

# مخططات سوء التوافق المنبئة باضطرابات الأكل لدى المراهقات من المرحلة الثانوية والجامعية

إعداد

أ.د. سيد أحمد محمد الوكيل

أستاذ علم النفس الإكلينيكي- كلية الآداب- جامعة الفيوم

د. زيزي السيد إبراهيم

أستاذ علم النفس المساعد بكلية الآداب- جامعة الفيوم

أ. إسراء أحمد على عوض

حاصبة على درجة الماجستير في علم النفس كلية الآداب – جامعة الفيوم

DOI:10.21608/PSYB.2022.273929

مجلة علمية نصف سنوية

مجلة المنهج العلمي والسلوك م ٣، ع (٦) ديسمبر ٢٠٢٢

رابط المجلة على بنك المعرفة المصري هو: <https://psyb.journals.ekb.eg>

2682-4205 : (ISSN)

والترقيم الدولي الموحد للطباعة

2786-0248 : (ESSN)

الترقيم الدولي الموحد الإلكتروني

## مخططات سوء التوافق المُنبئة باضطرابات الأكل لدى المراهقات من المرحلة الثانوية والجامعية

إعداد

د/ زيزي السيد إبراهيم

أ.د/ سيد أحمد محمد الوكيل

أ.إسرائ أحمد على عوض

مستخلص

هدف البحث الحالي إلى فحص العلاقة بين اضطرابات الأكل ومخططات سوء التوافق لدى المراهقات خلال المرحلة الثانوية والجامعية بالفيوم، والكشف عن قدرة مخططات سوء التوافق على التنبؤ باضطرابات الأكل لدى عينة الدراسة، وتكونت عينة الدراسة من ٢٨٠ من المراهقات من المرحلة الثانوية والمرحلة الجامعية بالفيوم. وتمثلت أدوات البحث في اختبار اضطرابات الأكل، واستبيان مخططات سوء التوافق، وأسفرت النتائج عن وجود علاقة ارتباطية موجبة ودالة إحصائيًا بين الشره العصبي ومكونات مخططات سوء التوافق (الانفصال والرفض - قصور الاستقلال الذاتي وضعف الأداء - التوجيه نحو الآخرين - مجال الحدود المضطربة)، بينما انعدمت العلاقة بين الشره العصبي و الكبت والحذر، ووجود علاقة ارتباطية موجبة ودالة إحصائيًا بين فقدان الشهية العصبي، ومكونات مخططات سوء التوافق (الانفصال والرفض - قصور الاستقلال الذاتي وضعف الأداء - التوجيه نحو الآخرين - الكبت والحذر) بينما لم توجد علاقة بين فقدان الشهية العصبي ومجال الحدود المضطربة، أما فيما يخص التنبؤ من خلال المخططات بالشره العصبي أظهرت النتائج أنه دال عند مخطط قصور الاستقلال الذاتي والأداء، كما أظهرت النتائج أن مخطط الانفصال والرفض قد أنبأ باضطراب فقدان الشهية العصبي.

**الكلمات المفتاحية:**

اضطرابات الأكل - مخططات سوء التوافق - المراهقات.

## *The Predictive Mal adaptive Schemas of Eating disorders among adolescent from Secondary & University Stage*

By

**Prof. Dr. Sayed Ahmad Elwakeel**

**Dr. Zizi Elsayed Ibrahim**

**Esraa Ahmad Awad**

### **Abstract**

The current research aimed to examine the relationship between eating disorders and maladaptive schemas among adolescent girls from secondary and university stages in Fayoum, and to reveal the extent to which maladaptive schemas predict eating disorders among the sample. The sample consisted of 280 adolescent girls from the secondary and university stages in Fayoum. The research tools were the eating disorders test, and the maladjustment schemes questionnaire, and the results revealed that there was a positive correlation and statistical significance between bulimia nervosa and the components of the maladjustment schemes (separation and rejection -lack of autonomy and poor performance-orientation towards others-disturbed boundary area), while there was no The relationship between bulimia nervosa and suppression and caution, and the existence of a positive and statistically significant correlation between anorexia nervosa and the components of maladjustment schemes (dissociation and rejection - lack of autonomy and poor performance - directing towards others - inhibition and caution) While there was no relationship between anorexia nervosa and the disturbed borderline domain, as for the prediction of bulimia nervosa through the graphs, the results showed that it is indicative of the insufficiency of autonomy and performance scheme.

### **Key Words:**

Eating Disorders- Maladaptive Schemas- Adolescents.

**مقدمة:**

تتضمن اضطرابات الأكل (Eating Disorders (EDs) مجموعة من المتلازمات التي تتميز بالخلل في سلوكيات الأكل علاوة على عددٍ من الاضطرابات النفسية المصحوبة بتغيراتٍ في الوزن أو اضطراباتٍ اجتماعيةٍ يكون لها تأثير كبير على نوعية الحياة والوظائف الاجتماعية لدى من يُعاني منها، بالإضافة إلى ارتباطها بالعديد من الاضطرابات الصحية الخطيرة التي تؤثر على الصحة العامة للفرد (Feltner, et al, 2022; Qian et al, 2022).

وأشار كل من (Hansell & Damour (2008) إلى أن ما يقرب من ٩٠٪ من اضطرابات الأكل تحدث عند الإناث خاصة خلال المرحلة الجامعية، بالإضافة إلى أن معدلات اضطراب الأكل قد زاد انتشارها بشكلٍ كبيرٍ في السنوات الماضية بنسبة ٥٠% حيث يُعاني ما يقرب من ٢٠ مليون امرأة و ١٠ ملايين رجل في الولايات المتحدة على سبيل المثال لا الحصر من اضطراب الأكل في حياتهم (Schattie, 2018).

وتزداد معدلات انتشار اضطرابات الأكل بصفةٍ أساسيةٍ في المدى العمري من ١٥-٢٤ سنة تقريباً، وهو المدى الذي يوازي مرحلة المراهقة والشباب، مع ارتفاعٍ ملحوظٍ في سن الثامنة عشر، ويندر وجودها في المستويات العمرية الأدنى والأعلى من ذلك (مجدي الدسوقي، ٢٠٠٧، ٩). وذكرت الرابطة الأمريكية للطب النفسي أن معدل انتشار فقدان الشهية العصبي في الدول المتقدمة بلغ حوالي ٠,٤%، أما الشره العصبي فيبلغ حوالي ١,٣ من الشباب، هذا بالإضافة لحدوث اضطراب الشره العصبي وفقدان الشهية العصبي للإناث عشر مرات أكثر مقارنة بالذكور (American Psychiatric Association, 2013).

وبرز في السنوات الأخيرة التوجه للتركيز على أهمية الجانب المعرفي من شخصية الأفراد في تقدير انفعالاتهم وفي تكيفهم وتوافقهم النفسي والاجتماعي، وأن هناك علاقة وثيقة بين المعرفة (التفكير) والانفعال والسلوك؛ و بذلك فالاضطراب الانفعالي لدى الفرد يكون نتيجة لطريقة تفكيره وإدراكاته وتفسيراته الخاطئة للأحداث والمواقف التي يتعرض لها في حياته (طه حسين، ٢٠٠٧، ٨٤). وتعد المعارف الخاطئة أو المشوهة (مخططات سوء التوافق) هي التي تسبب الاضطرابات الانفعالية والسلوكية (عادل محمد، ٢٠٠٠). وتنتج أعراض اضطرابات الأكل عن أنماط تفكير غير قادرة على التكيف (مخططات سوء التوافق) فيما يتعلق بحجم وشكل الجسم، كما توجد مخططات سوء التوافق بشكل أوسع في التنظيم المعرفي للمرضى، كما تُعد مخططات سوء التوافق مهمة للغاية في تطوير المشكلات والعديد من الاضطرابات المختلفة، مما يؤكد أن اضطرابات الأكل ناتجة عن أنماط تفكير سلبية وافتراسات غير صحيحة ( Jones et al, 2007 ) وذكر كل من يونج وزملائه Young et al., (2003) أن المخططات المعرفية تُمثل بينية معرفية ذات نمط محدد ومتسع يتضمن الذكريات والوجدان والمعارف والإحساسات الجسدية تجاه الذات والعلاقات مع الآخرين والعالم المحيط، وهذه العوامل تنمو وتتطور وتتشكل خلال مراحل الطفولة المبكرة والمراهقة لتصبح ذات نمط ثابت ومستقر خلال مراحل الرشد.

وتبين من نتائج عديد من الدراسات التي تيسر للباحثين الحصول عليها وجود علاقة بين مخططات سوء التوافق والمُعانة من اضطرابات الأكل، وهذا ما توصلت إليه نتائج دراسة كل من Waller et al., (2000) وتبين منها أن معتقدات الكف الإنفعالي هي الوحيدة القادرة على التنبؤ بشدة اضطراب الشره العصبي، ومعتقدات الخزي/ والعار هي الوحيدة التي تتنبأ بشدة القيء في اضطراب الشره العصبي. كما أن نتائج دراسة وفي دراسة ( Waller et al., (2002 أظهرت أن هناك ثلاث مخططات

أظهرت ارتباطها باضطرابات الأكل وهي (عدم كفاية ضبط الذات-الحرمان العاطفي- العزلة الاجتماعية)، وأن الخلل في هذه المخططات المعرفية غير التوافقية يؤدي إلى اضطرابات في الأكل وأنه يجب التعامل مع معتقدات سوء التوافق على أنها مركزية ومسببة لاضطرابات الأكل. وهي ذات النتائج التي توصلت إليها دراسة Waller (2003) وأظهرت نتائجها أن النساء المصابات باضطرابات الأكل كان لديها مخططات سوء توافق أكثر من الأسوياء، ومن حيث نوع المعتقدات داخل مخططات سوء التوافق فكانت المعتقدات المتعلقة بالشعور بالنبذ والتخلي وعدم الكفاءة والخزي هي الأكثر انتشاراً بين المرضى. كما أن نتائج دراسة كل من ( Leung et al. 2005) قدمت دليلاً أولياً على أن التغيير في مخططات سوء التوافق يُعد من العوامل المهمة للتعافي من اضطرابات الأكل. وهذه النتائج يدعمها ما توصلت إليه دراسة كل من (Dingmans et al., 2006) والتي تبين منها وجود فروق دالة بين المجموعة المرضية وغير المرضية في مخططات سوء التوافق في اتجاه المجموعة المرضية. كما أن نتائج دراسة كل من (Unoka et al 2007) أظهرت وجود فروق بين مريضات اضطرابات الأكل في مخططات سوء التوافق، فمريضات فقدان الشهية العصبي حصلن على درجات أعلى في مخططات (التضحية بالنفس، والعقابية، الاستحقاق، قوة الاندفاع، معايير صارمة)، أما مجموعة الشره العصبي فسجلت درجات أعلى في مخططات (الخزي/العار، العزلة الاجتماعية والاعتراب، الفشل، التبعية / عدم الكفاءة، القهر). كما أن نتائج دراسة كل من (Zhu et al., 2016) أظهرت أن المراهقات اللائي يُعانين من اضطرابات الشره العصبي لديهن مستويات أعلى من مخططات سوء التوافق. ونتائج دراسة كل من (Imperatori,et.al 2017) أظهرت وجود ارتباط إيجابي بين ثلاث مخططات لسوء التوافق والمُعاناة من الشره العصبي وهم مخطط الانفصال- الرفض، ومخطط الحدود المضطربة ومخطط التوجه نحو الآخرين. وهي ذات النتائج التي توصلت إليها دراسة (Basile, et al 2019) والتي أظهرت نتائجها

أن الأشخاص الذين يعانون من زيادة الوزن والسمنة أبلغوا عن عدم قدر أكبر من عدم ضبط النفس، والهجر، ومخططات الاعتمادية وعدم الكفاءة، كما وُجدت علاقة بين الشره العصبي وجميع مخططات سوء التوافق، كما تتبأ مخطط عدم كفاية ضبط النفس بارتفاع مؤشر كتلة الجسم وتكرار النهيم. وتبين من نتائج دراسة كل من Güler & Özgörüş (2022) وجود علاقة ارتباطية بين اضطرابات الأكل ومخططات سوء التوافق لدى المراهقات من طالبات الجامعة، حيث ارتبطت اضطرابات الأكل بعدد من مخططات سوء التوافق مثل (الاعتماد، والفشل، والهجر، والتعرض للأذى أو المرض، ومخططات السلبية/التشاؤم) مما يُعبر عن ارتباط مخططات سوء التوافق باضطرابات الأكل. ومثل هذه النتائج التي كشفت عنها الدراسات السابقة تُعبر عن وجود علاقة ارتباطية بين مخططات سوء التوافق واضطرابات الطعام، ومن هنا تأتي الدراسة الحالية التي تُحاول الوقوف على مخططات سوء التوافق المُنبئة باضطرابات الأكل (فقدان الشهية العصبي والشره العصبي) لدى عينة من المراهقات في المرحلتين الثانوية والجامعية.

### مشكلة الدراسة:

- بناءً على ما تقدم وما أسفرت عنه نتائج الدراسات السابقة فإنه يمكن تحديد مشكلة الدراسة الحالية في محاولة الإجابة على التساؤلات التالية:
- هل توجد علاقة ارتباطية دالة بين اضطرابات الأكل ومخططات سوء التوافق لدى عينة الدراسة من المراهقات؟
  - هل يمكن التنبؤ باضطرابات الأكل من خلال مخططات سوء التوافق لدى عينة الدراسة

## أهداف الدراسة:

- التأصيل لمتغيري مخططات سوء التوافق المبكرة واضطرابات الأكل.
- الكشف عن العلاقة بين مخططات سوء التوافق المبكرة واضطرابات الأكل
- التعرف على أهم مخططات سوء التوافق المُنبئة باضطرابات الأكل لدى عينة الدراسة من المُراهقات.

## مفاهيم الدراسة والأطر والنماذج المُفسرة لها:

### أولاً: اضطرابات الأكل:

عرفها عمر السيد (٢٠٠٨) بأنها اضطرابات تتمثل في وجود سلوكيات خاطئة نحو الأكل بطريقة غير معتادة في محاولة للوصول إلى شكل معين للجسم، وينشأ عن ذلك بعض الأمراض النفسية علاوة على ذلك بعض الأمراض العضوية التي تؤدي إلى الوفاة.

أشار كل من على عبد النبي وعبد الفتاح رجب(٢٠٠٤) نقلاً عن فليتشر (Fletcher) إلى أن كلا من فقدان الشهية العصبي والشهه العصبي من أكثر اضطرابات الأكل شيوعاً، وخاصة عند المراهقين، ويتسم فقدان الشهية العصبي بالامتناع عن الأكل، بينما يتسم الشهه العصبي بالإفراط في تناول الأكل ثم تعمد التقيؤ بعد ذلك بوسيلة أو بأخرى وكلاهما يحتاج إلى التدخل لعلاج الفرد.

وتُعرف اضطرابات الأكل إجرائياً بأنها مجموعة من السلوكيات المعبرة عن الاضطرابات في تناول الطعام، وتشمل فقدان الشهية العصبي Anorexia Nervosa (AN) والشهه العصبي Bulimia Nervosa (BN) ويمكن تحديدها بناء على الدرجة التي تحصل عليها العينة على مقياس اضطرابات الأكل لسامية صابر(٢٠١٠).



## أسباب اضطرابات الأكل:

توجد أسباب مختلفة وعديدة للإصابة باضطرابات الأكل ونذكر منها:

١- **العوامل العضوية:** قد تؤثر الجينات الوراثية في حوالي ٥٠% في التطور في اضطراب الأكل أو الخلل في الهرمونات وطريقة توازن المكونات الكيميائية في الدماغ وفي شهية الفرد (Urwin et al., 2002). كما وُجدت علاقة بين السيروتونين الناقل العصبي وأعراض نفسية مختلفة ومنها فقدان الشهية العصبي، ومع ذلك توجد دلائل على أن الاضطرابات في نظام السيروتونين لا تزال واضحة في مرضى تعافوا من مرض فقدان الشهية، ويشير ذلك إلى أن هذه الاضطرابات من المرجح أن تكون عوامل الخطر السببية. (Kaye et al., 2005). وأوضحت التقارير الأولية أن ذوى اضطرابات الأكل لديهم رسم مخ شاذ من الناحية الوراثية، كما أظهرت الدراسات التي تمت في مجال الأسرة أن اضطرابات الأكل أكثر حدوثاً للمرضى الذين تربطهم صلة قرابة بمرضى يعانون من اضطرابات الأكل أكثر مما هو شائع بين عامة الناس، مما يدل على وجود اضطراب يتعلق بالمهيد، ووجود خلل في الكيماويات العصبية الناقلة لدى ذوى اضطرابات الأكل خاصة السيروتونين (حسام أبو سيف، ٢٠١١، ٣٩٠).

٢- **العوامل النفسية:** يميل المصابون بفقدان الشهية العصبي إلى المبالغة في تقدير حجم أو سمنة أجسامهم ولديهم سمات شخصية يعتقد أن تهيئ لهم الإصابة باضطرابات الأكل ومنها الأفكار حول الغذاء والوزن وعدم قدرة الشخص على ضبط النفس في محاربة هذه الأفكار. (Wonderlich et al., 2005) وأوضحت دراسة كل من Waller et al., (2007) أن اضطرابات الأكل ما هي إلا وسيلة دفاع نرجسية لتحقيق الكمال والمثالية، فأثبتوا أن الدفاعات النرجسية ضد التقدير المنخفض للذات تكتسب أهمية خاصة في فهم سيكولوجية اضطرابات الأكل.

٣- **العوامل الاجتماعية:** أثر الترويج في بعض المجتمعات للحنافة بوصفها شكلاً نموذجياً للإثبات من خلال وسائل الإعلام على تطوير اضطراب فقدان الشهية العصبي، بالإضافة لتبادل نفس الأفكار عن فقدان الوزن مما يشجع على استمرار الاضطرابات لدى المصابين (Lindberg & Hjerm, 2003) إلا أن رضا الفرد عن صورة جسمه يقوم على ما يصدره الآخرون من أحكام وتقييمات، كذلك فإن النمط الجسدي الذي يُعد جذاباً ومثالياً من وجهة نظر الثقافة التي يعيش فيها الفرد كثيراً ما يكون له تأثير كبير على مدى رضاه عن مظهر جسمه (حسام أبو سيف، ٢٠١١، ٣٩١). ويوجد نمطان من اضطرابات الأكل وهما: الشره العصبي وفقدان الشهية العصبي.

**أولاً: الشره العصبي:** عرفته الجمعية الأمريكية للطب النفسي (The American Psychiatric Association, 1994) بأنه: تناول كميات زائدة من الطعام أكثر مما يمكن أن يأكله معظم الأفراد عادة بسرعة شديدة، ويحدث ذلك في فترة قصيرة جداً (أقل من ساعتين عادة)، وأثناء ذلك يشعر الشخص أنه مجبر ويفقد القدرة على التحكم في ذلك، وتتقضي فترة الشره هذه بتعب جسدي متمثلاً في آلام بالمعدة، والشعور بالغثيان مع ملازمته عادة بالشعور بالخلج، والنفور من الذات والاكنتاب، ويستخدم الفرد الذي يعاني من الشره العصبي عادة المليينات ومدرات البول أو القيء بشكل صناعي مع أن معظم المرضى يتقيؤون بإرادتهم.

**السلوكيات التي يتسم بها الأفراد الذين يعانون من الشره العصبي:**

تتمثل في: الأكل الزائد عن الحد بسرعة وشرهه، التخلص من الطعام بعد تناوله، الاكنتاب وانخفاض تقدير الذات، مضغ وبق الطعام من الفم وإساءة استخدام المليينات Laxatives ، إساءة استخدام مدرات البول Diuretic ، أقرص التخسيس

/ الرجيم Diet Pills الاجترار Rumination،،الحقن الشرجية Enemas  
الاضطرابات الاندفاعية Impulse Disorders ، الإنكار Denial ، العزلة  
الاجتماعية ومشاكل العلاقات بين الأشخاص، التقيؤ الاصطناعي أو عن عمد Self  
Induced Vomiting – (مجدي الدسوقي، ٢٠٠٦).

### النماذج المفسرة للشهه العصبي:

توجد عديد من النماذج التي حاولت تفسير الشهه العصبي منها: نموذج هيثرتون  
وبوميستر ١٩٩١ Heatherton & Boumeister ونموذج بيتر سلاذ ١٩٩١  
P.Slade ونموذج هيثرتون وبوليفي ١٩٩٢ Heatherton & Polify، ونموذج  
ستايس واجرس ٢٠٠١ Stice & Agres، وغيرها من النماذج، وقدم كل نموذج  
رؤيته الخاصة للشهه العصبي، فمثلا ترى النظريات التحليلية النفسية أن الشهه العصبي  
يرجع إلى الخوف من الجوع الذي يعنى الفقد الرمزي للمحبوب والخوف من الهجر،  
وأیضا يصبح اعتراف الطعام بمثابة إشباع للميول العدوانية لدى الفرد، أما ستايس  
وأجرس: فقدموا إقتراحا لنموذج ثنائي المسار للشهه العصبي؛ حيث يفترض هذا النموذج  
دمج ثقافة النحافة لدى المراهقات والنساء من خلال الإصرار على فكرة (رشاقة الجسم  
التي تقدم عبر وسائل الإعلام المختلفة) مما يؤدي إلى تشويه في صورة الجسم، كما  
يفترض هذا النموذج أن الضغوط المستمرة للوصول إلى النحافة تؤدي في النهاية إلى  
عدم الرضا عن الجسم، ويقود عدم الرضا هذا إلى نظام غذائي قاس لفترات طويلة،  
ولكن عندما تفشل المرأة في المحافظة على هذا النظام القاسي، وتفشل في الاستمرار  
في الحمية الغذائية وتفقد القدرة على التحكم في النظام الغذائي الصارم وتفقد السيطرة  
على الوزن، وقد يلجأ إلى الإكثار من الأكل نوعا من الهروب من هذه الانفعالات  
السلبية، وكل هذا ينعكس سلبا على الوجدان مما يقود إلى المزيد من مخاطر الشهه

العصبي، مع الأخذ في الاعتبار أن ستايس قد تحقق من هذا النموذج (محمد غانم، ٢٠٠٩).

### النموذج المعرفي السلوكي لفيربيرن (Fairburn):

افترض هذا النموذج أن الخلل في المُعتقدات المعرفية الجوهرية لمرضى الشره العصبي يمتد إلى الحكم الشديد على أنفسهم فيما يتعلق بالوزن وشكل الجسم وعادات الأكل، وتنعكس هذه المُعتقدات غير التوافقية على طريقة الفرد في معالجة المعلومات الواردة إليه، وغالبا ما تكون هذه المُعتقدات المعرفية غير توافقية وصارمة ولها أهمية كبيرة لدى الفرد ( Fox and Power, 2009 ). كما أن الاهتمام المبالغ فيه بالوزن وشكل الجسم يؤدي بالفرد إلى السلوكيات الجبرية والمحددة بقواعد معينة، مثال ذلك أن يقول الشخص: يجب أن آكل أقل من ١٠٠٠ سعر حراري في اليوم، ولا يجب أن آكل أي نوع من الشوكولاتة، وأي خرق لهذه القواعد الهشة والقابلية للتحطيم يؤدي إلى حدوث النهم للطعام فعلى سبيل المثال، إذا تناول أحد الأشخاص قطعة من الحلوى الممتع عنها أساسا نظرا لمروره بأية خبرة سلبية كفقْدان أحد الوالدين وتعرضه للرفض من أقرانه أو التعرض للنقد، وهذا التفكير نتيجة للمعايير المثالية التي يضعها الأفراد المصابون بالشره العصبي والتفكير الثنائي (الكل أو لا شيء ) الذي يتصفون به فإننا نجدهم يفكرون بالشكل الآتي: إذا تناولت قطعة صغيرة جدا من الحلوى فهذا يعني أنني فشلت تماما، فيجب أن أكلها كلها وبكميات كبيرة لأنني فاشل ( Treasure et al., 2003, 143). وأشار فيربيرن إلى أن اتجاه مرضى الشره العصبي نحو شكل ووزن أجسامهم له دور محوري وأولي في استمرارية الأعراض المرضية للشره العصبي، أما عن اتجاهاتهم نحو النحافة: فهو أمر إيجابي ومحَبب لديهم وهذه الاتجاهات مطلقة وثابتة تبنى على أساس مُعتقدات غير توافقية بالخبرات الحياتية التي يمرون بها،

وتؤدي اتجاهاتهم نحو الطعام والأكل دورا ثانويا في استمرارية الأعراض المرضية للشه العصبي، ويذهب مرضى الشه العصبي إلى تقييم ذاتهم سلبيا من خلال أوزانهم وشكل أجسامهم، فهم يرون السمنة شيئا سلبيا (Fox & Power, 2009).

### نظرية فيتوسيك وهولن (Vitousek & Hollon):

افترض 'فيتوسيك وهولن (1990) Vitousek & Hollon أن مرضى اضطرابات الأكل غالبا ما يُطورون بيئة معرفية ومخططات منتظمة تدور حول أوزانهم وشكل أجسامهم، وهذه المخططات الذاتية المرتبطة بالوزن تؤدي دورا وظيفيا في تحديد وتنظيم الخبرات الشخصية والمنبهات البيئية وتوضح الجوانب السيكوباتولوجية التي تُسهم في استمرارية الأعراض المرضية لاضطرابات الأكل.

### النموذج المعرفي لكوبر وزملاؤه (٢٠٠٤):

اعتمد هذا النموذج الذي صاغه كوبر وآخرون (2004) Cooper et al., على نظرية المعتقدات المعرفية (١٩٩٠) وميز بين المعتقدات الجوهرية والافتراضات الضمنية، وقسم الجوانب المعرفية إلى أربعة من الأفكار: (الأفكار المتعلقة بعدم التحكم مثل أنا لا يمكنني التوقف عن تناول الطعام، الأفكار السلبية مثل سيزداد وزني كثيرا، الأفكار المسيطرة مثل قطعة أخرى إضافية لن تضر، الأفكار الإيجابية مثل الأكل سيساعدني على أن أشعر بضغوط أقل)، ويوجه بضرورة الاهتمام بالخبرات المبكرة في مرحلة الطفولة وعلاقتها بنشأة مخططات سوء التوافق كما يشير إلى المعتقدات الجوهرية غير التوافقية والأفكار الآلية في نشأة واستمرارية اضطرابات الشه العصبي.

## النموذج المعرفي لوالر وزملاؤه (٢٠٠٤):

ويميز هذا النموذج بين مصطلحين هما:

أ- **محتوى المخطط:** وهو المحتوى المعرفي لدى الفرد تجاه ذاته والآخرين والعالم من حوله.

ب- **معالجة المخططات:** ولها دور مهم في التمييز بين اضطرابي فقدان الشهية العصبي والشهه العصبي، وذلك من خلال الوقوف على العمليات أو السلوكيات التي يقوم بها الأفراد المصابون باضطرابات الأكل للتقليل من حدة الأفكار والمشاعر السلبية، ويفسر هذا النموذج لماذا يصاب البعض باضطراب الشهه العصبي ولماذا يصاب البعض باضطراب فقدان الشهية العصبي، ومن خلال أوجه الاختلاف المعرفي على مستوى مخططات سوء التوافق (Waller et al., 2004).

## تشخيص اضطرابات الشهه العصبي:

طبقاً للتصنيف الدولي العاشر للإضطرابات النفسية والسلوكية (ICD-10)

يتميز مرضى الشهه العصبي بمتلازمة تتميز بنوبات متكرره في الإفراط في الأكل ويؤدي إلى اتخاذ أساليب متطرفة من أجل تخفيف الآثار المؤدية إلى السمنة، بافتعال القيء، وسوء استخدام الملينات، والأكل أسرع بكثير من المعتاد والأكل حتى الشعور بعدم الراحة مع تناول كمية كبيرة عندما لا تكون جائعاً وفقدان ذاتي للتحكم في مقدار ما يتم تناوله. (World Health Organization, ICD-10,1999)

وطبقاً للدليل التشخيصي الخامس للاضطرابات النفسية (DSM-5) يشخص الشهه العصبي وفقاً للمعايير الآتية:-

١ - نوبات مستمرة من الأكل الفوضوي تظهر في الأعراض التالية: تناول كميات كبيرة من الطعام تكون في الغالب أكبر من أي كمية يتناولها معظم الأشخاص إذا

استغرقوا نفس الوقت أو الظروف في تناول الطعام، وشعور بفقدان التحكم في الأكل خلال نوبة الأكل أي أن الفرد لا يستطيع أن يتحكم أو يتوقف عن الطعام وبكميات تفوق احتياجاته الجسمية الراهنة.

٢- ظهور سلوك تعويضي غير مناسب بغرض منع زيادة الوزن مثل: التقيؤ المتعمد، استعمال الملينات، استعمال أدوية مدرة للبول، وغيرها من الأدوية، إضافة إلى الصوم، وأحياناً الإكثار من ممارسة التمارين الرياضية وبعنف.

٣- استمرار نوبات الأكل الفوضوي والسلوكيات التعويضية بمتوسط مرة أسبوعياً لمدة ثلاث أشهر.

٤- التقييم الذاتي يتأثر بشكل غير مبرر بوزن وبشكل الجسم.

٥- لا يظهر الإضطراب بشكل خاص خلال نوبات فقدان الشهية العصبي. و تنتقل إلى الاضطراب الثاني من اضطرابات الأكل وهو فقدان الشهية العصبي

## ثانياً: فقدان الشهية العصبي:

### النظريات المفسرة لاضطراب فقدان الشهية العصبي:

- النظرية النفسجنسية Psychosexual Theory: تنظر هذه النظرية إلى فقدان الشهية العصبي على أنه دفاع ضد عملية النضج الجنسي لأنه يرتبط بانحباس أو انقطاع الطمث، وتؤكد على أن المريضة التي تعاني من فقدان الشهية العصبي لديها مشاكل نفسجنسية، حيث لا تريد تقبل دورها الأنثوي، إلى جانب أنها تخشى المودة الجنسية، وقد تتعرض لفقدان أو عدم انتظام الوظائف الحيضية الطمثية Amenorrhea، وفقدان الرغبة أو الشهوة الجنسية "الليبدو" Menstrual Functions، والأنثى التي تُعاني من فقدان الشهية العصبي الحاد تكون عاقراً، حيث تنخفض لديها المودة الجنسية أو الاهتمام بالجنس الآخر، كما أن شكل جسدها الهزيل

أو النحيف الذي تبدو عليه مريضة فقدان الشهية العصبي ربما يساعد أيضا على أن يكون مانعا للرجال من أن يظهروا أي مبادرة جنسية من جانبهم) (1998, 399, Muuss and Porton).

- النظرية الاجتماعية Social Theory: ذكر مؤيدو هذه النظرية تيرنر وآخرون (Turner et al., 1997) أن الأطفال في سن ما قبل المدرسة يفضلون اللعب بالدمى الأنحف أو الأرفع عن اللعب بالدمى الكبيرة أو الممتلئة، وأن وسائل الإعلام، ومجلات الأزياء النسائية، تؤدي دورًا كبيرًا في تزويد المستهلكين بال نماذج الأنيفة والمثالية التي يصعب الوصول إليها أو التشبه بها، فالأنافة الجسدية كما تصورها وسائل الإعلام يتم تقديمها أو عرضها على أنها الطريق السهل للصحة، والقبول، والحب، والنجاح، والإعجاب، والشهرة، وعندما تشاهد الإناث هذه الأمثلة يتولد لديهن نوع من الرفض وعدم الرضا عن أجسامهن.

- نظرية النظم العائلية أو الأسرية Family System Theory: ذكر كريبز وآخرون (Crisp et al., 1974) أن العائلات التي يوجد لديها أفراد يعانون من فقدان الشهية العصبي يغلب عليها التشدد، وينظر المعالج إلى فقدان الشهية العصبي على أنه عرض ناتج عن نظام الأسرة السيء، ويوجه الجهود العلاجية نحو الأسرة بأكملها، والصفة الرئيسية التي تميز هذه العائلات هي تجنب الصراع، كما أنهم لا يقومون بمناقشة مشاكلهم، وبالتالي فهم غير قادرين على حلها، وبينما يبدو أفراد هذه الأسرة على أنهم حميمون أو قريبيون بدرجة كبيرة جدًا، فإنهم في واقع الأمر يكونون قلقين بشدة ومنشغلين ببعضهم بعضًا إلى حد بعيد، فالحدود الفردية لا يتم احترامها، والاستقلالية في الفكر والعمل لا يتم تشجيعها، وهذه الأشياء تتداخل مع تكوين الهوية التي تُعد على درجة كبيرة من الأهمية للمراهق، وفي الوقت نفسه يعمل على تقوية



الحدود الواضحة بين أفراد الأسرة. وتأييدا لنظرية النظم الأسرية فإن بعض الدلائل توضح أنه من خلال الطرق العلاجية، فإن المراهق وحده يمكن تماثله للشفاء، ويزداد مستوى العصابية المرضية لدى باقي أفراد الأسرة، لذلك يجب على المعالج تغيير الأنماط السلوكية لدى أفراد الأسرة، خاصة التي تركز على موضوعات الكفاءة والقوة.

- **النظريات البيولوجية:** ركزت هذه النظريات على التغيرات الهرمونية التي تلازم سن البلوغ، وعلى الفروق في وظيفة أو عمل الأعصاب المكونة للجهاز العصبي المركزي، ويدعم ذلك ما توصل إليه عدد من الباحثين من وجود علاقة دالة إحصائياً بين اضطرابات الأكل والحالة المزاجية لدى الأقارب من الدرجة الأولى، وهذه العلاقة تم الارتكاز عليها لتقديم الدليل على وجود مكون جيني أو وراثي مسؤولاً عن حدوث هذا الاضطراب (Steiger et al., 1995)، وهذه البيانات الوراثية المتوفرة تميل إلى المبالغة في التفسير، كما هو الحال في الكثير من المؤلفات المتعلقة بالعوامل الوراثية المسؤولة عن حدوث الاضطراب (Poston & Winebarger, 1996, 137).

### العوامل النفسية المتعلقة بفقدان الشهية العصبي:

رأى كل من Skrzypek et al., (2001) أن الشخص الذي يعاني من فقدان الشهية للطعام يتبع أو يتبنى موقفاً أخلاقياً بخصوص الأكل، ويضاف إلى ذلك أن الغالبية العظمى من الأفراد الذين يعانون من اضطرابات تتعلق بتناول الطعام يعانون من القلق الاجتماعي، وينشغلون بدرجة زائدة عن الحد بمظهرهم أمام الآخرين، واضطراب صورة الجسم والعزلة الاجتماعية، ولديهم إحساس ضئيل بالتحكم الشخصي، ولا يتقون في قدراتهم أو مواهبهم، كما أن بعض النماذج السيكولوجية لفقدان الشهية العصبي توحي بأن القضية الرئيسة في استمرار الحالة تختص بالتدريب على ضبط

النفس، فبعض المصابين بفقدان الشهية العصبي يحاولون التحكم في تناولهم للطعام، وبعضهم الآخر يشعر بأنه من الصعب التحكم التام في كميات الطعام.

### الجوانب المعرفية لدى مريضات فقدان الشهية العصبي:

يرتبط فقدان الشهية العصبي بعدد من الاضطرابات المعرفية والمعتقدات غير العقلانية، والكثير من الأفراد الذين يعانون من فقدان الشهية العصبي يصرون على أنهم بُدناء على الرغم من أنهم في واقع الأمر ليسوا كذلك، ويبدو هؤلاء الأفراد فاقدين السيطرة، وعندما يحاول أقاربهم أن يقنعوهم بحالتهم الجسمية عن طريق التلميح أو الإشارة إلى درجة فقدهم للوزن، فإنهم يردون غالبًا بالرفض القاطع أو عدم الموافقة التامة، هذا بالإضافة إلى أن بعض هذه الاضطرابات له علاقة بالأكل؛ فربما يكون الشخص منشغلاً ومنزعجاً باستمرار، وتزدحم رأسه بالأفكار الخاصة بالطعام، والسرعات الحرارية (مجدي الدسوقي، ٢٠٠٦، ٤٧).

### مستوى التقدير للذات لدى مريضات فقدان الشهية العصبي:

وقد أوضحت نتائج العديد من الدراسات أن الأفراد الذين يعانون من فقدان الشهية العصبي يعانون من مشاعر النقص، والخوف من النبذ أو الرفض، والاشمئزاز من الذات، والرغبة في عدم الظهور وتجنب الآخرين، والنقد الشديد للذات، وعدم الشعور بالأمن النفسي، والحساسية في تكوين العلاقات مع الآخرين (Sullivan et al., 1998)، (Cooper et al., 1998)، (Cooper & Turner, 2000).

### السلوكيات التي تميز الأفراد الذين يعانون من فقدان الشهية العصبي:

تناول كمية قليلة جدًا من الطعام عن طريق التجويع الذاتي نتيجة الخوف الشديد من زيادة الوزن، ومن أن يصبحوا بدناء أو يزيد وزنهم بشكل مبالغ فيه، وإنقاص

الوزن نتيجة خوفهم المرضى من الزيادة في الوزن، والانشغال بالأفكار التي تتعلق بالطعام، مثل: عدم تناول الأكل مع الآخرين، مما يدفعهم إلى تناول سعرات حرارية منخفضة، مثل: الخس، والجزر، والمشروبات الخفيفة الخالية من السكر، إلى جانب ممارسة تمرينات بدنية قاسية، وتناول المليينات، ومدرات البول. وقد يؤدي ذلك لتدهور بدني عام تكون نتيجته الهزل الشديد والموت في النهاية، وأيضاً الانشغال بشأن حجم الجسم وصورته، وينجحون جيداً في إنقاص أوزانهم إلى الحد الذي يعرضون فيه حياتهم للخطر (مجدي الدسوقي، ٢٠٠٦، ٣٣).

### تشخيص الاضطراب:

**صُنفت اضطرابات الأكل طبقاً للطبعة العاشرة للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (ICD-10) فقدان الشهية العصبي بأنه فقد متعمد في الوزن ويشير إلى المرضى الذين يفقدون واحداً أو أكثر من الملامح الرئيسية لفقد الشهية العصبي، مثل فقدان الوزن بدرجة كبيرة أو انقطاع الطمث، حيث يتسم مرضى فقدان الشهية العصبي بضعف القدرة على الحفاظ على وزن صحي للجسم، وبهوس حول زيادة الوزن أو رفض الخطوات المؤدية لزيادة الوزن، ويحدث اضطراب في وظائف الجسم، مع عدم الاعتراف بخطورة انخفاض الوزن الحالي للجسم (World Health Organization, ICD-10,1999).**

### أنماط فقدان الشهية العصبي:

طبقاً للدليل التشخيصي الخامس للاضطرابات النفسية (DSM-5) يأخذ فقدان الشهية العصبي أحد نمطين هما:

**النوع الأول:** النمط التقييدي Restricting Type يتبع الفرد في هذا النمط الرجيم، أو النظام الغذائي الصارم للحد من تناول الوجبات أو السعرات الحرارية.

**النوع الثاني:** نمط الأكل الشره أو الأكل الزائد عن الحد، وهو المصحوب بسلوك يهدف إلى التخلص من الطعام بعد تناوله Binge- Eatin. Purging Type يقوم الفرد بالأكل الشره أو الأكل الزائد عن الحد في هذا النمط بطريقة منتظمة خلال نوبة فقدان الشهية العصبي، وبعد ذلك يقوم بأفعال يهدف إلى التخلص من الطعام، مثل: التقيؤ الاصطناعي أو الإجباري، أو سوء استخدام المليينات، أو مدرات البول، أو الحقن الشرجية (مجدي الدسوقي، ٢٠٠٦، ٤٢-٤٣).

### ثانياً: مخططات سوء التوافق:

كلمة مخطط هي ترجمة لكلمة يونانية معناها " الشكل الخارجي " فلدى مفهوم المخطط خلفية طويلة، حيث تعود جذوره القديمة إلى فلاسفة اليونان القدامى، كما ظهرت معان متعددة في كتابات الفلاسفة اليونانيين القدامى، فقد استخدمها أفلاطون plat، وأراد بها الشكل الخارجي الذي استخدمه عند وصف شكل القوانين، أو شكل الحياة، أو شكل الخرافة، ويستخدمه لوصف اللون، أو الصوت، أو الموسيقى، أما المعنى الثاني فهو معنى المخطط عند أرسطو Aristotle، فيشير به إلى عدد من الصفات الخارجية والداخلية التي يمكن اتخاذها بوصفها أساساً لعمليات التصنيف، كما استخدم المخطط للتعبير عن الشكل الخارجي والصفات العامة التي تميز الأشياء؛ سواء المجردة أو العينية، وهذه الصفات هي نوع المادة، وكميتها، وطبيعتها، والمكان، والزمان، والاتجاه، والحالة أو الظروف وطريقة عملها، وتوضيح سلبياتها، وجوانبها الوجدانية (أمارة يحيى، ٢٠٠٧، ٦٠-٦١).

وزاد بياجيه عام ١٩٥٢ دائرة الاهتمام بالمخطط، ففي الوقت الذي أوضح فيه بارتليت مظهرًا معرفيًا واحدًا وهو التذكر، ركز بياجيه على ارتقاء المخطط بشكل أكثر عمقا، وعرفه بأنه مجموعة متكاملة من الأفعال البدنية والعقلية التي تعمل معًا للاستجابة لكل الخبرات المدركة التي ترتبط بموضوع مخطط معين ( Marshal, 1995, 14 ).

### مفهوم المخطط في المجال المعرفي:

عرف يونج وزملاؤه Young et al., (2003, 10) المخطط بأنه بنية معرفية ذات نمط محدد ومتسع يتضمن الذكريات، والوجدان والمعارف، والإحساسات الجسدية تجاه الذات والعلاقات مع الآخرين والعالم الخارجي، وهذه العوامل تنمو، وتتطور، وتتشكل خلال مراحل الطفولة المبكرة والمراهقة؛ لتصبح ذات نمط ثابت ومستقر نسبيا خلال مراحل الرشد. وافترض "بيك" أن منظومة مخططات سوء التوافق لدى الفرد تظهر بوصفها نتيجة للخبرات الحياتية السلبية، مثل: فقدان أحد الوالدين، أو الرفض من قبل الزملاء، أو التعرض للنقد، ومن ثم تنشأ الافتراضات السلبية تجاه الآخرين، وتجاه العالم المحيط بالفرد، وهذه الافتراضات تحفز الأفكار الآلية السلبية في حالة عدم قدرة الفرد على التحكم فيها، وتؤثر مثل هذه الأفكار السلبية في تعامل الفرد مع المواقف التي يتعرض لها، ومن أمثلة مخططات سوء التوافق الخاصة باضطرابات الأكل أن يعتقد الفرد بأن النحافة شيء عظيم وجذاب أو أن اكتساب الوزن يعني فقدان السيطرة على كل شيء، ومثل هذه الافتراضات الخاطئة تنتج أفكارًا سلبية لا إرادية، ومن أمثلتها: يمكنني التخلص من الشعور بالذنب عندما أصبح نحيفة، وسأكون مميزة لو أصبحت نحيفة (أيمن الجوهري، ٢٠١٥، ٢٥).

وفي بداية التسعينيات من القرن الماضي كان هناك تطور ملحوظ ذو دلالة في التعامل مع المعتقدات المعرفية في تفسير اضطرابات الأكل، ومنها أن تظهر مريضات اضطرابات الأكل مخططات سوء توافق تجاه أنفسهن، والآخرين، والعالم من حولهن، وليس فقط المخططات المرتبطة بالأكل، والوزن، وشكل الجسم، وأوضح يونج ١٩٩٠ مفهومًا أكثر تكاملية عن مفهوم بيك للمعتقدات المعرفية، فلم يعد من المقبول الوقوف عند حدود الأفكار الآلية السلبية من الذات، والأكل، وصورة الجسم، والافتراضات الخاطئة فقط في تفسير الشره العصبي، بل لا بد من تفسير أشمل عن سبب نشأة الأعراض المرضية للشره العصبي واستمراريتها من خلال مزيد من الدراسة لمخططات سوء التوافق تجاه ذواتهم، والآخرين، والعالم الخارجي (أيمن الجوهري، ٢٠١٥، ٢٦).

### تعريف المخطط

أصبح مفهوم المخطط مفهومًا مهمًا في علم النفس، وتعددت تعريفاته بتعدد مجالات التخصص المختلفة، فأشار المنحى المعرفي الارتقائي أن المخططات مجموعة من الأبنية المعرفية المنظمة، وتعد المخططات قواعد معرفية منظمة، وأدوات قوية حاکمة للنشاط الإنساني، وتختلف المخططات تدريجيًا عبر الزمن بواسطة التفاعل المتكرر للأفراد مع عالمهم الخارجي، ومدى تأثير الأحداث المبكرة في حياتهم، وبمجرد أن تتكون فإنها تترتب في نظام هرمي من الأكثر مادية إلى الأكثر تجريداً، وتعمل بصفة عامة على تجريد البيانات الحسية القادمة وحصرها بطريقة تتسق مع المخططات السابقة الموجودة بالفعل، كما أنها تتحكم في تفسير البيانات الحسية الجديدة بناء على الذكريات القديمة المخزنة في عقل الشخص، فيميل الأفراد إلى تأويل الأحداث الجديدة في ضوء ما يؤمنون به ويعتقدونه بالفعل، على الانتباه أو

ملاحظة الأحداث المتناقضة للمخططات، وكذلك تؤثر المخططات على فهم المواقف وتفسيرها بطريقة تدعم المخططات القائمة بالفعل لدى الفرد (روبرت ليهي، ٢٠٠٦). ويعمل المخطط بمثابة عملية انتقاء المنبهات، وترميزها وتنظيمها، وتخزينها واسترجاعها، ويتكون المخطط من خلال تفاعلات الفرد نفسه مع الأفراد المحيطين به، ومع بيئته الخارجية، ويتصف المخطط بالعديد من الخصائص المميزة، وبأنه بنية معرفية ثابتة وأكثر تجريداً، وأكثر عمقا. وتتميز بصعوبة إتاحتها على مستوى الشعور لدى الفرد، ويتشكل من خلال الخبرات الحياتية المبكرة لدى الشخص، إضافة إلى أنه يؤثر في عمليات معالجة البيانات الواردة الجديدة من العالم الخارجي (أمانى يحيى، ٢٠٠٢، ٢٩-٣٠).

وتعرف مخططات سوء التوافق بأنها أفكار ثابتة ومستقرة تماما، تتضمن ذكريات، ومشاعر، ومعارف وإحساسات جسمية خاصة بالفرد نفسه، وبالعلاقات مع الآخرين، وتبدأ خلال مرحلة الطفولة، وتزداد تفصيلاً وتعقيداً عبر حياة الفرد، وتتصف بكونها مختلة وظيفياً بدرجة كبيرة وواضحة (Cecero et al., 2004).

### تمييز مفهوم المخطط وبعض المفاهيم المتداخلة معه:

#### التمييز بين المخططات والمعتقدات

عرف كريتش وكريتشفلد المعتقد بأنه "تنظيم له طابع الاستقرار والثبات لمُدركات الفرد ومعارفه حول جانب محدد من عالمه، ويُشير مدلوله الاصطلاحي إلى التصديق الأكيد بشيء ما، ويبدو تشابه كل المخططات والمعتقدات في أن كليهما كيان معرفي يتصف بالثبات والصلابة، ويصدق الفرد تصديقاً يقينياً حول دون اختبار إمكانية تكذيبه، وأن كليهما يتم تعلمه من خلال الخبرات البيئية" (عبد اللطيف خليفة، ١٩٩٢، ٣٨).

## التمييز بين المخططات والأفكار الآلية

تتبين الفروق بين المخططات والأفكار الآلية في أن الأفكار الآلية تظهر بشكلٍ آلي وسريع في لحظة الانفعال نفسها (روبرت ليهي، ٢٠٠٦، ٢٧)، وهذا على عكس المخطط الذي يشكل بناءً معرفيًا ثابتًا موجودًا لدى الفرد حتى في غير لحظة الانفعال (أمارة يحيى، ٢٠٠٧، ٦٥)، وأشار بيك إلى أن الأفكار الآلية هي تلك الأشياء التي يخبر بها الفرد نفسه، والتي تحدث بشكلٍ آلي وكأنها انعكاسات، ويمكن ملاحظتها بصعوبة، وينتبه إليها، ويدركها الفرد إذا وجّه انتباهه إليها (Beck, 1979)، وعلى عكس المخططات التي تكون في مستوى أعمق من الشعور (الوعي)، بحيث لا تكون متاحة بسهولة في مستوى الشعور (Moore & Garland, 2004, 17)، كما أن الأفكار الآلية هي النتيجة النهائية للتفاعل بين المخططات والبيئة (مي الرميح وأحمد عبد الخالق، ٢٠٠٢)، هذا وتظهر المخططات عندما يتفاعل الفرد مع بيئته (أمارة يحيى، ٢٠٠٧، ٦٥).

## التمييز بين المخططات والافتراضات

خلال مرحلة الافتراض يستبق الفرد وقوع أحداث معينة إذا حدثت ظروف محددة، فإذا ما تحقق ذلك الافتراض - من وجهة نظر الفرد - وتكرر تحقق افتراضاته، تحول من كونه افتراضًا خاضعًا للاختبار على محك الواقع إلى كونه مسلمة ثابتة لا تخضع لاحتمالات تكذيبها، أو حتى اختبارها، أي يتحول الافتراض إلى مخطط، كما يمكن التمييز بين مفهومي الافتراض والمخطط استرشادًا ببعض الأمثلة التي وردت في التراث لكل منهما، فالافتراض عادة ما يصاغ في صورة عبارة شرطية "إذا.... إذن...."، في حين يصاغ المخطط في صورة عبارات تقريرية تعبر عن مسلمات قاطعة، وبناءً على هذا يمكن تصور الافتراض على أنه مرحلة من مراحل تكوين المخطط



(أمازة يحيى، ٢٠٠٧، ٦٥). وتُعرف مخططات سوء التوافق إجرائياً بأنها: بينية معرفية ذات نمط محدد ومتسع يتضمن الذكريات والوجدان والمعارف والإحساسات الجسدية تجاه الذات والعلاقات مع الآخرين والعالم المحيط، وهذه العوامل تنمو وتتطور وتتشكل خلال مراحل الطفولة المبكرة والمراهقة لتصبح ذات نمط ثابت ومستقر نسبياً خلال مراحل الرشد، ويتضح من خلال الدرجات المرتفعة التي تحصل عليها العينة على استبيان مخططات سوء التوافق إعداد (Young (2003 ، تعريب: نهاد عبد الوهاب (٢٠١٨).

### النظريات والنماذج المفسرة لمفهوم مخططات سوء التوافق:

نظرية المخططات لـ آرون بيك: أشار بيك إلى أن الاستجابة الانفعالية تتحدد من خلال طريقة الفرد في تنظيم خبراته، فأوضح أن استقبال أي موقف والتعامل معه في ضوء أن هذا الموقف (جيد لي) أو (سيء لي)، فإن هذا يؤدي على التوالي إلى مشاعر سلبية أو إيجابية، ومحتوى هذه المشاعر سيرتبط بالضرورة بطريقة إدراك الفرد لكثير من الأحداث في المواقف الحياتية، وأن الحالة الشعورية للفرد بوصفها استجابة لموقف معين، ما هي إلا انعكاس لطريقة تفسيره وإدراكه للموقف، وعلى هذا فالتعقيد في الاستجابة الانفعالية يحدد درجة تعقيد الأفكار التي تسبقها ( Worsfold, 2009, ) (220).

نظرية جيفري يونج للمخططات: قسم يونج وزملاؤه مخططات سوء التوافق إلى فئتين رئيسيتين:

أولاً: المخططات غير التوافقية المشروطة: يطلق عليها أيضاً المخططات الثانوية التي هي أقرب إلى الافتراضات الضمنية، فيمكن للفرد أن يتعامل معها، ويكون أكثر قدرة

على التحكم فيها من المخططات غير المشروطة، والتي تكون بمثابة محاولة للتكيف مع المخططات غير المشروطة (Bricker& Young, 2012).

**ثانياً: المخططات غير المشروطة:** وهي ثابتة، ودائمة، ومستمرة، ومؤثرة، ومتعلقة بمستوى أعمق من المعارف والوجدان وتتشكل من خلال الخبرات السلبية التي يمر بها الفرد في المراحل المبكرة من العمر، وتتحدد درجاتها طبقاً لشدة هذه الخبرات وتأثيرها بالنسبة للفرد، ولا يهم مدى رغبة الشخص في تغييرها، فهو لا يستطيع التعامل معها دون الحاجة لمساعدة علاجية، وفي كل الأحوال يتم التعامل مع المخطط بإعتباره حقيقة راسخة حتى لو كان سلبياً ويسبب الأذى أو الصعوبات في حياة الفرد (Bricker& Young, 2012).

وعرف يونج وزملاؤه الخبرات السلبية في مرحلة الطفولة، وهي واحدة من المفاهيم الرئيسية في هذه النظرية: بأنها أي شيء يتداخل مع القدرة على مواجهة ما أسموه الحاجات الوجدانية الأساسية، وطبقاً لهذه النظرية، فإن أي إحباط عند إشباع هذه الحاجات يقود إلى نمو مخططات سوء التوافق وتطورها (Jesinoski, 2010).

كما قدم يونج ١٨ مخططاً سلبياً لتطورات حياة الفرد المبكرة، ويرى أن المخططات دائماً ما تكون معتقدات صلبة وثابتة، ومقاومة للتغيير (فهي مثل جذور الشجرة)، فإذا تكوّن مخطط لدى أحد الأطفال بأنه غير كفاء، وقد يكون من الصعب تغيير هذا المخطط دون مساعدة علاجية، وغالباً ما يعي الأفراد أن لديهم واحداً أو أكثر من هذه المخططات السلبية؛ سواء عن نواتهم أو الآخرين، أو العالم من حولهم، فالعيش مع مخططات سلبية يجعل الشخص يشبه من ينظر لمرآة مشوهة كل يوم، فيرى نفسه مشوهاً، ومع التعرض لمواقف شبيهة لما تعرض له من قبل يعي الصورة المشوهة، وكأنها هي الحقيقة المؤكدة، وحتى عندما يقابل أناساً آخرين يخبرونه

بأن صورته جميلة، فإنه لا يزال يصدق الصورة المشوهة المغلوطة ( Bricker & Young, 2012).

**كيف تُسهم المخططات في الإصابة باضطراب الأكل (الشراهة العصبية)، وفقدان الشهية العصبية)؟**

أشار سيجال Segal إلى أن الخبرات المبكرة في حياة الفرد هي أساس تكوين المفاهيم السلبية، وهذه المفاهيم تظل خاملة حتى تستثار بواسطة ظروف معينة (Segal, 1998). فالخبرات الحياتية المبكرة، وتفاعلات الفرد مع الأشخاص المهمين في حياته في تكوين مخططاته، فإننا نتوقع أن الفرد الذي يتعرض لخبرات حياتية مبكرة ذات طابع سلبي، وكانت تفاعلاته مع الأشخاص المهمين في حياته تفاعلات سلبية، نتوقع أن تتبنى مخططات هذا الفرد من شبكة من المعارف السلبية والمشوهة وغير الناضجة، وبالطبع لنا أن نتصور ما سيكون عليه شكل تفاعلات هذا الفرد مع بيئته، كيف ينتقي التنبهات التي ينتبه إليها، وكيف يفسرها، ويرمزها، ويخزنها، ويستدعيها، وكيف يغير ما يرد إليه من البيئة ويحوره ليتم استيعابه في مخططة المشوهة (أمارة يحيى، ٢٠٠٧، ٦٧).

وذكر بيك أن المخططات الخاملة تنشط من خلال مشقات معينة ترتبط بعوامل تهيئاً لدى الفرد أو تنشط من خلال مشقات عامة غير محددة، وعندما تنشط تسيطر على تفكير الفرد، وتتسبب في بعض أشكال الانفعال (Beck, 1976, 318). وذكر بيك أن المخططات المختلة تؤثر في حدوث تشوه معرفي في معالجة المعلومات المتعلقة بالتهديد، حيث يتوجه انتباه الفرد بشكل انتقائي للتهديدات البدنية والنفسية، ويفسر المواقف غير الواضحة بوصفها مواقف مهددة (Eysenck, 1997, 94).

أكد بيك وزملاؤه أن المريض بعد أن تتكون لديه تلك المخططات المختلة وتزداد صلابة وثباتاً، فإنه يفقد كثيراً من تحكمه الإرادي في عمليات تفكيره، ويصبح غير قادر على تكوين مخططات جديدة تكيفية مناسبة (Beck et al., 1976, 12). وبالتالي تصبح المخططات المختلة هي المسيطرة على تفاعلاته في الحياة، وإدراكه لنفسه وللعالم (أمارة يحيى، ٢٠٠٧، ٦٧).

وأشار كلٌّ من جونز وآخرين (Jones et al., 2007)، أن أعراض اضطرابات الأكل تنتج عن أنماط تفكير غير قادرة على التكيف (مخططات سوء التوافق) فيما يتعلق بحجم الجسم وشكله، وفي التنظيم المعرفي للمرضى، وقد تؤدي إلى تطوير المشكلات والعديد من الاضطرابات المختلفة، مما يؤكد أن اضطرابات الأكل ناتجة عن أنماط تفكير سلبية، وافتراسات غير صحيحة.

كما يُشكل اندماج مخططات سوء التوافق مع الافتراضات الخاطئة فيما يتعلق بالوزن والجسم سبباً لاضطرابات الأكل (Sarin & Abela, 2003)، أما والر وزملاؤه (Waller et al., 2002) أشاروا أنه يجب التعامل مع مخططات سوء التوافق على أنها مركزية ومسببة لاضطرابات الأكل، من خلال تطوير حالات مشكلات الأنا. وأكد على ذلك (Dingmans, 2006)، بأن اضطراب فقدان الشهية العصبي والشره العصبي هما في الأساس اضطرابان معرفيان، وترتكز على أنماط تفكير سلبية، وأن مرضى اضطرابات الأكل يعانون من خلل في الإدراك الوظيفي، أو من مخططات سوء التوافق.

أشار مجدي الدسوقي (٢٠٠٦) أن التوقعات الخاطئة عن الطعام وإنقاص الوزن، وتحديد أهداف غير واقعية، وأوهام أو خرافات لا أساس لها من الصحة، كالمبالغة في التعميم، والتمسك بمعايير محددة بطريقة جامدة، والتفكير المثالي (أو الكمالي) (Perfectionistic Thinking)، والتفكير الثنائي، والنظرة الأنانية المتمركزة

حول الذات Ego Centric View، والوجدان المشوش أو المضطرب، والمصفاة أو الفلتر السلبي The Negative Filter، قد تسبب اضطرابات في الأكل.

### ثالثاً: المراهقة: Adolescence

وتُعرف المراهقة إجرائياً بأنها: فترة العمرية في حياة الإنسان يحدث خلالها تفاعل في التغيرات النمائية والنفسية والبيولوجية والاجتماعية ويصاحبها تغيرات في النمو والجوانب النفسية وبعض الاضطرابات، وتناولت الدراسة الفئة العمرية التي تبدأ من ١٥ عام وتستمر حتى ٢٢ عام من طلاب المرحلة الثانوية والجامعية.

#### اضطرابات الأكل ومرحلة المراهقة:

تصاحب مرحلة المراهقة توترات وسلوكيات محفوفة بالمخاطر، ونظراً للتغيرات الداخلية والفسولوجية والخارجية التي يتعرض لها المراهق فإنه عرضة للاضطرابات النفسية، كما يسهم سوء تنظيم أفعال المراهق في زيادة شعوره بالصورة السلبية عن ذاته وبحته دائماً عن المثالية، ولذلك تعد مرحلة ظهور الاضطرابات النفسية (Gilbert, 2012).

#### التحديات التي تواجه المراهق:

أن يستطيع المراهق الخروج بنفسه من الاعتماد المفرط اجتماعياً وعاطفياً واقتصادياً على والديه إلى الاستقلال والاعتماد الذاتي وأن يختار عملاً يناسبه ويبدأ في خطوات تحقيق ذلك، وأن يتحكم المراهق في طاقته الجنسية والعنوانية لما يتناسب مع الأعراف المجتمعية والثقافية التي يعيش فيها، أن ينمي شعوره بالهوية والانتماء (محمود حمودة، ٢٠٠١، ٢٤٢).

#### مخططات سوء التوافق لدى المراهقين:

التوقعات الخاطئة لدى المراهق في انقاص الوزن، أو تحديد أهداف غير واقعية، ونظرته الأنانية المتمركزة حول الذات، والمبالغة في التعميم والتمسك بمعايير محددة

بطريقة جامدة قد يتسبب في الاضطرابات (مجدي الدسوقي، ٢٠٠٦)، كما تنشط المخططات الخاملة من خلال عوامل تهية الفرد لظهور مثل هذه المخططات، وتتسبب في تنشيط مخططات غير توافقية (Beck, 1976). فمخططات سوء التوافق تعد أفكاراً ثابتة ومستقرة، تحتوي على مشاعر ومعارف وأحاسيس خاصة بالفرد وعلاقته مع الآخرين، تبدأ من الطفولة وتزداد تعقداً عبر حياته (Cecero et al., 2004)، وتمثل مرحلة المراهقة مرحلة انتقالية من الطفولة إلى باقي المراحل العمرية (علاء الدين كفاي، ١٩٩٥).

### فرضا الدراسة:

١- توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين اضطرابات الأكل ومخططات سوء التوافق لدى المراهقات.

٢- تتنبأ مخططات سوء التوافق باضطراب الأكل لدى عينة الدراسة.

### منهج الدراسة وإجراءاتها

أولاً: **منهج الدراسة:** اعتمدت هذه الدراسة على المنهج الوصفي بتصميمه الارتباطي فهي تهدف إلى فحص العلاقة الارتباطية بين اضطرابات الأكل ومخططات سوء التوافق لدى المراهقات، كما تهتم بمعرفة هل تتنبأ مخططات سوء التوافق كمتغيرات تفسيرية باضطراب الأكل لدى عينة الدراسة.

ثانياً: **عينة الدراسة:** اشتملت عينة الدراسة الحالية على عينتين وهما:-

أ- **عينة استطلاعية التحقق من الكفاءة السيكومترية:** تم اختيار عينة استطلاعية للتحقق من الكفاءة السيكومترية من طالبات المرحلة الثانوية والجامعية بمحافظة الفيوم قوامها (٦٠) تراوحت أعمارهم ما بين ١٦: ٢٢ عام، بمتوسط عمري قدره ١٨,٦٠

عاماً وانحراف معياري قدره ٢,٦٥ عاماً وتم تطبيق أدوات الدراسة، وذلك من أجل الوقوف على مدى مناسبة أدوات الدراسة للفئة العمرية، وأيضاً التأكد من مدى وضوح بنود وتعليمات أدوات الدراسة والتحقق من خصائصها السيكومترية إلى جانب التعرف على ظروف وصعوبات التطبيق الميداني لأدوات الدراسة.

ب- عينة الدراسة الأساسية: تكونت عينة الدراسة الأساسية من ٢٨٩ من المراهقات من طالبات المرحلة الثانوية والجامعية مما يقيمون في محافظة "الفيوم"، بواقع ٨٣ طالبة بالمرحلة الثانوية العام "بواقع ٤٦ من طلاب الصف الأول الثانوي و٣٧ من الصف الثاني الثانوي"، و٢٠٦ من المرحلة الجامعية بكليات وتخصصات مختلفة، وتراوحت أعمارهم ما بين (١٦-٢٢) عام بمتوسط عمر قدره ١٨,٠٩ سنة وانحراف معياري قدره ٣,٠٢، وتتوزع العينة بواقع ١١٦ من القرى، و١٧٣ من بندر الفيوم، وتراوحت أوزانهم ما بين ٤٠ و٨٠ كيلو، وأطوالهم ما بين ١٤٠ و١٧٠.

### ثالثاً: أدوات الدراسة:

#### (مقياس اضطرابات الأكل (Eating Disorders) إعداد سامية صابر (٢٠١٠)

يتكون هذا المقياس من ٢٨ عبارة ويقع في بعدين هما:

**البعد الأول: الأنوركسيا** (فقدان الشهية العصبي) ويشمل على العبارات وأرقامها كما يلي (١، ٢، ٤، ٥، ٧، ٩، ١٠، ١٣، ١٤، ١٦، ١٩، ٢٠، ٢١، ٢٢، ٢٤، ٢٥، ٢٦، ٢٨).

**البعد الثاني: البوليميا** (فرط الشهية العصبي) ويشمل على العبارات (٣، ٦، ٨، ١١، ١٢، ١٥، ١٧، ١٨، ٢٣، ٢٧). وتقع الإجابة في ثلاثة مستويات هي (نعم، وأحياناً، ولا) وتقدر "نعم" بثلاث درجات، و"أحياناً" بدرجتين، ولا بدرجة واحدة، وبذلك تكون الدرجة العظمى لاضطراب الأكل هي ٨٤، والدرجة الصغرى لاضطراب الأكل هي

٢٨، وتدل الدرجة المرتفعة على معاناة الفرد من اضطرابات الأكل. وتكون الدرجة العظمى للأنوركسيا هي ٥٤، والدرجة الصغرى للأنوركسيا هي ١٨، وتكون الدرجة العظمى للبوليميا هي ٣٠، والدرجة الصغرى للبوليميا هي ١٠.

وقامت سامية صابر بالتحقق من الخصائص السيكومترية للمقياس على النحو التالي:

**أولاً: صدق المحكمون:** تم عرض المقياس على (١٠) محكمين من السادة الأساتذة المتخصصين في علم النفس والصحة النفسية، تم حذف بعض العبارات وتعديل البعض الآخر بناءً على توجيهات السادة المحكمين.

**ثانياً: صدق مفردات قياس اضطرابات الأكل:** تراوحت قيم ارتباط البعد الأول (الأنوركسيا) ومجموع درجات البعد وقيمة ارتباط البعد الثاني ومجموع درجات البعد ما بين ( ٠,٩٨ ، ٠,٥١ ) مما يشير لمتعة المقياس بدرجة صدق عالية.

**ثالثاً: صدق أبعاد قياس اضطرابات الأكل:** تم حساب معاملات الارتباط بين مجموع درجات البعد والمجموع الكلي لدرجات القياس وبلغت قيمة ارتباط الأنوركسيا ( ٠,٧٢٩ ) ومعامل ارتباط البوليميا ( ٠,٩٣ )، وهو معامل دال عند ( ٠,٠١ ).

**ثبات قياس اضطرابات الأكل:** تم حساب معامل الثبات للقياس ككل وعلى العينة ككل، ثم عينة الذكور فقط ثم عينة الإناث فقط بطريقة ألفا كرونباخ، حيث بلغ معامل ألفا الذكور والإناث ( ٠,٦٨ ) والذكور ( ٠,٧٥٢ ) والإناث ( ٠,٦٨ )، مما يشير إلى أن القياس يتمتع بدرجة عالية من الثبات.

**وتحقق الباحثون من الخصائص السكومترية للاختبار اضطرابات الأكل وذلك على النحو التالي:**

**أولاً: ثبات الاختبار:** تكمن القيمة الحقيقية للقياس الثابت في أنه قياس متحرر من الخطأ وتعكس هذه الأهمية مباشرة أهدافنا من قياس أية ظاهرة، والتي تتحدد في



محاولة الحصول على قيمة قابلة للتعميم على الجمهور العام الذي سحبت منه العينة، وأن يكون لهذه القيمة معنى يتجاوز مجرد حدوثها النوعي في هذه الظاهرة (فؤاد أبو المكارم وخالد بدر، ٢٠٠٢، ٢١٠) ولذا قامت الباحثة بحساب معامل ألفا لكرونباخ والتجزئة النصفية لأبعاد اختبار اضطرابات الأكل والدرجة الكلية (تم حساب معامل الارتباط بين جزئي الاختبار، وتم تصحيح الطول باستخدام معادلة سبيرمان براون)، ويبين الجدول (١) هذا الإجراء.

### جدول (١)

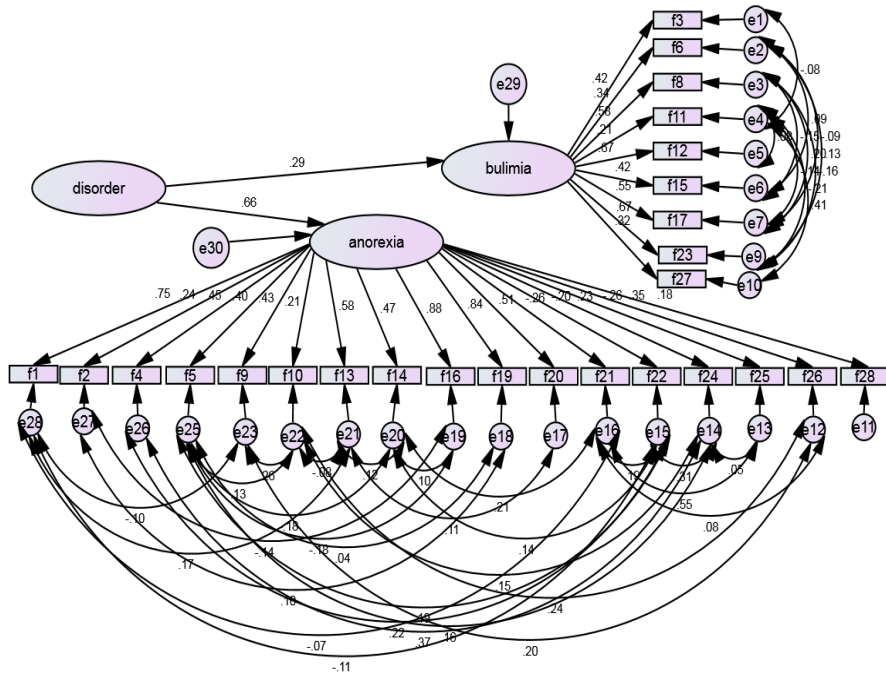
معاملات ثبات مقياس اضطرابات الأكل.

البعد	ألفا كرونباخ	التجزئة النصفية
فقدان الشهية العصبي	٠.٧١	٠.٧٣
الشه العصبي	٠.٧٣	٠.٧١
الدرجة الكلية	٠.٧٦	٠.٦٢

وبالنظر إلى هذا الجدول، يتبين أن معاملات الثبات بطريقتي ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية مرتفعة لمقياس اضطرابات الأكل بمكوناته النظرية، وحسب أبو المكارم (٢٠٠٧)، يؤكد جيلفورد Guilford (١٩٥٤) أن معامل الثبات المقبول لا يجوز أن يقل عن ٠.٥٠. وإجمالاً، فإن هذا يعني أن قياسنا لاضطرابات الأكل يعد متحرراً من الخطأ. وبناءً على هذا، وفقاً لجيلفورد Guilford وفروكتر (1984 Fruchter)، فإن القيم التي يتم الحصول عليها باستخدام هذا الاختبار تعد قابلة للتعميم، لأنها تتجاوز مجرد حدوثها النوعي في الظاهرة.

**صدق الاختبار:** حُسب الصدق البنائي لاختبار اضطرابات الأكل باستخدام التحليل العاملي التوكيدي، ولتنفيذ إجراءات التحليل العاملي التوكيدي استخدمت الباحثة حزمة البرامج الإحصائية المعروفة باسم أموس AMOS اصدار ٢٤، للتأكد من جودة

مطابقة بنود المقياس لمكونات اضطرابات الأكل ببعديه الشره العصبي وفقدان الشهية العصبي. ويعرض جدول (٢) قيم تشعبات بنود الاختبار على بعديه (الشره العصبي وفقدان الشهية العصبي) والنسب الحرجة، والمتضمنة في الشكل رقم (١) للنموذج المقترح.



شكل رقم (١). النموذج التوكيدي لاختبار اضطرابات الأكل بعد استبعاد البنود غير المشبعة (٧) (١٨،) على اضطرابات الأكل.

## جدول (٢)،

تشبعات بنود اختبار اضطرابات الأكل على أبعاد الاختبار والنسب الحرجة.

رقم البند	فقدان الشهية العصبي		رقم البند	التشبع	القيمة الحرجة C.R	الشهر العصبي		رقم البند	التشبع	القيمة الحرجة C.R
	التشبع	القيمة الحرجة C.R				التشبع	القيمة الحرجة C.R			
١	٠,٧٤٨	٢,٨٧٧	١٩	٠,٨٤٥	٢,٨٩٤	٣	٠,٢٩٠	تم تثبيت وزنه الانحداري		
٢	٠,٢٣٨	٢,٢٧٤	٢٠	٠,٥٠٥	٢,٧٨٥	٦	٠,٦٦٨	٣,٩٠٩		
٤	٠,٤٤٨	٢,٧٤٢	٢١	٠,٦٣-	٢,٤٢٥-	٨	٠,٥٨٥	٥,٢٩٥		
٥	٠,٤٠١	٢,٦٤٦	٢٢	٠,١٩٦-	٢,١٤٩-	١١	٠,٢١٧	٢,٤٧٧		
٧	٠,٠٩٥	١,٣٥٨	٢٤	٠,٢٣٢	٢,٣٢١	١٢	٠,٦٧١	٦,٠٤٦		
٩	٠,٤٣٢	٢,٧٢٥	٢٥	٠,٢٦٢-	٢,٤٢٦-	١٥	٠,٤١٢	٤,٧٠٩		
١٠	٠,٢١١	٢,٢٢٨	٢٦	٠,٣٢٣	٢,٦٢٨	١٧	٠,٥٥٣	٥,٤٧٢		
١٣	٠,٥٧٨	٢,٨٢٢	٢٨	٠,٣١٥	تم تثبيت وزنه الانحداري	١٨	٠,١٢٠	١,٨٠٩		
١٤	٠,٤٧٥	٢,٧٥١				٢٣	٠,٦٧٢	٥,٨٦٢		
١٦	٠,٨٧٩	٢,٨٩٧				٢٧	٠,٣١٥	٤,٠١٠		

ويلاحظ من الجدول (٢) أن جميع النسب الحرجة دالة لجميع بنود المقياس المكونة لمفهوم اضطرابات الأكل فيما عدا البندين رقم ٧،١٨ فلم يصل لمستوى الدلالة المعنوية؛ ولذلك تم استبعاد هذين البندين من الاختبار. وتم تقدير قوة النموذج التوكيدي مرة أخرى بعد استبعاد البندين ٧، ١٨ فكانت النتائج كالتالي:

## جدول (٣)

قيم تشبع بعدي الشهر العصبي وفقدان الشهية العصبي على مكون اضطرابات الأكل.

البعد	التشبع	القيمة الحرجة	الدلالة
الشهر العصبي	٠,٢٨٧	تم تثبيت وزنه الانحداري	٠.٠١
فقدان الشهية العصبي	٠,٦٦٢	تم تثبيت وزنه الانحداري	٠.٠٠١

ويلاحظ من الجدول السابق أن قيم التشبع لبُعدي الشهر العصبي وفقدان الشهية العصبي على مكون اضطرابات الأكل دالة

## جدول (٤)

تشبعات بنود اختبار اضطرابات الأكل (فقدان الشهية العصبي والشرة العصبي) على أبعاد الاختبار والنسب الحرجة.

الدلالة	الشرة العصبي		رقم البند	الدلالة	فقدان الشهية العصبي			رقم البند	التشبع	رقم البند	
	القيمة الحرجة C.R	التشبع			القيمة الحرجة C.R	التشبع	القيمة الحرجة C.R				
٠.٠٠١	تم تثبيت وزنه الانحداري	٠,٤٢٤	٣	٠,١	٢,٧٨٥	٠,٥٠٦	٢٠	٠,١	٨٧٧,٢	٠,٧٤٩	١
٠.٠٠١	٣,٩٢٠	٠,٣٣٨	٦	٠.٠٥	٢,٤٢٦-	٠,٢٦٣	٢١	٠.٠٥	٢,٢٧٤	٠,٢٣٧	٢
٠.٠٥	٥,٢٤٥	٠,٥٨٣	٨	٠.٠٥	٢,١٥١-	٠,٢٣٢	٢٢	٠,١	٢,٧٤٢	٠,٤٤٨	٤
٠.٠٠١	٢,٤٢١	٠,٢١٠	١١	٠.٠٥	٢,٣٢٠	٠,٢٣٢	٢٤	٠,١	٢,٦٤٤	٠,٤٠٠	٥
٠.٠٠١	٥,٩٩٠	٠,٦٧٣	١٢	٠.٠٥	٢,٤٢٦-	٠,٢٦٢	٢٥	٠,١	٢,٧٢٤	٠,٤٣٢	٩
٠.٠٠١	٤,٧١٠	٠,٤١٧	١٥	٠.٠٥	٢,٦٢٧	٠,٣٥٢	٢٦	٠.٠٥	٢,٢٢٧	٠,٢١٠	١٠
٠.٠٠١	٥,٤٣٤	٠,٥٥٤	١٧	٠.٠٥	تم تثبيت وزنه الانحداري	٠,١٧٨	٢٨	٠,١	٢,٨٢٣	٠,٥٨٠	١٣
٠.٠٠١	٥,٨٠٠	٠,٦٦٨	٢٣					٠,١	٢,٧٥١	٠,٤٧٥	١٤
٠.٠٠١	٣,٩٩٤	٠,٣١٥	٢٧					٠,١	٢,٨٩٧	٠,٨٧٩	١٦
								٠,١	٢,٨٩٧	٠,٨٤٥	١٩

يلاحظ من الجدول (٤) أن جميع النسب الحرجة دالة لجميع بنود المقياس المكونة لمفهوم اضطرابات الأكل. ومما يزيد هذه النتائج تأييداً، ما يتبين من خلال الجدول (٥) من أن جميع مؤشرات جودة المطابقة تتجاوز حاجز الـ ٠.٩٠، وأن الخطأ المحتمل في مواجهة هذه المؤشرات لم يتجاوز الـ ٠.٠٢.

## جدول (٥)

## مؤشرات جودة المطابقة لبنود مقياس اضطرابات الأكل

المكون	جودة المطابقة GFI	مؤشر المطابقة المتزايدة IFI	جودة المقارنة CFI	خطأ التقريب متوسط المربعات RMSEA
قيمة المؤشر	٠.٩	٠.٨	٠.٨	٠.٠٧
المدى المثالي للمؤشر	يقترَب من ١ صحيح	يقترَب من ١ صحيح	يقترَب من ١ صحيح	تقترَب من صفر

يتضح من الجدول (٥) أن النموذج المفترض يطابق بيانات عينة الدراسة الحالية، ويؤكد على مطابقة النموذج للعديد من المؤشرات التي في ضوءها يتم قبول النموذج أو رفضه وهي مؤشرات جودة المطابقة؛ مؤشر جودة المطابقة GFI، ومؤشر المطابقة المتزايدة IFI، ومؤشر جودة المقارنة CFI وجميعها قيم مرتفعة بحيث تقترَب من ١ صحيح (تقع في المدى المثالي)، مما يدل على مطابقة النموذج المفترض مع بيانات العينة الحالية، بالإضافة إلى مؤشر خطأ التقريب إلى متوسط المربعات RMSEA والذي بلغت قيمته ٠.٠٧. وهو يقع أيضاً في المدى المثالي. وهذه المؤشرات تؤيد جودة أو تجانس بنود المقياس في التعبير عن مكون اضطرابات الأكل، ومن ثم يمكننا اعتبار البنود المقترحة للاختبار تقيس اضطرابات الأكل ببعديه (الشهية العصبي وفقدان الشهية العصبي)، وتعد هذه المؤشرات كافية لتأكيد أن الاختبار يتمتع بصدق تكوين جيد.

## اختبار مخططات سوء التوافق:

استخدم الباحثون استبيان مخططات سوء التوافق - الصورة المختصرة The Schema Questionnaire- Short Form (SQ-SF) إعداد: جيفري يونج Jeffery Young عام ١٩٩٨ تعريب (نهاد محمود، ٢٠١٥).

قبل الحديث عن أوجه التعديل التي تم إدخالها على الاستبيان سيتم تناوله أولاً في صورته الأصلية كما يلي: استبيان المخططات المعرفية: هو ترجمة للصورة المختصرة التي وضعها يونج من الاستبيان الأصلي، بهدف الحصول على تقييم مختصر للمخططات المعرفية، والاستبيان يُعد أداة للتقرير الذاتي لقياس موضوعات واسعة الانتشار تتصل بذات الفرد وعلاقاته مع الآخرين، وتتكون الصورة المختصرة من (٧٥) عبارة تغطي خمسة عشر مخططاً معرفياً لا تكفيًا كل منها في خمس عبارات وهي العبارات الأكثر ارتباطاً بالدرجة الكلية للاستبيان، ويشمل المجال الأول على مخططات الانفصال/ والرفض ويتكون من (٢٥) بنداً والمجال الثاني يشمل على مخططات قصور الاستقلال الذاتي وضعف الأداء ويحتوي على (٢٠) بنداً، والمجال الثالث يشمل على مخططات التوجه نحو الآخرين يحتوي على (١٠) بنود، والمجال الرابع يحتوي على الكبت / والحذر المبالغ فيه ويحتوي على (١٠) بنود، أما المجال الخامس فيشمل الحدود المضطربة ويحتوي على ١٠ بنود ، وتم تطبيقه فردياً وجماعياً وعلى عينات إكلينيكية وغير إكلينيكية، والاستبيان من نوع مقياس (ليكرت) حيث يعطي المبحوث فرصة لتحديد مدى انطباق العبارات عليه من بين أربعة بدائل تتراوح ما بين (١=لا تنطبق تماماً، إلى ٤= تنطبق تماماً) وتشير الدرجة المرتفعة إلى وجود هذا المخطط المعرفي لدى المبحوث، والمخططات المعرفية اللاتكيفية التي يقيسها الاستبيان تقع في خمسة مجالات أساسية، وسوف يتم عرض هذه المجالات بصورة مختصرة.

**المجال الأول:** الانفصال والرفض، ويحتوي هذا المجال على خمسة مخططات هي: (الهجر/ وعدم الاستقرار، وعدم الثقة وسوء الاستغناء ، والحرمان العاطفي، والشعور بالنقص/ الخجل، والعزلة الاجتماعية والاعتراب).

**المجال الثاني:** قصور الاستقلال الذاتي وضعف الأداء: يتكون هذا المجال من أربعة مخططات هي: (الاعتمادية/ العجز، والقابلية للأذى أو للمرض، والتعلق بالآخرين/ عدم النضج الذاتي (الوقوع في الفخ)، والفشل).

**المجال الثالث:** التوجيه نحو الآخرين، ويشتمل على مخططين هما: (الخضوع، والتضحية بالذات).

**المجال الرابع:** الكبت/ والحذر المبالغ فيه: ويشمل على مخططين هما: (الكبت العاطفي، والمعايير الصارمة).

**المجال الخامس:** مجال الحدود المضطربة: تشمل على المخططات الآتية: (الاستحقاق أو العظمه، عدم كفاية ضبط الذات).

وتشير الدرجة المرتفعة إلى وجود هذا المخطط المعرفي لدى المفحوصة، وبذلك تتراوح الدرجة على الاستبيان ككل ما بين (٧٥-٣٠٠٠) درجة، وتتراوح الدرجة على الاستبيانات الفرعية ما بين (٢٥-١٠٠) درجة على المجال الأول الانفصال والرفض، وتتراوح ما بين (٢٠-٨٠) درجة على المجال الثاني قصور الاستقلال الذاتي وضعف الأداء، وتتراوح ما بين (١٠-٤٠) درجة على المجال الثالث التوجيه نحو الآخرين، وتتراوح ما بين (١٠-٤٠) درجة المجال الرابع الكبت والحذر المبالغ فيه، وتتراوح ما بين (١٠-٤٠) درجة المجال الخامس مجال الحدود المضطربة .

### التحقق من الخصائص السيكومترية للاستبيان:

ولإعداد الاستبيان في البيئة العربية، قامت (نهاده محمود ، ٢٠١٥) بترجمة هذا الاستبيان للبيئة العربية ولم تقم بأي تعديل (حذف أو إضافة) بالنسبة لعدد البنود أو مضمونها فأبقت على عددها الأصلي (٧٥) بنداً، ونظراً لتعدد بدائل الإجابة على المفحوص بحيث يصعب عليه تحديد أي منهما، فقامت باختصار بدائل الإجابة الستة

بدائل إلى أربعة بدائل تراوحت الدرجة عليها من (١- لاينطبق تماما حتى ٤- ينطبق تماما) ليسهل على المفحوص تحديد إجابته. وللتحقق من الخصائص السيكومترية للاستبيان في البيئة العربية، قامت (نهاد محمود، ٢٠١٥) بالتحقق من الخصائص السيكومترية للاستبيان على عينة مكونة من (١٩٤) فردًا من الجنسين (٩٣ ذكورا - ١٠٣ إناث) بمتوسط عمري قدرة (٢٤.٤٣)، وانحراف معياري (٥.٨٩)، من طلاب وطالبات ما قبل مرحلة التخرج، والدراسات العليا والعاملين وقامت بحسابه من خلال:

**أولاً: الثبات:** وتم حساب الثبات بالطرق الآتية:

أ- (معامل ألفا لكرونياخ) تم إجراء معامل ألفا للمجالات الفرعية للاستبيان كلاً على حدى فكانت قيمة المجال الأول (٠,٨٥)، والمجال الثاني (٠,٨٤)، والمجال الثالث (٠,٧١)، والمجال الرابع (٠,٦٨)، والمجال الخامس (٠,٦٦)، وبلغ معامل ألفا للاستبيان ككل (٠,٩٢) مما يدل على تمتع المقياس بدرجة عالية من الثبات.

ب- (الاتساق الداخلي) من خلال حساب معاملات الارتباط بين كل بند والدرجة الكلية لمكونه الفرعي الذي ينتمي إليه بعد حذف درجة البند، تراوحت ما بين (٠,١٧ إلى ٠,٦٣)، وجميعها دالة، وأما معامل الارتباط بين مجموع درجات كل استبيان فرعي ومجموع الاستبيان ككل تراوحت ما بين (٠,٥٥ و ٠,٨٧) وجميعها دالة، وتشير إلى ارتباط تلك البنود بمكوناتها الفرعية، وارتباط المكونات الفرعية بالدرجة الكلية للاستبيان.

**ثانياً: الصدق:**

**الصدق التلازمي:** وذلك بإيجاد معاملات الارتباط بين درجات الاستبيان الحالية ودرجات استبيان الأحكام التلقائية عن الذات لممدوحة سلامة عام (١٩٩٠)، وجاءت



جميع معاملات الارتباط دالة بين مجالات المخططات اللاتكيفية وأبعاد الاستبانة فتراوحت معاملات الارتباط ما بين (٠,٢١ و ٠,٥٠) وجميعها معاملات داله. وللتحقق من الخصائص السيكمترية للاختبار في الدراسة الحالية تم الآتي:

أولاً : ثبات الاختبار: حُسب ثبات اختبار مخططات سوء التوافق باستخدام معامل ألفا لكرونباخ والتجزئة النصفية (تم حساب معامل الارتباط بين جزئي الاختبار، وتم تصحيح الطول باستخدام معادلة سييرمان براون)، كما يبين الجدول رقم .

جدول(٦).

معاملات ثبات اختبار مخططات سوء التوافق.

البعد	ألفا كرونباخ	التجزئة النصفية
الانفصال والرفض	٠.٩٢٠	٠.٨٧٥
قصور الاستقلال الذاتي وضعف الأداء	٠.٨٦٤	٠.٦٠٧
التوجيه نحو الآخرين	٠.٧٦٣	٠.٣١٩
الكبت والحذر المبالغ فيه	٠.٦٧٦	٠.٤٩٠
مجال الحدود المضطربة	٠.٧٤٨	٠.٤١٥
الدرجة الكلية	٠.٩٤٠	٠.٨٢٨

وبالنظر إلى هذا جدول(٦)، يتبين أن معاملات الثبات بطريقتي (ألفا كرونباخ) و(التجزئة النصفية) مقبولة لمقياس مخططات سوء التوافق بمكوناته النظرية، وهذا يعني أن قياسنا لمخططات سوء التوافق يعد متحرراً من الخطأ. وبناءً على هذا، وفقاً لـ(جيفورد Guilford) و(فروكتر 1984 Fruchter)، فإن القيم التي يتم الحصول عليها باستخدام هذا الاختبار تعد قابلة للتعميم، لأنها تتجاوز مجرد حدوثها النوعي في الظاهرة.

## جدول (٧).

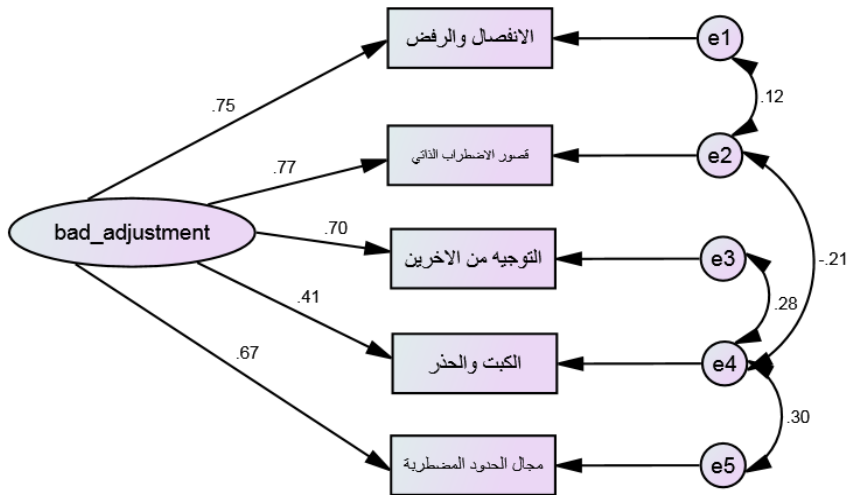
معاملات ثبات اختبار مخططات سوء التوافق.

التجزئة النصفية	معامل ألفا	البعد
٠.٨٢٨	٠.٩٤٠	مخططات سوء التوافق

وبالنظر إلى هذا الجداول، يتبين أن معاملات الثبات بطريقتي (ألفا كرونباخ) و(التجزئة النصفية) مرتفعة لمقياس مخططات سوء التوافق ككل بمكوناته النظرية.

**صدق الاختبار:** حُسب الصدق البنائي لاختبار مخططات سوء التوافق باستخدام التحليل العاملي التوكيدي، ولتنفيذ إجراءات التحليل العاملي التوكيدي استخدمت الباحثة حزمة البرامج الإحصائية المعروفة باسم (أموس AMOS اصدار ٢٤)، للتأكد من جودة مطابقة المكونات الخمسة على مخططات سوء التوافق، ويعرض جدول ( ) قيم تشبعات الأبعاد الخمسة على مخططات سوء التوافق والنسب الحرجة، والمتضمنة في الشكل رقم (٢) للنموذج المقترح.

الشكل (٢). النموذج التوكيدي المقترح لاختبار مخططات سوء التوافق



## جدول (٨)،

تشبيعات أبعاد المقياس الخمسة على مخططات سوء التوافق:

البعد	التشبع	القيمة الحرجة C.R
الانفصال والرفض	٠,٧٥١	تم تثبيت وزنه الانحداري
قصور الاستقلال الذاتي وضعف الأداء	٠,٧٧٤	٠,٦٥,١٢
التوجيه نحو الآخرين	٠,٧٠٤	٧٣٤,٨
الكبت والحذر المبالغ فيه	٠,٤١١	٢٥٩,٥
مجال الحدود المضطربة	٠,٦٦٦	٨,٥٧٧

ويلاحظ من الجدول السابق أن جميع النسب الحرجة عالية الدلالة لجميع الأبعاد الخمسة المكونة لمخططات سوء التوافق.

ومما يزيد هذه النتائج تأييداً، ما يتبين من خلال الجدول (٩)، من أن جميع مؤشرات جودة المطابقة تتجاوز حاجز الـ (٠.٩٠)، وأن الخطأ المحتمل في مواجهة هذه المؤشرات لم يتجاوز الـ (٠.٠٢).

## جدول (٩).

مؤشرات جودة المطابقة لبنود مقياس مخططات سوء التوافق.

المكون	جودة المطابقة GFI	توكر لويس TLI	مؤشر المتزايدة IFI	جودة المقارنة CFI	خطأ التقريب إلى متوسط المربعات RMSEA
قيمة المؤشر	٩.	٩.	٩.	٩.	٠.٠٤
المدى للمؤشر المثالي	يقترَب من ١ صحيح	يقترَب من ١ صحيح	يقترَب من ١ صحيح	يقترَب من ١ صحيح	تقترَب من صفر

يتضح من الجدول السابق أن النموذج المفترض يطابق بيانات عينة الدراسة الحالية، ويؤكد على مطابقة النموذج العديد من المؤشرات التي في ضوءها يتم قبول النموذج أو رفضه وهي مؤشرات جودة المطابقة؛ (مؤشر جودة المطابقة GFI)،

و(مؤشر توكر لويس TLI)، و(مؤشر المطابقة المتزايدة IFI)، و(مؤشر جودة المقارنة CFI)، وجميعها قيم مرتفعة بحيث تقترب من (١) صحيح (تقع في المدى المثالي)، مما يدل على مطابقة النموذج المفترض مع بيانات العينة الحالية، بالإضافة إلى مؤشر خطأ التقريب إلى متوسط المربعات RMSEA والذي بلغت قيمته (٠.٠٤)، وهو يقع أيضًا في المدى المثالي. وهذه المؤشرات تؤيد جودة أو تجانس الأبعاد الخمسة في التعبير عن مكون مخططات سوء التوافق، ومن ثم يمكننا اعتبار البنود المقترحة للاختبار تقيس مخططات سوء التوافق، وتعد هذه المؤشرات كافية لتأكيد أن الاختبار يتمتع بصدق تكوين جيد.

### نتائج الدراسة ومناقشتها

#### نتائج الفرض الأول ومناقشتها:

ينص هذا الفرض على أنه: "توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائية موجبة بين اضطرابات الأكل ومخططات سوء التوافق لدى المراهقات". وللتحقق من هذا الفرض، تم حساب معامل ارتباط بيرسون بين درجات متغيري اضطرابات الأكل (الشه العصبي - فقدان الشهية العصبي) ومخططات سوء التوافق (الانفصال والرفض - قصور الاستقلال الذاتي وضعف الأداء - التوجه نحو الآخرين - الكبت والحذر المبالغ فيه - مجال الحدود المضطربة) باستخدام الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية، ويوضح جدول (١٠) هذه العلاقة.

#### جدول (١٠).

العلاقة بين اضطرابات الأكل ومخططات سوء التوافق.

العلاقة	معامل الارتباط	الدلالة
الشه العصبي - الانفصال والرفض	*٠.٢٩٣	٠.٠١
الشه العصبي - قصور الاستقلال الذاتي وضعف الأداء	*٠.٣٣١	٠.٠١

٠.٠١	**٠.٢٠٧	الشهه العصبي- التوجه نحو الآخرين
د.غ	٠.٠٧٦	الشهه العصبي- الكبت والحذر المبالغ فيه
٠.٠١	**٠.٢٠٨	الشهه العصبي- مجال الحدود المضطربة
٠.٠١	**٠.٢٧٢	فقدان الشهية العصبي- الانفصال والرفض
٠.٠١	**٠.١٩٦	فقدان الشهية العصبي- قصور الاستقلال الذاتي وضعف الأداء
٠.٠١	**٠.١٤٨	فقدان الشهية العصبي- التوجه نحو الآخرين
٠.٠٥	*٠.١٢٤	فقدان الشهية العصبي- الكبت والحذر المبالغ فيه
د.غ	٠.٠٩٩	فقدان الشهية العصبي- مجال الحدود المضطربة

يتضح من الجدول السابق وجود علاقة ارتباطية موجبة ودالة إحصائيًا بين الشهه العصبي ومكونات مخططات سوء التوافق (الانفصال والرفض- قصور الاستقلال الذاتي وضعف الأداء - التوجه نحو الآخرين- مجال الحدود المضطربة) فقد كانت قيم معاملات الارتباط على التوالي ٠.٢٩٣، ٠.٣٣١، ٠.٢٠٧، ٠.٢٠٨ وجميعها دالة عند مستوى ٠.٠١ معنوية. بينما لم توجد علاقة بين الشهه العصبي والكبت والحذر فقد كانت قيمة معامل الارتباط هي ٠.٠٧٦ وهي غير دالة.

يتضح كذلك من الجدول (١٠) وجود علاقة ارتباطية موجبة ودالة إحصائيًا بين فقدان الشهية العصبي ومكونات مخططات سوء التوافق (الانفصال والرفض- قصور الاستقلال الذاتي وضعف الأداء - التوجه نحو الآخرين- الكبت والحذر) فقد كانت قيم معاملات الارتباط على التوالي ٠.٢٧٢، ٠.١٩٦، ٠.١٤٨، ٠.١٢٤ وجميعها دالة عند مستوى ٠.٠١ معنوية. بينما لم توجد علاقة بين فقدان الشهية العصبي و مجال الحدود المضطربة فقد كانت قيمة معامل الارتباط هي ٠.٠٩٩ وهي غير دالة.

بالنسبة للعلاقة الموجبة بين الشهه العصبي والمجال الأول "الانفصال والرفض" الذي يحتوى على خمسة مخططات وهي الهجر/ وعدم الاستقرار، وعدم الثقة والعنف،

والحرمان العاطفي، والشعور بالخجل والنقص، والعزلة الاجتماعية والاعترا ب، ويتفق ذلك مع افتراض بيك بأن التعرض للنقد قد تنشأ عنه مخططات سلبية تجاه الآخرين، وتجاه العالم المحيط وهذا ما قد يحدث لمصابي الشره العصبي، واتفقت أيضًا نظرية آرون بيك مع هذه النتيجة، والتي توضح بأن الحالة الشعورية للفرد هي نتيجة لطريقة تفكير وإدراك الشخص للموقف. واتفقت نظرية جيفري يونج مع هذا المجال والذي يرى أن المخططات السلبية تجعله يرى نفسه مشوها في المرأة، وحتى عندما يقابل أناس آخرين يخبرونه بأن صورته الحقيقية جميلة، فإنه لا يزال يصدق الصورة المشوهة المغلوطة، فمريض الشره العصبي يشعر بعدم الثقة والخجل والنقص والاعترا ب عن الآخرين. واتفقت دراسة كل من Waller et al (2000) مع هذه الدراسة في العلاقة الإيجابية بين ثلاثة مجالات ومريضات الشره العصبي، وهم مخطط الشعور بالخجل أو النقص ويتضمن ذلك ضمن المجال الأول الانفصال والرفض، بالإضافة إلى مخطط الفشل في الإنجاز ويتضمن داخل المجال الخامس الحدود المضطربة، بالإضافة لمخطط عدم كفاية ضبط النفس ويتضمن داخل المجال الخامس الحدود المضطربة. واتفقت أيضًا دراسة كل من Imperator et al (2017) اتفاقًا جزئيًا مع الدراسة الحالية، حيث أظهرت ارتباطًا إيجابيًا بين الشره العصبي وثلاثة مجالات (الأول الانفصال والرفض، والمجال الثالث التوجيه نحو الآخرين، والمجال الخامس الحدود المضطربة)، ولم تحدد ارتباط الشره بالمجال الثاني والرابع.

واختلفت تمامًا الدراسة الحالية مع دراسة (leung et al., 2005) التي أظهرت نتائجها وجود علاقة إيجابية بين مريضات الشره العصبي و ١٨ مخططًا ليونج، ماعدا مخطط الحرمان العاطفي والهجر كأحد مخططات المجال الأول الانفصال والرفض، ومخطط التضحية بالذات أو النفس أحد مخططات المجال الثالث التوجيه نحو الآخرين، هذا مختلف عن الدراسة الحالية التي خرجت نتائجها بوجود

علاقة إيجابية بين الشره العصبي وهذه المخططات. واتفقت الدراسة الحالية جزئياً مع دراسة (Waller et al (2002) التي أظهرت ارتباطاً إيجابياً بين فقدان الشهية العصبي والشره العصبي، وبين مجالات بمخططات سوء التوافق، وهم مخطط الحرمان العاطفي والذي ينتمي للمجال الأول الانفصال والرفض، ومخطط عدم الكفاءة الذاتية والذي ينتمي للمجال الثاني قصور الاستقلال الذاتي وضعف الأداء، ومخطط عدم القدرة على التجربة وينتمي للمجال الثالث التوجيه نحو الآخرين، ومخطط عدم القدرة على التعبير عن المشاعر والذي ينتمي للمجال الرابع الكبت والحذر المبالغ فيه. واتفقت جزئياً أيضاً مع دراسة (Dingmans et al(2006، التي خرجت نتائجها بوجود علاقة إيجابية بين مخططات سوء التوافق واضطرابات الأكل، واتفقت جزئياً مع دراسة " (Zhu et al (2016، التي أظهرت نتائجها أن المراهقين الذين يعانون من مخططات سوء التوافق أظهروا مستوى أعلى من اضطراب الشره العصبي. وبذلك تكون اختلفت الدراسة الحالية مع الثلاث دراسات السابقة في عدم ارتباط الشره العصبي بالمجال الرابع الكبت والحذر المبالغ فيه، وأيضاً اختلفت مع فقدان الشهية العصبي بعدم ارتباطه بالمجال الخامس مجال الحدود المضطربة، وتفسر الباحثة هذا الاختلاف في ضوء الفروق الحضارية بين مجتمعات الدراسات السابقة ومجتمع الدراسة الحالية.

### نتائج الفرض الثاني ومناقشتها:

ينص هذا الفرض على أنه: "تتنبأ مخططات سوء التوافق باضطراب الأكل لدى عينة الدراسة". وللتحقق من نتائج هذا الفرض تم الاعتماد على استخدام معامل الانحدار بطريقة ستيب وايز وذلك على النحو التالي:

أولاً الشره العصبي: استخدم الباحثون الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) لحساب تحليل الانحدار المتعدد لمتغير الشره العصبي على متغير مخططات سوء

التوافق بأبعاده الخمسة (الانفصال والرفض، قصور الاستقلال الذاتي وضعف الأداء، التوجيه نحو الآخرين، الكبت والحذر، الحدود المضطربة). ومن الشروط الواجب توافرها هي اعتدالية البيانات، لذا تم حساب الالتواء، ويوضح جدول (١١) قيم الالتواء:

### جدول (١١)

#### اختبار اعتدالية البيانات

المتغير	الإلتواء
الشره العصبي	٠.٩٨٩
فقدان الشهية العصبي	٠.٣٨١
الانفصال والرفض	٠.١٤٦
قصور الاستقلال الذاتي وضعف الأداء	٠.٤٩٢
التوجيه نحو الآخرين	٠.٠٥١
الكبت والحذر	٠.٦٣٤-
الحدود المضطربة	٠.٢٥٠-

يتضح من الجدول ( ١١ ) أن جميع قيم الالتواء للمتغيرات التي يتضمنها نموذج تحليل الانحدار تتحصر بين ( ٣ و -٣ )، مما يعني اعتدالية البيانات. وهذه النتائج تدفعنا لإجراء تحليل الانحدار المتعدد بطريقة Enter ، ويوضح جدول (١٢) تحليل الانحدار المتعدد للتنبؤ بالشره العصبي من خلال مخططات سوء التوافق لدى عينة المراهقات.

### جدول (١٢)

#### تحليل الانحدار المتعدد للتنبؤ بالشره العصبي من خلال مخططات سوء التوافق لدى المراهقات

م. المستقل	م. التابع	الثابت	ف	R	R2	R2-	بيتا	ت	مستوى الدلالة
الانفصال والرفض	الشره العصبي	٩.٣٦٤	***٧.٨٦٢	٠.٣٤٩	٠.١٢٢	٠.١٠٦	٠.٠٣٠	١.٧٨٨	غ.د
							٠.٠٦٥	٢.٨٤٧	٠.٠١



			وضعف الأداء
غ.د	٠.١٥٧	٠.٠٠٧	التوجيه نحو الآخرين
غ.د	- ٠.٤٥٢	٠.٠١٩-	الكبت والحذر
غ.د	٠.٣٩٨	٠.٠١٧	الحدود المضطربة

يتضح من الجدول السابق أن قيم معامل الارتباط الثلاثة هي معامل الارتباط البسيط  $R$  قد بلغ (٠.٣٤٩) بينما بلغ معامل التحديد ( $R^2$  ٠.١٢٢) في حين كان معامل التحديد المصحح ( $R^2$  ٠.١٠٦) مما يعني بأن المتغيرات المستقلة التفسيرية (الانفصال والرفض، قصور الاستقلال الذاتي وضعف الأداء، التوجيه نحو الآخرين، الكبت والحذر، الحدود المضطربة) استطاعت أن تفسر (١١%) من التغيرات الحاصلة في (الشه العصبي)، كما يلاحظ من خلال قيم تحليل التباين والذي يمكننا من معرفة القوة التفسيرية للنموذج ككل عن طريقة إحصائية (ف)، وكما يلاحظ من الجدول السابق المعنوية العالية لاختبار (ف)، فقد كانت دالة عند مستوى (٠.٠٠١) معنوية، مما يؤكد القوة التفسيرية العالية لنموذج الانحدار الخطي المتعدد من الناحية الإحصائية. وتبين من الجدول السابق أن قيمة (بيتا) لمتغير الانفصال والرفض لم تصل لمستوى الدلالة المعنوية، في حين كان متغير قصور الاستقلال الذاتي والأداء دالاً معنوياً عند مستوى (٠.٠١)، بينما لم يصل متغير التوجه نحو الآخرين لمستوى الدلالة المعنوية في التنبؤ بالشه العصبي، كذلك لم يصل متغير (الكبت والحذر) لمستوى الدلالة المعنوية في التنبؤ بالشه العصبي، أيضاً لم يكن متغير الحدود المضطربة دالاً إحصائياً في التنبؤ بمتغير الشه العصبي. ومن الجدول السابق يمكن التنبؤ بمعادلة خط انحدار الشه العصبي على مخططات سوء التوافق (الانفصال

والرفض، قصور الاستقلال الذاتي وضعف الأداء، التوجيه نحو الآخرين، الكبت والحذر، الحدود المضطربة) هي:

$$\text{الشهر العصبي} = 9.364 + 0.030 \times \text{الانفصال والرفض} + 0.065 \times \text{قصور الاستقلال الذاتي وضعف الأداء} + 0.007 \times \text{التوجه نحو الآخرين} + (-0.019) \times \text{الكبت والحذر} + 0.017 \times \text{الحدود المضطربة}.$$

### ثانياً: فقدان الشهية العصبي:

حُسب تحليل الانحدار المتعدد بطريقة Stepwise للتحقق من هذا الفرض، ويوضح جدول (١٣) تحليل الانحدار المتعدد للتنبؤ بفقدان الشهية العصبي من خلال مخططات سوء التوافق لدى عينة المراهقات.

#### جدول (١٣)

تحليل الانحدار المتعدد للتنبؤ بفقدان الشهية العصبي من خلال مخططات سوء التوافق لدى المراهقات.

م. المستقل	م. التابع	الثابت	ف	R	R2	R2-	بيتا	ت	مستوى الدلالة
الانفصال والرفض	فقدان الشهية العصبي	١٩.٦٨٩	١٢٦.٥١٢٦***	٠.٢٧٧	٠.٠٧٠	٠.٠٦٧	٠.٠٩٢	٣.٢٤٦	٠.٠٠١
قصور الاستقلال الذاتي وضعف الأداء							٠.٠٤٠	١.٠٦٢	غ.د.
التوجيه نحو الآخرين							-٠.٠٣٣	-	غ.د.
الكبت والحذر							٠.٠٩٢	١.٢٨٩	غ.د.
الحدود المضطربة							-٠.٢٨٨	-	غ.د.
								١.٢٧٦	

يتضح من الجدول السابق أن قيم معامل الارتباط الثلاثة وهي معامل الارتباط البسيط R قد بلغ ٠.٢٨٨ بينما بلغ معامل التحديد R<sup>2</sup> ٠.٠٨٣، في حين كان معامل التحديد المصحح R<sup>2-</sup> ٠.٠٦٧ مما يعني بأن المتغيرات المستقلة التفسيرية (الانفصال

والرفض، قصور الاستقلال الذاتي وضعف الأداء، التوجيه نحو الآخرين، الكبت والحذر، الحدود المضطربة) استطاعت أن تفسر (١%) من التغيرات الحاصلة في (فقدان الشهية العصبي). كما يلاحظ من خلال قيم تحليل التباين والذي يمكننا من معرفة القوة التفسيرية للنموذج ككل عن طريق إحصائية ف وكما يلاحظ من الجدول السابق المعنوية العالية لاختبار ف، فقد كانت دالة عند مستوى ٠.٠٠١ معنوية، مما يؤكد القوة التفسيرية العالية لنموذج الانحدار الخطي المتعدد من الناحية الإحصائية.

ونلاحظ من الجدول (١٣) أن قيمة بيتا لمتغير الانفصال والرفض كانت دالة إحصائيًا عند مستوى ٠.٠٠١ معنوية في التنبؤ بفقدان الشهية العصبي، في حين لم يصل متغير قصور الاستقلال الذاتي والأداء لمستوى الدلالة المعنوية، كذلك لم يصل متغير التوجه نحو الآخرين لمستوى الدلالة المعنوية في التنبؤ بفقدان الشهية العصبي، كذلك لم يصل متغير الكبت والحذر لمستوى الدلالة المعنوية في التنبؤ بفقدان الشهية العصبي، أيضًا لم يكن متغير الحدود المضطربة دالًا إحصائيًا في التنبؤ بمتغير فقدان الشهية العصبي. ومن الجدول السابق يمكن التنبؤ بمعادلة خط انحدار فقدان الشهية العصبي على مخططات سوء التوافق (الانفصال والرفض، قصور الاستقلال الذاتي وضعف الأداء، التوجيه نحو الآخرين، الكبت والحذر، الحدود المضطربة) هي:

$$\text{فقدان الشهية العصبي} = 19,689 + 0.092 \times \text{الانفصال والرفض} + 0.040 \times \text{قصور الاستقلال الذاتي وضعف الأداء} + (-0.033) \times \text{التوجه نحو الآخرين} + 0.092 \times \text{الكبت والحذر} + (-0.088) \times \text{الحدود المضطربة}.$$

اختلفت نتيجة هذا الفرض مع دراسة (Waller et al., 2000) التي أظهرت نتائجها أن معتقدات الكف الإنفعالي والكبت العاطفي التابع للمجال الرابع الكبت أو الحذر، هو المخطط الوحيد القادر على التنبؤ بالشهية العصبي.

واختلفت أيضًا مع دراسة Basile et al., (٢٠١٩) والتي أظهرت نتائجها أن مخطط عدم كفاية ضبط الذات أو النفس التابع للمجال الخامس، هو المخطط الوحيد القادر على التنبأ بنوبات الشره العصبي. أما الدراسة الحالية فقد أظهرت نتائجها أن المجال الثاني قصور الاستقلال الذاتي وضعف الأداء هو القادر على التنبأ بالشره العصبي، وقد يرجع تنبأ المجال الثاني بالشره العصبي لإصابة مريض الشره بالاعتمادية والعجز عن اتخاذ قرار بوقف تناول الطعام بكميات كبيرة وقابليته للأذى والمرض بتكرار استخدام أساليب التطهير وغيرها بعد تناول كميات كبيرة من الطعام والفشل كل مرة في التوقف عن تناول الطعام بكميات كبيرة، وكل هذه الصفات تتضمن داخل المجال الثاني قصور الاضطراب الذاتي. واتفقت جزئيًا مع دراسة Waller et al., (2002) والتي ذكرت في نتائجها أنه يجب التعامل مع معتقدات سوء التوافق على أنها مركزية ومسببة لاضطرابات الأكل. قد يرجع تنبأ المجال الأول الانفصال والرفض في هذا الدراسة بفقدان الشهية العصبي، لكونه يحتوي على مخطط الهجر وعدم الاستقرار، وعدم الثقة والعنف والحرمان العاطفي، والشعور بالنقص أو الخجل و العزلة الاجتماعية والاعترا ب، ويتسم مريض فقدان الشهية العصبي بالحساسية الزائدة للنبيذ، كما أن الرفض يمثل جانب مؤلم ولديه صعوبة في التعامل مع التفاعلات الاجتماعية، تجنبًا للرفض مما يؤدي به للشعور بالخجل والنقص والعزلة، وهذا ما يحدث مع مريض فقدان الشهية العصبي عندما يصل لمرحلة عدم القدرة على التوقف عن امتناعه عن تناول الطعام، والعودة إلى الحياة الطبيعية.

## المراجع:

### أولاً: المراجع العربية:

- أمازة يحيى يونس (٢٠٠٧). بعض المكونات المعرفية غير التوافقية لدى مرضى الوسواس القهري، رسالة ماجستير (غير منشورة)، كلية الآداب، جامعة القاهرة.
- أمانى أحمد يحيى (٢٠٠٢). التغيرات الارتقائية في المعرفة الاجتماعية ومهارات التفاعل الاجتماعي في الطفولة والمراهقة، رسالة ماجستير (غير منشورة)، كلية الآداب، جامعة القاهرة.
- أيمن حامد الجوهري (٢٠١٥). المخططات غير التوافقية والأخطاء المعرفية لدى مريضات الشره العصبي، رسالة ماجستير، كلية الآداب، جامعة القاهرة.
- حسام أبو يوسف (٢٠١١). علم نفس النمو، القاهرة، دار ايتراك للطباعة والنشر.
- حسام أحمد أبو سيف (٢٠١١). اضطرابات الأكل وعلاقتها بسلوك الاستهلاك والميل للعزلة لدى عينة من المراهقات، "دراسات نفسية"، ٢١(٣)، ٣٨٥-٤٢١.
- روبرت ليهي (٢٠٠٦). دليل عملي تفصيلي لممارسة العلاج النفسي المعرفي في الاضطرابات النفسية، (ترجمة جمعة سيد يوسف. محمد نجيب الصبوة)، إيتراك للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة.
- سامية محمد صابر. (٢٠٠٩). الكمالية العصائية (غير السوية) وعلاقتها باضطرابات الأكل لدى عينة من طلاب الجامعة. مجلة شعبة الدراسات النفسية والاجتماعية. كلية الآداب، جامعة المنوفية، ١-٣٥.
- طه عبد العظيم حسين (٢٠٠٧). العلاج النفسي المعرفي: مفاهيم و تطبيقات، الإسكندرية، دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر.
- عادل عبدالله محمد. (٢٠٠٠). العلاج المعرفي السلوكي "أسس وتطبيقات"، القاهرة، دار الرشاد.
- عبد اللطيف خليفة (١٩٩٢). المعتقدات والاتجاهات نحو المرض النفسي، القاهرة، دار الثقافة للنشر والتوزيع.
- علاء الدين كفاي (١٩٩٥). معجم علم النفس والطب النفسي، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية.

علي عبد النبي حنفي وعبد الفتاح رجب(٢٠٠٤). **المناخ الأسرى وعلاقته باضطرابات الأكل لدى المراهقين المعوقين سمعيًا**. المؤتمر السنوي الحادي عشر، مركز الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس.

عمر السيد حمادة (٢٠٠٨). **العلاقة بين الوحدة النفسية واضطرابات الأكل لدى المراهقين المعاقين سمعيًا**، رسالة ماجستير غير منشوره، كلية التربية، جامعة بنها.

مجدي محمد الدسوقي (٢٠٠٦). **فقدان الشهية العصبي**، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.

مجدي محمد الدسوقي(٢٠٠٧). **اضطرابات الأكل**، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.

محمد حسن غانم (٢٠٠٩). **الشه العصبي للأكل وعلاقته بكل من التقدير الذاتي وجوانب التشوية المعرفي لدى عينة من البدينات، دراسات عربية في علم النفس**، ٨(١)، ٦١-١١٩.

محمود عبد الرحمن حمودة(٢٠٠١). **الطفولة والمراهقة المشكلات النفسية والعلاج**، مجلة

**الطفولة والتنمية، المجلس العربي للطفولة والتنمية**،(١)، ٢٣٩-٢٤٨.

مي محمد الرميح عبد الخالق، أحمد محمد (٢٠٠٢): **التميز بين القلق والاكتئاب باستخدام**

**النموذجين المعرفي والوجداني، دراسات نفسية**، (١٢)(٤)، ٥٧٨-٥٤١.

نهاد محمود عبد التواب. (٢٠١٨). **الفروق الجندرية في العلاقة بين المخططات المعرفية**

**الإيجابية والرضا عن الحياة. دراسات نفسية**، ٢٨(١)، ١٦٥-٢٢٧.

فؤاد أبو المكارم(٢٠٠٧). **بعض المحددات النفسية الاجتماعية لأساليب الانتباه لدى طلاب**

**الجامعات. دراسات عربية في علم النفس**، ٢٦(٣):١-٥.

## ثانيًا: المراجع الانجليزية:

*American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). American Psychiatric Pub.*

Basile, B., Tenore, K., & Mancini, F. (2019). Early maladaptive schemas in overweight and obesity: A schema mode model. *Heliyon*, 5(9), e02361.

Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York, NY: International Universities Press.

Beck, A. T. (Ed.). (1979). *Cognitive therapy of depression*. Guilford press.

Bricker, D. C., & Young, J. E. (2012). *A client's guide to schema therapy*. Schema Therapy Institute.

Cecero, J. J., Nelson, J. D., & Gillie, J. M. (2004). Tools and tenets of schema therapy: toward the construct validity of the early maladaptive schema questionnaire—research version (EMSQ\_R). *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 11(5), 344-357.

Cooper, M. J., Todd, G., & Wells, A. (1998). Content, origins, and consequences of dysfunctional beliefs in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 12(3), 213-230

Cooper, M. J., Wells, A., & Todd, G. (2004). A cognitive model of bulimia nervosa. *British Journal of Clinical Psychology*, 43(1), 1-16

Cooper, M., & Turner, H. (2000). Underlying assumptions and core beliefs in anorexia nervosa and dieting. *British Journal of Clinical Psychology*, 39(2), 215-218.

Crisp, A. H., & Kalucy, R. S. (1974). Aspects of the perceptual disorder in anorexia nervosa. *British Journal of Medical Psychology*, 47(4), 349-361.

Dingemans, A. E., Spinhoven, P., & Van Furth, E. F. (2006). Maladaptive core beliefs and eating disorder symptoms. *Eating Behaviors*, 7(3), 258-265.

Eysenck, M. (1997). *Anxiety and Cognition: A unified theory*, London: Psychology prss.

Feltner, C., Peat, C., Reddy, S., Riley, S., Berkman, N., Middleton, J. C., & Jonas, D. E. (2022). Screening for eating disorders in adolescents and adults: evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA*, 327(11), 1068-1082.

Fox, J. R., & Power, M. J. (2009). Eating disorders and multi-level models of emotion: An integrated model. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 16(4), 240-267.

Gilbert, K. E. (2012). The neglected role of positive emotion in adolescent psychopathology. *Clinical psychology review*, 32(6), 467-481.

Güler, K., & Özgörüş, Z. (2022). Investigation of the relationship between early maladaptive schemas, temperament and eating attitude in adults. *Journal of Eating Disorders*, 10(1), 1-11.

Hansell, J. H., & Damour, L. K. (2008). *Abnormal psychology*. Wiley Global Education.

Imperator, C., Innamorati, M., Lester, D., Continisio, M., Balsamo, M., Saggino, A., & Fabbriatore, M. (2017). The association between food addiction and early maladaptive schemas in overweight and obese women: *A preliminary investigation*. *Nutrients*, 9(11), 1259.

Jesinoski, M. S. (2010). *Young's Schema Theory: Exploring the direct and indirect links between negative childhood experiences and temperament to negative affectivity in adulthood*. Utah State University.

Jones, C., Leung, N., & Harris, G. (2007). Dysfunctional core beliefs in eating disorders: A review. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 21(2), 156.

Kaye, W. H., Bailer, U. F., Frank, G. K., Wagner, A., & Henry, S. E. (2005). Brain imaging of serotonin after recovery from anorexia and bulimia nervosa. *Physiology & behavior*, 86(1-2), 15-17.

Leung, N., Harris, G., & Jones, C. (2005). Core beliefs and eating disorder recovery. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association*, 13(4), 237-244.

Lindberg, L., & Hjern, A. (2003). Risk factors for anorexia nervosa: a national cohort study. *International Journal of Eating Disorders*, 34(4), 397-408.

Marshall, S. P. (1995). *Schemas in problem solving*. Cambridge University Press.

Moore, R. G., & Garland, A. (2004). *Cognitive therapy for chronic and persistent depression*. John Wiley & Sons.



Muuss, R. E., & Porton, H. D. (1998). Adolescent behavior and society: A book of readings. *Adolescence*, 33(132), 965-966.

Poston, W. S. C., & Winebarger, A. A. (1996). The misuse of behavioral genetics in prevention research, or for whom the “bell curve” tolls. *Journal of Primary Prevention*, 17(1), 133-147.

Qian, J., Wu, Y., Liu, F., Zhu, Y., Jin, H., Zhang, H., ... & Yu, D. (2022). An update on the prevalence of eating disorders in the general population: a systematic review and meta-analysis. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 27(2), 415-428.

Sarin, S., & Abela, J. R. (2003). The relationship between core beliefs and a history of eating disorders: An examination of the life stories of university students. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 17(4), 359-374.

Schattie, A. (2018). *Art Therapy and Body Image: Developing Positive Art Therapy Interventions for Adults with Body Image Concerns*. a master degree thesis. (Un published). College Of Fine Arts. Florida State University. Retrieved from [http://purl.flvc.org/fsu/fd/2018\\_Su\\_Schattie\\_fsu\\_0071N\\_14795](http://purl.flvc.org/fsu/fd/2018_Su_Schattie_fsu_0071N_14795)

Segal, Z. V. (1988). Appraisal of the self-schema construct in cognitive models of depression. *Psychological bulletin*, 103(2), 147.

Skrzypek, S., Wehmeier, P. M., & Remschmidt, H. (2001). Body image assessment using body size estimation in recent studies on anorexia nervosa. A brief review. *European child & adolescent psychiatry*, 10(4), 215-221.

Steiger, H., Stotland, S., Ghadirian, A. M., & Whitehead, V. (1995). Controlled study of eating concerns and psychopathological traits in relatives of eating-disordered probands: Do familial traits exist?. *International Journal of Eating Disorders*, 18(2), 107-118.

Sullivan, P. F., Bulik, C. M., Fear, J. L., & Pickering, A. (1998). Outcome of anorexia nervosa: a case-control study. *American Journal of Psychiatry*, 155(7), 939-946.

The American Psychiatric Association. (1994). diagnostic and statistical manual of mental disorders (DMS-IV--options book. *Psychiatria polska*, 28(2), 255-268.

Treasure, J., Schmidt, U., & Van Furth, E. (Eds.). (2003). *Handbook of eating disorders* (pp. 219-31). Chichester: John Wiley.

Turner, S. L., Hamilton, H., Jacobs, M., Angood, L. M., & Dwyer, D. H. (1997). The influence of fashion magazines on the body image satisfaction of college women: An exploratory analysis. *Adolescence, 32*(127), 603.

Unoka, Z., Tölgyes, T., & Czobor, P. (2007). Early maladaptive schemas and body mass index in subgroups of eating disorders: A differential association. *Comprehensive Psychiatry, 48*(2), 199-204.

Urwin, R. E., Bennetts, B., Wilcken, B., Lampropoulos, B., Beumont, P., Clarke, S., ... & Nunn, K. P. (2002). Anorexia nervosa (restrictive subtype) is associated with a polymorphism in the novel norepinephrine transporter gene promoter polymorphic region. *Molecular psychiatry, 7*(6), 652-657.

Vitousek, K. B., & Hollon, S. D. (1990). The investigation of schematic content and processing in eating disorders. *Cognitive therapy and research, 14*(2), 191-214.

Waller, G., Babbs, M., Milligan, R., Meyer, C., Ohanian, V., & Leung, N. (2003). Anger and core beliefs in the eating disorders. *International journal of eating disorders, 34*(1), 118-124.

Waller, G., Clarke, S., Stopa, L., Bell, L., Rouse, H., Ainsworth, C., ... & Kennedy, F. (2004). Towards a cognitive model and measure of dissociation. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 35*(1), 25-48.

Waller, G., Dickson, C., & Ohanian, V. (2002). Cognitive content in bulimic disorders: Core beliefs and eating attitudes. *Eating behaviors, 3*(2), 171-178.

Waller, G., Ohanian, V., Meyer, C., & Osman, S. (2000). Cognitive content among bulimic women: The role of core beliefs. *International Journal of Eating Disorders, 28*(2), 235-241.

Waller, G., Sines, J., Meyer, C., Foster, E., & Skelton, A. (2007). Narcissism and narcissistic defences in the eating disorders. *International Journal of Eating Disorders, 40*(2), 143-148.

Wonderlich, S. A., Lilienfeld, L. R., Riso, L. P., Engel, S., & Mitchell, J. E. (2005). Personality and anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 37(S1), S68-S71.

World Health Organization. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*. World Health Organization.

Worsfold, K. E. (2009). The body in clinical cognitive theory: from beck to mindfulness. *Contemporary Buddhism*, 10(2), 220-240.

Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy*. New York: Guilford, 254.

Zhu, H., Luo, X., Cai, T., He, J., Lu, Y., & Wu, S. (2016). Life event stress and binge eating among adolescents: The roles of early maladaptive schemas and impulsivity. *Stress and Health*, 32(4), 395-

401.