وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

جامعة محمد خيضر –بسكرة–

كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية –كلية العلوم الاجتماعية–

عنوان المذكرة

مستوى الألكسيثيميا لدى المراهقات المصابات بالسمنة

دراسة عيادية لثلاث حالات بمدينة بسكرة

مذكرة تخرج مكملة لنيل شهادة الماستر تخصص علم النفس العيادي

إعداد الطالبة : بن هلال نريمان

تحت إشراف الأستاذ : د. ساعد شفيق

السنة الجامعية:2020/2019م

بسم الله الرحمن الرحيم

الإهداء

إلى كل من في الوجود بعد الله ورسوله .. إلى سندي وقوتي وملاذي بعد الله .. إلى من آثروني على نفسهم .. إلى من علموني علم الحياة .. إلى من أظهروا لي ما هو أجمل من الحياة .. إلى عائلتي .

إلى من تحلو بالإخاء وتميزوا بالوفاء والعطاء .. إلى ينابيع الصدق الصافي .. إلى من معهم سعدت ، وبرفقتهم في دروب الحياة سرت .. إلى من كانوا معي على طريق النجاح والخير .

إلى من علموني كيف أجدهم وعلموني أن لا أضيعهم .

كلمة شكر و تقدير

إلهي لا يطيب الليل إلا بشكرك ولا يطيب النهار إلا بطاعتك.. ولا تطيب اللحظات إلا بذكرك.. ولا تطيب الآخرة إلا بعفوك .. ولا تطيب الجنة إلا برؤيتك جل جلالك .

أشكر عائلتي سندي وقوتي .

أقدم الشكر الجزيل لأستاذي الدكتور شفيق ساعد لقبوله الإشراف على هذا العمل المتواضع .

احترامي و شكري الخالصين إلى كل أساتذتي الأفاضل .

أشكر حالات الدراسة لقبولهن المساهمة في هذا العمل .

أشكر كل من ساعدني في إثراء و إنجاز هذا العمل .

ملخص الدراسة :

تهدف هذه الدراسة إلى البحث عن مستوى الألكسيثيميا لدى المراهقات المصابات بالسمنة ، وذلك انطلاقا من طرح التساؤل التالي :

- ما مستوى الألكسيثيميا لدى المراهقات المصابات بالسمنة ؟

ولبلوغ ذلك اعتمدت هذه الدراسة على المنهج العيادي ، باستخدام تقنية دراسة الحالة ، كما تم تطبيق المقابلة العيادية النصف موجهة ، و مقياس تورنتو للألكسيثيميا (TAS-20) على ثلاث حالات من المراهقات المصابات بالسمنة ، بولاية بسكرة .

وتوصلت هذه الدراسة إلى نتيجة أن الحالات الثلاث لديهن مستوى ألكسيثيميا مرتفع ، و بذلك تتحقق الفرضية .

الكلمات المفتاحية : الألكسيثيميا ، الفتاة المراهقة ، السمنة .

Summary :

This study aims to identify the level of alexithimia in adolescents with obesity, starting by asking the following question :

- What is the level of alexithimia in adolescents with obesity?

To achieve this , this study relied on the clinical method, using case study technique , and the half-guided clinical interview and the Toronto Measure of Alexithimia (TAS-20) were applied to three cases of obese adolescentgirls, Biskra State.

This study found that the three cases have a high level of alexithimia, thus verifying the hypothesis.

Keywords : Alexithimia , Teenage girl , Obesity .

فهرس المحتويات

العنوان	الصفحة
كلمة شكر و تقدير	
ملخص الدراسة باللغة العربية	
ملخص الدراسة باللغة الأجنبية	
قائمة الجداول	
مقدمة	أ–ب
الفصل الأول : الإطار العام للدراسة	
1- إشكالية الدراسة	04
2- فرضيات الدراسة	05
3- دوافع اختيار الموضوع	05
4- أهمية الدراسة	06
5- أهداف اختيار الموضوع	06
6- تحديد المفاهيم الإجرائية للدراسة	07
7- الدراسات السابقة	07
الجانب النظري	
الفصل الثاني : المراهقة و اضطراب السمنة	
تمهيد	17
أولا- مفهوم المراهقة	18
1- تعريف المراهقة	18

2- مراحل المراهقة	19
3- خصائص مرحلة المراهقة	20
4- حاجات المراهقة	23
5- المراهقة في المجتمع الجزائري	26
6- مشكلات المراهقة لدى الفتيات	27
7- المراهقة و السمنة	28
ثانيا- مفهوم السمنة	29
1- تعريف السممنة	29
2- الأشكال العيادية للسمنة	30
3- أسباب السمنة	30
4- سمات الشخصية السمينة	33
5- النظريات المفسرة لاضطراب السلوك الغذائي	34
6- آثار و مضاعفات السمنة	38
7- طرق تشخيص و قياس السمنة	41
8- علاج السمنة	45
خلاصة	47
الفصل الثالث : الألكسيثيميا	
تمهيد	49
1- تعريف الألكسيثيميا	50
2- مكونات الألكسيثيميا	51

3- أنواع الألكسيثيميا	51
4- أسباب الألكسيثيميا	52
5- أعراض الألكسيثيميا	52
6- النظريات المفسرة للألكسيثيميا	52
7- الألكسيثيميا و الإضطرابات النفسية و الجسمية	55
8- المظهر الإكلينيكي للألكسيثيميا	55
9- أدوات قياس الألكسيثيميا	56
10- العلاج النفسي للألكسيثيميا	58
خلاصة	60
الجانب الميداني	
الفصل الرابع : الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية	
تمهيد	63
1- الدراسة الإستطلاعية	63
2- منهج الدراسة	63
3- حدود الدراسة	64
4- حالات الدراسة	64
5- أدوات الدراسة	65
خلاصة	68
الفصل الخامس : عرض و تحليل و مناقشة نتائج الدراسة	
تمهيد	71

1- عرض الحالات	71
1-1- عرض الحالة الأولى و تحليلها العام	71
1-2- عرض الحالة الثانية و تحليلها العام	75
1-3- عرض الحالة الثالثة و تحليلها العام	79
2- مناقشة و تفسير نتائج الدراسة	82
3- الإستنتاج العام	84
خاتمة	87
قائمة المراجع	89
الملاحق	

قائمة الجداول

رقم الجدول	عنوان الجدول	الصفحة
01	معايير مؤشر كتلة الجسم التي تشير لزيادة الوزن ولسمنة لدى الأطفال	43
02	خصائص حالات الدراسة	64
03	معاملات الإرتباط لكل بند مع الدرجة الكلية لمقياس تورنتو للألكسيثيميا (TAS-20)	68
04	حساب الثبات لمقياس تورنتو للألكسيثيميا (TAS-20)	68

الملاحق

رقم الملحق	عنوان الملحق
01	مقياس تورنتو للألكسيثيميا (TAS-20)
02	المقابلة كما وردت مع الحالة الأولى
03	المقابلة كما وردت مع الحالة اثانية
04	المقابلة كما وردت مع الحالة الثالثة

مقدمة

مقدمة :

تعتبر المراهقة من أهم مراحل نمو الفرد لما تحمله من تغييرات فيزيولوجية وسيكولوجية تنعكس على مظاهر النمو الإنفعالي والعقلي والإجتماعي والجسمي ، ولعل أهم ما يميز هذه المرحلة هي الصراعات الداخلية و الخارجية التي يتعرض لها المراهق نتيجة لتلك التغييرات والتحولات التي تطرأ على الجهاز النفسي والفيزيولوجي ، والتي تجعله غير قادر على تحديد ذاته و هويته الشخصية والدور الذي يتقلده وميوله وانتماءاته و اتجاهاته ، مما يؤدي به إلى سوء التوافق النفسي والإجتماعي .

قد تسهم هذه العوامل في جعل المراهق يعيش حالة من الضغوط النفسية مالم يستطع التوفيق بين المحيط الخارجي وحاجاته ودوافعه الشخصية ، إذ يشير (مصباح ، 2003 : 182) أن من أبرز السمات الإنفعالية الخاصة بمرحلة المراهقة هي الصراع النفسي بين الدوافع الملحة بإيجاد مركز في المجتمع والمعايير الاجتماعية ، و هذا ما أكده اريكسون في قوله أن أهم ما يميز مرحلة المراهقة هو أزمه الهوية .

فالمراهق يعيش ضغوطا نفسية خاصة ذات منشأ داخلي تتمثل في النمو المتسارع و التفاعلات الهرمونية بشكل خاص لدى الإناث المراهقات مما يسبب لهن انزلاقات في العديد من السلوكات الغير صحية المؤدية لاضرابات في السلوك الغذائي .

وتعتبر السمنة نتاج نوع من أنواع اضطرابات السلوك الغذائي ، هذا الأخير يعتبر عامل مؤثر على تغيرات الوزن لما ينطوي عليه من إضطرابات انفعالية و عاطفية تظهر على شكل سلوكات غير صحية في الجوع والشبع ، الإمتناع عن الأكل والنهام عن الأكل و الأكل العاطفي والشراهة في الأكل وغيرها ، وعليه تعد الفكرة القائمة على أن الشخص المصاب بالسمنة يعاني من مشاكل نفسية بسبب وزنه وشكله غير المتطابق مع معايير المجتمع لم تعد كافية في تقديم أسباب الإصابة بالسمنة فقد توصلت الأبحاث الحديثة إلى أن العوامل العاطفية السلبية خاصة هي التي قد تؤدي إلى السمنة ، مثلا نجد سلوك الشخص المصاب باضطرابات السلوك الغذائي يتسم بصعوبة في تحديد مشاعره وعدم التمييز بين حالاته الإنفعالية والخمول بشكل عام وبالتالي تحدث تغيرات في الوزن .

حيث تعد صعوبة التعرف على المشاعر أو ما يعرف بالألكسيثيميا سمة وجدانية ومعرفية للشخصية التي تفتقر إلى الوعي بالانفعالات ، حيث يعاني الشخص المصاب بالألكسيثيميا من صعوبة في وصف مشاعره الذاتية بالإضافة إلى صعوبة في تحديد إنفعالات الآخرين ، ونقص في القدرة على التعاطف مع

الآخرين مما يؤدي إلى الكبت وافتقار الاستمتاع بالحياة ومحدودية العلاقات الاجتماعية. لذا فإن أي فرد معرض للإصابة بالألكسيثيميا في كل مراحل حياته، ومنه فإن ظهور الألكسيثيميا لدى المراهق وارد بشكل كبير من خلال تعرضهم للصراعات ومتطلبات النفس الإجتماعية ، وهشاشة البناء النفسي للمراهق وعدم قدرته على اتخاذ قرارات حاسمة وتعرضه للصدمات التى تؤدي إلى ردود أفعال سلبية .

وللإلمام بهذا الموضوع بشكل متعمق تم تقسيم الدراسة إلى جانبين جانب نظري و جانب ميداني . إذ يتألف الجانب النظري من ثلاثة فصول خصصناها لتناول المفاهيم المتعلقة بالبحث بالتفصيل .

تضمن الفصل الأول الإطار العام للإشكالية فقد تناولنا من خلاله إشكالية الدراسة ودوافع اختيارها ، وأهمية وأهداف الدراسة والمفاهيم الاجرائية والدراسات السابقة .

أما الفصل الثاني فقد تضمن متغيرين ، المراهقة و اضطراب السمنة ، حيث احتوى المفهوم الأول أي المراهقة على (تعريف المراهقة ، مراحل المراهقة ، خصائص المرحلة ، حاجات المراهقة ، المراهقة في المجتمع الجزائري ، مشكلات المراهقة لدى الفتيات) ، أما المتغير الثاني أي السمنة ، وأهم ماجاء فيها من (مفهوم ، الأشكال العيادية للسمنة ، أسباب السمنة ، سمات الشخصية البدينة ، النظريات المفسرة لاضطراب السلوك الغذائي ، آثار و مضاعفات السمنة ، تشخيص و قياس السمنة و علاج السمنة) .

بالنسبة للفصل الثالث فقد خصصناه للألكسيثيميا ، و تطرقنا إلى تعريفها و مكوناتها و أنواعها ، بالإظافة إلى أسباب و أعراض الألكسيثيميا ، النظريات المفسرة للألكسيثيميا ، الألكسيثيميا و الإضطرابات النفسية و السلوكية ، المظهر الإكلينيكي للألكسيثيميا ، أدوات قياس الألكسيثيميا ، و العلاج النفسي للألكسيثيميا .

الجانب الميداني تضمن فصلين الرابع و الخامس ، حيث خصصنا الفصل الرابع للإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية ، أما الفصل الخامس فكان لعرض و مناقشة نتائج الدراسة ، و الخاتمة كنهاية للبحث .

الفصل الأول : الإطار العام للدراسة

1- إشكالية الدراسة

2- فرضيات الدراسة

3- دوافع اختيار الموضوع

4- أهمية الدراسة

5- أهداف اختيار الموضوع

6- تحديد المفاهيم الإجرائية للدراسة

7- الدراسات السابقة

1- إشكالية الدراسة :

تعد مرحلة المراهقة فترة ميلاد جديدة تؤثر وتتأثر بالمراحل المختلفة للنمو ، بالإضافة إلى كونها فترة إنتقالية حرجة لما تحمله من تغيرات متلاحقة نفسية وفيزيولوجية وفكرية وجسمية خاصة لدى الفتيات اللواتي يتعرضن لتغيرات جسدية تتضح في استدارة و تشكل الأجزاء الخاصة بالأنثى ، و تغير في نبرة الصوت ، زيادة في الطول و الوزن بشكل ملحوظ ، نتيجة للنمو السريع و الحاجة إلى الغذاء المتواصل . هذه التغيرات تترك بصمة على تكوين الفتاة و شخصيتها .

فتحمل فترة المراهقة إضافات جسمية تشغل فكر الفتاة بمظهرها ، فالحوادث السيكولوجية و الإنفعالية مرتبطة بالنمو الجسمي و العكس كذلك ، و نتيجة لهذه التغيرات الفيزيولوجية و الإنفعالية و الجسمية تظهر حالة عدم الإتزان النفسي لدى المراهقات لتميزهن بالتكتم و التناقض مما يجعل دراستهن أمرا صعبا ، فالكثير من الأحداث تجري داخل الفتاة ولا تظهرها .

و من هنا يشير الطبيب **دبندر جيل** أحد المؤلفين الرئيسيين في دراسة جديدة من خلال صحيفة **daily mail** البريطانية إلى وجود علاقة سببية بين البلوغ المبكر و تعرض الإناث لخطر السمنة ، و يرجع ذلك إلى التأثيرات البدنية المتعلقة بتغير الهرمونات ، مما يؤدي إلى تراكم الدهون في أجزاء من الجسم مساهما في ذلك بظهور مشاكل صحية و اجتماعية و جسمية و انفعالية ، حيث يوضح **شويتزر Schweitzer 1990** ما أظهره **جونسون Jhonson 1956** و **كورتز Kurtz** أن الفتيات الممتلئات هن اللولاتي يظهرن عدم رضا كبير إزاء أجسادهن و إزاء أنفسهن ، و يرى **كوب Cobb 1954** أن تصور العام لنمط الأنوثة المثالي يتضمن صغر الحجم و رقة الجسد ، و لذا يريد كثير من الفتيات أن يكن أصغر حجما.

و قد توصل العديد من الباحثين إلى أن هناك أسبابا كثيرة تؤدي إلى السمنة بين المراهقين و المراهقات أهمها المتغيرات النفسية و العاطفية السلبية . فتشير الدراسات الحديثة أن الألكسيثيميا عامل رئيسي مؤدي إلى السمنة لما تنطوي عليه من إضطرابات عاطفية و انفعالية تظهر على شكل سلوكيات غير صحية في تناول الطعام ، كما أن الفكرة السائدة القائمة على أن الشخص المصاب بالسمنة يعاني من مشاكل نفسية نتيجة وزنه و شكله الخارجي غير المتطابق مع معايير المجتمع و ما يترتب على ذلك من ضغوط تؤثر على جميع خياراته في الحياة و السلوكيات اليومية لم تعد كافية في تقديم تفسيب الإصابة بالسمنة ، فقد قدمت دراسات حديثة أن العوامل العاطفية خاصة السلبية هي التي قد تكون السبب الفعلي في زيادة الوزن، فعلى سبيل المثال يتسم سلوك الشخص المصاب بالألكسيثيميا بصعوبة في تحديد مشاعره

و التمييز بين حالاته الإنفعالية كما يميل إلى الإستسلام و الخمول و الميل إلى الأكل العاطفي . **(إبراهيم ، الغويري ، 2017 : 200)**

كما أشار **Golab 2013** و **آخرون** إلى أن للألكيسيثيميا دورا في تطوير إضطرابات الأكل مثل فقدان الشهية و الشره المرضي العصبي ، حيث أشارت نتائج الدراسات إلى وجود علاقة ثنائية بين الإصابة بالألكسيثيميا و السمنة ، للوصول إلى القول بأن الألكسيثيميا سمة أساسية مؤهلة للإصابة بالإفراط في الأكل و السمنة . **(Golab , Tomalski , Holcki ,2013 :150)**

و نظرا لنقص الدراسات حول موضوع الألكسيثيما خاصة لدى الإناث في مرحلة المراهقة برزت الحاجة إلى التطرق لهذا الموضوع مما دفعنا إلى طرح التساؤل التالي :

- ما مستوى الألكسيثيميا لدى المراهقات المصابات بالسمنة ؟

2- فرضيات الدراسة :

2-1- فرضية عامة :

- مستوى الألكسيثيميا لدى المراهقات المصابات بالسمنة مرتفع .

2-2- فرضيات جزئية :

- لدى المراهقات المصابات بالسمنة صعوبة في التعبير على المشاعر .
- لدى المراهقات المصابات بالسمنة صعوبة في تمييز المشاعر .
- لدى المراهقات المصابات بالسمنة تفكير موجه نحو الخارج .

3- دوافع اختيار الموضوع :

- الميول الشخصية و الفضول العلمي لدراسة هذا الموضوع .
- ندرة البحوث و الدراسات حول موضوع الألكسيثيميا في حدود اطلاعنا .

– أهمية الموضوع الذي لم توفه حقه الدراسات الجزائرية خاصة في مجالات علم النفس العيادي وعلم نفس الصحة .

– عدم الإهتمام الكافي بفئة الدراسة و معاناتهم.

– التعرف على بعض المشكلات الانفعلاية و الوجدانية و أسبابها .

4– أهمية الدراسة :

– نستطيع أن نوضح أهمية الدراسة من جانبين :

4–1– الجانب النظري : تتحدد أهمية الدراسة من خلال أهمية الموضوع المتناول الذي يتمثل في أحد الإضطرابات المؤثرة على حياة الفرد بشكل كبير و خاصة على العينة المتناولة في بحثنا نظرا لأهميتها في المجتمع ، ألا و هي عينة من المراهقات ، بالإضافة إلى احتواء هذه الدراسة مشكلتين مهمتين هما الألكسيثيميا و السمنة .

4–2– الجانب التطبيقي : تبرز أهمية هذا الجانب من خلال تحديد مستوى الألكسيثيميا لدى عينة من المراهقات المصابات بالسمنة .

– فهم طبيعة المشاكل الإنفعالية و النفسية المصاحبة للسمنة .

5– أهداف اختيار الموضوع :

تسعى الدراسة الحالية إلى تحقيق جملة من الأهداف تتمثل في التعرف على الفروق في درجة الألكسيثيميا وأبعادها بين حالات الدراسة و التي تنحدر منها الأهداف التالية :

– تحديد مستوى الألكسيثيميا لدى المراهقات المصابات بالسمنة .

– التعرف على أبعاد الألكسيثيميا التي تظهر لدى المرهقات المصابات بالسمنة .

– التعرف على الأسباب المؤدية لاضطراب الألكسيثيميا لدى المراهقات .

6- تحديد المفاهيم الإجرائية للدراسة :

- **الألكسيثيميا :** تعني فقدان الكلمات المعبرة عن المشاعر و هي نمط يعكس مجموعة من أوجه القصور في القدرة على التعامل مع الإنفعالات و إدراكها من الناحية المعرفية ، و صعوبة في تنظيم الوجدان و أحد العوامل المهيئة للإصابة بالاضطرابات النفسية و الجسدية ، و هي الدرجة التي تتحصل عليها المراهقة على مقياس تورنتو للألكسيثيميا .

- **السمنة :** تراكم الدهون الزائدة المخزنة داخل الجسم و تحت الجلد عن الحد الطبيعي لها مما يغير من شكل و مكونات الجسم ، تحسب عن طريق مؤشر كتلة الجسم : الطول

(المتر مربع)/الوزن(كغ) = BMI (Body mess index)

- **الفتاة المراهقة :** الفتاة التي يتراوح سنها ما بين 12 سنة و 23 سنة و هي مرحلة انتقالية من الطفولة إلى سن الرشد لتصبح فيها الفتاة امرأة .

7- الدراسات السابقة :

قبل الشروع في هذه الدراسة كان من الضروري علينا الرجوع إلى بعض الدراسات السابقة التي تناولت المتغيرات الخاصة بالموضوع للتعرف على أبعاد الظاهرة المدروسة و خصوصيتها ، و فيما يلي نوجز بعض ما خلصت إليه هذه الدراسات :

7-1- الدراسات العربية :

وجدنا ندرة في الدراسات العربية التي تربط متغيرات الدراسة الحالية و هذا في حدود اطلاعنا .

الدراسة الأولى :

دراسة أحمد سمير صديق أبو بكر (2019) : نمذجة العلاقات السببية بين صورة الجسم و الألكسيثيميا و اضطرابات الأكل لدى المراهقات ، هدفت الدراسة الحالية إلى الكشف عن أفضل نموذج بنائي يوضح مسارات التأثيرات السببية المباشرة وغير المباشرة لصورة الجسم والألكسيثيميا واضطرابات الأكل للمراهقات بالمرحلة الثانوية ، و قد استخدم المنهج الوصفي الإرتباطي المقارن وذلك من خلال مقارنة مؤشرات حسن المطابقة لنموذجين مفترضين ، النموذج الأول تكون فيه الألكسيثيميا (متغير وسيط) تنقل

تأثير صورة الجسم (متغير مستقل) إلى فقدان الشهية العصبي والشره العصبي (متغيران تابعان) ، والنموذج الثاني يكون فيه فقدان الشهية العصبي والشره العصبي (متغيران وسيطان) ينقلان تأثير صورة الجسم (متغير مستقل) إلى الألكسيثيميا (متغير تابع) ، وتكونت عينة الدراسة من (225) طالبة بالصف الأول والثاني الثانوي بمتوسط عمري (16.35) وانحراف معياري (1.12) ، أوضحت نتائج الدراسة ما يلي :

– النموذج الأول هو الأفضل وفقاً لمؤشرات حسن المطابقة .

– توجد علاقات سببية مباشرة بين صورة الجسم وكل من الألكسيثيميا وفقدان الشهية العصبي والشره العصبي .

– كما وجدت علاقات سببية مباشرة بين الألكسيثميا وكل من فقدان الشهية العصبي والشره العصبي .

– كما أظهرت النتائج أن الألكسيثيميا متغير وسيط بين صورة الجسم وكل من فقدان الشهية العصبي والشره العصبي .

الدراسة الثانية :

دراسة هاشم ابراهيم و آلاء الغويري (2018) : الألكسيثيميا و علاقتها بالسمنة لدى الإناث في الأردن ، هدفت الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين الألكسيثيميا و السمنة لدى الإناث في الأردن ، و استخدم الباحث المنهج الوصفي لملائمته طبيعة الدراسة ، اشتملت عينة الدراسة على (326) أنثى مصابة بالألكسيثيميا حسب مقياس (TAS–20) موزعين على ثلاث فئات عمرية من (18–24) و (25–34) و (35–44) سنة ، و تم قياس كل من الوزن و الطول للعينة لحساب مؤشر كتلة الجسم للعينة لقياس إنتشار السمنة ، و أظهرت النتائج ما يلي :

– نسبة إنتشار السمنة (78,5%) من العينة و الوزن الزائد (17,8%) .

– عدم وجود فروق في انتشار الألكسيثيميا و ذلك لصالح مؤشر كتلة الجسم الأعلى .

الدراسة الثالثة :

دراسة بدوية محمد سعد رضوان (2015) : الألكسيثيميا و علاقتها بالمناخ الأسري و القلق الإجتماعي لدى مجموعة من المراهقين الصغار ذوي صعوبات التعلم بالمعاهد الأزهرية ، و هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن علاقة الألكسيثيميا بالمناخ الأسري و القلق الإجتماعي لدى مجموعة من المراهقين

الصغار ذوي صعوبات التعلم ، استخدم الباحث المنهج الوصفي الإرتباطي المقارن لتحقيث أهداف البحث ، و قد تكون عدد المشاركين في البحث من (164) من تلاميذ و تلميذات الصف الثاني الإعدادي ، (85) ذكرا و (79) أنثى من المراهقين الصغار ذوي صعوبات التعلم ، و الذين تراوحت أعمارهم من (12) إلى (14) سنة ، و تم تصميم مقياس المناخ الأسري و حساب خصائصه السيكومترية ، إلى جانب حساب الخصائص السيكومترية ، إلى جانب حساب الخصائص السيكومترية لكل من اختبار القدرة العقلية ، و مقياس تقدير الخصائص السلوكية لذوي صعوبات التعلم، و مقياس الألكسيثيميا ، و مقياس القلق الإجتماعي، و انتهت النتائج إلى :

- وجود إرتباطات سالبة دالة إحصائيا بين الألكسيثيميا و المناخ الأسري .
- وجود إرتباطات موجبة دالة إحصائية بين الألكسيثيميا و القلق الإجتماعي .
- كما أظهرت النتائج أن الإناث أكثر معاناة من اضطرابات الألكسيثيميا عن الذكور.

7-2- الدراسات الأجنبية :

الدراسة الأولى :

دراسة سيمون فيندرSimon Fender (2014) : هدفت هذه الدراسة إلى تقييم العلاقة بين السمنة و الألكسيثيميا (الأولية و الثانوية) و الإكتئاب على عينة من مرضى السمنة تقدر ب (100) مريض ، (35 ذكور و 65 من الإناث) ، و تم استخدام مقياس تورنتو لألكسيثيميا (TAS-20) و مقياس الإكتئاب لمركز الدراسات الوبائية (CES-D) ، و قد اظهرت النتائج ما يلي :

- انتشار الألكسيثيميا (18%) بين العينة .
- لا توجد علاقة بين مؤشر كتلة الجسم و الألكسيثيميا و الإكتئاب .

الدراسة الثانية :

دراسة أغنيزكا زاك غولاب و آخرون Agnizka Zak Gulab et all(2013) هدفت إلى معرفة العلاقة بين الألكسيثيميا ، الإكتئاب ، القلق و اضطرابات الأكل لدى الإناث المصابات بالسمنة . تكونت عينة الدراسة من (100) سيدة أعمارهن ما بين 13 و 45 سنة ، و تم استخدام المقاييس التالية

لجمع البيانات : مقياس الألكسيثيميا (TAS-20) ، و مقياس (HADS) للقلق و الإكتئاب ، و مقياس (BES) لقياس إضطرابات الأكل ، و أظهرت النتائج ما يلي :

- (52,6) مصابات بالألكسيثيميا ، و هناك فروق في انتشارها تبعا لمتغير المستوى التعليمي إذ أن النساء الأقل مستوى تعليمي أكثر إصابة بالألكسيثيميا (39%) مقابل (10%) ، و متغير العمر إذ أن النساء الأكبر عمرا أكثر عرضة للألكسيثيميا .

- سجل الإكتئاب معدلات عالية لدى الإناث المصابات بالألكسيثيميا بنسبة (19%) مقابل الغير مصابات بالألكسيثيميا (5.6%) .

- لا توجد فروق في المجموعتين بين القلق و اضطرابات الأكل ، و ارتبط ارتفاع مؤشر كتلة الجسم بانخفاض المستوى التعليمي ، كما أن السمنة و الإكتئاب و انخفاض المستوى التعليمي للإناث من العوامل التي تزيد من الإصابة بالألكسيثيميا لدى الإناث .

الدراسة الثالثة :

دراسة كيكو ساساي و آخرون Keiko Sasai et all (2010) هدفت إلى تقدير معدل انتشار الألكسيثيميا و اضطرابات الأكل ، كذالك لاكتشاف العلاقة بين الألكسيثيميا و اضطرابات الأكل ، تقدير الذات ، صورة الجسم لدى الفتيات الجامعيات ، تكونت عينة البحث من (313) من طالبات الكليات اليابانية، تم استخدام مقياس تورنتو للألكسيثيميا (TAS-20) ، واختبار الإتجاه نحو الغذاء (EAT-26) و مقياس روزنبرغ لتقدير الذات (RSES) و مقياس صورة الجسم (BES) ، و قد اضهرت النتائج ما يلي :

- لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين درجة الألكسيثيميا و العمر و مؤشر كتلة الجسم .

- توجد علاقة ارتباطية بين الألكسيثيميا و البوليميا و الشره العصبي .

- وجود علاقة ارتباطية بين الألكسيثيميا و مستوى تقدير الذات و صورة الجسد التي قد تؤثر على السلوكات الغذائية لدى طالبات الكليات .

الدراسة الرابعة :

دراسة دومينيكو دي براردیس Domenico Di Barardise و آخرون (2009) تهدف إلى دراسة العلاقة بين الألكسيثيميا و الخبرات الانفصالية ، عدم الرضا عن صورة الجسم و اضطرابات الأكل لدى الإناث ، تكونت العينة من (546) طالبة جامعية ، و تم استخدام مقياس تورنتو للألكسيثيميا (TAS–20) و مقياس التجارب الإنفصالية (DES) ، و مقياس اضطرابات الأكل (EDI–2) ، قائمة مراجعة الأعراض (SCL–90–R) ، استبيان صورة الجسم (BSQ) ، مقياس روزنبرغ لتقدير الذات (RSES) ، و أظهرت الدراسة النتائج التالية :

– لقد وجدنا أن المصابات بالألكسيثيميا لديهن مستوى عالي من التجارب الإنفصالية و تشوه في صورة الجسم.

– تعاني المصابات بالألكسيثيميا خطرا محتملا للإصابة بالضعف الجنسي و سوء تقدير الذات مقارنة بغير المصابات .

– توجد علاقة بين الألكسيثيميا و التجارب الإنفصالية و سوء تقدير الذات ، مما يشكل عامل خطر للإصابة بالضعف الجنسي لدى طالبات الجامعة .

الدراسة الخامسة :

دراسة بينا و آخرون Pinna et all (2007) ، هدفت إلى التعرف على العلاقة بين السمنة و الألكسيثيميا لدى الأشخاص المصابين بالسمنة، تكونت عينة البحث من (293) شخص سمين (48رجل، 245 سيدة) المراجعين لمركز جامعة كالياري لتشخيص و علاج السمنة– إيطاليا، و تمت مقارنتها بعينة ضابطة من طلاب الجامعة و أقربائهم تكونت من (293) شخص طبيعي الوزن (غير سمين) (48 رجل، 245 سيدة) ، و استخدم الباحثون مقياس تورنتو للألكسيثيميا ، و تم اخذ قياس الطول و الوزن من أجل حساب مؤشر كتلة الجسم، و أظهرت النتائج مايلي :

– الأشخاص السمينين أكثر عرضة للاصابة بالالكسيثميا مقارنة بالعينة الضابطة (12,9%) ، و (6,9%) لغير السمينين و يوصي الباحثين بالإهتمام بالتقييم الروتيني للسمات الشخصية ذات العلاقة بالسمنة .

الدراسة السادسة :

دراسة هنري شابرول و آخرون Henry Chabrol et all (2003) بعنوان : **الأكل العاطفي ، الألكسيثيميا ، و اضطراب الشراهة العصبية لدى النساء المصابات بالسمنة** ، هدفت الدراسة إلى الكشف عن العلاقة بين الألكسيثيميا و الأكل العاطفي لدى النساء المصابات بالسمنة و اضطراب الشراهة العصبية، تكونت عينة الدراسة من (199) حالة ، تم استخدام مقياس بيك للإكتئاب و القلق ، مقياس الإجهاد المدرك، مقياس السلوك الغذائي ، و مقياس تورنتو للألكسيثيميا ، و قد توصلت النتائج إلى :

- تم تشخيص (40) امرأة سمينة بالإصابة بالشراهة العصبية .

- لاتوجد علاقة بين الشراهة العصبية و العمر و مؤشر كتلة الجسم ، و المستوى التعليمي و الطبقة الإجتماعية و الإقتصادية وفقا للسلوكلت الغذائية .

- توجد علاقة إرتباطية بين الشراهة العصبية و الإكتئاب و القلق و الإجهاد المدرك ، الألكسيثيميا و الأكل العاطفي .

- توجد علاقة ارتباطية بين الألكسيثيميا و الأكل العاطفي لدى الأشخاص المصابين بالسمنة .

الدراسة السابعة :

دراسة دي كولي واخرون De Chouly et all (2001) ، هدفت إلى التعرف على العلاقة بين الألكسيثيميا واضطرابات الأكل و حدوث السمنة لدى عينة مكونة من (40) سيدة مصابة بالسمنة بمؤشر كتلة جسم يساوي أو أكبر من (27,3) كغم/م2 ، و (32) سيدة ذات وزن طبيعي بمؤشر كتلة جسم تتراوح بين (18-25) كغم/م2 و تم استخدام مقياس (TAS-20) لقياس الألكسيثيميا و مقياس (The Beck depression Inventory) للاكتئاب ، و أظهرت النتائج ما يلي :

- سجلت الالكسيثيميا متوسط أعلى لدي الإناث السمينات بمتوسط بنسبة (52%) و العينة المقارنة بنسبة (21%) .

- الأشخاص المصابين بالسمنة أكثرإكتئابا من العينة المقارنك بنسبة (15%) و (0%) على التوالي،

و متوسط مقياس الاكتئاب على التوالي (4,6) (2,2) و أن المستوى التعليمي المنخفض و الاكتئاب من العوامل التي تلعب دورا في ارتفاع الالكسيثيميا لدى المصابين بالسمنة.

التعقيب على الدراسات السابقة :

من خلال اطلاعنا على الدراسات السابقة والتي تناولت كل من الألكسيثيميا و علاقتها ببعض المتغيرات الأخرى وجدنا تباين في النتائج المتوصل إليها و هذا يعود إلى اختلاف الباحثين في الهدف من الدراسة و المتغيرات المتناولة و كذلك عدد أفراد العينة و نوع الأدوات المعتمد عليها :

من حيث الهدف :

يلاحظ أن معظم الدراسات السابقة الذكر حاولت الكشف عن العلاقة بين الألكسيثيميا و اضطرابات الأكل لدى الإناث المصابات بالسمنة مثل دراسة **هاشم ابراهيم و آلاء الغويري (2018)** التي هدفت للكشف عن العلاقة بين الألكسيثيميا و السمنة لدى الإناث في الأردن ، و دراسة **أحمد سمير صديق أبو بكر (2019)** الهادفة إلى نمذجة العلاقات السببية بين صورة الجسم و الألكسيثيميا و اضطرابات الأكل لدى المراهقات ، و دراسة بدوية **محمد سعد رضوان (2015)** هدفت إلى الكشف عن العلاقة بين الألكسيثيميا و المناخ الأسري و القلق الإجتماعي لدى مجموعة من المراهقين الصغار ذوي صعوبات التعلم ، و **دراسة دي كولي و آخرون (2001)** هدفت إلى التعرف على العلاقة بين الألكسيثيميا و اضطرابات الأكل و السمنة لدى عينة من السيدات المصابات بالسمنة ، كما هدفت دراسة **بينا و آخرون (2007)** إلى التعرف على العلاقة بين السمنة و الألكسيثيميا لدى الأشخاص المصابين بالسمنة ، أما دراسة **دومينيكو دي براردیس و آخرون (2009)** فقد هدفت إلى الكشف عن العلاقة بين الألكسيثيميا و الخبرات الإنفصالية و عدم الرضا عن صورة الجسم و اضطرابات الأكل لدى الإناث ، دراسة **سيمون فيندر (2014)** التي هدفت إلى تقييم العلاقة بين السمنة و الألكسيثيميا بنوعيها الأولية و الثانوية و الإكتئاب على عينة من مرضى السمنة ، و هدفت دراسة أغنيزيكا زاك **غولاب و آخرون (2013)** الى الكشف عن العلاقة بين الألكسيثيميا و الإكتئاب و القلق و اضطرابات الأكل لدى الإناث المصابات بالسمنة ، **دراسة كيكو ساساي و آخرون (2010)** هدفت إلى تقدير معدل انتشار الألكسيثيميا و اضطرابات الأكل و الكشف عن العلاقة بينهما ، **دراسة هنري شابرول و آخرون (2003)** هدفت إلى الكشف عن العلاقة بين الألكسيثيميا و الأكل العاطفي لدى النساء المصابات بالسمنة و اضطراب الشراهة العصبية .

و هذه الأهداف تختلف عن دراستنا الحالية التي تبحث عن مستوى الألكسيثيميا .

من حيث العينة :

من حيث العينة نجد أن جميع عينات الدراسات السابقة تناولت عينات بحجم كبير، إنما إختلفت في الجنس ، حيث نجد أن معظم الباحثين قد ركز على فئة الإناث مثل دراسة **هاشم ابراهيم و آلاء الغويري (2018)** ، و دراسة **أحمد سمير صديق أبو بكر (2019)** ، و دراسة **دي كولي و آخرون (2001)** ، **دراسة دومينيكو دي براريديس و آخرون (2009)** ، أيضا دراسة **أغنيزكا زاك غولاب و آخرون (2013)** ، **دراسة كيكو ساساي و آخرون (2010)** ، كذلك دراسة **هنري شابرول و آخرون (2003)** .

أما بالنسبة للدراسات التي تناولت كلا الفئتين (ذكور ، إناث) نجد دراسة بدوية **محمد سعد رضوان (2015)**، **دراسة بينا و آخرون (2007)** ، **دراسة سيمون فيندر (2014)** .

و اخلفت دراستنا الحالية مع الدراسات الأخرى من حيث عدد العينة المحدد في 3 حالات .

من حيث الأدوات :

تنوعت الأدوات المستخدمة في الدراسات السابقة للألكسيثيميا ، فنجد أن دراستنا الحالية إتفقت مع دراسة **هاشم ابراهيم و آلاء الغويري (2018)** و **دراسة بينا و آخرون (2007)** في استخدام مقياس تورنتو للألكسيثيميا (TAS) ، و قد اختلفت الدراسات الأخرى في استخدام الأدوات مثل : **دراسة بدوية محمد سعد رضوان (2015)** استخدمت كذلك مقياس تقدير الخصائص السلوكية لذوي صعوبات التعلم و مقياس القلق الإجتماعي و تصميم مقياس المناخ الأسري و اختبار القدرة العقلية ، ، أما دراسة **دي كولي و آخرون (2001)** و **دراسة سيمون فيندر (2014)** فقد أضافا لمقياس الألكسيثيميا (TAS–20) مقياس الإكتئاب، **دراسة دومينيكو دي براريديس و آخرون (2009)** التي استخدمت مقياس الألكسيثيميا (TAS–20) و مقياس التجارب الإنفصالية و مقياس اضطرابات الأكل و قائمة مراجعة الأعراض و مقياس روزنبرغ لتقدير الذات و استمارة صورة الجسم ، دراسة **أغنيزكا زاك غولاب (2013)** استخدمت مقياس الألكسيثيميا (TAS–20) و مقياس القلق و الإكتئاب و مقياس اضطرابات الأكل ، و استخدمت دراسة **كيكو ساساي و آخرون (2010)** مقياس الألكسيثيميا (TAS–20) و مقياس صورة الجسم و مقياس روزنبرغ لتقدير الذات و اختبار الإتجاه نحو الغذاء ، أما دراسة **هنري شابرول و آخرون (2003)** فقد استخدمت مقياس الألكسيثيميا (TAS–20) و مقياس الإجهاد المدرك و مقياس بيك للإكتئاب و القلق و مقياس السلوك الغذائي .

من حيث المنهج :

بالنسبة للمناهج المستخدمة في الدراسات السابقة للألكسيثيميا فمعظمها تناولت المنهج الوصفي الإرتباطي أو المنهج الوصفي الإرتباطي المقارن مثل : دراسة **بدوية محمد سعد رمضان (2015)** ، في حين اعتمدت دراستنا على المنهج العيادي .

من حيث النتائج :

توصلت الدراسات السابقة الذكر إلى عدة نتائج حيث نجد أن نتائج دراسة **هاشم ابراهيم و آلاء الغويري (2018)** و **سيمون فيندر (2014)** اتفقت على عدم وجود فروق في انتشار الألكسيثيميا بالنسبة لمؤشر كتلة الجسم الأعلى ، و توصلت **دراسة أحمد سمير صديق أبو بكر (2019)** إلى وجود علاقات سببية مباشرة بين الألكسيثيميا و كل من فقدان الشهية العصبي و الشره العصبي، أظهرت دراسة **بدوية محمد سعد رمضان (2015)** إلى أن الإناث أكثر معاناة من اضطرابات الألكسيثيميا عن الذكور ، أما في **دراسة دي كولي و آخرون (2001)** فقد سجلت الألكسيثيميا متوسط أعلى لدى الإناث السمينات بمتوسط بنسبة (52%) و العينة المقارنة بنسبة (21%) ، كما اتفقت نتائج دراسة **بينا و آخرون (2007)** بأن الأشخاص المصابين بالسمنة أكثر عرضة للإصابة بالألكسيثيميا مقارنة بالغير السمينين ، في حين توصلت دراسة دومينيكو **دي براردیس و آخرون (2009)** إلى وجود علاقة بين الألكسيثيميا و التجارب الإنفصالية و سوء تقدير الذات و اضطرابات الأكل مما يشكل عامل خطر للإصابة بالضعف الجنسي لدى طالبات الجامعة ، توصلت دراسة أغنيزكا **زاك غولاب و آخرون (2013)** إلى أن السمنة و الإكتئاب و انخفاض المستوى التعليمي للإناث من العوامل التي تزيد من الإصابة بالألكسيثيميا ، توصلت دراسة كيكو ساساي إلى عدة نتائج نذكر منها وجود علاقة إرتباطية بين الألكسيثيميا و البوليميا و الشره العصبي ، كما توصلت نتائج دراسة **هنري شابرول و آخرون (2003)** إلى وجود علاقة إرتباطية بين الألكسيثيميا و الأكل العاطفي لدى الأشخاص المصابين بالسمنة .

الجانب النظري

الفصل الثاني : المراهقة و اضطراب السمنة

تمهيد

أولا : مفهوم المراهقة

1- تعريف المراهقة

2- مراحل المراهقة

3- خصائص مرحلة المراهقة

4- حاجات المراهقة

5- المراهقة في المجتمع الجزائري

6- مشكلات المراهقة لدى الفتيات

7- المراهقة و السمنة

ثانيا : مفهوم السمنة

1- تعريف السمنة

2- الاشكال العيادية للسمنة

3- أسباب السمنة

4- سمات الشخصية السمينة

5- النظريات المفسرة لاضطرابات السلوك الغذائي

6- آثار و مضاعفات السمنة

7- تشخيص و قياس السمنة

8- علاج السمنة

خلاصة

تمهيد :

تعتبر السمنة مصدرا للعديد من من الأمراض و الإضطرابات النفسية و الجسدية ، باعتبارها نوع من أنواع إضطرابات السلوك الغذائي التي تواجه الفرد و تكون مصحوبة بحالة من القلق ، خاصة لدى الفتيات في مرحلة المراهقة ، لصعوبة هذه المرحلة و ما تتميز به من تغييرات سيكولوجية و مورفولوجية .

أولا : مفهوم المراهقة

1- تعريف المراهقة

مصطلح مراهقة في اللغة الأجنبية (Adolescence) يشتق من اللغة اللاتينية (Adolescentia) والفعل معناه " كبر " والمراهقة هي المرحلة التي ينتقل فيها الكائن من الطفولة إلى الرشد _ بحسب **معجم (Littré)** أي أن المراهقة هي الإنتقال من الإتكالية إلى مرحلة الإعتماد على الذات . **(سليم ، 2002 : 375)**

يعرفها **إبراهيم وجيد محمود** بالفترة التي تلي الطفولة ، وتقع بين البلوغ الجنسي وسن الرشد ، وفيها يعتري الفرد – فتى أو فتاة – تغيرات أساسية واضطرابات شديدة في جميع جوانب نموه الجسمي والعقلي والإجتماعي والإنفعالي وينتج عن هذه التغيرات والإضطرابات مشكلات كثيرة متعددة تحتاج إلى توجيه وإرشاد من الكبار المحيطين بالمراهق . **(وجيد ،1981 : 15)**

و يرى **ستانلي هول Stanley Hall (1956)** أن المراهقة هي الفترة العمرية التي تتميز فيها التصرفات السلوكية للفرد بالعواصف النفسية والانفعالات الحادة والتوترات العنيفة . **(حمزاوي ، 2017 : 110)**

و يعرف الدكتور مصطفى فهمي المراهقة بالتدرج في النضج البدني والجنسي والعقلي والإنفعالي وهنا يتضح الفرق بين المراهقة وكلمة البلوغ المقتصرة على ناحية من نواحي النمو وهي الناحية الجنسية . ويعرف البلوغ بأنه نضوج الغدد التناسلية واكتساب معالم جنسية جديدة تنتقل بالطفل من فترة الطفولة إلى فترة الإنسان الراشد . **(زغينة، 2007 : 209)**

وتبدأ فترة المراهقة عند البنات قبل أن تبدأ عند البنين بسنة أو بسنتين في العادة ، كما أنها قد تنتهي عندهن قبل إنتهائها عندهم بسنة أو بسنتين . **(عوض ، 1999 : 139)**

2- مراحل المراهقة :

تتضمن المراهقة ثلاث مراحل و هي كالتالي :

2-1- المراهقة المبكرة : أي بين سن 12-14 تقريبا ، في هذه المرحلة تنقص السلوكيات الطفولية و تظهر التغيرات الفيزيولوجية و العقلية و العضلية و الإنفعالية و الإجتماعية التي تميز هذه المرحلة ، يتجه المراهق في هذه المرحلة إلى الإهتمام بمظهره الشخصي و يحاول توسيع دائرة علاقاته الإجتماعية ، كما يحاول ممارسة الإستقلال الإجتماعي ، و تتميز هذه المرحلة بالمسايرة و المجارات و الإمتثال و القبول و الإنسياق و محاولة الإنسجام مع المحيط الإجتماعي و قبول العادات و المعايير الإجتماعية الشائعة بغية تحقيق التوافق الإجتماعي. **(صافة ، 2016 : 105)**

2-2- المراهقة المتوسطة : أي بين سن 14-18 ، و يلاحظ في هذه المرحلة إستمرار النمو في جميع مظاهره ، و تسمى أحيانا هذه المرحلة بمرحلة التأزم لأن المراهق يعاني فيها صعوبة فهم محيطه و تكييفه مع حاجاته النفسية و البيولوجية ، و يجد أن كل ما يرغب في فعله ، يمنع باسم العادات و التقاليد دون أن يجد توضيحا لذلك، و تمتد هذه الفترة حتى سن الثامنة عشرة، و بذلك فهي تقابل الطور الثانوي من التعليم ، و تسمى بسن الغرابة و الإرتباك لأنه في هذا السن يصدر عن المراهق أشكال مختلفة من السلوك تكشف عن مدى ما يعانيه من ارتباك و حساسية زائدة . **(قارة ، 2012 : 69)**

2-**3- المراهقة المتأخرة :** أي بين سن 18-20 ، و يطلق على هذه المرحلة بالشباب ، حيث يصبح المراهق قادرا على اتخاذ قرارات هامة و مستقبلية حيث انه يحاول مع بداية هذه المرحلة أن ينظم تشتته و أموره المبعثرة و مكونات شخصيته ، فيتميز المراهق في هذه الفترة بالقوة و الشعور بالإستقلال ووضوح الهوية و بالإلتزام بعد أن يكون قد استقر على مجموعة من الاختيارات المحددة ، فالمراهق في هذه المرحلة يكون قد فزع من مرحلة الدراسة الثانوية و التحق بالجامعة أو دخل عالم العمل المهني و الإنتاج . **(صافة ، 2016 : 107)**

3- خصائص مرحلة المراهقة :

3-1- الخصائص النمائية والعضوية :

تحدث في فترة المراهقة مجموعة من التحولات العضوية والفيزيولوجية التي تغير بنية المراهق جذريا، إذ تنقله من فترة الطفولة إلى فترة الرجولة ، وتمس هذه التحولات البنية الجسدية والبنية التناسلية وبنية الوجه والبنية الدماغية والعصبية .

ومن بين التحولات العضوية التي تلحق بالمراهق سرعة النمو العضوي والجسدي الذي يشبه الطفل خلال التسعة أشهر الأولى بعد ميلاده . ويلاحظ أن هذا النمو يتحقق قبل سنة من فترة البلوغ ، باتساع الكتفين والمنكبين وظهور شعر الذقن واللحية والعانة والإبط وتغير الصوت من الرقة الى الغلظة وتغير ملامح الوجه بالتخلص من الملامح الطفولية والأنثوية واكتساب الملامح الذكورية، واتساع الجبهة والفكين ، وانتفاخ الأنف وامتداد القامة والساقين والأطراف والعضلات بشكل سريع ، وانجذاب الهيكل العظمي نحو الأعلى ونمو جهازه التناسلي ونضج الخصيتين ، وبداية الإفرازات المنوية. وبالتالي قدرة المراهق على التناسل والإخصاب والإنجاب ، والسبب في ذلك يعود إلى نشاط الغدة النخامية والغدة الجنسية علاوة على ميله الى الخفة والسرعة في الحركة .

أما فيما يخص البنت المراهقة فهي أطول قامة وأثقل وزنا مقارنة بالذكور،ويتحقق ذلك من السنة الحادية عشرة إلى الرابعة عشرة ، كما يتجسد عندها البلوغ في وقت مبكر مقارنة بالذكر . **(حمداوي ، دس: 39_40)**

وتتجلى التغيرات الجنسية عند الفتاة بظهور النهدين ونضج الرحم والمهبل ، والبظر وظهور الدورة الشهرية كحدث هام يميز البلوغ عند الفتاة ويترجم قدرتها على الإخصاب ، ويمنحها مكانة جديدة أي تصبح إمرأة . **(مقدم ، 2012 : 90)**

3-2- الخصائص النفسية :

تحدث التحولات العضوية الفيزيولوجية لدى المراهق بصفة عامة مجموعة من التغيرات النفسية والشعورية واللاشعورية ، كإحساس بنوع من الشعور الغامض والمضطرب واللامتوازن ، بسبب عدم فهم تلك التغيرات فهما حقيقيا ، مما يؤثر على نفسية المراهق إيجابا أو سلبا ، والمراهقة حسب رأي **فرويد** هي مرحلة جنسية راشدة فبعد المرحلة الفمية ، والمرحلة الشرجية ، والمرحلة القضيبية ، ومرحلة الكمون الجنسي ، تبدأ

الغرائز الجنسية في تفتقها بشكل جلي مع فترة البلوغ ، أو يكون المراهق قادر على الاتصال الجنسي الطبيعي مع غير جنسه لتحقيق لذته الشبقية وبالتالي تتقاطع لديه الميول الشرجية مع الميول الجنسية في هذه الفترة بالذات . (**سلامة ، 2019 : 18 - 19**)

3-3- الخصائص العقلية :

إن الحياة العقلية تتجه نحو التمايز والذي يقوم على الإدراك والذكاء والتذكر والتخيل والتفكير... ، فالقدرة العقلية لدى المراهق تلعب دورا كبيرا في تكوين صورته عن ذاته وتقييمه لها .

ولقد أثبتت بعض الدراسات أن الذكاء ينمو نموا متزايدا حتى سن الثانية عشرة . ثم يتعطل قليلا في فترة المراهقة نظرا لحالة الإضطراب النفسي السائد في هذه المرحلة ، وبالتالي يمكننا أن نوجه المراهق تعليميا ومهنيا ، وتزداد مقدرته على الإنتباه كما يتجه تخيل المراهق نحو الخيال المجرد المبني على الألفاظ وهذا يساعد على التفكير المجرد في المواد الدراسية كالجبر والهندسة ، مما كان يصعب عليه إدراكها في المراحل السابقة من عمره ، ويتضح تفكير الناشئ عند بياجيه في انتقاله من النمط المشخص إلى النمط المجرد . **(حيمود، 2019 : 50)**

فالمراهق قادر على إستعمال المفاهيم المجردة في ما يسمى بمرحلة القصور القبلي أو التفكير المنطقي حيث يستطيع إستخدام الرموز في التفكير وإدراك النسبة والتناسب وبناء النتائج على المقدمات التي توصل اليها والقياس المنطقي وقبول وجهة النظر المقابلة وفهم نظرية الإحتمالات والتفكير الثانوي أي ما يعرف بمحاولة خلق إستراتيجية للتفكير الفعال ، وهكذا تصبح المراهقة بداية صحيحة للتفكير الراشد . **(لقريدي ، 2015 : 84)**

3-4- خصائص النمو الانفعالي :

تتميز الانفعالات في هذه المرحلة بالعنف والتهور وعدم قدرة المراهق التحكم بها إجمالا ونلاحظ عدم الثبات الإنفعالي كتقلب المزاج دون سبب أو التذبذب بين الحب والكره والشجاعة والجبن بين الإنشراح والإكتئاب وبين التدين الحاد واللامبالاة . يتأرجح بين التفاؤل المفرط والسوداوية نتيجة الحساسية الزائدة لانتقاد الكبار له فيرد بالثورة والغضب . إن انفعال المراهق يظهر عموما عندما تتعرض رغباته للقمع أو العرقلة أو عندما يجرح في نرجسيته ، وقد يكتم إنفعالاته الحقيقية فتظهر إنفعالات أخرى فيضحك بدلا من أن يغضب عند مس كرامته متعودا بذلك على إخفاء مشاعره .

خلال هذه الفترة المراهق معرض كثيرا للدخول في قصص الحب وهي أول خطوة نحو النضوج العاطفي الكامل ، ودليل على التحرر من الرواسب الاوديبية التي تعرقل الإنفصال العاطفي عن الأهل . ومعه ينشأ الميل إلى إسقاط كل ماهو جميل ورائع على الشريك ، فإنه مصبوغ بالمثالية والنرجسية . فالمراهق غالبا ما يحب ذاته من خلال الشريك،والمراهق الذي يضل مثبتا عاطفيا بأهله يصعب عليه القيام بتجربه الحب. **(أمزيان ، 2007 : 77)**

بالاضافة لكل ما سبق ، تعيش الفتاة المراهقة حياة عاطفية يملؤها العطاء والتضحية ولفت الإنتباه ، والحساسية المفرطة تجاه بعض المثيرات ، كما أنه يجب التعامل مع الفتاة بشكل متوازن ومتعاطف واحتواء الإنفعالات الصادرة بشكل متفهم ومتوازن لما في ذلك من الأثر البالغ في تركيب الصورة النهائية للشخصية في نهاية هذه المرحلة. **(العطوي ، 2018 : 19)**

ترجع حساسية المراهق الإنفعالية إلى عدم قدرته على التلاؤم مع البيئة التي يعيش فيها ، إذ يدرك المراهق عندما يتقدم به السن قليلا إن طريقة معاملته لا تتناسب مع ما وصل إليه من نضج و ما طرأ عليه عليه من تغير ، و من بين الأسباب الأخرى التي تعمل على اضطرابه و عدم استقراره الإنفعالي عجزه المالي الذي يقف دون تحقيق رغباته . و من بين الأسباب التي تساهم في قلق المراهق الإتفعالي ما يتصل بالأسرة و المدرسة، و ينشأ هذا القلق و الاضطراب نوع من التمرد نحو الوالدين و تمرد آخر موجه نحو المسؤولين في المدرسة بسبب القيود التي تفرضها كل من الأسرة و المدرسة . **(فهمي ، 1954 : 205)**

3-5- خصائص النمو الإجتماعي :

يتفق الجميع أن العلاقات الإجتماعية في مرحلة المراهقة تتميز بالتمايز والإتساع والشمولية مقارنة مما كانت عليه في مرحلة الطفولة ، وبإتساع دائرة العلاقات الإجتماعية يتخلص المراهق من بعض جوانب الغيرة والأنانية التي تطبع سلوكه في مرحلة الطفولة وأثناء تفاعله وإقامة العلاقات تتأكد لديه مظاهر الثقة بالنفس وتأكيد الذات ، ويتولد لديه شعور بالإنتماء والولاء لجماعة الرفاق ، ويتصف النمو الإجتماعي في المراهقة بمظاهر رئيسية وخصائص أساسية وتبدو هذه المظاهر في تألق المراهق مع الأفراد الآخرين أو نفوره وعزوفه عنهم ويتضح تألق المراهق فيما يلي :

- يميل إلى الجنس الآخر ويؤثر هذا الميل على نمط سلوكه ويحاول أن يجذب إنتباه الجنس الآخر بطرق مختلفة.

– الثقة وتأكيد الذات فينخفض من سيطرة الأسرة ويؤكد شخصيته ويشعر بمكانته .

– الخضوع لجماعة النظائر حيث يخضع لأساليب الأصدقاء ولمعاييرهم ونظمهم ويتحول بولائه الجماعي من الأسرة إلى الرفاق والأقران .

– يدرك العلاقات القائمة بينه وبين الأفراد الآخرين ، حيث يلمس ببصيرته آثار تفاعله مع الناس فينفذ ببصيرته إلى أعماق السلوك ويلائم بين الناس وبين نفسه . (**صافة ، 2016 : 125**)

يلخص **عبد العالي الجسماني** تطور السلوك الإجتماعي للمراهقات في المراحل التالية :

أ/ مرحلة الطاعة : تبدأ هذه المرحلة قبيل المراهقة وتمتد حتى أوائلها وتبدو مظاهرها الأساسية في خضوع المراهقات لمعايير الراشدين من الأهل والاقارب ويتصف السلوك الإجتماعي للمراهقات بالطاعة و دماثة الخلق والحياء والتظاهر بالحشمة طمعا في إرضاء الأهل والوالدين .

ب/ مرحلة الاضطراب : تمتد من أوائل المراهقة في الخامسة عشرة من العمر تقريبا ، وتتميز بالإضطراب الإنفعالي واختلال الإتزان ، فتبالغ الفتاة في استجابتها للمثيرات الهادئة .

ج/ مرحلة تقليد الفتيان : تبدأ في الخامسة عشرة من العمر وقد تمتد إلى السادسة عشرة أو السابعة عشرة وتبدو في تقليد الفتيان والزي والحوار .

د/ مرحلة الاتزان الإنفعالي : تبدأ في أواخر المراهقة وقبيل الرشد وتبدو في استجابة الفتاة للمعايير الأنثوية الصحيحة في السلوك وفي زيها و جديتها و أنماط حياتها. **(الملك ، 2004 : 26)**

4– حاجات المراهقة :

تشهد فترة المراهقة نموا سريعا يصاحبه العديد من التغيرات و الحاجات التي تتطلب الاشباع لضمان العيش و الاستقرار و التوافق مع مواقف الحياة ، و نذكر من هذه الحاجات :

4–1– الحاجات الفيزيولوجية : و التي تقع في أدنى سلم ماسلو للحاجات ، و تتضمن إحتياجات الفرد المحددة كالأكل ، الشرب و الملبس و غيرها .

4–2– حاجات الأمن و الأمان : إن خير ما يقوم بإشباع هذه الحاجة الكامنة هم أفراد الأسرة و الأهل و الأصدقاء و المدرسة ، و هذا لشعور المراهق بالأمن و العطف و الحنان من قبل هؤلاء لأنه بحاجة إلى

سند نفسي حيث يتسنى له التغلب على هذه المرحلة التي تتسم بالتوتر و القلق و الأزمات . **(بن بيعود ، 2009 : 96)**

4-3- الحاجة إلى تحقيق الذات : إن السعي لتحقيق الذات وظيفة يمارسها الإنسان في كل المراحل العمرية، كل مرحلة بما يناسبها فالإنسان يقوم بالوظائف الملائمة لقدراته ، و يمارس الأدوار المناسبة له و المتوقعة منه ، و يشعر جراء ذلك بالقيمة و الأهمية ، أو ما يسمى بتحقق الذات ، و المراهق يعيش مرحلة انتقال من الطفولة إلى الرشد مما يتطلب تغيير وظيفته الأسرية و الإجتماعية لما يتماشى مع طبيعة المراهق الجديدة فهذا الأخير يريد تحقيق ذاته عن طريق اختبار قدراته و تفريغ طاقته و بممارسة دوره الإجتماعي .

فالحاجة إلى تحقيق الذات مطلب نفسي مهم للمراهق حيث ينبع من داخله من أحاسيسه و أفكاره المدعومة بالتحولات العضوية و المعرفية و الإنفعالية التي يمر بها جسده و عقله و إنفعالاته و هو لا يحس بالتنفيس عنها إلا إذا قام بدور اجتماعي مناسب . **(صندلي ، 2012 : 95)**

4-4- الحاجة إلى الإستقلال : إن الطفل يعبر عن حاجاته إلى الإستقلال حيث يصر على أن يربط بنفسه شريط حذائه أما حين تبزغ المراهقة فإنه يكون لهذه الحاجة معنى متزايد الأهمية و المعنى ، إن المراهق يتوق إلى التخلص من قيود الأهل و إلى أن يصبح مسؤولا عن نفسه، إنه يرغب في أن يحب حياته.

و المراهق حريص على أن لا يظهر تعلقه الشديد بأسرته و اعتماده عليها ، و هو حريص كذلك على تحمل مسؤولياته التي تظهر بمظهر المستقل الذي يمكن الإعتماد عليه من حيث القدرة و النضج .

(بن بيعود ، 2009 : 97)

4-5- الحاجة إلى القيم : كثيرا ما تصطدم حاجات المراهق و رغباته بالقيم و التقاليد الإجتماعية ، فالنضج الجنسي يبلغ مداه و يستولي على كل تفكير المراهق و حياته ، و هو ليس نوعا من اللهو أو العبث ، و لكنها حاجة ملحة و دافع قوي تقف دون إشباعه بغير الطريق المرسوم بالقيم و التقاليد ، و يؤدي التعارض بين حاجات المراهق و قيم المجتمع إلى الصراع الداخلي ، و يزيد من حدة الصراع ما يتعرض له المراهق أو المراهقة من وسائل الإغراء و الإثارة في الأفلام و البرامج الجنسية ، و هكذا تبرز الحاجة إلى تعلم القيم الجنسية و احترام الجنس و التعرف على الطرق المشروعة لإشباع الدافع الجنسي .

و تشتد حاجة المراهق إلى القيم بسبب التناقض بين المبادئ الدينية الخلقية التي آمن بها منذ الصغر، و بين ما يراه الآن ممارسا بواسطة الكبار من حوله . **(بن علية، 2015 : 92)**

4-6- الحاجة إلى التقبل الإجتماعي : لكي ينجح المراهق في المرحلة التي يمر بها و في تحقيق مطالبها و مسؤولياتها المتعددة، فإنه يحتاج إلى الشعور بالتقبل ممن حوله في المنزل أو في المدرسة أو في المجتمع الذي يعيش فيه بصفة عامة، و يعتبر شعور المراهق بتقبل الأبوين و الأسرة له من أهم عوامل النجاح ، كما يعتبر شعوره بالنبذ و الكراهية له من أهم أسباب الفشل .

و يلعب التقبل الإجتماعي دورا كبيرا في تحقيق و نمو التوازن الإنفعالي في جميع مراحل النمو ، كما تعتبر الحاجة إلى هذا التقبل من العوامل المهمة لتحقيق المسألة أو الإذعان الاجتماعي الذي يعتبر ضروريا للتكيف، يلعب الاستحسان و الاستهجان دورا مهما في تهذيب السلوك و تعديله ، فالاستحسان الاجتماعي يعزز الإستجابة و يثبتها ، و الإستهجان يحبطها و يقضي عليها ، يعاني من القلق الذي تحدثه في نفسه الصراعات المتعددة ، و لذا فإن الحاجة إلى التقبل الإجتماعي تعتبر من أقوى حاجات المراهق ، و لعل هذا يفسر الرغبة القوية في الإنضمام إلى جماعات الأقران . **(فرج، 2007 : 237)**

4-7- الحاجة إلى الحوار و المناقشة في المنزل : إن الآباء الذين يعتمدون على هذا المبدأ في التعامل ، و يشجعون على المشاركة بآرائهم ، يبعث على الإبداع و الإبتكار ، و هم بذلك يوحون للأبناء بأنهم ذووا أهمية و أن لديهم مكانة بينهم ، كما يخفف ذلك من الاضطرابات النفسية، بل و يقضي عليها من حيث أنه يبعث على الراحة و الطمأنينة .

و إن فقدان الحوار و النقاش داخل البيوت هو السر وراء فقدان المنزل لقيمته المقدسة و الركض وراءها في الشوارع و ربما رفاق السوء . **(بن علية ، 2015 : 98)**

4-8- الحاجة إلى الترويح : إن الفترة التي يمر بها المراهق وما يصاحبها من مشكلات في حياته تتطلب من المراهق الترفيه و الترويح ، لذلك يحتاج المراهق إلى ممارسة أنشطة و هوايات يرغب فيها و يميل إليها سواء كانت فردية أو إجتماعية للترفيه و التسلية، بغية التخلص من كل التوترات و الإضطرابات والإنفعالات التي قد تواجهه في الحياة اليومية . **(قارة، 2012 : 81)**

4-9- الحاجة إلى النمو العقلي الابتكاري : بعدما ينتقل المراهق من عالم الطفولة إلى عالم الراشدين يجد أن خبراته لم تعد كافية لكي يستطيع التكيف مع بيئته الجديدة ، لذا فهو بحاجة إلى التفكير و توسيع قاعدة

الفكر و السلوك ، الحاجة إلى تحصل الحقائق و تفسيرها ، الحاجة إلى التنظيم ، الحاجة إلى الخبرات الجديدة و التنوع ، الحاجة إلى إشباع الذات عن طريق العمل ، الحاجة إلى النجاح و التقدم الدراسي ، الحاجة إلى التعبير عن النفس ، الحاجة إلى المطابقة ، الحاجة إلى السعي وراء الإثارة ، الحاجة إلى المعلومات و نمو القدرات ، الحاجة إلى التوجيه و الإرشاد العلاجي و التربوي و المهني و الأسري و الزواجي . (**زهران ، 1986 : 402**)

4-10- الحاجة إلى الإشباع الجنسي: و تتضمن الحاجة إلى التربية الجنسية ، الحاجة إلى إهتمام الجنس الآخر و حبه و إلى الحاجة إلى التوافق الجنسي الغيري. **(عكسة ، 2015 : 49)**

بالاضافة إلى هذه الحاجات هناك حاجات أخرى يستلزم توفرها عند المراهق منها الحاجة إلى العمل و المسؤولية ، المكانة ، الحب و الحنان ،القوة و غيرها مما يتطلب الإشباع لتحقيق التوازن و الصحة النفسية .

5- المراهقة في المجتمع الجزائري :

يعيش المراهق الجزائري مرحلة حرجة و موترة سواءا كان ذكرا أو أنثى، نتيجة لظروف البيئة المحيطة . فالحديث عن المراهقة لا يمكن أن يكتمل ما لم نتحدث عن الفضاء الذي يعيش فيه المراهق و الخصوصيات التي يتميز بها هذا الفضاء ، فوحده المجتمع بثقافته و مؤسساته قادر على جعل هذه المرحلة كغيرها من مراحل النمو ، فيحاول إستثمار تلك الطاقة و الحيوية في قنوات مفيدة للمراهق و المجتمع ، لكن الواقع يضل أبعد من هذا و متفاوتا جدا من مجتمع لآخر ، فالعائلة الجزائرية التقليدية تمتاز بكونها مكتضة العدد أي مجموعة من الأفراد يعيشون مع بعضهم البعض في بيت واحد مشكلين أسرة واحدة يشرف عليها فرد واحد هو الأكبر، و هذا التنظيم يرتكز كلية على السلطة الأبوية التي تنظر للإبن وصفه إمتدادا لأبيه و أنه عندما يكبر سيباشر أعمال أبيه بنفس السلطة لأنه ذكر . **(جدو، 2014 : 31)**

و يشير **نور الدين طوالبي Toualbi N** أن المراهق الجزائري قديما كان ينتقل مباشرة إلى الرشد بمجرد البلوغ حيث تبدأ العائلة في إعداده لتحمل مسؤولياته ، لكن في وقتنا الحالي فإن نظرة المراهقة تغيرت، و هذا التغير مصحوب بنوع من الحماية و الرقابة خاصة عند الفتاة . (**سعيدي، 2016 : 118**)

لقد تراوحت معاملة الأسرة الجزائرية للبالغ بين السماحة و اللين أحيانا ، و القسوة و التسلط أحيانا أخرى ، كما أن معاملة الذكر و الانثى ليست على حد سواء إذ أعطي للذكر كامل الحرية في التصرف و إن

وصل به الأمر إلى حد الممارسات اللاأخلاقية و الانحرافات السلوكية، أما الأنثى فتعامل بنوع من القسوة و الشدة و الصرامة و المراقبة الشديدة لسلوكها و تحركاتها و حتى في علاقاتها مع الآخرين و خاصة علاقاتها مع الجنس الآخر . **(كواشي ، 2015 : 66)**

فالفتاة رمز الشرف في العائلة الجزائرية ، حيث ترى الباحثة **نفيسة زردومي :** " أن الفتاة الجزائرية في بعض العائلات تشكل نكسة في أعضاء الأسرة فيما يمكن أن تجلبه من عار لهذه العائلة فهي تعامل منذ البداية على أساس مخلوق غير مرغوب فيه و لكنه ضروري ، كما إنحصرت تربية الفتاة في الوسط الجزائري على تلقينها مفردات آلية و هي : الطاعة ، الحشمة ، الأناقة ، العيب ، الحرام ، الأصل ، الشرف . **(بخوش ، 2016 : 16)**

6- مشكلات المراهقة لدى الفتيات :

لاشك أن مشكلات المراهقة تختلف بين الجنسين و خاصة عند الإناث بسبب الضغوطات و التحديات التي تواجهها الفتاة في هذه المرحلة العمرية ، حيث تمر الفتاة في هذه الفترة بنوع من الصراعات الداخلية و النفسية و صراع البحث عن الذات و الإعتماد على الهوية الشخصية ، فهي ترغب أن تنطلق و تواجه العالم بنفسها دون الإعتماد على الأهل أو مساندة أحد لها و الشعور بالتمرد على آراء الآخرين و الإعتماد على النفس في اتخاذ القرارات و هنا أيضا يبدأ صراع القيم و العادات والتقاليد الأسرية بما تجده خارج الأسرة في المجتمع و الصديقات من سلوكيات تتعارض مع هذه القيم ، ففي كثير من الأحيان تقع الفتاة في حيرة من أمرها بين ما تربت عليه من قيم و تقاليد و بين ما تشاهده من سلوكيات في المدرسة أو المجتمع فيدخل الشك في نفس المراهقة و تصبح عاجزة عن التفرقة بين ما هو صواب أو خطأ .

و تبدأ الفتاة أيضا بالتعرف على صديقات و أصدقاء من كلا الجنسين و هذا التعارف يولد مشكلات عاطفية و أزمات نفسية داخلية تظهر تأثيراتها بصورة واضحة في سلوكياتها سواء داخل المنزل أو المدرسة ، و إن هذه العلاقة إما أن تكون علاقة حميمة و صداقة لها روابط قوية ، أو تكون علاقة عدائية ذات طابع صراعي . **(غزوان ، 2018 : 1372)**

و يضيف **عباس محمود عوض** في كتابه "**علم نفس النمو الطفولة المراهقة الشيخوخة** " القول بأن النضج المبكر يسبب نواحي من العجز بالنسبة للبنات ، على حين أن الاولاد لا يؤذيهم أو يضرهم هذا النضج المبكر ، و إنمت يفيدون منه في النواحي الجسمية و الجنسية. أما بالنسبة للفتيات ، فإن تطور النمو

المبكر يؤدي إلى شعورهن بأنهن ظاهرات للعيان في وقت لا يكون فيه لمثل هذا الظهور و البروز قيمة أو ميزة ، أعني أن كثيرات من هؤلاء الفتيات يجدن أنفسهن على درجة ينحرجن منها من الطول المفرط أو الوزن الزائد أو تضخم الصدر إلى درجة أكبر مما يرونه سويا بالنسبة لأعمارهن ، كما أن الفتاة ذات النضج المبكر تكون بالطبع مهتمة بالأولاد ، ميالة لهم ، بينما يكون الأولاد ممن هم في سنها أو في فصلها الدراسي مختلفين عنها في نموهم الجسمي ثلاث سنوات أو أربع ، الأمر الذي يؤدي بهم إلى أن يكونوا غير متقبلين لها . فإذا حاولت الفتاة أن تجد لها رفاقا من بين الأولاد الذين هم أكبر سنا من أبناء مدرستها أو حيها ، أخذت تواجه أنواعا أخرى من المشكلات ، فإن كثيرا من الوالدين لا يرغبون لبناتهم ممن هم في سن الحادية عشرة أو الثانية عشرة أن يختلطن بأولاد في سن الخامسة عشرة أو السادسة عشرة، و هكذا فإنها تجد نفسها في مازق حرج ، و هي إذا انتقلت إلى جماعة اكبر سنا منها ، أصبح من المحتم أن يؤدي قصور نضجها الإجتماعي و قلة حكمتها إلى كثير من المشكلات الاجتماعية الخطيرة ، و إلى أن تستشعر الإثم و الخطيئة ان هي خرجت على تعاليم والديها . **(عوض ، 1999 : 162 – 163)**

حدوث هاته القفزات الكمية و النوعية في كافة المظاهر النمائية (الجسمية منها و الإجتماعية) في هذه المرحلة ، قد تؤثر في السلوكات الغذائية ، إذ ينبثق عن النمو الجسمي السريع متطلبات متزايدة من الغذاء ، جيث تكون الحاجات الغذائية الكلية في هذه المرحلة أعلى مما هي عليه في أية مرحلة أخرى و تشير العديد من الدراسات أن إضطرابات السلوكات الغذائية تتجسد في مرحلة المراهقة و تؤثر بشكل سلبي في الصحة و الانفعالات و القدرة على التأدية الوظيفية في مختلف جوانب الحياة. **(العويضة ، 2009 ،265)** و من أكثر إضطرابات الطعام شيوعا : فقدان الشهية العصبي و اضطراب نهم الطعام ، و الشره العصبي الذي قد يؤدي إلى زيادة الوزن .

7- المراهقة و السمنة

من أهم المشاكل المرضية التي يتعرض لها الشباب في سن المراهقة هي السمنة ، و قد تكون وراءها اضطرابات في الغدد أو أسباب أخرى . **(كوروغلي ، 2010 : 79)**

إن تعرض المراهق للسمنة يؤدي إلى توليد عدة حالات من الإضطرابات و الإنهيارات النفسية لدى المراهق ، تتجلى بعدم الرضا عن الجسد و احتقاره له بحيث يحس المراهق السمين بأنه مختلف عن بقية كل الأفراد من حوله ، مما يؤدي به إلى العزوف عن بقية أفراد المجتمع و الوحدة، و ذلك لتجنب تعليقات الآخرين حول جسمه السمين . **(قلوش ، معمري ، 2014 : 58)**

ثانيا : مفهوم السمنة

1- تعريف السمنة :

يعرف **كابلان و سادوك Kaplan and Sadock (1998)** السمنة بأنها التراكم المتزايد للدهن في الجسم . مما يؤدي إلى زيادة وزن الجسم بمقدار (20%) عن المعدل الطبيعي مقارنة بالعمر و الطول ، و يتراكم الدهن عادة عندما يأخذ الجسم طاقة من الأكل أكثر مما يصرف من هذه الطاقة .

(داوود ، فاخوري ، 2011 : 140)

هناك نوعان من الدهون في الجسم ، الدهون الأساسية و الدهون المخزنة . الدهون الأساسية ضرورية للوظائف الطبيعية للجسم و يتم تخزينها بشكل رئيسي في نخاع العظام و القلب و الرئة و الكبد و الطحال و العضلات . تشمل الدهون الأساسية أيضا الدهون الأنثوية التي يتم تخزينها في الثديين و الوركين . أما الدهون المخزنة تكون بشكل رئيسي في الأنسجة تحت الجلد نتيجة للطاقة الإضافية المتحصلة من خلال الطعام . (**Polikandrioti ,Stefanou , 2009 : 133**)

كما يعرف كل من **الدكتور محمود إسماعيل** و **هاني محمد حجر** الإنسانا لمصاب بالسمنة بالإنسان الذي يملك أنسجة دهنية زائدة و قيمة مؤشر كتلة الجسم (BMI) لديه فوق (30) إن مؤشر كتلة الجسم عبارة عن مؤشر يقيس الوزن مقارنة مع الطول (الوزن بالكجم ، مقسوما على مربع الطول بالسم) .

(حجر ، اسماعيل ، 2014 : 238)

أما حساب مؤشر كتلة الجسم للأطفال و المراهقين فهو يعتمد على معايير أخرى، و ذلك بسبب إختلاف محتوى الجسم من الدهون و السوائل خلال المراحل العمرية المختلفة بين الذكور والإناث، و من الصعب وضع مؤشر بسيط واحد لقياس زيادة الوزن و السمنة لدى الأطفال و المراهقين ، لأن أجسامهم تخضع لعدد من التغيرات الفيزيولوجية ، مع نموهم ، لهذا السبب عند احتساب مؤشر كتلة الجسم للطفل أو المراهق يجب أن يأخذ في الإعتبار العمر و الجنس الذي حددته منظمة الصحة العالمية للأعمار ما بين (5-19) عاما. **(السالم ، 2016 : 11)**

2- الأشكال العيادية للسمنة :

يعود الفضل في هذا التقسيم للعالم **J.Vagoe** و هذا التقسيم يساعدنا على تحديد إحتمالات حدوث التأثيرات الجانبية للبدانة :

2-1- السمنة المرتكزة في البطن : و تتظاهر بتراكم الأنسجة في القسم الأعلى من الجسم أي في منطقة البطن ، بحيث يكون عرض الحوض أصغر من عرض الكتفين ، و هذا النوع من السمنة هو أكثر شيوعا لدى الذكور منه لدى الإناث . و هذا النوع من السمنة يؤدي إلى التعقيدات الأيضية كالسكري ، زيادة نسبة الدهون في الدم ...

2-2- السمنة المرتكزة في الوركين : و يمتاز هذا النوع من السمنة بكون عرض الحوض (الوركين) أكبر من عرض الكتفين . و ذلك بسبب تركز النسيج الشحمي في منطقة الوركين ، و هذا النوع من السمنة هو الأكثر حدوثا لدى النساء . (**بطرس ، 2008 : 61**)

3- أسباب السمنة :

هناك بعض العوامل التي تسبب إنعدام التوازن بين الطاقة المتناولة و الطاقة المبذولة و هي:

3-1- الأسباب النفسية : تلعب الحالة النفسية للفرد دورا هاما في ظهور السمنة حيث أنه لوحظ أن بعض حالات الإكتئاب أو القلق النفسي ، تقلب المزاج ، و بعض المواقف العاطفية ، قد تكون مصحوبة بزيادة الشهية للأكل نتيجة لتأثير هذه الإضطرابات و مراكز الأكل ، كما يعزى البعض أن الإضطرابات النفسية تكون مصحوبة ببعض التغيرات الكيميائية ، و إفراز بعض المواد مثل البرثونين ، هذه التغيرات على مركز الأكل و الشبع بالمخ تؤثر على الشهية . (**رباب ، 2017 : 574**)

بالإضافة إلى الحرمان العاطفي و الضغط و الكآبة ، تنفيس الهموم بالأكل و صراع القلق بالطعام ، و قد كشفت عيادة الدكتور هالبرستام 62,65 % من حالات السمنة لا ترتبط بأي سبب عضوي و إنما هي ذات مصدر نفسي بحت .

- أثبت علماء التحليل النفسي أن هناك دوافع لا شعورية قوية تدفع الانسان لتناول المزيد من الطعام في حالات الإكتئاب و الضيق و قد يحدث عكس ذلك ، أما " آنا فرويد " فتربط بين الشراهة في الأكل و أسلوب التنشئة الإجتماعية . (**مرياح ، 2012 ، ص 39**)

-**الشدة النفسية** : يرتكس الأشخاص عند التعرض لشدة نفسية أو لإكتئاب ، بطرق مختلفة نحو الطعام . فإذا كانت الغالبية تميل إلى الإقلال من تناول الطعام عند تعرضها لشدة نفسية، فإن هناك قلة يكثرون منه و يكسبون بسرعة وزنا زائدا . و هذا عائد إما إلى تغيير السلوك الغذائي عند الشخص ، أو لنقص الحركة ، أو الإثنين معا ، دون أن ننسى زيادة الوزن التي تسببه الأدوية المضادة للإكتئاب . الأمر الآخر الذي يجب الإنتباه إليه ، هو أن البدانة عامل محرض لحدوث الشدة النفسية و الإكتئاب ، و بالتالي قد لا يعرف المرء أيهما إبتدأ أولا . **(أبو حامد ، 2009 : 48)**

3-2- الإضطرابات السلوكية الغذائية : و هي عديدة من أهمها :

3-2-1- النقرشة : أي تناول كميات قليلة من الطعام بشكل متكرر دون الشعور بالجوع و دون وجود رغبة في الأكل .

3-2-2- الإرغام الطعامي : حدوث مفاجئ لرغبة لا تقاوم لتناول الطعام خارج الأوقات الإعتيادية للوجبات.

3-3-3 الحمية شديدة القساوة : كلما طالت لائحة المنع كلما ازدادت حالة الإرغام الطعامي قوة ، و بالتالي زيادة في الوزن يفوق الوزن الطبيعي . **(أبو حامد،2009 : 29)**

3-3- النسيج الدهني :

زيادة الوزن في الشهور الستة الأولى من العمر تعني الإصابة بالسمنة فيما بعد ، إذ أن عدد الخلايا الدهنية يتحدد في هذه المرحلة المبكرة من العمر و مع تقدم العمر يفقد النسيج الدهني قدرته على النمو عدديا ، و من ثم فإن الخلايا الدهنية تزداد في الحجم فقط و ليس في العدد بعد سن البلوغ ، و على العكس من ذلك فإن إنقاص وزن الشخص البالغ يقلل من حجم تلك الخلاياو ليس عددها ، و قد ترجع زيادة عدد الخلايا الدهنية إلى عوامل تتعلق بإضطراب الغدد الصماء ، أو عوامل سلوكية ، أو دوائية ، أو خليط منهما جميعا، و يجب أن نشير هنا أن التغذية المفرطة في الطفولة بواسطة بعض الأمهات يؤدي إلى زيادة عدد الخلايا الدهنية ، و هذا بدوره ينتهي بالسمنة و يتكلف الأبناء نتيجة لذلك عناء الصراع الأبدي مع السمنة . **(إسماعيل ، عبد الفتاح ، الأمين ، 1999 : 137)**

3-4- عدم التوازن في الغدد الصماء المسببة للسمنة :

- نقص إفراز الغدة الدرقية تسبب زيادة الوزن نتيجة تجمع الماء تحت الجلد و زيادة نسبة الدهن لنقص التمثيل الدهني .

- إضطراب إفراز الغدة الكضرية .

- إصابة الغدة النخامية .

- نقص إفراز الغدد الجنسية .

- زيادة إفراز الأنسولين . (**شحمت ، شلبي ، 2003 : 171**)

3-5- الوراثة : تشير الكثير من الدراسات العلمية التي أجريت على كثير من العائلات و التوائم المتشابهين إلى أن السمنة مورثة ، و هو يعتبر أول أسباب السمنة ، و يعتبر الأطفال المولودون لأبوين بدينين يكونون أكثر عرضة و استعدادا للسمنة .(**الهيتي ، 2018 : 49**)

3-6- السمنة الأبوية : تعتبر السمنة الوالدية عامل خطر لسمنة الطفولة والمراهقة ، خاصةً إذا كان كلا الوالدين مصابين بالسمنة ، من المحتمل أن تفسر العلاقة بين السمنة الوالدية والنسلية من قبل كل من العوامل الوراثية والبيئية ، مثل نمط الحياة المشترك داخل الأسرة . (**KAUTIAINEN ; 2008 : 39**)

3-7- الأدوية :

- **الكورتيزون :** عقار يستعمل بكثرة في الأمراض المناعية ، و الحساسية ، و التهاب الجلد، و الربو ، و الروماتيزم ... و معظم هذه الأمراض تتميز بأنها مزمنة ، و تحتاج لفترات طويلة من العلاج بهذا العقار. و معروف عن هذا الكورتيزون أنه يؤدي إلى تراكم الدهون في منطقة الوجه ، الرقبة ، الصدر ، و البطن .

- **حبوب منع الحمل :** نسبة كبيرة من أقراص منع الحمل تحتوي على هرموني الأستروجين و البروجسترون... و هذان الهرمونان لهما دور في زيادة الوزن و ظهور السمنة .

- **الأدوية المضادة للحساسية :** بعض الأدوية مثل الأفيل و التافيجيل ، وجد أنها تؤدي في بعض الأشخاص إلى تنشيط مركزالأكل في غدة الهيبوثلامس ، فتزيد من الشهية ، و القابلية لتناول الطعام مما يؤدي إلى السمنة و زيادة الوزن بعد فترة طويلة من العلاج .

- **الأدوية المهدئة و مضادات الإكتئاب :** بعض الأدوية التي تستخدم في علاج الأمراض النفسية مثل ، الفينوثيازين ، و بعض الأدوية المهدئة مثل التربتازول ، الكالمبام ، وجد أن استخدامها لفترة طويلة يؤدي إلى السمنة . فبعضها ينبه مراكز الأكل في المخ و يفتح الشهية ، و البعض الآخر يقلل من استهلاك الطاقة و تكسير الدهون لما يسببه من خمول ، و كسل و قلة الحركة .

هرمون الأنسولين : من المعروف أن هرمون الأنسولين الذي يستخدم في علاج مرض السكر ، يعمل على تخزين الجلوكوز في صورة نشا بالكبد و العضلات ، و في صورة دهون في الخلايا الدهنية .

(منصور ، 2004 : 13-14)

3-8- نمط الحياة : (الغذاء ، الحركة)

- **النمط الغذائي :** من المؤكد أن إلتهام الغذاء بسعرات حرارية عالية مع عدم صرف هذه السعرات يؤدي إلى تراكم الدهون في جسم الإنسان علما بأن الدهون لها كفاءة أعلى من الكروهيدرات و البروتينات في التكتل في أنسجة الجسم الدهنية ، و أفضل مثال على ذلك أن إنتشار ما يسمى بالوجبات السريعة الغنية بالسعرات الحرارية في الدول الغربية و دول أخرى أدت إلى إنتشار السمنة و الأمراض المصاحبة لها في أجزاء كثيرة من العالم لم تكن تظهر من قبل.

- **قلة النشاط و الحركة :** من المعروف أن السمنة نادرة الحدوث في الأشخاص الدائمي الحركة أو الذين تتطلب أعمالهم النشاط المستمر و لكن يجب أيضا أن نعرف أن قلة حجم النشاط بمفرده ليس بالسبب الكافي لحدوث السمنة . **(بني هاني ، الربابعة ، الوديان ، 2016 : 102-103)**

4- سمات الشخصية السمينة :

تشير **ميرفت عاهد ذيب و آخرون** إلى ارتفاع في نمط الشخصية الإنطوائية و الإنفعالية لدى المصابات بالسمنة ، فتتميز المراهقات المصابات بالسمنة بالإنطوائية و عدم الإتزان ، أي أنهن أكثر عصابية من الغير المصابات بالسمنة ، حيث أنه من المعروف أن العصابيين لديهم سمات القلق و التوتر و الشعور بالذنب و انخفاض احترام الذات و تقلب المزاج و الإنفعال الزائد حتى لأسباب بسيطة ، و بما أن كل امرأة تعشق أن تكون جميلة و رشيقة بالإظافة إلى الضغط النفسي الواقع عليهم يجعلهن أكثر عصابية و اتفعالية ، كما يمكن أن يتميزن بالعدوانية و الحسد و الغيرة تجاه بنات جنسهن ، كما يمكن أن تزداد لديهن

مظاهر العزلة و الإنطوائية من خلال انتقادات الآخرين لهن مما يدفعهن إلى الإبتعاد عن مواجهة الآخرين و تفضيل العزلة الإجتماعية و الشعور بالإحباط و التوتر و العصبية. (**ذيب ، الكيلاني،العرجان،2018 : 11**)

كما أشار **إبراهام ماسلو Abraham Maslaw** ، و **شلدون Cheldon** إلى نمط شخصية الشخص السمين فوجدوا بعض السمات المتمثلة في :

– المزاج الدوري : و هي شخصية متفتحة على العالم،إجتماعية تحب الناس مرحة و لكنها لا تطيق الحياة بمفردها ، و تنجح في المجالات الإجتماعية و لكنها في الوقت ذاته تصاب بنوبة كآبة و حالة هبوط عام في الروح المعنوية و ميل شديد إلى العزلة و الإنطواء،ثم تعود ثانية للمرح و الإنطلاق،فإذا راقبنا مرض البدانة نرى أنه يأكل عندما يفرح ، عندما يحزن، عندما يضطرب و عندما يهدأ ، فالبدين إذن يستجيب لكافة المثيرات الإجتماعية و النفسية بالأكل .

– قلة النشاط و الحركة .

– قلق و توترات نتيجة الإهمال و الحرمان .

– يوجه عدوانيته نحو ذاته ، فنجده يسرف في طعامه حتى يصاب بالبدانة . (**بركات ، 2016 : 98**)

5– النظريات المفسرة لاضطرابات السلوك الغذائي :

5–1– النظرية التحليلية :

فسر المحللون النفسانيون اضطرابات الأكل على أنها تحدث بصفة عامة لدى الأفراد الذين يخافون الجنس أو الذين يعانون رمزيا بين الجنس و الأكل أو أن فقدان الشهية هو وسيلة رمزية لتجنب الحمل ، و يحدث الأكل بشراهة حين لا تستطيع الحفزات الجنسية المكبوتة أن تعبر عن نفسها . و يرى فرويد أن نمط أو نموذج التعزيز الذي يعتمد على تقدير الذات ربما يزيد بدرجة كبيرة من تكرار سلوكيات الوقوف على الميزان لمعرفة الوزن ، و النظر بإمعان في المرآة و ارتداء ملابس معينة ، و في بعض الحالات يؤدي هذا السلوك إلى اضطراب حياة الفرد و خاصة إذا انشغل بعملية الوزن القهري للذات و الحد من أو التقيد في الأكل .

وضعت " **هيلدا بروش**" الرائدة في مجال اضطرابات الاكل و علاجها العديد من التفسيرات النفسية لهذا الاضطراب ، حيث فسرته عند مريض فقدان الشهية العصبي كمثال بأنه عبارة عن تفاعل محدد معين

من العوامل مثل : نقص في مفهوم الذات ، الخوف من الخواء الداخلي ، إضافة إلى قيام المريض بتزييف سلوكه عن طريق العديد من ميكانيزمات الدفاع ، أو الادراك الخاطئ للكثير من الوقائع . **(مصطفى ، 2011 ، ص 214 – 215)**

و تؤثر الأفكار الثقافية و الصور المتعلقة بشكل الجسم المثالي أو المقبول على إتجاهات مرضى الشره العصبي تجاه أجسامهم ، كما أن التعريف التقليدي للأنوثة له علاقة كبيرة بنشأة اضطرابات الأكل و من المنظور النسائي فإن الإناث اللاتي يعانين من اضطرابات الأكل لديهن دافعية عالية للتمسك بالآراء المستمدة من المجتمع و المتعلقة بالجمال ، و مقاييس الأنوثة و ذلك إستجابة للإحساس بعدم الفاعلية و نقص الإستقلالية أو التحكم في الذات .

و أظهرت نتائج العديد من الدراسات أن الأفراد الذين يعانون من الشره العصبي يعبرون عن رغباتهم و وجداناتهم المكبوتة تعبريا فعليا و ليس لفظيا ، كما أنهم يعانون من الإكتئاب المزمن ، و التحمل المنخفض للإحباط ، و التقدير المنخفض للذات .

و قد تحدث الإضطرابات المتعلقة بالأكل نتيجة لعدم التوافق العائلي ، و هذه الأحداث المؤلمة تتضمن إنهيار البيت الذي يضم الأهل و الأحباب أو وفاة أحد الوالدين .

كما أن الرفض الوالدي المبكر و قلة إهتمام الوالدين بالطفل يؤدي إلى العديد من اضطرابات الشخصية التي تظهر في مرحلة المراهقة و مرحلة الرشد ، و في هذا الصدد يؤكد عدد كبير من الباحثين على أن الكثير من مرضى الشره العصبي يمرون بمصاعب شديدة في علاقاتهم . و قد توصل **جريست و نورفل .(Greist & Norvell 1992، 294)** إلى أن النساء اللاتي يعانين من الشره العصبي يفتقدن التأييد أو المساندة من الآخرين و يعانين من الصراع في علاقاتهن الإجتماعية و ينقصهن الكثير من المهارات الإجتماعية . **(الدسوقي ، 2007 ، ص 206 – 207)**

5-2- النظرية السيكوسوماتية :

السمنة هي مرض جسدي يعود في جذور نشأته لأسباب نفسية . هذا هو رأي المدرسة النفسية ، الجسدية في مرض السمنة. فكيف يدافع اتباع هذه المدرسة عن هذا الرأي .

اذا ما استثنينا حالات السمنة الثانوية، حيث تأتي السمنة كمظهر مرضي لمرض عضوي آخر مثل قصور الغدة الدرقية أو بعض حالات الذهان.... الخ ، فان السمنة هي بمنزلة تعبير عن حالة نفسية معينة .

و الواقع أن بدايات المدرسة النفسية في هذه المجال كانت على يد العالم **alexander** الذي أعاد العادات الغذائية إلى المراحل الفمية و الشرجية. و لن نطيل البحث في آراء هذا العالم نظرا لظهور العديد من الدراسات التي طورت هذه الآراء و ربطتها بأبحاث موسعة، و تجمع هذه الآراء على القول بأن الحالة النفسية للشخص تتدخل في تكوين و تعديل العادات الغذائية للشخص . ذلك أن اضطرابات حالة الشخص النفسية تؤثر و بشكل أساسي على الشهية و على الإفرازات العصبية، الهومرمونية .

و لنعد بالأمور إلى منابعها فالإحساس بالجوع يبدو لنا و كأنه عامل بيولوجي بحت تحدده حاجات الجسم و العادات الغذائية للشخص ، و ذلك بمعزل عن أي أثر للحالة النفسية على هذه العادات و الحاجات .

و لكننا لو دققنا النظر لوجدنا أن الإضطرابات النفسية تؤثر و بشكل فاعل في شهية المتعرض لها ، و هذا ما أثبتته العديد من الدراسات و من بينها دراسة أجراها باحثو جامعة مينيسوتا و كانت نتيجة اعتراف 44% من المفحوصين بأنهم يزيدون إستهلاكهم للطعام لدى تعرضهم للإرهاق النفسي.

و هذه الرابطة بين مشاعر الجوع لدى الشخص و بين حالته النفسية و هي رابطة تتوضح لنا من خلال مراجعة بسيطة لكافة الاضطرابات النفسية فالإنهيار مثلا يؤدي إلى انخفاض الشهية في غالبية حالته إلا انه نادرا مايتسبب في زيادتها أيضا و كذلك فأن بعض حالات التخلف العقلي يؤدي إلى الإفراط المبالغ في الطعام و قِس عليه في شتى الأمراض و الحالات النفسية الأخرى . **(النابلسي ، 2003 ، ص 72-73)**

5-3- النظرية البيولوجية :

تشير بعض نتائج الدراسات إلى أن أقارب المصابين بالشره العصبي من الدرجة الأولى من أفراد العائلة أكثر عرضة للإصابة أيضا بالشره العصبي ، و أن مرضى فقدان الشهية العصبي كمثال ينتشر بمقدار ثماني مرات بين الأقارب المقربين للمرضى مقارنة إلى الجمهور العام ، إن نسبة إنتشاره بين الإخوة و بين التوائم أيضا يصل إلى (6-10%) من الذين كانو يعانون من هذه الحالة و تقابل هذه النسبة نسبة (1-2%) الموجودة في الآخرين الذي لا يرتبطون بعلاقات نسب في نفس العمر ، و من أسبابه العضوية :

- وجود إضطراب في كيميائية الجسم أي وجود خلل في النظام الهرموني قد يكون وراثيا أو ناجما عن بعض الأمراض مثل تضخم الغدة الدرقية مما يؤثر على عمليات الأيض الغذائي .

– تضرر خلايا الدماغ ولاسيما الهايبوثلاموس و هو الجزء المسؤول عن الإحساس بالجوع أو الشبع فعند حصول تضرر في هذا الجزء لا يشعر الفرد بحالة الشبع مما يؤدي إلى زيادة كميات الطعام المتناولة و يلاحظ ذلك من خلال زيادة الوزن لدى الأفراد الذين لديهم إصابات أو أورام في الدماغ .

– بعض الأدوية مثل مضادات الإكتئاب و بعض مضادات الهيستامين و غيرها التي قد تزيد الشهية لتناول الطعام و تؤدي بالتالي إلى فرط الطعام .

و قد أثبتت الأبحاث وجود إضطرابات أولية لوظيفة ما تحت المهاد ، إضافة إلى وجود شذوذ أولي في منطقتي ما تحت المهاد و النخامية، و كذلك في الغدد و عمليات الأيض ، و تعزى أسباب اضطرابات الأكل إلى الأنيميا ، و داء السكري و التشنج الحملي ، و احتشاء أو إنسداد المشيمة ، و المشاكل القلبية الولادية و مخاطر الولادة . **(الجبوري ، الجبوري ، 2016 : 642)**

5-4- النظرية السلوكية :

تركز النظريات السلوكية المعرفية لاضطرابات الأكل على فهم الأفكار و المشاعر و السلوك التي تساهم في تشوه صورة الجسم ، و الخوف من السمنة ، و فقدان التحكم في الأكل . فالأفراد ذوي اضطرابات الأكل يعانون من وصمة سوء تكيف لأنهم عادة ما يكون انتباههم موجه للأفكار و الصور المرتبطة بالوزن ، و شكل الجسم ، و الطعام .

كما يعتقد مرضى الشره العصبي أنهم قلقون جدا من زيادة الوزن و شكل الجسم ، بالإضافة إلى أنهم يحكمون على أنفسهم من خلال الوزن و الشكل ، كما ينخفض لديهم تقدير الذات .

و نظرا لأنه يمكن التحكم في وزن الجسم و شكله ، فإن المرضى يستخدمانهما في تحسين صورتهم فهم يتبعون نظاما قاسيا ذو قواعد صارمة لتحديد كمية الطعام ، و نوعه ، و وقته. **(فايد ،2008 ، 229)**

6- آثار و مضاعفات السمنة :

يتعرض الأشخاص المصابون بالسمنة إلى العديد من المشاكل منها :

6-1- الآثار النفسية و الإجتماعية :

للسمنة آثار متعددة منها النفسية و الاجتماعية تتمثل في إضطرابات التغدية و الكآبة و العزلة و غيرها ، و قد تسبب إحتقار السمين لذاته ، و إحساسه الدائم بالفشل و الألم و الذنب، مما يدفعه للعزلة و الإحباط و ربما القلق الدائم . و يعاني كذلك من بعض المصاعب و المشكلات الإجتماعية ، إذ يصاب الكثير ممن يعاني من السمنة بالعزلة الإجتماعية نتيجة لما قد تسببه أشكالهم لهم من إحراج ، و يعانون كذلك من صعوبات في إيجاد الملابس المناسبة لأجسادهم ، و عدم الراحة في الوقوف في الأماكن التي تخصص للناس معتدلي الوزن، و الجلوس في المقاعد العامة في السيارات و الحافلات و الطائرات و غيرها.

6-2- إضطرابات السلوك الغذائي :

تشير إضطرابات التغدية إلى أنواع من اختلال علاقة الإنسان بالأكل ، خاصة في تفاعل تلك العلاقة مع البعدين الإجتماعي و الشخصي للإنسان ، و عادة ما تكون هذه الإضطرابات إضطرابات مزمنة تختل فيها عدة وظائف نفسية تعد جوهرية في تشكيل سلوكيات الأكل ، مثل إختلال تنظيم الشهية ما بين فقدها او ما يكاد يكون فقدا إلى إنفلاتها بحيث يعجز المريض عن التحكم فيها ، كما تختل سلوكيات إلتهام الأكل نفسها في معظم إظطرابات الأكل .

و أهم اضطرابات الأكل النفسية اليوم هي تلك التي لا نستطيع فهمها إلا من خلال فهمنا للأثر المعرفي و الشعوري الذي يغلف صناعة الجسد المثالي الذي تميز به المجتمع البشري المعاصر . **(الركبان ، 2009 : 97)**

و من هذه الإضطرابات نذكر :

6-2-1- البوليميا : تتمثل في إستجابة الفرد لمثيرات تكرار إستهلاك كميات كبيرة من الأكل و الرغبة في التخلص من الأكل و المشاعر المرتبطة بالأكل مثل (الذنب ، القلق ، التوتر) و عدم القدرة على السيطرة على سلوك الأكل و يظهر ذلك في الدرجة التي يحصل عليها الفرد على المقياس المعد لذلك . **(حمدي ، رباب ، 2019 ، 129)**

6-2-2- القهم العصبي : و هو من الأمراض النفسية التي تصيب النساء في معظم الأحيان نتيجة خوفهن الشديد من إمكانية الإصابة بالسمنة ، فيعتمدن عدم الأكل و استخدام العقاقير و الوسائل المتاحة لخفض الوزن . (**الركبان ، 2009 : 98**)

6-2-3- الأكل أثناء النوم : غالبا ما يكون مصحوبا بالمشي أثناء النوم ، و لكنه قد يكون مصحوبا باضطرابات النوم الأخرى ، و تشيع هذه الظاهرة لدى الإناث البالغات اللاتي لديهن تاريخ من المشي أثناء النوم في مرحلة الطفولة ، و يبدو أن بعض العقاقير المنومة و المضادة للإكتئاب تؤدي إلى زيادة حدوث الإصابة باضطراب الأكل المرتبط بالنوم ، يقبل المرضى على الأطعمة ذات السعرات الحرارية العالية ، حتى و إن كانوا لا يحبونها عادة ، و في بعض الأحيان يتناولون أطعمة غير عادية او نيئة ،و من ثم تعد صحة هذه الفئة من المرضى باعثا على القلق بسبب مخاطر تعرضهم للتسمم ،و احتمال زيادة الوزن و السمنة .

(**لوكلي ، فوستر ، 2015 : 99**)

6-2-4- إضطراب أكل الحفلات : يتصف بأن الشخص المعني يعاني من نوبات أكل متكررة من دون أن يحقق محكات الضور (البوليميا) ،كما أن هناك دلائل على أن إضطراب أكل الحفلات يزداد كلما كان فرط الوزن لدى الشخص المعني أوضح . (**شلوتكه ، كاسبار ، رولر ، 2016 : 42**)

6-3- أمراض الأوعية الدموية و القلب : السمنة تزيد من فرصة الإصابة بأمراض الأوعية الدموية و القلب ، إذ أن السمنة تزيد من المجهود الذي تبذله عضلة القلب لدفع كميات كبيرة من الدم ، مما يؤدي إلى تضخم عضلة القلب و يزداد وزنه ، و قد يؤدي إلى إجهاد القلب و هبوطه الحاد مما يسبب الوفاة ، و قد أظهرت الأبحاث العلمية وجود علاقة خطية بين وزن الجسم و ارتفاع ضغط الدم ، إذ وجد أن كا زيادة قدرها (10%) من وزن الجسم يقابلها زيادة في ضغط الدم تعادل (6.5) ملم زئبق ، كما وجد أن إنخفاض وزن الجسم بمقدار (9.2) كغم يؤدي إلى خفض في ضغط الدم الإنقباضي بمقدار (6.3) ملم زئبق ، و انخفاض قدره (3.1) ملم زئبق في ضغط الدم الإنبساطي ، أي أن الزيادة في الدهون المخزونة في الجسم نتيجة السمنة يكلف القلب مجهودا أكبر ، مما يؤدي إلى ارتفاع ضغط الدم و حدوث نزيف في المخ ، و قد يساعد ذلك على حدوث تصلب الشرايين و ضيقها التي تعيق مرور الدم بالأوعية الدموية .

(**الدليمي ، الربيعي ، 2016 : 22**)

6-4- السمنة و الجهاز التنفسي : تؤثر الدهون الزائدة في الحركة الميكانيكية للصدر و الحجاب الحاجز و بالتالي عملية التنفس و تشكل هذه الدهون حملا زائدا على الرئتين مما يؤدي إلى نقصان مرونتها و يتطلب منها القيام بجهد مضاعف ، و من أهم تأثيرات السمنة على الجهاز التنفسي تحدث خلال النوم ، إذ ينقص التحكم الإرادي على عضلات التنفس و تزيد نسبة ثاني أوكسيد الكربون بالدم و ينتج عن ذلك تنفس غير منتظم ، و ربما تسترخي عضلة اللسان فينزلق اللسان داخل البلعوم أثناء النوم و يسد مجرى الهواء . (**الدليمي ، الربيعي ، 2016 : 23**)

6-5- السمنة و مرض السكري : مما لا شك فيه ان هناك علاقة قوية بين السمنة و مرض السكر (الغير معتمد على الانسولين) غير اننا يجب ان لا نغفل عن انه توجد اسباب اخرى مثل الوراثة و الجنس و الأماكن الجغرافية و غيرها.و لكن ماعلاقة السمنة بمرض السكري ؟

إن كل خلية عليها مواد تستقبل للأنسولين الذي يحرق الجلوكوز لينتج الطاقة و هذه المواد تسمى مستقبلات الانسولين و اذا لم توجد هذه المستقبلات او قل عددها فان الانسولين لن يعمل على هذه الخلية و بالتالي لن يستفيد من الجليكوز فترتفع نسبته في الدم. و هذه المستقبلا نسبتها ثابتة على الخلية الدهنية العادية فان زاد حجم الخلية كما هي الحال في البدين فان المستقبلات تكون قليلة بالنسبة لمساحة الخلية كبيرة الحجم . و نصيحتنا لكل بدين تخفيض وزنه حيث انه العلاج الامثل لمرضى السكر اذ أن تخفيض الوزن يؤدي إلى تحسين افراز الانسولين و استقباله عند هؤلاء المرضى.

(بني هاني ، الربابعة،الوديان ، 2016 : 104)

6-6- ارتفاع الكوليسترول : لا نستطيع القول بأن كل إنسان بدين لديه إرتفاع بمستوى الكوليسترول بالدم أو أن السمنة لابد أن تؤدي إلى إرتفاع مستوى الكوليسترول . و لكن من الملاحظ أن إرتفاع مستوى الكوليسترول يميل للحدوث بين السمان أكثر من النحفاء ، و أنه كلما زاد وزن الجسم زادت فرصة حدوث إرتفاع بمستوى الكوليسترول . و من الواضح أن سبب هذه العلاقة يرجع إلى سوء التنظيم الغذائي بشكل يؤدي إلى الحصول على سعرات حرارية مرتفعة ناتجة من أغذية عالية الدسم مما يتسبب في إكتساب وزن زائد و زيادة نسبة الدهون بالدم . (**الحسيني ، 2002 : 16**)

6-7- الذبحة الصدرية : عندما تجتمع السمنة مع إرتفاع ضغط الدم مع إرتفاع الكوليسترول يكون هنالك بذلك ثلاث عوامل خطرة تزيد من القابلية بدرجة كبيرة للإصابة بالذبحة الصدرية (أو قصور الشريان التاجي

أو مرض القلب) ، و تزيد درجة الخطورة في حالة وجود عادة التدخين أو بالتعرض لضغوط نفسية متكررة . (**الحسيني ، 2002 : 21**)

6-8- العقم : أثبتت الأبحاث أن هناك علاقة بين السمنة و بين العقم عند السيدات ، فقد وجد أنه في السيدات المصابات بالسمنة يزداد تراكم الدهون حول المبيض و حول قناة فالوب ، مما يؤدي إلى اضطرابات في عملية التبويض و التخصيب ، مما يعرقل حدوث الإنجاب ، و لا يقتصر هذا الأمر على النساء فقط ، بل وجد أن هناك علاقة بين السمنة و العقم عند الرجال . (**منصور ، 2004 : 21**)

7- تشخيص و قياس السمنة :

يمكن قياس أو تقدير نسبة الشحوم في الجسم بالعديد من الطرق ، و يعتمد إختيار الطريقة على التكلفة ، و الوقت المخصص للقياس ، و الخطورة المتوقعة من جراء وسيلة القياس على المفحوص ، و عوامل أخرى .

7-1 - إستخدام سمك طيه الجلد و تقدير نسبة الشحوم في الجسم :

يرى **هزاع محمد الهزاع (2003)** أنه يمكن الاستدلال على نسبة الشحوم في الجسم في مرحلة الطفولة عموما ، يمكن إستخدام قياس سمك طيه الجلد في عدة مناطق محددة من الجسم ، بواسطة مقياس مخصص لهذا الغرض ، و من ثم النظر في معايير سمك طيه الجلد للأطفال بحد ذاتها ، أو تحويل مقادير سمك طيه الجلد إلى نسبة شحوم باستخدام معادلات تنبؤية مخصصة لهذا الغرض و يتطلب قياس سمك طيه الجلد خبرة و دراية من قبل الفاحص ، و الإجراء يعد سهلا و غير مؤلم على الإطلاق للمفحوص ، و يعطي نتائج ذات دقائق مقبولة لدى الشخص الخبير بإجراء القياس ، و لتحديد السمنة لدى الأطفال يمكن إستخدام المعايير التالية (25%) أو أكثر للذكور ،و (30%) فأكثر للبنات. (16:35)

و يوصي البعض باستخدام مؤشرات أخرى لمحتوى الشحوم في الجسم لا تتأثر بطول الجسم ، حيث يصعب مقارنة نسبة الشحوم لدى طفلين مختلفين في الطول و من هنا ظهر مصطلحي مؤشر الكتلة الشحمية (fat mass index) و مؤشر الكتلة غير الشحمية) fat-free mass undex) حيث يتم قسمة الكتلة الشحمية على مربع الطول في الحالة الأولى ، و قسمة الكتلة غير الشحمية على مربع الطول في الحالة الثانية ، المؤشرات في هذه الحال يحاكيان مؤشر كتلة الجسم (BMI) و تتمثل المعادلات التي يتم فيها إستخراج هذين المؤشرين و مقابلتهم بمؤشر كتلة الجسم على النحو التالي :

كتلة الجسم = الكتلة الشحمية + الكتلة غير الشحمية

كتلة الجسم / مربع الطول = (الكتلة الشحمية / مربع الطول) + (الكتلة غير الشحمية / مربع الطول)

مؤشر كتلة الجسم = مؤشر الكتلة الشحمية + مؤشر الكتلة غير الشحمية .

fFMI + FMI = BMI (**محيسن ، 2019 : 44-45**) .

7-2- مؤشر كتلة الجسم BMI :

يعد مؤشر كتلة الجسم هو أكثر الطرق دقة و استعمالا ، و مؤشر كتلة الجسم =

الوزن بالكيلوغرام

الطول بالمتر × الطول بالمتر

و يتم تقسيم أوزان الناس بناءا على مؤشر كتلة الجسم إلى الأقسام التالية :

- أقل من 18,5 يعني نقص في الوزن .
- من 18,5 إلى 24,9 يعني وزن طبيعي .
- من 25 إلى 29,9 يعني زيادة في الوزن .
- من 30 إلى 34,9 يعني سمنة من الدرجة الأولى (سمنة خفيفة) .
- من 35 إلى 39,9 يعني سمنة من الدرجة الثانية (سمنة متوسطة) .
- من 40 فأكثر يعني سمنة من الدرجة الثالثة (سمنة مفرطة) .

(القرني ، 2015 ، ص 103)

7-3- إستخدام مؤشر كتلة الجسم BMI لدى الصغار :

في عام 2000 م تم إستحداث معايير دولية للسمنةو زيادة الوزن للذين هم دون 18 سنة بناء على قياسات مؤشر كتلة الجسم ، حيث تم حصر بيانات الطول و الوزن لحوالي 200 ألف طفل من الذكور و الإناث في الأعمار من سنتين إلى أقل من 18 سنة ، مشتقة من مجموعة دراسات كبرى أجريت في ست دول من العالم ، هي الولايات المتحدة الأمريكية ، و بريطانيا ، و البرازيل ، و هولندا و هزنج كونج ، و سنغافورة ، ثم القيام بإصدار معايير دولية لمؤشر كتلة الجسم للأعمار من سنتين إلى أقل من 18 سنة ، تحدد بناء على مؤشر كتلة الجسم مستويات كل من زيادة الوزن و السمنة ، لدى الأطفال في تلك المراحل العمرية ، حيث إعتبرو أن حدود كل من زيادة الوزن و السمنة المتعارف عليها لدى الراشدين و هي 25 كغ / م² و 30 كغ / م² تمثل نقطتي حدود لمن هم في عمر 18 سنة ، ثم قامو باستخدام تحليلات إحصائية معينة تنطلق من حدود مؤشر كتلة في عمر 18 سنة و تتقصى ما يقابلهما من مستويات في بقية الأعمار ، و هكذا توصلو إلى المعايير الدولية لمؤشر كتلة الجسم للأعمار دون 18 سنة، و لقد إكتسبت تلك المعايير منذ نشرها في عام 2000 ، قبولا ملحوظا . و الجدول يوضح تلك المعايير الخاصة بالأطفال و المراهقين الذين تتراوح أعمارهم من سنتين إلى 18 سنة ، حيث يمكن الإسترشاد بتلك المعايير الدولية للحكم على مدى وجود البدانة أو زيادة الوزن لدى الأطفال و المراهقين في تلك المراحل العمرية .

(بقشوط ، 2012 ، ص 41-42)

جدول رقم (01) : معايير مؤشر كتلة الجسم التي تشير إلى زيادة الوزن و السمنة لدى الأطفال .

(بقشوط ، 2012 : 42)

العمر (بالسنة)	زيادة الوزن		السمنة	
	ذكور	إناث	ذكور	إناث
2.0	18.41	18.02	20.09	19.51
2.5	18.13	17.76	19.80	19.55
3.0	17.89	17.56	19.57	19.36
3.5	17.69	17.40	19.39	19.23
4.0	17.55	17.28	19.29	19.15

4.5	17.47	17.19	19.26	19.12
5.0	17.42	17.15	19.30	19.17
5.5	17.45	17.20	19.47	19.34
6.0	17.55	17.34	19.78	19.65
6.5	17.71	17.53	20.23	20.08
7.0	17.92	17.75	20.63	20.51
7.5	18.16	18.03	21.09	21.01
8.0	18.44	18.35	21.60	21.57
8.5	18.76	18.69	22.17	22.18
9.0	19.10	19.07	22.77	22.81
9.5	19.46	19.45	23.39	23.46
10.0	19.84	19.86	24.00	24.11
10.5	20.20	20.29	24.57	24.77
11.0	20.55	20.74	25.10	25.42
11.5	20.89	21.20	25.58	26.05
12.0	21.22	21.68	26.02	26.67
12.5	21.56	22.17	26.43	27.24
13.0	21.91	22.58	26.84	27.76
13.5	22.27	22.98	27.25	28.20
14.0	22.62	23.34	27.63	28.57
14.5	22.96	23.66	27.98	28.87
15.0	23.29	23.94	28.30	29.11
15.5	23.60	24.17	28.60	29.29
16.0	23.90	24.37	28.88	29.43
16.5	24.19	24.54	29.14	29.56
17.0	24.46	24.70	29.41	29.69

17.5	24.73	24.85	29.70	29.84
18.0	25.00	25.00	30.00	30.00

8- علاج السمنة :

تتمثل الخطوة الأولى للوصول إلى جسم صحي و مثالي في القناعة بأن السمنة مرض خطير و أنها مدمرة للصحة ، إن عدم توفر هذه القناعة يجعل الناس لا مبالين بما يصدر من تحذيرات في هذا الخصوص، و ربما يحتاج المرء في بلداننا العربية لجهد إضافي للوصول إلى هذه القناعة .

(أبو حامد ، 2005 ، ص 79)

و يمكن إتباع تقنيات مختلفة من الأنظمة الغذائية التي تؤدي لفقدان الوزن ، و الأنسجة الدهنية الزائدة ، بالإضافة إلى علاجات أخرى نذكر منها :

8-1- العلاج الغذائي :

يعتمد فقدان الوزن في المقام الأول على تقليل إجمالي السعرات الحرارية ، وليس نسب الكربوهيدرات والدهون والبروتينات في النظام الغذائي. سيتم تحديد تركيبة المغذيات الكبيرة (أي نسبة السعرات الحرارية من الكربوهيدرات والدهون والبروتين) في النهاية من خلال تفضيلات طعم المريض وأسلوب الطبخ والثقافة. ومع ذلك ، فإن المشاكل الطبية الأساسية للمريض مهمة أيضًا في توجيه التركيبة الغذائية الموصى بها. تعتبر استشارة أخصائي تغذية مسجل للعلاج بالتغذية الطبية مفيدة بشكل خاص ، إلى جانب أهمية التأكيد على الرعاية التعاونية والإدارة الذاتية للأمراض المزمنة . يعد دمج بدائل الوجبة في النظام الغذائي استراتيجية مفيدة أخرى. بدائل الوجبات هي الأطعمة المصممة لتحل محل الوجبة أو الوجبة الخفيفة مع توفير العناصر الغذائية والطعم الجيد في حدود السعرات الحرارية الثابتة ، والحبوب والألياف غير المحلاة ، واستبدال منتجات الألبان واللحوم قليلة الدسم بالبدائل عالية الدهون . وينبغي أن يؤكد أيضا على زيادة تناول المأكولات البحرية. يوصى بتجنب الأطعمة التي تحتوي على السكريات المضافة والدهون الصلبة ، وكذلك استهلاك المشروبات السكرية والمشروبات المحتوية على الكحول .

(AKTER , QUERSHI , 2017 : 38)

8-2- العلاج الصيدلاني للسمنة :

النظام الغذائي السليم والتمارين البدنية هي الطريقة المثلى لخلق توازن طاقة سلبي وبالتالي فقدان الوزن ، يجب اختيار الدواء كوسيلة لعلاج السمنة فقط عندما يثبت فشل العلاج الغذائي. على الرغم من أن الدواء يساعد في إنقاص الوزن ويمنع الانتكاس ، إلا أن له العديد من الآثار الجانبية ولا يزال المريض بحاجة إلى اتباع نظام غذائي معين وممارسة الرياضة. يجب أن يستوفي العلاج طويل الأمد للسمنة باستخدام الأدوية المعايير التالية :

1) يجب أن يكون مؤشر كتلة الجسم ≤ 30 كغ / م²)

2) يجب أن يكون مؤشر كتلة الجسم ≤ 27 كغ / م² ، والأمراض الأخرى المتعلقة بالسمنة مثل داء السكري وارتفاع ضغط الدم وأمراض القلب والأوعية الدموية ، متلازمة انقطاع النفس الليلي ، والتهاب المفاصل التنكسي ، وما إلى ذلك.

3) يجب أن يكون هناك عاملين على الأقل من عوامل الخطر مثل العمر ≤ 45 عند الرجال و ≤ 55 عند النساء ، والتدخين ، وارتفاع ضغط الدم ، وارتفاع نسبة الكوليسترول الضار ، وانخفاض نسبة الكوليسترول الحميد ، والجلوكوز أو تاريخ عائلي لمرض الشريان التاجي المبكر.

4) لا ينبغي الحصول على نتائج مفيدة بعد اتباع نظام غذائي معين وبرنامج التمارين الرياضية لمدة 6 أشهر على الأقل .

يعود تاريخ العلاج الصيدلاني للسمنة إلى عام 1893 عندما تم استخدام هرمون الغدة الدرقية لزيادة توليد الحرارة ، منذ ذلك الحين ، كانت هناك العديد من الأدوية التي تهدف إما إلى تقليل الشهية أو زيادة تكاليف الطاقة . تم استخدام العديد منها لفترة قصيرة فقط وتم سحبها كلها تقريبًا من السوق بسبب الآثار الجانبية الشديدة. اليوم ، يتم تصنيف أدوية السمنة إلى 3 فئات رئيسية ؛ تلك التي تقلل من الرغبة في الطعام ، تلك التي تمنع امتصاص الطعام من الجهاز الهضمي وتلك التي تزيد من تكلفة الطاقة . **(Polikandrioti , Stefanou , 2009 , 136)**

خلاصة :

تعد السمنة ظاهرة خطيرة لما تخلفه من آثار نفسية واجتماعية في حياة الفرد ، تحديدا في فترة المراهقة لحساسيتها المفرطة ، نظرا للتغييرات التي تحدث خلالها من كل الجوانب ، بالإظافة إلى الإهتمام الكبير الذي تخصصه الفتاة المراهقة لمظهرها الخارجي كتعبير عن شخصيتها .

الفصل الثالث : الألكسيثيميا

تمهيد

1- تعريف الألكسيثيميا

2- مكونات الألكستيميا

3- أنواع الألكسيثيميا

4- أسباب الألكسيثيميا

5- أعراض الألكسيثيميا

6- النظريات المفسرة للألكسيثيميا

7- الألكسيثيميا و الإضطرابات النفسية و الجسمية

8- المظهر الإكلينيكي للألكسيثيميا

9- أدوات قياس اللألكسيثيميا

10- العلاج النفسي للألكسيثيميا

خلاصة

تمهيد :

يعد الوعي بالإنفعالات عاملا مهما في تحقيق توافق الفرد النفسي و الإجتماعي ، و يشير إلى قدرته على إدراك المواقف و المشاعر الذاتية و انفعالات الآخرين و هذا لتحقيق التكيف مع المحيط بشكل إيجابي سوي، و إن أي قصور في التعبير عن هذه المشاعر أو ما يسمى بالألكسثيميا ، قد يؤدي إلى إضطراب في السلوك الإنفعالي لدى الفرد و عرقلة توافقه النفسي و الجسدي و الإجتماعي ، و لهذا سنحاول في هذا الفصل الإلمام بكل ما يتعلق بالموضوع .

1- تعريف الألكسيثيميا :

يعد مفهوم الإلكسيثيميا حرفيا عدم وجود كلمات تصف المشاعر ، و استخدم لأول مرة من قبل **سفينوس (1973)** لوصف غياب العواطف و الخيالات المعروضة من قبل المرضى الذين يعانون من أمراض نفسية جسدية ، فاهتم بدراسة فرضية أن يكون للألكسيثيميا دور في تطوير الأمراض النفسية الجسدية، و تتميز بعدم القدرة على التحديد و التمييز بين المشاعر و الأحاسيس الجسدية و فقر القدرة التخيلية . **(العيدان ،2019 : 110)**

و يشتق مفهوم الألكسيثيميا من الأصل اليوناني **Alexithymia** مكون من ثلاث مقاطع **(A)** و تعني فقدان ، **(Lexi)** و تعني كلمة ، **(Thymia)** و تعني مشاعر أي أنها تشير إلى فقدان الكلام المعبر عن المشاعر . **(رضوان ،2015 : 15)**

كما تعرف **باتريسيا Patricia** الألكسثيميا بأنها صعوبة تحديد و وصف المشاعر الذاتية و مشاعر الآخرين، هذه السمة في الشخصية ترتبط إرتباطا وثيقا باختلالات التنظيم الإنفعالي .**(Eid , 2015 : 2)**

و تعد الألكسيثيميا عامل خطورة للإضطرابات الإنفعالية لاحقا ، و يشير **ألدو و رفقائه Aldao et all (2010)** أن الصعوبة في معالجة و ضبط العمليات الإنفعالية تترافق مع طائفة واسعة من المشكلات النفسية و العقلية ، و تشير الأبحاث إلى وجود علاقة بين الألكسيثيميا و العديد من الإضطرابات مثل : السيكوسوماتية كإضطرابات الجهاز الهضمي، و النفسية كالقلق و اضطرابات الأكل. **(داود ، 2016 : 415)**

تعرف الألكسيثيميا إجرائيا بأنها أحد الإضطرابات النفسية و الإنفعالية و التي تمثل عجزا في المعالجة المعرفية للإنفعالات و تتمثل في عدم القدرة على الكلام حول المشاعر نتيجة تدني الوعي بوجودها أو فهمها أو التعرف عليها ، مصحوبة بضيق أفق الأحلام و الطموحات و التخيل ، مع مشكلات صحية و اجتماعية و نفسية على الشخص . **(بدر، هدية ، البحيري ، 2015 : 6)**

2- مكونات الألكسيثيميا :

2-1- صعوبة تمييز الأحاسيس :

يشير هذا المكون إلى نقص كفاءة الفرد في تحديد أحاسيسه، و الغالب على هذه الأحاسيس أنها تتسم بأعراض جسدية (خفقان القلب ، صداع ....) لكن الفرد لا يمتلك القدرة المعرفية لترجمة هذه الأحاسيس التي خيرها عن طريق الجسد .

2-2- صعوبة وصف الأحاسيس :

يشير هذا المكون إلى نقص كفاءة الفرد فيما يتعلق بالتعبير اللغوي عن الأحاسيس ، و يعود ذلك إلى أن النشاط العصبي الفيزيولوجي ينشط دون حدوث نشاط للنظام المعرفي الذي يشمل المخططات و ذلك عند مرور الفرد بتجربة إحساس أو شعور ، مما يجعله يعاني في وصف ما يمر به .

2-3- التفكير الموجه نحو الخارج :

يشير هذا المكون إلى نقص كفاءة الفرد التأملية و بالتالي يتوجه تفكيره إلى الخارج لعجزه في تحديد و وصف ما يشعر به . (**مهدي ، 2017 : 622**)

3- أنواع الإلكسيثيميا :

يمكن تحديد نوعية صعوبة الأليكسيثيميا من خلال قسمين :

-**الأليكسيثيميا الأولية** : يعتبر **فريبرجر Freyberger (1977)** أول من ميز بين الألكسيثيميا الأولية و الثانوية ، فالأولية عامل مؤدي لظهور للإضطرابات السيكوسوماتية كعامل إستعدادي ، حيث يكون الخلل ضعف في الإتصال بين مناطق اللحاء القشري و القشرة الدماغية ، فتهيأ لتطوير و تطور اضطراب نفسي جسدي ، عن طريق تثبيط التعبير الإنفعالي . (**Monnier , 2011 : 61**)

-**الألكسيثيميا الثانوية** : لا تنشأ عن أساس عصبي و إنما عن خبرات صدمية حيث يرجعها إلى عامل وقائي تفاعلي ضد الأهمية العاطفية و شدة المرض .

(**Salamin, zimmermann,Reicherts , 2008 :122**)

4- أسباب الإلكسيثيميا :

أشارت دراسة **أحمد عبد الخالق و حياة البناء (2014)** إلى أن العجز عن التعبير عن المشاعر يرجع إلى وجود إنفصال وظيفي بين الجهاز الطرفي في المخ و القشرة الجديدة و خاصة المراكز الخاصة بالكلام أو اللغة ، و هناك من يرى أن الأشخاص الذين يعانون من صعوبة التعرف على المشاعر لم يتعلموا التعبير عن إنفعالاتهم لفظيا و ذلك بسبب اضطراب شديد في التطور النفسي الإجتماعي منذ وقت مبكر ، أو بسبب بعض الجوانب المرضية في وظائف المخ أو نتيجة خلل في التواصل بين نصفي المخ . **(دسوقي ، مكي ، 2016: 776)**

5- أعراض الالكسيثيميا :

لخص **تايلور Taylor** سنة **1997** أعراض اضطراب الألكسيثيميا فيما يلي :

1- صعوبة الفرد في تحديد مشاعره : فهو لا يمتلك القدرة على التمييز بين المشاعر الإنفعالية من حزن ، فرح ، غضب ... الخ ، و لا يستطيع تحديدها .

2- صعوبة الفرد في وصف مشاعره : فهو لا يمتلك القدرة على التعبير عن مشاعره لفظيا و يحاول تغيير الحديث عن مشاعره .

3- يفتقر الفرد القدرة على الخيال و التخيل : فهو يعاني من خلل في العمليات التصورية و عجز المخيلة الوجدانية المرتبطة بالصور و الذكريات .

4- يتميز تفكير الفرد بارتباطه بالعالم الخارجي له (الظروف الخارجية) : فهو يستطيع التكيف مع العالم المادي و صاحب تفكير تقليدي و مساير . **(ابراهيم ، الغويري ، 2018 : 210)**

6- النظريات المفسرة للألكسيثيميا :

هناك مجموعة من النظريات التي حاولت أن تفسر السبب وراء حدوث الألكسيثيميا ، و سنستعرض أهمها :

7-1- نظرية التحليل النفسي:

يعتبر التحليليون الألكسيثيميا سمة تكشف عن تفكيرا واقعيا أو عمليا بسبب إخفاق في ترميز الصراعات و استحالة تشكيل صورة ذهنية للجسد، و يتميز المصابون بالألكسيثيميا بنقص في مفهوم الذات

و كبت العدوانية و العواطف بشكل عام ، مما يؤدي في حالات كثيرة إلى اكتئاب أساسي ، لا تظهر فيه أعراض الإكتئاب الإنفعالية و يزيد استعداد المريض للإصابة بالأمراض النفسجسدية . أما الألكسيثيميا كحالة فسببها الخوف من الإصابة بمرض عضوي خطير أو بسبب عوامل إحباطية ، ويعتبر الألكسيثيميا حينها آلية دفاعية تركز على الرفض و الإنكار لتجنب الشخص الخبرة الانفعالية المؤلمة في مواقف الضعف. **(متولي ، 2018 : 117)**

7-2- النظرية الدينامية حسب تايلور :

إن محدودية الأنا فيما يخص القدارت الترميزية وعدم القدرة على ترميز الصراع وبالتالي تحدث حلقة مفرغة تؤدي إلى انقطاع نفسي مباشر حيث يتم اختزال الصراع في الجسد فيظهر نوع من التفكير العملي الذي يقطع العلاقة مع أي تمثيل نفسي بدون عواطف فيظهر هناك عجز في الأنا فلا يستطيع تحقيق إرصان. بحيث يكون تصعيد للنشاط الانفعالي الداخلي والذي من نتائجه ظهور الإجهاد الذي يتحول إلى أعراض جسدية ، هذا النشاط يختلف عن النشاط المتعلق بالهستيريا التحويلية الذي أساسه يكون راجع إلى القمع الإرصان الهوامي ، بينما النشاط العقلي السيكوسوماتي للأشخاص الذين يعانون من الألكسثيميا راجع إلى نموذج العجز الذي يظهر سيروارت عقلية لا واعية والخوف من الصراع يستوجب الجسدنة بدلا من الآلام النفسية لذلك فالفرد الذي يعاني من الألكسيثيميا يتميز بعدم التلذذ وانكار الألم وكل العواطف المتعلقة باللذة ، فهو خالي من المعلومات الحسية العاطفية التي من شأنها أن تحمي الفرد من الخطر الحالي الذي يهدد الأنا فيفسر الوضعيات الخارجية بنشاط عقلي يتميز بالخضوع . أما العواطف و وضعيات الشدة و فقدان الأمل تظهر و كأنها مسيرة من طرف التعقيل و لكن العكس ، فتظهر على أساس بيولوجي أو على أساس سلوكي ، أما فيما يخص القلق قد يكون موجود و يشير إلى هذه الوضعيات الصعبة أو غير المتواجدة أو غير المرئية نتيجة الخوف من الصراع فيستعمل الأفراد الذين يعانون من الألكسيثيميا إنكار كل معاش غير حالي و يعتمدون سوى على المعاش البيولوجي الفيزيولوجي و استثماره بطريقة كبيرة .

(فاسي ، 2016 : 93)

7-3- النموذج العصبي المعرفي:

أكد مكلاين **McLean** ومنذ **1949** فرضية إصابة المرضى النفسجديين بعجز دماغي وظيفي في توصيل المعلومات من المخ الشمي إلى مراكز اللغة في قشرة الدماغ وهو ما أكدته مدرسة بوسطن **(sifreos,Nermiah)** . ويدعى هاذا التفسير بالنموذج العمودي أما النموذج الأفقي فيتبنى فرضية

اضطراب التوصيل بين نصفي الدماغ الأيمن والأيسر حيث لاحظ الباحثون ظاهرة التكتم لدى المصابين بظاهرة المخ المشطور split brain حيث يعجز نصف الدماغ الأيمن المسؤول عن الإدراك الانفعالي في إيصال المعلومات إلى النصف الأيسر المسؤول عن اللغة والتعبير. وتجمع الدراسات الحديثة على أن الألكسيثيميا ليست فقط عجزا في القدرة على التعبير عن العواطف باستخدام ألفاظ اللغة بل يتضمن عجزا أساسيا في التجهيز المعلوماتي الانفعالي emotional processing deficit وأن نموذج المخ المشطور غير كاف لتفسير ظاهرة الألكسيثيميا. (**قريشي ، زعطوط ، 2008 : 211**)

7-4- نظرية التعلم الاجتماعي :

يعتبر **مالينوكرودت** و **كنج ، وكبل mallinockrodt, King &kable** من أوائل الباحثين الذين اهتموا بتفسير الألكسيثيميا تفسيرا إجتماعيا، حيث يروا أن الخلل الوظيفي للبيئة الأسرية يؤثر على معاناة الفرد من الألكسيثيميا فيما بعد، وقد وجدت ارتباطات بين الخوف من الإنفصال ، و الخوف من ترك المنزل و القلق من هجر العائلة و بين سمات الألكسثيميا ، كما أن المناخ الأسري الذي يميل فيه سلوك الأبوين إلى وضع الطفل تحت ضغط الخوف من الإنفصال ، و عدم قيام الأب بدوره الناضج و قيامه بأشياء من قبيل إخبار الطفل بأسرار غير ملائمة ، فكل ذلك يؤدي إلى صعوبة لدى الطفل في تحديد مشاعره في مرحلة لاحقة . (**الفقهي ، بركات ، جاد الله ، 2019 : 576**)

7-5- نظرية هنري كرستال :

ظهرت هذه النظرية في عام **1988** على يد الباحث الألماني **كرستال Christel** ، حيث حاول عن طريق هذه النظرية وصف طبيعة النمو الوجداني للطفل و أثر صدمات الطفولة على هذا النمو و قدرة الطفل على التعبير عن وجدانه و مشاعره و انفعالاته بشكل طبيعي أي بشكل لفظي (بصورة كلمات أو تعبيرات لفظية) أو بشكل غير لفظي (عن طريق تعبيرات الوجه) و كذلك فإن النمو الوجداني للطفل يظل طبيعيا إلا إذا تعرض لبعض الصدمات النفسية في هذه المرحلة (مرحلة الطفولة) تتمثل هذه الصدمات بفقدان أحد الوالدين و يطلق **كرستال** على هذا النوع من الصدمات بالحادة ، أما الصدمات البسيطة تتمثل في إهمال رعاية الطفل في هذه المرحلة ، أو رفض الأسرة لطفل حيث تعمل هذه الصدمات على إعاقة النمو الطبيعي للوجدان والمشاعر .

لهذا يرى **كرستال** أن الألكسيثيميا إضطراب نفسي يرجع إلى تثبيط في النمو الطبيعي للوجدان و المشاعر في المراحل الأولى من حياة الطفل مما يؤدي إلى اختلال وظيفي في الوظائف الوجداني و المعرفية الخاصة بمعالجة المشاعر التي تعوق فهم و تعرف الفرد على مشاعره ، و كذلك وجود صعوبة في الوصف و التعبير اللفظي نتيجة نقص في وعيه بانفعالاته ، و التمييز بين المشاعر و الأحاسيس الجسمانية . (**العاني ، الشمري ، 2017 : 588**)

7- الألكسيثيميا و الاضطرابات و المشكلات النفسية و الجسمية :

ترتبط الألكسيثيميا بعدد كبير من الأمراض مثل : اضطرابات المزاج ، و اضطرابات الأكل ، و الإلتهاب الروماتيزمي ، و الإدمان ، و أمراض القلب ، و الأوعية الدموية و داء السكري ، و مرض التهاب الأمعاء، و السرطان ، و مرض الجهاز التنفسي ، والألم المزمن ، كما ترتبط الألكسيثيميا باضطرابات و مشكلات نفسية مختلفة منها : القلق ، و الإكتئاب و الفصام و عدم الرضا عن الحياة و الأرق و مشكلات النوم ، و اضطرابات الهلع " الذعر " ، و اضطراب الوسواس القهري ، و العدوان . (**مظلوم، 2017 : 156**)

8- المظهر الإكلينيكي للألكسثيميا :

يصف **Nerniah & Sifneos** المظهر الإكلينيكي للألكسيثيميا ، ويشيران إلى شكل من الإتصال الذي يتميز بغياب أو نقص التفكير الرمزي، يؤدي إلى عدم بروز الوضع الداخلي ، مشاعرهم ، رغباتهم ونزواتهم. وقد سعى الباحثان لوصف المصابين بالألكسثيميا بأنهم أشخاص كئيبين ، جامدين بلا حياء مملين وغير معبرين يجدون صعوبة كبيرة للتعرف ووصف أحاسيسهم الخاصة ، يتعذر عليهم التمييز بين حالتهم الإنفعالية والأحاسيس الجسدية ، كلامهم نثري ومبتدل غير مشوق ولا يثير الاهتمام ، نفعي، يهتم بتفاصيل الأحداث الخارجية ، يتمثل في نمط من التفكير الموجه نحو التفاصيل الخارجية للحياة اليومية مقابل توجهه نحو الهوامية ونحو الأحاسيس أو التجارب الداخلية .

ويشير الباحثان إلى أنه قد تظهر لدى هؤلاء نوبات الغضب والبكاء لكن دون القدرة على التعبير عما يخالجهم من أحاسيس ، وغالبا ما يلجئون للمرور إلى الفعل للتعبير عن إنفعالاتهم أو لتجنب الصراعات لديهم القليل من الأحلام و الهوامات ، وأن تمكنوا من تذكر أحلامهم فإما أن يكون محتواها عقلي واضح وقديم ، أو أن تتبع مظهر السيرورات الثانوية لكن خالية من الألوان و الغرابة و الترميز الذي يميز أحلام السيرورات الأولية ، يظهر لديهم تكيف سطحي ، ويظهرون درجة عالية من الإمتثالية الإجتماعية يشبهون

الرجل الآلي ، يتطورون في الحياة بطريقة ميكانيكية وكأنهم يتبعون إرشادات كتيب التعليمات ، فاقدين الإتصال بواقعهم النفسي ، وهوما يظهره غياب حركات الوجه كما أكده **Nemiah** . وكونهم لا يتعرفون على مشاعرهم الخاصة فهم لا يتعرفون على مشاعر الآخر ما يبعث لإدراكه كازدواج لذواتهم .

(حافزي ، بخوش ،2019 : 127)

9- أدوات تشخيص الألكسيثيميا :

تقاس الألكسيثيميا بعدة طرق أهمها الطرق الإسقاطية و المقابلة التشخيصية ، و قوائم الإختبار ، و تعد هذه الأخيرة أكثر الطرق إستخداما ، و سنعرض أهم هذه الطرق :

9-1- مقياس تورونتو للألكسيثيميا : (TAS).

في مواجهة عدم وجود مقاييس صالحة لتقييم الألكسيثيميا ، طور فريق من جامعة تورنتو في منتصف الثمانينيات برنامجًا للبحث النظامي جعل من الممكن إنشاء والتحقق من مقياس مكون من 26 عنصرًا يُعرف باسم اسم "مقياس تورونتو ألكسيثيميا" (TAS) ، حدد تايلور ورايان وباجبي (1985) خمسة أبعاد للألكسيثيميا ، (1) صعوبة وصف الحالات العاطفية، (2) صعوبة للتمييز بين المشاعر الذاتية والأحاسيس الجسدية أثناء التنشيط العاطفي ، (3) عدم الاستبطان ، (4) التوافق الاجتماعي ، و (5) فقر الحياة الخيالية. بعد ملاحظات عديدة ، تم إنشاء مقياس جديد (TAS-20) يتضمن ثلاثة أبعاد يتم تفسيرها على التوالي : صعوبة في تحديد الحالات العاطفية ، صعوبة وصف الحالة العاطفية للمرء و للآخرين ، التفكير المتوجه نحو الخارج . (**Luminet , Taylor , Bagby , 2003 : 6**)

9-2- مقياس للألكسيثيميا إختبار مينوسوتا المتعدد الأوجه للشخصية: the MMP Alexithymia Scale :

يعد من أهم مقاييس التقدير الذاتي تم تطويره من طرف **kilger kinsman 1980** و يشتمل هذا المقياس على 22 بندا ، له خصائص سيكومترية ضعيفة لا يمكن لهذا المقياس أن يدعم صلاحية قياس الألكسيثيميا، ولا يمكن أن يوصى به لأغراض بحثية و إكلينيكية .

9-3- مقياس تشالنج للشخصية the schalling-sifneos personality scale

قام بتصميم هذا المقياس **سيفنويس sifneos 1986** ، حيث يتكون من 20 بندا، تم تصنيف البدائل على مقياس ليكرت (أربع نقاط) . يتمتع المقياس بثبات مقبول عن طريق إعادة التطبيق بعد أسبوعين، كما أثبت بعض الدراسات الصدق العاملي للمقياس حيث أظهر أربعة عوامل متباينة مع البناء النظري للألكسيثيميا، و من الجدير بالذكر أن هذه الدراسات العاملية أشارت إلى إستخراج العامل الأساسي الألكسيثيميا "صعوبة في وصف الشعور" و في وقت لاحق قام سيفنيوس بتغييرات عديدة في بنود المقياس و كان تحت اسم مقياس شالنج SSPS-R. و تم حساب خصائصه السيكومترية في دراسة على عينة من النساء المصابات بمرض الشره العصبي أو البوليميا (bulimia nervosa) فتميز بصدق تلازمي جيد من مقياس ترونتو للألكسيثيميا TAS 20 . و سجل مستوى دلالة لصالح عينة مرضى البوليميا مقارنة مع العينة الضابطة .

9-4- مؤشرات رورشاخ الألكسيثيميا :

إقترح كل من **اكلاين و برنات 1987** مؤشرات نوعية للرورشاخ بغرض قياس الألكسيثيميا ، تعتمد على قدرة الرورشاخ لقياس النمط المعرفي الإدراكي الحسي و قدرات الخيال، و الإستجابات العاطفية، كما إفترض الباحثان نمط الشخصية الألكسيثيمية تتمثل في : إنخفاض إنتاج الإستجابات، و ضعف الحركة الإنسانية بحيث تمثل هذه المؤشرات فقر في القدرة على الخيال، و محدودية الإستجابات العاطفية الإنفعالية. و هناك أيضا عدم تكيف و انخفاض في استعمال اللون . كما لاحظ الباحثان أن مجموع هذه المؤشرات السابقة الذكر يمكنها أن تميز المرضى السيكوسوماتين و المكتئبين. (**زين العابدين ، 2016 : 40**) ساهم كل من **بورسلي و ميورة (2010)** في تطوير أداة تعتمد على النظام الشامل للرورشاخ سموها بمقياس الرورشاخ الألكسيثيميا تعتمد هذه الأداة على تجميع بعض متغيرات الرورشاخ تمثل أربعة جوانب أساسية هي: الخيال و العاطفة و الإدراك و العلاقات البينشخصية. و في دراسة لهم على عينة من المرضى قام الباحثان بورسلي و ميورة بإيجاد العلاقة بين هذه المتغيرات المذكورة و أبعاد مقياس تورنتو للألكسيثيميا (صعوبة تحديد المشاعر ، صعوبة وصف المشاعر، التفكير المتوجه نحو الخارج) ، كما خلصت إلى أن هناك علاقة إرتباطية بين متغيرات الرورشاخ و مقياس تورنتو للألكسيثيميا. (**زين العابدين ،2016 : 40**)

10- العلاج النفسي الألكسيثيميا :

من بين العلاجات العديدة نذكر :

10-1- العلاج الفردي : إقترح العديد من الأطباء و الأخصائيين العلاجات الديناميكية النفسية لمرضى الألكسيثيميا التي تركز بشكل عام على طرق الإتصال بين الفاحص و المفحوص . كما أشار كريستال إلى أنه من الضروري أن يقدم المعالج توضيحات تصف للمصابين بالألكسيثيميا صعوباتهم مع تجاربهم العاطفية و الآثار الجسدية و الفيزيولوجية الناتجة عنها ، كما يساعد المفحوص على التعرف و التمييز و تحمل التجارب العاطفية ، الذي يعتبر سيرورة متطورة تسمح للمفحوص التعبير عن انفعالته بالكلمات ، بدلا من الألم الجسدي . من الأفضل أحيانا الإعتماد على العلاجات النفسية التربوية مع البعض المرضى الذين يتميزون بمستوى عالي من الألكسيثيميا ، حيث يجب أولا تطوير مفردات اللغة لديهم للتعبير عن الإنفعالات، ثم تعليمهم قراءة إنفعالات و مشاعر الآخرين ، بعد ذلك الحفاظ على التاريخ الشخصي ، و تطوير الكفاءة في استخدام القدرات العاطفية و الإنفعالية المكتسبة . **(فاسي ، 2016 : 112)**

10-2- العلاج عن طريق التنويم المغناطيسي :

إن تقنية التنويم المغناطيسي من شأنها أن تكون علاج للأفراد الذين يعانون من الألكسثيميا حيث استخدمها كل من **Luminet , Hanin , Gay** , سنة **(2008)** و طبقت على مجموعة من الطلاب الذين يعانون من الألكسثيميا لمدة ثمانية حصص ، و بعد الإنتهاء من العلاج ظهر هناك انخفاض لمعدلات الألكسثيميا لديهم ، مع تحسن للحالات المزاجية التي كانت تابعة لمتغير الألكسثيميا ، فالتنويم المغناطيسي يعطي نتائج إيجابية خاصة لدى الأفراد الذين يعانون من الألكسثيميا الشديدة ، فهو يسمح للفرد بالوعي بحالته الإنفعالية و يسهل العلاقة العلاجية و من بين النتائج التي ظهرت أيضا لدى هؤلاء الطلبة تنمية قدرات الإستبطان . **(فاسي ، 2016 : 112)**

10-3- العلاجات الجماعية :

تعتبرالعلاجات الجماعية تكميلية للعلاجات الفردية للأشخاص الذين يعانون من الألكسثيميا، فالمجموعة تسمح للفرد بالتعرف على الخبرات الإنفعالية و فهم المعاش العاطفي إنطلاقا من العلاقات الشخصية التي يطورها أثناء الحصص العلاجية . و من المهم أن تمنح المجموعة للفرد دور السند و الدعم الذي يساعد الفرد على التعبير عن إنفعالاته و ردود فعله خاصة العدوانية وجها لوجه ، الذي يكون نتائج متعلقة بالنقص

الموجود في التقمص العاطفي. كما يقوم المختص بالتركيز على دور الاتصال بين مختلف أفراد المجموعة . **(فاسي ، 2016 : 114)**

10-4- العلاج الجسدي :

يتميز الأشخاص الذين يعانون من الألكسيثيميا بانخفاض في تفسير الأحاسيس الجسدية ، بمعنى الأحاسيس الجسدية المصاحبة للتفعيل الإنفعالي و هذا راجع إلى المستوى المحدود للوعي بالذات و بالمعالجة المعرفية للإنفعالات بالإضافة إلى مشكل العجز في القدرات الإدراكية للتعبير عن الحالة الذاتية ، و كذلك جانب التوازن و الحركات الوضعية ، الذي يدل على العجز بالوعي بالجسد و الذي يحتوي على مكونات معرفية مرتبطة بمعارف مختلفة بأجزاء من الجسد ، و معرفة الميكانيزمات الفيزيولوجية و المكونات الإنفعالية المرتبطة بالعادات و العواطف ، ف "Olivier Luminet" يذكر أن هناك عامل خاص في هذا المجال من أجل تطوير الوعي و الإدراك الجسدي للأشخاص الذين يعانون من الألكسيثيميا من أجل الوصول إلى مستوى إدراكي للنشاط الجسدي ، أين يسمح التدليك الجسدي التركيز على الوضعية الجسدية و التنسيق العضلي و التنفس و اكتشاف حدود الجسم ، و القدرة على إرخاء العضلات و تبديل النشاط الحركي ، تظهر نتائج هذا العلاج خاصة عند الأفراد الذين يعانون من تناذر القولون العصبي الملتهب و اضطرابات السيرة الغذائية ، هذه الطريقة تظهر نتائج إيجابية ليست فقط على الألكسيثيميا و إنما أيضا على بعض العوامل مثل نقص الإستبصار ، و في حالة عدم القدرة على التعبير الإنفعالي .(**Olivier, Nicolas, 2013: 141**)

خلاصة :

نستخلص مما تعرضنا إليه أن للألكسيثيميا تأثير على الحياة النفسية و الجسدية للفرد ، باعتبارها آلية دفاعية تجاه الأحداث الضاغطة أحيانا ، و عامل مفجر من جهة أخرى باعتبارها نقص في التعبير عن المشاعر و اضطراب في الحالة الإنفعالية ، و يرجع هذا إلى أسباب و عوامل عديدة ، و نظرا لأثرها على الفرد تم التطرق إلى العديد من العلاجات التي من الممكن أن تحسن من النشاط العقلي .

الجانب التطبيقي

الفصل الرابع : الإجراءات المنهجية للدراسة

تمهيد

1- الدراسة الإستطلاعية

2- منهج الدراسة

3- حدود الدراسة

4- حالات الدراسة

5- أدوات الدراسة

خلاصة

تمهيد :

تعتبر مرحلة ضبط و تحديد الإجراءات المنهجية للدراسة خطوة أساسية لا يمكن بأي حال من الأحوال الاستغناء عنها ، و في أي دراسة علمية دقيقة ، و ذلك نظرا لما تتضمنه هذه الخطوة من نقاط يستوجب على الباحث التحصن بها خشية الحياد عن الصفة العلمية خاصة على المنهج و العينة و الأدوات المستخدمة ، فإذا حدد الباحث المراحل المنهجية بدقة فهو في إطار إعداد بحث علمي سليم .

1- الدراسة الإستطلاعية :

تعتبر الدراسة الإستطلاعية مرحلة ضرورية للبحث العلمي ، فقد عرفها (**مروان ، 2000 : 39**) على أنها : "الدراسة التي تهدف إلى استطلاع الظروف المحيطة بالظاهرة التي يرغب الباحث دراستها ، والتعرف على أهم الفروض التي يمكن إخضاعها للبحث العلمي" ، فهي تعتبر مرحلة أولية تسبق التطبيق الفعلي لأدوات الدراسة . (**بن صالح ، 2016 : 145**)

خطوات الدراسة الإستطلاعية : كانت خطوات الدراسة الإستطلاعية كما يلي :

- البحث عن حالات تتوفر فيهن المواصفات اللازمة لإجراء الدراسة (السن ، الجنس ، اضطراب السلوك الغذائي – السمنة –) .

- إجراء مقابلات مع حالات الدراسة التي تعاني من السمنة .

2- منهج الدراسة :

المنهج هو مصطلح يطلق على الأسلوب الذي يجرى اعتماده في تناول المباحث النظرية أو إجراء البحوث عليه . (**القيسي ، 2006 ، ص 38**)

و بما أن الدراسة تركز على التعمق في الحالات الفردية ، فان المنهج الذي تم اتباعه هو المنهج العيادي . وهو الدراسة العميقة للحالات الفردية بصرف النظر عن انتسابها للسوية أو المرض . (**شقير، 2002 ، ص 41**)

حيث يساعدنا على فهم سلوك الأفراد و مواقفهم ، إلى جانب جمع البيانات الخاصة لكل حالة عن طريق تقنيات مختلفة ، من بينها تقنية دراسة الحالة . هذه الأخيرة تعرف بأنها : الوعاء الذي ينظم فيه

الإكلينيكي كل المعلومات و النتائج التي تحصل عليها . (**لقوقي ، 2016 : 144**) . و لأنه يتناسب مع دراستنا و طبيعة العينة و حساسية مرحلة المراهقة .

أهم ما يميز هذا المنهج أنه يمكن الباحث من النفاذ إلى أعماق الظواهر أو المواقف التي يقوم بدراستها ، بدلا من الاكتفاء بالجوانب السطحية . (**عقيل ، 1999 ، ص 140**)

3- حدود الدراسة :

3-1- الحدود المكانية : تمت الدراسة الميدانية في مدينة بسكرة .

3-2- الحدود الزمانية : امتدت هذه الدراسة خلال شهر أوت 2020 .

3-3- الحدود الموضوعية : إقتصرت هذه الدراسة على :

- **علم النفس العيادي :** يعرف **مصطفى كامل عبد الفتاح** علم النفس العيادي بأنه أحد فروع علم النفس يدرس الفرد في حالة السواء و اللاسواء بالمنهج العيادي الذي يقوم بدراسة الحالة أي الفرد دراسة كلية شاملة. **(العيسوي ، 1992 :17)**

- **علم النفس الصحة :** يهتم بدراسة العمليات النفسية في الصحة و المرض و الرعاية الصحية، و يدرس الإختصاصيون النفسانيون للصحة العوامل السلوكية المرتبطة بالحفاظ على الصحة ، و اكتشاف كيفية مساعدة المرضى على التوافق مع مرضهم و الشفاء منه . (**شويخ ، 2016 : 11**)

4- حالات الدراسة : تكونت عينة الدراسة من ثلاث حالات مراهقات يعانين من السمنة و يتراوح المدى العمري لهن بين 15 – 19 سنة ، و هن موزعات كالتالي :

جدول (02) يمثل خصائص حالات الدراسة .

الحالات	السن	الطول	الوزن	مؤشر كتلة الجسم	نوع السمنة
الحالة 1	15	1.55	103	42.91	سمنة مفرطة
الحالة 2	19	1.60	110	42.96	سمنة مفرطة
الحالة 3	16	1.70	138	47.75	سمنة مفرطة

و قد تم إختيار هذه الفئة العمرية من المراهقات تحديدا لاعتبارهن لم يصلن إلى سن الرشد أين يحدث التكيف.

5- أدوات الدراسة :

5-1- المقابلة العيادية النصف موجهة :

تعتبر المقابلة العيادية من التقنيات الأساسية لدراسة الحالة وفهم معاش الفرد ، إستدلالاته ودوافعه ، تعرفها **C Cyssau** : " فعل إتصالي بمعنى تبادل الكلام بين الأشخاص مع واحد أو أكثر في حالة المقابلة مع الأفواج فالمقابلة العيادية إذا عبارة عن لقاء يتم بين الأخصائي النفسي القائم بالبحث وبين الفرد أو موضوع البحث في هذا اللقاء يتم ثبات الحديث بينهما تقع على الأخصائي مهمه توجيه الحديث وقيادة المقابلة بحيث يتم خدمة الغرض منها المتمثل في الوصول إلى عمق الشخصية ومستوياتها اللاشعورية وكوامن دوافعها واستعداداتها . وقد إعتمدنا في بحثنا على المقابلة النصف موجهة بهدف السير في اتجاه واضح وضبط للأسئلة مع المحافظة على حرية تعبير الحالة عن رغباتها. (**شطاح ، 2011 : 121**)

تشمل المقابلة على محاور ذات علاقة وثيقة بعنوان البحث و الإشكالية و الفرضيات و المؤشرات و الوحدات و العناصر و خطة البحث . كما تكون المحاور مقسمة تحت عناوين تبعا لخطة أو لفرضيات البحث . (**زرواتي ، 2018 ، 170**)

و قد احتوت المقابلة العيادية في دراستنا على ثلاث محاور :

المحور الأول : البيانات الشخصية .

المحور الثاني : تاريخ الحالة .

المحور الثالث : أبعاد الألكسيثيميا (صعوبة تمييز المشاعر ، صعوبة وصف المشاعر ، التفكير الموجه نحو الخارج) .

5-2- مقياس الألكسيثيميا : (TAS)

هو مقياس يكشف عن مدى صعوبة وصف الإنفعالات و الأحاسيس أعده فريق تورنتو (**Taylor et all , 1986**) في بادئ الأمر كان يحتوي على 26 بند و لكن تم تعديله إلى 20 بند و يقيم فيه المفحوص ذاتيا عن طريق مجموعة من الأسئلة تتكون من ثلاث محاور أساسية يقوم فيها الفرد بتقييم درجاته، و هي كالتالي :

- صعوبة وصف المشاعر و هذا المحور يتكون من 5 بنود و الخاصة بالأرقام : 2-4-7-12-17 .

- صعوبة التعرف على المشاعر و الإنفعالات : و يتكون هذا المحور من 7 بنود و الخاصة بالأرقام : 1-3-6-9-11-13-14 .

- التفكير الموجه نحو الخارج و يتكون هذا المحور من 8 بنود و الخاصة بالأرقام : 5-8-10-15-16-18-19-20 .

يحتوي المقياس على 05 بدائل منقطة من 1-5 .

أما مقياس المفتاح فقد حدد بنا يلي : إذا تحصل الفرد على أكبر أو يساوي 56 ألكسثيميا عالية ، إذا تحصل على أكبر من 44 و أصغر من 56 يعني 45 إلى 55 ألكسثيميا متوسطة ، إذا تحصل على أصغر أو يساوي 44 لا توجد ألكسثيميا . يتمتع المقياس باتساق داخلي جيد حيث (ألفا كرونباخ>0.70) كما يتمتع بالصدق . (**زين العابدين ، 2009 : 99**)

- درجات المقياس و طريقة التصحيح :

تتوزع هذه العبارات (20 عبارة) على متصل واحد بأسلوب ليكرت (5 مستويات من الإستجابة) على النحو التالي :

- (تنطبق تماما 5) - (تنطبق 4) - (غير متأكد 3) - (لا تنطبق 2) - (لا تنطبق أبدا1) .

و كلما ازداد الوزن الرقمي دل ذلك على وجود سمة الألكسيثيميا لدى الشخص و العكس صحيح .

و يوجد بالمقياس (5) فقرات سالبة هي أرقام 4 ، 5 ، 10 ، 15 ، 18 ، و تكون الدرجة عكس الأوزان الرقمية المذكورة و تصبح الدرجات في هذه الحالة على النحو التالي :

(تنطبق تماما 1) – (تنطبق 2) – (غير متأكد 3) – (لا تنطبق 4) – (لا تنطبق أبدا 5) .

و مجموع درجات المقياس تساوي عدد درجات الإستجابات لكل الفقرات العشرين .

– الدرجة أقل من (51) تساوي عدم وجود الألكسيثيميا .

– الدرجات من (52 – 60) الألكسيثيميا متوسطة .

الدرجات أكبر من (61) وجود الألكسيثيميا . (**الفحل ، 2016 : 20**)

– الخصائص السيكومترية لمقياس الألكسيثيميا : (Tas–20) :

– الصدق :

لقد اعتمدناعلى مقياس تورنتو للألكسيثيميا (TAS–20) من طرف الباحثة **حنان زاغز (2014)** في أطروحة الماجستير و المعنونة ب : **الدلالات النفسية و السوسيوثقافية للمنتوج اللغوي اللفظي و الغير لفظي لدى نزلاء المؤسسات العقابية** ، و التي قامت بحساب صدق المقياس بالطرق التالية :

– **صدق المحكمين :** بعد الحصول على إذن من مصمم ومعد مقياس (Tas–20) تايلور "Taylor" ، بترجمته من اللغة الإنجليزية إلى اللغة العربية ، تم عرضه في صورته الأولية على أساتذة متخصصين في الترجمة للتحقق من اللغة العربية إلى اللغة الإنجليزية ، بغرض القيام بترجمة عكسية إلى اللغة الإنجليزية للنسخة العربية التي سبق و أن ترجمتها ، ثم إجراء التعديلات المناسبة بناء على الخطوتين السابقتين قامت بإنجاز الخطوة الأخيرة والمتمثلة في عرض المقياس في نسخته العربية المترجمة على بعض أستاذة علم النفس للتأكد من مدى ملائمة البنود لقياس ما وضعت لقياسه في النسخة الأصلية .

– **صدق الإتساق الداخلي :** وقد قامت الباحثة بحساب صدق الإتساق الداخلي للمقياس ، من خلال إيجاد معاملات الإرتباط لكل بند من بنود المقياس (المحاور) مع الدرجة الكلية لهذا المقياس ، تجدر الإشارة إلى أن حساب الخصائص السيكومترية لمقياس (Tas–20) تم إجراءها على عينة قوامها (240) فرد . (**زاغز ، 2014 : 122**)

-جدول رقم (03) يبين معاملات الإرتباط لكل بند من بنود المقياس مع الدرجة الكلية لمقياس تورنتو للألكسيثيميا Tas-20 :

رقم البند	معامل ارتباط البند بالدرجة الكلية للمقياس	مستوى الدلالة	رقم البند	معامل ارتباط البند بالدرجة الكلية للمقياس	مستوى الدلالة
1	0.74**	0.000	12	0.78**	0.000
3	0.67**	0.000	17	0.72**	0.000
6	0.71**	0.000	5	0.95**	0.000
7	0.58**	0.000	8	0.49**	0.000
9	0.74**	0.000	10	0.62**	0.000
13	0.62**	0.000	15	0.75**	0.000
14	0.62**	0.000	16	0.80**	0.000
2	0.76**	0.000	18	0.74**	0.000
4	0.78**	0.000	19	0.80**	0.000
11	0.66**	0.000	20	0.71**	0.000

دلالة عند مستوى 0.0001

حساب الثبات : تم حساب الثبات بطريقتين هما :

- **ألفا كرونباخ** :

جدول (04) يبين حساب الثبات لمقياس الألكسيثيميا (Tas-20) :

مقياس Tas-20	ألفا كرونباخ	عدد العبارات
الدرجة الكلية	0.88	20

- حساب الثبات بطريقة التطبيق و إعادة التطبيق :

طبقت على عينة إستطلاعية بفاصل زمني (15) يوم ، حيث بلغ معامل الثبات بين التطبيقين (ر=0.92) و هو معامل ثبات قوي و عال بين درجات المقياس الأول و التطبيق الثاني عند مستوى دلالة (0.01) مما يشير إلى ثبات المقياس مع الزمن . (**زاغز ، 2014 : 124-126**)

خلاصة :

لقد تم في هذا الفصل التطرق إلى إجراءات الدراسة الميدانية من خلال تبني المنهج العيادي تحديدا منهج دراسة الحالة كونه منهجا شاملا يساهم في الوصول إلى نتائج موضوعية ، كما تم إجراء الدراسة الإستطلاعية للتأكد من صلاحية أدوات الدراسة للتطبيق على الحالات ، حيث تمثلت أدوات الدراسة في المقابلة العيادية النصف موجهة و مقياس تورنتو للألكسيثيميا (Tas-20) بهدف التعرف على مستوى الألكسيثيميا لدى المراهقات المصابات بالسمنة .

الفصل الخامس : عرض و تحليل و مناقشة النتائج

تمهيد

1- عرض وتحليل نتائج الدراسة

2- مناقشة و تحليل نتاتج الدراسة

2- الإستنتاج العام

تمهيد :

في هذا الفصل سوف نقوم بعرض و مناقشة النتائج المتحصل عليها من الدراسة الميدانية التي أجريت مع الحالات الثلاث بمدينة بسكرة ، و التي تسعى للكشف عن مستوى الألكسيثيميا لدى المراهقات المصابات بالسمنة ، بعد أن تم تحليل نتائج أداتي الدراسة . و في ما يلي عرض و مناقشة هذه النتائج :

1- عرض و تحليل نتائج الدراسة :

1-1- عرض الحالة الأولى :

الاسم : خ

السن : 15 سنة

المستوى التعليمي : الرابعة متوسط

الحالة الاقتصادية : متوسطة

عدد الإخوة : 3

الطول : 1.55

الوزن : 103 كغ

نوع السمنة : سمنة مفرطة

1-1-2- ملخص المقابلة :

الحالة (خ) فتاة مراهقة تبلغ من العمر 15 سنة مصابة بالسمنة المفرطة ، و ذلك حسب مؤشر كتلة الجسم 42.91 و هي سمنة مكتسبة ، تتميز الحالة بقصر طولها نوعا ما و امتلاء بعض المناطق من جسمها بشكل ملحوظ و تكتل الدهون في منطقة البطن خاصة ، تحتل المراهقة المرتبة الثانية من بين إخوتها الثلاثة (فتاة وذكرين) تدرس في طور المتوسط (الرابعة متوسط) ، المستوى الاقتصادي للعائلة متوسط مما لا يسبب أي مشاكل مادية ، علاقتها مع أفراد الأسرة يسودها التوتر ومشاعر متناقضة تتجلى في عدم التواصل العاطفي بين الأسرة خاصة مع الأم و الأخت الكبرى مما سبب لها شعورا بالدنو و التهميش ، تفتقر

الحالة للتواصل الإجتماعي و سوء التكيف مع المحيط مما يؤدي لشعورها بالوحدة و العزلة ، و تشعر بالإنزعاج الشديد من تصرفات الآخرين و تعليقاتهم المؤلمة حول شكل جسمها ، لكنهت تفضل السكوت و عدم الرد لشعورها بالنقص ، تعاني كذلك من سوء في تقدير الذات . تشكو الحالة من عدم القدرة على التعبير على مشاعرها بطلاقة لوجود اضطراب في الانفعالات الداخلية ، كما أقرت الحالة أنها لا تضع تأملات مستقبلية و هذا يرجع لانعدام الدور و القيمة الإجتماعية للحالة .

1-1-3- عرض و تحليل نتائج المقياس :

بعد تطبيق مقياس تورنتو للألكسيثيميا (TAS-20) مع الحالة (خ) تحصلت على درجة مرتفعة و هي 70 من درجة كلية (100) ، فقد تبين أن لديها مستوى عالي من الألكسيثيميا و هي درجة محصورة حسب المقياس بين (61 فأكثر) و بذلك ارتفاع في مستوى الألكسيثيميا .

كانت معظم إجابات الحالة في اختيار البديل (أوافق بشدة) ، في البنود الخاصة بمحور صعوبة تمييز المشاعر حيث تحصلت على (26) درجة من (35) ، و كذلك محور وصف المشاعر حيث تحصلت على (19) درجة من (25) .

أما بخصوص العبارات الخاصة بالتفكير المتجه نحو الخارج فقد تحصلت على درجة متوسطة تقدر ب: (25) من الدرجة الكلية (40) .

1-1-4- التحليل العام للحالة :

من خلال المقابلة العيادية النصف موجهة و من خلال تطبيق مقياس تورنتو للألكسيثيميا (TAS-20) توصلنا إلى أن الحالة لديها مستوى عالي من الألكسيثيميا ، و قد تبين ذلك من خلال الدرجة العالية المتحصل عليها من خلال تطبيق المقياس ، حيث تحصلت الحالة على درجة (70) درجة من (100) أي ارتفاع في مستوى الألكسيثيميا .

و هذا ما استنتجناه أيضا من المقابلة ، حيث تبين لنا أن الحالة المصابة بالسمنة المفرطة تعاني من الألكسيثيميا وهي في حالة نفسية متدهورة نظرا لاستخدامها ميكانيزم الكبت خلال إجراء المقابلة و كذلك جراء القيام بالفحوصات الطبية المتكررة خوفا من الإصابة ببعض الأمراض المصاحبة لزيادة الوزن (داء السكري ، الكوليستيرول ، أمراض القلب ...) .

كما لاحظنا سوء العلاقة مع أفراد الأسرة و ذلك في قولها : " **نكرهم كل** " ، حيث يعتبر **مالينوكرودت و كنج، وكبل** من أوائل الباحثين الذين اهتموا بتفسير الألكسيثيميا تفسيرا إجتماعيا، **و يرون أن الخلل الوظيفي للبيئة الأسرية يؤثر على معاناة الفرد من الألكسثيميا فيما بعد.**

(الفقهي ، بركات ، جاد الله ، 2019 : 576)

و الأمر لايتوقف هنا بل يمتد إلى علاقاتها الخارجية مع المحيط فنجد أنها تتصف بالإنطواء و الإنعزال عن الأصدقاء و زملاء الدراسة ، و هذا في قولها : " **نسيت تقريبا نهار كامل نشد تليفون ما نحكي مع حتى واحد** " .

كما يتبين لنا أن الحالة تعاني من صعوبات في التعبير عن المشاعر و يظهر هذا في قولها :" **مين ذاك أنا مانفهموش**"، و هذا من خلال كبت المشاعر الذاتية ، ليدل على عجزها عن وصف أحاسيسها ومشاعرها ، كما تصرح الحالة بأنها لا تستطيع التحكم في تصرفاتها وانفعالاتها أثناء الغضب في قولها:" **نسب و نضرب ... و نتخيل ميراكولوس تزوجو** ". فهي تلجأ لميكانيزم الهروب من الواقع ، و هنا يصف **Nerniah & Sifneos الأشخاص المصابين باألكسيثيميا بالغير معبرين ، يجدون صعوبة كبيرة في التعرف ووصف أحاسيسهم الخاصة ، يتعذر عليهم التمييز بين حالاتهم الإنفعالية .**
(حافزي، بخوش، 2019 : 127)

تعاني الحالة من عدم القدرة في التحكم في أقوالها أثناء حالات التوتر في قولها :" **قادر نولي نهدر بالفرنسية و أنا ما نعرفهاش** " ، أي أنها لا تدرك ما يخرج منها من كلمات ، كما يبدو أن الحالة تتصف بسوء تقدير الذات من خلال قولها :"**شخصية تافهة ، نحس روحي جايحة**" ، و ما يؤكد معاناتها من صعوبة التعرف على عواطفها قولها : " **الهدرة هذي نبات نندب عليها في الليل** " ، فهي لا تدرك ولا تفكر أثناء مناقشاتها إلا لاحقا لتشعر بالندم الشديد . كما تعبر عن اهتمام العائلة بالمتطلبات المادية و إهمال الجانب النفسي و استخدامها كبش فداء من خلال قولها : " **النفسية شكون لاهي بيها** " . تلجأ الحالة إلى القيام بتصرفات لجذب الإنتباه من الآخرين في قولها :" **نتبهلل** " ، كما يظهر استخدامها لميكانيزم التسامي في وصف تفكيرها ب:"**المنطقي**" لتعبر عن غياب الجانب العاطفي .

تتميز الحالة بالتفكير المجرد الخالي من العواطف و هذا يظهر من خلال الصعوبة التي تجدها في إقامة علاقات مع الجنس الآخر قائلة :" **يقولولي سامطة** " ، و هذا دليل على خلو حواراتها من العواطف و أحاديثها المملة والروتينية ، كما أنها تعاني من صعوبة في إنشاء علاقات طويلة المدى في قولها :" **أطول**

علاقة شدتلي 3 أيام" ، ذكرت أن أختها تصفها بقولها :" **علاجال كرشك تخلي عرشك** " ، و هذا ما يدل على وجود ضغوط نفسية من طرف الأخت الكبرى بصفة أولية .

تتصف الحالة بفقر الخيال و عدم القدرة على التقمص من خلال تصريحها بعدم الإهتمام بالروايات و القصص في قولها :" **ما نفهمهمش** " ، و في قولها :" **جامي شفت منام** " ، كما أبدت الحالة نمط تفكيري موجه نحو الخارج من خلال إجاباتها عن الطعام الذي تفضله فكان ردها :"**حلوة اللحظة**" لأنها :" **بنينة**" ، إجابة تفتقر لعواطف الشغف نحو الطبق . ، وهذا ما ذهب إليه كل من **هوني وكيلمان (1952) في وصف بعض الخصائص المميزة للألكسيثيميا وذلك لدى بعض المرضى الذين يعانون من الأمراض السيكوسوماتية مثل مرضى الشره العصبي ، و تتمثل تلك الخصائص في نقص الوعي الإنفعالي و ضآلة الخبرات الذاتية ، و اهتمام بسيط بالأحلام و جمود الفكر و التوجه الخارجي للسلوك .** **(Taylor , Bagby , 2000 : 40)**

أما سؤالها عن رأيها في الزواج كانت إجابتها كالتالي : " **نموت بايرة مانغيرش** " ما يدل على تأثير التصورات الإجتماعية على الحالة بسبب اضطراب السمنة من خلال رفض و عدم تقبل المجتمع للمرأة السمينة . تستخدم الحالة ميكانيزم الإنكار في قولها : " **كون يخدعني ولا يعاود الزواج مانغيرش** " ، رغم رغبتها المكبوتة في الزواج كما يعبر عن عدم اهتمامها بالتفاصيل المعنوية بل بالمجردة من معاني الحب و الاهتمام فكل ما تريده أن يتم تقبلها من قبل طرف آخر .

كما يتضح أن الحالة تعاني من فقدان الإتصال العاطفي مع الأم منذ الطفولة مما أدى إلى شعورها بالإهمال العاطفي و النفسي و هذا ما أشار إليه **ماكدوغال 1980** حين ربط الألكسيثيميا ببعض الإضطرابات في العلاقة بين الأم و الطفل ، ذكر **أن الرضع غير قادرين على تحديد أو التعبير عن مشاعرهم اللفظية ، يجب أن يتم فهمهم و أن بعض المشاعر الغاضبة في مرحلة ما و التي هاجمت بقوة شعور الفرد من النزاهة و الهوية أدت إلى رفض كل المشاعر من الوعي و من هنا يؤدي الإهمال المبكر و عدم كفاية الترابط ، أو عدم قدرة الأم على التعرف على التعبيرات الانفعالية للطفل أو تمييزها إلى الألكسيثيميا .** **(Karukiri , 2011 : 15)**

1-2- عرض الحالة الثانية :

1-2-1- تقديم الحالة :

الاسم : ل

السن : 19 سنة

المستوى التعليمي : الرابعة متوسط .

الحالة الاقتصادية : متوسطة .

عدد الاخوة : 4

الطول :1.60 م

الوزن : 110 كغ

نوع السمنة : سمنة مفرطة .

1-2-2- ملخص المقابلة :

الحالة (ل) فتاة مراهقة تبلغ من العمر 19 سنة ، مصابة بالسمنة المفرطة و ذلك من خلال مؤشر كتلة الجسم 42.96 بالإضافة إلى الحساسية و اضطراب في المعدة ، و هي الفتاة البكر في العائلة ، لديها مستوى دراسي سنة رابعة متوسط ، و يبلغ وزنها 110 كغ ، تتميز بطول القامة 1.70م ، بحيث تتوزع الدهون على مناطق من جسمها بشكل متساوي تقريبا إلا أن الدهون بارزة في بعض المناطق أكثر من غيرها و تمتلك بنية ضخمة بالنسبة لباقي الفتيات في سنها، توقفت الحالة عن الدراسة لتمكث في البيت ، بسبب تعرضها لضغط نفسي بسبب للإنتقادات الموجهة لها حول وزنها والتي أثرت علو حالتها النفسية ، المستوى الاقتصادي للعائلة متوسط ، مما لا يسبب أي مشاكل مادية ، علاقتها مع أفراد الأسرة متوترة بعض الشيء، و خاصة مع الأب و الإخوة ، أما علاقتها مع الأصدقاء فسطحية و تمتلك صديقا و صديقة واحدة و هذا لانعدام الثقة في الآخرين ، وهذا لخجلها من شكل جسمها . بدأت أعراض السمنة تزيد خلال السنوات اللاحقة من عمرها ، تقريبا سن الثامنة بسبب تعاطيها للأدوية الخاصة بالحساسية ، ثم غيرت عائلة الحالة السكن من الريف إلى المدينة ، حيث تعرضت للإنتقادات من المجتمع الجديد و المختلف عما إعتادت عليه

مما سبب لها إنزعاجا و إنغلاقا تاما عن المحيط ، كما أنها كانت تأخذ أدوية لعلاج ما تعانيه من أمراض عضوية مما زاد من تفاقم المشكلة ، تشعر الحالة بالانزعاج إزاء بعض المناطق من جسمها مما أدى إلى سوء تقدير الذات لديها ، يبدو أن الحالة تسرد الأحداث بصيغة الماضي ، ما يوضح أنها بدأت تتأقلم و تتكيف مع وضعها الحالي لشعورها بالتقبل من قبل صديقها و صديقتها المقربة ، كما يبدو أن الحالة تعاني من صعوبة في التعبير على مشاعرها و عدم القدرة على التحكم في انفعالاتها لتعرضها لمختلف الضغوط منذ سن الطفولة ، تعاني الحالة من الإنطواء و العزلة و تواجه صعوبات عديدة في التكيف مع المحيط و إنشاء علاقات و روابط لسوء تقدير الذات الناتج عن وزنها ، كما تشعر بعدم الرضا حول جسمها.

1-2-3- عرض و تحليل نتائج المقياس :

بعد تطبيق مقياس تورنتو للألكسيثيميا (TAS-20) مع الحالة (ل) تحصلت على درجة مرتفعة و هي (71) من (100) درجة كلية ، فقد تبين أن لديها مستوى عالي من الألكسيثيميا و هي درجة محصورة حسب المقياس بين (61 فأكثر) و بذلك ارتفاع في مستوى الألكسيثيميا .

كانت معظم إجابات الحالة في اختيار البديل (أوافق بشدة) ، في البنود الخاصة بمحور صعوبة تمييز المشاعر حيث تحصلت على (33) من (35) و هي درجة مرتفعة ، و كذلك محور وصف المشاعر حيث تحصلت على (21) من (25) و هي درجة مرتفعة .

و تحصلت الحالة على درجة متوسطة في البنود الخاصة بمحور التفكير المتجه نحو الخارج حيث تحصلت على (17) من (40) .

1-2-4- التحليل العام للحالة :

من خلال المقابلة العيادية النصف موجهة و من خلال تطبيق مقياس تورنتو للألكسيثيميا (TAS-20) توصلنا إلى أن الحالة لديها مستوى عالي من الألكسيثيميا ، و ذلك من خلال الدرجة المتحصل عليها من خلال تطبيق مقياس مقياس تورنتو للأاكسيثيميا ، حيث تحصلت الحالة على درجة مرتفعة (71) و هذا ما يبين ارتفاع مستوى الألكسيثيميا .

و هذا ماوجدناه أيضا في المقابلة حيث تبين أن لدى الحالة مستوى عالي من الألكسيثيميا ، ففي سن الثماني سنوات شكل الوزن المفرط حاجزا بينها و بين عائلتها ، مما سبب لها سوء في التكيف مع العائلة

و المحيط الإجتماعي و في هذا يؤكد **بطرس حافظ على دور الأسباب النفسية كالحاجة إلى الحب و الإهتمام في ظهور السمنة من خلال التنفيس الإنفعالي بالأكل كوسيلة للتعويض . (بطرس ، 2008 : 390)** . و مازاد الأمر سوءا تعليقات الأفراد في الوسط الدراسي الذي أدى إلى عزلتها لفترة و إحساسها بالوحدة ، و هذا ما قالته : " **كي كنت في حالة الإكتئاب نتجنب كلشي مام خوتاتي** " ، و هذا ما أكده التحليليون **في وصف الأشخاص المصابون بالألكسيثيميا بأن لديهم نقص في مفهوم الذات و العواطف بشكل عام، مما يؤدي في حالات كثيرة إلى اكتئاب أساسي . (متولي ، 2018 : 117)**

علاقتها مع الأب متدهورة و هذا يظهر في قولها : " **كان بابا يهتم بخواتاتي توام كثر مني ... نحس روحي وحيدة** " ، " **كان بابا يعيرني بطريقة غير مباشرة** " ، و هذا بسبب تكون عقدة النقص و غيرة الحالة من إخوتها و عدم تقبل الاهتمام من الأب و تفسيره على أنه ذم ، و هنا يشير كل من **مالينوكرودت** و **كنج** ، **وكبل** إلى: **أن الخلل الوظيفي للبيئة الأسرية يؤثر على معاناة الفرد من الألكسثيميا فيما بعد، وقد وجدت ارتباطات بين الخوف من الإنفصال ، و الخوف من ترك المنزل و القلق من هجر العائلة و بين سمات الألكسثيميا ، كما أن المناخ الأسري الذي يميل فيه سلوك الأبوين إلى وضع الطفل تحت ضغط الخوف من الإنفصال، و عدم قيام الأب بدوره الناضج . (الفقهي ، بركات ، جاد الله ، 2019 : 576)**

كما اتضح أن للحالة علاقات إجتماعية محدودة جدا ،و هذا يرجع لتشوه صورة الجسم لديها و هذا في قولها: "**معنديش صحاباتي في الواقع كاين وحدة برك** " ، تعاني الحالة الحرمان العاطفي و العلائقي بسبب وزنها المفرط و هذا ما أوضحته في قولها :"**السمنة ماخلاتش ناس يشوفو واش في قلبي واش في مخي** " وهذا لسوء الظن و اعتقاداتها حول السمنة . وهذا ما ذهب إليه **كرستال بأن الألكسيثيميا إضطراب نفسي يرجع إلى تثبيط في النمو الطبيعي للوجدان و المشاعر في المراحل الأولى من حياة الطفل مما يؤدي إلى اختلال وظيفي في الوظائف الوجدانية و المعرفية الخاصة بمعالجة المشاعر التي تعوق فهم و تعرف الفرد على مشاعره ، و كذلك وجود صعوبة في الوصف و التعبير اللفظي نتيجة نقص في وعيه بانفعالاته . (العاني ، الشمري ، 2017 : 588)**

كما تبين لنا أن الحالة تتسم بسوء تقدير الذات في قولها : " **مكانش عندي حباباتي ....نخاف نكون منصلحش ليهم** " ، مما يفسر معاناتها من صعوبة في التعرف على الحالات العاطفية التي تمر بها، و ادراكها في وقت لاحق . وصفت حالتها أثناء الغضب قائلة : " **كي يقلقني عبد نعيط عليه ... و كون بيدي نضربو ومادخلنيش فيه** " ، و هذا دليل على افتقارها للتعاطف و لا يهمها ما تسببه من أذى عاطفي

للآخرين ، كما أوضحت غياب الإدراك الإنفعالي في إجابتها حول سؤالها في ما إذا كانت تتحكم في أقوالها و تصرفاتها أثناء التوتر أجابت : " **لا مانعرفش واش راني ندير** "

كما اتضح لنا أن الحالة تعاني من صعوبة التعبير عن المشاعر و ايصالها للطرف الآخر ، و هذا في قولها: " **الحزن و الظلم لي في قلبي مانقدرش نخرجو** " ، كما تعاني من صعوبة في التمييز بين الإنفعالات و المشاعر الذاتية و طبيعة الأحاسيس المرافقة و صعوبة في التحكم في انفعالاتها أثناء الغضب في قولها : " **لا نعيط و نكسر من بعد نولي نبكي**"

وهذا ما أكدته العديد من الدراسات السيكولوجية في كون الألكسيثيميا تعكس قصورا في المعالجة المعرفية للانفعالات وتنظيمها ، وإن الإضطرابات الأوثق إرتباطا بالألكسيثيميا يمكن صياغتها كاضطراب في تنظيم الإنفعال . (مظلوم ، 2017 : 06)

كما يبدو أن الحالة تتصف بالإنغلاق حول الذات من العالم الخارجي ولديها تخوف من بناء علاقات اجتماعية و هذا ما قالته : " **ما نحبش نحكي مع الناس إلا إذا حبو يحكو معايا بالسيف ... نخلي علاقتي معاهم سطحية** " ، يبدو أن الحالة تتصف باللامبالاة و غير مهتمة بالتواصل مع الآخرين ، و هذا ما قالته : " **كي نكون مع جماعة نخليهم يهدرو من بعد نمد رايي عجبهم قنعو اللهم بارك ، ماعجبهمش نجبد روحي** " .

اتضح أن الحالة تعاني من صعوبة في التواصل مع الجنس الآخر بسبب إحساسها بالنقص و تدني صورة الجسم لديها في قولها : " **من أول نحط روحي و نديرلهم قيمة من بعد الطرف الآخر يلقاني ضعيفة يبعد عليا** " .

تتميز الحالة بنمط تفكيري موجه نحو الخارجو يظهر هذا في تفضيلها لطبق :" **الشخشوخة** " و ذلك لأنها تحبه فقط ، لكنها ربطته بمعنى الحب و دفئ العائلة من خلال طبخة أثناء المناسبات العائلية كما في قولها: " **من صغري نحبها نديروها غير في المناسبات** " ، تشكو الحالة من إصابتها بالدوار و الإرهاق معظم الوقت مما يؤدي إلى زيارتها للطبيب ، مع العلم أن كثرة الشكاوى من صفات المصاب بالألكسيثيميا ، مما إتضح لنا كذلك اتصاف الحالة بالجمود الفكري في قولها: " **بحر و رمل**" .

تحدثت الحالة عن الجانب العاطفي للزواج في قولها : " **الزواج بالنسبة ليا يكون انسان يحب الطرف الثاني بكل عيوبه و يكمل حياته معاه** " ، و هذا يدل على أن الحالة تبحث عن التقبل من الطرف الآخر .

كما أنها تجد صعوبة في التعرف على الحالات العاطفية التي تمر بها لتفكر فيما انتابها لاحقا بعد مرور الحالة ، بالإضافة إلى افتقارها للعواطف مع الآخرين و هذا ما يظهرها بمظهر قاسي و أناني في بعض المواقف ، أما عن تفكيرها فهو منطقي مجرد من العواطف.

و هذا ما يوضح ضعف علاقاتها الحميمية و تميزها باللامبالاة ، كما أظهرت الحالة عدم رضا حول حياتها بالإظافة إلى نمط تفكيري موجه نحو الخارج مجرد من أحاسيس الحب و الشغف حول الحياة .

و هذا ما أكده **Nemiah & Sifneos** في إشارته إلى **أن المرضى الذين يعانون من أمراض نفسية جسدية وجدوا أنهم غير مبالين بالعواطف ، و عدم القدرة على النطق اللفظي لمشاعرهم التي كانوا يعانونها ، و الحياة الخيالية الفقيرة ، و إعادة سرد مفصلة لأفعالهم الخاصة و الأحداث في بيئتهم .**

(karukivi , 2011 : 15)

1-3- عرض الحالة الثالثة :

1-3-1- تقديم الحالة :

الاسم : ش

السن : 16 سنة

المستوى التعليمي : أولى ثانوي

الحالة الاقتصادية : متوسطة

عدد الاخوة : 3

الطول : 1.70 سم

الوزن : 138 كغ

نوع السمنة : سمنة مفرطة .

1-3-2- ملخص المقابلة :

الحالة (ش) فتاة تبلغ من العمر 16 سنة وهي مصابة بالسمنة المفرطة من خلال حساب مؤشر كتلة الجسم 47.75 ، نتيجة للشراهة في الأكل ، لا تعاني من أمراض جسمية أخرى ، لديها مستوى دراسي ثانوي (أولى ثانوي) ، يبلغ وزنها 138 كغ ، تتميز الحالة بطول القامة و ضخامة البنية الجسدية مما يجعلها تبدو أكبر من السن الطبيعي لها ، المستوى الاقتصادي للعائلة متوسط مما لا يسبب أي مشاكل مادية ، علاقتها مع أفراد الأسرة جيدة و في توافق ، إلا أنها تعاني من سوء التكيف مع المحيط الخارجي فهي سطحية إلى حد كبير في معاملاتها مع الآخرين ، بسبب تعرضها للمضايقات من الأفراد لوزنها المفرط ، و هذا ما أدى لشعورها بالحرمان في الكثير من الأشياء مثل أقرانها ، كما تبين لنا أنها تعاني من صعوبة في التعبير على المشاعر من خلال حواراتها و إجاباتها المختصرة ، كما لاحظنا وجود صعوبات في التمييز بين المشاعر و الانفعالات في المواقف التي تتعرض لها بسبب انعزالها الكبير عن العالم الخارجي .

1-3-3- عرض و تحليل نتائج المقياس :

بعد تطبيق مقياس تورنتو للألكسيثيميا (TAS-20) مع الحالة (ش) تحصلت على درجة مرتفعة و هي (69) من (100) درجة كلية ، فقد تبين أن لديها مستوى عالي من الألكسيثيميا و هي درجة محصورة حسب المقياس بين (61 فأكثر) و بذلك ارتفاع في مستوى الألكسيثيميا .

كانت معظم إجابات الحالة في اختيار البديل (أوافق بشدة) ، في البنود الخاصة بمحور صعوبة تمييز المشاعر حيث تحصلت على درجة مرتفعة و هي (29) من (35) ، و كذلك محور وصف المشاعر حيث تحصلت على (20) من (40) وهي درجة مرتفعة .

تحصلت الحالة على درجة متوسطة في محور التفكير المتجه نحو الخارج حيث تحصلت على درجة (20) من (40) .

1-3-4- التحليل العام للحالة :

من خلال المقابلة العيادية النصف موجهة ومن خلال تطبيق مقياس تورنتو للألكسيثيميا-(TAS-20)توصلنا إلى أن الحالة لديها مستوى عالي من الألكسيثيميا ، وذلك من خلال الدرجة المتحصل عليها من تطبيق مقياس تورنتو للألكسيثيميا للحالة ، حيث تحصلت على درجة مرتفعة وهي (69) ، وهذا ما يبين ارتفاع مستوى الألكسيثيميا .

وهذا ما وجدناه أيضا في المقابلة حيث تبين أن لديها مستوى عالي من الألكيسيثيميا ، واتضح أن الحالة تعاني من السمنة المفرطة و مما زاد من سوء الوضع الأدوية المؤدية لاضطرابات السلوك الغذائي و تأثيراتها الجانبية في سن الخمس سنوات . تربط الحالة علاقة جيدة ومندمجة مع جميع أفراد أسرتها ، أما علاقاتها مع الوسط الإجتماعي فمنعدمة تقريبا . أبدت تكتما في إجاباتها ، فهي تتصف بالانطواء و فقر في التواصل الإجتماعي وسوء التوافق والتواصل العاطفي مع الغير ، فالبشر كتلة من العواطف المتحركة وهذا ما أشار إليه **جيس (1978) أن الأشخاص الذين يعانون من الألكسيثيميا يتميزون بالتباعد الإنفعالي عن الآخرين ونقص الدفئ البينشخصي (Colin , Alexandra , 2003 : 733)** .

كما تبين لنا أن لدى الحالة صعوبة في التعبير على المشاعر من خلال قولها :"**جامي منقدرش**"، و عبرت عن وجود صعوبة في التمييز بين مشاعر الحزن وخيبة الأمل في قولها :" **إيه ساعات**" ، بالإضافة في انفعالاتها أثناء الغضب في قولها: "**نخبط الباب نعيط ما نعرفش خلاص وشراني ندير**" ، كما عبرت عن حالتها أثناء الغضب بوصفها :" **مشنفة و مايتهدش معايا** " ، أي أنه لا يمكن التواصل معها أثناء انفعالها مع المواقف . تعاني الحالة من صعوبة في وصف المشاعر الذاتية ، كذلك إلى صعوبة تمييز الإنفعالات والأحاسيس وعدم القدرة على التحكم في الحالات الإنفعالية التي تنتابها إلا بعد مرور تلك الحالة .

كما تبين لنا أن الحالة تفضل التباعد الاجتماعي وتتصف باللامبالاة في قولها :" **لا لا ما نحبش ندخل روحي** " ، تنفي الحالة أي طريقة للتواصل الاجتماعي و بناء العلاقات وهذا ما اتضح في إجابتها :"**ما نخالط ما والو**" ، كما تصرح الحالة أنها تعاني من صعوبة في التواصل مع الجنس الآخر وذلك في قولها : " **ياسر**" . مما لاحظنا أن الحالة تكبت مشاعرها و تتكتم في إجاباتها فهي مختصرة جدا وتتميز بفقر المفردات اللغوية .

كما تبين أن الحالة تجد صعوبة في ايصال محتوى مشاعرها تجاه الاشخاص المقربين وهذا ما قالته :" **ما يفهمونيش** " ، تبين أيضا أن الحالة تفكر في كثير من الأشياء قبل الخلود إلى النوم في قولها :" **ياسر حوايج** " ، وأنها ترى أحلاما مستمرة لكنها لا تتذكر تفاصيل أحلامها وهذا في قولها :" **ايه نحلم ياسر بصح قليل وين تفكر** " .

عبرت الحالة عن حبها لطبق محدد في قولها :" **بيتزا ، نشتيها أكلتي المفضلة** " ،و هذا يدل على رغبتها في تناول ما حرم عليها ، لكنها لم تعبر بشكل عميق عن سبب حبها لهذا الطبق ولم تبدي انفعالا وعاطفة واضحة حوله ، و في هذا يصف **Nerniah & Sifneos المظهر الإكلينيكي للألكسيثيميا، ويشيران إلى كونه شكل من الإتصال الذي يتميز بغياب أو نقص التفكير الرمزي، يؤدي إلى عدم بروز الوضع الداخلي، مشاعرهم، رغباتهم ونزواتهم. (حافزي ، بخوش ، 2019 : 127)**

كما يتضح أن الحالة تعاني من فقر في القدرة التخيلية والعجز عن استيعاب قصة أو رواية ما لأن العواطف مبهمة . وبما أن العالم الداخلي للحالة مبهم ، و تتميز بتفكير موجه نحو الخارج ، وغياب للعواطف والشغف. و في هذا الصدد أشار **مسعد أبو الديار إلى خصائص المصاب بالألكسيثيميا في صعوبة تحديد المشاعر والتمييز بين الأحاسيس الجسدية و العاطفية ، صعوبة وصف المشاعر ، ضعف الخيال ، أسلوب تفكير موجه إلى العالم الخارجي . (أبو الديار ، 2015 : 64)**

2- مناقشة وتفسير نتائج الدراسة :

2-1- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية العامة :

مستوى الألكسيثيميا لدى المراهقات المصابات بالسمنة مرتفع . من خلال عرض النتائج المتحصل عليها باستخدام المقابلة العيادية النصف موجهة ومقياس تورنتو للألكسيثيميا (TAS-20) اتضح تحقق الفرضية العامة القائلة أنه : المراهقات المصابات بالسمنة لديهن مستوى ألكسيثيميا مرتفع ، وذلك من خلال النتائج المتحصل عليها في مقياس تورنتو للألكسيثيميا TAS-20 حيث تحصلت الحالة (خ) على درجة مرتفعة تقدر ب : (70) ، وقد تحصلت الحالة الثانية (ل) على درجة مرتفعة تقدر ب : (71) ، أما الحالة الثالثة فقد تحصلت على درجة مرتفعة أيضا وتقدر ب : (69) . و يظهر هذا من خلال اضطرابات في الانفعال و الوجدان لدى الحالات و قصور في التطور النفسي الإجتماعي منذ وقت مبكر الذي أعاق تعلم الحالات التعبير عن أحاسيسهم لفظيا . بالإضافة إلى التقدير السلبي للذات و الشعور بالدونية و النقص

الذي ساهم فيه كل من الأسرة و المجتمع من خلال النقد السلبي و السخرية منهن ،و في هذا يؤكد **جيل Gale(1969) أن مفهوم الفرد عن أهمية ذاته يستمد إلى حد بعيد من اتجاهات رفقائه نحوه . (جبريل،1986:60)** بالإضافة إلى الإهمال العاطفي من طرف أفراد العائلة . حيث يعتبر الخلل الوظيفي للبيئة الأسرية مؤثرا على وجدان الطفل ، كما يعتبر القلق المشير إلى الوضعيات الصعبة نتيجة الخوف من الصراع أهم الأسباب المؤدية للألكسيثيميا . و هذا ما ذهب إليه **ماليكونت و كنج و كبل في التأكيد على العلاقة بين الخلل الوظيفي للبيئة الأسرية و الألكسيثيميا ، حيث وجدوا ارتباطات بين الخوف من الإنفصال و القلق من هجر العائلة و بين سمات الألكسيثيميا ، كما أن المناخ الأسري الشي يميل فيه سلوك الأبوين إلى وضع الطفل تحت ضغط الخوف من الإنفصال يؤدي إلى صعوبة تحديد الطفل لمشاعره في مراحل لاحقة . (الفقهي ، بركات ، جاد الله ، 2019 : 576)**

و هذا ما أكده هنري شابرول و اخرون **Chabrol Henri et all (2003)** في وصف الألكسيثيميا بأنها عامل مهم في حدوث اضطرابات الأكل لدى الإناث و التي تؤدي إلى اكتساب الوزن و السمنة .

و في هذا اتفقت دراستنا مع دراسة **دي كولي و آخرون (2001)** التي أثبتت ارتباط الألكسيثيميا بمتوسط عالي لدى الإناث السمينات .

2-2- مناقشة و تفسير نتائج الفرضية الأولى :

في ضوء نتائج الدراسة الميدانية مع الحالات تبين أن الفرضية الأولى التي نصت على وجود مستوى مرتفع من صعوبة وصف المشاعر لدى المراهقات المصابات بالسمنة مرتفع قد تحققت من خلال نتائج الحالات الثلاث لحصولهن على درجات مرتفعة قدرت ب : (26) الحالة الأولى ، و (33) للحالة الثانية ، و (29) للحالة الثالثة من (35) درجة كلية . و يظهر هذا من خلال كبت للمشاعر في حوار الحالات و محاولاتهن التهرب من بعض الإجابات ، و القلق الواضع عليهن بسبب الخوف من الإنفصال عن العائلة، و هذا ما أشار إليه **التحليليون في اعتبار الألكسيثيميا سمة تكشف عن تفكير واقعي بسبب إخفاق في ترميز الصراعات ، و تميز المصابين بالألكسيثيميا بنقص في مفهوم الذات و كبت للعواطف بشكل عام . (متولي ، 2018 : 117)**

2-3- مناقشة و تفسير نتائج الفرضية الثانية :

استنادا إلى النتائج المتحصل عليها من خلال المقاييس تبين أن الحالات الثالث لديهن مستوى عالي من صعوبة تمييز المشاعر و ذلك من خلال تحصلهن على درجة مرتفعة ، و بهذا فقد تحققت الفرضية ، حيث تحصلت الحالة الأولى على درجة تقدر ب :(19) ، أما الحالة الثانية فقد تحصلت على (21) ، و تحصلت الحالة الثالثة على (20) من (25) درجة كلية . و يرجع هذا إلى وجود اضطرابات في وجدان و انفعالات الحالات من خلال معاناتهن من خلل في التعبير عن الأحاسيس المرافقة الإضطرابات الجسدية و صعوبات في تحديد المشاعر الانفعالية لبعض المواقف الضاغطة و في هذا يذهب **هنري كرستال في وصف أثر صدمات الطفولة على النمو الوجداني للطفل و قدرته على التعبير عن وجدانه و انفعالاته بشكل طبيعي أي بشكل لفظي . (العاني ، الشمري ، 2017 : 588)**

2-4- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثالثة :

استنادا إلى النتائج المتحصل عليها من خلال المقابلة النصف موجهة و مقياس تورنتو للألكسيثيميا اتضح تحصل الحالات الثلاث على درجة متوسطة في بعد التفكير الموجه نحو الخارج ، حيث تحصلت الحالة الأولى على درجة (24) ، أما الحالة الثانية فقد تحصلت على (17) ، و تحصلت الحالة الثالثة على (20) من (40) درجة كلية ، و يرجع هذا إلى الاضطراب في تطور و نمو الانفعال و قدارت الحالات على الترميز و التعبير اللفظي و في هذا يشير **تايلور إلى محدودية الأنا فيما يخص القدرات الترميزية و عدم القدرة على ترميز الصراع و بالتالي تحدث حلقة مفرغة تؤدي إلى انقطاع نفسي مباشر حيث يتم اختزال الصراع في الجسد فيظهر نوع من التفكير العملي الذي يقطع العلاقة مع أي تمثيل نفسي بدون عواطف فيظهر هناك عجز في الأنا فلا يستطيع تحقيق إرصان. (فاسي ، 2016 : 93)**

3- الإستنتاج العام :

إنطلاقا من فرضية دراستنا ومن خلال اتباعنا للمنهج العيادي واستعمال المقابلة العيادية النصف موجهة ، وبتطبيق مقياس تورنتو للألكسيثيميا (TAS-20) بهدف معرفة مستوى الألكسيثيميا لدى المراهقات المصابات بالسمنة .

توصلنا إلى الإجابة على تساؤل الدراسة والمتمثل في :

- ما مستوى الألكسيثيميا لدى المراهقات المصابات بالسمنة ؟

وكانت الإجابات في تحقق الفرضية مع الحالات الثلاثة من خلال النتائج المتحصل عليها من المقابلة العيادية النصف موجهة ومن خلال حصولهن على درجات مرتفعة في مقياس تورنتو للألكسيثيميا (TAS-20) ، بحيث توصلنا إلى أن للحالات مستوى ألكسيثيميا مرتفع ، حيث تحصلت الحالة الأولى على درجة 70، و تحصلت الحالة الثانية على درجة 71 ، أما الحالة الثالثة فتحصلت على درجة 69 ، و بذلك إرتفاع في مستوى الألكسيثيميا لديهم .

أما فيما يخص المقابلات مع الحالات الثلاث فقد تبين من خلالها أن جميع الحالات لديهن مستوى ألكسيثيميا مرتفع ، إتضح ذلك من خلال معاناتهن من صعوبات في التعبير عن مشاعرهن ووصف الأحاسيس الذاتية للآخرين و تمييزها .

وهذا ما أشار إليه **هانز وآخرون (2004) في دراستهم بأن الأشخاص الذين يعانون من الألكسيثيميا يفتقدون إلى الوعي الإنفعالي بالذات ، و ليس لديهم القدرة على التفكير في انفعالاتهم أو استخدامها للتعايش مع المواقف الحياتية الضاغطة . (Hans et all , 2004 : 1300)**

كما اتضح أن الحالات تعانين من فقر في القدرة التخيلية حيث يعتبر عالم الخيال لديهن مبهما ، بالإضافة إلى امتلاكهن جانبا آخر من جوانب الألكسيثيميا و هو النمط التفكيري الموجه نحو العالم الخارجي ، و هذا ما أكده **سيفينيوس (1973) في الإشارة بأن المصاب بالألكسيثيميا يعاني من صعوبة في تحديد و تمييز مشاعره و الإثارة الفيزيولوجية الناتجة عن الإثارة ابوجدانية ، كما يعاني من محدودية القدرة التخيلية و أسلوب معرفي موجه نحو العالم الخارجي أكثر من العالم الداخلي.**

(Colin, alexandra, 2003: 733)

الخاتمة

خاتمة

تندرج هذه الدراسة ضمن الدراسات النفسية الحديثة التي اهتمت بتأثير الألكسيثيميا في إحداث الاضطرابات النفسية و الجسدية فهي بمثابة آلية دفاعية يستخدمها الفرد اتجاه الأحداث الضاغطة في بعض الأحيان ، وعامل مفجر أحيانا أخرى ، كما تعتبر نشاط عقلي تابع لسمات شخصية معينة ، والتي تتميز بعدم قدرتها على تحديد الحالة الإنفعالية ، وصعوبة التعبير عنها بلغة الجسد.

استهدفت هذه الدراسة الكشف عن مستوى الألكسيثيميا لدى المراهقات المصابات بالسمنة ، بالإضافة إلى التعرف على درجات أبعاد الألكسيثيميا و المتمثلة في صعوبة تمييز المشاعر و صعوبة وصف أحاسيس الفرد و مشاعره ، و التفكير الموجه نحو الخارج ، حيث تعد المراهقة واحدة من أهم مراحل الحياة ، كما تعتبر السمنة أحد أخطر الأمراض التي تهدد الصحة النفسية والجسدية ، و هي حالة معقدة ترتبط بشكل كبير بشخصية الفرد و إن خصوصية الأنثى و ما تتعرض له من ضغوط نفسية خاصة في مجتمعنا الذي يقيد حرية تعبير الفتاة لمشاعرها و بالتالي تتأثر أفكارها و مشاعرها الداخلية فتلجأ إلى الطعام كوسيلة للتعويض و إفراغ المشاعر السلبية و بالتالي اكتساب الوزن و الإصابة بالسمنة . وقد تمت الدراسة مع ثلاث حالات بمدينة بسكرة .

وانطلاقا من النتائج التي توصلت إليها هذه الدراسة للتحقق من السؤال المطروح :

- ما مستوى الألكسيثيميا لدى المراهقات المصابات بالسمنة ؟

وجدنا ارتفاع في مستوى الألكسيثيميا لدى حالات الدراسة ، وهذا دليل على أهمية اللغة والانفعالات في حياة الفرد .

وبذلك تحققت فرضية الدراسة والتي تشير إلى ارتفاع مستوى الألكسيثيميا لدى المراهقات المصابات بالسمنة . و هذا بعد القيام بعرض و تحليل نتائج مقياس تورنتو للألكسيثيميا (TAS-20) و المقابلة العيادية النصف موجهة مع حالات الدراسة ثم مناقشة النتائج و الاستنتاج العام و كانت النتائج كما يلي :

- مستوى الألكسيثيميا لدى المراهقات المصابات بالسمنة مرتفع .
- مستوى صعوبة تمييز المشاعر لدى المراهقات المصابات بالسمنة مرتفع .
- مستوى وصف المشاعر لدى المراهقات المصابات بالسمنة مرتفع .
- مستوى التفكير الموجه نحو الخارج لدى المراهقات المصابات بالسمنة متوسط .

قائمة المراجع

قائمة المراجع

المراجع العربية :

1. ابراهيم ، هاشم . الغويري ، آلاء (2018) : **الألكسيثيميا وعلاقتها بالسمنة لدى الإناث في الأردن** ، مجلة جامعة النجاح للأبحاث (العلوم الإنسانية) الأردن ، مجلد 32 عدد 1 .

2. أبو الديار ، مسعد (2014ط1) : **البناء الوجداني للطفل** ، دار الكتاب الحديث ، الكويت .

3. أبو حامد ، سمير (2009 ط1): **البدانة مرض العصر من الألف إلى الياء** ، خطوات للنشر و التوزيع ، دمشق .

4. إسماعيل ، كمال عبد الحميد . أبو العلا ، أحمد عبد الفتاح . الأمين ، محمد السيد (1999 ط1) : **التغذية للرياضيين** ، مركز الكتاب للنشر ، القاهرة .

5. أمزيان ، زبيدة (2007) : **علاقه تقدير الذات للمراهق بمشكلاته وحاجاته الارشادية** ، رسالة ماجستير.

6. بخوش ، أمينة (2016) **أثر وفاة الأم على الحالة النفسية للمراهق** ، رسالة ماجستير .

7. بدر ، أحمد سمير أحمد . هدية ، فؤاد محمد علي . البحيري ، محمد رزق أحمد(2015) : **فاعلية برنامج كورت لتخفيف الألكسيثيميا لدى عينة من الأطفال ذوي صعوبات تعلم القراءة** ، مجلة البحث العلمي في التربية ، العدد 16 .

8. بطرس ، حافظ بطرس (2008ط1) : **التكيف و الصحة النفسية للطفل** ، دار المسيرة للنشر و التوزيع ، عمان .

9. بطرس ، حافظ بطرس (2008) : **المشكلات النفسية و علاجها** ، دار المسيرة للنشر و التوزيع ، الأردن .

10. بقشوط ، أحمد (2012) : **أثر الزيادة في حجم ممارسة الأنشطة البدنية والرياضية في الوسط المدرسي على بعض المؤشرات الأنثروبومترية والفسيولوجية لدى المراهقين (دراسته تجريبية على تلاميذ ثانوية شيهان علي الشلف 16 – 18 سنة ذكور)** ، رسالة ماجستير .

11. بن بيعود ، فراح عزيزة (2009) : **علاقة ممارسة النشاط الرياضي بمستوى الاكتئاب لدى طلبة الطور النهائي (الثالثة ثانوي)** ، رسالة ماجستير .

12. بن صالح ، هدايه (2016) : **فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي في خفض حدة الضغوط النفسية لدى المراهق المتمدرس** ، رسالة دكتوراه .

13. بن علية ، مسعودة (2015) : **أساليب المعاملة الوالدية وعلاقتها بالاغتراب النفسي لدى المراهق الجزائري** ، رسالة دكتوراه .

14. بن هاني ، زين العابدين . الربابعة ، جمال علي . الوديان ، محمود عقل (2016 ط1) : **مبادئ التربية الرياضية** ، دار كنوز المعرفة للنشر والتوزيع ، عمان .

15. جبريل ، عبد الخالق (1983) ، **تقدير الذات لدى الطلبة المتفوقين و غير المتفوقين دراسيا** ، مجلة الدراسات للعلوم الإنسانية ، العدد 01 .

16. الجبوري ، علي محمود . الجبوري ، نداء هادي محميد (2016) : **فرط – فقدان الشهية العصبي لدى المراهقين** ، مجلة كلية التربية الأساسية للعلوم التربوية والإنسانية ، العدد 25 ، جامعه بابل .

17. جدو ، عبد الحفيظ (2014) : **الاستراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية لدى المراهقين ذوي صعوبات التعلم** ، رسالة ماجستير .

18. حافزي ، زهية غنية . بخوش ، وليد (2019) : **غياب التعبير الانفعالي بين المقاربه التحليلية الفرانكوفونية و المقاربة المعرفية الأنكلوسونية (مقاربة نظرية عيادية مقارنة بين التفكير العملي و التكتم)**، مجلة دراسات في علوم الإنسان والمجتمع ، مجلد 2 عدد 1 ، جامعة جيجل .

19. حجر ، هاني محمد . إسماعيل ، محمود (2014 ط1) : **الرياضة وصحة المجتمع** ، مركز الكتاب الحديث للنشر ، القاهرة .

20. حسين ، فايد (2008) : **الإضطرابات السلوكية (تشخيصها ، أسبابها ، علاجها)** ، طيبة للنشر والتوزيع ، القاهرة .

21. الحسيني ، أيمن (2002) : **أخطبوط إسمه السمنة** ، مكتبة القرآن للطبع والنشر والتوزيع ، القاهرة.

22. حشمت ، حسين أحمد . شلبي ، نادر محمد (2003 ط1) : **فسيولوجيا التعب العضلي** ، مركز الكتاب للنشر ، القاهرة .

23. حمداوي ، جميل (د.س) : **المراهقة (خصائصها ، مشكلاتها وحلولها)** ، الألوكة .

24. حمدي ، محمد ياسين . رباب ، عبد المنعم سيف (2019) : **التنظيم الإنفعالي محدد سيكولوجي للشره العصبي وتشوه صورة الجسم لعينة من مرضى الشره العصبي** ،مجلة البحث العلمي في التربية ، العدد .20

25. حمزاوي ، زهية (2017) : **صورة الجسد وعلاقتها بتقدير الذات عند المراهق** ، رسالة دكتوراه .

26. حيمود ، أحمد (2010) : **المكانة الإجتماعية لتلميذ مرحلة التعليم الثانوي وعلاقتها بمفهوم الذات والاتجاهات نحو النشاط البدني الرياضي** ، رسالة دكتوراه .

27. داود ، نسيمة علي (2016) : **العلاقة بين الألكسيثيميا (Alexithymia) وأنماط التنشئة الوالدية والوضع الاقتصادي الإجتماعي وحجم الأسرة والجنس** ، المجلة الأردنية في العلوم التربوية ، الأردن ، مجلد 12 عدد 4 .

28. داوود ، نسيمة . فاخوري ، ربى (2011) : **اضطرابات الأكل لدى طالبات الصف العاشر في المدارس الخاصة بمدينة عمان وعلاقتها بصورة الذات والقلق وممارسة الرياضة وعادات الأم الغذائية وبعض العوامل الديمغرافية** ، مجلة اتحاد الجامعات العربية للتربية وعلم النفس ، الأردن ، مجلد 9 عدد 1 ، الجامعة الأردنية .

29. الدسوقي ، مجدي محمد (2007 ط1) : **إضطرابات الأكل (الأسباب ، التشخيص ، الوقاية والعلاج)** ، مكتبة الأنجلو المصرية ، القاهرة .

30. الدليمي ، ناهدة عبد زيد . الربيعي ، عابد حسين عبد الأمير (2016 ط1) : **السمنة و اللياقة البدنية**، دار صفاء للنشر والتوزيع عمان ، الأردن .

31. ذيب ، ميرفت عاهد . الكيلاني، غازي محمد خير . العرجان ، جعفر (2018) : **نمط الشخصية وعلاقته بانتشار البدانة والوزن الزائد لدى عينة من السيدات الأردنيات (دراسة مقارنة بين المتزوجات وغير المتزوجات)** ، المجلة العلمية للتربية البدنية والعلوم الرياضية ، جامعة حلوان للبنين .

32. رباب ، عبد الحليم ابو زيد محمد (2017) : **السمنة وعلاقتها بتقدير الذات والرضا عن الحياة لدى طالبات الجامعة** ، مجله البحث العلمي في التربية ، العدد 18 ، جامعه عين شمس .

33. رضوان ، بدوية محمد سعدان (2015) : **الألكسيثيميا و علاقتها بالمناخ الأسري والقلق الإجتماعي لدى مجموعة من المراهقين الصغار ذوي صعوبات التعلم بالمعاهد الأزهرية** ، مجلة كلية الدراسات الإنسانية ، العدد 15 ، جامعة الأزهر .

34. الركبان ، محمد بن عثمان (2009) : **البدانة الداء والدواء**، فهرس مكتبة الملك فهد الوطنية أثناء النشر، الرياض .

35. زاغز ، حنان (2014) : **الدلالات النفسية والسوسيوثقافية للمنتوج اللغوي واللفظي والغير لفظي لدي نزلاء المؤسسات العقابية (دراسة تحليلية نفسو إجتماعية لمضمون كتابات ورسوم ووشوم المساجين)** ، رسالة ماجستير .

36. زاوي ، زاهية (2012) : **تقدير الذات لدى المراهق الجانح** ، رسالة ماجستير .

37. زرواتي ، رشيد (2018ط1) **: تدريبات على منهجية البحث العلمي في العلوم الإجتماعية و الإنسانية** ، دار الكتاب الحديث ، القاهرة .

38. زغينة ، عمار (2007) : المراهقة من منظور الإسلام وعلم النفس ، مجلة العلوم الإنسانية ، العدد 28، جامعة باتنة .

39. زهران ، حامد عبد السلام (1986) : **علم نفس النمو (الطفولة والمراهقة)** ، دار المعارف ، القاهرة .

40. زين العابدين ، فارس (2009) : **القمع النفسي في حالة تقطيع الذات عند الشباب الراشد المدمن على المخدرات (دراسة مقارنة)** ، رسالة ماجستير .

41. زين العابدين ، فارس (2016) : **صعوبة التعرف على المشاعر (الألكسيثيميا)** ، مجلة الجامع في الدراسات النفسية والعلوم التربوية ، العدد 3 ، جامعة سيدي بلعباس .

42. السالم ، علي بن أحمد بن علي (2016) : **نمط الحياة وعلاقته بزيادة الوزن والسمنة لدى المراهقين**، رسالة دكتوراه .

43. سعيدي ، عتيقة (2016) : **أبعاد الاغتراب النفسي وعلاقتها بتعاطي المخدرات لدى المراهق** ، رسالة دكتوراه .

44. سلامة ، نهى محمد (2019 ط1) : **التغذية الرياضية ومرحلة المراهقة** ، دار أمجد للنشر والتوزيع ، عمان.

45. سليم ، مريم (2002 ط1) : **علم نفس النمو**، دار الهضبة العربية ، لبنان .

46. شطاح ، هاجر (2011): **أثر سوء المعاملة الوالدية على صورة الذات عند الطفل** ، رسالة ماجستير.

47. شلوتكة ، بيرتر . كاسبار ، فرنس . رولر ، بيرند (2016 ط1) **: التشخيص النفسي الإكلينيكي** . ترجمة رضوان سامر جميل ، دار الكتاب الجامعي ، الإمارات .

48. شويخ ، هناء أحمد محمد (2016) : **علم النفس الصحي** ، مكتبة الأنجلو المصرية ، القاهرة .

49. صافة ، أمينة (2016) : **آثار استعمال التكنولوجيا الحديثة على أفراد الأسرة الجزائرية (دراسة للتأثيرات النفسية و الإجتماعية والأخلاقية والصحية لاستعمال الأنترنت على أبناء الأسرة الجزائرية نموذجا)** ، رسالة دكتوراه .

50. صندلي ، ريمة (2012) : **الضغوط النفسية واستراتيجيات المواجهة المستعملة لدى المراهق المحاول للانتحار** ، رسالة ماجستير .

51. العاني ، انتصار كمال . الشمري ، عفراء حمزة (2017) : **قصور التعبير عن المشاعر وعلاقته بالذكاء الوجداني لدى تلامذة الصف السادس الإبتدائي** ، مجلة كلية التربية للبنات ، مجلد 28 عدد 2 ، جامعة بغداد .

52. العطوي ، هيا محمد مسعد (2018) : **تعلمت من المراهقات** ، مكتبة الملك فهد الوطنية .

53. عقيل ، حسين عقيل (1999) : **فلسفة مناهج البحث العلمي** ، مكتبة مديولي للنشر و التوزيع ، عمان.

54. عكسة ، حليمة (2015) : **تصورات المراهق حول الوسط المدرسي وعلاقتها بكل من الشعور بالأمن النفسي والإنتماء المدرسي لديه** ، رسالة ماجستير .

55. عوض ، عباس محمود (1999) : **المدخل الى علم نفس النمو (الطفولة، المراهقة، الشيخوخة)** ، دار المعرفة الجامعية ، القاهرة .

56. العويضة ، سلطان بن موسى (2009) : **علاقات اضطرابات الأكل بكل من صورة الذات والقلق والكفاءة الذاتية والمدركة وبعض المتغيرات الديمغرافية لدى عينة من طالبات جامعة عمان الأهلية** ، المجلة الأردنية للعلوم الإجتماعية ، الأردن ، مجلد 2 عدد 2 .

57. العيدان ، مهند عبد المحسن منصور (2019) : **الفرق في الألكسيثيميا (Alexithymia) بين المدمنين وغير المدمنين** ، مجلة العلوم التربوية و النفسية ، مجلد 3 عدد 9 .

58. العيسوي ، عبد الرحمان (1992) : **علم النفس الإكلينيكي** ، الدار الجامعية ، بيروت .

59. غزوان ، أنس عباس (2018) : **المشكلات الإجتماعية و النفسية للمراهقات في المدارس المتوسطة**، مجلة كلية التربية الأساسية للعلوم التربوية والإنسانية ، العدد 38 ، جامعة بابل .

60. غنيم ، شاهدة عادل أحمد ابراهيم (2017) : **فعالية برنامج إرشادي في خفض الألكسيثيميا لدى تلاميذ المرحلة الإبتدائية ذوي صعوبات التعلم** ، مجلة كلية التربية ، مصر ، العدد 21 ، جامعة بورسعيد .

61. فاسي ، أمال (2016): **الاكتئاب الأساسي و الألكسيثيميا لدى مريض السرطان كنشاط عقلي مميز** ، رسالة دكتوراه .

62. الفحل ، محمد نبيل (2016 ط1) : **مقياس الألكسيثيميا للمراهقين المكفوفين** ، دار العلوم للنشر والتوزيع القاهرة .

63. فرج ، عبد اللطيف حسين (2007) : **العلاقات الذكية داخل الأسرة** ، الحامد للنشر و التوزيع ، الأردن.

64. الفقهي ، آمال ابراهيم ، بركات ، عفاف ابراهيم ، جاد الله ، سوسن رشوان عزب محمد (2019) : **الألكسيثيميا وعلاقتها بالعدوان لدى عينة من المراهقين** ، مجلة كلية التربية بنها ، العدد 117 ، جامعة بنها .

65. فهمي ، مصطفى (1954 ط2) : **سيكولوجية الطفولة و المراهقة** ، دار مصر للطباعة ، مصر .

66. قارة ، ساسية (2012): **الأسرة والسلوك الانحرافي للمراهق** ، رسالة ماجستير .

67. القرني ، محمد بن سالم (2015) : **فاعلية برنامج علاجي نفسي في تقليل السمنة المفرطة وبعض الاضطرابات النفسية المصاحبة لها لدى عينة من المراهقين والمراهقات في المجتمع السعودي** ، مجلة فصلية ، العدد 104 – 105 ، جامعة الملك عبد العزيز .

68. قريشي ، عبد الكريم . زعطوط ، رمضان (2008) : **التكتم : المفهوم وعلاقته بالصحة والمرض**،مجلة دراسات نفسية و تربوية ، ورقلة ، العدد 1 ، جامعة قاصدي مرباح .

69. القيسي ، نايفة (2006 ط1) : **المعجم التربوي وعلم النفس** ، دار سامي للنشر ، الأردن .

70. كواشي ، هبة (2015) : **الخوف الإجتماعي لدى المراهقين الأيتام** ، رسالة ماجستير .

71. كوروغلي ، محمد لمين (2010) : **مساهمة في دراسة محاولة الانتحار عند المراهق بعد تعرضه لصدمة فشل (الأسباب واستراتيجيات التكفل النفسي)** ، رسالة ماجستير .

72. لقريدي ، خير (2015) : **علاقه مستوى النشاط البدني بظاهرة البدانة عند المراهقين في الجزائر** ، رسالة ماجستير .

73. لقوقي ، دليلة (2016) : **مستوى تقدير الذات لدى المراهق مجهول النسب المكفول في أسرة بديلة (دراسة حالة لمراهقين مكفوفين)** ، رسالة ماجستير .

74. لوكلي ، ستيفن دبليو . فوستر ، راسل جي (2010 ط1) : **النوم (مقدمة قصيرة جدا)** . ترجمة يهمن نهى ، مؤسسة هنداوي للتعليم والثقافة ، القاهرة .

75. متولي ، محمد عبد القادر علي (2019) : **علاقة الألكسيثيميا بالضغوط النفسية لدى والدي أطفال ذوي اضطراب التوحد** ، مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات التربوية و النفسية ، مجلد 27 عدد 4 ، جامعة الأمير سطام : 110 – 144 .

76. محمود ، إبراهيم وجيد (1981) : **المراهقة (خصائصها ومشكلاتها)** ، دار المعارف الإسكندرية ، مصر.

77. محمود ، زينب شقير (2002) : **علم النفس العيادي والمرضي للأطفال والراشدين** ، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع ، الأردن .

78. محيسن ، حسن علي (2019 ط1) : **الترويح والسمنة** ، مؤسسة عالم الرياضة للنشر و دار الوفاء لدنيا الطباعة ، الإسكندرية.

79. مرياح ، فاطمة الزهراء (2012) : **سوء التغذية لدى المتمدرس وعلاقته بالتحصيل الدراسي** ، رسالة ماجستير.

80. مصباح ، عامر (2003) : **التنشئة الإجتماعية و السلوك الإنحرافي لتلميذ المدرسة الثانوية** ، دار الأمة للطباعة و النشر ، الجزائر .

81. مصطفى ، أسامة فاروق (2011 ط1) : **مدخل إلى الإضطرابات السلوكية والإنفعالية (الأسباب ، التشخيص ، العلاج)** ، دار المسيرة للنشر والتوزيع ، عمان .

82. مظلوم ، مصطفى علي رمضان (2017) : **تنظيم الانفعال وعلاقته بالألكسيثيميا لدى عينة من طلاب الجامعة (دراسة سيكوميترية – كلينيكية)** ، دراسات عربية في التربية وعلم النفس (ASEP) ، العدد 82 .

83. مقدم ، خديجة (2012) : **مشروع الحياة عند المراهقين الجانحين** ، رسالة دكتوراه .

84. الملك ، سلوى كمال الزبير (2004) : **مشكلة الفتاة المراهقة وعلاقتها ببعض المتغيرات الديمغرافية في المرحلة الثانوية الحكومية بمحافظة الخرطوم** ، رسالة ماجستير .

85. منصور ، حسن فكري (2004 ط1) : **كل شيء عن السمنة والجديد في علاجها (كيف تنقص وزنك في ثلاثين يوما)** ، دار الصفا والمروة ، الإسكندرية .

86. مهدي ، ريم خميس (2017) : **البلادة الوجدانية لدى النساء المصابات بسرطان الثدي** ، مجلة العلوم الحديثة والتراثية ، مجلد 5 عدد 2 ، الجامعة العراقية .

87. النابلسي ، محمد أحمد (2003) : **السمنة وعلاجها النفسي** ، مجلة الثقافة النفسية المتخصصة ، لبنان ، مجلد 14 عدد 53 .

المراجع الأجنبية :

88. Agnieszka Zak-Golab et all (2013) : **Alexithymia , Depression , Anxiety and binge eating in obese women** , Eur.J.Pasychiat .Vol 27 N°3 , 149-159 , Department of pathophysiology , Medical university of Silesia , Katowice , poland. Vender .

89. Chabrol, Henri et all (2003) : **Emotional eating , Alexithymia , and binge eating disorder in obese women** , Obesity Research , Vol 11 N°2 , University of Toulouse II , france .

90. Colin Wastell , Alexndra Booth (2003) : **Machiavellianism : An Alexthymic perspective** , journal of social and clinical psychology , vol 22, N°6, pp 730-744.

91. De Bersrdis , Domenico et all (2009) : **Alexithymia and its relationships with dissociative experiences , body dissatisfaction and eating disturbance in a non-clinical female sample** , department of mental health , San Giuseppe , clinic , Ascoli Piceno , Italy .

92. Fender , Simone et all (2014) : **Alexithymia could mask depression in obese patients** , Journal of Harmonized Research (JOHR) , Vol 3 N°4 , 141-147 . university of Insubria - Varese - Italy .

93. Grégory Monnier (2011) : **Depression , alexithymie et personalité** , Deplome d'etat de docteur en medcine , université de Limoges .

94. Hans , Joergen Grabe . Carsten , Spitzer . Harald Juergen , Freberger (2004) : **Alexithymia and personality in relation to dimensions of psychopathy** , Amercan Journal Psychiatry , Vol 161 , No 7 , pp1 299-1301 .

95. Karukivi , Max (2011) : **Association between alexithymia and mental well being in adolescents** , turku .

96. Nazma , Akter . Hossain , Shahid Ferdoud . Nazmul , Kabir Qureshi (2017) : **Obesity : a reviewof pathogenesis and management Strategies in adult** , Delta Med Col J.jan 5(1) .

97. Olivier , Luminet . Graeme , Taylor . Michael , Bagby (2003) : **La mesure de l'alexithymie** , paru dans M.Cocos et M.Speranza (E ds) , paris , dunod .

98. Patricia Eid (2015) : **Alexithymia et perceptions de la satisfaction conjugale et de la violence entre partenaires intimes** , These prethèse présentée comme exiigence partielle du doctorat en psychologie , université du Québec à Montréal .

99. Pinna , F et all (2011) : **Obesity , Alexithymia and psychopathology : A case-control study** , Vol 16 , 164-170 , University of Cagliari , italy .

100. Polikandrioti , Maria . Stefanou , Evagelia (2009) : **Obestity disease** , Health Science Journal , Vol 03 Issue 3 .

101. Sasai , Keiko et all (2010) : **Alexithymia and its relationships with eating behavior , self esteem , and body esteem in college women** , Kobe J, Med . Sci , Vol 56 N°6 , 231-238 , Kobe university , Japan .

102. Susanna , Kautiainen (2008) : **Overweight and obesity in adolescence : Secular trends and association with perceived weight** , sociodemographic factors and screen time , Academic Dissertation , the faculty of medicine , medisiinarinkatu 3 , university of tampere .

103. Taylor , Graeme . Bagby , Michael (2000) : **An overview of the alexithymia construct** , In Reuven Baron and james Parker (E ds) , The hand book of emotional intelligence : Theory , development , assessment , and application at home , Schoole and the work place , San francisco : jossey Bassinc . P 41-67 .

104. Virginie , Salamin . Grégoire , Zimmermann . Michael , Reichorts (2008) : **L' Alexithymie aujourd'hui : essai d'articulation avec les conceptions contemporaines des émotions et de la personnalité** , psychologie française , Issue 53 .

الملاحق

الملحق رقم 01 : مقياس تورنتو للألكسيثيميا (TAS-20)

المحور	العبارة	خيارات الإجابة				
		موافق بشدة	موافق باعتدال	لا موافق لامعارض	معارض باعتدال	معارض بشدة
صعوبة تمييز الأحاسيس	1- لا يمكنني تمييز ما أشعر به من انفعالات في كثير من الأحيان .					
	3- أشعر بأحاسيس في جسدي حتى الأطباء يعجزون عن تفسيرها .					
	6- حينما أكون متضايقا لا أعرف هل أنا حزين أو مرعوب أو غاضب .					
	7- أرتبك كثيرا حيال الأحاسيس التي تنتاب جسدي.					
	9- لا يمكنني تحديد بشكل تام و دقيق ما أشعر به .					
	13- لا أستطيع معرفة ما ينتابني من الداخل .					
	14- لا أعرف في كثير من الأحيان سبب شعوري بالغضب .					
صعوبة وصف الأحاسيس	2- يصعب علي إيجاد الكلمات المناسبة للتعبير عن مشاعري .					
	4- أستطيع وصف مشاعري بكل سهولة .					
	11- يصعب علي وصف مشاعري تجاه الآخرين.					
	12- يطلب الناس مني وصف المشاعري أكثر .					
	17- يصعب علي الكشف عن مشاعري العميقة حتى للأصدقاء المقربين .					
تفكير موجه نحو الخارج	5- أفضل كثيرا تحليل المشكلات على مجرد الإكتفاء بوصفها .					
	8- أفضل ترك الأمور تحدث على أن أحاول فهم سبب حدوثها على هذا النحو .					
	10- إنه من الأساسي بالنسبة لي أن أهتم					

	بمشاعري .					
	15- أفضل أن أتحدث مع الناس بخصوص نشاطاتهم اليومية بدلا من أن أتحدث معهم عن أحاسيسهم .					
	16- أفضل مشاهدة البرامج الترفيهية بدلا من الأعمال الدرامية .					
	18- أشعر بالقرب من شخص ما ، حتى في لحظات الصمت .					
	19- أجد أن مراجعة أحاسيسي مفيدة في حل المشكلات الشخصية .					
	20- البحث عن المعاني الخفية في الأفلام و المسرحيات يحول دون الإسمتاع بيها .					

الملحق رقم 02 : المقابلة كما وردت مع الحالة الأولى :

السلام عليكم

و عليكم السلام

س1: ما هي أسباب السمنة :

ج1: كي كنت صغيرة نورمال مش سمينة ووقت لي كان في عمري 6 سنين ماما دارت عملية على المرارة بابا جابلنا ماني طيب بصح مكناش نحبو ماكلتها ولا يجيبلنا ماكلة من برا من ثم سمنت .

س2: هل تعانين من أمراض أخرى ؟ ما هي ؟

ج2: لا ، بصح كل ما نروح للطبيب يقيسلي السكر و الضغط و يلقاهم ملاح .

س3: كيف هي علاقتك مع أفراد الأسرة ؟

ج3: نكرهم كل .

س4: لماذا ؟

ج4: مانحملهمش ، ماما عندها 4 ولاد بصح كلش يحصل فيا ، الحاجة لي نديرها ما تعجبهاش و أختي دايرتني خدامة ، خويا نغفل شوي نلقاه رمى عليا البالون ، و الصغير فيهم يتعلم يطيح و يدير لي جاست و تحصل فيا أنا .

5: كيف هي علاقتك مع الأصدقاء ؟

ج5 : نسيت ، تقريبا نهار كومبلي نشد التيليفون ما نحكي مع حتى واحد ، في المتوسطة نتبع مع الشيخ و وقت الاستراحة نشد التيليفون ،و كي نكون مروحة خطرات نهبط مع بنات باه و صباح نروح وحدي .

س6: ما هي أكثر التصرفات إزعاجا التي تتعرضين لها ؟

ج6: كي يشوفوني يبداو يعايرو فيا دب و سمينة و طامسونة و لي تحكملي خدودي وأنا ما نعرفهاش و اللي يحبو نرفدهم ، حاسبيني غوريلا ، و اللي يحبو يجريوني باه يضحكو عليا.

س7: ماذا يقلقك في جسمك ؟

ج7: نكره الخطوط لي في كرشي و كل بلاصة من جسمي ، تحت ذراعي و فوق صدري ، في البلايص المشحمين .

س8: هل تعتقدين أن السمنة حرمتك من أشياء ترغبين فيها ؟ ما هي ؟

ج8: منين نبدا و منين نكمل ، ما نقدرش نتشقلب تتهز الأرض .

س9: هل لديك القدرة على التعبير على مشاعرك بسهولة ؟

ج9: أرواح أنت و أفهم واش خصني ، مين ذاك أنا وما نفهموش .

س10: هل تعانين أحيانا من صعوبة في التمييز بين مشاعر الحزن وخيبة الأمل ؟

ج10: لا ، أصلا جامي خاب ضني ، زيدي سقسي .

س11: هل تعانين من صعوبة في التحكم بتصرفاتك وانفعالاتك أثناء الغضب؟

ج11: من شخص ، نسب و نضرب ، من حاجة نحكم كيتمان و بالون و نتخيل ميراكولوس (كرتون) تزوجو.

س12: كيف تصفين حالتك أثناء الغضب ؟

ج12: نولي نطرش برك .

س13: في حالات التوتر هل يمكنك التحكم في أقوالك وتصرفاتك ؟

ج13: قادر نولي نهدر فرنسية و أنا مانعرفهاش .

س14: هل أنت شخصية اجتماعية بطبعك ؟

ج14: شخصية تافهة ندير أي حاجة باه نضحك لخرين .

س15: كي تضحكيهم تحسي روحك قريبة ليهم ؟

ج15: في الواقع نحسهم يضحكو عليا نكره ، في الفيسبوك تحلالي .

س16: هل تعتبرين نفسك شخصية قيادية ومؤثرة في الآخرين ؟

ج16: لا ، نحس روحي جايحة ، هذه الهدرة نبات نندب عليها في الليل .

س17: واش من هدرة ؟

ج17: اللي راني نقولها ليك .

س18: بصح أنا منيش نشوف فيك جايحة بالعكس تحكي من قلبك .

ج18: شكرا ، هذي ماما الجايحة تقارن في روحها 40 سنة بيا ، عندهم كي راك تاكل و تشرب و ترقد و تلبس معناها راك مليح ، النفسية شكوني لاهي بيها .

س19: هل تقومين أحيانا بأفعال لمحاولة جذب انتباه الآخرين ؟

ج19: نتبهلل .

س20: هل تتميزين بتفكير منطقي أم عاطفي ؟

ج20: منطقي .

س21: هل لديك صعوبة في التواصل مع الجنس الآخر ؟

ج21: نحكي معاهم عادي بصح مين ذاك يقلقوني يقولولي سامطة .

س22: هل تجدين صعوبة في إنشاء روابط حميمية ؟

ج22: أطول علاقة شدتلي 3 أيام ، الأطول و الأقصر و الوحيدة .

س23: كيف يصفك الأشخاص المقربين منك ؟

ج23: ما شاء الله حلوف تضربها ما تتوجعش ، على كرشك تخلي عرشك ، هذي بالذات أختي تقولها .

س24: هل تحبين قراءة الروايات والقصص ؟

ج24: لا .

س25: لماذا ؟

ج25: مانفهمهش .

س26: في ماذا تفكرين قبل النوم ؟

ج26: الإنتحار ، الهربة ، حياتي كون نهرب من الدار ، الموت.

س27: هل تراودك الأحلام ليلا ؟ وهل تتذكرين تفاصيل احلامك ؟

ج27: جامي شفت منام .

س28: ما هو الطعام الذي تفضلينه ؟ ولماذا ؟

ج28: كلش ، نحب حلوة اللحظة ، بنينة .

س29: ما هي أسباب زيارتك للطبيب عادة ؟

ج28: كرشي من الماكلة بزاف و لا ظهري يوجع مانقدرش نحركو .

س29: عندما اقول "شاطئ" ماذا يتراوى في ذهنك ؟

ج29: سبونج بوب .

س30: ما هو رايك في الزواج ؟

ج30: نموت بايرة و مانغيرش .

س31: ماتغيريش ؟

ج31: كون يخدعني ولا يعاود الزواج نورمال ما نغيرش ، إذا تزوجت.

الملحق رقم 03 : المقابلة كما وردت مع الحالة الثانية :

السلام عليكم

و عليكم السلام

س1: ما هي أسباب السمنة :

ج1: من صغري وانا سمينة ، زدت قريب 5 كغ و زيد كانوا كامل يوكلو فيا و لي نسخف عليها يجيبوهالي ، فوق 8 سنين بديت نزيد أكثر و صراو مشاكل في دارنا ماوليتش نحب نخرج و غير ناكل و مايهمنيش لوين وصلت ، من بعد رحلنا كنا في قرية رحنا للمدينة لثم تعقدت و كرهت روحي ونحب نغلق على روحي و الناس برا يضحكو عليا حتى من الاساتذة ، ولات ما تهمنيش لقراية غير ناكل و نرقد ، و كنت نشرب دوا الحساسية زاد عليا .

س2: هل تعانين من أمراض أخرى ؟ ما هي ؟

ج2: الحساسية و المعدة من دوا.

س3: كيف هي علاقتك مع أفراد الأسرة ؟

ج3: مش مليحة ، كي كنت في حالة إكتئاب نتجنب كلشي مام خوتي و كان بابا يهتم بخواتاتي توام أكثر مني وصلت لوقت نحس روحي وحيدة ، كان بابا يعايرني بطريقة غير مباشرة زعما باه ندير القلب و نضعاف و في الحقيقة واحد ماكان يفهمني .

س4: كيف هي علاقتك مع الأصدقاء ؟

ج4: ماعنديش صحاباتي في الواقع كاين وحدة برك قريبة ليا ، لخرين كامل زينات غير أنا لي سمينة ، تعرفي هذاك العبد لي يحلم يحلم و كي يخرج للواقع يصدموه ، هكاك كنت أنا ، كنت نعيش في مخيلتي مانحبش نواجه الناس ، و كي كنت صغيرة يضحكو عليا الجيران يقولو لماما هذي كي تكبر كيفاه تولي .

س5: ما هي أكثر التصرفات إزعاجا التي تتعرضين لها ؟

ج5: في الدار كي ما يعرفوش يوصلولي بلي راني في الهلاك مع انو علابالهم بسبب دوا و نحب ناكل ، تقيسني كي خواتاتي يشرو حوايج يجوهم ملاح و انا لا ، و برا يتحرشو بيا و يضحكو على لبستي تقيسني ياسر ، و تاني كي يشوفو وحدة سمينة تبانلهم فايحة و يولو يبعدو عليها و يقولولي لمرا سمينة ماتجيبش ولاد و تقعد بايرة .

س6: ماذا يقلقك في جسمك ؟

ج6: كرشي و رجليا منفخين .

س7: هل تعتقدين أن السمنة حرمتك من أشياء ترغبين فيها ؟ ما هي ؟

ج7: ايه ياسر ، ابسط حاجة الخرجة و الا اللبسة تاع العراس و الصبابط العالية ، السمنة ماخلاتش لعباد يشوفو واش في قلبي واش في مخي ، ماكانش عندي حباباتي و صحاباتي وليت نخاف نكون مانصلحش ليهم .

س8: هل لديك القدرة على التعبير على مشاعرك بسهولة ؟

ج8: الحزن و الظلم لي في قلبي مانقدرش نخرجو أي حاجة تغيضني .

س9: هل تعانين أحيانا من صعوبة في التمييز بين مشاعر الحزن وخيبة الأمل ؟

ج9: لا نفرق بينهم خيبة امل هو واحد كنتي حاطتو حاجة كبيرة و تفرحي بيه بعينيك و مبعد حاجة صغيرة تكشفو ولا يدير حاجة مش مليحة ليك معنتها خيبة امل

و الحزن هو عبد تكوني تستناي منو حاجة و يواجهك بحاجة ولا رد سلبي تحزني على شي هذاك ، بالنسبة ليا .

س10: هل تعانين من صعوبة في التحكم بتصرفاتك وانفعالاتك أثناء الغضب؟

ج10: لا نعيط ولا نكسر من بعد كي نكون وحدي نبكي .

س11: كيف تصفين حالتك أثناء الغضب ؟

ج11: كي يقلقني عبد نعيط عليه ولا نسبو و كون بيدي نضربو و مادخلنيش فيه .

س12: في حالات التوتر هل يمكنك التحكم في أقوالك وتصرفاتك ؟

ج12: لا مانعرفش واش راني ندير .

س13: هل أنت شخصية اجتماعية بطبعك ؟

ج13: مانحبش نحكي مع الناس الا إذا حبو يحكو معايا بالسيف و ينطقو فيا و لا قالو حاجة قاستني بصح نخلي علاقتي بيهم سطحية مانحبش نصاحب .

س14: هل تعتبرين نفسك شخصية قيادية ومؤثرة في الآخرين ؟

ج14: لا ، كي نكون مع جماعة نخليهم يهدرو من بعد نمد رايي عجبهم قنعو اللهم بارك ، ما عجبهمش نجبد روحي .

س15: هل تقومين أحيانا بأفعال لمحاولة جذب انتباه الآخرين ؟

ج15: كنت بصح ضرك لا.

س16: هل تتميزين بتفكير منطقي أم عاطفي ؟

ج16: منطقي

س17: هل لديك صعوبة في التواصل مع الجنس الآخر ؟

ج17: ايه ، من أول نحط روحي و نديرلهم قيمة و من بعد الطرف الاخر يلقاني ضعيفة يبعد عليا و مايجربش يسمعني تغيضني روحي نولي نخاف نزيد نخسر ناس.

س18: هل تجدين صعوبة في إنشاء روابط حميمية ؟

ج18: إيه مثلا هوما ملاح و انا كي وليت سمينة مانحبش نخرج ياسر نخاف نكون نحكي بنيتي يحسبوني نتكبر ، نولي نبعد فيهم .

س19: كيف يصفك الأشخاص المقربين منك ؟

ج19: بهلولة نحب نضحك و خلاص .

س20: هل تحبين قراءة الروايات والقصص ؟

ج20: ايه نقرا روايات الخيال و الحب ، كي مالقيتش الاهتمام في الواقع نولي نتخايل الناس كامل تحبني

س21: في ماذا تفكرين قبل النوم ؟

ج21: نخمم نبدل روحي .

س22: هل تراودك الأحلام ليلا ؟ وهل تتذكرين تفاصيل احلامك ؟

ج22: إيه نحلم ياسر و نتفكر.

س23: هل تؤثر الأحلام التي تراودك على مزاجك ؟

ج23: إيه نوض نبكي و تغيضني روحي

س24: ما هو الطعام الذي تفضلينه ؟ ولماذا ؟

ج24: شخشوخة ، من صغري نحبها نديروها غير في المناسبات .

س25: ما هي أسباب زيارتك للطبيب عادة ؟

ج25: دوخة و فشلة .

س26: عندما اقول "شاطئ" ماذا يتراوى في ذهنك ؟

ج26: بحر و رمل .

س27: ما هو رايك في الزواج ؟

ج27: الزواج بالنسبة ليا واجبات و حقوق و يكون إنسان يحب الطرف الثاني بكل عيوبه و يكمل حياته معاه .

الملحق رقم 04 : المقابلة كما وردت مع الحالة الثالثة :

السلام عليكم

و عليكم السلام

س1: ما هي أسباب السمنة :

ج1: وراثة ، ماما سمينة ، و كي كنت صغيرة 5 سنوات حصلتلي لوحة فيها مسامر في رجلي و مدلي الطبيب الدواء والله ما نذكرها تفتح الشهية وليت ناكل برا ياسر و السكريات حتى لقيت روحي هكا .

س2: هل تعانين من أمراض أخرى ؟ ما هي ؟

ج2: لالا جامي ماعندي حتى مرض .

س3: كيف هي علاقتك مع أفراد الأسرة ؟

ج3: مليحة متفاهمين كامل مكانش مشاكل

س4: كيف هي علاقتك مع الأصدقاء ؟

ج4: ماعنديش اصلا خاطيني التخلاط

س5: ما هي أكثر التصرفات إزعاجا التي تتعرضين لها ؟

ج5: كي يعايروني برا و يقولولي بقرة سمينة و دابة و كذا ...

س6: ماذا يقلقك في جسمك ؟

ج6: كرشي و ذراعي .

س7: هل تعتقدين أن السمنة حرمتك من أشياء ترغبين فيها ؟ ما هي ؟

ج7: ياسر حوايج

س8: هل لديك القدرة على التعبير على مشاعرك بسهولة ؟

ج8: جامي مانقدرش .

س9: هل تعانين أحيانا من صعوبة في التمييز بين مشاعر الحزن وخيبة الأمل ؟

ج9: ايه ساعات .

س10: هل تعانين من صعوبة في التحكم بتصرفاتك وانفعالاتك أثناء الغضب؟

ج10: نخبط الباب نعيط مانعرفش خلاص واش راني ندير .

س11: كيف تصفين حالتك أثناء الغضب ؟

ج11: مشنفة و ما يتهدرش معايا

س12: في حالات التوتر هل يمكنك التحكم في أقوالك وتصرفاتك ؟

ج12: نورمال تبالي شوي.

س13: هل أنت شخصية اجتماعية بطبعك ؟

ج13: لالا جامي مانخالطش والو .

س14: هل تعتبرين نفسك شخصية قيادية ومؤثرة في الآخرين ؟

ج14: لالا مانحبش ندخل روحي .

س15: هل تقومين أحيانا بأفعال لمحاولة جذب انتباه الآخرين ؟

ج15: مانخالط مانحاول .

س16: هل تتميزين بتفكير منطقي أم عاطفي ؟

ج16: عاطفي .

س17: هل لديك صعوبة في التواصل مع الجنس الآخر ؟

ج17: ياسر .

س18: هل تجدين صعوبة في إنشاء روابط حميمية ؟

ج18: ايه مايفهمونيش .

س19: كيف يصفك الأشخاص المقربين منك ؟

ج19: وحدة هايلة ، كاين لي يحبوني و كاين لي يكرهوني .

س20: هل تحبين قراءة الروايات والقصص ؟

ج20: لا ما نحبش .

س21: في ماذا تفكرين قبل النوم ؟

ج21: ياسر حوايج ، نخمم على روحي على عائلتي على الريجيم .

س22: هل تراودك الأحلام ليلا ؟ وهل تتذكرين تفاصيل احلامك ؟

ج22: ايه نحلم ياسر ، بصح قليل وين نتفكر .

س23: هل تؤثر الأحلام التي تراودك على مزاجك ؟

ج23: لا مش ياسر .

س24: ما هو الطعام الذي تفضلينه ؟ ولماذا ؟

ج24: بيتزا ، نشتيها اكلتي المفضلة .

س25: ما هي أسباب زيارتك للطبيب عادة ؟

ج25: كي نمرض بالزدرة و ساعات كرشي و أذني ولا الضرسة .

س26: عندما اقول "شاطئ" ماذا يتراوى في ذهنك ؟

ج26: السباحة.

س27: ما هو رأيك في الزواج ؟

ج27: الزواج نص الدين.