

الكمالية العصابية كمتغير وسيط بين الألكسيثيميا واضطراب فقدان الشهية العصبي لدى المراهقات

Neurotic perfectionism as a mediating variable between alexithymia and anorexia nervosa in adolescent girls

¹ روزانا نجيب لبيب ميخائيل² ا.د. هناء أحمد شويخ *³ د. إبراهيم حسن محمد¹ باحثة ماجستير بكلية الآداب ، جامعة الفيوم ، rozananageb073@gmail.com² أستاذ علم النفس الإكلينيكي ، كلية الآداب ، جامعة الفيوم ، has11@fayoum.edu.eg³ أستاذ مساعد علم النفس الإكلينيكي ، كلية الآداب ، جامعة جنوب الوادي ، h.aboelmagd@art.svu.edu.eg

تاريخ الاستلام: 2025-11-03

تاريخ القبول: 2025-12-11

تاريخ النشر: 2025-12-29

ملخص: تهدف الدراسة الحالية إلى الكشف عن طبيعة العلاقة بين الكمالية العصابية والألكسيثيميا واضطراب فقدان الشهية العصبي لدى المراهقات، واختبار الدور الوسيط للكمالية العصابية في العلاقة بين الألكسيثيميا واضطراب فقدان الشهية العصبي. حيث تكونت عينة لدراسة من (150) مراهقة تراوحت أعمارهن بين (11 - 19 سنة) وشملت أدوات الدراسة: مقياس الكمالية العصابية إعداد رياض (2018)، ومقياس فقدان الشهية العصبي إعداد شقير (1999) ومقياس تورنتو للألكسيثيميا (تعريب: علاء الدين كفافي، وفؤاد الدواش). أظهرت النتائج وجود علاقة ارتباطية موجبة ذات دلالة إحصائية بين الألكسيثيميا واضطراب فقدان الشهية العصبي، وأيضاً وجود علاقة ارتباطية موجبة ذات دلالة إحصائية بين الكمالية العصابية واضطراب فقدان الشهية العصبي، كما أظهرت نتائج تحليل الانحدار تحقق الدور الوسيط للكمالية العصابية في العلاقة بين الألكسيثيميا واضطراب فقدان الشهية العصبي.

الكلمات المفتاحية: الكمالية العصابية - الألكسيثيميا - فقدان الشهية العصبي - المراهقات.

Abstract: The current study aims to explore the nature of the relationship between neurotic perfectionism, alexithymia, and anorexia nervosa among adolescent girls, and to examine the mediating role of neurotic perfectionism in the relationship between alexithymia and anorexia nervosa. The study sample consisted of 150 adolescents girls aged between 11 and 19 years. The instruments included the Neurotic Perfectionism Scale (Riyad, 2018), the Anorexia Nervosa Scale (Shaqir, 1999), and the Toronto Alexithymia Scale (Arabic adaptation : Alaa El-Din Kafafi & Fouad El-Dawash). Results indicated a significant positive correlation between alexithymia and anorexia nervosa, as well as between neurotic perfectionism and anorexia nervosa. Regression analysis confirmed the mediating role of neurotic perfectionism in the relationship between alexithymia and anorexia nervosa, highlighting the importance of addressing perfectionistic tendencies and difficulties in emotional awareness when understanding and treating adolescents with anorexia nervosa.

Keywords: Neurotic perfectionism – Alexithymia – Anorexia nervosa – Adolescent girls.

1- المقدمة

تعد مرحلة المراهقة من أكثر المراحل الحرجة والحساسة في حياة الإنسان، إذ تمثل فترة انتقالية تنسم بتغيرات جسمية ونفسية وفسولوجية واسعة النطاق، تؤثر بشكل مباشر على الصحة النفسية والاجتماعية للفرد. وتشهد هذه المرحلة ظهور تغيرات في النمو البدني، والمظاهر الجنسية الثانوية، إلى جانب تطورات معرفية واجتماعية تؤثر على هوية المراهق وسلوكه. هذه التحولات تخلق شعورًا متزايدًا بالقلق والتوتر والضغط النفسي، ما يجعل المراهق أكثر عرضة للتأثر بالمتغيرات البيئية والاجتماعية المحيطة به (أبو بكر، 2019).

وتزداد تحديات المراهق في ضوء التغيرات الثقافية والاجتماعية والاقتصادية السريعة والمتلاحقة، التي تفرض على الفرد ضغوطاً إضافية تتطلب مهارات تكيفية عالية، في ظل حساسيته الانفعالية واندفاعه السلوكي. ومن أبرز مظاهر التركيز الذاتي في هذه المرحلة، الانتباه المتزايد إلى المظهر الجسدي، والذي قد يؤدي إلى تطور صورة ذاتية مشوهة، ويزيد من خطر نشوء اضطرابات نفسية متنوعة، ومن أبرزها اضطرابات الأكل.

ويُعد اضطراب فقدان الشهية العصبي أحد أنواع اضطرابات الأكل، إذ يتميز بالامتناع المتعمد عن تناول الطعام، مع انشغال مفرط بالوزن وشكل الجسم، مما يؤدي إلى فقدان شديد في الوزن وتشوه صورة الجسد. وتشير الإحصاءات إلى أن هذا الاضطراب يصيب حوالي 2.4% من النساء خلال حياتهن، ويتسم بمعدلات وفاة مرتفعة تصل إلى 17% من الحالات، ما يعكس خطورته الشديدة على الصحة النفسية والجسدية للمصابين (Davies & Kelly, 2019).

ويتأثر اضطراب فقدان الشهية العصبي بعدة عوامل نفسية، من أبرزها الكمالية العصبية، والتي تمثل نمطاً نفسياً يتسم بالسعي المفرط لتحقيق الكمال، وفرض معايير ذاتية عالية غير واقعية، ما يؤدي إلى ضغوط نفسية مستمرة، واستنزاف طاقة الفرد الجسدية والنفسية، وانخفاض القدرة على الإبداع، ويترتب على الكمالية العصبية مشاعر متكررة من القلق والاكتئاب وعدم الرضا عن الذات، حتى عند تحقيق النجاحات المرجوة (القرني، 2023؛ Halmi et al., 2000؛ رياض وآخرون، 2015).

كما تُعد الألكسيثيميا، وهي الحالة المعروفة بصعوبة إدراك وتحديد المشاعر والتعبير عنها، من العوامل النفسية المؤثرة في اضطراب فقدان الشهية العصبي، إذ تحد من القدرة على التفاعل الاجتماعي والفهم العاطفي للذات والآخرين. وقد أظهرت الدراسات أن الأفراد الذين يعانون من الألكسيثيميا يكونون أكثر عرضة لتطوير سلوكيات غذائية مضطربة نتيجة الصعوبة في التعامل مع المشاعر الداخلية والتوتر النفسي (العيدان، 2019؛ Lule et al., 2014؛ Torres et al., 2015).

وتسعى الدراسة الحالية إلى تقديم فهم أعمق للعوامل النفسية المشتركة المؤثرة على هذا الاضطراب، بما يدعم تطوير استراتيجيات تشخيصية وعلاجية أكثر فعالية، كما تسهم نتائج هذه الدراسة في تحسين جودة حياة المراهقات المعرضات لهذه المشكلة النفسية.

2- مشكلة الدراسة

تمثل مرحلة المراهقة فترة حرجة في حياة الفرد، خاصة لدى الفتيات، إذ تتزامن فيها التغيرات البيولوجية والنفسية والاجتماعية مع مرحلة تكوين الهوية الذاتية. ويزداد في هذه المرحلة الانشغال بالمظهر الجسدي، ما يعزز الميل إلى الكمالية العصبية، ويؤدي إلى شعور متكرر بعدم الرضا عن الجسم وتطوير صورة ذاتية مشوهة. ومن المعروف أن هذه العوامل النفسية ترتبط ارتباطاً وثيقاً بزيادة احتمالية الإصابة بفقدان الشهية العصبي، الذي يُعد اضطراباً خطيراً على الصحة النفسية والجسدية للمراهقات (السيد، 2021).

وتشير بعض الدراسات إلى أن الكمالية العصابية والألكسيثيميا يعدان من أبرز العوامل النفسية التي تسهم في ظهور سلوكيات غذائية مضطربة، فالكمالية العصابية تدفع الأفراد إلى السعي وراء معايير غير واقعية وصعوبة تقبل الفشل، مما يولد ضغوطاً نفسية مستمرة، بينما تؤدي الألكسيثيميا إلى صعوبة التعرف على المشاعر الذاتية والتعبير عنها، وبالتالي ضعف القدرة على التعامل مع التوتر النفسي والمواقف الضاغطة (القرني، 2023؛ العيدان، 2019).

وعلى الرغم من كثرة الدراسات التي تناولت هذه العوامل النفسية بشكل منفصل، إلا أن القليل منها ركز على دراسة العلاقة الوسيطة بينهم لدى المراهقات، ومن ثم تتبع الحاجة العلمية لهذه الدراسة، إذ أن فهم العلاقة المتبادلة بين هذه المتغيرات قد يسهم في توضيح طبيعة العوامل النفسية المؤثرة على هذا الاضطراب، ويُسهم في تحسين استراتيجيات التشخيص المبكر، وتطوير البرامج العلاجية والوقائية الملائمة لهذه الفئة العمرية. وبناءً على ما سبق، تكتسب الدراسة أهميتها من كونها تهدف إلى محاولة سد الفجوة البحثية المتعلقة بالعوامل النفسية المشتركة لفقدان الشهية العصبي، وتهيئة أرضية علمية لفهم أعمق للاضطرابات، مما يدعم التدخلات العلاجية المبكرة ويعزز فرص الوقاية والحد من انتشار هذه المشكلات النفسية لدى المراهقات.

3- تساؤلات الدراسة

- ما مدى تأثير الكمالية العصابية كمتغير وسيط بين الإكسيثيميا واضطراب فقدان الشهية العصبي لدي المراهقات؟

1. هل توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين الكمالية العصابية والإكسيثيميا لدي المراهقات؟
2. هل توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين الكمالية العصابية واضطراب فقدان الشهية العصبي لدي المراهقات ؟

4- أهداف الدراسة

دراسة وفهم العلاقة بين الألكسيثيميا والكمالية العصابية وفقدان الشهية العصبي. معرفة مدى تأثير الكمالية العصابية كمتغير وسيط بين الاكسيثيميا واضطراب فقدان الشهية العصبي لدي المراهقات.

5- أهمية الدراسة

1.5- الأهمية النظرية

1. تسهم الدراسة في فهم العوامل المشتركة والاختلافات بين هذه الاضطرابات، مما يمكن أن يساعد في تحسين التشخيص والعلاج للأفراد المتأثرين بهذه المتغيرات.
2. فهم العلاقة بين هذه المتغيرات يمكن أن يفتح مجالاً لفهم أعمق للعوامل الوراثية والبيئية التي تلعب دوراً في تطورها وتفاقمها.
3. محاولة الإسهام في تقديم وصف وتفسير أوسع حول متغيرات الدراسة من أجل إثراء الجانب النظري، حيث توجد ندرة في الدراسات التي تناولت العلاقة بين الكمالية العصابية، والألكسيثيميا، وفقدان الشهية العصبي.
4. تناول الدراسة لفئة هامة وهي المراهقات، حيث يوجد ضرورة للإلمام بها وفهم كل ما يرتبط بها، وذلك لتقديم الخدمة والرعاية لتجنب الإصابة باضطراب فقدان الشهية العصبي.

2.5- الأهمية التطبيقية

1. يمكن استخدام الدراسة في تطوير برامج علاجية تستهدف الجوانب النفسية والسلوكية والفسيولوجية لهذه الاضطرابات بشكل كامل.

2. يمكن استخدام الدراسة في تطوير استراتيجيات وقائية، وبرامج تدخل مبكر للتقليل من انتشارها وتأثيرها على الأفراد، وعمل برامج إرشادية لخفض أعراض الكمالية العصبية والألكسيثيميا لدى الأفراد المصابين بفقدان الشهية العصبي.

3. المساعدة في زيادة الوعي العام بين الأفراد حول أهمية الرعاية الصحية النفسية، وضرورة البحث عن المساعدة في حالة وجود أعراض مشابهة.

مفاهيم الدراسة

(أ) الكمالية العصبية:

تعرف بأنها الميل إلى وضع معايير عالية، واستخدام التقييمات الذاتية النقدية بشكل مفرط (In: 2019 Dahlenburg et al).

أما عن التعريف الإجرائي، فتتبنى الباحثة تعريف معد المقياس (رياض، 2018) وهو أن الكمالية العصبية تعد نوع من أنواع العصاب يرتبط بالعديد من الاضطرابات النفسية، ولها جانبان الأول وهو ايجابي محفز، والثاني عصابي يؤثر على اداء الفرد ويكون عقبة امام تحقيق الانجاز، وذلك وفقاً لما يعتنقه الفرد من أفكار.

(ب) الألكسيثيميا:

وتعرف الألكسيثيميا بأنها عدم القدرة أو الصعوبة في التعبير عن المشاعر والانفعالات أو عدم الوعي بالمشاعر الداخلية (الشربيني، 2010).

أما عن التعريف الإجرائي، فتتبنى الباحثة تعريف معد المقياس (كفاكي وآخرون، 2020) ، فيعرف الألكسيثيميا بأنها تكوين افتراضي يشمل تجمعاً من السمات المعرفية والوجدانية، مثل صعوبات في تحديد ووصف المشاعر الذاتية، وصعوبة التمييز بين المشاعر والإحساسات الجسمية ذات الأصل الانفعالي، وقدرات تخيل مقيدة، ونمط معرفي متوجه للخارج (ص5).

(ج) اضطرابات الأكل:

هو اضطراب مستمر في الأكل أو السلوك المرتبط بالأكل مما يؤدي إلى تغيير استهلاك أو امتصاص الغذاء، مما يؤثر بشكل كبير على الصحة البدنية، والأداء النفسي والاجتماعي. (American Association [APA], 2013)

(د) فقدان الشهية العصبي:

هو اضطراب يتسم بفقدان واضح وملحوظ في الوزن، تحدثه المريضة وتحافظ عليه، ويحدث الاضطراب غالباً في الفتيات المراهقات والشابات (عكاشة، 2012).

أما عن التعريف الإجرائي، فتتبنى الباحثة في هذه الدراسة تعريف معد المقياس (شقيير، 1999) بأنها ربط لاشعوري للطعام بمعاني سلبية، مما يؤدي إلى الامتناع عن تناوله والاكتفاء بكميات ضئيلة غالباً ما تكون في صورة سائل. ينتج عن ذلك انخفاض شديد في وزن الجسم، مصحوباً بخوف مفرط من اكتساب الوزن. كما تتوقف الدورة الشهرية لدى الفتيات، ويحدث اضطراب في صورة الجسد. ويتخلل هذا الامتناع عن الأكل نوبات من الشره للطعام، ويكثر حدوثه بين الفتيات في مرحلة المراهقة.

6- الأطر النظرية لمتغيرات الدراسة

1.6- مفهوم الكمالية العصابية

تُعد الكمالية العصابية من السمات الشخصية التي تعكس ميل الفرد المستمر إلى تحقيق معايير أداء عالية، غالبًا ما تكون غير واقعية، مما يؤدي إلى مشاعر دائمة من الإحباط والضغط النفسي، وقد ظهرت الدراسات حول هذا المفهوم في سبعينيات القرن الماضي، حيث تعددت تعريفاته نظرًا لتعقيده وارتباطه بالعديد من الاضطرابات النفسية وصعوبة تصنيفه ضمن إطار نظري محدد (بن يحيى وقُدوري، 2020).

يُنظر إلى الكمالية العصابية من زوايا مختلفة، فالبعض يراها سلوكًا سلبيًا يؤدي إلى انخفاض الإنتاجية وسوء الصحة النفسية وصعوبة ضبط النفس، إضافة إلى اضطراب العلاقات الاجتماعية وانخفاض تقدير الذات (أبو سليمة، 2015).

تعريف الكمالية العصابية

تعكس الكمالية العصابية ميلًا قهريًا لمطالبة الذات والآخرين بمعايير أداء تفوق المتطلبات الواقعية، مما يؤدي إلى الشعور بعدم الرضا المستمر عن الإنجازات، حتى وإن كانت ذات جودة عالية (أحمد وآخرون، 2019).

وقد وصفها الشربيني (2001) بأنها السعي الدائم لتحقيق النضج أو التمكن التام في مختلف مجالات الحياة.

ويرى عبد الفادي (2019) أنها تنقسم إلى ثلاثة مستويات: كمالية مرتفعة عصابية، وكمالية معتدلة سوية، وكمالية منخفضة غير سوية. أبعاد الكمالية:

وقد اختلفت أبعاد الكمالية العصابية باختلاف النظريات المفسرة لها وهي كالتالي:

1. نظرية الأبعاد الثلاثة للكمالية (Hewitt & Flett 1991)

تفسر هذه النظرية الكمالية العصابية على أنها سمة متعددة الأبعاد وليست مجرد سلوك أحادي الاتجاه، وكانت أبرز أفكار هذه النظرية أن الكمالية العصابية ليست نوعًا واحدًا بل تنفرع إلى ثلاثة أبعاد رئيسية، وهي:

البعد الأول: الكمالية الموجهة نحو الذات:

وفيها يحدد الفرد معايير عالية من الأداء لنفسه ويحاول الوصول إليها، ومن الممكن أن تكون الكمالية في هذا الاتجاه قوة صحية دافعة لتحقيق أهداف عالية فتكون الكمالية الإيجابية، أو قد تكون عاملاً مشكلاً بسبب الإحباط وفقدان الشهية وفي بعض الأوقات قد يؤدي إلى الانتحار، ويكون هذا كمالية سلبية، وبذلك يتضح أن الكمالية الموجهة نحو الذات قد تكون سلبية أو إيجابية، وبذلك يتضح أن الأفراد أصحاب الكمالية الموجهة نحو الذات تدفعهم حاجتهم إلى الإنجاز أكثر من خوفهم من الفشل.

البعد الثاني: الكمالية الموجهة نحو الآخرين:

وفيها يحدد الفرد معايير عالية تجاه الأفراد المهمين بالنسبة له، والتأكيد على ضرورة الوصول إلى تلك المعايير، ويرتبط بالتقييم النقدي لأداء الآخرين واتهامهم الدائم بالتقصير وعدم الثقة بأدائهم لدرجة قد تصل إلى تكون مشاعر معادبة ضدهم.

البعد الثالث: الكمالية الموجهة نحو الخارج:

وفيها يهتم الفرد بقدرته على الوصول إلى التوقعات التي يفرضها عليه الآخرون والذي يفسرها بأنها ذات أهمية بالنسبة له، على الرغم من كونها توقعات عالية قد يعجز الفرد عن تحقيقها، إلا أنه لا يبلغ حد الرضا عن ذاته إلا بتحقيقها (محمد، 2020).

2. نظرية التنظيم الذاتي (Baumeister & Vohs (2004)

تركز هذه النظرية على كيفية تحكم الأفراد في سلوكهم وتنظيمه وفقاً لأهدافهم الشخصية، وتفترض أن الأشخاص الكماليين العصابيين يحددون لأنفسهم أهدافاً عالية جداً ويسعون إلى تحقيقها بأي وسيلة. تطبيقها على الكمالية:

في حالة الكمالية الموجهة ذاتياً، يكون الفرد قادراً على ضبط سلوكه لتحقيق الأهداف، مما قد يكون محفزاً، أما في حالة الكمالية الموصوفة اجتماعياً، فقد يؤدي الضغط الخارجي إلى استنفاد موارد التنظيم الذاتي، مما يسبب الإرهاق النفسي والتوتر، وقد أكدت النظرية أن الأفراد ذوي الكمالية المرتفعة يعانون أحياناً من مشكلات في التكيف مع الفشل، مما يدعم فكرة أن التنظيم الذاتي قد يكون غير فعال عند مواجهة تحديات لا يمكن التحكم فيها.

3. النظرية المعرفية السلوكية للكمالية العصابية (Shafran et al.2002).

تعتبر الكمالية نتاجاً لمعتقدات غير منطقية حول الأداء والمثالية. ترى أن الأشخاص الكماليين يعتقدون أن ارتكاب الأخطاء يعني الفشل الكامل، مما يدفعهم إلى تجنب الفشل بأي ثمن.

1. التوقعات غير الواقعية: الأشخاص الكماليون يضعون لأنفسهم معايير يصعب تحقيقها، مما يؤدي إلى خيبة الأمل.

2. الخوف من التقييم السلبي: القلق الدائم من حكم الآخرين، وهو ما يظهر بشكل واضح في الكمالية الموصوفة اجتماعياً.

3. السلوك التجنبي: الكماليون قد يتجنبون المهام التي قد تعرضهم للفشل، مما يقلل من قدرتهم على التطور الشخصي.

خصائص الكماليين العصابيين:

يتسم الكماليين العصابيين بأنهم الأشخاص الذين يسعون إلى تحقيق معايير عالية للغاية، لكنهم يعانون من ضغوط نفسية شديدة بسبب ذلك. يتميزون بعدة خصائص، منها:

1. الخوف الشديد من الفشل: يرون أي خطأ على أنه كارثة ويعتبرونه دليلاً على عدم الكفاءة.

2. القلق المفرط: ينشغلون دائماً بالتفكير في الأخطاء المحتملة ونتائجها السلبية.

3. النقد الذاتي القاسي: يميلون إلى جلد الذات عند عدم تحقيق معاييرهم المرتفعة.

4. المماطلة والتردد: قد يتجنبون المهام خشية عدم إنجازها بشكل مثالي.

5. التقييم الذاتي السلبي: يشعرون بعدم الرضا عن أنفسهم بغض النظر عن مدى نجاحهم.

6. الحساسية للنقد: يتأثرون بشدة بأي ملاحظات سلبية، حتى لو كانت بناءة.

7. التوتر والاكتئاب: يعانون من ضغوط نفسية تؤدي إلى القلق المزمن أو الاكتئاب.

8. عدم القدرة على الاحتفال بالنجاحات: يركزون على العيوب بدلاً من الإنجازات.

9. الاعتماد على التقدير الخارجي: يسعون للحصول على القبول والتقدير من الآخرين بدلاً من الاكتفاء بتقديرهم الذاتي.

10. تفكير أبيض أو أسود: يرون الأمور على أنها إما مثالية أو فاشلة تمامًا، دون حلول وسط. هذه الخصائص تجعلهم عرضة للإجهاد النفسي والمشكلات العاطفية، مما قد يؤثر سلبًا على جودة حياتهم وعلاقاتهم الاجتماعية.

النظريات المفسرة للكمالية العصابية:

نظرية التحليل النفسي:

يُشير فرويد (Freud) إلى دور العوامل البيئية، خصوصًا تأثير الوالدين، في تكوين الأنا الأعلى (Super Ego)، والتي تسعى إلى الكمال بدلاً من المتعة أو الواقعية. ويرى أن الكمالية تُعد من الأعراض الشائعة للاضطرابات العصابية، حيث تفرض الأنا الأعلى متطلبات صارمة تدفع الفرد للتصرف المثالي في جميع مجالات الحياة، ما يجعلها جزءًا من النرجسية. ويصف فرويد الكمالية بأنها سمة مميزة للاضطراب الوسواسي القهري، حيث يفرض الأنا الأعلى قيودًا صارمة تتطلب الطاعة والانضباط التام. أما (ألفريد أدلر) (Adler)، فقد اعتبر السعي إلى الكمال فطرة بشرية طبيعية تعكس الرغبة في التفوق وتحقيق الذات، وهو جزء أساسي من التطور الشخصي والاجتماعي. يميز أدلر بين الكمالية السوية، التي تدفع الفرد لتحقيق مستويات عالية من الإنجاز مع اهتمام اجتماعي، والكمالية العصابية، التي ترتبط بمشاعر النقص والسعي غير الواقعي للكمال دون مراعاة الآخرين. ويرى أن الكمالية تساعد في مواجهة مشاعر النقص، مما يساهم في تحقيق السعادة والطمأنينة، ويجعل الحياة الإنسانية رحلة مستمرة نحو التحسن والتفوق (من خلال: عبد العبيدي، 2020).

النظرية المعرفية:

يرى أنصار النظرية المعرفية أن الكمالية تمثل أحد الأفكار غير العقلانية الخاطئة والسلبية عن الذات. فقد أشارت إلى أن هناك معتقدات خاطئة تؤثر في طريقة تفكير بعض الأفراد، حيث يدركون الأشياء بأسلوب ثنائي متطرف (أبيض أو أسود، جيد أو سيئ، صادق أو كاذب)، دون وعي بأن الأمور قد تكون أكثر تعقيدًا مما تبدو عليه. هذا النوع من التفكير له آثار سلبية ليس فقط على الصحة النفسية، بل يؤدي أيضًا إلى سعي الفرد نحو الكمال المطلق بشكل غير واقعي. كما أشارت إلى أن نشأة الطفل في بيئة أسرية تعتمد على معايير كمالية صارمة قد تؤدي إلى تبني الطفل لنفس هذه المعتقدات المبالغ فيها، مما يزيد من احتمالية ظهور الكمالية في مراحل عمرية لاحقة. وفي هذا السياق، ذكر أنصار التوجه المعرفي، أن الاعتقاد في إمكانية تحقيق الكمال وتجنب الخطأ بأي ثمن يرتبط بالخوف من الفشل، وهو ما يشبه إلى حد كبير بعض مظاهر الاختلال الوظيفي المرتبط باضطراب الوسواس القهري. وأن السعي وراء الكمال يُعد أحد المعتقدات الزائفة الستة الشائعة لدى العديد من المرضى، حيث يعتقد البعض أنه "يجب أن أقاتل لأصل إلى الكمال". وغالبًا ما يكون هؤلاء الأفراد منشغلين بمحاولات مستمرة لإثبات تفوقهم والحصول على اعتراف الآخرين بتميزهم، مما يجعلهم في حالة دفاع مستمر. وإذا فشلوا في ذلك، فقد يؤدي الأمر إلى مشكلات نفسية خطيرة. وتؤدي الأفكار غير العقلانية إلى أن بعض هذه الأفكار ترتبط بالكمالية، حيث تعكس مجموعة من الاستراتيجيات المعرفية الخاطئة التي تركز على تحقيق الكمال في الأداء والإنجازات الشخصية (من خلال: رياض، 2018).

النظرية السلوكية:

اعتمدت النظرية السلوكية في تفسير الكمالية العصبية على تأثيرات البيئة الخارجية على تنشئة الطفل وكيف تؤثر هذه البيئة في تشكيل سمة الكمالية العصبية لديه، مثل: نموذج التوقعات الاجتماعية، ونموذج التعلم الاجتماعي، وهذا النموذج مشتق من آراء روزجر عن قيمة الذات، فالطفل يتعلم أن قبول وحب الوالدين مرتبط بالمستويات العالية من الأداء، وأنه أن لم يكن أدائه جيدًا كفاية فلن يحصل على هذا الحب والقبول، ولأن الطفل في حاجة إلى الشعور بحب والديه وتقبلهم له يصبح دافعه للكمالية ليس خارجيًا فقط وإنما داخليًا أيضًا، وترتبط هذه النظرية بتنظيم الفرد لذاته، فكلما كان الفرد أكثر انسجامًا مع ذاته، فإنه من المتوقع أن يقدم الفرد نفسه بطريقة أيجابية في المواقف الاجتماعية بينما الفرد غير المنسجم مع ذاته فإنه سوف يواجه الكثير من ردود الفعل السلبية كالقلق والاكتئاب والعدوانية (بنيس، 2020).

2.6-الألكسيثيميا:

يعد مفهوم الألكسيثيميا حديث نسبيًا ويعد سيفونس أول من استخدم مصطلح الألكسيثيميا 1973، وقد عرف الألكسيثيميا بأنها صعوبة وصف المشاعر وتحديداتها، والتمييز بينها وبين الأحاسيس الجسمية والإستثارة العاطفية، بالإضافة إلى صعوبة وصف المشاعر للأشخاص الآخرين، وضعف عمليات التخيل، وقلة الأحلام، وأسلوب تفكير موجه إلى الخارج (من خلال: علي، 2018).

وهي كلمة إغريقية (Alexithymia)، وتقسم إلى (A) وتعني بدون، (Lexi) وتعني كلمة، (Thymia) وتعني مشاعر، والمصطلح إجمالاً يعني (بدون كلمة للمشاعر)، وهي صعوبة في التعبير عن المشاعر وصعوبة التعرف والتمييز بين المشاعر والانفعالات وبين الأحاسيس الجسمية للإثارة الانفعالية وعدم القدرة على استخدام الخيال والتفكير الموجه إلى الخارج (بركات، 2012).

تعريف الألكسيثيميا:

يستخدم مصطلح الألكسيثيميا لوصف المشاكل المتعلقة بالمعالجة المعرفية للتخفيف العاطفي، وبالتالي العجز في تنظيم العواطف، وفهم الارتباطات الفسيولوجية للعواطف، كما تتعلق أوجه القصور بالصعوبات في التعرف على المشاعر والتعبير عنها، وتشير إلى التفكير الذي يركز فقط على العوامل الخارجية التي تثير العاطفة (Oglodek, 2022).

تعددت التعريفات التي قدمها الباحثين لمصطلح الألكسيثيميا، وذلك لتعدد وجهات نظرهم كآلاتي: تعرف الألكسيثيميا بأنها الصعوبات التي يعاني منها الفرد في وصف مشاعره، وذلك لعدم القدرة على التعبير عن المشاعر، وضعف ومحدودية الإتجاه المعرفي لديه (سليم، 2017).

عرفها خميس (2014) بأنها سمة ثابتة ذات مكونات وجدانية، ومعرفية، تتسم بالصعوبات في وصف وتحديد المشاعر والأحاسيس الجسمية، ونقص القدرة على التخيل، والتفكير الموجه للخارج.

كما عرفها البنا (2003) بأنها عدم القدرة على التعامل مع المشاعر والانفعالات، وصعوبة التمييز بينها، وصعوبة في التواصل اللفظي الوجداني.

مكونات الألكسيثيميا:

صعوبة تحديد المشاعر: لا يستطيع التعرف والتمييز بين المشاعر المختلفة، حزن، غضب، فرح.

صعوبة وصف المشاعر: وقد يحاول تغيير الحديث عندما يتعلق بمشاعره وانفعالاته.

التفكير الموجه للخارج: يرتبط تفكير الفرد بالعالم والظروف الخارجية له.

عدم القدرة على الخيال: لديه عجز في المخيلة الوجدانية المرتبطة بالصور والذكريات (Taylor, 1997).

أنواع الألكسيثيميا

وقد قسمها (مسعود، 2020) في دراسته إلى:

(أ) الألكسيثيميا الأولية:

يعود هذا النوع إلى أسباب بيولوجية.

(ب) الألكسيثيميا الثانوية:

يعود هذا النوع إلى الصدمات والخبرات التي يتعرض لها الفرد في مرحلة الطفولة وتؤثر بدورها على استخدام الكلمات وفي التعبير عن المشاعر.

خصائص الألكسيثيميا:

تعد الألكسيثيميا نمطاً شخصياً تم اشتقاقه من خلال الملاحظات العيادية التي تم ملاحظتها على المرضى السيکوسوماتيين، ويتسم اصحاب هذا النمط بالآتي: صعوبات معرفية وانفعالية تتعلق بالخبرة والتعبير عن الانفعالات، ويفتقرون إلى المهارات الشخصية الداخلية، والتقدير المنخفض للذات، ويميلون إلى استخدام أنواع مختلفة ومتعددة من السلوكيات السلبية في التعامل كطريقة للدفاع، ولديهم صعوبة في تحديد الانفعالات الإيجابية، أو في التعبير عنها، وعدم القدرة على تحديد وإعطاء معاني للمثيرات الانفعالية الفظية وغير اللفظية (من خلال: البنا، 2003).

النظريات المفسرة للألكسيثيميا

تعددت النظريات التي تفسر نشأة الألكسيثيميا، وذلك لاختلاف الاتجاهات والمدارس في علم النفس. إلا أن معظم هذه النظريات ربطت بين الألكسيثيميا والاضطرابات السيکوسوماتية وعملية تكوين الأعراض، نظراً للعلاقة الوثيقة بين الصدمة النفسية والألكسيثيميا. فيما يلي عرض لبعض هذه النظريات: النموذج البيولوجي:

يرى ماكلين (McLean) أن الأفراد المصابين بالاضطرابات السيکوسوماتية يواجهون صعوبة في التعبير عن مشاعرهم، بسبب نقص الروابط بين الجهاز الحوفي وقشرة المخ. وقدم كل من فرايبرجر وسيفينوس ونيمياه نظرية عصبية تفسر الخلل في تدفق المعلومات بين مناطق الدماغ تحت القشرية والمراكز العليا في القشرة المخية. وأكدت دراسات لوب وبوجس أن النصف الأيسر من الدماغ يتسم بكونه تحليلياً واستدلالياً ومنطقياً، في حين أن النصف الأيمن مسؤول عن الإدراك البصري والمكاني والتركيب. يعتبر الجهاز الحوفي، وخاصة اللوزة الدماغية، مسؤولاً عن تقييم الدلالة الانفعالية للمثيرات التي يواجهها الفرد، سواء الداخلية (التفكير، التخيل، التذكر) أو الخارجية. وتتم عملية التعبير عن العواطف عبر الممرات العصبية في اللوزة الدماغية، ويؤدي الفشل في نقل المعلومات الانفعالية من النصف الأيمن للدماغ إلى النصف الأيسر إلى مشكلات فسيولوجية، تصاحبها صعوبة في التعبير اللفظي عن المشاعر (صالح محمد، 2010).

نظرية الوعي الانفعالي:

ظهرت هذه النظرية على يد ألف وسكوارتس، واعتمدت على نموذج التطور المعرفي لبياجيه في تفسير نشأة الوعي الانفعالي. وفقاً لهذه النظرية، فإن نمو الوعي الانفعالي يعتمد على النمو المعرفي؛ إذ يحتاج الفرد إلى

فترة زمنية ليتمكن من التعرف على مشاعره وتحديدّها والتعبير عنها. ولتحقيق ذلك، يجب أن يمتلك مفردات لغوية كافية لوصف مشاعره بدقة. أما الأفراد الذين يعانون من الألكسيثيميا، فيفتقرون إلى القدرات المعرفية التي تمكنهم من تحويل الأحاسيس الفسيولوجية إلى كلمات، كما أنهم يحتاجون إلى وقت أطول للوصول إلى التعبير المناسب عن مشاعرهم (عبد النبي، 2001).

نظرية التحليل النفسي:

قدّمت هذه النظرية تفسيرات متعددة لمفهوم الألكسيثيميا، حيث افترضت بعض النماذج القديمة، خاصة في خمسينيات القرن الماضي، أن الألكسيثيميا تعد آلية دفاعية لمواجهة المشاعر السلبية المهددة للذات، والتي تنشأ نتيجة خبرات صادمة.

اقترحت "ماك دوجال" وجود نوعين من الألكسيثيميا تبعاً لمنشئها: الأول ذو منشأ عصبي تشريحي، وهو أكثر استقراراً نسبياً، والثاني ذو منشأ نفسي، ويعتبر آلية دفاعية ضد الأحداث الصادمة. ويرى بعض الباحثين أن التفاعلات المبكرة بين الرضيع ومقدمي الرعاية تلعب دوراً مهماً في نشأة الألكسيثيميا، حيث يؤدي عدم اكتمال النضج النفسي إلى صعوبة إدراك المشاعر وتنظيمها والتعبير عنها، مما يؤدي إلى ارتفاع مستوى الألكسيثيميا في مراحل تطورية لاحقة (أنور ويونس، 2005).

النظرية العصبية البيولوجية:

أسس هذه النظرية سفينوس ونيمياه، حيث أشارا إلى أن النصف الأيمن من المخ هو المسؤول عن وصف المشاعر والتعبير عنها بطريقة غير لفظية. وأرجع سفينوس حدوث الألكسيثيميا إلى انقطاع الاتصال العصبي بين نصفي المخ، مما يؤدي إلى خلل في تدفق المعلومات العاطفية بينهما. كما أشار إلى أن الاضطرابات في السلوك الانفعالي قد تتجم عن إصابات في القشرة المخية الأمامية، حيث تعد سلامة هذه المنطقة ضرورية لمعالجة المعلومات الانفعالية بشكل صحي. لذا، فإن سلامة القشرة المخية والفصوص الجبهية تلعب دوراً رئيسياً في الحد من الألكسيثيميا (خميس، 2005).

النظرية المعرفية:

تشير هذه النظرية إلى أن المشاعر والانفعالات ترتبط بشكل وثيق بالأفكار التي يحملها الفرد. فهي تحاول الإجابة عن تساؤلات مثل: كيف تتشكل المشاعر بناءً على التفكير؟ وكيف يعتمد تقييمنا للمواقف على إدراكنا الذاتي؟ يرى منظرو هذه النظرية أن الانفعالات تعتمد على عاملين أساسيين: الاستثارة الجسدية والتصنيف المعرفي للمواقف الانفعالية. وقد أكد سكاتشر وجيروم أن تفسيرنا للمواقف المثيرة للانفعال هو الذي يحدد طبيعة الشعور الذي نختبره. فعلى سبيل المثال، يمكن أن تؤدي زيادة معدل ضربات القلب والتنفس أثناء ممارسة الرياضة إلى شعور بالنشاط، بينما تؤدي نفس الاستجابات في موقف خطر إلى الشعور بالخوف. وبناءً على ذلك، فإن الألكسيثيميا تنتج عن خلل في إدراك وتفسير المواقف المثيرة للانفعال، مما يؤدي إلى استجابات انفعالية غير متزنة، حيث يعجز الفرد عن التمييز بين مشاعره والانفعالات الفسيولوجية المصاحبة للموقف الانفعالي (الخولي وآخرون، 2006).

نموذج التأثير النمائي لكريستال (Krestal, 1988):

يشير اصحاب هذا النموذج إلى أن الألكسيثيميا تحدث نتيجة اضطراب في التكوين الداخلي للذات والآخرين، وهذا الاضطراب يعود إلى التنشئة الاجتماعية للفرد والعلاقات والخبرات المبكرة التي يكتسبها الفرد في بداية حياته من الأم نظراً لإلتصاقه بها، وأن عدم الرعاية الكافية والإهمال للمشاعر وخاصةً في مرحلة الرضاعة،

وتستمر مخاوف الفرد وحساسيته من هذه المواقف المتعلقة بالحرمان العاطفي الذي تعرض له في الماضي ونقص الدعم في الكبر وحتى البلوغ مما يجعل الفرد يذهب بمشاعره للحزن والأسى وعدم القدرة على التعبير عن مشاعره وتصبح هذه الطريقة المناسبة له في التعامل مع الذات والآخرين (الفقي، 2012).

النظرية السلوكية:

وتفسر هذه النظرية الألكسيثيميا بأنه كلما تعرض الفرد إلى مواقف ضاغطة واحتراق نفسي بشكل متكرر تزداد احتمالية إصابته بالألكسيثيميا، لذلك فإن الألكسيثيميا في ضوء هذه النظرية تنشأ نتيجة لمجموعة من العادات والتقاليد التي يتم اكتسابها نتيجة تعرض الفرد إلى تنشئة اجتماعية خاطئة، أو نتيجة تعرض الفرد إلى بعض الصدمات ويسعى دائماً إلى عدم تذكرها تجنباً للشعور بالألم وعدم الارتياح، لذا فإن الألكسيثيميا ترتبط بمثير يؤدي إلى هذه الاستجابة مما يدعم حدوث ارتباط بينهما، كالتعرض إلى صدمات مما يؤدي إلى الرغبة في إزالة كل مشاعر الألم من حيز الشعور؛ ونتيجة لذلك يشعر الفرد بصعوبة في القدرة على تحديد هذه المشاعر ووصفها (من خلال: المصري والنواسية، 2019).

3.6-تعريف فقدان الشهية العصبي:

وقد تم استخدام مصطلح فقدان الشهية العصبي لأول مرة على يد الطبيب الإنجليزي وليام ويزي جيل William With Gull عام 1668، وذلك ليميز شكلاً خاصاً من أشكال الاضطراب النفسي يحدث في الأغلب لدى الإناث في سن الشباب (دسوقي، 2006).

فقدان الشهية العصبي هو اضطراب في الأكل يتسم بتقييد استهلاك الطاقة مما يؤدي إلى انخفاض وزن الجسم ومقاومة زيادة الوزن وتغيير صورة الجسم (Kinnaird et al., 2020).

أنواع فقدان الشهية العصبي:

فقدان الشهية العضوي: ويحدث نتيجة لأسباب عضوية يكون مصاحباً لبعض الأمراض والاضطرابات مثل أمراض الجهاز الهضمي الخطرة، وسرطان المعدة والقولون، واضطرابات الغدد الصماء (النوبي، 2018).

فقدان الشهية العصبي: ويمثل التجويع الذاتي المتعمد ورفض الطعام أو التقيؤ بعد تناول الطعام مباشرة مما يتسبب في انخفاض واضح في الوزن قد يصل إلى درجة تهديد حياة الفرد لخطر الموت جوعاً (النوبي، 2018).

أسباب فقدان الشهية العصبي

أسباب نفسية:

ينبع اضطراب فقدان الشهية العصبي من الحاجة للتقدير والنزعة للمثالية والكمال وتعبر عن مدى محاولات السيطرة على الجسم وخاصةً خلال مرحلة المراهقة حيث تتغير هيئته بشكل كبير، فاضطرابات الأكل ما هي إلا وسيلة دفاع نرجسية لتحقيق المثالية والكمال، وقد توصلت الدراسات إلى أن الأفراد الذين يعانون من اضطرابات الأكل يعبرون تعبيراً فعلياً وليس لفظياً عن رغباتهم ومشاعرهم المكبوتة، ويمكن التنبؤ باضطرابات الأكل لدى عائلات لديها مستوى عالي من السيطرة والرقابة والقسوة، حيث يتعلم الأبناء أن التعبير عن الانفعالات والآلام بطريقة مباشرة غير آمن لذلك يتم التعبير عن الذات من خلال الأعراض الجسمية (أبو سيف، 2011).

أسباب اجتماعية:

يحدث فقدان الشهية العصبي نتيجة لما تنشره وسائل الإعلام عن أن المرأة النحيفة تكون مثال للجمال، وتؤدي حالتهم النفسية إلى عدم القدرة على التفرقة بين النحافة الشديدة وبين الرشاقة، ويقعون في خوف شديد من الأكل وكل ما يؤدي إلى زيادة أوزانهم (ملال ومحززي، 2022).

أسباب بيولوجية وراثية:

رُبط التفسير الفسيولوجي لفقدان الشهية العصبي بانقطاع الطمث، وعادةً ما تسبق فقدان الشهية العصبي، كما تبين أيضًا أن لدى الإناث اللواتي يعانين من الاضطراب لديهم اضطراب في الأسترويدات العصبية المنشطة التي تعمل على تنظيم سلوك الأكل والمزاج، وتبين أيضًا وجود ارتباط بين فقدان الشهية العصبي وبين تناذر تينر وهي حالة من الاضطراب تحدث لدى الإناث سببها نقص الكروموزوم الجنسي الثاني، كما قد يكون الاضطراب في وظيفة الهيبوثلامس علاقة بحدوث فقدان الشهية العصبي (ملال ومحززي، 2022).

النظريات المفسرة لفقدان الشهية العصبي:

النظرية البيولوجية:

تشير نتائج بعض الدراسات إلى أن العوامل الوراثية لها دور في ظهور أعراض فقدان الشهية العصبي من خلال فحص الدراسات التي أجريت على العائلات والتوائم وتوصلت الدراسات إلى أن الأقارب من الدرجة الأولى للأفراد المصابين بفقدان الشهية العصبي أكثر عرضة للإصابة بالاضطراب بشكل أكبر مقارنةً بالجمهور العام، أما الدراسات على التوائم فقد أظهرت نتائج متداخلة حيث كانت نسبة الاتفاق في أحد الدراسات 22% لدى التوائم المتماثلة وبنسبة 10% لدى التوائم غير المتماثلة مما يشير إلى أن الرابط غير واضح وأن فترة الحمل تلعب دورًا أكبر من العوامل الجينية (أبو النيل، 2014).

ومن أسبابه العضوية:

وجود اضطراب في كيميائية الجسم أي وجود خلل في النظام الهرموني وقد يكون هذا لأسباب وراثية أو ناتج عن بعض الأمراض مثل تضخم الغدة الدرقية مما يؤثر على عمليات الأيض الغذائي. حدوث ضرر في خلايا المخ خاصة في الهيبوثلاموس وهو الجزء المسؤول عن الإحساس بالشبع والجوع (من خلال: عبد الرحمن، 2020).

النظرية السلوكية:

ركزت النظرية السلوكية على مبادئ الإشراف الكلاسيكي، وربطت فقد الشهية للطعام بالقلق، وأن زيادة الوزن تجعل الفرد غير جذاب، فيسعى دائمًا لفقد الوزن للتقليل من القلق، وأن فقد الوزن مرتبط بالتحرر من المثبرات الحزينة والمنفرة، والشق الثاني للإشراف الإجرائي من خلال تجنب الطعام الذي يكون مصدر مكافئة وتعزيز للفرد، وطريقة جيدة لجذب الانتباه بإعجاب الآخرين بالشخص النحيف (عمران، 2023).

نظرية التحليل النفسي:

يري التحليل النفسي أن فقدان الشهية العصبي باعتباره دفاع ضد الحالات اللاشعورية المرتبطة بالإحصاب والحمل، فقد كان ينظر قديمًا إلى مرضى فقدان الشهية العصبي على أنهم صغار يرفضون التطور والنمو، كما أكد (العيسوي 1999) أن مدرسة التحليل النفسي ترى أن فقدان الشهية العصبي هو أحد أسباب الخوف اللاشعوري من الحمل، وكذلك وجود صور عقلية مضطربة عن الجسم، والتفسيرات الخاطئة للمثبرات الجسمية مثل الحاجة إلى الطعام والذي يؤدي إلى نشأة اضطراب فقدان الشهية العصبي (ياسين ومحمد، 2018).

النظرية المعرفة:

يرى جارنر (Garner, 1986) أن الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات الأكل غالبًا ما يمتلكون مفاهيم ومعارف خاطئة حول التغذية، مما يؤدي إلى استمرار أنماط الأكل غير الصحية. ويؤدي هذا الإدراك الخاطئ إلى تبني معايير كمالية غير واقعية تتعلق بسلوكيات تناول الطعام، ما يجعل تحقيق هذه المعايير أمرًا مستحيلًا، وبالتالي يؤدي إلى الفشل المتكرر. هذا الإحساس المستمر بالفشل، إلى جانب التفكير المشوّه والمعايير الكمالية الصارمة، يسهم في تطور مشاعر الاكتئاب والقلق.

كما يوضح جارنر أن مرضى فقدان الشهية العصبي (Anorexia Nervosa) غالبًا ما يتبعون أنظمة غذائية صارمة للحفاظ على إحساسهم بالسيطرة. فهم يرون في الحدّ من تناول الطعام وسيلة لتعزيز شعورهم بالتحكم الذاتي والكفاءة الإدراكية، مما يمنحهم إحساسًا زائفًا بالقوة والانضباط، حتى لو كان ذلك على حساب صحتهم الجسدية والنفسية (عبد النبي، 2009).

7-الدراسات السابقة

1.7-الدراسات التي تناولت الكمالية العصابية وفقدان الشهية العصبي

تناولت العديد من الدراسات العلاقة بين الكمالية العصابية وفقدان الشهية العصبي، حيث سعت الأبحاث إلى فهم كيف تؤثر هذه السمة على تطور المرض وشدته واستجابته للعلاج.

بدأت دراسة (Halmi et al. (2000 بفحص دور الكمالية كصفة نمطية في فقدان الشهية العصبي، وذلك من خلال تطبيق مقياس الكمالية متعددة الأبعاد على 322 امرأة مصابة بالمرض، إلى جانب مقياس الوسواس القهري ومقياس اضطراب الأكل. وقد أظهرت النتائج أن المصابات بفقدان الشهية العصبي حصلن على درجات أعلى بكثير في مقياس الكمالية، مما يدل على أن الكمالية تُعد سمة أساسية لهذا الاضطراب.

اتساقًا مع هذا الاتجاه، هدفت دراسة (Carter et al. (2003 إلى فحص العلاقة بين الكمالية العصابية واستجابة المرضى للعلاج. شملت الدراسة 73 مريضًا تلقوا العلاج داخل المستشفى، حيث تم تقييمهم باستخدام مقياس اضطراب الأكل (EDI) ومقياس الكمالية العصابية متعدد الأبعاد (MPS) عند الدخول والخروج وبعد 15 شهرًا من العلاج. كشفت النتائج أن المرضى الذين كانت لديهم مستويات أقل من الكمالية عند الدخول أظهروا استجابة أفضل للعلاج ونتائج متابعة أكثر إيجابية، مما يشير إلى أن الكمالية قد تشكل عائقًا أمام التعافي.

في سياق مشابه، سعت دراسة (Hartmann et al. (2014 إلى التعمق أكثر في العلاقة بين فقدان الشهية العصبي وتشوه صورة الجسم، حيث ركزت على السمات المشتركة بينهما مثل صورة الجسم السلبية والكمالية. شملت العينة 69 فردًا، من بينهم 24 مصابًا بفقدان الشهية العصبي، و23 مصابًا باضطراب تشوه صورة الجسم، و22 فردًا ضمن المجموعة الضابطة. بعد إجراء مقابلات تشخيصية وتطبيق مقياس الكمالية ومقياس تقدير الذات، أكدت النتائج أن المصابين باضطرابات الأكل أظهروا مستويات أعلى من الكمالية العصابية وتدنٍ في تقدير الذات مقارنة بالمجموعة الضابطة، مما يدعم النتائج السابقة حول تأثير الكمالية على فقدان الشهية العصبي.

وفي محاولة لفحص هذه العلاقة باستخدام منهجية مختلفة، اعتمدت دراسة (Yiend et al. (2014 على مهام قائمة على الأداء بدلاً من أدوات التقييم الذاتي التقليدية. شارك في الدراسة 153 شخصًا (81 مصابًا

بفقدان الشهية العصبي و72 من الأصحاء)، حيث أكملوا مهام مثل تكرار النص وفرز الخرز لتقييم السلوك المتعلق بالكمالية. أظهرت النتائج أن المصابين بفقدان الشهية العصبي استغرقوا وقتاً أطول لإكمال المهام وقدموا أعمالاً بجودة أعلى، كما كانوا أكثر ميلاً للتحقق من عملهم، مما يعزز فكرة أن الكمالية ليست مجرد إدراك ذاتي، بل تظهر أيضاً في السلوكيات اليومية لدى المصابين بفقدان الشهية العصبي.

امتداداً لهذه الفكرة، هدفت دراسة رياض وآخرين (2015) إلى فحص العلاقة بين الكمالية العصبية وفقدان الشهية العصبي لدى طلاب الثانوية العامة المتفوقين عقلياً. شملت العينة 200 طالباً وطالبة، وتم تطبيق مقياس مستويات الكمالية ومقياس الشره العصبي واختبار المصفوفات المتدرجة. وكشفت النتائج عن وجود علاقة ارتباطية موجبة ذات دلالة إحصائية بين درجات الكمالية العصبية ودرجات الأنوركسيا، سواء لدى الذكور أو الإناث، مما يشير إلى أن الكمالية قد تكون عامل خطر مبكر لدى الفئات التي تميل إلى المثالية العالية.

2.7- الدراسات التي تناولت الألكسيثيميا وفقدان الشهية العصبي:

بدأت دراسة Gray (2000) بتأكيد وجود عجز في الوعي العاطفي والداخلي لدى مرضى اضطرابات الأكل، لكنها وجدت أن الاكتئاب هو العامل الأقوى في تفسير ضعف الوعي الداخلي، وليس فقط اضطراب الأكل. كما أوضحت الدراسة تأثير الصدمات النفسية، مثل الاعتداء الجنسي في الطفولة، على القدرة على فهم المشاعر والتعبير عنها، مما أكد الحاجة إلى استراتيجيات علاجية تركز على تحسين الوعي العاطفي، وليس فقط على تنظيم السلوك الغذائي.

استكملت دراسة Speranza et al (2005) البحث في هذه العلاقة، حيث وجدت أن الألكسيثيميا منتشرة بشكل واضح لدى مرضى اضطرابات الأكل، لكنها تختلف في طبيعتها بين الأنواع المختلفة. إذ أظهر مرضى الشره العصبي صعوبة في تحديد المشاعر، في حين واجه مرضى فقدان الشهية العصبي التقييدي صعوبة في وصف المشاعر. كما أوضحت الدراسة ارتباط الألكسيثيميا بأنماط الشخصية الاكتئابية مثل النقد الذاتي والاعتمادية، مما يشير إلى تعقيد العلاقة بين العوامل النفسية والوجدانية في هذه الاضطرابات.

أكدت دراسة قنصوة (2010) هذه الفكرة، حيث أظهرت أن الألكسيثيميا تؤثر بشكل واضح على نوعية الحياة لدى المراهقات المرتفعات في أعراض فقدان الشهية العصبي أو الشره العصبي. مما يوضح أن تأثير الألكسيثيميا لا يقتصر على الجانب العاطفي فقط، بل يمتد إلى التأثير على جودة حياة الأفراد المصابين.

أخذت دراسة Nowakowski et al (2013) منحى أكثر شمولية، حيث قدمت مراجعة نقدية واسعة للدراسات السابقة، مؤكدة أن الألكسيثيميا تلعب دوراً أساسياً في تطور واستمرار اضطرابات الأكل، كما أنها تؤثر على استجابة المرضى للعلاج. وسلطت الدراسة الضوء على ضرورة الاهتمام بهذه السمة النفسية عند تصميم برامج العلاج.

عززت دراسة Lulé et al (2014) هذه النتائج من خلال فحص معالجة تعبيرات الوجه ووصف المشاعر لدى المراهقات المصابات بفقدان الشهية العصبي، حيث وجدت أن هذه الفئة تعاني من مستويات مرتفعة من الألكسيثيميا، والاكتئاب، والقلق، مما يدل على الترابط الوثيق بين هذه العوامل وتأثيرها المتداخل.

أضافت دراسة Pinna et al (2014) مزيداً من التفاصيل حول العلاقة بين الألكسيثيميا واضطرابات الأكل، حيث أظهرت أن مرضى الشره العصبي يعانون من صعوبة واضحة في التعرف على المشاعر، بينما يواجه مرضى فقدان الشهية التقييدي صعوبة كبيرة في وصفها. كما كشفت الدراسة عن ارتباط النقد الذاتي بهذه الصعوبات العاطفية، خاصة لدى مرضى فقدان الشهية التقييدي.

وسّعت دراسة Torres et al. (2015) البحث من خلال تحليل تأثير متغيرات مثل العمر، مؤشر كتلة الجسم، ومدة المرض على العلاقة بين الألكسيثيميا وفقدان الشهية العصبي، ووجدت أن الاكتئاب قد يكون العامل الرئيسي الذي يفسر هذه العلاقة، لكنه لا يفسر جميع الجوانب المعرفية والعاطفية المرتبطة بالاضطراب. أما دراسة Brown et al. (2018)، فقد ركزت على تأثير الألكسيثيميا على تنظيم العاطفة، ووجدت أن تشخيص اضطراب الأكل يؤثر على العلاقة بين الألكسيثيميا والقدرة على التحكم في المشاعر. كما بينت أن الألكسيثيميا تلعب دوراً أقوى في اضطراب فقدان الشهية العصبي مقارنةً بالشهية العصبي. أخيراً، قدمت دراسة Lukas et al. (2022) بعداً جديداً من خلال استكشاف دور الألكسيثيميا كوسيط بين جودة العلاقات الشخصية وأعراض اضطرابات الأكل لدى المراهقين. أظهرت الدراسة أن جودة العلاقة مع الوالدين والأقران تؤثر على الألكسيثيميا، والتي بدورها تؤثر على شدة اضطرابات الأكل. مما يشير إلى أهمية معالجة العلاقات الاجتماعية، بالإضافة إلى تحسين قدرة المرضى على التعرف على مشاعرهم والتعامل معها. ومن العرض السابق للمحور الثاني في الدراسات السابقة، يتضح من تسلسل هذه الدراسات أن العلاقة بين الألكسيثيميا واضطرابات الأكل أصبحت أكثر وضوحاً وتعقيداً مع مرور الوقت. ففي البداية، كان التركيز على الوعي العاطفي والعوامل النفسية المصاحبة (Gray, 2000)، ثم اتسعت الدراسات لتشمل الفروقات بين أنواع اضطرابات الأكل (Speranza et al., 2005)، وتأثيرها على نوعية الحياة (قنصوة, 2010). لاحقاً، تم تحليل الألكسيثيميا كعامل رئيسي في تطور هذه الاضطرابات واستجابتها للعلاج (Nowakowski et al., 2013). ثم تم استكشاف تأثيرها على التعبير العاطفي (Lulé et al., 2014)، والأنماط الشخصية (Pinna et al., 2014)، وتأثير متغيرات أخرى مثل الاكتئاب والعمر (Torres et al., 2015). كما ظهر تأثيرها على تنظيم المشاعر (Brown et al., 2018)، وأخيراً تم ربطها بجودة العلاقات الاجتماعية (Lukas et al., 2022).

بالتالي، تُبرز هذه الدراسات الحاجة إلى تبني نهج علاجي شامل لا يقتصر على تصحيح السلوك الغذائي، بل يشمل تحسين الوعي العاطفي، معالجة الاكتئاب، وتنمية المهارات الاجتماعية لدى مرضى اضطرابات الأكل.

8- منهج الدراسة وإجراءاتها

أ) المنهج: اعتمدت الدراسة الحالية على المنهج الوصفي، وتم استخدام المنهج الوصفي لأنه المنهج الأنسب لدراسة العلاقة بين المتغيرات كما تظهر في سياقها الطبيعي، ولتحليل الارتباط والدور الوسيط بين متغيرات الدراسة.

ب) عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من (150) مراهقة تراوحت أعمارهم ما بين (11 إلى 19) سنة

1.8- وصف العينة

تكونت عينة التقنين من (150) مراهقة، وتراوحت أعمارهم ما بين 11 إلى 19 سنة، بمتوسط عمري 16.23 وانحراف معياري 2.22 سنة، وتم جمع البيانات عن طريق استمارة إلكترونية نظراً إلى أنه تم التطبيق خلال فترة الإجازة الدراسية مما جعل من الصعب الوصول المباشر إلى أفراد العينة. وقد ساهمت هذه الطريقة في ضمان تنوع العينة من حيث المستوي الاجتماعي والاقتصادي ومكان الإقامة ومرحلة المراهقة، وإيضاً في توفير درجة عالية من من السرية والخصوصية عند الإجابة علي بنود الاستبيان. وجاء متوسط وزن العينة 59.49

وبانحراف معياري 14.93، وجاءت العينة تخلص من أي مرض نفسي. وفيما يلي يوضح جدول (1) خصائص عينة الدراسة.

2.8-أدوات الدراسة

تم استخدام مقياس الكمالية العصبية (سارة رياض، 2018) لقياس مستوى الكمالية العصبية لدى المراهقات، ومقياس تورنتو للألكسيثيميا (تايلور وآخرون، 2003) لقياس صعوبة التعرف على المشاعر والتعبير عنها، بالإضافة إلى مقياس فقدان الشهية العصبي (زينب شقير، 1999) لتقييم الجوانب المعرفية والانفعالية والسلوكية المرتبطة بالاضطراب.

3.8-الأساليب الإحصائية

تمت معالجة البيانات باستخدام برنامج SPSS، وشملت الأساليب الإحصائية: المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية، معامل ارتباط بيرسون، اختبارات الفروق t و Mann-Whitney U، تحليل التباين الأحادي (ANOVA) واختبارات المقارنات البعدية (Scheffé)، وتحليل الانحدار المتعدد لتقدير الإسهام النسبي للمتغيرات في التنبؤ بالمتغير التابع.

4.8-حدود الدراسة

1. الحدود البشرية

تقتصر الدراسة على عينة من المراهقات تتراوح أعمارهن بين 11 و19 سنة، ممن استوفين معايير المشاركة في الاستبيان الإلكتروني.

2. الحدود المكانية

شملت الدراسة مراهقات من محافظات القاهرة، الفيوم، المنيا، والغردقة، بهدف تحقيق تمثيل جغرافي متنوع ضمن العينة.

3. الحدود الزمانية

تم تنفيذ جمع البيانات خلال الفترة من يونيو حتى سبتمبر 2025، وهي فترة الإجازة الدراسية، الأمر الذي فرض استخدام طرق جمع بيانات مرنة.

جدول (1) الخصائص الديموجرافية لعينة الدراسة

المرحلة التعليمية				مراحل المراهقة		
الجامعية	الثانوية	الإعدادية	الابتدائية	المتأخرة	المتوسطة	المبكرة
45	61	41	4	45	61	44
الإقامة				محاولة إنقاص الوزن		
حضر		ريف		لا	نعم	
98		52		83	67	
مستوى الدخل				هل يقلقك شكل جسمك أو زك؟		
مرتفع	متوسط	منخفض		لا	نعم	
15	115	17		63	87	

9-فروض الدراسة ومناقشتها

الفرضية الأولى: ينص الفرض على أنه "توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين كل من الكمالية العصابية والالكتيثيرميا من ناحية، واضطراب فقدان الشهية العصبي لدى المراهقات من ناحية أخرى":
وللتحقق من صحة هذه الفرضية تم استخدام دلالة معامل ارتباط بيرسون Person's correlation coefficient بين درجات عينة الدراسة على كل من الكمالية العصابية والالكتيثيرميا من ناحية، واضطراب فقدان الشهية العصبي من ناحية أخرى لدى المراهقات، والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول (1)

نتائج معامل ارتباط بيرسون بين كل من الكمالية العصابية والالكتيثيرميا من ناحية، واضطراب فقدان الشهية العصبي من ناحية أخرى (ن=150)

المتغيرات	الدرجة الكلية لاضطراب فقدان الشهية العصبي
1	الدرجة الكلية للكمالية العصابية
2	الدرجة الكلية للالكتيثيرميا

(**) تشير إلى مستوى دلالة عند مستوى 0.01

يتضح من الجدول السابق تحقق الفرض بشكل كلي الذي ينص على وجود علاقة ارتباطية موجبة ذات دلالة إحصائية بين كل من الكمالية العصابية والالكتيثيرميا من ناحية، واضطراب فقدان الشهية العصبي من ناحية أخرى لدى المراهقات، فقد كشفت النتائج عن:

توجد علاقة ارتباطية موجبة ذات دلالة إحصائية بين الدرجة الكلية للكمالية العصابية والدرجة الكلية لاضطراب فقدان الشهية العصبي عند مستوى دلالة (0.01).

كما وجد أيضًا علاقة ارتباطية موجبة ذات دلالة إحصائية بين الدرجة الكلية للالكتيثيرميا والدرجة الكلية لاضطراب فقدان الشهية العصبي عند مستوى دلالة (0.01).

مما يشير ذلك إلى أنه كلما زاد مستوى الكمالية العصابية والالكتيثيرميا، زاد في المقابل اضطراب فقدان الشهية العصبي، والعكس صحيح.

مناقشة الفرضية الأولى

تؤكد نتائج الدراسة صحة الفرضية القائلة بوجود علاقة ارتباطية موجبة بين الكمالية العصابية وفقدان الشهية العصبي لدى المراهقات. تعكس هذه العلاقة أن الميل نحو الكمال والسعي المستمر للسيطرة على الذات يظهر بشكل واضح في التحكم الدقيق بالسلوك الغذائي والمظهر الجسدي. ويمكن تفسير ذلك بأن الكمالية العصابية تولد لدى المراهقات رغبة قوية في الانضباط والسيطرة على الجوانب المختلفة من حياتهن، بما في ذلك الغذاء، كوسيلة للتعامل مع القلق الداخلي أو شعور بالنقص، وهو ما يعزز ظهور سلوكيات فقدان الشهية

العصبي. من منظور معرفي وسلوكي، تمثل الكمالية العصابية إطاراً لتقييم الذات والمعايير الشخصية الصارمة، حيث تصبح السيطرة على الأكل وسيلة لتحقيق هذه المعايير، ويزداد ترسيخ هذه السلوكيات من خلال التعزيز النفسي والاجتماعي الناتج عن الالتزام بها. وبذلك، يتضح أن الكمالية العصابية ليست مجرد سمة شخصية سطحية، بل عامل مؤثر ومركزي في تفسير السلوكيات المرتبطة بفقدان الشهية العصبي، مما يعكس التفاعل المعقد بين الخصائص النفسية الداخلية والسلوكيات الغذائية لدى المراهقات.

الفرض الثاني: وينص على أن الكمالية العصابية كمتغير وسيط بين الألكسيثيميا واضطراب فقدان الشهية العصبي لدى المراهقات:

وللتحقق من مدى صحة هذا الفرض تم استخدام طريقة بارون-وكيني Baron-Kenny القائمة أساساً على تحليل الانحدار، والتي تشترط وجود الشروط الثلاثة التالية:

1. ارتباط المتغير المستقل بالمتغير التابع (الأثر الكلي أو العلاقة الأصلية) يجب أن تكون دالة.
2. الارتباط بين المتغير المستقل والمتغير الوسيط يجب أن يكون دالاً.
3. علاقة المتغير الوسيط بالمتغير التابع يجب أن تكون دالة عند تثبيت علاقة المتغير المستقل بالمتغير التابع باستعمال تحليل الانحدار.

وفيما يلي يبين جداول (2)، (3)، (4) نتائج تحليل الانحدار لمتغيرات الدراسة.

جدول (2)

نتائج تحليل الانحدار

المتغيرات المستقلة: الدرجة الكلية للألكسيثيميا

المتغير التابع: اضطراب فقدان الشهية العصبي لدى المراهقات

	المتغيرات المنبئة	المتغير التابع	معامل الانحدار	بيتا Beta	قيمة "ت"	مستوى الدلالة
-1	الثابت	اضطراب فقدان الشهية العصبي	49.39	--	11.617	0.001
-2	الدرجة الكلية للألكسيثيميا	اضطراب فقدان الشهية العصبي	0.418	0.312	3.99	0.001

علماً بأن قيمة "ف" تساوي 15.99 بدلالة عند 0.001، و $2 = 0.31$

جدول (3)

نتائج تحليل الانحدار

المتغيرات المستقلة: الدرجة الكلية للألكسيثيميا

المتغير الوسيط: الدرجة الكلية للكمالية العصابية

	المتغيرات المنبئة	المتغير الوسيط	معامل الانحدار	بيتا Beta	قيمة "ت"	مستوى الدلالة
-1	الثابت	الدرجة الكلية للكمالية العصابية	55.06	--	9.664	0.001
-2	الدرجة الكلية للألكسيثيميا	الدرجة الكلية للكمالية العصابية	0.056	0.158	1.989	0.05

علماً بأن قيمة "ف" تساوي 3.787 بدلالة عند 0.05، و $2 = 0.15$

جدول (4)

نتائج تحليل الانحدار المتعدد

المتغيرات المنبئة: الدرجة الكلية للأكسيثيميا والدرجة الكلية للكمالية العصابية

المتغير التابع: اضطراب فقدان الشهية العصبي لدى المراهقات

م	المتغيرات المنبئة	المتغير التابع	معامل الانحدار (B)	بيتا Beta	قيمة "ت"	مستوى الدلالة
(1)	الثابت	اضطراب	2.205	—	0.439	غير دال
(2)	الدرجة الكلية للأكسيثيميا	فقدان	0.174	0.233	3.443	0.001
(3)	الدرجة الكلية للكمالية العصابية	الشهية العصبي	0.132	0.504	7.454	0.001

علماً بأن قيمة "ف" تساوي 38.730 بدلالة عند 0.001، و $2 = 0.35$

تبين نتائج تحليل الانحدار الواردة بالجدولين (2) و (3) و (4) تحقق الشروط الثلاثة لطريقة بارون-وكيني Baron-Kenny، حيث جاء الارتباط بين المتغير المستقل (الدرجة الكلية للأكسيثيميا) والمتغير الوسيط (الدرجة الكلية للكمالية العصابية) دال، وكذلك جاءت علاقة المتغير الوسيط (الدرجة الكلية للكمالية العصابية) بالمتغير التابع (اضطراب فقدان الشهية العصبي) دالة عند تثبيت علاقة المتغير المستقل (الدرجة الكلية للأكسيثيميا) بالمتغير التابع (اضطراب فقدان الشهية العصبي) باستعمال تحليل الانحدار. ومن ثم تشير النتائج إلى تحقق وساطة متغير الدرجة الكلية للكمالية العصابية بين المتغير المستقل (الدرجة الكلية للأكسيثيميا) والمتغير التابع (اضطراب فقدان الشهية العصبي) لدى عينة من المراهقات، ومن ثم قبول الفرض الثاني.

مناقشة الفرض الثاني:

تؤكد نتائج الدراسة صحة الفرضية القائلة بوجود علاقة ارتباطية موجبة بين الأكسيثيميا وفقدان الشهية العصبي، مما يشير إلى أن صعوبة التعرف على المشاعر والتعبير عنها تشكل عاملاً نفسياً مؤثراً في سلوكيات الأكل المقيدة لدى المراهقات. فمن منظور التحليل النفسي، تمثل الأكسيثيميا صراعات داخلية مكبوتة تتجلى في محاولة السيطرة على الطعام والجسد كوسيلة لتحقيق شعور مؤقت بالكمال والأمان النفسي. ومن منظور المعرفي، تؤدي صعوبة التعرف على المشاعر إلى اعتماد الفتاة على أنماط تفكير صارمة تربط القيمة الذاتية بالتحكم في الوزن والمظهر، بينما يبرز المنظور السلوكي الدور التعزيزي للتفاعل النفسي والاجتماعي في ترسيخ هذه السلوكيات، مما يجعل التحكم الغذائي نمطاً مستمراً من السلوك. وهكذا، تتضح أهمية الأكسيثيميا كعامل مركزي يفسر ظهور أو تفاقم فقدان الشهية العصبي، متفاعلة مع خصائص شخصية أخرى مثل الكمالية العصابية، لتعكس التداخل المعقد بين العوامل النفسية الداخلية والسلوكيات الغذائية.

خلاصة

خلصت الدراسة إلى أن الكمالية العصابية تلعب دورًا وسيطًا مهمًا بين الألكسيثيميا واضطراب فقدان الشهية العصبي لدى المراهقات، حيث تزيد صعوبة التعرف على المشاعر (الألكسيثيميا) من احتمالية الإصابة بالاضطراب عند ارتفاع مستوى الكمالية العصابية. وقد أظهرت النتائج وجود علاقات ارتباطية إيجابية ذات دلالة إحصائية بين الكمالية العصابية والألكسيثيميا، وبين الكمالية العصابية وفقدان الشهية العصبي. ويمكن القول إن الانفعالات والمشاعر تعد أحد الأعمدة الأساسية التي تقوم عليها العلاقات الاجتماعية. فالتواصل العاطفي يسهم في تسهيل التفاعل الاجتماعي وإقامة علاقات صحية. ومع ذلك، عندما يواجه الفرد صعوبة في معالجة مشاعره أو تنظيمها، فإنه قد يواجه تحديات في التفاعل مع الآخرين، مما يجعله أكثر عرضة للصراعات النفسية والاجتماعية. كما أبرزت الدراسة أهمية التدخل المبكر للحد من تأثير هذه العوامل النفسية على صحة المراهقات النفسية والجسدية، وتوصي الدراسة بتطوير برامج علاجية وإرشادية لتقليل مستويات الكمالية العصابية وتعزيز القدرة على التعبير عن المشاعر. كما يُنصح بإجراء مزيد من الدراسات على فئات عمرية مختلفة لتعميم النتائج.

المراجع

- أبو النيل، أحمد. (2014). علم النفس المرضي المعاصر. القاهرة: دار النهضة العربية.
- أبو بكر، محمود. (2019). الصحة النفسية للمراهقين: متغيرات النمو والانفعالات. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- أبو سليمة، فاطمة. (2015). الكمالية وعلاقتها بالصحة النفسية لدى طلبة الجامعة. مجلة العلوم التربوية والنفسية، 13(2)، 55-78.
- أبو سيف، محمد. (2011). الاضطرابات النفسية عند المراهقين: الأسباب والعلاج. القاهرة: دار الفكر العربي.
- أحمد، سارة، وآخرون. (2019). الكمالية العصابية وعلاقتها بالرضا عن الذات لدى طلاب الجامعة. مجلة التربية وعلم النفس، 46(4)، 221-244.
- بركات، منى. (2012). الاتجاهات الانفعالية لدى المراهقين ذوي الألكسيثيميا. القاهرة: دار النهضة.
- دسوقي، رانيا. (2006). الاضطرابات السيكوسوماتية: منظور نفسي فيسيولوجي. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- بن يحيى، سميرة، وقُدوري، نادية. (2020). الكمالية العصابية وأثرها في التكيف النفسي لدى الطلبة الجامعيين. مجلة البحوث النفسية والتربوية، 9(1)، 88-105.
- بنيس، أمينة. (2020). تفسير السلوك الكمال من منظور السلوكيات المتعلمة. مجلة علم النفس التطبيقي، 8(2)، 45-63.
- الخولي، نهى، وآخرون. (2006). علم النفس المعرفي والانفعالي. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
- رياض، سارة. (2018). مقياس الكمالية العصابية: دليل التقنين. القاهرة: كلية التربية، جامعة عين شمس.
- رياض، سارة، وآخرون. (2015). الكمالية العصابية وفقدان الشهية العصبي لدى المراهقين المتفوقين. مجلة علم النفس، 29(4)، 77-102.

- سليم، محمد. (2017). السمات الانفعالية لدى الأفراد ذوي الألكسيثيميا. مجلة الدراسات النفسية، 14(1)، 23-49.
- السيد، عادل. (2021). اضطرابات الأكل لدى المراهقات: دراسة نفسية اجتماعية. القاهرة: دار الصفاء.
- الشربيني، أحمد. (2001). الكمالية وعلاقتها بالاضطرابات العصابية. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
- الشربيني، أحمد. (2010). الصعوبات الانفعالية لدى المراهقين. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- صالح، محمد. (2010). الاضطرابات السيكوسوماتية: دراسة في الألكسيثيميا والانفعالات المكبوتة. القاهرة: دار الزهراء للنشر.
- عبد الرحمن، فاطمة. (2020). فقدان الشهية العصبي: الأسباب والعلاج. القاهرة: دار غريب للطباعة والنشر.
- عبد العبيدي، محمد. (2020). فرويد وأدلر في تفسير الكمالية العصابية. مجلة الفكر النفسي، 17(2)، 144-168.
- عبد الفادي، عبد الله. (2019). الكمالية بين السوية والعصابية: دراسة تحليلية مقارنة. مجلة الدراسات النفسية، 33(3)، 101-127.
- عبد النبي، صفاء. (2001). الوعي الانفعالي ونمو الشخصية. القاهرة: دار المعرفة الجامعية.
- عبد النبي، صفاء. (2009). الاضطرابات النفسية: المفاهيم والتطبيقات. القاهرة: دار الفكر العربي.
- عكاشة، أحمد. (2012). الطب النفسي المعاصر. القاهرة: دار الشروق.
- علي، سلوى. (2018). السمات الانفعالية لدى المراهقين ذوي الصعوبات في التعبير العاطفي. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
- العيدان، نوف. (2019). الألكسيثيميا وعلاقتها بالاضطرابات النفسية لدى طلبة الجامعة. مجلة علم النفس، 33(1)، 112-138.
- العيسوي، أحمد. (1999). التحليل النفسي وفهم الشخصية. القاهرة: دار غريب للطباعة والنشر.
- الفقي، محمود. (2012). العلاقات الأسرية وجودة الحياة النفسية. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- القرني، عبدالله. (2023). الكمالية العصابية وعلاقتها بالقلق والاكتئاب لدى طلاب الجامعة. مجلة العلوم النفسية والاجتماعية، 12(3)، 45-67.
- قنصوة، منى. (2010). الألكسيثيميا ونوعية الحياة لدى المراهقات ذوات اضطرابات الأكل. مجلة علم النفس، 26(3)، 89-107.
- محمد، رانيا. (2020). نظرية الأبعاد الثلاثة للكمالية وأثرها في الأداء الأكاديمي. مجلة العلوم النفسية، 15(2)، 119-136.
- المصري، ناهد، والنواسية، رشا. (2019). السلوكيات الدفاعية وعلاقتها بالألكسيثيميا. مجلة علم النفس المعاصر، 22(3)، 201-220.
- ملال، رحاب، ومحززي، نادية. (2022). التأثير الاجتماعي لوسائل الإعلام في اضطرابات الأكل لدى المراهقات. مجلة الدراسات الاجتماعية، 8(1)، 56-78. مسعود، لبنى. (2020). الألكسيثيميا والاضطرابات النفسية لدى المراهقين. مجلة البحوث التربوية، 11(4)، 65-92.

- النوبي، نهى. (2018). الاضطرابات النفسية الجسدية: التشخيص والعلاج. القاهرة: دار الفكر الحديث.
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator–mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1173–1182. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.51.6.1173>
- Baumeister, R. F., & Vohs, K. D. (2004). *Handbook of self-regulation: Research, theory, and applications*. Guilford Press.
- Brown, T. A., Berner, L. A., & Wifley, D. E. (2018). Alexithymia and emotion regulation in eating disorders. *Eating Behaviors*, 31(1), 32–38. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2018.07.005>
- Carter, J. C., Blackmore, E., Sutandar–Pinnock, K., & Woodside, D. B. (2003). Relapse in anorexia nervosa: A survival analysis. *Psychological Medicine*, 34(4), 671–679. <https://doi.org/10.1017/s0033291703008196>
- Dahlenburg, S. C., Gleaves, D. H., & Hutchinson, A. D. (2019). The relationship between perfectionism and disordered eating: A systematic review. *Eating and Weight Disorders*, 24(6), 1031–1046. <https://doi.org/10.1007/s40519-018-0560-5>
- Davies, H., & Kelly, M. (2019). Eating disorders in adolescents. *British Journal of General Practice*, 69(679), 50–51. <https://doi.org/10.3399/bjgp19X700625>
- Garner, D. M. (1986). Cognitive–behavioral approaches to anorexia nervosa. *Cognitive Therapy and Research*, 10(5), 573–585. <https://doi.org/10.1007/BF01177816>
- Hartmann, A., Zeeck, A., & Barrett, M. S. (2014). Interpersonal problems, perfectionism, and self-esteem in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 47(1), 94–100. <https://doi.org/10.1002/eat.22210>
- Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (1991). Perfectionism in the self and social contexts: Conceptualization, assessment, and association with psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60(3), 456–470. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.60.3.456>
- Hill, R. W., Zrull, M. C., & Turlington, S. (2004). Perfectionism and self-handicapping in academic performance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 86(1), 110–132. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.86.1.110>
- Kinnaird, E., Norton, C., & Tchanturia, K. (2020). Clinicians' views on working with anorexia nervosa and autism spectrum disorder comorbidity: A qualitative study. *BMC Psychiatry*, 20(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02736-4>
- Lukas, C. A., Stenzel, A., & Wilhelm, P. (2022). Alexithymia mediates the association between interpersonal problems and eating disorder symptoms. *Frontiers in Psychology*, 13, 879518. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.879518>

- Lule, D., Schulz, K., Bauer, K., Schöll, F., Müller, S., Fladung, A. K., & Tebartz van Elst, L. (2014). Neurocognitive processing of emotions in patients with anorexia nervosa: An fMRI study. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 221(3), 157–164. <https://doi.org/10.1016/j.psychresns.2013.11.004>
- Nowakowski, M. E., McFarlane, T., & Cassin, S. E. (2013). Alexithymia and eating disorders: A critical review of the literature. *Journal of Eating Disorders*, 1(21), 1–12. <https://doi.org/10.1186/2050-2974-1-21>
- Oglodek, E. (2022). Alexithymia as a personality trait: Biological and psychological perspectives. *Frontiers in Psychology*, 13, 852127. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.852127>
- Pinna, F., Sanna, L., & Carpiello, B. (2014). Alexithymia in eating disorders: Therapeutic implications. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 10, 214–221. <https://doi.org/10.2174/1745017901410010214>
- Speranza, M., Loas, G., Wallier, J., & Corcos, M. (2005). Predictive value of alexithymia in patients with eating disorders: A 3-year prospective study. *International Journal of Eating Disorders*, 37(4), 304–311. <https://doi.org/10.1002/eat.20100>
- Torres, S., Guerra, M. P., Lencastre, L., Miller, K., Vieira, F. M., Roma-Torres, A., & Brandão, I. (2015). Alexithymia in anorexia nervosa: The mediating role of depression. *Psychiatry Research*, 225(1–2), 99–107. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.10.001>
- Yiend, J., Al-Khudhairy, A., & Williams, C. (2014). Perfectionism, overchecking, and repeated task performance in anorexia nervosa. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 45(1), 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2013.08.005>