



فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي في خفض أعراض الألكسيثيميا لدى عينة من المكتئبين الراشدين السعوديين

د. عبد الله سعيد احمد الزهراني
دكتوراه ارشاد نفسي، وزارة الصحة، الباحة، المملكة العربية السعودية
البريد الإلكتروني: Dr.algnoot@gmail.com

المُلخَص

هدفت الدراسة الحالية التحقق من فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي في خفض أعراض الألكسيثيميا لدى عينة من المكتئبين الراشدين السعوديين، بلغ عددها (47) مكتئباً، ممن يراجعون العيادات النفسية بمنطقة الباحة، للفترة الممتدة بين شهري (نيسان- تموز) للعام 2014/2013. وللكشف عن أعراض الألكسيثيميا، تم تطبيق مقياس تورنتو للألكسيثيميا (Toronto Alexithymia scale-TAS)، والذي أعدّه تايلور، ريان، باجي (Taylor, Rayan, Bagby, 1985)، وقام بتعريبه وتطويره للبيئة المصرية عراقى (2005)، ويتضمن (26) عبارة لفظية، يُجيب عنها المكتئب وفقاً لتدرج ليكرت الخماسي، وهو يتمتع بخصائص سيكومترية مناسبة في النسختين الأصلية، والعربية المطورة. وأما لخفض أعراض الألكسيثيميا لدى المكتئبين، قام الباحث بتطوير برنامج إرشادي معرفي سلوكي يتناسب مع أهداف الدراسة الحالية، ويتكون من (13) جلسة إرشادية، بواقع جلستين في الأسبوع. أشارت نتائج التحليل الإحصائي إلى فاعلية هذا البرنامج في خفض أعراض الألكسيثيميا، وذلك من خلال وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0,05 \geq \alpha$) بين درجات المجموعتين الضابطة والتجريبية، ولصالح المجموعة التجريبية، كما تبين استمرار فاعلية البرنامج في خفض أعراض الألكسيثيميا وذلك من خلال وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0,05 \geq \alpha$) بين درجات القياس البعدي والمتابعة للمجموعة التجريبية. في ضوء نتائج الدراسة، يُوصي الباحث بضرورة تطبيق البرنامج على عينات من المكتئبين (الذكور والإناث) ممن يُعانون من أعراض الألكسيثيميا.

الكلمات المفتاحية: برنامج إرشادي، الألكسيثيميا، الاكئاب، الراشدين السعوديين.



The Effectiveness of a Cognitive Behavioral Counseling Program In Reducing The Symptoms of Alexithymia among a Sample of Depressed Saudi Adults

Dr. Abdullah Saeed Ahmed Al-Zahrani

PhD in Psychological Counseling, Ministry of Health, Al Baha, Saudi Arabia

Email: Dr.algnoot@gmail.com

ABSTRACT

The main aim of present study was to investigate the effectiveness of cognitive behavioral counseling program in reducing the symptoms of Alexithymia among a sample of (47) depressed Saudi adults, who are seeing psychiatric clinics at Albaha district for the period between April and July of 2013/2014, by identifying the differences in Alexithymia symptoms average at pre and post measurements between the control and experimental group on one hand, and the differences in Alexithymia symptoms average at the follow-up measurements to the experimental group on the other hand. Toronto Alexithymia scale was applied to detect Alexithymia symptoms, the scale is prepared by (Taylor, Rayan and Bagby, 1985), arabized and developed for Egyptian environment Iraqi (2005), it includes (26) is verbal items, answered by a depressed person according to quintet graded Likert Like Scale which has suitable psychometric properties in the original versions, and developed Arabic one. For reducing Alexithymia symptoms; researcher has developed cognitive behavioral counseling program suitable to the objectives of this study, it consists of (13) session, with two sessions per week. The results indicated the effectiveness of this program in reducing Alexithymia symptoms, after showing of statistically significant differences at the level of $(0,05 \geq \alpha)$ at the Alexithymia symptoms average in pre and post measurements between the control and experimental groups, and on the direction of the experimental group, also shows continuing effectiveness of the program in reducing the symptoms of Alexithymia after showing no significant statistically differences at the level of $(0,05 \geq \alpha)$ at the Alexithymia symptoms average at the post and follow-up measurements of experimental group. Based on study results, the researcher recommended the need to apply the program on samples (male and female) who are suffering from Alexithymia symptoms.

Keywords: counseling program, alexithymia, adults, Saudi adults.



المقدمة:

حظيت الانفعالات والمشاعر باهتمام الفلاسفة، والمُفكرين من جهة، وعلماء النفس والتربية من جهة ثانية، وأخذ كل واحد منهم يصفها، ويُفسرها من منظور الخلفية النظرية التي يتبناها، الأمر الذي أدى إلى التعرّف إلى ماهيتها، وخصائصها، وأنواعها، ومظاهرها، وأوجه الشبه والاختلاف فيما بينها، ووظائفها، وكيفية تقييمها، وتشخيصها، وعلاجها (بني يونس، 2013). 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: التكيف Adaptation، والتواصل البينشخصي Interpersonal Communication، وتوجيه السلوك الإنساني، وتنظيمه، وتنشيطه، وكبحه، وضبطه من جانب ثانٍ (بني يونس، 2009).

فضلاً عن ذلك تُعدّ المشاعر من المكونات الأساسية في شخصية الإنسان فهي تُضفي على حياة الشخص معنى خاص، وتُمكنه من الاستمتاع بها، وأن امتلاكه لها، وقدرته على التعبير اللفظي وغير اللفظي عنها، يبدو في غاية الأهمية، وذلك لضمان استمرار التوافق الحيوي النفسي الاجتماعي لديه Bio-Psycho Social Adjustment، في حين أنّ العجز في التعبير اللفظي وغير اللفظي عن المشاعر، قد يؤدي إلى اضطرابات في الشخصية من جانب، والتواصل البينشخصي من جانب آخر (Nemiah, 1997). ونظراً لأنّ الإنسان بطبيعته فاعل ومنفعل معاً في آن واحد، فإنه ليس بمعزل عن تأثير الأحداث، والمواقف الضاغطة فيه، والذي قد يؤدي تأثيرها إلى ظهور اضطرابات نفسية لديه، كالاكتئاب Depression مثلاً، والذي أصبح من أكثر الاضطرابات النفسية انتشاراً في كافة الثقافات الإنسانية (إبراهيم، 1998).

يُعبّر الاكتئاب 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 يملكون من مشاعر اكتئابية، وأنّ الكثير من جوانب الاكتئاب يكون نتيجة لأخطاء تربوية تدفع مبكراً للتقييد وكف التعبير 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، 1998).

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، ونادراً جداً ما يُمارس الشخص المكتئب خبرات سارة أو إيجابية، فهو يُظهر فقدان الإحساس بالدعابة ونادراً ما يُظهر تعبيرات وجه إيجابية أو سارة. بالإضافة إلى ذلك فإنّ 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 سابقاً له معها خبرات سارة، وهذه الأعراض في ضعف الدافعية تُؤثر سلباً في المشاركة الاجتماعية، لذلك فإنّ الشخص المكتئب يُوصف بالانسحاب الاجتماعي، ((Craighead, Miklowitz & Craighead, 2013)).

وبمراجعة الأدب النظري ذو 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 (Goldstein et al, 1993) إلى أنّ الأشخاص المكتئبين، يُعانون من العجز الواضح في التعامل مع المشاعر الخاصة والشخصية في المواقف الاجتماعية، والطريقة غير الملائمة في التعبير عن تلك المشاعر، واعتبروا أنّ من أهم الأساليب وأكثرها فعالية في هذا الصدد، أن تشجع المكتئب ونعوده على التعبير 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 حد كبير في تيسير عملية التفاعل الاجتماعي، والقدرة على تنظيم وضبط الانفعالات.

هذا وتُشير الألكسيثيميا Alexithymia إلى عدم القدرة على وصف المشاعر والتعبير عنها لفظياً، وتظهر أعراضها في صعوبة وصف المشاعر، وتحديدّها، وتمييزها، والافتقار إلى الأحلام والتخيلات، وسيطرة نمط التفكير المرتبط بالعالم الخارجي. إن الشخص الذي يُعاني الألكسيثيميا يتصف بصعوبة وصف المشاعر لفظياً ومحاولة تغيير الموضوع لعدم قدرته على التعبير. كما يُظهر الشخص أيضاً مشكلات ملحوظة في التّصور



والنَّخِيل 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 التعليمات والقوانين الواضحة والعادات المجتمعية المحددة. ومن هنا يصفهم البعض بأنهم سجناء للأخلاقيات المجتمعية والرتابة، أي أنهم تقليديون في تفكيرهم، ومُسابرون، وإيحائيون. وهكذا، فإن الشخص الذي يُعاني الألكسيثيميا يتصف بالميل إلى تشكيل علاقات اجتماعية تبعية صريحة، أو قد يكون على النقيض من ذلك، إذ نجده يُفضل الوحدة أو العزلة 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 (8.2%) لدى الإناث، و (8.5%) لدى الذكور، كما تُقدر نسبة انتشار الألكسيثيميا لدى مجتمع الراشدين بـ (10%) (Franz, Popp, Schaefer, Sitte, Schneider, Hardt, 2008). وتشير الدراسات إلى أنَّ 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, Kokkonen, Veijola, Lakso, 2003)، ووجود تاريخ أسري للأمراض النفسية، (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 (Yalug, 2010) على وجود علاقة ارتباطية إيجابية بين الاكتئاب والألكسيثيميا. ويُشير كل من هونكالامبي و هينتيكا وتانسكانين وفينامكي (Honkalampi, Hintikka, Tanskanen & Vinamaki, 2000) إلى أنَّ للذكور درجات أعلى في الألكسيثيميا مقارنة بالإناث، حيث تلجأ الإناث إلى طلب المعونة أكثر من الذكور.

لقد تنوعت الطرق والأساليب العلاجية المُستخدمة في علاج الألكسيثيميا، ولقد كانت هنالك إشارة واضحة إلى فعالية الأساليب المعرفية السلوكية في خفض الأعراض الاكتئابية وخفض أعراض الألكسيثيميا، إذ يستند هذا النوع من العلاج إلى استخدام أساليب النظرية السلوكية وأساليب النظرية المعرفية في العلاج والإرشاد النفسي. وفي العلاج المعرفي السلوكي يتعاون ويعمل كل من المُعالج والمريض معاً ليُحدد الأفكار، والمعتقدات غير العقلانية، (Bermudes, Wright & Casey, 2009).

وفي إطار الترابط بين الألكسيثيميا والعديد من الاضطرابات النفسية، ومن ضمنها الاكتئاب، وعلى الرغم من وجود إسناد نظري للعلاقة بين الألكسيثيميا والاكتئاب، إلا أننا نجد بأنَّ برامج التَّدخل المُوجهة إلى الأشخاص المكتئبين لم تتناول بشكل واضح في برامجها مكونات الألكسيثيميا، كعناصر مترابطة مع الاكتئاب، والتركيز على الجوانب المعرفية، دون الاهتمام الواضح بالعناصر الانفعالية والتعبيرية، وطرق التعبير التي يُمكن أن تعمل قنوات تفريغية لدى مرضى الاكتئاب. والواقع أنَّنا نجد أنَّ هناك فصل ما بين المكونات المعرفية، والانفعالية، حيث تتجه معظم برامج التَّدخل إلى إعطاء اهتمام بالمكونات المعرفية، نظراً لما تقدمه النظريات المعرفية من تفسير لعوامل التفكير في تطوير الاكتئاب، دون إعطاء المكونات الانفعالية والتواصلية وعناصر التنظيم الذاتي دوراً محورياً في عملية التَّدخل. لذا يُوجد هنا حاجة إلى إعادة صياغة للمفاهيم المعرفية في التَّدخل لتُغطي المكونات الانفعالية لدى مرضى الاكتئاب.

مشكلة الدراسة وفرضياتها:

بمراجعة الأدب النظري النفسي والتربوي المتوفر على شبكة الانترنت، والدراسات المحلية، والعربية ذات الصلة بمتغيرات الدراسة الحالية، يبدو أنَّ هناك ندرة في الدراسات العلمية المتخصصة التي تناولت دراسة فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي في خفض أعراض الألكسيثيميا لدى المكتئبين الراشدين السعوديين.

ومن جانب آخر، لاحظ الباحث من خلال عمله كأخصائي نفسي إكلينيكي، ومديراً لإدارة الصحة النفسية والاجتماعية بمنطقة الباحة، ازدياد عدد المراجعين للعيادات النفسية ممن تظهر لديهم أعراض نفسية مرتبطة بالألكسيثيميا، كما لاحظ ارتباطها بمجموعة من الاضطرابات النفسية والعضوية وخصوصاً الاكتئاب، التي تؤثر في الشخص نفسه، وعلى من يُحيطون به في الأسرة، أو العمل، أو غيره تمثلت بصعوبة وصف وتحديد وتمييز مشاعرهم والتعبير عنها لفظياً، الأمر الذي قد يُشكل معاناة في تقييمهم، وتشخيصهم، وبالتالي التأخر في اتخاذ إجراءات التَّدخل العلاجي المناسب لهم. لذلك، قد يقوم مثل هؤلاء الأشخاص الذين يُعانون من أعراض



الألكسيثيميا بزيارات متكررة للعيادات الصحية، والنفسية، ولكن بدون فائدة، وفيها مضیعة للوقت، وهدر للمال، والجهد للأشخاص المراجعين، وأعباء إضافية على المؤسسات الصحية، والذي يُفسي في المحصلة إلى استمرار مُعاناتهم، وتأخرهم في التماثل للشفاء.

وتُشير الإحصائيات الصادرة عن المديرية العامة للشؤون الصحية بمنطقة الباحة إلى ازدياد عدد المراجعين للعيادات النفسية والمصابين باضطراب المزاج الوجداني (الاكتئاب)، إذ بلغ عددهم الإجمالي (4240) فرداً، منهم (2511) مُراجع، و(1729) مُراجعة للعام 1435/1434 هـ (المديرية العامة للشؤون الصحية بمنطقة الباحة، 2013/2014م). وتؤكد هذه الإحصائيات على أنَّ الاكتئاب من أكثر الاضطرابات النفسية انتشاراً بعد القلق، حيث تُشكل نسبة الاكتئاب مع القلق أعلى نسبة بين زوار العيادات النفسية في المستشفيات والمصحات النفسية، ومراكز العلاج النفسي في الجامعات ومؤسسات الصحة النفسية (إبراهيم، 1998).

ونظراً لأن هذه الدراسة تستهدف التَّعامل مع النوع الثانوي من الألكسيثيميا، والذي يظهر لدى الشخص نتيجة لاضطرابات نفسية أو سيكوسوماتية، ولا يُولد الشخص مصاباً بها، فإنه يبدو للباحث بأن فنيات الإرشاد المعرفي السلوكي، قد تُساعد الشخص الألكسيثيمي ذو الزملة الاكتئابية على الكشف عن مشاعره، والتَّعرف إليها، وتمييزها، وبالتالي العمل على تطبيقها أو التعبير الصريح عنها لفظياً. وعليه، تتمثل مشكلة الدراسة الحالية في استقصاء مدى فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي في خفض الزملة الألكسيثيمية Alexithymic Syndrome لدى عينة من المكتئبين الراشدين السعوديين، ممن يُراجعون العيادات النفسية بالمستشفيات بمنطقة الباحة. لتحقيق ذلك فإن الدراسة الحالية تسعى إلى اختبار الفرضيتين الآتيتين:

1. توجد فروق دالة إحصائية، عند مستوى الدلالة ($0,05 \geq \alpha$) بين متوسطي درجات أعراض الألكسيثيميا للمجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية، تُعزى للبرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي.

2. توجد فروق دالة إحصائية، عند مستوى الدلالة ($0,05 \geq \alpha$) بين متوسطي درجات أعراض الألكسيثيميا للمجموعتين التجريبية والضابطة في قياس المتابعة تُعزى للبرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي.

أهمية الدراسة:

تكمن أهمية هذه الدراسة، بأنها قد تكون الأولى من نوعها في المملكة العربية السعودية، من حيث تناولها لدراسة عرض وجداني يُدعى الألكسيثيميا لدى المكتئبين، فضلاً عن استخدامهما لبرنامج إرشادي معرفي سلوكي في خفض أعراض هذا الاضطراب. وعليه، من المؤمل أن تُفيد نتائج هذه الدراسة في إثراء الأدب السيكلوجي المتعلق بوصف، وتفسير شمولي للألكسيثيميا بشكل عام، والألكسيثيميا لدى المكتئبين بشكل خاص من جانب، وإثراء الممارسة الإرشادية، والإكلينيكية، من خلال التَّحقق من فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي في خفض أعراض الألكسيثيميا لدى المكتئبين الراشدين السعوديين من جانب ثانٍ، الأمر الذي قد يُساعدهم بتطوير قدراتهم في التَّعرف إلى مشاعرهم، والتَّعبير عنها لفظياً. وبالتالي تحقيق التوافق النفسي والاجتماعي لديهم، والذي ينعكس إيجاباً على صحتهم الجسمية والنفسية، وزيادة فاعلية أدائهم.

أهداف الدراسة:

هدفت الدراسة الحالية إلى تطوير برنامج الإرشادي المعرفي السلوكي واستقصاء فعاليته في خفض أعراض الألكسيثيميا لدى عينة من المكتئبين الراشدين السعوديين بلغت (47) مكتئباً، باستخدام الصورة المعربة والمعدلة للبيئة المصرية من مقياس تورنتو للألكسيثيميا، هذا من جانبٍ، والتَّحقق فيما إذا كانت الفروق في الدرجة على مقياس تورنتو للألكسيثيميا بين مجموعتي الدراسة التجريبية والضابطة دالة إحصائية في القياس البعدي، وكذلك الفروق في الدرجة على مقياس تورنتو للألكسيثيميا في قياس المتابعة.

مصطلحات الدراسة:

الألكسيثيميا (Alexithymia): لغةً، هي عجز أو نقص في التعبير عن المشاعر لفظياً، ويُستدل عليها من خلال الصعوبة في وصف المشاعر، وتحديدتها، وتمييزها، والتعبير عنها لفظياً، والافتقار إلى الأحلام والتخيلات، وسيطرة نمط التفكير المرتبط بالعالم الخارجي (عراقي، 2005). أما إجرائياً، هي الدرجة التي يحصل عليها المكتئب على مقياس الألكسيثيميا المستخدم في هذه الدراسة.



البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي (Cognitive Behavioral Counseling Program): هو واحد من الأساليب الإرشادية النفسية التي ابتكرها آرون بيك Aron Beck عام 1967 كما ورد في عراقي (2005)، والذي يُعتقد بأن الاضطرابات النفسية، بما فيها الاكتئاب نتاج الإدراك السلبي للمواقف والأحداث الخارجية، والذي يُفضي إلى اضطرابات وجدانية، وسلوكية، وهو يشتمل على مجموعة من الأساليب، والإجراءات، والفنيات المعرفية، والسلوكية الهادفة لإعادة البناء المعرفي لدى المكتئب نحو ذاته، والعالم المحيط به، ومستقبله (المثلث المعرفي)، وذلك كي يتسنى له القدرة على وصف مشاعره، وتمييزها، وتنطبقها بثقة واقتدار. أما إجرائياً، فهو مجموعة الأنشطة والتدريبات والأساليب المستندة إلى النظرية السلوكية المعرفية والهادفة إلى خفض أعراض الألكسيثيميا لدى المكتئبين الراشدين السعوديين والموضحة في ملحق البرنامج العلاجي المستخدم في هذه الدراسة.

الراشد السعودي المكتئب: هو الشخص السعودي المُراجع للعيادات النفسية بمنطقة الباحة، والمشخص بوجود الزملة الاكتئابية لديه، من قبل الإخصائيين النفسيين العاملين في هذه العيادات النفسية باستخدام الصورة الثانية من مقياس بيك، والدليل الإحصائي والتشخيصي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية للعام 1435/1434 هـ، الموافق 2014/2013 م.

محددات الدراسة:

تتمثل محددات الدراسة بطبيعة وخصائص العينة من الراشدين السعوديين المكتئبين المراجعين للعيادات النفسية بمنطقة الباحة، للفترة الممتدة بين شهري (نيسان - تموز) للعام 2013 / 2014 م. والذين حققوا درجات أعلى من الوسط على مقياس الألكسيثيميا. إضافة إلى المحددات الخاصة بأدوات الدراسة بدلالات صدقها وثباتها، وكذلك بالمنهجية للإجابة عن فرضيات الدراسة، ومضمون وعناصر البرنامج المستخدم.

الإطار النظري والدراسات السابقة

الإطار النظري:

تصنيف الألكسيثيميا:

أورد بلاكويل (Blackwell, 1996) لاحقاً أنّ تصنيف الألكسيثيميا يُفيد في نوع العلاج المناسب لمساعدة الشخص على تحسين صحته الجسمية والنفسية والاجتماعية، وفيما يلي التصنيفات التي أوردتها:

الألكسيثيميا بيولوجية المنشأ (Biogenic Alexithymia): وهذا النوع قد يكون نتيجة لعوامل جينية، أو نتيجة لنقص كمية الأكسجين أثناء الولادة، أو التعرض لمواد سامة، أو نتيجة لعدم نمو الدماغ بصورة سليمة في مرحلة الطفولة، أو يحدث نتيجة لتغيرات في بنية الدماغ، عند تعرضه لإصابة بحوادث السير.

الألكسيثيميا نفسية المنشأ (Psychogenic Alexithymia): قد يحدث هذا النوع كرد فعل إزاء الشعور بالخطر أو التهديد أو الفزع، أو نتيجة الأحداث الوجدانية الصادمة (كالاعتداء الجنسي، والضغط النفسي، والإهمال، والعنف، والآلام الجسمية) أو نتيجة للأمراض المزمنة (كالسرطان، والقلب، والسكري).

الألكسيثيميا الأولية والثانوية (Primary & Secondary Alexithymia): يُشير مفهوم الألكسيثيميا الأولية إلى سمة مستمرة وثابتة نسبياً، وهو لا يظهر نتيجة لعوامل نفسية أو بيئية، بل يعود إلى عوامل بيولوجية (جينية وعصبية)، ويُولد مع الشخص. أما الألكسيثيميا الثانوية والمعتمدة في الدراسة الحالية، تحدث نتيجة لصدمات وجدانية، والتي تؤدي إلى كبت المشاعر كدفاع مؤقت ضد الصدمات المستقبلية، وهي حالة مؤقتة تختفي عند تغير الوضع الضاغط، وتستجيب للعلاج أفضل من الألكسيثيميا الأولية.

الألكسيثيميا المعيارية الذكورية (Normative male Alexithymia): ويعود هذا المفهوم الحديث إلى ليفانت (Levant, 2001)، والتي وضعته من خلال ملاحظاتها الإكلينيكية، بوصف معاناة الذكور في الولايات المتحدة الأمريكية من العادات التي تتسبب بكبتهم لضغفهم، ومشاعرهم، وتجعلهم غير ناضجين في تجاربهم الشعورية.

أعراض الألكسيثيميا:

أشار تايلور (Taylor, 1994) إلى وجود أربعة مظاهر أو أعراض للألكسيثيميا، وهي:

1. صعوبة تعريف المشاعر والتمييز بينها (Difficulty Identifying feelings): يُعاني الأشخاص من صعوبات في تعريف مشاعرهم، وتحديدتها، وتمييزها، والتعبير عنها لفظياً، بحيث لا تكون لديهم صورة واضحة



عن مشاعرهم. ويُستدل على ذلك، أحياناً قد تظهر لديهم أعراض القلق أو التوتر أو الاكتئاب، ولكنهم لا يدركون ذلك، حتى يلتفت نظرهم شخص آخر بقوله لهم، (تبدو أنك متوتراً أو قلقاً)، وعندها فجأة يدرك بأنه كان في مزاج لم يشعر به، ولكنه يفشل في معرفة السبب الذي أدى لظهور مثل هذه المشاعر، ولكنهم يستشعرون التغيرات الجسمانية المصاحبة (كزيادة ضربات القلب، واحمرار الخدين، وتقلصات المعدة) للحالات الانفعالية التي يمرون بها.

2. **صعوبة وصف التواصل مع المشاعر (Difficulty describing feelings):** يُعاني الألكسيثيميون من صعوبة التعبير اللفظي عن مشاعرهم، فعندما يُسألون عن مشاعرهم، يحاولون الإجابة بجواب مُخادع أو محاولة تغيير الموضوع، وفي العادة يستخدمون عبارات شائعة تعبر عن فهمهم لمشاعرهم، والتي يتعلمونها من المحيطين بهم، محاولين بذلك إخفاء مشكلاتهم. ومن العبارات التي يستخدمونها عندما يشعرون بأنهم موضع مراقبة من قبل الآخرين: (يا إلهي، هذا رائع، ... الخ). وعندما يتم سؤال الشخص الذي يُعاني من الألكسيثيميا (بماذا تشعر؟)، فإنه لا يستطيع أن يُجيب إلا من خلال منظور منطقي عن سؤال كهذا، وعندما لا يستطيع الإجابة فإنه يعمد إلى إعطاء جواب عشوائي، وذلك لأن فكرة الإحساس بشعور معين، هي غريبة بالنسبة له ولا يستطيع تخيلها.

3. **الافتقار إلى الأحلام والتخيلات (Impaired imagination):** يُعاني الألكسيثيميون من عجز في المخيلة الوجدانية المرتبطة بالصور، والذكريات، في حين يستطيعون التخيل المرتبط بالأشياء المادية.

4. **نمط التفكير المرتبط بالعالم الخارجي (Thinking style bound to the extern world):** يتكيف الأشخاص الألكسيثيميون مع العالم المادي، بما فيه من حقائق محسوسة، وأجسام مادية، وحقائق تجريبية، وهم غالباً ما يُوجهون قواهم المعرفية بهذا الاتجاه، ولذلك أحياناً يتم وصفهم بأنهم أشبه بالرجل الآلي، كما أنهم يُفضلون أن يتم توجيههم من قبل قوانين صارمة، وعادات مجتمعية، ويُوصفون بأنهم سجناء للأخلاقيات المجتمعية والرتابة، أي أنهم تقليديون في تفكيرهم، ومُسايرون، وإيحائيون.

الإرشاد المعرفي السلوكي:

يُعد التوجه المعرفي في العلاج السلوكي من التوجهات الحديثة، والذي أخذ يُهيمن على الميدان في السنوات الأخيرة (Hollon & Beck, 2004). يسعى العلاج المعرفي السلوكي إلى إحداث تعديل في أنماط التفكير التي يُعتقد بأنها تُساهم في حل مشكلات المريض. وقد نالت هذه التقنيات قدراً كبيراً من الدعم التجريبي، باعتبارها من أكثر التقنيات فعالية من بين سائر أنواع التدخل العلاجي النفسي، وذلك لأنها تُهيمن على معظم القوائم الحديثة المدعومة تجريبياً. كما أظهرت أنها إما متساوية مع أو متفوقة على المعالجات النفسية أو النفسية-الصيدلانية البديلة الموجهة للراشدين، وتلك الموجهة للأطفال والمراهقين (Cambless & Ollendick, 2001). إن ما حفز الاندماج الحالي بين الأساليب السلوكية والمعرفية هو محدودية كل من الأساليب السيكودينامية، والسلوكية المتطرفة، وظهور عدد من النماذج النظرية التي أسبغت على المتغيرات المعرفية صرامة العلم والتجريب، التي يقدرها السلوكيون أشدّ تقدير (Thorpe & Olson, 1997).

يستند برنامج الإرشاد المعرفي السلوكي المعتمد في هذه الدراسة إلى التكامل بين ثلاث نظريات، هي: نظرية العلاج العقلاني-الانفعالي التي وضعها إليس (Ellis, 1962)، ونظرية العلاج المعرفي عند بيك (Beck, 1991)، ونظرية العلاج السلوكي الجدلي عند لاينهان (Linehan, 1993)، والتي تركز على علاج سوء التنظيم الانفعالي والاندفاعية، ويشمل تدريباً على المهارات المتعلقة بأساليب حل المشكلات والتنظيم الانفعالي، والمهارات البيئية الشخصية، وذلك من خلال التعرف إلى الانفعالات وتقييم أثرها في الفرد وفي الآخرين، وتعلم مجابهة الحالات الانفعالية السلبية وتوضيحها، والمشاركة في سلوك يزيد من التعبير عن الانفعالات الإيجابية. ويُعزى استخدام البرنامج الحالي إلى زملة الأعراض المميزة للأشخاص المصابين بالألكسيثيميا، والتي تتمثل في صعوبة التعبير عن مشاعرهم لفظياً، فضلاً عن أنّ الانفعالات بمثابة همزة وصل ما بين المكون المعرفي من جهة، والمكون السلوكي من جهة ثانية.

تُركز مبادئ الإرشاد المعرفي السلوكي على العمليات المعرفية مثل الإدراك والحديث الذاتي والعزو والتوقعات والمعتقدات والتخيل وهذه الإجراءات التي تستند إلى العمليات المعرفية تُركز على مبدأ أن تغير السلوك يمكن أن يحقق من خلال تغيير العمليات المعرفية، والافتراضات الرئيسية التي تستند إليها هذه الإجراءات ترى بأن العمليات المعرفية غير التكيفية هي التي تؤدي إلى السلوكيات غير التكيفية، وبالتالي فإن تغيير هذه العمليات يؤدي إلى إحداث تغير في السلوك. والعمليّة المعرفية هي مجموعة من الأحداث العقلية العليا التي تشتمل على الأفكار والإدراكات والمعتقدات والتوقعات والعزو. ونحن ومن خلال خبراتنا اليومية يبدو واضحاً كيف تؤثر هذه



الأحداث في سلوكنا فنحن ندرك البيئة من حولنا بطرق مختلفة. في الإرشاد المعرفي السلوكي تفسر المشكلة من خلال المنظور المعرفي ويتم التركيز على التشوهات والعيوب المعرفية التي تؤدي إلى السلوك اللاكتيفي ولذلك فإن العمليات المعرفية تكون مستهدفة ومركز عليها في عملية التغير العلاجي (الزريقات، 2011). وتشتمل افتراضات الإجراءات المعرفية السلوكية الآتية (Kazden, 2001):

1. يستجيب الأفراد إلى التمثيلات المعرفية الخاصة بالأحداث البيئية أكثر من الأحداث نفسها.
2. يتوسط التعلم العمليات المعرفية.
3. تتوسط العمليات المعرفية الأنماط غير الوظيفية السلوكية والانفعالية.
4. على الأقل يمكن أن تراقب بعض أشكال المعرفة.
5. على الأقل يمكن أن تعدل بعض أشكال المعرفة.
6. تعديل العمليات المعرفية يمكن أن يغير الأنماط غير الوظيفية للانفعال أو السلوك.
7. إجراءات تعديل السلوك وتعديل العمليات المعرفية هي إجراءات مرغوبة.

إجراءات الإرشاد المعرفي السلوكي:

تُستعمل إجراءات الإرشاد المعرفي السلوكي لمساعدة الأفراد على تغيير سلوكياتهم المعرفية ومن هذه الإجراءات الآتية:

- إعادة البناء المعرفي وهذه الإجراءات مصممة لاستبدال سلوكيات معرفية محددة غير تكيفية بسلوكيات تكيفية، وتستخدم الإجراءات في إعادة البناء المعرفي وذلك عندما تسهم في حل المشكلة.
- التدريب على مهارات التعامل المعرفية وهذه الإجراءات مصممة لتعليم سلوكيات جديدة تستعمل في تقوية السلوكيات المرغوبة وهذه السلوكيات مستعملة أكثر مع حالة العيوب السلوكية المعرفية، وهي أيضاً تُعلم للشخص الذي لا يملك السلوكيات المعرفية اللازمة للتعامل بفعالية مع المواقف.
- الإجراءات المستندة إلى التخيل وهذه الإجراءات التي تركز على التخيل لا تفترض أن المشكلات الإكلينيكية ناجمة عن تخيل مشوه أو خاطيء، والأصح من ذلك، أن التخيل يُنظر إليه على أنه طريقة لتطوير تعلم جديد للأفراد (Kazden, 2001).

الدراسات السابقة

أولاً. الدراسات التي تناولت دراسة الألكسيثيميا عند المكتبيين:

هدفت دراسة ياي، زهنج، ليو، لينج وياو (Yi, Zhong, Luo, Ling & Yao, 2009) إلى معرفة خصائص العمليات المعرفية للانفعال وتنظيم الانفعال للألكسيثيميا للمصابين بالألكسيثيميا، لدى عينة من الصينيين تتراوح أعمارهم ما بين (10- 15) عاماً، من الذكور والإناث، وبلغ عددهم (117) مفحوصاً، لديهم ألكسيثيميا و(118) فرداً عادياً، تم 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 هيلتونين (Hiltunen, 2008) بدراسة تأثير التعبير عن المشاعر كتابياً في القلق وأعراض الاكتئاب لدى الأفراد ذوي اضطراب شره الطعام، على عينة بلغت (42) فرداً، من الذكور والإناث تتراوح أعمارهم ما بين (20-64) عاماً، قُسمت إلى مجموعتين تدربت إحداها على التعبير الكتابي، وكانت الثانية ضابطة، وبينت النتائج عدم وجود فروق بين المجموعتين بعد التدريب.

هدفت دراسة ماتيا، ديسمت، ستجن وفانهول (Mattia, Desmet, Stign & Vanheule, 2007) التعرف إلى الألكسيثيميا لدى المكتبيين، لمعرفة التمييز التصنيفي بين الألكسيثيميا وغير الألكسيثيميا، لدى عينة تكونت من (404) مريضاً من (30) مركزاً صحياً في بلجيكا، باستخدام مقياس تورنتو للألكسيثيميا لقياس ثلاثة أبعاد للألكسيثيميا وهي: صعوبة تعريف المشاعر، وصعوبة وصف المشاعر، 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 الألكسيثييين، وتضيف الدراسة أن هناك ألكسيثيميا قوية، مقابل ألكسيثيميا معتدلة.

ثانياً: الدراسات التي تناولت فاعلية الإرشاد المعرفي السلوكي في خفض أعراض الألكسيثيميا عند المكتبيين:

قام كل من تومناجا، شيو، نيجوشي، وادا وفوكي (Tominaga, Choi, Nagoshi, Wada & Fukui, 2013) في إجراء دراسة العلاقة بين الألكسيثيميا وأساليب التدبير لدى مرضى الاضطرابات جسدية الشكل، تكونت العينة



من (196) مريض مُشخصين باضطرابات جسدية الشكل، والذين استجابوا على مقياس تورينوتو للألكسيثيميا ومقياس زنج للاكتئاب وقائمة اسبيلجر لأساليب التعامل، وبينت النتائج أن أعراض الألكسيثيميا ارتبطت بشكل دال وإيجابي مع العديد من الأعراض الجسدية ومظاهر الاكتئاب، في حين أن الألكسيثيميا ارتبطت بشكل دال سلبي مع استراتيجية التخطيط في حل المشكلات، والمواجهة، والبحث عن الدعم الاجتماعي، كما بينت النتائج وجود ارتباط إيجابي مع أسلوب التعامل الخاص في تحديد المشاعر ووصفها، وكذلك أسلوب التجنب والهروب، وهذه النتيجة تؤكد دور أساليب التدبر كمتغير وسيط في تطوير أعراض الألكسيثيميا والاكتئاب والاضطرابات الجسدية الشكل.

أجرى باجرفاك، غوتبيدندادغ وحسينمولافي (Bgherkajbaf, Ghotbedinsadeghi & Hosseinmulavi, 2012) دراسة هدفت المقارنة بين علاج السكيما (البنى المعرفية) والعلاج باستخدام المسرح والمتزامن مع علاج السكيما لخفض أعراض الألكسيثيميا لدى المعاقين جسدياً في الحرب في مدينة أصفهان، تكونت عينة الدراسة من ثلاث مجموعات الأولى تلقت علاج السكيما لمدة ستة أسابيع مرتين أسبوعياً، مدة كل جلسة (90) دقيقة، أما المجموعة الثانية فقد تلقت العلاج باستخدام المسرح لمدة ستة أسابيع مرتين أسبوعياً مدة كل جلسة (90) دقيقة، أما المجموعة الثالثة فقد جمعت بين الأسلوبين معاً السكيما والمسرح لمدة ستة أسابيع مرتين أسبوعياً لمدة (90) دقيقة لكل جلسة، أشارت النتائج بأن الأسلوبين معاً السكيما والمسرح قد أسهما في خفض أعراض الألكسيثيميا بشكل دال وجوهري على كل من القياسين البعدي والمتابعة، وخرجت الدراسة باستنتاج بأن الجمع بين أسلوب المعرفي والانفعالي لهما تأثير مهم في علاج الاضطرابات الانفعالية.

أجرى كل من جاكو، ماركو، جورج، عيسى، إنجا، ماري، مونو و كريستن (Marko, Jorg, Esa, Inga, Jaakko, Mari, Mauno & Christian, 2011) دراسة هدفت التعرف إلى أساليب العلاج بالموسيقى في خفض أعراض الاكتئاب والألكسيثيميا لدى عينة مكونة من (79) فرد مشخصين حسب معايير (ICD-10)، تكون البرنامج من (20) جلسة قدمت أسبوعياً، وتم تقسيم المشاركين إلى مجموعتين الأولى تلقت العلاج بالموسيقى والثانية تلقت الرعاية الاعتيادية، وأشارت النتائج إلى أن المجموعة التي تلقت العلاج بالموسيقى قد تحسنت بشكل ملحوظ ودال إحصائياً 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 التحسن لدى المجموعة التي خضعت للعلاج.

تعقيب على الدراسات السابقة:

- قد تكون هذه الدراسة هي الأولى من نوعها محلياً وعربياً، وفقاً لما هو متوفر من معلومات في المكتبات الجامعية وتلك المتوفرة على الشبكة العنكبوتية الالكترونية، والتي هدفت التحقق من فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي في خفض أعراض الألكسيثيميا لدى المكتئبين الراشدين السعوديين، وذلك لأن الدراسات التي وجدها الباحث بعضها ركز على دراسة أعراض الألكسيثيميا لدى اضطرابات نفسية عدا الاكتئاب وبعضها ربط أعراض الألكسيثيميا بمتغيرات نفسية أخرى، والبعض الآخر تناول التحقق من فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي في خفض الزملة الاكتئابية، ولم تتناول خفض الزملة الألكسيثيمية لدى المكتئبين.
- قد تكون هذه الدراسة حافزاً للباحثين العرب لإجراء المزيد من الدراسات لاحقاً، للحكم على صلاحية البرنامج الإرشادي المعتمد في هذه الدراسة في خفض الأعراض الألكسيثيمية لدى عينات من مرضى الاضطرابات النفسية، والسيكوسوماتية الأخرى.

الطريقة والإجراءات

أفراد الدراسة:

اختار الباحث عينة قصدية، وذلك لعدم توافر الإحصاءات لحصر المرضى الذين يعانون 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 (54) شخصاً من المكتئبين الراشدين المراجعين للعيادات النفسية بمنطقة الباحة، ومن لديهم أعراض الألكسيثيميا بدرجة متوسطة فأكثر بناء على استجابتهم على مقياس تورينوتو (Toronto Alexithymia Scale –TAS) وأبدوا الرغبة للمشاركة في البرنامج الإرشادي المعتمد في هذه الدراسة وتم تقسيمهم إلى مجموعتين: ضابطة وتجريبية، وقد التزم (20) شخصاً من المشاركين بمواعيد الجلسات بعد البدء بجلسات البرنامج من أفراد المجموعة التجريبية مقابل (27) في المجموعة الضابطة، وهكذا أصبحت العينة النهائية للدراسة 47 حالة. والجدول (1) يبين أماكن اختيار أفراد عينة الدراسة.



جدول 1. أماكن اختيار أفراد الدراسة وعددهم ونسبهم المئوية

ت	أماكن أخذ أفراد الدراسة	العدد	%
1.	مستشفى الصحة النفسية بمحافظة بلجرشي	22	40,7
2.	العيادة النفسية بمستشفى الملك فهد بمنطقة الباحة	13	24,1
3.	العيادة النفسية بمستشفى محافظة المخواه	10	18,5
4.	العيادة النفسية بمستشفى محافظة قلوه	9	16,7

وتراوحت أعمار أفراد الدراسة بين (25 – 55) سنة بمتوسط عمري مقداره (40) سنة، وتوزعت حسب المهنة إلى: 37 موظف قطاع عام، 17 بدون عمل، والحالة الاجتماعية (23 متزوج، 17 أعزب، 9 أرمل، 5 مطلق)، والمستوى التعليمي (32 أقل من ثانوية عامة، 22 ثانوية عامة فأكثر). ولأغراض اختيار أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة، تم تحديد الدرجة الفاصلة وفقاً للمعيار الآتي:

الحد الأعلى لدرجات المقياس - الحد الأدنى لدرجات المقياس + الحد الأدنى للدرجة =

$$\frac{2}{2} = \frac{130 - 26}{2} = 52 + 26 = 78 \text{ (درجة، وهي الدرجة)}$$

الفاصلة بين أفراد الدراسة ممن تم اختيارهم وممن لم يتم اختيارهم للخضوع لبرنامج الإرشاد المعرفي السلوكي، وقد بلغ عدد أفراد الدراسة (54) مكنباً، يُراجعون العيادات النفسية ومُخصصين بأنهم مكنبين، وحصلوا بالوقت نفسه على درجات على مقياس الألكسيثيميا أعلى من درجة القطع والبالغة (78) درجة، ولغايات تطبيق البرنامج تم توزيعهم بالتساوي عشوائياً باستخدام طريقة جدول الأرقام العشوائية على المجموعتين التجريبية والضابطة بواقع (27) فرد لكل منهما، ولاحقاً لم يلتزم (7) من أفراد المجموعة التجريبية بالعلاج ليصبح العدد الكلي لعينة الدراسة (47) حالة.

أدوات الدراسة:

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

أعدّه تايلور وريان وباجبي (Taylor, Ryan & Bagby, 1985)، ويُطلق عليه مقياس "تورنتو" (Toronto Alexithymia Scale – TAS) تعريب وتطوير عراقي (2005)، حيث يُعد هذا المقياس من أوسع الأدوات استخداماً في تشخيص مرضى الألكسيثيميا، والذي يُعد من مقاييس التقرير الذاتي، يكشف عن أربعة أعراض للألكسيثيميا، موزعة على (26) عبارة لفظية.

الجدول 2. أبعاد مقياس "تورنتو" (Toronto Alexithymia Scale – TAS) وأرقام العبارات الدالة

ت	الأبعاد (أعراض الألكسيثيميا)	أرقام العبارات الدالة على الأبعاد الأعراض
1.	صعوبة تعريف المشاعر (9 عبارات)	(1، 13، 17، 25، 26، 21، 2، 9، 5)
2.	صعوبة التواصل ووصف المشاعر (6 عبارات)	(18، 22، 14، 6، 7، 24)
3.	الافتقار إلى الأحلام والتخيلات (5 عبارات)	(12، 16، 4، 20، 8)
4.	نمط التفكير المرتبط بالعالم الخارجي (6 عبارات)	(15، 19، 11، 23، 10، 3)

عليها

يتمتع المقياس بخصائص سيكومترية مناسبة في النسختين الأصلية والعربية المطورة، حيث تبين أن جميع معاملات ارتباط الأبعاد أو الأعراض بالدرجة الكلية للمقياس دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0,01)، مما يدل على أن الأبعاد أو الأعراض تتمتع بدرجة مناسبة من الصدق، والتي تراوحت بين (0,465، 0,797، 0,835)، وفقاً لأعراض الألكسيثيميا الأربعة بالترتيب، والجدول (3) يبين ذلك.



الجدول 3. معاملات ارتباط أبعاد مقياس "تورنتو" (Toronto Alexithymia Scale-TAS) بالدرجة الكلية للمقياس

البيان	الأعراض	صعوبة التعريف المشاعر	صعوبة التواصل ووصف المشاعر	الافتقار إلى الأحلام والتخيلات	نمط التفكير المرتبط بالعالم الخارجي
معامل ارتباط الكلية للمقياس	0,835	0,797	0,465	0,295	
مستوى الدلالة	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01

كذلك تبين أن المقياس يميز تمييزاً واضحاً وقوياً بين مرتفعي ومنخفضي الدرجة على الألكسيثيميا مما يؤكد صدقه التمييزي. وقام عراقي (2005) بحساب معامل الثبات بطريقة إعادة التطبيق، والذي بلغ (0,814)، وهو معامل ارتباط دال إحصائياً عند مستوى الدلالة (0,01)، كما وتم حساب معامل الثبات بطريقة التجزئة النصفية، والذي بلغ (0,795)، مما يدل على أن المقياس يتمتع بدرجة مقبولة من الثبات.

صدق المقياس في الدراسة الحالية:

تم التحقق من دلالات الصدق الظاهري للمقياس على البيئة السعودية من خلال عرضه على (10) من المحكمين من ذوي الخبرة والاختصاص من أعضاء هيئة التدريس في تخصصات علم النفس، والإرشاد النفسي في الجامعة الأردنية وعدد من الجامعات السعودية، وذلك بهدف الوقوف على دلالات الصدق الظاهري للأداة لتناسب مع أغراض الدراسة، والحكم على محتوى الفقرات وفقاً للمعايير الآتية: ملائمة الفقرات للمقياس، وسلامة صياغة الفقرات، ومدى وضوح المعنى من الناحية اللغوية، كما تم اعتماد معيار 80% كنسبة اتفاق وذلك لقبول الفقرة. واقترح المحكمون مجموعة من الملاحظات الطفيفة على بعض فقرات المقياس تتعلق في صياغة بعض الفقرات، حيث تم الأخذ بجميع التعديلات المقترحة في الصورة النهائية للمقياس، والملحق (4) يبين المقياس في صورته النهائية. ولغايات الدراسة الحالية تم حساب معاملات ارتباط الأبعاد بالدرجة الكلية للمقياس، والذي تبين أنها دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0,01)، مما يدل على أن الأبعاد والتي بلغت (0,762، 0,710، 0,512، 0,417) لأعراض الألكسيثيميا الأربعة بالترتيب. وهذا يشير إلى أن المقياس يتمتع بدرجة مناسبة من صدق البناء، والجدول (4) يبين ذلك.

الجدول 4. معاملات ارتباط أبعاد مقياس "تورنتو" (Toronto Alexithymia Scale - TAS) بالدرجة الكلية للمقياس في الدراسة الحالية

البيان	الأعراض	صعوبة تعريف المشاعر	صعوبة التواصل ووصف المشاعر	الافتقار إلى الأحلام والتخيلات	نمط التفكير المرتبط بالعالم الخارجي
معامل ارتباط الكلية للمقياس	0,762	0,710	0,512	0,417	
مستوى الدلالة	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01

ثبات المقياس في الدراسة الحالية:

قام الباحث في الدراسة الحالية بحساب معامل الثبات بطريقة إعادة من خلال تطبيق المقياس على عينة بلغت (15) فرداً من خارج عينة الدراسة من المصابين بالألكسيثيميا يُراجعون عيادات الصحة النفسية بمنطقة الباحة، حيث أعيد تطبيق البرنامج بعد مرور أسبوعين، وتم حساب معامل ارتباط بيرسون بين مرتبي التطبيق والذي بلغ (0,792) وهو معامل ارتباط دال إحصائياً عند مستوى دلالة (0,01)، مما يدل على أن المقياس يتمتع بدرجة مناسبة من الثبات.



ثانياً: البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي

الأساس النظري للبرنامج :

يُعتبر أسلوب العلاج المعرفي السلوكي بأنه علاج تعليمي يقوم بحل المشكلات النفسية على المدى القصير، ويعود جذوره إلى بداية الستينيات للعالم بيك (Beck, 1976)، في علاج مرضى الاكتئاب، وأُستخدم لاحقاً في علاج مرضى اضطراب القلق، والرهاب الاجتماعي، والذي أثبت فاعليته في علاج الكثير من الاضطرابات النفسية الأخرى (Christine, Reilly, Leslie, Sokol, Andrew & Butler, 1999). يُعد هذا الأسلوب العلاجي أحد التيارات العلاجية الحديثة، ويهدف إلى إقناع المريض بأن معتقداته غير المنطقية، وتوقعاته وأفكاره السلبية، وعباراته الذاتية هي التي تحدد ردود أفعاله الدالة على سوء التكيف من جهة، وتعديل إدراكاته المشوهة، والعمل على إحلال طرق أكثر ملائمة للتفكير مكانها، وذلك بهدف إحداث تغييرات معرفية وسلوكية، واندفاعية إيجابية لديه (Glass & Shea, 1986).

يهدف الأسلوب المعرفي السلوكي محاولة تغيير الأفكار الخاطئة، عن طريق إعادة البناء المعرفي، لكي تُصبح العمليات العقلية المعرفية أكثر اتساقاً مع الواقع. ويتعامل هذا الأسلوب مع السلوك اللائق باعتباره نتاجاً للتفكير غير العقلاني. وبهذا يمكن اعتبار هذا الأسلوب بمثابة عملية تعلم تشمل إعادة تنظيم المجال الإدراكي، وإعادة تنظيم الأفكار المرتبطة بالعلاقات بين الأحداث، والمثيرات البيئية المختلفة (عادل، 2005). ويعمل هذا الأسلوب على زيادة تقدير الفرد لذاته، وشعوره بالكفاءة الذاتية، وبالتالي تزداد أهدافه، ويعمل على تحقيقها، فالعلاج السلوكي يركز على تعديل الظروف المحيطة بالفرد، والسلوك الظاهر عنده، وعملية التعلم لديه، أما العلاج المعرفي، فيركز على تعديل المفاهيم، والأفكار، دون إهمال السلوك الظاهر أو الخارجي. ويتميز هذا الأسلوب، بأنه يُعطي المرشدين، والمعالجين مدى واسع من الحرية، والمرونة في تطبيق الأساليب العلاجية التي تتناسب مع فكر المرشد، وخلفيته العلمية، والنموذج الذي يتبناه.

الأهداف العامة للبرنامج: يهدف هذا البرنامج إلى خفض أعراض الألكسيثيميا لدى المكتئبين الراشدين السعوديين والمراجعين للعيادات النفسية بمنطقة الباحة للفترة بين شهري (نيسان - تموز) للعام 1434/ 1435هـ، الموافق 2013/ 2014م، وذلك من خلال استخدام الفنيات المعرفية السلوكية معاً.

محتوى البرنامج: يشتمل البرنامج الحالي على عدد من العناصر، وهي على النحو الآتي :

مدة البرنامج : استمر البرنامج الإرشادي الحالي لمدة (7) أسابيع، بواقع (13) جلسة إرشادية، استغرقت مدة كل جلسة ساعتين بواقع جلستين أسبوعياً، ويُطبق بطريقة جماعية، وبعد مرور شهر من الانتهاء من تطبيق البرنامج، تم تقييم أثر المتابعة، للتحقق من استمرارية فاعلية البرنامج على العينة الإكلينيكية التي تعرضت للبرنامج العلاجي.

الأساليب والأدوات والفنيات والإجراءات المستخدمة في البرنامج : اشتمل البرنامج الإرشادي على عددٍ من الأساليب والأدوات والفنيات والإجراءات، تختلف من جلسة إرشادية إلى أخرى، وهي على النحو الآتي :

الأساليب المستخدمة في البرنامج : المحاضرة البسيطة، الحوار والنقاش الجماعي، أوراق العمل، التلخيص، التغذية الراجعة، الواجبات المنزلية.

الأدوات المستخدمة في البرنامج : صالة واسعة بمستشفى الصحة النفسية، وهادئة، ومناسبة للإرشاد الجماعي، فيها طاولة مستديرة، و (40) مقعداً مريحاً للجلوس، سبورة حائطية، أقلام سبورة، جهاز عرض تقديمي، بطاقات مدون عليها أسماء المشاركين، والباحث، مثبتة أمام كل واحد منهم .

الفنيات المستخدمة في البرنامج: التأمل، الإيضاح، التفسير، الإيضاح، التعزيز، النمذجة، لعب الدور، التأمل.

وفيما يأتي إيضاح لبعض الفنيات المستخدمة في البرنامج:

1. إجراءات تطوير البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي المتعلق بخفض أعراض الألكسيثيميا لدى المكتئبين الراشدين السعوديين.

اعتمد الباحث في تطوير برنامجه الإرشادي على عدة أسس منها: أعراض الألكسيثيميا من جهة والدراسات والأدبيات ذات العلاقة من جهة ثانية. وتم التخطيط للبرنامج الإرشادي، من خلال اختبار أنسب النماذج المعروفة في البرامج الإرشادية، والذي يقوم على خطوات عدّة، هي: تقرير وتحديد الاحتياجات والمتطلبات، وكتابة وإعداد أهداف البرنامج، وتحديد الأولويات، والعناصر التي يقوم عليها البرنامج الإرشادي، والأشخاص المنفذون له، واختيار وتنفيذ نشاطات البرنامج، وتقييم وتقدير مدى كفاءة البرنامج. تمت صياغة أهداف البرنامج الإرشادي لتتناسب مع أهداف وطبيعة الدراسة الحالية بكل خطواتها حيث صيغ الهدف العام للبرنامج بـ (خفض الأعراض الألكسيثيمية لدى الأشخاص المكتئبين الراشدين السعوديين)، باستعمال برنامج الإرشاد المعرفي



السلوكي، وبالأسلوب الجمعي، وتمت صياغة الأهداف الفرعية وفق الحاجات والمتطلبات التي بنيت على أساس الأولويات.

اعتمد الباحث برنامج الإرشاد (المعرفي السلوكي الجمعي) وفقاً للإجراءات والخطوات الآتية: الاعتراف والتفريع، وتتضمن: (إشعار المكتئب بتقبله وحبه، وتقبله هو لذاته واحترامه لها) وتكوين مجموعة من الاتجاهات والقيم لدى المكتئبين، من خلال: تقبل الذات وتقبل الآخرين، واتخاذ أهداف واقعية، والقدرة على ضبط الذات وتحمل المسؤولية، والقدرة على تكوين علاقات مبنية على الثقة المتبادلة، والشعور بالسعادة.

اتبع الباحث في برنامجه الإرشادي أساليب وفنيات عدة، هي: اتباع طريقة الفرد داخل المجموعة، بحيث توضع مصلحة الفرد بالاعتبار، مع مراعاة عدم التعارض مع مصلحة المجموعة، ولعب دور السيودراما (Psychodrama). وهو أسلوب في العلاج النفسي الجمعي، يعتمد على لعب الأدوار وتمثيلها، والتركيز على مبدأ (هنا والآن)، والذي من خلاله يُعدّل المكتئب بالتدريج من تصورات الخاطئة والتواصل اللفظي وغير اللفظي، عن طريق الإحساس بالألفة اتجاه الجماعة حتى وإن يكون هناك تفاعل لفظي مباشر بين المشاركين، والتركيز على مظاهر التفاعل غير اللفظي مثل تعبيرات الوجه، لغة العين، لغة الجسد، والتعليم كالمحاضرات البسيطة، وإعطاء المفاهيم والتصورات الصحيحة، والتعليم من خلال القدوة، والتعليم بتعديل السلوك الخاطئ وإرساء ما هو صحيح، والتعليم الذاتي (المطويات وCD التي وزعت على أفراد المجموعة الإرشادية)، وأسلوب إحياء المعنى، وذلك بأن يكون لكل كلمة ولكل فعل في حياة المكتئب معنى وهدف، والتعزيز الاجتماعي، وذلك بتقديم التعزيز مباشرة بعد ظهور السلوك المرغوب والواجبات المنزلية وهي نشاطات تُعطى لأفراد المجموعة الإرشادية، ثم متابعتها أولاً بأول، بحيث يقدموا تقارير في كل جلسة عن هذه الواجبات والتحديات التي واجهوها، والتي تمكنهم من تطبيق المهارات التي اكتسبوها في الجلسات إلى مواقف الحياة الواقعية.

استخدم الباحث في البرنامج الإرشادي مجموعة من العمليات، منها: تحويل المشاعر نحو المجموعة وهو تدريب المكتئب على توجيه مشاعره نحو العالم الخارجي، بدلاً من تركيزها داخل ذاته، فتتوزع المشاعر على المجموعة، ثم على المجتمع ثم على مواقف الحياة الخارجية، حيث يُخفف من ضغطها داخل حدود الذات الضيقة، واستعمل عملية القدوة على مراحل، بدءاً بالاقتراد بأحد أفراد المجموعة المبادرين في التعبير عن مشاعره ويشتركون معه بأعراض نفس الاضطراب، ثم الاقتداء بالمرشد، ثم التوصية للاقتداء برموز أخرى ذات سمعة اجتماعية، ثم التوصية لأفراد المجموعة بالتدرج في مستويات القدوة، وتعديل التفكير الخاطئ وعقلنة النظرة إلى أعراض الألكسيثيميا وتهديتها والترويج عن النفس، وغرس التصورات والقيم الصحيحة بحيث تصبح هي الفكرة المركزية للمجموعة ككل. وقد مر البرنامج الحالي بثلاث مراحل، هي: تكوين الاستبصار حيث حاول المرشد في هذه المرحلة مساعدة المكتئبين على استبصار جوانب القوة والضعف لديهم، وتعريفهم على طبيعة الأعراض الألكسيثيمية لديهم، واستكشاف الرغبة الذاتية بالتغيير والتعامل مع الأعراض المرضية، وأخيراً التطبيق، وذلك من خلال ممارسة المكتئب داخل المجموعة بتدعيم من أفرادها ومن المرشد، وقد تم تصحيح الأخطاء أولاً بأول.

صدق البرنامج:

للتحقق من صدق البرنامج، قام الباحث بعرضه على (10) من الخبراء في علم النفس، وفي الإرشاد النفسي، وذلك بهدف معرفة مدى مناسبة الأنشطة والفعاليات المستخدمة في البرنامج، وملاءمة عدد الجلسات وأوقاتها. هذا وقد تحقق صدق البرنامج الإرشادي الحالي من خلال حصوله على نسبة اتفاق بلغت (80%). وقد أخذ الباحث بأغلب المقترحات والملاحظات في إثراء برنامجه الإرشادي وتوزيع الجلسات واختيار الفنيات المناسبة لتناسب مع أهداف البرنامج العامة والخاصة، وبذلك أصبح مناسباً للتطبيق، وتم تنفيذ البرنامج بالتعاون مع فريق من ذوي الاختصاص العاملين في العيادات النفسية.

إجراءات الدراسة:

عرض الباحث أداة الدراسة، والبرنامج الإرشادي الحالي على عدد من المحكمين ذوي الاختصاص، للتحقق من صلاحيتها وملاءمتها لأهداف الدراسة الحالية. وبعد التأكد من صلاحية أداتي الدراسة للتطبيق، من الأستاذ المشرف، حصل الباحث على خطاب رسمي من الأستاذ المشرف موجه إلى الملحقية الثقافية السعودية بعمان لمخاطبة الجهات الرسمية المعنية في المملكة العربية السعودية بتطبيق البرنامج عليها.

بعد الحصول على الموافقة بتطبيق البرنامج، قام الباحث بالتنسيق مع فريق من ذوي الاختصاص العاملين في العيادات النفسية، البدء في تقييم الزملة الألكسيثيمية باستخدام المقابلات السريرية، وتطبيق مقياس الألكسيثيميا



على المكتئبين المراجعين للعيادات النفسية. بعدها قام الباحث مع الفريق المختص بحصر أفراد الدراسة البالغ عددهم (54) مكتئباً.

لتطبيق البرنامج الإرشادي الحالي، قام الباحث بتقسيم أفراد الدراسة البالغ عددهم (54) مكتئباً إلى مجموعة تجريبية بواقع (27) مكتئباً، ومجموعة ضابطة (27) مكتئباً، ثم أجرى اختبار قبلي للمجموعتين التجريبية والضابطة لتقييم أعراض الألكسيثيميا لديهما، وذلك يومي الإثنين والثلاثاء بتاريخ 28 و 29 / 6 / 1435 هـ الموافق 28 و 29 / 4 / 2014م، واعتمد الباحث الطريقة العشوائية باستخدام جدول الأرقام العشوائية لتقسيم أفراد الدراسة على المجموعتين الضابطة والتجريبية. بعدها تم أخذ معلومات كافية عن أفراد المجموعتين (التجريبية والضابطة) لتأمين الاتصال بهم، ثم الاتصال بأفراد المجموعة التجريبية (المجموعة الخاضعة للبرنامج الإرشادي) والبالغ عددهم (27) مكتئباً من ذوي أعراض الألكسيثيميا بدرجة (78) فأكثر ومن يرغبون في الخضوع للبرنامج الإرشادي الحالي. وتم توقيع اتفاق معهم، وتحديد مكان ووقت عقد الجلسات الإرشادية، والتي بلغت (13) جلسة، منها (11) جلسة إرشادية، وكانت الأولى للتعارف، والأخيرة للتقييم البعدي، وتقييم أثر المتابعة، وكانت الجلسات بواقع جلستين في الأسبوع، يومي الأحد، والأربعاء، وبلغت مدة الجلسة (120 دقيقة) في صالة تدريب واسعة، ومريحة ومزودة بكافة المتطلبات اللازمة لتنفيذ البرنامج بمستشفى الصحة النفسية بمنطقة الباحة.

استمر البرنامج الإرشادي لمدة (7) أسابيع، بدأ من يوم الأربعاء 30 / 6 / 1435 هـ الموافق 30 / 4 / 2014م ولغاية يوم الأحد 10 / 8 / 1435 هـ الموافق 8 / 6 / 2014م، أي بواقع جلسة واحدة في شهر نيسان، و (8) جلسات في شهر آيار، و (3) جلسات في شهر حزيران، و جلسة المتابعة. وأخيراً قام الباحث بوضع وتطبيق جلسات البرنامج الإرشادي، والجدول (5) يبين ذلك. في ختام البرنامج، قام الباحث بجمع البيانات، بعدها قام بإدخالها إلى ذاكرة الحاسوب وتحليلها إحصائياً باستخدام الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS).

الجدول 5. مخطط مسار فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي في خفض أعراض الألكسيثيميا لدى المكتئبين الراشدين السعوديين

رقم الجلسة	عنوان الجلسة	مدة الجلسة بالدقيقة	أهداف الجلسة	الأساليب والفنيات المستخدمة في الجلسة والأدوات
الجلسة الأولى	التعارف وبناء الثقة	120	1- استقبال المشاركين والترحيب بهم. 2- التعاون المتبادل بين الباحث والمشاركين. 3- التعرف بقواعد الجلسات الإرشادية، وشروطها، ونجاحها. 4- توضيح أهداف البرنامج، وأساليبه، وأدواته وإجراءاته، وتنفيذه. 5- التعرف إلى توقعات المشاركين من البرنامج. 6- إبرام عقد اتفاق بين الباحث والمشاركين وتوقيعه.	1- المحاضرة البسيطة. 2- الحوار والنقاش الجماعي. 3- التلخيص. 1- استمارة تقييم الجلسة.
الجلسة الثانية	الإطار المفاهيمي للألكسيثيميا	120	1- تعريف المشاركين بـ: أ- مفهوم الألكسيثيميا. ب- أنواع الألكسيثيميا. ج- أعراض الألكسيثيميا. د- أسباب الألكسيثيميا. هـ - طرق تقييم وتشخيص	1- المحاضرة البسيطة. 2- الحوار والنقاش الجماعي 3- عرض صور لأشخاص يعانون من الألكسيثيميا



طريق جهاز العرض التقديمي، وتوزيع مطويات على المشاركين فيه صور عنهم . 4- التلخيص 5- استمارة تقييم الجلسة . 6- الواجب المنزلي.	الألكسيثيميا. و- طرق علاج الألكسيثيميا.			
---	--	--	--	--

رقم الجلسة	عنوان الجلسة	مدة الجلسة بالدقيقة	أهداف الجلسة	الأساليب والأدوات والفنيات المستخدمة في الجلسة
الجلسة الثالثة	نمط التفكير المرتبط بالعالم الخارجي	120	1- تعريف المشاركين بنمط التفكير المرتبط بالعالم الخارجي من حيث: أ- مفهومه . ب- خصائصه . ج- إيجابياته وسلبياته . 2- تدريب المشاركين على بعض المهارات الهادفة لتعديل نمط التفكير المرتبط بالعالم الخارجي .	1- المحاضرة البسيطة . 2- العصف الذهني . 3- تدريبات على كيفية الضبط اللازمة لتطوير عملية الضبط بين نمطي التفكير المرتبط بالعالم الخارجي، والعالم الداخلي من خلال النمذجة، ولعب الدور، والتعزيز. 4- التلخيص. 5- استمارة تقييم الجلسة 6- الواجبات المنزلية .
الجلسة الرابعة	الأحلام والتخيلات	120	1- تعريف المشاركين بالأحلام والتخيلات من حيث : أ- معناها . ب- خصائصها . ج- كيفية تحسينها . 2- إكساب المشاركين المهارات اللازمة لتطوير فنيات التأمل والتخيل العقلي والجسمي .	1- المحاضرة البسيطة . 2- النقاش الجماعي 3- تطبيق أسلوب الاسترخاء الجسمي والعقلي من خلال النمذجة، ولعب الدور باستخدام جهاز العرض التقديمي . 4- التلخيص . 5- استمارة تقييم الجلسة. 6- الواجبات المنزلية.
الجلسة الخامسة	تعريف المشاعر ووصفها وتحديدها	120	1- تعريف المشاركين بالمشاعر من حيث : أ- معناها . ب- أنواعها . ج- خصائصها . د- وظائفها . هـ - علاقتها بالمعرفة والسلوك . إكساب المشاركين المهارات اللازمة لتحسين القدرة على تعريف المشاعر ووصفها وتحديدها.	الحوار والنقاش الجماعي النمذجة. لعب الدور. التعزيز. عرض صور إيضاحية لأنواع المشاعر باستخدام الجهاز العرض التقديمي وتوزيع المطويات استمارة تقييم الجلسة المنزلي.



رقم الجلسة	عنوان الجلسة	مدة الجلسة بالدقيقة	أهداف الجلسة	الأساليب والأدوات والفنيات المستخدمة في الجلسة
الجلسة السادسة	تمييز المشاعر الذاتية	120	1- إكساب المشاركين المهارات الهادفة لتحسين إدراكهم لمشاعرهم الذاتية. 2- إكساب المشاركين المهارات الهادفة لتمكينهم من تمييز مشاعرهم الذاتية.	الحوار والنقاش الجماعي النمذجة. الدور، التعزيز. عرض صور إيضاحية لأنواع المشاعر باستخدام جهاز العرض التقديمي وتوزيع المطويات. التلخيص. استمارة تقييم الجلسة. الواجب المنزلي.
الجلسة السابعة	تمييز مشاعر الآخرين	120	1- إكساب المشاركين المهارات الهادفة لتحسين إدراكهم لمشاعر الآخرين. 2- إكساب المشاركين المهارات الهادفة لتمكينهم من تمييز مشاعر الآخرين.	الحوار والنقاش الجماعي النمذجة. لعب الدور التعزيز. عرض صور إيضاحية لأنواع المشاعر باستخدام جهاز العرض التقديمي وتوزيع المطويات. التلخيص، استمارة تقييم الجلسة. الواجب المنزلي.
الجلسة الثامنة	ضبط وإدارة المشاعر الذاتية	120	1- تدريب المشاركين على بعض المهارات الهادفة لضبط مشاعرهم الذاتية.	الحوار والنقاش الجماعي النمذجة، لعب الدور، التعزيز. عرض صور إيضاحية لأنواع المشاعر باستخدام جهاز العرض التقديمي وتوزيع المطويات. التلخيص استمارة تقييم الجلسة. الواجب المنزلي.

رقم الجلسة	عنوان الجلسة	مدة الجلسة بالدقيقة	أهداف الجلسة	الأساليب والأدوات والفنيات المستخدمة في الجلسة
الجلسة التاسعة	التفاعل مع المشاعر الذاتية	120	1- تدريب المشاركين على بعض المهارات الهادفة لتمكينهم من التفاعل والتواصل الإيجابي مع مشاعرهم الذاتية.	الحوار والنقاش الجماعي النمذجة لعب الدور. التعزيز. عرض صور إيضاحية لأنواع المشاعر باستخدام جهاز العرض التقديمي وتوزيع المطويات. التلخيص استمارة تقييم الجلسة. الواجب المنزلي.
الجلسة العاشرة	التفاعل مع مشاعر الآخرين	120	1- تدريب المشاركين على بعض المهارات الهادفة لتمكينهم من التفاعل والتواصل الإيجابي مع مشاعر الآخرين.	الحوار والنقاش الجماعي النمذجة. لعب الدور. التعزيز. عرض صور إيضاحية لأنواع المشاعر باستخدام جهاز العرض التقديمي وتوزيع المطويات. التلخيص. استمارة تقييم الجلسة. الواجب المنزلي.



رقم الجلسة	عنوان الجلسة	مدة الجلسة بالدقيقة	أهداف الجلسة	الأساليب والأدوات والفنيات المستخدمة في الجلسة
الجلسة الحادية عشرة	التعبير اللفظي عن المشاعر الذاتية	120	1- تدريب المشاركين على بعض المهارات الهادفة لتمكينهم من التعبير اللفظي عن مشاعرهم الذاتية.	الحوار والنقاش الجماعي النمذجة. لعب الدور. التعزيز. عرض صور إيضاحية لأنواع المشاعر باستخدام جهاز العرض التقديمي وتوزيع المطويات. التلخيص. استمارة تقييم الجلسة. الواجب المنزلي
الجلسة الثانية عشرة	التعبير اللفظي عن مشاعر الآخرين	120	1- تدريب المشاركين على بعض المهارات الهادفة لتمكينهم من التعبير اللفظي عن مشاعر الآخرين.	الحوار والنقاش الجماعي النمذجة. لعب الدور. التعزيز. عرض صور إيضاحية لأنواع المشاعر باستخدام جهاز العرض التقديمي وتوزيع المطويات. التلخيص. استمارة تقييم الجلسة. الواجب المنزلي.

رقم الجلسة	عنوان الجلسة	مدة الجلسة بالدقيقة	أهداف الجلسة	الأساليب والأدوات والفنيات المستخدمة في الجلسة
الجلسة الثالثة عشرة	الجلسة الختامية التقييم البعدي	120	1- تقييم التحسن في أعراض الأكسيثيميا لدى المكتبيين الراشدين السعوديين.	تطبيق مقياس الأكسيثيميا على عينة من المكتبيين الراشدين السعوديين توزيع شهادات شكر وتقدير على المشاركين في البرنامج. الاتفاق مع المشاركين على تحديد موعد بعد مرور شهر من تاريخه لتطبيق مقياس الأكسيثيميا عليهم، وذلك لتقييم أثر استمرارية البرنامج في تحسينهم.

تقويم وتقدير مدى كفاءة البرنامج الإرشادي الحالي:

انسجاماً مع متطلبات الدراسة الحالية وأهدافها وفرضياتها، فقد تم تقويم وتقدير مدى كفاءة البرنامج الإرشادي الحالي من خلال:

- **التقويم التمهيدي:** ويتلخص بالإجراءات التي قام بها الباحث لتطوير البرنامج والمتمثلة بالصدق وتكافؤ العينة (بين المجموعة التجريبية والضابطة).
- **التقويم الذاتي:** ويتلخص بإجراء عملية تقويم ذاتي، عند نهاية كل جلسة، وفقاً لاستمارة التقويم الذاتي.
- **التقويم النهائي:** وذلك من خلال بيان أثر البرنامج الإرشادي الحالي (المعرفي السلوكي) في خفض أعراض الأكسيثيميا، وفقاً للتحليل الإحصائي.

تصميم الدراسة:

استخدم الباحث المنهج شبه التجريبي لتحقيق أهداف الدراسة، واختبار فرضياتها، حيث وزع أفراد الدراسة إلى مجموعتين الأولى المجموعة التجريبية والثانية المجموعة الضابطة وفي كل منهما (27) حالة مشخصة بالأكسيثيميا، ولم يلتزم (7) من أفراد المجموعة التجريبية، ويمكن تمثيل التصميم شبه التجريبي لمجموعتين غير متكافئتين قبلي- بعدي، والجدول (6) يوضح ذلك:



جدول 6. تصميم الدراسة

المجموعة	الاختبار القبلي	المعالجة	الاختبار البعدي	المتابعة
التجريبية	X	X	X	X
الضابطة	X	---	X	X

المعالجة الإحصائية:

ولاختبار فرضيات الدراسة، فقد استخدمت الأساليب الإحصائية الآتية:

- 1- المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لوصف أعراض الألكسيثيميا لدى المكتئبين الراشدين السعوديين على القياسات القبلي والبعدي والمتابعة.
- 2- تحليل التباين الاحادي والمتعدد المشترك، للتحقق من دلالة الفروق بين التقييم (القبلي والبعدي) للمجموعتين الضابطة والتجريبية، والتقييم البعدي والمتابعة لدى المجموعة التجريبية.

نتائج الدراسة

يستعرض هذا الجزء من الدراسة النتائج التي تم التوصل إليها.

أولاً: النتائج المتعلقة باختبار الفرضية الأولى للدراسة، ومفادها:

توجد فروق دالة إحصائية، عند مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) بين متوسطي درجات أعراض الألكسيثيميا للمجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية، تُعزى للبرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي. لإختبار هذه الفرضية، تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية، وأجري تحليل التباين المتعدد المشترك، والجدول (7) يوضح قيم المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأبعاد مقياس الألكسيثيميا لمجموعتي الدراسة على القياسين القبلي والبعدي.

الجدول 7. المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأبعاد مقياس " تورنتو " (Toronto Alexithymia Scale – TAS) لمجموعتي الدراسة على القياسين القبلي والبعدي

البعد	المجموعة	القياس القبلي			القياس البعدي		
		العدد	المتوسط الحسابي بدلالة الفقرة	الانحراف المعياري	العدد	المتوسط الحسابي بدلالة الفقرة	الانحراف المعياري
صعوبة تعريف المشاعر بينها	التجريبية	20	3.73	0.32	20	2.55	0.40
صعوبة وصف المشاعر	الضابطة	27	3.71	0.30	27	3.33	0.51
صعوبة التواصل مع المشاعر	التجريبية	20	3.77	0.32	20	2.23	0.32
نمط التفكير المرتبط بالعالم الخارجي	الضابطة	27	3.80	0.33	27	3.51	0.62
الافتقار إلى الأحلام والتخيلات	التجريبية	20	3.83	0.42	20	2.18	0.42
	الضابطة	27	3.81	0.44	27	3.47	0.73
	التجريبية	20	3.90	0.47	20	2.10	0.47
	الضابطة	27	3.84	0.49	27	3.54	0.85

تُظهر النتائج المبينة في الجدول (7) أن المتوسط الحسابي للمجموعة التجريبية على أبعاد مقياس الألكسيثيميا (صعوبة تعريف المشاعر والتميز بينها، صعوبة وصف التواصل مع المشاعر، نمط التفكير المرتبط بالعالم الخارجي، الافتقار إلى الأحلام والتخيلات) كانت أدنى وبشكل ظاهري مقارنة بأفراد المجموعة الضابطة. وللتحقق من أن الفروقات ذات دلالة إحصائية، تم إجراء تحليل التباين المتعدد المشترك، والجدول (8) يبين نتائج ذلك.



الجدول 8. نتائج تحليل التباين المتعدد لأبعاد مقياس "تورنتو" (Toronto Alexithymia Scale–TAS) على القياس البعدي

الدالة	درجات الخطأ	الدرجات الافتراضية	ف	ولكس	القيمة لامبادا	
0.00	38	4	26.18		0.27	المجموعة
0.49	38	4	0.88		0.92	صعوبة تعريف المشاعر والتمييز بينها
0.00	38	4	4.56		0.68	صعوبة وصف التواصل مع المشاعر
0.18	38	4	1.65		0.85	نمط التفكير المرتبط بالعالم الخارجي
0.07	38	4	2.36		0.80	الافتقار إلى الأحلام والتخيلات

يتضح من الجدول (8) بأن قيم الإحصائي (ف) دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) لبعد صعوبة وصف التواصل مع المشاعر، بينما لم تُشير النتائج إلى أن قيم الإحصاء (ف) للفروق في أبعاد الألكسيثيميا الثلاثة الأخرى دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) والجدول (9) يبين التفاصيل في نتائج تحليل التباين المتعدد المشترك لأبعاد الألكسيثيميا على القياس البعدي وضبط تأثير جميع أبعاد القياس القبلي على جميع أبعاد القياس البعدي. على افتراض أن كل بعد من الأبعاد في القياس القبلي له تأثير في جميع القياسات البعدية.

الجدول 9. تحليل التباين المتعدد المشترك لأبعاد مقياس "تورنتو" (Toronto Alexithymia Scale–TAS) على القياس البعدي للفروق بين المجموعتين

الدالة	ف	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	المتغيرات التابعة	مصدر التباين
0.00	69.82	13.05	1	13.05	صعوبة تعريف المشاعر والتمييز بينها	المجموعة
0.00	74.20	17.73	1	17.73	صعوبة وصف التواصل مع المشاعر	
0.00	57.78	19.80	1	19.80	نمط التفكير المرتبط بالعالم الخارجي	
0.00	54.47	24.97	1	24.97	الافتقار إلى الأحلام والتخيلات	
0.11	2.60	0.49	1	0.49	صعوبة تعريف المشاعر والتمييز بينها	القياس القبلي
0.96	0.00	0.00	1	0.00	صعوبة وصف التواصل مع المشاعر	
0.98	0.00	0.00	1	0.00	نمط التفكير المرتبط بالعالم الخارجي	
0.96	0.00	0.00	1	0.00	الافتقار إلى الأحلام والتخيلات	
0.48	0.52	0.10	1	0.10	صعوبة تعريف المشاعر والتمييز بينها	القياس القبلي
0.02	6.35	1.52	1	1.52	صعوبة وصف التواصل مع المشاعر	
0.55	0.36	0.12	1	0.12	نمط التفكير المرتبط بالعالم الخارجي	
0.63	0.24	0.11	1	0.11	الافتقار إلى الأحلام والتخيلات	
0.68	0.17	0.03	1	0.03	صعوبة تعريف المشاعر والتمييز بينها	لقياس القبلي نمط التفكير المرتبط



0.97	0.00	0.00	1	0.00	صعوبة وصف التواصل مع المشاعر	بالعالم الخارجي
0.04	4.39	1.50	1	1.50	نمط التفكير المرتبط بالعالم الخارجي	
0.36	0.87	0.40	1	0.40	الافتقار إلى الأحلام والتخيلات	
0.57	0.32	0.06	1	0.06	صعوبة تعريف المشاعر والتمييز بينها	القياس القبلي
0.72	0.13	0.03	1	0.03	صعوبة وصف التواصل مع المشاعر	الافتقار إلى الأحلام والتخيلات
0.38	0.79	0.27	1	0.27	نمط التفكير المرتبط بالعالم الخارجي	
0.07	3.54	1.62	1	1.62	الافتقار إلى الأحلام والتخيلات	
		0.19	41	7.66	صعوبة تعريف المشاعر والتمييز بينها	الخطأ
		0.24	41	9.80	صعوبة وصف التواصل مع المشاعر	
		0.34	41	14.05	نمط التفكير المرتبط بالعالم الخارجي	
		0.46	41	18.79	الافتقار إلى الأحلام والتخيلات	
			46	21.44	صعوبة تعريف المشاعر والتمييز بينها	المجموع
			46	30.87	صعوبة وصف التواصل مع المشاعر	
			46	36.60	نمط التفكير المرتبط بالعالم الخارجي	
			46	46.99	الافتقار إلى الأحلام والتخيلات	

يتضح من الجدول (9) أن قيمة (ف) كانت (69.82، 74.20، 57.78، 54.47)، وهي قيم دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha \geq 0,05$) لأبعاد الألكسيثيميا الأربعة (صعوبة تعريف المشاعر والتمييز بينها، وصعوبة وصف التواصل مع المشاعر، ونمط التفكير المرتبط بالعالم الخارجي، والافتقار إلى الأحلام والتخيلات). وبمراجعة المتوسطات الحسابية يتبين وجود انخفاض دال إحصائياً في متوسطات أفراد المجموعة التجريبية، مقارنة بمتوسطات أفراد المجموعة الضابطة، الأمر الذي يؤكد صحة الفرضية الأولى، بوجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha \geq 0,05$) في متوسطي درجات أعراض الألكسيثيميا بين المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي ولصالح المجموعة التجريبية، تُعزى للبرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي. ولفحص الفروق للدرجة الكلية لمقياس الألكسيثيميا، تم إجراء تحليل التباين المشترك الأحادي والذي تظهر نتائجه في الجدول (10).



الجدول 10. المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للدرجة الكلية لمقياس "تورنتو" (Toronto Alexithymia Scale-TAS) لمجموعتي الدراسة على القياسين القبلي والبعدى

المجموعة	القياس القبلي			القياس البعدى		
	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
التجريبية	20	3.79	0.29	20	2.21	0.29
الضابطة	27	3.78	0.29	27	3.44	0.53

تُظهر النتائج المبينة في الجدول (10) أن المتوسط الحسابي للمجموعة التجريبية على الدرجة الكلية كانت أدنى وبشكل ظاهري مقارنة بأفراد المجموعة الضابطة. وللتحقق من أن الفروق دالة إحصائياً، تم إجراء تحليل التباين المشترك، والجدول (11) يبين نتائج ذلك.

جدول 11. تحليل التباين الاحادي المشترك للدرجة الكلية لمقياس "تورنتو" (Toronto Alexithymia Scale-TAS) على القياس البعدى

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	ف	الدالة
القياس القبلي	1.45	1	1.45	8.74	0.00
المجموعة	17.80	1	17.80	106.94	0.00
الخطأ	7.32	44	0.17		
المجموع	26.31	46			

يتضح من الجدول (11) أن قيمة (ف) كانت (106.94) وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة $\alpha \geq 0,05$ للدرجة الكلية لمقياس الألكسيثيميا. وبمراجعة المتوسطات الحسابية، تبين أن متوسطات أفراد المجموعة التجريبية قد انخفضت وبشكل دال إحصائياً مقارنة بمتوسطات أفراد المجموعة الضابطة، مما يؤكد وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة $\alpha \geq 0,05$ في متوسطي درجات أعراض الألكسيثيميا على الدرجة الكلية بين المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدى ولصالح المجموعة التجريبية، تُعزى للبرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي.

ثانياً. النتائج المتعلقة باختبار الفرضية الثانية للدراسة، ومفادها:

"توجد فروق دالة إحصائياً، عند مستوى الدلالة $\alpha \geq 0,05$ بين متوسطي درجات أعراض الألكسيثيميا للمجموعتين التجريبية والضابطة في قياس المتابعة تُعزى للبرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي". ولاختبار هذه الفرضية، تم حساب المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية، وأجري تحليل التباين المتعدد المشترك، والجدول (12) يوضح قيم المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أبعاد الألكسيثيميا على القياسين البعدى والمتابعة.

تُظهر النتائج المبينة في الجدول (12) أن المتوسط الحسابي للمجموعة التجريبية على أبعاد مقياس الألكسيثيميا (صعوبة تعريف المشاعر والتّمييز بينها، وصعوبة وصف التّواصل مع المشاعر، ونمط التفكير المرتبط بالعالم الخارجي، والافتقار إلى الأحلام والتّخيلات) كانت متقاربة وبشكل ظاهري مقارنة بأفراد المجموعة الضابطة على القياسين البعدى والمتابعة، وللتحقق من أن الفروقات ذات دلالة إحصائية، تم إجراء تحليل التباين المتعدد المشترك، والجدول (13) يبين نتائج ذلك.



الجدول 12. المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أبعاد مقياس "تورنتو" (Toronto Alexithymia Scale – TAS) لمجموعتي الدراسة على القياسين البعدي والمتابعة

المتابعة			القياس البعدي			المجموعة	المجال
الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي بدلالة الفقرة	العدد	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي بدلالة الفقرة	العدد		
0.28	2.31	20	0.40	2.55	20	التجريبية	صعوبة تعريف المشاعر والتميز بينها
0.57	3.40	27	0.51	3.33	27	الضابطة	
0.31	2.24	20	0.32	2.23	20	التجريبية	صعوبة وصف التواصل مع المشاعر
0.68	3.60	27	0.62	3.51	27	الضابطة	
0.42	2.21	20	0.42	2.18	20	التجريبية	نمط التفكير المرتبط بالعالم الخارجي
0.73	3.50	27	0.73	3.47	27	الضابطة	
0.42	2.16	20	0.47	2.10	20	التجريبية	الافتقار إلى الأحلام والتخيلات
0.90	3.48	27	0.85	3.54	27	الضابطة	

الجدول 13. نتائج تحليل التباين المتعدد المشترك لأبعاد مقياس "تورنتو" (Toronto Alexithymia Scale – TAS) على قياس المتابعة

الدلالة	درجات الخطأ	الدرجات الافتراضية	ف	القيمة ولكس لامبادا	
0.29	38	4	1.31	0.88	المجموعة
0.00	38	4	623.63	0.02	القياس البعدي لصعوبة تعريف المشاعر والتميز بينها
0.00	38	4	377.36	0.02	القياس البعدي لصعوبة وصف التواصل مع المشاعر
0.00	38	4	604.49	0.02	القياس البعدي لنمط التفكير المرتبط بالعالم الخارجي
0.00	38	4	25.10	0.27	القياس البعدي للافتقار إلى الأحلام والتخيلات

يتضح من الجدول (13) بأن قيم الإحصائي (ف) للفروق في أبعاد الألكسيثيميا غير دالة إحصائياً عند مستوى α ($\geq 0,05$) لمُتغير المجموعة، أما بقية المتغيرات للقياس البعدي المصاحبة فجميع قيم (ف) دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة الإحصائية، ولفحص تأثير قياس المتابعة فقد استخدم تحليل التباين المتعدد المشترك، ويوضح



جدول رقم (14) المتوسطات الكلية لمقياس تورنتو لمجموعتي الدراسة على القياسين البعدي والمتابعة بينما يوضح الجدول رقم (15) نتائج تحليل التباين المتعدد المشترك.

الجدول 14. تحليل التباين المتعدد المشترك لأبعاد مقياس "تورنتو" (Toronto Alexithymia Scale- TAS) على القياسين البعدي والمتابعة

الدالة	ف	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	المتغيرات التابعة	مصدر التباين
0.31	1.04	0.00	1	0.00	صعوبة تعريف المشاعر والتمييز بينها	المجموعة
0.27	1.25	0.00	1	0.00	صعوبة وصف التواصل مع المشاعر	
0.28	1.21	0.00	1	0.00	نمط التفكير المرتبط بالعالم الخارجي	
0.34	0.94	0.07	1	0.07	الافتقار إلى الأحلام والتخيلات	
0.00	2570.88	5.50	1	5.50	صعوبة تعريف المشاعر والتمييز بينها	القياس البعدي
0.71	0.14	0.00	1	0.00	صعوبة وصف التواصل مع المشاعر	
0.56	0.35	0.00	1	0.00	نمط التفكير المرتبط بالعالم الخارجي	
0.06	3.64	0.29	1	0.29	الافتقار إلى الأحلام والتخيلات	
0.14	2.22	0.00	1	0.00	صعوبة تعريف المشاعر والتمييز بينها	القياس البعدي
0.00	1559.68	5.95	1	5.95	صعوبة وصف التواصل مع المشاعر	
0.32	1.01	0.00	1	0.00	نمط التفكير المرتبط بالعالم الخارجي	
0.52	0.42	0.03	1	0.03	الافتقار إلى الأحلام والتخيلات	
0.15	2.16	0.00	1	0.00	صعوبة تعريف المشاعر والتمييز بينها	القياس البعدي
0.97	0.00	0.00	1	0.00	صعوبة وصف التواصل مع المشاعر	
0.00	2476.16	8.55	1	8.55	نمط التفكير المرتبط بالعالم الخارجي	
0.35	0.90	0.07	1	0.07	الافتقار إلى الأحلام والتخيلات	
0.87	0.03	0.00	1	0.00	صعوبة تعريف المشاعر والتمييز بينها	القياس البعدي
0.70	0.16	0.00	1	0.00	صعوبة وصف التواصل مع المشاعر	
0.62	0.24	0.00	1	0.00	نمط التفكير المرتبط بالعالم والتخيلات	



الخارجي	الاختلاف إلى الأحلام والتخيلات	8.17	1	8.17	0.00	103.37	8.17
الخطأ	صعوبة تعريف المشاعر والتمييز بينها	0.09	41	0.00			
	صعوبة وصف التواصل مع المشاعر	0.16	41	0.00			
	نمط التفكير المرتبط بالعالم الخارجي	0.14	41	0.00			
	الاختلاف إلى الأحلام والتخيلات	3.24	41	0.08			
المجموع	صعوبة تعريف المشاعر والتمييز بينها	20.07	46				
	صعوبة وصف التواصل مع المشاعر	30.23	46				
	نمط التفكير المرتبط بالعالم الخارجي	35.53	46				
	الاختلاف إلى الأحلام والتخيلات	42.67	46				

يتضح من الجدول (14) أن قيمة الإحصائي (ف) كانت (1.04، 1.25، 1.21، 0.94)، وهي قيم غير دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) لأبعاد الألكسيثيميا (صعوبة تعريف المشاعر والتمييز بينها، وصعوبة وصف التواصل مع المشاعر، ونمط التفكير المرتبط بالعالم الخارجي، والافتقار إلى الأحلام والتخيلات). ولفحص الفروق للدرجة الكلية لأبعاد الألكسيثيميا تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية، والجدول (15) يوضح ذلك.

الجدول 15. المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للدرجة الكلية لمقياس "تورنتو" (Toronto Alexithymia Scale-TAS) لمجموعتي الدراسة على القياسين البعدي والمتابعة

المجموعة	القياس البعدي			القياس المتابعة		
	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
التجريبية	20	2.21	0.29	20	2.23	0.28
الضابطة	27	3.44	0.53	27	3.46	0.53

تظهر النتائج المبينة في الجدول (15) أن المتوسط الحسابي للمجموعة التجريبية على الدرجة الكلية كانت أدنى مقارنة بأفراد المجموعة الضابطة. وللتحقق من أن الفروقات ذات دلالة إحصائية، تم إجراء تحليل التباين الاحادي، والجدول (16) يبين نتائج ذلك.



الجدول 16. تحليل التباين الاحادي للدرجة الكلية لمقياس " تورنتو " (Toronto Alexithymia Scale- TAS) على القياسين البعدي والمتابعة

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	ف	الدلالة
القياس البعدي	8.48	1	8.48	983.41	0.00
المجموعة	0.00	1	0.00	0.07	0.79
الخطأ	0.38	44	0.01		
المجموع	8.86	46			

يتضح من الجدول (16) أن قيمة الإحصائي (ف) كانت (0.07) وهي قيمة غير دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha \geq 0,05$) للدرجة الكلية لأبعاد الألكسيثيميا.

مناقشة نتائج الدراسة

أولاً، مناقشة نتائج الفرضية الأولى: والتي تنص على " توجد فروق دالة إحصائية، عند مستوى الدلالة ($\alpha \geq 0,05$) بين متوسطي درجات أعراض الألكسيثيميا للمجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية، تُعزى للبرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي."

أشارت نتائج تحليل التباين المتعدد المشترك إلى وجود فروق في الأبعاد الفرعية لمقياس الألكسيثيميا (صعوبة تعريف المشاعر والتمييز بينها، صعوبة وصف التواصل مع المشاعر، نمط التفكير المرتبط بالعالم الخارجي، الافتقار إلى الأحلام والتخيلات). وبمراجعة المتوسطات الحسابية، تبين أن متوسطات أفراد المجموعة التجريبية قد انخفضت متوسطاتها وبشكل دال مقارنة بمتوسطات المجموعة الضابطة.

كما أشارت نتائج تحليل التباين الاحادي للدرجة الكلية إلى وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \geq 0,05$) في متوسطي أعراض الألكسيثيميا على الدرجة الكلية بين المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي في اتجاه المجموعة التجريبية، تُعزى للبرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي. وبمراجعة المتوسطات الحسابية تبين أن متوسطات أفراد المجموعة التجريبية قد انخفضت متوسطاتها وبشكل دال مقارنة بمتوسطات المجموعة الضابطة. وعند التدبر في هذه النتيجة يبدو أنها منسجمة مع الأدب النظري والدراسات السابقة ذات الصلة بمتغيرات الدراسة الحالية. وتتفق هذه النتيجة مع ما أشارا إليه بنبيكر وبيبل Pennebaker & Beall, (1986) إلى أن تدريب مرضى الألكسيثيميا على الكتابة أو الحديث لمدة (15-30) دقيقة يومياً عن خبراتهم العاطفية أو مشاعرهم تُساعد على التقليل من أعراض الألكسيثيميا لديهم. كذلك أكد بيز وآخرون Paez, et al., (1999) بأن الإفصاح عن الأسرار عن طريق الكتابة يُساعد على التخفيف من أثر صعوبة وصف المشاعر. كما اتفقت نتائج الدراسة الحالية مع نتائج دراسة سبيك وآخرون (Spek, et al., 2008) والذين أشاروا بأن للعلاج المعرفي السلوكي فائدة كبيرة في التقليل من أعراض الألكسيثيميا.

ويُعلل الباحث النتيجة التي تم التوصل إليها في دراسته من خلال ما تضمنه البرنامج العلاجي من عناصر تمثلت بتعريف المشاركين بمفهوم الألكسيثيميا، من حيث مفهومها وأعراضها وأسبابها، إلى جانب ما اشتمل عليه البرنامج من أنشطة وتدريب هادفة ذات صلة بنمط التفكير المرتبط بالعالم الخارجي، فضلاً عن تدريب المشاركين وإكسابهم مهارات حياتية هادفة لتعديل نمط التفكير المرتبط بالعالم الخارجي، وخصوصاً المظاهر السلبية الدالة عليه. كما اشتمل البرنامج على أنشطة وتدريب هادفة ذات صلة بكيفية التعامل مع التخيلات والأحلام وتحسينها، واشتمل أيضاً على أنشطة وتدريب حياتية مكثفة، اكتسب من خلالها المشاركين مهارات عملية لتمكينهم من تطبيق مشاعرهم، وتمييز مشاعر الآخرين، بالإضافة إلى تدريب المشاركين على كيفية ضبط المشاعر الذاتية. هذا وقد عمل البرنامج على تزويد المشاركين بتدريبات على كيفية التفاعل مع المشاعر الذاتية، ومشاعر الآخرين، والتعبير اللفظي عن المشاعر الذاتية لديهم ومشاعر الآخرين. لا شك أن العمل على تغيير المдрكات والتعامل مع الأحلام باعتبارها من الأعراض الرئيسة لدى مرضى الألكسيثيميا وتمكينهم من التعبير عن المشاعر بأساليب وطرق مختلفة له انعكاس مُباشر، أتاح الفرصة أمام الألكسيثميين للتعبير عن مشاعرهم بالكلمات. وتأسيساً على ما سبق يبدو أن فاعلية البرنامج الحالي في خفض أعراض الألكسيثيميا يُعزى إلى التسلسل المنطقي في تقديم الجلسات الإرشادية من جهة، وما اشتملت عليه من فنيات وأساليب مناسبة من



جهة ثانية، والإشراف المباشر من الباحث نفسه من جهةٍ ثالثة، وملاءمة المكان الذي تم فيه تطبيق البرنامج من جهةٍ رابعة، وأخيراً إقبال المسترشدين برغبةٍ وحماسٍ للخضوع للجلسات الإرشادية. ثانياً. مناقشة نتائج الفرضية الثانية: التي تنص على " توجد فروق دالة إحصائية، عند مستوى الدلالة $(\alpha \geq 0,05)$ بين متوسطي درجات أعراض الألكسيثيميا للمجموعتين التجريبية والضابطة في قياس المتابعة تُعزى للبرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي".

أشارت لنتائج إلى أن المتوسطات الحسابية للمجموعة التجريبية على أبعاد مقياس الألكسيثيميا (صعوبة تعريف المشاعر والتمييز بينها، صعوبة وصف التواصل مع المشاعر، نمط التفكير المرتبط بالعالم الخارجي، الافتقار إلى الأحلام والتخيلات) كانت متقاربة ولم تبلغ مستوى الدلالة الإحصائية بعد إجراء قياس المتابعة، مما يُشير إلى أن البرنامج قد أسهم في استقرار الفروق التي أحدثتها مقارنة بالقياس القبلي. كما أشارت نتائج تحليل التباين المتعدد المشترك للدرجة الكلية خلال فترة المتابعة إلى أنه لا توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة $(\alpha \geq 0,05)$ في متوسطي أعراض الألكسيثيميا على الدرجة الكلية بين المجموعتين التجريبية والضابطة في القياسين البعدي والمتابعة، تُعزى للبرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي. كما أشارت نتائج تحليل التباين المتعدد المشترك للدرجة الكلية إلى وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة $(\alpha \geq 0,05)$ في متوسطي أعراض الألكسيثيميا على الدرجة الكلية بين المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي في اتجاه المجموعة التجريبية، تُعزى للبرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي. وبمراجعة المتوسطات الحسابية تبين أن متوسطات أفراد المجموعة التجريبية قد انخفضت متوسطاتها وبشكل دال مقارنة بمتوسطات المجموعة الضابطة. وتتفق هذه النتيجة مع ما أشارا إليه بنبيكر وبيبل Pennebaker & Beall (1986) إلى أن تدريب مرضى الألكسيثيميا على الكتابة أو الحديث لمدة (15- 30) دقيقة يومياً عن خبراتهم العاطفية أو مشاعرهم تُساعد على التقليل من أعراض الألكسيثيميا.

ويُعلل الباحث النتيجة التي تم التوصل إليها في دراسته الحالية والمتمثلة في استقرار النتائج خلال فترة المتابعة بأن الأنشطة والجلسات التي اشتمل عليها البرنامج تناولت بشكل مباشر مجموعة الأعراض التي تظهر لدى مرضى الألكسيثيميا والتي تتمثل في نمط التفكير المرتبط بالعالم الخارجي، والتخيلات والأحلام، وضعف التعامل مع المشاعر، حيث صُمم البرنامج للتعامل مع هذه الأعراض بشكل مباشر، إضافة إلى إتاحة الفرصة أمام المرضى للتدريب على المهارات التي طرحت خلال البرنامج التدريبي، من خلال مجموعة من الواجبات المنزلية والمرتبطة بشكل مباشر بموضوعات الجلسات، والتي كان الهدف منها انتقال أثر التدريب إلى الواقع واختبار التحديات التي يمكن أن يواجهها المرضى عند استخدام المهارة في الواقع، إضافة إلى ذلك فقد كان في بداية كل جلسة وقت مخصص لمناقشة ما جاء في الواجبات المنزلية، حتى يتم التعرف إلى المعوقات والتحديات التي من الممكن أن تكون قد واجهتهم خلال فترة التدريب على الواجبات المنزلية، الأمر الذي أسهم في أن يُشارك كل مريض بخبراته، وطرح التحديات التي واجهته مما أعطى صفة واقعية على طبيعة البرنامج، وأنشطته، والمفاهيم التي تناولها، كما أن مشاركة الأعضاء لبعضهم البعض حول كيفية التعامل مع التدريبات المنزلية أعطى قيمة مضافة من خلال الحلول والتعليقات التي اقترحوها في هذا المجال، مما أتاح الفرصة أمام الاستمرار في التطبيق، إلى جانب خلق الدعم والالتزام المتبادل بين أعضاء المجموعة للاستمرار في العمل على أنشطة البرنامج ومحتوياته. إضافة إلى ذلك فإن المرضى الذين استمروا في البرنامج أبدوا الحماس اتجاه موضوع البرنامج.

التوصيات:

- استناداً إلى ما توصلت إليه الدراسة من نتائج، فإن الباحث يُوصي بالآتي:
- الكشف المبكر والدوري عن أبعاد الألكسيثيميا لدى المراجعين للعيادات النفسية.
- التدخل الإرشادي والعلاج النفسي المبكر، وذلك لضبط مستويات كافة أعراض الألكسيثيميا ضمن الحدود الطبيعية.
- تطبيق البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي على عينات واسعة من الذكور والإناث، ممن يُعانون من أعراض الألكسيثيميا.
- تبني التدريبات والأنشطة الممثلة بالبرنامج الإرشادي.
- إجراء دراسات أخرى وفقاً لمتغيرات أخرى.



المراجع

1. إبراهيم، عبد الستار (1998). الاكتئاب: اضطراب العصر الحديث، فهمه وأساليب علاجه. مجلة عالم المعرفة (239)، الكويت.
2. بني يونس، محمد (2009). سيكولوجيا الدافعية والانفعالات، عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.
3. بني يونس، محمد (2013). تفسير ماهية الانفعالات من منظور المدرسة السيكلوجية الروسية، المجلة الأردنية للعلوم الاجتماعية، 6 (2)، عمان، الأردن.
4. الزريقات، ابراهيم (2011). تعديل سلوك الأطفال والمراهقين: المفاهيم والتطبيقات. عمان: دار الفكر.
5. عادل، محمد (2005). العلاج المعرفي السلوكي، أسس وتطبيقات، القاهرة: دار الرشاد.
6. عراقي، صلاح الدين (2005). العلاقة بين عزز/ نقص كلمات التعبير عن المشاعر والتعلق الوالدي لدى الراشدين، مجلة كلية التربية، جامعة الزقازيق: 193-244.
7. المديرية العامة للشؤون الصحية بمنطقة الباحة (2013/ 2014م). إحصائية اضطرابات المزاج الوجدانية (الاكتئاب).
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 ContemporAary Research in Business, vol 4, No 7
9. Beck, A. T. (1991), Cognitive therapy: A 30-year retrospective. American psychologist, 46, 368 – 375.
10. Beck, A. T. (1976), Cognitive therapy and the emotional disorders. New York: International Universities Press.
11. Bermudes, R., Wright, J. & Casey, D. (2009), Techniques of cognitive behavioral therapy. In Glen O. Gabbard (ed.), Textbook of psychotherapeutic treatments. Washington: American psychiatric publishing.
12. Blackwell, (1996), The Dictionary of Neuropsychology.
13. Cambless, D. L. & Ollendick, T. H. (2001), Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. Annual Review of Psychology. 52.685 - 716.
14. Christine, E., Reilly, Leslie Sokol, Andrew, C., Butler (1999), A Cognitive Approach to understanding and Treating Anxiety. Human Psychopharmacology. Clinical, John Wiley Sons, vol (14), 16.
15. Craighead, W., Miklowitz, D., & Craighead, L. (2013), Psychopathology: History, diagnosis, and empirical foundations. New York: Wiley.
16. Ellis, A. (1962), Reason and emotion in psychotherapy. New York: Lyle Stuart.
17. 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.
18. Fukunishi, I., Rahe, RH. (1995), Alexithymia and coping with stress in healthy persons: alexithymia as a personality trait is associated with low support and poor responses to stress. Psychol Rep 76:1299–1304.
19. Glass, Shea (1986), Cognitive Therapy and Pharmacological Treatments for Shyness and Social Anxiety. In W. H. yens, Imcheak, S.R Briggs and Treatment , New York.
20. Goldstein, A. P., Gershaw, N. J. & Sprafkin, R. P. (1993), Social skills for mental health: A structured learning approach. Boston: Allyn and Bacon.



21. Hiltunen, L. (2008), The psychological and physical effects of expressive writing in individuals with binge eating disorder. Proquest Dissertation and Theses, 622-638.
22. Hollon, S. & Beck, A. T. (2004), Cognitive and Cognitive behavioral therapies. In M. J. Lambert (Ed.), Bergin and Garfield's handbook of Psychotherapy and behavior change (5th ed., pp. 447-492). New York: Wiley.
23. 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.
24. Jaakko, E., Marko, P., Jorg, F., Esa, Al., Inga, P., Mari, T., Mauno, V. & Christian, g. (2011), Individual music therapy for depression.
25. 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.
26. 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.
27. Kazden, A. (2001), Behavior modification in applied setting. Toronto: Wasworth Thomas Learning.
28. 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.
29. Linehan, M. M. & Kehrer, C. A. (1993), Borderline personality disorder. In D. Barlow (Ed.), Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual 2nd ed., pp. 396 – 441. New York: Guilford Press.
30. Mattia, Desmet, Stign & Vanheule (2007), Alexithymic Depression: Evidence for Depression subtype? Psychother psychosom 2007, 76: 315-316.
31. Mattila, A. (2009), Alexithymia in Finnish General Population. Acta Universitatis Tampereensis, 1377. Tampere University Press, 40-46.
32. Nemiah, J. C. (1997), Alexithymia: Theoretical considerations, Psychotherapy and psychosomatics, vol (28), pp. 199-206.
33. 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, vol (77), pp. 630- 641.
34. Pennebaker, J. W. & Beall, S.K. (1986), Confronting a traumatic event; toward an understanding of inhibiting and disease, Journal of Abnormal Psychology, vol (95), pp. 274-281.
35. Salminen, J. K., Saarijarvi, S., Aarela, E., Toikka, T. & Kauhanen, J. (1999), Prevalence of alexithymia and its association with sociodemographic variables in the general population of Finland. J Psychosom Res; 46:75-82.
36. Spek, V., Niklicek, I. & Cuijpers, P. (2008), Alexithymia and cognitive behavior therapy out come for subthreshold depression. Acta Psychiatric Scandinavice, vol (118) (2), pp. 16-17.



37. Taylor, G. J. (1994), The Alexithymia construct: Conceptualization, validation, and relationship with basic dimensions of personality, *New Trends in experimental and clinical psychiatry*, vol (10), pp. 61-74.
38. Taylor, G. J., Bagby, R. M. & Parker, J. D. (1997), *Disorders of affect regulation, Alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge University Press, New York.
39. Taylor, G. J., Ryan, D. & Bagby, R.M. (1985), Toward the development of a new self-report alexithymia scale, *psychotherapy and psychosomatic*, vol (44).
40. Thorpe, G. L. & Olson, S. L. (1997), *Behavior therapy: Concepts, Procedures, and applications* (2nd ed.). Boston: Ellyn & Bacon.
41. Tominaga, T., Choi, H., Nagoshi, Y., Wada, Y., Fukui, K. (2013), Relationship between alexithymia and coping strategies in patients with somatoform disorder. This article was Published in the following *Dove Press Journal Neuropsychiatric disease and treatment*. pp. 55-62.
42. Valera, E. M. & Berenbaum, H. (2001), A twin study of alexithymia. *Psychother Psychosom*, 70: 239–246.
43. Yalug, I. (2010), Correlations between alexithymia and pain severity, depression, and anxiety among patients with chronic and episodic migraine... *Psychiatry and Clinical Neurosciences* . 64: 231–238.
44. Yi, Y., Zhong, T., Luo, Z., Ling, Y. & Yao, Q. (2009), Characteristics of emotion cognitive processing and cognitive regulation in Alexithymia. *Hines Mental Health Journal*, vol (23) 2, pp. 118-122.