

الإسهام النسبي للألكسيثيميا في التنبؤ بجودة النوم والأعراض المرضية النفسية لدى المصابين بمتلازمة القولون العصبي^١

د/ الشيماء إبراهيم محمد حسب الله^٢

قسم علم النفس - كلية الآداب - جامعة أسيوط

المُستخلص

هدف البحث الحالي إلى الكشف عن مستويات الأعراض المرضية النفسية لدى المصابين بمتلازمة القولون العصبي، بالإضافة إلى التعرف على الإسهام النسبي للألكسيثيميا وأبعادها الفرعية في التنبؤ بكل من جودة النوم والأعراض المرضية النفسية لديهم. تكونت العينة من (١٢٠) فرداً من المصابين بمتلازمة القولون العصبي، تراوحت أعمارهم بين (٢٠ - ٦٥) عاماً، بمتوسط عمري قدره (٣٤,٧) سنة، وانحراف معياري ($\pm 9,1$) سنة، وبلغ عدد الذكور (٣٧) مشاركاً، في حين كان عدد الإناث (٨٣) مشاركة. وقد تم استخدام مقياس تورنتو للألكسيثيميا (إعداد: Bagby et al., 1994، ترجمة وتعريب: علاء الدين كفاي وفؤاد الدواش، ٢٠١١)، ومؤشر بيسنبرغ لجودة النوم (إعداد: Buysse et al., 1989، ترجمة وتعريب: الباحثة)، وقائمة الأعراض المعدلة (إعداد: Derogatis et al., 1994، ترجمة وتعريب عبدالرقيب البحيري، ٢٠٠٥). أظهرت النتائج أن الوسواس القهري كان أكثر الأعراض النفسية شيوعاً لدى المصابين بمتلازمة القولون العصبي، يليه الأعراض الجسدية، ثم القلق والاكتئاب. كما أوضحت النتائج وجود إسهام نسبي دال إحصائياً لبعدين من أبعاد الألكسيثيميا (صعوبة تحديد المشاعر وصعوبة وصف المشاعر) في التنبؤ بانخفاض جودة النوم. وأوضحت النتائج أن بُعد صعوبة تحديد المشاعر كان مُتغيّراً مُنبئاً دالاً إحصائياً بجميع الأعراض المرضية النفسية، بالإضافة إلى الدرجة الكلية لهذه الأعراض. وتلاه في التأثير بُعد التفكير الموجه نحو الخارج، حيث ساهم في التنبؤ بالأعراض المرضية النفسية، والدرجة الكلية، باستثناء أعراض الاكتئاب، وقلق الرهاب.

الكلمات المفتاحية: الألكسيثيميا - جودة النوم - الأعراض المرضية النفسية - متلازمة القولون العصبي.

^١ تم استلام البحث في ٢٠٢٥/٦/١٧ وتقرر صلاحيته للنشر في ٢٠٢٥ / ٨ / ١

Email: shema_ibrahim@aun.edu.eg

ت: 01000525327

مقدمة

تُعد متلازمة القولون العصبي واحدة من أكثر الاضطرابات شيوعاً في الجهاز الهضمي، وتتضمن أعراضها آلاماً مزمنة في البطن مصحوبة بتغيرات في عادات الإخراج، مثل الإسهال أو الإمساك أو كليهما، وذلك دون وجود مرض عضوي واضح. وعلى الرغم من أن القولون العصبي لا يُعد خطيراً ولا يهدد حياة الفرد، إلا أنه يؤثر بشكل كبير على ممارسته لأنشطة الحياة اليومية والاجتماعية، مما يؤدي إلى انخفاض نوعية الحياة لدى المصابين به.

وعلى عكس الاضطرابات الأخرى مثل التهاب الأمعاء، لا يمكن تشخيص متلازمة القولون العصبي من خلال فحوصات مخبرية أو أشعة أو فحص بالمنظار، بل يُعتمد في تشخيصها على تقييم الأعراض السريرية، مع استبعاد الأسباب العضوية الأخرى قبل تأكيد التشخيص. كما أنها تُشخص في أي مرحلة عمرية، إلا أن الأشخاص الأصغر سناً أكثر عرضة للإصابة مقارنةً بمن تزيد أعمارهم عن ٥٠ عاماً، وتزداد شيوعاً بين النساء بشكل ملحوظ مقارنةً بالرجال (Shikano & Kamiya, 2024; Wimberly, 2024).

وعلى الرغم من التقدم المستمر في الأبحاث الطبية، فإن سبب متلازمة القولون العصبي لا يزال غير واضح. ويُعتقد في ذلك أن هناك تداخلاً بين العوامل البيولوجية والنفسية في ظهور الأعراض المصاحبة، ومن بين هذه العوامل النفسية التي قد تسهم في تفاقم أعراض متلازمة القولون العصبي الألكسيثيميا.

وتعد الألكسيثيميا سمة شخصية متعددة الأوجه، وتُعرف على أنها ضعف في القدرة على التعرف على المشاعر الذاتية ووصفها، وصعوبة في التمييز بين المشاعر المختلفة، بالإضافة إلى فقر في الخيال، واعتماد أسلوب معرفي يميل إلى التفكير الواقعي والملموس (Taylor et al., 1997). وتُعزى هذه السمات إلى وجود خلل في معالجة الانفعالات وتنظيمها على المستوى المعرفي، وهو ما يؤثر في الصحة العامة (Taylor & Bagby, 2012)، بما في ذلك الميل إلى الترجمة الجسدية للمشاعر (De Gucht & Heiser, 2003).

وينشأ خلل المعالجة المعرفية للانفعالات - وفقاً لتصور أغلب المختصين بدراسة الانفعالات - من تفاعل ثلاثة أساق رئيسية: النسق الفسيولوجي العصبي، الذي يشمل استجابة الجهاز العصبي المستقل والتنشيط الغدي العصبي، والتعبير الحركي، ويتضمن التعبيرات الوجهية،

والتغيرات في أوضاع الجسم، ونغمة الصوت، والنسق الخبري المعرفي، الذي يشمل الوعي بالحالة الشعورية والقدرة على التعبير اللفظي عنها (فيصل يونس، وأميمة أنور، ٢٠١٤، ٢٤).

وقد وجد أن الألكسيثيميا تؤثر على إدراك الفرد لحالته الصحية من خلال اضطراب تنظيم الإثارة التلقائية المرتبطة بالتوتر، وانخفاض تحمل الألم، وتضخيم الإحساس الجسدي، وزيادة استخدام الخدمات الصحية، والانغلاق أو التجنب بعد الصدمات النفسية (Taylor & Bagby, 2012). كما أظهرت دراسات التصوير العصبي أن الألكسيثيميا ترتبط بانخفاض الاستجابات العصبية للمثيرات الانفعالية الخارجية، وضعف النشاط خلال التخيل في مناطق بالجهاز الحوفي (مثل اللوزة الدماغية والقشرة الحزامية)، وفي المقابل، ترتبط بزيادة النشاط العصبي في المناطق الحسية الجسدية والحركية، بما في ذلك منطقة الجزيرة^(٣) (Komaki & Moriguchi, 2013).

وبناء على ذلك فإن الأفراد الذين لديهم مستويات عليا من الألكسيثيميا لا يتعاملون مع المشاعر بشكل طبيعي فبدلاً من الشعور بالمشاعر والانفعالات بوضوح، فإنهم يشعرون بها كأعراض جسدية (مثل ألم في البطن)، أي أن دماغهم يترجم التوتر والانفعالات على شكل أحاسيس جسدية وليس مشاعر واضحة.

وفيما سبق، كشفت الدراسات على مدار العقود الماضية عن ارتفاع مستويات الألكسيثيميا في عدد كبير من الحالات الوظيفية والعضوية، بما في ذلك الأمراض الجلدية، وأمراض القلب والأوعية الدموية، وأمراض الكلى، والجهاز التنفسي، والأورام، والأمراض العصبية، واضطرابات الغدد الصماء، وأمراض المناعة (Lumley et al., 2007).

ومن الجدير بالذكر أن خطورة الألكسيثيميا لا تكمن فقط في أنها تسهم في تطور أعراض مرضية نفسية أو جسدية، بل في أنها تؤدي أيضاً إلى زيادة شدة هذه الأعراض وتفاقمها. فقد أظهرت نتائج دراسة (Phillips et al., 2013) أن الألكسيثيميا تعد من أبرز العوامل النفسية المرتبطة بمتلازمة القولون العصبي، حيث وُجد أن صعوبة تحديد المشاعر وصعوبة وصفها – وهما بُعدان رئيسان من الألكسيثيميا – مرتبطان بشكل واضح بزيادة شدة أعراض القولون لدى المرضى. هذا يشير إلى أن نقص الوعي الانفعالي لا يساهم فقط في ظهور الاضطرابات الجسدية، بل يؤدي كذلك

(١) الجزيرة، والمعروفة أيضاً باسم القشرة الجزيرية، هي منطقة من القشرة المخية خارج القشرة الجبهية الأمامية، وتحدد بين الفص الجبهي والصدغي، وهي مرتبطة بالإدراك الداخلي واتخاذ القرار.

الإسهام النسبي للأكسيثيميا في التنبؤ بجودة النوم والأعراض المرضية النفسية .

إلى زيادة الشعور بالألم والمعاناة، مما يبرز أهمية التعامل مع الجوانب الانفعالية في التشخيص والعلاج.

ويُظهر هذا الارتباط الواسع أهمية فهم الأكسيثيميا وتأثيرها المحتمل على الصحة العامة، مما يستدعي المزيد من البحث لتطوير استراتيجيات علاجية مناسبة. وبناءً على ما سبق يسعى هذا البحث إلى دراسة إسهام الأكسيثيميا في التنبؤ بجودة النوم والأعراض المرضية النفسية لدى المصابين بمتلازمة القولون العصبي.

مشكلة البحث

تُعتبر متلازمة القولون العصبي واحدة من أكثر الاضطرابات الوظيفية شيوعاً التي تصيب الجهاز الهضمي، حيث تؤثر بشكل مباشر على حياة الملايين حول العالم. وتشير التقديرات الحديثة إلى أن هذه المتلازمة تصيب ما يصل إلى ٢٠% من السكان. ومع ذلك، يبقى تقدير معدل انتشارها بدقة أمراً صعباً، وذلك بسبب عدم لجوء العديد من المصابين إلى الرعاية الطبية، وعدم تشخيصهم رسمياً من قبل الأطباء (Wimberly, 2024).

وفي هذا السياق، ناقشت دراسة (Canavan et al., 2014) تأثير طبيعة عملية التشخيص على دقة القياسات الوبائية لمتلازمة القولون العصبي، حيث أظهرت أن حوالي ٣٠% فقط من الأشخاص الذين يعانون من أعراض المرض يتوجهون لاستشارة طبية. وعلى الرغم من عدم وجود فروق كبيرة في شدة الأعراض الباطنية بين طالبي الاستشارة وغيرهم، إلا أن الفئة التي تلجأ إلى الاستشارة تُظهر مستويات أعلى من القلق وتدني نوعية الحياة. وبناءً على ذلك، تتجاوز مشكلة متلازمة القولون العصبي الأعراض الجسدية لتشمل تأثيرات نفسية ونوعية حياة متدنية، مما يجعلها عبئاً صحياً واجتماعياً واقتصادياً كبيراً (Adriani et al., 2018).

وفيما يتعلق بالعلاقة بين الأعراض النفسية ومتلازمة القولون العصبي، أظهرت نتائج عدة دراسات أن الأكسيثيميا — وهي صعوبة في التعرف على المشاعر أو التعبير عنها — شائعة لدى المصابين بالقولون العصبي، وتظهر بنسبة أعلى بكثير مقارنة بالمجموعات الضابطة من الأصحاء (Dumitrascu et al., 2024؛ Ismaiel et al., 2024). وتمثل الأكسيثيميا تحدياً نفسياً معقداً يؤثر على كيفية تعامل الفرد مع ضغوط المرض والأعراض المصاحبة له، إذ تعيق التعبير الصحي عن المشاعر، مما قد يؤدي إلى تفاقم الأعراض النفسية والجسدية.

وفي ذلك تشير الدراسات إلى أن نسبة كبيرة من المصابين بمتلازمة القولون العصبي يعانون من اضطرابات نفسية مصاحبة؛ فقد أظهرت دراسة (Abd Elaziz et al., 2019) أن ٦٦% من المصابين بالقولون العصبي لديهم مشكلات نفسية مصاحبة. وقد لوحظ وجود دلالة إحصائية عالية بشكل خاص في اضطراب القلق العام، وتوهم المرض، بالإضافة إلى وجود ارتباط دال مع اضطرابات أخرى مثل الاضطرابات الجسدية النفسية، واضطراب الاكتئاب المزمن، واضطراب الهلع. مما يعكس وجود علاقة وثيقة بين الأعراض الجسدية للقولون العصبي والحالة النفسية، وهو ما يبرز أهمية تناول الجوانب النفسية ضمن إطار تشخيص وعلاج متلازمة القولون العصبي.

علاوة على ذلك، أوضحت دراسة (Wang et al., 2024) أن أكثر من ثلثي المصابين باضطرابات وظيفية في الجهاز الهضمي يعانون من درجات متفاوتة من المشكلات النفسية. وعلى الرغم من ارتباط هذه الاضطرابات بأعراض الاكتئاب واضطرابات النوم والأعراض الجسدية، إلا أن الآلية الكامنة وراء العلاقة بين هذه المتغيرات لا تزال غير مفهومة بشكل كافٍ.

إضافة إلى المشكلات النفسية، يعاني العديد من المصابين بمتلازمة القولون العصبي من اضطرابات في النوم، والتي تلعب دوراً رئيسياً في صحة الفرد وجوده حياته. فقد أظهرت دراسة (AbdAllah& Sharafeddin, 2021) أنهم يعانون من مشاكل متكررة في النوم، تشمل صعوبات في بدء النوم، انقطاعات أثناء النوم، وجودة نوم متدنية بشكل عام مقارنة بالمجموعات الضابطة.

كما ربطت بعض الدراسات منها دراسة (Alimoradi et al., 2022) بين الألكسيثيميا ومشاكل النوم لدى الأشخاص المصابين بمشكلات صحية متنوعة بشكل عام، دون التركيز بشكل خاص على مرضى القولون العصبي.

من ناحية أخرى، أشارت دراسة (Martino et al., 2020) إلى ارتباط الألكسيثيميا بالقلق والاكتئاب، بالإضافة إلى الأعراض النفسية المرضية والشكاوى الجسدية، وذلك في عينة من مرضى التهاب الأمعاء، والتي تُعد حالة صحية مشابهة من حيث التأثيرات النفسية والجسدية. وبذلك تعكس هذه النتائج أن الألكسيثيميا قد تسهم في تفاقم الأعراض النفسية والجسدية من خلال العجز في التعرف على المشاعر والتعبير عنها، مما يؤدي إلى زيادة التوتر والقلق، وهو ما قد يؤثر سلباً على جودة النوم ويزيد من حدة الأعراض الصحية.

وبرغم ما كشفت عنه بعض الدراسات من وجود مستويات مرتفعة من الأكسيثيميا لدى المصابين بمتلازمة القولون العصبي، إلى جانب شيوع الاضطرابات النفسية ومشكلات النوم بينهم، إلا أن العلاقة التفاعلية بين هذه المتغيرات لم تُبحث بصورة تكاملية داخل هذا السياق. فغالبية الأبحاث ركزت على العلاقة بين الأكسيثيميا والاضطرابات النفسية أو بين الأكسيثيميا وجودة النوم في سياقات صحية عامة أو في عينات مرضية أخرى، دون النظر إلى ما إذا كانت الأكسيثيميا تُسهم في التنبؤ بظهور أو تفاقم كل من الأعراض النفسية وتدهور جودة النوم لدى مرضى القولون العصبي على وجه الخصوص، ودون التطرق كذلك إلى الدور التفصيلي الذي يمثله كل بُعد من أبعاد الأكسيثيميا في ظهور هذه الاضطرابات. ولذلك يسعى البحث الحالي إلى سد هذه الفجوة البحثية من خلال التنبؤ بجودة النوم والأعراض المرضية النفسية بمعلومية الأكسيثيميا.

وبذلك تتلخص مشكلة الدراسة في التساؤلات التالية:

١. هل تختلف مستويات الأعراض المرضية النفسية لدى المصابين بمتلازمة القولون العصبي؟
٢. هل تُسهم الأكسيثيميا وأبعادها (صعوبة تحديد المشاعر، صعوبة وصف المشاعر، التفكير الموجه للخارج) في التنبؤ بجودة النوم لدى المصابين بمتلازمة القولون العصبي؟
٣. هل تُسهم الأكسيثيميا وأبعادها (صعوبة تحديد المشاعر، صعوبة وصف المشاعر، التفكير الموجه للخارج) في التنبؤ بالأعراض المرضية النفسية لدى المصابين بمتلازمة القولون العصبي؟

أهداف البحث:

يهدف هذا البحث إلى الكشف عن مستويات الأعراض المرضية النفسية لدى المصابين بمتلازمة القولون العصبي، والكشف عن الإسهام النسبي للأكسيثيميا، بأبعادها الفرعية الثلاثة (صعوبة تحديد المشاعر، صعوبة وصف المشاعر، التفكير الموجه نحو الخارج)، في التنبؤ بكل من جودة النوم، والأعراض المرضية النفسية المختلفة، لدى الأفراد المصابين بمتلازمة القولون العصبي.

أهمية البحث

يستمد البحث أهميته من الاعتبارات التالية:

١. ضرورة الاهتمام بالأفراد المصابون بمتلازمة القولون العصبي، وذلك بهدف تحسين جودة النوم لديهم، وتقليل شدة الأعراض النفسية المرتبطة بالاضطراب.

٢. أهمية متغير الألكسيثيميا، وهي سمة متعددة الأبعاد، تمثل أحد عوامل الخطر الرئيسة في تفاقم شدة أعراض متلازمة القولون العصبي وظهور الاضطرابات الانفعالية المصاحبة، مثل القلق والاكتئاب. ورغم أهمية هذا المتغير، فإن البيانات المتوفرة حول الدور التفصيلي الذي يمثله كل بُعد من أبعاد الألكسيثيميا في ظهور هذه الاضطرابات لا تزال محدودة (Preece et al., 2024)، مما يبرز الحاجة إلى مزيد من البحث لفهم آليات تأثير كل بُعد منها.

٣. يسهم البحث في سد فجوة معرفية تتعلق بفهم العلاقة بين الألكسيثيميا، وجودة النوم، والأعراض المرضية النفسية لدى المصابين بمتلازمة القولون العصبي، وهي علاقة لم تُتناول بشكل كافٍ في الأدبيات العلمية، خصوصاً في البيئة العربية – في حدود ما اطلعت عليه الباحثة – مما يجعل البحث إضافة نوعية تثري ميدان علم النفس الإكلينيكي والبحوث النفسجسمية.

٤. قد تسهم نتائج البحث في تصميم برامج تدخلية علاجية تستهدف تنمية الوعي الانفعالي لدى المصابين بمتلازمة القولون العصبي، مما يساعدهم على تقليل شدة الأعراض الجسدية والنفسية المصاحبة، وتحسين جودة النوم، ورفع مستوى التكيف النفسي والاجتماعي لديهم.

مفاهيم البحث، والأطر النظرية المفسرة لها:

يتناول هذا البحث أربعة مفاهيم رئيسة، هي: الألكسيثيميا، وجودة النوم، الأعراض المرضية النفسية، ومرضى القولون العصبي وفيما يلي عرض الإطار النظري لكل مفهوم منها.

١. الألكسيثيميا Alexithymia:

أ. تعريف الألكسيثيميا:

صاغ مصطلح الألكسيثيميا بواسطة "Sifneos" عام ١٩٧٢، ويعود أصل الكلمة إلى اللغة اليونانية حيث تنقسم إلى ثلاث مقاطع: (a) تعني فقدان أو نقص، و (lexis) تعني كلمة، و (thymos) تعني المزاج أو الانفعال؛ أي " فقدان الكلمات للتعبير عن المشاعر" (Sander & Scherer, 2009, p23). وقد استخدم هذا المصطلح لوصف الأعراض الإكلينيكية لدى المرضى المصابين بأمراض نفسجسمية، الذين أظهروا صعوبة ملحوظة في تحديد مشاعرهم، وفي إيجاد الكلمات المناسبة لوصفها، وفي التمييز بين المشاعر والأحاسيس الجسدية المرتبطة بها. بالإضافة إلى ذلك، كان لدى هؤلاء المرضى قدرات تخيلية محدودة، ونمط تفكير يركز على الأحداث

الإسهام النسبي للأكسيثيميا في التنبؤ بجودة النوم والأعراض المرضية النفسية .

الخارجية، مع تجنب التركيز على التجارب الداخلية (Timoney & Holder, 2013). ويُعزى هذا الاضطراب إلى عوامل عصبية فسيولوجية ونفسية، أكثر من كونه ناتجاً عن أسباب نفسية فقط (Goerlich, 2018).

وبصورة عامة، يشير مفهوم الأكسيثيميا إلى وجود عجز معرفي وانفعالي في الطريقة التي يدرك بها بعض الأفراد الحالات الانفعالية ويعبرون عنها. من الناحية المعرفية، يتبنى الأفراد نمط تفكير ملموس وعملي، ومن الناحية الانفعالية، يظهرون وعياً انفعالياً منخفضاً وغير مميز. وعلى الرغم من ارتباط الأكسيثيميا بالعديد من الاضطرابات، إلا أنها لا تعد اضطراباً في حد ذاته بينما تعتبر سمة شخصية ثابتة نسبياً (Timoney & Holder, 2013).

وقد تبنت الباحثة - في هذا البحث - تعريف الأكسيثيميا، كما عرضه (Bagby et al., 1994) معدوا المقياس المستخدم في هذا البحث، بأنه تكوين افتراضي يشمل تجمعاً من السمات المعرفية والوجدانية مثل صعوبة في تحديد ووصف الأحاسيس الذاتية، وصعوبة التمييز بين المشاعر والأحاسيس الجسمية ذات الأصل الانفعالي، وقدرات تخيل محدودة، ونمط معرفي متوجه للخارج. وعلى ذلك فإن التعريف الإجرائي لمفهوم الأكسيثيميا أنها يتمثل في أداء الفرد على مقياس الأكسيثيميا (إعداد: Bagby et al., 1994، ترجمة: الباحثة)، والذي تحدّد من خلال الدرجة الكلية للفرد على هذا المقياس، وتشير الدرجة المرتفعة على المقياس إلى ارتفاع الأكسيثيميا لدى الفرد، بينما تشير الدرجة المنخفضة إلى انخفاض الأكسيثيميا لديه. وللأكسيثيميا ثلاثة أبعاد، هي: صعوبة تحديد المشاعر (Difficulty Identifying Feelings، صعوبة وصف المشاعر Difficulty Describing Feelings، التفكير الموجه للخارج Externally-Oriented Thinking).
ب. سمات الأكسيثيميا:

هناك اتفاق عام بين العلماء على وجود ثلاث سمات أساسية مميزة للأكسيثيميا، وهي كما يلي:
- صعوبة تحديد المشاعر: تشير هذه السمة إلى عجز في التعرف على الحالات الانفعالية والتمييز بينها. فعلى سبيل المثال، في المواقف الضاغطة، يجد الأفراد الذين يعانون من هذه السمة صعوبة في تحديد ما إذا كانوا يشعرون بالغضب، أو الخوف، أو القلق، ويعبرون بدلاً من ذلك عن شعور عام بعدم الارتياح أو الضيق غير المحدد. كما تتضمن هذه السمة صعوبة في التمييز بين المشاعر والأحاسيس الجسدية الداخلية، وهو ما يُعرف بـ "الاستقبال الداخلي" interoception.

- **صعوبة وصف المشاعر:** وهي سمة مستقلة على الرغم من ارتباطها الوثيق بالسمة السابقة، وتشير إلى العجز عن التعبير عن المشاعر بالكلمات للآخرين. وترتبط هذه السمة ارتباطاً مباشراً بأصل مصطلح "الألكسيثيميا"، والذي يعني حرفياً "نقص الكلمات للتعبير عن المشاعر".

- **التفكير الموجه للخارج:** تعني هذه السمة غياب أو ندرة التخييلات المرتبطة بالدوافع والانفعالات، مما يقيد القدرة على التفكير التأملي، ويؤدي إلى تبني نمط معرفي يركز بشكل مفرط على التفاصيل الخارجية (مثل الطقس)، على حساب الخبرات والمشاعر الداخلية (Luminet & Nielson, 2025).

ونستنتج من عرض هذه السمات أن الألكسيثيميا لا تمثل مجرد صعوبة لغوية في التعبير عن المشاعر، بل تعبر عن نمط أعمق من العجز الانفعالي والمعرفي يؤثر في وعي الفرد بمشاعره وتنظيمها. فضعف التمييز بين المشاعر والأحاسيس الجسدية، والعجز عن التعبير عنها، والانشغال بالمشاعر الخارجية على حساب التجارب الداخلية، كلها عوامل تضعف قدرة الفرد على التكيف، وتحد من كفاءته في إدارة الانفعالات وبناء علاقات اجتماعية صحية. ومن هنا، فإن الألكسيثيميا تعد عامل خطر في تطور عدد من الاضطرابات النفسية والانفعالية، وخاصة في البيئات الضاغطة والمواقف التي تتطلب وعياً انفعالياً دقيقاً.

ج. النماذج النظرية المفسرة للألكسيثيميا:

- **النماذج النمائية:**

تشير النماذج النمائية إلى أن الألكسيثيميا تنشأ تدريجياً خلال مرحلة الطفولة، حيث يرجع ذلك إلى البيئة التي لا يتمكن فيها الآباء أو مقدمو الرعاية من تكوين علاقة وثيقة مع الأطفال؛ حيث يفشلون في تشجيعهم على فهم المشاعر ومشاركتها مما يفقد الطفل خبرات أساسية في النمو الانفعالي، مثل تفسير تعبيرات الوجه ونبرة الصوت، واستخدام الكلمات المناسبة للتعبير عن المشاعر، مما يضعف قدرته على ربط الأحاسيس الجسدية بالمشاعر والانفعالات. وبحسب هذا النموذج، فإن الألكسيثيميا ترتبط بخلل في بناء "مخططات الانفعال" التي تتيح للفرد فهم مشاعره وتوصيلها للآخرين، وهو ما وصفه بعض الباحثين بـ "العمه الانفعالي" Affective Agnosia. كما يرى أصحاب النماذج النمائية أن الألكسيثيميا يمكن أن تظهر لاحقاً بعد صدمات جسدية أو نفسية شديدة في مراحل لاحقة من الحياة، كما في حالة الناجين من الكوارث أو الحروب (Luminet & Nielson, 2025).

- النماذج المعرفية:

تُبرز النماذج المعرفية دور الجوانب المختلفة لمعالجة المعلومات في الأكسيثيميا. حيث تركز هذه النماذج على ترجمة الحالات الانفعالية إلى حالات معرفية، والتي يُعتقد أنها تحدث عبر مرحلتين أساسيتين. المرحلة الأولى، وهي غير رمزية، تُعرف بالمعالجة الحسية التلقائية المبكرة، وتتمثل في استجابات فسيولوجية وسلوكية سريعة تشمل تقييمات عامة مثل الشدة، النغمة الانفعالية (إيجابية أو سلبية)، الحداثة، الأهمية، والألفة. أما المرحلة الثانية، فهي رمزية/معرفية، وتشتمل على معالجة داخلية قائمة على الخبرات السابقة، إلى جانب معالجة خارجية تتجلى في التعبير اللغوي عن الانطباعات الأولية (Morie et al., 2022).

في هذا السياق، تؤدي اللغة دوراً محورياً بوصفها وظيفة معرفية رمزية تسهم في فهم السياق الانفعالي وربط الإحساسات بالتجربة المعرفية، مما يتيح تصنيف التجربة كمشاعر يمكن التعبير عنها ومشاركتها (Lindquist, 2017).

علاوة على ذلك، ترتبط الأكسيثيميا بخلل في الإدراك الداخلي، أي القدرة على رصد الإشارات الجسدية الداخلية وتفسيرها، وهو ما يُعد عنصراً حاسماً في التعرف على المشاعر وتقييم التهديدات. إن غياب القدرة على التمييز بين الإشارات الجسدية الخطيرة وغير الخطيرة يُعيق الاستجابة الانفعالية الملائمة، كما أن الاعتماد على عمليات غير رمزية يؤدي إلى ضعف في تنظيم المشاعر والتعبير عنها (Morie et al., 2022).

- نماذج تنظيم الانفعال:

يعتمد نموذج "الانتباه-التقييم" attention-appraisal model الذي طُوّر استناداً إلى الخلل الوظيفي في تنظيم الانفعالات لدى الأشخاص الذين يعانون من الأكسيثيميا على نموذج "Gross" لعملية تنظيم الانفعالات. حيث يفترض هذا النموذج أن الانفعالات تمر بأربع مراحل متتابعة: وقوع الموقف، الانتباه للمثير، التعرف على المثير وفهمه (أي تقييمه)، وأخيراً الاستجابة، وهي المرحلة التي يحدث فيها تنظيم الانفعالات (Luminet & Nielson, 2025).

وفقاً لهذا النموذج، يواجه الأشخاص ذوو الأكسيثيميا صعوبات في مرحلتين: أولاً، صعوبة في الانتباه للمثيرات (ناتجة عن النمط التفكير الموجه إلى الخارج)، وثانياً، صعوبة في تقييم المشاعر (نتيجة لصعوبات تمييز المشاعر أو وصفها). هذه الصعوبات تؤدي إلى تشتت داخلي وخارجي، ويجعل الأفراد يلجأون إلى استراتيجيات غير تكيفية لتنظيم مشاعرهم، مثل

التجنب أو الإنكار، بهدف الهروب من المشاعر السلبية. وقد أثبتت الدراسات أن الأفراد الذين يعانون من مستويات مرتفعة من الألكسيثيميا يميلون فعلياً إلى استخدام استراتيجيات غير تكيفية في تنظيم الانفعالات بشكل متكرر، الأمر الذي ينعكس سلباً على صحتهم النفسية والجسدية، بالإضافة إلى ضعف علاقاتهم الاجتماعية (Luminet& Zamariola, 2018; Preece et al., 2023).

وبذلك تُقدّم النماذج النظرية الثلاثة (النمائية، والمعرفية، وتنظيم الانفعال) إطاراً متكاملًا لفهم الألكسيثيميا من زوايا متعددة تُظهر تفاعل العوامل البيئية والمعرفية والانفعالية في نشأة الألكسيثيميا وتطورها. فالنماذج النمائية تُبرز الدور الحاسم للعلاقات المبكرة بين الطفل ومقدمي الرعاية في بناء مخططات الانفعال، مما يؤكد أهمية الخبرات الانفعالية الأولية في تشكيل القدرة على التعرف على المشاعر والتعبير عنها لاحقاً. أما النماذج المعرفية فتتركز على آليات معالجة المعلومات الانفعالية، وتُظهر كيف أن الألكسيثيميا تنطوي على ضعف في الانتقال من المعالجة غير الرمزية إلى المعالجة الرمزية للمشاعر، وهي عملية ترتبط ارتباطاً وثيقاً بوظائف اللغة والإدراك الداخلي. وفي السياق ذاته، يُضيف نموذج "الانتباه-التقييم" بُعداً تطبيقياً في فهم آليات تنظيم الانفعال، موضحاً كيف أن الفشل في الانتباه أو التقييم الدقيق للمثيرات الانفعالية يؤدي إلى استخدام استراتيجيات غير فعالة، مما يفضي إلى نتائج نفسية وجسدية واجتماعية سلبية.

٢. جودة النوم Sleep Quality :

أ- تعريف جودة النوم

يُعرف النوم بأنه حالة مؤقتة من توقف التفاعل الحسي والحركي مع البيئة، ويصاحب ذلك عادةً الرقاد وعدم الحركة (أحمد عكاشة، وطارق عكاشة، ٢٠١٧، ٢٦٥). كما يعد النوم ظاهرة بيولوجية تحدث لكل كائن حي لإعادة تنظيم نشاط الدماغ؛ فخلال النوم يحدث عديد من التغييرات والوظائف العضوية المهمة للجسم من إعادة بناء لأنسجته، وإفرازات هرموناته وغيرها، ويحصل الكثير من أعضاء الجسم على الراحة، فالنوم الجيد ضروري لتنظيم الوظائف المعرفية، والتمثيل الغذائي، وتعزيز جهاز المناعة، والصحة النفسية (Besedovsky et al., 2019).

وتُعد جودة النوم مفهوماً يشغل حيزاً مهماً في مجالات عديدة من بينها الطب، والتمريض، وعلم النفس لما له من تأثير مباشر على الصحة الجسدية والنفسية. ورغم الاستخدام الواسع لهذا المصطلح، لا يزال هناك غياب لتعريف موحد ومتفق عليه؛ بسبب تعدد أبعادها، بالإضافة إلى إمكانية قياسها بطريقة ذاتية وموضوعية (DelRosso, 2025).

تُعرّف جودة النوم بأنها الدرجة التي تكون فيها تجربة النوم مرضية ومُجددة للنشاط، وذلك استناداً إلى عوامل مثل مدة النوم، وسهولة البدء في النوم واستمراره، والشعور بالراحة عند الاستيقاظ. كما يمكن أن تتأثر جودة النوم بمتغيرات أخرى، مثل الوقت الذي يُقضى في مراحل النوم المختلفة، ووجود اضطرابات النوم (Crowe & Spiro-Levitt, 2021). كما تُعرّف بأنها مدى رضا الفرد عن جميع جوانب تجربة النوم. وتتميز بأربع سمات: كفاءة النوم، وتأخر النوم، ومدته، والاستيقاظ بعد بدء النوم (Nelson et al., 2022).

وقد تبنت الباحثة - في هذا البحث - تعريف جودة النوم، كما عرضه (Buysse et al., 1989) مُعديّ مقياس بيتسبرغ لجودة النوم، والذي يُعرّف جودة النوم بأنها مدى رضا الفرد عن تجربته النوم، وذلك وفقاً لسبع مؤشرات تشمل: جودة النوم الذاتية، الزمن المستغرق للدخول في النوم، مدة النوم، كفاءة النوم المعتادة، اضطرابات النوم، استخدام أدوية النوم، الاضطرابات أثناء النهار.

وبناء على ذلك فإن التعريف الإجرائي لمفهوم جودة النوم يتمثل في الدرجة الكلية التي يحصل عليها الفرد على مقياس بيتسبرغ لجودة النوم (إعداد: Buysse et al., 1989، ترجمة: الباحثة)، والذي تحدّد من خلال الدرجة الكلية للفرد على هذا المقياس، ونشير الدرجة المرتفعة على المقياس إلى ضعف جودة النوم لدى الفرد، بينما تُعدّ الدرجة المنخفضة مؤشراً على جودة نوم جيدة.

ب- جودة النوم لدى مرضى القولون العصبي

تُعدّ اضطرابات النوم من المشكلات الشائعة لدى مرضى القولون العصبي (AbdAllah & Sharafeddin, 2021)، وتتمثل الأعراض الأكثر شيوعاً في صعوبة الدخول في النوم، وقصر مدة النوم، والاستيقاظ المتكرر أو الاستيقاظ دون شعور بالراحة. كما أشارت الدراسات إلى أن اضطرابات النوم ترتبط بزيادة خطر الإصابة بمتلازمة القولون العصبي، وإلى وجود علاقة إيجابية بين ضعف جودة النوم الذاتية وزيادة شدة وتكرار الأعراض المعوية المعوية لدى مرضى القولون العصبي (Tu et al., 2017).

ج- النماذج النظرية المفسرة لجودة النوم

- نظرية الإثارة Arousal Theory

تقترح أن الإثارة تمثل دوراً محورياً في استمرارية كل من الأرق واضطرابات الجهاز الهضمي، وتعد الطرق النفسية التي تسهم في تعزيز مستوى الإثارة ذات أهمية خاصة، إذ قد تتجلى هذه الإثارة على شكل فرط يقظة تجاه الأعراض الجسدية، لا سيما في بعض حالات اضطرابات الجهاز الهضمي، مما يؤدي إلى تفاقم الأعراض بمرور الوقت (Rameshkumar et al., 2024). ومن بين أنماط التفكير المعرفي الشائعة التي تم ربطها بهذه الحالة نمط "التفكير الكارثي"، حيث يركز الأفراد على أسوأ الاحتمالات الممكنة ويقيمون قدرتهم على التكيف مع الألم أو المرض بشكل سلبي. وقد أظهرت إحدى الدراسات ارتباط التفكير الكارثي بتكرار وشدة آلام البطن، بالإضافة إلى تدني نوعية الحياة لدى مرضى القولون العصبي (Sherwin et al., 2017). فعلى سبيل المثال، قد يركز مرضى القولون العصبي بشكل مفرط على الإحساسات الطبيعية في البطن ويفسرونها على أنها تهديد من خلال افتراض تداعيات طبية كارثية أو احتمال التعرض للرفض الاجتماعي، الأمر الذي يؤدي بدوره إلى سلوكيات غير مفيدة مثل العزلة الاجتماعية. ومن الجدير بالذكر أن هذا النمط من التفكير يظهر أيضاً بشكل شائع لدى الأفراد الذين يعانون من اضطرابات النوم (Hiller et al., 2014).

- نظرية تنظيم الانفعال Emotional Regulation Theory

تقترح نظرية تنظيم الانفعال أن عدم القدرة على التعامل بفعالية مع المشاعر السلبية مثل القلق والغضب قد يؤدي إلى تفعيل مفرط للجهاز العصبي الذاتي، مما ينعكس سلباً على كل من الأعراض الجسدية والنفسية، بما في ذلك اضطرابات النوم. في هذا السياق، أظهرت دراسة (Katani et al., 2024) أن التنظيم الذاتي يلعب دوراً وسيطاً في العلاقة بين اليقظة الذهنية وجودة النوم لدى مرضى القولون العصبي، كما بينت أن التفكير الاجتراري يسهم في تدني جودة النوم. وتدعم هذه النتائج ما توصلت إليه مراجعة منهجية أخرى (Meneo et al., 2023; Vanek et al., 2020)، والتي أكدت أن صعوبات تنظيم الانفعالات تمثل دوراً رئيسياً في اضطراب الأرق، وترتبط ارتباطاً وثيقاً بانخفاض جودة النوم وزيادة الاستيقاظ الليلي.

وعلى الرغم من تعدد النماذج التفسيرية التي تناولت العلاقة بين اضطرابات النوم والقولون العصبي، بما في ذلك النماذج الفسيولوجية والهرمونية التي تركز على دور الجهاز العصبي الذاتي، فإن هذا البحث يتبنى المقاربة النفسية المعرفية، انطلاقاً من الاهتمام بالعوامل

الإسهام النسبي للأكسيثيميا في التنبؤ بجودة النوم والأعراض المرضية النفسية .

النفسية القابلة للتعديل مثل اليقظة، والتنظيم الانفعالي، وأنماط التفكير، لما لها من دور في التأثير على جودة النوم، ولما أظهرته نتائج الدراسات من فاعلية هذه المتغيرات في التنبؤ بالحالة النفسية والجسدية على حدٍ سواء. إضافة إلى طبيعة الأعراض المزمنة والتداخل المعقد بين الجانب النفسي والجسدي في متلازمة القولون العصبي، بحيث لا يمكن فصل التجربة الجسدية عن السياق المعرفي والانفعالي.

٣. الأعراض المرضية النفسية Psychopathological symptoms

يُعرّف العَرَضُ في سياق علم النفس المرضي على أنه تجربة ذاتية مستمرة أو متكررة، أو نمط سلوكي يُعدّ مؤشراً على وجود مشكلة في الصحة النفسية (Wilshire et al., 2021). أما الاضطراب النفسي، وفقاً للدلائل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (الإصدار الخامس)، فيُعرف على أنه متلازمة تتضمن اضطراباً ملحوظاً إكلينيكياً في الإدراك أو تنظيم الانفعال أو السلوك لدى الفرد، وبعكس هذا الاضطراب خلاً في العمليات النفسية أو البيولوجية أو النمائية التي تقوم عليها الوظائف العقلية. وغالباً ما ترتبط الاضطرابات النفسية بضيق كبير أو عجز في الأداء الاجتماعي أو المهني أو غيره من مجالات الحياة المهمة (Gleaves, 2020).

بناءً على ذلك، يمكن القول أن الأعراض المرضية النفسية تشير إلى مجموعة من العلامات السلوكية أو التجارب الذاتية التي تشير إلى وجود خلل في الصحة النفسية، وبذلك يتمثل التعريف الإجرائي للأعراض المرضية النفسية في أداء الفرد على قائمة الأعراض المعدلة (إعداد: Derogatis et al., 1994، ترجمة وتعريب عبد الرقيب البحيري، ٢٠٠٥)، والذي يتضمن تسعة أبعاد هي: الأعراض الجسمانية، وحساسية التفاعل مع الآخرين، والاكتئاب، والقلق، والوسواس القهري، والعداوة، وقلق الرهاب، والبارانويا التخيلية، والذهانية، وتشير الدرجة المرتفعة على كل بُعد من هذه الأبعاد إلى مستوى أعلى من شدة العرض النفسي المرتبط به لدى الفرد، بينما تُعد الدرجة المنخفضة مؤشراً على انخفاض شدة ذلك العرض أو غيابه.

وتشير دراسات عديدة إلى وجود علاقة بين الأعراض النفسية ومتلازمة القولون العصبي، حيث أظهرت الأبحاث أن الأفراد الذين يعانون من القلق أو الاكتئاب - دون وجود تشخيص مسبق بالقولون العصبي - قد تظهر لديهم أعراض معوية مع مرور الوقت، في حين أن المصابين بالقولون العصبي قد يُظهرون لاحقاً أعراضاً نفسية مثل القلق أو الاكتئاب حتى إن لم تكن موجودة في البداية (Staudacher et al., 2023). وقد أظهرت مراجعة منهجية شملت إحدى عشرة دراسة أن الأفراد

المصابين بالاكتئاب معرضون لخطر مضاعف تقريباً للإصابة بالقولون العصبي، كما أنهم أكثر عرضة لتطور الحالة مقارنة بالأشخاص غير المصابين بالاكتئاب (Nikolova et al., 2022).

٤. متلازمة القولون العصبي (IBS) Irritable Bowel Syndrome

تُعرف متلازمة القولون العصبي بأنها حالة مزمنة شائعة تصيب الجهاز الهضمي، وتتميز بوجود آلام في البطن مصحوبة بتغيرات في حركة الأمعاء، مثل الإسهال أو الإمساك أو كليهما. وتُعد اضطراباً في تفاعل الدماغ مع الأمعاء، حيث تؤدي الاختلالات في هذا التفاعل إلى ظهور الأعراض دون وجود تلف عضوي واضح في الأمعاء (Kinsinger, 2017).

كما تُعرف متلازمة القولون العصبي بأنها اضطراب معوي وظيفي مزمن، قد يكون مُعيقاً في بعض الحالات، ويتميّز بالألم بطني متكرر يرتبط بعملية الإخراج أو بتغير في عدد مرات التبرز أو بشكل البراز (Choi et al., 2025).

ويعتمد تشخيص متلازمة القولون العصبي على المؤشرات الإكلينيكية، إذ لا توجد فحوصات محددة أو مؤشرات حيوية مؤكدة لتشخيصها بدقة. ولذلك، يُعتمد في الغالب على تشخيص استبعادي يستند إلى التاريخ المرضي والأعراض. ومن أجل تسهيل التشخيص، وضع الخبراء ما يُعرف بـ "معايير روما"، والتي وصلت حالياً إلى إصدارها الرابع (Rome IV). ووفقاً لهذه المعايير، يشترط لتشخيص القولون العصبي أن يعاني الشخص من ألم بطني متكرر، بمعدل مرة واحدة على الأقل أسبوعياً خلال الأشهر الثلاثة الماضية، على أن يكون هذا الألم مرتبطاً باثنين أو أكثر من الآتي: ارتباطه بعملية التبرز، أو حدوث تغير في عدد مرات التبرز، أو تغير في شكل أو قوام البراز. كما يشترط أن تكون بداية الأعراض قد حدثت قبل ستة أشهر على الأقل من وقت التشخيص، مع استيفاء المعايير خلال الأشهر الثلاثة الأخيرة (Mearin et al., 2016).

الدراسات السابقة:

وفقاً لتساؤلات البحث وأهدافه، تم عرض الدراسات السابقة التي تناولت متغيرات البحث، وهي: الألكسيثيميا، وجودة النوم، والأعراض المرضية النفسية، وذلك في سياق ارتباطها بمتلازمة القولون العصبي. حيث ركزت هذه الدراسات على فحص العلاقة بين هذه المتغيرات والمتلازمة، بالإضافة إلى مقارنة معدلات انتشارها لدى مرضى القولون العصبي بالمجموعات الضابطة. وفيما يلي عرضٌ للدراسات مرتبة زمنياً من الأقدم إلى الأحدث.

أجرى (Lee et al., 2017) دراسة تناولت العلاقة بين متلازمة القولون العصبي وترامن كل من الاكتئاب والأرق، وذلك ضمن عينة مكونة من (٣٧٤) مشاركاً. تم استخدام مقياس بيك للاكتئاب لتقسيم المشاركين إلى ثلاث فئات حسب شدة الأعراض، وتم تقييم الأرق من خلال ثلاثة أسئلة متعلقة بحالة النوم. كشفت النتائج أن احتمالية الإصابة بمتلازمة القولون العصبي ازدادت مع شدة أعراض الاكتئاب، كما أظهرت أن المصابين بالأرق أكثر عرضة للإصابة بمتلازمة القولون العصبي مقارنة بغير المصابين، وأن وجود الاكتئاب والأرق معاً يزيد من خطر الإصابة.

تناولت دراسة (Berens et al., 2020) الفروق بين الأفراد الذين يعانون من متلازمة القولون العصبي والأفراد الأصحاء فيما يتعلق بالتجارب السلبية في مرحلة الطفولة ومستوى القلق. وقد تألفت عينة الدراسة من مجموعتين: مجموعة من الأفراد الذين يعانون من متلازمة القولون العصبي، ومجموعة من الأفراد الأصحاء، حيث بلغ عدد المشاركين في كل مجموعة (١٢٧) فرداً، تمت مطابقتهم من حيث النوع والمستوى التعليمي. استخدمت الدراسة عدداً من الأدوات، شملت: استبيان "وايتلي" لقياس القلق المرتبط بالمرض، ومقياس التجارب السلبية في الطفولة، ومقياس القلق العام، بالإضافة إلى استبيان صحة المريض لقياس أعراض الاكتئاب. وقد أظهرت النتائج ارتفاعاً ملحوظاً في معدل التعرض للتجارب السلبية في الطفولة ومستويات القلق لدى الأفراد المصابين بمتلازمة القولون العصبي مقارنة بالأفراد الأصحاء.

هدفت دراسة (Gosselin, 2021) إلى الكشف عن تأثير المخططات المبكرة غير التكيفية على متلازمة القولون العصبي من خلال الدور الوسيط للأكسيثيميا، وذلك على عينة تكونت من (٥٨) مريضاً بالقولون العصبي بلغ متوسط أعمارهم (٤٦،٦٧) سنة، طبقت الدراسة استبيانات ذاتية التقرير لتقييم المخططات غير التكيفية، ومقياس تورنتو للأكسيثيميا، ومقياس شدة أعراض القولون العصبي، واستبيان نوعية الحياة المتعلقة بالصحة، ومقياس الضيق النفسي. كشفت نتائج الدراسة أن المخططات غير التكيفية تسببت في زيادة شدة أعراض القولون العصبي من خلال صعوبة التعرف على المشاعر (أحد أبعاد الأكسيثيميا)، كما أدت هذه المخططات إلى انخفاض نوعية الحياة المتعلقة بالصحة وزيادة الاكتئاب والقلق (كسمة) من خلال الأكسيثيميا.

تناولت دراسة (Bogut et al., 2022) تقييم سمات الشخصية لدى مرضى القولون العصبي ومرضى التهابات الأمعاء، ومدى تأثيرها على نوعية الحياة المرتبطة بالصحة، تضمنت عينة الدراسة ثلاث مجموعات (٤٠ مريضاً بالقولون العصبي، ٤٠ مريضاً بالتهابات الأمعاء، و ٤٠ من

الأصحاء)، واستخدم استبيان نوعية الحياة (SF-36) ، ومقياس تورنتو للألكسيثيميا، ومقياس نمط الشخصية (D)، والذي يُشير إلى نمط من الشخصية يتميز بالميل إلى المشاعر السلبية (مثل القلق والغضب والعدوانية)، إلى جانب كبت التعبير الانفعالي وتجنب التفاعل الاجتماعي، نتيجة الخوف من الرفض أو عدم القبول من الآخرين. وأوضحت النتائج أن مرضى القولون العصبي ومرضى التهابات الأمعاء سجلوا درجات مرتفعة على مقياس الألكسيثيميا ونمط الشخصية (D) مقارنة بمجموعة الأصحاء، ومرضى القولون العصبي سجلوا درجات مرتفعة عن مرضى التهابات الأمعاء، كما ارتبط ارتفاع الدرجات على مقياسي الألكسيثيميا ونمط الشخصية (D) بانخفاض نوعية الحياة المرتبطة بالصحة لدى مجموعات الدراسة من العينات المرضية.

كما أظهرت نتائج مراجعة منهجية أجرته دراسة (Alimoradi et al., 2022) وجود ارتباط دالّ إحصائياً بين الألكسيثيميا، وضعف جودة النوم. وقد شملت الدراسة ٢٦ دراسة منشورة في ٢٤ ورقة علمية، ضمت عينة إجمالية بلغت ٧٥٤٦ مشاركاً من ١٢ دولة. ووفقاً لنتائج التحليل، أشارت النتائج إلى وجود علاقة بين الألكسيثيميا وجودة النوم. كما تبين أن هذا الارتباط كان أكثر وضوحاً في الفئات المرضية (لم تتضمن المصابين بمتلازمة القولون العصبي) مقارنةً بالأفراد الأصحاء.

كما هدفت دراسة (Boudabbous et al., 2023) إلى مقارنة تكرار حدوث الألكسيثيميا وتغير نوعية الحياة لدى مرضى متلازمة القولون العصبي، بالإضافة إلى تحديد العوامل المرتبطة الألكسيثيميا وتدهور نوعية الحياة. شملت عينة الدراسة (٨٠) مريضاً بمتلازمة القولون العصبي و(٨٠) فرداً من الأصحاء الذين مثلوا المجموعة الضابطة، وتراوح أعمار أفراد العينة بين (٣٠ و ٦٩) عاماً. تضمنت المقاييس المستخدمة استبيان نوعية الحياة، ومقياس تورنتو للألكسيثيميا، ومقياس القلق والاكتئاب في المستشفيات. أظهرت النتائج أن نوعية الحياة كانت منخفضة في ٧٥% من المرضى مقارنةً بـ ٣٧,٥% في المجموعة الضابطة. كما تبين أن نسبة انتشار الألكسيثيميا بلغت ٥٠% لدى مرضى القولون العصبي مقابل ١,٢% لدى المجموعة الضابطة. وقد ارتبطت الألكسيثيميا ارتباطاً دالاً إحصائياً مع انخفاض نوعية الحياة والقلق.

أُجريت مراجعة منهجية في دراسة (Ismaiel et al., 2024) بهدف التحقق من الارتباط بين متلازمة القولون العصبي والألكسيثيميا. وقد اعتمدت الدراسة على تحليل سبع دراسات شملت (١٥١٣) مشاركاً، تم فيها تشخيص القولون العصبي وفق معايير "روما"، ومقياس الألكسيثيميا باستخدام مقياس "تورنتو" للألكسيثيميا. أظهرت نتائج التحليل وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الأفراد الذين يعانون من القولون العصبي ومجموعة الأصحاء، حيث سجّل أفراد المجموعة الأولى

الإسهام النسبي للأكسيثيميا في التنبؤ بجودة النوم والأعراض المرضية النفسية .

درجات أعلى في مقياس الأكسيثيميا، ما يشير إلى ارتباط القولون العصبي بزيادة خطر الإصابة بصعوبات في التعامل مع المشاعر .

كما هدفت دراسة (Rzeszutek et al., 2024) إلى تعرف دور الخبرات السلبية في الطفولة، والأكسيثيميا في تفسير حدة أعراض القولون العصبي، تضمنت العينة (٢٤٥) فرداً يعانون من متلازمة القولون العصبي، واستُخدم استبيان الخبرات السلبية في الطفولة ومقياس تورنتو للأكسيثيميا، ومقياس شدة أعراض القولون العصبي، ومقياس الإجهاد المدرك، واستبيان صحة المريض المختصر للقلق والاكتئاب. بينت نتائج الدراسة ارتفاع معدلات الخبرات السلبية في الطفولة لدى الأفراد المصابين بمتلازمة القولون العصبي، وشدة الأكسيثيميا، إضافة إلى معدلات أعلى من القلق، الاكتئاب، والإجهاد مقارنة بالأفراد الأصحاء. أشارت النتائج أيضاً إلى أن الاضطرابات في معالجة المشاعر، والتي قد تتجم عن تجارب الطفولة السلبية، تؤثر بشكل كبير في شدة أعراض متلازمة القولون العصبي وتطورها بمرور الوقت.

تناولت دراسة (Topan et al., 2024) العلاقة بين جودة النوم وشدة الأعراض المعوية لدى الأفراد الذين يعانون من متلازمة القولون العصبي، تضمنت العينة (٨٠) مشاركاً، بلغ متوسط أعمارهم (٣٧) عاماً، واستخدم مؤشر بيسنبرغ لجودة النوم، وأجهزة تتبع النوم. كشفت مقاييس التقرير الذاتي أن ٦٦% من مرضى القولون العصبي أبلغوا عن تدنٍ في جودة النوم، بينما أظهرت أجهزة التتبع أن ٨٢% يعانون من اضطرابات نوم فعلية، أبرزها الأرق. وبيّنت النتائج أن الإدراك الذاتي لتدني جودة النوم مرتبط بشكل دالّ بزيادة شدة الأعراض الهضمية، بينما لم تُظهر القياسات الموضوعية علاقة دالة، مما يشير إلى أن الجانب النفسي والإدراكي للنوم له تأثير أكبر على تجربة الأعراض من المؤشرات الفسيولوجية.

تعقيب عام على الدراسات السابقة:

من خلال العرض السابق للدراسات يمكن استخلاص بعض النقاط المهمة، كما يلي:

١. اتفقت نتائج الدراسات على ارتباط الأكسيثيميا بزيادة الأعراض المرضية النفسية وانخفاض نوعية الحياة لدى مرضى القولون العصبي، حيث أكدت وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين الأكسيثيميا وبعض الاضطرابات النفسية مثل القلق والاكتئاب. ومع ذلك، اقتصر أغلب هذه الدراسات على عدد محدود من الاضطرابات النفسية، دون التطرق لأعراض أخرى مثل

- الأعراض الجسدية أو الوسواس القهري أو العدوانية أو الرهاب، مما يحدّ من شمولية الفهم للأعراض المرضية النفسية المصاحبة لهذه الفئة.
٢. أكدت الدراسات وجود علاقة بين الألكسيثيميا ومتلازمة القولون العصبي، وربط أيضاً شدة الأعراض بضعف القدرة على التعرف على المشاعر وتحديدها. وكما أظهرت دراسة (Gosselin, 2021) أن المخططات غير التكيفية تؤدي إلى تفاقم الأعراض من خلال وساطة الألكسيثيميا، خاصة صعوبة التعرف على المشاعر، مما يؤكد دورها المهم في التأثير على شدة الأعراض ونوعية الحياة.
٣. أوضحت بعض الدراسات وجود علاقة بين الألكسيثيميا وضعف جودة النوم لدى فئات مرضية، إلا أنه -في حدود ما أطلعت عليه الباحثة- لم تتناول أي دراسة هذه العلاقة بشكل مباشر ومحدد لدى مرضى القولون العصبي، مما يمثل فجوة بحثية هامة.
٤. بالرغم من الأهمية التي تحظى بها هذه المتغيرات، تفتقر الدراسات السابقة إلى التركيز على الدور التنبؤي للألكسيثيميا في جودة النوم والأعراض المرضية النفسية لدى المصابين بالقولون العصبي، مما يبرر الحاجة لإجراء الدراسة الحالية لاستكشاف هذه العلاقة بشكل أعمق.
٥. تجدر الإشارة إلى أن معظم الدراسات السابقة طبقت في بيئات أجنبية، بينما كان هناك ندرة شديدة في الدراسات العربية التي تناولت الموضوع الراهن بالبحث والتحليل، مما يعز أهمية البحث الحالي.

فروض البحث:

في ضوء ما تم عرضه من الدراسات السابقة ذات الصلة بموضوع البحث يمكن صياغة فروض الدراسة، كما يلي:

١. تختلف مستويات الأعراض المرضية النفسية لدى المصابين بمتلازمة القولون العصبي.
٢. تسهم الألكسيثيميا وأبعادها (صعوبة تحديد المشاعر، صعوبة وصف المشاعر، التفكير الموجه للخارج) في التنبؤ بجودة النوم لدى المصابين بمتلازمة القولون العصبي.
٣. تسهم الألكسيثيميا وأبعادها (صعوبة تحديد المشاعر، صعوبة وصف المشاعر، التفكير الموجه للخارج) في التنبؤ بالأعراض المرضية النفسية لدى المصابين بمتلازمة القولون العصبي.

منهج وإجراءات البحث:

- ١ - **منهج البحث:** يعتمد البحث الحالي على المنهج الوصفي، حيث اقتضت طبيعة موضوع البحث استخدام ذلك المنهج لجمع المعلومات ومن ثم تحليلها وتفسيرها للتوصل إلى فهم الظاهرة في وضعها الراهن، وتحديد العوامل المتسببة فيها، والنتائج المترتبة عليها.

٢- عينة البحث:

أ- عينة التحقق من الخصائص السيكومترية للأدوات: والهدف منها التأكد من الخصائص النفسية القياسية للأدوات المستخدمة في البحث الحالي، ومدى صلاحيتها للتطبيق على عينة البحث واعتماد نتائجها، وتكونت العينة من (١٠٠) فرداً يعاني من متلازمة القولون العصبي، بلغ متوسط أعمارهم (٣٤،٤) عاماً بانحراف معياري (٩،٧) عاماً.

ب- العينة الأساسية: تم اختيار عينة البحث الأساسية بالطريقة القصدية، من الأفراد المصابين بمتلازمة القولون العصبي، وتكونت العينة الكلية للبحث من (١٢٠) فرداً، تراوحت أعمارهم ما بين (٢٠ - ٦٥) بمتوسط عمري قدره (٣٤،٧) سنة، وانحراف معياري (± ٩،١) سنة، وبلغ عدد الذكور (٣٧) مشاركاً، في حين كان عدد الإناث (٨٣) مشاركة. وجدول (١) يوضح مواصفات عينة البحث الكلية.

جدول (١) مواصفات عينة البحث الكلية (ن = ١٢٠)

المتغيرات	الفئات	التكرار	النسبة
النوع	ذكور	٣٧	%٣٠،٨
	إناث	٨٣	%٦٩،٢
العمر	٢٠-٣٠	٣٩	%٣٢،٥
	٣١-٤٠	٥٤	%٤٥
	٤١-٥٠	٢١	%١٧،٥
	< ٥٠	٦	%٥
الحالة الاجتماعية	أعزب	٤٨	%٤٠
	متزوج	٥٢	%٤٣،٣
	مطلق	١٢	%١٠
	أرمل	٨	%٦،٧
التعليم	متوسط/ ثانوي	٤٦	%٣٨،٣
	معهد عال/ جامعي	٦١	%٥٠،٨
	دراسات عليا	١٣	%١٠،٩
العمل	طالب	٢٣	%١٩،١
	يعمل	٦٢	%٥١،٧
	لا يعمل	٣٥	%٢٩،٢
أمراض عضوية مصاحبة	نعم	٤٧	%٣٩،٢
	لا	٧٣	%٦٠،٨

شروط ضم العينة

- استيفاء معايير روما (الإصدار الرابع) لتشخيص متلازمة القولون العصبي، أو وجود تشخيص من قبل طبيب مختص، وتم التحقق من ذلك باستخدام استمارة معايير روما التي تم تضمينها ضمن البيانات الأولية.
- استمرار أعراض القولون العصبي لمدة لا تقل عن ٦ أشهر.
- عدم وجود أمراض عضوية في الجهاز الهضمي، مثل مرض كرون أو التهاب القولون التقرحي.
- أن يكون عمر المشارك ضمن الفئة العمرية المحددة (٢٠ إلى ٦٥ سنة).

أدوات البحث:

للتحقق من تساؤلات البحث؛ تم توظيف المقاييس التالية: مقياس تورنتو للألكسيثيميا، ومؤشر بيسنبرغ لجودة النوم، وقائمة الأعراض المعدلة، وفيما يلي وصف لكل مقياس:

أ- مقياس تورنتو للألكسيثيميا (Toronto Alexithymia Scale) (إعداد: Bagby et al., 1994، ترجمة وتعريب: علاء الدين كفاقي وفؤاد الدواش، ٢٠١١)

يُعد هذا المقياس من أوسع الأدوات استخداماً في تشخيص الألكسيثيميا للمراهقين والشباب، ويتكون من (٢٠) بند موزعة على ثلاثة أبعاد، وهي: البعد الأول: صعوبة تحديد المشاعر ويشمل ٧ بنود (١، ٣، ٦، ٧، ٩، ١٣، ١٤)، والبعد الثاني: صعوبة وصف المشاعر ويشمل ٥ بنود (٢، ٤، ١١، ١٢، ١٧)، والبعد الثالث: التفكير الموجه للخارج ويشمل ٨ بنود (٥، ٨، ١٠، ١٥، ١٦، ١٨، ١٩، ٢٠). وتتم الإجابة عن بنود الأبعاد الثلاثة وفقاً لمقياس "ليكرت" الخماسي؛ حيث تقدر البدائل (غير موافق بشدة، غير موافق بدرجة متوسطة، محايد، موافق بدرجة متوسطة، موافق بشدة) بالدرجات (١، ٢، ٣، ٤، ٥) على التوالي ويتم عكس الدرجات في البنود السالبة وهي: (٤، ٥، ١٠، ١٨، ١٩)، وبالتالي تتراوح الدرجة الكلية للمقياس بين (٢٠ - ١٠٠)، ويشخص الفرد بالألكسيثيميا عند حصوله على درجة (٦١) فأكثر.

الخصائص السيكمترية لمقياس تورنتو للألكسيثيميا

يُتصف مقياس تورنتو للألكسيثيميا بخصائص سيكمترية جيدة، حيث قام معداً النسخة العربية للمقياس بحساب معاملات الارتباط بين البنود والأبعاد التي تنتمي إليها من جهة، وبين البنود والدرجة الكلية للمقياس من جهة أخرى، وجاءت هذه الارتباطات دالة إحصائياً عند مستويي الدلالة (٠,٠٥) و (٠,٠١). كما تم حساب معاملات الارتباط بين أبعاد المقياس للتحقق من تجانس المقياس.

الإسهام النسبي للأكسيثيميا في التنبؤ بجودة النوم والأعراض المرضية النفسية .

وقد تم التحقق من الصدق التباعدي للمقياس من خلال دراسة العلاقة بينه وبين مقياس حالة ما وراء المعرفة، حيث أظهرت النتائج وجود ارتباط سلبي دال إحصائياً بين المقياسين، بلغ (-٠,٨٧) عند مستوى دلالة (٠,٠١). أما فيما يتعلق بالثبات، فقد تأكد معداً المقياس من ثباته بطريقة إعادة الاختبار؛ حيث أعيد تطبيقه بعد ١٥ يوماً على مجموعة من المراهقين والراشدين، وبلغ معامل الارتباط بين التطبيقين (٠,٨٩)، وهو معامل مرتفع يشير إلى ثبات جيد للمقياس بمرور الزمن.

وفي البحث الحالي، فقد قامت الباحثة فيما يلي بعرض مؤشرات كل من صدق المقياس وثباته:

(١) صدق المقياس:

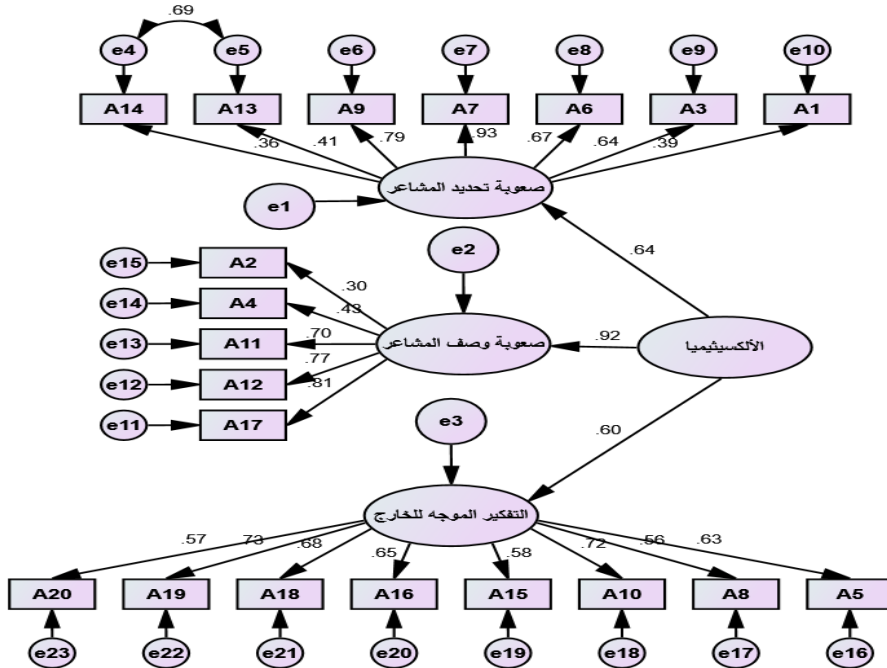
أمكن حساب التحليل العاملي التوكيدي من الدرجة الثانية للتأكد من صدق النموذج لدى عينة البحث الاستطلاعية (ن = ١٠٠)، فقد تم التأكد من مطابقة النموذج، وذلك بالاعتماد على مؤشرات المطابقة. وفيما يلي جدول (٢) يوضح قيم مؤشرات حسن المطابقة لنموذج التحليل العاملي التوكيدي لمقياس الأكسيثيميا.

جدول (٢) قيم مؤشرات حسن المطابقة لنموذج التحليل العاملي التوكيدي لمقياس الأكسيثيميا لدى عينة من المصابين بمتلازمة القولون العصبي (ن = ١٠٠).

المؤشر	القيمة الفعلية	المعايير المقبولة
كاي تربيع (Chi-squared)	كاي تربيع = ٢٣٠,٤٥ درجات الحرية = ١٦٧ دالة = ٠,٠٥	أن تكون قيمة كاي تربيع غير دالة إحصائياً، وأحياناً تكون دالة؛ بسبب حجم العينة
كاي تربيع/ درجات الحرية (Chi-squared/df)	١,٣٨	أن تكون القيمة أقل من ٥
مؤشر المطابقة المقارن (CFI)	٠,٩٥	أن تكون القيمة أكبر من ٠,٩٠
الجذر التربيعي لمتوسط خطأ التقارب (RMSEA)	٠,٠٦	أن تكون القيمة أقل من أو تساوي ٠,٠٨
مؤشر تاكر-لويس (TLI)	٠,٩٤	أن تكون القيمة أكبر من ٠,٩٠
مؤشر المطابقة المعياري (NFI)	٠,٩٢	أن تكون القيمة أكبر من ٠,٩٠
مؤشر حسن المطابقة (GFI)	٠,٩١	أن تكون القيمة أكبر من ٠,٩٠
مؤشر المطابقة الترايدي (IFI)	٠,٩٥	أن تكون القيمة أكبر من ٠,٩٠

بمراجعة الجدول (٢) يمكن ملاحظة أن قيم مؤشرات حسن المطابقة كانت جيدة وتقع ضمن الحدود المقبولة، مما يدل على مطابقة نموذج القياس للبيانات الفعلية، ومما يؤكد تحقق الصدق البنائي لمقياس الأكسيثيميا، ويوضح الشكل (١) نموذج التحليل العاملي التوكيدي لها.

شكل (١) نموذج التحليل العاملي التوكيدي لمقياس الأكسيثيميا (ن = ١٠٠).



كما يمكن الاستدلال على الصدق التقاربي من خلال تشبعات البنود على العوامل الكامنة؛ حيث بلغ متوسط التباين المستخرج لفقرات بعد صعوبة تحديد المشاعر وبعد صعوبة وصف المشاعر وبعد التفكير الموجه للخارج (٠،٤١٤، ٠،٤٠٣، ٠،٤٠٠) على التوالي، وهي قيم تقع في الحدود المقبولة للصدق التقاربي؛ حيث تعد التشبعات مقبولة إذا تراوحت ما بين (٠،٤٠-٠،٧٠)، ومرتفعة إذا تراوحت ما بين (٠،٧٠-٠،٩٠)، وعن الدليل الثاني للصدق التقاربي؛ أن تكون قيم متوسط التباين المستخرج لأبعاد المقياس أقل من الثبات المركب؛ فقد بلغ معامل الثبات المركب (٠،٨٠٧)، (٠،٧٥٢، ٠،٨٤٩) لفقرات بعد صعوبة تحديد المشاعر وبعد صعوبة وصف المشاعر وبعد التفكير الموجه للخارج على التوالي.

(٢) ثبات المقياس:

الإسهام النسبي للأكسيثيميا في التنبؤ بجودة النوم والأعراض المرضية النفسية .

تم حساب ثبات مقياس تورنتو للأكسيثيميا باستخدام طريقتي معامل ثبات ألفا كرونباخ، والتجزئة النصفية؛ وذلك لدى عينة البحث التحقق من الخصائص السيكمترية (ن = ١٠٠)، وجدول (٣) يوضح ذلك.

جدول (٣) معاملات ثبات ألفا كرونباخ، والتجزئة النصفية لمقياس الأكسيثيميا وأبعاده الفرعية (ن = ١٠٠)

مقياس الأكسيثيميا وأبعاده	عدد البنود	ألفا كرونباخ	التجزئة النصفية	
			معامل الارتباط	بعد تصحيح الطول بمعادلة "جتمان"
صعوبة تحديد المشاعر	٧	٠,٨٤٤	٠,٦١٥	٠,٧٦٠
صعوبة وصف المشاعر	٥	٠,٧٩٥	٠,٥١٩	٠,٦٨٥
التفكير الموجع للخارج	٨	٠,٧٢٦	٠,٥٨٣	٠,٧٣٦
الدرجة الكلية للأكسيثيميا	١٠	٠,٧٠٧	٠,٦٨٤	٠,٨١٢
				بمعادلة "سيبرمان براون"

يتبين من الجدول السابق أن معاملات الثبات لأبعاد الفرعية الثلاثة، وكذلك للدرجة الكلية، تشير إلى ثبات مقبول للمقياس؛ إذ تراوحت قيم معامل الثبات باستخدام ألفا كرونباخ بين (٠,٧٠٧ - ٠,٨٤٤)، في حين تراوحت قيم معامل الثبات باستخدام التجزئة النصفية، بعد تصحيح معامل الارتباط بين نصفي المقياس بين (٠,٦٨٥ - ٠,٨١٢). وعليه، يُعد المقياس صالحاً للاستخدام في البحث الحالي.

ب- مؤشر بيسنبرغ لجودة النوم (Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) (إعداد: Buysse et al., 1989، ترجمة وتعريب: الباحثة)

مؤشر بيسنبرغ لجودة النوم، هو مقياس تقرير ذاتي تم تصميمه في الأصل لتقييم جودة النوم لدى المجموعات الإكلينيكية، نظراً لارتباط الاضطرابات النفسية باضطرابات في النوم، ويتضمن (١٩) بنداً (بالإضافة إلى خمسة بنود يتم الإجابة عليها من خلال المقيمين مع الفرد في الغرفة أثناء النوم، وهي لا تدخل في حساب المؤشرات، ولا الدرجة الكلية للمقياس)، ويشتمل من بنود المقياس (٧) مؤشرات هي: جودة النوم الذاتية، الزمن المستغرق للدخول في النوم، مدة النوم، كفاءة النوم المعتادة، اضطرابات النوم، استخدام أدوية النوم، الاضطرابات أثناء النهار، وتتراوح الدرجات على كل مؤشر من هذه المؤشرات السبعة بين صفر إلى ٣ درجات، ويمكن الحصول على الدرجة الكلية لجودة النوم من خلال جمع درجات المؤشرات السبعة، وبذلك تتراوح الدرجة الكلية

د/ الشيماء إبراهيم محمد حسب الله .

للمقياس بين صفر إلى ٢١ درجة، وتشير الدرجة الكلية ٥ أو أقل إلى جودة نوم جيدة، في حين أن الدرجة الكلية الأعلى من ٥ تشير إلى ضعف جودة النوم.

يتصف مقياس بيسنبرغ لجودة النوم بخصائص سيكومترية جيدة، سواء في البيئة الأجنبية أم المصرية؛ حيث تحقق مطورين المقياس من ثبات المقياس، وبلغ معامل الثبات للمقياس ككل ٠،٨٣، وبلغ ثبات إعادة الاختبار ٠،٨٥، إضافة إلى حساسية وصلت إلى ٨٩،٦% ونوعية بلغت ٨٦،٥% (Buysse et al., 1989).

تتراوح البنى العملية الشائعة للمقياس بين نماذج أحادية العامل (مما يشير إلى أن مقياس بيسنبرغ لجودة النوم يقيس بُعداً واحداً يتمثل في جودة النوم العامة) إلى نماذج ثنائية أو ثلاثية العوامل، حيث قد يقيس المقياس مجالات منفصلة مثل كفاءة النوم، وجودة النوم، والاضطرابات اليومية. ومع ذلك، فإن البنية أحادية العامل هي الأكثر قبولاً واستخداماً في السياقات الإكلينيكية والبحثية على حد سواء (Neyazi et al., 2024).

وفي البيئة المصرية، قامت الباحثة في البحث الراهن بحساب مؤشرات كل من صدق المقياس وثباته، كما يلي:

(١) صدق المقياس:

أمكن حساب التحليل العاملي التوكيدي للتأكد من صدق النموذج لدى عينة البحث الاستطلاعية (ن = ١٠٠)، فقد تم التأكد من مطابقة النموذج، وذلك بالاعتماد على مؤشرات المطابقة. وفيما يلي جدول (٤) قيم مؤشرات حسن المطابقة لنموذج التحليل العاملي التوكيدي لمقياس بيسنبرغ لجودة النوم.

جدول (٤) قيم مؤشرات حسن المطابقة لنموذج التحليل العاملي التوكيدي لمقياس

بيسنبرغ لجودة النوم لدى عينة من المصابين بمتلازمة القولون العصبي (ن = ١٠٠).

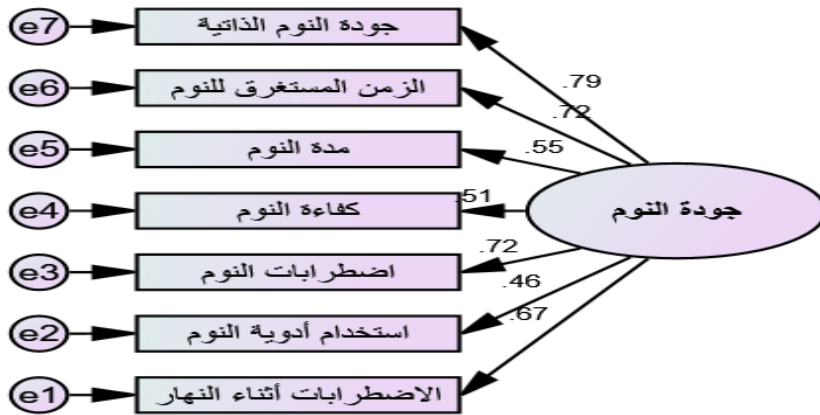
المؤشر	القيمة الفعلية	المعايير المقبولة
كاي تربيع (Chi-squared)	كاي تربيع = ١٠،٤٢٩ درجات الحرية = ٧ غير دالة	أن تكون قيمة كاي تربيع غير دالة إحصائياً، وأحياناً تكون دالة؛ بسبب حجم العينة
كاي تربيع/ درجات الحرية (Chi-squared/df)	١،٤٩٠	أن تكون القيمة أقل من ٥
مؤشر المطابقة المقارن (CFI)	٠،٩٨٨	أن تكون القيمة أكبر من ٠،٩٠
الجذر التربيعي لمتوسط خطأ التقارب (RMSEA)	٠،٠٤٣	أن تكون القيمة أقل من أو تساوي ٠،٠٨
مؤشر تاكلر-لويس (TLI)	٠،٩٦٥	أن تكون القيمة أكبر من ٠،٩٠
مؤشر المطابقة المعياري (NFI)	٠،٩٦٧	أن تكون القيمة أكبر من ٠،٩٠

الإسهام النسبي للأكسيثيميا في التنبؤ بجودة النوم والأعراض المرضية النفسية .

المؤشر	القيمة الفعلية	المعايير المقبولة
مؤشر حسن المطابقة (GFI)	٠,٩٨٩	أن تكون القيمة أكبر من ٠,٩٠
مؤشر المطابقة التزاوي (IFI)	٠,٩٨٩	أن تكون القيمة أكبر من ٠,٩٠

بمراجعة الجدول (٤) يمكن ملاحظة أن قيم مؤشرات حسن المطابقة كانت جيدة وتقع ضمن الحدود المقبولة، مما يدل على مطابقة نموذج القياس للبيانات الفعلية، ومما يؤكد تحقق الصدق البنائي للقائمة الأعراض المعدلة، ويوضح الشكل (٢) نموذج التحليل العاملي التوكيدي لها.

شكل (٢) نموذج التحليل العاملي التوكيدي لمقياس بيسنبرغ لجودة النوم لدي عينة من المصابين بمتلازمة القولون العصبي (ن = ١٠٠).



كما يمكن الاستدلال على الصدق التقاربي من خلال تشبعات الأبعاد على العامل الكامن؛ حيث بلغ متوسط التباين المستخرج لأبعاد المقياس (٠,٤١٢)، وهي قيمة تقع في الحدود المقبولة للصدق التقاربي، إذ تُعد التشبعات مقبولة إذا تراوحت ما بين (٠,٤٠ - ٠,٧٠)، ومرتفعة إذا تراوحت ما بين (٠,٧٠ - ٠,٩٠). أما الدليل الثاني للصدق التقاربي؛ أن تكون قيم متوسط التباين المستخرج أقل من معامل الثبات المركب، وقد بلغ معامل الثبات المركب (٠,٨٢٦)، وهي قيمة أعلى من متوسط التباين المستخرج، مما يشير إلى تحقق شرط الصدق التقاربي وفقاً لمعايير التحليل العاملي التوكيدي.

(٢) ثبات المقياس:

تم استخدام طريقتين لحساب ثبات مقياس جودة النوم، وهما: معامل ألفا كرونباخ، ومعامل ثبات التجزئة النصفية. حيث بلغ معامل ألفا كرونباخ (٠,٧٦)، وبلغ معامل الثبات باستخدام التجزئة

النصفية (٠,٦٤)، وبعد تصحيح الطول باستخدام معادلة "جتمان" (٠,٧٥)، مما يشير إلى أن المقياس يتمتع بثبات مقبول.

ج- قائمة الأعراض المعدلة (SCL-90-R) symptom checklist (إعداد: Derogatis et

al., 1994 مترجمة وتعريب عبدالرقيب البحيري، ٢٠٠٥)

تُعد قائمة الأعراض المعدلة أداة إكلينيكية للتقدير الذاتي، تهدف إلى قياس مدى شدة الأعراض النفسية لدى كل من المرضى والأسوياء. وتتألف القائمة من ٩٠ بنداً، تُقاس من خلال مقياس ليكرت خماسي يتراوح من (٠ = لا تنطبق إطلاقاً) إلى (٤ = تنطبق بشدة)، وتُغطي تسعة أبعاد رئيسية هي: الأعراض الجسمانية، الوسواس القهري، الحساسية التفاعلية، الاكتئاب، القلق، العداء، قلق الرهاب، البارانويا التخيلية، الذهانية. وفقرات إضافية، هذا بالإضافة إلى أن القائمة تعطي ثلاثة مؤشرات عامة خاصة بالاستغاثة وهي: (مؤشر الشدة العام، ومؤشر الأعراض الإيجابية المنذرة بالخطر، والمجموع الكلي للأعراض الإيجابية). يتم حساب الدرجة الكلية لكل بُعد عن طريق الجمع الجبري لجميع البنود المكونة له، بحيث تعكس الدرجة الأعلى مستوى أعلى من شدة العرض.

تتميز قائمة الأعراض المعدلة بخصائص سيكومترية جيدة؛ حيث تحقق (عبدالرقيب البحيري، ٢٠٠٥) من الصدق بثلاث طرق، وهي: صدق المضمون، إذ تم التأكد من تمثيل الأعراض للبعد الذي تتدرج فيه، وذلك في ضوء معايير للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (الإصدار الرابع)، كما تم حساب الصدق التلازمي للقائمة مع اختبار سمة القلق للكبار (إعداد: عبدالرقيب البحيري، ١٩٨٤)، واستبيان تقدير الشخصية (إعداد: ممدوحة سلامة، ١٩٨٨)؛ حيث ارتبطت الأعراض النفسية بالجانب السلبي من السلوك كما قدره استبيان تقدير الشخصية، وتم التحقق من الصدق التمييزي؛ للتأكد من قدرة القائمة على التمييز بين الأسوياء والمرضى في الأعراض المختلفة. كذلك تم التحقق من ثبات القائمة بطريقة إعادة الاختبار، وجاءت جميع معاملات الثبات لأبعاد القائمة دالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠١)، ما يدل على تمتع القائمة بدرجة عالية من ثبات.

وفي البحث الحالي، قامت الباحثة بحساب مؤشرات كل من صدق المقياس وثباته، كما

يلي:

(١) صدق المقياس:

أمكن حساب التحليل العامل التوكيدي من الدرجة الثانية للتأكد من صدق النموذج لدى عينة البحث الاستطلاعية (ن = ١٠٠)، فقد تم التأكد من مطابقة النموذج، وذلك بالاعتماد على

الإسهام النسبي للأكسيثيميا في التنبؤ بجودة النوم والأعراض المرضية النفسية.

مؤشرات المطابقة. وفيما يلي جدول (٥) قيم مؤشرات حسن المطابقة لنموذج التحليل العاملي التوكيدي لقائمة الأعراض المعدلة.

جدول (٥) قيم مؤشرات حسن المطابقة لنموذج التحليل العاملي التوكيدي لقائمة

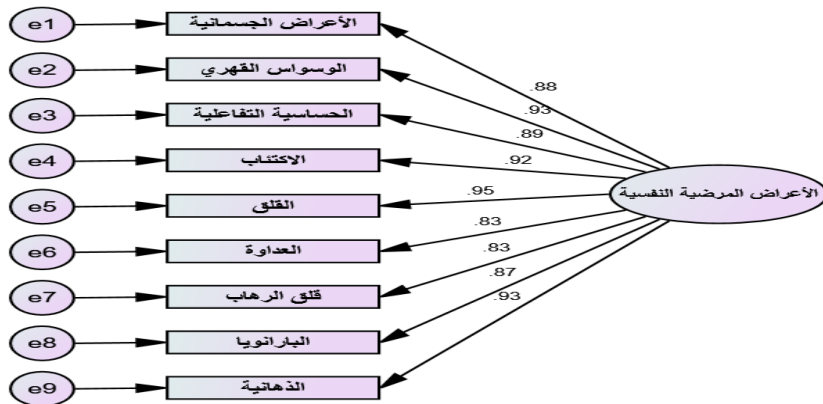
الأعراض المعدلة لدى عينة من المصابين بمتلازمة القولون العصبي (ن = ١٠٠).

المؤشر	القيمة الفعلية	المعايير المقبولة
كاي تربيع (Chi-squared)	كاي تربيع = ١٠٩,٣٧، درجات الحرية = ١٧ دالة ٠,٠٠١	أن تكون قيمة كاي تربيع غير دالة إحصائياً، وأحياناً تكون دالة؛ بسبب حجم العينة
كاي تربيع/ درجات الحرية (Chi-squared/df)	٣,٠٥٥	أن تكون القيمة أقل من ٥
مؤشر المطابقة المقارن (CFI)	٠,٩٧٣	أن تكون القيمة أكبر من ٠,٩٠
الجذر التربيعي لمتوسط خطأ التقارب (RMSEA)	٠,٠٧٢	أن تكون القيمة أقل من أو تساوي ٠,٠٨
مؤشر تاكر-لويس (TLI)	٠,٩٤٣	أن تكون القيمة أكبر من ٠,٩٠
مؤشر المطابقة المعياري (NFI)	٠,٩٦١	أن تكون القيمة أكبر من ٠,٩٠
مؤشر حسن المطابقة (GFI)	٠,٩٠٧	أن تكون القيمة أكبر من ٠,٩٠
مؤشر المطابقة التزاوي (IFI)	٠,٩٧٣	أن تكون القيمة أكبر من ٠,٩٠

بمراجعة الجدول (٥) يمكن ملاحظة أن قيم مؤشرات حسن المطابقة كانت جيدة وتقع ضمن الحدود المقبولة، مما يدل على مطابقة نموذج القياس للبيانات الفعلية، ومما يؤكد تحقق الصدق البنائي للقائمة الأعراض المعدلة، ويوضح الشكل (٣) نموذج التحليل العاملي التوكيدي لها.

شكل (٣) نموذج التحليل العاملي التوكيدي لقائمة الأعراض المعدلة لدى عينة من

المصابين بمتلازمة القولون العصبي (ن = ١٠٠).



كما يمكن الاستدلال على الصدق التقاربي من خلال تشبعات الأبعاد على العامل الكامن؛ حيث بلغ متوسط التباين المستخرج لأبعاد المقياس (٠،٧٩٨)، وهي قيمة تُعد مرتفعة وتشير إلى مستوى جيد من الصدق التقاربي، علماً بأن التشبعات تُعد مقبولة إذا تراوحت ما بين (٠،٤٠ - ٠،٧٠)، ومرتفعة إذا تراوحت ما بين (٠،٧٠ - ٠،٩٠). أما الدليل الثاني للصدق التقاربي؛ أن تكون قيم متوسط التباين المستخرج أقل من معامل الثبات المركب، وقد بلغ معامل الثبات المركب (٠،٩٧٥)، وهي قيمة أعلى من متوسط التباين المستخرج، مما يشير إلى تحقق شرط الصدق التقاربي وفقاً لمعايير التحليل العاملي التوكيدي.

(٢) ثبات المقياس:

استخدمت الباحثة لحساب ثبات قائمة الأعراض المعدلة معامل ثبات ألفا كرونباخ، ومعامل ثبات التجزئة النصفية لأبعاد قائمة الأعراض المعدلة والدرجة الكلية، وتم تصحيح الطول باستخدام معادلتَي "سبيرمان-براون"، و"جتمان"، وذلك لدى عينة البحث الاستطلاعية (ن = ١٠٠)، وجدول (٦) يوضح ذلك.

جدول (٦) معاملات ثبات ألفا كرونباخ، والتجزئة النصفية لقائمة الأعراض المعدلة لدى عينة من المصابين بمتلازمة القولون العصبي (ن = ١٠٠)

م	المقياس	عدد البنود	معامل ألفا كرونباخ	معامل ثبات التجزئة النصفية		
				معامل الارتباط	بعد التصحيح بمعادلة سبيرمان-براون	بعد التصحيح بمعادلة جتمان
١	الأعراض الجسدية	١٢	٠،٩٠١	٠،٧٩٢	٠،٨٨٤	-
٢	الوسواس القهري	١٠	٠،٨٣١	٠،٥٩٢	٠،٧٤٤	-
٣	الحساسية التفاعلية	٩	٠،٨٣٦	٠،٥٨١	-	٠،٧٣١
٤	الاكتئاب	١٣	٠،٨٩٥	٠،٧٤٣	-	٠،٨٤٧
٥	القلق	١٠	٠،٩٢٦	٠،٨٧٦	٠،٩٣٤	-
٦	العداوة	٦	٠،٦٦٣	٠،٥٧٥	٠،٧٣٠	-
٧	قلق الرهاب	٧	٠،٨٦١	٠،٧٩٨	-	٠،٨٧٤
٨	البارانويا التخيلية	٦	٠،٧٨٣	٠،٥٩٢	٠،٧٤٣	-
٩	الذهانية	١٠	٠،٨٦٣	٠،٧٦٣	٠،٨٦٥	-
	الدرجة الكلية للأعراض المرضية	٩٠	٠،٩٨١	٠،٩٠٧	٠،٩٥١	-

بمراجعة جدول (٦) يتضح أن قائمة الأعراض المعدلة تتمتع بمعاملات ثبات مقبولة في البحث الحالي؛ حيث تراوح ثبات معامل ألفا كرونباخ (٠،٦٦٣ - ٠،٩٢٦) للأبعاد، وبلغ

الإسهام النسبي للأكسيثيميا في التنبؤ بجودة النوم والأعراض المرضية النفسية.

(٠,٩٨١) للدرجة الكلية لقائمة الأعراض المعدلة، كما جاءت معاملات ثبات التجزئة النصفية، بعد تصحيح الطول بمعادلة سبيرمان براون بين (٠,٧٣٠ - ٠,٩٣٤) للأبعاد، وبلغ (٠,٩٥١) للدرجة الكلية، في حين تراوحت معاملات ثبات التجزئة النصفية بعد تصحيح الطول بمعادلة جتمان للأبعاد (٠,٧٣١ - ٠,٨٧٤)، مما يشير إلى أنه ثبات مرتفع ومطمئن.

٣- الأساليب الإحصائية المستخدمة:

أ- الإحصاء الوصفي، ويتضمن التكرارات والنسب المئوية لوصف عينة البحث، وكذلك استخدام الإحصاء الوصفي كالمدي، المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والخطأ المعياري للمتوسط، والتباين، والالتواء skewness والتفلطح kurtosis؛ للتحقق من اعتدالية التوزيع عينة البحث الحالي.

ب- التحليل العاملي التوكيدي Confirmatory Factor Analysis - CFA باستخدام طريقة الاحتمال الأقصى Maximum Likelihood لحساب الصدق العاملي للمقاييس.

ج- تحليل الانحدار الخطي المتعدد Multiple Linear Regression Analysis؛ للتحقق من صحة الفرض الثاني والثالث.

تفسير نتائج البحث ومناقشتها:

قبل عرض نتائج البحث تم التحقق من اعتدالية التوزيع الطبيعي لدرجات عينة البحث الحالي من مرضى القولون العصبي، وذلك باستخدام الإحصاء الوصفي، والذي يشمل: المدي، والمتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية، والخطأ المعياري للمتوسط، والتباين، وقيم الالتواء، والتفلطح، على متغيرات البحث الحالي، وجدول (٧) يوضح نتائج ذلك.

جدول (٧) الإحصاء الوصفي لدرجات عينة البحث الكلية (ن = ١٢٠) على مقاييس:

الأكسيثيميا، وجودة النوم، والأعراض المرضية النفسية

المتغيرات	المدي	أقل قيمة	أعلى قيمة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الخطأ المعياري	التباين	الالتواء	التفلطح
الأكسيثيميا	٢٦	٧	٣٣	١٩,٨٩	٧,٢٠١	٦,٥٧	٥١,٨٦٢	٠,٣١١	١,٠٠٦
	١٩	٥	٢٤	١٣,٧٩٨	٤,٥٦٣	٤,١٧	٢٠,٨٢٨	٠,٣٠١	٠,٣١٢

د/ الشيماء إبراهيم محمد حسب الله .

المتغيرات	المدى	أقل قيمة	أعلى قيمة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الخطأ المعياري	التباين	الالتواء	التفطح
التفكير الموجه للخارج	١٢	١٤	٢٦	٢١,٢٧٩	٢,٥٨٧	٢,٢٣٦	٦,٦٩٧	-٦,٠٢	٣,١٠
الدرجة الكلية للأكسيميما	٤٦	٣٥	٨١	٥٤,٩٧٣	١٠,٦٧٠	٩,٩٧٤	١١٣,٨٦١	١,١١٩	-٤,٢٦
جودة النوم	١٤	٣	١٧	٩,٦٤٩	٣,٨١٥	٣,٤٤٨	١٤,٥٥٨	٠,٠٠٧	٩,٠٢
الأعراض الجسدية	٤٢	٣	٤٥	٢٢,٥٤٨	١١,٦٦٤	١,٠٠٦	١٣٦,٠٥٤	١,٤٤٣	٧,٢١
الوسواس القهري	٣٦	٣	٣٩	٢١,٤١٧	٩,١٣٠	٨,٣٤	٨٣,٣٦٠	-٣,٠٥	٥,٩٤
الحساسية التفاعلية	٣٠	٠	٣٠	١٣,٧٥٣	٨,٧٢٨	٧,٩٧	٧٦,١٩٤	٠,٠٠٠	١,٠٣١
الاكتئاب	٤٦	٠	٤٦	٢٣,٨٩٩	١٣,١٣٧	١,١٩٩	١٧٢,٥٨٥	-٢,٣٩	١,١٤٢
القلق	٣٩	٠	٣٩	١٨,٥١١	١١,٩٦٨	١,٠٩٣	١٤٣,٢٥٥	٠,٠٣٣	١,١٩٨
العداوة	١٩	٠	١٩	٧,٨٧٣	٤,٩١٩	٤,٤٤٩	٢٤,٢٠١	١,١٧٢	٨,٥٩
قلق الرهاب	٢٨	٠	٢٨	٩,٤٧٧	٧,٦٦١	٦,٩٩٩	٥٨,٦٨٥	٦,٤٤٣	٥,٤٠
البارانويا التخيلية	٢٢	٠	٢٢	٧,٨٢١	٦,٢٨٦	٥,٥٧٤	٣٩,٥١٨	٦,٦٦٦	٥,٦٧
الذهانية	٣٤	٠	٣٤	١٣,٤٠٦	٩,٧٨٥	٨,٩٣٣	٩٥,٧٦٣	٤,٠١	١,١١٧
الدرجة الكلية للمقياس	٢٥٥	١١	٢٦٦	١٣٨,٧٠٩	٧٥,٩٣١	٦,٩٣٢	٥٧٦٥,٦٥٣	٠,٠٠٥	١,١٢

ينتضح من جدول (٧) أن المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وقيم الالتواء والتفطح جميعها موزعة توزيعاً اعتدالياً في متغيرات البحث الحالي؛ حيث لم يزد الالتواء عن $\pm 1,96$ ، في حين لم يزد التفطح عن $\pm 2,05$ في جميع متغيرات البحث، وبناءً على ذلك تم استخدام الأساليب الإحصائية البارامترية، وفيما يلي عرض نتائج البحث ومناقشتها.

أ. نتائج الفرض الأول ومناقشتها:

ينص الفرض الأول على أن "تختلف مستويات الأعراض المرضية النفسية لدى المصابين بمتلازمة القولون العصبي". وللتحقق من صحة هذا الفرض، تم حساب الوزن النسبي لكل بُعد من أبعاد الأعراض المرضية النفسية، وذلك من بالاعتماد على المتوسط الحسابي الموزون والانحراف المعياري الموزون. وجدول (٨) يوضح ذلك.

الإسهام النسبي للأكسيثيميا في التنبؤ بجودة النوم والأعراض المرضية النفسية .

جدول (٨) المتوسطات والانحرافات المعيارية للوزن النسبي للأعراض المرضية النفسية لدى المصابين بمتلازمة القولون العصبي (ن = ١٢٠)

م	الأعراض المرضية النفسية	المتوسط الحسابي الموزون	الانحراف المعياري الموزون	الوزن النسبي %	مستوى الأعراض	الترتيب
١	الأعراض الجسدية	١،٨٨	٠،٩٧	٤٧،٠	متوسط	٢
٢	الوسواس القهري	٢،١٤	٠،٩١	٥٣،٥	متوسط	١
٣	الحساسية التفاعلية	١،٥٣	٠،٩٧	٣٨،٢	منخفض	٥
٤	الاكتئاب	١،٨٤	١،٠١	٤٦،٠	متوسط	٤
٥	القلق	١،٨٥	١،٢٠	٤٦،٣	متوسط	٣
٦	العداوة	١،٣١	٠،٨٢	٣٢،٨	منخفض	٨
٧	قلق الرهاب	١،٣٠	١،٠٩	٣٣،٩	منخفض	٦
٨	البارانويا التخيلية	١،٣٠	١،٠٥	٣٢،٦	منخفض	٩
٩	الذهانية	١،٣٤	٠،٨٠	٣٣،٥	منخفض	٧

٢١- ٤٠ منخفض ٤١- ٦٠ متوسط

يتضح من خلال جدول (٨) وجود مستويات متوسطة من أعراض الوسواس القهري حيث جاء في الترتيب الأول لدى المصابين بمتلازمة القولون العصبي بمتوسط موزون قدره (٢،١٤)، ووزن نسبي بلغ (٥٣،٥%)، تلتها الأعراض الجسدية في المرتبة الثانية بمتوسط (١،٨٨)، ووزن نسبي (٤٧%)، وجاء في الترتيب الثالث القلق بمتوسط (١،٨٥)، ووزن نسبي (٤٦،٣%)، بينما جاء في الترتيب الرابع الاكتئاب بمتوسط (١،٨٤)، ووزن نسبي (٤٦%)، في المقابل أظهرت بقية الأبعاد للأعراض المرضية النفسية مستويات منخفضة، حيث جاءت الحساسية التفاعلية في المرتبة الخامسة، تليها على التوالي: قلق الرهاب، الذهانية، العداوة، ثم البارانويا التخيلية في المرتبة التاسعة والأخيرة.

تتفق نتائج الفرض الأول مع ما توصلت إليه مراجعة منهجية في دراسة (Davarinejad et al., 2022)، والتي أشارت إلى ارتفاع معدل انتشار أعراض الوسواس القهري لدى المصابين بمتلازمة القولون العصبي مقارنة بالمجموعات الضابطة. كما أبلغت نتائج دراسة (Davarinejad et al., 2021) بأن معدل انتشار اضطراب الوسواس القهري لدى المصابين بالقولون العصبي بلغ ١٤،٩٦%.

كما تتفق هذه النتيجة مع ما توصلت إليه دراسة (Yilmaz et al., 2021)، حيث وجدت أن مرضى الكلي المصابين بمتلازمة القولون العصبي سجلوا معدلات أعلى من الأعراض النفسية مقارنة بغيرهم، ومن أبرزها: الاضطرابات الجسدية، والوسواس القهري، والحساسية الشخصية،

والاكتئاب، والقلق، وقلق الرهاب، والذهان، بينما كانت أعراض الاضطرابات الجسدية والاكتئاب أكثر شيوعاً وانتشاراً بين تلك الأعراض النفسية. بينما وجدت نتائج دراسة (Torun et al., 2020) إلى أن معدلات الاضطرابات الجسمانية، والوسواس القهري، والغضب والعداء، كانت أعلى بشكل ملحوظ لدى الأفراد المصابين بمتلازمة القولون العصبي مقارنة بالمجموعة الضابطة.

كما أكدت نتائج دراسة (Wang et al., 2025) وجود علاقة ثنائية الاتجاه بين متلازمة القولون العصبي والاكتئاب؛ حيث تبين أن الإصابة بالقولون العصبي تزيد من خطر الإصابة بالاكتئاب، كما أن الاكتئاب المزمن يزيد من خطر الإصابة بمتلازمة القولون العصبي.

ويمكن تفسير هذه النتيجة في ضوء ما يشير إليه محور الأمعاء-الدماغ (Gut-Brain Axis)، وهو نظام تواصل ثنائي الاتجاه بين الجهاز العصبي المركزي والجهاز العصبي المعوي، الذي يربط بين المراكز الانفعالية والمعرفية في الدماغ ووظائف الأمعاء (Carabotti et al., 2015). ووفقاً لهذا النظام، يمكن فهم العلاقة الوثيقة بين الحالة النفسية ووظائف الجهاز الهضمي. حيث تجعل هذه العلاقة المتبادلة، الجهاز الهضمي أكثر حساسية للتغيرات النفسية؛ فالتوتر، والقلق، والاضطرابات النفسية تسهم في تفاقم أعراض متلازمة القولون العصبي. وفي المقابل، فإن استمرار المشكلات في الجهاز الهضمي، مثل القولون العصبي، يؤثر سلباً على الدماغ ويؤدي إلى ظهور أعراض مرضية نفسية.

ب. نتائج الفرض الثاني ومناقشتها:

ينص الفرض الثاني على أن "تُسهّم الألكسيثيميا وأبعادها (صعوبة تحديد المشاعر، صعوبة وصف المشاعر، التفكير الموجه للخارج) في التنبؤ بجودة النوم لدى المصابين بمتلازمة القولون العصبي". وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام أسلوب تحليل الانحدار المتعدد المتدرج؛ للتحقق من إمكانية التنبؤ بجودة النوم، وهي المتغير التابع من خلال الألكسيثيميا وأبعادها (صعوبة تحديد المشاعر، صعوبة وصف المشاعر، التفكير الموجه للخارج)، والتي تمثل المتغيرات المستقلة لدرجات عينة البحث (ن = ١٢٠)، وجدول (٩) يوضح ذلك، وقبل إجراء تحليل الانحدار المتعدد المتدرج، تم التحقق من مدى توافر شروط تطبيق التحليل، حيث أظهرت نتائج اختبارات الخطية المتعددة (Multicollinearity) قيماً مناسبة لكلا المؤشرين؛ فقد بلغت قيم عامل تضخم التباين (VIF) أقل من ٥، كما سجلت قيم اختبار التسامح (Tolerance) مستويات أعلى من ٠.١. وهذه النتائج تؤكد عدم وجود مشكلات في التعددية الخطية بين المتغيرات المستقلة، مما يدعم ملاءمة نموذج الانحدار للبيانات وضمان صحة النتائج المستخلصة. كما تشير هذه المؤشرات إلى استقلالية المتغيرات التنبؤية وعدم تداخلها، مما يعزز مصداقية تفسير معاملات الانحدار في النماذج المقترحة.

الإسهام النسبي للأكسيثيميا في التنبؤ بجودة النوم والأعراض المرضية النفسية .

جدول (٩) نتائج تحليل الانحدار المتعدد المدرج للأكسيثيميا بأبعادها (صعوبة تحديد المشاعر، صعوبة وصف المشاعر، التفكير الموجه للخارج) كمتغيرات تنبؤية بمشاكل جودة النوم (كمتغير تابع) لدى عينة من المصابين بمتلازمة القولون العصبي (ن = ١٢٠)

المتغير التابع	المتغيرات المستقلة	معامل التحديد	معامل التحديد المعدل	قيمة "ف"	معامل الانحدار اللامعاري	قيمة "ت"	المقدار الثابت
جودة النوم	صعوبة تحديد المشاعر	٠,١٨٢	٠,١٨	***٥٩,١٥	٠,٢٢٦	***٧,٦٩	٥,١٥٣
	صعوبة تحديد المشاعر	٠,٣٣٢	٠,٣٣	***٦٥,٨٥	٠,٣٤٩	***١١,٢٦	٧,٩١٤
	صعوبة وصف المشاعر				٠,٣٧٨	***٧,٧٢	

يتضح من خلال جدول (٩) وجود إسهام نسبي دال إحصائياً لبعدي صعوبة تحديد المشاعر وصعوبة وصف المشاعر في التنبؤ بانخفاض جودة النوم؛ حيث كانت قيم "ف" ومعاملات الانحدار اللامعيارية دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (٠,٠٠١). وقد كان بُعد صعوبة تحديد المشاعر هو الأكثر إسهاماً في التنبؤ بانخفاض جودة النوم؛ إذ فسر وحده نسبة ١٨% من التباين في جودة النوم، ويشير معامل الانحدار المعياري (٠,٢٢٦) إلى تأثير إيجابي دال إحصائياً، مما يعني أنه كلما ازدادت صعوبة تحديد المشاعر، انخفضت جودة النوم. وفي المرحلة الثانية من التحليل، وبعد إدخال بُعد صعوبة وصف المشاعر، الذي أسهم بنسبة إضافية بلغت ١٥% من التباين في جودة النوم، تحسنت قدرة النموذج على التنبؤ بجودة النوم، حيث ارتفع معامل التحديد الكلي إلى (٠,٣٣)، مما يعني أن البعدين معا يفسران ٣٣% من التباين في جودة النوم. كما أظهر بُعد صعوبة وصف المشاعر تأثيراً إيجابياً دالاً إحصائياً، إذ بلغ معامل انحداره (٠,٣٧٨)، مما يشير إلى أنه كلما زادت صعوبة وصف المشاعر ترتبط أيضاً بتدهور جودة النوم. في المقابل، لم تظهر الدرجة الكلية للأكسيثيميا، ولا بُعد التفكير الموجه نحو الخارج، كمنبئات دالة، مما يشير إلى ضعف إسهامهما في التنبؤ بجودة النوم لدى المصابين بمتلازمة القولون العصبي، وبالتالي لم تُدرج في النموذج النهائي. وقد جاءت المعادلة التنبؤية النهائية للنموذج على النحو الآتي:

$$\text{جودة النوم} = ٧,٩١٤ + ٠,٣٤٩ \times \text{صعوبة تحديد المشاعر} + ٠,٣٧٨ \times \text{صعوبة وصف المشاعر}.$$

أظهرت نتائج الفرض الثاني، أن بُعدي صعوبة تحديد المشاعر وصعوبة وصف المشاعر يُعدان منبئين دالين إحصائياً بانخفاض جودة النوم لدى المصابين بمتلازمة القولون العصبي. وذلك يشير إلى أن الأفراد الذين يعانون من صعوبة في إدراك أو تسمية مشاعرهم هم أكثر عرضة للمعاناة من اضطرابات النوم. وتتفق هذه النتيجة مع ما توصلت إليه دراسة (Ryan & Smyth, 2025)، التي أوضحت أن الألكسيثيميا تؤثر بشكل مباشر ودال إحصائياً على ضعف جودة النوم. كما ارتبطت الألكسيثيميا أيضاً بانخفاض جودة النوم الأفراد الذين يعانون من مشكلات صحية مزمنة (Alimoradi et al., 2022).

وقد أظهرت دراسة (Yaşar & Gündoğmuş, 2021) أن الألكسيثيميا تتنبأ بسوء جودة النوم لدى طلاب الجامعة، مما يشير إلى أن هذا الارتباط ثابت عبر فئات عمرية وحالات صحية مختلفة، ولا يقتصر على فئة معينة. وتتسق هذه النتائج أيضاً مع ما ورد في دراسة (Huang et al., 2022)، التي أظهرت أن الألكسيثيميا تمثل عاملاً متنبئاً بانخفاض جودة النوم، خاصة لدى الأفراد الذين يمتلكون وعياً داخلياً منخفضاً، مما يؤكد أهمية مستوى الوعي بالمشاعر الداخلية في تفسير اضطرابات النوم.

وعلى الرغم من الجدل القائم حول ما إذا كانت الألكسيثيميا ترتبط بضعف جودة النوم بشكل مستقل عن أعراض القلق والاكتئاب، فقد أوضحت دراسة (Murphy et al., 2018) أن هذا الارتباط لا يُفسر فقط بوجود اضطرابات نفسية مصاحبة، بل إن الألكسيثيميا تُعد سمة مستقلة تسهم في تدهور جودة النوم من خلال آليات خاصة، مثل فرط التنبيه الانفعالي الليلي وضعف المعالجة الانفعالية قبل النوم.

ويمكن تفسير هذه النتيجة استناداً إلى ما أشارت إليه دراسة (Bazydło et al., 2001) حول العلاقة بين الألكسيثيميا وخصائص النوم الموضوعية لدى البالغين الأصحاء. حيث استخدم تخطيط النوم الليلي (Polysomnography) لتقييم ٥٠ مشاركاً، ووجد أن الأفراد الذين حصلوا على درجات مرتفعة في مقياس تورنتو للألكسيثيميا أظهروا نمطاً من النوم يتصف بزيادة في النوم الخفيف (المرحلة الأولى)، وانخفاض في النوم العميق (المرحلتين الثالثة والرابعة)، بالإضافة إلى زيادة في نوم حركة العين السريعة (REM) التي يتبعها نوم خفيف بدلاً من الاستيقاظ، إلى جانب بداية مبكرة لأول دورة من نوم حركة العين السريعة. وبذلك توضح هذه النتائج كيف يمكن أن يعاني الأفراد ذوو المستويات المرتفعة من الألكسيثيميا من تدهور في جودة النوم رغم كفاية مدته، ما يعزز تفسير الشكاوى المتكررة لديهم من التعب وصعوبة الشعور بالنشاط عند الاستيقاظ.

وتُفسر الباحثة الدور التنبؤي لبُعدي صعوبة تحديد المشاعر وصعوبة وصفها في ضعف جودة النوم استناداً إلى نموذج "الانتباه-التقييم" لتنظيم الانفعالات، المشتق من نموذج (Gross 1998). يفترض هذا النموذج أن تنظيم الانفعالات يحدث من خلال سلسلة من المراحل المتتابعة تبدأ بالانتباه إلى المثير الانفعالي، ثم تقييمه وفهمه، وتنتهي باختيار الاستجابة المناسبة. ووفقاً لذلك، يُظهر الأفراد الذين يعانون من مستويات مرتفعة من الأكسيثيميا، لا سيما في بُعد صعوبة تحديد المشاعر، خللاً في مرحلتَي الانتباه والتقييم الانفعالي، مما يضعف قدرتهم على التعرف على المشاعر والتعامل معها بفعالية. هذا الخلل قد يسهم في تراكم الانفعالات غير المعالجة على مدار اليوم، ويزيد من مستويات التوتر الداخلي والانشغال الذهني قبل النوم، وهو ما ينعكس سلباً على جودة النوم ويؤدي إلى اضطرابه.

بالرغم من أن الدرجة الكلية للأكسيثيميا، وكذلك بعد التفكير الموجه نحو الخارج، لم يُظهرا إسهاماً معنوياً في التنبؤ بجودة النوم لدى المشاركين، مما يشير إلى محدودية تأثيرهما المباشر على هذا الجانب، إلا أن ذلك يسلط الضوء على تباين أبعاد الأكسيثيميا وتأثيرها المختلف على جودة النوم لدى المصابين بمتلازمة القولون العصبي. ويعزز ذلك أهمية تناول الأكسيثيميا كظاهرة متعددة الأبعاد، تشمل مكونات معرفية وانفعالية وسلوكية، بدلاً من اختزلها في مؤشر كلي واحد. ومن هذا المنطلق، يُعد التكامل بين هذه الأبعاد مدخلاً أكثر دقة لفهم طبيعة تأثير الأكسيثيميا على النوم، ويؤكد الحاجة إلى تطوير استراتيجيات علاجية شاملة تراعي تنوع مظاهرها، بما يسهم في تعزيز جودة النوم.

ج. نتائج الفرض الثالث ومناقشتها:

ينص الفرض الثالث على أن "تُسهم الأكسيثيميا وأبعادها (صعوبة تحديد المشاعر، صعوبة وصف المشاعر، التفكير الموجه للخارج) في التنبؤ بالأعراض المرضية النفسية لدى المصابين بمتلازمة القولون العصبي". وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام أسلوب تحليل الانحدار المتعدد المتدرج؛ للتحقق من إمكانية التنبؤ بالدرجة الكلية للأعراض المرضية النفسية وأبعادها (الأعراض الجسدية، والوسواس القهري، والحساسية التفاعلية، والاكتئاب، والقلق، والعداوة، وقلق الرهاب، والبارانويا التخيلية، والذهانية)، التي تمثل المتغيرات التابعة من خلال الأكسيثيميا وأبعادها (صعوبة تحديد المشاعر، صعوبة وصف المشاعر، التفكير الموجه للخارج)، والتي تمثل المتغيرات المستقلة لدرجات عينة البحث (ن = ١٢٠)، وجدول (١٠) يوضح ذلك، وقبل إجراء تحليل الانحدار المتعدد المتدرج، تم التحقق من مدى توافر شروط تطبيق التحليل، حيث أظهرت نتائج اختبارات

الخطية المتعددة (Multicollinearity) فيما مناسبة لكلا المؤشرين؛ فقد بلغت قيم عامل تضخم التباين (VIF) أقل من ٥ بكافة النماذج، كما سجلت قيم اختبار التسامح (Tolerance) مستويات أعلى من ٠.١. هذه النتائج تؤكد عدم وجود مشكلات في التعددية الخطية بين المتغيرات المستقلة، مما يدعم ملاءمة نموذج الانحدار للبيانات وضمان صحة النتائج المستخلصة. كما تشير هذه المؤشرات إلى استقلالية المتغيرات التنبؤية وعدم تداخلها، مما يعزز مصداقية تفسير معاملات الانحدار في النماذج المقدر.

جدول (١٠) نتائج تحليل الانحدار المتعدد المتدرج للألكسيثيميا بأبعادها كمتغيرات تنبؤية بالأعراض المرضية النفسية (كمتغيرات تابعة) لدى مرضى القولون العصبي (ن = ١٢٠)

المتغير التابع	المتغيرات المستقلة	معامل التحديد	قيمة "ف"	معامل الانحدار	قيمة "ت"	المقدار الثابت
الأعراض الجسدية	صعوبة تحديد المشاعر	٠.٥٣٥	٠.٥٣	٠.١٨٥	٠.٠٠٠١٧٤٩٩١	١.٠٠٢-
	صعوبة تحديد المشاعر	٠.٥٤٨	٠.٥٤	٠.١٨٣	٠.٠٠٠١٧٤٦٧٤	١١.٨٨٧-
	التفكير الموجه للخارج		٠.١٦٠٠٥٤	٠.٥١٣	٠.٠٠٢٠٧٥٣	
الوسواس القهري	صعوبة تحديد المشاعر	٠.٥٩٤	٠.٥٩	٠.٩٧٧	٠.٠٠٠١٩٠٧٢٩	١.٩٧٧
	صعوبة تحديد المشاعر	٠.٦٢٥	٠.٦٢	٠.٩٧٥	٠.٠٠٠٢٠٤٤١	١١.٢٥٤-
	التفكير الموجه للخارج		٠.٠٢٢١.١٠٣	٠.٦٢٤	٠.٠٠٠٤.٧٠١	
الحساسية التفاعلية	صعوبة تحديد المشاعر	٠.٦٤٩	٠.٦٤	٠.٩٧٦	٠.٠٠٠٢٢.١٧٧	٥.٦٧٣-
	صعوبة تحديد المشاعر	٠.٦٧٠	٠.٦٧	٠.٩٧٤	٠.٠٠٠٢٢.٧٨٢	١٦.٠٤٨-
	التفكير الموجه للخارج		٠.٠٢٢٩.٠٥٩	٠.٤٨٩	٠.٠٠٠٤.١١٢	
الاكتئاب	صعوبة تحديد المشاعر	٠.٦١٢	٠.٦١	١.٤٢٧	٠.٠٠٠٢.٤٧٣	٤.٤٨٨-
القلق	صعوبة تحديد المشاعر	٠.٦٢٤	٠.٦٢	١.٣١٢	٠.٠٠٠٢.٩٩٢	٧.٦٠-
	صعوبة تحديد المشاعر	٠.٦٤٤	٠.٦٤	١.٣١٠	٠.٠٠٠٢١.٤٩٨	٢١.٦٠٥-
	التفكير الموجه للخارج		٠.٠٢٣٩.٦٦٧	٠.٦٦١	٠.٠٠٠٣.٨٩٧	

الإسهام النسبي للأكسيثيميا في التنبؤ بجودة النوم والأعراض المرضية النفسية .

المتغير التابع	المتغيرات المستقلة المنبئة	معامل التحديد	معامل التحديد المعدل	قيمة "ف"	معامل الانحدار اللامعاري	قيمة "ت"	المقدار الثابت
العداوة	صعوبة تحديد المشاعر	٠,٤٢٢	٠,٤٢	***١٩٤,٢٧٨	٠,٤٤٤	***١٣,٩٣٨	٩,٥٧-
	صعوبة تحديد المشاعر	٠,٤٧٤	٠,٤٧	***١١٩,٥٢٣	٠,٤٤٢	***١٤,٥٢٦	١٠,١٦١-
	التفكير الموجه للخارج				٠,٤٣٤	***٥,١٢٨	
قلق الرهاب	صعوبة تحديد المشاعر	٠,٤٨٥	٠,٤٨	***٢٥٠,٦٢٢	٠,٧٤١	***١٥,٨٣١	٥,٢٦٣-
البارانويا التخيلية	صعوبة تحديد المشاعر	٠,٥٨٠	٠,٥٧	***٣٦٧,٩٩٣	٠,٦٦٥	***١٩,١٨٣	٥,٤١١١-
	صعوبة تحديد المشاعر	٠,٦٣٢	٠,٦٣	***٢٢٧,١٨٧	٠,٦٦٣	***٢٠,٣٦٣	١٧,٠٦٢-
	التفكير الموجه للخارج				٠,٥٥٠	***٦,٠٦٨	
الذهانية	صعوبة تحديد المشاعر	٠,٦٢٢	٠,٦٢	***٤٣٧,٠١٥	١,٠٧١	***٢٠,٩٠٥	٧,٩٠٩-
	صعوبة تحديد المشاعر	٠,٦٣٢	٠,٦٣	***٢٢٧,٤١٠	١,٠٧٠	***٢١,١٢١	١٦,٠١٥-
	التفكير الموجه للخارج				٠,٣٨٢	***٢,٧١٣	
الدرجة الكلية للأعراض المرضية	صعوبة تحديد المشاعر	٠,٦٩٦	٠,٦٩	***٦٠,٩٩٩٨	٨,٧٩٩	***٢٤,٦٩٨	٣٦,٣٤٤-
	صعوبة تحديد المشاعر	٠,٧١١	٠,٧١	***٣٢٦,٥٤٧	٨,٧٨٤	***٢٥,٢٤١	١١٢,٥٥٩-
	التفكير الموجه للخارج				٣,٥٩٥	***٣,٧١٢	

تشير نتائج تحليل الانحدار الواردة في الجدول السابق إلى ما يلي:

- **الأعراض الجسمية:** أظهرت النتائج أن بُعدي صعوبة تحديد المشاعر والتفكير الموجه للخارج، لديهما قدرة تنبؤية بدرجة الأعراض الجسمية، حيث كانت معاملات الانحدار دالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠٠١). أسهم بعد صعوبة تحديد المشاعر بنسبة ٥٣% في تفسير التباين في الأعراض الجسمية، تلاه بُعد التفكير الموجه للخارج الذي أسهم بنسبة ١%, ليصل معامل التحديد الكلي للنموذج المشترك إلى ٥٤%. وتُعبّر المعادلة التنبؤية عن درجة الأعراض الجسمية كالتالي:
- $$\text{درجة الأعراض الجسمية} = ١١,٨٨٧- + (١,١٨٣ \times \text{صعوبة تحديد المشاعر}) + (٠,٥١٣ \times \text{التفكير الموجه للخارج})$$

== (٧٤) = الدجلة المصرية للدراسات النفسية العدد ١٢٩ ج ١ المجلد (٣٥) - أكتوبر ٢٠٢٥ ==

- الوسواس القهري: أظهرت النتائج أن بُعدي صعوبة تحديد المشاعر والتفكير الموجه للخارج، لديهما قدرة تنبؤية بدرجة الوسواس القهري، حيث كانت معاملات الانحدار دالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠٠١). أسهم بعد صعوبة تحديد المشاعر بنسبة ٥٩% في تفسير التباين في درجة الوسواس القهري، بينما أسهم بعد التفكير الموجه للخارج بنسبة ٣%، ليصل معامل التحديد الكلي للنموذج إلى ٦٢%. وتعتبر المعادلة التنبؤية عن درجة الوسواس القهري كما يلي:

$$\text{درجة الوسواس القهري} = ١١,٢٥٤ - (٠,٩٧٥ \times \text{صعوبة تحديد المشاعر}) + (٠,٦٢٤ \times \text{التفكير الموجه للخارج})$$

- الحساسية النفاذلية: أوضحت النتائج أن بُعدي صعوبة تحديد المشاعر والتفكير الموجه للخارج، لديهما قدرة تنبؤية بدرجة حساسية التفاعل مع الآخرين، حيث كانت معاملات الانحدار دالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠٠١). أسهم بعد صعوبة تحديد المشاعر بنسبة ٦٤% في تفسير التباين في حساسية التفاعل مع الآخرين، بينما أسهم بعد التفكير الموجه للخارج بنسبة ٣%، ليصل معامل التحديد الكلي للنموذج إلى ٦٧%. وتعتبر المعادلة التنبؤية عن درجة حساسية التفاعل مع الآخرين كما يلي:

$$\text{درجة حساسية التفاعل مع الآخرين} = ١٦,٠٤٨ - (٠,٩٧٤ \times \text{صعوبة تحديد المشاعر}) + (٠,٤٨٩ \times \text{التفكير الموجه للخارج})$$

- الاكتئاب: أظهرت النتائج أن بُعدي صعوبة تحديد المشاعر لديه قدرة تنبؤية بدرجة الاكتئاب، حيث كان معامل الانحدار دالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠٠١)، وساهم بعد صعوبة تحديد المشاعر بنسبة ٦١% في تفسير التباين في الاكتئاب. وتعتبر المعادلة التنبؤية عن درجة الاكتئاب كما يلي:

$$\text{درجة الاكتئاب} = ٤,٤٨٨ - (١,٤٢٧ \times \text{صعوبة تحديد المشاعر})$$

- القلق: أظهرت النتائج أن بُعدي صعوبة تحديد المشاعر والتفكير الموجه للخارج لديهما قدرة تنبؤية بدرجة القلق، حيث كانت معاملات الانحدار دالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠٠١). ساهم بعد صعوبة تحديد المشاعر بنسبة ٦٢% في تفسير التباين في القلق، بينما أسهم بعد التفكير الموجه للخارج بنسبة ٢%، ليصل معامل التحديد الكلي للنموذج إلى ٦٤%. وتعتبر المعادلة التنبؤية عن درجة القلق كما يلي:

$$\text{درجة القلق} = ٧,٦٠ - (١,٣١٢ \times \text{صعوبة تحديد المشاعر}) + (٠,٦٦١ \times \text{التفكير الموجه للخارج})$$

- العداوة: أظهرت النتائج أن بُعدي صعوبة تحديد المشاعر والتفكير الموجه للخارج لديهما قدرة تنبؤية بدرجة العداوة، حيث كانت معاملات الانحدار دالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠٠١). ساهم بعد صعوبة تحديد المشاعر بنسبة ٤٢% في تفسير التباين في العداوة، بينما أسهم بعد التفكير الموجه

الإسهام النسبي للأكسيثيميا في التنبؤ بجودة النوم والأعراض المرضية النفسية.

للخارج بنسبة ٥٠%، ليصل معامل التحديد الكلي للنموذج إلى ٤٧%. وتعتبر المعادلة التنبؤية عن درجة العداوة كما يلي:

$$\text{درجة العداوة} = ١٠,١٦١ - (٠,٤٤٢ \times \text{صعوبة تحديد المشاعر}) + (٠,٤٣٤ \times \text{التفكير الموجه للخارج})$$

- **قلق الرهاب:** أظهرت النتائج أن بُعد صعوبة تحديد المشاعر لديه قدرة تنبؤية بدرجة قلق الرهاب، حيث كان معامل الانحدار دالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠٠١)، وأسهم بعد صعوبة تحديد المشاعر بنسبة ٤٨% في تفسير التباين في قلق الرهاب. وتعتبر المعادلة التنبؤية عن درجة قلق الرهاب كما يلي:

$$\text{درجة قلق الرهاب} = ٥,٢٦٣ - (٠,٧٤١ \times \text{صعوبة تحديد المشاعر})$$

- **البارانويا التخيلية:** أظهرت النتائج أن بُعد صعوبة تحديد المشاعر والتفكير الموجه للخارج يمتلكان قدرة تنبؤية بدرجة البارانويا التخيلية، حيث كانت معاملات الانحدار دالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠٠١). ساهم بعد صعوبة تحديد المشاعر بنسبة ٥٧% في تفسير التباين في البارانويا التخيلية، بينما أسهم بُعد التفكير الموجه للخارج بنسبة ٦%، ليصل معامل التحديد الكلي للنموذج إلى ٦٣%. وتعتبر المعادلة التنبؤية عن درجة البارانويا التخيلية كما يلي:

$$\text{درجة البارانويا التخيلية} = ١٧,٠٦٢ - (٠,٦٦٣ \times \text{صعوبة تحديد المشاعر}) + (٠,٥٥٠ \times \text{التفكير الموجه للخارج})$$

- **الذهانية:** أظهرت النتائج أن بُعد صعوبة تحديد المشاعر والتفكير الموجه للخارج يمتلكان قدرة تنبؤية دالة إحصائياً بدرجة الذهانية، حيث كانت معاملات الانحدار دالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠٠١). وقد أسهم بعد صعوبة تحديد المشاعر بنسبة ٦٢% من التباين في درجة الذهانية، بينما أضاف بُعد التفكير الموجه للخارج نسبة ١%، ليصل معامل التحديد الكلي للنموذج إلى ٦٣%. وتُعتبر المعادلة التنبؤية لدرجة الذهانية كما يلي:

$$\text{درجة الذهانية} = ١٦,٠١٥ - (١,٠٧٠ \times \text{صعوبة تحديد المشاعر}) + (٠,٣٨٢ \times \text{التفكير الموجه للخارج})$$

- **الدرجة الكلية للأعراض المرضية النفسية:** أظهرت النتائج أن بُعد صعوبة تحديد المشاعر والتفكير الموجه للخارج، ليهما قدرة تنبؤية بالدرجة الكلية للأعراض المرضية، حيث كانت معاملات الانحدار دالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠٠١). أسهم بعد صعوبة تحديد المشاعر بنسبة ٦٩% من التباين في الدرجة الكلية للأعراض المرضية، بينما أضاف بُعد التفكير الموجه للخارج نسبة ٢%، ليصل معامل التحديد الكلي إلى ٧١%. وتعتبر المعادلة التنبؤية عن الدرجة الكلية كما يلي:

الدرجة الكلية للأعراض المرضية النفسية = ١١٢,٥٥٩ - (٨,٧٨٤ × صعوبة تحديد
المشاعر) + (٣,٥٩٥ × التفكير الموجه للخارج)

أظهرت نتائج الفرض الثالث، أن بُعدي صعوبة تحديد المشاعر والتفكير الموجه للخارج يمتلكان قدرة تنبؤية بدرجة الأعراض الجسمانية، ويشير ذلك إلى أن الأفراد الذين يواجهون صعوبة في التعرف على مشاعرهم، ويتبنون نمطاً من التفكير الموجه نحو الخارج، يكونون أكثر عرضة لزيادة شدة الأعراض الجسمانية. وتتسق هذه النتيجة مع ما توصلت إليه دراسة (Aydin et al., 2012)، التي كشفت عن وجود فروق دالة إحصائياً بين مرضى الاكتئاب الذين يعانون من الألكسيثيميا وأولئك الذين لا يعانون منها؛ حيث حصلت المجموعة الأولى على درجات أعلى في مقياس بيك للاكتئاب، كما أظهروا ميلاً أكبر لتفسير الأعراض بصورة جسدية، إلى جانب ضعف الأداء النهاري المرتبط بتدني جودة النوم. وبذلك تشير هذه النتائج إلى أن الألكسيثيميا تسهم في زيادة شدة الأعراض الجسمانية، من خلال التداخل بين صعوبات المعالجة الانفعالية والتفسير الجسدي للضيق النفسي.

ويمكن تفسير هذه النتيجة في ضوء أن الألكسيثيميا ترتبط بضعف الإدراك الداخلي، بما تتضمنه من الإشارات الجسدية الداخلية وتفسيرها (مثل تسارع ضربات القلب أو التوتر العضلي)، وهي إشارات تُعدّ جوهرية في تمييز المشاعر والتفاعل معها بشكل مناسب. كما يؤكد ذلك ما توصلت إليه دراسة (Morie et al. 2022) حيث أوضحوا أن غياب التمييز بين الإشارات الجسدية الخطيرة وغير الخطيرة يؤدي إلى استجابات انفعالية غير دقيقة، كما أن الاعتماد على أساليب تفكير غير رمزية (كالتركيز على المحيط الخارجي بدلاً من المشاعر الذاتية) يُضعف من قدرة الفرد على تنظيم مشاعره والتعبير عنها، مما يدفعه إلى تفريغ التوتر النفسي عبر أعراض جسدية.

وبالتالي، فإن الأفراد الذين يعانون من صعوبة في التعرف على مشاعرهم، ويعتمدون على نمط تفكير موجه نحو الخارج، يكونون أقل قدرة على التعامل مع ضغوطهم النفسية بصورة سليمة، مما يسهم في تحويل المعاناة النفسية إلى أعراض جسدية، كوسيلة غير مباشرة للتعبير عن الانزعاج أو التوتر.

وقد أظهرت نتائج الفرض الثالث، أن بُعدي صعوبة تحديد المشاعر والتفكير الموجه للخارج يمتلكان قدرة تنبؤية بدرجة الوسواس القهري، ويشير ذلك إلى أن الأفراد الذين يواجهون صعوبة في التعرف على مشاعرهم ويتبنون نمطاً من التفكير الموجه نحو الخارج، يكونون أكثر عرضة لزيادة شدة أعراض الوسواس القهري. وتتفق هذه النتيجة مع ما توصلت إليه دراسة (Pozza et al., 2015)، التي أشارت نتائجها إلى أن بُعد صعوبة تحديد المشاعر بُعد متغيراً دالاً إحصائياً في التنبؤ بأعراض الوسواس القهري. ودراسة (Abd-Elhamed, 2023)، التي أظهرت نتائجها أن

الإسهام النسبي للأكسيثيميا في التنبؤ بجودة النوم والأعراض المرضية النفسية .

الأكسيثيميا تنتشر لدى أكثر من ثلثي أفراد العينة (٦٨,٦%) من المصابين بالوسواس القهري، مما يشير إلى وجود ارتباط بين الأكسيثيميا وأعراض الوسواس القهري.

ويمكن تفسير هذه النتيجة من خلال عدد من الجوانب من أهمها ضعف المعالجة الانفعالية المرتبط بصوبة تحديد المشاعر، وهو ما قد يُضعف قدرة الأفراد على التعرف بدقة على حالتهم الانفعالية وتنظيمها بشكل فعال. هذا الضعف في الوعي الانفعالي يجعلهم أكثر عرضة لتراكم التوتر والانفعالات السلبية المصاحبة للأفكار الوسواسية، مما قد يدفعهم إلى تبني سلوكيات قهرية كوسيلة دفاعية لتخفيف القلق، دون معالجة السبب الحقيقي للمشاعر السلبية. بالإضافة إلى ذلك، فإن نمط التفكير الموجه للخارج يُسهم في إضعاف التأمل الذاتي والاستبصار، حيث يتجنب الفرد فحص مشاعره أو تحليل دوافعه الداخلية. وبذلك فإن هذا النمط من التفكير قد يعيق القدرة على التمييز بين التهديدات الواقعية وتلك المرتبطة بالأفكار الوسواسية، مما يؤدي إلى استمرار تلك الأفكار وصعوبة التحكم بها. وبذلك، تؤكد هذه النتائج أهمية تنمية الوعي الانفعالي وتعديل نمط التفكير في البرامج العلاجية الموجهة للمصابين بأمراض جسدية مزمنة كمتلازمة القولون العصبي، خاصة الأفراد الذين يواجهون صعوبة في التعرف والتعبير عن مشاعرهم، إذ إن هذا النمط الانفعالي والمعرفي قد يجعلهم أكثر عرضة لتطويع أعراض وسواسية تتداخل مع تجربتهم المرضية وتؤثر على جودة حياتهم.

وفيما أشارت إليه نتائج الفرض الثالث، أن بُعدي صعوبة تحديد المشاعر والتفكير الموجه للخارج، لديهما قدرة تنبؤية بدرجة حساسية التفاعل مع الآخرين، حيث أن الأفراد الذين يواجهون صعوبة في التعرف على مشاعرهم ويتبنون نمطاً من التفكير الموجه نحو الخارج، يكونون أكثر حساسية في التفاعل مع الآخرين. وتتسق هذه النتيجة مع دراسة (Koppelberg et al., 2023)، التي أشارت نتائجها إلى أن جميع أبعاد الأكسيثيميا ارتبطت ارتباطاً إيجابياً بزيادة الضيق العام في العلاقات مع الآخرين، كما أظهرت أن بُعد صعوبة تحديد المشاعر كان العامل الأكثر قدرة على التنبؤ بالضيق العام في العلاقات الاجتماعية، حتى بعد التحكم في تأثير المشاعر السلبية مثل القلق والاكتئاب. حيث فسّر هذا البعد نسبة كبيرة من التباين في الضيق المرتبط بالعلاقات، مما يشير إلى دوره الأساسي في التأثير على جودة التفاعلات الاجتماعية.

ويمكن تفسير هذه النتيجة في ضوء أن الأفراد ذوي الأكسيثيميا يعانون صعوبات في المعالجة الانفعالية على مستويين، أولاً: على مستوى الانتباه، وذلك بسبب ميلهم للتفكير الخارجي الذي يحد من تركيزهم على المشاعر الداخلية، وثانياً: على مستوى التقييم، نتيجة عجزهم عن تمييز المشاعر المختلفة بدقة. هذا الخلل في معالجة العمليات الانفعالية يؤدي إلى تشتت في التركيز الداخلي

والخارجي، مما ينتج عنه سوء تفسير للإشارات الاجتماعية، حيث يتم إدراك المواقف المحايدة على أنها تهديدية، وهو ما يفسر زيادة الحساسية والضيق في التفاعلات الاجتماعية لديهم. كما أظهرت نتائج الفرض الثالث، أن بُعد صعوبة تحديد المشاعر يُعد منبئاً دالاً إحصائياً بارتفاع أعراض الاكتئاب. ويُشير ذلك إلى أن الأفراد المصابين بمتلازمة القولون العصبي ممن يعانون من صعوبة في التعرف على مشاعرهم، ترتفع لديهم مستويات أعراض الاكتئاب. وتتسق هذه النتيجة مع ما توصلت إليه دراستا (Gosselin, 2021; Rzeszutek et al., 2024) من أن الألكسيثيميا بصفة عامة تؤثر بشكل مباشر على زيادة أعراض الاكتئاب لدى المصابين بمتلازمة القولون العصبي. كما تتسق مع نتائج دراسة (Sun et al., 2024) والتي أظهرت أن الألكسيثيميا تؤثر بشكل مباشر على القلق لدى طلاب الجامعة، كما أنها تؤثر بشكل غير مباشر على الاكتئاب من خلال القلق.

وفيما أشارت إليه نتائج البحث الحالي من أن الدرجة الكلية للألكسيثيميا، بالإضافة إلى بعدي صعوبة التعبير عن المشاعر والتفكير الموجه للخارج، لم تكن منبئات دالة إحصائياً بأعراض الاكتئاب، وهو ما يتوافق مع ما توصلت إليه نتائج دراسة (La Touche et al., 2021) التي أكدت أن بُعد صعوبة تحديد المشاعر في مقياس الألكسيثيميا يرتبط ارتباطاً دالاً إحصائياً بالأعراض النفسية المرضية مثل الاكتئاب ويُعد منبئاً قوياً بها، بينما يُظهر بُعداً صعوبة التعبير عن المشاعر والتفكير الموجه نحو الخارج تأثيراً أقل. كما بينت الدراسة أن تحسن أعراض الاكتئاب لدى المرضى ينعكس في تحسن النتائج على بعدي صعوبة تحديد المشاعر وصعوبة التعبير عن المشاعر، ولكن ليس على بُعد التفكير الموجه للخارج. وتتسق تلك النتيجة أيضاً مع ما توصلت إليه دراسة (Liu et al., 2025)، والتي أشارت إلى أن طبيعة العلاقة بين الألكسيثيميا والاكتئاب تختلف باختلاف الخصائص الديموغرافية للأفراد، كما تتأثر بأداة القياس المستخدمة في تقييم الاكتئاب. وقد كشفت نتائج هذه الدراسة عن عدد من الجوانب المهمة، من أبرزها وجود ارتباط إيجابي بين الدرجة الكلية للألكسيثيميا وشدة أعراض الاكتئاب، وهو ارتباط قد يتأثر بالاختلافات الثقافية بين المجتمعات الشرقية والغربية. كما أظهرت النتائج أن بعدي صعوبة تحديد المشاعر وصعوبة التعبير عن المشاعر يرتبطان بشكل أقوى بالاكتئاب، في حين أن بُعد التفكير الموجه نحو الخارج يُظهر علاقة أضعف. وتشير هذه النتائج مجتمعة إلى ضرورة تحليل العلاقة بين الألكسيثيميا والاكتئاب من منظور تفصيلي يأخذ في الاعتبار الأبعاد الفرعية للألكسيثيميا.

وفيما أشارت إليه نتائج الفرض الثالث، أن بُعدي صعوبة تحديد المشاعر والتفكير الموجه للخارج يُعدان منبئين دالين إحصائياً بارتفاع أعراض القلق لدى المصابين بمتلازمة القولون العصبي. وذلك يشير إلى أن الأفراد الذين لديهم صعوبة في التعرف على مشاعرهم ويتبنون نمطاً من التفكير الموجه نحو الخارج، يكونون أكثر عرضة للإصابة بمستويات أعلى من القلق، وتتسق هذه النتيجة مع ما توصلت إليه دراسات كل من: (Gosselin, 2021) التي أظهرت أن المخططات غير التكيفية تُسهم في زيادة شدة القلق من خلال الدور الوسيط للأكسيثيميا، كما أن الأكسيثيميا تؤثر بشكل مباشر على زيادة أعراض القلق لدى المصابين بمتلازمة القولون العصبي. ودراسة (Boudabbous et al., 2023)، التي أسفرت نتائجها عن وجود علاقة ارتباطية إيجابية بين الأكسيثيميا وأعراض القلق لدى المصابين بمتلازمة القولون العصبي. ودراسة (Rzeszutek et al., 2024) التي توصلت نتائجها إلى ارتفاع أعراض القلق لدى الأفراد المصابين بمتلازمة القولون العصبي ممن لديهم مستويات مرتفعة من الأكسيثيميا، وترجع ذلك إلى ما تعرضوا له من خبرات سلبية في مرحلة الطفولة.

تتفق هذه النتيجة أيضاً مع ما توصلت إليه دراسة (Preece et al., 2024)، التي أظهرت أن بُعد "صعوبة تحديد المشاعر" يُعد الأكثر قدرة بين أبعاد الأكسيثيميا على التنبؤ بأعراض الاضطرابات الانفعالية (من بينها القلق والاكتئاب) لدى طلاب الجامعة. ويمكن تفسير هذه النتيجة في ضوء نموذج الانتباه-التقييم للأكسيثيميا الذي طوره "بريس" وزملاؤه (Preece et al., 2017)، والذي يفترض أن خلل المعالجة الانفعالية لدى الأفراد ذوي الأكسيثيميا تنشأ من خلل في مرحلتي الانتباه والتقييم ضمن مراحل تنظيم الانفعالات. وفقاً لهذا للنموذج، تمثل صعوبة تحديد المشاعر خللاً في مرحلة التقييم، حيث يجد الأفراد صعوبة في التعرف على طبيعة مشاعرهم أو فهم أسبابها، مما يؤدي إلى تراكم المشاعر السلبية دون تنظيم، ويزيد من احتمالية الإصابة بالاكتئاب والقلق. كما يدفع هذا الخلل الأفراد إلى الاعتماد على استراتيجيات تنظيمية غير تكيفية (مثل التجنب أو الكبت)، مما يعزز الانسحاب الاجتماعي المرتبط بالاكتئاب. أما التفكير الموجه للخارج، فيُعد اضطراباً في مرحلة الانتباه، حيث يركز الفرد على الأحداث الخارجية ويتجنب الانتباه لمشاعره الداخلية. هذا النمط من التفكير يُقلل من وعي الفرد بالإشارات الانفعالية المبكرة، مما يجعل استجابته للقلق أكثر شدة، لكنه لا يؤدي بالضرورة إلى الاكتئاب، الذي يتطلب انغلاقاً أكثر على الذات، ولذلك يرتبط الاكتئاب بشكل أقوى ببُعد صعوبة تحديد المشاعر.

كما أظهرت أيضاً نتائج الفرض الثالث، أن بُعدي صعوبة تحديد المشاعر والتفكير الموجه للخارج لديهما قدرة تنبؤية بدرجة العداوة، مما يشير إلى أن الأفراد الذين يواجهون صعوبة في التعرف على مشاعرهم ويتبنون نمطاً من التفكير الموجه نحو الخارج، يميلون إلى إظهار مستويات أعلى من الاستجابات العدوانية والغضب. وتتسق هذه النتيجة مع ما أشارت إليه نتائج دراسة (Ali et al., 2024)، التي أظهرت وجود علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين الأكسيتيميا والسلوك العدواني لدى المراهقين، مع إمكانية التنبؤ بالعدوانية من خلال مستوى الأكسيتيميا .

ويمكن تفسير هذه النتيجة السابقة في ضوء أن عدم قدرة الفرد على فهم مشاعره أو تنظيمها بشكل فعال، قد يدفعه إلى تفريغ إحباطه عبر سلوكيات عدوانية. ويتمثل دور التفكير الموجه للخارج كعامل تنبؤي من كونه يعكس نمط تفكير يتجنب التركيز على الخبرات الداخلية، ويستبدلها بالانشغال المفرط بالتفاصيل الخارجية الملموسة، مما يؤدي إلى تجاهل المشاعر الشخصية أو تهملها والاعتماد على ردود فعل انفعالية مثل العدوانية كبديل عن المواجهة الواعية للمشاعر. وبذلك فإن العدوانية في هذه الحالات تنشأ من قمع المشاعر وعدم القدرة على معالجتها، مما يؤكد على أهمية تعزيز الوعي الانفعالي وتطوير أساليب التنظيم الانفعالي كوسيلة للحد من الميل نحو السلوكيات العدوانية.

وفي ضوء ما أشارت إليه نتائج الفرض الثالث، فإن بعد صعوبة تحديد المشاعر يُظهر قدرة تنبؤية بدرجة قلق الرهاب، مما يشير إلى أن الأفراد الذين يواجهون صعوبة في التعرف على مشاعرهم يكونون أكثر عرضة للإصابة بأعراض هذا النوع من القلق. وتتسق هذه النتيجة مع ما توصلت إليه دراسة (Sallam et al., 2024)، التي أجريت على طلاب الجامعة من ذوي صعوبات التعلم، حيث أظهرت النتائج وجود ارتباط إيجابي ودال إحصائياً بين مستوى الأكسيتيميا وكل من الرهاب الاجتماعي ونوموفوبيا (الخوف من فقدان الهاتف). كما أشارت النتائج إلى إمكانية التنبؤ بمستويات الرهاب الاجتماعي ورهاب نوموفوبيا من خلال الأكسيتيميا.

ويمكن تفسير هذه النتيجة في ضوء أن عدم القدرة على تحديد المشاعر ومعالجتها يُضعف التنظيم الانفعالي، مما يدفع الأفراد إلى الاعتماد على التجنب كآلية مواجهة أساسية بدلاً من المواجهة الفعالة للمواقف المخيفة. ووفقاً لنماذج التقييم المعرفي (Morie et al., 2022)، فإن ضعف القدرة على تحديد المشاعر يؤدي إلى تفسير خاطئ للإشارات الجسدية (مثل زيادة ضربات القلب)، مما يزيد من الاعتقاد بوجود تهديد، وبالتالي يزداد قلق الرهاب. فالأفراد الذين لا يستطيعون تمييز

الإسهام النسبي للأكسيثيميا في التنبؤ بجودة النوم والأعراض المرضية النفسية .

مشاعرهم قد يركزون بشكل مفرط على التهديدات المحتملة (القلق الاستباقي)، مما يزيد تجنبهم للمواقف ويُعزز أعراض الرهاب.

أظهرت أيضاً نتائج الفرض الثالث، أن بُعدي صعوبة تحديد المشاعر والتفكير الموجه للخارج يمتلكان قدرة تنبؤية بدرجة البارانويا التخيلية، وذلك يشير إلى أن الأفراد الذين لديهم صعوبة في التعرف على مشاعرهم ويتبنون نمطاً من التفكير الموجه نحو الخارج، يكونون أكثر عرضة للإصابة بأعراض البارانويا التخيلية، وتتسق هذه النتيجة مع ما توصلت إليه دراسة (Rehman et al., 2018)، التي أشارت نتائجها إلى وجود علاقة بين الأكسيثيميا والبارانويا، كما أظهرت نتائج تحليل الانحدار أن الأكسيثيميا تُعد متغيراً دالاً إحصائياً في التنبؤ بالبارانويا.

ويمكن تفسير ذلك في ضوء أن مشاعرنا تزودنا بمعلومات حول ما نشعر به في لحظة معينة، وتساعدنا هذه المشاعر في تفسير العالم من حولنا، واتخاذ أحكام بشأن سلوك الآخرين ونواياهم ومشاعرهم (Boden & Berenbaum, 2010). وفي حالة الأكسيثيميا، فإن هذه القدرة تكون ضعيفة، مما قد يجعل الأفراد الذين لديهم مستويات مرتفعة من الأكسيثيميا عرضة لإصدار أحكام غير دقيقة وتكوين معتقدات خاطئة عن الآخرين، بما في ذلك المعتقدات البارانوية. ويتفق ذلك مع دراسة (Boden & Berenbaum, 2007)، التي أشارت نتائجها إلى أن انخفاض الوعي الانفعالي (وهو ما يعني ارتفاع مستويات الأكسيثيميا) مرتبط بارتفاع مستويات الشك والريبة. كما تدعم نتائج دراسات أخرى ذلك من خلال النظر في العلاقة بين الأكسيثيميا والاختلال الوظيفي الاجتماعي، حيث توصلت نتائج دراسة (Koppelberg et al., 2023) إلى أن الأفراد الذين يعانون من صعوبات في تحديد ووصف مشاعرهم يظهرون انخفاضاً في عدد التفاعلات الاجتماعية اليومية، مما يعكس ضعفاً في الكفاءة الاجتماعية والعلاقات الشخصية.

كما أظهرت أيضاً نتائج الفرض الثالث، أن بُعدي صعوبة تحديد المشاعر والتفكير الموجه للخارج يُعدان منبئين دالّين إحصائياً بدرجة الذهان، مما يشير إلى أن الأفراد الذين لديهم صعوبة في التعرف على مشاعرهم ويتبنون نمطاً من التفكير الموجه نحو الخارج، يكونون أكثر عرضة للإصابة بالأعراض الذهانية. وتتسق هذه النتيجة مع ما توصلت إليه نتائج دراسة (Kafarov et al., 2020)، التي أظهرت وجود مستوى مرتفع من الأكسيثيميا لدى مرضى الفصام، كما أوضحت أن الأكسيثيميا ترتبط ارتباطاً إيجابياً بالأعراض السلبية للفصام؛ أي أنه كلما ارتفعت درجة الأكسيثيميا، زادت شدة هذه الأعراض. ودراسة (Huo et al., 2023)، التي أشارت نتائجها إلى أن نسبة ٣١,٥٪ من مرضى الفصام تم تصنيفهم على أنهم يعانون من الأكسيثيميا. كما كشفت نتائج

تحليل المسار أن بُعدي صعوبة تحديد المشاعر وصعوبة وصفها يمثلان دوراً وسيطاً في العلاقة بين العجز المعرفي وشدة الأعراض السلبية لدى هؤلاء المرضى. وبذلك تشير هذه النتائج إلى أن الخلل في الوعي الانفعالي قد يُفاقم من الأعراض السلبية للفصام من خلال التأثير على قدرة المرضى على معالجة مشاعرهم والتواصل مع الآخرين، مما يُبرز أهمية دور الألكسيثيميا كعامل نفسي وسيط في فهم الأعراض السلبية المصاحبة للفصام.

ويمكن تفسير العلاقة الإيجابية بين الألكسيثيميا (وبشكل خاص بُعدي صعوبة تحديد المشاعر والتفكير الموجه للخارج) وشدة أعراض الذهان، في ضوء ما تشير إليه دراسات التصوير العصبي من وجود أساس عصبي مشترك بين الألكسيثيميا والذهان، فقد أظهرت دراسات التصوير العصبي أن كلاً من الخلل المعرفي المرتبط بالذهان وسمات الألكسيثيميا، يرتبطان باضطراب في عدد من المناطق الدماغية المسؤولة عن تنظيم الانفعالات والتكامل المعرفي-الانفعالي، مثل: الجسم الثفني، Corpus Callosum، والتلفيف الحزامي، Cingulate Gyrus، والقشرة الجبهية المدارية، Orbital Frontal Cortex، والجزر، Insulae، حيث تمثل هذه المناطق دوراً محورياً في الوعي الانفعالي، والانتباه للمثيرات، وتقييمها، وكذلك في تنظيم الاستجابات الانفعالية والسلوكية (Li et al., 2023). وبالتالي، فإن وجود خلل في هذه البنى العصبية قد يؤدي إلى ضعف في التعرف على المشاعر أو معالجتها، مما يسهم في ظهور أعراض ذهانية. وتتفق هذه التفسيرات مع نتائج دراسة (Liao et al., 2025) التي أظهرت أن العلاقة بين الألكسيثيميا والذهان علاقة غير مباشرة، حيث تعمل الألكسيثيميا على تعزيز ضعف التنظيم المعرفي والانفعالي، مما يزيد من حدة الأعراض الذهانية. ومن ثم، فإن الألكسيثيميا قد تُهيئ الفرد لظهور أعراض الذهان أو تضعف قدرته على التكيف، من خلال إضعاف قدرة الدماغ على معالجة الانفعالات والمثيرات.

وبشكل عام، وفي ضوء ما أشارت إليه نتائج الفرض الثالث، فإن بُعدي صعوبة تحديد المشاعر والتفكير الموجه نحو الخارج أظهرتا قدرة تنبؤية بالدرجة الكلية للأعراض المرضية، مع تمييز البُعد الأول من حيث قوة التأثير. وتتسق هذه النتيجة مع ما توصلت إليه دراسة (Conrad et al., 2009)، التي أُجريت على مرضى الاكتئاب الأساسي، حيث أشارت إلى أن بُعدي صعوبة تحديد المشاعر ضمن مقياس الألكسيثيميا يُعد مؤشراً مهماً في التنبؤ بشكل دال إحصائياً بمختلف الأعراض المرضية الواردة في قائمة الأعراض المعدلة (SCL-90-R).

في ضوء ما سبق، تؤكد هذه النتائج على الدور البارز لبُعد "صعوبة تحديد المشاعر" باعتباره العامل الأكثر تأثيراً في التنبؤ بشدة الأعراض النفسية عبر مختلف الفئات السكانية سواء من الأفراد

الإسهام النسبي للأكسيثيميا في التنبؤ بجودة النوم والأعراض المرضية النفسية .

العاديين أو المرضى، وذلك مقارنةً ببقية أبعاد الأكسيثيميا. كما يشير ظهور أثر لبعد "التفكير الموجه نحو الخارج" إلى أن تجاهل الفرد لمشاعره الداخلية قد يسهم أيضاً في شدة اضطراباته النفسية، وإن كان بدرجة أقل. وبذلك تُعزز هذه النتائج أهمية النظر إلى الأكسيثيميا كعامل خطر متعدد الأبعاد، يرتبط بشكل مباشر بالأعراض المرضية، مما يستوجب تضمينها في التقييم النفسي والتدخل العلاجي، خاصة لدى الفئات المرضية المعرضة لاضطرابات انفعالية.

التوصيات:

- في ضوء ما توصلت إليه نتائج البحث الحالي، توصي الباحثة بما يلي:
- ١- إدراج تقييم الأكسيثيميا ضمن التقييم النفسي للحالات، خاصة مع الحالات المصاحبة باضطرابات انفعالية مثل القلق، والاكتئاب.
- ٢- تصميم برامج علاجية قائمة على تنمية الوعي الانفعالي، بهدف تحسين قدرة الأفراد على التعرف على مشاعرهم وتفسيرها، مما يسهم في الحد من تطور الأعراض النفسية لديهم.
- ٣- تدريب الأخصائيين النفسيين في المراكز والمستشفيات على تقييم الأكسيثيميا، لدمجها في الخطط العلاجية.
- ٤- توعية الأسر بأهمية البيئة الداعمة للأفراد المعرضين للأكسيثيميا، لتعزيز تنمية الوعي الانفعالي وتقليل أعراض الاضطرابات النفسية.
- ٥- تقديم الإرشاد النفسي للأفراد حول تأثير الوعي الانفعالي على جودة النوم وأهميته في تعزيز الصحة العامة.

البحوث المقترحة:

- ١- تنظيم الانفعال متغير وسيط في العلاقة بين الأكسيثيميا والأعراض المرضية النفسية لدى المصابين بمتلازمة القولون العصبي.
- ٢- الدور الوسيط للأكسيثيميا وتنظيم الانفعال في العلاقة بين المخططات التكيفية المبكرة وأعراض القلق والاكتئاب.
- ٣- الأكسيثيميا متغير وسيط في العلاقة بين جودة النوم وشدة الأعراض الجسدية المرتبطة بالجهاز الهضمي.
- ٤- الأكسيثيميا متغير وسيط في العلاقة بين المخططات التكيفية المبكرة ونوعية الحياة لدى المصابين بمتلازمة القولون العصبي.

- ٥- الدور المعدل للنوع في العلاقة بين الضيق النفسي وأعراض القلق والاكتئاب لدى المصابين بمتلازمة القولون العصبي.
- ٦- فاعلية برنامج علاجي معرفي- انفعالي قائم على تنمية الوعي بالمشاعر لخفض الألكسيثيميا وتحسين الأعراض النفسية.
- ٧- الألكسيثيميا متغير وسيط في العلاقة بين أعراض القلق والاكتئاب وشدة أعراض القولون العصبي.

المراجع

المراجع العربية:

- أحمد عكاشة، وطارق عكاشة. (٢٠١٧). علم النفس الفسيولوجي. مكتبة الأنجلو المصرية.
- فيصل يونس، وأميمة أنور. (٢٠١٤). الألكسيثيميا: نظرة في المفهوم وإرهاصاته وتطورات النظرية. *المجلة الاجتماعية القومية*. ٥٢(٢).

ترجمة المراجع العربية:

- Ahmed Okasha & Tarek Okasha. (2017). *Physiological Psychology*. Anglo Egyptian Bookshop.
- Faysal Younis& Omima Anwar. (2014). A preview about its concept, indications and theoretical development. *The National Social Journal*, 52(2).

المراجع الأجنبية:

- Abd Elaziz, H., Ismail, R., Mohammed, H., & Abd Elaziz, S. (2019). Psychosocial aspects and personality dimensions among a sample of patients with irritable bowel syndrome. *Egyptian Journal of Psychiatry*, 40, 147 - 154.
- AbdAllah, A.& Sharafeddin, M. (2021). Subjective Sleep Quality among Patients with Irritable Bowel Syndrome Attending Outpatient Clinic in Zagazig University Hospital. *The Egyptian Journal of Community Medicine*, 39(1), 23-31. <https://doi.org/10.21608/ejcm.2021.144069>
- Abd-Elhamed, M., Hady, R., Mahmoud, S., Mohamed, B. (2023). Alexithymia, resilience and suicidal ideation among patients with obsessive-compulsive disorder. *Middle East Current Psychiatry*. 30, 86. <https://doi.org/10.1186/s43045-023-00355-9>

- Adriani, A., Ribaldone, D. G., Astegiano, M., Durazzo, M., Saracco, G. M., & Pellicano, R. (2018). Irritable bowel syndrome: the clinical approach. *Panminerva medica*, 60(4), 213–222. <https://doi.org/10.23736/S0031-0808.18.03541-3>
- Ali, A., Ezzat, R., El-kest, H., & Mahmoud, S. (2024). Relationship between Aggression, Alexithymia and Parenting Styles among Adolescent Students. *Egyptian Journal of Health Care*, 15(4), 1414-1434.
- Alimoradi, Z., Majd, N. R., Broström, A., Tsang, H. W. H., Singh, P., Ohayon, M. M., Lin, C. Y., & Pakpour, A. H. (2022). Is alexithymia associated with sleep problems? A systematic review and meta-analysis. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 133, 104513. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.12.036>
- Aydin, A., Ozdemir, P. G., & Selvi, Y. (2012). P-470 - the Effect of Alexithymia on Somatization and Sleep Quality in Major Depressive Patients. *European Psychiatry*, 27(S1), 1–1. [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(12\)74637-0](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(12)74637-0)
- Bagby, R. M., Parker, J. D. A., & Taylor, G. J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale: I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(1), 23–32. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(94\)90005-1](https://doi.org/10.1016/0022-3999(94)90005-1)
- Bazydlo, R., Lumley, M. A., & Roehrs, T. (2001). Alexithymia and polysomnographic measures of sleep in healthy adults. *Psychosomatic medicine*, 63(1), 56–61. <https://doi.org/10.1097/00006842-200101000-00007>
- Berens, S., Banzhaf, P., Baumeister, D., Gauss, A., Eich, W., Schaefer, R., & Tesarz, J. (2020). Relationship between adverse childhood experiences and illness anxiety in irritable bowel syndrome - The impact of gender. *Journal of psychosomatic research*, 128, 109846. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2019.109846>
- Besedovsky, L., Lange, T., & Haack, M. (2019). The Sleep-Immune Crosstalk in Health and Disease. *Physiological reviews*, 99(3), 1325–1380. <https://doi.org/10.1152/physrev.00010.2018>
- Boden, M. T., & Berenbaum, H. (2007). Emotional awareness, gender, and suspiciousness. *Cognition and Emotion*, 21(2), 268-280. <https://doi.org/10.1080/02699930600593412>

- Boden, M. T., & Berenbaum, H. (2010). The Bidirectional Relations between Affect and Belief. *Review of General Psychology*, 14(3), 227-239. <https://doi.org/10.1037/a0019898>
- Bogut, A., Martinac, M., Pravdić, D., Karin, M., Volarić, M., Bevanda Glibo, D., Babić, E., Babić, D., & Bevanda, M. (2022). Personality Traits and Health Related Quality of Life in Patients with Irritable Bowel Syndrome and Inflammatory Bowel Disease. *Psychiatria Danubina*, 34(Suppl 10), 53–62.
- Boudabbous, M., Issa, A. B., Feki, I., Gdoura, H., Chtourou, L., Moalla, M., Tahri, N. (2023). Alexithymia Impairs Quality of Life in Irritable Bowel Syndrome. *Future Science OA*, 9(10). <https://doi.org/10.2144/fsoa-2023-0068>
- Buyse, D. J., Reynolds, C. F., 3rd, Monk, T. H., Berman, S. R., & Kupfer, D. J. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry research*, 28(2), 193–213. [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(89\)90047-4](https://doi.org/10.1016/0165-1781(89)90047-4)
- Canavan, C., West, J., & Card, T. (2014). The epidemiology of irritable bowel syndrome. *Clinical Epidemiology*, 6, 71–80. <https://doi.org/10.2147/CLEP.S40245>
- Carabotti, M., Scirocco, A., Maselli, M. A., & Severi, C. (2015). The gut-brain axis: interactions between enteric microbiota, central and enteric nervous systems. *Annals of gastroenterology*, 28(2), 203–209.
- Choi, Y., Youn, Y. H., Kang, S. J., Shin, J. E., Cho, Y. S., Jung, Y. S., Shin, S. Y., Huh, C. W., Lee, Y. J., Koo, H. S., Nam, K., Lee, H. S., Kim, D. H., Park, Y. H., Kim, M. C., Song, H. Y., Yoon, S. H., Lee, S. Y., Choi, M., Park, M. I., ... Korean Society of Neurogastroenterology and Motility (2025). 2025 Seoul Consensus on Clinical Practice Guidelines for Irritable Bowel Syndrome. *Journal of neurogastroenterology and motility*, 31(2), 133–169. <https://doi.org/10.5056/jnm25007>
- Conrad, R., Wegener, I., Imbierowicz, K., Liedtke, R., & Geiser, F. (2009). Alexithymia, temperament and character as predictors of psychopathology in patients with major depression. *Psychiatry research*, 165(1-2), 137–144. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2007.10.013>

- Crowe, K., & Spiro-Levitt, C. (2021). Sleep-Related Problems and Pediatric Anxiety Disorders. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 30(1), 209–224. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2020.09.004>
- Davarinejad, O. , Mohammadi maid, T. , Salimi, Y. , Abbasi, M. , Shirzadi, M. and Zeresghi, E. (2022). The Relationship between Obsessive-Compulsive Disorder and Irritable Bowel Syndrome: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Critical Comments in Biomedicine*, 3(1), -. doi: 10.18502/ccb.v3i1.9410
- Davarinejad, O., RostamiParsa, F., Radmehr, F., Farnia, V., & Alikhani, M. (2021). The prevalence of obsessive-compulsive disorder in patients with irritable bowel syndrome: A cross-sectional study. *Journal of education and health promotion*, 10, 50. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_812_20
- De Gucht, V., & Heiser, W. (2003). Alexithymia and somatisation: quantitative review of the literature. *Journal of psychosomatic research*, 54(5), 425–434. [https://doi.org/10.1016/s0022-3999\(02\)00467-1](https://doi.org/10.1016/s0022-3999(02)00467-1)
- DelRosso, L. M. (2025). Global Perspectives on Sleep Health: Definitions, Disparities, and Implications for Public Health. *Brain Sciences*, 15(3), 304. <https://doi.org/10.3390/brainsci15030304>.
- Dumitrascu, L. D., Baban, A., & Ismaiel, A. (2024). Alexithymia in irritable bowel syndrome – systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 181, 111719. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2024.111719>
- Gleaves, D.H. (2020). Psychopathology. In: Zeigler-Hill, V., Shackelford, T.K. (eds) *Encyclopedia of Personality and Individual Differences*. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-24612-3_933
- Goerlich K. S. (2018). The Multifaceted Nature of Alexithymia - A Neuroscientific Perspective. *Frontiers in psychology*, 9, 1614. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01614>
- Gosselin, M. H. M. (2021). An Exploration of the Relationships Among Early Maladaptive Schemas, Alexithymia and Pain-Related Outcomes in Irritable Bowel Syndrome (Doctoral dissertation, Fielding Graduate University; Order No. 28718809). ProQuest Dissertations & Theses Global.

<https://www.proquest.com/dissertations-theses/exploration-relationships-among-early-maladaptive/docview/2572570550>

- Hiller, R. M., Lovato, N., Gradisar, M., Oliver, M., & Slater, A. (2014). Trying to fall asleep while catastrophising: what sleep-disordered adolescents think and feel. *Sleep medicine*, 15(1), 96–103. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2013.09.014>
- Huang, Y. H., Yang, C. M., Huang, Y. C., Huang, Y. T., & Yen, N. S. (2022). Do alexithymia and negative affect predict poor sleep quality? The moderating role of interoceptive sensibility. *PLoS one*, 17(10), e0275359. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0275359>
- Huo, L., Qu, D., Pei, C., Wu, W., Ning, Y., Zhou, Y., & Zhang, X. Y. (2023). Alexithymia in chronic schizophrenia and its mediating effect between cognitive deficits and negative symptoms. *Schizophrenia Research*, 261, 275–280. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2023.10.006>
- Ismail, A., Foucambert, P., Ismail, M., Leucuta, D. C., Popa, S. L., Baban, A., & Dumitrascu, D. L. (2024). Silent Struggles Within: Alexithymia Unveiled in Irritable Bowel Syndrome: A Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of neurogastroenterology and motility*, 30(4), 387–396. <https://doi.org/10.5056/jnm23159>
- Kafarov, T. A., Aliev, N. A., & Aliyev, Z. N. (2020). Issledovanie aleksitimii pri shizofrenii i nekotorykh somaticheskikh zabollevaniyakh [A study of alexithymia in schizophrenia and some somatic diseases]. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova*, 120(4), 36–40. <https://doi.org/10.17116/jnevro202012004136>
- Kamiya, T., Shikano, M. (2024). Definition of Irritable Bowel Syndrome. In: Kamiya, T., Fukudo, S. (eds) Irritable Bowel Syndrome. Springer, Singapore. https://doi.org/10.1007/978-981-97-8410-3_1
- Katani, A. □ M., Alinia, M., Eslami, M., Eskandarian, S., & Masjedi Arani, A. (2024). Predicting sleep quality based on mindfulness among the patients who suffer from irritable bowel syndrome (IBS): Investigating the mediating role of self regulation and rumination. *Journal of Sleep Sciences*, 7(3–4), 90–95. [https://doi.org/10.18502/jss.v7i\(3-4\).15251](https://doi.org/10.18502/jss.v7i(3-4).15251)
- Kinsinger S. W. (2017). Cognitive-behavioral therapy for patients with irritable bowel syndrome: current insights. *Psychology research and*

- behavior management, 10, 231–237.
<https://doi.org/10.2147/PRBM.S120817>
- Koppelberg, P., Kersting, A., & Suslow, T. (2023). Alexithymia and interpersonal problems in healthy young individuals. *BMC psychiatry*, 23(1), 688. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-05191-z>
- La Touche, R., García-Salgado, A., Cuenca-Martínez, F., Angulo-Díaz-Parreño, S., Paris-Aleman, A., Suso-Martí, L., & Herranz-Gómez, A. (2021). Alexithymia and facial emotion recognition in patients with craniofacial pain and association of alexithymia with anxiety and depression: a systematic review with meta-analysis. *PeerJ*, 9, e12545. <https://doi.org/10.7717/peerj.12545>
- Lee, S. K., Yoon, D. W., Lee, S., Kim, J., Choi, K. M., & Shin, C. (2017). The association between irritable bowel syndrome and the coexistence of depression and insomnia. *Journal of psychosomatic research*, 93, 1–5. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2016.12.007>
- Li, W., Liu, Y., Qiu, J., & Li, Y. (2023). Bidirectional relationship between insular grey matter volume and alexithymia: Evidence from a longitudinal study. *Journal of affective disorders*, 339, 799–806. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.07.041>
- Liao, Y., Zhong, Y., Yang, K., & Zhang, X. Y. (2025). Effects of comorbid alexithymia on cognitive impairment in chronic schizophrenia: a large-sample study on the Han Chinese population. *Frontiers in psychiatry*, 16, 1517540. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2025.1517540>
- Lindquist K. A. (2017). The role of language in emotion: existing evidence and future directions. *Current opinion in psychology*, 17, 135–139. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.07.006>
- Liu, Z., He, S., & Hou, C. (2025). The effect of alexithymia on depression: evidence from meta-analysis. *Frontiers in psychology*, 16, 1465286. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1465286>
- Luminet, O., & Nielson, K. A. (2025). Alexithymia: Toward an Experimental, Processual Affective Science with Effective Interventions. *Annual review of psychology*, 76(1), 741–769. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-021424-030718>
- Luminet, O., & Zamariola, G. (2018). Emotion Knowledge and Emotion Regulation in Alexithymia. In O. Luminet, R. M. Bagby, & G. J.

- Taylor (Eds.), *Alexithymia: Advances in Research, Theory, and Clinical Practice* (pp. 49–77). chapter, Cambridge: Cambridge University Press.
- Lumley, M. A., Neely, L. C., & Burger, A. J. (2007). The assessment of alexithymia in medical settings: implications for understanding and treating health problems. *Journal of personality assessment*, 89(3), 230–246. <https://doi.org/10.1080/00223890701629698>
- Martino, G., Caputo, A., Schwarz, P., Bellone, F., Fries, W., Quattropiani, M. C., & Vicario, C. M. (2020). Alexithymia and Inflammatory Bowel Disease: A Systematic Review. *Frontiers in psychology*, 11, 1763. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01763>
- Mearin, F., Lacy, B. E., Chang, L., Chey, W. D., Lembo, A. J., Simren, M., & Spiller, R. (2016). Bowel Disorders. *Gastroenterology*, S0016-5085(16)00222-5. *Advance online publication*. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2016.02.031>
- Meneo, D., Samea, F., Tahmasian, M., & Baglioni, C. (2023). The emotional component of insomnia disorder: A focus on emotion regulation and affect dynamics in relation to sleep quality and insomnia. *Journal of sleep research*, 32(6), e13983. <https://doi.org/10.1111/jsr.13983>
- Morie, K. P., Crowley, M. J., Mayes, L. C., & Potenza, M. N. (2022). The process of emotion identification: Considerations for psychiatric disorders. *Journal of psychiatric research*, 148, 264–274. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2022.01.053>
- Moriguchi, Y., & Komaki, G. (2013). Neuroimaging studies of alexithymia: physical, affective, and social perspectives. *BioPsycho Social medicine*, 7(1), 8. <https://doi.org/10.1186/1751-0759-7-8>
- Murphy, J., Wulff, K., Catmur, C., & Bird, G. (2018). Alexithymic traits, independent of depression and anxiety, are associated with reduced sleep quality. *Personality and Individual Differences*, 129, 175–178. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2018.03.023>
- Nelson, K. L., Davis, J. E., & Corbett, C. F. (2022). Sleep quality: An evolutionary concept analysis. *Nursing forum*, 57(1), 144–151. <https://doi.org/10.1111/nuf.12659>
- Neyazi, A., Rahimi, B. A., Mohammadi, A. Q., Neyazi, M., Faizee, M. I., Daulati, M. N., Razaqi, N., Afzali, H., Qanawezi, L., Sarem, S., & Said, S. (2024). Assessment of psychometric properties of the Dari

- version of the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) among Afghans. *Discover Psychology*, 4, Article 172. <https://doi.org/10.1007/s44202-024-00289-1>
- Nikolova, V. L., Pelton, L., Moulton, C. D., Zorzato, D., Cleare, A. J., Young, A. H., & Stone, J. M. (2022). The Prevalence and Incidence of Irritable Bowel Syndrome and Inflammatory Bowel Disease in Depression and Bipolar Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Psychosomatic medicine*, 84(3), 313–324. <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000001046>
- Phillips, K., Wright, B. J., & Kent, S. (2013). Psychosocial predictors of irritable bowel syndrome diagnosis and symptom severity. *Journal of psychosomatic research*, 75(5), 467–474. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2013.08.002>
- Pozza, A., Giaquinta, N., & Dèttore, D. (2015). The Contribution of Alexithymia to Obsessive-Compulsive Disorder Symptoms Dimensions: An Investigation in a Large Community Sample in Italy. *Psychiatry journal*, 707850. <https://doi.org/10.1155/2015/707850>
- Preece, D. A., Mehta, A., Petrova, K., Sikka, P., Bjureberg, J., Becerra, R., & Gross, J. J. (2023). Alexithymia and emotion regulation. *Journal of affective disorders*, 324, 232–238. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.12.065>
- Preece, D. A., Mehta, A., Petrova, K., Sikka, P., Pemberton, E., & Gross, J. J. (2024). Alexithymia profiles and depression, anxiety, and stress. *Journal of affective disorders*, 357, 116–125. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.02.071>
- Rameshkumar, S., Arizmendi, B. J., & Salwen-Deremer, J. K. (2024). The role of arousal in maintaining the relationship between insomnia and gastrointestinal conditions. *Translational gastroenterology and hepatology*, 9, 41. <https://doi.org/10.21037/tgh-23-126>
- Rehman, A., Gumley, A., & Biello, S. (2018). Sleep quality and paranoia: The role of alexithymia, negative emotions and perceptual anomalies. *Psychiatry research*, 259, 216–222. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.09.066>
- Ryan, E., & Smyth, S. (2025). Does Interoceptive Sensibility Mediate the Relationship Between Alexithymia and Sleep Quality?. *Journal of Affective Disorders Reports*, 100884.

- Rzeszutek, M., Kowalkowska, J., Drabarek, K., Van Hoy, A., Schier, K., Lis-Turlejska, M., Dragan, M., Holas, P., Maison, D., Litwin, E., Wawrzyniak, J., Znamirska, W., Szumiał, S., & Desmond, M. (2024). Adverse childhood experiences and alexithymia intensity as predictors of temporal dynamics of functioning in individuals with irritable bowel syndrome: A three-wave latent transition analysis. *Journal of psychosomatic research*, 187, 111904. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2024.111904>
- Sallam, A. M., Sayyari, N. A., Bedewy, D., Alomosh, A. F., & Bayoumy, M. S. (2024). Alexithymia in the relationship between nomophobia and social phobia among learning difficulties students. *Kurdish Studies*, 12(2), 3825-3840. Retrieved from <https://kurdishstudies.net/menu-script/index.php/KS/article/view/2499>
- Sander, D., & Scherer, K. R. (Eds.). (2009). *The Oxford companion to emotion and the affective sciences*. Oxford University Press
- Sherwin, L. B., Leary, E., & Henderson, W. A. (2017). The association of catastrophizing with quality-of-life outcomes in patients with irritable bowel syndrome. *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 26(8), 2161–2170. <https://doi.org/10.1007/s11136-017-1554-0>
- Staudacher, H. M., Black, C. J., Teasdale, S. B., Mikocka-Walus, A., & Keefer, L. (2023). Irritable bowel syndrome and mental health comorbidity - approach to multidisciplinary management. *Nature reviews. Gastroenterology & hepatology*, 20(9), 582–596. <https://doi.org/10.1038/s41575-023-00794-z>
- Sun, M., Piao, M., & Jia, Z. (2024). The impact of alexithymia, anxiety, social pressure, and academic burnout on depression in Chinese university students: an analysis based on SEM. *BMC psychology*, 12(1), 757. <https://doi.org/10.1186/s40359-024-02262-y>
- Taylor, G. J., & Bagby, R. M. (2012). The alexithymia personality dimension. In T. A. Widiger (Ed.), *The Oxford handbook of personality disorders* (pp. 648–673). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199735013.013.0030>

- Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. A. (1997). *Disorders of Affect Regulation: Alexithymia in Medical and Psychiatric Illness*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Timoney, L. R., & Holder, M. D. (2013). *Emotional processing deficits and happiness: Assessing the measurement, correlates, and well-being of people with alexithymia*. Springer Science + Business Media.
- Topan, R., Vork, L., Fitzke, H., Pandya, S., Keszthelyi, D., Cornelis, J., Ellis, J., Van Oudenhove, L., Van Den Houde, M., & Aziz, Q. (2024). Poor Subjective Sleep Quality Predicts Symptoms in Irritable Bowel Syndrome Using the Experience Sampling Method. *The American journal of gastroenterology*, 119(1), 155–164. <https://doi.org/10.14309/ajg.0000000000002510>
- Torun, F., Koç, G., Ocak Serin, S., & Dilek Torun, S. (2020). Psychiatric symptoms and relationship of disease with stress and traumatic experiences in patients with irritable bowel syndrome. *Rivista di psichiatria*, 55(5), 292–296. <https://doi.org/10.1708/3457.34461>
- Tu, Q., Heitkemper, M. M., Jarrett, M. E., & Buchanan, D. T. (2017). Sleep disturbances in irritable bowel syndrome: a systematic review. *Neurogastroenterology and motility*, 29(3), 10.1111/nmo.12946. <https://doi.org/10.1111/nmo.12946>
- Vanek, J., Prasko, J., Genzor, S., Ociskova, M., Holubova, M., Sova, M., Kantor, K., Slepecky, M., & Nesnidal, V. (2020). Insomnia and emotion regulation. *Neuro endocrinology letters*, 41(5), 255–269.
- Wang, F., Liu, Y. L., Jiang, C. H., Wu, H. Y., Jin, J., Sun, Y. W., He, Z. X., Kang, L., & Fang, X. (2025). Association between psychiatric disorders and irritable bowel syndrome: A bidirectional Mendelian randomization study. *Journal of affective disorders*, 368, 865–871. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.09.030>
- Wang, J., Meng, N., Chen, K., Huang, X., Feng, L., Yang, C., Li, Z., & Sun, X. (2024). The Relationship Between Depressive Symptoms and Functional Gastrointestinal Disorders (FGIDs): The Chain Mediating Effect of Sleep Disorders and Somatic Symptom. *Depression and anxiety*, 2024, 5586123. <https://doi.org/10.1155/2024/5586123>
- Wilshire, C. E., Ward, T., & Clack, S. (2021). Symptom Descriptions in Psychopathology: How Well Are They Working for Us? *Clinical*

Psychological Science, 9(3), 323-339. <https://doi.org/10.1177/2167702620969215>

Wimberly, M. (2024). Irritable Bowel Syndrome. In: Desai, B.K., Desai, A., Ganti, L., Elbadri, S. (eds) *Primary Care for Emergency Physicians*. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-031-64676-8_15

Yaşar, A. B., & Gündoğmuş, I. (2021). Relationship between alexithymia and sleep quality in university students. *Current Approaches to Psychiatry*, 13(S1), 122-134. <https://doi.org/10.18863/pgy.951810>

Yılmaz, A., Gökçen, P., Yılmaz, H., Hüzmeli, C., & Yılmaz, A. (2021). Irritable Bowel Syndrome in Dialysis Patients and Symptom Check List Revised (SCL 90-R) Screening. *The Eurasian journal of medicine*, 53(3), 220–226. <https://doi.org/10.5152/eurasianjmed.2021.20412>

The relative contribution of alexithymia in predicting sleep quality and psychopathological symptoms among patients with irritable bowel syndrome

Dr. Elshaimaa Ibrahim Hasaballa

Department of psychology-Faculty of Arts

Assiut University

Abstract

The current study aims to identify the levels of psychological symptoms among patients with irritable bowel syndrome (IBS), as well as to determine the relative contribution of alexithymia and its subdimensions in predicting both sleep quality and Psychopathological symptoms in IBS patients. The sample consisted of 120 individuals diagnosed with IBS, aged 20 to 65 years ($M = 34.7$, $SD = \pm 9.1$), including 37 males and 83 females. The instruments used were the Toronto Alexithymia Scale (Bagby et al., 1994; translated and adapted by Alaa El-Din Kafafi and Fouad Al-Dawash, 2011), the Pittsburgh Sleep Quality Index (Buysse et al., 1989; translated and adapted by the researcher), and the Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R) (Derogatis et al., 1994; translated and adapted by Abdul Raqib Al-Buhairi, 2005). The results showed that obsessive-compulsive symptoms were the most common psychological symptoms among patients with IBS, followed by somatic symptoms, then anxiety and depression. The findings also indicated a statistically significant predictive contribution of the dimensions of difficulty identifying feelings (DIF) and difficulty describing feelings (DDF) in predicting lower sleep quality. Moreover, DIF emerged as a statistically significant predictor of all psychological symptoms, in addition to the Grand Total (GT). It was followed in predictive power by externally oriented thinking (EOT), which contributed to predicting psychological symptoms and the GT, except for depression and phobic anxiety.

Keywords: Alexithymia – sleep quality – psychopathological symptoms – irritable bowel syndrome.