الألكسيثيميا(١) (عمه المشاعر) وعلاقتها بالسمنة(٢) واضطرابات النوم(٣) لدي الإناث
دراسة مقارنة بين محافظة الوادي الجديد ومحافظة المنيا

د / منتصر صلاح فتحي أحمد

مدرس علم النفس الإكلينيكي والعلاج النفسي – قسم علم النفس – جامعة الوادي الجديد

الملخص

هدفت الدراسة الراهنة إلي التعرف علي العلاقة بين الألكسيثيميا والسمنة واضطرابات النوم لدي الإناث بمحافظتي الوادي الجديد والمنيا، واستخدمت الدراسة الحالية المقاييس التالية : استخبار بيرث للألكسيثيميا (س ث ك) إعداد **بيرث، وبيكرا، وروبنسون، وداندي، وآلين (٢٠١٨) Preece ; Becerra ; Robinson ; Dandy & Allan** ترجمة / **منتصر صلاح فتحي**، ومقياس تورنتو للألكسيثيميا إعداد **تايلور، وريان، وباجبي (١٩٨٥) , Taylor , Ryan & Bagby** ترجمة / **منتصر صلاح فتحي** يستخدم كمحك صدق خارجي لاستخبار بيرث للألكسيثيميا (س ث ك)، وقائمة اضطرابات النوم (ق ض ن) إعداد / **منتصر صلاح فتحي**، ومقياس مؤشر جودة النوم لبيتسبرج (م ش ج ن ب) إعداد **لبيتسبرج Pittsburgh** ترجمة وتعديل / **منتصر صلاح فتحي** يستخدم كمحك صدق خارجي لقائمة اضطرابات النوم (ق ض ن)، ودليل أو مؤشر كتلة الجسم لتحديد السمنة، وفي إطار التحقُّق من هدف الدراسة تم استخدام المنهج الوصفي المقارن أو ما يُسمي بالمنهج العلّي المقارن، وذلك علي عينة من السيدات المقيمات في محافظتي الوادي الجديد، والمنيا، وتكونت من (٤٠٠) سيدة بمعدل (٢٠٠) سيدة من محافظة الوادي الجديد منهم (١٠٠) سيدة كمجموعة حالة، و(١٠٠) سيـــدة كمجموعة مقارنة، و(٢٠٠) سيدة من محافظة المنيا منهم (١٠٠) سيدة كمجموعة حالة، و(١٠٠) سيدة كمجموعة مقارنة، والتي تراوحت أعمارهن بين (١٨ – ٤٤) عاماً، وجاءت نتائج الدراسة لتُشير إلي وجود علاقة موجبة بين الألكسيثيميا والسمنة، وأيضاً بين الألكسيثيميا واضطرابات النوم لدي عينات الدراسة، ووجود فروق دالة جوهرياً بين عينة محافظة المنيا، وعينة محافظة الوادي الجديد علي مقاييس متغير الألكسيثيميا (استخبار بيرث للألكسيثيميا (س ث ك)، ومقياس تورنتو للألكسيثيميا)، ومقياس متغير السمنة (دليل أو مؤشر كتلة الجسم)، ومقاييس متغير اضطرابات النوم (قائمة اضطرابات النوم (ق ض ن)، و مقياس مؤشر جودة النوم لبيتسبرج (م ش ج ن ب))، وكانت الفروق دالة عند ٠.٠٠١ في اتجاه عينة محافظة المنيا.

الكلمات المِفتاحية الأساسية : الألكسيثيميا – عمه المشاعر – السمنة – اضطرابات النوم – محافظة الوادي الجديد محافظة المنيا.

Alexithymia and its relationship to obesity and sleep disorders in females
A comparative study between New Valley Governorate and Mina Governorate

Montaser S. Ahmad

Dep. of Psychology - Al Wady El gedid University

Abstract:

The current study aimed at identifying the relationship between Alexithymia , obesity and sleep disorders among females in the New Valley and Mina governorates. The present study used the following metrics : Perth Alexithymia Questionnaire (PAQ) Preparation by **Preece ; Becerra ; Robinson ; Dandy ; Allan (٢٠١٨)** Translation / **Montaser Salah Fathy** , Toronto Alexithymia Scale (TAS - ٢٠) Preparation by **Taylor , Ryan and Bagby , (١٩٨٥)** Translation / **Montaser Salah Fathy** , It is used as an external honesty test for Perth Alexithymia Questionnaire (PAQ) , Sleep Disorders Schedule (SDS) Preparation by **Montaser Salah Fathy** , The Pittsburgh Sleep Quality Index (TPSQI) Preparation by Pittsburgh Translation and amendment / **Montaser Salah Fathy** It is used as an external honesty test for Sleep Disorders Schedule (SDS) , A guide or body mass index to determine obesity , Within the framework of verifying the goal of the study, the comparative descriptive approach , or the so-called h comparative approach , was used on a sample of women residing in the New Valley and Mina governorates , and it consisted of (٤٠٠) women at a rate of (٢٠٠) women from the New Valley Governorate , of whom (١٠٠) Women as a case group , (١٠٠) women as a comparison group , and (٢٠٠) women from Mina Governorate , including (١٠٠) women as a case group , and (١٠٠) women as a comparison group, whose ages ranged between (١٨ - ٤٤) years , The results of the study came to indicate the existence of a positive relationship between Alexithymia and obesity , as well as between Alexithymia and sleep disorders in the study samples , and the presence of significant differences between the sample of the governorate of Mina , and the sample of the New Valley governorate on the measures of the Alexithymia variable (Perth Alexithymia Questionnaire (PAQ) , Toronto Alexithymia Scale (TAS - ٢٠) , the obesity variable scale (A guide or body mass index to determine obesity) , sleep disorders variable measures (Sleep Disorders Schedule (SDS) , and The Pittsburgh Sleep Quality Index (TPSQI)), and differences were significant at ٠.٠٠١ in The direction of the Mina Governorate sample.

Key words : Alexithymia - Obesity - Sleep Disorders - New Valley Governorate - and Mina Governorate.

المقدمة :

علي مدي الأربعين سنة الماضية كتب كثير من علماء النفس عن الألكسيثيميا، وأول من قدم هذا المفهوم هو العالم **سيفنوس (١٩٧٣ , Sifneos)** الذي استخدم المصطلح أول مرة لوصف مجموعة من الخصائص المعرفية والوجدانية النموذجية علي مرضي يعانون من بعض الاضطرابات الجسمية، ومنذ تم التعرف علي المرضي المصابين بالألكسيثيميا، وأكتشف علماء النفس أن الأفراد المعاقين ذهنياً هم الذين يحصلون علي نسب ذكاء مرتفعة لكنهم عاجزون عن التواصل بالمشاعر ولا يستطيعوا الميل أو الانخراط في التفكير الموجة خارجياً **(Taylor ; Bagby & Parker , ١٩٩٧ ; Taylor , ٢٠٠٠)**، ولديهم أسلوب معرفي مختلف **(Murty & De M'uzan , ١٩٦٣)**.

والإشكاليات المتعلقة بالاتصاف بحالة الألكسيثيميا هي ارتباطها بمجموعة من الاضطرابات النفسية والعضوية التي تُؤثر على الشخص نفسه وعلى منْ يحيطون به في الأسرة أو العمل أو غيره. ومنشأ اكتشاف هذه الحالة هو بين مجموعات الذين يشكون من أعراض مرضية نتيجة لاضطرابات نفسية وليس لاضطرابات عضوية.

وفي إشارة لنظرية المشاعر الأخيرة لريشيرتس **(Reicherts , ١٩٩٩ , ٢٠٠١)** أقترح نموذج الانفتاح العاطفي الذي يوفر إطاراً متعدد الأبعاد لتحليل أنماط معالجة الانفعالات والعواطف، والنتائج الأخيرة تؤكد علي سبيل المثال الأهمية الإكلينيكية من تلك الأوضاع المختلة في معالجة الانفعالات والمشاعر في كلاً من الاضطرابات التتابعية وأيضاً الاضطرابات الشخصية **(Reicherts ; Casellini ; Duc ; Genoud & in press)**، أو في الاحتراق النفسي **(; Genoud ; Reicherts ; submitted ; Zimmermann ; Philippe ; Genoud & Michaël Reicherts , ٢٠٠٧)** .

وأظهرت دراسة **(Antti Jula ; Jouko ; Salminen & Simo Saarijarvi ١٩٩٩ ,)** أن الألكسيثيميا هي ضعف القدرة علي التعبير عن المشاعر، وعدم القدرة علي التفكير الموجه خارجياً نحو الآخرين، وهناك اختلاف واضح بين الرجال والنساء المصابين بضغط الدم غير المعالج في التعبير عن الغضب المكبوت، وأيضاً في التعبير عن زُملة الكدر النفسي (القلق، والضيق، والاكتئاب والعداء..... إلخ)، كما أظهرت الدراسة ارتباط الألكسيثيميا بالنوع، ومستوي التعليم المنخفض، والمستوي الاقتصادي الاجتماعي المنخفض.

ويقترح **تايلور وزملاؤه (١٩٩٧ , Taylor ; Bagby & Parker)** أن الألكسيثيميا تصف مجموعة من الخصائص التي تشمل صعوبة في تحديد المشاعر، وصعوبة في التواصل الوجداني بشكلٍ جيد، وأيضاً مشكلة في التفكير الموجه خارجياً، أضف إلي ذلك

الملاحظات والدلالات الإكلينيكية وسوء التوافق الاجتماعي، والميل نحو العمل، وعدم القدرة علي الأحلام، الأمر الذي جعل **تايلور وزملاؤه** يؤكدون أن الألكسيثيميا هي البداية للمرض النفسي، أو الاضطراب النفسي، كما أن الألكسيثيميا ترتبط ارتباط وثيق الصلة ببعض الاضطرابات مثل اضطرابات الأكل والسمنة (**Petterson , Beales & Dolton , ٢٠٠٠ ; ٢٠٠٤**)، وتعاطي المخدرات والاعتماد النفسي علي الإدمان وسوء استخدام المواد (**Speranza ; Corcos ; Stephan ; Loas ; Perez-Diaz ; Lang & Jeammet , ٢٠٠٤**)، وقد لاحظت عدد من الدراسات ارتفاع معدلات انتشار الألكسيثيميا بين المرضي النفسيين المشخصين علي أنهم مصابين بالاكتئاب (**Li , Ss. ; Zhang ; Guo & Zhang , ٢٠١٥**) (**Frewen ; Lanius ; Dozois ; Neufeld ; Pain ; Hopper & Stevens , ٢٠٠٨**) (**Son ; Rim ; Kim ; Bae & Lee , ٢٠١٢**)، واضطرابات ما بعد الصدمة (**Frewen ; Brady ; Bujarski ; Feldner & Pyne , ٢٠١٦**) (**Lanius ; Dozois ; Neufeld ; Pain ; Hopper & Stevens , ٢٠٠٨**)، واضطرابات الشخصية (**De Panfilis ; Ossola ; Tonna ; Catania & Marchesi , ٢٠١٥**)، فضلاً عن اضطرابات طيف التوحد وخاصةً متلازمة اسبرجر (**Fitzgerald & Molyneux , ٢٠٠٤**).

وتُعد السمنة مرض نفسي جسمي، يوجد لدي الجنسين تقريباً بنسبة واحدة في مرحلتي الطفولة والمراهقة، ولكن يزداد لدي الذكور في مرحلة الرشد (**شقير، زينب، ٢٠٠٥ : ٢٥٨**).

وتشير مصادر الطب النفسي إلى أن حالة الألكسيثيميا تُصاحب اضطرابات نفسية وعضوية عدة، منها طيف اضطرابات التوحد[٤] واضطرابات التوتر ما بعد التعرض للحوادث (اضطرابات ضغوط ما بعد الصدمة)[٥]، والهزال العصبي[٦]، وشراهة الأكل والقيء[٧]، وحالات الاكتئاب الرئيسة[٨]، وحالات الذعر أو الرُهاب (نوبات الهلع)[٩]، وحالات الإدمان.

كما يُعد النوم من العمليات الفسيولوجية الهامة لدى الانسان والتي من شأنها أن تحافظ على توازنه النفسي والجسمي ويحقق له الاستقرار والهدوء، لذلك فالنوم أحد الحاجات البيولوجية الهامة وهو عملية ضرورية جداً بالنسبة لنمو الطفل، حيث أنه من أهم العوامل لتعويض الطفل ما أنفقه أثناء اليقظة من الجهد والنشاط، لأنه يُريحه راحة تامة، ففي النوم يقل النشاط إلى أدنى حد ويبطئ معدل التنفس والدورة الدموية، وينخفض معدل الأيض (**الدسوقي، مجدى محمد،٢٠٠٦ :١٥**).

وأفترض **فرويد** أن العديد من الأعراض الجسدية التي يعاني منها مرضي الهستيريا مصابين بالهستيريا بسبب الطفولة البائسة التي تعرضوا لها والتي لا يستطيع معظم المرضي تذكر أحداثها، وأرجع فرويد اضطراب الألكسيثيميا كأحد مظاهر الأعراض الجسدية كمحاولة من العقل الباطن لحماية المريض من المعاناة النفسية التي يتعرض لها وهذا يعني من وجهة نظر **فرويد** أن الألكسيثيميا عرض من الأعراض الجسدية التي تخفف من شدة الهستيريا وقد يكون هذا الأمر بشكل مباشر فيتمثل في شكوي المريض من شلل أو عمي.... الخ، أو غير مباشر مثل تجنب العمل.

والألكسيثيميا تعكس عجز شامل في العمليات المعرفية الأمر الذي يجعل الأفراد عاجزين عن التعبير عن مشاعرهم وعواطفهم بشكلٍ جيد **(Sifneos , ١٩٩٤ ; Taylor ; Bagby & Parker , ١٩٩٧)**.

ولذلك من المهم أن نفكر في اضطراب الألكسيثيميا ليس كاضطراب نفسي منفصل ولكن بوصفه سمة نفسية تُعيق التفكير والمشاعر، وبعض العمليات والوظائف التنفيذية الأساسية، وهي وجهة نظر شمولية يُنصح بها حينما نبحث في اضطراب الألكسيثيميا مما يجعل البحث في هذا الاضطراب أكثر فائدة لوضع خُطط للعلاج واتخاذ القرارات السليمة إكلينيكياً **(Silva ; Vasco & Ogrodniczuk ; Piper & Joyce , ٢٠٠٥) (Watson , ٢٠١٣)**.

مشكلة الدراسة وتساؤلاتها :

تُعد اضطرابات النوم من الاضطرابات الشائعة لدي الكثير وهي من أكثر الاضطرابات النفسية انتشاراً بين سكان العالم، ويرتبط انتشارها بتعقد الحضارة وكثرة الأعمال المطلوبة من الكثير منا، وأعباء الحياة وما يترتب علي ذلك من إجهاد وضغوط نفسية متعددة، وهذه الاضطرابات تختلف رغم انتشارها في مدي تأثيرها علي الأفراد **(كاظم، علي، ٢٠١٤)**.

والسمنة من أمراض العصر التي فرضت نفسها وشغلت أذهان الأطباء والنفسيين للتصدي لهذه المشكلة بشكل صحي، ونفسي، واجتماعي **(شقير، زينب، ٢٠٠٢ : ٧٢)**، حيثُ تعد السمنة من أهم أمراض العصر الحالي والمنتشرة حالياً، ويشكو منها الصغير والكبير، ولا تخلو جريدة أو مجلة إلا وبها شيء عن السمنة وطرق التخلص منها.

وترتبط اضطرابات النوم بالعديد من الاضطرابات الجسمية والنفسية، فقد لوحظ أن الأرق علي سبيل المثال يوجد لدي مرضي القلق، واضطرابات المِزاج، وتعاطي بعض المواد، والاختلال الوظيفي لجهاز المناعة، وهناك العديد من الأدلة التي تؤيد العلاقة بين هذه

الاضطرابات وعمه المشاعر، ومع ذللك فهناك ندرة من الدراسات التي تناولت العلاقة بين عمه المشاعر واضطرابات النوم الأخرى (**Bauermann ; Parker & Taylor , ٢٠٠٨**)، كما ترتبط اضطرابات النوم باختلال التكامل الحسي(*)وهو ما جعل الباحثين والمتخصصين يهتمون بالتكامل الحسي باعتباره مفيداً في علاج اضطرابات النوم، فقد تبين أن استخدام بعض الأدوات التي تُحفز المستقبلات الحسية، والتي تنقل الإشارات المثبطة(١٠) إلي الجهاز العصبي المركزي يساعد في علاج بعض اضطرابات النوم (**Ramtekkar , ٢٠١٧**).

وتعد اضطرابات النوم من الاضطرابات واسعة الانتشار حيث وصل عدد المصابين في إحدى الدراسات المعنية باضطرابات النوم حوالى (٧٠) مليون أميركي، وكان معدل الانتشار بالنسبة للتشخيصات عموماً حوالى (٣,١%) بالنسبة للمجتمع ككل طبقاً للعمر والجنس (**Rosen , Zozula , Jahn , & Carson , ٢٠٠١**).

وتري منظمة الصحة العالمية أن السمنة مشكلة رئيسة وتزداد نتيجةً لها المخاطر الصحية للأفراد، فالأفراد يتذكرون من خلال مشاهدتهم للتلفاز، والمجلات، ولوحات الإعلانات، والمناقشة العامة أن شكل الجسم المثالي هو النحافة المفرطة، ويعترفون في عمر مبكر بأن زيادة الوزن أمر غير مرغوب فيه، وينظر بعضهم إلي أجسامهم بكونه مصدراً للانزعاج والعار (**كيلي، براونيل، وماهلن، باتريك، ٢٠٠٢ : ٧٥٢ – ٧٥٣**).

ولقد انتشرت حديثاً ظاهرة اضطرابات النوم مع زيادة السمنة، وقد أشارت عدة دراسات أجريت في أسبانيا، والولايات المتحدة الأمريكية، واليونان، والصين أن قلة ساعات النوم المعتادة خلال اليوم يزيد من مؤشر كتلة الجسم عند مختلف الفئات العمرية، وأفادت الدراسات العلمية والإكلينيكية أن قلة النوم تؤدي إلي اضطرابات بالعمليات الأيضية من خلال نقص حساسية الخلايا للأنسولين واختلال مستوي الجلوكوز في الدم، وتناقص هرمون (اللبيتين) الذي يعد من الهرمونات التي تؤثر في الإحساس بالشبع والجوع عند الشخص، ولأن التوازن في الطاقة يُعد مفهوماً أساسياً لمنع البدانة (كزيادة السعرات الحرارية وقلة النشاط البدني)، ولذلك ففهم (تأثير قلة ساعات النوم، والسلوكيات المرتبطة بأكل السعرات الحرارية، والنشاط البدني) كل تلك الأشياء تساعد علي الوقاية من السمنة. وقد وُجد أن قلة النوم ليلاً تؤدي إلي زيادة ساعات النوم أثناء النهار يؤدي إلي قلة المشاركة في الأنشطة الحركية مثل الرياضة، وعدم الرغبة في إعداد طعام صحي، ومن ثم يعتمد الشخص علي أكل الطعام الجاهز الذي لا يحتوي علي قيمة غذائية عالية ويحتوي علي سعرات حرارية أعلي، ويزداد مؤشر كتلة الجسم بقلة عدد ساعات النوم وزيادة ساعات العمل عند كل شخص، فنجد

أن أكثر من (٣٠%) من البالغين والرجال والنساء ينامون بمعدل أقل من (٦) ساعات يومياً، لذا فانتشار ظاهرة قلة النوم مؤخراً كان سببها زيادة معدل السمنة، ولذلك فإن زيادة عدد ساعات النوم عند الأطفال لتصبح (٨) ساعات أو أكثر من الممكن أن تحد من زيادة الوزن المصاحبة للعوامل الأخرى التي تؤدي إلي السمنة (**Gulglielmo & Slivana , ٢٠١٣**)، و(**فريمان، ياتريك، ٢٠٠٧ : ١١**).

بالرغم من أن الألكسيثيميا نوقشت علي أنها سمة شخصية مستقرة خصوصاً لدي عموم البشر إلا أنها تزيد من التعرض لأعراض الاكتئاب (**Tolmunen ; Heliste ; Lehto ; Hintikka ; Honkalampi & Kauhanen , ٢٠١١**)، وهناك بعض الأدلة علي أن الألكسيثيميا ظاهرة وسمة علي حدٍ سواء (**De Haan ; van der Palen ; Wijdeveld ; Buitelaar & De Jong , ٢٠١٤**)، والألكسيثيميا كسمة شخصية موزعة بشكل طبيعي عند عموم الناس (**Mattila ; Keefer ; Joukamaa ; Jula ; Parker & Bagby , ٢٠١٠**)، إلا أن معدلات انتشار الألكسيثيميا عادةً ما تكون أكبر بكثير لدي المصابين بالأمراض النفسية مقارنةً بالطبيعيين.

كما نجد أن أصحاب السمنة أو الزيادة في الوزن في ميل إلي الشخير، وفقدان النفس في النوم، وهو اضطراب في التنفس يتخذ صورة فترات متكررة من توقف التنفس أثناء النوم، وهذه تقع عدة مئات من المرات كل ليلة، وهي تستمر بضع ثوان فقط، ولكنها قد تطول في الحالات المتطرفة لتصل إلي دقيقتين، والمريض عندما يتوقف عن التنفس يُصبح كثير القلق والتحرك بصورة متزايدة ويظل يتقلب في سريره، وكأنه يتعرض للتقلصات والتشنجات، ولكنه يضيق أو يستيقظ، ويعود التنفس ويكون مصحوباً بشخير مرتفع انفجاري، ومرض فقدان التنفس يظهر لدي الذكور الذين يتصفون بالسمنة الفرطة ممن تجاوزت أعمارهم الأربعين، وهنا الاضطراب أكثر ندرة بين الإناث (**بوريلي، ألكسندر ١٩٩٢ : ١١**).

وفي عام (١٩٩٧) أعلنت منظمة الصحة العالمية أن السمنة هي من أخطر المشاكل التي تواجه البشرية، وقد أكدت منظمة الصحة العالمية علي خطورة السمنة وذلك في موضوع يوم القلب العالمي في (٢٠٠٥/٩/٢٥) تحت شعار (راقب وزنك يصح قلبك)، ويسترعي هذا الشعار الانتباه إلي حقيقة أن السمنة من عوامل الخطر الرئيسة المسببة للأمراض القلبية الوعائية، والسكري من النوع الثاني، وفرط ضغط الدم، والسكتة، وتهدف المنظمة إلي التأكيد علي أهمية الحفاظ علي وزن صحي للتمكن من الحد من احتمال ظهور تلك الأمراض.

وبناءً علي الهدف من الدراسة، وفي ضوء ما تم عرضه **تم صياغة مشكلة الدراسة في السؤال الرئيس الآتي :** هل هناك علاقة بين الألكسيثيميا، والسمنة، واضطرابات النوم لدي الإناث بمحافظتي الوادي الجديد والمنيا ؟، **وينبثق من هذه المشكلة العامة الرئيسة عدد من المشكلات الفرعية، كما يلي :**

١- هل توجد علاقة دالة إحصائياً بين الألكسيثيميا، والسمنة، واضطرابات النوم لدي الإناث بمحافظتي الوادي الجديد والمنيا ؟

٢- هل توجد فروق دالة إحصائياً في الألكسيثيميا، والسمنة، واضطرابات النوم بين الإناث المقيمات في محافظة المنيا مقارنةً بالإناث المقيمات بمحافظة الوادي الجديد ؟

أهداف الدراسة :

تهدف الدراسة الراهنة إلي التعرف علي العلاقة بين الألكسيثيميا والسمنة واضطرابات النوم لدي مجموعة من الإناث اللاتي يعانين من السمنة بمحافظتي المنيا والوادي الجديد بهدف الكشف عن طبيعة اضطراب السمنة واضطرابات النوم بوصفها اضطرابات ترتبط باضطراب عمه المشاعر أو الألكسيثيميا كاستجابة سلوكية، وأيضاً لرصد هل توجد علاقة بين الألكسيثيميا والسمنة واضطرابات النوم الأمر الذي يطرأ علي عينات الدراسة، وكذلك هدفت الدراسة للكشف عن الفروق إن وجدت بين العينات المسحوبة من محافظتي الوادي الجديد والمنيا.

أهمية الدراسة :

تكمُن أهمية هذه الدراسة فيما يلي :

١ – إيجاد العلاقة بين الألكسيثيميا، والسمنة، واضطرابات النوم لدي الإناث في محافظتي الوادي الجديد، والمنيا كدراسة متفردة تدرس مستوي الألكسيثيميا لهذه الشريحة من المجتمع المصري وعلاقتها بالسمنة واضطرابات النوم، فالأنثى تُشكل نصف المجتمع وهي التي تُربي النصف الأخر.

٢ – محاولة لتقديم بيانات أساسية عن الألكسيثيميا، والسمنة، واضطرابات النوم لدي الإناث قادرة علي المساعدة في تقديم المساعدة للعاملين في مجال الصحة، وإيجاد حلول جديدة لعلاج السمنة.

٣ – في حدود علم الباحث فهذه الدراسة من أولي الدراسات التي تحاول الكشف عن العلاقة بين الألكسيثيميا والسمنة واضطرابات النوم لدي الإناث في محافظتي الوادي الجديد، والمنيا.

مفاهيم الدراسة :

أولاً : مفهوم الألكسيثيميا (عمه المشاعر أو اللامفرداتية) :

كلمة ألكسيثيميا كلمة إغريقية قديمة تتكون من ثلاث مقاطع (أ) وتعني نقص أو قلة، ومقطع (لكس) وتعني كلمة، ومقطع (يثيميا) وتعني انفعال أو مزاج وعلى ذلك تفيد كلمة (ألكسيثيميا) من الوجهة اللغوية لا كلمات لوصف الانفعالات والمشاعر.

يذكر الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية التي تصدره جمعية الطب النفسي الأمريكية صدر أول مرة عام ١٩٥٢م، وتم تحديثه خمس مرات بعد ذلك، المهم أن في الإصدار الأخير (**DSM – ٥^{TM} , ٢٠١٣**) لم يتم اعتبار الألكسيثيميا أحد الاضطرابات أو الأمراض النفسية، وبُناءً عليه تعتبر الألكسيثيميا إحدى السمات الشخصية(١١) التي تختلف شدتها فيما بين منْ يتصفون بها، أو بعبارة مجازية فيما بين المُصابين بها، ومتى أتصف إنسان بها فإن الاحتمالات ترتفع لإصابته ببعض الاضطرابات النفسية والبدنية، كما تنخفض لديه الاستجابة للمعالجات الطبية المعتادة، وتقل فعَّاليتها.

ويتم قياس مدى الاتصاف بها بعدة مقاييس نفسية طبية، أهمها وأكثرها استخداماً هو مقياس تورنتو لألكسيثيميا(١٢)، المكون من (٢٠) عنصراً تقييمياً على هيئة أسئلة ذات إجابات متنوعة. وبناءً على نتائج الإجابات يتم تحديد الاتصاف بالألكسيثيميا من عدمه.

والألكسيثيميا هي قدرة أقل للفرد علي تحديد المشاعر والتعبير عنها وهذا قد يُسهم في الإصابة ببعض الاضطرابات الجسدية والسلوكية المختلفة، ويمكن قياس الألكسيثيميا من خلال بعض المقاييس كمقياس تورنتو، وهناك دراسات تؤكد أن الألكسيثيميا قد تكون من الأسباب القوية في إصابة الفرد بسوء التنظيم الانفعالي(١٣) (**Fukudo ; Gyoba ; Kamachi ; Tagawa ; Mochizuki Kano ; Itoh & et al. , ٢٠٠٣**).

اللامفرداتية أو نقص الانسجام النفسي أو الألكسيثيميا أو ما يُعرف بفقد العواطف، هي حالة ضعف في الشخصية للتعبير عن العواطف والمشاعر والتعلُّق الاجتماعي، والعلاقات الشخصية. علاوةً على ذلك، الأشخاص الذين يعانون من الألكسيثيميا يجدون أيضاً صعوبة في التمييز بين مشاعر الآخرين وتقديرها، وذلك ليس لأنهم قُساة القلوب والعكس صحيح فالمصابون بهذه الحالات معروفون بأنهم أُناس حساسون جداً ولكن يوجد لديهم كبت يجعلهم في حالة غير عاطفية خارجياً أي بمعنى آخر لا يعبرون عن مشاعرهم، كما أن نسبة الأشخاص المصابين بهذه الحالة قد تصل إلى حوالي (١٠%) من البشر (**https://almanalmagazine.com**).

مصطلح الألكسيثيميا حرفياً هو عدم التعبير عن المشاعر، ولا حتي بكلمةٍ واحدةٍ، كما تتميز الألكسيثيميا أساساً بصعوبة في تحديد أو وصف المشاعر، وصعوبة في التمييز بين المشاعر الناتجة عن الإحساسات الجسمية، والألكسيثيميا توصف علي أنها وسيلة نفعية[١٤] من وسائل التفكير وتعبير واضح عن النقص في الخيال (**Sifneos , ١٩٧٣**) كما يُنظر للألكسيثيميا اليوم بوصفها بناء متعدد الأوجه والأبعاد الشخصية (**Zimmermann ; Rossier ; Meyer de Stadelhofen & Gaillard , ٢٠٠٥**) مما يعكس عجزاً وقصوراً في العمليات المعرفية الإدراكية وسوءاً في تنظيم الحالات الانفعالية، كما أن الألكسيثيميا تعتبر عامل ضعف محتمل لمختلف الاضطرابات الجسمية والنفسية لدي الأفراد البالغين (**Taylor ; Bagby & Parker , ١٩٩٧**)، وأيضاً المراهقين (**Zimmermann , ٢٠٠٦**).

وبين علم النفس والطب النفسي، يُوجد تصوران أكاديميان متقاربان لألكسيثيميا في كل من مصادر الطب النفسي[١٥] ومصادر علم النفس[١٦]. ففي علم النفس تتخذ الألكسيثيميا بُعداً غير طبي مرتبطاً بصفات المميزات الشخصية، أما في الطب النفسي، فلقد ظهر تصور حالة الألكسيثيميا في سياق الإهتمام بجوانب الطب النفسي البدني[١٧]، والواقع أن وصف الألكسيثيميا ظهر أول مرة عام ١٩٧٣ من قِبل الدكتور **بيتر سيفنيوز** من جامعة **هارفارد** الأميركية، وسبب القصة أن الأطباء في **هارفارد** لاحظوا في الخمسينات والستينات الماضية أن نسبة كبيرة من المرضى الذين يُعانون من أعراض بدنية ذات أسباب نفسية، يجدون بالفعل صعوبات في التحدث عن مشاعرهم. وبعد دراسات متابعة لسنوات لهذه الحالات في محاولة لفهمها بشكلٍ أوسع، أصدر الدكتور **سيفنيوز** في عام ١٩٧٣ تعريفه وتسميته لوصف جوانب هذه الحالة ضمن مجلة العلاج النفسي والنفسي البدني.

وبهذا الاعتبار ترتبط الألكسيثيميا بمجموعة من الخصائص الملاحظ وجودها على نوعية مرضى حالات النفسية البدنية. ولذا يُطلق وصف الألكسيثيميا على من تبدو عليهم علامات من أعراض تدني إدراك المشاعر وفق مقاييس وبروتوكولات طبية محددة في الوصف، وبُناءاً عليه لا يُستخدم وصف الألكسيثيميا للدلالة على وجود اضطراب مرض إكلينيكي محدد بهذا الاسم لدى المريض، بل يُستخدم كتعبير إكلينيكي[١٨] ضمن وصف لمجموعة من المظاهر السلوكية التي قد تُوجد لدى المريض مثل عدم الحركة[١٩] أو تدني الرغبة في الترحيب[٢٠] أو صعوبات التنفس[٢١]. أي أن الألكسيثيميا هي مثل أي حالات مُصاحبة قد يتصف بمجموعة منها أو بعضها الذين يشكون من أعراض أمرض بدنية ذات

علاقة بنوعية حالتهم النفسية (**Feldman - Hall Oriel ; Dalgleish Tim & Mobbs Dean , ٢٠١٢**).

وأشار (**Taylor , ٢٠٠٠**) إلى أن الملامح الأساسية للألكسيثيميا تتمثل في القصور في المعالجة المعرفية للانفعالات والمشاعر، وفي القصور الدال في ضبط وتنظيم الانفعالات[٢٢] الأمر الذي أيدته نتائج عديد من الدراسات والتي خلصت إلى أن الألكسيثيميا ترتبط بالأساليب غير التكيفية لتنظيم الانفعالات، والانخفاض الدال في الذكاء الوجداني، وللخلل الواضح في الانتقال ثنائي الاتجاه بين النصفيين الكرويين للدماغ، وللتناقص الدال في كثافة الحركة السريعة للعين.

وتصنف الألكسيثيميا بصفة عامة ضمن مجموعة من الاضطرابات النفسية النوعية الدالة على ما يُعرف بانخفاض معامل التعبيرية العامة في الحياة[٢٣] وتتضمن بالإضافة إلى الألكسيثيميا كحالة مجسدة لصعوبة تسمية الانفعالات والتعبير عنها، والبلادة[٢٤] أي البلادة النفسية العامة بمظاهره الانفعالية على وجه التحديد والتي تتمثل في نقص المشاعر والانفعالات والاهتمامات، واضطراب فقدان البهجة[٢٥] كما يعبر عنه بتناقص دال في الشعور باللذة والسرور والبهجة من أنشطة الحياة التي كانت ممتعة من قبل، وأخيراً اضطراب الفصام الوجداني[٢٦] ويُعبر عنه بالاكتئاب المركزي أو الرئيس، والاضطراب الوجداني ثنائي القطب، والفُصام (**Taylor & Taylor , ١٩٩٧**).

الألكسيثيميا هي خاصية شخصية محددة، تتجلى من خلال صعوبات في الفهم والوصف اللفظي لاضطرابات ومشكلات الشخص العاطفية الخاصة بالأشخاص المحيطين، والتمييز بين الأحاسيس الجسدية، وتمايز الخبرات، وتقليص القدرة على الترميز والتخيل، والتركيز بشكل أساسي على الجوانب الخارجية، وفي نفس الوقت عدم الاهتمام المناسب بالخبرات الداخلية، والميل إلى العملية العقلية النفعية المنطقية إلى جانب عدم وجود استجابة عاطفية بناءه، ويمكن أن تظهر جميع الميزات الموضحة إما إلى نفس المدى، أو سوف تسود إحداها، والألكسيثيميا كمشكلة نفسية غالباً ما تكون عُرضه للنظر كعامل خطر محتمل لظهور الأمراض النفسية الجسدية أو النفس جسمية (**Müller & Bühner , ٢٠٠٦**)، وأسباب تشكيل الألكسيثيميا اليوم غير واضحة، ومن المعتقد أن الشكل الأساسي لانحراف المعني غير قابل للتأثير النفسي في الوقت نفسه، ويمكن أن يكون التدخل العلاجي تدخل ثانوي وفعَّال (**http://ar.housepsych.com/aleksitimiya_default.htm**).

وهناك كثير من التشويش في ذهن الناس حول الألكسيثيميا، وما يتعلق بربط هذه الحالة بحالات أخرى متعددة، تشتمل على الاتصاف بتدني المشاعر أو الصعوبة في التعبير

عنها، لذا من المهم عدم الخلط بين الألكسيثيميا بين تدني الإهتمام بالغير[٢٧]، وبين المقاومة المقصودة لتدفق المشاعر، وبين تدني تفاعل أو تحفيز المشاعر[٢٨]، وبين تحفيز اللاوعي لإنكار المشاعر أو ما يُسمى بالكبت العاطفي[٢٩]. والأهم أن لا يتم الخلط فيما بين الألكسيثيميا وبين الصفة المثالية الشائعة بين الرجال في عدم القدرة على التعبير عن المشاعر. والسبب أن الرجال مقارنةً بالنساء، ربما يجدون

صعوبة في وصف مشاعرهم، لكنهم يتشابهون مع النساء في عدم وجود صعوبة إدراك ما يشعرون به (**De Panfilis ; Ossola ; Tonna ; Catania & Marchesi , ٢٠١٥**).

أعراض وعلامات الألكسيثيميا :

- صعوبة في تحديد أنماط المشاعر المختلفة (**Bauermann ; Parker & Taylor , ٢٠٠٨**).
- فهم محدود لأسباب المشاعر. - صعوبة في التعبير عن العواطف.
- خيال محدود وجامد (**Bauermann ; Parker & Taylor , ٢٠٠٨**).
- نمط تفكير ضيق، وأسلوب معرفي ذو توجه خارجي (**Bauermann ; Parker & Taylor , ٢٠٠٨**)
- فرط حساسية فيما يتعلق بالأحاسيس الجسدية.
- صعوبة التمييز بين المشاعر والأحاسيس الجسمية الناتجة عن الاستثارة الانفعالية (**Bauermann ; Parker & Taylor , ٢٠٠٨**).
- علاقات منقطعة أو شبه منقطعة بالآخرين.
- الألكسيثيميا كنوع من الاضطرابات العاطفية، هي ميزة محددة وظيفية للنظام العصبي. لم يتم إزعاج المجال الذهني للشخصية في الألكسيثيميا، بل العكس يتميز العديد من الأفراد الذين يعانون من هذا الاضطراب بمستوً عالٍ من النمو العقلي.
- تُظهر دراسة حول الألكسيثيميا أن حوالي ٢٠٪ من المواطنين مصابين بها.
- الأشخاص الذين يعانون من الإصابة بنقص الكالسيوم لا يكادون قادرين على اختبار التعاطف، فمن الصعب عليهم أن يتعاطفوا مع الآخرين لكنهم ليسوا أنانيين خالصين أو أشخاص غير حساسين، كما أن الأفراد الذين يعانون من الألكسيثيميا ببساطة لا يفهمون كيف يتم ذلك. لذلك من الأسهل عليهم تجنب الاتصال أو التخلص من أي عبارة مألوفة.
- الألكسيثيميا في علم النفس هي عدم وجود كلمات للتعبير عن المشاعر، أو ببساطة أكثر الأمية العاطفية

– الأفراد الذين يشتبه في وجود هذا الاضطراب لديهم عدد من الصفات المتأصلة والسمات الشخصية التي لا تغطي فقط مجال العواطف.

– الألكسيثيميا في المنعطف الأول تلاحظ صعوبة في إدراك ومشاعر عواطف المرء.

– يشعر هؤلاء الأفراد بالطيف العاطفي الكامل المتأصل في الناس، لكنهم غير قادرين على وصف ما يشعرون به في الكلمات. ونتيجة لذلك فإنهم يجدون صعوبة في فهم ردود الفعل العاطفية للآخرين، والتي غالباً ما تثير صعوبات هائلة في التفاعل التواصلي. لذلك تدريجياً يُشكل الأفراد الذين يعانون من انحراف معين الرغبة في العزلة.

– بالإضافة إلى ذلك، يتميز هؤلاء الأشخاص بمشاكل في الخيال والخيال المحدود.

– وفي معظم الحالات يتميز الأفراد الذين يعانون من هذا الاضطراب بعدم القدرة على العمل الإبداعي **(http://ar.housepsych.com/aleksitimiya_default.htm)**.

– تعتبر الأحلام النادرة أيضاً علامة مميزة للألكسيثيميا فالناس الذين يعانون من الألكسيثيميا في كثير من الأحيان ليس لديهم أحلام على الإطلاق في حالات نادرة عندما يكون لديهم حلم، يرون أنفسهم يقومون بالمهام اليومية جنباً إلى جنب مع هذا هؤلاء الأفراد لديهم نشاط عقلي منطقي ونفعي واضح البنية.

– وبما أنهم لا يميلون إلى الانغماس في الأحلام أو التخيل فكل يوم تصبح المشاكل المحددة بوضوح أقرب إليهم لذلك فهم لا يثقون في الحدس بل ويرفضون في كثير من الأحيان وجوده.

– غالباً ما يخلط الأفراد المصابون بهذا الاضطراب بين القلق العاطفي والأحاسيس الجسدية. ونتيجة لذلك عند سؤالهم عن مشاعرهم يفضلون وصف أحاسيسهم الجسدية على سبيل المثال الألم، والاهتزاز بشكلٍ جيد **(Haviland ; Warren ; Riggs & Gallacher , ٢٠٠١)** **(Jackson , ٢٠٠٨ ،(Helmes ; McNeill ; Holden & Vorst & Bermond ,) (٢٠٠١)**.

– وتعكس هذه الخصائص والمظاهر صعوبة التنظيم الانفعالي، والذي يؤدي بدوره إلي العديد من الاضطرابات الجسمية والنفسية **(Bauermann ; Parker & Taylor , ٢٠٠٨)**، **(Messina ; Beadle & Paradiso , ٢٠١٤)**.

– وتشير الدراسات إلي أن عمه المشاعر يترافق مع بعض الاضطرابات النفسية والعقلية، حيثُ ينتشر بنسبة (٤٠ – ٦٠%) في الاضطرابات النفس جسمية والاضطرابات النفسية، و(١٣ – ٥٨%) مع القلق و(٣٢ – ٥١%) مع الاكتئاب، و(٢٤ – ٧٧%) مع اضطرابات

الأكل، و(٣٠ – ٥٠%) مع اضطرابات الإدمان، و(١١ – ٣٦%) مع الوسواس القهري، و(٤٠ – ٦٠%) مع اضطراب طيف التوحد.

– كما وجدت بعض الدراسات علاقة بين عمه المشاعر وبعض الأمراض الجسمية مثل الربو، والحساسية، وارتفاع ضغط الدم، والسرطان، والجلطات، والذبحة الصدرية مع تشنج الشريان التاجي، والسكر، والتهاب الأمعاء (**Ricciardi ; Demartini ; Fotopoulou & Edwards , ٢٠١٥**).

– وقد بينت النظريات والدراسات الحديثة أن هذه الاضطرابات تشترك في أعراض وخصائص معرفية مثل اجترار الأفكار، وأعراض وخصائص وجدانية مثل عدم القدرة علي تنظيم الانفعالات (**Grynberg ; Chang ; Corneille ; Maurage ; Vermeulen ; Berthoz & et al. , ٢٠١٢**).

أسباب الألكسيثيميا :

<u>لم تُحدد الأسباب رغم الأبحاث، والدراسات، والنظريات حول هذه الحالة، وقد ترجع الأسباب للآتي :</u>

– قد ينشأ المرض من الطفولة المهملة التي لا يهتم الوالدان فيها بتوجيه الطفل نحو التعبير عن مشاعره والاهتمام بها والسؤال عنها.

– وتلعب الصدمات العاطفية دوراً في الإصابة بعمى المشاعر، وتتسبب بإضعاف الصلة بين المشاعر والقدرة على التعبير عنها.

– الوراثة والبيئة تتساويان في نشوء الألكسيثيميا، وتشير بعض الدراسات إلى أن لهذه الظاهرة أساس وراثي، وهذا يعني أن بعض الناس لديهم استعداد وراثي للإصابة بالألكسيثيميا، ولكن العوامل البيئية والظروف الحياتية للفرد تلعب الدور الأكبر في الإصابة بها، ولا سيما العائلة والمدرسة والمجتمع.

– من جهة أخرى، فقد أظهرت الدراسات المبكرة لهذه الحالة احتمال وجود عجز نصفي في نقل المعلومات العاطفية بشكلٍ صحيحٍ من النصف الأيمن للدماغ إلى المناطق اللغوية في النصف الأيسر، كما يمكن أن يكون السبب انخفاض القشرة الحزامية الأمامية، والذي يلاحظ غالباً لدى المرضى النفسيين الذين عانوا من سوء المعاملة في مرحلة الطفولة (**Mattila ; Keefer ; Joukamaa ; Jula ; Parker & Bagby , ٢٠١٠**)، و(**Bar – on ; Reuven ; Parker & James , ٢٠٠٠**).

– ثلاث دراسات حديثة تم نشرها في مجلة العلاج النفسي والنفسية البدنية أخيراً حول الألكسيثيميا، الأولى قام فيها أطباء من فنلندا بالبحث ضمن شريحة فنلندية واسعة شملت

حوالي (٥٤٠٠) شخصاً من البالغين، (٥٥%) منهم من النساء، حاول الباحثون تحليل الرابط في ما بين صفات الألكسيثيميا بأعراض اضطرابات النوم لديهم، وكان اهتمامهم الرئيس هو ما إذا كان الرابط فيما بين هذين الأمرين لا يعتمد على مدى وجود أعراض للاكتئاب أو حالات من السمنة، أي أن وجود اضطرابات في النوم لدى من يتصفون بحالة الألكسيثيميا هو شأن مستقل بغض النظر عن مدى وجود سمنة أو اكتئاب.

– واعتمد الباحثون في تقييم مدى الاتصاف بحالة الألكسيثيميا على مقياس تورنتو لألكسيثيميا والشامل لمقاييس ثلاثة عوامل الأول الصعوبة في تحديد المشاعر، والثاني الصعوبة في وصف المشاعر، والثالث الصعوبة في التفكير بما هو ذو وجهة خارجية.

– كما تم الاعتماد في تقييم اضطرابات النوم على مجموعة من الأسئلة المتعلقة بوتيرة ومدة النوم خلال شهر مضى، وتم تقييم أعراض الاكتئاب وفق قائمة بيك للاكتئاب، ومدى وجود السمنة على محيط الخصر، وتم رصد العمر والجنس ومستوى التعليم والدخل المادي للمشاركين.

– ووجد الباحثون في نتائجهم أن ثمة علاقة مستقلة بين الألكسيثيميا وبين اضطرابات النوم لدى الجنسين، وذلك من النوع غير المعتمد على وجود سمنة أو اكتئاب أو تدني في المستوى التعليمي.

– من جهة أخرى قال الباحثون الدنماركيون (**Da Silva ; Vasco & Watson , ٢٠١٨**)، في الدراسة الثانية أن من المعلوم سابقاً أن الذين يتصفون بحالة الألكسيثيميا تبدو عليهم مشاعر سلبية نحو معالجيهم من نوع الملل والغفلة إلا أنه لا توجد دراسات بحثت فيما لو كانت لديهم مشاعر أشد قسوة، من نوع الاحتقار والازدراء تجاه أطبائهم.

– وبمتابعة حوالي (٣٠٠) شخص يُتابعون في العيادات النفسية لدى (٣٥) طبيباً، تبين أن الاتصاف بحالة الألكسيثيميا لا يُثير تلك النوعية السلبية جداً في العلاقة مع المعالجين، بل يثير الشعور بالقلق والاكتئاب والإحساس بالضعف.

– وكان الباحثون الدنماركيون قد عرضوا في نوفمبر الماضي في الدراسة الثالثة نتائج محاولتهم للتأكد من ارتباط الاتصاف بحالة الألكسيثيميا بالوراثة، ومن خلال دراسة شريحة واسعة شملت حوالي (٥٠) ألف شخصاً تضمنت حوالي (٩) آلاف توأم، تبين للباحثين أن تأثير العوامل البيئية يتساوى مع العوامل الوراثية في نشوء الإصابات بهذه الحالة

https://archive.aawsat.com/details.asp?issueno=١٠٦٢٦&article=٤٥٦
(٣٧١#.XS٣jbo٤zbIV

.(http://www.saidaonline.com/news.php?go=fullnews&newsid=٦٩٣٤)

– وأظهرت الدراسات المبكرة (**Sifneos , ١٩٧٣**) لهذه الحالة أنه قد يكون هناك عجز نقل نصفي بين نقل المعلومات العاطفية من النصف الأيمن من الدماغ بشكلٍ صحيح إلى المناطق اللُّغوية في نصف الكرة المخية الأيسر.

– كما يمكن أن يكون سبب انخفاض القشرة الحزامية الأمامية، والتي غالباً ما تكون موجودة في المرضى النفسيين الذين يعانون من سوء المعاملة في مرحلة الطفولة، وأشارت دراسة أخرى أجريت في عام ١٩٩٧ أن الألكسيثيميا قد يكون راجعاً إلى اضطراب في النصف الأيمن من الدماغ المسؤول إلى حد كبير عن معالجة العواطف. بالإضافة إلى ذلك، قد يُشير نموذج العصبية في حالة الألكسيثيميا إلى أنه قد يكون ذات صلة بخلل وظيفي من القشرة الحزامية الأمامية، ولكن جميع هذه الدراسات لديها بعض أوجه القصور، والأدلة التجريبية حول أسباب الألكسيثيميا لا تزال غير حاسمة وبقيت الحالة الاجتماعية هي الأكثر تأثيراً ووضوحاً من غيرها (**https://ar.wikipedia.org/wiki**).

أبعاد ومكونات الألكسيثيميا :

<u>لعمه المشاعر أو الألكسيثيميا بُعدان أساسيان :</u> <u>الأول : بُعد معرفي</u> يكمن في صعوبة التعرف على المشاعر وتمييزها والفصل بينها، و**<u>الثاني : بُعد عاطفي</u>** حيث تنشأ معه صعوبات في رد الفعل، والتعبير، والشعور، والتخيل (**Müller & Bühner , ٢٠٠٦**).

أنواع الألكسيثيميا :

<u>حدد بيرموند (١٩٩٥) Bermond للألكسيثيميا نوعان :</u> <u>الأول</u> : وهو ما يحدث نتيجة اختلال وظيفي بالنصف الأيمن بالمخ.، و**<u>الثاني</u> :** ويرتبط بغياب الوعي الانفعالي والعاطفي نتيجة اختلال وظيفي بالجسم الثفني بالدماغ[٣٠] (**Larsen ; Brand ; Bermond & Hijman , ٢٠٠٣**)

نسب انتشار الألكسيثيميا :

– تُظهر الدراسات أن (٨%) من الذكور يصابون بعمى العواطف في مقابل (٢%) من ٤الإناث بكثافة متنوعة ما بين عمى خفيف ومتوسط وحاد، ويعاني المصابون بهذا المرض من ظهور مشاكل صحية جسدية لأن عدم إدراك العواطف، وعدم التعبير عنها يؤدي إلى بقائها حبيسة، وبالتالي ظهورها في هيئة آلام جسدية (**Helmes ; McNeill ; Holden & Jackson , ٢٠٠٨**).

– وبالرغم من إشارة مصادر الطب النفسي إلى أن الإحصائيات الطبية الحديثة تتحدث عن شيوع الاتصاف بحالة الألكسيثيميا بين صفوف الأصحاء البالغين من الناس العاديين، إلا أن

ما يُثير الاستغراب هو قلة وندرة حديث الوسط الطبي عن هذه الحالات، سواءً في ما يدور بين أفراده أو في ما يتوجهون به للناس ضمن جهودهم في التثقيف الطبي.

– كما أن من المستغرب عدم اهتمام الأطباء عموماً برصد مدى وجود هذه الحالة لدى مرضاهم، خاصةً أن حوالي (١٠%) من الناس الأصحاء هم كذلك، أي حوالي ضعف مرضى شرايين القلب، ناهيك عما هو متوقع أن تكون النسبة أعلى فيما بين منْ يشكون من أعراض بدنية لا تُوجد لها أسباب عضوية واضحة، وحتى مع عدم اعتبار مصادر الطب النفسي حتى اليوم أن حالات الألكسيثيميا أحد الاضطرابات النفسية، إلا أنها تُجمع على حقيقة وجودها واتصاف نسبة ليست بقليلة من الناس بها.

– كما ينتشر عمه المشاعر لدي (١٠%) من نسبة السكان، ويظهر لدي الذكور والإناث بما يتفق مع كونه بُعداً من أبعاد الشخصية، وينتشر بين الذكور أكثر من الإناث، ولدي الأفراد كبار السن، والمستوي التعليمي المنخفض، والمستوي الاقتصادي الاجتماعي المنخفض. حيثُ أن الأفراد المصابون بعمه المشاعر تظهر لديهم أوجه قصور في الوعي بالانفعالات والمشاعر، وعدم قدرة علي التواصل، ولديهم قليل من الاستبصار بمشاعرهم، وأعراضهم ودوافعهم **(Ricciardi ; Demartini ; Fotopoulou & Edwards , ٢٠١٥)**.

– وأن ثمة أهمية لرصد الإصابة بها نظراً لتسببها بإعاقات شتى، وبأشكال متنوعة للتواصل فيما بين الناس المتصفين بها وبين الآخرين من الناس أو أطبائهم

https://archive.aawsat.com/details.asp?issueno=١٠٦٢٦&article=٤٥٦٣٧١#.XS٣jbo٤zbIV(

)http://www.saidaonline.com/news.php?go=fullnews&newsid=٦٩٣٤.(

الاضطرابات المصاحبة لألكسيثيميا :

يرتبط عمه المشاعر بمجموعة من اضطرابات النوم مثل الأرق، والنُّعاس أثناء النهار، والكوابيس، وقد تبين أيضاً أنه في ظل ظروف الحرمان من النوم هناك انخفاض في الذكاء الانفعالي وهي سمة مماثلة لعمه المشاعر **(Rehman ; Gumley & Biello , ٢٠١٨)**.

التعريف الاجرائي لألكسيثيميا :

وهي الدرجة التي يحصل عليها المشارك على **استخبار بيرث للألكسيثيميا (س ث ك)**، **ومقياس تورنتو للألكسيثيميا** كمحك صدق خارجي الذي قام الباحث بترجمتهم لهذا الغرض.

ثانياً : مفهوم السمنة :

لا تعتبر السمنة اضطراباً نفسياً، والسمنة في حد ذاتها لا تعنى وجود ألم أو مشقة نفسية مصاحبة، وعلى الرغم من أن السمنة لا تعتبر سلوكاً، فإن تغيير السلوك يمثل ضرورة قصوى إذا كان لابد من التعامل مع حالة سمنة.

تُعرَّف السمنة بأنها تلك الحالة التي تتراكم فيها الدهون الزائدة بالجسم إلى درجة تتسبب معها في وقوع آثار سلبية على الصحة، مؤدية بذلك إلى انخفاض متوسط عمر الفرد المأمول أو إلى وقوع مشاكل صحية متزايدة.

وهي زيادة الجسم عن حده الطبيعي نتيجة تراكم كميات زائدة من النسيج الدهني علي ألا تكون هذه الزيادة نتيجة زيادة في العضلات كالرياضيين، أو تراكم المياه بالجسم كالتورم، والاستسقاء، أو ضخامة في الهيكل العظمي، كذلك يعتبر الشخص بديناً إذا زادت دلالة كتلة الجسم عن (٢٧).

والسمنة هي اضطراب في التمثيل الغذائي المزمن الذي ينتج عندما يتم استهلاك كمية كبيرة من الطاقة لفترة طويلة (**Nicole & Samantha , ٢٠٠٩ : ٥**).

ويحدد مؤشر كتلة الجسم، وهو مقياس يقارن بين الوزن والطول، الأفراد الذين يعانون من فرط الوزن (مرحلة ما قبل السمنة) بأنهم الأفراد الذين يكون مؤشر كتلة الجسم الخاص بهم بين (٢٥ كجم/ م٢)، و (٣٠ كجم / م٢)، ويحدد الأفراد الذين يعانون من السمنة بأنهم أصحاب مؤشر كتلة الجسم الأكثر من (٣٠ كجم / م٢).

وتعتبر السمنة من منظور الصحة العامة وبالنسبة للأفراد المصابين بها – مشكلة رئيسة، وإذا أستخدمنا محك الـ (٢٠%) زيادة في الوزن، وهو النقطة التي تزداد عندها المخاطر الصحية، سنجد أن (٢٤%) من الرجال، و(٢٧%) من النساء في الولايات المتحدة مصابون بالسمنة، وقد تضاعف انتشار السمنة منذ عام (١٩٠٠)، وتزايد حتى في السنوات الحديثة.

إن قلة الحركة وعدم مزاولة النشاط الرياضي أسهم في تفشي ظاهرة السمنة وفي الحقيقة إن المجتمعات الحديثة باتت قليلة الحركة، حيث تبين أن حوالي (٤٣%) من المراهقين يمضون أكثر من ساعتين يومياً في مشاهدة التلفاز، والجدير ذكره أن التلفاز، والحاسوب، والألعاب الإلكترونية تُسهم في كسل الكبار قبل الأطفال وقلة نشاطهم، أضف إلى ذلك بأن نشاط الأطفال لا سيما الفتيات ينخفض مع اقترابهم من سن المراهقة (**المزيني، خالد، ٢٠٠٥**).

ويزداد انتشار السمنة مع تقدم العمر، خاصةً لدى الإناث، وهي مرتفعة لدى جماعات الأقليات، والمحرومات اقتصادياً، ولاحظ العالم **فان إيتالى** (١٩٨٥) أنه عندما تجتمع هذه العوامل معاً – كما هو الحال في حالة النساء السود اللائي تتراوح أعمارهن بين (٤٥ – ٧٥)، ترتفع النسبة إلى (٦٠%).

ويتصف المرضى المصابون بالسمنة (دون اضطراب الأفراط في الأكل) بالآتي : خلل في الاعتقادات المرتبطة بصورة الجسم، ومخططات غير تكيفية، ومِزاج اكتئابي، وأهداف غير واقعية لإنقاص الوزن.

وتشير الدراسات الوبائية في أغلب الدول الغربية إلى ارتباط البدانة (بالعمر، والجنس، والطبقة الاجتماعية أو المستوي الاجتماعي والاقتصادي)، كما وجد **سيلفرستون** أن (٥٢%) من الرجال، و(٦٦%) من النساء في عينة ممارسة عامة كانوا يزيدون أكثر من الوزن النموذجي لهم بنسبة (١٥%) على الأقل، وهناك تزايد في الوزن ملفت للانتباه مع العمر لدى النساء على وجه الخصوص، وكان انتشار البدانة في العقد الخامس أكثر من ضعف ما كان عليه في العقد الثالث، وكان انتشار البدانة في الطبقات الاجتماعية الرابعة والخامسة أكثر من ضعف ما هو عليه في الطبقات الاجتماعية الأولى، والثانية، والثالثة.

ويتصف المرضى المصابون بالسمنة (دون اضطراب الأفراط في الأكل) بالآتي : (خلل في الاعتقادات المرتبطة بصورة الجسم، ومخططات غير تكيفية، ومِزاج اكتئابي، وأهداف غير واقعية لإنقاص الوزن).

معنى زيادة الوزن في الحضارة الحديثة :

الضغوط المتعلقة بالرغبة في النحافة في ثقافتنا شديدة وصارمة، فالأفراد يعتقدون بشكلٍ متكرر بسبب التليفزيون، والمجلات، والاعلانات، والمناقشات العامة بأن شكل الجسم المثالي هو النحافة المفرطة.

ويعد البحث عن أو الحصول على " الجسم الممشوق " يمثل خصائص مهمة في مجتمعنا، إنه يدل على الشهوات، وإرجاء الإشباع، والعناية بالمظهر، والصحة، والخصال الشخصية الأخرى التي تعتبر مهمة.

وامتلاك البعض لجسم غير ممشوق له شهادة واضحة من الأخرين ذوى الإرادة الضعيفة، ونقص الجسم، والسلوك الكسول، وغياب التحكم، وبوجود هذه القيم الثقافية، من المنطقي الاعتقاد بأن المجتمع سوف يستجيب سلبياً لهؤلاء الذين يفشلون في تحقيق المعايير السائدة، وسوف يعانى هؤلاء الأفراد من هذه الاستجابة على كل من المستوى الاجتماعي والنفسي.

المعاناة الاجتماعية، والنفسية، والصحية :

تعد السمنة من ألد أعداء الجمال والشباب، فلا يمكن أن تحتفظ المرأة بالشباب والبدانة في وقت واحد، ولا مفر من التخلص من أحدهما، فهل المرأة اليوم علي استعداد للتخلي عن صحتها وشبابها ؟

أوضحت العديد من دراسات التحيز والأفكار النمطية حول الأشخاص المصابين بالسمنة، أن الأفراد الذين قاموا بتقدير صور أو أوصاف للمصابين بالسمنة، ألصقوا خصائص سلبية بهم مثل : (كسول، وقذر، ومهمل، ويفتقد القدرة على التحكم).

حتى عندما قام الأطفال بعملية التقدير قرروا أن الأطفال ذوى الإعاقات الجسدية، والمشوهين محبوبين أكثر من الأطفال المصابين بالسمنة.

وبرغم نقص الدليل يبدو أن تلك الاتجاهات السلبية تلعب دوراً في حدوث التحيز، ومن الممكن أن يؤثر ذلك على قرارات التوظيف أو التشغيل.

إن اتجاهات المجتمع تجاه السمنة انعكست على اتجاهات الأشخاص ذوى الوزن الزائد أنفسهم، وفى المواقف الإكلينيكية، نسمع عبارات تحقير الذات، وانخفاض تقدير الذات من الأشخاص الذين يعانون من كرب شديد، ولديهم مفهوم مشوه عن الذات، والذين يشعرون باليأس الذى لا يستطيعون الهروب منه أبداً.

خلاصة القول بأن اللوم الواقع على الفرد المُصاب بالسمنة ما هي إلا افتراضات ثقافية مفهومة حول الوزن والشكل، والأشخاص الذين يشعرون بذلك يلومون أنفسهم ويشعرون بأنهم لو حاولوا بجدية لحصلوا على " جسم ممشوق "، ويمكن أن يؤدى إلى أهداف غير واقعية وإلى استجابات تُضعف الذات، وتؤدى إلى انتكاسة البرنامج العلاجي المستخدم في مثل هذه الحالات، ولذلك على الاختصاصي أن يكون حساساً للسياق الثقافي أو الحضاري الذى يحدث فيه زيادة الوزن.

تأثيرات الوزن على (العلاقات الحميمة، والزواج) :

١ – قد يستخدم الزوج وزن زوجته كزريعة للانسحاب الانفعالي، وتجنب العلاقات الجنسية.

٢ – قد يشير إنقاص الزوجة لوزنها مشاعر الغيرة، وعدم الأمان من جانب الزوج.

٣ – وقد تستخدم الزوجة أيضاً سمنتها كوسيلة لتجنب العلاقات الحميمية مع الزوج غير المرغوب.

وقد دارت العديد من الدراسات (**Tianna byom , ٢٠٠٩**) حول العلاقة بين السمنة، والعوامل النفسية، ومن بينها الضغط النفسي إلى تأثر ميزان الطاقة بشقيه (المأخوذ والمستهلك) بالضغط النفسي، حيث يشعر الفرد بالضعف ويلجأ للإفراط في الطعام للشعور

بالراحة النفسية أو يستيقظ ليلاً نتيجة القلق وعدم القدرة على النوم نتيجة الانشـــغال بالأعبـــاء اليومية ولا يجد وسيلة للتخلص من هذا القلق غير تناول الأطعمة التي عادةً ما تكون جـــاهزة وغنية بالطاقة، كما أن بعض الـــدراسات أظهرت زيادة هرمون الكورتيزون نتيجة الضـــغط النفسي مما يودى إلى تجمع الدهون بالجسم، إن الضغط النفسي قد يلعب دوراً في قلة ممارسة الأنشطة البدنية (**العمادي، أحمد غلوم ، وفاضل، إيمان محمد، ٢٠٠٥**).

المشكلات الصحية التي تُسببها السمنة :

تنطوي السمنة على عوامل تعرض جوهرية بالنسبة للأمراض الخطيرة، وبالنســـبة للأفراد ذوى الوزن الزائد تزداد مخاطر التعرُّض لضغط الدم، والسكر، وأمـــراض القلـــب، وبعض أنواع السرطان، وتذكر بعض الدراسات أن خطر التعرُّض يبدأ في التزايـــد بمجـــرد حدوث (٥%) زيادة في الوزن، وليس هناك شك في أن الفرد الذى لديه مـــن (٢٠ – ٣٠%) أو أكثر زيادة في الوزن ينتمى إلى المجموعات الهشة (الأكثر تعرضاً).

كذلك موضع شحوم الجسم مهمة، ويعتبر توزيع الدهون في الجـــزء الأعلـــى مـــن الجســـم، خاصةً الدهون المخزنة في التجويف البطني الداخلي منطوياً علـــى عوامـــل أكثـــر خطورة من الدهون المخزنة في الجزء الأسفل من الجسم.

عوامل الخطورة المهمة في حدوث السمنة :

١- عوامل الخطورة لدى الجمهور :

- وفرة الأطعمة عالية الدسم.
- المستويات المرتفعة من ريجيم الدهون.
- تناقض مستويات النشاط الجسماني.
- أنماط استهلاك الطعام التي تدعم السمنة.

٢ – عوامل الخطورة لدى الأفراد (العوامل البيولوجية) :

- عوامل وراثية.
- معدلات الأيض المنخفضة.
- تزايد عدد الخلايا الدهنية.

٣ – عوامل الخطورة لدى الأفراد (العوامل السلوكية) :

- الاستهلاك المرتفع للطاقة.
- أنماط محددة للأكل (مثال : الأكل والشره العصبي).
- نقص التمرينات الرياضية.

أسباب السمنة :

أغلب حالات السمنة من المعتقد أن يكون سببها تناول سعرات حرارية بصورة مفرطة، وقلة النشاط البدني على المستوى الفردي، بينما يُعزى عدد قليل من الحالات للعوامل الوراثية، أو أسباب طبية، أو للأمراض النفسية.

ولقد حددت دراسة ماريك، ووبيرج وأنتيا جينسن، وساندرا مالكنس، وهيرمن (٢٠٠٦) Marieke , Werrij , Anatia Jansen , Sandra Mulkens , Hermienعشرة عوامل أخرى أسهمت في زيادة معدلات السمنة :

١ – النوم غير الكافي.

٢ – مسببات خلل الغدد الصماء (ملوثات بيئية تتداخل مع عملية التمثيل الغذائي للدهون).

٣ – تناقص درجة الحرارة المحيطة.

٤ – تناقص معدلات التدخين لأن التدخين يقلل الشهية.

٥ – الاستخدام المتزايد للأدوية التي يمكن أن يتسبب في زيادة الوزن (مثل مضادات الذهان الغير نمطية).

٦ – الزيادة النسبية في المجموعات العرقية والعمرية التي تميل إلى أن تكون أكثر وزناً.

٧ – الحمل في عمر متأخر (والذى قد يؤدى إلى قابلية الإصابة بالسمنة عند الأطفال المولدين).

٨ – عوامل المخاطرة اللابنيوية عبر الأجيال المختلفة.

٩ – الاصطفاء الطبيعي لمؤشرات كتلة الجسم الأعلى.

١٠ – التزاوج المختلط الذى يؤدى إلى تركيز متزايد للعوامل المؤدية للسمنة (لن يؤدى هذا بالضرورة إلى زيادة عدد الأفراد الذين يعانون من السمنة، لكنه قد يزيد من متوسط أوزان السكان).

١١ – دور الطاقة المكتسبة.

١٢ – دور الطاقة المستهلكة.

١٣ – العامل الوراثي حيثُ تُعد الوراثة هي المسؤولة عن شكل الجسم وتوزيع الدهون، فبعض الأفراد أكثر امتلاء في مناطق الصدر أو البطن أو الأرداف بسبب العامل الوراثي **(Deviln ; Yanouski & Wilson , ٢٠٠٠ : ٨٥٥)**.

١٤ – حالات مرضية.

١٥ – تناول بعض الأدوية والعقاقير التي لها تأثير سلبي يؤدي للسمنة.

١٦ – دور العامل النفسي فحينما يمر الفرد بمشاكل نفسية قاسية قد ينعكس ذلك في صـــورة التهام الكثير من الطعام.

١٧ – أسباب بيئية حيثُ تؤدي البيئة دوراً حيوياً في حياة الأفراد وتؤثر علي مراحل النمـــو المختلفة، فالبيئة جزء لا يتجزأ من العوامل التي تُسهم في تشكيل شخصية الفـــرد، وحياتـــه، ومريض السمنة بصفة خاصة حيثُ يتم التشجيع علي زيادة تناول الأكل في عدة جوانب مـــن البيئة كالطعام الرخيص نسبياً (**العسال، ريحاب، ٢٠١٤ : ٦٧**)، **<u>وبيئة المريض تتمثـــل فـــي عدة عناصر منها :</u>**

– الأسرة. – وسائل الإعلام. – أسلوب حياة الفرد.

– العوامل الاقتصادية والاجتماعية. – عدم ممارسة الأنشطة الرياضية.

– تناول سعرات حرارية أكثر من التي يفتقدونها.

– التقدم التكنولوجي (**العسال، ريحاب، ٢٠١٤ : ٦٨ – ٦٩**).

– انتشار مطاعم الوجبات السريعة.

– تناول المشروبات الغازية (**الأنصاري، عبير، ١٩٩٧ : ٣١**).

محكات تشخيص اضطرابات الأكل المفرط (السمنة) :

أ – نوبات متكررة من الأكل المفرط، وتتميز نوبة الأكل المفرط بكل من العرضين التاليين :

١ – الأكل على مدى فترة منفصلة من الوقت (خلال أي ساعتين مثلاً) كمية من الطعام أكبر بكثير عما يأكله الناس في الفترة نفسها من الوقت، وتحت ظروف مشابهة.

٢ – إحساس بنقص التحكم في الأكل أثناء النوبة (مثال الشعور بأن الفرد لا يملك القدرة على إيقاف الكل، والتحكم فيما يأكل، أو الكمية التي يأكلها).

ب – أن ترتبط نوبات الأكل المفرط بثلاث مظاهر على الأقل مما يأتي :

١ – الأكل بسرعة كبيرة عن المعتاد.

٢ – الأكل حتى الشعور بالامتلاء غير المريح.

٣ – أكل كميات كبيرة من الطعام مع عدم الشعور بالجوع.

٤ – الأكل منفرداً سبب الارتباك الناتج عن كمية الأكل التي يأكلها.

٥ – الشعور بالاشمئزاز من النفس، والاكتئاب أو الشعور بالذنب بعد الإفراط في الأكل.

ج – الكرب الملحوظ نتيجة الأكل المفرط.

د – يحدث الأكل المفرط في المتوسط، مرتين على الأقل في الأسبوع لمدة ستة أشهر.

هـــ – لا يحدث أثناء مسار نوبة فقدان الشهية العصبي أو نوبات الشره العصبي.

إن هذه المحكات التشخيصية لاضطراب الأكل المفرط (السمنة) مفيدة في توجيه الانتباه إلى مشكلة إكلينيكية مهمة، ومع ذلك سيكون من الخطأ من منظور إكلينيكي أن نفترض أن كل محك من هذه المحكات قد خضع لاختيار مدى صدقه أو أنه سيكون مفيداً في تطوير الأساليب العلاجية، وعلى سبيل المثال (قد لا يستوفى شخص ما محكات اضطراب الأكل المفرط؛ لأن نوبات الأفراط التي تحدث أقل من مرتين في الأسبوع أو كانت تحدث لفترة أقل من ستة أشهر، وقد يظل الشخص يعانى من مشكلة مهمة، وقد يحتاج التدخل نفسه الذى يقدم لشخص لديه نوبات إفراط متكررة ولفترة أطول.

رغم أن المقارنات بين الأشخاص المصابين بالسمنة من المفرطين في الأكل، وغير المفرطين لم تبدأ إلا حديثاً، وإن البيانات توحى بوجود فروق جوهرية، **على سبيل المثال :** أكلت السيدات المصابات بالسمنة اللاتي يستوفين محكات اضطراب الكل المفرط في وجبات اختيارية بالمختبر سعرات حرارية أكثر مما أكلته السيدات المصابات بالسمنة من غير المفرطات في الأكل، سواء أخبرن بتجنب الأفراط (٢,٣٤٣ في مقابل ١,٦٤٠ سعر حرارى / كيلو) أو بالأفراط في الأكل (٢,٩٦٣ في مقابل ٢,٠١٧ سعر حرارى / كيلو).

عند قياس المكونات المؤثرة لصورة الجسم لدى عينة مسح غير إكلينيكية ذكر الرجال والنساء المصابين بالسمنة، وباضطراب الأكل المفرط عدم رضا أكبر عن الجسم، وقيموا مظهرهم بصورة سلبية، وبدا عليهم كثرة الانشغال بالمظهر، والوزن مقارنةً بالمشاركين المصابين بالسمنة، ولكنهم غير مصابين بالأكل المفرط.

إن المصابين بالسمنة، وباضطراب الأكل المفرط الذين يحضرون للعلاج من أجل إنقاص الوزن لديهم مستويات أعلى من الاضطرابات النفسية مقارنةً بالأشخاص المصابين بالسمنة، وغير مصابين باضطراب الأكل المفرط الذين يبحثون عن العلاج، كما يبدو أن الأكل المفرط لدى المصابين بالسمنة يرتبط بالاستجابة الضعيفة للعلاج، ومن الواضح أن المصابين باضطراب الأكل المفرط، ولديهم مستويات مرتفعة من الاضطراب النفسي لا يستفيدون بدرجة جيدة من العلاج، ولديهم نمط مضطرب من الأكل، ويؤدى إلحاق هؤلاء الأفراد في البرامج التقليدية لإنقاص الوزن – في بعض الأحيان – دون الالتفات إلى الأكل المضطرب إلى نتائج مخيبة للأمل.

بعض الأفكار الآلية السلبية التي يفكر فيها أصحاب السمنة المفرطة :

١ – **أفكار سلبية حول الذات :** (أنا بدينة، أن أحرج من وزنى، أنا قبيحة، أنا أكره نفسى، أنا لن أتزوج، أنا أكره جسمي، أنا غير مرغوبة جنسياً، أتمنى لو أنى مدمنة خمور / مخدرات

ولست بدينة، أفكاري تتدفعنى للانسحاب / التجنب، لا أستطيع ارتداء ملابس جميلة، عندما أكون سيدة بدينة أكون بدينة فقط ولست امرأة).

٢ – **أفكار حول العالم :** (الناس متناقضين في أراءهم، المجتمع يسخر منى، زوجي يتجاهلني، زوجي لا يحترمني، المجتمع يضطهدنى، الناس يتجنبونني، الناس تحتقرني، المجتمع يحرمني من حقي في الوظائف).

٣ – **أفكار حول الحاضر والمستقبل :** (حياتي جحيم).

٤ – **أفكار حول الموقف العلاجي :** (لن يأتي العلاج معي بنتيجة، التمارين الرياضية لا تجدى نفعاً).

طرق قياس السمنة :

١ – دليل أو مؤشر كتلة الجسم :

دليل أو مؤشر كتلة الجسم هو " الوزن بالكيلو جرام " ÷ (الطول بالمتر)٢، وهو من أفضل الطرق التي يمكن أن تُحدد إذا ما كان وزنك طبيعي أم لا هي ما يُسمي بطريقة دليل كتلة الجسم **Body Mass Index (BMI)** **وذلك حسب المعادلة التالية :**

دليل كتلة الجسم **(BMI)** = الوزن بالكيلو جرام ÷ الطول بالمتر المربع.

فإن كانت النتيجة أقل من	**٢٠**	**فإن الوزن يكون دون الطبيعي**
وإذا كانت النتيجة بين	**٢٠ – ٢٥**	**فإن الوزن يكون طبيعي**
وإذا كانت النتيجة بين	**٣٠ – ٢٥**	**فإن الوزن يكون زائد عن الطبيعي**
وإذا كانت النتيجة بين	**٣٠ – ٣٥**	**فإن الشخص يعتبر بديناً**
وإذا كانت النتيجة بين	**٣٥ – ٤٠**	**فإن الشخص يعتبر بديناً جداً**
وإذا كانت النتيجة أكثر من	**٤٠**	**فإن الشخص يعتبر مفرط في البدانة**

مثال : لحساب دليل كتلة الجسم حسب المعادلة (الوزن بالكيلو جرام تُقسم علي الطول بالمتر المربع) فإذا فرضنا أن الوزن (٩٨) كيلو جرام، والطول (١٧٢) سم **تكون النتيجة :**

– تحويل الطول من سم إلي متر = **١٧٢ سم ÷ ١٠٠ = ١,٧٢**.

– تحويل الطول من متر إلي متر مربع = **١,٧٢ × ١,٧٢ = ٢,٩٦ م٢** (متر مربع).

– إذا دليل كتلة الجسم = **٩٨ ÷ ٢,٩٦ = ٣٣**، وهذا يدل علي أن الشخص بديناً.

غير أن هناك استثناءات لاستعمال دليل كتلة الجسم منها علي سبيل المثال لا الحصر : (الأطفال في طور النمو، والنساء الحوامل، والأشخاص ذوي العضلات القوية كالرياضيين).

وهناك علاقة بين السمنة ومؤشر كتلة الجسم، حيثُ أن مؤشر كتلة الجسم هو الأداة التي يتم من خلالها قياس السمنة.

إن أفضل مؤشر لكتلة الجسم هو الذي يتراوح بين (٢٠ – ٢٥) كجم / م٢ لكونه يتيح فرصة لتمتع الفرد بالصحة وطول العمر، أما مؤشر كتلة الجسم الذ يتراوح بين (١٨ – ٢٠) كجم / م٢، أو (٢٥ – ٢٨) كجم / م٢، فهو يمثل مناطق هامشية تدل علي انخفاض الوزن بصورة ملحوظة أو ارتفاعه علي التوالي، والأشخاص الذين تقع مؤشرات كتلة الجسم لديهم في هذه المنطقة بعانون من مخاطر المشكلات الصحية، ولكن الأشخاص الذين تصل لديهم مشكلات كتلة الجسم إلي (٣٠) كجم / م٢، أو أكثر فإنهم يعانون من السمنة ومُعرضون لا محالة لمشكلات صحية محققة **(عبد الرحمن، محمد، ١٩٩٩ : ٢٢٦)**.

وتُعرف **سهير الغُباشي وهناء شويخ** مؤشر كتلة الجسم بأنه مقياس يستخدم لتقدير وزن الفرد بالنسبة لطوله **(كرينج، آنا وجونسون، شيري وديفسون، جليراد ونيلا، جون، ٢٠١٥ : ١٧١)**

ثالثاً : اضطرابات النوم :

اضطرابات النوم هي الصعوبات والمعوقات التي تؤدي إلى قلة النوم أو إلى سوء نظامه، وهي إما أن تظهر في بداية النوم أو اثنائه.

كما تُعرف اضطرابات النوم بأنها مصطلح عام يشمل أي حالة غير طبيعية تتصف بها دورة النوم واليقظة بسبب عوامل عصبية فسيولوجية أو عوامل نفسية المنشأ **(ريبر، أرثر أس، وريبر إيملي، ٢٠٠٨ : ٦١٥)**.

وهي نقص في نوعية النوم والتي تسبب حوادث تؤثر على علاقاتنا، وصحتنا، وقوانا العقلية وتجعل الفرد يشعر وكأنه معزول عن العالم

(www.go.microsoft.com./Fwlink/?linkId٢٠٠٩).

واضطرابات النوم هي مجموعة من المتلازمات المرضية[٣١] التي تتميز بخلل أو اضطراب في عدد ساعات النوم التي يحتاجها المريض أو نوعية النوم أو خلل في الظروف الفسيولوجية المرتبطة بالنوم، أو الناتجة عن الضغوط الانفعالية[٣٢]

(www.go.microsoft.com./Fwlink/?linkId٢٠٠٩).

وهي مظاهر من الاختلال في كمية النوم، وجودته، وعاداته، قد تكون أولية شاملة الأرق، وفرط النوم، والشخير، واضطراب إيقاع النوم، واليقظة، أو تكون ثانوية مختلة بالنوم مثل الكوابيس، وفزع الليل أ والتجوال الليلي **(محمود، حسام الدين، وعبد الخالق، شادية، ٢٠٠٣)**.

وتُعرَّف أيضاً بأنها تلك الاضطرابات التي ترتبط بكم وكيف النوم ووقته مثل الأرق، وفرط النوم، واضطراب إيقاع النوم، أو مصاحبات النوم وهي تلك الاضطرابات التي ترتبط بالسلوك المرضي، أو الأحداث الفسيولوجية التي تحدث أثناء عملية النوم، أو الانتقال من النوم – اليقظة مثل اضطراب الكابوس الليلي، واضطراب الفزع الليلي، واضطراب السير أثناء النوم (**أحمد، بشري، ٢٠١٣ : ٣**).

ويري الباحث الحالي أن اضطرابات النوم هي حالة من عدم الانتظام التي ترافق النوم من حيث مدته ووقته ونوعه، أو ما يحدث خلاله من سلوك أو نشاط يتعارض مع حالة النوم والتي تدل على عدم تحقق النوم بالشكل المطلوب.

الفرق بين اضطرابات النوم، ومشكلات النوم :

مشكلات النوم هي عدم النوم بالوقت الكافي لحاجة الجسم، إما لصعوبة الدخول في النوم، أو لصعوبة الاستمرار فيه، أو حدوث تقطع متكرر للنوم، مما يؤدي إلي شعور الفرد بالتعب والإجهاد وسرعة الاستثارة واختلال الأداء الوظيفي (**الدسوقي، مجدي، ٢٠٠٨ : ٢١٤**).

في إمكان معظم الآباء والأمهات، إذا تم تعليمهم وحثهم بصورة جيدة مساعدة أبنائهم علي التخلص من مشاكل النوم، وتُعد مشاكل النوم لدي الطفل بصورة أساسية مشاكل سلوكية تتضمن_الثلاث مشاكل الأساسية (الذهاب إلي الفراش، والبقاء فيه، والشروع في النوم)، والأطفال الذين لديهم مشاكل في هذه السلوكيات الثلاثة غالباً ما يعانون من نقص في المهارات، فهم ببساطة لم يتعلموا بعد فعله في وقت الذهاب إلي الفراش وكيف يفعله (**Halina ; Karen ; lian & Shona , ٢٠١١**) وهذا يعني أن مشاكل وقت الذهاب إلي الفراش تتضمن مشاكل من نوعية " ماذا يفعلون "، و " كيف يفعلونه "، وفي الوقت نفسه، يخضع الأطفال أيضاً لأنواع عديدة أخري من الصعوبات المتعلقة بالنوم، والتي يُشير إليها أغلب الاختصاصيين باضطرابات النوم من " مشاكل النوم ". فاضطرابات النوم لا تتضمن المشاكل من نوعية " ماذا يفعلون "، و " كيف يفعلونه "، ولكن تتضمن مشاكل من نوعية " لا أستطيع " فمثلاً الأطفال الذين يتبولون لا إرادياً أثناء النوم لا يستطيعون (**فريمان، باتريك ٢٠٠٧ : ١١**).

محددات وأسباب اضطرابات النوم :

١ – المحددات الوراثية :

أثبتت الدراسات أن للوراثة والتاريخ العائلي دوراً هاماً في الإصابة باضطرابات النوم، وأيضاً الأفراد الذين تعرضوا للأرق في الصغر يكونوا أكثر عُرضه للإصابة بنوع أو أكثر من اضطرابات النوم **(يوسف، جمعة سيد، ٢٠٠٠ : ١٣٨).**

٢ – المحددات الديموغرافية :

أ – النوع : أثبتت عدة دراسات أن النساء أكثر عُرضه من الرجال للإصابة باضطرابات النوم، ونسبة انتشار اضطرابات النوم بين النساء أعلي من النسبة لدي الرجال.

ب – العمر : الأطفال يتعرضون لاضطرابات النوم وخاصةً الأرق خاصةً في مرحلة الطفولة المبكرة ثم يميلون نحو نوم أكثر استقراراً مع التقدم في العمر.

– المسنين أيضاً أكثر عُرضه لاضطرابات النوم حيثُ تقل الحاجة لديهم للنوم مع تقدم العمر وترتفع نسبة انتشار اضطرابات النوم بينهم.

– المراهقين والراشدين الفئة الأقل عُرضه لاضطرابات النوم **(غانم، محمد حسن، ٢٠٠٦ : ١٠٠)**

٣ – المحددات البيئية و الأسرية الثقافية :

ترتبط الإصابة باضطرابات النوم بالمحددات الأسرية من حيث طريقة التنشئة الاجتماعية التي يتلقاها الطفل حيث أن بعض الأطفال يعتادون النوم بجانب الوالدين أو في غرفة الوالدين وعندما يتم فصل الطفل يتعرض الطفل لعدة اضطرابات منها الأرق والكوابيس نتيجة تغير المكان المعتاد للنوم، وهذا يرتبط أيضاً بتباين البيئة الثقافية حيث أن بعض البلاد يتعود فيها الطفل منذ الصغر بالنوم في حجرة مستقلة لذلك لا يتعرض لاضطرابات النوم الناتجة عن فصل الطفل عن والديه، وأيضاً العادات المرتبطة بالنوم من حيث الوقت المحدد للنوم وموعد الاستيقاظ حيث يكتسب الطفل هذه العادات والارتباطات الشرطية منذ الصغر.

٤ – المحددات المعرفية :

وهذه المحددات ترتبط بمعارف الفرد ومدركاته حول ذاته والوقت الكافي بالنسبة له للنوم فبعض الأفراد يضعون توقعات بأنهم لا يستطيعون أن يناموا ثماني ساعات متواصلة، والبعض الآخر يضع توقع بأن ثماني ساعات من النوم غير كافية بالنسبة له، لذلك هذه التوقعات والمعارف تؤثر أيضاً في نمط نوم الفرد **(غانم، محمد حسن، ٢٠٠٦ : ١٠١).**

النظريات المفسرة لاضطرابات النوم :

انقسمت النظريات المفسرة لاضطرابات النوم إلي منحان هما :

أولاً : المنحي البيولوجي، وينقسم إلي :

١ – النظرية الكيميائية[٣٣]. ٢ – نظرية مركز النوم[٣٤].

٣ – نظرية الكف والإثارة **لبافلوف**. ٤ – نظرية المراكز المبعثرة أو المنتشرة في المخ.

ثانياً : المنحي النفسي من واقع النظريات والدراسات السابقة، وينقسم إلي :

١ – نظرية التحليل النفسي.

٢ – النظرية السلوكية. **وفيما يلي شرح موجز لذلك :**

أولاً : المنحى البيولوجي :

١ – النظرية الكيميائية :

هذه النظرية تُفيد بأن جسم الإنسان أثناء نشاطاته الجسمية والفسيولوجية المختلفة ومن خلال العديد من العمليات الكيميائية التي تحدث داخل الجسم ينتج عنها العديد من الفضلات أو المواد الضارة أو السموم ، وهذه الفضلات والسموم تزيد نسبتها عند النوم في الدم وخاصةً في السائل الدماغي الشوكي تؤثر على المراكز العصبية فيشعر الانسان بالتعب والخمول ويحدث النوم ألا أنه يؤخذ على

هذه النظرية أنها لم تفسر حدوث النوم المفاجئ ، وكذلك اليقظة المفاجئة ، وعندما يكتفي الشخص بقيلولة بسيطة ويستيقظ ويبقى في أحسن حالاته ، كما أن هذه النظرية لا تفسر لماذا لا ينام الأشخاص الذين يعملون ويبذلون مجهوداً بدنياً مدة أطول من الأشخاص الذين لا يعملون فالمفروض حسب النظرية من يتعب أكثر ينام أكثر.

٢ – نظرية مركز النوم :

من خلال عرضنا السابق لهذه النظرية نرى أن قاعدة المخ[٣٥] إحدى الأماكن التي إذا أتلفت أصيب الإنسان باضطرابات النوم.

٣ – نظرية الكف والإثارة لبافلوف :

اعترض **بافلوف** على النظرية السابقة حيث يرى أن حالة النوم طويل الأمد التي تعتري المصابين بالتهاب المخ لا ترجع إلى وجود مركز النوم المفترض وجوده في المخ إنما ترجع إلى إتلاف هذه المنطقة الذي يعوق أو يمنع نقل الرسائل أو المثيرات العصبية الآتية من جميع أجزاء الجسم إلى لحاء المخ، وأن هذه الرسائل لها أهمية كبيرة في استمرار حالة اليقظة، وعندما ينقطع اتصالها بالمخ يحدث النوم نتيجة لعدم تنبيه لحائه ، ومن هذا يفترض

أنه لا يوجد ما يسمى بمركز للنوم في المخ وإنما توجد ارتباطات معقدة بين جذع المخ والقشرة المخية والأجزاء الواقعة تحتها وخاصةً ما يسمى بالتكوين الشبكي[٣٦].

٤ – نظرية المراكز المبعثرة أو المنتشرة في المخ :

وترى هذه النظرية أن هذه المراكز هي المسئولة عن الحفاظ على دورة النوم واليقظة **وهذه المناطق هي :** (التكوين الشبكي، والحافة[٣٧]، والخلايا العظمى للغطاء أو اللحاء[٣٨]، والجسم الأزرق ويخرج منه الحزمة النورأدرينالية الخلفية)، ويلعب التكوين الشبكي – الخلايا العصبية الممتدة من جذع المخ حتى الثلاموس – دور كبير في حدوث اليقظة والانتباه وبالتالي فحدوث أي تلف ينتج عنه حدوث الغيبوبة أو إفراط النوم.

– أما الحافة التي تمتد وسط جذع المخ حتى خلف المخ الأوسط فلها تأثيرها الخاص على النوم وأي تلف لهذه المنطقة يؤدي لحدوث الأرق حيث أن التلف يدمر الأنية المسئولة عن إفراز السريتونين المسئول عن تثبيط عمل التكوين الشبكي من ثم حدوث النوم.

– في حين أن الجسم الأزرق والذي تخرج منه الحزمة النورأدرينالية وهو المسئول عن مرحلة التغير من النوم المتزامن إلى النوم الغير متزامن وقد وجد أن قطع هذا المركز يؤدي إلى إفراط النوم حيث أنه يزيد من عمل الحافة أما منطقة الخلايا الظمي فوجدوا أن إتلافها يؤدي إلى اختفاء مرحلة النوم الغير متزامن من مراحل النوم (**الدسوقي، مجدي محمد ، ٢٠٠٦ ، ١٢٨ : ١٣٥**).

ثانياً : المنحى النفسي من واقع النظريات والدراسات السابقة :

١ – نظرية التحليل النفسي :

فيرى أصحاب هذا المنحى أن صعوبات النوم عند الأطفال تحدث نتيجة عدة عوامل وهى القلق الأوديبي[*]، وقلق الانفصال[**] والخوف من الرغبات المكبوتة (**الدسوقي، مجدي محمد ، ٢٠٠٦ ، ١٢٦ : ١٢٧**).

ويبقى أن نذكر أن هذه النظرية من الصعب التحقق من فروضها المتعلقة بصعوبات النوم لاعتمادها على مفاهيم من الصعب تعريفها إجرائياً ومن ثم قياسها.

٢– النظرية السلوكية :

يرى علماء هذا المنحى أن النوم الطبيعي مثله مثل النوم الغير سوي كلهما مُتعَّلم فإن علمت الأسرة الطفل السلوك المقبول في النوم صار ينام طبيعياً وإن علمته السلوك المخطئ في النوم صار ينام نوم غير سوي.

فهم يُرجعون صعوبات النوم إلى أخطاء الوالدين في التنشئة الاجتماعية وذلك من خلال الارتباط الشرطي للنوم بأشياء مخيفة تتعلق بمكان النوم وظروفه أو مواعيده أو أن

الأسرة تجعل الطفل يتعلم صعوبات النوم بالتطبيق الخاطئ للثواب والعقاب حيث تدعيم لسلوكيات صعوبات النوم وإضعاف لسلوكيات النوم السوي.

كما يمكن أن يتعلم الفرد النوم الغير سوي من خلال عملية النمذجة فعندما يكون النموذج يتبع سلوكيات غير سوية في النوم مثل السهر والاستيقاظ في أوقات متأخرة من الليل فمن ثم يدعم لدى الفرد بعض السلوكيات الغير سوية المتعلقة بالنوم بتقليده للنموذج **(الدسوقي، مجدي محمد ، ٢٠٠٦، ١٢٦ : ١٢٨)**.

تصنيف (أنواع) اضطرابات النوم :

القسم الأول : اضطرابات النوم التي لا تحدث نتيجة وجود اضطراب عقلي أو لا ترجع إلى حالة طبية عامة أو استخدام المواد المخدرة أو العقاقير، **وتنقسم إلى نوعين :**

(أ) اضطرابات النوم الأولية (عسر النوم)[٣٩]**أي اضطراب كمية النوم وكيفيته ووقته وتشمل :**

١ – الأرق الأولي[٤٠]. ٢ – الإفراط في النوم الأولي[٤١].

٣ – نوبات النوم المفاجأة (غفوات النوم) [٤٢]. ٤ – اضطرابات النوم المرتبط بالتنفس[٤٣].

٥ – اضطراب مواعيد النوم واليقظة[٤٤].

(ب) اضطرابات النوم الثانوية (مخلات النوم)[٤٥] **وهي عبارة عن أحداث غير طبيعية تقع أثناء النوم وتحدث في الفترة بين النوم واليقظة وتشمل :**

١ – اضطراب الكوابيس الليلية[٤٦]. ٢ – اضطراب الفزع أثناء النوم[٤٧].

٣ – اضطراب المشي أثناء النوم[٤٨].

القسم الثاني : اضطرابات النوم المرتبطة باضطراب نفسي أو عقلي أو ترتبط بحالات طبية عامة أو بتعاطي المواد المخدرة التي تظهر في صورة أرق أو فرط نوم.

القسم الثالث : اضطرابات النوم الأخرى المرتبطة باضطراب نفسي أو عقلي أو ترتبط بحالات طبية عامة أو بتعاطي المواد المخدرة **(الدسوقي، مجدي محمد، ٢٠٠٦ : ١٣١)**.

وهناك رأي آخر لتصنيف اضطرابات النوم إلي مجموعتين أساسيتين هما :

أولاً : صعوبات النوم : وتتسع هذه الصعوبات تشمل ثلاث مجموعات :

١- اضطرابات الأرق[٤٩]. ٢ – اضطرابات فرط النوم. ٣ – اضطراب جدول النوم واليقظة.

ثانياً : مصاحبات النوم : وتشمل ثلاث مجموعات، وهي :

١- اضطراب الكوابيس الليلية. ٢ – اضطراب الفزع الليلي.

٣ – اضطراب المشي أثناء النوم **(الخالدي، أديب، ٢٠٠٠ : ٣٨١)**.

ومن خلال الاطلاع علي الدراسات السابقة وجد الباحثون أن الإناث اللاتي يعانين من اضطراب السمنة يعانون من جميع أنواع اضطرابات النوم، كما يعانون من اضطراب الألكسيثيميا أو ما نسميه عمه المشاعر واللامفرداتية (**Joanna ; Paul Gringras ; Peter ; Nicolas ; John & Alan , ٢٠١٣**).

الاضطرابات المصاحبة لاضطرابات النوم :

– من بين الأسباب النفسية لمشكلات النوم ارتفاع معدلات الاكتئاب حيث يسترجع الفرد أحداث يومه قبل النوم ويظل الفرد يفكر بالخبرات السيئة بصورة مركزة بحيث ترتفع لديه مستويات الاكتئاب، وقد ربطت العديد من الدراسات بين الاكتئاب ومشكلات النوم، ويكون النوم عند مرضى الاكتئاب متسماً بالأرق والاستيقاظ أثناء الليل (**غانم، محمد حسن، ٢٠٠٦**).

– وفي دراسة وجدوا أن (٣٥%) من الراشدين الذين يعانون من صعوبات النوم يعانون أيضاً من مشكلات انفعالية، وأن (٦٠%) من الذين يعانون من حالة صحية متردية يعانون من الأرق أيضاً (**ليندزاي، و ج. بول ، ٢٠٠٠ ، ٦٩٢ – ٦٩٣**).

التعريف الاجرائي لاضطرابات النوم :

وهي الدرجة التي يحصل عليها المشارك على **قائمة اضطرابات النوم (ق ض ن)، ومقياس مؤشر جودة النوم لبيتسبرج (م ش ج ن ب)** كمحك صدق خارجي الذي قام الباحث بترجمته لهذا الغرض.

الدراسات السابقة :

هدفت دراسة **دي شاولي، ودي لينكلف، وفلوركوين، وبايلي (٢٠٠١) De Chouly ; De Lenclave ; Florequin & Bailly** بالتعرف على العلاقة بين الألكسيثيميا واضطرابات الأكل وحدوث السمنة وذلك لدي عينة قوامها (٤٠) سيدة مصابة بالسمنة بمؤشر كتلة جسم يساوي أو أكبر من (٢٧,٣) كجم/م٢، و(٣٢) سيدة ذات وزن طبيعي بمؤشر كتلة جسم يتراوح بين (١٨ – ٢٥) كجم/م٢ وتم استخدام مقياس (**TAT - ٢٠**) لقياس الألكسيثيميا، ومقياس قائمة بيك للاكتئاب، وكشفت النتائج أن الألكسيثيميا سجلت متوسط أعلي لدي الإناث السمينات بمتوسط حسابي (٥٢%)، والعينة المقارنة بنسبة (٢١%)، وأن الأشخاص المصابين بالسمنة أكثر اكتئاباً من العينة المقارنة بنسبة (١٥%)، ومتوسط مقياس الاكتئاب علي التوالي (٤,٦) و(١٢,٢)، وأن المستوي التعليمي المنخفض والاكتئاب من العوامل التي تلعب دوراً في ارتفاع الألكسيثيميا لدي المصابين بالسمنة، ويوصي الباحثون بإجراء المزيد من الدراسات.

أما عن **بانكواي، شابرول، وسايمون، ولوفيت، وبـــاربي (٢٠٠٣) ; Pinaquy Chabrol ; Simon ; Louvet & Barbe** فقاموا بدراسة للكشف عن معرفة العلاقة بين الألكسيثيميا والأكل العاطفي لدي النساء السمينات المصابات وغير المصابات باضـــطرابات الأكل **(BED)**، وتكونت عينة الدراسة من (١٦٩) سيدة تراوحت أعمارهن بين (١٨ – ٦٠) واستخدم الباحثون **اختبار بيك للاكتئاب** ومقياس القلق، وسلوكيات الطعام، والألكسيثيميا، وتـــم الكشف عن اضطرابات الأكل باستخدام استخبار الأكل والوزن، وأظهرت النتـــائج أن (٤٠) سيـــدة يعانون من اضطرابات الأكل وتم المقارنة بين متوسط العمر ومؤشر وكتلة الجســـم، وأظهرت النتائج أن السيدات المصابات بالاضطرابات سجلن نتائج أعلي في القلـــق (٤٣,٧)، و(٤٠,٥)، والاكتئاب (١٠,٤)، و(٦,٦)، والألكسيثيميا (٦٣,٨)، و(٦٠,٥)، وسلوكيات الأكل العاطفي (٤٩,٨)، و(٣٥,٢)، والأكل الزائـــد (٣٠,٣)، و(٢٧,٣)، مـــن غيـــر المصـــابات باضطرابات الأكل علي التوالي، وأن العلاقة بين الألكسيثيميا والأكل العاطفي لدي الســـيدات السمينات مختلفة بين المجموعتين، وأن الألكسيثيميا ارتبطت بحدوث الأكل العـــاطفي لـــدي المصابات بالاضطرابات، أما القلق فهو السبب في الأكل العـــاطفي لـــدي غيـــر المصـــابات باضطرابات الأكل، ويقترح الباحثون أن هذه النتائج تُحتم ادخال الألكسيثيميا كعامل مهم فـــي اضطرابات الأكل لدي النساء السمينات.

هدفت دراسة **دي جينرو ومارتينا وكورسيو فيـــرارا (٢٠٠٤) ; De Gennaro Martina ; Curcio & Ferrara** فحص العلاقة بين عمه المشاعر واضطرابات النـــوم وذلك علي عينة قوامها (٥٥٤) طالباً جـــامعياً (٤٨٠ أنثـــي، و٧٤ ذكـــر) بمتوســـط عمـــر (٢٣,١٧)، وانحراف معياري (٣,٢٨)، طبقت عليهم النسخة الإيطالية من مقيـــاس تورنتـــو لقياس عمه المشاعر، ودليل بيتسبرج لقياس جودة النوم، وأوضحت النتائج العلاقة الارتباطية بين درجات عمه المشاعر واضطرابات النوم

وتناول **بين، وليا، وباربيا، وآريو، وفاليوز، ولوفيزيلا وآخرون (٢٠٠٧) Pinna Lai ; Pirarba ; Orrù ; Velluzzi ; Loviselli & Carpiniello** السـمنة والألكسيثيميا بالدراسة لمعرفة العلاقة بينهما لدي عينة من المصابين بالسمنة قوامهـــا (٢٩٣) مشاركاً منهم (٤٨ ذكور، و٢٤٥ إناث) ممن ترددوا علي مركز جامعة كاليـــاري لتشـــخيص وعلاج السمنة بإيطاليا، وتمت مقارنتها بعينة ضابطة من طلاب الجامعة وأقربـــائهم قوامهـــا (٢٩٣) مشاركاً طبيعياً في الوزن (غير سمين) منهم (٤٨ ذكور، و٢٤٥ إنـــاث)، واســـتخدم الباحثون مقياس تورنتو، وتم أخذ قياس الطول والوزن من أجل حساب مؤشر كتلة الجســـم، وأظهرت النتائج أن الأشخاص المصابين بالسمنة أكثر عُرضه للإصابة بالألكسيثيميا مقارنـــةً

بالعينة الضابطة بنسبة (١٢,٩%) و(٦,٩%) لغير المصابين بالسمنة، ويوصي الباحثين بالاهتمام بالتقييم الروتيني للسمات الشخصية ذات العلاقة بالسمنة.

هدفت دراسة **أجنيزكا، ورادوسلاوا، ومونيكا، وميشيل، وبيتور، وماجدالينو وآخرون (٢٠٠٨)** **Agnieszka ; Radoslaw ; Monika ; Michal ; Piotr ; Magdalena & et al** بدراسة هدفت إلي معرفة العلاقة بين بعض المتغيرات النفسية (الألكسيثيميا، والاكتئاب، والقلق) واضطرابات الأكل لدي السيدات المصابات بالسمنة، وتكونت عينة الدراسة من (١٠٠) سيدة بمتوسط حسابي (١٣ + ٤٥) عام، وتم استخدام المقاييس التالية لجمع البيانات عن الألكسيثيميا مقياس (**TAS-٢٦**)، ومقياس (**HADS**) للقلق والاكتئاب، ومقياس (**BES**) لقياس اضطرابات الأكل، وأظهرت النتائج أن (٥٢,٦%) مصابات بالألكسيثيميا، وهناك فروق في انتشارها تبعاً لمتغير المستوي التعليمي حيثُ أن النساء الأقل في مستوي التعليم هم الأكثر إصابةً بالألكسيثيميا وهم يمثلون نسبة (٣٩%) مقابل (١٠%) ومتغير العمر إذ أن النساء الأكبر عمراً أكثر عُرضه لألكسيثيميا، أما الاكتئاب فقد سجل معدلات عالية لدي الإناث المصابات بالألكسيثيميا بنسبة (١٩%) مقابل الغير مصابات بالألكسيثيميا (٥,٦%)، أما القلق واضطرابات الأكل فلم تكن هناك فروق في المجموعتين وارتبط ارتفاع مؤشر كتلة الجسم بانخفاض المستوي التعليمي، كما أن السمنة والاكتئاب وانخفاض مستوي التعليم للإناث من العوامل التي تُزيد من الاصابة بالألكسيثيميا لدي الإناث.

وقام **خضر، وباتيها، وأجلونا، والخطيب (٢٠٠٨)** **Khader ; Batieha ; Ajlouni ; El-Khateeb & Ajlouni** بدراسة لمعرفة مدي انتشار السمنة في شمال الأردن، وتحديد العوامل المرتبطة، وقد تم اختيار (١١٢١) شخص تتراوح أعمارهم بين (٢٥) سنة وما فوق بشكل عشوائياً استخدم الباحثون استبيانات لجمع البيانات المرتبطة بالعينة، وإجراء القياسات من طول ووزن لحساب مؤشر كتلة الجسم، وتم تعريف السمنة علي أساس مؤشر كتلة الجسم (**BMI**) يساوي أكبر من (٣٠) كجم / م٢، وأظهرت النتائج أن انتشار السمنة في شمال الأردن (٢٨,١%) للرجال، و(٥٣%) للسيدات، وأن انتشار السمنة يزداد مع التقدم في السن.

لقد أجرت **آلان، وسويشل، وأليسون، وفيسفولد، وهيرتمت، وفيليب (٢٠٠٨)** **Alan ; Sushel ; Alison ; Vesvolod ; Hartmut & Phillip** دراسة تناولت العلاقة بين السمنة وانقطاع التنفس أثناء النوم، حيثُ تكونت عينة من (١١٤) فرداً، (٢٣ ذكوراً، ٩١ إناثاً)، وكانوا في منتصف العمر، وتم عرض فيلم ليلاً لقياس التنفس أثناء النوم، وتم استخدام مؤشر كتلة الجسم لقياس السمنة، وأشارت النتائج إلي وجود علاقة بين السمنة

وانقطاع التنفس أثناء النوم، كما أشارت أيضاً إلي أن انقطاع التنفس أثناء النوم أكثر انتشاراً لدي النساء البدينات بعد سن اليأس من النساء قبل انقطاع الطمث.

وأجري كلاً من **نيلسون وليفرير ومونبليزير (٢٠١١) Nielsen ; Levrier & Montplaisir** دراسة هدفت لفحص العلاقة بين اضطرابات النوم وعمه المشاعر لدي الذين يعانون من اضطرابات النوم (الأرق، ومتلازمة انقطاع التنفس النومى، والخدر، وفرط النوم مجهول السبب، ومتلازمة تململ الساقين، واضطرابات نوم حركة العين السريعة، واضطرابات نوم حركة العين غير السريعة)، وتكونت العينة من (٥٨٠) من المرضي الخارجيين (٢٧٥ من الذكور، و٣٠٥ من الإناث) الذين تم فحصهم وعلاجهم في مركز مونتريال لاضطرابات النوم في الفترة من ديسمبر ٢٠٠٤ إلي أغسطس ٢٠٠٨، وكان متوسط عمر العينة (٤٦,٠)، وانحراف معياري (١٣,٢)، وتكونت عينة الأسوياء من (١٤٥) (٢٧ من الذكور، و١١٨ من الإناث)، وكان متوسط عمر العينة (٢٢,٩)، وانحراف معياري (٤,٢)، وتم تقسيمهم إلي مجموعتين : المجموعة الأولي (٨٩) طالباً جامعياً من تمهيدي قسم علم النفس بجامعة مونتريال، والمجموعة الثانية (٥٦) طالباً من الشباب، وتم التأكد من أنهم لا يعانون من اضطرابات النوم، وكانت أدوات الدراسة مقياس تورنتو لقياس عمه المشاعر، واستبيان الأحلام، واستبيان القلق الاجتماعي والتخيل، وأظهرت النتائج أن الدرجات الكلية لعمه المشاعر ارتبطت إيجابياً باضطرابات النوم وسلباً باستدعاء الحلم لكل من المجموعتين الإكلينيكية والأسوياء، وللذكور والإناث، كما ارتبطت الدرجة الكلية لعمه المشاعر سلباً بمعني الحلم لمجموعة الأسوياء، وارتبطت المقاييس الفرعية لعمه المشاعر بعوامل الحلم حيثُ ارتبطت صعوبة تحديد المشاعر مع زيادة الكوابيس، وصعوبة وصف المشاعر مع انخفاض تذكر الحلم، والتفكير الموجه خارجياً مع انخفاض معني الحلم، لكل من المجموعتين الاكلينيكية والأسوياء، وللذكور والإناث، وتُشير النتائج إلي وجود نمط ثابت ومتسق من العلاقات بين عمه المشاعر ومكونات الحلم والذي يؤثر علي عملية التنظيم الانفعالي أثناء اليقظة والحلم.

قام **النسور مهند وعلي أرباجيا (٢٠١٣) Al Nsour Mohannad & Ali Arbaji** بدراسة هدفت إلي التعرُّف علي المحددات الاجتماعية التي ترتبط مع البدانة لدي السيدات الأردنيات، انطلاقاً من البيانات الوطنية المستمدة من المسح الصحي للأسرة والسكان في الأردن لعام (٢٠٠٩)، وقد وجد الباحثان أن المعدل الإجمالي لانتشار زيادة الوزن هو (٣٠%)، وللبدانة (٣٨,٨) بين السيدات في أعمار (١٤ – ٤٩) عاماً، وأوضحت النتائج من التحليل المتعدد للمتغيرات أن كلاً من العمر، والإقامة في المناطق الجنوبية من الأردن،

والزواج في سن مبكرة، وتعدد الحمل، والغني، والتدخين هي عوامل مهمة في اكتساب السمنة وزيادة الوزن لدي الأردنيات، كما أشارت الدراسة إلي الحاجة المُلحة لتنفيذ برامج صحية تستهدف زيادة الوزن والبدانة وتكافحهما علي الصعيد الوطني، وأنه ينبغي أخذ المحددات الاجتماعية في الاعتبار عند تصميم وتنفيذ تلك البرامج.

أما دراسة **تشو، وكانغ، وينج، ولي، وهسو (٢٠١٤) Chou ; Kana ; Weng ; Lee & Hsu** كان هدفها دراسة فقدان النوم لدي الأطفال البُدناء، حيثُ تكونت العينة من (٤٨٧) طفلاً بديناً، من بينهم (٣٣٨) من الذكور، و(١٤٩) من الإناث، وتراوحت أعمارهم (٢ : ١٨) عاماً، وتم استخدام مؤشر كتلة الجسم، وتم الاطلاع علي السجلات الطبية الخاصة بالأطفال للتعرف علي طرق نومهم، وأشارت النتائج إلي ارتفاع فقدان التنفس أثناء النوم لدي الأطفال البُدناء.

في حين نجد دراسة **باتل، ووهيس، ووبلاك ويل، وإيفن، وأنكول، ووينج، وآخرون (٢٠١٤) Patel ; Hayes ; Blackwell ; Evan ; Ancoll ; Wing & et al** قد كان هدفُها دراسة العلاقة بين أنماط النوم والسمنة لدي كبار السن، حيثُ تكونت العينة من (٦٠٣٨) فرداً من بينهم (٣٠٥٣) من الذكور، و(٢٩٨٥) من الإناث، الذين كانت أعمارهم (٦٥) عاماً فيما فوق، وتم استخدام مؤشر كتلة الجسم لقياس السمنة، ومقياس الاكتئاب للمسنين لتقييم أعراض الاكتئاب، ومقياس تقييم النشاط البدني للمسنين، وأشارت النتائج إلي وجود علاقة بين أنماط النوم (القيلولة أثناء النهار، والأرق)، والسمنة لدي كِبار السن.

الفروض :

<u>في ضوء نتائج الدراسات السابقة يمكن صياغة فروض الدراسة الحالية كما يلي :</u>

١- توجد علاقة دالة إحصائياً بين الألكسيثيميا، والسمنة، واضطرابات النوم لدي الإناث بمحافظتي الوادي الجديد والمنيا.

٢- توجد فروق دالة إحصائياً في الألكسيثيميا، والسمنة، واضطرابات النوم بين الإناث المقيمات في محافظة المنيا مقارنةً بالإناث المقيمات بمحافظة الوادي الجديد.

منهج الدراسة وإجراءاتها :

أولاً : منهج الدراسة :

تم استخدام المنهج الوصفي الارتباطي المقارن الذي يحاول التعرُّف على العوامل المفسرة للعلاقة بين المتغيرات من خلال المقارنة بين المجموعات في ظاهرة معينة كما يسعى هذا المنهج لتحديد مقدار ما تُفسره المتغيرات المختلفة من التباين.

ثانياً : عينة الدراسة :

أُختيرت عينة الدراسة من السيدات المقيمات في محافظتي الوادي الجديد، والمنيا، وتكونت من (٤٠٠) سيدة بمعدل (٢٠٠) سيدة من محافظة الوادي الجديد منهم (١٠٠) سيدة كمجموعة حالة، و(١٠٠) سيدة كمجموعة مقارنة، و(٢٠٠) سيدة من محافظة المنيا منهم (١٠٠) سيدة كمجموعة حالة، و(١٠٠) سيدة كمجموعة مقارنة، والتي تراوحت أعمارهن بين (١٨ – ٤٤) عاماً.

جدول (١) توزيع أفراد عينة الدراسة

المحافظة	المجموعات	الأعداد	المجموع الكلي
الوادي الجديد	مجموعة الحالة	١٠٠ سيدة	٢٠٠ سيدة
	المجموعة المقارنة	١٠٠ سيدة	
المنيا	مجموعة الحالة	١٠٠ سيدة	٢٠٠ سيدة
	المجموعة المقارنة	١٠٠ سيدة	
إجمالي عدد العينة			٤٠٠ سيدة

محكات اختيار العينة :

راعي الباحث الحالي مجموعة من المحكات لاختيار عينة الدراسة وذلك بهدف إحداث التكافؤ بين المجموعات، **وتضمنت هذه المحكات المتغيرات التالية :**

متغير العمر : تم تحديد المدي العمري لعينات الدراسة بحيث لا يقل عمر السيدات المُشاركات عن (١٨) سنة ولا يزيد عن (٤٤) سنة.

متغير المستوي التعليمي : تم اختيار عينة الدراسة من السيدات المتعلمات خريجات الجامعة.

عدم وجود أمراض عضوية : وحرص الباحث علي ضرورة ألا يعاني أحد أفراد العينة من أمراض عضوية مُزمنة.

الذكاء العام : ولأهمية متغير الذكاء في الدراسة الراهنة، فكان من الضروري عزل تأثير متغير الذكاء وبُناءاً عليه فقد استخدم الباحث نسخة مُختصرة من اختبار المصفوفات المتدرجة العادية من وضع **جون رافن** والتي تكونت من خمس مجموعات (أ – ب – ج – د – هـ) أخذنا من كل مجموعة الأشكال التي تُرقم بالأرقام الفردية فقط، وذلك حتى لا يتدخل متغير

الذكاء – إذا أرتفع أو انخفض عن المتوسط – في تشكيل الأداء على الاختبارات، وقد تمت المُضاهاة بين المجموعات الأربعة في هذا المتغير بحيث لا يؤثر في الأداء على الاختبارات، وكانت السيدة التي تحصل على نسبة ذكاء أقل من (٨٠%) كدرجة مئينية يتم استبعادها من عينات الدراسة الاستطلاعية أو الأساسية.

ثالثاً : أدوات الدراسة :

لا يتحقق الهدف من أي دراسة إلا من خلال الوسائل التي تُستخدم في جمع البيانات والتي تُمكننا من اختبار فروضها، والجدول التالي يوضح الأدوات التي تم استخدامها في هذه الدراسة.

جدول (٢) أدوات الدراسة

اسم الأداة المستخدمة	إعداد
١ – استخبار بيرث للألكسيثيميا (س ث ك) Perth Alexithymia Questionnaire (PAQ)	إعداد بيرث، وبيكرا، وروبنسون، وداندي، وآلين Preece ; Becerra ; Robinson ; Dandy ; Allan (٢٠١٨) ترجمة / منتصر صلاح فتحي
٢ – مقياس تورنتو للألكسيثيميا Toronto Alexithymia Scale (TAS - ٢٠) يستخدم كمحك صدق خارجي لاستخبار بيرث للألكسيثيميا (س ث ك)	إعداد تايلور، وريان، وباجبي Taylor , Ryan and Bagby , (١٩٨٥) ترجمة / منتصر صلاح فتحي
٣ – قائمة اضطرابات النوم (ق ض ن) Sleep Disorders Schedule (SDS)	إعداد / منتصر صلاح فتحي
٤ – مقياس مؤشر جودة النوم لبيتسبرج (م ش ج ن ب) The Pittsburgh Sleep Quality Index (TPSQI)	إعداد لبيتسبرج Pittsburgh ترجمة وتعديل / منتصر صلاح فتحي
٥ – دليل أو مؤشر كتلة الجسم لتحديد السمنة	

وسوف نعرض بقدر من التفصيل لكل أداة من الأدوات المستخدمة على النحو التالي :

١ – استخبار بيرث للألكسيثيميا (س ث ك)[٥٠] :

أعد **بيرث، وبيكرا، وروبنسون، وداندي، وآلين ; Preece ; Becerra Robinson ; Dandy & Allan (٢٠١٨)** استخباراً للألكسيثيميا، وقام بترجمته **منتصر صلاح فتحي**، ويتكون استخبار بيرث للألكسيثيميا من (٢٤) بند للتقدير الذاتي عن عمه

المشاعر أو الألكسيثيميا، وهذا الاستخبار مصمم لتقييم جميع أبعاد ومكونات الألكسيثيميا وتقييم الحالة النفسية التي يشعر بها الفرد أثناء تعرضه لمشاعر سلبية وإيجابية، ويمكن اشتقاق خمس درجات فرعية، وستة درجات مركبة من القياس، مع درجات أعلي تُشير إلي مستويات أعلي من الألكسيثيميا، ويصف الجدول أدناه كل من هذه الدرجات الفرعية والمركبة، وكيفية حسابها (**Preece , Becerra ; Robinson ; Dandy ; Allan , ٢٠١٨**).

وتتم الإجابة عن بنود الاستخبار وفقاً لمقياس **ليكرت** السُباعي، وتُقدر البدائل (لا أوافق بشدة، ولا أوافق، وأرفض، ولا أوافق ولا أرفض، ولا أوافق، وأوافق، وأوافق بشدة) بالدرجات (١، ٢، ٣، ٤، ٥، ٦، ٧) علي الترتيب، وجميع بنود هذه القائمة سلبية، ولأغراض الفحص، والتشخيص، والبحث فقط، وتم احتساب الدرجة الكلية على هذه القائمة حيث تراوحت الدرجة الكلية بين (٢٤ – ١٦٨)، ويوصف المستجيب الذي تقترب درجته من الحد الأعلى (١٦٨) بأنه يعانى من اضطراب الألكسيثيميا، ومن تقترب درجته من الحد الأدنى (٢٤) بأنه يتمتع بصحة نفسية جيدة.

١	**لا أوافق بشدة**	٢	**تعني لا أوافق**	٣	**أرفض**
٤	**لا أوافق ولا أرفض**	٥	**لا أرفض**	٦	**أوافق**
٧	**أوافق بشدة**				

<u>ويري بيرث وزملاؤه أن اضطراب الألكسيثيميا كالبناء متعدد الأبعاد يتكون من ثلاثة مكونات :</u>

١ – الصعوبة في تحديد مشاعر المرء (الشخص) (**DIF**)[٥١].

٢ – صعوبة في وصف المشاعر (**DDF**)[٥٢]. ٣ – وأسلوب التفكير الموجه خارجياً (**EDT**)[٥٣].

حيثُ يميل المرء إلي عدم تركيز اهتمامه علي عواطفه، وبعبارة أخري، فإن الأشخاص الذين يعانون من مستويات عالية من الألكسيثيميا يجدون صعوبة في تركيز الانتباه علي حالاتهم العاطفية ومشاعرهم وأحاسيسهم، وصعوبة شديدة في دقة تقييم تلك المشاعر والأحاسيس (**Preece ; Becerra ; Allan ; Robinson & Dandy ; ٢٠١٧**).

جدول (٣) درجات المقياس الفرعي والدرجات المركبة لاستخبار بيرث للألكسيثيميا (س ث ك)

درجات المقياس الفرعي / المركب	كيفيه الحساب	المحتوي الذي تم قياسه
درجات المقياس الفرعي		
– الصعوبة السلبية في تحديد المشاعر (N - DIF)	– البنود أرقام (٢، ٨، ١٤، ٢٠)	– صعوبة في تحديد وفهم وتمييز المشاعر السلبية الخاصة
– إيجابية الصعوبة في تحديد المشاعر (P - DIF)	– البنود أرقام (٥، ١١، ١٧، ٢٣)	– صعوبة في تحديد وفهم وتمييز المشاعر الإيجابية الخاصة
– الصعوبة السلبية في وصف المشاعر (N - DDF)	– البنود أرقام (١، ٧، ١٣، ١٩)	– صعوبة في وصف المشاعر السلبية الخاصة بها والتواصل بشأنها
– إيجابية الصعوبة في وصف المشاعر (P - DDF)	– البنود أرقام (٤، ١٠، ١٦، ٢٢)	– صعوبة في وصف المشاعر الإيجابية الخاصة بها والتواصل بشأنها
– التفكير العام والخارجي الموجه (G - EOT)	– البنود أرقام (٣، ٦، ٩، ١٢، ١٥، ١٨، ٢١، ٢٤)	– الميل إلي عدم تركيز الإهتمام علي المشاعر الخاصة (السلبية والإيجابية)
الدرجات المركبة		
– صعوبة عامة في تحديد المشاعر (G - DIF)	– مجموع مقياس الصعوبة السلبية في تقييم المشاعر (N - DAF)، والمقياس الفرعي إيجابية الصعوبة في تقييم المشاعر (P - DAF).	– صعوبة في تحديد وفهم وتمييز المشاعر الخاصة (السلبية والإيجابية).
– صعوبة عامة في وصف المشاعر (G - DDF)	– مجموع المقاييس الفرعية مقياس الصعوبة السلبية في وصف المشاعر (N - DDF) ومقياس إيجابية الصعوبة في وصف المشاعر (N - DDF).	– صعوبة في وصف وتوصيل المشاعر الخاصة (سلبية وإيجابية).
– صعوبة سلبية في تقييم المشاعر	– مجموع المقاييس الفرعية مقياس الصعوبة السلبية في تحديد المشاعر (N - DIF)، ومقياس الصعوبة السلبية في	– صعوبة في تحديد ووصف (أي تقييم) المشاعر السلبية الخاصة بالفرد.

(N - DAF)	وصف المشاعر (N - DDF).	
– إيجابية الصعوبة في تقييم المشاعر (P - DAF)	– مجموع المقاييس الفرعية مقياس إيجابية الصعوبة في تحديد المشاعر (P DIF -)، ومقياس إيجابية الصعوبة في وصف المشاعر (P - DDF).	– صعوبة في تحديد ووصف (أي تقييم) المشاعر الإيجابية.
تابع : الدرجات المركبة		
– صعوبة عامة في تقييم المشاعر (G - DAF)	– مجموع المقاييس الفرعية مقياس الصعوبة السلبية في تحديد المشاعر (N - DIF)، ومقياس الصعوبة السلبية في وصف المشاعر (N - DDF)، ومقياس إيجابية الصعوبة في وصف المشاعر (P - DDF).	– صعوبة في تحديد ووصف (أي تقييم) مشاعر الفرد (السلبية، والإيجابية).
– الألكسيثيميا		– الألكسيثيميا عموماً هي صعوبة في تركيز الإهتمام وتقييم مشاعر الفرد الخاصة سواء (السلبية أو الإيجابية).

٢ – مقياس تورنتو للألكسيثيميا[٥٤]، يستخدم كمحك صدق خارجي لاستخبار بيرث للألكسيثيميا (س ث ك) رقم (١) :

أعد **تايلور، وريان، وباجبي (١٩٨٥) , Taylor , Ryan and Bagby** مقياس تورنتو للألكسيثيميا، وقام بترجمته **منتصر صلاح فتحي**، ويتكون مقياس تورنتو للألكسيثيميا من (٢٠) بنداً، وتم استخدام مقياس تورونتو للألكسيثيميا بُناءاً علي استخداماته المتعددة، ولأنه شائع الاستخدام من قِبل عدد كبير من الباحثين لقياس الألكسيثيميا، وتمت الاشارة له في العديد من الدراسات (**Bagby , Taylor & Atkinson , ١٩٨٨ ; Taylor , Bagby , Ran & Paker , ١٩٩٠**)، إلا أن مقياس تورونتو للألكسيثيميا من أفضل مقاييس التقدير الذاتي لتقدير شدة الألكسيثيميا من عدمه، عموماً فإن مقياس تورونتو للألكسيثيميا يصلح لتقرير ما إذا كان الشخص مُصاب بالألكسيثيميا أم لا أي أنه مصاب بعجز عام في وصف مشاعره (**Krystal , ١٩٨٨**).

<u>ويتكون مقياس تورونتو للألكسيثيميا من أربعة عوامل هي :</u>

١ – صعوبة في تحديد، وتمييز بين المشاعر والأحاسيس الجسدية[٥٥].

٢ – صعوبة في وصف المشاعر[٥٦].

٣ – انخفاض أحلام اليقظة[٥٧].

٤ – التفكير الخارجي الموجه[٥٨].

وحتي عام (١٩١٩) لم تقوم دراسة واحدة باستخدام مقياس تورونتو للألكسيثيميا، ثم قام **باركير، وباجبي، وتايلور (Parker ; Bagby & Taylor , ١٩٩١)** بدراسة وجدوا فيها علاقات كبيرة بين اضطراب الألكسيثيميا، والاكتئاب، والتي شككت أيضاً في جودة مقياس تورونتو للألكسيثيميا.

وتتم الإجابة عن بنود المقياس وفقاً لمقياس **ليكرت** الخُماسي، وتُقدر البدائل (أختلف بشدة، وأختلف، ولا أختلف، وأوافق، وأوافق بشدة) بالدرجات (١، ٢، ٣، ٤، ٥) علي الترتيب.

١	**أختلف بشدة**
٢	**أختلف**
٣	**لا أختلف**
٤	**أوافق**
٥	**أوافق بشدة**

وأجري **باركر، وباغي، وتايلور (١٩٩١)** تحليلاً للمقارنة بين قائمة بيك للاكتئاب[٥٩]، وبين مقياس تورونتو للألكسيثيميا **(TAT) (e. g Haviland ; Hendryx ; Shaw & Henry , ١٩٩٤ & Haviland ; Hendryx ; Cummings ; Shaw & Mac Murray , ١٩٩١ & Hendryx ; Haviland & Shaw , ١٩٩١)**، كما وجدت دراسات أخري وجود علاقة بين الاكتئاب والألكسيثيميا **(e. g Haviland ; Shaw ; Cummings & Mac Murray , ١٩٨٨ & De Groot ; Rodin & Olmstead , ١٩٩٥ & Saarijarvi ; Salminen ; Tamminen & Aairela , ١٩٩٣ & Taylor ; Parker ; Bagby & Acklin , ١٩٩٢ & Kuczmierczyk ; Labrum & Johnson , ١٩٩٥ & Wise ; Jani ; Kass & Sonnenschein , ١٩٨٨)**، وتم التشكيك حول جدوي مقياس تورونتو للألكسيثيميا **(TAT)** في تقييم عمه المشاعر أو الألكسيثيميا، وعلاوةً علي ذلك وباستخدام النمذجة السببية، والاجراءات الاحصائية.

وجد **هافلاند، وهندركس، وكمنجس، وشو، وماك موري (١٩٩١) ; Haviland Hendryx ; Cummings ; Shaw & Mac Murray** روابط سلبية بين العامل الثالث (أحلام اليقظة)، والعوامل الأولي (تحديد المشاعر، والأحاسيس الجسدية، والتمييز بينها)، والثاني (وصف المشاعر)، والرابع (التفكير الخارجي الموجه)، وهذا يُشير إلي أن أحلام اليقظة قد يكون لها تطابق نظري حرفي مع الجوانب الأخرى المكونة لمقياس تورنتو،

وبالنسبة لتايلور وزملاؤه كان هناك ما يكفي من المعلومات التي تُشكك في فائدة استخبار تورنتو بالنسبة لهم لبناء أداء منقحة (**Todd Eiden , ١٩٩٨**).

والألكسيثيميا مفهوم افتراضي يتكون من مجموعة من العناصر هي :

١ – عدم القدرة علي وصف المشاعر.

٢ – عدم وجود قدرة علي الخيال فمعظم المصابين بالألكسيثيميا يفتقرون بشكلٍ خاص إلي القدرة علي استخدام الخيال للتعامل علي الضغوط أو التغلب عليها بالمشاعر وعدم القدرة علي استخدام العاطفة.

٣ – عدم القدرة علي تذكر العمليات الأولية للأحلام.

٤ – التفكير الموجه خارجياً (**Taylor , ١٩٩٤**).

ويري **ميشيل باجبي، وجيمس باركر، وجريمي تايلور (١٩٩٤) , Bagby Parker , Taylor** أن مقياس تورونتو للألكسيثيميا **(٢٠ - TAS)** أحد المقاييس الأكثر شيوعاً وشهرةً لقياس عمه المشاعر لدي الأشخاص، وتحديد ووصف العواطف لديهم حيثُ يميلون إلي التقليل من الخبرة العاطفية التي يتعرضون لها، وتركيز انتباههم بشكل خارجي، **ويحتوي مقياس تورونتو للألكسيثيميا (٢٠ - TAS) علي ثلاثة أبعاد فرعية هي :**

١ – صعوبة وصف المشاعر، ويتضمن (٥) بنود هم (٢، ٤، ١١، ١٢، ١٧).

٢ – صعوبة تحديد الشعور أو صعوبة تحديد العواطف، ويتضمن (٧) بنـــود هم (١، ٣، ٦، ٧، ٩، ١٣، ١٤).

٣ – المستوي الفرعي للتفكير الخارجي لقياس ميل الأفراد لتركيز اهتمامهم خارجياً، ويتضمن (٨) بنود هم (٥، ٨، ١٠، ١٥، ١٦، ١٨، ١٩، ٢٠).

وقد لوحظ أن مقياس تورونتو للألكسيثيميا **(٢٠ - TAS)** من الأدوات الأكثر استخداماً لتقييم الألكسيثيميا، وهو استبيان تقرير ذاتي مكون من (٢٠) بند، وهناك خمسة بنود سلبية هي البنود أرقام (٤، ٥، ١٠، ١٨، ١٩)، أما عن باقي بنود المقياس فهي بنود تُستخدم لأغراض الفحص، والتشخيص، والبحث فقط، وتم احتساب الدرجة الكلية على هذه القائمة حيث تراوحت الدرجة الكلية بين (١ – ١٠٠)، **ويوصف المشارك الذي تقترب درجته من :**

١ – ٥١ درجة	**لا يعاني من الألكسيثيميا**
٥٢ – ٦٠ درجة	**منطقة وسط بين الإصابة بالألكسيثيميا وعدم الاصابة به**
٦١ درجة فما فوق	**يعاني من الألكسيثيميا**

٣ – قائمة اضطرابات النوم (ق ض ن)[٦٠] :

أعد **منتصر صلاح فتحي** قائمة اضطرابات النوم (ق ض ن) بهدف معرفة الاضطرابات التي تنتاب الفرد أثناء نومه، حيث أن النوم من أهم السلوكيات التي تحافظ علي سير كيان دورة حياة الانسان بشكلٍ صحي وسليم، وعدم كفاية النوم يجعل الأنسان عُرضه للإصابة بأمراض القلب، والسكري، والاكتئاب، وبعض الحوادث الناتجة عن ضعف الإدراك.... الخ، ويري علماء نفس المسنين أن هناك ارتباط وثيق الصلة بين التغيرات الناتجة عن الشيخوخة الطبيعية ونوعية النوم وعدم الكفاية من النوم التي تؤدي إلي أمراض كثيرة قد تُصيب الراشدين والمراهقين، وهم في غني عنها لأن هذه الأمراض من الطبيعي أن يُصاب بها المُسن أو الأكبر سناً.

وتتكون القائمة من (٣١) فقرة، ويتم احتساب الدرجة الكلية على هذه القائمة حيث تراوحت الدرجة الكلية بين (٣١ – ٩٣)، ويوصف المستجيب الذي تقترب درجته من الحد الأعلى (٩٣) بأنه يعانى من اضطرابات في النوم، ومن تقترب درجته من الحد الأدنى (٣١) بأن نومه ذو مؤشر جيد.

يتم تصحيح بنود هذه القائمة، كما يلي :

١	أبداً	٢	أحياناً	٣	دائماً

٤ – مقياس مؤشر جودة النوم لبيتسبرج (م ش ج ن ب)[٦١] يُستخدم كمحك صدق لقائمة اضطرابات النوم (ق ض ن) رقم (٣) :

أعد **لبيتسبرج** مقياس مؤشر جودة النوم بهدف معرفة الاضطرابات التي تنتاب الفرد أثناء نومه، وقام الباحث الحالي بترجمته وتعديله ليتناسب مع عينة الدراسة، حيث أن النوم من أهم السلوكيات التي تحافظ علي سير كيان دورة حياة الانسان بشكل صحي وسليم، وعدم كفاية النوم يجعل الأنسان عُرضه للإصابة بأمراض القلب، والسكري، والاكتئاب، وبعض الحوادث الناتجة عن ضعف الإدراك.... الخ، ويري علماء نفس المسنين

أن هناك ارتباط وثيق الصلة بين التغيرات الناتجة عن الشيخوخة الطبيعية ونوعية النوم وعدم الكفاية من النوم التي تؤدي إلي أمراض كثيرة قد تُصيب الراشدين والمراهقين، وهم في غني عنها لأن هذه الأمراض من الطبيعي أن يُصاب بها المُسن أو الأكبر سناً.

ويعتبر **مقياس مؤشر جودة النوم لبيتسبرج** أداة فعَّالة حيثُ تُستخدم لقياس نوعية وأنماط النوم لدي البالغين حيث يُعطينا المقياس مؤشر حول سبعة مجالات هي (نوعية النوم الذاتية، وفترة كمون النوم، ومدة النوم، وكفاءة النوم المُعتادة، واضطرابات النوم، واستخدام أدوية ومنومات للنوم من عدمه، وأخيراً الخلل في النوم في فترة النهار) كل ذلك خلال الشهر

الماضي، وتتم الإجابة عن بنود المقياس وفقاً لمقياس ليكرت الرباعي من (١ – ٤) حيثُ تعكس الدرجة (٤) أقصي اختيار سلبي **كما يلي :**

١	**تعنى لم يحدث ذلك خلال الشهر الماضي.**	٣	**تعني حدث مرة أو مرتين خلال الأسبوع.**
٢	**تعني حدث مرة واحدة فقط خلال أسبوع.**	٤	**تعني حدث ثلاث مرات أو أكثر خلال الأسبوع.**

ويتكون المقياس من ٨ فقرات، ويتم احتساب الدرجة الكلية على هذه القائمة حيث تراوحت الدرجة الكلية بين (٨ – ٣٢)، ويوصف المستجيب الذي تقترب درجته من الحد الأعلى (٣٢) بأنه يعانى من اضطرابات في النوم، ومن تقترب درجته من الحد الأدنى (٨) بأن نومه ذو مؤشر جيد.

رابعاً : الكفاءة القياسية لأدوات الدراسة :

تم تقنين أدوات الدراسة علي عينة من المشاركين كعينة استطلاعية، بلغ قوامها (١٠٠) سيدة وبعد تطبيق الأدوات عليهن تم تصحيح هذه الأدوات واختيار المشاركات كعينة أساسية، وكان عددهن (٤٠٠) سيدة مشاركة قُسمت لمجموعتين (٢٠٠) سيدة من محافظة المنيا مقسمين كالتالي (١٠٠) سيدة كمجموعة حالة، و (١٠٠) سيدة كمجموعة مقارنة، و (٢٠٠) سيدة من محافظة الوادي الجديد مقسمين كالتالي (١٠٠) سيدة كمجموعة حالة، و (١٠٠) سيدة كمجموعة مقارنة.

(١) الصدق :

سنتعامل في الدراسة الراهنة مع نوعين من الصدق هما : أولاً : نسب الاتفاق بين المحكمين كمؤشر لصدق المضمون، ثانياً : صدق الارتباط بالمحك الخارجي :

أولاً : نسب الاتفاق بين المُحكمين كمؤشر لصدق المضمون :

قام الباحث الحالي بعرض المقاييس في صورتها الأولية علي ٧ من الأساتذة والأساتذة المساعدين المختصين بعلم النفس(*) حيثُ قاموا بإبداء آرائهم، **وملاحظاتهم حول مناسبة بنود المقاييس**، وكذلك وضوح وسلامة الصياغة اللُغوية بعد الترجمة، وللتحقق من هذا الهدف طلب الباحث من المُحكمين إعطاء نسب مئوية تتراوح ما بين (٥٠ %، و٧٥ %، و١٠٠%) أمام كل بند من بنود المقاييس تعبيراً عن مدى تمثيل البند لما يقيسهُ أو لما وُضع لقياسه من خلال مطابقة ذلك مع التعريف الموضوع للمتغير، وكان الباحث الحالي لا يقبل نسبة مئوية لبند من البنود إلا إذا كانت (٧٥ % إلى ١٠٠%) وبُناءاً عليه تم حذف جميع

البنود التي حصلت على نسبة اتفاق (٥٠ %) فأقل، **حيث تم استبعاد البنود الضعيفة من الصورة النهائية للمقاييس على النحو التالي :**

جدول (٤) البنود المستبعدة من المقاييس

رقم البند	مضمون البند	ملاحظات
أولاً : استخبار بيرث للألكسيثيميا (س ث ك)، وعدد بنود المقياس قبل وبعد الاستبعاد		
٦	**لا أخبر أحد عما بداخلي من مشاعر.**	**عدد البنود قبل الحذف (٢٥)** **عدد البنود المحذوفة (١)** **إجمالي عدد بنود المقياس (٢٤)**
ثانياً : مقياس مؤشر جودة النوم لبيتسبرج (م ش ج ن ب)، وعدد بنود المقياس قبل وبعد الاستبعاد والتعديل		
١	**متي تذهب للنوم بشكلٍ دائم ؟**	**عدد البنود قبل الحذف والتعديل (٩)** **عدد البنود المحذوفة (٤)** **عدد البنود المُعدلة (٤)** **إجمالي عدد بنود المقياس (٨)**
٢	**كم المدة (بالدقائق) التي تستغرقها كي تدخل في النوم ؟**	
٣	**متي عادةً تستيقظ من النوم في الصباح ؟**	
٤	**كم عدد الساعات التي تقضيها فعلاً في النوم ؟**	

وحُسب متوسط نسب الاتفاق بين المُحكمين علي بنود استخبار بيرث للألكسيثيميا (س ث ك)، ومقياس مؤشر جودة النوم لبيتسبرج (م ش ج ن ب) بناءًا علي المعادلة المخصصة لذلك(**).

جدول (٥) متوسط نسب الاتفاق بين المحكمين علي استخبار بيرث للألكسيثيميا (س ث ك)، ومقياس مؤشر جودة النوم لبيتسبرج (م ش ج ن ب)

اسم المقياس	عدد البنود المتفق عليها	العدد الكلي للبنود	نسب الاتفاق
استخبار بيرث للألكسيثيميا (س ث ك)	٢٤ بندًا	٢٥ بندًا	٠,٩٦ %
مقياس مؤشر جودة النوم لبيتسبرج (م ش ج ن ب)	٩ بنود	٨ بنود	٨٨,٨ %

كما حُسبت متوسطات نسب الاتفاق لكل بند على حدة والجدول التالي يُبين نتائج تطبيق هذا الإجراء

جدول (٦) متوسط نسب الاتفاق بين المُحكمين علي كل بند من بنود استخبار بيرث للألكسيثيميا (س ث ك)

رقم البند	نسب الاتفاق	رقم البند	نسب الاتفاق	رقم البند	نسب الاتفاق
١	% ٩١,٦	١١	% ٧٩,١	٢١	% ٨٧,٥
٢	% ٨٧,٥	١٢	% ٧٥	٢٢	% ٨١,٢
٣	% ٧٩,١	١٣	% ٨٧,٥	٢٣	% ٩٢,٣
٤	% ٧٥	١٤	% ٨٣,٣	٢٤	% ٨٧,٤
٥	% ٨٧,٥	١٥	% ٨٣,٣	٢٥	% ٤٨,٥
٦	% ٨٣,٣	١٦	% ٧٠,٨		
٧	% ٧٩,١	١٧	% ٤٨,٥		
٨	% ٧٥	١٨	% ٦٦,٦		
٩	% ٢٥,٦	١٩	% ٨٣,٣		
١٠	% ٨٣	٢٠	% ٨٣,٣		

جدول (٧) متوسط نسب الاتفاق بين المُحكمين علي كل بند من بنود مقياس مؤشر جودة النوم لبيتسبرج

رقم البند	نسب الاتفاق	رقم البند	نسب الاتفاق	رقم البند	نسب الاتفاق
١	% ٧٩,٦	٢	% ٨٧,٥	٣	% ٨٣,٣
٤	% ٩٢,٣	٥	% ٧٩,١	٦	% ٧٩,١
٧	% ٨٧,٥	٨	% ٧٩,١	٩	% ٧٧,٣

ثانياً : صدق التعلُق بالمحك الخارجي :

تم حساب معامل الارتباط بين الأداء على استخبار بيرث للألكسيثيميا (س ث ك)، ومقياس تورنتو للألكسيثيميا كمحك صدق خارجي، وأيضاً بين قائمة اضطرابات النوم (ق ض ن)، ومقياس مؤشر جودة النوم ليبتسبرج (م ش ج ن ب)، **وكانت معاملات الارتباط كالتالي :**

جدول (٨) معاملات صدق التعلُق بالمحك الخارجي لمقاييس الدراسة

اسم المقياس	مجموعة الحالة (ن= ٢٠٠)		المجموعة المقارنة (ن = ٢٠٠)	
	١٠٠ سيدة (المنيا)	١٠٠ سيدة (الوادي الجديد)	١٠٠ سيدة (المنيا)	١٠٠ سيدة (الوادي الجديد)
استخبار بيرث للألكسيثيميا (س ث ك)، ومقياس تورنتو للألكسيثيميا	٠,٨٤	٠,٨٧	٠,٧٨	٠,٧٦
قائمة اضطرابات النوم (ق ض ن)، ومقياس مؤشر جودة النوم لبيتسبرج (م ش ج ن ب)	٠,٨٦	٠,٨٤	٠,٧٧	٠,٧٩

ويتضح من الجدول السابق وجود مُعاملات صدق مرتفعة، والتي تراوحت ما بين ٠,٧٦ إلى ٠,٨٧، مما يُشير إلي صلاحية استخبار بيرث للألكسيثيميا (س ث ك) لقياس عمه المشاعر، كما يُشير الجدول إلي صدق قائمة اضطرابات النوم (ق ض ن)، والاعتماد عليه في تحديد مستوي اضطرابات النوم واليقظة، والكشف عن الخلل في عملية النوم واليقظة وما يشوب ذلك من أرق، وفرط النوم، وأحلام النوم المزعجة، والكوابيس، والمشي، والتحدث أثناء النوم.

(٢) الثبات :

<u>اعتمد الباحث على حساب الثبات بطريقتين الأولي طريقة ألفا كرونباخ، والثانية طريقة إعادة الاختبار :</u>

أولاً : طريقة ألفا كرونباخ :

استخدم الباحث طريقة ألفا كرونباخ لحساب الثبات، حيثُ حصل علي قيمة معامل ألفا لكل بُعد من أبعاد المقياس، وكذلك للمقياس ككل، **<u>والجدول التالي يوضح ذلك :</u>**

جدول (٩) معاملات ألفا كرونباخ لكل بُعد من أبعاد استخبار بيرث للألكسيثيميا (س ث ك)، وكذلك للمقياس ككل

البُعد	عدد الفقرات	معامل ألفا كرونباخ
١ – الصعوبة السلبية في تحديد المشاعر.	٤ عبارات	٠,٧٧٣
٢ – إيجابية الصعوبة في تحديد المشاعر.	٤ عبارات	٠,٨١٦
٣ – الصعوبة السلبية في وصف المشاعر.	٤ عبارات	٠,٨٢٦
	٤ عبارات	٠,٦٧٣

٤ – إيجابية الصعوبة في وصف المشاعر.		
٥ – التفكير العام والخارجي الموجه.	٨ عبارات	٠,٧٤٣
المجموع	٢٤ عبارة	٠,٩١٤

يتضح من الجدول السابق أن معاملات ألفا كرونباخ جميعها فـــوق (٠,٦٧٣)، وأن معامل الثبات الكلي (٠,٩١٤)، مما يدل علي أن المقياس يتمتع بدرجة عاليـــة مـــن الثبـــات تُطمئن الباحث إلي تطبيقه علي عينة الدراسة.

جدول (١٠) معاملات ألفا كرونباخ لكل بُعد من أبعاد مقياس تورونتو للألكسيثيميا، وكذلك للمقياس ككل

البُعد	عدد الفقرات	معامل ألفا كرونباخ
١ – صعوبة وصف المشاعر.	٥ عبارات	٠,٨٨٢
٢ – صعوبة تحديد الشعور أو صعوبة تحديد العواطف.	٧ عبارات	٠,٧٣٩
٣ – المستوي الفرعي للتفكير الخارجي لقياس ميل الأفراد لتركيز اهتمامهم خارجياً	٨ عبارات	٠,٧٢٧
المجموع	٢٠ عبارة	٠,٩٢٢

يتضح من الجدول السابق أن معاملات **ألفا كرونباخ** جميعها فـــوق (٠,٧٢٧)، وأن معامل الثبات الكلي (٠,٩٢٠)، مما يدل علي أن المقياس يتمتع بدرجة عاليـــة مـــن الثبـــات تُطمئن الباحث إلي تطبيقه علي عينة الدراسة.

ثانياً : طريقة إعادة الاختبار : تم تطبيق المقياس مرتين بفاصل زمني قدره أسبوعان علـــي عينة الدراسة الأساسية (ن = ٤٠٠) سيدة، وتراوحت معاملات الثبات ما بـــين (**٠,٥٥ إلـــي** ٠,٨٧)، وهي معاملات ثبات مُرضية.

عرض نتائج الدراسة :

نتائج الفرض الأول :

نص الفرض الأول علي أنه : " **توجد علاقة دالة إحصائياً بين الألكسيثيميا، والسمنة، واضطرابات النوم لدي الإناث بمحافظتي الوادي الجديد والمنيا** "، ولاختبار صحة هذا الفرض تم عمل معامل ارتباط بيرسون، **ويوضح جدول (١١) ذلك :**

جدول (١١) معاملات ارتباط بيرسون بين الألكسيثيميا والسمنة لدي عينات الدراسة الكلية (ن = ٤٠٠) سيدة

المتغيرات	الألكسيثيميا	
	عينة محافظة المنيا (ن= ٢٠٠)	عينة محافظة الوادي الجيد (ن= ٢٠٠)
السمنة	٠,٥٤**	٠,٥٧**
اضطرابات النوم	٠,٥٠**	٠,٣٠**

** دالة عند مستوي دلالة ٠,٠١

يتضح من الجدول السابق وجود علاقة موجبة بين الألكسيثيميا والسمنة، وأيضاً بين الألكسيثيميا واضطرابات النوم لدي عينات الدراسة، وبهذا يتحقق صحة الفرض الأول.

نتائج الفرض الثاني :

نص الفرض الثاني علي أنه: " **توجد فروق دالة إحصائياً بين الإناث المقيمات في محافظة المنيا المصابات بالألكسيثيميا، والسمنة، واضطرابات النوم مقارنةً بالإناث المقيمات بمحافظة الوادي الجديد المصابات بنفس الاضطرابات** "، وللتحقق من هذا الفرض تم حساب قيمة (ت) للكشف عن الفروق بين عينتين مستقلتين في متوسطات المتغيرات المدروسة **وكانت النتائج كالتالي :**

جدول (١٢) نتائج اختبار (ت) للفروق بين متوسطات عينة محافظة المنيا (ن= ٢٠٠)، وعينة محافظة الوادي الجديد (ن= ٢٠٠) في كل من الألكسيثيميا، والسمنة، واضطرابات النوم

المتغيرات	عينة محافظة المنيا (ن= ٢٠٠)		عينة محافظة الوادي الجيد (ن= ٢٠٠)		قيمة (ت) (د. ح = ٣٩٨)	مستوي الدلالة
	م	ع	م	ع		
الألكسيثيميا	٥٦.٠٧	٣.٦٤	١٨.٨٥	٢.٨٧	١١٦.٨٥	٠.٠٠١
السمنة	٥٧.٤٦	٣.٧٧	١٧.٨٣	٣.٧٨	١٠٣.٢٣	٠.٠٠١
اضطرابات النوم	٢١٩.٥٧	٨.٨٦	٦٦.٥٨	٧.٨٢	١٦٤.٤٦	٠.٠٠١

ويتضح من الجدول السابق :

- وجود فروق دالة جوهرياً بين عينة محافظة المنيا، وعينة محافظة الوادي الجديد علي **مقاييس متغير الألكسيثيميا (استخبار بيرث للألكسيثيميا (س ث ك)، ومقياس تورنتو للألكسيثيميا)**، وكانت الفروق دالة عند ٠.٠٠١ في **اتجاه عينة محافظة المنيا**.

- وجود فروق دالة جوهرياً بين عينة محافظة المنيا، وعينة محافظة الوادي الجديد علي **مقياس متغير السمنة (دليل أو مؤشر كتلة الجسم)**، وكانت الفروق دالة عند ٠.٠٠١ في **اتجاه عينة محافظة المنيا.**

- وجود فروق دالة جوهرياً بين عينة محافظة المنيا، وعينة محافظة الوادي الجديد علي **مقاييس متغير اضطرابات النوم (قائمة اضطرابات النوم (ق ض ن)، و مقياس مؤشر جودة النوم لبيتسبرج (م ش ج ن ب))**، وكانت الفروق دالة عند ٠.٠٠١ في **اتجاه عينة محافظة المنيا.**

تفسير النتائج ومُناقشتها :

تفسير ومناقشة الفرض الأول :

بالرجوع إلي **نتيجة الفرض الأول** المتعلقة بوجود علاقة دالة احصائياً بين كل من الألكسيثيميا والسمنة من ناحية، والألكسيثيميا واضطرابات النوم من ناحية أخرى لدي عينة من الإناث من محافظة المنيا وكذلك عينة من محافظة الوادي الجديد، **أتضح من الجدول ()** وجود علاقة موجبة بين الألكسيثيميا والسمنة، وأيضاً بين الألكسيثيميا واضطرابات النوم لدي عينات الدراسة، وبهذا يتحقق صحة الفرض الأول.

حيثُ أظهرت نتائج دراسة **دي شاولي، ودي لينكلف، وفلوركوين، وبايلي (٢٠٠١) De Chouly ; De Lenclave ; Florequin & Bailly** أن الألكسيثيميا سجلت متوسط أعلي لدي الإناث السمينات بمتوسط حسابي (٥٢%)، والعينة المقارنة بنسبة (٢١%)، وأن الأشخاص المصابين بالسمنة أكثر اكتئاباً من العينة المقارنة بنسبة (١٥%)، ومتوسط مقياس الاكتئاب علي التوالي (٤,٦) و(١٢,٢)، وأن المستوي التعليمي المنخفض والاكتئاب من العوامل التي تلعب دوراً في ارتفاع الألكسيثيميا لدي المصابين بالسمنة.

وتتفق الدراسة الحالية مع ما توصل إليه **بانكواي، شابرول، وسايمون، ولوفيت، وباربي (٢٠٠٣) Pinaquy ; Chabrol ; Simon ; Louvet & Barbe** في دراسته للكشف عن معرفة العلاقة بين الألكسيثيميا والأكل العاطفي لدي النساء السمينات المصابات وغير المصابات باضطرابات الأكل **(BED)**، وأظهرت النتائج أن السيدات المصابات بالاضطرابات سجلن نتائج أعلي في القلق (٤٣,٧)، و(٤٠,٥)، والاكتئاب (١٠,٤)، و(٦,٦)، والألكسيثيميا (٦٣,٨)، و(٦٠,٥)، وسلوكيات الأكل العاطفي (٤٩,٨)، و(٣٥,٢)، والأكل الزائد (٣٠,٣)، و(٢٧,٣)، من غير المصابات باضطرابات الأكل علي التوالي، وأن العلاقة بين الألكسيثيميا والأكل العاطفي لدي السيدات السمينات مختلفة بين المجموعتين، وأن الألكسيثيميا ارتبطت بحدوث الأكل العاطفي لدي المصابات بالاضطرابات، أما القلق فهو

السبب في الأكل العاطفي لدي غير المصابات باضطرابات الأكل، ويقترح الباحثون أن هذه النتائج تُحتم ادخال الألكسيثيميا كعامل مهم في اضطرابات الأكل واضطرابات النوم لدي النساء السمينات.

واتفقت نتيجة الدراسة الحالية مع نتائج دراسة **دي جينرو ومارتينا وكورسيو فيرارا (٢٠٠٤) De Gennaro ; Martina ; Curcio & Ferrara** التي فحصت العلاقة بين عمه المشاعر واضطرابات النوم وذلك علي عينة قوامها (٥٥٤) طالباً جامعياً (٤٨٠ أنثي، و٧٤ ذكر) بمتوسط عمر (٢٣,١٧)، وانحراف معياري (٣,٢٨)، وطبقت عليهم النسخة الإيطالية من مقياس تورنتو لقياس عمه المشاعر، ودليل بيتسبرج لقياس جودة النوم، وأوضحت النتائج العلاقة الارتباطية بين درجات عمه المشاعر، واضطرابات النوم.

كما تتفق الدراسة الحالية مع مقاله **بين، وليا، وباربيا، وآريو، وفاليوز، ولوفيزيلا وآخرون (٢٠٠٧) Pinna ; Lai ; Pirarba ; Orrù ; Velluzzi ; Loviselli & Carpiniello** التي نوَّه فيها إلي الارتباط بين الألكسيثيميا، وبين السمنة، وبين الألكسيثيميا واضطرابات النوم، كما أكد **بين، وليا، وباربيا، وآريو، وفاليوز، ولوفيزيلا وآخرون (٢٠٠٧)** أن الأشخاص المصابين بالسمنة أكثر عُرضه للإصابة بالألكسيثيميا مقارنةً بالعينة الضابطة بنسبة (١٢,٩%) و(٦,٩%) لغير المصابين بالسمنة، ويوصي الباحثين بالاهتمام بالتقييم الروتيني للسمات الشخصية ذات العلاقة بالسمنة

تفسير ومناقشة الفرض الثاني :

أما فيما يتعلق **بنتيجة الفرض الثاني والذي ينص علي** وجود فروق بين الإناث المقيمات في محافظة المنيا المصابات بالألكسيثيميا، والسمنة، واضطرابات النوم مقارنةً بالإناث المقيمات بمحافظة الوادي الجديد المصابات بنفس الاضطرابات، وأشارت النتائج بالجدول رقم (١٢) إلي وجود فروق دالة إحصائياً بين عينة الإناث بمحافظة المنيا، وعينة الإناث بمحافظة الوادي الجديد علي أدوات الدراسة **مقاييس متغير الألكسيثيميا (استخبار بيرث للألكسيثيميا (س ث ك)، ومقياس تورنتو للألكسيثيميا)، و مقياس متغير السمنة (دليل أو مؤشر كتلة الجسم)، ومقاييس متغير اضطرابات النوم (قائمة اضطرابات النوم (ق ض ن)، ومقياس مؤشر جودة النوم لبيتسبرج (م ش ج ن ب))**، وتتفق هذه النتيجة مع نتيجة دراسة **أجنيزكا، ورادوسلاوا، ومونيكا، وميشيل، وبيتور، وماجداليو وآخرون (٢٠٠٨) Agnieszka ; Radoslaw ; Monika ; Michal ; Piotr ; Magdalena & et al** التي أظهرت نتائجها أن (٥٢,٦%) مصابات بالألكسيثيميا، وهناك فروق في انتشارها تبعاً لمتغير المستوي التعليمي حيثُ أن النساء الأقل في مستوي التعليم هم الأكثر إصابةً

بالألكسيثيميا، وهم يمثلون نسبة (٣٩%) مقابل (١٠%) ومتغير العمر إذ أن النساء الأكبر عمراً أكثر عُرضه لألكسيثيميا، وهناك فروق في المجموعتين، وارتبط ارتفاع مؤشر كتلة الجسم بانخفاض المستوي التعليمي، كما أن السمنة والاكتئاب وانخفاض مستوي التعليم للإناث من العوامل التي تُزيد من الاصابة بالألكسيثيميا لدي الإناث مقارنةً بالذكور.

واختلفت نتيجة الدراسة الحالية مع دراسة **خضر، وباتيها، وأجلونا، والخطيب (٢٠٠٨) Khader ; Batieha ; Ajlouni ; El-Khateeb & Ajlouni** والتي أكدت وجود ارتباط سلبي جوهري بين الألكسيثيميا وكل من السمنة واضطرابات النوم، كما وجدت علاقة ارتباطية ايجابية بين الألكسيثيميا والخجل والرُهاب الاجتماعي، والاكتئاب، والقلق.

وكشفت نتائج دراسة **آلان، وسويشل، وأليسون، وفيسفولد، وهيرتمت، وفيليب (٢٠٠٨) Alan ; Sushel ; Alison ; Vesvolod ; Hartmut & Phillip** أن الإناث ذوي السمنة كانوا يُخبرون تأثيراً سلبياً قوياً أثناء النوم لدرجة انقطاع التنفس أثناء النوم وخصوصاً بعد سن اليأس قبل انقطاع الطمث.

واتفقت أيضاً نتيجة الدراسة الحالية مع دراسة **نيلسون وليفرير ومونبليزير (٢٠١١) Nielsen ; Levrier & Montplaisir** التي رأت أن هناك نمط ثابت ومتسق من العلاقات بين عمه المشاعر ومكونات الحلم لدي السيدات البدينات، والذي يؤثر علي عملية التنظيم الانفعالي أثناء اليقظة والحلم.

وتوصلت دراسة **النسور مهند وعلي أرباجيا (٢٠١٣) Al Nsour Mohannad & Ali Arbaji** إلي وجود فروق دالة إحصائياً بين المراهقات البدينات وغير البدينات في متوسط درجات اضطرابات النوم وكذلك عمه المشاعر، الأمر الذي يستوجب تنفيذ برامج صحية تستهدف زيادة الوزن والبدانة وتكافحهما علي الصعيد الوطني، وأنه ينبغي أخذ المحددات الاجتماعية في الاعتبار عند تصميم وتنفيذ تلك البرامج.

وعلي الرغم من أن هناك بعض الدراسات التي تُشير إلي عدم وجود علاقة بين الألكسيثيميا والسمنة واضطرابات النوم، إلا أن الباحث الحالي يري أن طبيعة عينة البدينات (الإناث ذات السمنة) هي التي تفرض عليهم شكل معين من التصرف بحيث يتجنبون المواقف التي تدفع بهم للتعبير عن مشاعرهم، الأمر الذي يجعل اضطرابات النوم نتيجة طبيعة في مثل هذه المواقف، لما للألكسيثيميا (البلادة الوجدانية أو عمه المشاعر) من سمات شخصية كفقدان القدرة علي التنظيم والإدراك الانفعالي، وصعوبة التواصل مع المشاعر الذاتية، وتحديدها ووصفها، والعجز عن تمييز الاحساسات الجسدية المرافقة للانفعالات وضآلة الخيالات المتعلقة بالجوانب الوجدانية.

واتفقت نتائج الدراسة الحالية مع نتائج دراسة **تشو، وكانغ، وينج، ولي، وهسو (٢٠١٤) Chou ; Kana ; Weng ; Lee & Hsu**، وكذلك دراسة **باتل، ووهيس، ووبلاك ويل، وإيفن، وأنكول، ووينج، وآخرون (٢٠١٤) Patel ; Hayes ; Blackwell ; Evan ; Ancoll ; Wing & et al** ; حيث ذكرت أن البدينات المصابات باضطراب الألكسيثيميا هن أكثر معاناةً من اضطرابات النوم مقارنة بغيرهن من غير البدينات.

خلاصة وتوصيات :

يمكن استخلاص أهم نتائج البحث الحالي في وجود علاقة موجبة بين الألكسيثيميا والسمنة، وأيضاً بين الألكسيثيميا واضطرابات النوم لدي عينات الدراسة، وأيضاً وجود فروق دالة إحصائياً بين عينة الإناث بمحافظة المنيا، وعينة الإناث بمحافظة الوادي الجديد علي أدوات الدراسة **مقاييس متغير الألكسيثيميا (استخبار بيرث للألكسيثيميا (س ث ك)، ومقياس تورنتو للألكسيثيميا)، و مقياس متغير السمنة (دليل أو مؤشر كتلة الجسم)، ومقاييس متغير اضطرابات النوم (قائمة اضطرابات النوم (ق ض ن)، ومقياس مؤشر جودة النوم لبيتسبرج (م ش ج ن ب))**.

وبالرغم من النتائج المهمة – من وجهة نظر الباحث الحالي – التي توصلت إليها الدراسة الحالية من حيث اهتمامها بعينة من الإناث المصابات باضطراب السمنة وعلاقته باضطرابات النوم واضطراب الألكسيثيميا، وينتج عن ذلك العزوف عن اضطرابات النوم مثل الأرق، والنُّعاس أثناء النهار، والكوابيس، وقد تبين أيضاً أنه في ظل ظروف الحرمان من النوم هناك انخفاض في الذكاء الانفعالي وهي سمة مماثلة لعمه المشاعر، وفي حدود علم الباحث الحالي فإن مثل هذه الدراسات قليلة في الدراسات النفسية المصرية والعربية علي وجه العموم بنفس المتغيرات قيد البحث، فهذه الدراسة تُعد تمهيداً للبحث المتعمق في هذا المجال، من ثم يوصي الباحث الحالي بإجراء مزيداً من الدراسات الأخرى للتحقق من العوامل المُشكلة لاضطراب الألكسيثيميا علي عينات مختلفة من المجتمع المصري تُحدد مجموعة من العوامل الديموغرافية أكثر اتساعاً مما شملته الدراسة الحالية.

وتوصي الدراسة أيضاً بإجراء مزيداً من الدراسات التي تهتم بالكشف عن المتغيرات الانفعالية، والشخصية، والمعرفية، والاجتماعية المرتبطة بمتغيرات البحث الراهن، والمقارنة بين عينات مختلفة.

الهوامش

(١) Alexithymia .
(٢) Obesity .
(٣) Sleep Disorders .
(٤) Autism spectrum disorders .
(٥) posttraumatic stress disorder .
(٦) anorexia nervosa .
(٧) bulimia .
(٨) major depressive disorder .
(٩) panic disorder .

(*) التكامل الحسي Sensory Integration يعني تعديل وتنظيم المعلومات الحسية لإصدار الاستجابة المناسبة في المواقف المختلفة ، ويشير اختلال التكامل الحسي إلي زيادة أو نقص الاستجابة الحسية (Serafini , G . , Gonda , X . , Canepa , G . , Pompili , M . , Rihmer , Z . , Amore , M . & Engel – Yeger , B . , ٢٠١٧) .

(١٠) Inhibitory .
(١١) personality trait .
(١٢) Toronto Alexithymia Scale .
(١٣) Emotion Regulation .
(١٤) Utilitarian Way .
(١٥) psychiatry .
(١٦) psychology .
(١٧) psychosomatic medicine .
(١٨) clinical descripto
(١٩) akinesia .
(٢٠) aboulia .
(٢١) apnoea
(٢٢) regulation of emotions .
(٢٣) Hypoexpression .
(٢٤) Apathy .
(٢٥) Anhedonia .
(٢٦) Schizoaffective disorder .
(٢٧) Sociopathy .
(٢٨) Apathy .
(٢٩) Emotional repression .
(٣٠) Corpus Callosum .
(٣١) syndromes .
(٣٢) emotional distress .
(٣٣) Chemical Theory .
(٣٤) Sleep Center Theory .
(٣٥) brain stem .

(٣٦) Reticular formation .
(٣٧) Raphe .
(٣٨) Trgmentum .

(*) يعاني منه الأطفال من سن (٤ – ٦) سنوات حيث يُسقط الولد خوفه من أبيه على الحيوانات والأشباح ويستدلوا على ذلك من حدوث نوبات الفزع عند الأطفال في هذا السن بالذات .

(**) عند تدريب الأطفال على تنظيم عمليات الإخراج قد يعامله والديه بقسوة ، فيشعر بالعداوة نحوهما ، ولكنه يكبتها ويخاف من النوم لأنه يضعف سيطرته على هذه المشاعر وغيرها من الرغبات المكبوتة في اللاشعور ويخشى ظهورها في الشعور ، فإلحاح هذه الرغبات وخوف الأنا من ظهورها قد يسبب الأرق والنوم المتقطع .

(٣٩) Dyssomnias .
(٤٠) Primary Insomnia .
(٤١) Primary Hypersomnia .
(٤٢) Narcolepsy .
(٤٣) Sleep disorder Breathing – Related .
(٤٤) Circadian Rhythm Sleep Disorder .
(٤٥) Parasomnias .
(٤٦) Nightmares Disorder .
(٤٧) Sleep Terror Disorder .
(٤٨) Sleep walking Disorder .
(٤٩) Insomnia Disorder .
(٥٠) Perth Alexithymia Questionnaire (PAQ) .
(٥١) Difficulty identifying feelings (DIF) .
(٥٢) Difficulty describing feelings (DDF) .
(٥٣) Externally directed thinking style (EDT) .
(٥٤) Toronto Alexithymia Scale (TAS - ٢٠) .
(٥٥) Difficulty Identifying and Distinguishing between Feelings and bodily Sensations .
(٥٦) Difficulty Describing between Feelings .
(٥٧) Reduced day dreaming .
(٥٨) Externally – oriented Thinking .
(٥٩) Beck Depression Inventory (BDI) .
(٦٠) Sleep Disorders Schedule (SDS) .
(٦١) The Pittsburgh Sleep Quality Index (TPSQI) .

(*) يتقدم الباحث بخالص الشكر لكل من : أ . د / محمد نجيب الصبوة أستاذ علم النفس الإكلينيكي والعلاج النفسي المتفرغ بقسم علم النفس كلية الآداب جامعة القاهرة ، و أ . د / عبد الرقيب أحمد إبراهيم حسانين أستاذ علم النفس المتفرغ كلية التربية جامعة أسيوط ، و أ .

د / أحمد محمد درويش أستاذ علم النفس كلية الآداب جامعة أسيوط ، و أ . م . د / أحمد كمال عبد الوهاب بهنساوي أستاذ علم النفس المساعد كلية الآداب جامعة أسيوط ، و أ . م . د / نجوي أحمد عبد الله واعر أستاذ علم النفس المساعد كلية التربية جامعة الوادي الجديد، و أ . م . د / أحمد علي طِلب محمد أستاذ علم النفس المساعد كلية التربية جامعة الوادي الجديد، و أ . م . د / أسماء عثمان دياب عبد المقصود أستاذ علم النفس المساعد كلية التربية جامعة الوادي الجديد لمشاركتهم في تقويم أدوات الدراسة .

(**) متوسط نسبة الاتفاق = (عدد البنود المُتفق عليها / العدد الكلى للبنود) × ١٠٠

قائمة المراجع

أولاً : مراجع باللغة العربية :

- أحمد، بشري (٢٠١٣). **مقياس اضطرابات النوم**، القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية.
- الأنصاري، عبير (١٩٩٧). تغذية المراهقين الذكور، **رسالة دكتوراه (غير منشورة)**، كلية التربية : جامعة أم القري.
- الخالدي، أديب (٢٠٠٠). **المرجع في الصحة النفسية**، غريان، ليبيا : الدار العربية للنشر.
- الدسوقي، مجدى كمال (٢٠٠٦). **اضطرابات النوم التشخيص والوقاية والعلاج**، القاهرة : دار الأنجلو المصرية.
- الدسوقي، مجدى كمال (٢٠٠٨). **دراسات في الصحة النفسية**، القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية – العسال، ريحاب (٢٠١٤). فعالية برنامج إرشادي معرفي سلوكي في تحسين جودة الحياة لدي مريضات السمنة المنتكسات في الوزن من الراشدات، **رسالة ماجستير (غير منشورة)**، جامعة كفر الشيخ : كلية التربية.
- العمادي، أحمد غلوم ، وفاضل، إيمان محمد (٢٠٠٥). العلاقة بين السمنة ونمط الحياة لدى طلاب جامعة قطر من الجنسين ، **مجلة علم النفس العربي المعاصر** ، **١(٢) : ٢٩ – ٥٧.**
- المزيني، خالد (٢٠٠٥). الطب الرياضي وأثره علي تخفيف حده السمنة لدي الأطفال، **رسالة ماجستير (غير منشورة)**، جامعة البحرين : مملكة البحرين.
- بورلي، ألكسندر (١٩٩٢). أسرار النوم، **ترجمة : أحمد سلامة**، الكويت : عالم المعرفة.
- ريبر، أرثر أس، وريبر إيملي (٢٠٠٨). **المعجم النفسي الطبي**، ترجمة : عبد العلي الجسماني، وعمار الجسماني، بيروت، لبنان : الدار العربية للعلوم.

– شقير، زينب محمود (٢٠٠٥). **اضطرابات الكلام واللغة**، السعودية : كلية التربية بالمجمعية.

– شقير، زينب محمود (٢٠٠٢). **رعاية المتفوقين والموهوبين والمبدعين**، القاهرة : مكتبة النهضة المصرية.

– عبد الرحمن، محمد (١٩٩٩). **علم الأمراض النفسية والعقلية الأسباب والأعراض والتشخيص والعلاج**، القاهرة : دار قباء للطباعة والنشر.

– غانم، محمد حسن (٢٠٠٦). **النوم واضطراباته**، الإسكندرية : المكتبة المصرية.

– فريمان، باتريك (٢٠٠٧). **النوم عند الأطفال المشكلة والحلول**، القاهرة : دار الفاروق للاستثمارات الثقافية.

– كاظم، علي (٢٠١٤). قياس اضطرابات النوم لدي طلبة المرحلة الإعدادية، جامعة بابل : **كلية التربية، (١٥).**

– كرينج، آنا وجونسون، شيري وديفسون، جليراد ونيلا، جون (٢٠١٥). علم النفس المرضي الدليل التشخيصي والاحصائي للاضطرابات النفسية الاصدار الخامس، ط١٢، **ترجمة : أمثال الحولية، وفاطمة عياد، وهناء شويخ، وملك الرشيد، ونادية الحمدان،** القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية.

– كيلي، براونيل، وماهلن، باتريك (٢٠٠٢). مرجع إكلينيكي في الاضطرابات النفسية – دليل علاجي تفصيلي، تحرير : **ديفيد بارلو، ترجمة : جمعية سيد يوسف**، القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية.

– ليندزاى، و ج. بول (٢٠٠٠). **مرجع في علم النفس الإكلينيكي للراشدين**، ترجمة : صفوت فرج، القاهرة : دار الأنجلو المصرية.

– محمود، حسام الدين، وعبد الخالق، شادية (٢٠٠٣). اضطرابات النوم وعلاقتها بالنمط السلوكي للشخصية لدي عينة من طلاب الجامعة، **القاهرة : المجلة المصرية للدراسات النفسية ومكتبة الأنجلو المصرية، ١٣(٤١).**

– يوسف، جمعة سيد (٢٠٠٠). **الاضطرابات السلوكية وعلاجها**، القاهرة : دار غريب.

ثانياً : مراجع باللغة الإنجليزية :

- Alan , R. ; Susheel , P. ; Alison , M. ; Vesvolod , P. ; Hartmut , S. & Phlip , L. (٢٠٠٨). Obesity and Obstructive Apnea , **International Journal of Obesity , ٥(٢) : ١٨٥ – ١٩٢.**

- Agnieszka Z'ak-Gola ; Radoslaw Tomalski ; Monika Bak-Sosnowska ; Michal Ho lecki ; Piotr Kocelak ; Magdalena Olsza necka-Glinianowicz ;

Jerzy Chudek & Barbara Zahorska-Mar Kiewicz. (٢٠٠٨). Al Alexithymia , depression , anxiety and binge eating in obese women , **The European Journal of Psychiatry , ٢٧(٣) , ١٤٩ - ١٥٩.**

- Al - Nsour Mohannad & Ali Arbaji. (٢٠١٣). **Obesity and Related Factors among Jordanian Women of Reproductive Age Based on Three DHS Surveys** , Middle East Observatory for Research and Studies.

- Antti Jula ; Jouko K. ; Salminen & Simo Saarijarvi. (١٩٩٩). Alexithymia A Facet of Essential Hypertension , **Journal of American Heart Association , Inc. Hypertension is available at http://www.hypertensionaha.org.**

- Bagby , R. M. ; Taylor , G. J. & Atkinson , L. (١٩٨٨). Alexithymia: A comparative study of three self-report measures , **Journal of Psychosomatic Research , ٣٢ : ١٠٧ – ١١٦.**

- Bagby , R. M. ; Parker , J. D. A. & Taylor , G. J. (١٩٩٤). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale – I , Item selection and cross -validation of the factor structure , **Journal of Psychosomatic Research , ٣٨ : ٢٣ – ٣٢** , Information quoted from Ciarrochi , J. & Bilich , L. (٢٠٠٦). Process measures of potential relevance to ACT , Unpublished manuscript , University of Wollongong , Australia.

- Bar – On ; Reuven ; Parker & James , D. A. (٢٠٠٠). **The Handbook of Emotional Intelligence : Theory Development Assessment and Application at Home School and in the Workplace** , San Francisco , California : Jossey - Bass .

- Bauermann , T , M. ; Parker , J. , D. , A. & Taylor , G. , J. (٢٠٠٨). Sleep problems and sleep hygiene in young adults with alexithymia , **Journal of Personality and Individual differences , ٤٥ , ٣١٨ – ٣٢٨.**

- Beales , D. L. , & Dolton , R. (٢٠٠٠). Eating disordered patients personality alexithymia and implications for primary care , **The British Journal of General Practice, ٢٠(٤٥٠), ٢١ – ٢٦.**

- Brady , R. E. ; Bujarski , S. J. ; Feldner , M. T. , & Pyne , J. M. (٢٠١٦). Examining the effects of alexithymia on the relation between posttraumatic stress disorder and over-reporting Psychological Trauma : Theory , **Research Practice and Policy.**

- Chou , C. ; Kana , K. ; Wong , W. ; Lee , P. , & Hsu , W. (٢٠١٤). Central Sleep apnea in obese children with sleep disordered breathing , International Journal of Obesity **, ٣٨ , ٢٧ – ٣١.**

- De Chouly ; De Lenclave MB١ ; Florequin C & Bailly D. (٢٠٠١). Obesity alexithymia psychopathology and binge eating : a comparative study of ٤٠ obese patients and ٣٢ controls , **Encephale , ٢٧(٤) : ٥٠ – ٣٤٣.**

- De Groot ; J. M. , Rodin , G. & Olmstead , M. P. (١٩٩٥). Alexithymia , depression , and treatment outcome in bulimia nervosa , **Comprehensive Psychiatry , ٣٦(١) : ٥٣ – ٦٠.**

- De Gennaro , L. ; Martina , M. ; Curcio , G. & Ferrara , M. (٢٠٠٤). The relationship between alexithymia , depression , and sleep compilations , **Journal of Psychiatry Research , ١٢٨ , ٢٥٣ – ٢٥٨.**

- De Haan , H. A. ; van der Palen , J. ; Wijdeveld , T. G. M. ; Buitelaar , J. K. & De Jong C. J. (٢٠١٤). Alexithymia in patients with substance use disorders : State or trait? , **Psychiatry Research , ٢١٦(١) , ١٣٧ – ١٤٥.**

- De Panfilis ; C. , Ossola ; P. , Tonna , M. ; Catania , L. , & Marchesi , C. (٢٠١٥). Finding words for feelings : The relationship between personality disorders and alexithymia , **Personality and Individual Differences , ٧٤ , ٢٨٥ – ٢٩١.**

- Deviln , J. ; Yanouski , Z & Wilson , T. (٢٠٠٠). Obesity : what Mental Health Professional need to know , **Am Journal Psychiatry , ١٥(٧) : ٨٥٤ – ٨٦٦.**

- Feldman - Hall Oriel ; Dalgleish Tim & Mobbs Dean. (٢٠١٢) Alexithymia decreases altruism in real social decisions , **Journal of Cortex , ٨٩٩ – ٩٠٤.**

- Fitzgerald , M. , & Molyneux , G. (٢٠٠٤). Overlap between alexithymia and Asperger's syndrome , **The American Journal of Psychiatry , ١٦١ , ٢١٣٤ – ٢١٣٥.**

- Frewen , P. A. ; Lanius , R. A. ; Dozois , D. J. ; Neufeld , R. W. ; Pain , C. ; Hopper , J. W. & Stevens , T. K. (٢٠٠٨). Clinical and neural correlates of alexithymia in posttraumatic stress disorder , **Journal of**

Abnormal Psychology , ١١٧(١) , ١٧١ – ١٨١ , doi:١٠.١٠٣٧/٠٠٢١-٨٤٣X.١١٧.١.١٧١.

- Fukudo , S. ; Gyoba , J. ; Kamachi , M. ; Tagawa , M. ; Mochizuki Kano , H. ; Itoh , M. ; Hongo , M. & Yanai , K. (٢٠٠٣). Specific brain processing of facial expressions in people with alexithymia: an H٢ ١٥O-PET study , **Journal of Brain , ١٢٦(٦) : ٨٤ – ١٤٧٤.**

- Grynberg , D. ; Chang , B. ; Corneille , O. ; Maurage , P. ; Vermeulen , N. ; Berthoz , S. & Luminet , O. (٢٠١٢). alexithymia and the processing of emotional facial expressions (EFEs) : systematic Review , unanswered Questions and further perspectives , **PLOS ONE , ٧(٨) , ١ - ٢٠.**

- Gulglielmo , B. & Silvana , P. (٢٠١٣). Sleep and obesity , **Curropin clin Nutr Metab , ١٤(٤) , ٤٠٢ – ٤١٢.**

- Halina , R. ; Karen , M. ; Lain Clure & Shone , M. (٢٠١١). Sleep , Anxiety , and Challenging Behavior in children with intellectual Disability and /or Autism Spectrum Disorder , **Journal of Research in developmental Disabilities , ٣٢(٦) : ٢٧٥٨ – ٢٧٦٦.**

- Haviland , M. S. ; Shaw , D. G. ; Cummings , M. A. & Mac Murray , J. P. (١٩٨٨). Alexithymia : Subscales and relationship td depression , **Psychotherapy and Psychosomatics , ٥٠(٣) : ١٦٤ – ١٧٠.**

- Haviland , M. G. ; Hendryx , M. S. ; Cummings , M. A. ; Shaw , D. G. & Mac Murray , J. P. (١٩٩١). Multidimensionality and state dependency of alexithymia in recently sober alcoholics , **Journal of Nervous and Mental Disease , ١٧٩(٥) : ٢٨٤ – ٢٩٠.**

- Haviland , M. G. ; Hendryx , M. S. ; Shaw , D. G. & Henry , J. P. (١٩٩٤). Alexithymia in women and men hospitalized for psychoactive substance dependence , **Comprehensive Psychiatiy , ٣٥(٢) , ١٢٤ – ١٢٨.**

- Haviland , M. G. ; Warren , W. L. ; Riggs , M. L. , & Gallacher , M. (٢٠٠١). Psychometric properties of the Observer Alexithymia Scale in a clinical sample , **Journal of Personality Assessment , ٧٧(١) , ١٧٦ – ١٨٦.**

- Helmes , E. ; McNeill , P. D. ; Holden , R. R. , & Jackson , C. (٢٠٠٨). The construct of alexithymia : Associations with defense mechanisms , **Journal of clinical psychology, ٦٤(٣),** ٣١٨ - ٣٣١.

- Hendryx , M. S. ; Haviland , M. G. & Shaw , D. G. (١٩٩١). Dimensions of alexithymia and their relationships to anxiety and depression , **Journal of Personality Assessment , ٥٦(٢) ,** ٢٢٧ – ٢٣٧.

- Joanna , H. ; Paul Gringras ; Peter , B. ; Nicolas , S. ; John , F , & Alan , E. (٢٠١٣). Sleep Patterns in Children with Autistic Spectrum Disorders : A prospective Cohort Study , **Archieves of Disease in Childhood , ٩٩(٢) :** ١١٤ – ١١٨.

- Khader , Y. ; Batieha , A. ; Ajlouni , H. ; El-Khateeb , M. & Ajlouni , K. (٢٠٠٨). Obesity in Jordan : prevalence , associated factors comorbidities and change in prevalence over ten years , **Journal of Metab Syndr Relat Disord , ٦(٢) :** ٢٠ -١١٣. **doi:** ١٠.١٠٨٩/**met.**٢٠٠٧.٠٠٣٠.

- Krystal , H. (١٩٨٨). **Integration and self-healing : Affect , trauma , alexithymia** , Hillsdale , NJ : Analytic Press.

- Kuczmierczyk , A. R. ; Labrum , A. H. & Johnson , C. C. (١٩٩٥). The relationship between mood , somatization , and alexithymia in premenstrual syndrome , **Psychosomatics , ٣٦(١) :** ٢٦ – ٣٢.

- Larsen , J. K. ; Brand , N. ; Bermond , B. & Hijman , R. (٢٠٠٣). Cognitive and emotional characteristics of alexithymia A review of neurobiological studies , **Journal of Psychosomatic Research :** ١٩ , ٣٢٣ – ٣٣١.

- Li , Ss. ; Zhang , B. ; Guo , Y. & Zhang , J. (٢٠١٥). The association between alexithymia as assessed by the ٢٠-item Toronto Alexithymia Scale and depression : A meta-analysis , **Psychiatry Research , ٢٢٧(١) :** ١ – ٩.

- Mattila , A. K. ; Keefer , K. V. ; Taylor , G. J. ; Joukamaa , M. ; Jula , A. ; Parker , J. D. A. & Bagby , R. M. (٢٠١٠). Taxometric analysis of alexithymia in a general population sample from Finland , **Personality**

and Individual Differences , ٤٩(٣), ٢١٦-٢٢١. doi:١٠.١٠١٦/j.paid.٢٠١٠.٠٣.٠٣٨.

- Marieke , Q. ; Werrij ; Anatia Jansen ; Sandra Mulkens ; Hermien , J. ; Elgersma ; Andre , J. , H. , A. ; Ament , Harm & J. , Hospers. (٢٠٠٦). Adding cognitive therapy to dietetic treatment is associated with less relapse in obesity , **Journal of psychosomatic Research , ٣١٥ : ٣٢٤ , from : www.sciencedierct.com.**

- Murty , P. , & De M'uzan , M. (١٩٦٣). La pensee operatoire , **Revue Francaise de Psychanalyse , (٢٧) , ٣٤٥ – ٣٥٦.**

- Messina , A. ; Beadle , J. N. & Paradiso , S. (٢٠١٤). Towards a classification of alexithymia : primary , secondry and organic , **Journal of Psychopathology , ٢٠ , ٣٨ - ٩٤.**

- Müller , J. , & Bühner , M. (٢٠٠٦). Two facets of non - expression of emotions Relationship between dimensions of alexithymia and the repressive coping style , **Personality and Individual Differences , ٤١(٧) , ١٣٣٧ – ١٣٤٧ , doi: ١٠.١٠١٦/j.paid.٢٠٠٦.٠٤.٠٢٣.**

- Nicole , R. , & Samantha , S. (٢٠٠٩). Analysis of Differentially Expressed serum Proteins During Developmental of Obesity , **University of Limpop , Subrnitted in Fulfilment of the Requirements of the degree of Master of Science.**

- Nielsen , T. ; Levrier , K. & Montplaisir , J. (٢٠١١). Dreaming Correlates of Alexithymia Among Sleep – Disordered Patients , **Journal of Dreaming , ٢١(١) : ١٦ – ٣١.**

- Ogrodniczuk , J. S. ; Piper , W. E. & Joyce , A. S. (٢٠٠٥). The negative effect of alexithymia on the outcome of group therapy for complicated grief : What role might the therapist play? , **Comprehensive Psychiatry , ٤٦ , ٢٠٦ – ٢١٣.**

- Parker , J. D. A. ; Bagby , R. M. & Taylor , G. J. (١٩٩١). Alexithymia and depression : Distinct or overlapping constructs? , **Comprehensive Psychiatry , ٣٢(٥) : ٣٨٧ – ٣٩٤.**

- Patel , S. ; Hayes , A. ; Blackwell , T. ; Evan , D. ; Ancoll , L. ; Wing , Y. , & Stone , K. (٢٠١٤). The association between sleep patterns and

obesity in older adults , **International Journal of obesity , ٣٣ , ١١٥٩ – ١١٦٩.**

- Petterson , R. (٢٠٠٤). Nameless desire : Alexithymia and the anorectic patient , **The American Journal of Psychoanalysis , ٦٤(١) , ٧٧ – ٩٠.**

- Pinaquy , S. ; Chabrol , H. ; Simon , C. ; Louvet , J. & Barbe , P. (٢٠٠٣). Emotional Eating Alexithymia and Binge-Eating Disorder in Obese Women , **Obes Res , ١١(٢) : ١٩٥ – ٢٠١.**

- Pinna F. ; Lai L. ; Pirarba , S. ; Orrù , W. ; Velluzzi , F. ; Loviselli , A. & Carpiniello , B. (٢٠٠٧). Obesity alexithymia and psychopathology : a case-control study. **ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/٢١٣٣٠٧٨١ , ١٦ : ١٦٤ – ١٧٠.**

- Preece , D. ; Becerra , R. ; Allan , A. ; Robinson , K. & Dandy , J. (٢٠١٧). Establishing the theoretical components of alexithymia via factor analysis : Introduction and validation of the attention - appraisal model of alexithymia , **Personality and Individual Differences , ١١٩ : ٣٤١ – ٣٥٢.**

- Preece , D. ; Becerra , R. ; Robinson , K. ; Dandy , J. & Allan , A. (٢٠١٨). The psychometric assessment of alexithymia : Development and validation of the Perth Alexithymia Questionnaire , **Personality and Individual Differences , ١٣٢ : ٣٢ – ٤٤.**

- Ramtekkar , U , P. (٢٠١٧). DSM – ٥ Changes in Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Autism Spectrum Disorder : Implications for Comorbid Sleep Issues , **Journal of Children , ٤(٦٢) , ١ – ١٠.**

- Rehman , A. ; Gumley , A. & Biello , S. (٢٠١٨). Sleep quality and paranoia : The role of alexithymia negative emotions and perceptual anomalies , **Psychiatry Research , ٢٥٩ , ٢١٦ – ٢٢٢.**

- Reicherts , M. ; Casellini , D. ; Duc , F. & Genoud , P. A. (in press). Emotional Openness in dependence disorders and personality disorders , **Annales Médico –Psychologiques.**

- Reicherts , M. (١٩٩٩). Dimensions de l'ouverture émotionnelle (DOE) , Concept théorique , instrument et études de validation , **Poster présenté au Congrès de la SSP, Fribourg , ٢٤ Septembre.**

- Reicherts , M. (٢٠٠١). Dimensions of Emotional Openness and their salutogenetic function , **Paper presented at the Congress of the SSP , Lausanne , ١٢th October.**

- Ricciardi , L. ; Demartini , B. ; Fotopoulou , A. & Edwards , M. J. (٢٠١٥). Alexithymia in Neurological Discase : A Review , **Journal of Neuropsychiatry Clin Neurosci , ٢٧(٣) , ١٧٩ – ١٨٧.**

- Rosen , R. C. ; Zozula , R. ; Jahn , E. G. & Carson , J. L. (٢٠٠١). Low rates of recognition of sleep disorders in primary care : comparison of a community - based versus clinical academic setting , **Sleep medicine , ٢(١) , ٤٧ - ٥٥.**

- Saarijarvi , S. ; Salminen , J. K. ; Tamminen , T. & Aairela , E. (١٩٩٣). Alexithymia in psychiatric consultation-liaison patients , **General Hospital Psychiatry , ١٥(٥) : ٣٣٠ – ٣٣٠.**

- Silva , A. N. ; Vasco , A. B. & Watson , J. C. (٢٠١٣). Alexithymia and Emotional Processing as Phenomena Pertinent to all Theoretical Orientations , **International Journal of Psychotherapy , ١٧(٣) , ٥ – ١٩.**

- Sifneos , P. E. (١٩٧٣). The prevalence of alexithymic charcteristics in psychosomatic patients , **Psychotherapy and Psychosomatics , (٢٢) : ٢٥٥ – ٢٦٢**

- Sifneos , P. E. (١٩٩٤). Affect deficit and alexithymia , **New Trends in Experimental and Clinical Psychiatry , ١٠(٤) : ١٩٣ – ١٩٥.**

- Son , S. H. ; Jo , H. ; Rim , H. D. ; Kim , J. H. ; Kim , H. W. ; Bae , G. Y. & Lee , S. J. (٢٠١٢). A Comparative Study on Alexithymia in Depressive Somatoform Anxiety and Psychotic Disorders among Koreans , **Psychiatry Investigation , ٩(٤) : ٣٢٥ – ٣٣١. doi:١٠.٤٣٠٦/pi.٢٠١٢.٩.٤.٣٢٥.**

- Speranza , M. ; Corcos , M. ; Stephan , P. ; Loas , G. ; Perez-Diaz , F. & Lang , F. Jeammet , P. (٢٠٠٤). Alexithymia expressive experiences and dependency in addictive disorders , **Substance Use & Misuse , ٣٩(٤) , ٥٥١ – ٥٧٩.**

- Taylor , G. J. (١٩٨٥). Alexithymia concept measurement and implications for treatment , **The American Journal of Psychiatry , ١٤١(٦) , ٧٢٥ – ٧٣٢.**

- Taylor , G. J. ; Parker , J. D. A & Bagby , R. M. (١٩٩٠). A preliminary investigation of alexithymia in men with psychoactive substance dependence , **American Journal of Psychiatry , ١٤٧ : ١٢٢٨ -١٢٣٠.**

- Taylor , G. J. ; Parker , J. D. A ; Bagby , R. M. & Acklin , M. W. (١٩٩٢). Alexithymia and somatic complaints in psychiatric out –patients , **Journal of Psychosomatic Research , ٣٦(٥) : ٤١٧ – ٤٢٤.**

- Taylor , G. J. (١٩٩٤). The alexithymia construct : Conceptualization , validation , and relationship with basic dimensions of personality , **New Trends in Experimental and Clinical Psychiatry , ١٠(٢) : ٦١ – ٧٤.**

-Taylor , G. J. ; Bagby , R. M. & Parker , J. D. A. (١٩٩٧). **Disorders of affect regulation : Alexithymia in medical and psychiatric illness** , Cambridge : Cambridge University Press.

- Taylor , G. J. & Taylor , H. S. (١٩٩٧). Alexithymia. In M. Mc Callum& W. E. Piper (Eds) **Psychological mindedness : A contemporary understanding** , Munich : Lawrence Erlbaum Associates.

- Taylor , G. (٢٠٠٠). Disorder of Affect Regulation : Alexithymia in Medical and Psychiatric Illness **, Cambridge University Press , New York.**

-Taylor , G. (٢٠٠٠). Recent developments in alexithymia theory and research , **Canadian Journal of Psychiatry , ٤٥(٢) : ١ – ١٥.**

-Tianna K. , Byom. (٢٠٠٩). **A comparison of the effectiveness of Three Group Treatment for Weight Loss** , university of Wisconsin - Milwaukee.

- Todd C. Eiden. (١٩٩٨). Twenty Item Toronto Alexithymia Scale: Construct Validity in a College Student Population , **Unpublished doctoral Dissertation** , University of Wisconsin – Oshkosh , Wisconsin.

- Tolmunen , T. ; Heliste , M. ; Lehto , S. M. ; Hintikka , J. ; Honkalampi , K. , & Kauhanen , J. (٢٠١١). Stability of alexithymia in the general population : An ١١ - year follow-up , **Comprehensive Psychiatry , ٥٢ , ٥٣٦ – ٥٤١.**

- Vorst , H. C. , & Bermond , B. (٢٠٠١). Validity and reliability of the Bermond–Vorst alexithymia questionnaire , **Journal of Personality and individual differences , ٣٠(٣) , ٤١٣ - ٤٣٤.**

- Wise , T. N. ; Jani , N. N. ; Kass , E. B. & Sonnenschein , K. (١٩٨٨). Alexithymia : Relationship to severity of medical illness and depression , **Psychotherapy and Psychosomatics , ٥٠(٢) : ٦٨ – ٧١.**

- Zimmermann , G. ; Rossier , J. ; Meyer de Stadelhofen , F. & Gaillard , F. (٢٠٠٥). Alexithymia assessment and relations with dimensions of personality , European , **Journal of Psychological Assessment , ٢١(١) : ٢٣ – ٣٣.**

- Zimmermann , G. (٢٠٠٦). Delinquency in male adolescents : the role of alexithymia and family structure , **Journal of Adolescence , ٢٩(٣) : ٣٢١ – ٣٣٢.**

- Zimmermann ; Philippe , A. Genoud & Michaël Reicherts. (٢٠٠٧). Alexithymia and dimensions of Emotional Openness in non-clinical samples of adults and adolescents , **١٠th Congress of the Swiss Society of Psychology (SSP).**

ثانياً : مراجع من علي شبكة المعلومات :

- https://almanalmagazine.com
- http://ar.housepsych.com/aleksitimiya_default.htm
- https://archive.aawsat.com/details.asp?issueno=١٠٦٢٦&article=٤٥٦٣٧١#.XS٣jbo٤zbIV
- http://www.saidaonline.com/news.php?go=fullnews&newsid=٦٩٣٤
- www.go.microsoft.com./Fwlink/?linkId٢٠٠٩
- https://ar.wikipedia.org/wiki