



**فعالية العلاج السلوكي الجدلي في تحسين التنظيم
الانفعالي لدى المراهقات وأثره على تخفيف اضطراب
شره الأكل العصبي لديهن**

إعداد

د/ رحاب يحيى أحمد

مدرس الصحة النفسية

كلية التربية – جامعة بنها

فعالية العلاج السلوكي الجدلي في تحسين التنظيم الانفعالي لدى المراهقات وأثره على تخفيف اضطراب شره الأكل العصبي لديهن

إعداد

د / رباب يحيى أحمد

مدرس الصحة النفسية

كلية التربية - جامعة بنها

الملخص

هدف البحث الحالي إلى الكشف عن فعالية العلاج السلوكي الجدلي في تحسين التنظيم الانفعالي لدى المراهقات، والكشف عن أثره في تخفيف اضطراب شره الأكل العصبي لديهن، وتكونت عينة البحث من (١٤) طالبة بالصف الثانى الثانوى بمدرسة بنها الثانوية بنات، وتراوحت أعمارهن بين ١٦-١٧ عام بمتوسط عمرى قدره ١٦,٤، وتم تقسيمهن إلى مجموعتين: مجموعة تجريبية قوامها (٧) طالبات ومجموعة ضابطة قوامها (٧) طالبات، واستخدمت الباحثة مقياس التنظيم الانفعالي ومقياس اضطراب شره الأكل العصبي والبرنامج العلاجي (إعداد الباحثة)، وأشار نتائج البحث إلى وجود فرق دال إحصائياً بين المجموعة التجريبية والضابطة على مقياس التنظيم الانفعالي في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية، ووجود فرق دال إحصائياً في القياس القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية على مقياس التنظيم الانفعالي في اتجاه القياس البعدي، وعدم وجود فرق دال إحصائياً بين القياس البعدي والتتبعي على مقياس التنظيم الانفعالي، كما ظهر أثر البرنامج العلاجي من خلال وجود فرق دال إحصائياً بين المجموعة التجريبية والضابطة على مقياس اضطراب شره الأكل العصبي في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية، ووجود فرق دال إحصائياً في القياس القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية على مقياس اضطراب شره الأكل العصبي في اتجاه القياس البعدي، وعدم وجود فرق دال إحصائياً بين القياس البعدي والتتبعي على مقياس اضطراب شره الأكل العصبي.

الكلمات المفتاحية: العلاج السلوكي الجدلي - التنظيم الانفعالي - شره الأكل العصبي - المراهقات.

The Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy in Improving The Emotional Regulation of Adolescent girls and Its Effect In Reducing Bulimia Nervous Eating Disorder

Abstract

The aim of the current research is to reveal the effectiveness of dialectical behavior therapy in improving the emotional regulation of adolescent girls and to reveal its effect in reducing bulimia nervosa eating disorder. The research sample consisted of (14) female students from the second year of secondary school at Banha Secondary School for girls, and their ages ranged between 16-17 years with an average age of 16.4, and they were divided into two groups: an experimental group consisting of (7) female students and a control group of (7) female students, and the researcher used the emotional regulation scale and the scale of bulimia nervosa eating disorder and the therapeutic program (the researcher's preparation), The results of the research indicated that there is a statistically significant difference between the experimental group and the control group on the emotional regulation scale in the dimensional measurement in favor of the experimental group, the presence of a statistically significant difference in the pre and post measurement of the experimental group on the emotional regulation scale in the direction of the post measurement, and the absence of a statistically significant difference between the post measurement Tracking on the scale of emotional regulation , The effect of the therapeutic program was also demonstrated by the presence of a statistically significant difference between the experimental group and the control group on the scale of bulimia nervosa eating disorder in the dimensional measurement in favor of the experimental group, and the presence of a statistically significant difference in the pre and post measurement of the experimental group on the scale of the nervous eating disorder in the direction of dimensional measurement, and the lack The presence of a statistically significant difference between dimensional and consecutive measurement on the scale of bulimia nervosa eating disorder.

Key words: Dialectical behavior therapy - Emotional regulation - Bulimia nervosa eating disorder - Adolescent girls.

أولاً: مقدمة:

تعد فترة المراهقة من أهم المراحل التي تمر بالإنسان بل وأخطرها حيث ينتقل الإنسان من مرحلة الطفولة إلى مرحلة الشباب والرشد، وتتفرد تلك المرحلة عن غيرها من المراحل بتغيرات جمة سواء على المستوى العقلي أو الاجتماعي أو الانفعالي، مما يعرض المراهق للعيش في كثير من الصراعات سواء كانت صراعات داخلية أو صراعات خارجية.

فمرحلة المراهقة تتميز بالعواصف وخاصة في الجانب الانفعالي حيث أن في هذا الجانب يشهد توترات وصراعات وثورات نتيجة تعرضهم للكثير من الضغوط النفسية والمواقف المختلفة وقد يؤدي ذلك إلى حدوث خلل في التنظيم الانفعالي لديهم، فالمراهق نتيجة تعرضه للعديد من المواقف الضاغطة، فنجد عليه انخفاض الاتزان الانفعالي وانعدام الوعي الانفعالي لديه، وقد يصل به الأمر إلى ضعف القدرة على فهمه لذاته ووعيه بردود أفعال الآخرين.

ويعد التنظيم الانفعالي من المفاهيم الحديثة في مجال علم النفس والصحة النفسية فقد أشار كل من فارمر وكاشدان (Farmer & Kashdan, 2012) وكو وآخرون (Kuo et al., 2016) إلى أن التنظيم الانفعالي هو عبارة عن مجموعة من المهارات الانفعالية والسلوكية التي تساهم في السيطرة على الخبرات والمواقف التي يمر بها الفرد، وهو مجموعة من العمليات المعرفية التي تؤثر في نوع الاستجابة الانفعالية والكيفية التي يعبر بها الأفراد عن انفعالاتهم، وإن ضعف قدرة المراهق على تنظيم انفعالاته من شأنه قد يؤدي إلى تعرضه إلى العديد من المشكلات والاضطرابات النفسية، فضعف القدرة على تنظيم الانفعالات يعني أن المراهق غير قادر على استخدام استراتيجيات فعالة للتكيف مع المتطلبات الانفعالية المطلوبة خلال تفاعله مع الآخرين في المواقف الاجتماعية مما يعرضه لأن يكون عرضه للاضطرابات النفسية.

ومن أهم الاضطرابات التي قد يصاب بها المراهق خلال فترة المراهقة نجدها اضطرابات الأكل ولاسيما اضطراب شره الأكل العصبي، فقد أوضح كل من تلش وآخرون (Telch et al., 2001) و سيلفان وآخرون (Silvan et al., 2008) و لينز وآخرون (Lenz et al., 2014) أن اضطراب الشره العصبي منتشر بشكل كبير في فترة المراهقة حيث يلجئون إلى تناول الطعام بطريقة شره نتيجة اضطراب التنظيم الانفعالي لديهم.

فقد أكد كل من بانكوف وآخرون (Bankoff et al., 2012) و موراي وآخرون (Murray et al., 2015) إلى أن المراهقين الذين لديهم صعوبة في ردود الفعل الانفعالية والحساسية للمثيرات الانفعالية والاستجابات الانفعالية قد يصابوا باضطراب شره الأكل العصبي. حيث بين شين وآخرون (Chen et al., 2016) أن اضطراب الشره العصبي يظهر بعد تجربة انفعالية سلبية شديدة وتظهر بعد التجارب الفاشلة التي قد يتعرض لها المراهق سواء على المستوى العاطفي أو الاجتماعي وتزداد نوبات شره الأكل في هذه الفترة نتيجة ضعف مستويات التنظيم الانفعالي ثم يحدث نوبة من الانفعالات الشديدة تظهر في صورة نوبات من نهم الأكل الشديد كنوع من الهروب من الضغوط.

وفي نفس الإطار أكد كل من عادل عبادي (٢٠١٥)، وحمدي ياسين وآخرون (٢٠١٨) إلى أن الفرد الذي يقع في صراعات داخلية وضغوط خارجية تضعه في حالة نفسية من التوتر وعدم الاستقرار الانفعالي، وهذا ينعكس على سلوكهم ويؤدي أيضاً إلى وجود قصور في وصف المشاعر وقصور القدرة على فهم مشاعر الآخرين وهذا القصور نتيجة وجود صعوبات في التنظيم الانفعالي مما يجعله فريسه لاضطراب شره الأكل.

ولقد استخدمت العديد من العلاجات في تحسين التنظيم الانفعالي و علاج شره الأكل العصبي ومؤخراً ظهر العلاج السلوكي الجدلي، إلا أن العلاج السلوكي الجدلي لم يلق اهتمام في البيئة العربية بالقدر الكافي، فالعلاج السلوكي الجدلي طور من قبل مارشا لينهان Marsh Leinhan والذي كان يستخدم من قبل مع الأفراد الذين يعانون من اضطراب الشخصية الحدية ولكن تم استخدام هذا النوع من العلاج لعلاج الاضطرابات النفسية الأخرى كاضطراب التحدي المعارض والاضطرابات الوجدانية والانفعالية والادمان واضطرابات الأكل.

حيث أشار كل من سافر وآخرون (Safer et al., 2010) وروبينسون وسافر (Robinson & Safer, 2012) ووالاس وآخرون (Wallace et al., 2014) وراهمني وآخرون (Rahmani et al., 2018) إلى أن العلاج السلوكي الجدلي فعال في تحسين التنظيم الانفعالي وإيضاً في تخفيف اضطراب شره الأكل.

فقد أشار كل من والاس وآخرون (Wallace et al., 2014) وشين وآخرون (Chen et al., 2016) أن العلاج السلوكي الجدلي يعمل على تعديل المشاعر والانفعالات المتطرفة وتخفيف السلوكيات الناتجة عن تلك الانفعالات.

ومن هذا المنطلق أوضح كل من موراي وآخرون (Murray et al., 2015) ووراهمني وآخرون (Rahmani, 2018) أن العلاج السلوكي الجدلي يقوم على الإقناع المنطقي والذي يستخدمه المعالج مع المريض لمعرفة أفكاره اللاعقلانية والتي تعمل على تشويه تفكيره والتي تسبب في تفكيره بطريقة سلبية مما يؤدي إلى شعور الفرد بالضيق وتظهر لديه الانفعالات السلبية، ومن هذا يستطيع المعالج إقناع المريض بتغيير تلك الأفكار واستبدالها بأفكار ومعتقدات أكثر عقلانية تسهم في انخفاض أعراض الاضطراب الذي يعاني منه المريض.

ثانياً: مشكلة البحث:

يعتبر انخفاض مستوى التنظيم الانفعالي سبب لاضطراب شره الأكل العصبي حيث توصل دينجماس وآخرون (Dingemans et al., 2017) إلى أن التنظيم الانفعالي لدى مرض شره الأكل العصبي يتسم بالانخفاض وأنه نتيجة ضعف التنظيم الانفعالي لديهم فإنهم يلجأون إلى أكل الطعام بطريقة تتسم بالشراهة والنهم كوسيلة للتغطية على عدم السيطرة على الذات، وأن الاندفاع في هذا السلوك نتيجة عدم القدرة على إدارة الذات نتيجة المرور بخبرات ومواقف غير سارة وإن ردود الأفعال الانفعالية تظهر من خلال سلوك شره الأكل العصبي نتيجة لضعف وعيهم بإنفعالاتهم وعجزهم بمعرفتهم بها أيضاً.

وقد أشارت دراسة كل من شين وآخرين (Chen et al., 2008) وفايدا (Vaida, 2013) وشين وآخرون (Chen et al., 2016) وجراف وآخرون (Grave et al., 2019) إلى أن الفتيات المراهقات هن أكثر عرضة لاضطراب الشره العصبي.

ويعد العلاج السلوكي الجدلي من أهم العلاجات التي استخدمت في تحسين مستوى التنظيم الانفعالي وأيضاً يساعد العلاج السلوكي الجدلي في تخفيف اضطراب شره الأكل العصبي وفقاً لكل من بانكوف وآخرون (Bankoff et al., 2012) ولنز وآخرون (Lenz et al., 2014) وموراي وآخرون (Murray et al., 2015) وأحمد أبو زيد (٢٠١٧).

ونظراً لأن ضعف التنظيم الانفعالي قد يكون سبب لاضطراب شره الأكل العصبي فإنه من المحتمل أن التدخل بالعلاج السلوكي الجدلي قد يعمل على تحسين التنظيم الانفعالي مما يساهم بشكل كبير في تخفيف أعراض اضطراب شره الأكل العصبي، ولما كان اضطراب الشره

العصبي ينتشر بشكل كبير في مرحلة المراهقة وخاصة لدى الإناث فبالناتى سوف يهتم البحث الحالى بدراسته لدى المراهقات وتتضح مشكلة البحث من خلال الإجابة عن التساؤل النالى:

✧ ما فعالية العلاج السلوكى الجدلى فى تحسين التنظيم الانفعالى لدى المراهقات وأثره على

تخفيف اضطراب شره الأكل العصبى لديهن؟

وينبثق من ذلك عدة تساؤلات فرعية:

١- هل يوجد فعالية للبرنامج السلوكى الجدلى فى تحسين التنظيم الانفعالى لدى المراهقات؟

٢- هل يوجد تأثير للبرنامج السلوكى الجدلى بتحسين التنظيم الانفعالى على تخفيف الشره

العصبى لدى المراهقات؟

٣- هل يمتد تأثير البرنامج فى التأثير لما بعد التطبيق بفترة (فترة المتابعة)؟

ثالثاً: أهداف البحث:

يهدف البحث الحالى إلى الكشف عن فعالية العلاج السلوكى الجدلى فى تحسين التنظيم الانفعالى لدى المراهقات والكشف عن أثره فى تخفيف اضطراب شره الأكل العصبى وعن استمرار فعاليته والتعرف عن أهدافه وفتياته باعتباره منحنى علاجى جديد على الساحة النفسية.

رابعاً: أهمية البحث:

تتضح أهمية البحث من الناحية النظرية، حيث فى حدود علم الباحثة لا توجد دراسة عربية تناولت العلاج السلوكى الجدلى فى تحسين التنظيم الانفعالى لدى المراهقات وأثره على تخفيف شره الأكل العصبى لديهن، مما يؤكد على أهمية إجراء مثل هذا البحث ومحاولة إثراء المكتبة العربية السيكولوجية بإطار نظرى حول التنظيم الانفعالى واضطراب شره الأكل العصبى وكذلك العلاج السلوكى الجدلى لقله الابحاث حوله، وتكمن الأهمية التطبيقية للبحث الحالى فى الاستفادة من البرنامج العلاجى لعلاج فئة مهمة من فئات المجتمع وهن الإناث خاصة وهن فى فترة المراهقة لأن هذه الفترة من أكثر الفترات التى يتعرضن للعديد من الضغوط والتغيرات النفسية والانفعالية، ومن ثم فإن التدخل العلاجى باستخدام العلاج السلوكى الجدلى قد يساهم بدوره فى تخفيف شره الأكل العصبى لديهن.

خامساً: مصطلحات البحث**١- التنظيم الانفعالي Emotional regulation**

وهو قدرة الفرد على الانتباه واليقظة بالانفعالات وفهمها بوضوح ووعيه بها، وكذلك القدرة على التحدث حول مشاعره والتعبير عنها بسهولة ووضوح وإظهار المشاعر الإيجابية بطريقة ملائمة، مع مراجعة الفرد لأفكاره ومعتقداته عن طريق إعادة التقييم المعرفي للانفعالات والنظر للمواقف التي يمر بها الفرد بطرق مختلفة تساعده في التفكير بشكل ملائم في المواقف الضاغطة مع القدرة على ضبط الذات أثناء المواقف الضاغطة والتحكم والسيطرة على الذات. وتتحدد إجرائياً: بالدرجة التي تحصل عليها الطالبة على مقياس التنظيم الانفعالي (إعداد الباحثة).

٢- اضطراب شره الأكل العصبي Bulimia nervosa eating disorder

وهو تناول كمية كبيرة من الطعام دون وعي وبسرعة وغالباً ما تكون ذات سعرات حرارية عالية مع صعوبة السيطرة على الشهية، وتناول الطعام حتى في حالة الشبع، وممارسة أساليب التخلص من الطعام باستخدام المليينات أو مدرات البول أو التقيؤ المتعمد أو الامتناع فترة عن تناول الطعام أو ممارسة الرياضة العنيفة بهدف التخلص من السعرات الحرارية التي تم اكتسابها، وكذلك الانشغال الدائم بوزن الجسم وشكل الجسم مقارنة بالآخرين وعدم الرضا عن الوزن والخوف من اكتساب وزن زائد أو الدخول في شريحة السمنة. وتتحدد إجرائياً: بالدرجة التي تحصل عليها الطالبة على مقياس اضطراب شره الأكل (إعداد الباحثة)

٣- العلاج السلوكي الجدلي Dialectical behavior Therapy

هو علاج يساهم في إدارة الذات وإدارة الإنفعالات والخبرات السلبية التي قد يتعرض لها الفرد، ويعمل هذا العلاج على تقبل الفرد للصدمات التي تحدث له ويساهم في التغلب على المشاعر السلبية الناتجة عن تلك الضغوط والصدمات التي يتعرض لها الفرد وتحويل سلوكياته إلى سلوكيات إيجابية، كما أن هذا العلاج يساهم في تحسين القدرة على التواصل مع الآخرين من خلال فهم ردود أفعالهم وفهمها بأكثر من طريقة مما يساعد على اتخاذ سلوكيات مناسبة معهم، كما أن هذا العلاج قائم في فنياته على الجدلية والإقناع المنطقي والتقبل والتغيير واليقظة

العقلية بالإضافة إلى فنيات العلاج السلوكي المعرفي كحل المشكلات، المحاضرة والحوار والمناقشة والواجبات المنزلية بالإضافة إلى التنفيس الانفعالي والتحصين التدريجي.

الإطار النظري:

١- التنظيم الانفعالي Emotional regulation

يعد التنظيم الانفعالي أحد المصطلحات التي لاقى اهتماماً كبيراً من قبل الباحثين النفسيين خاصة في الأونة الأخيرة نظراً لأن التنظيم الانفعالي يحتل أهمية كبيرة في حياة الفرد لارتباطها بصحة الفرد النفسية، ونجد أن لها مكانة خاصة في مرحلة المراهقة وذلك بطبيعة التغيرات الانفعالية التي يمر بها المراهقين وتنظيمها تؤدي إلى الصحة النفسية وانخفاضها وسوء تنظيمها يؤدي إلى الوقوع فريسة للاضطرابات النفسية.

تعريف التنظيم الانفعالي

عرف جروس (Gross, 1998, P.235) التنظيم الانفعالي بأنه هو العمليات التي تؤثر من خلالها في مشاعرنا، وأيضاً القدرة على مواجهة المشاعر السلبية والقدرة على مواجهة الفرد لمشاعره وانفعالاته وتنظيمها بشكل صحيح ويساعده في ذلك وعيه بها وقبولها.

في حين بين كل من جارنفسكي وكرايج (Garnefski & Kraij, 2006) و بيركنج وبيрман (Berking & Wupperman, 2012,P. 28) أن التنظيم الانفعالي هو عدة عمليات داخلية وخارجية يحدث من خلالها إعادة توجيه الاستشارة العاطفية وتعديلها في المواقف الضاغطة مما يحسن من أدائها وكذلك رصد وتقييم وتعديل ومراقبة ردود الفعل الانفعالية وكيفية التعبير عن الانفعالات بشكل ملائم.

وعرف كل من سعيد عبدالحميد (٢٠١٣) وجازايري وآخرون (Jazaieri et al., 2015) التنظيم الانفعالي بأنه هو مدى قدرة الفرد على إدراك واستنتاج ما يدور في عقول الآخرين من أفكار ومشاعر ومعتقدات وانفعالات من خلال القيام بعمليات التصوير العقلي لما يدور في عقول الآخرين لمعرفة الحالات العقلية التي تقف وراءها من خلال الربط بين السلوك والخلفية الفكرية فهو عملية واعية قصدية تتطلب مجهوداً تحدث بدون وعي ويجب تقييمها ضمن سياقات محددة في ضوء الهدف التنظيمي للفرد لتحديد ما إن كانت تكيفية أو غير تكيفية.

وأوضح كل من كو وآخرين (Kuo,et al., 2016) ومصطفى مظلوم (٢٠١٧) أن التنظيم الانفعالي هو عبارة عن مجموعة من المهارات الانفعالية والسلوكية التي تساهم في

السيطرة على الخبرات والمواقف التي يمر بها الفرد، وأن العمليات الداخلية والخارجية للتنظيم الانفعالي المرتبطة بالتفعيل ترتبط بانفعالات معينة ويستطيع الفرد على إدارتها مع مرور الزمن، حيث أنها تؤدي دوراً مهماً في تحديد السلوك وتؤثر على الوظائف السلوكية التي يسلكها الفرد وتضمن مجموعة من العمليات التي تعمل على منع تطوير الاضطرابات السلوكية ذات الصلة بالانفعالات، فهو عملية تعديل وتأثير للفرد في نوع الانفعالات وشدتها واستمرارها والتعبير عنها وكيفية معاشتها ويتضمن التنظيم الانفعالي على إعادة التقييم المعرفي وقمع التعبير الانفعالي.

وفي نفس السياق أشار كل من كوستا وآخرين (Costa et al., 2017) و بوويل (Powell, 2018) ولاغي وآخرين (Laghi, et al., 2018) ولينارذ وآخرون (Lennarz, et al., 2019) إلى أن التنظيم الانفعالي هو مجموعة متكاملة من الانفعالات الإيجابية السارة مع الانفعالات السلبية مع القدرة على الاستجابة بطريقة مقبولة للتجارب العاطفية وفي نفس الوقت تكون تلك الاستجابات مرنة بحيث تسمح بتأخير ردود الأفعال العنيفة للتجارب السيئة التي قد يمر بها الفرد، والقدرة على تحمل الحالات الوجدانية العنيفة والمتطرفة وتنظيمها بشكل مقبول.

وفي ضوء ما سبق يمكن للباحثة تعريف التنظيم الانفعالي بأنه هو قدرة الفرد على الانتباه واليقظة بالانفعالات وفهمها بوضوح وعيه بها، وكذلك القدرة على التحدث حول مشاعره والتعبير عنها بسهولة ووضوح وإظهار المشاعر الإيجابية بطريقة ملائمة مع مراجعة الفرد لأفكاره ومعتقداته عن طريق إعادة التقييم المعرفي للانفعالات والنظر للمواقف التي يمر بها الفرد بطرق مختلفة تساعده في التفكير بشكل ملائم في المواقف الضاغطة مع القدرة على ضبط الذات أثناء المواقف الضاغطة والتحكم والسيطرة على الذات.

مكونات وأبعاد التنظيم الانفعالي:

أ) مكونات التنظيم الانفعالي

أشار كل من جارنيفسكي وكراج (Garnefski & Kraaij, 2006) وكامبوس وآخرين (Campos et al., 2011) إلى أن التنظيم الانفعالي يتكون من: **لوم الذات** - Self-belame: وهي تلك الأفكار التي تسيطر على الفرد وتجعل الذات هي موضع اللوم، وتركيز التفكير **Focuson Thought**: وهي تلك الأفكار التي تركز على التفكير والمشاعر المرتبطة بالحدث السلبي، والقبول **Acceptance**: وهي تلك الأفكار التي تجعل الفرد يستسلم لحدث ما، وإعادة التركيز الإيجابي **Positive refocusing**: وتعني التفكير في الأحداث الإيجابية السابقة

بدلاً من التفكير الحدث الحالي السلبي، وإعادة التركيز على التخطيط **Refocuson**
Planning: وتعني التركيز على الأفكار التي يجب اتخاذها من أجل التغلب على الحدث
السلبي، وإعادة التقسيم الإيجابي **Positive reappraised**: وتعني النظر إلى الحدث السلبي
بشيء من الإيجابية من منظور شخصي، وتقليل التفكير الكارثي **Reducing**
Catastrophizing: وتعني تقليل التفكير في الأفكار التي تحمل خبرات غير سارة أو كارثية.

ب) أبعاد التنظيم الانفعالي

أشار جراتز ورومير (Gratz & Romer, 2004, P.49) أن للتنظيم الانفعالي
أربعة أبعاد رئيسية هي: الوعي الانفعالي **Emotional awareness**: ويتضمن القدرة على
إدراك الانفعال لتوضيح المشاعر دون كبتها، والقبول الانفعالي **Emotional acceptance**:
ويتضح بنقص في الاستجابة الانفعالية السلبية لشعور ما، والمرونة التنظيمية **Regulatorg**
Flexibility: وتتضمن المعالجة واستخدام استراتيجيات التنظيم الانفعالي بمرونة، والتسامح
الانفعالي **Emotional Tolerance**: ويتضمن التسامح ومنع السلوكيات المندفعة السيئة.

خصائص الأفراد ذوي صعوبات التنظيم الانفعالي

أوضح جراتز ورومير (Gratz & Romer, 2004) وراهمني وآخرون (Rahmani, 2018)
أن الأفراد ذوي صعوبات في التنظيم الانفعالي لا يستطيعون تقبل الانفعالات،
ولا يستطيعون تحديد الانفعالات السلبية ولديهم بعض المشكلات السلوكية مثل فقدان القدرة في
التحكم السلوكيات الاندفاعية كالغضب والعدوانية وعدم القدرة على ضبط والسيطرة على الاندفاعات
مما يؤدي إلى إصابتهم ببعض المشكلات السلوكية أو إصابتهم بعض الاضطرابات النفسية.

في حين وجد كل من جارنفسكي وكرايج و (Garnefski & Kraij, 2006) وصلاح
الدين عراقي (٢٠١٤) ووالاس وآخرون (Wallace et al., 2014) إلى أن سبب صعوبات
التنظيم الانفعالي للأفراد هو ارتفاع القلق لديهم مما يؤدي إلى التجنب الانفعالي لأنه يتضمن
تقييمات للأفكار السلبية والمشاعر غير المرغوبة وعدم الرغبة في معايشة تلك الأحداث
الخاصة وبذل الجهد للسيطرة عليها أو الهروب منها فالأفراد ذوي صعوبات التنظيم الانفعالي
يعجزون عن إدراك وفهم وقبول انفعالاتهم، ويعجزون عن الاندماج في السلوكيات الموجهة الهادفة
عند مرورهم بالانفعالات السلبية ويعجزون عن تعديل كثافة الاستجابة الانفعالية.

وترى الباحثة أن الأفراد الذين لديهم انخفاض في التنظيم الانفعالي لديهم وعي انفعالي ضعيف ولديهم رؤية ضبابية بخصوص مشاعرهم تجاه الآخرين ولا يستطيعون تقييم مشاعر الآخرين بدقة كما أنهم أفكارهم قد تكون لا عقلانية مما يؤدي إلى أن تكون ردود أفعالهم سلبية تجاه المواقف التي يتعرضون لها ولا يستطيعون التحكم بذواتهم ولا بسلوكياتهم مما يجعلهم في صراع مع الآخرين نظراً لعدم قدرتهم على فهم ذواتهم أو التعامل مع الآخرين بشكل جيد، مما يؤدي في النهاية إلى وقوعهم فريسة سهلة للأمراض والاضطرابات النفسية.

النظريات المفسرة للتنظيم الانفعالي

فسرت النظرية الفلسفية الانفعال وذلك عندما تحدث أفلاطون Aflaton عن الانفعالات ووضع لها مكاناً ما بين الروح والجسد، في حين رأى أرسطو Arstow أن الانفعالات تنشأ من خلال الأحداث التي نعيشها، ومن خلال وجهة نظرنا تجاهه، أما العالم داروين Darwin فرأى أن الانفعالات يمكن أن تؤدي إلى التكيف الذي يضمن بقاء الجنس البشري، في حين رأى ماكدوجال MacDogal إلى أن الانفعال يحدث كملحقات للعمليات الأساسية للحياة وينشأ من خلا إدراكنا لبيئتنا ومن خلال التغيرات الجسمية المختلفة (طلعت أحمد، ٢٠١١)، بينما أشارت نظرية التحليل النفسي لفرويد: أن مشاعر القلق تشمل الانفعالات السلبية وتنتج عند تجاهل التعبير عن الدوافع الشهوانية، وأن القلق ينشأ عند تراكم مطالب الأنا وفي نفس الوقت لا يستطيع إشباعها مما يتولد عنه زيادة في مستويات القلق وحدثت كبت للدوافع، ويتخذ تنظيم القلق شكل بتر الدوافع التي تسبب القلق في المستقبل، وأن التنظيم القلق يلعب دوراً هاماً من خلال مساعدة الفرد في السيطرة على شعوره بالقلق وذلك عبر استخدام آليات الدفاع النفسي وعمليات التنظيم، والتي يمكن توظيفها من قبل الفرد من أجل مساعدته في إصلاح خبراته الانفعالية السلبية (سعيد عبد الحميد، ٢٠١٣).

بينما أوضحت نظرية ماير و سولوفي (Mayer&Solovey 1997,P. 11) أن التنظيم الانفعالي يتضمن قدرات فرعية هي: القدرة على الحفاظ على كل من المشاعر الإيجابية وكذلك السلبية، والقدرة على التمييز بين الانفعالات في علاقة الشخص بالآخرين، والقدرة على تعديل الانفعالات السلبية والشعور بالسعادة، بينما أوضحت النظرية المعرفية لجروس (Gross,1988) أن التنظيم الانفعالي يشمل عمليات التنظيم والتي تتكون من اختيار الموقف وتعديل الموقف وتحويل الانتباه وصرف الانتباه والتركيز والتأمل، ويشمل أيضاً التغيير المعرفي

وعلى الطرف الآخر يوجد تعديل الاستجابة وإعادة التقييم المعرفية وقمع التعبير الانفعالي وأن تنفيذ التنظيم الانفعالي يتم من خلال نقاط رئيسية تتم من خلال عملية توليد الانفعال وتتمثل في اختيار الموقف وتغيير الموقف وتوزيع الانتباه والتغيير المعرفي وأشار جولمان (Goleman, 1998, P.108)، في نظريته حول التنظيم الانفعالي إلى أهمية العلاقة بين الانفعال والتفكير والتفاعل في المواقف المختلفة وذلك من خلال الذكاء الوجداني، والذي يشير إلى قدرة الفرد على التعرف على مشاعره ومشاعر الآخرين وذلك من أجل إدارة الانفعالات بشكل فعال داخل أنفسنا وفي علاقتنا مع الآخرين وأن إدارة الانفعالات تأتي ضمن المكونات الأساسية للذكاء الوجداني والسيطرة على المشاعر والانفعالات بما يتلاءم مع مهارات الفرد واتجاهاته التي تعزز قدرته على التحكم في المواقف وتنظيمها بشكل جيد.

٢- اضطراب شره الأكل العصبي:

يعد تناول الطعام من الحاجات الأساسية التي يجب أن تشبع، وبدون الطعام لا يستطيع الإنسان الاستمرار في الحياة، لأن الطعام هو الذي يمد الإنسان بالاحتياجات اللازمة كي تقوم أجهزته الحيوية بالعمل بشكل مناسب، ولكن ماذا لو زاد الأمر عن الحد وتناول الإنسان كميات كبيرة من الطعام ليس في حاجة إليها؟، حينها يتحول الإنسان إلى مريض بالشره العصبي أو اضطراب الإفراط في تناول الطعام وهي أحد اضطرابات الأكل وفيما يلي سوف يتم تناول اضطراب شره الأكل العصبي بشيء من التفصيل.

تعريف شره الأكل العصبي

أشار أحمد عكاشة (١٩٩٨، ص ٥٠٣) ولنيدزاي وبول (٢٠٠٠، ص ٦٣٧) أن اضطراب شره الأكل العصبي هو زملة تتسم بنوبات متكررة من الإفراط في تناول الأكل بما يزيد عن حاجة الفرد، يليه قيء أو استخدام المليينات مع الاهتمام الشديد بشكل ووزن الجسم، ويعد الخوف من زيادة الوزن واضطراب صورة الجسم من الأمور المحورية لهذا الاضطراب، وقد يؤدي القيء المتكرر إلى مضاعفات جسمية، ويكثر هذا الاضطراب في المراهقة أو الرشد

وعرف روبينسون وسافر (Robinson & Safer, 2012) والاس وآخرون

(Wallace et al., 2014) اضطراب شره الأكل العصبي بأنه نوبات متكررة من النهيم في تناول الطعام على غير المعتاد والاشترار في حفلات الطعام مع الشعور بفقدان السيطرة على الذات أثناء تناول الطعام، ومرتبطة ببعض السلوكيات التعويضية كالقيء عقب تناول الطعام، أو

ممارسة التمارين الرياضية العنيفة المجهدة، وأن تلك النوبات لا تؤدي بالضرورة إلى السمنة أو زيادة الوزن وذلك نظراً لوجود سلوكيات التخلص من الطعام.

وفى نفس الإطار رأى كل من موشكياش ومكماهان (Mushqua&Mcmahan, 2015) وساثيابريجا وآخرون (Sathyaprigya et al., 2018) و ليناردون وآخرون (Linardon et al., 2019) أن الشره العصبي هو تناول الطعام بطريقة قهرية ومتواصلة لكميات كبيرة من الطعام دون الإحساس بطعم الطعام الذي يتناوله الفرد ويتم بطريقة اندفاعية وتناول الطعام بأكبر من حاجة الفرد وفى وقت قصير دون القدرة على التوقف أو السيطرة على الذات أثناء تناول الطعام، وقد يلجأ الفرد إلى القيء المتعمد ثم يعاود تناول الطعام مرة أخرى، وأن هذا الفعل يكون قهري لا شعوري تعويضي، ويصاحب ذلك الشعور بالذنب والقلق والخوف من زيادة الوزن مما يؤدي إلى لجوء الفرد إلى تناول المليينات والتقيؤ المتعمد وذلك للتخلص من الكميات الزائدة من الطعام والقيام بممارسة الرياضة لحرق السعرات الحرارية الزائدة الناتجة من تناول كميات كبيرة من الطعام.

وتعرف الباحثة اضطراب شره الأكل العصبي بأنه تناول كمية كبيرة من الطعام دون وعي وبسرعة وغالباً ما تكون ذات سعرات حرارية عالية مع صعوبة السيطرة على الشهية وتناول الطعام حتى في حالة الشبع مع ممارسة أساليب التخلص من الطعام باستخدام المليينات أو مدرات البول أو التقيؤ المتعمد أو الامتناع فترة عن تناول الطعام أو ممارسة الرياضة العنيفة بهدف التخلص من السعرات الحرارية التي تم اكتسابها وكذلك الانشغال الدائم بوزن الجسم وشكل الجسم مقارنة بالآخرين وعدم الرضا عن الوزن والخوف من اكتساب وزن زائد أو الدخول في شريحة السمنة.

أنماط شره الأكل العصبي

يوجد نمطان لشره الأكل العصبي الأول النمط المصحوب بسلوكيات التخلص من الطعام، وأهم ما يميز هذا النمط أنه أثناء أو خلال نوبات الشره العصبي يقوم الفرد بالتقيؤ المتعمد أو يقوم باستخدام المليينات أو الأدوية المدره للبول أو استخدام الحقن الشرجية مع الاحتفاظ بالوزن دون زيادة، والنمط الآخر هو النمط الغير مصحوب بالتخلص من الطعام، وأهم ما يميز هذا النمط أنه أثناء أو خلال نوبات الشره العصبي يلجأ الفرد إلى استخدام سلوكيات تعويضية تتمثل في الامتناع عن الطعام لفترات معينة كالصيام، أو اتباع نظام الحماية الغذائية،

أو الأداء الإجباري للتمرينات الرياضية العنيفة ونجد أنه في هذا النمط لا يقوم الفرد بأي من سلوكيات التخلص من الطعام كالتقيؤ أو استخدام المليينات أو الأدوية المدرة للبول (APA, 2000: 450) و (مجدي الدسوقي، ٢٠٠٧، ص١٨٢).

خصائص الأفراد ذوي اضطراب شره الأكل العصبي

أشار كل من لنز وآخرين (Lenz et al., 2014) و راهمني وآخرون (Rahmani et al., 2018) إلى أن الأفراد ذوي اضطراب الشره العصبي أقل وعياً وإدراكاً لمشاعرهم وأحاسيسهم الداخلية ولديهم ارتفاع في كبت المشاعر والعدائية الخفية.

وأكد كل من محمد حسن غانم (٢٠٠٩) وشين وآخرون (Chen et al., 2016) وليناردون وآخرون (Linardon et al., 2019) أن الأفراد ذوي اضطراب الشره العصبي يفتقدون إلى مهارة التعامل مع انفعالاتهم ومشاعرهم وخاصة الانفعالات والمشاعر السلبية، كما أنهم محرمون من الحب ومن العلاقات السوية مع الآخرين، فالأفراد ذوي اضطراب شره الأكل العصبي يتناولون الطعام بشراهة شديدة وذلك نتيجة تجارب انفعالية سلبية شديدة أو بعد التجارب غير الموفقة سواء على المستوى المهني أو على المستوى الأكاديمي أو على المستوى العاطفي، ويزداد معدل فترات الأكل في هذا التوقيت وتكرر عمليات التخلص من تلك الانفعالات عن طريق نوبات الأكل الشديدة وذلك هروباً من الضغوط التي يشعرون بها.

ورأى كل من شميدت وآخرون (Schmidet et al., 1993) وسلفانا وآخرين (Silvana et al., 2010) وروبسون وسافر (Robinson & Safer 2012) وسلوى المرى (٢٠١٥) أن الأفراد ذوي اضطراب الشره العصبي يميلون إلى تناول الطعام بشراهة نتيجة حوادث حياتية صادمة أو لإنهيار في العلاقات العاطفية، وأن كثير من المراهقات يرون أن سبب انهيار علاقتهم العاطفية أنهن غير جاذبات، وأن لديهن اضطراب في صورة الجسم، فالفتيات المراهقات ذوات الشره العصبي هم ذوات تقدير ذات منخفض وأن تقدير الذات المنخفض هذا ناتج من نقد الذات الدائم بشكل سلبي ويلقون اللوم على الذات في كل شيء، مع وجود الاعتقاد الراسخ والمتأصل بالفشل والعجز والكسل والقبح، مما يزداد لديهن حدة شره الأكل العصبي لديهن، بل ويعتقدون أن الأكل قد يزيد من الراحة النفسية ويساعدهن في التخلص من المشاعر السلبية.

وفى نفس الإطار أشار كل من مجدي الدسوقي (٢٠٠٧، ص ١٥٧) وشين وآخرين (Chen et al., 2008) ومحمد حسن غانم (٢٠٠٩) ولنز وآخرين (Lenz et al., 2014)

أن المراهقات ذوات اضطراب الشره العصبي أكثر عرضه للإحساس بالجوع الشديد، وأكثر عرضه للاشتراك في إلحاق الأذى المتعمد بالذات، وأكثر عرضه للإساءة في استخدام المليات ومدرات البول، وأكثر عرضه للزيادة في الوزن وإساءة استخدام لأقراص التخسيس، ويتسمن بالأكل الزائد عن الحد والتناول بسرعة وشرهة، فقد تلجأ إلى تناول كمية من الطعام في أقل وقت ممكن دون تذوق أو استماع كنوع من التعويض عن علاقاتهم الفاشلة مع الآخرين، وتلجأ إلى عديد من الأساليب للحد من استفاة أجهزة الجسم مما تم تناوله من كميات كبيرة من الطعام كالتقيؤ الإجباري أو ممارسة الرياضة العنيفة أو تناول المليات وأن بعضهن قد تشعرن بفقدان الاستقلالية وافتقاد الآخر، فتلجأ إلى سلوك شره الأكل كتعويض لهذا الاحتياج في صورة رمزية ألا وهي التهام كميات كبيرة من الطعام وكأن المحبوب الذي افتقدته في الواقع سوف يتم تعويضه بتناول الطعام بغض النظر عن النتائج السلبية التي ترتب على ذلك.

وترى الباحثة أن نتيجة الخبرات السلبية التي تتعرض لها المراهقات ذوات اضطراب شره الأكل العصبي يكونن أقل ثقة بذواتهن ويكونن قلقن بشأن وزنهن وقد نراهن مهوسات بوزن أنفسهن باستمرار، وعليه عند انخراطهن في تناول كميات كبيرة من الطعام نراهن قد يلجئن إلى التقيؤ المتعمد خلف كل وجبة، وذلك حتى لا يزدادن في الوزن ونلاحظ خوفهن المستمر من الوقوع في السمنة، ولذلك نجدهن تقومن بسلوكيات التخلص من الطعام بطريقة قهرية.

أسباب شره الأكل العصبي

يمكن إجمال أسباب اضطراب شره الأكل العصبي في أسباب بيولوجية وفسولوجية وأسباب نفسية اجتماعية؛ فبخصوص الأسباب بيولوجية وفسولوجية أشار كل من هيل وجرانج (Hail & Grange, 2018) ومجدي الدسوقي (٢٠٠٧، ص ٦٩-٧٠) إلى أن شره الطعام العصبي قد يرجع إلى وجود خلل في منطقة الهيبوتلاموس وهذه المنطقة هي المسئولة عن مراكز الشبع في المخ، وعند حدوث خلل في هذه المنطقة قد يؤدي إلى إصابة الفرد بالإفراط في تناول كميات كبيرة من الطعام، فذوات اضطراب الشره العصبي لديهن نقص في نشاط هرمون السيروتونين وأن هذا الهرمون هو المسئول الرئيسي في تنظيم سلوك الأكل، أما هرمون السيروتونين هو الوسيط العصبي للمخ والذي من خلاله يلعب دوراً محورياً في تنظيم الحالة المزاجية وينظم تناول كميات الطعام، وأن حدوث اضطراب لهذا الهرمون بالنقص يؤدي إلى اتجاه الفرد إلى تناول كمية كبيرة من الطعام حتى يساهم في تنظيم الحالة المزاجية للفرد، أما

بخصوص الأساليب النفسية والانفعالية فقد أشارت زينب شقير (١٩٩٩) إلى أن الأفراد ذوي اضطرابات شره الأكل لديهم ارتفاع في معدل القلق والاكتئاب .

في حين أشار كل من شميدت وآخرين (Schmidht et al., 1993) وماشالبوفارد (Mashalpourfard, 2018) إلى أن سبب الشره العصبي قد يكون ناتج من تعرض الفرد إلى حوادث حياتية مفاجئة أو انهيار في العلاقات، وقد يرجع هؤلاء الأفراد وخاصة النساء سبب هذه الانهيارات إلى شعورهن بأنهن غير جذابات وأنهن يفتقدون إلى المظهر الملائم، ولذلك قد يدخلن في نوبات من الاكتئاب، وهذا ما أكدته كل من ليفينسون وآخرين (Levinson et al., 2017) وساثيابريجا وآخرون (Sathyaprigya et al., 2018) أن الاكتئاب يؤدي إلى جعل الفرد غير عابئ بمظهره الخارجي غير مكترث بوزنه ويلجأ إلى نوبات تناول الطعام بشراهة نتيجة الاندفاعية وفقدان التحكم بالذات، وأن الاندفاع القهري يجعل الفرد عاجز عن تحديد الملكية التي يستهلكها الفرد أثناء تناول الطعام.

وترى الباحثة أنه من الممكن أن يكون سبب اضطراب شره الأكل العصبي نفسي وفسولوجي في ذات الوقت أي وجود خلل في مراكز الإشباع في المخ وفي نفس الوقت قد يكون تعرض لبعض الأزمات النفسية مما يجعله فريسة سهلة لاضطراب شره الأكل العصبي.

النظريات المفسرة لاضطراب شره الأكل العصبي

توجد عدة نظريات فسرت اضطراب الشره العصبي وفيما يلي عرض لأهم النظريات التي تناولت تفسير اضطراب الشره العصبي، حيث فسرت نظرية التحليل النفسي فرط الشهية وشره الأكل بأنه محاولة لإشباع حاجات لم يتم إشباعها، وهي غالباً ما تكون حاجات جنسية، وأن المريض باضطراب الشره العصبي يعاني من اضطرابات ناتجة من عدم الإشباع في المرحلة الفمية وهي مراحل التطور النفس جنس وفيها ينشغل الطفل بمتطلباته الفمية، وإذا لم يجد إشباع لحاجاته فتنقل إلى مرحلة البلوغ، ويلجأ إلى تناول الطعام لعله يجد فيها الإشباع البديل (عبدالمنعم حفني، ١٩٩٥، ص ٣٠٠)، بينما افترض ستيك (Stice, 2001) في النموذج ثنائي المسار إلى دمج ثقافة النحافة لدى النساء والمراهقات من خلال الإلحاح على فكرة الرشاقة عبر وسائل الإعلام مما يؤدي إلى عدم الرضا عن شكل الجسم، وإن الضغوط المتواصلة للوصول إلى النحافة تقود في النهاية إلى عدم الرضا عن شكل الجسم وعدم الرضا عن النظام الغذائي، وبالتالي يفشل الفرد في المحافظة على هذا النظام ويحدث فشل في ضبط الوزن مما يؤدي

إلى التأثير السلبي على الوجدان مما يزيد من مخاطر الشره العصبي، والجوع إلى تناول الطعام للهروب من الضغوط النفسية والانفعالات النفسية السلبية

وافترض كומר (Comer, 1996, P. 217) فى النظرية المعرفية إلى أن ذوي اضطرابات الأكل لديهم معتقدات معرفية سلبية تتعلق بالذات وتتعلق بالوزن والشكل وهذه المعتقدات من قبيل : أنا بلا فائدة، أنا فاشل، أنا كسول، وهكذا، بينما فسر جونسون وكورنورس (Johnson & Cornors, 1989) اضطراب شره الأكل من خلال النموذج البيولوجي النفسي اجتماعي، حيث يشير هذا النموذج إلى أن بعض النساء قد يكون لديهن استعدادات بيولوجية للاضطرابات الوجدانية ويزداد عدم الاستقرار الوجداني من خلال البيئات الأسرية المتصارعة أو غير المنتظمة وتساهم هذه العوامل في انخفاض تقدير الذات وصعوبة تنظيم الذات ووجود ضغوط ثقافية اجتماعية لبلوغ النخافة فبالتالي يتبنى المصاب بالشره العصبي نظاماً غذائياً لزيادة تقدير الذات، كما يعتقد أن حفلات الأكل يحدث كرد فعل لمشكلة بيولوجية نفسية لأنه يخدم عدداً من الوظائف التكيفية (مثل تخفيف الضغوط أو كطريقة للتنفيس عن المشاعر العدوانية) (فى:حسين فايد، ٢٠٠٥، ص ١٨٢)

وترى الباحثة أن النظريات المفسره لاضطراب شره الأكل العصبى ركزوا على الجوانب الانفعاليه والوجدانيه وان اضطرابات الانفعاليه وسوء تنظيمها قد يكون سبب لجوع الفرد لاتخاذ الاكل مصدرًا للشباع النفسى والوجدانى.

٣- العلاج السلوكي الجدلي Dialectical behavior Therapy

يعتبر العلاج السلوكي الجدلي هو الموجه الثالثة من العلاج السلوكي المعرفي وطور بمعرفة عالمة مارشا لينهان والتي قامت باستخدامه لعلاج الأفراد المصابين باضطراب الشخصية الحدية وقد أثبت فعاليته بشده في خفض أعراضه، مما شجع الباحثين على استخدام هذا العلاج لعلاج الاضطرابات النفسية الأخرى كاضطراب المزاج والإدمان، واضطرابات الأكل والاضطرابات الوجدانية والإضطراب الوجداني ثنائي القطب.

فلسفة العلاج الجدلي السلوكي

حيث أشار روبينسون وآخرون (Robinson et al., 2018) ودي كو وآخرون (Del Cou et al., 2019) أن العلاج السلوكي الجدلي هو علاج أكثر فعالية من العلاج السلوكي المعرفي لأنه يتميز بوجود الجدلية والإقناع، وفي هنا العلاج يبذل المرضى والمعالجون قصارى

جهودهم لتحقيق التوازن بين التقبل و التغيير، وأن مفهوم الجدلية في العلاج السلوكي الجدلي هي إدراك الفرد أن هناك أكثر من حقيقة واحدة، وتوليف هذه الحقيقة يؤدي إلى التغيير المستمر ويعمل المعالج على استبدال التفكير الجامد إلى تفكير أكثر مرونة وإيجابية مما يساهم في حل الصراعات التي قد يواجهها الفرد نتيجة تفكيره الجامد.

وعليه فقد أكد كل من مارشا لينهان (Leinhan, 1993) وأندروود وآخرون (Androdo et al., 2014) وفاسبيندر وآخرون (Fassbinder et al., 2016) أن الفلسفة الأساسية التي يقوم عليها العلاج السلوكي هي التقبل والتغيير من خلال تغيير الأفكار والمشاعر والسلوكيات الغير مرغوبة إلى أفكار وسلوكيات مرغوبة وأيضاً قبول ما يحدث حول الفرد من ضغوط والتعامل مع الأحداث كما هي والتي قد تكون سبباً في شعور الفرد بالتوتر ومحاولة التعايش مع الواقع وقبوله حتى لا يقع الفرد فريسة للتوتر والقلق وللضغوط، فالتقبل هو فهم الذات وإدراك السلوكيات التي يقوم بها الفرد وتقييمها كما هي سواء أكانت إيجابية أو سلبية والتغيير هي استبدال السلوكيات الضارة التي كان الفرد يقوم بها وتحويلها إلى سلوكيات إيجابية ويساعد العلاج السلوكي الجدلي الأفراد في مراقبة الأحاسيس والسلوكيات وتقييمها وتقييم ردود أفعال الآخرين أيضاً بأكثر من طريقة ومحاولة فهم ردود أفعال الآخرين وتقييمها بأكثر من جهة وأن الركيزة الأساسية في العلاج السلوكي الجدلي هي القبول والتغيير.

وقد أشار كل من ريزفي وآخرون (Riziv et al., 2013) و شين وآخرون (Chen et al., 2016) أن العلاج السلوكي الجدلي هو علاج نفسي مصمم من أجل مساعدة الأفراد في تغيير نمط سلوكياتهم الخاطئة كإذاء الذات أو تناول المخدرات أو تناول الطعام بشراهة أو التفكير في الانتحار أو الاندفاع، ويهدف هذا العلاج في مساعدة الأشخاص على زيادة الضبط من الناحية العاطفية.

وتعرف الباحثة أن العلاج السلوكي الجدلي بأنه علاج يساهم في إدارة الذات وإدارة العواطف والخبرات السلبية التي قد يتعرض لها الفرد، ويعمل هذا العلاج على تقبل الفرد للصددمات والتي تحدث له، ويساهم في التغلب على المشاعر السلبية الناتجة عن تلك الضغوط التي يتعرض لها الفرد نتيجة تلك الصدمات وتحويل سلوكياته إلى سلوكيات إيجابية، كما أن هذا العلاج يساهم في تحسين القدرة على التواصل مع الآخرين من خلال فهم ردود أفعالهم وفهمها بأكثر من طريقة وأن هذا العلاج قائم في مبادئه على الجدلية والإقناع والتقبل والتغيير واليقظة العقلية بالإضافة إلى فنيات العلاج السلوكي المعرفي.

طرق العلاج السلوكي الجدلي

وفقا للينهان (Linehan, 1993) يشمل العلاج السلوكي الجدلي على جلسات العلاج الفردي والعلاج الجماعي والاستشارات الهاتفية ففي جلسات العلاج الفردي يتم فيها حل مشكلات الفرد وتحفيزه على الاستمرار في العلاج ويعاون المعالج المريض على التخلص من السلوكيات الغير مقبولة ويكسبه القدرة على حل مشكلاته الشخصية، أما جلسات العلاج الجماعي تتم بشكل جماعي ومشاركة أفراد المجموعة العلاجية التدريبات والأنشطة العلاجية التي يقدمها المعالج والتدريب على المهارات وتبادل الخبرات ومناقشة المشكلات بشكل جماعي بين أفراد المجموعة العلاجية وهي موفرة في الجهد والوقت وتساهم بشكل كبير في مساعدة الأفراد على التعامل مع الآخرين والترابط الاجتماعي وتنمية المسواه والثقة بالذات، أما الاستشارات الهاتفية ؛ فهي أحد الوسائل التي تكون فقط بين المعالج والمريض وتحدث عندما يحتاج المريض للمعالج في غير أوقات جلسات العلاج الرسمية والتي يستخدمها المعالج مع المريض لعلاج مشكلات المريض الوقتية والتي تتطلب تدخل المعالج بشكل سريع دون انتظار الجلسة التالية.

مهارات العلاج السلوكي الجدلي

اتفق كل من لينهان (Linhan, 1993) وفيدريك وآخريين (Federici et al., 2012) وشين وآخريين (Chen et al., 2016) والعلاج السلوكي الجدلي يقوم على عدة مهارات منها اليقظة العقلية ومهارة التعامل مع الآخر والحفاظ على العلاقة والتنظيم الانفعالي، حيث أن مهارة اليقظة العقلية تساهم في مساعدة المريض على التأمل والانفتاح على المشاعر والأفكار، وتسمح للفرد برؤية جديدة لخبراته التي مر بها، وتتطلب تلك المهارة استخدام التوازن في التعامل مع الخبرات السلبية ومعايشتها بدلاً من احتجازها والانفتاح على الخبرات العقلية دون إصدار أحكام سلبية وذلك وفقاً لخطوات محددة تتمثل في مراقبة الأفكار والمشاعر السلبية والسيطرة عليها وعدم إطلاق أحكام سلبية تدين الذات، أما مهارة التعامل مع الضغوط تركز على التعامل مع الصراعات والمشكلات التي يواجهها الفرد مستخدماً استراتيجيات حل المشكلات، وتحقيق علاقات جيدة مع الآخرين وتحقيق أقصى أهداف ممكنة وتقبل مصادر الضغوط والألم والحياة، أما مهارة الحفاظ على العلاقة وهي مهارة تكاملية مع مهارة التعامل مع الضغوط

وتساهم تلك المهارة في الحفاظ على العلاقات مع الآخرين باستخدام التواصل الجيد من خلال استخدام التعبيرات الملائمة والتواصل بالعين وتجنب نقد الآخرين والتعامل بلطف مع الآخرين والحفاظ على الود أثناء التعامل، أما مهارة تنظيم الانفعال فتعني السيطرة على الانفعالات والعواطف والسيطرة على الانفعالات حيال المواقف الضاغطة المختلفة وتعزيز الانفعالات الإيجابية والابتعاد عن الاندفاعية وزيادة الوعي الانفعالي.

وترى الباحثة أن تلك المهارات المستخدمة في العلاج السلوكي الجدلي تساعد في علاج الاضطرابات النفسية نظراً لتعمق هذا العلاج في السيطرة على الأفكار والمشاعر السلبية وتحويلها إلى أكثر إيجابية والعمل على التعامل مع الضغوط والحفاظ مع العلاقة مع الآخر والتنظيم الفعال مما يجعل هذا العلاج هام في علاج الاضطرابات النفسية بأشكالها المختلفة.

أهداف العلاج السلوكي الجدلي

ووفقاً للينهان فقد حددت أهداف العلاج السلوكي الجدلي في النقاط التالية:

- أ) تعزيز قدرات المريض لاكتساب مهارات سلوكية صحيحة والحد من ارتكاب أنماط سلوكية خطره.
- ب) تحديد الصراعات التي تواجه الفرد.
- ج) الاهتمام على تحسين قدرة الفرد للتحكم في سلوكه.
- د) الاهتمام باكتساب الفرد القدرة على مقاومة الألم الانفعالي.
- هـ) الاهتمام باكتساب الفرد القدرة لمعرفة انفعالاته ووعيه بها "التنظيم الانفعالي (Rahmani et al., 2018) (Wallace et al., 2014).

مراحل العلاج السلوكي الجدلي:

تشير لينهان و ويلكس (Linehan & Wilks, 2015: 100) إلى أن العلاج السلوكي الجدلي يعد نموذج هرمياً يتكون من أربع مراحل الأولى هي مرحلة البدء وتسمى هذه المرحلة بالتعهد والالتزام وفيها يتعهد المريض بالالتزام بقواعد العلاج والتعهد بالمشاركة الفعالة في الجلسات العلاجية للبرنامج، والثانية هي مرحلة الانتقال وهي المرحلة التي يستخدمها المعالج للتعريف بالنقاط الرئيسية والخطوط العريضة والفنيات التي سوف يستخدمها مع المريض وكذلك للتعريف بالبرنامج العلاجي وخطواته ومنهجية العلاج، والثالثة مرحلة البناء وفي هذه المرحلة يتم اكساب المريض العديد من المهارات واستخدام أساليب متعددة بهدف التحسين أو التحفيف أو

التخفيض من حدة بعض الأعراض وتعتبر هذه المرحلة هي جسم العلاج السلوكي الجدلي وتعمل هذه المرحلة على الحد من مشكلات الحياة وتقليل السلوكيات الضارة التي قد يسكها المريض، والرابعة هي مرحلة الانتهاء وتعني اكتمال الفهم والإدراك وتحقيق فعالية البرنامج.

استراتيجيات العلاج السلوكي الجدلي

أتفق كل من روبينسون وآخرين (Robinson et al., 2018) وهارفي وآخرين (Harvey et al., 2019) على أن العلاج السلوكي الجدلي يتميز عن غيره من أساليب العلاج الأخرى بمدى عمقه وتنقسم الاستراتيجيات إلى استراتيجيات أساسية واستراتيجيات متخصصة وذلك أن الاستراتيجيات الأساسية وتسمى بإدخال المتناقضات Entering the paradox وفيها يستخدم المعالج الأشياء المتناقضة ويعرضها على المريض ويظهر الفعل وعكسه كالأبيض والأسود وفي هذه النقطة يكون المرضى مدركين للتضاربات أو المتناقضات حتى يتم صنع تحولات جدلية في الأفكار والمشاعر والسلوكيات ثم يقوم المعالج باستخدام الإقناع بأن يتراوح ردود أفعاله بين الأبيض والأسود أي يكون رد فعل المريض ما بين الواقع الفعلي والواقع الذي يتمناه وهكذا أي يكون في المنتصف حتى يستطيع الفرد التكيف في علاقته مع الآخرين، أما الاستراتيجية المتخصصة فنجد بها استراتيجية التحكم في المثيرات عن طريق الاسترخاء واستراتيجية التعبير عن المشكلات من خلال التنفيس الانفعالي واستراتيجية تنشيط العقل "اليقظة العقلية" أو رؤية الموقف أو المشكلة من وجهات نظر حكيمة متعلقة من خلال تنشيط العقل الحكيم واستحضار الحالة المفقودة للعقل واستراتيجية تغيير الشكل المعرفي من خلال قلب الدور أي وضع تصور معين وعرضها من وجهة نظر الآخر والقيام بالتعبير من خلال وجهات النظر البديلة وتبادل الأدوار وتساهم في تحمل ضغوط الحياة اليومية وتفهم أوضاع وردود أفعال الآخرين

بحوث ودراسات سابقة

أ) بحوث ودراسات تناولت العلاج السلوكي الجدلي في تحسين التنظيم الانفعالي

١-دراسة جاميليان وآخرين (Jamilian et al.,2014)

وهدفت تلك الدراسة الى معرفه فعالية العلاج السلوكي الجدلي في تحسين التنظيم الانفعالي وتخفيف الضغوط والغضب والسلوكيات الاندفاعية، وتكونت العينة من ٦١ مراهق، وتم تقسيمهم الى مجموعتين مجموعة تجريبية ومجموعة ضابطة، واستخدم الباحثون مقياس التنظيم الانفعالي وبرنامج

العلاج السلوكي الجدلي من إعدادهم، أما مقياس الضغوط لسيمون وجاهر (Simon & Gahar, 2005) ومقياس السلوكيات الاندفاعية لموركي وآخرون (Morker et al., 2008)، وأشارت النتائج إلى أن العلاج السلوكي الجدلي كان فعال في تحسين التنظيم الانفعالي و تخفيف حده السلوكيات الاندفاعية والغضب والضغوط من خلال فنيات العلاج السلوكي الجدلي مستخدما فنية الاقتناع المنطقي والحوار الجدلي والتعرض التدريجي وكانت النتيجة لصالح المجموعة التجريبية

٣-دراسة فاسبيندر وآخرين (Fassbinder et al., 2016)

هدفت تلك الدراسة إلى فحص مدى فعالية العلاج السلوكي الجدلي في تحسين التنظيم الانفعالي وخاصة لدى الافراد الذين تعرضوا لخبرات صادمة تكونت عينة الدراسة من عدد من الفتيات، وتم استخدام مقياس صعوبات التنظيم الانفعالي والبرنامج العلاجي من إعداد الباحثين، وأشارت النتائج إلى أن فعالية البرنامج العلاجي حيث أبدوا أفراد العينة تقدم ملحوظ في مستويات التنظيم الانفعالي مما يدل على أن برنامج العلاج السلوكي الجدلي فعال.

٣-دراسة أحمد أبو زيد (٢٠١٧)

هدفت تلك الدراسة إلى التعرف على فعالية التدريب على اليقظة الفعلية كمدخل سلوكي جدلي في خفض صعوبات التنظيم الانفعالي لدى الطالبات ذوات اضطراب الشخصية الحدية وأثره على خفض أعراض هذا الاضطراب، تكونت العينة من ١٥ طالبة وتم توزيعهن على مجموعة تجريبية قوامها ٨ طالبات ومجموعة ضابطة قوامها ٧ طالبات وتم استخدام مقياس اليقظة العقلية لـ (Beer et al., 2006) ومقياس صعوبات التنظيم الانفعالي (Gratz & Roemer, 2004) ومقياس اضطراب الشخصية الحدية لـ (Bohus et al., 2009) أما البرنامج كان من إعداد الباحث، وأشارت النتائج إلى فعالية البرنامج التدريبي في تحسين مهارات اليقظة العقلية وخفض صعوبات التنظيم الانفعالي وكذلك انخفاض أعراض اضطراب الشخصية الحدية.

٤-دراسة هارفي وآخرين (Harvey et al., 2019)

هدفت تلك الدراسة إلى تحسين مستوى التنظيم الانفعالي لدى الأفراد المضطربين وخاصة من ذوي اضطراب الشخصية الجدية باستخدام العلاج السلوكي الجدلي تكونت العينة من ٨ مراهقات ممن تعاني من أمراض اضطراب الشخصية الحدية كميل للانتحار وإيذاء الذات

واضطراباً في الهوية واستخدام الباحثين مقياس موهير وآخرون (Moher, 2015) لقياس اضطراب الشخصية الحدية أما البرنامج ومقياس قياس التنظيم الانفعالي كان من إعداد الباحثين أشارت النتائج إلى مدى فعالية البرنامج العلاجي المستخدم في خفض أعراض اضطراب الشخصية الحدية وكان فعال في تحسين مستوى التنظيم الانفعالي لديهن.

ب) بحوث ودراسات تناولت العلاج السلوكي الجدلي وعلاجات أخرى في تخفيف حدة الشره العصبي

١- دراسة زينب شقير (١٩٩٩)

هدفت تلك الدراسة إلى التعرف على فعالية العلاج المعرفي السلوكي في تعديل بعض الجوانب السلوكية والمعرفية والمزاجية غير الصحية لدى حالات من طالبات الجامعة ذوات الشره العصبي للطعام، وتكونت عينة الدراسة من ١٠ حالات من ذوات الشره العصبي (عينة تجريبية) و ١٠ حالات (عينة ضابطة) واستخدمت الباحثة اختبار الاتجاه نحو الأكل اعداد مارشال ١٩٩٩، ومقياس شره الطعام إعداد زينب شقير وصافيناز شلبي ١٩٩٩، ومقياس صورة الجسم إعداد الباحثة، ومقياس بك، ومقياس القلق لوستلو وكومري، وأشارت نتائج الدراسة إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين التجريبية والضابطة بعد تطبيق البرنامج على المجموعة التجريبية في متغيرات الدراسة لصالح المجموعة التجريبية، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية بين التطبيق القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية على جميع متغيرات الدراسة لصالح التطبيق البعدي، وارتفاع نسبة التحسن في جميع المتغيرات النفسية لدى المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج مما يوضح التأثير الفعال للبرنامج العلاجي.

٢- دراسة شين وآخريين (Chen et al., 2008)

هدفت تلك الدراسة إلى فحص مدى تأثير العلاج الجدلي السلوكي لذوات اضطراب الأكل بشكليه النهم أو الشره العصبي وفقدان الشهية العصبي وفحص أيضاً مدى تأثير هذا العلاج على اضطراب الشخصية الحدية وذلك عن طريق المقابلات، وتكونت عينة الدراسة من ٢٠ امرأة ممن تتراوح أعمارهن بين ١٨-٦٠ عاماً، وتكونت أدوات الدراسة من مقياس تشخيص اضطرابات الأكل واضطرابات الشخصية الحدية والبرنامج العلاجي من إعداد الباحثين، وأشارت النتائج إلى فعالية العلاج السلوكي الجدلي في التخفيف من حدة اضطرابات الأكل واضطراب الشخصية الحدية، حيث كان هناك فرق بين التطبيق القبلي والتطبيق البعدي لصالح التطبيق البعدي.

٣- دراسة لنز وآخرين (Lenz et al., 2014)

هدفت تلك الدراسة إلى دراسة فعالية العلاج السلوكي الجدلي في علاج نوبات اضطرابات الأكل وأعراض الاكتئاب المصاحبة له بين الأفراد ذوي اضطرابات الأكل، تم تشخيص عينة الدراسة طبقاً لـ DSMIV وكان عمر العينة ١٨ عاماً وكانت من الفتيات وتم تصميم استخدام العينة الواحدة باستخدام قبلي وبعدي، وأشارت نتائج هذه الدراسة إلى فعالية هذا العلاج في علاج اضطرابات الأكل ولكنه لم يكن فعال بدرجة كافية لعلاج الأعراض الاكتئابية.

٤- دراسة ماشكواش ومكمهان (Mushquash & McMahan, 2015)

هدفت تلك الدراسة إلى فحص مدى فعالية العلاج السلوكي الجدلي في خفض حدة اضطراب شره الأكل لدى المرضى الذين يسعون للحصول على جسم مثالي ويرغبون في التحكم في الوزن، تكونت عينة الدراسة من ٢٠ مريضة ممن لديهم اضطراب شره الأكل ممن يتراوح أعمارهن من ١٨-٣٥ عاماً تكونت أدوات الدراسة من مقياس اضطراب شره الأكل والبرنامج العلاجي من إعداد الباحثان، وأشارت النتائج إلى مدى فعالية البرنامج العلاجي في تخفيف حدة اضطراب شره الأكل وأنه لا يوجد فرق بين القياس البعدي والتتبعي.

٥- دراسة شين وآخرين (Chen et al., 2016)

هدفت تلك الدراسة إلى فحص مدى فعالية كل من العلاج المعرفي السلوكي والعلاج السلوكي الجدلي في تخفيف حدة اضطراب شره الأكل، وتكونت عينة الدراسة من ١٠٩ مراهقة من ذوات اضطراب شرها الأكل تم تشخيصهن وفقاً لـ DSM-5، وأشارت النتائج إلى أن العلاج السلوكي الجدلي أعطى نتائج أفضل بكثير من العلاج المعرفي السلوكي، حتى بعد المتابعة كانت لصالح العلاج السلوكي الجدلي عن العلاج المعرفي السلوكي في تخفيف أعراض اضطراب الشره العصبي حيث أن فنيات العلاج السلوكي الجدلي أثرت بشكل كبير على أفراد العينة والمتمثلة في الحوار الجدلي والاقناع المنطقي ومهارات اليقظة العقلية.

ج) دراسات وبحوث تناولت العلاج الجدلي السلوكي في تحسين التنظيم الانفعالي وأثره على**تخفيف اضطرابات شره الأكل****١-دراسة سافر وآخرين (Safer et al., 2010)**

هدفت تلك الدراسة إلى فحص مدى فعالية العلاج السلوكي الجدلي لتحسين التنظيم الانفعالي لدى ذوي اضطراب شره الأكل وعن طريق تحسين التنظيم الانفعالي وتخفيف أعراض شره

الأكل مقابل العلاج الجماعي النشط، تكونت عينة الدراسة من ١٠١ فرد ممن شخصوا باضطراب شره الأكل، وتم تقسيم العينة إلى مجموعتين مجموعة تلقت العلاج السلوكي الجدلي ومجموعة أخرى تلقت العلاج الجماعي النشط، أشارت النتائج إلى أن العلاج السلوكي الجدلي كان أقوى في التأثير من العلاج الجماعي النشط وقد تم تقليل أعراض اضطراب الشره العصبي من خلال تحسين مهارات تنظيم الانفعال في ٢٠ جلسة وتم التركيز مهارات على اليقظة العقلية والتقبل والتغيير.

٣-دراسة بانكوف وآخرين (Bankoff et al., 2012)

هدفت تلك الدراسة إلى فحص فعالية العلاج السلوكي الجدلي في تحسين التنظيم الانفعالي وتخفيف أعراض الشره العصبي، تكونت عينة الدراسة من ١٣ طالب من طلاب الجامعة، وتكونت أدوات الدراسة من مقياس اضطراب الأكل لأن وآخرون (ANN et al., 2009) أما البرنامج العلاج كان من إعداد الباحثين، أشارت النتائج إلى أن العلاج السلوكي الجدلي فعال ومؤثر في تقليل سلوكيات الهضم والإسراف في الأكل وكذلك فعال في تنظيم الانفعالات لدى مضطربي الأكل مما يؤدي إلى تحسين سلوكيات الأكل.

٣-دراسة روبينسون وسافر (Robinson & Safer, 2012)

هدفت تلك الدراسة إلى تبيين العوامل المؤثرة على العلاج السلوكي الجدلي لتنظيم الانفعال ولعلاج اضطراب شره الأكل، تكونت عينة الدراسة من ١٢١ من الراشدين بواقع ٨٥% من النساء و١٥% من الرجال وتم تطبيق ٢٠ جلسة عليهم، وتكونت أدوات الدراسة من مقياس اضطراب شره الأكل والبرنامج العلاجي من إعداد الباحثان، وأشارت النتائج إلى أن الوزن الزائد من العوامل المؤثرة في تأثير العلاج السلوكي الجدلي، فذوي الوزن الزائد كانوا أقل استجابة من أصحاب الوزن الأقل من ذوي اضطراب الشره العصبي وتكونت جلسات العلاج من ٢٠ جلسة، جلستان منهم تمهيدية توضح منهج العلاج و ١٦ جلسة يتم تعليم مهارات التنظيم الانفعالي عبر نماذج اليقظة العقلية وتحمل الضغوط وجلستان ختاميتان وكان في نهاية كل جلسة واجب منزلي.

٤-دراسة والاس وآخرين (Wallace et al., 2014)

هدفت تلك الدراسة إلى بحث التغيير في التنظيم الانفعالي وتحسنه أثناء العلاج السلوكي الجدلي وأثره في خفض حدة الشره العصبي، وتكونت عينة الدراسة من ٦٠ رجل وامرأة مصابون باضطراب الشره العصبي وفقاً لتشخيص الدليل الإحصائي ومقياس التنظيم الانفعالي إعداد الباحثين، أشارت نتائج الدراسة إلى أن العلاج السلوكي الجدلي كان فعال في تحسين صعوبات

التنظيم الانفعالي لدى مضطربي الشره العصبي وأن هذا العلاج استمر فاعليته لبعد فترة المتابعة وكانت ٤ شهور.

٥-دراسة موراي وآخرين (Murray et al., 2014)

هدفت تلك الدراسة إلى دمج العلاج الأسري مع العلاج الجدلي السلوكي وتحسين مستويات التنظيم الانفعالي لذوي اضطراب الشره العصبي بين المراهقين، تكونت عينة الدراسة من ٣٥ مراهقة بمتوسط عمري قدره ٧ و ١٥ عاماً، وتكونت أدوات الدراسة من مقياس اضطرابات الأكل إعداد (Fairburn & Beglin, 1994) ومقياس التنظيم الانفعالي لـ (Grat & Roemer, 2004)، وأشارت النتائج إلى مدى فعالية دمج العلاج الأسري مع العلاج السلوكي الجدلي في تقليل سلوكيات الشره العصبي وأثر ذلك على مستويات التنظيم الانفعالي وتحسنها وزيادة مهارات التحكم في الذات، كما تم التحقق من استمرارية هذه الفعالية إلى بعد المتابعة وأن الوالدان يساهمان في مساعدة أبناءهم المراهقين من عدم الانتكاسة مرة أخرى.

٦-دراسة راهمني وآخرين (Rahmani et al., 2018)

هدفت تلك الدراسة إلى فحص مدى تأثير العلاج السلوكي الجدلي في تنظيم الانفعال لدى مضطربوا الشره العصبي وتخفيف حدة سلوكيات شره الأكل وخاصة ممن يعانون من زيادة في الوزن، تكونت عينة الدراسة من ٦٠ من السيدات ممن شخصوا باضطراب شره الأكل ممن تتراوح أعمارهن بين ١٩-٥٢ عاماً، وتكونت أدوات الدراسة من مقياس اضطراب شره الأكل والبرنامج العلاجي وكان من إعداد الباحثين، وأشارت نتائج الدراسة إلى التأثير الفعال للعلاج السلوكي الجدلي في تنظيم الانفعال لدى مضطربات شره الأكل وأثره في تخفيف حدة سلوكيات شره الأكل لديهن.

تعقيب على البحوث والدراسات السابقة

بعد استعراض البحوث والدراسات السابقة التي تناولت العلاج السلوكي الجدلي في تحسين التنظيم الانفعالي وتخفيف حدة اضطراب شره الأكل العصبي خلصت الباحثة إلى ما يلي:
لاحظت الباحثة من خلال عرضها للبحوث والدراسات السابقة أنها هدفت إلى معرفة مدى فعالية العلاج السلوكي الجدلي في تحسين التنظيم الانفعالي ولاحظت الباحثة من خلال عرضها للبحوث والدراسات السابقة أنها هدفت إلى معرفة فعالية العلاج السلوكي الجدلي في تخفيف اضطراب شره الأكل العصبي، وأفاد ذلك الباحثة في تحديد هدف البحث من خلال

الكشف عن فعالية العلاج السلوكي في تحسين التنظيم الانفعالي لدى عينة من المراهقات وأثره في تخفيف حدة اضطراب شره الأكل العصبي لديهن، وتناولت معظم الدراسات عينة المراهقين حيث أن هذه المرحلة من أهم المراحل التي يمر بها الإنسان وأشارت معظم الدراسات إلى أن المراهقات أعلى من الذكور في اضطراب شره الأكل العصبي ولهذا اختارت الباحثة عينة المراهقات نظراً لأن الفتيات في مرحلة المراهقة يتعرضن للعديد من التغيرات النفسية والاجتماعية والعقلية والانفعالية وتجعلن في حالة عدم اتزان نفسي وأنهن بأكثر عرضة للأمراض النفسية وسوء التنظيم الانفعالي ويقعن فريسة لاضطراب شره الأكل حيث يستخدمن شره الأكل كنوع من التعويض العاطفي، واستخدمت معظم الدراسات السابقة مقاييس متنوعة لقياس التنظيم الانفعالي واضطراب شره الأكل العصبي وكان البرنامج العلاجي السلوكي الجدلي أداة رئيسية في تحسين التنظيم الانفعالي وتخفيف اضطراب شره الأكل العصبي وقد استفادة الباحثة في بناء أدوات الدراسة والمتمثلة في مقياس التنظيم الانفعالي ومقياس اضطراب شره الأكل العصبي وبرنامج العلاج السلوكي الجدلي للمراهقات، ومن خلال عرض البحوث والدراسات السابقة أظهرت النتائج فعالية العلاج السلوكي الجدلي في تحسين التنظيم الانفعالي، وفعالية العلاج السلوكي الجدلي في تخفيف اضطراب شره الأكل العصبي، تأثير تحسين التنظيم الانفعالي على تخفيف اضطراب شره الأكل العصبي باستخدام العلاج السلوكي الجدلي، استطاعت الباحثة من الاستفادة من نتائج تلك البحوث والدراسات في وضع فروض البحث الحالي ومقارنة نتائج البحث الحالي بالنتائج التي توصلت إليها هذه البحوث والدراسات السابقة.

سادساً: فروض البحث

- ١- يوجد فرق دال إحصائياً بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية، ورتب درجات المجموعة الضابطة على مقياس التنظيم الانفعالي في القياس البعدي، وذلك لصالح المجموعة التجريبية.
- ٢- يوجد فرق دال إحصائياً بين متوسطي درجات القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية على مقياس التنظيم الانفعالي، وذلك لصالح القياس البعدي.
- ٣- لا يوجد فرق دال إحصائياً بين متوسطي رتب درجات القياسين البعدي والتتبعي (بعد مضي شهران كمتابعة) للمجموعة التجريبية على مقياس التنظيم الانفعالي.

- ٤- يوجد فرق دال إحصائياً بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس اضطراب شره الأكل العصبي في القياس البعدي، وذلك في اتجاه المجموعة التجريبية.
- ٥- يوجد فرق دال إحصائياً بين متوسطي رتب درجات القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية على مقياس اضطراب شره الأكل العصبي في اتجاه القياس البعدي.
- ٦- لا يوجد فرق دال إحصائياً بين متوسطي رتب درجات القياسين البعدي والتتبعي (بعد مضي شهران كمتابعة) للمجموعة التجريبية على مقياس شره الأكل العصبي.

سابعاً: إجراءات البحث ومنهجية:

١- منهج البحث:

المنهج المستخدم في هذا البحث هو المنهج التجريبي وذلك من خلال التصميم التجريبي المكون من المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة.

٢- عينة البحث:

عينة البحث الأساسية تكونت من ١٤ طالبة تراوحت أعمارهن بين ١٦-١٧ عاماً بمتوسط ١٦,٤ عام، تم توزيعهن على مجموعتين، مجموعة تجريبية تكونت من ٧ طالبات ومجموعة ضابطة تكونت من ٧ طالبات، وتم سحب العينة من عينة أكبر تكونت من ١٢٠ ممن يدرسن بمدرسة الثانوية بنات بمدينة بنها بمحافظة القليوبية.

٣- أدوات البحث:

استخدم في البحث الحالي الأدوات التالية:

- ١- مقياس التنظيم الانفعالي (إعداد الباحثة)
- ٢- مقياس الشره العصبي (إعداد الباحثة)
- ٣- برنامج العلاج السلوكي الجدلي (إعداد الباحثة)

الأداة الأولى: مقياس التنظيم الانفعالي (إعداد الباحثة)

قامت الباحثة بإعداد المقياس من خلال الإطلاع على العديد من الدراسات والبحوث العربية والأجنبية وذلك للاستفادة منها في بناء المقياس وتحديد عباراته وأبعاده كدراسة جراتز ورومير (Gratz & Roemer, 2004) و والاس وآخرون (Wallace et al., 2014) ومصطفى مظلوم (٢٠١٧) وهارفي وآخرون (Harvey et al., 2019).

أبعاد المقياس:

- تم تحديد أبعاد مقياس التنظيم الانفعالي في أربعة أبعاد هي:
- ١- **البعد الأول: الوعي الانفعالي:** ويعني قدرة الفرد على الانتباه واليقظة بالانفعالات وفهمها والشعور بمشاعره بدقة ووضوح تجاه الآخرين وتجاه ذاته.
 - ٢- **البعد الثاني: التعبير الانفعالي:** ويعني قدرة الفرد على التحدث حول مشاعره وانفعالاته دون خجل والتعبير عنها بكل سهولة ووضوح وإظهار المشاعر الإيجابية والتنفيس عن الانفعالات بطريقة ملائمة.
 - ٣- **البعد الثالث: إعادة التقييم المعرفي للانفعالات:** وتعني قدرة الفرد على مراجعة الفرد لأفكاره ومعتقداته ومحاولة تغيير طريقة تفكيره والنظر إلى المواقف بطرق مختلفة والتفكير بطريقة ملائمة في المواقف الضاغطة.
 - ٤- **البعد الرابع: الضبط الانفعالي:** هو قدرة الفرد على ضبط الانفعالات وضبط النفس أثناء المواقف الضاغطة والتحكم في الانفعالات السلبية والسيطرة عليها.
- تم إعداد المقياس في الصورة الأولية لمقياس التنظيم الانفعالي في (٣١) عبارة موزعة على أربعة أبعاد، يتضمن البعد الأول (٨) عبارات والبعد الثاني (٧) عبارات والبعد الثالث (٨) عبارات والبعد الرابع (٨) عبارات.

الخصائص السيكومترية للمقياس**صدق المقياس**

لحساب صدق المقياس تم استخدام الصدق الظاهري وصدق المحكمين وصدق المقارنة الطرفية

- ١- **الصدق الظاهري:** قامت الباحثة بتطبيق المقياس على عينة التقنين وعددهن (٤٠) طالبة من مدرسة الثانوية بنات ببنها واتضح أن التعليمات الخاصة بالمقياس مناسبة وتتسم بالوضوح والفهم.
- ٢- **صدق المحكمين:** تم عرض الصورة الأولية للمقياس على ستة محكمين من أساتذة الصحة النفسية للحكم على المقياس من حيث وضوح العبارات وسلامة الصياغة ومدى انتماء كل عبارة للبعد الخاص بها واتضح بعد تحكيم السادة المحكمين على اتفاقهم على بعض العبارات واتفاقهم على تعديل البعض الآخر أو حذفه وبناء على

نسبة الاتفاق بين المحكمين تم الابقاء على (٢٦) عبارة والتي حصلت على نسبة اتفاق أكثر من ٨٥% وتم حذف (٥) عبارات لكونها مكررة بصورة أو بأخرى.

ثبات المقياس

تم حساب معامل ثبات مقياس التنظيم الانفعالي بطريقتين هما طريقة إعادة التطبيق والأخرى طريقة ألفا كرونباخ

- ١- ثبات المقياس بطريقة إعادة التطبيق: تم تطبيق المقياس على عينة التقنين والبالغ عددهن ٤٠ طالبة بمدرسة الثانوية بنات ببناها، ثم أعيد تطبيق المقياس على نفس العينة بعامل زمني وقدره (١٥) يوماً، وتم استخدام معامل الارتباط بيرسون بين نتائج التطبيق الأول والثاني وكان معامل الارتباط = ٠,٨٥٨ وهو دال إحصائياً عند مستوى دلالة (٠,٠١) مما يدل على أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الثبات.
- ٢- طريقة ألفا كرونباخ: بلغ معامل الثبات للمقياس ٠,٧٠٦ مما يدل على أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الثبات.

الاتساق الداخلي

قامت الباحثة بحساب الاتساق الداخلي لمقياس التنظيم الانفعالي بحساب معامل الارتباط بين درجة كل مفردة من مفردات المقياس والدرجة الكلية له، وكذلك بطريقة الاتساق الداخلي لأبعاد المقياس وكان ذلك كالتالي:

أ) الاتساق الداخلي بين درجة كل مفردة من مفردات المقياس والدرجة الكلية له جدول (١) معاملات الارتباط بين درجة كل مفردة من مفردات مقياس التنظيم الانفعالي والدرجة الكلية له

معامل الارتباط	رقم المفردة		معامل الارتباط	رقم المفردة	
**٠,٨٨١	١٣	بعد إعادة التقييم المعرفي للالنفعالات	**٠,٧٢٨		بعد الوعي الانفعالي
**٠,٥٣٣	١٤		**٠,٨٣٧		
**٠,٧٩١	١٥		**٠,٥١١		
**٠,٩١٨	١٦		**٠,٦٩٨		
**٠,٨١٤	١٧		**٠,٧٢٢		
**٠,٦٦٨	١٨		**٠,٦٢١		
**٠,٦٦١	١٩				
**٠,٦٢١	٢٠	بعد الضبط الانفعالي	**٠,٦٨٢		بعد التعبير الانفعالي
**٠,٧٦٢	٢١		**٠,٧٩٤		
**٠,٦٣٢	٢٢		**٠,٦٥٩		
**٠,٦٤١	٢٣		**٠,٧٥٢		
**٠,٨١٥	٢٤		**٠,٥٦٤		

**٠,٧٩٨	٢٥	**٠,٧٠٩		
**٠,٨٦٤	٢٦			

* مفردات دالة عند مستوى ٠,٠٥ . ** مفردات دالة عند مستوى ٠,٠١

يتضح من جدول (١) أن جميع معاملات ارتباط درجة كل مفردة من مفردات مقياس التنظيم الانفعالي دالة إحصائياً مما يدل على تمتع المقياس بدرجة عالية من الاتساق الداخلي.

(ب) صدق أبعاد المقياس بطريقة الاتساق الداخلي

قامت الباحثة بحساب معاملات الارتباط بين درجة كل بعد من أبعاد مقياس التنظيم

الانفعالي والدرجة الكلية له وذلك فيما يلي:

جدول (٢) دلالة معاملات ارتباط أبعاد مقياس التنظيم الانفعالي بالدرجة الكلية له

الأبعاد	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
١- الوعي الانفعالي	٠,٦٦٨	٠,٠١
٢- التعبير الانفعالي	٠,٧١٩	٠,٠١
٣- إعادة التقييم المعرفي للانفعالات	٠,٨٠٤	٠,٠١
٤- الضبط الانفعالي	٠,٦٢٧	٠,٠١

يتضح من جدول (٢) أن جميع أبعاد مقياس التنظيم الانفعالي مرتبطة ارتباط ذات

دلالة إحصائية بالدرجة السفلية له مما يدل على تمتع المقياس باتساق داخلي مرتفع.

وبعد التحقق من الخصائص السيكومترية للمقياس التنظيم الانفعالي تبين أن المقياس

في صورته النهائية يتمتع بمعاملات صدق وثبات واتساق داخلي مرتفع وفي النهاية أصبح

المقياس كالتالي:

- البعد الأول: الوعي الانفعالي (٦) عبارات وأرقامه كالتالي ١، ٥، ٩، ١٣، ١٧، ٢١.
- البعد الثاني: التعبير الانفعالي (٦) عبارات وأرقامه كالتالي ٢، ٦، ١٠، ١٤، ١٨، ٢٢.
- البعد الثالث: إعادة التقييم المعرفي للانفعالات (٧) عبارات وأرقامه كالتالي ٣، ٧، ١١، ١٥، ١٩، ٢٣، ٢٥.
- البعد الرابع: الضبط الانفعالي (٧) عبارات وأرقامه كالتالي ٤، ٨، ١٢، ١٦، ٢٢، ٢٤، ٢٦.

تصحيح مقياس التنظيم الانفعالي

تم تصحيح المقياس بحيث تأخذ دائماً الدرجة (٣) وأحياناً الدرجة (٢) وأبداً الدرجة (١) حيث أن أعلى درجة للمقياس هي ٧٨ وأدنى درجة هي ٢٦ والمتوسطة ٥٢ والعبارات العكسية هي ١٦، ١٨، ٢٥ والحدود الفاصلة لمقياس التنظيم الانفعالي هي ٢٦-٤٣ منخفض، ٤٤-٦٠ متوسط، ٦١-٧٨ مرتفع.

الأداة الثانية: مقياس الشره العصبي (إعداد الباحثة)

قامت الباحثة بإعداد المقياس من خلال الإطلاع على العديد من الدراسات والبحوث العربية والأجنبية وذلك للاستفادة منها في بناء المقياس وتحديد عباراته وأبعاده كدراسة وزينب شقير (١٩٩٩) و شين وآخرون (Chen et al., 2008) و مجدي الدسوقي (٢٠٠٧) و محمد النوبي (٢٠١٠) وراهمني وآخرون (Rahmani et al., 2018)

أبعاد المقياس:

تم تحديد أبعاد مقياس الشره العصبي في ثلاث أبعاد هي:

- **البعد الأول: سلوك الشراهة في الأكل:** ويعني الميل إلى تناول كمية كبيرة سعرات حرارية عالية مع صعوبة السيطرة على الشهية وتناول الطعام حتى في حالة الشبع.
- **البعد الثاني: ممارسة أساليب التخلص من الطعام:** وتتمثل في استخدام المليينات أو الأدوات المدرة للبول أو التقيؤ المتعمد أو الامتناع فترة عن الطعام أو اللجوء إلى الرياضة العنيفة بهدف التخلص من السعرات الحرارية التي تم اكتسابها أثناء نوبة الشره العصبي.
- **البعد الثالث: عدم الرضا عن شكل الجسم:** وتعني الانشغال الزائد بشكل الجسم مقارنة بالآخرين وعدم الرضا عن الوزن والخوف من اكتساب وزن زائد أو الدخول في شريحة السمنة. تم إعداد الصورة الأولية لمقياس الشره العصبي في (٢٨) عبارة موزعة على ثلاث أبعاد، يتضمن البعد الأول (١٠) عبارات والبعد الثاني على (٧) عبارات والبعد الثالث (٩) عبارات.

الخصائص السيكومترية للمقياس

صدق المقياس

لحساب صدق المقياس تم استخدام الصدق الظاهري وصدق المحكمين:

- ١- **الصدق الظاهري:** قامت الباحثة بتطبيق المقياس على عينة التقنين وعددهن ٤٠ طالبة من طالبات المدرسة الثانوية بنات بينها واتضح أن التعليمات الخاصة بالمقياس مناسبة وتتسم بالوضوح والفهم.

٢- صدق المحكمين: تم عرض الصورة الأولية للمقياس على ست محكمين من أساتذة الصحة النفسية للحكم على المقياس من حيث وضوح العبارات وسلامة الصياغة ومدى انتماء كل عبارة للبعد الخاص بها واتضح بعد تحكيم السادة المحكمين على اتفاقهم على بعض العبارات واتفاقهم على تعديل البعض الآخر أو حذفه وبناء على نسبة الاتفاق بين المحكمين تم الإبقاء على ٢٢ عبارة والتي حصلت على نسبة اتفاق أكثر من ٨٥% وتم حذف ٦ عبارات لكونها مكررة بصورة أو بأخرى.

ثبات المقياس:

تم حساب معامل ثبات مقياس الشره العصبي بطريقتين هما طريقة إعادة التطبيق والأخرى طريقة ألفاكرونباخ:

١- طريقة ثبات المقياس بطريقة إعادة التطبيق: تم تطبيق المقياس على أفراد عينة التقنين والبالغ عددهن ٤٠ طالبة من طالبات المدرسة الثانوية بنات بينها، ثم أعيد تطبيق المقياس مرة أخرى على نفس العينة بفواصل زمني وقدره (١٥) يوماً، وتم استخدام معامل الارتباط بيرسون بين نتائج التطبيق الأول والثاني وكان معامل الارتباط = (٠,٨٢٣) وهو دال إحصائياً عند مستوى دلالة ٠,٠١ مما يدل على أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الثبات.

٢- طريقة ألفاكرونباخ: بلغ معامل الثبات المقياس على ٧٨% مما يدل على أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الثبات.

الاتساق الداخلي

قامت الباحثة بحساب الاتساق الداخلي للمقياس بحساب معامل الارتباط بين درجة كل مفردة من مفردات المقياس والدرجة الكلية له، وكذلك بطريقة الاتساق الداخلي لأبعاد المقياس وكان ذلك كالتالي:

أ) الاتساق الداخلي بين درجة كل مفردة من مفردات المقياس والدرجة الكلية له
جدول (٣) معاملات الارتباط بين درجة كل مفردة من مفردات مقياس اضطراب شره الأكل العصبي والدرجة الكلية له

رقم المفردة	معامل الارتباط	رقم المفردة	معامل الارتباط	رقم المفردة	معامل الارتباط
١٦	*٠,٥٢٣	٩	**٠,٨١٦	١٦	*٠,٧٨٢
١٧	**٠,٦٩٨	١٠	**٠,٩٠٤	١٧	**٠,٨٢٤
١٨	**٠,٧٦٢	١١	**٠,٧٩١	١٨	**٠,٨٩٢
١٩	**٠,٧٧٣	١٢	**٠,٨٣٤	١٩	**٠,٧٩٣
٢٠	**٠,٨١٤	١٣	**٠,٨٦٩	٢٠	**٠,٥٤٢
٢١	**٠,٨٦٢	١٤	**٠,٧٧٢	٢١	**٠,٨٢١
٢٢	**٠,٨٢٩	١٥	*٠,٥٣١	٢٢	**٠,٧٤٨
					*٠,٥٦٣

* مفردات دالة عند مستوى ٠,٠١

* مفردات دالة عند مستوى ٠,٠٥

يتضح من جدول (٣) أن جميع معاملات ارتباط درجة كل مفردة من مفردات مقياس اضطراب شره الأكل العصبي بالدرجة الكلية له دالة إحصائية وهذا يدل على تمتع المقياس بدرجة عالية من الاتساق الداخلي.

ب) صدق أبعاد المقياس بطريقة الاتساق الداخلي

قامت الباحثة بحساب معاملات ارتباط بين درجة كل بعد من أبعاد مقياس اضطراب شره الأكل العصبي والدرجة الكلية له وذلك فيما يلي:

جدول (٤) دلالة معاملات ارتباط أبعاد مقياس اضطراب شره الأكل العصبي بالدرجة الكلية له

الأبعاد	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
▪ سلوك الشراهة في الأكل	٠,٨١٧	٠,٠١
▪ ممارسة أساليب التخلص من الطعام	٠,٧٨٦	٠,٠١
▪ عدم الرضا عن شكل الجسم	٠,٨٦٣	٠,٠١

يتضح من جدول (٤) أن جميع أبعاد مقياس الشره العصبي مرتبطة ارتباط ذات دلالة إحصائية بالدرجة الكلية له مما يدل على تمتع المقياس باتساق داخلي مرتفع وبعد التحقق من الخصائص السيكومترية لمقياس اضطراب شره الأكل العصبي تبين أن المقياس في صورته النهائية يتمتع بمعاملات صدق وثبات واتساق داخلي مرتفع.

وفي النهاية أصبح المقياس كالتالي:

- **البعد الأول:** سلوك الشراهة في الأكل (٨) عبارات وأرقامه كالتالي ١، ٤، ٧، ١٠، ١٣، ١٦، ١٩، ٢٢.
- **البعد الثاني:** ممارسة أساليب التخلص من الطعام (٨) عبارات وأرقامه كالتالي ٢، ٥، ٨، ١١، ١٤، ١٧، ٢٠.
- **البعد الثالث:** عدم الرضا عن شكل الجسم (٨) عبارات وأرقامه كالتالي ٣، ٦، ٩، ١٢، ١٥، ١٨، ٢١.

تصحيح المقياس:

تم تصحيح المقياس بحيث تأخذ دائماً الدرجة (٣) وأحياناً الدرجة (٢) وأبداً الدرجة (١) حيث أن أعلى درجة للمقياس هي ٦٦ وأدنى درجة هي ٢٢ والمتوسطة (٤٤) والعبارات العكسية هي ١٢، ١٣، والحدود الفاصلة للمقياس هي ٢٢-٣٦ منخفض، ٣٧-٥١ متوسط، ٥٢-٦٦ مرتفع.

الأداة الثالثة: برنامج العلاج السلوكي الجدلي:

يقوم العلاج السلوكي الجدلي بفنائه ومراحله على تشجيع المراهقات لتحسين التنظيم الانفعالي ومواجهة المواقف الضاغطة وإلغاء حساسيتهم المفرطة تجاه تلك المواقف والتعرض لتلك المواقف بشكل تدريجي والتغلب عليها والعمل على زيادة الوعي الانفعالي والسيطرة على الانفعالات السلبية وتحويلها إلى إيجابية والعمل على إعادة التقييم المعرفي للانفعالات والأفكار والعمل على تغيير الأفكار والمشاعر اللاعقلانية وتحويلها إلى أفكار ومشاعر أكثر إيجابية وإلغاء العلاقة الاشتراكية بين المثير والاستجابة مما يؤدي إلى تخفيف حدة اضطراب شره الأكل العصبي لديهن.

أولاً: الهدف العام للبرنامج العلاجي

يهدف البرنامج الحالي إلى تحسين التنظيم الانفعالي لدى المراهقات ومعرفة أثره في تخفيف حدة اضطراب شره الأكل العصبي لديهن.

ثانياً: أهداف البرنامج

- ١- يساهم البرنامج العلاجي السلوكي الجدلي بعد تطبيقه في مواجهة المواقف التي تجعل المراهقات لديهن انخفاض في التنظيم الانفعالي مما يساعد على تحسينها ومن ثم يساهم في التغلب على حدة اضطراب شره الأكل العصبي لديهن.
- ٢- إن البرنامج العلاجي السلوكي الجدلي طريقة جديدة في مساعدة المراهقات للتغلب على المشكلات اللاتي تواجههن في حياتهن اليومية وذلك عبر جلسات الاسترخاء وجلسات أنشطة اليقظة العقلية والتحصين ضد الضغوط وحل المشكلات مما يساهم في تحسين التنظيم الانفعالي ومن ثم يؤثر عليهن بتخفيف حدة اضطراب شره الأكل العصبي لديهن.

ثالثاً: أسس ومبادئ البرنامج

- ١- بناء البرنامج العلاجي والمتمثل في العلاج السلوكي الجدلي مستنداً إلى الفنيات والمهارات والأنشطة التي قدمتها وطورتها مارشا لينهان مؤسسة العلاج والمتمثلة في الإقناع المنطقي والمحاضرة والتعرض التدريجي والتنقيص الانفعالي والتقبل والالتزام والحوار الجدلي والحوار والمناقشة والاستكشاف والحث والتشجيع واليقظة العقلية والدحض والتنفيذ والواجب المنزلي وحل المشكلات والاسترخاء.
- ٢- تطبيق البرنامج من خلال المزج بين جلسات العلاج الفردي والعلاج الجماعي.
- ٣- العمل على التحقق من مدى استفادة المشاركين بالبرنامج العلاجي.

رابعاً: الخدمات التي يقدمها البرنامج

١ - الخدمات العلاجية

يساهم البرنامج العلاجي السلوكي الجدلي في مساعدة أفراد العينة في تحسين التنظيم الانفعالي لديهم مما يساهم في مساعدتهم في تخفيف اضطراب شره الأكل العصبي لديهم.

٢ - الخدمات الوقائية

يقدم البرنامج العلاجي خدمات وقائية وذلك من خلال تدريب أفراد العينة على استخدام فنيات اليقظة العقلية والاسترخاء وأساليب حل المشكلات مما يساهم في مواجهة الأزمات والضغوط مما يحسن التنظيم الانفعالي لديهم وإكسابهن سلوكيات جديدة من خلال مراحل العلاج المتمثلة في البدء والانتقال والبناء والإنهاء.

خامساً: مصادر البرنامج

اعتمدت الباحثة في بناء محتوى البرنامج العلاجي وفنياته على مجموعة المصادر هي:

- ١- الإطار النظري للبحث الحالي والذي تناول العلاج السلوكي الجدلي والتنظيم الانفعالي واضطراب شره الأكل العصبي لدى المراهقات مثل شين وآخرين (Chen et al., 2008) و بانكوف وآخرون (Bankoff et al., 2012) و روبينسون وسافر (Robinson & Safer, 2012) موراي وآخرون (Murray et al., 2014) و راهمني وآخرين (Rahmani et al., 2018).

- ٢- الرجوع إلى أبحاث مؤسسة العلاج نفسه مارشا لينهان مثل (Leinhan, 1993).

سادساً: فنيات وأساليب العلاج السلوكي الجدلي

سوف تستخدم الباحثة الفنيات التالية:

- ١- الإقناع المنطقي: وتساهم تلك الفنية في مساعدة المعالج لجعل المريض يغير طريقة تفكيره عن طريق إقناعه بأن طريقة تفكيره خاطئة وأن عليه إيجار طرق بديلة للتفكير وإقناعه بأن يتخلى عن أفكاره الخاطئة وأن يتبنى أفكاراً أكثر إيجابية مما يساهم في زيادة القدرة على التوافق وتساهم في تخفيف حدة الاضطراب الذي يشعر به الفرد. (Rahmani et al., 2018).

- ٢- **الدحض والتنفيذ:** وتلك الفنية تستخدم من أجل التخلص من الأفكار اللاعقلانية والخطئة والتي تدور بعقل المريض والتي قد تزيد من معتقداته الخطئة عن ذاته ومن خلال تلك الفنية يتخلص المريض من الأفكار الهدامة والخطئة.
- ٣- **التعرض التدريجي:** وتستخدم هذه الفنية لمساعدة المرضى حتى يستطيعوا التغلب على السلوك السلبي من خلال وضع هدف يتسم بالإيجابية ومساعدتهم بشكل تدريجي في الوصول إلى هذا الهدف من خلال تقسيم الهدف إلى خطوات ومحاولة الصعود خطوة بخطوة نحو تحقيق هذه الهدف الإيجابي. (Fassbinder et al., 2016)
- ٤- **التقبل والالتزام والتغيير:** وهي الفنية والركيزة الأساسية للعلاج السلوكي الجدلي ويجب أن يحدث توازن للتقبل مع التغيير وتعتمد هذه الفنية على تركيز الخبرات الماضية ومحاولة تقبل الأحداث الحالية والضغط التي يتعرض لها الفرد ثم تغيير السلوكيات الخطئة الناتجة من التعرض لتلك الضغوط إلى سلوكيات أكثر إيجابية وأيضاً التعهد بالالتزام بتنفيذ ما تم تعليمه في الجلسات العلاجية. (Decou, 2010) (Safer et al., 2010) (Harvey et al., 2019) et al., 2019)
- ٥- **الاسترخاء:** وتستخدم تلك الفنية من قبل المعالج حيث يقوم بتوجيه المريض بقبض عضلات اليدين أو عضلات الساقين أو القدمين أو البطن أو الظهر أو الرقبة أو الرأس ثم القيام بعملية الاسترخاء وتكرار تلك العملية أكثر من مرة، وتقيد هذه الفنية في مساعدة المريض في استكشاف الاختلاف بين أحاسيس التوتر والاسترخاء وتساهم تلك الفنية في التفكير الهادئ والسيطرة على الذات (Rizvi, 2013).
- ٦- **فنية الاستكشاف وتستخدم تلك الفنية في معرفة وفهم الخبرات السيئة التي مر بها المريض ومعرفة ردود الأفعال السلبية التي قد يقوم بها المريض إزاء تلك الخبرات.**
- ٧- **فنية الحوار الجدلي وهي من أساسيات العلاج السلوكي الجدلي وتستخدم هذه الفنية عن طريق عرض التناقض بين سلوكين ومناقشة المريض بين المتناقضين وعمل حوار جدلي بهدف الوصول إلى حل وسطي وتساهم هذه الفنية في التكيف في العلاقات مع الآخرين. (Andrdo et al., 2014)**
- ٨- **اليقظة العقلية هي من أساسيات العلاج السلوكي الجدلي وتعمل تلك الفنية على تنمية التركيز والتأمل عن طريق التدريب على بعض الأنشطة التي تساهم في التأمل والتركيز واستحضار العقل وتنشيطه عن طريق الحواس وتبنيه العقل بشكل أو بآخر. (أحمد أبو زيد، ٢٠١٧) و (Rizvi, 2013).**

- ٩- **الواجب المنزلي:** وهي تعني تكليف المرضى ببعض الأنشطة العقلية والمعرفية والسلوكية والتي تم التدريب عليها أثناء الجلسات العلاجية وتطبيقها في المنزل.
- ١٠- **المرح والدعابة:** هي من أحد الفنيات الهامة التي تستخدم في الجلسات من خلال إتمام الفكاهة للتخفيف من التوتر الذي يشعر به المريض أثناء الجلسات العلاجية وتعمل على تنشيط العقل.
- ١١- **الحث والتشجيع:** هي أحد الفنيات المستخدمة في العلاج السلوكي الجدلي وتساهم في حث المريض على المشاركة بجدية في الجلسات العلاجية والتفاعل بشكل جيد من خلال تشجيع المعالج له. (Safer et al., 2010).
- ١٢- **حل المشكلات:** وتساهم هذه الفنية في مساعدة المريض على حل مشكلاته باستعراض المشكلة وأسبابها واقتراح الحلول لحلها وفحص أفضل الحلول لحلها وتساهم في مواجهة الفرد للمشكلات التي قد يتعرض لها الفرد والتفكير بطريقة منطقية لحلها. (Robinson et al., 2018).
- ١٣- **التنفيس الانفعالي:** وهذه الفنية تستخدم من أجل إخراج الانفعالات بطريقة مقبولة من خلال عمل نشاط مفيد كرسم الانفعالات أو الغناء أو غيرها من الأنشطة التي تعمل على تفريغ الانفعالات بطريقة مقبولة (Federic i et al., 2012).

سابعاً: المحددات الإجرائية للبرنامج

تم تطبيق البرنامج العلاجي على ١٤ طالبة من طالبات الصف الثاني الثانوي بمدرسة الثانوية بنات بينها، وتراوحت أعمارهن من ١٦-١٧ عاماً بمتوسط عمري وقدره ١٦,٣ وتم استخدام المنهج التجريبي ذي التصميم بين المجموعات (التجريبية و الضابطة)، وتم تقسيمهن إلى ٧ طالبات في المجموعة تجريبية و ٧ طالبات في المجموعة الضابطة.

المحدد الزمني

تم تطبيق البرنامج العلاجي في العام الدراسي ٢٠١٨/٢٠١٩ الترم الثاني بمجموع عشرين جلسة متنوعة بين جلسات جماعية وفردية بواقع ٣ جلسات أسبوعياً لمدة شهر ونصف بواقع ١٤ جلسة جماعية و ٦ جلسات فردية مع ملاحظة أن ٦ جلسات الفردية تمت بشكل فردي مع كل فرد من أفراد العينة ٦ جلسات × ٧ طالبات = ٤٢ جلسة فردية وبالتالي يصبح عدد الجلسات ١٤ جلسة جماعية + ٤٢ فردية = ٥٤ جلسة تطبيقية.

ثامناً: خطة الجلسات العلاجية

تقدم الباحثة فيما يلي تصوراً موجزاً لجلسات البرنامج العلاجي السلوكي الجدلي متضمنة الهدف من كل جلسة ونوعها ومدتها الزمنية والفنيات المستخدمة فيها والمرحلة العلاجية التابعة لها وبيان ذلك في الجدول التالي:

المرحلة العلاجية	عدد الجلسات	رقم الجلسة	نوع الجلسة ومدتها	الهدف من الجلسة	الفيئات والأساليب والأنشطة المستخدمة
مرحلة البدء (الالتزام والتعهد)	جلسة	الأولى	جماعية ٦٠ دقيقة	<ul style="list-style-type: none"> التعريف على الأفراد المشاركين بالبرنامج العلاجي. التعريف على أهداف البرنامج. وضع بعض الضوابط والقواعد بالجلسات العلاجية والاتفاق على الخطوط الرئيسية للجلسات. التعهد بالالتزام في الجلسات. 	<ul style="list-style-type: none"> المحاضرة. الحوار والمناقشة. المذاح والمرح. التقبل والالتزام.
مرحلة الانتقال	جلستان	الثانية	جماعية ٦٠ دقيقة	<ul style="list-style-type: none"> التعريف بالتنظيم الانفعالي. التعريف باضطراب الشره العصبي وأعراضه. 	<ul style="list-style-type: none"> المحاضرة. الحوار والمناقشة. المزاح والمرح. الواجب المنزلي.
		الثالثة	جماعية ٦٠ دقيقة	<ul style="list-style-type: none"> التعريف بالعلاج السلوكي الجدلي. التعريف على نقطة الانطلاق في العلاج لكل من المعالج وأفراد العينة. التعريف على الدور الذي يلعبه العلاقة التعاونية بين المعالج وأفراد العينة. 	<ul style="list-style-type: none"> المحاضرة. الإقناع المنطقي. الواجب المنزلي.
مرحلة البناء	خمس عشرة جلسة	الرابعة والخامسة	جماعية ٦٠ دقيقة	<ul style="list-style-type: none"> التعريف على أوجه الضغوط التي يتعرض لها أفراد العينة. التدريب على تذكر الصعوبات الانفعالية التي يشعر بها أفراد العينة. 	<ul style="list-style-type: none"> الحوار الجدلي. التعرض التدريجي. الاستكشاف الواجب المنزلي.
		السادسة	جماعية ٦٠ دقيقة	<ul style="list-style-type: none"> التدريب على استرخاء اليدين مواجهة الضغوط التي يشعر بها أفراد العينة ومحاولة التغلب عليها. 	<ul style="list-style-type: none"> الاسترخاء. الحوار الجدلي. التعرض التدريجي. الحث والتشجيع. الواجب المنزلي.
		السابعة	جماعية ٦٠ دقيقة	<ul style="list-style-type: none"> التدريب على استرخاء القدمين تدريب أفراد العينة على استراتيجيات حل المشكلات. 	<ul style="list-style-type: none"> الاسترخاء. اسلوب حل المشكلات. الإقناع المنطقي. الواجب المنزلي.
		الثامنة	جماعية ٦٠ دقيقة	<ul style="list-style-type: none"> التدريب على استرخاء البطن أن يتعرف أفراد العينة على أشكال الانفعالات والتعبير عنها. 	<ul style="list-style-type: none"> الاسترخاء. التنفيس الانفعالي. الحوار الجدلي. الحوار والمناقشة. الواجب المنزلي.
		التاسعة	جماعية ٦٠ دقيقة	<ul style="list-style-type: none"> استرخاء الرأس التدريب على الثبات الانفعالي. التدريب على قبول الانفعالات. 	<ul style="list-style-type: none"> الاسترخاء الحوار الجدلي. الحث والتشجيع. التقبل والتغيير.

المرحلة العلاجية	عدد الجلسات	رقم الجلسة	نوع الجلسة ومدتها	الهدف من الجلسة	الفيئات والأساليب والأنشطة المستخدمة
		العاشرة والحادية عشر	جماعية ٦٠ دقيقة	استرخاء اليدين والقدمين معا أن يتدرب أفراد العينة على التحكم بالذات. أن يتدرب أفراد العينة على السيطرة على السلوكيات الاندفاعية.	الاسترخاء الحوار الجدلي. الحث والتشجيع. الواجب المنزلي.
		الثانية عشر	فردية ٤٥ دقيقة	استرخاء الظهر استكشاف خبرات أفراد العينة. استكشاف المشاعر والأفكار الالاعقلانية.	الاسترخاء الاستكشاف. الحوار والمناقشة. الواجب المنزلي.
		الثالثة عشر	فردية ٤٥ دقيقة	استرخاء الظهر والبطن معا دخول الأفكار الالاعقلانية تغيير المشاعر الالاعقلانية	الاسترخاء الحوار والمناقشة. الدحض والتنفيذ. الإقناع المنطقي. الواجب المنزلي.
		الرابعة عشر	فردية ٣٠ دقيقة	التدريب على استرخاء الجسم كامل	الاسترخاء. الواجب المنزلي
		الخامسة عشر	فردية ٤٥ دقيقة	التدريب على اليقظة العقلية باستخدام نشاط أكل الزبيب.	اليقظة العقلية. المناقشة والحوار. الواجب المنزلي.
		السادسة عشر	فردية ٤٥ دقيقة	التدريب على اليقظة العقلية باستخدام نشاط أكل التمر.	اليقظة العقلية. الواجب المنزلي.
		السابعة عشر	فردية ٤٥ دقيقة	التدريب على اليقظة العقلية باستخدام نشاط أكل المانجو.	اليقظة العقلية. الواجب المنزلي.
		الثامنة عشر	جماعية ٦٠ دقيقة	تحقيق أهداف مستقبلية هادفة. القدرة على تنظيم الانفعالات.	الحوار والمناقشة. الإقناع المنطقي. الاستكشاف. الحث والتشجيع. الواجب المنزلي.
مرحلة الانتهاء	جلستان	التاسعة عشر	جماعية ٤٥ دقيقة	التحقق من فعالية البرنامج العلاجي. تطبيق مقياس التنظيم الانفعالي. تطبيق مقياس اضطراب الشره العصبي.	الحوار والمناقشة. المزاح والمداعبة.
		العشرون	جماعية ٤٥ دقيقة	التحقق من فعالية البرنامج بعد مضي شهران من التطبيق البعدي. تطبيق مقياس التنظيم الانفعالي ومقياس اضطراب الشره العصبي.	الحوار والمناقشة. المزاح والمداعبة.

الأساليب الإحصائية المستخدمة

تم استخدام اختبارمان ويتني Mann Whitney واختبار ويلكوكسون Willcoxon

على البرنامج الإحصائي Spss ١٦

الخطوات الإجرائية للبحث

- ١- تم التطبيق على طالبة ١٢٠ ممن يدرسن بمدرسة الثانوية بنات بمدينة بنها بمحافظة القليوبية.
- ٢- وتم اختيار الأرباعي الأعلى ممن حصلن على درجات منخفضة في مقياس التنظيم الانفعالي ودرجات مرتفعة في مقياس اضطراب الشره العصبي، واستقر العدد النهائي على ١٤ طالبة بعدما اعتذرت طالبتان عن المشاركة في البرنامج العلاجي.
- ٣- تم استخدام المنهج التجريبي ذي التصميم بين المجموعات (التجريبية والضابطة)، وتم تقسيمهن إلى ٧ طالبات في المجموعة تجريبية و٧ طالبات في المجموعة الضابطة
- ٤- وتم التحقق من التكافؤ بين عينة المجموعة التجريبية وعينة المجموعة الضابطة في متغيرات البحث: التنظيم الانفعالي واضطراب الشره العصبي وذلك عن طريق اختبار مان وتيني، وتبين عدم وجود فروق بين المجموعة التجريبية والضابطة حيث أن قيمة Z ($Z = 0.203$) وهى قيمة غير دالة إحصائياً، وتم استخدام استماره المستوى الاقتصادى والاجتماعى والثقافى لحمدان فضه، (١٩٩٧) وتبين عدم وجود فروق بين المجموعتين، وتم عمل تجانس فى مستوى الذكاء باستخدام مقياس وكسلر-بلفيو لذكاء المراهقين والراشدين (تعريب محمد عماد، ولويس مليكة، ١٩٩٦)، وذلك عن طريق اختبار مان وتيني وتبين عدم وجود فروق بين المجموعتين حيث أن قيمة Z ($Z = 0.428$) وهى قيمة غير دالة إحصائياً، وأيضاً تم عمل التجانس بين المجموعتين في السن طريق اختبار مان وتيني وتبين عدم وجود فروق بين المجموعتين حيث أن قيمة Z ($Z = 0.317$) وهى قيمة غير دالة إحصائياً.
- ٥- المقارنة بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج العلاجي فى مقياسى التنظيم الانفعالى واضطراب شره الأكل العصبي.
- ٦- المقارنة بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج فى التنظيم الانفعالى واضطراب شره الأكل العصبي.
- ٧- تم التحقق من استمرارية فعالية البرنامج العلاجي بعد مرور شهرين من توقف البرنامج فى المقياس البعدي والتتبعي فى التنظيم الانفعالى واضطراب شره الأكل العصبي.

تاسعاً: نتائج فروض البحث وتفسيرها

١- نتيجة الفرض الأول للبحث والذي ينص على:

يوجد فرق دال إحصائياً بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية، ورتب درجات المجموعة الضابطة على مقياس التنظيم الانفعالي في القياس البعدي، وذلك لصالح المجموعة التجريبية.

وللتحقق من صحة هذا الفرض قامت الباحثة بالكشف عن دلالة الفرق بين متوسطي رتب المجموعة التجريبية، ورتب درجات المجموعة الضابطة على مقياس التنظيم الانفعالي بعد تطبيق البرنامج العلاجي وذلك باستخدام اختبار مان وتيني Mann Whitney والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول (٥) "قيمة النسبة الحرجة (z) لدلالة الفرق بين متوسطي رتب درجات

المجموعة التجريبية والضابطة على مقياس التنظيم الانفعالي بعد تطبيق البرنامج العلاجي

القياس	المجموعات	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
البعدي	التجريبية	٧	٦٤,٧١	٢,٥٦٢	١١	٧٧	-٣,١٣٤	٠,٠١
	الضابطة	٧	٤١,٢٨	٢,٩٨٤	٤	٢٨		

يتضح من جدول (٥) وجود فرق دال إحصائياً عند مستوى دلالة ٠,٠١ بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية ورتب درجات المجموعة الضابطة على مقياس التنظيم الانفعالي بعد تطبيق البرنامج العلاجي مباشرة، وذلك في اتجاه المجموعة التجريبية (مما يؤكد صحة الفرض الأول).

٢- نتيجة الفرض الثاني للبحث والذي ينص على:

يوجد فرق دال إحصائياً بين متوسطي رتب درجات القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية على مقياس التنظيم الانفعالي في اتجاه القياس البعدي.

وللتحقق من صحة هذا الفرض، قامت الباحثة بالكشف عن دلالة الفرق بين متوسطي رتب درجات القياسين القبلي، البعدي للمجموعة التجريبية على مقياس التنظيم الانفعالي، وذلك باستخدام اختبار ويلكوكسون Welcoxon test والجدول التالي يوضح ذلك

جدول (٦) قيمة النسبة الحرجة (z) لدلالة الفرق بين متوسطي رتب درجات القياسين القبلي والبعدى للمجموعة التجريبية على مقياس التنظيم الانفعالي في اتجاه القياس البعدى

القياس	نوع القياس	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	توزيع الرتب وعددها	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
الدرجة الكلية على مقياس التنظيم الانفعالي	قبلي	٧	٤٢,٠٠	٣,٢١٤	الرتب السالبة	٠	٠	٢,٤١-	٠,٠١
	بعدى	٧	٦٤,٧١	٢,٥٦٣٤	الرتب الموجبة	٧	٢٨		

يتضح من جدول (٦) وجود فرق دال إحصائياً عند مستوى دلالة ٠,٠١ بين متوسطي رتب درجات القياسين: القبلي والبعدى للمجموعة التجريبية على مقياس التنظيم الانفعالي وذلك في اتجاه القياس البعدى (مما يشير إلى تحقق الفرض الثاني).

٣- نتيجة الفرض الثالث للبحث والذي ينص على:

لا توجد فرق دال إحصائياً بين متوسطي رتب درجات القياسين البعدى والتتبعي (بعد مضي شهرين كمتابعة) للمجموعة التجريبية على مقياس التنظيم الانفعالي. ولتحقق من صحة هذا الفرض قامت الباحثة بالكشف عن دلالة الفرق بين متوسطي رتب درجات القياسين البعدى والتتبعي (بعد مضي شهرين كمتابعة) للمجموعة التجريبية على مقياس التنظيم الانفعالي، وذلك باستخدام اختبار ويلكوكسون Welcoxon test والجدول التالي يوضح ذلك.

جدول (٧) قيمة النسبة الحرجة (z) لدلالة الفرق بين متوسطي رتب درجات القياسين البعدى والتتبعي على مقياس التنظيم الانفعالي

القياس	نوع القياس	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	توزيع الرتب وعددها	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
الدرجة الكلية على مقياس التنظيم الانفعالي	بعدى	٧	٦٤,٧١	٢,٥٦٣	الرتب السالبة	٢	٦,٥	٠,١٧-	غير دلالة
	تتبعي	٧	٦٤,٥٧	٤,٥٠٣	الرتب الموجبة	٥	٣		

يتضح من جدول (٧) عدم وجود فرق دال إحصائياً بين متوسطي رتب درجات القياسين: البعدى والتتبعي للمجموعة التجريبية على مقياس التنظيم الانفعالي، (مما يؤكد تحقق الفرض الثالث).

٤- نتيجة الفرض الرابع للبحث والذي ينص على :

يوجد فرق دال إحصائياً بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس اضطراب شره الأكل العصبي في القياس البعدي، وذلك لصالح المجموعة التجريبية.

وللتحقق من صحة هذا الفرض، قامت الباحثة بالكشف عن دلالة الفرق بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية ورتب درجات المجموعة الضابطة على مقياس اضطراب شره الأكل العصبي بعد تطبيق البرنامج العلاجي "القياس البعدي"، وذلك باستخدام اختبار مان وتيني Mannwhitney test والجدول التالي يوضح ذلك

جدول (٨) قيمة النسبة الحرجة لدلالة الفرق بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية والضابطة

على قياس اضطراب شره الأكل العصبي بعد تطبيق البرنامج العلاجي

القياس	المجموعات	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
البعدي	التجريبية	٧	٢٩,٤٨	٣,٥٥٢	١١	٢٨	٣,١٥١-	٠,٠١
	الضابطة	٧	٥٨,٥٧	٢,٩٩٩	٤	٧٧		

يتضح من جدول (٨) وجود فرق دال إحصائياً عند مستوى ٠,٠١ بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية ورتب درجات المجموعة الضابطة على قياس اضطراب شره الأكل العصبي بعد تطبيق البرنامج العلاجي مباشرة "القياس البعدي" وذلك في اتجاه المجموعة التجريبية؛ (مما يشير إلى تحقق الفرض الرابع).

٥- نتيجة الفرض الخامس للبحث والذي ينص على :

يوجد فرق دال إحصائياً بين متوسطي رتب درجات القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية على مقياس اضطراب شره الأكل العصبي في اتجاه القياس البعدي.

وللتحقق من صحة هذا الفرض، قامت الباحثة بالكشف عن دلالة الفرق بين متوسطي رتب درجات القياسين: القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية على مقياس اضطراب شره الأكل العصبي وذلك باستخدام اختبار ويلكوكسون Welcoxon test والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول (٩) قيمة النسبة الحرجة (z) لدلالة الفرق بين متوسطي رتب درجات القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية على مقياس اضطراب شره الأكل العصبي

القياس	نوع القياس	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	توزيع الرتب وعددها	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
الدرجة الكلية على مقياس اضطراب شره الأكل	قبلي	٧	٥٨,٥٧	١,٥١١	الرتب السالبة	٧	٢٨	٢,٣٧١-	٠,٠١
	بعدي	٧	٢٩,٤٧	٣,٥٥٢٣	الرتب الموجبة	٤	صفر		

يتضح من جدول (٩) وجود فرق دال إحصائياً عند مستوى ٠,٠١ بين متوسطي رتب درجات القياسين: القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية على مقياس اضطراب شره الأكل العصبي، وذلك في اتجاه القياس البعدي؛ (مما يؤكد تحقق الفرض الخامس).

٦- نتيجة الفرض السادس للبحث والذي ينص على:

يوجد فرق دال إحصائياً بين متوسطي رتب درجات القياسين البعدي والتتبعي (بعد مضي شهرين كمتابعة) للمجموعة التجريبية على مقياس اضطراب شره الأكل العصبي. ولتحقق من صحة هذا الفرض، قامت الباحثة بالكشف عن دلالة الفرق بين متوسطي رتب درجات القياسين البعدي والتتبعي "بعد مضي شهرين كمتابعة"، للمجموعة التجريبية على مقياس اضطراب شره الأكل العصبي، وذلك باستخدام اختبار ويلكوكسون Welcoxon test والجدول التالي يوضح ذلك

جدول (١٠) قيمة النسبة الحرجة (Z) لدلالة الفرق بين متوسطي

رتب القياسين البعدي والتتبعي للمجموعة التجريبية على مقياس اضطراب شره الأكل

القياس	نوع القياس	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	توزيع الرتب وعددها	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
الدرجة الكلية على مقياس شره الأكل	البعدي	٧	٢٩,٤٢٨	٣,٥٥٢٣	الرتب السالبة	٤	٢,٣٨	٠,٠٨٥-	غير دالة
	التتبعي	٧	٢٩,٢٨٥	٤,٠٧٠	الرتب الموجبة	٣	١٤,٥٠		

يتضح من جدول (١٠) عدم وجود فرق دال إحصائياً بين متوسطي رتب درجات القياسين: البعدي والتتبعي للمجموعة التجريبية على مقياس اضطراب شره الأكل العصبي، (مما يؤكد تحقق الفرض السادس).

مناقشة نتائج البحث

أكدت النتائج التي توصلت إليها الباحثة من خلال التحليل الإحصائي فعالية العلاج السلوكي الجدلي في تحسين التنظيم الانفعالي لدى المراهقات وأثره على تخفيف حدة شرة الأكل لديهن.

فقد اتضح فعالية البرنامج العلاجي من خلال وجود فرق دال إحصائياً بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية، ورتب درجات المجموعة الضابطة على مقياس التنظيم الانفعالي في القياس البعدي، وذلك في اتجاه المجموعة الجريبية ومما يشير إلى تحقق الفرض الأول.

وكذلك اتضحت فعالية البرنامج العلاجي من خلال وجود فرق دال إحصائياً بين متوسطي رتب درجات القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية على مقياس التنظيم الانفعالي في اتجا القياس البعدي "مما يشير إلى تحقق الفرض الثالث".

كما أكدت النتائج استمرارية فعالية البرنامج العلاجي في تحسين التنظيم الانفعالي لدى المراهقات إلى ما بعد فترة المتابعة حيث كشفت النتائج عن عدم وجود فرق دال إحصائياً بين متوسطي رتب درجات القياسين البعدي والتتبعي "بعد مضي شهران" للمجموعة التجريبية على مقياس التنظيم الانفعالي (مما يشير إلى تحقق الفرض الثالث).

وأيضاً اتضحت أثر البرنامج العلاجي من خلال وجود فرق دال إحصائياً بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية، ورتب درجات المجموعة الضابطة على مقياس اضطراب شره الأكل العصبي في القياس البعدي، وذلك في اتجاه المجموعة التجريبية (مما يشير إلى تحقق الفرض الرابع).

وكذلك اتضحت أثر البرنامج العلاجي من خلال وجود فرق دال إحصائياً بين متوسطي رتب درجات القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية على مقياس اضطراب شره الأكل العصبي في اتجاه القياس البعدي (مما يشير إلى تحقق الفرض الخامس).

وأكدت النتائج الاستمرارية أثر البرنامج العلاجي المعد في التخفيف من حدة اضطراب شره الأكل العصبي لدى المراهقات إلى ما بعد فترة المتابعة، حيث كشفت النتائج عن عدم وجود فروق دال إحصائياً بين متوسطي رتب درجات القياسين البعدي والتتبعي للمجموعة التجريبية على مقياس اضطراب شره الأكل العصبي (مما يشير إلى تحقق الفرض السادس).

وبناء على ما سبق أكدت نتائج الدراسة الحالية فعالية برنامج العلاج السلوكي الجدلي في تحسين التنظيم الانفعالي لدى المراهقات وذلك بأساليب وفنيات والتي تتفق مع نتائج دراسة

كل من (Safer et al., 2010) (Bankoff et al., 2012) و (Wallce et al., 2014) و (Murray et al., 2015) (Harvey et al., 2019) و (Rahmani et al., 2018) وأحمد أبو زيد (٢٠١٧) وظهر أثره في تخفيف حدة اضطراب شره الأكل العصبي لدى المراهقات والتي تتفق مع نتائج دراسة كل من (Chen et al., 2008) و (Safer et al., 2010) (Bankoff et al., 2012) و (Robnison & Safer, 2012) و (Lenz et al., 2014) و (Wallce et al., 2014) و (Murray et al., 2015) و (Mushquash & McMahan, 2015) و (Chen et al., 2016).

وقد استخدمت الباحثة فنيات العلاج السلوكي التالية: الحوار الجدلي، الإقناع المنطقي واليقظة العقلية التقبل و والتغيير والاستكشاف والتعرض التدريجي وحل المشكلات والاسترخاء والدحض والتنفيذ والواجب المنزلي والمحاضرة والتنفيس الانفعالي والحوار والمناقشة والحث والتشجيع والمزاح والمداعبة.

وهذه الفنيات قد استخدمتها الباحثة أثناء تطبيق جلسات البرنامج الحالي مما أعطى ثراء وفعالية والذي اتضح من تحسين التنظيم الانفعالي لدى المراهقات وظهر أثره في تخفيف حدة اضطراب شره الأكل العصبي لديهن، حيث تمكنت الباحثة من استخدام فنية الحوار الجدلي في ٦ جلسات وخاصة في مرحلة البناء، وأن الفنية من أساسيات العلاج السلوكي الجدلي وساعدت الباحثة في عمل حوار مع أفراد العينة وعمل جدل معهن حول الضغوط التي يتعرضون لها والصعوبات الانفعالية التي يتعرضون لها ومحاولة التغلب عليها وأيضاً ساعدت الباحثة على إكساب أفراد العينة على الثبات الانفعالي وقبول الانفعالات وكذلك التحكم بالذات والسيطرة على السلوكيات الاندفاعية كالاندفاع في تناول الطعام بكميات كبيرة.

واستخدمت الباحثة فنية الإقناع المنطقي وهي من الركائز الأساسية للعلاج السلوكي الجدلي والتي كان لها دوراً هاماً في إقناع أفراد العينة على محاولة التحكم بالذات ومحاولة السيطرة على السلوكيات الاندفاعية والتخلي عن سلوك شره الأكل العصبي والاندفاع في تناول الطعام بكميات كبيرة، وإيجاد حلول لبعض المشكلات التي قد يتعرضون لها وأيضاً إقناع أفراد العينة في تغيير مشاعرهم وأفكارهم اللاعقلانية وتحويلها إلى مشاعر أكثر إيجابية وتفكير أكثر مرونة وعقلانية وأيضاً إقناع أفراد العينة في تحقيق أهداف مستقبلية صادقة وتنظيم الانفعالات بشكل جيد وفعال وتم استخدام هذه العينة في ست جلسات ما بين مرحلة الانتقال ومرحلة البناء.

كذلك استخدمت الباحثة فنية اليقظة العقلية وهي أيضاً من أهم فنيات العلاج السلوكي الجدلي حيث تعتمد هذه الفنية على التأمل وتنشيط العقل والتفكير بشكل سليم كما تساهم تلك الفنية في تنشيط الحواس بطريقة جيدة مما يؤثر على تنشيط المشاعر وتنظيم الانفعال بطريقة جيدة وقد تم استخدام عدة أنشطة لليقظة العقلية المتمثلة في نشاط أكل التمر وأكل الزبيب وأكل والمانجو وتم استخدام هذه العينة في ثلاث جلسات في مرحلة البناء.

واستخدمت الباحثة فنية التقبل والتغيير وهذه العينة من أساسيات العلاج السلوكي الجدلي وتم استخدامها في جلستين في مرحلة الالتزام والتعهد بأن تتعهد أفراد العينة على الالتزام بمنهجية الجلسات والالتزام بتنفيذ كل ما يتم بها من أنشطة وتم استخدامها أيضاً في مرحلة البناء وذلك لقبول الانفعالات وقبول مشاعر الآخرين وتغيير ردود الأفعال السلبية التي قد يسلكونها تجاه المواقف الضاغطة المختلفة ومحاولة تغييرها إلى ردود أفعال أكثر مرونة.

وقامت الباحثة باستخدام فنية الاستكشاف في ثلاث جلسات في مرحلة البناء حيث ساعدت الباحثة في استكشاف أوجه الضغوط التي يتعرض لها أفراد العينة واستكشاف الصعوبات الانفعالية التي قد يعانون منها وأيضاً استكشاف خطط أفراد العينة المستقبلية التي تزيد من القدرة على تنظيم الانفعالات.

واستخدمت الباحثة فنية التعرض التدريجي في جلستين بهدف التعرض للضغوط الانفعالية ومعرفة الصعوبات الانفعالية التي تعاني منها أفراد العينة والتعرض للضغوط ثم بشكل تدريجي مما ساعد أفراد العينة على التغلب على الضغوط ومواجهتها.

واستخدمت الباحثة فنية حل المشكلات وذلك لمعرفة المشكلات التي تتعرض إليها أفراد العينة والعمل على إيجاد حلول لها وإيجاد حلول بديلة لها أيضاً.

واستخدمت الباحثة فنية الاسترخاء في جلسات في مرحلة البناء وذلك عن طريق استخدام استرخاء الرأس واسترخاء البطن واسترخاء اليدين والظهر وفي النهاية تم التدريب على استخدام استرخاء الجسم كله وتساعد هذه الفنية على مواجهة الضغوط والتركيز الانفعالي.

وقامت الباحثة باستخدام فنية الدحض والتنفيذ وذلك للتخلص من الأفكار والمشاعر اللاعقلانية والسلبية وتحويلها إلى أفكار ومشاعر أكثر إيجابية واستخدمت الباحثة فنية الواجب المنزلي في معظم الجلسات وذلك بهدف تطبيق ما تم التدريب عليه في الجلسات في المنزل ومناقشتها في الجلسات التالية ومعرفة ما تم بها.

كما قامت الباحثة باستخدام فنية الحوار والمناقشة في الكثير من الجلسات وذلك بهدف مناقشة أفراد العينة حول ما تم بالجلسة ومعرفة أفكارهم ومشاعرهم وأهدافهم المستقبلية وتم استخدامها أيضاً في الجلسات التمهيدية للبرنامج العلاجي وأيضاً في الجلسات الختامية.

وقد استخدمت الباحثة الحث والتشجيع وذلك لحث أفراد العينة على المشاركة وتشجيعهم أثناء الجلسات العلاجية واستخدمت الباحثة المزاح والمداعبة لإضافة روح المرح أثناء الجلسات وحتى تتسم الجلسات العلاجية بنوع من الألفة والمودة والحب وخاصة في الجلسات التمهيدية والختامية.

وبينت نتائج البحث تحسين التنظيم الانفعالي بشكل كبير وظهر ذلك من خلال ارتفاع الضبط الانفعالي والوعي الانفعالي والقدرة على التعبير الانفعالي بشكل جيد وكذلك العمل على إعادة التقييم المعرفي للانفعالات وتغييرها من سلبي لأكثر إيجابية وجاء ذلك لتتفق مع كل من (Murray et al., 2015) وأحمد أبو زيد (٢٠١٧) و (Harvey et al., 2019)

وبينت النتائج أثر البرنامج العلاجي في تخفيف حدة اضطراب شهرة الأكل العصبي من خلال انخفاض سلوك شهرة الأكل وانخفاض الممارسات الخاطئة تجاه التخلص من الطعام الذي تم تناوله بكميات كبيرة وانخفاض انعدام الرضا عن شكل الجسم ويتفق ذلك مع كل من (Lenz et al., 2014) و (Wallce et al., 2014) و (Chen et al., 2016) و (Rahmani et al., 2018)

وترجع الباحثة نجاح البرنامج العلاجي إلى رغبة أفراد العينة الملحة في تحسين حالتهم إلى الأفضل وهذا ما لمستته الباحثة من خلال مدى انتظامهم في البرنامج العلاجي وتفاعلهم أثناء الجلسات العلاجية حيث أن العلاج السلوكي الجدلي قائم على التفاعل الجيد بين المعالج وأفراد العينة والمشاركة الفعالة بينهم.

هذا وتلخص الباحثة نجاح برنامج العلاج القائم على التعقل في تحسين التنظيم الانفعالي لدى المراهقات وأثره على تخفيف حدة اضطراب شهرة الأكل العصبي لديهن إلى عدة أسباب منها ما يلي:

١- مراعاة الجانب الأخلاقي والإنساني في إعداد البرنامج من حيث احترام الحق في طلب العلاج النفسي وحرية الرأي وحرية التعبير بكل صراحة ووضوح.

- ٢- مراعاة خصائص مرحلة المراهقة حيث أنها مرحلة حساسة وأنها من أخطر المراحل التي يمر بها الإنسان من الناحية النفسية أو الاجتماعية والعقلية.
- ٣- عملت الباحثة على خلق نوع من المودة والألفة بينها وبين أفراد العينة وبين أفراد العينة وبعضهم البعض.
- ٤- عملت الباحثة على التحقق من مدى استفادة أفراد العينة من كل جلسة من جلسات البرنامج.
- ٥- راعت الباحثة دمج العلاج الجماعي مع العلاج الفردي حيث أن العلاج الجماعي مفيدة في مناقشة بعض أوجه الضغوط والمشكلات التي تواجه الفتيات وراعت أنه يوجد جلسات فردية حفاظاً على سرية بعض المعلومات التي يدلن بها أفراد العينة.
- ٦- اعتمد البرنامج العلاجي على نقاط محددة بهدف تحسينها أو تقليلها أو تخفيفها وذلك من تحديد أهداف محددة لكل جلسة من جلسات البرنامج واختيار الفتيات الملائمة لكل جلسة.

أما عن استمرارية فعالية البرنامج العلاجي السلوكي الجدلي في تحسين التنظيم الانفعالي لدى المراهقات وأثره على تخفيف حدة اضطراب شره الأكل العصبي لديهن فيرجع ذلك إلى أن البرنامج العلاجي ساهم بشكل كبير في استبصار الحالات لذواتهن وإدراك المواقف التي يملكون بها وتحسين رؤيتهن للأمور واكتساب الثبات الانفعالي ومواجهة الضغوط وزيادة الوعي الانفعالي والسيطرة على السلوكيات الاندفاعية وتقليل شره الأكل وتناول المواد المدرة للبول وتخفيف التقيؤ المتعمد والعمل على تقليل انعدام الثقة بالذات والذي ينعكس بدوره على تقليل انعدام الرضا عن شكل الجسم.

أما عن وجود فروق بين المجموعات التجريبية والضابطة لصالح المجموعة التجريبية وذلك لأن المجموعة التجريبية هي التي خضعت للبرنامج العلاجي أما المجموعة الضابطة لم تخضع لأي جلسة علاجية وبالتالي ظهرت تلك الفروق بشكل واضح في القياس البعدي والتتبعي وجاء ذلك ليتفق مع دراسة كل من (Wallce et al., 2014) و (Chen et al., 2016) وأحمد أبو زيد (٢٠١٧) و (Harvey et al., 2019)

عاشراً: توصيات البحث وبحوث مقترحة:

في ضوء ما أبانت عنه نتائج البحث الحالي من فإن الباحثة تقدم ما يلي:

(أ) توصيات البحث:

- ١- الاهتمام بالبرامج الإرشادية والعلاجية التي تعمل على تحسين التنظيم الانفعالي لدى المراهقات من حيث أن تلك الفئة في مرحلة هامة تحتاج إلى توجيه العناية ولمساعدتهن على اجتياز تلك المرحلة بسلام.
- ٢- الاهتمام بالبرامج الإرشادية والعلاجية التي تعمل على تخفيف حدة اضطراب شره الأكل العصبي.
- ٣- التوسع في استخدام العلاج السلوكي الجدلي حيث أن أثبتت فاعليته في الأونة الأخيرة في علاج العديد من الاضطرابات النفسية.
- ٤- لابد من الأخصائي النفسي يقوم بدراسة وتقصي خصائص الحالات الموجودة في مدرسته والتي تتم تحويلها إليه حتى يتشنى له معرفة نوع الاضطراب والعمل على حل تلك المشكلة أو الاستعانة بالمتخصصين لحلها.
- ٥- ضرورة إعداد كوادر قادرة ومؤهلة للتعامل مع المراهقين والمراهقات ذوي الاضطرابات النفسية المختلفة.
- ٦- عمل ندوات إرشادية للوالدين لتدريبهم على كيفية التعامل مع أبنائهم المراهقين.
- ٧- ضرورة توعية الطلاب بأنواع الاضطرابات النفسية وأشكالها وخصائصها وذلك حتى لا يقعوا فريسة للأمراض النفسية مستقبلاً.

(ب) بحوث مقترحة

- ١- فعالية العلاج السلوكي الجدلي في تحسين التنظيم الانفعالي لدى طلاب الجامعة.
- ٢- فعالية العلاج السلوكي الجدلي في تخفيف حدة اضطراب الأكل لدى المراهقات.
- ٣- فعالية العلاج السلوكي الجدلي في تخفيف حدة اضطراب فقدان الشهية العصبي.
- ٤- دراسة العوامل الكامنة وراء اضطراب شره الأكل لدى المراهقات.
- ٥- فعالية العلاج السلوكي الجدلي في تخفيف حدة اضطراب المزاج لدى المراهقات.

المراجع

أولاً: المراجع العربية:

- أحمد أبو زيد (٢٠١٧). فعالية التدريب على اليقظة العقلية كمدخل سلوكي جدلي في خوض صعوبات التنظيم الانفعالي لدى الطالبات ذوات اضطراب الشخصية الحدية وأثره على أعراض هذا الاضطراب. *مجلة الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس، ٥١، ١-٦٨*.
- أحمد عكاشة (١٩٩٨). *الطب النفسي المعاصر، القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية*.
- جابر عبدالحميد، علاء الدين كفاقي (١٩٨٨). *معجم علم النفس والطب النفسي، (ج٢)، القاهرة: دار النهضة العربية*.
- حسين فايد (٢٠٠٥). *المشكلات النفسية الاجتماعية، القاهرة: دار طبية للنشر والتوزيع*.
- حمدي ياسين، رباب سيف، هبة قاسم (٢٠١٩). *التنظيم الانفعالي محدد سيكولوجي للشهر العصبي وتشوه صورة الجسم لعينة من مرضى الشهر العصبي. مجلة البحث العلمي في التربية، كلية البنات جامعة عين شمس، ٢٠، ١٢٥-١٦٧*.
- حمدان فضة (١٩٩٧). *كفاية الوالدين كما يدركها الابناء وعلاقتها بالمستوى الاجتماعي والاقتصادي والثقافي في الريف والمدينة، مجلة كلية التربية، جامعة بنها، ٨٧-١٨٢*.
- زينب شقير (١٩٩٩). *مدى فعالية بعض أساليب العلاج المعرفي السلوكي في علاج بعض حالات الشهر العصبي من طالبات الجامعة. مجلة دراسات نفسية، رابطة الاخصائيين النفسيين المصرية، ٩(٤)، ٥١٩-٥٥٧*.
- سعيد عبدالحميد (٢٠١٣). *فعالية برنامج تدريبي لتنمية مهارات نظرية العقل لدى أطفال الروضة وأثره في تحسين مستوى التنظيم الانفعالي لديهم. دراسات عربية في التربية وعلم النفس، رابطة التربويين العرب، ٣٨، (ج٢)، ١٦١-٢١٤*.
- سلوى المري (٢٠١٥). *الاعتمادية ونقد الذات السلبي كمتغيرات وسيطة في العلاقة بين الكمالية والشهر العصبي لدى طالبات جامعة الأميرة نورة بنت عبدالرحمن بالرياض. دراسات تربوية ونفسية، مجلة كلية التربية بالزقازيق، ٨٦، ١٨٩-٢٨٠*.
- سهام أبو عطية وآلاء الشاملة (٢٠١٧). *فعالية الإرشاد الجمعي المستند إلى العلاج السلوكي الجدلي في خوض الاندفاعية والسلوك التخريبي لدى طالبات الصف العاشر. المجلة الأردنية في العلوم التربوية، ١٣ (١٤)، ٤٣٣-٤٤٨*.

- صلاح الدين عراقي (٢٠١٤). الحساسية للقلق وعلاقتها بكل من تنظيم الانفعال وأعراض اضطراب القلق لدى طلاب الجامعة. مجلة كلية التربية، جامعة بنها، ٢٥ (١٠٠)، ٢٣١-٢٦٣.
- طلعت أحمد (٢٠٠١). فعالية برنامج إرشادي في تنمية القدرة على التمييز الانفعالي لدى المعاقين بصرياً في ضوء نظرية العقل. دراسات عربية في علم النفس، رابطة التربويين العرب، ٥ (٢)، ٧٣-١٠٧.
- عادل عبادي (٢٠١٥). استراتيجيات التنظيم الانفعالي واضطرابات الأكل، مجلة كلية التربية جامعة أسوان، ٣، ٣٥٨-٣٩٩.
- عبدالمنعم حنفي (١٩٩٥). المعجم الموسوعي لتحليل النفسي، القاهرة: مكتبة مدبولي.
- ليندزاي وبول، ترجمة صفوت فرج (٢٠٠٠). مرجع في علم النفس الإكلينيكي للراشدين، القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.
- مجدي الدسوقي (٢٠٠٧). اضطرابات الأكل: الأسباب لتشخيص الوقاية والعلاج، القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية.
- محمد السيد عبدالرحمن (١٩٩٩). علم الأمراض النفسية والعقلية، القاهرة: دار قباء للطباعة والنشر.
- محمد النوبى (٢٠١٠). اضطرابات الأكل لدى ذوى الاحتياجات الخاصة، رؤية كينكية، عمان: دار صفاء للنشر والتوزيع
- محمد حسن غانم (٢٠٠٩). الشره العصبي للأكل وعلاقته بكل من التقدير الذات للقلق وجوانب التشويه المعرفي لدى عينة من البدينات وغير البدينات. مجلة دراسات عربية، رابطة الإحصائيين النفسيين، ٨ (١)، ٦١-١١٩.
- محمد عماد، ولويس مليكة (١٩٩٦). مقياس وكسلر - بلفيو لذكاء المراهقين والراشدين، دليل المقياس (ط٦)، القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.
- مصطفى مظلوم (٢٠١٧). تنظيم الانفعال وعلاقته بالأليكسيثيميا لدى عينة من طلاب الجامعة "دراسة سيكومترية-كينية". دراسات عربية في التربية وعلم النفس، رابطة التربويين العرب، ٨٢ (١)، ١٤٣-٢١٢.

ثانياً: المراجع الأجنبية:

- Allen, K., Sammon, M., Fox, K. & Stewart, J. (2020). Emotional response inhibition: A shared Neurocognitive deficit in eating disorder symptoms and Non Suicidal self- injury. *Brain Science*, 10 (104), 1-77.
- American Psychiatric Association (2000). Diagnostic And Statistical Manual Mental Disorders, 4th ed., Text Revision, Washington, DC: Author
- Bankoff, S., Karpel, M., Forbes, H. & Pantalone, D. (2012). A Systematic review of Dialectical behavior Therapy for Treatment of eating disorder. *Eating disorders*, 20, 196-215.
- Berkinga, M. & Wupperman, P. (2012). Emotion regulation and mental health: recent findings current challenges and future directions. *Psychiatry*, 25 (2), 128-134.
- Campos, J., Walle, E., Dahl, A. & Main, A. (2011). recon ceptulizing emotion regulation. *emotion review*, 3 (1), 26-35.
- Chen, E., Cacioppo, J., Feltich, Ch, K., Gallop, R., McCloskey, M., Olino, T. & Zeffrq, T. (2016). An adaptive randomize trial of dialectical behavior therapy and cognitive behavior therapy for binge eating. *Psychological Medicine*, 47(2), 703-717.
- Chen, E., Mathews, L., Allen, C., Kuo, J. & Linehan, M. (2008). Dialectical behavior Therapy for Client with Binge eating disorder on Bulimia a Nervosa and Borderine Personatliy disorder, *Eating disorder*, 41, 505-512.
- Comer, R. (1996). *Fundamentals of Abnormal Psychology*, New York: W.H. Freeman and Company.
- Costa, C., Cordeiro, S., Martins, P. & Campina, A. (2017). Subjective Well-being, emotion regulation and motivation guidance in high Sport Competition. *International Conference on Lifeong education and leadership for all ICLEL 2017*, Septemper 12-17, Polytecnic Institute of Porto, Porto- Portugal, 1-10.

- Decou, C., Comtois, K., & Landes, S. (2019). Dialectical Behavior Therapy is effective for Treatment of Suicidal Behavior: A Meta analysis. *Behavior Therapy*, 50, 60-72.
- Dingemans, A., Danner, V. & Parks, M. (2017). Emotion regulation in Beinge eating disorder: A review *Nutrients Journal*, 9, 3-11.
- Fassbinder, E., Schweiger, V., Martius, D., Wide, O., & Antz, A. (2016). Emotional regulation in Schema Therapy and dialectical behavior .*Therapy Frontiers in Psychology*, 7, 1-19.
- Federici, A., Wisniewski, L., Ben-Porath, D. (2012). Description on an intensive Dialectical behavior Therapy program for Multidiagnostic Clients with eating disorders.*Journal of Counseling & Development*, 90, 330-337.
- Garnefski, N. & Kraaij, V. (2006). Relationships between Cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A Comparative Study of Five Specific Samples. *Personality and Individual Difference*, 40, 1659-1669.
- Goledman, D. (1999). *Working with emotional intelligence*, NewYork: Bantam Books.
- Gratz, K. & Roemer, L. (2004). Multimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development Factor Structure and initial validation of the difficulites in emotion regulation scal. *Journal of Psychapthology and behavioral assessment*, 26 (1), 41-54.
- Grave, R. Eckhardi, S. & Grange, D. (2019). Aconceptural Comparison of Family-based Treatment and enhanced cognitive behavior therapy in the treatment of adolescents with eating disorders. *Journal of eating disorders*, 7 (42), 1-9.

- Gross, J. (1998). Antecedent and response focused emotion regulation: Divergent consequences for experience, expression and psychology. *Journal of personality and social psychology*, 74 (1), 224-237.
- Hail, L. & Grange, D. (2018). Bulimia nervosa in adolescents: Prevalence and Treatment Challenges. *Adolescent Health Medicine Therapeutics*, 9, 11-16.
- Han, S. (2009). Emotion regulation, Coping and attachment in bingeing behaviors. *Journal of Personality an Social Psychology*, 85, 348-362.
- Harvey, L., Hont, C. & White, F. (2019). Dialectical behavior Therapy for emotion regulation difficulties: Asystematic Review. *Behavior change*, 36, 143-164.
- Jamilia ,H., Malekirad,A. , Farihadin ,M. ,Habibi, M. & Zamani, N.(2014).Effectiveness of grop Dialectial behavior therapy on core distress tolerance and emotional regulation component ,expulsive anger and impulsive behaviors .*Golobal Journal of health science* ,6(7),116-123.
- Jazaieri, H., Morrison, A., Gddin, P.& Gross, J. (2015). The role of emotion and emotion regulation in social and anxiety disorder. *Current Psychiatry reports*, 17 (1), 531-540.
- Joiner, T., Heatherton, T., Rudd, M., Schmidt, M. (1997). Perfectionism Perceived Weight Status, and bulimic symptoms, Two Studies Testing adiathesis-Stress Model. *Journal of Abnormal Psychology*, 106 (1), 145-153.

- Kuo, J., Fitzpatric, S., Metcalfe, R. & McMain, S. (2016). A MultiMethod Laboratory investigation of emotiona reactivity and emotion regulation abilities in borderline personality disorder. *Journal of behavior Therapy and experimental psychiatry*, 50, 52-60.
- Laghi, F., Lonigro, A., Pallini, S. & Baiocco, R., (2018). Emotion regulation and dempathy; Which relation with social conduct?. *The Journal of Genetic Psychology*, 179 (2), 62-70.
- Lennarz, H., Hollenstein, T., Lictwarch, A., Kuntsche, E. & Granic, I. (2019). Emotion regulation in acting: Use, Selection and Success of emotion regulation of behavior in adolescents daily lives. *International Journal of behavioral development*, 43 (1), 1-11.
- Lenz, A., Toylor, R., Fleming, M. & Serman, N. (2014). Effect: Veness of Dialectical behavior Therapy for treating eating disorders. *Journal of Counseling development*, 92, 26-33.
- Levinson, C., Zerwas, S., Calebs, B., (.....), & Bulik, C. (2017). The Core Synptoms of Bulimia nervosa, Anxiety and depression: A Network analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 126 (3), 340-354.
- Linardon, J., Kothe, E.& Fuller, M. (2019). Efficacy of Psychotherapy for Bulimia Nervosa and Binge-eating disorder on self-esteem. Improve . *Meta Analysis*, 27 (2), 109-123.
- Linehan, M. & Wilks, C. (2015). The Course and Evaluation of Dialection behavior Therapy. *American Journal of Psychotherapy*. 69 (2), 97-11.
- Linehan, M. (1993). *Skills manual training for treating borderline Personality disorder*. NewYork: Gilford Press.

- MashalPourford, M. (2018). Relationship of Social anxiety, Body image perception and depression with bulimia nervosa and anorexia nervosa in Yath. *Journal of Fundamentals of Mental health* , 20(2), 138-147.
- Mayer, J & Solovey, P (1997), *What is emotional intelligence?* In Salovey P. & Sluter, D. (Eds), *Emotional development and emotional intelligence Education implications*, NewYork: Harper Collins.
- Murray, S., Anderson, L., Cusack, A., Nakamiurat. & Rockwell, R. (2015). Integration Family-Based Treatment and dialectical Behavior Therapy for adolescent bulimia nervosa: Preliminary outcomes of an open pilot trial. *Eat Disorder*, 5, 1-9.
- Mush quash, A. & Mc Mahan, M. (2015). Dialectical behavior Therapy Skills Training reduces binge eating among patients seeking weight-Management Services: Preliminary evidence. *Eat weight Disorder*, 20, 415-4718.
- Otice, A. (2001). A prospective test of dual-pathway model of bulimic pathology: mediating effects of dieting and negative affect. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 124-135.
- Powell, P. (2018). Individual differences in emotion regulation moderate The associations between empathy and affective distress. *Motivation and Emotion*, 42, 602-613.
- Rahmain, M., Asemi, Z, Akbori, A., & emidi, A. (2018). The effect of Dialectical behavior Therapy on binge eating difficulties in emotion regulation and BMS in Overweight patient with binge-eating disorders: Arando Mized Controlled Trail. *Mental Health & Prevention*, 9, 13-18.

- Rizi, S., Steffel, L. & Wong, A. (2013). An Overview of Dialectical Behavior Therapy for Professional Psychologists. *Professional Psychology Research Chand Practice*, 44 (2), 73-80.
- Robinson, A. & Safer, D. (2012). Moderators of Dialectical behavior Therapy for binge eating disorders: Results from a Randomized controlled Trail. *International Journal of eating disorders*, 45 (4), 597-602.
- Robinson, S., Lang, J., Hernandez, A., Holz, T., Cameron, M. & Brannon, B. (2018). Outcomes of dialectical behavior Therapy administered by interdisciplinary Team. *Archives of psychiatric Nursing*, 32, 512-516.
- Safer, D., Robinson, A. & Jo, B. (2010). Outcome from a RandoMized Controlled Trial of Group Therapy for Binge eating disorder: Comparing dialectical behavior Therapy Adapted for Binge eating to an Active Comparison group Therapy. *Behavior Therapy*, 41 (1), 106-120.
- Sathyapriga, B., Lakshmanan, P., Sunathy, N. , Kosh, J. Chandrakala, B., Gokulala Kshmi, E. (2018). Bulimia nervosa-A psychiatric eating disorder. *ACTA Scientific Medical Sciences*, 2 (2), 21-26.
- Schmidht, V., Tiller, J., & Treasure, J. (1993). Psychocial Factors in the Origins of bulimia nervosa. *International Review of Psychiatry*, 5, 51-59.
- Silvan, F., Hadas, L., David, R., Alan, A., Golan, S. (2008). Self-Criticism is akey predictor of eating disorder dimonsions among inpatient adolescent females. *International Journal of eating disorder*, 41, 762-765.

- Telech, C., Agras, W. & Lineham, M. (2001). Dialectical behavior Therapy for Binge eating disorder. *Journal of counseling and clining psychology* ,69 (1), 1061-1069.
- Vaida, N. (2013). Prevalence of eating disorders in adolescents girls in Srinagar. *Journal of Pharmacy and Biological Science*, 5, 17-27.
- Wallace, L. Masson, P., Safer, D. & Ronson, K. (2014). Change in emotion regulation during the course of treatment predicts binge abstinence in guided self-help dialectical behavior Therapy for binge eating disorder. *Journal of eating disorders*, 2 (235), 1-9.
- Wilson, G., Nathan, P., Oleary, D. & Clark, L. (1996). Abnormal Psychology. *Intergrating Perspectivess*, Boston: Allyn and Bacon.