

المثالية غير التوافقية كإطار مفاهيمي "عابر للتشخيص"

• هبة محمود أبو النيل

الملخص:

يهدف هذا البحث إلى مراجعة وتحليل الدور الذي تؤديه المثالية غير التوافقية بوصفها متغيراً نفسياً عابراً للتشخيص في تفسير العلاقة المشتركة بين اضطرابات الأكل والاكتئاب، وذلك في ضوء التوجهات الحديثة في علم النفس الإكلينيكي، لا سيما إطار العلاج المعرفي السلوكي العابر للتشخيص.

واستندت الدراسة إلى مراجعة الأدبيات الحديثة والدراسات التجريبية التي تناولت أبعاد المثالية غير التوافقية (المثالية الموجهة نحو الذات، المثالية المحددة اجتماعياً، المثالية الموجهة نحو الآخر)، وتحليل علاقتها بالسمات النفسية المعرفية والوجدانية المرتبطة بنمط الاعتلال المشترك بين الاضطرابات النفسية.

أظهرت النتائج أن المثالية غير التوافقية تُعد من عوامل الخطورة النفسية التي تسهم في تطور واستمرار اضطرابات الأكل والاكتئاب من خلال مجموعة من الآليات المشتركة، مثل نقد الذات المزمن، والخوف من الفشل، والتقييم الصارم للذات، إضافة إلى الانشغال الزائد بتحقيق معايير مثالية غير واقعية.

وتدعم الأدلة المتوفرة أهمية إدماج المثالية غير التوافقية ضمن النماذج المفاهيمية والتطبيقية للعلاج النفسي، بوصفها بنية معرفية محورية يمكن أن تعزز فعالية التدخلات النفسية عند الأفراد الذين يعانون اضطرابات مترابطة.

وتوصي الدراسة بضرورة إجراء مزيد من البحوث التجريبية الطولية التي تستقصي هذا النموذج التفسيري، مع الاهتمام بالسياقات الثقافية المختلفة، سعياً لتطوير استراتيجيات علاجية مستندة إلى الأدلة تلائم الخصوصية الثقافية العربية.

الكلمات المفتاحية: المثالية غير التوافقية، اضطرابات الأكل، الاكتئاب، الاضطرابات النفسية المشتركة، التقييم الذاتي، العلاج المعرفي السلوكي، البناء العابر للتشخيص.

• أستاذ علم النفس جامعة بني سويف إرسال على الإيميل abouelnile.heba@gmail.com

Maladaptive Perfectionism as a Transdiagnostic Construct

(*)Heba Mahmoud Abu El-Nil

Abstract:

This study aims to review and analyze the role of **maladaptive perfectionism** as a **transdiagnostic psychological construct** in explaining the comorbidity between **eating disorders** and **depression**, within the framework of contemporary clinical psychology and **transdiagnostic cognitive-behavioral therapy**. The study draws upon recent empirical and theoretical literature examining the dimensions of maladaptive perfectionism (self-oriented, socially prescribed, and other-oriented) and analyzes its association with the **shared psychological features** underlying both disorders.

Findings from the reviewed studies demonstrate that maladaptive perfectionism functions as a **shared risk factor** that contributes to the development and persistence of both eating and depressive disorders. This occurs through overlapping cognitive and emotional mechanisms such as **chronic self-criticism**, **fear of failure**, and **rigid self-evaluation**, as well as a heightened preoccupation with attaining unrealistic standards. The accumulated evidence supports the importance of targeting maladaptive perfectionism in psychotherapy as a **core cognitive schema** that can enhance the effectiveness of interventions for individuals with complex clinical presentations.

The study recommends further **longitudinal and culturally sensitive research** to validate this explanatory model, particularly in Arab contexts, in order to guide the development of evidence-based interventions tailored to regional needs.

Keywords :Maladaptive perfectionism, eating disorders, depression, comorbidity, self-evaluation, cognitive-behavioral therapy, transdiagnostic construct.

(*) Professor of Psychology, Beni Suef University

مقدمة

قدّم هامشك Hamachek, 1978 وصفاً دقيقاً يُعبّر عن السمات النفسية المميزة للأشخاص المثاليين¹، استناداً إلى ملاحظاته الإكلينيكية؛ حيث أشار إلى أن هؤلاء الأفراد يعيشون في حالة دائمة من "الاحتساء الوجداني" لما يمكن تسميته "عصائر/انفعالية صنعوها بأنفسهم"، وهي عصائر تتبع من أحكامهم الذاتية الصارمة تجاه أدائهم، ومدى مطابقتها لما يرونه صواباً أو كاملاً وبحسب هامشك؛ فإن هؤلاء الأفراد لا ينظرون إلى المهام التي يؤدونها من زاوية "أفضل ما يستطيعون القيام به"، بل يصرون على تنفيذها بطريقة تفوق دائماً الأداء السابق، وكأنهم يسعون إلى تحقيق نسخة مثالية مطلقة، دون الاعتراف بإمكاناتهم الواقعية. ويتميز نمط تفكيرهم بنزعة مزمنة إلى التقليل من شأن ما تم إنجازه، حيث يظل الشعور لديهم أن "ما بذلوه، مهما كان جيداً، غير كافٍ"، وأن "بإمكانهم وكان ينبغي عليهم أن يفعلوا ما هو أفضل دائماً".

ويضيف هامشك أن هؤلاء الأفراد يفرضون على أنفسهم معايير أداء مرتفعة بشكل مبالغ فيه، تتجاوز في كثير من الأحيان قدراتهم الفعلية، وهذا ما يجعل احتمالات شعورهم بالرضا عن الذات منخفضة للغاية.

ويكمن جوهر المشكلة -كما يرى- في أن هذه المعايير المثالية لا تتبع من دافع التميز الإيجابي أو السعي للنمو، بل من الخوف من الفشل، ما يجعل المثالية لديهم مرتبطة بالقلق والتجنب؛ فالخوف يعيق الفعل، والتجنب يُفضي إلى يقظة دائمة واستعداد دفاعي مفرط، يُجبر الشخص على مراقبة ذاته وتحركاته بشكل مرهق، في محاولة مستمرة لتفادي ما يخشاه. وهكذا، فإن الفرد المثالي كما يصوره هامشك هو من يُعلي من قيمة الفعل والإنجاز، وفي المقابل يُحطّ من قيمة الذات، لأن تقييمه لنفسه محكوم دوماً بنتائج خارجية متغيرة، وبمعايير قاسية يصعب تحقيقها، مما يوقعه في حلقة مفرغة من النقد

¹ perfectionists

الذاتي والخذلان المستمر.

وتُظهر الممارسة الإكلينيكية المتراكمة أن غالبية الأفراد الذين يلجأون إلى العلاج النفسي لا يعانون من اضطراب نفسي واحد فقط، بل من مجموعة اضطرابات نفسية متزامنة تُعرف "بالاضطراب المشترك"^١.

وقد دفعت هذه الملاحظات المتكررة الباحثين إلى توجيه اهتمام متزايد خلال السنوات الأخيرة نحو تحديد العوامل النفسية المشتركة التي تسهم في ظهور أكثر من اضطراب لدى الفرد ذاته.

وفي هذا السياق، برز ما عُرف باسم "الإطار المفاهيمي عابر للتشخيص"^٢ كمدخل لفهم تلك الأنماط المعقدة من الاضطرابات النفسية (Egan, Wade, & Shafran, 2012).

ويساعد فهم الميكانيزمات النفسية المشتركة^٣، التي تسهم في نشوء عدة اضطرابات، على تحسين فعالية الوقاية والتدخل العلاجي، خصوصاً في حالات الاضطرابات النفسية المركبة^٤ وقد ترافق هذا التوجه مع تنامي واضح في الأدبيات العلمية التي تسعى إلى تطوير نماذج تشخيصية وعلاجية تراعي المظاهر المشتركة عبر الاضطرابات^٥، من خلال ما يُعرف "بالعلاج العابر للتشخيص"^٦ ومن بين الإسهامات المهمة في هذا الإطار، الطرح المتعلق بـ"المثالية غير التوافقية"^٧، التي اعتُبرت "سمة نفسية عابرة لتشخيص الاضطرابات"^٨، خاصة اضطرابات الأكل^٩ بأنواعها المختلفة مثل: فقدان الشهية العصبي^{١٠}، والنهم العصبي^١، واضطرابات الأكل غير

1 comorbidity

2 transdiagnostic conceptualization

3 shared psychological mechanisms

4 complex psychological disorders

5 cross-diagnostic features

6 transdiagnostic treatment

7 maladaptive perfectionism

8 transdiagnostic traits

9 eating disorders

10 anorexia nervosa

المحددة^٢ واضطراب الاكتئاب والقلق.

يركز **المنحى العلاجي العابر للتشخيص**^٣ على استهداف العمليات النفسية الأساسية التي تسهم في استمرار الأعراض عبر اضطرابات متعددة؛ مما يُعزز من كفاءة العلاج ويوفر الجهد والوقت. وتستند فعاليته إلى منطقتين رئيسيتين: أولهما قابلية علاج الاضطرابات النفسية المترامنة لدى الفرد الواحد، وثانيهما تحقيق الكفاءة العملية من حيث الوقت والتكلفة دون الإخلال بجودة الخدمة العلاجية. (Harvey, Watkins, Mansell, & Shafran, 2004)

وقد أشار بارلو وزملاؤه (Barlow et al., 2011) إلى أن هذا المدخل العلاجي يُفترض أن معظم الاضطرابات النفسية تشترك في آليات نفسية جوهرية، وهو ما يُتيح تصميم بروتوكولات علاجية تستهدف هذه القواسم المشتركة. ومع ذلك، لا تزال أغلب النماذج التقليدية تركز على اضطراب واحد، وتتجاهل الطابع المركّب للحالات المرضية، ويرجع ذلك جزئياً إلى قلة الدراسات التي تتناول العمليات النفسية المشتركة بمناهج وصفية وسببية دقيقة.

وفي هذا السياق، أشارت **مراجعة لـ"إيجان ووايد وشافران"** (Egan, Wade, & Shafran, 2012) إلى أن المثالية غير التوافقية تُعد من أكثر العمليات النفسية المشتركة بروزاً عبر اضطرابات متعددة مثل القلق، والاكتئاب، والاضطرابات جسدية الشكل^٤، واضطرابات الأكل، كما أظهرت الأدلة أن علاج المثالية غير التوافقية يؤدي إلى تحسن ملموس في الأعراض المختلفة، مما يدعم اعتبارها متغيراً تفسيرياً مشتركاً.

ويُعد هولندر Hollander من أوائل من عرّف المثالية بوصفها عادة

1 bulimia nervosa

2 eating disorders not otherwise specified

3 Transdiagnostic treatment Approach

4 Somatic Symptom Disorders

*وفقاً لـ DSM5 تشير إلى اضطرابات يُعاني فيها الفرد أعراضاً جسدية حقيقية تُسبب انزعاجاً نفسياً أو ضعفاً وظيفياً، ولكن لا يمكن تفسيرها بالكامل بحالة طبية معروفة.

يسعى من خلالها الفرد لتحقيق أداء متفوق للغاية، مع توقع نفس المستوى من الآخرين، وبشكل يتجاوز متطلبات الواقع (Jahromia, Naziria, Barzegarb, 2012). وعلى الرغم من النتائج الأولية المشجعة للتدخلات التي تستهدف المثالية غير التوافقية، فإن الحاجة لا تزال قائمة إلى مزيد من الدراسات التجريبية التي تقارن بين هذا النوع من العلاج والعلاجات التقليدية، لتأكيد فاعليته كخيار إكلينيكي فعال، كما أشار بارلو وآخرون إلى أن هذا المنظور يُسهم في تفسير الفجوة الموجودة في التراث العلاجي المرتبط بالحالات المعقدة، حيث ثبت أن العلاجات التقليدية غالبًا ما تكون غير مناسبة للتعامل مع اضطرابات متعددة متزامنة. وفي الإطار ذاته، اقترح كيم وزملاؤه (Kim, Ebesutani, Wall, & Olatunji, 2012) أن فهم الاضطراب المشترك يبدأ بتحديد الاضطراب الأساسي محل الاهتمام، ثم تحديد اضطراب مصاحب يمكن تفسيره عبر نفس الآلية النفسية. وفي حالة العلاقة بين اضطرابات الأكل والاكتئاب، تُشير البحوث إلى أن المثالية غير التوافقية تمثل المتغير التفسيري المشترك المحتمل.

وقد أظهرت الأدبيات البحثية وجود علاقة إيجابية قوية بين هذين الاضطرابين، مع ارتفاع معدلات الانتحار والوفيات والشكاوى الجسدية بين المصابين (Crow et al., 2009; Storch et al., 2010; Fennig & Hadas, 2010). كما توصل فرناندز وآخرون (٢٠٠٧) إلى أن ٧٢.٩% من المصابين باضطرابات الأكل يعانون من اكتئاب خلال دورة حياتهم، مقارنة بـ ١٦.٦% فقط من عامة السكان (Kessler et al., 2005).

وارتبطت المثالية غير التوافقية بالاكتئاب في العديد من الدراسات (Boone & Soenens, 2010; Blatt, 1995)، كما ارتبطت أيضًا باضطرابات الأكل، خاصة بُعد "الخوف من الأخطاء" ^١ (Shafran, 2006).

1 Fear of Mistakes

وتشير أدلة أخرى إلى أن تكرار الأفكار المثالية^١ يُنبئ بمستويات أعلى من الكدر النفسي^٢ مقارنة بالأفكار السلبية التلقائية أو السمات المثالية العامة (Flett et al., 1991; Hewitt & Flett, 1991).

وبذلك، يمكن النظر إلى المثالية غير التوافقية كميكانيزم نفسي مشترك يُسهم في نشوء وتفاقم كل من الاكتئاب واضطرابات الأكل، إلا أن الدراسات التي اختبرت صراحة هذه الفرضية، وخاصة وفقاً لنموذج كوبر وزملائه (٢٠٠٣)، لا تزال محدودة.

ويقترح هذا النموذج تناول العلاقة بين اضطرابين عبر متغير تفسيري مشترك، بحيث يُنظر إلى اضطرابات الأكل كمتغير رئيسي، ثم يُحدد الاكتئاب كاضطراب مصاحب، وتُفسر العلاقة بينهما من خلال المثالية غير التوافقية بوصفها آلية نفسية مشتركة.

المثالية بين السواء والاضطراب

وتُعد المثالية إحدى القيم الاجتماعية السائدة في معظم المجتمعات الصناعية، كما تُعتبر سمة من سمات الشخصية التي تتسم بالسعي الدائم إلى الكمال، ورفض النقص، ووضع معايير أداء مرتفعة وصارمة، مع ميل إلى إصدار تقييمات نقدية مفرطة للسلوك، سواء أكان موجهاً للذات أو للآخرين (Jahromia, Naziria, Barzegarb, 2012).

وقد تناول الباحثون مفهوم المثالية من زاويتين رئيسيتين: الأولى تصفها كسمة سوية وإيجابية، تعكس الطموح والسعي للتميز دون أن يصاحبها آثار مرضية؛ أما الثانية فتُرى فيها سمة عصابية أو غير توافقية، ترتبط باضطرابات نفسية وسلوكية، فعندما يكون السعي لتحقيق معايير عالية نابغاً من دوافع صحية، فإن المثالية تُعدّ مؤشراً إيجابياً، أما إذا ارتبطت بخوف

1 (Perfectionistic Cognitions)

2 (Distress)

3 Shared Psychological Mechanism

مرضي من الفشل أو تقييم سلبي للذات، فإنها تصبح سمة مضطربة وغير توافقية، كما في حالات الفئات الإكلينيكية التي تظهر سعيًا قهريًا نحو الكمال رغم المترتبات السلبية لهذا السعي (Shafran, Cooper, Fairburn, 2002). ومن وجهة نظر نماذج تنظيم الذات، فإن المثالية لا تُعبر بالضرورة عن مشاعر سلبية تجاه الذات، إذ يتم التمييز بين السعي لتحقيق معايير مثالية وبين آليات التقييم الذاتي المتصلة بذلك السعي، فبعض المثاليين العصبيين يعانون من انخفاض في تقدير الذات، في حين أن المثاليين النرجسيين قد يتميزون بإحساس متضخم بالذات وتوقعات مفرطة من الآخرين (Flett et al., 2012).

وفي وصفه الإكلينيكي الدقيق، أشار هامشك (Hamachek 1978) إلى أن الأفراد المثاليين يعيشون حالة مستمرة من التقييم الانفعالي الذاتي؛ حيث يصدرون أحكامًا مستمرة على أدائهم بناءً على معايير داخلية صارمة، فهم لا يكتفون بالأداء الجيد، بل يسعون دائمًا إلى تجاوز الأداء السابق، ويقللون من قيمة ما حققوه، ويطالبون أنفسهم بمستويات أداء تفوق قدراتهم، ما يجعل الرضا الذاتي لديهم أمرًا نادر الحدوث. ويُرجع هامشك ذلك إلى أن المثالية غير التوافقية تستند إلى الخوف من الفشل، لا إلى السعي للتميز، وهو ما يؤدي إلى حالة دائمة من التوجس والانشغال النقدي بالذات.

ويضيف هولندر (١٩٨٧) إلى هذا التحليل أن الأفراد المثاليين يمارسون "انتباهًا انتقائيًا" للقصص والإخفاقات، متجاهلين الإيجابيات والنجاحات، إنهم يراقبون أنفسهم كما يراقب المفتش خط الإنتاج، ويقيمون ذواتهم لا بناءً على ما يمتلكونه من إمكانيات، بل على أدائهم فقط، ما يدفعهم إلى تحقير الذات بصورة مستمرة.

ويُعد هولندر أول من قدم تعريفًا للمثالية باعتبارها اعتياد الفرد على السعي لتحقيق أداء بالغ التميز، وتوقع الشيء ذاته من الآخرين، بشكل يتجاوز ما يتطلبه الموقف (Jahromia, Naziria, Barzegarb, 2012). هذا

التوصيف يتسق مع رؤية بارنز (١٩٨٠)، الذي وصف المثالية بأنها شبكة من المعارف والتوقعات والتفسيرات التي يستخدمها الفرد لتقييم ذاته وتفسير سلوكياته وسلوكيات الآخرين، استنادًا إلى معايير عالية غير واقعية والتزام صارم بها.

وقد عرّف فروست ولهرت وروزنبلات (Frost, Marten, Lahart,) (Rosenblate, 1990) المثالية على أنها نمط من المعايير الصارمة المرتبطة بتقييم سلبي للذات، يصاحبه خوف دائم من الفشل، وقد يؤدي هذا الخوف إلى ممارسات قهرية مثل الإفراط في التدقيق، أو التأجيل، أو تجنب أداء المهام خشية عدم إتقانها، مما يُفضي إلى مزيد من الإحباط والفشل الوظيفي أو الأكاديمي.

ومع تطور البحث في هذا المفهوم، ظهرت نماذج متعددة الأبعاد للمثالية، مثل نموذج هيويت وفليت (١٩٩١) الذي يُعرّف المثالية كظاهرة مكونة من ثلاثة أبعاد: المثالية الموجهة نحو الذات، والمثالية الموجهة نحو الآخرين، والمثالية المحددة اجتماعيًا. وقد أثبتت الدراسات الحديثة أن البعدين الأول والثالث على وجه الخصوص يرتبطان بمؤشرات مرضية، مثل الاكتئاب واضطرابات الأكل، في كل من العينات الإكلينيكية وغير الإكلينيكية (Shafran, Cooper, Fairburn; Hewitt, Flett, Besser, 2003).

وعلى الرغم من الخلافات البحثية حول تعريف المثالية وطرق قياسها، فإن المثالية الموجهة نحو الذات تُعد الأقرب لما يرصده الممارسون الإكلينيكيون؛ حيث تتجلى في تبني الفرد لمعايير داخلية صارمة يصاحبها تقييم ذاتي قاس (Kobori & Tanno, 2005). ووفقًا لهذا التوجه، فإن المثالية غير التوافقية تمثل نمطًا عصائبيًا يتسم بعدم الفاعلية، والتقليل المزمن من قيمة الذات، ونقد الذات، مما يؤدي إلى اضطرابات نفسية مثل الاكتئاب والقلق والوسواس.

ومع ذلك، لا يُنظر إلى المثالية دائمًا باعتبارها سمة مرضية؛ فقد

اقترح بعض الباحثين إمكانية التمييز بين المثالية التوافقية (الإيجابية أو الفاعلة) والمثالية غير التوافقية (السلبية أو المدمرة للذات)، فالأفراد ذوو **المثالية التوافقية** يشعرون بالرضا عند تحقيقهم لمعاييرهم المرتفعة، بينما أولئك ذوو **المثالية غير التوافقية** يظلون غير راضين مهما حققوا من إنجازات (Slade & Owens, 1998; Shafran & Mansell, 2001).

وفي هذا الإطار، قدم شفران وكوبر وفيربرن (Shafran, Cooper, 2002) **تعريفًا سلوكيًا معرفيًا للمثالية غير التوافقية** بوصفها اعتمادًا مفرطًا على التقييم الذاتي من خلال السعي لتحقيق معايير ملحة يفرضها الفرد على ذاته في مجال مهم لديه، رغم صعوبة تحقيقها والآثار السلبية المترتبة على هذا السعي. ويتضمن هذا البناء المرضي مخططًا لتقييم الذات يستند إلى مجال واحد فقط، مما يؤدي إلى تقييم ذاتي سلبي عند الإخفاق في بلوغ تلك المعايير، ويُنْتِج سلسلة من المترتبات السلوكية والانفعالية المعقدة.

وتتجلى أبرز سمات المثالية غير التوافقية في كونها **سلوكًا قهريًا غير فعال**، يرتبط بنتائج نفسية، واجتماعية، وجسمية، ومعرفية، وسلوكية سلبية، مثل الاكتئاب والعزلة والأرق وصعوبة التركيز وإعادة الفحص المتكرر. والمفارقة أن الأفراد المثاليين لا يرون في هذه المترتبات ما يستدعي التوقف، بل يفسرونها كأدلة على الكفاح والمثابرة، فمن العناصر الأساسية في بناء المثالية غير التوافقية أن المعايير التي يسعى الفرد لتحقيقها تُفرض ذاتيًا، دون اعتبار لواقعيتها أو لاهتمام الآخرين بها، بل إن هذه المعايير تُستمدج بشكل شخصي ويُعاملها الفرد كما لو كانت جوهر ذاته، ويُلاحظ أن هذه المعايير تكون ملحة، وشديدة الارتفاع، ومتعلقة بمجالات الحياة الأكثر أهمية بالنسبة للفرد، مثل الوزن أو الإنجاز الدراسي أو الأداء المهني.

ويذهب معظم المنظرين إلى أن **جذور المثالية** تمتد إلى التنشئة الوالدية، خاصة النماذج التي تتسم بالإلحاح المفرط والنقد المتكرر، ورفض غير

مباشر أو مشروط. وقد أشار أنطوني وبوردون وهوتا وسوينسون (١٩٩٨) إلى أن النماذج الوالدية المثالية تسهم في تشكيل النزعة المثالية لدى الأبناء. ومع مرور الوقت، قد تتحول المثالية من سمة إيجابية إلى نمط مفرد وسلبي، نتيجة لعوامل مثل الإرهاق، أو الفشل في تحقيق أهداف غير واقعية، أو تغيير الظروف الاجتماعية والاقتصادية. ورغم ذلك، يبقى الفرد المثالي متمسكاً بسلوكياته المثالية، ويقيّمها من منظور فوائدها الذاتية، دون الالتفات إلى ما تسببه من أضرار بدنية ونفسية واجتماعية.

وقد أثبت نموذج هيويت وفليت، بدعمه من مراجعات متعددة، ارتباط أبعاد المثالية، وبخاصة المثالية الموجهة نحو الذات والمثالية المحددة اجتماعيًا، بمظاهر اضطرابات نفسية شائعة، وفي مقدمتها الاكتئاب واضطرابات الأكل لدى الأفراد في السياقات الإكلينيكية وغير الإكلينيكية.

المثالية غير التوافقية واضطرابات الأكل

تشير الدراسات الوبائية إلى أن اضطرابات الأكل تنتشر بين الإناث أكثر من الذكور، ففي الولايات المتحدة تتراوح معدلات انتشارها بين طالبات الجامعات من ٥٧% إلى ٦٩%، ويُقدَّر معدل الإصابة لدى الإناث بين سن ١٥ و ٢٩ عامًا بما يتراوح بين ٣% و ١٠%. وتُظهر دراسات كبرى، مثل دراسة هوديسون وآخرين (٢٠٠٧)، أن الإناث يُمثّلن ما بين ٩٠% و ٩٥% من الحالات، بينما تتراوح نسبة الذكور بين ٥% و ١٠%.

وقد أكدت دراسة مصرية أجرتها زينب شقير (١٩٩٩) هذا الاتجاه، إذ أظهرت ارتفاعاً ملحوظاً في انتشار فقدان الشهية والنهم العصبي لدى الإناث مقارنة بالذكور.

يُصنّف الباحثون اضطرابات الأكل في ثلاث فئات رئيسية: فقدان الشهية العصبي، والنهم العصبي، واضطراب الأكل المفرط، وتشترك جميعها في وجود سلوكيات تغذوية غير سوية، وقد يصاحبها أعراض دون المستوى

التشخيصي تُصنف تحت ما يُعرف باضطرابات الأكل غير المحددة، وهي الأكثر شيوعًا والأصعب في العلاج. وتُظهر النماذج النظرية الحديثة أن اضطرابات الأكل تنشأ نتيجة تفاعل معقد بين العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية، وتشير الأدلة البيولوجية إلى وجود دور محتمل للعوامل الوراثية والهرمونية، بما في ذلك اضطرابات الموصلات العصبية، بينما أظهرت دراسات أخرى أن الظروف ما قبل الولادة قد تكون أكثر تأثيرًا من الجينات، كما في دراسات التوائم.

من جهة أخرى، تُعد البيئة الأسرية والتعلق الوالدي من المتغيرات المهمة؛ حيث يرتبط ضعف التعلق الآمن، وفقًا لشيرين سيد (٢٠١٢)، بزيادة اضطرابات الأكل لدى الفتيات.

وتُعد العوامل النفسية والشخصية، وخاصة المثالية غير التوافقية، من أبرز المحددات النفسية المرتبطة باضطرابات الأكل، فقد بيّنت عدة دراسات مثل (Kazen & Von Ranson, 2005)؛ (Fairburn et al., 2003) أن الميل للمثالية يرتبط باضطرابات فقدان الشهية والنهم. وتُعد المثالية غير التوافقية من أبرز العمليات النفسية التي تؤدي إلى استمرار هذه الاضطرابات، كما بيّن نموذج شافران وكوبر وفيربرن (٢٠٠٢).

تشير الأدلة الإمبريقية إلى أن المثالية بأبعادها المختلفة -خاصة المثالية الموجهة نحو الذات والمثالية المحددة اجتماعيًا- ترتبط بأعراض اضطرابات الأكل وأحيانًا بأعراض الوسواس القهري، كما أظهرت دراسة بيرنيه وآخرين (٢٠١٣). وخلصت دراسة بوني وسونينز وآخرين (٢٠١٢) إلى أن المعايير الشخصية الصارمة، والقلق من تقييم الآخرين، يشكلان خطرًا على الصحة النفسية للإناث المصابات باضطرابات الأكل، كما أن التقلبات اليومية في مستويات المثالية تسهم في تغيير الأعراض.

في ضوء ما سبق، يتضح أن المثالية غير التوافقية لا تُعد فقط سمة مرافقة لاضطرابات الأكل، بل تمثل عاملًا تفسيريًا مشتركًا يمكن أن يُسهم في

تطوير برامج علاجية أكثر كفاءة تقوم على الفهم العابر للتشخيص.

تفسير العلاقة بين المثالية غير التوافقية واضطرابات الأكل

ووفقاً لتصورات برتش وجودسيت (Heatherton & Baumeister, 1991)، فإن العلاقة بين المثالية غير التوافقية واضطرابات الأكل ترتبط بمحاولة الفرد تعويض شعور عميق بعدم الكفاءة أو الفعالية الذاتية. وفي ضوء علم نفس الذات، يُنظر إلى كل من المثالية واضطرابات الأكل على أنهما ناتجان عن اضطراب في نمو الذات نتيجة لنقص التعاطف والاستجابة المناسبة من البيئة الوالدية خلال المراحل المبكرة من النمو؛ إذ تنشأ ذات هشة، غير مستقرة، وتخضع لتقلبات بفعل الضغوط الخارجية، مما يدفع الفرد إلى تبني سلوكيات مثالية أو مضطربة -مثل اضطرابات الأكل- في محاولة للحفاظ على إحساس متماسك بالذات أو تعويض فقدان الشعور بالسيطرة، فالسلوكيات المضطربة تجاه الطعام تتيح للفرد نوعاً من السيطرة الوهمية، وتُستخدم كآلية دفاعية للهروب من مشاعر الضعف والخزي ونقص القيمة الذاتية (Heatherton & Baumeister, 1991).

وفي الاتجاه المعرفي السلوكي، فسّرت هذه العلاقة باعتبار أن المثالية غير التوافقية واضطرابات الأكل تمثلان محاولات للهروب من الذات السلبية، فقد بيّن نموذج بيبي (Beebe ١٩٩٤) أن الفشل في تلبية المعايير المثالية يؤدي إلى إدراك سلبي للذات، يتبعه سلوك غذائي متشدد غالباً ما ينتهي بالفشل، ما يؤدي إلى مزيد من القلق والشعور بالإحباط، ثم إلى نوبات نهم غذائي كآلية للهروب من المشاعر السلبية، ومن ثم تخلق المثالية حالة دائمة من عدم الرضا تسهم في استمرار السلوك المضطرب.

وقد دمج فيربورن وكوبر وشافران (Fairburn, Cooper, & Shafran, 2003) هذه الرؤى ضمن نموذج معرفي سلوكي موسع لعلاج اضطرابات الأكل، أشاروا فيه إلى أن المثالية غير التوافقية، إلى جانب انخفاض تقدير الذات، من العوامل المعرفية الأساسية التي تؤدي إلى تقييم

الذات على أساس إنجازات غير واقعية، ما يجعل الفرد أكثر عرضة للإحباط والشعور بالفشل، وبالتالي أكثر عرضة للجوء إلى اضطرابات الأكل كوسيلة للهروب أو التنظيم الانفعالي (Stuart, 2009).

وتتفق النماذج المختلفة في نقطة جوهرية أن السعي نحو المثالية غير التوافقية غالبًا ما ينبع من شعور داخلي بوجود خلل أو "نقص" يجب إخفاؤه أو التهرب منه، وتُعد كل من المثالية واضطرابات الأكل وسائل يستخدمها الفرد، شعوريًا أو لا شعوريًا، للتعامل مع هذا الشعور العميق بعدم الكفاية أو القصور الشخصي.

المثالية غير التوافقية والاكتئاب

يُعد الاكتئاب من أكثر الاضطرابات النفسية شيوعًا، حتى وُصف بأنه "نزلة البرد" في الطب النفسي (Rosenhan & Seligman, 1995)، وهو يُستخدم لوصف حالات مزاجية أو أعراض إكلينيكية تتضمن مشاعر الكدر، وانخفاض تقدير الذات، واللامبالاة، والقلق، واضطرابات النوم، ونقص الطاقة، وقد يصاحبه أفكار انتحارية أو أعراض انسحابية أو ذهانية، ويتفاوت تصنيفه بين العصابي والذهاني تبعًا للأعراض والتاريخ المرضي (ريبير، ٢٠٠٠).

وقد سعت العديد من النظريات، خاصة المعرفية منها، إلى تفسير العلاقة بين المثالية والاكتئاب، فالمثالية غير التوافقية، لا سيما الموجهة نحو الذات، تُسهم في خلق شعور دائم بعدم الكفاءة، وفقدان السيطرة على النتائج، وتراجع قيمة الذات؛ مما يجعل الفرد عرضة للاكتئاب.

ويُنظر إلى السعي القهري نحو الكمال باعتباره استجابة دفاعية تعكس نظرة سلبية لقيمة الذات، إذ يؤدي انخفاض تقدير الذات إلى تفسيرات شاملة وسلبية للفشل (Shafran & Mansell, 2001).

وقد أظهرت العديد من الدراسات الارتباط القوي بين المثالية والاكتئاب

(Blatt, 1995; Hill et al., 1997; Lynd-Stevenson & Hearne, 1999)، وأشارت إلى أن تكرار الأفكار المثالية يُنبئ بالكدر النفسي بدرجة تفوق تأثير الأفكار السلبية التلقائية (Flett et al., 1998) كما وجدت دراسات أن المثالية المحددة اجتماعيًا -أي اعتقاد الفرد أن الآخرين يتوقعون منه أداءً مثاليًا- ترتبط بزيادة أعراض الاكتئاب المقاسة باستخدام مقاييس مثل بطارية بك (Hewitt et al., 1991, 1996) ويرتبط هذا النمط من المثالية بالخوف من التقييم السلبي، والضبط الخارجي، والرغبة في نيل القبول الاجتماعي، وهي عوامل تزيد من هشاشة الفرد أمام الضغوط. أما المثالية الموجهة نحو الذات -التي تعني تبني الفرد لمعايير صارمة لأدائه الشخصي- فقد أظهرت ارتباطاً بالاكتئاب لدى العينات الإكلينيكية، ولكن ليس بشكل ثابت لدى العينات غير المرضية (Hewitt & Flett, 1991). وقد أظهرت بعض الدراسات أن أثر هذه المثالية في التنبؤ بالاكتئاب يتعزز في سياقات الإنجاز الضاغط؛ حيث تتفاعل المثالية مع مشقة الإنجاز لتزيد احتمالية الاكتئاب حتى بعد عدة أشهر من المتابعة (Hewitt & Flett, 1993).

من ناحية أخرى، تناولت دراسات حديثة المتغيرات الوسيطة والمعدلة للعلاقة بين المثالية والاكتئاب، فقد تبين أن مشاعر الرفض والتجنب الاجتماعي لدى الأفراد ذوي المخاوف المثالية تزيد من خطر إصابتهم بالاكتئاب (Sherry et al., 2013)، وأن التفاؤل وكفاءة الذات يمكن أن يُعدلا هذا الأثر (Black & Reynolds, 2013; Zhang & Cai, 2012)، كما كانت المثالية المحددة اجتماعيًا أكثر ارتباطاً بفقدان الأمل لدى المراهقين الذين حاولوا الانتحار (Donaldson et al., 2000).

بناء على ما سبق، تتضح العلاقة المتشابكة بين المثالية غير التوافقية والاكتئاب؛ حيث تسهم أنماط التقييم الذاتي الصارمة، والخوف من الفشل، وضغوط الإنجاز، في تشكيل بيئة نفسية خصبة لظهور الاكتئاب، لا سيما في ظل غياب المهارات التكيفية أو الدعم الاجتماعي الكافي.

العلاقة بين المثالية غير التوافقية والاكنتاب واضطرابات الأكل

لم تقتصر الدراسات على تناول العلاقة الثنائية بين المثالية واضطرابات الأكل أو بين المثالية والاكنتاب، بل سعى عدد محدود من الباحثين إلى استكشاف التفاعل بين المتغيرات الثلاثة.

وقد أظهرت نتائج العديد من الدراسات وجود ارتباط إيجابي بين الاكنتاب والمثالية لدى الأفراد الذين يعانون من اضطرابات الأكل، سواء من المرضى أو من طلاب الجامعة؛ مما يعزز التصور القائل بأن الاكنتاب يمثل جانباً وجدانياً مرتبطاً بالبنية المعرفية للمثالية غير التوافقية (Patterson, Wang, Slaney, 2012).

أكدت دراسات أخرى مثل مازيو وزملائه (Mazzeo et al. 2006) أن بُعد "الخوف من ارتكاب الأخطاء" ضمن أبعاد المثالية غير التوافقية يرتبط بشكل كبير بظهور أعراض الاكنتاب لدى الإناث المصابات باضطرابات الأكل. في المقابل، أظهرت بعض الدراسات أن المثالية المحددة اجتماعياً لم ترتبط بشكل دال باضطرابات الأكل، في حين كان الاكنتاب وتدني تقدير الذات أكثر ارتباطاً بها (Turgeon et al., 2011). وهو ما أكدته على المستوى المحلي دراسة هبة أبو النيل ٢٠١٤؛ حيث بيّنت وجود علاقة دالة بين المثالية غير التوافقية وكل من اضطرابات الأكل والاكنتاب.

وقد أوضحت الدراسة أن المثالية الموجهة نحو الذات (تحديد معايير صارمة للأداء الشخصي) والمثالية المحددة اجتماعياً (اعتقاد الفرد أن الآخرين يتوقعون منه أداءً مثالياً) تسهمان في تصاعد أعراض الاكنتاب واضطرابات الأكل، خاصة لدى الإناث.

وقد أظهرت دراسة مقارنة أجراها (Sassaroli et al 2008) على عينات من مرضى الاكنتاب العام، والوسواس القهري، واضطرابات الأكل، أن الخوف من الأخطاء كان مرتفعاً لدى جميع المجموعات، بينما ارتفعت المعايير الشخصية لدى عينة اضطرابات الأكل فقط، والشك في الأفعال ظهر

بقوة لدى مرضى الوسواس القهري واضطرابات الأكل، أكثر من مرضى الاكتئاب.

وفي مراجعة بحثية موسعة، أكد كل من Egan, Wade, & Shafran (2011) أن المثالية ترتفع بشكل عام في عينات المرضى مقارنة بالعينة الضابطة، وأنها تمثل عامل خطر مشتركاً يسهم في ظهور واستمرار اضطرابات الأكل، والقلق الاجتماعي، والاكتئاب، كما أنها ترتبط بالاضطراب المشترك للاضطرابات النفسية، ما يعزز من أهمية تناولها كنمط عابر للتشخيص.

وفي السياق نفسه، وجدت دراسات مثل (Lampard et al (2012 و Fenning et al. (2008 أن نقد الذات والمثالية المتمركزة حول الذات يُعدان من أقوى المتنبئات باضطرابات الأكل، كما أشار Boone et al (2011) إلى ارتباط القلق من التقييم السلبي بزيادة أعراض اضطرابات الأكل لدى المراهقين.

وقد أظهرت نتائج (Grzegorek et al (2004 أن الأفراد ذوي المثالية غير التوافقية يعانون من مستويات أعلى من الاكتئاب ونقد الذات مقارنة بذوي المثالية التوافقية، وتدعم هذه النتائج ما توصلت إليه Striegel-Moore et al (1986)، والتي تشير إلى أن المعايير الثقافية للجمال قد تُستمدج داخلياً وتُصبح مصدراً للشعور بالفشل والكدر عندما تعجز الإناث عن تحقيقها.

وقد أوضح نموذج (Fairburn et al (2003 أن هناك أربع عمليات معرفية تمثل عوامل استمرار لاضطرابات الأكل والاكتئاب، من بينها المثالية غير التوافقية، التفاعل الاجتماعي السلبي، ضعف القدرة على تنظيم الانفعالات، وتدني تقدير الذات. وتسهم هذه العمليات في اضطراب بناء الذات، مما يجعل الفرد أكثر عرضة للحالات المزاجية السلبية والتعامل معها عبر سلوكيات الأكل المضطرب.

وتدعم مراجعة (Shafran & Mansell (2001 هذه الرؤية، حيث تؤكد

العلاقة القوية بين المثالية والاكنتئاب، وتُظهر أن النساء المصابات باضطرابات الأكل أكثر عرضة للاكتئاب من بقية الفئات السكانية (Lewinsohn et al., 2000)، كما صنّف (Wonderlich et al 2005) المصابين بالنهم العصبي إلى ثلاث مجموعات، أبرزها "المثالي الوجداني"، والتي كانت أكثر المجموعات عرضة للاكتئاب والقلق واضطرابات الأكل الشديدة.

من جهة أخرى، وجد (Enns & Cox 1999) أن ثلاثة أبعاد من المثالية -الموجهة نحو الذات، والمحددة اجتماعيًا، ونقد الذات- ترتبط ارتباطاً مباشراً بالاكتئاب، وتُعد من العوامل المستهدفة في الوقاية والتدخل العلاجي.

ويُعزز نموذج (Hewitt & Flett 1991) هذه التفسيرات؛ حيث يرى أن المثالية الموجهة نحو الذات، بما تتضمنه من معايير صارمة ولوم ذاتي، ترتبط ارتباطاً وثيقاً بضعف التوافق النفسي، وانخفاض تقدير الذات، وظهور أعراض الاكتئاب وفقدان الشهية العصبي. أما المثالية الموجهة نحو الآخر، فهي تعكس توقعات مفرطة من الآخرين وتقيماً نقدياً لأدائهم، وترتبط بمشكلات أسرية، وسلوكيات عدوانية، ومشاعر الوحدة.

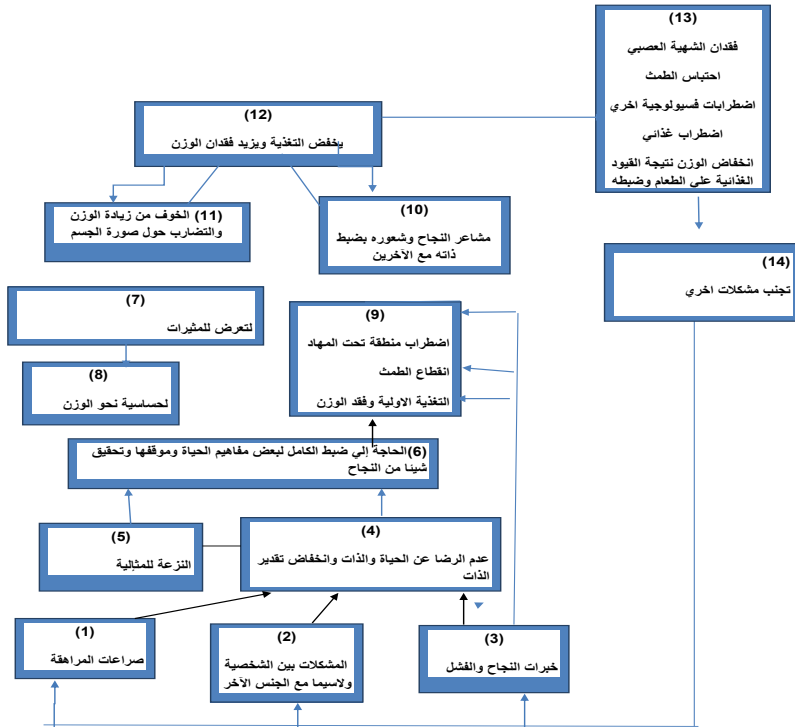
أما المثالية المحددة اجتماعيًا، فتعكس إدراك الفرد لضغوط من البيئة المحيطة تتطلب منه أداءً مثاليًا لا يمكن تحقيقه؛ مما يؤدي إلى حالات انفعالية سلبية، مثل الغضب والاكتئاب نتيجة للفشل في تلبية تلك التوقعات، و يترافق ذلك مع خوف مرتفع من الرفض والتقييم السلبي.

وقد طرح (Peter Slade 1980) نموذجًا لتفسير فقدان الشهية والنهم العصبي، يفترض فيه وجود شرطين أساسيين لظهور هذه الاضطرابات: الميل للمثالية غير التوافقية، وتدني الرضا عن الذات والحياة. كما قدّم (Cooper et al 2004) نموذجًا معرفيًا يوضح "الحلقة المفرغة" في النهم العصبي، التي تتضمن أربعة أنماط تفكير تلقائي، ومعتقدات سلبية عن الذات

والوزن والشكل، تؤدي إلى استمرار الاضطراب.

وفي ذات الاتجاه، طور (Beebe 1994) نموذجاً يربط بين الفشل في تحقيق المعايير المثالية والإدراك السلبي للذات؛ مما يؤدي إلى تشدد غذائي متكرر قد ينتهي بالنهم كآلية للهروب من الشعور بالفشل. ووفقاً لهذا النموذج، تخلق المثالية حالة مستمرة من عدم الرضا تبقى الأفراد أسرى لسلوكياتهم غير الواقعية؛ مما يسهم في استمرار اضطرابات الأكل والاكتئاب.

نموذج بيتر سلاذ لتفسير اضطرابات الأكل



وهو ما أكدته الدراسات الحديثة من أن المثالية غير التوافقية تعد من السمات الشخصية الأكثر ارتباطاً باضطرابات الأكل، خصوصاً فقدان الشهية العصبي والنهم. فقد بينت مراجعة تحليلية أجرتها Bardone-Cone وزملاؤها أن القلق من ارتكاب الأخطاء والمعايير الذاتية الصارمة يشكلان

نمطاً معرفياً مشتركاً بين المصابين بهذه الاضطرابات (Bardone-Cone et al., 2007)، كما أكد (Boone et al (2012 أن اجتماع مثالية المعايير الشخصية ومثالية القلق من التقييم يُعد من أقوى المنبئات بأعراض اضطرابات الأكل لدى المراهقين. ويتوافق ذلك مع ما توصلت إليه Shafran et al (2002)، الذين أشاروا إلى أن "المثالية الإكلينيكية" تسهم في استمرار الأعراض عبر سلوكيات مثل الإفراط في مراقبة الطعام والجسد.

كما أشارت بعض الدراسات النفسية الحديثة إلى علاقة قوية بين المثالية غير التوافقية وأعراض الاكتئاب، وخاصة لدى الأفراد الذين يعانون من تدني تقدير الذات ونقد الذات المزمّن. فقد أوضح (Limburg et al (2017 في تحليل مرجعي¹ شمل أكثر من ٤٠ دراسة أن المثالية تُعد من أقوى المنبئات بظهور الاكتئاب، خصوصاً في حال اقترانها بالمشاعر السلبية تجاه الذات. كما بينت دراسة (Mazzeo et al (2006 أن المصابات باضطرابات الأكل ممن يظهرن مستويات عالية من المثالية يعانين أيضاً أعراضاً اكتئابية حادة، مما يدعم فرضية "العامل المشترك الوجداني والمعرفي" بين الاضطرابين.

وفي دراسة أجريت على طلاب الجامعة، وُجد أن تكرار الأفكار المثالية السلبية يتنبأ بالكدر الانفعالي أكثر من الأفكار السلبية التلقائية الأخرى (Flett & Hewitt, 2022) ويدعم ذلك نتائج (Grzegorek et al (2004 الذين أشاروا إلى أن المثاليين غير التوافقيين يعانون تدنيًا في الرضا الأكاديمي وارتفاعاً في نقد الذات والاعتمادية المرضية.

يُعد دمج المثالية غير التوافقية ضمن النماذج العابرة للتشخيص توجهاً حديثاً يدعمه عدد من الباحثين؛ حيث أوضح (Egan, Wade, & Shafran (2012 أن المثالية تمثل عملية نفسية مشتركة تسهم في تداخل وتزامن اضطرابات متعددة، مثل القلق والاكتئاب واضطرابات الأكل، وأوصوا باستهدافها في تصميم تدخلات علاجية أكثر تكاملاً وفاعلية.

وقد دعمت المراجعة التي قدمها (Flett & Hewitt (2022) فعالية العلاج السلوكي المعرفي في تخفيف مظاهر المثالية غير التوافقية، باعتبارها نمطاً معرفياً مقاوماً للعلاج التقليدي، وأكدت دراسة تجريبية حديثة لـ Kivlighan, (2023) Lo Coco, & Gullo أن الدمج بين العلاج الجماعي المعرفي والتدخلات الإيجابية يسهم في خفض مستويات المثالية والقلق والاكتئاب بشكل متزامن.

الخلاصة:

يُمثل هذا الفصل محاولة لفهم العلاقة المعقدة والدينامية بين المثالية غير التوافقية كسمة معرفية- شخصية، وبين كل من اضطرابات الأكل والاكتئاب بوصفهما من أبرز صور الاضطراب النفسي لدى الشباب، ولا سيما الإناث.

وقد أظهرت المراجعة النظرية والإمبريقية أن المثالية غير التوافقية لا تُعد مجرد سمة منفصلة أو هامشية، بل تشكل بنية مركزية تشترك في تفسير نشوء واستمرار كلا الاضطرابين، وأنها تمثل متغيراً عابراً للتشخيص يُسهم في تفسير الاضطراب المشترك بين اضطرابات الأكل والاكتئاب.

وتبيّن من خلال استعراض النماذج النفسية المختلفة أن المثالية المرضية تنشأ غالباً نتيجة خلل في بناء الذات خلال مراحل النمو المبكرة، وتتغذى لاحقاً من ضغوط السياقات الاجتماعية والثقافية التي تُرسخ معايير أداء وجمال غير واقعية. وتُنتج هذه المثالية، خصوصاً في صورها المتمثلة في المعايير الذاتية المرتفعة، والقلق من تقييم الآخرين، والتوقعات المفروضة اجتماعياً، حلقة مفرغة من النقد الذاتي، وتدني تقدير الذات، والشعور المستمر بالفشل، وهي كلها عوامل تسهم في تطور حالات اضطراب الأكل والاكتئاب بشكل متزامن أو متعاقب.

إن هذا الفهم المتكامل للعلاقة بين المتغيرات الثلاثة يفتح الباب أمام تدخلات علاجية أكثر شمولاً، تستهدف المثالية غير التوافقية كمتغير جذري مشترك، وتسعى إلى تعديل الأنماط المعرفية والسلوكية المرتبطة بها، مما قد يُسهم في تحسين فاعلية العلاج، وتقليل نسب الانتكاس، خاصة لدى الفئات الأكثر عرضة، كما تبرز أهمية تصميم برامج وقائية تراعي الأبعاد الثقافية والاجتماعية للمثالية، وتتبنى استراتيجيات لتعزيز تقدير الذات، والمرونة النفسية، والتعامل الصحي مع الفشل والضغط.

وفي ضوء ما سبق، تبرز الحاجة إلى مزيد من الدراسات العربية التي تتبنى هذا المنظور العابر للتشخيص، وتختبر النماذج التفسيرية المقترحة في ضوء الخصوصيات الثقافية والمجتمعية، بما يسهم في تطوير المعرفة النفسية النظرية والتطبيقية في آنٍ واحد.

مقترحات للبحوث المستقبلية:

في ضوء ما توصل إليه الفصل من دلائل نظرية وتجريبية حول دور المثالية غير التوافقية كمتغير مشترك في نشوء واستمرار اضطرابات الأكل والاكتئاب، يمكن اقتراح عدد من الاتجاهات البحثية المستقبلية التي من شأنها تعميق الفهم وتطوير التدخلات الوقائية والعلاجية:

١. تصميم دراسات طولية تتبع تطور العلاقة بين المثالية غير التوافقية وكل من اضطرابات الأكل والاكتئاب على مدى مراحل عمرية مختلفة، بهدف تحديد الاتجاه السببي وتأثير العوامل الوسيطة والمعدلة كالتقدير الذاتي والمرونة النفسية.

٢. استكشاف الفروق الثقافية والجنسية في نمط العلاقة بين المثالية المرضية والأعراض النفسية، وخاصة في البيئات العربية، لتحليل مدى تأثير الضغوط الاجتماعية والثقافية على استدماج المعايير المثالية غير الواقعية.

٣. اختبار فعالية برامج تدخل معرفي سلوكي تستهدف تقليص المثالية غير التوافقية في الحد من أعراض اضطرابات الأكل والاكتئاب، ومقارنة نتائجها مع برامج تقليدية تركز فقط على عرض واحد دون استهداف المتغير المشترك.
٤. تحليل البنية العاملية للمثالية في عينات عربية باستخدام أدوات مقننة تسمح بالتمييز بين أبعاد المثالية (الموجهة نحو الذات، والمحددة اجتماعيًا، والموجهة نحو الآخر) لتحديد أي الأبعاد يرتبط أكثر بالأعراض المرضية.
٥. دراسة أنماط الاضطراب المشترك بين المثالية غير التوافقية ومجموعة من الاضطرابات النفسية الأخرى، مثل اضطراب القلق الاجتماعي، واضطراب الوسواس القهري، بهدف بناء نموذج تشخيصي عابر للاضطرابات يستند إلى العمليات النفسية المشتركة.
٦. توسيع نطاق البحث ليشمل المراهقين واليافعين، بوصفهم فئة أكثر عرضة لتطور المعايير المثالية المتطرفة تحت تأثير وسائل الإعلام والتنشئة، وتحليل تأثير السياقات المدرسية والأسرية في تشكل هذه المثالية.
٧. دمج تقنيات تحليل الشبكات النفسية لفهم ديناميات التفاعل بين المثالية، والتقدير الذاتي، والاكتئاب، وسلوكيات الأكل المضطربة، كشبكة من الأعراض والعلاقات المتبادلة بدلاً من الاعتماد على نماذج سببية تقليدية.

المراجع:

- أبو النيل (هبة) ٢٠١٤. المثالية غير التوافقية كمتغير منبئ بأعراض اضطرابات الأكل والاكتهاب لدى طالبات الجامعة، *المجلة المصرية للدراسات النفسية*، ٢٤، ٨٤، ٤٤٢ - ٤٨٦.
- الدسوقي (مجدي) ٢٠٠٧. اضطرابات الأكل - الأسباب - التشخيص - الوقاية والعلاج، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.
- زينب (شقيير) ١٩٩٩. دراسة لبعض مظاهر الصحة النفسية لدى عينة من ذوي اضطراب الأكل من طلاب الجامعة. المؤتمر الدولي السادس للإرشاد النفسي، مركز الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس. ٧٦١-٨١٩.
- شيرين (سيد) ٢٠١٢. دور التعلق الوالدي في التنبؤ بمظاهر اضطراب الأكل لدى عينة من طالبات الجامعة. *حوليات مركز البحوث والدراسات النفسية*. ٨، ١.
- ف (ريبر) ٢٠٠٠. *فحص الاكتهاب، في س (ليندزاي) وج (بول) محرران، مرجع في علم النفس الإكلينيكي للراشدين (ترجمة صفوت فرج)، القاهرة، دار الأنجلو المصرية.*
- Antony, M. M., Purdon, C. L., Huta, V., & Swinson, R. P. (1998). Dimensions of perfectionism across the anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 1143-1154.
- Bardone-Cone, A.M., Sturm, K., Lawson, M.A., Robinson, D.P., & Smith, R. (2010). Perfectionism cross Stages of Recovery from Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 43, 139-148.
- Barlow D., Farchione, T.J., Fairholme, C.P., Ellard, K.K., Boisseau, C.L., Allen, L.B., & Ehrenreich-May, J.(2011). **Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders**. NY: OUP

- Bastiani AM, Rao R, Weltzin T, Kaye WH. (1995). Perfectionism in anorexia nervosa. **International Journal of Eating Disorders**, 17, 147-152.
- Beebe, D. W. (1994). Bulimia nervosa and depression: A theoretical and clinical appraisal insight of the binge-purge cycle. **British Journal of Clinical Psychology**, 33, 259-276
- 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. 2013. Eating disorder and obsessive-compulsive symptoms in a sample of bulimic women: Perfectionism as a mediating factor, **Personality and Individual Differences** 54. 231-235
- Black J. , Reynolds W. M. 2013, Examining the relationship of perfectionism, depression, and optimism: Testing for mediation and moderation. **Personality and Individual Differences** 54 ,426-431
- Blatt, S. J. (1995). The destructiveness of perfectionism. Implications for the treatment of depression. **American Psychologist**, 50, 1003-1020.
- Boone L. , Soenens B., Braet C., Goossens,L.2010, An empirical typology of perfectionism in early-to-mid adolescents and its relation with eating disorder symptoms, **Behaviour Research and Therapy** 48, 686- 691
- Boone L., Soenens B., Mouratidis A., Vansteenkiste M., Verstuyf J., Braet C., 2012, Daily fluctuations in perfectionism dimensions and their relation to eating disorder symptoms **Journal of Research in Personality** 46 ,678-687
- Boone L., Soenens B., and Braet C.,2011. Perfectionism, Body Dissatisfaction, and Bulimic Symptoms: The Intervening Role of Perceived Pressure to Be Thin and Thin Ideal Internalization , **Journal of Social and Clinical Psychology**, 30, 10, . 1043-1068
- Boone L., Soenens B., Vansteenkiste M., Braet C. 2012. Is there a perfectionist in each of us? An experimental study on

- perfectionism and eating disorder symptoms, ***Appetite*** 59 , 531–540
- Bruch, H. (1973). ***Eating disorders: Obesity, anorexia nervosa and the person within***. New york: Basic Books.
- Bruch, H. (1978). *The golden cage: The enigma of anorexia nervosa*. Cambridge, MA: Harvard university Press
- Cassin, S. E., & von Ranson, K. M. (2005). Personality and eating disorders: A decade in review. ***Clinical Psychology Review***, 25(7), 895-916.
- Cnattingius, S., Hultman, C. M., Dahl, M., & Sparen, P. (1999). Very preterm birth, birth trauma, and the risk of anorexia nervosa among girls. ***Archives of General Psychiatry***, 56(7), 634-638.
- Cooper M. 2005. Cognitive theory in anorexia nervosa and bulimia nervosa: Progress, development and future directions. ***Clinical Psychology Review***.25 , 511–531
- Crow,S.J.,Peterson,C.B.,Swanson,S.A.,Raymond,N.C.,Specker,S.,& Eckert,E.D., et al.(2009).Increased mortality in Bulimia Nervosa and other eating disorders. ***American Journal of Psychiatry***, 166, 1342–1346
- Donaldson, D., Spirito, A., & Farnett, E. (2000). The role of perfectionism and depressive cognition in understanding the hopelessness experienced by adolescent suicide attempters. ***Child Psychiatry and Human Development***, 31, 99–111
- Egan S. J. , Wade T. D., Shafran R. , 2011, Perfectionism as a transdiagnostic process: A clinical review, ***Clinical Psychology Review*** 31. 203–212
- Egan S. J., Wade T. D., Shafran R.2012.The Transdiagnostic Process Of Perfectionism, ***Revista de Psicopatología y Psicología Clínica***. 17, 3, 279-294
- Elion A. 2007, 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).
- Enns M. W., Cox B. J. 1999, 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 1136-5420/1

- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A "transdiagnostic" theory and treatment. **Behaviour Research and Therapy**, 41(5), 509-528.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., & Welch, S. L. (1999). Risk factors for anorexia nervosa: Three integrated case-control comparisons. **Archives of General Psychiatry**, 56(5), 468-476.
- Fennig S., Hadas A., Itzhaky L, Roe D.,Apter A., Shahar G., 2008, Self-Criticism is a Key Predictor of Eating Disorder Dimensions among Inpatient Adolescent Females, **Int J Eat Disord**; 41:762–765
- Fennig, S.,&Hadas ,A.(2010).Suicidal behavior and depression in adolescents with eating disorders. **Nordic Journal of Psychiatry**, 64, 32–39
- Ferguson, C. P., & Pigott, T. A. (2000). Anorexia and bulimia nervosa: Neurobiology and pharmacotherapy. **Behavior Therapy**, 31(2), 237-263.
- Flett G. L., Galfi-Pechenkov I., Molnar D. S., Hewitt P.L. ,Goldstein A.L. 2012. Perfectionism, mattering, and depression: A mediational analysis ,**Personality and Individual Differences** 52. 828–832
- Flett, G. L., Hewitt, P. L., Blankstein, K. R., & Gray, L. (1998). Psychological distress and the frequency of perfectionistic thinking. **Journal of Personality and Social Psychology**, 75, 1363– 1381.
- Flett, G. L., Hewitt, P. L., Blankstein, K. R., & O'Brien, S. (1991). Perfectionism and learned resourcefulness in depression and self-esteem. **Personality and Individual Differences**, 12, 61– 68.
- Frost, R. O., Heimberg, R. G., Holt, C. S., Mattia, J. I., & Neubauer, A. L. (1993). A comparison of two measures of perfectionism. **Personality and Individual Differences**, 14, 119–126
- Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C. M., & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. **Cognitive Therapy and Research**, 14, 449–468
- Goodsitt, A. (1997). **Eating disorders: A self-psychological perspective**. In D. M. Garner & P. E.Garfinkel (Eds.) Handbook of treatment for eating disorders. New York: Guilford Press
- Halmi K.A., Sunday, S.R., Strober, M., Kaplan, A., Woodside, D.B., Fichter, M., et al. (2000). Perfectionism in anorexia nervosa:

- Variation by clinical subtype, obsessionality, and pathological eating behavior. **American Journal of Psychiatry**, 157, 1799-1805
- Hamachek, D. E. (1978). Psychodynamics of normal and neurotic perfectionism. **Psychology: a Journal of Human Behavior**, 15, 27-33
- Harvey, A., Watkins, E., Mansell, W., & Shafran, R.(2004). Cognitive behavioural processes across psychological disorders: **A transdiagnostic approach to research and treatment**. oxford,UK: Oxford University Press
- Heatherton, T. F. & Baumeister, R. F. (1991). Binge eating as escape from self-awareness. **Psychological Bulletin**, 110, 86-108
- Herzog, D. B., Keller, M. B., Lovari, P. W., & Sacks, N. R. (1991). The course and outcome of bulimia nervosa. **Journal of Clinical Psychiatry**, 52 (Suppl.10), 4-8.
- Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (1991). Dimensions of perfectionism in unipolar depression. **Journal of Abnormal Psychology**, 100, 98-101.
- Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (1991a). Perfectionism in the self and social contexts: Conceptualization, assessment, and association with psychopathology. **Journal of Personality and Social Psychology**, 60,
- Hewitt, P. L., Flett, G. L., & Ediger, E. (1996). Perfectionism and depression: Longitudinal assessment of a specific vulnerability hypothesis. **Journal of Abnormal Psychology**, 105, 276-280.
- Hewitt, P. L., Flett, G. L., & Ediger, E. (1996). Perfectionism and depression: Longitudinal assessment of a specific vulnerability hypothesis. **Journal of Abnormal Psychology**, 105, 276- 280
- Hewitt, P. L., Flett, G. L., & Ediger, E. (1996). Perfectionism and depression: Longitudinal assessment of a specific vulnerability hypothesis. **Journal of Abnormal Psychology**, 105, 276- 280.
- Hill, R. W., McIntire, K., & Bacharach, V. R. (1997). Perfectionism and the big five factors. **Journal of Social Behavior and Personality**, 12, 257- 270
- JahromiaF., Naziria G., Barzegarb H. 2012. The relationship between socially prescribed perfectionism anddepression: The mediating

role of maladaptive cognitive schemas ,**Social and Behavioral Sciences** 32 (2012) 141 – 147

- Kaplan, A. S., & Garfinkel, P. E. (1999). Difficulties in treating patients with eating disorders: A review of patient and clinician variables. **Canadian Journal of Psychiatry**, 44, 665-670.
- Kim E. H., Ebesutani C., Wall D., Olatunji B. ,2012, Depression mediates the relationship between obsessive-compulsive symptoms and eating disorder symptoms in an inpatient sample, **Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders** 1 , 62-68
- Kobori O., Tanno Y. 2005, Self-Oriented Perfectionism and its Relationship to Positive and Negative Affect: The Mediation of Positive and Negative Perfectionism Cognitions ,**Cognitive Therapy and Research**, 29, 5, 555-567
- Lampard A. M. Byrne S. M. , McLean N. ,Fursland , A.2012, The Eating Disorder Inventory-2 Perfectionism scale: Factor structure and associations with dietary restraint and weight and shape concern in eating disorders, **Eating Behaviors** 13 , 49-53
- Lilenfeld LR, Stein D, Bulik CM, Strober M, Plotnicov K, Pollice C, et al. (2000). Personality traits among currently eating disordered, recovered and never ill first-degree female relatives of bulimic and control women. **Psychological Medicine**, 30, 1399-1410.
- Lynd-Stevenson, R. M., & Hearne, C. M. (1999). Perfectionism and depressive affect: The pros and cons of being a perfectionist. **Personality and Individual Differences**, 26, 549- 562.
- Mazzeo S., Landt M., Jones I.I., Mitchell K., Kendler K., Neale M., Aggen.S., Bulik C.,2006, Associations among Postpartum Depression, Eating Disorders, and Perfectionism in a Population-Based Sample of Adult Women, **Int J Eat Disord** 39:202-211
- Nilsson, K., Sundbom, E., Hagglof, B. (2008). A longitudinal study of perfectionism in adolescent onset Anorexia Nervosa-restricting type. **European Eating Disorders Review**, 16, 386-394.
- Patterson R. E. 2008. Multidimensional Perfectionism And Relational Health In Clinical And Subclinical Eating Disturbances, The Pennsylvania State University, **A Dissertation**, (Proquest Publication).

- Patterson R., Wang K. Slaney R.2012. Multidimensional perfectionism, depression and relational health in women with eating disturbances, **Eating Behaviors** 13 , 226–232
- Patterson R., Wang K., Slaney R. 2012 , Multidimensional perfectionism, depression and relational health in women with eating disturbances , **Eating Behaviors** 13 ,226–232
- Perolini C.M.,2010 ,Mindfulness And Perfectionism As Predictors Of Physical And Psychological Well-Being In College Students **A Dissertation**, (Proquest Publication
- Rasooli S. S. , Lavasani, M. G.2011, Relationship between personality and perfectionism with body image ,**Procedia Social and Behavioral Sciences** 15 , 1015–1019
- Rosenhan, D. L., & Seligman, M. E. P. (1995). **Abnormal psychology** (3rd ed.). New York: W.W. Norton and Co.
- Sassarolia S., Lauroa L., Ruggiero G. Maurid M., Vinaia P., Froste. R., 2008, Perfectionism in depression, obsessive-compulsive disorder and eating disorders, **Behaviour Research and Therapy** 46 , 757–765
- Shafran R. ,Mansell W.,2001,Perfectionism and psychopathology :A Review of research and treatment, **Clinical psychological Review** ,21,6,879-906
- Shafran R., Cooper Z., Fairburn C. 2002, Clinical perfectionism: a cognitive-behavioural analysis, **Behaviour Research and Therapy** 40 , 773–791
- Shafran, R., Cooper, Z., Fairburn, C. (in press). Perfectionism: Towards a redefinition and cognitive-behavioral model of maintenance. **Behaviour Research and Therapy**
- Sherry S. B., Nealis L. J., Macneil M. A., Stewart S. H., Sherry D. L., Smith M. M. 2013. Informant reports add incrementally to the understanding of the perfectionism–depression connection: Evidence from a prospective longitudinal study. **Personality and Individual Differences**, Accepted 9 January 2013
- Slade, P. D., & Owens, R. G. (1998). A dual process model of perfectionism based on reinforcement theory.**Behavioral Modification**, 22, 372– 390.

- Steele A., Corsini N., Wade T. D., 2007, The interaction of perfectionism, perceived weight status, and self-esteem to predict bulimic symptoms: The role of 'benign' perfectionism, **Behaviour Research and Therapy** 45. 1647-1655
- Stein, D., Kaye, W. H., Matsunaga, H., Orbach, I., Har Evan, D., Frank, G., et al. (2002). Eating related concerns, mood, and personality traits in recovered bulimia nervosa subjects: A replication study. **International Journal of Eating Disorders**, 32(2), 225-229
- Stein, R. I., Saelens, B. E., Douchis, J. Z., Lewzyk, C. M., Swenson, A. K., & Wilfley, D. E. (2001). Treatment of eating disorders in women. **The Counseling Psychologist**, 29, 695-732.
- Storch, E.A., Rasmussen, S.A., Price, L.H., Larson, M.J., Murphy, T.K., & Goodman, W. K. (2010). Development and psychometric evaluation of the Yale-Brown obsessive-compulsive scale—Second edition. **Psychological Assessment**, 22, 223-232.
- Striegel-Moore, R. H., & Cachelin, F. M. (2001). Etiology of eating disorders in women. **The Counseling Psychologist**, 29, 635-661.
- Striegel-Moore, R. H., Silberstein, L. R., & Rodin, J. (1986). Toward an understanding of risk factors for bulimia. **American Psychologist**, 41(3), 246-263, doi:10.1037/0003-066X.41.3.246
- Stuart, J. 2009. Maladaptive Perfectionism And Disordered Eating In College Women: The Mediating Role Of Self-Compassion, University Of Florida, **A Dissertation**, (Proquest Publication)
- Turgeon M.-E. Senécal, C. 2011, Eating disorders, depression, self-esteem and perfectionism in children, **Pratiques psychologiques** 17, 315-328
- Wilson C.A. 2009. Graduate Students, Negative Perfectionism , Perceived Stress, And Disordered Eating Behaviors **A Dissertation**, (Proquest Publication).
- Zhang B., Cai T., 2012, Moderating Effects Of Self-Efficacy In The Relations Of Perfectionism And Depression, **Studia Psychologica**, 54, 1-15
- Bardone-Cone, A. M., Wonderlich, S. A., Frost, R. O., Bulik, C. M., Mitchell, J. E., Uppala, S., & Simonich, H. (2007). Perfectionism and eating disorders: Current status and future directions. *Clinical Psychology Review*, 27(3), 384-405.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.12.005>

- Boone, L., Soenens, B., Vansteenkiste, M., & Braet, C. (2012). Is there a perfectionist profile underlying bulimic symptoms? *Eating Behaviors*, 13(3), 192–195.
<https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2012.02.003>
- Limburg, K., Watson, H. J., Hagger, M. S., & Egan, S. J. (2017). The relationship between perfectionism and psychopathology: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 73(10), 1301–1326. <https://doi.org/10.1002/jclp.22435>
- Mazzeo, S. E., Landt, S. M., Jones, J. R., Mitchell, K. S., Kendler, K. S., Neale, M. C., & Bulik, C. M. (2006). Associations among depression, disordered eating, and perfectionism in college women: A twin study. *International Journal of Eating Disorders*, 39(2), 142–150. <https://doi.org/10.1002/eat.20226>
- Egan, S. J., Wade, T. D., & Shafran, R. (2012). Perfectionism as a transdiagnostic process: A clinical review. *Clinical Psychology Review*, 32(3), 203–212.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.10.009>
- Flett, G. L., & Hewitt, P. L. (2022). Cognitive behavioral treatment of perfectionism: An overview of approaches and current directions. *Psychopathology*, 55(1), 1–13. <https://doi.org/10.1159/000520136>
- Kivlighan, D. M., Lo Coco, G., & Gullo, S. (2023). Group CBT and positive psychotherapy for maladaptive perfectionism: A randomized controlled trial. *Frontiers in Psychology*, 14, 10395325. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.10395325>
- Grzegorek, J. L., Slaney, R. B., Franze, S., & Rice, K. G. (2004). Self-criticism, dependency, self-esteem, and grade point average satisfaction among clusters of perfectionists and non-perfectionists. *Journal of Counseling Psychology*, 51(2), 192–200. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.51.2.192>
- Shafran, R., Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (2002). Clinical perfectionism: A cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 40(7), 773–791. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(01\)00059-6](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(01)00059-6)
- Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (1991). Perfectionism in the self and social contexts: Conceptualization, assessment, and association with psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60(3), 456–470. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.60.3.456>