

**الأليكسيثيميا وعلاقتها باضطرابات الأكل لدى عينتين من الأطفال
ذوي اضطراب طيف التوحد والمعاقين عقلياً القابلين للتعلم**

**Alexithymia and its Relationship to Eating Disorders
among Two Samples of Autism Spectrum Disorder
Children and Educable Intellectual handicapped children**

إعداد

أ.د/ أحمد على بديوي محمد

أستاذ الصحة النفسية

كلية التربية - جامعة حلوان

د/ منتصر عادل سيد أحمد

دكتوراه فى الصحة النفسية

معلم أول رياضيات

مستخلص البحث

هدف البحث الحالي إلى التعرف على العلاقة بين الأليكسيثيميا واضطرابات الأكل لدى عينتين من ذوي الاحتياجات الخاصة وقد تكونت العينة من (150) طفلاً من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد والمعاقين عقلياً، والذين تم اختيارهم من مدارس التربية الخاصة الواقعة بمحافظة الجيزة، وتراوح أعمارهم الزمنية ما بين (9-12) سنة، بمتوسط عمري (10.35) سنة وانحراف معياري (1.094)، ويواقع (72) طفلاً من ذوي اضطراب طيف التوحد، 78 طفلاً من ذوي الإعاقة العقلية)، كما تم استخدام مقياس الأليكسيثيميا واضطرابات الأكل. وقد توصلت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة (طردية) دالة إحصائياً بين درجات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة على مقياس الأليكسيثيميا وبين درجاتهم على مقياس اضطرابات الأكل. وعدم وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطي درجات الذكور والإناث على مقياس الأليكسيثيميا ومقياس اضطرابات الأكل كما توصلت النتائج إلى عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة على مقياس الأليكسيثيميا ومقياس اضطرابات الأكل تُعزى لأثر نوع الإعاقة (طيف التوحد، الإعاقة العقلية) كما تسهم اضطرابات الأكل إسهاماً دالاً إحصائياً في التنبؤ بالأليكسيثيميا لدى الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة.

الكلمات المفتاحية:

الأليكسيثيميا - اضطرابات الأكل - الإعاقة العقلية - اضطراب طيف التوحد.

Abstract

Bullying is one of the major problems that occurs among children at an early age that can affect the health and safety of children and leave negative effects on their social and psychological development. The current research aims to conduct a follow-up study of the most bullied kindergarten children in the kindergartens of the Educational Tabin Administration during the academic year (2019-2020). The current research is a case study approach, in which the researcher is interested in studying one human unit or one problem in detail. The research sample included the most bullied children among a number (5) who were identified as bully children according to the research tools. The child (M.A.N.), the subject of the research, is the third son of five siblings of divorced parents, and he was identified from the bully children in the second kindergarten stage in one of Al-Tabin schools. Among a sample consisting of (1566) boys and girls from the schools of the Tabbin Educational Administration, a survey was conducted on them to identify the phenomenon of bullying. They were examined using 1- A questionnaire to record bullying behavior in the kindergarten (teacher's assessment), prepared by the researcher. 2- A card to note bullying behavior in the kindergarten. (Teacher estimate) prepared by the researcher 3- Bullying Behavior Scale prepared by Dr. Ghada Farghal 4- Bully Behavior Scale prepared by Dr. Ghada Farghal The researcher modified the child's intelligence index (85) on the male drawing scale. The following tools were used: (1) Study Case - prepared by the research team (2) Godanf's Man Drawing Scale (3) Bullying Behavior Scale - prepared by Ghada Farghal. The tools were applied and the results of the research revealed that there were differences in the scores of the child subject of the research between the pre- and post-application of the Bullying Behavior Scale, as the child scored in the measurement The tribal group received high scores on the social exclusion dimension, as the child obtained 10 out of 12 degrees. The child did not obtain any score on the dimensions of verbal and physical bullying in the pre-measurement. When the bullying behavior scale was applied again one year after the pre-application, the child did not obtain any score on the bullying scale in its three dimensions, meaning that bullying behavior can be reduced by modifying the school and home environment. The research recommends educating parents and teachers about the phenomenon of bullying early, as the characteristics of the environment affect its appearance or extinction, and this reduces its occurrence in the following stages of development

keywords: bullying - kindergarten child - case study

مقدمة البحث:

تعتبر فئة الإعاقة العقلية Intellectual Disability، واضطراب طيف التوحد Autism Spectrum Disorder في مقدمة الفئات ذات الاحتياجات الخاصة؛ حيث تمثلان معًا مشكلة من المشكلات الاجتماعية الخطيرة؛ لأن هاتين الفئتين أقل قدرة على التكيف الاجتماعي، وأقل قدرة على التصرف في المواقف الاجتماعية والانفعالية، وهو ما يتضح من خلال البرود العاطفي الشديد، واللامبالاة الانفعالية، والإخفاق في تطوير علاقات انفعالية وعاطفية مع الآخرين، والقصور في التعبير عن مشاعرهم وانفعالاتهم فيما يعرف بالأليكسيثيميا (الجبلي، 2015، ص.32)، وعلى ذلك فإن رعاية هاتين الفئتين لا تقف عند حد إلحاقهم بالمدارس الخاصة بهم فحسب، بل تمتد إلى مساعدتهم على تحقيق التوافق النفسي والانفعالي (وادي، 2017؛ البحيري وإمام، 2018).

وتوصف الأليكسيثيميا Alexithymia بأنها عجز في الذكاء الانفعالي، تم تعريفه على أنه عدم القدرة على التمييز بين مشاعر الفرد ووصفها وتصنيفها (Taylor and Bagby, 2004, P.68)، وتعني حرفيًا "No Words for Feelings" بمعنى "لا توجد كلمات للمشاعر" (Frude, Davies, Jenkins, Hill and Harding, 2015, P.1022) وتتضمن سمات الأليكسيثيميا صعوبات في التعرف والتمييز بين المشاعر والأحاسيس الجسدية، وصعوبات في تصنيف ووصف التجارب العاطفية والتفكير الموجه نحو الخارج (Hogeveen and Grafman, 2021, P.47)

وفيما يتعلق بالأليكسيثيميا لدى الأطفال المعاقين عقليًا، أوضح كل من (Davies, et al., 2015) أن هناك ندرة في الدراسات التي تناولت هذا الجانب، إلى أنه ووفقًا لكل من (Mellor and Dagnan 2005, P.229) أن هناك حجة قوية للبحث في هذا المجال بسبب أوجه التشابه بين بناء الأليكسيثيميا وصعوبات التمييز الانفعالي والأساليب المعرفية الخارجية التي تميز الأطفال المعاقين عقليًا، كما أن هناك بعض العوامل المرتبطة بتطور الأليكسيثيميا لديهم، مثل الصدمة وسوء المعاملة الوالدية، وضعف الترابط والارتباط الآمن في مرحلة الطفولة.

وقد أشار كل من (Cebula, Wishart, Willis and Pitcairn 2017, P.138) إلى أن صعوبة الإدراك الانفعالي وعدم القدرة على التعبير عن المشاعر والانفعالات من أهم سمات الأطفال المعاقين عقليًا، وأضاف (Shoeib 2020) وأن الأطفال المعاقين عقليًا يعانون من أعراض الأليكسيثيميا؛ حيث يصعب عليهم وصف وتحديد الانفعالات والمشاعر المختلفة، ويعانون من عجز في الوظائف التنفيذية، والقدرة على التخيل، ويكون أسلوبهم المعرفي موجهًا نحو الخارج، ويجدون صعوبة في التمييز بين العواطف والأحاسيس الجسدية.

" الأليكسيثيميا وعلاقتها باضطرابات الأكل لدى عينتين من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد والمعاقين عقليًا القابلين للتعلم "

اضطراب طيف التوحد، وذلك في ضوء النوع (ذكور - إناث)، وفئة الإعاقة (إعاقة عقلية - اضطراب طيف توحّد).

مشكلة البحث:

تشكل الشعور بمشكلة الدراسة من خلال التعامل المباشر مع الأطفال المعاقين عقليًا وذوي اضطراب طيف التوحد؛ حيث لوحظ أنهم يعانون من مستويات مرتفعة من الأليكسيثيميا، اتضحت معالمها في عدم قدرتهم على وصف انفعالاتهم ومشاعرهم والتعبير عنها، وصعوبة تنظيم عواطفهم وانفعالاتهم، بالإضافة إلى أن أسلوبهم المعرفي موجه خارجيًا، ومحدودية الخيال، وهو ما اتضح أيضًا من خلال شكوى أمهاتهم. علاوة على ما تم التوصل إليه من قراءات نظرية أكدت على انتشار الأليكسيثيميا بصورة واسعة بين الأطفال ذوي الإعاقة العقلية، والاضطرابات النمائية الأخرى، مثل اضطراب طيف التوحد وفرط الحركة ونقص الانتباه (Hill, et al., 2004; Di Donfrancesco, and Luby, 2013; Zaninotto, Melegari, Auguanno, Trani, Gregori Karaman and Gül, 2018; Adams and Almbaideen, Durukan, Kara (Oliver, 2011).

وتعتبر الأليكسيثيميا مشكلة متعددة الأبعاد تتكون من ثلاثة مكونات أساسية، هي صعوبة تحديد المشاعر، وصعوبة وصف المشاعر، والتفكير الموجه نحو الخارج (Larionow, Mudło-Głagolska Preece and 2022)، ووفقًا لنتائج العديد من الدراسات تم اعتبار الأليكسيثيميا كعامل خطر مشترك في مجموعة من الاعتلالات النفسية والاضطرابات الانفعالية مثل القلق والاكتئاب واضطرابات الأكل (Preece, Becerra, Robinson, Allan, Boyes, Chen and Gross, 2020).

ويشير مصطلح اضطرابات الأكل Eating Disorders إلى مجموعة من الأعراض تتسم باختلالات في تناول الطعام والعادات السلوكية المرتبطة به، وتشكّل هذه الاضطرابات مخاطر كبيرة على الصحة الجسدية والنفسية، وتؤثر سلبيًا في أداء الفرد لمهامه اليومية، مثل الدراسة والعمل والعلاقات الاجتماعية، وتعد من أخطر الاضطرابات النفسية (والش وعطية وغلأسوفر، 2021، ص.13). وفي هذا السياق أوضح Lenzo (2020) أن اضطرابات الأكل تعتبر مرض نفسي معقد لا سبب وحيد له، كما أن ذوي اضطراب طيف التوحد يكونون أكثر عرضة للإصابة بها.

وقد أشارت نتائج العديد من الدراسات إلى انتشار اضطرابات الأكل بصورة جوهرية لدى ذوي الاضطرابات النمائية، فقد أظهرت نتائج دراسة كل من Totsika, Liew, Absoud, Adnams (2022) and Emerson انتشار اضطرابات الأكل

بنسبة (40%) بين الأطفال ذوي الإعاقة العقلية، كما توصلت دراسة كل من Nisticò, (2023), Demartini Faggioli, Tedesco, Giordano, Priori, Gambini and إلى ارتباط مظاهر اضطراب طيف التوحد باضطرابات الأكل.

واستنادًا إلى ما سبق عرضه، يمكن بلورة مشكلة البحث الحالي في محاولة الإجابة عن الأسئلة التالية:

- ما طبيعة العلاقة بين الأليكسيثيميا واضطرابات الأكل لدى الأطفال المعاقين عقليًا وذوي اضطراب طيف التوحد؟
- ما الفروق بين متوسطات درجات الأطفال المعاقين عقليًا وذوي اضطراب طيف التوحد على مقياس الأليكسيثيميا التي تُعزى إلى أثر النوع (ذكور، إناث)؟
- ما الفروق بين متوسطات درجات الأطفال المعاقين عقليًا وذوي اضطراب طيف التوحد على مقياس الأليكسيثيميا التي تُعزى إلى أثر الإعاقة (طيف التوحد، الإعاقة العقلية)؟
- ما الفروق بين متوسطات درجات الأطفال المعاقين عقليًا وذوي اضطراب طيف التوحد على مقياس اضطرابات الأكل التي تُعزى إلى أثر النوع (ذكور، إناث)؟
- ما الفروق بين متوسطات درجات الأطفال المعاقين عقليًا وذوي اضطراب طيف التوحد على مقياس اضطرابات الأكل التي تُعزى إلى أثر نوع الإعاقة (طيف التوحد، الإعاقة العقلية)؟
- إلى أي مدى تسهم اضطرابات الأكل في التنبؤ بالأليكسيثيميا لدى الأطفال المعاقين عقليًا وذوي اضطراب طيف التوحد؟

أهداف البحث:

- التعرف على طبيعة العلاقة بين الأليكسيثيميا واضطرابات الأكل لدى الأطفال المعاقين عقليًا وذوي اضطراب طيف التوحد.
- الكشف عن طبيعة الفروق بين متوسطات درجات الأطفال المعاقين عقليًا وذوي اضطراب طيف التوحد على مقياس الأليكسيثيميا التي تُعزى لأثر النوع (ذكور، إناث).
- الكشف عن طبيعة الفروق بين متوسطات درجات الأطفال المعاقين عقليًا وذوي اضطراب طيف التوحد على مقياس الأليكسيثيميا التي تُعزى لأثر نوع الإعاقة (طيف التوحد، الإعاقة العقلية).

" الأليكسيثيميا وعلاقتها باضطرابات الأكل لدى عينتين من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد والمعاقين عقلياً القابلين للتعلم "

- الكشف عن طبيعة الفروق بين متوسطات درجات الأطفال المعاقين عقلياً وذوي اضطراب طيف التوحد على مقياس اضطرابات الأكل التي تُعزى لأثر النوع (ذكور، إناث).
- الكشف عن طبيعة الفروق بين متوسطات درجات الأطفال المعاقين عقلياً وذوي اضطراب طيف التوحد على مقياس اضطرابات الأكل التي تُعزى لأثر نوع الإعاقة (طيف التوحد، الإعاقة العقلية).
- التحقق من مدى إسهام اضطرابات الأكل في التنبؤ بالأليكسيثيميا لدى الأطفال المعاقين عقلياً وذوي اضطراب طيف التوحد.

أهمية البحث:

نبعت الأهمية النظرية للدراسة الحالية من قلة الدراسات العربية - في حدود الإطلاع- التي تناولت العلاقة بين الأليكسيثيميا واضطرابات الأكل لدى الأطفال المعاقين عقلياً وذوي اضطراب طيف التوحد، ومحاولة التأصيل النظري لهذين المتغيرين لما لهما من أهمية كبيرة في مجال الصحة النفسية والتربية الخاصة. أما من الناحية التطبيقية فقد تم إعداد مقياسين للأليكسيثيميا واضطرابات الأكل لدى الأطفال المعاقين عقلياً وذوي اضطراب طيف التوحد، بالإضافة إلى إمكانية الاستفادة من نتائج الدراسة في بناء برامج تدخلية لخفض الأليكسيثيميا واضطرابات الأكل لدى الأطفال المعاقين عقلياً وذوي اضطراب طيف التوحد.

مصطلحات البحث:

أولاً: الأليكسيثيميا: Alexithymia

عرّف كل من (Khan and Jaffee 2022, P.963) الأليكسيثيميا باعتبارها "عجز في التنظيم الانفعالي وتتسم بصعوبة تعرف الفرد على مشاعره وانفعالاته، وعدم قدرته على وصفها وتمييزها أو التعبير عنها، بالإضافة إلى صعوبة التخيل، وترتبط بأعراض نفسية مختلفة مثل الاضطرابات المزاجية، واضطرابات الشخصية، والاندفاع، واضطرابات الأكل".

وتعرف إجرائياً في إطار الدراسة الحالية بأنها "سمة وجدانية لدى الطفل ذي الإعاقة تنطوي على الصعوبة التي يعانيها في وصف مشاعره وانفعالاته، والتمييز بين مشاعره وأحاسيسه الجسدية، بالإضافة إلى تفكيره الموجه نحو الخارج أكثر من تركيزه على خبراته الذاتية". ويمكن تحديدها إجرائياً بالدرجة التي يحصل عليها

الأطفال المعاقين عقلياً وذوي اضطراب طيف التوحد على مقياس الأليكسيثيميا المستخدم في الدراسة الحالية".

ثانياً: اضطرابات الأكل: Disorders Eating

عرّفت الجمعية الأمريكية للإضطرابات النفسية والعقلية APA اضطرابات الأكل (DSM-5) باعتبارها "اضطراب نفسي يعرف بأنه عادات غذائية غير طبيعية تؤثر سلباً على الصحة الجسدية والعقلية للفرد، وتشمل اضطراب نهم الطعام، وفقدان الشهية العُصابي، والاضطراب الاجتراري، واضطراب تناول الطعام التقييدي" (American Psychiatry Association, 2013, P.329).

وتعرف إجرائياً في إطار الدراسة الحالية بأنها "اختلال في سلوك تناول الطعام لدى الطفل ذي الإعاقة تتمثل في امتناعه عن تناول الطعام ورفضه إرادياً، والسلوكيات السلبية التي قد تصدر عنه أثناء تناول الطعام، بالإضافة إلى تناول طعام محدد ورفض الأطعمة الأخرى"، ويمكن تحديده إجرائياً بالدرجة التي يحصل عليها الأطفال المعاقين عقلياً وذوي اضطراب طيف التوحد على مقياس اضطرابات الأكل المستخدم في البحث الحالي".

ثالثاً: الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد: Children with Autism

Spectrum Disorder

عرّفت الجمعية الأمريكية للاضطرابات النفسية والعقلية اضطراب طيف التوحد في (DSM-5) بأنه "أحد الاضطرابات النمائية العصبية Neurodevelopment Disorders، يستند تشخيصه إلى معيارين هما : التواصل والتفاعل الاجتماعي: والذي ينطبق على الأعراض الثلاثة (قصور في التفاعل الاجتماعي، قصور في التواصل اللفظي وغير اللفظي، وقصور في تطوير العلاقات الاجتماعية)، أما المعيار الثاني فهو الأنماط السلوكية والاهتمامات المحدودة والنمطية والتكرارية: والتي تنطبق على اثنين على الأقل من الأعراض التالية (الحركات التكرارية النمطية، الإصرار على الرتابة والروتين، اهتمامات ثابتة ومحدودة، الاستجابات الحسية الشاذة)، وتظهر هذه الأعراض خلال مرحلة الطفولة المبكرة "

ويُعرف الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد إجرائياً في إطار البحث الحالي بأنهم "أولئك الذين يعانون من التوحد البسيط علي مقياس كارز (CARS) لتقدير التوحد الطفولي، حيث تتراوح درجة التوحد لديهم علي هذا المقياس ما بين (30-38) درجة، وتتراوح أعمارهم الزمنية ما بين (9-12) سنة".

" الأليكسيثيميا وعلاقتها باضطرابات الأكل لدى عنتين من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد والمعاقين عقليًا القابلين للتعلم "

رابعًا: الأطفال المعاقين عقليًا: Children with Intellectual Disability

عرّفت منظمة الصحة العالمية (WHO) اضطراب النمو العقلي تنشأ خلال فترة (2020) الإعاقة العقلية باعتبارها "حالة من اضطراب النمو العقلي تنشأ خلال فترة النمو، وتتسم بأداء عقلي منخفض بدرجة كبيرة عن المتوسط، وسلوك تكيفي يقل تقريبًا بمقدار انحرافين معياريين أو أكثر عن المتوسط، ويعتمد تشخيصها على اختبارات الأداء العقلي، والسلوك التكيفي، والتشخيص الإكلينيكي"

ويُعرف الأطفال المعاقين عقليًا في إطار الدراسة الحالية بأنهم "أولئك الذين يعانون من إعاقة عقلية بسيطة، إذ تتراوح معدلات ذكائهم ما بين (55-70) درجة على مقياس ستانفورد- بينيه، وتتراوح أعمارهم الزمنية ما بين (9-12) سنة.

الإطار النظري والدراسات السابقة:

المحور الأول: الأليكسيثيميا:

عرّف كل من جابر وكفاقي (1988، ص.124) الأليكسيثيميا في معجم علم النفس والطب النفسي باعتبارها "حبسة انفعالية تتطوي على حال من الخيال المحدود والحياة الانفعالية الفقيرة، ويواجه المرضى بهذه الحال صعوبات في التعرف على حالاتهم الانفعالية ووصفها، ويعطون انطباعًا بأنهم لم يفهموا معنى كلمة مشاعر". وعرّفها كل من Szatmari, Georgiades, Duku, (2008, P.1859) بأنها "سمة شخصية تصف الأفراد الذين يبدو أنهم لا يفهمون المشاعر العاطفية التي يشعرون بها، أو يفتقرون إلى الكلمات لوصف هذه المشاعر للآخرين". كما عرّفها كل من Bird and Cook (2013) بأنها "حالة إكلينيكية تتسم بصعوبات في تحديد ووصف الحالة العاطفية للفرد، وترتفع معدلات حدوثها لدى ذوي اضطراب طيف التوحد بنسبة قد تصل إلى (65%)". وفي السياق ذاته أوضح كل من Jones and Milosavljevic, Carter Leno, Simonoff, Baird, Pickles (2016, P.1354) أن "الأليكسيثيميا سمة شخصية توجد بشكل متكرر لدى ذوي اضطراب طيف التوحد وتتمثل في القصور الواضح في التعرف على المشاعر والانفعالات ووصفها". كذلك وصفها كل من Oskis, Norman, Marzano and Coulson (2020, P.855) باعتبارها "عجز في معالجة المشاعر يتجلى في الصعوبة في تحديد ووصف المشاعر، وأسلوب التفكير الموجه خارجيًا".

مظاهر الأليكسيثيميا وأبعادها:

أشار كل كفاي والدواش والحديبي (2020) إلى ثلاثة أبعاد رئيسة

للأليكسيثيميا يمكن إيضاحها فيما يأتي:

أولاً: صعوبة تحديد المشاعر والأحاسيس؛ ويشير هذا البُعد إلى نقص كفاءة الفرد في التعرف على مشاعره وتحديدتها، والغالب على هذه المشاعر أنها أعراض جسدية يغيب عنها معالجة معرفية تعطي معنى لهذا الإحساس الذي تتم خبرته عبر الجسد.

ثانياً: صعوبة وصف المشاعر الذاتية: وذلك فيما يتعلق بالتعبير اللفظي عن المشاعر والأحاسيس، ويعود ذلك إلى سيطرة النشاط العصبي الفسيولوجي على الاستجابات بالإنفصال عن النظام المعرفي والذي يشمل المخططات حيث يوجد بداخلها الترميز التخيلي الذي يعطي الوصف والمسميات للمشاعر.

ثالثاً: التفكير الموجه نحو الخارج: ويشير هذا البُعد إلى نقص الكفاءة التأملية لدى الفرد، وبالتالي يتوجه تفكيره للخارج لنقص كفاءته في تحديد ووصف أحاسيسه الخاصة.

المحور الثاني: اضطرابات الأكل:

عرّف كل من جابر وكفاي (1990، ص.1060) اضطرابات الأكل في معجم علم النفس والطب النفسي باعتبارها "أنماط السلوك التي تتضمن الأشكال المرضية الآتية: فقدان الشهية العصبي، اضطراب اجترار الأكل في الطفولة، التقهؤ، واضطراب الأكل اللانمطي". كما عرّفت اضطرابات الأكل بأنها "اختلال في سلوك تناول الطعام بين الامتناع القهري أو التكرار القهري لتناول الطعام في غير مواعيده، وبكميات تزيد عما يتطلبه النمو الطبيعي، والذي قد يصحبه محاولة من الفرد للتخلص من الطعام الزائد عن حاجة الجسم" (شقيير، 2002؛ النوبي، 2010، ص.28). كما عرّفها الحمادي (2014، ص.225) بأنها "اضطرابات مستمرة في السلوك المتعلق بالأكل مما ينتج عنه استهلاك أو امتصاص متغير للغذاء، ويسهم في إنهاك الصحة الجسدية للفرد والأداء النفسي والاجتماعي". كذلك عرّفها (Keel 2017) بأنها اضطرابات شديدة في سلوك تناول الطعام، ويمكن أن تؤثر على صحة الفرد الجسد والنفسية، ومن أكثر هذه الاضطرابات شيوعاً فقدان الشهية العصبي، والشراهة العصبي. هذا وقد أوضح كل من Zam, and Saijari, and Sijari (P.29, 2018) أن اضطرابات الأكل "أمراض خطيرة ووميتة في كثير من

الأحيان، وتشمل فقدان الشهية العصبي، الشره العصبي، متلازمة الأكل الليلي، واضطرابات الأكل غير المحددة، وتؤدي إلى حوالي (7000) حالة وفاة سنوياً".

تصنيف اضطرابات الأكل:

تم تصنيف اضطرابات الأكل في الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس DSM-5 على النحو الآتي:

أولاً: فقدان الشهية العصبي *Nervosa Anorexia*: ويتضح من خلال بعض المعايير الجسمية المتمثلة في نقص الوزن عن المعدل الطبيعي بحوالي (15%) مقارنة بالطول والعمر، ونحافة الجسم بصورة شديدة، ويصنف فقدان الشهية العصبي إلى نمطين فرعيين هما: النمط التقييدي، والنمط التطهيري.

ثانياً: الشره العصبي *Bulimia Nervosa*: ويتسم باستهلاك الفرد كمية كبيرة من الطعام خلال فترة قصيرة من الزمن، ثم يتبعها طرق ذاتية للتخلص من الطعام، بالإضافة إلى شعوره بالذنب لعدم سيطرته على سلوك الأكل لديه.

ثالثاً: النهم أثناء تناول الطعام *Binge Eating Disorder*؛ ويظهر من خلال تناول الطعام بسرعة، والاستمرار في تناول الطعام، وتناول الطعام دون الشعور بالجوع.

المحور الثالث: اضطراب طيف التوحد

عرّف كل من جابر وكفاي (1988، ص.315) مصطلح Autism أو الاجترارية في معجم علم النفس والطب النفسي بأنه "انسحاب الفرد من الواقع إلى عالم خاص به من الخيالات والأفكار، وقد اعتقد ذات مرة أن الاجترارية هي الخاصية الأولى للفصام، والشخص المصاب بها ذو شخصية مغلقة، وهو ملتفت إلى داخله، ومنشغل انشغالاً تاماً بحاجاته ورغباته". وعرّف كل من Wolf, et al., (2007, P.152) الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد بأنهم "أولئك الذين ينقصهم التواصل الانفعالي والاجتماعي، والاتصال اللغوي، وشذوذ في اللعب والتخيل، والنمطية والتقولب والإصرار على الروتين، مع وجود كثير من الحركات الآلية غير الهادفة، مثل هز الرأس واليدين والأصابع". وأوضح كل من شقير وموسى (2007، ص.37) أنها "إعاقة نمائية نتيجة لاضطرابات عصبية تؤثر سلباً على عمل الدماغ، وتمثل ضعفاً شديداً في الجانب الاجتماعي، والفشل في تطوير اللغة بشكل طبيعي يصل إلى حالة من الانسحاب والعزلة". وذكر القريطي (2012، ص.438) أن اضطراب طيف التوحد "أحد الاضطرابات النمائية الشاملة التي تنشأ أثناء النمو، وتتضح في سن الثالثة، وتتضمن ثلاث مجموعات من الأعراض تتمثل في القصور الشديد في كل من: التفاعل الاجتماعي، والتواصل،

والإستغراق في السلوكيات النمطية والأنشطة والاهتمامات المحدودة". وعرفه وطفة (2014، ص.8) باعتباره "اضطراب نمائي شامل وحاد يظهر في زملة أعراض سلوكية يميزها قصور معرفي اجتماعي شديد قبل سن الثلاث سنوات، وفي التفاعل والتواصل الاجتماعي، وتأخر النمو اللغوي والتكرار". وعرفه كل من Lord, Brugh, Charman, Cusack, Dumas, Frazier and Veenstra- (2020 VanderWeele) بأنه "اضطراب نمائي عصبي طيفي، تأثيره على النمو يمكن أن يتراوح من بسيط إلى شديد، ومجالات النمو الأكثر تأثراً هي التفاعل الاجتماعي، ومهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي، واللعب الترفيهي".

المحور الرابع: الإعاقة العقلية:

لقد تبنت الجمعية الأمريكية للإعاقات العقلية والنمائية (AAIDD) تعريفاً لها في (2010) نصه: "تمثل الإعاقة العقلية حالة من القصور الواضح في كل من القدرة الوظيفية العقلية وفي السلوك التكيفي، والذي يتضمن مهارات الحياة اليومية المفاهيمية، والاجتماعية، والعملية، والتي تظهر قبل عمر (18) سنة" (Schalock, Borthwick-Duffy, Bradley, Buntinx, Coulter, Craig) (and Yeager, 2010)، وعرفها (Wehmeyer (2013, P.18 باعتبارها "اضطراب في النمو العصبي يتصف بضعف الأداء العقلي والتكيفي، مما يؤثر سلباً على سلوكيات الحياة اليومية". وعرف وادي (2017، ص.33) الإعاقة العقلية على أنها "مستوى أداء وظيفي عقلي يقل عن المتوسط بدرجة ملحوظة، ويؤدي إلى تدني في مظاهر السلوك التكيفي، وتظهر في مراحل العمر النمائية". وعرفها الروسان (2018، ص.20) بأنها "مستوى أداء وظيفي عقلي يقل عن متوسط الذكاء بدرجة دالة، ويصاحبه خلل في السلوك التكيفي، ويظهر خلال مراحل العمر النمائية". ووصف كل من Lee, Cascella and Marwaha (2019) الطلاب ذوي الإعاقة العقلية بأنهم "من يعانون من عجز في النمو العصبي يتسم بوجود قيود على الأداء العقلي والسلوك التكيفي، وتظهر قبل سن (18) سنة، ويمكن أن تصاحبها مشكلات سلوكية أخرى كالقلق والاكتئاب". وأوضح كل من (Patel, Cabral, Ho and Merrick (2020, P.23 أنها "عجز في الأداء العقلي والتكيفي يبدأ في الطفولة ويمتد للمراهقة".

الدراسات السابقة:

أولاً: دراسات تناولت الأليكسيثيميا

أجريت كل من (Davies, et al., 2015) دراسة هدفت إلى الكشف عن طبيعة العلاقة بين الأليكسيثيميا وسلوكيات التحدي لدى الأطفال المعاقين عقلياً، وقد تألفت عينة الدراسة من (96) طفلاً وطفلاً من الأطفال المعاقين عقلياً و(95) من مقدمي الرعاية، وقد أسفرت النتائج عن وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين الأليكسيثيميا وسلوكيات التحدي لدى الأطفال المعاقين عقلياً.

واستهدفت دراسة كل من مكايوي وياسين وسيف (2019) الكشف عن العلاقة بين مهارات التفكير الإيجابي لعينة من الأمهات وأعراض الأليكسيثيميا لدى أطفالهن ذوي اضطراب طيف التوحد، وأظهرت النتائج وجود علاقة ارتباطية عكسية دالة إحصائياً بين مهارات التفكير الإيجابي للأمهات وبين أعراض الأليكسيثيميا لدى أطفالهن ذوي اضطراب طيف التوحد.

وفي إطار الدراسات التدخلية أجرت رشوان (2020) دراسة تجريبية هدفت إلى الكشف عن تأثير برنامج للعب الإيهامي في خفض المخاوف الاجتماعية لدى الأطفال ذوي اضطراب الأليكسيثيميا، وقد تألفت عينة الدراسة من (10) أطفال من ذوي اضطراب الأليكسيثيميا، تم تقسيمهم إلى مجموعتين إحداهما تجريبية والأخرى ضابطة، وقد أسفرت النتائج عن فاعلية البرنامج المقترح في خفض المخاوف الاجتماعية لدى عينة الدراسة.

كما أجري قليبوي (2021) دراسة هدفت إلى الكشف عن العلاقة بين القبول/الرفض الوالدي والأليكسيثيميا لدى الأبناء ذوي اضطراب طيف التوحد، وقد تألفت عينة الدراسة من (40) مراهقاً ومراهقة من ذوي اضطراب طيف التوحد، تراوحت أعمارهم الزمنية ما بين (15- 19) سنة، وأشارت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين القبول/الرفض الوالدي كما يدركه الأبناء وبين الأليكسيثيميا لديهم.

هذا وقد أجري كل من (Luminet, Vaiouli, 2022 and Panayiotou) مراجعة منهجية للكشف عن مدى ارتباط أعراض اضطراب طيف التوحد باضطراب الأليكسيثيميا، وتمت مراجعة قواعد البيانات العالمية عبر الإنترنت بشكل منهجي للدراسات المتعلقة بالموضوع، وأشارت النتائج إلى انتشار الأليكسيثيميا لدى الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد بصورة دالة وأعلى مقارنة بالأطفال العاديين.

من جهة أخرى أسفرت نتائج دراسة كل من (Gormley, et al., 2022) والتي أجريت على عينة تألفت من (43) من ذوي اضطراب طيف التوحد تراوحت

أعمارهم ما بين (10 - 18) سنة، عن وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائياً ب
الأليكسيثيميا والتنظيم الانفعالي لدى ذوي اضطراب طيف التوحد.

ثانياً: دراسات تناولت اضطرابات الأكل:

أجريت كل من Al-Bakheit, Shafae-Al-Kindi, Al-Farsi, Waly, Al (2016) and Al-Adawi (2016) دراسة هدفت إلى تقييم الحالة الغذائية والمشكلات المرتبطة بالأكل لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، وقد تألفت عينة الدراسة من (375) طفلاً وطفلة من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد تراوحت أعمارهم ما بين (4 - 13) سنة، وقد أشارت النتائج إلى انتشار اضطرابات الأكل بصورة دالة بين الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

كما أسفرت نتائج دراسة كل من Engel-Yeger, Hardal-Nasser and Gal (2016) والتي أجريت على عينة قوامها (91) طفلاً وطفلة من الأطفال ذوي الإعاقة العقلية، عن وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين اضطرابات الأكل واضطرابات المعالجة الحسية لدى هؤلاء الأطفال.

كما أجريت كل من Phillips, Jay, Maslin, Eliasziw, Bandini, Curtin (2019) and Must دراسة اضطراب التغذية الانتقائية بين عينتين من الأطفال العاديين وأقرانهم ذوي الإعاقة العقلية، وقد تألفت عينة الدراسة من (59) طفلاً وطفلة من الأطفال العاديين، و(56) طفلاً وطفلة من الأطفال ذوي الإعاقة العقلية، تراوحت أعمارهم ما بين (3 - 8) سنوات، وقد أشارت النتائج إلى ارتفاع مظاهر اضطرابات الأكل بوجه عام لدى ذوي الإعاقة العقلية مقارنة بالعاديين.

وقد أشارت نتائج دراسة كل من محمود والأشرم (2020) والتي أجريت على عينة تألفت من (203) طفلاً وطفلة من الأطفال ذوي الاضطرابات النمائية العصبية، إلى وجود فروق دالة إحصائياً في عادات الأكل بين الأطفال العاديين والأطفال ذوي الاضطرابات النمائية العصبية (الإعاقة العقلية، اضطراب طيف التوحد، قصور الانتباه) وذلك لصالح الأطفال العاديين.

كما أسفرت نتائج دراسة محمد (2021) والتي أجريت على عينة من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد والمعاقين عقلياً إلى وجود فروق دالة إحصائياً في اضطرابات الأكل وما يترتب عليها من مشكلات بين الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد والمعاقين عقلياً وذلك لصالح الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

وفي إطار الدراسات التدخلية أجرت شحاتة (2022) دراسة هدفت إلى الكشف عن فاعلية التدخل السلوكي المبكر في الحد من أعراض اضطراب التغذية الاجتماعي لدى عينة تألفت من (16) طفلاً وطفلة من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، تراوحت أعمارهم الزمنية ما بين (4 - 9) سنوات، وقد أشارت النتائج

" الأليكسيثيميا وعلاقتها باضطرابات الأكل لدى عينتين من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد والمعاقين عقلياً القابلين للتعلم "

إلى فاعلية البرنامج المقترح في خفض أعراض اضطراب التغذية التجنبي لدى أفراد المجموعة التجريبية.

منهج البحث:

اقتضت أهداف البحث استخدام المنهج الوصفي الارتباطي، كما تم استخدام المنهج الوصفي المقارن للتحقق من الفروق في متغيرات البحث (الأليكسيثيميا، اضطرابات الأكل) تبعاً للنوع (ذكور، إناث)، ونوع الإعاقة (التوحد، الإعاقة العقلية).

عينة البحث:

اشتملت عينة البحث الحالي إلى فئتين:

1. عينة التحقق من الخصائص السيكومترية لأدوات البحث: تكونت العينة من (110) طفلاً وطفلة من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد والمعاقين عقلياً، والذين تم اختيارهم من مدارس التربية الخاصة الواقعة بمحافظة الجيزة، وتراوحت أعمارهم الزمنية ما بين (9-12) سنة، بمتوسط عمري (10.35) سنة وانحراف معياري (1.145)، وبواقع (54) طفلاً من ذوي اضطراب طيف التوحد، 56 طفلاً من ذوي الإعاقة العقلية، وفيما يلي جدول يوضح المؤشرات الوصفية للعينة من حيث العمر الزمني.

جدول (1)

المؤشرات الإحصائية لعينة التحقق من الخصائص السيكومترية لأدوات البحث.

الانحراف المعياري للعمر الزمني	متوسط أعمارهم الزمنية	ن	المجموعات	المتغير التصنيفي
50.91 %	1.168	56	ذكور	النوع
49.09 %	1.126	54	إناث	
49.09 %	1.127	54	ذو اضطراب طيف التوحد	نوع الإعاقة
50.91 %	1.171	56	ذو الإعاقة العقلية	
100%	1.145	110	عينة التحقق من الخصائص السيكومترية لكل	

2. العينة الأساسية: تكونت العينة من (150) طفلاً وطفلة من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد والمعاقين عقلياً، والذين تم اختيارهم من مدارس التربية الخاصة الواقعة بمحافظة الجيزة، وتراوحت أعمارهم الزمنية ما بين (9-12) سنة،

بمتوسط عمري (10.35) سنة وانحراف معياري (1.094)، وبواقع (72) طفلاً من ذوي اضطراب طيف التوحد، 78 طفلاً من ذوي الإعاقة العقلية)، وجدول (2) يوضح المؤشرات الإحصائية الوصفية لعينة البحث الأساسية.

جدول (2)

المؤشرات الإحصائية الوصفية لعينة البحث الأساسية.

المتغير التصنيفي	المجموعات	ن	متوسط أعمارهم الزمنية	الانحراف المعياري للعمر الزمني	النسبة المئوية
النوع	ذكور	79	10.25	1.126	52.67%
	إناث	71	10.46	1.053	
نوع الإعاقة	ذوو اضطراب طيف التوحد	72	10.33	1.101	48%
	ذوو الإعاقة العقلية	78	10.37	1.094	
العينة الأساسية ككل					100%
		150	10.35	1.094	

أدوات البحث

تم إعداد المقياسين الآتيين:

- مقياس الأليكسيثيميا لدى الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة (من وجهة نظر الأمهات).

- مقياس اضطرابات الأكل لدى الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة (من وجهة نظر الأمهات).

أولاً: مقياس الأليكسيثيميا لدى الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة (من وجهة نظر الأمهات).

- الهدف من المقياس: يهدف المقياس إلى قياس مستوى الأليكسيثيميا (صعوبة وصف المشاعر - صعوبة تحديد المشاعر والتمييز بين المشاعر والأحاسيس الجسدية - التفكير الموجه نحو الخارج) لدى الأطفال المعاقين عقلياً وذوي اضطراب طيف التوحد من وجهة نظر أمهاتهم.
- وصف المقياس وطريقة تصحيحه:

اشتمل المقياس على (30) مفردة موزعة على ثلاثة أبعاد رئيسية كالآتي:

البعد الأول: صعوبة وصف المشاعر:

" الأليكسيثيميا وعلاقتها باضطرابات الأكل لدى عينتين من الأطفال نوي اضطراب طيف التوحد والمعاقين عقليًا القابلين للتعلم "

ويشير هذا البُعد إلى الصعوبة التي يعانيها الطفل في وصف مشاعره وانفعالاته والتعرف عليها، والتي قد تؤثر سلبيًا على علاقاته الاجتماعية. ويشتمل هذا البُعد على (10) مفردات هي أرقام (1، 2، 3، 4، 5، 6، 7، 8، 9، 10).
البُعد الثاني: صعوبة تحديد المشاعر والتمييز بين المشاعر والأحاسيس الجسدية:

ويشير هذا البُعد إلى الصعوبة التي يواجهها الطفل في تحديد المشاعر، والتمييز بين المشاعر الوجدانية والأحاسيس الجسدية في حالات الإثارة الانفعالية. ويشتمل هذا البُعد على (10) مفردات هي أرقام (11، 12، 13، 14، 15، 16، 17، 18، 19، 20).

البُعد الثالث: التفكير الموجه نحو الخارج:

ويشير هذا البُعد إلى استغراق الطفل في التفضيلات الخارجية للأحداث أكثر من التركيز على الخبرات الذاتية، وعزو الأحداث والنتائج إلى عوامل خارجية. ويشتمل هذا البعد على (10) مفردات هي أرقام (21، 22، 23، 24، 25، 26، 27، 28، 29، 30).

تقدير درجات المقياس:

اشتمل المقياس الحالي على (30) مُفردة موزعة على ثلاثة أبعاد، تم تطبيقه على أمهات الأطفال ذوي الإعاقة العقلية وذوي اضطراب طيف التوحد، وتسجيل استجاباتهم التي تتراوح ما بين (دائمًا - أحيانًا - أبدًا)، والدرجات هي (1 - 2 - 3) في حالة العبارات الإيجابية، والعكس صحيح بالنسبة للعبارات السلبية.

● التحقق من الخصائص السيكومترية لمقياس الأليكسيثيميا لدى الأطفال

ذوي الاحتياجات الخاصة:

أولاً: صدق المقياس

تم حساب صدق المقياس بعدة طرق للتأكد من أنه يقيس ما وضع لقياسه وهي الصدق التمييزي، الصدق التلازمي (الصدق المرتبط بالمحك).

● الصدق التمييزي:

تم ترتيب درجات الأطفال على مقياس الأليكسيثيميا، وتم تحديد أعلى (27%) من الأطفال (الفئة العليا)، ووجد أنهم (30) طفلًا، وتحديد أقل (27%) من الأطفال (الفئة الدنيا)، ووجد أنهم (30) طفلًا، وتم استخدام الاختبار البارامتري T-Test للمقارنة بين متوسطي درجات مجموعتين مستقلتين؛ وذلك للتعرف على الفروق في الدرجة الكلية للمقياس وأبعاده الفرعية، وجدول (3) يوضح النتائج:

جدول (3)

نتائج الصدق التمييزي لمقياس الأليكسيثيميا لدى الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة (ن=110).

المقياس وأبعاده الفرعية	المجموعة	ن	المتوسط الحسابي (م)	الانحراف المعياري (ع)	قيمة "ت"	تفسير الدلالة
البعد الأول (صعوبة وصف المشاعر)	أدنى الأداء	30	19.73	3.140	8.817-	دالة إحصائياً عند 0.001
	أعلى الأداء	30	25.97	2.266		
البعد الثاني (صعوبة تحديد المشاعر)	أدنى الأداء	30	17.63	3.102	12.557-	دالة إحصائياً عند 0.001
	أعلى الأداء	30	26.33	2.187		
البعد الثالث (التفكير الموجه نحو الخارج)	أدنى الأداء	30	17.23	3.181	11.560-	دالة إحصائياً عند 0.001
	أعلى الأداء	30	25.50	2.286		
مقياس الأليكسيثيميا ككل	أدنى الأداء	30	54.60	6.234	18.134-	دالة إحصائياً عند 0.001
	أعلى الأداء	30	77.80	3.199		

قيمة (ت) الجدولية عند مستوى 0.05 ودرجات حرية (58) = 2.000

قيمة (ت) الجدولية عند مستوى 0.01 ودرجات حرية (58) = 2.660

يتضح من خلال جدول (3) أن قيم (ت) المحسوبة قد بلغت (-8.817)، (-12.557، -11.560، -18.134)، وجميع هذه القيم دالة إحصائياً عند مستوى 0.001، الأمر الذي يشير إلى وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطي درجات الأطفال مجموعتي أدنى وأعلى الأداء في الدرجة الكلية لمقياس الأليكسيثيميا وأبعاده الفرعية (صعوبة وصف المشاعر، صعوبة تحديد المشاعر والتمييز بين المشاعر والأحاسيس الجسدية، التفكير الموجه نحو الخارج) وفق تقدير أمهاتهم؛ مما يدل على الصدق التمييزي للمقياس.

ج. الصدق التلازمي (الصدق المرتبط بالمحك):

تم تقدير الصدق المرتبط بالمحك من خلال حساب معامل الارتباط لبيرسون بين درجات (50) طفلاً وطفلة من الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة على مقياس الأليكسيثيميا لدى الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة إعداد/ الباحث، ومقياس المحك " مقياس تقدير التفاعل الاجتماعي لدى الأطفال والعاديين وذوي الاحتياجات الخاصة إعداد/ عبد العزيز الشخص (2023) ^(٥)، وبلغت قيمة معامل الارتباط بين المقياسين (-0.735*)، وهي قيمة عالية تؤكد صدق صلاحية المقياس للاستخدام والتطبيق، وفيما يلي نتائج صدق المحك:

" الأليكسيثيميا وعلاقتها باضطرابات الأكل لدى عينتين من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد والمعاقين عقليًا القابلين للتعلم "

جدول (4)

نتائج الصدق التلازمي (الصدق المرتبط بالمحك) لمقياس الأليكسيثيميا لدى الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة.

مقياس الأليكسيثيميا وأبعاده الفرعية	تكوين الصداقات	المشاركة الوجدانية	المبادأة في إنشاء علاقات مع الآخرين	التعاون وتدعيم العلاقات	مقياس التفاعل الاجتماعي ككل
صعوبة وصف المشاعر	- *0.446 *	*0.300-	**0.501-	**0.382-	**0.553-
صعوبة تحديد المشاعر والتمييز بين المشاعر والأحاسيس الجسدية	- *0.562 *	**0.418-	**0.590-	**0.375-	**0.658-
التفكير الموجه نحو الخارج	- *0.595 *	**0.413-	**0.636-	**0.505-	**0.730-
مقياس الأليكسيثيميا ككل	- *0.608 *	**0.430-	**0.654-	**0.477-	**0.735-

ويتبين من جدول (4) أن قيم معاملات ارتباط بيرسون بين الدرجة الكلية لمقياس الأليكسيثيميا لدى الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وأبعاده الفرعية (صعوبة وصف المشاعر، صعوبة تحديد المشاعر والتمييز بين المشاعر والأحاسيس الجسدية، التفكير الموجه نحو الخارج)، والدرجة الكلية لمقياس التفاعل الاجتماعي وأبعاده الفرعية (تكوين الصداقات، المشاركة الوجدانية، المبادأة في إنشاء علاقات مع الآخرين، التعاون وتدعيم العلاقات) سالبة ودالة إحصائيًا عند

مستويي دلالة (0.05، 0.01)، وهذا يشير إلى أن المقياس له درجة صدق مناسبة.

ثانياً: الاتساق الداخلي للمقياس

تم التحقق من الإتساق الداخلي للمقياس على عينة قوامها (110) طفلاً وطفلة من الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، ثم حساب معاملات ارتباط بيرسون بين كل مفردة والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه، وكذلك معاملات الارتباط بين كل مفردة والدرجة الكلية للمقياس، وكذلك معاملات الارتباط بين الأبعاد الفرعية وبعضها البعض والدرجة الكلية للمقياس، وتوضح النتائج التي تم التوصل لها من (جدول 5،6) :

• حساب معاملات الارتباط بين المفردات ودرجة البعد، والدرجة الكلية للمقياس:

جدول (5)

قيم معاملات ارتباط بيرسون بين المفردات ودرجة البعد، ومقياس الأليكسيثيميا ككل.

الارتباط بالدرجة الكلية للمقياس	الارتباط بالبعد	المفردة	الارتباط بالدرجة الكلية للمقياس	الارتباط بالبعد	المفردة	الأبعاد الفرعية
**0.403	**0.604	6	**0.302	**0.398	1	البعد الأول (صعوبة وصف المشاعر)
*0.238	**0.473	7	**0.398	**0.482	2	
**0.315	**0.389	8	**0.332	**0.533	3	
**0.443	**0.537	9	**0.475	**0.613	4	
**0.399	**0.464	10	**0.377	**0.509	5	
**0.470	**0.537	16	**0.426	**0.558	11	البعد الثاني (صعوبة تحديد المشاعر والتمييز بين المشاعر والأحاسيس الجسدية)
**0.427	**0.457	17	**0.666	**0.762	12	
**0.548	**0.689	18	**0.423	**0.591	13	
**0.456	**0.576	19	**0.490	**0.458	14	
**0.473	**0.565	20	**0.549	**0.526	15	
**0.452	**0.495	26	**0.583	**0.640	21	البعد الثالث (التفكير الموجه نحو الخارج)
**0.273	*0.222	27	**0.536	**0.691	22	
**0.432	**0.654	28	*0.213	**0.381	23	
**0.392	**0.610	29	**0.406	**0.558	24	
**0.509	**0.656	30	**0.636	**0.662	25	

(**) دال عند مستوى 0.01

(*) دال عند مستوى 0.05

ويتضح من جدول (5) أن جميع معاملات ارتباط بيرسون بين المفردات وكل من الأبعاد الفرعية (صعوبة وصف المشاعر، صعوبة تحديد المشاعر والتمييز بين المشاعر والأحاسيس الجسدية، التفكير الموجه نحو الخارج) والدرجة

" الأليكسيثيميا وعلاقتها باضطرابات الأكل لدى عينتين من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد والمعاقين عقلياً القابلين للتعلم "

الكلية للمقياس دالة إحصائياً عند مستويي دلالة (0.05، 0.01)، مما يؤكد على الاتساق الداخلي لمفردات المقياس وتجانسها، وبهذا يظل عدد مفردات المقياس (30) مفردة بعد إجراء الاتساق الداخلي عليه.

• حساب معاملات الارتباط بين الأبعاد الفرعية وبعضها، والدرجة الكلية للمقياس:

تم حساب معاملات ارتباط بيرسون بين درجات الأبعاد الفرعية وبعضها، والدرجة الكلية للمقياس، وذلك على عينة قوامها (110) طفلاً وطفلة من الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، وجدول (6) يوضح معاملات الارتباط بين درجات الأبعاد الفرعية وبعضها، والدرجة الكلية للمقياس.

جدول (6)

معاملات الارتباط بين الأبعاد الفرعية ومقياس الأليكسيثيميا ككل.

مقياس الأليكسيثيميا ككل	البعد الثالث (التفكير الموجه نحو الخارج)	البعد الثاني (صعوبة تحديد المشاعر والتميز بين المشاعر والأحاسيس الجسدية)	البعد الأول (صعوبة وصف المشاعر)	المقياس وأبعاده الفرعية
0.73 **8	**0.345	**0.491	1	البعد الأول (صعوبة وصف المشاعر)
0.85 **9	**0.538	1	**0.491	البعد الثاني (صعوبة تحديد المشاعر والتميز بين المشاعر والأحاسيس الجسدية)
0.79 **9	1	**0.538	**0.345	البعد الثالث (التفكير الموجه نحو الخارج)
1	**0.799	**0.859	**0.738	مقياس الأليكسيثيميا ككل

(**). دال عند مستوى 0.01

(*). دال عند مستوى 0.05

يتضح من الجدول (6) وجود معاملات ارتباط موجبة ودالة إحصائياً عند مستوى 0.01 بين الأبعاد الفرعية (صعوبة وصف المشاعر، صعوبة تحديد المشاعر والتميز بين المشاعر والأحاسيس الجسدية، التفكير الموجه نحو الخارج)، والدرجة الكلية لمقياس الأليكسيثيميا لدى الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، وهي معاملات ارتباط جيدة، وهذا يدل على تجانس المقياس واتساقه من حيث الأبعاد الفرعية.

ثالثاً: ثبات المقياس

تم حساب ثبات المقياس بثلاث طرق هم: طريقة التجزئة النصفية، وألفا-كرونباخ، وإعادة التطبيق Test- Re Test وفيما يلي توضيح للنتائج:

طريقتي ألفا-كرونباخ Cronbach Alpha وإعادة التطبيق Test Re Test

تم حساب ثبات المقياس باستخدام طريقة ألفا-كرونباخ، وإعادة تطبيق المقياس على عينة قوامها (50) طفلاً وطفلة من الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة الذين تم إجراء التطبيق الأول عليهن، وذلك بفاصل زمني قدره خمسة أسابيع بين التطبيقين، وجاءت النتائج على النحو التالي:

جدول (7)

معاملات ثبات مقياس الأليكسيثيميا وأبعاده الفرعية بطريقتي معامل ألفا-كرونباخ

وإعادة التطبيق.

إعادة التطبيق (ن=50)	معامل ألفا-كرونباخ (ن=110)	عدد المفردات	المقياس وأبعاده الفرعية
*0.497 *	0.668	10	البعد الأول (صعوبة وصف المشاعر)
*0.554 *	0.776	10	البعد الثاني (صعوبة تحديد المشاعر والتمييز بين المشاعر والأحاسيس الجسدية)
*0.742 *	0.756	10	البعد الثالث (التفكير الموجه نحو الخارج)
*0.586 *	0.854	30	مقياس الأليكسيثيميا ككل

ويتضح من خلال جدول (7) أن معاملات ثبات ألفا كرونباخ وإعادة التطبيق مرتفعة وأكبر من 0.60، مما يدل على تمتع المقياس بدرجة عالية من الثبات والاستقرار.

• طريقة التجزئة النصفية Half-Split

تم تطبيق المقياس على عينة قوامها (50) طفلاً وطفلة من الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، ثم تم حساب معامل الارتباط (معامل ثبات التجزئة النصفية) بين نصفي الاختبار (الزوجي والفردي) لكل بعد من الأبعاد والمقياس ككل، باستخدام معادلتَي جوتمان، ومعادلة تصحيح الطول لسبيرمان براون.

جدول (8)

معاملات ثبات مقياس الأليكسيثيميا وأبعاده الفرعية بطريقة التجزئة النصفية (ن = 110).

معامل جوتمان	معامل التجزئة "سبيرمان- براون"		عدد المفردات	المقياس وأبعاده الفرعية
	بعد التصحيح	قبل التصحيح		

" الأليكسيثيميا وعلاقتها باضطرابات الأكل لدى عينتين من الأطفال نوي اضطراب طيف التوحد والمعاقين عقليًا القابلين للتعلم "

0.711	0.7 11	0.552	10	البعد الأول (صعوبة وصف المشاعر)
0.798	0.8 00	0.667	10	البعد الثاني (صعوبة تحديد المشاعر والتمييز بين المشاعر والأحاسيس (الجسدية)
0.759	0.7 65	0.619	10	البعد الثالث (التفكير الموجه نحو الخارج)
0.875	0.8 78	0.782	30	مقياس الأليكسيثيميا ككل

ويتضح من خلال جدول (8) أن معاملات ثبات التجزئة النصفية باستخدام معادلتى سبيرمان- براون وجوتمان مقبولة وأكبر من 0.60، مما يدل على تمتع المقياس بدرجة عالية من الثبات والاستقرار، وفيما يلي توضيح للصورة النهائية للمقياس:

الصورة النهائية لمقياس الأليكسيثيميا وكيفية تصحيح المقياس:

تكون المقياس في صورته النهائية من (30) عبارة تقريرية، وفي تعليمات المقياس يُطلب من القائم بتطبيق المقياس من أمهات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة أن تختار إجابة واحدة من ضمن ثلاثة بدائل (دائمًا - أحيانًا - أبدًا) والدرجة (3- 2- 1)، وعليه تصحح الدرجة القصوى للمقياس (30 = 3×30) وتمثل أعلى درجة للمقياس، وتدل على ارتفاع مستوى الأليكسيثيميا لدى الطفل المعاق، والدرجة الدنيا للمقياس (30 = 1×30)، وتشير إلى انخفاض مستوى الأليكسيثيميا لديه، ويوضح الجدول التالي أرقام مفردات كل بعد من الأبعاد كما وردت بالصورة النهائية للمقياس.

جدول (9)

توزيع المفردات على الأبعاد الفرعية لمقياس الأليكسيثيميا.

أرقام المفردات	عدد المفردات	الأبعاد الفرعية
10 ————— 1	10	البعد الأول (صعوبة وصف المشاعر)
20 ————— 11	10	البعد الثاني (صعوبة تحديد المشاعر والتمييز بين)

المشاعر والأحاسيس الجسدية)		
البعد الثالث (التفكير الموجه نحو الخارج)	10	21 ————— 30

ثانياً: مقياس اضطرابات الأكل لدى الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة (من وجهة نظر الأمهات):

- الهدف من المقياس: يهدف المقياس إلى قياس مستوى اضطرابات الأكل (رفض الأكل- السلوكيات السلبية المرتبطة بتناول الأكل- الانتقائية الغذائية) لدى الأطفال المعاقين عقلياً وذوي اضطراب طيف التوحد من وجهة نظر أمهاتهم.
- وصف المقياس وطريقة تصحيحه:

اشتمل المقياس على (30) مفردة موزعة على ثلاثة أبعاد رئيسة كالاتي:

البعد الأول: رفض الأكل:

ويشير هذا البعد إلى امتناع الطفل عن تناول الطعام إراديًا، أو تناوله لكميات قليلة وغير مناسبة من الأكل، مما يجعله لا يحصل على القدر الكافي من العناصر الغذائية اللازمة لنموه. ويشتمل هذا البعد على (10) مفردات هي أرقام (1، 2، 3، 4، 5، 6، 7، 8، 9، 10).

البعد الثاني: السلوكيات السلبية المرتبطة بتناول الأكل:

ويشير هذا البعد إلى السلوكيات المضطربة التي قد تصدر عن الطفل أثناء تناول الطعام، مثل الصراخ والبكاء والحركة المفرطة والبصق، وعدم الالتزام بأداب تناول الطعام. ويشتمل هذا البعد على (10) مفردات هي أرقام (11، 12، 13، 14، 15، 16، 17، 18، 19، 20).

البعد الثالث: الانتقائية الغذائية:

ويشير هذا البعد إلى ميل الطفل إلى تفضيل تناول جزء معين من الطعام، أو تناول طعام محدد ورفض الأطعمة الأخرى. ويشتمل هذا البعد على (10) مفردات هي أرقام (21، 22، 23، 24، 25، 26، 27، 28، 29، 30).

" الأليكسيثيميا وعلاقتها باضطرابات الأكل لدى عينتين من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد والمعاقين عقلياً القابلين للتعلم "

تقدير درجات المقياس:

اشتمل المقياس الحالي على (30) مُفردة موزعة على ثلاثة أبعاد، حيث تم تطبيقه على أمهات الأطفال ذوي الإعاقة العقلية وذوي اضطراب طيف التوحد، وتسجيل استجاباتهم التي تتراوح ما بين (دائمًا - أحيانًا - أبدًا)، والدرجات هي (1-3) على التوالي، وعليه تصبح الدرجة القصوى للمقياس (30 = 3 × 90 درجة) وتدل على ارتفاع مستوى اضطرابات الأكل، والدرجة الدنيا للمقياس (30 = 1 × 30) وتشير إلى انخفاض مستوى اضطرابات الأكل.

• التحقق من الخصائص السيكومترية لمقياس اضطرابات الأكل لدى الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة:

أولاً: صدق المقياس

تم حساب صدق المقياس بطريقتين هما الصدق التمييزي، الصدق التلازمي (الصدق المرتبط بالمحك).

• الصدق التمييزي:

تم ترتيب الدرجات على مقياس اضطرابات الأكل، وتم تحديد أعلى (27%) من الدرجات (الفئة العليا)، ووجد أنهم (30) طفلاً، وتحديد أقل (27%) من الدرجات (الفئة الدنيا)، ووجد أنهم (30) طفلاً، وتم استخدام الاختبار البارامترتي T-Test للمقارنة بين متوسطي درجات مجموعتين مستقلتين؛ وذلك للتعرف على الفروق في الدرجة الكلية للمقياس وأبعاده الفرعية، وجدول (10) يوضح النتائج:

جدول (10)

نتائج الصدق التمييزي لمقياس اضطرابات الأكل لدى الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة

(ن=110).

تفسير الدلالة	المقياس وأبعاده الفرعية	المجموعة	ن	المتوسط الحسابي (م)	الانحراف المعياري (ع)	قيمة "ت"
دالة إحصائية عند 0.001	البعد الأول (رفض الأكل)	أدنى الأداء	30	19.03	3.057	9.986-
		أعلى الأداء	30	26.63	2.834	
دالة إحصائية	البعد الثاني (السلوكيات السلبية المرتبطة بتناول الأكل)	أدنى الأداء	30	20.30	2.231	8.648-
		أعلى الأداء	30	25.77	2.648	

عند 0.0 01						
دالة إحصائية عند 0.0 01	10.003-	3.081	17.60	30	أدنى الأداء	البعد الثالث (الانتقائية الغذائية)
		2.852	25.27	30	أعلى الأداء	
دالة إحصائية عند 0.0 01	30.331-	2.273	56.93	30	أدنى الأداء	مقياس اضطرابات الأكل ككل
		2.975	77.67	30	أعلى الأداء	

قيمة (ت) الجدولية عند مستوى 0.05 ودرجات حرية (58) = 2.000

قيمة (ت) الجدولية عند مستوى 0.01 ودرجات حرية (58) = 2.660

يتضح من خلال جدول (10) أن قيم (ت) المحسوبة قد بلغت (-9.986، -8.648، -10.003، -30.331)، وجميع هذه القيم دالة إحصائية عند مستوى 0.001، الأمر الذي يشير إلى وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطي درجات الأطفال مجموعتي أدنى وأعلى الأداء في الدرجة الكلية لمقياس اضطرابات الأكل وأبعاده الفرعية (رفض الأكل، السلوكيات السلبية المرتبطة بتناول الأكل، الانتقائية الغذائية) وفق تقدير أمهاتهم؛ مما يدل على الصدق التمييزي للمقياس.

ج. الصدق التلازمي (الصدق المرتبط بالمحك):

تم تقدير الصدق المرتبط بالمحك من خلال حساب معامل الارتباط لبيرسون بين درجات (50) طفلاً وطفلة من الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة على مقياس اضطرابات الأكل لدى الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة إعداد/ الباحث، ومقياس المحك "مقياس مشكلات الأكل للعاديين وغير العاديين إعداد/ طاهر طارق (2021) (")، وبلغت قيمة معامل الارتباط بين المقياسين (0.938***)، وهي قيمة عالية تؤكد صدق وصلاحيّة المقياس للاستخدام والتطبيق، وفيما يلي نتائج صدق المحك:

جدول (11)

نتائج الصدق التلازمي (الصدق المرتبط بالمحك) لمقياس اضطرابات الأكل لدى الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة.

مقياس مشكلات الأكل (المحك) ككل	المشكلات السلوكية المساهمة في اضطرابات الأكل	التعامل مع الوجبات	الانتقائية الغذائية	رفض الأكل	مقياس اضطرابات الأكل وأبعاده الفرعية
0.611**	0.618**	0.610**	0.337*	0.578**	رفض الأكل
0.617**	0.604**	0.566**	0.400**	0.588**	السلوكيات السلبية المرتبطة بتناول الأكل
0.629**	0.537**	0.605**	0.373**	0.703**	الانتقائية الغذائية
0.938**	0.886**	0.903**	0.556**	0.949**	مقياس اضطرابات الأكل ككل

ويتبين من الجدول (11) أن قيم معاملات ارتباط بيرسون بين الدرجة الكلية لمقياس اضطرابات الأكل لدى الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وأبعاده الفرعية (رفض الأكل، السلوكيات السلبية المرتبطة بتناول الأكل، الانتقائية الغذائية)، والدرجة الكلية لمقياس المحك إعداد/ طاهر طارق (2021) وأبعاده الفرعية (رفض الأكل، الانتقائية الغذائية، المشكلات السلوكية المساهمة في اضطرابات الأكل) موجبة ودالة إحصائياً عند مستويي (0.05، 0.01)، وهذا يشير إلى أن المقياس له درجة صدق مناسبة.

ثانياً: الاتساق الداخلي للمقياس

تم التحقق من الاتساق الداخلي للمقياس على عينة قوامها (110) طفلاً وطفلة من الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، ثم حساب معاملات ارتباط بيرسون بين كل مفردة والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه، وكذلك معاملات الارتباط بين كل مفردة والدرجة الكلية للمقياس، وكذلك معاملات الارتباط بين الأبعاد الفرعية وبعضها البعض والدرجة الكلية للمقياس، والجدول التالي توضح النتائج التي تم التوصل لها:

• حساب معاملات الارتباط بين المفردات ودرجة البعد، والدرجة الكلية للمقياس:

جدول (12)

قيم معاملات ارتباط بيرسون بين المفردات ودرجة البعد، ومقياس اضطرابات الأكل ككل.

الارتباط بالدرجة الكلية للمقياس	الارتباط بالبعد	المفردة	الارتباط بالدرجة الكلية للمقياس	الارتباط بالبعد	المفردة	الأبعاد الفرعية
**0.331	**0.645	6	**0.509	**0.737	1	البعد الأول (رفض الأكل)
**0.561	**0.788	7	**0.279	**0.540	2	
**0.505	**0.713	8	**0.417	**0.649	3	
**0.320	**0.615	9	**0.279	**0.416	4	
**0.326	**0.516	10	**0.619	**0.795	5	
**0.623	**0.695	16	**0.288	**0.482	11	البعد الثاني (السلوكيات السلبية المرتبطة بتناول الأكل)
**0.265	**0.275	17	*0.216	**0.378	12	
**0.282	**0.562	18	**0.334	**0.630	13	
*0.227	**0.500	19	**0.310	**0.529	14	
**0.454	**0.706	20	**0.440	**0.391	15	
**0.582	**0.704	26	*0.235	**0.425	21	البعد الثالث (الانتقائية الغذائية)
**0.400	**0.551	27	**0.313	**0.605	22	
**0.402	**0.641	28	**0.335	**0.471	23	
**0.425	**0.553	29	**0.464	**0.583	24	
**0.581	**0.806	30	**0.551	**0.621	25	

(*) دال عند مستوى 0.05 (**). دال عند مستوى 0.01

ويتضح من جدول (12) أن جميع معاملات ارتباط بيرسون بين المفردات وكل من الأبعاد الفرعية (رفض الأكل، السلوكيات السلبية المرتبطة بتناول الأكل، الانتقائية الغذائية) والدرجة الكلية للمقياس دالة إحصائياً عند مستويي دلالة (0.05، 0.01)، مما يؤكد على الاتساق الداخلي لمفردات المقياس وتجانسها؛ وبهذا يظل عدد مفردات المقياس (30) مفردة بعد إجراء الاتساق الداخلي عليه.

• حساب معاملات الارتباط بين الأبعاد الفرعية، والدرجة الكلية للمقياس:

تم حساب معاملات ارتباط بيرسون بين درجات الأبعاد الفرعية، والدرجة الكلية للمقياس، وذلك على عينة قوامها (110) طفلاً وطفلة من الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، وجدول (13) يوضح معاملات الارتباط بين درجات الأبعاد الفرعية، والدرجة الكلية للمقياس.

جدول (13)

معاملات الارتباط بين الأبعاد الفرعية ومقياس اضطرابات الأكل ككل.

مقياس اضطرابات الأكل ككل	الأبعاد الفرعية
**0.644	البعد الأول (رفض الأكل)
**0.669	البعد الثاني (السلوكيات السلبية المرتبطة بتناول الأكل)
**0.722	البعد الثالث (الانتقائية الغذائية)

(**) دال عند مستوى 0.01

(*) دال عند مستوى 0.05

يتضح من جدول (13) وجود معاملات ارتباط موجبة ودالة إحصائياً عند مستوى 0.01 بين الأبعاد الفرعية (رفض الأكل، السلوكيات السلبية المرتبطة بتناول الأكل، الانتقائية الغذائية)، والدرجة الكلية لمقياس اضطرابات الأكل لدى الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، وهي معاملات ارتباط جيدة، وهذا يدل على تجانس المقياس واتساقه من حيث الأبعاد الفرعية.

ثالثاً: ثبات المقياس

تم حساب ثبات المقياس بثلاث طرق هما: طريقة التجزئة النصفية، وألفا-كرونباخ، وإعادة التطبيق Test- Re Test وفيما يلي توضيح للنتائج:

• طريقي ألفا-كرونباخ Cronbach Alpha وإعادة التطبيق Test Re Test

تم حساب ثبات المقياس باستخدام طريقة ألفا-كرونباخ، وإعادة تطبيق المقياس على عينة قوامها (50) طفلاً وطفلة من الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة الذين تم إجراء التطبيق الأول عليهن، وذلك بفاصل زمني قدره خمسة أسابيع بين التطبيقين، وجاءت النتائج على النحو التالي:

جدول (14)

معاملات ثبات مقياس اضطرابات الأكل وأبعاده الفرعية بطريقي معامل ألفا-كرونباخ وإعادة التطبيق

إعادة التطبيق (ن=50)	معامل ألفا-كرونباخ (ن=110)	عدد المفردات	المقياس وأبعاده الفرعية
**0.788	0.841	10	البعد الأول (رفض الأكل)
**0.730	0.695	10	البعد الثاني (السلوكيات السلبية المرتبطة بتناول الأكل)
**0.812	0.799	10	البعد الثالث (الانتقائية الغذائية)

مقياس اضطرابات الأكل ككل	30	0.815	0.722**
--------------------------	----	-------	---------

ويتضح من خلال جدول (14) أن معاملات ثبات ألفا كرونباخ وإعادة التطبيق مرتفعة وأكبر من 0.60، مما يدل على تمتع المقياس بدرجة عالية من الثبات والاستقرار.

• طريقة التجزئة النصفية Half-Split

تم تطبيق المقياس على عينة قوامها (110) طفلاً وطفلة من الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، ثم تم حساب معامل الارتباط (معامل ثبات التجزئة النصفية) بين نصفي الاختبار (الزوجي والفردي) لكل بعد من الأبعاد والمقياس ككل، باستخدام معادلتَي جوتمان، ومعادلة تصحيح الطول لسبيرمان براون كما في جدول (15).

جدول (15)

معاملات ثبات مقياس اضطرابات الأكل وأبعاده الفرعية بطريقة التجزئة النصفية.

مقياس وأبعاده الفرعية	عدد المفردات	معامل التجزئة " سبيرمان- براون "		معامل جوتمان
		قبل التصحيح	بعد التصحيح	
البعد الأول (رفض الأكل)	10	0.817	0.885	0.899
البعد الثاني (السلوكيات السلبية المرتبطة بتناول الأكل)	10	0.632	0.766	0.774
البعد الثالث (الانتقائية الغذائية)	10	0.620	0.752	0.765
مقياس اضطرابات الأكل ككل	30	0.752	0.858	0.858

ويتضح من خلال جدول (15) أن معاملات ثبات التجزئة النصفية باستخدام معادلتَي سبيرمان-براون وجوتمان مقبولة وأكبر من 0.60، مما يدل على تمتع المقياس بدرجة عالية من الثبات والاستقرار، وفيما يلي توضيح للصورة النهائية للمقياس:

الصورة النهائية لمقياس اضطرابات الأكل وكيفية تصحيح المقياس:

اشتمل المقياس في صورته النهائية على (40) عبارة تقريرية، وفي تعليمات المقياس يُطلب من القائم بتطبيق المقياس من أمهات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة أن تختار إجابة واحدة من ضمن ثلاثة بدائل (دائمًا - أحيانًا - أبدًا) والدرجة (3- 2- 1)، وعليه تصيح الدرجة القصوى للمقياس (120 = 3×40) وتمثل أعلى درجة للمقياس، وتدل على ارتفاع مستوى اضطرابات الأكل لدى الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، والدرجة الدنيا للمقياس (1×40 =

" الأليكسيثيميا وعلاقتها باضطرابات الأكل لدى عينتين من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد والمعاقين عقلياً القابلين للتعلم "

(40)، وتشير إلى انخفاض مستوى اضطرابات الأكل لديهم، ويوضح جدول (16) أرقام مفردات كل بعد من الأبعاد كما وردت بالصورة النهائية للمقياس.

جدول (16)

توزيع المفردات على الأبعاد الفرعية لمقياس اضطرابات الأكل.

أرقام المفردات	عدد المفردات	الأبعاد الفرعية
10 _____ 1	10	البعد الأول (رفض الأكل)
20 _____ 11	10	البعد الثاني (السلوكيات السلبية المرتبطة بتناول الأكل)
30 _____ 21	10	البعد الثالث (الانتقائية الغذائية)

نتائج البحث ومناقشتها:

• نتائج الفرض الأول ومناقشتها:

ينص هذا الفرض على أنه " توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين درجات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة على مقياس الأليكسيثيميا ودرجاتهم على مقياس اضطرابات الأكل "، وللتحقق من صحة هذا الفرض وقد تم حساب معامل الارتباط الخطي البسيط لبيرسون بين درجات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة على مقياس الأليكسيثيميا ودرجاتهم على اضطرابات الأكل، وفيما يلي النتائج التي تم الحصول عليها:

جدول (17)

معاملات ارتباط بيرسون بين درجات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة على مقياس

الأليكسيثيميا واضطرابات الأكل (ن = 150).

مقياس الأليكسيثيميا ككل	التفكير الموجه نحو الخارج	صعوبة تحديد المشاعر	صعوبة وصف المشاعر	المنعيرات	العينة
**0.386	0.189	*0.281	**0.503	رفض الأكل	عينة الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد (ن=72)
**0.717	**0.468	**0.820	**0.465	السلوكيات السلبية المرتبطة بتناول الأكل	
**0.584	**0.703	**0.455	*0.293	الانتقائية الغذائية	
**0.763	**0.607	**0.707	**0.575	مقياس اضطرابات	

				الأكل ككل	
**0.396	*0.271	0.159	**0.552	رفض الأكل	عينة الأطفال ذوي الإعاقة العقلية (ن=78)
**0.555	**0.394	**0.679	*0.261	السلوكيات السلبية المرتبطة بتناول الأكل	
**0.458	**0.598	**0.324	0.161	الانتقائية الغذائية	
**0.680	**0.621	**0.544	**0.476	مقياس اضطرابات الأكل ككل	
**0.393	**0.235	**0.220	**0.531	رفض الأكل	عينة البحث ككل (ن=150)
**0.638	**0.427	**0.753	**0.366	السلوكيات السلبية المرتبطة بتناول الأكل	
**0.506	**0.640	**0.374	**0.214	الانتقائية الغذائية	
**0.720	**0.613	**0.625	**0.524	مقياس اضطرابات الأكل ككل	

(*) دالة عند مستوى 0.05

(**) دالة عند مستوى 0.01

قيمة (ر) عند مستوى دلالة 0.161 = 0.05

قيمة (ر) عند مستوى دلالة 0.210 = 0.01

يتضح من النتائج الواردة في الجدول السابق تحقق الفرض الأول جزئياً، حيث أشارت النتائج إلى ما يلي:

- عينة الأطفال ذوي الإعاقة العقلية: وجود علاقة ارتباطية موجبة (طردية) دالة إحصائياً عند مستويي دلالة (0.05، 0.01) بين درجات الأطفال ذوي الإعاقة العقلية على مقياس الأليكسيثيميا والأبعاد الفرعية (صعوبة وصف المشاعر، صعوبة تحديد المشاعر والتمييز بين المشاعر والأحاسيس الجسدية)، وبين درجاتهم على مقياس اضطرابات الأكل وبعد (السلوكيات السلبية المرتبطة بتناول الأكل)، كما توجد علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائياً عند مستويي دلالة (0.05، 0.01) بين بعد رفض الأكل والدرجة الكلية لمقياس الأليكسيثيميا وبعدي (صعوبة وصف المشاعر، التفكير الموجه نحو الخارج)، بينما لا يوجد ارتباط بين بعدي رفض الأكل وصعوبة تحديد المشاعر والتمييز بين المشاعر والأحاسيس الجسدية، كما توجد علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائياً عند مستوى (0.05، 0.01) بين بعد الانتقائية الغذائية والدرجة الكلية لمقياس الأليكسيثيميا وبعدي (صعوبة تحديد المشاعر

والتمييز بين المشاعر والأحاسيس الجسدية، التفكير الموجه نحو الخارج)،
بينما لا يوجد ارتباط بين بعدي الانتقائية الغذائية وصعوبة وصف المشاعر.

• بالنسبة لعينة البحث ككل: وجود علاقة ارتباطية موجبة (طردية) دالة إحصائياً عند مستوى (0.01) بين درجات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة على مقياس الأليكسيثيميا وأبعاده الفرعية (صعوبة وصف المشاعر، صعوبة تحديد المشاعر والتمييز بين المشاعر والأحاسيس الجسدية، التفكير الموجه نحو الخارج)، وبين درجاتهم على مقياس اضطرابات الأكل وأبعاده الفرعية (رفض الأكل، السلوكيات السلبية المرتبطة بتناول الأكل، الانتقائية الغذائية)، حيث تراوحت قيم معاملات الارتباط ما بين (0.214** : 0.753**) وهي قيم دالة عند مستوى 0.01.

• وتتفق نتيجة هذا الفرض مع نتائج العديد من الدراسات التي توصلت إلى ارتباط الأليكسيثيميا بالتعرض لسلوكيات الأكل المضطربة والمحظورة، مثل الوزن الزائد واضطراب الشراهة أو النهم العصبي (Kelly, Jaramillo, and Rubin, Tanofsky-Kraff, Shank) (2019)، وكذلك أعراض فقدان الشهية العصبي (Treasure and Schmidt, 2013)، وقد صرّح كل من (Lenzo, Barberis, Quattropani Verrastro and Filastro, Cannavò) (2020)، بأن الأليكسيثيميا تعبر عن اضطراب في التنظيم الوجداني وترتبط بمشكلات الصحة الجسمية، مثل أمراض القلب كما ترتبط ارتباطاً دالاً باضطرابات الأكل. كذلك أظهرت نتائج دراسة كل من (Westwood, et al., (2017) فئات اضطرابات الأكل المختلفة بالأليكسيثيميا؛ حيث أظهر ذوو اضطرابات الأكل صعوبات بالغة في إدراك ووصف مشاعرهم وانفعالاتهم والتعبير عنها.

• وأيضاً نتيجة كل من (Al-Kindi, Al-Farsi, Waly, Al-Sharbaty, Bakheit, Shafae) (2016) دراسة هدفت إلى تقييم الحالة الغذائية والمشكلات المرتبطة بالأكل لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، وقد تألفت عينة الدراسة من (375) طفلاً وطفلة من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد تراوحت أعمارهم ما بين (4-13) سنة، وقد أشارت النتائج إلى انتشار اضطرابات الأكل بصورة دالة بين الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد. كما أسفرت نتائج دراسة كل من (Engel-Yeger, Hardal-Nasser and Gal) (2016) والتي أجريت على عينة قوامها (91) طفلاً وطفلة من الأطفال ذوي

الإعاقة العقلية، عن وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين اضطرابات الأكل واضطرابات المعالجة الحسية لدى هؤلاء الأطفال. وهذا نلاحظ اتفاق نتيجة البحث الحالي مع نتائج الدراسات السابقة .

• نتائج الفرض الثاني ومناقشتها

ينص الفرض الثاني على أنه " توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة على مقياس الأليكسيثيميا تُعزى لأثر النوع (ذكور، إناث) "، وللتحقق من صحة هذا الفرض استخدم الباحث اختبار "ت T-Test" لحساب الفروق بين مجموعتين مستقلتين ودلالة تلك الفروق، وفيما يلي نتائج اختبار (ت) للفروق في متغيرات البحث تبعاً للنوع كما في جدول (18).

جدول (18)

نتائج اختبار "ت" لدلالة الفروق في مقياس الأليكسيثيميا وأبعاده الفرعية تبعاً للنوع (ن=150).

الدلالة الإحصائية	قيمة "ت" المحسوبة	درجات الحرية .df	الانحراف المعياري (ع)	المتوسط الحسابي (م)	النوع	المقياس وأبعاده الفرعية	عينة الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد (ن=72)
غير دالة إحصائياً	1.905-	70	4.006	22.18	ذكور (39)	صعوبة وصف المشاعر	
			3.783	23.94	إناث (33)		
غير دالة إحصائياً	1.437-	70	4.454	21.28	ذكور (39)	صعوبة تحديد المشاعر	
			4.784	22.85	إناث (33)		
غير دالة إحصائياً	1.136-	70	3.926	21.10	ذكور (39)	التفكير الموجه	

" الأليكسيثيميا وعلاقتها باضطرابات الأكل لدى عينتين من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد والمعاقين عقليًا القابلين للتعلم "

			4.357	22.21	إناث (33)	نحو الخارج		
غير دالة إحصائيًا	1.798-	70	9.525	64.56	ذكور (39)	مقياس الأليكسيثي ميا ككل		
			11.418	69.00	إناث (33)			
دالة عند 0.05	2.652	76	2.957	24.65	ذكور (40)	صعوبة وصف المشاعر	عينة الأطفال ذوي الإعاقة العقلية (ن=78)	
			4.668	22.32	إناث (38)			
غير دالة إحصائيًا	1.547	76	4.024	23.60	ذكور (40)	صعوبة تحديد المشاعر		
			4.652	22.08	إناث (38)			
غير دالة إحصائيًا	1.029	76	3.965	22.23	ذكور (40)	التفكير الموجه نحو الخارج		
			5.144	21.16	إناث (38)			
دالة عند 0.05	2.114	76	7.673	70.47	ذكور (40)	مقياس الأليكسيثي ميا ككل		
			12.446	65.55	إناث (38)			
غير دالة إحصائيًا	0.549	148	3.706	23.43	ذكور (79)	صعوبة وصف المشاعر		عينة البحث ككل (ن=150) ()
			4.327	23.07	إناث (71)			
غير دالة إحصائيًا	0.026	148	4.373	22.46	ذكور (79)	صعوبة تحديد المشاعر		
			4.696	22.44	إناث (71)			
غير دالة إحصائيًا	0.032	148	3.960	21.67	ذكور (79)	التفكير الموجه نحو الخارج		
			4.790	21.65	إناث (71)			
غير دالة إحصائيًا	0.233	148	9.082	67.56	ذكور (79)	مقياس الأليكسيثي ميا ككل		
			12.020	67.15	إناث (71)			

قيمة (ت) الجدولية عند مستوى 0.05 ودرجات حرية (148) = 1.960

قيمة (ت) الجدولية عند مستوى 0.01 ودرجات حرية (148) = 2.576

باستقراء النتائج الواردة في جدول (18) يتضح تحقق الفرض الثالث جزئيًا، حيث تُشير النتائج إلى ما يلي:

• **عينة الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد (ن=72):** عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطي درجات الذكور والإناث من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في مقياس الأليكسيثيميا وأبعاده الفرعية (صعوبة وصف المشاعر، صعوبة تحديد المشاعر والتمييز بين المشاعر والأحاسيس الجسدية، التفكير الموجه نحو الخارج)، حيث بلغت قيم "ت" المحسوبة (-1.905، -1.437، -1.136، -1.798)، وهي قيم غير دالة إحصائية مقارنة بقيم "ت" الجدولية عند مستوي دلالة (0.05، 0.01) لدرجات حرية 72.

• **عينة الأطفال ذوي الإعاقة العقلية (ن=78):** عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطي درجات الذكور والإناث من الأطفال ذوي الإعاقة العقلية في بعدي (صعوبة تحديد المشاعر والتمييز بين المشاعر والأحاسيس الجسدية، التفكير الموجه نحو الخارج)، حيث بلغت قيم "ت" المحسوبة (1.547، 1.029)، وهي قيم غير دالة إحصائية مقارنة بقيم "ت" الجدولية عند مستوي دلالة (0.05، 0.01) لدرجات حرية 76، بينما توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى 0.05 بين متوسطي درجات الذكور والإناث في الدرجة الكلية لمقياس الأليكسيثيميا وبعد صعوبة وصف المشاعر لصالح الذكور، حيث بلغت قيم "ت" (2.114، 2.652) وهي قيم دالة عند مستوى 0.05.

• **عينة البحث ككل (ن=150):** عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطي درجات الذكور والإناث في مقياس الأليكسيثيميا وأبعاده الفرعية (صعوبة وصف المشاعر، صعوبة تحديد المشاعر والتمييز بين المشاعر والأحاسيس الجسدية، التفكير الموجه نحو الخارج)، حيث بلغت قيم "ت" المحسوبة (0.549، 0.026، 0.032، 0.233)، وهي قيم غير دالة إحصائية مقارنة بقيم "ت" الجدولية عند مستوي دلالة (0.05، 0.01) لدرجات حرية 148.

• وأشار كل من (Gormley, Ryan and McCusker, 2022) إلى أن ذوي اضطراب طيف التوحد والذين يعانون من مستويات مرتفعة من الأليكسيثيميا يصعب عليهم التمييز بين عواطفهم ووظائف الجسم، فقد يجد الفرد صعوبة في التمييز بين تسارع ضربات القلب لأنه يعاني من مشاعر شديدة مثل الغضب، مقابل تسارع ضربات القلب بسبب ممارسة الرياضة البدنية، كما أنهم يميلون إلى أن يكون لديهم أسلوب تفكير موجه نحو الخارج (Craparo, Faraci and Gori,)

(2015)، حيث تعتبر الأليكسيثيميا سمة متعددة الأبعاد تتكون من ثلاثة مكونات أساسية، هي صعوبة تحديد المشاعر، وصعوبة وصف المشاعر، والتفكير الموجه نحو الخارج (Larionow, Preece and Mudło-Głagolska, 2022)، ووفقًا لنتائج العديد من الدراسات تم اعتبار الأليكسيثيميا كعامل خطر مشترك في مجموعة من الاعتلالات النفسية والاضطرابات الانفعالية مثل القلق والاكتئاب واضطرابات الأكل (Preece, Becerra, Robinson, Allan, Boyes, Chen and Gross, 2020).

• ويمكن تفسير النتائج في ضوء نتائج الدراسات السابقة فيما يتعلق بالفروق بين الجنسين في تنظيم الانفعال أو الأليكسيثيميا في ضوء التنشئة الاجتماعية الوالدية للاطفال، فالوالدان اللذان لديهما وعي بانفعالاتهم الخاصة، وأكثر استبصارًا وفهما للانفعال وأسبابه، وأكثر قدرة على تمييز الانفعالات بعضها عن بعض، وأكثر معرفة بكيفية التعامل مع مشاعر وانفعالات أبنائهم ويعلمونهم استراتيجيات إيجابية لتنظيم انفعالاتهم، فإنهما يقدمان نموذجًا حيا للتعبير الانفعالي في المواقف المختلفة في تشكيل شعور وانفعالات أبنائهم، في حين إن الوالدين اللذين ينقلان إلى أبنائهم أن الانفعالات غير مهمة، ويميلان إلى إنكار وتجاهل الانفعال لأنهما لا يعرفان كيفية التعامل مع انفعالات أبنائهم، فإنهم يحثونهم على تنظيم تعبيراتهم الانفعالية بقمعها أو التعبير عنها بطرق غير مناسبة، مما يجعلهم عرضة لخبرات واضطرابات نفسية.

• نتائج الفرض الثالث ومناقشتها

ينص الفرض الثالث على أنه " توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة على مقياس اضطرابات الأكل تُعزى لأثر النوع (ذكور، إناث) "، وللتحقق من صحة هذا الفرض استخدم الباحث اختبار " ت " T-Test لحساب الفروق بين مجموعتين مستقلتين ودلالة تلك الفروق، وفيما يلي نتائج اختبار (ت) للفروق في متغيرات البحث تبعًا للنوع كما في جدول (19):

جدول (19)

نتائج اختبار "ت" لدلالة الفروق في مقياس اضطرابات الأكل وأبعاده الفرعية تبعًا للنوع (ن=150).

الدلالة الإحصائية	قيمة "ت" المحسوبة	درجات الحرية .df	الاحتراف المعياري (ع)	المتوسط الحسابي (م)	النوع	المقياس وأبعاده الفرعية		
غير دالة إحصائيًا	1.136-	70	4.049	21.85	ذكور (39)	رفض الأكل	عينة الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد (ن=72)	
			4.092	22.94	إناث (33)			
غير دالة إحصائيًا	0.770-	70	3.977	22.15	ذكور (39)	السلوكيات السلبية		
			4.340	22.91	إناث (33)			
غير دالة إحصائيًا	0.194-	70	3.888	22.13	ذكور (39)	الانتقائية الغذائية		
			3.737	22.30	إناث (33)			
غير دالة إحصائيًا	0.966-	70	8.160	66.13	ذكور (39)	مقياس اضطرابات الأكل ككل		
			9.621	68.15	إناث (33)			
غير دالة إحصائيًا	0.871	76	4.342	23.15	ذكور (40)	رفض الأكل		عينة الأطفال ذوي الإعاقة العقلية (ن=78)
			4.386	22.29	إناث (38)			
غير دالة إحصائيًا	0.454-	76	3.851	22.80	ذكور (40)	السلوكيات السلبية		
			3.616	23.18	إناث (38)			
غير دالة إحصائيًا	0.366-	76	4.336	21.65	ذكور (40)	الانتقائية الغذائية		
			4.733	22.03	إناث (38)			
غير دالة إحصائيًا	0.051	76	6.968	67.60	ذكور (40)	مقياس اضطرابات الأكل ككل		
			10.150	67.50	إناث (38)			
غير دالة إحصائيًا	0.123-	148	4.224	22.51	ذكور (79)	رفض الأكل	عينة البحث ككل (ن=150)	
			4.234	22.59	إناث (71)			

" الأليكسيثيميا وعلاقتها باضطرابات الأكل لدى عينتين من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد والمعاقين عقليًا القابلين للتعلم "

غير دالة إحصائيًا	0.897-	148	3.902	22.48	ذكور (79)	السلوكيات السلبية
			3.942	23.06	إناث (71)	
غير دالة إحصائيًا	0.393-	148	4.101	21.89	ذكور (79)	الانتقائية الغذائية
			4.272	22.15	إناث (71)	
غير دالة إحصائيًا	0.652-	148	7.567	66.87	ذكور (79)	مقياس اضطرابات الأكل ككل
			9.843	67.80	إناث (71)	

قيمة (ت) الجدولية عند مستوى 0.05 ودرجات حرية (148) = 1.960
قيمة (ت) الجدولية عند مستوى 0.01 ودرجات حرية (148) = 2.576

باستقراء النتائج الواردة في جدول (19) يتضح عدم تحقق الفرض الثالث

كليًا، حيث تُشير النتائج إلى ما يلي:

• **عينة الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد (ن=72):** عدم وجود فروق دالة إحصائيًا بين متوسطي درجات الذكور والإناث من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في مقياس اضطرابات الأكل وأبعاده الفرعية (رفض الأكل، السلوكيات السلبية المرتبطة بتناول الأكل، الانتقائية الغذائية)، حيث بلغت قيم "ت" المحسوبة (-1.136، -0.770، -0.194، -0.966)، وهي قيم غير دالة إحصائيًا مقارنة بقيم "ت" الجدولية عند مستويي دلالة (0.01، 0.05) لدرجات حرية 72.

• **عينة الأطفال ذوي الإعاقة العقلية (ن=78):** عدم وجود فروق دالة إحصائيًا بين متوسطي درجات الذكور والإناث من الأطفال ذوي الإعاقة العقلية في مقياس اضطرابات الأكل وأبعاده الفرعية (رفض الأكل، السلوكيات السلبية المرتبطة بتناول الأكل، الانتقائية الغذائية)، حيث بلغت قيم "ت" المحسوبة (0.871، -0.454، -0.366، 0.051)، وهي قيم غير دالة إحصائيًا مقارنة بقيم "ت" الجدولية عند مستويي دلالة (0.05، 0.01) لدرجات حرية 76.

• **عينة البحث ككل (ن=150):** عدم وجود فروق دالة إحصائيًا بين متوسطي درجات الذكور والإناث في مقياس اضطرابات الأكل وأبعاده الفرعية (رفض الأكل، السلوكيات السلبية المرتبطة بتناول الأكل، الانتقائية

الغذائية)، حيث بلغت قيم " ت " المحسوبة (-0.123، -0.897، -0.393، -0.652)، وهي قيم غير دالة إحصائياً مقارنة بقيم "ت" الجدولية عند مستويي دلالة (0.05، 0.01) لدرجات حرية 148.

وترجع نتيجة الفرض الثالث نجد عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطي درجات الذكور والاناث على مقياس اضطراب الأكل وأبعاده الفرعية (رفض الأكل، السلوكيات السلبية المرتبطة بتناول الأكل، الانتقائية الغذائية)، حيث يشير مصطلح اضطرابات الأكل Eating Disorders إلى مجموعة من الأعراض التي تتسم باختلالات في تناول الطعام والعادات السلوكية المرتبطة به، وتشكل هذه الاضطرابات مخاطر كبيرة على الصحة الجسدية والنفسية، وتؤثر سلباً في أداء الفرد لمهامه اليومية، مثل الدراسة والعمل والعلاقات الاجتماعية، وتعد من أخطر الاضطرابات النفسية (والش وعطية وغلأسوفر، 2021، ص.13). حيث عرّف كل من جابر وكفافي (1990، ص.1060) اضطرابات الأكل في معجم علم النفس والطب النفسي باعتبارها "أنماط السلوك التي تتضمن الأشكال المرضية الآتية: فقدان الشهية العصبي، اضطراب اجترار الأكل في الطفولة، التقبؤ، واضطراب الأكل اللانمطي". كما عرّفت اضطرابات الأكل بأنها "اختلال في سلوك تناول الطعام بين الامتناع القهري أو التكرار القهري لتناول الطعام في غير مواعيده، وبكميات تزيد عما يتطلبه النمو الطبيعي، والذي قد يصحبه محاولة من الفرد للتخلص من الطعام الزائد عن حاجة الجسم" (شقيير، 2002؛ النوبي، 2010، ص.28 وفي هذا السياق أوضح تشامبرلين (2022) في كتابه "لست بخير" أن اضطرابات الأكل تعتبر مرض نفسي معقد لا سبب وحيد له، كما أن ذوي الاحتياجات الخاصة ولاسيما ذوي اضطراب طيف التوحد يكونون أكثر عرضة للإصابة بها.

وقد أشارت نتائج العديد من الدراسات إلى انتشار اضطرابات الأكل بصورة جوهرية لدى ذوي الاضطرابات النمائية، فقد أظهرت نتائج دراسة كل من (Totsika, Liew, Absoud, Adnams, 2022) انتشار اضطرابات الأكل بنسبة (40%) بين الأطفال ذوي الإعاقة العقلية، كما توصلت دراسة كل من (Faggioli, Tedesco, Giordano, Priori, Nisticò, Demartini Gambini and (2023) إلى ارتباط مظاهر اضطراب طيف التوحد باضطرابات الأكل.

" الأليكسيثيميا وعلاقتها باضطرابات الأكل لدى عينتين من الأطفال نوي اضطراب طيف التوحد والمعاقين عقليًا القابلين للتعلم "

• نتائج الفرض الرابع ومناقشتها

ينص الفرض الرابع على أنه " توجد فروق دالة إحصائيًا بين متوسطات درجات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة على مقياس الأليكسيثيميا تُعزى لأثر نوع الإعاقة (طيف التوحد، الإعاقة العقلية) "، وللتحقق من صحة هذا الفرض استخدم الباحث اختبار "ت" T-Test لحساب الفروق بين مجموعتين مستقلتين ودلالة تلك الفروق، وفيما يلي نتائج اختبار (ت) للفروق في مقياس الأليكسيثيميا وأبعاده الفرعية (صعوبة وصف المشاعر، صعوبة تحديد المشاعر والتميز بين المشاعر والأحاسيس الجسدية، التفكير الموجه نحو الخارج) تبعًا لنوع الإعاقة:

جدول (20)

نتائج اختبار "ت" لدلالة الفروق في مقياس الأليكسيثيميا وأبعاده الفرعية تبعًا لنوع الإعاقة (ن=150).

المقياس وأبعاده الفرعية	نوع الإعاقة	ن	المتوسط الحسابي (م)	الانحراف المعياري (ع)	درجات الحرية df.	قيمة "ت" المحسوبة	الدلالة الإحصائية
صعوبة وصف المشاعر	طيف التوحد	72	22.99	3.977	148	0.804-	غير دالة إحصائيًا
	الإعاقة العقلية	78	23.51	4.035			
صعوبة تحديد المشاعر	طيف التوحد	72	22.00	4.642	148	1.166-	غير دالة إحصائيًا
	الإعاقة العقلية	78	22.86	4.380			
التفكير الموجه نحو الخارج	طيف التوحد	72	21.61	4.137	148	0.132-	غير دالة إحصائيًا
	الإعاقة العقلية	78	21.71	4.579			
مقياس الأليكسيثيميا الكلي	طيف التوحد	72	66.60	10.596	148	0.858-	غير دالة إحصائيًا
		78	78	68.08	10.506		

قيمة (ت) الجدولية عند مستوى 0.05 ودرجات حرية (148) = 1.960
قيمة (ت) الجدولية عند مستوى 0.01 ودرجات حرية (148) = 2.576

باستقراء النتائج الواردة في جدول (20) يتضح عدم تحقق الفرض الرابع كليًا، حيث تُظهر النتائج أن قيم "ت" المحسوبة للفروق على مستوى الدرجة الكلية لمقياس الأليكسيثيميا وأبعاده الفرعية قد بلغت (-0.858، -0.804، -1.166، -0.132) بالترتيب، وهي قيم غير دالة إحصائيًا عند مستويي دلالة (0.05، 0.01) مقارنة بقيم "ت" الجدولية عند مستويي (0.01، 0.05) لدرجات حرية

148؛ وهذا يشير إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطي درجات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد والإعاقة العقلية في مقياس الأليكسيثيميا وأبعاده الفرعية (صعوبة وصف المشاعر، صعوبة تحديد المشاعر والتمييز بين المشاعر والأحاسيس الجسدية، التفكير الموجه نحو الخارج).

وتعد فئة الإعاقة العقلية Intellectual Disability، واضطراب طيف التوحد Autism Spectrum Disorder في مقدمة الفئات ذات الاحتياجات الخاصة؛ حيث تمثلان معًا مشكلة من المشكلات الاجتماعية الخطيرة؛ لأن هاتين الفئتين أقل قدرة على التكيف الاجتماعي، وأقل قدرة على التصرف في المواقف الاجتماعية والانفعالية، وهو ما يتضح من خلال البرود العاطفي الشديد، واللامبالاة الانفعالية، والإخفاق في تطوير علاقات انفعالية وعاطفية مع الآخرين، والقصور في التعبير عن مشاعرهم وانفعالاتهم فيما يعرف بالأليكسيثيميا (الجبلي، 2015، ص.32)، وعلى ذلك فإن رعاية هاتين الفئتين لا تقف عند حد إلحاقهم بالمدارس الخاصة بهم فحسب، بل تمتد إلى مساعدتهم على تحقيق التوافق النفسي والانفعالي (وادي، 2017؛ البحيري وإمام، 2018).

وتوصف الأليكسيثيميا Alexithymia على أنها عجز في الذكاء الانفعالي، تم تعريفه على أنه عدم القدرة على التمييز بين مشاعر الفرد ووصفها وتصنيفها (Taylor and Bagby, 2004, P.68)، وتعني حرفيًا "No Words for Feelings" بمعنى "لا توجد كلمات للمشاعر" (Jenkins, Frude, Davies, Hill and Harding, 2015, P.1022) وتتضمن سمات الأليكسيثيميا صعوبات في التعرف والتمييز بين المشاعر والأحاسيس الجسدية، وصعوبات في تصنيف ووصف التجارب العاطفية والتفكير الموجه نحو الخارج (Hogeveen and Grafman, 2021, P.47)

وفيما يتعلق بالأليكسيثيميا لدى الأطفال المعاقين عقليًا، أوضح كل من (Davies, et al., 2015) أن هناك ندرة في الدراسات التي تناولت هذا الجانب،

" الأليكسيثيميا وعلاقتها باضطرابات الأكل لدى عينتين من الأطفال نوي اضطراب طيف التوحد والمعاقين عقليًا القابلين للتعلم "

إلى أنه ووفقًا لكل من (Mellor and Dagnan (2005, P.229) أن هناك حاجة قوية للبحث في هذا المجال بسبب أوجه التشابه بين بناء الأليكسيثيميا وصعوبات التمييز الانفعالي والأساليب المعرفية الخارجية التي تميز الأطفال المعاقين عقليًا، كما أن هناك بعض العوامل المرتبطة بتطور الأليكسيثيميا لديهم، مثل الصدمة وسوء المعاملة الوالدية، وضعف الترابط والارتباط الآمن في مرحلة الطفولة.

• نتائج الفرض الخامس ومناقشتها

ينص الفرض الخامس على أنه " توجد فروق دالة إحصائيًا بين متوسطات درجات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة على مقياس اضطرابات الأكل تُعزى لأثر نوع الإعاقة (طيف التوحد، الإعاقة العقلية) "، وللتحقق من صحة هذا الفرض استخدم الباحث اختبار "ت" T-Test لحساب الفروق بين مجموعتين مستقلتين ودلالة تلك الفروق، وفيما يلي نتائج اختبار (ت) للفروق في مقياس اضطرابات الأكل وأبعاده الفرعية (رفض الأكل، السلوكيات السلبية المرتبطة بتناول الأكل، الانتقائية الغذائية) تبعًا لنوع الإعاقة:

جدول (21)

نتائج اختبار "ت" لدلالة الفروق في مقياس اضطرابات الأكل وأبعاده الفرعية تبعًا لنوع الإعاقة (ن=150).

المقياس وأبعاده الفرعية	نوع الإعاقة	ن	المتوسط الحسابي (م)	الانحراف المعياري (ع)	درجات الحرية .df	قيمة "ت" المحسوبة	الدلالة الإحصائية
رفض الأكل	طيف التوحد	72	22.35	4.077	148	-0.555	غير دالة إحصائيًا
	الإعاقة العقلية	78	22.73	4.356			
السلوكيات السلبية المرتبطة بتناول الأكل	طيف التوحد	72	22.50	4.135	148	-0.760	غير دالة إحصائيًا
	الإعاقة العقلية	78	22.99	3.719			
الانتقائية الغذائية	طيف التوحد	72	22.21	3.794	148	0.549	غير دالة إحصائيًا
	الإعاقة العقلية	78	21.83	4.508			
مقياس اضطرابات	طيف التوحد	72	67.06	8.854	148	-0.348	غير دالة إحصائيًا

قيمة (ت) الجدولية عند مستوى 0.05 ودرجات حرية (148) = 1.960
قيمة (ت) الجدولية عند مستوى 0.01 ودرجات حرية (148) = 2.576

باستقراء النتائج الواردة في جدول (21) يتضح عدم تحقق الفرض الخامس كلياً، حيث تُظهر النتائج أن قيم "ت" المحسوبة للفروق على مستوى الدرجة الكلية لمقياس اضطرابات الأكل وأبعاده الفرعية قد بلغت (-0.348، -0.555، -0.760، 0.549) بالترتيب، وهي قيم غير دالة إحصائياً عند مستويي دلالة (0.05، 0.01) مقارنة بقيم "ت" الجدولية عند مستويي (0.05، 0.01) لدرجات حرية 148؛ وهذا يشير إلى عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطي درجات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد والإعاقة العقلية في مقياس اضطرابات الأكل وأبعاده الفرعية (رفض الأكل، السلوكيات السلبية المرتبطة بتناول الأكل، الانتقائية الغذائية).

حيث أوضح تشامبرلين (2022) في كتابه "لست بخير" أن اضطرابات الأكل تعتبر مرضاً نفسياً معقد لا سبب وحيد له، كما أن ذوي الاحتياجات الخاصة ولاسيما ذوي اضطراب طيف التوحد يكونون أكثر عرضة للإصابة بهذه الاضطرابات.

وهذا ما أكدته دراسة كل من (Davies, et al., 2015) وقد أسفرت النتائج عن وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين الأليكسيثيميا وسلوكيات التحدي لدى الأطفال المعاقين عقلياً. ودراسة كل من مكاي وياسين وسيف (2019) وأظهرت النتائج وجود علاقة ارتباطية عكسية دالة إحصائياً بين مهارات التفكير الإيجابي للأمهات وبين أعراض الأليكسيثيميا لدى أطفالهن ذوي اضطراب طيف التوحد. وفي هذا الإطار قد أجرى كل من and Panayiotou Luminet, Vaiouli (2022) مراجعة منهجية للكشف عن مدى ارتباط أعراض اضطراب طيف التوحد باضطراب الأليكسيثيميا، وتمت مراجعة قواعد البيانات العالمية عبر الإنترنت بشكل منهجي للدراسات المتعلقة بالموضوع، وأشارت النتائج إلى انتشار الأليكسيثيميا لدى الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد بصورة دالة وأعلى مقارنة بالأطفال العاديين. من جهة أخرى أسفرت نتائج دراسة كل من Gormley, et al., (2022) والتي أجريت على عينة تألفت من (43) من ذوي اضطراب طيف التوحد تراوحت أعمارهم ما بين (10 - 18) سنة، عن وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائياً ب الأليكسيثيميا والتنظيم الانفعالي لدى ذوي اضطراب طيف التوحد.

" الأليكسيثيميا وعلاقتها باضطرابات الأكل لدى عينتين من الأطفال نوي اضطراب طيف التوحد والمعاقين عقليًا القابلين للتعلم "

• نتائج الفرض السادس ومناقشتها

ينص هذا الفرض على أنه " تسهم اضطرابات الأكل إسهامًا دالًا إحصائيًا في التنبؤ بالأليكسيثيميا لدى الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة "، وللتحقق من صحة هذا الفرض تم إجراء تحليل الانحدار الخطي البسيط بطريقة الإدخال المتزامن Enter باعتبار درجات الأطفال على مقياس اضطرابات الأكل متغير مستقل، والأليكسيثيميا متغير تابع، وقد تم التأكد في البداية من مدى ملائمة نموذج الانحدار الخطي من خلال نتائج تحليل التباين، وفيما يلي النتائج التي تم الحصول عليها:

جدول (22)

نتائج تحليل التباين للانحدار الخطي المتعدد.

الدالة الإحصائية	قيمة "ف"	متوسط المربعات	درجات الحرية .df	مجموع المربعات	مصدر التباين	العينة
(0.000) دالة إحصائيًا عند 0.001	97.38 5	4637.736	1	4637.736	الانحدار	اضطراب طيف التوحد (ن=72)
		47.623	70	3333.583	البواقي	
			71	7971.319	الكلية	
(0.000) دالة إحصائيًا عند 0.001	65.44 2	3932.532	1	3932.532	الانحدار	الإعاقة العقلية (ن=78)
		60.092	76	4567.007	البواقي	
			77	8499.538	الكلية	
(0.000) دالة إحصائيًا عند 0.001	159.7 32	8591.940	1	8591.940	الانحدار	العينة ككل (ن=150)
		53.790	148	7960.893	البواقي	
			149	16552.833	الكلية	

يتضح من جدول (22) تحقق الفرض السادس الذي ينص على أنه " تسهم اضطرابات الأكل إسهامًا دالًا إحصائيًا في التنبؤ بالأليكسيثيميا لدى الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة "، حيث بلغت قيم "ف" المحسوبة (97.385، 65.442، 159.732)، وهي قيم دالة عند مستوى دلالة 0.001.

جدول (23)

نتائج تحليل الانحدار الخطي البسيط (الأليكسيثيميا).

معامل التحديد R ² المعدل	معامل التحديد R ²	معامل الارتباط R	ثابت الانحدار	اختبار "ت" لمعنوية معامل الانحدار	معامل الانحدار	الوزن الانحداري Beta	العينة
0.576	0.582	0.763	5.387	**9.868	0.913	0.763	اضطراب التوحد
0.456	0.463	0.680	11.994	**8.090	0.830	0.680	الإعاقة العقلية
0.516	0.519	0.720	8.620	*12.639	0.873	0.720	العينة ككل

** دالة عند مستوى 0.001

يتضح من النتائج الواردة في الجدولين السابقين (22، 23) أنه يمكن التنبؤ بالأليكسيثيميا بمعلومية الدرجة على مقياس اضطرابات الأكل، حيث بلغت قيم معامل الارتباط (0.763، 0.680، 0.720) بينما بلغت قيم معامل التحديد (0.576، 0.456، 0.516) وهذا يعني أن المتغير المستقل (اضطرابات الأكل) يفسر حوالى (57.6%، 45.6%، 51.6%) من التباين الكلي لأداء الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة (ذوي اضطراب طيف التوحد، ذوي الإعاقة العقلية، وعينة البحث ككل) على مقياس الأليكسيثيميا، ويؤكد ذلك قيم "ت" لدلالة معامل الانحدار، والتي بلغت (9.868**، 8.090**، 12.639**)، وهي قيم دالة إحصائيًا عند مستوى 0.001، وهذا يعني أن العلاقة بين المتغيرين هي علاقة حقيقية، ويشير ذلك إلى تحقق الفرض السادس، ومن الجدول السابق يمكننا استنتاج معادلة الانحدار كالتالي:

الصيغة العامة لمعادلة الانحدار البسيط

$$ص = ب س + أ$$

حيث إن (ص) هي قيمة المتغير التابع وهو (الأليكسيثيميا)، و(س) هي قيمة المتغير المستقل وهو (اضطرابات الأكل)، و(ب) معاملات الانحدار (0.913، 0.830، 0.873)، و(أ) هي ثابت الانحدار ويبلغ (5.387، 11.994، 8.620)، لتصبح معادلات الانحدار الخطي البسيط كما يلي:

$$\text{عينة الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد: الأليكسيثيميا} = (0.913) \times$$

$$\text{اضطرابات الأكل} + 5.387$$

" الأليكسيثيميا وعلاقتها باضطرابات الأكل لدى عينتين من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد والمعاقين عقليًا القابلين للتعلم "

عينة الأطفال ذوي الإعاقة العقلية: الأليكسيثيميا = (0.830) × اضطرابات الأكل + 11.994.

عينة البحث ككل: الأليكسيثيميا = (0.873) × اضطرابات الأكل + 8.620.

ويعزى ذلك إلى وجود صعوبات في نمو وتنظيم الانفعال - مسبقاً - لدى الفرد مما يجعله مضطرباً انفعالياً في مواقفه وعلاقاته، فيجد صعوبة في التعرف على مشاعره والتعبير عنها لفظياً أو غير لفظي، وصعوبة في التمييز بين المشاعر والأحاسيس الفسيولوجية أو الجسمية، والاستغراق في التفاصيل الخارجية للأحداث وعزو الأحداث والنتائج إلى عوامل خارجية، وضحالة الخيال وسطحية التفكير والجمود الفكري.

وهناك تأييد نظري واسع النطاق لفكرة أن تنظيم الانفعال ضروري من أجل التوافق، فالفشل (القصور) في تنظيم الانفعال يعد عاملاً أساسياً في معظم أنواع الأمراض النفسية (Adrian et al., 2009; Seligowshi, Rogers & Orcutt, 2016).

حيث تم وصف الأليكسيثيميا بأنها صعوبات في التمييز الانفعالي، والتمييز بين المشاعر المختلفة والأحاسيس الجسدية، وصعوبات في التعبير عن المشاعر، ونقص الخيال، والأفكار التي تركز على الخبرة الخارجية السطحية (Hogeveen and Grafman, 2021, and Preece and Gross, 2023, P.47). وتعتبر الأليكسيثيميا سمة متعددة الأبعاد تتكون من ثلاثة مكونات أساسية، هي صعوبة تحديد المشاعر، وصعوبة وصف المشاعر، والتفكير الموجه نحو الخارج (Larionow, Mudło-Głagolska Preece and, 2022)، ووفقاً لنتائج العديد من الدراسات تم اعتبار الأليكسيثيميا كعامل خطر مشترك في مجموعة من الاعتلالات النفسية والاضطرابات الانفعالية مثل القلق والاكتئاب واضطرابات الأكل (Preece, Becerra, Robinson, Allan, Boyes, Chen and Gross, 2020).

واستناداً إلى ما سبق عرضه، يمكن تفسير ذلك بأنه يتعلق بعدم القدرة على التعبير اللفظي عن المشاعر والأحاسيس، ويعود ذلك إلى سيطرة النشاط العصبي الفسيولوجي على الاستجابات بالإنفصال عن النظام المعرفي والذي يشمل المخططات حيث يوجد بداخلها الترميز التخيلي الذي يعطي الوصف والمسميات للمشاعر.

ملخص نتائج البحث:

يمكن تلخيص النتائج الخاصة بالبحث الحالي فيما يلي:

نتائج الفرض الأول: وجود علاقة ارتباطية موجبة (طردية) دالة إحصائياً بين درجات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة على مقياس الأليكسيثيميا وأبعاده الفرعية، وبين درجاتهم على مقياس اضطرابات الأكل وأبعاده الفرعية.

نتائج الفرض الثاني: عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطي درجات الذكور والإناث في مقياس الأليكسيثيميا وأبعاده الفرعية (صعوبة وصف المشاعر، صعوبة تحديد المشاعر والتمييز بين المشاعر والأحاسيس الجسدية، التفكير الموجه نحو الخارج)

نتائج الفرض الثالث: عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطي درجات الذكور والإناث في مقياس اضطرابات الأكل وأبعاده الفرعية (رفض الأكل، السلوكيات السلبية المرتبطة بتناول الأكل، الانتقائية الغذائية)،

نتائج الفرض الرابع: عدم وجود دالة إحصائياً بين متوسطات درجات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة على مقياس الأليكسيثيميا تُعزى لأثر نوع الإعاقة (طيف التوحد، الإعاقة العقلية)

نتائج الفرض الخامس: عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطي درجات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد والإعاقة العقلية في مقياس اضطرابات الأكل وأبعاده الفرعية (رفض الأكل، السلوكيات السلبية المرتبطة بتناول الأكل، الانتقائية الغذائية).

نتائج الفرض السادس: تسهم اضطرابات الأكل إسهاماً دالاً إحصائياً في التنبؤ بالأليكسيثيميا لدى الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة.

توصيات البحث:

في ضوء النتائج التي تم التوصل إليها نوصى بما يأتي:

- 1- عقد ندوات من خلال المتخصصين في مجال الإرشاد النفسي بالمدارس، وفيها يتم تناول مظاهر اضطراب الأكل لدى الأطفال ذوي الفئات الخاصة والعادين، وتوضيح الآثار السلبية علي الفرد والأسرة والمجتمع، وبيان كيفية التخلص منه ومن القصور في التنظيم الانفعالي والأليكسيثيميا.

" الأليكسيثيميا وعلاقتها باضطرابات الأكل لدى عينتين من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد والمعاقين عقليًا القابلين للتعلم "

- 2- إعداد مطويات ونشرات إرشادية للآباء والأمهات والطلاب والمعلمين؛ للتعرف علي كيفية مساعدة الطلاب ذوي القصور في تنظيم الانفعال والأليكسيثيميا.
- 3- إعداد برامج إرشادية ودورات نفسية للطلاب ذوي اضطراب الأليكسيثيميا واضطراب الأكل، من خلال الباحثين التربويين والمرشدين النفسيين والمعالجين النفسيين.
- 4- تنفيذ دورات تثقيفية وندوات للآباء وأمهات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة؛ لتوعيتهم بأهمية دورهم في تنظيم الانفعال لدى الأبناء.
- 5- تضمين بعض وسائل الإعلام وسائل إرشادية تهدف إلى إرساء قواعد الوعي الصحى والتعبير الإنفعالى فى مراحل النمو المختلفة.

بحوث مقترحة:

وفي ضوء الأطر النظرية والنتائج المستخلصة من البحث الحالي، يمكن اقتراح الموضوعات الآتية:

- 1- فاعلية برنامج معرفي سلوكي في التخفيف من الأليكسيثيميا وأثرها في تنمية الثقة بالنفس لدى عينتين من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد والمعاقين عقليًا "
- 2- فعالية برنامج إرشادي في تنمية الثقة في النفس لدي ذوي اضطراب الأليكسيثيميا واضطرابات الأكل لدى عينة من الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة
- 3- الأليكسيثيميا كمتغير وسيط بين الكفاءة الذاتية والثقة بالنفس لدى عينة من أطفال اضطراب طيف التوحد.
- 4- دراسة العلاقة الارتباطية بين اضطراب الأكل وكلّ من: " الاكتئاب، وأساليب المعاملة الوالدية، "لدى عينتين من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد والمعاقين عقليًا.

المراجع:

أولاً: المراجع العربية:

- البحيري، عبد الرقيب أحمد وإمام، محمود محمد (2018). اضطراب طيف التوحد: الدليل التطبيقي للتشخيص والتدخل العلاجي. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- تشامبرلين، كلير (2022). لست بخير. (ترجمة: طويل، ريم). لبنان، بيروت: دار الساقى للنشر والتوزيع.
- جابر، جابر عبد الحميد وكفافي، علاء الدين (1988). معجم علم النفس والطب النفسي. الجزء الأول. القاهرة: دار النهضة العربية.
- جابر، جابر عبد الحميد وكفافي، علاء الدين (1990). معجم علم النفس والطب النفسي. الجزء الثالث. القاهرة: دار النهضة العربية.
- الجبلي، سوسن شاكر (2015). التوحد الطفولي: أسبابه، خصائصه، تشخيصه، علاجه. سوريا، دمشق: دار ومؤسسة رسلان للطباعة والنشر والتوزيع.
- الحمادي، أنور (2014). خلاصة الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات العقلية DSM-5. لبنان، بيروت: الدار العربية للعلوم ناشرون.
- رشوان، هبة الله علي عبد العظيم (2020). تأثير برنامج اللعب الإيهامي على مستوى التفكير الإيجابي وخفض مستوى المخاوف الاجتماعية لدى الأطفال المصابين باضطراب المشاعر الأليكسيثيميا. مجلة أسويط لعلوم وفنون التربية الرياضية، كلية التربية الرياضية، جامعة أسويط، 4(53)، 852-877.
- الروسان، فاروق فارغ (2018). مقدمة في الإعاقة العقلية. (ط7)، الأردن، عمان: دار الفكر ناشرون.
- شحاتة، غادة عبد السلام محمد (2022). استخدام التدخل السلوكي المبكر المكتف "EIBI" للحد من أعراض اضطراب التغذية الاجتتابي المقيد لدى عينة من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد "ASD". مجلة بحوث ودراسات الطفولة، كلية التربية للطفولة المبكرة، جامعة بني سويف، 7(4)، 974-1049.
- شقير، زينب محمود (2002). مقياس اضطرابات الأكل. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- شقير، زينب محمود وموسى، محمد سيد (2007). اضطراب التوحد. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- فيفار، بيدرو (2022). السعادة هي المشكلة. (ترجمة: سالم، محمد). (ط2)، الكويت: دار صوفيا للنشر والتوزيع.

" الأليكسيثيميا وعلاقتها باضطرابات الأكل لدى عنتين من الأطفال نوي اضطراب طيف التوحد والمعاقين عقليًا القابلين للتعلم "

- القريطي، عبد المطلب أمين (2012). سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة وتربيتهم. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- قليوبي، خالد محمد محمد (2021). القبول والرفض الوالدي المدرك وعلاقته باضطراب الأليكسيثيميا لدى المراهقين ذوي طيف الأوتيزم بمدارس الدمج بمدينة جدة. مجلة العلوم التربوية والنفسية، المركز القومي للبحوث غزة، 5(5)، 123-150.
- كفافي، علاء الدين والدواش، فؤاد محمد والحديبي، مصطفى عبد المحسن (2020). مقياس تورنتو للأليكسيثيميا "البلادة الوجدانية" للمراهقين والراشدين. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- محمد، حسين أحمد عبد الفتاح (2021). اضطرابات التغذية والأكل وما يترتب عليها من مشكلات تناول الطعام لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد والإعاقة العقلية. مجلة الجامعة الإسلامية للعلوم التربوية والاجتماعية، الجامعة الإسلامية بالمدينة المنورة، (8)، 89-128.
- محمود، محمد الأمير إبراهيم والأشرم، رضا إبراهيم محمد (2020). عادات الأكل لدى الأطفال ذوي الاضطرابات النمائية وأقرانهم ذوي النمو الطبيعي. مجلة التربية الخاصة والتأهيل. مؤسسة التربية الخاصة والتأهيل، 10 (37)، 27-78.
- مكاوي، لمياء محمد محمد وياسين، حمدي محمد وسيف، رباب (2019). مهارات التفكير الإيجابي للأمهات وأعراض الأليكسيثيميا لأطفالهن الذاتويين: دراسة ارتباطية مقارنة. مجلة البحث العلمي في الآداب، كلية البنات للآداب والعلوم والتربية، جامعة عين شمس، 10(20)، 474-502.
- النوبي، محمد علي (2010). مقياس اضطراب الأكل: الشرح العصبي للمراهقين المعاقين بدنيًا والعاديين. القاهرة: دار صفاء للنشر والتوزيع.
- وادي، أحمد (2017). الإعاقة العقلية: الأسباب، التشخيص، التأهيل. الأردن، عمان: دار أسامة للنشر والتوزيع.
- والش، برنارد تيموثي وعطية، إيفلين وغلأسوفر، ديورا (2021). اضطرابات الأكل: ما يحتاج الجميع إلى معرفته. (ترجمة: دغيم، أميرة علي). الإمارات العربية المتحدة، أبو ظبي: المتحدة للطباعة والنشر.
- وظفة، علي إسماعيل (2014). التوحد عند الأطفال. الأردن، عمان: الأكاديميون للنشر والتوزيع.

ثانياً: المراجع الأجنبية:

- Adams, D & ,Oliver, C. (2011). The expression and assessment of emotions and internal states in individuals with severe or profound intellectual disabilities .Clinical psychology review ,306-293 (3) 31.
- Al-Kindi, N. M., Al-Farsi, Y. M., Waly, M. I., Al-Shafae, M. S., Bakheit, C. S., Al-Sharbati, M. M., & Al-Adawi, S. (2016). Comparative assessment of eating behavior among children with autism to typically developing children in Oman. Canadian Journal of Clinical Nutrition, 4(2), 51-64.
- American Psychiatric Association.(2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5 (Vol. 5, No. 5). Washington, DC: American psychiatric association.
- Bamonti, P. M., Heisel, M. J., Topciu, R. A., Franus, N., Talbot, N. L., & Duberstein, P. R. (2010). Association of alexithymia and depression symptom severity in adults aged 50 years and older. The American Journal of Geriatric Psychiatry, 18(1), 51-56.
- Bandini, L. G., Curtin, C., Eliasziw, M., Phillips, S., Jay, L., Maslin, M., & Must, A. (2019). Food selectivity in a diverse sample of young children with and without intellectual disabilities. Appetite, 133, 433-440.
- Baron-Cohen, S., & Belmonte, M. K. (2005). Autism: a window onto the development of the social and the analytic brain. Annu. Rev. Neurosci., 28, 109-126.
- Bird, G., & Cook, R. (2013). Mixed emotions: the contribution of alexithymia to the emotional symptoms of autism. Translational psychiatry, 3(7), e285-e285.
- Cebula, K. R., Wishart, J. G., Willis, D. S., & Pitcairn, T. K. (2017). Emotion recognition in children with down syndrome: Influence of emotion label and expression intensity. American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities, 122(2), 138-155.
- Craparo, G., Faraci, P., & Gori, A. (2015). Psychometric properties of the 20-item Toronto Alexithymia Scale in a group of Italian younger adolescents. Psychiatry investigation, 12(4), 500.
- Davies, B. E., Frude, N., Jenkins, R., Hill, C., & Harding, C. (2015). A study examining the relationship between alexithymia and challenging behaviour in

adults with intellectual disability. Journal of Intellectual Disability Research, 59(11), 1022-1032.

- Donfrancesco, R., Di Trani, M., Gregori, P., Auguanno, G., Melegari, M. G., Zaninotto, S., & Luby, J. (2013). Attention-deficit/hyperactivity disorder and alexithymia: a pilot study. ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders, 5, 361-367.

- Durukan, İKara, K., Almbaideen, M., Karaman, D., & Gül, H. (2018). Alexithymia, depression and anxiety in parents of children with neurodevelopmental disorder: comparative study of autistic disorder, pervasive developmental disorder not otherwise specified and attention deficit-hyperactivity disorder. Pediatrics International, 60(3), 247-253

- Engel-Yeger, B., Hardal-Nasser, R., & Gal, E. (2016). The relationship between sensory processing disorders and eating problems among children with intellectual developmental deficits. British Journal of Occupational Therapy, 79(1), 17-25.

- Gaigg, S. B., Cornell, A. S., & Bird, G. (2018). The psychophysiological mechanisms of alexithymia in autism spectrum disorder. Autism, 22(2), 227-231.

- Gormley, E., Ryan, C., & McCusker, C. (2022). Alexithymia is associated with emotion dysregulation in young people with autism spectrum disorder. Journal of Developmental and Physical Disabilities, 34(1), 171-186.

- Hamidi, S., Rostami, R., Farhoodi, F., & Abdolmanafi, A. (2010). A study and comparison of Alexithymia among patients with substance use disorder and normal people. Procedia-Social and Behavioral Sciences, 5, 1367-1370.

- Hassen, N. B., Molins, F., Garrote-Petisco, D., & Serrano, M. Á. (2023). Emotional regulation deficits in autism spectrum disorder: The role of alexithymia and interoception. Research in Developmental Disabilities, 132, 104378.

- Hill, E., Berthoz, S., & Frith, U. (2004). Brief report: Cognitive processing of own emotions in individuals with autistic spectrum disorder and in their relatives. Journal of autism and developmental disorders, 34, 229-235.

- Hogeveen, J., & Grafman, J. (2021). Alexithymia. Handbook of clinical neurology, 183, 47-62.
- Keel, P. K. (2017). Eating disorders. Oxford University Press.
- Khan, A. N., & Jaffee, S. R. (2022). Alexithymia in individuals maltreated as children and adolescents: a meta-analysis. Journal of child psychology and psychiatry, 63(9), 963-972.
- Larionow, P., Preece, D. A., & Mudło-Głagolska, K. (2022). Assessing alexithymia across negative and positive emotions: Psychometric properties of the Polish version of the Perth Alexithymia Questionnaire. Frontiers in Psychiatry, 13, 1047191.
- Lee, K., Cascella, M., & Marwaha, R. (2019). Intellectual disability.
- Lenzo, V., Barberis, N., Cannavò, M., Filastro, A., Verrastro, V., & Quattropiani, M. C. (2020). The relationship between alexithymia, defense mechanisms, eating disorders, anxiety and depression. Rivista di psichiatria, 55(1), 24-30.
- Lord, C., Brugha, T. S., Charman, T., Cusack, J., Dumas, G., Frazier, T., ... & Veenstra-VanderWeele, J. (2020). Autism spectrum disorder. Nature reviews Disease primers, 6(1), 1-23.
- Mellor, K., & Dagnan, D. (2005). Exploring the concept of alexithymia in the lives of people with learning disabilities. Journal of Intellectual Disabilities, 9(3), 229-239.
- Milosavljevic, B., Carter Leno, V., Simonoff, E., Baird, G., Pickles, A., Jones, C. R., ... & Happé, F. (2016). Alexithymia in adolescents with autism spectrum disorder: Its relationship to internalising difficulties, sensory modulation and social cognition. Journal of autism and developmental disorders, 46, 1354-1367.
- Muir, X., Preece, D. A., & Becerra, R. (2023). Alexithymia and eating disorder symptoms: the mediating role of emotion regulation. Australian Psychologist, 1-11.
- Nicolò, G., Semerari, A., Lysaker, P. H., Dimaggio, G., Conti, L., D'Angerio, S., ... & Carcione, A. (2011). Alexithymia in personality disorders: Correlations with symptoms and interpersonal functioning. Psychiatry research, 190(1), 37-42.

-
- Nisticò, V., Faggioli, R., Tedesco, R., Giordano, B., Priori, A., Gambini, O., & Demartini, B. (2023). Brief report: sensory sensitivity is associated with disturbed eating in adults with autism spectrum disorders without intellectual disabilities. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 53(8), 3295-3300.
- Norman, H., Oskis, A., Marzano, L., & Coulson, M. (2020). The relationship between self-harm and alexithymia: a systematic review and meta-analysis. *Scandinavian journal of psychology*, 61(6), 855-876.
- Patel, D. R., Cabral, M. D., Ho, A., & Merrick, J. (2020). A clinical primer on intellectual disability. *Translational pediatrics*, 9(Suppl 1), S23.
- Poquérusse, J., Pastore, L., Dellantonio, S., & Esposito, G. (2018). Alexithymia and autism spectrum disorder: a complex relationship. *Frontiers in psychology*, 9, 1196.
- Preece, D. A., & Gross, J. J. (2023). Conceptualizing alexithymia. *Personality and Individual Differences*, 215, 112375.
- Preece, D. A., Becerra, R., Robinson, K., Allan, A., Boyes, M., Chen, W., ... & Gross, J. J. (2020). What is alexithymia? Using factor analysis to establish its latent structure and relationship with fantasizing and emotional reactivity. *Journal of personality*, 88(6), 1162-1176.
- Schalock, R. L., Borthwick-Duffy, S. A., Bradley, V. J., Buntinx, W. H., Coulter, D. L., Craig, E. M., ... & Yeager, M. H. (2010). Intellectual disability: Definition, classification, and systems of supports. American Association on Intellectual and Developmental Disabilities. 444 North Capitol Street NW Suite 846, Washington, DC 20001.
- Serafini, G., Gonda, X., Canepa, G., Pompili, M., Rihmer, Z., Amore, M., & Engel-Yeger, B. (2017). Extreme sensory processing patterns show a complex association with depression, and impulsivity, alexithymia, and hopelessness. *Journal of affective disorders*, 210, 249-257.
- Shah, P., Hall, R., Catmur, C., & Bird, G. (2016). Alexithymia, not autism, is associated with impaired interoception. *cortex*, 81, 215-220.
- Shank, L. M., Tanofsky-Kraff, M., Kelly, N. R., Jaramillo, M., Rubin, S. G., Altman, D. R., ... & Yanovski, J. A. (2019). The association between

alexithymia and eating behavior in children and adolescents. *Appetite*, 142, 104381.

- Shoeib, A. M. (2020). The Effectiveness of a Training Program to Relieve Alexithymia on a Sample of Children with Down Syndrome at the Primary Stage (Doctoral dissertation, Faculty of Education, Menoufiya University).

- Szatmari, P., Georgiades, S., Duku, E., Zwaigenbaum, L., Goldberg, J., & Bennett, T. (2008). Alexithymia in parents of children with autism spectrum disorder. *Journal of autism and developmental disorders*, 38, 1859-1865.

-Taylor, G. J., & Bagby, R. M. (2004). New trends in alexithymia research. *Psychotherapy and psychosomatics*, 73(2), 68-77.

- Totsika, V., Liew, A., Absoud, M., Adnams, C., & Emerson, E. (2022). Mental health problems in children with intellectual disability. *The Lancet Child & Adolescent Health*.

-Treasure, J., & Schmidt, U. (2013). *Clinician's guide to Getting better bit (e) by bit (e): a survival kit for sufferers of bulimia nervosa and binge eating disorders*. Routledge.

-Vaiouli, P., Luminet, O., & Panayiotou, G. (2022). Alexithymic and autistic traits in children and adolescents: a systematic review of the current state of knowledge. *Autism*, 26(2), 308-316.

-Wehmeyer, M. L. (2013). *The story of intellectual disability*. Paul H. Brookes.

-Westwood, H., Kerr-Gaffney, J., Stahl, D., & Tchanturia, K. (2017). Alexithymia in eating disorders: Systematic review and meta-analyses of studies using the Toronto Alexithymia Scale. *Journal of psychosomatic research*, 99, 66-81.

-World Health Organisation. Disorders of intellectual development. Available online; <https://icd.who.int/browse11/1> Accessed January 21, 2020.

-Wolf, J. M., Fein, D. A., & Akshoomoff, N. (2007). Autism spectrum disorders and social disabilities. *Pediatric neuropsychological intervention*, 151-174.

-Zam, W., Saijari, R., & Sijari, Z. (2018). Overview on eating disorders. *Progress in Nutrition*, 20(2-S), 29-35.