

## استراتيجيات التنظيم الانفعالي واضطرابات الأكل لدى طالبات الجامعة

عادل سيد عبادي\*

مستخلص الدراسة

اضطرابات الأكل اضطرابات مزمنة تختل فيها عدة وظائف نفسية، وقد هدفت الدراسة الحالية إلى معرفة الفرق بين مرتفعي ومنخفضي مضطربات الأكل في استراتيجيات التنظيم الانفعالي، والعلاقة بين استراتيجيات التنظيم الانفعالي وكلا من اضطراب فقدان الشهية العصبي واضطراب الشره العصبي. وتمثلت أدوات الدراسة من مقياس اضطرابات الأكل (إعداد الباحث)، ومقياس استراتيجيات التنظيم الانفعالي (إعداد Gratz & Roemer, ٢٠٠٤) وترجمة الباحث)، وقد تكونت عينة الدراسة من ٦٠ طالبة. وأسفرت النتائج عن وجود فروق بين الفرق بين مرتفعي ومنخفضي مضطربات الأكل في استراتيجيات التنظيم الانفعالي في اتجاه مرتفعي مضطربات الأكل، ووجود علاقة بين استراتيجيات التنظيم الانفعالي وكلا من اضطراب فقدان الشهية العصبي واضطراب الشره العصبي، وقد تم في ضوء مناقشة هذه النتائج وضع بعض المقترحات والتوصيات التي أوضحت الفائدة العلمية والتطبيقية للدراسة الحالية في مرحلة التعليم الجامعي.

الكلمات المفتاحية: اضطرابات الأكل، استراتيجيات التنظيم الانفعالي، اضطراب فقدان الشهية العصبي، اضطراب الشره العصبي.

\* مدرس الصحة النفسية بكلية التربية - جامعة أسوان

## مقدمة

يختلف الأفراد في قدراتهم ونظرتهم لأنفسهم، وتختلف درجة تفاعلاتهم واستجاباتهم ومستويات الجهود المبذولة تبعاً لذلك، ويعد تفسير الفرد للسلوك الذي يقوم به العامل الأساسي في تحديد نظرته لنفسه، وينعكس ذلك بصورة مباشرة على انفعالاته وخبراته الانفعالية، فوعى الفرد بمشاعره يمكنه من التفاعل مع المواقف بصورة إيجابية أو سلبية، وتتوقف درجة التفاعل على نوعية المشاعر التي يكنها الفرد نحو نفسه من حيث كونها مشاعر إيجابية أو سلبية.

فالأفراد يمرون بالعديد من الخبرات الانفعالية باختلاف أشكالها، ويحاول كل فرد التعامل مع المشاعر الناتجة عن تلك الخبرات بوسائل فعالة أو غير فعالة. ولا يمثل القلق بحد ذاته المشكلة الحقيقية الناتجة عن تلك المشاعر، وإنما القدرة على التعرف على القلق، وتقبله، واستخدامه إذا أمكن، والاستمرار في الأداء على الرغم من ذلك، وبدون الانفعالات، فإن الحياة تفتقر للمعنى، والملمس، والثراء، والفرح، والاتصال مع الآخرين، فالانفعالات تخبرنا عن احتياجاتنا، والإحباط الذي لدينا، والحقوق والواجبات التي تحفزنا لإجراء التغييرات، والهروب من المواقف الصعبة، أو نعرف متى نحن راضون. ولكن هناك الكثير من الأفراد يجدون أن انفعالاتهم طغت عليهم، ويخافون من مشاعرهم، ويصبحون غير قادرين على التأقلم لأنهم يعتقدون أن الحزن أو القلق يمنعهم من القيام بالسلوك الفعال، وفي السنوات الأخيرة كان هناك اهتمام متزايد لدور المعالجة والتنظيم الانفعالي في العديد من الاضطرابات (Leahy, Tirch, & Napolitano, ٢٠١١, ١,٣).

وتعد اضطرابات الأكل أحد الاضطرابات الشائعة الخطيرة على الفرد، وقد حاولت العديد من الدراسات تفسير هذه الاضطرابات خاصة فيما يتعلق بالجانب

الانفعالي، حيث خلصت هذه الدراسات إلى أن الأفراد ذوي اضطرابات الأكل لديهم مشكلات تتعلق بإدراك الانفعالات والتعامل معها والتعبير عنها (Brockmeyer, et al., ٢٠١٢; Kucharska-Pietura, Nikolaou, Masiak, & Treasure, ٢٠٠٤; Sim & Zeman, ٢٠٠٦)

ومن هنا تحاول الدراسة الحالية دراسات وتحديد استراتيجيات التنظيم الانفعالي التوافقية واللاتوافقية لدى الأفراد ذوي اضطرابات الأكل.

### مشكلة الدراسة

أشارت العديد من الدراسات إلى أن الأفراد ذوي اضطرابات الأكل لديهم قصور في المعالجة الانفعالية والذكاء الانفعالي (Gilboa-Schechtman, Avnon, Zubery, & Jeczmiem, ٢٠٠٦; Pettit, Jacobs, Page, & Porras, ٢٠١٠)، فانخفاض مستويات الذكاء الانفعالي ترتبط بمخاطر أكبر نحو الانخراط في اضطرابات الأكل (Pettit, Jacobs, Page, & Porras, ٢٠١٠; Filaire, Larue, & Rouveix, ٢٠١١).

فالأصل في اضطرابات الأكل أن الفرد يحاول أن يظهر بصورة مقبولة ومرغوبة من قبل الآخرين، ومن هنا فإنه يسعى إلى رغبة ورضا الآخرين عن شكل الخارجي في محاولة من للاستحواذ على انتباههم ورغبتهم وغيرتهم من شكله الخارجي، وذلك يكون بصورة أكبر من غيره، ومن هنا فإن محاولة فهم ومعرفة طريقة الفرد في التنظيم الانفعالي الداخلي لظهور مثل تلك الأعراض للاضطراب من خلال دراسة التنظيم الانفعالي.

فأكثر من نصف الاضطرابات التي تم توصيفها في DSM-IV تم تحديد أفرادها على أنهم لديهم قصور في التنظيم الانفعالي , (Ochsner & Gross , ١٠٤, ٢٠٠٧)، فقد تزايد الاهتمام بالتنظيم الانفعالي بوصفه وظيفة محتملة لأن يكون عاملاً موحداً لظهور أعراض اضطرابات والسلوكيات غير التوافقية (Gross ١٩٩٥, Munoz &، وباطلاع الباحث على العديد من الدراسات السابقة، فقد وجد عدد محدود من الدراسات التي حاولت دراسة استراتيجيات التنظيم الانفعالي لدى ذوي اضطرابات الأكل في الدراسات الأجنبية، وعدد أقل في الدراسات التي حاولت تحديد وتفسير استراتيجيات التنظيم الانفعالي، في حين لم توجد أي دراسات عربية حاولت تحديد استراتيجيات التنظيم الانفعالي لدى ذوي اضطرابات الأكل.

ومن هنا يمكن تحديد مشكلة الدراسة في الإجابة عن الأسئلة التالية:

١- ما الفرق بين مرتفعي ومنخفضي مضطربات الأكل في استراتيجيات التنظيم الانفعالي

٢- ما العلاقة بين استراتيجيات التنظيم الانفعالي واضطراب فقدان الشهية العصبي

٣- ما العلاقة بين استراتيجيات التنظيم الانفعالي واضطراب الشره العصبي

أهداف الدراسة

هدفت الدراسة الحالية إلى محاولة التعرف على:

١- الفرق بين مرتفعي ومنخفضي مضطربات الأكل في استراتيجيات التنظيم الانفعالي.

٢- العلاقة بين استراتيجيات التنظيم الانفعالي واضطراب فقدان الشهية العصبي.

٣- العلاقة بين استراتيجيات التنظيم الانفعالي واضطراب الشره العصبي.

## أهمية الدراسة

تستمد الدراسة الحالية أهميتها النظرية من إضافة تراث نظري للمكتبة العربية حول متغيرات البحث المتمثلة في استراتيجيات التنظيم الانفعالي واضطراب فقدان الشهية العصبي، وتوضيحها طبيعة النتائج المستخرجة واتساقها مع الأدبيات وتقديم نتائج جديدة.

وتبدو الأهمية التطبيقية للدراسة بما يقدمه الباحث لكل من العاملين في مجال الإرشادي النفسي والباحثين من تفسير أشكال استراتيجيات التنظيم الانفعالي لدى مضطربات الأكل.

## مصطلحات الدراسة

### استراتيجيات التنظيم الانفعالي Emotion Regulation Strategy

استخدام استراتيجيات مناسبة بشكل موقفي لتنظيم الانفعالات بمرونة، لتعديل الاستجابات الانفعالية نحو انفعالات المرغوب فيها من أجل تحقيق الأهداف الفردية والمطالب الظرفية، وتشمل وعي الفرد بخبراته الانفعالية، وقدرته على مواجهة الإيجابية للتأقلم مع السياقات الضاغطة ومواجهة الانفعالات المكروه، وفهم وقبول الفرد لانفعالاته والتعبير عنها، والقدرة على التحكم في السلوكيات الاندفاعية والتصرف وفقاً للأهداف المرغوبة عندما يعاني من المشاعر السلبية، وتحدد إجرائياً بالدرجة التي يحصل عليها المفحوص على مقياس استراتيجيات التنظيم الانفعالي.

### اضطرابات الأكل Eating Disorder

تعرف بأنها خلل حاد في سلوك تناول الأكل، يظهر في نمط فقدان الشهية العصبي Anorexia Nervosa، ونمط فرط الشهية العصبي Bulimia

Nervosa، وتحدد إجرائياً بالدرجة التي يحصل عليها المفحوص على مقياس اضطرابات الأكل.

### الإطار النظري للدراسة:

#### اضطرابات الأكل

تمثل الحاجة إلى الأكل حاجة بيولوجية لا غنى عنها، فهو حاجة تظهر في الإشباع أو الاتزان أو حاجة الفرد في ملئ معدته بالطعام أو الحاجة إلى البروتين أو أكثر تحديداً الحاجة إلى بروتين محدد وهكذا (Maslow, 1970, 25)، ولا شك أن الغذاء يؤثر في جسم الإنسان وفي نمو وتكوين خلاياه، ويعوضه عما فقده من طاقة وأنسجة من جراء قيام الإنسان بالحركة والنشاط والعمل والسلوك، والتهام الطعام عند البعض أكثر من اللازم قد يكون نتيجة عملية تعوي لا شعورية، أو جراء شعورهم بالإهمال والنبذ أو شعورهم بالخوف والقلق أو نتيجة لسوء معاملة الآباء لهم (العيسوي، 2000، 22).

واضطرابات الأكل هي أحد الاضطرابات النفسية التي تتركز حول قضايا السلوك الأكل وكذلك وزن الجسم والشكل، الفروق بين اضطرابات الأكل ترتبط إلى حد كبير إلى وضع الوزن للفرد، وجود أو عدم وجود الشهية عند تناول الطعام، وجود أو عدم وجود آليات تعويضية مثل القيء أو ممارسة المفرطة. ويعتقد أن اضطرابات الأكل تؤثر أساساً على الإناث، وبداية سن المراهقة. والأسباب الحقيقية لهذا الاضطراب غير معروفة، ويعتقد أن العوامل الثقافية تلعب دوراً أساسياً في هذا الاضطراب، يمكن أن يكون لاضطرابات الأكل عواقب صحية خطيرة، ويعتقد فقدان الشهية العصبي لديها أعلى معدل وفيات من أي اضطراب نفسي. كذلك فإن الشره المرضي العصبي وفقدان الشهية العصبي كأحد أكثر اضطرابات انتشاراً لإحداث سير مزمن من الاضطرابات إذا تركت دون علاج (Matsumoto, 2009, 173).

وولدت الزيادة الواضحة في حدوث هذين الاضطرابين في الآونة الأخيرة إلى جانب الاهتمام الذي أحدثته داخل المجتمع العلمي، وكذلك بين الناس انطباع بان اضطراب الأكل من الاضطرابات التي يجب الاهتمام بها (الدسوقي، ٢٠٠٧، ٢٢).

وتعرف اضطرابات الأكل بأنها اختلال في سلوك تناول الطعام وعدم الانتظام في تناول الوجبات، ما بين الامتناع القهري عن تناول الطعام، أو التكرار القهري لتناول الطعام في غير مواعيده، وبكميات تزيد عما يتطلبه النمو الطبيعي للفرد، والذي قد يصاحبه من الفرد للتخلص من الطعام الزائد عن حاجة جسمه (شقيير، ٢٠٠٢، ١٤)، فهي تغيرات مستمرة متلاحقة في سلوكيات تناول الأكل تتتاب الفرد ويصاحبها تغيرات سلوكية لديه بهدف التحكم في الوزن أو عد الرغبة في تناول الأكل أو التناول القهري للأكل بشكل غير ملائم (على، ٢٠١٠، ب، ٢٠).

ويوضح الدليل التشخيصي أن اضطراب الغذاء والتغذية يتميز بأنه اضطراب مستمر من الأكل أو السلوك المتعلق بالأكل ينتج عن تغييرات في استهلاك أو امتصاص الطعام ويؤدي بشكل دال إلى ضرر ملحوظ في الصحة البدنية أو الوظائف النفسية والاجتماعية، وينقسم وفق المعايير التشخيصية إلى اضطراب اشتها الأظعمة الشاذة، واضطراب الاجترار، اضطراب التجنب/ التقيد في تناول الطعام، فقدان الشهية العصبي والشره العصبي، واضطراب الإفراط عند تناول الطعام. (American Psychiatric Association, ٢٠١٣, ٣٢٩).

ويمثل اضطراب فقدان الشهية العصبي والشره العصبي أكثر اضطرابات الأكل انتشاراً في مرحلة المراهقة والرشد، حيث يتميز الاضطرابان باتجاه مشوه تجاه الوزن والأكل والبدانة، ويبدأ حدوثهما في مرحلة المراهقة، ويحملان في طبيائهما قدراً كبيراً من الحالات المرضية وحالات الوفاة (الدسوقي، ٢٠٠٧، ٢٢).

ويقصد بفقدان الشهية العصبي رفض لا شعوري للأكل يتعلق بالمعنى اللاشعوري للطعام إلا من كميات ضئيلة في صورة سوائل، مما يؤدي إلى نقص

وزن الجسم، والخوف الشديد من اكتساب الوزن، وتتوقف الدورة الشهرية لدى الفتيات، وتضرب صورة الجسم، ويتخلل هذا الامتناع عن الأكل بعض نوبات من الشره للطعام، ويكثر حدوثه بين الفتيات في مرحلة المراهقة (شقير، ٢٠٠٠)، وفي الواقع فإن تناول الطعام ليس هو السلوك المضطرب، ولكن علينا أن نفكر بأنه " اضطرابات فقدان الوزن " الذي يشتمل على عدد من الممارسات المختلفة تشمل - تجويع الذات، التقيؤ الذاتي، والنشاط القهري في ممارسة التمارين الرياضية، واستخدام المليينات وحبوب الحمية والأعشاب الطبية والسعي لتحقيق النحافة. حالياً فان غالبية الأفراد ذوي اضطرابات الأكل اليوم يسعون للنحافة وكأنه حل أقرت الثقافة لصعوبات الحياة وطريقاً أفضل لتقدير الذات، فالخاصية المميزة لفقدان الشهية العصبي هو خسارة متعمدة للوزن، مع الخوف من زيادة الوزن، ومشكلة في صورة الجسم والتي تترجم إلى الاعتقاد بأن الجسم ملئ بالدهون (Morris, ٢٠٠٨, ١-٢).

وقد تم تغيير المعايير الخاصة باضطراب فقدان الشهية العصبي وفق معايير DSM ٥ وهي كالآتي:

- أ. تقييد الطاقة المأخوذة نسبة إلى الحاجة، مما يؤدي إلى انخفاض وزن الجسم بشكل ملحوظ في سياق العمر، والجنس، والمسار الإنمائي، والصحة الجسدية. وانخفاض ملحوظ في الوزن وفقاً للوزن الأقل من المعتاد، أو للأطفال والمراهقين، وأقل من الحد الأدنى المتوقع.
- ب. الخوف الشديد من زيادة الوزن أو الإصابة بالسمنة، أو الاستمرار في السلوك الذي يتداخل مع زيادة الوزن، وذلك على الرغم من انخفاض الوزن بدرجة كبيرة.
- ت. اضطراب في الطريقة التي يدرك فيها الشخص وزن جسمه أو شكله. أو تأثير غير ملائم لوزن الجسم أو الشكل على التقييم الذاتي أو إنكار خطورة

الانخفاض الراهن لوزن الجسم (American Psychiatric Association, ٢٠١٣, ٣٣٨-٣٣٩)

ويظهر من معايير الدليل التشخيصي لتصنيف الاضطرابات النفسية والعقلية النسخة الخامسة أنه تم حذف المعيار الخاص بحدوث الاضطراب لدى النساء بعد بدء الطمث، وانعدام الطمث.

وتبلغ نسبة انتشار اضطراب الشره العصبي من ١% إلى ١.٥%، وتقل النسبة لدى الذكور عن الإناث حيث تكون ١: ١٠، وينتج عنه بعض المشكلات الانفعالية مثل اضطراب القلق وظهور السمات الوسواسية في مرحلة الطفولة، وزيادة احتمالية الإصابة باضطراب الاكتئاب والاضطرابات ثنائية القطب وخطر الانتحار (American Psychiatric Association, ٢٠١٣, ٣٤٢-٣٤٣).

في حين يتمثل النوع الثاني الأكثر شيوعاً لاضطرابات الأكل في الشره العصبي، ويعرف (المعطى، ٢٠٠٣) الشره العصبي بكونه نوبات نهم وفقدان السيطرة على النفس في تناول الطعام، والإفراط في تناول كميات كبيرة منه في فترة زمنية قصيرة ينتج عنها آلام شديدة بالبطن قد تصل إلى حد الإصابة بالسمنة الزائدة.

ويمكن قياس الوزن عن طريق معادلة مؤشر كتلة الجسم body mass index (BMI) وهي تساوى الوزن بالكيلوغرام مقسوماً على (الطول بالأمتار)<sup>٢</sup>، والمتخصصين لا يمكن تقدير هذا بدقة عن طريق العين فقط. لكن مؤشر كتلة الجسم يميز اضطراب فقدان الشهية العصبي عن غيره من اضطرابات الأكل، ويوفر الأساس لرصد الاتجاهات في تغير الوزن (Morris, ٢٠٠٨, ٣).

وقد تم تحديد المعايير الخاصة باضطراب الشره العصبي وفق معايير DSM ٥ وهي كالآتي:

أ. حدوث نوبات متكررة من الإفراط في الطعام. وتتصف نوبة الإفراط في الطعام بما يلي:

١- تناول الأكل خلال فترات منفصلة من الوقت (مثال، خلال ساعتين من الوقت). وتناول مقدار من الأكل أكبر بصورة جلية مما يأكله معظم الناس أثناء نفس الفترة من الوقت وتحت نفس الظروف.

٢- الشعور بانعدام السيطرة على الأكل أثناء النوبة (مثال، الإحساس بأن المرء لا يستطيع التوقف عن الأكل أو السيطرة على ماهية أو مقدار ما يأكل).

ب. ظهور سلوك تعويضي غير مناسب لمنع زيادة الوزن، مثل تعمد القيء، أو سوء استخدام الملينات أو المدرات أو الحقن الشرجية أو أدوية أخرى، أو الصيام أو التمارين الشديدة.

ت. يحدث كل من الأكل بنهم والسلوك التعويضي غير المناسب، كمعدل وسطي، مرتين أسبوعياً على الأقل لمدة ٣ أشهر.

ث. يتأثر تقييم الذات بشكل غير سليم بشكل ووزن الجسم.

ج. لا يحدث الاضطراب حصراً أثناء نوبات فقدان الشهية العصبي (American Psychiatric Association, ٢٠١٣, ٣٤٥)

ويتم تحديد القلق الشديد نحو صورة الجسم كتمهيد لخطر اضطرابات الأكل، وأنه العامل الرئيسي في علم النفس المرضي كمسبب اضطرابات الأكل، ويتم التوجه من قبل الكثيرين نحو الوقوع في اضطرابات الأكل باعتبارها وسيلة لتحسين صورة الجسم سعياً لتحسين تقدير الذات. وفي الواقع فإن اضطرابات الأكل قد تمثل "حل زائف" لتحسين صورة الجسم السلبية (Read & Morris, ٢٠٠٨, ٩).

وقد أشار الـ DSM ٥ أن السمنة لا تمثل اضطراب نفسي، فالسمنة (زيادة الدهون في الجسم) تنتج من الفائض من استهلاك الطاقة على المدى الطويل.

فهناك مجموعة من العوامل الوراثية والفسولوجية والسلوكية والبيئية التي تساهم في تطوير السمنة. وبالتالي، لا تعتبر السمنة اضطراب نفسي، وتبلغ نسبة انتشار اضطراب فقدان الشهية ٠.٤ %، ونقل النسبة لدى الذكور عن الإناث حيث تكون ١٠ : ١ (American Psychiatric Association, ٢٠١٣, ٣٢٩, ٣٤١).

وعن أسباب الاضطراب فهناك عوامل بيولوجية تتمثل في اختلال وظائف النواقل العصبية والادريالين والدوبامين والتي تشكل أهمية بالغة في تنظيم الشهية للطعام من خلال الهيبوثلاموس، واختلال وظائف الغدة الدرقية والهرمونات بشكل عام، كذلك هناك العوامل الاجتماعية المتمثلة في الجو الاسرى المفعم بأجواء عدوانية وعاصفة، وأيضا هناك العوامل النفسية الناتجة عن عدم القدرة على الاستقلال عن الام أو محاولة غير واعية لتدمير أجسادهم المسكونة بأثار الأم المتسلطة (على، ٢٠١٠، ٢٦؛ على، ٢٠١٠، ٢٨)

ويعاني أفراد اضطراب الاكل صعوبة في الوصف والتعبير عن المشاعر والتمييز بين الانفعالات وبين الأحاسيس الجسمية للإثارة الانفعالية (الألكسيثيميا)، فقد ارتبطت اضطرابات الاكل بالعوامل الخمس الكبرى في الشخصية، حيث ارتباط فقدان الشهية العصبي ببعد العصابية والتفتح على الخبرات في حين ارتبط الشره العصبي ببعد الانبساطية والموافقة ويقظة الضمير، ومثلت العوامل الخمس الكبرى والألكسيثيميا، كذلك تلعب بعض سمات الشخصية مثل قدير الذات والسعادة الاستقلالية والقلق والوساوس وتوهم المرض والشعور بالذنب والمناخ الأسري و إدراك الجسم دورا فاعل في اضطرابات الاكل (عبد القادر، ٢٠١٢؛ مصطفى، ٢٠١٢)

فمعاونة الفرد من اضطرابات الاكل تؤثر بشكل مباشر على مستوى الرضا عن صورة الجسم (ملحم، ٢٠١٠)، فالأفراد ذوي الشره العصبي والشراهة لديهم

صورة سلبية عن وصورة الذات والكفاءة الذاتية المدركة (العويضة، ٢٠٠٩)، فاضطرابات الأكل ترتبط بالكمالية العصابية (عبد النبي، ٢٠٠٩).

### استراتيجيات التنظيم الانفعالي

تؤدي انفعالاتنا وظائف مهمة بداية من إعدادنا لاتخاذ الإجراءات التي تساعد عملية اتخاذ القرار، وتساعدنا على توجيه إصدار الأحكام حول البيئة أو السياق الذي نجد أنفسنا فيه، وتعطينا إشارات حول نوايا الآخرين (Gross, 1998a).

وتنظيم انفعالاتنا ينطوي على مجموعة ضرورية ومهمة من المهارات التي يجب أن تكون لدينا للسيطرة إلى حد ما على ما نتعامل معه يوماً بعد يوم حياة، فقد أصبح التنظيم الانفعالي "موضوع ساخن" في العديد من تخصصات (Macklem, 2008, 2).

وفي في القرن الماضي، ركزت الدراسات النفسية للتنظيم الانفعالي على الدفاعات النفسية، والضغوط والمواجهة، والتعلق، والتنظيم الذاتي، غير أنه حتى بداية عام ١٩٩٠ بوقت مبكر، كان هناك عدد قليل نسبياً من الدراسات تتضمن مفهوم التنظيم الانفعالي (Gross J. , Emotion Regulation: Conceptual and Empirical Foundations, 2014, 3).

ويقصد بالتنظيم الانفعالي العمليات التي تؤثر على تشكيل الانفعالات التي لدينا، من حيث نشأتها، وكيفية التعبير عنها (Gross J. , 1998b)، فالتنظيم الانفعالي يعبر عن القلق المتعلق بكيفية تنظيم الانفعالات لنفسها (تنظيم الانفعالات)، بدلا من كيف تنظم الانفعالات شيء آخر (تنظيم من خلال الانفعالات). والتعريف الوارد في هذا الطريقة، يعدد العديد من الأنشطة المختلفة التي تحدد كمشاعر

تنظيمية (Gross J. , Emotion Regulation: Conceptual and Empirical Foundations, ٢٠١٤, ٦)

ويمكن أن تشمل تنظيم الانفعالي أي أسلوب مواجهة (متكيفة أو غير متكيفة) يستخدمها الفرد في مواجهة شدة الانفعالات غير المرغوب فيها (Leahy, ٣, ٢٠١١, Tirch, & Napolitano, ٣, ٢٠١١, وتعرف بأنها التغييرات التي ترتبط بانفعالات الفرد والتي تنشأ من قبل بعض الأحداث أو الموقف (Cole, Martin, & Dennis, ٢٠٠٤), فهي جهد الفرد تجاه إدارة الانفعال بحيث يمكن استخدام انفعال معينة تجاه موقف معين (Dahl, ٢٠٠١)

ويؤدى التنظيم الانفعالي العديد من المهام تتمثل في وضع هدف من خلال البحث عن ما يريده الآخرون تحقيقه، حيث يتم وفقاً لهذا تحديد هدفاً لتعديل عملية توليد المشاعر، وينطوي هذا على توظيف الدوافع من واحد أو أكثر من العمليات التي تؤثر على توليد المشاعر (Gross, Sheppes, & Urry, ٢٠١١)، ويمكن يرجع تفعيل هذا الهدف للفرد نفسه أو لشخص آخر، ويكون هذا التفعيل في المرحلة الأولى خارجي (الطفولة) يتم من قبل الآخرين ويشار إليه بتنظيم الانفعالي الخارجي Extrinsic Emotion Regulation، في حين يكون في المرحلة الثانية داخلي من قبل الذات (المراهقة) ويشار إليه بتنظيم الانفعالي الداخلي Intrinsic Emotion Regulation (Gross J. , ٢٠١٤)

والميزة الأساسية الثانية من تنظيم الانفعالي هي تحديد الاستراتيجيات المسؤولة عن عمليات تغيير مسار الانفعال، ويمكن أن تكون العمليات صريحة أو ضمنية، فالعديد من حالات تميط التنظيم الانفعالي هي صريحة، وبالتالي واعية، مثل عندما نحاول جاهدين أن نبدو هادئين على الرغم من أننا قلقون جداً قبل

الكلام، أو عندما نحاول أن ننظر إلى الجانب المشرق من نتيجة سيئة لتشجيع أنفسنا، ومع ذلك، يمكن أن تكون عمليات تنظيمي الانفعالات ضمنية وتتم دون وعي شعوري. وتشمل الأمثلة إخفاء المودة التي يشعر المرء بها تجاه شخص آخر بسبب الخوف من رفضه، والميزة الأساسية الثالثة تشير إلى عواقب محاولة تحقيق هدف معين باستخدام هذه الاستراتيجية، أي تأثير ذلك على ديناميات الانفعالات، فاعتمادا على أهداف الفرد، فإن التنظيم الانفعالي قد يزيد أو يقلل من الكمون، أو زمن الاستثارة وحجمها ومدتها، أو إزاحة الاستجابة الانفعالية (مقارنة الاستجابة الانفعالية التي كانت ستحدث في غياب التنظيم الانفعالي)، والتنظيم الانفعالي أيضا قد يغير من درجة إسهام مكونات استجابة الانفعالية التي تقاوم الانفعال، مثل عندما تتغير الخبرات الانفعالية والسيولوجية في الاستجابة عند غياب السلوك الموجه (Gross, ٢٠١٤; Gross, ١٩٩٨b)

ويتحدد نموذج المعالجة للتنظيم الانفعالي في استراتيجية التركيز المسبق Antecedent-Focused Strategies وتشير إلى الاستراتيجيات التي تستخدم قبل التوجه للاستجابة الانفعالية السلوكية والفيزيولوجية بشكل كامل، واستراتيجية التركيز على الاستجابة Response-Focused Strategies وتشير إلى الأشياء التي يقوم بها الفرد بمجرد حدوث الانفعال، بعد أن تم بالفعل توليد التوجه نحو الاستجابة (Werner & Gross, ٢٠١٠, ١٨; Gross, ١٩٩٨c)

وتتضمن استراتيجية التركيز المسبق استراتيجيات فرعية تتمثل في اختيار الموقف، وتعديل الموقف، توزيع الانتباه، التغيير المعرفي، في حين تشمل استراتيجية التركيز على الاستجابة على استراتيجيات تعديل الاستجابة (Gross, ١٩٩٨b).

وقد حدد Gross أن استراتيجيات تنظيم الانفعالي المستخدمة من قبل الأفراد تتحدد في إعادة تقييم المعرفي الذي يتكون من محاولات التفكير في الموقف وذلك لتغيير معناه وتأثيره النفسي، وقمع التعبيرات الذي يتكون من محاولات المنع أو الحد من استمرار السلوك التعبيري عن الانفعال (Gross, 1998c; Gross, 2001)

ويعد نموذج (Gratz & Roemer, 2004) أكثر النماذج شيوعاً في دراسات التنظيم الانفعالي، حيث يتضمن دراسة استراتيجيات التنظيم الانفعالي اللاتوافقية، فهذا النموذج يقيس صعوبات الفهم والتعبير عن الانفعالات، والقدرة على تحديد الانفعال المناسب عند المرور بخبرة انفعالية سلبية، ومعرفة استراتيجيات التنظيم الانفعالي الإيجابية، فهو نموذج بهدف إلى تحديد استراتيجيات التنظيم الانفعالي التي تعمل بصورة جيدة، وهو نموذج ملائم لتحديد الانفعالات خاصة مع الاضطرابات النفسية (Bloch, Moran, & Kring, 2009, 98)

كذلك يوجد بعض الاستراتيجيات التي تحدد أوجهه القصور في التنظيم الانفعالي، حيث اتجه (Gratz & Roemer, 2004) إلى دراسة التركيز على تقييم استراتيجيات قصور التنظيم الانفعالي، حيث قام بأعداد أداة لقياس صعوبات التنظيم الانفعالي، والتي تقيس الفهم والوعي الانفعالي، والقدرة على الانخراط في السلوك الملائم عند المرور بخبرة انفعالية سلبية، والمعرفة استراتيجيات الوجدانية الانفعالية التنظيمية.

#### دراسات سابقة

هدفت دراسة (Markey & Vander Wal, 2007) إلى تقييم دور الذكاء الوجداني وغيرها من المتغيرات التنظيم الانفعالي في العلاقة بين المشاعر السلبية

وأعراض المرض للشرة العصبي. وقد تم إجراء الدراسة على ١٥٠ من طالبات الجامعة عبر حزمة من استبيانات التقارير الذاتية، وقد كانت أبرز النتائج أن الانفعالات تؤدي دور فاعل في اضطراب سلوكيات الأكل، وتدعم المشاعر سلبية واختلال الانفعالات التي تؤثر على اضطرابات الأكل.

وقد هدفت دراسة (Ricca, et al., ٢٠١٢) إلى معرفة العلاقة بين الحالة الانفعالية وسلوك الأكل لدى مجموعة تتمثل من ٢٥١ فرداً من ذوي اضطرابات الأكل، وقد خلصت الدراسة إلى أن انفعالات المصاحبة للأكل والخوف من فقدان السيطرة على الأكل ارتبطت بشكل دال مع التوجه وسلوك الأكل، فانفعالات المصاحبة لكل مثلت بعد مرضى مسبب لاضطرابات الأكل.

في حين هدفت دراسة (Legenbauer, Vocks, & Rüddel, ٢٠٠٨) إلى دراسة العلاقة بين الوعي بانفعالات الذات والآخرين مع اضطراب الشرة العصبي. وقد تمثلت عينة الدراسة من ٢٠ فرداً، وقد أشارت النتائج إلى أن هناك مشكلات في الوعي الانفعالي مع اضطراب الشرة العصبي مثل مواجهة الانفعالات. حيث أن مشكلات الوعي الانفعالي تعد مؤشر اختلال الانفعالي المعرفي في التنظيم الانفعالي.

وفي نفس اتجاهه، فقد حاولت دراسة (Lavender & Anderson, ٢٠١٠) معرفة ما إذا كانت صعوبات التنظيم الانفعالي تساهم في اضطرابات الأكل وعدم الرضا عن الجسم لدى الرجال، وقد تمثلت عينة الدراسة من ٢٩٦ طالباً، وقد أشارت النتائج إلى أن تحليل الانحدار المتعدد قد أظهر أن صعوبات التنظيم الانفعالي تمثل متغير أساسي في التأثير على اضطرابات الأكل وصورة الجسم خاصة بشكل سلبية.

وقد هدفت دراسة (Gianini, White, & Masheb, ٢٠١٣) إلى دراسة العلاقة بين التنظيم العاطفي، والإفراط في تناول الطعام الانفعالي، والأمراض العامة للأكل سعى المراهقين نحو العلاج الذين يعانون من اضطراب الشراهة عند تناول الطعام، وقد بلغت عينة الدراسة ٣٢٦ من المراهقين، وأشارت النتائج إلى أن تحليل الانحدار المتعدد أظهر أن الصعوبات في التنظيم الانفعالي شكلت المحدد الفارق بين كل من الإفراط في تناول الطعام الانفعالي وأمراض الأكل مع وبدون متغير الجنس والمشاعر السلبية.

ومن جهة أخرى، فقد هدفت دراسة (Bydlowski, et al., ٢٠٠٥) إلى قياس كل من الوعي العاطفي والأليكسيثيميا وعلاقتها باضطرابات الأكل لفهم أفضل لعملية قصور المعالجة الانفعالية، وقد تمثلت عينة الدراسة من ٧٠ طالبة من الإناث، وقد انتهت الدراسة إلى مرتفعي اضطرابات الأكل اظهروا مستوى مرتفعي من الأليكسيثيميا، وقصور في تحديد ووصف مشاعرهم الخاصة، وعدم القدرة على فهم مشاعر الآخرين، وبذلك فهناك قصور ف المعالجة الانفعالية للأفراد ذوي اضطرابات الأكل.

وهدف دراسة (رشيد، القطان، محمد، وقنديل، ٢٠١٣) إلى الكشف عن الاختلافات الممكنة في مستوى الذكاء الانفعالي (الأبعاد والدرجة الكلية) لدى عينة من مضطربات الأكل وغير المضطربات الجامعة. وتكونت عينة الدراسة من ١٣٥ طالبة من كليات: التربية، الآداب والحقوق، والتجارة، بالفرقة الأولى، بمحافظة القليوبية، ومتوسط الأعمار ١٨.٤ سنة، وبانحراف معياري قدرة ٧.٢٤. وتم استخدام مقياس: الذكاء الانفعالي (إعداد: سامية صابر، ٢٠١١)، ومقياس اضطرابات الأكل (إعداد: سامية صابر، ٢٠١٠) واتضح من نتائج هذه الدراسة

وجود فرق دال إحصائية في مستوى الذكاء الانفعالي بين عينة مضطربات الأكل وغير المضطربات من طالبات الجامعة وذلك لصالح غير المضطربات في الأكل.

في حين هدفت دراسة (Zonnevijlle-Bender, van Goozen, Cohen-Kettenis, van Elburg, & van Engeland, ٢٠٠٢) إلى التحقيق ما إذا كان يظهر المراهقين ذوي اضطرابات الأكل عجزا في الوظائف الانفعالية، وقد تمثلت عينة الدراسة من ٣٠ مراهقا من الإناث والذكور، وقد انتهت الدراسة إلى أن المراهقين ذوي اضطرابات الأكل قد اظهروا قصور على مقياس الوظائف الانفعالية، ومستوى منخفض على مقياس القدرة على التعرف على الانفعالات. ولديهم مستوى مرتفع من الأليكسيثيميا.

وقد هدفت دراسة (Jänsch, Harmer, & Cooper, ٢٠٠٩) إلى تحديد العمليات الانفعالية لدى اضطرابات الأكل وبخاصة اضطراب فقدان الشهية العصبي، وقد تمثلت عينة الدراسة من الإناث بلغ عددهم ٢٨، وقد خلصت الدراسة إلى أن الإناث ذوي اضطراب فقدان الشهية العصبي اظهروا مستويات أدنى من الوعي والتعبير الانفعالي. وكانت استجاباتهم أكثر بطء في مقياس التعرف الوجه، كذلك فقد كن أكثر خطأ في تصنيف الانفعالات بشكل صحيح، بالإضافة إلى أنهم أكثر بطء في استدعاء الكلمات التي تعبر عن خبراتهم الانفعالية وذلك بالمقارنة مع العاديين، كذلك فقد أظهرت النتائج أنه لا توجد فروق بينهم وبين العاديين في المهام المعرفية غير الانفعالية، وهذا يشير إلى أن العجز في الجوانب الانفعالية فقط،

كذلك هدفت (Gilboa-Schechtman, Avnon, Zubery, & Jeczmiem, ٢٠٠٦) دراسة إلى معرفة إذا ما كان هناك أنماط مختلفة من النقص في عمليات المعالجة الانفعالية في فقدان الشهية والشره المرضي؟، وهل هناك

مساهمة فريدة من اضطرابات الأكل في معالجة أوجه القصور الانفعالية؟ وقد تمثلت عينة الدراسة من الإناث ذوي اضطراب فقدان الشهية العصبي (ن=٢٠)، والشرة العصبي (ن=٢٠)، والعاديين (ن=٢٠). وانتهت الدراسة إلى أن الإناث الذين يعانون من اضطرابات الأكل اظهروا مستوى أقل في الوعي الانفعالي، وقصور في التنظيم الانفعالي بدرجة أكبر بالمقارنة مع العاديين، في حين أن الإناث ذوي اضطراب فقدان الشهية العصبي كن أقل في الوعي بانفعالاتهم من ذوي اضطراب الشرة العصبي، بينما كان الإناث ذوي اضطراب الشرة العصبي أقل في القدرة على الفاعلية في التنظيم الانفعالي، كذلك فقد توسطت الضغوط الانفعالية العلاقة بين العمليات الانفعالية واضطرابات الأكل.

#### تعقيب على ما سبق وأوجه الاستفادة

- خلصت بعض الدراسات إلى وجود فرق دال إحصائية في مستوى الذكاء الانفعالي بين عينة مضطربات الأكل وغير المضطربات من طالبات الجامعة دراسات هدفت دراسة رشيد، القطان، محمد، وقنديل، (٢٠١٣) و Jänsch, (٢٠٠٩) Harmer, & Cooper, وتحاول الدراسة الحالية دراسة الفروق بين مرتفعي ومنخفضي مضطربات الأكل في استراتيجيات التنظيم الانفعالي.
- أشارت العديد من الدراسات إلى أن الأفراد ذوي فقدان الشهية العصبي لديهم قصور في عمليات التنظيم الانفعالي مثل دراسة Gilboa-Schechtman, Avnon, Zubery, & Jeczmiem (٢٠٠٦); Jänsch, Harmer, & Cooper (٢٠٠٩)، في حين لم تتناول الدراسات أشكال التنظيم الانفعالي، ومن هنا تحاول الدراسة الحالية دراسة العلاقة بين استراتيجيات التنظيم الانفعالي وفقدان الشهية العصبي.

- أشارت العديد من الدراسات إلى أن الأفراد ذوي الشره العصبي لديهم قصور في عمليات التنظيم الانفعالي مثل دراسة; Bydlowski, et al. (٢٠٠٥); Gianini, White, & Masheb (٢٠١٣); Gilboa-Schechtman, Avnon, Zubery, & Jeczmiem (٢٠٠٦); Jänsch, Harmer, & Cooper (٢٠٠٩) في حين لم تتناول الدراسات أشكال التنظيم الانفعالي، ومن هنا تحاول الدراسة الحالية دراسة العلاقة بين استراتيجيات التنظيم الانفعالي والشره العصبي.
- انتشار اضطرابات الأكل لدى الإناث بصورة أكبر من الذكور، لذلك تقتصر عينة الدراسة الحالية على الإناث فقط.

### فروض الدراسة

- ١- يوجد فرق دلالي إحصائياً بين متوسطي درجات مضطربات الأكل وغير المضطربات من طالبات الجامعة على مقياس استراتيجيات التنظيم الانفعالي وذلك في اتجاه المضطربات.
- ٢- توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين استراتيجيات التنظيم الانفعالي واضطراب فقدان الشهية العصبي.
- ٣- توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين استراتيجيات التنظيم الانفعالي واضطراب الشره العصبي.

### إجراءات الدراسة:

- ١- منهج الدراسة:  
استخدم الباحث في الدراسة الحالية المنهج الوصفي
- ٢- عينة الدراسة:

اشتملت الدراسة على عينة قوامها ١٧٤ طالبة من طلاب الفرقة الثالثة والرابعة بكلية التربية بجامعة أسوان، استخدمت على النحو التالي:

#### أ- عينة التقنين:

بلغ قوام عينة التقنين ١١٤ طالبا وطالبة من طلاب الفرقة الثالثة والرابعة بكلية التربية بأسوان بهدف التحقق من الشروط السيكمترية لأدوات الدراسة.

#### ب- العينة الأساسية:

بعد التحقق من كفاءة أدوات الدراسة السيكمترية، قام الباحث بتطبيقها على عدد من طلاب الفرقة الثالثة والرابعة بكلية التربية بأسوان وقد اشتملت العينة على ٦٠ طالبا، بمتوسط عمري ٢٠.٣ وانحراف معياري ١.٢، بعد استبعاد حالات عدم الجدية في الأداء على المقاييس.

#### ٣- أدوات الدراسة:

أ. مقياس استراتيجيات التنظيم الانفعالي إعداد (٢٠٠٤) Gratz & Roemer  
ترجمة الباحث

#### ١- وصف المقياس

أعد هذا المقياس (٢٠٠٤) Gratz & Roemer ويشتمل على ٣٦ عبارة موزعة على ست أبعاد رئيسة هي رفض الاستجابات الانفعالية ويتكون من ٦ عبارات، صعوبات مرتبطة بالسلوك المتبع لتحقيق الهدف ويتكون من ٥ عبارات، صعوبات التحكم في الانفعالات ويتكون من ٦ عبارات، ونقص الوعي الانفعالي ويتكون من ٦ عبارات، الاستخدام المحدود لاستراتيجيات تنظيم الانفعال ويتكون من ٨ عبارات، والافتقار للوضوح الانفعالي ويتكون من ٥ عبارات، والإجابة عن

المقياس تتم في خمس مستويات (دائماً-معظم الوقت-غالباً-أحياناً-أبداً) وتتراوح درجات الاستجابة على العبارات على التوالي (١-٢-٣-٤-٥)، وتشير الدرجة المرتفعة على القصور في استراتيجيات التنظيم الانفعالي.

## ٢-كفاءة المقياس:

أولاً: الثبات:

### • ثبات ألفا كرونباخ:

قام معد المقياس بحساب قيمة معامل ألفا لمقياس وبلغت ٠.٩٢، وقد قام الباحث بحساب ثبات ألفا للمقياس بعد تطبيقه على أفراد الدراسة الاستطلاعية (ن= ١١٤)، وقد بلغ معامل ثبات المقياس ٠.٨٩ وهو دال عند مستوى ٠.٠١ مما يشير إلى درجة عالية من الثبات للمقياس ككل.

### • ثبات التجزئة النصفية:

قام معد المقياس بحساب التجزئة النصفية للمقياس وبلغت ٠.٩١، وقد قام الباحث بحساب ثبات التجزئة النصفية بحساب معامل الارتباط بين نصفي الاختبار؛ حيث بلغت قيمة معامل الارتباط بمعادلة "سبيرمان براون" على العينة البالغ عددها ١١٤ فرداً على المقياس ٠.٨٩ وهي قيم في حد ذاتها دالة إحصائياً عند مستوى ٠.٠١، ونظراً لأن هذه القيم هي واقعياً ثبات نصف الاختبار لذلك تم تصحيح القيم باستخدام معادلة "جتمان" حيث بلغت بعد التصحيح ٠.٨٦ وهي قيم دالة عند مستوى ٠.٠١.

ثانياً: صدق المقياس:

- الصدق التلازمي

تم حساب من خلال محك خارجي آخر وهو مقياس بيك للاكتئاب عبد الخالق (١٩٩٦)، وقد بلغت قيمة معامل الارتباط بين درجات أفراد العينة على مقياس بيك ومقياس استراتيجيات التنظيم الانفعالى  $r = 0.71$  وهو دال عند مستوى ٠.٠٠١.

#### - الصدق التمييزي:

لغرض استخراج القوة التمييزية للمقياس لتقرير أن المقياس يميز بين الأقوياء والضعاف (السيد، ٢٠٠٨، ٢٠٠٤)، يتم ذلك من خلال حساب الأرباع الأعلى لنسبة ٢٧% من الأفراد الحاصلين على أعلى الدرجات وحساب الأرباع الأدنى لنسبة ٢٧% من الأفراد الحاصلين على أدنى الدرجات. فأصبح عدد أفراد كل مجموعة ١١٤ طالب وطالبة وتم استخدام اختبار ت لعينتين مستقلتين لمعرفة دلالة الفروق بين المجموعتين العليا والدنيا في مجموع درجات عبارات المقياس وجاءت النتائج كما بجدول (١).

#### جدول (١)

دلالة الفرق بين متوسطات المجموعة العليا والمجموعة الدنيا لمقياس استراتيجيات التنظيم الانفعالى

المجموعة	درجات الحرية	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت المحسوبة	مستوى الدلالة
المجموعة العليا	٥٨	١٣٢.٣٤	١٠.٢٦	١٥.٤٨	٠.٠٠١
المجموعة الدنيا		٩١.٥٢	١٠.١٥		

وكما يتضح من جدول (١) فقد وجد فروق ذات دلالة إحصائية عند ٠.٠٠١، مما يشير إلى أن المقياس صادق بصورة مقبولة.

ثالثاً: حساب التجانس الداخلي للمقياس:

تم حساب معاملات الارتباط بين كل عبارة من عبارات كل بعد من أبعاد مقياس الذكاء الوجداني والدرجة الكلية لنفس البعد، ويوضح جدول (٢) معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية لمقياس الذكاء الوجداني.

### جدول (٢)

معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية لمقياس الذكاء الوجداني

البيان	العبارة	الاستراتيجيات	العبارة	العبارة	العبارة	الانفعالية	العبارة	الهدف	العبارة	علم القبول	العبارة
*.٠٥٤	٣٢	*.٠٦٠	٢٤	*.٠٦٥	١٨	*.٠٦٤	١٢	*.٠٨٣	٧	*.٠٧٨	١
*		*		*		*		*		*	
*.٠٧٣	٣٣	*.٠٦١	٢٥	*.٠٧٠	١٩	*.٠٩٣	١٣	*.٠٧٦	٨	*.٠٧٥	٢
*		*		*		*		*		*	
*.٠٧١	٣٤	*.٠٧٦	٢٦	*.٠٥٩	٢٠	*.٠٢٥	١٤	*.٠٧٣	٩	*.٠٧٢	٣
*		*		*		*		*		*	
*.٠٦٢	٣٥	*.٠٧٣	٢٧	*.٠٦٢	٢١	*.٠٩٣	١٥	*.٠٧٥	١٠	*.٠٨٣	٤
*		*		*		*		*		*	
*.٠٤١	٣٦	*.٠٣٨	٢٨	*.٠٦٩	٢٢	*.٠٨١	١٦	*.٠٧٢	١١	*.٠٨٣	٥
*		*		*		*		*		*	
		*.٠٣٥	٢٩	*.٠٦٩	٢٣	*.٠٥٨	١٧			*.٠٦٩	٦
		*		*		*				*	
		*.٠٦٢	٣٠								
		*									
		*.٠٧٦	٣١								
		*									

*.٠٦١	٠.٠٨٦	*.٠٨٢	*.٠٨٨	*.٠٩٦	*.٠٩١
٠	*	*	*	*	*

\*\* دالة عند ٠.٠١

يتضح من جدول (٢) أن جميع معاملات ارتباط كل عبارة مع الدرجة الكلية للبعد نفسه وبين كل بعد من أبعاد المقياس الذكاء الوجداني بالدرجة الكلية في مقياس الذكاء الوجداني دالة عند مستوى ٠.٠١ في جميع الحالات.

### ب. مقياس اضطرابات الأكل (إعداد الباحث)

#### ١- وصف المقياس

قام الباحث بإعداد مقياس اضطرابات الأكل لطلاب المرحلة الجامعية؛ بهدف الحصول على أداة سيكومترية تتناسب مع أفراد العينة وأهداف الدراسة وطبيعتها، حيث تم ترجمة ما أسفر عنه الاستقراء لمصطلحات الدراسة الحالية إلى أهداف وعبارات إجرائية قابلة للقياس، حيث تمت صياغة فقرات المقياس في صورته الأولية بما يتناسب وطبيعة أهداف الدراسة الحالية، ويشتمل المقياس من بعدين هما الشره العصبي ويشتمل على عدد ١١ عبارة، وفرط الشهية العصبي ويشتمل على ١٢ عبارة، ويتم الاستجابة على المقياس في أربعة مستويات (دائماً-غالباً-نادراً-أبداً) وتتراوح درجات الاستجابة على العبارات على التوالي (٤-٣-٢-١).

#### ٢- كفاءة المقياس:

أولاً: الثبات:

##### • ثبات ألفا كرونباخ:

قام الباحث بحساب ثبات ألفا للمقياس بعد تطبيقه على أفراد الدراسة الاستطلاعية (ن = ١٥٠)، وقد بلغ معامل ثبات المقياس ٠.٨٢ وهو دال عند مستوى ٠.٠١ مما يشير إلى درجة عالية من الثبات للمقياس ككل.

##### • ثبات التجزئة النصفية:

تم حساب ثبات التجزئة النصفية بحساب معامل الارتباط بين نصفي الاختبار؛ حيث بلغت قيمة معامل الارتباط بمعادلة "سبيرمان براون" على العينة البالغ عددها ١٥٠ فردا على المقياس ٠.٥٧ وهي قيم في حد ذاتها دالة إحصائياً عند مستوى ٠.٠١، وتم تصحيح القيم باستخدام معادلة "جتمان" حيث بلغت بعد التصحيح ٠.٨٩ على المقياس وهي قيم دالة عند مستوي ٠.٠٠١.

ثانياً: صدق المقياس:

#### - الصدق التلازمي

تم حساب من خلال محك خارجي آخر وهو مقياس بيك للاكتئاب ترجمة عبد الخالق (١٩٩٦)، وقد بلغت قيمة معامل الارتباط بين درجات أفراد العينة على مقياس بيك ومقياس أساليب مواجهة الضغوط  $r = ٠.٧٠$  وهو دال عند مستوى ٠.٠٠١.

#### - الصدق التمييزي:

تم حساب الأرباع الأعلى لنسبة ٢٧% من الأفراد الحاصلين على أعلى الدرجات وحساب الأرباع الأدنى لنسبة ٢٧% من الأفراد الحاصلين على أدنى الدرجات. فأصبح عدد أفراد كل مجموعة ١٠٥ طالباً وطالبة، وتم استخدام اختبار ت لعينتين مستقلتين لمعرفة دلالة الفروق بين المجموعتين العليا والدنيا في مجموع درجات عبارات المقياس وجاءت النتائج كما بجدول (٣).

#### جدول (٣)

دلالة الفرق بين متوسطات درجات المجموعة العليا والدنيا على مقياس أساليب مواجهة الضغوط

اضطرابات الأكل	المجموعة	درجات الحرية	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت المحسوبة	مستوى الدلالة
----------------	----------	--------------	-----------------	-------------------	-----------------	---------------

	٧.٨٣	٥٦.٠٧		المجموعة العليا
٠.٠١	٢٣.١٦	٣.٤٣	١٠.٣	المجموعة الدنيا

وكما يتضح من جدول (٣) السابق فقد وجد فروق ذات دلالة إحصائية عند ٠.٠١، مما يشير إلى أن المقياس صادق بصورة مقبولة.

### ثالثاً: الاتساق الداخلى:

تم حساب معاملات الارتباط بين كل عبارة من عبارات كل بعد من أبعاد مقياس اضطرابات الأكل والدرجة الكلية لنفس البعد، ويوضح جدول (٤) معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية لمقياس أساليب مواجهة الضغوط.

### جدول (٤)

معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية لمقياس الذكاء الوجداني

الشهر العصبي	العبارة	فقدان الشهية العصبي	العبارة
**٠.٦١	١١	**٠.٣٦	١
**٠.٧٢	١٢	**٠.٦٧	٢
**٠.٧١	١٣	**٠.٧٠	٣
**٠.٦٩	١٤	**٠.٦٢	٤
**٠.٥١	١٥	**٠.٦١	٥
**٠.٥٧	١٦	**٠.٣٧	٦
**٠.٥٧	١٧	**٠.٥٦	٧
**٠.٥١	١٨	**٠.٣٣	٨
**٠.٥٥	١٩	**٠.٧٣	٩
**٠.٦٨	٢٠	**٠.٧٠	١٠
**٠.٦٢	٢١	**٠.٤٧	١١

\*\*٠.٤٣

٢٢

\*\*٠.٨٤

المجموع

\*\*٠.٨٣

المجموع

\*\* دالة عند ٠.٠١

## نتائج الدراسة

## نتائج الفرض الأول وتفسيرها:

يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات مضطربات الأكل وغير المضطربات من طالبات الجامعة على مقياس استراتيجيات التنظيم الانفعالي وذلك في اتجاه المضطربات.

للإجابة عن هذا الفرض، تم حساب دلالة الفروق ت، والجدول (٥) يبين نتائج الفروق في المتوسطات بين متوسط درجات مرتفعي ومنخفضي مضطربات الأكل على مقياس استراتيجيات التنظيم الانفعالي لدى عينة من طالبات كلية التربية جامعة أسوان.

## جدول (٥)

دلالة الفروق بين متوسطات مرتفعي ومنخفضي اضطرابات الأكل في استراتيجيات التنظيم الانفعالي

الأبعاد	منخفضي اضطرابات الأكل			مرتفعي اضطرابات الأكل		
	ن	م	ع	ن	م	ع
استراتيجيات التنظيم الانفعالي	٥٨	٩٩.٦٢	١٠.٣٣	٢٨	١١٩.٧١	١٩.٢٠
قيمة ت						**٠.١٣

- \*\* دالة عند ٠.٠١

يتضح من جدول (٥) وجود فرق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ٠.٠١ بين متوسطات درجات استراتيجيات التنظيم الانفعالي لدى المضطربات وغير المضطربات في الأكل في اتجاه المضطربات في الأكل، وبذلك يتحقق صحة هذا الفرض.

ويمكن أن يرجع ذلك إلى أن مضطربات الأكل يقعن في صراعات داخلية وضغوط خارجية تضعهن في حالة نفسية من التوتر وعدم الاستقرار الانفعالي، وهذا ينعكس على سلوكهن بشكل ملحوظ، حيث يعانين من القلق حول ما يبدين في ذهن الآخرين وصورتهم عن أنفسهن، فهن أقل قدرة على تنظيم انفعالاتهن بشكل صحيح، ولديهن قصور في تحديد ووصف مشاعرهم الخاصة، وعدم القدرة على فهم مشاعر الآخرين، وبذلك فهناك قصور في معالجتهم الانفعالية. ويمكن أن يؤدي ذلك إلى القصور في استراتيجيات التنظيم الانفعالي.

فمضطربات الأكل يلجأن إلى تجنب مواجهة الآخرين خوفاً من النبذ أو النقد أو التقييم الجسدي لهن خاصة من الإناث مثلهن سواء بامتناعهن عن الأكل أو استغراقهن فيه حيث ينعكس ذلك على مشاعرهن بالسلب، فالقدرة على تنظيم المزاج (إصلاح الانفعالات) ترتبط بصورة إيجابية مع تقدير الذات، فالذكاء الوجداني يؤثر سلباً على مستويات الاكتئاب والقلق. فالقدرة على التمييز بوضوح بين الانفعالات (وضوح الانفعالات)، والقدرة تنظيم الحالات الانفعالية ترتبط بشكل أفضل مع التوافق النفسي (Fernandez-Berrocal, Alcaide, Extremera, & Pizarro, ٢٠٠٦)

وتتفق نتائج الدراسة الحالية مع (أحمد عبد الحميد السيد حسن رشيد، سامية عباس القطان، سامية محمد صابر محمد، و إيمان رجب قنديل، ٢٠١٣) و

(Bydlowski, et al., ٢٠٠٥; Gupta, Zachary Rosenthal, Mancini, Cheavens, & Lynch, ٢٠٠٨; Lavender & Anderson, ٢٠١٠; Ricca, et al., ٢٠١٢; Sim & Zeman, The contribution of emotion regulation to body dissatisfaction and disordered eating in early adolescent girls, ٢٠٠٦; Zonnevillje-Bender, van Goozen, Cohen-Kettenis, van Elburg, & van Engeland, ٢٠٠٢)

فانفعالات المصاحبة للأكل والخوف من فقدان السيطرة على الأكل تزيد بصورة ملحوظة لدى مضطربات الأكل. فهذا قد يؤدي إلى صعوبات التنظيم الانفعالي التي تمثل متغير أساسي في التأثير على اضطرابات الأكل. فمضطربات الأكل لديهن قصور في تحديد ووصف مشاعرهن الخاصة، وعدم القدرة على فهم والتعرف على مشاعر الآخرين، فهن لديهم مستوى مرتفع من الأليكسيثيميا التي تمثل عدم القدرة على التعبير الانفعالي والافتقار إلى الوعي العاطفي.

فالإناث ذوي اضطرابات الأكل لديهن مستوى مرتفع من الانفعالات السلبية، والشعور المزمن بالخزي، كذلك فإن الانفعالات والقصور الانفعالي مثلت نموذجاً مفسراً ومنبئاً لحدوث لاضطرابات الأكل (Fox & Power, ٢٠٠٩; Gupta, Zachary Rosenthal, Mancini, Cheavens, & Lynch, ٢٠٠٨; Sim & Zeman, ٢٠٠٦)

نتائج الفرض الثاني وتفسيرها:

توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين استراتيجيات التنظيم الانفعالي واضطراب فقدان الشهية العصبي

للإجابة عن هذا الفرض، تم حساب معامل ارتباط بيرسون بين استراتيجيات التنظيم الانفعالي واضطراب فقدان الشهية العصبي لدى عينة من طالبات كلية التربية جامعة أسوان كما يوضح جدول (٦).

### جدول (٦)

العلاقة الارتباطية بين استراتيجيات التنظيم الانفعالي واضطرابات الأكل (ن=٦٠)

اضطراب فقدان الشهية العصبي	الأبعاد
٠.٠٧	رفض الاستجابات
**٠.٦٩	الهدف
**٠.٠٤	التحكم
**٠.٧١	نقص الوعي
**٠.٦٥	الاستراتيجيات
**٠.٠٨	الافتقار للوضوح
**٠.٦٧	مجموع استراتيجيات التنظيم الانفعالي

يتضح من جدول (٦) وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين درجات استراتيجيات التنظيم الانفعالي واضطراب فقدان الشهية العصبي فيما عدا بعد الاستجابة الانفعالية، وبذلك يتحقق صحة هذا الفرض جزئياً.

ويمكن أن يرجع ذلك إلى أن مضطربات فقدان الشهية العصبي مرتفعات في الغضب المكبوت، وكبت المشاعر والمشاعر السلبية والتوجه الشخصي (Geller, Cockell, Hewitt, Goldner, & Flett, ٢٠٠٠)، ولديهم عدم كفاية التعبير عن الغضب والعجز في التعامل مع الغضب والإحباط (Krug, et al., ٢٠٠٨).

وتتفق الدراسة الحالية مع دراسة (Brockmeyer, et al ٢٠١٢) التي أشارت إلى أن ذوي اضطراب فقدان الشهية العصبي لديهم قصور في التنظيم الانفعالي، ودراسة Kucharska-Pietura, Nikolaou, Masiak, & Treasure (٢٠٠٤) التي خلصت إلى أن الأفراد ذوي فقدان الشهية العصبي لديهم انخفاض القدرة على إدراك الانفعالات التي تعبر عن انفعالاتهم السلبية. ، وقد خلص Gupta, Zachary Rosenthal, Mancini, Cheavens, & Lynch (٢٠٠٨) ، فكما أوضح (Wildes, Marcus, Bright, Dapelo, & Psychol ٢٠١٢) أن المشاعر السلبية لدى الأفراد ذوي اضطراب فقدان الشهية العصبي تؤثر على التعبير عن أعراض المعرفية.

في حين لم يرتبط اضطراب فقدان الشهية العصبي مع بعد رفض الاستجابات الانفعالية الذي يعبر عما يشعر به الفرد تجاه ذاته في حالة شعوره بمشاعر سلبية مع اضطراب فقدان الشهية العصبي، ويمكن أن يرجع ذلك إلى أن الطالبات ذوي اضطراب فقدان الشهية العصبي تستطن التحكم في هذه الانفعالات الموجه تجاه أنفسهن مثل أن يشعرن بالذنب، أو الخجل، أو الغضب وغيرها من المشاعر بسب شعورهن بالاستياء وذلك من خلال عمل تبريرات لأنفسهن أن ما يقمن به يتوافق مع الجسم المثالي الذي يردن الوصول إليه.

فالأفراد ذوي اضطراب الشره العصبي منخفضين بدرجة ملحوظة عن غيرهم في الاستجابات التي تركز على الحل (الحاجة للاستمرارية)، والعدوان (دفاعات الأنا) مع الناس في المواقف من خلال التركيز على لوم الآخرين بدلا العقبات، فهم لديهم صعوبات في المعالجة الانفعالية، وخصوصا حول الغضب،

ولديهم استجابات أقل فيما يتعلق بتحديد العدوان Harrison, Genders, Davies, (2011).  
Treasure, & Tchanturia (2011).

### نتائج الفرض الثالث وتفسيرها:

توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين استراتيجيات التنظيم الانفعالي واضطراب الشره العصبي

للإجابة عن هذا الفرض، تم حساب معامل ارتباط بيرسون بين استراتيجيات التنظيم الانفعالي واضطراب الشره العصبي لدى عينة من طالبات كلية التربية جامعة أسوان كما هو يوضح بجدول (٧).

#### جدول (٧)

العلاقة الارتباطية بين استراتيجيات التنظيم الانفعالي والشره العصبي (ن=٦٠)

الأبعاد	اضطراب الشره العصبي
رفض الاستجابات	**٠.٧٣
الهدف	٠.٠٢
التحكم	٠.٠٣
نقص الوعي	**٠.٦٦
الاستراتيجيات	**٠.٥٩
الافتقار للوضوح	**٠.٧٠
مجموع استراتيجيات التنظيم الانفعالي	**٠.٦٩

يتضح من جدول (٧) وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين درجات استراتيجيات التنظيم الانفعالي واضطراب الشره العصبي فيما عدا بعد صعوبات الانخراط في الهدف الموجه وصعوبات السيطرة على الانفعالات، وبذلك يتحقق صحة هذا الفرض جزئياً.

ويمكن أن يرجع ذلك إلى أن مضطربات الشره العصبي ينقصهن الوضوح الانفعالي مثل القدرة على فهم حالتهم المزاجية، وتحسين انفعالهن مثل القدرة على تعديل الحالة المزاجية الغير مرغوبة أو الاستمرار في الحالة المزاجية الإيجابية (Pettit, Jacobs, Page, & Porras, ٢٠١٠).

وتتفق الدراسة الحالية مع دراسة Mauler, Hamm, Weike, & uschen-Caffier (٢٠٠٦) التي أشارت إلى أن الإناث ذوي اضطراب الشره العصبي لديهم صعوبة في التنظيم الانفعالي وهذا ينعكس على زيادة المشاعر السلبية لديهم، وقد خلص Sim & Zeman (٢٠٠٤) إلى أن الإناث ذوي اضطراب الشره العصبي لديهم مستوى مرتفع في الإحجام عن التعبير عن المشاعر ومستوي أقل في الوعي الداخلي بانفعالتهن، كذلك فقد أظهرن زمن أطول بكثير لاسترجاع المعلومات بشأن الحالة الانفعالية في المواقف التي يمرون بها.

في حين تشير النتائج إلى أن اضطراب الشره العصبي لم يرتبط مع ببعده صعوبات مرتبطة بالسلوك المتبع لتحقيق الهدف وصعوبات التحكم في الانفعالات، ويمكن أن يرجع ذلك إلى أن هؤلاء الطالبات يحاولن أن يثبتن للجميع أنهن قادرات على إنجاز المهام والأداء الذي يقومن به، وهذا يدفعهم نحو الاستغراق في أداء هذه المهام، ومن هنا يصبح لديهن المهارة على التركيز على هدف محدد وإنجازه ومن ثم السيطرة على الانفعالات المصاحبة لذلك، حيث يظهرهن هؤلاء الطالبات الميل إلى مواجهة انفعالتهن السلبية بالفكاهة والمرح، وبذلك يصبح لديهن مهارة السيطرة على الانفعالات في المواقف والأحداث التي يمرون بها، وهذا على الرغم من مما تحمله هذه الأحداث من انفعالات سلبية بسبب شعورهن بالاستياء.

**مقترحات وتوصيات الدراسة:**

في ضوء ما أسفرت عنه نتائج الدراسة الحالية من معالجة لمتغيرات الدراسة يمكن وضع بعض المقترحات والتوصيات التالية:

- عمل برامج توعوية وتدريبية لتحسين استراتيجيات التنظيم الانفعالي لدى طالبات الجامعة.
- عمل دراسات مماثلة على مراحل عمرية أخرى
- عمل دراسة مماثلة على الذكور

المراجع:

الدسوقي، مجدى محمد. (٢٠٠٧). اضطرابات الأكل/ (الأسباب - التشخيص - الوقاية والعلاج). القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.

العويضة، سلطان بن موسى. (٢٠٠٩). علاقة اضطرابات الأكل بكل من صورة الذات والقلق والكفاءة الذاتية المدركة وبعض المتغيرات الديموغرافية لدى عينة من طالبات جامعة عمان الأهلية. المجلة الأردنية للعلوم الاجتماعية، ٢ (٢)، ٢٥٦-٢٧٦.

العيسوى، عبد الرحمن. (٢٠٠٠). سيكولوجية الغذاء. بيروت: دار الراتب الجامعية.

رشيد، أحمد عبد الحميد السيد حسن؛ القطان، سامية عباس؛ محمد، سامية محمد صابر؛ وقنديل، إيمان رجب. (٢٠١٣). دراسة مقارنة لمستوى الذكاء الانفعالي لدى عينة من مضطربات الأكل وغير المضربات من طالبات الجامعة. مجلة كلية التربية ببنها، ٢٤ (٩٤)، ٧١-١١٩.

شقير، زينب محمود. (٢٠٠٠). مقياس فقدان الشهية العصبي الأنوركسيا (A.N.S) الاضطرابات السيكوسوماتية. القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.

شقير، زينب محمود. (٢٠٠٢). احذر اضطرابات الأكل. القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.

صابر، سامية محمد؛ وعبد النبي، محمد. (٢٠٠٩). الكمالية العصابية (غير السوية) وعلاقتها باضطرابات الأكل لدى عينة من طلاب الجامعة. مجلة شعبة الدراسات النفسية والاجتماعية. مركز الخدمة للاستشارات البحثية واللغات، كلية الآداب، جامعة المنوفية، ١-٣٥.

عبد القادر، سناء عبد المالك. (٢٠١٢). الاكسيثميا والعوامل الخمس الكبرى للشخصية لدى ذوى الشره العصبي وفقدان الشهية العصبي من طلاب الجامعة : دراسة مقارنة . جامعة طنطا، كلية التربية.

على، محمد النوبى محمد. (٢٠١٠أ). مقياس اضطرابات الأكل الشرة العصبى للمراقبين المعوقين بنديا والعاديين. عمان: دار الصفاء.

على، محمد النوبى محمد. (٢٠١٠ب). مقياس اضطرابات الأكل فقدان الشهية العصبى للمراقبين المعوقين بنديا والعاديين. عمان: دار صفاء.

مصطفى، بثينة محمد سمير. (٢٠١٢). دراسة فى السمات الشخصية لأنماط مضطربى الأكل لدى الطالبات المراهقات. كلية التربية، جامعة الفيوم.

المعطى، حسن مصطفى عبد. (٢٠٠٣). الاضطرابات النفسية فى الطفولة والمراهقة. القاهرة: دار القاهرة.

ملحم، سامى محمد. (٢٠١٠). أثر اضطرابات الأكل والقلق الإجتماعى والوسواس القهرى وتقدير الذات فى الرضا عن صورة الجسم لدى عينة من المراقبين فى الأردن. مجلة كلية التربية بينها، ٢٣ (٩٠)، ٣٢-١.

American Psychiatric Association. (٢٠١٣). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM ٥)* (٥ ed.). Washington, D.C: American Psychiatric Association.

Bloch, L., Moran, E., & Kring, A. (٢٠٠٩). On the Need for Conceptual and Definitional Clarity in Emotion Regulation Research on Psychopathology. In A. Kring, & D. Sloan, *Emotion Regulation and Psychopathology A Transdiagnostic Approach to Etiology and Treatment* (pp. ٨٨-١٠٤). New York: The Guilford Press.

Brockmeyer, T., Holtforth, M., Bents, H., Kämmerer, A., Herzog, W., & Friederich, H. (٢٠١٢). Starvation and emotion regulation in anorexia nervosa. *Comprehensive psychiatry*, ٥٣(٥)، ٤٩٦-٥٠١.

Bydlowski, S., Corcos, M., Jeammet, P., Paterniti, S., Berthoz, S., Laurier, C., . . . Consoli, S. (٢٠٠٥). Emotion-processing deficits

- in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 37(4), 321-329.
- Cole, P., Martin, S., & Dennis, T. (2004). Emotion regulation as a scientific construct: Methodological challenges and directions for child development research. *Child Development*, 75(2), 317-333.
- Dahl, E. (2001). Affect regulation, brain development, and behavioral/emotional health in adolescence. *CNS Spectrums*, 7(1), 60-72.
- Fernandez-Berrocal, P., Alcaide, R., Extremera, N., & Pizarro, D. (2006). The role of emotional intelligence in anxiety and depression among adolescents. *Individual Differences Research*, 4(1), 16-27.
- Filaire, E., Larue, J., & Rouveix, M. (2011). Eating behaviours in relation to emotional intelligence. *International journal of sports medicine*, 32(4), 309-315.
- Fox, J., & Power, M. (2009). Eating disorders and multi-level models of emotion: An integrated model. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 17(4), 240-267.
- Geller, J., Cockell, S., Hewitt, P., Goldner, E., & Flett, G. (2000). Inhibited expression of negative emotions and interpersonal orientation in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 28(1), 8-19.
- Gianini, L., White, M., & Masheb, R. (2013). Eating pathology, emotion regulation, and emotional overeating in obese adults with binge eating disorder. *Eating behaviors*, 14(3), 309-313.
- Gilboa-Schechtman, E., Avnon, L., Zubery, E., & Jeczmiem, P. (2006). Emotional processing in eating disorders: specific impairment or general distress related deficiency? *Depression and anxiety*, 23(6), 331-339.

- Gratz, K., & Roemer, L. (٢٠٠٤). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology & Behavioral Assessment*, ٢٦(١), ٤١-٥٤.
- Gross, J. (١٩٩٨a). Sharpening the focus: Emotion regulation, arousal, and social competence. *Psychological Inquiry*, ٩(٤), ٢٨٧-٢٩٠.
- Gross, J. (١٩٩٨b). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, ٢٧١-٢٩٩.
- Gross, J. (١٩٩٨c). Antecedent- and response-focused emotion regulation: Divergent consequences for experience, expression, and physiology. *Journal of Personality and Social Psychology*, ٧٤(١), ٢٢٤-٢٣٧.
- Gross, J. (٢٠٠١). Emotion regulation in adulthood: Timing is everything. *Current directions in psychological science*, ١٠(٦), ٢١٤-٢١٩.
- Gross, J. (٢٠١٤). Emotion Regulation: Conceptual and Empirical Foundations. In J. Gross, *Handbook of emotion regulation* (٣ ed., pp. ٣-٢٢). New York: The Guilford Press.
- Gross, J., & Munoz, R. (١٩٩٥). Emotion regulation and mental health. *Clinical Psychology: Science and Practice*, ٢(٢), ١٥١-١٦٤.
- Gross, J., Sheppes, G., & Urry, L. (٢٠١١). Emotion generation and emotion regulation: A distinction we should make (carefully). *Cognition and Emotion*, ٢٥(٥), ٧٦٥-٧٨١.
- Gupta, S., Zachary Rosenthal, M., Mancini, A., Cheavens, J., & Lynch, T. (٢٠٠٨). Emotion regulation skills mediate the effects of shame on eating disorder symptoms in women. *Eating Disorders*, ١٦(٥), ٤٠٥-٤١٧.
- Harrison, A., Genders, R., Davies, H., Treasure, J., & Tchanturia, K. (٢٠١١). Experimental measurement of the regulation of anger

- and aggression in women with anorexia nervosa. *Clinical psychology & psychotherapy*, 14(6), 445-452.
- Jänsch, C., Harmer, C., & Cooper, M. (2009). Emotional processing in women with anorexia nervosa and in healthy volunteers. *Eating Behaviors*, 10(3), 184-191.
- Krug, I., Bulik, C., Vall-Llovera, O., Granero, R., Agüera, Z., Villarejo, C., . . . Fernández-Aranda, F. (2008). Anger expression in eating disorders: Clinical, psychopathological and personality correlates. *Psychiatry research*, 16(2), 195-205.
- Kucharska-Pietura, K., Nikolaou, V., Masiak, M., & Treasure, T. (2004). The recognition of emotion in the faces and voice of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 32(1), 42-47.
- Lavender, J., & Anderson, D. (2010). Contribution of emotion regulation difficulties to disordered eating and body dissatisfaction in college men. *International Journal of Eating Disorders*, 43(4), 352-357.
- Leahy, R., Tirch, D., & Napolitano, L. (2011). *Emotion regulation in psychotherapy : a practitioner's guide / by ..* New York: The Guilford Press.
- Legenbauer, T., Vocks, & Rüdell, H. (2008). Emotion recognition, emotional awareness and cognitive bias in individuals with bulimia nervosa. *Journal of clinical psychology*, 64(6), 687-702.
- Macklem , G. (2008). *Practitioner's Guide to Emotion Regulation in School-Aged Children*. New York: Springer.
- Markey, M., & Vander Wal, J. (2007). The role of emotional intelligence and negative affect in bulimic symptomatology. *Comprehensive psychiatry*, 46(5), 458-464.
- Maslow, A. (1970). *Motivation and Personality* (2 ed.). New York: Harper & Row, Publishers.

- Matsumoto, D. (٢٠٠٩). *The Cambridge Dictionary of Psychology*. New York: Cambridge University Press.
- Mauler, B., Hamm, A., Weike, A., & uschen-Caffier, B. (٢٠٠٦). Affect regulation and food intake in bulimia nervosa: Emotional responding to food cues after deprivation and subsequent eating. *Journal of Abnormal Psychology*, ١١٥(٣), ٥٦٧-٥٧٩.
- Morris, J. (٢٠٠٨). Diagnosis of Eating Disorders. In J. Morris, *ABC of eating disorders* (pp. ١-٤). new york: BMJ Books Blackwell Pub.
- Ochsner, K., & Gross, J. (٢٠٠٧). The neural architecture of emotion regulation. In J. Gross, *Emotion regulation: Conceptual foundations*. In, *In Handbook of Emotion Regulation* (pp. ٨٧-١٠٩). New York: Guilford Press.
- Pettit, M., Jacobs, S., Page, K., & Porras, C. (٢٠١٠). An assessment of perceived emotional intelligence and eating attitudes among college students. *American Journal of Health Education*, ٤١(١), ٤٦-٥٢.
- Read, G., & Morris, J. (٢٠٠٨). Body Image Disturbance in Eating Disorders. In J. Morris, *Morris-ABC of eating disorders* (pp. ٩-١٤). BMJ Books Blackwell Pub.
- Ricca, V., Castellini, G., Fioravanti, G., Sauro, C., Rotella, F., Ravaldi, C., . . . Faravelli, C. (٢٠١٢). Emotional eating in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Comprehensive psychiatry*, ٥٣(٣), ٢٤٥-٢٥١.
- Sim, L., & Zeman, J. (٢٠٠٤). Emotion awareness and identification skills in adolescent girls with bulimia nervosa. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, ٣٣(٤), ٧٦٠-٧٧١.
- Sim, L., & Zeman, J. (٢٠٠٦). The contribution of emotion regulation to body dissatisfaction and disordered eating in early

adolescent girls. *Journal of youth and adolescence*, ٣٥(٢), ٢٠٧-٢١٦.

Werner, K., & Gross, J. (٢٠١٠). Emotion Regulation and Psychopathology A Conceptual Framework. In A. Kring, & D. Sloan, *Emotion regulation and psychopathology : a transdiagnostic approach to etiology and treatment* (pp. ١٣-٣٧). New York: Guilford Press.

Wildes, J., Marcus, M., Bright, A., Dapelo, M., & Psychol, M. (٢٠١٢). Emotion and eating disorder symptoms in patients with anorexia nervosa: An experimental study. *International Journal of Eating Disorders*, ٤٥(٧), ٨٧٦-٨٨٢.

Zonnevillje-Bender, M., van Goozen, S., Cohen-Kettenis, P., van Elburg, A., & van Engeland, H. (٢٠٠٢). Do adolescent anorexia nervosa patients have deficits in emotional functioning? *European Child & Adolescent Psychiatry*, ١١(١), ٣٨-٤٢.