الصمت الاختياري وتوهم المرض وعلاقتهما بالحرمان العاطفى المدرك لدى تلاميذ المرحلة الإعدادية دراسة سيكومترية – كلينيكية

إعداد

د/ مروة محمود محمد عمار

مدرس الصحة النفسية – كلية التربية – جامعة الإسكندرية

المجلد (٧٤) العدد (الثاني) الجزء (الأول) أبريل ٢٠١٩م

ملخص البحث

هدف البحث الحالى إلى دراسة العلاقة الارتباطية بين كل من اضطراب الصمت الاختياري، وتوهم المرض، والحرمان العاطفى المدرك لدى عينة من تلاميذ الصف الأول بالمرحلة الإعدادية، وكذلك الكشف عن الاختلاف فى درجة الصمت الاختياري وتوهم المرض لدى عينة البحث، كما هدف البحث أيضا إلى تحديد وتفسيرالعوامل الدينامية الكامنة وراء ارتفاع درجة الصمت الاختياري، وتوهم المرض لدي حالات كلينيكية طرفية من تلاميذ المرحلة الإعدادية ،و **تكونت العينة** من ١٣٥ تلميذا وتلميذه ملحقون بالصف الأول الإعدادى بمدارس التعليم الإعدادى بمحافظة الإسكندرية، **وتمثلت أدوات** البحث فى مقياس الصمت الاختياري صورة المعلمين إعداد الباحثة، مقياس توهم المرض لدى تلاميذ المرحلة الإعدادية إعداد الباحثة، مقياس الحرمان العاطفى المدرك لدى تلاميذ المرحلة الإعدادية إعداد الباحثة، إستمارة دراسة الحالة واستمارة المقابلة التشخيصية من إعداد الباحثة، **وتوصلت النتائج** إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة بين الصمت الاختياري والحرمان العاطفى لدى عينة البحث، وعدم وجود فروق بين الذكور والإناث فى درجة الصمت الاختياري، وجود علاقة ارتباطية موجبة بين توهم المرض والحرمان العاطفى، ووجود فروق دالة إحصائيا فى درجة توهم المرض بين الذكور والإناث لصالح الذكور، كما أسفرت نتائج الدراسة الكلينيكة عن عدد من العوامل الأسرية المسببة لارتفاع درجة الصمت الاختياري ن وتوهم المرض لدى الحالات الكلينيكية بالبحث الحالى .

الكلمات المفتاحية : الصمت الاختيارى – توهم المرض – الحرمان العاطفى المدرك

Abstract

The aim of the present research was to study the correlation between Selective Mutism, Hypochondriasis and Emotional Deprivation for the first students in the preparatory stage, and determined the difference in the degree of Selective Mutism and Hypochondriasis in the research sample ,and recognize the dynamic factors behind the high degree to Selective Mutism, Hypochondriasis in clinical cases of the research sample, **the sample** formed of 135 students attached to the first row preparatory schools in Alexandria, **The research tools** are, Selective Mutism scale the teachers' form (prepared by the researcher), Hypochondriasis scale for the students in the preparatory stage, Emotional deprivation Scale , the case study form and the diagnostic interview form prepared by the researcher, **The results,** there are positive correlation between **Selective Mutism** and Emotional deprivation , There aren't statistically significant differences between males and females in the degree of Selective Mutism, the positive correlation between the Hypochondriasis and emotional deprivation, There are statistically significant differences between male and female in the degree of Hypochondriasis in favor of males

Key Words

Selective Mutism, Hypochondriasis and Emotional Deprivation

.

مقدمة

يعد النمو الإنساني سلسة متتابعة من التغيرات سواء الجسمية، أو الانفعالية، أو الاجتماعية، والتى تتأثر بعوامل بيئية وكذلك وراثية، ويعد التفاعل بين الأبناء والآباء على وجه التحديد هو أحد أسس تحقيق النمو السوي، ولكن عندما يتعرض هذا التفاعل للمشكلات وتسوده الاضطرابات يترتب على ذلك تأثيرات سلبية تصيب الأبناء، ولعل من أهم سمات الفرد فى مرحلة الطفولة المتأخرة تفاعله مع المجتمع وإبراز مهاراته، وحرصه على المشاركة الاجتماعية، والحرية فى التعبير عن الرأى، ولكن عندما يظل صامتا لفترات طويلة ولا يتحدث فى الأماكن العامة وبصورة محددة داخل المدرسة ولا يتفاعل مع أقرانه بنفس الصورة الطبيعية والعادية لمن هم فى نفس عمره الزمنى يعد ذلك مؤشرا على ظهور اضطراب لديه ومؤشرا للنمو غير السوي، ويعد الصمت الاختياري Selective Mutism أوكما يطلق عليه (التباكم) هو أحد تلك الاضطرابات التى تصيب الأطفال حيث يمتنعون عن الكلام والتحدث بصورة مقصودة ومتعمدة فى بعض المواقف الاجتماعية على الرغم من قدرتهم على الكلام بشكل طبيعى .

وفى أغلب الحالات يعجز الآباء عن تشخيص هذا الاضطراب أو ملاحظته عند أبناءهم نظرا لأن الأبناء يتحدثون بصورة طبيعية داخل المنزل، إلا أن الاضطراب يظهر فى عدم القدرة على الحديث فى الأماكن العامة وأمام الغرباء، بل وبعض الآباء يرجعون هذا إلى وجود حالة من الخجل الشديد لدى الأبناء (Yeganeh,etal.,2011,118)

وقد أشارت دراسة كلايدو وآخرون Claudio,etal.(2019) إلى أن الصمت الاختياري هو نوعا من اضطرابات القلق الذى يبدأ فى مرحلة الطفولة، كما أنه يعد نوعا من الرهاب الاجتماعى الذى ترجع أسبابه إلى عوامل أسرية بالدرجة الأولى ومنها شعور الأبناء بعدم الاستقرار الأسري، وكثرة المشكلات والمنازعات بين الوالدين، والحرمان العاطفى للأبناء داخل الأسرة، ونادرا ما ترجع أسباب الصمت الاختياري إلى عوامل وراثية، كما أكدت الدراسة على أهمية العلاقة بين التلميذ والمعلم فى تشخيص وتحديد هذا الاضطراب وخفض حدته، حيث يظهر اضطراب الصمت الاختياري فى بيئات غير أسرية وخاصة البيئة المدرسية .

كما يعد الصمت الاختياري من الاضطرابات السلوكية النفسية التى تعيق الفرد عن ممارسة حياته بصورة طبيعية ويصيب هذا الاضطراب نحو ٢% من الأطفال والمراهقين، كما يشيع انتشاره بين الإناث أكثر من الذكور، وغالبا ما يحدث هذا الاضطراب قبل سن الخامسة وعند التحاق الطفل بالمدرسة، إلا أنه عادة ما يتم تشخيصه فى مراحل الطفولة المبكرة، وقد يظهر فى أى مرحلة تالية من مراحل الطفولة نتيجة لبعض الأسباب والضغوط التى يتعرض لها الطفل .

(عبد الرحمن سليمان ، ٢٠٠٢ ، ٣٤) و (Jennifer&Christopher,2005,33)

ومن جانب آخر يعد توهم المرض أحد الاضطرابات النفسية التى يفسر الفرد من خلالها التغيرات الجسمية الطفيفة التى تحدث له بأنها دليل على المرض، ويتصف هذا الاضطراب بأن المصاب ينشغل بشكل مفرط بصحته ولديه قلق متزايد بشأن إصابته بأمراض بدنيه، وقد أطلق عليه البعض الوسواس المرضي (على أحمد مصطفى وفتحى حسن سند ، ٢٠١٥، ٤٣٣)

كما أشار الباحثون إلى أن هذا الاضطراب يلجأ إليه الفردة نتيجة إلى عدم القدرة على مواجهة الضغوط، وأنه وسيلة للهروب من حالة القلق والتوتر التى ينشأ عنها نوعا من الصراع بين الحاجات والغرائز والقيم، كما أنه قد ينتج عن اختلال المعايير الثقافية التى يعيشها الفرد أو الحرمان العاطفى الأسري، لذلك يلجأ الفرد إلى تلك الحالة كنوع من جذب انتباه الآخرين أو وسيلة لإشباع دوافعه.

كما أنه لا توجد دراسات توصلت إلى نتائج نهائية حول ما يتعلق بنسبة انتشار هذا الاضطراب فى المجتمع العام، ولكن قدرتها الأوساط الطبية بنسبة تتراوح بين ٤- ٩ % بين المرضي، ويبدأ هذا الاضطراب فى أى سن، ومعدلات انتشاره متساوية تقريبا بين الجنسين (محمد السيد عبد الرحمن ، ٢٠٠٩ ، ٤٦٥).

كما أن توهم المرض لايعد من الاضطرابات النفسية التى تشمل حالات القلق والاكتئاب والتى تنشأ نتيجة لعدم وجود سبب أو تفسير محدد، كما أنه لايدخل ضمن اضطراب الوسواس القهرى الذى يعلم مرضاه بأن مالديهم من مخاوف ليس لها أساس من الصحة أو مصدر حقيقي، بينما مرضى توهم المرض يعلمون جيدا أن ما يعانون منه من أمراض ليس لها سبب عضوى(Vladan,2015,369).

و تمثل الأسرة الإطار الأساسي للتفاعل بين الوالدين والأبناء، ويعد هذا التفاعل من أكثر الأمور أهمية فى التأثير على جميع عمليات النمو للأبناء وخاصة الجانب النفسي، الانفعالى، والاجتماعى، كما أن أساليب المعاملة الوالدية خلال مرحلة الطفولة لها آثارها على سلوك الأبناء وبناء شخصياتهم .

كما أن الأسرة هى أولى المؤسسات والبيئات التى يلتقى بها الفرد وتستقبله وتهيء له سبل الرعاية حيث يتعلم السلوكيات الإيجابية، ويكتسب المهارات الشخصية والاجتماعية ، وتتولد لديه الحاجات العاطفية، والانتماء، والحب، والتعاطف، ومن هنا يبرز دور الوالدين فى عملية التنشئة الاجتماعية للأبناء، فلكل من الأم والأب الأدوار الخاصة بهما والمحددة، كما أن كلا منهما يكمل الآخر للوصول بالنشئ والأبناء إلى أقصى درجات السواء .

ولأن الأبناء هم أقل قدرة على مواجهة الضغوط والمشكلات وما يحدث فى الأسرة من تغيرات حياتية وخاصة السلبية، فهم دائما بحاجة إلى أنماط متعددة من الرعاية، أى الرعاية التى لاتعنى بالجانب المادى فقط وتوفير المتطلبات الحياتية الأساسية، ولكن أيضا التركيز على تلبية الاحتياجات النفسية والانفعالية والعاطفية .

ويعد الحرمان العاطفى Emotional Deprivation من أخطر المشكلات التى يواجهها الأبناء فى الأسرة سواء كانت الأسرة متكاملة (تواجد الأب والأم معا)، أو مفككة (غياب أحد الأبوين للوفاة أو الإنفصال أو السفر)، فقد أشارميريل وآخرون Merel,etal(2003,145) إلى أن الحرمان العاطفى هو فقدان العلاقة الارتباطية الوجدانية بين الوالدين والأبناء سواء كان بصورة كلية نتيجة لغياب أحد الوالدين، أو بصورة جزئية نتيجة إبتعادهما عن الأبناء لأسباب متعددة .

كما ازداد الاهتمام فى الآونة الأخيرة من قبل الباحثين بدراسة الحرمان العاطفى وذلك فى ضوء تزايد المشكلات الأسرية وتأثيرها على الأبناء، لما لذلك من آثاره على الجوانب السلوكية والاجتماعية والإنفعالية لهم ،كما يعد الحرمان نوعا من الضغوط التى يتعرض لها الأبناء وقد يؤدي ذلك مع استمراريته الى الأذى النفسي والجسمي.

وقد أشارت الدراسات ومنها دراسة ميرل وآخرون (2003),.Merel,etal إلى الآثار السلبية المترتبة على الحرمان العاطفى الذى يشعر به الأبناء من قبل والديهم ومنها تأخر ملحوظ فى مستوى النمو العاطفى والانفعالى للطفل عن المستوى الطبيعى

لأقرانه، بينما أشارت دراسة فاطمة عبد الله عريف (٢٠١٢) إلى تأثير الحرمان الوالدى على الشعور بالإغتراب النفسي لدى الأبناء، بينما أشارت دراسة غادة أبو ربيع (٢٠١٣) إلى أن الحرمان الأبوى الذى يشعر به الأبناء يؤدى إلى انخفاض فى مستوى تقدير الذات لديهم وبعض الإضطرابات الشخصية، بينما أشارت دراسة جاكى وميلانى (Jacky& Melanie (2010 إلى الأثر السلبي لغياب مشاركة الوالدين فى الأسرة وحرمان الأبناء من الاحتياجات العاطفية حيث اشارت الدراسة إلى أن الأبناء الذين ينشأون فى أسر مفككة يشعرون من خلالها بالحرمان العاطفى يعانون من عدة مشكلات منها الجنوح، التسرب من التعليم، بعض الأعراض العصابية، سلوكيات مضطربة، الشعور بالرغبة فى الإنعزال عن المجتمع، ميول عدوانية، والبعض منهم يعانى من مشكلات أخلاقية نتيجة لغياب التوجيه والرقابة الأسرية .

وعلى الرغم من البحوث العديدة التى توالت للكشف عن طبيعة ونوعية العلاقة بين الوالدين والأبناء وما لها من تأثيرات سواء إيجابية أو سلبية على عملية التنشئة الاجتماعية والسمات المختلفة للأبناء،إلا أنه فى ظل التغيرات المجتمعية والظروف الحياتية التى تمر بها المجتمعات والأسر فى الوقت الحالى من غياب الوالدين عن الأبناء لفترات زمنية طويلة نتيجة لظروف العمل، أوالإستعانة بالبدلاء فى التربية، أو فقدان أحد الوالدين نتيجة للطلاق أو الوفاة، وكثرة الخلافات والمشكلات بين الزوجين، كل هذه أمور من شأنها أن تحدث تصدعات فى الكيان الأسري والاستقرا رالعائلى مما ينعكس بالسلب على الأبناء، ومن هنا فهناك حاجة ماسة إلى البحث والدراسة حول الآثار السلبية المترتبة على الحرمان العاطفى المدرك للأبناء من قبل أسرهم، وعلاقته ببعض الاضطرابات النفسية والانفعالية لديهم ومنها اضطرابي الصمت الاختياري وتوهم المرض .

وكذلك من خلال فحص بعض الدراسات التى تناولت الصمت الاختيارى وتوهم المرض تبين أن غالبية الدراسات ركزت على فئات عمرية تمثلت فى تلاميذ المرحلة الإبتدائية أو المراهقين ما بين(١٤ – ١٨) سنة، فى حين أن تلاميذ المرحلة الإعدادية و هم فى مرحلة الطفولة المتأخرة هم أكثر تأثرا بالحرمان العاطفى والظروف الأسرية وهم أكثر عرضه لتلك الاضطرابات، ومن هنا كانت هناك قلة (فى حدود

اطلاع الباحثة) فى تناول متغيرات البحث الحالى مع فئة تلاميذ المرحلة الإعدادية، ومن هنا نشأت الحاجة إلى إجراء البحث الحالى .

مشكلة البحث

نظرا لأهمية مرحلة الطفولة خاصة المتأخرة كحجر أساس لبناء شخصية الإنسان مستقبلا وأن لها دور كبير فى توافق الإنسان فى مرحلة المراهقة والرشد فقد أدرك الباحثون وعلماء الصحة النفسية أهمية دراسة مشكلات الطفل وعلاجها خاصة من هم على أعتاب المراهقة قبل أن تستفحل وتؤدى إلى انحرافات نفسية خطيرة وضعف فى مستوى الصحة النفسية فى مراحل العمر التالية، وقد تبين من دراسات الشخصية وعلم نفس النمو أن توافق الإنسان فى المراهقة والرشد مرتبط إلى حد كبير بتوافقه فى الطفولة، كما أن نتائج دراسات علم النفس المرضي أوضحت دور مشكلات الطفولة فى نشأة الاضطرابات النفسية والعقلية والانحرافات السلوكية فى مرحلة المراهقة والرشد.

وتعد أنماط المعاملة الوالدية وإشباع الاحتياجات العاطفية للأبناء أحد أبرز العناصر الأساسية فى عملية التنشئة الاجتماعية داخل الأسرة والتى يتم من خلالها تنمية أنماط متنوعة من الخبرات والسلوكيات الاجتماعية الملائمة، كما أن السلوك الوالدى يخدم مجموعة متنوعة من المنبهات وضبط الاستجابات والسلوكيات الفعالة للأبناء، وتعد حاجات الطفل العاطفية ومقدار القبول أو الرفض الذى يظهره الوالدين من العوامل الحاسمة فى النمو السوى (عماد محمد مخيمر ، ٢٠٠٨ ، ٢٤) .

ومن جانب آخر فإن انتقال الطفل من مرحلة التعليم الإبتدائي إلى المرحلة الإعدادية يعد من التغيرات ذات التأثير المباشر والفعال على جميع جوانب نموه وشخصيته، حيث يبدأ فى الانتقال إلى مرحلة نمائية جديدة وهى بداية المراهقة التى تعد مرحلة تحديد للهوية، والسمات الشخصية، وتنمية المهارات، والحاجة إلى الاشباع العاطفى، والانتماء، واكتساب الثقة بالنفس، والشعور بالذات، وكذلك كثرة الصراعات، بالإضافة إلى كونها المرحلة العمرية التى يندمج فيها الفرد مع عالم الكبار ويرتبط هذا الاندماج بالعديد من المجالات وخاصة الانفعالى والعاطفى مع جميع المحيطين بالفرد.

كما أن الحرمان العاطفى وفقدان مشاعر الحب والحنان فى الأسرة نتيجة لعدم وجود توافق، أو فقدان الرعاية الوالدية من الأمور التى تؤدى إلى اعتلال الصحة النفسية

للفرد، وإصابته بهزات نفسية ينشأ عنها العديد من المشكلات والاضطرابات ومنها الخوف والقلق والرهاب الاجتماعى واضطرابات الشخصية وصعوبة فى التوافق وهذا ما أكدته نتائج دراسة أشواق سامى لموزة (٢٠٠٩)، بلسم عواد عسل (٢٠١٨).

ومن تلك الاضطراب التى تحدث الصمت الاختياري فهو اضطراب نفسي يصيب الأطفال فى المراحل المختلفة وخاصة المراحل الأولية، يظهر فى صورة رفض الحديث فى موقف أو أكثر من المواقف الاجتماعية، ويؤدى إلى انخفاض التحصيل الأكاديمي وضعف الاتصال الاجتماعى، وينتج فى الغالب عن قلق انفصال يعانى منه الطفل أو شعور بالحرمان الوالدى، ويراه الكثيرون بأنه نمط متعلم من السلوك يعزز بانتباه الأبوين أو المعلم للطفل فى حالة البكم أو يعزز بتجنب القلق المرتبط بالحديث (فتحى حسن سند ، ٢٠١٥ ، ٣١٠) .

وقد ركزت غالبية الدراسات اهتمامها لدراسة هذا الاضطراب فى مراحل الطفولة ومنها دراسة خالد النفيعيى (٢٠١٢)، أنطون جابي كامل (٢٠١٣)، كما أشارت أن الصمت الاختيارى من الاضطرابات الغامضة والتى تتداخل مع العديد من المشكلات النفسية الأخرى للأطفال مثل الخوف والقلق والاكتئاب .

كما أن توهم المرض يعد أحد المشكلات النفسية التى تتداخل أعراضها مع بعض الاضطرابات العصابية الأخرى مثل الوسواس القهرى، ولكنه حالة يشعر من خلالها الفرد ببعض الأعراض الجسدية مما يدفعه دائما إلى الرغبة فى الذهاب للطبيب لمحاولة تشخيص ما يشعر به من أعراض ليس لها أى أساس مرضى، أو سبب عضوى محدد، ولكن الوسواس القهرى ينشغل فيه المريض ببعض الأفكار اللاعقلانية مما يترتب عليه شعورة بالاضطراب والمرض النفسي، ولكن هذا التداخل بينهما يرجع إلى تشابه الأعراض ولكن تختلف آلية العلاج والتشخيص (Florain,2017,568)

وقد دلت الدراسات الكلينيكية ومنها دراسة أنتتونو وآخرون (Antonio,etal(2017 أن توهم المرض ينشأ لدى الأطفال والمراهقين الذين يعيشون فى بيئات مضطربة سواء نفسيا أو اقتصاديا حيث أنهم يلجأون إليه كوسيلة هروبية من تحمل المسؤليات أو التعايش مع الضغوط .

ولذلك تعد مشكلة توهم المرض من المشكلات النفسية التى تستحق البحث والدراسة، حيث يشير مصطلح الهيبوكوندريا أو التوهم المرضي إلى التفسير الخاطئ للأعراض الجسدية والمعلومات المرتبطة بالصحة .

والبحث الحالى هو محاولة لتفسير العلاقة بين الصمت الاختيارى، وتوهم المرض، والحرمان العاطفى المدرك للأبناء من تلاميذ المرحلة الإعدادية، وذلك فى مرحلة ذات أهمية بالغة فى بناء شخصيتهم وهى الطفولة المتأخرة وبداية المراهقة.

وفى ضوء ما سبق يمكن صياغة مشكلة البحث فى التساؤلات التالية :

١- ما العلاقة بين الصمت الاختياري و الحرمان العاطفى كما يدركه الأبناء من تلاميذ المرحلة الاعدادية ؟

٢- هل يختلف مستوى الصمت الاختياري لدى تلاميذ المرحلة الإعدادية باختلاف النوع (ذكور / إناث) ؟

٣- ما العلاقة بين توهم المرض والحرمان العاطفى كما يدركه الأبناء من تلاميذ المرحلة الاعدادية ؟

٤- هل يختلف مستوى توهم المرض لدى تلاميذ المرحلة الإعدادية باختلاف النوع (ذكور / إناث) ؟

٥- ما العوامل الدينامية الكامنة وراء ارتفاع درجة الصمت الاختياري لدي حالات كلينيكية طرفية من تلاميذ المرحلة الإعدادية وذلك علي ضوء أدائهم علي المقاييس السيكومترية والكلينيكية المستخدمة في البحث؟

٦- ما العوامل الدينامية الكامنة وراء ارتفاع درجة اضطراب توهم المرض لدي حالات كلينيكية طرفية من تلاميذ المرحلة الإعدادية وذلك علي ضوء أدائهم علي المقاييس السيكومترية والكلينيكية المستخدمة في البحث؟

أهداف البحث

هدف البحث الحالى لمحاولة تحقيق ما يلي:

١. التعرف على درجة توهم المرض لدى تلاميذ المرحلة الإعدادية.

٢. فهم وتفسير العلاقة بين الصمت الاختياري والحرمان العاطفى المدرك لدى تلاميذ المرحلة الإعدادية.

٣. فهم وتفسير العلاقة بين توهم المرض والحرمان العاطفى المدرك لدى تلاميذ المرحلة الإعدادية

٤. الكشف عن الاختلاف فى مستوى الصمت الاختياري فى ضوء النوع (ذكور وإناث) لدى تلاميذ المرحلة الإعدادية

٥. الكشف عن الاختلاف فى توهم المرض فى ضوء النوع ذكور وإناث لدى تلاميذ المرحلة الإعدادية.

٦. تحديد وتفسيرالعوامل الدينامية الكامنة وراء ارتفاع درجة الصمت الاختياري ،وتوهم المرض لدي حالات كلينيكية طرفية من تلاميذ المرحلة الإعدادية .

أهمية البحث

أولا : الأهمية النظرية

١. تناول فئة من التلاميذ وهم تلاميذ المرحة الإعدادية، حيث تعد تلك المرحلة الإنتقالية من أهم المراحل التى يمر بها التلميذ، وما لها من خصائص نفسية واجتماعية .

٢. التأكيد على أهمية الدور الأسري والرعاية الوالدية فى الحد من تعرض الأبناء للمشكلات والاضطرابات النفسية .

٣. يستمد البحث الحالى أهميته فى تناوله لموضوع الحرمان العاطفى المدرك من وجهة نظر الأبناء كأحد المشكلات التى يعانون منها نتيجة لعدم الإستقرار الأسري وما يترتب على ذلك من تأثيرات سلبية على شخصيتهم ونموهم بصفة عامة.

٤. إثراء المكتبة النفسية ببعض الأطر النظرية والمقاييس التطبيقية لمتغيرات تمس المجتمع فى الوقت الحالى وهى الصمت الاختياري، توهم المرض، الحرمان العاطفي المدرك للأبناء.

ثانيا: الأهمية التطبيقية:

١. توجيه أنظار الوالدين والتأكيد علي أهمية توفير الرعاية والدعم العاطفى الوجدانى للأبناء.

٢. الاستفادة من نتائج دراسة الصمت الاختياري كأحد الاضطرابات التى تصيب الأطفال فى تحديد أسبابه، وكيفية تشخيصه، وعلاجه، والحد من الآثار السلبية التى تنتج عنه.

٣. التأكيد على أهمية دور المعلم فى ملاحظة وتشخيص حالات الصمت الاختياري لدى تلاميذه وأخذها بعين الاعتبار لمحاولة تقديم البرامج العلاجية المناسبة .

٤. يسهم البحث الحالى فى توجيه أنظار الوالدين والمعلمين حول ما يتعلق بمفهوم توهم المرض لدى تلاميذ المرحلة الإعدادية، والتعرف على أسبابه، وكيفيه علاجه وتجنب الآثار السلبية المترتبة عليه

٥. معرفة طبيعة العلاقات بين المتغيرات محل الدراسة بالبحث الحالى يسهم فى زيادة الوعى بتأثير كل منها على الآخر، ومن ثم يعمل ذلك على توجيه أنظار المربين والمعلمين للتعامل مع تلك المتغيرات بعناية شديدة وأخذها بعين الاعتبار عند التعامل مع الأبناء والتلاميذ .

٦. الخروج ببعض الأسباب والمقترحات العلاجية من خلال الدراسة الكلينيكية للحالات الطرفية للصمت الاختياري وتوهم المرض .

المفاهيم الإجرائية لمصطلحات البحث

الصمت الاختياري Selective Mutism

يعرف فى البحث الحالى بأنه " اضطراب نفسي بسيط يمتنع فيه التلميذ عن الحديث بإرادته فى المواقف الاجتماعية المختلفة وبصورة خاصة داخل المدرسة، وتنتج تلك الحالة من شعوره الدائم بالخوف، والتوتر، وعدم الارتياح نتيجة للتعرض لبعض الضغوط النفسية، وعدم الاستقرار العاطفى والانفعالى وتبدو أعراضه فى الانسحاب، والشعور بالقلق والتوتر، وعدم الثقة بالنفس، ورفض المشاركة فى المواقف المحتلفة"، ويعبر عن الصمت الاختياري إجرائيا بالدرجة التى يحصل عليها تلميذ الصف الأول الإعدادى من خلال إجابات معلمينه على مقياس الصمت الاختيارى المعد لهذا الغرض "من إعداد الباحثة ".

توهم المرض Hypochondriasis

يعرف فى البحث الحالى بأنه " حالة من الإرهاق والتعب الجسمي والنفسي يشعر من خلالها التلميذ ببعض الأعراض المرضية البدنية والتى ليس لها أساس عضوى، ويلجأ إليها كنوع من لفت الانتباه أو الشعور بالحرمان العاطفى من قبل المحيطين وخاصة الوالدين أو المعلمين "، ويعبر عن توهم المرض إجرائيا بالدرجة التى يحصل

عليها تلميذ الصف الأول الإعدادى من خلال إجاباته على مقياس توهم المرض المعد لهذا الغرض "من إعداد الباحثة "، ويشمل على بعدين هما (المعتقدات اللاعقلانية– الأعراض الجسمية) ويمكن تعريفهما إجرائيا كما يلي:

- **المعتقدات اللاعقلانية** : ويقصد بها بعض الأفكار الخاطئة التى يعتقدها التلميذ ويؤمن بها ويكون لها تأثير سلبي على حالته الجسمية، وتنتج تلك الأفكار نتيجة لشعوره بحرمان عاطفى داخل الأسرة من قبل والديه.
- **الأعراض الجسمية** : وهى مجموعة من الأعراض التى يشعر بها التلميذ نتيجة للأفكار غير المنطقية، وحالة الضيق النفسي التى يشعر بها نتيجة لعدم إشباع احتياجاته العاطفية من قبل والديه.

الحرمان العاطفى المدرك Emotional Deprivation

يعرف فى البحث الحالى بأنه " حالة يشعر بها التلميذ بصورة مدركة ، ينتج عنها فقدان الارتباط النفسي بينه وبين والديه، وافتقاد مشاعر الحب والعطف والاهتمام والانتماء وذلك نتيجة لسوء المعاملة الوالدية، أو الإنشغال الدائم للأبوين، أو انفصالهما وقد يكون هذا الانفصال جزئي أو كلى"، ويعبر عن الحرمان العاطفى المدرك إجرائيا بالدرجة التى يحصل عليها تلميذ الصف الأول الإعدادى من خلال إجاباته على مقياس الحرمان العاطفى المعد لهذا الغرض "من إعداد الباحثة " .

تلاميذ المرحلة الإعدادية

هم فئة من التلاميذ يتراوح العمر الزمنى لهم ما بين (١٢ –١٣) سنه، بمتوسط حسابي (١٢,٧) وانحراف معياري (٠,٣٤)، وملحقون بالصف الأول الإعدادى ببعض مدارس التعليم الإعدادى بمحافظة الإسكندرية ، من الذكور والإناث، وقد بلغ عددهم (١٣٥) تلميذا وتلميذه .

الإطار النظرى والدراسات السابقة

الصمت الاختيارى Selective Mutism

مفهوم الصمت الاختياري

تعددت وجهات النظر التى تناولت مفهوم الصمت الاختياري وهناك عدة محاولات لتحديد هذا المفهوم، وقد اختلف الباحثون فى تحديد التعريف الإجرائي لهذا المفهوم نظرا لتناولهم له بالدراسة من وجهات مختلفة ومع عينات متباينة، حيث يطلق عليه البعض الصمت الإنتقائي، البكم الاختياري، الخرس الإنتقائي أو الاختياري ليشير إلى حالة من رفض الفرد للكلام فى المواقف الاجتماعية المختلفة بدون وجود أعراض مرضية تمنع ذلك .

وقد اتفق كل من (محمود حمده ١٩٩١، ٢٨١) و (فريد مصطفى الخطيب ، ٢٠٠٦ ، ٤٤) و (عبير طوسون محمد ، ٢٠١٤، ٥٩) و(هناء مزعل الزهبي ، ٢٠١٧ ، ٣٨٥) على تعريف الصمت الاختياري بأنه :

١- مصطلح يشير إلى رفض الطفل للتحدث فى المواقف الاجتماعية المختلفة وبصورة محددة البيئة المدرسية وذلك على الرغم من قدرته على الكلام .

٢- عدم قدرة الطفل على الكلام فى مواقف محددة على الرغم من قدرته على التواصل بواسطة الإيماءات مثل (هز الرأس)، أو بواسطة مقاطع كلامية مختصرة بنغمة واحدة والغالب أنه لايتحدث فى المدرسة، ولكنه يتحدث طبيعيا فى البيت وهؤلاء الأطفال لديهم قدرات لغوية عادية .

٣- عجز الطفل عن المشاركة فى المواقف الاجتماعية باستخدام التواصل اللفظى المباشر، وترتبط هذه الحالة بنوع من الخجل الشديد، الانسحاب، والاعتماد على الوالدين .

٤- هو اضطراب نادر يحدث فى مرحلة الطفولة ويتميز بالرفض المستمر للكلام ولا يعود إلى نقص المعرفة لدى الطفل .

٥- الصمت الاختياري هو أحد الاضطرابات النفسية المؤقتة التى يعانى منها الطفل وهو يعد بمثابة حيله دفاعية لا شعورية يلجأ إليها الطفل لرفض التفاعل فى المواقف الاجتماعية خارج المنزل .

كما يري (جمال محمد الخطيب ، ٢٠٠١ ، ٦) أن الصمت الاختياري هو حالة ينتج عنها رفض الطفل للتحدث بصورة مستمرة فى موقف أو أكثر ويجب أن يستمر لمدة لا تقل عن شهر، وأن يصاحب ذلك انخفاض فى التحصيل الدراسي والاتصال الاجتماعى، وألا يكون ناتجا عن اضطراب النطق أو اللغة

كما أن الصمت الاختياري هو عجز الطفل عن الحديث فى بعض المواقف الاجتماعية ولا يحدث بصورة مفاجئة، بل هو تطورى نتيجة لتعرض الطفل لضغوط نفسيه ترجع إلى سوء المعاملة الوالدية أو الإهمال الأسري أو الحرمان العاطفى (Bergmans,etal .,2002,940).

كا يعرف الصمت الاختياري بأنه اضطراب نادر يصنف ضمن اضطرابات القلق والرهاب الاجتماعى، ويظهر خلال المراحل النمائية المختلفة للفرد وبصورة أكثر تحديدا خلال الطفولة، ويتم ملاحظته من خلال تعامل الطفل مع البيئة الخارجية حيث يبدو فى صورة رفضه للكلام بصورة متعمدة خارج بيئة المنزل، فى حين يتحدث مع أفراد العائلة بصورة طبيعية منتظمة ولكن هؤلاء الأطفال لا يتحدثون أو يتفاعلون مع المعلمين أو الأصدقاء فى غالبية الحالات (Yeganeh,etal.,2011,120)

وقد أكد الدليل التشخيصي والإحصائي للإضطرابات النفسية ، الطبعة الخامسة DSM–IV إلى أن الصمت الاختياري يمكن تصنيفه كأحد أنواع القلق يعجز نتيجة له الطفل عن التحدث فى المواقف الاجتماعية (مثل المدرسة) على الرغم من التحدث فى المواقف الأخرى خاصة مع الأسرة (American Psychiatric Association ,2013,195)

الصمت الاختياري هو اضطراب يبدأ فى الظهور خلال مراحل الطفولة وقد يمتد إلى مراحل متأخرة وتبدو مظاهره فى الخجل الاجتماعى، والانفصال المتعمد عن المشاركة فى المواقف الاجتماعية مع الأخذ فى الإعتبار سلامة الطفل عضويا وعدم وجود أية إعاقات مصاحبة أو اضطرابات فى الكلام (Claudio,etal.,2019,34).

أسباب الصمت الاختياري

تعددت أسباب الصمت الاختياري لدى الأطفال فقد أشارت دراسة عبد الفتاح على غزال (١٩٩٣) إلى أن الاضطراب الأسري يعد عاملا من العوامل المسؤلة عن

حدوث الصمت الاختياري لدى الأطفال بصورة عامة، كما تختلف فترة الصمت كلما زادت حدة الاضطرابات الأسرية .

كما أشارت بعض الدراسات ومنها دراسة يجاني وآخرون(2011) ,.Yeganeh ,etal وأنطون جابي كامل (٢٠١٣)، فاطمة الزهراء النجار (٢٠١٥) ، هناء مزعل الذهبى (٢٠١٧) ، أن أغلب حالات الصمت الاختياري لا تنتج عن حوادث أو مشكلات صحية أو عضوية، وإنما سببها الأساسي هو عامل نفسي، وقد تمثلت أسباب الصمت الاختياري التى أجمعت عليها الدراسات فيما يلي :

١- شعورالطفل الدائم بالقلق والتوتر الذى قد يعود إلى عوامل وراثية .

٢- ضعف المستوى الدراسي .

٣- شعور الطفل الدائم بالخوف فى المواقف الاجتماعية والمحيطين به .

٤- عدم الإستقرار الصحى والشعور ببعض الأعراض المرضية .

٥- توتر العلاقة الأسرية وانفصال الطفل عن والديه .

٦- تعرض الطفل فى مرحلة الطفولة إلى صدمة نفسية أو إهانة أو استهزاء فى موقف اجتماعى .

٧- الضغط على الطفل بالصمت وعدم التحدث أمام الغرباء .

٨- الخجل الشديد وعدم شعور الطفل بالإستقلالية .

٩- المعاملة القاسية من قبل الوالدين

كما أشار فريد مصطفى الخطيب (٢٠٠٦، ٤٥) إلى أن الصمت الاختياري يرجع للأسباب التالية :

١- سيطرة الأم وحمايتها الزائدة للطفل أو الإنفصال عنه.

٢- عدم شعور الطفل بالأمان والقدرة على التواصل بسبب معايشته خلافات شديدة داخل الأسرة .

٣- سيطرة المعلم وكثرة الانتقادات .

٤- الأزمات والصراعات النفسية سواء المفاجئة أو التراكمية.

٥- اضطرابات الكلام وما ينشأ عنها من سخرية الآخرين.

٦- حالات الخجل الشديد والقلق المزمن والخبرات السيئة التى يمر بها الفرد.

٧- قد تلعب الوراثة دورا فى ظهور اضطراب الصمت الاختياري ولكنها ليست أساسية، فقد يعانى أحد الوالدين أو كليهمامن القلق الاجتماعى والهلع أو نوبات الذعر فى مرحلة الطفولة .

خصائص الأطفال ذوى الصمت الاختياري

أكدت نتائج عدد من الدراسات ومنها دراسة بستا وآخرون(2013),.Pasta,etal ، و إلياناكا وآخرون (2013),.Alyanaka,etal و فاطمة الزهراء محمد النجار (٢٠١٥) ، برينو وآخرون .Prino,etal (2016), على أن الأطفال ذوى الصمت الاختياري يتسمون بالخصائص التالية :

- ضعف العلاقات الاجتماعية والمهارات، والكفاءة الاجتماعية .
- ضعف القدرة على التواصل اللفظى وغير اللفظى فى المواقف الاجتماعية .
- مستوى عال من الحساسية الاجتماعية، والانسحاب الاجتماعى .
- انخفاض مستوى التحصيل الدراسي، ولكن أشارت دراسة نواكوسكي وآخرون Nowakowski 2009),.etal, إلى أنه لا توجد فروق فى التحصيل الدراسي بين الأطفال العاديين وممن يعانون من الصمت الاختياري.
- قد يبدو على الطفل بعض الأعراض الجسدية ومنها توتر العضلات، سرعة التنفس، الغثيان، الدوار، إحمرار الوجه، وغيرها من الأعراض التى تشبه نوبات الذعر وقد يصعب اكتشاف هذه الأعراض .
- قد تصيب الطفل نوبات من الصراخ أو الغضب إذا طلب منه التحدث فى الأماكن العامة.
- استخدام الطفل للغة الجسد بدلا من الكلام اللفظى .
- الإمتناع المتعمد عن الحديث فى المواقف الاجتماعية.
- الإتيان ببعض السلوكيات غير السوية
- صعوبة فى تكوين صداقات
- الميل إلى العزلة والانطواء.

كما أن الأطفال ذوى اضطراب الصمت الاختياري يعانون من صعوبة فى الإستجابات اللفظية، وضعف التواصل بالعين، والحساسية المفرطة للمثيرات والمواقف، بالإضافة إلى أن ذكاءهم فوق المتوسط، ويجب الأخذ فى الإعتبار أن تلك الخصائص

والأعراض تتفاوت من طفل إلى آخر فقد نجد البعض منهم يعانون من صعوبة فى التواصل اللفظى وغير اللفظى فى حين أن لديهم تواصل اجتماعى إيجابي وسلوكيات تواصلية إيجابية مثل (الابتسام ،الإيماءات ، الضحك)(Viana,etal.,2009,60)

معايير تشخيص الصمت الاختياري

لا يعد الصمت الاختياري من الاضطرابات شديدة الخطورة التى تحدث فى مرحلة الطفولة مثل التوحد، انفصام الشخصية، الاضطرابات الذهانية، كما يتحدد معدل انتشاره وفقا للعمر الزمنى حيث يحدث بنسبة ٢% فى مرحلة الطفولة، كما لايعوق هذا النقص فى الكلام التواصل الاجتماعى للتلميذ فحسب بل يمكن أن يضعف الآداء التعليمي حيث يصعب على المعلمين فى كثير من الأحيان تقييم المهارات الأكاديمية للتلميذ خاصة القراءة .

وقد درس الصمت الاختيارى فى مرحلة الطفولة حيث أشارت الدراسات الأولية إلى أنه يظهر بصورة واضحة لدى الأطفال فى مرحلة مبكرة كنوع من رد الفعل التلقائى لحالة الرهاب الاجتماى التى يعانى منها الطفل ومن تلك الدراسات دراسة كل من عبد الفتاح على غزال (١٩٩٣)، عبد الرحمن السيد سليمان (٢٠٠٢)، وخالد النفيعى (٢٠١٢).

كما أن الصمت الاختياري فى بعض الحالات القليلة يمكن أن يحدث فى مرحلة المراهقة كرد فعل لكثرة تعرض المراهق للضغوط أو اضطراب علاقاته مع أسرته وكذلك تعرضه للخبرات السلبية (Jennifer & Christopher,2005).

وفى ضوء ذلك فقد حددت الجمعية الأمريكية للطب النفسي عدة معايير لتشخيص اضطراب الصمت الاختياري وتتمثل فى :

١- يتحدث الطفل فى بعض المواقف الاجتماعية دون الأخرى، حيث يمتنع الطفل عن التحدث فى مواقف اجتماعية يكون متوقع أن يتكلم فيها مثل (المدرسة).

٢- تدوم مدة الاضطراب حوالى شهر على الأقل.

٣- لا يعانى الطفل من أية اضطرابات أخرى مثل التوحد، فرط الحركة وتشتت الانتباه.

٤- لا يعانى الطفل من أية اضطرابات لغوية .

٥- لا يرجع الصمت الاختيارى نتيجة لنقص المعرفة أو انخفاض الذكاء.

(Busse & Downey,2011,56) و (عبير طوسون محمد ، ٢٠١٤ ، ٥٩)

ولعل من أهم معايير التشخيص كما أشارت الدراسات أن يتم من خلال ملاحظة المعلميين للطفل وسلوكه داخل المدرسة، وكذلك تقييم الوالدين .

لذلك سوف يعتمد البحث الحالى فى تقييم حالات الصمت الاختياري لدى تلاميذ المرحلة الإعدادية على استخدام مقياس معد لذلك ويتم تطبيقه من وجهة نظر المعلمين.

علاج الصمت الاختياري

تتم عملية علاج وإعادة تعديل سلوك حالات الصمت الاختياري بعد أن يتم التشخيص بصورة دقيقة، ويشارك فى عملية العلاج فريق متكامل مكون من الوالدين، المعلمين، كما تتطلب بعض الحالات مشاركة الأصدقاء فى تنفيذ البرامج العلاجية، والهدف الرئيسي للعلاج هو زيادة التواصل اللفظى للتلميذ، وكذلك تنمية الأداء الاجتماعى والأكاديمي له، والتقليل من أعراض الإنسجاب .

وتستند البرامج العلاجية للصمت الاختياري فى غالبيتها على النظرية المعرفية السلوكية واستخدام فنيات متعددة مثل (النمذجة البنائية، النمذجة الحية، التعزيز الإيجابي) وهذا ما أكدته دراسة سعيد كمال عبد الحميد (٢٠١٥) حيث يعتمد العلاج على :

١- تعزيز السلوك اللفظى وتشجيع الطفل على التحدث فى المواقف المختلفة (مثل التحدث مع المعلم)

٢- تعزيز السلوكيات غير اللفظية مثل الإيماءات .

٣- تكليف الطفل بآداء مهام لفظية داخل الفصل وتعزيزها مثل (التحدث بعبارات قصيرة، ثم التحدث بجمل كاملة، ثم الإجابة على أسئلة المعلم).

تدريب الطفل على التحدث أمام مجموعة من الأشخاص بصورة تدريجية مثل (تعزيز الطفل للتحدث أمام شخص واحد غريب، ثم بعد اتقان ذلك يتم تعزيز الطفل للتحدث أمام أكثر من شخص) (Lisa & Jami , 2019,110)

توهم المرض Hypochondriasis

مفهوم توهم المرض

يعد توهم المرض من الاضطرابات التى يعتقد الفرد من خلالها بأنه مصاب بمرض ما يدفعه إلى الرغبة فى الفحص الطبي المستمر ويمكن تفسيره كاضطراب داخلى دائم يعتمد على الإدراك المعرفى الجسدى (Arthur & David,2004,1465).

كما أشار حامد عبد السلام زهران (٢٠٠٥) إلى أن توهم المرض هو اعتقاد راسخ لدى الفرد بوجود مرض رغم عدم وجود دليل طبي على ذلك، وهو تركيز الفرد على أعراض جسمية ليس لها أساس عضوى، ويؤدى ذلك إلى حصر تفكير الفرد فى نفسه واهتمامه المرضي الدائم بصحته وجسمه بحيث يطغى على كل الاهتمامات الأخرى، وهو يعوق اتصاله السوى بالآخرين ويشعر بالنقص والشك فى نفسه ، كما يعوق أيضا اتصاله بالبيئة المحيطة به، ويطلق عليه أحيانا " رد فعل توهم المرض" (حامد عبد السلام زهران ، ٢٠٠٥، ٤٩٠)

كما يعد اضطراب توهم المرض أحد أنماط الاضطرابات ذات الصورة البدنية ومنها اضطرابات التبدين، الاضطراب التحولى، اضطراب الألم، وكذلك اضطراب التشوه الجسمى المعيب (محمد السيد عبد الرحمن ، ٢٠٠٩ ، ١٣٦).

عرف توهم المرض بأنه إنشغال الفرد المبالغ فيه ببعض الأعراض المرضية، مع الخوف والاعتقاد بالإصابة بالأمراض وذلك بناء على تفسيره الخاطئ للتغيرات أو الأعراض الجسمية البسيطة أو العادية

(على أحمد مصطفى و فتحى حسن سند ، ٢٠١٥ ، ٤٣٤).

كما يعرف توهم المرض فى الدليل التشخيصي للاضطرابات النفسية والعقلية الطبعة الخامسة بأنه الانشغال الزائد بمرض عضال، وإنشغال الفرد بصحته بشكل مفرط وتفسيرات غير واقعية لأعراضه الجسمانية مما يؤدى إلى شعور دائم بالخوف والقلق والاعتقاد بأن لديه مرض خطير وهو يختلف عن اضطرابات القلق والأمراض السيكوسوماتية (Jill,etal.,2017,32) .

توهم المرض وبعض المصطلحات الأخرى

الضعف العصبي (الوهن) Neurasthenia

يقصد به الشعور المستمر بحالة من الإرهاق، ونقص الحيوية، والإعياء البدني والنفسي، ويصاحب ذلك المخاوف والآلام فى الرأس، وتبقى هذه الحالة مسيطرة على الفرد حتى بعد فترات الراحة، ويعد الضعف العصبي حالة من الضعف النفسي العام، ويطلق عليه متلازمة التعب أو الإعياء النفسي .

الهستريا Hysteria

هى حالة اضطراب نفسي ناتج عن نوبات انفعالية تأتى بصورة مفاجئة ولمدة زمنية محددة ثم تنتهى، وهى تظهر فى صورة نوبات تشنجية أو حالات من الصراخ يصاحبها شلل هستيري أو عمى هستيري لفترة زمنية تستمر لبضع دقائق.

الوسواس القهرى Bsessive – Compulsive Disorders

هو اضطراب نفسي قائم على بعض الأفكار والمعتقدات الخاطئة ينشأ عنها أفعال قهرية فى صورة سلوكيات متكررة، ويدرك المصاب فى مرحلة عمرية أن تلك السلوكيات قهرية مفرطة وغير معقولة (Carol,2015,498)

وقد تكون فى صورة أفكار أو كلمات أو رغبات متكررة لا يستطيع المريض ضبطها أو التخلص منها، وتفسر استجابات الوسواس القهرى على أساس أنها وسائل دفاعية يقوم بها الفرد للتخفيف من الشعور بالقلق أو الإحساس بالذنب الذى قد تسببه الدوافع اللاشعورية غير المقبولة (سيد محمود الطواب ، ٢٠٠٨ ، ٢٦١) .

أعرض توهم المرض

على الرغم من الاختلاف بين توهم المرض وعدد من الاضطرابات النفسية الأخرى مثل الإكتئاب والقلق، والوسواس القهرى، واضراب المزاج، إلا أن تلك الاضطرابات تعد فى ذات الوقت بعضا من أعراض اضطراب توهم المرض، حيث لوحظ من خلال الدراسات الكلينيكية(2016)Fallon,etal أن ذوى التوهم المرضى يعانون من نوبات قلق مابين شديد ومتوسط، وبعض حالات الإكتئاب وذلك نتيجة لإعتقادهم بإصابتهم بأمراض مزمنة أو دائمة لا علاج لها، لذلك أشار الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الطبعة الخامسة أن توهم المرض يدخل ضمن اضطرابات القلق وليس اضطرابات المزاج أو الأمراض النفسجسمية.

وفى ضوء ذلك تتعدد أعراض توهم المرض كأحد الاضطرابات النفسية ومن تلك الأعراض التى توصل إليها الباحثون من خلال دراسة حالات متباينة فى العمر الزمنى كما فى دراسة فلادن (Vladan(2015,372 وتيموثى وآخرون (Timothy ,204 etal,(2017 مايلي :

١- شعور الفرد بأعراض مرضية جسدية أو نفسية ليس لها أى أساس عضوى.

٢- الشعور الدائم بالإجهاد والأرق .

٣- الشعور الدائم بالحاجة إلى الفحص الطبي .

٤- الشكوى المستمرة من الآلام الجسدية .

٥- عدم الرغبة فى تناول الطعام، أو الشهية المفرطة لدى البعض.

٦- ضعف التركيز والانتباه، وانخفاض مستوى الآداء الأكاديمي أو المهنى أو المهارى والعقلي فى بعض الأحيان .

كما أشار حامد زهران(٢٠٠٥) إلى عدد من أعراض اضطراب توهم المرض وهى :

١- تسليط فكرة على الشخص (وسواس) والشعور العام بعدم الراحة .

٢- تضخيم شدة الإحساس العادى بالتعب والألم، والإنشغال الدائم بالجسم والصحة والعناية الزائدة .

٣- الشكوى من اضطرابات جسمية خاصة فى المعدة والأمعاء أو أى جزء آخر من أجزاء الجسم، وفى بعض الأحيان يكون اختيار العضو أو الوظيفة (التى يكون هدف توهم المرض) له علاقة رمزية بالمشكلة .

٤- الشعور بالنقص مما يعوق الاتصال الاجتماعى ويؤدى إلى الانعزال والانسحاب (حامد عبد السلام زهران ، ٢٠٠٥ ، ٤٩٢).

أسباب توهم المرض

العوامل البيولوجية (الوراثية) : حيث لوحظ زيادة معدل انتشار توهم المرض بين التوائم المتماثلة والأقارب من الدرجة الأولى وهذا يشير إلى العامل الوراثي الجينى، كما لوحظ أن المتوهمين مرضيا تحملهم للمعاناة الجسدية ضئيل جدا، لدرجة أن ما يستقبله الشخص الطبيعي كالضغط على البطن مثلا يعتبره المتوهم ألماً فى البطن .

عوامل نفسية : حيث يرجع توهم المرض إلى أصول دينامية نتيجة لكبت الرغبات العدوانية أو الشعور بالحرمان ؛حيث تتحول تلك المشاعرإلى شكوى جسمانية بعد كبتها

وتحويلها بواسطة حيلتى الكبت والإحالة، كثرة تعدد خبرات الفشل والصراع المستمر بين رغبات الفرد وقيم المجتمع، عدم وجود الترابط بين أعضاء الأسرة الواحدة وسوء التوافق الأسري من الأسباب الأساسية لتوهم المرض ، كما أن أعراض توهم المرض تظهر نتيجة للإحباطات التى قد يكون الفرد تعرض لها خلال مرحلة الطفولة ويعبر عنها خلال توهم المرض كنوع من التماس مساعدة الناس وجذب انتباههم .

عوامل اجتماعية ثقافية : وتتمثل فى التعرض للضغوط الأسرية، عدم قدرة الفرد على مواكبة التغيرات والتطورات المجتمعية، المشكلات الاقتصادية، قد يحدث توهم المرض أيضا خلال المراحل النمائية نتيجة لعد قدرة الفرد على تحقيق مطالب النمو الخاصة بكل مرحلة عمرية أو الفشل فى اشباعها، لذلك أرجع العلماء أن توهم المرض يعد هروبا من المشكلات الاجتماعية الحيايتة الصعبة التى لا يستطيع الفرد تحملها أو التعامل معها .

(على أحمد مصطفى و فتحس حسن سند ، ٢٠١٥ ، ٤٣٥ : ٤٣٧) و Josef (,etal., 2016,1255)

كما أن هناك ما يسمى بالأسباب المهيئة لتوهم المرض ومنها :

١- التفاعلات التوهمية المرضية العابرة والتى غالبا ما تتبع مرض خطير أو مهدد للحياة .

٢- توهم المرض الأولى والذى يحدث نتيجة لخبرات أليمة عاشها الفرد فى مرحلة الطفولة .(Emily,etal.,2016,48)

كما يمكن أن تنتج حالات توهم المرض عن :

١- الحساسية النفسية عند بعض الناس حيث نجدهم يتوهمون أنهم مرضى بمرض يكونون قد سمعوا منه من الأطباء وفهموا فهما غير سليم أو أساءوا الفهم أويكونوا قد قرءوا عنه قراءة غير واعية .

٢- وجود القلق والضعف العصبي ووجود العدوان المكبوت ومحاولة مقاومته.

٣- الفشل فى الحياة وبصفة خاصة الفشل فى الحياة الزوجية وشعور الفرد بعدم قيمته.

٤- قد يكون توهم المرض تعبير رمزى عن الشعور بعدم الكفاية ومحاولة الهروب من مسؤليات الحياة

٥- العدوى النفسية حيث يكتسب المريض الأعراض من والديه، وقد ينشأ عن خبرة المعاناة الشديدة من مرض سابق .

٦- يرى سيجموند فرويد Freud أن توهم المرض يرجع إلى انسحاب الاهتمام أو اللبيدو من الموضوعات فى العالم الخارجى وتركيزه على أعضاء الجسم، حيث يعتقد فرويد أن توهم المرض = الضعف العصبي + عصاب القلق

(حامد عبد السلام زهران ، ٢٠٠٥ ، ٤٩١).

بينما أشارت دراسة أنتونيا (2017),.Antonia,etal والتى أجريت على عينات كلينيكية لحالات توهم المرض من الأطفال والمراهقين أن حوالى ١٢% من حالات توهم المرض تتفاعل فيها العوامل الوراثية مع العوامل النفسية والاجتماعية، وأن هناك دور بالغ الأهمية لبعض العوامل الأسرية البيئية فى ظهور اضطراب توهم المرض وتتمثل تلك العوامل فى الإهمال الزائد من قبل الوالدين أو القسوة الزائدة حيث يلجأ الطفل إلى هذه الحالة كنوع من جذب اهتمام والديه، كما قد يكون التدليل والرعاية الزائدة وكثرة الإهتمام بالطفل فى أبسط حالاته المرضية يؤدى إلى زيادة التعلق بتلك الأعراض المرضية واستمراريتها. .

تشخيص توهم المرض

يحتوى الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية والعقلية على بعض الأسس لتشخيص توهم المرض وهى :

١. ضرورة إجراء دراسة حالة للفرد للتعرف على التاريخ المرضي والحالة العقلية والنفسية له .
٢. مدة الاضطراب ستة أشهر على الأقل .
٣. خلو الفرد من أية أمراض عضوية مزمنة .
٤. توهم المرض يوجد بدرجات متباينه ولكنه أقل حدة لدى الأسوياء.
٥. إنشغال الفرد الدائم ببعض الأعراض الجسدية التى ليس لها أساس طبي.
٦. هذا الانشغال لا يعد من أعراض القلق العام أو الوسواس القهرى أو الاكتئاب
٧. وجود تناقض بين شكوى المريض ونتائج الفحوص الطبية .

(Jill,etal., 2017,34)

وقد أشارت دراسة ماساتو وآخرون (Masato,etal.,(2015 إلى أنه لاتوجد علاقة بين العمر الزمنى للفرد وظهور اضطراب توهم المرض ،حيث يمكن أن يحدث فى أى مرحلة عمرية ولكن باختلاف الأسباب والعوامل المؤدية إليه.

النظريات المفسرة لتوهم المرض

١- التحليل النفسي – النظرية السيكودينامية

تقوم دعائم النموذج السيكودينامى على اعتقاد مفاده أن السلوك الإنسانى يتأثر بشدة بالعمليات النفسية اللاشعورية أو من خلال صراعاتنا الداخلية واندفاعاتنا ودوافعنا، ويفترض هذا النموذج أن كلا من السلوكيات السوية وغير السوية تنتج عن تفاعل العوامل الوراثية والبيئية، وأن كلا العاملان يؤثران فى السلوك خلال تأثيرهما على العمليات الشعورية بنفس القدر الذى يؤثران فيه على العمليات اللاشعورية، كما يركز علماء السيكودينامية على الأهمية البالغة للسنوات الأولى من العمر معتقدين أن أحداث الطفولة يكون لها تأثير دائم لا ينقطع على الحالة النفسية للفرد على مدار حياته .

كما أن مرضى التوهم يجسدون قلقهم ليحتفظوا به بعيدا عن الوعى الشعورى ،أى أن انشغال المريض بجسمه وصحته ما هو إلا تعبيرا عن النقل والإزاحة لما يعانيه من قلق وتوتر أو صراع حتى تتركز حول مجال ملموس أو محسوس هو جسده، كما أنه كثيرا ما يكون متوهم المرض من العصابيين قليلي التوقير لنفسه، شديد الخوف من العلاقات التى تربطه بالناس، لذلك فإن الحياة فى عالم ضيق محدود مقصور على الأعضاء المريضة والأدوية والتردد على الأطباء أسلم وأقل مشقة عند العصابي من مواجهة التحديات التى تنطوى عليها العلاقات الاجتماعية، كما أن تعاطف الآخرين وإشباع الحاجات الإتكالية والتخلص من المسؤلية كلها أنواع من المكاسب الثانوية التى قد تتزايد وتعين على بقاء المرض.

وقد أرجع فرويد العصاب إلى العوامل البيولوجية ،و أهمل أثر البيئة الاجتماعية فى إصابة الفرد بالاضطراب النفسي، وجعل أساس العصاب ما أطلق عليه عقدة أوديب وإلكترا والتى تحدث خلال مرحلة الطفولة، كما أكد على أهمية الخبرات المكبوته فى اللاشعور فى ظهور العصاب، والصراع بين مكونات الشخصية الثلاث الهو والأنا والأنا الأعلى ،وطبقا لنظرية فرويد فإن اللاشعور يحوى على الخبرات التى تقع أسفل

سطح الإدراك ولكنها تؤثر بشكل أو بآخر فى السلوك، كما أن السلوك هو نتاج سلسة متتابعة من الصراعات التى يشعر بها الفرد ولكى يتم القضاء على تلك الصراعات وحالة التوتر يلجأ الفرد إلى إحدى الآليات الدفاعية والتى هى عبارة عن مجموعة من العمليات العقلية غير المدركة والواعية والتى يتم من خلالها التخلص من حالة القلق، ومن تلك الآليات توهم المرض ويلجأ إليه الفرد لتحقيق أهداف ذاتية ومنها الهروب من المسؤلية، وجذب الانتباه ويصاحب حالات توهم المرض شعور دائم بالقلق والتوتر، وقد ربط فرويد بين القلق والحرمان والتهديد خلال مرحلة الطفولة ، وربط أيضا بين القلق أو المرض الذى ينشأ عن الدوافع العدوانية والمكبوته داخل الفرد

(محمد السيد عبد الرحمن ، ٢٠٠٩ ، ٧٩ -٤٦٥) و (Sunayna,etal.,2017,33)

٢- النظرية السلوكية / المعرفية

تفترض النظرية السلوكية المعرفية أن توهم المرض ماهو إلا اكتساب ،أو تعلم لسوء تفسيرالإحساسات الجسمية على أنها مؤشر لاضطراب الصحة وذلك طبقا للنموذج التالى :

الخبرات السابقة ↓ التعرض لخبرة أو إدراك يتعلق بما يلي :

١- مرض فى ذاته، أسرته، سوء تدبير أو إدارة طبية

٢- تفسيرات للأعراض والتفاعلات الجسمية الطبيعية

مثل : لقد مات والدى من ورم خبيث بالمخ .

عندما أشعر بأى أعراض أسرع لاستشارة الطبيب خشية أن تكون لمرض خطير

تكوين افتراضات تتعلق بالخلل الوظيفى ↓ - الأعراض الجسمية عادة ما تكون مؤشر لخطأ ما -ويجب أن أكون قادرا دائما على أن أجد تفسيرا لهذه الأعراض

أحداث حرجة ↓ الأحداث الحرجة أو الأعراض التى توحى بالمرض ، ومنها:

- لقد مات أحد أصدقائي بسبب السرطان منذ شهور قليلة
- لقد أصبحت أعانى من المزيد من الصداع فى الوقت الراهن.

↓

الانشغال بهذه الافتراضات

أفكار سلبية وإيحاءات يمكن أن أكون مصابا بورم فى المخ

↓

ولم أخبر الطبيب إننى فقدت بعض وزنى وربما يكون الوقت قد تأخر وصار الأمر فى غاية السوء

↓

توهم المرض

شكل (١) النموذج المعرفي لتوهم المرض كما أعده سالكوفسكس وكلارك ١٩٩٣ (فى : محمد السيد عبد الرحمن ، ٢٠٠٩ ، ٤٦٦).

علاج توهم المرض

يعد العلاج المعرفى السلوكى (CBT) من أفضل أنماط العلاج النفسي المستخدم مع حالات توهم المرض والتخفيف من أعراضه المصاحبه ، حيث يعمل على إحلال الأفكار اللاعقلانية والمعتقدات الخاطئة للفرد تجاه حالته الصحية بأفكار عقلانية وسلوكيات تكيفية ، ويتم ذلك فى ضوء الخطوات التالية :

١- التعرض التدريجي للمسببات المرضية سواء داخلية (مثل الأعراض الجسمية) أو خارجية مثل (المعلومات المتعلقة بالمرض) .

مثال: إثارة حالة القلق لدى الفرد تجاه أى موقف = منع الاستجابة (الامتناع عن آداء السلوكيات المتعلقة بالمرض).

٢- تجنب الأسباب المؤدية إلى المرض (Brain,etal.,2017,760).

كما أشار أحمد عيد الشخانية (٢٠١١) و جريفين وآخرون ,.Greeven ,etal (2009,43) و بلو وآخرون Blu Bunmi(2014,68)إلى أن علاج توهم المرض يتم من خلال :

١- العلاج الدوائي : ويتمثل فى إعطاء المريض بعض الأدوية المهدئة مثل الباروكستين والفلوكستين لعلاج بعض الآلام الجسدية إذا استدعت حالته، كما يمكن استخدام أدوية مضادة للاكتئاب، ولكن لا يمكن الاعتماد علي العلاج الدوائي بصورة منفردة .

٢- العلاج النفسي: ويعتمد على استخدام العلاج المعرفى السلوكى وذلك فى ضوء الخطوات التالية :

- تحديد الأفكار اللاعقلانية السلبية التى توهم المريض بمرضه ومن ثم إعادة البناء المعرفى له .
- تدريب المريض على التعامل الإيجابي مع الأعراض الجسدية التى تحدث له وعدم الانسياق أو المبالغة فى التفكير فى تلك الأعراض .
- استخدام استراتيجية وقف الأفكار .
- تدريب المريض على إبدال الأفكار السلبية بأفكار أخرى إيجابية .
- تدريب المريض على إدارة الضغوط والتعامل مع المواقف الحياتية السلبية، وتحديد جوانب االقوة فى شخصيته.
- التدريب على الاسترخاء العقلي التدريجي، وتمارين النفس العميق.
- إدماج جميع الفئات المحيطة فى عملية العلاج وذلك بهدف الحد من تأثير الشخصيات السلبية التى يمكن أن يكون لها تأثير هام فى تطور حالة المريض أو شقاؤه.

ومما سبق عرضه عن توهم المرض تستخلص الباحثة ما يلي :

١- توهم المرض اضطراب نفسي بسيط لم يصل إلى درجة الاضطرابات المعقدة أو شديدة الخطورة على الفرد والمجتمع .

٢- يصاحبه بعض الأعراض الأخرى كالقلق، الاكتئاب، الوساوس.

٣- يعتمد على مالدى الفرد من أفكار لاعقلانية .

٤- ضرورة الربط بين القدرات والحالة العقلية للفرد ، وتوهم المرض .

٥- لا يرجع توهم المرض إلى أمراض ذهانية .

٦- يمكن أن يحدث توهم المرض فى أية مرحلة عمرية اعتماداً على الأسباب.

٧- تختلف درجات توهم المرض كإضطراب فقد يكون بدرجة بسيطة عند الأسوياء وفى خلال مرحلة الطفولة، وتزداد حدته بزيادة العمر الزمنى خاصة فى الشيخوخة.

٨- تعددت التفسيرات النظرية لهذا الاضطراب مع عدم الإجماع على أسباب محددة.

٩- المبدأ الأساسي للتشخيص هو انشغال الفرد ببعض الأعراض المرضية التى ليس لها أساس من الصحة .

١٠-لا يدخل اضطراب توهم المرض ضمن الوسواس القهرى أو الوهن العصبي أو اضطرابات الاكتئاب

١١-لا يؤدى توهم المرض إلى إصابات مرضية خطيرة مثل السرطان كما يعتقد البعض .

الحرمان العاطفى Emotional Deprivation

يعد الحرمان من الرعاية العاطفية الوالدية من أخطر الأسباب المؤدية إلى العديد من الاضطرابات الشخصية والنفسية لدى الأبناء، حيث يؤدى ذلك إلى نوعا من الفتور والجمود الوجدانى بداخلهم، وتعد الأسرة هى نواة لغرس تلك القيم والمشاعر العاطفية والوجدانية داخل الأبناء منذ النشأة الأولى، حيث تؤثر المعاملة الوالدية وأساليب التنشئة على السلوك، فالطفل الذى لم ينال الحب والرعاية والعطف الكافى من والديه أو فى محيط الأسرة التى نشأ فيها يكون سلوكه غير سوى وليس لديه القدرة على إقامة علاقات معتدلة مع من حوله، وفى ظل الحرمان العاطفى يمكن أن ينمو الطفل جسمانيا بصورة طبيعية ولكن لا ينمو انفعاليا ونفسيا واجتماعيا بصورة سوية .

وقد تعددت تعريفات الحرمان العاطفى ومنها :

الحرمان العاطفى حالة من فقدان الترابط النفسي بين الأبناء ووالديهم ، وفقدان مشاعر الحب والعاطفة التى تؤدى إلى فقدان الاتصال العاطفى مع الآخرين (مصطفى حجازى ، ٢٠٠٠ ، ١٧٢).

الحرمان العاطفى هو أحد أنواع الأذى النفسي ،يقوم به القائم على رعاية الطفل بصورة مقصودة أو غير مقصودة، مما ينتج عنه تعرض الطفل لاضطرابات نفسية (رجاء لطفى خليفه، ٢٠٠٤ ، ١٠).

يمكن النظر إلى الحرمان العاطفى بأنه أحد أنماط الإساءة الانفعالية والتى عرفت بأنها الفشل فى إمداد الطفل بالعاطفة والمساندة الضرورية لنموه الانفعالى والنفسي والاجتماعى، وتتضمن أى سلوك من جانب الوالدين أو القائمين على رعاية الطفل ويؤثر سلبا على نموه النفسي وتكيفه اجتماعيا ونفسيا، ونقص الحب والحنان الموجه له، وزيادة إشعاره بالذنب والخجل والتقليل من قيمته الذاتية بالمقارنة بالأقران (آمال باظه ، ٢٠٠٥ ، ٦)

الحرمان العاطفى هو عدم إشباع الدوافع الأساسية للأبناء والمتمثلة فى الحاجة إلى الحب والأمان ويتم ذلك من خلال انفصال الأبناء عن والديهم ، ويمكن النظر إليه على أنه إعاقة الأبناء عن النمو السليم المتكامل نفسيا وانفعاليا واجتماعيا (Hong ,etal.,2012,433)

ويجب الأخذ فى الاعتبار أن الحرمان العاطفى لا يعنى غياب الوالدين نهائيا أو أحدهما، ولكن قد يتواجد الأباء مع الأبناء فى حياة أسرية بصورة مستمرة ولكنهما لا يشبعان احتياجاتهم العاطفية من الرعاية والاهتمام حيث يشعرون بأنهم يعيشون فى بيئة تسودها علاقات مضطربة.

كما يعرف الحرمان العاطفى بأنه نقص وعدم كفاية الرعاية الوالدية نتيجة لعدة أسباب قد تعود إلى وفاة أحد الوالدين أو كليهما، أو انفصالهما، أو سوء معاملة الطفل داخل الأسرة حتى بوجود كلا الوالدين ويؤدى هذا إلى آثار خطيرة على كافة جوانب النمو (نعيمة سعودى ، ٢٠١٥ ، ١٣) .

ولا يعنى الحرمان العاطفى الانعزال أو الإنسحاب ولكن عدم وجود القدر الكافى والملائم الذى يشبع داخل الأبناء الإحساس بالحب والاطمئنان، فهو يعنى نقص وعدم الاكتفاء بالرعاية الوالدية، وينتج عنه نقص فى إشباع الحاجات الأساسية من عطف ورعاية وينعكس ذلك بالطبع على جميع جوانب الحياة النفسية والاجتماعية والسلوكية للأبناء (أحمد محمد نورى و على داخل جبر ، ٢٠١٨ ، ١٦)

الآثار المترتبة عن الحرمان العاطفى الوالدى

الحرمان العاطفى للأبناء من قبل والديهم لا يؤثر فقط على النمو الذهنى والقدرات العقلية بصورة سوية بل يخلق شخصية غير سوية مضطربة تعانى من سوء التوافق الاجتماعى، وسوء العلاقات، ويترتب على ذلك عدد من الآثار السلبية التى أشارت إليها العديد من الدراسات ومنها دراسة كل من فتحية عثمان الكشر (٢٠٠٥) ، اعتماد الهندى (٢٠١٠).

- حرمان الأبناء من المرور بخبرات اجتماعية بدايتها الأسرة والتى يكتسبون من خلالها مهارات لكيفية التعامل مع المجتمع مستقبلا.
- يحدث اختلال فى معايير الصحة النفسية للأبناء (السواء والاعتدالية) وذلك لأن أساس الصحة النفسية والشخصية السوية ينمى من خلال ما تمنحه الأسرة للأبناء من عطف، حماية، رعاية، واهتمام.
- يؤدى الحرمان العاطفى إلى فقدان الإحساس بالأمان والطمأنينة .
- نشأة بعض الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال ومنها العدوان، السرقة، الكذب
- غياب القدوة ويعد ذلك من أخطر الآثار المترتبة على الحرمان العاطفى للأبناء، حيث تغيب المرجعية الأخلاقية والسلوكية التى يلجأون إليها للتعلم وتعديل السلوك.

كما أشارت دراسة سلمى حسين محمد (٢٠١١) إلى أن المراهقات بالمرحلة الثانوية يعانين من بعض المشكلات والاضطرابات النفسية نتيجة للحرمان العاطفى الناشئ عن حالات التفكك الأسري أو الطلاق أو وفاة أحد الوالدين.

بينما أشارت دراسة براندى وروبرت Brandi & Robert (2013) والتى هدفت إلى دراسة الآثار المترتبة على الحرمان العاطفى للمراهقين فى المرحلة العمرية من ١٠ إلى ١٧ سنه أن هناك عدد من الآثار السلبية المترتبة على هذا الحرمان ومنها معاناة المراهق من الخوف المرضى، والحزن والبكاء المستمر، الانسحاب الاجتماعى، وفقدان الشهية، ورفض تناول الطعام، وفقدان الوزن، وفقدان الاهتمام في العالم الخارجي، والحركات النمطية، والاكتئاب، وضعف القدرات العقلية، كما اختلفت تلك التأثيرات من حيث الشدة بين الذكور والإناث .

كما أشارت دراسة موكحلة نبيلة (٢٠١٧) إلى أن هناك أهمية بالغة للعلاقة بين الآباء والأبناء والارتباط العاطفى بينهما، وأن اضطراب تلك العلاقة يؤدى إلى مشكلات منها الجنوح، واضطرابات الشخصية والشعور بالإحباط وبعض الاضطرابات المرضية للأبناء.

كا يؤثر الحرمان العاطفى سلباً على العديد من المتغيرات والخصائص الشخصية وهذ ما أكدته دراسة أحمد محمد نورى وعلى داخل جبر (٢٠١٨) حيث أشارت الدراسة إلى العلاقة السلبية بين الحرمان العاطفى والكفاءة الذاتية لدى تلاميذ المرحلة الإعدادية من الذكور والإناث.

وتختلف تلك الآثار فى حدتها بناء على عدة عوامل ومنها :

العمر الزمنى للطفل : فكلما كان الطفل أصغر سنا كلما كانت الآثار أشد خطورة وتأثيرا عليه فى جميع نواحى النمو .

نوع الطفل : حيث أشارت الدراسات ومنها دراسة فاطمة عبد الله عريف (٢٠١٢) ، غادة أبو ربيع (٢٠١٣)، حنين عادل الشريم (٢٠١٤) إلى أن هناك فروقا بين الذكور والإناث من حيث الآثار المترتبة على الحرمان العاطفى لديهم، حيث أشارت النتائج إلى أن الإناث أكثر تأثراً بالحرمان من الذكور، بينما تشير بعض الدراسات إلى أن الذكور أكثر تأثرا بالضغوط النفسية والحرمان الأسري .

الفروق الفردية : تختلف الاستجابة للحرمان العاطفى والآثار المترتبة عليه باختلاف السمات الشخصية بين الأبناء .

خبرات الإنفصال السابقة : فالأطفال الذين مروا بخبرات إنفصال سابقة وكرروا التجربة أصبحت لديهم حصانة ضد التأثر بالحرمان من أولئك الأطفال الذين لم ينفصلوا عن والديهم (محمد متولى قنديل ، ٢٠٠٦ ، ٥٤)

أسباب الحرمان العاطفى

١- أسباب خاصة بالوالدين والحالة النفسية لهم :

قد يكون عدم الاهتمام بتقديم الرعاية العاطفية من قبل الوالدين تحت ما يسمى بالإساءة الانفعالية ما هو إلا ميكانيزم دفاعى نشأ من خبرات ماضية للآباء ومرورهم بنفس حالة الحرمان منذ نشأتهم الأولى، وهم بذلك يعيدون ما يسمى بدورة الحرمان للأجيال المتعاقبة (عماد محمد مخيمر وعزيز بهلول الظفيري ، ٢٠٠٣ ، ٤٥٢) .

٢- المستوى الاجتماعى والاقتصادى :

تؤدى الضغوط الاجتماعية والاقتصادية على اختلاف صورها إلى عدم اهتمام الوالدين بالجانب الانفعالى العاطفى للأبناء، حيث تدفع تلك الظروف وخاصة الأسر التى تعانى من سوء الأوضاع ومن هم تحت خط الفقر إلى الإساءة الانفعالية لأبناءهم وتعريضهم للعقاب والقسوة بصورة مستمرة مما يلحق بهم الأذى البدنى والنفسي (Koluchova,1996,229) .

٣- حجم الأسرة:

كلما ازداد حجم الأسرة وعدد الأبناء خاصة وبنخفاض المستوى الاقتصادى ترتب على ذلك عدم قدرة الآباء على إشباع الحاجات النفسية للأبناء، كما أن علاقة الآباء بالأبناء فى الأسر الكبيرة تتسم بالبرودة والرفض، على عكس الأسر الصغيرة تكون هنا فرصة أكبر لإقامة نوع من الحوار الهادئ داخل الأسرة مما يحقق توافقا نفسيا وانفعاليا لأفرادها (معاوية أبو غزال ، ٢٠١١ ، ٣٢)

ومن جانب آخر قد يحدث الحرمان العاطفى للأبناء نتيجة للعوامل التالية :

١- فقدان الأم وعدم وجود البديل .

٢- عدم وجود تواصل بين الطفل ووالديه .

٣- عدم الشعور بالأمن والطمأنينة داخل الأسرة .

٤- سيطرة الأم .

٥- انفصال الوالدين بالطلاق .

٦- سوء الأوضاع الاقتصادية والشعور بعدم الكفاية المادية .

٧- رفض الوالدين للطفل بسبب مرض أو إعاقة أو عدم الرغبة فى الإنجاب .

(معاوية ابو غزال ، ٢٠١٣ ، ٦٧) .

أنماط الحرمان العاطفى

١- الحرمان التام (الصريح)

ويحدث نتيجة انفصال الأبناء عن أحد الوالدين أو كليهما بسبب الوفاة، أو الطلاق، أو السفر، أوعدم إقامة الطفل مع الوالدين وإيداعه بدار للأيتام أو الرعاية، ويؤدى ذلك إلى عدم ارتباط الطفل انفعاليا وعاطفيا مع شخص يشعر معه بالأمان والطمأنينة .

٢- الحرمان الجزئي (غير الصريح)

ويحدث عندما يقيم الأبن مع والديه ولكن لا يوجد ارتباط سواء عاطفى او اجتماعى بينهم، حيث لا يتم إشباع احتياجات الطفل العاطفية من قبل والديه ويحدث ذلك نتيجة لعدة أسباب منها انشغال الوالدين إما بالعمل، السفر، عدم الاهتمام بالنمو الانفعالى للأبناء، تعدد الأبناء، انخفاض المستوى الثقافي للأسرة، القسوة فى التربية، خلو الجو الأسري من التعاطف ووجود نوع من الجمود العاطفى بين الزوجين مما ينعكس ويؤثر سلبا على الأبناء، عدم الاهتمام بحل المشاكل الأسرية، عدم وجود احترام متبادل بين الزوجين

فروض البحث

١- توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين الصمت الاختياري والحرمان العاطفى المدرك لدى تلاميذ المرحلة الإعدادية .

٢- لا توجد فروق دالة إحصائيا بين الذكور والإناث من تلاميذ المرحلة الإعدادية فى مستوى الصمت الاختيارى لديهم .

٣- توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين توهم المرض والحرمان العاطفى المدرك لدى تلاميذ المرحلة الإعدادية .

٤- لا توجد فروق دالة إحصائيا بين الذكور والإناث من تلاميذ المرحلة الإعدادية فى مستوى توهم المرض لديهم .

٥- توجد عوامل كامنة وراء ارتفاع درجات بعض تلاميذ المرحلة الإعدادية علي مقياس الصمت الاختياري .

٦- توجد عوامل كامنة وراء ارتفاع درجات بعض تلاميذ المرحلة الإعدادية علي مقياس توهم المرض .

منهج البحث

تم استخدام المنهج الوصفي الارتباطي، والمنهج الإكلينيكي؛ وذلك لمناسبتهما لطبيعة البحث ولتحقيق أهدافه.

عينة البحث

أ- عينة التحقق من الخصائص السيكومترية

تمثلت فى (١١٠) من التلاميذ الملحقون بالصف الأول الإعدادى من الذكور(٤٥) والإناث(٦٥) ، تراوح العمر الزمنى لهم ما بين (١٢-١٣) سنه، وعينة من معلمي المرحلة الإعدادية وقد بلغ عدهم (٥٥) معلما ومعلمة بالتخصصات المختلفة.

ب-عينة البحث الأساسية :

تم تطبيق البحث الحالى على :

أ- عينة من تلاميذ المرحلة الإعدادية ممن يعانون من اضطراب الصمت الاختياري (حيث اتضح للباحثة انخفاض عدد تلاميذ الصف الأول الإعدادى ممن يعانون من الصمت الاختيارى) وتم اختيارهم بطريقة عمدية وفقا لآراء واستجابات المعلمين على مقياس الصمت الاختياري المستخدم بالبحث الحالى (من وجهة نظر المعلمين)، وقد بلغ عددهم (٣٥) تلميذا ملحقون بالصف الأول الإعدادى، (١١) من الذكور، (٢٤) من الإناث، وقد تراوح العمر الزمنى لهم ما بين (١٢ -١٣) سنة، وقد تم تطبيق مقياس الحرمان العاطفى عليهم .

ب-عينة من تلاميذ المرحلة الإعدادية وقد بلغ عددهم (١٠٠) تلميذا وتلميذه تم تطبيق مقياسى توهم المرض والحرمان العاطفى عليهم (٤٥) من الذكور و(٥٥) من الإناث من تلاميذ الصف الأول الإعدادى الملحقون بمدارس (الزهراء، شهداء الثورة، محرم بيك) الإعدادية .

ج- تكونت عينة الدراسة الكلينيكية من حالتين وهى الحالات التى أظهرت نتائج الدراسة السيكومترية حصولهم علي أعلى الدرجات علي مقياسي الصمت الاختياري وتوهم المرض، وقم تم تطبيق استمارة دراسة الحالة والمقابلة التشخيصية عليهم .

أدوات البحث :

تمثلت أدوات البحث الحالى فيما يلي:

الأدوات السيكومترية

١- مقياس الصمت الاختياري لدى تلاميذ المرحلة الإعدادية. إعداد الباحثة

٢- -مقياس توهم المرض لدى تلاميذ المرحلة الإعدادية. إعداد الباحثة

٣- مقياس الحرمان العاطفى لدى تلاميذ المرحلة الإعدادية إعداد الباحثة

الأدوات الكلينيكية

أ- استمارة دراسة الحالة إعداد الباحثة

ب- استمارة المقابلة التشخيصية إعداد الباحثة

وفيما يلي وصفا لأدوات البحث وخصائصها السيكومترية:

١- مقياس الصمت الاختياري لتلاميذ المرحلة الإعدادية (صورة المعلمين)

إعداد الباحثة

الهدف من المقياس:

هدف المقياس إلي التعرف علي حالات الصمت الاختيارى كأحد الاضطرابات النفسية لدى تلاميذ المرحلة الإعدادية.

خطوات بناء المقياس:

تم بناء المقياس في ضوء عدد من الخطوات كالتالي :-

١- القيام بدراسة استطلاعية تمثلت عينتها فى ٢٠ معلما من معلمى الصف الأول الإعدادى بالتخصصات المختلفة، وتمثلت الأدوات فى استبيان مفتوح شمل على التساؤلات التالية .

- هل تلاحظ بعض التلاميذ يمتنعون عن التحدث داخل المدرسة بصورة دائمة ؟
- هل يعانى هؤلاء التلاميذ من أية مشكلات أسرية ، أو مدرسية أو نفسية ؟
- ما مستوى التحصيل الدراسي لهؤلاء التلاميذ ؟
- ما طبيعة العلاقة بين هؤلاء التلاميذ وزملائهم ؟

تم تحليل استجابات المعلمين على الإستبيان وتبين وجود بعض الحالات من التلاميذ يعانون من الصمت، ورفض التحدث والمشاركة الفعالة داخل المدرسة، كما أن هؤلاء التلاميذ البعض منهم يعانى من مشكلات أسرية وفقا لآراء المعلمين، وأشار المعلمين

إلى أن بعض حالات التلاميذ كانوا يعانون من البكاء غير محدد السبب، والحساسية المفرطة للمواقف المختلفة، وعدم الانتظام فى الدراسة لدى البعض منهم، وانخفاض مستوى التحصيل الدراسي لديهم .

٢- الاطلاع على الأطر النظرية والدراسات السابقة وبعض المقاييس التى تناولت الصمت الاختياري ومنها دراسة Jennifer & Christopher (2005) ، فاطمة الزهراء النجار ((٢٠١٥)، سعيد كمال عبد الحميد & Murris Ollendick(2015)، هناء مزعل الذهبي (٢٠١٧) ، Lisa & Jami (2019) وقد لاحظت الباحثة أن غالبية الدراسات اتجهت لدراسة هذا الاضطراب لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية، وعلى الرغم من إجماع الأطر النظرية والدراسات على أن هذا الإضطراب يمكن أن يحدث فى أى مرحلة نتيجة لعدة عوامل هذا ما دعى الباحثة لدراسته لدى تلاميذ المرحلة الإعدادية وخاصة ممن هم فى الصف الأول الإعدادى فى مرحلة الطفولة المتأخرة .

٣- تم بناء المقياس فى صورته الأولية حيث يطبق على التلاميذ من وجهة نظر معلميهم وقد تكونت من ٤٠ مفردة .

٤- عرض المقياس فى صورته الأولية على السادة المحكمين من أساتذة الصحة النفسية بكلية التربية جامعة الإسكندرية *، وذلك بشأن إبداء آرائهم فيما يتعلق بالتعريف الإجرائي للمقياس، ومدى انتماء المفردات للتعريف الإجرائي، وكذلك حذف أو إضافة ما يرونه ملائم من مفردات .

٥- تم الأخذ بتعديلات وملاحظات السادة المحكمين وتم حذف (٦) مفردات، وبذلك أصبح المقياس فى صورته بعد التحكيم ٣٤ مفردة .

٦- إجراء دراسة للخصائص السيكومترية للمقياس حيث تم حذف ٢ مفردة، وبذلك أصبح المقياس فى صورته النهائية مكون من ٣٢ مفردة يتم الإحابة عليه من خلال مقياس خماسي (دائما،غالبا، أحيانا، نادرا، أبدا) حيث تأخذ (دائما)خمس درجات، (غالبا) أربع درجات، (أحيانا) ثلاث درجات،(نادراً) درجتان، (أبداً) درجة واحدة، حيث تبلغ الدرجة العظمى للمقياس (١٦٠) درجة بينما الدرجة الصغرى (٣٢) .

الخصائص السيكومترية لمقياس الصمت الاختياري (صورة المعلمين)

صدق المقياس

صدق المحتوى

تم عرض المقياس على عدد من السادة المحكمين من أعضاء هيئة التدريس بقسم الصحة النفسية لإبداء الرأى فى مفردات المقياس والحذف والتعديل والتأكد من أن المقياس يقيس بالفعل ما وضع لقياسه، وتم الإبقاء على المفردات التى اتفق عليها المحكمين، وحذف بعض المفردات، وتعديل البعض الآخر.

الاتساق الداخلى

قامت الباحثة بحساب الاتساق الداخلى لمقياس الصمت الاختياري من خلال حساب معامل الارتباط بين درجة كل مفردة والدرجة الكلية للمقياس كما هو موضح بجدول (١)

جدول (١) قيم معاملات الارتباط بين درجة كل مفردة من مقياس الصمت الاختياري صورة المعلمين والدرجة الكلية للمقياس(ن= ٥٥)

م	معامل الارتباط	م	معامل الارتباط	م	معامل الارتباط	م	معامل الارتباط
١	٠.٥٥٤	١٠	٠.٤٥٥	١٩	٠.٦٨٢	٢٨	٠.٥٤٩
٢	٠.٥١٤	١١	٠.٥٤٥	٢٠	٠.٨٠٣	٢٩	٠.٧٤٨
٣	٠.٥٠٤	١٢	٠.٥٥٧	٢١	٠.٦٨٨	٣٠	٠.٧٨٢
٤	٠.٦٢٤	١٣	٠.٦٧٠	٢٢	٠.٧١٢	٣١	٠.١٠٦
٥	٠.٦٩٠	١٤	٠.٥٦٢	٢٣	٠.٤٥٣	٣٢	٠.٦٨٧
٦	٠.٥٩٨	١٥	٠.٥٤٢	٢٤	٠.٦٣٨	٣٣	٠.٦٢٧
٧	٠.٢٦١	١٦	٠.٥٩٨	٢٥	٠.٦٣٨	٣٤	٠.٦٥١
٨	٠.٥١٨	١٧	٠.٦١٣	٢٦	٠.٧٤٨		
٩	٠.٤٩٦	١٨	٠.٥١٩	٢٧	٠.٢٨١		

قيمة معامل الارتباط عند مستوى (٠.٠١)= ٠.٤٥١

*تتقدم الباحثة بخالص الشكر للسادة المحكمين

أ.د : أحلام حسن محمود أستاذ ورئيس قسم الصحة النفسية – كلية التربية – جامعة الإسكندرية .

أ.م.د : دعاء عوض عوض أستاذ الصحة النفسية المساعد – كلية التربية – جامعة الإسكندرية .

أ.م.د: جيهان عثمان محمود أستاذ الصحة النفسية المساعد – كلية التربية – جامعة الإسكندرية.

يتضح من جدول(١) أن قيم معاملات الارتباط المحسوبة لمفردات مقياس الصمت الاختياري أكبر من القيمة الجدولية عند مستوى دلالة (٠,٠١) فيما عدا المفردات أرقام ٢٧ ، ٣١ حيث بلغت قيم معاملات الارتباط لها بالترتيب ٠,٢٨١ و ٠,١٠٦ وهى قيم أقل من القيمة الجدولية عند مستوى (٠,٠١) ولذلك تم حذف تلك المفردات.

ثبات المقياس

-تم حساب معامل الثبات الكلى لمقياس الصمت الاختياري باستخدام معامل ثبات ألفا، ومعامل الثبات المعياري، والتجزئة النصفية حيث كانت على الترتيب ٠,٩٣٢، ٠,٩١٢ ، ٠,٩٤٥، ويدل ذلك على أن قيم معاملات ثبات المقياس مرتفعة كما أن قيمة معامل ثبات ألفا قيمة مقبولة وتقترب إلى حد ما من معامل الثبات المعياري

- تم حساب ثبات مفردات مقياس الصمت الاختياري من خلال حساب معامل ثبات ألفا لكرونباك Cronbach`s Alpha ويوضحه جدول (٢)

جدول (٢) معاملات ثبات مفردات مقياس الصمت الاختياري صورة المعلمين(ن=٥٥)

م	معامل الثبات	م	معامل الثبات	م	معامل الثبات	م	معامل الثبات
١	٠.٨٢٧	١٠	٠.٩١٢	١٩	٠.٨٦٣	٢٨	٠.٨٩٣
٢	٠.٨٣٠	١١	٠.٩١٢	٢٠	٠.٩٢٠	٢٩	٠.٨٤٥
٣	٠.٧٢٨	١٢	٠.٩٢٥	٢١	٠.٩١١	٣٠	٠.٨٧٥
٤	٠.٨٦٥	١٣	٠.٩٢٤	٢٢	٠.٩١١	٣١	٠.٩٣٥
٥	٠.٧٦٢	١٤	٠.٩٢٣	٢٣	٠.٩١١	٣٢	٠.٩١١
٦	٠.٩١٠	١٥	٠.٩٢٣	٢٤	٠.٩١٣	٣٣	٠.٨٩٤
٧	٠.٧٣٤	١٦	٠.٩٢٣	٢٥	٠.٩٢٠	٣٤	٠.٩١٥
٨	٠.٨٣٠	١٧	٠.٩٢٣	٢٦	٠.٩٢٢		
٩	٠.٩١٨	١٨	٠.٨٩٢	٢٧	٠.٩٣٣		

يتضح من جدول (٢) أن قيم معاملات ثبات مفردات مقياس الصمت الاختياري أقل من معامل الثبات الكلى للمقياس بطريقة ألفا، مما يدل على ثبات المفردات، فيما عدا المفردة رقم (٢٧) حيث بلغ معامل الثبات لها (٠,٩٣٣) وهي قيمة أكبر من معامل ثبات المقياس ككل، والعبارة رقم (٣١) بلغ معامل الثبات لها (٠.٩٣٥)، ولذلك تم إعادة التحليل بعد حذف تلك المفردات ويوضحه جدول (٣).

جدول (٣) معاملات ثبات مفردات مقياس الصمت الاختياري بعد حذف المفردات التى لها معامل ثبات أكبر من معامل ثبات المقياس(ن=٥٥)

م	معامل الثبات	م	معامل الثبات	م	معامل الثبات	م	معامل الثبات
١	٠.٩٢٧	١٠	٠.٩٢٩	١٩	٠.٩٢٦	٢٨	٠.٩٢٥
٢	٠.٩٢٩	١١	٠.٩٢٩	٢٠	٠.٩٢٤	٢٩	٠.٩٢٥
٣	٠.٩٢٨	١٢	٠.٩٣٠	٢١	٠.٩٢٥	٣٠	٠.٩٢٦
٤	٠.٩٢٦	١٣	٠.٩٢٦	٢٢	٠.٩٢٦	٣١	٠.٩٢٦
٥	٠.٩٢٥	١٤	٠.٩٢٧	٢٣	٠.٩٢٩	٣٢	٠.٩٢٦
٦	٠.٩٢٩	١٥	٠.٩٢٧	٢٤	٠.٩٢٦		
٧	٠.٩٣٠	١٦	٠.٩٢٧	٢٥	٠.٩٢٦		
٨	٠.٩٣٠	١٧	٠.٩٢٧	٢٦	٠.٩٢٥		
٩	٠.٩٢٨	١٨	٠.٩٢٨	٢٧	٠.٩٢٩		

يتضح من جدول (٣) أن قيم معاملات الثبات بطريقة ألفا لكرونباك قيم مرتفعة وذلك بعد حذف االمفردات التى لها معاملات ثبات أكبر من معامل ثبات المقياس ككل، وأن تلك القيم أقل أو تساوي معامل ثبات المقياس ككل، مما يدل على ثبات المفردات وأن حذف أي عبارة يؤثر سلبا على المقياس .

وفى ضوء ما سبق أصبح المقياس فى صورته النهائية مكون من ٣٢ مفردة يتم الإجابة عليه من خلال مقياس خماسي (دائما – غالبا – أحيانا – نادرا – أبدا) حيث تأخذ (دائما) خمس درجات، (غالبا) أربع درجات، (أحيانا)ثلاث درجات، (نادراً) درجتان، (أبداً) درجة واحدة، حيث تبلغ الدرجة العظمى للمقياس (١٦٠) درجة بينما الدرجة الصغرى (٣٢) .

مقياس توهم المرض لدى تلاميذ المرحلة الإعدادية إعداد الباحثة

الهدف من المقياس:

هدف المقياس إلى التعرف على مدى وجود بعض الأوهام المرضية لدى تلاميذ المرحلة الإعدادية والناتجة عن شعورهم بالحرمان العاطفى من قبل الوالدين .

خطوات بناء المقياس:

١- الاطلاع على الأطر النظرية والدراسات السابقة وبعض المقاييس التى تناولت توهم المرض ومنها دراسة كل من تيسير فؤاد أحمد (١٩٩٣)، أحمد عيد الشخانية (٢٠١١)، Brain ,etal.,(2017)، Antonia ,etal.(2017 ، دراسة هناء إبراهيم طالية (٢٠١٨) ، ومقياس توهم المرض إعداد ألفت حقى (٢٠٠٠).

٢- تم بناء المقياس فى صورته الأولية والتى تكونت من ٤٥ مفردة، موزعة على بعدين هما (المعتقدات اللاعقلانية ١٨ مفردة، الأعراض الجسمية ٢٧ مفردة)

٣- عرض المقياس فى صورته الأولية على السادة المحكمين من أساتذة الصحة النفسية بكلية التربية جامعة الإسكندرية، وذلك بشأن إبداء آرائهم فيما يتعلق بالتعريف الإجرائي للمقياس، ومدى انتماء المفردات للتعريف الإجرائي، وكذلك حذف أو إضافة ما يرونه ملائم من مفردات .

٤- تم الأخذ بتعديلات وملاحظات السادة المحكمين وتم حذف ٥ مفردات (٢ مفردة من البعد الأول، و ٣ مفردات من البعد الثانى) وبذلك أصبح المقياس فى صورته بعد التحكيم ٤٠ مفردة، موزعة على بعدين (الأول المعتقدات اللاعقلانية ١٦ مفردة ، الثانى الأعراض الجسمية ٢٤ مفردة) :

٥- إجراء دراسة للخصائص السيكومترية للمقياس وأسفر التحليل العاملى عن حذف ٤ مفردات

(٣ مفردات من البعد الأول، ومفردة واحدة من البعد الثانى)، وبذلك أصبح المقياس فى صورته النهائية مكون من ٣٦ مفردة ، موزعة على بعدين هما **البعد الأول** : المعتقدات اللاعقلانية وتمثلت فى ١٣ مفردة ، أرقام (٩ ،١١ ،١٣ ، ١٤ ، ١٥ ، ١٨ ، ٢١ ، ٢٢ ، ٢٥ ، ٢٦ ، ٣١ ، ٣٤ ، ٣٥)، **البعد الثانى** : الأعراض الجسمية وثمثلت فى ٢٣ مفردة ، أرقام (١ ، ٢ ،٣ ،٤ ،٥ ،٦ ،٧ ، ٨، ١٠ ، ١٢ ، ١٦ ، ١٧ ، ١٩ ، ٢٠ ، ٢٣ ، ٢٤ ، ٢٧ ، ٢٨ ، ٢٩ ، ٣٠ ، ٣٢ ، ٣٣ ، ٣٦).

٦- يتم الإجابة علي المقياس من خلال مقياس خماسي (دائما، غالبا، أحيانا، نادرا، أبدا) حيث تأخذ دائما خمس درجات، غالبا أربع درجات، أحيانا ثلاث درجات، نادرا درجتان، أبدا درجة واحدة، حيث تبلغ الدرجة العظمى للمقياس (١٨٠) درجة بينما الدرجة الصغرى (٣٦)، وتدل الدرجة المرتفعه على المقياس على ارتفاع حالة التوهم المرضي لدى التلميذ بينما تدل الدرجة المنخفضة على انخفاض درجة التوهم المرضي.

الخصائص السيكومترية لمقياس توهم المرض

صدق المقياس

صدق المحتوى

تم عرض المقياس على عدد من السادة المحكمين من أعضاء هيئة التدريس بقسم الصحة النفسية لإبداء الرأى فى مفردات المقياس والحذف والتعديل والتأكد من أن المقياس يقيس بالفعل ما وضع لقياسه، وتم الإبقاء على المفردات التى اتفق عليها المحكمين ، وحذف بعض المفردات ، وتعديل البعض الآخر.

الصدق العاملى لمقياس توهم المرض .

تم حساب الصدق العاملى لمقياس توهم المرض من خلال استخدام طريقة المكونات الأساسية Principal Component، وتدوير المحاور بطريقة Vairmax تدويرا متعامدا واستخراج العوامل التى لا يقل الجذر الكامن لها عن الواحد الصحيح، ويزيد تشبعها عن (٠,٣) وفقا لمحك كايرز، وأسفر التحليل العاملى عن حذف عدد ٤ مفردات حيث لم تصل قيم التشبع لها إلى ٠,٣ بينما تشبع ٣٦ مفردة بعاملان بعد التدوير جذورهما الكامنة أكبر من الواحد الصحيح، ويوضح جدول (٤) تشبعات عبارات العوامل والجذر الكامن لها

جدول (٤) تشبعات مفردات مقياس توهم المرض (ن= ١١٠)

العامل الأول		العامل الثانى			
العبارة	التشبع	العبارة	التشبع	العبارة	التشبع
٩	٠,٧٨١	١	٠,٦٥١	٢٠	٠,٥٦٢
١١	٠,٧٥١	٢	٠,٨٩١	٢٣	٠,٧٥٢
١٣	٠,٧٤٢	٣	٠,٦٣٠	٢٤	٠,٥٢٢
١٤	٠,٥٩٣	٤	٠,٧٢٢	٢٧	٠,٦٩٣
١٥	٠,٥٥٢	٥	٠,٦٨٢	٢٨	٠,٦١٤
١٨	٠,٦٣١	٦	٠,٧٣١	٢٩	٠,٦٧٤
٢١	٠,٦٩٣	٧	٠,٦٩٢	٣٠	٠,٥٣٣
٢٢	٠,٧٥٠	٨	٠,٦٨٣	٣٢	٠,٤٨٣
٢٥	٠,٧٧٠	١٠	٠,٦٤٣	٣٣	٠,٤٧٢
٢٦	٠,٧٣٢	١٢	٠,٥٤٠	٣٦	٠,٥٤٢
٣١	٠,٨٢٢	١٦	٠,٤٩٠		
٣٤	٠,٥٨٥	١٧	٠,٦٣٠		
٣٥	٠,٨٦١	١٩	٠,٦٩١		
الجذر الكامن	٩,٢٦٣		١٤,٥٢٠		
نسبة التباين	٢٢,٥٥٣		٣٦,١١		

يتضح من جدول (٤) مايلي

- العامل الأول لمقياس توهم المرض تشبع عليه (١٤) عبارة، وتراوحت قيم التشبع ما بين (٠.٥٥٢ – ٠,٨٦١) وبلغ الجذر الكامن له (٩,٢٦٣) ونسبة التباين (٢٢,٥٥٣) وتشير هذه العبارت إلى ما لدى التلميذ من أفكار ومعتقدات غير منطقية فما يتعلق بالجانب البدنى له وما يشعر به من أمراض جسمية ويمكن تسمية هذا العامل " **المعتقدات اللاعقلانية** " .
- العامل الثاني لمقياس توهم المرض تشبع عليه (٢٣) عبارة، وتراوحت قيم التشبع له بين (٠,٤٧٢ – ٠,٨٩١) وبلغ الجذر الكامن له (١٤,٥٢٠) ونسبة التباين (٣٦,١١) وتشير هذه العبارات إلى بعض الأعراض البدنية لدى التلميذ نتيجة لشعوره بحرمان عاطفى من قبل والديه مما ينعكس سلبا على كلا من الجانبين النفسي والبدنى له " ويمكن تسمية هذا العامل " **الأعراض الجسمية** "

أى أن مقياس توهم المرض تشبع عليه ٣٦ مفردة وزعت على عاملين هما (المعتقدات اللاعقلانية، الأعراض الجسمية) وقد بلغ الجذر الكامن لها ٢٣,٧٨٣، ونسبة التباين الكلى ٥٨,١١% .

صدق التكوين

تم حساب صدق توهم المرض باستخدام صدق التكوين وهو عبارة عن معاملات الارتباط بين أبعاد المقياس بعضها البعض وبين درجة كل بعد والدرجة الكلية للمقياس ويوضحه جدول (٥)

جدول (٥) معاملات الارتباط البينية لمقياس توهم المرض وبين درجة كل بعد والدرجة الكلية للمقياس(ن =١١٠)

أبعاد المقياس	المعتقدات اللاعقلانية	الأعراض الجسمية
المعتقدات اللاعقلانية	--	ـــــ
الأعراض الجسمية	٠.٦٢٣	--
الدرجة الكلية	٠.٦٨٥	٠.٦٨١

قيمة معامل الارتباط الجدولية مستوى دلالة (٠.٠١)=٠.٤٥١

يتضح من جدول (٥) أن قيم معاملات الارتباط بين أبعاد مقياس توهم المرض بعضها البعض، وبين كل منها والدرجة الكلية للمقياس أكبر من القيمة الجدولية عند مستوى دلالة (٠.٠١)، مما يدل على قوة العلاقة بين الأبعاد بعضها البعض وبينها وبين الدرجة الكلية، مما يشير إلى صدق المقياس وأنه يقيس ما وضع من أجله .

كما تم التأكد من صدق المقياس من خلال حساب معامل الارتباط بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية لمقياس توهم المرض ويوضحه جدول (٦)

جدول (٦) معاملات الارتباط بين درجة كل مفردة والدرجة الكلية لمقياس توهم المرض(ن=١١٠)

رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط
١	٠.٧٤٦	٩	٠.٨٣٥	١٧	٠.٦٢٣	٢٥	٠.٧٣٥	٣٣	٠.٦٣٤
٢	٠.٦٣٦	١٠	٠.٨٢٦	١٨	٠.٧٨٥	٢٦	٠.٧٤٩	٣٤	٠.٨٣٣
٣	٠.٧٩١	١١	٠.٨٢٣	١٩	٠.٦٤٤	٢٧	٠.٨٩٤	٣٥	٠.٧٥٩
٤	٠.٦٦٤	١٢	٠.٥٤٣	٢٠	٠.٦٤٥	٢٨	٠.٦٣٤	٣٦	٠.٨٦٥
٥	٠.٦٩٤	١٣	٠.٨٣١	٢١	٠.٧٣٨	٢٩	٠.٨٣٣		
٦	٠.٧٢٨	١٤	٠.٨٣٧	٢٢	٠.٧١٠	٣٠	٠.٧٥٩		
٧	٠.٦٧٢	١٥	٠.٤٥١	٢٣	٠.٨٨٤	٣١	٠.٧٤٩		
٨	٠.٨١٠	١٦	٠.٦٨٨	٢٤	٠.٦٢٩	٣٢	٠.٨٩٤		

قيمة معامل الارتباط الجدولية مستوى دلالة (٠.٠١)=٠.٤٥١

يتضح من جدول (٦) أن قيم معاملات الارتباط بين درجة المفردة والدرجة الكلية لمقياس توهم المرض قيم أكبر من القيمة الجدولية عند مستوى دلالة (٠.٠١) مما يدل على صدق عبارات المقياس.

الاتساق الداخلي

تم التأكد من الاتساق الداخلي لمقياس توهم المرض وذلك بحساب معامل ارتباط المفردة مع الدرجة الكلية للبعد الذى تنتمي إليه كما هو موضح بجدول رقم (٧)

جدول (٧) معاملات الارتباط بين درجة كل مفردة لمقياس توهم المرض والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه

المعتقدات اللاعقلانية				الأعراض الجسمية					
رقم المفردة	معامل الارتباط	رقم المفردة	معامل الارتباط	رقم المفردة	معامل الارتباط	رقم المفردة	معامل الارتباط	رقم المفردة	معامل الارتباط
٩	٠,٨٣١	٢٦	٠,٧١٤	١	٠,٥٦٢	١٢	٠,٧٣٧	٢٩	٠,٥٣٩
١١	٠,٦٢٧	٣١	٠,٦٥٣	٢	٠,٧١٠	١٦	٠,٦٨٩	٣٠	٠,٥٤٦
١٣	٠,٧٠٤	٣٤	٠,٦٠٠	٣	٠,٥٠٣	١٧	٠,٧٢١	٣٢	٠,٧٦٢
١٤	٠,٦٦٧	٣٥	٠,٧٥١	٤	٠,٦٧٧	١٩	٠,٧٥٧	٣٣	٠,٧١٢
١٥	٠,٦٥٤			٥	٠,٧٦٥	٢٠	٠,٧٠٩	٣٦	٠,٨٠٢
١٨	٠,٥٦٧			٦	٠,٥٤١	٢٣	٠,٧٢١		
٢١	٠,٧٦٣			٧	٠,٧٣١	٢٤	٠,٦٨٣		
٢٢	٠,٥١٨			٨	٠,٥٤٣	٢٧	٠,٦١٢		
٢٥	٠,٦٧٢			١٠	٠,٦٧٤	٢٨	٠,٤٩٩		

قيمة معامل الارتباط الجدولية مستوى دلالة (٠.٠١)=٠.٤٥١

يتضح من جدول (٧) أن قيم معاملات الارتباط بين مفردات كل بعد من أبعاد مقياس توهم المرض والدرجة الكلية للبعد الذى تنتمي إليه قيم أكبر من القيمة الجدولية عند مستوى دلالة (٠.٠١) ، وبالتالي نستنتج من ذلك أن هذه الأبعاد وما تحويه من عبارات تحقق أهداف القياس المرجوة في المقياس.

ثبات المقياس

تم التأكد من ثبات أبعاد مقياس توهم المرض بطريقة ألفا كرونباك، وطريقة التجزئة النصفية كما هو موضح بجدول (٨)

جدول (٨) معاملات ثبات أبعاد مقياس توهم المرض بطريقة الفا كرونباك والتجزئة النصفية

أبعاد المقياس	معامل ثبات ألفا	معامل الثبات المعياري	التجزئة النصفية	
			معامل الإرتباط	معامل الثبات
المعتقدات اللاعقلانية	٠.٨٨٥	٠.٨٧٢	٠.٨٦٢	٠.٨٩٠
الأعراض الجسمية	٠.٨٦٥	٠.٨٤٤	٠.٧٩٦	٠.٨٩٠
الثبات الكلي	٠.٨٨٨	٠.٨٩٧	٠.٧٤٥	٠.٨٧٨

يتضح من جدول (٨) أن قيم معاملات الإرتباط بطريقة التجزئة النصفية قيم دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (٠.٠١) ، وأن قيم معاملات ثبات ألفا كرونباك تقترب إلى حد كبير مع الثبات المعياري.

كما تم حساب ثبات مفردات ابعاد مقياس توهم المرض من خلال حساب معامل ثبات الفا لكرونباك Cronbach`s Alpha ويوضحه جدول (٩)

جدول (٩) معاملات ثبات مفردات أبعاد مقياس توهم المرض (ن=١١٠)

المعتقدات اللاعقلانية				الأعراض الجسمية					
رقم المفردة	معامل الثبات	رقم المفردة	معامل الثبات	رقم المفردة	معامل الثبات	رقم المفردة	معامل الثبات	رقم المفردة	معامل الثبات
٩	**٠.٨٧٥**	٢٦	٠,٨١٤	١	٠,٨٢٥	١٢	٠,٦٢٦	٢٩	٠,٨٤٨
١١	**٠.٨٧٦**	٣١	٠,٨٥٤	٢	٠,٦٢٠	١٦	٠,٦٧١	٣٠	٠,٨٦١
١٣	**٠.٨٧١**	٣٤	٠,٧٢٢	٣	٠,٨٤٧	١٧	٠,٧٤٧	٣٢	٠,٨٦٠
١٤	**٠.٨٣٣**	٣٥	٠,٨٢١	٤	٠,٧٩٢	١٩	٠,٨٨٣	٣٣	٠,٧٣٤
١٥	**٠.٧٨٥**			٥	٠,٧٩٠	٢٠	٠,٧٤٢	٣٦	٠,٨٠٢
١٨	**٠.٧٦٣**			٦	٠,٧١١	٢٣	٠,٨٥٥		
٢١	**٠.٨١١**			٧	٠,٨١٦	٢٤	٠,٨٤٥		
٢٢	**٠.٨٧٠**			٨	٠,٧٣٠	٢٧	٠,٨٥٣		
٢٥	**٠.٨٤٣**			١٠	٠,٦٧٩	٢٨	٠,٨٥٥		

يتضح من جدول (٩) أن قيم معاملات ثبات مفردات كل بعد أقل من معامل ثبات ألفا للبعد الذى تنتمى إليه المفردة، وكذلك أقل من معامل الثبات الكلى للمقياس مما يدل على تمتع المقياس بدرجة عالية من الثبات

مقياس الحرمان العاطفى المدرك لتلاميذ المرحلة الإعدادية إعداد الباحثة

الهدف من المقياس: قياس درجة الحرمان العاطفى كما يدركه تلاميذ المرحلة الاعدادية داخل الأسرة ومن قبل الوالدين .

خطوات بناء المقياس، تم بناء المقياس في ضوء عدد من الخطوات كالتالي :-

١- الاطلاع على الأطر النظرية والدراسات السابقة وبعض المقاييس التى تناولت الحرمان العاطفى المدرك للأبناء ومنها دراسة أشواق سامى لموزة (٢٠٠٩)، حنين عادل الشريم (٢٠١٤)، أزهار عبود الجوارى و عقيل نجم عبد السعدى (٢٠١٦) ، موكحلة نبيلة (٢٠١٧)، بلسم عواد عسل (٢٠١٨) .

٢- تم بناء المقياس فى صورته الأولية والتى تكونت من ٤٩ مفردة .

٣- عرض المقياس فى صورته الأولية على السادة المحكمين من أساتذة الصحة النفسية بكلية التربية جامعة الإسكندرية، وذلك بشأن إبدار آرائهم فيما يتعلق بالتعريف الإجرائي للمقياس، ومدى انتماء المفردات للتعريف الإجرائي، وكذلك حذف أو إضافة ما يرونه ملائم من مفردات .

٤- تم الأخذ بتعديلات وملاحظات السادة المحكمين وتم حذف ٦ مفردات وتعديل صياغة ٨ مفردات أخرى، وبذلك أصبح المقياس فى صورته بعد التحكيم ٤٣ مفردة .

٥- إجراء دراسة للخصائص السيكومترية للمقياس، وبذلك أصبح المقياس فى صورته النهائية مكون من ٤٣ مفردة يتم الإجابة عليه من خلال مقياس خماسي (دائما، غالبا، أحيانا، نادرا، أبدا) حيث تأخذ دائما خمس درجات، غالبا أربع درجات، أحيانا ثلاث درجات، نادرا درجتان، أبدا درجة واحدة، حيث تبلغ الدرجة العظمى للمقياس(٢١٥) ، بينما تبلغ الدرجة الصغرى (٤٣)، وتدل الدرجة المرتفعة على شعور التلميذ بمستوى عالٍ من الحرمان العاطفى .

الخصائص السيكومترية لمقياس الحرمان العاطفى

صدق المقياس

صدق المحتوى

تم عرض المقياس على عدد من السادة المحكمين من أعضاء هيئة التدريس بقسم الصحة النفسية لإبداء الرأى فى مفردات المقياس والحذف والتعديل والتأكد من أن المقياس يقيس بالفعل ما وضع لقياسه، وتم الإبقاء على المفردات التى اتفق عليها المحكمين، وحذف بعض المفردات، وتعديل البعض الآخر .

الاتساق الداخلى

قامت الباحثة بحساب الاتساق الداخلى لمقياس الحرمان العاطفى المدرك من خلال حساب معامل الارتباط بين درجة كل مفردة والدرجة الكلية للمقياس كما هو موضح بجدول (١٠)

جدول (١٠) قيم معاملات الارتباط بين درجة كل مفردة من مقياس الحرمان العاطفى المدرك والدرجة الكلية للمقياس (ن=١١٠)

م	معامل الارتباط	م	معامل الارتباط	م	معامل الارتباط	م	معامل الارتباط
١	٠.٧٤٢	١٢	٠.٨١٦	٢٣	٠.٧٧٥	٣٤	٠.٦٩٤
٢	٠.٧٤٠	١٣	٠.٦٨٩	٢٤	٠.٨٨٧	٣٥	٠.٨١٣
٣	٠.٤٥٦	١٤	٠.٨٠٤	٢٥	٠.٦٨٣	٣٦	٠.٧٢٤
٤	٠.٦٩٤	١٥	٠.٦٦٨	٢٦	٠.٨٦٣	٣٧	٠.٨٤٠
٥	٠.٦٥٦	١٦	٠.٧٩٥	٢٧	٠.٨٧٧	٣٨	٠.٧٦٢
٦	٠.٦٦٣	١٧	٠.٦٦٤	٢٨	٠.٧٣٣	٣٩	٠.٧٥٦
٧	٠.٧٧٠	١٨	٠.٨٧١	٢٩	٠.٧٩٦	٤٠	٠.٧٤٤
٨	٠.٧١٣	١٩	٠.٥٧١	٣٠	٠.٧٦٠	٤١	٠.٧٦٥
٩	٠.٧٧٦	٢٠	٠.٦٦٢	٣١	٠.٨٥١	٤٢	٠.٨٩٥
١٠	٠.٧٢٢	٢١	٠.٦٥٤	٣٢	٠.٦٩٠	٤٣	٠.٨٧٧
١١	٠.٥٣٧	٢٢	٠.٨٨٤	٣٣	٠.٨٠٦		

قيمة معامل الارتباط عند مستوى (٠.٠١)= ٠.٤٥١

يتضح من جدول(١٠) أن قيم معاملات الارتباط المحسوبة لمفردات مقياس الحرمان العاطفى المدرك أكبر من القيمة الجدولية عند مستوى دلالة(٠,٠١) مما يدل على صدق عبارات المقياس .

ثبات المقياس

- تم حساب معامل الثبات الكلى لمقياس الحرمان العاطفى المدرك باستخدام معامل ثبات ألفا، ومعامل الثبات المعياري، حيث كانت على الترتيب ٠,٩٧٦،

٠,٩٢٣، ويدل ذلك على أن قيم معاملات ثبات المقياس مرتفعة كما أن قيمة معامل ثبات ألفا قيمة مقبولة وتقترب إلى حد ما من معامل الثبات المعياري .

- تم حساب ثبات مفردات مقياس الحرمان العاطفى المدرك من خلال حساب معامل ثبات الفا لكرونباك Cronbach`s Alpha ويوضحه جدول (١١).

جدول (١١) معاملات ثبات مفردات مقياس الحرمان العاطفى المدرك(ن=١١٠)

م	معامل الثبات	م	معامل الثبات	م	معامل الثبات	م	معامل الثبات
١	٠.٩٧٣	١٢	٠.٩٧١	٢٣	٠.٧٨٩	٣٤	٠.٨٧٥
٢	٠.٨٦٦	١٣	٠.٩٣٢	٢٤	٠.٨٧٢	٣٥	٠.٨٧٥
٣	٠.٩٧١	١٤	٠.٨٣٤	٢٥	٠.٨٢٤	٣٦	٠.٨٧٥
٤	٠.٩٠٠	١٥	٠.٩٧١	٢٦	٠.٩٧٣	٣٧	٠.٨٩٧
٥	٠.٨٤٣	١٦	٠.٨١٨	٢٧	٠.٨٧٩	٣٨	٠.٨٣٤
٦	٠.٩٢٢	١٧	٠.٨١٣	٢٨	٠.٨٣٢	٣٩	٠.٨٥٢
٧	٠.٩٢١	١٨	٠.٩١٢	٢٩	٠.٧٤٢	٤٠	٠.٧٦٨
٨	٠.٩٣٥	١٩	٠.٨٢٢	٣٠	٠.٥٦٩	٤١	٠.٨٧٤
٩	٠.٨٤١	٢٠	٠.٩٣٨	٣١	٠.٨٧٢	٤٢	٠.٨٣١
١٠	٠.٩٦١	٢١	٠.٨٧١	٣٢	٠.٩١١	٤٣	٠.٩٧٥
١١	٠.٩١٧	٢٢	٠.٩٢٧	٣٣	٠.٩٢٠		

يتضح من جدول (١١) أن قيم معاملات ثبات مفردات مقياس الحرمان العاطفى المدرك أقل من معامل الثبات الكلى للمقياس بطريقة ألفا، مما يدل على ثبات المفردات .

الأدوات الكلينيكية

استمارة دراسة الحالة (إعداد الباحثة)

تم إعداد إستمارة لدراسة حالة أفراد العينة من تلاميذ المرحلة الإعدادية والتي أظهرت نتائج الدراسة السيكومترية حصولهم علي أعلى الدرجات علي مقياسي (الصمت الاختياري وتوهم المرض)، وذلك بهدف الحصول علي مجموعة متنوعة من المعلومات والبيانات عن عينة البحث من تلاميذ الصف الأول الإعدادى وتتمثل فيما يلي :

- بيانات شخصية : الإسم، النوع، العمر الزمنى، إسم المدرسة ، الفرقة الدراسية
- بيانات الأسرة : إسم الأب، مهنته، مستوى تعليم الأب، وإسم الأم، مهنتها، مستوى تعليم الأم، عدد الأخوة بالمنزل، والمستوى الدراسي لهم، وأعمارهم، طبيعة العلاقة بين الحالة والأم والأب
- المستوى الاقتصادى والاجتماعى للأسرة .

- طبيعة العلاقة الأسرية : من حيث العلاقة بين الأم والأب هل مستقرة أم مضطربة، الانفصال وحالات الطلاق، وفاء أحد الوالدين.
- التاريخ الصحى للتلميذ من حيث الأمراض المزمنة التى يعانى منها ،الفحص الطبي الدورى، العمليات التى تم اجراءها ،التعرض لحوادث أو إصابات.
- المستوى التعليمي للتلميذ وللوالدين .
- الاهتمامات ، والهوايات المفضلة .
- الاختبارات النفسية ، والإكلينكية التي استخدمت مع الحالة في الماضي.
- ملاحظات علي سلوك الحالة.

استمارة المقابلة التشخيصية (إعداد الباحثة)

هدفت إلي تشخيص حالة التلاميذ موضع البحث الحالى، والتعرف علي المشكلات والضغوط التي يتعرضون لها، وطبيعة علاقاتهم الأسرية مع الوالدين، ومدى شعورهم بالحرمان العاطفى من قبل الوالدين، وتأثير ذلك على ظهور بعض المشكلات والاضطرابات لديهم، وعدم رغبتهم فى التفاعل الاجتماعى، والرغبة فى الانعزال عن المجتمع وعدم التحدث خارج البيئة المنزلية أو حتى داخلها، أو شعورهم ببعض الأعراض الجسدية المرضة نتيجة ذلك ، والهدف الاساسي من تلك المقابلة هو تحديد العوامل الكامنة وراء ارتفاع مستوى الصمت الاختياري وتوهم المرض لدى حالات كلينيكية من تلاميذ المرحلة الإعدادية .

نتائج البحث

أولا : نتائج الدراسة السيكومترية

نتائج الفرض الأول ومناقشتها

ينص الفرض الأول على " توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين الصمت الاختياري و الحرمان العاطفى المدرك لدى تلاميذ المرحلة الإعدادية "

لإختبار صحة الفرض تم استخدام معامل الارتباط لبيرسون و سبيرمان كما هو موضح بجدول (١٢)

جدول (١٢) معاملات الارتباط بين اضطراب الصمت الاختيارى و الحرمان العاطفى المدرك لدى تلاميذ المرحلة الإعدادية (ن= ٣٥)

معاملات الارتباط	اضطراب الصمت الاختياري			
	معامل ارتباط (بيرسون)		معامل ارتباط (سبيرمان)	
	قيمة الارتباط	مستوى الدلالة	قيمة الارتباط	مستوى الدلالة
الحرمان العاطفى المدرك	٠,٣٥٥	٠.٠٥ (دال احصائيا)	٠,٣٣٤	٠.٠٥ (دال احصائيا)

قيمة معامل الارتباط عند مستوى ٠.٠٥ = ٠.٣١١ قيمة معامل الارتباط عند مستوى (٠.٠١)=٠.٣٦٧

يتضح من جدول (١٢) الخاص بالعلاقة الإرتباطية بين اضطراب الصمت الاختياري و الحرمان العاطفى المدرك لدى تلاميذ المرحلة الإعدادية وجود علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠.٠٥) بينهما، حيث كانت قيمة معامل الارتباط المحسوبة أكبر من القيمة الجدولية عند مستوى (٠.٠٥) ، وأقل منها عند مستوى (٠,٠١).

تتفق نتائج الفرض الأول للبحث مع نتائج دراسة كل من عبد الفتاح على غزال (١٩٩٣) والتى أشارت إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة بين الصمت الاختياري والاضطراب الأسري وعدم شعور الطفل بالأمن والراحة النفسية داخل الأسرة ،وقد أجريت الدراسة على أطفال الروضة، كما اتفقت نتائج البحث الحالى مع نتائج دراسة أنطون جابي كامل (٢٠١٣) والتى أشارت أن الصمت الاختياري لدى الأطفال قد ينتج عن شعورهم بحالة من عدم الاستقرار النفسي الأسري الناتج عن الخوف من فقد أحد الوالدين، أو إهمال الطفل نتيجة لإنشغال الوالدين بالعمل أو بأطفال أخرى، وكذلك نتائج دراسة فاطمة الزهراء النجار (٢٠١٥) والتى أشارت إلى أن حالات الصمت الاختياري تنشأ نتيجة للظروف البيئية والأسرية الغير ملائمة التى يعيشها الطفل، الأمر الذى يصل بالطفل إلى حالة من الاضطراب الشديد يحتاج خلالها إلى رعاية نفسية مكثفة للحد من شدة الاضطراب، كما أشارت دراسية ليزا وجيمي Lisa &· Jami(2018) إلى أن البيئة الأسرية والارتباط العاطفى الذى يشعر به الطفل من قبل الوالدين له الأثر القوى فى مدى ظهور اضطراب الصمت الاختيارى وتطوره.

ويمكن تفسيرذلك فى ضوء أن تلاميذ المرحلة الإعدادية وهم فى نهاية مرحلة الطفولة المتأخرة وبداية المراهقة يمرون بتغيرات نفسية، وانفعالية، وجسمية تجعلهم شديدى الحساسية لأى مؤثرات بيئية محيطة، فهم ينشغلون بصورة شديدة بطبيعة الأحداث

الحياتية التى يمرون بها، وكذلك نمط معاملة الكبار وخاصة الوالدين لهم ، كما أن احتياجاتهم فى تلك المرحلة لا تقتصر على الإشباع المادى فقط كما كان فى المراحل السابقة ولكنهم بحاجة شديدة للإشباع العاطفى أيضاً، ولذلك فإن الإضطرابات الأسرية وعدم الإستقرار الأسري يمثل بالنسبة لهم الإهتمام الأساسي، وبالتالى خلال تلك المرحلة النمائية يكون اهتمام التلميذ بإثبات ذاته، ودخوله إلى عالم الكبار، ورغبته فى الشعور بتقبل الوالدين له، ولذلك يمكن أن يحدث الصمت الاختياري كما أشار برينو وآخرون (Prino,etal.,(2016 و(فريد مصطفى الخطيب ، ٢٠٠٦: ٤٥) نتيجة لعدة عوامل منها الفشل فى تكوين علاقات اجتماعية وصداقات مع الأقران من نفس المرحلة العمرية، كذلك انتقال التلميذ من مرحلة تعليمية إلى مرحلة أخرى أو من مدرسته الإبتدائية التى قضى فيها سنوات عدة واعتاد على أصدقاء ومعلمين إلى مدرسة إعدادية أخرى وأصدقاء جدد ومعلمين جدد وبيئة مختلفة عليه قد يسبب له حالة من عدم الاستقرار النفسي والانفعالى فى حالة عدم قدرته على التوافق مع تلك المتغيرات الجديدة، أو السخرية بصفة مستمرة من سلوكيات التلميذ وردود أفعاله فى المواقف المختلفة، وكثرة الانتقادات التى يتعرض لها الطفل خاصة من الوالدين، وقد تنشأ أيضا حالات الصمت الاختياري نتيجة لشعور بعض الأطفال فى تلك المرحلة بحالة من الجفاء العاطفى من قبل الوالدين، أو القسوة الشديدة منهما وعدم احتواء ما يحدث لهم من تغيرات على الجانبين الجسمي والنفسي .

نتائج الفرض الثانى ومناقشتها

ينص الفرض الثانى على " لا توجد فروق دالة إحصائيا بين الذكور والإناث من تلاميذ المرحلة الإعدادية فى مستوى الصمت الاختيارى لديهم "

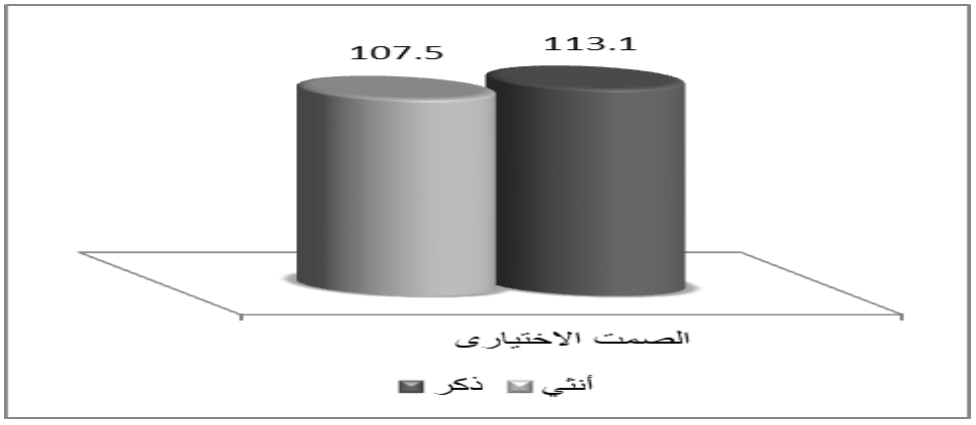
للتحقق من صحة الفرض تم استخدام اختبار " ت " لدلالة الفروق بين الذكور والإناث فى درجة الصمت الاختيارى كما هو موضح بجدول (١٣)

جدول (١٣) نتائج اختبار " ت " لدلالة الفروق بين الذكور والإناث فى درجة الصمت الاختياري (٣٥)

المتغير / الدلالة الإحصائية	ذكر		أنثي		الفرق بين المتوسطين	قيمة (ت)	مستوى الدلالة
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري			
الصمت الاختيارى	١١٣.١٠	١٥.٨٧	١٠٧.٥٠	١٦.٨٨	٥.٦٠	٠.٨٦	غير دال

قيمة (ت) عند مستوى ٠.٠٥ = ١.٧١ ، عند مستوى (٠.٠١) =٢.٤٨

ويوضح شكل (٢) نتائج المقارنة بين الذكور والإناث فى درجة الصمت الاختياري لديهم



شكل (٢) يوضح المقارنة بين الذكور والاناث فى متوسطات الصمت الاختيارى

يتضح من جدول (١٣) ، وشكل (٢) عدم وجود فروق دالة إحصائيا بين الذكور والإناث فى درجة الصمت الاختيارى ، حيث كانت قيمة " ت " المحسوبة أقل من القيمة الجدولية عند مستوي ٠.٠٥ ، وعند مستوى ٠,٠١.

تتفق نتائج الفرض الثانى مع نتائج دراسة جينفر وكريستوفر Jennifer & Christopher (2005) والتى أشارت إلى أن الصمت الاختياري لا يتأثر بالنوع بقدر ما يعتمد على الظروف والمسببات التى أدت إليه ومدى قدرة الطفل على الإستجابة لتلك المسببات ، وكذلك نتائج دراسة كلاديو وآخرون (2019) Claudio ,etal., والتى أكدت على ارتباط الصمت الاختياري بحالة من القلق العام يشعر بها الطفل ويترتب عليه رفضه للحديث فى المواقف الاجتماعية ولا يختلف حدة الاضطراب باختلاف النوع ذكور وإناث .

ويمكن تفسير ذلك فى ضوء أن مرحلة الطفولة المتأخرة وبداية المراهقة تتميز عن غيرها من فترات العمر بكثرة ما تمتلئ به من مشكلات، ومن بين تلك المشكلات مشكلة علاقة التلميذ مع الكبار وخصوصا الآباء، ومحاولة التخلص من السلطة والشعور بالإستقلال نوعا ما، كما يتعرض كلا من الذكور والإناث على حد السواء إلى حالة من الصراع الناتج عن التغيرات البيولوجية، الجسدية، والنفسية التي تطرأ عليهم في هذه المرحلة، وقد يعتري االتلميذ فى تلك المرحلة العمرية حالات من اليأس والحزن والألم التي لا يعرف لها سبباً، حيث يرغب فى التحرر من سلطة الوالدين وفي الوقت نفسه لا يستطيع أن يبتعد عنهم؛ لأنهم مصدر الأمن والطمأنينة ومنبع الجانب المادي لديه، وهذا التعارض بين الحاجة إلى الإستقلال والحاجة إلى الاعتماد على الوالدين، وعدم فهم الأهل لطبيعة المرحلة وكيفية التعامل مع سلوكيات التلميذ، وكذلك شعور التلميذ بعد الانتماء لفئة محددة هل عالم الكبار أو الصغار ؟، يؤدي ذلك إلى حالة من عدم التوازن النفسي، وظهور العديد من المشكلات والاضطرابات على حد السواء لدى الذكور والإناث ومنها الصمت الاختياري .

نتائج الفرض الثالث ومناقشتها

ينص الفرض الثالث على " توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين توهم المرض والحرمان العاطفى المدرك لدى تلاميذ المرحلة الإعدادية "

للتحقق من صحة الفرض تم حساب قيمة معامل الارتباط لبيرسون وسبيرمان بين كل من توهم المرض والحرمان العاطفى المدرك كما هو موضح بجدول (١٤)

جدول (١٤) معامل الارتباط بين اضطراب توهم المرض والحرمان العاطفى المدرك لدى تلاميذ المرحلة الإعدادية

معاملات الارتباط	اضطراب توهم المرض			
	معامل ارتباط (بيرسون)		معامل ارتباط (سبيرمان)	
	قيمة الارتباط	مستوى الدلالة	قيمة الارتباط	مستوى الدلالة
الحرمان العاطفى المدرك	٠.٧٤٣	٠.٠١ (دال احصائيا)	٠.٤٧٦	٠.٠١ (دال احصائيا)

يتضح من جدول (١٤) وجود علاقة ارتباطية بين اضطراب توهم المرض والحرمان العاطفى المدرك لدى تلاميذ المرحلة الإعدادية دالة عندمستوى (٠,٠١) مما يدل

على أن ازدياد شعور التلميذ بالحرمان العاطفى من قبل الوالدين يترتب عليه مستوى عال من التوهم المرضي .

وتتفق نتائج الفرض الثالث مع نتائج دراسة كل من فتحية عثمان الكشر (٢٠٠٥)، ونتائج دراسة إعتماد الهندى (٢٠١٠) حيث اهتمت تلك الدراسات بالتعرف على الآثار السلبية المترتبة على الحرمان العاطفى والإهمال الأسري الذى يعيشه الطفل، وظهور بعض الاضطرابات النفسية ومنها القلق والخوف، كما أشارت تلك الدراسات إلى أن اختلال معايير الصحة النفسية للطفل خاصة فيما يتعلق بمفهومى السواء والإعتدالية يعتمد بالدرجة الأولى على فقدان إحساسه بالطمأنينة الأسرية الأمر الذى يترتب عليه أيضا حالة من التوهم المرضي، وهذا ما أكدته نتائج دراسة سلمى حسين محمد

(٢٠١١) والتى أجريت على عينة من الفتيات المراهقات بالمرحلة الثانوية وأشارت إلى أن التفكك الأسري الذي يشعر به المراهق ينتج عنه العديد من الاضطرابات النفسية، كما تتفق نتائج الفرض الثالث مع نتائج دراسة دراسة فلادن Vladan(2015)، وتيموثى وآخرون Timothy etal,(2017), دراسة أنتونيا وآخرون Antonia,etal.,(2017) والتى أشارت إلى أهمية الدور البالغ لأنماط المعاملة الوالدية سواء القسوة أو التدليل الزائد فى فى ظهور اضطراب توهم المرض ، حيث يلجأ الطفل إلى هذه الحالة كنوع من جذب اهتمام والديه ، وبالتالى زيادة التعلق بالأعراض المرضية واستمراريتها لإشباع دوافعه ورغباته سواء لمحاولة الحد من الشعور بالحرمان العاطفى من قبل الوالدين، أو المحافظة على التدليل والاهتمام المبالغ فيه منهما.

ويمكن تفسير ذلك فى ضوء أن تلاميذ المرحلة الإعدادية خاصة من هم بالصف الأول هناك خطأ شائع فى نمط تربيتهم خاصة من قبل الوالدين وهو أن احتياجاتهم فى تلك المرحلة تقتصر على إشباع المتطلبات الأساسية من المأكل، والملبس، والتعليم فقط، ولكن يحتاج التلميذ إلى شعوره بالحب والعطف والإحتواء من أفراد أسرته، فعندما يفقد المشاعر التى تغذى الإشباع العاطفى لديه يترتب على ذلك اضطراب فى السلوك العام لديه إما بالعدوان، أو الإنعزال والإنسحاب من المجتمع، أو

اضطراب فى الجانب النفسي والانفعالى ناتج عن حالة من الكبت والشعور بعدم التوافق مع المحيطين به خاصة الأهل وهو ما قد يؤدى إلى حالات توهم المرض.

كما قد يكون شعور التلميذ بالإهمال وعدم الإنتماء الأسري، أو إقامته مع أسرة مفككه وسوء العلاقة بين الوالدين بعضهم البعض، وكذلك شعوره بالحرمان المادى وعدم رغبة الوالدين فى الإنفاق عليه، يترتب على ذلك رفض الطفل للحياة الأسرية التى يعيشها ويبدو ذلك فى ردود أفعال تلقائية يصاحبها حالة من القلق المستمر وبعض الأفكار والمعتقدات اللاعقلانية، ينشأ عنها التوهم المرضي والذى يعد المرحلة التالية للشعور بالاضطراب الوجداني نتيجة لعوامل أسرية واجتماعية يعيشها الفرد، وبذلك فالتوهم المرضي استجابة مكتسبة حيث يتم إزاحة الخبرة السلبية التى يعيشها الفرد داخل الأسرة فى صورة أعراض جسدية تختلف فى نوعها وحدتها كنوع من جذب انتباه الوالدين .

نتائج الفرض الرابع ومناقشتها

ينص الفرض الرابع على " لا توجد فروق دالة إحصائيا بين الذكور والإناث من تلاميذ المرحلة الإعدادية فى مستوى توهم المرض لديهم "

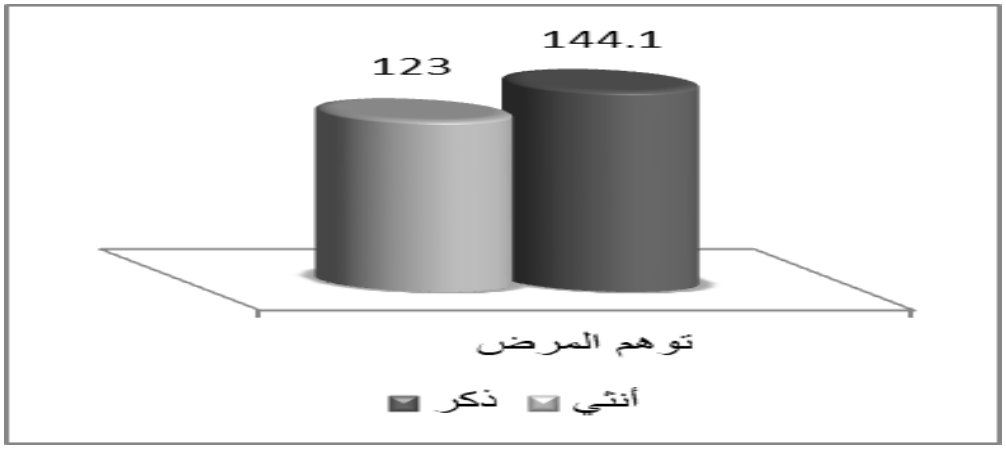
للتحقق من صحة الفرض تم استخدام اختبار " ت " لدلالة الفروق بين الذكور والإناث فى اضطراب توهم المرض كما هو موضح بجدول (١٥).

جدول (١٥) نتائج اختبار " ت " لدلالة الفروق بين الذكور والإناث فى اضطراب توهم المرض(ن=١٠٠)

المتغير / الدلالة الإحصائية	ذكر		أنثي		الفرق بين المتوسطين	قيمة (ت)	مستوى الدلالة
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري			
توهم المرض	١٤٤.١٠	٦.٣٥	١٢٣.٠٠	٣٠.٨١	٢١.١٠	٢.١٢	دال احصائيا

قيمة (ت) عند مستوى ٠.٠٥ = ١.٩٦ ، عند مستوى (٠.٠١) =٢.٥٨

ويوضح شكل (٣) الفرق بين متوسطات درجات الذكور والإناث فى اضطراب توهم المرض.



شكل (٣) **المقارنة بين الذكور والاناث فى متوسطات توهم المرض**

يتضح من جدول (١٥)، وشكل (٣) وجود فروق ذات دلالة إحصائية فى درجة توهم المرض الناتج عن الحرمان العاطفى بين الذكور والإناث من تلاميذ المرحلة الإعدادية لصالح الذكور، حيث بلغت قيمة " ت" المحسوبة ٢,١٢ وهى أكبر من القيمة الجدولية عند مستوى (٠,٠٥) .

وقد اختلفت آراء الدراسات السابقة فيما يتعلق بتأثير النوع على معدل انتشار اضطراب توهم المرض حيث أشارت بعض الدراسات إلى عدم وجود تأثير للنوع (ذكور / إناث) فى مستوى وشدة التوهم المرضي لديهم كما فى دراسة ريماز إسماعيل جماع (٢٠١٦)، ودراسة جوزيف وآخرون (2017)Josef,etal.,، ودراسة هناء إبراهيم طالية (٢٠١٨) ، فى حين أشارت نتائج بعض الدراسات ومنها دراسة بيلار وكريتينا (2005) Pilar & Critinaإلى وجود فروق بين الذكور والإناث لصالح الإناث فى درجة توهم المرض وكذلك الاستجابة للبرامج العلاجية، كما أشارت دراسة قطب عبده حنورة (٢٠٠٨) إلى أن بداية المعاناة من الاضطراب تبدأ غالبا مع بداية مرحلة المراهقة، كما يكون معدل انتشاره لدى الذكور أكثر من الإناث .

ويمكن تفسير نتائج الفرض الرابع فيما يتعلق بأن درجة اضطراب توهم المرض لدى الذكور من تلاميذ المرحلة الإعدادية أعلى منه لدى الإناث فى ضوء أن السمة الأساسية للتلاميذ فى تلك المرحلة تتمثل فى حالة من الصراع الداخلى المستمر وعدم الوضوح والغموض بخصوص طبيعة علاقتهم غير المحددة بينهم وبين عالم الكبار، كما يتأثر الذكور بدرجة أكبر بطبيعة المعاملة الأسرية والحرمان أو القسوة الوالدية

حيث تتشكل فى تلك المرحلة شخصيتهم، ويكون هناك دائما حالة من المقارنة يقومون بها بأنفسهم بين طبيعة العلاقة بينهم وبين آباءهم، وطبيعة العلاقة بين أقرانهم وآباءهم، ونتيجة لذلك يكون لدى الذكور الإستعداد الأقوى للإستجابة للإضطرابات والأزمات والمشكلات النفسية بصورة أقوى من الإناث.

وفى ضوء ما سبق يتم رفض الفرض الرابع وقبول الفرض البديل " توجد فروق دالة إحصائيا بين الذكور والإناث من تلاميذ المرحلة الإعدادية فى درجة اضطراب توهم المرض لصالح الذكور".

ثانيا: نتائج الدراسة الكلينيكية

نتائج الفرض الخامس ومناقشتها

ينص الفرض الخامس على " توجد عوامل كامنة وراء ارتفاع درجات بعض تلاميذ المرحلة الإعدادية علي مقياس الصمت الاختياري ".

للتحقق من صحة هذا الفرض تم تطبيق إستمارة دراسة الحالة (إعداد الباحثة)، وإستمارة المقابلة التشخيصية (إعداد الباحثة)، واتباع الخطوات التالية :

- جمع معلومات عن الحالة من خلال تطبيق إستمارة دراسة الحالة .
- تفسير وتحليل بيانات إستمارة دراسة الحالة .
- عرض درجات الحالة على مقياس الصمت الاختياري .
- جمع بيانات من الحالة من خلال تطبيق إستمارة المقابلة التشخيصية .
- تحليل استجابات الحالة على إستمارة المقابلة التشخيصية .
- تعقيب عام على الدراسة الكلينيكية .

أ- <u>بيانات استمارة دراسة الحالة</u>

أولا : بيانات شخصية

الاسم : (س)، النوع : (أنثى)، العمر الزمنى :١٢ سنة، وتسعة أشهر، الفرقة الدراسية :الصف الأول الإعدادى

ثانيا: بيانات الأسرة :

- إسم الأب : (م)، عمره الزمنى :.٤٩ سنه، مستوى تعليم الأب :متوسط (معهد فنى صناعى)، مهنة الأب:يمتلك محل سوبر ماركت، وسيارة تاكسي.

- إسم الأم :(ص)، العمر الزمنى :٤٦ سنة، مستوى تعليم الأم :جامعى، مهنة الأم:.(ربة منزل)
- عدد الأخوة :.(٥)، ذكور واحد وإناث أربعة

-الفرق الدراسية للأخوة : ذكور (مرحلة رياض الأطفال)، إناث (جامعى- ثانوى – ابتدائي)

تعد الحالة (س) هى فى الترتيب الرابع من الأخوة، حيث لديها ثلاث أخوات بنات يكبرن عنها فى العمر الزمنى منهن اثنتان توأم فى المرحلة الثانوية، واحدة فى الفرقة الأولى بكلية الآداب، بينما يصغر عنها أخت خامسة فى الصف الرابع الإبتدائي، والأخ الأصغر يعانى من حالة إعاقة ذهنية بسيطة حيث تم تشخيصه أنه يعانى من متلازمة داون وهو ملحق بمرحلة رياض الأطفال بإحدى المدارس الخاصة بذوى الاحتياجات الخاصة.

ثالثا: المستوى الاقتصادى والاجتماعى للأسرة

دخل الأسرة:(متوسط) ،نوع السكن : تمليك مكون من ٤ غرف، مدى مناسبة السكن لعدد أفراد الأسرة : مناسب

رابعا:طبيعة العلاقة الأسرية

العلاقة بين الأم والأب : مقيمين سويا، ووصفت الحالة أن العلاقة بينهما بالمتوسطة مع وجود بعض الخلافات .

علاقة الحالة بالأب :ذكرت الحالة أن فترات تواجد الأب بالمنزل محدودة، وأنه دائما فى حالة إنشغال دائم حتى أنه لا يتابع تطورهم التعليمي، ولا يجتمع معهم إلا فى بعض المناسبات كالأعياد مثلا، وذكرت الحالة أنه فى إحدى المرات تم استدعاءه للمدرسة ولكنه رفض الحضور لإنشغاله الأمر الذى تسبب فى حالة من الضيق والحزن الشديد للفتاة، وشعورها بأنها ليست ذات قيمة عند والدها .

علاقة الحالة بالأم :وصفت الحالة علاقتها بالأم بأنها علاقة (عادية – هيه ماما) وذكرت أن الشغل الشاغل للأم هو الإهتمام بالأخ الأصغر المعاق ذهنيا، وتوفير متطلبات الرعاية الأساسية لهم فقط .

علاقة الحالة بالأخوة : علاقة جيدة جدا حيث ذكرت الحالة أنها شديدة الإرتباط بأخواتها الأكبر منها سنا، وأنهن مصدر شعورها بالأمن وتستشيرهن فى جميع أمور حياتها.

خامسا :التاريخ الصحى للحالة

الأمراض المزمنة التى يعانى منها :تعانى الحالة من حساسية فى الصدر وراثية، ضعف بصر بسيط وراثى .

الفحص الطبي الدورى: يتم إجراءه بصورة مستمرة لأنها تعتمد على استخدام أدوية الحساسية بصورة

العمليات التى تم اجراءها:.لا يوجد التعرض لحوادث أو إصابات : لايوجد

سادسا: المستوى التعليمي للتلميذ : متوسط

وعند الحديث مع الحالة عن المستوى التعليمي ذكرت ما يلي(أنا كنت شاطرة فى المدرسة وبحب أصحابي والمدرسين وكنت فى مدرسة خاصة فيها ابتدائي وإعدادى، وأصحابي محدودين وأعرفهم كلهم، لكن جيت أدخل أعدادى بابا رفض أكمل فى المدرسة وخرجنى لمدرسة أقل)

سابعا: الاهتمامات، والهوايات المفضلة: لا توجد اهتمامات محددة ولكن فى بعض الأحيان تميل إلى الرسم

ثامنا: الاختبارات النفسية، والإكلينكية التي استخدمت مع الحالة في الماضي: لم تخضع الحالة لأى تشخيص نفسي مسبق

تاسعا: ملاحظات علي سلوك الحالة : أثناء إجراء المقابلة الإكلينيكة كانت الحالة مترددة فى الحديث، ولكنها كانت بحاجة للتحدث مع أحد (كما أشارت)، شعور بالقلق، التوتر، البكاء فى بعض الأحيان، عدم التركيز والانتباه، التقطع فى الحديث .

درجات الحالة على المقاييس السيكومترية المستخدمة، بلغت الدرجة على مقياس الصمت الاختياري (١٢٥)، حيث تراوحت درجات المقياس ما بين (٣٢- ١٦٠) .

ب-تحليل استجابات الحالة على استمارة المقابلة التشخيصية

أشارت (س) أن قبل قدوم الأخ الأصغر لها كان هناك نوعا من الهدوء والإستقرار الأسري حيث كانت فى ذلك الوقت فى الصف الثالث الابتدائي، وكانت كثيرا ما تجلس مع الأب للتحدث فى أمور مختلفة، وكان دائما يصطحبها معه للخروج، كما

أنها كانت شديدة الارتباط بالأم فقد كانت لا تذهب للمدرسة أو تعود منها إلا مع الأم، وقالت (س) " ماما كانت دايما تتابع كراساتى ومذكرتى وتسألنى على أصحابي وعملت إيه فى المدرسة " ،كما أن علاقتها مع الأخوات البنات وصفتها (حلوة جدا)، وأضافت أنها تشعر بأنها تعامل من قبل أخواتها كأنها إبنة لهن وليست أخت، وأشارت أن قدوم الأخ الأصغر أدى إلى حالة من التوتر داخل الأسرة، تحدثت باكية أن والدتها كانت كثيرا ما تنفعل عليهم وتترك المنزل من شدة الضغط الذى تعانيه، ومنذ تلك الفترة بدأ هناك نوعاً من عدم الاهتمام من قبل الوالدين بأمور البنات الأكبر وكان الإهتمام منصب على الأخ الأصغر وكيفية التعامل معه، حيث كانت الأم تتركهم بمفردهم فى المنزل فترات طويلة وتذهب ب(عبد الله) للأطباء ومراكز الرعاية الخاصة ، ومنذ ذلك الوقت بدأت تشعر بالإهمال وعدم الاهتمام العاطفى الذى كانت تلقاه من قبل من الأب والأم، ولذلك كانت تميل دائما للإنعزال، واستمر هذا الوضع إلى أن أنهت (س) المرحلة الإبتدائية، وقالت " بدأت الصدمة ليا وحسيت إن محدش بيهتم باللى بيريحنى " وذلك عندما أصر الوالدان نقلها من مدرستها الإبتدائية الخاصة التى كانت فيها وعدم موافقتهم على إكمالها الدراسة الإعدادية بها، وأصرا على إلحاقها بمدرسة أقل فى المستوى مع أصدقاء جدد، أشارت " س" أنها منذ ذلك الوقت لا تميل إلى تكوين أية صداقات جديدة داخل المدرسة، وهذا ما أكده المعلمين بأنها دائما تكون منفردة ولا تميل للإشتراك فى الأنشطة المدرسية، كما ذكرت الحالة أنها تشعر أن مستواها الدراسي أقل بكثير مما كان عليه من قبل وأنها تشعر بحالة من عدم الاهتمام بالمدرسة أو المذاكرة، خاصة أن أغلب أصدقاءها فى المرحلة الإبتدائية ما زاولوا مستمرين معا فى المرحلة الإعدادية، وأنهت الحالة قائلة " نفسي البيت يرجع زى زمان ، نفسي أرجع أخرج مع بابا وأتكلم مع ماما كتير، وأرجع لأصحابي " .

تعقيب عام على الحالة (س) والتى تعانى من الصمت الاختياري فى ضوء الدرجة على المقياس المستخدم، واستمارة دراسة الحالة، واستمارة المقابلة التشخيصية .

- تعانى الحالة من شعور بالقلق والتوتر وحالة من الحزن.
- تشعر الحالة بعدم الإستقرار الأسري ويؤثر الغياب الدائم للأب عن الأسرة عليها تأثيرا سلبيا.
- ليس للحالة صداقات أو علاقات اجتماعية قوية.

- طبيعة علاقة الحالة بالأم محدودة.
- تشعر الحالة بحالة من عدم الاستقرارالدراسي، وعدم الرغبة للذهاب للمدرسة، وعدم الرضا عن مستواها الأكاديمي .

وعلي ضوء العرض السابق كشفت الدراسة الكلينيكية عن وجود بعض العوامل الكامنة وراء ارتفاع درجة اضطراب الصمت الاختياري لدى الحالة الكلينيكية بالبحث الحالى، ويمكن إيجازها فيما يلي:

- **العوامل الأسرية:** وتتمثل في البيئة الأسرية المضطربة، والتغيرات التى طرأت على الأسرة بصورة مفاجئة أدت إلى شعور الحالة بالإهمال، والإنعزال عن الأب والأم، وكذلك العلاقة المضطربة نوعا ما بين الأب والأم نتيجة لكثرة الضغوط الواقعة عليهم والمتمثلة فى زيادة عدد الأبناء من جانب (٦ أبناء)، ووجود طفل معاق فى الأسرة .
- **العوامل الاجتماعية/ البيئية:** والتي تتمثل فى انتقال الحالة من مستوى دراسي اعتادت عليه مع أقران وزملاء محددين، إلى مستوى آخر منخفض لم تستطع التوافق معه، أو تكوين علاقات وصداقات جديدة فضلاً عن عدم وجود شخص مقرب منها يساعدها على تخطى تلك الفترة بإيجابية، بالإضافة إلى أن الفتاة فى بدايات مرحلة المراهقة وتمر بالعديد من التغيرات الجسمية، والنفسية ولم تلق من المحيطين خاصة الأبوين من يعينها على تفهم تلك المرحلة العمرية واستيعاب تغيراتها، لذلك كانت حالة الانعزال، والانسحاب، والرفض للتحدث مع المحيطين فى البيئة المدرسية وترفض تكوين الصداقات هو رد الفعل التلقائي نتيجة لتلك العوامل .

نتائج الفرض السادس ومناقشتها

ينص الفرض السادس على " توجد عوامل كامنة وراء ارتفاع درجات بعض تلاميذ المرحلة الإعدادية علي مقياس توهم المرض" .

للتحقق من صحة هذا الفرض تم تطبيق استمارة دراسة الحالة (إعداد الباحثة) ، استمارة المقابلة التشخيصية (إعداد الباحثة) ، واتباع الخطوات التالية :

- جمع معلومات عن الحالة من خلال تطبيق استمارة دراسة الحالة .
- تفسير وتحليل بيانات استمارة دراسة الحالة .
- عرض درجات الحالة على مقياس توهم المرض
- جمع بيانات من الحالة من خلال تطبيق استمارة المقابلة التشخيصية

- تحليل استجابات الحالة على استمارة المقابلة التشخيصية
- تعقيب عام على الدراسة الكلينيكية .

أ–بيانات استمارة دراسة الحالة

أولا : بيانات شخصية

الاسم : (أ)، النوع : (ذكر)، العمر الزمنى :١٣ سنة، وثلاثة أشهر، الفرقة الدراسية :الصف الأول الإعدادى .

ثانيا: بيانات الأسرة :

- إسم الأب : (ع) ، عمره الزمنى :.٥٢ سنه، مستوى تعليم الأب :حاصل على شهادة إعدادية فقط، مهنة الأب: لديه محل لبيع أدوات التجميل، وصالون تجميل للرجال.
- إسم الأم :(س)، العمر الزمنى :٤٣ سنة، مستوى تعليم الأم :متوسط " معهد فنى تجارى " ، مهنة الأم:.(ربة منزل)
- عدد الأخوة :.(٢) أخت عمرها ٣ سنوات ، وأخرى ٩ سنوات
- الفرق الدراسية للأخوة : الحضانة، المرحلة الإبتدائية
- تعد الحالة (أ) هى فى الترتيب الأول من الأخوة حيث لديه أختان من البنات يصغرن عنه فى العمر الزمنى .
- ثالثا: المستوى الاقتصادى والاجتماعى للأسرة

متوسط دخل الأسرة:(متوسط) ،نوع السكن : تمليك مكون من ٣ غرف

مدى مناسبة السكن لعدد أفراد الأسرة : مناسب

رابعا:طبيعة العلاقة الأسرية

العلاقة بين الأم والأب : العلاقة بين الأب والأم علاقة مضطربة نوعا ما بحسب ما ذكرته الحالة وكان يرافق الحالة أيضا فى الدراسة الكلينيكة أحد المقربين له (الخالة) والتى أشارت أن الأسرة كانت رافضة للزواج منذ بدايته نظراً لاختلاف المستوى التعليمى من جانب، بالإضافة إلى وجود بعض الملاحظات السلبية على أخلاق الأب وسلوكه العام واستخدامه للألفاظ غير المناسبة والعنف أثناء فترة الخطوبة، ولكن كان هناك إصرار من الطرفين على إتمام الزواج، ويستمر الطفل فى الحديث قائلا أن

الأب كثيرا ما يترك المنزل وأن الأم تأخذ الأبناء بصورة مستمرة للمبيت فى بيت الجده من فترة للأخرى ولا ترغب للعودة للمنزل نظرة لسوء العلاقة بين الأم والأب .

علاقة الحالة بالأب :ذكر (أ) أن العلاقة بينه وبين والده شديدة الاضطراب ووصفها بالعلاقة السيئة، فهو شديد العنف معه، يرفض الإنفاق عليه، لا يهتم بمتابعة أموره الدراسية، كما أن فترات تواجد الأب بالمنزل محدودة، ويرغب والده دائما فى اصطحابه معه للعمل أكثر من الذهاب للمدرسة.

علاقة الحالة بالأم :وصفت الحالة العلاقة مع الأم بأنها جيدة جدا، وأن الإبن دائما مايشعر بالإشفاق على الأم من سوء معاملة الأب لها.

علاقة الحالة بالأخوة : علاقة جيدة جدا، وذكر قائلا أنهن إناث ويحتجن لمن يشعرهن بالحب والحنان.

خامسا : التاريخ الصحى للحالة

الأمراض المزمنة التى يعانى منها :لايوجد.

الفحص الطبي الدورى: هناك رغبة من الحالة للذهاب بصورة مستمرة للطبيب ، نظرا لشعوره بحالة من عدم الاستقرار البدنى .

العمليات التى تم اجراءها:.لا يوجد . التعرض لحوادث أو إصابات لايوجد.

سادسا: المستوى التعليمي للتلميذ :متوسط.

سابعا: الاهتمامات ، والهوايات المفضلة: لا توجد اهتمامات محددة.

ثامنا: الاختبارات النفسية، والإكلينكية التي استخدمت مع الحالة في الماضي: تم إخضاع الطفل لبعض الاختبارات النفسية وجلسات تعديل السلوك.

تاسعا: ملاحظات علي سلوك الحالة : أثناء إجراء المقابلة الإكلينيكية ظهر على الحالة نوعا من القلق والتوتر، التأتاه فى الكلام فى بعض الأحيان، وضع إصبع الإبهام فى الفم أثناء الحديث، رفض التحدث إلا فى وجود الخالة وكان يشعر بجوارها بنوع من الإطمئنان والهدوء والثبات الانفعالى .

درجات الحالة على المقاييس السيكومترية المستخدمة ، بلغت الدرجة على مقياس توهم المرض (١٥٢) ، حيث بلغت الدرجة العظمى للمقياس (١٨٠) .

ب–تحليل استجابات الحالة على استمارة المقابلة التشخيصية

أشار (أ) إلى أن العلاقة بينه وبين جميع أفراد أسرته علاقة طيبة فيما عدا العلاقة مع الأب فهو لا يحترمهم أمام الآخرين، كما ذكر الطفل أن أسوأ يوم يمر به فى الأسبوع هو يوم الإثنين لأنه يوم أجازة الأب، كما أشار أيضا أنه مرتبط إرتباطا شديدا بجدته وخاله فهو يشعر معهم بالتقدير، واحترامهم له، وعند سؤاله عن حالته الجسمية أشار أنه دائما ما يشعر بالرغبة فى النوم، وآلام بالبطن، وزغللة فى العين بصورة مستمرة ، وعندما يجلس الأب فى المنزل يشعر الأبن دائما بصداع مستمر، كما أشارت خالة الطفل أنه حتى فترة قريبة كان يعانى من التبول اللاإرادى خاصة عندما تعرضت الأم للضرب من الوالد أمام الأبناء، وفيما يتعلق بعلاقاته الاجتماعية والأصدقاء أشار (أ) أن لديه أصدقاء كثيرون ويميل لقضاء أغلب الأوقات معهم، كما أشار الطفل أنه فى فترة الصيف الماضي ذهب مع والده للعمل فى المحل وتقاضي على هذا العمل مبلغ ٣٠٠ جنيه، ولم يسأله والده عن كيفية التعامل مع تلك الأموال أو كيفية صرفها، وقال له" لو اشتغلت معايا هيكون معاك فلوس كتير، وإنت حر فيها "، وقد أدى ذلك إلى رغبة الطفل للذهاب مع والده للعمل من أجل الحصول على المال فقط ورفضت ذلك الأم لسوء علاقات الأب والأصدقاء المحيطين به ، وخوفها على الإبن من كيفية التعامل مع تلك الأموال، كما تبين من المقابلة التشخيصية أن الطفل دائما ما يرغب فى التردد على الأطباء وإجراء الفحوص الطبية نتيجة لشعوره بأعراض مرضية مثل (الصداع الدائم، ألام بالقدم، آلام بالبطن، الخمول الدائم)، وفى نهاية الجلسة تبين أن الطفل نتيجة للحرمان المادى الذي يعيشه من قبل الأب قام بسرقة بعض الأموال البسيطة من جدته، وأنكر ذلك فى بداية الأمر، ثم اعترف بذلك مبررا رغبته فى أن يظهر أمام زملاءه بأن لديه " مصروف" مثلهم.

تعقيب عام على الحالة (أ) والتى تعانى من توهم المرض فى ضوء الدرجة على المقياس المستخدم، واستمارة دراسة الحالة، واستمارة المقابلة التشخيصية .

- تعانى الحالة من شعور بالخوف من المستقبل .
- ميول عدوانية تجاه الأب.
- بداية ظهور بعض الاضطرابات السلوكية (السرقة).
- مستوى عال من التوهم المرضى كنوع من الهروب من الواقع الأسري الذى يعيشه.

- شعور بحالة من الحرمان العاطفى الشديد، والجفاء التام من قبل الأب.
- إسقاط لسوء المعاملة من قبل الوالد على جميع المحيطين .

وعلي ضوء العرض السابق كشفت الدراسة الكلينيكية عن وجود بعض العوامل الكامنة وراء ارتفاع درجة توهم المرض لدى الحالة الكلينيكية بالبحث الحالى، ويمكن إيجازها فيما يلي:

- البيئة الأسرية المضطربة والقسوة الشديدة من الأب فى التعامل مع الأم والأبناء.
- الصراعات والشجار المستمر بين الأب والأم أمام الأبناء وبالتالى شعور (الحالة) بالخوف المستمر على مستقبل الأسرة .
- الحرمان المادى بالدرجة الأولى الذى يعيش فيه الأبناء.
- رغبة الأم فى الانفصال عن الأب بصورة دائمة .
- غياب القدوة وعدم احتواء الطفل فى تلك المرحلة الحرجة من حياته وهو فى بداية المراهقة، وشعوره بالتخبط وعدم الإستقرار الأسري والنفسي .
- الخوف من فقدان الأم / الجده / الخال لأى ظروف وفى أى وقت فهم مصدر الأمن والطمأنينة بالنسبة له.

وفى ضوء ما سبق تمثلت نتائج البحث الحالى فى :

١- توجد علاقة إرتباطية ذات دلالة إحصائية بين الصمت الاختيارى والحرمان العاطفى المدرك لدى تلاميذ المرحلة الإعدادية.

٢- لا توجد فروق دالة إحصائيا بين الذكور والإناث من تلاميذ المرحلة الإعدادية فى مستوى اضطراب الصمت الاختيارى لديهم.

٣- توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين توهم المرض والحرمان العاطفى المدرك لدى تلاميذ المرحلة الإعدادية.

٤- توجد فروق دالة إحصائيا بين الذكور والإناث من تلاميذ المرحلة الإعدادية فى مستوى اضطراب توهم المرض لصالح الذكور.

٥- توجد عوامل كامنة وراء ارتفاع درجات بعض تلاميذ المرحلة الإعدادية علي مقياس الصمت الاختياري ومقياس توهم المرض .

التوصيات

١- ضرورة الاهتمام بالتشخيص المبكر لحالات الصمت الاختياري وتوهم المرض.

٢- ضرورة العمل على بث الوعى لتعديل بعض الموروثات الاجتماعية والتغيرات التى طرأت على المجتمع فيما يتعلق بأنماط التربية المختلفة القائمة على الحرمان العاطفى، العنف مع الأبناء، الإهمال لما لذلك من تأثيرات سلبية على جميع جوانب النمو للأبناء .

٣- إعداد المزيد من الاختبارات والمقاييس التى تهدف إلى تشخيص الصمت الاختياري وتوهم المرض لدى فئات عمرية مختلفة .

٤- إعداد دورات تدريبية للمعلمين وأولياء الأمور للتوعية باضطراب الصمت الاختياري لدى التلاميذ خاصة فى المراحل الدراسية الأولية

٥- إعداد دورات تدريبية للتوعية باضطراب توهم المرض فى المراحل المختلفة.

بحوث المقترحة

١- إعداد دراسة وصفية تتناول اضطراب توهم المرض لدى طلاب الجامعة .

٢- دراسة وصفية للكشف عن معدل انتشار اضطراب الصمت الاختياري بين الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة وبصورة محددة ذوى صعوبات التعلم.

٣- برنامج إرشاد أسري للوالدين للحد من المشكلات الأسرية والتدريب على أنماط الرعاية الوالدية الإيجابية ودراسة أثر ذلك على الجانب النفسي للأبناء.

٤- إجراء المزيد من الدراسات التى تتناول الحرمان العاطفى المدرك للأبناء وعلاقته بمتغيرات أخرى

٥- إجراء دراسة للتعرف على أكثر المشكلات السلوكية والانفعالية التى يعاى منها التلاميذ ذوى الصمت الاختياري ، وتوهم المرض.

٦- دراسة مقارنة للسمات الشخصية لذوى اضطراب توهم المرض والعاديين فى مراحل عمرية مختلفة.

المراجع

المراجع العربية

- أحمد محمد نورى وعلى داخل جبر (٢٠١٨) . الحرمان العاطفى وعلاقته بالكفاءة الذاتية لدى طلبة الصف الثانى المتوسط . **مجلة أبحاث كلية التربية الأساسية** . مج (٥٧) . ص ص ٥٧ – ٩٦.
- أحمد عيد الشخانية (٢٠١١). **اضطراب توهم المرض** . بحث مرجعى منشور Online,http://prof-alhabeeb.com
- أشواق سامي لموزة (٢٠٠٩) . الحرمان العاطفى وعلاقته بالمشكلات السلوكية والانفعالية لدى المراهقين . **مجلة كلية التربية للبنات** . جامعة بغداد . ع (٢) .مج (٢٠) . ص ص ٤٣– ٦٥.
- اعتماد الهندى (٢٠١٠) . الحرمان من الوالدين أو أحدهما وعلاقته ببعض المتغيرات النفسية (جوانب النمو – الأدوار الجنسية – الاضطرابات الانفعالية) . **ماجستير** . جامعة أم القرى .
- ألفت حقى (٢٠٠٠) . **الاضطراب النفسي التشخيص والعلاج والوقاية** ، الإسكندرية : مركز الإسكندرية للكتاب
- آمال عبد السميع باظه (٢٠٠٥) . **مقياس الإساءة والإهمال للأطفال العاديين وغير العاديين** . القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية .
- أنطون جابي نعيم كامل (٢٠١٣) . الصمت الاختياري لدى الأطفال . أعراضه . أسبابه ووسائل التعامل معه . **ماجستير**. عمادة الدراسات العليا . جامعة القدس : فلسطين
- بلسم عواد عسل (٢٠١٨) . الإدارك الاجتماعى وعلاقته بالحرمان العاطفى طلبة المرحلة الإعدادية . **مجلة كلية الآداب** . ع (١٢٦) . ص ص ٢١٢ – ٢٣١.
- تيسير فؤاد إلياس أحمد (١٩٩٣). الفزع وتوهم المرض . **المجلة العربية للطب النفسي** ، ع (١) ، مج (٤) ، ص ص ٢٤ – ٣٦ .
- جابر عبد الحميد وعلاء الدين كفافى (١٩٩٠) . **معجم علم النفس والطب النفسي** . الجزء الثالث . القاهرة : دار النهضة العربية
- جمال محمد الخطيب (٢٠٠١) . **الدليل الموحد لمصطلحات الإعاقة والتربية الخاصة والتأهيل** . مركز التميز الأردنى فى التربية الخاصة . عمان .
- حامد عبد السلام زهران (٢٠٠٥) . **الصحة النفسية والعلاج النفسي** . ط ٤. القاهرة : عالم الكتب .

- حنين عادل أبارهيم الشريم(٢٠١٤) . العلاقة بين مستوى الحرمان الوالدى ومستوى لحرمان العاطفى لدى أطفال المؤسسات الإيوائية . **ماجستير** . كلية الدراسات العليا . جامعة القدس .
- خالد النفيعيى (٢٠١٢) . السلوك التكيفي للأطفال ذوى الصمت الاختياري بالصفوف الأولية وأقرانهم العاديين بمكة المكرمة دراسة مقارنة . **ماجستير** . كلية التربية . جامعة أم القرى : المملكة العربية السعودية .
- رجاء لطفى عبد الحليم خليفه (٢٠٠٤) . إساءة معاملة الأطفال وعلاقتها ببعض المتغيرات النفسية لدى عينة من تلاميذ المرحلة الابتدائية . **ماجستير** . معهد الدراسات والبحوث التربوية . القاهرة .
- ريماز إسماعيل عثمان جماع (٢٠١٦) . توهم المرض لدى العاملين بالقطاع الصحى وعلاقته ببعض المتغيرات ، دراسة حالة للعاملين بمجمع الرازى .**ماجستير** . جامعة الجزيرة : السودان .
- سعيد كمال عبد الحميد (٢٠١٥) . فعالية برنامج سلوكى فى خفض حدة الصمت الاختيارى وتنمية الكفاءة الاجتماعية لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية . **مجلة التربية الخاصة** . كلية علوم الإعاقة والتأهيل .جامعة الزقازيق . ع (١٣) . ص ص ٣٠٩ –٣٧١.
- سلمى حسين محمد كامل (٢٠١١) . أثر الإرشاد باللعب فى خفض الحرمان العاطفى لدى طالبات المرحلة الثانوية . **ماجستير** . كلية التربية . جامعة ديالي .
- سيد محمود الطواب (٢٠٠٨) .**الصحة النفسية والإرشاد النفسي** . الإسكندرية : مركز الإسكندرية للكتاب.
- عبد الرحمن السيد سليمان (٢٠٠٢) . اضطراب الصمت الاختياري (التباكم) لدى الأطفال . **مجلة علم النفس** . ع (٦٣) . السنة (١٦٦) . ص ص ٣٢–٤٥.
- عبد الفتاح على غزال (١٩٩٣) . دراسة كلينيكية للعلاقة بين الصمت الاختياري والاضطراب الأسري لدى بعض الأفراد اعاديين والمعاقيين ذهنيا . **مجلة كلية التربية** . جامعة أسيوط . ع (٩) . مج (٢) . ٨٩٨ – ٩١٩ .
- عبير طوسون محمد (٢٠١٤) . **الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية** . ط ٢. الرياض : دار الزهراء للنشر والتوزيع .

- على أحمد سيد مصطفى و فتحى حسن سند (٢٠١٥) . **الصحة النفسية والعلاج النفسي** . الرياض : دار الزهراء .
- عماد محمد مخيمر و عزيز بهلول الظفيري (٢٠٠٣) . خبرات الإساءة التى يتعرض لها الفرد فى مرحلة الطفولة وعلاقتها باضطراب الهوية الجنسية . **مجلة دراسات نفسية** . ع (٣) . مج (٣) . ص ص ٤٤٧ – ٤٨٦ .
- عماد محمد مخيمر(٢٠٠٨) . **علم النفس التجريبي** . القاهرة : دار النهضة المصرية .
- غادة أبو ربيع (٢٠١٣) . العلاقة بين الحرمان الأبوى ومستوى تقدير الذات لدى الأبناء فى جيل المراهقة من وجهة نظر المراهقين . **ماجستير** . كلية الدراسات العليا . جامعة القدس
- فاطمة الزهراء محمد النجار (٢٠١٥) . فعالية برنامج علاجى مقترح فى تخفيف حدة أعراض الصمت الاختياري . دراسة حالة لطفلة بالمرحلة الابتدائية . **مجلة كلية التربية** . جامعة الأزهر . ع (١٦٢) . ج (٤) . ٤٣١– ٤٨١
- فاطمة عبد الله عريف (٢٠١٢) . الحرمان الوالدى فى مرحلة المراهقة وأثره على الاغتراب النفسي لدى عينة من المراهقات بالسعودية . **المجلة العربية للدراسات التربوية والاجتماعية** . العدد الأول . ص ص ٦٧ – ٨٢.
- فتحى حسن سند (٢٠١٥). **الصحة النفسية والعلاج النفسي** . الرياض : دار الزهراء .
- فتحية عثمان محمد الكشر (٢٠٠٥) . الحرمان الأبوي وعلاقته بالمخاوف الشائعة . **ماجستير** . جامعة المرقب . ليبيا .
- فريد مصطفى الخطيب (٢٠٠٦) . الصمت الاختياري . **مجلة رسالة المعلم التابعة لوزارة التربية والتعليم** . ع(٣) . مج (٤٤) . ٤٤– ٤٩ .
- قطب عبده خليل حنورة (٢٠٠٨) . فعالية برنامج معرفي سلوكى لتخفيف حدة اضطراب الوسواس القهرى لدى عينة من طلاب كلية التربية . **دكتوراة** . كلية التربية . جامعة كفرالشيخ.
- محمد السيد عبد الرحمن (٢٠٠٩) . **علم الأمراض النفسية والعلقية (الأسباب – الأعراض – التشخيص – العلاج)** الجزء الأول . ط ٢ . القاهرة : مكتبة زهراء الشرق
- محمد متولى قنديل (٢٠٠٦) . **مدخل إلى رعاية الطفل والأسرة** . عمان : دار الفكر
- محمود حموده (١٩٩١) . **الطفولة والمراهقة المشكلات النفسية والعلاج** . القاهرة : مركز الطب النفسي والعصبي للأطفال .

- مصطفى حجازى (٢٠٠٠) . **الصحة النفسية** . المغرب : الدار البيضاء للطباعة .
- معاوية أبو غزال (٢٠١١) . **النمو الانفعالى والاجتماعى من الرضاعة للمراهقة** . الأردن : عالم الكتب الحديثة .
- معاوية أبو غزال (٢٠١٣) . **علم النفس العام** . عمان : دار وائل للنشر والتوزيع .
- موكحلة نبيلة (٢٠١٧) . دور العوامل الأسرية (الحرمان العاطفى وأساليب المعاملة الوالدية السيئة) فى ظهور الجنوح عند المراهق . دراسة عيادية لثلاث حالات بمركز إعادة التربية بولاية مستنغام . **ماجستير** . كلية العلوم الاجتماعية : جامعة عبد الحميد بن باديس . مستغانم.
- نعيمة سعودى (٢٠١٥) . السلوك العدوانى عند الفتاة اليتمية المحرومة عاطفيا دراسة عيادية لأربع حالات . **ماجستير** . كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية . جامعة محمد خضير بسكرة . العراق .
- هناء إبراهيم إبراهيم طالية (٢٠١٨) . برنامج إرشادى معرفي سلوكى لتعديل الأفكار اللاعقلانية وتأثيره فى خفض حدة اضطراب توهم المرض لدى طلاب التعليم الثانوى التجارى . **ماجستير** . كلية التربية . جامعة الإسكندرية .
- هناء مزعل حسين الذهبي (٢٠١٧) . بناء مقياس الصمت الاختياري لدى طلاب المرحلة الابتدائية . **مجلة البحوث التربوية والنفسية** . ع (٥٢) . ٣٧٩– ٤٠٥.

المراجع الأجنبية

- Alyanaka B. Kilinca slana , Harmancia H. S., Demirkayab,S.,K., &Yurtbaya T.(2013).Paternal Adjustment ,Parenting Attitudes and Emotional ,Behavioral Problems in Children With Selective Mutism ,**Journal of Anxiety Disorders** ,V 28 ,PP 9-15.
- American Psychiatric Association (2013) . **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th** ,Washington ,Dc Author.
- Antonia Tundo ,Luca Proietti & Rocco Defilippis (2017). **Case Report ,Treatment of Hypochondriasis in Two Schizophrenia Patients Using Clozepine Hindwai ,Case Reports In Psychiatry** ,Online Article http://Doi.Org
- Arthur J.Barsky & David Ahern (2004). Cognitive Behavior Therapy for Hypochondriasis ,**JAMA**,V 291,No 12 , PP 1464 – 1470 .
- Bergman R.L., Piacentini ,J., & Mc Cracken (2002). Prevalence and Description of Selective Mutism In a School – Base Sample ,**Journal Of**

The American Academy Of Child and Adolescence Psychiatry ,V41 ,PP 938 – 946

- BlackB., & Uhde T.W.(1995).Psychiatric Characteristics of Children with Selective Mutism Apilot Study ,**Journal of the American Academy of Child and Adolescent Pschiatry** ,V 34,PP 847 – 856 .
- Brain A. Fallon ,david K. Ahern ,Martina Pavlicova ,Iordan Slavoy & Natalia Skritsky (2017) . A Randomized Controlled Trail of Medication and Cognitive – Behavioral Therapy for Hypochondriasis , **The American Journal of Psychiatry**,V 74 ,N 8 PP 756 - 764
- Brandi N. Hawk & Robert B. Mccall (2013). Percevied Relationship Quality In Adolescents Following Early Social Emotional Deprivation ,**Clinical Child Psychology and Psychiatry**, V 19 , N 3 , PP 220-265.
- Bunmi O. Olatunj ,Brooke Kauffman ,Sari Meltzer , Michelle Davis & Smits Mark (2014) . Cognitive Behavioral Therapy for Hypochondriasis ,Health Anxiety : Ameta – Analysis of Treatment Outcome and Moderates ,**Behaviour Research and Therapy** ,V 58 , PP 64 – 74.
- Busse R. T . & Downey ,J.(2011) . Selective Mutism : Athree – Tiered Approach To Prevention and Intervention , **Contemporary School Psychology** ,V 15 ,PP 53 – 63 .
- Carol S. North (2015) .The Classification of Hysteria and Related Disorders ,Historical and Phenomenological Considerations, **Behavioral Science** ,V 5 ,PP 496 – 517.
- Christy A. Mulligan(2012). Selective Mutism Identification of subtypes Infuluence on Treatment ,**Philadelpha College of Ostteopathic Medicine PC on Psychology,**V 98,No 3,PP 198 - 230
- Claudio Longobardi , Laura Badenes ,Francesca Giovanna & Laura Prino (2019): The Student- Teacher Relationship Quality in Children with Selective Mutism , **Psychoi.Schs** ,V 56 , PP 32 – 41.
- Cunningham C. E., Mcholm A. E. & Boyle M. H.(2016). Social Phopia ,Anxiety ,Oppostional Behavior ,Social Skills and Self Concept in Children with Specific Selective Mutism , Generalized Selective Mutism and Community Controls ,**Europpean Child and Adolescent Psychiatry**,V 15 , 245 – 255.
- Emily R.Doherty , Torstrick kate , Walton Arthur & Barsky Brain (2016) . Avoidance In Hypochondrasis ,**Journal Of Psychosomatic Research** ,V 89 , PP 46-52.
- Fallon A ,Barsky M., Brain D.(2016) . The Relationship of Hypochondriasis to Anxiety ,Depressive and Somato from Disorders, **Journal Of Psychosomatic Research**,V 57 ,N 2 ,PP 200-207

- Florain Weck ,Laura Nagel , Samantha Richtbelg ,& Julia Neng (2017). Personality Disorders in Hypochondriasis : A comparison to Panic Disorders and Healyhy Control , **Journal of Personality Disorders** , V 31 , No 4 ,PP 567- 576.
- Greeven A., Spinhoven P., & Van BalkomJ (2009). Hypochondriasis :A Study of The Psychometric Properties of A Clinican Administered Semi-Stuctured Interview to Access Hypochondriacal Thoughts and Behaviours , **Clinical Psychology and Psychotherapy** ,V 16 , N 5 , PP 431 – 443.
- Hong Jun Sung , Karl Michael , Espelage Dorothy &Allen Meares (2012). The Social Ecology of Adolescent -Initiated Parent Abuse : Areview of The Literature ,**Child Psychiatry and Human Development** ,V 43 , N 3 , PP 431- 454.
- Jacky Thomas &Melanie Otis (2010). Intrapsychic Correlates of Professional Quality of Life Mindfulness,Empathy ,And Emotional Separation ,**Journal of The Society for Social Work and Research** ,V 1 , N 2 ,PP 83- 98.
- Jennifer Vec Chio & Christopher Kearney (2005).Selective Mutism In Children Comparison To Youth With and Without Anxiety Disorders ,**Journal of Psychology and Behavioral Assessment** ,V 27 ,PP 31 – 37.
- Jill M. Newby , Megan J.Hobbs, Alison E. Mahoney , Shiu Klevin , Gavin Andrews (2017) . DSM- 5 Illness Anxiety Disorders and Somatic Symptom Disorders Comorbidity Correlates and Overlop With Dsm-IV Hypochondriasis ,**Journal of Psychomatic Research** ,V101 ,PP 31-37.
- Josef Bailer ,Michael Witthofi ,Maja Erkic & Daniela Mier(2017).Emotion Dysregulation In Hypochondriasis and Depression ,Clinical Psychotherapy ,V 24, PP 1254 – 1262.
- Kolu Chova J (1996). **Emotional Deprivation** ,Palgrave ,London.
- Limothy Scarellam ,Johannes Laferton,David Ahern & Brain Fallon (2017) . The Relationship of Hypochondriasis To Anxiety Depressive and Somato Form Disorders , **Journal Of Psychosomatic Research**, V 57 ,N 2 ,PP 200-207.
- Lisa Kovac & Jami Furr (2019). What Teacher Should Knoe about Selective Mutism In Early Childhood ,**Early Childhood Education Journal** ,V 47 , PP 107 – 114.
- Masato Okuda ,Kunihiro Iwamoto ,Seiko Miyata (2015).The Relation Between Hypochondriasis and Age , **Mindfulness**, V6 ,N 4 ,PP 788- 796.
- Merel Kindt , Susan Bogels & Mattim Morren (2003). Processing Bains In Children With Separation Anxiety Disorder, Social Phopia and

Generalized Anxiety Disorders ,**Behavior Chang,**V 20, N 3 ,PP 143 – 150.

- Muris P., Ollendick T .H.(2015) . Children Who are Anxious In Silence Areview on Selective Mutism , The New Anxiety Disorders In DSM-5 ,**Clinical Child and Family Psychology Review** , V 18 ,PP 151 – 169.
- Pasta T., Mendola M., Longobardi C. Prino L. & Gastaldi F.(2013) . attributional style of Children With and Without Specific Learning Disabilites and Selective Mutism ,**Electronic Journal of Research in Educational Psychology** , V 11 , PP 649- 664 .
- Prino L. E., pasta T., Gastaldi F. g. & Longobardi C.(2016) . the Effect of Autism Spctrum Disorders ,Down Syndrome ,Specific Learning Disorders and Hyperavtivity and Attention Defictis on the Student – Teacher Relationship, **Electronic Journal of Research in Educational Psychology** , V 14 , PP 89 - 106 .
- Richard ,R.Halgin & Susan Krauss(2013). Abnormal Psychology ,Brown and Benchmark Entiteld Illusion of The Diseases and Hypochondriasis Painful Childhood Experiances and Their Impact in Adolescence ,**British Journal Of Psychiatry** ,V 185, PP 200-210
- Sunayna Pandey , Minakshi Parikh ,Mehul Brahmbhatt & Ganpat K. Vankal(2017). Clinical Study of Illness Anxiety and Hypochondriasis Disorders in Medical Outcomes, **Archives of Psychiatry and Psychotherapy** , V 4 ,PP 32- 41.
- Vladan Starcevic (2015). Hypochondriasis : treatment Options for diagnostic ,**Australasion Psychiatry**,V 23 , No 4 ,PP 369- 373.
- Yeganeh R., Beidel D. C. & Turner S. M . (2011). Selective Mutism More Than Social Anxiety ? ,**Depression And Anxiety** , V 23 , PP 117 – 123
- Pilar Martizen& Cristina BotellA(2005).An Exploratory study of The Efficacy of a Cognitive – Behavioral treatment for Hypochondriasis Using Different Measures of Change,Psychotherapy Research V 15,N 4,PP392-408.