

**فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي في خفض
الألكسيثيميا لدي عينة من المعتمدين علي المواد المؤثرة
نفسياً**

اعداد الباحثة

ياسمين عبدالودود عثمان

* **مستخلص البحث :**

يهدف البحث الحالي إلي تقديم برنامج علاجي معرفي سلوكي يستهدف خفض الألكسيثيميا لدى المراهقين والراشدين معتمدي المواد المؤثرة نفسياً، وقد تكونت عينة البحث من (٢٠) فرداً من الذكور المراهقين و الراشدين المعتمدين علي المواد المؤثرة نفسياً والمقيمين بمستشفى العزازي للصحة النفسية وعلاج الإدمان ممن يخضعون لتلقي العلاج النفسي بالمستشفى ممن تتراوح أعمارهم بين (٢٠-٤٥) سنة بمتوسط عمري قدره (٣٢,٤) ، وانحرف معياري (٧,٩١) ، وترتفع درجاتهم علي مقياس الألكسيثيميا المستخدم في الدراسة (إعداد الباحثة)، وإعداد برنامج العلاج المعرفي السلوكي، وقد تمت التحليلات الإحصائية باستخدام حزمة البرامج الاحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS-14) واستخدام الإحصاء البارمترية المتمثل في اختبار " T . Test للدلالة الإحصائية، ومعامل الارتباط البسيط لـ (بيرسون) ومعامل الارتباط الجزئي لحساب معاملات الارتباط بين متغيرات الدراسة، و حساب المتوسطات والانحرافات المعيارية لدي أفراد المجموعتين التجريبية ، والضابطة علي مقياس الألكسيثيميا قبل وبعد البرنامج لتحديد مستوى الدلالة الإحصائية. وأسفرت أهم النتائج عن نجاح البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المستخدم في خفض الألكسيثيميا لدى المراهقين والراشدين معتمدي المواد المؤثرة نفسياً.

الكلمات المفتاحية: العلاج المعرفي السلوكي- الألكسيثيميا-الاعتماد علي المواد المؤثرة نفسياً.

The research aims to present a cognitive treatment program aimed at reducing alexithymia in adolescents and adults who are dependent on psychoactive substances. The research sample consisted of (20) male adolescents and adults dependent on psychoactive substances and residing at Al-Azzazi Hospital for Mental Health and Addiction Treatment who are subject to psychological treatment in the hospital, whose ages ranged between (20-45) years, with an average age of (32.4), and a deviation Standardized (7.91), and their scores rise on the alexithymia scale used in the study (prepared by the researcher), and the cognitive-behavioral treatment program was prepared. Test for statistical significance, the simple correlation coefficient for (Pearson) and the partial correlation coefficient to calculate the correlation coefficients between the study variables, and to calculate the means and standard deviations of the members of the two experimental and control groups on the alexithymia scale before and after the program to determine the level of statistical significance. The most important results resulted in the success of the cognitive-behavioral treatment program used in reducing alexithymia among adolescents and adults dependent on psychoactive substances.

Keywords: cognitive-behavioral therapy-alexithymia-dependence on psychoactive substances.

* مقدمة :

مما لا شك فيه أنّ الإحساس بالمشاعر والتعرف عليها، والتعبير عنها والتمييز بينها، تُعدّ خاصية إنسانية، فهي ضرورة من ضروريات التواصل (البين - شخصي)، وإفتقاد هذه القدرة أو قصورها، يُعدّ عائقاً من عوائق تحقيق الصحة النفسية ، فالأفراد الذين يُعانون من نقص القدرة على التعبير عن المشاعر، يفتقدون إلى الوعي الانفعالي بالذات، ويفتقدون إلى الإمباتئية (التقمص العاطفي)، ويُعانون من صعوبة إقامة علاقات حميمة ودافئة، وليس لديهم القدرة على أن يُفكروا في انفعالاتهم ويستخدمونها للتعايش في المواقف الضاغطة، وهذا العجز أو القصور يتسبب في جعل مثل هؤلاء يعيشون حالة من الضحالة أو العجز الوجداني، مع عدم مراعاة الآخرين سواء عن قصد أو غير قصد، وهو ما أُطلق عليه حديثاً مصطلح الألكسيثيميا (نقص القدرة على التعبير الانفعالي)، فالألكسيثيميا هي عدم القدرة على التكلم عن المشاعر، أو العجز في الإدراك الانفعالي.

وترتبط الألكسيثيميا بمعدلات مرتفعة مع الاضطرابات البدنية وزيادة المشاكل بين الأشخاص والسلوك الاجتماعي التجنبي وضعف العلاقات الاجتماعية وتدني المودة والصدقة والقلق المعمم والقلق الاجتماعي ، كذلك ترتبط الألكسيثيميا بتنظيم الانفعالات المتدنية كما ترتبط أيضاً باضطرابات نفسية عديدة مثل الإدمان وتعاطي الكحول والاكتئاب (Luminet et al ,2006)
713:).

لقد أوضحت دراسات عديدة أن معدلات مرتفعة من الألكسيثيميا بين معتمدي المواد المخدرة من الكبار، ولقد اقترح أن هذه المواد تستخدم للتعويض عن العجز أو القصور في الوعي الذاتي بالمشاعر، والانفعالات. (Taylor et al, 1997). أيضاً فإن المواقف الأكثر تأثيراً في أن يصبح الشخص مدمناً لها هي التي تبعده عن حالة العواطف السلبية، وقد اعتبر أن تعاطي المواد كالعلاج الذاتي الذي يهدف إلى الحد من القلق والاكتئاب.

(Pierrehumbert et al, 2002)

إن توضيح العلاقة بين الألكسيثيميا وأبعاد الأعراض من الأهمية لفهم الارتباط، والتداخل بين أعراض الألكسيثيميا والاعتماد على المواد المؤثرة نفسياً.

* مشكلة الدراسة :

مما لا شك فيه أن الانفعالات حالة نفسية ووجدانية تؤثر على الإنسان وتوازنه في الحياة، و تجعله لا يستطيع اتخاذ القرارات السليمة، ولا يمتلك الإرادة في تخطي الفشل ومواجهة الصعوبات، مثل البكاء والغضب والحزن والضحك والسعادة فعالم الانفعالات عالم يتميز بالضحالة والغربة في نفس الوقت فقدرتنا علي اجتياز هذا العالم يتميز بالضحالة حتي الآن . وعندما ننظر إلي هؤلاء الذين حرموا من القدرة علي التعبير عن مشاعرهم وانفعالاتهم فنري أنهم يواجهون صعوبات جمة حيث غالباً ما يواجهون هذه المشاعر والانفعالات بالقمع والكبت واعتبارها كأن لم تكن ، إن الأفراد الذين يعانون من ضعف القدرة علي التعبير عن مشاعرهم، وصعوبة التمييز بينها وبين الأحاسيس الجسمية المختلفة هو ما يطلق عليه مصطلح (الألكسيثيميا) فهؤلاء الأفراد يعانون من صعوبات ذاتية واجتماعية من الممكن أن تؤثر في تعاملهم مع مواقف الحياة المختلفة وتواصلهم الفعال، فعدم التعبير عن المشاعر أو كبتها أو الصراع حول التعبير عنها يرتبط بالعديد من الاضطرابات النفسية .

بالإضافة إلي ما سبق فإن هؤلاء الأفراد المصابون بالألكسيثيميا يتسمون بضعف القدرة علي البصيرة تجاه مشاعرهم، لأنهم يعانون من نقص في الوعي الانفعالي ، ويفتقدون إلي القدرة علي التعبير والحكم علي عواطف و انفعالات الآخرين. إن الوعي الانفعالي ضروري في الحياة

اليومية وذلك لفهم الاستجابة للآخرين وما يشعرون به والاستجابة لهم فهو عنصر من عناصر الذكاء الانفعالي، ويكافح هؤلاء الأفراد في حياتهم المهنية والاجتماعية مقارنة بغيرهم (Verissimo et al, 2000:13). أيضاً يتميز هؤلاء الأشخاص بمشكلات في الخيال، والخيال المحدود في معظم الحالات. كما يتميز الأفراد الذين يعانون من هذا الاضطراب بعدم القدرة على العمل بشكل خلاق. فإن أي نشاط يكون من الضروري فيه استخدام الخيال أو إنشاء أو اختراع شيء ما فيه يسبب القلق والارتباك. كما أنه ليس بمقدور الأشخاص المصابون بالألكسيثيميا التأقلم مع أنفسهم بسبب نقص مهارات إدارة العواطف، مما يؤدي إلى نزوح الأحاسيس العاطفية عن الوعي. لكن القمع لا يعني الغياب التام للمشاعر فهم يشعرون وينفعلون ولكن قدرتهم في التعبير عن هذه المشاعر ضئيلة للغاية ما يؤدي إلى عدم القدرة على التخلص من التوتر والقلق المتراكم حيث أنه في كثير من الأحيان يبحثون عن الخلاص في الكحول أو المخدرات. ولقد أشارت العديد من الدراسات إلي أن الأشخاص الذين يعانون من الألكسيثيميا لديهم ميل لنمو اضطرابات نفسية مثل إدمان العقاقير أو الاعتماد علي المواد المؤثرة نفسياً وكما هو معلوم فإن هذه المواد تسبب مخاطر كبيرة جداً تكلف الدول مبالغ مالية مادية وبشرية تفوق ما تسببه الحروب، حيث أنها تخلق مشاكل جسمية ونفسية واجتماعية واقتصادية والتي تتضافر معها الجهود المحلية والدولية لمكافحتها وعلاجها. من هنا شعرت الباحثة بأهمية المشكلة وتأثيرها المرهق والمؤلم علي الفرد الذي يعاني من الألكسيثيميا ونظراً أيضاً لطبيعة العينة التي تحتاج إلي طريقة خاصة في التعامل كل ذلك دفع الباحثة إلي بناء برنامج علاجي له قدرة علي خفض هذا الاضطراب لدي الأفراد المعتمدين علي المواد المؤثرة نفسياً. ولذلك استخدمت الباحثة العلاج المعرفي السلوكي في هذه الدراسة والذي أثبتت فعاليته في علاج الكثير من الاضطرابات النفسية، كما أنه أسلوب علاجي يحاول تعديل السلوك والتحكم في الاضطرابات النفسية من خلال تعديل أسلوب تفكير المريض وإدراكاته لنفسه وبيئته. ومن هنا قامت الباحثة بصياغة مشكلة البحث الحالي في التساؤل الرئيسي التالي: ما مدي فاعلية برنامج العلاج المعرفي السلوكي في خفض الألكسيثيميا لدي عينة من المعتمدين علي المواد المؤثرة نفسياً.

ومن هذا التساؤل الرئيسي يمكن صياغة التساؤلات الفرعية التالية :-

- 1- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات الألكسيثيميا لدي المراهقين والراشدين معتمدي المواد المؤثرة نفسياً قبل وبعد تطبيق البرنامج المعرفي السلوكي لصالح القياس البعدي؟
- 2- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة من المراهقين والراشدين معتمدي المواد المؤثرة نفسياً علي مقياس الألكسيثيميا في القياسين القبلي والبعدي بعد تطبيق البرنامج المعرفي السلوكي في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية؟
- 3- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية من المراهقين والراشدين معتمدي المواد المؤثرة نفسياً علي مقياس الألكسيثيميا بعد تطبيق البرنامج المعرفي السلوكي في القياسين البعدي، والتتبعي؟

• أهداف البحث

- 1-تصميم برنامج علاجي معرفي سلوكي لخفض الألكسيثيميا لدى عينة من المعتمدين علي المواد المؤثرة نفسياً .
- 2-الكشف عن الفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة في فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي في خفض الألكسيثيميا لدى أفراد المجموعة العلاجية .
- 3-الكشف عن مدي استمرارية فاعلية برنامج العلاج المعرفي السلوكي لخفض الألكسيثيميا لدى أفراد المجموعة العلاجية بعد فترة من المتابعة .

• أهمية الدراسة

أولاً الأهمية النظرية

- 1-تتحدد أهمية الدراسة الحالية في كونها تتناول فئة من فئات المجتمع التي تحتاج إلي عناية خاصة ألا وهي الأفراد المعتمدين علي المواد المؤثرة نفسياً ، والتي تمثل فئة من ذوي الاحتياجات الانفعالية الخاصة . حيث يسهم تدريبهم علي إدارة المشاعر والانفعالات بشكل تكفي إلي التقليل من السلوكيات الخطرة والعدوانية ، وتحقيق التوافق النفسي لديهم .
- 2-ندرة الدراسات العربية - في حدود اطلاع الباحثة - التي اهتمت ببحث العلاقة بين الألكسيثيميا والاعتماد علي المواد المؤثرة نفسياً .
- 3-تتناول تياراً علاجياً بارزاً في مجال العلاج النفسي وهو العلاج المعرفي السلوكي ومحاولة تجريبه في خفض الألكسيثيميا.

ثانياً الأهمية التطبيقية

- 1-تزويد الباحثين ، والاختصاصيين النفسيين بالمستشفيات بأداة صالحة يمكن تطبيقها بهدف العمل علي خفض الألكسيثيميا لدي معتمدي المواد المؤثرة نفسياً.
- 2-سوف تقوم الباحثة بتصميم برنامج علاجي معرفي سلوكي لخفض الألكسيثيميا لدى عينة من المعتمدين علي المواد المؤثرة نفسياً لدي المرهقين و الراشدين في البيئة المصرية والاستفادة بما تسفر عنه نتائج البحث للعاملين في مجال الخدمات الإرشادية والعلاجية في مجال علم النفس في تقديم برامج إرشادية وعلاجية مماثلة، ومحاولة توسيع نطاق العينة للتأكد من مدي إمكانية تطبيق البرنامج العلاجي المستخدم في الدراسة علي عينات أخرى .
- 3-مساهمة الدراسة في التخطيط علي إعداد البرامج الوقائية من الألكسيثيميا في المستقبل، والتنبؤ بالعوامل التي تساهم بشكل مباشر في الإصابة بها وانتشارها .

• مصطلحات الدراسة

العلاج المعرفي السلوكي Cognitive Behavioral Therapy: هو مجموعة من الخطوات العلمية الممنهجة، والمدروسة على هيئة جلسات علاجية بين المعالج والعمل لمساعدته علي وصف مشاعره، والتعبير عن انفعالاته وتعديل سلوكه من خلال ربطه مع قدرته المعرفية علي فهم طبيعة هذا السلوك. والتحكم في الاضطرابات النفسية من خلال تعديل أسلوب تفكير المريض، وإدراكاته لنفسه، والمحيطين به، وبيئته حتى يصبح قادراً علي التعامل مع الظروف المؤثرة علي حالته النفسية بطريقة أكثر قرباً من الواقع، معتمدين في ذلك علي استخدام بعض تكنيكات العلاج النفسي.(الباحثة)

الألكسيثيميا Alexithymia : هي ظاهرة نفسية سلبية تؤثر علي الفرد يفقد فيها الشخص التعبير عن عواطفه، ومشاعره التي تعيش داخل النفس نتيجة لتدني الوعي بها وسيطرة نمط معرفي يتميز بتوجه خارجي يغلب عليه الاستغراق في تفصيلات الأحداث الخارجية أكثر من التركيز علي المشاعر، والتخيلات التي تتعلق بالخبرة الداخلية، وصعوبة إدراك الفرد لذاته مع ضعف في علاقاته الشخصية، والاجتماعية كما أن عدم التعبير عن هذه المشاعر أو كبتها يؤدي إلي مشكلات جسمية ونفسية جمة. (الباحثة)

وهي إجرائياً: الدرجة التي يحصل عليها الفرد بعد إجابته على مقياس الألكسيثيميا المعد لهذه الدراسة.

الاعتماد Dependence : هو حالة نفسية ، وأحياناً جسمية تنتج عن تفاعل بين كائن حي ، وبين أحد العقاقير ، وتتضمن هذه الحالة دائماً نوعاً من القهر لتناول العقار باستمرار ، من أجل الشعور بآثاره النفسية ، أو من أجل تجنب متاعب غيابه .(صندوق مكافحة الإدمان وعلاج التعاطي ، 2010:7)

المواد المؤثرة نفسياً Pshycoactive Substances : يعرف (رأفت عسكر، 2004) المادة الفعالة نفسياً هي كل مادة تؤدي عند تعاطيها إلى تغيير في الوعي، والمزاج.

*الإطار النظري:

أولاً / الألكسيثيميا:

ترجع الكلمة في أصولها اللاتينية إلي ثلاث مقاطع (A) تعني "لا يوجد"، وكلمة (Lexi) وتعني "كلمات"، وكلمة (Thymia) وتعني "مشاعر". أي أنها تشير إلي فقدان الكلمات التي تعبر عن المشاعر، ومثل هؤلاء الأشخاص المصابون بالألكسيثيميا يفتقرون إلي الكلمات للتعبير عن مشاعرهم وبالتالي يبدو أنهم ليس لديهم مشاعر ، على الرغم من أن هذا العجز قد يكون السبب في عدم قدرتهم على التعبير عن عاطفتهم أكثر من كونهم يفتقرون إلى العاطفة. (Carpenter & Michael , 2000). وفقاً لتعريف تايلور وآخرون (Taylor et al, 1997: 234) فهي حالة تعكس مجموعة من أوجه القصور في القدرة على إدارة الانفعالات من وجهة نظر معرفية ، والتي تعكس أيضاً صعوبات لدي الفرد في تنظيم مشاعره وبالتالي فهي تعتبر من العوامل المهيئة للإصابة بالأمراض الجسدية والنفسية.

خصائص الألكسيثيميا

في عام "1976" وخلال المؤتمر الأوروبي الحادي عشر الذي عقد في هايدلبرغ، بألمانيا ، والذي ركز على البحث في الأمراض السيكوسوماتية ، تم الاتفاق على تحديد أهم سمات مرض الألكسيثيميا على النحو التالي:

1-صعوبة التعرف على المشاعر والتمييز بين المشاعر والأحاسيس الجسدية الناتجة عن الاستثارة الانفعالية .

2- صعوبة وصف المشاعر للآخرين.

3- أسلوب إدراكي موجه خارجياً .

4- ندرة في أحلام اليقظة ، ومحدودية الخيال. (Taylor et al , 1997:562)

كما أضاف كريستال (Krystal,1979:26) خصائص إضافية من وجهة نظره تتمثل في : الميل إلي قلة التواصل الاجتماعي ، والميل إلي تجنب الصراع ، وضعف تذكر الأحلام ، والصلابة ، والتخشب في الأوضاع الجسمية ، وندرة في تعبيرات الوجه.

بالإضافة إلي ذلك ، حاول الباحثون وضع خصائص أخرى للألكسيثيميا حيث من الممكن تحديد خصائص الأشخاص المصابين بالألكسيثيميا بضعف القدرة علي البصيرة تجاه

مشاعرهم ، لأنهم يعانون من نقص في الوعي الانفعالي ، ويفتقرون إلي القدرة علي التعبير والحكم علي عواطف و انفعالات الآخرين. إن الوعي الانفعالي ضروري في الحياة اليومية وذلك لفهم الاستجابة للآخرين وما يشعرون به والاستجابة لهم فهو عنصر من عناصر الذكاء الانفعالي، ويكافح هؤلاء الأفراد في حياتهم المهنية والاجتماعية مقارنة بغيرهم. (Verissimo et al, 2000:13)

كما يفتقر الأفراد المصابون بالألكسيثيميا إلى الاستبطان المناسب لدوافعهم وسلوكياتهم، ويبدو أنهم مهتمون جداً بأجسادهم وكفاءة أدائهم البدني ، كما أن قلقهم وتوترهم يعتبر متنفساً من خلال الأعراض الجسدية. (Spek et al, 2008:164) ، كما أنهم يعانون من توهم المرض والتجسد بسبب عدم قدرتهم على التمييز بين المشاعر النفسية والأحاسيس الجسدية، وهم منشغلون بتفاصيل الحياة والأحداث الخارجية والتركيز على الأحاسيس الجسدية والمبالغة فيها وإساءة تفسيرها. (Taylor et al, 1997:31)

وتعكس الخصائص التي تميز الألكسيثيميا قصوراً في الجهاز المعرفي - الإجرائي "Cognitive-experiential"، ومستوى تنظيم المشاعر الشخصية ، فالشخص الذي يعاني من الألكسيثيميا لا يستطيع التعرف على مشاعره وأحاسيسه، ولا يستطيع تنظيمها بشكل صحيح ، وهو ينقل مشاعره بشكل سيء ، وبالتالي لا يمكنه الحصول على المساعدة من الآخرين ، كما أن عدم مشاركته انفعالاته ومشاعره يمكن أن يساهم في صعوبة التعرف علي هذه المشاعر. (Gross, J & Munoz, R , 1995 : 159)

نسبة انتشار الألكسيثيميا

أكدت العديد من الملاحظات التي أدلى بها المتخصصون في الاضطرابات النفسية والعصبية وجود مؤشرات تدعم التأكيد على ارتفاع معدل الإصابة بالألكسيثيميا ، والتي وصلت إلى نسبة (11.9%) في الذكور، ونسبة (8.1%) في الإناث. (نادرة جميل ، 2016)

بينما وجد باحثون آخرون أن نسبة (10%) إلي (15%) من إجمالي السكان البالغين مصابين بالألكسيثيميا.

(Parker et al, 2003 ; Ziolkowski et al, 1995)

أما عن نسبة انتشار الألكسيثيميا عند كبار السن فقد فتمثلت نسبتها (14.6%) بين الذكور ، و (17.3%) بين النساء.

(Gunzelman et al, 2002)

وفي هذا الإطار يشير كلاً من هونكا لمبي وآخرون و يلسما (Honkalampi et al , 2000 ; Yelsma, 2001) أن الذكور تظهر لديهم درجات أعلى في الألكسيثيميا مقارنة بالإناث. كما أكدت العديد من الدراسات التي بحثت معدل انتشارها في المجتمعات الغربية أن معدل انتشارها في المجتمع العام الأمريكي بلغ نحو (17%)، وهي تحدث بشكل أكثر تكراراً لدي الأشخاص المصابون باضطرابات نفسية وسيكوسوماتية ، وأن ما يقرب من نسبة (25%) من الأشخاص الذين يلجئون للعلاج النفسي تنطبق عليهم أعراض الألكسيثيميا. (Hale, 2012)

وقد أكدت دراسة طولية قام بها كلاً من (Ziolkowski et al, 1995; Loas et al, 1997) وجود العشرات من الأفراد المصابين بالألكسيثيميا ، كما تبين أن الألكسيثيميا لها قدرة تنبؤية ببعض الاضطرابات النفسية كالانسحاب، والاكتئاب، والقلق، واضطرابات الأكل. كما تشير

الدراسات إلي انتشار الألكسيثيميا بين المرضى المدمنين للكحول بنسبة تتراوح بين (60 - 40%) (Haviland et al,1998; Taylor,2000).

النظريات المفسرة لنشأة الألكسيثيميا :

١- النظريات النمائية : " Theory Development" وتتضمن عدة نظريات فرعية يمكن الإشارة إليها فيما يلي :

أ- نظرية كريستال للتأثير التطوري (النمائي) الوجداني

Krystal's Theory theory : of Affect Development (1988)

حيث يري كريستال (Krystal,1988:264) أن الألكسيثيميا هو اضطراب نفسي ناتج عن تثبيت التطور في النمو الطبيعي للمشاعر والوجدان في المراحل المبكرة من حياة الطفل (سنتان من المهد والطفولة المبكرة) ، مما يؤدي إلي حدوث اختلال وظيفي في الوظائف المعرفية والوجدانية ذات الصلة بمعالجة المشاعر والأحاسيس الوجدانية، مما يعيق فهم الفرد وإدراكه لمشاعره ، فضلاً عن صعوبة وصف هذه المشاعر والتمييز بينها وبين الأحاسيس الجسدية.

ب- نظرية الارتباط المؤثر لبولبي (التعلق الوجداني) **Bowlby's Seminal Attachment Theory (1973, 1969)**

حيث يرجع بولبي الألكسيثيميا إلي سلوك التعلق فمن الملاحظ أن سلوك التعلق يوجد في معظم الأطفال في خلال فترة الأربعة إلي سبعة شهور بين الأم والآخرين كما أنهم يستطيعون الاستجابة لكل سلوك يوجه إليهم. (Todarello et al, 2005) ويشند سلوك ارتباط الطفل بأمه في السنة الثانية أثناء خروجها من البيت بدونه أو أثناء نظرة شخص غريب له بطريقة غير مرضية كما أنه في السنة الثالثة يزداد ارتباط الطفل بأمه ويتضح ذلك في صورة بكائه وتعلقه بها عندما تريد الخروج بدونه وفي هذا الإطار يشير (هشام الخولي ، 2006 : 194) إلي أن التعلق بأنواعه في المراحل الأولى من النمو يعتبر مصدراً للألكسيثيميا من عدمه حيث أن التعلق الآمن يتيح الفرصة للتعبير عن عدد كبير من المشاعر و الانفعالات ، بينما التعلق التجنبي يجعل تعبير الأطفال عن حالته الانفعالية قليلة. حيث يتعلم الطفل كبح أشكال الانفعالات السلبية.

٢- النظرية النيوربيولوجية **Theory of Neurobiology**

تأخذ هذه النظرية اتجاهين : الأول قدمه العالمين سفينوس و نيميا Sefnios&nemiah وهو يقوم علي افتراض أن هناك أساساً نيوروبيولوجي (بيولوجياً عصيباً) للألكسيثيميا ، وقد أكد علي أن النصف الأيسر من الدماغ هو النصف المسؤول عن الكلام والوظائف التحليلية ، بينما تتمركز العمليات المرتبطة بالعاطفة والخيال والحدس والتعبير والإدراك غير اللفظي عن المشاعر في النصف الأيمن من المخ ، لذلك فإن أي تلف أو ضرر في النصف الكروي الأيمن من الدماغ هو السبب في ظهور أعراض الإصابة بالألكسيثيميا . كما يعتقد نيميا (1977) ، (1978)

Nemiah أن الجينات قد تلعب دوراً هاماً في إظهار خصائص الألكسيثيميا وقد سمي هذا النموذج "بالعوامل الوراثية" Hereditary Factors ، ويعتقد أيضاً ان الألكسيثيميا ينظر إليها علي انها جزءاً التشريح العصبي Neuroanatomy ووظائف المخ وقد أطلق علي ذلك "النماذج الفسيولوجية" ، كما أن الألكسيثيميا عبارة عن ضعف في المسارات العصبية المرتبطة بالوجدان وأطلق علي ذلك مصطلح النموذج البنائي The structural model ويرى أن تلك النماذج تؤيد ظهور الألكسيثيميا الأولية. (Nemiah , 1977 ; Nemiah, 1978)

3-نظرية التحليل النفسي

يعتبر علماء التحليل النفسي من بين أوائل من لاحظوا مرضاهم المصابين بالأمراض السيكوسوماتية (النفس جسدية)، حيث يجدون صعوبات بالغة في التعبير عن مشاعرهم لفظياً، لذلك يعتبر منظرو التحليل النفسي أن الألكسيثيميا هو اضطراب لا شعوري يعبر عن نمط طفولي ارتدادي فهي حالة من الكبت الوجداني المرتبطة بمجموعة من التجارب والخبرات المحبطة التي يمر بها الفرد ويخزنها في العقل الباطن، وخاصةً الخبرات والتجارب التي يمر بها الفرد في السنوات الأولى من طفولته، فيمكننا أن نجد التلاميذ الذين يعانون من الألكسيثيميا لديهم صعوبة في التعبير عن المشاعر والانفعالات كما يميلون إلي تفريغ الطاقة بدنياً ، ومن ثم فإنهم يوصفون في التراث التحليلي بالأمية الانفعالية. (بام روبنس وجان سكوت ، 2000 : 44)

4- النظرية المتكاملة في انتظام المشاعر Integrated Theory of Regulation

أكد كلاً من تايلور 1992 Taylor و باركر 1997 Parker علي حدوث تكامل بين النظريتين السابقتين، تتعلق الأولى بالأساس البيولوجي، والثانية تتعلق بنظرية الارتباط المؤثر. عندما يفقد الشخص أمنه ويفقد حاجته الأساسية ، فإن هذا يؤثر بالضرورة على اتصاله بالآخرين ومن ثم فإنه يفقد اللغة اللازمة لذلك. لكنه أيضاً لا يستبعد وجود عامل وراثي قوي يقف خلف معظم حالات هذا الاضطراب الذي ينتج عنه نقص في تنسيق الوظائف بين نصفي الكرة المخية، لذلك تعتبر نظرية تايلور وباركر أن الألكسيثيميا يمكن أن تكون بسبب العوامل الوراثية أو المكتسبة ، وهذا ما يسمى بالنظرية التكاملية. (Parker et al ,1999)

5-نظرية تجهيز المعلومات "Information Processing Theory"

لقد توصل مارتن و بيهل (Martin & Pihl , 1986) في هذه النظرية إلي أن الأفراد ذوي الألكسيثيميا يعانون من ضعف في معالجة المعلومات العاطفية أو الوجدانية وهو ما يؤثر على قدرتهم على التعامل بفعالية مع المواقف العصبية التي يواجهونها ، وهو ما يجعل الفرد غير قادر على تحديد المواقف على أنها مرهقة. ونتيجة لذلك ، فهو غير قادر على حل هذه المواقف ولن يتعلم الكيفية التي يستطيع بها تجنب مثل هذه المواقف العصبية.

الأسباب المسببة للألكسيثيميا

هناك العديد من الأسباب والعوامل التي تفسر الألكسيثيميا، حيث ترجع الإصابة بالألكسيثيميا إلي الاضطراب الوظيفي للألياف الرابطة بين نصفي الدماغ ، مما يعني انقطاع التدفق الطبيعي والمتبادل للمعلومات بين نصفي الدماغ، مما يعكس ضعف القدرة على التأزر ودمج النشاط في أنظمة تشغيل المعلومات المعرفية والخيالية والعاطفية لكل من نصفي الدماغ. (سامي عبد القوي، 2011: 248)

بالإضافة إلي ذلك فقد أكد تيلور و باجبي (Taylor&Bagby,2000) أن الألكسيثيميا ناتجة عن قصور في التنشئة الخاصة بالطفل خلال السنة الأولى من العمر ، بسبب عدم قدرة مقدم الرعاية علي التعامل الذاتي وعدم توفر السلوك الذي يضمن التعلق الآمن للطفل ، بالإضافة إلي تعرض الطفل للصددمات المبكرة التي تشمل الحرمان العاطفي.

أيضاً يشير بعض الباحثين إلي وجود خبرات صادمة في مرحلة الطفولة المبكرة كأحد الأسباب المسؤولة عن الاضطراب مثل خبرة التعرض للعنف الجسدي واللفظي في علاقاتهم الحميمة في مرحلة الطفولة ، بل إن الأمر يتعدى التجارب والخبرات الصادمة في مرحلة الطفولة المبكرة ،

حيث تلعب خبرات الحياة اللاحقة دوراً في حدوث هذا الاضطراب والإصابة به فقد أظهرت الدراسات التي أجريت علي معسكرات الاعتقال للأفراد الذين تعرضوا لخبرات صادمة عنيفة (Krystal, 1988) ، وكذلك الذين تعرضوا لخبرات وتجارب الاغتصاب المتكرر عن وجود الأعراض المميزة للألكسيثيميا لديهم. وقد أشار "كريستال" Kystal إلى أن الألكسيثيميا قد تنشأ نتيجة لصدمة انفعالية وعاطفية شديدة كوسيلة تجنبية للأحداث المؤلمة. كما وجد مستويات مرتفعة من الألكسيثيميا لدى الأفراد ضحايا الاعتداء الجنسي وأنها مرتبطة به بشكل إيجابي. (Linden &, 2013, 7-8)

كذلك فإن فالضغط الشديد الذي يتعرض له الفرد نتيجة كثرة المشكلات التي تقع علي عاتقه قد تسبب الألكسيثيميا. (محمد رزق ، 2009)

الألكسيثيميا وارتباطها بالاعتماد علي المواد المؤثرة نفسياً
لقد ذكرت العديد من الدراسات ارتفاع معدلات الألكسيثيميا Alexithymia في متعاطي المخدرات البالغين ، فقد أشارت دراسات حديثة إلى أن معدلات الألكسيثيميا بين عامة السكان تقدر بما يتراوح بين (6) و (10)٪ (Hintikka et al , 2001 : 243- 239)، لكن لوحظ وجود الألكسيثيميا بشكل أكثر حدة في الأفراد الذين يعانون من اضطرابات تعاطي المخدرات. ما قد يصل إلى (78 ٪) من الأفراد الذين يعانون من اضطرابات تعاطي الكحول قد أبلغوا عن وجود مستوى مرتفع من الألكسيثيميا. (Thorberg et al , 2009 : 237- 245) وقد ارتبطت أيضاً الألكسيثيميا مع تاريخ عائلي للإدمان على الكحول (Pombo et al , 2015) ويرجع البعض ذلك إلي أن تعاطي المواد المخدرة تستخدم كوسيلة للتعويض عن العجز في الوعي الذاتي العاطفي، وبالنسبة للأشخاص الذين يعانون من أعراض الألكسيثيميا قد توفر السلوكيات الخطرة فوائد تنظيمية مؤثرة لديهم. (Roedema & Simons, 1999)

وتشير الأطر إلي أن التوضيح النفسي للصراعات والتوترات الداخلية قد ترجع للإصابة بالألكسيثيميا هذا المفهوم متعدد الأبعاد الذي يعني صعوبة في تحديد ووصف المشاعر والمفهوم المعرفي الذي يركز على استخدام طريقة تفكير ملموسة وأخرى ضعيفة وبالأخص يتضح ذلك لدي مدمني المخدرات ، حيث تتجلى خصائص الألكسيثيميا . ويلاحظ أن الشخص يركز علي ذاته و يتحول إلى نفسه ، ويتصل ببيئته فقط من خلال العقاقير.

(Joaquim & Domingos , 2001)

كذلك فهم يفتقدون القدرة علي الوصف الملائم لمشاعرهم وأيضاً يميل مدمنوا المخدرات إلى أن يكونوا مهتمين بشكل غير طبيعي بالأحاسيس الجسمية المصاحبه لإيقاظ العواطف حيث يصبحوا بحاجة ماسة إلى منع أنفسهم عن طريق تناول المواد ذات التأثير النفسي . (Cristina , 2002 : 37 – 51)

وكما ورد في تايلور (2008) فإن الأشخاص المعتمدين علي المواد ذات التأثير النفساني يجدون صعوبة في التكيف مع أوضاعهم الصعبة فيبدلون الكثير من الجهد للتكيف مع هذه الأوضاع فيبدون في تناول المواد لتحقيق الشعور بالسعادة والنشوة، ولكن ما يحدث لاحقاً أن الجرعة الحالية التي يستخدمها الأشخاص المدمنون تصبح غير كافية لتحقيق النشوة بعد فترة من الوقت مما يؤدي إلي ظهور أنماط انفعالية غير سارة لديهم فيشعرون بعدم السعادة والانزعاج والقلق والاكتئاب. ويبدو أن الأفراد المصابين بالألكسيثيميا يلجئون لتناول العقاقير للتغلب مؤقتاً علي الفشل والإحباط الذين يستشعرونه عندما لا يستطيعون التعرف علي عواطفهم المختلفة . حيث أن

تناول العقاقير النفسية قد تسهم في استعادة مستوي النشاطي المناطق الدماغية التي تكون مسؤولة عن الخبرات الممتعة والسارة .

(سيلفيا بيرثوز، 2017)

ثانياً /الاعتماد علي المواد المؤثرة نفسياً :

تعريف الاعتماد Dependence

يُعرف (عادل صادق ، 2001) الاعتماد بأنه حالة تنشأ من التعاطي المستمر لعقار معين . فهو حالة تنشأ من تفاعل الجسم من العقار ونتيجة لذلك تظهر أعراض نفسية أو أعراض عضوية أو أعراض نفسية عضوية في نفس الوقت وعادة ما يشار إلي نمطين من الاعتماد هما :-

أولاً/الاعتماد العضوي Physical Dependence :

يشير الاعتماد العضوي إلي التعاطي المزمن أو الطويل المدي لأحد المواد والذي ينتج عنه أعراض جسدية غير سارة إذا تم إيقاف تناول هذه المادة بشكل مفاجيء ، أو تناولها بجرعات أقل عما كان في السابق. (Stoehr ,2009:34)

وهو حالة تكيفية عضوية تكشف عن نفسها بظهور اضطرابات عضوية شديدة في حالة انقطاع وجود مادة نفسية معينة أو في حالة معاكسة تأثيرها نتيجة لتناول شخص عقاراً مضاداً ، ويعتبر الاعتماد العضوي عاملاً قوياً في دعم الاعتماد النفسي وتأثيره في الاستمرار في تعاطي المادة النفسية أو في الانتكاس إلي تعاطيها بعد محاولات الانسحاب.

ثانياً/ الاعتماد النفسي Psychic Dependence

وهو موقف يوجد فيه شعور بالرضا مع دافع نفسي يتطلب التعاطي المستمر أو الدوري لمادة نفسية بعينها لاستثارة المتعة ، وتعتبر هذه الحالة النفسية هي أقوى العوامل التي ينطوي عليها التسمم بالمواد النفسية ، وفي بعض هذه المواد تكون هذه الحالة هي العامل الأوحد الذي ينطوي عليه الموقف.

ويظهر الاعتماد النفسي عندما يبحث المتعاطي عن المخدر وصولاً إلي الإحساس بجذوي الحياة وأهميتها ، وهذا النموذج من الاعتماد عادةً ما يكون متغيراً تبعاً للتغير الحادث بين المادة والمتعاطي نفسه . وفي الصورة الحادة فالمتعاطي غالباً ما يصبح سلوكه قهرياً مع المخدر وتنصب بؤرة اهتمامه الفعلية في الحصول علي المادة بأي وسيلة ومن ثم تعاطيها .(لويس مليكة

وآخرون ،1999: 151،ياسر كمال،2004، زينب الشرفاوي ، 2014)

وتعرف المواد ذات التأثير النفسي : بأنها عبارة عن كل مادة طبيعية أو صناعية، تدخل جسم الإنسان متعاطي المخدرات، إما عن طريق البلع أو الاستنشاق أو الحقن، وتؤثر عليه؛ فتغير إحساسه وبعض وظائفه البيولوجية والفسولوجية، وينتج عن تكرار استعمال هذه المادة، نتائج خطيرة على الصحة الجسدية والعقلية وتأثيرها على البيئة والمجتمع، و قد يؤدي تكرار الاستعمال إلى الاعتماد عليها، وعند التوقف يتعرض لأعراض الانسحاب.

(حسين الغول، ٢٠١١: ٧٨)

محكات الاعتماد علي المواد النفسية

حدد الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس (DSM-5) علامات تشخيص

السلوك الإدماني، في مجموعة متلازمة من الأعراض الملازمة لتعاطي المواد المخدرة، وتنقسم لأربع مجموعات فرعية كما يلي:

1. فقدان السيطرة:

أ- استخدام الشخص لكمية أكبر أو لفترة أطول مما هو مخطط له أو أكثر من المعتاد.

ب- أن يعبر الشخص عن رغبته في الامتناع أو تنظيم استخدامه للمادة، مع الاستخدام القهري ومحاولات فاشلة في الامتناع.

ج- الوقت الكبير المستهلك في الحصول علي المخدر، وتعاطي المادة، ثم التعافي من آثار المخدر.

د- الشعور: مع التعاطي الشديد فإن كل شيء في الحياة اليومية يدور حول المخدر ، والشعوة هي رغبة قوية وملحة للمادة .

2- الإعاقة الاجتماعية:

أ-التعاطي المتكرر للمخدرات أدى إلى الفشل في الإيفاء بالالتزامات تجاه العمل، الدراسة أو المنزل.

ب - الاستمرار في التعاطي برغم المشاكل الاجتماعية المتكررة والتي تؤدي الي تدمير العلاقات بسبب تأثير المخدر.

ج- التخلي عن الأنشطة الاجتماعية والمهنية والإبداعية الهامة بسبب المخدر، فقد ينسحب الشخص من المشاركة في نشاط عائلي هام (زواج أو وفاة) لكي يتعاطي المخدر.

3- الاستخدام الخطر:

أ- الاستخدام المتكرر للمخدرات في مواقف لها خطورة جسدية عالية

ب- الاستمرار في التعاطي رغم معرفة الشخص بوجود عواقب نفسية أو جسدية، متكررة أو دائمة نتيجة لتعاطيه المخدرات.

4 - خواص دوائية:

1- التحمل: هو احتياج الشخص لجرعة أكبر من المخدر للحصول على نفس المفعول السابق، أو نقص المفعول عند استخدام نفس الجرعة المعتادة من المادة.

ب- أعراض الانسحاب: هي أعراض تنتج عن نقص مستوى المادة في الدم والأنسجة، مما يجبر الشخص على إعادة التعاطي لتلافي أعراض الانسحاب، وتختلف أعراض الانسحاب بحسب المواد والأشخاص.

ويتم تحديد شدة الحالة الإدمانية، كما يلي: الاستخدام البسيط: ويحدد بوجود اثنين أو ثلاثة من الأعراض، والاستخدام المتوسط: ويحدد بوجود أربعة أو خمسة من الأعراض، أما الاستخدام الشديد: فيكون عند وجود ستة أعراض أو أكثر. (APA ,2013)

الأسباب والدوافع المؤدية للاعتماد

1-عوامل بيولوجية :

يقصد بها تلك الاستجابات العضوية والفسولوجية التي يبديها الكائن الحي تجاه المادة النفسية وبهذا المعنى فإن النظريات التي تتناول تلك العوامل متعددة ومتنوعة وإن كانت في مجملها تدور حول التغيرات البيوكيميائية التي تحدث بشكل تدريجي في المخ والجهاز الهضمي وفي الأنظمة

الأساسية للنقل العصبي تحديداً نتيجة المستقر والمنتظم أو شبه المنتظم لتلك العقاقير والمواد النفسية. (عادل الدمرداش، 1982: 39-41)
2- عوامل وراثية :

ويقصد بها تلك العوامل الفسيولوجية التي يمكن أن تنتقل وراثياً عن طريق الجينات ، وفي هذا الصدد فإن المتخصصين لا يزالون يخطون خطواتهم الأولى في سبيل اكتشاف ما قد يكون استعداداً أو قابلية وراثية لبعض أشكال تعاطي المواد النفسية وخاصة فيما يتعلق بالكحوليات، ويذهب المتخصصون إلي أن الوراثة ربما كانت تؤثر أيضاً في استجابة الفرد للعقار سواء كان هذا التأثير في إتجاه تصعيد الأحاسيس السارة أو قمع الأحاسيس غير السارة المرتبطة بتعاطي العقار. (Uhl,2001:232)

3-عوامل شخصية وتمثل في :

- 1- عدم النضج الكامل للشخصية وهروبها من الواقع إلي واقع أقل ألماً من خلال لذة القيام بالتعاطي للمواد المخدرة.
 - 2- اضطراب في العلاقة بين الطفل والوالدين، والذي يؤدي إلي عدم شعور الطفل بالأمن والميل إلي الحيل الهروبية.
 - 3- رغبة الطفل في خفض توتره وقلقه والألم الذي يواجهه.
 - 4- إعتقاد الطفل بأن المواد المخدرة وسيلة للخروج من مشكلاته وأنها تساعده علي مواجهتها.
- (محمد سلامة ، 2002:48)

5-عوامل مرتبطة بالبيئة الداخلية (عوامل أسرية):

لقد توصل العديد من الباحثين إلي أن المناخ الأسري غير السوي يعد من العوامل المساهمة في تعاطي المخدرات، فعدم الاستقرار داخل الأسرة وانعدام الوفاق بين الوالدين وتآزم العلاقات بينهما وزيادة الخلافات إلي درجة الهجرة والطلاق أحياناً. وغياب أحد الوالدين لفترة طويلة مع انعدام التوجيه الأسري، واكتساب الفرد قيماً ومفاهيم خاطئة خلال تنشئته الأسرية كالتدخين وتعاطي المخدرات. (إبراهيم بن محمد الزين، 2011 : 261)

ثالثاً العلاج المعرفي السلوكي

يمثل العلاج المعرفي السلوكي أحد الأساليب العلاجية الحديثة، ونموذجاً لأحسن الاستراتيجيات العلاجية التي تقوم على التكامل بين تيارات متنوعة في العلاج النفسي، ويستخدم مجموعة فعالة من الإجراءات المستمدة من نظريات التعلم المبنية علي التعلم بالملاحظة والعمليات المعرفية، والتي تتضمن التقييم، والتخطيط، واتخاذ القرارات، وتوظيف التقنيات التي تعمد تغيير أنماط التفكير اللاتكفي، وإحلال طرق تفكير أكثر عقلانية وأكثر توافقاً، وتغيير أنماط السلوك اللاتكفي وإحلال أنماط جديدة أكثر توافقاً.

ويعتقد كثير من الباحثين المعاصرين أن الإجراءات السلوكية تعد أكثر قوة من الإجراءات اللفظية الصارمة في التأثير على العمليات المعرفية، لذلك فهم يفضلون استخدام الأساليب السلوكية، في حين تظل عملية تغيير المعتقدات على قدر عال من الأهمية للتأثير في تثبيت التغيير السلوكي والمزاجي. ويرى باندورا "Bandura" أن كل الإجراءات العلاجية بشكل عام (سلوكية أم معرفية) ذات كفاءة علاجية عالية. ويشير إلي التأثير التبادلي بين كل من المعارف، والسلوك، إذ يؤثر كل منهما في الآخر، فسلوك جديد قد يؤدي إلي تغيير في أسلوب تفكير الفرد، كما أن نمطاً جديداً من التفكير في المقابل يسهل تبني سلوك جديد. وإلى جانب هذا التأثير التبادلي

بين السلوك والمعارف، فالبيئة تؤثر في كليهما معاً، وأيضاً تتأثر بهما. ويسمي باندورا هذا النمط من التفاعل بين البيئة، والسلوك، والمعرفة بـ "الثالوث التبادلي" أو التبادلية الثلاثية **Triadic Reciprocolity** (Davison et al,2004).

وتعد الانفعالات (إلى جانب كل من السلوك، والمعارف، والبيئة) مفهوماً مهماً في سياق العلاج المعرفي السلوكي، وهي تميل أن ترتبط أكثر بالذات، وأحلام الفرد، وخيالاته وأماله، وطموحاته الأساسية، ومخاوفه الشديدة. وغالباً ما تظهر هذه المشاعر الانفعالية نتيجة نشاط المعارف اللاتوافقية، وتكون هذه المشاعر ذات قدرة علي تغيير المعارف إذا ما تم التدخل العلاجي علي مستوى المشاعر. كما تمثل الانفعالات دائماً العنصر الرئيسي في العلاج المعرفي السلوكي، علي عكس المفهوم الخاطئ الشائع، فإن العلاج المعرج السلوكي ليس مقصوراً علي التغييرات في التفكير والسلوكيات، بدلاً من ذلك، فإن الفكرة الرئيسية في العلاج المعرف السلوكي تتمثل الفكرة التي مؤداها أن استجابتنا الوجدانية تتأثر بشكل كبير بمعارفنا والطريقة التي ندرك بها العالم وندرك بها أنفسنا، وندرك بها الآخرين وندرك بها المستقبل. لذا فإن تغيير تقييم شيء ما، أو حدث ما أو موقف ما يمكن أن يغير من الاستجابة الانفعالية المصاحبة له.

(هوفمان إس جي، 2012:26)

تعريف العلاج المعرفي السلوكي:

وتعرف موسوعة علم النفس والتحليل النفسي العلاج المعرفي السلوكي: هو تلك العملية التي يصبح الفرد بمقتضاها واعياً ببيئته الداخلية والخارجية وعلي إتصال مستمر بها، والعمليات المعرفية هي الإحساس أو الإدراك، والانتباه، والتذكر، والربط، والحكم، والتفكير، والوعي.

(عبد المنعم الحفني، 1995 : 143)

كما عرفه (أحمد عبد اللطيف، 2011 : 310) بأنه علاج مباشر تستخدم فيه آليات وأدوات معينة وفنيات معرفية لمساعدة المريض علي تصحيح أفكاره السلبية ومعتقداته اللاعقلانية التي يصاحبها خلل إنفعالي سلوكي.

طرق العلاج المعرفي السلوكي

هناك عدة طرق إرشادية وعلاجية تأسست انطلاقاً من المبادئ النظرية للمعنى السلوكي المعرفي وهي تشمل ثلاث طرق رئيسية:

أ- طرق إعادة البنية المعرفية **Cognitive Restructuring** وتقوم هذه الطريقة علي افتراض أن الاضطرابات الانفعالية إنما هي نتيجة لأنماط من التفكير غير الواقعي، فالاهتمام بالانفعالات يعد جزءاً جوهرياً قيماً يحققه العلاج المعرفي السلوكي معتمداً علي تغيير المعارف التي أدت إلى هذه الإثارة الانفعالية، فالأفراد المكتئبون علي سبيل المثال يكونون في حالة من الإثارة ويناقشون موضوعات مثيرة للانزعاج والقلق، ولذلك يجب إعدادهم بأسس قوية لإعادة البناء المعرفي وتشمل المرونة في تشجيع الأفراد للتعبير عن انفعالاتهم دوراً مهماً لأنها تبعث علي الانسجام وتشمل إدراك المريض للتفاعل بشكل إيجابي مع المعالج. وتندرج تحت هذه المجموعة طريقة بيك في العلاج المعرفي وطريقة إليس في العلاج العقلاني الانفعالي وطريقة ميتشنيوم في إرشاد الذات. (Beck, 2001: 13)

ب - العلاج القائم على تحسين مهارات المواجهة (التدريب الذاتي) **Coging Skills Therapies**

تقوم فكرة التعليمات الذاتية عند ميتشنيوم علي فكرة مؤداها أن التدريب علي الأحاديث الذاتية إنما تعتمد علي أن الأشياء التي يقولها الأفراد لأنفسهم هي التي تحدد باقي الأشياء التي يفعلونها،

ويعتبر الحديث الداخلي أحد هذه الأنشطة، ومن ثم تركز طريقة التعليمات الذاتية على تعليم الأفراد كيفية التخطيط والتفكير قبل الاستجابة وتعليمهم ضرورة التوقف والنظر جيداً قبل صدور أي استجابة ومساعدتهم على استخدام الأحاديث الذاتية وتقدير أهميتها وما يتبعها من سلوك معين أو حالة الفعالية معينة، وتقديم التعليمات الذاتية قبل الاندفاع والتسرع في تناول

الموضوعات. (Meichenbaum, 2006: 4)

وهناك ثلاث مراحل لإحداث التعديل المعرفي السلوكي وهي:

1- المرحلة الأولى: يتعلم فيها العميل كيفية مراقبة سلوكه (الملاحظة الذاتية) فيما يسمى بالحوار الداخلي الذي يتصف في بداية العلاج بالسلبية، ويساعد المرشد على زيادة الوعي بالأفكار والمشاعر والأفعال والعلاقات مع الآخرين، مما يمهد لعملية إعادة بناء المفاهيم (تعديل البنية المعرفية).

2- المرحلة الثانية: يدرك العميل أن عليه تغيير الحوار الداخلي السلبي، والبدء بحوار داخلي يهدف لرؤى جيدة للسلوك، ويسهم في زيادة الانتباه والتقدير، ويؤدي إلى تغيير السلوكيات المشككة.

3- المرحلة الثالثة: وهي تعلم مهارات جديدة وتطوير الأبنية المعرفية ونقل ممارسة المهارات المتعلمة إلى مواقف الحياة الواقعية. (سميرة شند، ٢٠٠٥: ٣٢٣)

ج-العلاج من خلال حل المشكلة Problem Solving Therapies: ويظهر ذلك في طريقة "جولد فريد Gold Fried" التي تركز على تصحيح التعليل الخاطئ عن طريق تعليم الأفراد كيف يجدون التعليل المنطقي لمشاكلهم وذلك بملاحظة المشكلة وتعريفها بدقة ثم إيجاد البدائل والحلول الممكنة، واتخاذ القرار وكتابة الإيجابيات والسلبيات لكل البدائل، وتحديد خطة يتم اتباعها، وأخيراً التأكد من أن المشكلة على وشك الحل.

(Dzurill&Gold Fried,1971:203)

العلاج المعرفي السلوكي للمدمنين

يشكل العلاج المعرفي السلوكي الحديث أحد الأساليب التي تتعامل بكفاءة مع مرضى الإدمان وخاصة مدمني الكحول والأدوية النفسية وخاصة في الثقافات الغربية التي يشيع فيها تعاطي الكحول مما يسبب إرتفاعاً في معدلات الإدمان على تعاطي الكحول لدى شرائح عديدة من المجتمع، وهذا البرنامج يستند في أسسه على التطور العلمي الذي طرأ على المدرسة السلوكية التقليدية والجهود التي بذلت لإضفاء صفة الإنسانية على السلوك الإنساني التي تحركه المعرفة والعواطف أكثر مما يتحرك بالعادة كما كان في المدرسة السلوكية التقليدية التي لم تكن تجد فرقاً بين الإنسان والحيوان في التعلم والتشريط. (عبد الله عسكر ، 2005 : 86)

ويقوم العلاج المعرفي السلوكي علي فكرة أن سلوكيات ومشاعر الفرد ترجع إلى الأفكار والمعتقدات الشخصية له وليس نتيجة لدوافع خارجية مثل المواقف والأحداث والظروف الخارجية وأن الفرد قد لا يكون لديه القدرة علي تغيير أو تعديل الظروف والأحداث الخارجية ولكنه يستطيع أن يعدل من الطريقة التي يفكر بها ، ومن هنا فإن العلاج السلوكي المعرفي يهدف إلى تعليم وتدريب المدمن علي التعرف علي المواقف والأحداث التي تؤدي إلى التعاطي وكيفية تجنب هذه المواقف وإكتساب القدرة علي مواجهة الضغوط والمشاكل الحياتية والتعامل

بفاعلية مع مجموعة المشاكل والسلوكيات المرتبطة بالإدمان. (National institute on drug abuse, 2005)

ويؤكد (جان سكوت وآخرون ، 2002 : 275) علي أنه ينبغي عند التعامل مع المرضى إقامة علاقة ثقة ناجحة وخاصة عند التعامل مع المدمنين الذين يتذبذب دافعهم للتغير بسهولة ، والذين تجعلهم خبرتهم بالعالم " المباشر معدومي الثقة في المهنيين المعالجين حيث يعتبر جذب المريض واستمرار الدافع هو الهدف الأول للعلاج .

البحوث السابقة

بحوث تناولت برامج علاجية للألكسيثيميا:

البحث الذي قام به رازلوغ وآخرون (Razlog et al 2020) بعوان الألكسيثيميا لدى المرضى الذين يعانون من إدمان المواد التي يتم علاجها عن طريق العلاج النفسي المعرفي - السلوكي في إطار العلاج النموذجي في مينيسوتا وقد شارك ٩٦ مريضاً (٦٩ ذكراً و ٢٧ أنثى) يعانون من إدمان متعدد للمواد المحددة وفقاً لمعايير الدليل التشخيصي الخامس DSM-IV في جلسات العلاج المعرفي السلوكي الجماعي، لمدة ٨ أسابيع. تم تقييم كل مريض في بداية الأسبوع الأول والأخير من العلاج النفسي وفقاً لمقياس شخصية (Schalling-Sifneos) المنقح، ومقياس القلق والاكتئاب في المستشفى، ومقياس اليأس. تم تحليل مدة الإدمان، والحالات التعليمية، والاجتماعية والاقتصادية.

أوضحت النتائج أن (٦٠٪) من المرضى (٤٤٪ من الإناث و ٦٧٪ من الذكور) تم تحديدهم على أنهم لديهم ألكسيثيميا مرتفعة. أظهر هؤلاء المرضى أعلى الدرجات في جميع الاختبارات السيكومترية مقارنة بالمرضى غير المصابين بالألكسيثيميا. وأن العلاج النفسي المعرفي السلوكي، قام بتحسين غالبية درجات المرضى بتحسين الألكسيثيميا لديهم ، وأن هناك علاقة ارتباطية بين الألكسيثيميا وشدة مظاهر القلق والاكتئاب، ومدة الإدمان، والحالات التعليمية، والاجتماعية، والاقتصادية.

وقد استنتج أن الألكسيثيميا هي ظاهرة "حالة" داخل المرضى الذين يعانون من إدمان المواد ويمكن تحسينها من خلال العلاج النفسي السلوكي المعرفي.

بالإضافة لذلك كان البحث الذي قام به (عبد الله الزهراني ، 2014) بعنوان فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي في خفض أعراض الألكسيثيميا لدى عينة من المكتئبين الراشدين السعوديين. تضم العينة (45) مكتئباً ممن يراجعون العيادات النفسية. وقد طبق الباحث على العينة مقياس تورنتو للألكسيثيميا، وبرنامج إرشادي معرفي سلوكي. وقد أظهرت النتائج فاعلية البرنامج الإرشادي في خفض أعراض الألكسيثيميا.

ثانياً بحوث تناولت برامج للعلاج المعرفي السلوكي على المعتمدين على المواد المؤثرة نفسياً

بحث (عبد المالك شيهان ، 2018) بعنوان دراسة حالات علاج معرفي سلوكي في خفض أعراض تعاطي المخدرات عند المراهقات المتمدرسات . حيث هدفت إلي دراسة حالة وفق علاج سلوكي معرفي في خفض أعراض تعاطي المخدرات لدى أنثى مراهقين متعاطين (الحبوب المهلوسة) من المتمدرسين ، وتكونت عينة الدراسة من ثلاث إناث مراهقات مدمنين علي المواد ذات التأثير النفسي، وقد اهتمت الدراسة بمعرفة مدي أهمية الاستراتيجيات العلاجية المعرفية والسلوكية كمتغير مستقل ، وخفض أعراض التعاطي كمتغير تابع ، ولتحقيق هذا الهدف تم استخدام قائمة تشخيص الاعتماد علي المواد المخدرة وسوء الاستخدام (DSM/IV) ، وتم استخدام المنهج العيادي بأدواته المختلفة (دراسة الحالة ، والمقابلة العيادية ، والملاحظة العيادية) ، حيث خضعت حالات الدراسة للتدريب علي البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي وقد استغرقت الدراسة نحو شهر ونصف بواقع جلسه كل أسبوع ومدة كل جلسة ساعة ونصف تقريباً (6) جلسات علاجية ، وكان من أهم نتائج الدراسة أن الاستراتيجيات العلاجية السلوكية والمعرفية لها فاعلية لدي معظم الحالات الثلاثة في مساعدتهم علي الامتناع عن التعاطي وانخفاض في مستوي الأعراض الإدمانية والإنسحابية وتجنبهم من الانتكاسة ، فالزيادة المتدرجة بالتحسن كان ملحوظاً أثناء وبعد الجلسات العلاجية، ويشير هذا إلي تأثير البرنامج الذي تم تطبيقه في تخفيض سلوك الإدمان لدي حالات المراهقات المتمدرسات.

وجد أيضاً البحث الذي قامت به (مريم إبراهيم، 2015) بعنوان فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي جماعي معتدل الأجل لخفض حدة اعتماد البنزوديازيبينات. دراسة تداخلية، حيث هدفت الدراسة للتحقق من مدي فعالية البرنامج المقترح لخفض حدة اعتماد البنزوديازيبينات، وقد تم اختيار العينة عشوائياً من مركز بداية فرع البطاش بالإسكندرية، بمدي عمري (17-41) عام ، ومتوسط قدره (33) عام ، وقسمت العينة إلي (مجموعة تجريبية ، ومجموعة ضابطة)، وقد استخدمت الباحثة استبيان الاعتماد علي البنزوديازيبينات ، وقائمة تقويم العلاج النفسي المعرفي السلوكي ، وبرنامج العلاج النفسي السلوكي الجماعي المقترح . ولقد توصلت الباحثة إلي النتائج التالية : وجود فروق ذات دلالة جوهرية بين القياسين القبلي والبعدي في متغيرات البحث لدي المجموعة العلاجية بالإضافة إلي انخفاض حدة اعتماد البنزوديازيبينات وزيادة التقويم الإيجابي للعلاج في القياس البعدي لصالح المجموعة العلاجية إيجاباً ، بالإضافة إلي عدم وجود فروق جوهرية بين القياسين البعدي والتتبعي مما يؤكد استمرار فعالية البرنامج العلاجي واستقرار نتائجه دون انتكاس.

أيضاً بحث سودابه وآخرين (Soodabeh et al ,2013) والتي هدفت إلي معرفة أثر العلاج المعرفي السلوكي الجماعي علي مجموعة من الأزواج المشاركين في العلاج بالميتادون ، وتكونت عينة الدراسة من (30) متعاطي وتم تقسيمهم إلي مجموعتين كل مجموعة تتكون من (15) متعاطي وتم تقسيمهم إلي مجموعتين الأولى التجريبية والثانية ضابطة، وتم تطبيق (12) جلسة علاجية من جلسات العلاج المعرفي السلوكي علي المجموعة التجريبية وبعد انتهاء البرنامج العلاجي تم قياس الاستجابة علي مقاييس الضغوط ، والمهارات الحياتية ، ومهارات المواجهة والضغط لكلاً من المجموعتين . وجائت النتائج بفروق جوهرية بين المجموعتين في الاستجابة علي المقاييس وكانت جميعها في اتجاه المجموعة التجريبية مما يشير إلي مدي فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في العلاج.

بينما كان البحث الذي قام به (عبد الله الجوهي، 2008) بعنوان أثر برنامج للعلاج المعرفي السلوكي في علاج عينة من مدمني الهيروين. وكان الهدف من البحث اختبار مدي فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في تغيير بعض المعتقدات المرتبطة بمرض الإدمان، وذلك للنتائج الايجابية التي أحرزها ذلك النوع من العلاج النفسي عموماً في العديد من مرضي الإدمان. **منهج البحث:** وتكونت العينة من (80) مريضاً تم توزيعهم إلي مجموعتين بالتساوي، إحداهما تجريبية والأخرى ضابطة. واعتماداً علي المنهج التجريبي تم تطبيق (قوائم المعتقدات الإدمانية) علي كلتا المجموعتين، تم إخضاع المجموعة التجريبية لبرنامج العلاج المعرفي السلوكي إضافة للبرنامج العلاجي التقليدي، وبنهاية البرنامج تم تطبيق المقاييس مرة أخرى (التطبيق البعدي). **النتائج:** قد أظهرت الأثر الإيجابي لبرنامج النموذج المعرفي السلوكي المستخدم والذي تبين في التحسن الواضح في درجة الاعتقادات الخاطئة والسلبية المرتبطة بالمحاور الرئيسية للعملية الإدمانية (بمعني انخفاض درجات شدة الاعتقاد في هذه الاعتقادات). كذلك أكدت النتائج علي التحسن الحادث في تلك الاعتقادات يشير إلي احتمال تبني اعتقادات أكثر إيجابية، ويعكس أهمية الجوانب المعرفية السلوكية وضرورة الاهتمام بها في برامج علاج الإدمان.

ثالثاً البحوث التي تناولت العلاقة بين الألكسيثيميا و الاعتماد علي المواد المؤثرة نفسياً

وقام كلاً من مريم و محمد (Maryam & Mohammad, 2011) بعمل بحث بعنوان **فحص ومقارنة الألكسيثيميا والتنظيم الذاتي في المرضي الذين يعانون من اضطراب تعاطي المخدرات والافراد العاديين**

حيث تم مقارنة الألكسيثيميا، والتنظيم الذاتي للمرضي الذين يعانون من اضطراب الإدمان والأفراد العاديين في عينة من السكان الإيرانيين مكونة من (360) متطوعاً (180 مريضاً، 180 عادياً)، وتم استخدام مقياس تورونتو لتشخيص الألكسيثيميا (TAS-20) ومقياس التنظيم الذاتي (SRI-25). وسجل المرضي الذين يعانون من اضطراب تعاطي المخدرات مستويات أعلى بكثير من الأفراد العاديين علي مقياس الألكسيثيميا alexithymia، وكانت العينة غير الإكلينيكية ذات معدلات أعلى من التنظيم الذاتي مقارنة بالعينة الإكلينيكية. ويمكن تفسير العلاقة بين الألكسيثيميا وتعاطي المخدرات من حيث العديد من الآليات بما في ذلك مساحة المشاعر السلبية، والعلاج الذاتي، وتسهيل الاتصالات اللفظية والعاطفية. ومن المفترض أن يكون الخلل في التنظيم الذاتي مرتبطاً باضطراب تعاطي المخدرات من خلال العجز في ضبط النفس المؤثر علي التنظيم.

وكان بحث جيليان وآخرون (Gillian et al, 2012) بعنوان **الألكسيثيميا واضطرابات تعاطي الكحول: مراجعة نقدية**. لقد تم توثيق العلاقة بين الألكسيثيميا alexithymia واستهلاك الكحول بشكل جيد. ومع ذلك، فقد بحثت القليل من البحوث الآليات وراء هذه العلاقة الارتباطية. في هذه الدراسة، تم فحص العلاقة بين الألكسيثيميا alexithymia، و دوافع الشرب واستهلاك الكحول في مجموعة اجتماعية من مدمني الكحول، في دراسة مستعرضة مكونة من (862) مشاركاً علي مقياس تورونتو للألكسيثيميا (TAS-20)، و استبيان دوافع الشرب، وقدموا معلومات عن استهلاك الكحول.

كشفت نتائج تحليلات الانحدار أن الألكسيثيميا تتنبأ بإدمان استهلاك الكحول. أظهرت تحاليل الوساطة الرسمية أن هذه العلاقة تم التوسط فيها بالكامل عن طريق الدوافع الاجتماعية، وتعزيز ومواجهة الشرب، والتوسط جزئياً عن طريق المطابقة. قد تمثل دوافع الشرب آلية واحدة لشرح العلاقة بين الألكسيثيميا واستهلاك الكحول.

أيضاً البحث الذي أعده غالبيان و علي (Ghalehban & Ali , 2011) بعنوان فحص ومقارنة الألكسيثيميا والتنظيم الذاتي في المرضى الذين يعانون من اضطراب تعاطي المواد المخدرة والأفراد العاديين حيث تم مقارنة الألكسيثيميا والتنظيم الذاتي للمرضى الذين يعانون من اضطراب تعاطي المخدرات والأفراد العاديين في السكان الإيرانيين. أكمل (360) متطوعاً بواقع (180) مريضاً، (180) من العاديين . وتم استخدام مقياس تورنتو للألكسيثيميا (TAS-20)، ومقياس التنظيم الذاتي (SRI-25). وسجل المرضى الذين يعانون من اضطراب تعاطي المخدرات نسباً أعلى بكثير من الأفراد العاديين على الألكسيثيميا وكانت العينة غير السريرية ذات معدلات أعلى في التنظيم الذاتي من العينة السريرية. ويمكن تفسير العلاقة بين الألكسيثيميا وتعاطي المخدرات من حيث عدة آليات بما في ذلك وجود المشاعر السلبية، والتدبير الذاتي، وتسهيل الاتصالات اللفظية والعاطفية. ومن المفترض أن يكون ضعف التنظيم الذاتي مرتبطاً باضطراب تعاطي المخدرات من خلال العجز في ضبط النفس الذي يؤثر على التنظيم الذاتي.

وفي بحث آخر قام به كلاً من شابنام وآخرون (Shabnam et al ,2010) : بعنوان دراسة ومقارنة الألكسيثيميا بين المرضى الذين يعانون من اضطراب تعاطي المخدرات والأشخاص العاديين ، وكان الهدف من هذه الدراسة مقارنة انتشار الألكسيثيميا بين المرضى الذين يعانون من اضطراب تعاطي المخدرات والناس العاديين. لتحقيق هذا الهدف ، تم اختيار (85) مريضاً من بين الأشخاص الذين يترددون علي مراكز علاج الإدمان في مدينة طهران ، وتم اختيار (85) شخصاً عادياً باستخدام أخذ العينات في متناول اليد. تم تطبيق مقياس تورنتو للألكسيثيميا (TAS) و قد تم تحليل البيانات باستخدام اختبار "ت" "T.Test" : أشارت النتائج إلى وجود فرق كبير بين المرضى الذين يعانون من اضطراب تعاطي المخدرات والأشخاص العاديين من حيث إجمالي درجاتهم في الألكسيثيميا حيث ارتفعت درجاتهم علي مقياس الألكسيثيميا مقارنة بالأفراد العاديين : أبلغ المرضى الذين يعانون من اضطراب تعاطي المخدرات عن مزيد من المشاكل والأعراض مقارنة بالأشخاص العاديين.

التعقيب علي البحوث السابقة:

من خلال العرض السابق للبحوث السابقة يمكننا الخروج بعدد من النقاط التالية :حيث انخفضت أعراض بعض الاضطرابات مثل القلق ، كنتيجة مباشرة لانخفاض الألكسيثيميا بعد تطبيق البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي مثل بحث عبد الله الزهراني ،2014. النتائج أيضاً أكدت علي الأثر الفعال لبرنامج العلاج المعرفي السلوكي في خفض الألكسيثيميا مثل البحث الذي قام به رازلوغ وآخرون (Razlog et al 2020) .

بعض البحوث أكدت علي الأثر الإيجابي لبرنامج العلاج المعرفي السلوكي في المساعدة علي الامتناع عن التعاطي وانخفاض مستوي الأعراض الإدمانية وتجنب الانتكاسة مثل بحوث (عبد المالك شيهان ، 2018) ، (مريم إبراهيم، 2015).

أظهرت النتائج الأثر الإيجابي لبرنامج النموذج المعرفي السلوكي المستخدم والذي تبين في التغيير في درجة الاعتقادات الخاطئة والسلبية لدي المدمن المرتبطة بالمحاور الرئيسية للعملية الإدمانية (بمعني انخفاض درجات شدة الاعتقاد في هذه الاعتقادات) مثل بحث(عبد الله الجوهري ، 2008).

كشفت بعض النتائج أن الألكسيثيميا يمكنها أن تنتبأ بإدمان استهلاك الكحول مثل بحث جيليان وآخرون (Gillian et al, 2012).

كما أن بعض البحوث هدفت إلي الكشف عن نسبة انتشار الألكسيثيميا بين المرضى الذين يعانون من اضطراب المخدرات ، والأشخاص العاديين مثل دراسة شابنم وآخرون (et al, 2010). (Shabnam

وأيضاً بعض البحوث قامت بتفسير العلاقة بين الألكسيثيميا و أدمان المخدرات من خلال عدة آليات مثل بحث غالبيان و علي (Ghalehban & Ali , 2011).

فروض البحث

1-توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات الألكسيثيميا لدي المراهقين والراشدين معتمدي المواد المؤثرة نفسياً قبل وبعد تطبيق البرنامج المعرفي السلوكي لصالح القياس البعدي.

2-توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة من المراهقين والراشدين معتمدي المواد المؤثرة نفسياً علي مقياس الألكسيثيميا في القياسين القبلي والبعدي بعد تطبيق البرنامج المعرفي السلوكي في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية .

3-لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية من المراهقين والراشدين معتمدي المواد المؤثرة نفسياً علي مقياس الألكسيثيميا بعد تطبيق البرنامج المعرفي السلوكي في القياسين البعدي، والتتبعي .

الطريقة و الإجراءات المنهجية للبحث

أولاً/ منهج البحث:

استخدمت الباحثة المنهج شبه التجريبي لتحقيق الهدف الحالي .

وتحدد متغيرات البحث كالآتي:

أ-المتغيرات المستقلة: تمثلت في محتوى برنامج العلاج المعرفي السلوكي (معارف – أنشطة – مهارات).

ب-المتغيرات التابعة: وتتمثل في الألكسيثيميا كما تقاس بمقياس الألكسيثيميا المستخدم في الدراسة .

ثانياً : عينة البحث:

أ – عينة الخصائص السيكومترية :

تكونت العينة الاستطلاعية (التجريبية) من ن= (100) من الذكور المعتمدين علي المواد المؤثرة نفسياً ممن تتراوح أعمارهم من (20-45) سنة من المرضى المترددين علي العيادات الخارجية وكذلك المقيمين الذين يخضعون لتلقي العلاج النفسي بمستشفى العزازي للصحة النفسية وعلاج الأدمان.

ب- العينة الأساسية :

تكونت عينة الدراسة الأساسية من : ن=(20) فرداً من الذكور الراشدين المعتمدين علي المواد المؤثرة نفسياً ، وترتفع درجاتهم علي مقياس الألكسيثيميا المستخدم في الدراسة ، والمقيمين بالمستشفى ممن يخضعون لتلقي العلاج النفسي بالمستشفى ممن تتراوح أعمارهم من (20-45)

سنة بمتوسط عمري (32.4) وانحراف معياري (7.91)، وتم تقسيمهم الي مجموعتين ن= (10) تجريبية ون= (10) ضابطة.

جدول (1) المتوسطات والانحرافات المعيارية لأعمار المرضى من المجموعة التجريبية والضابطة

الأبعاد		المجموعة التجريبية		المجموعة الضابطة		العينة الكلية	
		ن=10		ن=10		ن=20	
العمر الزمني		ع	م	ع	م	ع	م
		7.55	32.20	8.28	32.60	7.91	32.4

يتضح من الجدول (1) عدم وجود فروق دالة إحصائية بين المجموعتين التجريبية والضابطة.

ثالثاً : أدوات البحث

استخدمت الباحثة في البحث الحالي الأدوات الآتية :

- 1- استمارة بيانات عامة (ديموجرافية) (إعداد الباحثة) .
 - 2- مقياس الألكسيثيميا (إعداد الباحثة) .
 - 3- البرنامج العلاجي المستخدم في الدراسة (إعداد الباحثة) .
- وبيان ذلك فيما يلي :-

الأداة الأولى / استمارة بيانات عامة (ديموجرافية)

من تصميم الباحثة وهي عبارة عن استمارة بيانات ديموجرافية الغرض منها جمع البيانات الأساسية عن المفحوصين، وهي تشمل بيانات خاصة بالمفحوص مثل الإسم، والسن، والنوع، والجنس، والعمر، ومدة التعاطي، وعدد مرات الدخول ، والوظيفة، والحالة الاجتماعية، والاقتصادية ، والمستوي التعليمي. وتساعد هذه البيانات والمعلومات في الحصول علي الصورة العامة لأفراد هذه العينة ، وبالتالي قد تساعد في تفسير النتائج والتعليق عليها .

الأداة الثانية / مقياس الألكسيثيميا (إعداد الباحثة)

تم إعداد أداة مقننة لقياس الألكسيثيميا ، نظراً لأن هذا المتغير (الألكسيثيميا) مهم بالنسبة لعينة الدراسة (المعتمدين علي المواد المؤثرة نفسياً) ، من خلال توفير مقياس لتشخيص هذه السمة يكون ملائماً لعينة البحث ، وأيضاً للثقافة العربية عامة ، والمصرية خاصة.

إعداد مقياس الألكسيثيميا

قامت الباحثة بإعداد الصورة الأولية لمقياس الألكسيثيميا لدي عينة من المعتمدين علي المواد المؤثرة نفسياً متبعة الخطوات التالية : مراجعة الإطار النظري والدراسات السابقة التي تناولت الألكسيثيميا وذلك للإفادة في تحديد وصياغة مفردات المقياس ، ومنها مقياس تورنتو للألكسيثيميا

(TAS-20) إعداد بابجي وآخرون " Bagby et al, 1994 "

مقياس الألكسيثيميا الذي وضعه جاسون ثومبسون (Jason Thympson, 2009) وقامت بتعريبه وإعداده ليناسب البيئة المصرية (فاتن قنصوه، 2009) ، مقياس الألكسيثيميا لدى طلاب الجامعة (إعداد : آمال الفقي ، 2012) و مقياس الألكسيثيميا إعداد (محمد رزق، 2009). بالإضافة لمقياس الألكسيثيميا إعداد (عفاف إبراهيم ، 2012) أيضاً مقياس (TAS) عجز التعبير عن المشاعر (الألكسيثيميا) ترجمة (صلاح الدين عراقي ، 2006) ، ومقياس الألكسيثيميا إعداد (إيمان عطية ، 2017) . وتضمنت الدراسات السابقة الاطلاع علي دراسة دراسة ماتيليا وآخرون (Mattila et al , 2010).

*وفي ضوء ذلك ، توصلت الباحثة إلي صياغة الصورة المبدئية لمقياس الألكسيثيميا بأبعاده الأربعة وكانت العبارات كالتالي :

- البعد الأول:صعوبة تحديد المشاعر ، والتميز بينها وبين الأحاسيس الجسمية-أربع عشرة عبارة.

- البعد الثاني : صعوبة في وصف المشاعر ، والتعبير عنها للآخرين -أربع عشر عبارة .

- البعد الثالث محدودية الخيال -أربع عشر عبارة .

- البعد الرابع: التفكير الموجه من الخارج -أربع عشر عبارة .

وبذلك تكون المقياس ككل من "56" مفردة لقياس الألكسيثيميا بحيث يحتوي كل بعد علي "14" مفردة.

ثم قامت الباحثة بحساب الثبات والصدق للمقياس وذلك كما يلي :

أولاً/صدق المقياس

1-صدق المحكمين :-قامت الباحثة بعرض المقياس علي (9) من المحكمين من خلال أطباء نفسيين (إخصائيين – استشاريين) ومدرسين وأساتذة علم النفس ، والصحة النفسية . وذلك للحكم علي المقياس من حيث مدي ملائمة المقياس وعباراته لأفراد العينة، ومدي انتماء كل عبارة إلي المقياس ككل ، وإلي البعد الخاص بها ، واقتراح التعديلات اللازمة أو إضافة عبارة جديدة تسهم في جودة المقياس ، وقد تم الإبقاء علي العبارات التي تصل نسبة الاتفاق عليها إلي 90% فأكثر.وقد أسفر اتفاق المحكمين علي الإبقاء علي جميع العبارات مع إجراء بعض التعديلات اللازمة في صياغة بعض العبارات.

جدول (2) يوضح العبارات التي تمت إعادة صياغتها من قبل السادة المحكمين:

رقم العبارة	العبارة قبل إعادة الصياغة	العبارة بعد إعادة الصياغة
7	ليس لدي أي فكرة عن مستقبلي.	ليس لدي أي تصور لمستقبلي.
37	يمكنني تحديد شعوري عند أحاسسي بالقلق.	يمكنني تحديد ما أشعر به من انفعالات عند شعوري بالقلق.
43	أستطيع أن أحقق ذاتي وكياني في أحلام اليقظة.	أجد ذاتي في أحلام اليقظة.
49	أشعر بتغيرات جسدية أعجز عن تفسير أسبابها .	أشعر بالحيرة تجاه أحاسيس في جسدي أعجز عن تفسيرها.

2 - صدق المفردات :-يعتمد صدق الاختبار اعتماد مباشر علي صدق مفرداته ، وذلك لأن أي زيادة في صدق المفردات تؤدي إلي قصد الاختبار ، ويمكن حساب صدق المفردات بحساب معاملات ارتباطها بالميزان الداخلي ، وهو الاختبار نفسه ، ويسمي هذا بالتجانس الداخلي للمقياس أو الاتساق الداخلي ، لأنه يقيس مدي تماسك المفردات باختبارها ، وقد حسبت معاملات ارتباط كل عبارة بالدرجة الكلية للمقياس وهذا ما يوضحه الجدول التالي :

جدول (3) مؤشرات صدق المفردات لمقياس الألكسيثيميا

البعد الأول		البعد الثاني		البعد الثالث		البعد الرابع	
م	معامل الارتباط	م	معامل الارتباط	م	معامل الارتباط	م	معامل الارتباط
1	**0.82	2	**0.72	3	**0.73	4	**0.59
5	**0.81	6	**0.76	7	**0.69	8	**0.55
9	**0.62	10	**0.79	11	**0.72	12	**0.59
13	**0.77	14	**0.55	15	**0.66	16	**0.50
17	**0.78	18	**0.65	19	**0.64	20	**0.53
21	**0.74	22	**0.54	23	**0.74	24	**0.78
25	**0.69	26	**0.74	27	**0.64	28	**0.64
29	**0.73	30	**0.77	31	**0.74	32	**0.67
33	**0.76	34	**0.64	34	**0.67	36	**0.54
37	**0.68	38	**0.79	39	**0.74	40	**0.64
41	**0.68	42	**0.68	43	**0.72	44	**0.61
45	**0.78	46	**0.77	47	**0.75	48	**0.59
49	**0.51	50	**0.69	51	**0.59	52	**0.70
53	**0.75	54	**0.84	55	**0.65	56	**0.49
قيمة معامل الثبات الكلية		**0.980					

مع ملاحظة أن العلامة (***) تعني أنها دالة عند (0.01) ، وأن العلامة (*) تعني أنها دالة عند (0.05)

يتضح من الجدول السابق ارتباط كل مفردة بالدرجة الكلية لأبعاد مقياس الألكسيثيميا، حيث أن جميعها كانت دالة إحصائياً عند مستوي (0.01)، ومعني ذلك أن المقياس يتمتع بدرجة صدق عالية في بيانات المقياس التي تتعلق بمفردات كل بعد وارتباطها بالأبعاد ككل داخل المقياس . بينما بلغت الدرجة الكلية لقيمة معامل الثبات (0.980) وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوي (0.01). بعد التوصل إلي الصورة الأولية للمقياس تعين علي الباحثة تطبيق المقياس علي العينة الاستطلاعية حيث بلغ حجم العينة (ن=100) من الذكور الراشدين والمراهقين المعتمدين علي المواد المؤثرة نفسياً ، وذلك لإجراء الاتساق الداخلي للمقياس الصدق والثبات .

ثانياً/الاتساق الداخلي للمقياس

عن طريق ارتباط الأبعاد مع الدرجة الكلية للمقياس وكانت نتائجه كما يلي :

جدول (4) قيم معاملات الارتباط (ر) بين درجة كل بعد بالدرجة الكلية لمقياس الألكسيثيميا

الأبعاد	معامل الارتباط	مستوي الدلالة
البعد الأول	0.96	0.01
البعد الثاني	0.97	0.01
البعد الثالث	0.94	0.01
البعد الرابع	0.93	0.01

يتضح من الجدول أن جميع قيم (ر) بين الدرجة الكلية علي البعد ، والدرجة الكلية لمقياس الألكسيثيميا كانت دالة عند مستوي (0.01) ، وهذا يشير أن هناك اتساق داخلي بين الدرجة الكلية علي البعد ، والدرجة الكلية للمقياس .

ثالثاً/ حساب الثبات :

١ - حساب الثبات بطريقة معامل ألفا كرونباخ

حيث تم حساب ثبات معامل ألفا للمقياس في حالة حذف درجة كل مفردة للبعد الذي تنتمي إليه والجدول التالي يوضح ذلك :

جدول (5) مؤشرات ثبات مقياس الألكسيثيميا بطريقة ألفا كرونباخ مع استبعاد المفردة من الدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه

البعد الرابع معامل ألفا كرونباخ=0.904		البعد الثالث معامل ألفا كرونباخ=0.935		البعد الثاني معامل ألفا كرونباخ=0.941		البعد الأول معامل ألفا كرونباخ 0.942=	
معامل ألفا كرونباخ	رقم المفردة	معامل ألفا كرونباخ	رقم المفردة	معامل ألفا كرونباخ	رقم المفردة	معامل ألفا كرونباخ	رقم المفردة
0.897	4	0.929	3	0.937	2	0.936	1
0.899	8	0.930	7	0.936	6	0.937	5
0.897	12	0.929	11	0.935	10	0.941	9
0.901	16	0.931	15	0.940	14	0.937	13
0.900	20	0.932	19	0.939	18	0.937	17
0.890	24	0.929	23	0.940	22	0.938	21
0.895	28	0.932	27	0.936	26	0.939	25

0.894	32	0.929	31	0.936	30	0.938	29
0.899	36	0.931	34	0.939	34	0.937	33
0.895	40	0.929	39	0.935	38	0.940	37
0.896	44	0.930	43	0.938	42	0.940	41
0.898	48	0.929	47	0.936	46	0.937	45
0.893	52	0.934	51	0.938	50	0.941	49
0.901	56	0.931	55	0.933	54	0.938	53

يتضح من الجدول أن معامل ثبات ألفا للمقياس في حالة حذف درجة كل مفردة كانت أقل من معامل ثبات ألفا للبعد الفرعي الذي تنتمي إليه ، أي أن جميع المفردات ثابتة . حيث أن تدخل المفردة لا يؤدي الي خفض معامل الثبات الكلي للبعد الفرعي الذي تنتمي اليه المفردة ، مما يشير الي أن المقياس بكافة أبعاده يتمتع بدرجة ثبات جيدة .

الصورة النهائية لمقياس الألكسيثيميا :

بعد التأكد من كفاءة الاستبيان تم إعداد الصورة النهائية للمقياس والإبقاء علي جميع العبارات دون حذف والتأكد من الكفاءة السيكومترية للمقياس بذلك تصبح الصورة النهائية لتوزيع أبعاد المقياس وعدد البنود التي تنتمي إليه مكون من (56) عبارة موزعة على أربعة أبعاد ، وهما الأبعاد التي يتكون منها الاستبيان .

جدول(6) يوضح الصورة النهائية لتوزيع أبعاد الاستبيان وعدد البنود التي تنتمي إليه

م	أبعاد الألكسيثيميا	العبارات	عدد العبارات
1	صعوبة تحديد المشاعر، والتمييز بينها وبين الأحاسيس الجسمية	1،5،9،13،17،21،25،29،33،37،41،45،49،53	14
2	صعوبة وصف المشاعر، والتعبير عنها للاخرين	2،6،10،14،18،22،26،30،34،38،42،46،50،54	14
3	محدودية الخيال	3،7،11،15،19،23،27،31،35،39،43،47،51،55	14
4	أسلوب معرفي ذو توجه خارجي	4،8،12،16،20،24،28،32،36،40،44،48،52،56	14

تصحيح المقياس

يتم تصحيح المقياس من خلال مدرج ثلاثي أمام كل عبارة (دائماً-أحياناً-نادراً) بحيث تكون الدرجات علي التوالي (1،2،3) ، وتحسب الدرجة الكلية من خلال جمع درجات المفحوص في كل بعد ، والدرجة الكلية = 132 وتعني ذوي المستوي المرتفع من الألكسيثيميا ، والدرجة 112 تعني مستوي متوسط من الألكسيثيميا ، والدرجة 56 تعني مستوي منخفض من الألكسيثيميا أي (فرد ليس لديه ألكسيثيميا) .

الأداة الثالثة

البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي :إعداد الباحثة

مصادر البرنامج

اعتمدت الباحثة في بناء محتوى البرنامج علي مصادر عديدة منها : الإطار النظري للبحث والذي يلقي الضوء علي كل من : العلاج المعرفي السلوكي والألكسيثيميا وبعض الدراسات والبحوث السابقة التي تناولت العلاج المعرفي السلوكي للألكسيثيميا لعينات متنوعة ، وأيضاً بعض البرامج العلاجية التي تم إعدادها في إطار دراسات وبحوث سابقة.

أهداف البرنامج

1- يتمثل الهدف الإجرائي الرئيسي في البرنامج الحالي العمل على خفض (الألكسيثيميا) وتحسين التعبير عن المشاعر لدى عينة من المعتمدين على المواد المؤثرة نفسياً من خلال استخدام بعض الفنيات العلاجية المعرفية السلوكية.

2 - بينما يتمثل التحقيق الإجرائي لهذا الهدف الرئيسي في ارتفاع متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية عن المجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج وفي ارتفاع درجات القياس البعدي عن درجات القياس القبلي لنفس المجموعة التجريبية وذلك في الدرجة الكلية للألكسيثيميا، وكذلك في أبعاد الألكسيثيميا.

الأساليب والفنيات المستخدمة في البرنامج :

المحاضرة والمناقشة وإعادة البناء المعرفي وتحديد الأفكار التلقائية ومراقبة الذات ولعب الدور والتعريض والنمذجة والاسترخاء والتنفيس الانفعالي والتخيل والأحاديث الذاتية والتعزيز والواجبات المنزلية .

وفيما يلي عرض موجز بالفنيات المستخدمة في البرنامج الحالي :

١- إعادة البناء المعرفي Cognitive Restructuring

يعد أسلوب البناء المعرفي أحد أساليب التدخل النفسي المعرفي بل وأهمها ويهدف إلى تعديل وتصحيح الأفكار والاتجاهات المضطربة وظيفياً والتي تؤدي إلى الإضطراب النفسي، فالسلوك اللاتواؤمي ناتج عن خبرات ومعارف خاطئة، حيث يقوم هذا الأسلوب على إستبدال المعارف الخاطئة بأخري صحيحة.

(آمال عبد السميع ، 2003 : 278)

٢- فنية تحديد الأفكار التلقائية والعمل على تصحيحها The Technique Automatic

Ideas and Corecting

يقصد بالأفكار التلقائية، تلك الأفكار التي تسبق مباشرة أي إنفعال غير سار، وهذه الأفكار تأتي بسرعة وبصورة تلقائية، وأحياناً دون أن يلاحظها الشخص.

وتهدف هذه الفنية إلى محاولة التعرف إلى تلك الأفكار، ومن ثم تبديلها بإيجابية تؤدي إلى نهاية حسنة، ولذلك يطلب من المريض أن يسجل الواجبات المنزلية على ورقة، ويدون فيها كل الأفكار التلقائية التي مرت بذهنه في كل يوم يمر به، وتعتبر الواجبات جزء من العلاج. (قتيبة الجلي،فهد اليحيي، 1995 : 271)

٣- فنية مراقبة الذات The Technique of self Monitoring يقصد بالمراقبة

الذاتية في العلاج المعرفي السلوكي قيام المريض بملاحظة وتسجيل ما يقوم به في

مفكرة، أو نماذج معدة مسبقاً من المعالج وفقاً لطبيعة مشكلة المريض.(ناصر

المحارب ، 2000 : 118)

٤- فنية التعريض: Exposure

هو مكون رئيس في العلاج المعرفي السلوكي، ويتضمن تعريض الفرد للموقف أو المواقف التي تسبب له القلق، فقد وجد الباحثون في هذا المجال أن التعريض المستمر علي المثيرات التي تسبب القلق ينتج عنه تشتت إستجابة القلق لدى الفرد الذي يعاني من القلق، فالتعريض له أشكال عدة منها: التعريض التحليلي، والتعريض المتدرج، والتعريض في الحي (الواقع)، وهذا النوع من التعريض يكون بدون تدرج، ولا بد من توافر شروط لهذا النوع من التعريض من أهمها موافقة المريض، كما يوجد أنواع أخرى من التعريض منها التعريض بمساعدة المعالج للموقف الذي يسبب القلق بطريقة مباشرة. (Stephen et al,1994)

٥- الحوار السقراطي (التفنيد) Socratic Dialogue

من خلال هذه العملية يحصل المعالج علي معلومات عن العميل وعن خبراته الفريدة باستخدام الأسئلة السقراطية فهو الذي يستطيع أن يشرح أفكاره ومشاعره، وهذه المعلومات بدورها تفيد المعالج في تحديد الكيفية التي تستخدم بها القواعد العلاجية التي ينوي المعالج تطبيقها. (إبتسام عبد الله ، 2010:31)

٦- النمذجة Modeling

تعتبر النمذجة أو التعلم بالملاحظة طريقة لتغيير أنماط السلوك، فالتقليد أو النمذجة أو الملاحظة تعد تقنية أكثر فعالية للتعلم من مجرد الإعتدال علي التعزيز والمكافأة إذ يمكن تعلم مهارة جديدة أو مجموعة سلوكيات جديدة بطريقة أكثر فعالية من خلال ملاحظة شخص آخر يقوم بها، كما يمكن لمشاهدة الآخرين أثناء تأديتهم لسلوك ما أن يساعد علي إزالة أنماط المخاوف أو القلق المصاحبة له أو التقليل منها. (تيموثي.ج . ترول ، 2007)

٧- لعب الأدوار Role play

يستخدم علماء السلوكية أسلوب لعب الدور مع المريض بغرض زيادة قدراتهم علي تحمل المسؤولية ومواجهة الإحباط والعجز في المواقف الإجتماعية الحاسمة. ويعتبر التعلم التلقائي الأساس النظري لهذا الأسلوب، والذي يشير إلى أن جانباً هاماً من عملية التعلم يتم عن طريق الإستجابة النشطة للتعلم، وبالتالي لا يكون المسترشد متلقياً سلبياً غير فعال، بل متلقي إيجابياً وفاعلاً.

(محمد سعفان ، 2006 : 171)

٨- التنفيس الإنفعالي

يعرف التنفيس الإنفعالي أحياناً باسم "التفريغ أو التطهير الإنفعالي". والتنفيس الإنفعالي يقصد به التنفيس عن المواد والخبرات المشحونة إنفعالياً، ويتضمن تفريغ الشخص بنفسه من انفعالاته، أي أنه يعتبر بمثابة تطهير للشحنات الإنفعالية، وتفريغ للحمولة النفسية. ويحدث التنفيس الإنفعالي عندما يفشل المرء عن التعبير عن مشاعره الدفينة بشكل مباشر، فيقوم بالتعبير عنها بشكل مختلف تماماً، وقد يكون ذلك بشكل سلبى كالسلوك العدوانى للذات وللآخرين وكنوبات الغضب أو تدخين السجائر عند المراهقين أو ربما السرقة أو حتى إدمان المخدرات.(حامد زهران، 2005)

9- فنية ملء الفراغ Filling in the blank

من الإجراءات الأساسية التي تستخدم لمساعدة الأفراد علي توضيح أفكارهم التلقائية من خلال تدريبهم علي ملاحظة سلسلة الأحداث الخارجية وردود أفعالهم تجاهها (إبتسام عبدالله، 2010: 31)

10- أسلوب حل المشكلات Problem Solving

يري "Woodworth" أن المشكلة تحدث عندما تكون بعض العناصر معروفة والبعض الآخر غير معروف (بشير معمريّة ، 2011 : 76)، وأسلوب حل المشكلات عبارة عن إجراءات منظمة يتمكن الفرد من خلالها من حل المشكلة التي تواجهه، وذلك بإختيار البديل الأفضل في حلها، كما يقصد بها قدرة الفرد علي إشتقاق نتائج من مقدمات معطاة. (مسعودي رضا ، 2009)

11- الإسترخاء Relaxation

هو أحد الإستراتيجيات المعرفية السلوكية ويعرفه (عبد الستار إبراهيم، 1994 : 15) بأنه توقف كامل لكل الإنقباضات والتقلصات العضلية المصاحبة للتوتر، ولالإسترخاء وبهذا المعنى يختلف عن الهدوء الظاهري أو حتى النوم لأنه ليس من النادر أن نجد شخصاً ما يرقد علي أريكته أو سريره لساعات معدودة ولكنه لا يكف مع ذلك عن إبداء كافة العلامات الدالة علي الإضطراب العضوي والحركي مثل عدم الاستقرار الحركي المستمر والذهني المشحون بالأفكار والصراعات. ويشير هوبارد (Hubbard, 2003: 4) أن الإسترخاء يستخدم في خفض التوترات المرتبطة بالقلق والضغوط والغضب، وتتضمن هذه الفنية التنفس البطني العميق كرد فعل لإنذار الجسم وزيادة تركيز المعلومات الأساسية أثناء المواقف الضاغطة، ويتضمن الإسترخاء جميع مناطق الجسم وكلما كان عميقاً ومركزاً كان أسلوبياً ناجحاً من الأساليب المضادة للانفعالات السلبية التي من أهمها القلق والغضب.

12- فنية التدريب علي الواجبات المنزلية :

للاواجبات المنزلية أهمية ودور هام في كل العلاجات النفسية، وهي لها دور كبير في زيادة فاعلية العلاج المعرفي السلوكي خصوصاً فهي الفنية الوحيدة التي يبدأ بها المعالج جلسته ويختتمها، وهي تستخدم لتحسين إدراك الأفكار، كما تساعد علي تقدم العلاج المعرفي سريعاً وتعطي فرصة للفرد لممارسة مهارات ووجهات نظر جديدة ومنطقية لمعرفة أفكاره الغير عقلانية ومحاولة تغييرها.

(محمد الشناوي ومحمد السيد عبد الرحمن، 1998 : 111 - 112)

13-التعزيز reinforcement

المقصود بالتعزيز هو مكافأة يحصل عليها الإنسان كنتيجة لقيامه بسلوك معين ومن خلالها يتم تقوية الرابطة بين الفعل والنتيجة. (فضل خالد، 2008 : 21)

14- الأحاديث الذاتية:

تعتبر هذه الفنية من الفنيات المهمة للتخلص من المشاكل التي يتعرض لها الفرد، إذ تقوم على فرضية أن الفرد يُمكنه مواجهة المشاكل، و الصعوبات التي تواجهه في هذه الحياة، إذا إستطاع التخلص من الأحاديث الذاتية السلبية، و الانهزامية التي يقولها لنفسه عن نفسه إزاء تعرضه للمواقف المؤلمة، و استبدالها بأحاديث ذاتية إيجابية. و تعتبر من الفنيات المهمة للتخلص من المشاكل التي يتعرض لها الفرد. (جدة يوسف ، 2012 : 328)

١٥ - فنية التخيل Imagination

يعتبر التخيل والتصور من أقوى قوى الإرادة في حدوث التغييرات، والتأثير علي العقل الباطن، ومن المسلمات الطبية أن الحالة الذهنية المضطربة للإنسان تؤثر في حالته الصحية. (أيمن العريمي،

2007 : 9,8)

• الحدود الإجرائية للبرامج :

١- الحدود الزمنية : يتحدد البرنامج المعد زمنياً ب (22) أسبوع بواقع جلستين أسبوعياً ، وتتراوح زمن الجلسة (90) دقيقة .

٢- الحدود المكانية : تم تنفيذ برامج العلاج المعرفي السلوكي من خلال مقابلة المرضى الذين يخضعون للعلاج النفسي من الإدمان بمستشفى الصحة النفسية بالعزازي (أبو حماد)، وتم تنفيذ البرنامج داخل مستشفى الصحة النفسية بالعزازي (أبو حماد) .

٣- الحدود البشرية: تتضمن عينة الدراسة (20) من الذكور المعتمدين علي المواد المؤثرة نفسياً بمستشفى الصحة النفسية (بالعزازي) من الذين انطبقت عليهم المعايير التشخيصية للألكسيثيميا ، وحصلوا علي درجات مرتفعة علي مقياس الألكسيثيميا. وتتراوح أعمارهم ما بين (20-45) بمتوسط عمري قدره (٣٢,٤) ، وانحرف معياري (٧,٩١) .

خطة الجلسات العلاجية

تقدم الباحثة فيما يلي خطة موجزة لجلات البرنامج العلاجي باستخدام العلاج المعرفي السلوكي، متضمنة عناوين تلك الجلسات والفنيات والأساليب المستخدمة فيها ، والمراحل العلاجية التي تتبعها هذه الجلسات ، وفيما يلي بيان ذلك :

جدول (7) يوضح محتوى جلسات برنامج العلاج المعرفي السلوكي في خفض الألكسيثيميا لدي عينة من المعتمدين علي المواد المؤثرة نفسياً

المرحلة العلاجية	عدد الجلسات	رقم الجلسة	هدف الجلسة	الفنيات المستخدمة
التمهيد للعلاج	ثلاث جلسات (3-1)	الجلسة (1)	* حدوث الألفة والتعاون بين الباحث والمجموعة العلاجية وبناء العلاقة العلاجية* أن يتعرف أعضاء المجموعة التجريبية على سبب وجودهم في البرنامج بوجه عام ومفهوم الألكسيثيميا بوجه خاص	إعادة البناء المعرفي-التعزيز- الواجبات المنزلية
		الجلسة(2)	التعرف علي ماهية الانفعالات* التعرف علي الانفعالات بعد تعاطي المواد المؤثرة نفسياً	إعادة البناء المعرفي-النمذجة - الواجب المنزلي.
		الجلسة(3)	التعرف على مفهوم الألكسيثيميا والتعرف علي أبعادها	إعادة البناء المعرفي - ملء الفراغ- الواجبات المنزلية
البعد الأول للألكسيثيميا (وصف المشاعر والتعبير عنها)	أربع جلسات (٧-٤)	الجلسة(4)	أن يدرك (يعي) الأفراد المشاعر الداخلية الخاصة بهم.	إعادة البناء المعرفي- النمذجة- الواجبات

المرحلة العلاجية	عدد الجلسات	رقم الجلسة	هدف الجلسة	الفنيات المستخدمة
		الجلسة (5)	أن يصف ويحدد أفراد العينة المشاعر التي يشعرون بها في المواقف المختلفة في الحياة .	إعادة البناء المعرفي- تحديد الأفكار اليومية -الواجبات المنزلية .
		الجلسة (6)	التعرف علي أهمية العلاقات الاجتماعية وبناء علاقات تواصل مع الآخرين في التعبير عن المشاعر والتخلص من الشعور بالعزلة.	إعادة البناء المعرفي - الواجبات المنزلية .
		الجلسة (7)	التعرف علي أهمية الثقة بالنفس وكيف تعزز لدي الفرد التعبير عن مشاعره وانفعالاته .	الاسترخاء - التعزيز - الواجبات المنزلية .
البعد الثاني للألكسيثيميا (التمييز بين المشاعر ، وبين الأحاسيس الجسمية)	أربع جلسات (٨-١١)	الجلسة (8)	أن يميز (أفراد العينة) بين المشاعر و بعضها البعض .	النمذجة - الواجبات المنزلية .
		الجلسة (9)	أن يميز بين المشاعر وبعضها البعض لفظياً.	لعب الدور التعزيز- الواجبات المنزلية .
		الجلسة (10)	أن يميز بين المشاعر ، والأحاسيس الجسمية(1)	إعادة البناء المعرفي - الواجبات المنزلية
		الجلسة (11)	التمييز بين المشاعر ، والأحاسيس الجسمية(2)	إعادة البناء المعرفي - التعزيز - التعزيز الواجبات المنزلية
البعد الثالث للألكسيثيميا (محدودية الخيال)	أربع جلسات (١٢-١٥)	الجلسة (12)	التعرف علي أهمية الطموح والأهداف وكيف تساعد الفرد علي تنمية القدرة علي التعبير عن أفكاره ومشاعره	المراقبة الذاتية- الواجبات المنزلية .

المرحلة العلاجية	عدد الجلسات	رقم الجلسة	هدف الجلسة	الفنيات المستخدمة
		الجلسة (13)	أن يستطيع (أفراد العينة) تغيير نمط حياتهم وتدريبهم علي ممارسة الأنشطة الحياتية السارة التي تؤثر علي حالتهم المزاجية ، والانفعالية.	المرح والدعابة - اللعب - الواجبات المنزلية .
		الجلسة (15)	أن يتعرف المشاركون علي أهمية الخيال وتحفيزهم علي الخيال والإبداع.	الاسترخاء- التخيل-التعزيز- الواجبات المنزلية.
البعء الرابع للألكسيثيميا (التفكير الموجه للخارج)	أربع الجلسات (١٦-١٩)	الجلسة (16)	التعرف علي قدرة الفرد علي حل مشكلاته بنفسه.	التخيل "إظهار المشاعر" - الواجبات المنزلية
		الجلسة (17)	أن يتعلم المشاركون القدرة علي قيادة الآخرين	التعزيز- الاستماع النشط - الواجبات المنزلية.
		الجلسة (18)	أن يتعلم أفراد المجموعة الاعتماد علي أنفسهم، والقدرة علي حسن التصرف والتفكير دون الانقياد لتوجهات الآخرين	إعادة البناء المعرفي - الواجبات المنزلية.
		الجلسة (19)	أن يتعلم المشاركون القدرة علي تغيير نمط التفكير العلمي إلي نمط آخر أكثر مرونة مستعيناً بمشاعره وخبراته الداخلية .	إعادة البناء المعرفي - نموذج حل المشكلات- الواجبات المنزلية .
إنهاء العلاج	ثلاث جلسات (٢٠-٢٣)	الجلسة (20)	تلخيص سريع للجلسات السابقة ، والإجابة علي تساؤلات المجموعة العلاجية.	الواجبات المنزلية.
		الجلسة (21)	تطبيق مقياس الألكسيثيميا - تقييم ما تم إنجازه خلال الجلسات السابقة	إعادة البناء المعرفي .
		الجلسة (22)	تطبيق مقياس الألكسيثيميا - تقييم أهمية البرنامج بالنسبة لأفراد العينة.	إعادة البناء المعرفي .

نتائج البحث وتفسيرها ومناقشتها

أولاً: النتائج الإحصائية للبحث :

١- نتيجة الفرض الأول: توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات الألكسيثيميا لدى المراهقين والراشدين معتمدي المواد المؤثرة نفسياً قبل وبعد تطبيق البرنامج المعرفي السلوكي لصالح القياس البعدي. وللكشف عن دلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية في الألكسيثيميا قامت الباحثة باستخدام اختبار "ت" **T.Test** للمجموعة الواحدة ذات القياس القبلي والبعدي من خلال البرنامج الإحصائي (Spss) ، كما تم حساب مربع إيتا (η^2) لقياس حجم تأثير البرنامج . وتلخص الباحثة ما توصلت إليه من نتائج من خلال الجدول التالي :

جدول (8) قيمة (ت) ودالاتها الإحصائية للفروق بين متوسطي رتب درجات القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية علي مقياس الألكسيثيميا .

حجم الأثر	η^2	η	مستوي الدلالة	قيمة ت	(القياس البعدي) (المجموعة التجريبية) ن=10		(القياس القبلي) (المجموعة التجريبية) ن=10		الأبعاد
					المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري	
مرتفع	0.61	0.78	دالة	14.87	1.10	17.90	2.70	33.80	صعوبة تحديد المشاعر
مرتفع	0.59	0.77	دالة	18.93	2.31	17.70	1.94	36.00	صعوبة وصف المشاعر
مرتفع	0.69	0.83	دالة	17.40	1.47	16.80	2.22	35.60	محدودية الخيال
مرتفع	0.69	0.83	دالة	37.37	2.33	20.10	2.12	32.60	أسلوب معرفي ذو توجه خارجي
مرتفع	0.55	0.74	دالة	37.46	3.37	72.50	4.19	138.00	الدرجة الكلية

يتضح من نتائج الجدول السابق مايلي :

وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي علي مقياس الألكسيثيميا ، حيث كانت قيمة "ت" دالة عند مستوي (0.1) وبحجم أثر إيجابي مرتفع حيث ذكر (محمد موسي، 2012) أن حجم الأثر يكون مرتفعاً إذا كانت قيمة $\eta^2 =$

0.16 فأكثر وهو ماتحقق في هذا الفرض ، وهذا يدل علي ان البرنامج المقترح (فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي لخفض الألكسيثيميا لدي عينة من المعتمدين علي المواد المؤثرة نفسياً) الذي تم تطبيقه له أثر مرتفع في خفض الألكسيثيميا لدي أفراد مجموعة البحث .

2-نتيجة الفرض الثاني : توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة من المراهقين والراشدين معتمدي المواد المؤثرة نفسياً علي مقياس الألكسيثيميا في القياسين القبلي والبعدي بعد تطبيق البرنامج المعرفي السلوكي في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية . وللكشف عن دلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في الألكسيثيميا بعد تطبيق البرنامج قامت الباحثة باستخدام اختبار "ت" T.Test من خلال البرنامج الإحصائي (Spss) ، كما تم حساب مربع إيتا (η^2) لقياس حجم تأثير البرنامج . وتلخص الباحثة ما توصلت اليه من نتائج من خلال الجدول التالي :

جدول (9) نتائج "ت" لإختبار دلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية والضابطة علي مقياس الألكسيثيميا في القياسين القبلي والبعدي .

حجم الأثر	η^2	η	مستوي الدلالة	قيمة ت	(المجموعة التجريبية) ن=10		(المجموعة الضابطة) ن=10		الأبعاد
					المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري	
مرتفع	0.94	0.97	دالة	16.74	1.10	17.90	2.32	31.50	صعوبة تحديد المشاعر
مرتفع	0.94	0.97	دالة	16.87	2.31	17.70	2.00	34.00	صعوبة وصف المشاعر
مرتفع	0.94	0.97	دالة	16.16	1.48	16.80	2.58	32.00	محدودية الخيال
مرتفع	0.89	0.94	دالة	11.84	2.33	20.10	2.16	32.00	أسلوب معرفي ذو توجه خارجي
مرتفع	0.99	0.99	دالة	35.27	3.37	3.84	72.50	129.50	الدرجة الكلية

يتضح من الجدول السابق ما يلي :

وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في الألكسيثيميا بعد تطبيق البرنامج وذلك لصالح المجموعة التجريبية . حيث كانت قيمة " ت " داله عند مستوي (0.1) ، وبحجم أثر إيجابي مرتفع حيث ذكر (محمد موسى

2012، أن حجم الأثر يكون مرتفعاً إذا كان قيمة $\eta^2 = 0.16$ فأكثر وهو ما تحقق في هذا الفرض وهذا يدل علي أن البرنامج المقترح (فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي في خفض الألكسيثيميا علي عينة من معتمدي المواد المؤثرة نفسياً) الذي تم تطبيقه له أثر مرتفع في خفض الألكسيثيميا لدي أفراد مجموعة البحث.

3-نتيجة الفرض الثالث: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية من المراهقين والراشدين معتمدي المواد المؤثرة نفسياً علي مقياس الألكسيثيميا بعد تطبيق البرنامج المعرفي السلوكي في القياسين البعدي، والتتبعي. وللكشف عن دلالة واتجاه الفروق بين متوسطي درجات القياسين البعدي والتتبعي للمجموعة التجريبية علي مقياس الألكسيثيميا قامت الباحثة باستخدام اختبار "T.Test" من خلال البرنامج الإحصائي (Spss). وتلخص الباحثة ما توصلت اليه من نتائج في الجدول التالي:

جدول (10) نتائج حساب دلالة واتجاه الفروق بين متوسطي رتب درجات القياسين البعدي والتتبعي للمجموعة التجريبية في الألكسيثيميا

الأبعاد	(القياس البعدي) (المجموعة التجريبية) ن=10		(القياس التتبعي) (المجموعة التجريبية) ن=10		قيمة ت	مستوي الدلالة
	المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري		
صعوبة تحديد المشاعر	17.90	1.10	17.90	1.19	0.00	غير دالة
صعوبة وصف المشاعر	17.70	2.31	17.70	2.11	0.00	غير دالة
محدودية الخيال	16.80	1.47	16.90	1.66	0.42	غير دالة
أسلوب معرفي ذو توجه خارجي	20.10	2.33	20.30	2.00	1.00	غير دالة
الدرجة الكلية	72.50	3.37	72.80	3.22	0.66	غير دالة

يتضح من الجدول السابق مايلي :-

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات القياسين البعد والتتبعي للمجموعة التجريبية في الألكسيثيميا مما يشير إلي تحقق الفرض الثالث من فروض الدراسة

ثانياً / مناقشة النتائج

على الرغم من أن الألكسيثيميا في البداية ترتبط باضطرابات نفسية جسدية ، إلا أنه يمكن العثور على الألكسيثيميا في مجموعات أخرى من مرضى إدمان المخدرات ، وإدمان الكحول وغيرها من أشكال سوء المعاملة والاعتماد على المواد ذات التأثير النفسي .

(Lesser , 1981:513-543)

كما تعد الألكسيثيميا سمة مميزة لكثير من مدمني المخدرات ، إذ يعدونها ترياقاً يمكنهم من خلالها التعبير عن مشاعرهم وعواطفهم . (Teixeira,2017) حيث أن المدمنين يحاولون بذل الكثير من الجهد للتكيف مع أوضاعهم الصعبة، ففي بداية الأمر يسبب تناول المادة مشاعر قوية من السعادة والراحة والنشوة أو الزهو ، ولكن ما يحدث لاحقاً هو وجود الكثير من المنغصات ويطور المدمن تحملاً أكثر للمادة الإدمانية ولا تستطيع جرعته الحالية أن توصله إلي مرحلة النشوة بعد فترة من الزمن ، فتظهر لديه الكثير من الأنماط الانفعالية غير السارة منها الشعور بعدم السعادة والانزعاج والقلق والخوف والتوتر والاكتئاب . لذا وجد أن الأفراد المدمنين المصابين بالألكسيثيميا يلجؤون إلي تناول العقاقير لخدح زناد عاطفتهم للتغلب مؤقتاً علي الإحباط الذي يشعرون به حينما لا يستطيعون التعرف علي شتي العواطف . (سيلفيا بيرثوز ، 2017)

وحيث أن الألكسيثيميا تكون مرتبطة بتعاطي المخدرات ، كما أنها تعوق العلاج النفسي الناجح (Lumley et al , 1994) فقد ركز البحث الحالي علي الأفراد المعتمدين علي المواد المؤثرة نفسياً بصفة خاصة نظراً لأن المدمن لا يستطيع التعبير عن مشاعره المكبوتة طويلة الأمد لأنه لا يعرف كيف يفعل ذلك ، حيث يتطلب الأمر عملاً ومهارة و جهداً للتعبير عن تلك المشاعر . فيدفعه ذلك إلي الانغلاق علي ذاته ، ويتحول إلي نفسه ويتصل فقط بالبيئة من خلال العقاقير.

وقد أيدت النتائج التي توصلت إليها الباحثة من خلال الأساليب الإحصائية ، نجاح البرنامج العلاجي في خفض الألكسيثيميا لدي المراهقين والراشدين معتمدي المواد المؤثرة نفسياً . حيث توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات الألكسيثيميا لدي المراهقين والراشدين معتمدي المواد المؤثرة نفسياً قبل وبعد تطبيق البرنامج المعرفي السلوكي لصالح القياس البعدي. (نتيجة الفرض الأول) . كما اتضحت فاعلية البرنامج العلاجي من خلال وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة من المراهقين والراشدين معتمدي المواد المؤثرة نفسياً علي مقياس الألكسيثيميا في القياسين القبلي والبعدي بعد تطبيق البرنامج المعرفي السلوكي في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية . (الفرض لثاني).

بل أكدت النتائج أيضاً فاعلية البرنامج في خفض الألكسيثيميا لدي الأفراد المعتمدين علي المواد المؤثرة نفسياً إلي مابعد فترة المتابعة ، حيث أشارت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية من المراهقين والراشدين معتمدي المواد المؤثرة نفسياً علي مقياس الألكسيثيميا بعد تطبيق البرنامج المعرفي السلوكي في القياسين البعدي، والتتبعي (نتيجة الفرض الثالث) ، مما يؤكد علي ثبات التحسن إلي مابعد فترة المتابعة .

وبناءً علي ماسبق ، فقد أكدت نتائج البحث الحالي علي نجاح البرنامج العلاجي في خفض الألكسيثيميا لدي المراهقين و الراشدين معتمدي المواد المؤثرة نفسياً . وبذلك تتفق نتائج البحث الحالي مع نتائج بحوث كلاً من رازلوغ وآخرون (Razlog et al, 2020) و أيضاً (عبد الله الزهراني ، 2014). وهي البحوث التي ركزت علي استخدام فنيات علاجية مختلفة في خفض الألكسيثيميا لدي عينات مختلفة .

ويمكن تفسير ما أحدثه البرنامج العلاجي من خفض الألكسيثيميا لدي أفراد المجموعة التجريبية إلي ما تضمنه البرنامج العلاجي من فنيات علاجية حيث تلقى أفراد المجموعة التجريبية جلسات علاجية جماعية لخفض الألكسيثيميا ، وما تضمنته الجلسات من مناقشات وحوار من أفراد المجموعة خلال الجلسات مع التأكيد علي أهمية استخدام الواجبات المنزلية خلال الجلسات ، ولقد تمثلت الفنيات العلاجية المستخدمة في البرنامج في عدة فنيات وهم (النمذجة ، وإعادة البناء المعرفي ، والواجبات المنزلية، والتعريض ، وملء الفراغ ، والاسترخاء ، والتخيل ، والتفنيذ ، ولعب الدور ، والمراقبة الذاتية ، والأحاديث الذاتية، وحل المشكلات) .

وقد ساعدت الواجبات المنزلية أفراد المجموعة العلاجية علي تدريبهم علي التعبير عن مشاعرهم بصورة أفضل حيث أصبح بإمكانهم الحديث بصورة من الأريحية عن تلك المشاعر بين بعضهم البعض في جو من الود والألفة عن ذي قبل . كما استفادت الباحثة من هذه الفنية عند المراجعة علي الواجبات المنزلية في أول كل جلسة للتأكد من إحداث التغيير المطلوب . بالإضافة إلي التعزيز والذي كان له دوراً إيجابياً في إثارة الدافعية لإحداث تغيير ملحوظ في التغيير نحو الأفضل لدي أفراد المجموعة وتشجيعهم علي ذلك بشكل إيجابي ، ورفع مستوي المشاركة الفعالة بين أعضاء المجموعة العلاجية .

وقد كان لفنية (النمذجة ، والتفنيذ ، وتحديد الأفكار اليومية) دوراً في إدراك الأفراد لمشاعرهم الداخلية الخاصة بهم ، والقدرة علي وصف مشاعرهم وتحديد لها لفظياً وغير لفظياً مما ساعد أفراد المجموعة العلاجية علي القدرة علي تحديد مشاعرهم في المواقف المختلفة التي يتعرضون لها في الحياة اليومية ما أدي لتحسين التواصل مع الآخرين بشكل إيجابي والتخلص من الشعور بالعزلة الاجتماعية .

بالإضافة للفنيات التالية (إعادة البناء المعرفي ، ولعب الدور، والتعريض) كان لهم تأثيراً كبيراً لتمييز أفراد المجموعة العلاجية بين المشاعر المختلفة لفظياً وغير لفظياً وقدرتهم علي التفريق بين ما ينتابهم من مشاعر وما يشعرون به من أحاسيس جسدية مختلفة .

وأما عن فنيات (التخيل، والاسترخاء، والمراقبة الذاتية) فقد كان لهم عظيم الأثر في جلسات البعد الثالث المتمثلة في الخيال حيث تم استخدام الخيال بشكل أكثر فاعلية في تحقيق النجاح وزيادة القدرة علي الإبداع ، والتخلص من أحلام اليقظة المضيق للوقت .

وأما عن فنيتي (حل المشكلات ، والأحاديث الذاتية) فقد أثبتوا جدارتهم في قدرة الأفراد علي التعامل مع مشكلاتهم وتقديم حلول فعالة وإيجابية لأي مشكلات يواجهونها، دون وانتظار تقديم المساعدة من الآخرين .

كان هذا عن ما أحدثته الفنيات العلاجية المستخدمة في البرنامج بنظرة عامة ، وأما عن ما أحدثه البرنامج من تغييرات كيفية تمثلت في تغييرات في خصائص الشخصية والسلوكيات المتضمنة في أبعاد الألكسيثيميا فقد تجلي ذلك في ما لاحظته الباحثة من تغييرات إيجابية أثناء وبعد انتهاء الجلسات مقارنة بما كان عليه أفراد المجموعة العلاجية قبل تطبيق البرنامج .

فقد لاحظت الباحثة قبل تطبيق البرنامج مشكلات جمة متعلقة في عدم قدرتهم علي فهم مشاعرهم الداخلية الخاصة، وعدم قدرتهم عن التعبير عنها ، بالإضافة إلي قصور شديد في التمييز بين المشاعر والانفعالات المختلفة وعدم قدرتهم علي التمييز بينها وبين الأحاسيس الجسمية المختلفة ، وضعف العلاقات الاجتماعية ، والشعور بالوحدة والعزلة ، وانعدام الثقة في النفس . كان ذلك قبل تطبيق البرنامج ، ولكن بعد تطبيق البرنامج تحسنت لديهم تلك المهارات حيث أصبح أفراد المجموعة أكثر قدرة علي الوعي بمشاعرهم وانفعالاتهم الداخلية فهم الآن يدركون مشاعرهم بشكل جيد ، ويستطيعون التعبير عن مشاعرهم بطريقة غير لفظية أو لفظية وأصبح لديهم القدرة علي ضبط انفعالاتهم السلبية التي كانت تعيق قدرتهم علي فهم مشاعرهم الخاصة، وأصبحوا أكثر قدرة علي التواصل وفهم الآخرين بسهولة والتعامل معهم بمرونة عن ذي قبل كما أصبح لديهم القدرة علي إقامة علاقات اجتماعية إيجابية وناجحة مع الآخرين وانعكس ذلك علي تخلصهم من الشعور بالعزلة والوحدة . كذلك أصبح أفراد المجموعة العلاجية ، وقد لاحظت الباحثة أيضاً زيادة مهارة الثقة بالنفس لديهم والتخلص من القلق والتوتر اللذان كان يسببان لهم أفكار سلبية حول انفسهم ونظرتهم المتدنية لذاتهم . فالآن هم يستطيعون التعبير عن انفسهم ومشاعرهم وأفكارهم دون الإحساس بالخوف أو الخجل أو القلق الذي كان يمنعهم من مواجهة الآخرين . كذلك أصبح بمقدورهم التمييز بين مايشعرون بيه من احاسيس نفسية وجسدية بنوع من الذكاء الانفعالي الجيد . كان ذلك فيما يتعلق بالبعد الأول والثاني المتمثلان في (صعوبة تحديد المشاعر والتمييز بينها وبين الأحاسيس الجسمية – صعوبة وصف المشاعر والتعبير عنها للآخرين) .

أما عن التغيير الحادث في البعد الثالث "محدودية الخيال" فقد لاحظت الباحثة في البداية صعوبة في الخيال ، وأحلام اليقظة والنظرة السلبية للمستقبل ، ولكن بعد تطبيق البرنامج لاحظت الباحثة أن أفراد المجموعة العلاجية أختلفت النظرة للمستقبل فهم الآن لا ينظرون للماضي السيء أصبح لديهم أهداف وعن طريق استخدام الخيال بطريقة واعية وفعالة فهم الآن لديهم خطة مستقبلية فمنهم من قرر البحث عن عمل بمجرد خروجهم من المستشفى، ومنهم من قرر تحقيق ذاته واستكمال تعليمه ليصبح ذو مكانة اجتماعية مرموقة مستقبلاً ، ومنهم من قرر أن يصبح عضواً فعالاً في المجتمع . فقد أصبح لأحلامهم مضمون ، وهدف ودافع وليست مجرد تضييع للوقت ، وأصبح خيالهم قوة محرركة لتحقيق هذه الأحلام .

أما عن البعد الرابع والأخير "التفكير الموجه من الخارج" فقد لاحظت الباحثة علي أفراد المجموعة العلاجية عدم قدرتهم علي مواجهة المشكلات أو تقديم الحلول لها بالإضافة إلي التبعية وافتقاد مهارات القيادة الناجحة وسيطرة التفكير العملي الذي يبتعد تماما عن استخدامهم للمشاعر أو الخبرات الداخلية . كان ذلك قبل استخدام البرنامج أما الآن وبعد تطبيق البرنامج العلاجي فقد أصبح أفراد المجموعة العلاجية يستطيعون استخدام مهارات حل المشكلات بطريقة فعالة وناجحة فهم الآن أكثر قدرة علي مواجهة مشكلاتهم وإيجاد الحلول الملائمة دون أبداء الاحتياج

الدائم لمساعدة الآخرين كما كان يحدث من قبل ، وهم الآن يمتلكون من المهارات التدريبية ما يمكنهم من التخلص من التبعية للغير فأصبحوا أكثر استقلالاً وأكثر قدرة علي تحمل المسؤولية بشجاعة وأصبحوا أكثر قدرة علي احترام مشاعر الآخرين في المجموعة والتعامل معها بوعي وفهم وهذا أدى إلي فهمهم للدور الذي تلعبه المشاعر في التأثير علي اتخاذ القرار وعملية القيادة .
أما عن ثبات التحسن بعد استخدام البرنامج العلاجي ، فقد تاكد ذلك من خلال النتائج الإحصائية التي أوضحت ثبات التحسن في الألكسيثيميا إلي مابعد فترة المتابعة (الفرض الثالث)
وهذا إن دل علي شيء فإنه يدل علي أن البرنامج العلاجي قد حقق الهدف الأساسي الذي وضع له، واستطاعت فنياته العلاجية المختلفة إحداث التغيير المطلوب في سلوكيات وخصائص المجموعة للأفضل واكتسابهم سلوكيات ومهارات جديدة لم تكن موجودة لديهم ، وهذا التغيير لم يكن طارئاً ولكنه استمر أثره حتي بعد توقف التدريبات التي كان يتلقاها أفراد المجموعة العلاجية أثناء جلسات البرنامج . فمن الأمور الأساسية في إجراء البرامج العلاجية التأكد من استمرار فاعليتها وتأثيرها وثبات التحسن مع أفراد المجموعة التجريبية حتي بعد انتهاء تطبيق جلسات البرنامج وانقطاع صلتهم بالقائم بالتدريب .

توصيات وبحوث

أولاً التوصيات

- 1-محاولة التعرف علي الأسباب المؤدية للألكسيثيميا للحد من تأثيرها علي الصحة البدنية والنفسية ومحاولة تلافيتها وخفض الأضرار الناتجة عنها.
- 2-الاهتمام بإجراء المزيد من البحوث عن الألكسيثيميا والكشف عن المزيد من العوامل التي قد تؤثر فيها كالعوامل الديموغرافية ، والتنشئة الاجتماعية ، والأمراض النفسية والاستفادة من نتائج هذه الأبحاث ميدانياً في مجال العلاج.
- 3-تقديم برامج توعوية وتنقيفية للآباء في محاولة لاكتشاف حالات الألكسيثيميا لدي أبنائهم .

ثانياً بحوث مقترحة

- 1-إجراء دراسات مماثلة للبرنامج العلاجي لخفض الألكسيثيميا لدي فئات عمرية أخرى مختلفة.
- 2-استخدام برنامج علاجي معرفي سلوكي لخفض أعراض القلق والاكتئاب لتحسين الألكسيثيميا لدي المراهقين و الراشدين معتمدي المواد المؤثرة نفسياً .
- 3-استخدام برنامج للتدخل المبكر للحد من الآثار النفسية السلبية لدي المراهقين و الراشدين معتمدي المواد المؤثرة نفسياً المصابون بالألكسيثيميا .
- 4- الإهمال الانفعالي المبكر كمنبيء بالألكسيثيميا لدي المراهقين و الراشدين المعتمدين علي المواد المؤثرة نفسياً.

قائمة المراجع

١. إبتسام عبد الله عيد (٢٠١٠) : فاعلية برنامج معرفي سلوكي لتعديل بعض سمات الشخصية المرتبطة بالسلوك الإجرامي للسجينات السعوديات ،رسالة دكتوراه ، كلية التربية ، جامعة الأميرة نور عبد الرحمن ، قسم علم النفس.
٢. إبراهيم بن محمد الزين (٢٠١١) : دور الجامعات في وقاية الطلاب من المخدرات وطرق الوقاية والعلاج ، السعودية ، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية .
٣. أحمد عبد اللطيف (٢٠١١) : تعديل السلوك الإنساني النظرية والتطبيق ، عمان ، الأردن، دار المسيرة للنشر والتوزيع ، ط١ .
٤. آمال الفقي (٢٠١٢): فاعلية برنامجي العلاج المعرفي السلوكي والاسترخاء في تخفيف الألكسيثيميا لدى طالبات الجامعة، مجلة كلية التربية ،جامعة بنها ، قسم الصحة النفسية.
٥. آمال عبد السميع (٢٠٠٣) : الصحة النفسية والعلاج النفسي ، القاهرة ، دار عسكر للطباعة.
٦. إيمان عطية (٢٠١٧): الأعراض الاكتئابية وعلاقتها بالألكسيثيميا والمخططات المعرفية اللاتكيفية لدى طالبات الجامعة ، مجلة كلية التربية ، جامعة الزقازيق ، ع ٩٦ ، ص ص ١٤١-٢٢٩.
٧. أيمن العريمي(٢٠٠٧) : استخراج قواك الذهنية من داخلك ، عمان ، الأردن ، دار الأسرة للنشر والتوزيع ، ط١.
٨. بام روبنس ، جان سكوت (٢٠٠٠) : الذكاء الوجداني في التربية السيكلوجية ، ترجمة صفاء الأعصر وعلاء الدين كفاقي ، القاهرة ، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع .
٩. بشير معمريه (٢٠١١) :علم النفس الإيجابي اتجاه جديد لدراسة القوي والفضائل الإنسانية ، رسالة ماجستير، جامعة الحاج لخضر، أتنه.
١٠. تيموثي ز ج ز ترول (٢٠٠٧): علم النفس الإكلينيكي ، ترجمة فوزي شاكر طعيمة ، وضان لطفي زين الدين ، عمان ، الأردن ، دار الشروق .
١١. جان سكوت و مارك وليامز و آرون بيك (٢٠٠٢): العلاج المعرفي والممارسة الإكلينيكية، ترجمة حسن مصطفى عبد المعطي، القاهرة ، مكتبة زهراء الشرق ، ط١ .
١٢. جدة يوسف (٢٠١٢) : فاعلية برنامج إرشادي (معرفي-سلوكي) في تنمية بعض المتغيرات الواقية من الضغوط النفسية لدى طلبة الجامعة ، أطروحة دكتوراه مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في الإرشاد النفسي ، جامعة باتنة .
١٣. حامد زهران (٢٠٠٥): التوجيه والإرشاد النفسي، القاهرة، عالم الكتب للنشر والتوزيع، ط٤.
١٤. حسين الغول (٢٠١١) : الجوانب النفسية والإكلينيكية والعلاجية للمدمن ، دراسة إكلينيكية، القاهرة ، دار الفكر العربي.

١٥. زينب الشرقاوي (٢٠١٤): المتغيرات الاجتماعية والثقافية للعود للمخدرات ، رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية الآداب ، جامعة القاهرة ، قسم علم النفس.
١٦. سامي عبد القوي (٢٠١١): علم النفس العصبي ، الأسس وطرق التقييم ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو ، ط ٢.
١٧. سميرة شند (٢٠٠٥): فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي لتنمية المهارات الاجتماعية في تحسين تقدير الذات لدى عينة من طالبات كلية التربية ، مجلة كلية التربية، جامعة عين شمس، ع ٣، ص ٣١١-٣٨١.
١٨. سيلفيا بيرثوز (٢٠١٧) : الألكسيثيميا ، صمت العواطف في ساندرا ، ديفيد (محرر)،ترجمة طلعت مطر ، القاهرة : دار رؤية.
١٩. صندوق مكافحة الإدمان وعلاج التعاطي (٢٠١٠) :الدليل الطبي للعلاج من الإدمان ، رئاسة مجلس الوزراء ، القاهرة ، ط ١.
٢٠. صلاح الدين عراقي (٢٠٠٦): دراسة العلاقة بين عجز/نقص الكلمات المعبرة عن المشاعر (الألكسيثيميا) والتعلق الوالدي لدى الراشدين ، مجلة كلية التربية، جامعة الزقازيق، ع ٤٥ ، ص ١٩٣-٢٢٤.
٢١. عادل الدمرداش (١٩٨٢) : الإدمان مظهره وعلاجه ، الكويت ، سلسلة كتب ثقافية ، عالم المعرفة .
٢٢. عادل صادق (٢٠٠١) : الإدمان وتعاطي المخدرات ، القاهرة ، الكتيب الثاني ، الإدارة العامة لرعاية الشباب .
٢٣. عبد الستار إبراهيم (١٩٩٤) : العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث وأساليبه وميادين تطبيقه ، القاهرة، دار الفجر للنشر والتوزيع .
٢٤. عبد الله الجوهي (٢٠٠٨) : أثر برنامج للعلاج المعرفي السلوكي في عينة من مدمني الهيروين ، مجلة دراسات عربية ، رابطة الأخصائيين النفسيين ، مج ٧، ع ٤ ، ص ٨٨١-٩٣٤.
٢٥. عبد الله الزهراني (٢٠١٤) : فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي في خفض أعراض الألكسيثيميا لدى عينة من المكتئبين الراشدين ، رسالة دكتوراه ، كلية العلوم التربوية،الجامعة الأردنية ، الأردن .
٢٦. عبد الله عسكر (٢٠٠٥) :الإدمان بين التشخيص والعلاج ، القاهرة ، مكتبة الانجلو المصرية ، ط ٥.
٢٧. عبد المالك شيهان (٢٠١٨): دراسة حالات علاج معرفي سلوكي في خفض أعراض تعاطي المخدرات عند المرهقات المتمدرسات ، كلية العلوم الاجتماعية الجزائر ، جامعة وهران.
٢٨. عبد المنعم الحفني (١٩٩٥) : موسوعة الطب النفسي ، الكتاب الجامع في الاضطرابات النفسية وطرق علاجها نفسياً ، القاهرة ، مكتبة مدبولي ، مج ٢، ط ٢.

٢٩. عفاف إبراهيم (٢٠١٢) : فاعلية برنامج إرشادي في تحسين نقص التعبير عن المشاعر (الألكسيثيميا) لدى عينة من ذوي اضطرابات الأكل ، رسالة دكتوراه ، كلية التربية ، جامعة بنها.
٣٠. فاتن قنصوه (٢٠١٠) : الفروق في الألكسيثيميا ونوعية الحياة في ضوء أعراض الشره وفقدان الشهية العصبي لدى عينة من المراهقات ، حوليات مركز البحوث والدراسات النفسية ، كلية الآداب ، جامعة القاهرة ، المجلد ٦ (٦) ، ص ص ٥١-١.
٣١. فضل خالد (٢٠٠٨) : أثر استخدام تقنيات الإرشاد السلوكي الجمعي في علاج مشكلة الأرق الناتج عن الصدمة النفسية لدى عينة من طلبة جامعة الأقصي بغزة ، مجلة جامعة الأزهر ، كلية التربية ، مج ١٠، ١٤.
٣٢. قتيبة الجليبي ، فهد اليحيى (١٩٩٥) :العلاج النفسي وتطبيقاته في المجتمع العربي، الرياض ، دار العرب للنشر والتوزيع.
٣٣. لويس مليكه ، ناهد رمزي ، ليلي عبد الجواد ، خالد عيسي ، هبة الله أبو النيل (١٩٩٩) : دليل الأخصائي النفسي في الوقاية والعلاج من الإدمان ، القاهرة ، صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطي.
٣٤. محمد الشناوي ، محمد السيد عبد الرحمن (١٩٩٨) :العلاج السلوكي الحديث أسسه وتطبيقاته، القاهرة ، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع .
٣٥. محمد رزق (٢٠٠٩) :إسهام بعض المتغيرات النفسية في التنبؤ بالألكسيثيميا لدى عينة من الأطفال من ذوي صعوبات تعلم القراءة والموهوبين موسيقياً ، مجلة دراسات نفسية ، مج ١٣ ، ع ٤، ص ص ٨١٥-٨٨٣.
٣٦. محمد سعفان (٢٠٠٦) : الإرشاد النفسي الاجتماعي ، القاهرة ، دار الكتاب الحديث ، ط١.
٣٧. محمد سلامة (٢٠٠٢) : الإدمان (أسبابه - نتائجه - علاجه)، دراسة ميدانية ، القاهرة، المكتب الجامعي الحديث .
٣٨. محمد موسي (٢٠١٢) : استخدام مقاييس الدلالة العلمية لحجم التأثير في الحكم علي قياس أهمية نتائج البحوث العلمية ، مجلة كلية التربية ، جامعة المنصورة ، ع ٧٨ ، ج ٣.
٣٩. مريم إبراهيم علي (٢٠١٥) : فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي جمعي معتدل الأجل لخفض حدة اعتماد البنزوديازيبينات . دراسة تداخلية ، رسالة ماجستير ، كلية الآداب ، جامعة الاسكندرية .
٤٠. مسعودي رضا (٢٠١٠) : بناء برنامج إرشادي معرفي سلوكي لخفض الضغوط النفسية لدى المعلمين ، أطروحة مقدمة لنيل درجة الدكتوراه،، جامعة الجزائر، قسم علم النفس.
٤١. نادرة جميل (٢٠١٦) :تطبيق مقياس الألكسيثيميا لدى طلبة الجامعة ، مجلة الأستاذ، كلية التربية ابن رشد للعلوم الإنسانية ، جامعة بغداد .

٤٢. ناصر المحارب (٢٠٠٠) : المرشد في العلاج المعرفي السلوكي ، الرياض ، دار الزهراء.

٤٣. هشام الخولي (٢٠٠٦) : دراسة العلاقة بين ما بين العجز/النقص في القدرة علي التعبير عن الشعور(الألكسيثيميا)،والمخادعة/ المخاتلة(الميكافيلية) ، المؤتمر السنوي الثاني عشر ، الإرشاد السنوي الثاني عشر ، مركز الإرشاد النفسي ، جامعة عين شمس.

٤٤. هوفمان إس جي(٢٠١٢): العلاج المعرفي السلوكي المعاصر (الحلول النفسية لمشكلات الصحة العقلية) ، ترجمة مراد علي عيسي، القاهرة ، دار الفجر للنشر والتوزيع ، ط١.

٤٥. ياسر كمال (٢٠٠٤) : قلق الموت وصورة الجسم لدي المدمنين ، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الآداب، جامعة عين شمس ، القاهرة.

46. American Psychiatric Association (2013): Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5), American Psychiatric Pub.
47. Bagby , R.; Parker , J.; Taylor , G. (1994 a) :The Twenty – Item Toronto Alexithymia Scale : Item selection and cross – validation of the factor structure, *Journal of the factor structure, Journal of Psychosomatic Research*, V38 (1) , PP 23 – 32.
48. Beck,A.(2001):Cognitive-Therapy and the emotional disorders,New York, *International Universities Press Inc.*
49. Carpenter,K.;Michael,E.(2000):Alexithymia gender and responses to depressive symptoms. *Sex Roles* .Vol 43(9-10),pp 629-644.
50. Cristina,F.(2002):Toxicodependência:Du Diagnóstico Alexitimia Comportamento: Uma Revisão, *Revista Toxicodependência*, Vol 8(2), PP 37–51.
51. Davison,G.;Neal,J.;Kinga.(2004):Abnormal Psychology,9th edition.U.S.A.Jhon Willey and Sons inc.
52. Dzurilla, T & Gold Fried, M. (1971):Problem Solving and Behavior Modification, *Journal of Abnormal Psychology* No 78, PP 197:226.
53. Ghalehban,M. & Ali, M. (2011) : Examination and Comparison of Alexithymia and Self-Regulation in Patients with Substance Abuse Disorder and Normal Individuals, *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, Payam Noor University,Department of Psychology, University of Tehranm,V(30) ,pp 24-38.
54. Gillian, B .; Cindy , C.; Lynn , W. (2012) : Alexithymia and alcohol consumption: The mediating effects of drinking motives , *School of Social Sciences, University of the West of Scotland, Paisley, UK* , Vol 37(3) , PP 350- 352.
55. Gross,J.Munoz,R.(1995): Emotional Regulation and Mental Health, *Clinical Psychology : Science and Practice*,Vol 2,pp 151-164.
56. Gunzelman,T.;Kupfer,J.;Brhler,h.(2002): Alexithymia in the elderly general population,*Compr Psychiatry*,Vol 43, pp 74-80.
57. Hale,K.(2012):Validity of the toronto Alexithymia scale(TAS) in an inpatientpopulation,*Unpublished doctoral dissertation*,Colleag of Education,The Florida State University.
58. Haviland, M.; Shaw , D.; Mac Murray, J. (1998): Alexithymia: subscales and relationship to depression, *Psychother Psychosom*, Vol 50(3), PP 164–170.
59. Hintikka, J.; Honkalampi , K.; Lehtonen, J.; Viinamaki , H. (2001):Are alexithymia and depression distinct or overlapping constructs? A study in a general population, *Compr Psychiatry*,Vol 42(3), PP 234–239.

60. Honkalampi, K.; Koivumaa, H.; Tanskanen, A.; Hintikka, J.; Lehtonen, J.; Vinamaki, H. (2000): Why do Alexithymic features appear to be stable? A 12-month follow-up study of a general population, *Psychother Psychosom*, Vol 70, pp 583-870.
61. Hubbard, B. (2003): Strategies used in cognitive behavior therapy, *Cognitive Health Group*, New York.
62. Joaquim, G.; Domingos, N. (2001): Alexitimie Toxicodependência, *Revista Toxicodependência*, Vol 7(3), PP 19-22.
63. Krystal, H. (1988): Integration and self-healing, Affect-trauma-alexithymia, USA: *The Analytic Press*, Hillsdale.
64. Krystal, H. (1979): alexithymia and Psychotherapy, *American journal of Psychotherapy*, Vol 3, pp 17-31.
65. Lesser, I. (1981): A review of the alexithymia-concept, *Psychosom Med*, Vol (6), PP 531-543.
66. Linden, R.; Mark, D.; (2013): Emotional processing Deficits and Happiness, Assessing the Measurement, correlates, and Well-Being of people with alexithymia, Department of psychology, *IKBSAS, University of British Columbia Kelowna, Canada*.
67. Loas, G.; Parker, J.; Otmani, O.; Verrier, A.; Fremaux, D. (1997): Confirmatory factor analysis of the French translation of the 20-item Toronto Alexithymia Scale. Perceptual and Motor Skills, Vol 83, PP 1018.
68. Luminet, O.; Vermeulen, N.; Demaret, C.; Taylor, G.; Bagby, R. (2006): Alexithymia and levels of processing: Evidence for an overall deficit in remembering emotion words, *Journal of Research in Personality*, Vol (40), pp 713-733.
69. Lumley, M.; Downey, K.; Stettner, L.; Wehmer, F.; Pomerleau, O. (1994): Alexithymia and Negative Affect: Relationship to Cigarette Smoking, Nicotine Dependence, and Smoking Cessation, *Psychother Psychosom*, Vol 61, PP 156-162.
70. Martin, J. & Phil, R. (1986): Prediction of alexithymia characteristic from physiological personality and subjective measures. *Psychotherapy and Psychosomatics*, Vol 45, pp 133-140.
71. Maryam, G. & Mohammad, A. (2011): Examination and Comparison of Alexithymia and Self-Regulation in Patients with Substance Abuse Disorder and Normal Individuals, *SciVerse Science Direct*, Ardestan Payam Noor University, Department of Psychology, University of Tehran, Iran, Vol 30, PP 38-42.
72. Mattila, K.; Keefer, V.; Joukamaa, M.; Taylor, G.; Parker, J.; Bagby, M. (2010): Taxometric analysis of alexithymia in a general population sample from Finland, *Science Direct*, Vol 49(3), PP 216-221.
73. Meichenbaum, D. (2006): Cognitive-Behavior-modification behavior online, New York.
74. National institute on drug abuse (2005): A cognitive behavioral approach, treating cocaine addiction, *Rockville, MD*.
75. Nemiah, J. (1977): Alexithymia-theoretical-Considerations, *Psychotherapy and Psychosomatics*, Vol 28, pp 199-206.
76. Nemiah, J. (1978): Alexithymia and Psychosomatic-illness, *Journal of Continuing Education and Psychiatry*, Vol 39, pp 25-37.
77. Parker, J.; Taylor, G.; Bagby, R. (1999): Alexithymia and depression. Distinct or overlapping construct *Comprehensive Psychiatry*, Vol 32, pp 387-394.
78. Parker, J.; Bagby, R.; Taylor, G. (2003): The 20-item-Toronto Alexithymia Scale. III. Reliability and factorial validity in a community population, *Journal of Psychosomatic Research*, Vol 55, pp 269-275.
79. Pierrehumbert, B.; Bader, M.; Miljkovitch, R.; Mazet, P.; Amar, M.; Halfon, O. (2002): Strategies of emotion regulation in adolescents and young adults with substance dependence or eating disorders. *Clinical psychology and psychotherapy*, Vol (9), pp 384-394.

80. Pombo ,S.; Costa, N.; Ismail , F.; JOSE , M.; Cardoso, N .; Figueira , M . (2015): Alexithymia and alcohol dependence: do different subtypes manifest different emotion regulations? *Addiction Research & Theory*. Vol 23(3),PP 187–195.
81. Roedema, T. & Simons, R.. (1999): Emotion-processing deficit in alexithymia, *Psychophysiology* .Vol (36) , pp 379–387.
82. Shabnam, H.; Reza, R.; Farzad, F.; Atefeh, A .(2010) : A study and comparison of Alexithymia among patients with substance use disorder and normal people , *ScienceDirect* , Department of Psychology, University of Tehran, Iran , Vol 5 , pp 1367-1370.
83. Soodabeh, E .; Ali , R .; Reza ,Z.(2013): On the effectiveness of group cognitive-behavioral intervention of the spouses on the reversion prediction of the people in methadone therapy , *Social and Behavioral Science* , v(84) , pp 939-943.
- Spek,V.;NykhC'eK, I; Cuij pers, P.;Pop,V.(2008): Alexithymia and cognitive behavior therapy outcome for subthreshold depression , *Acta Psychiatry Scand*,Vol 18 , pp 164-167.
86. Stephen,W.;Smith,E.;Siegel,A.;Alissa,M.;Suzanne,B(1994): Effects of Cognitive-Behavioral Training on Angry Behavior and Aggression of Three Elementary-Aged Students, *University of Florida*,Vol19(2),PP126-135.
87. Stoehr, J.(2009): Case report,the risk of tramadol abuse and dependence : findings in two patient, *VSA:Journal of The American Academy of Psysician Assistants (JAAPA)*.
88. Taylor, G.; Bagby, R.;Parker, J. (1997). Disorders of Affect Regulation: Alexithymia in Medical and Psychiatric Illness. Cambridge: *Cambridge University Press*.
89. Taylor,G. &Bagby,R:(2000): An overview of the alexithymia construct, ymia construct. In R. Bar-On & J. D. A. Parker (Eds.), *The handbook of emotional intelligence:Theory, development, assessment, and application at home, school, and in the workplace*,pp 40–67.
90. Taylor,G. (2000):Recent developments in alexithymia theory and research,Candian *Journal of Psychiatry* , Vol 45(2),pp 134-142.
91. Teixeira, R. (2017): Alexithymia and Drug Addiction: Is There a Missing Link? *MOJ Addict Med Ther*,Vol 3(3),PP358-362.
92. Thorberg, F.; Young, R.; Sullivan , K.; Lyvers, M. (2009): Alexithymia and alcohol use disorders: A critical review, *Addict Behav*,Vol 34(3),PP 237–245 .
93. Todarello,O.;Porcelli,P.;Grilletti,F.(2005):Is Alexithymia, Dissociation and Anxiety in Psychiatric out patients from Turkey.Israel, *Journal of Psychiatry and Related Sciences*,Vol 41(2) , pp 118-124.
94. Uhl,G.(2001):causes of substance abuse, genetic factor,in:R Dewit (editor in chief) *Encyclopedia of drugs alcohol & addictive behavior*,*United States Macm , Lan Reference*.
95. Verissimo,I.;Taylor,G.;Bagby,R.(2000):Relation-Between Alexithymia and Locus of Control : *Journal of New Trend in Experimental and Clinical Psychology* , pp11-16
96. .Yelsma,P.(2001):Clients positive and negative expressievenss with their families and Alexithymia *Psychological Reports*,Vol 82,pp 563-569.
97. Ziolkowski,M.;Gruss,T.;Rybakowski,J.(1995):Does alexithymia in male alcoholics constitute a negative factor for maintaining abstinence?, *Psychother Psychosom*, Vol 63 (3-4), PP 169–173 .