فعالية برنامج إرشادي فى خفض الأليكسيثيميا لدى الأطفال المحرومين من الرعاية الوالدية

بحث مشتق من رسالة دكتوراة

مقدم من

هبة كمال مكى حسن محمد

مدرس مساعد بقسم الصحة النفسية

إشراف

أ.د / سميرة محمد شند
أستاذ الصحة النفسية
كلية التربية – جامعة عين شمس

أ.م.د / عمرو رفعت عمر
أستاذ الصحة النفسية المساعد
كلية التربية – جامعة بورسعيد

١٤٣٤هـ – ٢٠١٣ م

الملخص

لاشك أن حرمان الطفل من الرعاية الوالدية يؤدى إلى حرمانه من العلاقة القوية التي تمده بالحب والأمان الأمر الذي يؤدى إلى إعاقة نموه وخلق شخصيه غير متزنه انفعاليا خاصة في ظل الحياة داخل مؤسسات محاطة بأسوار وفقا للوائح من شأنها حرمانهم من ذاتيتهم وصبغهم بصبغةحزينه متبلدة انفعاليًا،وعليه فإن الدراسة الحالية تسعي إلى تقديم برنامج إرشادي يستهدف خفض الأليكسيثيميا لدي الأطفال المحرومين من الرعاية الوالدية.طبقت الدراسة علي عينة قوامها(ن= ٨)أطفال،(٤ذكورو٤ أناث) من المحرومين من الرعاية الوالدية والمودعين بالمؤسسات الإيوائية يبلغون من العمر ١٠-١٢عامًا،واستخدمت الدراسة الأدوات التالية:- مقياس الأليكسيثيميا للأطفال(إعداد الباحثة)،مقياس القدرة على التعرف على المشاعر المصوروالمقياس المصورللحالة المزاجية للأطفال(إعداد الباحثة)،استمارة بيانات أولية (إعداد الباحثة)،وقائمة بأعراض الأليكسيثيميا (إعداد الباحثة)كما استخدمت المنهج التجريبي من خلال تصميم المجموعة الواحدة (المجموعة التجريبية)القياس القبلي والبعدي،وتمت معالجة نتائج الدراسة باستخدام:(الإحصاء الوصفي(مقاييس النزعة المركزية ومقاييس التشتت)،الإحصاء اللابارامتري (اختباريلكو كسون) لبيان الفروق بين المجموعات المترابطة وحساب قيمة z، بالإضافة إلى التحليل العاملي التوكيدي و الاستكشافي للتأكد من الصدق العاملي لبنيه بعض الأدوات المستخدمة في الدراسة)،ولقد أسفرت الدراسة عن النتائج التالية :- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات الرتب لدرجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس الأليكسيثيميا بأبعادها المختلفة بعد تطبيق البرنامج الإرشادي لصالح القياس البعدى، كذلك عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات الرتب لدرجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس الاكتئاب ومقياس الأليكسيثيميا بأبعادها المختلفة بعد ستة أشهر من تطبيق البرنامج.

Abstract

Aim: To provide a Counselling program helping to reduce alexithymia symptoms in children deprived of parental care . Setting : Primary education children aged 10-12years (4 males & 4 females) at governmental schools in Port Said governorate staying at sheltered institutions of the Ministry of Social Affairs .Methods : At first a survey study to determine a sample of children deprived of parental care suffering from alexithymia symptoms followed by Selection of the final sample size , then the pre measurement application of Standards for alexithymia on the study group was done .The application of the counselling program to reduce alexithymia symptoms followed by application of the previous measurements to the study group. Follow up application of alexithymia measurements after six months from the end of the program. Results : There are significant differences of a statistical indication between the mean ranks of the scores of the experimental group in the post measurement using the dimensions of Alexithymia like the difficulty of identifying feelings (DIF), the difficulty to describe feelings (DDF), the externally oriented thinking (EOT) plus the overall score of Alexithymia plus the scores of the members of the same group in the pre measurement test after applying the Counselling program in favor of the post measurement. There are no significant differences of a statistical indication between the mean ranks of the scores of the experimental group in the post measurement on the scale of depression with its different dimensions and the scores of the members of the same group in the follow up measurement. Conclusion : Counselling program helping to reduce alexithymia symptoms in children deprived of parental care is a valid program .

مقدمة:

لقد خلق الله تعالى الإنسان كي يستخلفه في الأرض فجعل كيانه ممزوجًا بطموحه كى يقوده إلى التقدم والبناء وعمارة الأرض ، إلا أنه يسعى وقدماه مغروستان فى الواقع بما يحويه من مآسى وعقبات وأحياناً صدمات ، لكن بصره يرنو إلى المستقبل ، والمستقبل في حياة الإنسان هم الأطفال لكونهم صانعو هذا المستقبل ، فالطفولة رمزاً للمستقبل وأداة صنعه ،ويمثل اضطراب العلاقات الأولى الت يعيشها الطفل فى كنف الأسرة عامل خطورة للتنبؤ بالمشكلات السلوكية والانفعالية ، فاختلال اتزان المثلث الأسرى (الأب والأم والأطفال) يؤدى غالبًا لهزات انفعاليه عنيفة يصحبها فى الأغلب ظهور فقر وعجز فى المشاعر ،فالطفل المحروم من الرعاية الوالدية هو طفل فاقد لأى دعامه – ولو ضعيفه – تمكنه من أن يسير في طريق النمو السوى ليحقق إشباعاته المختلفة خاصة في ظل الحياة داخل مؤسسات محاطة بأسوار ونظم وقوانين مما يطبع حياته بالكآبة والرتابة فلا يمكن لأية مؤسسة بديلة مهما توفرت لها من إمكانيات أن تحل محل الأسرة.

فحرمان الطفل من الوالدين أو من الإطار والمكان الطبيعى الذي اعتاده بأى صورة من صور الحرمان قد يؤدى إلى حرمانه من العلاقة القوية التي تمده بالحب والأمان والرعاية مما يؤدى إلى إعاقة نموه الطبيعى وخلق شخصيه غير متزنة ومذبذبة بعض الشئ ، والطفل الذي يفقد والديه معاً يحرم من أي دعامة ولو ضعيفة تمكنه من أن يسير بسهولة في طريقه إلى النمو السليم والسوى ، كما أنه حرمان من الرابطة الوجدانية الأهم في حياة الطفل ،هذا المناخ يخلق جو من القلق والخوف والكآبه ،مما يجعل الفرد غير قادر علي إقامة روابط وجدانية صحية،وفي غياب هذه الروابط الوجدانية لا يتكون الضمير ولاتنمو سمات مراقبة الذات والنقد الذاتي ،مما يدعم انتشار الأمراض النفسية والاجتماعية والاضطرابات الوجدانية،فالأطفال المحرومون من الرعاية الوالدية هم أطفال معوقون في دائرة العلاقات الانفعالية الاجتماعية السوية ،هذا الجو يعوق نموهم ويؤذيهم أكثر مما يؤذيهم المرض العضوى وتزداد قابلية الطفل لظهور بعض الأمراض السيكوسوماتية والاضطرابات النفسية والوجدانية ،والذي يعد التبلد الوجداني وعجز المشاعر من أهمها (صلاح الدين عراقي ،١٩٤، ٢٠٠٦؛ إبراهيم الدخاخنى، ٢٠٠٧، ٢٥).

مشكلة الدراسة Problem of the study:

لا شك أن العصر الذي يعيش فيه طفل القرن الواحد والعشرون حمل إليه ثقافه جديدة غير تقليدية أقنعته بأن العلم والتكنولوجيا هما مفتاح التعايش مع الحياة ، وذلك في عالم سادت فيه القوة والثراء المادي والنفسي ، وتطور المجتمع وزادت رفاهية أفراده فاتجهوا نحو العلم وإعمال العقل وأهملوا المشاعر والوجدان ، على الرغم من الأهمية الكبري للوجدان خاصة وأنه

يتشكل ويتطور في مرحلة مبكرة من العمر – فقد تكون السنوات الأولي من حياة الفرد هي الملجأ الأخير لرعاية وتنمية المشاعر والوجدان – من ثم فالأطفال في حاجة ماسة لأن يتعلموا المهارات الوجدانية على نحو متكرر مما يجعل منها سلوكيات إيجابية تحدث بصورة تلقائية.

ولاشك أن عالمنا المعاصر يشهد سلسلة من التناقضات والازدواجية في شتي مجالات الحياة ، كان من نتائجها أن خلفت آثارًا نفسية واجتماعية خطيرة أبرزها فقدان وضعف المشاعر والانفعالات من جهة واستغلال الآخرين من أجل مكاسب شخصية من جهة أخري أو كلاهما ، حيث أصبحت الحياة لدي البعض تخلو من الارتباط الوجدانى أو التمييز والتعبير الوجدانى أو الاستجابة الوجدانية ، ولاشك أن التعبير عن المشاعر له أهميته بالنسبة لصحة الفرد ، والتي إذا ما أُعيق التعبير عنها أدي ذلك إلي اضطراب صحة الفرد النفسية والجسمية وسوء علاقاته الاجتماعية وهو ما أكدته العديد من الدراسات(Carano ,et.al., 2006,p.332; Muleller&Alpers, 2006,p.489).

والواقع أنه خلال العقد الماضي اكتسبت الانفعالات قدرًا كبيرًا من الاهتمام العلمي بوصفها مؤشرًا واضحًا لصلاح أوسعادة الانسان بشكل عام ومن الملائم أن نعترف أنه كما هو الحال انصب اهتمام الباحثين على الراشدين بينما تأخر الاهتمام بالأطفال،يظهر هذا جليًا كذلك في كون البحث في مجال الطفولة لم يؤدى إلي الوقاية من ظهور وتطور نموالسلوك المضاد للمجتمع والاضطرابات النفسية لدي المراهقيين والراشديين ،من ثم أفادت نتائج الدراسات أن بناء نقاط القوة- المعرفية والوجدانية – لدي الأطفال يمكن أن يستخدم كمصدات وحواجز واقية في وجه تطور كلاً من المشكلات الإنفعالية والسلوكية لدي المراهقين(مرعي سلامة ،٢٠١١، ٢٧).هذا ويرجع الاهتمام بمرحلة الطفولة إلى كون تلك المرحلة شبه منسية من ناحية البحث العلمى لزيادة الاهتمام بالمراحل اللاحقة من النمو إلا أنه في تلك المرحلة يهتم الطفل بجسمه وينمو مفهوم الذات الجسمية وبالتالي تؤثر في نمو شخصيته ، وتظهر الفروق الفردية بين الأطفال،كما تتضح الفروق بين الجنسيين (السيد السنباطى، ٢٠٠٧، ٤٤).

ولقد أكدت العديد من الدراسات على أهمية التعبير عن المشاعر بالنسبة لصحة الفرد، وأنه إذا أعيق التعبير عنها أدى ذلك إلى اضطراب صحتة النفسية والجسمية وسوء علاقاته الاجتماعية (Sperana,et,al., 2005; Carano, et.al., 2006; Muleller& Apers, 2006)،وقد أكدت الدراسات على هذه الأسباب وغيرها من العوامل، فلقد أشارت دراسة جونى بولاك (Pollak, 2005)إلى أنه أمكن التنبؤ بالأليكسيثيميا من القدرة على التعبير في أسرة الفرد الأولى والعلاقات الأسرية الداخلية ، كما تعد قلة التعبير الوجدانى للوالد منبئة بالأليكسيثيميا لدى الشباب، وأن قلة التعبير الوجدانى للأم داخل الأسرة منبئة بالتوجه الخارجى المنحي في التفكير لدى

الفتيات (Shaver & Mikulineer, 2005) كما أوضحت دراسة (Joukamaa, 2003) أن الاضطرابات الأسرية والتفكك الأسرى عامل رئيسى لحدوث الأليكسيثيميافي مرحلة الطفولة ، ويضيف أن الحالة النفسية السيئة للأم نتيجة الصراعات الأسرية عامل هام منبئ بحدوث الأليكسيثيميا لدى الأبناء ، كما أن الأليكسيثيميا ترتبط بقلة التعبير بين أفراد الأسرة وقلة الشعور بالأمن في الطفولة وخبرات التفكك الأسرى والتصدع العائلى .

من العرض السابق يتضح لنا الدور الجوهرى الذي تلعبه الأسرة في ظهور وتطور الاضطراب فالطفل يستمر في التعلم من خلال علاقته بوالديه محتويات الثقافة التي يعيش فيها ، وأثناء ذلك كله تنمو شخصيته (محمد عبد التواب وآخرون ،٢٠٠٢، ٢٩٥)، وعلى الرغم من ذلك فلقد ندرت الدراسات التي اهتمت بدراسة الأليكسيثيميا لدي الأطفال في البيئة الأجنبية، والتي اقتصرت علي دراستان فقط (Fukunishi,et.al.,1998;Rieffe,et.al.,2006) ، وذلك بهدف تقييم استبيان الأليكسيثيميا لدي الأطفال ،في حين لا توجد دراسة في حدود علم الباحثة اهتمت بتصميم برامج علاجية أو إرشادية لخفض الأليكسيثيميا لدي الأطفال في البيئة الأجنبية ،أما البيئة العربية فلا يوجد دراسة في حدود علم الباحثة اهتمت بدراسة الأليكسيثيميا لدي الأطفال كذلك لا توجد دراسة في حدود علم الباحثة اهتمت بتصميم برامج علاجية أو إرشادية لخفض الأليكسيثيميا لدي الأطفال أوالمراهقين أو الراشدين، وفي هذا الصدد يشير (Rieffe,et.al.,2006,p.124) إلي أنه من المدهش أن الأليكسيثيميا نادرًا ما يتم فحصها عند الأطفال علي الرغم من أنها من المفترض أن تكون سمة شخصية،من ثم المعرفة الجيدة عن الأليكسيثيميا في الطفولة يحسن من مدي استيعابنا لمعدل تطورها خلال دورة حياة الفرد ، لذا فإننا في أمس الحاجة إلي مزيد من البحث والدراسة في هذا الميدان،خاصة وكما يشير(Wiley&Sons ,2000,p.744) إلي أن الدراسات في هذا المجال ليست كافية بالقدر الذي يساعد في التدخل العلاجي لمرضي الأليكسيثيميا بما يحقق فعالية العلاج،من ثم فنحن بحاجة إلي مزيد من الدراسات في هذا الميدان.

غير أن أبلغ مثال يستدعي الدراسة لكونهم فئة تمر بخبرات مؤلمة وتعاني من الحرمان من الرعاية والدعم هم الأطفال الذين حرموا من الرعاية الوالدية ،وهم فئة من المجتمع حالت ظروفهم دون أن يعيشوا الحياة الطبيعية داخل أسرهم،فلقد تعرضوا للحرمان نتيجة عدة عوامل أهمها :الظروف الاقتصادية المتدنية ،الانفصال عن أحد الوالدين أو كليهما إما بالوفاة أو الطلاق أو الهجر،هؤلاء الأبناء هم ضحية لظروف خارجة عن إرادتهم لذا فهم في حاجة إلي الرعاية و الاهتمام ،من هنا نشأت المؤسسات الاجتماعية والإيوائية المختلفة لرعاية هذه الفئة من الأطفال المحرومين من الرعاية الأسرية من خلال تقديم الرعاية الاجتماعية والصحية والتعليمية والثقافية لهم (فاطمة علي،١٩٩٨، ٢٤).

من ثم يتضح لنا من خلال التراث السيكولوجي في تنشئة الأطفال ونمو الشخصية وعلم النفس الاكلينيكي أنه أولي اهتمامًا بالغًا بالتأثيرات فائقة الأهمية والخطورة للوالدية وللتفاعلات بين الوالدين و الأطفال علي الصحة النفسية للأطفال تنميةً ووقايةً وعلاجًا، ومن الأهمية عند التعرف علي دينامية العلاقة بين الوالدين والطفل والتنبؤ بوظيفتيها في الصحة النفسية للأطفال التركيز وبصفة خاصة علي الطبيعة الوجدانية التي تميز هذه العلاقة عما عداها من علاقات بين شخصية ، والتي تؤدي إلي تعزيز السلوك السوي والخصال الشخصية الإيجابية لدي الأطفال وفي المقابل يرتبط اضطراب الرابطة الوجدانية بين الوالدين والطفل إلي اضطراب الأبناء،حيث تتطور العلاقة بينهم داخل دائرة سالبة أو ضارة،من ثم ظهرت تلك المجالات في البحث السيكولوجي كي تساعد في فهم الصحة النفسية للأطفال في سوائها وانحرافها وفي نموها أو اعتلالها (فيولا الببلاوي ،٢٠٠٥، ٣٤٦).

من هنا ظهرت الحاجة الماسة لدراسة تلك الفئة من الأطفال الذين حرموا من الرعاية الوالدية و الأسرية،وتقديم برامج إرشادية لخفض الاضطرابات الانفعالية بوجه عام والأليكسيثيميا بوجه خاص ،فتلك الفئة في أمس الحاجة إلي تقديم الرعاية والاهتمام النفسي والدعم الاجتماعي ،لتعويضهم بعض وليس كل ما يحتاجون إليه نتيجة حرمانهم من حجر الأساس في بناء شخصيتهم ،وهو حرمانهم من رعاية الأب والأم.

وتتحدد مشكلة الدراسة الحالية في التصدي للإجابة علي التساؤل الرئيسى التالى : "مافعالية البرنامج الإرشادى المستخدم فى خفض الأليكسيثيميا لدى الأطفال المحرومين من الرعاية الوالدية؟

<u>ويتفرع من هذا التساؤل الرئيسى التساؤلات الفرعية التالية:</u>

١-إلى أى مدى توجد فروق بين درجات أفرادالمجموعة التجريبية فى القياسين القبلى والبعدى فى الأليكسيثيميا على المقياس المستخدم بعد تطبيق البرنامج الإرشادى ؟

٢-إلى أى مدى توجد فروق بين درجات أفراد المجموعة التجريبية فى القياسين البعدى والتتبعى فى الأليكسيثيميا علي المقياس المستخدم بعد ستة أشهر من تطبيق البرنامج؟

أهداف الدراسة Aims of the study:-

تهدف الدراسة الحالية إلي:-

١- تصميم برنامج إرشادي لخفض الأعراض الاكتئابية،واختبارمدي فعاليته في خفض الأعراض الإكتئابية لدي الأطفال المحرومين من الرعاية الوالدية.

٢- اختبار مدي فعالية البرنامج الإرشادي المستخدم في تحقيق الهدف المرجو منه بعد تطبيق البرنامج، وبعد المتابعة.

أهمية الدراسة Importance of the study:-

يشهد عالمنا المعاصر سلسلة من التناقضات والازدواجية في شتي مجالات الحياة السياسية والإقتصادية والاجتماعية والتعليمية...، كان من نتيجتها أن خلفت آثارا نفسية واجتماعية خطيرة أبرزها العجز الوجداني وعدم مراعاة الآخرين سواء عن قصد أو عن غير قصد، هذا علي الرغم من الصيحات والنداءات التي تنادي بأهمية الاهتمام بالوجدان من أجل جودة الحياة أو الحياة النفسية الأفضل للأفراد والمجتمعات، خاصة وأن نسبة قليلة من الأطفال هم من يتمتعون بالفعل بالإحساس بمشاعر الغير وإدراكهم لهذه المشاعر ،وكيفية التعبير عنها سواء بالنسبة لهم أو للآخرين ،لذا يجب الحرص علي الالتزام في تعليم الأطفال الجمع بين النواحي المعرفية والوجدانية والاجتماعية علي حد سواء (حسنية عبد المقصود،٢٠٠٥ ،٥٦).

ومن ثم تتحدد أهمية الدراسة الحالية في كونها تتناول فئة من فئات المجتمع تحتاج إلى عناية خاصة ألا وهى الأطفال المحرومين من الرعاية الوالدية والتي تمثل فئة من ذوى الاحتياجات الانفعالية الخاصة ، ومن ثم يتعين تقديم برامج إرشادية تسهم في تحسين حالتهم النفسية . حيث تشير الدراسات والبحوث إلى شكاوى الأطفال المحرومين من الرعاية الوالدية من عجز المشاعر-الأليكسيثيميا- وغيرها من الأضطرابات النفسية والميول العدائية ضد المجتمع ؛ مما تراه الباحثة الحالية إجراءً وقائيًا لهم وحماية للمجتمع من خطورة تعرضهم للانحراف.وتكمن أهمية الدراسة الحالية في جانبين:-

الجانب النظري:-

- **السعي إلي تقديم خلفية نظرية للأليكسيثيميا بوجه عام،و لدي الأطفال بوجه خاص في البيئة العربية والمصرية،وذلك لاقتصار الباحثين علي تناول المراهقين والراشدين وعدم التطرق إلي تلك المرحلة علي الرغم من أهميتها وخطورتها في آن واحد،كذلك هو الحال في البيئة الأجنبية إذ ندرت الدراسات التي تناولت تلك الفئة.**
- **توجيه الأنظار إلي ضرورة الاهتمام بتنمية المهارات الوجدانية ومحو الأمية الوجدانية لدي الأطفال منذ سن مبكر.كذلك توجيه الأنظار إلي ضرورة الاهتمام بالبنية المعرفية والوجدانية للطفل كإجراء وقائي ضد ظهور وتطور الاضطرابات الانفعالية والسلوكية .**

الجانب التطبيقي:-

- **تصميم أداة قياسية عربية لقياس الأليكسيثيميا بأبعادها المختلفة .**
- **بناء وتطبيق برنامج إرشادي لخفض الأليكسيثيميا،و فعاليته في خفض الأليكسيثيميا لدي الأطفال المحرومين من الرعاية الوالدية.**

حدود الدراسة study limits:

تتحدد الدراسة الحالية بالموضوع الذي يدور حول فعالية برنامج إرشادي في خفض الأليكسيثيميا لدى الأطفال المحرومين من الرعاية الوالدية، وبطبيعة العينة ومنهج الدراسة وهو التصميم التجريبي ، والأدوات المستخدمة ،و البرنامج الإرشادي وفى ضوء ذلك: تقتصر الدراسة الحالية على الأطفال في مرحلة التعليم الابتدائي (الصف الرابع إلى السادس) الابتدائي بالمدارس الحكومية بمحافظة بورسعيد من المحرومين من الرعاية الوالدية والمودعين بالمؤسسات الإيوائية التابعة لوزارة الشئون الاجتماعية (الجمعية النسائية لتحسين الصحة – جمعية رمسيس للتنمية الاجتماعية) بمحافظة بورسعيد.والذين يبلغون من العمر١٠-١٢عامًا ممن يعانون من الأليكسيثيميا كما تتحدد الدراسة بالأدوات التي طبقت، وبالمصطلحات التالية.

مصطلحات الدراسة Terms of the study:

١- البرنامج الإرشادي Counseling program:

يعتمد البرنامج الإرشادي على الإرشاد المعرفي السلوكي ،ووفقاً لمبادئ الإرشاد المعرفي السلوكي وفنياته يعرف إجرائياً في هذه الدراسة بأنه "برنامج إرشادي نفسي تعليمي قائم على فنيات وأساليب معرفية وسلوكية لتعليم وتدريب الأطفال المحرومين من الرعاية الوالدين والمودعين داخل المؤسسات الإيوائية على استخدام بعض الأساليب والتقنيات التي تمكنهم من خفض ما يعانونه من اضطراب فضلاً عن تنمية توجه معرفي يمكنهم من التعامل بفاعلية وإيجابية مع ما يواجههم من مشكلات مقبلة".

٢- الأليكسيثيميا Alexithymia :-

تعرف الباحثة الأليكسيثيميا إجرائياً بأنها: " قدرة الطفل المحدودة على التعرف على المشاعر وتمييزها ، من ثم وصفها والتعبير عنها بما يمكنه من التواصل والتفاعل الوجداني والاجتماعي مع الآخر والتي ترتبط بشكل متكرر باضطرابات نفسية وعضوية تترجم في صورة شكاويه جسدية لدى الأطفال المحرومين من الرعاية الوالدية ، وتتجلي تلك القدرة المحدودة في الصعوبة التي يواجهها الطفل نتيجة عجزه عن التعبير عن مشاعره أو معرفة سبب الشعور ،والارتباك من ردود الأفعال العاطفية للآخرين واتخاذ القرارات بناء علي المبادئ لا المشاعر ، والتوجه خارجي المنحي في التفكير – التركيز علي الأحداث الخارجية بدلاً من المشاعر الداخلية-،وقلة مفردات الطفل من كلمات المشاعر ومحدودية الأحلام ونقص القدرة علي رسم الصورة الذهنية،وخلل في التواصل اللفظي وغير اللفظي من ثم العزوف عن التواصل الوجداني مع الآخرين،وفقر العلاقات بين الشخصية والتركيز علي الإحساسات الجسدية،ونقص في معني الحياة ،وقلة الشعور بالسعادة والبهجة والحب " .

٣ – الأطفال المحرومين من الرعاية الوالدية Children deprived from paternal care:

تعرف الدراسة الحالية الأطفال المحرومين من الرعاية الوالدية إجرائياً بأنهم "تلك الفئة من الأطفال الذين حالت ظروفهم دون أن يعيشوا حياتهم داخل أسرهم الطبيعية ، فحرموا من الرعاية الوالدية اللازمة لهم من أسرهم،الأمر الذي استوجب إيداعهم بدور الرعاية الإيوائية – مؤسسات يلتحق بها الصغير نتيجة عوامل تتصل ببناء الأسرة كفقد الأبوين أو أحدهما أو عوامل تتصل بوظيفة الأسرة كعجزها الاقتصادي أو تفككها – والحرمان إما أن يكون من الأب أو الأم أو كليهما لعدة أسباب أهمها :[انفصال الوالدين بالطلاق أو الهجر أو السجن– تدنى المستوى الاقتصادي الاجتماعي– الظروف الصحية – انعدام الدخل بسبب العجز أو الشيخوخة] مما يستوجب رعاية تلك الفئة نفسياً واجتماعياً وتعليمياً بحيث يمكن اعدادهم لحياة مستقبلية كريمة ".

الإطار النظري والدراسات السابقة:

تعد الانفعالات من أقدم طرق التواصل التي عرفها الإنسان ،فعندما يستطيع الإنسان أن يكف عن الكلام فإنه لا يستطيع أن يكف عن التعبير ،وسواء قصد أو لم يقصد فإنه يحاول بحركات جسده أن يعوض ما لا تستطيع اللغة أن تحققه أو أن توصله للآخرين،فعادة ما تفسر أو تكمل أوتعزز الانفعالات الاتصال اللفظي (عادل أبو غنيمة،٢٠١٢، ١). وهكذا يمكن تحديد الأليكسيثيميا بأنها عدم القدرة على توضيح أو وصف المشاعر ،والدراسات الحديثة تعرفها بأنها ضعف في تحديد المشاعر والتعبير عنها ، علاوة على الأفكار الموجهة خارجيا ، ومحدودية في الخيال ،من ثم نقص التواصل الاجتماعي

(Lumley,et.al.,2007 ,p.230)

ولقد اشتق مصطلح الاليكستيميا للإشارة إلى مجموعة من الأعراض المصاحبة للمرض السيكوسوماتى (Joukamaa, et. al., 2003)،التي ترتبط بشكل جوهري ومتكرر بأمراض الصحة النفسية والمزاج السلبي ،والدراسات العديدة التي أجريت علي الكبار قامت بتحديد ثلاث أبعاد رئيسية للأليكسيثيميا:صعوبة تحديد المشاعر DIF،صعوبة وصف المشاعرDDF،والتوجه خارجي المنحي في التفكير EOT،هذه الثلاث عوامل الهيكلية تم تحديدها أيضًا لدي الأطفال(المتوسط العمري ١١سنة) (Rieffe, et. al., 2006,p.123)

مثل هؤلاء الأفراد يبدون وكأنهم بلا مشاعر علي الإطلاق علي الرغم من أن هذا العجز يمكن أن يكون السبب في عدم قدرتهم علي التعبير عن عاطفتهم أكثر من افتقارهم لهذه العاطفة ،فهم باختصار بلا حياة عاطفية يتحدثون عنها ،وتشمل الأعراض الاكلينيكية لهؤلاء المرضي:(عجز عن التعبير– صعوبة وصف مشاعرهم أو مشاعر أي إنسان آخر– افتقارهم الشديد لأي مفردات عاطفية لأنهم لا يملكون إلا قدر محدود للغاية) بل أكثرمن هذا أنهم يعانون أيضًا مشكلة التمييز

بين الانفعالات المختلفة مثل العاطفة والحس الجسدي ،هذه هي ماهية المشكلة ، فمرضي الأليكسيثيميا ليسوا بلا مشاعر علي الإطلاق،بل يشعرون لكنهم غير قادرين علي معرفة ماهية مشاعرهم علي وجه التحديد خاصة وأنهم عاجزون عن التعبير عنها بالكلمات و علي وجه الدقة تنقصهم المهارات الوجدانية الأساسية (دانيال جولمان، ترجمة ليلي الجبالي ،٢٠٠٠، ٧٩-٨٠).

وفي هذا الصدد يؤكد تيلور (Taylor, 2000,p.2)أن تنظيم الوجدان يحدث نتيجة تفاعلات متبادلة بين الفرد وعلاقاته الاجتماعية التي قد تكون مساندة أو مدمرة ، وأن التفاعلات الاجتماعية واللغة والخيال واللعب والبكاء والابتسام والحيل الدفاعية كلها تلعب دوراً في تنظيم الوجدان، العملية التي لا تتم بسلام لدى الاليكسيثيميين .

ويجب الإشارة هنا إلي أن الأفراد ذوي الأليكسيثيميا يمكنهم تحديد حالتهم المزاجية ولكنهم يعجزوا عن تحديد انفعالاتهم بسبب أنهم لا يربطون حالتهم المزاجية بمواقف محددة وذكريات سابقة وآمال مستقبلية (Taylor,1999,p.5) بجانب هذه الملامح الرئيسية تتضمن الأليكسيثيميا أيضًا ضعف في تمييز التقدم الحسي للإنفعال ،وفقر الحياة التخيلية ،والتوجه المعرفي الخارجي (Haviland&Reise,1996,p.598).

من ثم يمكنا القول أنه مهما كان قدرما يمتلكه الفرد من القدرات المعرفية والأكاديمية فسوف يعوق ظهورها ضعف مهاراته الوجدانية ،فضلاً عن وقوعه فريسة للضغوط النفسية والإحباط والاكتئاب وسوء التوافق النفسي والاجتماعي الأمر الذي يمكن تجنبه بما لدي الفرد من مكونات ضرورية للتفكير ،فالتفكير مهم للانفعالات،وهذا يعني أن الأحداث الانفعالية يمكن أن تؤثر في المعالجات المعرفية من خلال الكيفية التي يدخل بها الانفعال إلي النظام المعرفي ،فيغير من المعرفة (سالي علي ،٢٠٠٧، ١٢).

هذا ولقد اهتم الباحثون منذ اشتق سيفنيوس مصطلح الأليكسيثيميا بدراستها فوجدوا أن الأليكسيثيميا قد تكون أولية إشارة لعصبية المنشأ، أوثانوية إشارة لنفسية المنشأ.والغرض من التمييز بين الأليكسيثيميا الأولية والثانوية هو تحديد اتجاه العلاج، حيث يميل المتعاملون مع الأليكسيثيميا الثانوية أمثال سيفنيوس للعمل على استراتجيات تعويضية، في حين يميل المتعاملون مع الأليكسيثيميا الأولية أمثال كريستال للتدخل العلاجي وذلك لأنه لا فارق بين الأولية والثانوية من حيث الأعراض (Newton& Contrada, 1994,p.457).

أما بالنسبة للأسباب العضوية أو العصبية للأليكسيثيميا فهي وجود خلل في التوصيل بين النصفين الكرويين أو بين المناطق التي تنتمي لقرن آمون الدماغي (Hippocampal) المولدة للعاطفة ومناطق القشرة الدماغية الجديدة (Neocortex) المسئولة عن التقييم العقلى ، أو لتوقف

وانقطاع وظائف النظام الطرفي/ النطاقي/ الحوفي (Limbic System) والقشرة الدماغية الجديدة (Neocortex) أو عدم التناسق المخي (Valdes,et.al., 2001; Becerra, 2003) (Cerebral asymmetry) أما بالنسبة للأسباب النفسية والاجتماعية للأليكسيثيميا فمنها الاضطراب في التفاعلات بين الأم والطفل وسوء التوافق في خبرات الحياة الأولى التي عادة ما ترتبط بفقر الرعاية الوالدية أو الصدمات أو غياب القائم بالرعاية نفسياً أو تذبذبه ، وأيضاً وجد أن اضطراب الأسرة وقلة التواصل والتعبير بين الوالدين ،ووجود الأليكسيثيميا لدى الأم يساهم في نمو خصائص الأليكسيثيميا لدى الأطفال

. (lesser, 1981; Lumley, et.al ., 1996)

فمشاعر وانفعالات الأطفال تتكون وتتشكل في ضوء علاقاتهم بالمحيطين بهم،وتتزايد قدرة الطفل علي التمييز بين الانفعالات بزيادة علاقاته مع الآخرين،وتطور نموه العقلى لذا يصبح الاعتراف بمشاعر الأطفال وفهمها من الأمور المهمة للقائمين علي أمر رعاية الطفل ومساعدته علي التعبير عنها بطريقة إيجابية مقبولة اجتماعيًا(كريمان بدير،٢٠١١، ٤٣).

وتعد استجابة الوالدين لأولادهم هي المفتاح الرئيسي المسئول عن انفعالات الأطفال وأن الوالدية الحنونة أسلوب يقدم الأساس الانفعالي الآمن لاكتشاف انفعالات الأطفال وتفاعلهم مع بيئتهم مما يدفعهم إلى التوافق في كل مجالات الحياة ، كما أكدت البحوث أن الأبناء يتعلمون تنظيم انفعالاتهم والتخلص من نوبات الغضب وتقليل السلوك غير المرغوب فيه من خلال تهيئة العلاقة العميقة بين الوالدين والأبناء (إسماعيل بدر ، ٢٠٠٢،٣)، أما أهم العوامل الانفعالية التي تؤدي إلي الاضطرابات الوجدانية والأمراض السيكوسوماتية فتتمثل في:الحرمان من الرعاية والحب والعطف مع وجود رغبة المريض الملحة في الحصول عليها،من هنا نشأت الصلة بين دلائل الحب وحركات المعدة أو الإصابة بقرحة المعدة ...وغيرها من الاضطرابات التي تصيب الطفل عند مواجهة معضلة وجدانية لا يمكن حلها ولا تجنبها كما في حالات الخوف من فقد الأم أو من يقوم مقامها أو فقد موضوع الحب (أحمد عكاشة وطارق عكاشة،٢٠٠٩، ١٩٣).

فلاشك أن الطفل الذي يُحرم من أن يُحب أو يُحَب في باكورة حياته نتيجة الحرمان من الوالدين يتأخر نموه البدني والعقلي واللغوي والاجتماعي وتصاب شخصيته بضرر بالغ، ويبدو مستكيناً كئيباً لا يستجيب لابتسامات الآخرين وتعتريه نوبات من الانفعالات الحادة وكأنه بذلك يثير انتباه الآخرين ويبدو عليه البؤس والشقاء ، وظهور بعض حالات العصاب والدلالات السيكوماتية واضطراب في العلاقات الاجتماعية،وعلي الرغم من ذلك فإنه إذا ما توافرت الرعاية السليمة داخل المؤسسات فإن هذا قد يتيح للطفل فرصة للتوافق مع نفسه ومع الآخرين في المجتمع غير أن وجود هؤلاء الأطفال في مدارس ومؤسسات داخلية ومحاطة بأسوار وملتزمة بلوائح ونظم معينة

من شأنه حرمانهم من ذاتيتهم وإشعارهم بالحزن والوحدة والخوف من المستقبل (إبراهيم الدخاخنى ، ٢٠٠٧، ٢٥ -٢٦).

هذا ويمر الطفل عند انفصاله عن والديه بثلاث مراحل هامة :[المرحلة الأولي يحاول فيها الطفل أن يحتج و يبكي مع إصراره علي البحث عن والدية والسؤال الدائم عنهم ،المرحلة الثانية يدرك فيها الطفل أن والدية غير موجودين من ثم تظهر ملامح اليأس والإحباط عليه ،ويرفض الاستجابة للآخرين من حوله، المرحلة الثالثة وفيها يبدأ الطفل بفصل جميع المشاعر والروابط العاطفية والانفعالية بالشخص الذي ابتعد عنه،كما أنه يقلل من تفاعلاته الاجتماعية مع الآخرين ، ويقلل من اهتمامه بهم خوفًا من أن يبتعدوا عنه أيضًا](منار بني مصطفي وأحمد الشريفين،٢٠١٢، ٩١).

ولهذا فإن الأسرة ذات الوالدين لها مميزات عن تلك التي تفتقد أحدهما أو كليهما فوجود الوالدين في الأسرة يشعر الأبناء بالحب والعطف و الحنان و الأمن و الحماية و النموذج و القدوة و الانتماء والتقبل حيث الوالدان معًا يقومان بإشباع هذه الحاجات النفسية لدى الطفل ،لذا فإن حرمان الطفل من أحد الوالدين أو كليهما يؤثر في درجة إشباع هذه الحاجات ويمثل تهديداً لجميع جوانب النمو من هنا نرى أن للحرمان الدور الهام في خلق عدم التوازن الوجداني لدى الطفل المحروم والذي غالبًا ما يترتب عليه العديد من الاضطرابات الانفعالية والمعرفية والسلوكية ، إذ يستوجب النمو النفسي الصحي معايشة الطفل لوسط أسرى سليم التكوين تتوافر فيه الوالدية بقطبيها الأب والأم في مناخ يسوده الحب والمودة والرحمة الذي يعد بمثابة الزاد للطفل لكي ينمو نموًا سويًا ، أما أن يحرم الطفل من والديه فهو بمثابة هزة عنيفة تهز كيانه وتعصف بشخصيته وتطيح بأمنه النفسي الأمر الذي يجعله منسحبًا اجتماعيًا ، غير متزن انفعاليًا لا هوية له ولا شخصية تميزه ، طفل اختلت فكرته عن ذاته فاضطرب سلوكه وانحرف عن السواء.

ويجدر الإشارة إلى إمكانية التدخل العلاجي لمرضى الأليكسيثيميا بتعليمهم مشاعرهم وتمييزهم بين المشاعر النفسية والإحساسات الجسدية ،واتخاذ القرارات بناء على القيم الذاتية (التوجه الداخلي في التفكير)، وتنمية القدرة على الخيال (Luminet, et.al., 2001,p.254)، ولقد أشار سيفنيوس إلى فشل العلاج النفسي الدينامي مع الأليكسيثيميين، ونجاح العلاج الفردي التدعيمي والعلاج الجماعي مع الدواء المؤثر على العقل ، إلى جانب العلاج النفسي التعليمي ، فضلاً عن أن التحليل النفسي مع ذوى الأليكسيثيميا يصيب كل من المريض والمعالج بالإحباط ،فلقد أشار سيفنيوس (Sifneos, 2000,p.113) إلى فشل العلاج النفسي الدينامى مع الاليكسيثيميين، ونجاح العلاج الفردي التدعيمي والعلاج الجماعي مع الدواء المؤثر على العقل

(Psychotropic medication) إلى جانب العلاج النفسي التعليمي Psycho educational حيث أن عدم قدرة الأليكسيثيميين على التعرف على المشاعر والتعبير عنها في موقف العلاج يزيد من الإحباط الذي قد يترتب عليه ردود أفعال فسيولوجية للضغط.

هذا ولقد اقترح فريبرجر Freyberger استخدام استراتيجيات منها بناء علاقة مستقرة مع المريض وتسهيل التحويل الإيجابي ، وإمداد المريض بأمثلة لكلمات المشاعر والخيالات ولعب المعالج لدور ايجابي في تشجيع المريض على التحدث عن مشاعره وترجمة طريقة التفكير المميزة إلى حالات وجدانية أكثر تمييزاً ، وأعطى كريستال Krystalالإرشادات الأكثر شمولاً لعلاج ذوى الأليكسيثيميا ، فقال أن على المعالج أولاً أن يساعد الفرد على ملاحظة حالته الداخلية، ثم على نمو التسامح الوجداني لدى المريض بحيث يتناقش مع المعالج بشأن مشاعره فيقل تخويفها له ويبدأ في تقبلها ويدرك أنها قابلة للتحكم وأن مدتها محددة ذاتياً ،وحينها يقدر على التعبير عنها لغوياً بمساعدة المعالج له في اختيار الكلمات المناسبة مع ملاحظة الأخير للدلائل غير اللفظية للأول كالحركات والإيماءات ولغة الجسد وتنبيهه لها ، أما بالنسبة للأحلام ومواد التحويل فربما تصبح متاحة مع تقدم المريض في العلاج (Lesser., 1981 ,p.531).

هذا و يعد الإرشاد المعرفي السلوكي أحد التيارات العلاجية والإرشادية الحديثة، والتي تهتم بصفة أساسية بالاتجاه المعرفي للاضطرابات النفسية ،ويقوم هذا الاتجاه على إقناع المريض أن معتقداته غير المنطقية وأفكاره السالبة وعباراته الذاتية الخاطئة هى التى تحدث ردود الفعل الدالة على سوء التكيف، بهدف تعديل الجوانب المعرفية المشوهة والعمل على أن يحل محلها طرقاً أكثر ملائمة للتفكير من أجل إحداث تغيرات معرفية وسلوكية ووجدانية لدى العميل(طارق النجار، ٢٠٠٥ ، ١٥٧) ، ويقوم التوجه المعرفي السلوكي على خطوط رئيسية ترتكز على معطيات علم النفس المعرفي في العمليات العقلية والنمو المعرفي، والمناهج المعرفية، ووظائف المعرفة ، وأنماط التفكير ،وكذا اعتبار التعقل الواعي، واكتساب المعارف الصحيحة وسائط لتخفيف الصراعات وذلك بإعادة التعلم الصحيح والتخلص من أنماط التفكير الخاطئة حتى تتحول الأفكار داخل عقل الفرد إلى أفكار عقلانية منطقية تستبدل التخيلات المرضية بتخيلات صحيحة وساعتها يحق لنا تعديل المقولة السائدة: (العقل *السليم فى الجسم السليم*) لتصبح (النفس السليمة يوجهها عقل وفكر سليم) (محمد بيومي، ١٩٩٦، ٨).

وتتجلى أهمية الإرشاد المعرفي السلوكي في خفض الاضطرابات الانفعالية لدى الأطفال من حيث كونه يشتمل على:

- مهارات التحكم في الذات التي تؤكد على نتائج أفعال الأطفال (مدح الذات/ معاقبة الذات بشكل أكبر، مراقبة الذات أو الحفاظ عليها، التعامل مع الصراعات، واستخدام الاسترخاء والتخيل).
- إعادة البناء المعرفي والذي يتضمن مواجهة الأطفال بنقص الأدلة على إدراكهم المشوه. ولقد أظهرت بعض التجارب العشوائية المضبوطة أن الأطفال الذين يتلقون المعالجة المعرفية السلوكية للاكتئاب والاضطرابات السلوكية أفضل من الذين يتلقون الإرشاد التقليدي(Goodman & Scott, 2005,p. 282).

إجمالا ،على الرغم من الكتابات المتعددة في مجال الأليكسيثيميا والتي تزخر بالدراسات الوصفية والارتباطية ،إلا أن القليل جدًا المعروف عن التدخلات العلاجية لذوى الأليكسيثيميا ، ومن ثم فالبحث في حاجة ملحة وبصورة كبيرة للكشف عن تدخلات متنوعة قد تتناسب مع هؤلاء الأفراد وخصائصهم المميزة ،وكذلك تطوير واختبار مدى فاعلية التدخلات المتوفرة فالواقع ،أن أفضل طريقة للكشف عن كون الأليكسيثيميا عامل خطر حقيقي للاضطراب النفسي والعضوي هو خفضها ثم تحديد إذا كانت التغيرات في الأليكسيثيميا تحدث تغيرات في الصحة العامة للفرد (Lumley, 2004,p. 1294).

وتعد الدراسة الحالية خطوة في هذا الاتجاه لإثبات فعالية الإرشاد المعرفي السلوكي في خفض الأليكسيثيميا لدى فئة من الأطفال في حاجة ماسة إلى تقديم يد العون والرعاية التي حرمت منها وهى فئة الأطفال المحرومين من الرعاية الوالدية.

الدراسات السابقة:-

*** المحور الأول: دراسات تناولت الأليكسيثيميا لدى الأطفال المحرومين من الرعاية الوالدية:**

أجرى ويلى وسون (Wiley & Sons,2000)دراسة بعنوان "الأليكسيثيميا والبيئة الأسرية في مرحلة الطفولة "،هدفت فحص متغيرات البيئة الأسرية في مرحلة الطفولة ودورها في ظهور وتطور أعراض الأليكسيثيميا في مرحلة المراهقة ، طبقت الدراسة على عينة قوامها (ن = ٩٢) (٤٨ طالب و ٤٤ طالبة) من طلاب الجامعة ، واستخدمت الدراسة مقياس تورنتو – ٢٠ TAS – 20، كذلك تم فحص البيئة الأسرية من حيث {مستوى الترابط / التفكك الأسرى – الصراعات والخلافات الأسرية – العلاقات التفاعلية بين الآباء والأبناء – مستوى التعبير عن المشاعر داخل الأسرة – المستوى الاجتماعي الاقتصادي} ، توصلت النتائج إلى أن البيئة الأسرية في مرحلة الطفولة عامل جوهري في حدوث وتطور الأليكسيثيميا ، وكان العامل الأقوى تأثيراً في حدوث الأليكسيثيميا مستوى التعبير عن المشاعر داخل الأسرة ، كما توصلت إلى أن البيئة الأسرية بمتغيراتها تعد متنبأ قوى بظهور الأليكسيثيميا في مرحلة المراهقة ، كذلك

توصلت إلى وجود علاقة عكسية بين السن و الأليكسيثيميا ، فكلما حدث الحرمان من الرعاية والدعم الأسرى في سن مبكرة أدى ذلك إلى زيادة مستوى الأليكسيثيميا ، كذلك فسرت العلاقة العكسية بأن التلاميذ صغار السن تكون معدلات حدوث الأليكسيثيميا لديهم قوية جداً إلا أن العلاقة بين السن والاليكسيثميا يصعب تأكيدها ، وتؤكد الدراسة على ضرورة إجراء المزيد من البحوث للإجابة علي التساؤل الملح :هل الأليكسيثيميا والتعبير عن المشاعر داخل الأسرة هما انعكاس للجينات الوراثية؟

وتناولت دراسة هارلاند وآخرون (Harland, et.al.,2002) بعنوان "أحداث الحياة الضاغطة ومتغيرات البيئة الأسرية كعوامل خطورة لظهور المشاكل السلوكية والوجدانية لدى الأطفال"، فحص ارتفاع معدلات الاضطرابات السلوكية والوجدانية لدى الأطفال في ضوء ارتباطها بمتغيرات البيئة الأسرية (التركيب الأسرى – حدوث انفصال/ طلاق بين الوالدين– إهمال/ حرمان من الرعاية الوالدية) وأحداث الحياة الضاغطة (القريبة/ البعيدة) تم تطبيق استمارة لسلوك الطفل للتعرف على الاضطراب السلوكي والوجداني لديه من خلال عينة قوامها (ن = ٤٤٨٠) من الآباء ممن لديهم أبناء في سن المدرسة الابتدائية (٨– ١٢ سنة) ، كذلك أجريت مقابلات تم من خلالها مناقشة الآباء حول ظروفهم الحياتية والمشكلات الأسرية والسلوكيات المضطربة لدى الأبناء توصلت الدراسة إلى أن متغيرات البيئة الأسرية وأحداث الحياة الضاغطة عوامل مؤثرة قوية في ظهور الاضطرابات السلوكية والوجدانية المرتبطة بعجز المشاعر والتي جاءت مرتبطة بشدة بالانفصال الوالدي الذي يعد مؤشر وعامل خطورة لإصابة الأبناء بعجز المشاعر.

أما دراسة ماكلين وآخرون (Mclean, et. al .,2006) بعنوان " العلاقة بين الإساءة الجنسية للأطفال والضغوط التالية للصدمة و الأليكسيثيميا لدى مجموعة من مرضى العيادات الخارجية " ، فلقد هدفت الدراسة فحص تأثير التنظيم الانفعالي على الصحة النفسية والعقلية للأفراد ، والعكس من حيث مدى تأثير عدم التنظيم الانفعالي على عدم الصحة النفسية للأفراد وارتباطه بخبرات الفرد في مرحلة الطفولة وتعرضه لخبرات الإهمال والحرمان ، من ثم مدى ارتباط التنظيم الانفعالي بكل من الأليكسيثيميا واضطراب الضغوط التالية للتعرض للصدمات (PTSD) واضطراب الشخصية الحدية BPO، وتم فحص ذلك من خلال عينة تكونت من (ن = ٧٠ سيدة) ممن تعرضن لإساءة جنسية مبكرة ، وخبرات حرمان وإهمال أسرى في مرحلة مبكرة (≥ ١٢ سنة) والمترددين على العيادات الخارجية لتلقى العلاج ، ومجموعة أخرى (ن = ٢٥ سيدة) تتلقى العلاج بشكل خاص في المنزل ،ولقد استخدمت الدراسة TAS– 20 لقياس الأليكسيثيميا ، وبرنامج التقييم النفسي للصدمات (PTSD)، ومعايير تشخيصية أخري، وتوصلت الدراسة إلى ارتباط الخلل في التنظيم الانفعالي وخبرات التفكك الأسرى والحرمان من الرعاية

الأسرية في مرحلة الطفولة (≤ ١٢ سنة) والشكاوى الجسدية بالأليكسيثيميا ، كما كشفت الدراسة عن العلاقة بين التعرض للإساءة الجنسية في مرحلة الطفولة و الأليكسيثيميا ، وأكدت علي أهمية الدعم النفسي في العلاج ، كما أكدت الدراسة على أهمية التحفيز في العلاقة بين الآباء والأطفال كنوع من الدعم الوجداني إذ أن خبرات التواصل أو الحرمان من الرعاية الوالدية والإهمال العاطفي تلعب دوراً رئيسياً في تشكيل التنظيم الانفعالي الوجدانى للأطفال في مرحلة الطفولة(≤ ١٢ سنة).

كذلك دراسة ترانج (Trang , 2006) بعنوان " عمق المعاناة، والقدرة على التعبير عن المشاعر عقب الأحداث الصادمة كمؤشرات للتنبؤ بالأليكسيثيميا "هدفت الدراسة بحث مدى القدرة على مواجهة الضغوط التالية للصدمات من خلال التعبير بالكلمات عن المشاعر المتعلقة بخبرة الصدمة، ومدى إمكانية بحث الخبرات الصادمة كمؤشر للتنبؤ بالأليكسيثيميا ،إذ تعبر الأليكسيثيميا عن عجز في التنظيم الوجدانى للفرد، طبقت الدراسة على عينة قوامها (ن = ٦٠ طالب) من طلاب قسم علم النفس بالجامعة ، وتم تقدير الأليكسيثيميا باستخدام مقياس تورنتو TAS للأليكسيثيميا ، في حين تم تقدير عمق المعاناة باستخدام مقياس خبرات المريض ، وتم الاستعانة (بمكتبة المشاعر ، ٢٠٠٤) للاستدلال على الكلمات المعبرة عن المشاعر وذلك من خلال برنامج كمبيوتر لتحديد كلمات المشاعر وإحصاء عددها كشفت النتائج عن وجود ارتباط قوى بين عمق المعاناة في مرحلة الطفولة و الأليكسيثيميا ، في حين لم تكن هناك علاقة ارتباطيه بين عدد الكلمات المعبرة عن المشاعر و الأليكسيثيميا كما أن الأليكسيثيميا تتوسط العلاقة بين الاختلال الوظيفي الأسرى المبكر والتعلق الآمن، وكذلك وباستخدام تحليل الانحدار المتعدد توصلت الدراسة إلى أن عمق المعاناة في مرحلة الطفولة والتعرض للحرمان والفقد يعد مؤشر قوى للتنبؤ بالأليكسيثيميا بينما لا تعد عدد الكلمات المعبرة عن المشاعر ،و طول فترة السرد مؤشر للتنبؤ بالأليكسيثيميا.

أما دراسة جيلسما وآخرون (Jellesma, et. al .,2009)بعنوان " هل أشعر بالحزن أو الخوف أو الإثنين معاً دراسة مقارنة للأليكسيثيميا والأداء العاطفي لدى عينة من الأطفال ممن يعانون من شكاوى جسدية " هدفت الدراسة الكشف عن العلاقة بين الأليكسيثيميا والشكاوى الجسدية لدى عينة من الأطفال قوامها (ن = ٧٠ طف) مقسمة إلى مجموعتين ، المجموعة الأولى (ن = ٣٥ طفل يعانون من شكاوى جسدية قليلة) ، والمجموعة الثانية (ن = ٣٥ طفل يعانون من شكاوى جسدية شديدة) بمتوسط عمري (١٠ سنوات) في المجموعة الأولى و (١١ سنة) في المجموعة الثانية ، استخدمت الدراسة مقياس الأليكسيثيميا ، فضلاً عن الاستجابة على مقياس آخر لوصف مشاعرهم في الفترة السابقة وتدوينها في ورقة وكذلك تدوين الشكاوى

الجسدية التي يعانون منها، توصلت الدراسة إلى أن الأطفال الذين يعانون من شكاوى جسدية حادة أعلى في معدلات الأليكسيثيميا ممن يعانون من شكاوى جسدية بسيطة ، كذلك الأطفال ممن يعانون من شكاوى جسدية حادة لديهم شدة في مشاعر الحزن أو الخوف أو كلاهما معاً، كذلك توصلت الدراسة إلى أن الأطفال الذين يعانون من شكاوى جسدية حادة ومستويات مرتفعة من الأليكسيثيميا لديهم خلفيات عن مشاعر سلبية ، كما ارتبط الوجدان السلبي لديهم بخبرات أسرية سلبية تتسم بالإهمال أو الحرمان من الرعاية والدعم الوالدي.

المحور الثاني : فعالية التدخلات النفسية في خفض الأليكسيثيميا:-

دراسة كينيدى وفرانكلين (Kennedy & Franklin , 2002)بعنوان " علاج الأليكسيثيميا القائم على تنمية المهارات ، هدفت تقييم فعالية العلاج النفسي القائم على برنامج علاجي مهاري في خفض الأليكسيثيميا ، وكذلك الكشف عن العلاقة بين الأليكسيثيميا وخبرات الطفولة والقدرة على التعبير عن المشاعر، استخدمت الدراسة مقياس تورنتو TASلقياس الأليكسيثيميا ، وطبقت الدراسة على عينة من مرضى الأليكسيثيميا قوامها(ن=٣)من مرضى الأليكسيثيميا ،و باستخدام برنامج تنمية مهارات التعبير عن المشاعر مدته ١٤ أسبوعاً توصلت النتائج إلى انخفاض درجات الأليكسيثيميا بعد التعرض للبرنامج ،وبالنسبة لفعالية القياس التتبعي فلقد وجد أن اثنين من المرضى الثلاث حافظوا على تلك النتائج أثناء المتابعة التي استمرت لمدة عام كامل .

كما أشارت دراسة بيكرستول و جريلينجوف Becker- stoll & Gerlinghoff, (2004) بعنوان "برنامج علاجي – أربعة أشهر – لخفض الأليكسيثيميا وفعاليته في علاج اضطرابات الأكل " ، هدفت الدراسة فحص فعالية التدخل العلاجي للأليكسيثيميا ودوره في علاج اضطرابات الأكل ، لدى عينة من السديات المترددات على العيادات الخارجية (ن = ٤٧)سيدة ممن تعانين من اضطرابات الطعام ، بواقع (ن = ١٨) سيدة تعانى من فقدان الشهية و (ن = ٢٥)سيدة تعانى من شره الطعام و (ن = ٤)سيدات تعانين من اضطرابات طعام غير محددة ، طبقت الدراسة مقياس TAS لتقييم الأليكسيثيميا ، استخدمت الدراسة العلاج المعرفي السلوكي فضلاً عن التدخلات النفسية التعليمية والتثقيفية ، توصلت الدراسة إلى فعالية العلاج المعرفي السلوكي المصحوب بالعلاج النفسي التعليمى في علاج الأليكسيثيميا.

وفى دراسة لوملى (Lumley, 2004) بعنوان "الأليكسيثيميا والتعبير الانفعالي والصحة دراسة مسحية " والتي هدفت إجراء مسح بحثي على الأليكسيثيميا والتعبير الانفعالي والصحة من خلال مسارين بحثين ، المسار البحثي الأول يتضمن العلاقات التبادلية الرئيسية بين الأليكسيثيميا والمشكلات الصحية ، توصلت الدراسة إلى أن:- {معظم النظريات تتناول

الأليكسيثيميا على أنها نوع من الاضطراب وليست حيلة أو ميكاتيزم دفاعي ، يعانى ذوى الأليكسيثيميا من فقر القدرة التخيلية ، تعتبر الأليكسيثيميا عامل خطر للإصابة بالعديد من الاضطرابات الانفعالية والسلوكية والذي تتعارض مع التكيف الناجح، فعالية العلاج المعرفي السلوكي وتنمية المهارات الاجتماعية في خفض الأليكسيثيميا.

أما دراسة كليرجاى وآخرون (Claire Gay, et.al., 2008) بعنوان "فعالية العلاج التخيلي بالتنويم المغناطيسي في خفض الأليكسيثيميا" فلقد هدفت الدراسة فحص وتقييم مدى فعالية التخيل كمدخل لعلاج الأليكسيثيميا خاصة وأنها تتصدى للبعد الثالث من أبعاد البناء التركيبي للاليكسثيميا وفقاً لمقياس تورنتو TAS ، طبقت الدراسة على عينة قوامها (ن = ٣١ طالبة) تعانين من الأليكسيثيميا قسموا إلى مجموعتين ، مجموعة تجريبية أخضعت لبرنامج لتنمية الصورة المخيلتية والتنويم المغناطيسي ، ومجموعة ضابطة لم تخضع للعلاج استمرت فعاليات البرنامج خلال (٨ جلسات) ، توصلت الدراسة إلى فعالية تنمية الخيال ، والتنويم المغناطيسي في خفض الأليكسيثيميا لدى أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي مقارنة بالقياس القبلي ، من ثم فعالية البرنامج في خفض الأليكسيثيميا .

ودراسة ليفنت وآخرون(Levant, et.al.,2009) بعنوان "فعالية برنامج علاجى في خفض الأليكسيثيميا " هدفت الدراسة تقييم فعالية التدخل النفسي في خفض الأليكسيثيميا ، طبقت الدراسة على عينة قوامها(ن =٦) مرضى بالأليكسيثيميا لمجموعة تجريبية أخضعت للعلاج ضمن فعاليات اليوم العلاجى بالمستشفى الجامعي ، تم تطبيق البرنامج العلاجي النفسي التعليمي عبر (٦ جلسات) توصلت الدراسة إلى فعالية العلاج النفسي التعليمي في خفض الأليكسيثيميا لدى أفراد المجموعة التجريبية التي خضعت للعلاج ، كما سجل الذكور تحسناً ملحوظاً واستجابة أفضل لفعاليات العلاج عنه في الإناث صاحبه تغير في البناء الوجداني/التنظيم الانفعالي لشخصيتهم ، في حين لم تسجل المجموعة المشاركة في فعاليات اليوم العلاجي الواحد بالمستشفى أي انخفاض في مستوى الأليكسيثيميا وذلك من خلال مقارنة القياس القبلي والبعدي للمجموعتين.

وفى دراسة فانل وآخرون (Vanheule, et.al., 2011) بعنوان " منظور بحثي لعلاج الأليكسيثيميا " هدفت الدراسة تفعيل دور العلاج النفسي في خفض الأليكسيثيميا المرتبطة باضطرابات انفعالية أخرى ، إذ يشير التحليل البحثي لمجموعة من الدراسات التي هدفت إلى خفض الأليكسيثيميا إلي أن علاج الأليكسيثيميا من أكثر العلاجات النفسية صعوبة علاوة على ذلك تنبئ نتائج الدراسات بعدم الحصول على نتائج قوية في خفض الأليكسيثيميا ومن خلال الملاحظة المباشرة لمجموعة من مرضى الأليكسيثيميا بالمستشفى تم إخضاع عينة منهم لبرنامج

علاجي نفسي بديل يعمل على ربط المريض بالخبرات النفسية المؤلمة كمدخل للتغلب على صعوبات تحديد وتمييز المشاعر توصلت النتائج إلى: ضرورة التركيز على خبرات الطفولة المؤلمة كنقطة الانطلاق عند علاج الأليكسيثيميا الأولية – العصابية – ، كما أشارت النتائج إلى فعالية العلاج القائم علي التحفيز على رسم الصورة العقلية المتخيلة للمواقف الصعبة في حياة المريض وذلك من خلال : { تحديد الحدث المؤلم والتعبير عنه بسلسلة من الكلمات في مجملها تعبر عن الموقف ، أن يعمل المريض على إعادة تقييم الموقف / الحدث المؤلم بشكل صحيح، التعرف على بدائل التفكير السلبي ومناقشة طريقة المريض في التعامل مع المواقف الصعبة وتنمية القدرة على التعامل مع المواقف المستقبلية بفاعلية} وهو ما يشير في مجمله إلى فعالية العلاج المعرفي السلوكي في خفض الأليكسيثيميا.

استفادة الباحثة من الدراسات السابقة :

١- التأكد من فعالية الإرشاد المعرفي السلوكي كمدخل لخفض الأليكسيثيميا .
٢- الدمج بين الإرشاد المعرفي السلوكي والعلاج النفسي التعليمي للمشاعر وتنمية المهارات الاجتماعية يحقق تأثير إيجابي في خفض الأليكسيثيميا،وكذلك الأعراض الجسدية – خفض الشكاوي الجسدية– المصاحبة للاضطراب.

فروض الدراسة Hypothesis of the study:-

اختبرت الدراسة الفروض التالية:-

١- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات الرتب لدرجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي و القياس البعدي على مقياس الأليكسيثيميا بأبعادها {صعوبة تحديد المشاعر DIF – صعوبة وصف المشاعر DDF – التوجه خارجي المنحى في التفكير EOT } بعد تطبيق البرنامج الإرشادي لصالح القياس البعدي .
٢- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات الرتب لدرجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدى و القياس التتبعى على مقياس الأليكسيثيميا بأبعادها{صعوبة تحديد المشاعر DIF – صعوبة وصف المشاعر DDF – التوجه خارجي المنحى في التفكير EOT } بعد ستة أشهر من تطبيق البرنامج الإرشادي .

أدوات الدراسة:

تقتصر أدوات الدراسة علي:-
- مقياس الأليكسيثيميا للأطفال (إعداد الباحثة).
- مقياس القدرة على التعرف على المشاعر المصور للأطفال (إعداد الباحثة).
- المقياس المصور للحالة المزاجية للأطفال (إعداد الباحثة).

- استمارة بيانات أولية (إعداد الباحثة).
- اختبار رافن للمصفوفات المتتابعة الملونة أعد المقياس باللغة العربية عبد الفتاح القرشي(١٩٨٧).

Raven's Coloured progressive Matrices (CPM)

وصف وحدات البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي وجلساته :

- الوحدة الأولى (الجلسات من ١ –٤) وهى الجلسات التمهيدية و *مرحلة محو الأمية الوجدانية*،وفيها يحاول الفرد فهم طبيعة مشاعره وانفعالاته .
- الوحدة الثانية (الجلسات من ٥ – ١٥) وهى *مرحلة تدريب المشاعر والانفعالات* :وفيها يكتسب الفرد اللياقة الوجدانية اللازمة للنجاح فى بيئة العمل والحياة بصفة عامة.
- الوحدة الثالثة (الجلسات ١٦ – ١٧) وهى الجلسات الخاصة *بمرحلة الالتزام الأخلاقي*:وفيها يتعلم الفرد تطبيق ،وممارسة النزاهة الأخلاقية واتخاذ القرارات العاطفية الحاسمة الصحيحة بوعي سليم.
- الوحدة الرابعة (الجلسات ١٨–٢١) وهي *مرحلة الابتكار ومواجهة المشكلات الجديدة*،والجلسات الختامية.

جدول يوضح محتوي جلسات البرنامج الإرشادي لخفض الأليكسيثيميا

المرحلة التمهيدية					
رقم الجلسة	موضوع الجلسة	مدة الجلسة	الفنيات (المعرفية والسلوكية)	الأنشطة	الأدوات المستخدمة
الجلسات (الأولى والثانية)	(التعريف بالبرنامج/ الانفعالات/ الأليكسيثيميا)	٤٥-٦٠ دقيقة	الحوار والمناقشة- التعزيز- الواجبات المنزلية	قصصي	بطاقات توضيحية ملونة- حافظة بها أوراق عمل الجلسات
مرحلة محو الأمية الوجدانية					
الجلسات (الثالثة والرابعة)	التعريف بالنموذج المعرفي للانفعالات والمشاعر	٤٥–٦٠ دقيقة	الحوار والمناقشة- الدحض- التعزيز- الواجبات المنزلية	قصصي	CD للفيلم الكرتوني Happy pooh year- استبيان الانفعالات المصور- سبورة وبرية- دوائر ورقية ملونة

الجلسات (الخامسة والسادسة والسابعة)	التعرف على المشاعر وتسميتها (السعادة/ الحزن)	٤٥-٦٠ دقيقة	الحوار والمناقشة- لعب الدور- الدحض والتفنيد- التغذية الراجعة- التعزيز- الواجبات المنزلية	فني- تمثيلي- لغوى	مجموعة من الصور- بوربوينت لمناظر طبيعية وشخصيات كرتونية ...- بطاقات ملونة- مرآة- أقلام- ألوان فلومستر- ملصقات لوجوه تعبر عن مشاعر مختلفة- حافظة تضم أوراق عمل الجلسات
الجلسات (الثامنة والتاسعة)	التعرف على المشاعر وتسميتها (الخوف / الغضب)	٤٥-٦٠ دقيقة	الحوار والمناقشة- التنفيذ والدحض- لعب الدور- التغذية الراجعة- التعزيز- الواجبات المنزلية	فني- تمثيلي- لغوى- قصصي	مجموعة من الصور- ورق رسم- عصي آيس كريم- أقلام- ألوان شمع- بطاقات ملونة- ورق مقوى على شكل نجوم- فوم- قناعان يمثلان وجه حزين وآخر سعيد
الجلسات (العاشرة والحادية عشر)	تمييز الانفعالات والمشاعر	٤٥-٦٠ دقيقة	الحوار والمناقشة- الدحض والتنفيد- التغذية الراجعة- التعزيز- الواجبات المنزلية.	قصصي- فني- تمثيلي	بطاقات تعرض الانفعالات الأربع- مقص- صور- ورق أبيض- سلتان صغيرتان كور بينج بونج- ألوان فلوماستر، CD يعرض لمواقف انفعالية مختلفة وأغاني أطفال- بطاقات مصورة- قاموس المشاعر
الجلسات (الثانية عشر والثالثة عشر)	الخيال ورسم الصور الذهنية	٤٥-٦٠	إثارة الصورة الذهنية المتخيلة – النمذجة المتخيلة – التغذية الراجعة – التعزيز – الواجبات المنزلية	قصصي – فني – تمثيلي	CD – صندوقان – دمية على شكل عروسة – كرة – قلم – ورق وألوان – بطاقات مصورة – كتاب It's Fun To Fold
الجلسات (الرابعة عشر والخامسة عشر)	(الأحاسيس الجسمية المرتبطة بالمشاعر / استراتيجيات الاسترخاء)	٤٥-٦٠	الاسترخاء – فنيات التخيل المعرفي – إثارة المشاعر – التغذية الراجعة – التعزيز – الواجبات المنزلية	نشاط بدني	ورق مقوى – بطاقات ملونة –بودر ملمع – أقلام وألوان – CD– شريط كاسيت

مرحلة الالتزام الأخلاقي					
الجلسات (السادسة عشر والسابعة عشر)	في هذه المرحلة يتعلم الأطفال تطبيق وممارسة المعايير الأخلاقية في التعبير عن المشاعر، واتخاذ الأحكام الوجدانية	٤٥-٦٠	إثارة المشاعر – تنطيق المشاعر- التغذية الراجعة – التعزيز – الواجبات	فني – تمثيلي – قصصي	CD– أوراق – أقلام وألوان
الجلسات (الثامنة عشر والتاسعة عشر)	تكوين رؤية أخلاقيه وشعورية واضحة تتخطى اللحظة التي يعيشها لتغلف حياته بأكملها من خلال تنمية قدرة الطفل على حل المشكلات المستقبلية استناداً إلى الرؤية الفكرية التي تبناها خلال جلسات البرنامج من خلال التدريب التوكيدي للأطفال لتوكيد الذات وتعلم الامتنان للأخر .	٤٥-٦٠	حل المشكلات – التو كيديه – التعزيز – التغذية الراجعة – الواجبات المنزلية	تمثيلي	ماكيت على شكل معركة حربية – ماكيت على شكل إشارة مرور
الجلسات (العشرون والواحد وعشرون)	(التغيير والتقييم – إنهاء البرنامج الإرشادى لخفض الأليكسيثيميا)	٤٥-٦٠دقيقة	الحوار والمناقشة – التغذية الراجعة – التعزيز – الواجبات المنزلية – الإسقاط الزمني	فني	أوراق- أقلام

زمن البرنامج:

يستغرق تطبيق البرنامج في إطار العام ٢٠١٣ ، أما بالنسبة لعدد الجلسات الأسبوعية فجاءت في المتوسط العام ١٢ جلسة أسبوعياً بمعدل ٢ جلسة فى اليوم ، عدا يوم الجمعة وذلك لاشتراك الأطفال في بعض الأنشطة الرياضية والتعليمية خارج المؤسسة ،حيث يطبق البرنامج الإرشادي لخفض الأليكسيثيميا (٢١جلسة)، استغرقت مدة الجلسة ٤٥-٦٠ دقيقة. وقد بدأ العمل فى البرنامج فى تاريخ في البرنامج فى٣٠ / ٦ / ٢٠١٢ وانتهى العمل به في ١٥ / ٧ /٢٠١٢ م.

هذا ولقد تخلل البرنامج بعض الأيام لم يتم العمل فيها نظرًا لظروف خاصة بالأطفال.

إجراءات الدراسة:

للإجابة على تساؤلات الدراسة وتحقيق أهدافها سوف تتبع الباحثة الإجراءات التالية:

١)تحديد الإطار النظري ومفاهيم الدراسة حيث اشتملت على المفاهيم التالية:

{ الأطفال المحرومين من الرعاية الوالدية hildren deprived from paternal care ، ، الأليكسيثيميا Alexithymia ، البرنامج الإرشادى Counseling program}.

٢)استعراض الدراسات والبحوث السابقة حيث اشتملت على:

{المحور الأول: دراسات تناولت الأليكسيثيميا لدى الأطفال المحرومين من الرعاية الوالدية

المحور الثاني: دراسات تناولت فعالية التدخل النفسي لخفض الأليكسيثيميا }.

٣)إعداد أدوات الدراسة Tools of the study وتقنينها.

٤)إجراء دراسة استطلاعية مسحية لتحديد عينة من الأطفال المحرومين من الرعاية الوالدية ممن يعانون من *الأليكسيثيميا* والمودعيين بالمؤسسات الإيوائية التابعة لوزارة الشئون الاجتماعية بمحافظة بورسعيد.

٥)اختيار عينة الدراسة النهائية (العينة التجريبية).

٦)التطبيق القبلي للمقاييس على مجموعة الدراسة.

٧)تطبيق البرنامج الإرشادي لخفض الأليكسيثيميا على مجموعة الدراسة.

٨)التطبيق البعدي للمقاييس السابقة على مجموعة الدراسة.

٩)التطبيق التتبعي لمقياس الأليكسيثيميا بعد ستة أشهر من انتهاء البرنامج.

١٠)المعالجة الإحصائية للبيانات ورصد النتائج وتفسيرها.

١١)صياغة التوصيات والمقترحات في ضوء النتائج.

ولقد أسفرت الدراسة عن النتائج التالية :-

- **وجود فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات الرتب لدرجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس (القبلي) على أبعاد الأليكسيثيميا { صعوبة تحديد المشاعر (DIF) صعوبة وصف المشاعر (DDF) التوجه خارجي المنحى في التفكير (EOT) }والدرجة الكلية للأليكسيثيميا ودرجات أفراد نفس المجموعة في القياس البعدى بعد تطبيق البرنامج الإرشادي لصالح القياس البعدي.**
- **مناقشة النتائج:**

يوضح الجدول قيم (Z) لدلالة الفروق بين رتب درجات التطبيق القبلي والبعدي لمجموعة الدراسة على مقياس الأليكسيثيميا بأبعاده المختلف والدرجة الكلية بعد تطبيق البرنامج الثاني

البعد	العدد (ن)	القياس القبلي (البعدى١) – البعدى٢				قيمة Z	الدلالة
		متوسط الرتب		مجموع الرتب			
		الموجبة	السالبة	الموجبة	السالبة		
صعوبة تحديد المشاعر (DIF)	٨	٤,٥	٠,٠٠	٣٦,٠٠	٠,٠٠	– ٢,٥٣	دالة*
صعوبة وصف المشاعر (DDF)	٨	٤,٥	٠,٠٠	٣٦,٠٠	٠,٠٠	– ٢,٥٣	دالة*
التوجه خارجي المنحى في التفكير (EOT)	٨	٤,٥	٠,٠٠	٣٦,٠٠	٠,٠٠	– ٢,٥٤	دالة*
الدرجة الكلية للمقياس	٨	٤,٥	٠,٠٠	٣٦,٠٠	٠,٠٠	– ٢,٥٣	دالة*

يتضح من الجدول السابق وجود فروق إحصائية دالة بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي والبعدي لنفس المجموعة على مقياس الأليكسيثيميا بأبعاده المختلفة { صعوبة تحديد المشاعر (DIF)، صوبة وصف المشاعر (DDF)، التوجه خارجي المنحى في التفكير (EOT) } والدرجة الكلية لمقياس الأليكسيثيميا بعد تطبيق البرنامج الإرشادي، وبما أن البرنامج الإرشادي قد ساهم في خفض الأليكسيثيميا بأبعادها { صعوبة تحديد المشاعر – صعوبة وصف المشاعر- التوجه خارجي المنحى في التفكير} وهو ما يظهر من خلال نتائج الجدول السابق فإن ذلك يدل على فعالية البرنامج الإرشادي في خفض الأليكسيثيميا ، وهو ما جاء واضحاً من خلال قيم (Z) والتي جاءت دالة عند مستوى ٠,٠٥ في الدرجة الكلية للأليكسيثيميا

وجميع أبعادها (صعوبة تحديد المشاعر- صعوبة وصف المشاعر – التوجه خارجي المنحى في التفكير) ، ووفقاً لذلك تتحقق صحة الفرض .

تفسير نتائج الفرض:

تدل نتائج هذا الفرض علي فعالية البرنامج الإرشادي الذي طبق علي مجموعة الدراسة بهدف خفض الأليكسيثيميا في خفض الأليكسيثيميا ،حيث سجل أفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق جلسات البرنامج الإرشادي انخفاض في مستوي الأليكسيثيميا بأبعادها المختلفة، وجدير بالذكر أن المسئول عن إحداث هذه التغيرات الفعالة هو تدريب الأطفال علي ممارسة فنيات الإرشاد المعرفي السلوكي المصحوب بالعلاج النفسي التعليمي للمشاعر ومحو الأمية الوجدانية وتنمية المهارات الاجتماعية والقدرة علي حل المشكلات والقدرة علي رسم الصورة الذهنية ،والتعبير الحر عن المشاعر بالكتابة و الرسم في خفض الأليكسيثيميا،وكذلك الأعراض الجسدية – خفض الشكاوي الجسدية – المصاحبة للاضطراب.

وتتفق نتائج هذا الفرض مع نتائج الدراسات السابقة ،والتي أكدت فعالية {الإرشاد المعرفي السلوكي المصحوب بالعلاج النفسي التعليمي للمشاعر وتنمية المهارات الاجتماعية } في خفض الأليكسيثيميا، وكذلك الأعراض الجسدية المصاحبة للاضطراب – خفض الشكاوي الجسدية وهو ما يظهر في دراسة

(Becker – stoll & Gerlinghoff, 2004) ،و (Lumley ,2004) ،و (Rufer, et.al.,2004) ،و(Vanheule, et.al., 2011).

وفي هذا الصدد أكدت بعض الدراسات علي فعالية العلاج النفسي التعليمي للمهارات الوجدانية و المهارات الاجتماعية كمدخل لخفض الأليكسيثيميا (Kennedy & Franklin , 2002) ، ودراسة(Levant, et.al., 2009)،في حين توصلت نتائج دراسة Claire Gay, et.al., (2008)إلي فعالية التخيل باستخدام رسم الصورة الذهنية المتخيلة ،و التنويم المغناطيسي كمدخل لعلاج الأليكسيثيميا ،أما دراسة (Morrisson & Pihl, 1999)فلقد دعمت نتائجها فعالية العلاج النفسي القائم علي تعليم المشاعر- مكتبة المشاعر – والتعبير الكتابي الانفعالي الحر عن المشاعر في خفض الأليكسيثيميا خاصة في المراحل الأولي.

مناقشة النتائج:

- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات الرتب لدرجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدى على مقياس الأليكسيثيميا بأبعاده المختلفة ، ودرجات أفراد نفس المجموعة في القياس التتبعى.

يوضح الجدول قيمة (Z) لدلالة الفروق بين رتب درجات التطبيق (البعدي والتتبعي) لمجموعة الدراسة على مقياس الأليكسيثيميا بعد تطبيق البرنامج

البعد	العدد (ن)	القياس البعدى٢ – التتبعي				قيمة Z	الدلالة
		متوسط الرتب		مجموع الرتب			
		الموجبة	السالبة	الموجبة	السالبة		
الأليكسيثيميا	٨	٣,٠٠	١,٥	٣,٠٠	٣,٠٠	٠,٠٠٠	غير دالة

يتضح من الجدول السابق عدم وجود فروق دالة بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي والتتبعي لنفس المجموعة على مقياس الأليكسيثيميا، مما يدل على ثبات أثر البرنامج حتى بعد الانتهاء من التطبيق ، من ثم فعالية البرنامج الإرشادي المستخدم في خفض الأليكسيثيميا لدى الأطفال المحرومين من الرعاية الوالدية ، ولقد جاءت قيمة Z غير دالة ، وعلى ذلك تتحقق صحة الفرض السادس.

وتتفق نتائج هذا الفرض مع نتائج الدراسات السابقة ،والتي أكدت استمرار التأثير التتبعى للبرنامج الإرشادي لنفس المجموعة على مقياس الأليكسيثيميا ، مما يدل على ثبات أثر البرنامج حتى بعد الانتهاء من التطبيق ،وهو ما أكدته دراسة (Mcleod, 1995)إذ رصدت الدراسة استمرار التأثير التتبعي للبرنامج بعد ستة أشهر من القياس البعدي ولم تختلف النتائج بين القياس البعدي والتتبعي لمدة ستة أشهر.

من ثم يهدف الإرشاد المعرفي السلوكي في مرحلة الطفولة إلى تنمية ثقة الطفل في نفسه وفى البيئة التى يعيش فيها من خلال مساعدته على إشباع حاجاته الأساسية في الأمن والطمأنينة، والاعتماد على النفس، وحب الاستطلاع والإنجاز ، والاستحسان والتقدير من الآخرين حتى يشعر بالكفاءة ، ويتكون عنده مفهوم الذات الايجابي أو المرتفع فمن المعروف أن كثيراً من أطفال المناطق الفقيرة يتعرضون للحرمان من إشباع هذه الحاجات مما يعوق نموهم النفسي والعقلي في الطفولة المبكرة وفى مراحل الحياة التالية، من ثم يعمل البرنامج الإرشادي علي مساعدة الطفل في تحقيق نمو سليم متكامل ، وتوافق سوى من خلال مساعدة الطفل على تعديل السلوك المضطرب اعتماداً على تغيير الأفكار والتفسيرات غير المنطقية وثيقة الصلة بالسلوكيات المضطربة، وإبدالها بأخرى منطقية استناداً على التحليل المنطقي المنظم،هذا فضلاً عن كون الإرشاد المعرفي السلوكي قصير المدى، فعدد جلساته محدد وفقاً لطبيعة الهدف من كل دراسة ،إذ يتراوح بين(٢٠– ٣٠) جلسة،كما أن فعاليته تستمر بعد انتهاء البرنامج الإرشادي وذلك يرجع لكونه اتجاه تعليمي يهدف إلى إكساب المسترشد استراتيجيات معرفية وسلوكية تساعده على التحكم في اضطراباته على المدى البعيد.

وتعد الدراسة الحالية خطوة في هذا الاتجاه لإثبات فعالية الإرشاد المعرفي السلوكي في خفض الأليكسيثيميا لدى فئة من الأطفال في حاجة ماسة إلى تقديم يد العون والرعاية التي حرموا منها وهى فئة الأطفال المحرومين من الرعاية الوالدية.

توصيات الدراسة :

تقدم الباحثة فى حدود الدراسة الحالية واستنادا إلى ما توصلت إليه من نتائج المقترحات التالية :

- ضرورة الاهتمام بالأطفال المحرومين من الرعاية الوالدية بمختلف أشكال الحرمان على الوجه الأكمل إذ تمثل تلك الفئة –إذا ما لم يتم التدخل المباشر للكشف عن مشكلاتهم وإمدادهم بما ينقصهم لإشباع حاجاتهم الرئيسية – قنابل موقوتة تنفجر في وجه المجتمع وتشكل خطورة على أمنه وسلامته وتقدمه .من ثم الحرص علي إنشاء مراكز إرشادية متخصصة لإعادة تأهيل الأطفال الذين تعرضوا للحرمان من الرعاية الوالدية .
- الاهتمام بالبرامج الإرشادية التي تتصدي للآثار النفسية المترتبة على تعرض الطفل لخبرات الفشل والإحباط خاصة البرامج المعرفية السلوكية لتناولها للطفل ككيان تكاملي (جانب عقلي ووجداني وسلوكي) مع إعادة البناء المعرفي للأساليب الخاطئة المستخدمة في التفكير .

المراجع

أولا : المراجع العربية :

١) إبراهيم محمد إبراهيم الدخاخنى (٢٠٠٧) . فاعلية برنامج لتنمية الشعور بالأمان للأطفال المحرومين من الرعاية الوالدية ، رسالة دكتوراه ، معهد الدراسات العليا للطفولة ، جامعة عين شمس .

٢) إسماعيل إبراهيم محمد بدر (٢٠٠٢) . الوالدية الحنونة كما يدركها الأبناء وعلاقتها بالذكاء الانفعالي لديهم ، مجلة الإرشاد النفسي ، العدد (١٥) ، السنة العاشرة ،١-١١ .

٣) أحمد عكاشة وطارق عكاشة (٢٠٠٩). علم النفس الفسيولوجي ،ط ١١ ، القاهرة:مكتبة الانجلو المصرية

٤) السيد مصطفى السنباطى (٢٠٠٧) . تقدير الذات وعلاقته بالتوافق النفسي لدى الأطفال بلا مأوى مع تصور مقترح لبرنامج إرشادي لتحسين مستوى تقدير الذات ، رسالة دكتوراه، معهد الدراسات العليا للطفولة ، جامعة عين شمس .

٥) حسنية غنيمى عبد المقصود (٢٠٠٥). دراسات وبحوث في علم نفس الطفل، ط١ ، القاهرة : دار الكتب.

٦) صلاح الدين عراقي محمد (٢٠٠٦). دراسة العلاقة بين عجز/ نقص كلمات التعبير عن المشاعر (الأليكسيزيميا) والتعلق الوالدي لدي الراشدين،مجلة كلية التربية ،جامعة الزقازيق، العدد(٥٤)، ١٩٣-٢٤٤.

٧) طارق محمد النجار (٢٠٠٥) . مدى فاعلية برنامج معرفي سلوكي لتعديل سلوكيات اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة لدى عينة من الأطفال الصم ، رسالة دكتوراه ، معهد الدراسات العليا للطفولة ، جامعة عين شمس .

٨) عادل يوسف أبو غنيمة (٢٠١٢).الجسد انفعالاته –أحاسيسه ،ط١، القاهرة :الدار الأكاديمية للعلوم.

٩) فاطمة أحمد علي ناصف (١٩٩٨) .دراسة مقارنة للمشكلات النفسية لأطفال المؤسسات الإيوائية في الأعمار المختلفة للمرحلتين (الابتدائية – الإعدادية) ، رسالة دكتوراه ، معهد الدراسات العليا للطفولة ، جامعة عين شمس .

١٠) فيولا الببلاوى (٢٠٠٥). قصور التفاعل الوظيفي بين الوالدين والطفل: دراسة تنبؤية لاضطراب بعض جوانب الصحة النفسية لدى الأطفال ، المؤتمر السنوي الثاني عشر، مركز الإرشاد النفسي ، جامعة عين شمس، ٣٤٥- ٣٧٢.

١١) كريمان بدير (٢٠١١). سيكولوجية المشاعر وتنمية الوجدان، ط١، القاهرة: عالم الكتب.

١٢) محمد عبد التواب ومعوض أبو النور وعبد الفتاح عيسى إدريس (٢٠٠٢) . الاتجاه نحو الطلاق في علاقته بالمسئولية الشخصية لدى طلاب الجامعة في منطقة عسير بالمملكة السعودية (دراسة مسحية – تحليلية) ، مجلة كلية التربية ، جامعة الأزهر،العدد (١١٣)،٢٣٥-٢٤٩ .

١٣) محمد محمد بيومي (١٩٩٦) . الاتجاهات الحديثة في تناول العلاج العقلاني فى إطار علم النفس المعرفي المعاصر ، كلية التربية ، جامعة الزقازيق ، بحث منشور .

١٤) مرعي سلامة يونس(٢٠١١).علم النفس الإيجابي للجميع،ط١،القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية

١٥) منار بني مصطفي وأحمد الشريفين(٢٠١٢) .قلق الانفصال وأنماط التعلق بالأمهات البديلات لدي عينة خاصة من الأطفال الأيتام والمحرومين في ضوء بعض المتغيرات، مجلة كلية التربية بالإسماعيلية ،جامعة قناة السويس،العدد(٢٢)، ٨٥-١٢٥.

١٦) هشام عبد الرحمن الخولي (٢٠٠٥) : دراسة العلاقة ما بين العجز/ النقص فى القدرة على التعبير عن الشعور (الاليكسيثيميا) والمخادعة / المخاتلة (الميكافيلية) ، المؤتمر السنوى الثانى عشر لمركز الإرشاد النفسي ، جامعة عين شمس ، ٢٢٥-٢٦١ .

ثانياً:المراجع الأجنبية:

17) Becker- Stoll F and Monika G (2004) : The impact of a four – month day treatment programme on alexithymia in eating disorders , European Eating Disorders Review , vol 12 : pp 159 – 163 .

18) Carano A., Gambi J., Paolo G ., et al (2006) : Alexithymia and body image in adult with binge eating disorders . International Journal Of Eating Disorders ,Vol 39 (4) : pp 332-341 .

19) Carano A., Gambi J., Paolo G ., et al (2006) : Alexithymia and body image in adult with binge eating disorders . International Journal Of Eating Disorders ,Vol 39 (4) : pp 332-341 .

20) Fukunishi, I., Yoshida, H., Wogan, J. (1998) : Development of the alexithymia scale for children: A preliminary study. Psychological Reports, vol 82, pp 43-49.

21) Gay M , Hanin D and luminet O (2008) : Effectiveness of a hypnotic imaginary interventions on reducing alexithymia , Conten

Hypnosis ,vol 25 (1) :pp 1-13 .

22) Goldman , Cheryl K ., PH . D . (1993) : The relationship of emotional communication to social competence : The role of communication accuracy in behaviorally disordered children . The University of Connecticut , 195 pages

23) Harland P, Reijneveld SA, Brugman E, Verloove-Vanhorick SP, Verhulst FC.(2002) Family factors and life events as risk factors for behavioural and emotional problems in children. Eur Child Adolesc Psychiatry. Aug; vo1(4):176-84.

24) Harland P, Reijneveld SA, Brugman E, Verloove-Vanhorick SP, Verhulst FC.(2002) Family factors and life events as risk factors for behavioural and emotional problems in children. Eur Child Adolesc Psychiatry. Aug; vo1(4):176-84.

25) Haviland, M. G., and Reise, S. P.(1996) : A California q-set alexithymia prototype and its relationship to ego-control and ego-resiliency. Journal of psychosomatic Research . vol 41, pp 597-608.

26) Helmers K and Mente A (1999) : Alexithymia And Health Disorder, Childhood Trauma and Alexithymia in an Outpatient Sample , Journal of Traumatic Stress, Vol 14(1):PP 177- 182.

27) Jellesma FC, Rieffe C, Terwogt MM, Westenberg M.(2009): Do I feel sadness, fear or both? Comparing self-reported alexithymia and emotional task-performance in children with many or few somatic complaints. Psychol Health. 2009 Oct;24(8):881-93.

28) Joukamaa M , Kokkonen P , Juha V , Juha T and Jari J (2003) : Social situation of expectant mothers and alexithymia 31 years later in their offspring :, Journal of Psychosomatic medicine vol 65 : pp 307 – 312

29) Kennedy M and John F (2002) : Skills-based Treatment for Alexithymia: An Exploratory Case Series , Behaviour Change, Vol 19 (03) , September : pp 158-171

30) Lesser I.M (1981) : A Review of Alexithymia Concept . Psychosomatic Medicine J , Vol 43 (6) : PP 531- 543 .

31) Levant R , Margaret H , Eric W , Christine M (2009) : The efficiency of alexithymia reduction treatment , Journal of men's studies , vol 17 (1) , pp 75 – 84 .

32) Luminet O.Bagby R.M, Taylor G.J (2001): An evaluation of the absolute and relative stability of Alexithymia in patients with major depression. psychotherapy & psychosomatics J , vol (70): pp 254-260.

33) Lumley M (2004) : Alexithymia, emotional disclosure, and health: a program of research J Pers. Vol 72(6): pp271-300

34) Lumley, M. , Mader, C., Gramzow, J., Papineau, K., (1996): Family Factors Related to Alexithymia Characteristics", Psychosomatic Medicine J , vol 58: pp 211-212.

35) Mash, E., Wolfe, D. (1999) : Abnormal Child Psychology, Wadshorth Publishing Company, Belmont, CA.

36) Mcleod C (1995) : Prospective factors associated with positive outcome in behavioral medicine , psychotherapy Journal , pp. 159-167 .

37) Morrison L ., and Pihl O., (1999) : Alexithymia and stimulus augmenting / reducing , Journal of clinical psychology , vol 46 (6), pp730-736.

38) Muller J., Alpers G.W (2006): Two facets of being bothered bodily sensations: Anexity sensitivity and Alexithymia in psychosomatic patients. Comprehensive psychiatry, vol 47 (6): pp 489-496.

39) Newton , T . L and Contrada R . J . (1994) : Alexithymia and

Repression : Contrasting Emotion – Focused Coping Styles , Psychosomatic Medicine vol 56 : pp457- 462 .

40) Rufer M ., Hand I, Braatz A ., Alsleben H ., Fricke S ., Peter H.,(2004): A prospective study of alexithymia in obsessive-compulsive patients treated with multimodal cognitive-behavioral therapy. Psychother Psychosom. vol 73 (2) :pp 101 – 106 .

41) Sifneos P, (2000): Alexithymia, Clinical Issues, Polities and Crime, Psychotherapy& psychosomatics J , vol 69 (3): pp 113- 116.

42) Trang K (2006) : Depth of experiencing and use of emotion words in the trauma as a performance indices of alexithymia ., A thesis of Msc of psychology , University of Windsor .

43) Taylor G. (2000): Recent developments in Alexithymia theory and research, Canadian Journal of Psychiatry, vol (45): pp 134- 142.

44) Vanheule S , Paul V and Mattias D (2011) : In search of a framework of alexithymia Psychology and Psychotherapy journal ,vol 84 :pp 84- 97.

45) Wiley k and Sons M (2000) : Alexithymia and childhood family environment , Journal of Clinical Psychology ,Volume 56(6): pp 737–745.