

عمه المشاعر وعلاقته بكلٍ من الاكتئاب والميول الانتحارية

لدى عينة من مريضات الشره العصبي

هانم مهدي الشيخ

قسم علم النفس-جامعة كفر الشيخ

د/فايز فاروق الشامي

كلية العلاج الطبيعي – جامعة كفر الشيخ

د/فاتن طلعت قنصوة

قسم علم النفس-جامعة كفر الشيخ

ملخص

هدفت الدراسة الحالية إلى إلقاء الضوء على الشره العصبي لخطورة هذا الاضطراب، ويبحث علاقة عمه المشاعر بكلٍ من الاكتئاب والميول الانتحارية، ومدى إسهام كل متغير من المتغيرات في العينة المستهدفة، وهي مريضات الشره العصبي، وتقديم مزيد من المعرفة حول عمه المشاعر بوصفه مصطلحاً حديثاً نسبياً. وتكونت عينة الدراسة الكلية من (٥٠) مشاركة بواقع (٢٥ من السويات، ٢٥ من مريضات الشره العصبي). وتراوحت أعمارهم بين (١٨-٣٠) عاماً. وطُبق عليهن: مقياس الشره العصبي (مجدي الدسوقي)، وقائمة بيك للاكتئاب، ومقياس عمه المشاعر (ترجمة: فاتن قنصوة)، ومقياس احتمالية الانتحار (عبدالرقيب البحيري). واعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي الارتباطي المقارن. وأشارت نتائج الدراسة إلى أن هناك فروقاً دالة إحصائياً بين متوسط درجات مرضى الشره العصبي ومتوسط درجات السويات على مقياس الدراسة (عمه المشاعر، وقائمة الاكتئاب، ومقياس الميول الانتحارية)، كما ظهرت علاقة ارتباطية موجبة بين عمه المشاعر والاكتئاب والميول الانتحارية لدى مريضات الشره العصبي.

الكلمات المفتاحية: عمه المشاعر - الاكتئاب - الميول الانتحارية - الشره العصبي

مقدمة

يُعدّ الأكل سلوكاً غريزياً للكائنات البشرية، فالشكل العام يمثل هدفاً يحقق بعض الأغراض الجسمية، والنفسية، والاجتماعية والثقافية في مجتمعنا الشرقي بوجه عام. وتمثل اضطرابات الأكل العلاقة بين الحالة النفسية للفرد والرغبة في الطعام أو العزوف عنه، وتتضمن اضطرابات الأكل كلاً من الشره العصبي^(١)، وفقدان الشهية العصبي، واضطرابات أخرى غير مصنفة (الفايز، ٢٠٠٠، ٢).

ومع تزايد انتشار اضطراب الشره العصبي داخل الأوساط النسائية في المجتمعات سواء العربية أم الغربية، مما يسبب إشكالية تؤدي بدورها إلى المشكلات النفسية أصبح من المهم توجيه العناية لهذا الاضطراب والبحث للوصول إلى نظرة شمولية لهذه المشكلة وكيفية علاجها.

ويرتبط الشره العصبي بقوة بالعديد من الصور الأخرى للأمراض النفسية في العينات الإكلينيكية، ويتزامن حدوثه بصورة متكررة مع الاكتئاب لدرجة أن بعض الباحثين افترضوا أن كلا الاضطرابين يشتركان في درجة وبائيتها أو انتشارهما، كما أن الدراسات التي تناولت العائد من العلاج أوضحت أن الاكتئاب يكاد يختفي مع نجاح علاج اضطرابات الأكل. وهذه الأدلة وغيرها توضح أن الاكتئاب يُعد نتيجة أو يرتبط بالشره العصبي، ولكنه ليس سبباً له (عبد الرحمن، ٢٠٠٠، ٢٣٥).

ويرى بعض الخبراء أن الشره العصبي في تزايد مستمر، وقد وصل إلى نسب وبائية مرتفعة، وعلى

(1) Bulimia Nervosa

الأخص بين طلاب الجامعة وطالباتها، وقد تم الاعتراف به في الفترة الأخيرة على أنه مشكلة طبية ونفسية خطيرة (الدسوقي، ٢٠٠٧، ٤١٤).

كما يرتبط عمه المشاعر أيضاً بالعديد من المشكلات النفسية مثل الاكتئاب والقلق وانخفاض جودة الحياة، حيث إن الأفراد من ذوي اضطراب عمه المشاعر يكون لديهم وعي وحالة انفعالية سالبة (صابر، ٢٠١٢).

ويلاحظ ارتفاع نسبة الوفيات من بين اضطراب الاكتئاب الرئيس، حيث إن مايزيد عن (١٥٪) يموتون منتحرين، ويعاني المكتئب من آلام جسدية، وينخفض نشاطه البدني والاجتماعي بشكل واضح. ويصاحب هذا النوع من الاكتئاب كثير من الاضطرابات مثل: تعاطي المسكرات، واضطراب الوسواس القهري، واضطرابات الأكل، مثل فقدان الشهية العصبي، أو الشره العصبي (معمرية، ٢٠٠٩). ومن ثم فإن الباحثة قد عمدت إلى دراسة الشره العصبي، وعلاقته بكلٍ من الاكتئاب، والانتحار، وعمه المشاعر.

مشكلة الدراسة

الغذاء والأكل بصفة عامة من الحاجات الأساسية في حياتنا، فنحن نختلف ونتفاوت في طبيعة الأطعمة التي نحب، وكما نحتاج لنأكل؟ ومتى نحب أن نأكل؟ ومع أن الغذاء ضروري جداً لصحتنا ونمونا فإن بعض طرق الأكل وأنماطه الأكل عند البعض يمكن أن تسبب ضرراً كبيراً على الصحة، حيث تبدأ المشاكل مع الغذاء عندما يتم استخدامه كوسيلة للتغلب على تلك الأوقات الصعبة التي يمر بها الإنسان، وذلك عندما يشعر بالملل والضجر أو القلق أو الغضب أو الحزن أو الخجل أو الوحدة، فالغذاء يصبح مشكلة عندما يتم اللجوء إليه للمساعدة على تحمل المشاعر المؤلمة، أو الارتياح من الضغوط النفسية التي يواجهها الفرد (APA, 2005, 40).

ولعل الزيادة الظاهرة في معدل انتشار اضطرابات الأكل في الآونة الأخيرة والاهتمام الذي أوجدته لدى العلماء المتخصصين والعامة يعطي انطباعاً بأن اضطرابات الأكل هي أكثر الاضطرابات النفسية شيوعاً وتتضمن اضطرابات الأكل اضطرابين يتميزان بخوف مرضي من الازدياد في الوزن، والعديد من المرضى قد يظهر عليهما الاضطرابان معاً، وكثيراً ما يحدث خلط في عملية التشخيص ربما لأن الشره العصبي حتى وقت قريب كان يُعد عرضاً من أعراض فقدان الشهية العصبي، ولم يتميز الشره العصبي كزملة أو اضطراب مستقل بذاته إلا في عام (١٩٨٠) من خلال الجمعية الأمريكية للطب النفسي (قنصوة، ٢٠١٠).

ويُعد عمه المشاعر سمة شخصية لدى بعض المرضى من ذوي اضطرابات الأكل، ومن الجدير بالذكر أن نتعرف على ما إذا كان عمه المشاعر سمة أساسية أو ثانوية لدى بعض المرضى ذوي اضطرابات الأكل (قنصوة، ٢٠١٠، ٣).

ولندرة الدراسات السابقة التي تناولت عمه المشاعر لدى مريضات الشره العصبي من جهة، والدراسات التي تناولت الاكتئاب والمحاولات الانتحارية لدى مريضات الشره العصبي من ناحية أخرى في البيئة العربية والأجنبية (في حدود ما اطلعت عليه الباحثة) فقد كان ذلك دافعاً للقيام بهذه الدراسة.

وتتبلور مشكلة الدراسة الحالية في الإجابة عن الأسئلة الآتية:

١. هل توجد فروق دالة إحصائية بين متوسط درجات مريضات الشره العصبي ومتوسط درجات السويات على مقياس عمه المشاعر؟
٢. هل توجد فروق دالة إحصائية بين متوسط درجات مريضات الشره العصبي ومتوسط درجات السويات على قائمة الاكتئاب؟
٣. هل توجد فروق دالة إحصائية بين متوسط درجات مريضات الشره العصبي ومتوسط درجات السويات على مقياس الميل الانتحارية؟
٤. هل توجد علاقة ارتباطية بين عمه المشاعر والاكتئاب لدى مريضات الشره العصبي؟
٥. هل توجد علاقة ارتباطية بين عمه المشاعر والميل الانتحارية لدى مريضات الشره العصبي؟

أهمية الدراسة

تتجلى أهمية الدراسة فيما يلي:

١. ترجع أهمية الدراسة بصفة عامة إلى أن اضطرابات الأكل تُعد جاذبة للانتباه من بين الاضطرابات النفسية، ويكاد يكون هناك اتفاق تام بين الباحثين على أن اضطرابات الأكل أصبحت ذات معدلات انتشار كبيرة، وأن معدل تواتر ظهورها في تصاعد مستمر.
٢. تُعد هذه الدراسات من الدراسات المقارنة التي يمكن بواسطتها التنبؤ بسلوك هذه الفئة في المستقبل بعد معرفة خصائصها النفسية من خلال هذه الدراسة.
٣. تعد هذه المرحلة التي يتناولها البحث من أهم المراحل، حيث إنها المرحلة التي تكتسب فيها الفتيات من العادات السلوكية ما يؤهلهن لأن يصبحن ما سيكن عليه في المستقبل.
٤. وجود ندرة واضحة في البحوث المهمة باضطراب الشره العصبي في المنطقة العربية وفي مصر على وجه التحديد وذلك في حدود علم الباحثة.
٥. يتوقع أن تسهم هذه الدراسة وما ستكشف عنه من نتائج لتكون نواة لدراسات أخرى في المجال نفسه، وقد يفتح المجال لدراسات أخرى على المستوى السيكومتری الإكلينيكي.
٦. تناول مفهوم حديث نسبياً (عمه المشاعر) بالدراسة لدى عينة من مريضات الشره العصبي.
٧. تتمثل أهمية الدراسة في دراسة مرض الشره العصبي وعلاقته بكل من عمه المشاعر والاكتئاب والميل الانتحارية، حيث إن الفهم الجيد لها يساعد في التخطيط وإعداد البرامج الوقائية والإرشادية والعلاجية الهادفة لعلاج مرضى الشره العصبي، والتخفيف من حدة الآثار النفسية والمرضية المرتبطة به.

متغيرات الدراسة

• عمه المشاعر^(١)

ترجع جذور عمه المشاعر في العصر الحديث إلى عامي (١٩٤٧، ١٩٤٨) نتيجة الملاحظات الإكلينيكية لكل من "روش" Ruesch و"ماكليين" Maclean اللذين لاحظا أن كثيراً من المرضى الذين

(1) Alexithymia

يعانون من الأمراض النفس جسمية التقليدية يظهرون عجزاً واضحاً في القدرة على التعبير اللفظي عن المشاعر، كما لاحظنا كذلك أنهم يتسمون بضعف الخيال، ويستخدمون الحركات البدنية المباشرة كوسيلة للتعبير الانفعالي (عبد الله، ٢٠٠٣).

كما ترجع كلمة **عمه المشاعر** في أصولها اللاتينية إلى ثلاثة مقاطع (A)، وتعني فقدان وتعنى كلمة (lexi) كلام، وتعني كلمة (thymia) وتعني المشاعر، أي أن الكلمة في مجملها تشير إلى فقدان الكلام المعبر عن المشاعر (NO – Word – For feeling) (Sifenos, 1973).

وقد عرفه " **كيوتكي ويوكياما**" بأنه شكل من أشكال الضعف يتمثل في عدم القدرة أو عدم الاستطاعة على التعبير عن المشاعر، وعدم التمييز بين المشاعر، والإثارة الفسيولوجية الناتجة عن الإثارة الوجدانية، وقدرة تخيلية محدودة، وأسلوب معرفي قائم على التوجه الخارجي أكثر من التوجه الداخلي (الذاتي) (Kiyotaki & Yokoyama, 2006).

وقد ذكر (Sunghwason et al., 2012) بأنه عدم القدرة على الاعتراف والتعبير عن العواطف، وتم وصفه بأنه خواء المشاعر المتمثل في فقر الخيال أو الحلم وصعوبات في التعبير عن المشاعر، وصعوبة في التواصل بين الأشخاص، وعدم وجود المشاعر الإيجابية، وارتفاع معدل انتشار المشاعر السلبية (Sunghwason, Hyung, Hyodeog, Juhee, Geumye, & Seung Jae, 2012).

ومن أهم المظاهر البارزة لعمه المشاعر:

- ١- صعوبة التعرف على الأحاسيس الجسمية للاستثارة الانفعالية.
 - ٢- صعوبة وصف المشاعر للآخرين.
 - ٣- ندرة العمليات التخيلية.
 - ٤- النمط المعرفي الموجه نحو التفاصيل الدقيقة للعالم الخارجي (قنصوة، ٢٠١٠).
- ويُعد عمه المشاعر حالة تعكس أوجه القصور في القدرة على التعامل مع الانفعالات من الناحية المعرفية، كما أنه يعكس صعوبات لدى الفرد في تنظيم وجداناته، ومن ثم فهو يُعد أحد العوامل المهيئة للإصابة بالأمراض الجسمية والنفسية (عبد القوي، ٢٠١١، ٢٤٧).

• **الاكتئاب^(١)**

ينظر علماء النفس إلى الاكتئاب على أنه حالة انفعالية من الهم والغم المداوم، تتراوح بين تثبيط الهممة الضعيف نسبياً والكآبة، وهي حالة يتعرض لها جميع الأفراد في مواجهة ما يصادف قواهم من عقبات وإحباط، وتمتد إلى مشاعر القنوط والجزع واليأس السوداوي والتي قد تؤدي إلى الانتحار، ويصاحب هذه المشاعر عادة الافتقار للمبادأة، والكسل، وفقر الهممة، والأرق، وفقدان الشهية، وضعف التركيز، وصعوبة اتخاذ القرارات (معمرية، ٢٠٠٠).

وعرفه الدليل التشخيصي والإحصائي وفقاً لمعايير الإصدار الخامس للاضطرابات النفسية^(٢) (DSM-5) بأنه المزاج الحزين، وفقدان المتعة في الأنشطة المعتادة، وقلة النوم أو الإفراط فيه، إعاقة

(1) Depression

(2) Diagnostic and Statistical Manual Disorder (DSM-5)

أو تتأثر في الجهاز النفسي الحركي، وفقدان الوزن أو تغير الشهية، وفقدان الطاقة، والشعور بالذنب الشديد والتفاهة، وصعوبة في التركيز أو التفكير أو اتخاذ القرار، وتكرار التفكير في الموت أو الانتحار، وتظهر الأعراض يومياً تقريباً لمعظم اليوم ولمدة لا تقل عن أسبوعين، الأعراض مميزة، وتصبح أكثر حدة، وترتفع من مجرد استجابة مؤقتة لتصبح خطرة (جنسون وآخرين، ٢٠١٥، ٢٥٦).

ويبدأ الاكتئاب بأعراض يسيرة تتدرج في الشدة، وتتميز هذه الأعراض بفقدان القدرة على التمتع بمباهج الحياة مع انكسار النفس، وهبوط الروح المعنوية، ثم يشعر بتغيير لون الحياة وقيمتها، ويبدأ في السؤال عن أهميتها و يعيش في سحابة من اليأس والجزع والانقباض (عكاشة، ٢٠٠٦، ٤٣١).

• الميول الانتحارية.

قد جاء في الموسوعة البريطانية أن الانتحار هو فعل تدمير الذات الطوعي المقصود (الموسوعة البريطانية، ١٩٩٣، ٥٩). وعرف "مارجريت، وتمسون" Margareet & Tamison الانتحار بأنه نتاج حصيلة مأساوية مدمرة لعدد من المواقف اليائسة المحبطة، وغالباً ما يفكر الفرد في الانتحار عندما يكون في حالات اضطرابية واضحة ومروعة، ولديه خبرات بمستويات الاضطراب والإحباط، ودائماً يرى أن محاولاته للانتحار الطريق الوحيد للهروب من مواقف الحياة الجارية، والحقيقة أنه غالباً ما ينبثق من الأحداث الثانوية غير المهمة التي تشوه حقيقة الحياة، حيث إنهم لا يجدون مفرّاً أو مخرجاً من مشكلات الحياة، وبالرغم من هذا لا تأتي جميع التصرفات الانتحارية عن طريق الضغوط، فالسلوكيات الانتحارية مثل تحطيم الذات وإيذاءها تأتي عن طريق الوهم والهذيان وبعض العوامل النفسية الأخرى (Margareet & Tamison, 2007).

ولقد كان مفهوم **الانتحار** يستعمل بصفة عامة ليعبر عن سلوك يمكن أن يؤدي بصاحبه إلى الموت، ولكن لوحظ من قبل الباحثين أن السلوك الانتحاري واقع متصل لقوة كامنة تشمل تصور الانتحار، ثم التأمّلات الانتحارية، يليها محاولات الانتحار، وأخيراً إكمال هذه المحاولة الانتحارية (الغريان، ٢٠١١).

وقد ورد في **الدليل الإحصائي والتشخيصي الخامس (DSM-5)** أن التفكير في الانتحار يشير إلى أفكار قتل النفس، وهي أكثر شيوعاً من الإقدام على الانتحار، كما يتضمن السلوكيات والتصرفات المتعمدة التي تسبب الموت ولكنها لا تُقضى إليه أو تؤدي إلى وقوعه، أما الانتحار ذاته فيتضمن السلوكيات والتصرفات المتعمدة التي تسبب الموت وتؤدي إليه وتؤدي إلى وقوعه، وهناك إيذاء الذات غير الانتحاري^(١) الذي يتضمن السلوكيات والتصرفات المتعمدة التي تهدف إلى التسبب في الإيذاء البدني، وليس مقصوداً بها التسبب في الموت أو الإفشاء إليه (جنسون وآخرين، ٢٠١٥، ٣٢٦).

وهناك العديد من العوامل التي يمكن أن تضيف إلى خطورة إقدام شخص ما على قتل نفسه. أحد هذه العوامل هو الاضطرابات النفسية، فحسب تقرير منظمة الصحة العالمية فإن ما بين (٦ : ١٥٪) من مرضى الاضطرابات النفسية - خاصة الاكتئاب - يقدمون على الانتحار بالإضافة إلى (٧ : ١٥٪) من مدمني الكحوليات، و(٤ : ١٠٪) من مرضى الفصام^(٢)، هذا بالإضافة إلى زيادة نسب الانتحار بين

(1) Non Suicidal Self-Injury

(2) schizophrenics

المصابين باضطراب الذعر والمصابين باضطراب التغذية مثل فقدان الشهية⁽¹⁾ والشه العصبي (عبد الله، ٢٠٠٨).

• الشره العصبي

يُعد " روسيل " Russel (١٩٧٩) أول من استخدم مصطلح الشره العصبي، وقد عدها "روسيل" آنذاك بأنها مرحلة لاحقة لفقدان الشهية العصبي بمعنى أنها تتبع المرحلة المزمنة لفقدان الشهية العصبي (عبد العزيز، وسليم، ٢٠١٣، ١١).

ويُعرف الشره العصبي بأنه حالة من النهم، وفقدان التحكم في زيادة الأكل، مع الإفراط في التهام كميات كبيرة في فترات زمنية قصيرة، وغالباً ما تتبع بالقيء المتعمد أو الاستخدام المفرط للملينات (قنصوة، ٢٠١٠).

وقد ورد تعريف الشره العصبي في الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية بأنه اضطراب يتضمن نوبات من تناول السريعة لكميات كبيرة من الطعام، يليها سلوك قهري كالقيء، أو الصيام، أو التدريبات الشاقة لمنع زيادة الوزن، ويضع الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض النفسية معايير لتشخيص الشراهة في ضوء خاصيتين هما كالاتي:-

× أولاً: تناول كمية كبيرة من الطعام أكثر مما يأكلها أغلب الأفراد في فترة زمنية قصيرة أقل من ساعتين.

× ثانياً: أنها تشمل مشاعر فقدان السيطرة على سلوك الأكل كأن الفرد لا يستطيع التوقف. وفي النهم العصبي يتم الأكل بشراهة سراً نتيجة الضغط العصبي والمشاعر السلبية الناتجة عنه، ويستمر الفرد في الأكل حتى الشبع بطريقة زائدة (جنسون، وآخرون، ٢٠١٥، ٦٥٩).

الدراسات السابقة

قام **كوركوس وآخرون** (Corcos, Guilbaudo, Paternities, Stephan, and Jeammet, 2000) بعمل دراسة بعنوان الاكتئاب وعمه المشاعر لدى مرضى اضطرابات الأكل. وقاموا بعمل مقارنة بين مريضات الشره العصبي ومريضات فقدان الشهية، وتكونت عينة الدراسة من (٦٤) مريضاً باضطرابات الأكل بواقع (٣٢) من مريضات الشره العصبي، ٣٢ من مريضات فقدان الشهية العصبي)، والمجموعة الضابطة ن= (٧٤)، وتم التقييم من خلال طبيب نفسي في مقابلة شبه منظمة، وكان متوسط عمري العينة (٣٥,٣ ± ٧,١). وتم استخدام مقياس تورنتو للأكسيثيميا، ومقياس بيك للاكتئاب. وأظهرت النتائج أن معدلات الاكتئاب عمه المشاعر مرتفعة لدى مرضى فقدان الشهية العصبي، ومرضى الشره العصبي مقارنة بالسويات، وكذلك ظهرت فروق ذات دلالة إحصائية بين مرضى اضطرابات الأكل على درجات الاكتئاب وعمه المشاعر واضطرابات الأكل وهي فروق مرتفعة لصالح المرضى مقارنة بالأصحاء.

وفي دراسة قام بها **جليبود وآخرون** (Gulibaud, Corcos, Speranza, Stephan, and Jeammet, 2000) تم بحث عمه المشاعر والاكتئاب في اضطرابات الأكل وملخص هذه الدراسة

(1) Anorexia Nervosa

أن المرضى الذين يعانون من اضطرابات الأكل تظهر لديهم معدلات عالية من عمه المشاعر والاكتئاب، وقد تم اختيار العينة من العيادات الخارجية لاضطرابات الأكل التابعة لمعهد مونتاليستا في باريس، وتكونت عينة الدراسة من (٣٢) من مريضات الشره العصبي، و(٣٢) من مريضات فقدان الشهية العصبي، و(٧٤) من الأصحاء، وتم اختيار العينة وفقا لمعايير الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع، وتراوح عمر العينة من (١٨-٢٥) عاماً. بمتوسط عمري قدره (٢٢)، وانحراف معياري (١,٩٦)، وتم تطبيق مقياس تورنتو للأكسيميما، ومقياس بيك للاكتئاب، وتم تثبيت كل من متغيرات (العمر - الجنس - المستوى التعليمي) للمجموعات الثلاث، وقد وجدوا أن معدلات عمه المشاعر أعلى بكثير عند مرضى فقدان الشهية العصبي. وأسفرت النتائج عن ارتفاع معدلات الاكتئاب وعمه المشاعر لدى مرضى اضطرابات الأكل مقارنة بالسويات.

كما أجرى "موريس وآخرون" (Maurice et al., 2000) دراسة هدفت إلى مقارنة الأفراد الذين يعانون من الاكتئاب وعمه المشاعر من ذوات الشره العصبي وفقدان الشهية العصبي على عينة من الإناث تراوحت أعمارهن من (١٨-٢٥) عاماً، وتم تطبيق مقياس تورنتو للأكسيميما ومقياس بيك للاكتئاب، وقد بلغت عينة الدراسة لفقدان الشهية العصبي ن= (٣٢)، وعينة الشره العصبي ن= (٣٢) بمتوسط عمري قدره (٢٢) وانحراف معياري (١,٩٦) وبمقارنتهن بعينة من الأسوياء عددهن (ن=٧٤) الذي بلغ متوسط أعمارهن (٢١,٥) وانحراف معياري قدره (٢,١)، وقد كشفت نتائج الدراسة عن الارتفاع الدال لدرجات مقياس عمه المشاعر والقلق والاكتئاب لدى الإناث من ذوات فقدان الشهية العصبي أكثر من الإناث ذوات الشره العصبي، وظهرت فروق ذات دلالة إحصائية بين الأصحاء والمرضى لصالح المرضى، حيث وجدت دلالة إحصائية بين الاكتئاب وعمه المشاعر والشره العصبي مما يدل على العلاقة الارتباطية الموجبة بين المتغيرات الثلاثة، وبعد عزل درجات الاكتئاب لم تظهر أي فروق بين ذوات الشره العصبي وفقدان الشهية العصبي في عمه المشاعر، مما يدل على أن اضطرابات الأكل وعمه المشاعر تصاحب أعراض الاكتئاب، وهي اضطرابات تتداخل مع الاكتئاب في التشخيص. وكانت درجات عمه المشاعر أعلى بنسب طفيفة لدى مرضى فقدان الشهية العصبي مقارنة بمرضى الشره العصبي وهما أعلى من درجات المجموعة الضابطة.

وقد قام "وايدي تراسي وآخرون" (Tracey & Cynthio, 2000) بعمل مقارنة بين الشره العصبي والاكتئاب للتعرف على الدور الذي تؤديه بعض المتغيرات (المتغيرات الديموجرافية، والأعراض الحالية، ومدة المرض، والشخصية، والاتجاهات) في التنبؤ بثبات كل من الشره العصبي والاكتئاب، وقد قام بعمل مقابلتين تقريباً كل خمس سنوات، وتكونت العينة من (٢١٦٣) من النساء تراوحت أعمارهن بين (١٧-٤٥) عاماً، وبعد حساب مختلف المعدلات الأساسية أظهرت نتائج الدراسة أن الشره العصبي ثابت مثل الاكتئاب. وأسفرت نتائج الدراسة عن وجود دور كبير لبعض المتغيرات الديموجرافية (العمر، والأعراض الحالية، ومدة المرض، والشخصية، والاتجاهات) في التنبؤ بثبات وحساسية وتحديد كل من الشره العصبي والاكتئاب، ووجود علاقة ارتباطية موجبة بين الشره العصبي والاكتئاب.

كما أجرى "كوركوس وآخرون" (Corcos et al., 2002) دراسة هدفت إلى تقدير محاولات الانتحار لدى عدد كبير من النساء مع مراعاة العوامل الديموغرافية، وتم اختيار العينة من مرضى الشره العصبي وفقدان الشهية العصبي في فرنسا وجنيف. وفقا لمعايير الدليل الإحصائي والتشخيصي الثالث المعدل والرابع، وتكونت عينة الدراسة من (٢٩٥) من النساء منهن (٢٠٢) من مرضى الشره العصبي نمط القيء، و(٦٨) بدون قيء و(٢٥) من مرضى فقدان الشهية العصبي، وكان متوسط عمر مرضى الشره العصبي (٢٥,٣) بانحراف معياري قدره (٧,١)، وقامت الدراسة في ضوء مقابلة شبه منظمة، وقام الباحثون باستخدام استبيانات التقييم الذاتي. وأسفرت النتائج عن وجود علاقة ارتباطية موجبة بين الشره العصبي والاكتئاب والانتحار، حيث كانت نسب محاولات الانتحار المتكررة (٢٧,٨٪). وقد لوحظ على هؤلاء المرضى شدة أعراض الاكتئاب، وأثبتت الدراسة أن مرضى الشره العصبي لديهم أعلى معدلات الانتحار وقد بلغت نسبتها (٧٤٪) ولديهم معدلات عالية من الاكتئاب، وأثبتت الدراسة أن الأفراد الذين حاولوا الانتحار لم يكن لهم تاريخ سابق مع الاضطرابات النفسية، وأوضحت الدراسة كذلك ضرورة التدخلات للحد من محاولات الانتحار في النساء اللاتي يعانين من هذه الاضطرابات.

في حين قام "بومبيلي وآخرون" (Pompilimy, Girardi, Accorra, Ruberto&Tatarellir 2003) بعمل دراسة للحد من حالات الانتحار المصاحبة للشره العصبي وفقدان الشهية العصبي، وكان ملخص هذه الدراسة أن الانتحار في الشره العصبي وفقدان الشهية العصبي هو السبب الرئيس للوفاة، وتكونت عينة الدراسة من (١٣٨) مريضة فقدان شهية عصبي، و(٢٥٠) مرضى شره عصبي، وتراوح أعمار العينة من (١٢-٢٥) عاماً. وأثبتت النتائج وجود علاقة ارتباطية موجبة بين الانتحار واضطرابات الأكل والاكتئاب الشديد، حيث إن هناك حالات انتحار قد نجحت في الانتحار من الأفراد الذين يعانون من فقدان الشهية العصبي، ومحاولات الانتحار تشكل تهديداً خطيراً لهؤلاء الأفراد، وهناك حالات تم الحصول عليها مع مرضى الشره العصبي، ولا بد من تحسين الاستراتيجيات الوقائية للحد من حالات الانتحار والتقييم السليم والأفضل من قبل علم النفس المرضي لهؤلاء المرضى لتحسين حالتهم النفسية والحد من حالات الانتحار.

ونجد دراسة "البورتو وآخرين" (Alberto, Asuncion, Inigoochoa& Luisjoaristi, 2004) قد بحثت علاقة عمه المشاعر بكل من القلق والاكتئاب لدى عينة إسبانية من مرضى اضطرابات الأكل، وتكونت عينة الدراسة من (١٥١) من الإناث المصابات باضطرابات الأكل، وقد تراوح عمر العينة من (١٤-٣٣) عاماً بمتوسط قدره (٢٤,٧) وانحراف معياري قدره (٦,٣)، وقد قسمت العينة إلى ثلاث مجموعات منهم (٤٤) سيدة من مريضات فقدان الشهية العصبي، و(٢٥) سيدة من مرضى فقدان الشهية النوع الفرعي و(٨٢) من مرضى الشره العصبي الذي كان متوسط أعمارهم (٢٣,٠١) بانحراف معياري قدره (٥,٣٥)، وتم تشخيصهم وفقاً لمعايير الدليل الإحصائي

والتشخيصي الرابع، وتكونت العينة الضابطة من (٤٣) من الإناث بمتوسط قدره (٢١,٥١) وانحراف معياري= (٥,٩٧) وتم استخدام مقياس تورنتو للاكسيثيميا، ومقياس بيك للاكتئاب، ومقياس التقييم الذاتي للقلق، وأثبتت الدراسة وجود علاقة ارتباطية موجبة بين عمه المشاعر والقلق والاكتئاب حيث إن المرضى من ذوي اضطرابات الأكل لديهم معدلات مرتفعة من عمه المشاعر. وبعد التحكم في متغيري القلق والاكتئاب، وجدوا أنه لا توجد فروق ذات دلالة في درجة عمه المشاعر بين المجموعات الثلاث (المجموعات المرضية) (فقدان الشهية العصبي- الشره العصبي- اضطرابات الأكل). وأثبتت الدراسة أن عمه المشاعر يرتبط ارتباطاً وثيقاً بالقلق والاكتئاب، وهو سمة من سمات المرضى الذين يعانون من اضطرابات الأكل.

و قد أجرى "فرانكو وآخرون" (Franko et al., 2004) دراسة هدفت إلى التحديد والتنبؤ بمحاولات الانتحار الخطيرة التي تُهدد النساء من ذوي اضطرابات الأكل، وذلك من خلال دراسة طويلة على المرضى ذوي اضطرابات الأكل، على فترات متتابعة وكلية، وتم اختيار النساء المصابات بفقدان الشهية العصبي والشره العصبي وفقاً لمعايير الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع، وتكونت عينة الدراسة من (١٣٦) من مرضى فقدان الشهية العصبي، و (١١٠) من مرضى الشره العصبي، وقد استغرقت الدراسة من (٦-١٢) شهراً، وأكدت النتائج على وجود علاقة ارتباطية موجبة بين اضطرابات الأكل والانتحار، ووجدوا أن نسبة محاولات الانتحار لدى مرضى فقدان الشهية العصبي (٢٢,١%)، بينما بلغت محاولات الانتحار في مرضى الشره العصبي (١٠,٩%)، وقد ظهرت بعض السلوكيات أثناء الدراسة منها استخدام المليينات وحالات تعاطي المخدرات والاكتئاب، وأثبتت نتائج الدراسة أن النساء ذوات الشره العصبي وفقدان الشهية العصبي في خطر كبير، ويجب أن يكون الأطباء على وعي بذلك الخطر لمساعدتهن على الحد من محاولات الانتحار.

وفي محاولة لمعرفة مدى وجود عمه المشاعر والاكتئاب لدى المرضى الذين يعانون من اضطرابات الأكل أجرى "ماريو وآخرون" (Mario et al., 2005) دراسة بعنوان أبعاد الشخصية الاكتئابية وعمه المشاعر في اضطرابات الأكل، تم اختيار العينة من العيادات المتخصصة في اضطرابات الأكل وقد تراوحت أعمارهم من (١٨-٤٥) عاماً، وتكونت عينة الدراسة من (١٠٥) من مرضى فقدان الشهية العصبي، و (٩٨) من مرضى الشره العصبي، وتكون عدد أفراد العينة الضابطة من (٢٧٩)، وتم تطبيق مقياس تورنتو للاكسيثيميا، ومقياس بيك للاكتئاب، وتم التحكم في كلٍ من المتغيرات الثلاث (العمر - الجنس - والوضع المهني)، وأثبتت الدراسة أن مرضى الشره العصبي يعانون من الأعراض الاكتئابية أكثر بعشرات المرات من مرضى فقدان الشهية العصبي ومن المجموعة الضابطة، وكانت درجات عمه المشاعر أعلى عند مرضى فقدان الشهية العصبي مقارنة بمرضى الشره العصبي والسويات، وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود ارتباط بين المستويات المرتفعة من عمه المشاعر والاكتئاب في المرضى الذين يعانون من اضطرابات الأكل.

كما هدفت دراسة *سبيرنزا وآخرين* (Speranza et al., 2005) إلى دراسة معدلات عمه المشاعر والأبعاد الشخصية لدى المصابين باضطرابات الأكل، واشتملت العينة على (١٠٥) من ذوي فقدان الشهية العصبي، و(٤٩) من ذوي فقدان الشهية العصبي مع التراجع، و(٩٨) لديهم شره عصبي، ومجموعة ضابطة (أصحاء) تكونت من (٢٧٩) فرداً، وتم استخدام مقياس تورنتو، ومقياس بيك واستبيان الخبرات التي تعرف نوعين من أساليب الاكتئاب للشخصية والتي تعتمد على النقد الذاتي. وأظهرت النتائج بعد المقارنة بين المجموعات الثلاث أن المرضى لديهم مستويات مرتفعة من عمه المشاعر، وأعراض اكتئابية واضحة، وبعد تثبيت الاكتئاب وجد أن مجموعة الشره العصبي تختلف عن المجموعة الضابطة لصالح مجموعة الشره في عامل صعوبة التعبير عن المشاعر، وفي مجموعة فقدان الشهية كانت النتيجة أعلى في صعوبة التعبير عن المشاعر عن مجموعة الشره العصبي، وبالنسبة لبعد الشخصية الاكتئابية كان النقد الذاتي أعلى في الشره العصبي عن فقدان الشهية العصبي.

وقد اهتمت دراسة *اليساندرو وآخرين* (Alessandro, Domenico, Francesco,) إلى بحث عمه المشاعر وصورة الجسم لدى عينة من ذوي اضطرابات الأكل، وقد بلغ عدد العينة (١٠١) وتم اختيار العينة من المركز الطبي لعلاج السمنة لتورنتو في إيطاليا، وتراوح عمر العينة من (٢٢-٥٨) عاماً بمتوسط عمري قدره (٤٢,٢) وانحراف معياري (٩,٢) وتم تطبيق الأدوات التالية: مقياس تورنتو لعمه المشاعر، واستخبار شكل الجسم المختصر، واختبار الاتجاه نحو الجسم، ومقياس تقدير الذات، ومقياس بيك للاكتئاب. وتوصلت النتائج إلى وجود علاقة موجبة بين الاكتئاب وعمه المشاعر وصورة الجسم وتقدير الذات. كما أظهرت النتائج أن عمه المشاعر يظهر بنسبة (٣٩,٦٪)، وأنه يرتبط بنوبات الأكل الشره، وأن عدم الرضا عن الجسم، وانخفاض الذات، وأعراض الاكتئاب، وصعوبة وصف المشاعر، وصعوبة التعرف على المشاعر هي أعراض لعمه المشاعر، وتُعد منبئات لشدة اضطراب نوبات الأكل الشره، وأثبتت الدراسة أيضاً أن تعزيز التعبير العاطفي يؤدي إلى انخفاض معدلات الاكتئاب والرضا عن الجسم.

وفي مراجعة *لفرانكو وكيل* (Franko&Keel, 2006) تم بحث الدراسات المنشورة عن الانتحار ومحاولات الانتحار في الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات الأكل وتسليط الضوء على معدلات حدوثها والآثار المترتبة على الممارسين، وأشارت دراسات متعددة إلى ارتفاع معدلات الانتحار في المرضى الذين يعانون من مرض فقدان الشهية العصبي، وظهرت معدلات الانتحار بنسبة (٣-٢٠٪) في المرضى الذين يعانون من فقدان الشهية العصبي، و(٢٥-٣٥٪) لدى المرضى الذين يعانون من الشره العصبي، وأوضحت الدراسة وجود علاقة ارتباطية موجبة بين اضطرابات الأكل ومحاولات الانتحار. وأكدت الدراسة ضرورة التقييم المستمر لهؤلاء المرضى والتصدي لهم للحد من التفكير في الانتحار.

وقام "مونتباروسي وآخرون" (Montebarocci et al., 2006) بدراسة عمه المشاعر لدى النساء المريضات باضطراب الأكل وأشارت الدراسة إلى أن المرضى الذين يعانون من اضطراب الأكل لهم خصائص عمه المشاعر، كما يتضح من مقياس تورنتو لعمه المشاعر، وهدفت الدراسة إلى التحقق من الدور السلبي لكل من القلق والاكتئاب وتأثيرهما السلبي على العلاقة بين عمه المشاعر واضطراب الأكل. وقد تم اختيار العينة من العيادات الخارجية لاضطرابات الأكل في بولينا، بمستشفى جامعة بولينا، وقد تكونت عينة الدراسة من (١٦) من مرضى فقدان الشهية العصبي، و(١٨) مريضة من مرضى الشره العصبي بمتوسط عمري قدره (١٩,٣)، وانحراف معياري قدره (١,٦)، وتم تشخيصهم وفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية وتكونت العينة الضابطة من (١٨) من الإناث بمتوسط عمري (١٩,١) وانحراف معياري قدره (١,٨) بعد مجانسة المجموعات من حيث العمر والتعليم، وتم استخدام مقياس بيك للاكتئاب ومقياس تورنتو لعمه المشاعر، ومقياس سبلجر للقلق واستبيان برومندفورست لتقييم خصائص عمه المشاعر. وأشارت النتائج إلى أن ذوات الشره العصبي وفقدان الشهية العصبي أظهرن مستويات مرتفعة على استبيان برومندفورست وخاصة في عدم القدرة على التعبير عن المشاعر. وقد أظهرت النتائج كذلك ارتفاع معدلات الاكتئاب لدى مرضى الشره العصبي مقارنة بمرضى فقدان الشهية العصبي والسويات، كما أن عمه المشاعر أعلى عشرات المرات لدى المرضى من ذوي اضطرابات الأكل مقارنة بالمجموعة الضابطة، وأن عمه المشاعر يظهر بدرجة أكبر لدى مريضات فقدان الشهية العصبي مقارنة بمرضى الشره العصبي والأسوياء.

وهدفت دراسة "ماريو وآخرين" (Mario et al., 2007) إلى بحث القدرة التنبؤية لعمه المشاعر لدى المرضى الذين يعانون من اضطرابات الأكل، وتم اختيار العينة من مراكز الاضطرابات النفسية واضطرابات الأكل ومستشفياتها، وتراوح عمر العينة من (١٥-٣٠) عاماً بمتوسط عمري قدره (٢١,٥)، وانحراف معياري (٥) في دراسة تنبؤية مستقبلية ولمدة ثلاث سنوات قاموا بدراسة استكشافية طويلة على عينة قوامها (١٠٢) ممن يعانون من مرضى اضطرابات الأكل في ضوء محكات الدليل الإحصائي التشخيصي الرابع، مع التحكم بمتغيري العمر والمستوى التعليمي، وتم اختيار العينة من ذوي التعليم العالي، وتم تطبيق مقياس تورنتو لعمه المشاعر ومقياس بيك للاكتئاب. وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطية بين الاكتئاب واضطرابات الأكل، وعمه المشاعر وتوصلت النتائج إلى أن الصعوبة في تحديد المشاعر يمكن أن تمثل عامل النذير السلبي لنتائج طويلة الأمد للمرضى الذين يعانون من اضطرابات الأكل، ويجب على المختصين المراقبة بعناية وتحديد الأفراد الذين يعانون من صعوبة التعبير عن الانفعالات، ويجب وضع استراتيجيات محددة لتشجيعهم على تبادل العواطف والتعبير عن انفعالهم.

وكذلك قام "كيلي" (Kelly, 2008) بدراسة هدفت إلى معرفة طبيعة العلاقة بين عمه المشاعر واضطرابات الأكل بهدف إعطاء توجيهات للعلاج في المستقبل، واشتملت العينة على (١٥٠) طالباً جامعياً من عمر (١٨-٣٠) عام، واستخدم مقياس تورنتو، ومقياس اضطرابات الأكل. وقد أشارت النتائج إلى وجود ارتباط ذي معدل عالٍ بين عمه المشاعر واضطرابات الأكل.

وأجرى "جيمي هايكي" (2009) Jumi Hayaki دراسة هدفت إلى معرفة العلاقة بين الشره العصبي والصعوبة في التعبير عن الانفعالات والتقلبات العاطفية، وتكونت عينة الدراسة من (١١٥) طالبة يعانين من عدم القدرة علي التنظيم العام للانفعالات (عمه المشاعر) ولديهن شره عصبي، وكان متوسط عمر العينة (١٨,٧٣) عاماً، وبانحراف معياري (٠,٧٧)، وأوضحت النتائج أن هناك علاقة بين الشره العصبي وعدم القدرة على التنظيم العام للانفعالات، وأن المرضى من ذوي الشره العصبي يعانون من عمه المشاعر، وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن عمه المشاعر يرتبط ارتباطاً وثيقاً بالشره العصبي.

كما أجرى "ميتو وآخرون" (2013) Miotto et al., دراسة على عينة مختلطة من الذكور والإناث مكونة من (١٠٠) مراهق تراوحت أعمارهم من (١٥ : ١٩) عاماً، وهدفت الدراسة إلى معرفة هل توجد علاقة بين اضطرابات الأكل والميول الانتحارية؟. وأسفرت الدراسة عن وجود علاقة ارتباطية موجبة بين اضطرابات الأكل والميول الانتحارية. وأكدت الدراسة على أن التفكير في الانتحار لذوي اضطرابات الأكل الذكور تبلغ نسبتها (٣,٥%) بينما بالنسبة للإناث (٤٥,٥%) كما أثبتت النتائج أن التفكير في الانتحار حقق أعلى الدرجات مع مرضى اضطرابات الأكل.

وقد أجرى "بورتزكي وآخرون" (2014) Portzky et al., دراسة بعنوان "محاولات الانتحار لدى المرضى الذين يعانون من اضطرابات الأكل". واشتملت عينة الدراسة على (١٤٦٣) من مرضى اضطرابات الأكل من مستشفى غنت لاضطرابات الأكل، وأثبتت النتائج أن الانتحار هو أحد الأسباب الرئيسية للوفاة لدى المرضى الذين يعانون من اضطرابات الأكل وخاصةً المرضى الذين يعانون من فقدان الشهية العصبي، ومحاولات الانتحار أيضاً شائعة لدى مرضى الشره العصبي، وقد بلغت نسبة محاولات الانتحار (١١,٨%) لدى مرضى اضطرابات الأكل، وأن نسبة (٤٣,٣%) من المرضى قد راودتهم أفكار انتحارية، وقد توصلت النتائج إلى أن الأفراد الذين كانت لديهم محاولات انتحارية كانت لديهم درجات مرتفعة من الاكتئاب وتظهر لديهم بعض الأعراض مثل ضعف التحكم الذاتي، وانعدام الأمن الاجتماعي، واستخدام المليينات، واستدعاء القيء، وهذه النتائج تدعم زيادة مخاطر السلوك الانتحاري لدى مرضى اضطرابات الأكل، ولا بد من وضع خطط للحد من مخاطر الانتحار لدى هذه الفئة من المرضى.

وكذلك قام "سكوت وآخرون" (2014) Scott et al., بإجراء دراسة بعنوان السلوك الانتحاري لدى المراهقين والبالغين الذين يعانون من الشره العصبي، وتكونت عينة الدراسة من (١٠١٢٣) من المراهقين، و(٢٩٨٠) من البالغين، وأسفرت نتائج الدراسة عن أن التفكير في الانتحار أكثر شيوعاً بين المراهقين بنسبة (٥٣%) مقارنة بالبالغين الذين بلغ التفكير في الانتحار لديهم (٣٤,٤%)، وأكدت النتائج كذلك أن هناك خطراً كبيراً من التفكير في الانتحار والسلوك الانتحاري بين مرضى الشره العصبي، وهذه النتائج تؤكد على أهمية معالجة خطر الانتحار لدى المراهقين والبالغين الذين يعانون من أعراض اضطرابات الأكل.

تعقيب على الدراسات السابقة:

١. ندرة الدراسات التي جمعت بين متغيرات الدراسة (عمه المشاعر، والاكتئاب، والميول الانتحارية) لدى مرضى الشره العصبي في البيئتين الأجنبية والعربية.
٢. اتفاق الدراسات السابقة على أن مريضات الشره العصبي يختلفن عن غيرهن من السويات في طريقة تناولهن للطعام، ويميلون إلى الانتحار ولديهن مشاعر انتحارية وصعوبة في التعبير عن انفعالاتهن ومشاعرهن (عمه المشاعر).
٣. تباين حجم العينات بين الدراسات، ففي حين كانت عينة بعض الدراسات صغيرة (١٨) مشاركاً مثل دراسة (Montebarocci et al., 2006)، كان حجم عينة دراسات أخرى كبيراً جداً (٢١٦٣) مشاركاً (Wadetracey et al., 2000).
٤. أشارت الدراسات إلى ارتفاع معدلات الانتحار لدى الإناث من مريضات الشره العصبي عن الذكور (Miotto. et al., 2013).
٥. أشارت الدراسات إلى الارتفاع الدال لعمه المشاعر لدى مريضات الشره العصبي كما في دراسة (Mario et al., 2005; Alberto et al., 2004).
٦. كما اتفقت الدراسة الحالية مع معظم الدراسات السابقة في كونها استخدمت أدوات الدراسة نفسها، وهما مقياس بيك للاكتئاب، ومقياس تورنتو لعمه المشاعر.
٧. أفاد معظم الدراسات أن الانتحار هو السبب الرئيس للوفاة لدى مرضى الشره العصبي كما في دراسة (Franko et al., 2004 ; Pompili et al., 2003).
٨. اتفق بعض الدراسات السابقة على ضرورة التدخل للحد من محاولات الانتحار التي قد تكون السبب في الوفاة عند المرضى الذين يعانون من الشره العصبي، ووضع استراتيجيات وقائية للحد من حالات الانتحار والتقييم السليم من قبل علم النفس المرضي والأطباء المتخصصين لمساعدة هؤلاء المرضى ومنها دراسة (Franko & keel, ; Crocos1 et al., 2002; Scott et al., 2014 ; Portzky et al., 2014 2006).
٩. اتفق معظم الدراسات على وجود ارتباط دال موجب بين الاكتئاب والمحاولات الانتحارية لدى مرضى الشره العصبي منها دراسة (Franko et al., 2004).
١٠. اتفق معظم الدراسات على وجود ارتباط قوي بين الاكتئاب وعمه المشاعر لدى مرضى اضطرابات الأكل، وأن عمه المشاعر يرتبط ارتباطاً وثيقاً بالقلق والاكتئاب ومنها دراسة (Mario et al., 2005; Montebarocci et al., 2006; Mario et al., 2007).
١١. أشار بعض الدراسات إلى وجود ارتباط ذي معدل عالٍ بين عمه المشاعر واضطرابات الأكل (Jumi Hayaki, 2009 ; Kelly, 2008).
١٢. أثبتت معظم الدراسات أن اضطرابات الأكل تظهر بمعدلات مرتفعة لدى النساء مقارنة بالرجال، ومعظم الدراسات تم تطبيقها على عينات من النساء من ذوي اضطرابات الأكل.
١٣. أثبتت الدراسات أن عمه المشاعر سمة شخصية ثابتة نسبياً لدى مرضى الشره العصبي ومنها دراسة (Guibaud et al., 2000).

١٤. أشار بعض الدراسات إلى أن التفكير في الانتحار والمحاولات الانتحارية شائعة أكثر بين المراهقين من مرضى الشره العصبي مقارنةً بالبالغين (Scott et al., 2014).

فروض الدراسة

١. توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات مريضات الشره العصبي ومتوسطات درجات السويات على مقياس عمه المشاعر لدى مريضات الشره العصبي.
٢. توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات مريضات الشره العصبي ومتوسطات درجات السويات على مقياس الاكتئاب لدى مريضات الشره العصبي.
٣. توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات مريضات الشره العصبي ومتوسطات درجات السويات على مقياس الميول الانتحارية لدى مريضات الشره العصبي.
٤. توجد علاقة ارتباطية بين عمه المشاعر والاكتئاب لدى مريضات الشره العصبي.
٥. توجد علاقة ارتباطية بين عمه المشاعر والميول الانتحارية لدى مريضات الشره العصبي.

منهج الدراسة وإجراءاتها.

منهج الدراسة.

استخدمت الباحثة في هذه الدراسة المنهج الوصفي الارتباطي المقارن؛ حيث حاولت الكشف عن العلاقة الارتباطية بين عمه المشاعر وكل من الاكتئاب والميول الانتحارية لدى مريضات الشره العصبي، وكذلك الفروق بين مريضات الشره العصبي والسويات في الاكتئاب وعمه المشاعر والميول الانتحارية.

وتم استخدام المنهج الوصفي لأنه يجمع الحقائق والمعلومات ويسعى إلى الكشف عن العلاقات وتحديد خصائص المشكلة ومدى الارتباط الموجود بين العوامل المختلفة، وتحليل بياناتها وبيان العلاقة بين مكوناتها والعمليات التي تتضمنها لمعالجتها إحصائياً والوصول إلى النتائج. وفي هذا الصدد يعرف محمد عبيدات المنهج الوصفي باعتباره منهجاً يعتمد عليه الباحث قصد جمع الحقائق عن موضوع البحث وتحليلها وتفسيرها لاستخلاص دلالاتها ووضع مؤشرات وبناء تنبؤات مستقبلية، ومن ثم الوصول إلى تعميم بشأن موضوع البحث (عبيدات، وأبونصار، ومبيضيي، ١٩٩٩، ٤٧).

التصميم البحثي :

اتبعت هذه الدراسة التصميم المستعرض لمجموعة الحالة في مقابل مجموعة المقارنة.

عينة الدراسة

تكونت عينة الدراسة الكلية من (٥٠) مشاركة موزعات بالتساوي إلى (٢٥) من مريضات الشره العصبي، (٢٥ سويات) وقد تم تشخيص العينة المرضية من قبل الدكتور/فايز الشامي، استاذ العلاج الطبيعي وقد تراوحت أعمارهن ما بين (١٨ : ٣٠) سنة، بمتوسط عمري قدره (٢٣,٣٨) سنة، وانحراف معياري قدره (٣,٥).

ولقد تم المجانسة بين أفراد المجموعتين (مجموعة المريضات، ومجموعة السويات) من حيث المستوى التعليمي، والمستوى الاجتماعي والاقتصادي، والعمر الزمني، وجدول (١) يوضح ذلك

جدول (١)

ضبط بعض المتغيرات لدى المجموعتين.

المتغيرات	المجموعات	متوسط الرتب	قيمة U
العمر	مجموعة السويات	٣٠,٤٢	١٨٤
	مجموعة المريضات	٢٠,١٧	
المستوى التعليمي	مجموعة السويات	١٩,٧١	١٧٣
	مجموعة المريضات	٣٠,٨٥	
الدخل	مجموعة السويات	٢٢,٣٣	٢٢٩,٥٠٠
	مجموعة المريضات	٢٨,٩٤	
الحالة الاجتماعية	مجموعة السويات	٢٩,٢٧	٢١٤,٠٠٠
	مجموعة المريضات	٢١,٤٢	

تشير نتائج الجدول (١) إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية بين المجموعتين في متغيرات العمر الزمني، والمستوى التعليمي، والدخل، والحالة الاجتماعية، مما يؤكد تحقيق التكافؤ بينهما، وبالتالي فإنه يمكن الاطمئنان إلى مجانسة المجموعتين في المتغيرات الدخيلة التي يمكن أن تؤثر على نتائج الدراسة.

ب- أدوات الدراسة

استخدمت الباحثة أدوات الدراسة الآتية: مقياس الشره العصبي، من إعداد/ مجدي الدسوقي، وقائمة الاكتئاب لبيك، ومقياس عمه المشاعر ترجمة وإعداد/ فائق قنصوة، ومقياس احتمالية الانتحار إعداد/ عبد الرقيب البحيري، واستمارة المستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة (إعداد/ عبد العزيز السيد الشخص) (١٩٩٥). وفيما يلي عرض لهذه المقاييس والأدوات.

أولاً: مقياس الشره العصبي

أعد هذا المقياس " ثيلين وآخرون" (Thelen, et al., 1996)، وقام بترجمته مجدي الدسوقي، ويستخدم هذا المقياس لتقدير السلوكيات التي تتعلق بالشره أو النهمة العصبي، ويتكون المقياس من (٢٨) بنداً، وذلك إلى جانب خمس فقرات أخرى أضيفت لقياس الكذب، ويلي كل منها خمسة اختيارات، ويطلب من المشارك أن يختار واحدة منها، ثم يقوم بوضع دائرة حول الرقم المجاور لتلك العبارة التي اختارها سواء أكانت أرقام (١، ٢، ٣، ٤، ٥)، والتي تتفق مع وجهة نظره أو تنطبق عليه.

وبعد تعريبه وترجمته قام مُعد الاختبار بعرضه على خمسة محكمين من أساتذة الصحة النفسية للتعرف على ملاءمة عبارات المقياس لما تقيسه. وقد تم استبعاد العبارات المكررة للمعنى. وبذلك أصبح المقياس في صورته النهائية مكوناً من (٢٨) بنداً.

وقام مُترجم الاختبار بتطبيقه على عينة مبدئية من طلاب الجامعة وطالباتها للتأكد من وضوح عبارات الاختبار. وقد اتضح أن المقياس يتمتع بدرجة مرتفعة من السهولة والوضوح، وتم تصحيح الاختبار بجمع الدرجات التي يحصل عليها المشارك على كل عبارة للحصول على الدرجة الكلية

على الاختبار، ووضع دائرة حول رقم العبارة، وكانت عبارات المقياس العكسية هي [٢، ٥، ٧، ٨، ٩، ١١، ١٢، ١٣، ١٤، ١٥، ١٦، ١٨، ٢٠، ٢٥، ٢٨، ٣١].

وقد قام مُعدّ الاختبار للتحقق من صدق المقياس باستخدام طريقتين هما الصدق التلازمي، والصدق التمييزي، وقد استخدم مُعدّ الاختبار طريقتين أيضاً لحساب ثبات مقياس الشره العصبي هما طريقة إعادة تطبيق الاختبار، وطريقة ألفا كرونباخ وتم حساب صدق المقياس في هذه الدراسة بطريقة واحدة هي صدق المضمون.

أ. صدق المضمون

تم التحقق من هذا النوع من الصدق عن طريق عرض فقرات المقياس على مجموعة من هيئة التدريس^(١) من المختصين في العلوم التربوية والنفسية، وقد اتفق المحكمون على صدقها في التعبير عن أعراض مقياس الشره العصبي

ويُعدّ الثبات من المؤشرات السيكومترية للمقاييس النفسية نظراً لأنه يشير لدقة الفقرات واتساقها في قياس ما يجب قياسه، وقد تم حساب ثبات المقياس من خلال طريقتين:

أ. طريقة التجزئة النصفية

تم تجزئة مقياس الشره العصبي إلى نصفين: العبارات الفردية مقابل العبارات الزوجية. وتم حساب معامل ثبات المقياس، بعد تصحيح الطول بمعادلة سبيرمان - براون، وذلك بعد حساب معامل الارتباط بين العبارات الفردية والعبارات الزوجية داخل المقياس، وذلك باستخدام معامل الارتباط بيرسون للدرجات الخام. وكان معامل الارتباط (٠,٩٣) وهو معامل ارتباط مرتفع مما يزيد الثقة في ثبات الاختبار.

ب. طريقة معامل ألفا كرونباخ

تم استخراج الثبات لمقياس الشره العصبي باستخدام معادلة (ألفا كرونباخ)، حيث بلغت قيمة ألفا كرونباخ (٠,٨٩). وهي قيمة مرتفعة تدل على ثبات عالٍ.

ثانياً: قائمة بيك للاكتئاب.

عرب هذا المقياس وأعدّه "غريب عبد الفتاح" (١٩٨٥) عن الصورة المختصرة لمقياس بيك للاكتئاب، والمعروف بقائمة بيك للاكتئاب، وهو من أكثر الأدوات شيوعاً واستخداماً سواء على العينات الإكلينيكية أو العينات غير الإكلينيكية.

ويتكون المقياس من (٢١) بنداً من العبارات تتعلق كل منها بعرض من أعراض الاكتئاب وتندرج بحسب الشدة إلى ثلاث درجات من الشدة، بجوار كل عبارة درجة موضوعة تتراوح ما بين (صفر إلى ٣ درجات)، ويضع المشارك دائرة حول الدرجة الموضوعة للعبارة التي يرى أنها تنطبق عليه، ويتراوح مجموع الدرجات من (صفر: ٦٣) درجة.

وأجريت ثلاثة أبحاث منفصلة عن المقياس قبل نشره للاستخدام في مصر، تتناول المواصفات القياسية والمعايير والدرجات الفاصلة. وتكونت عينة المعايير في مصر من (٣١٧٢) مشاركاً من

(١) ١- أسماء مصطفى على، ٢- رشا ناجي محمد، ٣- شيماء شكري خاطر، ٤- محمد نجيب عيد.

المريضات النفسيات، وتتوافر معايير تائية لفئات السن من ١٥ سنة إلى ما فوق ٦٠ سنة، وتغطي الفئات [الثانوي بنين وبنات، والعاملين والعاملات، والمرضى النفسيين إناثاً وذكوراً]. بالإضافة إلى توافر الدرجات الفاصلة أو القاطعة أو الحدية لكل الفئات السابقة. وتشير الدرجات الفاصلة إلى تقييم شدة الاكتئاب. وقد استخدم مُعرب المقياس طريقة الصدق التلازمي لحساب صدق المقياس، واستخدم طريقتين لحساب ثبات المقياس هما: القسمة النصفية، وإعادة التطبيق.

ثالثاً: مقياس عمه المشاعر

وضع هذا المقياس "جاسون ثومبسون" (Jason Thypson, 2009) وقامت بتعريبه وإعداده ليناسب البيئة المصرية (فاتن قنصوة، ٢٠٠٩). ويتكون المقياس من (٣٢) بنداً. وتتراوح استجابات المقياس (١-٥)، وبدائل الاستجابات هي [موافق بشدة - موافق - محايد - غير موافق - غير موافق بشدة]. وقد تم تطبيق المقياس على عينة مكونة من (٢٩٤) مشاركاً بواقع (١٩٩) من الإناث، (٩٥ من الذكور) من طلاب الفرقة الأولى بكلية الآداب.

صدق المقياس وثباته

استخدمت معربة المقياس طريقة لحساب صدق المقياس هي: صدق المضمون، وقد تم حساب ثبات المقياس بطريقتين هما: طريقة التجزئة النصفية، وطريقة ألفا كرونباخ وفي الدراسة الحالية تم حساب صدق المقياس بطريقة واحدة هي صدق المحكمين

صدق المحكمين

تم التحقق من هذا النوع من الصدق وذلك عن طريق عرض فقرات المقياس على مجموعة من المختصين في العلوم التربوية والنفسية، وقد اتفق المحكمون على صدقها في التعبير عن أعراض مقياس عمه المشاعر بنسبة (٩١٪) فما فوق.

تم حساب ثبات المقياس من خلال طريقتين هما:

أ. طريقة التجزئة النصفية

تم تجزئة مقياس عمه المشاعر إلى نصفين البنود الفردية مقابل البنود الزوجية. وتم حساب معامل ثبات المقياس من خلال حساب معامل الارتباط بين البنود الفردية والبنود الزوجية داخل المقياس، وذلك باستخدام معامل الارتباط بيرسون للدرجات الخام حيث بلغ (٠,٩٣)، وبعد تصحيح الطول باستخدام معادلة سبيرمان-براون.

ب. طريقة معامل ألفا كرونباخ

تم استخراج الثبات لمقياس عمه المشاعر باستخدام معادلة (ألفا كرونباخ) والتي بلغت قيمتها (٠,٨٨). وهي قيمة مرتفعة تدل على ثبات عالٍ.

رابعاً: مقياس احتمالية الانتحار.

وضع هذا المقياس "جون جيل، ووين" (Gill & Wayne 1982)، وقام بترجمته وتعريبه عبد الرقيب البحيري (٢٠١٣). ويتكون مقياس احتمالية الانتحار من "٣٦" بنداً، ويعتمد على التقرير الذاتي في تقدير مخاطرة الانتحار لدى الراشدين والمراهقين. ويُعد من الاختبارات السهلة في

التطبيق والتصحيح. وقام مُعد الاختبار بتطبيقه على عينة قوامها (١٠٠٦) فرداً في ثلاث مراحل نمائية مختلفة، المراهقة المتوسطة (١٦-١٨) سنة، وشملت تلاميذ المرحلة الثانوية وتلميذاتها، والمراهقة المتأخرة (١٩-٢١) سنة، والمرحلة الأخيرة "مرحلة الرشد"، وشملت الأفراد الذين تتراوح أعمارهم من (٢٢-٦٠) سنة.

صدق المقياس

قام مُعد الاختبار بحساب صدق المقياس بثلاث طرق هي صدق المضمون، والصدق التكويني، وصدق التعلق بالمحك، وكانت معاملات الارتباط جميعها مقبولة. كما استخدم مُعرب المقياس طريقتين لحساب ثبات المقياس هما: الاتساق الداخلي، وطريقة إعادة التطبيق وكانت معاملات الارتباط جميعها مقبولة.

وفي إطار الدراسة الحالية، تم حساب ثبات المقياس بطريقة إعادة التطبيق على عينة قوامها (٢٥) مريضة من مريضات الشره العصبي الذين تراوحت أعمارهن ما بين (١٨-٢٥) سنة، بمتوسط عمري قدره (٢١,٣) عاماً، وانحراف معياري قدره (١,٩)، وبلغ معامل الارتباط (٠,٨٩) وهو معامل ثبات مرتفع.

وقد تم حساب صدق المقياس بطريقة واحدة هي صدق التعلق بمحك خارجي:

صدق المحك (التلازمي)

استخدم مقياس الانتحار الذي أعده "حسين فايد" (١٩٩٨) كمحك لقياس أعراض الانتحار، وبعد تطبيق المقياسين على عينة الدراسة المكونة من (٥٠) مشاركاً بواقع (٢٥) سويات، ٢٥ مريضة بالشره العصبي)، أشارت النتائج إلى أن معامل الارتباط بين المقياسين (٠,٨٣) وهو معامل ثبات مقبول، مما يؤكد صلاحية المقياس.

وقد تم حساب ثبات مقياس احتمالية الانتحار بطريقتين وهما: الثبات بطريقة معامل ألفا كرونباخ (٠,٨٥٦)، والثبات بطريقة إعادة الاختبار (٠,٨٦٧) على أفراد العينة نفسها بفواصل زمني قدره أسبوعين بين التطبيقين.

خامساً: مقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة (إعداد/عبد العزيز السيد الشخص (١٩٩٥): تهدف الاستمارة إلى تحديد المستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة المصرية في ظل الظروف الراهنة.

ويتبع في هذا المقياس تصنيف الأبعاد المستخدمة في تحديد المستوى الاجتماعي والاقتصادي على أساس:

١. بعد الوظيفة أو المهنة (للجنسين) (تسعة مستويات).
٢. بعد مستوى التعلم (للجنسين) (ثمانية مستويات).
٣. بعد متوسط دخل الفرد في الشهر (سبع فئات).

سادساً: إجراءات التطبيق

١. لقد تم التطبيق في إحدى الغرف الهادئة الخاصة في عيادات السمنة والعلاج الطبيعي الخاصة بالدكتور /فايز الشامي، وتم اختيار الأوقات المناسبة للتطبيق مع مراعات حالة المريضة ومدى تقبلها لتطبيق الاختبارات.

٢. في البداية تم التطبيق عن طريق مقابلة اكلينيكية قصيرة كان الغرض منها جمع البيانات الأولية عن المريضة، وإقامة علاقة ودية تسمح للمشاركة بأن تقدم أفضل ما لديها من أداء.

٣. كما تم التطبيق فردياً، وقد تراوح طول الجلسة بين (٣) ساعات إلى (٣٠، ٣) ساعة يتخللها فترة راحة تقدر ب(١٥) دقيقة تعطى للمشاركة ليتجدد نشاطها الذهني والبدني. وقد استمر التطبيق من شهر مارس (٢٠١٥) إلى شهر نوفمبر (٢٠١٥) أي مدة (٧) شهور.

٤. تم تطبيق الاختبارات الفرعية لضبط بعض المتغيرات الدخيلة، والتأكد من انطباق الشروط على المشاركة وهي متمثلة في (استمارة المستوى الاجتماعي والاقتصادي).

أما بالنسبة للاختبارات الأساسية فكانت تقدم للمشاركات وفقاً للترتيب الآتي:

- مقياس الشره العصبي.
- اختبار عمه المشاعر.
- اختبار احتمالية الانتحار.
- قائمة بيك للاكتئاب.

نتائج الدراسة ومناقشتها.

الفرض الأول: وينص على أنه توجد فروق دالة إحصائية بين متوسط درجات مريضات الشره العصبي ومتوسط درجات السويات على مقياس عمه المشاعر.

للتحقق من صحة هذا الفرض استخدمت الباحثة اختبار "مان ويتني" لعينتين مستقلتين للتعرف على الفروق بين السويات والمريضات على مقياس عمه المشاعر. وجدول (٢) يوضح ذلك.

جدول (٢)

قيمة "u" ودالاتها الإحصائية للفروق بين متوسطات رتب المجموعتين في عمه المشاعر

المجموعة	ن	متوسط الرتب	قيمة (u)	الدالة	قيمة z
مجموعة المريضات	٢٥	٣٨			
مجموعة السويات	٢٥	١٣	صفر	٠,٠٠١	٦,٠٧٠-

يتضح من جدول (٢) تحقق الفرض الأول حيث إنه يوجد فروق دالة بين مريضات الشره العصبي والسويات على مقياس عمه المشاعر في اتجاه المريضات، وتتفق نتائج هذه الدراسة مع دراسات (Maurice et al., 2000 ; Coros, et al., 2000; Guilbaud et al., 2000) حيث وجدت فروق بين المجموعتين في اتجاه مجموعة المرضى.

كما تتفق نتيجة هذا الفرض مع دراسة (JiZmerson et al., 1994) التي أظهرت نتائجها أن معدلات عمه المشاعر كانت أعلى عشرات المرات لدى المصابات بالشره العصبي مقارنة

بالسويات، وأظهرت المريضات بالشه العصبي نتائج مرتفعة على مقياس تورنتو من حيث التعبير عن المشاعر وقلة الخيال والتفكير المجرد، وأثبتت الدراسة أن مرضى الشه العصبي لديهم خصائص عمه المشاعر، ولديهم قصور في التفكير المجازي والعجز في التعبير عن المشاعر وقلة الخيال. كما أسفرت النتائج عن وجود علاقة ارتباطية بين عمه المشاعر، والاكتئاب، واضطرابات الأكل، وتتفق مع دراسة (Montebarocci et al., 2006) التي أظهرت أن المرضى الذين يعانون من الشه العصبي لديهم درجات مرتفعة في كلٍ من عمه المشاعر والاكتئاب، وقد كان عمه المشاعر أعلى لدى المرضى الذين يعانون من فقدان الشهية العصبي مقارنة بمرضى الشه العصبي والسويات.

كما أثبتت نتائج الدراسات أن هناك علاقة ارتباطية موجبة بين عمه المشاعر والقلق والاكتئاب، حيث إن المرضى من ذوي اضطرابات الأكل لديهم معدلات مرتفعة من عمه المشاعر، وبعد التحكم في متغيري القلق والاكتئاب، وجدوا أنه لا توجد فروق ذات دلالة في درجة عمه المشاعر بين المجموعات الثلاث (المجموعات المرضية) (فقدان الشهية العصبي - الشه العصبي - اضطرابات الأكل). وأثبتت الدراسة أن عمه المشاعر يرتبط ارتباطاً وثيقاً بالقلق والاكتئاب، وهي سمة من سمات المرضى الذين يعانون من اضطرابات الأكل (Alberto et al., 2004). وقد توصلت نتائج الدراسة إلى وجود ارتباط ذي معدل مرتفع بين عمه المشاعر والاكتئاب في المرضى الذين يعانون من اضطرابات الأكل، وعمه المشاعر سمة ثابتة نسبياً لدى مرضى الشه العصبي (Mario et al., 2005 ; Speranza et al., 2005 ; Kelly, 2008; Jumi Hayaki , 2009).

كما يدعم هذا الفرض نتائج دراسة أليساندرو وآخرين (Alessandro et al., 2006) حيث أثبتت أن عمه المشاعر يظهر بنسبة (٣٩,٦٪) لدى مرضى الشه العصبي، وأنه يرتبط بنوبات الأكل الشه، وأن عدم الرضا عن الجسم وانخفاض الذات وأعراض الاكتئاب وصعوبة وصف المشاعر وصعوبة التعرف على المشاعر هي أعراض لعمه المشاعر وتُعد منبئات لشدة اضطراب نوبات الأكل الشه، وأثبتت الدراسة أيضاً أن تعزيز التعبير العاطفي يؤدي إلى انخفاض معدلات الاكتئاب والرضا عن الجسم. وتتفق نتيجة هذا الفرض مع دراسة "جيم هوكي" (Jumi Hayaki, 2009) التي أسفرت عن أن هناك علاقة بين الشه العصبي وعدم القدرة على التنظيم العام للانفعالات، وأن المرضى ذوي الشه العصبي يعانون من عمه المشاعر.

الفرض الثاني: وينص على أنه توجد فروق دالة إحصائية بين متوسط درجات مريضات الشه العصبي ومتوسط درجات السويات على مقياس الاكتئاب.

للتحقق من هذا صحة الفرض استخدمت الباحثة اختبار "مان ويتني" لعينتين مستقلتين للتعرف على الفروق بين المريضات والسويات على مقياس الاكتئاب. وجدول (٣) يوضح ذلك.

الجدول (٣)

قيمة "u" ودالاتها الإحصائية للفروق بين متوسطات رتب المجموعتين في الاكتئاب

المجموعة	ن	متوسط الرتب	قيمة (u)	الدالة	قيمة z
مجموعة المريضات	٢٥	٣٨	صفر	٠,٠٠١	٦,٠٧١
مجموعة السويات	٢٥	١٣			

يتضح من جدول (٣) تحقق الفرض الثاني من حيث إنه يوجد فروق دالة بين مريضات الشره العصبي والسويات على مقياس الاكتئاب في اتجاه المريضات، حيث بلغت قيمة "U" (صفر) عند مستوى دلالة (٠,٠٠١) وتتفق نتيجة هذا الفرض مع دراسات (Wade Tracey et al., 2000; Corcos et al., 2002) حيث أظهرت النتائج أن هناك مستويات مرتفعة من الاكتئاب عند المصابات بالشره العصبي مقارنة بالسويات، وأن هناك علاقة ارتباطية موجبة بين الشره العصبي والاكتئاب.

وهذا أيضاً ما أكدته نتائج دراسة (Mario et al., 2007 ; Mario et al., 2005) التي أثبتت أن مرضى الشره العصبي يعانون من الأعراض الاكتئابية أكثر عشرات المرات من مرضى فقدان الشهية العصبي ومن المجموعة الضابطة، وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود ارتباط بين المستويات المرتفعة من عمه المشاعر والاكتئاب لدى المرضى الذين يعانون من اضطرابات الأكل.

الفرض الثالث: وينص على أنه توجد فروق دالة إحصائية بين متوسط درجات مريضات الشره العصبي ومتوسط درجات السويات على مقياس الميول الانتحارية.

للتحقق من هذا الفرض استخدمت الباحثة اختبار "مان ويتني" و جدول (٤) يوضح ذلك.

جدول (٤)

قيمة "u" ودالاتها الإحصائية للفروق بين متوسطات رتب المجموعتين المريضات

والسويات على مقياس الميول الانتحارية

المجموعة	ن	متوسط الرتب	قيمة (u)	الدالة	قيمة z
مجموعة المريضات	٢٥	٣٨	صفر	٠,٠٠١	-٦,٠٧٤
مجموعة السويات	٢٥	١٣			

يتضح من جدول (٤) تحقق الفرض الثالث من حيث إنه يوجد فروق دالة بين مريضات الشره العصبي والسويات على مقياس الميول الانتحارية في اتجاه المريضات، حيث بلغت قيمة U (صفر) عند مستوى دلالة (٠,٠٠١). وتتفق نتيجة هذا الفرض مع دراسات (Miotto et al., Franko et al., 2004; Corcos et al., 2002; 2013 ; Franko; Keel, 2006) حيث وجدت علاقة ارتباطية موجبة بين الشره العصبي والاكتئاب والانتحار لدى مريضات الشره

العصبي، وأكدت الدراسات على ضرورة التقييم المستمر لهؤلاء المرضى والتصدي للحد من التفكير في الانتحار.

وتؤكد نتائج الدراسة الحالية وجهة النظر القائلة أن الانتحار هو أحد الأسباب الرئيسة للوفاة لدى المرضى الذين يعانون من اضطرابات الأكل، وأن نسبة (٤٣,٣%) من المرضى قد راودتهم أفكار انتحارية، وقد توصلت النتائج إلى أن الأفراد الذين كانت لديهم محاولات انتحارية كانت لديهم كذلك درجات مرتفعة من الاكتئاب كذلك وتظهر لديهم بعض الأعراض مثل ضعف التحكم الذاتي، وانعدام الأمن الاجتماعي، واستخدام المليينات، واستدعاء القيء، وهذه النتائج تدعم زيادة مخاطر السلوك الانتحاري لدى مرضى اضطرابات الأكل، ولا بد من وضع استراتيجيات للحد من مخاطر الانتحار لدى هذه الفئة من المرضى (Portzky et al.,2014).

وقد ظهرت بعض السلوكيات أثناء الدراسة منها استخدام المليينات، وحالات تعاطي المخدرات، والاكتئاب. وأثبتت نتائج الدراسة أن النساء ذوات الشره العصبي وفقدان الشهية العصبي في خطر كبير، ويجب أن يكون الأطباء على وعي بذلك الخطر من أجل مساعدتهن على الحد من محاولات الانتحار (Franko et al.,2004).

كما يدعم نتائج هذا الفرض دراسة بومبيلي وآخرين (Pompili et al.,2003) التي أوضحت وجود علاقة ارتباطية موجبة بين الانتحار واضطرابات الأكل والاكتئاب الشديد، وهناك حالات انتحار قد نجحت في الانتحار من الأفراد الذين يعانون من فقدان الشهية العصبي ومحاولات الانتحار تشكل تهديدا خطيرا لهؤلاء الأفراد، كما أن هناك حالات تم الحصول عليها مع مرضى الشره العصبي، ولا بد من تحسين الاستراتيجيات الوقائية للحد من حالات الانتحار والتقييم السليم والأفضل من قبل علم النفس المرضي لهؤلاء المرضى لتحسين حالتهم النفسية والحد من حالات الانتحار.

الفرض الرابع: وينص على أنه توجد علاقة ارتباطية بين عمه المشاعر والاكتئاب لدى مريضات الشره العصبي.

استخدمت الباحثة معامل ارتباط بيرسون للتحقق من صحة هذا الفرض. وجدول (٥) يوضح ذلك:

جدول (٥)

العلاقة بين عمه المشاعر والاكتئاب لدى مريضات الشره العصبي

ن (٢٥، ٢٥)

معامل الارتباط	ن	المجموعة
٠,٧٧٥*	٢٥	مجموعة المريضات
	٢٥	مجموعة السويات

يتضح من جدول (٥) أن هناك علاقة طردية بين الاكتئاب وعمه المشاعر كما يلاحظ أيضاً أن قيمة $P.value = (٠,٠٤٣)$ ، مما يدل على أن علاقة الارتباط بين المتغيرين (عمه المشاعر

والاكتئاب) دالة وقوية، وتتفق نتيجة هذا الفرض مع دراسات Guilbaud et al., (2000) حيث وجدت علاقة ارتباطية موجبة بين الاكتئاب وعمه المشاعر والشه الشهية العصبي، وأظهرت النتائج أن معدلات الاكتئاب وعمه المشاعر مرتفعة لدى مرضى فقدان الشهية العصبي، ومرضى الشهية العصبي مقارنة بالسويات، وكذلك وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مرضى اضطرابات الأكل على درجات الاكتئاب وعمه المشاعر واضطرابات الأكل، وهي فروق مرتفعة في اتجاه المرضى مقارنة بالسويات ويُعد عمه المشاعر سمة شخصية ثابتة نسبياً لدى الأفراد ذوي الشه الشهية العصبي. كما أن عمه المشاعر يظهر بنسبة (٣٩,٦٪)، وأنه مرتبط بنوبات الأكل الشه، وأن عدم الرضا عن الجسم، وانخفاض الذات وأعراض الاكتئاب، وصعوبة وصف المشاعر، هي أعراض لعمه المشاعر وتُعد منبئات لشده اضطراب نوبات الأكل الشه، وأثبتت الدراسة أيضاً أن تعزيز التعبير العاطفي يؤدي إلى انخفاض معدلات الاكتئاب والرضا عن الجسم (Alessandro et al., 2006).

كما أنه مما يدعم هذا الفرض دراسة Speranza et al., (2005) التي أظهرت أن مرضى الشه الشهية العصبي لديهم مستويات مرتفعة من عمه المشاعر، وأعراض اكتئابية واضحة، وبعد تثبيت الاكتئاب قد وجد أن مجموعة الشه الشهية العصبي تختلف عن المجموعة الضابطة لصالح مجموعة الشه في عامل صعوبة التعبير عن المشاعر وفي مجموعة فقدان الشهية كانت النتيجة أعلى في صعوبة التعبير عن المشاعر من مجموعة الشه الشهية العصبي، وبالنسبة لبعد الشخصية الاكتئابية فقد كان النقد الذاتي أعلى في الشه الشهية العصبي عن فقدان الشهية، وتختلف مع نتائج دراسات (Alberto Espina et al., 2004; Maurice et al., 2000) حيث توصلت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة بين عمه المشاعر والقلق والاكتئاب، حيث إن المرضى من ذوي اضطرابات الأكل لديهم معدلات مرتفعة من عمه المشاعر. وبعد التحكم في متغيري القلق والاكتئاب، ووجد أنه لا توجد فروق ذات دلالة في درجة عمه المشاعر بين المجموعات الثلاث (المجموعات المرضية) (فقدان الشهية العصبي - الشه الشهية العصبي - اضطرابات الأكل). وأثبتت الدراسة أن عمه المشاعر يرتبط ارتباطاً وثيقاً بالقلق والاكتئاب، وهي سمة من سمات المرضى الذين يعانون من اضطرابات الأكل.

الفرض الخامس: توجد علاقة ارتباطية بين عمه المشاعر والميول الانتحارية لدى مريضات الشه العصبي.

تم استخدام معامل ارتباط بيرسون للتحقق من صحة هذا الفرض. وجدول (٦) يوضح ذلك:

جدول (٦)

العلاقة بين عمه المشاعر والميول الانتحارية لدى مريضات الشه العصبي

معامل الارتباط	ن	المجموعة
,٨٨٥*	٢٥	مجموعة المريضات
	٢٥	مجموعة السويات

يتضح من جدول(٦) أن هناك علاقة طردية بين الميول الانتحارية وعمه المشاعر، كما يلاحظ أيضاً أن قيمة $P.value = (,٠٣٥)$ ، مما يدل على أن علاقة الارتباط قوية ودالة.

ومما يؤكد صحة هذا الفرض أن أسباب عمه المشاعر ترجع إلى الظروف التي يتعرض لها الفرد كالتفكك الأسري، وإساءة المعاملة في الطفولة، والإهمال من جانب الوالدين، والصدمة العاطفية، والاعتداء الجنسي، وتاريخ الإساءة في مرحلة الطفولة، والإصابات الدماغية (Paula Linden Timoney & Mark Holder, 2013, 7-8 ; Frewn, et al., 2006, 398 – 399).

وتؤدي الأسباب السالفة الذكر إلى الاكتئاب، مما يؤدي إلى الحزن الشديد الذي ينتاب الفرد نتيجة الإحساس بالذنب والعجز، والدونية، واليأس، وانخفاض مستوى الانتباه والتركيز، والانسحاب الاجتماعي، والتفوق حول الذات (الخطيب، ٢٠٠٠، ٥٦٨).

والانتحار هو عرض من أعراض الاكتئاب، وهو نتاج أو حصيلة مأساوية مدمرة لعدد من المواقف اليائسة المحبطة، وغالباً ما يفكر الفرد في الانتحار عندما يكون في حالات اضطرابية واضحة ومروعة، ولديه خبرات بمستويات الاضطراب، ويرى الفرد أن محاولاته للانتحار هي الطريق الوحيد للهروب من مواقف الحياة الجارية، والحقيقة أن ذلك غالباً ما ينبثق من الأحداث الثانوية غير المهمة التي تشوه حقيقة الحياة، حيث إنهم لا يجدون مفرّاً أو مخرجاً من مشكلات الحياة (Margareet & Tamison, 2007).

ويتضح من ذلك أن عمه المشاعر عرض من أعراض الاكتئاب الشديد الذي يؤدي بدوره إلى الميل إلى الانتحار أو القيام به بالفعل، ويفسر ذلك دراسة "ماريو وآخرين" (Mario et al., 2005) التي أثبتت أن مرضى الشره العصبي يعانون من الأعراض الاكتئابية أكثر عشرات المرات من مرضى فقدان الشهية العصبي ومن المجموعة الضابطة، وكانت درجات عمه المشاعر أعلى عند مرضى فقدان الشهية العصبي مقارنة بمرضى الشره العصبي والسويات، وأثبتت نتائج الدراسة وجود ارتباط بين مستويات مرتفعة من عمه المشاعر والاكتئاب في المرضى الذين يعانون من اضطرابات الأكل، والاكتئاب الشديد الذي يؤدي بدوره إلى الانتحار.

ونجد أن مرضى اضطرابات الأكل لديهم مستويات مرتفعة من عمه المشاعر، وأعراض اكتئابية واضحة، وهذا المستوى العالي من الأعراض الاكتئابية قد يؤدي بدوره إلى الميول الانتحارية، وبعد تثبيت الاكتئاب قد وجد أن مجموعة الشره العصبي تختلف عن المجموعة الضابطة لصالح مجموعة الشره في عامل صعوبة التعبير عن المشاعر، وفي مجموعة فقدان الشهية كانت النتيجة أعلى في صعوبة التعبير عن المشاعر عن مجموعة الشره العصبي، وبالنسبة لبعد الشخصية الاكتئابية كان النقد الذاتي أعلى في الشره العصبي عن فقدان الشهية (Speranza et al., 2005).

ويعزز هذا الفرض دراسة "إليساندرو وآخرين" (Alessandro et al., 2006) التي توصلت إلى وجود علاقة موجبة بين الاكتئاب وعمه المشاعر وصورة الجسم وتقدير الذات. كما أسفرت نتائجها عن أن عمه المشاعر يظهر بنسبة (٣٩,٦%) ، وأنه يرتبط بنوبات الأكل الشره، وأن عدم

الرضا عن الجسم وانخفاض الذات وأعراض الاكتئاب وصعوبة وصف المشاعر وصعوبة التعرف على المشاعر هي أعراض لعمه المشاعر، وتُعد منبئات لشدة اضطراب نوبات الأكل الشره، وأثبتت الدراسة أيضاً أن تعزيز التعبير العاطفي يؤدي إلى انخفاض معدلات الاكتئاب والرضا عن الجسم.

ويدعم هذا الفرض نتائج دراسة "فرانكو وكيل" (Franko&Keel, 2006) التي تم فيها بحث الدراسات المنشورة عن الانتحار ومحاولات الانتحار في الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات الأكل وتسليط الضوء على معدلات حدوثها، والآثار المترتبة على الممارسين وأشارت دراسات متعددة إلى ارتفاع معدلات الانتحار لدى المرضى الذين يعانون من فقدان الشهية العصبي، وكانت نسبة معدلات الانتحار (٣-٢٠٪)، وأثبتت الدراسة أن معدلات الانتحار لدى مرضى الشره العصبي كانت بنسبة (٢٥-٣٥٪)، وأوضحَت الدراسة وجود علاقة ارتباطية موجبة بين اضطرابات الأكل ومحاولات الانتحار، وأكدت الدراسة على ضرورة التقييم المستمر لهؤلاء المرضى، والتصدي للحد من التفكير في الانتحار.

ويمكن تفسير هذه النتيجة في ضوء نتائج دراسة "مونتباروسي وآخرين" (Montebarocci et al., 2006) حيث أظهرت النتائج ارتفاع معدلات الاكتئاب لدى مرضى الشره العصبي مقارنة بمرضى فقدان الشهية العصبي والسويات مما يدعم هذا الفرض، لأن الاكتئاب الشديد يؤدي بدوره إلى الانتحار أو الميل إليه، وأظهرت النتائج ارتفاع نسبة عمه المشاعر لدى المرضى من ذوي اضطرابات الأكل مقارنة بالمجموعة الضابطة، وأن عمه المشاعر يظهر بدرجة أكبر لدى مريضات فقدان الشهية العصبي مقارنة بمرضى الشره العصبي والسويات، حيث توصلت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطية بين الاكتئاب (الذي يؤدي بدوره إلى الانتحار) واضطرابات الأكل، وعمه المشاعر، وتوصلت النتائج إلى أن الصعوبة في تحديد المشاعر يمكن أن يمثل عامل النذير السلبي لنتائج طويلة الأمد للمرضى الذين يعانون من اضطرابات الأكل، ويجب على المختصين المراقبة بعناية وتحديد الأفراد الذين يعانون من صعوبة التعبير عن الانفعالات، ويجب وضع استراتيجيات محددة لتشجيعهم على تبادل العواطف والتعبير عن انفعالاتهم (Mario et al., 2007).

كما أن الشره العصبي هو عرض غير منتظم وقهري بتناول كميات كبيرة من الطعام في فترة قصيرة من الوقت مع الشعور ببعض الآلام في البطن والإحساس بالغثيان وما يصاحب ذلك من إحساس بالذنب وشعور بالقلق والاكتئاب واحتقار الذات (Magill , Rodriguez ,Rod, 1996,) (28).

ويصاحب الشره العصبي مجموعة من مظاهر الاكتئاب مثل المزاج المتقلب، والشعور بالوحدة النفسية، والعزلة الاجتماعية، وانخفاض تقدير الذات، ورفض الذات وعدم تقبلها خاصة فيما يتعلق بالذات الجسمية (فايد، ٢٠٠١، ١٣٨).

المراجع

أولاً : مراجع باللغة العربية

- أبو نصار، محمد عبيدات (١٩٩٩). منهجية البحث العلمي "القواعد المراحل والتطبيقات" (ط٢). الأردن: دار وائل للطباعة والنشر والتوزيع.
- البحيري، عبد الرقيب أحمد (٢٠١٣). مقياس احتمالية الانتحار (ط٣). القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- جنسون، شيرل، كرينج، آنا، نيل، حوت، دفيشن، جيرالد (٢٠١٥). علم النفس المرضي. (ترجمة) أمثال هادي حويلة، فاطمه سلام عياد، هناء شويخ، ملك جاسم، نادية عبدالله. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- الخطيب، محمد عبد الجواد (٢٠٠٠). التوجيه والإرشاد النفسي بين النظرية والتطبيق (ط٢). غزة: مطبعة مقداد.
- الدسوقي، مجدى محمد (٢٠٠٤). اختبار الشره العصبي المعدل (دليل التعليمات). القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- الدسوقي، مجدى محمد (٢٠٠٧). اضطرابات الأكل (الأسباب - التشخيص - الوقاية). القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- الشخص، عبد العزيز السيد (١٩٩٥). مقياس المستوى الاقتصادي والاجتماعي للأسرة (ط٢)، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- صابر، سامية محمد (٢٠١٢). الاكسيثيميا وعلاقتها بنوعية جودة النوم لدى عينة من طلاب وطالبات الجامعة، دراسات نفسية، ١٢ (٢)، ٢٦٩-٣٠٩.
- عباس، طيبة فاضل، يوسف، غزوان يحي (٢٠١٢). ظاهرة الانتحار وباء يصيب المجتمع الإيزيدي. جمهورية العراق: وزارة حقوق الإنسان.
- عبد القوي، سامي (٢٠١١). علم النفس العصبي، الأسس وطرق التقييم (ط٢). القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- عبد الله، إيمان (٢٠٠٣) الاكسيثيميا و أنماط التعامل مع الضغوط لدى عينة من طلبة الجامعة، حوليات آداب عين شمس، ٣١ (٢) ١٩ - ٥٧.
- عبد الرحمن، محمد السيد (٢٠٠٠). علم الأمراض النفسية والعقلية "الأسباب - الأعراض - التشخيص - العلاج" (الكتاب الأول - الجزء الثاني). القاهرة: دار قباء للنشر.
- عبدالله، مجدي أحمد (٢٠٠٨). الاتجاه نحو الانتحار وعلاقته بالشخصية "دراسة سيكومترية مقارنة". الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
- الغديان، سليمان عبد الرزاق (٢٠١١). السلوك المنحرف ودوره في التفكير بالانتحار لدى الأحداث المنحرفين. دراسات عربية في علم النفس، ١٠ (٢)، ٣٩١ - ٤٢٨.

- فايد، حسين علي (٢٠٠١). **العدوان والاكتئاب في العصر الحديث** " نظرة تكاملية". الإسكندرية: مؤسسة حورس الدولية.
- الفايز، حنان بنت علي (٢٠٠٧). العلاقة بين اضطراب الشره للطعام وكل من عوامل الشخصية الخمسة الكبرى والحالة الاجتماعية لدى عينة من طالبات جامعة الملك سعود، رسالة ماجستير، المملكة العربية السعودية، جامعة الملك سعود.
- قنصوة، فانت طلعت (٢٠١٠). الفروق في الاكسيثيميا ونوعية الحياة في ضوء أعراض الشره وفقدان الشهية العصبي لدى عينة من المراهقات، مركز البحوث و الدراسات النفسية، كلية الآداب، جامعة القاهرة، الرسالة الأولى.
- معمريّة، بشير (٢٠٠٠). مدى انتشار الاكتئاب النفسي. بين طلبة الجامعة من الجنسين. **مجلة علم النفس**، معهد العلوم الاجتماعية. جامعة بتنة، الجزائر، ٥٣ (١٤)، ١٢٢-١٤٧.
- الموسوعة البريطانية (١٩٩٣). **مجلة الثقافة النفسية**. دار النهضة العربية. بيروت. لبنان، مج(٤)، ع(١٦)، ص ٥٩.
- موسى، رشاد علي (١٩٩٢). **دراسات في علم النفس**. القاهرة: دار عالم الكتب.

References

ثانياً:مراجع باللغة الانجليزية

- Alberto, E., Asuncion, O., Inigochoa, D., Luisjoaristi, O., (2004). Alexithymia and its relationships with anxiety and depression in eating disorders, **Department of personality Assessment and psychology university of the Basque Country** (36) 321 – 331.
- Alessandro, G., Domenico, Francesco, G., Cinizia, P. & Daniela, C. (2006). Alexithymia and body Image in Adult out patients with Binge Eating Disorder. **International Journal of Eating disorders**, 39 (4), 332 – 340.
- American Psychiatric Association(2005). **Diagnostic And Statistical Manual of Mental Disorder**(4thed), Washington DC:American Psychiatric association.
- Coolidge E.(1992). **Depression Acculturation And Bulimia Nervosa in Asian And Caucasian Femals**, MS C,University, Washington D.C.
- Corcos (2002). Suicide Attempts in Women with Bulimia Nervosa, **psychiatry Research**,106(5), 381 – 386.
- Corcos, M., Guilbaudo, Speranzam, Paternities, Loas G., Stephan P., Jeammet P.(2000). Alexithymia and Depression in Eating Disorders. **International Journal of Eating Disorders**, 93 (3), 263 – 266.
- Cospers, R.(1998). **Depression and Eating Disorder**,M.S.Virginia Protecting Institute and State University, USA, 96-104.
- Franko, D. Keel, P., Dorer, D., Blais, M. Delinsky, S., Eddy, K. & Herzog, D. (2004). What Predicts Suicide Attempts in Women with Eating Disorders? **psychological medicine**, 34 (5), 843 – 853.

-
- Franko, D., Keel, P., K (2006). Suicidality in Eating Disorders: Occurrence, Correlates and Clinical Implications. **Clinical Journal of psychology**, 26(6), 769 – 782.
 - Gulibaud, C., Speranza P., Stephan, Jeammet P. (2000). Alexithymia and Depression in Eating Disorders, **International Journal of Eating Disorders**, 93(3), 263 – 266.
 - Kiyotaki,y.,&Yokoyama,K.(2006).Relationships of Eating Disturbances to Alexithymia, Need for Social Approval and Gender Identity Among Japanese Female Under Graduate Students. **Personality and Individual Differences**, (41), 609 – 618.
 - Linden, R., &Mark, D., (2013). **Emotional processing Deficits and Happiness, Assessing the Measurement**, correlates, and Well – Being of people With Alexithymia, Department of psychology, IKBSAS, university of British Columbia Kelowna, Bc, Canada.
 - Magill, f.,Rodriguez, J., Rod riguez L.(1996). **International Encyclopedia of Psychologn**, vol(22), London: Fitzray Dear Parn Publishers.
 - Margaret,M.,Tamison D.,(2007).Suicidal Behavior in Children And Adolescent: Treatment and Prevention, **The Canadion Journal of Psychiatry**, 52 (1) 455 – 455 .
 - Mario S., Gwenole L., Halfon P. (2005). Depressive Personality Dimensions and Alexithymia Ineating Disorder, **psychiatry Research**, 33(4),153 – 163.
 - Mark, S., Suzanne, R., Stephen, H.,& Katherine, H., (1998). The Relationship Between Alexithymia, Depression and Axis Ii Psychopathology In Eating Disorder in Patients **International Journal of Eating Disorders** , 23 (3) , 277-286.
 - Maurice, C., Olivier G., Mario S., Sabrina P., Gwenole L., Philippe S. (2000). Alexithymia and Depression in Eating Disorders, **Psychiatry Research**, 93 (3), 263 – 266.
 - Montebaroce (2006). Alexithymia Infemal Patients with Eating Disorders. National Library of Medicine, **National Institutes of Health**, 11(1), 14 – 21.
 - Paul, A., Frewen, Clairepain, Davidj, A., Dozo, I., &Ruth, A., Lanius (2006).Alexithymia In PTSD Psychometric And FMRI Studie, **Department of Psychology**, The University of Western Ontario , Ontario N 6 A . SAS, Canda, Academy of Sciences, 397 – 460.
 - Pompilimy, M., Girardi, P., Accorra, D., Ruberto, A., Tatarellir (2003). **Suicide and Attempted Suicide in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa**, Annlst Super Sanita,Italy, 39 (2), 275 – 281.
 - Schmilovic-Ian (1991).**The Effect of Bulimia Nervosa on Food Addiction Allergies and Depression**, United States International University.
 - Sifneos, PE (1973). The Prevalence of Alexithmic Charateristics in Psychosomatic Patients, **Psychotherapy and Psychosomatics**, (22), 255 – 257.

- Speranza M., Corcos M., Loas G., Stephan P., Guilbaud O & Perez, F., Diaz, Venisse J., Bizourd P., halfon O., & Flament M. (2005). Depressive Personality Dimensions and Alexithymia in Eating Disorders. **Psychiatry Research**, (135), 2, 153-163.
- Sung hwason, Hyung Jo², Hyodeog Rim¹, Juhee kim³ Heawon kim⁴, Geumye Bae¹ and seung Jae lee¹ (2012). A Comparative Study on Alexithymi in Depressive, Somatoform, Anxiety, and Psychotic Disorders A Mong Koreans, **Department of Psychiatry, School of Medicine**, Kyung Pook National University, Republic of Korea, 700 – 721.
- Wode, D., & Bulik, M. (2000). Comparison Between Bulimia Nervosa and Depression, **British Journal of Psychiatry**, (77), 72-76.

Alexithymia and its Relationship with Depression and Suicidal Tendencies on a Sample of Female Bulimia Nervosa Patients

Hanem M. Elsheikh
Dept. psychology
Kafr Elsheikh University

Dr/Faten T. Konsowa
Dept. psychology
Faculty of Arts
Kafr Elsheikh
University

Dr/Fayez F. Alshamy
Faculty of Physical
Therapy
Kafr el-Sheikh
University

Abstract

The present study aimed to shed light on patients with bulimia nervosa because of its severity. It also seeks to discuss the relationship between Alexithymia with depression and suicidal tendencies, the extent of the contribution of each variable of variables on the target sample with bulimia nervosa, and to provide us with more knowledge about Alexithymia as a relatively new term. The total study sample consisted of 50 participants between the age of 18 and 30 years (25 healthy and 25 voracious nervous patients). The researcher used the following tools: bulimia nervosa Scale (Magdy Eldessouky), Beck's list of depression, the measure of Alexithymia (translated by Faten Konsowa), and the possibility of suicide scale (Abdalrguib Behairy). Moreover, the researcher adopted the descriptive approach of comparative Correlative. The study results indicated that there is a significant statistical difference between the average scores patients with bulimia nervosa and the healthy on study scales (bulimia nervosa Scale, Beck's list of depression and the possibility of suicide scale). there is a positive correlative relationship appeared between bulimia nervosa, depression and the possibility of suicide in patients with Bulimia Nervosa.

Key Words: Alexithymia - Depression- Suicidal Tendencies- Bulimia Nervosa.