

**اضطراب ما بعد الصدمة في التنبؤ  
بالأليكسيثيميا  
لدى الأطفال ضحايا التنمر**

**Post Traumatic Stress Disorder in  
Predicting Alexithymia among Children  
Victims of Bullying**

---

---

**إعداد  
چينا محمد عزب**

---

---

اسم الكتاب : اضطراب ما بعد الصدمة في التنبؤ بالأليكسيثيميا  
لدى الأطفال ضحايا التمر  
إعداد : جينا محمد عزب

الموزع : دار العلوم للنشر والتوزيع



العنوان : ١١ شارع منصور-القاهرة  
ت : ٠٢/٢٧٩٣٠٣٦٠  
ت : ٠١٢٢٦١٢٢٢١٢  
البريد الإلكتروني  
daralaloom@hotmail.com  
الموقع الإلكتروني  
www.darelloom.com

الناشر : دار جوانا للنشر والتوزيع



العنوان : ٩٩ أبراج الأمل  
الاوستتراد - المعادي  
ت : ٠١٠٠٣١٨٢٦١٥  
البريد الإلكتروني

dargwana2050@yahoo.com  
dar\_farha\_2020@yahoo.com  
رقم الايداع : ٢٠١٨ / ٣١٦٦  
الترقيم الدولي : 978-977-6469-3-70

عزب ، جينا محمد  
اضطراب ما بعد الصدمة في التنبؤ بالأليكسيثيميا لدى  
الأطفال ضحايا التمر / جينا محمد عزب :- القاهرة :  
دار جوانا للنشر والتوزيع ، ٢٠١٨

ص سم

تدمك 978-977-6469-3-70

١- الصحة النفسية

أ- العنوان

١٥٧

طبعة ٢٠١٨

## إهداء

إلى من يستحق الإخلاص المطلق  
أهدى جهدى الضئيل المتواضع إلى  
والدى د/ محمد عزب الدسوقي ووالدتي وأخواتي  
وأسأله جل وعلا أن يقبله منى خالصاً لوجهه الكريم  
كما أهدى هذا العمل إلى  
الاستاذ الدكتور /عبد الهادي السيد عبده  
وإلى الأستاذة الدكتورة/ إيمان أحمد خميس

المؤلفة

چينا محمد عزب

## فهرس المحتويات

صفحة	المحتوى
٣	إهداء
٦	قائمة الجداول
٧	قائمة الأشكال
٩	مقدمة
١٥	الفصل الأول : اضطراب ما بعد الصدمة
١٧	أولاً : اضطراب ما بعد الصدمة
٤٦	ثانياً : الأليكسيثيميا
٧٤	ثالثاً : الأطفال ضحايا التنمر
١١٩	الفصل الثاني : الدراسات السابقة
١٢١	أولاً : دراسات وبحوث تناولت العلاقة بين الأليكسيثيميا واضطراب ما بعد الصدمة
١٢٥	ثانياً : دراسات وبحوث تناولت العلاقة بين اضطراب ما بعد الصدمة وضحايا التنمر
١٢٩	ثالثاً : دراسات وبحوث تناولت العلاقة بين الأليكسيثيميا وضحايا التنمر
١٣٧	رابعاً : فروض الدراسة
١٣٩	الفصل الثالث : نتائج الدراسة ومناقشتها
١٤١	- أدوات الدراسة

صفحة	المحتوى
١٤١	- مقياس سلوك الأطفال ضحايا التنمر
١٤٣	- مقياس اضطراب ما بعد الصدمة
١٤٥	- مقياس الأليكسيثيميا
١٤٨	- مناقشة النتائج وتفسيرها
١٤٨	- نتائج الفرض الأول
١٥٣	- نتائج الفرض الثاني
١٥٧	- نتائج الفرض الثالث
١٦٢	- نتائج الفرض الرابع
١٦٩	- ملخص باللغة العربية
١٧٦	- قائمة المراجع
١٧٦	المراجع العربية
١٨٤	المراجع الأجنبية

## قائمة الجداول

الصفحة	الجدول	م
٨١	التمييز بين التنمر والسلوك العدواني	١
٨٢	التمييز بين التنمر والعنف	٢
٨٣	التمييز بين التنمر وصراع الأقران	٣
١٠٢	التمييز بين التنمر المباشر والتنمر غير المباشر	٤
١٠٣	خصائص الأطفال ضحايا التنمر	٥
١٠٥	مراحل التنمر	٦
١٤٨	معاملات الارتباط بين أبعاد مقياس اضطراب ما بعد الصدمة والدرجة الكلية وبين أبعاد الألكسيثيميا والدرجة الكلية .	٧
١٥٣	المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لدرجات أبعاد مقياس الالكسيثيميا والدرجة الكلية تبعا للجنس	٨
١٥٧	المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لدرجات أبعاد مقياس ما بعد الصدمة والدرجة الكلية تبعا للجنس	٩
١٦٣	الانحدار التدريجي لتأثير أبعاد اضطراب ما بعد الصدمة لأطفال ضحايا التنمر على الألكسيثيميا	١٠

## قائمة الأشكال

الصفحة	الشكل	م
١٥٦	متوسط درجات ذكور وإناث عينة الدراسة على أبعاد مقياس الألكسيثيميا	١
١٥٦	متوسط درجات ذكور وإناث عينة الدراسة على الدرجة الكلية لمقياس الألكسيثيميا	٢
١٥٩	متوسط درجات ذكور وإناث عينة الدراسة على أبعاد مقياس اضطراب ما بعد الصدمة	٣
١٥٩	متوسط درجات ذكور وإناث عينة الدراسة على الدرجة لمقياس اضطراب ما بعد الصدمة	٤



## المقدمة:

تعتبر مرحلة الطفولة المبكرة من المراحل التي يمر بها الفرد وتعتبر الأساس الذي يظهر فيه تأثير اشباع الحاجات ففي هذه المرحلة يحتاج الطفل إلى التدريب على التكيف مع الوسط الاجتماعي الذي يتواجد فيه بالإضافة إلى حاجاته المعرفية والوجدانية الأخرى (بدير، ٢٠٠٧: ١٣) ومرحلة الطفولة هي مرحلة حساسة في حياة الفرد والتي تظهر خلالها صور عديدة من المشاكل والاضطرابات النفسية التي لا تنتهي بانتهاء مرحلة الطفولة لكنها يمكن أن تستمر مع الفرد طوال حياته وتلازمه خلال مراحل العمر اللاحقة .

قد يتعرض الأطفال لأحداث حياتية صعبة وصادمة كالعنف الأسرى أو التصدع الأسرى و الإساءة أو الامتهان والانتهاك الجسدي أو الجنسي و سوء المعاملة أو فقدان و الموت لأحد الوالدين وغيرها من الخبرات الصدمية التي تؤثر على مسار نموهم وارتقائهم وقد تسبب لهم ضغوطاً نفسية مما ينعكس على اتجاهاتهم نحو المجتمع ونظرتهم إلى أنفسهم والحياة والمستقبل وتلك الخبرات تنطوي على حالة " أزمة " قد يعيشها الطفل باعتبارها رد فعل إزاء هذه الأحداث وغالبا ما يفوق معنى الأزمة عند الطفل واقع الأحداث أو المواقف ذاتها(البلاوى، ٢٠٠١: ٢٥).

تعتبر كثرة التعرض للمضايقات والتهديد من قبل الآخرين سبباً لاضطراب ما بعد الصدمة والتي تشمل ذكريات مؤلمة عن هذا الحدث، الكوابيس، تجنب الأنشطة المرتبطة بالصدمة والضيق النفسي وهذا الإجهاد الشديد يسبب تغيرات فسيولوجية في الغدة الكظرية، خفقان القلب، والشعور بالهلاك الوشيك .

(Namka, 2001:17)

وهناك أعراض كثيرة تأتي بعد التعرض للتنمر لمرة أو أكثر منها ذكريات مؤلمة عفوية أو أحلام مؤلمة متكررة للحدث مما يجعل الطفل أكثر عرضة لبعض التأثيرات مثل تقدير منخفض للذات والقلق واستجابات عنيفة والانتحار واضطراب ما بعد الصدمة وزيادة المشاكل الصحية للطفل. (Williams, 2011: 23)

وقد ارتبط مفهوم اضطراب ما بعد الصدمة بموضوع التنمر إذ يعد سلوك التنمر Bullying أحد أشكال السلوك العدواني فالتنمر هو سلوك متكرر قد يتخذه شخص أو مجموعة من الأشخاص عن عمد كمحاولة لإيذاء شخص آخر أضعف جسمانياً أو ضعيف الشخصية وهو من المشكلات الشائعة لديهم والتي تنمو معهم في سن مبكرة وتستمر حتي المراحل اللاحقة حيث تؤثر على تفاعلاتهم المستقبلية وتجعلهم يعانون من مظاهر اضطراب انفعالي وسلوكي واضح في مراحل الطفولة المتأخرة والمراهقة والشباب كما أن الطفل الضحية قد يمارس أحياناً سلوك التنمر في مواقف لاحقة فيكون متمراً حيناً وضحية في أحيان أخرى (Carrolle, 2008: 288). حيث يشير اولويس (Olweus, 1996: 783) إلى أن ما يقرب من ٦٠٪ من الأطفال يقعون ضحايا للتنمر.

وقد أشارت نتائج دراسة اديسو وديرجوف (Idsoe,Dyregrov, 2012) إلى أنه إذا تعرض التلاميذ أو شاهدوا أحداثاً شملت الموت الفعلي أو الإصابة الخطيرة أو التهديد للسلامة الجسمية والنفسية لهم أو للآخرين فإن الاستجابة تكون على هيئة الخوف الشديد والعجز والرعب.

بينما توصلت نتائج دراسة بينج وآخرون

(Pennig, Bahagwanjee, & Govender, 2010) إلى أن التنمر يعد واحداً من أنواع الضغوطات التي يمكن أن تؤدي إلى الصدمة كما أشارت إلى أن تأثير التجارب المؤلمة الجارية أو المتكررة على الأطفال يؤدي إلى خبرات متعددة الأوجه بما في ذلك القلق والاكتئاب والتفكك والغضب واضطراب ما بعد الصدمة .

ويكشف التحليل السلوكي لاضطراب ما بعد الصدمة عن عدد من الأعراض أو جوانب من السلوك تتمثل في السلوك الظاهري والجانب المعرفي وعلى مستوى العلاقات الاجتماعية حيث يشير إبراهيم (٢٠٠٩ : ١٢١) إلى أن الانفعالات التي تميز أعراض ما بعد الصدمة تشتمل على :

- الخوف الشديد والرعب والإحساس بالعجز عن التحكم في مصيره .
- المعاناة من الارتباك النفسي والتشوش لمجرد ظهور مثير أو رمز يذكر بالحدث الصادم .
- تزايد الأحلام المزعجة عن الحدث ولدى الأطفال يمكن أن تكون هناك أحلام مرعبة مع عدم فهم محتواها .
- صعوبة الاسترخاء والنوم والنوم المفرط .
- الاستثارة النفسية الشديدة عند إدراك أى إشارات داخلية أو خارجية ترمز للحدث الصدمي .
- ظهور أعراض القلق بوضوح وتزايدها مثل (صعوبة النوم وعدم الاستقرار ونقص التركيز والاحتراس والحيرة والتشوش) .
- تقييد أو كف التعبير عن العواطف مثال (عدم القدرة على معايشة مشاعر الحب) .

• إحساس ذاتي بالخدر والانفصال أو غياب الاستجابة العاطفية أو الانفعالية .

وقد أشارت نتائج دراسة كل من فينكلهور وترنر

(Finkelhor&Turner,2007:10) إلى أن اضطراب ما بعد الصدمة الذي

يتواجد بنسبة كبيرة لدى الأطفال ضحايا التنمر يجعلهم عرضة للاكتئاب و للإساءة

الجنسية أكثر من غيرهم .

إن أكثر الاضطرابات النفسية شيوعاً لدى الأطفال ضحايا التنمر ما يسمى

باكتئاب الأطفال وذلك عكس الاعتقاد الخاطئ الشائع عن كون الاكتئاب حالة

مرضية نفسية لاتصيب إلا الكبار فقط فإنه من خلال الحياة العلمية والعملية اليومية

فإنه يصيب الأطفال أيضاً ويسمى الاكتئاب المقنع . (ابراهيم، ٢٠٠٩ : ١٢١)

يُعبّر عن الاضطرابات المصاحبة للصدمة

Post traumatic Stress Disorder (PTSD) والتي تنشأ بسبب صدمة

مادية أو نفسية أو كليهما والتي تتأتى من التعرض أو مشاهدة أحداث قاسية تهدد

الحياة أو السلامة البدنية أو التوافق النفسى مثل التعرض لأذى بدنى بليغ أو اعتداء

جنسي أو تهديد نفسى أو نبذ عاطفي تتجاوز قدرة الدفاعات النفسية للطفل على

التحمل (Hulette,2011:12) وصعوبة التعرف على المشاعر ووصفها والتمييز

بينها وبين الأحاسيس الجسمية (الفسيولوجية) الناتجة عن الاستثارة الانفعالية

(الوجدانية) وندرة التخيل ويكون التوجه المعرفي خارجي أكثر منه داخلياً هو ما

يعرف بلأليكسيثيميا والأفراد الذين يعانون الأليكسيثيميا يكون لديهم صعوبة التحديد

والتعرف على المشاعر ووصفها وصعوبة التمييز بين الأحاسيس الانفعالية والجسمية

ولديهم نقص فى الخيال ويرتبط القصور فى قدرة الفرد على إدراك انفعالاته بالقصور

فى إدراكه لمشاعر وانفعالات الآخرين (Forti,2011:39- 40).

كما يعد الوعي بالانفعالات والمشاعر أحد أهم أشكال الكفاءة الوجدانية الأساسية التي يبني عليها الكفاءات الأخرى للشخصية والتي تؤثر وتغير في مختلف جوانب ونتائج السلوك الإنساني . (البحري، ٢٠٠٩: ٨١٨)

إن انخفاض الوعي بالتعامل مع الانفعالات يمكن أن تجعل الأفراد عرضه للأليكسيثيميا وبالتالي عرضه للضغوط النفسية المستمرة (Porcelli&Sonino, 2007:90) حيث ترتبط الأليكسيثيميا بالعديد من المشكلات النفسية مثل الاكتئاب والقلق وانخفاض جودة الحياة (1: 2011, Considine) حيث أن الأفراد الأليكسيثيمك يكون لديهم وعى وحالة انفعالية سالبة (Turesky, 2011: 85) ويتسم الأطفال ضحايا التنمر بالحساسية المفرطة كما أنهم قلقون في العادة وحذرون وخاضعون ويفتقرون للحزم بالإضافة إلى إنكارهم إلى حاجتهم للمساعدة خاصة أنهم يعانون من العزلة الاجتماعية ومن عدم تدعيم الأصدقاء وهذا يؤثر على توافقهم النفسي ويؤدي إلى سوء تكيفهم مما ينعكس على تحصيلهم الدراسي وسلوكهم الاجتماعي وعلاقاتهم مع الآخرين .

وتعرف المؤلفة اضطراب ما بعد الصدمة إجرائياً على أنه اضطراب يتعرض له الطفل ويحدث نتيجة حدث خارج عن الخبرات المعتادة له ويتسبب في التهديد الانفعالي أو جرح أو التهديد الجسمي للذات و تتضمن استجابة الطفل للشعور بالفزع (وتحمل ذكريات متعاقبة مقتحمة أليمة ) ويحاول تجنب النشاطات والأماكن أو الناس التي تثير ذكريات الصدمات لديه وتسبب حالة من الخوف والقلق الصدمة لديه وتسبب حالة من الخوف والقلق والاكتئاب والانسحاب والتجنب .

وتعرف المؤلفة الأليكسيثيميا إجرائياً على أنها سمة وجدانية معرفية تظهر في صورة صعوبة تحديد ووصف المشاعر والأحاسيس لدى الطفل بالإضافة إلى ضيق

فى العملىات التخليلة "الخلال المءوء" المرءبء بالمشاعر مما يؤءى إلى نقص فى مهارة التعامل مع الآءرلن؁ فىكون الءفل مهلباً للإصابة بالاضءراباء والأمراض النفسفة والجسمة .

وءعرف المؤلفة الأءفال ضءفاا الءنمر إءراءباً على أنهم الأءفال الءفن يظهرن سلوكاً ءائفأ وسلببأ ءءاه الآءرلن المءنمرلن بهم؁ وىءعرضن باسءمرار ولفءراء ءوولة لأءءاء وأفعال سلبلبة من قبل شءص أو أشءاص آءرلن بقصد الإلءاء أو الءسبب فى الجرح ءون أن فىكون لهم الء فىها .

١

## الفصل الأول الإطار النظري

- المحور الأول: اضطراب ما بعد الصدمة.
- المحور الثاني: الأليكسيثيميا.
- المحور الثالث: الأطفال ضحايا التنمر.



## أولاً: اضطراب ما بعد الصدمة.

منذ أن وجد الإنسان على هذه الأرض وهو معرض للصددمات Traumata والضغوط Stressors والأزمات Crisis ودائم السعى إلى تجنب الخطر أو على الأقل اتخاذ الوسائل المناسبة لمواجهةها بل هو في معظم الأحيان مضطر إلى أن يدافع عن نفسه عندما يتعرض للضغوط والأزمات وقد بدأ الاهتمام بدراسة الضغوط والصددمات يتزايد وتنوع أساليبه وذلك بسبب تزايد ضغوط الحياة التي يتعرض لها الإنسان وبخاصة منذ بداية القرن العشرين الذي شهد في نصفه الأول فقط حربين عالميتين طاحنتين ومئات الحروب الصغيرة الأخرى. (عبد الخالق، ١٩٩٨ : ٢٣)

وعلى الرغم من وجود أفكار سابقة ذات علاقة به مثل صدمة القنابل (Shell shock) والصدمة العصبية (Nervous Shock) ففي عام (١٩٨٠) تم الاعتراف لأول مرة باضطراب ما بعد الصدمة وذلك في الدليل التشخيصي الإحصائي الثالث. (Eysenc,2000: 691)

وقد ذكر ويس وآخرون

(Weiss,Marinar,Schlenger,Band,Jordan,&Kulka,1992:367) أن هذه الأعراض المرضية الناتجة عن الصدمات النفسية التي تعرض لها الجنود الأمريكيون في الحرب العالمية الأولى والحرب العالمية الثانية هي نفسها التي ظهرت على الجنود الأمريكيين العائدين من حرب فيتنام وهي ما تعرف الآن باسم أعراض اضطرابات ما بعد الصدمة.

إن عبارة اضطراب ما بعد الصدمة أو كما يقابلها بالإنجليزية Post Traumatic stress Disorder واختصارها PTSD لم تكن موجودة في قاموس الطب النفسى قبل عام ١٩٨٠ إذ كان العلماء يستعملون قبل هذا التاريخ بعض العبارات الخاصة مثل صدمة المعارك والحروب، ومصطلح (PTSD) أى اضطراب ما بعد

الصدمة هو للدلالة على اضطراب نفسى خاص يتلو حدوث الصدمة وبعد سبع سنوات أدخلت جمعية الطب النفسى الأمريكية بعض التعديلات وهناك تعديلات مهمان لا بد من الإشارة إليهما يتناول الأول التركيز على عملية التجنب (Avoidance) الذى يعتبر مؤشراً أساسياً للدلالة على اضطراب ما بعد الصدمة (تجنب الأشياء والأفكار والمشاعر المرتبطة بالحدث) وتجنب الوضعيات التى يمكنها أن توقظ الحدث ويتناول الثانى ولأول مرة اضطراب ما بعد الصدمة عند الأطفال . (يعقوب، ١٩٩٩ : ٣٧-٣٨)

وعندما وضع أول تشخيص لاضطرابات ما بعد الصدمة فى عام ١٩٨٠ (الجمعية الأمريكية للطب النفسى، ١٩٨٠) كان يعتقد أنه فى البداية لن يكون مناسباً للأطفال وقد تجلى ذلك فى وقت قريب أن هذا الإعتقاد كان خاطئاً وأنه من المقبول الآن أن الأطفال والشباب يمكن أن تتطور لديهم أعراض اضطرابات ما بعد الصدمة (Gaskell,2005).

وهكذا أصبح هذا الاضطراب معروفاً ومعترفاً به فى التصنيفات الطبية النفسية ووصفته الصورة المنقحة الدليل التشخيصى الثالث (DSM-III R1987) بأنه " أى حادثة تكون خارج استجابة الخبرة المعتادة للفرد وتسبب له الكرب النفسى (Distress) وتكون استجابة الضحية فيه متصفاً بالخوف الشديد، الرعب والشعور بالعجز .

فقبل عام ١٩٨٥ لم تكن عبارة PTSD شائعة فى قاموس الطب النفسى للأطفال ولكن بعد هذا التاريخ أظهرت الأبحاث أن الطفل يعانى كالأشد من اضطراب ما بعد الصدمة وأن العديد من الأطفال يتأثرون بالعنف وهذا يؤدى بدوره إلى نتائج مأساوية عند الأطفال وينعكس سلباً على جوانب نموهم وسلوكياتهم حيث أشار الدليل التشخيصى الرابع إلى أعمار الأطفال الذين قد تظهر عليهم أعراض هذا الاضطراب من

سن ٢ : ١٢ وفى الشباب " المراهقين " من سن ١٣ : ١٨ سنة

(DSM-IV,1994:248).

وقد أشارت دراسة كلاً من فورمان وماكمان (Forman & Mckeeman,2013)

إلى أن اضطراب ما بعد الصدمة بالنسبة للأطفال يشتمل على تعرض هؤلاء الأطفال للصدمة على شكل سوء معاملة (الإعتداء الجسدى والجنسى، والعاطفى/ النفسى، والتبذو الإهمال).

وقد أكد الدليل التشخيصى الاحصائى الرابع إلى ضرورة التمييز بين اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) وبين اضطراب الضغط الحاد (Acute stress Disorder) حيث يستعمل الثانى لوصف الحالة التى يكون فيها تماثل سريع للشفاء من ضغط الحادث الصدمى فيما يستعمل اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) لوصف الحالة التى لا يحصل فيها شفاء سريع من هذا الضغط (DSM-IV,1994:248).

## الصدمة النفسية TRAUMA

### تعريف الصدمة النفسية :

المعنى الأصلى لكلمة صدمة هو الكلمة اليونانية Trauma التى تعنى جرح أو ضرر يلحق بأنسجة الجسم واليوم تستعمل عبارة صدمة نفسية لوصف وضع يواجه فيه الشخص حدثاً صعباً (Pantalis,1997:300)

والصدمة هى الضغوط التى نواجهها فى الحياة التى يكون لها من الشدة والترويع الانفعالى ما ينتج عنه اضطرابات نفسية مستديمة (Portefield,1996:13).

ويعرف كلٌ من هيرمان وبينوس وتير "Herman&Pynoos&Terr" الصدمة النفسية على أنها الاستجابة الناتجة لخبرة مؤلمة تكون خارجة عن تحكم الشخص، بحيث إن ميكانيزمات الدفاع الأولية تكون غير فاعلة فى التعامل معها.

(as cited in: Quta&El-Masry,2001: 10)

ويرى ميكنوم أن الصدمة تشير إلى حوادث شديدة أو عنيفة تعد قوية ومؤذية ومهددة للحياة، تحتاج هذه الحوادث إلى مجهود غير عادى لمواجهتها والتغلب عليها.

(Meichenbaum,1994:29)

ويعرف منصور (١٩٩٣) الصدمة على أنها وقوع أو حدوث الأذى والضرر والظلم والخسارة والجرح والهزة والإصابة والرجة والصدمة SHOCK للنفس أو العقل وفى النواحي الفيزيائية المادية وفى التراكيب أو البناء أو فى كل هذه النواحي ويحدث ذلك شكل صدمة انفعالية Emotional Shock تحدث اضطراباً أو خللاً فى البناء والتراكيب وفى الوظائف للفرد أو الجماعة وذلك لفترة من الوقت قد تطول أو تقصر وفقاً لدرجة شدة الصدمة .

وتعرف الرابطة الأمريكية للطب النفسى فى الدليل التشخيصى والاحصائى الرابع (DSM-IV) الصدمة بأنها التعرض لحدث صادم ضاغط Traumatic Stresses على نحو مفرط الشدة، متضمناً خبرة شخصية مباشرة لهذا الحدث الذى ينطوى على موت فعلى أو أن يعلم شخص عن موت غير متوقع وقد تكون نتيجة لاستخدام العنف أو عن ضرر شديد أو تهديد بالموت أو اصابة بالغة حدثت لعضو من أعضاء الأسرة أو لبعض الأصدقاء المقربين .

(American psychiatric Association,1994:24)

ويتضمن مفهوم الصدمة النفسية عدداً من العناصر الهامة التى تشكل ملامحها وتحدد خصائصها ونذكر منها ما يأتى :

## ملامح الصدمة النفسية :

أولاً: حالة من الرعب المخيف الذى ينتج عنه الفزع والقلق والتوتر بصورة حادة وشديدة ومستمرة ومتكررة على فترات زمنية قريبة .

ثانياً: عنصر المفاجأة غير المتوقعة حيث لا يدري عنها الانسان ولم يعمل حسابها من قبل ، ولم يكن على دراية بها مما لا يؤهله لاجراء الاحتياطات اللازمة لتجنبها والوقاية منها .

ثالثاً: أحداث قاسية وعنيفة قد تهدد حياة الانسان مما يشل حركته ويجعله عاجزاً عن مواجهتها والتغلب عليها بطرق مؤثرة وفعالة الأمر الذى يعيق أساليب التكيف السوى السليم معها .

وتتضمن الاستجابة العامة لأى صدمة نفسية تفاعل متكامل بين أعضاء الجسم المختلفة وبين المشاعر والاحاسيس والانفعالات المرتبطة مع بعضها لذلك عندما يتعرض أى شخص لصدمة نفسية معينة نجد أن كثيراً من أعضاء الجسم ينشط بطريقة تجعله يتصرف بالنشاط الزائد المفرط فى أداء وظيفته مثل القلب، الرئتين، العضلات، العقل والهormونات فى الجسم هذا بالإضافة إلى النشاط الزائد المفرط الذى يتتاب الانفعالات المرتبطة بالغضب، بالبكاء، بالضحك أحياناً وغيرها من الانفعالات الحادة التى تصيب الأنشطة الجسمية الزائدة المفرطة . (عمر، ٢٠٠٧ : ٣٤-٣٥)

## خصائص الصدمة النفسية :

أولاً: رد الفعل العام للصدمة يتضمن مظاهر الرعب والفزع والذعر والتى تشكل كلها حالة من الخوف المستمر المتكرر والمزمن .

ثانياً: رد الفعل العام للصدمة قد يكون غير معروف وغير مفهوم عند عامة الناس بدرجة كبيرة وعند بعض الاختصاصيين المهنيين غالباً وخصوصاً عند إصابة الأطفال بأعراضها .

ثالثاً: تطلق الصدمة طلاقات هائلة من الاحساس بالألم والمعاناة، والاحساس بالعجز وفقدان الأمن والأمان.

رابعاً: يتحول أحياناً الغضب العادى إلى عدوانية هجومية عند الفرد الذى يتعرض للاجهاد العصبى والنفسى التالى للصدمة كرد فعل تلقائى دفاعى لاشعورى ضد أى شخص يخاف منه أو يحتمل أن يؤذيه.

خامساً: يحجم كثير من المصابين بأعراض اضطرابات ما بعد الصدمة عن الكلام وعدم افشاء أى معلومات تتعلق بتعرضهم للصدمة التى تسببت فى اصابتهم بأعراضها وخصوصاً إذا كانت أحداث الصدمة مخجلة.

سادساً: الشعور بعقدة الذنب حيث يردد الفرد المصاب بهذه الاضطرابات النفسية بينه وبين نفسه " كان من الممكن منع تعرضى للاصابة بهذه الصدمة، إنها غلطتى، كان من الممكن أن أكون أنا من المعتدين بدلاً من أن أكون ضحية لهم ومجنى على منهم " .

سابعاً: تتسبب أعراض الاضطرابات للاجهاد العصبى والنفسى التالى للصدمة فى تشويه صورة الفرد أمام نفسه ومن تحقير رؤيته الذاتية لكيانه الانسانى ومن معاناته من رؤيته السلبية لسلوكياته.

ثامناً: تؤكد المشاعر السلبية عند الفرد المصاب بهذه الاضطرابات بأنه ضحية مغلوبه على أمرها، وضحية مقهورة بقوة المعتدين (عمر، ٢٠٠٧: ٣٧-٣٨).

### أنواع الصدمات النفسية:

- ١- نوع يتصل بالخبرات المؤلمة: وهى التى تعرض لها الفرد فى طفولته خاصة وبعد البلوغ أحياناً وتسبب هذه الصدمات أحياناً آثاراً عميقة لا يمكن التعرف عليها أحياناً إلا بعد تطبيق التحليل النفسى العميق.
- ٢- نوع يتصل بالحرمان بكل أنواعه: كفقدان شخص عزيز أو صديق أو خسارة مالية أو جسدية أو فقد ممتلكات بسبب الكوارث والحروب (زعفان، ٢٠١٤: ٣٢).

ومن (DSM-III) يمكن الخروج باستنتاجين مهمين أولهما: أنه يمكن التفريق بين الأحداث الصادمة والأحداث التي تسبب التوتر والضغط بالنظر إلى طبيعة وقوة الأحداث الصادمة وبالتالي يمكن القول بأن الأحداث الصادمة يمكنها إثارة أعراض الضغط لدى الأطفال الذين يتعرضون لتلك الأحداث بغض النظر عن مدى قابليتهم للانضغاط وعن قدرتهم على التكيف والاستنتاج الثانى: الاستجابة للخبرات الصادمة عند الأطفال هى شئ محتوم وذات طابع عام على الرغم من أشكال الأعراض ومحتواها قد يختلف من طفل إلى آخر تبعاً لعمر الطفل وطبيعة الخبرة الصادمة (Brett, 1993: 64).

وتحدد الصدمة تبعاً لشدها وللعجز الذى يجد المرء نفسه فيه (ضعف الأنا وقوتها) ومواجهتها للصدمة أو محاولة خفض القلق الناجم عنها بحلول سوية مألوفة تنتهى إلى الفشل فى بعض الأحيان مما يضطر الأنا للقيام بدفاعاته لمواجهةها (أبو نجيلة، ٢٠٠١: ١٢١).

#### أعراض الصدمة النفسية وآثارها على الفرد المتعرض لها:

- فجائية، غريبة، مؤلمة، حادة، شديدة ومتكررة.
- لا يمكن التنبؤ بزمن حدوثها.
- فقدان السيطرة على الموقف.
- فقدان الاحساس بالثقة بالنفس فى مواجهة المواقف.
- الشعور بالعجز.
- تحدث تشبيطاً حاداً فى مجريات حياتنا اليومية.
- تسبب القلق والحزن الشديد.

#### آثار الصدمة النفسية على الصحة النفسية وعلى الفرد:

- ويذكر الدليل التشخيصى الإحصائى الرابع منها ما يلى:
- الحزن، اليأس، الألم، والحداد.

- الاكتئاب العصبي البسيط والحاد .
- انعدام الشعور بالقيمة والجدوى واحتقار الذات .
- العزلة والانسحاب الاجتماعي .
- التخيلات والأوهام والهذات .
- التفكير فى الانتحار ووضع حدًا للمعاناة .
- هستيريا القلق .
- فقدان السمع والبصر .
- الحبسة الكلامية وعدم النطق .
- فقدان الذاكرة الهستيرى .
- الشلل الهستيرى .
- ظهور بعض الأمراض التى تصنف فى فئة الاضطرابات السيكوسوماتية .

( DSM-IV ,2004:215-218)

وترى المؤلفة مما سبق أن جميع التعريفات قد اتفقت على أن الصدمة النفسية هى حدث قاسى وصعب وعنيف وغير متوقع قد يطرأ على الفرد ويهدد حياته دون سابق انذار سواء كان بواسطة الاعتداء الجسدى أو التهديد النفسى أو التعرض الفعلى للموت أو اصابة الفرد نفسه والآخرين ويكون سبب هذا الحدث الصادم بعض الحوادث والمنتبهات الطبيعية كالأعاصير، العواصف، البراكين، والزلازل ومنها ما يكون من صنع الإنسان نفسه كالحروب، التعذيب، العنف، الاغتصاب والقتل ووقوع أو حدوث الأذى والضرر والظلم والخسارة والجرح "Injury" والاصابة "Wound" والرجة والهزة والصدمة "Shock" للنفس أو العقل وما إلى ذلك من أفعال ويشمل ذلك الخوف الشديد والشعور بالعجز والرعب والشعور بالتوتر الشديد الحاد والمستمر وجميعها تهدد الحياة مما يشل حركة الفرد وتجعله عاجزاً على التغلب عليها .

وهذه الأحداث تؤدي إلى اضطرابات نفسية وصعوبات ونكبات بحيث لا يستطيع الفرد العودة إلى سلوكه الطبيعي السابق للحدث الصادم إلا أن سيجموند فرويد قد أرجع سبب هذا الحدث الصادم إلى أعراض هستيرية هي بقايا لخبرات منذ الطفولة والتي بالتالي تعيق قدرة الطفل الذي تعرض لحدث صادم عن السيطرة على الموقف والمعالجة السليمة للآثار الناتجة عن هذا الحدث .

### الحدث الصدمي : Traumatic Event

#### تعريف الحدث الصدمي :

الحدث الصدمي هو حدث خطير ومربك ومفاجئ يتسم بقوته الشديدة أو المتطرفة وتسبب الخوف والقلق والانسحاب والتجنب والحدث الصدمي ذو الشدة المرتفعة والغير متوقعة والغير متكررة تختلف في دوامها من حادة إلى مزمنة (كامل، ٢٠٠٦) .

وقد حدد الدليل التشخيصي والاحصائي الثالث (DSM-III) تعريف الحدث الصدمي بأنه ذلك الحدث الذي يخرج عن نطاق الخبرة العادية للبشر ويشكل تهديداً لذاته أو للآخرين من حوله ويشمل دائرة المخلوقات من حوله ويسبب الأذى أو الضرر أو الهلاك لمخلوقات هذه الدائرة بصورة تحدث أثراً نفسياً سلبياً من الشعور بالعجز أو الاحساس بالخوف أو معاناة الاضطراب الانفعالي في مواجهة الحدث الصدمي .

(American psychiatric association, 1987:30)

#### خصائص الحدث الصدمي :

الحدث الصدمي يتولد عنه قدر هائل من الانفعالات التي قد تتضمن استجابات جسدية غير معتادة وتأثيرات سيكوفيسيولوجية ، تترك آثارها على علاقات الفرد الاجتماعية ، وينتهك الافتراضات النفسية العادية المتمثلة في الأبنية القائمة لدى الأفراد من قيم ومعتقدات ومعايير تجعل الفرد غير قادر على التنبؤ السليم بمستقبله ويخل باليات التوافق الموجودة لدى الفرد، ويشوش على امكانات الدفاع ويضعف ثقته بما لديه من

وظائف توافقيه ويعصف بما لديه من معان ودلالات أنشأها عبر سنوات عمره ويحبط بما لديه من أنماط التفكير ويخرج عن نطاق الزمن الذي حدث فيه ليظل حاضراً وإن مضى فيستعيده الفرد أمامه دوماً وتشم رائحته فيما يحدث مستقبلاً بذات القوة والوضوح اللذين حصل بهما يومئذ ويحتوى على تهديد لكيان الفرد ووجوده (مكتب الإنماء الاجتماعى، ٢٠٠٠: ٣٩).

لذا ينظر بعض الباحثين إلى الأحداث الصدمية على أنها "كسر للإيقاع السوى للحياة الانسانية وخروج عن المألوف والمتوقع من البيئة الاجتماعية والطبيعية ومن ثم فالاستجابة لها بالاضطراب والمرض تعد أمراً طبيعياً وسوياً ولكنه مع ذلك اضطراب يتعين علاجه والتخفيف من آثاره" (طه، ٢٠٠٤ : ٩).

ويؤكد ريموند فلانيرى (Flannery, 1994) أن الضحايا الذين يتعرضون لصدمات نفسية وأحداث صدمية والذين قد يشاهدونها والذين يسمعون عنها يعانون من رد فعل طبيعى يتمثل فى اضطرابات ما بعد الصدمة .

**اضطراب ما بعد الصدمة :**

هو اضطراب نتيجة أحداث خارجة عن الفرد أو متطلبات استثنائية عليه أو مشاكل أو صعوبات تجعله فى وضع غير اعتيادى فتسبب له توتراً أو تشكل له تهديداً يفشل فى السيطرة عليه وينجم عنه اضطرابات نفسية متعددة ولقد جرى تشخيص هذه الاضطرابات ودراستها بصورة منهجية تبعاً لوضوح أعراضها وشيوعها والتقدم العلمى فى مجالى علم النفس والطب النفسى . (صالح، ٢٠٠٨ : ٩).

ويمكن تعريفه بأنه مجموعة من ردود الفعل غير التكيفية، والمرتبطة بالحدث الصادم والتي تشمل صعوبات فى بناء العلاقات الاجتماعية والخوف المستمر واضطرابات النوم والذكريات المستمرة لتفاصيل الصدمة وردود الفعل الاكتئابية والسلوك التجنبى للمثيرات المرتبطة بالصدمة (5 : Javidi& Yadollahie, 2012).

وأن هذا الاضطراب يظهر كرد فعل متأخر أو ممتد زمنياً لحدث أو إجهاد ذى طابع يحمل صفة التهديد أو الكارثة الاستثنائية و ينتظر منه أن يحمل عامل الضيق لدى الشخص (على سبيل المثال كارثة طبيعية، مشاهدة موت آخرين، موت عنيف، اعتقال وهكذا) وتتضمن الأعراض النمطية نوبات من استرجاع الحادث من خلال ذكريات اقتحامية (ارتجاعية زمنية) من أحلام وكوابيس والانفصال عن الآخرين وعدم الاستجابة للعالم المحيط وعدم التمتع مع تجنب النشاطات والمواقف التى قد تذكرنا بالحدث ويشيع تزامن القلق والاكتئاب مع الأمراض والعلاقات السابقة كما إن التفكير بالانتحار ليس نادراً وقد تزداد الحالة تعقيداً. (عكاشة، ٢٠٠٤ : ١٩٠-١٩١).

وتعرف الجمعية الأمريكية للطب النفسى اضطراب ما بعد الصدمة بأنه "الأعراض التى تتبع التعرض لضغط صدمى شديد يشمل الخبرة المباشرة للشخص الذى يتعرض للحدث الذى يتضمن تهديد حقيقى أو متخيل أو جرح خطير أو أى تهديد آخر لجسد أو مشاهدة الحدث الذى يشمل الموت، الجرح أو أى تهديد لجسد الشخص نفسه أو لشخص آخر أو العلم عن موت عنيف أو غير متوقع أو إيذاء خطير أو تهديد بالموت أو إلحاق الجرح أو الإيذاء لفرد من أفراد الأسرة أو أى قريب عزيز"

(DSM IV,1994:463)

وهو أيضاً اضطراب ينتج عن تعرض الفرد إلى صدمة نفسية ( Traumatic Stress) وهو رد فعل شديد ومتأخر للضغط عادة ويكون من الشدة بحيث يصبح مرهقاً ويتميز باستمراره لاعادة خبرة الحدث الصدمى وللتجنب المتواصل للمثيرات المرتبطة بالصدمة (من أفكار أو مشاعر أو أماكن أو أشخاص) والتراخى فى القدرة على الاستجابة (صعوبة التذكر، العجز، الانعزال، وقصور فى المشاعر الوجدانية) والمعاناة من أعراض الاستثارة الدائمة (كصعوبات فى النوم أو التركيز أو ازدياد التوتر أو التيقظ)، وتكون مدة

ظهور الأعراض أكثر من شهر وهو يمر بثلاثة مستويات من الشدة (الحاد والمزمن ومتأخر الظهور) ويؤثر هذا الاضطراب فى سلامة الأفراد وبشكل جدى فى النواحي الاجتماعية والأكاديمية والمهنية . (يونس ، ٢٠٠٥ : ٥٨٧).

ويرى الألمعى (٢٠١٢) أنه اضطراب نفسى ينشأ بسبب صدمة مادية أو نفسية أو كليهما ومصادر تلك الصدمة قد تكون التعرض أو مشاهدة أحداث قاسية تهدد الحياة أو السلامة البدنية أو التوافق النفسى ومثال ذلك مشاهدة المريض لموت أحد ما أو تهديد حياة المريض أو شخص آخر حوله أو التعرض لأذى بدنى بليغ أو اعتداء جنسى أو تهديد نفسى بحيث تتجاوز تلك الأحداث قدرة الدفاعات النفسية للمريض على التحمل كما يصاب الأطفال باضطراب ما بعد الصدمة على إثر تعرضهم للتمتر أو التحرش الجنسى .

من خلال التعريفات السابقة تخلص المؤلفة اضطراب ما بعد الصدمة بأنه عبارة عن أزمة تنتج عن التعرض لحادث خارجى صادم ، مؤلم جداً فجائى ، مريبك وغير متوقع بحيث تتخطى حدود الخبرة الانسانية العادية ، وتقوم بتهديد أو تدمير صحة الطفل وحياته فلا يستطيع التكيف مع مثل هذا الحدث الصادم ويفقد الطفل فيه امكانيات مواجهة هذا الحادث فيعاود الطفل الشعور بأنه يعيش الخبرة الصادمة ويتجنب ما يذكره بها فيزداد توتره وتتخدر عواطفه وتيقظه وردود فعله الحادة تجاه الأحداث الضاغطة فيستجيب لها الطفل بالخوف الشديد والعجز والقلق والرعب والانسحاب والتجنب والاحساس بتهديد الذات مما يؤثر على التوازن النفسى العام للطفل وتختلف هذه الاستجابات من شخص لآخر أمام نفس الموقف أو الحادث الصدمى .

### النظريات المفسرة لاضطراب ما بعد الصدمة :

هناك العديد من النظريات التى حاولت تفسير اضطراب ما بعد الصدمة وسوف تعرض المؤلفة فيما يلى بعض النظريات المختلفة التى تناولت تفسير هذا الاضطراب .

## ١ . نظرية التحليل النفسي : Psycho Analysis Theory

لقد قدم التحليل النفسي تاريخياً تفسيرات عن عصاب المعارك الحربية لدى الجنود، وكان لفرويد كتاباته في هذا الشأن (مقدمة في سيكولوجيا أعصاب الحرب) ودراسات حول (العصاب الصدمي) لدى الأشخاص الباقين على قيد الحياة بعد خرباتهم في معسكرات التدريب النازي و تفترض هذه النظرية أن الشدة أو الصدمة قد أعادت تنشيط صراع نفسي قديم غير مفسر وأن تجدد العرض الطفولي ينتج عن نكوص واستخدام للآليات الدفاعية مثل الكبت والانكار والالغاء وينبعث الصراع من جديد حيث يحدث الموقف الصادم وتحاول الأنا أن تسيطر على الموقف لتخفيف القلق (أبو نجيلة، ٢٠٠١ : ١٢٧).

يعد اضطراب PTSD اضطراباً فريداً بين الاضطرابات السيكياترية من حيث وقوع حادث جانح محدد يتم من خلاله التعرف إلى ظهور الأعراض النفسية السلوكية والفيزيولوجية لهذا الاضطراب وتركز نظرية التحليل النفسي على ما تقوم به الخبرات الصدمية من وظيفة تتضح في إعادة تنشيط الصراعات الكامنة التي ترجع جذورها إلى مرحلة الطفولة . (Stoudemire, 1998:329).

ولقد تم تفسير هذا الاضطراب بنظرية التحليل النفسي خلاصتها أن الحادث يمكن أن يجعل الفرد يشعر أنه مرتبك تماماً ويسبب له الفزع والإنهاك ولأن ردود الفعل قد تكون مؤلمة فإن الفرد يلجأ إلى كبت الأفكار الخاصة بالحادث الصدمي أو قمعها عمداً غير أن حالة الإنكار هذه لا تحل المشكلة لأن الفرد لا يكون قادراً على جمع المعلومات الخاصة بالحادث الصادم ويبدو أن الجانب القوى في هذه النظرية أنها تقدم تفسيراً بخصوص وجود اختلافات فردية حقيقية في قابلية تعرض الفرد للاصابة باضطراب ما بعد الصدمة عند مواجهتهم لأحداث صدمية . (الحشاش، ٢٠١٢ : ٢٩)

## ٢ . النظرية البيولوجية : Biological Theories

استدل يعقوب (١٩٩٩) لما توصل له باحثون أمثال دير وفان وكوك الذين حاولوا أن يربطوا فترة ما بعد الصدمة بعمل الدماغ وما يطرأ عليها من تغييرات كيميائية وفسولوجية ووظائفية وهذا الاضطراب يظهر على الشكل التالي :

- ارتفاع فى نسبة الكاتيكولامين فى الدم .
- ارتفاع نسبة الاستيلكولين .
- انخفاض نسبة النورايبينفرين .
- وانخفاض فى نسبة السيروتين فى الدماغ .
- وانخفاض نسبة الدوبامين فى الدماغ .

حيث أن استنزاف مادة النورايبينفرين يرتبط بعدم قدرة الشخص على الهروب أو التخلص من الصدمة التى يتعرض لها وهذا ما يؤدى إلى استنزاف مادة الدوبامين لأن الاستجابة الفعالة إزاء الصدمة غير ممكنة فالتعرض المتكرر للصدمة أو لذكراها يؤدى فيما بعد إلى حالة من التبلد وغياب الوعي العاطفى كحل حتمى للصدمة وهنا يفرز الدماغ مواد مخدرة شبيهه من حيث مفعولها بالأيونات .

إن مصير اضطراب ما بعد الصدمة يتوقف على الافرازات المذكورة (الدوبامين والنورايبينفرين) وكذلك على المواد المخدرة التى تفرزها الدماغ ويبدو أن الدماغ يقوم بهذه الوظيفة عندما يتعرض الشخص للصدمة .

أما Dela Pina (فى : يعقوب، ١٩٩٩ : ٧٨-٧٩) فقد حاول الربط ما بين اضطراب ما بعد الصدمة والجهاز العصبى حيث يفترض أن الجهاز العصبى هو جهاز معالجة المعلومات وأشار إلى أن الأشخاص الذين يسيطر لديهم الجهاز الباراسمبثاوى لا يتوصلون إلى تحقيق فهم واضح للمؤثرات المفاجئة والمؤلمة بالشكل الصحيح كما أنهم

يستجيبون فسيولوجيا للصدمة بشكل غير عادى مما يؤدي إلى ظهور بعض الأعراض مثل اضطراب النوم والكوابيس والغضب والعدوانية وهذا يشير إلى أن معالجة المعلومات تمت بشكل خاطئ وناقص لأنها تعتمد على المنبهات الحسية بالدرجة الأولى .

### ٣ . النظريات السلوكية : The Behavioral Theories

قام هذا الاتجاه بتفسير اضطراب ما بعد الصدمة وفقاً للنظرية الاشتراكية بأن التشريط الانفعالي في زمن وجود حادث صدمى يتسبب في اكتساب الفرد استجابة خوف شرطية لتنبيه طبيعي غير مشروط .

ومن المعروف عن العلماء السلوكيين أنهم يهتمون بالعوامل الوراثية والسمات الاستعدادية والخبرات اللاشعورية لدى تحدثهم عن الشخصية والاضطرابات النفسية مؤكداً العوامل البيئية والتعلم في تحديد السلوك السوي وغير السوي اللذان يخضعان لقانون واحد هو التعلم الناجم عن تنبيه مرتبط بحادث صدمى يقود فعلاً إلى مستوى تنبئى مثل هذا التنبيه لدى مرضى اضطراب ما بعد الصدمة، إلا أنه لا يضيف تفصيلات عما يحدث ولا يفسر لماذا بعض الناس تصاب باضطراب ما بعد الصدمة لدى تعرضهم لحادث صدمى ولا يصاب به آخرون تعرضوا لنفس الحادث(اسمندر، ٢٠١٥ : ٢٤).

### أ . نظرية الاشتراط الكلاسيكى : Classical Conditioning Theory

إن الشخص المصدوم يحاول أن يهرب من المنبهات التي تذكره بالصدمة (التجنب) وهذه المنبهات قد أصبحت مؤلمة للشخص لأنها اقترنت مثلاً بعمليات التعذيب أو تزامنت معها من هنا يبدو أن الماضي المؤلم (التجربة الصادمة) يستمر عبر الحاضر والمستقبل وكأن الصدمة تظنى على كل شيء بحيث لا يعود التفكير المنطقي يعمل بشكل سليم ويجرى التعميم في استجابة الخوف إزاء المواقف والمنبهات التي ترمز إلى الصدمة أو تتشابه مع أدواتها(يعقوب، ١٩٩٩ : ٧٤-٧٥).

## ب . نظرية العجز المتعلم :

وتفسر لنا نظرية العجز المكتسب ما يشعر به الأفراد الذين يتعرضون للصددمات من شعور بالفشل والعجز و اليأس والاكتئاب والتوجس من المستقبل إلا أن المظهر الرئيسى هو شعورهم بفقد القدرة على التحكم فى أحداث حياتهم وتشاؤمهم من المستقبل وشعورهم المستمر بأن ما حدث فى الماضى سوف يتكرر فى الحاضر والمستقبل وبالتالي يشعرون بعدم امكانية القدرة على التنبؤ بالشر الذى سوف يأتى من المستقبل (الحشاش، ٢٠١٢ : ٢٧) .

## ٤ . نظرية المحاور المتعددة : The theory of multiple axes

تستند هذه النظرية على مسلمة رئيسية قوامها أن الانسان يتعلم من خلال تفاعلاته وخبراته بالعالم وتفاعلات العالم والآخرين به واستجاباتهم له فمن خلال هذه التفاعلات يتعلم الانسان شتى جوانب السلوك بما فيها جوانب السلوك التى تساعده على تأكيد صحته وأمنه وتلك التى توجهه للمرض والتعاسة والألم ويتم اكتساب الاضطراب فيما هو معروف إما تدريجياً وبطريقة تراكمية فى حياة الإنسان أو كما هو الحال فى اضطراب ما بعد الصدمة يتم على نحو مفاجئ نتيجة للتعرض لحادث مؤلم أو شديد الامتهان (إبراهيم، ٢٠٠٩ : ١٢٠) .

وترى المؤلفة من أنه خلال ما تم عرضه من النظريات السابقة فى تفسيرها لأسباب اضطراب ما بعد الصدمة أن كل واحدة منها تقدم تفسيراً خاصاً بها ومختلف عن باقى النظريات الأخرى وأن كل منها تلقى الضوء على إحدى جوانب هذا الاضطراب وبما أن هذه النظريات قد قدمت تفسيرات مختلفة فإن نتائج الدراسات تدعم هذه التفسيرات بالرغم ما بينها من اختلاف وهذا يعنى أن اضطراب ما بعد الصدمة له أسباب متعددة قد تكون خبرات صدمية ترجع إلى مرحلة الطفولة أو عوامل وراثية أو أفكار غير عقلانية ناجمة

عن خطأ في إدراك ومعالجة معلومة غريبة غير مناسبة حدثت وفق قوانين الاشرط الكلاسيكى .

تبنى المؤلفة فى هذه الدراسة الحالية نظرية التحليل النفسى حيث تركز هذه النظرية على ما تقوم به الخبرات الصدمية فى إعادة تنشيط الصراعات الكامنة التى ترجع جذورها إلى مرحلة الطفولة، ولأن ردود الفعل قد تكون مؤلمة فإن الفرد يلجأ إلى كبت الأفكار والمشاعر الخاصة بالحدث الصدمى أو قمعها عمداً غير أن حالة الإنكار هذه لا تحل المشكلة وهذا ما قد يؤدى بدوره للتنبؤ بظهور الأليكسيثيميا فى المرحلة اللاحقة .

#### أشكال اضطراب ما بعد الصدمة :

يتخذ اضطراب ما بعد الصدمة أشكالاً عدة بحسب فترة الإصابة أهمها :

١. الشكل الحاد: مثل الأعراض النفسية التى تبدأ مباشرة بعد حدوث الصدمة وتستمر لفترة تصل إلى ٦ أشهر وتكون إمكانات الشفاء أفضل .
٢. الشكل المزمن: مثل الأعراض تستمر بعد انقضاء ٦ أشهر من بداية الصدمة، وتحتاج إلى فترة أطول من العلاج .
٣. الشكل المتأخر: وتبدأ الأعراض فى الظهور بعد فترة طويلة من الركود قد تصل إلى أشهر أو سنوات عدة، وتحتاج إلى علاج نفسى يمتد فترات أطول، ويبقى تطور الاضطراب فى المراحل الأولى التى تعقب الصدمة، وهو مهم جداً حيث أن فهم ذلك يساعدنا فى التعرف على ردود فعل الشخص المصدوم، وكذلك التقويم ورسم الخطة العلاجية(كامل، ٢٠٠٦).

#### أعراض اضطراب ما بعد الصدمة :

##### • أولاً: الأعراض الأولية :

أعراض إعادة الخبرة المتصلة بالصدمة والمعاناة حيث تعد إعادة المعيشة الاقترامية عرضاً محورياً من أعراض PTSD والتى يمكن أن تبدو فى صور عدة بما فى ذلك الصور

الاقتحامية الومضات والكوابيس والكرب عند مواجهة رموز معينة  
(Ehlers&Clarks,2000:330).

وهى الأعراض التى تشكل الأساس الذى تقوم عليه تحديد المحكات التشخيصية  
لاضطراب ما بعد الصدمة، وتتضمن الضواغط الصدمية التى ينتج عنها تطور هذا  
الاضطراب عدة فئات أهمها وأكثرها انتشاراً المعارك الحربية والأعمال العسكرية والعنف  
والاعتداءات والانتهاكات الشخصية والكوارث الطبيعية (APA,4<sup>th</sup>,1994: 32).

#### • ثانياً: الأعراض الثانوية:

وهى المعالم والملامح المصاحبة لاضطراب ما بعد الصدمة النفسية لكنها لا تشكل  
جزء من المحكات التشخيصية لهذا الاضطراب ومن أهم هذه الأعراض:

- **الاكتئاب:** فالكثير من المعالم الرئيسية لاضطراب ما بعد الصدمة النفسية تعتبر دلائل  
الاكتئاب وتتفاقم نتيجة الاكتئاب أو يكمن وراءها الاكتئاب قبل الخدر فى  
الاستجابة ونقص فى الاهتمامات والمشاركات واضطرابات النوم والذاكرة  
وصعوبات التركيز.

- **القلق:** وهو من المعالم المتلازمة لاضطراب ما بعد الصدمة النفسية ويقدر وجود  
أعراض القلق لدى حالات اضطراب ما بعد الصدمة النفسية بحوالى (٧٥٪) من تلك  
الحالات.

- **الاضطرابات الجسمية والنفسجسمية:** كالتوتر العضلى المزمن وآلام المفاصل  
والصداع وقرحة المعدة وآلام القلب والصدر والغثيان والتعرق وأحياناً التقيؤ.

- **الاضطرابات التعليمية:** تدنى التحصيل الدراسى، الرسوب، التسرب من التعليم،  
والهروب من المدرسة.

- **التغير فى الاحساس بالوقت:** كسوء إدراك طول مدة الفترة الزمنية (الوقت بطيء أثناء  
الحادث الصادم القصير أو الوقت سريع أثناء الحادث الصادم الممتد) أو التشويش فى

تتابع الوقت واختلاط الذكريات معاً والاحساس بالنتيؤ وبأن أحلامه تنبئه بأمر مستقبلية .

- **التغير فى وظائف الأنا:** كالضبط الزائد لتفادى ذكريات ومشاعر الصدمة وهشاشة الشخصية وانهيار دفاعات الفرد والمحافظة النفسية بانسحاب الفرد من التحديات الجديدة. (أبو عيشة، ٢٠١٤ : ١١٧-١١٨)

### العوامل المهيئة للإصابة باضطراب ما بعد الصدمة :

- شدة الحادث الصدمى وعنفه وطول فترة التعرض له حيث أشارت البحوث والدراسات التى تناولت العديد من أنواع الصدمات إلى أن شدة التعرض للصدمة تعد من أهم العوامل المهيئة لتطوير أعراض ما بعد الصدمة .

- المشكلات السلوكية فى مرحلة الطفولة والخبرات الصدمية السابقة حيث أظهرت نتائج الدراسات أن وجود تاريخ العنف الجنسى أو البدنى فى مرحلة الطفولة يساهم بشكل أو آخر فى زيادة حدة أعراض اضطرابات ما بعد الصدمة بالإضافة إلى أن الخبرات الصدمية السابقة فى مرحلة الطفولة المتعلقة بسوء الاستخدام الجنسى تعد من أهم العوامل المهيئة للإصابة باضطرابات ما بعد الصدمة لدى ضحايا الصدمات .

- العمر والمستوى الاقتصادى الاجتماعى وجنس الفرد وكذلك الأفراد ذوى المستوى الاقتصادى الاجتماعى المنخفض أكثر استعداداً لتطوير أعراض اضطرابات ما بعد الصدمة (طه، ٢٠٠٤ : ١٠-١١) .

- أن انخفاض نسبة الذكاء والمستوى التعليمى والقدرات العقلية يعد أحد المتغيرات المهمة التى تزيد من التهيؤ للإصابة باضطرابات ما بعد الصدمة .

- تعد نقص المساندة الاجتماعية من العوامل التى تزيد من احتمال الإصابة باضطراب ما بعد الصدمة حيث أثبتت الدراسات أن الأفراد الذين يحاطون بأنساق

أو نظم قوية تساندهم بعد الحادث الصدمى أقل قابلية لتطوير أعراض ما بعد الصدمة (الحشاش، ٢٠١٢ : ٣١).

#### المشكلات المصاحبة لاضطراب ما بعد الصدمة :

١. النوبات العنيفة: وتظهر هذه النوبات بصورة عنيفة عند المرور بمواقف تحاكي الموقف الصادم الذى تعرضوا له وتترافق بارتفاع الحرارة والتجمل أو التعرق واضطراب نبضات القلب .
٢. السلوك الانطوائى: إن المصاب يفضل الإختباء وحيداً ولا يميل للاندماج فى المجتمعات حتى أنه يحبس نفسه فى غرفته أحياناً .
٣. الاكتئاب: ويظهر ذلك جلياً فى البعد عن أى عمل يجلب المتعة وإنه يغير برنامجه اليومى تماماً ليصبح زاهداً فى أى نشاط وكأنه يحمل نفسه المسئولية عما يحدث أو أنه لم يقم بما يجب لحماية نفسه والآخرين وهذا غير واقعى لكنه مؤلم .
٤. الميول الانتحارية: وهو منحى خطير يجب التعامل معه بمجدية وتكثيف المراقبة لمن يظهر هذه الميول وبخاصة من ضحايا الاغتصاب .
٥. العنف الشديد: وفى الغالب تكون ردود فعل المصابين عنيفة نحو الآخرين .
٦. انخفاض الانتاجية: لأن المصاب باضطراب ما بعد الصدمة يفضل الانسحاب من المجتمع ، وتنخفض دافعيته للعمل إلى مايقرب الصفر فإن ذلك يؤدى بالتأكيد إلى انخفاض فى أداء مهامه اليومية وصعوبات القيام بوظائفهم المعتادة قبل الحادث الصادم .
٧. نوبات البكاء: يغرق المصاب بهذا الاضطراب أحياناً فى نوبات بكاء طويلة صامتة أو مترافقة مع الصراخ (رحوم، ٢٠١٢ : ١٤٦).

## اضطراب ما بعد الصدمة عند الأطفال :

تعتبر مرحلة الطفولة المبكرة من المراحل الهامة فى حياة الفرد والتى يؤثر فيها اشباع الحاجات والتدريب على التكيف مع الوسط الاجتماعى الذى يتواجد فيه بالاضافة إلى حاجاته المعرفية والوجدانية الأخرى ، كما يحتاج الطفل إلى أن يعامل باحترام ككائن متكامل فى جميع جوانب النمو (الانفعالية ، الاجتماعية ، المعرفية ، الحسية ، والشخصية) والطفل فى مرحلة الطفولة فى عمر من ثلاث إلى ست سنوات يحتاج إلى وضع معايير محددة لكى يستطيع أن يعبر من خلالها عن رغباته باستقلالية كما تجعل ابداء الرغبة فى أداء ما يطلب منه ممكناً .

إن الطفل الذى يعيش حياة الصراع والتناقض والعنف ينعكس ذلك على سلوكه بالتمرد والعصيان ويزداد لديه ضعف الثقة بالنفس وانعدام الحيلة والشعور بالغضب على الأسرة والمجتمع ويظهر لديه العديد من المشكلات السلوكية الأخرى(بدير، ٢٠٠٧ : ١٣-١٤).

فقد يواجه الأطفال مواقف وظروف ضاغطة من الخبرات المؤلمة أو الأحداث الصادمة كالعنف الأسرى أو التصدع الأسرى أو الإساءة أو الامتهان أو الانتهاك الجسدى أو الجنسى أو سوء المعاملة أو فقدان الموت وغيرها من الخبرات الصدمية التى تؤثر على مسار نموهم وارتقائهم واتجاهاتهم نحو المجتمع ونظرتهم إلى أنفسهم والحياة والمستقبل وتلك الخبرات تنطوى على حالة " أزمة " قد يعيشها الطفل باعتبارها رد فعل إزاء هذه الأحداث وغالباً ما يفوق معنى الأزمة عند الطفل واقع الأحداث أو المواقف ذاتها(محمد، ٢٠٠١ : ٣-٤).

ويشير البيشى (٢٠١١ : ٧٩) إلى أن الأزمة والكارثة مفهومان متداخلان وهما عبارة عن تحول مفاجئ من حالة إلى حالة يترتب عليها حالة من عدم الإستمرار والإستقرار

فالكارثة تنشأ فجأة أما الأزمة فهي حالة من الاضطراب ومن اختلال التنظيم وتتميز بقصور الفرد عن مواجهة موقف معين وتتفق الأزمة والكارثة في أنهما نقطتا تحول مفاجئة وهذا التحول يترتب عليه خلل فى التوازن وعدم الاستقرار .

فمن خلال تعامل الطفل مع أسرته ومع عالمه الصغير تتكون لديه صورة بسيطة عن نفسه وعن الحياة تسمى افتراضات أساسية تلخص فى أنه محبوب من المحيطين به وأنهم يقومون بحمايته ورعايته ولا يعرضونه للخطر وهم قادرون على ذلك وعند تعرض الطفل للحدث الصادم فإن هذه الافتراضات أو القناعات الأساسية تتزلزل وتهدم فى لحظة الإعتداء على الطفل حيث يرى كل شيء يتغير أمام عينيه فتتهتز كل ثوابته ويتعرض للتناثر والتشتت وتعرض صورته عن نفسه وعن العالم للتشوه وبما أن تكوينه المعرفى والوجدانى لم ينضج بعد لذلك تكون الآثار عميقة ومؤثرة بشكل أكثر من الكبار(عودة، ٢٠١٠ : ١٤).

### صدمة الطفولة : Childhood Trauma

إن مرور الأطفال بالمواقف الصدمية يؤدي إلى إحداث تغيرات فى مشاعر الطفل وانفعالاته ، فيصبح أكثر حدة وعصبية ويستجيب له من حوله فهذه طبيعة المواقف الصادمة وما تؤثر به على حياة الطفل وبالتالي فالتوتر المتراكم داخل الطفل مع عدم وجود امكانية لإفراغ هذا التوتر يؤدي إلى شحن الطفل انفعالياً مما يؤثر على مزاجه فيكون عرضة للإستثارة السريعة لأى سبب والرد السريع بإنفعال أكبر من حجم الإستثارة فيلجأ أحياناً إلى التكسير والاعتداء على الأطفال الأصغر عمراً وعلى الممتلكات أو الألفاظ النابية والجارحة والسلوك الغير إجتماعى .

إن المواقف الحياتية التى تعترىها الضغوط والصدمات النفسية العنيفة والأزمات والخبرات المؤلمة تؤدي إلى ارتفاع معدل الإصابة بالاضطرابات النفسية لدى الأطفال بوجه

عام لذا فالطفل مثلما يحتاج للصدر الحنون الذى يستوعبه خلال تلك الأحداث فإنه أيضاً يحتاج إلى وسائل وطرق أخرى تعينه على التخلص من تلك الآثار السلبية التى خلفتها الصدمات أو العمل على تفرغ تلك الضغوط النفسية والتراكمات الإنفعالية التى يتعرض لها الأطفال ولعل فى ذلك محاولة للحد من الانعكاسات السلبية على نفسية هؤلاء الأطفال. (علوان وصالح، ٢٠٠٥ : ٢٠٣ : ٢٠٤).

### تعريف صدمة الطفولة :

عرف تير ١٩٩١، Terr (فى : محمد، ٢٠١١ : ٦١) صدمة الطفولة بأنها "النتيجة العقلية للظمة مفاجئة Sudden Blow أو سلسلة من اللطمات (أحداث متكررة) والتى تؤدى بالطفل إلى عجز مؤقت وابتعاد عن ميكانيزمات المواجهة العادية". وعرفها فايد (٢٠٠٦ : ٥٩) على أنها "تعرض الأطفال لحدث صدمى ضاغط، يؤدى بهم إلى عجز مؤقت، وابتعاد عن ميكانيزمات المواجهة العادية". كما يوضح فرويد (as cited in: Brett, 1993: 62) أن الصدمة النفسية فى الطفولة هى حدث قوى ومفاجئ وأكبر من قدرة الطفل على التأقلم والتكيف معه.

### أسباب الصدمات النفسية عند الأطفال :

ير بعض الأطفال بخبرات مؤلمة مختلفة وهذه الخبرات قد تؤدى بهم إلى الإصابة باضطرابات ما بعد الصدمة و نذكر من هذه الخبرات ما يلى :

- أن يشاهد الطفل امامه أعمال العنف والقتل (أحد الأبوين - أحد أفراد العائلة يتعرض للإعتداء أو القتل مثلاً).
- الانفصال عن الأبوين والعنف الوالدى.
- الإصابة الجسدية والإعاقة (للطفل).
- الحرمان الشديد من الحاجات الأساسية.

- تهديد الطفل أو خطفه وضربه .
- الإعتداء الجنسي على الطفل .
- التعرض للغرق والحروق .
- التعرض لمواد خطيرة او لمرض خبيث ما يترتب على ذلك من تدخلات جراحية وعلاجية معقدة. (يعقوب ، ١٩٩٩ : ١٥٨-١٥٩)

### أعراض اضطراب ما بعد الصدمة عند الأطفال :

- حسب ما نشرته الجمعية الأمريكية للطب النفسى في الدليل التشخيصى الثالث فى عام ١٩٨٧ فإن أهم سمات هذا الاضطراب عند الأطفال هى كالتالى :
- أن يتعرض الطفل لتجربة تكون خارجة عن المدى الطبيعى لتجارب الطفل .
  - إعادة التذكر المتكرر والدائم للصدمة التى مر بها وبطرق شتى منها الإقحام المفاجئ لصور معينة من الحدث لخيال الطفل أو الأصوات المتعلقة بالحدث أو الكوابيس والأحلام المزعجة المتعلقة بالحدث أو أحلام لها محتوى مشابه وأن تكون بعض الصدمة واضحة من خلال لعب الطفل .
  - إنحسار الإهتمام بالأشياء والبيئة المحيطة من خلال انحسار الإهتمام بالأنشطة التى قد تجلب له المتعة والابتعاد العاطفى عن الأصدقاء والوالدين وضعف قدرته على التحمل .
  - تطوير أعراض جديدة متعلقة بالحدث الصادم على المستوى الحركى منها الإزدياد المفاجئ فى الإنتباه والتيقظ وتشمل العصبية الزائدة التى تذكر بالحدث الصادم واضطرابات فى النوم وصعوبة فى التركيز(DSM III,1987: 261).
  - وإضافة لذلك قام ديروجروف(Dyregrov,2003:69) بإضافة بعض الأعراض الخاصة باستجابة الأطفال للأحداث الصادمة ومنها زيادة سلوك التعلق بالوالدين والأخوة أو ظهور أعراض قلق الانفصال وفقدان للمهارات المكتسبة حديثاً من خلال

عملية التطور وخصوصاً عند الأطفال الأصغر سناً والخوف الدائم من تكرار الحدث الصادم وأخيراً الشعور بالذنب من الحدث الذى تعرضوا له وهذا يظهر بشكل أوضح عند الأطفال الأكبر سناً .

وقد حاولت تير (Terr, 1985, 1990) فى : يعقوب، ١٩٩٩ : ١٥٧) أن تدرس

الفروق بين الأطفال والراشدين فيما يتعلق باضطراب ما بعد الصدمة وقد توصلت إلى النتائج التالية :

- أن الأطفال لا يعانون من مشاكل فقدان الذاكرة والنسيان بسبب الصدمة .
- الأطفال لا يعانون من التبلد العاطفى الذى نلاحظه عند الراشدين .
- الأطفال لا يعانون من الومضات الدخيلة أى أنهم لا يتوقفون فجأة فى مسيرة تفكيرهم وسلوكهم ليعيشوا لحظات مؤلمة ومفاجئة تردهم إلى الصدمة .
- أداء الأطفال الدراسى يتأثر بالصدمة بينما يضطرب مجال العمل والإنتاج عند الراشدين .
- الأطفال يعيشون الصدمة من خلال اللعب المتكرر وهذه صفة خاصة بهم .
- رجاء الأطفال بالمستقبل يصبح محدوداً وقصير المدى .

مؤشرات اضطراب ما بعد الصدمة عند الأطفال :

يوجد مؤشرات مشتركة بين أغلب الأطفال المصابين باضطراب ما بعد الصدمة تدل على أنهم تعرضوا لأحداث صدمية وأنهم يعانون منها بشدة ويمكن سرد هذه المؤشرات على النحو التالى :

١ . إذا ظهر على الطفل أى أعراض للتأخر الدراسى والتعثر فى حياته الدراسية وصعوبة فى التركيز مع تشتت فى الانتباه أو صعوبة فى التذكر وتكرار النسيان مما تدل عليه درجات تقاريره الدراسية الشهرية وملاحظات مدرسيه والإدارة المدرسية .

٢. إذا ظهرت عليه أعراض الخجل ، التلعثم فى الكلام ، التردد فى السلوك ، والانسحاب من المواقف العامة والانعزال عن أفراد الأسرة فى البيت وعدم المشاركة فى الحياة الأسرية مثل تناول وجبات الطعام بصورة فردية عن التجمع الأسرى وعدم المشاركة فى الأنشطة العادية التى كان يمارسها سابقاً .

٣. إذا ظهرت عليه أعراض السلبية فى الاتجاهات والقيم والأحداث حول الكره والحقد والغيرة والانتقام والتدمير للآخرين ، وعدم الثقة فى أحد حتى أقرب الناس إليه والعقاب بسبب وبدون سبب لأى فرد لا يرتاح إليه ولا يشعر برغبة فى التعامل معه حيث يرى الدنيا كلها سوداء فى عينيه .

٤. إذا ظهرت عليه أعراض الفزع والقفز مكانه لأى صوت عادى يسمعه أو أى رؤية يشاهدها تكون عادية بالنسبة للآخرين وقد يتبول لا إرادياً أثناء النوم ليلاً وأحياناً قد لا يستطيع التحكم فى تبوله نهاراً مما يسبب إحراجاً كبيراً له إذا رآه أحد . (عمر، ٢٠٠٧ : ٢٩٤-٢٩٦)

وتلخص المؤلفة مما سبق أيضاً الخوف والتوتر والقلق الزائد فى الحركة والخوف من الظلام ومص الأصابع ، فقدان الشهية ، الصداع المستمر ، البكاء المتواصل ، الشكوى من مشاكل النظر والسمع واللوازم الحركية المتكررة واضطرابات فى الكلام مثل التأتأة وعدم مخالطة الأطفال الآخرين ورفض الذهاب إلى المدرسة واللعب الدراماتيكي المتكرر والخوف من بعض الأشياء والأمكنة التى تذكره بالحدث وعدم الانتظام فى النوم مع الكوابيس والأحلام المزعجة المستمرة والمشى أثناء النوم أو الكلام أثناء النوم ، والشكوى الجسدية الدائمة ونسيان وخلل فى ترتيب الأحداث ورفض الحدث وإنكاره تماماً وتعد هذه الظاهرة من المؤشرات الهامة على مدى الضرر الذى لحق بالطفل فهو لا يحتمل التصديق بأن الحدث قد تم بالفعل إذ أنه ينكر ذلك تماماً وعدم القدرة على الاستمتاع بأى شئ وعدم

الاهتمام بالنظافة الشخصية وتوقع حدوث شيء مكروه بصورة دائمة وهبوط النشاط إذ نجده خاملاً لا يحرك ساكناً ولا يرغب في أى نشاط والانفصال عن الأشخاص والآخرين .  
ردود الفعل تجاه الخبرات الصادمة :

#### أ . ردود فعل قصيرة الأمد :

- الإحساس باللاواقع وصعوبة التفكير غالباً ما تتتاب المصدومين إحساس بأن ما حدث ليس حقيقياً وهنا إما أن يشعروا بأنهم قد تجمدوا أو أنهم مشحونون بالمشاعر .
  - الإنتباه والتركيز الشديدين حيث أنهم يكونون بحالة من الترقب ويحشون دائماً من إمكانية حدوث ما هو أسوأ .
  - سوء الإدراك : فقد يبدؤون بإدراك الأمور بطريقة مغايرة ويخطئون فى تفسير الأحداث .
  - الإستمرار بالحياة الروتينية ولكن بتقييد أنفسهم بأنشطة أبسط مما اعتادوا فعله سابقاً .
  - مظاهر القلق والإرتباك وعدم القدرة على المبادرة .
  - اضطراب النوم مع أو بدون كوابيس أو أحلام مزعجة (فرينة، ٢٠١١ : ١٨) .
- #### ب . ردود الفعل المتوسط الأمد :

- الشعور بالخوف وعدم الاطمئنان وذلك بدوره يؤدي إلى سلوك يقظه زائد .
- تجنب الأماكن والظروف التي تذكرهم مباشرة بالصدمة .
- الشعور بالذنب تجاه ضحايا الصدمة حيث يشعر الناجون بأن نجاتهم كانت محض صدفة مما يغذى مشاعر الذنب اتجاه ضحايا الصدمة .
- استرجاع الحدث وبكافة جوانبه مرة تلو الأخرى إما بشكل صور متفرقة أو أصوات أو روائح من خلال الكوابيس .
- بداية ظهور الأعراض النفس جسدية .

## ج- ردود الفعل الطويلة الأمد :

ويعتمد ظهور هذه الأعراض على عدة عوامل منها شدة الحدث الصادم، ومدة التعرض له، وهل أصيب شخص عزيز بهذا الحدث ومدة تعرضه للحدث الصادم وهل سبق له التعرض لصدمات سابقة. ومن أهم ردود الفعل الطويلة الأمد الإصابة بالاكْتئاب أو القلق الذى سوف يؤدي بدوره إلى ظهور اضطراب ما بعد الصدمة (فريضة، ٢٠١١ : ١٩).

### مظاهر اضطراب ما بعد الصدمة عبر المراحل العمرية للأطفال :

بالرغم من تشابه أعراض اضطراب ما بعد الصدمة لدى الأطفال فإن ما يبدو من أعراض ومظاهر لهذه التأثيرات وخصائص هذا الاضطراب ومحتواه قد تتباين وفقاً للبعد النمائي أى وفقاً لمتغير عمر الطفل وخصائص النمو ومتطلباته ومشكلاته فى مراحل النمو المعرفى أو الانفعالى أو الاجتماعى إنما يؤثر فى رد فعل الطفل للصدمة ومدى ظهور أعراض اضطراب ما بعد الصدمة لديه والمشكلات الناجمة عنها وذلك فى مراحل النمو المختلفة من الطفولة إلى أن هذه المراحل تتلخص فى : -

### مرحلة ما قبل المدرسة : - (من الميلاد - ٦ سنوات)

وفى هذه المرحلة لا يكون الأطفال قد امتلكوا القدرة لكى يتصوروا الطرق التى يمكنهم بها منع أو تغيير حدوث الصدمة، ودائماً يشعرون بأنهم لا يستطيعون الدفاع عن أنفسهم وأقصى ما يمكنهم فعله فى هذه المرحلة هو الذهاب للنوم ولكنهم عادة لا يجدون طريقة تمنعهم من الهروب وتجنب المواقف الضاغطة.

وفى الجهة المقابلة فإن بعض جوانب الحدث الصادم تظهر بوضوح من خلال لعبهم أو أى أنشطة يقومون بها وكذلك الأطفال الذين لم يبلغوا سن الرابعة غالباً ما يستجيبون للصدمة بسلوك (التعلق القلق) فنجد أن قلق الانفصال أو الخوف من الغرباء واضح فى سلوكهم كذلك التعلق الشديد بوالديهم والخوف من الذهاب إلى النوم وحدهم

كذلك فنجد أن بعض الأطفال في هذه المرحلة يميلون إلى استخدام أحد أشكال الإنكار للتخفيف عن آلامهم . (Macksoud,Dyregrov,&Raunclalen,1993: 627)

الأطفال في سن المدرسة : (٦-١٢ سنة):

إن الأطفال في سنوات المدرسة (٦-١٢ سنة) في مرحلتى الطفولة الوسطى والمتأخرة يستطيعون أن يستفيدوا مما لديهم من رصيد أوسع من الاستجابات المعرفية أو الانفعالية أو السلوكية وأن يستخدموه في التعامل مع الصدمة ومع ذلك يلاحظ أنهم في المجال المعرفي يجربون صعوبات ومشكلات في التركيز ولهذا فإن المستوى الأداء المدرسى غالباً ما يأخذ في التدهور عندهم ويبدى الطفل تشتتاً في عمله المدرسي .  
(البلاوى ، ٢٠٠١ : ٤٠).

ويلجأ بعض الأطفال في سن المدرسة إلى أن يتعاملوا بفاعلية مع الحدث الصادم في الخيال فعلى سبيل المثال يستطيع الأطفال أن يتخيلوا أنهم قد دبروا حيلة ضد المعتدين ويصبح نشاط اللعب واستعادة أحداث الحدث الصدمي في لعبهم أكثر هيمنة على نشاط الأطفال في هذه السن وكثيراً ما يلجأ الأطفال إلى ابتداء " خطط داخلية " Inner plans للعمل والمواجهة كى تساعدهم على تغيير عواقب الصدمة .

وفيما يتعلق بأحداث الموت فإن الأطفال في هذه السن يدركون مفهوم الموت بمعنى أكثر واقعية فهم يعرفون أن الموت نهائى ولا راد له وكثيراً ما يصبح الأطفال في هذه المرحلة إما أكثر سلبية وعدم تلقائية وإما أكثر عدوانية وزيادة مستمرة للمطالب وهذه التغيرات السلوكية قد تؤثر في علاقتهم مع أقرانهم وتؤدى إلى العزلة الإجتماعية ويبدى الأطفال في هذه السن استهدافاً لبعض المشكلات الصحية التى تتمثل فى كثرة الشكوى من الصداع وآلام المعدة وغير ذلك مما يعكس اضطرابات نفسية جسمية(البلاوى ، ٢٠٠١ : ٤١).

## ثانياً: الأليكسيثيميا

### نشأة مفهوم الأليكسيثيميا History of Alexithymia

يشير التراث العلمي في هذا المجال إلى أن أول من وضع أساس للأليكسيثيميا كان بعض علماء النفس التحليليين الذين لاحظوا أن مرضاهم المصابين بالأمراض السيكوسوماتية يجدون صعوبة كبيرة في التعبير بشكل لفظي عن صراعاتهم .

فقد ذكر دنبار ١٩٣٥ (في: البنا، ٢: ٢٠٠٣) بعض خصائص هؤلاء المرضى الذين لا يستطيعون أن يذكروا أي مشاعر وليس لديهم أي تخيلة وليس لأحلامهم أي مضمون وجداني وهم يوصفون في التراث التحليلي بالأمية الانفعالية "emotion literacy" إذ يفشل الفرد في إيجاد الكلمات التي يصف بها وجدانه كما يفشل في أن يصف هذا الوجدان في لغة رمزية ومن ثم يترجم وجدانه إلى نوع من اللغة البدنية .

وفي عام ١٩٤٨ رأى جوردن روسك (as cited in:Ciarrochi, Forgas,& Mayer,2007: 68) أن كثيراً من مرضاه الذين كانوا يعانون من أمراض نفسية جسمية معروفة (فرط التوتر، الربو الشعبي، قرحة المعدة، التهاب القولون، التهاب الغدة الدرقية، التهاب المفاصل، التهاب الجلد غير المعدي) وكذلك مجموعة من المرضى الذين يعانون أيضاً من اضطرابات ما بعد الصدمة كان ينقصهم التخيل والقصور في القدرة على التعبير اللفظي والرمزي للانفعالات وكان الأمر يستغرق منهم وقتاً طويلاً لكي يقولوا بما كانوا يشعرون فوصفهم بأنهم لهم شخصيات طفولية Infantile personalities .

وفي عام ١٩٤٩ قدم ماكلين (as cited in:Karukivi, 2011:14- 15) مصطلح التجويف المخي "visceral brain" لوصف مجموعة من المرضى السيكوسوماتيين غير القادرين على التعبير عن مشاعرهم لفظياً والذين يستخدمون الحركات البدنية المباشرة كوسيلة للتعبير الانفعالي .

وفي عام ١٩٥٢ قدمت المحللة النفسية كارين هورني

(Ciarrochi, et as cited in al., 2007: 68)

وصفاً للوضع نفسه لدى بعض مرضاها الذين لم يكونوا يستجيبون على نحو جيد للعلاج النفسي التحليلي لأنهم لم يكونوا على وعي بالمشاعر وكانت خبراتهم الداخلية محدودة مع نقص الوعي الانفعالي وقلة الأحلام وغالباً ما أظهر هؤلاء المرضى أعراضاً سيكوسوماتية ولكي يقللوا من التوتر والضغط فإنهم في الغالب قد أدمنوا الكحوليات أو وقعوا في الإفراط في تناول الطعام أو غيرها من السلوكيات القهرية كمحاولة لتجنب الخبرات العاطفية .

وفي بدايات عام ١٩٧٠ قدم كل من سيفنيوس ونيميا

(Mortazavi, : as cited in: 2001)

مصطلح Alexithymia في سياق مرض الشخصية "السيكوسوماتية" واستخدم المصطلح في البداية لتفسير الملاحظات الإكلينيكية للمرضى العصبيين والسيكوسوماتيين .

وقدم بيتر سيفنيوس (Timoney & holder, 1as cited in: 2013): ١٩٧٣

مصطلح الأليكسيثيميا (من الكلمة اليونانية Alexithymia، "a" وتعني نقص و"lexis" وتعني كلمات و"thymos" وتعني المشاعر ولذلك يمكن أن تقرأ بشكل حرفي a lack of words for feeling بمعنى نقص الكلمات المعبرة عن المشاعر وذلك للإشارة إلى الصعوبة في تحديد ووصف المشاعر الذاتية .

### مفهوم الأليكسيثيميا : Definition of Alexithymia

- يعد مفهوم الأليكسيثيميا من أكثر المفاهيم التي أثارت جدلاً واسعاً حيث اختلف الباحثون حول تحديد مفهوم محدد وامتفق عليه للأليكسيثيميا فقد استخدم الباحثون مصطلحات ذات صلة مثل (القصور العاطفي) (نقص الوعي العاطفي) (قلة الوضوح

العاطفي) ويبدو أن هذه المصطلحات المختلفة مماثلة للتركيبية الأساسية ولكن نحن نفضل استخدام المصطلح الأصلي وهو Alexithymia (Patrick, 2010: ٢٢٣).

ولذلك سوف نعرض عدداً من التعريفات التي تناولت مفهوم الأليكسيثيميا:

- عرف كريستال (Krystal, 1988) الأليكسيثيميا بأنها شكل أساسي من أشكال الاضطراب الوظيفي في تعيين وتحديد الفرد لمشاعره إلا أنها تشير بشكل أكثر عمومية إلى سمة وجدانية/ معرفية للشخصية تظهر نفسها بأكثر من طريقة.

- ويرى تيلور وباركر (Taylor, & Parker, 1997) أن الأليكسيثيميا حالة تعكس مجموعة من أوجه القصور في القدرة على التعامل مع الانفعالات من الناحية المعرفية كما أنها تعكس صعوبات لدى الفرد في تنظيم وجدانه ومن ثم فهي تعتبر أحد العوامل الهيئة للإصابة الجسمية والنفسية.

- وتعرفها روز (Rose, 1998: 6) بالقصور في القدرة على تحديد وتواصل المكون الأول للعاطفة وهو المشاعر الشخصية وذلك وفق ما حدده بوك (Buck, Gibbons, & Murarii, 1988: 227) بأن للعاطفة ثلاثة مكونات هي: المشاعر الشخصية (subjective feeling) والاستثارة الفسيولوجية (physiological arousal) وعناصر التعبير الوجهية والجسدية (facial and bodily elements of expression).

- وتعرفها موللر (Muller, 2000) بأنها فقدان القدرة على التعبير الانفعالي عن المشاعر الداخلية نتيجة غياب الكلمات الملائمة لوصف مشاعر الفرد.

ويرى جولمان (٢٠٠١: ٧٩-٨٠) أن مرضى الأليكسيثيميا ليسوا بلا مشاعر على الإطلاق بل يشعرون لكنهم غير قادرين على معرفة ماهية مشاعرهم على وجه التحديد ويفتقرون للكلمات التي تعبر عن مشاعرهم خاصة عندما تزعجهم انفعالانهم الداخلية فقد تنقصهم الخيالات وتكون أحلامهم لا لون لها إنهم باختصار بلا حياة عاطفية على

الإطلاق يتحدثون عنها وهم أيضا يعانون من مشكلة التمييز بين الانفعالات المختلفة مثل العاطفة والحس الجسدى لدرجة أنهم يعانون من اضطراب المعدة وخفقات قلوبهم تتسارع وإنهم يتصببون عرقاً ويشعرون بالدوار لكنهم لا يعرفون أن ما يعانونه هو القلق .  
وترى باربرا وآخرون

(Burbra, Grigaliunien, Nerevauskiene, Jankuviene. & Chue, 2006 : 469)

أن الأطفال الذين يعانون من خصائص الأليكسثيميا يكونون أكثر عرضة لتطوير الشكاوي الجسدية في مرحلة الطفولة .

ويعرفها الشويقي (٢٠٠٨ : ٢٥) بأنها مفهوم يتضمن خصائص أساسية هى صعوبة التعرف على المشاعر الذاتية والتمييز بينها وصعوبة التعبير عن المشاعر والأحاسيس للآخرين وأسلوب معرفي ذو وجهة خارجية .  
كما ترى جيلسما وآخرون

(Jellesma, Rieffe, Meerum, & Terwogot, 2009: 882)

أن الأليكسثيميا هى عدم القدرة على التعرف على المشاعر والتعبير عن العواطف التى من شأنها تكثيف وإطالة أحد التفاعلات الفسيولوجية مما يتسبب في زيادة احتمال معاناة الشكاوى الجسدية .

ويعرفها البحيري (٢٠٠٩ : ٨٢٢) بأنها سمة وجدانية معرفية تتضح في وجود قصور في التعامل مع المشاعر والانفعالات يظهر في صعوبة التعرف على المشاعر الذاتية والتمييز بينها وصعوبة في التواصل اللفظي الوجداني أي صعوبة في التعبير عن المشاعر والأحاسيس للآخرين نتيجة غياب الكلمات الملائمة لوصف المشاعر مع عدم وجود اضطراب في الجهاز الصوتي أو ضعف في حاستي السمع والكلام بالإضافة إلى نقص القدرة على التخيل المرتبط بالمشاعر مما يؤدي إلى نقص في مهارة التعامل مع الآخرين ويكون الفرد مهيناً للإصابة بالاضطرابات والأمراض النفسية والجسمية .

ويعرفها فاسكويز وآخرون

(Vazquez,Sandez,Gonzalez,Romero,Blance,&Vera,2010:797)

بأنها خاصية سيكولوجية تتميز بقلّة الميل إلى التفكير في العواطف والانغماس في الخيال بالإضافة إلى القصور في القدرة على وصف الانفعالات والتعرف عليها . ويرى بيشارت وريزي (Besharat, &Rizi, 2014: 63) أن الأليكسيثيميا هي نوع من نقص المزاج الذي يسبب عدم القدرة على تنظيم العواطف وضعف القدرة على التعبير الانفعالي .

لاشك أن التعرف على المشاعر والتعبير عنها والتمييز بينها تعد خاصية إنسانية فالتعبير عن الانفعالات التي تتاب الفرد ومشاركة الآخرين في انفعالاتهم يساعد على تنمية وتطوير العلاقات الشخصية التي تعطي معنىً وتوازنًا للحياة أما الأفراد الذين يتميزون بضعف الإحساس بالمشاعر والتعرف عليها والتعبير عنها والتمييز بينها ونقص في التخيل وندرة أحلام اليقظة بالإضافة إلى نمط التفكير الموجه خارجياً بدرجة أكبر من التوجه الداخلي (النابع من الذات)فهؤلاء يطلق عليهم اسم الأفراد الأليكسيثيميك ويطلق على هذا العجز أو القصور والضعف في تلك القدرة مسمى القصور في القدرة على التعبير عن الشعور (الأليكسيثيميا)

(الخلولي ، هشام، شعبان، محمد، عراقي، والزهراء، ٢٠١٣ : ١١٨) .

ويذكر كلٌّ من فيرزميو وباجبوي (Verissimo,&Bagboy,2000: 11)

أن الأليكسيثيميا تعتبر عاملاً مشتركاً في مختلف الاضطرابات الوجدانية والسلوكية والعضوية إذ إنها تعوق عملية التكيف الناجح حيث يستدل عليها من فقدان الكلام المعبر عن المشاعر لدرجة يبدو عليها الشخص وكأنه بلا مشاعر على الإطلاق وهذا العجز قد يفسر على أن الشخص غير قادر على التعبير عن عاطفته أكثر من افتقاره إليها .

كما يرى كولن وآخرون (Colin, Kavkihen, Mattila, & Joukamaa, 2008: 1330)

أن الأشخاص الذين يعانون من الأليكسيثيميا يخلطون بين مشاعرهم وأعراضهم الجسدية ولا يهتمون بما يدور داخلهم من مشاعر فهم مشغولون بالأحداث الخارجية أكثر من اهتمامهم بذواتهم ويفتقرون إلى الجانب المرح في شخصياتهم وفي الحياة بصفة عامة وينقصهم التعاطف والمشاركات الوجدانية مع الآخرين .

فمرضى الأليكسيثيميا يتسمون ببصيرة ضعيفة بمشاعرهم وبالعمليات النفسية التي تحدث لهم ، فعند سؤالهم عن مشاعرهم في المواقف الانفعالية فإنهم يخبرون عن حالة الاضطراب إلا أن استجاباتهم تكون بسيطة ومبهمة فعلى سبيل المثال قد يقول الفرد " أنا لا أعرف " أو " أنا شعرت بالسوء " أو قد يخبرون عن حالة جسمية مثل " معدتي تؤلمني " أو قد يصفون سلوكياتهم أو العوامل الخارجية مثل أن يقول " هو فعل كذا وأنا فعلت كذا(مطير، ٢٠٠٩: ٤١) .

ويذكر نيميه وآخرون (Nemiah, Freyberger, & Sifneos, 1976: 434)

أن المشكلة لا تكمن في كون هؤلاء المرضى بلا مشاعر فقد استخدموا بصورة تلقائية كلمات من قبيل " حزين " ، " عصبي " ، " خائف " ولكنهم لم يستطيعوا أن يقولوا ما الذى يعنيه شعورهم بالحزن أو العصبية أو الفزع وقد كانوا قادرين على الحديث عن الأحداث التي أحاطت بالمشاعر ولكن لأن مواردهم الداخلية كانت محدودة فإنهم لم يستطيعوا التوصل إلى المعنى الكامن وراء تلك الخبرة .

ويعاني مرضى الأليكسيثيميا من مشكلات في عملية التحكم في عوامل الإثارة والتعبير عن الانفعالات أو كبتها والقدرة على التخيل والحصول على المساعدة الاجتماعية واستيعاب الانفعالات والمدرجات من خلال فهم العالم الخارجي وتنظيم الفرد لانفعالاته وقد تؤدي الأليكسيثيميا إلى أشكال مختلفة من المرض تشمل المشكلات المزاجية كالاكتئاب

والقلق والوسواس القهري وكذلك فرط النشاط الحركي كما تؤدي إلى الأمراض الجسمية والإثارة النفسية العميقة والاضطرابات السيكوسوماتية (Taylor, et al., 1997:65). واعتقد " سيفنيوس " أن القدرة على تحليل المشاعر شرط ضروري لمشاركة الآخرين مشاعرهم وإظهار عواطفهم فكما كان الفرد واعياً بعواطفه وانفعالاته كلما كان أكثر قدرة على قراءة مشاعر الآخرين أما فشل الفرد في إدراك مشاعر الآخرين يؤدي إلى عدم القدرة على التعاطف والتفاهم ولا يتوقف الأمر على مجرد الوعي بالمشاعر ولكن أيضاً على قدرة الفرد على التعبير عن مشاعره (as cited in: Bekker, Croon, Van balkom, & Vernea, 2008:750).

أما الأفراد الذين يعانون عجزاً في التعبير عن مشاعرهم (مصابوا الأليكسيثيميا) فهم يعانون صعوبات يمكن أن تؤثر في قدراتهم على التعامل مع مواقف الحياة الضاغطة وعلى التواصل الفعال فعدم التعبير عن المشاعر أو كتابتها أو الصراع حول التعبير عنها يرتبط بالعديد من المشكلات النفسية وله آثاره المرضية على الصحة النفسية والجسمية حيث يرتبط شعور الفرد بالصحة النفسية والجسمية بالتعبير عن الانفعالات (البنا، ٢٠٠٣ : ٢٠). وتسم الأليكسيثيميا بوصفها سمة شخصية بالثبات النسبي وتشيع لدى الأفراد بنسبة تتراوح ١٠٪ - ١٥٪. ويستخدم هذا المصطلح لوصف ظاهرة نفسية لدى الأفراد الذين يتعرضون لمشاعر قوية ويجدون صعوبة في فهمها والتعبير عنها للآخرين وينعكس ذلك في العجز عن توظيف المشاعر والأحاسيس (الشويقي، ٤٦، ٢٠٠٨).

ووجد أن المستوى المرتفع من الأليكسيثيميا قد ارتبط بما يعانيه الفرد من أمراض سيكوماتية مثل التهاب الأمعاء أو اضطرابات الجهاز الهضمي أو السكري أو الأمراض الصدرية المزمنة أو الحالات الجلدية العصبية المزمنة وبذلك تعد الأليكسيثيميا عامل خطر لأنها تضاعف عدد الوفيات بمعدل مرتين أكثر لدى الحالات المرضية كما أنه لا يوجد دليل على أن هناك تمييز بين الذكور والإناث في نقص القدرة التعبيرية كما ارتبطت الأليكسيثيميا

بانخفاض مستوى التعليم والدخل وتعتبر معرقلًا لعملية النمو وسببًا من أسباب المشكلات  
الصحة النفسية والجسدية . (خميس ، ٢٠١٤)

وسوف تستعرض المؤلف لبعض المفاهيم المرتبطة بالأليكسيثيميا لدى الأطفال مثل  
الانفعالات والمشاعر وتعبيرات الوجه .

## الانفعالات والمشاعر : Emotive & Emotion

### الانفعال : Emotive

أصل كلمة انفعال جاء من الفعل اللاتيني " يتحرك " Motere بالإضافة إلى  
البادئة (e) التي تقضي التحرك بعيداً to move ، في الإشارة إلى أن كل انفعال يتضمن  
نزوعاً إلى القيام بفعل ما وهذه الانفعالات تقود إلى الأفعال وتحافظ على السلوكيات  
الموجهة نحو هدف معين وتؤثر على الرغبة في الاستمرار في النشاط(جولمان، ٢٠٠١ : ٢١).

ومع ذلك فإن ديوي كان قد قسم الخبرات الانفعالية إلى ثلاثة أنماط :

- **النمط الأول :** هو المشاعر العضوية The Organic Feeling المتولدة بداخل  
الحواس بجانب الغرائز البيولوجية وهو الميل الشديد للإلحاح .
- **النمط الثاني :** هو المشاعر الشكلية The Formal Feeling والتي تتألف من قائمة  
طويلة من المصطلحات اللغوية المجردة والتي لاهدف لها ولاسياق وتذكر أسماء  
حالات يمكن تصنيفها باعتبارها إما سارة وإما مُكدرّة مثل (اليأس والاشمئزاز مقارنة  
بالدهشة والحب) .
- **أما النمط الثالث :** فهو المشاعر الكيفية فقد قدمت هدفاً لكل شعور من المشاعر الشكلية  
كما قدمت تقديرات متضادة للأحداث الواقعية في هذا العالم مع تقديرات لها على  
أعلى أساس سيكولوجي للحالات النموذجية المقدمة(كاجان ، ٢٠١٢ : ٤٥) .

ويؤثر الانفعال على جميع مظاهر النمو عند الطفل ويشكل جزءاً مهماً من حياة الطفل ونموه الكامل كما أن سلوك الطفل يتأثر بانفعالات داخلية تعرف عادةً بالفرح والحزن والغضب والخوف والحيرة فالمشاعر لها أدوار مهمة في التواصل مع الآخرين وتنظيم السلوك فإما أن تكون عاطفة إيجابية أو سلبية وتشمل المشاعر الإيجابية (السعادة - الفرح - الحب - الحماس) وتشمل المشاعر السلبية (القلق - الغضب - الشعور بالذنب - الحزن) وقد يجد الطفل صعوبة في التعبير عن انفعالاته شفهيًا ولا يستطيع أن يفهم تأثيرها على أفكاره وأعماقه حيث أن نوع الانفعالات أو ردود الفعل العاطفية التي يقوم بها تتوقف على مدى رغباته واهتمامه ومقدار إرضائها ومع مقدار فهمه لعلاقاته مع الناس والأشياء المحيطة بها. (Laura & Adenab, 2016:363)

فالانفعال حالة من الاستثارة تسبقها حالة سكون وانتظام إنه تغير مفاجئ يصيب الكائن الحي وتظهر آثاره في السلوك الخارجى حيث يعنى وجود انحراف غير ملائم وغير مناسب وهوة كبيرة بين المثير والاستجابة الانفعالية ويعتبر الإحباط للحاجات العاطفية للطفل من أهم مسببات الاضطرابات السلوكية والتي تظهر على الطفل في صورة:

- التغيرات المزاجية بدون سبب .
- نوبات من الصراخ أو الضحك .
- ردود فعل عنيفة في حالة حدوث تغير في البيئة المحيطة .
- التوتر لأتفه الأسباب .
- الاستجابة الشاذة لمنبهات الحسية .
- عدم القدرة على التعبير بالوجه فى الحالات الانفعالية (عبد القادر، ٢٠٠٢ : ١١-١٢).

وتتزايد قدرة الطفل على التمييز عن الانفعالات بزيادة علاقاته مع الآخرين وتطور نموه العقلي فعند دخوله الروضة تتأثر انفعالاته ومشاعره بعلاقاته بأقرانه فالتعبير

الانفعالي يظهر كمشاعر يمكن ملاحظتها مباشرة بملاحظة سلوك الطفل ففي سن الرابعة يدرك الطفل المواقف التي تسبب الشعور بالفخر أو الخجل وتشير الدراسات إلى أن بإمكانهم استنتاج السلوك المضايق أو المسبب للألم في حوالي سن الخامسة .

وفي حوالي سن السادسة يجيد الطفل إخفاء مشاعره عندما يدرك أن إخفاء المشاعر يخدم أكثر من غرض من الممكن أن يحميه من سخرية الآخرين " وإثارة غضبهم " وتسبب لهم الضيق بالإضافة إلى خصوصية المشاعر ويستطيع الطفل كلما تقدم في العمر أن يتحكم في بعض مشاعره فيظهر مشاعر مغايرة لما يشعر به حقيقة وتصبح لديه قدرة على ممارسة نشاط جديد لينسى المشاعر المؤلمة ونتيجة لرغبة الطفل في لفت الانتباه نجده قد يسلك سلوكاً مغايراً للسلوك المطلوب متمثلاً في الشقاوة الزائدة أو الكذب أو نوبات الغضب والتخريب وترى هورني أن الخبرات السيئة التي يمر بها الطفل لا يستطيع الزمن أن يحوها ويكون لهذا الشعور أثر بالغ الأهمية في شخصيته مستقبلاً (بدير ، ٢٠١١ : ٤٣-٤٥) .

### المشاعر : Emotions

المشاعر Emotion تنظيم نفسي له صفة الدوام والثبات ، ولفظ مشاعر في علم النفس له معنى واسع ينطبق على مشاعر الكره والبغض والحقد والحسد وغير ذلك من المشاعر السلبية إضافة إلى مشاعر الحب والشفقة والصدقة والحنان والإعجاب والمشاعر هي استعداد وجداني مركب وتنظيم مكتسب للقيام بسلوك خاص وانفعالاتهما الأساسية هي الفرح والحزن بكل ما يتفرع عنهما من انفعالات أخرى (عبد القادر ، ٢٠٠٢ : ١٢) .

إن كفاً التعبير عن المشاعر يعني عدم الشعور بالأمن والشعور بالعجز والقصور وعدم الكفاية وقد أشارت الدراسات إلى أن الأفراد الذين يعانون صعوبة التعرف على المشاعر ليس لديهم صعوبات في التعبير عن انفعالاتهم لفظياً فقط ولكن يوجد لديهم أيضاً

نقص أو عجز في المعالجة المعرفية للانفعالات ، Martinez,Ato-garcia&Ortiz (2003: 45).

أما الأطفال الذين يعانون من الأليكسيثيميا فهم يشعرون بمختلف مستويات المشاعر والعواطف لكنهم يجدون صعوبة في تحديد ماهية هذه المشاعر ويناضلون في استخدام الكلمات للتعبير عن مشاعرهم على نحو فعال وأوضح "تايلور" أن الطفل الأليكسيثيميك لا يمكنه التمييز بين المشاعر الإيجابية والسلبية لأنه يدرك فقط المكون الفسيولوجي من المشاعر وهو لا يستطيع التفريق بين الإثارة والخوف فكلاهما واحد فليس لديه المعرفة بالمسميات التي تمكنه من التمييز بين الاثنين (أبو الديار، ٢٠١١ : ٨٦).

فالأليكسيثيميا حالة تعكس مجموعة من أوجه القصور في القدرة على التعامل مع الانفعالات من الناحية المعرفية كما أنها تعكس صعوبات لدى الفرد في تنظيم وجداناته ومن ثم فهي تعتبر أحد العوامل المهيئة للإصابة بالأمراض الجسمية والنفسية .

(Lundah & Simonsoon,2001 : 501)

### التمييز بين الانفعالات والمشاعر :

الانفعال هو خبرة نفسية وحالة مؤقتة طارئة قد تزول بزوال المثير ولا تدوم إلا إذا تكررت الظروف المثيرة للانفعال أو أطال الفرد التفكير في تلك الظروف بينما المشاعر فهي شعور ذو صبغة انفعالية خفيفة واستعداد نفسي ثابت نسبياً .

الاضطراب الانفعالي يمكن أن يعرف بأنه اضطراب حادّ يشمل الفرد كله ويؤثر في سلوكه وخبراته الشعورية ووظائفه الفسيولوجية الداخلية وهو ينشأ في الأصل من مصدر نفسي . (Dolan, 2014).

وترى المؤلفة أن التعبير عن المشاعر يساعد في الحفاظ على الصحة النفسية وعلى التعامل الاجتماعي وتوطيد الألفة وتقليل التصادم بين الأفراد وتحقيق التوافق الانفعالي كما ينمو الإحساس بالموودة بين الأفراد خاصة إذا كان أحدهما مستعداً للتعبير والإفصاح .

**الأليكسيثيميا وتعبيرات الوجه :**

الأليكسيثيميا تعكس قصوراً في تنظيم الانفعالات وتقوم هذه الفكرة على أساس الاستجابة الانفعالية وتنظيم الانفعالات يشارك فيها ثلاثة أجهزة هي الجهاز العصبي اللاإرادي والجهاز الحركي التعبيري (مثل تعبيرات الوجه وتغيير الوضع ونبرة الصوت) والجهاز المعرفي الاختباري (الوعي الذاتي والتقرير اللفظي للأحاسيس) ويتضمن تنظيم الانفعالات تفاعلات متبادلة بين هذه الأجهزة (متولى، ٢٠٠٧ : ١٩٥).

فالتعبير عن الانفعال يشمل ردود الفعل الإيمائية والتغيرات التي تجري في حالة ونشاط الأعضاء الداخلية بالإضافة إلى التغيرات الحيوية (النشاط الكيميائي في الدم وتفاعلات التبادل وغير ذلك) فعلى أساس سلوك الطفل وحركته العامة يمكن الاستدلال والقول بأنه حزين أو مضطرب و مغتاض) أو يواجه موقفاً صعباً فالطفل في حالة الغيظ والحزن فإنه يكتسب ملامحاً وتعبيرات مشابهة الأسنان المطبقة والقبضات المشدودة والعينان البراقتان والرأس المرفوع وهيئته المتوتره وصوته المتحول إلى صراخ وأما العيون المفتوحة بكامل اتساعها بريق الفرحة والحاجبان المرفوعان والثغر المبسم والوجه المتورد تشير إلى أن الطفل يشعر بالسرور ولحظات السعادة وتحدث تلك التغيرات تلقائياً لدى الأطفال .

(كولتشييسكايا، ١٩٩٧ : ١٤-٥).

فالطفل الذي يعاني من الأليكسيثيميا ينقل أحاسيسه بشكل سيء ولا يستطيع التعرف على أحاسيسه أو تنظيمها بشكل صحيح فالقدرة على تنظيم المشاعر عملية معقدة تشمل :

١- الفهم والوعي والإدراك بالمشاعر .

٢- قبول المشاعر .

٣- القدرة على التحكم في السلوكيات وفقاً للأهداف المرجوة منها عندما نعاني من المشاعر السلبية (Gratz& Roemer, 2004:48).

### الأليكسيثيميا : حالة أم سمة؟ Alexithymia: A state or a trait?

من خلال التعريفات السابقة يتضح ما يلي :

- مازال هناك اختلاف بين الباحثين حول تحديد طبيعة الأليكسيثيميا أهي نقص أم قصور أم عجز في الجانب المعرفي والوجداني لدى الفرد وإذا ما كانت سمة شخصية (Personality Trait) ثابتة أو ظاهرة تعتمد على الحالة (state) الوقئية .
  - ويسم هذا التناقض أن أغلب الأمراض أو الأعراض تكون ذات منشأين نفسي وعصبي ، بل إنه قد تؤدي أحيانا الأولى إلى الثانية والعكس .
- وقد انشق الباحثون إلى اتجاهين ، هما :

#### الاتجاه الأول :

ويرى سيفنيوس (Sifneos,1988:94) أن الأليكسيثيميا حالة عارضة أو اضطراب ينتاب الفرد نتيجة مروره ببعض الخبرات المؤلمة أو كرد فعل نتيجة تعرضه لصدمة نفسية مبكرة أو متأخرة وحدوث تثبيت أو توقف في النمو العاطفي أو نتيجة لبعض أساليب التنشئة الاجتماعية الخاطئة .

ويرى وايز وآخرون ( Wise, Mann,Mitchell,Hryvniak,&Hill, 1990: 286) أن الأليكسيثيميا قد تكون مجرد رد فعل للمرض العضوي أو النفسي ويمكن التنبؤ بها بواسطة قلق الحالة أو المزاج المكتئب المقترن بانخفاض جودة الحياة وأنها تقل بمرور الوقت مع تحسن حالة المريض .

ويذكر مويرا وأوليفر (Moira & Olivieril, 2006: 1400)

أنها ظاهرة نتيجة لضيق شخصي بمعنى أنها تمثل ميكانزم مواجهة يحمي الفرد من الضيق الانفعالي المرتبط بالمواقف المزعجة .

ويرى صندقجي (٢٠٠٨) بأنه لو اعتبر أن الأليكسيثيميا سمة شخصية أسوة بالبخل أو الشجاعة أو اعتبارها من السمات الشخصية لما تكلف الباحثون عناء البحث في هذه الحالات ورسم معالم صورتها ولذا يطلق وصف الأليكسيثيميا على من تبدو عليهم علامات من أعراض تدني إدراك المشاعر ولا يستخدم وصف الأليكسيثيميا للدلالة على وجود اضطراب مرضي إكلينيكي محدد بهذا الاسم بل يستخدم كتعبير إكلينيكي Clinical Descriptor ضمن وصف مجموعة من المظاهر السلوكية التي توجد لدى المريض مثل عدم الحركة أو تدني الرغبة في الترحيب أو صعوبات التنفس أي أن الأليكسيثيميا هي مثل أي حالات مصاحبة قد يتصف مجموعة منها أو بعضها بأعراض بدنية ذات علاقة بنوعية حالتهم النفسية .

ويرى الخولي (٢٠١٠: ٢٢٣) أن الأليكسيثيميا مجرد حالة أو ظاهرة عارضة نتيجة لمرض أو ربما تكون عاكسة لتغير نفسي يحدث ردا على تغيرات فسيولوجية طبية أو ناتجة من مرض جسيمي مؤقت أو مزمن أو مرض نفسي .

ويذكر ديهان وآخرون

(De Haan, Joosten, Wijdeveldt, Boswinkelp, Vander, & De jonq, 2012: 10) أن الأليكسيثيميا حالة تختفي بعد انتهاء الموقف الضاغط المسبب للاستثارة وأنها تنتج عن ضغوط نفسية مثل القلق الاكتئاب أو الصدمة .

## الاتجاه الثاني :

ميّز سيفنيوس (Sifneos,1988:89) الاتجاه الثاني عن الأول بأن الأليكسيثيميا هي سمة من سمات الشخصية نتيجة لعجز حيوي عصبي يرجع إلى خلل في وظائف المعالجة المعرفية للخبرات الوجدانية بالمخ نتيجة انفصال وظيفي بين الجهاز الطرفي في المخ limbic system والقشرة الجديدة neo-cortex وبخاصة المراكز الخاصة بالكلام أو اللغة .

كما يذكر كريستال (Krystal,1988:253) أن الأليكسيثيميا وعدم الإحساس بالسعادة anhedonia تعد نتائج منفصلة ولكنها متلازمة تنشأ عن صدمة نفسية ذات دلالة ولكن تواجهها معا يعد دليلاً على أن الأليكسيثيميا تعد نتيجة لصدمة نفسية أي حالة رد فعل إلى أن هؤلاء الأفراد يشعرون بالذنب تجاه أي سعادة أو سرور ويخفون حتى أقل قدر بعد الصدمة .

وقام ساليمينين وآخرون ( Saliminen ,SaariAarela&Tanminen, ) (684 :1994 بدراسة دعمت بقوة الرأي القائل بأن الأليكسيثيميا تعد سمة مستقرة ومنفصلة عن الاكتئاب أو الأمراض العضوية حيث تتبّع مجموعة من المرضى الذين يعانون من اضطرابات القلق والاكتئاب ووجد أن متوسط درجاتهم على مقياس الأليكسيثيميا لم تتغير لمدة عام بالرغم من حدوث انخفاض دال في متوسط الدرجات التي حصلوا عليها في مقياس الضغوط النفسية .

وأوضح تيلور وآخرون (Taylor, et al.,1997: 253) أن هناك أدلة تجريبية دالة على أن الأليكسيثيميا سمة شخصية ثابتة أكثر من كونها عجز نتيجة لضيق نفسي ، حيث يرى كثيرٌ من الباحثين أن الأليكسيثيميا سمة ثابتة في الشخصية عبر الزمن وأن سببها نقص في التطور السيكولوجي أو البيولوجي العصبي والإدراك المحدود والتمايز وأن معالجة

المشاعر ينتج عنها اضطرابات في الحالة المزاجية بحيث تزيد القابلية للإصابة بالاضطرابات النفسية الجسمية .

ويتفق مع ذلك موريجوش وأوليفر Moriguchi,&Olivier , 2006 (في : عبد الخالق والبناء، ٢٠١٤، ١٥) إذ يرون أن الأليكسيثيميا لا تعد اضطراباً بقدر ما هي خصلة من خصال الشخصية التي تنتشر بدرجات مختلفة من الشدة عبر الجمهور العام  
أبعاد الأليكسيثيميا :

يتضمن مفهوم الأليكسيثيميا أربعة أبعاد هي :

١ . الصعوبة في تحديد ووصف المشاعر والتعبير عنها :

وتعني صعوبة التعرف على المشاعر والتعبير عنها نتيجة نقص الكلمات الملائمة لوصف المشاعر .

٢ . عدم التمييز بين المشاعر والأحاسيس الجسدية للاستشارة الانفعالية :

ويعني صعوبة التمييز بين الانفعالات والأحاسيس العضوية أي عدم القدرة على التمييز بين الأعراض النفسية والجسمية .

٣ . العمليات العقلية والأسلوب المعرفي الموجه للخارج :

ويقصد به الانشغال بتفاصيل الأمور والأحداث الخارجية الموجودة في البيئة أكثر من التركيز على الخبرات الذاتية للفرد .

٤ . ندرة الخيال :

ويقصد به سطحية التفكير وقلة وضحالة الخيال

(Lumley,Nealy&Burger , 2007).

وتستخلص المؤلفة مما سبق أبعاد الأليكسيثيميا كما يلي :

١ . صعوبة التعرف على المشاعر ووصفها .

٢ . صعوبة التمييز بين الأحاسيس الجسدية والمشاعر الانفعالية .

٣. صعوبة التخيل .

٤. التفكير الموجّه خارجياً .

وتعرف المؤلفة إجرائياً تلك الأبعاد فيما يلي :

١. صعوبة التعرف على المشاعر ووصفها :

وهي الصعوبة التي يجدها الأفراد في التحدث عن مشاعرهم في محاولة لفهمها بشكل أفضل وتدني إدراك المشاعر .

٢. صعوبة التمييز بين الأحاسيس الجسدية والمشاعر الانفعالية :

وهو العجز عن إدراك الانفعالات وتمييزها عن الإحساسات الجسدية أو التعبير عنها بواسطة اللغة .

٣. صعوبة التخيل :

وهي قلة الاستغراق في حالة أحلام اليقظة وعدم القدرة على تخيل مواقف جديدة وندرة التفكير في الأمور الشخصية .

٤. التفكير الموجّه خارجياً :

وهو تفكير مغلق يركز على حوادث الحياة اليومية والاستغراق في التفاصيل الخارجية للأحداث أكثر من التركيز على الخبرات الذاتية للفرد دون أدنى توظيف للمشاعر والأفكار وفقر في عالم الأحلام حيث تغيب عنه الرموز والأفكار والخيالات والرغبات اللاشعورية .

أنواع (أشكال) الأليكسيثيميا :

ذكر سيزرلان (Sutherland, 2011) أن هناك نوعين من الأليكسيثيميا هما :

**الأليكسيثيميا الأولية : Primary Alexithymia**

وهذا النوع من الأليكسيثيميا ذو منشأ بيولوجي

## والأليكسيثيميا الثانوية: Secondary Alexithymia

والتي ترجع إلى مؤثرات نفسية مثل الخبرات الصادمة التي تحدث في المرحلة قبل اللفظية (قبل أن يطور الأطفال القدرة اللغوية) والتي يمكن أن تؤثر على قدرة الطفل في استخدام الكلمات للتعبير عن مشاعره .

وقد ناقش فرايبرجير fryberger أن الأليكسيثيميا الأولية هي سمة دائمة من البيانات الشخصية للمريض مثل السمة الشخصية والتي قد تتغير تغيراً قليلاً مع مرور الوقت أو مع الظروف المتغيرة، أما الأليكسيثيميا الثانوية فتحدث كرد فعل لصدمة نفسية حادة حيث يجمع المريض المشاعر المؤلمة كدفاع مؤقت ضد الصدمات ولكن بمجرد إزالة الضغوطات النفسية تختفي الأليكسيثيميا .

حيث تُعرف الأليكسيثيميا الأولية على أساس عصبي واضح مثل التشوهات الجينية وتعطل النمو البيولوجي أو إصابات الدماغ ، أما الأليكسيثيميا الثانوية فترجع إلى بعض الخبرات المؤلمة التي يمر بها الفرد وتنتج من التأثيرات النفسية مثل أساليب التنشئة الخاطئة الاجتماعية والثقافية أو بعض أساليب المعاملة الوالدية القاسية والدفاع ضد الصدمات وهذا النوع من الأليكسيثيميا يعجز في إدراك الخبرات العاطفية ويفترض أن الأليكسيثيميا الثانوية تكون عابرة بدرجة أكبر من الأولية ومن ثم فهي أكثر عرضة للاستجابة للعلاج أو التدريب .

(Hein, 2005:4)

وقد ميز ويز وآخرون (Wise, et al,1990: 278) بين الأليكسيثيميا الأولية كسمة للشخصية والأليكسيثيميا الثانوية، فالأولى يمكن أن تعرف بأنها قصور في تنظيم الانفعالات وهي صفة ملازمة للمرضى السيكوسوماتيين ولكن الأليكسيثيميا الثانوية تعد رد فعلٍ يعتمد على حالة المريض حيث يستخدمها لتخفيف الألم الوجداني ومقاومة

الاكتئاب ويمكن أن نفهم رد الفعل بالأليكسيثيميا على أنه كبت مستمر للانفعالات السلبية .

في حين توصل كريستال (Krystal, 1988) إلى نوع من الأليكسيثيميا عرف بالأليكسيثيميا الدفاعية Defense Alexithymia وهذا النوع من الأليكسيثيميا يظهر على الفرد في حالة تعرضه لبعض الصدمات القاسية ، كالتعرض للحروب أو الحوادث أو الاغتصاب أو الحرمان من الوالدين لتجنب المشاعر المؤلمة لموقف الصدمة .  
خصائص الأطفال الأليكسيثيمك :

ترجع الأليكسيثيميا إلى مرحلة الطفولة وما يتعرض له الطفل في مراحل حياته المتعاقبة من صدمات وخبرات عنيفة تؤدي بالضرورة إلى الارتداد أو النقص في الجوانب العاطفية مما يترك لديه صورة مشوهة عن نفسه وبالتالي لا يستطيع وصف ما يشعر به ولا يمكن تحديده أيضاً كما يربط بين النمو العاطفي للطفل بمرحلة ظهور اللغة ومدى تطورها لدى الطفل عبر مراحل حياته المختلفة وأن تطورها يساعد في زيادة وعيه بقدرته العاطفية التي من خلالها يستطيع وصف مشاعره وتحديدها(مطير ، ٤٩ : ٢٠٠٩) .

وقد ذكر سيوروتشى وآخرون من بين هذه الخصائص عدم القدرة على الفصل بين المشاعر الانفعالية Emotional Feelings وبين الحالات البدنية والاندفاع والتعبير عن مشاعر عامة (مثل " أشعر بشعور غير طيب " أو " أشعر بالجنون " ) وعدم القدرة على الشعور بالمشاعر السارة مثل : البهجة والسعادة والحب إلا بدرجة محدودة في الواقع إن من يعانون من مستويات مرتفعة من الأليكسيثيميا يكونون أحياناً غير قادرين على الشعور بالسرور على الإطلاق (السوداويون)(Ciorrochi,et al., 2007:69) .

ويعاني المصابون بصعوبة التعرف على المشاعر من مشكلات كثيرة في مختلف مراحل العمليات الانفعالية وقد يرجع ذلك إلى وجود عجز في الذاكرة العاملة Deficit in Working Memory وهم يواجهون صعوبة شديدة في التواصل بلغة الانفعال

Emotional Language سواء أكان ذلك للتعبير عن مشاعرهم أو عن مشاعر الآخرين (Hesse, 2009: 112) فهم مهيئون لتشغيل الانفعالات السلبية ويفتقدون القدرة على تحديد الانفعالات الإيجابية والتعامل بها والتعبير عنها (Taylor, 1994:32) ويذكر (لى، ٢٠١٠) أنهم يميلون إلى تفريغ الطاقة المكبوتة لديهم بشكل سلوكي جسيمي فالعديد من الأطفال الذين يعانون من الأليكسيثيميا ينخرطون في الأنشطة غير اللفظية والتي تسبب نتائج عكسية على التواصل مع مشاعرهم مثل تقطيع الأوراق أو كسر الأشياء وتخريبها أو الإفراط في تناول الطعام والتفكير على نحو ضيق مطلق فهم يفتقرون إلى روح المرح والدعابة ولا يمكنهم خلق أجواء مرحة وعدم محاولة الحصول على المتعة وليس لأحلامهم أي مضمون وجداني فالأليكسيثيميا لها مشاركة قوية في الأمراض العقلية وتنمية الشخصية . (Lee,2010:204)

أكد تايلور وباجين على أن الأليكسيثيميا ترجع إلى قصور في عملية التنشئة الخاصة بالأطفال خلال العام الأول من العمر وذلك بسبب عدم توفر نموذج سلوك التعلق الآمن لدى الطفل بالإضافة إلى مسببات أخرى التي من المحتمل أن تكون سببا في حدوث عجز المشاعر (الأليكسيثيميا) كتعرض الطفل لصدمة مبكرة تتضمن حرماناً عاطفياً (الخولى : ٢٠١٠، ٢٤٧).

ويرى الخولى أن التعلق الآمن يتيح الفرصة للأطفال للتعبير عن عدد كبير من الانفعالات بينما التعلق التجنبي يجعل تعبير الأطفال عن انفعالهم قليلاً حيث يتعلم الأطفال كبح أشكال الانفعال السالب مع انصافهم بالاستثارة الانفعالية أما الأطفال ذوو الأسلوب المقاوم فيلجئون إلى الانفجار في البكاء (الخولى، ٢٢٦ : ٢٠١٠).

فهم مهيئون لاستخدام الانفعالات السلبية تجاه كل المواقف ويفتقدون إلى المهارات بين الشخصية Skills interpersonal يفتقرون إلى التواصل الفعال مع الآخرين ونظراً لأنهم غير قادرين على التحديد الدقيق لمشاعرهم الذاتية وأنهم لا يلجأون

إلى الآخرين كمصدر للراحة والمساعدة في وقت الحاجة للساندة الانفعالية (Taylor, et al., 1997: 53)

ويشير بشارت (Besharat,2013:46) أن الأشخاص الأليكسيثيمك لديهم صعوبة في تحديد مشاعر الآخرين من وجوههم كما أن لديهم قدرة محدودة على التعاطف مع الآخرين .

وتوضح نتائج دراسة ريفي (Rieffe, 2004: 45) إلى أن هؤلاء الأطفال كانوا يعانون الكثير من الشكاوي الجسدية وكانوا أكثر سلبية في التعبير عن عواطفهم عندما سئلوا بم يشعرون؟ وكان اتجاه التردد والقلق واضحاً عليهم متمثلاً في حالة من الخوف أو الألم أو المرض أو الضيق ومشكلات في المزاج كالكآبة في حين أن الأطفال الذين يعانون من شكاوي جسدية أقل ظهرت عليهم ترددات أعلى من الشدة والغضب حيث تشير تقاريرها إلى أن الأليكسيثيميا تختلف من قدرات طفل إلى آخر ويفتقر المصابون بالأليكسيثيميا إلى القدرة على تحديد معنى المثيرات الانفعالية وغير اللفظية مثل تعبيرات الوجه وهو الأمر الذي أكدته الدراسة عندما طلب من هؤلاء الأفراد إجراء تطابق بين المثيرات الانفعالية اللفظية وغير اللفظية (التعبيرات الوجهية المصورة) أو كذلك الاستجابات اللفظية وغير اللفظية إذ يفشلون في القيام بهذه المهمة بشكل دقيق .

كما يظهر لدي هؤلاء الأطفال سمة تتمثل في كون تفكيرهم خارجي التوجه أي الانشغال ببعض تفاصيل الأمور والأحداث الموجودة في البيئة الخارجية(البناء، ٢٠٠٣ : ٢٧) . ويرى فيزواليزاري (vizuali Zari, 2009:43) أن الأليكسيثيميا ليست اضطراباً معروفاً ولا ينبغي الخلط بينه وبين مصطلحات شبيهة مثل الاعتلال الاجتماعي (نقص الرعاية بالآخرين) والرواقية (المقاومة عمداً لدوافع عاطفية) ومع اللامبالاة (قصور في رد الفعل وغياب الدافع) أو مع انحدار العواطف (إنكار الباطن من العواطف) .

## سمات الأفراد الأليكسيثيمك :

١. ويمكن الاستدلال على الأليكسيثيميا من خلال الأعراض الآتية :
  ١. وجود صعوبة في القدرة على التحدث عن مشاعره الخاصة .
  ٢. اتخاذ قرارات شخصية وفقا للمبادئ وليس بناء على المشاعر .
  ٣. المعاناة من اضطرابات فسيولوجية لا يمكن تفسيرها في بعض الأحيان مثل : خفقان القلب ، آلام المعدة ، الهبات الساخنة ، زيادة تدفق الدم ، احمرار الخدين ، التعرق .
  - ٤ . إعطاء إجابات غير محددة أو بعد فترة طويلة للاستجابة على الأسئلة العملية .
  - ٥ . الشعور بالارتباك كرد فعل لانفعالات الآخرين .
  - ٦ . ينظر إليه من قبل الآخرين بشكل مفرط أو غير متعاطف بطريقة غير ودية ، ويبدو عليه أنه عملي جداً ومنطقي .
  - ٧ . ندرة الاستغراق في التخيل أو التفكير في الأمور الشخصية .
  - ٨ . ليس لديه أي رد فعل تجاه الفنون (القصائد ، الموسيقى ، الأدب) .
  - ٩ . من النادر جداً عندما يحلم بعيون مفتوحة أو يصف الأحلام بشأن مستقبله .

(Hein, 2005:7)

## نسبة انتشار الأليكسيثيميا :

في فرنسا تبلغ نسبة انتشار الإصابة بالأليكسيثيميا ١, ١٧٪ وفي كندا ١, ١٨٪ و١٣٪ في فنلندا وكذلك صنفّت النسبة لدى الذكور ٤, ٩٪ بينما الإناث ٢, ٥٪ .  
(Kokhen, 2001:80)

وفي المقابل يرى كيرماير (في : عبد الخالق والبناء ، ٢٠١٤ : ١٨) أن صعوبة تعرف المشاعر مفهوم متعلق بالثقافة ولا سيما أنه نشأ نتيجة الملاحظات الإكلينيكية لأشخاص في أمريكا الشمالية وأوروبا الغربية ومن ثم فهي مجرد ظاهرة ثقافية أكثر منها سمة شخصية وهذا المفهوم يعكس تركيز العلاج النفسي الغربي على الجوانب السيكلوجية . وفي

الولايات المتحدة الأمريكية تراوحت النسبة فيما بين ٩, ٥٪ إلى ١٠٪ من العينة المثلة للمجتمع من طلاب الجامعة (Ann,2001:2)

- نظريات تفسير الأليكسيثيميا : Theory of Alexithymia

- أولاً: النظرية النيروبيولوجية : Neurobiological Theory

تبنى هذه النظرية اتجاهين :

الأول قدمه سيفينوس ونيميا (Sefinos& Nimiah, 1972) حيث أشارا إلى أن الأليكسيثيميا تظهر من خلال أساس نيوربيولوجي وأكدوا على أن النصف الأيسر من المخ هو المسئول عن العمليات اللفظية والتحليلية بينما يكون النصف الأيمن مسئولاً عن العمليات الكلية والوصف والإدراك والتعبير غير اللفظي عن المشاعر .

والاتجاه الآخر تبناه هوب وبوجين (Hoppe& Bogen, 1977) والذي أرجع أعراض الأليكسيثيميا إلى ما يسمى بالانقطاع الوظيفي للألياف الترابطية بين نصفي المخ functional commissurotomy الذي يعني انقطاع التدفق العادي للمعلومات بين نصفي المخ .

ثانياً: النظرية النفسية : Psychological Theory

أشار ماكدوجال (McDougal, 1974) إلى أن الأليكسيثيميا ترتبط بقصور في علاقة الأم بطفلها، فالطفل يدرك التناقض الوجداني للأُم عن طريق التميز والانفصال وبالتالي تقل راحة الطفل تجاه أن يصبح شخصاً منفصلاً ونتيجة لإجباره على الانفصال يتكيف مع الواقع بدون عالم للخيال أو المشاعر (عراقي، ٢٠٠٦: ٢٠٥).

ويذكر كل من (Besarat& Rizzi, 2014) بأن لهذا الجانب شقين أحدهما نمائي حيث يرجع أسباب الأليكسيثيميا إلى تشوهات للصورة الذاتية في مرحلة الطفولة نتيجة المرور بخبرات صدمية مؤلمة أدت إلى صعوبة في وصف ما يشعر به الفرد كما أن نقص الحياة التخيلية يُصعب على الفرد تعديل انفعالاته الجانب الثاني خاص بخبرات القلق

والتي أشير فيها دور التعلق الآمن في دعم روابط التواصل بين الطفل ووالديه والعلاقات التي يسودها الدفء والحنان والأمن والتوازن النفسي داخل الأسرة (Besharat&Rizi, 2014: 33).

### ثالثاً: النظرية التكاملية : Integrated Theory

أكد كل من تايلور وباركر أنه عندما يفقد الإنسان القدرة على إشباع حاجاته الأساسية مثل: الغذاء، الحب، الدفء، والأمن، فإن ذلك يؤثر بالضرورة على اتصاله بالآخرين وبالتالي يفقد لغة الحوار المناسبة لذلك ولكن لم يستبعد أيضاً وجود عامل وراثي قوي في أغلب الحالات المرضية بهذا الاضطراب تؤدي إلى نقص في تنسيق الوظيفة بين نصفي الدماغ.

وأشار كل من (Taylor&parker, 1997:450) بأنها صعوبة وصف وتميز الانفعالات المختلفة وصعوبة التمييز بين الانفعالات والأحاسيس الجسدية مثل عدم التمييز بين الصداع والاكتئاب وضعف القدرة التخيلية والاهتمام بالأحداث الخارجية أكثر من الاهتمام بالذات كما أنهم يبالغون في إحساساتهم الجسدية ويسيتون تفسيرها فهم يظهرن استجابات عصبية لاإرادية مبالغ فيها تتسبب في نمو الأمراض البدنية كما أكدوا من خلال وجهة نظرهم على الجنائين النفسي والنيوروبيولوجي باعتبارهما مكملان لبعضهما بعضاً.

### رابعاً: نظرية الوعي الانفعالي : Emotional Awareness Theory

تشير هذه النظرية إلى دور نموذج التطور المعرفي لبياجيه وخاصة في مجال اللغة في تفسير نمو الوعي الانفعالي حيث أن الفرد يتعرف على مشاعره ويجدها بناء على مخزونه اللغوي فلكي يعبر الفرد عن حالاته الانفعالية ينبغي أن تكون لديه كلمات مختلفة للتعبير عن مشاعره المتنوعة وأن يصل لها بسهولة فالمرتفعون في الأليكسيثيميا يعانون نقصاً في القدرات المعرفية التي تسمح بترجمة الأحاسيس الفسيولوجية العصبية إلى كلمات فهؤلاء

يستغرقون وقتاً طويلاً في وصف انفعالاتهم والوصول إلى كلمات تعبر عنهم (Shishido, 2011:10).

#### خامسا: نظرية الصدمة : Trauma Theory

ترى تلك النظرية أن الأليكسيثيميا هي طريقة للتعاش مع الصدمة حيث تعتبر رد فعل طبيعي للحدث الصدمي وتستخدم كوسيلة للتعاش والتعامل مع الضغوط النفسية والانفعالات السالبة المرتبطة بالانتهاك الجسدي والجنسي في الطفولة ويمكن أن تكون الأليكسيثيميا أيضاً نتيجة عدم القدرة على التعاش والتعامل بفاعلية مع الضغوط النفسية (Reddy, 2009: 37).

#### سادسا: نظرية تنظيم الوجدان لكريستال :

#### Krystal's Theory of Affect Development

حاول كريستال من خلال هذه النظرية وصف طبيعة النمو الوجداني للطفل وأثر صدمات الطفولة على هذا النمو وقدرة الطفل على التعبير عن وجدانه ومشاعره فإن النمو الوجداني للطفل يظل طبيعياً حتى يتعرض الطفل لبعض الصدمات النفسية في مرحلة (الطفولة المبكرة) فهي تعمل على التشويش على التعبير والتعرف على الانفعالات مما يساعد ذلك على ظهور أعراض الأليكسيثيميا حيث تظهر الأليكسيثيميا نتيجة للصدمة التي تحدث للنمو المعرفي والمهارات اللفظية الضرورية للاتزان الانفعالي للطفل وذلك يؤثر على الطفل في مرحلة المراهقة ويجعله غير قادر على تنظيم انفعالاته (الخولي وآخرون، ٢٠١٣ : ١٣٣-١٣٤).

#### سابعا: نظرية التعلق المؤثر لبولبي :

#### Bowlby's Seminal Attachment Theory

يشير بولبي Bowlby أن سلوك التعلق يظهر في معظم الأطفال خلال فترة الأربعة إلى السبعة شهور الأولى من حياة الطفل ، ويمكن أن يميز العديد من الأطفال في عمر

الأربعة شهور بين الأم والآخرين كما يستطيعون الاستجابة لكل سلوك موجه نحوهم، فمثلا عندما تترك الأم الغرفة يرتبط الطفل بأمه ويحاول أن يزحف وراءها وذلك لشعوره بالأمان معها وفي وجودها وتشتد سلوك ارتباط الطفل بالأم في السنة الثانية أثناء مغادرتها للبيت بدونة أو أثناء نظرة غريب له بطريقة غير مرضية وفي السنة الثالثة يزداد ارتباط الطفل بالأم ويتضح ذلك في بكائه وتعلقه بها عند محاولتها الخروج وتركه، ويؤكد بولبي على حدوث تطور مفاجئ في علاقة الطفل بالأم في أواخر العام الثالث حيث يتضح نقص في ارتباط الطفل بالأم وشعوره بالأمان في غيابها. (مطير، ٢٠٠٩: ٤٩).

### ثامنا: نظرية الكود المتعدد: Multiple Code Theory

وتطبيق هذه النظرية على الأليكسيثيميا ترى بوسي (Bucci, 1997) أن المشكلة أكبر تعقيداً من مجرد عدم وجود كلمات للتعبير عن الانفعالات ففي بعض الحالات لا يكون لدى الفرد الرموز اللفظية وغير اللفظية للحالات الجسدية فيكون التأثير النهائي على الأجهزة الفسيولوجية أكثر حدة، وقد تحدث اضطرابات جسمية مختلفة وبدرجات متفاوتة.

وهنا توجد العديد من الدراسات الأمبريقية التي تؤكد على أن الأليكسيثيميا تعكس قصورا في المعالجة المعرفية للانفعالات وأن ذلك قد يرجع جزئياً إلى كبت الانفعالات في الطفولة والذي يرجع بدوره إلى قصور في عملية التنشئة الاجتماعية للأطفال وخاصة خلال العام الأول من العمر بسبب قصور في قدرة القائم بالرعاية على التناغم Attunement والتأمل الذاتي وعدم توافر نموذج سلوك التعلق الآمن لدى الطفل هذا بالإضافة إلى بعض الأسباب الأخرى كتعرض الطفل لصدمة انفعالية مبكرة تتضمن حرماناً عاطفياً (متولي، ٢٠٠٧: ١٩٦).

وتتبنى المؤلفة في هذه الدراسة الحالية نظرية " الصدمة " وذلك لارتباطها ارتباطاً وثيقاً بموضوع الدراسة الحالية حيث ترى النظرية أن الأليكسيثيميا هي طريقة للتعايش مع الصدمة حيث تعتبر رد فعل طبيعي للحدث الصدمي وتستخدم كوسيلة للتعايش والتعامل مع الانفعالات السالبة المرتبطة بالايذاء والانتهاك الجسدي والنفسي في الطفولة .

- العلاقة بين الأليكسيثيميا واضطراب ما بعد الصدمة :

### **The relationship between Alexithymia and PTSD.**

بينت دراسة باورز وآخرون (Powers, Dorthie, Negar & Bekh, 2015:177) أن الأليكسيثيميا تعتبر عاملاً مهماً في تطوير صدمة الطفولة والانفعال والتقلبات المزاجية وأظهرت النتائج أن كلاً من اضطرابات ما بعد الصدمة والانفعال كانت ذات دلالة إحصائية تنبئ بالتفكك حتى بعد ضبط تأثير التعرض للصدمة . وأشارت نتائج دراسة باورز إلى أن تأثير الأليكسيثيميا قد توسط جزئياً أعراض اضطراب ما بعد الصدمة وأن الأليكسيثيميا قد تكون نتيجة أو رد فعل لتطوير أعراض اضطراب ما بعد الصدمة في مرحلة الطفولة .

كما ذكرت هذه الدراسة بعض النتائج :

- ٤٥٪ سوء المعاملة في مرحلة الطفولة .
- ٢٠, ١٪ الاعتداء الجسدي .
- ٣٤, ٢٪ الاعتداء الجنسي .
- ٢٠, ١٪ سوء المعاملة العاطفية .
- ١٦, ١٪ الإهمال العاطفي .
- ١٢, ١٪ الإهمال البدني .

وقد جاءت نتائج دراسة تشانج و وول (Chung & Wall, 2013) بالنسبة لأعراض اضطراب ما بعد الصدمة كما يلي حيث ذكرت :

- ٩٠٪ صعوبات في التنفس
- ٦١٪ عدم وجود الطاقة
- ٨٢٪ اختناق الصدر .
- ٥٩٪ الإرهاق

وقد جاءت أيضاً نتائج دراسة (Chung&Wall, 2013) بالنسبة لوجود الأليكسيثيميا فيما يلي ، حيث ذكرت :

- ٧٧٪ لم يشعروا بأنهم قريبين من الناس .
- ٥٢٪ التفكير في مجال الترفيه مثل الأفلام بدلا من السماح لأنفسهم بالتمتع بها .
- ٤٣٪ مشاعر غير مجدية في حل المشاكل الشخصية .
- ٤١٪ صعوبة تحديد ووصف المشاعر وعجز الانصال العاطفي .
- ٣٨٪ عدم التمييز بين المشاعر والأحاسيس الجسدية .
- ٣٦٪ كانت الأحاسيس الجسدية التي لم يستوعبها الأطباء .

وقد تم في الغالب الكشف فى هذه الدراسة عن وجود ارتباط إيجابي بين شدة اضطراب ما بعد الصدمة وبين خصائص الأليكسيثيميا وأن الاليكسيثيميا هي وسيلة للتعامل مع قمع الاضطراب العاطفي الناجم عن الصدمات النفسية وتعتبر كأفضل رد فعل بعد وقوع الحدث الأليم .

وقد أظهرت نتائج دراسات كل من برنز وآخرون و مكلاجهلين (McLaughlin,Laus&Pescara,2011) وآخرون (Burns,Jakson&Harding,2010) والتي أجريت على الأطفال الذين يتعرضون لسوء المعاملة في مرحلة الطفولة والذين قد ظهرت عليهم أعراض اضطراب ما بعد الصدمة أنهم أكثر عرضة لظهور الأليكسيثيميا والتي من المرجح أن تؤدي بدورها إلى صعوبات تعرف وتحديد وتنظيم المشاعر وأيضاً تؤدي إلى الأمراض الجسمية والنفسية الناتجة عن الصدمات وقد أظهرت أيضاً نتائج دراسة

نال (Tall, Barra,&Mcmillan, 2007) إلى أن التنظيم الفقير للعاطفة (الأليكسيثيميا) هو من أكبر المنبئات التي تشير إلى شدة أعراض اضطراب ما بعد الصدمة .

### ثالثاً: الأطفال ضحايا التنمر: Children victims of Bullying:

تعد مرحلة الطفولة من المراحل المهمة في حياة الإنسان لما لها من دور أساسي في تنشئة الفرد، إلا أن هذه المرحلة لا تخلو من الاضطرابات السلوكية التي تؤثر سلباً على الصحة النفسية للطفل كما أنها تشكل خطراً كبيراً يهدد الفرد والأسرة والمجتمع .

ويعد التنمر Bullying بما يحمله من عدوان تجاه الآخرين من المشكلات التي لها آثارٌ سلبية سواء على القائم بالتنمر أو على ضحية التنمر أو على المتفرجين على هذه السلوكيات حيث يظهر الطفل المتنمر العديد من الاضطرابات السلوكية مثل السلوكيات العدوانية والفوضوية وسوء التوافق الاجتماعي والعناد وسلوكيات مضادة للمجتمع وغيرها. ( Scholts,Engels,Overbeek,De kemp,&Haselager,2007:220 )

كما يتعرض الأطفال ضحايا التنمر لمشاكل نفسية مثل الضغط العصبي ، تدني تقدير الذات ، مشكلات في تكوين الصداقات ، الخوف من ركوب وسائل المواصلات ، الخوف من دورات المياه ، الأماكن المغلقة ، الرغبة في تغيير المدرسة والهروب منها والبحث عن الانتقام . (Mayer&Ybarro,2003)

وقد حظي مفهوم التنمر Bullying باهتمام الباحثين في السبعينيات من القرن الماضي وذلك عندما بدأ العالم " دان أولويس Dan Olweus " وهو باحث نرويجي بدراسة هذا المفهوم ودراسة المشكلات التي يتعرض لها كل من المتنمرين وضحاياهم في النرويج والسويد . (Bidwell, 1997)

ويعد " أولويس Olweus " من أوائل من عرّف التنمر بطريقة علمية مبنية على تجارب بحثية حيث عرفه بأنه " شكل من أشكال العنف الشائعة جداً بين الأطفال والمراهقين ويعني التصرف المتعمد للضرر أو الإزعاج من جانب واحد أو أكثر من الأفراد وتأتي أهمية البحث في التنمر في ضوء ما أشار إليه " أولويس " في أن التنمر عدوان مترقب يحدث بطريقة نموذجية ومتقنة ويتكرر من دون أي سبب واضح أو استفزاز من الضحية وقد توصل " أولويس Olwues " إلى أن واحداً من كل سبعة أطفال إما متنمرٌ أو ضحية للتنمر .

(Olweus, 1993:9-10)

وتظهر أهمية الأمن النفسي لدى الفرد منذ مرحلة الطفولة المبكرة وتمتد إلى مراحل النمو المتتالية فإن البيئة التي لا توفر الأمن الانفعالي للأطفال تؤدي إلى شعورهم بالقلق والغضب والإحباط والتوتر وقد يتطور هذا الشعور إلى فقدان الثقة بالذات في العلاقات الاجتماعية بالأقران ونتيجة لذلك فإن هذه الشحنات الانفعالية قد يتم تعريفها بسلوكيات عدوانية تجاه الآخرين فكثير من الضغوط النفسية التي يعاني منها الأطفال ناجمة عن افتقارهم للأمن والتعرض للإساءة النفسية من رفض وتهديد وعقاب وسطوة وتجاهل وذلك يعد منبئاً بالاضطرابات النفسية والمشكلات السلوكية للعدوان والتنمر .

(Hymah & Zelikoff, 1999)

ويرى سميث وآخرون أن سلوك التنمر يتميز بأعمال متكررة ضد الضحايا الذين لا يستطيعون الدفاع عن أنفسهم ويمكن أن يكون لهذا السلوك عواقبه السلبية الحادة وخاصة بالنسبة للضحايا على مدار فترة من الوقت.

(Smith,Peter,Ananiadou,Katerina,&Cowie , 2003: 591)

وللتنمر تأثيرات نفسية وصحية وتربوية واجتماعية خطيرة على الأطفال تتمثل في ارتفاع نسب تعرضهم للاكتئاب والقلق والانتحار وعدم القدرة على السيطرة على النفس أثناء الغضب أو سلوك تدمير الذات واحتمال الإصابة ببعض الأمراض مجهولة الأسباب

كالصداع وآلام المعدة وعلي صعيد المدرسة تبرز مظاهر سلوكية لا يحمد عقباها متمثلة في محاولة حمل الأسلحة بهدف اللعب والتباهي أو تهديد الأطفال الآخرين مما يؤدي إلى تغييب الأطفال الضحايا عن المدرسة لعدم شعورهم بالأمان فضلا عن ضعف تحصيلهم الدراسي بسبب القلق وضعف التقدير الذاتي (Bidwell, 1997).

وأكد كل من واردن وماكينون إلى أهمية تأثير الانفعالات والمشاعر على سلوك الأطفال المتنمرين والضحايا حيث أنهم يظهرون تنظيما ضعيفا لانفعالاتهم ومشاعرهم ويقل تعاطفهم مع الضحايا وتنقصهم القدرة على تقييم العواقب الانفعالية لسلوكهم تجاه الآخرين في حين يعاني الطلاب الضحايا من صعوبة في ضبط انفعالاتهم أو السيطرة عليها. (Warden&Mackinnon, 2003:369)

فسلوك التنمر يمكن أن يسبب ضرراً نفسياً أو اجتماعياً أو جسمانياً مما يؤدي إلى حالة من الصدمة، أو خوف مرضي من المجتمع إن الشخص الذي يعجز عن حماية نفسه من التعرض للتنمر يبدو وكأنه يجذب الشخص المتنمر لمهاجمته في أي مكان يتواجد فيه فالطفل الذي يتعرض للاعتداء لا يشعر ولا يتحدث ولا يتصرف كالطفل الطبيعي السعيد وبهذا لن يصعب على أي شخص تبين ما يعانيه من صعوبات في التكيف (فيلد، ٢٠٠٤).

ومما يزيد من حجم المشكلة أن الكثيرين يرون أن التنمر يعد عادياً في مرحلة الطفولة ولكن في الحقيقة يعد مشكلة كبيرة لأنه يؤدي الصغار جسدياً ونفسياً كما أن وجود التنمر كظاهرة في الفصل الدراسي يعمل على إشاعة الفوضى وعرقلة عملية التعلم (Scarpica, 2006:172). حيث ينظر ضحايا التنمر إلى أنفسهم على أنهم فاشلون وأغبياء ومهمشين وليس لديهم استعداد للتصدي عند تعرضهم للتنمر، وذلك بسبب تدني تقدير الذات وعدم القدرة على الدفاع عن أنفسهم (Smokwski & Kopask, 2005:107)

ويرى سميث (Smith, 2000:298) أن الاهتمام بهذه الظاهرة يرجع إلى عدة

أسباب منها:

- الآثار المترتبة على هذه الظاهرة وخاصة لدى التلاميذ مما دفعهم إلى الانتحار أو التفكير فيه .
- وعي الأهالي بهذه الظاهرة وضغطهم على المدارس لوقفه وعلى وسائل الإعلام للتوعية بها .
- دلالة هذه الظاهرة على أنه لا بقاء للضعيف ولا احتكام إلا للغة القوة دون مراعاة الخلق القويم أو السلوك الفاضل .

وهكذا ترى المؤلفة أن التنمر يعد مشكلة تربوية واجتماعية وشخصية بالغة الخطورة ذات نتائج سلبية على البيئة المدرسية بصفة عامة وعلى النمو المعرفي والانفعالي والاجتماعي للطفل بصفة خاصة فالتعلم الفعال لا بد أن يتم في بيئة توفر للأطفال الأمن النفسي وحمائتهم من العدوان والتهديد .

إشكالية مفهوم التنمر:

اتضح أنه تم ترجمة مصطلح Bullying إلى مترادفات متعددة تختلف من حيث

الشكل وتتفق من حيث المعنى إلى حد ما ومن هذه الترجمات ما يلي:

التنمر أو الاستئساد:

- بالبحث في الترجمة الموجودة في معظم قواميس اللغة العربية الحديثة لهذا المصطلح، نجد أن كلمتي تنمر أو استئساد هي الترجمة المناسبة لكلمة Bullying وكلمة استئساد في اللغة العربية مأخوذة من كلمة "أسد" والأسد هو ذلك الحيوان المفترس ملك الغابة وذلك لسيطرته على بقية الحيوانات والفتك بها وكذلك كلمة "تنمر" مأخوذة من "نمر" وهو الآخر لا يقل عن ملك الغابة في شرسته وفتكه(ليبب، وآخرون، ٢٠١٣ : ٥٤٢).

- ومعنى كلمة تنمر في (المعجم الوجيز، ٢٠٠١) يتضح أن تنمر يتنمر تنمرا (ن م ر) أي الشخص تشبه بالتنمر في طبعه أراد أن يخيف رفاقه فتنمر وحاول أن يقلد النمر في شراسته أما استئساد الولد كونه كالأسد وتنمر لفلان أي تنكر له وتوعده بالإيذاء .
  - حيث يلجأ الطفل إلى الاستئساد والتنمر بهدف تأكيد ذاته لبحثه عن مكان له وفشله في الوصول إليه بالطرق السلمية فلجأ إلى قانون الغاب الذي يعيش فيه القوي ويموت فيه الضعيف فأصبحت فكرة المستأسد أننا نعيش في مجتمع لا مكان فيه للضعفاء .
- (قطامي والصررايرة، ٢٠٠٩ : ١٤)

### الغلظة أو الفظاظة :

إن الغلظة تحدث في جميع الأعمار بما في ذلك مرحلة الطفولة وقد نطن أن الفظاظة تتعلق فقط بالعنف الجسدي كالضرب واللكم والبصق والركل الذي هو بالتأكيد جزء من غلاظة الطفولة لكن هناك أشكالا أقل وضوحا منها " التنمر " وهو مضايقة الضحية بالسخرية والملاحظات اللاذعة حول المظهر أو الإعاقة أو جعله يتعثر بشيء ويقع أو التهامس على الطفل . (الصوفي والمالكي، ٢٠١٢ : ١٤٨)

### المشاغبة :

يتضح أن ترجمة مصطلح Bullying إلى المشاغبة ظهر لدى المشتغلين في مجال الصحة النفسية، ويتضح ذلك في البحوث التي تم إجراؤها (فوقية راضي، ٢٠٠١)، (هشام الخولي، ٢٠٠٤)، (تحية عبد العال، ٢٠٠٦)، (إسعاد البنا، ٢٠٠٨)، (هالة سنارى، ٢٠١٠)، (مصطفى مظلوم، ٢٠١١)

ويعرف (الخولي، ٢٠٠٤: ٣٤٣) سلوك المشاغبة على أنه سلوك يقوم في جوهره على الإساءة التي يوجهها شخص أو أكثر تجاه شخص آخر أقل قوة بشكل متكرر سواء أكانت تلك الإساءة جسمية أو نفسية (لفظية أو غير لفظية) بهدف إيذاء الضحية ومضايقته

وتعريف الشغب لغويًا هو تهيج الشر وإثارة الفتن والاضطراب أو الخصام والمشاغب هو المشاكس مثير الغضب والمشاكسة .

### الصعلكة :

لقد كانت الإرهاصات الأولى لمصطلح التنمر تتم دراسته تحت مصطلح الصعلكة Mobbing وشاع استخدام هذا المصطلح في البلدان الإسكندنافية ويعني مضايقة طالب أو أكثر لطالب آخر وإيذائه وإيذاء مكررًا وذلك عن طريق ممارسة بعض السلوكيات السلبية ضده ثم استبدل هذا المصطلح بمصطلح التنمر (حسين وحسين، ٢٠١٠ : ٣٠٤) .

### الإزعاج :

يقصد به السعي في محاولة جعل الآخرين غير مرتاحين بإرغامهم على المشاركة في سلوكيات لا يرغبونها أو توجيه بعض السلوكيات المزعجة لهم بقصد جعل هؤلاء الضحايا يعملون وفق رغبات المجموعة (Reardon, 1996: 5).

### الإغاظه (المكايدة) :

الأطفال الصغار في سن المرحلة الابتدائية يستخدمون كلمة الإغاظه (المكايدة) أكثر من كلمة تنمر فعندما يطلب من هؤلاء الأطفال أن يصفوا التلميذ المتنمر فإنهم يقولون أن المتنمر هو شخص يغيب أو يكيد من خلال سلوكيات الدفع والألفاظ البذيئة والنبذ من الآخرين وإطلاق أسماء وكنيات سيئة عليهم والسخرية منهم ومضايقتهم وعزلهم عن الأنشطة (Khosopoar & Walsh, 2001).

### الاستقواء :

يعد الاستقواء شكلاً من أشكال العدوان في السلوك الذي يقصد الإيذاء ويتضمن الأحداث المتكررة طوال الوقت وإظهار القوة الغير متوازنة والمصاحبة بقوة أكثر للهجوم الفردي . (Nansel, Overpeck, Pilla, Ruan, Simmons, & Scheidt, 2001: 2095)

## المضايقة :

حيث قرر اسينبيرج وآخرون (Eisenberg, Neumark, & Stroy, 2003: 737) أن المضايقة تعد من الخبرات الشائعة لدى كل من الأولاد والبنات بنسبة بلغت (٧, ٥٤٪) كما يدرکہا الأقران وأن المضايقة تنبئ بالرضا الجسدى المنخفض وتقدير الذات المنخفض وزيادة الأعراض الإكتئابية والأفكار الانتحارية وأيضاً محاولات الانتحار .

## العنف :

يختلف مصطلح التنمر Bullying عن مصطلح العنف Violence حيث يأتي على أشكال خطيرة مثل حمل واستخدام الأسلحة المختلفة والسرقة بالإكراه والتهديد والوعيد بكل جوانبه المفضية إلى العنف الشديد أو الإيذاء الجسمى العنيف أما Bullying فهو أخف من حيث الممارسة فهو يتضمن عنفاً جسدياً خفيفاً وعنفاً لفظياً كبيراً وتتوافر فيه النية المبيتة للإيذاء والتكرار والاستمرار وعدم التوازن فى القوة بين التنمر والضحية (Cohn & Canter, 2003).

## الترهيب :

إن مصطلح الترهيب يتسع ليضم الأشكال الأكثر خفاءً وتعقيداً من العنف النفسى والترهيب يختلف عن غيره من أشكال العنف الأخرى لأنه يمثل نمطاً للسلوك لا حدثاً منعزلاً بذاته (الدسوقي ، ٢٠١٦ : ٦).

## البلطجة :

يذكر (ملحم ، ٢٠٠٧ : ١٧٨) أن التنمر أحد صور أو أشكال العدوان عند الأطفال كما أطلق عليه لفظ (البلطجة) وقد وصف هذا السلوك بأنه يهدف إلى التلذذ بمشاهدة معاناة الضحية من بعض الآلام والمظاهر التى يتركها المعتدى على المعتدى عليه . وترى المؤلفة مما سبق أن الكلمة الإنجليزية Bullying تفنقر إلى ترجمة عربية متفق عليها وبالبحث فى القواميس العربية وجد أن كلمة تنمر أو استئساد هى الترجمة المناسبة

لكلمة Bullying فكلمة تنمر مأخوذة من كلمة نمر وهو لا يقل عن ملك الغابة فى شرسته وفتكه .

**الفرق بين التنمر وبعض المصطلحات ذات الصلة:**

**جدول (١) يوضح الفرق بين التنمر والسلوك العدواني**  
**جدول (١): الفرق بين سلوك التنمر والسلوك العدواني**

سلوك التنمر	السلوك العدواني
سلوك التنمر يوجه تجاه أشخاص محددين تتوافر فيهم صفات معينة تكون بمثابة نقاط الضعف البدني أو العيوب الصحية أو المشكلات اللغوية (كالتهتهة) .	السلوك العدواني يوجه تجاه الأفراد بوجه عام فلا يشترط في ضحية السلوك العدواني أي صفات تكون بمثابة نقاط ضعف تجذب المعتدي .
لا يوجه سلوك التنمر نحو الذات أو الممتلكات أو الحيوانات	السلوك العدواني من الممكن أن يوجه تجاه الذات أو الممتلكات أو الحيوانات
سلوك التنمر تسبقه نوايا مبيتة لإيذاء شخص محدد فهو لا يصدر صدفة أو نتيجة موقف اجتماعي معين .	السلوك العدواني لا يشترط فيه إضمار القصد المسبق فمن الممكن أن يصدر في أوقات الغضب حينما تنهيج الأمزجة أو في مواقف الإحباط أثناء عملية التفاعل الاجتماعي .
سلوك التنمر هو سلوك سلبي لا يمكن بأية حال من الأحوال اعتباره إيجابياً .	السلوك العدواني قد يكون سلبياً وقد يكون إيجابياً (الدفاع عن النفس أو رد ظلم المعتدي) .
في سلوك التنمر لا بد أن يوجد فرق في القوة بين المتنمر والضحية قوة جسدية أو لفظية أو اجتماعية أو مادية .	في السلوك العدواني لا يشترط وجود فرق في القوة بين المعتدي والمعتدى عليه .
في سلوك التنمر لا بد وأن يقع الضحية تحت السلوكيات السلبية لفترات طويلة أي يتعرض للسلوكيات السلبية أكثر من مرة في فترة وجيزة .	في السلوك العدواني ليس بالضرورة أن يتكرر السلوك فقد يكون مرة واحدة أو مرتين على الأكثر .

ضحية سلوك التنمر لا يظهر أي مقاومة تجاه المتنمر بل أنه يستسلم تماماً ويرتضي الإذعان .	ضحية السلوك العدواني يظهر مقاومة ومن الممكن أن يبادل المعتدي نفس الفعل العدواني .
المتنمر هنا يتلذذ بشعوره بالتنمر	لا يتلذذ المعتدي بسلوكه

(أبو الفتوح ، ٢٠٠٦ : ٦٨)

### الفرق بين التنمر والعنف:

#### جدول (٢) الفرق بين سلوك التنمر وسلوك العنف

من حيث	سلوك التنمر	العنف
طبيعة السلوك	يتميز سلوك التنمر بالنية المسبقة لإيذاء الضحية فضلاً عن أنه سلوك يتميز بالتكرارية وعدم التوازن في القوة بين طرفي سلوك المشاغبة .	سلوك العنف هو استجابة سلوكية متطرفة يظهر في صور متعددة كالتدمير والتخريب والإيذاء والبحث عن إشباع الحاجات بعنف والقوة والسيطرة الزائدة عن الحد ، والسلطة الصارمة .
هدف السلوك	يهدف سلوك التنمر إلى التحكم والسيطرة على الآخرين .	تهدف ممارسات العنف إلى التعبير عن العدائية والغضب الشديد ويتم هذا التعبير عن طريق القوة الجسمية الموجهة نحو الأشخاص والممتلكات .
سبب الحدوث	غالباً ما يحدث سلوك التنمر بدون سبب حقيقي ولكن السبب الأساسي غالباً ما يكون الرغبة في السيطرة و الهيمنة على الضحية .	العنف يحدث بسبب مسبق وهو التعبير عن العدائية والغضب الشديد
ما يؤدي إليه السلوك	يؤدي سلوك التنمر إلى العنف إلا أنه لا يأتي تحت الأشكال الخطيرة للعنف والتي تعرف بالبلطجة وتشمل حمل الأسلحة والسرقة بالإكراه أو الإيذاء الجسمي	يعد تعرض الفرد للعنف أحد الدوافع لممارسة سلوك التنمر وخاصة العنف المنزلي .

	العنيف، والاعتصاب الجنسي .	
طبيعة الضحية التنمر	غالباً ما يكون الفرد المتنمر على علم بالضحية التي يمارس معها سلوك التنمر عليه العدوان من قبله .	الفرد الذي يمارس العنف ليس على علم بمن سيقع

(شعبان، ٢٠١٠: ٧٥)

### الفرق بين التنمر وصراع الأقران:

#### جدول (٣) الفرق بين التنمر وصراع الأقران

أوجه المقارنة	سلوك التنمر Bullying	صراع الأقران Peer Conflict
الهدف	يهدف المتنمر إلى إظهار قوته أو فرض سيطرته على الآخرين	لا يهدف الطرفان المتصارعان إلى إظهار قوة أو فرض سيطرة أحدهما على الآخر .
القوة	يشترط فيه وجود فرق في القوة بين طرفي سلوك التنمر (المتنمر والضحية)	لا يشترط وجود فرق في القوة بين الطرفين المتصارعين، فمن الممكن أن ينشأ الصراع بين اثنين لهما نفس القوة
الاستمرارية	سلوك التنمر أفعاله مؤذية تتسم بالاستمرارية لفترات طويلة متواترة .	الصراع بين الأقران يحدث بشكل عرضي غير متكرر .
النية المسبقة للإيذاء	سلوك التنمر يسبقه نية وقصد متعمد لإيذاء الشخص الضحية	صراع الأقران يحدث بشكل فجائي نتيجة موقف معين ولا يسبقه نية مسبقة لإيذاء الطرف الآخر .
رد الفعل	رد الفعل الانفعالي بين طرفي سلوك التنمر متباينٌ تماماً، فالضحايا يتأثرون بشكل قوي يصل لحد الانسحاب والبكاء وفي بعض	ردود الفعل الانفعالية بين طرفي الصراع متساوية فكلاهما يغضب لما يحدث بل وربما يتعاطف كل طرف مع الطرف الآخر .

	الأحيان إيذاء الذات، بينما التنمر لا يبالي تماماً لفعلة بل ربما يشعر بالمتعة والسرور البالغ من وراء ما حدث .	
كلا الطرفين المتصارعين يسعيان لحل المشكلة وفك الأزمة ويحاولان تهدئة الموقف مما يؤدي في نهاية الأمر إلى الرضا والتصالح .	يرضى كل من طرفي سلوك التنمر بوضعه فالضحية لا يبدي أي جهد لوقف المعتدي أو المقاومة والتنمر سعيد بذلك ولا يحاول تسوية الوضع مع الضحية	الرضا عن الوضع الحالي

(شعبان، ٢٠١٠: ٧٢)

### مفهوم التنمر: The concept of bullying

يعرف "بوتن وأندروود" (Bouiton & underwood, 1992:56) التنمر بأنه سلسلة من الأفعال التي تشمل عدواناً بدنياً (كالضرب، القرص، المضايقة، سلب المال أو الممتلكات وما إلى ذلك) والعدوان اللفظي (كالسب والسخرية والتهديد وما إلى ذلك).

ويعرف "أولويس" (Olweus, 1998: 9) التنمر بأنه شكل من أشكال العدوان يحدث عندما يتعرض الأطفال بشكل مستمر إلى سلوك سلبي يسبب لهم الألم وقد يستخدم المتنمر أفعالاً مباشرة أو غير مباشرة للتنمر على الآخرين والتنمر المباشر هو هجمة مفتوحة على الآخرين من خلال العدوان اللفظي أو البدني والتنمر غير المباشر هو نشر الشائعات وذلك لإحداث إقصاء اجتماعي ويمكن أن يكون التنمر غير المباشر ضار جداً مثل التنمر المباشر .

ويتفق " راندال (Randall, 1997:24) وميلور " (Mellor, 1997:52) على تعريف السلوك التنمرى بأنه نوع من التشاجر بين فردين غير متساويين فى القوة يقوم به فرد أو مجموعة من الأفراد ضد فرد غير قادر على الدفاع عن نفسه وقد يكون جسدياً أو نفسياً .

أما " ديهان " (Dehaan, 1997:17) يرى أن التنمر يتضمن السخرية وسرقة النقود من الضحية وإساءة بعض الطلبة لأقرانهم داخل الصف ويعتقد أن التنمر قد يشترك فى بعض خصائصه مع خصائص سلوك العدوان .

ويعرف " أتلس وبيبلير " (Atlas & Pepler, 1998:92) التنمر بأنه تفاعل يحدث بين الشخص المتنمر والضحية ويظهر فى سياق بيئى اجتماعي ويتأثر هذا التفاعل بعدد من العوامل :

- السمات الفردية للمتتمر والضحية .
- العمليات التفاعلية بين المتنمر وضحيته .
- وجود الأقران والمعلمين .
- السياق الذي يظهر فيه سلوك التنمر .

ويرى لويد (Lloyd, 2000:3) أن سلوك التنمر هو سلوك متعمد ومقصود ومتكرر وعادة ما يبدأ فى صورة المزح وإلقاء النكت على الآخرين وممارسة بعض الألعاب الخشنة ضدهم ومن ثم لا يلبث إلا وأن يصبح أكثر إيذاء للآخرين ليشمل الألقاب والكتابات البذيئة عليهم والسخرية منهم وتكرار الهجوم عليهم كالدفع والركل والارتطام بهم .

وقد أكد سيلز ويونج (Seals & Young, 2003: 735) على أهمية تعريف التنمر وفقاً لما يعانى به الضحية من عدم قدرته على الدفاع عن نفسه وهونوع من السلوك العدوانى

الذي يتميز بتكرار التصرفات ضد الضحايا الأضعف والذين لا يمكنهم الدفاع عن أنفسهم بسهولة .

ويعرف (الحربي، ٢٠١٣: ٩-١٠) التنمر بأنه إيقاع فرد أو أكثر إيذاءً بدنيًا، لفظيًا، أو عاطفيًا على فرد آخر ويتضمن تهديدات بالإيذاء الجسدي، امتلاك السلاح، الابتزاز، الاعتداء و الضرب، أو نشاط عمل العصابات أو محاولة القتل والقتل وهناك خبراء آخرون يضيفون التحرش الجنسي .

وأن التنمر يتكون من ثلاثة عوامل :

- الأول: هو التنمر البدني نحو الآخرين مثل التضارب مع الآخرين ومضايقة الأصغر عمراً .
- الثاني: هو التنمر الداخلي (السيطرة والفخر) مثل الاستمتاع بالسيطرة على الآخرين .
- الثالث: هو التنمر (الانفعالي) مثل حالة الغضب المستمرة .

ويؤكد فيتارو وآخرون (Vitaro, Brendgen, & Barker, 2003 : 16) أنه إذا تبعنا المسار التطوري للتنمر لدى الأطفال نجد أن الطفولة المبكرة هي الوقت الذي يستخدم فيه التنمر المباشر ضد الأقران غالباً بسبب الافتقار إلى الوسائل التعبيرية الأخرى ثم تتطور المهارات المعرفية اللفظية والاجتماعية فيبدأون في استخدام التنمر غير المباشر ضد أقرانهم وكلما تطور الطفل في مراحل النمو يحل التنمر غير المباشر محل التنمر المباشر .

ويرى ريجبي (Rigby, 2010:18) أن سلوك التنمر هو إيذاء منهجي منظم يقوم به فرد على آخر دون سبب مع عدم وجود أتران في القوى وضعف في رد الهجوم من قبل الضحية أو تكرار الإيذاء بهدف تعريض الضحية للإذلال والإهانة .

كما يؤكد ليمبر وآخرون (Limber, Riese, Snyder, & Olweus, 2015 : ٢٠٧) على أن سلوك التنمر نشاط واعي ومتعمد ويقصد به الإيذاء أو التسبب بالخوف أو الرعب

من خلال التهديد بالاعتداء ولكي يكون السلوك تنمرياً لابد من توافر أربعة عناصر فى سلوك المتنمر بغض النظر عن الجنس والعمر وهى :

١ . عدم التوازن فى القوة فالمتنمر عادة يكون أكبر أو أقوى أو فى وضع أفضل من وضع الضحية .

٢ . النية فى الإيذاء فالمتنمر معروف عنه أنه يتسبب فى الألم النفسى أو الجسدى للضحية ويجد متعة فى ذلك .

٣ . التهديد بعدوان تالى وأن العدوان الحالى ليس بالعدوان الأخير .

٤ . دوام الرعب فسبب التنمر هو الغطرسة والإزدراء والإحتقار وليس الغضب .

وترى المؤلفة من خلال ما سبق أن :

- أن سلوك التنمر شكل من أشكال السلوك العدوانى السلبى الشائع بين الأطفال .
- أن سلوك التنمر سلوكاً إرادياً متعمداً بنية الإيذاء عن قصد .
- عدم توازن القوة بين المتنمر والضحية .
- قد يحدث التنمر دون سبب واضح أو إستفزاز من الضحية .
- سلوك التنمر هو سلوك متكرر من الأشخاص أنفسهم عبر فترة زمنية طويلة .
- يشعر المتنمر بالمتعة والسيطرة على الآخرين .
- لا يستطيع الضحية الدفاع عنه .
- التنمر قد يكون لفظياً أو جسمىاً أو نفسياً أو اجتماعياً أو عاطفياً .

معدلات انتشار السلوك التنمري :

بالرغم من أن سلوك التنمر ظاهرة منتشرة فى جميع أنحاء العالم . إلا أن حجم هذا الإنتشار يختلف من دولة إلى أخرى ، وهذا ما أوضحتها الدراسات المختلفة التى تناولت هذه الظاهرة على مستوى العالم .

فتشير دراسة ناسل (Nansel, et al., 2001:2098) إلى وجود ما يقرب من ٣٠٪ من الأطفال يتعرضون للمضايقة والتنمر خلال اليوم الدراسي وكشفت نتائج الدراسة أن ٢٩,٩٪ من العينة أكدوا وجوداً متكرراً أو متوسطاً لسلوكيات التنمر ١٣٪ كمتنمرين، ٦,١٠٪ كهدف للمتنمر، ٣,٦٪ كل منهم متنمرون وضحية فى الوقت نفسه، وأن ٨,٨٪ اعترفوا بتنمر الآخرين مرة أسبوعياً أو أكثر وأقر ٥,٨٪ بأنهم كانوا متنمرين أحياناً و ٤,٨٪ كانوا متنمرين مرة واحدة فى الأسبوع أو أكثر وأشارت الدراسة أيضاً إلى أن الأولاد أكثر تنمراً من البنات، وأن التنمر كان أكثر حدوثاً فى الصفوف (٦ - ٨).

فالدراسات التى أجريت فى استراليا وانجلترا وكذلك فى أمريكا تشير الإحصائيات الدولية إلى أن معدل إنتشار التنمر فى المدارس يتراوح من ١٠ - ١٥٪ وأن معدلات ضحايا التنمر تختلف من بلد لآخر ففى اليابان يبلغ معدل الضحايا ٢٢٪ فى المدارس الابتدائية و ١٣٪ فى المدارس المتوسطة و ٦٪ بين طلاب المدارس الثانوي بينما يبلغ معدل الضحايا فى مدارس إنجلترا إلى حوالى ٢٠٪ تقريباً وتشير الدراسات فى استراليا إلى أن كل تلميذ من بين ستة تلاميذ يتعرض لأعمال التنمر مرة على الأقل كل أسبوع . (حسين وحسين، ٢٠١٠ : ٣٢٤).

وقام ليانج وآخرون (Liang, Flisher, & Lombark, 2007: 167) بدراسة فى جنوب أفريقيا هدفت التعرف إلى نسبة انتشار التنمر وقد أشارت نتائج الدراسة إلى أن ما نسبته (٣٦,٢٪) من الطلبة كانوا منخرطين فى سلوك التنمر حيث كان منهم (٨,٢٪) متنمرين، (١٩,٣٪) كانوا ضحايا و(٨,٧٪) مثلوا فئة المتنمرين / الضحية .

وفى مدارس كوريا الجنوبية شكل المتنمرون ١٢٪، وشكل الضحايا ٥,٣٪ من حيث شكل الضحايا المتنمرون ٦,٢٪. (yang, 2006:75)

ويؤكد رجبي (Rigby, 1996:20) على أن أكثر من ٨٥٪ من تلاميذ المدارس الاستراتيجية بوجه عام يشتركون في التنمر بأدوار مختلفة إما متنمرين أو ضحايا أو مشاهدين لموقف المتنمر .

ويذكر باكمان وآخرون (pakman, Lepkowski, Overton, & Snappy, 2005:350) أنه في تقرير صادر عن قسم التربية بالولايات المتحدة الأمريكية أكد على أن حوالي ٢٥٪ من التلاميذ الذين يتراوح أعمارهم من ٤ إلى ٦ سنوات هم ضحايا لسلوك التنمر وأن أكثر من ٧٧٪ من التلاميذ الذين يتراوح أعمارهم من ٧-١٢ سنة يخشون الذهاب إلى المدرسة خوفاً من الوقوع كضحية للتنمر .

ويشير ستيفن (Stephen, 2004:347) إلى أن ٦, ٢٢٪ من الأطفال في سن الطفولة المبكرة يمثلون ضحايا مشاغبة الأقران بينما في سن ٨-١٢ سنة تصل نسبة الضحايا إلى ١٠٪ وهذا يعني أن الأطفال الأصغر سناً يكونوا أكثر عرضة للتنمر وهم أيضاً في خطر التعرض للاعتداء من الأكبر سناً .

ويتنشر التنمر الجسدي بين أطفال ما قبل المدرسة كما تختلف معدلات التنمر الجسدي من بلد إلى أخرى ، ففي الصين ينتشر التنمر الجسدي بين الأطفال من سن ٣-٦ سنوات وفي الهند تكون من سن ٦-١١ وتنتشر في أمريكا بين الاطفال من سن ٦-١٢ سنة . (حسين، ٢٠٠٧، ٢٠٠٨).

ويتنوع شيوخ سلوك التنمر المباشر بين أطفال المدارس الابتدائية ويتراوح معدل انتشاره فيما بين ٨٪ إلى ٤٦٪ خارج البيئة المدرسية ورغم أن الدراسات الحديثة قد صنفت الأطفال إلى متنمرين وضحايا إلا أنهم أشاروا إلى أنه من الممكن أن يتحول المتنمر إلى الضحية في أوقات أخرى مما يساعد على إرتفاع نسبة انتشار ظاهرة التنمر (أبو الديار، ٢٠١٢: ٣٧).

وعلى المستوى المحلي أشارت دراسة (جرادات، ٢٠٠٨ : ١٢٠) حول التمر لدى طلبة المدارس الأساسية انتشاره والعوامل المرتبطة به أن ١٨,٩٪ من الطلبة صنفوا على أنهم متمرون، و (٢, ١٠٪) ضحايا، (٥, ١٪) على أنهم متمرون/ ضحايا، و(٤, ٦٩٪) على أنهم محايدون.

ويشير (الخولى، ٢٠٠٤ : ٣٣٣) إلى تزايد نسبة انتشار التمر بين تلاميذ المدارس حيث ارتفعت النسبة خلال فترة زمنية إلى ما يقارب العشر سنوات من ٣٪ إلى ٢٠٪ فى بعض المجتمعات ووصلت النسبة إلى ٣٠٪ فى أيرلندا.

وما يزيد من تفاقم هذه المشكلة أن ٦٦٪ من ضحايا التمر لا يجربون أحد عن وقوعهم ضحية للتمر للعديد من الأسباب منها الخوف من المواجهة، الإحساس بالخزي من عدم قدرتهم على الدفاع عن أنفسهم، الخوف من أن لا يصدقهم أحد، عدم رغبتهم فى إزعاج آبائهم، إيمانهم بعدم تغيير أي شيء نتيجة لإخبارهم، اعتقادهم بأن إبلاغ الآباء والمعلمين ستجعل المشكلة أسوأ بكثير (SamPson, 2004).

ويذكر (أبو الديار، ٢٠١٢ : ٣٨) أن التقرير الإقليمي لمنظمة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا يشير إلى أن البيانات حول حجم المشكلة قليلة بشكل عام وهذا يرجع إلى أسباب عدة منها:

- حساسية هذه القضية ولاسيما داخل الأسرة
- ومحدودية التبليغ عن مثل هذه الحوادث
- وعدم توافر آليات فعالية التبليغ
- وغياب الثقة فى إمكان التصدى لها
- وغياب الوعي بالآثار السلبية لهذه الممارسات على الأطفال وكذلك بمفهوم حقوق الطفل.

## مكونات التنمر : Bullying components

إن طبيعة موقف التنمر تؤكد على أنه موقف تفاعلي سلبي بين عدة أطراف الطرف الأول وهو المتنمر الذي لانراه في أغلب الأوقات ودائماً ما يكون دوره خلف الكواليس والطرف الثاني وهو الضحية المتوقع حول ذاته رضا بقضائه وقدره أما الطرف الثالث فهو المشاهد(المتفرج) لموقف التنمر والذي يتباين دوره حسب توجهاته وقناعاته (أبو الفتوح ، ٢٠٠٦ : ٧٩) . فيتضمن التنمر عادة أطرافاً عدة وهم المتنمرون (Bullies) ، والضحايا (Victims) والمتفرجون (Bystanders) (Smokowsk&Kopask,2005:104) .

### أ. المتنمرون (Bullies)

إن الطفل المتنمر هو الذي يضايق أو يخيف أو يهدد أو يؤذي الآخرين الذين لا يتمتعون بنفس درجة القوة الذي يتمتع بها وهو يخيف غيره من الأطفال ويجبرهم على فعل ما يريد بنبرته الصوتية العالية واستخدام التهديد وعادة ما يستغل معظم الأطفال من خلال حالات الخوف ويذكرونها دائماً بسطوتهم من خلال نظراتهم أو أي فعل سواء كان لفظياً أو غير لفظي. (فيلد ، 2004)

ولقد عرف أولويس (Olweus, 1993) المتنمر بأنه الذي يحاول باستمرار التحكم في أقرانه من خلال الاعتداء اللفظي أو البدني رغبة في التنفيس عن انفعالاته الخاصة كالشعور بالنقص .

ويذكر كوي (Coy ,2001:2) أن المتنمر إما أن يكون متنمراً إيجابياً عدوانياً أو متنمراً سلبياً فالمتنمر الإيجابي هو جريء وشجاع وقوي وواثق من نفسه وهؤلاء المتنمرون لا يعرفون اليأس والإحباط ولديهم ميل إلى العدوان أكثر من غيرهم أما المتنمر السلبي فهو يثير الآخرين وهو الذي يتسبب في بدء حادثة التنمر وفي العادة يكون المتنمر السلبي ملازماً

للمتنمر العدواني ويقوم المتنمر السلبي بدعم وتأييد سلوكه ويبدأ في المشاركة عند بدء التنمر فينحاز المتنمر السلبي إلى المتنمر الإيجابي الأكثر قوة وشعبية .

وقدم كيث وآخرون (Keith,Mark,&Ginny,2004) تصنيفاً آخر للتلاميذ المتنمرين حيث تم تصنيفهم إلى :

١ . المتنمرون المهرة: فالمتنمر الماهر هو الذي غالباً ما يخفي سلوكه وربما يكون محبوباً لدى زملائه وعلى درجة جيدة من المكانة الاجتماعية والناحية الأكاديمية ولديه القدرة على تنظيم الأشخاص من حوله والمتنمر الماهر هو شخص أناني ليس لديه تعاطف أو أية مبالاة تجاه ما يشعر به ضحيته .

٢ . المتنمرون غير المهرة: فالمتنمر غير الماهر يميل إلى جذب الآخرين تجاهه بسبب سلوكه المضاد للمجتمع وهو في نفس الوقت يميل إلى تخويف أقرانه كما أن رؤيته للعالم رؤية سلبية فالمتنمر غير الماهر هو تلميذ فاشل دراسياً ويوجه غضبه نحو أشخاص يعتبرهم ضعافاً وأحياناً يكون هذا المتنمر قاسياً على ضحاياه، وسلوكه هذا ما هو إلا إزاحة لتقدير ذات منخفض وانعدام ثقة بالنفس .

#### ب . الضحايا : (Victims)

يمثل ضحايا التنمر تلك المجموعة المستهدفة من قبل المتنمرين سواء أكان ذلك بصورة مباشرة أو غير مباشرة وهم أولئك الأطفال الذين يكافنون الأطفال المتنمرين مادياً أو عاطفياً عن طريق عدم الدفاع عن أنفسهم أو إعطاء جزء من مصروفهم أو كله للمتنمرين ويذعنون لطلبات المتنمرين بسهولة ومهاراتهم الاجتماعية قليلة وضعيفة ولا يتمون لجماعات اجتماعية أو صفية (فيلد، ٢٠٠٤) .

وقدم أولويس (Olweus ,1999) تعريفاً خاصاً بالضحية معرفاً إياها بأنها الطفل عندما يتعرض تعرضاً متكرراً بمرور الوقت لسلوكيات سلبية من جانب واحد أو

أكثر من الطلاب بقصد الأذى نتيجة لعدم توازن القوة مما يسبب القلق وعدم التوازن الانفعالي .

على حين ترى (راضي ، ٢٠٠١: ١١٩) أن الطفل يصبح ضحية للتنمر عندما يوجه إليه طفل أو مجموعة من الأطفال الآخرين ألفاظاً تخيفه أو عندما يضربه طفل آخر أو يهدده بالأذى أو يرفض الكلام معه بصورة متكررة ويصعب معها حماية ذاته .

ويصنف ريجبي (Rigby, 2003: 23) المشكلات التي يعاني منها الأطفال ضحية التنمر إلى المجموعات الأربع التالية :

- قلة التكيف الاجتماعي وتتضمن الكره للبيئة الاجتماعية الحالية (المدرسة) وبالتالي يصبح وحيداً ومنفرداً وكثير الغياب .
- الصحة النفسية المضطربة وتتضمن عدم الإحساس بالسعادة والشعور بالحزن والغضب .
- القلق النفسي ويتضمن توتراً شديداً واكتئاباً وأفكاراً انتحارية .
- المرض الجسدي ويشمل حدوث حالات مرضية جسدية مختلفة .

صور وأنماط الضحايا :

#### - الضحايا السلبيون Passive Victims :

وهم الغالبية العظمى من ضحايا التنمر حيث يظهرون مستويات عالية من الخوف والقلق والحذر، ولا يفعلون شيئاً يستفز الآخرين ولا يدافعون عن أنفسهم ويميلون للانسحاب والبكاء والاستسلام (Wong, 2009: 91) وهم يعانون من مشكلات سلوكية داخلية كالألم النفسي والوحدة النفسية ويمكن وصفهم بأنهم خنوعين أو غير توكيديين (Stephen, 2004) وهؤلاء يتصفون بالخجل، الانفعالية، ولديهم نقص واضح في المهارات الاجتماعية، وعدم القدرة على الاقتناع والرد بطريقة فعالة لمواجهة

التممر وهم بصفة عامة ضعاف جسدياً وقلقين وفاقدين للأمان (McNamara, 1997:720).

#### - الضحايا المثيرون - الاستفزازيون Provocative Victims

يتجاهلون الآخرين وهم يوصفون بالنشاط الزائد وصعوبة التركيز كما أنهم مصدر إثارة لغيرهم من الأطفال المتنمرين ويصنفون بأنهم باحثين عن جذب الانتباه والإثارة كما لو كانوا باحثين عن الثأر والانتقام (خميس وعوض، 2010)، ويسببون توترًا من خلال إحراج أو عقاب أو مضايقة الآخرين ونادراً ما ينسحبون أو يكونون سلبيين ويتصفون بردود أفعال قلقة وعدوانية ذوي مزاج حاد ويردون الضربات إذا هوجموا (Stephen, 2004). وهم لا يهتمون بمظهرهم أو نظافتهم الشخصية، يعانون من مشكلات صحية، كالمسمنة المفرطة، ضعف السمع، النحافة الزائدة، لديهم اضطرابات في النطق كالتهتهة، يتميزون ببشرة سمراء، ولديهم مشية غريبة ويجلسون بطريقة ملفتة للنظر.

(Judith & Malcolm, 1997:485)

#### - الضحايا البديلون Vicorious Victims

وهم الذين يشهدون حوادث التممر ويصبحون ضحايا الذي يعيشون فيه باعتباره جواً من القلق والخوف داخل المدرسة وقد يعاني هؤلاء الأطفال من الاضطراب العقلي لأنهم غير قادرين على الاعتراض على مثل هذا الخوف ومقابلة الأذى بمثله أو الأخذ بالثأر والانتقام واسترداد الحق وربما خبراتهم تشعرهم بالنقص والذنب لعدم قدرتهم على التفاعل في مثل هذه المواقف (Ross, 1996:80).

#### - الضحايا الباحثون عن الثأر Revenge Seekers Victims

هم الضحايا الذين يلقون اللوم ليس فقط على من اعتدى عليهم ولكنهم يلقون اللوم على البالغين لعدم مساندتهم ودعمهم (Vooer, 2000:49).

## - المتنمرون الضحايا Bully Victim

هم الأطفال المتنمرون الضحايا الذين ظهرت عليهم أعراضاً واضحة ذات دلالة على إصابتهم بالاضطراب النفسي متمثلة في الاكتئاب واليأس والإحساس بالفراغ والسلوك الأحمق وعدم التكيف وعدم الرضا عن الحياة والوحدة وقد صنفت هذه الفئة على أنها متنمرة ولكنها في الأصل ضحية لأسباب أخرى كما أن هؤلاء الضحايا قد طوروا سلوكهم حتى أصبحوا متميزين لكي يهربوا من تكرار ممارسة التنمر عليهم .

(Kumpulainen & Rasanen,2000)

ويرى شارب وكوي أن استجابة الطفل الضحية لسلوك التنمر مختلفة وهناك أربعة

أشكال لهذه الإستجابة :

١ . الاستجابة العدوانية: وهي الاستجابة التي غالباً ما يوصي بها الأهل وتؤدي إلى تصعيد المشكلة فقط .

٢ . استجابة غير بناءة: وهي استجابة سلبية تتجاهل السلوك لكنها تلبى مطالب المتنمر .

٣ . استجابة بناءة: وهي استجابة سلبية تتمثل في الخروج السريع من موقف التنمر والبحث عن دعم الأقران والمعلمين .

٤ . الاستجابة التوكيدية: وهي الاستجابة المناسبة والأكثر نجاحاً في تخفيض احتمالية الوقوع ضحية في المستقبل حيث يرفض الطفل بهدوء الإذعان لطلبات الأقران ولا تعزز سلوك التنمر لدى المتنمر(جرادات ، ٢٠٠٨ : ١١٢) .

وترى المؤلفة أن سلوك التنمر يختلف باختلاف نوع الضحية فضحية التنمر إما أن يكون طفلاً سلبياً لا يقوى على رد الإيذاء الواقع عليه وإما أن يكون مقاوماً قادراً على المواجهة والتصدي للإيذاء ولكن بقدر استطاعته .

وعلى الرغم من إدراك الضحية للتهديد الواقع عليه من قبل المتنمر إلا أنه قد يتجاهل الإيذاء تارة وقد يطلب المساعدة تارة أخرى أو قد يتظاهر بالهدوء أو القيام ببعض محاولات شكلية للدفاع عن النفس ولكنها محاولات غير مؤكدة يهدف من خلالها إلى اختبار مشاعر وانفعالات المتنمر تجاهه برغم ادراكه لحالة ضعفه وامكانية تعرضه بصورة أكيدة لنوبات التهديد بالإيذاء والإساءة من قبل هذا المتنمر فتبدو على الضحية سلوكيات مضطربة وردود فعل قوية ناتجة عن ادراك التهديد بهذا الإيذاء (Rigby,2002:67).

### ج- المتفرجون By-standers

وهم شهود العيان على حادث التنمر ولهذا يلعب المتفرجون دور السنيذة على مسرح الحدث الذي يقع عليه فعل التنمر، حيث يلاحظون هذا الفعل عن كثب ولهذا يمارس هؤلاء المتفرجون أدوارا عديدة في سياق حدوث عملية التنمر إما بوصفهم مساعدين، مدعين، معززين، حراس، أو مدافعين أو خارجين (Judith&Malcolm,1997:485).

### المساعدون المدعمون والمعززون:

فقد يتحالفون مع المتنمر حيث تربطهم به علاقات وصدقات قوية مقارنة بالآخرين ومن ثم يقومون هم الآخرون بمساعدة المتنمر بالاعتداء على الضحية بهدف إلحاق الأذى به والسيطرة عليه، فيعززون سلوك المتنمر إما بالتشجيع أو بالدعم أو بالميل إلى نبذ الضحية حيث يوجهون إليه السباب والسخرية والاستهزاء (Judith&Malcolm,1997:485).

### أما الخارجون:

الذين يظنون بعيدا يتوارون خلف ستار المشاهدة ولا يبدون أية رغبة في الانحياز لكل من الطرفين (المتنمر/ الضحية) وهؤلاء المتفرجون إما أن يكونوا سلبين فيقفون على هامش الحدث حيث يشاهدون الموقف عن كثب دونما إيذاء الرغبة في التدخل ورفع شعار

المحايدة وإما أن يتخذ هؤلاء المتفرجون موقفاً إيجابياً تجاه الحدث بالرغبة في التدخل فيدعمون المتنمر ويشجعونه فلا يسلم الضحية من استهزائهم أو سخريتهم أو اغاظتهم ونبذهم وبهذا يصبح هؤلاء المتفرجون جزءاً من بنية الحدث (سلوك التنمر) (عبد العال، ٢٠٠٦ : ٥٣).

### صور وأشكال التنمر :

لقد تنوعت صور وأشكال التنمر وذلك باختلاف وجهات نظر الباحثين في ظاهرة

التنمر حيث يشير كل من (Olweus ,1993)، (Espelage & Swearer,2003:371) إلى وجود ثلاثة أشكال للتنمر تتمثل في التنمر الجسمي ، التنمر اللفظي ، التنمر الاجتماعي ويقصد بالتنمر الجسمي إيذاء الضحية جسماً من خلال الضرب، الدفع، الرفس، العض، اللكم وتحطيم الأشياء الخاصة بالضحية ويشير التنمر اللفظي إلى استخدام الكلمات لإذلال شخص آخر أو إيذاء مشاعره من خلال مضايقته أو مناداته بألقاب أو الشتم أو التهديد أما التنمر الاجتماعي فيتمثل بالتأثير في الآخرين ليستبعدوا ويرفضوا الطفل الضحية لكي يكون معزولاً اجتماعياً ويتم ذلك من خلال الإيماوات البذيئة أو الإقصاء الاجتماعي .

وقد اتفق كلمن (Nansel,etal.,2001),(Sandra,2000),(Banks,1997)

إلى تقسيم التنمر إلى : تنمر مباشر/ وتنمر غير مباشر .

حيث يشير التنمر المباشر Direct Bullying إلى مهاجمة صريحة للضحايا بعدوانية واضحة فإن المتنمر يواجه الضحية وجها لوجه ويعرضه لمواقف تضايقه لفظياً أو تهدده وتشمل السخرية، الاستهزاء، التحقير، التهديد بالضرب، الإغاظه، التقليل من شأنه، سرقة ممتلكاته، الدفع، الركل، التعليقات البذيئة، جرح مشاعر الضحية وإهانتها، رفض الجلوس معه في حافلة المدرسة والتناوب بالألقاب البذيئة أما التنمر غير المباشر Indirect Bullying فإن هذا النوع لا تسهل ملاحظته ويصعب تحديده لأن

المتنمر يمارس عزل مقصود أو استبعاد للضحايا من مجموعة اللعب والأنشطة الاجتماعية أو من مجموعة الرفاق وأيضاً يتضمن نشر الشائعات الخبيثة بالإساءات الوقحة من المتنمر للضحية وعدم التعامل معهم أو كتابة تعليقات سخيفة عن الضحية على جدار الفصل وجعله منبوذاً من زملاء الفصل .

- كما قام سميث (Smith,2001) بتقسيم التنمر إلى أربعة محاور رئيسية هي :

١. التنمر الانفعالي : ويشتمل على (التهديد، الشتائم، السخرية من الضحية، الاستبعاد من الأقران، الإذلال، التحدث بروايات وقصص مزيفة وتخزية).

٢. التنمر الجسدي : ويتضمن (الدفع، الضرب، الاصطدام بالضحية، سرقة الممتلكات الخاصة والأدوات المدرسية).

٣. التنمر الجنسي : ويشتمل على ( التعليقات المخجلة على الآخرين والتحرش الجنسي بهم).

٤. التنمر العنصري : ويتضمن (الإساءات أو التلميحات، القذف أو سب الآخرين بصورة متعمدة في في نسبهم، ديانتهم ومكانتهم الاجتماعية).

- بينما يقسم كيث ومارتن (Keith & Martin,2005:14) سلوك التنمر إلى :

أ- التنمر الجسدي : وهو أوضح صورة لسلوك التنمر ويحدث عندما يتأذى شخص ما (الضحية) جسدياً ويتمثل في الضرب والركل والدفع وتدمير الممتلكات الخاصة .

ب- التنمر غير الجسدي : ويطلق عليه أحياناً العدوان الاجتماعي وينقسم إلى :

١. تنمر غير جسدي لفظي : يتضمن المكالمات الهاتفية البذيئة وابتزاز الأموال والتهديد والإغاظاة والتعليقات القاسية ونشر الشائعات المزيفة والمعرضة عن الآخرين .

٢. تنمر غير جسيمي غير لفظي ويأخذ ثلاثة أشكال هي :

أ. تنمر غير جسيمي غير لفظي مباشر: مثل الغمز واللمز والإيماءات الوقحة .

ب. تنمر غير جسيمي غير لفظي غير مباشر: مثل استبعاد الضحية من أي نشاط تقوم به المجموعة والتجاهل المتعمد له وغرس الكراهية في نفوس الأقران تجاهه .

ج. تنمر إتلاف الممتلكات: مثل تمزيق ملابس الضحية وإتلاف كتبه وأدواته المدرسية وسرقة مقتنياته الخاصة .

- كما جذب جونز (Jones,2002:28) الانتباه إلى نوع جديد من التنمر من الممكن أن يكون ضارا ضررا فادحا بسبب سهولة إثارة الشائعات وعدم القدرة على صد الضرر وهو التنمر الإلكتروني (Cyber Bullying)

- وقد أشار كل من بيركنز (Perkins,2002) وبيرت وآخرون (Peter,2008:376) أنه بالإضافة إلى أشكال التنمر المتعددة اللفظي والجسدي والنفسي والإيمائي فهناك أيضاً التنمر الإلكتروني من خلال الموبايل ورسائل الإيميل ومقاطع الفيديو من خلال شبكة المعلومات الدولية التي تفاجئنا باختراق الخصوصية وكسر حاجز الأمان والثقة في مثل هذه التعاملات .

ولكن نسبة الدراسات التي تناولت مثل هذه السلوكيات قليلة بالنسبة للدراسات التي تناولت التنمر التقليدي .

وتخلص المؤلفة من خلال ما سبق إلى أن أشكال التنمر يمكن تصنيفها إلى ثلاثة أبعاد رئيسية :

١- تنمر لفظي مباشر أو غير مباشر .

٢- تنمر جسيمي مباشر أو غير مباشر .

٣- تنمر غير لفظي غير جسيمي مباشر أو غير مباشر .

جدول (٤) التمييز بين التنمر المباشر والتنمر غير المباشر

التنمر	مباشرة	غير مباشرة
تنمر لفظي	الألقاب، الكنايات، الإغاظرة، المكايدة، التوبيخ، الإهانة، السخرية والتحقير.	نشر شائعات وقصص وروايات باطلية ومزيفة ومشينة على الآخرين .
تنمر جسدي	الضرب، الاصطدام بالآخرين، الدفع، الركل، الرفس، تدمير الكتب والمقتنيات الخاصة بالآخرين والسرقة بالإكراه.	تحريض شخص ما وحته على الهجوم الجسدي على شخص معين أو التحرش به جسدياً .
تنمر غير لفظي وغير جسدي	التهديد، التوعد، الإيماات، الغمز واللمز .	إرسال رسائل سيئة للآخرين إما بالبريد الإلكتروني أو بأي وسيلة أخرى كالهاتف المحمول، الحرمان والاستبعاد .

فمن خلال نتائج دراسة كل من هونج وتشن شو (Huang & Chien, 2010:1587) التي أظهرت أن تعرض الطلاب لترهيب الآخرين في الفضاء الإلكتروني أثر على مستواهم الدراسي وأبدوا مشاعر الخوف وعدم الإحساس بالطمأنينة النفسية وعانى العديد منهم من فوبيا المدرسة والقلق من المستقبل الدراسي .

خصائص الأطفال ضحايا التنمر:

هناك عدة خصائص يتصف بها الأطفال ضحايا التنمر وتجعلهم عرضة لتنمر الآخرين ولعلنا لا ننكر بأنه لا يوجد " بروفيل " وصفي مميز لهؤلاء الأطفال الذين يقعون كضحايا لفعل التنمر ولكن هناك بعض المؤثرات التي تظهر أن هؤلاء الأطفال يكونون

ضحايا للتنمر مثلنقص الأصدقاء وبالتالي فإن الضحية يعاني من العزلة الاجتماعية والقلق الاجتماعي ومن ثمّ يكون هدفا سهلا للتنمر بسبب نقص شبكة الأصدقاء التي قد تدعمه وتسانده ضد هجوم المتنمر والعامل الآخر هو السن فغالبا ما يكون ضحايا التنمر أطفال صغار السن علاوة على أن هؤلاء الضحايا لديهم نشاط زائد وأقل قدرة على التحكم في مشاعرهم ولديهم مستويات مرتفعة من الضغوط ودرجاتهم منخفضة في التحصيل المدرسي (حسين، ٢٠٠٧: ٣٥٤).

كما وصف جاميس وآخرون (James, Marry, & Carolyn, 2004: 17-27) الأطفال ضحايا التنمر بأنهم (هادئون بطبيعتهم، حساسون لأنفه الأسباب والأمر، يتميزون برهافة المشاعر، يفقدون القدرة على المبادأة ولهذا لا يثقون في تصرفاتهم ولديهم الكثير من المشكلات الانفعالية، كما يعانون من العديد من المشكلات السيكوسوماتية (الصداع، الأرق، مشكلات أثناء النوم) ويشير أولويس (Olweus, 1993) إلى أن حالة انعدام الأمن فيما يتعلق بالضحايا تعد عاملاً أساسياً في استمرار الضحية للتنمر نتيجة الخوف والترهيب.

وقد أشارت نتائج دراسة كل من فورلونج وآخرون (Furlong, Chung, Bates, & Morrison, 1995: 289) إلى أن لدى الأطفال ضحايا التنمر إحساساً قليلاً بالانتماء للمدرسة كما جاءت إدراكاتهم للدعم الاجتماعي المقدم لهم متدنية مقارنة بنظرائهم غير الضحايا. ويتفق كل من " ديلفابرو وآخرون (Delfabbro, et al., 2006) وفيلوجين وآخرون (Viljoen, Neill, & Sidhu, 2005) على أن الأطفال ضحايا التنمر يتعرضون لمشكلات في تكوين علاقات مستقرة مع الآخرين ويعانون من فقدان الثقة والمزاج المكتئب والتعاسة والعصبية والقلق والحزن والتفكير بالانتحار ويعانون من انخفاض في التكيف النفسي بشكل عام.

ويرى (الصوفي والمالكي، ٢٠١٢: ١٥٢) أن الأطفال الذين تعرضوا لخبرة الرفض من أقرانهم يقومون بسلوك يدل على حقدهم على المجتمع وتحديهم للسلطة وسلوكهم يدل على المرارة والحيرة وعدم الرضا إنهم في الواقع يعبرون عن هذه المشاعر بطريقة تدل على عدم الاكتراث وكثيراً ما تجد هؤلاء الأطفال الضحايا مصدر تعب للمدرسة والمنزل كما يظهر الأولاد الذين يأتون من بيوت يكون الأب غائباً عنها لفترة طويلة تمرداً على الأمهات ويصبحون شديدي العدوانية وكثيراً ما نجد هؤلاء الأطفال الضحايا مصدر تعب للمدرسة والمنزل .

كما وصف " فوكس وبلتون " (Fox & Baulton, 2003:239) أن ضحايا التنمر يفتقرون إلى الخصائص أو السمات التي تيسر لديهم المهارات الاجتماعية Social Skills وليس لديهم روح الدعابة كما تنعدم لديهم مهارات الأخذ والعطاء اليومي المرن كما يعاني ضحايا التنمر من تشتت الانتباه وعدم التركيز (Limber, Nation, 1998) ويتميز الضحايا بالخجل والانسحاب الاجتماعي وانخفاض مفهوم الذات (Terrazzo, Garcia, Babarro, & Arias, 2011 : 876) فبعض ضحايا التنمر يأتون من بيوت تبالغ في الخوف والحرص والحماية في رعاية أبنائها وبالتالي لا تساعد في تطوير المهارات الاجتماعية واستراتيجيات التعامل مع الاستفزاز .

(قطامي والصراريرة، ٢٠٠٩ : ٥٦) .

فيذكر بانكس (Banks, 1997) أن الطفل الضحية يميل إلى الالتصاق بالديه طلباً للحماية ونادراً ما يدافع عن نفسه .

وفي ضوء ما تقدم تلخص المؤلفة خصائص الأطفال ضحايا التنمر فيما يلي :

## جدول (٥): خصائص الأطفال ضحايا التنمر

خصائص الأطفال ضحايا التنمر	
• ليس لديهم قدرات بشكل واضح .	• يصبحون متقلبين أو سيئي المزاج فقد
• المنعزلون اجتماعيا .	• يصبحون عنيفين مع إخوتهم أو يكونون
• أصحاب البنية الجسمية الضعيفة .	• هادئين أو منسحبين .
• لا يمارسون الرياضة .	• إهمال الواجبات المدرسية .
• يكون بسهولة ويسهل استفزازهم .	• يكونون أكثر عرضة للاكتئاب والانعزال
• لا يشعرون بالطمأنينة أو يكونون	• وقلة الثقة بالنفس والتفكير بالانتحار .
• خجولين .	• ليس لديهم أصدقاء .
• يتعلقون بالكبار أكثر من أندادهم .	• انخفاض الأداء المدرسي .
• الشعور بالخوف وعدم الراحة .	• السلبية وعدم المشاركة في الأنشطة
• عدم رغبة الطفل في الذهاب إلى	• المدرسية .
• المدرسة وخلق الأعذار (فوبيا	• يسرقون النقود من المنزل ليعطوها للمتتمر .
• المدرسة)	• ظهور تلعثم في طريقة كلامهم .
• معاناته من رؤية الكوابيس أو التبول	• اضطرابات في الأكل حيث إنهم قد يتوقفون
• غير الإرادي ويصاب بالأرق والقلق .	• عن الأكل .
• ضياع أو تلف في ممتلكاتهم .	• ظهور كدمات وجروح وخدوش على
• سرقة مصر وفهم أو ضياعه .	• أجسامهم .

قد تفشل الأسر التي تهمل في رعاية أبنائها في تدريبهم على المهارات الصحيحة للنزاعات التي يتعرضون لها وبالتالي يصبحون ضحايا لتنمر أقرانهم وقد تنتمي الضحية لأسرة تمارس السيطرة والاستبداد والعقاب فيصبح ضحية في المنزل وضحية في المدرسة .

(قطامي والصراريرة، ٢٠٠٩ : ١٥٣)

ويشير ليمبر ونيشن (Limber, Nation, 1998) إلى أن الضحية تميل إلى العزلة وتوخي الحذر لأنه يشعر أنه أضعف من أقرانه (فهناك خصائص مادية لدى هؤلاء الضحايا تجعلهم عرضة للتنمر من مثل انخفاض الوزن وضعف الجسم وأن ملابسهم تكون غير ملائمة فلا يفصح الطفل الضحية بحدوث الاعتداء عليه خوفاً من الانتقام أو إلقاء اللوم عليه أو إجباره على معالجة مشكلته بنفسه فمن وجهة نظره الإفصاح لن يجدي نفعاً .

(Hanish &Cuerra, 2000:117)

ولهذا يؤكد "يونج وآخرون" (Young, Yun-joo, & Bennett, 2005:

378) أن التنمر قد يدفع بضحاياه إلى الانتحار هرباً من هذا العالم المخيف المليء بالمنغصات حيث يجد الضحية الملاذ والمأوى في التحرر من هذا العالم من خلال مجموعة من الأعراض أو الاضطرابات السلوكية التي تتبدى لدى هؤلاء الضحايا (الاضطرابات الجسدية، والنفسية والتي تتمثل في: التبول اللاإرادي والفوبيا المدرسية، القلق، الاكتئاب كعامل أساسي لدى الضحية للمرور بـ تجربة الانتحار).

كما يشير (Keith, et al., 2004) إلى أن التنمر عملية دينامية وعضوية وهي

تسير من خلال خمس مراحل هي:

- ١ . المراقبة والانتظار .
- ٢ . المناوشة .
- ٣ . البداية الحقيقية .
- ٤ . تصاعد المشاغبة .
- ٥ . وجود العديد من الآثار وأسوأها أن ينتهي بمأساة .

جدول (٦): مراحل التنمر

المشاهد	الضحية	المتنمر	المراحل الخمسة
<ul style="list-style-type: none"> <li>- الاستقرار في المدرسة</li> <li>- يعطي مؤشرات على أنه ليس عرضة للمشاهدة</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- الاستقرار وعدم إدراك أنه هدف</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- معرفة ديناميات الفصل وتحديد الضحايا المحتملين</li> </ul>	<p>المرحلة الأولى المراقبة والانتظار</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- يشعر بعدم الارتياح وربما ينسحب أو يدعم المتنمر</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- لا يتعامل مع العمل البسيط بشكل جيد</li> <li>- يشعر بالحرج وعدم الارتياح</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- أعمال تنمر بسيطة</li> <li>- ضمان الدعم من الآخرين</li> </ul>	<p>المرحلة الثانية المنافسات</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- يشعر بالعجز والذنب</li> <li>- يشعر بالمسئولية لعدم التدخل</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- يشعر بقلّة الخيلة</li> <li>- يقول إنهم يرحون فقط</li> <li>- يقول ربما يتركوني وشأني</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- يصبح التنمر جدياً</li> <li>- يتم التقليل من شأن الضحية</li> </ul>	<p>المرحلة الثالثة البداية الحقيقية</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- يشعر بأن التنمر جزء من الحياة من الأفضل أن تحمي نفسك أولاً</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- شعور متزايد باليأس وانخفاض تقدير الذات</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- يصبح التنمر أسوأ ويتم اصطيد الضحية خارج المدرسة</li> <li>- لا يتوقف المتنمرون</li> </ul>	<p>المرحلة الرابعة تصاعد التنمر</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- في المجتمع أفراد بلا سلطة</li> <li>- أعنتي بنفسك أولاً</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- العالم هو مكان مرعب وغير آمن</li> <li>- استجابة بالغة لمحاولة الانتحار</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- يمتد التنمر إلى العالم الأوسع</li> <li>- ينتهي الأمر بالتنمر إلى السجن</li> </ul>	<p>المرحلة الخامسة رسوخ التنمر</p>

(Keith, et al., 2004: 24)

## العوامل الكامنة وراء وقوع الأطفال ضحايا للتنمر:

تعددت الأسباب والعوامل التي تسهم بشكل أو بآخر في وقوع الأطفال ضحايا للتنمر من قبل الآخرين ويمكن إجمال هذه العوامل في:

### - العوامل النفسية:

حيث يشير (حسين، ٢٠٠٧) إلى أن سلوكيات الطفل الضحية وسماته هي المسؤولة عن وقوعه كضحية سهلة في يد الطفل المتنمر وأن الضحية هو الذي يجعل بعض رفاقه يمارسون سلوك التنمر ضده بصورة متكررة بمعنى أنه قد اعتاد أن يكون دائماً هو الضحية ولم يقم بأدنى جهد لتغيير ذلك الموقف ويشير هيريجويان إلى أنه لا معنى للقول بأن الضحية متواطئة مع المعتدي طالما أنها تفتقر للوسائل النفسية كي تتصرف بشكل مختلف بسبب التسلط التي تعرضت له فهي مشلولة وحقيقة أنها شاركت في العملية بصورة سلبية لا يقلل أبداً من كونها ضحية بل ينظر إليها على أنها ضعيفة طالما أنه لا يمكن النظر إليها على أنها بريئة. (هيريجويان، ٢٠٠٦: ١٢٧-١٢٩)

كما توصلت نتائج دراسة برنستين واطسن (Bernstein & Watson, 1997) إلى أن الطفل الضحية لديه بعض السمات المختلفة عن باقي الأطفال كما أن لديه العديد من المشكلات السلوكية وهناك خصائص نفسية تتسم بها الضحية تدفع المتنمر للاعتداء على الضحية وبشكل مستمر فالضحية خاصة في الأعمار الصغيرة عندما يهاجمها الآخرون فانها تستجيب بالبكاء وتميل إلى الانسحاب والاستسلام والخضوع وتجنب الصراع. (Fox & Houlton, 2005:324)

وهذا ما تراه المؤلفة أن كتمان الضحية وعدم إفصاحها لحدوث سلوك التنمر واستسلامها وموقفها السلبي يغزز موقف المتنمر ورغبته في السيطرة على من هم أضعف منه وأقل قوة كما يبدو أن اتسام الطفل بالقلق من الأسباب الرئيسية وراء وقوعه ضحية للتنمر حيث يبدو الطفل قلقاً ومن ثم تؤثر هذه السمة على صحته النفسية وعلى استمتاعه

بالحياة ويجعله بعيداً عن الأطفال غير متفاعل معهم ومن ثم يقع ضحية للتنمر وقد تزداد حدة القلق لديهم حيث يتتابهم القلق باستمرار من أن يلحقهم الأذى من المتنمرين وما أشكال التنمر الذي سيتلقونه وكيف ستكون شدته المرات القادمة وأين سيكون مما يجعلهم قلقين من الأيام المقبلة وتجنب الذهاب إلى أماكن متعددة قد يتلقون فيها نوعاً ما من التنمر .

وترى سناري أنه عندما يتسم الطفل بالوحدة النفسية ويعزل نفسه عن الآخرين كل هذه الأمور مجتمعة تجعله وحيداً منعزلاً عن الأصدقاء ولا يستطيع تكوين صداقات مما يجعله أكثر استهدافاً من المتنمرين عن غيره من الأطفال لاحتساس المتنمر أن هذا الطفل وحيداً يفتقر إلى المساندة من الأصدقاء فمن السهل إيذائه بطرق مختلفة (سناري، ٢٠١٠: ١٥٩).

وتشير أغلب نتائج الدراسات إلى أن ضحايا التنمر يعانون من تقدير منخفض للذات مقارنة بالعاديين

(Kokkinos & Panayitotu, 2004), (Olweus, 1993) & (line, Rejean, Francine, & Philippe, 2001)

فالأطفال ذوو التقدير المنخفض يشعرون بأنهم غير مؤهلين وغير أكفاء في إنجاز المهام والمتطلبات الموكلة إليهم ويصدرون تعليقات وعبارات تدل على وصف أنفسهم بعدم الفائدة أو عدم القيمة ويشعرون بالعجز والنقص والتشاؤم وتبدو الأشياء بالنسبة لهم وكأنها تسير دائماً بشكل خاطئ، وغالباً ما يشعرون بالخوف ويصفون أنفسهم بصفات مثل (سيء وعاجز) ويتعاملون مع الإحباط والغضب بطريقة غير مناسبة إذا يتوجهون بسلوك انتقامي نحو الآخرين أو نحو أنفسهم وغير واثقين من صفاتهم الذاتية ويكونون اعتماديين ومتشائمين وشكاكين وقلقين وغير واقعيين ولا يقبلون المساعدة من الآخرين (طنوس والحوالده، ٢٠١٤ : ٤٢٣)

وهذه الخصائص يمكن أن تعزز سلوك التنمر وتزيد من استمرار حدوثه وقد أشارت نتائج دراسة (Amie & Thomas, 2002:66) إلى أن ضحايا التنمر في الذكور أكثر من الإناث وكذلك البنات أكثر قلقاً وأقل ثقة بأنفسهنّ وأقل احتراماً وتقديراً لذواتهنّ من الذكور ضحايا التنمر .

وقد بحث ماكينني وآخرون

(McKinney, Pepler, Craig, & Connolly 2006:253) العلاقة بين

التنمر وبين التوافق النفسي وقد توصلت نتائج الدراسة إلى أن الطفل الضحية الذي يتعرض للتنمر بصورة دائمة ومتكررة من قبل الأقران يزداد فقدانه للقوة وعدم القدرة على الدفاع عن نفسه ومن ثم يكون غير قادر على إخراج نفسه من علاقة التنمر الخاصة بالأقران لأنه يفقد القدرة على تغير الديناميات اللازمة لوضع نهاية لهذا السلوك العدوانى .

وقد اتفقت نتائج دراسات كل من (Herba (Howker & Boulton, 2000),

et al., 2008), (Klomek, Marrocco, Kleinman, Schonfeld, & Gould, 2007),

& (Smith ((Kolmek, et al., 2009), (OLweus, 1994), (Roland 2002)

1997)

على أنه من الآثار النفسية الخطيرة التي تظهر على الأطفال ضحايا التنمر انخفاض

تقدير الذات، والاكتئاب، والشعور بالوحدة والقلق، والتفكير في الانتحار .

#### - العوامل الأسرية والاجتماعية :

للحياة الأسرية دور كبير في سلوك التنمر فكل من المتنمرين وضحاياهم يواجهون

مشكلات مع أسرهم (Unnever, 2005:158) ولذلك فإن إساءة معاملة الآباء للأبناء

والإهلاك الجسدي والنفسي والإساءة النفسية والحرمان من الحب والعطف والحنان وعدم

الاهتمام برعايتهم يتسبب في تورطهم في سلوك التنمر (الخولي، ٢٠٠٤ : ٣٣٤) .

كما أظهرت نتائج التحليل الإكلينيكي لدراسة (Akiba, 2004:216) معاناة التلاميذ ضحايا التنمر من التفكك الأسري وسوء المعاملة والإهمال. وقد توصلت دراسة (Suzanne, 2006) إلى أن غياب الدعم يمثل أحد العوامل المسهمة في كون الطفل ضحية للتنمر ولأقرانه وأوضحت أن الدعم الوالدي يتحقق من خلال أساليب المعاملة الوالدية (كالدفع، الرعاية، المساواة، القبول) وكان من بين نتائج الدراسة أن التهديد بالرفض من جانب الأم كان من أقوى العوامل إسهاماً في كون الطفل ضحية للتنمر من أقرانه وأن الدعم الأبوي كان ذا أهمية أكثر وضوحاً مع الفتيات ضحايا التنمر.

وقد فسر كل من بيرن وهورنينج (Perren & Horning; 2005:58) أن الحماية الزائدة للطفل والقلق المرتفع مرتبطان بتعرض الطفل لخطر أن يصبح ضحية في المدرسة وأن هذه السلوكيات من قبل الوالدين تحول الأطفال إلى سلبيين وفاقدين للنشاط ومطيعين وخاضعين وغير قادرين على إدارة أمورهم وعندها يصبح الطفل هدفاً سهلاً لمن يريد التنمر به.

وأيضاً اتباع الأمهات لأسلوب الحماية الزائدة لأبنائهن جعل أبنائهن يقعون ضحية للتنمر والعدوان من أطفال المدرسة (Georgiou, 2008:121).

وتشير نتائج دراسة ستيليونز (Stelions, 2008) إلى أن الأمهات المكتئبات يعززن سلوكيات الضحية لأنهن غير قادرات على مساعدة الطفل على مواجهة هجوم المتنمرين والمعتدين عليهم من الأطفال الآخرين أما آباء هؤلاء الأطفال فهم يظهرون سلوكيات أكثر عدائية تجاه أولادهم مثل التسلط والإهمال والتذبذب (الخولي، ٢٠٠٤).

وتشير نتائج دراسة (Bidwell, 1997) إلى دور بعض العوامل الأسرية في سلوك التنمر إذ إن بعض الأطفال المتنمرين في مدارسهم في الواقع ضحايا في منازلهم وينحدرون من أسر تعاني صعوبات في العلاقة بين الأب والطفل وخصائص الأسرة

وحجمها والعنف الأسري ومتغيرات أخرى فكلما زاد عدد أفراد الأسرة كلما زاد احتمال حدوث العنف تجاه أطفالها فالازدحام يزيد من خطورة تعرض الأطفال للإساءة والتنمر كما أن البيئة الأسرية غير المستقرة انفعاليًا قد تؤدي إلى إساءة وإهمال الأطفال .

كما أن انخفاض المستوى الاقتصادي والاجتماعي للأسرة من شأنه أن يزيد من حدة المشكلة فالأطفال الذين ينحدرون من أسر ذات دخل منخفض يحتمل أن يعانون من سوء النمو وسوء المعاملة مقارنة بالأطفال الذين ينحدرون من أسر ذات دخل مرتفع فالضغوط الاقتصادية والاجتماعية التي يعانيها الآباء تؤدي إلى إساءة معاملة الأطفال وتعرضهم للتنمر . (حسين، ٢٠٠٧ : ٢٢٠ - ٢٢٣)

حيث يشير (البناء، ٢٠٠٨ : ١٤١) إلى أن الآباء يحتاجون مساعدة الآخرين لإدراك أن سلوكهم قد يساهم في إحداث مشكلات لأبنائهم وحتى يفهموا كيفية إسهم سمات شخصية الابن وإدراكه لأساليبهم في معاملته في جعل الطفل عرضة للتنمر من الآخرين .

#### - العوامل المدرسية :

يرى فريق من الباحثين أن " سلوك التنمر " ما هو إلا وصف لجميع المشكلات التي تحدث بين تلاميذ المدارس والتي يمارسها أحدهم ضد الآخر " الضحية " قليل الحيلة والذي لا يقوى على المواجهة أو الدفاع عن نفسه (Hodges & Perry, 1996: 25).

حيث اتفق كل من (Olweus, 1994),(Herba, et al., 2008),

(Bowes,Arseneault,Maughan,Taylor,Gaspi,&Moffitt,2009

& (Salmivalli, 2010) ) على أن للتنمر ثلاث خصائص أساسية هي أنه :

- ١ . مقصود: فالمتنمر يتعمد إيذاء شخص ما .
- ٢ . متكرر: أي أن المتنمر غالبًا ما يستهدف إيذاء نفس الضحية عدة مرات .
- ٣ . عادة ما يحتوي على عدم توازن القوى: أي أن المتنمر يختار الضحية الأقل منه قوة .

وقد تؤثر البيئة المدرسية على ظهور ضحايا وخاصة في المدارس الكبيرة وتلك التي يديرها مدير يفقد الفاعلية والتي تفتقد إلى النظام والانضباط إذ تشكل مثل هذه البيئة تعزيزاً لسلوك المتنمر وفيما يتعلق بالتحصيل الدراسي أظهرت النتائج ضعف المستوى التحصيلي للمتمنرين وضحاياهم (Mynard & Joselth, 1997: 47).

إن تجاهل إدارة المدرسة وأفرادها لسلوك المتنمر يشجع التلاميذ على إيذاء الآخرين ومضايقتهم والتنمر عليهم كما أن التنمر ينمو في المناخ الذي يتلقى فيه التلاميذ تغذية راجعة سلبية وإهمالاً بالمقارنة بالمناخ الإيجابي الذي يشجع على الاحترام ويضع معايير ضابطة للسلوك بين الأشخاص (Cohn & Canter, 2003).

كما أن الأطفال ضحية التنمر يعانون من عواقب قصيرة المدى وطويلة المدى أما عن العواقب قصيرة المدى حيث يكون الضحية مصاباً جسدياً ولديه أسنان مكسورة، فقدان الثقة بالأصدقاء وقدرتهم على حمايته وتأييده (الشعور بالراحة عند نهاية الإسبوع والإجازات المدرسية، الغضب في المدرسة والمدرسين لعدم منعهم التنمر عليه أما عن العواقب طويلة المدى فتمثل في التمسك بالأفكار السلبية عن النفس، التشاؤم المفرط، القلق الاجتماعي، العزلة و تزايد الرغبة في الانتحار كما يؤثر التنمر على الضحية حيث يقوم هؤلاء الضحايا بالتمارض حتى لا يذهبون إلى المدرسة كما أنهم مشغولون عن متابعة الدروس داخل الفصل في التفكير في كيفية تجنب التنمر. Children's Resource National (Center, 2002)

ويؤكد بدويل (Bidwell, 1997) على أن التنمر يحدث داخل المدرسة وخارجها إلا أن الذي يقع داخل المدرسة أكثر، وتشكل الساحة المدرسية أكثر الأماكن التي يشيع فيها التنمر كما يحدث التنمر في الممرات ودورات المياه وفي الغرفة الصفية وفسحة المدرسة وفي انتظار الحافلات أو داخل حافلة المدرسة ويختار المتمنرون ضحاياهم من طلبة يقاربونهم في العمر أو أصغر منهم سنّاً.

بالإضافة إلى ذلك فهناك عوامل أخرى تزيد من حدة التنمر وارتفاع عدد الضحايا داخل المدرسة من قبيل ارتفاع كثافة أعداد الطلاب داخل حجرة الدراسة، المبنى المدرسي المتهالك، والإجراءات التي تستخدمها المدرسة في مواجهة مثل هذه السلوكيات من عدم الإنصاف من قبل إدارة المدرسة. (شوقي، ١٩٩٩ : ٦٠)

فعدم وجود قوانين واضحة للسلوك داخل بعض المدارس وغياب رقابة الإدارة المدرسية على سلوك الطلاب يزيد من سلوك التنمر فى المدرسة وبالتالي يزداد عدد الضحايا. (Sarazen, 2002).

كما أن المعلم قد يلعب دوراً في نشر ثقافة التنمر داخل المدرسة وخاصة داخل الحجرة الصفية ويظهر ذلك من خلال الأنماط السلوكية الخاصة بالمعلم والتي قد تشجع سلوك التنمر كالتغافل عن معاناة الضحية وما تشعر به من ألم إزاء هذا السلوك والذي قد يستمر مستقبلاً.

فقد حدد (حسين، ٢٠٠٧ : ٩٢ - ٩٩) بعض الأنماط السلوكية للمعلم المشجع لثقافة التنمر داخل حجرة الدراسة في الآتي :

أ. المعلم المتسلط : حيث يعتمد هذا المعلم بعض السلوكيات المستبدة والمبنية على نفس نموذج السلطة الخاصة بالتنمر ويعتقد أن العدوان والغضب، والقوانين، والتهديدات ستخدم هذا السلوك.

ب. المعلم النرجسي : ويتمثل إسهام هذا المعلم فى أساليب السخرية والتعليقات المحرجة التي يستخدمها مع بعض الطلاب داخل حجرة الدراسة.

ج. المعلم النشط المشاغب : والذي يستخدم السلوك الإكراهي والسخرية من الطلاب والتقليل من شأنه ومشاغبته ويعمل هذا المعلم بسلوكياته على إظهار الطالب كبش الفداء بل جعل شخص ما ضحيه.

د . المعلم غير المبالي : وهذا النمط من المعلمين ليس لديه رضا وظيفياً ويستخدم السخرية كأسلوب للسيطرة .

ه . المعلم المتساهل : وهذا النوع من المعلمين يسمح بحدوث التنمر من خلال اللامبالاة ونقص الملاحظة وعدم الإنتباه إلى سلوك الطالب .

وقد أشار " أيلتون " إلى أن ضعف المناخ المدرسى وعلاقة المعلم بالتلاميذ قد يؤدي إلى التنمر وله تأثير سالب على التحصيل الدراسي (أبوالديار ، ٢٠١٢ : ٨٤)

ويرى لوند وفرسن (Lund &Frisen, 2011:311) أن الطفل ضحية التنمر قد يرفض الذهاب إلى المدرسة باعتبارها بيئة مهددة لأمنه النفسى ولشعوره بالدونية والنقص والوحدة النفسية والاكئاب .

ومما سبق ترى المؤلفة بأن هناك عوامل تساعد على تكوين الضحية والتي من خلالها تتشكل حالته الصحية والنفسية فمنها ما هو نفسى حيث أن الضحايا غالباً ما يكون لديهم أحاسيس مثل الخجل والقلق والشعور بالنقص وإنخفاض تقدير الذات والاكئاب ومنها أيضاً عوامل أسرية وعوامل مدرسية .

**النظريات التى فسرت التنمر :**

### **النظرية التحليل النفسى : Psycho analysis Theories**

لقد تباينت النظريات فى تفسير سلوك التنمر فترى النظرية التحليلية أنه تحقيق اللذة عن طريق تعذيب الآخرين وعقابهم والتصدى لهم كى لا ينجحوا .

ويرى فرويد أن عدوان الفرد على ذاته أو الآخرين هو تنفيس للطاقة العدوانية الكامنة لديه والتي لا تهدأ إلا من خلال الاعتداء على الغير بالضرب أو الإيذاء لذا فإن هذا السلوك من وجهة نظر فرويد هو سلوك فطرى أما هورنى فترى أنه دافع مكتسب يحاول به الإنسان حماية أمنة فالطفل الذى يعانى من القلق وعدم الأمن ينمى أساليب مختلفة لمواجهة شعوره بالعزلة فقد يصبح عدوانيا يتجه للإنتقام من الذين أساؤا معاملته أو يستخدم

التهديدات ليرغم الآخرين على حبه وقد يعمل على تحقيق القوة والسيطرة على الآخرين وبهذه الطريقة يعوض إحساسه بالعجز ويجد منفساً مبرراً للعدوان ويستطيع إستغلال الآخرين (قطامي و الصرايرة، ٢٠٠٩ : ٨٦).

### النظرية الفيسيولوجية : Physiological theory

يرى ممثلوا هذا الإتجاه أن سلوك المتنمر يظهر بدرجة أكبر عند الأفراد الذين لديهم تلف فى الجهاز العصبى ويرى فريق آخر بأن هذا السلوك ناتج عن هرمون التستوستيرون Testosterone حيث وجدت الدراسات بأنه كلما زادت نسبة هذا الهرمون فى الدم كلما زادت نسبة السلوك العدوانى كما يرى فريق آخر أن سلوك التنمر ينتج عن بعض الأسباب الجسمية وخاصة منطقة الفص الجبهى فى المخ منطقة الأميجدالا Amygdala وهذه المنطقه مسؤولة عن السلوك العدوانى عند الطفل حيث أن استئصال بعض الوصلات العصبية فى هذه المنطقة عن المخ أدى إلى خفض السلوك العدوانى .

حيث يؤكد أصحاب هذه النظرية على وجود بعض الهرمونات التى لها تاثير على الدافعية نحو العنف لذلك نجد أن التلاميذ المتنمرين يتصفون بالقوة الجسمية عن الضحايا مما يجعل لدى هؤلاء التلاميذ المتنمرين استعدادات وراثية تجعلهم يميلون إلى سلوك التنمر والاعتداء على أقرانهم (الدسوقى ، ٢٠١٦ : ٢٤-٢٥).

### نظرية التعلم الاجتماعى : Sociable learning theory

ترى هذه النظرية أن الإنسان كائن اجتماعى يتأثر بإتجاهات ومشاعر وسلوك الآخرين بمعنى أنه يستطيع أن يتعلم منهم عن طرق ملاحظة استجاباتهم وتقليدها وبذلك فإن سلوك التنمر يعد سلوكاً اجتماعياً يتعلمه الفرد من خلال ملاحظته نماذج التنمر عند والديهم أو إخوانهم أو معلمهم ورفاقهم وحتى النماذج التليفزيونية أو من خلال تعزيز المحيطين به لهذا السلوك مما يؤدي إلى تكراره إذ يرى الفرد المتنمر أن سلوكه يحقق له المكاسب والتعزيز البديل وهو الذى يشير إلى ملاحظة سلوك الآخرين الذى تم تعزيزه أو

عقابه والذي يدفع الفرد الملاحظ إلى تقليده فإثابه سلوك النموذج يؤدي إلى ميل لهذا السلوك بينما عقابه يجعله يكف عنه ويمتنع عن تقليده وبالتالي يمكن تفسير سلوك المتنمر في ضوء هذه النظرية بأنه سلوك متعلم وأن الطفل يتعلم الإستجابة التنمرية من خلال الملاحظة والتقليد من خلال تقويم هذه الإستجابة بوصفها استجابة فعالة (العادل، ٢٠٠٤ : ٢٦٧).

### النظرية السلوكية : Behavioral theory

أسس هذه النظرية جون واطسن (1878 – 1958) و Watson والسلوك من وجهة نظر أصحاب هذه النظرية لا يعتمد على المشاعر والخبرات الداخلية بل على السلوك الخارجى الظاهر الذى يقوم على أساس المثيرات والإستجابات وما يقوم به الكائن الحى من نشاط ظاهر يمكن ملاحظته والعدوان شأنه شأن أى سلوك يمكن إكتشافه وتعديله وفقاً لقوانين التعلم فإن السلوك بأكمله متعلم من البيئة ومن ثم فإن سلوك التنمر قابل للتكرار إذا ارتبط بالتعزيز فإذا ضرب طفل آخر وحصل على ما يريد فإنه يكرر هذا السلوك مرة أخرى كى يحقق هدفه وقد يحصل المتنمر أيضاً على هذا التعزيز من خلال الأذى الذى يلحقه بالضحية بمعنى أنه عندما يعتدى المتنمر على الضحية ويميل الضحية للبكاء وخاصة فى المدرسة الابتدائية فإن ذلك يعزز من سلوك المتنمر تعريزاً ايجابياً فيكرر المتنمر هذا السلوك مرة أخرى ، ولكن إذا رد الضحية وانتقم من المتنمر وهذا نادراً ما يحدث فإن ذلك يعزز سلوك المتنمر تعريزاً سلبياً . (الدسوقى ، ٢٠١٦ : ٢٣)

وتبنى المؤلفة فى هذه الدراسة الحالية نظرية " التعلم الاجتماعى " حيث تفسر هذه النظرية سلوك التنمر بأنه سلوك متعلم وأن الطفل يتعلم الاستجابة التنمرية من خلال الملاحظة والتقليد وهذا ما يميز المرحلة العمرية للأطفال فى الدراسة الحالية حيث أنه فى هذه المرحلة يتأثر الطفل باتجاهات ومشاعر وسلوك الآخرين عن طريق ملاحظته لنماذج التنمر عند والديهم أو معلمهم أو رفاقهم أيضاً متابعة النماذج التلفزيونية وتقليدها، فإثابة

سلوك المتنمر يؤدي إلى ميل لهذا السلوك وتكراره خاصة إذا كان هذا السلوك يحقق له المكاسب بينما عقابه يجعله يكف عنه ويمتنع عن تقليده .

### العلاقة بين التنمر واضطراب ما بعد الصدمة :

تحدث الصدمة عندما يتنبه الضحايا لحدوث التنمر أو أن أشخاصاً من الخارج قد أشاروا لهم إلى خضوعهم وتسامحهم إزاء نقص الاحترام لذاتهم فيجدون أنفسهم ضائعين ومجروحين وتأتي قوة الصدمة من تأثير المفاجأة وعدم التهيؤ لها كنتيجة للتنمر وأثناء الصدمة الانفعالية يختلط الألم أو الجزع ، الكسر الشديد ، انهيار ويشعرون دوماً بنفس شعور الخديعة والغش ويكتشفون بوقت متأخر أنهم ضحايا فالغضب لا يحصل إلا بعد مدة طويلة وغالبا ما يكون غضباً مراقباً وبالتالي عديم الفاعلية فقد لا يستطيع الضحايا أن يتخلصوا من التنمر ويحدث أن تتوقف الحياة عند هذه الصدمة ويذكر " كروك " المتخصص في علم الضحية أن الذين تعرضوا للتهديد والتحرش والعنف والتشهير هم ضحايا نفسيون وقد يطورون أعراض ما بعد الصدمة(هيريجويان ، ٢٠٠٦ : ١٤٧- ١٥٤) .

وقد أشارت نتائج دراسة أديسو وديروجرروف ( Idsoe,Dyregrove ، 2012:906) أنه إذا تعرض التلاميذ لمشاهدة أحداثاً شملت الموت الفعلي أو الإصابة الخطيرة أو التهديد للسلامة الجسمية والنفسية لهم أو للآخرين فإن الاستجابة تكون على هيئة الخوف الشديد والعجز والرعب ، علاوة على ذلك تحدث هذه الأعراض في غضون ثلاث مجموعات :

١- الحدث الصادم

٢- التجنب المستمر

٣- المحفزات المرتبطة مع الصدمة والذهول .

وأن أعراض ما بعد الصدمة تحدث رداً على الضغوطات المستمرة التي تحدث إثر التعرض المستمر للتممر خاصة لو استمرت الأعراض لأكثر من أربعة أسابيع بعد الحدث الصادم (التعرض للتممر).

إنه ليس من المعتاد الحديث عن اضطراب ما بعد الصدمة في شأن ضحايا التمرر ولم تكن هناك بحوث تركز على العلاقة بينهما وكان كل ما نشر خلال السنوات العشر الماضية وتم العثور على القليل من هذه الدراسات مثل: (Guy & Guy, 2008), (Carney, 2007) (Kinchin, 2005) & (Burrill, 2005), (McLaughlin, Laus, & Pescara, 2006), (2007) وقد حددت نتائج دراسة بينج وآخرون

(Pennig, Bahagwanjee, & Govender, 2010:134) أن التمرر يعد واحداً من أنواع الضغوطات التي يمكن أن تؤدي إلى الصدمة وأشارت أيضاً إلى أن تأثير التجارب المؤلمة الجارية أو المتكررة على الأطفال يؤدي إلى خبرات متعددة الأوجه بما في ذلك القلق والاكتئاب وتوتر ما بعد الصدمة والتفكك والغضب وأن العلاقة بين الصدمة والتمرر لم تعالج بشكل كافٍ حيث يمكن القول أن هذا يرجع إلى صعوبة في تشخيص معايير اضطراب ما بعد الصدمة حيث إن حوادث التمرر لا تسفر عن وفاة أو إصابة خطيرة إنما هي تهديد خطير مادي لسلامة النفس والآخرين ولا يمكن اكتشافها بسهولة.

كما ذكرت نتائج دراسة ريفرز (Rivers, 2004:171) إلى أن أعراض اضطراب ما بعد الصدمة ترتبط بالتمرر في المدارس فقد أفاد حوالي ٢٥٪ من التلاميذ أنهم يعانون من ذكريات مؤلمة اقتحامية وكوابيس بسبب وقوع التمرر عليهم حتى بعد تركهم للمدرسة.

هذا وقد انتقد كاي (Kay, 2005) عدم التحقق المنهجي من تأثير الصدمة في التمرر أو احتمال وقوع المشاكل النفسية مثل تطوير أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، وقد دعى للتوسع في مجموعة متنوعة من الأحداث التي يمكن أن تعتبر صدمة في حياة الأطفال حيث ذكر أن DSM-IV يعترف بأن PTSD يمكن أن تتطور عند الأطفال وتؤثر على

حياتهم اليومية فقد جعل كاي إدراج التنمر في المدارس قضية مهمة باعتباره من الضغوط المؤكدة التي تعجل بحدوث اضطراب ما بعد الصدمة .

ويشير كلٌ من ديبينجر وآخرون (Deblinger,Lipmann,&Steer,1996)

وكينج وآخرون (King,Tonge,&Mullen , 2000) وبيلت وآخرون

(Billette,Guay,&March , 2008) إلى أن تعرض الطفل للتنمر الجنسي

يشكل صدمة له ويجعله يعاني من أعراض اضطرابات ما بعد الصدمة وما يصاحبها من علامات مثل عدم الشعور بالأمن والثقة بالآخرين والزعر والتهديد وتجنب الأماكن والأشخاص الذين ارتبطوا بخبرة الإساءة لديه ورفض الذهاب إلى المدرسة أو النزول للشارع بالإضافة إلى شكاوى جسدية عامة وإضافة لما سبق فقد وجد أن الإناث أعلى من الذكور في كل من الأفكار والصور الذهنية المؤلمة وتكرار معايشة الحدث والانزعاج في كل ما يذكرّ بالموقف المؤلم وتجنب الأفكار والمشاعر المتعلقة بالأزمة وسرعة الفزع والآلام الجسدية .

وتلخص المؤلفة إلى أنه يجب القاء الضوء على اضطراب ما بعد الصدمة فى شأن

ضحايا التنمر حيث أن حوادث التنمر قد لا تسفر عن وفاة أو إصابة خطيرة بل إنما هى تهديد لسلامة النفس والآخرين ولا يمكن اكتشافها بسهولة ولكن كثرة التعرض المستمر لضغوطات التنمر مثل العنف والتهديد والتحرش والتشهير والتي يمكن أن تؤدى بدورها إلى صدمة انفعالية والتي يمكن أن تتطور أعراضها إلى عدم الشعور بالأمان والخوف والقلق المستمر والتوتر وتجنب الأشخاص والانعزال التام وهذا يؤثر بدوره على ممارسة الحياة اليومية الطبيعية للأطفال وانخفاض التحصيل الدراسى وعلى المستوى الإجتماعى والنفسى أيضاً .

## الفصل الثاني الدراسات السابقة

- أولاً : دراسات تناولت العلاقة بين الأليكسيثيميا واضطراب ما بعد الصدمة.
- ثانياً : دراسات تناولت العلاقة بين اضطراب ما بعد الصدمة والتنم.
- ثالثاً : دراسات تناولت العلاقة بين الأليكسيثيميا و التنم.
- تعليق عام على الدراسات والبحوث السابقة.
- فروض الدراسة.



## تمهيد:

هذا الفصل يتناول عرضاً وتحليلاً للدراسات السابقة والبحوث المرتبطة بموضوع الكتاب الحالي ويتم عرضها مرتبة زمنياً من الأحدث إلى الأقدم وقد تم تقسيمها إلى ثلاث محاور رئيسية كما يلي:

- أولاً: دراسات تناولت العلاقة بين الأليكسيثيميا واضطراب ما بعد الصدمة .
- ثانياً: دراسات تناولت العلاقة بين اضطراب ما بعد الصدمة والتنمر .
- ثالثاً: دراسات تناولت العلاقة بين الأليكسيثيميا والتنمر .
- أولاً: دراسات تناولت العلاقة بين الأليكسيثيميا واضطراب ما بعد الصدمة:-.

### • دراسة: جالسمر وآخرون

(Galsmer, Franz, Eichhorn, Brahler, & Fridrich, 2014)

وهدفت إلى الربط بين عدد من التجارب المؤلمة والأليكسيثيميا على عينة واسعة النطاق في ألمانيا لكي تستكشف الآثار المحتملة الحدوث من أعراض ما بعد الصدمة، ومن أدوات الدراسة مقياس تورنتو ٢٠ (TAS-20) ومقياس اضطراب ما بعد الصدمة (DSM-IV) وجرى تقييم التجارب المؤلمة مع قائمة الصدمة المقابلة ميونيخ التشخيصية الدولية المركبة، وبلغت العينة ٩٢٣ شخص من سكان ألمانيا حيث أشارت نتائج الدراسة إلى أن: ٢٠، ٢٤٪ تجارب مؤلمة، ٦، ١٠٪ صنفت على أنها أليكسيثيميا، ٤، ٢٪ مليئة بمعايير اضطراب ما بعد الصدمة. ووجود ارتباط دال بين عدد من التجارب المؤلمة والأليكسيثيميا واضطراب ما بعد الصدمة .

### • دراسة: بولونين وآخرون

(Polonen, Karukivi, Vahlberg, Filppu, & Saarijarvi, 2014)

وهدفت إلى البحث في العلاقة المحتملة بين الأليكسيثيميا واضطراب ما بعد الصدمة وما ينتج عنهم من قلق واكتئاب وكانت فترة المتابعة ٤ سنوات، ومن أدوات الدراسة

مقياس : الأليكسيثيميا(TAS-20)، اضطراب ما بعد الصدمة (DSM-IV)، بيك للاكتئاب (BDI)، وبلغت العينة ٣١٥ طفل، 256 من الإناث و٥٩ من الذكور، وقد أشارت نتائج الدراسة إلى أنه يوجد أعراض عديدة يمكن من خلالها معرفة الأطفال المصابين بالأليكسيثيميا خصوصاً عند تعرض مجموعة كبيرة منهم إلى اضطراب ما بعد الصدمة ومن هذه الأعراض الاكتئاب والقلق .

• **دراسة: كورديرو وآخرون(Cordero,et al., 2014)**

وهدفت إلى الكشف عن الأطفال المصابين بالأليكسيثيميا الذين تعرضوا لإضطراب ما بعد الصدمة وعلاقتها بحدّة السلوك لدي الأطفال المرضى ، وتم إستخدام مقياس الأليكسيثيميا (TAS-20) ومقياس اضطراب ما بعد الصدمة (DSM-IV) ، واشتملت العينة على ٥٦ طفل إبتداءً من عمر ١٢ شهر إلى ٤٢ شهر ، وقد أشارت نتائج الدراسة إلى أن الأليكسيثيميا هي صعوبة التعبير عن المشاعر وإنخفاض في معايير تقدير الذات والإستسلام للواقع المسبب خصوصاً عندما يتعرض الطفل لصدمة قوية تجعله يكتئب ويفصل نفسه عن الواقع تماما .

• **دراسة: كاستيللو(Castillo, 2013)**

وهدفت إلى فحص العلاقة بين الأليكسيثيميا وأعراض اضطراب ما بعد الصدمة ، ودور الاكتئاب في العلاقة بينهما، وذلك باستخدام البيانات المحفوظة من عيادة الطوارئ على المستوى الجامعي وكان المشاركون ٨٢ شخص منهم ٦٢ امرأة و ٢٠ رجلاً تراوح أعمارهم من ١٧ : ٥٩ سنة مع تاريخهم في الطفولة من الإعتداء الجسدي والنفسي وكانت أدوات الدراسة مقياس / الأليكسيثيميا (TAS-20) واضطراب ما بعد الصدمة (DSM-IV) وBeck للاكتئاب (BDI-11) ، وقد أشارت النتائج إلى أن الأليكسيثيميا وأعراض اضطراب ما بعد الصدمة والاكتئاب تتناسب عكسياً مع أنماط التعلق الآمن ،

وترتبط ارتباطاً إيجابياً مع أنماط التعلق الغير آمن وأيضاً توسط العلاقة بين الأليكسيثيميا وأعراض اضطراب ما بعد الصدمة .

• **دراسة: بالابان وآخرون (Balaban, et al., 2012)**

وهدفت إلى التحقيق من مدى انتشار الصداع النصفي واضطراب ما بعد الصدمة والأليكسيثيميا بين طلاب كلية الطب جامعة كمهوريت سيفاس في تركيا . وشملت العينة ٢٥٠ طالب وطالبة ومن أدوات الدراسة (TAS-20) لقياس الأليكسيثيميا (DSM- IV) ومقياس اضطراب ما بعد الصدمة و أظهرت النتائج ارتباط الصداع النصفي بالأليكسيثيميا والأعراض المصاحبة لها من اضطراب ما بعد الصدمة .

• **دراسة: بيزجن وآخرون**

**(Bezgin, Gulec, Altintas, Inanc, Koca, & Gulec, 2012)**

وهدفت إلى التحقيق في علاقة الاكتئاب والأليكسيثيميا وتأثير أنواع فرعية محددة من الصدمة على الأليكسيثيميا ، وتكونت العينة من ١٠٠ مريض مع اضطراب اكتئابى (MMD) وتم جمع البيانات على كل من المشاركين بما فى ذلك استبيان صدمات الطفولة (CTQ\_28) ومقياس الاكتئاب (HDRS) ومقياس الأليكسيثيميا (TAS-20) وقد أشارت نتائج الدراسة إلى أن الإيذاء الجسدى والإهمال العاطفى يتوقع ظهور لاحق من الأليكسيثيميا وأن سوء المعاملة العاطفية والإهمال العاطفى والشكاوى الجسدية الجارية يساهم في الإصابة بالأليكسيثيميا .

• **دراسة: جاريش وويلسون (Garish, & Wilson, 2010)**

وهدفت إلى وجود أوجه الضعف لإيذاء النفس بين الأطفال والمراهقين الذين يعانون من الأليكسيثيميا واضطراب ما بعد الصدمة وبلغت العينة ٣٢٥ طفل ، وشملت أدوات الدراسة مقياس (تورنتو ٢٠) و (DSM -IV) وقد أشارت النتائج إلى أن إيذاء النفس أقل ارتباطاً بالأليكسيثيميا واضطراب ما بعد الصدمة من الإساءة الجنسية عند الأطفال .

• **دراسة: بشارت محمد على** (Besharat, M, A, 2010)

وهدفت إلى البحث في العلاقة بين الأليكسيثيميا واضطراب ما بعد الصدمة وتأثيرهم على الطفل ، تم استخدام مقياس الأليكسيثيميا (TAS-20) وقد بلغت العينة ٣٤٦ طفل منهم ١٥٦ من الذكور و١٩٠ من الإناث، وقد أشارت النتائج إلى أن الطلاب المرتفعي الأليكسيثيميا قد سجلوا ارتفاع أعلى بكثير من الطلاب منخفضي الأليكسيثيميا على عاطفة التكيف والمشاكل الشخصية، والطلاب منخفضي الأليكسيثيميا قد سجلوا ارتفاع أعلى بكثير من الطلاب مرتفعي الأليكسيثيميا على التكيف لأداء مهام محددة والقدرة على التأقلم وإقامة العلاقات الشخصية . وأن الأطفال الذين يصابون باضطراب ما بعد الصدمة وما ينتج عنه من الأليكسيثيميا يكونون منعزلين عن الواقع وعن زملائهم وفي كلتا الحالتين يكون الطفل غير كفؤ في المدرسة ويتدني مستواه في الفصل .

• **دراسة: مكليان وآخرون**

( Mclean, Toner, Jackson, Desrocher, & Stuckless, 2008 )

وهدفت إلى رصد العلاقة بين متغيرات الصدمات النفسية واضطراب ما بعد الصدمة مع الأليكسيثيميا ، وإشتملت العينة على ٧٠ امرأة تمت الإساءة الجنسية لهن مبكراً واستخدمت الدراسة مقياس الأليكسيثيميا (TAS- 20) وأظهرت النتائج وجود علاقة بين اضطراب ما بعد الصدمة والأليكسيثيميا ومعاناة كبيرة ومخاطر عديدة نتيجة للضعف المرتبط بالإساءة الجنسية المبكرة .

• **دراسة: زلوتنيك وزيميرمان** (Zlotnick & Zimmerman, 2001)

وهدفت إلى فحص قوة العلاقة الرابطة بين اضطراب ما بعد الصدمة والأليكسيثيميا وعلاقتهم بالأمراض النفسية الأخرى ، ومعرفة أي نوع من صدمات الطفولة يرتبط بالأليكسيثيميا فى الكبر ، وبلغت العينة ٢٥٢ طفل ، وشملت أدوات الدراسة مقياس (تورنتو ٢٠) لقياس الأليكسيثيميا و (DSM-IV) وهو مقياس اضطراب ما بعد الصدمة ومقياس اضطراب الشخصية الحدية ، وقد توصلت النتائج إلى أن اضطراب ما بعد

الصدمة واضطرابات الشخصية الحدية كانوا أكثر ارتباطاً بالدرجات المرتفعة بالأليكسيثيميا وأن هناك ارتباط دال بكل من: النبذ العاطفي والإهمال الجسدي بالأليكسيثيميا. **ثانياً: دراسات تناولت العلاقة بين اضطراب ما بعد الصدمة والتمنر:-**

• **دراسة: كيليهير وآخرون**

(Kelleher,Harley,Lynch,Rseneault,Fitzpatrick,&Cannon, 2014)

وهدفت إلى الربط بين التمنر واضطراب ما بعد الصدمة لدى عينة من المراهقين فى المدارس ، وقد تم استخدام مقياس التمنر (Olweus,1996) ومقياس اضطراب ما بعد الصدمة (DSM-IV) وقد بلغت العينة ٢١١ طفل الذين تتراوح أعمارهم ما بين ١٢-١٥ عاماً - وتوصلت النتائج إلى أنه قد أفاد ٦,٦٪ من الذين تمت مقابلتهم من الأطفال أنهم قد تعرضوا للعنف المنزلى ولسوء المعاملة الجسدية فى مرحلة الطفولة وأن صدمة الطفولة تزيد من خطر التجارب النفسية والعقلية.

• **دراسة: أيفانز وآخرون (Evans,Smokowski,&Cotter, 2014)**

هدفت إلى كيفية ارتباط التجارب المتراكمة من الإيذاء المؤلم وتحولها فى المستقبل إلى أعراض اضطراب ما بعد الصدمة على مدى فترة ثلاث سنوات مع الصحة العقلية والعلاقات الإجتماعية ، وقد تم استخدام مقياس التمنر (Olweus,1996)، ومقياس اضطراب ما بعد الصدمة (DSM-IV) وقد بلغت العينة ٢٢٤٦ من طلاب المدارس المتوسطة والثانوية ، وتوصلت النتائج إلى أن زيادة الإيذاء مرتبطة مع سلبية سير الصحة العقلية ، وأن عواقب التمنر تكون مثل علاقات إجتماعية ضعيفة - اكتئاب - قلق - وقد تجعل الطفل يصاب بأعراض اضطرابات ما بعد الصدمة بشكل مؤكد .

• **دراسة: خميس فيفيان (Khamis,V, 2014)**

وهدفت إلى التحقيق فى مدى انتشار التمنر (البلطجة) فى المدارس الكويتية وإلى أى مدى يمكن أن تكون الاختلافات فى التركيبة السكانية الاجتماعية للأطفال والأسرة والبيئة المدرسية واستراتيجيات المواجهة المسؤولة عن التباين فى التحصيل الدراسى واضطرابات

ما بعد الصدمة والعاطفية والسلوكية، وبلغت العينة ٦٦٥ طفل من الذكور والإناث، وقد تم استخدام مقياس اضطراب ما بعد الصدمة (DSM-IV) ومقياس التمر تورطوا في عملية التمر والإيذاء أكثر من المتمرين والضحايا بما في ذلك التمر اللفظي وانتشار الشائعات، وأن انتشار التمر كان أكثر بين الأولاد أكثر من البنات، كما أظهر الأطفال الذين تم التعرف عليهم على أنهم ضحايا التمر أنهم يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة مقارنة مع أولئك الذين لم يتم تحديد تورطهم في التمر، كما أثبتت الدراسة أن كلاً من المتمرين والضحايا هم معرضين لخطر صعوبات التكيف على المدى القصير والمدى الطويل بما في ذلك فرط النشاط والأعراض العاطفية ومشاكل السلوك وإيذاء الأقران.

#### • دراسة: كامين وآخرون (Kamen, et al, 2013)

وهدفت إلى التحقق من أعراض اضطراب ما بعد الصدمة خاصةً عند الأطفال الذين يتعرضون للتمر في المدرسة وفي خارجها ولا يبلغون الكبار عنها، وقد تم استخدام مقياس التمر (Olweus, 1996)، وبلغت العينة ٩١ طفل، وقد أشارت النتائج إلى أن الأطفال الذين يتعرضون للتمر يخشون الإبلاغ عن المتمرين ويفضلون الصمت مما يجعلهم بعد فترة يصابون باضطرابات ما بعد الصدمة وهناك عدة أعراض لذلك مثل الكبت والاكتئاب والقلق وإنفصال الطفل عن الواقع واللجوء لعالم الخيال.

#### • دراسة: أديسو وآخرون (Idsoe, et al., 2012)

وهدفت إلى إثبات أن المشاكل الناجمة عن التمر لا تتوقف بالضرورة عندما يتوقف الاعتداء على الضحايا، وبلغت العينة ٩٦٣ طفل في المدارس النرويجية حيث وجد نسبة عالية من أعراض اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) بين التلاميذ الضحايا، وشهدت هذه العلامات في ما يقرب من ٣٣٪ من المجيبين الذين قالوا أنهم ضحايا التمر، حيث ذكر Idsoe أن من أعراض اضطراب ما بعد الصدمة الذكريات الإقحامية وسلوك التجنب

بين التلاميذ، وقد أشارت نتائج هذه الدراسة إلى أن مثل هذه الأعراض يمكن أن تسبب صعوبات كبيرة في التركيز ويكون لها تأثيرها التخريبي وتمنع المصابين من العمل بشكل طبيعي في الحياة اليومية، فالتلاميذ الذين يعانون باستمرار من قبل الأفكار أو الصور حول التجارب المؤلمة والذين يستخدمون الكثير من الطاقة لقمعها سوف يكونوا بوضوح أقل قدرة على التركيز على الواجبات المدرسية وليس من السهل عادة اكتشافها فهم غالباً ما يعانون في صمت، وما أشارت إليه أيضاً نتائج الدراسة أن الفتيات هم أكثر عرضة لأعراض اضطراب ما بعد الصدمة عن الأولاد، وأنه من الممكن أن تكون التجارب الصعبة المؤلمة السابقة تجعل المصابين أكثر معاناة وبالتالي تتطور لديهم أعراض ومشاكل الصحة النفسية بسهولة أكبر.

#### • دراسة: ونسبر وآخرون

(Winsper, Lereya, Zanarini, & Wolke, 2012)

وهدفت إلى معرفة الرابط المحتمل بين ضحايا التنمر واضطراب ما بعد الصدمة وما ينتج عنه من أفكار إنتحارية و إلقاء الأذى بالنفس قبل سن المراهقة في المملكة المتحدة، إشمطت العينة على عدد ٦٠٣٤ طفل وطفلة من العام الرابع إلى العاشر. ومن أدوات الدراسة مقياس التنمر (Olweus, 1996) مقياس اضطراب ما بعد الصدمة (DSM IV)، وقد توصلت النتائج إلى أن الأطفال المشاركين في التنمر وخصوصاً ضحايا التنمر يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة ومعرضون لخطر متزايد لأفكار الإنتحار والسلوك المضر بالنفس في بداية المراهقة.

#### • دراسة: كلوفر وآخرون (Cluver, Bowes, & Gardner, 2010)

وهدفت إلى إجراء معاينة على أطفال جنوب أفريقيا تثبت أن التنمر من العوامل المستقلة والمساهمة في الإيذاء النفسي في المنزل أو المجتمع ومن أدوات الدراسة مقياس التنمر (Olweus, 1996)، ومقياس اضطراب ما بعد الصدمة (DSM IV) وقد كشفت نتائج الدراسة إلى أن هناك ٣٤٪ من الأطفال عرضة للتنمر، والأطفال الذين

يتنمرون على الآخرين لديهم نسبة أكبر من القلق النفسي - الاكتئاب - أفكار عن الإنتحار واضطراب ما بعد الصدمة، أما الاطفال الذين يتعرضون للتنمر يكونوا عرضة للإساءة الجسدية أو الجنسية ومن الممكن أيضاً التعرض للعنف المنزلي .

#### • دراسة: مونيوز وآخرون

(Munoz,Jimenez,Vergel,&Hernandez, 2010)

وهدفت إلى تقييم مدى انتشار وشدة اضطراب ما بعد الصدمة وأعراضه بين ضحايا التنمر . وبلغت العينة ١٨٣ فرد من ضحايا التنمر ومن أدوات الدراسة مقياس التنمر (Olweus,1996) ومقياس اضطراب ما بعد الصدمة (DSM IV) وأظهرت النتائج أن أعراض اضطراب ما بعد الصدمة أكثر انتشاراً بين الإناث بنسبة (٤٩٪) مقارنة بالذكور (٣٥٪) وأن ضحايا التنمر واضطراب ما بعد الصدمة يظهرون أفكار سلبية أكثر من غيرهم من العالم المحيط بهم ومن أنفسهم .

#### • دراسة : كامبيل وموريسون (Campbell,&Morrison, 2007)

وهدفت إلى الكشف عن العلاقة بين التعرض للتنمر وظهور أعراض اضطراب ما بعد الصدمة ومدى تأثيرها على التلاميذ في جعلهم يكتسبون وينزلون عن الواقع ، وقد تم استخدام مقياس التنمر (Olweus,1996) ومقياس اضطراب ما بعد الصدمة (DSM-IV) وقد بلغت العينة ٣٧٣ تلميذ تراوح أعمارهم بين ١٤ : ١٦ عاماً ، وتوصلت النتائج إلى أن التنمر مرتبطاً بأعراض اضطراب ما بعد الصدمة.

#### • دراسة: فينكيلهور وآخرون

(Finkelhor,Ormrod,&Turner, 2007)

وهدفت إلى إثبات أن الأطفال قد يتعرضون إلى أربعة أنواع أو أكثر من الإساءة النفسية من بينها التنمر ومن أدوات الدراسة مقياس التنمر (Olweus,1996) ، و (DSM IV) مقياس اضطراب ما بعد الصدمة وبلغت العينة ٢٠٣٠ طفل وتوصلت النتائج إلى أن الأطفال ضحايا التنمر عرضة لأضطراب ما بعد الصدمة وأن ضحايا التنمر أكثر عرضة

واستهدافاً للإساءة الجنسية من الأطفال الذين يتعرضون لنوبات متكررة من نفس النوع من الإيذاء .

• **دراسة: مينارد وآخرون** (Mynard, Joseph, & Alexander, 2000) وهدفت إلى التحقق من أن المراهقين الذين تعرضوا للتنمر في المدارس أصيبوا بأمراض نفسية أخرى ، وبلغت العينة ٣٣١ من طلاب الثانوية الإنجليزية وتم استخدام مقياس (Horowitz, Wilner, & Alvarez 1979) وتوصلت النتائج إلى درجات عالية في العينة الضحية وقلة العلاقات الإجتماعية والإعتقاد بأن السيطرة على الكذب مع الآخرين قوة، و أن إيذاء الأقران والتنمر يرتبط مع انخفاض تقدير الذات واضطرابات ما بعد الصدمة .

### **ثالثاً: دراسات تناولت العلاقة بين الأليكسيثيميا والتنمر :-**

#### • **دراسة: بيفلكو وآخرون**

( Bifulco, Schimmenti, Jacobs, Bunn, & Rusu, 2014)

وهدفت إلى فهم الآثار السلبية الناتجة عن التنمر على الصحة النفسية لدى الأطفال والمراهقين وعمق تأثير التنمر عليهم ، وقد بلغت العينة ١٦٠ طفل في المملكة المتحدة قبل سن ١٧ وقد تم استخدام مقياس الأليكسيثيميا (TAS-20) ومقياس التنمر (Olweus, 1996) ، وقد توصلت النتائج إلى إهمال الوالدين وسوء المعاملة وعدم كفاية الإشراف، وتعلق الضحايا بمشاكل المدرسة واستيعاب الاضطرابات مثل (اضطرابات القلق-الأليكسيثيميا-الاكتئاب الشديد)؛ وفي المقابل فإن الأطفال ضحايا التنمر كانوا مرتبطين بشكل واضح مع العدوان ومع تجارب العنف في الأسرة ومشاكل مجموعة الأقران والاضطرابات الخارجية مثل اضطرابات السلوك .

#### • **دراسة: فريزر وآخرون** (Fraser, Evans, & Cotter, 2014)

وهدف إلى اثبات أن برامج التنمر فعالة في خفض الإيذاء والتنمر على الضحايا ، وقد بلغت العينة ٧٢٩٠ طفل ، وتوصلت النتائج إلى أن (٥٠٪) لاحظت آثار كثيرة من

ضحايا التنمر، و(٦٧٪) بلغت عن آثار كبيرة من الأليكسيثيميا على الرغم من أن النتائج الشاملة مختلطة وأشارت النتائج إلى أن التجارب المنفذة خارج الولايات المتحدة مع عينات متجانسة هي أكثر نجاحاً من البرامج التي تم تنفيذها في الولايات المتحدة، حيث تميل إلى أن تكون عينات غير متجانسة أكثر وأن دراسات قليلة قد قامت بقياس التنمر بدقة كافية للحصول على صلاحية البناء ولإيجاد مقاييس قوية لتقييم البناء المعقد للتنمر فإنه لا يزال يشكل تحدياً كبيراً. والأطفال الذين يتعرضون للتنمر بشكل يومي في المدرسة يصابون في البداية باكتئاب وقلق ومن ثم تزايد مشاكلهم النفسية إلى أمراض أخرى مثل الأليكسيثيميا بشكل كبير ومؤكد .

#### • دراسة: اروين (Irwin, 2014)

وهدفت الدراسة إلى تقديم شرح لمشاعر الأطفال ضحايا التنمر من خلال تقييم قدرات التعرف على المشاعر بالمقارنة مع أقرانهم الأسوياء، وقد بلغت العينة ٥٢ طفل تتراوح أعمارهم بين ٨ : ١٢ سنة وتوصلت النتائج إلى كيفية التعرف على مشاعر الأطفال الذين يعانون من عدوان الأقران المتكرر واكتشاف المشاكل السلوكية في وقت مبكر قبل التعرض للتنمر مما يجعل من الممكن تقديم الدعم للأطفال الضحايا .

#### • دراسة: جوزو وآخرون

(Guzzo, Pace, Cascio, Craparo, & Schimmenti, 2013)

وهدفت إلى دراسة العلاقة بين ضحايا التنمر وأعراض ما بعد الصدمة والأليكسيثيميا، وبلغت العينة ٤٨٨ طفل، وقد تم استخدام مقياس الأليكسيثيميا (TAS-20) ومقياس اضطراب ما بعد الصدمة (DSM-IV)، وتوصلت النتائج إلى أن التعرض للتنمر والمعاملة القاسية يرتبط مع أعراض ما بعد الصدمة وتوسط تأثير دور الأليكسيثيميا ضحايا التنمر، وظهرت النتائج أن صعوبات تحديد ووصف المشاعر تقف جنباً إلى جنب مع التفكير الموجه خارجياً. والأعراض الأساسية للأليكسيثيميا يمكن أن تلعب دوراً حاسماً في رابط ضحايا التنمر مع بداية اضطراب ما بعد الصدمة بين الأطفال .

## • دراسة: ليريفا وآخرون

(Lereva, Winsper, Heron, Lewis, Gunnell, Fisher, & Wolke, 2013)

وهدفت إلى معرفة هل التنمر يؤثر على الأطفال بين عمر السابعة إلى عشرة أعوام بطريقة مباشرة ويجعلهم يميلون أكثر لإيذاء أنفسهم وأكثر تعرضاً للأليكسيثيميا. وبلغت العينة ٤٨١٠ طفل من المملكة المتحدة ، أدوات الدراسة مقياس التنمر (Olweus, 1996) ومقياس الأليكسيثيميا (TAS-20) وقد كشفت النتائج أن معظم الأطفال عند تعرضهم للتنمر في عمر صغير يجعلهم يفكرون في أفكار عدوانية وعرضة لأمراض مثل الأليكسيثيميا بطريقة مباشرة وهناك أيضا أعراض غير مباشرة مثل الاكتئاب الدائم

## • دراسة: جون وديلالا (John, & Dilalla, 2013)

وهدفت إلى البحث في نوعين من التحيزات الاجتماعية: (التعرف على المشاعر وضعف التصور) ، وقد بلغت العينة ٤٥ طفل تراوحت أعمارهم ما بين ٦ : ١٠ سنوات ، وقد تم استخدام مقياس الأليكسيثيميا (TAS-20) ومقياس التنمر (Olweus, 1996) وقد أشارت النتائج إلى وجود تقارير تردد إيذاء الأقران بشكل ملحوظ، فضلاً عن وجود صعوبات الإستيعاب الخارجية.

## • دراسة: هيرون وآخرون (Heron, et al., 2013)

وهدفت الدراسة إلى تقييم ما إذا كان تعرض الأطفال من سن ٦ : ١٠ أعوام للتنمر وللمعاملة القاسية يرتبط مباشرة بظهور الأليكسيثيميا مع إيذاء الذات في مرحلة المراهقة، وقد بلغت العينة ٨١٠ من الأطفال والمراهقين ، وقد أشارت النتائج إلى أن الأطفال عند وصولهم إلى عمر بين ١٦ : ١٧ عاماً تعرضوا إلى إيذاء النفس في العام الذي كان يسبقه التعرض للتنمر والإيذاء والإهمال المرتبط بزيادة مخاطر التعرض لإيذاء النفس بشكل مباشر في مرحلة المراهقة، وتعرضهم للأليكسيثيميا وأعراض الاكتئاب بشكل غير مباشر في مرحلة الطفولة وإستنتجت الدراسة أيضاً أن التعرض للتنمر خلال مرحلة

الطفولة يزيد من خطر إيذاء النفس في وقت لاحق أو متأخر عبر عدة مسارات واضحة عن طريق زيادة خطر الاكتئاب الذي يؤدي إلى الأليكسيثيميا وتفاقم آثار التعرض لبيئة الأسرة السلبية الضارة .

#### • دراسة: فيشر وآخرون

(Fisher, Moffit, Houts, Belsky, Arseneault, & Caspi, 2012)

وهدفت إلى فحص الأطفال الذين يتعرضون للتنمر مما يجعل الطفل أكثر عرضة لإلحاق الأذى بنفسه ويكون في بعض الأحيان عدواني ، لديه مشاكل سلوكية ، معدل ذكاء منخفض ووجود الأليكسيثيميا بشكل كبير . وبلغت عينة الدراسة ٢١٤١ طفل تتراوح أعمارهم بين (خمس - سبع - عشر) حتى سن الثاني عشر ومن أدوات الدراسة مقياس التنمر (Olweus, 1996) وأيضاً مقياس الأليكسيثيميا (TAS-20) وقد توصلت النتائج إلى أن البيئة الأسرية التي تكون مليئة بالقلق تؤخذ بعين الاعتبار في مشاكل التنمر ، قد تكون الأم هي مصدر التنمر والمشاكل النفسية لدى الطفل أو في بعض الأحيان يكون الأب ، ولكن ليس دائماً أن يكون هناك ضحايا للتنمر من عوامل خارجية فقط .

#### • دراسة: ميلترز وآخرون

(Meltzer, Vostanis, Ford, Bebbington, & Dennis, 2011)

وهدفت الدراسة فحص إذا ما كانت ترتبط حالات التعرض للتنمر المبلغ عنها خلال مرحلة الطفولة بالأليكسيثيميا مع محاولات الانتحار على مدى الحياة ، وإذا كان الأمر كذلك ، ما هي الآليات التي يمكن أن تفسر هذه العلاقة ، وتكونت العينة من ٧٤٦١ مشارك في بريطانيا وتوصلت النتائج إلى أنه كون الأطفال الذين وقعوا في الصغر كضحايا للتنمر وتورطهم في مثل هذا الحدث يعرضهم للمعاناة والهزيمة والذل وفقدان الأمل وهذا بدوره قد يؤدي إلى الوقوع في شرك اليأس والاكتئاب والأليكسيثيميا والسلوك الانتحاري .

## • دراسة: فيكيس وآخرون

(Fekkes,Pijpers,& Vanhorick, 2004)

وهدفت إلى إثبات وجود علاقة بين التنمر وإصابة الطفل ببعض الأمراض النفسية الأخرى والتي قد تظهر فى صورة مرض عضوى وبلغت العينة ٢٧٦٦ طفلا في هولندا ، وقد قسم الأطفال إلى ثلاث مجموعات (الأطفال المتنمرين ، الأطفال الذين تم التنمر عليهم ، و أطفال يتنمرون على غيرهم ويتم التنمر عليهم) ومن أدوات الدراسة قد إستخدم مقياس التنمر (Olweus,1996) وأيضاً مقياس الأليكسيثيميا (TAS-20)وقد توصلت النتائج إلى أن ضحايا التنمر لديهم فرص أكبر في الإصابة بالاكتئاب وأمراض نفسية مثل : مشاكل النوم - آلام في البطن - التبول اللاإرادى في الفراش - الشعور بالتعب .

## • دراسة: بالدري (Baldry,2003)

وهدفت إلى إثبات وجود علاقة بين التنمر والتعرض للعنف المنزلى لدى الأطفال في إيطاليا ومن أدوات الدراسة مقياس التنمر (Olweus,1996) ومقياس الأليكسيثيميا(TAS-20) ، وقد توصلت النتائج لوجود إرتباط إيجابى بين كل من المتغيرين وهما الأليكسيثيميا والتنمر .

## تعليق عام على الدراسات والبحوث السابقة :

من خلال العرض السابق للدراسات والبحوث السابقة المرتبطة بموضوع البحث الحالى يتضح ما يلى :

١ . أشارت نتائج (Cordero,et al,2014) أن الأليكسيثيميا هى صعوبة التعبير عن المشاعر وانخفاض فى معايير تقدير الذات والإستسلام للواقع المسئ خصوصاً عندما يتعرض الطفل لصدمة قوية تجعله يكتئب ويفصل نفسه عن الواقع تماما .

٢ . أشارت دراسة كل من (Galsmer,et al,2014)&(Castillo,et al,2013) إلى أن أعراض اضطراب ما بعد الصدمة قد توسطت العلاقة بين عدد من التجارب المؤلمة

والأليكسيثيميا، وذلك لوجود كبت عاطفى قوى فى هذه العلاقة، وأن الأليكسيثيميا هى سمة سابقة للمرض المحتمل وأيضا نتيجة للصددمات .

٣. اتفقت دراسة كل من (Polonen,et al,2014)&(Castillo,et al,2013) على أنه يوجد أعراض عديدة يمكن من خلالها معرفة الأطفال المصابين بالأليكسيثيميا خصوصاً عند تعرضهم لاضطراب ما بعد الصدمة ومن هذه الأعراض الاكتئاب والقلق، وأن الأليكسيثيميا وأعراض اضطراب ما بعد الصدمة والاكتئاب تتناسب عكسياً مع أنماط التعلق الآمن وترتبط ارتباطاً إيجابياً مع أنماط التعلق غير الآمن . وهذا ما أوضحته دراسة (Bezgin,et al,2012) أن الإيذاء الجسدى والإهمال العاطفى يتوقع ظهور لاحق من الأليكسيثيميا وعلاوة على ذلك توقع الشكاوى الجسدية فيمكن التعرف على المرض من خلال أن تظهر أعراض الاكتئاب والقلق خاصة عند معرفة التعرض للإساءة والعنف من قبل .

٤. أكدت دراسة (Kamen,et al, 2013) أن الأطفال الذين يتعرضون للتنمر يخشون الإبلاغ عن المتنمرين ويفضلون الصمت مما يجعلهم بعد فترة يصابون باضطرابات ما بعد الصدمة وهناك أعراض لذلك مثل الكبت والاكتئاب والقلق وانفصال الطفل عن الواقع واللجوء لعالم الخيال .

٥. أظهرت دراسة (Besharat,2010) أن كلاً من المتنمرين والضحايا هم معرضين لخطر صعوبات التكيف على المدى القصير والطويل بما فى ذلك فرط النشاط والأعراض العاطفية ومشاكل السلوك وايداء الأقران .

٦. أشارت نتائج دراسة (Cluver,et al,2010) أن الأطفال الذين يتنمرون على الآخرين لديهم نسبة أكبر من القلق النفسى-الاكتئاب- أفكار انتحارية، أما الأطفال الذين يتعرضون للتنمر يكونوا عرضة للإساءة الجسدية أو الجنسية ومن الممكن أيضاً التعرض للعنف المنزلى .

٧. اتفقت دراسة كل من (Campell,et al,2007)(Idsoe,et al,2012) أن التعرض للتمرن اليومي المستمر في المدرسة لوقت طويل يساهم أيضاً في عزل التلاميذ عن البيئة المحيطة بهم ، وأقل قدرة على التركيز على الواجبات المدرسية وليس من السهل اكتشافهم فهم غالباً ما يعانون في صمت .
٨. أظهرت نتائج دراسة (Guzoo,et al,2013) أن صعوبات تحديد ووصف المشاعر تقف جنباً إلى جنب مع التفكير الموجه خارجياً والأعراض الأساسية للأليكسيثيميا يمكن أن تلعب دوراً حاسماً في رابط ضحايا التمرن مع بداية اضطراب ما بعد الصدمة بين الأطفال .
٩. أظهرت نتائج دراسة كل من (Idsoe,et al,2012)&(Munoz,et al,2010) أن أعراض اضطراب ما بعد الصدمة أكثر انتشاراً بين الإناث مقارنة بالذكور وأن ضحايا التمرن يظهرون أفكار سلبية أكثر من غيرهم من العالم المحيط بهم ومن أنفسهم ، كما أظهرت نتائج دراسة (Irwin,et al,2014) أنه لا توجد فروق بين متوسطى درجات الأطفال الذكور والإناث على مقياس الأليكسيثيميا، بينما أظهرت نتائج دراسة (Khamis,V,2014) أن انتشار التمرن كان أكثر بين الأطفال الذكور عن الإناث .
١٠. بالنسبة للعينة المستخدمة في الدراسات السابقة فقد انقسمت إلى كبار وأطفال وكانت عينة الأطفال تتمثل في دراسة كل من: (Zlotnick& Zimmerman ., 2001) ، (finkelhor, et al,2007) ، (Culver, et al, 2010) ، (fisher,h.,2012) ، (Fekkes.,et al, 2004) ، (Muñoz. ,et al, 2010) ، (Lereva , Baldry,2003) (Munoz,et al,2013) ، (Cluver, et al, 2010) ، (Finkelhor, et al,2007) ، وكانت عينة الكبار تتمثل في دراسة كل من: (McClean, et al, 2012) ، (Balaban, et al, 2012) ، (Winsper , et al ,2012) ، (Garish, & Wilson., 2010) ، (Munoz,et al, 2010) ، (Winsper, et al, 2012 .

١١ . بالنسبة لحجم العينة المستخدمة فى الدراسات السابقة فقد تراوحت حجم العينات ما بين عينات صغيرة وكبيرة وتوجد العينات الصغيرة فى دراسة كل من : (Zlotnick & Zimmerman ., 2001), (Balaban, et al, 2012), (Mclean, et al, 2008), (Garish, & Wilson., 2010), (Munoz, et al, 2010 ) , (Cluver, et al, 2010).

١٢ . أما العينات الكبيرة فوجدت فى دراسة كل من : (Fekkes., et al, 2004), (Winsper, et al, 2012 ) , (Lereva , et al, 2013), (Finkelhor, et al, 2007).

١٣ . وبالنسبة للأدوات إتفاق غالبية الدراسات الأجنبية والعربية على استخدام مقياس (تورنتو ٢٠) (TAS 20) لقياس الأليكسيثيميا ، نظراً لتمتعه بثبات وصدق مرتفعين ، وإستخدام مقياس (DSM\_IV) وهو الدليل التشخيصى الرابع لقياس اضطراب ما بعد الصدمة ، ومقياس (olweus, 1996) لقياس التنمر

١٤ . اتفقت الدراسات السابقة على استخدام المنهج الوصفي التحليلي فى دراسات الأليكسيثيميا فى علاقتها بمتغيرات الدراسة مثل دراسات : (Lereva , et al, 2013). (Garish, & Wilson., 2010) تم الاستفادة أيضا من الأدوات المستخدمة فى هذه الدراسات فى إعداد مقاييس الدراسة الحالية ، وكذلك تم الاستفادة من نتائجها فى تفسير نتائج الدراسة الحالية . وفى ضوء ما أسفرت عنه الدراسات السابقة عامة من نتائج ، وفى ضوء الإطار النظرى وما أثير حول مشكلة البحث تم وضع مجموعة من الفروض على النحو التالى :-

## رابعاً : فروض الدراسة

- ١ . توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين اضطراب ما بعد الصدمة والأليكسيثيميا لدى الأطفال ضحايا التنمر .
- ٢ . لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات الأطفال الذكور والإناث ضحايا التنمر على مقياس الأليكسيثيميا .
- ٣ . لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات الأطفال الذكور والإناث ضحايا التنمر على مقياس اضطراب ما بعد الصدمة
- ٤ . يمكن التنبؤ بالأليكسيثيميا من خلال اضطراب ما بعد الصدمة لدى عينة البحث من الأطفال ضحايا التنمر .



٣

## الفصل الثالث نتائج الدراسة ومناقشتها



أدوات الدراسة : المقاييس في صورتها النهائية  
مقياس سلوك الأطفال ضحايا التنمر

أحياناً	لا	نعم	العبــــــــارات	
			يتلموا عليا أصحابي ويضربوني	١
			يباخذ مني أصحابي مصروفي بالعافية	٢
			حبسوني أصحابي في الفصل وقلوا عليا الباب	٣
			بقعد بعيد عن أصحابي عشان بيضربوني	٤
			محدث بيحوش عني لما بيضربني أصحابي	٥
			يقعد أصحابي مكاني في الفصل غضب عني	٦
			مش كل أصحابي بيلعبوني معاهم	٧
			أصحابي بيعملوا فيا مقالب عشان يضحكوا عليا	٨
			بيقطعلي أصحابي هدومي	٩
			بيخبي أصحابي مني شنطتي ويخلوني أقعد أدور عليها	١٠
			بيزقني أصحابي على السلم ويوقعوني	١١
			بيقفل أصحابي عليا باب الحمام ويسيبوني	١٢
			بيشدني أصحابي من شعري	١٣
			بيضربني أصحابي في وشي	١٤
			الأبلة بتضربني على أي غلطة	١٥
			أصحابي بيحدفوا عليا صواريخ وبمب عشان يخوفوني	١٦
			يباخذوا مني أصحابي كشاكيلي بالعافية	١٧
			بينادي عليا أصحابي باسم وحش بيكسفنني	١٨
			بيتريق أصحابي على شكلي دائماً	١٩

أحياناً	لا	نعم	العبارات	
			يطلع عليا أصحابي كلام كذب	٢٠
			ييعيب أصحابي على شكل لبسى	٢١
			يهددنى أصحابى إني لو فتنت عليهم هضر بونى	٢٢
			يقولى أصحابى كلام وحش يخلينى أقعد أعيط	٢٣
			بيشتمنى أصحابى عشان أنا شاطر فى المدرسة	٢٤
			أصحابى بيهملونى كأنى مش موجود معاهم	٢٥
			بيضحك عليا أصحابى بصوت على	٢٦
			بيغظنى أصحابى بكلام مش بحب أسمعه	٢٧
			بيهزأنى أصحابى لو معملتش الحاجة اللى عايزينها	٢٨
			بيمشى أصحابى كلامهم عليا طول الوقت	٢٩
			محدث فى المدرسة بيرضى يمشى معايا	٣٠
			أصحابى بيشرحطوا على كراسة الواجب بتاعى	٣١
			يباكل أصحابى سندوتشاتى غصب عنى ويسبونى جعان	٣٢
			بيكسر أصحابى أقلامى ومسطرتى	٣٣
			أصحابى بيغصبونى أضايق زمايلى فى الفصل	٣٤
			بيكشر أصحابى فى وشى علشان يخوفونى	٣٥
			أصحابى بيخلونى أحس إني مش مهم عندهم	٣٦
			لما بكلم أصحابى مش بيردوا عليا	٣٧
			بيشدنى أصحابى من هدومى وأنا قاعد فى الحصة	٣٨
			بيشاورلى أصحابى بجركات وحشة	٣٩

## مقياس اضطراب ما بعد الصدمة

أحياناً	لا	نعم	العبارات	
			دائماً حاسس بأن أصحابي هيصربوني ثاني	١
			بطني بتوجعني لما بفتكر اللي حصلي من أصحابي	٢
			مش عارف أقابل أصحابي وأقعد معاهم زى الأول	٣
			بمشى لوحدي وأنا رايح المدرسة	٤
			بجلم بالليل أحلام وحشة	٥
			مبعرفش أركز في أى حاجة أنا بعملها لو اللي ضربني موجود	٦
			أنا متضايق من كل الناس	٧
			يبعد عن أي شخص يفكرني باللي حصل	٨
			أنا على طول خايف	٩
			مبحبش أتكلم عن اللي جوالي أبداً	١٠
			مش بنسى إني اتضربت أو اتهزأت ومش بقدر أطلعها من دماغي ولا أنساها	١١
			لما بفتكر اللي حصل بحس إني بترعش وعايز أعيط	١٢
			خايف أعدى من نفس المكان اللي اضربت فيه	١٣
			أنا قلقان ومش بعرف أنام	١٤
			مش عايز أشوف أصحابي اللي ضربوني	١٥
			لما حد بيتكلم عن الحادثة مش بحب أسمعه	١٦
			ساعات بلاقي نفسي باكل كثير	١٧
			أنا عايز أنام دائماً	١٨

			ساعات مش ببيقه ليه نفس آكل خالص	١٩
			بروح الحمام كتير بالليل	٢٠
			مش بحب الأبله تطب طب عليا	٢١
			بخاف لما حد من أصحابي يقرب مني أوى	٢٢

## مقياس الأليكسيثيميا

أحياناً	لا	نعم	العبارات	
			لما حد بيسألنى انت حاسس بيايه مبعرفش أجاب	١
			لما ماما بتجيبلى حاجة ببقه مش عارف فرحان ولا مبسوط	٢
			معرفش الأجازة بتخلص بسرعة ليه	٣
			أنا مش بشبط فى حاجة واحنا رايجين نشترى	٤
			لو أصحابى سألونى تطلع معنا رحلة مش عارف أقول آه أو لآ	٥
			نفسى الأبله تغيب	٦
			لما أخويا بياخد منى لعبتى غصب عنى بقف ساكت	٧
			بتلخبط فى الكلام لو محكى على حاجة مهمة حصلت	٨
			مش عارف أقول اللى فى نفسى حتى مع ماما وبابا	٩
			أصحابى بيقولولى مش فاهمين كلامك	١٠
			ساعات بكون مش عارف أعيط ولا أصرخ	١١
			لما صاحبى بيسافر ويسيب البلد مش بتفرق معايا	١٢
			أوقات بكون تعبان ومش عارف إيه اللى بيوجعنى	١٣
			وأنا رايج المدرسة الصبح ببقى دايج	١٤
			لو حد من أصحابى ضايقنى بطنى بتوجعنى	١٥
			لما بروح مشوار مع أهلى ببقه عايز أرجع من نصف السكة	١٦
			لما حد بيضربنى مبقولش عليه	١٧
			لما الأبله بتنادى عليه نفسى بيوقف	١٨
			مبقدرش أتكلم مع أى حد غريب	١٩
			أول لما بروح البيت عايز أكل كتير	٢٠

أحياناً	لا	نعم	العبارات	
			مقدرش أحكى لحد حاجة حصلتلنى	٢١
			لما النتيجة بتظهر ببقه عادى	٢٢
			بعرق جامد لما بيسبونى لوحدى فى البيت	٢٣
			لما بجلم بتكون أحلامى وحشة وبخاف	٢٤
			دائماً بشوف الناس زى ما هم مكشرين	٢٥
			أصحابى بيشكلوا بالصلصال أشكال جديدة أكثر منى	٢٦
			على طول مش بفهم أصحابى عايزين منى أعمل ايه	٢٧
			الألوان عندى أبيض وأسود	٢٨
			كل يوم زى كل يوم مفيش جديد	٢٩
			بجب أشوف نفس الفيلم أكثر من مرة	٣٠
			مش عندى ألعاب على الكمبيوتر	٣١
			مقدرش أعرف إذا كان أصحابى زعلانين أو متضايقين	٣٢
			بغير من نجاح أصحابى	٣٣
			بنلعب أنا وأصحابى بالعجل أو البلى	٣٤
			لما أصحابى بيزعلوا منى مبعرفش ليه	٣٥
			مش بجب أشارك فى حفلات المدرسة ولا الرحلات	٣٦
			أنا دائماً بعتذر لأصحابى حتى لو مزعلتهمش	٣٧
			مش بشتكى للأبلة لو أصحابى ضايقونى	٣٨
			مش برضى أقول لأصحابى انتوا غلطوا فيه	٣٩
			لو أصحابى قالولى لبسك مش حلو مش بلبسه تانى	٤٠

أحياناً	لا	نعم	العبارات	
			ساعات بتخفق من أصحابي بس أنا مش عارف ليه	٤١
			مبفتكرش أنا مجلم بيايه	٤٢
			أنا بتكلم مع أصحابي عن الدراسة بس	٤٣
			مش بعرف أركز كويس فى الحاجة اللي بعملها	٤٤
			أنا مش عندى أصحاب كتير	٤٥
			أنا دائماً بلعب مع أصحابي فى الشارع	٤٦
			بعمل أى حاجة تطلبها من ماما	٤٧
			لو سمعت صوت فى الشارع بجري أشوف فى ايه	٤٨

## نتائج الدراسة ومناقشتها :

يتناول هذا الفصل عرضاً لنتائج البحث بعد إجراء التحليل الإحصائي للبيانات والتحقق من فروض البحث التي تمت صياغتها بهدف التعرف اضطراب ما بعد الصدمة في التنبؤ بالألكسيثيميا لدى الأطفال ضحايا التنمر ، مع محاولة تفسير تلك النتائج في ضوء الإطار النظري والدراسات المرتبطة بموضوع البحث الحالي واستجابات عينة البحث .

وفيما يلي عرض لفروض البحث والنتائج وتفسيرها :

### • الفرض الأول:

توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين اضطراب ما بعد الصدمة والألكسيثيميا لدى الأطفال ضحايا التنمر .

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم حساب معاملات الارتباط بين كل من أبعاد مقياس اضطراب ما بعد الصدمة والدرجة الكلية وبين أبعاد الألكسيثيميا والدرجة الكلية ويوضحه جدول (٧) .

جدول (٧): معاملات الارتباط بين أبعاد مقياس اضطراب ما بعد الصدمة والدرجة الكلية وبين أبعاد الألكسيثيميا والدرجة الكلية.

الدرجة الكلية	التفكير الموجه خارجيا	صعوبة التخيل	صعوبة التمييز بين الأحاسيس الجسدية والمشاعر الانفعالية	صعوبة التعرف على المشاعر ووصفها والتعبير عنها	الألكسيثيميا اضطراب ما بعد الصدمة
					الشعور بتكرار الحدث
**٠,٤٩٣	**٠,٤٥١	**٠,٥٥٥	**٠,٤٩٣	**٠,٥٥٢	
					الاضطرابات الانفعالية
**٠,٤٩١	**٠,٥٨٣	**٠,٥٥٧	**٠,٥٣٧	*٠,٤٤٤	

**٠,٤٨١	*٠,٤١٤	**٠,٤٩٣	**٠,٥٥٠	**٠,٥٨٠	تجنب التفكير بالصدمة
**٠,٤٦٨	*٠,٤١١	**٠,٥٦٤	*٠,٤٤٥	*٠,٤٤١	القابلية المرتفعة للاستشارة
**٠,٤٧٨	**٠,٥٢٢	**٠,٤٨٣	**٠,٥٩٠	*٠,٤١٦	الدرجة الكلية

قيمة معامل الارتباط الجدولية عند درجات حرية (٢٨) ومستوى دلالة (٠,٠١) = ٠,٤٦٣ ،  
وعند مستوى دلالة (٠,٠٥) = ٠,٣٦١

يتضح من جدول (٦):

- وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (٠,٠١) بين بعد صعوبة التعرف على المشاعر ووصفها والتعبير عنها كأحد أبعاد مقياس الألكسيثيميا وأبعاد (الشعور بتكرار الحدث، وتجنب التفكير بالصدمة)، وعند مستوى دلالة (٠,٠٥) مع الاضطرابات الانفعالية، القابلية المرتفعة للاستشارة، والدرجة الكلية لمقياس ما بعد الصدمة.
- وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (٠,٠١) بين بعد صعوبة التمييز بين الأحاسيس الجسدية والمشاعر الانفعالية كأحد أبعاد مقياس الألكسيثيميا وأبعاد (الشعور بتكرار الحدث، والاضطرابات الانفعالية، وتجنب التفكير بالصدمة) والدرجة الكلية لاضطرابات ما بعد الصدمة، وعند مستوى دلالة (٠,٠٥) مع بعد القابلية المرتفعة للاستشارة.
- وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (٠,٠١) بين بعد صعوبة التخيل كأحد أبعاد مقياس الألكسيثيميا وأبعاد مقياس اضطرابات ما بعد الصدمة (الشعور بتكرار الحدث - الاضطرابات الانفعالية - تجنب التفكير بالصدمة - القابلية المرتفعة للاستشارة) والدرجة الكلية.

- وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (٠,٠١) بين بعد التفكير الموجه خارجياً كأحد أبعاد مقياس الألكسيثيميا وأبعاد مقياس اضطرابات ما بعد الصدمة (الشعور بتكرار الحدث - والاضطرابات الانفعالية) والدرجة الكلية للمقياس، وعند مستوى دلالة (٠,٠٥) مع بعدي (تجنب التفكير بالصدمة، والقابلية المرتفعة للاستشارة).

- وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (٠,٠١) بين الدرجة الكلية لمقياس الألكسيثيميا، وكل من أبعاد مقياس اضطراب ما بعد الصدمة (الشعور بتكرار الحدث - الاضطرابات الانفعالية - تجنب التفكير بالصدمة - القابلية المرتفعة للاستشارة) والدرجة الكلية.

- وفي هذا الصدد يرى (سيفينوس، ١٩٨٨) أن الأليكسيثيميا حالة عارضة أو اضطراب يتتاب الفرد نتيجة مروره ببعض الخبرات المؤلمة أو كرد فعل نتيجة تعرضه لصدمة نفسية مبكرة أو متأخرة، وحدوث تثبيت أو توقف في النمو العاطفي، أو نتيجة لبعض أساليب التنشئة الاجتماعية الخاطئة، ويضيف (مويرا وأوليفر، ٢٠٠٦) أن ظاهرة الألكسيثيميا حالة تابعة نتيجة لضيق شخصي، بمعنى أنها تمثل ميكانزم مواجهة يحمي الفرد من الضيق الانفعالي المرتبط بالمواقف المزعجة مثل اضطرابات ما بعد الصدمة، كما يذكر كريستال (Krystal, 1988:253) أن الألكسيثيميا وعدم الإحساس بالسعادة تعد نتائج منفصلة ولكنها متلازمة تنشأ عن صدمة نفسية ذات دلالة ولكن توأجدها معاً يعد دليلاً على أن الألكسيثيميا تعد نتيجة لصدمة نفسية، أي حالة رد فعل إلى أن هؤلاء الأفراد يشعرون بالذنب تجاه أي سعادة أو سرور ويخفون حتى أقل قدر بعد الصدمة.

- فقد يواجه الأطفال مواقف وظروف ضاغطة من الخبرات المؤلمة أو الأحداث الصدمية، كالعنف الأسرى أو التصدع الأسرى أو الإساءة أو الامتهان والانتهاك الجسدي أو

الجنسي أو سوء المعاملة أو فقدان أو الموت وغيرها من الخبرات الصدمية التي تؤثر على مسار نموهم وارتقائهم واتجاهاتهم نحو المجتمع ونظرتهم إلى أنفسهم والحياة والمستقبل ، وتلك الخبرات تنطوي على حالة " أزمة " قد يعيشها الطفل باعتبارها رد فعل إزاء هذه الأحداث ، وغالباً ما يفوق معنى الأزمة عند الطفل واقع الأحداث أو المواقف ذاتها . (محمد، ٢٠١١ : ٣-٤).

- وترى المؤلف أن التعبير عن المشاعر يساعد في الحفاظ على الصحة النفسية وعلى التعامل الاجتماعي وتوطيد الألفة وتقليل التصادم بين الأفراد وتحقيق التوافق الانفعالي كما ينمي الإحساس بالموودة بين الأفراد ، خاصة إذا كان أحدهما مستعداً للتعبير والإفصاح .

- فقد بينت دراسة باورز (Powers, et al., 2015) أن التعرض لصدمات متعددة يؤدي إلى العديد من النتائج السلبية على الصحة النفسية بما في ذلك اضطراب ما بعد الصدمة والتفكك الذي ينطوي على خلل في الذاكرة قد يكون عنصراً من اضطراب ما بعد الصدمة ، وخصوصاً بين الأفراد الذين لديهم خبرة مع الصدمات النفسية في مرحلة الطفولة ، كما ترتبط بعلاقة قوية مع صعوبات التعبير عن المشاعر وتنظيم العاطفة في الطفولة .

وتتفق نتائج هذا الفرض مع نتائج دراسة كل من : دراسة : مكليان وآخرين (Mclean,et al.,2008) ، والتي توصلت إلى وجود علاقة بين اضطراب ما بعد الصدمة والأليكسيثيميا وظهور معاناة كبيرة ومخاطر عديدة نتيجة للضعف المرتبط بالإساءة الجنسية المبكرة لعدم قدرة الشخص في الدفاع عن نفسه وهشاشة شخصيته . ونتائج دراسة بالابان وآخرون (Balaban, et al., 2012) ، والتي توصلت إلى أن الصداق النصفى ارتبط بكمية كبيرة بالأليكسيثيميا والأعراض المصاحبة لها من اضطراب ما بعد الصدمة . ونتائج دراسة جالسمر وآخرون (Galsmer,et al,2014) والتي توصلت إلى وجود ارتباط بين عدد من التجارب المؤلمة والأليكسيثيميا واضطراب ما بعد الصدمة وذلك لوجود كبت

عاطفي قوى فى هذه العلاقة وتشير النتائج أيضاً إلى أهمية إجراء مزيد من التحقيقات لتحديد الأثر السببى للألكسيثيميا على حد سواء باعتبارها سمة سابقة للمرض المحتمل وأيضاً كما هى نتيجة للصدمة، ونتائج دراسة ميلتزر وآخرون (Meltzer, et al., 2011) والتي توصلت إلى وجود علاقة قوية مع الألكسيثيميا وخطر تزايد الانتحار، وكذلك أنه فى وقت لاحق من الحياة يجب أن تزيد كلاً من الخدمات ودوافع المجتمع والمواطنين للتصرف مجزم للحد من حدوث التنمر فى مرحلة الطفولة. ونتائج دراسة بولونين وآخرون (Polonen, et al., 2014) وقد أشارت نتائج هذه الدراسة إلى أنه يوجد أعراض عديدة يمكن من خلالها معرفة الأطفال المصابين بالألكسيثيميا خصوصاً عند تعرض مجموعة كبيرة منهم إلى اضطراب ما بعد الصدمة ومن هذه الأعراض الاكتئاب والقلق.

وتتفق نتائج الفرض الأول مع نتائج دراسة: زيمرمان وزلوتنيك (Zimmerman&Zlotnick, 2001) والتي توصلت إلى أن اضطراب ما بعد الصدمة واضطرابات الشخصية الحدية كانوا أكثر ارتباطاً بالدرجات المرتفعة بالألكسيثيميا وأكثر النتائج دلالة هو الارتباط بين النبذ العاطفى والإهمال الجسدى بالألكسيثيميا فضلاً عن الرفض فى علاقته بالألكسيثيميا. ودراسة: كيليهير وآخرون (Kelleher, et al., 2014) تشير النتائج أيضاً إلى أن صدمة الطفولة قد تزيد من خطر التجارب النفسية والعقلية.

ويرى (Reddy, 2009:7) أن الألكسيثيميا هى طريقة تعايش مع الصدمة، وتستخدم كوسيلة للتعايش والتعامل مع الضغوط النفسية، والانفعالات السالبة المرتبطة بالإبذاء الجسدى والجنسى فى الطفولة، ويمكن أن تكون الألكسيثيميا نتيجة عدم القدرة على التعايش والتعامل بفعالية مع الضغوط النفسية.

وقد بحثت دراسة تشانج و وول (Chung&Wall, 2013) والتي أجريت للكشف عن العلاقة بين صعوبة تحديد المشاعر (Alexithymia) واضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) والمشاكل الجسدية والاكتئاب بين عينة من طلاب الجامعة من ذوي خبرة نوبة الربو، والبحث في العلاقة بين هذا المرض المهديد للحياة والمتمثلة أعراضه في ضيق في التنفس المزمن، ضيق في الصدر، صعوبة في الكلام، ارتفاع معدل النبض انخفاض في معدل الزفير، التعب ألم في الصدر حيث يتعرض المرضى إلى شعور غامر من القلق والنعاس والارتباك والتوقف عن التنفس الذي قد يؤدي إلى الموت. وقد تم في الغالب الكشف عن وجود ارتباط إيجابي بين شدة اضطراب ما بعد الصدمة وبين خصائص الأليكسيثيميا، وأن الأليكسيثيميا هي وسيلة للتعامل مع قمع الاضطراب العاطفي الناجم عن الصدمات النفسية، وتعتبر كأفضل رد فعل بعد وقوع الحدث الأليم.

#### • الفرض الثاني:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات الأطفال الذكور والإناث ضحايا التنمر على مقياس الأليكسيثيميا.

وللتحقق من صحة هذا الفرض استخدمت الباحثة اختبار "ت" للعينات

المستقلة ويوضحه جدول (٨)

جدول (٨): المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لدرجات أبعاد مقياس الأليكسيثيميا والدرجة الكلية تبعا للجنس

مربع ابتا	مستوى الدلالة	الدلالة	قيمة "ت"	إناث (ن=١٥)		ذكور (ن=١٥)		أبعاد مقياس الأليكسيثيميا
				الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	
٠,٢٤ ٨	٠,٠٥	٠,٠١٣	٢,٦٣٧	٢,٤٩٢	٢٦,٢٦٧	٣,٨٦٩	٢٩,٤٠٠	صعوبة التعرف على المشاعر

٠,٢٠ ٤	٠,٠٥	٠,٠٢٤	٢,٣٩٢	٢,٠٤٢	٢٥,٨٠٠	٣,٤٣٢	٢٨,٢٦٧	ووصفها والتعبير عنها صعوبة التمييز بين الأحاسيس الجسدية والمشاعر الانفعالية
٠,٢٧ ٩	٠,٠١	٠,٠٠٩	٢,٧٩٥	٣,٣٧٤	٢٧,٦٦٧	٣,٤٢٠	٣١,١٣٣	صعوبة التخيل
٠,٢٤ ٢	٠,٠٥	٠,٠١٥	٢,٦٠٢	٢,٨٧٤	٢٩,٤٠٠	٤,٠٤٤	٣٢,٧٣٣	التفكير الموجه خارجيا
٠,٣١ ٠	٠,٠١	٠,٠٠٦	٢,٩٤٦	٨,٨٠٦	١٠٩,١٣٣	١٣,٧١٦	١٢١,٥٣ ٣	الدرجة الكلية

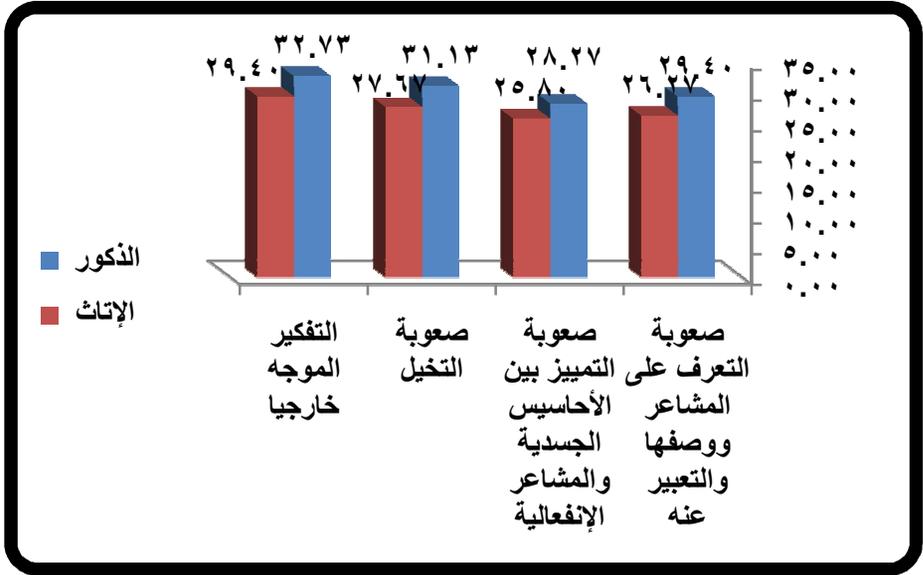
قيمة "ت" الجدولية عند درجات حرية (٥٨) ومستوى دلالة (٠,٠١) = ٢,٦٦

وعند مستوى دلالة (٠,٠٥) = ٢,٠٠

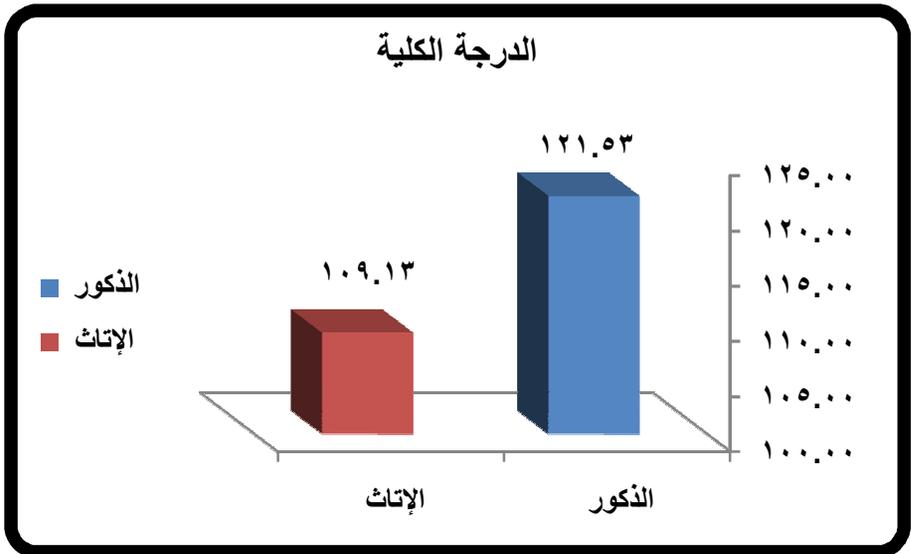
يتضح من جدول (٨) أن قيم " ت " المحسوبة أكبر من القيمة الجدولية عند مستوى دلالة (٠,٠٥) مما يدل على وجود فرق دال إحصائيا في أبعاد المقياس والدرجة الكلية لصالح الذكور ففي الدرجة الكلية لأبعاد مقياس ؟ كان المتوسط للذكور (٥٣٣, ١٢١+٧١٦, ١٣) بينما كان للإناث (١٣٣, ١٠٩+٨٠٦, ٨), وفي بُعد صعوبة التعرف على المشاعر ووصفها والتعبير عنهما كان متوسط الذكور (٤, ٢٩+٨٦٩, ٣) بينما كان للإناث (٢٦٧, ٢٦+٤٩٢, ٢) ، وفي بُعد صعوبة التمييز بين الأحاسيس الجسدية والمشاعر الانفعالية كان متوسط الذكور (٢٦٧, ٢٨+٤٣٢, ٣) بينما كان للإناث (٨, ٢٥+٤٢, ٢) ، وفي بُعد صعوبة التخيل كان متوسط الذكور (١٣٣, ٣١+٤٢, ٣) بينما كان للإناث (٦٦٧, ٢٧+٣٧٤, ٣) ، وفي بُعد التفكير الموجه خارجيا كان متوسط الذكور (٧٣٣, ٣٢+٤٤, ٤) بينما كان متوسط الإناث (٢, ٨٧٤+٢٩, ٤)

كما يتضح أن قيم مربع ايتا قد تراوحت للأبعاد بين ٠,٢٠٤ إلى ٠,٢٧٩ وتدل على أن نسبة ما بين (٤, ٢٠٪ إلى ٩, ٢٧٪) من التباين في الدرجات يرجع إلى اختلاف الجنس .

والشكل التالي يوضح متوسط الدرجات على مقياس ؟ للذكور والإناث



شكل (١): متوسط درجات ذكور وإناث عينة الدراسة على أبعاد مقياس الألكسيثيميا



شكل (٢) متوسط درجات ذكور وإناث عينة الدراسة على الدرجة الكلية لمقياس الألكسيثيميا

ويشير كلٌ من ديبلنجر وآخرين (Deblinger, et al., 1996) وكينج وآخرين (King, et al., 2000) وبيلت وآخرين (Billette, et al., 2008) إلى أن تعرض الطفل للتنمر الجنسي يشكل صدمة له ويجعله يعاني من أعراض اضطرابات ما بعد الصدمة وما يصاحبها من علامات مثل : عدم الشعور بالأمن والثقة بالآخرين ، والزرع والتهديد وتجنب الأماكن والأشخاص الذين ارتبطوا بخبرة الإساءة لديه ورفض الذهاب إلى المدرسة أو النزول للشارع بالإضافة إلى شكاوى جسمية عامة وإضافة لما سبق ، فقد وجد أن الإناث أعلى من الذكور في كل من الأفكار والصور الذهنية المؤلمة وتكرار معايشة الحدث ، والانزعاج في كل ما يذكر بالموقف المؤلم ، وتجنب الأفكار والمشاعر المتعلقة بالأزمة وسرعة الفرغ والآلام الجسدية .

وقد أشارت نتائج دراسة (محمد رزق بحيرى ، ٢٠٠٩ : ٨٢٩) الى ارتفاع الأليكسيثيميا لدى الاناث عن الذكور .

#### • الفرض الثالث :

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات الأطفال الذكور والإناث ضحايا التنمر علي مقياس اضطراب ما بعد الصدمة .

جدول (٩) : المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لدرجات أبعاد مقياس ما بعد الصدمة والدرجة الكلية تبعا للجنس

مربع ابتا	مستوى الدلالة	الدلالة	قيمة ت	الإناث (ن=١٥)		الذكور (ن=١٥)		أبعاد مقياس ما بعد الصدمة
				الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	
٠,٤٢٩	٠,٠١	٠,٠٠٢	٣,٤٦٥	١,٥٠٦	١٠,٨٦٧	١,٣٣٥	٩,٠٦٧	الشعور بتكرار الحدث
٠,٤٤٥	٠,٠١	٠,٠٠١	٣,٥٢٨	٢,١٨٧	٢١,٢٦٧	٢,٤٦٣	١٨,٢٦٧	الاضطرابات الانفعالية

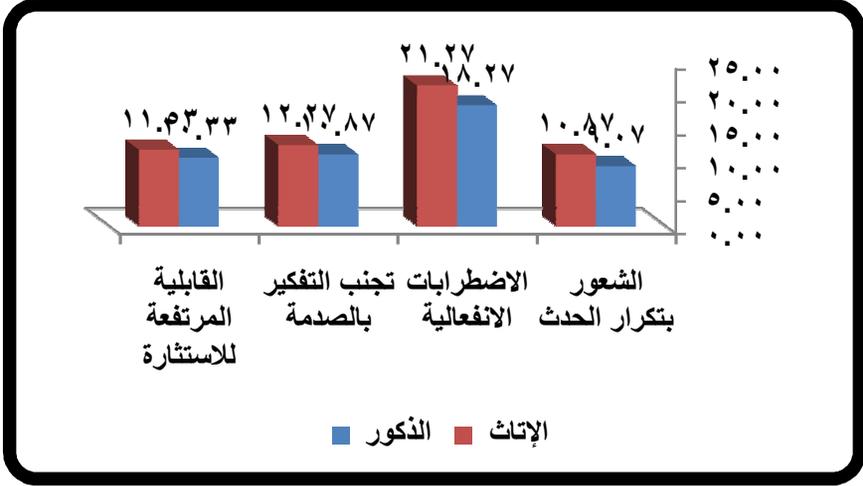
٠,٢٣٤	٠,٠٥	٠,٠١٦	٢,٥٦٣	١,٥٨٠	١٢,٢٦٧	١,٤٠٧	١٠,٨٦٧	تجنب التفكير بالصدمة القابلية المرتفعة
٠,١٥٢	٠,٠٥	٠,٠٤٩	٢,٠٦٣	١,٦٨٥	١١,٥٣٣	١,٤٩٦	١٠,٣٣٣	للاستشارة
٠,٦٩٨	٠,٠١	٠,٠٠١	٤,٤٢٠	٥,٠٧٧	٥٥,٩٣٣	٤,٠٣٣	٤٨,٥٣٣	الدرجة الكلية

قيمة "ت" الجدولية عند درجات حرية (٥٨) ومستوى دلالة (٠,٠١) = ٢,٦٦  
وعند مستوى دلالة (٠,٠٥) = ٢,٠٠

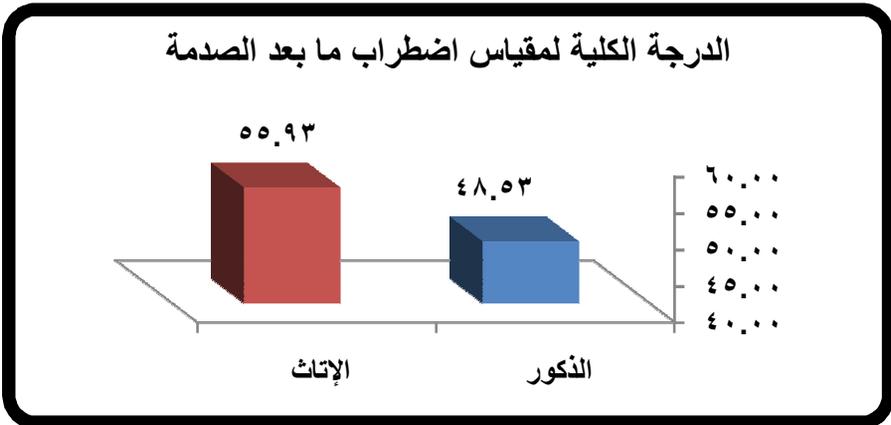
يتضح من جدول (٩) أن قيم "ت" المحسوبة أكبر من القيمة الجدولية عند مستوى دلالة (٠,٠٥) مما يدل على وجود فرق دال إحصائياً فى أبعاد المقياس والدرجة الكلية لصالح الإناث فى الدرجة الكلية لأبعاد مقياس ما بعد الصدمة كان المتوسط الحسابي+ الانحراف المعياري (٩٣٣, ٥٥+٠,٧٧) بينما كان للذكور (٤٨, ٥٣٣+٠,٣٣) ، وفى بُعد الشعور بتكرار الحدث كان متوسط درجات الإناث (١٠, ٦٨٧+١,٥٠٦) بينما كان للذكور (٩, ٣٣٥+١), وفى بعد الاضطرابات الانفعالية كان المتوسط للإناث (٢٦٧, ٢١+١,٨٧) بينما كان للذكور (٢٦٧, ١٨+٢,٤٦٣) ، وفى بُعد تجنب التفكير بالصدمة (١٢, ٥٨+١) بينما كان للذكور (١٠, ٨٦٧+١,٤٠٧) ، وفى بُعد القابلية المرتفعة للاستشارة كان المتوسط (١١, ٥٣٣+١,٦٨٥) بينما كان للذكور (١٠, ٣٣٣+١,٤٩٦)

كما يتضح أن قيم مربع ايتا قد تراوحت للأبعاد ما بين (٠, ١٥٢ إلى ٠, ٤٤٥) وتدل على أن ما بين (٢, ١٥٪ إلى ٥, ٤٤٪) من التباين فى الدرجات للذكور والإناث يرجع إلى اختلاف الجنس ، وكانت النسبة للدرجة الكلية (٨, ٦٩٪).

والشكل التالي (٣) يوضح متوسط الدرجات على مقياس اضطراب ما بعد الصدمة للذكور والإناث.



شكل (٣) متوسط درجات ذكور وإناث عينة الدراسة على أبعاد مقياس اضطراب ما بعد الصدمة.



شكل (٤) متوسط درجات ذكور وإناث عينة الدراسة على الدرجة الكلية لمقياس اضطراب ما بعد الصدمة

### مناقشة نتائج الفرض الثالث :

أثبتت نتائج الفرض الثالث أن اضطراب ما بعد الصدمة يكون تأثيره أكبر لدى الإناث عنه لدى الذكور ، ويمكن تفسير ذلك إلى أن الإناث الذين يشاركون في تنمر علائقي أكثر من الذكور ، لديهم أيضاً مهارات اجتماعية- معرفية شديدة التعقيد ، حيث إنه في بعض الحالات تستخدم الإناث قدراتهم الاجتماعية- المعرفية كأداة لزيادة عزل ونبذ الضحايا من الإناث ، وهذا ما أكد عليه سوتونو زملاؤه (Sutton, et. al. , 1999, 117 127) أن النمط المشهور للتنمر يعاني من قصور في المهارات الاجتماعية - المعرفية ، ويفتقر للتعاطف وفهم و مراعاة شعور الغير ، ويلجأ للعنف في حالة التنمر الجسدي ، وإلى استخدام أساليب التخويف الشديدة في حالة التنمر العقلي ، لمعرفة نقطة الضعف الضحية القائلة واستغلالها ، مما يضعف من ثقة و تقدير الضحية لهذا فيما يشعرها ذلك بأنها عديمة القيمة ، وتظل تحمل الآثار تحلفها وتركها المتنمر عليها من إدراك منخفض للذات ، والنقد المستمر لها حتى لو توقف المتنمر عن سلوكياته ، وبالنسبة للضحايا فيتوافر لديهم مهارات اجتماعية - معرفية ولكن القصور يظهر في قدرتهم المنخفضة على استخدام هذه المهارات بصورة إيجابية.

وترى الدراسة الحالية أن من أهم أعراض اضطرابات ما بعد الصدمة هي إعادة معايشة الأحداث الصدمية بشكل مستمر إذ تظهر على الإناث علامات (لشعور بالضيق بسبب استمرار تلك الأحداث وأنها تذكرهن بالأحداث المؤلمة ، والتوتر كلما اقتربن من مكان الحدث ، والشعور المفاجئ وكأن الحدث الصدمي سيتكرر وقوعه مرة أخرى ، وصعوبة نسيان الأحداث الصدمية و أن صورها مازالت عالقة في أذهانهن ، وتراود البعض منهن الأحلام المزعجة ، فضلاً عن إنزعاج البعض من سماع الأصوات العالية أو الصراخ) .

وكذلك أن من أهم الأعراض الأخرى للإناث هي محاولة التجنب للأحداث الصدمية بشكل مستمر إذ تظهر عليهن علامات (تجنب جميع الأماكن والشوارع التي تذكرهم بالأحداث الصدمية، المحاولات المضنية من أجل محو الذكريات المؤلمة للأحداث الصدمية، والابتعاد جهداً عن سماع أصوات الصراخ، وتجنب الحديث عن الأحداث الصدمية، وتجنب مشاهدة الجنازات في التلفاز أو في الشارع، والشعور بالضيق كلما تذكروا الأحداث الصدمية.

إن من أهم الأعراض الأخرى للإناث هي الإفراط في التيقظ إذ تظهر عليهن علامات الانزعاج بشدة عند التعرض لمواقف تذكرهم بالأحداث الصدمية، صعوبات واضطرابات في النوم، والفرغ والقفز من المكان لدى سماع الصراخ أو الشجار بين الوالدين أو فقد أحد الوالدين.

إن من أهم الأعراض الأخرى للإناث هي ردود الأفعال النفسية والعاطفية الشديدة إذ ظهرت عليهن علامات صعوبات في تركيز الانتباه، والغضب الشديد، وتقلب المزاج، والسلوك المتوتر والعصبية الزائدة، والكرهية الشديدة للمحيطين، والخوف من الاقتراب من مكان الحدث، والاكئاب الشديد، وكره الذات، والغضب تجاه الآخرين أو لوم للأخطاء، وعدم الاكتراث بمجريات الأمور أما الذكور فيتميزو الشعور بالذنب والتقصير تجاه العائلة عن الإناث.

إن من أهم الأعراض الأخرى للإناث هي الأعراض الجسدية والمرضية إذ ظهرت عليهن علامات الشكوى الدائم من الآلام الجسمية، ارتعاش أعضاء الجسم كلما تذكروا الأحداث الصدمية، ارتفاع ضغط الدم، فقدان الشهية للطعام، الآلام في المعدة، خفقان في القلب أكثر من الذكور.

ومن الأعراض النفسية لما بعد الصدمة للإناث هي ضعف المشاركة الاجتماعية ونقص الاهتمامات العملية إذ ظهرت عليهم علامات الرغبة في الانعزال عن الآخرين،

وعدم المشاركة في الأفراح، وعدم الشعور بأية متعة حقيقية في الحياة، وتتفق نتيجة الفرض الثاني مع نتائج دراسة مونيوز وآخرون (Munoz,et al, 2010) والتي توصلت إلى أن أعراض اضطراب ما بعد الصدمة أكثر انتشاراً بين الإناث بنسبة (٤٩٪) مقارنة بالذكور (٣٥٪)، ونتائج دراسة أديسو وآخرون (Idsoe,et al., 2012) أن الفتيات هم أكثر عرضة لأعراض اضطراب ما بعد الصدمة عن الأولاد، وأنه من الممكن أن تكون التجارب الصعبة المؤلمة السابقة تجعل المصابين أكثر معاناة وبالتالي تتطور لديهم أعراض ومشاكل الصحة النفسية بسهولة أكبر، ونتائج دراسة (Billette, et al., 2008) والتي توصلت إلى الإناث أعلى من الذكور في كل من الأفكار والصور الذهنية المؤلمة وتكرار معاشة الحدث، والانزعاج في كل ما يذكر بالموقف المؤلم، وتجنب الأفكار والمشاعر المتعلقة بالأزمة وسرعة الفرع والآلام الجسدية.

#### • الفرض الرابع:

يمكن التنبؤ بالأليكسيثيميا من خلال اضطراب ما بعد الصدمة لدى عينة البحث من الأطفال ضحايا التنمر.

وللتحقق من صحة هذا الفرض استخدمت المؤلفة اختبار تحليل الانحدار المتعدد بطريقة الانحدار التدريجي Stepwise Regression وحساب معامل التحديد أو مربع معامل الارتباط لمعرفة مدى مساهمة كل عامل من عوامل اضطراب ما بعد الصدمة لدى عينة من أطفال ضحايا التنمر في التنبؤ بالأليكسيثيميا، حيث يساعد تحليل الانحدار الخطي التدريجي على تحديد أبعاد اضطراب ما بعد الصدمة الأكثر تأثيراً على الأليكسيثيميا وكذلك التعرف على أبعاد اضطراب ما بعد الصدمة ذات العلاقة المعنوية مع الأليكسيثيميا والتي يجب الاهتمام بها من خلال الاهتمام بأبعاد اضطراب ما بعد الصدمة وأتضح من خلال التحليل وجود أربعة نماذج كما هو موضح بمجدول (١٠).

جدول (١٠) الانحدار التدريجي لتأثير أبعاد اضطراب ما بعد الصدمة  
لأطفال ضحايا التنمر على الأليكسيثيميا

المتغيرات المستقلة	قيمة "ف" ودالاتها	معامل الارتباط R	معامل التحديد R2	النسبة المتوية للمساهمة	ثابت المعادلة	الانحدار المعياري	الخطأ المعياري	معامل الانحدار B	قيمة T ودالاتها
النموذج الأول	***٣٢,٦٦١	٠,٧٣٤	٠,٥٣٨	٥٣,٧	٥٢,١١١				
صعوبة التعرف على المشاعر ووصفها والتعبير عنه						٢,٩٧٧	٠,٥٢١	٠,٧٣٤	***٥,٧١٥
النموذج الثاني	***٧٧,٦١١	٠,٩١٣	٠,٨٥٢	٣١,٣	١٣,٩٥٥				
صعوبة التعرف على المشاعر ووصفها والتعبير عنه						٢,٨٤٣	٠,٣٠١	٠,٧٠١	***٩,٤٤٣
صعوبة التمييز بين الأحاسيس الجسدية والمشاعر الإنفعالية						٣,٦٤٤	٠,٤٨٢	٠,٥٦١	***٧,٥٥٧
النموذج الثالث	***٧١,٥٤٨	٠,٩٤٤	٠,٨٩٢	٤,٠٠	٩,٣٣٥				
صعوبة التعرف على المشاعر						١,٦٤٤	٠,٤٦٦	٠,٤٠٥	***٣,٥٢٧

									ووصفها والتعبير عنها
**8,735	0,564	0,42	3,666						صعوبة التمييز بين الأحاسيس الجسدية والمشاعر الإنفعالية
**3,108	0,357	0,899	2,792						صعوبة التخيل

نستنتج من النماذج الثلاثة السابقة ما يلي :

- ثبات صلاحية النماذج الثلاثة نظراً لارتفاع قيمة " ف " المحسوبة فقد بلغت (71, 048) عند مستوى دلالة (0, 01) مما يعني أن هناك تأثير إيجابي ذو دلالة إحصائية لأبعاد اضطراب ما بعد الصدمة لأطفال ضحايا التنمر (صعوبة التعرف على المشاعر ووصفها والتعبير عنه- صعوبة التمييز بين الأحاسيس الجسدية والمشاعر الإنفعالية - صعوبة التخيل) على الأليكسيثيميا .
- العناصر الأكثر تأثيراً من أبعاد اضطراب ما بعد الصدمة لأطفال ضحايا التنمر على الأليكسيثيميا يتم توضيحها من خلال النماذج التالية :
  - النموذج الأول : إدخال بُعد صعوبة التعرف على المشاعر ووصفها والتعبير عنه بمعامل ارتباط R يساوي 0,734 وبمعامل تحديد R2 يساوي 0,538، معنى ذلك أن صعوبة التعرف على المشاعر ووصفها والتعبير عنه لأطفال ضحايا التنمر تستطيع تفسير التغيرات التي تحدث في الأليكسيثيميا بنسبة 53,7٪ .
  - النموذج الثاني : تم إضافة بُعد صعوبة التمييز بين الأحاسيس الجسدية والمشاعر الإنفعالية إلى صعوبة التعرف على المشاعر ووصفها والتعبير عنه وقد أدى ذلك إلى ارتفاع معامل الارتباط R ليصبح 0,913 وكذلك معامل التحديد R2 ليصبح

٨٥٢, ٠ معنى ذلك أن إضافة بُعد صعوبة التمييز بين الأحاسيس الجسدية والمشاعر الإنفعالية إلى بُعد صعوبة التعرف على المشاعر ووصفها والتعبير عنه أدى إلى زيادة نسبة تفسير التغيرات التي تحدث في الألكسيثيميا بمقدار ٣, ٣١٪.

○ النموذج الثالث : إدخال بُعد صعوبة التخيل إلى بعدي (صعوبة التعرف على المشاعر ووصفها والتعبير عنها، و صعوبة التمييز بين الأحاسيس الجسدية والمشاعر الإنفعالية) وقد أدى ذلك إلى ارتفاع معامل الارتباط R ليصبح ٠, ٩٤٤، وكذلك معامل التحديد R2 ليصبح ٠, ٨٩٣، معنى ذلك أن إضافة بُعد صعوبة التخيل أدى إلى زيادة نسبة تفسير التغيرات التي تحدث في الأليكسيثيميا بمقدار ٠, ٤٪.

- تشير نتائج الجدول السابق إلى أن قيمة " ت " المحسوبة للنماذج دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (٠, ٠١) في جميع النماذج ، مما يعنى وجود علاقة بين أبعاد اضطراب ما بعد الصدمة لأطفال ضحايا التنمر المذكورة وبين الأليكسيثيميا .
- معاملات الانحدار الموجبة تدل على وجود علاقة طردية بين أبعاد اضطراب ما بعد الصدمة لأطفال ضحايا التنمر المذكورة وبين الأليكسيثيميا .

يتضح مما سبق أنه يوجد تأثير إيجابي ذو دلالة إحصائية لأبعاد اضطراب ما بعد الصدمة لأطفال ضحايا التنمر (صعوبة التعرف على المشاعر ووصفها والتعبير عنه- صعوبة التمييز بين الأحاسيس الجسدية والمشاعر الإنفعالية- صعوبة التخيل) على الأليكسيثيميا ويمكن التعبير عن معادلة الانحدار المعيارية بين أبعاد اضطراب ما بعد الصدمة لأطفال ضحايا التنمر والأليكسيثيميا كالتالي :

الأليكسيثيميا = ١, ٦٤٤ × صعوبة التعرف على المشاعر ووصفها والتعبير عنه+ ٣, ٦٦٦ × صعوبة التمييز بين الأحاسيس الجسدية والمشاعر الإنفعالية+ ٢, ٩٧٢ × صعوبة التخيل) ومما سبق يتضح أن هناك علاقة بين اضطراب ما بعد الصدمة لأطفال ضحايا التنمر والأليكسيثيميا وبمعنى آخر كلما كانت أبعاد اضطراب ما بعد الصدمة لأطفال

ضحايا التمر السائدة إيجابية لدى التلاميذ زادت معها درجة التنبؤ بالأليكسيثيميا وأن صعوبة التعرف على المشاعر ووصفها والتعبير عنها الأكثر تأثير على الأليكسيثيميا . وترى المؤلفة أن الأليكسيثيميا تعتبر عاملاً مهماً في تطوير صدمة الطفولة، والانفعال والتقلبات المزاجية، وأظهر تحليل الانحدار أن اضطرابات ما بعد الصدمة كانت ذات دلالة إحصائية تنبئ بالتفكك حتى بعد ضبط تأثير التعرض للصدمة، وجاءت استراتيجيات الأليكسيثيميا وعلى وجه الخصوص صعوبة التعرف على المشاعر ووصفها والتعبير عنها .

وفي هذا الصدد توصلت نتائج دراسة ونتائج بولونين وآخرون (Polonen, et al.,2014) وقد أشارت نتائج هذه الدراسة إلى أنه يوجد أعراض عديدة يمكن من خلالها معرفة الأطفال المصابين بالأليكسيثيميا خصوصاً عند تعرض مجموعة كبيرة منهم إلى اضطراب ما بعد الصدمة ومن هذه الأعراض الاكتئاب والقلق .

وتتفق نتيجة الفرض الرابع مع نتائج دراسة (محمد رزق البحري، ٢٠٠٩) والتي هدفت الى التحقق من قدرة متغيرات الضغوط النفسية في التنبؤ بالأليكسيثيميا، وأسفرت نتائج الدراسة عن وجود ارتباط بين الأليكسيثيميا وكل من الضغوط النفسية، وانخفاض كل من ضبط الذات والثقة بالنفس، مما يدل على اسهام هذه المتغيرات فى التنبؤ بالأليكسيثيميا لدى عينة الدراسة الأساسية من الأطفال ذوى صعوبات تعلم القراءة والموهوبين موسيقياً، كما أشارت النتائج الى وجود فروق دالة احصائياً فى الأليكسيثيميا فى اتجاه عينة الدراسة مقارنة بعينتي الموهوبين موسيقياً والعاديين، ومقارنة بعينة الدراسة فى اتجاه ذوى صعوبات تعلم القراءة .

- كما أظهرت نتائج الدراسات أن الأفراد ذوى العمر الأقل هم أكثر استهدافاً للاصابة باضطرابات ما بعد الصدمة، وكذلك الأفراد ذوى المستوى الاقتصادى والاجتماعى

المنخفض أكثر استعداداً لتطوير أعراض اضطرابات ما بعد الصدمة .  
(طه، ٢٠٠٤ : ١٠-١١)

وتزايد قدرة الطفل على التمييز عن الانفعالات بزيادة علاقاته مع الآخرين وتطور نموه العقلي فعند دخوله الروضة تتأثر انفعالاته ومشاعره بعلاقته بأقرانه ، فالتعبير الانفعالي يظهر كمشاعر يمكن ملاحظتها مباشرة بملاحظة سلوك الطفل .

ففي سن الرابعة يدرك الطفل المواقف التي تسبب الشعور بالفخر أو الخجل وتشير الدراسات إلى أن بإمكانهم استنتاج السلوك المضايق أو المسبب للألم في حوالي سن الخامسة .

وفي حوالي سن السادسة يجيد الطفل إخفاء مشاعره عندما يدرك أن إخفاء المشاعر يخدم أكثر من غرض من الممكن أن يحميه من سخرية الآخرين ، " وإثارة غضبهم " ، وتسبب لهم الضيق ، بالإضافة إلى خصوصية المشاعر ويستطيع الطفل كلما تقدم في العمر أن يتحكم في بعض مشاعره فيظهر مشاعر مغايرة لما يشعر به حقيقة وتصبح لديه قدرة على ممارسة نشاط جديد لينسى المشاعر المؤلمة .

ونتيجة لرغبة الطفل في لفت الانتباه بعده قد يسلك سلوكاً مغايراً للسلوك المطلوب متمثلاً في الشقاوة الزائدة أو الكذب أو نوبات الغضب والتخريب .

وترى هورني أن الخبرات السيئة التي يمر بها الطفل لا يستطيع الزمن أن يحوها ، ويكون لهذا الشعور أثر بالغ الأهمية في شخصيته مستقبلاً . (بدير ، ٢٠١١ : ٤٣-٤٥) .

أكد ( تايلور وباجين ، ٢٠٠٠ ) على أن الأليكسيثيميا ترجع إلى قصور في عملية التنشئة الخاصة بالأطفال خلال العام الأول من العمر ، وذلك بسبب عدم توفر نموذج سلوك التعلق الآمن لدى الطفل ، بالإضافة إلى مسببات أخرى التي من المحتمل أن تكون سببا في حدوث عجز المشاعر (الأليكسيثيميا) كتعرض الطفل لصدمة مبكرة تتضمن حرماناً عاطفياً .

فالتعلق الآمن يتيح الفرصة للأطفال للتعبير عن عدد كبير من الانفعالات، بينما التعلق التجنبي يجعل تعبير الأطفال عن انفعالهم قليلاً، حيث يتعلم الأطفال كبح أشكال الانفعال السالب مع اتصافهم بالاستثارة الانفعالية أما الأطفال ذوو الأسلوب المقاوم فيلجئون إلى الانفجار في البكاء. (الخولي، ٢٠١٠)

وهنا توجد العديد من الدراسات الأميركية التي تؤكد على أن الأليكسيثيميا تعكس قصورا في المعالجة المعرفية للانفعالات، وأن ذلك قد يرجع - جزئياً - إلى كبت الانفعالات في الطفولة، والذي يرجع بدوره إلى قصور في عملية التنشئة الاجتماعية للأطفال، وخاصة خلال العام الأول من العمر بسبب قصور في قدرة القائم بالرعاية على التناغم Attunement والتأمل الذاتي وعدم توافر نموذج سلوك التعلق الآمن لدى الطفل. هذا بالإضافة إلى بعض الأسباب الأخرى كتعرض الطفل لصدمة انفعالية مبكرة تتضمن حرماناً عاطفياً. (متولي، ٢٠٠٧).

أشار ماكدوجال (McDougal, 1974) إلى أن الأليكسيثيميا ترتبط بقصور في علاقة الأم بطفلها، فالطفل يدرك التناقض الوجداني للآم عن طريق التميز والانفصال وبالتالي تقل راحة الطفل تجاه أن يصبح شخصاً منفصلاً ونتيجة لإجباره على الانفصال يتكيف مع الواقع بدون عالم للخيال أو المشاعر (عراقي، ٢٠٠٦).

ويذكر كل من (Besharat, Rizzi, 2014) بأن لهذا الجانب شقين أحدهما نمائي، حيث يرجع أسباب الأليكسيثيميا إلى تشوهات للصورة الذاتية في مرحلة الطفولة نتيجة المرور بخبرات صدمية مؤلمة أدت إلى صعوبة في وصف ما يشعر به الفرد كما أن نقص الحياة التخيلية يُصعب على الفرد تعديل انفعالاته. والجانب الثاني خاص بخبرات القلق والتي أشير فيها دور التعلق الآمن في دعم روابط التواصل بين الطفل والديه، والعلاقات التي يسودها الدفء والحنان والأمن والتوازن النفسي داخل الأسرة (Besharat, Rizzi, 2014: 33).

## ملخص باللغة العربية اضطراب ما بعد الصدمة فى التنبؤ بالأليكسيثيميا لدى الأطفال ضحايا التمر

### • أولاً: مقدمة

لاشك أن الإحساس بالمشاعر والتعرف عليها والتعبير عنها والتمييز بينها تعد خاصية انسانية فهى ضرورة من ضرورات التواصل بين الأشخاص وافتقاد هذه القدرة أو قصورها يعد عائقاً من عوائق تحقيق الصحة النفسية (الخولى وآخرون، ٢٠١٣ : ١١٨).

فهناك من يمكنه التعبير عنها لفظياً (انخفاض الأليكسيثيميا) وهناك من يواجه صعوبة فى التعبير عنها لفظياً معبراً عنها بالمرض والألم أو الخوف أو القلق أو الضيق (ارتفاع الأليكسيثيميا)، خاصة إذا كان هذا الفرد طفلاً مما قد يعوق عملية النصح اللغوى لديه ويحدث سوء توافق اجتماعى ويفرض عليه العزلة من جهة أخرى. (البحرى، ٢٠٠٩ : ٨١٧).

حيث ترى نظرية الصدمة أن الأليكسيثيميا هى طريقة تعايش مع الصدمة وتستخدم كوسيلة للتعايش والتعامل مع الضغوط النفسية والانفعالات السالبة الملائمة بالإيداء الجسدى والجنسى فى الطفولة ويمكن نتيجة عدم القدرة على التعامل بفعالية مع الضغوط النفسية. (Reddy,2009:37).

ويعد سلوك التمر أحد أشكال السلوك العدوانى وهو من المشكلات الشائعة لدى الأطفال والتي تنمو معهم فى سن مبكرة وتستمر حتى المراحل اللاحقة وتجعلهم يعانون من مظاهر اضطراب انفعالى وسلوكى واضح (Carrolle,2008: 288).

فتعتبر كثرة التعرض للمضايقات والتهديد من قبل الآخرين سبباً لدى الطفل لكى يطور العديد من الاضطرابات والأعراض السلوكية والانفعالية والتي تعرف باضطراب ما بعد الصدمة (Namka,2001:17)

الأليكسيثيميا هي صعوبة التعبير عن المشاعر وانخفاض في معايير تقدير الذات والاستسلام للواقع المسمى لنا خصوصاً عندما يتعرض الطفل لصدمة قوية تجعله يكتئب ويفصل نفسه عن الواقع تماماً. (Cordero,2014)

وهذا ما دعا المؤلفة لدراسة السياق الذي يرتبط بالحياة المنزلية وعلاقة مشكلة الأقران وخبرات المدرسة السلبية الناتجة عن التنمر الذي يرتبط مع انخفاض تقدير الذات واضطراب ما بعد الصدمة على الصحة النفسية لدى الأطفال الضحايا وعمق تأثير التنمر عليهم الأمر الذي يجعلهم يصابون في النهاية بالأليكسيثيميا.

### • ثانياً: مشكلة البحث:

الأطفال ضحايا التنمر غالباً ما يعانون من أشكال مختلفة من الاضطرابات سواء على المستوى السلوكي (اضطرابات السلوك) مثل السلوكيات العدوانية والفوضوية وسوء التوافق الاجتماعي والعناد وسلوكيات مضادة للمجتمع وغيرها كما أوضحت نتائج دراسة بيفلكو وآخرون أن الأطفال ضحايا التنمر كانوا مرتبطين بشكل واضح مع العدوان ومع تجارب العنف في الأسرة ومشاكل مجموعة الأقران

(Bifulco,Schimmenti,Jacobs,Bunn,&Rusu,2014) وتعرضهم لهذا الشكل من التنمر يجعلهم يعانون من عواقب سلبية متعددة بما في ذلك سوء التكيف الاجتماعي والتوافق الأكاديمي فضلاً عن وجود صعوبات في الاستيعاب الخارجية.

(Fraser,Evans,&Cotter,2014)

وعلى المستوى النفسي الأطفال ضحايا التنمر يتعرضون لتجارب نفسية مؤلمة من خلال عداء الأقران والرفض والتجنب وخصوصاً التعرض للتنمر اليومي المدرسي لوقت طويل يساهم في عزل التلاميذ عن البيئة المحيطة بهم (Campell,&Morrison,2007) وهذا يؤدي إلى مشكلات في تكوين الصداقات وتدني تقدير الذات وأن هؤلاء الأطفال في موضع خارج السيطرة وهذا من الممكن أن يسبب خطورة كبيرة عليهم وتعرضهم للمشاكل النفسية (Mynard,Joseph,&Alexander,2000) مثل عدم الشعور

بالأمان والقلق والضغط العصبي والغضب والإحباط والخوف والاكنتاب بشكل غير مباشر في مرحلة الطفولة (Heron,2013).

ويتعرض الأطفال ضحايا التنمر أيضاً إلى اضطرابات عقلية معرفية فهم يعانون باستمرار من قبل الأفكار والصور الاقتحامية حول التجارب المؤلمة والذين يستخدمون الكثير من الطاقة لقمعها ويكونوا بوضوح أقل قدرة على التركيز على الواجبات المدرسية وليس من السهل عادة اكتشافهم فهم غالباً ما يعانون في صمت ويظهرون أفكار سلبية أكثر من غيرهم في العالم المحيط بهم (Munoz,Jimenez, Vergl,&Hernandez,2010).

إن تعرض الأطفال للتنمر بأى شكل من الأشكال السابقة قد يشكل صدمة لديهم ويجعلهم يعانون من أعراض اضطراب ما بعد الصدمة وما يصاحبها من علامات مثل عدم الشعور بالأمن والثقة بالآخرين والزعزعة والتهديد وتجنب الأماكن والأشخاص الذين ارتبطوا بخبرة الإساءة لديهم ورفض الذهاب إلى المدرسة أو النزول للشارع بالإضافة إلى شكاوى جسمية عامة (Billette,Guay,&March,2008).

وربما أن جميع هذه الاضطرابات تجعل الأطفال غير قادرين على التواصل بفاعلية مع من حولهم وغير قادرين على التعبير عن مشاعرهم والتعرف عليها والتمييز بينها وغير واثقين منها ومن أنفسهم وغير واثقين من مشاعر الآخرين تجاههم فهم غالباً ما يعانون في صمت وهذا يزيد من تفاقم المعاناة لديهم ومن حجم المشكلة أيضاً (Irwin,2014). وعلى ذلك يمكن صياغة مشكلة البحث من خلال التساؤلات الآتية:

- هل يوجد علاقة ارتباطية بين الأليكسيثيميا واضطراب ما بعد الصدمة لدى عينة من الأطفال ضحايا التنمر.
- هل يوجد فروق الأليكسيثيميا لدى الأطفال ضحايا التنمر من الجنسين.
- هل يوجد فروق في اضطراب ما بعد الصدمة للأطفال ضحايا التنمر من الجنسين.

- ما مدى اسهام اضطراب ما بعد الصدمة فى التنبؤ بالأليكسيثيميا لدى عينة من الأطفال ضحايا التنمر .

### • ثالثاً: أهداف البحث:

- التعرف على وجود علاقة ارتباطية بين اضطراب ما بعد الصدمة والأليكسيثيميا لدى الأطفال ضحايا التنمر .
- التعرف على الفروق فى الأليكسيثيميا لدى الأطفال ضحايا التنمر من الجنسين .
- التعرف على الفروق فى اضطراب ما بعد الصدمة لدى الأطفال ضحايا التنمر من الجنسين .
- التنبؤ من خلال اضطراب ما بعد الصدمة بالأليكسيثيميا لدى الأطفال ضحايا التنمر .

### • رابعاً: أهمية البحث:

١. القاء الضوء على متغيرين مهمين فى مجال علم النفس وهما الأليكسيثيميا واضطراب ما بعد الصدمة .
٢. الاهتمام بعينة البحث من الأطفال ضحايا التنمر حيث أن التنمر يؤثر بالسلب على شخصياتهم ويعرضهم للمخاطر الجسدية ويؤرق مرحلة طفولتهم ويسبب أمراض ومشاكل نفسية قد تستمر معهم لمرحلة المراهقة والشباب لذلك نأمل أن يكونوا أصحاء نفسياً وجسدياً .
٣. لا توجد فى حدود علم المؤلفة دراسة نفسية عربية تناولت العلاقة بين الأليكسيثيميا وبين اضطراب ما بعد الصدمة لدى الأطفال ضحايا التنمر .
٤. التعرف على شيوع اضطراب ما بعد الصدمة لدى الأطفال ضحايا التنمر .
٥. ضرورة توعية الأطفال كسر حاجز الصمت بحثاً عن التدخل المبكر لمنع التأثيرات السيئة التى تقع على المدى البعيد وإثبات الذات والتعامل باستقلالية حتى يحصلوا على الدعم .

٦. في ضوء ما تسفر عنه نتائج الدراسة يمكن اعداد البرامج التشخيصية والعلاجية والإرشادية والوقائية لعلاج الأليكسيثيميا والتخفيف من اضطراب ما بعد الصدمة لدى الأطفال الذين يحتاجون للمساعدة.

#### • خامساً: منهج الدراسة:

سوف يتم استخدام المنهج الوصفي التحليلي للتعامل مع البيانات ووصفها وتحليلها.

#### • سادساً: فروض البحث:

- توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين اضطراب ما بعد الصدمة والأليكسيثيميا لدى الأطفال ضحايا التنمر.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات الأطفال الذكور والإناث ضحايا التنمر على مقياس الأليكسيثيميا.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات الأطفال الذكور والإناث ضحايا التنمر على مقياس اضطراب ما بعد الصدمة
- يمكن التنبؤ بالأليكسيثيميا من خلال اضطراب ما بعد الصدمة لدى عينة البحث من الأطفال ضحايا التنمر.

#### • سابعاً: إجراءات الدراسة:

##### أ. عينة الدراسة:

تكونت من ٣٠ طفل أعمارهم تراوح ما بين (٥ : ٨) سنوات بمركز بليس التابع لمحافظة الشرقية.

##### ب. أدوات البحث:

- مقياس اضطراب ما بعد الصدمة إعداد: المؤلفة.
- مقياس الأليكسيثيميا إعداد: المؤلفة.
- مقياس سلوك الأطفال ضحايا التنمر إعداد: المؤلفة.

## • وكانت أهم النتائج :

- ١- وجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين اضطراب ما بعد الصدمة والأليكسيثيميا لدى الأطفال ضحايا التنمر .
- ٢- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات الأطفال الذكور والإناث ضحايا التنمر على مقياس الأليكسيثيميا .
- ٣- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات الأطفال الذكور والإناث ضحايا التنمر على مقياس اضطراب ما بعد الصدمة .
- ٤- يمكن التنبؤ بالأليكسيثيميا من خلال اضطراب ما بعد الصدمة لدى عينة الدراسة من الأطفال ضحايا التنمر .

## • أهم التوصيات :

- في ضوء ما أسفرت عنه هذه الدراسة من نتائج تقدم المؤلفه عدد من التوصيات والتطبيقات التربوية :
١. أهمية اجراء مزيد من التحقيقات لتحديد الأثر السببي للأليكسيثيميا على حد سواء باعتبارها سمة سابقة للمرض المحتمل وأيضاً كما هي نتيجة للصددمات .
  ٢. صدمة الطفولة قد تزيد من خطر التجارب النفسية والعقلية وأن خصائص الأطفال ضحايا التنمر تستحق المزيد من الدراسة .
  ٣. عدم الفصل بين هؤلاء الأطفال والأطفال العاديين فأسلوب الدمج أفضل أساليب مواجهة هذه المشكلة .
  ٤. تدريب هؤلاء الأطفال على استخدام التعليمات التي تساعدهم على ضبط سلوكياتهم .
  ٥. اهتمام وسائل الاعلام بهؤلاء الأطفال، وتقديم برامج تساهم في تنمية مواهبهم وقدراتهم .

- ٦ . اعداد البرامج العلاجية والإرشادية لخفض الأليكسيثيميا لدى الأطفال ضحايا التنمر .
- ٧ . تأهيل وتدريب المعلمين والمعلمات على اكتشاف الأطفال الذين يعانون الأليكسيثيميا .
- ٨ . تنفيذ أنشطة واجراءات تدريبية تشجيع هؤلاء الأطفال على التعرف على مشاعرهم وتنمية مهارتهم فى التعبير عن المشاعر والانفعالات .
- ٩ . ضرورة توفير الاختصاصى النفسى المؤهل للتعامل مع الاضطرابات النفسية وذلك بانشاء أقسام كينيكية متخصصة .
- ١٠ . الاهتمام باعداد الملف الأكاديمى لكل طفل والذى يوضح الحالة النفسية والتعليمية والصحية له ، وينتقل هذا الملف مع كل مرحلة دراسية يمر بها الطفل .
- ١١ . اشراك هؤلاء الأطفال فى الأنشطة الاجتماعية التى تدعم ثقتهم بأنفسهم وتسمح لهم بالتعبير عن مشاعرهم .

#### • أهم البحوث المقترحة:

- ١ . فى ضوء نتائج هذا البحث الحالي تقترح المؤلفة الدراسات الآتية :
- ٢ . العلاقة بين الأليكسيثيميا واضطراب ما بعد الصدمة لدى الأطفال ضحايا التنمر .
- ٣ . العلاقة بين أساليب المعاملة الوالدية والأليكسيثيميا لدى الأطفال ضحايا التنمر .
- ٤ . تخفيض اضطراب ما بعد الصدمة وأثره فى خفض الأليكسيثيميا لدى الأطفال ضحايا التنمر .
- ٥ . فاعلية برنامج ارشادى معرفى سلوكى فى خفض حدة الأليكسيثيميا لدى الأطفال ضحايا التنمر .
- ٦ . فاعلية برنامج لغوى للارتقاء باللغة التعبيرية لدى عينة من الأطفال ذوى الأليكسيثيميا .

## المراجع

### أولاً: المراجع العربية:

١. إبراهيم، عبد الستار (٢٠٠٩). الضغوط اللاحقة للصددمات النفسية والانفعالية. مجلة شبكة العلوم النفسية والعربية. ع ٢١-٢٢، ١٢٠-١٢٦.
٢. أبو الديار، مسعد نجاح (٢٠١١). تنمية أساليب المواجهة لخفض الأعراض الإكلينيكية لدى عينة من الأطفال ذوي الأعراض الذاتية. رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية البنات، جامعة عين شمس.
٣. أبو الديار، مسعد نجاح (٢٠١٢). سيكولوجية التنمر بين النظرية والعلاج. ط ٢. الكويت: دار القلم.
٤. أبو الفتوح، محمد كمال (٢٠٠٦). دراسة لبعض المتغيرات المرتبطة بسلوك المشاغبة لدى تلاميذ المرحلة الثانوية. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة بنها.
٥. أبو عيشة، زاهدة جميل (٢٠١٤). "اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة النفسية لدى المرأة الفلسطينية في الضفة الغربية وعلاقته بالقلق والاكتئاب النفسي" مجلة علم النفس ع ١٠٠، السنة السابعة والعشرون، ١٣٣-١٠٦.
٦. أبو نجيلة، سفيان (٢٠٠١). مقالات في الشخصية والصحة النفسية. غزة: مركز البحوث الإنسانية والتنمية الاجتماعية.
٧. اسمندر، نرجس يوسف (٢٠١٥). برنامج إرشادي لتخفيف ضغوط ما بعد الصدمة وأثره على بعض المتغيرات النفسية لدى عينة من الطلاب المتفوقين بسوريا. رسالة دكتوراه غير منشورة. معهد الدراسات التربوية، جامعة القاهرة.
٨. الأملعي، أحمد محمد. (٢٠١٢). الاضطرابات النفسية ما بعد الصدمة لدى الأطفال. مؤسسة التنمية الأسرية-ورقة عمل (٢٠١٢)، القيادة العامة لشرطة أبو ظبي.

٩. الببلاوي، فيولا (٢٠٠١). تأثير صدمة الطفولة على الصحة النفسية للأطفال. مجلة الطفولة والتنمية، ع ١، ٢٥-٥٩، المجلس العربي للطفولة والتنمية.
١٠. البحيري، محمدرزق (٢٠٠٩). إسهام بعض المتغيرات النفسية في التنبؤ بالألكسيثيميا لدى عينة من الأطفال ذوي صعوبات تعلم القراءة والموهوبين موسيقياً. مجلة دراسات نفسية. ١٩ (٤). ٨٨٣-٨١٥.
١١. بدير، كريمان محمد (٢٠٠٧). مشكلات طفل الروضة وأساليب معالجتها. القاهرة: دار المسيرة.
١٢. بدير، كريمان محمد (٢٠١١). سيكولوجية المشاعر وتنمية الوجدان. القاهرة: عالم الكتاب.
١٣. بركات، عفاف إبراهيم (٢٠١٢). فاعلية برنامج إرشادي في تحسين نقص التعبير عن المشاعر (الألكسيثيميا) لدى عينة من ذوي اضطرابات الأكل. رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية، جامعة بنها.
١٤. البناء، إسعاد عبدالعظيم (٢٠٠٨). سمات الشخصية وأساليب المعاملة الوالدية المدركة لدى التلاميذ ضحايا مشاغبة الأقران في المدرسة. مجلة بحوث التربية النوعية، جامعة المنصورة، ع ١١، ١٣٧-١٦٦.
١٥. البناء، إيمان (٢٠٠٣). الألكسيثيميا: صعوبة تحديد ووصف المشاعر وأنماط التعامل مع الضغوط لدى عينة من طلبة الجامعة. حوليات آداب عين شمس، مج ٣١، ١٧-٥٧.
١٦. البيشي، عبدالله محمد (٢٠١١). ضغوط الصدمة المرتبط بإصابات الرأس لدى عينة من الأطفال الذين تعرضوا لحوادث الطرق وأساليب المواجهة النفسية. رسالة دكتوراه غير منشورة، قسم العلوم الإنسانية البيئية، كلية الآداب، جامعة عين شمس.
١٧. جرادات، عبدالكريم، (٢٠٠٨). الاستقواء لدى طلبة المدارس الأساسية: انتشاره والعوامل المرتبطة به. المجلة الأردنية في العلوم التربوية، ٤ (٢). ١٠٩-١٢٤.

١٨. جولمان، دانيال (٢٠٠١). الذكاء العاطفي . (ترجمة: ليلى الجبالي ، مراجعة: محمد يونس). الكويت: المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب ، سلسلة عالم المعرفة .
١٩. الحربى ، نايف بن محمد (٢٠١٣). الاستقواء وعلاقته بتقدير الذات في ضوء عدد الأصدقاء لدى طلاب وطالبات المرحلة الثانوية بالمدينة . رسالة التربية وعلم النفس ، ع (٤٢) . ٢٩-٦ .
٢٠. حسين ، طه عبدالعظيم وحسين ، سلامة عبدالعظيم (٢٠١٠). استراتيجيات وبرامج مواجهة العنف والمشاغبة في التعليم . القاهرة: دار الوفاء للنشر .
٢١. حسين ، طه عبدالعظيم (٢٠٠٧). سيكولوجية العنف العائلي والمدرسي . الإسكندرية : دار الجامعة الجديدة .
٢٢. الحشاش ، دلال عبد العزيز (٢٠١٢). فاعلية برنامج إرشادي لتنمية بعض المهارات لمجابهة ضغوط ما بعد الصدمة لدى عينة من طلاب المرحلة الثانوية بالكويت . رسالة دكتوراه غير منشورة ، معهد الدراسات والبحوث التربوية ، جامعة القاهرة .
٢٣. خميس ، إيمان أحمد (٢٠١٤). إسهام بعض المتغيرات في التنبؤ بالألكسيثيميا لدى معلمات رياض الأطفال . مجلة الطفول والتربية ، ع ٢٠ ، ج ٢ .
٢٤. خميس ، إيمان أحمد ، وسيد ، دعاء عوض (٢٠١٠). سلوك التمر/ الضحية وعلاقته بتوكيد الذات لدى عينة من الأطفال ذوي الاحتياجات السمعية الخاصة . بحث منشور ضمن فعاليات المؤتمر الدولي الثاني (السنوي التاسع) ، كلية رياض الأطفال ، جامعة القاهرة ، بعنوان: " رياض الأطفال في ضوء ثقافة الجودة " ، في الفترة من ٤-٦ مايو ٢٠١٠ .
٢٥. الخولي ، هشام (٢٠٠٤). التنبؤ بسلوك المشاغبة/ الضحية من خلال بعض أساليب المعاملة الوالدية لدى عينة من المراهقين . المؤتمر السنوي الحادى عشر للإرشاد . مركز الإرشاد النفسي ، جامعة عين شمس ، ٣٣٣-٣٨٠ .

٢٦. الخولي، هشام (٢٠١٠). دراسة العلاقة ما بين العجز والنقص في القدرة على التعبير عن المشاعر والشعور (الأليكسيثيميا) المخادعة، المقابلة الميكيفيلية. مجلة الصحة النفسية ومشكلات من الحياة، ط ٢، ٢٢٠-٢٢٧، كلية التربية، جامعة بنها.
٢٧. الخولي، هشام، وشعبان، محمد، وعراقي، الزهراء (٢٠١٣). الذكاء الانفعالي وعلاقته بالأليكسيثيميا لدى عينة من طلاب وطالبات الجامعة. مجلة دراسات عربية في التربية وعلم النفس، عدد ٤١، ج ٢، ١١٧-١٧٢.
٢٨. الدسوقي، مجدي محمد (٢٠١٦). مقياس التعامل مع السلوك التمري. القاهرة: دار جوانا للنشر والتوزيع.
٢٩. راضي، فوقية محمد (٢٠٠١). تقدير الذات والاكتئاب والوحدة النفسية لدى التلاميذ ضحايا مشاغبة الأقران في المدرسة. المجلة المصرية للدراسات النفسية، مج ١١، ع ٢٩، ١١٩-١٥١.
٣٠. رحوم، علي موسى (٢٠١٢). اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD). دليل مجموعات الدعم النفسي لضحايا القمع والعنف، ١٤١-١٥٢.
٣١. الروسان، فاروق (٢٠٠٠). دراسات وبحوث في التربية الخاصة. القاهرة: دار الفكر والنشر والتوزيع.
٣٢. زعفان، الشيماء علي الدسوقي (٢٠١٤). الاغتصاب وعلاقته ببعض الاضطرابات النفسية والسيكوسوماتية واضطراب ضغوط ما بعد الصدمة. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الآداب، جامعة المنوفية.
٣٣. سعد عبد الرحمن (٢٠٠٤). القياس النفسي: النظرية والتطبيق. ط ٤. القاهرة: دار الفكر العربي.
٣٤. سناري، هالة خير (٢٠١٠). بعض المتغيرات النفسية لدى ضحايا التنمر المدرسي في المرحلة الابتدائية. مجلة كلية التربية بقنا، جامعة جنوب الوادي، مج ١٦، ع ٢٤.

٣٥. شعبان، محمد أحمد (٢٠١٠). الأليكسيثيميا في علاقتها بسلوك المشاغبة لدى عينة من مراحل تعليمية مختلفة. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة الفيوم.
٣٦. شوقي، عبدالله (١٩٩٩). ظاهرة الشغب في مدارس التعليم العام: دراسة تحليلية للعوامل والأسباب، مجلة كلية التربية بينها، مج (١٠). ج (٢)، ع ٣٨، ٤١-٨٤.
٣٧. الشويقي، أبو زيد (٢٠٠٨). الابتكارية الانفعالية لدى عينة من طلاب الجامعة وعلاقتها بكل من الأليكسيثيميا والعوامل الخمسة الكبرى في الشخصية. المجلة المصرية للدراسات النفسية، ١٨، ع ٦١، ٤٤-٨٤.
٣٨. الشيخ، منال (٢٠١٢). فاعلية برنامج إرشادي فردي في التخفيف من أعراض الصدمة النفسية الناتجة عن إساءة المعاملة الجنسية لدى الأطفال من خلال دراسة حالة. مجلة جامعة دمشق-مج ٢٨، ع ٣٤، ٤٤٧-٥١٨.
٣٩. صالح، قاسم حسين (٢٠٠٦). اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية. مجلة شبكة العلوم النفسية العربية، ع ١٢، ٩-١٢.
٤٠. صالح، قاسم حسين (٢٠٠٨). اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية. مجلة الثقافة النفسية، مج ١٣. ع ٤٩.
٤١. صندقجي، حسن محمد (٢٠٠٨). صعوبة التعرف على المشاعر والتفريق بينها وبين الأحاسيس البيئية الناشئة عنها. الشرق الأوسط، جريدة العرب الدولية، ع ١٠٦٥٦.
٤٢. الصوفي، أسامة حميد، والمالك، فاطمة هاشم (٢٠١٢). التنمر عند الأطفال وعلاقته بأساليب المعاملة الوالدية. مجلة البحوث التربوية والنفسية، ع ١٤٦، ٣٥-١٨٨.
٤٣. طنوس، عادل جورج، والحوالدة، محمد خلف (٢٠١٤). فاعلية التدريب التوكيدي في تحسين تقدير الذات والتكيف لدى الطلبة ضحايا الاستقواء. دراسات العلوم التربوية، مج ٤١، ملحق ١، عمان: الجامعة الأردنية.

٤٤. طه، إيمان عبدالحليم (٢٠٠٤). أثر اضطرابات ما بعد الصدمة على كفاءة بعض الوظائف المعرفية والتوافق النفسي الاجتماعي لدى عينة من المصدومين. رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية الآداب، جامعة القاهرة.
٤٥. العادلي، راهبة عباس (٢٠٠٤). اضطراب تنافس الأشقاء وعلاقته بالغضب والتنمر لدى طلبة المرحلة المتوسطة. مجلة العلوم التربوية، ع ٢٣٥، ٩١-٣٣٥.
٤٦. عبد الخالق، أحمد (١٩٩٨). الصدمة النفسية. الكويت: مجلس النشر العلمي.
٤٧. عبد القادر، نادية إبراهيم (٢٠٠٢). فاعلية استخدام برنامج معرفي سلوكي في تنمية الانفعالات والعواطف لدى الأطفال المصابين بالتوحدية وآبائهم. رسالة دكتوراه غير منشورة، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس.
٤٨. عبدالنبي، سامية (٢٠١٢). الألكسيثيميا وعلاقتها بنوعية (جودة) النوم لدى عينة في طلاب وطالبات الجامعة. مجلة دراسات نفسية مج ٢٢، ع ٢٤، ٢٩٦-٣٠١.
٤٩. عبد الخالق، أحمد، والبناء، حياة (٢٠١٤). صعوبة تعرف المشاعر وعلاقتها بالعوامل الخمسة الكبرى للشخصية لدى عينة من طلاب جامعة الكويت. مجلة العلوم الاجتماعية، مج ٤٢، ع ١، ١٢-٤١.
٥٠. عبدالعال، تحية محمد (٢٠٠٦). القلق الاجتماعي لدى ضحايا مشاغبة الأقران في البيئة المدرسية: دراسة في سيكولوجية العنف المدرسي. مجلة كلية التربية، جامعة بنها، مج ١٦، ع ٤٥، ٦٨-٩١.
٥١. عكاشة، أحمد (٢٠٠٤). الطب النفسي المعاصر. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
٥٢. علوان، نعمات شعبان، وصالح، عايدة شعبان (٢٠٠٥). الأحداث الصادمة وعلاقتها ببعض المشكلات السلوكية لدى أطفال الرياض في محافظات غزة. مجلة البحث في التربية وعلم النفس، مج ١٨، ع ٤.

٥٣. عمر، ماهر محمود (٢٠٠٧). التعامل مع الصدمات النفسية: رؤية تحليلية للإجراءات الإرشادية التشخيصية والعلاجية لاضطرابات الضغوط التالية للصددمات. القاهرة: إصدارات أكاديمية متشجان للدراسات النفسية.
٥٤. عودة، محمد محمد (٢٠١٠). الخبرة الصادمة وعلاقتها بأساليب التكيف مع الضغوط والمساندة الاجتماعية والصلابة النفسية لدى أطفال المناطق الحدودية بقطاع غزة. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، الجامعة الإسلامية بغزة.
٥٥. فايد، حسين علي (٢٠٠٦). إساءة وإهمال الطفل. القاهرة: مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع.
٥٦. فريته، أسامة عمر (٢٠١١). القيمة التشخيصية لاختبار رسم الشخص في تمييز اضطراب ما بعد الصدمة لدى عينة من الأطفال. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، الجامعة الإسلامية بغزة.
٥٧. فيلد، إيفيلين (٢٠٠٤). حصّن طفلك من السلوك العدواني والاستهزاء: اقتراحات لمساعدة الأطفال على التعامل مع المستهزئين والمتحرشين. الرياض: مكتبة جرير.
٥٨. قطامي، نايفة، والصررايرة، منى (٢٠٠٩). الطفل المتمرّ. عمّان: دار المسيرة للنشر.
٥٩. كاجان، جيروم (٢٠١٢). ما الانفعال؟ (ترجمة: منال زكريا حسين، محمد سعد محمد، مراجعة قدرى حفني). القاهرة: المركز القومي للترجمة.
٦٠. كامل، شارلوت (٢٠٠٦). اضطراب ما بعد الصدمة بين الأعراض الأولية والثانوية. مجلة الوقت، ١٧٢.
٦١. كولتشيستسكايازي، إ. (١٩٩٧). تربية مشاعر الأطفال في الأسرة. (ترجمة: عبدالمطلب أبو يوسف، مراجعة: ماجد علاء الدين). دمشق: .

٦٢. لبيب، تهاني محمد عثمان، والتهامي، السيد يس، وشعبان، آلاء محمود (٢٠١٣).  
دراسة لاضطراب النشاط الزائد والسلوكيات العدوانية وسلوك المشاغبة لدى الأطفال  
الصم. مجلة الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس، ع ٣٤، ٥١٥-٥٥٥.
٦٣. لين، كوروغلي محمد (٢٠٠٩). سلسلة في دراسة محاولة الانتحار عند المراهقين بعد  
تعرضهم لصدمة فشل. رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة منتوري، الجزائر.
٦٤. متولي، أحمد أحمد (٢٠٠٧). دراسة مقارنة لبعض الأليكسيثيميا لدى عينة ممن يعانون  
الصداع التوترى والعادين من طلاب الجامعة. مجلة عالم التربية، ع ٢٢، السنة الثامنة،  
١٨٥-٢٣٤.
٦٥. محمد، ابتسام أحمد (٢٠١١). فعالية برنامج تدريبي للتفاؤل المتعلم في تنمية بعض  
مهارات إدارة الأزمات لدى أطفال الروضة. رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية رياض  
الأطفال، جامعة الإسكندرية.
٦٦. مطير، هدى سلمى (٢٠٠٩). الأليكسيثيميا وعلاقتها بالقلق لدى عينة من المراهقين  
المكفوفين. رسالة ماجستير غير منشورة، قسم الدراسات النفسية للأطفال، معهد  
الدراسات العليا للطفولة، جامعة القاهرة.
٦٧. مظلوم، مصطفى (٢٠١١). الذكاء الانفعالي لدى المشاغبين وأقرانهم ضحايا  
المشاغبة في البيئة المدرسية. بحث مقدم إلى المؤتمر الدولى حول العادين وذوي الاحتياجات  
الخاصة، جامعة بنها، كلية التربية، ١٧-١٨/٧.
٦٨. المعجم الوجيز (٢٠٠١). معجم اللغة العربية. القاهرة: الهيئة المصرية العامة لشئون  
المطابع الأميرية.
٦٩. مكتب الإنماء الاجتماعى لإدارة البحوث والدراسات (٢٠٠٠). الاضطرابات التالية  
للأحداث الصدمية: دراسة إستمولوجية.
٧٠. ملحم، سامي محمد (٢٠٠٧). المشكلات النفسية عند الأطفال. عمان: دار الفكر.

٧١. منصور، طلعت (١٩٩٣). استراتيجيات التشخيص لما بعد الأزمة. مكتب الإنماء الاجتماعي في الديوان الأجرى، الكويت.
٧٢. هيريجوبان، ماري فرانس (٢٠٠٦). التحرش الأخلاقي: العنف اليومي الفاسد. (ترجمة: سهيل حمد أبو فخر). منشورات دار علاء الدين.
٧٣. يعقوب، غسان (١٩٩٩). سيكولوجيا الحروب والكوارث ودور العلاج النفسي: اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة PTSD. بيروت: دار الفارابي.
٧٤. يونس، محمد محمود (٢٠٠٥). مدى فاعلية أسلوب الاسترخاء العضلي في خفض مستوى أعراض اضطراب ما بعد الصدمة النفسية لدى عينة من الطلبة في الجامعة الأردنية. مجلة دراسات العلوم الإنسانية والاجتماعية. مج ٣٢، ع ٣، ٥٨١.

#### ثانياً: المراجع الأجنبية:

75. Akiba, M.(2004). Nature and correlates of time: Bullying in Japanese middle school. International Journal Education Research, 41, (3), 216-236.
76. American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV). (4<sup>th</sup> Ed.) Washington, D.C: A.P.A. Author.
77. Amie, E., & Thomas, H. (2002). Peer-victimization: Global self-worth, and anxiety in middle school children. Journal of clinical Child and Adolescent Psychology. Vol. 31, No. (1), 59-68.
78. Ann, K. (2001). An Analysis of post-trauma personality symptoms in alexithymia. Ph.D., Seattle Pacific University.
79. Atlas, R., & Riper, D. (1998). Observations of bullying in the classroom. The Journal of Educational Research, 92, (2), 86-99.
80. Balaban, H., Semiz, M., Senturk, I. A., Kavakci, O., Cinar, Z., Dikici, A., & Topaktas, S. (2012). Migraine prevalence, alexithymia, and post-traumatic stress disorder among medical students in Turkey. J ournal of Headache Pain, 13, 459-467.

81. Baldry, A., (2003). Bullying in schools and exposure to domestic violence. *Child Abuse & Neglect*, 27, (7) p.p.713-732.
82. Banks, R. (1997). Bullying in schools. An online ERIC Digest,
83. Barbra B. Oswald, R. Grigaliunien, V., Neverauskiene, S., Jankuviene, O., &Chue, P. (2006). A controlled study of alexithymia in adolescent patients with persisted: Somato-form pain disorder. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 51, 468-471.
84. Bekker, M. H. J., Croon, M. A., Van Balkom, E. G. V., &Vernee, J. B. G. (2008). Predicting individual differences in autonomy- connectedness: The role of body awareness, alexithymia and assertiveness. *Journal of Clinical Psychology*, (64), 747-765.
85. Besharat, M. A., &Shahidi, V. (2013). The moderating role of attachment styles on the relationship between alexithymia and interpersonal problems in an Iranian population. *International Journal of Psychological Studies* Vol. 5, No. 4, 60-68.
86. Besharat, M. A., Rizi, M. M. S. (2014). The relationship between attachment styles and alexithymia styles and alexithymia: Mediating role of self-regulation. *International Journal of Research Studies in Psychology*, 3, (3), 30-45.
87. Besharat, M., A. (2010). Relationship of Alexithymia with coping styles and interpersonal problems. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 152 (5), p.p. 614-618.
88. Bezgin, C., Gulec, M., Altintas, M., Inanc, L., Koca, E., &Gulec, H. (2012). Effects of childhood trauma on somatization in major depressive disorder: The role of alexithymia, *Journal of Affective Disorders*, 146 (1), p.p. 137-141.
89. Bidwell, (1997). The nature and prevalence of bullying in elementary school. Retrieved from:  
<http://www.saskschoolboards.ca>.
90. Bifulco, A., Schimmenti, A., Jacobs, C., Bunn, A., Rusu, A., (2014). Risk factors and psychological outcomes of bullying

victimization: A community-based study. *Child Indicators Research*, 7 (3), 633-648.

91. Billette, V., Guay, S., & March, A. (2008). Post-traumatic stress disorder and social support in female victims of sexual assault: The impact of spousal involvement on the efficacy of cognitive behavioral therapy. *Journal of Behavior Modification*, 32 (6), 876-896.

92. Buck, R. D., Gibbons, & Murarii, E. (1988). Full information item factor analysis. *Applied Psychological Measurement*. 12, 261- 280.

93. Bouiton, M., Underwood, K. (1992). Bully victim problems in middle school children. *British Journal of Educational Psychology*, 62, 73-87.

94. Bowes, L., Arseneault, L., Maughan, B., Taylor, A., Caspi, A., & Moffitt, T. E. (2009). School, neighborhood, and family factors are associated with childrens bullying involvement: A nationally representative longitudinal study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48, (5), 545-553.

95. Brett, E. A. (1993). Psychoanalytic contribution to a theory of traumatic stress. In Wilson, J., Raphael, B. *International handbook of traumatic stress*. (16-68). London & New York: Plenum Press.

96. Burns, E. E. Jackson J. L., Harding H. G. (2010). Child maltreatment, emotion regulation and post-traumatic stress: The impact of emotional abuse. *Journal of Aggress Maltreatment Trauma*, 19, 801-19.

97. Burrill, K. A. (2005). Bully victimization, PTSD risk factors and dissociation: A correlational study. Ph.D. thesis, Union Institute and University Cincinnati, Ohio.

98. Campbell, M., & Morrison, A. (2007). The relationship between bullying, psychotic-like experiences and appraisals in

14–16-year old. *Behavior Research and Therapy*, 45, (7). 1579–1591.

99. Carney, J. V. (2008). Perceptions of bullying and associated trauma during adolescence. *ASCA Professional School Counseling*, 11, 179-188.

100. Carrolle, D. (2008). Cyber bullying and victimization: Psychosocial characteristics of bullies, victims, and bully/victims. Ph.D., The University of Montana.

101. Castillo, Y. (2013). Alexithymia and PTSD symptoms in adult survivors of childhood abuse: The mediating effects of attachment and depression, Nova South Eastern University, Ph.D., 3630830.

102. Chung, M. C., Wall, N. (2013). Alexithymia and post-traumatic stress disorder following asthma attack. *Psychiatric*, 84, 287-308.

103. Ciarrochi, J., Forgas, J., & Mayer, John D. (2007). Emotional intelligence in everyday life: Handbook. Philadelphia: Publishing Office Psychology Press. A member of the Taylor & Frann's Group.

104. Cluver, L., Bowes, L., & Gardner, L. (2010). Risk and protective factors for bullying victimization among AIDS-affected and vulnerable children in South Africa. *Child Abuse & Neglect*, 34(10), 793-803.

105. Cohn, A., & Canter, A. (2003). Bullying: factors for school and parents. Available online at: <http://www.naspcenter.org/factsheets/bullying.fs.html>Retried on: 6 July, 2006.

106. Collin, P., Kavkihen, K., Mattila, A. K., & Joukamaa, M. (2008). Psychoneurotic symptoms and alexithymia in coeliac disease. *Journal of Scan Gastro Enteral*, 43, 1329-1333.

107. Considine, C. (2011). Alexithymia assessed through auditory-affective perception and interpersonal problems as

mediators of the relationship between trauma and depression. Master, Canada: University of Windsor.

108. Cooper, J. R., Walker, J., Askew, R., Robinson, J. C., & McNair, M. (2001). Students' perceptions of bullying behaviors. *Issues in Educational Research*, 21, 1, 1-21.

109. Cordero, M., Schechter, D., Suardi, F., Manini, A., Rossignol, A., Merminod, M., Gex-Fabry, M., Moser, D., & Serpa, S. (2014). How do maternal PTSD and Alexithymia interact to impact maternal behavior? *Child & Adolescent Psychiatry*, University of Geneva Hospitals, Switzerland.

110. Coy, D. R. (2001). *Bullying*. American Education Research Association Conference ERIC Digest, Washington, PC.U.S. Department of Education and Justice.

111. De Haan, H. Joosten E., Wijideveldt, Boswinkelp, Vander Palenij, & De Jonq. C. (2012). Alexithymia in not a stable personality trait in patients with substance use disorders. *Psychiatry Research* 30, 198 (1), 9-123.

112. Deblinger, E., Lipmann, J., & Steer, R. (1996). Sexually abused children suffering post-traumatic stress symptoms: Initial treatment outcome finding. *Journal of Child Maltreatment*, 1, 310-321.

113. Dehaan, L. (1997). Definition of bully and its effects in the school. *Bullies*.

114. Delfabbro, P., Winefield, T., Trainors, S., Dallard, M., Anderson, S., Metzerm, J., & Hammarstorm, A. (2006). Peer and teacher bullying, victimization of South Australian secondary school students: Prevalence and psychological profiles. *British Journal of Educational Psychology*, 79, (1). 71-90.

115. Dolan, R. J. (2014). *Motivation and emotion handbook*.

116. Dyregrov, A. (2003). *Psychological debriefing: Leaders for guide small crisis intervention*. Chevron Publishing Corporation.

117. Ehlers, A., & Clarks, D. M. (2000). A cognitive model of post-traumatic stress disorder. *Behavior Research & Therapy*, 38, 319-345.
118. Eisenberg, M. E., Neumark, S. D., & Story, M. (2003). Association of weight based teasing and emotional well-being among adolescents. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 157, 733-738.
119. Espelage, D., & Swearer, S. (2003). Research on school bullying and victimization: What have we learned and where do we go from here? *School Psychology Review*, 23, (3), 365-383.
120. Evans, C., Smokowski, P., & Cotter, K. (2014). Cumulative bullying victimization: An investigation of the dose- response relationship between victimization and the associated mental health outcomes, social supports, and school experiences of rural adolescents. *Children and Youth Services Review* (44), 256-264.
121. Eysenck, M. W. (2000) *Psychology: A student hand book* psychology. Press Ltd. Publishers, UK.
122. Fekkes, M., Pijpers, F., & Vanhorick, S. (2004). Bullying behavior and associations with psychosomatic in victims, *Journal of Pediatrics*, 144, (1) 17-22.
123. Finkelhor, D., Ormrod, K., R., & Turner, H., A. (2007). Poly-victimization: A neglected component in child victimization. *Child Abuse & Neglect*, 31, (1), 7-26.
124. Fisher, H., Moffitt, T., Houts, M., Belsky, D., Arseneault, L., & Caspi, A. (2012). Bullying victimization and risk of self-harm in early adolescence: Longitudinal Cohort Study. *British Medical Journal* 344, e2683, doi:10.1136/bmj.e2683.
125. Flannery, R. (1994). *Post-traumatic stress disorder: The victims guide to healing and recovery*. New York: The crossroad Publishing Company.
126. Forman, Hoffman V., Knquers, S, Mckeeman J, et al. (2013). Psychological and pharmacological treatments for adults with posttraumatic stress disorder (PTSD).

127. Forti, A. (2011). Mindfulness and quality of life among breast cancer survivors: The mediating role of self-kindness and alexithymia. Ph.D., University of North Carolina, Greensboro.
128. Fox, C. L., & Houlton, M. J. (2005). The social skills problems of victims of bullying self-peer and teacher perceptions. *British Journal of Educational Psychology*, 75, (2), 313-328.
129. Fox, L., & Boulton, J. (2003). Evaluating the effectiveness of a social skills training (SST) program for victims of bullying. *Educational Research*. 45, (3), 231-247.
130. Fraser, M., Evans, C., & Cotter, K. (2014). The effectiveness of school-based bullying prevention programs: A systematic review. *Aggression & Violent Behavior* 19, (5) 532-544.
131. Furlong, M., Chung, A., Bates, M., & Morrison, R. (1995). Who are the victims of school violence? A comparison of student non-victims and multi-victims. *Education and Treatment of Children*, 18, 282-299.
132. Garisch, J., & Wilson, M. (2010). Vulnerability to deliberate self-harm among adolescents: The role of alexithymia and victimization. *The British Psychological Society*, 49, (2), 151-162.
133. Gaske, L. L. (2005). Post-traumatic stress disorder. The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. *Nice Clinical Guidelines No 26*.
134. Georgious, S. (2008). Bullying and victimization at school: The role of mothers. *British Journal of Educational Psychology*, 78, (1), 109-125.
135. Glaesmer, H., Franz, M., Eichhorn, S., Brahler, E., & Friedrich, M. (2014). Traumatic experiences, alexithymia, and post traumatic symptomatology: Across-sectional population-based study in Germany. *European Journal of Psycho-Traumatology*, 5, 23870, University of Leipzig, Germany.

136. Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and deregulation: Development, factor, structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology & Behavioral Assessment* 26, 41-54.
137. Guy & Guy (2007). South-African boys who bully: The relationship between bullying and trauma among adolescent. Department of Psychology, University of Kwa-Zulu Natal, Howard College, Durban 4041, South Africa
138. Guzzo, G., Pace, U., Cascio, V., Craparo, G., & Schimmenti, A. (2013). Bullying victimization, post-traumatic symptoms, and the mediating role of alexithymia. *Springer Science Business Dordrecht*, 7, (1), 141-153.
139. Hanish, L., & Guerra, N. (2000). Children who get victimized at school: What is known? What can be done? *Professional School Counseling*, 4, 113-119.
140. Hawker, D. S. J., & Boulton, M. J. (2000). Twenty years research on peer victimization and psychosocial maladjustment: A meta-analytic review of cross-sectional studies. *Journal of Child Psychology, Psychiatry and Allied Disciplines*, 41, (4), 441-469.
141. Heavenly P. C. L., Ciarrochi, J., & Hurrell, K. (2010). The distinctiveness and utility of a brief measure of Alexithymia for adolescent. *Personality & Individual Differences*, 49, 222-227.
142. Hein, S. (2005). A medical definition of alexithymia: Emotional Literacy, The opposite of alexithymia.
143. Herba, C. M., Ferdinand, R. F., Stijnen, T., Veenstra, R., Oldehinkel, A. J., Ormel, J., & Verhulst, F. C. (2008). Victimization and suicide ideation in the trails study: Specific vulnerabilities of victims. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 49, (8), 867-876.
144. Hesse, C. (2009). Emotional competence and interpersonal interaction: Understanding the relationship between alexithymia

and positive social interaction. Doctoral Dissertation, Arizona State University, (UML 33391993).

145. Hodges, T., & Perry, D. (1996). Victims of peer abuse: An overview. *Journal of Emotional & Behavioral Problems*, 5, (1), 25-29.

146. Hoppe, K. D. & Bogen, J. D. (1977). Alexithymia in twelve commissurotomy patients. *Psychotherapy Psychosomatics*, 28, 148-155. Available at:

<http://www.Alexithymia.Supanet.Com/faq.Html.PDF>

147. Huang, Y., & Chine, C. (2010). An analysis of multiple factors of cyber bullying among junior high school students in Taiwan. *Computers in Human Behavior*, 26, (6), 1581-1590.

148. Hulette, A. (2011). Intergenerational relationships between trauma, dissociation and emotion. Ph.D., University of Oregon.

149. Hyman, I., & Zelikoff, W. (1999). Psychological abuse in the school: An overview. (ERIC).

150. Idsoe, T., Dyregrov, A., & Idsoe, E. (2012). Being bullied can cause trauma symptoms. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 40, (6), 901-911.

151. Idsoe, T., Dyregrove, A., & Idose, E. C. (2012). Bullying and PTSD symptoms. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 40, 901-911.

152. Irwin, A. (2014). Emotion recognition in youth chronically victimized by their peers. (Master of Psychology), Queen's University, Canada.

153. James, M., Marry, M., & Carolyn, B. (2004). Childhood bullying: Implication for physicians. *American Family Physician*, 1, 9, 1723-1728.

154. Javidi, H., & Yadollahie, M. (2012). Post-traumatic stress disorder. *The International Journal of Occupational & Environmental Medicine*, 3, (1), 2-9.

155. Jellesma, F. C., Rieffe, C., Meerum, M., & Terwogt, W. 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. *Psychology & Health*, 24, 8, 881-893.
156. John, S., & DiLalla, L. (2013). Explaining differential reporting of victimization between parents and children: A consideration of social biases. *Behavioral Sciences*, 3 (3), 473-491, doi:10.3390/bs3030473.
157. Jones, E. (2002). Practical considerations in dealing with bullying in secondary school. In M. Elliot. (Ed), *Bullying: A practical guide to coping for schools*. (3<sup>rd</sup> Ed., p.p. 26-39) London: Pearson Education.
158. Judith, Y., & Malcolm, W., (1997). Children who are targets of bullying: A victim pattern. *Journal of Interpersonal Violence*, (12), (4), 483-499.
159. Kamen, C., Bergstrom, J., Vorasarun, C., Mardini, M., Patrick, R., Lee, S., Lazar, R., Koopman, C., & Gore-Felton, C. (2013). The impact of childhood bullying among HIV-Positive men: Psychosocial correlates and risk factors. *Child Abuse & Neglect*, 37, (4), 273-281.
160. Karukivi, M. (2011). Associations between alexithymia and mental well-being in adolescents. Ph.D., from Department of Adolescent Psychiatry, University of Turku, Finland.
161. Kay, B. (2005). A cross-national study of bullying experienced by British and American school children: Determining a typology of stressors and symptoms. Ph.D. Thesis, Temple University, Philadelphia.
162. Keith, S., & Martin, M. E., (2005). Cyber bullying: Creating a culture of respect in a cyber-world. *Reclaiming Children & Youth*, 13, (4), 224-228.

163. Keith, S., Mark, C., & Ginny, S. (2004). *Bullying in secondary school: What it looks like and how to manage it?* Paul Chapman Publishing.
164. Kelleher, I., Harley, M., Lynch, F., A Rseneault., L., Fitzpatrick., C., & Cannon., M. (2014). Associations between childhood trauma, bullying and psychotic symptoms among a school-based adolescent sample. *The British Journal of Psychiatry*, 193,(5) 378-382.
165. Khamis, V. (2014). Bullying among school-age children in the greater Beirut area: Risk and protective factors. *Child Abuse & Neglect*, 39, (1), 137–146.
166. Khosropour, S., & Walsh, J. (2001). That's not teasing, that's bullying: A study of 5<sup>th</sup> graders conceptualization of bullying and teasing. Paper presented at the Annual Conference of the American Education Research Association.
167. Kinchin, D. (2005). *Post-traumatic stress disorder: The invisible disorder*. Oxford Shire: Success Unlimited.
168. King, N. J., Tonge, B. J., & Mullen, P. (2000). Treating sexually abused children with post-traumatic stress symptoms: Randomized clinical trial. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39, 347-355.
169. Klomek, A. B., Marrocco, F., Kleinman, M., Schonfeld, I., & Gould, M. S. (2007). Bullying depression and sociality in adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46, (1) 40-49.
170. Klomek, A. B., Sourander, A., Niemela, S., Kumpulainen, K., Phia, J., Tamminen, T., & Gould, M. (2009). Childhood bullying behaviors as a risk for suicide attempts and completed suicides: A population based birth cohort study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 48, (3), 254-261.
171. Kokkhen, R. (2001). Alexithymia. *The European Journal of Psychiatry*. 13, 1, 5-11.

172. Kokkinos, S. M. &Panayitotous, G. (2004). Bullying and victimization experiences among primary school children. BPS Annual Conference, London, 15-17/4.
173. Krystal, H. (1988). Integration and self-healing affect, trauma, alexithymia. Hills Dale, N. J.: Analytic Press.
174. Kumpulainen, K., Rasanen, E., Hentlonen, L., Almqvist, F., Kersanov, K., Linna, S. L., et al., (1998). Bullying and psychiatric symptoms among elementary school age children. *Child Abuse & Neglect*, 22, (7), 705-717.
175. Laura E. B. &Adenab, M. (2016). Emotional &Social Development in Early Childhood Handbook. Chapter 10: 356: 401.
176. Lee, Y. (2010). Direct and indirect effects of the temperament and character on alexithymia: A pathway analysis with mood and anxiety. *Comprehensive Psychiatry*, 51, (2), 201-206.
177. Lereva, S., T., Winsper, C., Heron, J., Lewis, G., Gunnell, D., Fisher, H., L., &Wolke, D. (2013). Being bullied during childhood and the prospective path ways to self-harm in late adolescence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 52, (6). 608–618.
178. Liang, H., Flisher, A., &Lombark C. (2007). Bullying violence and risk behavior in South Africa school students. *Child Abuse & Neglect*, 31, (2), 161-171.
179. Limber, S. P., Riese, J., Snyder M. J., &Olweus, D. (2015). The OLWEUS bullying prevention program: Efforts to address risks associated with suicide related behaviors. In Goldplum, D.L., Espelage, J., Chu and Bongar, Youth suicide and bullying: Challenges and strategies for prevention and intervention. (p.p. 203-215). New York: Oxford University.
180. Limber, S., & Nation, M. (1998). Bullying among children and youth. *Juvenile Justice Bulletin*. Retrieved May 25, 2003, from <http://www.ojjdp.ncjrs.org/jjbulletin/9804/contents.html>

181. Line, N., Rejean, T., Francine, L., & Philippe, R. (2001). Victimization: A newly recognized outcome of prematurity. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 16, 508-513.
182. Lloyd, R. (2000). Bullying and seventh day adventist school. Canadian Teachers Network (CATNET). 1-10.
183. Lumley, M, A., Nealy, L. C., & Burger, A. J. (2007). The assessment of alexithymia in medical settings: Implications for understanding and treating health problem. *Journal NCBI*, 89, (3), 230-246.
184. Lund, C., Frisen, A. (2011). On being victimized by peers in the advent of adolescence: Prospective relationships to objectified body consciousness. *Body Image*, 8, (4), 309-314.
185. Lundah, G., Simonsoon, S. (2001). Alexithymia, emotion and somatic complaints. *Journal of Personality*, 69, (3). 483-510.
186. Mackoud, S. M., Dyregrov. A., Raunclalen, M. (1993). Traumatic war experience and their effect on children. In: Wilson. J., Raphael, B. *International Handbook of Traumatic Stress*. London & New York: Plenum Press.
187. Martinez, S. F., Ato-Garcia, M., & Ortiz, S. B. (2003). Alexithymia: A state or trait? *The Spanish Journal of Psychology*, 6, 51-59.
188. Mayer, G., & Ybarra, W. (2003). Teaching alternative behavior school wide: A resource guide to prevent discipline problems. Downey: LacoSafe School Division.
189. McKinney, S., Pepler, D., Craig, W., & Connolly, J. (2006). Peer victimization and psychological adjustment: The experiences of Canadian immigrant youth. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 4, (9), 239-264.
190. McLaughlin, K., Hatzenbuehler M. L., Mehnin D. S., & Nolen-Hoksema S. (2011). Emotion deregulation and adolescent psychopathology: A prospective study. *BehavResther*, 49, 544-54.

191. McLaughlin, L., Laus, J. M., &Pescara, K.L.(2006). Using multimedia to reduce bullying and victimization in third grade urban school. *Professional School Counseling*, 10, 153-160.
192. Mclean, L., M., Toner, B., Jackson, J., Desrocher, M., &Stuckless, N. (2008). The Relationship between childhood sexual abuse, complex post-traumatic stress disorder and alexithymia in two outpatient samples. *Journal of Child Sexual Abuse*, 15, (3), 1-17.
193. McNamara, B. E., & McNamara, F. J. (1997). *Keys to dealing with bullies*. Hauppauge, New York: Barons Educational Series. Inc.
194. Meichenbaum, K. (1994). *A clinical hand book practical therapist manual for assessing and treating adults with 119 post-traumatic stress disorders (PTSD) water 100*. Ontario: Institute Press P.29.
195. Mellor, A. (1997). *Bullying in Scottish secondary schools*. (83). *Spotlight*, 23.
196. Meltzer, H., Vostanis, P., Ford, T., Bebbington, P., & Dennis, S. (2011). Victims of bullying in childhood and suicide attempts in adulthood, *European Psychiatry*, 26, (8), 498-503.
197. Michele, M., John, V., Peggy, G., Ann, R., & Jennifer M. B. (2004). Social network predictors of bullying and violence. *Journal of Adolescence*, 39, (54), 315-336.
198. Miyamoto, Y., Mo, X., &Petermann, A. G. (2014). Cultured difference in hedonic emotion after a negative event. *Journal of American Psychological Associations*, 14, (4), 804-815.
199. Moirguchi, M. & Olivier, L. (2006). Is alexithymia affected by situational stress or is it a stable trait related to emotion regulation. *Personality & Individual Differences*, 40, 1339-1408.
200. Mortazavi A. M. (2001). *Alexithymia: A psychological analysis based on clinical and healthy individuals*. Studia Psychologica Upsaliensia, 19, Swedan: Upsola University.

201. Muller, R. (2000). When a patient has no story to tell: Alexithymia. *Psychiatric Times*, (7), 252-263.
202. Muñoz, A., R., Jiménez, B., M., Vergel, A., S., & Hernández, E, G. (2010). Post-traumatic symptoms among victims of work place bullying: Exploring gender differences and shattered assumptions. *Journal of Applied Social Psychology*, 40, (10), 2616-2635.
203. Mynard, H., & Joseph, S. (1997). Bully/ victim problems and their association with Eysneck, S., *Personality Dimensions in 8 to 13 year-old*. *British Journal of Educational Psychology*, (67).
204. Mynard, H., Joseph, S., & Alexander, J. (2000). Peer-victimization and post-traumatic stress in adolescents. *Personality & Individual Differences*, 29, (5), 815-821.
205. Namka, L. (2001). *Children who are traumatized by bullying*. Lynne: Namka Books.
206. Nansel, T., Overpeck, M., Pilla, R., Ruan, W., Simmons, M., B., & Scheidt, P. (2001). Bullying behaviors among US youth: Prevalence and association with psychosocial adjustment. *Journal of the American Medical Association*, 285, (16), 2094-2100.
207. National Children's Resource Center (2002). *Information pack bullying, Bernard's every childhood lasts a life time*.
208. Nemiah J. C., Freyberger, H., & Sifneos, P. E. (1976). Alexithymia: A view of the psychosomatic process. In O.W. Hill (Ed.), *Modern Trends in Psychosomatic Medicine*. Vol. 3, 430-439). London: Butter Worths.
209. Olweus, D. (1993). *Bullying at school*. Oxford, UK: Black Well Publishing Company.
210. Olweus, D. (1994). Bullying at school: Basic facts and effects of a school based intervention program. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 35 (7), 1171-1190.

211. Olweus, D. (1996). The revised bully/ victim questionnaire, Bergen, Norway: Research Center for Health Promotion, University of Bergen. *Journal of Educational Psychology* 76, 781-801.
212. Olweus, D. (1999). Norway in P.K. Smith, R., Catalano, & P. Slee (Eds.). *The nature of school bullying: Across national perspective*. 28-48. London: Rutledge.
213. Olweus, D. (2001) Anti-bullying project in Oslo schools with very good results. Unpublished manuscript, Research Center for Health Promotion, University of Bergen, Norway.
214. Pakman, J., Lepkowski, W., Overton, C., & Snappy, M. (2005). We are not going to take it. A study driven anti-bullying approach. *Journal of Education*, (125), Issue (4).
215. Pantalisset L., *Vocabulaire de la psychanalyse*, sous la direction de Daniel Lagauche. PUF, edition Delta, Paris, 1997. P.300.
216. Penning, S. L., Bahagwanjee, A., & Govender, K. (2010). Bullying boys: The traumatic effects of bullying in male adolescent learners. *Journal of Child & Adolescent Mental Health*, 22, (2), 131-143.
217. Perren, S., & Hornung, R. (2005). Bullying and delinquency in adolescence: Victims and perpetrators, family and peer relations. *Swiss Journal of Psychology*, 64, (1), 51-64.
218. Peter, K. S., Jess, M., Manuel, C., Sonja, F., Shanette, R., & Niel, T. (2008). Cyber bullying its nature and impact in secondary school pupils. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 49, (4), 376-385.
219. Polonen, T., Karukivi, M., Vahlberg, T., Filppu, T., & Saarijarvi, S. (2014). Does alexithymia exposit mental disorder symptoms in late adolescence? A 4-year follow-up study. *General Hospital Psychiatry*, 36, (6), 748-752.
220. Porcelli, P., & Sonino, N. (2007). *Psychological factors affecting medical conditions*. Switzerland: Karger.

221. Porterfield, K. M. (1996). Straight talk about post-traumatic stress disorder: Coping with the aftermath of trauma. New York. Facts on file.
222. Powers, A., Dorthie C., Negar F., & Bekh B. (2015). PTSD emotion deregulation and dissociative symptoms in a highly traumatized sample. *Journal of Psychiatric Research* 16, 174-179.
223. Quats M. T., & El-Masry M. (2001). Mental health of children in war zones. Ontario Center for the Studies of Children at Risk Canada.
224. Randall, P. (1997). Adult bullying: Perpetrators and victims. London: Rutledge.
225. Reardon, B. (1996). Responding to a major problem of adolescent intolerance. *Bullying Peace Education. Mini-Prints.* 82, 3-13.
226. Reddy, S. (2009). Alexithymia and collectivisms in survivors of domestic violence: An exploratory study. Ph.D., The Chicago School of Professional Psychology.
227. Rieffe, C., Meerum, Terwogt, M., & Bosch, J. D. (2004). Emotion understanding in children with frequent somatic complaints, *European Journal of Developmental Psychology*, 1, 13-47.
228. Rigby, K. (1996). *Bullying in school and what to do about it.* London: Jessica Kingsley Publishers.
229. Rigby, K. (2002). *New perspectives on bullying.* London: Jessica Kingsley Publishers.
230. Rigby, K. (2010). *Bullying intervention in school: Six basic approaches.* Camber Well: Acer Press.
231. Rieffe, I. (2004). Recollections of bullying at school and their long-term implications. *The Journal of Crisis Intervention & Suicide Prevention*, 24, 169-175.

232. Roland, E. (2002). Aggressive, depression and bullying others. *Aggressive Behavior*, 28, (3), 198-206.
233. Rose, D. (1998) Alexithymia and hostility in Jamaica adults. Master Thesis, University of Michigan.
234. Ross, D. M. (1996). Childhood bullying and teasing: What school person of other professionals and parents can do? Alexandria VA: American Counseling Association.
235. Saliminen, J., SaariJarvi, S., Aarela, E. & Tanminen, R. (1994). Alexithymia state or trait? One year follow up study of general hospital psychiatric consultation out patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 681-685.
236. Salmivalli, C. (2010). Bullying and the peer group: A review about Aggressive & Violent behavior, 15, (2), 112-120.
237. Sampson, R. (2004). Bullying in school, office of community oriented policing services. U.S. Department of Justice, No. (12).
238. Samuel & Rhonda (2007). Bullying prevention and students with disabilities. *National form of Special Education Journal*, 19, 1.
239. Sandra, L. B. (2000). When victims turn into bullies. *The Psychotherapy Review*, 2, (2), 59-60.
240. Sarazen, J. A. (2002). Bullies and their victims: Identification and interventions: A research paper. University of Wisconsin-Stout.
241. Scarpacia, R. (2006). Bullying: Effective for its prevention. *Kappa Delta Pi-Record*, 42, (4), 170-174.
242. Scholts, R., Engels., Overbeek, G., De Kemp, R. & Haselager, G. (2007). Stability in bullying and victimization and its association with social adjustment in childhood and adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35, (2), 217-228.

243. Seals, D., & Young, J. (2003). Bullying and victimization. Prevalence and relationship to gender, grade level, ethnicity, self-esteem, and depression. *Adolescence*, 38, 735-747.
244. Shishido, H.(2011). Alexithymia and impulsivity: Testing mechanisms for alcohol use and related problem. Unpublished Master Dissertation, University of South Dakota.
245. Sifneos, P. F. (1972). Short-term psychotherapy and emotional crisis carbide. MA: Harvard University Press.
246. Sifneos, P. F. (1988). Alexithymia and relationship to hemispheric specialization, affect and creativity. *Psychiatric Clinics of North America*, 11,87-92.
247. Smith, H. S. (2001). Kids hurting kids: Bullies in the schoolyard. *Mothering Magazine*, May-June Issue.
248. Smith, P. K. (1997). Commentary: Bullying in life span perspective: What can studies of school bullying and workplace bullying learn from each other? *Journal of Community &Applied Social Psychology*, 7, 249-255.
249. Smith, P. K. (2000). Bullying and Harassment in schools and the rights of children. *Children & Society*, 14, (4), 294-303.
250. Smith, Peter, K., Ananiadou, Katerina, &Cowie, H. (2003). Interventions to reduce school bullying. *Canadian Journal of Psychiatry*. 48, 9, 591-599.
251. Smokowsk, P. K. (2005). Bullying in school: An overview of types, effects, family characteristics and intervention strategies. *Children & Schools*, 27, (2). 101-110.
252. Stephen, E. (2004). The nature and consequences of peer victimization. [www.csus.edu/indivi/b/brsocks/workspos/APApeer\\_victimization.PDF](http://www.csus.edu/indivi/b/brsocks/workspos/APApeer_victimization.PDF).
253. Sutton, J., & Smith, P. K. (1999). Bullying as a group process: An adaptation of the participant role approach. *Aggressive Behavior*, 25, (2), 97.

254. Suzanne, C. (2006). Understanding how African American middle school students cope with the peer victimization: A mixed methods approach. Virginia Commonwealth University Richmond.
255. Taylor, B., & Parker, J. (1997). Disorder of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness. Cambridge University Press.
256. Taylor, G. (1994). The alexithymia construct conceptualization validity and relationship with basic dimensions of personality: New trends in experimental and clinical psychiatry. *Journal of Psychiatry*, 10, 61-74.
257. Terrazo, M., Garcia, S., Babarro, J., & Arias, R. (2011). Social characteristics in bullying typology: Digging deeper into description of bully victim. *Social & Behavioral Sciences*, 29, 869-878.
258. Timoney, L. R., & Tolder, M. D. (2013). Emotional processing deficit and happiness springer briefs in well-being and quality of life research. Chapter (1) Definition of Alexithymia.
259. Tall, M., Barre H., & McMillan E. R. (2007). A preliminary investigation of the relationship between emotion regulation difficulties and post-traumatic stress symptoms. *Behavior*, 38, (3). 303-13.
260. Turesky, D. (2011). Descriptive analysis of alexithymia among patients with chronic back pain. Ph.D., University Ollowa.
261. Unnever, J. (2005). Bullies, aggressive, victims: Are they distinct groups? *Aggressive Behavior*, 31, 153-171.
262. Vazquez, I., Sandez, E., Gonzalez, B., Romero, I., Blance, M., & Vera, H. (2010). The role of alexithymia in quality of life and health care use in asthma. *Journal of Asthma*, 47, 797-804.

263. Verissimo, I. R., G. J., & Bagboy, R. (2000). Relation between alexithymia and locus of control. *Journal of New Trend in Experimental & Clinical Psychology*, XVI (104),6-11.
264. Viljoen, J., O'Neill, M., & Sidhu, A. (2005). Bullying behaviors in female and male adolescent offenders: Prevalence, types and association with psychosocial adjustment. *Aggressive Behavior*, 13, (6), 521-536.
265. Vitaro, F., Brendgen, M., & Barker, E. (2006). Subtypes of aggressive behaviors: a developmental perspective. *International Journal of Behavioral Development*, 30, (1), 12-19.
266. Vizualizari (2009). Alexithymia: Children without emotions. *Aboneaza-te la natatille din categoria psychology. Handbook*.
267. Vooer, W. (2000). *The parent's book about bullying: changing the course of your child's life for parents on their side of the bullying fence*. Center City, MN: Ha Zelden.
268. Warden, D. & Mackinnon, S. (2003). Prosaically children, bullies and victims: An investigation of their socio-metric status, empathy and social problem-solving strategies. *British Journal of Developmental Psychology*, 21, (3), 367-385.
269. Washington, DC: U.S. Department of Education & Justice office of Educational Research and improvement, National center for Education statistics and U.S. Department of Justice, office Programs, Bureau of Justice Statistics .No. ED 407154.
270. Weiss, D., Marinar, C., Schlenger Williamfair, Band, J., Jordan, K., Hough, R., & Kulka, R. (1992). The prevalence of life time and partial PTSD in Vietnam theater veterans. *Journal of Traumatic Stress*, 1992, 5, 3, 365-376.
271. Williams, L. C. A. (2011). *Universidade Federal de São Carlos, Brazil Laprev – The Laboratory of Violence Analysis & Prevention*.
272. Winsper C., Lereya T., Zanarini M., & Wolke D. (2012). *Involvement in bullying and suicide-related behavior at 11 years:*

A prospective birth cohort study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51, (3), 271-282.

273. Wise, T., Mann, L., Mitchell, J., Hryvniak, M., & Hill, B. (1990). Secondary alexithymia: An empirical validation. *Comprehensive Psychiatry*, 13: 284-288.

274. Wong, J. (2009). No bullies allowed: Understanding peer victimization, the impacts on delinquency, and the effectiveness of prevention programs. Ph.D. Parade Rand Graduate School.

275. Yang, S. (2006). Bullying and victimizations behaviors in boys and girls at South Korean primary school. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45, (1), 69-77.

276. Young, S., Yun-Joo, K., & Bennett, L. (2005). School bullying and suicidal risk in Korean middle school students. *Pediatrics*, Vol. 115, 20, 357-364.

277. Zlotnick, C., Mattia, J. I., & Zimmerman, M. (2001). The relationship between posttraumatic stress disorder, childhood trauma and alexithymia in an out-patient sample. *Journal of Traumatic Stress* 14, 1, 177-188.