٩٩٠ قد أشارتا إلى أن المثالية الموجهة نحو الآخر قد تتنبأ بدرجات الاكتئاب المرتفعة وفي المقابل أشارت بعض البحوث المتصلة بالسلوك الموجه نحو الآخرين أن الأفراد لديهم اساليب للمعاقبة، إما بلوم انفسهم أو لوم الآخرين علي الأخطاء وإن كل أسلوب من هذه الأساليب من الممكن أن يسهم في حالات انفعالية سلبية للأفراد داخل الجماعة . بالإضافة لذلك فإن البحوث التي أجريت علي المعتقدات اللاعقلانية أوضحت أن عبارات من قبيل "(يجب أن) الموجهة نحو الآخر" من الممكن ان تكون محددات هامة لأداء وفاعلية الأفراد فعلى صعيد أكثر إيجابية، المثالية الموجهة نحو الآخر قد تترافق مع سمات مرغوبة مثل مهارات القيادة و تيسير دوافع الآخرين وبالتالي يمكننا أن نستنتج أن المثالية الموجهة نحو الآخر هي احد الأبعاد الهامة الموجهة للسلوك الإنساني وهي أيضا مظهر من مظاهر سوء التوافق النفسي.

اما **المثالية المحددة اجتماعيا** والتي تتضمن اعتقاد الفرد أن الآخرين يتوقعون منه آداءً مثاليا والسعي لتحقيق هذه التوقعات المرتفعة التي يضعها الآخرون المقربون للفرد وتتضمن معتقدات الأفراد وادراكهم أن الآخرين ذوي الأهمية بالنسبة لهم لديهم معايير غير واقعية تجاههم وأنهم يقيمونهم بشكل صارم ويشكلون ضغوطا عليهم ليصبحوا مثاليون فينتج عنها العديد من المترتبات السلبية ،فبسبب ادراك الفرد للمعايير التي يضعها الآخرون المقربون علي أنها متطرفة ولا يمكن التحكم فيها تنتج عن ذلك حالات انفعالية وخبرات فشل من قبيل الغضب والقلق والاكتئاب نتيجة لعدم القدرة علي إرضاء الآخرين و الأفراد الذين لديهم مستويات مرتفعة من المثالية الموجهة اجتماعيا يظهرون قدر كبير من الخوف من التقييم السلبي ويضعون أهمية كبيرة لجنب انتباه الآخرين وتجنب الرفض منهم Hewitt& Flett ١٩٩١

كما يمكن تفسير العلاقة بين المثالية غير التوافقية واضطرابات الأكل من خلال نموذج "بيتر سلادPeter Slade" لتفسير كل من فقدان الشهية العصبي والنهم العصبي حيث قدم بيترسلاد١٩٨٠ نموذجا توضيحيا للعوامل التي تفسر حدوث فقدان الشهية العصبي وقد طرح في هذا النموذج العديد من العوامل النفسية والاجتماعية وافترض شرطين ضروريين لتطور اضطرابات فقدان الشهية العصبي هما الميل إلى المثالية غير التوافقية وعدم الرضا عن الحياة وانخفاض تقدير الذات (انظر الشكل ص ٣٦)

كما قدم كوبر وآخرون ٢٠٠٤ **تصورا قائما علي النظرية المعرفية يقدم نموذج الحلقة المفرغة لتفسير نمو اضطراب النهم العصبي** وتتضمن هذه الحلقة المفرغة التي تؤدي لاستمرار اضطرابات النهم أربعة أنواع من التفكير الآلي بالاضافة للمعتقدات السلبية نحو الذات وتشمل ***افكار عدم التحكم*** (علي سبيل المثال لا يمكنني التوقف عن الأكل) ***وأفكار التساهل*** (علي سبيل المثال قطعة أخرى من الخبز لا تضر) ، ***والأفكار الإيجابية*** (علي سبيل المثال الأكل يساعدني علي التخلص من مشاعر الكدر والضيق) واخيرا ***الأفكار السلبية*** من قبيل (سوف اكتسب وزنا كثيرا) ، كما تعتبر الافتراضات التي يضعها الفرد حول الوزن والشكل والأكل والمعتقدات السلبية نحو الذات ذات أهمية كبيرة في نمو هذه الاضطرابات ومن هذه الافتراضات ***ما يتعلق بالذات***(علي سبيل المثال إذا ما ازداد وزني لن أعجب بنفسي) ***وما يتعلق بالآخرين*** (علي سبيل المثال اذا ما فقدت التحكم في الأكل لن يحبني أحد) ومعتقدات سلبية عن الذات (علي سبيل المثال أنا سيئ) مما يؤكد فرضية وجود ارتباط بين السلوك

والانفعال والمعرفة والجوانب الفسيولوجية متضمنة أيضا مؤشرات الاستقبال الداخلي[٦٥] (Cooper, ٢٠٠٥)



وفي المقابل قدمت **بيبي Beebe** ١٩٩٤ **نموذجا تفسيريا لاضطراب النهم في** الأكل كنوع من انواع الهروب من الادراكات السلبية للذات و امتدت بالنموذج ليتضمن ممارسة النظام الغذائي و التشدد في الأكل .ووفقا لنموذج بيبي فإن الفشل في تلبية معايير مثالية يؤدي إلى إدراك سلبي للذات

[٦٥] interoceptive cues

مما يؤدي إلى اتباع النظام الغذائي المتشدد الذي من المرجح أن يفشل ، فبينما يؤدي اتباع النظام الغذائي إلى زيادة اليقظة و الوعي باوجه القصور ، يؤدي أيضا إلى العديد من التأثيرات السلبية عندما تفشل محاولات اتباع هذا النظام الغذائي وبالتالي يحاول الأفراد الاستمرار في اتباع النظام غذائي بشكل أكثر صرامة في محاولة مستمرة لتحقيق الأهداف التي فشلت وبدلا من ذلك، فإن الشخص قد يصبح أكثر عرضة للنهم عند الأكل من أجل الهروب من التأثير السلبي . وتبعا لهذا النموذج، تخلق المثالية شعورا بعدم الرضا يؤدي لاستمرار الحلقة المفرغة ويساعد على استمرار سعي الأفراد لتحقيق أهدافهم غير الواقعية .

تطبيقات في مجال الوقاية والعلاج

١. توجه الدراسة الحالية الأنظار لضرورة الالتفات للعلاجات المناسبة والأكثر فعالية **للاضطرابات المتعددة** لدي الفرد الواحد فهي تقدم معلومات ذات أهمية في مجال العلاج النفسي للاضطرابات النفسية المركبة ،حيث تشير إلى ان المثالية غير التوافقية تعتبر عملية نفسية أوميكانيزم مفسر لأكثر من اضطراب نفسي ، مما يعتبر دافعا للاهتمام بمفهوم المثالية غير التوافقية في إعداد البرامج العلاجية لذوي الاضطرابات المتعددة وبالتالي يضمن توفيرا للوقت والجهد وعلاج أكثر كفاءة لتلك الحالات التي غالبا ما يجد الممارسون الإكلينيكيون صعوبة في علاجها نظرا لطبيعتها المركبة والمعقدة.

٢. توجه الدراسة الحالية أنظار المعالجين ومصممي البرامج العلاجية لمرضي **اضطرابات الأكل** بأنواعها المختلفة لضرورة فحص الاكتئاب والمثالية غير التوافقية لدي هولاء المرضي ومراعاة ذلك في وضع الخطة العلاجية لهذا الاضطراب الذي مازال يشكل تحديا للممارسة الأكلينيكية، و التدخلات العلاجّية.

٣. توجه نتائج الدراسة الحالية النظر لأهمية إعداد **البرامج الوقائية** الاكثر تحديدا ونوعية والتركيز علي الفحص الروتيني والمستمر للشباب للوصول للجماعات المستهدفة ممن يعانون من المثالية غير التوافقية لمحاولة التخلص من التقييمات السلبية لذواتهم والوقاية من الوقوع فريسة لتلك الاضطرابات في المستقبل.

٤. توجه الدراسة الأنظار لضرورة الاهتمام في إعداد البرامج العلاجية لمرضي اضطرابات الأكل ومرضي الاكتئاب بمحاولة تغيير معتقداتهم نحو ذواتهم ونحو آدائهم ومحاولة الحد من

المثالية غير التوافقية لديهم .

٥. توجيه نظر المنشئين الاجتماعيين في المؤسسات المختلفة لخطورة الجانب غير التوافقي في المثالية وارتباطها بالعديد من الاضطرابات النفسية ، و مساعدتهم علي التمييز بين المثالية التوافقية وغير التوافقية .

توصيات وبحوث المستقبلية

١- محاولة إعادة الدراسة علي عينات اكلينيكية من مرضي اضطرابات الأكل المشخصين فعليا سواء كانوا ممن يعانون من فقدان الشهية العصبي أو النهم العصبي أو اضطرابات الأكل غير المصنفة وكذلك مرضي الاكتئاب.

٢- توجيه الأنظار للبحوث المستقبلية لمحاولة اكتشاف الاضطرابات والميكانيزمات النفسية التي تفسر الاضطرابات المتعددة لدي الفرد الواحد

٣- إجراء دراسات بأستخدام التصميم الطولي علي من يعانون من اضطرابات الأكل والاكتئاب لتحديد ما اذا كانت طبيعة العلاقة بين المثالية غير التوافقية وكلا الاضطرابين تتغير من فترة لاخري .

٤- إجراء بحوث مشابهة علي عينات مختلفة ومتنوعة للامتداد بنتائج الدراسة الحالية، حيث إن طبيعة العينة في الدراسة الحالية و التي تتمثل في طالبات من جامعة بني سويف تعتبر احد الحدود لهذه الدراسة .

٥- السعي لإجراء بحوث تتوصل للميكانيزات النفسية التي من الممكن ان تقف كعوامل مقاومة[٦٦] للإصابة باضطرابات الأكل واضطراب الاكتئاب من قبيل التفاؤل والرضا عن الحياة والصلابة النفسية.

٦- إجراء بحوث مقارنة بين الذكور والإناث كمحاولة لتحديد مدي الاختلاف في العلاقة بين المثالية غير التوافقية وكل من اضطرابات الأكل واضطراب الاكتئاب لديهم.

٧- إجراء البحوث عبر الثقافية علي مفهوم المثالية غير التوافقية وعلاقته بالاضطرابات النفسية لرصد مدي تأثر هذا المفهوم بأختلاف الثقافة داخل المجتمع الواحد وبين المجتمعات.

٨- إجراء بحوث علي المثالية غير التوافقية لاختبار مدي شيوع فرضية فيربورن وكوبر وشافران Fairburn, Cooper, & Shafran, ٢٠٠٣ (والتي تشير إلى أن "المثالية في

---

[٦٦] resilience factors

وجهها المرضى" تعد بمثابة متغير مساعد على تشخيص عدة أمراض) وذلك لدي أنواع أخرى من الاضطرابات النفسية من قبيل القلق النفسي والوسواس القهري ومرض الفصام .

٩- دراسة العلاقة بين المثالية غير التوافقية وبعض مفاهيم التطرف والعنف السياسي داخل المجتمع المصري بعد ثورة ٢٥ يناير.

١٠- محاولة اكتشاف المحددات النفسية والاجتماعية والثقافية لمفهوم المثالية غير التوافقية في المجتمع المصري .

١١- إجراء بحوث علي التنشئة الاجتماعية بأنواعها المختلفة واثرها علي تبني الأفراد للمثالية التوافقية أوغير التوافقية.

المراجع العربية والأجنبية

١. الدسوقي (مجدي) ٢٠٠٧ . اضطرابات الأكل -الاسباب – التشخيص -الوقاية والعلاج ،القاهرة ، مكتبة الانجلو المصرية .

٢. زينب(شقير) ١٩٩٩.دراسة لبعض مظاهر الصحة النفسية لدي عينة من ذوي اضطراب الأكل من طلاب الجامعة .المؤتمر الدولي السادس للارشاد النفسي ، مركز الارشاد النفسي ، جامعة عين شمس .٧٦١-٨١٩

٣. شيرين (سيد) ٢٠١٢ . دور التعلق الوالدي في التنبؤ بمظاهر اضطراب الأكل لدي عينة من طالبات الجامعة . حوليات مركز البحوث والدراسات النفسية .٨ ،١

٤. ف (ريبر) ٢٠٠٠ .**فحص الاكتئاب** ، في س(ليندزاي) وج (بول) محرران ، مرجع في علم النفس الإكلينيكي للراشدين (ترجمة صفوت فرج) ،القاهرة ، دار الانجلو المصرية .

٥. Antony, M. M., Purdon, C. L., Huta, V., & Swinson, R. P. (١٩٩٨). Dimensions of perfectionism across the anxiety disorders. **Behaviour Research and Therapy,** ٣٦, ١١٤٣–١١٥٤.

٦. Bardone-Cone, A.M., Sturm, K., Lawson, M.A., Robinson, D.P., & Smith, R. (٢٠١٠). Perfectionism cross Stages of Recovery from Eating Disorders. **International Journal of Eating Disorders,** ٤٣, ١٣٩-١٤٨.

٧. Barlow D., Farchione, T.J., Fairholme, C.P., Ellard, K.K., Boisseau, C.L., Allen, L.B., & Ehrenreich-May, J.(٢٠١١). **Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders**. NY: OUP

٨. Bastiani AM, Rao R, Weltzin T, Kaye WH. (١٩٩٥). Perfectionism in anorexia nervosa. **International Journal of Eating Disorders,** ١٧, ١٤٧-١٥٢.

٩. Beebe, D. W. (١٩٩٤). Bulimia nervosa and depression: A theoretical and clinical appraisal inlight of the binge-purge cycle. **British Journal of Clinical Psychology,** ٣٣, ٢٥٩-٢٧٦

١٠. Bernert R , Timpano k., Peterson C. B., Crow . S.J. Bardone-Cone A. M., le Grange D. , Klein M., Crosby R. D., Mitchell J. E., Wonderlich S. A., Joiner T. E.٢٠١٣. Eating disorder and obsessive–compulsive symptoms in a sample of bulimic women: Perfectionism as a mediating factor, **Personality and Individual Differences** ٥٤ . ٢٣١–٢٣٥

١١. Black J. , Reynolds W. M. ٢٠١٣, Examining the relationship of perfectionism, depression, and optimism: Testing for mediation and moderation. **Personality and Individual Differences** ٥٤ ,٤٢٦–٤٣١

١٢. Blatt, S. J. (١٩٩٥). The destructiveness of perfectionism. Implications for the treatment of depression. **American Psychologist,** ٥٠, ١٠٠٣–١٠٢٠.

١٣. Boone L. , Soenens B ., Braet C., Goossens,L.٢٠١٠, An empirical typology of perfectionism in early-to-mid adolescents and its relation with eating disorder symptoms, **Behaviour Research and Therapy** ٤٨, ٦٨١- ٦٩١

١٤. Boone L., Soenens B ., Mouratidis A., Vansteenkiste M., Verstuyf J., Braet C., ٢٠١٢, Daily fluctuations in perfectionism dimensions and their relation to eating disorder symptoms **Journal of Research in Personality** ٤٦ ,٦٧٨–٦٨٧

١٥. Boone L., Soenens B., and Braet C.,٢٠١١. Perfectionism, Body Dissatisfaction, and Bulimic Symptoms: The Intervening Role of Perceived Pressure to Be Thinand Thin Ideal Internalization , **Journal of Social and Clinical Psychology,** ٣٠, ١٠,. ١٠٤٣-١٠٦٨

١٦. Boone L., Soenens B., Vansteenkiste M., Braet C. ٢٠١٢. Is there a perfectionist in each of us? An experimental study on perfectionism and eating disorder symptoms, **Appetite** ٥٩ , ٥٣١–٥٤٠

١٧. Bruch, H. (١٩٧٣). **Eating disorders: Obesity, anorexia nervosa and the person within.** New york: Basic Books.

١٨. Bruch, H. (١٩٧٨). The golden cage: **The enigma of anorexia nervosa.** Cambridge, MA: Harvard university Press

١٩. Cassin, S. E., & von Ranson, K. M. (٢٠٠٥). Personality and eating disorders: A decade in review. **Clinical Psychology Review,** ٢٥(٧), ٨٩٥-٩١٦.

٢٠. Cnattingius, S., Hultman, C. M., Dahl, M., & Sparen, P. (١٩٩٩). Very preterm birth, birth trauma, and the risk of anorexia nervosa among girls. **Archives of General Psychiatry,** ٥٦(٧), ٦٣٤-٦٣٨.

٢١. Cooper M. ٢٠٠٥. Cognitive theory in anorexia nervosa and bulimia

nervosa: Progress, development and future directions. **Clinical Psychology Review** .٢٥ , ٥١١-٥٣١

٢٢. Crow,S.J.,Peterson,C.B.,Swanson,S.A.,Raymond,N.C.,Specker,S.,& Eckert,E.D., et al.(٢٠٠٩).Increased mortality in Bulimia Nervosa and other eating disorders. **American Journal of Psychiatry**, ١٦٦, ١٣٤٢-١٣٤٦

٢٣. Donaldson, D., Spirito, A., & Farnett, E. (٢٠٠٠). The role of perfectionism and depressive cognition in understanding the hopelessness experienced by adolescent suicide attempters. **Child Psychiatry and Human Development**, ٣١, ٩٩-١١١

٢٤. Egan S. J. , Wade T. D., Shafran R. , ٢٠١١, Perfectionism as a transdiagnostic process: A clinical review, **Clinical Psychology Review** ٣١ . ٢٠٣-٢١٢

٢٥. Egan S. J., Wade T. D., Shafran R.٢٠١٢.The Transdiagnostic Process Of Perfectionism, **Revista de Psicopatologíay Psicología Clínica**. ١٧, ٣, ٢٧٩-٢٩٤

٢٦. Elion A. ٢٠٠٧, the relationship of perfectionism to academic achievement ,self-esteem, depression, and racial identity in African American college students attending predominantly white universities , The Pennsylvania State University, **A Dissertation** , (Proquest Publication).

٢٧. Enns M. W., Cox B. J. ١٩٩٩, Perfectionism and depression symptom severity in major depressive disorder. Behaviour Research and Therapy Perfectionism, mattering, and depression: A mediational analysis , **Spanish Journal of Clinical Psychology,** www.aepcp.net ISSN ١١٣٦-٥٤٢٠/١

٢٨. Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (٢٠٠٣). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A "transdiagnostic" theory and treatment. **Behaviour Research and Therapy**, ٤١(٥), ٥٠٩-٥٢٨.

٢٩. Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., & Welch, S. L. (١٩٩٩). Risk factors for anorexia nervosa: Three integrated case-control comparisons. **Archives of General Psychiatry**, ٥٦(٥), ٤٦٨-٤٧٦.

٣٠. Fennig S., Hadas A., Itzhaky L, Roe D.,Apter A., Shahar G., ٢٠٠٨, Self-Criticism is a Key Predictor of Eating Disorder Dimensions among Inpatient Adolescent Females, **Int J Eat Disord**; ٤١:٧٦٢-٧٦٥

٣١. Fennig, S.,&Hadas ,A.(٢٠١٠).Suicidal behavior and depression in adolescents with eating disorders. **Nordic Journal of Psychiatry**, ٦٤, ٣٢-٣٩

٣٢. Ferguson, C. P., & Pigott, T. A. (٢٠٠٠). Anorexia and bulimia nervosa: Neurobiology and pharmacotherapy. **Behavior Therapy**, ٣١(٢), ٢٣٧-٢٦٣.

٣٣. Flett G. L., Galfi-Pechenkov I., Molnar D. S., Hewitt P.L. ,Goldstein A.L. ٢٠١٢. Perfectionism, mattering, and depression: A mediational analysis ,**Personality and Individual Differences** ٥٢ . ٨٢٨–٨٣٢

٣٤. Flett, G. L., Hewitt, P. L., Blankstein, K. R., & Gray, L. (١٩٩٨). Psychological distress and the frequency of perfectionistic thinking. **Journal of Personality and Social Psychology,** ٧٥, ١٣٦٣– ١٣٨١.

٣٥. Flett, G. L., Hewitt, P. L., Blankstein, K. R., & O'Brien, S. (١٩٩١). Perfectionism and learned resourcefulness in depression and self-esteem. **Personality and Individual Differences,** ١٢, ٦١– ٦٨.

٣٦. Frost, R. O., Heimberg, R. G., Holt, C. S., Mattia, J. I., & Neubauer, A. L. (١٩٩٣). A comparison of two measures of perfectionism. **Personality and Individual Differences,** ١٤, ١١٩–١٢٦

٣٧. Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C. M., & Rosenblate, R. (١٩٩٠). The dimensions of perfectionism. **Cognitive Therapy and Research,** ١٤, ٤٤٩–٤٦٨

٣٨. Goodsitt, A. (١٩٩٧). **Eating disorders: A self-psychological perspective.** In D. M. Garner & P. E.Garfinkel (Eds.) Handbook of treatment for eating disorders. New York: Guilford Press

٣٩. Halmi K.A., Sunday, S.R., Strober, M., Kaplan, A., Woodside, D.B., Fichter, M., et al. (٢٠٠٠). Perfectionism in anorexia nervosa: Variation by clinical subtype, obsessionality, and pathological eating behavior. **American Journal of Psychiatry,** ١٥٧, ١٧٩٩-١٨٠٥.

٤٠. Hamachek, D. E. (١٩٧٨). Psychodynamics of normal and neurotic perfectionism. Psychology: **a Journal of Human Behavior,** ١٥, ٢٧–٣٣

٤١. Harvey, A., Watkins, E., Mansell, W., & Shafran, R.(٢٠٠٤). Cognitive behavioural processes across psychological disorders: **A transdiagnostic approach to research and treatment.** oxford,UK: Oxford University Press

٤٢. Heatherton, T. F. & Baumeister, R. F. (١٩٩١). Binge eating as escape from self-awareness. **Psychological Bulletin,** ١١٠, ٨٦-١٠٨

٤٣. Herzog, D. B., Keller, M. B., Lovari, P. W., & Sacks, N. R. (١٩٩١). The course and outcome of bulimia nervosa. **Journal of Clinical Psychiatry,** ٥٢ (Suppl.١٠), ٤-٨.

٤٤. Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (١٩٩١). Dimensions of perfectionism in unipolar depression. **Journal of Abnormal Psychology,** ١٠٠, ٩٨-١٠١.

٤٥. Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (١٩٩١a). Perfectionism in the self and social contexts: Conceptualization, assessment, and association with psychopathology. **Journal of Personality and Social Psychology,** ٦٠,

٤٦. Hewitt, P. L., Flett, G. L., & Ediger, E. (١٩٩٦). Perfectionism and depression: Longitudinal assessment of a specific vulnerability hypothesis.**Journal of Abnormal Psychology**, ١٠٥, ٢٧٦-٢٨٠.
٤٧. Hewitt, P. L., Flett, G. L., & Ediger, E. (١٩٩٦). Perfectionism and depression: Longitudinal assessment of a specific vulnerability hypothesis. **Journal of Abnormal Psychology,** ١٠٥, ٢٧٦– ٢٨٠
٤٨. Hewitt, P. L., Flett, G. L., & Ediger, E. (١٩٩٦). Perfectionism and depression: Longitudinal assessment of a specific vulnerability hypothesis. **Journal of Abnormal Psychology,** ١٠٥, ٢٧٦– ٢٨٠.
٤٩. Hill, R. W., McIntire, K., & Bacharach, V. R. (١٩٩٧). Perfectionism and the big five factors. **Journal of Social Behavior and Personality**, ١٢, ٢٥٧– ٢٧٠
٥٠. JahromiaF., Naziria G., Barzegarb H. ٢٠١٢ . The relationship between socially prescribed perfectionism anddepression: The mediating role of maladaptive cognitive schemas ,**Social and Behavioral Sciences** ٣٢ (٢٠١٢) ١٤١ – ١٤٧
٥١. Kaplan, A. S., & Garfinkel, P. E. (١٩٩٩). Difficulties in treating patients with eating disorders: A review of patient and clinician variables. **Canadian Journal of Psychiatry**, ٤٤, ٦٦٥-٦٧٠.
٥٢. Kim E. H., Ebesutani C., Wall D., Olatunji B. ,٢٠١٢, Depression mediates the relationship between obsessive–compulsive symptoms and eating disorder symptoms in an inpatient sample, **Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders** ١ , ٦٢–٦٨
٥٣. Kobori O., Tanno Y. ٢٠٠٥, Self-Oriented Perfectionism and its Relationship to Positive and Negative Affect: The Mediation of Positive and Negative Perfectionism Cognitions ,**Cognitive Therapy and Research,** ٢٩, ٥, ٥٥٥–٥٦٧
٥٤. Lampard A. M. Byrne S. M. , McLean N. ,Fursland , A.٢٠١٢, The Eating Disorder Inventory-٢ Perfectionism scale: Factor structure and associations with dietary restraint and weight and shape concern in eating disorders, **Eating Behaviors** ١٣ , ٤٩–٥٣
٥٥. Lilenfeld LR, Stein D, Bulik CM, Strober M, Plotnicov K, Pollice C, et al. (٢٠٠٠). Personality traits among currently eating disordered, recovered and never ill fi rstdegree female relatives of bulimic and control women . **Psychological Medicine**, ٣٠, ١٣٩٩-١٤١٠.
٥٦. Lynd-Stevenson, R. M., & Hearne, C. M. (١٩٩٩). Perfectionism and depressive affect: The pros and cons of being a perfectionist. **Personality and Individual Differences**, ٢٦, ٥٤٩– ٥٦٢.
٥٧. Mazzeo S., Landt M., Jones I.I., Mitchell K. . Kendler K., Neale M., Aggen .S., Bulik C.,٢٠٠٦, Associations among Postpartum Depression, Eating Disorders, and Perfectionism in a Po pulation-

Based Sample of Adult Women, **Int J Eat Disord** ٣٩:٢٠٢-٢١١

٥٨. Nilsson, K., Sundbom, E., Hagglof, B. (٢٠٠٨). A longitudinal study of perfectionism in adolescent onset Anorexia Nervosa-restricting type. **European Eating Disorders Review,** ١٦, ٣٨٦-٣٩٤.

٥٩. Patterson R. E. ٢٠٠٨ . Multidimensional Perfectionism And Relational Health In Clinical And Subclinical Eating Disturbances, The Pennsylvania State University, **A Dissertation,** (Proquest Publication).

٦٠. Patterson R., Wang K. Slaney R .٢٠١٢. Multidimensional perfectionism, depression and relational health in women with eating disturbances, **Eating Behaviors** ١٣ , ٢٢٦-٢٣٢

٦١. Patterson R., Wang K., Slaney R. ٢٠١٢ , Multidimensional perfectionism, depression and relational health in women with eating disturbances , **Eating Behaviors** ١٣ ,٢٢٦-٢٣٢

٦٢. Perolini C.M.,٢٠١٠ ,Mindfulness And Perfectionism As Predictors Of Physical And Psychological Well-Being In College Students **A Dissertation,** (Proquest Publication

٦٣. Rasooli S. S. , Lavasani, M. G.٢٠١١, Relationship between personality and perfectionism with body image ,**Procedia Social and Behavioral Sciences** ١٥ , ١٠١٥-١٠١٩

٦٤. Rosenhan, D. L., & Seligman, M. E. P. (١٩٩٥). **Abnormal psychology** (٣rd ed.). New York: W.W. Norton and Co.

٦٥. Sassarolia S., Lauroa L., Ruggieroa G. Maurid M., Vinaia P., Froste . R., ٢٠٠٨, Perfectionism in depression, obsessive-compulsive disorder and eating disorders, **Behaviour Research and Therapy** ٤٦ , ٧٥٧-٧٦٥

٦٦. Shafran R. ,Mansell W.,٢٠٠١,Perfectionism and psychopathology :A Review of research and treatment, **Clinical psychological Review** ,٢١،٦،٨٧٩-٩٠٦

٦٧. Shafran R., Cooper Z., Fairburn C. ٢٠٠٢, Clinical perfectionism: a cognitive–behavioural analysis, **Behaviour Research and Therapy** ٤٠ , ٧٧٣-٧٩١

٦٨. Shafran, R., Cooper, Z., Fairburn, C. (in press). Perfectionism: Towards a redefinition and cognitive-behavioral model of maintenance. **Behaviour Research and Therapy**

٦٩. Sherry S. B., Nealis L. J., Macneil M. A., Stewart S. H., Sherry D. L., Smith M. M. ٢٠١٣. Informant reports add incrementally to the understanding of the perfectionism–depression connection: Evidence from a prospective longitudinal study. **Personality and Individual Differences,** Accepted ٩ January ٢٠١٣

٧٠. Slade, P. D., & Owens, R. G. (١٩٩٨). A dual process model of

perfectionism based on reinforcement theory.**Behavioral Modification**, ٢٢, ٣٧٢_٣٩٠.

٧١. Steele A., Corsini N., Wade T. D.,٢٠٠٧, The interaction of perfectionism, perceived weight status, and self-esteem to predict bulimic symptoms: The role of 'benign' perfectionism, **Behaviour Research and Therapy** ٤٥ . ١٦٤٧_١٦٥٥

٧٢. Stein, D., Kaye, W. H., Matsunaga, H., Orbach, I., Har Evan, D., Frank, G., et al. (٢٠٠٢). Eating related concerns, mood, and personality traits in recovered bulimia nervosa subjects: A replication study. **International Journal of Eating Disorders**, ٣٢(٢), ٢٢٥-٢٢٩

٧٣. Stein, R. I., Saelens, B. E., Dounchis, J. Z., Lewzyk, C. M., Swenson, A. K., & Wilfley, D. E. (٢٠٠١). Treatment of eating disorders in women. **The Counseling Psychologist**, ٢٩, ٦٩٥-٧٣٢.

٧٤. Storch,E.A.,Rasmussen,S.A.,Price,L.H.,Larson,M.J.,Murphy,T.K.,& Goodman, W. K.(٢٠١٠).Development and psychometric evaluation of the Yale–Brown obsessive–compulsive scale—Second edition. **Psychological Assessment**, ٢٢, ٢٢٣_٢٣٢.

٧٥. Striegel-Moore, R. H., & Cachelin, F. M. (٢٠٠١). Etiology of eating disorders in women. **The Counseling Psychologist**, ٢٩, ٦٣٥-٦٦١.

٧٦. Striegel-Moore, R. H., Silberstein, L. R., & Rodin, J. (١٩٨٦). Toward an understanding of risk factors for bulimia. **American Psychologist**, ٤١(٣), ٢٤٦_٢٦٣, doi:١٠,١٠٣٧/٠٠٠٣- ٠٦٦X.٤١,٣,٢٤٦

٧٧. Stuart,J. ٢٠٠٩ . Maladaptive Perfectionism And Disordered Eating In College Women:The Mediating Role Of Self-Compassion, University Of Florida, **A Dissertation**, (Proquest Publication)

٧٨. Turgeon M.-E. Senécal, C. ٢٠١١, Eating disorders, depression, self-esteem and perfectionism in children, **Pratiques psychologiques** ١٧ , ٣١٥_٣٢٨

٧٩. Wilson C.A. ٢٠٠٩ . Graduate Students, Negative Perfectionism , Perceived Stress,And Disordered Eating Behaviors **A Dissertation**, (Proquest Publication).

٨٠. Zhang B., Cai T.,٢٠١٢, Moderating Effects Of Self-Efficacy In The Relations Of Perfectionism And Depression, **Studia Psychologica**, ٥٤, ١ -١٥

Maladaptive perfectionism as a predictor of eating disorders and depression symptoms among female university students

Dr. Heba Mahmoud Abou Elnile

Assisstant Professor in Psychology Depatment Faculty of Arts

Beni-Suef University

Abstract:

The present study aims to examine the relationship between maladaptive perfectionism and some mental disorders as represented in eating disorders , depression, and in an attempt to test the hypothesis presented by Fairburn, Cooper, & Shafran, ٢٠٠٣ , which suggests that maladaptive perfectionism is a Transdiagnostic process by which we can interpret comorbidity. study tools was applied to ١٦٠ female students from Beni Suef University and the results showed a positive correlation between maladaptive perfectionism and both eating disorders and symptoms of depression , also showed that clinical perfectionism can predict symptoms of depression and symptoms of eating disorders especially Self-oriented perfectionism , followed by Other-oriented . This study contributes prescribed perfectionism perfectionism and Socially to understanding some psychological correlates of eating and depression disorders as represented in maladaptive perfectionism . This understanding allows for better determination of vulnerability to these disorders and for design more effective treatments