الفروق بين المعتمدين على المواد النفسية وغير المعتمدين في الاليكسيثيميا والأعراض الاكتئابية وفاعلية الذات [١]

أ/ أميرة حمدي أحمد

باحث ماجستير بكلية الآداب جامعة أسيوط

أ.د/ شعبان جاب الله رضوان

أستاذ علم النفس بكلية الآداب جامعة القاهرة

أ.د/ طه أحمد المستكاوي

أستاذ علم النفس بكلية الآداب جامعة أسيوط

الملخص

يهدف هذا البحث إلى الكشف عن الفروق بين المعتمدين على المواد النفسية وغير المعتمدين في الاليكسيثيميا والأعراض الاكتئابية وفاعلية الذات، وتكونت العينة من (١٢٠) فردا، تنقسم إلى مجموعتين: الأولى (٦٠) من المعتمدين على المواد النفسية، والثانية (٦٠) من غير المعتمدين على المواد النفسية، طبق عليهم مقياس الاليكسيثيميا (لـ"تورنتو TAS-20 وتعريب أميرة حمدي)، وقائمة بيك للاكتئاب (تعريب وإعداد أحمد عبد الخالق)، ومقياس فاعلية الذات (إعداد هويدة حنفي)، وقد تم التحقق من ثبات وصدق كل مقياس. وأظهرت نتائج الفروض الثلاثة أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية على كل متغير سواء (الاليكسيثيميا أو الاكتئاب أو فاعلية الذات)؛ حيث حصلت مجموعة المعتمدين على المواد النفسية، على متوسط على مقياس الاليكسيثيميا، أعلى وبشكل دال إحصائيا، من متوسط مجموعة غير المعتمدين على المواد النفسية، (ت = ١٠,٦٢، ودالة عند مستو٠,٠٠١). كما حصلت مجموعة المعتمدين على المواد النفسية، على متوسط على مقياس الاكتئاب، أعلى وبشكل دال إحصائيا، مما حصلت عليه مجموعة غير المعتمدين (ت = ١٥,٢٢ ودالة عند مستوى ٠,٠٠١). وحصلت مجموعة المعتمدين على المواد النفسية على مقياس فاعلية الذات على متوسط أقل وبشكل دال إحصائيا، مما حصلت عليه مجموعة غير المعتمدين (ت = ١٧,٨٣، ودالة عند مستوى ٠,٠٠١). وقد تم تفسير النتائج في إطار نتائج البحوث السابقة، والتراث النظري لعلم النفس.

---

(١) منشور في مجلة الخدمة النفسية، كلية الآداب جامعة عين شمس، العدد (١٥)، لسنة ٢٠٢٢م.

Differences between psychoactive substance dependents and independents in alexithymia, depression symptoms, and self-efficacy.

Amira Hamdy Ahmed
Prof. Dr. Shaaban Gaballah Radwan
Prof. Dr. Taha Ahmed Al-Mestikawy

Abstract

This research aims at knowing The differences between the psychoactive substance dependents and independents in alexithymia, depressive symptoms and self-efficacy, The sample of study included two groups; The first contains of (60) dependents on psychoactive substance, with Mean of age (32.51 SD. 5.11), years. The second group contains of (60) nondependents on psychoactive substance, with mean of age (33.42 SD. 4.98), years. Alexithymia scale (For Toronto TAS-20 and translation by Amira Hamdy), The depression scale (By Aaron Beck and translated and prepared by Ahmed Mohammed Abd El-Khalek), and the self-efficacy scale (Hwayda Hanfey), were applied on the sapmle. The results indicate that, there are statistically significant differences on each variable (alexithymia, depression and self-efficacy). Where the group psychoactive substance dependents obtained an average on the alexithymia scale, higher and statistically significant than the average of the group of psychoactive substance independents (T=10,62 , at the level of 0,001). The group psychoactive substance dependents on the depression scale, has a mean score on the depression scale, statistically significant higher than what was obtained by the group of independents (T=15,22, at the level 0.001), The group of psychoactive substance dependents obtained on the self-efficacy scale on the mean is lower and statistically significant, than obtained by the independents group (T=17,83 , at the level 0,001).

مقدمة:

يقول الله تعالي في محكم آياته "الرحمن علم القرءان خلق الإنسن علمه البيان" (سورة الرحمن، الآيات ١ – ٤)، والبيان هو قدرة الفرد على الإبانة والتعبير عما ينتابه من مشاعر وأحاسيس، فإذا فقد هذه القدرة أصبح إنسانا حادا عصبيا قلقا، يضاف إلى ذلك فقده القدرة على التعبير عن الانفعالات بصورة لفظية، وبذلك يفقد الفرد القدرة على التفاعل الاجتماعي الإيجابي، ويصبح مصدرا لجلب المشكلات الاجتماعية والنفسية بينه وبين من يحيطون به.

ولاشك أن الإحساس بالمشاعر والتعرف إليها، والتعبير عنها والتمييز بينها، تعد خاصية إنسانية، فهي ضرورة من ضرورات التواصل بين الأشخاص، وافتقاد هذه القدرة أو قصورها يعد عائقا من عوائق تحقيق الصحة النفسية؛ فمن بديهيات الصحة النفسية التعبير عن الانفعالات التي تنتاب الفرد ومشاركة الآخرين في انفعالاتهم والتعرف إليها، حيث يساعد ذلك على تنمية وتطوير العلاقات الشخصية والتي تعطي معنا وتوازنا للحياة، أما الأفراد الذين يتميزون بضعف الإحساس بالمشاعر والتعرف إليها والتعبير عنها والتمييز بينها، ونقص في التخيل، وندرة أحلام اليقظة، بالإضافة إلى نمط التفكير الموجه خارجيا، يطلق عليه الأفراد الاليكسيثيميا.

ويشير التراث العلمي في هذا المجال إلى أن أول من وضع أساسا للاليكسيثيميا، كان بعض علماء النفس التحليليين، الذين لاحظوا أن مرضاهم المصابين بالأمراض السيكوسوماتية، يجدون صعوبة كبيرة في التعبير بشكل لفظي عن صراعاتهم، فقد ذكر "دينار" عام ١٩٣٥ بعض خصائص هؤلاء المرضى الذين لا يستطيعون أن يذكرون أي مشاعر، وليس لديهم أي مخيلة، وليس لأحلامهم أي مضمون وجداني، أنهم باختصار لا يملكون حياة وجدانية يتكلمون عنها (هشام الخولي، ٢٠١٣، ١١٨–١٢٨).

وتعد الاليكسيثيميا من أهم السمات الشخصية التي ربما تؤثر في النمو السوي والصحة النفسية، وتتمثل في صعوبة تحديد ووصف المشاعر لفظيا، وهي تعتمد على اللغة لأنها أداة التعبير عن المشاعر، وقد أشار بعض الباحثين إلى اختلاف أسلوب وصف المشاعر والوعي بها من شخص لآخر؛ فهناك من يمكنه التعبير عنها لفظيا (انخفاض الاليكسيثيميا)، وهناك من يواجه صعوبة في التعبير عنها لفظيا، معبرا عنها بالمرض أو الألم أو الخوف أو القلق أو الضيق (ارتفاع الاليكسيثيميا)، وتتسم الحالة الانفعالية للأفراد المصابين بهذه المشكلة، بالعجز عن التعبير عن المشاعر، مما يجعلهم يفتقدون الدور الذي يمكن أن تلعبه الانفعالات في تيسير الحياة الإنسانية. (سليمان يوسف، ٢٠١٥، ٢٤).

وترتبط الاليكسيثيميا بمعالجة عاطفية غير طبيعية على وجه التحديد، فإن الصعوبة في تحديد مشاعر الفرد، ترجع جزئيا إلى العجز في معالجة المشاعر، عندما أظهر الأفراد عجزا في الوعي العاطفي، والتنظيم الذاتي العاطفي، والمعالجة التلقائية للعاطفة، غالبا ما أظهروا مستويات عالية في الصعوبة في تحديد مشاعرهم الخاصة. وتشترك الاليكسيثيميا والاكتئاب في الأساس البيولوجي، غالبا ما يكون للمرضي الذين يعانون من درجات عالية من الاليكسيثيميا، لديهم أعراض اكتئاب حادة، وفي الوقت نفسه غالبا ما يظهر الأشخاص المصابون بالاكتئاب صعوبات في وصف مشاعرهم وتحديدها، وتشير الدلائل إلى وجود 0,65 علاقة جينية في الاليكسيثيميا والاكتئاب، لذلك يبدو أن بعض الجينات المهيئة التي تسبب الاكتئاب، تساهم أيضا في ظهور أعراض الاليكسيثيميا (Yang, Li, Zhao, Xue, Zhang, Wang, et al., 2019, 264)

وكما شهدت الفترة الأخيرة من النصف الثاني من القرن العشرين، زيادة هائلة في انتشار مرض الاكتئاب في كل أنحاء العالم، وأثبتت آخر الإحصاءات التي صدرت عن منظمة الصحة العالمية WHO أن ما يقارب من ٧% إلى ١٠% من سكان العالم يعانون من الاكتئاب، وهذا يعني وجود مئات الملايين من البشر في معاناة، نتيجة للإصابة بهذا المرض. (طلعت أحمد،٢٠١٥، ٥٧٩). وبعد إجراء عدد كبير من البحوث، اكتشف العلماء واستنتجوا بأن الاكتئاب ليس له سببا واضحا أو محددا، فذكروا ثلاثة عوامل قد تكون سببا له، وهي الجينات الوراثية والبيئة المحيطة وكيمياء

الدماغ، وقد يحدث الاكتئاب كنتيجة أو رد فعل للقلق والتوتر الذى يصاب به الفرد، أثر تعرضه لمواقف مقلقة وضاغطة، من جانب بيئي، أما من الجانب الوراثي فإن ٢٥% من أبناء المصابين بالاكتئاب لديهم فرصة للإصابة به. (لمي غنيم، ٢٠١٥,٤٣١).

ويرى "أحمد عكاشة" أن الاكتئاب يبدأ بأعراض بسيطة، تتدرج في الشدة إن لم تعالج في بدء الأمر، فيشكو الفرد أولا من فقدان القدرة على التمتع بالمباهج السابقة، مع انكسار النفس، وهبوط الروح المعنوية، ثم يشعر بتغير لون الحياة وقيمتها، ويبدأ في التساؤل عن أهميتها، ويعيش في يأس وجزع وانقباض. وهنا تبدأ نوبات متكررة من البكاء الهادئ أو الصراع الحزين، ثم تزيد وطأة الاكتئاب ويشعر بفقدان الأمل، ويتخلل الخوف والرعب كل حياته، ويصيبه الارتباك الشديد، وتتأثر وظائفه العقلية سلبا، ويضطرب سلوكه، ويشعر بعدم الأهمية واحتقار النفس، ويتوهم العلل البدنية، ويشعر بتأنيب الضمير ولوم الذات، وهو ما يفسح المجال للأفكار الانتحارية. كما تظهر في الحالات الشديدة أو الذهانية بعض الضلالات أو الهذاءات. (عادل عبد الله، ١٩٩٧، ٦). فالفرد الذي تنقصه فاعلية الذات، يركز على مواطن القصور والضعف لديه، وعلى شعوره بعدم الكفاءة الشخصية، ويتسم بالمبالغة وعدم الواقعية وتقييمه للمشكلات، مما يعرضه للفشل والإحباط والشعور بالدونية. وتعد الفاعلية الذاتية أحد موجهات سلوك الفرد؛ فعندما يعتقد الفرد في فاعلية ذاته، فإنه يميل إلى أن يكون أكثر نشاطا، وتقديرا أو ثقة في نفسه، وتكون قدرته على التحكم في الضغوط التي يواجهها في بيئته مرتفعة. (محمد عطا الله، ٢٠١٦، ٤٥).

وكانت أشكال السلوك التي تعزى إلى الإدمان، أو الاعتماد أو تنتج عنهما تعد أكثر الأسباب تكرارا لتقديم متعاطي الكحول، أو المخدرات للحصول على الخدمات العلاجية. ومن الواضح أن الكثير من الناس، الذين يستخدمون الكحول والمخدرات يجدون أن لديهم صعوبات كبيرة في التخلص من هذه العادة. وعلى الرغم من ذلك يجب وضع تمييز واضح بين الاعتماد والأنماط المختلفة من المشكلات، التي يمكن أن ترتبط باستهلاك المخدرات والكحول، وقد تكون مشكلات المخدرات والكحول من أنواع مختلفة. وبعض أكثر الصعوبات وضوحا، يمكن أن تنشأ متصلة بالصحة الجسمية والصحة العقلية والأداء الاجتماعي، والسلوك الإجرامي. (صفوت فرج، ٢٠٠٠، ٤٣٠ -٤٣١).

ويبدو أن هذه الخاصية، هي التي تجعل البعض يلجأون إلى تعاطي المواد النفسية عند التعرض للأحداث الشاقة، كأحدى استراتيجيات المواجهة التي تركز على الوجدان، للتخفف من مشاعر الأسى المصاحبة للمرور بتلك الأحداث، غافلين أو متجاهلين الأثر طويل المدى لتلك المواد. وبالنسبة لارتباط التعاطي بالأشكال الأخرى للانحراف، تشير عدد من الدراسات إلى ارتباط شرب الكحوليات وتعاطي المواد النفسية الأخرى، بمظاهر اضطراب السلوك مثل: الجناح، والنشاطات الجنسية المنحرفة. (مايسة جمعة، ٢٠٠٧، ٦٢).

مشكلة البحث والتساؤلات:

يعد العجز عن ضبط وتنظيم الانفعالات والمشاعر، وما يرتبط به من مشكلات سلوكية أو نفسية من أبرز مشكلات المراهقة اليوم، حيث أن القدرة على تحديد وفهم المشاعر، تسهم إلى حد كبير في تيسير عملية التفاعل الاجتماعي والتواصل (اللفظي وغير اللفظي)، وتبادل الأفكار مع الآخرين، وعلى النقيض من ذلك فإن الانتقاد لهذه القدرة تحد – إلى درجة كبيرة – من التفاعل الاجتماعي وفهم المشاعر والانفعالات، مما يجعل الفرد حاد الطبع مع الآخرين، واحتكاكه بالآخرين احتكاكا حادا، لا يتضمن أي جانب من التعاطف، ولكن محمل بالإيذاء، بل ويتعمد إيذاء الآخرين دون سبب واضح لهذا الإيذاء، لذا فإن فاعلية الفرد في مجتمعه تقاس بمدى قدرته على التواصل مع الآخرين بشتى طرق التواصل، والتي تتوقف في المقام الأول على فهمه لذاته وفهمه للآخرين. ولا يتم ذلك إلا من خلال امتلاكه للقدرة على فهم مشاعره ومشاعر الآخرين، ومن ثم فإن المشاعر والانفعالات وسيلة مهمة من وسائل الاتصال الفعال مع الآخرين؛ حيث تعمل على التواصل بين الأفراد وترابطهم وتنظيم أهداف الفرد باعتبارها قوة دافعة إيجابية تنشط

السلوك وتوجهه نحو هدف ما، مع الحفاظ على هذا السلوك لحين تحقيق لذلك الهدف، لذلك تعد الاليكسثيميا من أبرز المشكلات التي تتعلق بالقدرة على التواصل وخاصة التواصل الوجداني كما أنها تسهم ولو بقدر بسيط في تشكيل السلوك الصادر عن الشخص. (نسمة شعبان: ٢٠١٥، ١١٠).

وقد وصف انخفاض الذكاء الوجداني بالاليكسيثيميا، وقد اهتم العلماء بشكل كبير بهذا الموضوع منذ أوائل عام ١٩٢٠م، فقد نشر "دانيال جولمان" ١٩٩٦ تطورات كثيرة عن فهم قيمة المهارات العاطفية لقيادة حياة رغيدة، والعكس أنه إذا حدث تقلبات يؤدي إلى عدم الفهم الجيد لهذة المهارات. وكما أن الاليكسيثيميا تصاحب مجموعة واسعة من الأمراض الجسمية والنفسية، ابتداء من السرطان والضغوط النفسية واضطرابات الشخصية واضطراب ما بعد الصدمة، التي تمس حياة الآلاف من المصابين الذين يعيشون في ظروف صعبة فإن الشخص الذي يعاني من الاليكيسيثيميا يكون غير قادر على تمييز الفروق الدقيقة للحياة العاطفية، مما يؤدي إلى صعوبات كبيرة في أداء الشخصية والشعور والتحدث عن عواطف الإنسان الأساسية. لذلك فمن الصعب أن نتصور أن يكون الأفراد غير قادرين على الاعتراف والتحدث عن معظم مشاعرهم الأساسية. (Jason :2009, 2). وتشير الاليكسيثيميا إلى عدم القدرة على تحديد التعبير عن المشاعر لفظيا، وقد ذكر أن الاليكيسيثيميا تنتشر بين الذين تتراوح أعمارهم بين ١٥إلى ١٦ سنة بحيث تم تحديد ١٠% من المراهقات و٧% من المراهقين. وقد ظهر أن الاليكسيثيميا ترتبط مع العادات غير الصحيحة في الأكل والوسواس القهري وتعاطي المخدرات والقلق. (Hozoori, et al., 2013, 128-129)

وتعد مشكلة الاعتماد على المواد النفسية واحدة من المشكلات النفسية والاجتماعية، التي تواجه المجتمعات، وقد أصبحت مشكلة عالمية منذ منتصف الستينيات من القرن الماضي (العشرين) وحتي الآن، وقد وصلت معدلات التعاطي إلى ذروتها في عدد من دول العالم، وتكمن خطورة مشكلة اضطراب الاعتماد على المواد النفسية' في اقترانه بعدد من المشكلات والأمراض الصحية الخطيرة مثل التهاب الكبد الوبائي، ومرض فقدان المناعة المكتسب، واقترانه أيضا بعدد من مشكلات سوء التوافق النفسي والاجتماعي في إطار البيئة الثقافية التي يعيش فيها الشخص المعتمد على المواد النفسية (محمد غانم: ٢٠٠٥، ٢٣). وأن متلازمة الاعتماد على المواد نفسية الفاعلية أو ما يعرف على المستوي العالمي سابقا، والمستوى العام حاليا، بادمان المخدرات. فهي من أخطر الاضطرابات السلوكية والعقلية التي تواجه إنسان العصر الحاضر وذلك نظرا لتفشيها بصورة أقرب للوبائية في دول العالم المتقدم والمتخلف منها على حد سواء، ولآثارها الصحية المتعددة الوخيمة على الجوانب الفسيولوجية والسلوكية والمعرفية للمعتمد. وإذ لا يوجد عضو واحد من أعضاء الإنسان يظل في أمان من تأثيرات متلازمة الاعتماد على المواد نفسية الفاعلية، وإذا لم يجد المعتمد الراحة النفسية والطبية الكافية، فإن الآثار السلبية لمتلازمة الاعتماد، تتضاعف وتصل في بعض الحالات إلى الإقامة شبة الدائمة في مستشفيات الاضطرابات النفسية والعقلية والسجن والموت. ومما يزيد المشكلة عمقا هو أن متلازمة الاعتماد على المواد نفسية الفاعلية أكثر انتشارا وسط الشباب، الذين يمثلون القوة الرئيسية لعمليات التنمية الاقتصادية والاجتماعية والثقافية والسياسية، وأن الأضرار التي تلاحقها المواد نفسية الفاعلية بهذه الموارد البشرية تعوق عملية التقدم والارتقاء. (أسامة مرزوق وآخرون: ٢٠١٧، ٤١٨).

وعلى الرغم من الجهود المبذولة في جميع بقاع العالم لمحاصرة مشكلة المخدرات، فقد ظل معدل تناول المخدرات في الأعوام الخمسة المنتهية في عام ٢٠١٠م، يتراوح مابين 3,4 %، و 6,6 % إلا أن نسبته 5 % من مجموع عدد السكان البالغين في العالم (الذين تتراوح أعمارهم بين ١٥ و٦٤ سنة) وذلك حسب التقرير العالمي للمخدرات. وفي مصر، وفقا لما جاء في دراسة المجلس القومي لمكافحة وعلاج الإدمان، فإن ما يقرب من ٢ % من الذين تتراوح أعمارهم بين ١٢ إلى ١٩ عاما في مصر، قد تعاطى المخدرات ولو مرة في حياتهم، خاصة من انخفاض سن التعاطي حتى الطفولة المبكرة. (هبة القشيشي، و مصطفي إبراهيم، ٢٠١٩، ٥٨٢).

وقد أشار التقرير العالمي للمخدرات، لعام ٢٠١٥ إلى أن (٢٤٦) مليون فرد يعانون من الاعتماد على المواد النفسية، وأن فردا من بين كل ٢٠ فرد في المدى العمري من ١٥ إلى ٦٤ استخدم مادة مخدرة في عام ٢٠١٣م، واذا أخذنا بعين الاعتبار أن فردا من كل عشرة أفراد يستخدم المخدر، يعانون من الاعتماد على المواد المخدرة، أو سوء استخدام المواد المخدرة ، وهو ما يمثل (٢٧) مليون فرد يعانون، وهو يماثل تعداد دولة مثل ماليزيا. ويشير التقرير إلى أن فردا واحدا من بين كل ستة أفراد، يعانون من الاعتمادية على المواد النفسية المخدرة، تتاح له فرصة للعلاج، وهو ما يرتبط بالرقم التقديري لحالات الموت المرتبطة بسوء استخدام المخدرات، والتي قدرت بـ (١٨٧) ألف حالة في عام ٢٠١٣م. (United Nations Office on Drugs and Crime, 2015).

ومن المعروف أن المؤشرات المهمة التي توضح مدى تفاقم إحدى المشكلات الاجتماعية، وهو كم وكيف الدراسات التي تجرى عليها، والملاحظ ازدياد الدراسات التي تجري على مشكلة تعاطي المواد النفسية بشكل واضح، خلال العقود القليلة الماضية، مما يؤكد أن مشكلة التعاطي تعد مشكلة اجتماعية معاصرة معقدة، ويتمثل تعقدها في تأثيرها النفسي والبيولوجي والاجتماعي على المتعاطي، كذلك على المجتمع والقانون والاقتصاديات والسياسات بشكل عام. (مايسة جمعة، ٢٠٠٧، ٥٩-٦٠).

وتتمثل مشكلة البحث، في التساؤلات الثلاثة التالية:

١ــ هل توجد فروق بين المعتمدين على المواد النفسية، وغير المعتمدين في الاليكسيثيميا؟.

٢ــ هل توجد فروق بين المعتمدين على المواد النفسية، وغير المعتمدين في الأعراض الاكتئابية؟.

٣ــ هل توجد فروق بين المعتمدين على المواد النفسية، وغير المعتمدين في فاعلية الذات؟.

أهداف البحث:

يهدف البحث الحالي إلى التعرف إلى الفروق بين المعتمدين وغير المعتمدين على المواد النفسية، في كل من الاليكسيثيميا، والأعراض الاكتئابية، وفاعلية الذات.

الإطار النظري:

يمكن فيما يلي عرض الإطار النظري، لكل من الإليكسيثميا، والأعراض الاكتئابية، وفاعلية الذات، والنظريات المفسرة لكل منها.

أولاً : الاليكسيثيميا Alexithymia:

ينظر إلى مفهوم الاليكسيثيميا، على أنه سمة وجدانية معرفية، تتضح في وجود قصور في التعامل مع المشاعر والانفعالات، يظهر في صورة صعوبة في التعرف إلى المشاعر الذاتية والأحاسيس للآخرين، نتيجة غياب الكلمات المعبرة والتمييز بينها، وصعوبة في التواصل النفسي والوجداني مع عدم وجود اضطراب في الجهاز الصوتي أو ضعف في حاستي السمع والكلام، بالإضافة إلى نقص القدرة على التخيل المرتبط بالمشاعر، مما تؤدي إلى نقص في مهارة التعامل مع الآخرين (سحر حسين ،٢٠١٧، ١٠١).

وترجع جذور مصطلح عجز أو قصور القدرة على التعبير عن الشعور (الالكسيثيميا) في العصر الحديث، إلى الملاحظات والتقارير الإكلينيكية لكل من "ماكلين" Maclean و" روش" Ruesch اللذان لاحظا أن كثير من ذوي الأمراض السيكوسوماتية، يظهرون عجزا واضحا في القدرة على التعبير اللفظي عن المشاعر، كما لاحظ "روش" أيضاً، أن هؤلاء المرضى يتسمون بمحدودية الخيال، ويستخدمون الحركات البدنية المباشرة، كوسيلة للتعبير الانفعالي. وفي اليونانية، يعني الحرف A في مصطلح الاليكسيثيميا Alexthymia فقدان أو نقص، بينما مصطلح Lexis يعني "كلمة"، أما مصطلح Thymos فيعني باليونانية "انفعال". (بكر عبد الله، ٢٠١٥، ٧٤).

وقد صاغ "سيفينوس" Sifneos عام (١٩٧٢) مصطلح الاليكسيثيميا، بأنه مجموعة من الأعراض – بما في ذلك انخفاض القدرة على التواصل والارتباك – العاطفية والجسدية والتفكير الموجه من الخارج، وقد توصلت مجموعة متزايدة من البحوث، وربطت الاليكيثيميا بمجموعة متنوعة من كل من الاضطرابات النفسية والجسدية وخصوصا الاكتئاب (Carpenter & Addis, 1999, 38-39).

وتعرف أيضا الاليكيثيميا، بأنها عدم القدرة على معالجة وتنظيم المعلومات القائمة على الإثارة، وأن هناك نمط من العجز العاطفي الشائع في الأمراض النفسية، تسمى بالاليكسيثيميا، والتي تتميز بصعوبة في تحديد ووصف التعبير عن العواطف، وندرة الخيال في الحياة، والميل إلى التركيز على تفاصيل محددة من الأحداث الخارجية. ويعتقد أن الاليكيثيميا سمة من سمات الأفراد الذين يعانون من مشاكل نفسية (Yekta, et al., 2011, 133).

وينظر للاليكسيثيميا، على أنها عدم القدرة على تحديد ووصف المشاعر العاطفية للمرء والآخرين ويعتقد أنها تؤثر على ١٠% من السكان، وأنها ليست تلك المشاعر الغائبة، نتيجة للقمع البسيط كما في حال الأشخاص الانطوائيين والذين يعانون من رهاب اجتماعي، الذي يتطلب تقديم هذه المشاعر المكبوتة إلى الضوء، أما بالنسبة للذين يعانون من الاليكسيثيميا، فليس لديهم المشاعر المكبوتة نتيجة للقمع، وبالتالي لا يمكن علاجها عن طريق إظهار هذه المشاعر. ويصف "جيسون طومسون" الأساليب البارزة للتعامل مع هذا المرض، ومن بينها أهمية التقديم الدقيق للأسباب الكامنة والآثار المترتبة على هذه الأعراض، وأيضا لابد من تقنية ردود الفعل التخيلي باعتباره سبلا علاجية لخفض مستوى الاليكسيثيميا لدى بعض الأفراد.

ويمكن تحديد المؤشرات الأولية، لوجود الاليكسيثيما لدى الأفراد، فيما يلي:

١ــ يجد الفرد صعوبة في وصف المشاعر.

٢ــ يخلط بين معني ردود افعال الآخرين العاطفية .

٣ــ تعتمد على مبادي توجيه السلوك له .

٤ــ نادرا ما يتخيل المشاريع الشخصية أو رغباته .

٥ــ قد يواجه الفرد امراض جسدية وشكاوي نفسية لايمكن تفسيرها .

٦ــ غالبا ما يقول خطابات طويلة مع عدم وجود هدف لها .

٧ــ يفتقرون بالشعور بالمشاعر العاطفية . (Jason :2008 ,1).

معدل انتشار صعوبة تعرف المشاعر (الاليكسيثيميا):

توصلت دراسة "توماس" Thomas إلى أن صعوبة تعرف المشاعر (الاليكسيثيميا)، تنتشر بين المراهقين بنسبة١٨,٢% وانتشار ضعف الوعي الانفعالي بنسبة ٢٨,٨% وأن نسبة انتشار صعوبة تعرُّف المشاعر (الاليكسيثيميا) وضعف الوعي الانفعالي معا كانت ٢٢,٤%. وتنتشر صعوبة تعرف المشاعر بين المرضى المدمنين للكحول بنسبة تتراوح بين ٤٠% إلى ٦٠%، ونسبة انتشار صعوبة التعرف على المشاعر (الاليكسيثيميا) عند الأفراد العاديين فتقدر ما بين ١٠% إلى ٢٠%. وقد وجد باحثون آخرون أن من ١٠% إلى ١٥% من إجمالي السكان البالغين، مصابين بالاليكسيثيميا، وأشار بعض الباحثين إلى أن حجم انتشار الظاهرة يتراوح بين ٩% إلى ١٧% عند الرجال، وتتراوح بين ٥% إلى ١٠ % لدى النساء. (نادية عبد العزيز، ٢٠١٤، ١٢٣-١٢٤).

مكونات الاليكسيثيميا:

للاليكسيثميا أربعة مكونات أساسية، هي:

١ــ قصور القدرة على تحديد المشاعر والانفعالات.

٢ــ قصور القدرة على وصف المشاعر للاخرين والتمييز بينها وبين الاستجابات الفسيولوجية المصاحبة لتلك المشاعر والانفعالات .

٣ــ ندرة احلام اليقظة، وقصور الخيال .

٤ــ التفكير ذو التوجه الخارجي. (محمد شعبان، ٢٠١٤، ١٧٨).

النماذج المفسرة للاليكسيثيميا:

يمكن عرض بعض النماذج المفسرة للاليكسيثيميا، فيما يلي:

١-النموذج البيولوجي:

تسهم العوامل الجينية (الوراثية)، بشكل كبير في تطور الاليكسيثيميا، فقد وجد أن الاليكسيثيميا لها جذور في بيولوجيا الفرد، وتوجد لدى الأفراد الذين يعانون من خلل وظيفي في التواصل بين نصفين المخ الايمن والأيسر، لأن النصف الأيمن بالمخ مسئول عن العمليات الكلية والوصف والإدراك والتعبير غير اللفظي عن المشاعر، بينما يكون النصف الأيسر مسئول عن العمليات اللفظية والتحليلية.

٢-النموذج العصبي المعرفي:

أكد مكليا Mclean أن هناك نموذجين في التفسير العصبي المعرفي للاليكسيثيميا، ويسمى النموذج الأول النموذج العمودي، ويشير إلى فرضية الإصابة بمرض نفسجسدي بين، بعجز دماغي وظيفي، في توصيل المعلومات بمراكز الشم من المخ إلى مراكز اللغة في قشرة الدماغ، أما النموذج الثاني فيسمي النموذج الأفقي ويبني فرضية اضطراب التوصيل بين نصفي المخ الأيمن والأيسر، حيث لاحظ الباحثون ظاهرة الاليكسيثيميا لدى المصابين بظاهرة المخ المشطور Split brain حيث يعجز نصف الدماغ الأيمن المسئول عن الإدراك الانفعالي في إيصال المعلومات إلى النصف الأيسر المسئول عن اللغة والتعبير.

٣- النموذج الدينامي:

يري التحليليون أن هناك فرق بين الاليكسيثيميا كسمة والاليكسيثيميا كحالة، حيث كسمة تكشف عن تفكير حوادثي Factual thinking أو عملياتي بسبب إخفاق في ترميز الصراعات، واستحالة تشكيل صورة للجسد، ويتسم ذوي الاليكسيثيميا بنقص في مفهوم الذات، وكبت للعدوان والعواطف بشكل عام، مما يؤدي في حالات كثيرة إلى اكتئاب أساسي، لا تظهر فيه أعراض الاكتئاب الانفعالية، ولكن تظهر في صورة جسدية حيث يكون الفرد لديه استعداد كبير للإصابة بالأمراض النفسجسدية. أما الاليكسيثيميا كحالة، فتنتج عن الخوف من الإصابة بمرض عضوي خطير أو التعرض لعوامل كئيبة محزنة، وتعتبر الاليكسيثيميا طبقا لذلك، آلية دفاعية تركز على الرفض والانكار، لتجنب الشخص الانفعالية المؤلمة في مواقف الضعف. (أحمد عبد الواحد، ٢٠١٣، ١٧-١٨).

٤-التحليل النفسي:

يؤكد التحليل النفسي، على أن اضطراب النمو الباكر قد يسهم في حدوث الاليكسيثيميا، فقد أشار "ماكدوجال" MacDougal إلى أن الاليكسيثيميا ترتبط بقصور في علاقة الأم بطفلها؛ فالطفل يدرك التناقض الوجداني للأم عن طريق التمييز والانفصال، وبالتالي تقل راحة الطفل تجاه أن يصبح شخصا منفصلا، ونتيجة لإجباره على الانفصال

يتكيف مع الواقع في وجود قصور للخيال أو المشاعر. وقد افترض "كريستال" (Krystal ,1979) أن الاليكسيثيميا تنتج عن نكوص أو توقف في النمو الانفعالي.

٥- نموذج الصدمة:

ذهب "ريدي" (Reddy) إلى أن الاليكسيثيميا، إحدى طرق التعايش مع الصدمة، فالاليكسيثيميا إما أن تكون وسيلة للتعايش والتعامل مع الضغوط النفسية، والانفعالات السلبية المرتبطة بالإيذاء الجسدي والجنسي في الطفولة، أو تكون نتيجة لعدم القدرة على التعايش والتعامل بفاعلية مع الضغوط النفسية.

٦- نموذج التعلم الاجتماعي:

أكد "لي" و"راموس" و"مينوز" (Le, Ramos, & Munoz) أن الاليكسيثيميا تكتسب من خلال ملاحظة نماذج تعاني من الاليكسيثيميا وتقليدها، فالوالدان اللذان يجدان صعوبة في تنظيم انفعالاتهما، ولديهما مستويات مرتفعة من الاليكسيثيميا، تكون لديهما صعوبة أيضا في الانتباة لانفعالات أطفالهما وتفسيرها، وبالتالي لا يمكنهما تعليم أطفالهما، كيف يصفون مشاعرهم. (مصطفى رمضان، ٢٠١٧، ١٥٦-١٥٧).

وتشير هذه النظرية إلى أن صعوبة تعرف المشاعر (الاليكسيثيميا) ترتبط بالصحة العضوية للفرد من خلال عوامل اجتماعية، كالمساندة الاجتماعية والوظائف الاجتماعية، فالأفراد الذين يعانون من الاليكسيثيميا يكون لديهم اضطراب في الوظائف الاجتماعية، ونقص في السعي نحو المساندة الاجتماعية، خاصة من جانب الأسرة، مما قد يؤثر بشكل غير مباشر على المرض العضوي من خلال العوامل السلوكية.

٧-النموذج (النظرية) التكاملي:

يرى هذا النموذج (أو النظرية)، أن الإنسان عندما يفقد القدرة على إشباع حاجاته الأساسية، مثل الغذاء، والحب، والدفء، والأمان، فإن ذلك يترك أثرا كبيرا على اتصاله وتواصله مع الآخرين سواء من خلال التعبير اللفظي عما يشعر به تجاههم أو من خلال فقده لغة الحوار المناسبة، لذلك لم يستبعد وجود عامل وراثي قوي في هذه الحالة، ففي أغلب الحالات المرضية المصابة بهذا الاضطراب، تعاني من عدم وجود اتصال بين الوصلات العصبية بين نصفي كرة المخ، وقد يكون من العوامل المسببة لذلك. (نادية عبد العزيز، ٢٠١٤، ١٢٤).

٨-نموذج التعلق:

أكد "بولي" على تأثير التفككات المبكرة للروابط على نمو الانفعال وتنظيمه، فنمط التعلق الذي يتم تكونيه في الطفولة يستمر طوال الحياة ويمكن أن يؤثر على الأجيال المستقبلية، وأن حساسية وتجاوب مانح الرعاية نحو حالات الطفل الانفعالية، يعد محورا رئيسيا لطريقة تعلم تنظيم الانفعال والتفاعل مع الآخرين، فالأطفال الذين ارتبطوا بشكل آمن، يخبرون انفعالا إيجابيا ويتعلمون أن ضبط التعبير الانفعالي له نتائج إيجابية، وتؤدي التربية غير السوية إلى أنماط تعلق غير آمنة، تعيق نمو مهارات التنظيم الانفعالي الفعال لديهم، وتجعلهم عرضه للاليكسيثيميا. (مصطفي رمضان، ٢٠١٧، ١٥٧).

ثانيا: الاكتئاب:

يعرف "بك" Beck الاكتئاب بأنه اضطراب معرفي، يتكون من نظرة سالبة لدى الفرد تأخذ أبعادا ثلاثة للذات، وهي نظراته إلى قدراته الشخصية، وإلى حاضره، ومستقبله. ويتحدد الاكتئاب بمجموعة اعراض تسبب حالات مختلفة من العجز، وتظهر في صورة إكلينكية ومظاهر سلوكية معينة واستجابة متوقعة للعلاج، وهو زملة من الأعراض التي تشمل شخصية الفرد وسلوكه، وتظهر في حالة من الغم والكدر واليأس وتغير الاتجاهات نحو المدرسة والآخرين، ويظهر أيضا في اضطرابات النوم، ونقص الشهية، ونقص الإحساس بقيمة الذات، وفقدان الأمل في الحاضر والمستقبل.

(أحمد خالد، ٢٠١١، ٨٩-٩٠). إضافة لما سبق، يرى "بك" أن الاكتئاب حالة تتضمن: تغيرا في المزاج، وذلك مثل وجود مشاعر الحزن والوحدة واللامبالاة، وهو مفهوم سلبي عن الذات، مصاحب لتوبيخ الذات وتحقيرها ولومها، كما أنه عبارة عن رغبة في عقاب الذات، وفي الهروب أو الاختفاء أو الموت، ويصاحبه تغيرات تشمل فقدان الشهية، والأرق، وفقدان الرغبة الجنسية، وتغيرات في مستوى النشاط، كما تبدو في نقص أو زيادة في النشاط. (سلوى محمد، ٢٠١٠، ٣٣).

وقد حدد الدليل التشخيصي الرابع DSM. IV زملة الاكتئاب، كمزاج مكتئب يصحبه عدد من الأعراض التي تستمر لفترة طويلة، وتؤدي إلى الإخلال والتعطل في الوظائف النفسية والاجتماعية، كما تحدد الأحداث الاكتئابية الكبري في خمسة أو أكثر من الأعراض التالية، والتي تستمر لأسبوعين، بشرط وجود المزاج المكتئب، وفقدان الاهتمام بالمتعة، وهي: (١) المزاج المكتئب، و(٢) فقدان الاهتمام أو الاستمتاع بالحياة، و(٣) نقص أو زيادة شهية الطعام، وزيادة أو نقص الوزن بشكل ملحوظ، و(٤) الأرق أو قلة النوم أو الإفراط فيه، و(٥) التأخر النفسي أو الحركي أو التململ، (٦) نقص في الطاقة والنشاط مع الإنهاك، و(٧) الشعور بالرداءة وعدم الجدارة، والذنب ولوم الذات، و(٨) نقص التركيز والحيرة والارتباك، و(٩) التفكير في الموت أو محاولة الانتحار". (عبد الستار ابراهيم، وعبد الله عسكر، ٢٠٠٨، ٧٣).

النظريات المفسرة للاكتئاب:

تعددت النظريات المفسرة للاكتئاب، وفقا للمداخل الفلسفية المختلفة التي تؤكدها النظرية، حيث أن الاكتئاب مثله مثل بقية الاضطرابات النفسية الأخرى والتي يصعب إيجاد تفسير دقيق لها، وكل ما هو متوافر عبارة عن نظريات تختلف فيما بينها في تفسير الاكتئاب، وتتناقض في إيجاد سبب معين متفق عليه، ويمكن فيما يلي، عرض ملخص لهذه النظريات، كما أشار إليها "طلعت علي" (٢٠١٥).

أولاً: النظرية السيكودينامية (التحليل النفسي) للاكتئاب:

تعد نظرية التحليل النفسي التي أسسها "سيجموند فرويد"، من أقدم النظريات النفسية التي اهتمت بتفسير الاكتئاب والبحث عن أسبابه، وترى هذه النظرية أن الخبرات الضاغطة الصادمة التي يواجهها الفرد في السنوات المبكرة من عمره، مثل: الانفصال عن أحد الوالدين أو فقده، قد تجعل الأطفال مستهدفين بشكل أساسي للاكتئاب، ومن ثم إذا واجه الفرد بعد ذلك، ضغوطا مشابهة لضغوط الطفولة، فإنه ينهار، وينكص إلى مرحلة الطفولة التي فشل فيها، وتظهر عليه أعراض الاكتئاب.

وتري نظرية التحليل النفسي أيضا، أنه يمكن تلخيص العوامل المثيرة للاكتئاب، فيما يلي: (١) تغير في التوازن الخاص بالدوافع الغريزية أي الحب والعدوان، و(٢) تغير في علاقة المريض بموضوع الحب خاصة الأم، و(٣) فقدان الحب هو الموقف الأساسي الباعث على الاكتئاب.

ثانيا: النظرية السلوكية للاكتئاب:

يري أنصار المدرسة السلوكية، أن السلوك العصابي يتم تعلمه تبعا لنفس المبادئ العامة التي تحكم اكتساب كل سلوك يتم تعلمه، الا وهي مبادئ التشريط والتعزيز، سواء عند "إيفان بافلوف" في صورتها الكلاسيكية، أو لدى "سكنر" في صورتها الإجرائية. وتعتمد المدرسة السلوكية في تفسير الاكتئاب على مفهوم التعزيز، حيث يرى أنصار هذه المدرسة، أن الاكتئاب مظهر للشعور بالعجز حيال تحقيق الأهداف، عندما تكون تبعية اليأس منسوبة إلى علل شخصية، فالمريض المكتئب لا يستطيع السيطرة على مهام حياته بأن يخفف إشباعاته.

ثالثا: النظرية المعرفية :

ترى النظرية المعرفية أن الاكتئاب ينتج بشكل أساسي من ميل الفرد للنظر إلى نفسه والمستقبل والعالم بنظرة تشاؤمية غير معقولة، وهذه النظرة المشوهة للنفس والمستقبل والعالم يطلق عليها "الثالوث السلبي"، وينظر الشخص المتشائم إلى نفسه على أنه ليس كفئا، وغير قادر، وغير مرغوب فيه، ويتوقع الفشل والنبذ وعدم الرضا، وعلى الأساس يدرك كل خبراته على أنها تؤكد توقعاته السلبية تلك، وكل أعراض اضطراب الاكتئاب من وجدانية وسلوكية وجسمية ودافعية، كلها ينظر إليها على أنها نتيجة لذلك التنظيم المعرفي السلبي.

رابعا: النظرية البيولوجية للاكتئاب:

أرجعت النظرية البيولوجية العوامل المفسرة للاكتئاب، إلى ثلاثة عوامل هي: الوراثية أو الجينية، والفسيولوجية، والبيوكيميائية، كما يلي:

١-العوامل الوراثية أو الجينية:

حيث يشير المدخل الوراثي إلى أهمية العامل الوراثي في نشاة الاضطرابات الوجدانية، وأن هناك أشخاص محددين يرثون استعدادا مسبقا للإصابة بالاضطرابات الانفعالية، وبخاصة إذا هيأت الظروف البيئية – بما فيها من ضغوط – الفرصة لإظهار تلك الاستجابة الاكتئابية. وقد أظهرت البحوث والدراسات المتعلقة بالاستعداد الوراثي للإصابة بالاكتئاب، عن وجود علاقة دالة موجبة بين استعداد الفرد للإصابة بالاكتئاب، ووجود تاريخ مرضي للوالدين أو أحدهما بالنسبة للإصابة بالمرض.

٢-العوامل الفسيولوجية:

وتشتمل هذه العوامل الأساس العصبي التشريحي للاضطرابات الوجدانية، حيث ترجع هذه الاضطرابات إلى وجود اختلال في الجهاز العصبي الطرفي المسئول عن تنظيم الانفعالات، وقد كشفت البحوث عن أن التغيرات الوجدانية، يمكن إحداثها عن طريق تنبيه أو تدمير أجزاء معينة في الجهاز الطرفي، يعتبر مسئولا عن نمط انفعالي معين، مثل الخوف أو الهياج أو العدوان.

٣-العوامل البيوكيميائية:

ويشير أنصار هذا الاتجاه، إلى أن الاكتئاب يقوم على أساس نمطين هما: النمط الأول؛ ويقوم على أساس اضطراب في عملية الأيض للالكترون الخاص بالمرضى المكتئبين، ويعتبر كلوريد الصوديوم، وكلوريد البوتاسيوم مهمين بصفة خاصة في الإبقاء على القدرة الكافية، والتحكم في استثارة الجهاز العصبي، أما النمط الثاني فيعتبر الاكتئاب عبارة عن قصور موروث في عنصرين رئيسين من كيمياء الدماغ، وهما "نوربا بيفرين"، و"سيروتونين"، وكلاهما ناقلات عصبية. (طلعت علي، ٢٠١٥، ٥٨٠-٥٨٣).

ثالثا : الاعتماد على المواد النفسية : Psychoactive substances

عرفت الجمعية الامريكية للطب النفسي في اصدارتها الرابعة المعدلة لدليلها التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية American psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders : بأنها نمط غير تكيفي لاستخدام المواد النفسية الفاعلية تؤدي إلى قصور وألم جوهري من الناحية العيادية، وأهم ما يميزه هي مجموعة الأعراض المعرفية والسلوكية والفسيولوجية التي تشير إلى أن المعتمد يستمر في استخدام المواد نفسية الفاعلية بالرغم من معرفته بالمشاكل التي تتعلق باستخدامها . ويعرفها التصنيف العالمي العاشر للاضطرابات العقلية والسلوكية لمنظمة الصحة العالمية نظريا بأنها مجموعة من الظواهر الفسيولوجية والسلوكية والمعرفية المتعدد المراحل والتي تحدث بعد استخدامه لاحدي المواد النفسية. وأن أهم ما يميزها هي الرغبة،

والتي غالبا ما تكون قوية جدا لاستخدام المواد النفسية الفاعلية سواء وصفها الطبيب أو لم يصفها كالكحول والتبغ وغيرها. وكما أن هناك احتمال وجود دليل واضح على رجوع الشخص لاستخدام تلك المواد بعد فترة انقطاع، مما يؤدي إلى ظهور هذه الظواهر بأشكال أخرى (أسامة مرزوق، وآخرون، ٢٠١٧، ٤٢١-٤٢٢).

المحكات التشخيصية لاضطراب الاعتماد على المواد النفسية:

يشير الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للأمراض النفسية (DSM-IV)، أنه يستخدم تشخيص الاعتماد فقط، إذا أظهر الشخص أو مر بثلاثة أو أكثر من الأعراض الآتية:

١- رغبة إ حساس قهري بضرورة تناول العقاقير.

٢- وعي ذاتي باختلال القدرة على التحكم في سلوك تناول العقار، سواء بدايته أو نهايته ومعدل استخدامه.

٣- تستخدم المادة المخدرة بغرض التخفيف من أعراض الانسحاب.

٤- وجود حالة انسحاب فسيولوجية.

٥- توافر دليل على حدوث التحمل، بمعنى أن الشخص يحتاج دائما إلى زيادة جرعات المادة، ليحصل على الأثر نفسه، الذي كانت تحدثه من قبل الجرعات الأقل منها.

٦- المثابرة على استخدام العقار، على الرغم من وجود دليل واضح على التبعات الضارة، سواء طبية أو اجتماعية أو مادية أو مهنية أو نفسية. (هبة القشيشي، ومصطفي إبراهيم، ٢٠١٩، ٥٨٢-٥٨٣).

النظريات المفسرة للاعتماد على المواد النفسية:

هناك عديد من النظريات التي فسرت الاعتماد على المواد النفسية، وفيما يلي عرض لها، كما أشار إليها "محمد غانم (٢٠٠٥):

أ-نظرية التحليل النفسي:

فقد أشار "ونيك"، أن مدمني المخدرات بصفة عام، يميلون إلى التبرير Rationalisation لتعاطيهم، إضافة إلى عدم تحديد الأدوار الجنسية بين الذكور والإناث، والإحساس بفقدان الدور الفعال في صنع ما يجري داخل المجتمع. لذا فإن الإدمان ما هو إلا عملية هروبية، تعني تدمير جانب من الموضوعات، وجانب من المشاعر، ومن الأنا الذي يحيي هذه المشاعر، أي تزوير الواقع النفسي وإنكارا له، كما أن هناك عدد من الدراسات التي أيدت وجود سمات تميز شخصية المدمنين، فقد أجرى "هوفمان" عددا من البحوث على نزلاء مستشفى ولاية "مينسوتا" بالولايات المتحددة الأمريكية، من مدمني الخمور. ووجد أن إدمان الخمور يرتبط لدى المدمنين بعدد من الخصال الشخصية غير السوية، مثل الاكتئاب، ومشاعر الذنب، والخجل من الذات، والشعور بفقدان القيمة، وانعدام الدور، إضافة إلى الاعتماد على الآخرين، والسلبية، وانخفاض سمات الاستقلال والسيطرة على النفس وتحمل الآلام.

ب- النظرية السلوكية:

من النظريات التي اهتمت بتفسير السلوك – ومنها الاعتماد على المواد المخدرة – النظرية السلوكية، سواء في صورتها الكلاسيكية لـ"بافلوف"، أو في صورتها الإجرائية لـ"سكنر"؛ حيث تفسر نظرية الاقتران الشرطي التقليدي لـ"بافلوف"، كل أنواع التعليم لدى الكائن الحي، في إطار عملية الاقتران بين المثير والاستجابة، وفقا لمجموعة من المباديء، مثل الاقتران المتآني المتتابع، والتدعيم، والتعميم، والانطفاء، فإذا اقترن مثير محايد مع مثير طبيعي، وتكرر ذلك عدة مرات، يصبح في إمكانية المثير المحايد وحده، أن يستثير الاستجابة التي كان يستثيرها المثير الطبيعي.

أما نظرية الإشتراط الإجرائي لـ"سكنر"، فتعتمد في عملية تعلم سلوك ما – ومنها تعلم الاعتماد على المخدر – على مبدأ التدعيم، خاصة التدعيم الموجب الذي يبعث على زيادة الإحساس بالرضا لدى الإنسان، هذا إلى جانب المبدأ الرئيسي لنظرية سكنر، وهو أن السلوك يتعدل بنتائجه، فالكائن الحي يقوم أولا بسلوك ما، فإذا عزز أو دعم بإثابة ما،

قام الأثر المرض الناتج من هذا النشاط بنوع من التغذية الرجعية أو المرتدة، فيعمل بأثر رجعي في زيادة احتمال حدوث الاستجابة السابقة على التعزيز، والتي أدت إلى حل الموقف المشكل وحدوث الاستجابة المتعلمة. وعلى ذلك، فإن سكنر في موقفه من تعديل السلوك غير المرغوب فيه – كالاعتماد على المخدر – يعتمد في إحداث التعلم وفي زيادة احتياطي الانعكاس على التغذية المرتدة (الرجعية) الموجبة وتعميق الإحساس بالرضا عند المتعلم أو الفرد المراد تعديل سلوكه، واستبعاد التغذية المرتدة السالبة أو الإحساس بعدم الرضا والإحباط. لهذا يعتمد "سكنر" في تعديل السلوك غير المرغوب فيه، على عنصر الإثابة، واستبعاد العقوبة بقدر الإمكان. (طه المستكاوي، ٢٠١٩، ٤١٦ – ٤١٧).

ج- النظرية الاجتماعية:

يرجع علماء النظرية الاجتماعية، الإدمان إلى طبيعة ومشاكل المجتمع الذي يتواجد فيه الفرد، إلا أن هناك ظواهر عامة تسود المجتمع ككل، خاصة السلوك المنحرف مثل الإجرام والإدمان والبغاء وغيرها. لذا فقد حظيت الأسرة بعدد من الدراسات، مثل دراسة "هنت"، والذي تناول فيها دراسة العلاقة بين الآباء والأبناء، وطبيعة المناخ الأسري، وقد وجد أن البيئات الأسرية الفوضوية والديكتاتورية يسود فيها التعاطي، كرد فعل لهذه العلاقة غير السوية، بينما يكاد ينعدم التعاطي في الأسر التي يسودها جو من الألفة، وتبادل الرأي بين الآباء وأبنائهم.

د- النظرية الفسيولوجية:

يري أنصار النظرية الفسيولوجية، أن المدمن إنما يقع ضحية للتأثيرات الفسيولوجية التي يحدثها العقار في جسمه، حيث يجد نفسه مضطرا للتعاطي، كما يفسر "جيللينيك" إدمان الخمور من الناحية الفسيولوجية على أساس أن العوامل الحضارية هي المسببة لبداية عادة الشرب، ومع الاستمرار في التعاطي قد يجد الفرد صعوبة في التوقف، ولعل هذا يفسر لنا استمرار المدمن في ارتكاب الجرائم، ليستمر في إدمانه.

هـ- النظرية البيولوجية :

كما يرى أنصار النظرية البيولوجية، أن التفسيرات البيولوجية للإدمان، تقوم على أساس أن مخ الإنسان، يحتوي على مواد كيميائية، تقوم بنقل الإشارات المنبهة من خلية إلى خلية أخرى، كما أن هناك ثلاث نظريات تفسر الإدمان من خلال المنظور البيولوجي. وكما أن هناك وجهه نظر أخرى تربط بين طبيعة إصابة الفرد بمرض سيكاتري أو نفسي معين، وطبيعة إدمان لعقار معين. وقد عرض "روجر" Roger لوجهه النظر هذه من خلال استعراضه لعدد من الدراسات التي توصلت إلى وجود علاقة ارتباطية بين إصابة الفرد بمرض معين كالقلق Anxity والاكتئاب Depression أو الهوس Mania، بحيث يلجأ الفرد إلى المخدر، ويسئ استعماله، أو يعتمد عليه دون أن يستبصر بالعواقب التي تترتب على إدمانه هذا، لذلك يظل اعتماد الشخص على مخدر معين دون آخر في حاجة إلى ضرورة التعرف إلى الاحتياج السيكولوجي الذي يشبعه هذا المخدر لديه. كما أن هناك وجهة نظر تقسم أشكال التعاطي إلى التعاطي التجريبي، والتعاطي العرضي، والتعاطي المنتظم، والتعاطي الكثيف أو القهري. (محمد غانم، ٢٠٠٥، ٧٨-٨٢).

رابعا: فاعلية الذات: Self efficacy

عرف "باندورا" (Bandura, 1988) فاعلية الذات، بأنها قدرة الفرد على أداء السلوك، الذي يحقق نتائج مرغوبة في موقف معين، والتحكم في الأحداث التي تؤثر في حياته، وإصدار التوقعات الذاتية عن كيفية أدائه، والأنشطة التي يقوم بها، والتنبؤ بمدى الجهد والمثابرة المطلوبة لتحقيق ذلك النشاط. (هويدة محمود، ب.ت، ٥).

كما يعرف "سيرفون" و"بيك" (Cervone & Peake, 1986)، فاعلية الذات بأنها الإدراك الذاتي لقدرة الفرد على أداء السلوك الذي يحقق نتائج مرغوبة في أي موقف معين، وتوقعاته عن كيفية الأداء الحسن، وكمية الجهد والنشاط والمثابرة المطلوبة عند تعامله مع المواقف، والتنبؤ بمدى النجاح في تحقيق ذلك السلوك.

(محمد سلامة، ٢٠٠٩، ٣٦١). ويعرف "ولمان" (Wolman ,1989) من خلال نتائج دراساته، بأن الناس الذين يشكون من فاعليتهم الذاتية، يقابلون صعوبة في مواجهة متطلبات البيئة، على حين أن الناس ذوي الثقة الكبيرة في فاعليتهم الذاتية، فيمكنهم أن يواجهوا المواقف بالشكل الذي تتطلبه هذه المواقف، وتدفعهم المعوقات إلى زيادة المجهود، وزيادة روح التحدي. (عبد المحسن ديغم، ٢٠٠٨، ٩٠).

ويعرف "برجر" (Burger, 1990) فاعلية الذات بأنها اعتقاد الشخص بأنه يمتلك قدرة على التأثير في البيئة. كما عرفها "باندورا" (Bandura, 1994) بأنها معتقدات الفرد المتعلقة بإمكانياته، للقيام بمستويات معينة من الأداء، تؤثر في أحداث مهمة في حياته، ومن ثم فإن إدراك الفرد لفعاليته الذاتية، يتعلق بتقييمه لقدراته على تحقيق مستوى معين من الإنجاز، وعلى التجكم في الأحداث، ويؤثر في مقدار الجهد الذي سيبذله ومدى مثابرته في التصدي للعوائق التي تعترضه، وفي أسلوب تفكيره، وهي في جوهرها تعتمد على توقعات الفرد المستقبلية. (إبراهيم الحكمي، ٢٠٠٩، ٧٨٤).

النظريات المفسرة لفاعلية الذات:

تندرج النظريات المفسرة لفاعلية الذات، بشكل رئيسي ضمن نظرية التعلم الاجتماعي Social Learning Theory ، التي وضع أسسها "ألبرت باندورا" Albert Bandura وهذه النظرية، تتكون من ثلاثة جوانب رئيسة، هي: نظرية التعلم بالملاحظة، والإدراك المعرفي، وعمليات تنظيم الذات. فقد تمكّن "باندورا" من وضع نظرية تدور حول إمكانية تعلم بعض جوانب السلوك الإنساني، من خلال ملاحظة الفرد لنموذج آخر غيره. وسُمِّيت هذه النظرية بنظرية التعلم بالملاحظة (للتوسع في هذه النظرية، يمكن الرجوع للمصدر التالي: (طه أحمد المستكاوي، ٢٠١٩، الفصل ١٤).

والافتراض الأساسي لهذه النظرية، أن قطاعا كبيرا من التعلم، يعتمد على ملاحظة الكائن العضوي، لسلوك غيره من أفراد جنسه، وأن جانبا كبيرا من استجابات الإنسان، يتم لمجرد ملاحظة غيره من الناس، ويعدّ الآخرون في مثل هذه الحالات نماذج Models". ومن الممكن أن يكتسب الناس عددا كبيرا من الاستجابات عن طريق ملاحظة بعضهم بعضا، بما في ذلك المحصول اللّغوي للفرد، وطريقة كلامه، وأنشطته الجسمية الآلية التي يمارسها كل يوم، والآداب الاجتماعية، والقواعد الشائعة، والسلوك النمطي لكل من الرجال والنساء والآباء والأمهات، ويمكن تفسير عدد من أشكال السلوك المهمة، كاللغة، والقواعد الثقافية، والاتجاهات، وكثير من الانفعالات – بشكل أفضل – عن طريق التعلم بالملاحظة. كما يمكن بوساطة هذه النظرية، تفسير الخوف الذي لا مسوغ له من أشياء معينة، لم يجربها الفرد تجربة مباشرة؛ ولذا يرى أصحاب هذه النظرية أن التعلم بالملاحظة، هو المصدر الرئيس للتعلم في الثقافة المعاصرة". (أحمد عبد الخالق، ٢٠١٦ أ: ٢٨٨-٢٨٩).

نظرية الصلابة النفسية: Psychological Hardiness

طرحت هذا المفهوم "سوزان كوباسا" Kobase وهو يتعلق بقوة تحمل الشخصية، ويتكون هذا المفهوم من ثلاثة مجالات أو مكونات، هي:

١-الالتزام: وهو امتلاك الفرد لشعور المشاركة والارتباط بشاطات الحياة ومدى شعوره بالقرب من الناس الآخرين.

٢-التحدي: وهو التوقع والحدس للمتغير على أنه نوع من التحدي.

٣-السيطرة: وهو اعتقاد الفرد أن بإمكانه السيطرة على الأحداث والتأثير فيها بخبرته الخاصة.

ويبدو أن هناك تشابها بين مفهوم القدرة على الاحتمال أو تحمل الشخصية وفاعلية الذات، فبمكون السيطرة في القدرة على الاحتمال مماثل لفاعلية الذات لأن كليهما يهتم باعتقادات الفرد حول قابليته في التأثير في حياته الخاصة في الأحداث المختلفة التي تجابهه في الحياة بصورة عامة، فضلا عن ذلك يمكننا أن نفترض أن الأفراد الذين لديهم إحساس

عال بفاعلية الذات، هم أكثر احتمالا أن يمتلكوا إحساسا عاليا بالالتزام من الأفراد الذين لديهم اعتقادات بضعف حول فاعلية الذات.

نظرية السلوك المخطط Planned behavior Theory:

وتعود إلى "أجزن" Ajzen وتفترض أن الأفراد يصنعون قرارات عقلانية حول سلوكهم وتقوم هذه القرارات على اساس المعلومات بشأن سلوكهم ونتائجه ، اي ما النتائج التي يتوقعونها وأهمية تلك النتائج ، وتفترض هذه النظرية أن المقاصد السلوكية تعد الاهم في تحديد السلوك والتنبؤ ، وأن هذه المقاصد هي دالات Function على الاتجاهات نحو السلوك والغاية. وأن النقطة الجوهرية في هذه النظرية هي ضبط السلوك الذاتي ، أي اعتقاد الفرد أن بإمكانه تغيير الأشياء، وهي تماثل نظرية فاعلية الذات من حيث احتوائها إدراكات أن الفرد يملك القدرات لتنفيذ السلوك أو لتحقيق الغاية.

نظرية المحاولة Theory of Trying :

يري "باكوزي" و"وارستو" Bagozz & Warshow أن المواقف والاحداث الصعبة عملية يتم السعي نحوها بطريقة المحاولة، ويتحقق النجاح فيها على أساس أنها الهدف الذي يحاول والوصول إليه، ومن هنا ينبغي التمييز بين ثلاث أنواع من المواقف في حالة التعرض إلى المواقف الصعبة، أولها الموقف من النجاح، وثانيها الموقف من الفشل، وثالثها الموقف من عملية ملاحظة الهدف؛ فالفرد الذي يجابه موقف ما فإنه يضع نصب عينيه الهدف الذي يرمي إلى تحقيقه من ذلك الموقف، وهكذا نجد أن الأمر يتعلق بسلوك صعب جدير بالمحاولة، أن ضبط السلوك أو توقعاته الفاعلية الذاتية، وأن توقعات النجاح والفشل تعبر عن احتمالات ذاتية فيما يتعلق بذلك الهدف؛ فمحاولات الأفراد لمنع الفشل، تجعلهم يستمرون عليها ويعززونها، كما أن عدد المحاولات التي فشلت لا تقدم أي سبب للتنبؤ السيء، بل على العكس، نجد أنه من خلال المحاولات الكثيرة الفاشلة، يتم كفاءات خاصة وتنمو لدى الفرد فاعلية وكفاءات ذاتية، يستطيع من خلالها تجنب الأخطاء والاخفاقات (علي عودة، ٢٠١٣، ١٧-١٩).

الدراسات السابقة وفرض البحث:

بالاطلاع على البحوث والدراسات السابقة التي تناولت دراسة متغيرات البحث الحالي (الاليكسيثيميا – الاكتئاب – فاعلية الذات – الاعتماد على المواد النفسية)، لوحظ وجود اهتمام متزايد من قبل الباحثين، بدراسة هذه المتغيرات، ومع ذلك فهناك ندرة في الدراسات التي اهتمت بدراسة هذه المتغيرات مجتمعة. ويتم عرض الدراسات السابقة وفقا لثلاثة محاور، هي: (١) دراسات تناولت دراسة الاليكسيثيميا لدى المعتمدين على المواد النفسية، و(٢) دراسات تناولت دراسة الأعراض الأكتئابية لدى المعتمدين على المواد النفسية، و(٣) دراسات تناولت دراسة فاعلية الذات لدي المعتمدين على المواد النفسية.

أولا : الدراسات التي تناولت الاليكسيثيميا لدى المعتمدين على المواد النفسية:

قام "هافيلاند" وآخرون Mark G.Haviland , et al عام ١٩٩٤ بدراسة، هدفت إلى معرفة مستوى الاليكسيثيميا لدي النساء والرجال من المعتمدين على المواد النفسية وما يرتبط بها من متغيرات، تم فحص مستوي الاليكسيثيميا والاكتئاب والقلق وتقدير الذات، وتكونت عينة الدراسة من (٢٠٤)؛ منهم ٨٤ إمرأة، و ١٢٠ رجلا، من المعتمدين على المواد النفسية، خلال الأسبوع الأول من العلاج في المستشفيات. وقد أسفرت النتائج إلى أن متوسط درجات الاليكسيثيميا والاكتئاب والقلق لدى النساء أعلى من متوسط الدرجات لدى الرجال المشخصون إدمان (الكحول أو المخدرات)، والمختلط (الكحول مع المخدرات)، وتشير النتائج إلى أن حالة الاليكسيثيميا يمكن أن تنجم عن القلق الشديد والاكتئاب (Haviland, et al., 1994, 124-128).

كما قام "والجرين" Mischel B. Walgren عام ١٩٩٥ بدراسة، هدفت إلى معرفة العلاقة بين الاليكسيثيميا والمستويات العاطفية لدى المتعاطين للمواد النفسية، وتكونت عينة الدراسة من (١١٢) مريضا، أكملوا علاج الاعتماد على المواد النفسية، طبق عليهم مقياس تورنتو TAS-20 لقياس الاليكسيثيميا، ومقياس مستويات التنمية العاطفية. وتوصلت النتائج إلى أن مستويات التنمية العاطفية تؤثر في مستويات الاليكسيثيميا ، وتبين أيضا أن نسبة (٢٢,٣ %) من المتغيرات لها علاقة بالاليكسيثيميا، وهي نسبة قليلة بالنسبة للنسب التي أعلنت في بحث سابق على المعتمدين على المواد النفسية (Walgren, 1995, 106).

وكذلك قام "لين" Akkerman Rhonda Lynn عام ١٩٩٦ بدراسة، كان الهدف منها معرفة العلاقة بين الاليكسيثيميا واضطراب الاكتئاب واضطراب الشخصية لدى المعتمدين على المواد النفسية، وقد بلغت العينة (١٣٩) مريضا من المعتمدين على المواد النفسية، وتشير النتائج بأن هناك علاقة بين الاليكسيثيميا والاكتئاب، إضافة إلى أشكال مختلفة من اضطرابات الشخصية (Lynn, 1996, 162).

كما قام "هانديسمان" وآخرون Leonard Handelsman, et al. (2000) بدراسة، هدفت إلى تحليل المتغيرات الكامنة وراء العجز العاطفي لدى المعتمدين على المواد النفسية، وتم إجراء تحليلات استنادا إلى مجموعة بيانات التقرير الذاتي من عينة سريرية، وتكونت عينة الدراسة من (٢٥٣) من متعاطيي المواد النفسية، وبذلك تم اختيار المتغيرات الكامنة الشاملة تمثل الجوانب الثلاثة من الخلل العاطفي (الاليكسيثيميا – العداء – اضطراب ما بعد الصدمة). وقد أشارت النتائج إلى وجود علاقة قوية بين الاليكسيثيميا والعداء، وأيضا توجد علاقة بين اضطراب ما بعد الصدمة والاليكيسيثيميا، وأن المتغيرات الكامنة لا تتأثر بنوع المادة النفسية، وتدعم هذه النتائج وجهه النظر التي تشير إلى ارتباط الاليكسيثيميا والعداء لدى متعاطيي المواد النفسية، وأن هذا العجز المشترك هو جزء من اضطراب واسع عبر المجالات النفسية المتعددة، بما في ذلك الاستجابة المرضية للصدمة (Handelsman, et al., 2000, 423-428).

كما قام "دوناج" Pyngaia Donnaj عام ٢٠٠٦ بدراسة، هدفت إلى معرفة أثر ديناميات الأسرة؛ مثل الصراع المفرط للوالدين، والإستجابة العاطفية، وانعدام التواصل على اختيار الأبناء لتعاطي المواد النفسية، وكان الافتراض بأن العائلات المحفوفة بالمخاطر، تنتج أطفالا لديهم مستويات منخفضة من الوعي العاطفي، وأن عدم وجود إدراك للعواطف (الاليكيسثيميا) ليكون بمثابة الوسيط في العلاقات بين البيئة الأسرية وتعاطي المواد النفسية في سن المراهقة. وتكونت العينة من (٨١) من المراهقين ممن تتراوح أعمارهم من ١٤–١٩ سنة، طبق عليهم مقياس تورنتو TAS-20 لقياس الاليكسيثيميا، واستبيان للمعلومات الديموغرافية، وقد أسفرت النتائج أن مراقبة سلوك تعاطي الكحول للوالدين في المنزل، يعتبر منبيء للاعتماد على المواد النفسية، في الفترة المقبلة لدى المراهقين، وأيضا أنه لا يوجد بين ديناميات الأسرة مثل الصراع المفرط للوالدين، والاستجابة العاطفية وانعدام التواصل، والاليكسيثيميا، أو بين تعاطي المواد النفسية والاليكسيثيميا، وكشفت نتائج الدراسات أن الاليكسيثيميا لا تعمل كوسيط بين الاضطرابات الأسرية وتعاطي المواد النفسية في سن المراهقة (Donnaj, 2006, 112).

وقام "بنجمان" Warner J .Benjamin عام ٢٠٠٧ بدراسة، كان الهدف منها، معرفة العلاقة بين الاليكسيثيميا والعاطفة والاعتماد على المواد النفسية، وقد بلغت العينة (٢٠٠) من طلبة الجامعة من جامعة "تيو أورليانز" وجامعة "تكساس" في أوستن. وقد قسمت العينة إلى أربع مجموعات ن=٥٠ وذلك حسب الدرجة على مقياس الاليكسيثيميا (طلاب الجامعة من ذو الدرجات المنخفضة في الاليكسيثيميا – الطلاب الجامعيين ذوي الدرجات العالية في الاليكسيثيميا – الطلاب المعتمدين على المواد النفسية ولديهم درجات عالية في الاليكسيثيميا – الطلاب المعتمدين على المواد النفسية ولديهم درجات منخفضة في الاليكسيثيميا)، وقد استخدام مقياس WEL لقياس العاطفة ومقياس TAS-20 لقياس الاليكسيثيميا، وقد أسفرت النتائج إلى أن الاليكسيثيميا لها علاقة بتعاطي المواد النفسية (Benjamin, 2007, 119).

ثانيا : الدراسات التي تناولت الأعراض الاكتئابية لدى المعتمدين على المواد النفسية:

من الدراسات التي اهتمت بدراسة الأعراض الاكتئابية لدى المعتمدين على المواد النفسية، دراسة قام بها "بيجي" Frick Peggy عام (٢٠٠١)، وهدفت إلى معرفة مدى تأثير إساءة استخدام العقاقير الجديدة مثل "الافنيوز" على القلق والاكتئاب ووجهة الضبط لدى المسجونين، ومعرفة تأثير البرنامج العلاجي على القلق والاكتئاب ووجهة الضبط على المسجونين بمقاطعة ديفيدسون بولاية تينيس، وقد تم استخدام مقياس بيك للاكتئاب، ومقياس لقياس القلق ومقياس روتر لقياس وجهة الضبط. وقد توصلت النتائج إلى أن استعمال عقار "الافينوز" بشكل خاطئ له تأثير كبير على القلق والاكتئاب ووجهة الضبط لدى المسجونين، وأن البرنامج العلاجي القائم على تخفيف تأثير إساءة استخدام المواد النفسية ليس له تأثير كبير على القلق والاكتئاب ووجهة الضبط (Peggy, 2001, 120).

وقام "ديكون" وآخرون (Deacon, et al., 2004) بدراسة هدفت إلى معرفة نوبات الهلع وتعاطي المواد النفسية لدي المراهقين في مرحلة المراهقة المتأخرة، وتكونت عينة الدراسة من (٣٩٩) من الطلاب المراهقين، طبق عليهم مقاييس لقياس نوبات الهلع وأعراض القلق والاكتئاب والاعتماد على المواد النفسية، وقد أسفرت النتائج على أن متغير الجنس والعرق لا يؤثر على كل من الاعتماد على المواد النفسية، ونوبات الهلع، وأن هناك علاقة بين القلق والاكتئاب وبين الاعتماد على المواد النفسية. (Deacon, et al., 2004).

كما قام "بانوسك" وآخرون Panoski عام (٢٠٠٧) بدراسة كان الهدف منها مقارنة الحالة النفسية بين الافراد في مرحلة الطفولة وبين الأفراد في مرحلة المراهقة في استخدام المواد غير المشروعة، باعتبارها مؤشرا للاعتماد على المواد النفسية. وقد تكونت عينة الدراسة من (٢٩٤٦) من السكان، وقد أمكن تتبع الأولاد من سن ٨ إلى ١٨ سنة، وذلك من عام ١٩٨٩ ثم تقييم الأمراض النفسية في مرحلة الطفولة وذلك باستخدام مقياس بيك للاكتئاب ومعرفة المعلومات الخاصة بتعاطي المواد النفسية غير مشروعة. وقد أظهرت النتائج أن الأمراض النفسية في مرحلة الطفولة لها تأثير على الاعتماد على المواد النفسية، ووجود سجلات مخالفة لتعاطي المواد غير المشروعة لدى المراهقين والشباب، وأنه بعد تعديل الخلفية العائلية يتم تعديل مشاكل السلوك الحاد والاكتئاب وبدوره يختفي الاعتماد على المواد النفسية (Panoski, et al., 2007).

وقام "جولدستن" Goldstein عام (٢٠٠٩) بدراسة، هدفت إلى معرفة مدى ارتباط اضطراب الاكتئاب بالاضطرابات الناجمة عن الاعتماد على المواد النفسية لدى المراهقين، وتكونت عينة الدراسة من (٣٣٤) من المراهقين، وتم دراسة مدى تأثير استخدام المواد النفسية (مؤشر خطر لتعاطي المخدرات) على التغيرات التي تطرأ عليها فيما يتعلق بالمعاملة واعراض الاكتئاب، وتم استبعاد المراهقين الذين يتعاطون المواد النفسية عن طريق الجدول الزمني للاضطرابات العاطفية والفصام. وتوصلت النتائج إلى ارتباط الاعتماد على المواد النفسية بالاكتئاب والايذاء البدني والنزاعات العائلية واليأس، وأنه كان هناك تحسن كبير في علاج الاعتماد على المواد النفسية مع المراهقين الذين استجابوا للعلاج، وأن الأشخاص الذين كانوا أكثر اعتمادا على المواد النفسية كان لديهم احتمالية أكبر للانتحار، وأنه تم خفض أعراض الاكتئاب لدى المراهقين خلال (١٢) أسبوع، وبالتالي ضعف الاعتماد على المواد النفسية لديهم (Goldstein, 2009).

ثالثا: الدراسات التي تناولت فاعلية الذات لدي المعتمدين على المواد النفسية:

أما الدراسات التي اهتمت بدراسة فاعلية الذات لدى المعتمدين على المواد النفسية، فمنها دراسة "فايوتر"Vauter والتي هدف منها إلى مقارنة الرضا وفاعلية الذات والشعور بالوحدة والتعاون والثقة قبل وبعد إدخال برامج للتدخلات العلاجية للأشخاص الذين يعتمدون على المواد النفسية، وأن التغير في الفئات الثلاث وهي الحالات العاطفية السلبية والصراع بين الأفراد والضغوط الاجتماعية وارتفاعها تعد عوامل خطر، وقد توصلت النتائج إلى أن وتيرة التدخلات

العلاجية بالترفيه ليس له علاقة بفاعلية الذات والشعور بالوحدة على أساس كمي، وأنه توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين التعاون والثقة والتدخلات العلاجية، كما توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين الرضا عن التدخلات العلاجية وفاعلية الذات، على حين لا توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين الرضا عن التدخلات العلاجية والشعور بالوحدة. (Vauter, 1998).

وكذلك قام "لابي" Janet Ellen Labbe عام ١٩٩٨ بدراسة، كان الهدف منها معرفة العلاقة بين شكلين من الكفاءة الذاتية (الكفاءة الذاتية للقدرة على الامتناع عن المواد النفسية – الكفاءة الذاتية لاستكمال العلاج) من جهة والعجز المكتسب من جهة أخري وقدرتهم على التنبؤ لاستكمال العلاج بين الاعتماد على المواد النفسية أعلى من القدرة التنبؤية للمتغيرات الديموغرافية (المستوي التعليمي – العرق – شدة الإدمان – العمر – جوهر الاختبار)، وقد بلغت العينة ٩٠ من المشاركين بالعلاج من الاعتماد على المواد النفسية، وقد تم تجميع المعلومات عن طريق تطبيق مقياس العجز المكتسب ومقياس لتحديد مدي الاعتماد على المواد النفسية ومقياس لفاعلية الذات واستبيان لتحديد المتغيرات الديموغرافية. وأشارت النتائج إلى أنه يتم استنتاج أن العجز المكتسب هو المتغير الوحيد الذي يسهم في التنبؤ بشكل كبير من الانتهاء المبكر من علاج الاعتماد على المواد النفسية. (Labbe, 1998).

كما قام "باري" Louise Claire Pare عام ١٩٩٩ بدراسة، هدفت إلى محاولة معالجة معدل الانتكاس العالي الذي يواجه المعتمدين على المواد النفسية، وركز الاهتمام على الرعاية اللاحقة ودورها في منع الانتكاس وأيضا زيادة الاهتمام بالعمليات المعرفية الكامنة وراء التغيرات في سلوك الإدمان وعلى وجه التحديد معرفة دور فاعلية الذات في تغير سلوك الاعتماد على المواد النفسية. لذلك ركزت هذه الدراسة على دور فاعلية الذات لمعالجة إساءة استعمال المواد النفسية، وقسمت العينة إلى ثلاثة أقسام، وتم مقارنة فاعلية الذات لدى المجموعات الثلاث عبر الفترات الزمنية (متابعة الحالة الصحية قبل، ومتابعة الرعاية الصحية بعد، ومتابعة الرعاية الصحية بعد ستة شهور). وأظهرت النتائج أن فاعلية الذات ازدادت بمرور الزمن، وأن الرعاية الصحية اللاحقة توقع تحسين الأسرة والعلاقات الاجتماعية وقلة المعاناة النفسية، وأن ارتفاع فاعلية الذات ما قبل وما بعد تنبؤ بالقضاء على الانتكاس، وأن النتائج تدعم الارتباط بين فاعلية الذات وتحسين الأداء وانخفاض معدلات الانتكاس وإساءة استعمال المواد النفسية" (Pare, 1999).

كما قام "كارين" Williams Karen عام ٢٠٠٩ بدراسة، هدفت إلى معرفة الفروق في التعامل على أساس فاعلية الذات عند مستويات مختلفة في علاج مرتكبي الجرائم والمعتمدين على المواد النفسية، وقد تكونت عينة الدراسة من (٣٣) من مرتكبي الجرائم والمعتمدين على المواد النفسية المسجلين في برنامج "تيوجيرسي" للعلاج من المخدرات، وتم قياس فاعلية الذات ودرجة الاعتماد على المواد النفسية، وتم تحليل البيانات باستخدام تحليل المتغيرات المتعدد والتحليل الوصفي، وتوصلت النتائج إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في فاعلية الذات وفي المستويات المختلفة من العلاج لدى مرتكبي الجرائم المعتمدين على المواد النفسية (Karen, 2009).

فروض البحث:

فروض البحث، ثلاثة، هي:

١ــ توجد فروق بين المعتمدين وغير المعتمدين على المواد النفسية، في الاليكسيثيميا في اتجاه مجموعة المعتمدين.

٢ــ توجد فروق بين المعتمدين وغير المعتمدين على المواد النفسية في الأعراض الاكتئابية، في اتجاه مجموعة المعتمدين.

٣ــ توجد فروق بين المعتمدين وغير المعتمدين على المواد النفسية في فاعلية الذات، في اتجاه مجموعة غير المعتمدين.

إجراءات البحث:

أولا: منهج البحث:

يعتمد البحث على المنهج الوصفي المقارن، حيث يعتمد على دراسة الفروق في الاليكسيثيميا والأعراض الاكتئابية وفاعلية الذات لدى عينة من المعتمدين على المواد النفسية، وغير المعتمدين على المواد النفسية.

ثانيا: عينة البحث:

تكونت عينة البحث من ١٢٠ وتنقسم إلى مجموعتين: الأولى من (٦٠) من المعتمدين على المواد النفسية، والثانية من (٦٠) من العاديين الذين لم يسبق لهم تناول أي مادة من المواد النفسية. وتم اختيار مجموعة المعتمدين على المواد النفسية بطريقة مقصودة، حيث تم تشخيصهم من قبل الطبيب النفسي، بأنهم من المعتمدين على المواد النفسية، كما تم اختيار المجموعة الثانية (غير المعتمدين على المواد النفسية)، من الأشخاص الذين يتفقون مع مجموعة المعتمدين على المواد النفسية على عدد من المتغيرات، فيما عدا متغير الاعتماد على المواد النفسية، حيث لم يسبق لأفراد المجموعة الثانية تناول أي مادة نفسية، وقد تراوح المدى العمري لعينة الدراسة ما بين ٢٠ إلى ٤٥ عاما.

جدول (١) مواصفات عينة الدراسة لمتغيرات محل الإقامة والنوع (معتمدين – غير معتمدين) والحالة الاجتماعية والسن ومستوى التعليم (ن= ١٢٠)

المتغيرات الديموجرافية	مجموعة	المعتمدين (ن= ٦٠)		غير المعتمدين (ن= ٦٠)		الإجمالي (ن= ١٢٠)	
		عدد	%	عدد	%	عدد	%
١ــ محل الأقامة	١ــ ريف	٤٠	٦٦,٧	٣٥	٥٨,٣	٧٥	٦٢,٥
	٢ــ حضر	٢٠	٣٣,٣	٢٥	٤١,٧	٤٥	٣٧,٥
	الإجمالي	٦٠	%١٠٠	٦٠	%١٠٠	١٢٠	%١٠٠
٢ــ الحالة الاجتماعية	١ــ أعزب	٢٥	٤١,٧	٣٠	٥٠,٠	٥٥	٤٥,٨
	٢ــ متزوج	٣٥	٥٨,٣	٣٠	٥٠,٥	٦٥	٥٤,٢
	الإجمالي	٦٠	%١٠٠	٦٠	%١٠٠	١٢٠	%١٠٠
٣ــ فئات السن	١ــ (٢٠-٣٠) سنة	١٥	٢٥,٠	٢٠	٣٣,٣	٣٥	٢٩,٢
	٢ــ (٣١-٤٠) سنة	٢٥	٤١,٧	٢٠	٣٣,٣	٤٥	٣٧,٥
	٣ــ (٤١-٤٥) سنة	٢٠	٣٣,٣	٢٠	٣٣,٣	٤٠	٣٣,٣
	الإجمالي	٦٠	%١٠٠	٦٠	%١٠٠	١٢٠	%١٠٠
٤ــ مستوي التعلوم	١ــ دون الابتدائية	١٠	١٦,٧	١٥	٢٥,٠	٢٥	٢٠,٨
	٢ــ الإبتدائية	١١	١٨,٣	١٤	٢٣,٣	٢٥	٢٠,٨
	٣ــ الإعدادية	١٨	٣٠,٠	٧	١١,٧	٢٥	٢٠,٨
	٤ــ الثانوي	٢٠	٣٣,٣	٢٠	٣٣,٣	٤٠	٣٣,٣
	٥ــ جامعي	١	١,٧	٤	٦,٧	٥	٤,٣
	الإجمالي	٦٠	%١٠٠	٦٠	%١٠٠	١٢٠	%١٠٠

ثالثا: أدوات الدراسة:

استخدم في هذا البحث ثلاثة مقاييس هي: مقياس الاليكسيثيميا، ومقياس بك للاكتئاب، ومقياس فاعلية الذات، وفيما يلي عرض مختصر لكل منها، وخصائصها السيكومترية.

١ــ مقياس الاليكسيثيميا Alexthymia: هذا المقياس أعده "تورنتو" وقامت "أميرة حمدي" بتعريبه، والمقياس يتمتع بخصائص سيكومترية جيدة، كما أشارت دراسات متعددة عبر العالم، ويتكون المقياس من (٢٠) فقرة، تقيس صعوبة في التعرف إلى المشاعر الذاتية والأحاسيس للآخرين، وصعوبة في التواصل النفسي والوجداني، ونقص القدرة على التخيل المرتبط بالمشاعر، ونقص في مهارة التعامل مع الآخرين. وينقسم المقياس إلى ثلاثة أبعاد رئيسة، هي: صعوبة وصف المشاعر Difficulty Describing Feelings، وصعوبة تمييز المشاعر Difficulty Indentifing Feeling ، والتفكير الموجه خارجيا Externally Oriented Thinking. وبجوار كل عبارة، خمسة اختيارات هي: (لا ينطبق – ينطبق الي حد ما – ينطبق بدرجة متوسطة – ينطبق بدرجة كبيرة – ينطبق تماما)، وتعطى في تصحيحها الدرجات (١ – ٢ – ٣ – ٤ – ٥) للعبارات الموجبة، والعكس في العبارات السالبة، وتتراوح الدرجة الكلية للمقياس ما بين (٢٠ – ١٠٠)، وكلما ارتفعت الدرجة على المقياس، كلما كان الفرد أكثر معاناة بأعراض الأليكسيثيميا، وكلما انخفضت الدرجة كلما كان الفرد أقل معاناة بأعراض الأليكسيثيميا.

المؤشرات السيكومترية للمقياس:

ثبات مقياس الاليكسيثيميا:

تم التحقق من ثبات مقياس الاليكسيثيميا في البحث الحالي، بعدة طرق هي: معامل ألفا كرونباخ، والثبات بطريقة التجزئة النصفية للمقياس ككل، مع تصحيح معامل الارتباط بين النصفين باستخدام معادلة "سبيرمان–براون"، على عينة (ن=٤٠) من المعتمدين على المواد النفسية، (جدول ٢).

جدول (٢) معامل ثبات ألفا كرونباخ وثبات التجزئة النصفية لأدوات البحث (ن= ٤٠)

مقياس	عدد الفقرات	معامل الفاكرونباخ	ثبات التجزئة النصفية للمقياس		
			معامل الارتباط بين النصفين	بعد التصحيح بمعادلة سبيرمان– براون	بعد التصحيح بمعادلة جتمان
١ــ الاليكسيثيميا	٢٠	٠,٨٣٩	٠,٧٤٤	٠,٨٥٣	--
٢ــ الاكتئاب	٢١	٠,٨٢٣	٠,٦١٥	--	٠,٧٣٦
٣ــ فاعلية الذات	٣٢	٠,٩١٤	٠,٨٩٤	٠,٩٤٤	--

وتشير نتائج الجدول (٢) أن مقياس الاليكسيثيميا يتمتع بمعاملات ثبات مرتفعة في هذا البحث، سواء باستخدام معامل ألفا كرونباخ (٠,٨٤)، أو ثبات التجزئة النصفية للمقياس مع تصحيح معامل الارتباط بين الجزئين باستخدام معادلة "سبيرمان – براون"، حيث بلغ معامل ثباته (٠,٨٥).

الصدق: تم التحقق من صدق مقياس الاليكسيثيميا في البحث الحالي باستخدام الصدق العاملي، حيث تم إجراء تحليل عاملي بطريقة المكونات الرئيسة لـ"هوتلنج"، ولم يتم تدوير عوامل المصفوفة العاملية، واعتبر العامل الأول قبل التدوير عاملا عاما، فإذا تشبعت على هذا العامل كل أو الغالبية العظمى من عبارات المقياس، دل ذلك على أن المقياس يتمتع بصدق عاملي، والجدول (٣) يوضح هذه النتائج.

جدول (٣) تشبع عبارات مقياس الاليكسيثيميا على العامل الأول قبل التدوير (العامل العام) واشتراكيات كل فقرة في المصفوفة العاملية

العبارة	التشبع	إشتراكيات	العبارة	التشبع	إشتراكيات
١	٠,٦٦٦	٠,٦٢٣	١١	٠,٧٤١	٠,٧٠٥
٢	٠,٨٣٣	٠,٧٥٨	١٢	٠,٤٠٥	٠,٦٤٠
٣	٠,٧٢٠	٠,٧٦٩	١٣	٠,٧٩٨	٠,٦٨٥
٤	٠,٢٩٣	٠,٨٢٢	١٤	٠,٦٦٧	٠,٧٠٠
٥	٠,٣٠٠	٠,٦٤٥	١٥	٠,٣٢٨	٠,٦٦٣
٦	٠,٦٦٠	٠,٧٩٢	١٦	٠,١١٠-	٠,٥٣٣
٧	٠,٧٤٧	٠,٨٣٦	١٧	٠,٥٠٣	٠,٦٦٩
٨	٠,٥٦٢	٠,٦١١	١٨	٠,١٦٨-	٠,٨٣٨
٩	٠,٧٨٠	٠,٧٥٥	١٩	٠,١٦١	٠,٦٨٤
١٠	٠,١٣٠	٠,٣٨٨	٢٠	٠,٠١٤	٠,٥٧٥

بمراجعة نتائج الجدول (٣) يمكن ملاحظة أن قيمة الجذر الكامن للعامل الأول بلغ (5,989)، واستحوز على نسبة تباين قدره (٢٩,٩٥%) من حجم التباين الارتباطي للمصفوفة العاملية، كما أن عبارات المقياس تشبعت على العامل الأول قبل التدوير، والذي يمثل العام العام، فيما عدا (٥) عبارات فقط، لم يصل تشبع كل منها إلى مستوى الدلالة وفقا لمحك جيلفورد (٠,٣)، مما يشير إلى أن المقياس صادق بشكل عام.

٢- مقياس "بيك" للاكتئاب: وهو تأليف "أرون بيك"، و"روبرت ستير"، وتعريب وإعداد "أحمد عبد الخالق"، ويتكون المقياس من (٢١) مجموعة من العبارات، التي تقيس الأعراض الاكتئابية. وتصحح قائمة بيك للاكتئاب بجمع التقديرات التي يعطيها المفحوص لكل من الواحد والعشرين بندا، ويتكون كل بند من مجموعة من أربع عبارات تقدر من (صفر – ٣)، والدرجة الكلية القصوي هي (٦٣). وإذا اختار المفحوص أكثر من عبارة واحدة داخل المجموعة استخدم العبارة ذات التقدير الأعلى لحساب الدرجة. وكلما ارتفعت درجة الفرد على هذا المقياس، كلما كان هذا دليل على أن الفرد يعاني من وجود أعراض اكتئابية، وكلما انخفضت درجته على المقياس كلما دل ذلك على أنه أقل معاناة من الأعراض الاكتئابية.

المؤشرات السيكومترية للمقياس:

ثبات مقياس بيك للاكتئاب:

تم التحقق من ثبات مقياس الاكتئاب في البحث الحالي بحساب معامل ألفا كرونباخ، ومعامل الثبات بطريقة التجزئة النصفية، مع تصحيح معامل الارتباط بين النصفين باستخدام معادلة "جتمان" على عينة حساب ثبات الأدوات وعددها (ن=٤٠) من المعتمدين على المواد النفسية. وتوضح نتائج الجدول (٢) أن مقياس الاكتئاب يتمتع بمعاملات ثبات مرتفعة في هذا البحث، سواء باستخدام معامل ألفا كرونباخ، الذي بلغ (٠,٨٢)، أو ثبات التجزئة النصفية للمقياس مع تصحيح معامل الارتباط بين الجزئين باستخدام معادلة "جتمان"، والذي بلغ (٠,٧٤).

صدق مقياس بيك للاكتئاب:

تم التحقق من صدق قائمة "بيك" للاكتئاب، سواء تلك التي قام بها "بيك" معد المقياس، أو التي قام بها الباحثون في مختلف دول العالم، فهذا المقياس واسع الانتشار عالميا، واستقر على أنه يتمتع بمعاملات صدق مرتفعة.

٢-مقياس فاعلية الذات: أعد هذا المقياس "هويدة حنفي"، لقياس فاعلية الذات، ويتكون من (٣٢) مفردة، وينقسم المقياس إلى أربعة أبعاد، هي: إنجاز الأداء، والخبرات البديلة، والاقتناع اللفظي، والاستثارة الانفعالية. وتتم الإجابة على كل فقرة من فقرات المقياس، من خلال خمسة اختيارات هي (كثيرا جدا - كثيرا - غير متأكد - أحيانا - نادرا)، ويتم تصحيح هذه الاختيارات، بإعطاء الدرجات التالية بنفس الترتيب (٥ - ٤ - ٣ - ٢ -١)، وتتراوح الدرجة الكلية على المقياس ككل ما بين الدرجة (٣٢) كأدنى درجة، والدرجة (١٦٠) كأعلى درجة. وكلما ارتفعت درجة الفرد على المقياس، كلما كان الفرد أكثر فاعلية للذات، وكلما انخفضت درجته كلما كان الفرد أقل فاعلية للذات.

المؤشرات السيكومترية للمقياس:

ثبات مقياس فاعلية الذات:

تم التحقق من ثبات مقياس فاعلية الذات في البحث (جدول ٢)، بحساب معامل الفا كرونباخ ، ومعامل الثبات بطريقة التجزئة النصفية على المقياس ككل، مع تصحيح معامل الارتباط بين النصفين باستخدام معادلة "سبيرمان - براون" (ن=٤٠) لدى المعتمدين على المواد النفسية. وتشير نتائج الجدول (٢) إلى أن مقياس فاعلية الذات يتمتع بمعاملات ثبات مرتفعة في هذا البحث، سواء باستخدام معامل ألفا كرونباخ، الذي بلغ (٠,٩١)، أو باستخدام معامل ثبات التجزئة النصفية للمقياس بعد تصحيح معامل الارتباط بين الجزءين باستخدام معادلة "سبيرمان - براون"، والذي بلغ (٠,٩٤).

صدق مقياس فاعلية الذات:

قام معد المقياس بالتحقق من صدقه من خلال: صدق المحكمين، والصدق العاملي وتضمن (التحليل العاملي الاستكشافي- الصدق العاملي التوكيدي).

١- **صدق المحكمين:** من خلال عرض المقياس على ستة من أعضاء هيئة التدريس بقسم علم النفس التربوي والصحة النفسية، وعليه تم حذف المفردات التي لم يتفق عليها(83,3%) فأكثر من المحكمين، وتم الإبقاء على المفردات التي اتفق عليها السادة المحكمون، وتراوحت نسب الاتفاق على صلاحية مفردات المقياس بين (83,3% - 100%)، أي خمسة محكمين من إجمالي عددهم البالغ ستة محكمين.

٢-الصدق العاملي:

أ-التحليل العاملي الاستكشافي :Exploratory Factor Analysis

تم استخدام أسلوب التحليل العاملي الاستكشافي للتحقق من الصدق العاملي لمقياس فاعلية الذات لطلاب الجامعة عن طريق إخضاع مصفوفة الارتباطات بين عبارات المقياس (٤٤) عبارة لدى عينة الاستطلاعية (٢٠٢) طالبا وطالبة من طلاب كلية التربية جامعة الاسكندرية. وبعد حساب معاملات التحقق من كفاءة المعاينة Measures of Sampling Adequacy ، والتي يطلق عليها "MSA "، (وهو الارتباط الجزئي)، وذلك لكل مفردة، وتراوحت قيمها ما بين (0,846 إلى 0,918) وهي قيم مرتفعة.

ب-الصدق العاملي التوكيدي : Comfirmatory Factor Analysis

كما تم التحقق من صدق البناء الكامن (التحتي) لمقياس فاعلية الذات لطلاب الجامعة عن طريق نموذج عامل الكامن الواحد (ن= ٢٠٢) طالبا وطالبة بالمرحلة الجامعية، وذلك للتحقق من كون العوامل الأربعة تتشبع على عامل كامن باستخدام برنامج "ليزرال" Lisrel. ونتائج التحليل أن تشبع إنجاز الأداء (0,74)، والخبرات البديلة (0,69)، والاقتناع اللفظي (0,74)، والاستثارة الانفعالية (0,68). وأن جميع التشبعات ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0,01). وأن كل التشبعات أو معاملات الصدق دالة إحصائيا عند مستوي دلالة (0,01).

رابعا: الأساليب الإحصائية المستخدمة في البحث:

تم استخدام الأساليب الإحصائية التالية، في البحث:

١ــ الدلالة الإحصائية للفروق بين متوسطات المجموعات غير المرتبطة، باستخدام قيمة "ت" T.test.

٢ــ معامل ارتباط "بيرسون" للتحقق من ثبات وصدق أدوات البحث.

٣ــ التحليل العاملي بطريقة المكونات الرئيسة لـــ"هوتلنج"، قبل التدوير، للتحقق من صدق أدوات البحث.

نتائج البحث ومناقشها وتفسيرها :

تم استخراج نتائج البحث، باستخدام حزمة البرامج الإحصائية (SPSS)، والجدول (٤) يعرض نتائج الفروض الثلاثة للبحث، بحساب الدلالة الإحصائية للفروق بين متوسطات المجموعات غير المرتبطة، باستخدام قيمة "ت" T.test.

جدول (٤) الدلالة الإحصائية باستخدام قيمة "ت" للفروق بين متوسطات مجموعتي المعتمدين (ن= ٦٠) وغير المعتمدين على المواد النفسية (ن= ٦٠) في كل من الإلكسيثيميا والأعراض الاكتئابية وفاعلية الذات

مقياس	مجموعة	عدد	المتوسط	الأنحراف المعياري	قيمة "ت"	الدلالة
١ــ الاليكسيثيميا	المعتمدين	٦٠	٦٩,٨٠	١,٥٨٠	١٠,٦٢٠	٠,٠٠١
	غير المعتمدين	٦٠	٤٦,٣٧	١,٥٤١		
٢ــ الاكتئاب	المعتمدين	٦٠	٣٦,٨٢	١,٠٣٦	١٥,٢٢٣	٠,٠٠١
	غير المعتمدين	٦٠	١٢,٣٣	١,٢٣٠		
٣ــ فاعلية الذات	المعتمدين	٦٠	٧٠,٩٧	٢,٤٥٩	١٧,٨٢٧	٠,٠٠١
	غير المعتمدين	٦٠	١٢٣,١٧	١,٥٩٠		

١ــ نتائج الفرض الأول:

ينص الفرض الأول على أنه: "توجد فروق بين المعتمدين وغير المعتمدين على المواد النفسية، في الاليكسيثيميا في اتجاه مجموعة المعتمدين".

بمراجعة نتائج الجدول (٤)، يمكن ملاحظة أن مجموعة المعتمدين على المواد النفسية، حصلت على متوسط (م = 69,8 ، ع = 1,58) على مقياس الاليكسيثيميا، وهو متوسط أعلى من متوسط مجموعة غير المعتمدين على المواد النفسية (م = 46,37، ع = 1,54)، وبلغت قيمة "ت" (10,62)، ولها دلالة عند مستوى (0,001). وتشير هذه النتيجة إلى أن مجموعة المعتمدين على المواد النفسية، أكثر معاناة لأعراض الاليكسيثيميا، وذلك بمقارنتهم مجموعة غير المعتمدين على المواد النفسية، وتأتي هذه النتيجة مؤيدة لصحة الفرض الأول من البحث.

وفي محاولة لتفسير نتيجة الفرض الأول، والتي أظهرت أن المعتمدين على المواد النفسية أعلى في مؤشرات الاليكسيثيميا، وذلك بمقارنتهم بغير المعتمدين على المواد النفسية، فقد اتفقت هذه النتيجة، مع ما توصلت إليه دراسة Ghalehban, M. & Mohammed Ali, M. (2011) من وجود فروق بين المعتمدين وغير المعتمدين في الاليكسيثيميا في اتجاه المعتمدين على المواد النفسية، كما تتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسات كلا من Mischel B. Leonard; Warner J .Benjamin (2007) Walgren (1995); Handelsman, et al (2000)

ويمكن تفسير هذه النتيجة، بأن الاليكسيثيميا تتميز بضعف في التعبير والتمييز عن المشاعر، وصعوبة في التخيل وعدم القدرة على إدراك الانفعالات، بالإضافة إلى عدم القدرة أو تجنب مواجهة المواقف الضاغطة، وأن من المحكات التشخيصية للاليكسيثيميا أن الفرد يواجه أمراض جسدية وشكاوى نفسية لا يوجد لها تفسير، وقد أشار Hozoori, et

al. (2013) أن الاليكسيثيميا ترتبط مع تعاطي المخدرات والقلق والوسواس القهري. وأنه من أشكال المواد النفسية المهلوسات، والتي تسبب تشويه حسي وتشويه في الإدراك، وهذا ما يميز الاليكسيثيميا، حيث تجعل الفرد غير مدرك أو يخلط بين معنى ردود أفعال الآخرين، وهذا ما يفسر ارتفاع درجة المعتمدين على المواد النفسية على مقياس الاليكسيثيميا، وذلك بمقارنتهم بغير المعتمدين على المواد النفسية.

٢ــ نتائج الفرض الثاني:

ينص الفرض الثاني على أنه: "توجد فروق بين المعتمدين وغير المعتمدين على المواد النفسية، في الأعراض الاكتئابية في اتجاه مجموعة المعتمدين".

بمراجعة نتائج الجدول (٤)، يمكن ملاحظة أن مجموعة المعتمدين على المواد النفسية، حصلت على متوسط (م= 36,82 ، ع = 1,04) على مقياس "بيك" للاكتئاب، وهو متوسط أعلى من متوسط مجموعة غير المعتمدين على المواد النفسية (م = 12,33، ع = 1,23)، وبلغت قيمة "ت" (10,62) (15,223) ولها دلالة عند مستوى (0.001). وتشير هذه النتيجة إلى أن مجموعة المعتمدين على المواد النفسية، أكثر معاناة لأعراض الاكتئاب، وذلك بمقارنتهم بمجموعة غير المعتمدين على المواد النفسية، وتأتي هذه النتيجة مؤيدة لصحة الفرض الثاني من البحث.

وتأتي نتيجة الفرض الثاني من البحث، متفقة مع نتائج عدد من الدراسات التي توصلت أيضا إلى أن المعتمدين على المواد النفسية، أكثر اكتئابا من غير المعتمدين على المواد النفسية، كدراسات كل من Brett J. Deacon, et al. (2004) ، R . Panoski , et al. (2007)، Benjamin I. Goldstein(2009) ، وتتسق هذه النتيجة أيضا، مع ما يذهب إليه "حامد زهران" (١٩؟؟)، بأن من أسباب الاعتماد على المواد النفسية، اضطراب الشخصية والتوتر والاكتئاب، حيث يكون لدى الفرد عدم القدرة على مواجهة المشكلات المتراكمة. ولذلك يزداد الاكتئاب عند المعتمدين على المواد النفسية، حيث أن الفرد يحاول تجنب المشكلات وعدم مواجهتها، مما يزيد لديه مشاعر العجز، ويدفعه إلى الاعتماد على المواد النفسية، كما أن الشعور الإيجابي يكون شعورا مؤقتا، فغالبا ما ينقلب إلى انتكاسة، ويشعر الفرد بالاكتئاب، وانعدام القيمة، وفقدان الأمل، مما يفسر ارتفاع درجة المعتمدين على المواد النفسية، على مقياس بيك للاكتئاب، وذلك بمقارنتهم بغير المعتمدين على المواد النفسية.

٢ــ نتائج الفرض الثالث:

ينص الفرض الثالث على أنه: "توجد فروق بين المعتمدين وغير المعتمدين على المواد النفسية، في فاعلية الذات، في اتجاه مجموعة غير المعتمدين".

بمراجعة نتائج الجدول (٤)، يمكن ملاحظة أن مجموعة المعتمدين على المواد النفسية، حصلت على متوسط (م = 70,97، ع = 2,46)، على مقياس فاعلية الذات، وهو متوسط أقل من متوسط مجموعة غير المعتمدين على المواد النفسية (م = 123,17، ع = 1,59)، وبلغت قيمة "ت" (17,83)، ولها دلالة عند مستوى (0,001).. وتشير هذه النتيجة إلى أن مجموعة المعتمدين على المواد النفسية، أقل كفاءة للذات، وذلك بمقارنتهم بمجموعة غير المعتمدين على المواد النفسية، وتأتي هذه النتيجة مؤيدة لصحة الفرض الثالث من البحث.

ويمكن تفسير هذه النتيجة، والتي مؤداها أن المعتمدين على المواد النفسية أقل في مؤشرات فاعلية الذات من غير المعتمدين على المواد النفسية، بأن فاعلية الذات تتضمن تنظيم معتقدات الفرد للقيام بمستويات معينة من الإنجاز، والتغلب على الأزمات والعقبات بمختلف الأساليب، وتنظيم طرق تفكير الفرد لمواجهه الانفعالات بشكل صحيح، وحيث أن المعتمدين على المواد النفسية، يكون لديهم قصور في توجيه تفكيرهم لإدراك الانفعالات بشكل صحيح، وأن المعتمدين يميلون إلى الهروب من مواجهة المشكلات، وغياب معتقدات الفرد وقناعاته وطموحاته المستقبلية، التي تتأثر بشكل كبير بالنواحي الجسدية والمعرفية والانفعالية والاجتماعية، حيث تجعل الفرد لديه رغبة بالشعور بالاطمئان والثقة

والشجاعة، وذلك ما تمنحه المواد النفسية الشعور بالتمتع بالبهجة والسرور الزائف والمؤقت، وأنه سرعان ما ينقلب إلى حالة من الاكتئاب والحزن العميق وانخفاض الروح المعنوية. لذا فإن غير المعتمدين على المواد النفسية (الأسوياء) يكون لديهم القدرة على توجيه وتنظيم نمط تفكيرهم والتخلي عن خبرات الفشل والصراع من أجل الإنجاز. ولذلك أوضحت الدراسات أن غير المعتمدين على المواد النفسية لديهم مستوى أعلى من فاعلية الذات، مقارنة بالمعتمدين على المواد النفسية.

التوصيات:

هناك بعض التوصيات المشتقة من نتائج البحث، يمكن حصرها فيما يلي :

١ــ بناء برامج علاجية للمعتمدين على المواد النفسية، تستهدف خفض حدة الاضطرابات النفسية التي أظهرت نتائج البحث أنها من العوامل المؤدية للاعتماد على المواد النفسية.

٢ــ التوسع في إنشاء مراكز للإرشاد النفسي، في المدارس والجامعات والأندية الرياضية والاجتماعية وفي الأحياء والمستشفيات، هدفها توعية الشباب من خطورة الاعتماد على المواد النفسية، وكيفية مواجهة ظروف الحياة الصعبة بشكل سليم، دون الهروب منها بالاعتماد على المواد النفسية.

٣ــ وضع برامج تدريبية تستهدف رفع المستوي المهني للأخصائي النفسي في المدراس، والجامعات، والأندية والمستشفيات، بما يجعله قادرا على القيام بمهامه والتوعيه والتوجيه بالشكل السليم.

٤ــ محاولة الوصول إلى حلول جذرية للمشكلات التي قد تؤدي إلى لجوء الأفراد إلى الاعتماد على المواد النفسية.

٥ــ وضع برامج إرشادية وعلاجية تستهدف تقوية الذات وفاعليتها، وخفض أعراض الاكتئاب، وخفض مؤشرات الاليكسيثيميا، لدى الأفراد سواء لطلاب المدارس والجامعات، أو لدى الشباب في الأندية، أو لدى المراجعين في المستشفيات.

المراجع:

إبراهيم الحسن الحكمي (٢٠٠٩) .الذكاءات المتعددة وفاعلية الذات لدي بعض طلاب وطالبات جامعة الطائف . دراسات نفسية، كلية التربية .جامعة الطائف. مج١٩.ع٤ . ص ص ٧٦١-٨٦٣ .

أحمد حسن خالد فرحان (٢٠١١) . فاعلية برنامج علاجي عقلاني انفعالي سلوكي في تخفيف اعراض الاكتئاب لدي طلاب المرحلة الثانوية في مدنية تعز. رسالة دكتوراه ، كلية الاداب . جامعة اسيوط.

أحمد رفعت عبد الواحد أحمد (٢٠١٣) . طبيعة العلاقة بين الاليكسيثيميا والشكاوى الجسمية والرضا عن الحياة. المجلة العلمية لكلية الاداب .جامعة اسيوط . عدد ٤٦ . ص ص ٧ -٧٠ .

أسامة مرزوق محمد واخرون (٢٠١٧) . المقياس التشخيصي لمتلازمة اعتماد المواد النفسية، دراسات عربية في التربية وعلم النفس. ع ٨٢ . ص ص ٤١٨-٤٢٤.

بكر محمد سعيد عبد الله (٢٠١٥) .الاليكسيثيميا وعلاقتها باضطراب اجهاد ما بعد الصدمة في ضوء متغيري العمر والأحداث الصدمية لدي طلاب الدراسات العلىا: دراسة سيكومترية ، *مجلة التربية* .ع ١٦٥ .ج ٣.ص ٧٤

ثائر أحمد غباري ، خالد محمد ابو شعيرة (٢٠١٠). سيكولوجية الشخصية. عمان. مكتبة المجتمع العربي للنشر والتوزيع.

حامد عبد السلام زهران (١٩٧٧). الصحة النفسية والعلاج النفسي .القاهرة .عالم الكتب.

سحر احمد حسين سليم (٢٠١٧) .الاليكسيثيميا وعلاقته بالتوافق النفسي للتلاميذ ذوي الصعوبات التعلم ، مجلة التربية الخاصة والتأهيل، ج ٦ عدد ٢١ .ص ١٣٩-٩١ .

سلوى محمد محمد محمود (٢٠١٠). السلوك الصحي واستراتيجيات التعايش كمتغيرات معدلة للعلاقة بين مثيرات المشقة والأعراض الاكتئابية لدي عينة من مريضات سرطان الثدي. رسالة دكتوراه غير منشورة . كلية الأداب . جامعة اسيوط .

سليمان عبد الواحد يوسف (٢٠١٥).أثر التدريب القائم على الكفاءة الاجتماعية – الانفعالية في خفض الاليكسيثيميا والانفعالات الاكاديمية السلبية لدي تلاميذ المرحلة الابتدائية ذوي صعوبات التعلم الاجتماعية والانفعالية. دراسات عربية في التربية وعلم النفس . ع٦١ .جزء٢ .ص٢٤.

صفوت فرج (٢٠٠٠). علم النفس الاكلينيكي للراشدين. القاهرة . مكتبة الأنجلو المصرية.

صموئيل تامر بشري (٢٠٠٥). فعالية العلاج بالواقع في خفض الاعراض الاكتئابية لدي طلاب الجامعة في ضوء الاختبار لجلاسر، رسالة دكتوراه غير منشورة . كلية الاداب . جامعة أسيوط.

طلعت أحمد حسن على(٢٠١٥). فعالية الذات قائم على العلاج باللعب في خفض حدة أعراض الاكتئاب. مجلة كلية التربية. مجلد ٣١، عدد ٤، ج١ . ص ٥٧٩.

طه أحمد المستكاوي (٢٠١٩). نظريات الشخصية. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية (تحت النشر).

عادل عبد الله محمد (١٩٩٧). مقياس الاكتئاب. مكتبة الأنجلو المصرية. القاهرة.

عبد الستار ابراهيم و عبد الله عسكر (٢٠٠٨). علم النفس الاكلينيكي. القاهرة. مكتبة الأنجلو المصرية.

عبد المحسن ديغم (٢٠٠٨). الفاعلية الذاتية وأساليب مواجهة الضغوط للتمييز بين الامل والتفاؤل. دراسات عربية في علم النفس، مجلد ٧، عدد ١ . ص ٨٥-١٥٠.

على عودة محمد (٢٠١٣). فاعلية الذات على وفق التمايز النفسي لدي طلبة الجامعة: درساة مقارنة. مجلة العلوم التربوية والنفسية. الجمعية العراقية للعلوم التربوية والنفسية . عدد ١٠٢ . الصفحات ١-٤١

لمي صلاح غنيم (٢٠١٥) .اضطراب الوجدان "الاكتئاب" .مركز عين شمس. مركز الارشاد النفسي. عدد ٤٢. ص٤٤٨-٤٢٩ .

مايسة جمعة (٢٠٠٧). تعاطي المخدرات بين مشاعر المشقة وتقدير الذات. القاهرة .مكتبة الدار العربية للكتاب.

محمد ابراهيم عطا الله (٢٠١٦) .أساليب مواجهة الضغوط النفسية وعلاقتها بفاعلية الذات وجودة الحياة لدي معاوني أعضاء هيئة التدريس ، جامعة المنصورة . مركز الارشاد النفسي، عدد ٤٨ ، ص ٣٧-٧٧.

محمد السيد عبد الرحمن(١٩٩٨). دراسات في الصحة النفسية (الجزء الأول). القاهرة. دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع.

محمد حسن غانم (٢٠٠٥). العلاج والتاهيل النفسي والاجتماعي للمدمنين. القاهرة. مكتبة الأنجلو المصرية.

محمد سعد حامد (٢٠١٠). الأكتئاب وعلاقته بتقدير الذات ومعني الحياة لدي الشباب. الاسكندرية. دار الفكر الجامعي.

محمد شعبان احمد محمد (٢٠١٤). البناء العاملي للاليكسيثيميا لدي عينة من طلبة الجامعة المتاخرين دراسيا. مجلة جامعة الفيوم للعلوم التربوية والنفسية. ع ٣ .ع٣. ص ١٧٨-١٨٢

مصطفي على رمضان (٢٠١٧). تنظيم الانفعال وعلاقته بالاليكسيثيميا لدي عينة من طلاب الجامعة : دراسة سيكومترية اكلينيكية . دراسات عربية في التربية وعلم النفس. عدد ٨٢ .ص ٢١٢-١٤٣ .

نادية محمود غنيم عبد العزيز (٢٠١٤). صعوبة تعرف المشاعر (الاليكسيثيميا) في علاقتها بصورة الجسم والضغوط النفسية لدي عينة من المراهقين. دراسات عربية في التربية وعلم النفس. عدد ٥٦ .ج ٣. ص ١١٧-١٥٨.

نسمة لطفي شعبان (٢٠١٥). الاليكسيثيميا وعلاقتها بالاكتئاب لدي عينة من المراهقين بالمنيا. مجلة البحث في التربية وعلم النفس. م٢٨ ، ع ١ ،ج٣ ، ص ١١٧-١٤٣ .

هبة ابراهيم القشيشي ، مصطفي ابراهيم محمد (٢٠١٩). الفروق في السلوك التوكيدي بين المعتمدين وغير المعتمدين على المواد النفسية، المجلة التربوية، كلية التربية ج٥٩ ص٥٨٢-٥٩١.

هويدة حنفي محمود (ب.ت). مقياس فاعلية الذات. القاهرة. مكتبة الأنجلو المصرية.

Benjamin, W. J. (2007). *The relationship between alexithymia , wellness,and substance dependence,* Ph.D, University of New Orieans Uunited States-Louisiana.

Carpenter, K. M. and Addis, M. E. (1999). *Alexithymia, Gender, and Responses todepressive symptoms* , Clark University.

Deacon, B. J., et al. (2004). Panic attacks, depression and anxiety symptoms,and substance use behaviors during late adolescence, *Journal of Anxiety Disorders* ,volume 18, Issue 5, pages 573-585.

Donnaj, P. (2006). *The Family environment , alexithymia, and adolescent substance abuse* , Ph.D ,The University of Montana, United States-Montana.

Goldstein, B. L. (2009). Substance use and the treatment of resistant depression in adolescents, *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry,* Volume 48, Issue 12, Pages 1182-1192.

Handelsman, L. (2000). Alatent variable analysis of coexisting emotional deficits in substance abusers: *Alexithymia Hostility, and Ptsd, Addicitive Behaviors*. Volume 25, Issue 3, pages 423-428.

Haviland .M. G., et al. (1994). Alexithymia in women and men hospitalized for psychoactive substance dependence,*Compredensive Psychiatry,* Volume 35, Issue 2, pages 124-128.

Jason, T. (2008). Alexithymia (An Imaginative Aproach), *Psychotherapy Australia Journal,* Vol. 4 , page 1.

Jason, T. (2009). Emotionaliy Dumb(an overview of alexithymia.

Karen, W. (2009). *The Relationship between coping self-efficacy and substance abuse treatment provided to individuals in the new jersey drug court program*, Ph.D, Walden University , United States.

Labbe, J. L. (1998). *Self-efficacy and learning helplessness as predictors of premature termination of substance abuse treatment,* Ph.D ,The University of Memphis, United States-Tennessee.

Lynn, A. H. (1996). *Exploring the comorbidity of alexithymia depression disorders in a substance abusc population,* Ph.D, Texas Tech University , United States- Texas.

Panoki, R., et al. (2007). Addicition and depression diseases in primary families of young women dependets of several psychoactive substance , *European psychiatry,* volume 22,page195.

Peggy, F. (2001). *The effect of a jail-based substance-abuse program on anxiety , depression , and locus of control,*Ph.D, Andrews university , united states –Michigan.

Walgren, M. B. (1995). *Alexithymia and levels of emotional development in a substance abuse population,* Ph.D , university of Minnesota ,united states-minnesota.

United Nations Office on Drugs and Crime (2015). *2015 World Drug Report finds drug use stable access to drug & HIV treatment still low.* Vienna International Centre, Austria.

Vauter, A. (1998). *Relationship between frequencies and satisfaction with recreation therapy interventions and self-efficacy, loneliness, cooperation and trust among persons who abuse substances,* Ed.D ,Temple university, united states-pennsylvania.

Yang, Y.; Li, X.; Zhao, J.; Xue, M.; Zhang, M.; Wang, C.; Song, H.; He, L.; Guo, W. & Gong, P. (2019). 5-HTTLPR and COMT Val158Met are not associated with alexithymia: New evidence and meta-analyses. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, Volume 92, 8 June 2019, pp. 263 – 270.

Yekta,M., et al. (2011). Exploring the comorbidity of alexithymia, depression disorders, and personality disorders in a substance abuse population, *Procedia-social and Behavioral sciences ,* vol30 ,pages 133-137.