# مجلة علوم ذوى الاحتياجات الخاصة

## الخصائص السيكومترية لمقياس تقدير الأليكسيثميا المصور لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد

## The psychometric properties of the measure of the pictorial Alexithymia appraisement in Children with Autism Spectrum Disorder

إعداد /

أ.د/ محمد محمد السيد عبد الرحيم
أستاذ الصحة النفسية
كلية التربية بجامعة بني سويف

د/ عبد العزيز عبد العزيز أمين
أستاذ اضطرابات اللغة والتخاطب المساعد بكلية
علوم ذوي الاحتياجات الخاصة جامعة بني سويف

سارة خالد محمد جويدة
باحثة بقسم اضطرابات اللغة والتخاطب
بكلية علوم ذوي الاحتياجات الخاصة بجامعة بني سويف

1446هـ-2025م

**مستخلص البحث:**

هدف البحث الحالي إلى بناء مقياس لقياس تقدير شدة اضطراب الأليكسيثميا لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد والتحقق من الخصائص السيكومترية له، وبناءً عليه قام الباحثون بالاطلاع على البحوث التربوية المرتبطة باضطراب الأليكسيثميا واضطراب طيف التوحد، وفي ضوء ذلك تمكن الباحثون من بناء مقياس لتقدير الأليكسيثميا لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، وقسم الباحثون المقياس إلى ثلاثة أبعاد (تحديد المشاعر، وصف المشاعر، والتفكير الموجه خارجيًا والقدرة على التخيل). تكونت العينة من 40 طفلًا وطفلة من ذوي اضطراب طيف التوحد مما يعانون من الأليكسيثميا، تراوحت أعمارهم بين (5–7) سنوات، أخذت هذه العينة من أكاديمية الملاك الصغير وجمعية الحق في الحياة بمحافظة بني سويف، وتوصلت نتائج البحث إلى أن مقياس تقدير الأليكسيثميا للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد يتمتع بخصائص سيكومترية مقبولة من حيث الصدق والثبات بعد تطبيقه علي عينة البحث من أطفال اضطراب طيف التوحد، بما يجعله أداة صالحة للاستخدام لتحقيق الأهداف التي وضع من أجلها، وبناءً على ذلك يوصي الباحثون بالعمل على تصميم برامج لتنمية مهارات الأطفال اللغوية والاجتماعية.

**الكلمات المفتاحية:** الخصائص السيكومترية – الأليكسيثميا – اضطراب طيف التوحد.

**Abstract:**
The aim of the current research is to build a measure of the severity of alexithymia appraisement in children with autism spectrum disorder and to verify its psychometric characteristics. Accordingly, the researchers reviewed the educational research related to alexithymia and autism spectrum disorder, and the researchers divided the scale into three dimensions (determining feelings, describing feelings, externally directed thinking and the ability to imagine. The sample consisted of 40 boys and girls with autism spectrum disorder who suffer from alexithymia disorder. Their ages ranged between (5-7) years. This sample was taken from the Little Angel Academy and the Right to Life Association in Beni Suef Governorate. The results of the research concluded that the alexithymia scale for children with autism spectrum disorder had acceptable psychometric properties in terms of validity and stability after Its application to the research sample of children with autism spectrum disorder, making it a valid tool for use to achieve the goals for which it was developed, and accordingly the researchers recommend working on designing programs to develop children's social language skills.
**Key words:** psychometric properties - alexithymia - autism spectrum disorder

## أولاً: مقدمة البحث

يعد مفهوم الأليكسيثميا من المفاهيم التي أثارت جدل العلماء والباحثين، وكان موضعًا للأبحاث والدراسات العلمية في السنوات الأخيرة؛ حيث تكاتفت الجهود والتخصصات المختلفة، النفسية والطبية، من أجل تطور فهم بناء مفهوم الأليكسيثميا، حتى يكون أكثر وضوحًا، وعلى الرغم من أنه كان يعتقد في البداية أن الأليكسيثميا تحدث أساسًا بوصفها مظهرًا من مظاهر المرض النفس جسدي؛ إلا أن تطور البحث أثبت ارتباطها مع حالات مثل الاكتئاب، واضطراب الشخصية الحدية، واضطرابات الأكل وغيرها.

فالقدرة على التعبير عن المشاعر، تُعد أحد أساسيات التفاعلات الاجتماعية الناجحة، خاصة لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد؛ حيث تلعب المشاعر دورًا أساسيًّا في تسيير الحياة، وما يصاحبها من القرارات الشخصية، كما أن نقص الوعي بالمشاعر وفقدان القدرة على تحديدها، يمكن أن يكون مدمرًا، وخاصة عند اتخاذ القرارات التي يتوقف عندها المصير، والتفاعلات الاجتماعية، والتعامل مع الآخرين بشكل عام، ومثل هذه التعاملات لا يكفي فيها التفكير المنطقي فقط، وإنما تتطلب إلى جانبه المشاعر وحكمة العاطفة التي هذبتها الخبرة.

وبالرغم من أن كثيرًا من العاملين في مجال اضطراب طيف التوحد يرون أن القدرات والمهام المعرفية معطلة أو شبه غائبة لدى أطفال اضطراب طيف التوحد، وعلى رأسها غياب القدرة على التفكير، فذوو اضطراب طيف التوحد في الغالب ما تتسم أنماط تفكيرهم بعدم القدرة على الرؤية الشاملة لحدود المشكلة، سواء كانت تتطلب قدرة لفظية أو بصرية لحلها، ومع ذلك فهو دائمو التفكير، ولكن تفكيرهم له خاصية الانغمار الداخلي، ويفكرون بشكل كبير وراء الشعور بالأمن والحب والرعاية، نظرًا لمعاناتهم مع التعامل بالمحيطين بهم، وعدم قدرتهم على وصف أفكارهم أو تحديدها، وفي الغالب ما يكون التفكير موجهًا نحو الخارج دون إدراك المراد منه.

فالطفل ذوي اضطراب طيف التوحد لا يتجاوب مع محاولات المحيطين به لإبداء الحب والعطف، وفي الغالب ما يشكو الوالدين من عدم اكتراثه أو عدم استجابته لمحاولة تدليله أو ضمه أو تقبيله أو مداعبته، وربما لا يجد الوالدين اهتمامًا منه بحضورهما أو غيابهما، وفى كثير من الأحيان يبدو الطفل وكأنه لا يعرفهما، وقد تمضي الساعات الطوال وهو في وحدته، لا يكترث بتواجد الآخرين معه، ونادرًا ما يبدى أي تعاطف تجاههم، ويخلو كلامه من النغمة الانفعالية.

يتضح مما سبق أن أطفال اضطراب طيف التوحد يعانون من قصور في فهم انفعالات الآخرين والتنبؤ بهذه الانفعالات في المواقف المختلفة، كما أن قدرتهم على استنتاج نوايا ورغبات المحيطين بهم محدودة، فضلًا عن إنهم يواجهون صعوبات في فهم المعتقدات الخاطئة الموجهة إليهم، وهذا يرجع إلى فقدانهم فهم المعلومات العقلية التي تدور في عقول الآخرين، ومن هنا تأتي أهمية التدريب على خفض أعراض الأليكسيثميا التي يعاني منها أطفال طيف التوحد، مما يمهد الطريق أمامهم لزيادة التفاعل الاجتماعي والتواصل وفهم مشاعرهم ومقاصد الآخرين من حولهم.

وتشير مراجعات الأدب النفسي إلى ندرة في المقاييس التي تساعد على الكشف عن أبعاد الأليكسيثميا لدى فئة الأطفال تحديدًا، كخطوة أولى لتقديم المزيد من الرعاية الخاصة والكشف عن مشكلاتهم، ومعظم المقاييس المتوفرة تناولت عينات كبيرة من هذه الفئة، الأمر الذي دفع الباحثين إلى ضرورة إعداد مقياس لقياس تقدير الأليكسيثميا مدعومًا بمجموعة من الصور كي يدرك الطفل المطلوب منه، وفي ضوء ذلك تبلورت فكرة البحث الذي يهدف إلى بناء وتقنين مقياس للكشف عن المؤشرات السلوكية المنبئة بالأليكسيثميا لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، كمساهمة في توفير أداة مقننة يمكن أن تستخدم كوسيلة للكشف عن المعيقات التي تلاحق هؤلاء الأطفال على وجه الخصوص، في ضوء إيمان تام بأن لكل طفل من ذوي اضطراب طيف التوحد الحق في أن يلقى من المجتمع المساعدة على اكتشاف مشكلاته وما يملكه من استعدادات ليصبح عضوًا فعالًا في المجتمع بتوظيف قدراته بالطريقة المثلى وفقًا لاحتياجاته، وحتى يحظى بحياة طبيعية كما هو الحال مع أقرانه العاديين.

وانطلاقًا مما ذكر، اتضح للباحثين أهمية الدور الإيجابي الذي تسهم به الأدوات السيكومترية للكشف عن أعراض الأليكسيثميا لدى أطفال اضطراب طيف التوحد، ومن هنا كانت الفكرة من إعداد هذا البحث، للتحقق من الخصائص السيكومترية لمقياس تقدير الأليكسيثميا لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، حتى يمكن استخدامه مع هذه الفئة، وهو ما يمثل مشكلة البحث الحالي.

## ثانيًا: مشكلة البحث

تتمثل مشكلة البحث الحالي في إبراز الحاجة إلى التأكد من الخصائص السيكومترية لمقياس تقدير الأليكسيثميا، خاصة وأن الباحثون بعد فحصهم لعدد من المقاييس العربية والأجنبية التي تناولت الأليكسثميا لاحظوا أن معظم هذه المقاييس صممت لعينات مختلفة من المراهقين والكبار بشكل عام، ولم يجد الباحثون في حدود ما تم الاطلاع عليه مقاييس مناسبة لقياس شدة الأليكسيثميا لدى الأطفال ذوي

اضطراب طيف التوحد، وبحكم عملهم في مجال ذوي الاحتياجات الخاصة، ومن خلال بعض الزيارات الميدانية للعديد من مراكز التربية الخاصة؛ اتضح أن أطفال اضطراب طيف التوحد يظهرون ممارسات سلوكية معينة تحتاج إلى أدوات مقننة للكشف عنها، كما لوحظ أيضًا أن هؤلاء الأطفال يعانون من غياب مهارات التواصل بنوعيه اللفظي وغير اللفظي، فضلًا عن ضعف التواصل الذي كان له تأثير واضح وبشكل مباشر على تفاعلهم وعلاقاتهم الاجتماعية مع الآخرين، وهو ما يفسر ظهور العديد من الأنماط السلوكية الاجتماعية غير المقبولة الشائعة لديهم، والتي يلجأون إليها لعدم قدرتهم على التواصل والتفاعل مع الآخرين والتعبير عن احتياجاتهم ومشاعرهم باستخدام طرق وأساليب تواصل بديلة.

وبالرجوع إلى الدراسات التي تناولت قياس الأليكسيثميا اتضح وجود قصور في توافر بعض الأدوات المناسبة خاصة لدى فئة الأطفال، فقد أشارت نتائج دراسة (Verissimo et al., 2000: 13) إلى أن هناك افتقار للأدوات الملائمة لقياس الأليكسيثميا لدى الأطفال، وأنهم يعانون من عجز في القدرة على خوض التجارب والتمييز بينها.

كما أكدت نتائج دراسة (Nicolas et al., 2006: 66) على أن القصور الناتج في الأدوات المتاحة لقياس الأليكسيثميا لدى الأطفال يكمن في اختزال الاستجابة للمواقف الاجتماعية فقط، وخاصة في إدراك وتقييم المواقف الضاغطة، دون أن تتطرق هذه الأدوات عن معالجة المشكلات الناتجة من فقدان القدرة على تجهيز المعلومات وتنظيم المعرفة الداخلية، والتي يمكن من خلالها وصف انفعالات الفرد وما يحاول الوصول إليه.

هذا الأمر تطلب من الباحثين الحصول على أدوات ملائمة لقياس الأليكسيثميا لديهم، ومن هنا عمد الباحثون إلى التأكد من الخصائص السيكومترية لمقياس تقدير الأليكسيثميا بأبعاده المختلفة لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، حتى يمكن الوثوق فيه والاعتماد عليه واستخدامه مع هذه الفئة، ومن هنا يمكن تحديد مشكلة البحث في الأسئلة الآتية:

1- هل يتمتع مقياس تقدير الأليكسيثميا للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد بدرجة ثبات جيدة بعد تطبيقه على عينة البحث؟

2- هل يتمتع مقياس تقدير الأليكسيثميا للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد بدرجة صدق جيدة بعد تطبيقه على عينة البحث؟

## ثالثًا: أهداف البحث

يهدف البحث الحالي إلى بناء وتقنين مقياس للكشف عن المؤشرات السلوكية المنبئة بالأليكسيثميا لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، ممن تتراوح أعمارهم بين (5–7) أعوام، وذلك بتحديد الخصائص السلوكية التي يمكن تقييمها بالملاحظة بهدف التعرف على الأطفال الذي يعانون من الأليكسيثميا من ذوي اضطراب طيف التوحد، والتحقق من الكفاءة السيكومترية للمقياس، كما يعد أيضًا تحفيز لمزيد من إجراء الدراسات والبحوث العلمية لدى ذوي اضطراب طيف التوحد.

## رابعًا: أهمية البحث

### الأهمية النظرية:

تتجلى أهمية البحث في كونها تتناول فئة الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد من جانب، فطبقًا للمؤشرات العالمية أن هناك ازدياد بشكل ملحوظ في معدلات الانتشار، ويعد هذا الاضطراب من أكثر الاضطرابات انتشارًا في العالم، ومن جانب آخر فإن البحث الحالي تناول الأليكسيثميا الذي يزيد من أهمية البحث، كون هذا المجال مرتبط بالناحية النفسية والاجتماعية لهؤلاء الأطفال، تتطلب الرعاية الخاصة من أجل توافقهم في المجتمع، كما يزيد من أهمية البحث من الناحية النظرية كونه يعد من البحوث العربية القليلة التي تهتم بقياس الأليكسيثميا لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

### الأهمية التطبيقية:

أما عن الجانب التطبيقي فإن البحث الحالي قد يساعد على توجيه الباحثين وتمكينهم من إجراء المزيد من الدراسات والبحوث في مجال الكشف المبكر عن الأليكسيثميا لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، كما قد تساعد نتائج هذا البحث القائمين على تعليم ورعاية الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد على التعرف بصورة أعمق على طبيعة الأليكسيثميا والسلوكيات التي قد تكون منبئات بصورة أعمق على طبيعة الأليكسيثميا لدى هذه الفئة، مما يساعد في إعداد البرامج التدريبية المناسبة لهم، وعلاوة على ذلك فقد تسهم الأداة القياسية المنبثقة عن هذه الدراسة في توجيه القائمين على التعليم في الوطن العربي لفكرة الدمج الشامل مع العاديين في المدارس العامة وتقديم الخدمات الإثرائية الخاصة لهم.

## خامسًا: مصطلحات البحث

### الخصائص السيكومترية:

هي عبارة عن مجموعة من الخواص ينبغي توافراها في الاختبارات والمقاييس، تتوزع في ثلاث مجموعات؛ المجموعة الأولى: تتصف بالشمول والتقنين والموضوعية؛ المجموعة الثانية: تتمثل في الشروط التجريبية المرتبطة بالثبات والصدق، المجموعة الثالثة: تتضمن الشروط العملية والقابلة للاستخدام والتطبيق (السيد أبو هاشم، 2006: 48).

ويعرف الباحثون الخصائص السيكومترية لمقياس تقدير الأليكسيثميا من الناحية الإجرائية على أنها حصول المقياس على درجات إحصائية تعبر عن فعاليته وصلاحيته من حيث ثباته وصدقه، فضلًا عن قدرته على تحقيق الأهداف التي أعد لأجلها.

### الأليكسيثميا:

يعرفها كل من Nicolo et al., (2011: 37) بأنها مفهوم يتضمن مظاهر مختلفة وهي تحديدًا، صعوبة التعرف على المشاعر، والتمييز بينها وبين الأحاسيس الجسدية، وصعوبة التعبير عنها للآخرين، ومحدودية عمليات التخيل، ونمط تفكير ذو توجه خارجي.

ويعرف الباحثون الأليكسثميا إجرائيًا بأنها عدم قدرة الطفل ذوي اضطراب طيف التوحد على تحديد المشاعر، وصعوبة التعرف على المشاعر، وصعوبة التمييز بينها وبين الأحاسيس الجسدية، وصعوبة التعبير عنها للآخرين، ومحدودية عمليات التخيل، بالإضافة إلى نمط التفكير الموجه خارجيًا.

### اضطراب طيف التوحد:

يعرف الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية في طبعته الخامسة (DSM-V) اضطراب طيف التوحد بأنه إعاقة نمائية تنتج عن اضطراب عصبي يؤثر بالسلب على وظائف الدماغ، وتظهر هذه الإعاقة عادة في السنوات الثلاث الأولى من العمر، وترتبط بقصور شديد في الأداء العقلي والاجتماعي والتواصلي، مع إظهار بعض السلوكيات المتكررة والمقيدة (Young, 2014: 49).

فيما أشار عادل عبد الله (2014: 11) في تعريفه لاضطراب طيف التوحد بأنه اضطراب نمائي وعصبي معقد يلحق بالطفل قبل سن الثالثة من عمره ويلازمه مدى حياته، ويمكن النظر إليه من عدة جوانب مختلفة على أنه اضطراب نمائي عام أو منتشر يؤثر سلبًا على العديد من جوانب نمو الطفل،

ويظهر على هيئة استجابات سلوكية قاصرة وسلبية في الغالب تدفع بالطفل إلى التقوقع حول ذاته، كما يتم النظر إليه على أنه إعاقة عقلية، وإعاقة اجتماعية، وعلى أنه إعاقة عقلية اجتماعية متزامنة؛ أي تحدث في ذات الوقت، وكذلك على أنه نمط من أنماط الطيف الذاتوي يتسم بقصور في السلوكيات الاجتماعية، والتواصل، واللعب الرمزي، بالإضافة إلى ظهور سلوكيات واهتمامات نمطية مقيدة، كما أنه يتلازم مع اضطراب قصور الانتباه.

ويقصد به في البحث الحالي اضطراب نمائي يتميز بوجود قصور نوعي في التفاعل الاجتماعي والتواصل، وسلوكيات نمطية متكررة، مع وجود درجات مختلفة من شدة الأعراض، يمكن على أساسها تحديد نوعية الدعم والخدمات الملائمة للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد عينة البحث.

## سادسًا: الإطار النظري والدراسات السابقة

### أ- الأليكسيثميا Alexithymia:

تعد الأليكسيثميا من الاضطرابات النفسية الحديثة نسبيًا التي تم استخدامها بالبحث في الآونة الأخيرة، وترجع بداياتها إلى جهود Sifneos (1972) وقد أطلق هذا المسمى في البداية على المرضي الذي كانوا يعانون من الأمراض النفس جسمية (Mellor, 2005: 299).

وبدأ سيفنيوس وزملاؤه في مدرسة بوسطن، دراسة التفريغ الكتابي لتسجيلات المقابلات النفس طبية، للمرضى السيكوسوماتيين، فوجدوا فقرًا كبيرًا في وصف المشاعر والتجارب الحية ونقصًا في التخيل (رولان دورون وفرنسواز باور، 1997: 59-60).

وكون الأليكسيثميا في الغالب مصاحبة للاضطرابات السلوكية لا يثبت أنها اضطراب نفسي (Takahashi et al., 2015: 128) فالألكسيثميا ليست اضطرابًا نفسيًّا، ولكنها وصف للتفكير والمشاعر وربط العمليات العقلية والوجدانية عند المرضى بمدى واسع من التشخيصات الطبية والنفسية، علاوة على ذلك فإن الأليكسيثميا ليست بناءً ثنائيًّا (بمعنى أن الفرد قد يكون مصابًا بها أو غير مصابًا بها) ولكن على العكس فهي بناء أحادي، بمعنى أن الناس لديهم مستويات أو درجات مختلفة منها (Ogrodniczuk et al., 2005: 207).

**تعريف الأليكسيثميا Alexithymia:**

تعددت التعريفات التي ذكرها الباحثون للأليكسيثميا تبعًا لتعدد وجهات نظرهم، فقد صاغ Sifneos (1996: 28) مصطلح الأليكسيثميا Alexithymia عام (1972)، وهي كلمة لاتينية تنقسم إلى ثلاثة مقاطع: "A" نقص "Lack"، "Lexis" كلمة Word، "Thymos" مشاعر Feeling، والمصطلح يعني نقص الكلمات التي تعبر عن المشاعر.

فقد عرفها كل من Zlotnick et al., (2001: 178) بأنها قصور في القدرة على التعرف والاتصال: والعجز في معالجة العمليات المعرفية المتعلقة ببلورة المشاعر، ومحدودية التخيل.

فيما نظر إليها Berthoz et al., (2007: 341) بأنها قصور في بعض المهارات الشخصية المرتبطة بالقدرة على إقامة العلاقات الاجتماعية وتحمل الضغوط، وعدم القدرة على فهم وضبط الذات.

وعرفها كل من Elisabeth et al., (2014: 1) بأنها قصور في التعرف على المشاعر الشخصية ووصفها والتمييز بينها وبين الأحاسيس الجسمية الناتجة عن الاستثارة الانفعالية، إضافة إلى قصور في التعرف على مشاعر الآخرين ووصفها، وندرة التخيل، والتوجه المعرفي الخارجي.

ومن خلال التعريفات السابقة استخلص الباحثون تعريفًا للأليكسيثميا ينص على أنها بناء نفسي ذو طبيعة خاصة، ينطوي على قصور في القدرة على التعامل مع الانفعالات والمشاعر الشخصية، وانفعالات ومشاعر الآخرين، فهمًا وتحديدًا، ووصفًا وتعبيرًا، بالإضافة إلى التوجه المعرفي الخارجي، الأمر الذي يترتب عليه الإخفاق في التفاعلات الاجتماعية والحياتية.

**المفاهيم المرتبيطة بالأليكسيثميا:**

يوجد خلط بين مفهوم الأليكسيثميا وبعض المفاهيم الأخرى التي قد تتشابه معها في بعض الأعراض من بينها ما يلي:

**الأليكسيثميا والذكاء الوجداني: Emotional intelligence**

الذكاء الوجداني من أكثر المصطلحات وثيقة الصلة مع الأليكسيثميا وهو يندرج تحت مقدرتين، الأولى: المقدرة الشخصية personal competence وهي نتاج الوعي بالذات والمهارة في إدارتها، بمعنى أن يظل الفرد مدركًا لمشاعره وانفعالاته بدقة، وأن يتحكم في إدارة سلوكياته وميوله ونزعاته في

المواقف المختلفة، والثانية: المقدرة الاجتماعية Social competence وهي نتاج الوعي الاجتماعي والمهارة في إدارة العلاقات مع الآخرين، بمعنى القدرة على فهم سلوك ودوافع الآخرين والتعامل معهم بنجاح، وفي الغالب ما تستخدم مهارات الذكاء الوجداني في وقت واحد (ترافيس برادبيرى وجين جريفر، 2010: 27- 28).

**الأليكسيثميا والكبت: Suppression**

الكبت من أفضل المميزات الشخصية التي تقاوم الدوافع والانفعالات التي تسبب المشكلات النفسية، بما فيها القلق والخوف والشعور بالذنب، والتي أصبحت واستقرت على مستوى الوعي، وفيه لا يتم حجب محتويات عقلية معينة من الوصول إلى المستوى الواعي، وإنما يتم حجب وإقصاء الانفعالات التي استقرت في المستوى الواعي؛ الأمر الذي يؤدي إلى تصريفها في الأحلام والكوابيس، وهذا يخالف الأليكسيثميا والتي لا يوجد لدى ذويها مادة مكبوتة من الأساس (Thompson, 2009: 19).

**الأليكسيثميا والخجل: Shame**

في الغالب ما تستخدم كلمة الخجل في الأحاديث اليومية المعتادة للإشارة إلى الشعور بالضيق والانزعاج وعدم الراحة في المواقف الاجتماعية وعلى سبيل المثال، يقدم الروائي الفرنسي بنيامين كونستانت Benjamin Constant في روايته "أدولف" Adolphe المنشورة عام 1816 وصفًا رائعًا للخجل فيقول لا أتذكر أنَّ أبى تحدث معي مر واحد حديثًا جادًا مدة ساعة واحدةً، وذلك خلال السنوات الثماني الأولى من عمري، على الرغم من أن خطاباته لي فيما بعد كانت مفعمة بالمشاعر الدافئة والنصائح الحانية، فإنه ما من مرة نلتقي وجهًا لوجه إلا وأجده متحفظًا صامتًا، وكأنَّه غير عابئ بي، ولا يحمل لي إلا مشاعر باردة وفي تلك السنوات لم أكن أعرف ما هو الخجل، ذلك الألم الداخلي الشديد الذي يطاردنا، ويجعل الكلمات على شفاهنا متجمدة، ويتركنا عاجزين عن التعبير عن أنفسنا وإيصال مشاعرنا للأخرين (راى كروزير، 2009: 24-25).

**الأليكسيثميا وتبلد الإحساس: Apathy**

جاء في معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية أن تبلد الإحساس عبارة عن حالة نفسية تتميز بتدني تحفيز المشاعر وعدم الاكتراث وجدانيا، فلا يهتم الشخص بما يقع حوله من أحداث ولا يستجيب لها (أحمد بدوي، 1978: 23). أما ذوو الأليكسيثميا ليسوا بلا مشاعر على الإطلاق، بل يشعرون، لكنهم

غير قادرين على معرفة ماهية مشاعرهم تحديدًا، خاصة أنهم عاجزون عن التعبير عنها بالكلمات على وجه التحديد والدقة (دانييل جولمان، 2000: 80).

**الأليكسيثميا والسيكوباتية: Psychopathy**

يبدو لدى ذوي الأليكسيثميا والسيكوباتيين عدم وجود التعاطف، وعدم الاستجابة العاطفية، وإن كانوا يظهرون شعورًا سطحيًا أو مفتعلًا في العلاقات الاجتماعية، والفرق بينهما يكمن في أن ذوي الأليكسيثميا عادة ما يكونون مسايرين للمجتمع ومتطابقين معه أخلاقيًا، بل يكونون في حالة مسايرة وانقياد لتقاليد المجتمع، غاية ما هنالك أنهم يجدون صعوبة في تحديد مشاعرهم والتعبير عنها، في حين أن الشخصيات السيكوباتية عادة ما تكون سلوكياتهم غير متطابق مع أخلاق المجتمع وتقاليده، وفي الغالب ما يمتلكون درجة من الذكاء الوجداني والذي يمكنهم من تفسير واستغلال مشاعر الآخرين، كما أَ السيكوباتيين يكون لديهم مستويات أقل من الإثارة العاطفية على عكس ذوي الأليكسيثميا الذين يكون لديهم مستويات عالية من الاستثارة، ولكن لا يمكنهم الاستجابة لها (Thompson, 2009: 18).

يبدو من خلال ما سبق أن الأليكسيثميا وإن تداخلت مع بعض المفاهيم في بعض الأعراض، إلا أن لها ما يميزها من حيث المفهوم والخصائص والتي يمكن أن تزيل الخلط والتشويش بينها وبين المفاهيم ذات الصلة بها.

**مكونات الأليكسيثميا:**

بعد مراجعة الأدبيات السابقة اتضح أن هناك اتفاق بين علماء علم النفس والصحة النفسية على بعض المكونات المميزة للأليكسيثميا والتي يمكن الإشارة إليها من خلال الآتي:

**1- صعوبة تحديد المشاعر Difficulties identifying feelings – DIF:**

وتعني نقص كفاءة الفرد في التعرف على المشاعر والانفعالات الشخصية، ومشاعر وانفعالات الآخرين، بالإضافة صعوبة التمييز بينها وبين الأحاسيس البدنية للانفعال (تايلور جريم وآخرون، 2011: 6). ومن الأمثلة على ذلك، الحيرة في فهم المشاعر والتعرف عليها، والقصور في فهم الأحاسيس الجسدية (الفسيولوجية) الناتجة عن الاستثارة الانفعالية (الوجدانية)، وصعوبة تحديد أسباب الغضب والخوف بشكل تام.

**2- صعوبة وصف المشاعر Difficulties describing feelings-DDF:**

والمقصود بها نقص كفاءة الفرد على التعبير اللغوي عن الانفعالات أو وصفها للآخرين باستخدام الكلمات والالفاظ المناسبة (تايلور وآخرون، 2011: 6). ومن الأمثلة على ذلك، صعوبة وجود الكلمات المناسبة للتعبير عن الانفعالات بصورة لفظية، أو غير لفظية، وصعوبة وصف المشاعر تجاه الآخرين، وصعوبة اظهار المشاعر حتى لأقرب الناس.

**3- التوجه الخارجي للتفكير Externally-oriented thinking– EOT:**

وقد أكد المؤتمر الحادي عشر للبحوث النفسية (السيكوسوماتية) الذي عقد في مدينة هايدلبرج بألمانيا، عام 1976، والتي كانت الأليكسيثميا هي الموضوع الرئيسي فيه على أن المكونات البارزة للأليكسيثميا تتمثل في القصور في تحديد المشاعر، والتمييز بين الأحاسيس الانفعالية والأحاسيس الجسمية، والقصور في وصف المشاعر، ومحدودية التخيل، وندرة الاحلام، والتفكير ذي التوجه الخارجي (Mattila, 2009: 22).

يستخلص من ذلك أن المكونات السابقة تعد موضع اتفاق بين غالبية المتخصصين في علم النفس والصحة النفسية، إلا أن هناك بعض العلماء قد أضافوا إلى ذلك خصائص أو مكونات أخرى إلى المكونات السابقة، وقد اعتمد الباحثون في البحث الحالي على المكونات الثلاثة السابقة كأبعاد لمقياس تقدير الأليكسيثميا.

**خصائص ذوي الأليكسيثميا:**

إن الأليكسيثميا باعتبارها سمة وجدانية ومعرفية للشخصية فهي تظهر بأكثر من شكل، حيث يتسم ذوي الأليكسيثميا بالعديد من الخصائص يمكن توضيحها من خلال ما يلي:

**1- الخصائص المعرفية:**

حيث ذكر Nicolas et al., (2006: 70) أن هؤلاء الأشخاص يعانون من فقدان القدرة على التعرف على دوافعهم الداخلية، بالإضافة إلى صعوبة في الوعي والإدراك نتيجة قمع عواطفهم، فضلًا عن قصور في مناقشة المشكلات الخاصة بهم وما يشعرون به في المواقف الحياتية التي يمرون بها، الأمر الذي يخلق لديهم تشويهًا معرفيًا داخليًا.

**2- الخصائص النفس جسمية:**

أوضح Cilliers (2012: 3) أن ذوي الأليكسيثميا يظهرون على المستوى الجسمي انخفاض مناعي، وبعض الأعراض مثل ارتفاع ضغط الدم وانخفاض في القدرة على ربط الأحاسيس الجسمية بالانفعالات.

**3- الخصائص السلوكية:**

وتظهر في ضعف التعبيرات الوجهية، وفي الغالب ما تكون هذه التعبيرات غير معبرة عن مشاعرهم الداخلية، كما أنهم يميلون للوصف النهائي للأشياء دون الدخول في التفاصيل، إضافة إلى نقص توظيف الكلمات التي تصف مشاعرهم، وكثيرًا ما تكون الشكوى الجسدية هي أصدق تعبير عن الحالة الانفعالية، إذ يعد الاعتلال الجسدي تعبيرًا عن الاعتلال النفسي، وقد يصف الشخص حالته الجسدية بكل سهولة، لكنه لا يستطيع أن يذكر أن شيئًا ما يزعجه، أو أنه قلق، أو خائف، أو حزين، أو يعاني من صراعات داخلية، أو مشكلات حقيقية، وذلك بسبب غياب القدرة على التعبير عن المشاعر وليس غياب المشاعر ذاتها (Sifneos, 1996: 140).

**4- الخصائص الاجتماعية:**

وتتمثل في صعوبة التواصل الاجتماعي، فضلًا عن سوء التكيف الاجتماعي، فالفرد من خلال التواصل الاجتماعي يستطيع أن يفهم مشاعر الآخرين ويتعرف على تعبيراتهم الوجهية التي تلعب دورًا مهمًا في التكيف مع البيئة المحيطة؛ لأن هناك حاجة ماسة إلى الاحتفاظ بوجه غاضب أو سعيد بسرعة وفاعلية لتقرير الاقتراب من الآخرين أو تجنبهم، لكن ذوي الأليكسيثميا لا يمكنهم ذلك؛ لأنهم يظهرون بشكل عام ضعف في تحديد ووصف المشاعر في مثل هذه المواقف، وبالتالي يجب الاهتمام بالعمليات المعرفية للتعبيرات الوجهية للأشخاص ذوي الأليكسيثميا حتى يتمكنوا من التعامل مع الوجوه الغاضبة أو السعيدة بسرعة وفعالية (Takahashi et al., 2015: 128).

**5- الخصائص الوجدانية:**

من بين الخصائص الوجدانية لذوي الأليكسيثميا، قلة فهم المشاعر الخاصة والمعلومات العاطفية؛ أي القصور في المعالجة المعرفية للانفعالات، مع الفقر في الحياة العاطفية، والأمية الانفعالية، وعدم القدرة على وصف وتحديد وتمييز المشاعر المختلفة، فضلا عن عدم فهم الاستعارات والمعاني الخفية، وانخفاض الخبرات الانفعالية الواعية، والصعوبة في التعبير اللفظي عن المشاعر للآخرين، إضافة إلى أن

الفرد في كثير من الأحيان يكون في صراع مع الآخرين، ويظهر عدم القدرة على خبرة تنظيم الانفعالات (Cilliers, 2012: 3).

يستخلص مما عرض سلفًا أن هناك عدة خصائص يتسم بها الأشخاص من ذوي الأليكسيثميا تضمنت الجوانب المعرفية والنفس جسمية والسلوكية والاجتماعية والوجدانية، تتضمن القصور في التعرف على المشاعر الداخلية مع وجودها، والقصور في التعبير عن المشاعر، مع كفاءة الوظائف اللغوية في غير ذلك، والتفكير المعرفي الموجه خارجيًا الذي يجعل الفرد يعتقد أن الذي يتحكم في أفعاله وسلوكياته عوامل خارجية ليس له دخل فيها مثل: الحظ والصدفة والقدر، وبالتالي لا يحمل الفرد نفسه أي مسؤولية، إضافة عن محدودية عمليات التخيل أو التصور والتي تجعل الفرد ضيق الأفق ولا يمكنه الانسجام والتوافق مع المواقف والأحداث والتفاعلات الاجتماعية المختلفة.

**نسب انتشار الأليكسيثميا:**

أسفرت نتائج الدراسات التي أجريت حول انتشار الأليكسيثميا إلى أنها تنتشر بين الأفراد بصورة كبيرة. فضلًا عن تباين نسب انتشارها بين الذكور والاناث، فعلى سبيل المثال أظهرت نتائج دراسة (Mattila et al., 2009) والتي طبقت على (5454) فردًا، تتراوح أعمارهم بين (30–97) عامًا، أن الأليكسيثميا تنتشر عمومًا بين الأفراد بنسبة (9.9٪)، وعند الذكور بنسبة (11.9٪)، وعند الإناث بنسبة (8.1٪)، كما أشارت الدراسة إلى أنه لابد من المقارنات الدولية للتعرف على مدى انتشارها دوليًا، واتفقت وكان هناك اتفاق بين دراسة (Grynberg et al., 2010) والدراسة السابقة؛ حيث حقق الذكور مستويات أعلى من الإناث في الأليكسيثميا.

ومن ناحية أخرى وعلى العكس من ذلك فقد أظهرت دراسة Joukamaa et al., (2007) التي أجريت على ستة آلاف فرد، تتراوح أعمارهم بين (15–16) عامًا، انتشار الأليكسيثميا بين الإناث بنسبة (10٪)، وبين الذكور بنسبة (7٪)، كما أظهرت الدراسة أيضا أنَّ معدل الأليكسيثميا بين المراهقين كان متقاربًا مع معدل الأليكسيثميا بين الكبار.

بينما لوحظ في دراسات أخرى انعدام الفروق بين الجنسين كما ظهر من خلال نتائج دراسة Karukivi et al,. (2010) التي أجريت على (935) من المراهقين الذين تراوحت أعمارهم بين (17–21) عامًا؛ حيث أسفرت نتائج الدراسة أن نسبة انتشار الأليكسيثميا بينهم بلغت (8.2٪) مع عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث.

بينما أجرى كل من Costa et al., (2017) دراسة أيضًا للتعرف على مدى انتشار نسبة الأليكسيثميا لدى الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد والعاديين، وتكونت عينة الدراسة من (37) طفلًا من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، (41) من الأطفال العاديين، تراوحت أعمارهم ما بين (3–13) عامًا واستخدمت الدراسة مقياس الأليكسثميا من إعداد الباحثين، وأظهرت نتائج الدراسة ارتفاع نسبة الأليكسيثميا لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد مقارنة بالعاديين؛ حيث اتضح عدم قدرتهم على التعبير عن انفعالاتهم ومشاعرهم في المواقف المختلفة، كما أنهم بحاجة إلى برامج علاجية لمساعدتهم على تحسين قدراتهم على التعبير عن عواطفهم، بالإضافة إلى قدرتهم على الفهم والتفاعل العاطفي مع الآخرين.

ومن ناحية أخرى فقد قامت دراسة كل من Karbasdehi et al., (2018) للتعرف على نسبة ارتفاع الأليكسيثميا لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد والعاديين، وتكونت عينة الدراسة من (120) طفلًا من ذوي اضطراب طيف التوحد وأقرانهم من العاديين، بواقع (60) طفلًا من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، (60) من الأطفال العاديين، وبعد استخدام مقياس الأليكسيثميا المعد لغرض الدراسة أسفرت نتائج الدراسة عن ارتفاع أعراض الأليكسيثميا لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد مقارنة بأقرانهم من الأطفال العاديين، بالإضافة إلى ارتفاع عامل العصابية لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد.

**قياس الأليكسيثميا:**

تعددت الأدوات المستخدمة في قياس الأليكسيثميا، حيث تنوعت ما بين سيكومترية وكلينيكية، وتطورت الأدوات بتطور البحث حولها، وفيما يلي توضيح لأهم الأدوات التي استخدمت لقياسها:

تم الاعتماد في بداية البحث عن الأليكسيثميا على الاستبيان السيكومتري في القياس لمستشفى بيث الإسرائيلي (The Beth Israel Hospital Psychosomatic Questionnaire) إعداد (Sifneos) 1973، ومقياس شالنج – سفينيوس للشخصية Schalling-Sifneos Personality إعداد ( Apfel & Sifneos) 1979؛ إلا أنه قد ثبت لاحقًا ضعف مستوى صلاحية هاتين الأداتين، ومن ثم فكر العلماء في أدوات أخرى أكثر صلاحية (Karukivi, 2011: 25-26).

بعد ذلك تم الاعتماد على مجموعة من الاستبيانات والمقاييس كردود فعل أو استجابة المفحوص Alexithymia Provoked Response Questionnaire (APQR)، ومقياس شالنج – سيفنيوس المعدل The Schalling Sifneos Personality Scale Revised (SSPS-R)، وفي عام 1980

قام عدد من الباحثين في تورونتو بوضع أداة جديدة لقياس الأليكسيثميا تحت مسمى مقياس تورونتو للأليكسيثميا(Toronto Alexithymia Scale (TAS , ثم ظهرت منه النسخة المعدلة (TAS-R)، والتي كانت تحتوى على 26 بند (TAS-26) ثم ظهرت النسخة الثالثة من هذا المقياس Toronto Alexithymia Scale-20 (TAS-20) على يد باجي وزملائه (Bagby et al., 1994)، وهذا المقياس قد حقق رواجًا عالميًا، وأصبح المعيار الأساسي في البحوث الخاصة بالأليكسيثميا، ومن الجدير بالذكر أن من ضمن المقاييس المستخدمة لقياس الأليكسيثميا مقياس مينيسوتا المتعدد الأبعاد للشخصية The Minnesota Multiphasic Personality Inventory-Alexithymia Scale, (MMPI-AS)، واختبار الرورشاخ، والمقياس الإسقاطي المعروف باسم اختبار الأمثلة الرمزية والمكون من تسعة عناصر (SAT-9) لتقييم أبعاد معينة من بناء الأليكسيثميا (Burch, 1995: 16-17).

وفي السنوات الأخيرة الماضية تطور البحث بشكل كبير وسريع حول مفهوم وبناء الأليكسيثميا، وقد ظهر هذا التطور نتيجة الجهود المشتركة بين التخصصات المختلفة الطبية والنفسية، واستخدام استراتيجيات وأساليب فنية وتجريبية جديدة، فضلًا عن التحقق من صحة المقاييس التي تكشف العلاقة بين الأليكسيثميا والأوجه المختلفة للتجهيز العاطفي، واستخدام تقنيات تصوير وظائف الدماغ لاستكشاف النشاط العصبي المرتبط بالأليكسيثميا، علاوة على نتائج الدراسات التجريبية التي تقيس المؤشرات المتعددة للاستجابات الفسيولوجية المترتبة عليها، ومع هذا التطور يظل الباحثون في حاجة إلى تبني أساليب بحثية وتقنيات جديدة لزيادة فهم تركيبة الأليكسيثميا وارتباطها بالأمراض والمشكلات النفسية والجسدية (Taylor & Bagby, 2004: 68).

وفي ذات الوقت فكان هناك اهتمام من جانب البيئة العربية بمفهوم الأليكسيثميا وقياسه، ومن المقاييس التي أعدت وقننت في البيئة العربية، مقياس هشام عبد الرحمن (2005)، وصلاح عراقي (2006)، وأحمد عمر (2009)، وسامية صابر (2012)، ومحمد معوض ومحمد أحمد (2012)؛ إلا أن هذه المقاييس لا تتناسب مع عينة البحث الحالي (الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد) وكلها كانت على فئات عمرية كبيرة، بالإضافة إلى أنه لا يوجد منها مقاييس مصورة تتلاءم مع طبيعة هؤلاء الأطفال وخصائصهم وقدراتهم الشخصية، ومن أجل ذلك تم إعداد المقياس الحالي حتى يحقق أغراض البحث.

**بعض النظريات المفسرة للأليكسيثميا:**

توجد العديد من النظريات التي حاولت تفسير حدوث الأليكسيثميا، وفيما يلي جانبًا منها:

**1- النظرية النفسية: Psychological Theory**

أوضح كل من Besharat & Rizi (2014: 33) بأن الجانب النفسي يتضمن شقين أساسيين أحدهما نمائي، حيث يرجع أسباب الأليكسيثميا إلى تشوهات للصورة الذاتية في مرحلة الطفولة نتيجة المرور بخبرات صادمة مؤلمة أدت إلى نقص في الجوانب الوجدانية، وصعوبة في وصف ما يشعر به الفرد، كما أن نقص الحياة التخيلية تجعل الفرد يواجه صعوبة في تعديل انفعالاته، أما الشق الثاني فيختص بخبرات التعلق التي تبناها الفرد في مراحله الأولى، والمتمثلة في دعم روابط التواصل بين الطفل ووالديه، والعلاقات التي الحب والأمن والتوازن النفسي داخل الأسرة، فالحاجة للأمن تسير جنبًا إلى جنب بجانب الحاجات الأساسية الأخرى، إذ إن الإنسان لا يهنأ بإشباع الحاجات الأخرى بدون إشباع الأمن.

**2- نظرية التعلم الاجتماعي: Social learning theory**

من وجهة نظر أنصار نظرية التعلم الاجتماعي أن الأليكسيثميا تعود إلى الخلل في العملية النمائية التي تسمح بالتعبير عن الانفعالات والمشاعر، فربما فشلت والدة الطفل في تشجيعه بما فيه الكفاية على التعبير عن مشاعره التي تجيش داخل صدره (Muller, 2000: 1).

**3- نظرية الوعي الانفعالي: Emotional Awareness Theory**

أشارت هذه النظرية إلى أهمية نموذج التطور المعرفي لبياجيه – وخاصة في مجال اللغة – في تفسير نمو الوعي الانفعالي، حيث إن الفرد يتعرف على مشاعره ويحددها بناءً على مخزونه اللغوي وسهولة ويسر استخدام المفردات اللغوية، وأن مرتفعي الأليكسيثميا يعانون من نقص القدرات المعرفية التي تتيح ترجمة الأحاسيس الفسيولوجية العصبية إلى كلمات، فهؤلاء يأخذون وقتًا في وصف انفعالاتهم والوصول إلى كلمات تعبر عن حالتهم النفسية (Shishido, 2011: 10).

**4- النظرية النيوروبيولوجية: Neurobiological Theory**

ظهرت هذه النظرية على يد (Sefinos & Nimiah, 972) والتي أشارا من خلالها إلى أن النصف الأيمن من المخ هو المسؤول عن وصف المشاعر وإدراكها والتعبير عنها بطريقة غير لفظية، وأن السبب في ظهور الأليكسيثميا يعود إلى انقطاع الألياف العصبية بين نصفي المخ، مما يعني انقطاع التدفق للمعلومات بين نصفي المخ، كما أن من ضمن أسباب تغيرات السلوك الانفعالي يرجع لإصابة القشرة المخية الأمامية، وأن سلامتها يترتب عليه معالجة المعلومات الانفعالية بشكل سليم، إذ إن سلامة القشرة المخية والفصوص الجبهية تحدد سلامة الفرد من الأليكسيثميا (Sifneos, 1988: 289).

فمن خلال نتائج الأبحاث التي أجريت على التوائم والتي كشفت على من ضمن أسباب الأليكسيثميا العوامل الوراثية، والتي يمكن اعتبارها عجز التعبير الانفعالي، وكأنه عجز انتباهي على مستوى المعالجة البصرية الموازية للمعلومة، يسير جنبًا إلى جنب، مع تعثر الارتباط الوظيفي بين قسمي الدماغ (رولان دورون وفرنسواز باور، 1997: 59-60).

**5-نظرية التعلق: Attachment Theory**

بناءً على وجهة نظر أصحاب نظرية التعلق فإن الفرد يتعلم استراتيجيات لتنظيم الخبرة الانفعالية والتعامل مع الانفعالات السلبية من خلال مقدمي الرعاية، فالأفراد في التعلق الآمن والذين تلقوا رعاية آمنة على مستوى عالٍ من الحساسية، يتعاملون مع الانفعالات السلبية من خلال التعرف على القصور أو العجز مع طلب الدعم والمساعدة من الآخرين، أما الأفراد في التعلق غير الآمن والذين تلقوا رعاية غير آمنة قائمة على الرفض؛ فإنهم يميلون إلى تقييد أو حجز التعبير عن المشاعر السلبية من أجل الحفاظ على تقليل الصراع مع رموز التعلق والحفاظ على التواصل معهم (Feeney, 1999: 169).

يتضح مما سبق تعدد وجهات النظر المختلفة التي تطرقت لتفسير الأليكسيثميا، كل حسب رؤيته ومنهجه الخاص، فقد اعتمد أنصار نظرية التحليل النفسي في تفسيرهم للأليكسيثميا على أنها أحد الآليات الدفاعية التي تمكن الفرد من حماية نفسه من الانفعالات الشديدة المرتبطة بالتعرض للإساءة والإهمال في مرحلة الطفولة، ومن ناحية أخرى فإن أنصار نظرية التعلم الاجتماعي اعتمدوا في تفسيرهم للأليكسيثميا على أنها أحد السلوكيات المتعلمة من خلال التنشئة الاجتماعية، ومن جهة أخرى فقد نظر أصحاب نظرية النمو المعرفي الانفعالي على الأليكسيثميا قد تنشأ عن خلل نمائي في النمو المعرفي الوجداني خلال مرحلة الطفولة المبكرة، وهذا يعني أن هذه النظرية ترى أن السبب في ظهور الأليكسيثميا هو الخلل في الآليات والوظائف المعرفية، وفي المقابل فإن النظرية النيروبيولوجية اعتمدت في تفسيرها للأليكسيثميا على أنها قد تكون نتيجة للعجز في الاتصال والترابط بين نصفي الدماغ الأيمن والأيسر، أو نتيجة لخلل وظيفي في النصف الأيمن من المخ، أو نتيجة لاختلال الآليات التنظيمية في القشرة الأمامية من الدماغ، أما عن نظرية التعلق فقد اعتمدت في تفسيرها للأليكسيثميا على أنها تنشأ نتيجة التعلق غير الآمن القائم على الرفض والإساءة من القائمين على الرعاية، والذي يجعلهم يميلون إلى تقييد أو حجز التعبير عن المشاعر من أجل الحفاظ على تقليل الصراع مع رموز التعلق والحفاظ على التواصل معهم، وهذه النظرية اعتمدت على الأليكسيثميا الثانوية ذات المنشأ النفسي لدى العاديين.

**ب- اضطراب طيف التوحد Autism Spectrum Disorder:**

ترجع كلمة التوحد Autism في الأصل إلى الكلمة الإغريقية "أوتوس" وهي مشتقة من (aut) ويقصد بها النفس أو الذات، وكلمة (ism) وتعني الانغلاق، والمصطلح في معناه ككل تُرجم على أنه الانغلاق على الذات أو النفس، وبناء على ذلك فإن الأطفال في الغالب ما يتوحدون مع أنفسهم، ويبدون القليل من الاهتمام بالعالم الخارجي من حولهم، كما أن لديهم صعوبات نحو إقامة علاقات اجتماعية، فضلًا عن أن لديهم مشكلات في التواصل مع الآخرين، ويظهرون سلوكيات نمطية متكررة ومقيدة، وتحدث هذه المشكلات قبل عمر الثلاث سنوات (Grynberg et al., 2010: 15).

كما يعد اضطراب طيف التوحد بمثابة إعاقة اجتماعية يعاني الطفل على أثرها من قصور واضح في مستوى نموه الاجتماعي، فلا يصل غالبية هؤلاء الأطفال إلى المرحلة الثالثة من مراحل النمو الاجتماعي التي حددها إريكسون Erickson، وبالتالي يحدث قصور واضح وصارخ في علاقاتهم الاجتماعية، ونقص أو قصور مماثل في مهاراتهم الاجتماعية اللفظية وغير اللفظية ينسحبون على أثره من المواقف والتفاعلات الاجتماعية. كما أن هناك ثلاثة جوانب لاختلال الأداء الوظيفي الاجتماعي للطفل التوحدي إلى جانب اختلال الوعي الاجتماعي لديه، يمكن أن تمثل بشكل واضح بروفيلًا خاصًا في الجانب الاجتماعي بشكل عام، وهذه الجوانب تتضح في الآتي:

1- عدم قدرته على فهم أن الآخرين يختلفون عنه في وجهات النظر والخطط والأفكار والمشاعر.
2- عدم قدرته على التنبؤ بما يمكن أن يفعله في المواقف الاجتماعية المختلفة.
3- العجز أو القصور الاجتماعي (عادل عبد الله، 2010: 65-68).

بالإضافة إلى ذلك فإن الأطفال التوحديين لديهم مشكلات في التواصل اللفظي، حيث تبدو اللغة المنطوقة على شكل اضطرابات في دلالات الألفاظ والكلمات؛ حيث تكون مفردات الكلمات قاصرة وغير محددة، وتسبب انخفاضًا واضحًا في القدرة التواصلية، كما يستخدمون الكلمات بشكل مضطرب أو غير مناسب في علاقاتهم مع الآخرين كالصوت الكوميدي المرتفع، بالإضافة إلى قصور في اللعب الرمزي والوظيفي، وهناك بعض الأطفال لديهم حصيلة جيدة من الكلمات إلا أنهم مع تزايد الاضطراب لديهم يعجزون عن الاستخدام المناسب لها في السياق المناسب، مما يزيد من تعقيد المواقف الاجتماعية، وزيادة صعوبة التفاعل الاجتماعي، نتيجة تكرار الكلمات، حيث يقوم الطفل بتكرار الكلمات أو الأسئلة التي توجه إليه (زينب شقير، 2005: 205-206).

وقد شهد اضطراب طيف التوحد تغيرات متعددة في تصنيفه وتشخيصه، ولا يخفى أن كل تغير من هذه التغيرات يمكن أن يمثل مرحلة معينة من تلك المراحل التي مرت بها عملية التشخيص والتصنيف تلك. ففي البداية لم يكن هذا الاضطراب معروفًا قبل أن يكتشفه ليو كانر Leo Kanner عام 1943 في أثناء دراسته لسلوكيات مجموعة من الأطفال المعوقين عقليًا، ووجد أن ما يصدر من سلوكيات عن أولئك الأطفال يختلف بدرجة كبيرة في جوانب كثيرة منه عما يصدر عن أقرانهم المعوقين عقليًا، وهنا أكد كانر أنهم يمثلون فئة أخرى غير الإعاقة العقلية الفكرية بطبيعة الحال. وقد تم بعد ذلك النظر إلى هذا الاضطراب وتشخيصه على أنه من فصام الطفولة، مع أن الفرق بينهما يكاد يكون واضحًا. وفي عام 1944 اكتشف الطبيب النمساوي هانز أسبرجر Hans Asperger متلازمة أعراض مرضية تمثل أحد أنماط اضطراب طيف التوحد – مع أنها أحد أنماطه – إلا في وجود اضطراب أو قصور في الجانب الاجتماعي للطفل، إلى جانب بعض مشكلات بسيطة في الجانب اللغوي، بينما تكون نسبة الذكاء مرتفعة، ومن ثم فإن هناك موهوبين من بين أولئك الذين يعانون من هذه المتلازمة (عادل عبد الله، 2010: 16-17).

كما أن أطفال اضطراب طيف التوحد يتميزون بسلوكيات نمطية تكرارية، وهذا ما أكدت عليه دراسة Barber (2008) التي تناولت طبيعة السلوك التكراري والنمطي لدى الأطفال من ذوي اضطراب طيف التوحد، بهدف اكتشاف ووظائف السلوك التكراري لدى هذه الفئة، وذلك على عينة مكونة من (55) طفلًا أعمارهم ما بين (18-24) شهرًا من ذوي طيف التوحد، (22) طفلًا من التأخر النمائي ممن ليس لديهم أعراض طيف التوحد، (37) طفلًا من الأطفال العاديين المطابقين للعينتين السابقتين في العمر، وتم استخدام نماذج السلوك مسجل على شريط فيديو، ومقياس السلوك الرمزي والتواصلي The Communication and Symbolic Behavior Scales (CSBS) Prizant & Wetherby (2002)، وأشارت نتائج الدراسة إلى أن الأطفال من ذوي اضطراب طيف التوحد أقل نسبة في سلوك التنظيم الجيد خلال تأديتهم الحركات النمطية من أطفال ذوي التأخر النمائي والأطفال العاديين، كذلك أظهرت مجموعة طيف التوحد معدلًا أعلى في السلوك النمطي الروتيني والمتعلق بحركات الجسم من مجموعتي أطفال التأخر النمائي والعاديين.

وفي نفس الاتجاه، فقد قام كل من Watt et al., (2008) بدراسة عن السلوك النمطي والتكراري لدى الأطفال الذين يعانون من اضطرابات طيف التوحد في السنة الثانية من العمر، بهدف دراسة السلوكيات الأكثر تكرارًا لدى هذه الفئة، واشتملت عينة الدراسة على (50) طفلًا من ذوي اضطراب طيف التوحد، (25) طفلًا من ذوي التأخر في النمو بدون أعراض طيف التوحد، (50) طفلًا من الأطفال

العاديين، تراوحت أعمارهم ما بين (18–24) شهرًا، واستخدمت الدراسة مقياس التواصل والسلوك الرمزي The Communication and Symbolic Behavior Scales (CSBS) Wetherby & Prizant، كما تم استخدام أشرطة الفيديو للأطفال الذين يبلغون من العمر أكثر من (18) شهرًا، بالإضافة إلى مقياس مولين للتعليم المبكر The Mullen Scales of Early Learning (MSEL) Mullen (1995)، وقد أظهرت نتائج الدراسة إلى أن الأطفال الذين يعانون من اضطراب طيف التوحد أظهروا سلوكيات تكرارية نمطية بشكل أعلى وأطول في المدة خاصة ما يرتبط منها بحركات الجسم، كما أظهروا سلوكيات حسية متكررة أعلى من مجموعتي أطفال التأخر النمائي والأطفال العاديين.

وهذا ما أكدته دراسة كل من Matson et al., (2009) التي تناولت الكشف عن شدة أعراض السلوك النمطي والتكراري لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد والأطفال ذوي الاضطراب النمائي الشامل، وذلك على عينة تكونت من (760) طفلًا من الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد والذين يعانون من اضطراب نمائي غير محدد، أو لم يشخصوا على أنهم طيف توحد بل في خطر التأخر النمائي أو حالات الإعاقة الجسمية، وتراوحت أعمارهم ما بين (3–5) سنوات، واستخدم مقياس فرز سمات التوحد للرضع والأطفال The Baby and Infant Screen for Children with autism Traits BISCUIT، وقد أشارت نتائج الدراسة إلى أن أطفال اضطراب طيف التوحد أظهروا مستوى أعلى للسلوك الروتيني والنمطي، يليهم أطفال الاضطراب النمائي غير المحدد.

يتضح من الدراسات السابقة التي تضمنت التعرف على السلوكيات التكرارية لدى أطفال اضراب طيف التوحد، أن هناك اتفاقًا بينها على أن الأطفال التوحديين يعانون من السلوكيات النمطية المتكررة بشكل أعلى بكثير من الأطفال الذين لديهم اضطرابات نمائية بدون توحد ومن الأطفال العاديين أيضًا، وأن الاضطرابات السلوكية تنتشر في البدايات الأولى من العمر، وأن هناك ارتباط موجب بين كل من السلوكيات النمطية التكرارية والاضطرابات الحسية، وأن السلوكيات النمطية تأخذ أشكالًا متعددة، بعضها يرتبط بالحواس، والبعض الآخر يرتبط بحركة الأطراف، ومنها ما هو مرتبط بحركة الجسم، ومنها ما يرتبط بالتفكير أو الطقوس المحددة.

أما بالنسبة لمن لا تنطبق عليهم المحكات التشخيصية الحديثة لا يتم تشخيصهم ضمن فئة ASDs كما أن التصنيف الحالي لا يضم فئة الأوتيزم الشاذ أو الاضطرابات النمائية غير المحددة، وبدلًا من ذلك ظهرت فئة تصنيفية جديدة وهي اضطرابات التواصل الاجتماعي Social Communication Disorder (SCD) والتي تضم تلك الفئة التصنيفية كل الأفراد ذوي قصور التواصل الاجتماعي الذين لا يظهرون سلوكيات نمطية تكرارية ومحدودية الأنشطة والاهتمامات (APA, 2013).

وقد ذكر كل من Matson & Sturmey (2011: 42) أن هناك بعض الآثار بناءً على التصنيف الحالي، حيث إن بعض الأطفال ممن استوفوا المحكات التشخيصية للاضطراب وفقًا للتصنيف السابق (DSM-4) تم استبعادهم طبقًا للتصنيف الجديد فقد تبين عند فحص عينة من الأطفال قوامها (130) طفلًا ممن تنطبق عليهم محكات التصنيف القديم أن التصنيف الحديث استبعد منهم حوالي (32٪) من العينة، كما يترتب على دمج الفئات الفرعية ضرورة إعادة النظر في الخدمات المقدمة للأفراد التي من الممكن أن يكون لها تأثير على طبيعة إدراك الفرد لذاته، فضلًا عن الأثار الاجتماعية والانفعالية السالبة التي تلحق هؤلاء الأطفال وأسرهم.

يستخلص مما سبق أن اضطراب طيف التوحد يعد من الاضطرابات النمائية وأحد المجالات التي حظيت باهتمام العديد من الباحثين، بل وباهتمام الحكومات والمؤسسات التعليمية، لاسيما مع التزايد المستمر لانتشار تلك الاضطرابات، وأيضًا نتيجة لتداخل مظاهرها وعدم تحديد الأسباب التي تسهم في حدوثها، لذا عني كثير من المختصين بالبحث في تلك المجالات ومعرفة أسبابها ومظاهرها وتشخيصها وعلاجها، وتحديد آثارها النفسية والاجتماعية على الأسرة من أجل تقديم البرامج والخدمات التربوية.

**تعريف اضطراب طيف التوحد:**

ذكر جمال الخطيب (2010: 14) في تعريفه لاضطراب طيف التوحد المشار إليه في قانون التربية الأمريكي للأفراد المعوقين، بأنه إعاقة نمائية تؤثر في التواصل اللفظي وغير اللفظي، والتفاعل الاجتماعي، وتؤثر في الأداء التعليمي للفرد، ويتصف هذا الاضطراب بمجموعة من الخصائص منها: الانشغال بأنشطة متكررة ومظاهر سلوك نمطية على الروتين اليومي، ومقاومة التغيير والاستجابات غير العادية تجاه المثيرات الحسية المختلفة، وتظهر هذه الخصائص قبل بلوغ الطفل سن الثالثة.

ووفقًا لجمعية علم النفس الأمريكية (American Psychological Association, APA) فهو عبارة عن إعاقة نمائية شديدة، تظهر خلال السنوات الأولى من العمر، وتتصف بعجز نوعي في التفاعل الاجتماعي، والتواصل اللفظي وغير اللفظي، وسلوكيات محددة ومتكررة (APA, 2013).

ويعرف الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية في طبعته الخامسة (DSM-V) اضطراب طيف التوحد بأنه إعاقة نمائية تنتج عن اضطراب عصبي يؤثر بالسلب على وظائف الدماغ، وتظهر هذه الإعاقة عادة في المراحل الأولى من العمر، وترتبط بقصور شديد في الأداء العقلي والاجتماعي والتواصلي، مع إظهار بعض السلوكيات المتكررة والمقيدة (Young, 2014: 49).

ووفقًا للتعريفات سالفة الذكر أمكن للباحثين تعريف اضطراب طيف التوحد على أنه اضطراب نمائي يجعل الطفل ينعزل عن العالم المحيط، يظهر خلال السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل، ينتج عنه خلل في التفاعل الاجتماعي والتواصل الاجتماعي وسلوكيات نمطية متكررة، وقد يستمر مدى الحياة.

**تشخيص اضطراب طيف التوحد:**

يمكن عرض محكات تشخيص اضطراب طيف التوحد وفقًا للطبعة الرابعة المعدلة (DSM IV-TR, 2000)، والطبعة الخامسة (DSM-V, 2013) من خلال الجدول الآتي:

**جدول (1) الفروق في التشخيص بين DSM-IV-TR (2000) - DSM-V (2013)**

| معيار المقارنة | DSM-IV-TR (2000) | DSM-V (2013) |
|---|---|---|
| مسمى الفئة | الاضطرابات النمائية الشاملة (PDD) | اضطرابات طيف التوحد (ASD) |
| بنية الفئة | مظلة لخمسة اضطرابات نمائية متقاطعة في الأعراض | متصلة لثلاثة فئات ممتدة وفقًا لمستوى شدة الأعراض |
| مكونات الفئة | خمسة اضطرابات هي: اضطراب طيف التوحد، أسبرجر، ريت، الاضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة، اضطراب التفكك الطفولي | فئة واحدة متصلة تتضمن ما كان يعرف بالذاتوية، أسبرجر، الاضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة ضمن فئة واحدة فقط |
| محكات التشخيص | ثلاثة محكات: التفاعل الاجتماعي، التواصل، السلوكيات النمطية | التفاعل والتواصل الاجتماعي، السلوكيات النمطية |
| مستوى الشدة | خمسة اضطرابات منفصلة تمثل اختلافًا في شدة الأعراض | تحديد مستوى الشدة وفقًا لثلاثة مستويات ضمن فئة واحدة |
| الأعراض المصاحبة لإعاقات أخرى | غير محددة | محددة تشمل: الإعاقة العقلية، اضطرابات اللغة، الحالات الطبية والجينية، اضطرابات السلوك، الكتاتونيا |
| المدى العمري لظهور الأعراض | 3 سنوات | الطفولة المبكرة حتى 8 سنوات |

بالإضافة إلى ذلك، فإن هناك فئة فرعية أخرى من اضطراب طيف التوحد كما يرى Hallahan & Kauffman (2007: 27) تعرف بالعالم التوحدي أو الذي يعاني من اضطراب طيف التوحد autistic savant وقد يعاني هذا الشخص في الواقع من مستوى شديد نسبيًا من اضطراب التوحد، فيبدو عليه تأخر نمائي خطير في الأداء الوظيفي العقلي والاجتماعي الكلي. ومع ذلك فإن الفرد الذي يعاني

من تلك الحالة في الغالب ما يبدي قدرة متميزة في تلك المهارات التي تتعلق بجزئية صغيرة أو شريحة من مجال معين، وهي تلك المهارات التي يتم عزلها عن باقي قدرات الفرد.

**بعض النظريات المفسرة لاضطراب طيف التوحد:**

بالرغم من وجود العديد من الخصائص السيكولوجية والسلوكية التي يتم عزوها إلى أولئك الأفراد ذوي اضطرابات طيف التوحد، إلا أن بعض الباحثين قد حاولوا تقديم نظريات يمكن من خلالها تفسير الكثير من السلوكيات التي تصدر عنهم. وبعد مراجعة الأدبيات السابقة اتضح أن هناك ثلاث نظريات رئيسة تتناول أوجه القصور التي يمكن أن تحدث من جراء المشكلات المختلفة، متمثلة في الآتي:

**1- نظرية الوظائف التنفيذية:**

يقصد بالوظائف التنفيذية القدرة على الاشتراك في مجموعة من السلوكيات الموجهة ذاتيًا. ووفق هذه النظرية أن سبب اضطراب طيف التوحد يرجع إلى خلل في مهام تلك الوظائف، وبناءً على ما كشفت عنه نتائج الدراسات المختلفة التي تم إجراءها في هذا الخصوص، أنه يمكن ضبط تلك الوظائف التنفيذية عن طريق الفصوص الأمامية للمخ والفصوص المخية الواقعة في مقدمة التكوين الجبهي مع نتائج تلك الدراسات التي تعتمد في هذا الصدد على الأشعة النيورولوجية والتي ترى أن تلك المناطق من المخ تعد شاذة أو غير طبيعية لدى أولئك الأفراد الذين يعانون من اضطراب طيف التوحد. وجدير بالذكر أن مثل أولئك الأفراد يظهرون مشكلات تتعلق بالوظيفة التنفيذية وذلك بأربع طرق عامة تتمثل في الآتي:

1- أنهم يعانون من مشكلات في الذاكرة العاملة، والتي من الممكن أن يؤدي القصور فيها إلى النسيان، والإدراك المؤخر؛ أي إدراك الشيء بعد وقوعه، والتروي، ومشكلات في إدارة الوقت.

2- أن أولئك الذين يعانون من هذا الاضطراب عادة ما يتعطل لديهم الحديث الداخلي والذي يعد بمثابة ذلك الصوت الداخلي الذي يسمح لهم بالتحدث إلى أنفسهم عن تلك الحلول المتعددة لمشكلة معينة.

3- أن هؤلاء الأطفال والمراهقين يواجهون العديد من المشكلات في ضبط انفعالاتهم ومستويات الإثارة بالنسبة لهم.

4- أنهم عادة ما يجدون صعوبة في تحليل المشكلات التي تواجههم، وفي توصيل الحلول المختلفة للآخرين (عادل عبد الله، 2010: 98-99).

**2- نظرية الترابط أو التماسك المركزي:**

طبقًا لهذه النظرية فإن ذوي اضطراب طيف التوحد عادة ما يكون لديهم ترابط أو تماسك مركزي ضعيف، حيث يعد الترابط المركزي ميل طبيعي لدى معظم الأفراد لإضفاء النظام أو الترتيب والمعنى على تلك المعلومات التي توجد في بيئتهم، وذلك عن طريق إدراكها ككل ذي معنى ومغزى بدلًا من إدراكها كأجزاء متباينة. إلا أن الأفراد التوحديين يعدون من ناحية أخرى على العكس من ذلك، فهم يدخلون في تفاصيل بطريقة كلاسيكية، ولا يستطيعون رؤية الغابة كأشجار، أو بعض أعضاء الجسم كوحدة واحدة، وهو ما يعني من وجهة نظر أصحاب النظرية أن هؤلاء الأفراد يعانون من قصور في الإدراك الجشطلتي للأشياء (Frith, 2003: 68).

**3- نظرية العقل أو المعرفة:**

أوضحت نظرية العقل بأن اضطراب طيف التوحد يعود لعدم قدرة الطفل على إدراك المثيرات الخارجية، وبالتالي الاستجابة لها بشكل صحيح. ففي عام 1985 قدم بارون كوهين نظرية العقل التي تقوم على مبدأ أن للأطفال الطبيعيين قدرة على تطوير أو تنمية أشكال التواصل بصورة سليمة تحقق لهم التفاعل والتواصل مع بيئتهم بطريقة طبيعية وتساعدهم على اكتساب الكثير من المفاهيم الأساسية التي تنمي لديهم القدرة على تبادل الأفكار والمشاعر مع الآخرين (Siegel, 2003: 12).

يلاحظ من خلال التوجهات المختلفة التي حاولت التعرف على الأسباب الكامنة وراء اضطراب طيف التوحد، تعدد وجهات النظر حسب المنظور الذي يتبناه أنصار كل نظرية، فوفق نظرية الوظائف التنفيذية قد افترض أنصارها أن هناك العديد من الأفراد الذين يعانون من اضطراب طيف التوحد يواجهون مشكلات عديدة في كل الوظائف التنفيذية، وأن مثل هذه المشكلات في الغالب ما تكون أكثر في حدتها أو شدتها قياسًا بتلك التي يخبرها الأفراد مم يعانون من اضطرابات أخرى. ومن جهة أخرى فقد زعم أنصار نظرية الترابط المركزي أن هناك قصور في الترابط المرزي يسهم في ظهور العديد من جوانب الاضطراب، وأن هؤلاء الأفراد ينظرون إلى الأشياء كوحدة كلية دون إدراك التفاصيل أو الأجزاء، مما يشكل عبئًا في نمو العمليات المعرفية التي بدورها تؤدي إلى القصور في تنظيم المواقف وترتيبها، والقصور في إدراك الأشياء ككل موحد، أو القصور في الإدراك الجشطلتي للأشياء؛ بمعنى عدم القدرة على إدراك الشيء على أنه جشطلت معين. أما فيما يتعلق بنظرية العقل أو المعرفة فقد فسر أصحاب

النظرية أسباب تلك الاضطراب بناءً على مجموعة من الجوانب منها: القصور أو التأخر في مستوى النمو العقلي المعرفي، والقصور في العمليات العقلية المعرفية، بالإضافة إلى القصور في الجانب الاجتماعي اعتمادًا على ما يحدث من القصور المعرفي

واستنادًا لما ذكر يتضح للباحثين أن مشكلة البحث تكمن في تعدد أدوات القياس الخاصة بالألكسيثميا ما بين سيكومترية وكلينيكية، وهذا إن دل فإنما يدل على مدى تعقد هذه المشكلة، إضافة إلى العديد من أدوات القياس الأخرى التي تقيس الألكسيثميا، فضلًا عن سعي الباحثين إلى تطوير هذه المقاييس وتقنينها على عينات مختلفة من كلا الجنسين، حتى تكون مناسبة لطبيعة المرحلة العمرية، والتغيرات الاجتماعية والثقافية، وهذا ما يسعى البحث الحالي إلى تحقيقه.

## سابعًا: منهج البحث وإجراءاته

- **منهج البحث:**

تم الاعتماد على المنهج الوصفي السيكومتري لملاءمته طبيعة البحث وأهدافه.

- **عينة البحث:**

قام الباحثون باختيار عينة عشوائية استطلاعية قوامها (40) طفلًا وطفلة بمدرسة التربية الفكرية، وجمعية الحق في الحياة، وأكاديمية الملاك الصغير بمحافظة بني سويف، تراوحت أعمارهم بين (5–7) أعوام، بمتوسط عمري قدره (6.13) عامًا، وانحراف معياري قدره (0.835)، وجميع الأطفال من فئة اضطراب طيف التوحد.

- **خطوات إجراء البحث:**

1- مراجعة الأدبيات والإطار النظري والدراسات المتعلقة باضطراب الألكسيثميا ومكوناته.
2- تم الاعتماد في بداية البحث عن الألكسيثميا على الاستبيان السيكومتري في القياس لمستشفى بيث الإسرائيلي (The Beth Israel Hospital Psychosomatic Questionnaire) إعداد (Sifneos, 1973)؛ ومقياس شالنج – سفينيوس للشخصية Schalling-Sifneos Personality إعداد (Apfel & Sifneos, 1979)؛ إلا أنه قد ثبت لاحقًا ضعف مستوى صلاحية هاتين الأداتين، ومن ثم فكر العلماء في أدوات أخرى أكثر صلاحية (Karukivi, 2011: 25-26).

3- بعد ذلك تم الاعتماد على مجموعة من الاستبيانات والمقاييس كردود فعل أو استجابة المفحوص Alexithymia Provoked Response Questionnaire (APQR)، ومقياس شالنج – سيفنيوس المعدل The Schalling Sifneos Personality Scale Revised (SSPS-R)، وفي عام 1980 قام عدد من الباحثين في تورونتو بوضع أداة جديدة لقياس الأليكسيثميا تحت مسمى مقياس تورونتو للأليكسيثميا Toronto Alexithymia Scale (TAS)، ثم ظهرت منه النسخة المعدلة (TAS-R)، والتي كانت تحتوى على 26 بندًا (TAS-26)، ثم ظهرت النسخة الثالثة من هذا المقياس Toronto Alexithymia Scale-20 (TAS-20) على يد باجي وزملائه (Bagby et al., 1994)، وهذا المقياس قد حقق رواجًا عالميًا، وأصبح المعيار الأساسي في البحوث الخاصة بالأليكسيثميا، ومن الجدير بالذكر أن من ضمن المقاييس المستخدمة لقياس الأليكسيثميا مقياس مينيسوتا المتعدد الأبعاد للشخصية -The Minnesota Multiphasic Personality Inventory Alexithymia Scale, (MMPI-AS)، واختبار الرورشاخ، والمقياس الإسقاطي المعروف باسم اختبار الأمثلة الرمزية والمكون من تسعة عناصر (SAT-9) لتقييم أبعاد معينة من بناء الأليكسيثميا (Burch, 1995: 16-17).

4- وفي السنوات الأخيرة الماضية تطور البحث بشكل كبير وسريع حول مفهوم وبناء الأليكسيثميا، وقد ظهر هذا التطور نتيجة الجهود المشتركة بين التخصصات المختلفة الطبية والنفسية، واستخدام استراتيجيات وأساليب فنية وتجريبية جديدة، فضلًا عن التحقق من صحة المقاييس التي تكشف العلاقة بين الأليكسيثميا والأوجه المختلفة للتجهيز العاطفي، واستخدام تقنيات تصوير وظائف الدماغ لاستكشاف النشاط العصبي المرتبط بالأليكسيثميا، علاوة على نتائج الدراسات التجريبية التي تقيس المؤشرات المتعددة للاستجابات الفسيولوجية المترتبة عليها، ومع هذا التطور يظل الباحثون في حاجة إلى تبني أساليب بحثية وتقنيات جديدة لزيادة فهم تركيبة الأليكسيثميا وارتباطها بالأمراض والمشكلات النفسية والجسدية (Taylor & Bagby, 2004: 68).

5- وفي ذات الوقت فكان هناك اهتمام من جانب البيئة العربية بمفهوم الأليكسيثميا وقياسه، ومن المقاييس التي أعدت وقننت في البيئة العربية مقياس: هشام عبد الرحمن (2005)، وصلاح عراقي (2006)، وأحمد عمر (2009)، وسامية صابر (2012)، ومحمد معوض ومحمد أحمد (2012)، إلا أن جميع هذه المقاييس لا تتناسب مع عينة البحث الحالي.

6- إضافة إلى العديد من أدوات القياس الأخرى التي تقيس الأليكسيثميا، فضلًا عن سعي الباحثين إلى تطوير هذه المقاييس وتقنينها على عينات مختلفة من كلا الجنسين، حتى تكون مناسبة لطبيعة المرحلة العمرية، والتغيرات الاجتماعية والثقافية، وهذا ما يسعى البحث الحالي إلى تحقيقه.

**وصف المقياس في صورته الأولية:**

اشتمل مقياس تقدير الأليكسيثميا في صورته الأولية على ثلاثة أبعاد هي على النحو الآتي:

1- **صعوبة تحديد المشاعر:** ويقصد بها عجز الطفل عن تحديد المشاعر والتمييز بينها من فرح، أو حزن، أو غضب، أو خوف، وفقدان القدرة على التمييز بين الانفعالات والأحاسيس الجسمية، وكذلك تحديد الكلمات التي تعبر عن مشاعره.

2- **صعوبة وصف المشاعر:** ويقصد بها الصعوبة التي تنتاب الطفل في وصف المشاعر الذاتية وصعوبة التعبير عنها للآخرين.

3- **التفكير الموجه للآخرين ومحدودية التخيل:** هو ظهور الاهتمام من جانب الطفل بالجوانب المعرفية الخارجية للمواقف والمشكلات، دون النظر إلى مضمونها الوجداني، بالإضافة إلى محدودية التخيل؛ نظرًا لضعف الجانب الوجداني لديه، مما يجعل أحلامه ليس لها مضمون عاطفي.

وقد وزعت عبارات المقياس على أبعاده السابقة وفقًا لما يلي:

- (8) عبارات لبعد صعوبة تحديد المشاعر.
- (9) عبارات لبعد صعوبة وصف المشاعر.
- (7) عبارات لبعد التفكير الموجه للآخرين ومحدودية التخيل، وبهذا يكون المقياس مكون من (24) عبارة في صورته الأولية.

**طريقة حساب الدرجات:**

تكون مقياس تقدير الأليكسيثميا من عدد (24) عبارة في صورته الأولية، موزعة على (3) أبعاد رئيسة كما ذكرت سلفًا، كما وضع الباحثون سُلمًا ثنائيا لتقدير عبارات المقياس كما يلي:

1- إجابة صحيحة: (2) درجتان.

2- إجابة خاطئة: (1) درجة واحدة.

لتكون أعلى درجة قد يحصل عليها المستجيب (48) وأقل درجة (24)، وكلما اقترب الطفل ذوي اضطراب طيف التوحد من الدرجة الدنيا دل ذلك على معاناة الطفل من شدة اضطراب الأليكسيثميا لديه.

**الخصائص السيكومترية لمقياس تقدير الأليكسيثميا لدي الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد:**

**أولًا: الثبات**

**1- الثبات بطريقة ألفا – كرونباخ:**

قام الباحثون بحساب معامل الثبات لمقياس تقدير الأليكسيثميا باستخدام معامل ألفا – كرونباخ، كما هو موضح من خلال جدول (2):

**جدول (2) معاملات ثبات مقياس تقدير الأليكسيثميا باستخدام معامل ألفا – كرونباخ**

| م | أبعاد المقياس | معامل ألفا – كرونباخ |
|---|---|---|
| 1 | صعوبة تحديد المشاعر | 0,899 |
| 2 | صعوبة وصف المشاعر | 0,919 |
| 3 | التفكير الموجه خارجيًا ومحدودية التخيل | 0,742 |
| | الدرجة الكلية | 0.825 |

يتضح من خلال جدول (2) أن معاملات الثبات للأبعاد والدرجة الكلية تراوحت ما بين (0,742-0,919)، وجميعها معاملات مرتفعة ومقبولة إحصائيًا؛ مما يؤكد صلاحية المقياس، ويعطي مؤشرًا جيدًا لثباته، وبناءً عليه يمكن العمل به.

**2- الثبات بطريقة إعادة التطبيق:**

تم ذلك بحساب ثبات مقياس تقدير الأليكسيثميا من خلال إعادة تطبيق المقياس بفاصل زمني قدره أسبوعين؛ وذلك على عينة التحقق من الكفاءة السيكومترية (ن=40)، وتم استخراج معاملات الارتباط بين درجات طلاب العينة باستخدام معامل بيرسون، ويوضح جدول (3) معاملات الارتباط بين التطبيقين الأول والثاني لأبعاد مقياس تقدير الأليكسيثميا والدرجة الكلية للمقياس:

**جدول (3) نتائج الثبات بطريقة إعادة التطبيق لمقياس تقدير الأليكسيثميا**

| م | أبعاد المقياس | عدد العبارات | معامل الارتباط بين التطبيقين الأول والثاني | مستوى الدلالة |
|---|---|---|---|---|
| 1 | صعوبة تحديد المشاعر | 8 | **,657 | 0,01 |

| م | أبعاد المقياس | عدد العبارات | معامل الارتباط بين التطبيقين الأول والثاني | مستوى الدلالة |
|---|---|---|---|---|
| 2 | صعوبة وصف المشاعر | 9 | **,725 | 0,01 |
| 3 | التفكير الموجه خارجيًا ومحدودية التخيل | 7 | **,786 | 0,01 |
| | الدرجة الكلية | 24 | **,842 | 0,01 |

يتضح من جدول (3) أن معاملات الارتباط بين التطبيقين الأول والثاني لأبعاد مقيا تقديرس الأليكسيثميا تراوحت ما بين (0,657-0,786)، كما أن معاملات الارتباط للدرجة الكلية بلغت (0,842) وكلها قيم دالة عند مستوى (0,01)، وقيم الثبات السابقة سواء بطريقة ألفا – كرونباخ أو بطريقة إعادة التطبيق تعد مرتفعة؛ مما يدل على ثبات المقياس، وبالتالي إمكانية استخدامه.

**ثانيًا: الصدق**

اعتمد الباحثون في حساب صدق مقياس تقدير الأليكسيثميا على ما يلي:

**أ- صدق المحكمين:**

تم التأكد من صدق المقياس من خلال عرضه – في صورته الأولية – على مجموعة من الأساتذة المتخصصين في علم النفس والصحة النفسية والتربية الخاصة، بلغ عددهم (11) محكمًا [1]؛ وذلك لإبداء الرأي حول العناصر التالية:

1- مدى ملاءمة الصياغة اللغوية لعبارات المقياس.
2- مدى ملاءمة العبارات لأفراد العينة المستهدفة.
3- مدى ملاءمة العبارات للتعريف الإجرائي للأبعاد والمقياس.
4- وجود تعديل بالحذف أو الإضافة لبعض عبارات المقياس.

ويوضح جدول (4) النسب المئوية للموافقة على كل عبارة من عبارات مقياس تقدير الأليكسيثميا (ن=10):

1() ملحق (1)

**جدول (4) النسب المئوية للتحكيم على مقياس تقدير الأليكسيثميا**

| رقم العبارة | تعدل | لا تعدل | تحذف | رقم العبارة | تعدل | لا تعدل | تحذف |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | ٪60 | ٪40 | — | 13 | ٪100 | | — |
| 2 | ٪70 | ٪20 | ٪10 | 14 | ٪90 | ٪10 | — |
| 3 | ٪90 | ٪10 | — | 15 | ٪100 | — | — |
| 4 | ٪70 | ٪30 | — | 16 | ٪100 | — | — |
| 5 | ٪90 | ٪10 | — | 17 | ٪100 | — | — |
| 6 | ٪100 | | — | 18 | ٪90 | ٪10 | — |
| 7 | ٪80 | ٪20 | — | 19 | ٪80 | ٪20 | — |
| 8 | ٪100 | — | — | 20 | ٪70 | ٪30 | — |
| 9 | ٪80 | ٪20 | — | 21 | ٪60 | ٪30 | ٪10 |
| 10 | ٪90 | ٪10 | — | 22 | ٪90 | ٪10 | — |
| 11 | ٪90 | ٪10 | — | 23 | ٪90 | ٪10 | — |
| 12 | ٪100 | | — | 24 | ٪100 | — | — |

يتضح من جدول (4) أن نسب الاتفاق تراوحت بين (60٪-100٪)، واعتمد الباحثون في صدق المحكمين على الحد الأدنى لنسب اتفاق المحكمين بما نسبته (80٪)، وقد بلغت نسبة الاتفاق بين المُحكمين على عبارات المقياس (90%) فأكثر، وأجرى الباحثون التعديلات اللفظية التي وردت على بعض عبارات المقياس وبناءً على ذلك قام الباحثون بتعديل العبارات أرقام (1-2-4-17-21)؛ حيث انخفضت نسب اتفاق المحكمين فيها عن (80٪). ولم يتم حذف أي عبارة، وبالتالي أصبح المقياس بعد إجراء صدق المحكمين يتكون من (24) عبارة.

**ب-الصدق العاملي الاستكشافي:**

تم حساب صدق التحليل العاملي الاستكشافي لأبعاد مقياس تقدير الأليكسيثميا باتباع الخطوات الآتية:

1- حساب مصفوفة الارتباطات لعبارات الاختبار (49×50) على عينة التقنين (ن=40)، ومن خلال هذه المصفوفة تأكد الباحثون أنه لا توجد بها متغيرات لها معامل ارتباط مع كل أو معظم العبارات قيمته (+ أو – 1)، أو تساوي صفر، أو أقل من (0,25) أو أكبر من (0,90)؛ وبالتالي فإنه ليس هناك حاجة إلى حذف أي عبارة من هذه العبارات.

2- حساب مدى كفاية حجم العينة لإجراء التحليل العاملي باستخدام اختبار (KMO)؛ حيث تتراوح قيمة هذا الاختبار بين الصفر والواحد الصحيح ، وكلما اقتربت قيمته من الواحد الصحيح كلما دل ذلك على زيادة الاعتمادية Reliability للعوامل التي يتم الحصول عليها من التحليل، ويشير صاحب الاختبار (Kaiser, 1974)، إلى أن الحد الأدنى المقبول لهذا الاختبار هو (0,50)، حتى يمكن الحكم بكفاية حجم العينة، وبلغت قيمة إحصائي اختبار KMO في تحليل هذا المقياس (0,704)؛ أي أكبر من الحد الأدنى الذي اشترطه Kaiser؛ وبالتالي فإنه يمكن الحكم بكفاية حجم العينة لإجراء هذا التحليل.

3- إجراء التحليل العاملي بطريقة تحليل المكونات الرئيسية لهوتلينج للحصول على العوامل المكونة للمقياس بجذر كامن لهذه العوامل أكبر من الواحد الصحيح.

4- تم عمل التدوير المتعامد للعوامل على الحاسوب بطريقة الفاريماكس التي أعدها كايزر Kaiser، واتبع الباحثون محك كايزر لاختيار تشبعات العبارات بالعوامل، والذي يشير إلى أن التشبعات التي تصل إلى (0,30) أو أكثر تشبعات دالة. ويوضح جدول (5) العوامل المستخرجة وتشبعاتها قبل التدوير المتعامد لمصفوفة عبارات مقياس تقدير الأليكسيثميا:

**جدول (5) العوامل المستخرجة وتشبعاتها بعد التدوير المتعامد لمصفوفة عبارات مقياس تقدير الأليكسيثميا**

| رقم العبارة | العامل الأول | العامل الثاني | العامل الثالث | رقم العبارة | العامل الأول | العامل الثاني | العامل الثالث |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 0,725 | | | 13 | | 0,890 | |
| 2 | 0,714 | | | 14 | | 0,793 | |
| 3 | 0,711 | | | 15 | | 0,858 | |
| 4 | 0,794 | | | 16 | | 0,857 | |
| 5 | 0,763 | | | 17 | | 0,875 | |
| 6 | 0,831 | | | 18 | | | 0,675 |
| 7 | 0,796 | | | 19 | | | 0,565 |
| 8 | 0,791 | | | 20 | | | 0,593 |
| 9 | | 0,725 | | 21 | | | 0,624 |
| 10 | | 0,683 | | 22 | | | 0,393 |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 11 | | 0,668 | | 23 | | | 0,826 |
| 12 | | 0,706 | | 24 | | | 0,609 |

تشير نتيجة التحليل العاملي من خلال الجدول السابق بعد التدوير إلى وجود ثلاثة عوامل، يمكن توضيحها من خلال الآتي:

- أن العامل الأول قد تشبع عليه (8) عبارات وهي: (1-2-3-4-5-6-7-8)، وكان الجذر الكامن (5,746) بنسبة تباين (23,940٪)؛ وبالتالي يمكن تسمية هذا العامل **(صعوبة تحديد المشاعر)**.
- أن العامل الثاني قد تشبع عليه (9) عبارات وهي: (9-10-11-12-13-14-15-16-17)، وكان الجذر الكامن (4,870) بنسبة تباين (20,293٪)؛ وبالتالي يمكن تسمية هذا العامل **(صعوبة وصف المشاعر)**.
- أن العامل الثالث قد تشبع عليه (7) عبارات، وهي: (18-19-20-21-22-23-24)، وكان الجذر الكامن (2,900) بنسبة تباين (12,084٪)؛ وبالتالي يمكن تسمية هذا العامل **(التفكير الموجه خارجيًا ومحدودية التخيل)**.

ويمكن توضيح الصورة النهائية للمقياس بعد إجراء التحليل العاملي الاستكشافي من خلال جدول (6) التالي:

**جدول (6) الصورة النهائية لمقياس تقدير الأليكسيثميا بعد نتائج التحليل العاملي الاستكشافي**

| م | الأبعاد | عدد العبارات | أرقام العبارات المتضمنة في كل بعد |
|---|---|---|---|
| 1 | صعوبة تحديد المشاعر | 8 | 8-7-6-5-4-3-2-1 |
| 2 | صعوبة وصف المشاعر | 9 | 17-16-15-14-13-12-11-10-9 |
| 3 | التفكير الموجه خارجيًا ومحدودية التخيل | 7 | 24-23-22-21-20-19-18 |

**ثالثًا: الاتساق الداخلي للمقياس**

**1- الاتساق الداخلي بين درجات كل عبارة والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه.**

وذلك من خلال درجات عينة التحقق من الكفاءة السيكومترية (ن=40) بإيجاد معامل ارتباط بيرسون بين درجات كل عبارة والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه كما هو موضح في جدول (7):

**جدول (7) معاملات الارتباط بين درجات كل عبارة والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه لمقياس تقدير الأليكسيثميا**

| صعوبة تحديد المشاعر | | صعوبة وصف المشاعر | | التفكير الموجه خارجيًا ومحدودية التخيل | |
|---|---|---|---|---|---|
| العبارة | معامل الارتباط | العبارة | معامل الارتباط | العبارة | معامل الارتباط |
| 1 | **0,744 | 1 | **0,721 | 1 | **0,640 |
| 2 | **0,726 | 2 | **0,705 | 2 | **0,624 |
| 3 | **0,711 | 3 | **0,715 | 3 | **0,595 |
| 4 | **0,790 | 4 | **0,705 | 4 | **0,633 |
| 5 | **0,760 | 5 | **0,894 | 5 | **0,483 |
| 6 | **0,827 | 6 | **0,783 | 6 | **0,783 |
| 7 | **0,792 | 7 | **0,866 | 7 | **0,602 |
| 8 | **0,788 | 8 | **0,857 | | |
| | | 9 | **0,883 | | |

** دالة عند مستوى (0,01) * دالة عند مستوى (0,05)

يتضح من جدول (7) أن معاملات الارتباط بين العبارة والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه تراوحت ما بين (0,602-0,894)، وكلها معاملات ارتباط دالة إحصائيًا عند مستوى (0,01)، وجميع هذه القيم مقبولة إحصائيًا؛ مما يشير إلى اتساق المقياس.

**2- الاتساق الداخلي للأبعاد مع الدرجة الكلية للمقياس:**

تم حساب معاملات الارتباط باستخدام مُعامل بيرسون بين أبعاد مقياس تقدير الأليكسيثميا ببعضها البعض من ناحية، وارتباط كل بعد بالدرجة الكلية للمقياس من ناحية أخرى، والجدول (8) يوضح معاملات الارتباط بين الأبعاد وبعضها والدرجة الكلية للمقياس:

**جدول (8) معاملات الارتباط بين الأبعاد والدرجة الكلية لمقياس تقدير الأليكسيثميا**

| م | الأبعاد | الدرجة الكلية |
|---|---|---|
| 1 | صعوبة تحديد المشاعر | 0,736** |
| 2 | صعوبة وصف المشاعر | 0,529** |
| 3 | التفكير الموجه خارجيًا ومحدودية التخيل | 0,550** |

** دالة عند مستوى (0,01)  * دالة عند مستوى (0,05)

يتضح من جدول (8) أن جميع معاملات الارتباط تراوحت ما بين (0,529-0,736)، وجميعها قيم مقبولة إحصائيًا، ودالة عند مستوى (0,01)؛ وبذلك تم التحقق من الاتساق الداخلي للمقياس؛ وبالتالي التأكد من صدقه.

**شروط تمت مراعاتها من قبل الباحثين عند تطبيق المقياس:**

1- العمل على خلق جو من الألفة مع الأطفال؛ حتى ينعكس ذلك على صدقهم في الإجابة.
2- توضيح أنه ليس هناك زمن محدد للإجابة، كما أن الإجابة ستحاط بسرية تامة.
3- يتم التطبيق بطريقة فردية، وذلك للتأكد من عدم العشوائية في الإجابة.
4- يجب الإجابة عن كل العبارات، لأنه كلما زادت العبارات غير المجاب عنها انخفضت دقة النتائج.

**زمن المقياس:**

قام الباحثون بحساب متوسط الزمن المطلوب للإجابة على المقياس، وذلك بعد تطبيقه بشكل مبدئي على عينة من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد بلغ عددهم (5) أطفال بأكاديمية الملاك الصغير بمحافظة بني سويف، فكان متوسط الزمن المستغرق للإجابة (30) دقيقة.

**طريقة تصحيح المقياس:**

يصحح المقياس بأن يحصل المستجيب على (2) إذا تعرف على ما تحتوي عليه الصورة المقابلة لكل عبارة من عبارات المقياس، ويحصل على (1) إذا لم يتعرف على ما تحتويه الصورة المقابلة لكل عبارة من عبارات المقياس، وذلك بالنسبة لجميع العبارات، وبالتالي تتراوح الدرجة على المقياس ما بين

(24-28)، وتدل الدرجة المرتفعة على المقياس على انخفاض مستوى الأليكسيثميا، والدرجة المنخفضة على ارتفاع مستوى الأليكسيثميا لدى أطفال اضطراب طيف التوحد.

**خطوات إجراء البحث:**

مر البحث الحالي بمجموعة من الخطوات تمثلت في:

1- تطبيق الأدوات على عينة البحث خلال شهر يناير من العام الحالي 2022/2021م.
2- تحديد يوم مخصص لكُل مجموعة لإجراء التطبيق العملي في أحد المراكز التي تُقدم الرعاية لذوي اضطراب طيف التوحد بمُحافظة بني سويف (أكاديمية الملاك الصغير – جمعية الحق في الحياة).
3- معالجة النتائج إحصائيًا باستخدام حزمة SPSS.
4- استخلاص النتائج وتفسيرها.

## ثامنًا: تفسير النتائج

من خلال التحقق من صدق المقياس وفق صدق المُحكمين؛ حيث بلغت نسبة الاتفاق بين المُحكمين على عبارات المقياس (90%) فأكثر، وتم إجراء بعض التعديلات على بعض العبارات التي انخفضت نسب اتفاق المحكمين فيها عن (80٪). ولم يتم حذف أي عبارة، وبالتالي أصبح المقياس بعد إجراء صدق المحكمين يتكون من (24) عبارة، كما تم التأكد من صدق المقياس باستخدام التحليل العاملي بعد أن تم تطبيقه على عينة التحقق (ن=40) طفلًا وطفلة، وقد أسفرت نتائج التحليل العاملي بعد التدوير عن وجود ثلاثة عوامل، العامل الأول تضمن صعوبة التعرف على المشاعر الشخصية وصعوبة التعرف على مشاعر الآخرين، ولهذا أطلق عليه (صعوبة تحديد المشاعر) ويقصد به نقص كفاءة الطفل في التعرف على المشاعر والانفعالات الشخصية، ومشاعر وانفعالات الآخرين، بالإضافة إلى صعوبة التمييز بينها وبين الأحاسيس البدنية للانفعال، وقد تشبع عليه (8) عبارات هي: (1-2-3-4-5-6-7-8)، وكان الجذر الكامن (5,746) بنسبة تباين (23,940٪)، والعامل الثاني اختص بصعوبة التعبير عن المشاعر أو وصفها للآخرين، ولهذا تم تسميته (صعوبة وصف المشاعر) ويقصد به نقص كفاءة الطفل على التعبير اللغوي عن الانفعالات أو وصفها للآخرين باستخدام الكلمات والألفاظ المناسبة، وقد تشبع عليه (9) عبارات وهي: (9-10-11-12-13-14-15-16-17)، وكان الجذر الكامن (4,870) بنسبة تباين (20,293٪)، أما العامل الثالث فيدور حول نقص الكفاءة التأملية لدى الطفل والاهتمام بالأنشطة اليومية ونقص الاهتمام بالمشاعر، ولهذا تم تسميته (التفكير الموجه خارجيًا

ومحدودية التخيل) ويقصد به نقص الكفاءة التأملية لدى الطفل والاهتمام بالأنشطة اليومية وننقص الاهتمام بالمشاعر، والاعتقاد أن المشاعر لا علاقة لها بحل المشكلات، وإسناد الأمور إلى أشياء خارجية، وقد تشبع عليه (7) عبارات، وهي: (18-19-20-21-22-23-24)، وكان الجذر الكامن (2,900) بنسبة تباين (12,084٪).

وقد تم التحقق من الخصائص السيكومترية للمقياس أيضًا عن طريق الاتساق الداخلي، وذلك من خلال درجات عينة التحقق من الكفاءة السيكومترية (ن=40) بإيجاد معامل ارتباط بيرسون بين درجات كل عبارة والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي؛ حيث تراوحت معاملات الارتباط بين العبارة والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه ما بين (0,602-0,894)، وكلها معاملات ارتباط دالة إحصائيًا عند مستوى (0,01)، فضلًا عن الاتساق بين أبعاد مقياس تقدير الأليكسيثميا ببعضها البعض من ناحية، وارتباط كل بعد بالدرجة الكلية للمقياس من ناحية أخرى، وقد تراوحت معاملات الارتباط ما بين (0,529-0,736)، وجميعها قيم مقبولة إحصائيًا، ودالة عند (0,01)؛ وبذلك تم التحقق من الاتساق الداخلي للمقياس.

كما تم التحقق من ثبات المقياس من خلال طريقتين، الأولى باستخدام معامل ألفا كرونباخ، وقد تراوحت معاملات الثبات للأبعاد والدرجة الكلية ما بين (0,742-0,919)، كما بلغ معامل الثبات الكلي للمقياس (0,825) وجميعها معاملات مرتفعة ومقبولة إحصائيًا؛ مما يؤكد صلاحية المقياس، ويعطي مؤشرًا جيدًا لثباته، وبناءً عليه يمكن العمل به، بالإضافة إلى التحقق من ثبات المقياس أيضًا بطريقة إعادة التطبيق والتي أسفرت نتائجها عن وجود ارتباط بين التطبيقين الأول والثاني لأبعاد مقياس تقدير الأليكسيثميا؛ حيث تراوحت ما بين (0,657-0,786)، كما أن معاملات الارتباط للدرجة الكلية بلغت (0,842) وكلها قيم دالة إحصائيًا عند (0,01)، وقيم الثبات السابقة سواء بطريقة ألفا كرونباخ أو بطريقة إعادة التطبيق تعد مرتفعة؛ مما يدل على ثبات المقياس، ويدعو للثقة في صحة النتائج.

يتضح مما سبق أن مقياس تقدير الأليكسيثميا المصور لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد يتمتع بدرجة عالية من الثبات والصدق، مما يدعو للاطمئنان تجاه النتائج التي يتم الحصول عليها من خلال تطبيق المقياس.

وبذلك يكون المقياس في صورته النهائية بعد التحقق من الخصائص السيكومترية له مشتملًا على (24) عبارة، موزعة على ثلاثة أبعاد فرعية وفقًا لما يلي: (8) عبارات لبعد صعوبة تحديد المشاعر، (9) عبارات لبعد صعوبة وصف المشاعر، (7) عبارات لبعد التفكير الموجه للآخرين ومحدودية التخيل، وهو ما اختلف عن سابقه من المقاييس في نوعية العبارات المرتبطة بالصور لسهولة

الحصول على المعلومات من قبل الأطفال تبعًا لخصائص ذوي اضطراب طيف التوحد، ووفقًا لأحدث المعايير العالمية المتعلقة بتلك الفئة، مما أكسب المقياس خصوصية عن المقاييس السابقة التي تم الاستناد عليها في بناء المقياس الحالي كمقياس هشام عبد الرحمن (2005)، وصلاح عراقي (2006)، وأحمد عمر (2009)، وسامية صابر (2012)، ومحمد معوض ومحمد أحمد (2012).

وبذلك يمكن القول بأن مقياس تقدير الأليكسثيميا المصور الذي تم إعداده في البحث الحالي، يتمتع بدرجة عالية من الثبات والصدق، مما يؤكد وبجلاء صلاحية هذا المقياس للاستخدام في البيئة المصرية والعربية للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، وهذا ما يجعل الوثوق في النتائج التي يمكن التوصل إليها في الدراسات والبحوث المستقبلية والخاصة بدراسة الأليكسيثميا لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد عند استخدامها لهذا المقياس.

## تاسعًا: توصيات البحث

في ضوء ما أسفرت عنه نتائج البحث الحالي، يوصي الباحثون بما يلي:

- الاستعانة بمقياس تقدير الأليكسيثميا لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في التقييم الدوري بالمراكز والمؤسسات المتخصصة في التربية الخاصة.
- عقد دورات تدريبية وورش عمل للمعلمين المختصين بتعليم ذوي اضطراب طيف التوحد وتدريبهم على تطبيق مقياس تقدير الأليكسيثميا لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.
- عقد دورات تدريبية للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد للتخفيف من شدة الأليكسيثميا لديهم، وقياس مستوى التقدم من خلال المقياس المُقترح.
- تدريب طلاب قسم اضطرابات اللغة والتخاطب على طريقة تطبيق مقياس تقدير الأليكسيثميا وشرح العبارات وحساب الدرجات وكتابة التقرير النهائي.

## عاشرًا: بحوث مقترحة

استكمالًا لمسار البحث الحالي يوصي الباحث بإجراء الأبحاث التالية:

- درجة امتلاك أخصائي اضطرابات اللغة والتخاطب لمتطلبات تطبيق مقياس تقدير الأليكسيثميا لدى ذوي اضطراب طيف التوحد.
- اتجاهات أخصائي اضطرابات اللغة والتخاطب تجاه الأطفال الذين يعانون من شدة الأليكسيثميا.
- فاعلية برنامج تدريبي للتخفيف من شدة الأليكسيثميا لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

## المراجع

تايلور جريم وباجي مشيل وباركر جيمس (2011). *مقياس تورونتو للألكسيثميا "البلادة الوجدانية"*. تعريب: علاء الدين كفافي وفؤاد الدواش، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

ترافيس براد بيرى وجين جريفز (2010). *الكتاب السريع للذكاء العاطفي*. ترجمة: مكتبة جرير، القاهرة: مكتبة جرير.

جمال الخطيب (2010). *مقدمة في الإعاقة العقلية*، عمان: دار وائل.

دانييل جولمان (2000). *الذكاء العاطفي*. ترجمة: ليلى الجبالي، الكويت: عالم المعرفة، سلسلة كتب ثقافية شهرية يصدرها المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، (262)، 320-367.

راي كروزير (2009). *الخجل*. ترجمة: معتز سيد عبد الله، الكويت: عالم المعرفة، سلسلة كتب ثقافية شهرية يصدرها المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، (361)، 326-387.

رولان دورون وفرنسواز بارو (1997). *موسوعة علم النفس*. تعريب: فؤاد شاهين، بيروت: منشورات عويدات.

زينب محمود شقير (2005). *الاكتشاف المبكر والتشخيص التكاملي لغير العاديين*. القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.

سامية محمد صابر (2012). الأليكسيثميا وعلاقتها بنوعية (جودة) النوم لدى عينة من طلاب وطالبات الجامعة. *مجلة دراسات نفسية*، 22(2)، 269-302.

السيد محمد حسن أو هاشم (2006). الخصائص السيكومترية لأدوات القياس في البحوث النفسية والتربوية باستخدام SPSS. *مجلة كلية التربية*، جامعة الملك سعود، 2(12)، 215-288.

صلاح الدين عراقي محمد (2006). دراسة العلاقة بين عجز/ نقص كلمات التعبير عن المشاعر(الأليكسيثميا) والتعلق الوالدي لدى الراشدين. *مجلة كلية التربية، جامعة الزقازيق*، (54)، 193-244.

عادل عبد الله محمد (2010). *مدخل إلى اضطراب التوحد والاضطرابات السلوكية والانفعالية، سلسلة غير العاديين*، العدد السادس، القاهرة: دار الرشاد.

عادل عبد الله محمد (2014). *مدخل إلى اضطراب التوحد (النظرية والتشخيص وأساليب الرعاية)*. القاهرة: الدار المصرية اللبنانية.

محمد عبد التواب معوض ومحمد شعبان أحمد (2012). مقياس *الأليكسيثميا للمراهقين*. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

هشام عبد الرحمن الخولي (2005). دراسة العلاقة ما بين العجز/ النقص في القدرة على التعبير عن المشاعر (الألكسيثميا) والمخادعة/ المخاتلة (الميكيافلية). *المؤتمر السنوي الثاني عشر للإرشاد النفسي (الإرشاد النفسي من أجل التنمية في عصر المعلومات)*، جامعة عين شمس، (1)، 225-261.

American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and statistical manual (5th ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Association (APA).

Barber, A. (2008). The context of repetitive and stereotyped behaviors in young children with autism spectrum disorders: *Exploring triggers and functions. Ph. D. Thesis,The Florida State University*.

Berthoz, S., Perdereau, F., Nathalie, G., Maurice, C. & Mark, G. (2007). Observer-and self-rated alexithymia in eating disorder patients: Levels and correspondence among three measures. *Journal of Psychosomatic Research*, 62,341-347.

Besharat, M. & Rizi, M. (2014). The Relationship between Attachment styles and Alexithymia. Mediating role of Self-Regulation. *International Journal of Research Studies in psychology*, 3(3), 30-45.

Burch, J. (1995). *Alexithymia and dissociation.* Unpublished, Master of Science, the graduate school of the University of Oregon. USA.

Cilliers, F. (2012). Leadership coaching experiences of clients with Alexithymia. *SA Journal of Industrial Psychology*, *38*(2), 127-137.

Costa, A., Steffgen, G. & Samson, A. (2017). "Expressive incoherence and alexithymia in autism spectrum disorder". *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 27(6), 1659-1672.

Elisabeth, M., Keith, E. & Suzanne, S. (2014). Idiom, syntax, and advanced theory of mind abilities in children with autism spectrum disorders. *Journal of Speech, Language*, 57(1), 120-130.

Feeney, J. (1999). Adult attachment, emotional control, and marital satisfaction. *Personal Relationships*, *6*(2), 169-185.

Frith, U. (2003*). Autism: Explaining the enigma*. Oxford: Blackwell Publishing.

Grynberg, D., Luminet, O., Corneille, O., Grezes, J. & Berthoz, S. (2010). Alexithymia in the interpersonal domain: A general deficit of empathy? *Personality and Individual Differences*, *49*(8), 845-850.

Hallahan, D. & Kauffman, J. (2007). *Exceptional Learners: An introduction to special education* (10th ed.) New York: Allyn & Bacon.

Joukamaa, M., Taanila, A., Miettunen, J., Karvonen, J.., Koskinen, M. & Veijola, J. (2007). Epidemiology of alexithymia among adolescents. *Journal of Psychosomatic Research*, *63*(4), 373-376.

Karbasdehi, E., Abolghasmi. A. & Karbasde, F. (2018). Alexithymia and Personality Factors among Students with and without autism spectrum disorder. *Iranian Rehabilitation Journal*, 16(1), 77-82.

Karukivi, M. (2011). Associations between alexithymia and mental well-being in adolescents.*Unpublished ph. d. Thesis*, Finland university of Turku.

Karukivi, M., Hautala, L., Kaleva, O., Haapasalo-Pesu, K., Liuksila, P., Joukamaa, M. & Saarijarvi, S. (2010). Alexithymia is associated with anxiety among adolescents. *Journal of Affective Disorders*, *125*(1), 383-387.

Matson, J. & Sturmey, P. (2011). *Autism and Child Psychopathology Series.*

Matson, S., Dempsey, L. & Fodstad, D. (2009). Physiologi-cal and behavioral differences in sensory processing: A comparison of children with autism spectrum disorder and sensory modulation disor-der. *Frontlntegr Neurosci*. Matson, Dempsey & Fodstad.

Mattila, A. & Saarmi, S. (2009). Alexithymia and Health Related Quality of Life in General Population, psychology. *Psychosomatics*, 5 (1), 59-68.

Mellor, k. (2005). Eaploring the concept of alexithymia in the lives of people with learning disabilities. *Journal of intellectual disabilities*, 9(3), 299-239.

Muller, R. (2000). When a patient has no story to tell: alexithymia. *Psychiatric Times*, 17(7), 137-141.

Nicolas, V., Olivier, L. & Oliveir, C. (2006). *Alexithymia and the Automatic Processing of Affective Information*: Evidence from the Affective priming paradigm.

Nicolo, G., Semerari, A., Lysaker, P., Dimaggio, G., Conti, L., D'Angerio, S. & Carcione, A. (2011). Alexithymia in personality disorders: Correlations with symptoms and interpersonal functioning. *Psychiatry Research*, 190(1), 37-42.

Ogrodniczuk, J., Piper, W. & Joyce, A. (2005). The negative effect of alexithymia on the outcome of group therapy for complicated grief:

what role might the therapist play? *Comprehensive psychiatry*, *46*(3), 206-213.

Shishido, H. (2011). *Alexithymia and Impulsivity: Testing mechanisms for alcohol use and related problem*. Unpublished Master Dissertation, University of South Dakota.

Siegel, B. (2003). *Helping Children with Autism Learn: Treat Approaches for Parents and Professional*. London, Oxford University Press.

Sifneos, P, (1988). Alexithymia and its relationship to hemispheric specialization, Affect and creativity. *American Journal of Clinical Psychology*, 11, 287- 292.

Sifneos, P. (1996). Alexithymia: Past and present. *The American Journal of Psychiatry*, 153(7), 137-142.

Takahashi, J., Hirano, T. & Gyoba, J. (2015). Effects of facial expressions on visual short-term memory in relation to alexithymia traits. *Personality and Individual Differences*, *83*, 128-135.

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

Thompson, J. (2009). *Emotionally dumb: an overview of alexithymia*. Australia, soul books.

Verissimo, I. R., Taylor, G. J., & Bagby, R. (2000). Relation between Alexithymia and Locus of Control. *Journal of New Trend in Experimental and Clinical Psychology*, 5 (21), 11-16.

Watt, N., Wetherby, A., Barber, A. & Morgan, L. (2008). Repetitive and stereotyped behaviors in children with autism spectrum disorders in the sec-ond year of life. *Journal of Speech Language and Hearing Research*, 49, 125-145.

Young, R. & Rodi, M. (2014). Redefining autism spectrum disorder using DSM V: The implications of proposed DSM V criteria for autism spectrum disorders. *Journal of Autism Development Disordered*, 44, 758-765.

Zlotnick, C., Mattia, J. & Zimmerman, M. (2001). The relationship between posttraumatic stress disorder, childhood trauma and alexithymia in an outpatient sample. *Journal of Traumatic Stress*, 14(1), 177-188.