# الألكسيثيميا، وعلاقته بالاكتئاب في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية لدى عينة من مدمني الكحول

د. عبدالله بن احمد الزهراني*


## الملخص

هدفت الدراسة الحالية الى معرفة العلاقة بين الألكسثيميا، والاكتئاب في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية لدى عينة من مدمني الكحول. تكونت عينة الدراسة من (٥٦) مدمنا للكحول بمجمع الأمل والصحة النفسية بالرياض. وقد توصلت الدراسة الحالية الى أن (٢٠٪) من عينة مدمني الكحول يعانون من الألكسثيميا بدرجة مرتفعة، و (٧٤.٥٪) بدرجة متوسطة، كما أن هناك علاقات طردية (موجبة) بين أبعاد مقياس الألكسيثيميا: (صعوبة تحديد المشاعر، صعوبة وصف المشاعر، التوجه الخارجي في التفكير)، وبين الدرجة الكلية لمقياس الاكتئاب، وكانت تلك العلاقات دالة إحصائيا عند مستوى (٠.٠٥) فأقل في العلاقة مع الأبعاد: (صعوبة تحديد المشاعر، صعوبة وصف المشاعر)، وغير دالة في العلاقة مع بعد (التوجه الخارجي في التفكير). كما أن هناك علاقة طردية (موجبة) بين الدرجة الكلية لمقياس الألكسيثيميا، وبين الدرجة الكلية لمقياس الاكتئاب وكانت تلك العلاقة دالة إحصائيا عند مستوى (٠.٠١). كما أنه لا توجد فروق في الدرجة على مقياس الألكسثيميا عائدة إلى عدد أفراد الأسرة، ودخل الأسرة، أو مستوى تعليم الأب، أو مستوى تعليم الأم لدى مدمني الكحول، كما توصلت نتائج الدراسة أيضا أنه لا توجد فروق في الدرجة على مقياس الاكتئاب عائدة إلى عدد أفراد الأسرة، ودخل الأسرة، أو مستوى تعليم الأب، أو مستوى تعليم الأم لدى مدمني الكحول، وأنه من الممكن التنبؤ بالاكتئاب من خلال أحد أبعاد الألكسثيميا (بعد صعوبة وصف المشاعر).


**الكلمات المفتاحية: الألكسثيميا، الاكتئاب، الكحول، متغيرات ديموغرافية.**

## The relationship between Alexithymia and depression according to some variables in a sample of alcohol addicts.


### Abstract

The present study aimed at finding out the relationship between alexithymia and depression according to some variables in a sample of alcohol addicts. The study sample consisted of (56) alcohol addicts in Al-Amal and Mental Health Complex in Riyadh. The current study found that 20% of the alcohol addicts have high Alexithymia and 74.5% of the average. There are also positive relations between the dimensions of the Alexithymia scale: difficulty in identifying feelings, difficulty in describing feelings, and between the total score of the depression scale, and those relations were statistically significant at (0.05) and less in relation to the dimensions (difficulty of identifying feelings, difficulty describing emotions), and not significant in relation to distance (external orientation in thinking). There was also a positive correlation between the total score of the Alexithymia scale and the total score of the depression scale. This relationship was statistically significant


◆ أستاذ علم النفس المشارك- قسم علم النفس – كلية التربية –جامعة الملك سعود - الرياض

at (0.01). In addition, there were no differences in the degree on the scale of alexithymia due to the number of family members, family income, level of education of the father, or level of education of the mother of alcoholics. The results of the study also found that there are no differences in degree on the scale of depression due to the number of individuals Family income, father's level of education, or mother's level of alcoholics, and depression can be predicted through one dimension of alexithymia (after difficulty describing feelings).

**Keywords: alexithymia, depression, alcohol, demographic variables.**

## مقدمة

حظيت الانفعالات والمشاعر باهتمام الفلاسفة، والمُفكرين من جهة، وعلماء النفس والتربية من جهة ثانية، وأخذ كل واحد منهم يصفها، ويُفسرها من منظور الخلفيّة النظرية التي يتبناها؛ الأمر الذي أدى إلى التّعرّف إلى ماهيتها، وخصائصها، وأنواعها، ومظاهرها، وأوجه الشبه والاختلاف فيما بينها، ووظائفها، وكيفية تقييمها، وتشخيصها، وعلاجها (بني يونس، ٢٠١٣). وقد يُعزى مثل هذا الاهتمام المتزايد بالانفعالات والمشاعر Feeling & Emotion، لاعتبارها همزة وصل بين المُكون المعرفي Cognitive Component، والمُكون السلوكي Behavioral Component من جانب، وقيامها بوظائف: التّكيف Adaptation، والتّواصل البينشخصي Interpersonal Communication، وتوجيه السلوك الإنساني، وتنظيمه، وتنشيطه، وكبحه، وضبطه من جانبٍ ثان (بني يونس، ٢٠٠٩).

فضلاً عن ذلك تُعدّ المشاعر من المكونات الأساسية في شخصية الإنسان فهي تُضفي على حياة الشخص معنى خاصا، وتُمكنه من الاستمتاع بها،فامتلاكه لها، وقدرته على التّعبير اللفظي وغير اللفظي عنها، يبدو في غاية الأهمية، وذلك لضمان استمرار التّوافق الحيوي النفسي الاجتماعي لديه Bio-Psycho Social Adjustment، في حين أنّ العجز في التّعبير اللفظي وغير اللفظي عن المشاعر قد يُؤدي إلى اضطرابات في الشخصية من جانب، والتّواصل البينشخصي من جانب آخر (Nemiah, 1997). ونظراً لأنّ الإنسان بطبيعته فاعل ومنفعل معاً في آنٍ واحد، فإنه ليس بمعزل عن تأثير الأحداث، والمواقف الضاغطة فيه، والذي قد يُؤدي تأثيرها إلى ظهور اضطرابات نفسية لديه، كالاكتئاب Depression مثلاً، الذي أصبح من أكثر الاضطرابات النفسية انتشاراً في كافة الثقافات الإنسانية (إبراهيم، ١٩٩٨).

يُعبر الاكتئاب عن مجموعة من الأعراض المركبة التي يطلق عليها مفهوم المتلازمة الاكتئابية Depressive Syndrome حيث تشتمل على جوانب من الأفكار والمشاعر والسلوك التي تحدث مترابطة - أغلبها أو بعضها-، فالمكتئبون لا يتطابقون في تعبيرهم عما يتملكهم من مشاعر اكتئابية. إن الكثير من جوانب الاكتئاب يكون نتيجة لأخطاء تربوية تدفع مبكرا للتقييد وكف التّعبير عن المشاعر؛ لذا فإنّ واحدة من الأسباب الرئيسة التي تواجه المكتئب وتدعمه هي القيود الانفعالية، والتي تظهر في أعراض العجز في التعبير عن المشاعر (إبراهيم، ١٩٩٨).

يتضمن الاكتئاب مجموعة من الأعراض العاطفية والدافعية والسلوكية والجسمية والمعرفية. وتُوصف الخبرات الانفعالية أو العاطفية للشخص المكتئب بأنها سلبية وتقيد من المشاركة في الأنشطة اليومية، فالشخص المكتئِب عادة ما تظهر عليه مشاعر الحزن وفقدان الأمل والاستياء، ونادرا جداً ما يُمارس الشخص المكتئب خبرات سارة أو إيجابية، فهو يُظهر فقدان الإحساس بالدعابة ونادرا ما يُظهر تعبيرات وجه إيجابية أو سارة؛ بالإضافة إلى ذلك فإن الشخص المكتئب عادة ما يكون لديه خبرات من القلق، وهذا ينعكس على الخبرات السلبية للشخص المكتئب. كما أنّ الشخص المكتئب يُعاني من صعوبات واضحة وملحوظة في الدافعية تظهر أعراضها في فقدان الاهتمام بالأنشطة اليومية، وسلوك اللامبالاة، وعدم الاستمتاع بالأنشطة التي كانت سابقا له معها خبرات سارة، وهذه الأعراض في ضعف الدافعية تُؤثر سلبا

في المشاركة الاجتماعية، لذلك فإن الشخص المُكتئب يُوصف بالانسحاب الاجتماعي، (Craighead, Miklowitz & Craighead, 2013).

يُظهر الشخص المكتئب عددا من الأعراض السلوكية تشتمل على البُطء في الكلام والسلوك؛ لذلك فهو سلوكيا غير نشط ويقضي معظم وقته بالنوم لفترات طويلة، هذا بالإضافة إلى الانخفاض الملحوظ بمستوى الطاقة لديه والشعور بالتعب والإعياء والإجهاد. لذلك فإن المهمة البسيطة تتطلب من المكتئب جهداً جسمياً غير مألوف. أما الأعراض الجسمية للشخص المكتئب فتشتمل على اضطراب النوم سواءً كان ذلك في صعوبة النوم أو النوم العميق لفترات طويلة، كما أنّه يُعاني من الصداع والدوار وآلام عامة. وعلاوة على الأعراض السابقة، فإن أكثر الخصائص المميزة للشخص المكتئب هي تلك الأعراض أو الخصائص المعرفية والتي اعتبرها العديد من الباحثين بأنها مركزية وأساسية في العملية العلاجية الفعالة، وتشتمل على النظرة السلبية للذات وللعالم المحيط به وتكوين معتقدات سلبية هدامة، وعجز في القدرة على التّفكير والتّركيز واتخاذ القرار، الأمر الذي يُؤدي إلى مشكلات واضحة في المعتقدات والإحساس بعدم القيمة، والتّقدير، والشعور بالخجل والإثم، وتطوير معتقدات غير عقلانية تقود إلى أفكار انتحارية (Davey,2014). وهكذا فقد بدا واضحاً بأن الكثير من الأشخاص المكتئبين يُعانون من اضطرابات عضوية ونفسية، تكون هي الدافع الأساسي وراء الزيارات المتكررة إلى العيادات النفسية والصحية، طلبا للعلاج، ووقف التّدهور في حالتهم الجسمية أو النفسية، وهدر الوقت، والجهد، والمال (Campbell, 1994).

وبمراجعة الأدب النظري ذي الصلة بعلاقة الألكسيثيميا بالاكتئاب، تُشير الأدبيات إلى وجود علاقة ارتباطية بين الألكسيثيميا من جهة، والعديد من الاضطرابات النفسية (كاضطرابات الأكل، والقلق، واستهلاك الكحول، والاكتئاب)(Karukivi, et al.,2011)، من جهة ثانية أشار جولدستين، وجيرشاو، وسبرافكين (Goldstein, Gershaw & Sprafkin,1993) إلى أنّ الأشخاص المكتئبين، يُعانون من العجز الواضح في التّعامل مع المشاعر الخاصة والشخصية في المواقف الاجتماعية، والطريقة غير الملائمة في التّعبير عن تلك المشاعر، واعتبروا أنَّ من أهم الأساليب وأكثرها فعالية في هذا الصدد، أن نشجع المكتئب ونعوده على التّعبير المتعمد عن انفعالاته بطريقة تلقائية، ويطلق على مثل هذا الأسلوب اسم الحديث عن المشاعر feeling talk، أي تحويل المشاعر والانفعالات الداخلية إلى كلمات صريحة منطوقة وبطريقة تلقائية. فالتواصل مع الآخرين وفهم مشاعرهم يُسهم إلى حدٍ كبير في تيسير عملية التّفاعل الاجتماعي، والقدرة على تنظيم وضبط الانفعالات، والتي تتوقف في المقام الأول على فهم الشخص لذاته.

في دراسة قام بها قروز وزميله بيسرا (Gruise, Becerra, 2018) والتي هدفت لمراجعة البحوث والدراسات خلال الفترة ما بين (٢٠٠٩-٢٠١٦) والمتعلقة بارتباط الألكسثيميا بمشكلات تعاطي الكحول، واضطرابات الكحول وذلك من خلال قواعد المعلومات التالية: (PsychINFO, Medline, and ProQest) فقد كانت جميع الدراسات التي تمت مراجعتها قد تناولت قياس الألكسثيميا ومشكلة تعاطي الكحول لدى عينات عيادية (إكلينيكية)، وغير عيادية (غير إكلينيكية)، وكانت نسبة انتشار الألكسثيميا لدى عينة متعاطي الكحول تتراوح ما بين (٣٠٪-٤٩٪). وقد توصلت نتائج هذه الدراسة إلى أن ثمة علاقة غير مباشرة بين الألكسثيميا وشدة مشكلة تعاطي الكحول؛ وذلك من خلال عوامل وسيطة (على سبيل المثال: شرب الكحول، الدافع للشرب، التعود على الشرب،...الخ) تتمثل بالبنية النفسية للشرب، وعوامل الخطر النفسي ذات الصلة/العلاقة بتطور مشكلة الكحول (على سبيل المثال؛ عدم استقرار الحالة المزاجية والعاطفية، والتعلق، والصدمات النفسية، والوظائف المعرفية). بالإضافة الى ذلك فأن مراجعة تلك الدراسات زودتنا بالعديد من الاثباتات التي تدعم أن الألكسثيميا كعامل خطر مستقل له علاقة مع مشاكل تعاطي الكحول بين العيانات الإكلينيكية فقط. كما خلصت هذه الدراسة أيضاً الى أن الألكسثيميا هو بناء معقد متعدد الأوجه لها علاقة بعوامل خطر أخرى مختلفة، وبين البنية النفسية لشرب الكحول. كما أوصت هذه الدراسة بضرورة إجراء العديد من

الدراسات التي تسلط الضوء على فهم العلاقات بين الألكسيثيميا وعوامل الخطر النفسي والاجتماعي، من جهة، وإشكالية استخدام الكحول من جهة أخرى من أجل تكييف التدخلات العلاجية واستهدافها.

إن الألكسيثيميا Alexithymia تُشير إلى عدم القدرة على وصف المشاعر والتّعبير عنها لفظياً، وتظهر أعراضها في صعوبة وصف المشاعر، وتحديدها، وتمييزها، والافتقار إلى الأحلام والتخيلات، وسيطرة نمط التّفكير المرتبط بالعالم الخارجي. إن الشخص الذي يُعاني الألكسيثيميا يتصف بصعوبة وصف مشاعره لفظياً ومحاولة تغيير الموضوع لعدم قدرته على التّعبير. كما يُظهر الشخص أيضا مشكلات ملحوظة في التّصور والتّخيل والذكريات. ومن جهة أخرى، يتكيف الشخص الذي يُعاني الألكسيثيميا مع العالم المادي، بما فيه من حقائق مادية مدركة ومحسوسة، ولذلك فهو يستخدم قدراته المعرفية بهذا الاتجاه، ويفضل التّعليمات والقوانين الواضحة والعادات المجتمعية المحددة؛ ومن هنا يصفهم البعض بأنهم سجناء للأخلاقيات المجتمعية والرتابة، أي أنهم تقليديون في تفكيرهم، ومساريون، وإيحائيون. وهكذا، فإن الشخص الذي يُعاني الألكسيثيميا يتصف بالميل إلى تشكيل علاقات اجتماعية تبعية صريحة، أو قد يكون على النّقيض من ذلك، إذ نجده يُفضل الوحدة أو العُزلة عن الآخرين. بالإضافة إلى ذلك فهو عُرضة للانفعالات السلبية غير المميزة، وعواطف إيجابية محدودة، كالحب، والسعادة في علاقاتهم مع الآخرين، مما يتسبب في عدم القدرة على الإحساس بالسعادة (Taylor, Bagby & Parker, 1997).

تُقدر نسبة انتشار الألكسيثيميا بحوالي (٨.٢٪) لدى الإناث، و (٨.٥٪) لدى الذكور، كما تُقدر نسبة انتشار الألكسيثيميا لدى مجتمع الراشدين بـ (١٠٪) (Franz, et al., 2008) وتُشير الدراسات إلى أنّ الألكسيثيميا لها عوامل جينية وعصبية (Valera & Berenbaum, 2001). كذلك فقد أشار البعض إلى ارتباط الألكسيثيميا بالمستوى الاجتماعي والاقتصادي المُتدني، والإساءة في الطفولة المُبكرة، (Salminen, Saarijarvi, Aarela, Toikka & Kauhanen, 1999)، ووجود تاريخ أسري للأمراض النفسية،(Joukamaa, et al., 2003) وتدني الدعم الاجتماعي (Fukunishi & Rahe, 1995) . كما أشار البعض إلى ارتباط الألكسيثيميا بشكل دال مع الاضطرابات جسدية الشكل Somato form disorders واضطرابات الصحة النفسية (Mattila, 2009). هذا وقد أكد يالوج (2010) Yalug على وجود علاقة ارتباطية إيجابية بين الاكتئاب والألكسيثيميا. ويُشير كل من هونكالامبي وهينتيكا وتانسكانين وفيناماكي (Honkalampi, Hintikka, Tanskanen & Vinamaki, 2000) إلى أنّ للذّكور درجات أعلى في الألكسيثيميا مقارنة بالإناث، حيث تلجأ الإناث إلى طلب المعونة أكثر من الذكور.

هناك العديد من الدراسات التي تناولت دراسة اللكسثيميا عند أولئك الأفراد الذين يعانون من الاكتئاب ومنها دراسة أثاناسيوس وآخرون (Athanasios, et al., 2010)والتي هدفت الى التّعرف إلى العلاقة بين الألكسيثيميا والاكتئاب، لدى عينة من المرضى اليونانيين المصابين بانسداد رئوي، وتكونت العينة من (١٦٧) من المرضى المراجعين والمشخصينً، منهم (١٣٢) مريضا، و(٣٥) مريضة، أختيروا عشوائياً، وتم تقييم الألكسيثيميا، باستخدام مقياس تورنتو للألكسيثيميا باستخدام قائمة بيك للاكتئاب، وأجري التحليل الإحصائي باستخدام (Anova)، وتوصلت النتائج إلى أنَ الذكور أكثر إصابة من الإناث بأعراض الألكسيثيميا. وكما أشارت النتائج الى وجود علاقة ارتباطية إيجابية قوية بين الألكسيثيميا ومستويات الاكتئاب.

هدفت دراسة ياي، زهنج ، ليو، لينج وياو (Yi, Zhong, Luo, Ling & Yao, 2009) إلى معرفة خصائص العمليات المعرفية للانفعال وتنظيم ذلك الإنفعال للمصابين بالألكسيثيميا، لدى عينة من الصينيين تتراوح أعمارهم ما بين (١٠– ١٥) عاما، من الذكور والإناث، وبلغ عددهم (١١٧) مفحوصا، لديهم ألكسيثيميا و(١١٨) فردا عاديا تمَّ تشخيصهم باستخدام النسخة الصينية من مقياس تورنتو للألكسيثيميا ومقياس الاكتئاب، وكذلك مقياس التنظيم المعرفي للانفعال

ومقياس ضبط الذات، وأظهرت النتائج وجود علاقة ارتباطية سالبة بين الألكسيثيميا وضبط الذات، مقارنة بالمجموعة العادية التي ترتفع لديها أساليب مواجهة الألكسيثيميا.

قام هيلتنين (Hiltunen, 2008) بدراسة تأثير التّعبير عن المشاعر كتابياً في القلق وأعراض الاكتئاب لدى الأفراد ذوي اضطراب شره الطعام، حيث بلغت العينة (٤٢) فرداً من الذكور والإناث، تتراوح أعمارهم بين (٢٠-٦٤) عاما، قسمت إلى مجموعتين تدربت إحداهما على التّعبير الكتابي، وكانت الثانية ضابطة، وبينت النتائج عدم وجود فروق بين المجموعتين بعد التدريب.

هدفت دراسة جوهي كيم، سونج جي لي و هيو دوج (Ju Heekim, Seung Jae Lee & Hyo Deog, 2008) والتي أجريت في كوريا إلى الكشف عن العلاقة بين الألكسيثيميا والأعراض العامة لمرضى الاكتئاب، لدى عينة من المكتئبين بلغت (١٠٤) مرضى، مُشخصين طبياً بالاكتئاب، من الذكور (٦٢) مريضا، ومن الإناث (٤٢) مريضة، تراوحت أعماهم بين (١٦-٣٩) عاما، وطبقت عليهم النسخة الكورية من مقياس تورنتو للألكسيثيميا (TorontoAlexithymia Scale–TAS)، وقائمة مراجعة الأعراض المعدلة من مقياس (SCL-90-R) وبناءً على نتائج المقياس تم تقسيم الأفراد إلى مجموعتين من الألكسيثيميين، وغيرالألكسيثيميين، وبينت النتائج أنّ هناك اختلافا بين المجموعتين في نسبة الاضطراب، حيث أنّ المرضى المكتئبين المصابين بالألكسيثيميا أظهروا أعراضا كثيرة مقارنة مع المرضى بدون ألكسيثيميا، كما بينت الدراسة وجود علاقة إيجابية بين الألكسيثيميا والأعراض العامة لمرضى الاكتئاب، وتؤكد الدراسة على وجود ألكسيثيميا في (٥٠٪) من المرضى، وأن مرضى الألكسيثيميا مع الاكتئاب أظهروا المزيد من الأعراض الحادة في كافة الأعراض النفسية، مقارنة مع المرضى بدون ألكسيثيميا، وأشارت الدراسة إلى أنّ المرضى الذين يوجد لديهم صعوبة في وصف مشاعرهم يُعانون المزيد من أعراض الاكتئاب.

كما هدفت دراسة ماتيا، ديسمت، ستجن وفانهول (Mattia, Desmet, Stign & Vanheule, 2007) إلى التّعرف على الألكسيثيميا لدى المكتئبين، لمعرفة التّمييز التّصنيفي بين الألكسيثيميا وغير الألكسيثيميا، لدى عينة تكونت من (٤٠٤) مرضى من (٣٠) مركزاً صحياً في بلجيكا، باستخدام مقياس تورنتو للألكسيثيميا لقياس ثلاثة أبعاد للألكسيثيميا وهي: صعوبة تعريف المشاعر، وصعوبة وصف المشاعر، و نمط التفكير المرتبط بالعالم الخارجي، وتوصلت الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطية إيجابية بين الاكتئاب والألكسيثيميا، وذلك لوجود المزيد من أعراض الكآبة لديهم مقارنة مع المرضى غير الألكسيثيميين، وتضيف الدراسة أنّ هناك ألكسيثيميا قوية، مقابل ألكسيثيميا معتدلة.

وفي دراسة أخرى لإلفج، لوند، هونكلامبي وهنتيكا (Elfhag, Lundh, Honkalampi & Hintikka, 2007) هدفت إلى الكشف عن العلاقة بين الاكتئاب والألكسيثيميا، ولاختبار هذه العلاقة طبق مقياس تورنتو للألكسيثيميا، وقائمة بيك للاكتئاب وقائمة الرضا عن الحياة، على عينة سويدية بلغت (٢٠١٨) من الذكور والإناث، في عمر (١١- ١٧) عاما، وأشارت النتائج إلى وجود فروق بين الذكور والإناث في الألكسيثيميا لصالح الذكور.

كما قام عراقي (٢٠٠٥) بدراسة هدفت الى الكشف عن العلاقة بين عجز/ نقص كلمات التعبير عن المشاعر، والتعلق الوالدي،لدى عينة بلغت (٢٤٠) طالبا وطالبة من طلاب كلية التربية بجامعة بنها، وأثبتت الدراسة وجود علاقة ارتباطية موجبة بين عجز/ نقص كلمات التعبير عن المشاعر، والتعلق الوالدي لدى الراشدين.

قام كل من تومنجا، شيو، نيجوشي، وادا وفوكي (Tominaga, Choi, Nagoshi, Wada & Fukui, 2013) في إجراء دراسة العلاقة بين الألكسيثيميا وأساليب التّدبر لدى مرضى الاضطرابات جسدية الشكل، تكونت العينة من (١٩٦) مريضا مُشخصين باضطرابات جسدية الشكل، والذين استجابوا على مقياس تورينتو للألكسيثيميا ومقياس زنج للاكتئاب وقائمة اسبيلبجر لأساليب التُعامل ، وبينت النتائج أنّ أعراض الألكسيثيميا ارتبطت بشكل دال وإيجابي بالعديد من الأعراض الجسدية ومظاهر الاكتئاب، في حين أنّ الألكسيثيميا ارتبطت بشكل دال سلبي باستراتيجية التّخطيط في حل المشكلات، والمواجهة، والبحث عن الدعم الإجتماعي، كما بينت النتائج وجود ارتباط إيجابي مع أسلوب

التّعامل الخاص في تحديد المشاعر ووصفها، وكذلك أسلوب التّجنب والهروب، وهذه النتيجة تُؤكد دور أساليب التّدبر كمتغير وسيط في تطوير أعراض الألكسيثيميا والاكتئاب والاضطرابات جسدية الشكل.

أجرى باجرفاك، غوتبيدنسادغ وحسينمولاي (Bgherkajbaf, Ghotbedinsadeghi & Hosseinmulavi, 2012) دراسة هدفت المقارنة بين علاج السكيما (البنى المعرفية) والعلاج باستخدام المسرح والمتزامن مع علاج السكيما لخفض أعراض الألكسيثيميا لدى المعاقين جسديا في الحرب في مدينة أصفهان ، تكونت عينة الدراسة من ثلاث مجموعات الأولى تلقت علاج السكيما لمدة ستة أسابيع مرتين أسبوعيا، مدة كل جلسة (٩٠) دقيقة، أما المجموعة الثانية فقد تلقت العلاج باستخدام المسرح لمدة ستة أسابيع مرتين أسبوعيا مدة كل جلسة (٩٠) دقيقة، أما المجموعة الثالثة فقد جمعت بين الأسلوبين معا السكيما والمسرح لمدة ستة أسابيع مرتين أسبوعيا لمدة (٩٠) دقيقة لكل جلسة، أشارت النتائج بأن الأسلوبين معا السكيما والمسرح قد أسهما في خفض أعراض الألكسيثيميا بشكل دال وجوهري على كل من القياسين البعدي والمتابعة، وخرجت الدراسة باستنتاج بأنّ الجمع بين أسلوبي المعرفي والانفعالي لهما تأثير مهم في علاج الاضطرابات الانفعالية.

أجرى كل من جاكو، ماركو، جورج، عيسى، إنجا، ماري، مونو و كريستن (Jaakko, Marko, Jorg, Esa, Inga, Mari, Mauno & Christian, 2011) دراسة هدفت التّعرف إلى أساليب العلاج بالموسيقى في خفض أعراض الاكتئاب والألكسيثيميا لدى عينة مكونة من (٧٩) فرداً مشخصين حسب معايير (ICD-10)، تكون البرنامج من (٢٠) جلسة قدمت أسبوعيا، وتم تقسيم المشاركين إلى مجموعتين الأولى تلقت العلاج بالموسيقى والثانية تلقت الرعاية الاعتيادية، وأشارت النتائج إلى أنّ المجموعة التي تلقت العلاج بالموسيقى قد تحسنت بشكل محلوظ ودال إحصائيا في خفض أعراض الألكسيثيميا والاكتئاب وتحسين نوعية الحياة مقارنة بالمجموعة التي تلقت الرعاية الاعتيادية، وخلال فترة المتابعة والتي أجريت بعد ثلاثة شهور من انتهاء البرنامج، تبين وجود استقرار في التّحسن لدى المجموعة التي خضعت للعلاج بالموسيقى.

كما أجرى ريسي (Reese, 2008) دراسة هدفت التنبؤ في التّحسن للعلاج السلوكي المعرفي للأشخاص المصابين بالجسدنة مع الألكسيثيميا ، يتكون البرنامج من (١٠) جلسات تضمنت أساليب سلوكية معرفية، واستخدم تصميم قبلي وبعدي لمجموعة واحدة، إلى جانب استخدام مقياس تورنتو لقياس الألكسيثيميا، كما تم إجراء قياس تتبع بعد مرور (١٢) شهر على انتهاء البرنامج التّجريبي، وأشارت النتائج إلى وجود فروق دالة على كل من مقياسي الأعراض جسدية الشكل والألكسيثيميا، كما أظهرت النتائج الى عدم وجود فروق دالة إحصائيا على قياس المتابعة مما يُشير إلى وجود استقرار للبرنامج في خفض كل من الأعراض جسدية الشكل والألكسيثيميا، وعززت نتائج هذه الدراسة دور العوامل الانفعالية في تطوير الأعراض جسدية الشكل، وأنّ التّدخل القائم على التّعبير ومعالجة الانفعالات من شأنه أن يُسهم في تحقيق تحسن وانخفاض لدى فئة المرضى ذوي الاضطرابات جسدية الشكل، الألكسيثيميا، على اعتبار أن الألكسيثيميا تُمثل عاملا وسيطا للاضطرابات جسدية الشكل.

أجرى كل من سبيك، نكليك وكوجبرز (Spek, Nicklicek & Cuijpers, 2008) دراسة حول فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في التأثير في الألكسيثيميا، والاكتئاب لدى عينة من متوسطي العمر، أثبتت الدراسة أن للعلاج المعرفي السلوكي فاعلية كبيرة في التقليل من أعراض الألكسيثيميا، والاكتئاب على أفراد العينة، والتي بلغ عددها (٢٠١) شخصا، والذين تم متابعتهم لمدة سنة للتأكد من نتائج الدراسة، يرى الباحثون أن هذه الدراسة لها أهميتها من حيث أنها تدحض صحة الفرضية القائلة، بأن الألكسيثيميا سمة لا يمكن علاجها، ويقول سبيك عن دراسته بأنه لا ينبغي لمن يطلع على هذه الدراسة بأن يقول بأن التّحسن الذي طرأ على الألكسيثيميا لدى أفراد العينة ناتج عن التّحسن الذي طرأ على الاكتئاب لديهم، حيث أن التّحسن في الألكسيثيميا كان سابقا للتّحسن في الاكتئاب في بداية تطبيق البرنامج العلاجي.

وفي دراسة أجراها كل من كلين، جيس، جاكوبس، راشل، رينيك ومارك (Klein, Jesse, Jacobs, Rachel, Reinecke & Mark, 2007) حول فاعلية العلاج المعرفي السلوكي للاكتئاب أحادي القطب لدى المراهقين، وقد شملت الدراسة (١١) مراهقا، حيث أشارت نتائج الدراسة إلى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي للاكتئاب لدى العينة بعد الجلسات الأولى، ومع المتابعة لمدة ستة أشهر بعدها.

وفي دراسة أجراها كل من بيسون، شيبرد، جوي، بروبرت ونيوكمب (Bisson, Sheperd, Joy, Probert & New Combe, 2004) لمعرفة أثر العلاج المعرفي السلوكي في المصابين باضطراب ما بعد الصدمة النفسية، حيث طبقت الدراسة على عينة مكونة من (١٥٢) شخصا، وتمت متابعتهم لمدة (١٣) شهرا بعد العلاج، وقد كانت النتيجة التي توصلت إليها الدراسة وجود أثر للعلاج المعرفي السلوكي في خفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة النفسية لدى العينة.

وفي دراسة أجراها كل من روفر، هاند، براتز، ألسلبن، فريك وبيتر (Rufer, Hand, Braatz, Alsleben, Fricke & Peter, 2004) على فاعلية العلاج المعرفي السلوكي متعدد الأوجه للأشخاص المصابين باضطراب الوسواس القهري والألكسيثيميا، تكونت عينة الدراسة من (٤٢) شخصا، ووجدت الدراسة بأن التّحسن في الألكسيثيميا كان في العاملين الثاني، والرابع على التوالي: صعوبة وصف المشاعر والافتقار للأحلام والتخيلات، أكبر بكثير من التّحسن في العاملين الأول والثالث، وهما: صعوبة تعريف المشاعر ونمط التفكير المرتبط بالعالم الخارجي، وذكروا بأن الألكسيثيميا سمة لا يمكن علاجها.

توضح دراسة كل من أوليفر، لومينت، ميشيل، باجبي، جريم وتايلور (Oliver, Luminet, Michael, Bagby, Graeme & Taylor, 2001) تقييم الاستقرار المطلق والنسبي للألكسيثيميا لدى عينة من المكتئبين تكونت من (١٩) فردا من الذكور، و(٢٧) من الإناث، والمشخصين طبيا بالاكتئاب، طبق عليهم مقياس تورنتو للألكسيثيميا، ومقياس هاميلتون. في بداية العلاج تم تقسيم عينة المكتئبين إلى مجموعتين، الأولى خضعت للعلاج الدوائي باستخدام مضادات الاكتئاب، والثانية خضعت للعلاج النفسي ولمدة (١٤) أسبوعا من العلاج، وتوصلت النتائج إلى وجود تحسن متساوي للذكور والإناث. وانخفاض كبير في حدة الاكتئاب والألكسيثيميا، ووجد أن هناك علاقة ارتباطية إيجابية بين بداية العلاج والمتابعة، مما يؤكد إمكانية تعديل صفات الألكسيثيميا، وعلاجها، بواسطة التدخلات بطرق العلاج النفسي، والتي لها تأثير ملموس ومماثل للعلاج الدوائي.

قام بيرسنفت (Beresnevite, 2000) باستخدام أسلوب العلاج الجماعي للتقليل من أعراض الألكسيثيميا لدى عينة تكونت من (٣٧) فرداً يُعانون من أمراض سيكوسوماتية، وخلال(٤) أشهر من الجلسات الأسبوعية والتي تضمنت العلاج بالاسترخاء، وتدريبات التّعرف إلى المشاعر، والتدريب على التواصل، وتدريبات على التخيل، والموسيقى، والتعبير غير اللفظي عن المشاعر، تبين وجود انخفاض كبير في درجات الألكسيثيميا لدى أفراد العينة من خلال تطبيق مقياس تورنتو TAS، وأدى ذلك إلى تحسين حالتهم الصحية.

وفي دراسة أجراها بنبيكر وبيل (Pennebaker & Beall, 1986) أثبتت أن تدريب الذين يعانون من الألكسيثيميا على الكتابة أو الحديث لمدة (١٥-٣٠) دقيقة يوميا عن خبراتهم العاطفية أو مشاعرهم تُساعد على التقليل من أعراض الألكسيثيميا لديهم، كذلك أفادت دراسة بيز، فيلاسكو وجونزالز (Paez, Velasco & Gonzalez, 1999) أن الإفصاح عن الأسرار عن طريق الكتابة يساعد على التخفيف من أثر صعوبة وصف المشاعر.

وتشير بعض الدراسات الى عدم وجود دليل على أن هناك تمايزاً بين الذكور والإناث في نقص القدرة على التعبير الانفعالي. وقد ارتبطت الألكسثيميا بزيادة العمر وانخفاض كل من مستوى التعليم والدخل (خميس، ٢٠١٤)، كما ارتبطت بتدني المستوى الاقتصادي الاجتماعي، والإساءة في الطفولة (Salminin et al., 1999). كما يلعب حجم الأسرة دوراً في ظهور الألكسثيميا،

فالأشخاص الذين يعيشون في أسرة كبيرة من حيث العدد يعانون من مستوى أعلى من الألكسيثيميا مقارنة بمن يعيشون في أسرة صغيرة (Barbera et al., 2004; Joukamaa et al., 2003).

وفي إطار التّرابط بين الألكسيثيميا والعديد من الاضطرابات النفسية، ومن ضمنها الاكتئاب، وعلى الرغم من وجود إسناد نظري للعلاقة بين الألكسيثيميا والاكتئاب، إلا أننا نجد بأنّ برامج التّدخل الموجهة إلى الأشخاص المكتئبين لم تتناول بشكل واضح في برامجها مُكونات الألكسيثيميا، كعناصر مترابطة مع الاكتئاب، والتّركيز على الجوانب المعرفية، دون الاهتمام الواضح بالعناصر الانفعالية والتّعبيرية، وطرق التّعبير التي يُمكن أن تعمل قنوات تفريغية لدى مرضى الاكتئاب. والواقع أنّنا نجد أنّ هناك فصلا بين المكونات المعرفية، والانفعالية، حيث تتجه معظم برامج التّدخل إلى إعطاء اهتمام بالمكونات المعرفية، نظرا لما تقدمه النظريات المعرفية من تفسير لعوامل التفكير في تطوير الاكتئاب، دون إعطاء المكونات الانفعالية والتّواصلية وعناصر التّنظيم الذاتي دورا محوريا في عملية التّدخل. لذا يُوجد هنا حاجة إلى إعادة صياغة للمفاهيم المعرفية في التّدخل لتُغطي المكونات الانفعالية لدى مرضى الاكتئاب، وتُتيح لهم الفرصة لتطوير مهاراتهم التّعبيرية.

واستنادا إلى ما سبق، وبالرغم من أنّ الألكسيثيميا تُعد من أبرز المشكلات التي تتعلق بالقدرة على التّواصل والتعبير اللفظي وغير اللفظي، إلا أنّ قلة وندرة الحديث عنها في الوسط الطبي والإكلينيكي، وغياب التثقيف الصحي، وضعف الاهتمام برصد نسبة انتشارها تجعل هذه الدراسة في إطار الدراسات القليلة والنادرة والتي استهدفت هذه المشكلة. وعليه، فمن المؤمل أن تُقدم الدراسة الحالية إسهاما نظريا، وتطبيقيا إلى الأفراد والمؤسسات، وذلك من خلال تقييم، وتشخيص أعراض الألكسيثيميا لدى المكتئبين الراشدين السعوديين، وتقديم البرامج الهادفة لخفض هذه الأعراض، الأمر الذي قد يُؤدي إلى تحسين صحتهم النفسية وتجويدها.

## مشكلة الدراسة وتساؤلاتها

بالرغم من شيوع الألكسيثيميا بين مختلف الفئات العمرية، إلا أن الدراسات العربية في هذا المجال تكاد تكون قليلة ومحدودة، وخاصة في تناولها لمتغيرات الدراسة الحالية ولم يجر منها على عينات مماثلة لعينتها ونظرا لأهمية موضوع الدراسة حيث تكمن المشكلة الحقيقية للأشخاص الذين يعانون من الألكسيثيميا في الحد من التعبير عن انفعالاتهم، وفهم انفعالات الآخرين. الأمر الذي يعوق مدمن الكحول من تكوين علاقات اجتماعية ناجحة مع الاخرين، فجاءت هذه الدراسة لتبحث في العلاقة بين الألكسيثيميا والاكتئاب في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية المتعلقة بالمدمن. وتتمثل مشكلة الدراسة الحالية في الاجابة عن الأسئلة التالية:

١. ما مستوى انتشار الألكسيثيميا بين عينة الدراسة الحالية من مدمني الكحول؟
٢. هل هناك علاقة ارتباطية بين الألكسيثيميا والاكتئاب لدى عينة من مدمني الكحول؟
٣. هل تختلف الألكسثيميا باختلاف عدد افراد الأسرة، ودخل الأسرة، أو مستوى تعليم الأب، او مستوى تعليم الأم لدى عينة من مدمني الكحول؟
٤. هل يختلف الاكتئاب باختلاف عدد أفراد الأسرة، ودخل الأسرة، أو مستوى تعليم الأب، أو مستوى تعليم الأم لدى عينة من مدمني الكحول؟
٥. هل يمكن التنبؤ بالاكتئاب من خلال الألكسيثيميا لدى عينة من مدمني الكحول؟

## أهمية الدراسة

ترجع الأهمية النظرية لهذه الدراسة الى تناولها مفهوماً حديثاً بالنسبة للأدب السيكولوجي العربي، وهو مفهوم الألكسيثيميا، والذي لم تتناوله الدراسات العربية بشكل كاف-على حد علم الباحث- رغم خطورة الاضطرابات النفسية والجسدية والسيكوسوماتية المترتبة على وجود الألكسثيميا.

كما تتناول هذه الدراسة علاقة الألكسثيميا والاكتئاب، في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية المتعلقة بالمدمن. وهذه المتغيرات مجتمعة لم تتناولها الدراسات العربية، كما أن

الدراسات العربية في هذا المجال تكاد تكون محدودة –على حد اطلاع الباحث - وعليه تمثل الدراسة الحالية إضافة إلى الأدب النظري العربي في هذا المجال.

أما من الناحية العملية التطبيقية، فتأتي أهمية هذه الدراسة من توفيرها لأدوات قياس الألكسثيميا، والاكتئاب حيث يمكن أن تستخدم من قبل المتخصصين والعاملين في ميدان الإرشاد والعلاج النفسي. كما يمكن لنتائج هذه الدراسة أن تسهم في زيادة وعي المرشدين النفسيين والأخصائيين الاجتماعيين حول هذه المشكلة لدى مدمني الكحول وعوامل الخطورة المرتبطة بها وتسهم في تطوير برامج إرشاد فردي وجمعي للمدمنين الذين يعانون من الألكسثيميا.

## مصطلحات الدراسة

### الألكسيثيميا ( Alexithymia )

هي عجز أو نقص في التعبير اللفظي عن المشاعر، ويُستدل عليها من خلال الصعوبة في وصف المشاعر، وتحديدها، وتمييزها، والتعبير عنها لفظياً، والافتقار إلى الأحلام والتخيلات، وسيطرة نمط التفكير المرتبط بالعالم الخارجي (عراقي، ٢٠٠٥). **ويعرف إجرائيا:** بالدرجة التي يحصل عليها المكتئب على مقياس الألكسيثيميا المستخدم في هذه الدراسة.

### الاكتئاب (Depression)

هو اعتلال عقلي يعاني فيه الشخص من الحزن والمشاعر السلبية لفترات طويلة، وفقدان الحماس وعدم الاكتراث ، ويصادفه مشاعر القلق والحزن والتشاؤم والذنب مع انعدام وجود هدف للحياة مما يجعل الفرد يفتقد الواقع و وجود هدف للحياة. **ويعرف اجرائيا:** بالدرجة التي يحصل عليها المفحوص على مقياس الاكتئاب المستخدم في الدراسة.

## محددات الدراسة

تتمثل محددات الدراسة بطبيعة وخصائص العينة من الراشدين السعوديين المدمنين على الكحول فقط والمراجعين لمجمع الأمل والصحة النفسية بمنطقة الرياض، للفترة الممتدة بين شهري (نوفمبر . ديسمبر) للعام ٢٠١٧م. إضافة إلى المحددات الخاصة بأدوات الدراسة بدلالات صدقها وثباتها، وكذلك بالمنهجية المستخدمة للإجابة عن تساؤلات الدراسة.

## إجراءات الدراسة

### عينة الدراسة

اختار الباحث عينة قصدية، وذلك لعدم توافر الإحصاءات لحصر المرضى الذين يُعانون من الألكسيثيميا بشكل عام، ووجودها لدى المكتئبين بشكل خاص في العيادات النفسية، وتداخل أعراضها مع أعراض اضطرابات نفسية أخرى مثل (الكآبة والقلق). وبذلك تم الحصول على (٥٦) شخصا من الراشدين المراجعين للعيادات النفسية بمجمع الأمل والصحة النفسية بمنطقة الرياض للعلاج من الإدمان على الكحول. والجدول (١)، و (٢) يوضح توزيع عينة الدراسة وفقا لبياناتهم الأولية.

جدول (١) توزيع عينة الدراسة وفقاً للعمر

| المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | أقل قيمة | أكبر قيمة |
|---|---|---|---|
| ٣٣.٣٠ | ٨.٣٥ | ٢٠ | ٥٥ |

جدول (٢) توزيع عينة الدراسة وفقاً لبياناتهم الأولية

| المتغيرات | التصنيف | العدد | النسبة |
|---|---|---|---|
| المستوى التعليمي للأب | ابتدائي | ١٤ | ٢٥.٠ |
| | متوسط | ١١ | ١٩.٦ |
| | ثانوي | ١٧ | ٣٠.٤ |
| | جامعي | ٨ | ١٤.٣ |
| | دراسات عليا | ٥ | ٨.٩ |
| | لم يحدد | ١ | ١.٨ |
| المستوى التعليمي للأم | ابتدائي | ٩ | ١٦.١ |
| | متوسط | ١٣ | ٢٣.٢ |
| | ثانوي | ١٦ | ٢٨.٦ |
| | جامعي | ١١ | ١٩.٦ |
| | دراسات عليا | ٣ | ٥.٤ |
| | لم يحدد | ٤ | ٧.١ |
| الحالة الاجتماعية | أعزب | ١٥ | ٢٦.٨ |
| | متزوج | ١٢ | ٢١.٤ |
| | مطلق | ٢٣ | ٤١.١ |
| | أرمل | ٦ | ١٠.٧ |
| عدد أفراد الأسرة | أقل من ٥ أفراد | ١٥ | ٢٦.٨ |
| | من ٥-٦ أفراد | ٢٣ | ٤١.١ |
| | من ٩ أفراد فأكثر | ١٧ | ٣٠.٤ |
| | لم يحدد | ١ | ١.٨ |
| دخل الأسرة | أقل من ٥ آلاف ريال | ١٣ | ٢٣.٢ |
| | من ٥-١٠ آلاف ريال | ٢٥ | ٤٤.٦ |
| | من ١٠-٢٠ ألف ريال | ٥ | ٨.٩ |
| | أكثر من ٢٠ ألف ريال | ١٣ | ٢٣.٢ |
| المجموع | | ٥٦ | ١٠٠.٠ |

## أدوات الدراسة

### أولاً: مقياس تورنتو للألكسيثيميا (Toronto Alexithymia Scale – TAS)

أعدّه تايلور وريان وباجبي (Taylor, Ryan & Bagby, 1994)، ويُطلق عليه مقياس "تورنتو" (Toronto Alexithymia Scale – TAS)، حيث يُعد هذا المقياس من أوسع الأدوات استخداما في تشخيص مرضى الألكسيثيميا، ويتكون هذا المقياس من (٢٠) بندا موزعة على ثلاثة أبعاد رئيسية وذلك على النحو التالي:

(١) بعد صعوبة تحديد المشاعر، ويضم (٧) بنود تقيس هذا البعد مثل "لدي مشاعر لست قادرا على تحديدها بشكل واضح".

(٢) بعد صعوبة وصف المشاعر، ويضم (٥) بنود مثل "أجد صعوبة في وصف مشاعري نحو الآخرين".

(٣) بعد التوجه الخارجي في التفكير ويضم (٨) بنود مثل " أجد أن استكشاف مشاعري يفيدني في حل مشكلاتي الشخصية"

يُجيب المُستجيب عن عبارات المقياس وفقاً لمقياس ليكرت الخماسي، حيث تُعطى الإجابة غير موافق بشدة (٥) درجات، وغير موافق بدرجة متوسطة (٤) درجات، وغير متأكد (٣) درجات، و موافق بدرجة متوسطة (درجتان)، وموافق بشدة (درجة واحدة). ويتم عكس الدرجات الوزنية في العبارات السالبة الآتية (١٨-١٣-٩) لكل مستوى من مستويات الإجابة. وبجمع الدرجات لكافة الأعراض الأربعة، يتم تحديد درجة الأعراض الألكسيثيمية لدى المكتئب المستجيب حيث تتراوح الدرجة الكلية للمقياس بين (١٠٠-٢٠).

ولأغراض الدراسة الحالية فقد تمت ترجمة المقياس الى اللغة العربية ، وتم عرضه على متخصصين في اللغة الإنجليزية، للتأكد من سلامة الترجمة، وتم إجراء التعديلات المناسبة في ضوء ملاحظاتهم وآرائهم، كما تمت ترجمته بصورة عكسية من اللغة العربية إلى اللغة الإنجليزية، وتم التّحقق من دلالات الصدق الظاهري للمقياس على البيئة السعودية من خلال عرضه على (٧) من المحكمين من ذوي الخبرة والاختصاص من أعضاء هيئة التدريس في تخصصات علم النفس، والإرشاد النفسي في جامعة الملك سعود، وذلك بهدف الوقوف على دلالات الصدق الظاهري للأداة لتتناسب مع أغراض الدراسة، والحكم على محتوى البنود وفقاً للمعايير الآتية: ملاءمة البنود للمقياس، وسلامة صياغة البنود، ومدى وضوح المعنى من الناحية اللغوية، كما تم اعتماد معيار ٧٥٪ كنسبة اتفاق وذلك لقبول الفقرة. واقترح المحكمون مجموعة من الملاحظات الطفيفة على بعض بنود المقياس تتعلق في صياغة بعض البنود، حيث تم الأخذ بجميع التّعديلات المقترحة في الصورة النهائية للمقياس.

كما قام الباحث بحساب صدق البناء الداخلي للمقياس من خلال حساب معاملات الارتباط بين الدرجة على البند وبين البعد الذي ينتمي إليه البند، والدرجة الكلية على المقياس. وقد كانت النتائج كما في الجدول (٣)، والجدول (٤).

## ١-١- صدق الاتساق الداخلي لمقياس الألكسيثيميا

### ١-١-١- معاملات ارتباط بيرسون لقياس العلاقة بين بنود مقياس الألكسيثيميا ، بالدرجة الكلية للبعد المنتمية إليه:

جدول (٣) معاملات ارتباط بنود مقياس الألكسيثيميا بالدرجة الكلية للبعد المنتمية إليه

| البعد | م | معامل الارتباط | م | معامل الارتباط | م | معامل الارتباط |
|---|---|---|---|---|---|---|
| صعوبة تحديد المشاعر | ١ | ٠.٧٦٥٨❖❖ | ٤ | ٠.٦٧١٢❖❖ | ٧ | ٠.٦٥٧٣❖❖ |
| | ٢ | ٠.٧٤٨٤❖❖ | ٥ | ٠.٧٥٥٨❖❖ | | |
| | ٣ | ٠.٧٧٠٣❖❖ | ٦ | ٠.٧٢٨٣❖❖ | | |
| صعوبة وصف المشاعر | ٨ | ٠.٥٧٩٧❖❖ | ١٠ | ٠.٧٢٢١❖❖ | ١٢ | ٠.٥٩٠٤❖❖ |
| | ٩ | ٠.٣٩٣٧❖❖ | ١١ | ٠.٥٨٨٠❖❖ | | |
| التوجه الخارجي في التفكير | ١٣ | ٠.٤٢٤٤❖❖ | ١٦ | ٠.٣٩٧٠❖❖ | ١٩ | ٠.٢٩٨٧❖ |
| | ١٤ | ٠.٢٤٤٥ | ١٧ | ٠.٤٤٣٠❖❖ | ٢٠ | ٠.٥٧٩٥❖❖ |
| | ١٥ | ٠.٣٦٨٣❖❖ | ١٨ | ٠.٦٣٥١❖❖ | | |

❖ دالة عند مستوى ٠.٠٥ ❖❖ دالة عند مستوى ٠.٠١

يلاحظ من الجدول (٣) أن البند (١٤) لم يكن ارتباطه بالبعد ذي دلالة إحصائية، بينما بقية البنود كان ارتباطها بأبعادها دالة احصائيا عند مستوى دلالة (٠.٠١)، عدا البند (١٩) فهو دال عند مستوى (٠.٠٥).

### ١-١-٢- معاملات ارتباط بيرسون لقياس العلاقة بين أبعاد مقياس الألكسيثيميا، بالدرجة الكلية للمقياس

جدول (٤) معاملات ارتباط أبعاد مقياس الألكسيثيميا بالدرجة الكلية للمقياس

| البعد | معامل الارتباط |
|---|---|
| صعوبة تحديد المشاعر | ٠.٨٧٤٦❖❖ |
| صعوبة وصف المشاعر | ٠.٧٥٦٩❖❖ |
| التوجه الخارجي في التفكير | ٠.٥٧٣٤❖❖ |

❖❖ دالة عند مستوى ٠.٠١

يتضح من الجدول (٤) أن جميع معاملات ارتباط أبعاد مقياس الألكسيثيميا بالدرجة الكلية للمقياس دالة احصائيا عند مستوى (٠.٠١).

### ١-٢. ثبات مقياس الألكسيثيميا

جدول (٥) معاملات ثبات مقياس الألكسيثيميا

| البعد | عدد البنود | معامل ثبات ألفا كرونباخ | معامل ثبات التجزئة النصفية |
|---|---|---|---|
| صعوبة تحديد المشاعر | ٧ | ٠.٨٧ | ٠.٨٢ |
| صعوبة وصف المشاعر | ٥ | ٠.٥٩ | ٠.٦٧ |
| التوجه الخارجي في التفكير | ٨ | ٠.٤٤ | ٠.٢٥ |
| **الثبات الكلي لمقياس الألكسيثيميا** | ٢٠ | ٠.٧٩ | ٠.٦٠ |

يتضح من الجدول (٥) أن معاملات ثبات مقياس الألكسيثيميا الفا كرونباخ (٠.٧٩)، وثبات التجزئة النصفية (٠.٦٠) تعد مقبولة لأغراض البحث العلمي في مجال الدراسات الإنسانية.

### ثانياً: مقياس المستشفى للقلق والاكتئاب

**(Hospital Anxiety and Depression scale)**

أعد هذا المقياس، كل من زيقموند، و سنيث (Zigmond & Snaith, 1983) ويتألف من (١٤) بنداً، سبعة منها لقياس القلق، والسبعة الأخرى لقياس الاكتئاب. وقد كان الهدف من تصميم هذا المقياس، هو محاولة الكشف عن الاضطرابات النفسية، والسيطرة عليها، لدى المرضى، الذين يخضعون للتشخيص، والعلاج في المستشفيات. وقد تبين لهما أن هذا المقياس ذو ثبات، وصدق عاليين، لذا اقترحا استخدامه في جميع المستشفيات.

وقد ترجمه للعربية، وطبقه على البيئة السعودية الرفاعي (١٩٨٧)، وتبين له من نتائج الدراسة أن ارتباط البنود للمقياسين الفرعين ذات دلالة عالية عند مستوى (٠.٠١). كما وجد اتفاقا بين نتيجة المقياسين الفرعيين، وتشخيص الباحث للقلق، والاكتئاب، حيث بلغة قيمة معامل الارتباط (٠.٨٨) بالنسبة لمقياس القلق، أما الاكتئاب فقد كان معامل الارتباط (٠.٨٦)، وكلاهما دالان عند مستوى دلالة (٠.٠١). كما أعاد الرفاعي تطبيقه، واختبار صدقه مرة أخرى على عينة أخرى من دولة الإمارات، وكانت نتائج الدراسة بالنسبة لمعامل الفا كرونباخ (٠.٧٨) لمقياس القلق، و (٠.٨٧) للاكتئاب، وقد كان الصدق ذو دلالة عالية أيضا (El-Rufaie & Absood, 1995).

كما قام العيثان (١٩٩٩) بدراسة لمعرفة مدى ملاءمة هذا المقياس للعينة السعودية، واجراء مقارنة بينه وبين مقياس "ليدز" للقلق، والاكتئاب. وتبين من خلال الدراسة ثبات المقاييس

الفرعية لهذا المقياس، حيث كانت قيمة معامل الفا كرونباخ لمقياس القلق (٠.٧٧)، وللاكتئاب (٠.٨٩)، كما استخدمه الزهراني في دراسته (٢٠٠٣) وكانت قيمة معامل الفا كرونباخ لمقياس القلق (٠.٧٩)، وللاكتئاب (٠.٧٤). وقد استخدم الباحث الحالي مقياس المستشفى للقلق والاكتئاب، الحالي بدراسة سابقة (٢٠١٧) وكانت قيمة معامل الفا كرونباخ لمقياس القلق (٠.٧٠)، وللاكتئاب (٠.٨٦). وسيستخدم الباحث الجزء الخاص بالاكتئاب من هذا المقياس في دراسته الحالية كما هو دون أي تعديل.

## منهج الدراسة والمعالجات الاحصائية

هذه دراسة مسحية ارتباطية، تم فيها حساب معاملات الارتباط، وتحليل التباين لفحص الفروقات بين المتوسطات، وتحليل الانحدار المتعدد المتدرج لحساب مقدار التباين المفسر في الألكسثيميا بمتغيرات الدراسة الأخرى.

## نتائج الدراسة ومناقشتها

### السؤال الأول: ما مستوى انتشار الألكسيثيميا بين مدمني الكحول؟

للإجابة على هذا السؤال قام الباحث بتقسيم الدرجات المستخدمة في مقياس الألكسيثيميا (المقياس الخماسي) إلى ثلاثة مستويات متساوية المدى من خلال استخدام المعادلة التالية:

طول الفئة = (أكبر قيمة- أقل قيمة) ÷ ٣ = (٥-١) ÷ ٣ = ١.٣٣ لنحصل على التصنيف التالي:

جدول (٦) توزيع مستويات مقياس الألكسيثيميا

| الوصف | مدى المتوسطات |
|---|---|
| منخفض | ١.٠٠ — ٢.٣٣ |
| متوسط | ٢.٣٤ — ٣.٦٦ |
| مرتفع | ٣.٦٧ — ٥.٠٠ |

والجدول التالي يبين النتائج التي تم التوصل إليها على ضوء التصنيف السابق:

جدول (٧) مستوى الألكسيثيميا لدى عينة البحث (ن=٥٦)

| المستوى / البعد | مرتفع | | متوسط | | منخفض | | المتوسط النسبي❖ | الانحراف المعياري | ترتيب |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | عدد | نسبة | عدد | نسبة | عدد | نسبة | | | |
| صعوبة تحديد المشاعر | ١٨ | ٣٢.١ | ٢٥ | ٤٤.٦ | ١٣ | ٢٣.٢ | ٣.١٢ | ٠.٩٦ | ٣ |
| صعوبة وصف المشاعر | ١٠ | ١٧.٩ | ٣٧ | ٦٦.١ | ٩ | ١٦.١ | ٣.١٨ | ٠.٦٩ | ٢ |
| التوجه الخارجي في التفكير | ٢١ | ٣٧.٥ | ٣٥ | ٦٢.٥ | — | — | ٣.٥٣ | ٠.٥٠ | ١ |
| الدرجة الكلية لمقياس الألكسيثيميا | ١١ | ٢٠.٠ | ٤١ | ٧٤.٥ | ٣ | ٥.٥ | ٣.٢٨ | ٠.٥٣ | |

❖ المتوسط الحسابي من ٥ درجات

يلاحظ من جدول (٧) أن (٢٠٪) من عينة مدمني الكحول يعانون من الألكسثيميا بدرجة مرتفعة، و (٧٤.٥٪) بدرجة متوسطة، وهذه النسب تجاوزت النسب التي أشارت إليها بعض الدراسات الأجنبية والتي تقدر نسبة انتشار الألكسيثيميا بحوالي (٨.٢٪) لدى الإناث، و (٨.٥٪) لدى الذكور، كما تُقدر نسبة انتشار الألكسيثيميا لدى مجتمع الراشدين بـ (١٠٪) (Franz, et al., 2008) ، ويمكن تفسير ذلك بأن المجتمعات الغربية تولي الجانب الانفعالي في شخصيات أفرادها

أهمية كبيرة لا تقل بأي حال من الأحوال عن الجوانب العضوية ، أو المعرفية أو السلوكية لهم. كما تعد التعبير عن الانفعالات مظهرا من مظاهر الصحة النفسية السوية لأفرادها. لذا تشجع أفرادها دوما على تحديد ووصف مشاعرهم والتعبير عنها، وتنمي ذلك في أفرادها أثناء مراحل تربيتهم وتدريبهم وتعليمهم على ذلك. بينما بعض المجتمعات العربية لا تولي أهمية لتنشئة أفرادها على حرية التعبير عن مشاعرهم وانفعالاتهم إيمانا منها بأن ذلك لا يتناسب مع رجولة الذكر، ولا مع تحفظ الأنثى. ويمثل جانب ضعف في شخصية الانسان باعتباره أمرأ خاصا به لا يمكن البوح به أو إظهاره أمام الآخرين، وهذا ما يؤكده (Mason et al., 2005). من أن هناك فروقا ثقافية واسعة بين المجتمعات في القيمة المعطاة للوعي بالانفعالات والتعبير عنها لدى أفرادها.

## السؤال الثاني: هل هناك علاقة ارتباطية بين الألكسيثيميا والاكتئاب لدى مدمني الكحول؟

للإجابة عن هذا السؤال قام الباحث باستخدام معامل ارتباط بيرسون لقياس العلاقة بين درجات عينة البحث في الأبعاد الفرعية والدرجة الكلية لمقياس الألكسيثيميا، وبين درجاتهم في مقياس الاكتئاب. والجدول التالي يوضح النتائج التي تم التوصل إليها:

جدول (٨) معاملات ارتباط بيرسون لقياس العلاقة بين درجات أفراد عينة البحث في أبعاد مقياس الألكسيثيميا وبين درجاتهم في مقياس الاكتئاب
(ن=٥٦)

| الأبعاد | معامل الارتباط | مستوى الدلالة | وصف العلاقة |
|---|---|---|---|
| صعوبة تحديد المشاعر | ٠.٢٧٧١ | دالة عند مستوى ٠.٠٥ | طردية (موجبة) |
| صعوبة وصف المشاعر | ٠.٥٤٣٦ | دالة عند مستوى ٠.٠١ | طردية (موجبة) |
| التوجه الخارجي في التفكير | ٠.١٦٢٩ | غير دالة | طردية (موجبة) |
| الدرجة الكلية لمقياس الألكسيثيميا | ٠.٤٢٣٠ | دالة عند مستوى ٠.٠١ | طردية (موجبة) |

يتضح من الجدول (٨) أن هناك علاقات طردية (موجبة) بين أبعاد مقياس الألكسيثيميا: (صعوبة تحديد المشاعر، صعوبة وصف المشاعر، التوجه الخارجي في التفكير)، وبين الدرجة الكلية لمقياس الاكتئاب، مما يشير إلى أنه كلما ارتفعت درجات تلك الأبعاد لمقياس الألكسيثيميا لدى عينة البحث (مدمني الكحول)، ارتفع مستوى الاكتئاب لديهم، وكانت تلك العلاقات دالة إحصائيا عند مستوى (٠.٠٥) فأقل في العلاقة مع الأبعاد: (صعوبة تحديد المشاعر، صعوبة وصف المشاعر)، وغير دالة في العلاقة مع بعد (التوجه الخارجي في التفكير). كذلك يتضح من الجدول (٨) أن هناك علاقة طردية (موجبة) بين الدرجة الكلية لمقياس الألكسيثيميا، وبين الدرجة الكلية لمقياس الاكتئاب، مما يشير إلى أنه كلما ارتفعت درجة مقياس الألكسيثيميا لدى عينة البحث (مدمني الكحول)، ارتفع مستوى الاكتئاب لديهم، وكانت تلك العلاقة دالة إحصائيا عند مستوى (٠.٠١). وهذه النتائج اتفقت مع العديد من الدراسات الأجنبية والتي أكدت على وجود علاقة ارتباطية بين الألكسيثيميا من جهة، واستهلاك الكحول، والاكتئاب من جهة أخرى (Karukivi, et al.,2011; Yalug 2010; Bgherkajbaf, Ghotbedinsadeghi & Hosseinmulavi, 2012; Tominaga et al., 2013)، من جهة ثانية أشار (Goldstein, Gershaw & Sprafkin,1993) إلى أنّ الأشخاص المُكتئبين يُعانون من العجز الواضح في التّعامل مع المشاعر الخاصة والشخصية في المواقف الاجتماعية، والطريقة غير الملائمة في التّعبير عن تلك المشاعر، واعتبروا أنَّ من أهم الأساليب وأكثرها فعالية في هذا الصدد ، أن نشجع المكتئب ونعوده على التّعبير المتعمد عن انفعالاته بطريقة تلقائية، ويطلق على مثل هذا الأسلوب اسم الحديث عن المشاعر feeling talk، أي تحويل المشاعر والانفعالات الداخلية إلى كلمات صريحة منطوقة

وبطريقة تلقائية. وإنّ التواصل مع الآخرين وفهم مشاعرهم يُسهم إلى حدٍ كبير في تيسير عملية التّفاعل الاجتماعي، والقدرة على تنظيم وضبط الانفعالات، والتي تتوقف في المقام الأول على فهم الشخص لذاته.

## السؤال الثالث: هل تختلف الألكسثيميا باختلاف عدد أفراد الأسرة، ودخل الأسرة، أو مستوى تعليم الأب، أو مستوى تعليم الأم لدى مدمني الكحول؟

للإجابة عن هذا السؤال قام الباحث باستخدام اختبار تحليل التباين الأحادي (ف) لدلالة الفروق بين أكثر من مجموعتين مستقلتين للتعرف على الفروق في درجات أفراد العينة في الأبعاد والدرجة الكلية لمقياس الألكسيثيميا تبعا لاختلاف كل متغير من متغيرات الدراسة: (المستوى التعليمي للأب - المستوى التعليمي للأم - عدد أفراد الأسرة - دخل الأسرة). والجداول التالية تبين النتائج التي تم التوصل إليها:

### ٣-٣-١. الفروق باختلاف المستوى التعليمي للأب:

جدول (٩) اختبار تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق في درجات عينة في مقياس الألكسيثيميا باختلاف المستوى التعليمي للأب

| البعد | مصدر التباين | مجموع المربعات | درجات الحرية | متوسط المربعات | قيمة ف | مستوى الدلالة | التعليق |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| صعوبة تحديد المشاعر | بين المجموعات | ٠.٦٠ | ٤ | ٠.١٥ | ٠.١٥ | ٠.٩٦٠ | غير دالة |
| | داخل المجموعات | ٤٨.٥٨ | ٥٠ | ٠.٩٧ | | | |
| صعوبة وصف المشاعر | بين المجموعات | ٣.٠١ | ٤ | ٠.٧٥ | ١.٦٤ | ٠.١٧٩ | غير دالة |
| | داخل المجموعات | ٢٢.٩٤ | ٥٠ | ٠.٤٦ | | | |
| التوجه الخارجي في التفكير | بين المجموعات | ٠.٦٥ | ٤ | ٠.١٦ | ٠.٦٤ | ٠.٦٣٥ | غير دالة |
| | داخل المجموعات | ١٢.٦٨ | ٥٠ | ٠.٢٥ | | | |
| الدرجة الكلية لمقياس الألكسيثيميا | بين المجموعات | ٠.٨٤ | ٤ | ٠.٢١ | ٠.٧٥ | ٠.٥٦٣ | غير دالة |
| | داخل المجموعات | ١٣.٩٧ | ٥٠ | ٠.٢٨ | | | |

يتضح من الجدول (٩) أن قيم (ف) غير دالة في الأبعاد: (صعوبة تحديد المشاعر، صعوبة وصف المشاعر، التوجه الخارجي في التفكير)، وفي الدرجة الكلية لمقياس الألكسيثيميا، مما يشير إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات عينة الدراسة (مدمني الكحول) في تلك الأبعاد لمقياس الألكسيثيميا، تعود لاختلاف المستوى التعليمي لآباء أفراد العينة.

### ٣-٣-٢. الفروق باختلاف المستوى التعليمي للأم:

جدول (١٠) اختبار تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق في درجات عينة في مقياس الألكسيثيميا باختلاف المستوى التعليمي للأم

| البعد | مصدر التباين | مجموع المربعات | درجات الحرية | متوسط المربعات | قيمة ف | مستوى الدلالة | التعليق |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| صعوبة تحديد المشاعر | بين المجموعات | ١.٥٤ | ٤ | ٠.٣٩ | ٠.٤٧ | ٠.٧٥٩ | غير دالة |
| | داخل المجموعات | ٣٨.٧٦ | ٤٧ | ٠.٨٣ | | | |
| صعوبة وصف المشاعر | بين المجموعات | ١.٦٤ | ٤ | ٠.٤١ | ٠.٨٥ | ٠.٥٠٠ | غير دالة |
| | داخل المجموعات | ٢٢.٦١ | ٤٧ | ٠.٤٨ | | | |
| التوجه الخارجي في التفكير | بين المجموعات | ٢.١٩ | ٤ | ٠.٥٥ | ٢.٥٠ | ٠.٠٥٥ | غير دالة |
| | داخل المجموعات | ١٠.٢٨ | ٤٧ | ٠.٢٢ | | | |
| الدرجة الكلية لمقياس الألكسيثيميا | بين المجموعات | ١.٣٤ | ٤ | ٠.٣٣ | ١.٣٩ | ٠.٢٥٢ | غير دالة |
| | داخل المجموعات | ١١.٣٠ | ٤٧ | ٠.٢٤ | | | |

يتضح من الجدول (١٠) أن قيم (ف) غير دالة في الأبعاد: (صعوبة تحديد المشاعر، صعوبة وصف المشاعر، التوجه الخارجي في التفكير)، وفي الدرجة الكلية لمقياس الألكسيثيميا، مما يشير إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات عينة الدراسة (مدمني الكحول) في تلك الأبعاد لمقياس الألكسيثيميا، تعود لاختلاف المستوى التعليمي لأمهات أفراد العينة.

### ٣-٣-٣. الفروق باختلاف عدد أفراد الأسرة:

جدول (١١) اختبار تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق في درجات عينة في مقياس الألكسيثيميا باختلاف عدد أفراد الأسرة

| البعد | مصدر التباين | مجموع المربعات | درجات الحرية | متوسط المربعات | قيمة ف | مستوى الدلالة | التعليق |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| صعوبة تحديد المشاعر | بين المجموعات | ٣.٤٨ | ٢ | ١.٧٤ | ١.٩٤ | ٠.١٥٤ | غير دالة |
| | داخل المجموعات | ٤٦.٧٥ | ٥٢ | ٠.٩٠ | | | |
| صعوبة وصف المشاعر | بين المجموعات | ٠.٨٦ | ٢ | ٠.٤٣ | ٠.٩٠ | ٠.٤١١ | غير دالة |
| | داخل المجموعات | ٢٤.٧٤ | ٥٢ | ٠.٤٨ | | | |
| التوجه الخارجي في التفكير | بين المجموعات | ٠.٣٤ | ٢ | ٠.١٧ | ٠.٦٧ | ٠.٥١٧ | غير دالة |
| | داخل المجموعات | ١٣.١٨ | ٥٢ | ٠.٢٥ | | | |
| الدرجة الكلية لمقياس الألكسيثيميا | بين المجموعات | ٠.٩٨ | ٢ | ٠.٤٩ | ١.٧٦ | ٠.١٨٣ | غير دالة |
| | داخل المجموعات | ١٤.٥٦ | ٥٢ | ٠.٢٨ | | | |

يتضح من الجدول (١١) أن قيم (ف) غير دالة في الأبعاد: (صعوبة تحديد المشاعر، صعوبة وصف المشاعر، التوجه الخارجي في التفكير)، وفي الدرجة الكلية لمقياس الألكسيثيميا، مما يشير إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات عينة الدراسة (مدمني الكحول) في تلك الأبعاد لمقياس الألكسيثيميا، تعود لاختلاف عدد أفراد أسر أفراد العينة. ٣-٣-٤ الفروق باختلاف دخل الأسرة:

جدول (١٢) اختبار تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق في درجات عينة في مقياس الألكسيثيميا باختلاف دخل الأسرة

| البعد | مصدر التباين | مجموع المربعات | درجات الحرية | متوسط المربعات | قيمة ف | مستوى الدلالة | التعليق |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| صعوبة تحديد المشاعر | بين المجموعات | ٢.٧٠ | ٣ | ٠.٩٠ | ٠.٩٧ | ٠.٤١٣ | غير دالة |
| | داخل المجموعات | ٤٨.٠٩ | ٥٢ | ٠.٩٣ | | | |
| صعوبة وصف المشاعر | بين المجموعات | ٠.١٣ | ٣ | ٠.٠٤ | ٠.٠٩ | ٠.٩٦٧ | غير دالة |
| | داخل المجموعات | ٢٦.٤٣ | ٥٢ | ٠.٥١ | | | |
| التوجه الخارجي في التفكير | بين المجموعات | ٠.٢٣ | ٣ | ٠.٠٨ | ٠.٣٠ | ٠.٨٢٣ | غير دالة |
| | داخل المجموعات | ١٣.٣٩ | ٥٢ | ٠.٢٦ | | | |
| الدرجة الكلية لمقياس الألكسيثيميا | بين المجموعات | ٠.١٨ | ٣ | ٠.٠٦ | ٠.٢٠ | ٠.٨٩٥ | غير دالة |
| | داخل المجموعات | ١٥.٣٩ | ٥٢ | ٠.٣٠ | | | |

يتضح من الجدول (١٢) أن قيم (ف) غير دالة في الأبعاد: (صعوبة تحديد المشاعر، صعوبة وصف المشاعر، التوجه الخارجي في التفكير)، وفي الدرجة الكلية لمقياس الألكسيثيميا، مما يشير إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات عينة الدراسة (مدمني الكحول) في تلك الأبعاد لمقياس الألكسيثيميا، تعود لاختلاف دخل أسر أفراد العينة. يلاحظ من خلال نتائج الدراسة الحالية أنه لا توجد فروق في الدرجة على مقياس الألكسيثيميا عائدة إلى عدد أفراد الأسرة، أودخل الأسرة، أو مستوى تعليم الأب، أو مستوى تعليم الأم لدى مدمني الكحول، وهذا يختلف مع بعض الدراسات السابقة مثل دراسة كل من: خميس (٢٠١٤)، ودراسة داود (٢٠١٦)، و (Salminin et al., 1999) والتي تشير الى ارتباط الألكسثيميا بتدني مستوى الدخل والتعليم للوالدين. كما يلعب حجم الأسرة دورا في ظهور الألكسثيميا، فالأشخاص الذين يعيشون في أسرة كبيرة من حيث العدد يعانون من مستوى أعلى من الألكسثيميا مقارنة بمن يعيشون في أسرة صغيرة (Barbera et al., 2004; Joukamaa et al., 2003). يعتقد الباحث أن السبب في هذا الاختلاف يعود إلى طبيعة العينة، وعمرها، وحجمها لأن معظم الدراسات السابقة أجريت على عينات سوية مثل طلبة الجامعة وغيرهم من أفراد المجتمع، وعلى فئات عمرية صغيرة. بينما أفراد عينة الدراسة الحالية هم من مدمني الكحول والذين يخضعون للعلاج في مجمع الأمل والصحة النفسية، وكذلك كان متوسط أعمارهم (٣٣.٣٠)، مما يعني أنهم مستقلون عن أسرهم، وبالتالي لم يعد لعدد أفراد أسرهم، ولا مستوى الدخل، ولا مستوى تعليم الوالدين أي تأثير على حياتهم الأسرية والاجتماعية، علاوة على ذلك فإن حجم عينة الدراسة الحالية أصغر من حجم عينات الدراسات السابقة نظرا لصعوبة، وحساسية الحصول عليها نظرا لطبيعتها الأمر الذي حد من التباين بين أفراد عينة الدراسة الحالية والدراسات السابقة.

## السؤال الرابع: هل يختلف الاكتئاب باختلاف عدد أفراد الأسرة، ودخل الأسرة، أو مستوى تعليم الأب، أو مستوى تعليم الأم لدى مدمني الكحول؟

للإجابة عن هذا السؤال قام الباحث باستخدام اختبار تحليل التباين الأحادي (ف) لدلالة الفروق بين أكثر من مجموعتين مستقلتين للتعرف على الفروق في درجات أفراد العينة في الدرجة الكلية لمقياس الاكتئاب تبعاً لاختلاف كل متغير من متغيرات الدراسة: (المستوى التعليمي للأب - المستوى التعليمي للأم - عدد أفراد الأسرة - دخل الأسرة). والجداول التالية تبين النتائج التي تم التوصل إليها:

### ٤-٤-١. الفروق باختلاف المستوى التعليمي للأب:

جدول (١٣) اختبار تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق في درجات عينة في مقياس الاكتئاب باختلاف المستوى التعليمي للأب

| مصدر التباين | مجموع المربعات | درجات الحرية | متوسط المربعات | قيمة ف | مستوى الدلالة | التعليق |
|---|---|---|---|---|---|---|
| بين المجموعات | ١.٨٣ | ٤ | ٠.٤٦ | ١.٦٧ | ٠.١٧٣ | غير دالة |
| داخل المجموعات | ١٣.٧٣ | ٥٠ | ٠.٢٨ | | | |

يتضح من الجدول رقم (١٣) أن قيمة (ف) غير دالة، مما يشير إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات عينة الدراسة (مدمني الكحول) في مقياس الاكتئاب، تعود لاختلاف المستوى التعليمي لآباء أفراد العينة.

### ٤-٤-٢. الفروق باختلاف المستوى التعليمي للأم:

جدول رقم (١٤) اختبار تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق في درجات عينة في مقياس الاكتئاب باختلاف المستوى التعليمي للأم

| مصدر التباين | مجموع المربعات | درجات الحرية | متوسط المربعات | قيمة ف | مستوى الدلالة | التعليق |
|---|---|---|---|---|---|---|
| بين المجموعات | ١.٢٣ | ٤ | ٠.٣١ | ١.٠٤ | ٠.٣٩٥ | غير دالة |
| داخل المجموعات | ١٣.٨٠ | ٤٧ | ٠.٢٩ | | | |

يتضح من الجدول رقم (١٤) أن قيمة (ف) غير دالة، مما يشير إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات عينة الدراسة (مدمني الكحول) في مقياس الاكتئاب، تعود لاختلاف المستوى التعليمي لأمهات أفراد العينة.

### ٤-٤-٣. الفروق باختلاف عدد أفراد الأسرة:

جدول رقم (١٥) اختبار تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق في درجات عينة في مقياس الاكتئاب باختلاف عدد أفراد الأسرة

| مصدر التباين | مجموع المربعات | درجات الحرية | متوسط المربعات | قيمة ف | مستوى الدلالة | التعليق |
|---|---|---|---|---|---|---|
| بين المجموعات | ٠.٩١ | ٢ | ٠.٤٥ | ١.٦٦ | ٠.٢٠١ | غير دالة |
| داخل المجموعات | ١٤.٢١ | ٥٢ | ٠.٢٧ | | | |

يتضح من الجدول رقم (١٥) أن قيمة (ف) غير دالة، مما يشير إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات عينة الدراسة (مدمني الكحول) في مقياس الاكتئاب، تعود لاختلاف عدد أسر أفراد العينة.

### ٤-٤-٤. الفروق باختلاف دخل الأسرة:

جدول رقم (١٦) اختبار تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق في درجات عينة في مقياس الاكتئاب باختلاف دخل الأسرة

| مصدر التباين | مجموع المربعات | درجات الحرية | متوسط المربعات | قيمة ف | مستوى الدلالة | التعليق |
|---|---|---|---|---|---|---|
| بين المجموعات | ١.١٨ | ٣ | ٠.٣٩ | ١.٣٩ | ٠.٢٥٦ | غير دالة |
| داخل المجموعات | ١٤.٧٥ | ٥٢ | ٠.٢٨ | | | |

يتضح من الجدول رقم (١٦) أن قيمة (ف) غير دالة، مما يشير إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات عينة الدراسة (مدمني الكحول) في مقياس الاكتئاب، تعود لاختلاف دخل أسر أفراد العينة.

يلاحظ من خلال نتائج الدراسة الحالية أنه لا توجد فروق في الدرجة على مقياس الاكتئاب عائدة إلى عدد أفراد الأسرة، ودخل الأسرة، أو مستوى تعليم الأب، أو مستوى تعليم الأم لدى مدمني الكحول، لعل طبيعة المرض لم تتأثر بمثل هذه المتغيرات الديموغرافية لأن الاكتئاب يُعبر عن مجموعة من الأعراض المركبة، يطلق عليها مفهوم المتلازمة الاكتئابية Depressive Syndrome، تشتمل على جوانب من الأفكار والمشاعر والسلوك التي تحدث مترابطة - أغلبها أو بعضها-، فالمكتئبون لا يتطابقون في تعبيرهم عما يتملكهم من مشاعر اكتئابية، فالكثير من جوانب الاكتئاب يكون نتيجة لأخطاء تربوية تدفع مبكرا للتقييد وكف التّعبير عن المشاعر، لذا فإنَّ واحدة من الأسباب الرئيسة التي تواجه المكتئب وتدعمه هي القيود الانفعالية، والتي تظهر في أعراض العجز في التعبير عن المشاعر (إبراهيم، ١٩٩٨). كما يتضمن الاكتئاب مجموعة من الأعراض العاطفية والدافعية والسلوكية والجسمية والمعرفية. وتُوصف الخبرات الانفعالية أو العاطفية للشخص المكتئب بأنها سلبية وتقيد من المشاركة في الأنشطة اليومية، فالشخص المكتئب عادة ما تظهر عليه مشاعر الحزن وفقدان الأمل والاستياء، ونادرا جداً ما يُمارس الشخص المكتئب خبرات سارة أو إيجابية، فهو يُظهر فقدان الإحساس بالدعابة ونادرا ما يُظهر تعبيرات وجه إيجابية أو سارة. بالإضافة إلى ذلك فإن الشخص المكتئب عادة ما يكون لديه خبرات من القلق، وهذا ينعكس على الخبرات السلبية للشخص المكتئب. كما أنّ الشخص المكتئب يُعاني من صعوبات واضحة وملحوظة في الدافعية تظهر أعراضها في فقدان الاهتمام بالأنشطة اليومية، وسلوك اللامبالاة، وعدم الاستمتاع بالأنشطة التي كانت سابقا له معها خبرات سارة، وهذه الأعراض في ضعف الدافعية تُؤثر سلبا في المشاركة الاجتماعية، لذلك فإن الشخص المكتئب يُوصف بالانسحاب الاجتماعي، (Craighead, Miklowitz & Craighead, 2013).

## السؤال الخامس: هل يمكن التنبؤ بالاكتئاب من خلال الألكسيثيميا، لدى عينة مدمني الكحول؟

للإجابة عن هذا السؤال قام الباحث باستخدام تحليل الانحدار المتعدد المتدرج (Stepwise Multiple Regression Analysis). ويعتمد هذا الأسلوب على إدراج أقوى العوامل المستقلة بالترتيب: أبعاد مقياس الألكسيثيميا: (صعوبة تحديد المشاعر، صعوبة وصف المشاعر، التوجه الخارجي في التفكير). تأثيراً على المتغير التابع (الاكتئاب)، لنصل في النهاية إلى معادلة الانحدار التي تشتمل على العوامل التي لها تأثير على درجة الاكتئاب (ربما لا تكون جميع العوامل). وفي النتيجة المرفقة تم إدراج عامل واحد هو: (صعوبة وصف المشاعر) ولم يتم إدراج باقي أبعاد الألكسيثيميا: (صعوبة تحديد المشاعر، التوجه الخارجي في التفكير)، لضعف تأثيرها على درجة الاكتئاب.

جدول رقم (١٧) تحليل تباين الانحدار المتعدد (الخطوة الأولى) للتعرف على العوامل التي تسهم في التنبؤ بدرجة الاكتئاب

| مصدر التباين | مجموع المربعات | درجات الحرية | متوسط المربعات | قيمة (ف) |
|---|---|---|---|---|
| الانحدار | ٤.٧٠٩ | ١ | ٤.٧٠٩ | ٢٢.٦٤٧ (دالة عند ٠.٠١) |
| البواقي | ١١.٢٢٧ | ٥٤ | ٠.٢٠٨ | |
| معامل الارتباط R | ٠.٥٤٤ | | | |
| معامل التحديد $R^2$ | ٠.٢٩٥ | | | |
| معامل التحديد المعدل $R^2$ | ٠.٢٨٢ | | | |

يتضح من الجدول (١٧) أن قيمة ف دالة عند مستوى ٠.٠١ مما يشير إلى وجود تأثير ذي دلالة إحصائية لبعد: (صعوبة وصف المشاعر) على التنبؤ بدرجة الاكتئاب.

كما يتضح من الجدول أن قيمة معامل التحديد المعدل $R^2$ بلغت ٠.٢٨٢ أي أن هذا البعد يفسر (٢٨.٢٪) من التباين الكلي لدرجة الاكتئاب.

وللحصول إلى معادلة الانحدار التي يمكن من خلالها التنبؤ بدرجة الاكتئاب يوضح الجدول التالي (١٨) قيم ثوابت معامل الانحدار (قيم ثوابت العوامل التي تتنبأ بدرجة الاكتئاب)

جدول رقم (١٨) قيم ثوابت معادلة الانحدار

| المتغيرات المستقلة | قيمة الثابت | الخطأ المعياري | قيمة بيتا β | قيمة (ت) | مستوى دلالة (ت) |
|---|---|---|---|---|---|
| ثابت الانحدار | ١.٨٤٥ | ٠.٢٨٧ | | ٦.٤٢٠ | ٠.٠٠٠ |
| صعوبة وصف المشاعر | ٠.٤٢١ | ٠.٠٨٨ | ٠.٥٤٤ | ٤.٧٥٩ | ٠.٠٠٠ |

يتضح من الجدول (١٨) أنه يوجد تأثير موجب (دال عند مستوى ٠.٠١) لبعد (صعوبة وصف المشاعر) على درجة الاكتئاب. وبالتالي يمكن أن تكون المعادلة على النحو التالي:

تقدير الاكتئاب = أ س + ب

حيث أن:

(١) أ = ٠.٤٢١ هو قيمة الثابت للمتغير (العامل) المؤثر الموجودة في الجدول

(٢) س: درجة صعوبة وصف المشاعر

(٣) ب: ثابت الانحدار = ١.٨٤٥

توصلت الدراسة الحالية إلى أنه من الممكن التنبؤ بالاكتئاب من خلال أحد أبعاد الألكسثيميا (بعد صعوبة وصف المشاعر)، وذلك نظرا لأنه توجد قواسم مشتركة بين مرضى الاكتئاب والذين يعانون من الألكسثيميا في كونهم عادة ما يعانون من عدم القدرة على وصف المشاعر والتّعبير عنها لفظيا، وتظهر أعراضها في صعوبة وصف المشاعر، وتحديدها، وتمييزها، والافتقار إلى الأحلام والتخيلات، وسيطرة نمط التّفكير المرتبط بالعالم الخارجي. إن الشخص الذي يُعاني من الاكتئاب والألكسيثيميا يتصف بصعوبة وصف المشاعر لفظيا ومحاولة تغيير الموضوع لعدم قدرته على التّعبير. كما يُظهر الشخص أيضا مشكلات ملحوظة في التّصور والتّخيل والذكريات. لذلك فإنه عادة يتصف بالميل إلى تشكيل علاقات اجتماعية قليلة، ونجده يُفضل الوحدة أو العُزلة عن الآخرين. بالإضافة إلى ذلك فهو عُرضة للانفعالات السلبية غير المميزة،

وعواطف إيجابية محدودة، كالحب، والسعادة في علاقاتهم مع الآخرين، مما يتسبب في عدم القدرة على الإحساس بالسعادة (Taylor, Bagby & Parker, 1997) ، كما اتفقت نتيجة هذه الدراسة أيضاً مع دراسة (Ju Heekim, Seung Jae Lee & Hyo Deog, 2008) والتي توصلت الى وجود علاقة إيجابية بين الألكسيثيميا والأعراض العامة لمرضى الاكتئاب، كما أشارت الدراسة أيضا الى وجود الألكسثيميا في (٥٠٪) من المرضى، وأن مرضى الألكسيثيميا مع الاكتئاب أظهروا المزيد من الأعراض الحادة في كافة الأعراض النفسية، مقارنة بالمرضى الذين لا يعانون من الألكسيثيميا ، وأشارت الدراسة إلى أنّ المرضى الذين يوجد لديهم صعوبة في وصف مشاعرهم يُعانون المزيد من أعراض الاكتئاب. وهذا يدل على قوة الارتباط بين الاكتئاب والألكسثيميا.

## التوصيات

- تطوير برامج علاجية سلوكية معرفية لعلاج المرضى المصابين بالألكسيثيميا.
- اجراء مزيد من الدراسات حول علاقة الألكسثيميا وأنماط الشخصية، وأساليب التربية الوالدية، والعلاقات الاجتماعية.
- إعداد برامج توعوية وإرشادية للأخصائيين النفسيين الذين يتعاملون مع مرضى الاكتئاب الذين يعانون من الألكسثيميا.
- توعية العاملين مع الطلبة حول مدى تأثير الألكسثيميا في علاقات الطالب وتكيفه مع الآخرين.
- الكشف المُبكر والدوري عن أبعاد الألكسيثيميا لدى المراجعين للعيادات النفسية.
- التّدخل الإرشادي والعلاج النفسي المُبكر، وذلك لضبط مستويات كافة أعراض الألكسيثيميا ضمن الحدود الطبيعية.

## المراجع


١. إبراهيم، عبد الستار (١٩٩٨). **الاكتئاب: اضطراب العصر الحديث، فهمه وأساليب علاجه. مجلة عالم المعرفة** (٢٣٩)، الكويت.

٢. بني يونس، محمد (٢٠١٣). تفسير ماهية الانفعالات من منظور المدرسة السيكولوجية الروسية، **المجلة الأردنية للعلوم الاجتماعية**، ٦ (٢)، عمان، الأردن.

٣. بني يونس، محمد (٢٠٠٩). **سيكولوجيا الدافعية والانفعالات**، عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.

٤. خميس، إيمان (٢٠١٤). اسهام بعض المتغيرات في التنبؤ بالألكسيثيميا لدى معلمات رياض الأطفال. **مجلة الطفولة والتربية**. ٢٠ (٢). ٢٥٩-٣٥٠.

٥. عراقي، صلاح الدين (٢٠٠٥). العلاقة بين عجز/ نقص كلمات التعبير عن المشاعر والتعلق الوالدي لدى الراشدين، **مجلة كلية التربية**، جامعة الزقازيق: ١٩٣-٢٤٤.

٦. عمر، أحمد (٢٠٠٧) . دراسة مقارنة لبعض الألكسيثيميا لدى عينة ممن يعانون من الصداع التوتري والعاديين من طلاب الجامعة. **مجلة رابطة التربية الحديثة**، ٨ ،١٨٣ – ٢٣٤.

7. Athanasios, T., Georgios, M., Ioannis, I., Nikolaos, S. & Alexandros, V. (2010), **Prevalence of Alexithymai and its association with Anxiety and depression in a sample of Greek chronic obstructive pulmonary Disease ( COPD )**, Annals of General psychiatry 2010, 9- 16.

**8.** Bagherkajbaf, M., Ghotbedinsadeghi & Hosseinmulavi, (2012), The Comparison of Schema therapy &Theatre therapy with Schema Concept on alexithymia On War Devotes Physical Handicap over 35 Percent In Isfahan City, *Interdisciplinary **Journal** of Contempor Aary Research in Business, 41,* (3), PP. 185-202.

9. Barbera, K., Christensen, M., & Barchard, K. (2004). ***Relating family size and birth order to emotional intelligence*.** Poster presented at the 2004 western psychological association annual convocation: Phoenix Arizona.

10. Beresnevite, M. (2000), **Exploring the Benefits of Group Psychotherapy,** in Reducing Alexithymia in Coronary Heart Diseases Patients, *Psychotherapy& posychosomatics, 69,* pp. 117-122.

11. Bisson, J., Sheperd, J., Joy, D., Probert, R. & New Combe, R. (2004), Cognitive-behavioral therapy for post-traumatic stress symptoms after physical injury, *The British **Journal** of Psychiatry, 184*, pp. 63- 69.
12. Chen, P-F., Chen, C-S., Chen, C-C. (2011). **Alexithymia as a screening index for male conscripts with adjustment disorder**. *Psychiatric Q,* 82, 139 – 150.
13. Beck, A. T. (1976), **Cognitive therapy and the emotional disorders**. New York: International Universities Press.
14. Blatt, S. J. & Zuroff, D.C. (1992), **Interpersonal relatedness and self-definition:** Two prototypes for depression. *Clinical Psychology Review, 12,* 527–562.
15. Blackwell, (1996), **The Dictionary of Neuropsychology.**
16. Campbell, (1994), **Psychiatric dictionary.** 7th ed. New York: Oxford Univ. Press.
17. Craighead, W., Miklowitz, D., & Craighead, L. (2013), **Psychopathology: History, diagnosis, and empirical foundations**. New York: Wiley.
18. Cox, B. J., Sminson, R. P. & Shulman, I. D. (1995), **Alexithymia in panic disorder, and social phobia**, comprehensive psychiatry, vol (36).
19. Davey, G. (2014), Psychopathology: Research, **assessment and treatment in clinical psychology**. New York: Wiley.
20. Dodge, K. A. & Garber (1991), **The development of emotion regulation and dysregulation**. pp. 159- 181. New York: Cambridge University Press.
21. Elfhag, K., Lundh, L., Honkalampi & Hintikka (2007), TAS-20 alexithymia in obesity and its links to personality. *Scandinavian Journal of Psychology, 48* (5), pp. 391- 398.
22. Greiss, J., Jefferson, J. (1992), **Depression and its treatment**. Washington, D.C: American psychiatric press.
23. Gruise, K.E., Becerra, R. (2018). **Alexithymia and problematic alcohol use: A critical update**. *Addictive Behaviors, 77,* PP. 232-246.
24. Goldstein, A. P., Gershaw, N. J. & Sprafkin, R. P. (1993), **Social skills for mental health**: A structured learning approach. Boston: Allyn and Bacon.

25. Holmes, D. (1994), **Abnormal psychology**, New York: Harper Collins college.
26. Horton, P. C., Gewirtz, H. & Kreutter, K. J. (1994), **Alexithymia and panic disorder**, American Journal of psychiatry, vol (151), pp. 627- 628.
27. Honkalampi, K., Hintikka, J., Tanskanen, A. & Viinamaki, H. (2000), **Depression is strongly associated with alexithymia in the general population.** J Psychosom Res; 48:99-104.
28. Hiltunen, L. (2008), **The psychological and physical effects of expressive writing in individuals with binge eating disorder**. *Proquest Dissertation and Theses,* 622-638.
29. Fukunishi, I., Rahe, RH. (1995), **Alexithymia and coping with stress in healthy persons**: alexithymia as apersonality trait is associated with low support and poor responses to stress. Psychol Rep 76:1299–1304.
30. Franz, M., Popp, K., Schaefer, R., Sitte, W., Schneider, C., Hardt, J., Decker, O. & Braehler, E. (2008), **Alexithymia in the German general population**. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 43:54–62.
31. Karukivi, M., Joukamaa, M., Hautala, L., Kaleva, O., Haapasalo-Pesu, K.-M., Liuksila, P. R., & Saarijarvi, S. (2011), **Does perceived social support and parental attitude relate to alexithymia?** A study in Finnish late adolescents. Psychiatry Research, 187, 254-260.
32. Krystal, H. (1990), **Psychoanalytic Terms and Concepts**, Hillsdale, NJ: The Analytic press.
33. Krystal, H. (1988), **Integration and Self - Healing: Affect, Trauma, Alexithymia**, Hillsdale, NJ: The Analytic press.
34. Jaakko, E., Marko, P., Jorg, F.,, Esa, Al.,, Inga, P., Mari, T., Mauno, V. & Christian, g**.** (2011), Individual music therapy for depression: randomised controlled trial. *The British **Journal** of Psychiatry, 199,* 132–139.
35. Joukamaa, M., Kokkonen, P., Veijola, J., Laksy, K., Karvonen, J. T., Jokelainen, J. & Jarvelin, M. R. (2003), **Socialsituation of expectant mothers and alexithymia 31 years later in their offspring**: a prospective study*. Psychosom Med;65*:307–312.

36. Jue Heekim, M. D., Seung Jae Lee, M. D. & Hyo Deog, M. D. (2008), The Relationship Between Alexithymai and General symptoms of patients with Depressive Disorders, ***Journal*** *of Korean Neuropsychiatric Association, Psychiatry Investing*. pp. 179 -185.
37. Klein, Jesse, B. B. A., Jacobs, Rachel, H., Reinecke & Mark, A. (2007), Cognitive-Behavioral Therapy for Adolescent Depression: A Meta-Analytic Investigation of Changes in effect Size Estimates, ***Journal*** *of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 46,* pp. 1403-1413.
38. Levant, R. F. (2001), **Desperately seeking language**: understanding, assessing and treating normative male alexithymia in G.R. Brooks & G.E. Good, the New Hand book of psychotherapy and counseling with men, San Francisco.
39. Lipsanen, T., Saarijarvi, S. & Lauerma, H. (2004), Exploring the relations between depression, somatization, **Dissociation and Alexithymia- overlapping or indenpent construction , Psychopathology**, 37, 200- 206.
40. Mattia, Desmet, Stign & Vanheule (2007). **Alexithymic Depression**: Fvidence for Depression subtype? *Psychother psychosom , 76*, 315-316.
41. Mattila, A. (2009), **Alexithymia in Finnish General Population. Acta Universitatis Tamperensis,** 1377.Tampere University Press, 40–46.
42. Moira, M. & Olivier, L. (2005), **Is Alexithymia affected by situational stress or is it a stable trait related to emotion regulation**, personality and individual differences, vol (940), pp. 1399-1408.
43. Moorman, p. p., Bermond, B., Albach, F & van Dorp (1997), **The etiology of Alexithymia from the perspective of childhood sexual abuse**, Tilbrug university press.
44. Paez, D., velasco, C. & Gonzalez, J. L. (1999), Expressive writhing and the role of alexithymia as dispositional deficit in self disclosure and psychological health, ***Journal*** *of Personality & Social Psychology,* (77), pp. 630- 641.

45. Pennebaker, J. W. & Beall, S.K. (1986). Confronting a traumatic event; toward an understanding of inhibiting and disease, ***Journal*** *of Abnormal Psychology,* (95), pp. 274-281.
46. Nemiah, J. C. (1997), Alexithymia**: Theoretical considerations, Psychotherapy and psychosomatics**, vol (28), pp. 199-206.
47. Oliver, Luminet, R. Michael, Bagby, Graeme, J. & Taylor (2001), **Evaluation of the absolute and relative stability of alexithymai in patients with major depression***, Psychother Psychosom. 70,* 254-260
48. Reese, J. B. (2008), **Predicting Improvement in Cognitive Behavioral Therapy for Somatization Disorder: The Role of Alexithymia**. A Dissertation submitted to the Graduate School-New Brunswick Rutgers, the State University of New Jersey.
49. Rufer, M., Hand, I., Braatz, A., Alsleben, H., Fricke, S. & Peter, H. (2004), Aprospective study of alexithymia in obsessive-compulsive patients treated with multimodal cognative behavioral therapy. ***Psychother Psychosom****, 73,* pp. 101-106.
50. Salminen, J., Saarijarvi, S., Aarela, E., Toikka, T., & Kauhanen, J. (1999). Prevalence of alexithymia and its association with sociodemographic variables in the general population of Finland. ***Journal*** *of Psychosomatic Research; 46,* 75-82.
51. Spek, V., Niklicek, I. & Cuijpers, P. (2008), A**lexithymia and cognitive behavior therapy out come for subthreshold depression.** *Acta Psychiatric Scandinavice,118* (2), pp. 16-17.
52. Taylor, G, J., Bagby, R. M. & Parker, J. D. (1997), **Disorders of affect regulation, Alexithymai in medical and psychiatric illness.** Cambridge University Press, New York.
53. Taylor, G. J. (1994), **The Alexithymia construct:Coneptnalization,** validation, and relationship with basic dimensions of personality. *New Trends in experimental and clinical psychiatry,10*, pp. 61-74.
54. Taylor, G. J. (2000), Recent developments in alexithymia theory and research, Canadian ***Journal*** *of psychiatry, 45*, pp. 134-142.
55. Tominaga, T., Choi, H., Nagoshi, Y., Wada, Y., Fukui, K. (2013), Relationship between alexithymia and coping strategies in patients with somatoform disorder. ***Journal Neuropsychiatric disease and Treatment, 10***, pp. 55-62.

56. Yalug, I. (2010**), Correlations between alexithymia and pain severity,depression,** and anxiety among patients with chronicand episodic migraine. *Psychiatry and Clinical Neurosciences,64*, 231–238.
57. Yi, Y., Zhong, T., Luo, Z., Ling, Y. & Yao, Q. (2009), Characteristics of emotion cognitive processing and cognative regulation in Alexithymia. *Hines Mertal Health **Journal**, 23* (2), pp. 118-122.