

الألكسيثيميا والاضطرابات النفسية الجسمية لدى المراهقين العاديين والأيتام: دراسة مقارنة

د. أحمد عبدالله الشريفين

كلية التربية - جامعة اليرموك

د. مريم عواد الزيادات

كلية العلوم التربوية - الجامعة الأردنية

الأردن

الملخص

هدفت الدراسة إلى الكشف عن مستوى كل من الألكسيثيميا والاضطرابات النفسية الجسمية لدى عينة مكونة من (٢٣٤) مراهقاً، (١١٥) مراهقاً يتيماً و(١١٩) مراهقاً عادياً تم اختيارهم من خلال طريقة العينة المتيسرة. ولتحقيق أهداف الدراسة تم تكييف مقياس تورنتو (Toronto) للألكسيثيميا، وتطوير مقياس الاضطرابات النفسية الجسمية. أشارت نتائج الدراسة إلى أن مستوى الألكسيثيميا لدى المراهقين الأيتام كان مرتفعاً، وكان منخفضاً لدى المراهقين العاديين. كما أشارت النتائج إلى أن مستوى الاضطرابات النفسية الجسمية لدى المراهقين الأيتام كان متوسطاً، وكان منخفضاً لدى المراهقين العاديين. كما تبين عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الأوساط الحسابية للألكسيثيميا تُعزى لتفاعل متغير حالة المراهق مع المستوى العمري، ووجدت فروق ذات دلالة إحصائية تُعزى لتفاعل متغير حالة المراهق مع الجنس حيث كانت مؤشرات الألكسيثيميا لدى المراهقين الذكور على اختلاف حالتهم هي أعلى منها لدى الإناث. كما أشارت النتائج إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الأوساط الحسابية للاضطرابات السيكوسوماتية تعزى لتفاعل متغير حالة المراهق مع كل من الجنس والمستوى العمري. ووجدت علاقة إيجابية قوية ودالة إحصائياً بين مقياس الألكسيثيميا بجميع مجالاته، وبين مقياس الاضطرابات السيكوسوماتية بجميع مجالاته.

المصطلحات الأساسية: الألكسيثيميا، الاضطرابات النفسية الجسمية، المراهقون، الأيتام.

مقدمة

يعد الانتقال من الطفولة إلى المراهقة فترة حرجة تتابها تغيرات بمختلف الجوانب النمائية كالنواحي الجسمية، والاجتماعية، والانفعالية نتيجة النضج، وتغيرات الدور في الأسرة، والمدرسة، ومع جماعة الرفاق الأمر الذي

يؤثر في مستوى الحياة الهائلة في المراحل اللاحقة للفرد (Estabrook, 2008). ويعتمد النمو الانفعالي في مرحلة المراهقة على علاقة الرضيع بوالديه، أو بمقدم الرعاية؛ فقد وجد أن عدم استجابة مقدم الرعاية، أو عدم اتساق وثبات استجابته لحاجات الرضيع الانفعالية يمكن أن يعيق نموه الانفعالي الذي يظهر بشكل العجز في التنظيم الانفعالي في مراحل الحياة اللاحقة (Pappin et al., 2014; Ruiz-Casares, Thombs & Rousseau, 2009).

ويُعد وجود أسرة متكاملة يعيش فيها الطفل مع والديه من العوامل المهمة في تطوره النمائي، إلا أن وفاة أحد الوالدين أو كليهما ربما يؤثر بشكل سلبي في نمو الطفل بسبب ضعف الرعاية الوالدية، والجو الانفعالي المضطرب داخل الأسرة، أو نتيجة لتعرضه لعدد من أساليب الرعاية السلبية (Karukivi, Polonen, Vahlberg, Saikkonen & Saarijarvi, 2014)؛ الأمر الذي قد يؤدي إلى الإصابة بالاضطرابات النفسية في فترة المراهقة، نتيجة لنوع الرعاية التي يحصل عليها من الآخرين. وتشير الدراسات (Hermenau, Eggert, Landolt & Hecker, 2015) إلى أن إيواء المراهق في دور الأيتام يؤدي إلى ظهور المشكلات السلوكية والانفعالية لديه؛ بسبب ضعف تلبية حاجاته النفسية المختلفة. ويدعم عدد من الدراسات ذلك؛ إذ يشير إلى أن الأيتام يظهرون توجهًا مضادًا للمجتمع في إطار العلاقات الاجتماعية، وعجز في الخبرة الاجتماعية، وصعوبات في بناء الثقة في العلاقات مع الرفاق والراشدين مقارنة بأقرانهم الذين يعيشون مع أسرهم (Ahmad & Mohamad, 1996; Dontsov, Perelygina & Veraksa, 2016).

وتشير الدراسات أيضاً إلى انتشار الألكسيثيميا (عدم وجود كلمات للتعبير عن المشاعر) بنسبة (١٠٪) بين المراهقين عامةً؛ إذ يظهرون صعوبات انفعالية في عدة جوانب كالتعبير عن المشاعر عن طريق الاستعمال الرمزي للكلمات، وضعف القدرة على التنظيم الانفعالي (Estabrook, 2008; Karukivi et al., 2014). وقد وجد أيضاً أن المراهقين الأصغر عمراً يظهرون - نوعاً ما - مستويات مرتفعة

من الألكسيثيميا مقارنة بالمرهقين الأكبر عمراً، وهذا يعود إلى ضعف القدرة المعرفية والمهارات الملائمة لتنظيم المشاعر لديهم (Estabrook, 2008). وهنا، لا يمكن استثناء المرهقين الأيتام، فهم يعانون ضعف الثبات والتنظيم الانفعالي الذي يظهر بمظاهر سلوكية كالتوتر (Ishola & Mitonga, 2017)، وأعراض العجز المتعلم، واضطراب المزاج (Matyash & Volodina, 2015).

وتُعرّف الألكسيثيميا بأنها: سمة وجدانية ومعرفية للشخصية التي تتميز بضعف الوعي بالمشاعر الخاصة، وعدم القدرة على تمييز العلاقة بين الأعراض الجسمية والحالات النفسية للشخص، وكذلك العلاقات الاجتماعية الجامدة (Melin, Thulesius & Persson, 2010). إضافة إلى محدودية عمليات التخيل التي تلاحظ من خلال ندرة الأحلام، وسيطرة التفكير الموجه للخارج؛ حيث التركيز على تفاصيل الأحداث الخارجية أكثر من التركيز على المشاعر الداخلية (Gilbert, McEwan, Catarino, Baiao & Palmeira, 2014).

ويرى تايلور (Taylor, 2000) أن الألكسيثيميا تعبر عن عجز في المعالجة المعرفية، وتنظيم الانفعالات. وتعود أصول الألكسيثيميا إلى الملاحظات الإكلينيكية لمرضى الاضطرابات النفسية الجسمية للعالم روسك Reusch، وقد وصفها آنذاك بالشخصية الطفولية Infantile personality، حيث يحدث هذا لدى المرضى الذين يمتلكون قدرة غير ناضجة لإدراك مشاعرهم ووصفها، ويعتمدون بدلاً من ذلك على الدلائل الخارجية لتحديد ردود الفعل الملائمة. أما ماكلن Maclean فقد قدم وصفا موازيا عندما لاحظ أيضاً عدم القدرة على التعبير عن المشاعر لفظياً لدى مرضى الاضطرابات النفسية الجسمية. وجميع وجهات النظر تلك تعكس التوجه النفسي التحليلي معتمدين على اللاشعور، والمراحل النفسية الجنسية، وخبرات الطفولة المبكرة لتوضيح تطور الأعراض (Timoney & Holder, 2013).

ويعد سفنيوس (Sifneos, 1996) أول من استخدم مصطلح الألكسيثيميا، أو قصور التعبير الانفعالي Alexithymia عام ١٩٧٢، الذي يعني عدم وجود كلمات

للمشاعر بعد الملاحظات الإكلينيكية لمرضى الاضطرابات النفسية الجسمية الذين لم يتحسنوا نتيجة العلاج المبني على الاستبصار، والتحليل النفسي (Hiirola et al., 2017; Ricciardi, Demartini, Benedetta & Edwards, 2015; Berardis et al., 2008). وقد عدها اضطراباً في الأداء المعرفي . الانفعالي، ويتضمن ثلاثة عناصر أساسية، هي: صعوبات في الوعي والتعبير عن المشاعر، وضعف في عمليات التخيل، ونمط معرفي جامد ومتطرف (Bates, 1983; Cohen, 1980; Taylor, 1984). ومن هنا، يمكن النظر إليها على أنها تتكون من عنصرين، هما: العنصر المعرفي؛ وفيه يواجه الفرد التحديات بالتفكير والانفعالات عندما يحاول تسمية المشاعر وإدراكها والتعبير عنها، والبعد الانفعالي؛ وفيه يكافح الفرد مع الخبرة للمشاركة والاستجابة والحس بالمشاعر (Walker, Connor & Schaefer, 2011).

وقد اقترح فري بيرغر Freyberger عام ١٩٧٧ تقسيم الألكسيثيميا إلى نوعين: الأولية والثانوية، فتشير الأولية إلى السمة الشخصية، وهنا يبرز الجانب الوراثي في حصولها. أما الثانوية فهي نتاج المرض الطبي العضوي (Moorman, Timoney & Holder, 2013). أما مورمان وبرموند وألباش وفان (Moorman, Bermond, Albach & Van, 1997) فقد قسما الألكسيثيميا إلى نوعين، هما: الكلاسيكي الذي يشير إلى أن الفرد قليل العاطفة، ولا يستطيع التعرف إلى مشاعره، ويرتبط تفكيره بالعالم الخارجي. أما النوع الثاني فيتضمن مستويات مختلفة من المشاعر السلبية، ويميل أصحاب هذا النوع إلى التركيز على أنفسهم. ومن جانب آخر صنف بلاكويل وكينيالي وروجرز (Blackwell, Kenealy, Rogers, 1996) الألكسيثيميا في عدة تصنيفات، هي: الألكسيثيميا بيولوجية المنشأ ونفسية المنشأ، والألكسيثيميا الأولية والثانوية، والألكسيثيميا المعيارية الذكورية (Normative Male Alexithymia). وقد وجد هذا النوع نتيجة للملاحظات الإكلينيكية على الرجال، حيث يتم إعدادهم من أسرهم للعيش كأشخاص مسؤولين يعتمد عليهم، وبالتالي ينبغي عليهم عدم إظهار ضعفهم.

وقد حاولت العديد من النظريات تفسير الألكسيثيميا، ومن هذه النظريات:

أولاً: النظرية البيولوجية التي تشير إلى أن سبب حدوث الألكسيثيميا يعود إلى خلل جيني وعصبي.

ثانياً: النموذج العصبي المعرفي، حيث يرى ليدوكس (Ledoux, 1995) أن صعوبة التعبير اللفظي عن المشاعر تعزى إلى ضعف الارتباط بين الجهاز العصبي المركزي وقشرة المخ.

ثالثاً: نموذج القصور في تنظيم الشخصية، ويؤكد نيميا (Nemiah, 1984) أن الألكسيثيميا اضطراب يصيب المجموعة الانفعالية، ويعزى إلى أوجه قصور أو دفاعات نفسية أو اضطرابات فسيولوجية في المسارات العصبية التي تحتوي على المعالجة النفسية.

رابعاً: الاتجاه التحليلي، حيث ينظر للألكسيثيميا بأنها ناتجة عن الصعوبات التي تعرض لها الفرد قبل النطق.

خامساً: نموذج تايلور وباجبي وباركر (Taylor, Bagby & Parker, 1997) الذي يفسر الألكسيثيميا في ضوء عدم المقدرة على تنمية الخبرات المعرفية، وتنظيم الانفعالات في المراحل العمرية المبكرة.

وقد اقترح لان وسكوارتز Lane & Schwartz عام ١٩٨٧ النظرية النمائية المعرفية للوعي الانفعالي التي توضح العجز الانفعالي - المعرفي الموجود في الإلكسيثيميا. وبحسب النظرية فإن الألكسيثيميا تعود إلى عدم تطور المهارات المعرفية التي تقود إلى عدم القدرة على التمييز بين الحالات الانفعالية المختلفة (Timoney & Holder, 2013).

وقد صُنفت الألكسيثيميا ضمن الاضطرابات النفسية الجسمية (Taylor, 1984)، ولم توصف كاضطراب نفسي في الدليل التشخيصي الخامس للاضطرابات النفسية (DSM-5) (Ricciardi et al., 2015)، حيث عدت عاملاً مهماً وأساساً في حدوث وتطور الاضطرابات النفسية الجسمية (Honkalampi et al., 2009)، فقدره الفرد المحدودة على معالجة الانفعالات معرفياً، تقود إلى توسعة

الإحساسات الجسمية المصاحبة للاستثارة الانفعالية، وهذا ما يؤدي إلى العديد من ردود الفعل الجسمية (Melin et al., 2010)، وبالتالي تفوته القيمة المعلوماتية التكيفية للانفعالات التي تُعد مهمة للتنظيم الانفعالي (Berardis et al., 2008).

وتُعرف الاضطرابات النفسية الجسمية بأنها الأمراض الجسمية التي يُعتقد أنها نتاج العوامل الذهنية (Singh, 2013)، وتم إعداد قائمة بالاضطرابات النفسية الجسمية منذ القدم؛ إلا أن العالم الكسندر Alexander قام في عام ١٩٥٢ . اعتماداً على ملاحظاته ودراساته الخاصة- بصياغة قائمة تعد الأكثر شيوعاً حتى الوقت الحالي (Moes-Wojtowicz, Wojtowicz, Postek & Domagala-Kulawik, 2012)، وتضم اضطرابات، مثل: اضطرابات التنفس كالأزمة، وأمراض الرئة، وأمراض الجلد، والحمى وغيرها.

ويشير مفهوم الاضطراب النفسي الجسيمي Psychosomatic إلى: الذهن Psyche والجسم Soma، وبالتالي هو اضطراب يتضمن العقل والجسم، وتعتمد علاقة الجسم والعقل على حقيقة العلاقة بين الجهاز العصبي المركزي، وبقية أجزاء الجسم، أو بين المجالات العقلية والانفعالية والعضوية الجسمية، أو بين العقل ما قبل الشعوري، واللاشعوري، والجسم (Singh, 2013).

ويعتقد سيفنوس ونيمه Sifneos & Nemiah أن العجز في القدرة على ترميز الانفعالات ينتج في مظاهر متنوعة تشمل ردود الفعل الفسيولوجية الشاذة، والميل للسلوكيات القهرية، وعدم الراحة، والعجز في القدرة على رعاية الذات (Melin et al., 2010)، والتعبير عن المشاعر بصورة حسية جسدية، وعدم القدرة على البكاء (Bates, 1983). فالألكسيثيميا تعكس تنظيماً وجدانياً مضطرباً يزيد الحساسية أو احتمالية التعرض للمرض النفسي الجسيمي خاصة في مواقف الصراعات والضغوط النفسية التي كثيراً ما تحصل خلال مرحلة المراهقة (Leweke et al., 2010).

وتشير الأبحاث السابقة إلى ارتفاع نسبة الألكسيثيميا لدى مرضى الاضطرابات النفسية الجسمية عامةً حيث بلغت تقريباً (٤٠-٦٠٪)

(Berardis et al., 2008; Walker et al., 2011)، كما بلغت (٥٩٪) بين المراهقين المصابين بمرض الألم المزمن (Burba et al., 2006))، وجدت الدراسات السابقة ارتفاع نسبة الاضطرابات النفسية الجسمية وأعراض الألكسيثيميا بين الأيتام، حيث بلغت النسب على التوالي: (٣٩٪) من الأيتام يشكون من آلام الرأس، و(٢٩٪) لديهم حمى من حين لآخر، و(٩٪) يعانون من ألم العضلات، و(٣٪) من التخمة، و(٢٠٪) من الاكتئاب، و(١٦٪) من المزاج المتقلب (Sharma, 2014). وكذلك فإنه على الرغم مما تؤكد الأبحاث السابقة من أهمية دراسة العلاقة بين الألكسيثيميا والاضطرابات النفسية الجسمية في مرحلة المراهقة، إلا أن الأبحاث التي تناولتها ركزت في معظمها على مرحلة الرشد، ومعظمها أجري على المجموعات العيادية، (Estabrook, 2008; Gatta et al., 2015; Cerutti et al., 2013; Tozzi et al., 2013; Karukivi et al., 2014; 2016)، هذا إضافة إلى أن البحث في مجال الأيتام قليل ومتناثر رغم أن الدراسات تشير إلى أنهم يعانون من الاضطرابات النفسية الجسمية والإلكسيثيميا أيضاً (Ahmad & Mohamad, 1996)، إلا أنه يُلاحظ افتقار أدب الموضوع للدراسات العربية والمحلية التي بحثت علاقة الألكسيثيميا والاضطرابات النفسية الجسمية لدى المراهقين العاديين والأيتام، وبالتالي هناك حاجة مهمة لإجراء الدراسة الحالية.

وهناك العديد من الدراسات التي حاولت معرفة مستوى الألكسيثيميا والاضطرابات النفس جسمية لدى المراهقين وعلاقتها ببعض المتغيرات، بعد مراجعة لتلك الدراسات تم تقسيمها إلى جزئين على النحو الآتي:

أولاً - الدراسات التي فحصت علاقة الألكسيثيميا والاضطرابات النفسية الجسمية.

أجرى لويك ورفاقه (Leweke et al., 2010) دراسة هدفت إلى بحث علاقة الألكسيثيميا مع اضطرابات نفسية معينة، مثل: الاكتئاب واضطرابات الأكل واضطرابات جسدية ظاهرة وغيرها. تكونت عينة الدراسة من ١٤٦١ مريضاً في العيادات الخارجية للأمراض النفسية الجسدية في ألمانيا. تم جمع البيانات

بين ٢٠٠٧ وتشرين أول ٢٠٠٩ باستخدام مقياس تورنتو. أشارت نتائج الدراسة إلى انتشار الألكسيثيميا بينهم بنسبة ٢١٪، وأن نسبة الانتشار هذه تزداد عند مجموعة مرضى الاكتئاب مقارنة بالمجموعات الأخرى، كما أشارت نتائج الدراسة إلى أن الدرجات المرتفعة للألكسيثيميا ترتبط بالدرجات المرتفعة على اضطرابات الاكتئاب والقلق بشكل ذي دلالة إحصائية.

وقد قام موس- وجيتوويكس ورفاقه (Moes-Wojtowicz et al., 2012) بدراسة هدفت إلى قياس مستوى الألكسيثيميا، وفحص ارتباطها مع الاضطرابات النفسية الجسمية لدى مرضى الأزمة. تكونت عينة الدراسة من ٤٥ مريضاً باضطراب الأزمة معظمهم من النساء في مدينة وارسو في بولندا. تم تطبيق استبانة مؤلفة من اختبار ضبط الأزمة، ومقياس تورنتو للألكسيثيميا. أشارت نتائج الدراسة إلى ارتفاع مستوى الألكسيثيميا بينهم، وعدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين اضطراب الأزمة والألكسيثيميا لديهم.

أما بيلز (Beales, 2014) فقد أجرى دراسة هدفت إلى تحليل مستوى الألكسيثيميا في اضطرابات الأكل. تكونت عينة الدراسة من ٢٠٠ امرأة من جمعية مضطربي الأكل. تم تقسيم العينة إلى مرضى الشره العصبي، ومرضى فقدان الشهية العصبي، والمتعافين من اضطرابات الأكل. ولتحقيق أهداف الدراسة تم استخدام مقياس تورنتو. أشارت نتائج الدراسة إلى أن ٦٥٪ من مرضى فقدان الشهية العصبي، و٨٣٪ من مرضى الشره العصبي، وأن ٣٣٪ من مجموعة المتعافين لديهم الألكسيثيميا. وأشارت نتائج الدراسة كذلك إلى وجود علاقة سلبية دالة بين الألكسيثيميا والمهارات الاجتماعية كالتعبير الانفعالي.

وقد أجرى لاباربيرا ورفاقه (La Barbera et al., 2016) دراسة هدفت إلى فحص علاقة الألكسيثيميا باضطراب البطن المزمن. تكونت عينة الدراسة من ١٠٠ مريض باضطراب البطن المزمن في المجموعة التجريبية، و٦٦ شخصاً سليماً صحياً في المجموعة الضابطة في أمريكا. تم تطبيق مسح تضمن خمسة

فحوص نفسية منها الألكسيثيميا. أشارت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين الألكسيثيميا واضطراب البطن المزمن.

ثانياً - الدراسات التي تناولت علاقة الألكسيثيميا والاضطرابات النفسية الجسمية لدى المراهقين العاديين.

قام بوربا ورفاقه (Burba et al., 2006) بدراسة هدفت إلى تقدير انتشار الألكسيثيميا لدى مرضى اضطراب الألم المزمن من المراهقين. تكونت عينة الدراسة من ١٢٠ مراهقاً تراوحت أعمارهم بين (١٢-١٧) سنة لديهم تشخيص اضطراب الألم المزمن في مستشفى جامعة كونس الطبي في ليتوانيا، وتم وضع مجموعة ضابطة تكونت من ٦٠ مراهقاً صحيحين، تم اختيارهم عشوائياً من ٦ مدارس ثانوية في كاونايس في الفترة بين ١٩٩٩ - ٢٠٠٠. ولتحقيق أهداف الدراسة تم تطبيق مقياس تورنتو المعتمد بهذا الخصوص. أشارت نتائج الدراسة إلى ارتفاع الألكسيثيميا بين المراهقين المصابين بالألم المزمن مقارنة بالمجموعة الضابطة.

وبهدف فحص تأثير الألكسيثيميا في اضطرابات الألم لدى المراهقين، أجرى ساين ورفاقه (Sayin, Derinoz, O. Bodur, Senol & Sener, 2007) دراسة على مجموعة من المرضى. تكونت عينة الدراسة من ١١ مريضاً بشكاوى الألم، و١٥ مشاركاً في المجموعة الضابطة، و١٥ مريضاً بالاكئاب. ولتحقيق أهداف الدراسة استخدم مقياس تورونو ومقياس بيك للاكتئاب. أشارت نتائج الدراسة إلى أن الدرجات المرتفعة للألكسيثيميا كانت من نصيب مرضى الألم.

وأجرى فان دي بوت ورفاقه (Van de Putte, Engelbert, Kuis, Kimpen & Uiterwaal, 2007) دراسة طولية لمدة سنة ونصف هدفت إلى فحص فيما إذا كان انتشار الألكسيثيميا مرتفع بين المراهقين، وتم فحص الألكسيثيميا كعامل للشفاء من زملة التعب المزمن. تكونت عينة الدراسة من ٤٠ مراهقاً تراوحت أعمارهم بين (١٢-١٨) سنة لديهم تعب مزمن في المركز الطبي للجامعة في عام

٢٠٠٣-٢٠٠٤، ٣٦ مراهقاً صحيحين ليس لديهم هذا الاضطراب في المجموعة الضابطة. باستخدام مقياس تورنتو للألكسيثيميا واستبانة لفحص مستوى التعب المزمن والشكاوى من الأعراض الجسمية. أشارت نتائج الدراسة إلى أن المراهقين حصلوا على درجات مرتفعة من الألكسيثيميا من ناحية تحديد المشاعر، وأن ٣٠٪ منهم حصل على درجة كلية مرتفعة على مقياس تورنتو. كما أشارت إلى عدم وجود فروق في الشفاء بين المراهقين الذين لديهم ألكسيثيميا والذين لا يعانون منها.

كما قام كاريوكيفا (Karukivi, 2011) بدراسة هدفت إلى تقدير العلاقة بين الألكسيثيميا واضطرابات الأكل. تكونت عينة الدراسة من ٢٢٠ مراهقاً، و٦٤٠ مشاركاً في المجموعة الضابطة منهم ٧٤٪ أنثى و٢٦٪ ذكر. ولتحقيق أهداف الدراسة استخدمت استبانة لقياس المتغيرات. أشارت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة بين الألكسيثيميا واضطرابات الأكل، كما أشارت إلى انتشار الألكسيثيميا لدى المراهقين.

وأجرى باسكول ورفاقه (Pascual, Etxebarria, Ortega & Ripalda., 2012) دراسة هدفت إلى تحليل الفروق الجنسية في عدة متغيرات انفعالية، مثل: الألكسيثيميا والانفعالات الإيجابية والسلبية. تكونت عينة الدراسة من ٧٦٢ مراهقاً منهم (٨٠، ٥٠٪ إناث و٢، ٤٩٪ ذكور) تراوحت أعمارهم بين (١٦-١٨) سنة في المدارس الثانوية في مدينة باسكو ونارفا من الذين يعانون من اضطرابات الأكل. تم استخدام مقياس تكرر الانفعالات الإيجابية والسلبية ومقياس تورنتو للألكسيثيميا. أشارت نتائج الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين بالنسبة للانفعالات السلبية، وصعوبة وصف وتحديد المشاعر لصالح الإناث، ولصالح الذكور في تكرر الانفعالات الإيجابية، وهذا يخالف المتوقع بالنسبة للفروق الجنسية في هذا المجال.

وقد قام توزي ورفاقه (Tozzi et al., 2013) بدراسة هدفت إلى فحص علاقة الألكسيثيميا وآلام الرأس لدى الأطفال والمراهقين، وهل توجد فروق

ذات دلالة إحصائية في إنتشار الألكسيثيميا بين مرضى الصداع النصفي وألم الرأس. تكونت عينة الدراسة من ٣٥ فرداً بالعيادات، و٣٥ فرداً في المجموعة الضابطة في دائرة الطب النفسي للأطفال والمراهقين في إيطاليا تراوحت أعمارهم بين (١١-٢١) سنة. ولتحقيق أهداف الدراسة تم استخدام مقياس تصنيف آلام الرأس العالمي ومقياس تورنتو. أشارت نتائج الدراسة إلى وجود درجات مرتفعة من الألكسيثيميا بين المراهقين والأطفال في المجموعة العيادية مقارنة بالمجموعة الضابطة، كما أشارت إلى عدم وجود علاقة بين الألكسيثيميا وألم الرأس المزمن والأقل حدة.

أجرى سيروتو ورفاقه (Cerutti et al., 2016) دراسة هدفت إلى فحص علاقة الألكسيثيميا بالاضطرابات النفسية الجسمية (آلام الرأس) لدى المراهقين وأمهاتهم، وتأثير هذه العلاقة في الصحة النفسية. تكونت عينة الدراسة من ٢١٢ شخصاً قسموا إلى مجموعة تجريبية تكونت من ١٠٦ أشخاص (٥٣ مراهقاً و٥٣ أمهاتهم) لديهم الصداع النصفي، ومجموعة ضابطة ضمت ١٠٦ أشخاص (٥٣ مراهقاً و٥٣ أمهاتهم)، ليس لديهم تشخيص الصداع النصفي. ولتحقيق أهداف الدراسة تم استخدام مقياس تورنتو، وقائمة أعراض الصداع النصفي. أشارت نتائج الدراسة إلى وجود درجات مرتفعة من الألكسيثيميا بين المراهقين مقارنة بالمجموعة الضابطة، وهي تشكل خطورة لحصول الأمراض النفسية.

يُلاحظ من خلال استعراض الدراسات السابقة وجود علاقة إيجابية ذات دلالة بين الألكسيثيميا والاضطرابات النفسية الجسمية. وهي دراسات أجريت على عينات متنوعة من حيث العمر، والمكان، والعدد. وهذا يُسوغ أهمية البحث في إطار الألكسيثيميا والاضطرابات النفسية الجسمية لتأثيرها المباشر في مستوى الحياة الهائئة، والصحة النفسية والجسمية لدى المراهقين العاديين والأيتام عامة.

وتتشابه الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة المتوفرة في أدب الموضوع بأنها تناولت الهدف الأساس، وهو العلاقة بين الألكسيثيميا والاضطرابات

النفسية الجسمية، إلا أنها تميزت باستخدامها عينة مناسبة وكبيرة - نوعاً ما - مقارنة بعينات الدراسات السابقة، كما أنها أجريت على المراهقين والأيتام، وهم فئة غير عيادية على خلاف الدراسات السابقة المتوافرة في أدب الموضوع التي أجريت في معظمها على المرضى بالاضطرابات النفسية الجسمية. وكذلك فإنها تميزت باستخدامها مقياس تورنتو المعدل على البيئة الأردنية، ومقياس الاضطرابات النفسية الجسمية الذي تم بناؤه لأغراض الدراسة الحالية، كما فحصت مستوى الألكسيثيميا ومستوى الاضطرابات النفسية الجسمية آخذة بالاعتبار متغير العمر، والجنس، وهذا كان من النادر توافره في الدراسات السابقة - في حدود اطلاع الباحثين؛ - مما قد يشكل إضافة علمية جديدة على صعيد البحث العربي والمحلي خاصة لدى المراهقين العاديين والأيتام.

مشكلة الدراسة وأسئلتها

تُعد المراهقة من الفترات الحرجة والمهمة في حياة الفرد التي تتطلب من المراهق وأسرته التعامل معها بشكل تكيفي ومُيسر لجوانب النمو المختلفة، خاصة الجانب الانفعالي الذي يؤدي دوراً مهماً في التكيف النفسي في مراحل الحياة اللاحقة (Dontsov et al., 2016).

ومع ما تشير إليه الدراسات السابقة من إمكانية حصول وانتشار الألكسيثيميا في مرحلة المراهقة نتيجة الخلل في النظام الأسري بسبب وفاة أحد الوالدين، أو كليهما، أو أساليب الرعاية غير السليمة التي لا تلبّي الحاجات الانفعالية المختلفة للمراهق (Estabrook, 2008)، وفي الوقت نفسه توافرت العديد من الدراسات التي تشير إلى العلاقة القوية بين الألكسيثيميا والاضطرابات النفسية الجسمية؛ إذ عدت الألكسيثيميا عنصراً مهماً في حصول الاضطرابات النفسية الجسمية؛ فقد تبين أن الذين لديهم مستوى مرتفع من الألكسيثيميا لديهم ميل للتركيز على الإحساسات الجسمية التي تصاحب الإثارة الانفعالية، وإساءة تفسير مؤشرات المرض (Van de Putte et al., 2007)، والتعبير عن المشاعر بصورة حسية جسدية كأسلوب تكيفي (Bates, 1983).

ومع ما تشير إليه الإحصاءات من ارتفاع معدلات انتشار الألكسيثيميا لدى مرضى الاضطرابات النفسية الجسمية عامةً التي بلغت تقريباً (٤٠-٦٠٪) (Berardis et al., 2008; Walker et al., 2011)، وكذلك ارتفاع نسب انتشار الاضطرابات النفسية الجسمية وأعراض الألكسيثيميا بين الأيتام، حيث بلغت النسب على التوالي: (٣٩٪) من الأيتام يشكون من الألم الرأس، و(٢٩٪) لديهم حمى من حين لآخر، و(٩٪) يعانون من ألم العضلات، و(٣٪) من التخمة، و(١٦٪) من المزاج المتقلب (Sharma, 2014).

وفي الأردن يُقدر عدد الأيتام المسجلين في دور الرعاية التابعة لوزارة التنمية الاجتماعية بحوالي (٩٢٠) يتيماً في العام ٢٠١٦ (إحصاءات داخلية لوزارة التنمية الاجتماعية، ٢٠١٧). ومع ذلك، فإن البحث في مجال الأيتام ما يزال قليلاً ومتناثراً (Ahmad & Mohamad, 1996). وهناك ندرة بالدراسات المتوافرة في أدب الموضوع التي فحصت علاقة الألكسيثيميا والاضطرابات النفسية الجسمية في الثقافة العربية والمحلية في حدود اطلاع الباحثين. ومن هنا تأتي الدراسة الحالية للإسهام في التعرف إلى علاقة الألكسيثيميا والاضطرابات النفسية الجسمية لدى المراهقين العاديين والأيتام في الأردن. وتتلخص مشكلة الدراسة بالسؤال الرئيس الآتي: ما علاقة الألكسيثيميا والاضطرابات النفسية الجسمية لدى المراهقين العاديين والأيتام؟

أسئلة الدراسة

حاولت الدراسة الحالية الإجابة عن الأسئلة الآتية:

- ١ - ما مستوى الألكسيثيميا لدى المراهقين العاديين والأيتام؟
- ٢ - ما مستوى الاضطرابات النفسية الجسمية لدى المراهقين العاديين والأيتام؟
- ٣ - هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات تقديرات المراهقين على مقياس الألكسيثيميا تُعزى لمتغير (حالة المراهق)، وتفاعلاته مع المتغيرات (الجنس والمرحلة العمرية)؟.

- ٤ - هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات تقديرات المراهقين على مقياس الاضطرابات النفسية الجسمية تُعزى لمتغير (حالة المراهق)، وتفاعلاته مع المتغيرات (الجنس، والمرحلة العمرية)؟
- ٥ - هل توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha=0.05$) بين مستوى الألكسيثيميا ومستوى الاضطرابات النفسية الجسمية لدى المراهقين العاديين والأيتام؟

أهداف الدراسة

- تهدف الدراسة إلى ما يلي:
- الكشف عن مستوى كل من الألكسيثيميا والاضطرابات النفسية الجسمية لدى المراهقين العاديين والأيتام.
 - الكشف عن مدى الاختلاف في مستوى كل من الألكسيثيميا والاضطرابات النفسية الجسمية لدى المراهقين العاديين والأيتام تبعاً لاختلاف متغيري الجنس والمرحلة العمرية.
 - الكشف عن طبيعة العلاقة بين كل من الألكسيثيميا والاضطرابات النفسية الجسمية.

أهمية الدراسة

تتبع أهمية الدراسة الحالية من بعدين: نظري وتطبيقي؛ إذ هدفت إلى فحص علاقة الألكسيثيميا والاضطرابات النفسية الجسمية لدى المراهقين العاديين والأيتام في الأردن، وهذا من النادر توافره في الدراسات العربية والمحلية. وتكمن الأهمية النظرية في أن الدراسة تتناول متغيرين مهمين في المجال النفسي ضمن إطار المراهقين العاديين والأيتام في الأردن الذين هم في وضع حرج للتكيف النفسي والحياة الهانئة.

وفيما يتعلق بالبعد التطبيقي فتُعد الدراسة الحالية من الدراسات النادرة في البيئة العربية، والمحلية التي تناولت الألكسيثيميا والاضطرابات النفسية

الجسمية لدى المراهقين العاديين والأيتام في الأردن - في حدود ما توصل إليه الباحثان - وهذا يُسهم في فتح المجال لدراسات مستفيضة، ووضع برامج وقائية وعلاجية في هذا السياق.

التعريفات الإجرائية والاصطلاحية

اشتملت الدراسة على التعريفات الآتية:

الأيتام: ويُعرّف اليتيم بأنه الطفل الذي فقد أحد والديه أو كليهما بسبب الموت، أو أي سبب آخر وهو ما دون سن الثامنة عشرة (Hermenau et al., 2016; Umar et al., 2015). ويعرفون أيضاً بأنهم مجموعة اجتماعية لديها عدم ملاءمة انفعالية ونفسية، وليس لها ملجأ اجتماعي (Dontsov et al., 2016).

الألكسيثيميا: تُعرّف بأنها العجز في العمليات المعرفية وتنظيم المشاعر التي تتصف بصعوبة وصف وتمييز المشاعر، والنمط المعرفي الذي يركز على الأحداث الخارجية بدلاً من الخبرة الداخلية (Van de Putte, Engelbert, Kuis, Kimpen & Uiterwaal, 2007). وتعرف إجرائياً في ضوء الدرجة التي يحصل عليها المستجيب على مقياس تورنتو للألكسيثيميا المستخدم لأغراض الدراسة الحالية.

الاضطرابات النفسية الجسمية: وتعرف بأنها الأمراض الجسمية التي يُعتقد أنها تنتج أو تصبح أسوأ بواسطة العوامل النفسية (Singh, 2013). وتعرف إجرائياً في ضوء الدرجة التي يحصل عليها المُستجيب على مقياس الاضطرابات النفسية الجسمية المستخدم لأغراض الدراسة الحالية.

محددات الدراسة

- تتحدد نتائج هذه الدراسة بالمقياسين المستخدمين، والخصائص السيكومترية لكل منها.
- تتحدد النتائج بأفراد الدراسة الذين تم اختيارهم من المراهقين في المدارس والأيتام في دور الأيتام في الأردن.

الطريقة والإجراءات

أفراد الدراسة: تم اختيار أفراد الدراسة بالطريقة المتيسرة من المراهقين الأيتام المقيمين في قرى الأطفال (SOS)، والمراكز الشبابية التابعة لها، وبعض الدور الإيوائية التابعة لوزارة التنمية الاجتماعية في محافظات المملكة الأردنية الهاشمية المختلفة، بلغ عددهم (١١٥) مراهقاً ومراهقة. كما تم اختيار عدد من المراهقين بالطريقة العشوائية من طلبة المدارس الحكومية التابعة لمديريات التربية والتعليم في المحافظات التي تم اختيار المراهقين الأيتام منها، وبلغ عددهم (١١٩) طالباً، وذلك خلال الفصل الدراسي الأول للعام الدراسي ٢٠١٧/٢٠١٨م، حيث بلغت عينة الدراسة الكلية (٢٣٤) مراهقاً ومراهقة، والجدول رقم (١) يوضح توزيع أفراد الدراسة.

جدول رقم (١)

توزيع أفراد عينة الدراسة وفقاً لمتغيرات الدراسة (ن = ٢٣٤)

حالة المراهق				مستويات المتغير	المتغير
عادي يعيش مع والديه		يتيم			
النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار		
٤٩,٦	٥٩	٥٣,٩	٦٢	ذكر	الجنس
٥٠,٤	٦٠	٤٦,١	٥٣	أنثى	
٥٧,١	٦٨	٦٢,٦	٧٢	١٤ سنة فأقل	المستوى العمري
٤٢,٩	٥١	٣٧,٤	٤٣	أكبر من ١٤ سنة	

أدوات الدراسة

مقياس تورنتو للألكسيثيميا

تم استخدام مقياس تورنتو للألكسيثيميا (Alexithymia Toronto) الذي أعده باجبي وباركير وتابلور (Bagby, Parker & Taylor, 1994). وتكون المقياس بصورته الأصلية من (٢٠) فقرة موزعة في ثلاثة أبعاد، هي: صعوبة تحديد

المشاعر، وصعوبة وصف المشاعر، والتوجه الخارجي في التفكير، ويشير إلى الاستعداد المسبق للتركيز على الأحداث الخارجية بدلاً من التركيز على الخبرات الذاتية للفرد. ويستجيب المفحوص على المقياس وفق تدرج خماسي، وبذلك كلما ارتفعت الدرجة كان ذلك مؤشراً على ارتفاع مستوى الألكسيثيميا.

الخصائص السيكومترية لمقياس تورنتو الألكسيثيميا

صدق المقياس وثباته بصورته الأصلية: تمتع المقياس بصورته الأصلية بخصائص سيكومترية مناسبة تؤهله للاستخدام في دراسات مستقبلية، حيث تم التحقق من مؤشرات صدق البناء، والصدق التمييزي، والصدق التقاربي. وتم التحقق من ثبات إعادة وثبات الاتساق الداخلي.

صدق المقياس وثباته بصورته الحالية: تم ترجمة فقرات مقياس تورنتو للألكسيثيميا (Alexithymia Toronto) من اللغة الإنجليزية إلى اللغة العربية، وتم عرضه على مدقق لغوي، ثم إعادة ترجمته إلى اللغة الإنجليزية؛ وذلك للتأكد من سلامة الترجمة إلى اللغة العربية وعدم تغيير محتوى الفقرات، وبعد ذلك تم استخراج الخصائص السيكومترية للمقياس المعرب على النحو الآتي:

الصدق الظاهري: تم عرض المقياس بصورته الأولية بعد الترجمة (٢٠) فقرة على (١٠) محكمين من المختصين في الجامعة الأردنية وجامعة اليرموك؛ وذلك لمعرفة آرائهم وأحكامهم في مدى مناسبة الفقرات لما وضعت لقياسه. وبناءً على آراء المحكمين تم تعديل صياغة بعض الفقرات. وكان المعيار الذي تم اعتماده هو حصول الفقرة الواحدة على نسبة اتفاق (٨٠٪) فأكثر من المحكمين. وبالنتيجة أصبح المقياس بصورته النهائية يتكون من (٢٠) فقرة موزعة إلى ثلاثة أبعاد، هي: صعوبة تحديد المشاعر، وصعوبة وصف المشاعر، والتوجه الخارجي في التفكير.

مؤشرات صدق البناء: للتحقق من مؤشرات صدق البناء تم تطبيق المقياس على عينة استطلاعية من خارج عينة الدراسة بلغ عددها (٥٠)

مراهقاً، حيث تم استخراج معاملات ارتباط بيرسون بين فقرات المقياس وبين الدرجة الكلية للمقياس والدرجات على كل بعد من أبعاده، فأشارت النتائج إلى أن قيم معاملات ارتباط فقرات المقياس مع البعد المنتمية له تراوحت بين (٠,٣٦ - ٠,٦٦)، كما بلغت قيم معاملات ارتباط الفقرات مع الدرجة الكلية للمقياس بين (٠,٣١ - ٠,٥٧). وقد اعتمد معياراً لقبول الفقرة أن لا يقل معامل ارتباطها بالمجال الذي تنتمي إليه والمقياس ككل عن (٠,٣٠). وبناءً على هذا المعيار وفي ضوء هذه القيم فقد قبلت جميع فقرات المقياس. كما تم حساب معاملات الارتباط البينية Inter- Correlation لأبعاد المقياس، وذلك باستخدام معامل ارتباط بيرسون، حيث تبين أن قيم معاملات الارتباط بين الأبعاد والمقياس ككل كانت مرتفعة وتراوحت بين (٠,٦١ - ٠,٧٣)، كما أن قيم معاملات الارتباط البينية بين أبعاد المقياس تراوحت بين (٠,٤٦ - ٠,٥١). وجميعها قيم دالة إحصائياً.

دلالات الثبات

ثبات الاتساق الداخلي: تم تطبيق المقياس على عينة تكونت من (٥٠) مراهقاً، وتم احتساب دلالات الاتساق الداخلي للمقياس ككل. وقد بلغت قيمة معامل كرونباخ- ألفا (0.92) (Cronbach Alpha)، وتراوحت دلالات الاتساق الداخلي للأبعاد الفرعية ما بين (٠,٧٥-٠,٨١)، وهو يدل على مستوى مقبول من الاتساق الداخلي.

ثبات الإعادة: تم تطبيق المقياس على عينة تكونت من (٥٠) مراهقاً، ثم أعيد تطبيقه بعد أسبوعين على العينة نفسها. بلغ معامل الاستقرار للمقياس ككل (٠,٨٨) وللأبعاد الفرعية ما بين (٠,٨٠ - ٠,٧٣)، وهو مقبول لأغراض الدراسة الحالية.

تصحيح المقياس

تكوّن مقياس الألكسيثيميا من (٢٠) فقرة، يجاب عليها بتدرج خماسي يشتمل على البدائل التالية: تنطبق تماماً تعطى عند تصحيح المقياس (٥)

درجات، وتطبيق بدرجة كبيرة تعطى المقياس (٤) درجات، وتطبيق بدرجة متوسطة تعطى (٣) درجات، وتطبيق بدرجة قليلة تعطى درجتان، ولا تنطبق أبداً تعطى درجة واحدة. وبذلك تتراوح درجات المقياس بين (٢٠ - ١٠٠)؛ أي أنه كلما ارتفعت الدرجة كان ذلك مؤشراً على ارتفاع مستوى الألكسيثيميا. وقد صنف الباحثان استجابات أفراد الدراسة إلى ثلاث فئات، على النحو الآتي: مستوى متدن من الألكسيثيميا وتعطى للدرجة (٢, ٤٩) فأقل، ومستوى متوسط من الألكسيثيميا، وتعطى للدرجة التي تتراوح بين (٣, ٤٩ - ٢, ٤٩)، ومستوى مرتفع من الألكسيثيميا، وتعطى للدرجة (٣, ٥٠) فأكثر.

مقياس الاضطرابات النفسية الجسمية

قام الباحثان بتطوير مقياس خاص بهذه الدراسة، حيث تم تحديد أبعاد المقياس، ومن ثم كتابة فقرات المقياس اعتماداً على الأدب النظري المتعلق بالموضوع وخبرة المتخصصين، كما تم الاستفادة من المقاييس والدراسات التي تناولت الاضطرابات السيكوسوماتية، ومنها: قائمة كورنيل للنواحي العصابية والسيكوسوماتية، وهي من إعداد كيف والبرت وهارولدج وبول (Keev, Albert, Harld, Paul)، ومقياس (PHQ-15) الذي طوره كرونكي وسبيتريز وويليمز (Kroenke, Spitzer & Willams, 2002)، حيث تكون المقياس في صورته الأولية قبل التحكيم من (٤٦) فقرة موزعة إلى سبعة أبعاد.

الخصائص السيكومترية لمقياس الاضطرابات النفسية الجسمية

دلالات الصدق

الصدق الظاهري: تم عرض المقياس بصورته الأولية (٤٦) فقرة على (١٠) محكمين من المختصين في الجامعة الأردنية وجامعة اليرموك، وذلك لمعرفة آرائهم وأحكامهم في مدى مناسبة الفقرات لما وضعت لقياسه، وقد أبدى عددٌ من المحكمين بعض الملاحظات التي تتعلق بتعديل بعض الفقرات، ودمج أخرى. وكان المعيار الذي تم اعتماده في قبول الفقرات أو استبعادها هو:

حصول الفقرة الواحدة على نسبة اتفاق (٨٠٪) فأكثر من المحكمين للإبقاء عليها. وأصبح المقياس بصورته النهائية بعد التحكيم يتكون من (٤٠) فقرة موزعة إلى سبعة أبعاد.

مؤشرات صدق البناء: للتحقق من مؤشرات صدق البناء تم تطبيق المقياس على عينة استطلاعية من خارج عينة الدراسة بلغ عددها (٥٠) مراهقاً، حيث تم استخراج معاملات ارتباط بيرسون بين فقرات المقياس وبين الدرجة الكلية للمقياس والدرجات على كل بعد من أبعاده، حيث تبين أن ارتباط فقرات المقياس مع البعد المنتمية له تراوحت بين (٠,٥٣٩ - ٠,٨٤١)، كما بلغت قيم معاملات ارتباط الفقرات مع الدرجة الكلية للمقياس بين (٠,٣٤٦ - ٠,٧٣٩) وقد اعتمد معياراً لقبول الفقرة بأن لا يقل معامل ارتباطها بالمجال الذي تنتمي إليه والمقياس ككل عن (٠,٣٠)، وبناءً عليه قد قبلت جميع فقرات المقياس. كما تم حساب معاملات الارتباط البينية Inter- Correlation لأبعاد المقياس وذلك باستخدام معامل ارتباط بيرسون، حيث تبين أن قيم معاملات الارتباط بين الأبعاد والمقياس ككل كانت مرتفعة وتراوحت بين (٠,٨٢٨ - ٠,٩١٣)، كما تراوحت قيم معاملات الارتباط البينية بين أبعاد المقياس بين (٠,٧١٢ - ٠,٨٣١).

دلالات الثبات

ثبات الاتساق الداخلي: تم تطبيق المقياس على عينة تكونت من (٥٠) مراهقاً، وتم احتساب دلالات الاتساق الداخلي للمقياس ككل. وقد بلغت قيمة معامل كرونباخ - ألفا (Cronbach Alpha) للمقياس ككل (٠,٨٧)، وتراوحت معاملات الاتساق الداخلي باستخدام معادلة كرونباخ- ألفا للمجالات الفرعية ما بين (٠,٧٣ - ٠,٨٢). وهو يدل على مستوى مقبول من الاتساق الداخلي.

ثبات الإعادة: تم تطبيق المقياس على عينة تكونت من (٥٠) مراهقاً، ثم أعيد تطبيقه بعد أسبوعين على العينة نفسها. وبلغ معامل الاستقرار للمقياس ككل (٠,٨٨) وللأبعاد الفرعية ما بين (٠,٧٣ - ٠,٨٠)، وهو مقبول لأغراض الدراسة الحالية.

تصحيح المقياس

تكون مقياس الاضطرابات السيكوسوماتية بصورته النهائية من (٤٠) فقرة موزعة إلى سبعة أبعاد، يستجيب لها الفرد وفق تدرّج خماسي يشتمل على البدائل التالية: (دائمًا: وتعطى عند تصحيح المقياس (٥) درجات، غالبًا: وتعطى (٤) درجات، أحيانًا: وتعطى (٣) درجات، نادرًا: وتعطى درجتان، أبدًا: وتعطى درجة واحدة). وهذه الدرجات تنطبق على جميع فقرات المقياس كونها مصوغة باتجاه موجب، وبذلك تتراوح درجات المقياس ككل من (٤٠ - ٢٠٠) درجة، بحيث كلما ارتفعت الدرجة كان ذلك مؤشراً على ارتفاع مستوى الاضطرابات السيكوسوماتية. وقد صنف الباحثان استجابات أفراد الدراسة إلى ثلاث فئات، على النحو الآتي: مستوى متدنٍ من الاضطرابات وتعطى للدرجة (٢, ٤٩) فأقل، ومستوى متوسط من الاضطرابات وتعطى للدرجة التي تتراوح بين (٣, ٤٩) - (٢, ٤٩)، ومستوى مرتفع من الاضطرابات وتعطى للدرجة (٣, ٥٠) فأكثر.

متغيرات الدراسة

المتغيرات المستقلة، وتضم:

- حالة المراهق (عادي - يعيش مع والديه -، يتيم).
- المستوى العمري (١٤ سنة فأقل، أكبر من ١٤ سنة).
- الجنس (ذكر، أنثى).

المتغيرات التابعة وتضم:

- مستوى الألكسيثيميا لدى المراهقين العاديين والأيتام.
- مستوى الاضطرابات النفسية الجسمية لدى المراهقين العاديين والأيتام.

تصميم الدراسة والتحليل الإحصائي

تم استخدام المنهج الوصفي الارتباطي المقارن للتعرف إلى الألكسيثيميا والاضطرابات النفسجسمية لدى المراهقين العاديين والأيتام، والتعرف إلى

طبيعة العلاقة بينهما. وبهدف الإجابة عن السؤال الأول والثاني تم إيجاد الأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية. وتم استخدام تحليل التباين الثلاثي مخصص التفاعلات للإجابة عن السؤال الثالث والرابع، وتم استخدام معامل ارتباط بيرسون للإجابة عن السؤال الخامس.

نتائج الدراسة

أولاً - للإجابة عن السؤال الأول للدراسة: "ما مستوى الألكسيثيميا لدى المراهقين العاديين والأيتام؟" فقد تم حساب الأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية لمقياس الألكسيثيميا ومجالاته لدى المراهقين العاديين والأيتام، مع مراعاة ترتيب المجالات تنازلياً، وذلك كما في الجدول رقم (٢).

جدول رقم (٢)

الأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد العينة على مجالات مقياس الألكسيثيميا لدى المراهقين العاديين والأيتام مرتبة تنازلياً (ن = ٢٣٤).

رقم البعء	حالة المراهق						
	أيتام ومحرومين			عاديون			مجالات الألكسيثيميا
	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	الرتبة	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	الرتبة	
١	٠,٥١٤	٤,٠٧	١	٠,٤٢	١,٩٩	٢	صعوبة تحديد المشاعر
٢	٠,٥١٥	٣,٩٢	٢	٠,٤١	٢,٠٤	١	صعوبة وصف المشاعر
٣	٠,٥٣١	٢,٨٨	٣	٠,٤٢	١,٩٧	٣	التفكير الموجه إلى الخارج
	٠,٣٦٠	٣,٥٩		٠,٣٤	٢,٠٠		الكلبي للمقياس

يلاحظ من الجدول رقم (٢) أن الوسط الحسابي للألكسيثيميا ككل لدى المراهقين الأيتام بلغ (٣,٥٩) وبمستوى مرتفع، وجاء بالمرتبة الأولى البعد الأول (صعوبة تحديد المشاعر) بأعلى وسط حسابي (٤,٠٧) وبمستوى مرتفع، وجاء بالمرتبة الأخيرة البعد الثالث (التفكير الموجه إلى الخارج) بوسط حسابي (٢,٨٨) وبمستوى منخفض. بينما بلغ الوسط الحسابي لمقياس الألكسيثيميا

ككل لدى المراهقين العاديين (٢,٠٠) وبمستوى منخفض، وجاء بالمرتبة الأولى البعد الثاني (صعوبة وصف المشاعر) بأعلى وسط حسابي (٢,٠٤) وبمستوى منخفض، وجاء بالمرتبة الأخيرة البعد الثالث (التفكير الموجه إلى الخارج) بوسط حسابي (١,٧٩) وبمستوى منخفض.

ثانياً - للإجابة عن السؤال الثاني للدراسة: "ما مستوى الاضطرابات السيكوسوماتية لدى المراهقين العاديين والأيتام؟" فقد تم حساب الأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية لمقياس الاضطرابات السيكوسوماتية ومجالاته لدى المراهقين العاديين والأيتام، مع مراعاة ترتيب المجالات تنازلياً، وذلك كما في الجدول رقم (٣).

جدول رقم (٣)

الأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد العينة على مجالات مقياس الاضطرابات السيكوسوماتية لدى المراهقين العاديين والأيتام مرتبة تنازلياً (ن = ٢٣٤)

رقم البعد	مجالات الاضطرابات السيكوسوماتية	حالة المراهق					
		عاديون			أيتام		
		الرتبة	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الرتبة	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري
١	الجهاز التنفسي	٦	١,٤٩	٣٣٨,	٢	٣,٧١	٦٢٨,
٢	الجهاز الدوري	٢	١,٨٦	٦٤٧,	١	٣,٨٩	٥١٩,
٣	الجهاز العصبي	١	٢,٠٣	٥٦٢,	٣	٣,٦٤	٥٧٧,
٤	جهاز الغدد والهرمونات	٧	١,١٩	٢٥١,	٧	٢,١١	٥٧٢,
٥	الجهاز الهضمي	٥	١,٥٦	٤٧٣,	٤	٣,٥٥	٥١٠,
٦	الجهاز العضلي والهيكلية	٣	١,٧٤	٤٦٣,	٦	٣,٤١	٤١٢,
٧	الجلد	٤	١,٧٣	٦٠٤,	٥	٣,٥١	٥٧٨,
	الكلية للمقياس		١,٦٥	٢٩١,		٣,٤٠	٣٣١,

يلاحظ من الجدول رقم (٣) أن الوسط الحسابي للاضطرابات النفسية الجسمية ككل لدى المراهقين الأيتام بلغ (٣,٤٠) وبمستوى متوسط، وجاء بالمرتبة الأولى البعد الثاني (الجهاز الدوري) بأعلى وسط حسابي (٣,٨٩) وبمستوى مرتفع، وجاء بالمرتبة الأخيرة البعد الرابع (جهاز الغدد والهرمونات) بوسط حسابي (٢,١١) وبمستوى منخفض. بينما بلغ الوسط الحسابي للاضطرابات النفسية الجسمية ككل لدى المراهقين العاديين (١,٦٥) وبمستوى منخفض، وجاء بالمرتبة الأولى البعد الثالث (الجهاز العصبي) بأعلى وسط حسابي (٢,٠٣) وبمستوى منخفض، وجاء بالمرتبة الأخيرة البعد الرابع (جهاز الغدد والهرمونات) بوسط حسابي (١,١٩) وبمستوى منخفض.

ثالثاً- للإجابة عن السؤال الثالث للدراسة: "هل توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات تقديرات المراهقين على مقياس الألكسيثيميا تعزى لمتغير (حالة المراهق)، وتفاعلاته مع المتغيرات (الجنس، والمرحلة العمرية)؟ فقد تم حساب الأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية للألكسيثيميا، وذلك كما في الجدول رقم (٤).

الجدول رقم (٤)

الأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية للألكسيثيميا لدى المراهقين العاديين والأيتام وفقاً للمتغيرات (ن = ٢٣٤)

العدد	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	العمر	الجنس	حالة المراهق
٣٨	,٣٩٥٤٧	٣,٧١٧٨	أقل من ١٤ سنة	ذكر	عادي
٢٤	,٣٣٨٨٥	٣,٦١٣٤	١٤ سنة فأكثر		
٦٢	,٣٧٥٢١	٣,٦٧٧٤	الكلية		
٣٤	,٣٢٨٠٤	٣,٤٧٦٨	أقل من ١٤ سنة	أنثى	
١٩	,٣٠٧٦٦	٣,٥٤٠٢	١٤ سنة فأكثر		
٥٣	,٣١٩٣٧	٣,٤٩٩٥	الكلية		

تابع / الجدول رقم (٤)

الأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية للألكسيثيميا لدى المراهقين العاديين والأيتام وفقاً للمتغيرات (ن = ٢٣٤)

العدد	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	العمر	الجنس	حالة المراهق
٣٨	,٣٣٤٩١	٢,٠٣٤٨	أقل من ١٤ سنة	ذكر	يتيم أو محروم
٢١	,٣٢٥٣٥	٢,٠٤٩٨	١٤ سنة فأكثر		
٥٩	,٣٢٨٨٠	٢,٠٤٠١	الكلي		
٣٠	,٣٣١٤٨	١,٩٨٥٧	أقل من ١٤ سنة	أنثى	
٣٠	,٣٨٦٧١	١,٩٥٧٤	١٤ سنة فأكثر		
٦٠	,٣٥٧٣٨	١,٩٧١٦	الكلي		

يلاحظ من الجدول رقم (٤) وجود فروق ظاهرية بين الأوساط الحسابية لدرجات أفراد الدراسة على مقياس الألكسيثيميا لدى أفراد الدراسة تبعاً لمتغيرات الجنس، والعمر، وحالة المراهق. ولمعرفة دلالة هذه الفروق تم إجراء تحليل التباين الثلاثي (مخصص التفاعل)، وذلك كما هو مبين في الجدول رقم (٥).

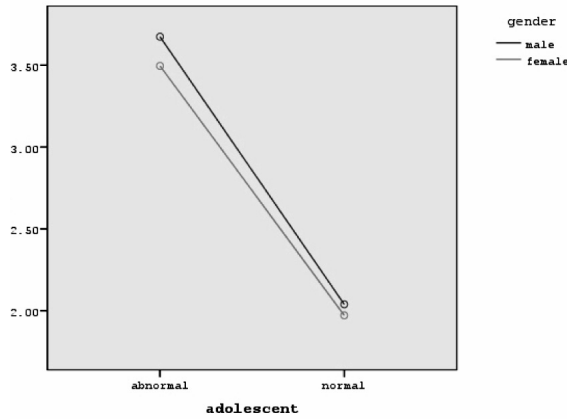
جدول رقم (٥)

تحليل التباين الثلاثي مخصص التفاعل للألكسيثيميا لدى المراهقين في ضوء متغيرات الدراسة

الدالة الإحصائية	قيمة ف المحسوبة	متوسط مجموع المربعات	درجة الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين
*,٠٠٠	١١٤٦,٠٢٨	١٣٩,١٠٢	١	١٣٩,١٠٢	حالة المراهق
*,٠١٥	٤,٣٠٣	,٥٢٢	٢	١,٠٤٤	حالة المراهق × الجنس
,٩٠٨	,٠٩٦	,٠١٢	٢	,٠٢٣	حالة المراهق × المستوى العمري
		,١٢١	٢٢٨	٢٧,٦٧٤	الخطأ
			٢٣٣	١٧٦,٥٦٧	الكلي

❖ دالة عند مستوى الدلالة $\alpha = ٠,٠٥$

يلاحظ من الجدول رقم (٥) وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha=0,05$) في مستوى الألكسيثيميا تُعزى لمتغير (حالة المراهق)، حيث تبين أن مستوى الألكسيثيميا لدى المراهقين الأيتام أعلى منه لدى المراهقين العاديين، كما يتبين عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha=0,05$) بين الأوساط الحسائية للألكسيثيميا تُعزى لتفاعل متغير حالة المراهق مع المستوى العمري. ووجدت فروق ذات دلالة إحصائية بين الأوساط الحسائية للألكسيثيميا تُعزى لتفاعل متغير حالة المراهق مع الجنس. والشكل رقم (١) يوضح ذلك.



الشكل رقم (١): تفاعل متغيري (حالة المراهق والجنس) مع الألكسيثيميا لدى أفراد الدراسة.

يلاحظ من الشكل رقم (١) وجود تفاعل رتبي بين متغيري حالة المراهق والجنس، بمعنى أن مؤشرات الألكسيثيميا لدى المراهقين الذكور على اختلاف حالتهم هي أعلى منها لدى الإناث. كما تم حساب الأوساط الحسائية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد العينة على مقياس الألكسيثيميا بأبعاده المختلفة في ضوء متغيرات الدراسة، حيث تبين وجود فروق ظاهرية بين الأوساط الحسائية لدرجات أفراد العينة على أبعاد مقياس الألكسيثيميا تبعاً لمتغيرات الجنس والعمر وحالة المراهق. ولاختبار دلالة هذه الفروق تم إجراء تحليل التباين الثلاثي (مخصص التفاعل)، وذلك كما هو مبين في الجدول رقم (٦).

جدول رقم (٦)
نتائج تحليل التباين الثلاثي المتعدد مخصص التفاعل لقياس الألكسيثيميا وفقا للمتغيرات

الدلالة الإحصائية	قيمة ف المحسوبة	متوسط مجموع التبرعات	درجة الحرية	مجموع التبرعات	مجالات مقياس الألكسيثيميا	مصادر التباين
٠,٠٠٠	١١٢٣,٧٣٥	٢٤٧,٤٥٤	١	٢٤٧,٤٥٤	صعوبة تحديد المشاعر	حالة المراهق Hotelling's = 5.765
٠,٠٠٠	٩٦٨,٨٧٩	٢٠٩,٣٥١	١	٢٠٩,٣٥١	صعوبة وصف المشاعر	الدلالة الإحصائية = ٠,٠٠٠
٠,٠٠٠		٣٥,٣٦٧	١	٣٥,٣٦٧	التفكير الموجه إلى الخارج	٠,٠٠٠ = حالة المراهق الجنس × Hotelling's = 0.056
٠,٠٥١		٦٥٦	٢	١,٣١٣	صعوبة تحديد المشاعر	الدلالة الإحصائية = ٠,٠٥١
٠,٦١١	٣,٠٠٨	٦١١	٢	١,٢٢١	صعوبة وصف المشاعر	المستوى العمري × حالة المراهق Hotelling's = 0.021
٠,٤١		٧٥٨	٢	١,٥١٥	التفكير الموجه إلى الخارج	
٠,٨٢١	١,٩٨	٠,٤٣	٢	٠,٨٦	صعوبة تحديد المشاعر	
٠,٧٥٤	٢,٨٣	٠,٦١	٢	١,٢٢	صعوبة وصف المشاعر	
٠,١٩٤	١,٦٥٢	٣,٨٦	٢	٧,٧١	التفكير الموجه إلى الخارج	
		٢١٨	٢٢٨	٤٩,٧٦٤	صعوبة تحديد المشاعر	
		٢١٦	٢٢٨	٤٩,٢٦٥	صعوبة وصف المشاعر	
		٢٣٣	٢٢٨	٥٣,٢٢٠	التفكير الموجه إلى الخارج	
			٢٣٣	٣١٠,٨٢٦	صعوبة تحديد المشاعر	
			٢٣٣	٢٧٠,١٧٨	صعوبة وصف المشاعر	
			٢٣٣	٩٥,٢١٥	التفكير الموجه إلى الخارج	

يلاحظ من الجدول رقم (٦) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha=0,05$) لمتغير حالة المراهق وتفاعلاته مع متغيري الجنس والمستوى العمري على جميع أبعاد مقياس الألكسيثيميا.

رابعاً - للإجابة عن السؤال الرابع للدراسة: "هل توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات تقديرات المراهقين على مقياس الاضطرابات السيكوسوماتية تعزى لمتغير (حالة المراهق)، وتفاعلاته مع المتغيرات (الجنس، والمرحلة العمرية)؟ تم حساب الأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية للاضطرابات السيكوسوماتية، وذلك كما في الجدول رقم (٧).

الجدول رقم (٧)

الأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية للاضطرابات السيكوسوماتية لدى المراهقين العاديين والأيتام وفقاً للمتغيرات (ن = ٢٣٤)

العدد	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	العمر	الجنس	حالة المراهق
٢٨	٣٢٦٨٥٠	٣,٤٥٥٣	أقل من ١٤ سنة	ذكر	عادي
٢٤	,٢٩١٦١	٣,٤٠٨٣	١٤ سنة فأكثر		
٦٢	,٣١٢٠٨	٣,٤٣٧١	الكلي		
٣٤	,٣٥٤٠٥	٣,٣٢٧٢	أقل من ١٤ سنة	أنثى	
١٩	,٣٤٨٠١	٣,٤٢٥٠	١٤ سنة فأكثر		
٥٣	,٣٥١٧٣	٣,٣٦٢٣	الكلي		
٢٨	,٣٠٤٠٥	١,٦٤٨٠	أقل من ١٤ سنة	ذكر	يتيم
٢١	,٣٠٥٠٨	١,٧٤٢٩	١٤ سنة فأكثر		
٥٩	,٣٠٥٢٣	١,٦٨١٨	الكلي		
٣٠	,٢٩١٨٢	١,٦١٤٢	أقل من ١٤ سنة	أنثى	
٣٠	,٢٦٤٩٣	١,٦٥٢٥	١٤ سنة فأكثر		
٦٠	,٢٧٧٠٠	١,٦٣٣٣	الكلي		

تبين من الجدول رقم (٧) وجود فروق ظاهرية بين الأوساط الحسابية

لدرجات أفراد الدراسة على مقياس الاضطرابات النفسية الجسمية تبعاً لمتغيرات الجنس، والعمر، وحالة المراهق. ولاختبار دلالة هذه الفروق تم إجراء تحليل التباين الثلاثي (مخصص التفاعل)، وذلك كما هو مبين في الجدول رقم (٨).

الجدول رقم (٨)

تحليل التباين الثلاثي مخصص التفاعل للاضطرابات السيكوسوماتية لدى المراهقين في ضوء متغيرات الدراسة

الدلالة الإحصائية	قيمة ف المحسوبة	متوسط مجموع المربعات	درجة الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين
,٠٠٠	٧٣٥٦,١٦٤	١٦٨,٢٥٦	١	١٦٨,٧٥٦	حالة المراهق
,٢٧٢	١,٣١١	,١٢٧	٢	,٢٥٥	الجنس × حالة المراهق
,٥١٣	,٦٧٠	,٠٦٥	٢	,١٣٠	المستوى العمري × حالة المراهق
		,٠٩٧	٢٢٨	٢٢,١٧٤	الخطأ
			٢٣٣	٢٠٠,٦٦٩	الكلية

❖ دالة عند مستوى الدلالة $\alpha = 0,05$

يلاحظ من الجدول رقم (٨) وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha = 0,05$) بين الأوساط الحسابية للاضطرابات النفسية الجسمية تُعزى لمتغير (حالة المراهق)، حيث إن مستوى الاضطرابات النفسية الجسمية لدى المراهقين الأيتام أعلى منه من العاديين، كما يتبين عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha = 0,05$) بين الأوساط الحسابية للاضطرابات النفسية الجسمية تُعزى لتفاعل متغير حالة المراهق مع المستوى العمري. ووجدت فروق ذات دلالة إحصائية بين الأوساط الحسابية للاضطرابات النفسية الجسمية تُعزى لتفاعل متغير حالة المراهق مع الجنس.

كما تم حساب الأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد العينة على مقياس الاضطرابات النفسية الجسمية بأبعاده المختلفة في ضوء

متغيرات الدراسة، وتبين وجود فروق ظاهرية بين الأوساط الحسابية لدرجات أفراد الدراسة على أبعاد مقياس الاضطرابات النفسية الجسمية تبعاً لمتغيرات الجنس، والعمر، وحالة المراهق. ولاختبار دلالة هذه الفروق تم إجراء تحليل التباين الثلاثي المتعدد (مخصص التفاعل) كما هو مبين في الجدول رقم (٩).

جدول رقم (٩)

نتائج تحليل التباين الثلاثي المتعدد مخصص التفاعل لمجالات مقياس الاضطرابات السيكوسوماتية وفقاً للمتغيرات

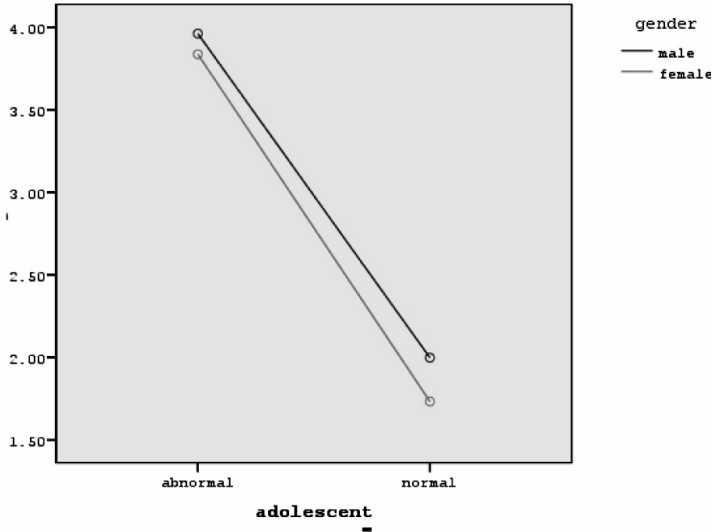
الدلالة	قيمة ف	متوسط	درجة	مجموع	مجالات مقياس	مصادر التباين
,000	١٠٩١,٧٠٧	٢٧٥,١٢٩	١	٢٧٥,١٢٩	الجهاز التنفسي	حالة المراهق Hotelling's = 9.107 = الدلالة الإحصائية ٠,٠٠٠
,000	٦٧٨,٧٣١	٢٣٠,٦٠٥	١	٢٣٠,٦٠٥	الجهاز الدوري	
,000	٤٤٣,٥٣٩	١٤٣,٧١٥	١	١٤٣,٧١٥	الجهاز العصبي	
,000	٢٢٧,٤٧٤	٤٥,٧٤٠	١	٤٥,٧٤٠	جهاز الغدد	
,000	٩٠٧,٢٨٤	٢٢١,٣١٥	١	٢٢١,٣١٥	الجهاز الهضمي	
,000	٨٠٠,٦١٣	١٥٥,٣١٥	١	١٥٥,٣١٥	الجهاز العضلي	
,000	٤٩٠,٣٩٦	١٧١,٩٢٧	١	١٧١,٩٢٧	الجلد	
,١٣٨	١,٩٩٤	,٥٠٣	٢	١,٠٠٥	الجهاز التنفسي	حالة المراهق × الجنس Hotelling's = 0.105 = الدلالة الإحصائية ٠,٠٦٢
,٠٢٧*	٣,٦٦٦	١,٢٤٥	٢	٢,٤٩١	الجهاز الدوري	
,٨٠٢	,٢٢١	,٠٧٢	٢	,١٤٣	الجهاز العصبي	
,١٣٦	٢,٠١٤	,٣٨٨	٢	,٧٧٦	جهاز الغدد	
,٤٦٤	,٧٧١	,١٨٨	٢	,٣٧٦	الجهاز الهضمي	
,٣٦٠	١,٠٢٦	,١٩٩	٢	,٣٩٨	الجهاز العضلي	
,٦٩٩	,٣٥٩	,١٢٦	٢	,٢٥٢	الجلد	
,٨١٣	,٢٠٨	,٠٥٢	٢	,١٠٥	الجهاز التنفسي	حالة المراهق × المستوى العمري
,٦٨٧	,٣٧٦	,١٢٨	٢	,٢٥٥	الجهاز الدوري	
,١٥٤	١,٨٨٧	,٦١٢	٢	١,٢٢٣	الجهاز العصبي	
,٨٢٤	,١٩٤	,٠٢٧	٢	,٠٧٥	جهاز الغدد	
,٦١٠	,٤٩٥	,١٢١	٢	,٢٤٢	الجهاز الهضمي	
,٧٥٧	,٢٧٩	,٠٥٤	٢	,١٠٨	الجهاز العضلي	
,١٧٨	١,٧٤٠	,٦١٠	٢	١,٢٢٠	الجلد	

تابع/ جدول رقم (٩)

نتائج تحليل التباين الثلاثي المتعدد مخصص التفاعل لمجالات مقياس الاضطرابات السيكوسوماتية وفقاً للمتغيرات

الدلالة	قيمة ف	متوسط	درجة	مجموع	مجالات مقياس	مصادر التباين
		,٢٥٢	٢٢٨	٥٧,٤٦٠	الجهاز التنفسي	الخطأ
		,٣٤٠	٢٢٨	٧٧,٤٦٥	الجهاز الدوري	
		,٣٢٤	٢٢٨	٧٣,٨٧٦	الجهاز العصبي	
		,١٩٣	٢٢٨	٤٣,٩١٥	جهاز الغدد	
		,٢٤٤	٢٢٨	٥٥,٦١٣	الجهاز الهضمي	
		,١٩٤	٢٢٨	٤٤,٢٣١	الجهاز العضلي	
		,٣٥١	٢٢٨	٧٩,٩٣٤	الجلد	
			٢٢٣	٣٤٨,٢٨٩	الجهاز التنفسي	الكلية
			٢٢٣	٣٢١,٢١٧	الجهاز الدوري	
			٢٢٣	٢٢٦,٩٤٣	الجهاز العصبي	
			٢٢٣	٩٤,٢٢٦	جهاز الغدد	
			٢٢٣	٢٨٨,٥٧٢	الجهاز الهضمي	
			٢٢٣	٢٠٨,٥٤٥	الجهاز العضلي	
			٢٢٣	٣٦٥,٢٢١	الجلد	

يلاحظ من الجدول رقم (٩) وجود فروقات ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha=0,05$) لمتغير حالة المراهق، وعدم وجود فروقات ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha=0,05$) لمتغير حالة المراهق وتفاعلاته مع متغيري الجنس والمستوى العمري على جميع مجالات مقياس الاضطرابات النفسية الجسمية، باستثناء وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الأوساط الحسابية للجهاز الدوري تُعزى لتفاعل متغير حالة المراهق مع الجنس، والشكل رقم (٢) يوضح ذلك.



الشكل رقم (٢): تفاعل متغيري (حالة المراهق والجنس) مع الجهاز الدوري لدى أفراد الدراسة

تبين من الشكل رقم (٢) وجود تفاعل رتبي بين متغيري حالة المراهق والجنس، بمعنى أن مؤشرات اضطراب الجهاز الدوري لدى المراهقين الذكور على اختلاف حالتهم (يتيم، عادي) أعلى منها لدى الإناث.

خامساً - للإجابة عن السؤال الخامس للدراسة: "هل توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha = 0,05$) بين مستوى الألكسيثيميا ومستوى الاضطرابات السيكوسوماتية لدى المراهقين؟"، تم استخراج معامل ارتباط بيرسون بين مستوى الألكسيثيميا ومستوى الاضطرابات السيكوسوماتية لدى المراهقين، والجدول رقم (١٠) يوضح ذلك.

تبين من الجدول رقم (١٠) وجود علاقة ارتباطية ايجابية قوية ودالة بين مقياس الألكسيثيميا بجميع أبعاده، ومقياس الاضطرابات النفسية الجسمية بجميع أبعاده.

مناقشة النتائج

أولاً - مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الأول: أشارت نتائج هذا السؤال إلى أن مستوى الألكسيثيميا لدى المراهقين الأيتام كان مرتفعاً، وكان منخفضاً لدى المراهقين العاديين. وتتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسة شارما (Sharma, 2014) بشكل جزئي، حيث أشارت نتائجها إلى ضعف التنظيم الانفعالي للأيتام المراهقين مقارنة بالعاديين بشكل ذي دلالة. وتتفق هذه النتيجة أيضاً مع ما يشير إليه الأدب النظري في أن اليتيم يعاني من ارتفاع مستويات الألكسيثيميا خاصة فيما يتعلق بضعف الثبات والتنظيم الانفعالي (Ishola & Mitonga, 2017)، حيث يوجد لديهم تشوهات في الجوانب الإنفعالية المعرفية والتواصل، الناتجة عن الشعور بعدم الأمان حول مستقبلهم وحياتهم اليومية (Cohen, 1980)؛ فلخبرات الطفولة المبكرة، وانخفاض الرعاية الوالدية، وعدم القدرة على إدارة الانفعالات بشكل ملائم تؤدي دوراً مهماً في استمرارية معاناه المراهقين من الألكسيثيميا خلال فترات نموهم المختلفة (Honkalampi et al., 2009). فالنمو الإنفعالي يتطلب قدرات معرفية وانفعالية قد لا تكون متطورة عند المراهق اليتيم بالشكل المناسب (Karukivi, 2011).

إن لدى الفرد منذ ولادته حاجة فطرية يسعى فيها للاقتراب من الأشخاص المسؤولين عن رعايته، وحمایته، وتلبية جميع احتياجاته، كما أنه يرتبط فيهم جسدياً وعاطفياً؛ لأنه يشعر بالأمان والطمأنينة بوجودهم، ويعتمد عليهم في الحفاظ على حياته. وبذلك، فإن علاقة المراهق بوالديه تمثل نموذجاً مثالياً وواضحاً لتلبية هذه الحاجة، فوجود الوالدين وخاصة الأم يساعد في شعوره بالسعادة والراحة، والانزعاج والبكاء عند فقدانهم أو غياب أحدهما، وهذا يحرمه من إقامة علاقة عاطفية حميمة مع الأشخاص الأكثر أهمية في

حياته، الأمر الذي قد يؤدي إلى اضطراب النمو الانفعالي، وبالتالي الألكسيثيميا. وقد وجد الباحثون أن الإصابة بالألكسيثيميا هو نتيجة انخفاض مستوى الاهتمام بالفرد، وشيوع أساليب المعاملة الوالدية السلبية (Kooiman, Van Rens & Spinboven, 2004)، أو نتيجة لرفض الفرد وانخفاض مستوى الدعم الوالدي (Hussain & Ahmed, 2014).

ويرى رايس (Rice, 1992) أن وجود الأبوين وخاصة الأم يعد القاعدة الآمنة للفرد التي يعتمد عليها في استكشاف ما حوله، فهو بوجودهما ينطلق في البيئة المحيطة، ليلعب ويبحث ويستكشف، مما يسهم إلى حد كبير في زيادة نموه المعرفي والبدني، وإذا ما شعر بالخوف والتهديد يعود مسرعاً لوالديه؛ لأنه يدرك بأنهما مكان الحماية بالنسبة له، وهذا ما يفسر حصول المراهقين العاديين على مستوى منخفض على مقياس الألكسيثيميا.

ثانياً - مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني: أشارت نتائج هذا السؤال إلى أن مستوى الاضطرابات النفسية الجسمية كان متوسطاً لدى الأيتام، في حين كان منخفضاً لدى المراهقين العاديين. ومن الممكن تفسير هذه النتيجة في ضوء معرفة الأسباب المؤدية للاضطرابات النفس جسمية وخاصة لدى المراهقين الأيتام حيث الصراع النفسي والضغط النفسية المختلفة التي يتعرض لها المراهق اليتيم داخل المؤسسات الإيوائية المختلفة، أو داخل المدرسة الأمر الذي قد يؤدي بكثير من الأحيان إلى صعوبة في التكيف مع المتغيرات التي تطرأ على حياة المراهق، إضافة إلى صعوبة إشباع الحاجات الأساسية التي قد تتسبب في إصابته بالأمراض الجسدية. ويشير الأدب التربوي أن الأفراد الأصحاء يقومون بتفريغ انفعالاتهم وتوترهم عن طريق التعبير الرمزي وبالطرق التكيفية بينما الذين لديهم قصور في التعبير الانفعالي كالأيتام يميلون للتعبير عن المشاعر بشكل عضوي؛ أي يختبرون المشاعر جسدياً (Wright, 1991).

ويرى ماقايا وكيمبيرلي وسكريير (Magaya, Kimberly & Schreiber, 2005) أن الضغوط التي يتعرض لها المراهق تؤدي إلى تأثير سلبي في نوعية حياته،

فيصبحون مشدودي الأعصاب متوترين، وهذا قد يؤدي للإصابة بالعديد من الاضطرابات وإلى ضعف الدافعية. كما أن الضغوط الاجتماعية التي يتعرض لها المراهق بشكل عام والمراهق اليتيم بوجه خاص مع غياب مصادر الدعم الاجتماعي في بعض الأحيان قد تؤدي إلى الإصابة بالاضطرابات النفس جسمية، لا سيما إذا كان المراهق يعاني من مشاكل جسمية تجعله محط انتقاد الآخرين المحيطين به.

ويؤكد العيسوي (٢٠٠٠) أن العوامل الانفعالية، والضغوط النفسية، والإحباطات المتراكمة، ومشاعر النقص، والاضطهاد، والاضطراب في العلاقات الأبوية، ونقص الحب والاهتمام، وعدم إشباع الحاجات النفسية، جميعها عوامل تؤثر في الفرد بشكل مباشر أو غير مباشر، وبالتالي اضطراب في النمو النفسي والاجتماعي والصحي. وهذا قد يؤدي إلى الإصابة بالعديد من الاضطرابات النفس جسمية، وانتشارها بين المراهقين الأيتام بمستوى أعلى من انتشارها بين المراهقين العاديين.

ثالثاً - مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الثالث: أشارت نتائج السؤال هذا إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الأوساط الحاسوبية للألكسيثيميا تُعزى لتفاعل متغير حالة المراهق مع المستوى العمري. ووجدت فروق ذات دلالة إحصائية بين الأوساط الحاسوبية للألكسيثيميا تُعزى لتفاعل متغير حالة المراهق مع الجنس، حيث كانت مؤشرات الألكسيثيميا لدى المراهقين الذكور على اختلاف حالتهم هي أعلى منها لدى الإناث. ويمكن تفسير ذلك بما تشير إليه الدراسات السابقة بأن الفروق الجنسية في مجال انتشار الألكسيثيميا عند المراهقين غير ثابتة (Tozzi et al., 2013)، فبعض الدراسات يشير إلى أن الألكسيثيميا تنتشر بين الذكور أكثر من الإناث (Hiirola et al., 2015; Honkalampi et al., 2009; Ricciardi et al., 2017; et al., 2017)، بينما تشير نتائج دراسة (Pascual et al., 2012) إلى أن الإناث لديهن مستويات مرتفعة من الألكسيثيميا من ناحية صعوبة تحديد المشاعر مقارنة بالذكور. وعلى العكس

تماماً، حيث تشير نتائج دراسة (Karukivi, 2011) إلى عدم وجود فروق دالة بين الجنسين في انتشار الألكسيثيميا. في حين تتفق نتيجة الدراسة الحالية مع ما أشارت إليه نتائج بعض الدراسات في أن الذكور يعانون من مستوى أعلى من الألكسيثيميا مقارنة بالإناث (Posse & Hallstrom, 2001; Larsenab Strienab, 2005)؛ وكذلك الحال بالنسبة للفروق بمستوى الألكسيثيميا أخذاً بالاعتبار المستوى العمري فقد اختلفت الدراسات في هذا الإطار أيضاً فقد وجد بعضها أن المراهقين الأصغر عمراً يعانون من الألكسيثيميا أكثر من الأكبر عمراً؛ وذلك بسبب تطور المهارات المعرفية المتعلقة بمعالجة الانفعالات (Joukamaa, 2007; Karukivi, 2011; Tozzi et al., 2013).

ومن الممكن أن تعزى نتيجة عدم وجود فروق تُعزى لتفاعل متغير حالة المراهق مع المستوى العمري إلى طبيعة مصادر التفاعل الاجتماعية والأسرية والأكاديمية التي يتعرض لها المراهق اليتيم، فهناك ثبات في هذه المصادر، حيث لا يسمح للمراهق اليتيم على اختلاف مرحلته العمرية داخل المؤسسات الإيوائية بالانتقال والتفاعل بشكل عشوائي، وهذا قد يؤدي إلى بناء القدرة المعرفية لديهم بشكل متقارب في كثير من الأحيان، إضافة إلى اكتسابهم للمهارات المختلفة من مصادر محددة وهذا يؤدي إلى عدم اختلاف بين المراهقين الأيتام في المستويات العمرية في مستوى الألكسيثيميا. وهذا يتعارض مع ما أشار إليه ايستابروك (Estabrook, 2008)، الذي يرى أن المراهقين الأصغر سناً يظهرون - نوعاً ما- مستويات مرتفعة من الألكسيثيميا مقارنة بالمراهقين الأكبر سناً، وهذا يعود إلى ضعف القدرة المعرفية، والمهارات الملائمة لتنظيم المشاعر لديهم.

أما مستوى الألكسيثيميا لدى المراهقين الذكور فهو أعلى من مستواه لدى الإناث على اختلاف حالتهم (يتيم، عادي)، وهذا ما أظهرته عدة دراسات أن الذكور يعانون من مستوى أعلى من الألكسيثيميا مقارنة بالإناث (Posse & Hallstrom, 2001; Larsenab et al., 2005)، في حين أشارت نتائج دراسات أخرى (Tahir, Ghayas & Tahir, 2012; Karukivi et al., 2014)، إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الألكسيثيميا بين الذكور والإناث. ويفسر هذا في ضوء

ما أشار إليه جنش (Gunsch, 2010) الذي يرى أن التعبير عن الانفعالات والمشاعر هو متعلم من البيئة المحيطة بالفرد بقدر ما هو ميل أو نزعة فطرية، وهذا ما يؤكد دور الأسرة في إكساب أبنائهم المهارات الانفعالية والاجتماعية المختلفة، حيث قيم الحب والتعاطف والرعاية والاهتمام بالذات والآخرين. وعند الحديث عن واقع المجتمع الأردني يلاحظ بأن أساليب التنشئة الأسرية تميل إلى تعزيز عدم التعبير عن الانفعالات لدى الذكور على اعتبار أنهم يجب أن يتمتعوا بمجموعة من الخصائص التي تميزهم عن الإناث.

رابعاً - مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الرابع: أشارت نتائج هذا السؤال إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الأوساط الحسابية للاضطرابات النفسية الجسمية تُعزى لتفاعل متغير حالة المراهق مع الجنس والمستوى العمري، وعدم وجود فروقات ذات دلالة إحصائية تُعزى لتفاعل متغير حالة المراهق مع متغيري الجنس والمستوى العمري على جميع مجالات مقياس الاضطرابات النفس جسمية، باستثناء وجود فروق في الأوساط الحسابية للجهاز الدوري تُعزى لتفاعل متغير حالة المراهق مع الجنس، حيث كانت مؤشرات اضطراب الجهاز الدوري لدى المراهقين الذكور على اختلاف حالتهم (يتيم، عادي) هي أعلى منها لدى الإناث.

ويمكن تفسير هذه النتيجة في ضوء خصائص عينة الدراسة الحالية، حيث التشابه لدى المراهقين الذكور والإناث في مصادر الضغوط النفسية والخبرات التي يتعرضون لها في داخل الأسرة والمدرسة، وهذا ما يوجد تقارب في طبيعة البيئات الثقافية والاجتماعية، الأمر الذي يعزز لدى المراهقين من إمكانية اكتساب أساليب متشابهة يتم استخدامها للتعبير عن أنفسهم. كما أن التقارب العمري للمراهقين على الرغم من تقسيمهم إلى فئتين قد يكون أحد الأسباب التي أدت إلى عدم وجود فروق تُعزى لتفاعل حالة المراهق مع المستوى العمري؛ ذلك لأن الدراسات التي سعت للمقارنة في مستوى الاضطرابات النفس جسمية لدى الأفراد في المراحل العمرية كانت تلجأ للمقارنة بين فئات عمرية مختلفة وليس بين أفراد الفئة الواحدة كما هو الحال في عينة الدراسة الحالية.

خامساً - مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الخامس: أشارت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة إيجابية قوية ودالة إحصائياً بين مقياس الألكسيثيميا بجميع أبعاده ومقياس الاضطرابات النفسية الجسمية بجميع أبعاده. وتتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسة سيروتي ورفاقه (Cerutti et al., 2016) ودراسة كاريوكيفا (Karukivi, 2011) ودراسة باسكول ورفاقه (Pascual et al., 2012)، ودراسة بوتتي ورفاقه (Van de Putte et al., 2007)، ودراسة ساين ورفاقه (Sayin et al., 2007)، ودراسة بوربا ورفاقه (Burba et al., 2006)، التي أشارت جميعها إلى ارتباط الألكسيثيميا بالاضطرابات النفس جسمية لدى المراهقين.

ويمكن تفسير النتائج السابقة إلى أنه خلال مرحلة المراهقة تزداد التغيرات المعرفية والبيولوجية والاجتماعية التي قد تسبب المشاعر السلبية وردود أفعال غير متزنة (Honkalampi et al., 2009). وقد لاحظ الكساندر Alexander في بداية القرن العشرين أن مرضى الاضطرابات النفس جسمية لديهم صعوبات في التعبير عن المشاعر، حيث يعززون أعراضهم إلى العوامل الداخلية مثال: استجابات المعدة غير المُفسرة، أو ميولهم السلوكية التي تقع خارج سيطرتهم، وبالتالي لا يستفيدون من الاستبصار في العلاج النفسي. وهذا مخالف لما يحصل عند الأصحاء إذ ناقش روسك Reusch عام ١٩٤٨ أنهم يقومون بتفريغ التوتر أو يزيلون الإحباط من خلال الترميز اللغوي للتعبير الانفعالي. أما مرضى الاضطرابات النفس جسمية فيستطيعون التعبير عن ذواتهم فقط من خلال التعبير العضوي، ولا يميلون للاستفادة من الوسائل الرمزية للتعبير الانفعالي، إذ إنهم يختبرون المشاعر جسمياً (Wright, 1991).

ويرى ستوني (Stone, 2005) أن الألكسيثيميا تحصل بسبب النمو الانفعالي غير السوي، ونتيجة لذلك فإن الأفراد يستمرون بالتعبير عن الانفعالات جسمياً بدلاً من لفظياً. ففترة المراهقة تعتبر الوقت المثالي لدراسة الألكسيثيميا والاضطرابات النفس جسمية. (Cerutti et al., 2016; Estabrook, 2008)

وتنتشر الألكسيثيميا في فترة المراهقة عندما تبدأ الخبرات الانفعالية

بتنظيم ذاتها، ويتم إدراكها كإحساسات جسمية، وبما أن المراهقة هي فترة التطورات الانفعالية والنفسية والاجتماعية الهائلة، وبالتالي يزداد المراهقين قدرتهم ليكونوا واعين لحالاتهم الانفعالية والنفسية وأيضاً تنظيمهم (Tozzi et al., 2013). وبسبب عدم قدرة الذين لديهم الألكسيثيميا على تحديد ووصف المشاعر، فإنهم يصبحون مغمورين بالإحساسات غير المسيطر عليها، وبالتالي الاعتماد على النشاط الجسمي المباشر في المحاولة للتعويض، وهذا يعبر عن الحاجة لتحرير التوتر الانفعالي الذي تم تحديده كعامل خطورة يُمكن أن يقود إلى الاضطرابات النفسية الجسمية. (Estabrook, 2008).

واعتقد البعض أن الألكسيثيميا تتبع من الشذوذ النفسي العصبي، بينما رأى آخرون أن الخبرات الصادمة والمرض الشديد يقود لها، كما اعتقد بعضهم أن العديد من المتغيرات النمائية بالطفولة والرضاعة تقود لها، حيث اعتقد أنها نتاج التطور وتنظيم الانفعالات غير التكيفي الذي يحصل في الفترة الحرجة فالأهالي غير الثابتين بأسلوب التربية أو المهملون لحاجات الطفل الانفعالية ربما يؤثران في إعاقة النمو الانفعالي للطفل. أيضاً ومن خلال الانتقال من الطفولة إلى المراهقة تكون قدرة الفرد على تنظيم انفعالاته بشكل فعال مهمة، حيث تزداد خلال هذه الفترة شدة وتكرار الانفعالات، وهذا بسبب التغيرات الهائلة المصاحبة للمراهقة. (Estabrook, 2008).

التوصيات

- إجراء المزيد من الدراسات الارتباطية التي تتناول الألكسيثيميا والاضطرابات النفس جسمية لدى فئات أخرى، مثل: الراشدين، والمرضى النفسيين، ومسيئي استخدام العقاقير مع الأخذ بالاعتبار متغير الجنس والعمر.
- إجراء دراسات تتناول علاقة الألكسيثيميا بمتغيرات أخرى، مثل: تقدير الذات ونمط الشخصية، وأنماط التعلق، والمخططات المعرفية.

- عقد الورش التدريبية ومحاضرات التوعية حول الألكسيثيميا، ودورها في تحقيق الصحة النفسية والفاعلية الذاتية والاجتماعية والأكاديمية للمراهقين.
- بناء برامج إرشادية وقائية للاضطرابات النفس جسمية، من خلال تنمية وتطوير النمو الانفعالي خاصة للأيتام، إضافة إلى البرامج الإرشادية التي تسهم في علاج مشكلة الألكسيثيميا.

Alexithymia and Psychosomatic Disorders Among Normal and Orphan Adolescents: A Comparative Study

Dr. Mariam M. Ziadat

College of Educational Sciences
Jordanian University

Dr. Ahmed A. Al-Sherefeen

College of Education - Yarmouk University

H. K. J

Abstract

This study aims at exploring the level of alexithymia and psychosomatic disorders among a convenience sample of 234 adolescents (115 orphans, 119 normal). To achieve the aims of the study, Toronto Alexithymia Scale was adapted to the Jordanian population and a new scale of psychosomatic disorders was developed. Orphan adolescents showed high level of alexithymia and moderate level of psychosomatic disorders, compared with normal adolescents, who showed low levels of alexithymia and psychosomatic disorders. A significant interaction between adolescent status (orphan vs. normal) and gender was found in alexithymia; indicating that males' means were higher than those of females' ones. The results did not reveal significant effects of adolescent status, gender or age level on psychosomatic disorders. Finally, there was a positive significant relationship between alexithymia total and subscales' scores and psychosomatic total and subscales' scores.

Keywords: Alexithymia, Psychosomatic disorders, Orphaned, Adolescents.

المراجع

- ١ - وزارة التنمية الاجتماعية (٢٠١٧). إحصاءات داخلية. الأردن، عمان.
- ٢ - العيسوي، عبدالرحمن (٢٠٠٠). الأمراض النفسجسمية. بيروت: دار راتب الجامعية.
- 3 - Ahmad, A. & Mohamad, K. (1996). The socioemotional development of orphans in orphanages and traditional foster care in iraqi kurdistan. **Child Abuse & Neglect**, 20(12), 1161-1173.
- 4 - Bates, K. (1983). **Relationship of alexithymia to mental imagery and cognitive style**. Published doctoral dissertation, the University of Windsor, Canada.
- 5 - Beales, D.L.& Dolton, R. (2000). Eating disordered patients: personality, alexithymia, and implications for primary care. **Br. J. Gen. Pract.**, 50(450), 21-26.
- 6 - Berardis, D., Campanella, D., Nicola, S., Gianna, S., Ales- sandro, C., Chiara, C., Valchera, A., Marilde, C., Salerno, R., & Ferro, F. (2008). The impact of alexithymia on anxiety disorders: a review of the literatur. **Current Psychiatry Reviews**, 4, 80-86.
- 7 - Blackwell, J., Kenealy, P. & Rogers, M. (1996). **The Blackwell Dictionary of Neuropsychology**. London:Wiley-Blackwell
- 8 - Bowlby, J. (1982). **Attachment and Loss: (1) Attachment** (2ed.). New-York.: Basic Books.
- 9 - Burba, B., Oswald, R., Grigaliunien, V., Neverauskiene, S., Jankuviene, O. & Pierre, C. (2006). A controlled study of alexithymia in adolescent patients with persistent somatoform pain disorder. **Canadian Journal of Psychiatry**, 51(7), 468- 470.
- 10 - Cerutti, R., Valastro, C., Tarantino, S., Valeriani, M., Faedda, N., Spensieri, V., & Guidetti, V. (2016). Alexithymia and psychopathological symptoms in adolescent outpatients and mothers suffering from

- migraines: a case control study. **The Journal of Headache and Pain**, 17(39), 2-9. doi: 10.1186/s10194-016-0640-y.
- 11 - Cohen, R. (1980). **A psychology study of the concept alexithymia**. Published Doctoral Dissertation, University of Windsor, Windsor, Ontario, Canada.
- 12 - De Panifils, D., Salvatore, P., Marchesi, C., Cazzolla, R., Tonna, M. & Maggini, C. (2008). Parental Bonding and Personality Disorder: The Mediating Role of Alexithymia. **Journal of Personality Disorders**, 22(5), 496-508. doi: 10.1521/pedi.2008.22.5.496.
- 13 - Dontsov, I. Perelygina, B. & Veraksa, N. (2016). Manifestation of trust aspects with orphans and non-orphans. **Procedia - Social and Behavioral Sciences**, 233, 18-21.
- 14 - Estabrook, E. (2008). **Assessment of Adolescent Alexithymia: Examining the Ability of the TAS-20 to Measure Alexithymia in Samples of Community and Clinical Adolescents**. Published Thesis, Trent University, Peterborough, On.
- 15 - Gatta, M., Simonelli, A., Sudati, L., Sisti, M., Svanellini, L., Stucchi, M., Spoto, A. & Battistella, P. (2015). Emotional difficulties in adolescence: Psychopathology and family interactions. **International Neuropsychiatric Disease Journal**, 4(1), 47-54.
- 16 - Gilbert, P., McEwan, K., Catarino, F., Baiao, R. & Palmeira, L. (2014). Fears of happiness and compassion in relationship with depression, alexithymia, and attachment security in a depressed sample. **British Journal of Clinical Psychology**, 53(2), 228-244.
- 17 - Gunsch, J. (2010). What is alexithymia? Retrieved from: <http://www.wi-segeek.com/what-is-alexithymia.htm>
- 18 - Hermenau, K., Eggert, I., Landolt, A. & Hecker, T. (2015). Neglect and perceived stigmatization impact psychological distress of orphans in Tanzania. **European Journal of Psychotraumatology**, 6, 3-10. doi: 10.3402/ejpt.v6.28617.
- 19 - Hiirola, A., Pirkola, S., Karukivi, M., Markkula, N., Bagby, R., Joukamaa, M., Jula, A., Kronholm, E., Saarijärvi, S., Salminen, J., Suvisaari, J., Taylor, G. & Mattila, A. (2017). An evaluation of the

- absolute and relative stability of alexithymia over 11 years in a Finnish general population. **Journal of Psychosomatic Research**, 95, 81-87. doi: 10.1016/j.jpsychores.2017.02.007.
- 20 - Honkalampi, K., Tolmunen, T., Hintikka, J., Rissanen, M., Kylma, J. & Laukkanen, E. (2009). The prevalence of alexithymia and its relationship with youth self-report problem scales among Finnish adolescents. **Comprehensive Psychiatry**, 50(3), 263-268. doi: 10.1016/j.comppsy.2008.08.007.
- 21 - Hussain, S. & Ahmed, Z. (2014). Parental acceptance-rejection as predictor of alexithymia among students in Gilgit-Pakistan. **International Journal of Information and Education Technology**, 4(3), 285-288. DOI: 10.7763/IJET.2014.V4.414.
- 22 - Ishola, A. & Mitonga, K. (2017). School dropout among orphans in Oshana region - Namibia. **International Journal of Health**, 5(1), 1-11. DOI: 10.14419/ijh.v5i1.6893.
- 23 - Joukamaa, M., Taanila, A., Miettunen, J., Karvonen, T., Koskinen, M. & Veijola, J. (2007). Epidemiology of alexithymia among adolescents. **Journal of Psychosomatic Research**, 63(4), 373-376. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2007.01.018.
- 24 - Karukivi, M. (2011). **Association between Alexithymia and Mental Well-Being in Adolescents**, Painosalama Oy - Turku, Finland.
- 25 - Karukivi, M. (2011). *Association Between Alexithymia and Mental Well-Being in Adolescents (Unpublished Dissertation)*. University of Turku, Finland.
- 26 - Karukivi, M., Polonen, T., Vahlberg, T., Saikkonen, S. & Saarijorvi, S. (2014). Stability of alexithymia in late adolescence: Results of a 4-year follow-up study. **Psychiatry Research**, 219(2), 386-390. doi: 10.1016/j.psychres.2014.05.058. Epub 2014 Jun 7.
- 27 - Kooiman, C., Van Rens Vellinga, S., & Spinboven, P. (2004). Childhood adversities as risk factor for alexithymia and other aspects of affect dysregulation in adulthood. **Psychotherapy and Psychosomatics**, 73(2), 107-116. DOI: 10.1159/000075542
- Kroenke K, Spitzer R, Williams J. (2002). The PHQ- 15: Validity of a

- new measure for evaluating the severity of somatic symptoms. *Psychosom Med*, 64(2), 258-66
- 28 - La Barbera, D., Bonanno, B., Rumeo, M., Alabastro, V., Frenda, M., Massihnia, E., Morgante, M., Sideli, L., Craxi, A., Cappello, M., Tumminello, M., Micciche, S., & Nastri, L. (2017). Alexithymia and personality traits of patients with inflammatory bowel disease. **Scientific Reports**, 7, 1-11. doi: 10.1038/srep41786.
- 29 - Larsenab, J., Strienab, T., Eisingac, R., Rutger, E. (2005). Gender differences in association between alexithymia and emotional eating in obese individuals. **Journal of Psychosomatic Research**, 60(3), 237-243. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2005.07.006
- 30 - Ledoux, J. (1995). In search of an emotional system in the brain: Leaping from fear to emotion and consciousness. In M. S. Gazzaniga (Ed.), **The cognitive neurosciences** (pp. 1049-1061). Cambridge, MA: The MIT Press.
- 31 - Leweke, F., Leichsenring, F., Kruse, J. & Hermes S. (2010). Is Alexithymia Associated with Specific Mental Disorders?, **Psychopathology**, 45(1), 22-28. doi: 10.1159/000325170.
- 32 - Magaya, L., Kimberly.K, & Schreiber, J. (2005). Stress and coping strategies among Zimbabwean adolescents. **British Journal of Educational Psychology**, 75(4), 661-671. DOI: 10.1348/000709905X25508.
- 33 - Matyash, N & Volodina, J. (2015). Psychological Stability of Orphans in Crisis Situations. **Procedia - Social and Behavioral Sciences**, 214, 1070-1076.
- 34 - Melin, E., Thulesius, H. & Persson, B. (2010). Affect School for chronic benign pain patients showed improved alexithymia assessments with TAS-20. **BioPsycho Social Medicine**, 4(5), 1-10. doi: 10.1186/1751-0759-4-5.
- 35 - Moes-Wojtowicz, A., Wojtowicz, P., Postek, M. & Domagala-Kulawik, J. (2012). Asthma as a psychosomatic disorder: the causes, scale of the problem, and the association with alexithymia and disease control, *Pneumonol. Pneumonol Alergol. Pol*, 80(1), 13-19.
- 36 - Moorman, P., Bermond, B., Albach, F & Van Dorp, I. (1997). The

- etiology of Alexithymia from the perspective of childhood sexual abuse. In A. J. J. M. Vingerhoets, F. J. van Bus-sel, & A. J. W. Boelhouwer (Eds.), **The (non) expression of emotions in health and disease** (pp. 139 - 153). Tilbrug, The Netherlands: Tilbrug University press.
- 37 - Nemiah, J. (1984). The unconscious and psychopathology in K.S. Bowers & D. Meichenbaum (eds.), **The unconscious reconsidered** (pp. 49-87). New York: Wiley.
- 38 - Pappin, M., Marais, L., Sharp, C., Lenka, M., Cloete, J., Skinner, D. & Serekoane, M. (2014). Socio-economic Status and Socio-emotional Health of Orphans in South Africa. **Journal Community Health**, 40(1), 92-102. doi: 10.1007/s10900-014-9903-1.
- 39 - Pascual, A.,? Etxebarria,? I., Ortega, I. &? Ripalda, A. (2012). Gender differences in adolescence in emotional variables relevant to eating disorders. **International Journal of Psychology and Psychological Therapy**, 12(1), 59-68.
- 40 - Posse, M., & Hallstrom, T. (2001). The prevalence of alexithymia in primary care patients. **Comprehensive Psychiatry**, 42, 471-476.
- 41 - Ricciardi, L., Demartini, B., Fotopoulou, A. & Edwards, M. (2015). Alexithymia in Neurological Disease: A Review. **The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences**, 27(3), 179-187. doi: 10.1176/appi.neuropsych.
- 42 - Rice, F. (1992). **Humman development, a life-span approach**. Mishawaka, in, U.S.A: Macmillan Publishing Company.
- 43 - Ruiz-Casares, M. Thombs, B. & Rousseau, C. (2009). The association of single and double orphanhood with symptoms of depression among children and adolescents in Namibia. **Eur Child Adolesc Psychiatry**, 18(6), 369-376. doi: 10.1007/s00787-009-0739-7.
- 44 - Sayini, A., Derinoz, O. Bodur, S., Senol, S. & Sener, S. (2007). Psychiatric Symptoms and Alexithymia in Children and Adolescents with Non- Organic Pain: A Controlled Study. **Gazi Medical Journal**, 18(4), 170-176.
- 45 - Sharma, S. (2014). Understanding Emotion Regulation and Child Abuse

- in Adolescence. **International Journal of Innovation and Applied Studies**, 6(3), 580-589?
- 46 - Sifneos, P. (1996). Alexithymia: Past and present. **The American Journal of Psychiatry**, 153, (7Suppl), 137- 142.
- 47 - Singh, A. (2013). A conceptual Approach of Psychology Disorders (Manodahic Vyadhiyan). **International Research Journal of Pharmacy**, 4(8), 1-4. DOI: 10.7897/2230-8407.04801.
- 48 - Tahir, I., Ghayas, S., & Tahir, W. (2012). Personality traits and family size as the predictors of Alexithymia among university undergraduates. **Journal of Behavioral Sciences**, 22(3), 104-119.
- 49 - Taylor, G. (1984). Alexithymia: Concept, measurement, and implications for treatment. **The American Journal of Psychiatry**, 141(6), 725-732.
- 50 - Taylor, G. (1994). The alexithymia construct: Conceptualization, validation, and relationship with basic dimensions of personality. **New Trends in Experimental and Clinical Psychiatry**, 10, 61-74.
- 51 - Taylor, G. (2000). Recent developments in alexithymia theory and research. **Canadian Journal of Psychiatry**, 45(2), 134-142.
- 52 - Taylor, G. Bagby, R. & Parker, J. (1997). **Disorders of affect regulation, Alexithymia in medical and psychiatric illness**. New York: Cambridge University Press.
- 53 - Timoney, L., Holder, M. (2013). Emotional Processing Deficits and Happiness Assessing the Measurement, Correlates, and Well-Being of People with Alexithymia. SpringerBriefs in Well-Being and Quality of Life Research, DOI: 10.1007/978-94-007-7177-2_1. Retrieved from: <http://www.springer.com/gp/book/9789400771765>.
- 54 - Tozzi, E. Andrisani, G. Maiorani, D. Pezzi, L. Leopardi, R. Fiorentini, N. & Sechi, E. (2013). Alexithymia in headache sufferers: A psychosomatic symptom or comorbidity in adolescents?. **Educational Research**, 4(3), 286-293.
- 55 - Umar, W., Musa, S. & Abdullahi, L. (2016). Demographic and Care Profile of Orphans in an Antiretroviral Clinic in Northern Nigeria. **Journal of Pediatric Infectious Diseases**, 10(4), 97-102.

- 56 - Van de Putte, E., Engelbert, R., Kuis, W., Kimpfen, J. & Uiterwaal, C. (2007). Alexithymia in adolescents with chronic fatigue syndrome. **Journal of Psychosomatic Research**. 63, 377-380. DOI: [10.1016/j.jpsychores.2007.07.009](https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2007.07.009)
- 57 - Walker, S., O'Connor, B. & Schaefer, A. (2011). Brain potentials to emotional pictures are modulated by alexithymia during emotion regulation. **Cogn Affect Behav Neurosci**, 11, 463-475. DOI 10.3758/s13415-011-0042-1.
- 58 - Wright, P. (1991). **Alexithymia, psychosomatic disorders and utilization of interpersonal cues**. Published Doctoral Dissertation, York University, Ontario, Canada.

