



جامعة زيان عاشور - الجلفة -

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم النفس والفلسفة



مظاهر العجز عن التعبير الانفعالي (الالكسيتيميا) لدى المصابين بالاضطرابات
الجسدية

دراسة عيادية على بعض الحالات بولاية الجلفة -

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في علم النفس العيادي

إشراف الأستاذة:

د. غديري مروة

إعداد الطالبات :

• مشلفخ فاطمة الزهراء نهاد

• مقربي اية خضرة

الموسم الجامعي: 2025/2026

الأهداء

﴿وَأَخِرُ دَعْوَاهُمْ أَنْ الْحَمْدُ لِلَّهِ رَبِّ الْعَالَمِينَ﴾ —سورة يونس، الآية 10

الحمدُ لله الذي بنعمته تتمُّ الصالحات، والذي وفقنا لإتمام هذا العمل بعد تعبٍ واجتهاد،
فله الحمد أولاً وآخرًا. نهدي ثمرةً جهدنا هذه إلى من كان دعاؤهما سرًّا نجاحنا، ونورَ طريقنا،
إلى ابائنا وامهاتنا الاعزاء، حفظهم الله وأدامهم سنَدًا وفخرًا لنا. وإلى كل من قدّم لنا كلمة دعمٍ
أو نصيحةً أو تشجيعًا طوال مسيرتنا الدراسية. كما نهدي هذا العمل إلى أساتذة الأفاضل
الذين أناروا لنا طريق العلم والمعرفة، وإلى كل صديقاتنا وأحببتنا الذين شاركونا لحظات التعب
والامل.

وختامًا، نحمدُ الله تعالى على توفيقه وكرمه، ونسأله أن يجعل هذا العمل نافعًا
ومباركًا.

شكر وعرفان

قال الله تعالى:

((وَإِذْ تَأْتِيَنَّكُمْ لَنَا بِشُكْرِكُمْ لَأَزِيدَنَّكُمْ وَلَئِنْ كَفَرْتُمْ إِنَّ عَذَابِي لَشَدِيدٌ))

سورة إبراهيم الآية 07

الحمد والشكر لله الذي وفقنا في إعداد وإنجاز هذه المذكرة
نتقدم بخالص الشكر والتقدير للدكتورة المشرفة غديري مروة التي تابعت هذا العمل بنصائحها
وتوجيهاتها طوال فترة البحث.

ملخص الدراسة باللغة العربية

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على العجز عن التعبير الانفعالي (الألكسيثيميا) وعلاقته بالاضطرابات الجسدية ، وذلك من خلال دراسة مجموعة من التساؤلات المتعلقة بمدى تأثير صعوبة التعبير عن المشاعر والانفعالات في ظهور بعض الاضطرابات الجسدية لدى الأفراد، إضافة إلى محاولة الكشف عن الخصائص النفسية والانفعالية المميزة للحالات المدروسة .

ولتحقيق أهداف الدراسة تم إجراء دراسة عيادية على ثلاث حالات تعاني من اضطرابات الجسدية مختلفة، تمثلت في حالة تعاني من القولون العصبي، وحالة تعاني من قرحة المعدة، وأخرى تعاني من الصدفية، حيث تم اختيار الحالات بطريقة قصدية بما يتناسب وطبيعة الموضوع. واعتمدت الدراسة على المنهج العيادي المتمثل في دراسة الحالة، وذلك باستخدام المقابلة العيادية نصف الموجهة، والملاحظة العيادية، بالإضافة إلى تطبيق مقياس تورونتو للألكسيثيميا (TAS-20) لقياس مستوى العجز عن التعبير الانفعالي، ومقياس كورنل للأعراض السيكوسوماتية للكشف عن طبيعة الاضطرابات النفسجسمية لدى الحالات المدروسة، من أجل جمع المعطيات المتعلقة بالجوانب النفسية والانفعالية وتحليلها تحليلاً عيادياً. وبعد تحليل الحالات وتفسير المعطيات المتحصل عليها، توصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج أهمها :

استخلصت النتائج التي توصلت إليها الدراسة:

1. وجود مظاهر واضحة للألكسيثيميا لدى الحالات المدروسة، تمثلت في صعوبة تحديد المشاعر ووصفها لفظياً.
2. ميل الحالات إلى كبت الانفعالات والتعبير عنها بصورة جسدية بدل التعبير النفسي المباشر.
3. سيطرة نمط التفكير الموجه نحو الخارج وضعف القدرة على التخيل والتعبير الوجداني لدى الحالات.
4. ارتباط الضغوط النفسية والانفعالية بتفاقم الأعراض السيكوسوماتية لدى الحالات المدروسة.
5. اختلاف شدة الأعراض الانفعالية والجسدية من حالة إلى أخرى حسب طبيعة الاضطراب لكل حالة.

وفي الأخير قدمت الدراسة مجموعة من التوصيات منها:

- ضرورة الاهتمام بالجوانب النفسية والانفعالية لدى مرضى الاضطرابات الجسدية.
- تفعيل دور المختص النفسي داخل المؤسسات الاستشفائية لمراقبة المرضى نفسياً.
- العمل على تنمية مهارات التعبير الانفعالي والتفريغ النفسي لدى المرضى.
- إجراء دراسات عيادية معمقة حول الألكسيثيميا وعلاقتها بالاضطرابات النفسجسمية المختلفة.
- تعزيز التكفل النفسي إلى جانب العلاج الطبي من أجل تحسين الصحة النفسية والجسدية للمريض.

الكلمات المفتاحية: الاضطراب الجسدي - المنهج العيادي - دراسة الحالة - مقياس تورونتو (TAS-20)

ملخص الدراسة باللغة الأجنبية

Abstract: This study aimed to identify alexithymia (difficulty in emotional expression) and its relationship with psychosomatic disorders through addressing a set of questions related to the impact of difficulties in expressing emotions and feelings on the emergence of psychosomatic disorders among individuals. It also sought to explore the psychological and emotional characteristics of the studied cases. In order to achieve the objectives of the study, a clinical study was conducted on three cases suffering from different psychosomatic disorders, namely irritable bowel syndrome, gastric ulcer, and psoriasis. The cases were intentionally selected according to the nature of the topic. The study relied on the clinical approach represented by the case study method, using semi-structured clinical interviews and clinical observation, in addition to the application of the Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) to measure the level of difficulty in emotional expression, and the Cornell Scale for psychosomatic symptoms to identify the nature of psychosomatic disorders among the studied cases, in order to collect data related to the psychological and emotional aspects and analyze them clinically.

main results:

The main findings of the study are:

1. The presence of clear manifestations of alexithymia among the studied cases, represented by difficulties in identifying and verbally describing emotions.
2. The tendency of the cases to repress emotions and express them through physical symptoms rather than direct psychological expression.
3. The dominance of externally oriented thinking, along with weak imagination and emotional expression among the cases.
4. The association between psychological and emotional stress and the aggravation of psychosomatic symptoms in the studied cases.
5. Differences in the severity of emotional and physical symptoms from one case to another depending on the nature of the disorder and the psychological background of each case.

Finally, the study presented a set of recommendations including:

- The necessity of paying attention to the psychological and emotional aspects of patients with psychosomatic disorders.
- Activating the role of psychologists within healthcare institutions to provide psychological support for patients.
- Working on developing emotional expression and emotional release skills among patients.
- Conducting further in-depth clinical studies on alexithymia and its relationship with psychosomatic disorders.
- Enhancing psychological care alongside medical treatment in order to improve the patient's psychological and physical health.

Keywords:

- Keywords: Alexithymia – Psychosomatic Disorders – Clinical Approach – Case Study – Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) – Cornell Scale for Psychosomatic Symptoms.

فهرس المحتويات

الصفحة	المحتويات
	الإهداء
	شكر وعرهان
	ملخص الدراسة باللغة العربية
	ملخص الدراسة باللغة الأجنبية
	فهرس المحتويات
	قائمة الجداول
	قائمة الإشكال
	قائمة الملاحق
	المقدمة.
الجاناب المنهجي	
الفصل الأول : الاطار عام للدراسة	
05	1-اشكالية الدراسة وتساؤلاتها
07	2-الفرضيات
08	3-أهمية الدراسة
08	4-أهداف الدراسة
09	5-تحديد مفاهيم و مصطلحات الدراسة
09	6-الدراسات السابقة
الفصل الثاني:	
17	تمهيد
17	1-نشأة مصطلح الالكسيتيميا
18	2- تعريف الالكسيتيميا

20	3- مكونات الاكسيتيميا
20	4-انواع الاكسيتيميا
21	5-ابعاد الاكسيتيميا
21	6- اسباب الاكسيتيميا
23	7- اعراض الاكسيتيميا
23	8- نظريات المفسرة للاكسيتيميا
27	9- تشخيص الاكسيتيميا
29	10-العلاجات النفسية الخاصة بالاكسيتيميا
32	11-الاكسيتيميا والاضطرابات الجسدية
32	خلاصة
الفصل الثالث:	
35	تمهيد
36	1-تعريف الاضطرابات الجسدية
37	2-تصنيف الاضطرابات الجسدية حسب dsm5
38	3-النظريات المفسرة للاضطرابات الجسدية
41	4-علاج الاضطرابات الجسدية
43	5- انواع الاضطرابات الجسدية
43	ا- القولون
48	ب- القرحة المعدية
52	ج-الصدفية
57	خلاصة
الجانب التطبيقي	
الفصل الرابع: منهجية الدراسة	
60	تمهيد

61	1-منهج الدراسة
61	2-حدود الدراسة
62	3-مجتمع وحالات الدراسة
62	4-اداة الدراسة
69	5-الخصائص السيكومترية لادوات الدراسة
71	6-الاساليب الاحصائية المستخدمة في الدراسة
الفصل الخامس: عرض ومناقشة نتائج الدراسة على ضوء الفرضيات	
75	تمهيد
76	1- تقديم الحالة الاولى
76	2-ملخص المقابلة للحالة الاولى
77	3- التحليل الكيفي للحالة الاولى
78	4- الجدول الكمي والتحليل الكمي للحالة الاولى
80	5-عرض وتحليل نتائج تطبيق المقاييس على الحالة الاولى
82	6-مناقشة نتائج الحالة الاولى في ضوء الفرضية العامة
83	7- تقديم الحالة الثانية
83	8- ملخص المقابلة للحالة الثانية
84	9- التحليل الكيفي للحالة الثانية
85	10-الجدول الكمي والتحليل الكمي للحالة الثانية
87	11 - عرض وتحليل نتائج تطبيق المقاييس على الحالة الثانية
89	12-مناقشة نتائج الحالة الاولى في ضوء الفرضية العامة
90	13- تقديم الحالة الثالثة
90	14- ملخص المقابلة للحالة الثالثة
91	15-التحليل الكيفي للحالة الثالثة
92	16-الجدول الكمي والتحليل الكمي للحالة الثالثة

94	17- عرض وتحليل نتائج تطبيق المقاييس على الحالة الثالثة
96	18-مناقشة نتائج الحالة الثالثة في ضوء الفرضية العامة
97	19-مناقشة نتائج الحالات في ضوء الفرضيات الجزئية
100	20-مناقشة الفرضيات الجزئية في ضوء الدراسات السابقة
102	التوصيات
103	الخلاصة
104	قائمة المراجع
110	الملاحق

قائمة الجداول

الرقم	العنوان	الصفحة
01	ابعاد وارقام بنود كل بعد في مقياس تورنتو TAS-20	63
02	نقاط العتبة للالكسيتيميا في مقياس تورنتو TAS-20	63
03	يبين عدد الاسئلة في كل مقياس فرعي لقائمة كورنل للنواحي العصبية والسيكوسوماتية	65
04	يبين مستويات الاضطرابات السيكوسوماتية لقائمة كورنل للنواحي العصبية والسيكوسوماتية	66
05	يبين معامل الارتباط بين كل مقياس فرعي والدرجة الكلية لقائمة كورنل للنواحي العصبية والسيكوسوماتية	69
06	يبين معامل الثبات سبيرمان بارون لقائمة كورنل للنواحي العصبية والسيكوسوماتية	70
07	يبين قيمة معامل ثبات الفا كرونباخ لقائمة كورنل للنواحي العصبية والسيكوسوماتية	74

78	الجدول الكمي للحالة الاولى	08
80	يوضح نتائج تطبيق مقياس صعوبة التعبير عن المشاعر للحالة الاولى	09
81	نتائج تطبيق قائمة كورنل للحالة الاولى	10
85	الجدول الكمي للحالة الثانية	11
87	يوضح نتائج تطبيق مقياس صعوبة التعبير عن المشاعر للحالة الثانية	12
88	نتائج تطبيق قائمة كورنل للحالة الثانية	13
92	الجدول الكمي للحالة الثالثة	14
94	يوضح نتائج تطبيق مقياس صعوبة التعبير عن المشاعر للحالة الثالثة	15
95	نتائج تطبيق قائمة كورنل للحالة الثالثة	16

يعد التوازن بين الجانبين النفسي والجسدي ركيزة أساسية في فهم الصحة الإنسانية، حيث لم يعد المرض العضوي يُنظر إليه بمعزل عن الحالة الانفعالية للفرد، بل أصبح نتيجة لتفاعل معقد بين العوامل النفسية والجسدية والاجتماعية. وفي ظل التطور الذي شهده علم النفس العيادي، برز الاهتمام بدراسة الاضطرابات السيكوسوماتية باعتبارها من الاضطرابات التي تعكس أثر الضغوط النفسية والانفعالات المكبوتة على الجسد، إذ قد تتحول الصراعات الداخلية التي يعجز الفرد عن التعبير عنها إلى أعراض جسدية مختلفة، مثل القولون العصبي، قرحة المعدة والصدفية، وغيرها من الأمراض المرتبطة بالحالة النفسية للفرد.

وتكمن مشكلة الدراسة الحالية في دراسة ظاهرة الألكسيثيميا أو العجز عن التعبير الانفعالي، والتي تتمثل في صعوبة التعرف على المشاعر وفهمها والتعبير عنها لفظياً، مما يدفع الفرد إلى تبني نمط تفكير موجه نحو الخارج مع ضعف في التواصل الانفعالي. ويؤدي هذا القصور في معالجة الانفعالات إلى تراكم التوترات النفسية وتحويلها إلى أعراض جسدية مرضية، الأمر الذي يبرز أهمية دراسة العلاقة بين الألكسيثيميا والاضطرابات السيكوسوماتية، ومحاولة فهم طبيعة هذه العلاقة من أجل تحسين أساليب التكفل النفسي والعيادي بالمرضى. وتظهر أهمية هذه الدراسة في تسليط الضوء على الدور الذي يلعبه العجز الانفعالي في ظهور وتفاقم الاضطرابات السيكوسوماتية، إضافة إلى إبراز أهمية التكامل بين العلاج النفسي والعلاج العضوي، بما يساهم في تحسين جودة حياة المرضى والتخفيف من معاناتهم النفسية والجسدية. كما هدفت الدراسة إلى التعرف على طبيعة العلاقة بين الألكسيثيميا والاضطرابات السيكوسوماتية لدى المرضى، والكشف عن مظاهر صعوبة التعبير عن المشاعر وانعكاساتها على الصحة الجسدية.

وللإحاطة بجوانب هذا الموضوع، تم تقسيم هذه المذكرة إلى جانبين أساسيين: جانب نظري وآخر تطبيقي، موزعين على مجموعة من الفصول المتسلسلة. حيث تطرقنا في الفصل الأول إلى الإطار العام للدراسة الذي تضمن الإشكالية الفرضيات، أهداف الدراسة، أهميتها، وتحديد المفاهيم الأساسية والدراسات السابقة. أما الفصل الثاني فقد خصص لمتغير الألكسيثيميا من حيث مفهومه، نشأته، أبعاده، أسبابه والنظريات المفسرة له. في حين تناول الفصل الثالث الاضطرابات السيكوسوماتية من حيث تعريفها أسبابها، أنواعها والنظريات المفسرة لها وعلاقتها بالبناء النفسي للفرد.

أما الفصل الرابع فقد تضمن الجانب التطبيقي، الإجراءات المنهجية للدراسة، من حيث المنهج المستخدم، عينة الدراسة، أدوات جمع البيانات والأساليب الإحصائية المعتمدة. بينما خصص الفصل الخامس لعرض وتحليل الحالات العيادية ومناقشة النتائج المتوصل إليها في ضوء الجانب النظري والدراسات السابقة لنختم هذه الدراسة بمجموعة من الاستنتاجات والتوصيات والمقترحات..

ومن خلال هذه الدراسة نسعى إلى الإسهام في فهم العلاقة بين العجز عن التعبير الانفعالي والاضطرابات السيكوسوماتية، والتأكيد على أهمية البعد النفسي في تفسير بعض الاضطرابات الجسدية، بما يساعد على تعزيز

التكفل العلاجي المتكامل الذي يجمع بين الجانب النفسي والعضوي، ويفتح المجال أمام دراسات مستقبلية تهتم بهذا الموضوع في البيئة الجزائرية.



الجانب النظري

الاطار العام للدراسة

- 1- إشكالية الدراسة
- 2- فرضيات الدراسة
- 3- أهداف الدراسة
- 4- أهمية الدراسة
- 5- التعاريف الإجرائية لمتغيرات الدراسة
- 6- الدراسات السابقة

1- الإشكالية:

تُعدّ العلاقة بين النفس والجسد من أكثر القضايا تعقيداً وأهمية في علم النفس العيادي المعاصر، حيث لم يعد يُنظر إلى المرض العضوي باعتباره كياناً بيولوجياً معزولاً، بل صار يُفهم على أنه صرخة جسدية تعبّر عن صراعات نفسية مكبوتة. وفي هذا السياق تبرز الاضطرابات السيكوسوماتية نموذجاً مثالياً لهذا التفاعل، حيث تؤدي العوامل النفسية والانفعالية دوراً جوهرياً في نشأة الأمراض الجسدية وتطورها.

ومن أبرز المفاهيم التي نالت اهتمام الباحثين في هذا الميدان بيرز مفهوم "الألكسيثيميا (Alexithymia)"، أو ما يُعرف بالعجز عن التعبير الانفعالي، وهي حالة يعجز فيها الفرد عن إدراك مشاعره وترجمتها إلى كلمات، مما يضطر انفعالاته المكبوتة إلى البحث عن مخرج عبر القنوات الجسدية في ما يُعرف بـ"التجسيد". وتتشكّل هذه الحالة تحت تأثير عوامل متعددة ومتشابهة يمكن تصنيفها على النحو الآتي:

أولاً على الصعيد الجيني، تشير الدراسات إلى وجود أساس وراثي لهذه الحالة، حيث يمكن أن تنتقل السمات المرتبطة بضعف التواصل الانفعالي عبر الوراثة من جيل إلى آخر.

أما على الصعيد البيولوجي، فيربط الأمر بضعف التواصل بين فصّي الدماغ، الأيمن المسؤول عن الانفعالات والأيسر المسؤول عن اللغة، مما يُعسّر عملية "ترجمة" الشعور إلى كلمات.

وعلى الصعيد البيئي والأسري، تُعدّ البيئة الأسرية العامل الأبرز في نشوء الألكسيثيميا المكتسبة، وذلك من خلال ثلاثة مسارات رئيسية: الإهمال العاطفي، إذ إن عدم استجابة الوالدين لمشاعر الطفل يجعل الدماغ يتوقف عن محاولة معالجتها؛ والوالدية القاسية، حيث إن العائلات التي تمنع التعبير عن المشاعر أو تعتبر البكاء والضعف عيباً تُجبر الطفل على كبت جهازه الانفعالي؛ فضلاً عن اضطراب التعلق، إذ إن غياب الرابط الآمن مع الأم في السنوات الأولى يحرم الطفل من تعلم "لغة المشاعر" (بشير معمرية، 2007، ص 67)

وتُعدّ الألكسيثيميا عاملاً رئيسياً في ظهور الاضطرابات السيكوسوماتية، التي هي في جوهرها تجسيد لحالة من الفشل في المعالجة العقلية للانفعالات؛ فبدلاً من "تنفيس" المشاعر، يقوم الجسد بـ"تمثيلها". وتظهر هذه الحالة بوضوح في ثلاثة أمراض رئيسية (سامي، 2001، ص 62)

أولاً: القولون العصبي (Irritable Bowel Syndrome)، وهو اضطراب وظيفي يصيب الجهاز الهضمي، يتميز بآلام متكررة في البطن وتغير في عادات التغوط دون وجود خلل عضوي واضح في أنسجة الأمعاء، ويرتبط غالباً بالضغط النفسية. (ممدوح، 2005، ص 112)

ثانياً: القرحة المعدية (Gastric Ulcer)، وهي تآكل في الغشاء المخاطي المبطن للمعدة، يحدث نتيجة اختلال التوازن بين العوامل الهجومية كحمض المعدة وبكتيريا H. Pylori والعوامل الدفاعية التي تحمي جدار المعدة، وتسبب آلاماً حارقة تزداد غالباً مع تناول الطعام. (كمال، 2011، ص345)

ثالثاً: الصدفية (Psoriasis)، وهي مرض جلدي التهابي مزمن وغير معدٍ، ناتج عن خلل في الجهاز المناعي يؤدي إلى تسريع دورة حياة خلايا الجلد، مما يسبب تراكمها على السطح بشكل قشور فضية سميكة وبقع حمراء تسبب الحكة والألم أحياناً. (محمد، 2008، ص89)

وهذه الاضطرابات الثلاثة ترتبط ارتباطاً وثيقاً بمدى كفاءة الجهاز العصبي المستقل وتفاعله مع الضغوط، إذ إن الفرد المصاب بالألكسيثيميا يفتقر إلى "الخيال العاطفي"، مما يدفعه إلى تضخيم الإشارات الجسدية وتفسيرها كأعراض مرضية بدلاً من حالات انفعالية. (سامي، 2001، ص62)

وقد أسهمت الدراسات العلمية في تعزيز هذا الفهم وتوثيقه؛ فوفقاً لدراسة (Taylor et al., 1997) في كتابهم "Clinical Alexithymia"، تبين أن الألكسيثيميا ترتبط بضعف في التنظيم الذاتي للانفعالات، وأن الأشخاص الذين يسجلون درجات مرتفعة على مقياس TAS-20 يعانون من اضطراب في الجهاز العصبي اللاإرادي يجعلهم أكثر عرضة للقرحة والقولون نتيجة التوتر المزمن غير المُفرَّغ لفظياً. وفي السياق ذاته، أظهرت إحصائيات مجلة (Journal of Psychosomatic Research (2020) أن ما بين 45% و60% من مرضى الجهاز الهضمي الوظيفي يسجلون درجات مرتفعة على مقياس تورنتو للألكسيثيميا. كما كشفت دراسة (Luminet, 2010) أن الأفراد العاجزين عن التعبير الانفعالي لديهم استجابة فيزيولوجية مفرطة لهرمون الكورتيزول، مما يزيد من حموضة المعدة ويُفضي لاحقاً إلى القرحة. أما على صعيد الصدفية، فقد أثبتت دراسات علم الجلد النفسي (Psychodermatology) وجود علاقة وطيدة، إذ تشير إحصائيات British Journal of Dermatology إلى أن نحو 32% من المصابين بالصدفية يعانون من مستويات سريرية من الألكسيثيميا، حيث يُحفَّز التوتر النفسي غير المعبر عنه إفراز السيوتوكينات التي تُفاقم الالتهاب الجلدي.

غير أن المشكلة الحقيقية تكمن في أن المقاربات الطبية التقليدية لا تزال تركز في الغالب على العلاج الدوائي للعرض الجسدي كمضادات الحموضة ومراهم الصدفية، متجاهلةً الجانب النفسي الألكسيثيمي الكامن وراءها. ويترتب على هذا التجاهل ثلاثة تداعيات خطيرة: الانتكاسات المستمرة، إذ يعود المرض بمجرد التوقف عن الدواء لأن المصدر الانفعالي غير المعالج لا يزال قائماً؛ والتكلفة الاقتصادية، المتمثلة في

استتزاز المنظومات الصحية جراء الفحوصات المتكررة لأعراض منشؤها نفسي؛ فضلاً عن تدني جودة الحياة، حيث يتحول المرض من عارض مؤقت إلى حالة مزمنة تُعيق الفرد اجتماعياً ومهنياً. إننا أمام معضلة حقيقية؛ فالمريض يعاني جسدياً لكنه صامت نفسياً، وهذا الصمت الانفعالي هو "اللغز" الذي يحول دون شفائه التام. لذا بات من الضروري والملح دراسة هذه العلاقة وفهم آلياتها في البيئة العيادية، بهدف تقديم برامج تدخل نفسي تساعد هؤلاء المرضى على استعادة "أصواتهم المشاعرية" لراحة أجسادهم. بناءً على ما تقدّم من ترابط وثيق بين العجز عن المعالجة الرمزية للانفعالات وبين التجسيد العضوي في صور اضطرابات هضمية وجلدية، تتبلور إشكالية الدراسة في التساؤل الرئيسي التالي:

ما مظاهر العجز عن التعبير الانفعالي (الألكسيثيميا) لدى المرضى المصابين بالاضطرابات السيكوسوماتية (القولون العصبي، القرحة المعدية، الصدفية)؟
التساؤلات الفرعية:

- ما مظاهر صعوبة التعرف على الانفعالات وتسميتها لدى كل حالة من حالات الدراسة؟
- ما مظاهر تأثير العجز عن التعبير الانفعالي في تطور الأعراض السيكوسوماتية لدى الحالات المدروسة؟
- ما مظاهر العلاقة بين صعوبة التعبير عن المشاعر للآخرين وتفاقم الأعراض الجسدية لدى الحالات

الفرضية العامة:

يُفترض أن تظهر مظاهر العجز عن التعبير الانفعالي (الألكسيثيميا) لدى المرضى المصابين بالاضطرابات السيكوسوماتية (القولون، القرحة المعدية، الصدفية).

2-2- الفرضيات الجزئية:

- يُفترض أن يعاني مرضى القولون والقرحة المعدية والصدفية من صعوبة في التعرف على انفعالاتهم وتسميتها.
- يُفترض أن يرتبط العجز عن التعبير الانفعالي بتطور الأعراض السيكوسوماتية وتفاقمها لدى الحالات المدروسة.
- يُفترض أن تزداد حدة الأعراض الجسدية لدى الحالات التي تجد صعوبة في التعبير عن مشاعرها للآخرين.

- يُفترض أن تتباين مظاهر الألكسيثيميا بين مرضى القولون والقرحة المعدية من جهة، ومرضى الصدفية من جهة أخرى.

3- أهداف الدراسة :

يتمثل الهدف الجوهري في هذه الدراسة في فهم طبيعة الكبت الانفعالي (الاليكسيثيميا) لدى مرضى الاضطرابات السيكوسوماتية المتمثلة في القولون العصبي و قرحة المعدة والصدفية من خلال دراسة حالات عيادية ولتحقيق الهدف الرئيسي تم صياغة مجموعة من الأهداف الفرعية على النحو التالي:

- التعرف على مظاهر صعوبة التعرف على الانفعالات وتسميتها لدى مرضى القولون والقرحة المعدية والصدفية.
- التعرف على طبيعة العلاقة بين العجز عن التعبير الانفعالي وتطور الأعراض السيكوسوماتية وتفاقمها لدى الحالات المدروسة.
- الكشف عن العلاقة بين صعوبة التعبير عن المشاعر للآخرين وازدياد حدة الأعراض الجسدية لدى الحالات.

4- أهمية الدراسة:

تستمد الدراسة أهميتها من اعتبارات علمية واخرى نظرية كالتالي:

الأهمية العلمية:

تتمثل أهمية الدراسة فيما يلي:

- 1- تسليط الضوء على موضوع الاليكسيثيميا وعلاقته بالاضطرابات السيكوسوماتية باعتباره من المواضيع الحديثة في علم النفس العيادي .
- 2- الاسهام في اثراء الجانب النظري للدراسات التي تربط بين العوامل النفسية والاضطرابات الجسدية .
- 3- تقديم اطار علمي يمكن الاعتماد عليه في دراسات لاحقة تتناول الكبت الانفعالي وعلاقته بالصحة النفسية والجسدية .

الأهمية العملية:

تتبع أهمية هذه الدراسة من أهمية مجال تطبيقها والذي يتمثل في :

- ✓ مساعدة الاخصائيين النفسانيين على فهم العلاقة بين الكبت الانفعالي والاضطرابات
- ✓ السيكوسوماتية .
- ✓ المساهمة في وضع برامج علاجية نفسية للتخفيف من حدة هذه الاضطرابات .
- ✓ توجيه الاهتمام نحو التكفل النفسي بالمرضى المصابين بامراض جسدية ذات منشأ
- ✓ نفسي .

5- تحديد مصطلحات الدراسة:

5-1- مفهوم الكبت الانفعالي(الاليكسيثيميا) نظريا: هو سمة في الشخصية ذات خصائص وجدانية ومعرفية تتميز بصعوبة تحديد ووصف المشاعر والانفعالات مع نمط معرفي يتميز بتوجه خارجي (رزيقة, 2019, ص8) .

5-2- مفهوم الكبت الانفعالي(الاليكسيثيميا)

اجرائيا : هو الدرجة التي يتحصل عليها المفحوص في مقياس تورنتو للاليكسيثيميا (TSA-20) , حيث تشير الدرجة المرتفعة الى مستوى عال من الكبت الانفعالي .

5-3 مفهوم الاضطرابات السيكوسوماتية نظريا :

ويقصد بها تلك الاعراض الجسمية التي تحدثها العوامل الانفعالية وتتضمن احد الاجهزة العضوية (نفيسة, 2021, ص 16)

5-4 مفهوم الاضطرابات السيكوسوماتية اجرائيا :

يقصد بها في هذه الدراسة الحالات المرضية المشخصة طبيا والمتمثلة في: القولون العصبي, قرحة المعدة والصدفية لدى افراد العينة, كما هو مثبت في ملفاتهم الطبية داخل المؤسسة الاستشفائية .

6- الدراسات السابقة:

في ضوء بحثنا عن الدراسات التي لها صلة بموضوع الدراسة الحالي لم نجد في الدراسات العربية و الاجنبية القدر الكافي من الدراسات التي تتحدث عن الاليكسيثيميا وعلاقتها بالاضطرابات السيكوسوماتية، بينما قد كانت هناك العديد من الدراسات العربية و الاجنبية التي قد تناولت الاليكسيثيميا وعالقتها بمتغيرات أخرى أو الاليكسيثيميا بصفة عامة، والاضطرابات السيكوسوماتية وعالقتها ببعض المتغيرات وهي كالتالي :

_ المتغير الاول: الاليكسيثيميا :

دراسة مريم وكريمة (2021): هدفت الدراسة إلى تكييف مقياس تورنتو TAS-20

لقياس الاكستيميا على البيئة الجزائرية، وذلك من خلال تطبيقه على عينة دراسة تكونت من 130 طالبا (99 طالبة، 31 طالبا) من قسم علم النفس في جامعة 20 أوت 1955 سكيكدة، تتراوح أعمارهم ما بين 18 و48 سنة. و بعد إخضاع المقياس للشروط المنهجية وحساب خصائصه السيكومترية توصلت الباحثتان إلى أن المقياس تتوفر فيه الخصائص المدروسة ويتمتع بمستوى عال من الصدق (صدق الترجمة، صدق التساق الداخلي، صدق التساق الظاهري وصدق البناء بطريقة التحليل العاملي التوكيدي) والثبات (طريقة التطبيق و إعادة التطبيق، معامل ألفا كرومباخ و التجزئة النصفية) وهذا ما يؤهله للاستعمال في البيئة الجزائرية.

دراسة كمال (2023): تحت عنوان "الايكسيثيميا وعلاقتها بالذكاء الانفعالي لدى عينة من معلمات المرحلة الثانوية بمدينة جدة" وهدفها التعرف على العالقة بين الاليكسيثيميا والذكاء الانفعالي لدى عينة من معلمات المرحلة الثانوية بمدينة جدة، والكشف عن الفروق في كل من الاليكسيثيميا والذكاء الانفعالي لدى عينة الدراسة وفقا لمتغيري سنوات الخبرة- العمر، وقد تكونت عينة الدراسة من (350) معلمة ت راوحت أعمارهن ما بين (25_ 45) سنة، واستخدمت الباحثة مقياس (TAS -20) ترجمة علاء الدين كفاقي وفؤاد الداوش، وأسفرت الدراسة عن وجود عالقة ارتباطية بين الاليكسيثيميا والذكاء الانفعالي لدى عينة الدراسة، عدم وجود فروق في الاليكسيثيميا تعزى لمتغيري الخبرة والعمر، توجد فروق في الذكاء الانفعالي تبعا لمتغيري الخبرة والعمر.

Laiba Ali Khan and other:(2025) أجريت دراسة

وصفية مقطعية في كلية خبير الطبية بمدينة بيشاور خلال الفترة من سبتمبر 2023 إلى سبتمبر 2024، وشملت 227 طالبًا من طلاب الطب. تم تقييم الأليكسيثيميا باستخدام مقياس تورونتو للأليكسيثيميا (TAS-20) كما تم قياس الأداء الأكاديمي اعتمادًا على العلامات السنوية ونسبة الحضور. جرى تحليل البيانات باستخدام الإحصاءات الوصفية، واختبار (t) ، واختبار كاي-تربيع. أظهرت الدراسة أن 122 طالبًا (52.4%) يعانون من الأليكسيثيميا، مع انتشار أعلى بين الطالبات (57.3%، أي 70 من أصل 122). وعلى الرغم من هذا الانتشار الملحوظ، لم تُلاحظ علاقة ذات دلالة إحصائية بين الأليكسيثيميا والأداء الأكاديمي ($p = 0.47$). كما أفاد معظم المشاركين أن الصعوبات الانفعالية لم تؤثر على دراستهم، ولم يلجأ سوى عدد قليل جدًا إلى الاستشارة النفسية أو أخذ إجازات بسبب اضطرابات انفعالية.

دراسة مريم وصونية (2025): تهدف الدراسة الحالية الى معرفة مستوى التكيف النفسي

والاجتماعي لدى المراهق الالكستيمي، كما تهدف الى التعرف على العلاقة الارتباطية بين متغيرات الدراسة ان وجدت ، . و تكمن اهمية الدراسة الحالية في كونها اهتمت بدراسة متغيرين مهمين و يعتبران احدا مؤشرات الصحة النفسية و هوما التكيف النفسي والاجتماعي و الاليكسيتيميا وكذلك كونها ركزت على فئة تحمل خاصية هامة وهي المراهقين طبقت الدراسة على عينة من الافراد في سن المراهقة لذيقهم مستوى مرتفع من الاليكسيتيميا و قدر عدد افرادها ب 62 مراهق دو الاليكسيتيميا مرتفعة من بينهم (32 اناث) و (30 ذكور) و قد استعملت مقياس التكيف النفسي والاجتماعي و كانت نتائج الدراسة المتوصل اليها كالتالي :

_لدى المراهق الالكستيمي مستوى منخفض من التكيف النفسي.

_لدى المراهق الالكستيمي مستوى منخفض من التكيف الاجتماعي.

_وجود علاقة ارتباطية عكسية بين الاليكسيتيميا و التكيف اي انه كلما ارتفعت الاليكسيتيميا انخفض مستوى التكيف.

_المتغير الثاني : الاضطرابات السيكوسوماتية :

دراسة صبرينة (2020): الكثير من البحوث في الصحة النفسية تعدد نسبة 40% إلى 60% من المرضى الذي يشكون من اضطرابات أو أعراض سيكوسوماتية، كما أن أبحاث الطب الصناعي تقول أن النسبة العالية في غيابات العمال تعود إلى أعراض اضطرابات نفسجسمية. من هذا المنطلق أولى الباحثين والعلماء موضوع الضغط أهمية كبيرة، لما يسببه من تأثيرات على صحة وسلامة الفرد حيث اتجه اهتمامهم إلى دراسة موضوعات الضغط النفسي في مجال العمل، أين يمكن أن يحقق الفرد أكبر قدر من التوافق النفسي والاجتماعي. ووجد أن المعاناة التي يعيشها الفرد يومياً في تحمله للضغوطات النفسية وصعوبات الحياة تفوق قدراته وطاقته لذلك جاءت هذه الدراسة لمحاولة إبراز " العلاقة بين تعرض العامل في الجزائر للضغط

النفسي وبين ظهور الاضطرابات السيكوسوماتية" في شقها الأول وهذا من خلا لاقتراح بروتوكول "تشخيصي-قياسي"- في الشق الثاني للكشف على الاضطرابات السيكوسوماتية، وفي ذات الوقت اعطاء درجة للضغط النفسي الذي يعانيه الفرد. بالاستعانة بفئة بحث تساوي 500 حالة من الوطن.

دراسة سعد الله (2023) : هدف الباحث من خلال هذه الدراسة إلى التعرف على الأعراض السيكوسوماتية للأمهات المطلقات من خلال استخدام أدوات القياس النفسي والأدوات الكلينيكية.

تكونت عينة الدراسة الكلية من 149 أم مقسمة إلى 30 أم مطلقة لعينة الاستطلاعية، و 86 أم مطلقة لعينة البحث الأساسية، ودراسة حالة واحدة مستمدة. من العينة الأساسية، تتراوح أعمارهن من 25 إلى 40 سنة فأكثر بمستويات تعليمية مختلفة من التعليم الابتدائي إلى الدراسات العليا، ومن تعمل ومن لا تعمل.

استخدمت الدراسة مزيجاً واما بين المنهج التحليلي والكلينيكي، وتألفت أدوات الدراسة من مقياس الأعراض السيكوسوماتية لدى الأمهات المطلقات أعده الباحث بالإضافة إلى المقابلة الكلينيكية واستراتيجية التداعي الحر والاختبار الإسقاطي لاستكمال الجمل الناقصة بواسطة جوزيف م. ساكس والاختبار الإسقاطي تفهم الموضوع للكبار بواسطة هنري موراي وكريستيانا، مورجان وقد نتج عن المعالجة الإحصائية للدراسة تحقق بعض فرضيات البحث وعدم تحقق البعض الآخر، أما بالنسبة للتطبيق الكلينيكي فقد نتج عن ذلك وجود أعراض سيكوسوماتية قوية في الحالات القصوى للأمهات المطلقات.

دراسة (2023) Abhimanyu and charKresh : شهدت السنوات الأخيرة قلقاً عالمياً متزايداً إزاء الارتفاع الملحوظ في معدلات انتشار الاضطرابات النفسية الجسدية وتطورها السريع، ويُعزى هذا التصاعد إلى تضايف الظروف البيولوجية غير المستقرة مع أنماط الحياة التي تزداد توتراً، مما يؤدي في نهاية المطاف إلى قصور وظيفي في أعضاء الجسم الحيوية، حيث تنشأ هذه الاضطرابات عن تفاعلات معقدة بين الجهاز العصبي المركزي وجهاز الغدد الصماء والجهاز المناعي، ويبرز هنا الدور الجوهرى للمحور الوطائي-النخامي-الكظري الذي يتأثر تنظيمه سلباً بالضغوط النفسية المستمرة، مما يدفع هرمونات التوتر، مثل الكورتيزول، إلى ممارسة تأثيرات ضارة على الوظيفة المناعية والالتهابات والتوازن الداخلي للجسم، وتتجلى هذه الحالة في أعراض جسدية تحركها عوامل نفسية كالأمم المزمن واضطرابات الجهاز الهضمي أو التنفسي، مع التأكيد على أن التوتر والقلق المزمنين قد يؤديان إلى نشوء أو تفاقم أمراض القلب والأوعية الدموية كارتفاع ضغط الدم، ورغم تعدد الاستراتيجيات العلاجية المقترحة، لا تزال المسببات الدقيقة لهذه الاضطرابات غامضة بسبب تعقيد مسارات تطورها، لذا تهدف هذه الدراسة المراجعة إلى توضيح تصنيفات هذه الاضطرابات وآلياتها المعقدة وتأثيرها المحفز لأمراض أخرى، فضلاً عن استكشاف التحديات السريرية واستعراض أحدث التقنيات وأدوات تحليل البيانات المتطورة المستخدمة في العصر الحالي لتحليل البيانات النفسية الجسدية بفعالية.

دراسة فايذة (2024) : هدفت الدراسة الحالية الى التعرف عن العلاقة بين الشخصية الانبساطية والعصابية والاضطرابات السيكوسوماتية لدى طلبة الجامعة. ولتحقيق هذا الهدف تم استخدام المنهج الوصفي التحليلي على عينة مكونة من 135 طالب وطالبة من جامعة غليزان بالجزائر ينتمون إلى كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية وكلية العلوم و التكنولوجيا ، استخدمت الباحثتان مقياس للنواحي العصابية والسيكوسوماتية لكورنل و مقياس انماط الشخصية للباحثة آلاء الأكرم ، وأسفرت نتائج الدراسة عن وجود علاقة ارتباطية بين الشخصية العصابية والاضطرابات السيكوسوماتية لدى طلبة الجامعة ، وعدم وجود فروق في الاضطرابات السيكوسوماتية بحسب متغير الحالة الاجتماعية.

التعقيب على الدراسات السابقة للاليكسيتيميا :

بعد عرض الدراسات السابقة التي تخص الاليكسيتيميا وعلاقتها بالمتغيرات الاخرى لابد لنا ان نقوم

بمناقشتها من حيث اوجه الاختلاف والتشابه بينهم و كذلك اماكن الاتفاق .

_من حيث الهدف :

هدفت دراسة مريم وكريمة (2021) إلى تكييف مقياس تورونتو (TAS-20)

على البيئة الجزائرية والتحقق من خصائصه السيكمترية، وهو هدف منهجي يركز على أداة القياس. في حين ركزت دراسة كمال (2023) على الكشف عن العلاقة بين الأليكسيثيميا والذكاء الانفعالي، إضافة إلى دراسة الفروق وفق متغيري العمر والخبرة. أما دراسة Laiba Ali Khan والآخرين (2025) فقد سعت إلى استكشاف العلاقة بين الأليكسيثيميا والأداء الأكاديمي لدى طلبة الطب. بينما هدفت دراسة مريم وصونية (2025) إلى التعرف على مستوى التكيف النفسي والاجتماعي لدى المراهق الأليكسيثيمي والعلاقة بين المتغيرين.

_من حيث العينة :

فقد تنوعت بين طلبة جامعيين كما في دراسة مريم وكريمة (130 طالبًا) ودراسة Laiba Ali Khan (277 طالب طب)، ومعلمات المرحلة الثانوية في دراسة كمال (350 معلمة)، ومراهقين ذوي مستوى مرتفع من الأليكسيثيميا في دراسة مريم وصونية (62 مراهقًا). ويلاحظ أن أغلب الدراسات اعتمدت على عينات قصدية أو متاحة، مع اختلاف في الفئات العمرية، مما يعكس تنوعًا في المجتمعات المدروسة.

_من حيث المنهج والادوات :

اعتمدت معظم الدراسات على المنهج الوصفي الارتباطي، كما في دراسة كمال (2023) ودراسة مريم وصونية (2025)، في حين استخدمت دراسة Laiba Ali Khan (2025) المنهج الوصفي المقطعي. أما دراسة مريم وكريمة (2021) فقد اعتمدت المنهج السيكمترى التحليلي لتكييف المقياس والتحقق من صدقه وثباته.

وبخصوص الأدوات، فقد اتفقت أغلب الدراسات على استخدام مقياس تورونتو للأليكسيثيميا (TAS-20) ، سواء بصيغته الأصلية أو المترجمة، مما يدل على شيوع هذا المقياس في دراسة هذا المتغير. كما استعانت بعض الدراسات بأدوات إضافية مثل مقياس الذكاء الانفعالي في دراسة كمال، ومقياس التكيف النفسي والاجتماعي في دراسة مريم وصونية، إضافة إلى مؤشرات الأداء الأكاديمي في دراسة.

_من حيث النتائج :

أظهرت دراسة مريم وكريمة (2021) تمتع مقياس TAS-20 بخصائص سيكمترية جيدة في البيئة الجزائرية، مما يعزز إمكانية استخدامه في الدراسات المحلية. وكشفت دراسة كمال (2023) عن وجود علاقة ارتباطية بين الأليكسيثيميا والذكاء الانفعالي، مع عدم وجود فروق في الأليكسيثيميا تبعًا للعمر والخبرة. في المقابل، توصلت دراسة Laiba Ali Khan (2025) إلى عدم وجود علاقة دالة إحصائيًا بين الأليكسيثيميا والأداء الأكاديمي رغم انتشارها المرتفع. بينما أظهرت دراسة مريم وصونية (2025) وجود

مستوى منخفض من التكيف النفسي والاجتماعي لدى المراهق الأليكسيثيمي، مع وجود علاقة عكسية بين الأليكسيثيميا والتكيف.

التعقيب على الدراسات الاضطرابات السيكوسوماتية :

_ من حيث الهدف :

تباينت أهداف الدراسات لتشمل زوايا متعددة للاضطرابات السيكوسوماتية؛ فمنها ما ركز على الجانب التشخيصي والمهني كدراسة (صبرينة، 2020) التي سعت لبناء بروتوكول قياسي وربط الضغط بالوسط المهني. ومنها ما غاص في العمق النفسي والاجتماعي لفئات هشة كالأمهات المطلقات (سعد الله، 2023). بينما اتجهت دراسة (Abhimanyu & Charkresh, 2023) نحو التفسير البيولوجي والفسولوجي المعقد (المحور الوطائي-النخامي-الكظري). وأخيراً ركزت دراسة (فايزة، 2024) على البنية الشخصية (الأبعاد العصبية والانبساطية) وعلاقتها بالمرض .

_ من حيث العينة :

شملت الدراسات عينات متنوعة تسمح بتعميم نسبي للنتائج في سياقات مختلفة: العينة العمالية: (500 حالة) لتمثيل المجتمع المهني الجزائري. العينة الطلابية: (135 طالباً) لتمثيل فئة الشباب والضغط الأكاديمي. الفئات الخاصة: (149 أمماً مطلقة) لتمثيل فئة تعاني من ضغوط اجتماعية نوعية. وهذا التباين في العينات يغني البحث العلمي بجعل الظاهرة السيكوسوماتية ظاهرة عابرة للفئات العمرية والاجتماعية.

_ من حيث المنهج الادوات :

اعتمدت الدراسات على تنوع منهجي ثري: المنهج الوصفي التحليلي: كان القاسم المشترك في معظم الدراسات لملائمته لظاهرة الارتباط بين المتغيرات. المنهج الكلينيكي: تميزت دراسة (سعد الله) باستخدامه المعمق من خلال (دراسة الحالة، التداوي الحر، والاختبارات الإسقاطية مثل TAT وساكس)، مما يعطي فهماً نوعياً لديناميات النفسية.

الأدوات:

تراوحت بين المقاييس الكمية (مقياس كورنل، مقياس أنماط الشخصية) وبين أدوات التحليل البيولوجي والمراجعات العلمية الحديثة، بالإضافة إلى بناء بروتوكولات تشخيصية جديدة كما في دراسة (صبرينة) .

_ من حيث النتائج :

أجمعت الدراسات على وجود ارتباط وثيق بين الضغوط النفسية واختلال التوازن الجسدي. أكدت النتائج أن الاضطرابات السيكوسوماتية تمثل نسبة عالية من الشكاوى الطبية (تصل لـ 60%). أثبتت الدراسات وجود علاقة طردية بين "العصبية" كسمة شخصية وبين ظهور الأعراض. أظهرت النتائج الكلينيكية (لدى الأمهات المطلقات) أن الأزمات الحياتية الحادة تترجم مباشرة إلى أعراض

جسدية قوية في الحالات القصوى.

بينما أشارت الدراسة البيولوجية إلى أن الكورتيزول هو المحرك الكيميائي الرئيسي لهذه الاضطرابات.

العجز عن التعبير الانفعالي الاكسيتيميا :

تمهيد

- 1 - نشأة مصطلح الاكسيتيميا
 - 2 - تعريف الاكسيتيميا
 - 3- مكونات الاكسيتيميا
 - 4- انواع الاكسيتيميا
 - 5- ابعاد الاكسيتيميا
 - 6- اسباب الاكسيتيميا
 - 7- اعراض الاكسيتيميا
 - 8- نظريات المفسرة
 - 9- العلاجات النفسية الخاصة بالاكسيتيميا
 - 10- الاكسيتيميا و الاضطرابات
السيكوسوماتية
- خلاصة

تمهيد

يعد العجز عن التعبير الانفعالي (الألكسيثيميا – Alexithymia) من المفاهيم النفسية المعاصرة التي حظيت باهتمام متزايد في ميادين علم النفس الإكلينيكي وعلم النفس العصبي، نظرًا لارتباطه الوثيق باضطرابات نفسية وجسدية متعددة. ويشير هذا المفهوم إلى نمط من القصور الوظيفي يتمثل في ضعف الوعي الذاتي الانفعالي، والعجز عن تمييز المشاعر الداخلية وتسميتها لفظيًا، إلى جانب محدودية القدرة على التعبير الانفعالي اللفظي والرمزي. ويعاني الأفراد ذوو الألكسيثيميا من قصور في المعالجة المعرفية للانفعالات، حيث تميل استجاباتهم إلى الطابع المعرفي الخارجي والتفكير الموجّه نحو الوقائع والأحداث الملموسة، مع إهمال الخبرة الانفعالية الذاتية. كما يتسم البناء النفسي لديهم بضعف الخيال وانخفاض القدرة على التمثيل الرمزي للانفعالات، الأمر الذي ينعكس سلبًا على عمليات التنظيم الانفعالي والتكيف النفسي والاجتماعي. وتُفسّر الألكسيثيميا في ضوء تداخل عوامل عصبية ومعرفية ونمائية، حيث تشير بعض النماذج النظرية إلى وجود خلل في التكامل الوظيفي بين البنى الدماغية المسؤولة عن الإدراك الانفعالي والمعالجة اللغوية، مما يؤدي إلى عجز في تحويل الخبرات الوجدانية إلى تمثيلات معرفية قابلة للفهم والتعبير. وبناءً عليه، يُنظر إلى الألكسيثيميا بوصفها بُعدًا نفسيًا يؤثر في جودة الخبرة الانفعالية وفي كفاءة التفاعل مع الذات والآخرين.

1. نشأة مصطلح الألكسيثيميا :

يعتبر نشأة هذا المصطلح أي الألكسيثيميا مع ظهور الأمراض السيكوسوماتية (Psychosomatic) ، وهذا من خلال الملاحظات الإكلينيكية للمصابين بهذه الاضطرابات. أما في سنة (1948) فقد أشار رووش (Ruesh) في إلى ما اصطلح عليه الشخصية الطفولية، كمشكل أساسي لدى مرضى مختلف الاضطرابات السيكوسوماتية، حيث تظهر عليهم قصور في عملية التخيل، وكذا صعوبات في التعبير الانفعالي. وتشير إلى أن بيتر سيفنوس (Sifneos) في سنة 1972م يعد أول من تناول هذا المصطلح أي الكسيثيميا، وهذا لملاحظته لمرضى الاضطرابات السيكوسوماتية، وهم يعانون من صعوبة القدرة على وصف مشاعرهم للآخر، ونقص كذلك في القدرة على استخدام الرموز أو الكلمات في التعبير عن مشاعرهم للآخرين. وكان هذا في مداخلته في المؤتمر الأوروبي في مدينة فيينا حول السيكوسوماتية (Psychosomatic).

(غنيم, 2020; 110-111)

تطور مصطلح الألكسيثيميا تدريجياً وقد كانت بداية هذا التطور مع بعض الملاحظات الكلينيكية لمرضى الاضطرابات السيكوسوماتية ، وفي عام (١٩٤٨) أشار روش Ruesh إلى ما أسماه بالشخصية الطفولية واعتبرها مشكلة أساسية لدى هؤلاء المرضى وقد لاحظ روش أن هؤلاء المرضى كانت لديهم قدرة ضعيفة على التخيل و أظهروا صعوبات في التعبير الانفعالي اللفظي وقد أرجع هذه الخصائص إلى حدوث توقف في نمو الشخصية لديهم .(طهراوي 2020،111،110)

2. تعريف الالكستيميا :

ترجع الكلمة في أصولها اللاتينية إلى ثلاث مقاطع (A) وتعنى فقدان ، (Lexi) وتعنى كلمة (Thymia) وتعنى مشاعر أي أنها تشير إلى فقدان الكلام المعبر عن المشاعر ويعد Sifneos عام (١٩٧٢) أول من تناول مفهوم الألكسيثيميا، وذلك من خلال ملاحظاته لبعض مرضى الاضطرابات السيكوسوماتية، حيث تبين أنه تسود لديهم حالة من صعوبة القدرة على تحديد ووصف مشاعرهم للآخرين، ونقص القدرة على استخدام الكلمات، أو الرموز في التعبير عن المشاعر.

ويمكن تعريف الألكسيثيميا بأنها اضطراب وظيفي في بعض الوظائف المعرفية الوجدانية وتظهر في تدني القدرة على استخدام الكلمات والتعبيرات اللفظية المناسبة في وصف المشاعر والأحاسيس التي تجيش بداخل الفرد للآخرين، والقدرة على تحديد المشاعر الشخصية والتمييز بينها وبين الأحاسيس البدنية المرافقة، ونقص التخيل، ونمط التفكير ذي التوجه الخارجي وبأنها صعوبة في إدراك وتشغيل المعلومات الوجدانية ، ويلعب هذا التشغيل دورا هاما في الاستجابة للمواقف الاجتماعية حيث تكون هذه المعلومات ذات معنى في سياق تقييم المواقف الضاغطة كما أنها تعتبر وسائل لطلب المساعدة بهدف تخفيف الشعور بالضغط وبأنها قصور في القدرة على التلطف بالمشاعر والتمييز بين الحالات الانفعالية المختلفة، ومحدودية السعة التخيلية ، وبأنها "قصور في القدرة على تحديد المشاعر، ومحدودية الخيال ونمط التفكير معتمد على خبرات الآخرين أكثر من الاعتماد على الخبرة الذاتية ؛ وبأنها حالة يعجز الفرد الذي يعاني منها على إيجاد الكلمات المعبرة عن الانفعالات والمشاعر ، وبأنها: "نقص في القدرة على التعرف والاتصال، ونقص القدرة على معالجة وتنظيم المشاعر، ومحدودية التخيل الوجداني وبأنها حالة تصف تلك الصعوبة التي يعاني منها الفرد في القدرة على التعرف على المشاعر، ووصفها، والتمييز بينها وبين الأحاسيس

الجسمانية الفسيولوجية الناتجة عن الاستثارة الانفعالية الوجدانية، وندرة التخيل والتوجه المعرفي الخارجي أكثر منه داخلي ، وبأنها "نقص في مهارات التواصل والتفاعل الاجتماعي نتيجة صعوبة القدرة على ترجمة الإشارات العاطفية المستقبلية من الأفراد المحيطين به، وضعف في القدرة على وصف ما لديهم من مشاعر وأحاسيس إلى الآخرين" . (بدوية, 2015; ص 15- 17) وعرفت أيضا انها تكوين افتراضي يشمل تجمعاً من السمات المعرفية و الوجدانية مثل: صعوبة تحديد وصف الأحاسيس الذاتية، صعوبة التمييز بين الأحاسيس و الإحساسات الجسدية ذات الأصل الانفعالي، قدرات تخيل مقيدة، نمط معرفي متوجه للخارج . ويعرفها تايلور Taylor بأنها عدم القدرة على تحديد المشاعر أو صعوبة وصفها لفظياً، أو ضيق الأفق في التصور والتخيل .وقد عرفتھا سحر سليم بأنها عبارة عن الصعوبات التي يعاني منها الشخص في وصف مشاعره، وذلك لعدم القدرة على التعبير عن هذه المشاعر وضعف ومحدودية الاتجاه المعرفي لديه. (عبد العزيز 2021 ص38)

أما عن موسوعة علم النفس والتحليل النفسي فقد عرفها بأنها "النقص الشديد في المشاعر أو الأحاسيس أو ضعفها عند بعض الأفراد بحيث يصدر عنهم استجابة غير مناسبة للموقف أو طبيعة المثير ، وقد تصاحب هذه الحالة وجود بعض الأمراض النفسية، مثل القلق والاكتئاب والأمراض السيكوسوماتية" كما عرف معجم مصطلحات الطب النفسي الألكسثيميا بأنها " عجز التعبير اللاوصفية، ويشير إلى عدم قدرة الفرد على وصف الانفعالات والعواطف، والصعوبة في الكشف عن مشاعره الداخلية . ويرى كل من بيرثوز و برودو وموريس وناتالي ومارك Berthoz Perderea, Nathalie, Maurice & Mark, بأن الألكسثيميا هي قصور في بعض المهارات الشخصية المرتبطة بالقدرة على إقامة العلاقات الاجتماعية وتحمل الضغوط، وعدم القدرة على فهم وضبط الذات . وقد عرف القاموس الأمريكي الطبي النفسي الألكسثيميا بأنها اضطراب وظيفي في الوظائف الوجدانية والمعرفية يتسم بصعوبة وصف المشاعر للشخص، أو عدم التعرف عليها مع خيال محدود ومحدودية في الحياة العاطفية، وتوجه معرفي خارجي. في حين يعرفها كرسنال Krystal (1988) على أنها أحد أشكال الاضطراب الوظيفي في تحديد الفرد لمشاعره والتعبير عنها، وكذا فهي تشير إلى سمة وجدانية معرفية للشخصية . بينما يعرفها صندقجي (2008) على أنها الصعوبة في التعرف على المشاعر والتفريق فيما بين المشاعر وبين الأحاسيس البدنية الناشئة عنها، كما تشمل الصعوبة في وصف المشاعر التي تعترى

الغير، وضيق الأفق في التصور والتخيل وقلة عيش الآمال والأحلام. (عيب، 2022، ص 745)

تعريف اجرائي :

من خلال استعراضنا للتعريفات السابقة يمكننا استخلاص ان الألكسيتيميا هي حالة يظهر فيها الشخص صعوبة واضحة في فهم مشاعره والتعرف عليها وتسميتها بالكلمات، فيشعر بالأحاسيس دون أن يستطيع تفسيرها أو التعبير عنها بدقة. غالبًا ما يخلط بين ما يشعر به نفسيًا وما يحسّ به جسديًا، فيعبّر عن توتره أو حزنه على شكل آلام جسدية أو تعب عام بدل وصفه كمشاعر. كما يميل إلى التفكير بطريقة واقعية ومباشرة، مع ضعف في الخيال والتعبير العاطفي، ويجد صعوبة في مشاركة حالته الوجدانية مع الآخرين أو فهم مشاعرهم، رغم أن ذلك لا يعني غياب المشاعر، بل صعوبة الوصول إليها والتعبير عنها.

3. مكونات الاكستيميا :

يوجد ثلاث مكونات رئيسية للعجز عن التعبير الانفعالي وهي :

- **صعوبة تحديد الأحاسيس** : هو نقص كفاءة الفرد في تحديد أحاسيسه، والغالب على هذه

الأحاسيس كونها أعراض جسمية يغيب عنها قدرة معرفية تعطي معنى لهذا الإحساس الذي تتم خبرته عبر الجسد .

- **صعوبة وصف الأحاسيس** : وهو نقص الكفاءة فيما يتعلق بالتعبير اللغوي عن الأحاسيس، ويعود

ذلك إلى هيمنة النشاط العصبي الفسيولوجي على الاستجابات بالانفصال عن النظام المعرفي والذي يشمل المخططات حيث يوجد بداخلها الترميز التخيلي التي تعطي الوصف والمسميات للأحاسيس .

- **التفكير نحو الخارج** : وهو نقص الكفاءة التأملية لدى الفرد وبالتالي يتوجه تفكيره للخارج لنقص

كفاءته في تحديد ووصف أحاسيسه. (جفال، 2022، ص19، 18)

4. انواع الاكستيميا

1- الألكسيتيميا الأولية: Primary alexithymia ويشير مفهوم الألكسيتيميا الأولية إلى أنها

سمة ثابتة نسبيًا ومستمرة، ويعود إلى عوامل بيولوجية جينية وعصبية مصدرها الجانب الوراثي، وفقا لهذا التصنيف، فإن الألكسيتيميا تولد مع الفرد، وهي لا تظهر نتيجة لعوامل بيئية أو نفسية، ولا يمكن علاج هذا النوع بصورة نهائية ولكن من الممكن التقليل من أعراضها .

2- الألكسيتيميا الثانوية: Secondary Alexithymia الألكسيتيميا الثانوية ناتجة عن صدمات

وجدانية تظهر كدفاع مؤقت ضد الصدمات المستقبلية. وهي استراتيجية دفاعية لحماية الذات من

الخبرات الصادمة التي حدثت في الطفولة المبكرة قبل تعلم اللغة. كما أنها قد تنشأ الألكسيتيميا

الثانوية من بعض الأساليب الخاطئة في التنشئة الاجتماعية أو بعض أنماط المعاملة الوالدية

القاسية . إن هذه الحالة تعد حالة مؤقتة ، وتختفي عند انتهاء الموقف الضاغط على الفرد، وبالتالي فإن إمكانية العلاج تكون أفضل من الألكستيميا الأولية.

3- الألكستيميا كحالة وكسمة : من الملاحظ وجود جدل في البحوث والدراسات حول ما إذا

كان مفهوم الألكستيميا يعد سمة دائمة، أم أنه حالة تجاه حادث خارجي، أم كليهما؟ في هذا الصدد قام سميدث وآخرون Schmidt et al (1993) بملاحظة مجموعة من مرضى الشره العصبي لمدة 10 أسابيع لتحديد ما إذا كانت الألكستيميا تتناقص بتناقص أعراض الشره العصبي؟ فوجدوا أن الألكستيميا احتفظت بثبتها النسبي حتى بعد تناقص أعراض الشره العصبي، مما يؤكد أن الألكستيميا سمة ثابتة في الشخصية، وأيد ذلك ليمينت وآخرون Luminet et al (2000) في دراستهم للأفراد المكتئبين ذوي الألكستيميا حيث أظهروا ثباتا نسبيا للألكستيميا بعد انخفاض أعراض الاكتئاب، ومع ذلك فقد وجد هونكالامبي وآخرون Honkalampie (2000) أن الألكستيميا تناقص أعراض الاكتئاب، مما يدل على أنها حالة وأنها ثانوية بالنسبة مع تناقص لأعراض المرض النفسي . (عيب، 2022، ص749، 748)

5. ابعاد الألكستيميا

قد أشار تايلور Taylor 1997 ، إلى أن أبعاد الألكستيميا، تتلخص فيما يلي :

- صعوبة تحديد المشاعر، فلا يستطيع التمييز بين مشاعره من حزن فرح غضب .
- صعوبة وصف مشاعره لفظيا، بل وقد يحاول تغيير الحديث عن مشاعره وانفعالاته
- عدم القدرة على التخيل، فلهذه عجز في المخيلة الوجدانية المرتبطة بالصور و الذكريات .

- يرتبط تفكير الفرد بالعالم والظروف الخارجية له .

6. أسباب الألكستيميا :

الأسباب العصبية - المعرفية (البيولوجية)

تُفسر الألكستيميا من المنظور العصبي-المعرفي بوصفها اضطرابًا في معالجة المعلومات الانفعالية، ناتجًا عن قصور في التكامل الوظيفي بين البنى الدماغية المسؤولة عن الانفعال وتلك المسؤولة عن اللغة والإدراك الواعي. حيث يعاني الأفراد المصابون بالألكستيميا من ضعف القدرة على ترجمة الإشارات الفسيولوجية العصبية المصاحبة للانفعال إلى رموز لغوية ذات معنى، وهو ما ينعكس في محدودية المفردات الانفعالية وصعوبة تسمية المشاعر. وفي هذا السياق، أشار زين العابدين، فارس (2016) إلى أن الألكستيميا ترتبط بنقص في القدرات المعرفية العليا، خاصة تلك

المتعلقة بالتمثيل الرمزي والانتباه للخبرة الداخلية، مما يجعل الفرد أكثر تركيزاً على المثيرات الخارجية وأقل وعياً بحالاته الوجدانية الداخلية (فارس، 2016، 47، 45).

الأسباب الانفعالية (الصدمة النفسية) في ضوء نظرية الصدمة

تنظر نظرية الصدمة النفسية إلى الأليكسيثيميا باعتبارها آلية دفاعية مكتسبة يلجأ إليها الفرد لحماية نفسه من الألم النفسي الناتج عن الخبرات الصادمة أو الضغوط الانفعالية الشديدة. ففي مواجهة الصدمة، قد يختار الفرد تعطيل الوعي بالمشاعر وكبت الانفعالات كوسيلة للتكيف، مما يؤدي تدريجياً إلى ضعف القدرة على التعرف على المشاعر أو التعبير عنها. وقد أكدت الخميس، إيمان (2014) أن الأليكسيثيميا ترتبط ارتباطاً وثيقاً بضعف الوعي الانفعالي الناتج عن التعرض لصدمة نفسية مبكرة، حيث يصبح كبت المشاعر نمطاً ثابتاً في التنظيم الانفعالي (إيمان، 2016، ص 112، 115).

كما دعمت دراسة مظلوم، مصطفى (2017) هذا التفسير، إذ أظهرت نتائجها وجود علاقة ارتباطية سالبة دالة إحصائياً بين القدرة على تنظيم الانفعال ودرجة الأليكسيثيميا، مما يدل على أن الأفراد الذين مروا بخبرات ضاغطة أو صادمة يكونون أكثر عرضة لتبني أساليب تنظيم انفعالي غير تكيفية قائمة على الكبت والإنكار (مصطفى، 2017، ص 90، 88).

وبذلك، تُفهم الأليكسيثيميا في ضوء نظرية الصدمة كاستجابة نفسية دفاعية طويلة المدى، تتحول من آلية مؤقتة للحماية إلى نمط ثابت يعيق النمو الانفعالي السوي. الأسباب الانفعالية (الصدمة النفسية) في ضوء نظرية الصدمة تنظر نظرية الصدمة النفسية إلى الأليكسيثيميا باعتبارها آلية دفاعية مكتسبة يلجأ إليها الفرد لحماية نفسه من الألم النفسي الناتج عن الخبرات الصادمة أو الضغوط الانفعالية الشديدة. ففي مواجهة الصدمة، قد يختار الفرد تعطيل الوعي بالمشاعر وكبت الانفعالات كوسيلة للتكيف، مما يؤدي تدريجياً إلى ضعف القدرة على التعرف على المشاعر أو التعبير عنها. وقد أكدت الخميس، إيمان (2014) أن الأليكسيثيميا ترتبط ارتباطاً وثيقاً بضعف الوعي الانفعالي الناتج عن التعرض لصدمة نفسية مبكرة، حيث يصبح كبت المشاعر نمطاً ثابتاً في التنظيم الانفعالي (إيمان، 2016، ص 112، 115).

كما دعمت دراسة مظلوم، مصطفى (2017) هذا التفسير، إذ أظهرت نتائجها وجود علاقة ارتباطية سالبة دالة إحصائياً بين القدرة على تنظيم الانفعال ودرجة الأليكسيثيميا، مما يدل على أن الأفراد الذين مروا بخبرات ضاغطة أو صادمة يكونون أكثر عرضة لتبني أساليب تنظيم انفعالي غير تكيفية قائمة على الكبت والإنكار (مصطفى، 2017، ص 90، 88).

وبذلك، تُعهم الألكسيثيميا في ضوء نظرية الصدمة كاستجابة نفسية دفاعية طويلة المدى، تتحول من آلية مؤقتة للحماية إلى نمط ثابت يعيق النمو الانفعالي السوي.

الأسباب النفسية - الأسرية (نماذج الوالدين والتنشئة)

تلعب البيئة الأسرية دورًا محوريًا في تشكّل الألكسيثيميا، خاصة عندما تسود أنماط تنشئة غير سوية لا تشجع على التعبير الانفعالي. فالأسرة التي تثبط المشاعر أو تعاقب التعبير عنها تساهم في تنمية عجز الفرد عن التعرف على انفعالاته وتنظيمها، خصوصًا عند التعرض للضغط. كما أن الوالدين الذين يعانون بدورهم من صعوبات في تنظيم الانفعال يُشكلون نماذج غير تكيفية يتعلم منها الأبناء كبت المشاعر وقمعها. إضافة إلى ذلك، تُعد أنماط التعلق غير الآمنة وخبرات الطفولة المكبوتة من العوامل النفسية-الأسرية التي تترك أثرًا سلبيًا طويل المدى، وتزيد من قابلية الفرد للإصابة بالألكسيثيميا. (عبد العزيز، 2021، ص 31، 30).

7. اعراض الألكستيميا

لخص تايلور (1997, Taylor) أعراض اضطراب الألكسيثيميا فيما يلي :

- صعوبة الفرد في تحديد مشاعره؛ فهو لا يمتلك القدرة على التمييز بين المشاعر الإنفعالية من حزن فرح، غضب الخ، ولا يستطيع تحديدها.
- صعوبة الفرد في وصف مشاعره؛ فهو لا يمتلك القدرة على التعبير عن مشاعره لفظيا ويحاول تغيير الحديث عن مشاعره .
- يفنقر الفرد القدرة على الخيال والتخيل؛ فهو يعاني من خلل في العمليات التصورية وعجز المخيلة الوجدانية المرتبطة بالصور والذكريات .
- يتميز تفكير الفرد بارتباطه بالعالم الخارجي له الظروف الخارجية؛ فهو يستطع التكيف مع العالم المادي وصاحب تفكير تقليدي ومساير . (ابراهيم، غويري، 2018، ص 201)

8. النظريات المفسرة للألكستيميا

نظرية التحليل النفسي :

أشار مكوجال (١٩٨٩) أن هناك نوعين من الألكسيثيميا، يتمثل النوع الأول في الألكسيثيميا الأولية وترجع إلى أسباب عضوية، وتتسم بالثبات النسبي، بينما يتمثل النمط الثاني في الألكسيثيميا الثانوية وترجع إلى أسباب نفسية، وتعتبر بمثابة ميكانيزم دفاعي يستخدمه الفرد لحماية نفسه من الانفعالات الشديدة المرتبطة بالخبرات المؤلمة الصادمة خلال مرحلة الطفولة - . نظرية التعلم الاجتماعي: يعتمد أنصار هذه النظرية في تفسيرهم للألكسيثيميا على أنها

سلوك تعلمه الفرد من خلال التنشئة الاجتماعية، وقد ينتقل هذا السلوك من خلال الآباء الذين يعانون من صعوبات في تنظيم مشاعرهم ومن ثم يكونوا غير قادرين على تعليم أبنائهم فهم وتنظيم انفعالاتهم والتعبير عنها ؛ وكلما زادت الألكسيثيميا عند الآباء كلما زادت معها صعوبة تفسير انفعالاتهم وكذلك تعليم أبنائهم تنظيم هذه الانفعالات - نظرية الوعي الانفعالي: يرى لان وسكوراتتس Lane & Schwarts (1987) مؤسس نظرية الوعي الانفعالي أن النمو المعرفي مرتبط بالنمو الوجداني، لأن الإنسان يحتاج اللغة للتعبير عن حالته الانفعالية، ولذلك لابد أن يكون لديه كلمات عديدة ومختلفة لكي يستطيع التعبير عن مشاعره بسهولة والأفراد ذوي الألكسيثيميا يعانون من قصور في القدرات المعرفية التي تسمح لهم بترجمة تلك الأحاسيس والمشاعر الفسيولوجية إلى كلمات، فهم يملكون القليل من الكلمات لوصف انفعالاتهم، كما يأخذون وقتاً كبيراً للوصول إلى هذه الكلمات . (حلمي، 2018، ص97)

النظرية العصبية المعرفية:

أكد McLean ومنذ 1949 فرضية إصابة المرضى النفسجسديين بعجز دماغي وظيفي في توصيل المعلومات من المخ الشمي إلى مراكز اللغة في قشرة الدماغ وهو ما أكدته مدرسة بوسطن (Sines Nemia) ويدعى هذا التفسير بالنموذج العمودي أما النموذج الأفقي فيتبنى فرضية اضطراب التوصيل بين نصفي الدماغ الأيمن والأيسر، حيث لاحظ الباحثون ظاهرة التكتم لدى المصابين بظاهرة المخ المشطور split brain حين يعجز نصف الدماغ الأيمن المسؤول عن الإدراك الانفعالي في إيصال المعلومات إلى النصف الأيسر المسؤول عن اللغة والتعبير. وتجمع الدراسات الحديثة على أن التكتم ليس فقط عجزاً في القدرة على التعبير عن العواطف باستخدام ألفاظ اللغة بل يتضمن عجزاً أساسياً في التجهيز المعلوماتي الانفعالي emotional processing deficit وأن نموذج المخ المشطور غير كاف لتفسير ظاهرة التكتم. إن الانفعالات سلوك معقد تشترك فيه أجهزة الجسم المختلفة مثل الجهاز العصبي والغددي والحركي والمعرفي في إطار النسق العلائقي الثقافي والاجتماعي لذا يبدو التكتم عجزاً مزدوجاً:

أ - في الجزء الخاص بالخبرات الانفعالية المعرفية .

ب في مستوى التنظيم الانفعالي البيئشخصي : حيث يعاني المتكتمون من عجز الإيصال والتعبير معاً، واضطراب الإدراك الانفعالي للمؤثرات القادمة من البيئة. ويرجع بعض الباحثين ذلك إلى توقف في النمو العاطفي أثناء الطفولة حسب نظرية Schartz و Lane خاصة في مراحل ظهور التجريد والترميز اللغوي مما يؤدي إلى تشكيل الخطاطات المعرفية الانفعالية بالتدرج حيث تبدأ

بالأحاسيس والانفعالات السطحية البدنية وتصل إلى مزيج من المشاعر والعواطف المركبة والمعقدة وقدرة الفرد على التمييز بينهما تم تطوير هذا النموذج الخطي من طرف Bucci الذي يؤكد أن التجهيز الحركي والمعرفي للانفعالات لا ينتهي بالوصول إلى مستويات أعلى من التجريد والمنطق بل هو عملية مستمرة؛ ويقترح لتفسير ذلك نظرية التشفير المتعدد multiple code theory وحسب Bucci فإن الخطاطات المعرفية للانفعال تتشكل أولاً بواسطة عمليات أولية مثل الاحساسات الحشوية والحركية ، ثم عن طريق الصور التجريدية والرمزية ، أما الخطاطات الانفعالية اللفظية فتنمو لاحقاً مرتكزة على دلالات اللغة ومعانيها. ويشير إلى أن الخطاطات اللفظية وغير اللفظية ترتبط معاً بطريقة نوعية دقيقة ولا بد أن تتزاحج التمثيلات الحسية الحشوية والحركية للانفعالات بالصور النوعية في المجال غير اللفظي قبل أن ترتبط بدلالاتها اللفظية في اللغة. إن التكم حسب هذه الآليات المعرفية العصبية أكثر من كونه فقراً في ألفاظ اللغة المعبرة عن العواطف والمشاعر ، بل هو عجز في ترميز الحالات الانفعالية البدنية سواء لفظية أو غير لفظية، وهذا ما يجعل الإستثارة الانفعالية التي تهز البدن بدون محتوى معرفي مقابل، بل ويزيد في أزمانها مما يؤدي إلى آثار خطيرة على الصحة النفسية والجسدية . (قرشي.2008.ص211-213)

النظرية السلوكية :

تعتقد هذه النظرية ان لكل سلوك مثير واستجابة ويعتبر واطسون من رواد هذه النظرية ويوضح واطسون رأيه فيقول (اعطوني عشرة أطفال حديث الولادة وانا أتكفل بتشكيل سلوكهم المستقبلي إلى عشرة أنماط متميزة على ضوء المؤثرات البيئية التي سأخضعهم لها). اما سكرن (Skinner) فقد كانت اسهاماته مهمة من خلال نظريته في التعلم الشرطي الاجرائي وتسمى سلوكية سكرن بالسلوكية الأصلية لان التركيز فيها يكون على السلوك وما يترتب عليه أما الأحداث الداخلية النظرية في الفرد فليس لها أهمية فالإنسان يخضع لتأثيرات البيئة المحيطة في سلوكه ولا يعيش مستقلاً بذاته ويوضح (سكرن) فكرته عن التعلم الشرطي بانه يستطيع من خلاله تشكيل سلوك الإنسان مثل النحات الذي يشكل قطعة من الطين فسلوك الإنسان ما هو الا نتيجة لعمليات تشكيل مستمرة فالتشكيل هو أسلوب يستخدم لانتاج السلوك المطلوب عن طريق انتقاء وتعزيز الاستجابة التي تشبه جزءاً من ذلك السلوك المطلماً فكرة (سكرن) عن العقاب فهو يعتقد انه طريقه غير صحيحة لضبط السلوك حيث ان اثاره كثيراً ما تجعله ناجحاً في حين انه لا يحدث سوى اثر ايجابي مؤقت .ويرى سكرن ان المخلوقات الاجتماعية ليست سلبية في تفاعلها بل انهم يستجيبون للتأثير او المنبهات التي يتلقونها خلال عملية التنشئة الاجتماعية القائمة على التفاعل الاجتماعي والشخصية

التي تتكون وتتشكل للفرد او الجماعة هي نتيجة مباشرة لهذا التفاعل. فالتفاعل بهذا المعنى يتمثل في الاستجابات المتبادلة بين الافراد في وسط او موقف اجتماعي معين بحيث يشكل سلوك الواحد مؤثرا او منبها لسلوك الاخر، وهكذا فكل فعل يؤدي الى استجابة او استجابات في اطار عملية تبادل المنبهات والاستجابات. ويلعب التعزيز دورا اساسيا في تنشيط عملية التفاعل الاجتماعي، حيث يرى سكرن ان الانسان بطبيعته يميل الى تكرار السلوك او الاستجابة التي تحقق له هدفا وتلبي عنده حاجة. فمثلا ان السلوك اللفظي التلقائي عند الطفل يخضع لعملية تدعيم اجتماعي اذ ان قيام الطفل بعمل اصوات مقبولة اجتماعيا لبعض الكلمات مثل (البن ، ماء) يؤدي الى اثابته بالتشجيع او اعطائه الاشياء التي اشار اليها، اما الاصوات او الكلمات التي لا تكافئ وتثار على النحو السابق من التشجيع والاهتمام فأنها تتطفئ كما يشير اصحاب هذه النظرية الى ان عملية النماء الاجتماعي هي حصيلة تعلم انماط السلوك المختلفة التي تم تعزيزها واستمر في تكرارها الى ان اصبحت جزء من شخصية الفرد والجماعة وتتم عملية التفاعل على النحو الآتي (مثير استجابة مع التعزيز). (عبيد . 2020. ص4-5)

نظرية الوعي الانفعالي:

يرى لان وسكوراتتس Lane & Schwarts (1987) مؤسس نظرية الوعي الانفعالي أن النمو المعرفي مرتبط بالنمو الوجداني، لأن الإنسان يحتاج اللغة للتعبير عن حالته الانفعالية، ولذلك لابد أن يكون لديه كلمات عديدة ومختلفة لكي يستطيع التعبير عن مشاعره بسهولة والأفراد ذوي الألكستيميا يعانون من قصور في القدرات المعرفية التي تسمح لهم بترجمة تلك الأحاسيس والمشاعر الفسيولوجية إلى كلمات، فهم يملكون القليل من الكلمات لوصف انفعالاتهم، كما يأخذون وقتا كبيرا للوصول إلى هذه الكلمات . (حلمي، 2018، ص97)

من خلال استعراضنا للنظريات أرى أن كل نظرية حاولت تفسير الألكستيميا من زاوية مختلفة، وهذا يدل على أن هذه الظاهرة معقدة ولا يمكن تفسيرها بسبب واحد فقط. فالنظرية التحليلية النفسية ركزت على دور الصدمات والخبرات المؤلمة في الطفولة، وأعتقد أن هذا التفسير منطقي لأن الإنسان قد يلجأ إلى كبت مشاعره كوسيلة لحماية نفسه من الألم النفسي، خاصة إذا عاش تجارب قاسية في مراحل مبكرة من حياته.

أما نظرية التعلم الاجتماعي فأرى أنها قريبة جداً من الواقع، لأن الأسرة تعتبر المصدر الأول الذي يتعلم منه الفرد كيفية التعبير عن مشاعره وتنظيمها، فإذا كان الوالدان غير قادرين على التعبير الانفعالي فمن الطبيعي أن ينعكس ذلك على الأبناء.

وفيما يخص نظرية الوعي الانفعالي، فأنا أرى أنها من أكثر النظريات إقناعاً، لأنها تربط بين اللغة والانفعال، فالإنسان كلما امتلك حصيلة لغوية ومهارات معرفية أفضل أصبح أكثر قدرة على فهم مشاعره والتعبير عنها، بينما يعاني المصابون بالألكستيميا من صعوبة في وصف أحاسيسهم بالكلمات.

أما النظرية العصبية المعرفية فقد قدمت تفسيراً علمياً مهماً، إذ أوضحت أن المشكلة لا تتعلق فقط بعدم القدرة على التعبير، بل بوجود خلل في معالجة الانفعالات وترميزها داخل الدماغ، وهذا يفسر لماذا يعاني بعض الأفراد من اضطرابات نفسية وجسدية مرتبطة بكبت المشاعر.

وبالنسبة للنظرية السلوكية، فأرى أنها تؤكد تأثير البيئة والتعزيز في تشكيل السلوك الانفعالي للفرد، حيث إن طريقة تعامل المجتمع والأسرة مع تعبير الفرد عن مشاعره قد تشجعه أو تمنعه من الإفصاح عنها.

وفي النهاية أرى أن الألكستيميا لا يمكن تفسيرها من خلال نظرية واحدة فقط، بل هي نتيجة تداخل عوامل نفسية واجتماعية ومعرفية وعصبية، لذلك فإن فهمها يحتاج إلى نظرة شاملة تجمع بين مختلف هذه التفسيرات.

9. تشخيص الألكستيميا

- تُعد الألكستيميا (Alexithymia) أو ما يُعرف بـ "عجز التعبير عن المشاعر" سمة شخصية وليست اضطراباً نفسياً مستقلاً في التصنيفات العالمية مثل (DSM-5)، ويكمن التعرف عليه من خلال المقابلة العيادية والمقاييس النفسية:

أولاً: التعرف على الألكستيميا كسمة

(Trait) تتميز الألكستيميا بأربعة أبعاد رئيسية يركز عليها الفحص الإكلينيكي:

صعوبة تحديد المشاعر: العجز عن التمييز بين الانفعالات وبين الاستثارة الجسدية (مثل الخبط بين القلق والجوع).

صعوبة وصف المشاعر: الافتقار إلى المفردات الوجدانية للتعبير عن الحالة الداخلية للآخرين .

التفكير العملي الخارجي: (Externally Oriented Thinking) الانشغال بالتفاصيل المادية والأحداث

الخارجية بدلاً من الخبرات النفسية الذاتية. فقر العمليات التخيلية: محدودية في الأحلام واليقظة والإبداع

الوجداني (taylor, bagby, 2004, p221).

ثانياً: التعرف عليها من خلال المقابلة العيادية

في المقابلة، يظهر المصاب بالأكسيثيميا أنماطاً سلوكية ولفظية محددة:

اللغة الروبوتية: يتحدث المريض عن أحداث حياته بأسلوب تقريرى (سرد وقائع) دون مسحة عاطفية الشكاوى الجسدية: عندما يُسأل عن شعوره، قد يصف ألمًا في المعدة أو ضيقاً في الصدر بدلاً من قول "أنا حزين".

ضعف التواصل غير اللفظي: قلة تعبيرات الوجه وضعف نبرة الصوت العاطفية.

(Sifnoes, p.e,1996, p139).

ثالثاً: المقاييس النفسية المستعملة (Psychometric Scales)

تعتبر المقاييس هي الأداة الأكثر شيوعاً نظراً لطبيعة السمة التي يصعب رصدها بالملاحظة العابرة فقط :

_ مقياس تورنتو للأكسيثيميا (TAS-20)

هو "المعيار الذهبي" والأكثر استخداماً عالمياً. يتكون من 20 فقرة تقيس الثلاثة أبعاد الأولى (تحديد المشاعر، وصفها، والتفكير الخارجي). الدرجات: المجموع الأعلى من 61 يشير إلى وجود أكسيثيميا واضحة (parker and other,1994, p33).

_ مقياس بيرمود للأكسيثيميا (BVAQ)

يتميز عن مقياس تورنتو بأنه يقيس بُعد "التخيل" و"الاستثارة العاطفية"، ويتكون من 40 فقرة .

(vorst and other,2001, p425)

_ اختبار تورنتو المنظم للمقابلة (TSIA) نظراً لأن المصاب قد لا يدرك عجزه (عجز في البصيرة) ، تم

تطوير هذه المقابلة المقننة ليقوم المعالج بتقييم المريض بدلاً من الاعتماد على التقرير الذاتي .

(Taylor and other, 2006, p154)

ويعد التمييز بين الأكسيثيميا (Alexithymia) ، الاكتئاب (Depression) ، والفصام (Schizophrenia)

من أدق المهام في التشخيص الفارق، نظراً للتشابه الظاهري في "الجمود العاطفي" أو "الانسحاب

الاجتماعي".

_ الأكسيثيميا مقابل الاكتئاب

يكمن الفرق الأساسي في "طبيعة التجربة الوجدانية". في الاكتئاب، يعاني المريض من "ألم نفسي" شديد،

حزن، وشعور بالذنب؛ أي أن لديه مشاعر لكنها سلبية جداً. أما في الأكسيثيميا، فالمشكلة ليست في جودة

الشعور بل في "الوعي به". المريض لا يشعر بالحزن بقدر ما يشعر بـ "فراغ" أو "ضيق جسدي" غير مفسر .

كذلك، يتميز المكتئب بقدرته (أحياناً المفرطة) على اجترار الأفكار العاطفية، بينما يفتقر صاحب الأكسيثيميا

للخيال والقدرة على التعبير الرمزي، وهو ما يسمى بـ "التفكير العملي (Operational Thinking)" (taylor, bagby,2004, p34,36)

– الألكسثيميا مقابل الفصام

التشابه هنا يكمن في "تسطح الوجدان (Flattened Affect)" ومع ذلك، في الفصام، يكون التسطح الوجداني ناتجاً عن تدهور في العمليات المعرفية والذهانية، وغالباً ما يترافق مع انسحاب كلي من الواقع وتفكك في الأفكار. في المقابل، الشخص المصاب بالألكسثيميا يظل "متكيفاً مع الواقع" بشكل مفرط؛ فهو يذهب لعمله، يلتزم بالمواعيد، ويؤدي واجباته الاجتماعية "ألياً" لكن دون روح عاطفية. الألكسثيميا لا تتضمن ضلالات أو هلاوس، وهي سمة شخصية مستقرة وليست نوبة ذهانية عارضة (Henry, al,2006, p162).

– الفرق من حيث "التفكير الموجه نحو الخارج"

مريض الفصام قد يغرق في عالم داخلي مليء بالرموز والخيالات (وإن كانت غريبة)، بينما مريض الألكسثيميا يهرب من "الداخل" إلى "الخارج". هو يكره الرموز والاستعارات، ويفضل الحديث عن الحقائق المادية الملموسة. المكتئب، من جهة أخرى، يركز على الداخل لكنه تركيز "مسموم" بالنقد الذاتي (Nemial, sifneos,1970, p26-27).

– الفروق الجسدية (السيكوسوماتية)

بينما يعبر المكتئب عن تعبه الجسدي كعرض جانبي لنفسيته المحطمة، يعتبر مريض الألكسثيميا جسده هو "المسرح الوحيد" للتعبير. هو لا يقول "أنا قلق"، بل يقول "نبضات قلبي سريعة" أو "أشعر بضغط في معدتي"، دون أن يربط ذلك بأي سياق عاطفي. في الفصام، قد تكون الشكاوى الجسدية غريبة أو غير منطقية (ضلالات جسدية)، بينما في الألكسثيميا هي شكاوى طبية واقعية لكنها "مبتورة" عن أصلها النفسي (Lemley, m.a,2000, p272).

10. العلاجات النفسية الخاصة بالألكسثيميا

تطرح العلاجات النفسية لدى المرضى الذين يعانون من الألكسثيميا أو أي اضطراب خاص بالسيرورات الانفعالية مشكلة سواء أمام الأخصائيين السيكوسوماتين أو أمام الأطباء العقلين، بغض النظر عن مشكل التعرف عن الانفعالات وصعوبات التعبير عنها، فقد يعتبر الإكلينيكيون غالباً العلاج النفسي مع المريض المصاب بالألكسثيميا كتحدٍ كبير، حيث أن نجاحه يتطلب قدرة استبصار، والاهتمام بأدائه النفسي ومعرفة حالاته الانفعالية أو بمجموع الخصائص المميزة للأفراد المصابين بالألكسثيميا. ومن بين العلاجات المدرجة نجد:

- العلاج المعرفي السلوكي CBT

يعتبر أسلوب العلاج المعرفي السلوكي بأنه علاج تعليمي يقوم بحل المشكلات النفسية على المدى القصير، ويعود بجذوره إلى بداية الستينات للعالم (Beck, 1976)، في علاج مرضى الاكتئاب، واستخدم لاحقاً في علاج مرضى اضطراب القلق، الرهاب الاجتماعي، والذي أثبت فعاليته في علاج الكثير من الاضطرابات النفسية الأخرى، 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 الظاهري أو الخارجي، ويتميز هذا الأسلوب بأنه يعطي للمرشدين والمعالجين مدى واسع من الحرية والمرونة في تطبيق الأساليب العلاجية التي تتناسب مع فكر المرشد وخلفيته العلمية والنموذج الذي يتبناه. (نزبهة، راضية، 2023، ص35).

- العلاج بالتقبل والالتزام ACT

يختلف العلاج بالتقبل والالتزام كيتدخل عن الأساليب العلاجية الأخرى لأنه لا يعتمد على نموذج تقليل الأعراض، بل يتمثل في زيادة السلوكيات القائمة على القيمة، وفي الوقت نفسه يدير بمهارة العقبات الداخلية التي تنشأ في هذه العملية. (اكرام، 2023، ص19، 20) ويعالج act الالكستيميا من خلال ست عمليات أساسية :
اليقظة الذهنية: (Mindfulness) تدريب المريض على مراقبة الأحاسيس الجسدية (مثل انقباض الصدر أو تعرق اليدين) كإشارات أولية لوجود عاطفة ما، دون محاولة الهروب منها.
التقبل: (Acceptance) بدلاً من "الجمود الانفعالي"، يتم تدريب الشخص على السماح للمشاعر (حتى المزعجة) بالتواجد دون الحكم عليها بأنها "غير مفهومة" أو "مخيفة".
الارتباط بالقيم: (Values) مساعدة الشخص على اتخاذ قرارات مبنية على ما يهمه في الحياة، بدلاً من اتخاذ قرارات "آلية" ناتجة عن عدم فهمه لدوافعه العاطفية.

- العلاج النفسي - التربوي:

يوصي بالتدخلات الفردية أو الجماعية، والتي يقترح فيها الجانب النفس-بيداغوجي للمفحوصين تجاه عالمهم الانفعالي، والذي يكون مستنفذ وفقير للغاية حيث تهدف هذه التدخلات إلى تطوير وعي عاطفي وانفعالي، القدرة على تحمل مشاعر الحالات الانفعالية والقدرة على تطوير المعاش الخيالي المرتبط بالعواطف. هذه الاستراتيجيات تشمل تركيز الانتباه على معاني الأحاسيس الجسدية وعلى تظاهرات غير لفظية للانفعالات تعلم وظيفة الإبلاغ عن الانفعالات والتمييز والتعبير اللفظي على

مختلف الحالات العاطفية المحددة. وترتكز على عدة نشاطات لعب الأدوار ، نشاطات كتابية، رياضة، موسيقى أو استرخاء)، والتي تهدف إلى التعرف على المشاكل والتعبير عنها لفظياً ومن ثم حلها. (بشير، 2018، ص142)

- العلاج عن طريق الأسرة :

إن إنشاء شبكة من التفاعلات داخل الأسرة بدلاً من إلقاء اللوم على الفرد بحيث أن ركيزة العلاج تقع حول كيفية الحفاظ على التفاعل بغض النظر على المشاكل لهدف رفع مستوى التفاعل والوعي حول القضايا وتخفيف الضغوط، وتشجيع العلاقات العاطفية مع الآباء من أجل التناغم العاطفي الذي يعيد استعادة الصحة العاطفية.

- العلاج الجماعي :

تعتبر العلاجات الجماعية تكميلية للعلاجات الفردية للأشخاص الذين يعانون من الألكسثيميا، فالمجموعة تسمح للفرد بالتعرف والتعبير على الخبرات الانفعالية وفهم المعاش العاطفي انطلاقاً من العلاقات الشخصية التي يطورها أثناء الحصص العلاجية. ومن المهم أن تمنح المجموعة للفرد دور السند والدعم الذي يساعد الفرد على التعبير عن انفعالاته وردود فعله خاصة العدوانية وجهاً لوجه، والذي يكون متعلق بالنقص الموجود في التقمص العاطفي، كما يقوم المختص بالتركيز على دور الاتصال بين مختلف أفراد المجموعة.

- العلاج عن طريق الأدوية :

نجد العديد من الأدوية النفسية المستعملة في علاج خلل الاضطرابات الانفعالية مثل Les Benzodiazepien والتي تعتبر من مضادات القلق Les Anxiolytiques التي تعرف بمفعولها في تخفيض التوتر النفسي وحالات الإجهاد، كما تستعمل مضادات الاكتئاب Les Antidepressseurs سواء ثلاثية الحلقة Les Tricycliques أو IMO مثبتي أحادي أمين أكسيداز، وهي أدوية قادرة على تحسين الحالة المزاجية للفرد والتي من خصائصها إنعاش المزاج الاكتئابي وإزالة التثبيط وتعطيل النشاط العقلي والحس حركي، وأيضاً تستعمل لتعديل المزاج Les Thyoregulateurs ومضادات الذهان Les Neuroleptiques هذه الأدوية لديها مفعول جيد ولكن ينتكس المريض لمجرد التوقف عنها ، والاستمرار في تناولها قد تظهر عنها آثار جانبية أخرى، ناهيك عن التبعية للأدوية النفسية، فالأفراد الذين يعانون من الألكسثيميا لديهم مشكل في العلاقات الاجتماعية، لذا فإن استعمال الأوكسيتوسين من شأنه أن يحسن بعض المهارات الانفعالية من خلال تعبيرات الوجه . (عباس، عاشور، 2023، ص34-36)

11. الألكستيميا والاضطرابات الجسدية :

لقد لاحظ العلماء منذ فترة طويلة علاقة الانفعالات وطريقة التعبير عنها بالأمراض النفسية والجسدية وحاولت مدرسة باريس النفس جسدية على يد Marty وزملائه ثم Ali Sami بعد ذلك التأكيد على مفهوم التفكير العملياتي *pensée opératoire* وهو تفكير مغلق يركز على حوادث الحياة اليومية دون أدنى توظيف للمشاعر والأفكار، ويمتد إلى الأحلام فتغيب عنها الرموز والأفكار والخيالات والرغبات اللاشعورية، وذلك دليل على انخفاض القدرة على تعقيل ما قبل الوعي وهو طريق الإصابة بالأعصاب الطبائية وبالتالي الأمراض النفس جسدية. غير أن مدرسة بوسطن (Nemiah, Sifneos) توسعت في هذا المفهوم بمقارنة عصبية معرفية. ويعتبر التكتم مؤشرا هاما للدلالة على دور الانفعالات في ظهور الجسدية سواء كانت الأسباب نفسية أو عضوية أو بيئية . ويؤكد العلماء أمثال (Krystal, Seos, Cooper) إن عدم القدرة على التعبير عن الانفعالات تزيد من الاستعداد للاضطرابات النفس جسدية، ويرى (Loas 2010) أن معدل انتشار التكتم لدى الاضطرابات السيكوسوماتية قد يتراوح ما بين 30 إلى 60 بالمئة وخاصة مرضى ارتفاع الضغط والتهاب المفاصل الروماتيدي والربو والتشنج التاجي والقرحة، كما يشير بأنها أساس الاضطرابات السيكوسوماتية فهي موجودة قبل ظهور الاضطرابات كما قد تكون ثانوية نتيجة لمرض، ففي الحالة الأولى تعتبر كعامل خطر في ظهور بعض الأمراض العضوية و العقلية، أما في الحالة الثانية فتعتبر كعامل إنذار للحالة النفسية على سبيل المثال تناول الأدوية أثناء الضغط ما بعد الصدمة أو تناول أدوية خلال القرحة المعدية. ويشير Taylor (2001) إلى أن التطبيقات السريرية لمفهوم الألكستيميا تبدو واعدة، وأهمها: أن المتكتمين يظهرون نماذج من التعلق المرضي وأشكالا من سوء التكيف وعدم الضبط الانفعالي أن التكتم يستعمل كمؤشر تنبؤي وبنجاح في أسباب الوفيات بغض النظر عن عوامل الإخطار الأخرى. أثبت العلاج النفسي أن خفض التكتم يؤدي إلى فوائد صحية جمة. وهكذا تبدو أهمية التكتم خاصة في علاقته بالجسدية والاكنتاب لدى مراجعي العيادات العامة. (بوعون، 2022، ص12-13)

الخلاصة

تعدّ الألكستيميا سمة نفسية تتمثل في صعوبة واضحة في التعرف على المشاعر أو التعبير عنها. فالشخص لا يفتقد المشاعر، بل يعيشها لكنه يجد صعوبة في فهمها أو ترجمتها إلى

كلمات، مما يجعله يعتمد غالبًا على تفكير عملي ومباشر، بعيد عن الخيال والانتباه للعالم الداخلي. هذا النمط يؤثر على تفاعله العاطفي مع نفسه ومع الآخرين، ويجعل عملية التواصل الوجداني أكثر تعقيدًا. ويأخذ هذا المفهوم بعدًا أعمق عندما ننظر إليه من زاوية الجانب السيكوسوماتي. فحين لا يجد الفرد القدرة على التعرف على مشاعره أو تفريغها بطريقة مناسبة، قد تتحول الانفعالات المكبوتة إلى استجابات جسدية ملموسة. لذلك تُلاحظ لدى العديد من الأشخاص ذوي الألكستيميا زيادة في الأعراض الجسدية المرتبطة بالتوتر، مثل آلام المعدة والقولون، الصداع، توتر العضلات، اضطرابات النوم والشعور بالإرهاق. إن عدم معالجة المشاعر على المستوى النفسي يرفع من النشاط الفسيولوجي للجسم، مما يسهل ظهور اضطرابات نفس-جسدية، ويجعل الجسد يقوم بدور "المعبر" حين يعجز اللسان عن التعبير. وهكذا، تعكس الألكستيميا حالة تتداخل فيها النفس والجسد بعمق؛ فهي ليست مجرد صعوبة في التعبير العاطفي، بل قد تمتد لتؤثر بشكل مباشر على صحة الفرد الجسدية ونظامه العصبي، ما يجعل فهمها والتعامل معها أمرًا مهمًا للحفاظ على التوازن النفسي والجسدي معًا.

الاضطرابات السيكوسوماتية

تمهيد

1 - تعريف الاضطرابات الجسدية

2 - تصنيف الاضطرابات الجسدية

حسب dsm5

3- النظريات المفسرة للاضطرابات الجسدية

4- علاج الاضطرابات الجسدية

5- انواع الاضطرابات الجسدية

أ/ اضطرابات جهاز الهضمي

- القولون العصبي

- القرحة المعدية

ب/ اضطرابات الجلد

- الصدفية

خلاصة

تمهيد:

يمثل موضوع الاضطرابات السيكوسوماتية أحد المحاور الأساسية في الدراسات النفسية والعيادية المعاصرة، نظرًا لما يعكسه من تداخل وثيق بين البعد النفسي والبعد الجسدي في تكوين الأعراض المرضية وتطورها. فقد أظهرت البحوث العلمية أن الضغوط النفسية والصراعات الانفعالية المستمرة قد تسهم في نشوء اضطرابات جسدية حقيقية، أو في تفاقم أمراض عضوية قائمة، وهو ما يؤكد وحدة الكيان الإنساني وتكامله البيولوجي والنفسي والاجتماعي. وانطلاقًا من هذا التصور التكاملي، يسعى هذا الفصل إلى تقديم إطار نظري شامل حول الاضطرابات السيكوسوماتية، من خلال التطرق أولاً إلى تعريفها لغةً واصطلاحًا، مع توضيح المفاهيم المرتبطة بها. كما سيتم عرض تصنيف هذه الاضطرابات وفق الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (DSM-5)، بهدف تحديد موقعها ضمن البناء التصنيفي الحديث للاضطرابات النفسية والجسمية ذات الصلة. ويتناول الفصل كذلك أهم النظريات المفسرة للاضطرابات السيكوسوماتية، سواء النظريات ذات المنحى التحليلي التي تربط الأعراض بالصراعات اللاشعورية، أو النظريات السلوكية والمعرفية التي تؤكد دور التعلم والتفسير المعرفي في ظهور الأعراض، إضافة إلى التفسيرات البيولوجية التي تبرز تأثير الجهاز العصبي والغدد الصماء في الاستجابات الجسدية للضغط النفسي. كما سيتم عرض الأساليب العلاجية المعتمدة في التعامل مع هذه الاضطرابات، والتي تقوم أساسًا على التكامل بين العلاج النفسي والعلاج الطبي. وفي الجانب التطبيقي، سيتم التركيز على بعض النماذج الشائعة للاضطرابات السيكوسوماتية، لاسيما اضطرابات الجهاز الهضمي مثل القولون العصبي والقرحة المعدية، من خلال عرض تعريف كل اضطراب، وأنواعه، وأعراضه، وأسبابه، وطرق تشخيصه، والعلاجات الخاصة به. كما سيتم التطرق إلى اضطرابات الجلد، وبصفة خاصة الصدفية، باعتبارها من الاضطرابات التي تتأثر بشكل واضح بالعوامل النفسية والانفعالية. ويهدف هذا الفصل في مجمله إلى إبراز أهمية المقاربة الشمولية في فهم الاضطرابات السيكوسوماتية، من خلال الربط بين العوامل النفسية والعضوية، بما يسهم في تحسين التشخيص ووضع خطط علاجية أكثر فاعلية.

1. تعريف الاضطرابات السيكوسوماتية:

يعود الأصل اللغوي لكلمة "سيكوسوماتيك" إلى الجذور اليونانية القديمة، وهي مكونة من كلمتين: **Psyche** وتعني النفس ، و **Soma** وتعني الجسد ، لتعني الكلمة ككل في اللغة العربية نفس "جسدي" أو "تفسي"، وعليه تعرف الأمراض السيكوسوماتية بالأمراض النفس جسمية أو النفس جسمية. تعتبر الأمراض السيكوسوماتية من الحالات البينية (**Les états limite**) التي تشير إلى مجموعة الأعراض أو الاصابات الجسدية، التي تعزى عادة إلى معاناة نفسية ناتجة عن صراعات داخلية . يقول « **G. Meyer** » نطلق اسم الطب السيكوسوماتي على دراسة الاصابات الحشوية الوظيفية أو العضوية الإشرافية كلياً أو جزئياً بعوامل نفسية من النوع العاطفي» . ومن هذا المنظور تُطلق الأمراض السيكوسوماتية على جميع الاضطرابات (**troubles**) ، المتلازمات (**Syndromes**) ، والاعراض (**Symptômes**) ذات أساس نفسي مؤكد (د.سمير، فاطمة، 2018 ص:12).

تعريف الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع - لجمعية الأطباء النفسيين الأمريكية للاضطرابات العقلية (1994, DSMI):

حيث يعرف الاضطرابات السيكوسوماتية تحت عنوان : الحالات الجسمية (**Gale Enc**) فهي إختلالات وظيفية تنشأ

- في جانب منها على الأقل

- من عوامل نفسية أو عاطفية / وجدانية / إنفعالية .. ولذا لابد على الأطباء أن يقرروا بوجود

إستعدادات **Di Sposations** للمرضى والتي لا تعنى حتمية الإصابة به .. إلا أنه في الغالب تظهر

هذه الأعراض عندما لا يستطيع الشخص

- أو يواجه على نحو خاطئ

- أحداث وضغوط الحياة المؤلمة والحادة مثل: الطلاق أو موت شخص عزيز لديه يكون قد ارتبط به

وجدانيا وعاطفيا وهنا يتفاعل الإستعداد (الذي كان كامنا في الشخص / الداخلي) مع الآثار الناجمة

عن فقدان هذا الشخص مثلا .. وهنا تحدث الإصابة بالاضطراب السيكوسوماتي ... كما لابد من أخذ

العوامل المجتمعية في الإعتبار .. فالأسر الى يسودها جو من الألفة والسعادة والمناخ الايجابي القائم

علي الألفة والود وحسن المعاشرة تقلل بلا شك من إستعداد وإحتمال إصابة أفرادها بالمرض أو

الإضطراب مقارنة بالأسر التي يسودها جو من الشحاء والعداء سواء أكان مستتراً أم ظاهراً ..

وهكذا لابد من أخذ كافة العوامل سواء داخلية أم خارجية، في الإعتبار.

تعريف محمود أبو النيل : ويعرفها بأنها : إضطرابات جسمية مألوفة للأطباء والتي يحدث عن

طريقها تلف في جزء من أجزاء الجسم، أو خلل في وظيفة عضو من الأعضاء نتيجة إضطرابات

إنفعالية مزمنة نظراً لإضطراب حياة المريض والتي لا يفلح العلاج الجسمي الطويل وحده في شفائها شفاء تاماً نظراً لإستمرار الضغط الإنفعالي وعدم علاج أسبابه (النفسية الحقيقية) إلى جانب العلاج الجسمي (فقط). (محمد حسن, 2015, ص, 49)

تعريف دافيزون ونيل : **Nwal & Davison** وهي مجموعة من الإضطرابات توصف بأنها أعراض جسمية تنشأ عن عوامل إنفعالية حادة ومستمرة، وتتضمن إصابة جهاز عضو واحد (أو أكثر من جهاز من أجهزة الجسم المختلفة) والتي تكون تحت تحكم الجهاز العصبى المستقل أو اللاإرادى، وأن إستمرار الضغط والإنفعال السيئ على الجسم يقود إلى (تدهور فى أجهزة الجسم وشلل تام عن أداء وظائفها) .. وأن المجال ينفث ويتسع ليشمل العديد من أجهزة الجسم والتي تتبدى فى إصابة عضو أو أكثر. (محمد حسن, 2015, ص, 50)

تعريف جالاتني : Gallatin هي أمراض تنتج عن أسباب نفسية، غالباً ما تلعب الضغوط النفسية الحادة دوراً كبيراً فى حدوثها، وأن الألام النفسية تنعكس فى حدوث مرض أو أكثر فى أجهزة الجسم المختلفة، وأن الأمر - فى هذه الحالة - لا يقتصر على جهاز من أجهزة الجسم دون غيره، بل قد يشمل الإضطراب والتلف جميع أجهزة جسم الفرد . (محمد حسن, 2015, ص, 51)

تعريف الاجرائي :

وتعرف الاضطرابات السيكوسوماتية انها مجموعة من الأعراض الجسدية التي يعاني منها الفرد، والتي لا يمكن تفسيرها تفسيراً عضوياً خالصاً، وترتبط بوجود ضغوط نفسية أو صراعات انفعالية، ويتم قياسها من خلال الدرجة الكلية التي يتحصل عليها المفحوص على أداة قياس الاضطرابات السيكوسوماتية المعتمدة في هذه الدراسة، حيث تشير الدرجة المرتفعة إلى مستوى عالٍ من الاضطرابات السيكوسوماتية، بينما تشير الدرجة المنخفضة إلى مستوى منخفض منها.

2. تصنيف الاضطرابات السيكوسوماتية حسب DSM5 :

يرتكز تشخيص الاضطرابات السيكوسوماتية في الدليل التشخيصي على العلامات العيادية التالية :

- واحد أو أكثر من الاعراض الجسدية المؤلمة والتي تؤدي الى تعطل كبير في الحياة اليومية A .

- افكار مشاعر أو سلوكيات مفرطة متصلة بالأعراض الجسدية او المخاوف الصحية المرتبطة بها

كما تتجلى B بواحد على الاقل مما يلي :

1- افكار غير متناسبة مستمرة حول خطورة اعراض الشخص.

2 - استمرار مستويات القلق المرتفعة حول الصحة او الاعراض .

3- الوقت والطاقة المفرطين والمخصصين لهذه الاعراض او المخاوف الصحية .

على الرغم من أن عرضاً جسدياً واحداً قد لا يكون حاضراً باستمرار، فالحالة العرضية تبقى ثابتة (عادة أكثر من 6 أشهر).

- تحديد ما إذا كان: مع المسيطر (سابقاً) اضطراب الألم هذا المحدد هو للأفراد الذين تتطوي أعراضهم الجسدية غالباً على تحديد ما إذا كان:

مستمر: يتميز المسار المستمر بالأعراض الحادة، ضعف ملحوظ، ومدة الطويلة (أكثر من 6 أشهر) تحديد الشدة التالية خفيف واحد فقط من الأعراض المحددة في المعيار يتم الوفاء بها.

متوسط: يتم الوفاء باثنين أو أكثر من الأعراض المحددة في المعيار.

شديد: يتم الوفاء باثنين أو أكثر من الأعراض المحددة في المعيار، بالإضافة إلى تواجد شكاوى جسدية متعددة (أو عرض جسدي واحد شديد جداً). (كوثر، مايا، 2022، ص 15_16).

3. النظريات المفسرة للاضطراب السيكوسوماتي

- **النظريات الفيزيولوجية والبيولوجية:** أكد بافلوف Pavlov على أن العديد من الأمراض

مصدرها اختلاف في العمليات العصبية خصوصاً أمراض البدن و في الوقت نفسه أعطى أهمية لاتجاهات المريض النفسية وآرائه وتأثيرها على مسار المرض و إمكانية علاجه و أعطى للحاء دوراً في كيفية تنظيم و تنشيط الميكانيزمات الهرمونية، فعن طريق اللحاء تجد الأحداث الخارجية طريقها لكي تعبر عن نفسها في العمليات الداخلية ذات الأهمية الحيوية ويعتمد على التفسير الفيزيولوجي للظواهر النفسية. فقد أرسى نظريته على مبدأ اللحائية الحشوية و التي بدورها تبحث في تأثير القشرة الدماغية في الأحشاء. (نفيسة، 2021، ص 102_103)

- **نظرية كانون : Cannon**

ففي سنة 1929 أجرى "كانون" ملاحظاته المنظمة على التغيرات الفيسيولوجية المصاحبة للانفعالات الشديدة، و الظروف المثيرة للمشقة كالألم و الجوع و انتهى إلى أن المنبهات التي تحدث إثارة انفعالية تسبب تغيرات في العمليات الفيسيولوجية الأساسية. فتوصل إلى أدلة علمية تثبت أن تعرض الإنسان للمواقف الانفعالية من شأنها أن تؤدي إلى إطلاق جسده لكميات من الأدرينالين مما يؤدي إلى إحداث المظاهر العصبية النباتية كارتفاع ضغط الدم، تسارع نبضات القلب ... حيث أن هذه الانفعالات و المواقف المهتدة تضع الجسم في حالة استنفار ، بحث لا تتوقف ردة الفعل أمام الموقف المهتد بل تتعداه إلى ردة فعل جسدية. (نفيسة، 2021، ص 103)

- **نظرية هانز سيلبي : Hans Selye**

والذي يعتبر أول من وضع مصطلح الضغط النفسي في المجال الطبي سنة (1926) حيث لاحظ من خلال دراسته في كلية الطب بأن الأفراد يعانون من نطاق واسع من الأمراض و لكن هناك عامل مشترك

في الأعراض ك فقدان الشهية، انخفاض في قوة العضلات، ارتفاع ضغط الدم، فقدان الحماس لإنجاز أي شيء وقد بين سيلبي " أن التعرض المستمر للضغط النفسي يحدث اضطرابات في الجهاز الهرموني من خلال الاستثارة الزائدة للجهاز العصبي المستقل، وأن هذه الاضطرابات الهرمونية هي المسؤولة عن الأمراض النفسجسمية الناتجة عن التعرض للتوتر و الضغط النفسي الشديدين . وقد قسم **Selye** ردود أفعال الكائن الحي تجاه المثيرات الخارجية إلى ثلاث أقسام:

المرحلة الأولى - الإنذار :

وفي هذه المرحلة يستدعي الجسم كل قواه الدفاعية لمواجهة الخطر الذي يتعرض له فتحدث نتيجة للتعرض المفاجيء لمنبهات لم يكن مهيبًا لها مجموعة من التغيرات العضوية والكيمائية فترتفع نسبة السكر في الدم ويتسارع النبض ويرتفع الضغط الشرياني. فيكون الجسم في حالة تأهب واستنفار للدفاع والتكيف مع الموقف المهدد.

المرحلة الثانية - المقاومة :

و تشمل هذه المرحلة الأعراض الجسمية التي يحدثها التعرض المستمر للمنبهات والمواقف الضاغطة التي يكون الكائن الحي قد اكتسب القدرة على التكيف معها وتعتبر هذه المرحلة هامة في نشأة أعراض التكيف أو ما يسمى الأعراض السيكوسوماتية.

المرحلة الثالثة - الإنهاك :

حيث إذا طال تعرض الفرد للضغوط لمدة طويلة فسيصل إلى نقطة يعجز عن الاستمرار في المقاومة و يصبح عاجزا عن التكيف بشكل كامل .(نفسية.2021.ص103_104)

- النظرية التحليلية :

حيث يعتمد هذا الاتجاه في تفسيره للاضطرابات السيكوسوماتية على البناء الداخلي للشخصية، و يفترض وجود علاقة سببية بين مكونات الشخصية و الاضطرابات السيكوسوماتية، حيث افترض أتباع "فرويد وجود أسباب تحليلية لا شعورية تكمن وراء الإصابة بهذه الاضطرابات فانطلاقا "فرويد" الأساسية لم تكن نحو البسيكوسوماتيك، و لكن دراساته تمحورت بشكل أساسي نحو الهستيريا و كان ذلك بتبيان أثر الصراع النفسي في إحداث الاضطرابات الهستيرية الجسدية وهكذا فإن تطبيق المبادئ التحليلية في الميدان النفسي - الجسدي لم يأت على يد "فرويد" و إنما أتى على يد تلاميذه وأتباعه. فمنذ دراسة فرويد "Freud" للهستيريا مع "Breur" عام 1895 أطلق نظرية المنشأ النفسي للإضطراب الجسدي -الهستيري معارضا بذلك نظرية العالم الفرنسي P.Janet القائلة بعودة هذا الاضطراب إلى تحسس الجهاز العصبي. و من خلال دراساته كان أن أول القائلة من أعاد النظرة إلى وحدة النفس و الجسد ممهدا لظهور البسيكوسوماتيك و هو الاتجاه الذي تبعه فيه

Alexander, Sami ALI, Marty, Nacht

حيث توصل إلى مبدأ إمكانية تحويل الصراع النفسي إلى مظاهر جسدية كتعويض جنسي . وهنا لا نستطيع أن نهمل دور **F.Alexander** الذي يعتبر واضع أسس مدرسة البسيكوسوماتيك التحليلية، حيث حاول التوفيق بين النظريات الفيزيولوجية و بين التحليل النفسي. و قد افترض **Alexander** أن لبعض الصراعات خاصية التأثير على أعضاء معينة، فالخوف و الغضب ينعكسان غالبا على صعيد القلب و الأوعية، في حين أ، مشاعر التبعية و الحاجة للحماية ينعكسان غالبا على صعيد الجهاز الهضمي. و بهذا يكون **Alexander** من أوائل مطبقي التحليل النفسي في مجال البسيكوسوماتيك . كما كان **Nacht** أول اللذين طرحوا فرضية ضعف الأنا و وهنها لدى المرضى النفس جسديين في تفسيره للاضطراب السيكوسوماتي أنه يأتي كردة فعل جسدية أمام الانفعالات و لا يهدف للإعراب عن الانفعالات و لفت الأنظار كما في حالات الهستيريا . كما لا ننسى إسهام بعض العلماء ك **Dunber** الذي كان يرى أن المرضى المصابين بنفس المرض قد يملكون علائم مشتركة بينهم و لكنهم لا يملكون شخصيات متشابهة كذلك دور **Horney** التي نشرت علاج مرض الشقيقة عن طريق التحليل الذاتي . (نفسية.2021.ص. 104_106)

- النظرية السلوكية:

حيث تتلخص النظرية السلوكية في أن السلوك الانفعالي ليس استجابة مستقلة مفردة، فهناك أنماط عديدة من حيث الأعضاء التي يشملها الاضطراب و تعتمد على الظروف المثيرة المختلفة و على متغيرات مهياة. كما توجد فروق فردية خلال تعلم الاستجابة الانفعالية فالمنبهات الجديدة تستثير أنماط من الاستجابة الانفعالية خلال التعلم .ويرى بعض السلوكيون أن الاضطرابات السيكوسوماتية ما هي إلا عادات تعلمها الإنسان ليخفف بها من قلقه و توتراته و يجد من خلالها حلا لصراعاته، كما أن الاضطراب هو نتيجة لتطور عملية تعلم فاشلة تمت عن طريق الإشراف .
ففي دراسة قام بها كل من **othenberg** و **Stein** و **Lewis** و **Hamilton** سنة (1958) بينوا فيها دور الاشراف الكلاسيك في فهم حالة الربو . (نفسية.2021.ص.106)

- النظرية المعرفية :

أما لعلماء النفس المعرفيين يرون أن المصابين بهذه الاضطرابات الجسمية يركزون انتباههم بشكل مفرط في عمليات فيسيولوجية داخلية، و يحولون الإحساسات الجسمية الطبيعية إلى أعراض من الألم و الوجع و الكرب تدفعهم إلى مراجعات طبية غير ضرورية بهدف العلاج .وقد أجرى "جراهام" **Graham .L** و تلاميذه مجموعة من الدراسات و المقابلات الشخصية لكثير من المرضى البسيكوسوماتيون بهدف معرفة أثر العمليات المعرفية و العقلية على العمليات الفيسيولوجية، وتبين له وجود عنصرين هامين هما:

- ما يشعر به الفرد من سعادة أو حزن .

-و ما يرغب الفرد في معرفته في ضوء خبراته و أفكاره أو مدركاته السابقة .

و من أمثلة ذلك:

- مريض القولون المتقرح يشعر وكأنه مصاب بمرض أو أذى و يرغب في التخلص من مسؤوليته

- مريض الحساسية الجلدية يشعر أنه مهزوم و لا يقدر على عمل شيء .

- مريض الربو والتهاب الأنف يشعر وكأنه ترك في البرد و يريد الابتعاد عن المواقف و الأشخاص .

-مريض ضغط الدم المرتفع يشعر بالتهديد و الأذى و يضطر إلى الاستياء من أي شيء .

- مريض الصداع النصفي يشعر وكأنه اضطر إلى إنجاز عمل ما و يريد أن يستريح من هذا المجهود.

ويضيف "عدنان العتوم" (2004) أن هذا الاتجاه اعتمد آلية بسيطة لفهم السلوك الإنساني انطلقت من

مسلمة تشير إلى أن السلوك الإنساني مدفوع بمثيرات بيئية و وراثية مختلفة تعمل على توجيه سلوكه

بطريقة ما ، و لكن هذا السلوك ليس ألياً أو مباشراً و لكنه بسلسلة من العمليات المعرفية الوسيطة من

انتباه و إدراك و تحليل و تخزين و استرجاع للمعلومات حتى تظهر الاستجابة سواء كانت خارجية

ظاهرة أو داخلية مضمرة يشعر بها صاحبها فقط .كما تؤكد الدراسات الحديثة في ميدان

السيكوسوماتيك بأن التفكير و النشاط المعرفي للإنسان له دور فعال بالنسبة لإصابة الإنسان بشتى

الأمراض، كما أن تغيير هذا التفكير و هذا النشاط المعرفي الذي تسبب في إحداث هذه الأمراض

والاضطرابات يساعد كثيرا في شفاء الفرد أو تحسين حالته الصحية بقدر كبير . (نفيسة، 2021.ص

, 106_108)

4. علاج الاضطرابات السيكوسوماتية :

يوجد العديد من الطرق والاساليب العلاجية في علاج الاضطرابات السيكوسوماتية نذكر منها :

- علاج دوائي (طبي) : الأدوية الطبية والعقاقير الطبية تستخدم لضبط الأعراض الجسدية

والحشوية

وحتى القاية من التعرض لمختلف النوبات وذلك يكون تحت اشراف ومتابعة طبية، يتنوع العلاج الطبي

تبعاً لنوع الاضطراب نفسه، سوف نذكر أنواع العلاجات الطبية لعلاج أعراض الاضطرابات

السيكوسوماتية :

- المهدئات : " Tranquilizers " نوع من الأدوية تهدف على التخلص من الأرق وتساعد

على النوم، حيث تقوم بتعديل الاشارات العصبية للجهاز العصبي المركزي وتعمل على

التخلص من التوتر والقلق والهلع بالخصوص أن القلق يحتل المرتبة الأولى في أغلب

الاضطرابات السيكوسوماتية، ومن بين أهم المهدئات والمسكنات الباربيتورات

(Barbiturates) يستخدم هذا النوع في علاج حالات الاختلاجات ويعد من أنواع المهدئات التي يمكن تناولها بمفردها أو كجزء من أدوية التخدير البنزوديازيبينات **(Benzodiazepines)** تستخدم هذه الأنواع من المهدئات في علاج التشنجات العضلية والقلق والاختلاجات ومن أنواع أدوية البنزوديازيبينات، ديازيبام **(Diazepam)** ، لورازيبام **(Lorazepam)** تريازولام **(Triazolam)**، ومع وجوب الاهتمام بالأعراض الجانبية عند استعمالها لمدة طويلة والتي تتضمن اضطرابات الذاكرة، الخلل العقلي مشاكل اليقظة، ولا يجب استخدامها أكثر من مدة الثلاثة أشهر ولا يتم التوقف عن تناولها فجأة . كملاحظة بعض الاضطرابات تتطلب الجراحة كقرحة المعدة.

- العلاج النفسي:

يتم التركيز على النواحي الانفعالية والصراعات النفسية وحلها مع تجنب الكبت و القدرة على مواجهة الضغوط والمشاكل الحياتية والتخفيف من القلق والاحباط في الواقع دون اللجوء الى الحيل المرضية ومحاولة اعادة ثقة المريض بنفسه وتعديل أسلوب حياة المريض بما يتناسب مع حالاته ومن الفنيات العلاجية الاكثر استخداما .

- العلاج السيكودينامي:

تعتمد على الافتراض الأساسي في مساعدة المرضى على حل صراعاتهم النفسية اللاشعورية، وما يرتبط بها من ظروف مرضية، ومع محاولة إزالة العقبات التي تعوق الإفراغ الكافي لما يكتبته الفرد . ويسعى العلاج التحليلي إلى تحويل الاتجاهات اللاشعورية المزمدة في حياة الفرد إلى اتجاهات شعورية ومن ثم التغلب عليها وذلك بعدة تقنيات أهمها: التحويل والتحويل المضاد التداعي الحر، التغلب على المقاومة ، التنفيس الانفعالي، تفسير الأحلام وغيرها من التقنيات وعليه فالعلاج التحليل يساعد على التعمق في أغوار الشخصية والكشف عن مابها من صراعات وعقد ودوافع مكبوتة لا شعورية .

-العلاج المعرفي السلوكي:

يتركز هذا العلاج على الأفكار والاعتقادات، وكذلك على السلوكات، حيث لدينا جميعا أفكار اعتيادية غير إرادية بإمكانها منعنا من رؤية الأشياء على حقيقتها، فيقوم على برامج تدخلية ومبنية على أسس النظرية المعرفية السلوكية، وذلك عن طريق المواجهة المباشرة للمشاكل الحياتية ومساعدتهم على إيجاد حل لتفادي مختلف الضغوط لأنه كل مشكلة أو حتى حدث في حياة الفرد تكون من وراء مجموعة من الأحاسيس المشاعر الانفعالات وحتى الأفعال، فكيفية التفكير في حدث ما أو مشكلة معينة يؤثر على الجانب الجسدي الحسي لدى الفرد ويمكن حتى تغيير كيفية تعامل الشخص معها وكذا سلوكه.

-التغذية الراجعة البيولوجية:

التغذية الراجعة البيولوجية كفكرة هي جهد أو قابلية غير فطرية لكي نستطيع التأثير والتحكم على وظائف الجسمية الاوتوماتيكية ((الارادية) ويطلق عنها أيضا الاسترخاء (البيولوجي) من خلال استخدام الأجهزة الالكترونية ونذكر جهاز التخطيط الكهربائي للدماغ، وجهاز الرسم الكهربائي لوظائف القلب ويتعامل المريض بنفسه مع الجهاز ويطور قدراته الذاتية في التحكم في المستقل من خلال مراقبته لتغيير العمليات الفزيولوجية عن طريق التأثير الفكري على الجسم مع الممارسة تدريجيا يصبح الفرد قادرا على الإدراك والوعي بآثار الضغط وتخفيفها على أساس الفكر.

- **العلاج الوهمي (بلاسيبو) : "Blacibo"** مادة تبدو كدواء لكنها لا تحتوي على مواد فعالة كيميائية تعتمد على ايمان المريض بالعلاج وبصفة أخص المعالج، يستخدم هذا العلاج مع الحالات التي لا للعلاجات المعتادة، ولا ينجح هذا العلاج مع الحالات ذات الصلابة والشك والتعصب .

- **الفيتامينات المضادة للضغط:** يعالج الدكتور ليسر «Lesser» اثار الضغط والانهايار بفيتامينات خاصة كال والكالسيوم الذي بدوره يفك الانقباض العضلي الذي بدوره يفك الانقباض العضلي وركز B5 أيضا على أهمية التغذية المتوازنة و الرياضة و الافراط منها يخلف اضرار . (كوثر،مايا. 2022. ص 34_36)

5. انواع الاضطرابات السيكوسوماتية:

أ/ اضطرابات جهاز الهضمي:

1 / القولون العصبي:

تعريف متلازمة القولون العصبي:

القولون أو ما يعرف بالأمعاء الغليظة وهو الجزء الأكبر من الأمعاء، إذ يبلغ طولها قرابة المتر والنصف وهو الذي يصل بين الأمعاء الدقيقة والمستقيم ، ويستقر القولون على شكل قوس يشبه حدوة الحصان داخل تجويف البطن ويحتضن هذا القوس لفائف الأمعاء الدقيقة التي يبلغ مجموع طولها نحو ستة أمتار ويتصل الأنبوبان ببعضهما عند انتفاخ يسمى **Cateun** وتوجد في نهايته الزائدة الدودية وينقسم القولون تشريحيا إلى القولون الصاعد الذي يحتل الجانب الأيمن من تجويف البطن ثم ينحني تحت الكبد مشكلا زاوية تسمى الانحناء الكبدي، حيث يسير بعرض تجويف البطن مكونا القولون المستعرض، حتى يمر بجوار الطحال مكونا الانحناء الطحالي ثم ينحدر إلى الأسفل مكونا القولون الهابط أو النازل الذي ينتهي بالمستقيم وقناة الشرج، وبهذا الشكل التشريحي فإن القولون يمر بأعضاء مهمة داخل تجويف البطن مثل - : الكليتين - .الطحال - .والكبد - .المثانة البولية وتتصل به أو تمر بجواره الكثير من التكوينات العصبية والأوعية الدموية المهمة وتكمن أهمية هذه العلاقة التشريحية في الأعراض التي يعانها مريض القولون التي تتداخل بشكل كبير مع أعراض الأمراض الباطنية المختلفة

نظرا لتأثر هذه الأعضاء يتضخم أو انتفاخ القولون . ويعرفه " ياسر صلاح " 2002 : القولون عبارة عن أنبوبة عضلية تصل ما بين الأمعاء الدقيقة أو الرفيعة التي يتم بها هضم الطعام وامتصاصه ويصل طول القولون إلى متر ونصف تقريبا ويتكون القولون من الأجزاء التالية :

-الأعور -القولون الصاعد -القولون المستعرض -القولون النازل -القولون السيني أو الحوضي او المستقيم (فضيل،2022.ص 25_26) .

أنواع متلازمة القولون العصبي:

تم تقسيم أنواع القولون العصبي اعتمادًا على الأعراض الأكثر تكرارًا لدى المريض، لذا على المريض أن ينتبه للعرض الأكثر شيوعًا لديه ليتمكن الطبيب من تحديد نوع القولون العصبي .وفي ما يأتي أهم أنواع القولون العصبي :

القولون العصبي نوع الإمساك : وهو أكثر الأنواع انتشارًا، حيث أنّ هذا النوع يتميز بقلة حركة الأمعاء في القناة الهضمية مما يسبب الإمساك وانتفاخ وألم في البطن .

القولون العصبي نوع الإسهال : يتميز هذا النوع بفرط نشاط حركة الأمعاء، مما يسبب الإسهال وألم في البطن .

القولون العصبي النوع الخليط : يتميز هذا النوع بتناوب الأعراض السائدة التي تصيب المريض، فمرة يعاني المريض من الإمساك، ومرة يعاني من الإسهال .

القولون العصبي بعد العدوى : يحدث هذا النوع من القولون العصبي بعد الإصابة بعدوى، حيث يحدث اضطراب في القناة الهضمية. يعدّ الإسهال والقيء هما الأعراض البارزة لهذا النوع من القولون العصبي .

القولون العصبي بعد التهاب الرتج : (Post-diverticulitis IBS) التهاب الرتج هو حالة مرضية تسبب التهابًا في الرتج، وهي أنابيب أعورية أو نتوءات تخرج من جدار القناة الهضمية خاصة في القولون. فإذا كان المريض مصابًا بالتهاب الرتج، فهو معرض لخطر الإصابة بالقولون العصبي فهو أحد المضاعفات المحتملة لهذا المرض. (ويب طب. 2026)

اعراض متلازمة القولون العصبي:

للقولون العصبي أعراض مميزة تتكون من تبرز متكرر وقليل الكمية مع المخاط وألم بطني ينفرج بالتبرز وقد تكون هذه الأعراض متواصلة أو معاودة ولا توجد أعراض ليلية أو عضوية.

ويشكوالمريض بهذا الاضطراب من واحد أو أكثر من الأعراض الثلاثة التالية:

- الألم البطني اضطراب التغوط، انتفاخ البطن.

- يتوضع الألم عادة أسفل البطن وخاصة من الربع السفلي الأيسر منه إلا أنه يتحول أحياناً في

المراق الأيمن أو في الشر سوف مما يكون سبباً في تضليل التشخيص .
ويوضح هارسون أن هذه الأعراض عبارة عن كولون تشنجي (ألم بطني مزمن مع إمساك أو تناوب
أمسك وإسهال) أو إسهال مزمن غير مؤلم. (أ.د.سعد، خولة . 2014.ص201، 202) .

اسباب متلازمة القولون العصبي:

إن القناة الهضمية مصممة لهضم الطعام ولتدفع الأوساخ التي لم يتم امتصاصها إلى نهاية الأمعاء
لطرحتها إلى خارج الجسم. وتتم هذه العملية بواسطة انقباضات وارتخاءات متناسقة لعضلات جدار
القولون .على الرغم من أننا لا ندرك تماماً ما هي الأسباب التي تؤدي إلى الإصابة بمتلازمة القولون
العصبي، غير أن أحد العوامل هو الاضطراب في تقلصات عضلات القولون بما أن الخلل مرتبط بعمل
القولون، وليس بأي خلل أو ضرر في بنيته، لذلك غالباً ما توصف متلازمة القولون العصبي
بالاضطراب الوظيفي .لماذا يصاب بعض الأشخاص بمتلازمة القولون العصبي، على العكس من
غيرهم؟ لا نعرف جميع الأجوبة عن هذا السؤال، وذلك على الرغم من تحديد بعض العوامل المرتبطة
بزيادة احتمال إصابة الفرد بمشكلة متلازمة القولون العصبي.

وأما العوامل الرئيسية فهي _ :عوامل نفسية _ نشاط غير طبيعي لعضلات وأعصاب القولون _ حساسية
مرتفعة في الأمعاء _ عدوى في الجهاز الهضمي _ الحمية الغذائية، عدم تحمل أو حساسية من الطعام.
(آكرام،ليلي.2022.ص89_90) .

تشخيص متلازمة القولون العصبي : المعايير السريرية لتشخيص القولون العصبي

- 1 -ألم في البطن متكرر أو ألم بطن شديد.
- 2 -يتوافق عادة بالاضطرابات الأمعاء : الإسهال أو الإمساك - أو بالتناوب الإسهال والإمساك.
- 3 - أن يكون حاضر مدة لا تقل عن 03 أشهر أو أكثر.
- 4 - يشخص بعدد الفحوصات الطبية مناسبة الاستبعاد:

أ- مرض التهاب القولون

ب- عدم تحمل اللاكتوز أو سوء الامتصاص

ج - الطفيليات المعوية

د - أمراض نادرة أخرى.

والتشخيص يعتمد على معايير لمجموعة أعراض يعاني منها الشخص لفترة زمنية، وأكثر معايير

استخداما هي التي وضعها مانينغ "وزملائه Manning et Collegues ومعايير روما :

أ - **معايير مانينغ** : وهي آلام في البطن يزول مع التبرز، انتفاخ البطن، خروج مخاط من فتحة

الشرج، إحساس بعدم تفرغ الكامل بعد التبرز، يكون البراز لينا مائلا للسيولة اثناء نوبة الأم، ثم

وضعت معايير أخرى منها معيار روما.

ب - **معايير روما** : أوضحت هذه المقاييس أن يتم تشخيص الإصابة بمتلازمة القولون العصبي عندما يشعر أحدهم بألم في بطنه لمدة لا تقل عن 12 أسبوع خلال الاثني عشر شهرا الماضية، ويزول الألم بعد الضغوط. ووفقا لمقاييس روما تعزز ظهور مزيد من الأعراض فالذين يكون الإمساك هو العارض الأساسي لديهم فقد تقل حركة أمعائهم عن ثلاث في الأسبوع، ويكون البراز صلبا أو كثير الكتل، أما الذين يكون لديهم الإسهال عارضهم الأساسي: فقد تزيد حركة أمعائهم عن ثلاث مرات ويكون البراز رخو أو رطبا .(عائشة.2022.ص 36_37)

علاج متلازمة القولون العصبي:

اضطراب القولون العصبي من الأمراض المزمنة التي يتوجب عليك

التعايش معها بدلا من إضاعة وقتك في البحث عن شفاء منها، ومن أمثلة أساليب التعايش معها ما

يلي :

- تناول وجبات منتظمة ومتوازنة وتجنب الأطعمة الغنية بالدهون .
- تناول كمية كبيرة من الماء .
- المداومة على الرياضة فهي تشد العضلات وتحافظ على الوزن وتضبط إيقاع القولون كالمشي لمدة نصف ساعة لفائدة البطن والظهر مما يساعد على إخراج الغازات من الجسم .
- تناول ست وجبات صغيرة في اليوم بدلا من ثلاث من وجبات كبيرة .
- تعلم كيف تتعامل مع الإجهاد النفسي والضغوط .
- تجنب الإمساك باستخدام ملينات معتمدة على الألياف .
- زيارة الطبيب في حالات ظهور أعراض أخرى غير المعتادة في حالات اضطراب القولون العصبي
- عدم تناول أي عقار إلا بمشورة الطبيب والخضوع للفحص الكامل بغرض استبعاد أمراض أخرى .
- شرب الشاي الأخضر بالنعناع أو شرب البابونج .
- المحافظة على قسط كافي من النوم من ستة إلى عشر ساعات، وتقادي النوم لمدة طويلة يزيد الشعور بالإجهاد النفسي .
- تعلم الاسترخاء العضلي والتنفس .
- حاول إخراج الهواء من فمك ** .
- **العلاجات النفسية :**

يشعر العديد من مرضى متلازمة القولون العصبي أيضا بالقلق الدفين يجعل أعراضهم أكثر سوءاً، فهناك العديد من العلاجات النفسية أهمها:

1 - العلاج بالعقاقير:

- لسوء الحظ، تعتبر العقاقير المعالجة لمتلازمة القولون العصبي ذات قيمة محدودة وتثير أعراضاً جانبية للعديد من المصابين. غير أن بعض العقاقير قد تكون مفيدة في علاج بعض الأعراض لدى البعض. قد تكون بحاجة إلى تناول عقار واحد فقط إلا أن البعض يتحسنون بشكل أفضل مع تركيبة من العقاقير. ومثال عن ذلك قد يدمج عقار ملين أو عقار مضاد للإسهال مع عقار يخفف تشنجات العضلات أو القلق كما يمكن لمزيج من العقار المضاد للقلق مع المضاد للاكتئاب أن يريح ألم البطن والإسهال بشكل فعال لدى بعض الناس.

- تساعد العقاقير المضادة للتشنجات مثل حبوب زيت النعناع -ميبيفيرين - ديسكلومين -ألفيرين - سترات

- هيسين بوتيلر بروميد على استرخاء العضلة الملساء للأمعاء وقد تكون هذه العقاقير مفيدة في تخفيف الألم الذي تسبب به تشنجات القولون. إضافة إلى العقاقير علاج الاكتئاب الدفين مثل عقار امبيرامين الذي يخفف من سرعة المرور العابر في الأمعاء الدقيقة والتي تشكل مشكلة مصابين بمتلازمة القولون العصبي التي يسيطر فيها الإسهال إضافة إلى عقار الوسترون وعقار آخر هو تجاسيروود وهذا الأخير يستخدم لعلاج متلازمة القولون العصبي التي تسيطر فيها إمساك عند النساء، وحاليا متوفر بالولايات المتحدة الأمريكية وبعض الدول الأخرى. (عائشة.2022.ص37_41).

ب- العلاج النفسي الحيوي - الديناميكي : يساعد هذا العلاج على معرفة سبب تطور بعض

الأعراض المعينة وما قد تعنيه أو تمثله في ضوء تغيرات في العلاقة الأساسية وستساعدك هذه المعرفة على قيام بإجراء تغييرات طويلة الأمد في مواقفك الاعتيادية ونماذج تصرفاتك. وغالبا ما تبدو الأعراض أنها سبب حدوث تغييرات حياتية مهمة فغالبا ما تكون خسارة صعب التقبل وسيساعدك هذا العلاج على التعامل مع المتاعب العلائقية من خلال العلاقة الالتزام بإرشادات المعالج. وتظهر معظم الدراسات التي تجري على العلاج السلوكي والعلاج النفسي والعلاج بالتنويم المغناطيسي أن فترة العلاج البسيطة تؤدي إلى حدوث تحسن في أعراض متلازمة القولون العصبي بنسبة 60 أو 70% كما تظهر أن أكثر أعراض تحسنا هم اليافعون الذي سبق أن تعرضوا لأعراض كلاسيكية لفترة قصيرة من الوقت وعلى أي حال فإن حوالي 15 إلى 20% من المصابين لا يستفيدون على الإطلاق من العلاجات النفسية.

ج العلاج السلوكي - الإدراكي : يتركز العلاج السلوكي الإدراكي على افتراض أن لمتلازمة القولون

العصبي لدى البعض علاقة بطريقة التي يتفاعلون بها مع ما يحدث في حياتهم اليومية ويساعد العلاج السلوكي الإدراكي على إدراك نماذج التفكير والتصرف السلبية. كما يشجعك هذا العلاج على تغيير

طريقة تفسيرك لأحاسيس و الوظائف الجسدية عبر رؤيتها بشكل مختلف. ولذا يجب عدم اعتبارها أعراض المرض تحتاج إلى علاج بل كأنها تعابير القلق التي تترافق مع أحداث حياتية معينة. ويتمثل العلاج بشكل أساسي في تمرين على تحديد المسائل وحلها، وهو ما يسمح لك بالتحلي بحس أكبر بالسيطرة على زمام الأمور.

د- العلاج بالاسترخاء: يعتبر هذا العلاج أكثر أنواع العلاجات بساطة يمكنك تعلمه بكل سهولة عبر التسجيلات الصوتية فإذا كان القلق يساهم في سوء الحالة متلازمة القولون العصبي لديك، سيساهم الاسترخاء إذاً في تخفيف هذه الأعراض، ويمنحك إحساساً بالتحسن لتشعر بالثقة أكبر وبأنك تسيطر على المرض، كما ستعلم كيف تقضي مصادر التوتر وبالتالي كيف تسترخي وعادة ما يحتاج المرء إلى قرابة 10 جلسات من هذا العلاج.

2/ قرحة المعدة :

تعريف قرحة المعدة :

وهي تأكل الطبقة المخاطية المبطنه للمعدة، وهو مرض يصيب كلا الجنسين إلا أن نسبة حدوثه عن الرجال تكون أكبر منه عند النساء بعد سن الخمسين، هذا التآكل في الطبقة المخاطية للمعدة قد يسبب نزيف داخلي قد تظهر أعراضه على المرضى من خلال سوء الهضم والغازات الباطنية والتجشؤ ، كذلك النقص التدريجي في معدل هيوجلوبين الدم مما قد يصيب المريض بفقر الدم، وفي بعض الحالات قد يمتد التقرح الهضمي ليخترق طبقات المعدة ويحدث تمزق محدوداً للبطانة السطحية الواقية للمعدة، وينتج عن هذا التمزق ملامسة الأنسجة الداخلية للبطانة المعدية بعصارة المعدة وما تحتويه من أحماض، ومع أنه في أغلب الأحيان يكون حجم القرحة بحجم بنصف سنتيمتر إلا أنها قد تسبب أعراضاً مزعجة وآلاماً مبرحة عند مرور الحمض عليها. (ايمان.2016.ص86)

انواع قرحة المعدة :

- **قرحة الاثني عشر:** هي نوع من قرحة المعدة التي تحدث في الجزء الأول من الاثني عشر أي الاثني عشر. تحدث هذه القرحة عادةً بسبب التأثيرات الضارة لحمض المعدة. قد يترافق مع الالتهابات التي تسببها بكتيريا هيليكوباكتر بيلوري. (د.محمد.2024)

- القرحة الهضمية :

هي أحد الأسباب الرئيسية لعسر الهضم. على الرغم من أنها الآن أقل شيوعاً من الجزر المعدي المريئي. ويمكن أن تصيب القرحة الهضمية أي مكان من الجهاز المعوي العلوي، لكنها عادة ما تصيب المعدة أو البوصات القليلة الأولى من الأمعاء العليا، وبمعنى آخر الاثني عشر. من الناحية الطبية، القرحة هي منطقة صغيرة من الأنسجة التي فقدت طبقاتها العليا ما أدى إلى

التقرض أو القرحة.

وهي في شكلها مماثلة لتقرحات الفم، غير أنها أكثر عمقا وتحتاج إلى وقت أطول لتلتئم. تشتق كلمة الهضمية من البيبسين، وهو الأنزيم الذي يساعد على تفكيك الطعام، ولكن مرض القرحة الهضمية يشمل القرحة في المعدة والاثني عشر على حد سواء. (د.وايت، ب.هوكي.2013.ص60)

- الملوية البوابية :

هي في أسفل البطن المعدة لإفراز المزيد من الحمض كما أنها تتسبب بترقق بطانة المعدة، ما يسمح للحمض باختراقها.

تتشابه القرحة الهضمية الناجمة عن الإصابة ببكتيريا الملوية البوابية مع تلك الناجمة عن أسباب أخرى، لذلك تجرى فحوصات خاصة لتشخيص الإصابة بالبكتيريا لدى المصاب بالقرحة الهضمية. (وايت، هوكي. 2013. ص65)

اعراض قرحة المعدة :

_ الام متنوعة تأخذ المظاهر المتعددة من حرقان أو مغص ويوجد فوق (السرة) ناحية اليمين أو في منطقة أسفل الصدر ويزيد بعد تناول الطعام أو في فرحة الإثني عشر يزول الألم بعد الأكل مباشرة على عكس قرحة المعدة الذي يزول بعد القي .

_ القي : ويكثر في فرحة المعدة عنه في فرحة الإثني عشر .

_ نزيف عن طريق الفم كما في فرحة المعدة أو عن طريق فتحة الشرج في قرحة الإثني عشر .

_ زيادة الشهية خاصة في قرحة الإثني عشر لكي يزول الألم نقل هذه الشهية في قرحة المعدة خوفا من الألم لهذا يكون هناك نقص في الوزن .

_ إمساك مزمن ومن أسبابه الألم أو تناول أدوية خاصة بالفرحة أو وجود ضيق حاد في القولون.

_ استمرار الألم من دقائق إلى ساعات .

_ استيقاظ المريض في منتصف الليل على هذه الآلام المزعجة .

_ عسر الهضم .

_ فقدان الشهية والذي يؤدي إلى تناقص الوزن .

_ الإحساس بالتعب في المعدة .

_ دم في البراز وفي الحبار المعدي حيث أن لون البراز في هذه الحالة أسود. (سلسيل.2021.ص6_7)

اسباب قرحة المعدة :

يمكن تلخيص الأسباب في :

أولا : العوامل الوراثية : حيث تتأثر قرحة المعدة بالعامل الوراثي حيث دلت الأبحاث على أن 20%

من المصابين بقرحة المعدة قد إنتقلت إليهم الإصابة عن طريق الآباء.

ثانيا : العوامل البيولوجية :

حيث يرجع التقرح في جدار المعدة إلى زيادة نشاط المعدة سواء في حركتها أو إفرازاتها حتى ولو كانت خالية من الطعام، حيث زيادة الحموضة عن طريق زيادة حجم الخلايا الجدارية التي تفرز حمض الهيدروكلوريك، وكذلك الخلايا الرئيسية، وأيضا قلة مقاومة الغشاء المخاطي المبطن للمعدة، حيث عدم وصول الدم إلى المعدة في حالات تصلب الشرايين وزيادة ارتجاع السائل المرارى في المعدة نتيجة اضطراب العضلة العاصرة التي تتحكم في خروج السائل حيث يؤدي الى التهاب جدار المعدة وزيادة نسبه مواد هرمون البيبسين Pepsin Harone فى الدم والبول وتتحدد هذه النسبه منذ الولادة .

كما تبين أن ذوى فصيلة الدم (O) أكثر استعداد عن غيرهم للإصابة بالقرحة المعدية، وأن عامل التدخين أو المدخنين عموماً ترتفع لديهم نسبة الإصابة بالقرحة الهضمية إرتفاعا ملحوظا حيث تعد مادة (النيكوتين) عامل من أهم العوامل التي تؤدي إلى التهاب جدار المعدة.

كما إكتشف أن من العوامل التي تؤدي إلى الإصابة بقرحة المعدة الإصابة بميكروب الحلزوني وذلك بنسبة 40% أو أيضا قد تكون القرحة المعدية تالية لتناول بعض الأدوية كالمسكنات وأدوية الروماتيزم والأسبرين (خاصة إذا تم تناول هذه الأدوية بدون إستشارة طبيبه).

ثالثا : العوامل النفسية :

على الرغم من أن السبب المباشر للقرحة المعدية هو الإفراز الزائد لأحماض المعدة التي تلعب جدرانها وتهيجها وتصل في النهاية إلى تآكل كل هذه الجدران فإن هذا الإفراز الزائد يأتى غالبا من حالة الضغط المزمن الناجم عن توتر إنفعالى مستمر وتوجد قرحة المعدة عادة عند الأفراد ذو الطموح المرتفع وحب الإدارة والسلطة (المريسة) الذين يتصارع سلوكهم الخارجى مع رغباتهم في الإعتماد على الغير وتنتشر بين الرجال أكثر من النساء.(د.محمد،2015،ص144_146)

تشخيص قرحة المعدة :

تعطي قرحة المعدة في الغالب صورةً مَرَضِيَّة واضحة المعالم، ويسهل بذلك وضع تشخيص مبدئي تدعمه بعض الفحوصات التشخيصية التي تؤكد الإصابة بالمرض.

وثمة بعض الاختبارات التي تكشف عن حموضة المعدة، ومن ذلك: إدخال أنبوب خاص يصل إلى المعدة عبر الفم، ويتم من خلاله أخذ عينات من محتوى المعدة لقياس نسبة الحموضة التي ترتفع بشكل واضح في حالات قرحة المعدة؛ كما ذكرنا سابقا.

وقد أفاد الأطباء أيضًا من استخدام الأشعة السينية والمواد المشعة في هذا المجال، وهنا يبتلع المريض مادة تعرف بالباريوم، تقوم بإظهار أجزاء المعدة المختلفة، وتبرز القرحة هنا في جدار المعدة بعد أن

تملأها المادة المشعة، بينما تظهر أجزاء المعدة السليمة على نحو طبيعي. ومن وسائل التشخيص الهامة أيضًا استخدام منظار الجهاز الهضمي، وهو أنبوب مرن يُدخله الطبيب عبر فم المريض حتى يصل إلى معدته فيتم سبرها وكشف ما أصابها من تقرحات يحدد موقعها وحجمها وشكلها.

ويعد تحليل الدم أيضًا وسيلة تشخيصية أخرى، ويظهر إصابة المريض بفقر الدم، ويعود ذلك إلى فقد الدم خلال التقيؤ، أو مصحوبًا مع براز المريض، كما يُظهر تحليل الدم أيضًا تكاثر البكتريا التي سبق حديثنا عنها في الكثير من الحالات. (الخراط.2013)

علاج قرحة المعدة :

قبل البدء بالبحث عن العلاج الدوائي الذي يشفي المريض من القرحة يجب أولاً أن يغير أسلوب حياته الموتر، القلق. وأن يحتمي عليها الهدوء والسكينة والطمأنينة فالعلاقة وطيدة بين المشكلات النفسية والتوتر والإصابة بقرحة المعدة، والإثني عشر كما يجب على المريض أن يفسر من نمط الغذائي كما ويدعما مع النقيب والبحث عن العلاج بالغذاء طرق التغذية الأخيرة التي تقي المريض من تهتك جدار المعدة .

- العلاج الدوائي :

سوف يسمح سحب مضادات الالتهاب الإسترويدية وكبت الحمض باستعمال جرعات معيارية من الأدوية والمضادة للإفراز بحدوث بره فوري لهذه التقرحات بحيث لن تناسب التقرحات ما لم يتألف استعمال هذه الأدوية :

توصف مضادات الالتهاب الإسترويدية العديد من المرضى بأسلوب غير ملائم إذ يمكن السيطرة على أعراضهم بالباراسيتامول ومعالجة موضوعية وقد يساعد تطبيق الكريماات الموضوعية من مضادات الالتهاب الإسترويدية المعطاة على شكل تحاميل.

- العلاج النفسي :

إن القرحة المعدية و التي رغم وضوح السبب العضوي فيها إلا أن العامل النفسي يؤثر فيها و بشدة سلبيا وإيجابيا مثلها مثل الأمراض الأخرى كمتلازمة القولون المتهيج ، الانزيميا و هذه الأمراض النفسية عضوية يكون أيضا للعلاج السلوكي دورا كبيرا ، فالعلاج السلوكي يختلف تماما عن التحليل النفسي و الذي يجلس المريض فيه على سرير الكشف ليحكي أساس المشكلة و ما يعانیه تاركا للمعالج النفسي استنباط أساس المشكلة ومساعدته على التغلب عليها ، انا في للعلاج السلوكي فيعتمد على مشاركة المريض بكامل حواسه مع المعالج السلوكي للتغلب على الأفكار التي أدت إلى السلوك السيئ استبداله بأفكار جيدة .

- العلاج الجراحي :

يتم اللجوء في الحالات التالية :

- حدوث ترف من القرحة

- إذا لم ينجح العلاج الدوائي أو الحقن بالمنظار في إيقافها.

- انتقاد القرحة وما يعقبها من مضاعفات .

- حالات القرحة المستعصية والتي لا تستجيب لأي علاج دوائي وأصبحت القرحة تنغص على المريض حياته ليلا ونهارا، ومن أهم العمليات الجراحية التي تمده لمريض القرحة يتم قطع فرع الذي يغذي الخلايا المفروزة لنحوض من العصب الذي يكون مسئولا عن عمل المعدة وفي بعض الحالات يت استئصال جزئي للمعدة.

- ومن أجل تجنب العلاج الجراحي على الفرد أن يتجنب جميع الضغوط اليومية كالتوتر والقلق من أجل الحفاظ على سلامة جسمه لأن الوقاية خير من العلاج

- العلاج الغذائي :

كما يقولون أن المعدة بيت الداء إذ لم يرق الإنسان بإتباع نظام غذائي سليم فسيعرض حياته للخطر فما بالك إذا كانت المعدة نفسها يوجد بها خلل ولم تعد بحالتها الطبيعية ، فمريض القرحة المعدية عليه الالتزام بنظام غذائي دقيق حتى لا يفقد جودة حياته وينبغي عليه :

- تجنب تناول الطعام الساخن أو البارد .

- تجنب صنفك المعدة بالطعام .

- تجنب تناول الطعام بسرعة.

- الأكل في مواعيد ثابتة.

- عدم النوم بعد تناول الأكل مباشرة.

- تجنب تناول الأطعمة التي تحتوي على الدسم و الزيوت و الزبادي .

- كذلك ينبغي التقليل من الأملاح والتي يطلق عليه الكثير من المتخصصين " السم الأبيض " وعلى

الرغم من أنه يضيف مذاقا لذيذا للطعام الا أن أضراره أكثر من فوائده الشخص السليم و المريض ، فالمنح هو عدو المريض القرحة المعدية لذا ينبغي عليهم التقليل تدريجيا في تناوله و الابتعاد عن

الأطعمة العالية من نسبة الصوديوم (الأملاح). (سلسبيل.2021.ص10_12)

ب/ اضطرابات الجلد :

3/ الصدفية :

تعريف الصدفية:

مرض جلدي مزمن وغير معدي يصيب من 2-3% من السكان، والذي تبقى أسبابه غير معروفة إلى حد الآن. مرض الصدفية يعرف من خلال ظهور صفائح حمرة بشكل قشري على سطح الجلد، هناك ميكانيزمين أساسيين في ظهور المرض التهاب و تجديد سريع لخلايا الطبقة السطحية للجلد (البشرة). وهناك خللين أساسيين يؤديان إلى ظهور صفيحة الصدفية: أولاً هناك التهاب في الجلد (البشرة و الأدمة)، أين تتدخل اللفوايات خلال النظام المناعي، ثم خلايا البشرة تتضاعف ولا تأخذ طابعها الاعتيادي من النضج و لا تتقشر بصفة منتظمة، مما يسمح بظهور قشور على الجلد . (خالد.2012.ص8) .

انواع الصدفية:

هناك العديد من الاختلافات والتي قد تكون مرتبطة بالاعتقاد بأن ما يصل إلى 16 جيناً يمكن أن يؤدي إلى إصابة الشخص بالصدفية.

الصدفية النقطية: ومن المعروف أيضاً باسم الصدفية الدمعة أو قطرة المطر، يميل إلى الحدوث عند الأطفال والمراهقين والبالغين الأصغر سناً ، وهو عبارة عن طفح جلدي معمم يتكون من بقع صغيرة يصل قطرها إلى 1 سم، ويميل إلى متابعة العدوى غالباً في الحلق، عندما تظهر فجأة بعد أسبوع أو نحو ذلك من الإصابة وهو منتشر على نطاق واسع ولكنه لا يترك راحة اليد والأخصمين، ويختفي بعد عدة أسابيع أو أشهر اعتماداً على مدى سرعة بدء العلاج لن يتعرض ما يصل إلى 50% من الأشخاص المصابين إلى نوبة أخرى، لكن الحالة قد تصبح مزمنة أو تتطور إلى أحد الأنواع الأخرى من الصدفية.

الصدفية القشرية: هو الشكل النموذجي ذو بقع حمراء متقشرة ومرتفعة - اللويحات - والتي تختلف في حجمها من بضعة ملليمترات إلى عدة سنتيمترات، إنهم يميلون إلى أن يكونوا متناظرين ويفضلون الأسطح " الباسطة مثل ظهر المرفقين ومقدمة الركبتين تعتبر منطقة أسفل الظهر والعجز أعلى الأرداف موقعاً شائعاً آخر للويحات الكبيرة على الرغم من أن اللويحات يمكن أن تكون كبيرة جداً وواسعة الانتشار، إلا أنها تغطي عموماً 5% أو أقل من سطح جسم الشخص .

الصدفية العاطفية: يحدث في ثنايا الجلد في الإبطين، تحت الثديين في الفخذين وبين الأرداف، يتم وصفه بشكل منفصل لأن مظهره أقل قشوراً، وغالباً ما يكون لونه أحمر ساطعاً ولامعاً وفي الفخذ يمكن أن يؤثر أيضاً على الأعضاء التناسلية يمكن أن يسبب طفح الحفاض المزعج عند الرضع ولكنه موجود بشكل رئيسي عند كبار السن، سبب قلة الترسبات هو انخفاض الماء على سطح الجلد بحيث تجف الخلايا الموجودة على السطح، وهذا يوضح لماذا يمكن أن يكون تطبيق كريم مرطب على الصدفية مفيداً في تقليل التقشر .

صدفية فروة الرأس : غالباً ما يكون مزعجاً للغاية، مع وجود قشور سميكة واحمرار واضح أيضاً حول هوامش فروه الرأس ومع ذلك، فإن نمو الشعر لا يتأثر عادة حتى لو تساقط الشعر أكثر من المعتاد أو بدا وكأنه قد تساقط الحجم الزائد فإنه ينمو مرة أخرى .

الصدفية على الوجه : مع غير شائع نسبياً ويمكن أن يكون محددًا أو متقشرًا بشكل أقل وضوحاً، مما يؤدي إلى الخلط بينه وبين الأكزيما .

الصدفية البثرية : يمكن أن يؤثر فقط على اليدين والقدمين مع ظهور بثرات مستديرة صفراء مناطق مرتفعة من الجلد تحتوي على صديد تحت سطح الجلد في راحة اليد أو باطن القدم، أو كليهما يتحول لونها تدريجياً إلى اللون البني عندما تصل إلى السطح وتتساقط على شكل قشور البثرات معقمة وليست نتيجة عدوى غالباً ما يظهر هذا النمط عند الأشخاص المدخنين في منتصف العمر .

الصدفية الحمراء : تعتبر حالة طارئة مثل العديد من المصطلحات الطبية، فإن كلمة **erythroderma** مشتقة من اليونانية - وتعني "أحمر" أو "ملتهب" و"جلد" يتحول لون الجلد بأكمله إلى اللون الأحمر ويؤدي إلى فقدان السوائل والحرارة، كما هو الحال في الصدفية البثرية لا توجد بثرات، ولكن هناك حاجة إلى دخول المستشفى بشكل عاجل لتعويض السوائل المفقودة ومنع انخفاض درجة حرارة الجسم يمكن أن تحدث الصدفية الحمراء أمراض جلدية أخرى مثل الأكزيما ولكنها لحسن الحظ نادرة جداً فالصدفية الحمراء يمكن أن تتطور فجأة بعد الاستخدام غير الصحيح أو الانسحاب المفاجئ للعلاج بالستيرويد. (شهيناز.2024.ص34_35)

اعراض الصدفية

- طفح جلدي على شكل بقع يتفاوت شكله كثيراً من شخص لآخر، ويتراوح ما بين بقع تشبه قشرة الرأس وطفح جلدي شديد على نطاق واسع من الجسم .
- الطفح الجلدي متنوع اللون الذي يميل إلى درجات الأرجواني مع قشور رمادية على البشرة البنية أو السوداء، أو قد يميل الطفح إلى درجات الوردية والأحمر مع قشور فضية على الجلد الأبيض بقع صغيرة متقشرة (تشيع بين الأطفال)_. جلد جاف متشقق وقد ينزف.
- الحكّة أو الحرقان أو الوجع.
- الطفح الجلدي الدوري الذي يحدث لبضعة أسابيع أو أشهر ثم يهدأ.(مايو كلينيك،2025)

اسباب الصدفية

- إن سبب الإصابة بمرض الصدفية غير مفهوم بشكل كامل. ويبدو أن التكون الشاذ للكيراتين والتكاثر الأديمي، واستنشاق الجهاز المناعي والعوامل الوراثية هي أمور تلعب دوراً في التسبب في الإصابة بالمرض .ويبلغ احتمال إصابة الطفل بالمرض %٤١ إذا كان والداه مصابين بالصدفية، و ١٤

إذا كان أحدهما مصاباً بها و 6% إذا كان أحد أشقائه مصاباً بها

- ويمكن أن يؤدي كل من العوامل الخارجية والعوامل الخاصة بأجهزة الجسم إلى حدوث الإصابة بمرض الصدفية لدى الأشخاص الذين لديهم استعداد وراثي لذلك. ولدى ربع مرضى الصدفية تقريباً تستحث إصابات الجلد ظهور الآفات والآفات الصدفية يمكن أن تستحثها كذلك حروق الشمس والأمراض الجلدية. كما أن الإجهاد النفسي المنشأ يمكن أن يستحث ظهور العلامات الأولى للمرض ثم تقامه بعد فترة تتراوح بين أسابيع وشهور من التعرض لحدث مسبب للإجهاد.

- وفي 45% من الحالات يمكن أن تستحث العدوى الجرثومية ظهور الصدفية أو أن تتسبب في تفاقمها. وأشيع العوامل التي تستحثها التهاب البلعوم وخراج الأسنان والعدوى الجلدية قد تستحثها أيضاً. وقد تتسبب العدوى بفيروس العوز المناعي البشري في تفاقم الصدفية، وتكون الصدفية أشد مقاومة للعلاج وأكثر تسبباً في الإصابة بالتهاب المفاصل لدى الأشخاص الذين يحملون فيروس العوز المناعي البشري.

- وهناك أدوية عديدة من المعروف أنها تستحث ظهور الصدفية، بما في ذلك أملاح الليثيوم، وإنترفيرون، ومثبطات البيتا، والعوامل المضادة للملاريا، ويمكن أن يتسبب التوقف عن تناول الكورتيكوستيرويد في عواقب مماثلة. (منظمة صحة عالمية. 2014. ص 4_5)

تشخيص الصدفية :

يعتمد تشخيص الإصابة بالصدفية عادة على وجود الآفات الجلدية النمطية. ولا توجد فحوص دمولا إجراءات تشخيص معينة لهذا المرض. ونادراً ما يلزم أخذ عينة أو كشطة من الجلد لاستبعاد الإصابة باضطرابات أخرى وتأكيد التشخيص. (منظمة صحة عالمية. 2014. ص 5)

بناءً على ما سبق، يتم تشخيص حالات الصدفية سريرياً في غالبية المرضى من خلال أخذ تاريخ طبي شامل وفحص الجلد. و يعد وجود تاريخ مرضي عائلي لحالات الصدفية من المعلومات المساعدة في الوصول إلى التشخيص. لذلك قد تتطلب بعض حالات الصدفية أخذ خزعة من الجلد للوصول إلى التشخيص الصحيح واستبعاد الحالات المماثلة الأخرى .

_لا توجد فحوصات مخبرية أخرى تساعد على التشخيص.

_لا يستخدم فحص الجينات لتشخيص حالات الصدفية. (عبد الرحمن ، 2024، ص 19).

علاج الصدفية :

إن علاج الصدفية ليس بسيطاً، لذا يجب على الطبيب أن يأخذ عوامل عديدة بعين الاعتبار مثل: عمر المريض، وضغط طفق المثريات الداخلية، ومدى الإصابة، وتوضعها، وميل الآفات الصدفية للنضح

وهذه العوامل تؤثر على القرار فيما إذا كان علاج المريض سيتم داخل المشفى أو خارجها.

- **المعالجة الموضعية** : إن العلاجات الموضعية تفوق الإجراءات العلاجية الجهازية لسلامتها

وللاستجابة التامة لها، ومن المهم هنا أن نتذكر دينامية الصدف ويتطلب الشكل الطفحي علاجاً بسيطاً بالمقارنة مع الشكل المستقر المزمن، وإضافة إلى ذلك يعتمد نمط العلاج عملياً على توضع الإل أيضاً وينبغي، قبل البدء بأي علاج، معرفة العوامل المحرشة الداخلية والخارجية وإقصاؤها ما أمكن.

- **حالات القرنين (Keratolysis Descaling)** : يقلل تراكم الوسوف على الآفات من نفوذية

الأدوية المضادة للصداف، ويتطلب ذلك تطبيق حالات القرنين المناسبة في البداية وخلال العلاج أيضاً.

- **حمض الصفصاف : Salicylic acid** يبقى حمض الصفصاف العامل الحال للقرنين الأبسط

والأفضل، ويتم اختيار أساس المرهم بالاعتماد على مكان الإصابة.

- **الانترالين : Anthralin** (ويسمى أيضاً : ديترانول، الاسم الكيميائي ثاني هيدروكسي انترون) وقد

قدمه العالمان Unna و Galewsky في عام 1916 ليكون علاجاً للصداف وللانترالين تأثير مثبط

للخلايا بسبب ارتباطه مع الحموض النووية، وتثبيته تركيب الدنا DNA ، وارتباطه بالأوريدين

Uridine في الرنا النووي، بينما RNA النووي، بينما يخفض من تنفس الجلد في الزجا أي ويسبب

الانترالين استجابة التهابية في الجلد تعتمد على الجرعة، وإن إحداثه لاحمرار الجلد البسيط فقط وليس

التهاب فيه هو أمر مرغوب في العلاج بالديترانول ولسوء الحظ، فإن المركبات المؤكسدة من الانترالين

تصبغ الجلد والثياب ، ولذا يستطب هذا العلاج غالباً في المشافي فقط . وبما أن حمض الصفصاف

يقي الانترالين من التأكسد السريع، وخاصة في المعاجين، وهو في نفس الوقت حال جيد للقرنين، لذا

كان من المرغوب به إضافة حمض الصفصاف إلى الانترالين وإذا أحدث العلاج بالانترالين حمامي

واضحة الاعراض الجلدية.

- **العلاجات الشعبية** :

الاستحمام : Bathing قد يساعد الاستحمام على إزالة الوسوف أيضاً، ويعتبر الاستحمام بالماء

والصابون مع ذلك اللطيف مفيد قبل استعمال الدواء والحمامات البخار تأثير مفضل وحال للقرنين أيضاً

العلاج البحري .

القطران : عرف القطران منذ فترة طويلة بتأثيره المضاد للصداف وإن قطران الفحم الحجري الخام

(PixLithanthracis) فعال ولكن استعماله غير مستحب ورائحته كريهة ولهذا السبب تعالج الآفات

الصدفية المعزولة فقط بهذا النوع من القطران ويوصف للمرضى داخل المشفى عادة المرهم التي

تحوي قطران .

العلاج بأشعة الشمس : لاحظ كثير من المصدوفين أن جلدهم يتحسن فعلياً أو أن حالتهم تتراجع كلياً

بالتعرض لأشعة الشمس خلال إجازاتهم، ويفسر هذا التأثير بشكل أولي بتثبيط زيادة تركيب (الدنا) في البشرة الصدفية المتكاثرة بالتشيع بالأشعة فوق البنفسجية. (شهيناز. 2024. ص36_37)

6. الخلاصة

يتضح من خلال هذا الفصل أن الاضطرابات السيكوسوماتية تمثل تداخلاً عميقاً بين النفس والجسد، حيث تؤثر العوامل النفسية بشكل مباشر في ظهور أو تفاقم العديد من الأمراض العضوية، خاصة اضطرابات الجهاز الهضمي والجلد. ويؤكد ذلك أهمية النظرة التكاملية في التشخيص والعلاج، من خلال الجمع بين التدخل الطبي والنفسي لتحقيق الشفاء المتوازن وتحسين جودة حياة المريض.

الجانب التطبيقي

الإطار المنهجي للدراسة الميدانية

تمهيد

- 1- منهج الدراسة
 - 2- حدود الدراسة
 - 3- مجتمع وحالات الدراسة
 - 4- اداة الدراسة
 - 5- الخصائص السيكومترية
 - 6- الاساليب الاحصائية المستخدمة في الدراسة
- خلاصة

تمهيد

يعد الجانب التطبيقي في الدراسة العيادية الجسر الذي يربط بين التنظير السيكولوجي والواقع الميداني المعاش، حيث يهدف هذا الإطار المنهجي إلى تفكيك البنية النفسية للحالات المصابة بالاضطرابات السيكوسوماتية (القولون العصبي، الصدفية، والقرحة المعدية) للبحث في أثر الألكسيتيميا (العجز عن التعبير الانفعالي) على تدهور الجسد. ولتحقيق ذلك، تم الاعتماد على المنهج العيادي القائم على دراسة الحالة، بوصفه المنهج الأنسب للغوص في أعماق الدينامية النفسية للفرد، مع الاستعانة بمجموعة من الأدوات العيادية كالمقابلة نصف الموجهة والملاحظة، بالإضافة إلى المقاييس النفسية المتخصصة. سنقوم من خلال هذا الفصل بتحليل معمق لثلاث حالات متباينة الأنساق الجسدية، سعياً لفهم الكيفية التي يتحول بها "الصمت الانفعالي" إلى "لغة عضوية" مؤلمة، واختبار الفرضيات المطروحة حول العلاقة الارتباطية بين الافتقار للتعبير اللفظي واللجوء إلى التفريغ الجسدي.

1/ منهج الدراسة

تحاول الدراسة الحالية معالجة موضوع " الكتم الانفعالي (الاكسثيميا) وعلاقتها بمتغير أساسي " الاضطرابات السيكوسوماتية " وهي في الإطار تحاول دراسة العلاقات فهي تدخل ضمن " الدراسات العلائقية " (دراسة العلاقة بين متغيرات الدراسة) باستخدام منهج العيادي والذي يستخدم في إطار المساعدة النفسية للإحاطة الشاملة بتفاصيل الحالة من منظور دينامي، علائقي وتاريخي. كما يستخدم هذا المنهج في البحث العلمي من أجل دراسة الظاهرة النفسية للوقوف على تفاصيلها بشكل دقيق، بهدف التعرف على القوانين التي تحكمها وتحركها. (نادية، 2007، ص26) وقد استخدمنا في دراستنا المقابلة والملاحظة ومقياسين: مقياس الكبت الانفعالي، ومقياس خاص بالاضطرابات السيكوسوماتية ، لتكون النتائج مدروسة بدقة متناهية .

2/ حدود الدراسة

1-2 الحدود المكانية

اجريت هذه الدراسة على ثلاثة حالات الحالة الاولى تم التواصل معها الكترونيا والحالتين تم مقابلتهم في الواقع في مركز الاستشفائي محاد عبد القادر في ولاية الجلفة.

2-2 الحدود الزمانية

تمت هذه الدراسة في شهر افريل 2026

2-3 الحدود البشرية

تمثلت الحدود البشرية للدراسة في ثلاث حالات الحالة الاولى تدرس فالثانوي والحالة الثانية موزف اداري والحالة الثالثة تعمل معلمة فرنسية طور الابتدائي بولاية الجلفة.

2-4 الحدود الموضوعية

تقتصر هذه الدراسة على تناول موضوع العجز عن التعبير الانفعالي وعلاقته بالاضطرابات السيكوسوماتية وتمت هذه الدراسة العيادية بولاية الجلفة .

3/ مجتمع الدراسة

يتمثل مجتمع الدراسة في المرضى المصابين بالاضطرابات السيكوسوماتية المترددين على المركز الاستشفائي محاد عبد القادر في ولاية الجلفة.

3-1 حالات الدراسة

تتمثل حالات الدراسة في ثلاث حالات عيادية، كل منهم مصاب بإحدى الاضطرابات السيكوسوماتية التالية:

- الحالة الأولى: مصابة بالقولون العصبي
- الحالة الثانية: مصابة بالقرحة المعدية
- الحالة الثالثة: مصابة بالصدفية

وقد تم اختيارهم بطريقة قصدية وفق جملة من المعايير.

طريقة التأكيد الطبي	الاضطراب	الحالة
فحص الأشعة التشخيصية	القولون العصبي	ندى
فحص بالمنظار أثبت إصابته بقرحة المعدية	القرحة المعدية	مختار
تشخيص من طرف طبيب الجلد	الصدفية	نادية

4/ أداة الدراسة

- مقياس تورنتو TAS-20:

إن مقياس تورنتو TAS-20 هو سلم تقدير ذاتي مكون من 20 بند، حيث أن النسخة الأصلية هي النسخة الانجليزية والتي قام بإعدادها كل من (Tayor, Bagby) (Paker-1994)، ويتكون من ثلاثة أبعاد رئيسية تتمثل في:

الفصل الرابع: الإطار المنهجي للدراسة

البعد الأول: يقيس صعوبة تحديد الانفعالات وتمييز الأحاسيس الجسدية.

البعد الثاني: صعوبة وصف الأحاسيس والانفعالات .

البعد الثالث: يقيس وج ود الأفكار الموجهة للخارج.

جدول (01) يوضح أبعاد وأرقام بنود كل بعد

الابعد	ارقام البنود	الحد الاعلى لكل بعد	الحد الادنى لكل بعد
صعوبة وصف المشاعر	1، 3، 6، 7، 9، 13، 14	35	07
صعوبة تحديد المشاعر والانفعالات	2، *4، 11، 12، 17	25	05
التفكير الموجه نحو الخارج	5*، 8، *10، 15، 16، *18، *19، 20	40	08

*/العبارات ذات الاتجاه السلبي.

- التنقيط:

البنود مقسمة حسب الأبعاد الثلاثة للأكستيميا إلى ثلاثة فروع ثانوية وتنقيط الإجابات يكون حسب سلم ليكرت الذي يحتوي على خمسة مستويات ابتداء من 1 (غير موافق تماما) إلى 5 (موافق تماما) ، حيث يحتوي المقياس على عدد مماثل للبنود مع العلم أن التنقيط معكوس (الموافقة تعكس مستوى منخفض من الأكستيميا) لتجنب الإجابات التي تسعى لإرضاء السلم من إن نقطة العتبة تسمح بالكشف عن الأف ارد الذين لديهم سمات شخصية أكستيمية قبل المبحوث من غيرهم على النحو التالي:

جدول (02) يوضح نقاط العتبة للأكستيميا

ليس أكستيمي	نزعة الكستيمية	أكستيمي
$51 \leq x$	$52 \leq x \leq 60$	$61 \geq x$

- مجموع النقاط لسلم TAS-20 يكون بجمع جميع النقاط المتحصل عليها في كل البنود.

- يكون المجموع ما بين 20 إلى 100 نقطة .

- تكون الحالة مرضية إذا تجاوزت 61 نقطة .
- مجموع النقاط لسلم TAS-20 يكون بجمع جميع النقاط المتحصل عليها في كل البنود .
- يكون المجموع ما بين 20 إلى 100 نقطة .
- تكون الحالة مرضية إذا تجاوزت 61 نقطة .
- **التعليمة:**

أشر باستعمال السلم الموجود في الأسفل إلى أي درجة أنت موافق أو غير موافق على كل إجابة من الإجابات التالية، يكفي أن تضع علامة (x) في المكان المناسب، لا تعطي إلا إجابة واحدة لكل سؤال:

(1) موافق تماما، (2) موافق نسبيا، (3) لست موافقا ولست ارفضاً، (4) غير موافق نسبيا، (5) غير موافق تماما.

-التعامل مع مقياس تورنتو TAS-20:

هناك عدد من الاتجاهات للتعامل مع مقياس الألكستيميا أبرزها اتجاهان "أولهما: يشير إلى التعامل مع أبعاد المقياس الثلاثة بشكل مستقل ومع الدرجة الكلية واستنادا إلى ما أسفرت عنه كثير من دراسات فحص البناء العاملي للمقياس، وثانيهما: فيشير إلى التعامل مع الدرجة الكلية كونها تمثل البلادة الوجدانية، وهناك مبررات لكل اتجاه في التعامل مع المقياس، أما تبرير الاتجاه الأول فيتمثل في الاستفادة القصوى من أبعاد المقياس في توضيح تجليات الألكستيميا ومكوناتها الفرعية في الظواهر المرتبطة بها، وأما تبرير الاتجاه الثاني فيتمثل في أن كل بعد من أبعاد المقياس الثلاثة وحده لا يمثل الألكستيميا ولكنه جزء من عملية نفسية تخلق الألكستيميا كتكوين افتراضي (مريم،كريمة،2021،ص315،314)

. مقياس كورنل "للنواحي العصابية والسيكوسوماتية":

أعد هذه القائمة "برودمان وإردمان وولف Brodman , Erdman , Wolf (1946) كأداة تتضمن أسئلة تكشف عن الاضطرابات السيكوسوماتية والعصابية والطب نفسية ، كما تكشف عن حالات القلق وتوهم المرض والاتجاهات المضادة للمجتمع ، واضطرابات التشنج والصداع النصفي والربو ، القرحة الهضمية وتركز بوجه خاص على الحالات الإكلينيكية المسماة بالاضطرابات السيكوسوماتية ، وبعد أربعين عام من صدور طبعة (1946) للقائمة قام فريق من الباحثين هم "برودمان وإردمان وولف ومسكوفيتز , Brodman , Erdman , Wolf , Miskovits" بإخراج طبعة جديدة هي طبعة (1986) والتي تمثل تطوي للقائمة التي

الفصل الرابع: الإطار المنهجي للدراسة

من معالمها أنها تضمنت (18) مقياساً بدلاً من (10) مقياس في قائمة (1946) ، (223) سؤالاً بدلاً (101) سؤالاً، وقد قام محمود أبو النيل بتعريب الصورة الأخيرة للقائمة التي ظهرت عام (1986) وأستغرق هذا الجهد خمسة سنوات من (1995_2000) .

وتتكون القائمة من مجموعة أسئلة حيث توجد صورة للإناث وصورة للرجال وعدد الأسئلة في الأصل الأمريكي (223) سؤالاً لصورة الذكور، (228) سؤالاً لصورة الإناث، وقد وجد الباحث أن الصورة الأمريكية الخاصة بالرجال تسمح للتطبيق على الجنسين، وذلك لوجود أسئلة بصورة الإناث قد يسبب الإجابة عليها حرجاً للفتاة في الثقافة العربية، وتنقسم القائمة لأربعة أقسام هي (الأعراض البدنية وماضي المرض ، والتاريخ العائلي والسلوك "المزاج و المشاعر") ، وتنحصر هذه الأقسام الأربعة في مقياسين تشمل (المقاييس الخاصة بالنواحي البدنية والمقاييس الخاصة بالنواحي المزاجية والانفعالية)، وتعتبر قائمة كورنل من المقاييس التي يتم تطبيقها ذاتياً ، ويمكن أن تطبق بشكل فردي أو جماعي.

جدول رقم (03) يبين عدد الأسئلة في كل مقياس فرعي لقائمة كورنل للنواحي العصبية

والسيكوسوماتية

عدد المقاييس الخاصة بالنواحي المزاجية والانفعالية	عدد الاسئلة	المقاييس الخاصة بالنواحي المزاجية والانفعالية	عدد المقاييس الخاصة بالنواحي البدنية	عدد الاسئلة	المقاييس الخاصة بالنواحي البدنية	عدد المقاييس الخاصة بالنواحي المزاجية والانفعالية	عدد الاسئلة
12	13	عدم الكفاية	18	7	الجهاز العصبي	13	1
6	14	الاكتئاب	13	8	البولي والتناسلي	17	2
9	151	القلق	7	9	التعب	19	3
6	16	الحساسية	9	10	تكرار المرض	20	4

الفصل الرابع: الإطار المنهجي للدراسة

							الهضمي	
9	الغضب	17	18	امراض مختلفة	11	11	الهيكل العظمي	5
9	التوتر	18	20	العادات	12	7	الجلد	6

1. **تصحيح القائمة:** يتم تصحيح كل مقياس فرعي من المقاييس الثمانية عشر على حدة بإعطاء درجة على كل سؤال أجاب عنه المفحوص بـ "نعم" ، وصفً للإجابة بـ "لا" ، وبذلك فإن عدد العبارات على كل مقياس فرعي يساوي الدرجة الكلية على القائمة ، ويمكن تحديد مستويات الاضطراب السيكوسوماتي كما هو موضح على النحو الآتي.

جدول رقم (04) يبين مستويات الاضطراب السيكوسوماتي لقائمة كورنل للنواحي العصابية والسيكوسوماتية

الدرجات في قائمة كورنل الجديدة	مستويات الاضطراب السيكوسوماتي
من 29 - 30	اضطراب خفيف
من 40 - 50	اضطراب متوسط
من 51 فما فوق	اضطراب شديد

ثبات القائمة في البيئة الأصلية

تم حساب معامل الثبات لقائمة كورنل بطريقة التقسيم النصفي وبطريقة الإعادة كما ورد في "محمود أبو النيل" (2001) ، وذلك على النحو الآتي : العينة المصرية التي تكونت من 140 طالب وطالبة جامعيين من مختلف الكليات العملية والنظرية، وقد بلغ معامل الثبات للقائمة ككل على العينة المصرية من الطلبة والطالبات 96,0. العينة الأمريكية التي تكونت من 05 طالب وطالبة جامعيين سنة (1995) ، وقد بلغ معامل الثبات النصفي للقائمة ككل على العينة الأمريكية من الطلبة والطالبات 82,0. أما المقاييس الفرعية التي تمتعت بمعاملات ثبات مرتفعة 06,0 .

الفصل الرابع: الإطار المنهجي للدراسة

كما أستخدم محمد صديق (1999) طريقة إعادة الاختبار لحساب ثبات القائمة وتوصل إلى معاملات ثبات تراوحت قيمتها على المقاييس الفرعية الثمانية عشر بين 0,37_0,93 ، كما أن نسبة الاختبارات الفرعية التي حصلت على معاملات ثبات 0,06 فما فوق تبلغ 68% من مجموع الاختبارات الفرعية والدرجة الكلية .

وقارنت آمال عبد الحليم (1999) عينة من مرضى ضغط الدم المرتفع والأسوياء تكونت من 03 فرداً ، وبين مرضى قرحة المعدة والأسوياء من جانب آخر ، وقد توصلت إلى معاملات ثبات تراوحت بين 0,09_0,20 ، وقد بلغت 68% نسبة الاختبارات الفرعية الحاصلة على معاملات ثبات (0,06 فما فوق) . وفي دراسة "مجدي زينة" (2000) على المتضررين من حرب الخليج وقد تراوحت قيمة معاملات الثبات بين 0,55_0,88 ، ووصلت 84% نسبة المقاييس الفرعية التي حصلت على معامل ثبات 0,06 فما فوق بما في ذلك الدرجة الكلية ، كما بلغت نسبة الاختبارات الفرعية التي حصلت على معامل ثبات 0,06 حسب معامل ألفا لكرونباخ 100% بما في ذلك الدرجة الكلية . كما توصلت "تجلاء سليمان" (2000) إلى معاملات ثبات تراوحت قيمتها بين 0,38_0,43 ، وقد بلغت 78% نسبة الاختبارات الفرعية التي حصلت على معامل ثبات 0,06 فما فوق ماعدا درجات المقياس الكلي . و قام "مازن عبدالله" (2000) بد ارسه على عينة من الطلبة الجامعيين وقد وجد معاملات ثبات بطريقة إعادة تراوحت قيمتها بين 0,59_0,72 ، وبطريقة التجزئة النصفية وألفا لكرونباخ على 200 من الطلاب تراوحت قيمتها بين 0,69_0,70

صدق القائمة في البيئة الأصلية :

تم تقدير صدق القائمة بطريقة صدق المجموعات المتضادة وكذلك المجموعات الطرفية والعلاقة باختبار آخر (صدق المحك) ، كما ورد في "محمود أبو النيل" (2001) وذلك على النحو الآتي : كشفت نتائج المقارنة بين العينتين المصرية و الأمريكية من الجنسين عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بينهما على مقاييس الجهاز الهضمي والجلد والتعب ، وتكرار المرض واستمرار ضعف الصحة والشعور بالعصبية ، والارتباك في العمل وصعوبة اتخاذ القرار والقلق والحساسية ، والغضب والتوتر بنسبة 50% من مقاييس القائمة الفرعية ، ويشير متوسط الدرجات لدى المجموعتين أن قيمته أعلى لدى المجموعة المصرية عن المجموعة الأمريكية أي أنهم أكثر اضطراباً على هذه النواحي من الأمريكيين .

وفي دراسة "محمد صديق" (1999) لدى المودعين في شركات توظيف الأموال وقد وجد فروقاً

دالة إحصائياً بين مجموعتين أحدهما تعرضت لضغوط شاقة والأخرى لم تتعرض، وفي دراسة "آمال عبد الحليم" (1999) قارنت فيها بين مرضى ضغط الدم المرتفع والأسوياء ومرضى قرحة المعدة والأسوياء وجدت أن مجموعة ضغط الدم أكثر اضطراباً بفرق دال إحصائياً على إحدى عشر مقياس من المقاييس الفرعية ، كما وجدت أن مجموعة قرحة المعدة أكثر اضطراباً من الأسوياء على عشرة من المقاييس الفرعية.

وفي دراسة "مازن عبدالله" (2000) وجد أن الطلبة أكثر اضطراباً من الطالبات على مقاييس التعب والحساسية والغضب وكذلك وجد فروق دالة بين الإناث في الحضر والإناث في الريف على ستة عشر مقياساً ، ولم توجد فروق دالة بين الذكور والإناث في الحضر إلا على أربعة مقاييس . وقد أظهرت نتائج التحليل العاملي على قائمة كورنل واستبيان الأسرة والأبناء "الشيفر وآخرون على عينة مكونة من 140 طالب وطالبة من المصريين ، 05 طالب وطالبة من "Shefer et al الأمريكيين أن المجموعتين يشتركان معاً فقط في مقياس السمع والإبصار وقد وجد أن الطابع العام للمقاييس التي تشبعت تشبعاً مرتفعاً في العينة المصرية تتصل بالنواحي السيكلوجية بينما في العينة الأمريكية تتصل بالنواحي العصابية.

وفي دراسة **محمد صديق (1999)** توصل إلى أن العامل الأول تشبعت عليه تشبعاً دالاً ثلاثة عشر مقياساً فرعياً من مقاييس القائمة . وفي دراسة **محمود أبو النيل (2000)** تشبعت سبعة عشر مقياساً من مقاييس القائمة تشبعاً دالاً بما في ذلك الدرجة الكلية بالنسبة لعينة المجموعة (ب) ، وتشبعت إحدى عشر مقياساً تشبعاً دالاً بالنسبة لعينة المجموعة (أ) . وفي دراسة **محمد صديق (1999)** التي أجريت على القائمة والخاصة بصدق الاتساق الداخلي أتضح أن معاملات الارتباط بين المقاييس الفرعية والدرجة الكلية جميعها دالة إحصائياً ماعدا قيم مقياسي الجلد والقلق ، مما يشير إلى تمتع ستة عشر مقياساً من القائمة بدرجة عالية من صدق الاتساق الداخلي.

وبذلك يتضح أن قائمة كورنل تعتبر أداة جيدة صالحة للاستخدام في عدة مجالات إذ أنها تكشف عن ثمانية عشر من الجوانب العصابية والسيكوسوماتية ، كما أمكن للقائمة التمييز بين الفئات السوية والمرضية كمرضى ارتفاع ضغط الدم وقرحة المعدة والتميز بين الجماعات الواقعة تحت ضغط نفسي كالمودعين أموالهم في شركات التوظيف وفقدوا الأمل فيها والمتضررين من حرب الخليج وأصابتهم بالعديد من الاضطرابات القلبية والمعدية، كما أنه تم استخدامها من قبل في دراسات سابقه كدراسة **"حياة أمين" (1999)** و **"مناع و بوشلاق"** و **"نشوة أبو دريدر"**. (نفيسة، 2021، ص139، 134)

5/ الخصائص السيكومترية:

1-5 الخصائص السيكومترية لمقياس تورنتو TAS-20

الصدق: الاختبار الصادق هو الاختبار الذي يحقق الوظيفة التي وضع من أجلها الاختبار بشكل جيد ، وبالدرجة التي يكون فيها قادرا على تحقيق أهداف محددة، فهو يعكس قابلية الاختبار لقياس ما صمم لقياسه .

الثبات: نقصد به "درجة ثبات إجابات المستقصى منهم في حالة تكرار توزيع الاستبيانات عليهم مرة أخرى أو مرات مختلفة، حيث أن هذا التوزيع المتكرر يظهر مدى خلو إجابات المستقصى منهم من تأثير العشوائية بما يعني استقرار نتائج المقياس، فمعامل الثبات هو معامل ارتباط بين إجابات المبحوثين في الاختبار الأول والاختبار الثاني، وهذا يعني أن معامل الثبات قيمته العظمى (+1) ، ولا يمكن أن يكون قيمته مساوية للصفر لأن ذلك يعني انعدام الثبات الكامل .

التكيف: يشير مفهوم تكيف المقاييس أو الاختبار النفسية إلى كل الإجراءات التي يتبعها الباحث بداية من تقديره عما إذا كان باستطاعة الاختبار تقدير التركيبة نفسها عند نقل الاختبار من ثقافة إلى أخرى، وصولاً إلى محاولته الحصول على مفاهيم، مفردات وتعابير متعادلة ثقافياً، لغوياً ونفسياً مع الثقافة الجديدة للاختبار .

2-5 الخصائص السيكومترية لمقياس كورنل للاضطرابات السيكوسوماتية

1- صدق المقياس:

• صدق الاتساق الداخلي: كما يوضحه الجدول الآتي:

جدول رقم (05) يبين معامل الارتباط بين كل مقياس فرعي و الدرجة الكلية للقائمة

قيمة معامل الارتباط بين كل مقياس فرعي و الدرجة الكلية للقائمة			
**57,0	تكرار المرض	**74,0	السمع والإبصار
**88,0	أمراض مختلفة	**68,0	الجهاز التنفسي

الفصل الرابع: الإطار المنهجي للدراسة

**48,0	العادات	**97,0	القلب والأوعية
**23,0	عدم الكفاية	**98,0	الجهاز الهضمي
**63,0	الاكتئاب	**04,0	الهيكل العظمي
**45,0	القلق	**47,0	الجلد
**85,0	الحساسية	**98,0	الجهاز العصبي
**93,0	الغضب	**25,0	البولي والتناسلي
0,11	التوتر	**53,0	التعب

** correlation is significant at the α 0,01 level

يتضح من خلال الجدول أعلاه أن معاملات ارتباط الأبعاد بالدرجة الكلية لمقياس الاضطرابات السيكوسوماتية تراوحت بين (0,32) و (0,89) عند مستوى دلالة (0,0)1 ما عدا البعد الأخير. ما يعتبر مؤشرا على صدق التجانس الداخلي للمقياس.

1-2- ثبات المقياس:

- ثبات التجزئة النصفية : كما هو موضح بالجدول الموالي:

جدول رقم (06) يبين معامل الثبات سبرمان -بارون لقائمة كورنل للاضطرابات

السيكوسوماتية

معامل الثبات سبرمان - بارون	معامل ارتباط التجزئة النصفية	المقياس
0,95	0,91	قائمة كورنل للاضطرابات السيكوسوماتية

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن معامل الارتباط بطريقة التجزئة النصفية على قائمة كورنل

الفصل الرابع: الإطار المنهجي للدراسة

للاضطرابات السيكوسوماتية على درجة عالية حيث بلغت (0,91) و بطريقة سبيرمان-بارون بلغ (0,95) ما يدل على أنه يتمتع بدرجة ثبات قوية.

• ثبات ألفا-كرونباخ:

جدول رقم (07) يبين قيمة معامل ثبات ألفا كرونباخ لقائمة كورنل للاضطرابات

السيكوسوماتية

المقياس	قيمة معامل ثبات ألفا كرونباخ
قائمة كورنل للاضطرابات السيكوسوماتية	0,98

من خلال نتائج الموضحة في الجدول أعلاه يبين أن قيمة معامل ثبات ألفا-كرونباخ لقائمة كورنل للاضطرابات السيكوسوماتية تتمتع بدرجة عالية بلغت (0,98). (نفيسة، 2021، ص146، 144)

6/ الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة:

لغرض معالجة البيانات التي تم جمعها عبر الأدوات الإكلينيكية والقياسية، ولتحقيق الدقة في عرض النتائج وتفسيرها، تم الاعتماد على الأساليب الإحصائية والرياضية التالية:

1. تحليل المحتوى الكمي (تكرار وحدات التحليل):

تم استخدام "التكرار البسيط" لحساب عدد المرات التي ظهرت فيها المؤشرات الدالة على أبعاد الألكسيتيميا والأعراض السيكوسوماتية في خطاب الحالات أثناء المقابلة الإكلينيكية.

الوحدات الفرعية مثل (صعوبة تحديد المشاعر، التفكير المادي، المؤشرات الفيزيولوجية) لتحويل الملاحظات الكيفية إلى معطيات قابلة للقياس.

2. النسب المئوية (%):

استخدمت النسب المئوية لتحديد "الوزن النسبي" لكل بُعد من أبعاد الدراسة، مما يسهل عملية المقارنة بين الحالات.

تم حساب النسبة المئوية للمساهمة النسبية لكل بُعد فرعي لتحديد السمة الطاغية في بروفيل الحالة.

3. نظام التنقيط والمقارنة بالدرجة الفاصلة: (Cut-off Score)

الفصل الرابع: الإطار المنهجي للدراسة

في مقياس تورنتو (TAS-20) ، تم الاعتماد على حساب "الدرجة الكلية المتحصل عليها" ومقارنتها بـ "الدرجة الفاصلة" المحددة بـ 61 درجة لتصنيف الحالات ضمن خانة الألكسيتيميا. تم استخدام "الدرجة القصوى" لكل بُعد لتقدير مدى القصور في اليقظة الوجدانية لدى الحالات.



عرض الحالات ومناقشتها

عرض الحالات ومناقشة النتائج

- 1- تقديم الحالة الاولى
- 2- ملخص المقابلة للحالة الاولى
- 3- التحليل الكيفي للحالة الاولى
- 4- جدول الكمي و التحليل الجدول الكمي للحالة الاولى
- 5- عرض وتحليل نتائج تطبيق المقاييس على الحالة الاولى
- 6- مناقشة نتائج الحالة الاولى في ضوء الفرضية العامة
- 7- تقديم الحالة الثانية
- 8- ملخص المقابلة للحالة الثانية
- 9- التحليل الكيفي للحالة الثانية
- 10- جدول الكمي و التحليل الجدول الكمي للحالة الثانية
- 11- عرض وتحليل نتائج تطبيق المقاييس على الحالة الثانية
- 12- مناقشة نتائج الحالة الثانية في ضوء الفرضية العامة
- 13- تقديم الحالة الثالثة
- 14- ملخص المقابلة للحالة الثالثة
- 15- التحليل الكيفي للحالة الثالثة
- 16- جدول الكمي و التحليل الجدول الكمي للحالة الثالثة
- 17- عرض وتحليل نتائج تطبيق المقاييس على الحالة الثانية
- 18- مناقشة نتائج الحالة الثالثة في ضوء الفرضية العامة
- 19- مناقشة نتائج الحالات في ضوء الفرضيات الجزئية
- 20- مناقشة الفرضيات الجزئية في ضوء الدراسات السابقة

الاستنتاج

التوصيات

تمهيد

يعد الجانب التطبيقي في الدراسة العيادية الجسر الذي يربط بين التنظير السيكولوجي والواقع الميداني المعاش، حيث يهدف هذا الإطار المنهجي إلى تفكيك البنية النفسية للحالات المصابة بالاضطرابات السيكوسوماتية (القولون العصبي، الصدفية، والقرحة المعدية) للبحث في أثر الألكسيتيميا (العجز عن التعبير الانفعالي) على تدهور الجسد. ولتحقيق ذلك، تم الاعتماد على المنهج العيادي القائم على دراسة الحالة، بوصفه المنهج الأنسب للغوص في أعماق الدينامية النفسية للفرد، مع الاستعانة بمجموعة من الأدوات العيادية كالمقابلة نصف الموجهة والملاحظة، بالإضافة إلى المقاييس النفسية المتخصصة. سنقوم من خلال هذا الفصل بتحليل معمق لثلاث حالات متباينة الأنساق الجسدية، سعياً لفهم الكيفية التي يتحول بها "الصمت الانفعالي" إلى "لغة عضوية" مؤلمة، واختبار الفرضيات المطروحة حول العلاقة الارتباطية بين الافتقار للتعبير اللفظي واللجوء إلى التفريغ الجسدي.

1/تقديم الحالة الاولى

الاسم : ندا

السن : 17 سنة

المستوى التعليمي : ثانية ثانوي

الوظيفة : لا تعمل

الحالة الاجتماعية الحالية : عازبة

الحالة المادية : غير جيدة

سن الزواج : /

عدد الاخوة والاخوات : اخ واخت

رتبتها في البيت: الاخت الكبرى

سوابق مرضية للعائلة : لا يوجد

2/ملخص المقابلة للحالة الاولى:

من خلال ما تم تسجيله أثناء سير المقابلة مع الحالة وما تم ملاحظته عليها، كانت الحالة متعاونة ومرحبة بإجراء المقابلة، إلا أنه لوحظ عليها نوع من التحفظ في التعبير، حيث اتسمت إجاباتها بالاختصار الشديد والرغبة في إنهاء الأفكار سريعاً (إرسال رسائل قصيرة تنتهي بنقطة). بدأت معاناة الحالة منذ حوالي 62 يوماً، وتحديداً بعد مرور ثلاثة أيام على وفاة جدتها، حيث داهمتها أفكار وسواسية قهرية تتمحور حول الخوف المرضي من فقدان أفراد عائلتها، مما سبب لها أرقاً حاداً وصعوبة في النوم، وتزامن ذلك مع تدهور في حالتها الجسدية تمثل في آلام حادة في القولون. بعد الفحص الطبي، تبين وجود انتفاخ عضوي في القولون ناتج عن ضغوط نفسية، وقد وصفت الحالة علاقتها بجدتها المتوفاة بأنها "عادية" ولم تظهر عليها معالم الحزن التقليدي أثناء الجنازة. تزداد حدة الأفكار الوسواسية لدى الحالة أثناء التجمعات العائلية أو عند الخلود للنوم، بينما تجد متنفساً لها في ممارسة هواياتها (الرسم ومشاهدة المسلسلات). أدى هذا الاضطراب إلى تراجع ملحوظ في مستواها الدراسي وميلها لتجنب التجمعات الاجتماعية. على الصعيد الاجتماعي والأسري: أظهرت الحالة ملامح شخصية اعتمادية وخجولة، حيث تعاني من ضعف في تقدير الذات؛ ظهر ذلك في علاقتها "السامة" مع صديقاتها في الثانوية، حيث كانت تتبنى دور الضحية التي تعتذر دائماً وتسامح رغم الإيذاء اللفظي خوفاً من الفقد. كما تعاني الحالة من صعوبة بالغة في التعبير عن المشاعر

(الكتمان)، وهي سمة قديمة لديها سبقت حادثة الوفاة، حيث تلجأ لسياسة "التخزين الداخلي" للصددمات والجروح، مما ينعكس عليها في شكل أعراض سيكوسوماتية (نغزات في القولون وتشنج في الرقبة) عند التعرض لأي ضغط لفظي. أما عن الجو الأسري، فرغم ادعائها الأولي بأن العلاقة جيدة، إلا أنه بالتعمق في المقابلة كشفت عن وجود صراعات والدية متكررة ومشاجرات دائمة داخل البيت، مما يولد لديها شعوراً بالعجز والحزن المكتوم، حيث تلجأ للبكاء المنفرد في غرفتها. كما كشفت المقابلة عن تعرضها لخبرات سابقة من "الترهيب" في المرحلة المتوسطة، فضلت كتمانها وعدم إطلاع والديها عليها لعدم قدرتها على التواصل الفعال معهما وخوفاً من إزعاجهم. ختاماً، أبدت الحالة رغبة في طلب المساعدة النفسية، إلا أنها قبلت برفض الوالدين اللذين حصرا مشكلتها في الجانب العضوي (القولون) فقط، مما زاد من عزلتها النفسية وصعوبة تفريغ شحناتها الانفعالي

3/ التحليل الكيفي للمقابلة الأولى:

تمت مقابلة الحالة التي أبدت تعاوناً ملحوظاً منذ البداية، حيث رحبت بإجراء المقابلة دون اعتراض، مظهرة سمات شخصية تميل إلى التحفظ والاختصار، وهو ما تجلى في إجاباتها المقتضبة وحرصها على إنهاء رسائلها بنقاط حاسمة، مما يعكس نوعاً من "الحذر في التواصل". من الناحية الصحية، تعاني الحالة من اضطراب سيكوسوماتي واضح متمثل في "القولون العصبي"، والذي ارتبط ظهوره زمنياً بصدمة فقدان (وفاة الجدة)، حيث بدأ الألم يشتد بعد ثلاثة أيام من الجنازة، وصاحبه انتفاخ عضوي شخصه الطبيب بالراديو. هذا الترابط يؤكد ما ذهب إليه "ألكسندر" في تفسيره للاضطرابات السيكوسوماتية بأن العضو المصاب يمثل لغة بديلة للتعبير عن الصراعات النفسية التي لا تجد طريقاً للتفريغ اللفظي. ظهر لدى الحالة بوضوح آليات "الكتم الانفعالي (Emotional Inhibition)" ، حيث ذكرت أنها لم تبد أي حزن في الجنازة رغم فقدان جدتها، وصرحت لاحقاً بأنها "تخبئ في قلبها" و"تكتم جروحها" لتجنب إزعاج الآخرين. هذا الكبت المستمر يمثل بيئة خصبة لنشوء الأعراض الجسدية، فبدلاً من البكاء أو الصراخ، "تنزير رقبتها" ويهاجمها "ألم القولون" عند التعرض لأي ضغط لفظي أو اجتماعي. وكما يشير "ببير ماري" فإن الجسد هو الذي يبكي حينما تُمنع العيون من البكاء، وهو ما تجسد في قولها: "كي يجرحوني نسكتلهم... وحسيت رقبتني تنزير من القلق". تعاني الحالة أيضاً من حالة "أليكسيثيميا (Alexithymia)" أو نضوب الخيال العاطفي، حيث لا تجد الكلمات المناسبة لوصف مشاعرها، مرجعة ذلك "للخجل"، بينما هو في العمق عدم قدرة على معالجة الانفعالات وتصريفها. يظهر ذلك في علاقاتها "السامة" مع صديقاتها، حيث تمارس دور الضحية التي تعتذر دون سبب وتسامح رغم الأذى، فقط لكي لا تخسر الآخرين، مما يعكس "تقدير

ذات اجتماعي منخفض" وحاجة ملحة للأمان والقبول، حتى لو كان ثمنه الكبت النفسي. أما في الجانب الأسري، فقد كشفت المقابلة عن بيئة مشحونة بالصراعات (مشاجرات الوالدين)، وهو ما عزز لدى الحالة شعوراً بالعجز والانسحاب، حيث تكتفي بالجلوس في غرفتها والبكاء الصامت، قائلة: "يضاربو بزاف... ونحس بشعور غريب". هذا الكبت في الوسط الأسري، مضافاً إليه تجارب سابقة من "الترهيب" في المدرسة، جعل من جهازها الهضمي (القولون) مرآة تعكس كل تلك الضغوطات المكبوتة. وكما يرى "ماكسويل مالترز" أن الفكرة عن الذات تنعكس على السلوك، فإن فكرة الحالة عن كونها "غير مهمة" أو "مزعجة للآخرين" جعلتها تمارس أقصى درجات الكتمان، مما أدى إلى تراجع أدائها الدراسي الذي عبرت عنه بقولها: "الأفكار تنهش عقلي حتى هبطت في المعدل". إن الحالة تمثل نموذجاً كلاسيكياً للعلاقة بين الكتم الانفعالي والاضطراب السيكوسوماتي؛ فعدم القدرة على التعبير عن الغضب أو الحزن أدى إلى تحويل الشحنة الانفعالية من المسار النفسي إلى المسار الجسدي، ليصبح القولون هو "المعبر" عن كل تلك الصراعات الدفينة التي ترفض الحالة البوح بها خوفاً من فقدان الدعم أو إثارة القلق. وكما قال "دي سي بريجز": "سوف تتعامل مع الآخرين بنفس الكيفية التي تتعامل بها مع نفسك"، والحالة هنا تتعامل مع نفسها بقسوة الكبت، وتتعامل مع الآخرين بتسامح مبالغ فيه نابع من الخوف، مما يجعل جسدها هو الضحية الوحيدة لهذا الصراع الصامت.

4/جدول الكمي مع تحليل الجدول الكمي للحالة الاولى

الجدول الكمي (08) للحالة الاولى:

الابعاد	الوحدات	التكرارات	تكرارات البعد	النسبة % للوحدة	النسبة % للبعد
سمة الاكستيميا (الكث م الانفعالي)	صعوبة تحديد وتسمية المشاعر	07	13	%14	%26
	لتفكير الموجه نحو الخارج (الوصف المادي للمواقف)	06		%12	
المؤشرات العيادية والفيزيولوجية	لمسامحة القهرية/العلاقات السامة	04	08	%8	%16

	%8	04	البيئة الضاغطة والوساوس. (التوتر و التفكير)	الاعراض السيكوسوماتية (القولون)
%16	%10	05	وصف الألم الجسدي (الانتفاخ/ النغزات / الشد)	
	%6	03	لارتباط بالضغط (العائلة الدراسة/الصدقات)	
%58		29		المجموع

ملاحظة : عدد التكرارات الاجمالي للمقابلة = 50 تكرارا.

تحليل الكمي للحالة الاولى : من خلال النتائج المتحصل عليها للتحليل الكمي للمقابلة التي أجريت مع الحالة، تمكنا من استنتاج العديد من المؤشرات والأعراض الدالة التي بدت عليها من خلال أقوالها وأفعالها، والتي تم ترجمتها إلى أعداد ونسب مئوية تمثل المحاور الأساسية والوحدات المكونة لها. بداية ببعد سمة الأليكسيثيميا (الكتم الانفعالي) الممثل بوحدتي "صعوبة تحديد وتسمية المشاعر" و"التفكير الموجه نحو الخارج"، اللتان مثلتا بتكرارات 07 و 06 على التوالي، أي بنسب مئوية متتالية 14% و 12%، أي بإجمالي 26% التي تمثل نسبة البعد. إن هذه النسبة المعتبرة للمحور تعكس الجانب السلبي في معالجة الانفعالات لدى الحالة، لما استنتجناه من خلال أقوالها الدالة على ذلك، مثل عدم قدرتها على البوح بجروحها وتفضيل الكتمان قائلة: "نخبي في قلبي وما نحبش نزعج حتى واحد"، إضافة إلى ميلها للوصف المادي الدقيق للأحداث (توقيت المرض باليوم،

وصف الطقس) بدلاً من التعبير عن حالتها الوجدانية، مما يبين وجود هوة بين جهازها النفسي وقدرتها على التفريغ اللفظي. أما في ما يخص محور أو بعد المؤشرات العيادية والفيزيولوجية، المتمثل في وحدتي "المسامحة القهرية/العلاقات السامة" و"البيئة الضاغطة والوساوس"، فقد أظهر التحليل الكمي عدد تكرارات بالترتيب على التوالي 04 و 04، والتي مثلت نسباً متساوية قدرها 08% لكل منهما، أي بإجمالي 16% كنسبة للبعد. هذه النسبة تعكس مستوى القلق النفسي والاجتماعي الذي تعيشه الحالة، حيث يظهر انسحاقها في العلاقات الاجتماعية من خلال اعتذارها الدائم دون سبب وسكويتها عن الأذى قائلة: "توجور نطلب السماح منهم ولا كي يجرحوني نسكتلهم". كما تبرز البيئة الأسرية كمصدر ضغط دائم من خلال تأثرها بشجارات الوالدين في قولها: "يضاربو

بزاف.. نحس بشعور غريب.. إن وحدتي "وصف الألم الجسدي" و"الارتباط بالضغط"، اللتان تمثلان بعد الأعراض السيكوسوماتية (القولون)، تمثلتا بالتكرارات التالية 05 و 03 بنسب مئوية 10% و 06%، أي بإجمالي نسبة للبعد تمثل 16%. وبالرغم من أن هذه النسبة قد تبدو أقل عددياً من بعد الكتم، إلا أنها تمثل المخرج الجسدي والاضطراب الذي تعاني منه الحالة، حيث نلاحظ ارتباط الألم بالضغط النفسي بوضوح في قولها: "رقتي تنزير من القلق"، وكذا زيادة آلام القولون وانتفاخه عقب الصدمات النفسية كما جاء في قولها: "من الجنازة جائتها أفكار وسواسية.. وبدأ ألم القولون يزداد". مما يجعلنا نستخلص أن الكتم الانفعالي العالي لدى الحالة قد وجد له مساراً جسدياً للتعبير عن المعاناة النفسية التي عجزت الكلمات عن احتوائها.

5/ عرض وتحليل نتائج تطبيق المقاييس على الحالة الأولى :

1- نتائج تطبيق مقياس صعوبة التعبير عن المشاعر :

جدول رقم (09) يوضح نتائج تطبيق مقياس صعوبة التعبير عن المشاعر للحالة الأولى

الأبعاد	الدرجة المتحصل عليها	الدرجة القصوى	النسبة المئوية
صعوبة تحديد المشاعر والانفعالات	22	25	27.85%
صعوبة وصف المشاعر	28	35	35.44%
التفكير الموجه نحو الخارج	29	40	36.71%
المجموع الكلي	79	100	100%

يتبين من خلال الجدول رقم (09) أن الحالة الأولى تعاني من مستوى مرتفع من الأليكسيثيميا حيث قدرت الدرجة الكلية المتحصل عليها (79) والتي تجاوزت بشكل كبير المحك الإكلينيكي الفاصل (61 درجة).

وبالنظر إلى الأوزان النسبية للأبعاد، نلاحظ أن التفكير الموجه نحو الخارج احتل المرتبة

الأولى من حيث المساهمة في الدرجة الكلية بنسبة (36.71%)، يليه صعوبة وصف المشاعر

بنسبة (35.44%)، ثم صعوبة تحديد المشاعر بنسبة (27.85%) ويشير هذا التوزيع إلى أن السمة لدى

الحالة الأولى تتخذ طابعاً معرفياً إجرائياً في المقام الأول؛ حيث يميل النظام النفسي لديه إلى معالجة

الأحداث والوقائع الخارجية بشكل موضوعي ومادي، مع وجود قصور واضح في الوظيفة الرمزية

واللغوية التي تسمح له بتسمية حالاته الوجدانية الداخلية أو تمييزها بدقة، مما يجعل بناؤه النفسي

يميل نحو الجمود الانفعالي والارتباط بالواقع الملموس على حساب الاستبطان والخيال.

نتائج تطبيق قائمة كورنل:

جدول رقم (10) يوضح نتائج تطبيق قائمة كورنل للحالة الأولى

المقياس الفرعي	الرمز	الدرجة المتحصل عليها	الدرجة القصوى	النسبة المئوية %	مستوى الحدة
السمع والابصار	A	6	13	46.15	متوسط
الجهاز التنفسي	B	1	17	5.88	منخفض جدا
القلب والأوعية	C	6	19	31.57	متوسط
الجهاز الهضمي	D	3	20	15.00	منخفض
الهيكل العظمي والعضلي	E	1	11	9.09	منخفض جدا
الجلد	F	0	7	0	معدوم
الجهاز العصبي	G	5	18	27.77	منخفض
الجهاز البولي والتناسلي	H	0	13	0	معدوم
التعب والاجهاد	I	0	7	0	معدوم
تكرار المرض (العادات الصحية)	J	0	9	0	معدوم
أمراض مختلفة (التاريخ الطبي)	K	0	18	0	معدوم
العادات (تدخين، منبهات.)	L	0	20	0	معدوم
عدم الكفاية (ضعف الثقة بالذات)	M	0	12	0	معدوم
الاكتئاب	N	0	6	0	معدوم
القلق	O	0	9	0	معدوم
الحساسية الاجتماعية	P	0	6	0	معدوم
الغضب	Q	0	9	0	معدوم
التوتر	R	0	9	0	معدوم
الدرجة الكلية للقائمة	-	22	215	10.23	طبيعي

يتبين من الجدول رقم (10) أن الحالة تعاني من سمات بدنية محددة من حيث قدرتها الإجمالية على التوافق، والتي بلغت درجة كلية قدرها (22) وبالرغم من أن هذه القيمة تقع إحصائياً ضمن النطاق الطبيعي (أقل من محك 29 درجة)، إلا أن التحديد التفصيلي للمقاييس الفرعية يكشف عن تركيز الاستجابات في أجهزة عضوية معينة .

حيث يظهر بوضوح أن مقياس "السمع والإبصار (A) ومقياس "القلب والأوعية (C) "هما الأكثر بروزا بنسب بلغت (46.15%) و (31.57%) على التوالي، مما يفسر وجود شكاوى ذات طبيعة حسية وفيزيولوجية لدى الحالة في حين يتبين من الجدول الانعدام المطلق (0%) في كافة المقاييس المرتبطة بالاضطرابات النفسية والعصابية الصريحة كالقلق والاكتئاب والحساسية الاجتماعية، والتي تجاوزت إحصائيا مستويات الاستقرار المطلوبة. يستدل من ذلك أن الحالة الأولى تتسم بـ "التمركز السوماتي ، حيث تظهر الضغوط على شكل أعراض جسدية معزولة، مع بقاء البناء الوجداني والمزاجي للمفحوص في حالة توازن ومرونة عالية.

6/مناقشة النتائج الحالة الأولى في ضوء الفرضية العامة

بيّنت نتائج الفرضية العامة أن مظاهر العجز عن التعبير الانفعالي (الألكسيثيميا) حاضرة بوضوح لدى الحالة الأولى المصابة بالقولون العصبي، حيث بلغت الدرجة الكلية على مقياس تورنتو (TAS-20) (79 درجة)، متجاوزةً المحك الإكلينيكي الفاصل البالغ (61 درجة)، مما يؤكد تحقق الفرضية العامة لدى هذه الحالة. ويظهر من خلال النتائج المتحصل عليها أن الألكسيثيميا أسهمت بنسبة (26%) من مجمل تكرارات التحليل الكمي للمقابلة، وهي أعلى نسبة بين الأبعاد، مما يكشف عن هيمنة الكتم الانفعالي على البنية النفسية للحالة. وقد تصدّر بُعد التفكير الموجه نحو الخارج المرتبة الأولى بنسبة (36.71%)، وهو ما يشير إلى ميل الجهاز النفسي للحالة إلى معالجة الأحداث بصورة مادية موضوعية مع قصور واضح في القدرة على تسمية الحالات الوجدانية الداخلية. أما على صعيد الأعراض السيكوسوماتية، فقد كشف التحليل الكمي عن ارتباط مباشر بين الضغوط النفسية وأعراض القولون، إذ تزداد الآلام في أعقاب الصدمات مباشرة، مما يؤكد أن الجسد قد تحوّل إلى لغة بديلة للتعبير عما عجزت الكلمات عن احتوائه. وعليه، فإن الفرضية العامة قد تحققت لدى هذه الحالة، وهو ما يتسق مع ما أثبتته الدراسات العلمية من علاقة وطيدة بين الألكسيثيميا واضطرابات الجهاز الهضمي الوظيفية. وعليه، يمكننا القول إن الفرضية العامة قد تحققت لدى الحالة الأولى، إذ ظهرت مظاهر الألكسيثيميا بصورة جلية ومتعددة الأبعاد، وتجلّى أثرها في تغذية الاضطراب السيكوسوماتي (القولون العصبي) وتعزيزه، وهو ما يتسق مع ما أشارت إليه الدراسات العلمية من وجود علاقة وطيدة بين العجز عن التعبير الانفعالي واضطرابات الجهاز الهضمي الوظيفي.

7/ تقديم الحالة الثانية :

الاسم : مختار

السن : 42 سنة

المستوى التعليمي : ثانوي

الوظيفة : موظف اداري

الحالة الاجتماعية الحالية : متزوج وأب لثلاثة أطفال

الحالة المادية : متوسطة

تاريخ الزواج : 2014

عدد الاخوة والاخوات : ثلاث اخوات

رتبته في البيت: الاخ الاوسط

سوابق مرضية للعائلة : لا يوجد

8/ ملخص المقابلة الحالة الثانية :

من خلال ما تم تسجيله أثناء سير المقابلة مع الحالة وما تم ملاحظته عليه، كان يتحدث عن حياته بلهجة محلية ركز فيها عن ثقل المسؤولية ومحاولة مستمرة لإخفاء الألم النفسي، حيث كان يبدو جاداً ومتحفظاً في آن واحد. يرى المعني أن الدنيا وما فيها تقع على عاتقه، خاصة فيما يتعلق بالعمل والمنزل والأبناء، مؤكداً على ضرورة تمثله لصورة "الرجل" القوي الذي لا يملك الحق في الشكوى أو إظهار التعب. بدأت معاناته الجسدية تشتد في الآونة الأخيرة، خاصة على مستوى المعدة، لدرجة أنه كاد أن يدخل المستشفى بسبب حدة الألم، واصفاً ذلك بـ "السطرة" التي تأكل جوفه، مع شعور مستمر بالاختناق يرجعه دائماً إلى التعب العضوي فقط. من الناحية العيادية، ظهرت على الحالة مؤشرات واضحة تدعم فرضية الكبت والجمود الانفعالي؛ فقد كان وجهه "جامداً" وقليل التفاعل ، مع ملامح متصلبة وشحوب حول العينين، إضافة إلى تقلصات طفيفة في عضلات الفك تدل على توتر داخلي مكتوم. اتسمت طريقة كلامه بنبرة رتيبة خالية من تعابير الوجه، حيث كانت إجاباته مختصرة جداً ويميل فيها إلى الوصف "المادي" للأحداث بدلاً من التعبير عن مشاعره حيالها. كما لوحظ عليه وضع يده باستمرار على منطقة المعدة وكأنه يحاول احتواء الألم، مع وجود حركة اهتزازية في الرجل تعكس قلقاً غير مدرك، وتواصل بصري متقطع يهرب منه نحو الأرض

كلما سُئل عن الجانب المشاعري. أما بخصوص التاريخ المرضي للحالة، فيظهر تداخلاً واضحاً بين المسار العضوي والضغط النفسية؛ حيث بدأت الأعراض قبل حوالي خمس سنوات بشكل "ثقل" وحموضة تزداد مع زيادة الأعباء، وكان حينها يتجاهل الألم أو يلجأ للمهدئات التقليدية. ومنذ سنتين، وبعد اشتداد نوبة الألم، أجرى فحصاً بالمنظار أثبت إصابته بقرحة المعدية. ورغم التزامه بالبروتوكول العلاجي، إلا أن الشفاء ظل جزئياً، حيث دخل في "تكرار مرضي" يثور فيه الألم بمجرد التعرض لأي ضغط اجتماعي، مما يجعل المعدة "المسرح" الذي تشتكي فيه الحالة بالتقرح عوضاً عن الشكوى باللسان. ورغم إنكاره التام في البداية لوجود أي ضغوط نفسية ووصفه للأعراض بدقة، إلا أنه ومن خلال الاستدراج العيادي، برزت تفاصيل حياته المثقلة بالمسؤوليات في بيئة اجتماعية تفرض الصرامة. كان مختار عاجزاً عن إيجاد مفردات تعبر عن القلق أو الحزن، مهرباً دائماً نحو وصف "التعب الجسدي". في الأخير تم تقديم الشكر للحالة على صراحته وإفشائه على العديد من الأمور الشخصية ولم يبخل علينا.

9/ التحليل الكيفي للحالة الثانية :

تمت مقابلة الحالة في جو من الهدوء الحذر، وبعد بناء علاقة ثقة وطمأنته لسرية المعلومات والأعراض العلمية للبحث، أبدى الحالة تجاوباً في سرد تفاصيل معاناته الجسدية، وإن كان يجد صعوبة بالغة في التعبير عن الجانب الوجداني. يظهر على "مختار" ملامح الجمود الانفعالي الواضح، وهو ما يبرز في قوله: "أنا طبعي هكذا، ما نحبش نكثر الهدرة، اللي في قلبي في قلبي". هذا التعبير يشير إلى قصور في القدرة على تحديد وتسمية المشاعر، حيث يميل الفرد إلى كبت الانفعالات وترجمتها إلى أعراض جسدية. وكما يشير "سيفنيوس (Sifneos)"، فإن هؤلاء الأفراد يفتقرون للكلمات المعبرة عن العاطفة، وهو ما يطابق حالة مختار الذي كان يهرب من الأسئلة الوجدانية بوصف مادي ميكانيكي للألم: "بصح السطرة تاع الجوف راهي تأكل فيا أكل". لقد ظهرت على الحالة مؤشرات فيزيولوجية وحركية دالة على توتر داخلي عميق رغم محاولة إنكاره اللفظي؛ فملامحه المتصلبة (Flat affect) وتقلصات عضلات الفك كانت تنطق بما لا يستطيع لسانه قوله. وكما جاء في أدبيات التحليل النفسي السيكوسوماتي (مدرسة باريس)، فإن الجسد يصبح "المسرح" البديل للتعبير عن الصراعات النفسية حينما يفشل "الجهاز النفسي" في احتواء القلق. يظهر هذا بوضوح في تكرار نوبات القرحة لديه رغم الالتزام بالدواء، حيث يقول: "ساعات نحس روجي مخنوق ومانيش عارف علاه، نقول يمكن راهو غير التعب وصايي". هذا الجهل بمصدر الضيق (النفسي أو النفسي) يعكس تراجع "الخيال" وقرراً في الحياة الرمزية، وهي علامات بارزة للأليكسيثيميا من

جانب آخر، يبرز لدى مختار تداخل القيمة الذاتية بالدور الاجتماعي المفروض عليه في بيئة "جلفاوية" تتسم بالصرامة، حيث يعبر عن ذلك بقوله: "الخدمة والدار والدراري، ولأزم ديما نكون 'راجل' وواقف". هذا الضغط المستمر لتمثيل دور القوي يمنعه من ممارسة "التفريغ الانفعالي"، مما أدى إلى تحول جدار المعدة لديه إلى مرآة لضغوطاته، فتطورت لديه قرحة الاثني عشر (Duodenal Ulcer) كاستجابة عضوية لسنوات من الصمت. وكما ذكر "فرانز ألكسندر" في أبحاثه حول الطب السيكوسوماتي، فإن القرحة المعدية ترتبط غالباً بصراعات حول الاعتمادية والاستقلال المكبوت خلف ستار من الصلابة الخارجية. أخيراً، لوحظ خلال المقابلة تناقض واضح بين الكلام المقتضب والنبرة الرتيبة، وبين الحركات الجسدية غير الإرادية مثل فرك منطقة المعدة واهتزاز الرجل، وهي لغة جسدية تعوض العجز عن "اللفظ"، فبينما يشنكي جدار معدته بالقرح، يصر على أن المشكلة "تعب عابر"، مما يؤكد أن مختار يدرك أعراضه كظواهر مادية معزولة عن سياقها النفسي، وهي السمة الجوهرية التي ركزنا عليها في هذه الدراسة

10/ جدول الكمي مع تحليل الجدول الكمي للحالة الثانية

الجدول الكمي (11) للحالة الثانية :

الابعاد	الوحدات	التكرارات	تكرارات البعد	النسبة % للوحدة	النسبة % للبعد
سمة الالكستيميا (الكتم الانفعالي)	صعوبة تحديد وتسمية المشاعر	13	14	30.23%	32.55%
	لتفكير الموجه نحو الخارج (الوصف المادي للمواقف)	01		2.32%	
المؤشرات العيادية والفزيولوجية	تعبيرات الوجه والجسد (الجمود/التوتر)	05	11	11.62%	25.58%
	نبرة الصوت ورتابة الكلام والحركات الغير مدركة	06		13.95%	
الاعراض السيكوسوماتية (القولون)	وصف الألم الجسدي (السطرة/الحريق)	05	10	11.62%	23.25%

	11.62%	05	الارتباط بالضغط (العمل /المسؤولية)	
	81.38%	32		المجموع

ملاحظة: عدد التكرارات الاجمالي للمقابلة = 43 تكرارا.

من خلال النتائج المتحصل عليه في الجدول (11) التحليل الكمي للمقابلة التي أجريت مع الحالة (مختار)، تمكنا من استنتاج العديد من المؤشرات والأعراض الدالة التي بدت على الحالة من خلال أقواله وأفعاله التي تم ترجمتها إلى أعداد ونسب مئوية تمثل المحاور الأساسية والوحدات المكونة لها. بداية بعد سمة الأليكسيتيميا (الكتم الانفعالي) الممثل بوحديتي "صعوبة تحديد وتسمية المشاعر" و"التفكير الموجه نحو الخارج"، اللتان مثلتا بتكرارات 13 و 01 على التوالي، أي بنسب مئوية متتالية 30.23% و 2.32%، أي بإجمالي 32.55% التي تمثل نسبة البعد. إن هذه النسبة المرتفعة والمهمة للمحور تمثل الجانب السلبي له لما استنتجناه من خلال أقوال الحالة الدالة على ذلك في العديد من المواقف والإجابات مثل قوله: "ما نحش نكثر الهدرة، اللي في قلبي في قلبي"، وقوله عند سؤاله عن مشاعره: "مانيش عارف علاه". قد يبين هذا بوضوح سمة الكتم وصعوبة التفريغ الانفعالي اللفظي لدى الحالة. أما في ما يخص محور أو بعد المؤشرات العيادية والفيزيولوجية الذي يعد من أهم المؤشرات الملاحظة، والمتمثل في "تعبيرات الوجه والجسد" و"نبرة الصوت ورتابة الكلام والحركات غير المدركة"، فقد أظهر التحليل الكمي عدد تكرارات بالترتيب على التوالي 05 و 06، والتي مثلت النسب التالية 11.62% و 13.95%، أي بإجمالي 25.58%. هذه النسبة تعكس حالة التوتر المكتوم التي تعيشها الحالة، والتي لاحظناها من خلال ملامحه المتصلبة ونبرة صوته الرتيبة الخالية من التلوين الوجداني، إضافة إلى حركاته اللاإرادية كاهتزاز الرجل ووضع اليد المستمر على منطقة المعدة كآلية لاحتواء الألم المكتوم. إن وحدتي "وصف الألم الجسدي" و"الارتباط بالضغط"، اللتان تمثلان بعد الأعراض السيكوسوماتية (المعدة/القرحة)، تمثلتا بالتكرارات التالية 05 و 05 بنسب مئوية متساوية قدرها 11.62% لكل منهما، أي بإجمالي نسبة للبعد تمثل 23.25%. علماً أن هذه النسبة تعبر عن المسار الجسدي الذي اتخذته الألم النفسي، وهو ما لاحظناه من خلال وصف المبحوث الدقيق للحرقان والسطرة بقوله: "السطرة تاع الجوف راهي تأكل فيا أكل". وارتباط هذه النوبات بزيادة أعباء العمل والمسؤوليات العائلية المفروضة عليه، مما يجعلنا نستخلص أن معدة الحالة أصبحت هي المسرح البديل للتعبير عن الضيق التي عجز لسانه

عن وصفها، مما يثبت العلاقة الطردية بين الكتم الانفعالي وظهور القرحة المعدية لديه.

11/ عرض وتحليل نتائج تطبيق المقاييس على الحالة الثانية :

1- نتائج تطبيق مقياس صعوبة التعبير عن المشاعر:

جدول رقم (12) يوضح نتائج تطبيق مقياس صعوبة التعبير عن المشاعر لدى الحالة الثانية

الأبعاد	الدرجة المتحصل عليها	الدرجة القصوى	النسبة المئوية
صعوبة تحديد المشاعر والانفعالات	19	25	28.79%
صعوبة وصف المشاعر	23	35	34.85%
التفكير الموجه نحو الخارج	24	40	36.36%
المجموع الكلي	66	100	100%

يتبين من خلال الجدول رقم (12) أن الحالة تعاني من سمات أليكسيثيمية واضحة من حيث قدرتها الإجمالية على معالجة الانفعالات، والتي تجاوزت الدرجة الفاصلة للمقياس بوصولها إلى (66) درجة، مما يؤشر إحصائياً على وجود عجز في بنية اليقظة الوجدانية لدى الحالة . وبالنظر إلى الأوزان النسبية للأبعاد، نجد أن الثقل الأكبر يتركز في بُعد "التفكير الموجه نحو الخارج" بنسبة مساهمة بلغت (36.36%)، وهو ما يعكس اعتماد المفحوص على "التفكير الإجرائي كنمط معرفي مهيم، يميل من خلاله إلى الانشغال بالحقائق المادية والموضوعية والوقائع الخارجية، كآلية تعويضية عن فقر الحياة التخيلية وتجنب الاستبطان النفسي . كما تبرز صعوبة وصف المشاعر كعنصر مساهم بنسبة (34.85%)، مما يستدل منه على وجود قصور في "الترميز اللفظي" للخبرات الوجدانية؛ أي أن المفحوص يفتقر إلى المفردات النفسية التي تمكنه من ترجمة انفعالاته الداخلية إلى قوالب لغوية مفهومة للذات وللآخرين. وبالرغم من أن بُعد "صعوبة تحديد المشاعر" سجل المساهمة الأقل نسبياً بنسبة (27.85%)، إلا أن التكامل بين هذه الأبعاد يرسم بروفايلاً نفسياً يتسم بـ "الجمود الوجداني" وقصور الوظيفة الرمزية، حيث يتم التعامل مع المثيرات الانفعالية بطريقة آلية تقتصر إلى العمق الشعوري الواعي .

2 - نتائج تطبيق قائمة كورنل:

جدول رقم (13) يوضح نتائج تطبيق قائمة كورنل للحالة الثانية

مستوى الحدة	النسبة المئوية %	الدرجة القصوى	الدرجة المتحصل عليها	الرمز	المقياس الفرعي
متوسط	30.77	13	4	A	السمع والابصار
منخفض جدا	5.88	17	1	B	الجهاز التنفسي
منخفض	10.53	19	2	C	القلب والأوعية
منخفض	15	20	3	D	الجهاز الهضمي
منخفض	18.18	11	2	E	الهيكل العظمي والعضلي
معدوم	0	7	0	F	الجلد
منخفض	11.11	18	2	G	الجهاز العصبي
منخفض	7.69	13	1	H	الجهاز البولي والتناسلي
منخفض	14.29	7	1	I	التعب والاجهاد
منخفض	11.11	9	1	J	تكرار المرض (العادات الصحية)
معدوم	0	18	0	K	أمراض مختلفة (التاريخ الطبي)
معدوم	0	20	0	L	العادات (تدخين، منبهات.)
منخفض جدا	8.33	12	1	M	عدم الكفاية (ضعف الثقة بالذات)
منخفض	16.67	6	1	N	الاكتئاب
منخفض	22.22	9	2	O	القلق
منخفض	16.67	6	1	P	الحساسية الاجتماعية
منخفض	11.11	9	1	Q	الغضب
منخفض	11.11	9	1	R	التوتر
طبيعي	11.16	215	24	-	الدرجة الكلية للقائمة

يتبين من الجدول أن الحالة تعاني من تشتت طفيف في الأعراض من حيث قدرتها الإجمالية على التوافق، والتي بلغت درجة كلية قدرها (24). وتعتبر هذه النتيجة إحصائياً ضمن النطاق الطبيعي (أقل من

29 درجة)، مما يشير إلى تمتع المفحوص بتوازن عام وتوافق نفسي وبدني مقبول وعند تحليل الأوزان النسبية للأبعاد، نجد أن التمرکز الأكبر للشكوى يظهر في مقياس "السمع والإبصار (A) "بنسبة (30.77%)، يليه مقياس "القلق (O) "بنسبة مساهمة بلغت (22.22%). يعكس هذا البروفيل تداخلاً بسيطاً بين الحساسية الجسدية وبعض سمات القلق العادي، دون أن يرتقي أي منهما إلى مستوى العرض المرضي الصريح.

كما يتبين من الجدول وجود استجابات منخفضة جداً وموزعة على أغلب المقاييس الوجدانية (الاكتئاب، الغضب، التوتر)، مما يستدل منه على وجود "مرونة انفعالية" جيدة وقدرة على احتواء الضغوط اليومية. وبالرغم من وجود بعض المنبهات الجسدية، إلا أن الحالة تظهر بروفايلاً نفسياً يتسم بـ "التوافق المستقر"، حيث تظل الشكاوى في حدودها الوظيفية العادية ولا تؤثر بشكل جوهري على التوازن السيكوسوماتي للمفحوص.

12/مناقشة نتائج الحالة الثانية في ضوء الفرضية العامة

بيّنت نتائج الفرضية العامة أن مظاهر العجز عن التعبير الانفعالي (الألكسيثيميا) حاضرة بوضوح لدى الحالة الثانية المصابة بالقرحة المعدية، حيث بلغت الدرجة الكلية على مقياس تورنتو (TAS-20) (66 درجة)، متجاوزةً المحك الإكلينيكي الفاصل البالغ (61 درجة)، ومنه يمكننا القول أن الفرضية العامة قد تحققت لدى هذه الحالة. يظهر من خلال ما جاء في مضمون الدراسة الحالية ومن خلال النتائج المتحصل عليها أن الكتم الانفعالي يمثل السمة المهيمنة على البنية النفسية للحالة، إذ أسهم بعد الألكسيثيميا بنسبة (32.55%) في التحليل الكمي للمقابلة، وهي أعلى نسبة بين الأبعاد الثلاثة. وقد تصدر بُعد التفكير الموجه نحو الخارج مرتبة الأولى بنسبة (36.36%) في مقياس TAS-20، مما يدل على اعتماد الحالة على التفكير المادي الإجرائي تجنباً للاستبطان الوجداني. يمكن تفسير ذلك بأن الحالة تفتقر إلى المفردات النفسية التي تُمكنها من التعبير عن انفعالاتها، وهو ما تجلّى في أقواله الدالة مثل: "ما نحيش نكثر الهدرة، اللي في قلبي في قلبي". وقد وجدت هذه الضغوط المكبوتة مخرجها عبر الجسد، إذ مثلت الأعراض السيكوسوماتية (القرحة المعدية) نسبة (23.25%) من تكرارات المقابلة، مرتبطةً ارتباطاً مباشراً بزيادة أعباء العمل والمسؤوليات العائلية، كما وصفها الحالة بقوله: "السطرة تاع الجوف راهي تأكل فيا أكل". وعليه، فإن المعدة قد تحولت إلى مسرح بديل للتعبير عن الضيق التي عجز اللسان عن وصفها، مما يثبت العلاقة الطردية بين الكتم الانفعالي وظهور القرحة المعدية، وهو ما يتسق مع ما أثبتته الدراسات العلمية من أن الأفراد العاجزين عن التعبير الانفعالي أكثر عرضة لاضطرابات الجهاز الهضمي.

13/ تقديم الحالة الثالثة :

الاسم : نادية

السن : 40 سنة

المستوى التعليمي : ماستر فرنسية

الوظيفة : معلمة فرنسية في طور الابتدائي

الحالة الاجتماعية الحالية : متزوجة وأم لطفل وطفلة

الحالة المادية : متوسطة

تاريخ الزواج : 2012

عدد الاخوة والاخوات : ثلاث اخوات واخ

رتبته في البيت: الاخت الاكبرى

سوابق مرضية للعائلة : لا يوجد

14/ ملخص المقابلة للحالة الثالثة : من خلال ما تم تسجيله أثناء سير المقابلة مع الحالة وما تم

ملاحظته عليها، كانت نادية صريحة جداً في عرض معاناتها، رغم ما بدا عليها من حساسية مفرطة وتأثر وجداني واضح عند استرجاع الأحداث الضاغطة. تبلغ من العمر 40 سنة، تعمل كمعلمة ابتدائي وأم لولدين. بدأت معاناتها مع مرض "الصدفية" منذ السنة الرابعة متوسط، حيث ظهرت الأعراض أولاً كحكة شديدة في الرقبة مصحوبة بنزيف دموي، لتنتشر لاحقاً في الوجه، اليدين، والرأس، وهي تزداد تهيجاً عند التعرض لأشعة الشمس. أرجعت الحالة بزوغ المرض إلى صدمة نفسية مرتبطة بالتحصيل الدراسي، حيث أجبرها والدها على إعادة السنة رغم إمكانية انتقالها للثانوية، مما ولد لديها شعوراً بالوحدة والحرمان من رفاقها، وكتمت مشاعر الإحباط والرفض نزولاً عند رغبة والدها وبحثاً عن "المثالية" في نظره. ومنذ ذلك الحين، أصبحت الصدفية رقيقاً لمسارها حياتها، وتفاقت حالتها الصحية بظهور "القولون العصبي" واضطرابات "الغدة الدرقية"، رغم خلو السجل العائلي من الإصابة بالصدفية. أثناء المقابلة، ظهرت الحالة شديدة الحساسية تجاه نظرة الآخرين، حيث تشعر بالإحراج والدونية بسبب تشوه مظهر يديها، وتزعج من تساؤلات الناس المحرجة، مما يرفع من مستوى توترها وقلقها. كما تعاني نادية من ضغوطات أسرية ومهنية مستمرة، خاصة مع زوجها وأبنائها؛ حيث لاحظت وجود علاقة طردية بين المشاجرات الزوجية وهيجان الحكمة والنزيف في يديها. أشارت الحالة إلى محطة مفصلية أخرى في حياتها وهي فترة ولادتها الثانية، حيث عانت من خيبة أمل شديدة وشعور بالخذلان لعدم تلقيها الاهتمام الكافي،

خاصة من طرف والدها الذي رفض بقاء والدتها بجانبها لمساعدتها، مما أدى إلى كبت مشاعر سلبية وكثيية وتفاقم حالتها الجسدية (انتشار الصدفية في كامل الجسم وظهور مشاكل الغدة). تعاني نادية أيضاً من "وساوس" وقلق دائم حيال صحة أبنائها، وتتميز بـ "كبت المشاعر" وعدم القدرة على التفريغ الوجداني، مما يجعل جسدها مسرحاً للصراعات النفسية (أعراض سيكوسوماتية). رغم طول أمد المعاناة، تظهر الحالة حالياً وعياً بضرورة التغيير، حيث تحاول جاهدة التنفيس عن مشاعرها وتجنب مصادر الضغط النفسي (السترس) وممارسة نشاطات خارجية كحلول بديلة للحد من تهيج المرض، وقد بدت لي الحالة صادقة وواقعية في طرحها.

15/ التحليل الكيفي للحالة الثالثة:

تمت مقابلة الحالة "نادية" في عدة جلسات، حيث أبدت في البداية نوعاً من التحفظ، ولكن بعد طمأننتها حول سرية المعلومات وهدف البحث الأكاديمي، أظهرت تعاوناً كبيراً وارتياحاً في التعبير عن صراعاتها الداخلية. اتسمت إجاباتها بالصراحة والوضوح، خاصة عند الحديث عن تاريخ نشأة أعراضها الجسدية، وهو ما سمح برصد مؤشرات قوية حول الكبت الانفعالي (Emotional Repression) وعلاقته المباشرة بظهور وتفاقم مرض الصدفية. ظهر على الحالة بوضوح آلية "كتم المشاعر" كاستراتيجية دفاعية تبنتها منذ وقت مبكر، وهو ما يتضح في قولها عن حادثة إعادة السنة الدراسية: "كانت غايضتني بزاف بصح كتمت مشاعري". هذا الكبت لم يكن مجرد صمت، بل كان تضحية بالذات وبالمشاعر الحقيقية لإرضاء "الأب" وتحقيق صورة "البنات المثالية"، وهو ما يفسره سيغموند فرويد بأن المشاعر المكبوتة لا تموت أبداً، بل تدفن حية وتظهر لاحقاً في شكل عوارض جسدية. كما تجلى هذا الكبت في صمتها أثناء فترة النفاس القاسية وقولها: "كانت مشاعر سلبية وكثيية وصامتة"، مما يعكس عجزاً عن التفريغ الانفعالي اللفظي، ليجد الانفعال مخرجه الوحيد عبر "الجسد". إن العلاقة السيكوسوماتية بين الضغط النفسي وهيجان الصدفية بدت جلية في أقوال الحالة، حيث قالت: "كي ندوس مع راجلي تزيد تأثر عليا ويهيجولي يديا بالحكة". هذا التطابق الزمني بين الصراع النفسي والاستجابة الجلدية يؤكد فرضية ألكسندر

(Alexander) حول النوعية النوعية للاضطرابات السيكوسوماتية، حيث يعمل الجلد كـ "مرآة" للاضطرابات الوجدانية. كما أن وصول الحالة لمرحلة إيذاء الذات غير الواعي عبر الحكمة الشديدة: "كنت نجرح روحي ويسيل الدم منها"، يدل على أن الجلد أصبح وسيلة لتصريف القلق والتوتر الذي لا يجد له صدقاً في الكلمات. أما بخصوص تقدير الذات الاجتماعي والمادي، فقد ظهر لدى نادية تدنٍ ملحوظ ناتج عن الوصمة المرتبطة بالمرض، وهو ما تعبر عنه بقولها: "بيداو يشوفو في يديا..."

نحس بالإحراج". هذا الانزعاج من نظرة الآخرين يعكس "صورة جسد" مشوهة، حيث يرى شيلدر (Schilder) أن صورة الجسد هي الطريقة التي يظهر بها الجسد لأنفسنا، وعندما تضطرب هذه الصورة بسبب الصدفية، ينخفض تقدير الذات الشامل. كما أن انتقال الضغط النفسي ليشمل الغدة الدرقية والقولون العصبي يؤكد أن الحالة تعاني من "هشاشة سيكوسوماتية" عامة ناتجة عن استنزاف الجهاز العصبي في كتم الانفعالات المتراكمة. كذلك، يظهر التحليل وجود صراع بين "الأنا" ومتطلبات الواقع (الأب، الزوج، العمل)، حيث تضع نادية نفسها دائماً في موقف المقارنة أو التضحية، كما جاء في قولها عن والدها: "كان أناني وخمم غير في روحو"، ومع ذلك كتبت غضبها تجاهه. هذا الغضب الموجه نحو الداخل (Retroflexion) يعد المحرك الأساسي للاضطرابات الجلدية المناعية. وفي المقابل، نجد محاولات استبصارية لدى الحالة في نهاية المقابلة، حيث تقول: "راني نحاول بزاف نجرب منكنتمش ونخرج مشاعري"، وهو وعي متأخر بأن الشفاء الجسدي من الصدفية يمر بالضرورة عبر "التحرير الانفعالي". ختاماً، يتضح من التحليل الكيفي أن الحالة تمثل نموذجاً كلاسيكياً للشخصية السيكوسوماتية التي تعتمد على الكتمان كآلية وحيدة للتعامل مع الضغوط، مما جعل من جلدها وسيلة تعبير بديلة عن الكلام، وهو ما يثبت فرضية البحث حول العلاقة الوطيدة بين الكبت الانفعالي وظهور الاضطرابات السيكوسوماتية

16/الجدول الكمي مع تحليل الجدول الكمي للحالة الثالثة

الجدول الكمي رقم(14) للحالة الثالثة :

الابعاد	الوحدات	التكرارات	تكرارات البعد	النسبة % للوحدة	النسبة % للبعد
سمةالالكستيميا(الكتم الانفعالي)	صعوبة تحديد وتسمية المشاعر	08	13	% 16.66	% 27.08
	لتفكير الموجه نحو الخارج (الوصف المادي للمواقف)	05		%10.41	
المؤشرات العيادية والفزيولوجية	تعبيرات الوجه والجسد (الجمود/التوتر/الحكة)	06	12	%12,5	
	الضغوط المحيطية ونبرة الصوت ورتابة الكلام (أثناء	06		%12.5	%25

				استرجاع الصدمات)	
	18.75%	15	09	وصف الألم الجسدي (الحكة/النفز)	الاعراض السيكوسوماتية
31.25%	12.5%		06	الارتباط بالضغط (العمل/المسؤولية/الزوج)	
83.33%			40		المجموع

ملاحظة : عدد التكرارات الاجمالي للمقابلة = 48 تكرارا.

من خلال النتائج المتحصل عليها لتحليل الكمي للمقابلة التي أجريت مع الحالة (نادية)، تمكنا من استنتاج العديد من المؤشرات والأعراض الدالة التي بدت عليها من خلال أقوالها وأفعالها التي تم ترجمتها إلى أعداد ونسب مئوية تمثل المحاور الأساسية والوحدات المكونة لها. بداية ببعد سمة الأليكسيثيميا (الكتم الانفعالي) الممثل بوحدتي "صعوبة تحديد وتسمية المشاعر" و"التفكير الموجه نحو الخارج"، اللتان مثلتا بتكرارات 08 و 05 على التوالي، أي بنسب مئوية متتالية 16.66% و 10.41%، أي بإجمالي 27.08% التي تمثل نسبة البعد. إن هذه النسبة المهمة للمحور تمثل الجانب السلبي له لما استتجناه من خلال أقوال الحالة الدالة على الكتمان الشديد للمشاعر في العديد من المواقف، مثل قولها بخصوص صدمتها الدراسية: "مع أنو كانت غايضتتي بزاف"، وكذا كتمانها لمشاعر الخيبة والوحدة بعد ولادتها الثانية، مما يشير إلى وجود صعوبة بالغة في التفريغ الانفعالي اللفظي لدى الحالة. أما في ما يخص محور أو بعد المؤشرات العيادية والفيزيولوجية، والمتمثل في وحدتي "تعبيرات الوجه والجسد" و"الضغط المحيطة ونبرة الصوت"، فقد أظهر التحليل الكمي عدد تكرارات بالترتيب قدرها 06 و 06، والتي مثلت نسباً متساوية قدرها 12.5% لكل منهما، أي بإجمالي 25% كنسبة للبعد. هذه النسبة تعكس مستوى الضغط البيئية والاجتماعية التي تعيشها الحالة، حيث تبرز الحساسية المفرطة وتأثر المزاج بوضوح، إضافة إلى شعورها بالإحراج الشديد من نظرات الناس ليديها وقولها: "بيداو يشوفو في يديا.. نبدأ ننقل ونحس بالاحراج"، مما يولد لديها حالة من التوتر الدائم والقلق من تفاقم الأعراض. إن وحدتي "وصف الألم الجسدي" و"الارتباط بالضغط"، اللتان تمثلان بعد الأعراض السيكوسوماتية (الصدفية/الغدة/القولون)، تمثلتا بالتكرارات التالية 09 و 06 بنسب مئوية 18.75% و 12.5%، أي بإجمالي نسبة للبعد تمثل

31.25%، وهي النسبة الأعلى بين الأبعاد الأخرى. إن هذه النسبة المرتفعة تدل على شدة المعاناة الجسدية وارتباطها الوثيق بالضغوط النفسية، وهو ما نلاحظه في قولها: "كي ندوس مع راجلي تزيد تأثر عليها ويهيجولي يديا بالحكة"، وكذا وصفها للألم والنزف الناتج عن الحك المستمر بقولها: "كنت نجرح روحي ويسيل الدم منها". مما يجعلنا نستخلص وجود تلازم شرطي بين كبت المشاعر السلبية وتفجرها في شكل نوبات صدفية واضطرابات عضوية أخرى لدى الحالة.

17/ عرض وتحليل نتائج تطبيق المقاييس على الحالة الثالثة:

1- نتائج تطبيق مقياس صعوبة التعبير عن المشاعر:

جدول رقم (15) يوضح نتائج تطبيق مقياس صعوبة التعبير عن المشاعر لدى الحالة

الثالثة

الأبعاد	الدرجة المتحصل عليها	الدرجة القصوى	النسبة المئوية
صعوبة تحديد المشاعر والانفعالات	11	25	28.21%
صعوبة وصف المشاعر	10	35	25.64%
التفكير الموجه نحو الخارج	18	40	46.15%
المجموع الكلي	39	100	100%

يتبين من الجدول أن الحالة تعاني من مستوى منخفض جدا من حيث قدرتها الإجمالية على

معالجة الانفعالات، حيث بلغت الدرجة الكلية (39) درجة، وهي قيمة تقل بكثير عن الدرجة الفاصلة (61 درجة)، مما يؤكد إحصائيا خلو بروفييل الشخصية من السمات الأليكسيثيمية وتمتعها بقدرة جيدة على اليقظة الوجدانية .

وعند تحليل الأوزان النسبية للأبعاد، نجد أن الثقل الأكبر يتركز في بُعد "التفكير الموجه نحو الخارج" بنسبة مساهمة بلغت (46.15%)، وهو ما يعكس ممارسة المفحوص لنمط تفكير واقعي وموضوعي في حياته اليومية كسمة سلوكية عادية لا ترتبط بقصور وجداني، بل بتركيز وظيفي على الأحداث الخارجية .

كما يظهر بُعد "صعوبة تحديد المشاعر" بنسبة مساهمة قدرها (28.21%)، متبوعا بـ "صعوبة

وصف المشاعر " بنسبة (25.64%)، وهي نسب ضئيلة يستدل منها على تمتع المفحوص بكفاءة عالية في "الترميز اللفظي" وخبرة جيدة في الاستبطان النفسي؛ حيث يمتلك القدرة على التمييز الدقيق بين مشاعره الذاتية وإيجاد المفردات النفسية الكفيلة بالتعبير عنها. وبالرغم من التباين البسيط بين الأبعاد، إلا أن التكامل بينها يرسم بروفايلا نفسيا يتسم بـ "المرونة الوجدانية" ونضج الوظيفة الرمزية، مما يسمح للمفحوص بمعالجة المثيرات الانفعالية بطريقة واعية ومتصلة بعالمه الداخلي.

2 - نتائج تطبيق قائمة كورنل:

جدول رقم (16) يوضح نتائج تطبيق قائمة كورنل للحالة الثالثة

المقياس الفرعي	الرمز	الدرجة المتحصل عليها	الدرجة القصوى	النسبة المئوية %	مستوى الحدة
السمع والابصار	A	2	13	15.38	منخفض
الجهاز التنفسي	B	2	17	11.76	منخفض جدا
القلب والأوعية	C	3	19	15.78	منخفض
الجهاز الهضمي	D	3	20	15	منخفض
الهيكل العظمي والعضلي	E	2	11	18.18	منخفض
الجلد	F	0	7	0	معدوم
الجهاز العصبي	G	6	18	33.33	متوسط
الجهاز البولي والتناسلي	H	1	13	7.69	منخفض جدا
التعب والاجهاد	I	3	7	42.85	مرتفع
تكرار المرض (العادات الصحية)	J	2	9	22.22	منخفض
أمراض مختلفة (التاريخ الطبي)	K	0	18	0	معدوم
العادات (تدخين، منبهات.)	L	1	20	5	منخفض جدا
عدم الكفاية (ضعف الثقة بالذات)	M	2	12	16.66	منخفض
الاكتئاب	N	1	6	16.66	منخفض
القلق	O	3	9	33.33	متوسط

متوسط	33.33	6	2	P	الحساسية الاجتماعية
مرتفع	44.44	9	4	Q	الغضب
مرتفع	44.44	9	4	R	التوتر
طبيعي	19.06	215	41	-	الدرجة الكلية للقائمة

تُظهر النتائج الإحصائية الموضحة في الجدول أن الدرجة الكلية المحصل عليها بلغت (41) درجة، وهي قيمة تتجاوز العتبة الفارقة للاضطراب المحددة بـ 29 درجة، مما يضع البروفيل النفسي "ضمن نطاق" سوء التوافق السيكوسوماتي الخفيف.

وعند تحليل الأوزان النسبية، نلاحظ تمركزاً حاداً للاستجابات في المكونات الوجدانية والبدنية أعلى النسب بـ (44.44%)، (R) و "التوتر (Q) المرتبطة بالاستثارة؛ حيث سجل مقياساً "الغضب بنسبة (42.85%)". يعكس هذا التوزيع حالة من "الإنهاك (I) يليهما مباشرة مقياس "التعب والإجهاد النفسي" الناتج عن ضغوط انفعالية مستمرة تفوق قدرة الجهاز النفسي على الاحتواء، وهو ما يفسر (33.33%) ارتفاع شكاوى الجهاز العصبي والقلق إلى نسبة

كما يستدل من تداخل الأعراض في هذا البروفيل على وجود "هشاشة توافقية"؛ حيث يواجه البناء النفسي صعوبة في كبح المثيرات الوجدانية أو تصريفها رمزياً، مما يجعلها ترتد سريعاً على الوظائف العضوية في شكل إجهاد وتوتر عصبي. الخلاصة أن الخصائص النفسية لهذه الحالة تتسم بـ "الاضطراب الانفعالي المنعكس جسدياً"، وهو مؤشر على الحاجة إلى استراتيجيات تدعيمية لرفع كفاءة التوازن السيكوسوماتي في مواجهة المواقف الضاغطة.

18/مناقشة نتائج الحالة الثالثة في ضوء الفرضية العامة

بيّنت نتائج الفرضية العامة وجود مظاهر للعجز عن التعبير الانفعالي (الألكسيثيميا) لدى الحالة الثالثة المصابة بالصدفية، غير أن الدرجة الكلية على مقياس تورنتو (TAS-20) بلغت (39) درجة، وهي قيمة تقل عن المحك الإكلينيكي الفاصل البالغ (61 درجة)، مما يعني إحصائياً غياب السمات الألكسيثيمية الصريحة. بيد أن قائمة كورنل للاضطرابات السيكوسوماتية كشفت عن درجة كلية بلغت (41 درجة) تتجاوز عتبة الاضطراب المحددة بـ (29 درجة)، مما يضع الحالة ضمن نطاق "سوء التوافق السيكوسوماتي الخفيف". ومنه يمكننا القول أن الفرضية العامة قد تحققت جزئياً لدى هذه الحالة. يظهر من خلال ما جاء في مضمون الدراسة الحالية ومن خلال النتائج المتحصل عليها أن الأعراض السيكوسوماتية (الصدفية) سجلت أعلى نسبة في التحليل الكمي للمقابلة بـ

(31.25%)، مرتبطة ارتباطاً وثيقاً بالضغوط النفسية المحيطة، وهو ما تجلّى في قولها: "كي ندوس مع راجلي تزيد تأثر عليها ويهيجولي يديا بالحكة". كما سجل بُعد الألكسيثيميا نسبة (27.08%)، مع هيمنة واضحة لُبُعد التفكير الموجه نحو الخارج (46.15%) في مقياس TAS-20. يمكن تفسير هذه النتيجة بأن الحالة، وإن كانت تمتلك قدرًا من الوعي الانفعالي، إلا أنها تعاني من "الاضطراب الانفعالي المنعكس جسدياً"، إذ تُظهر قائمة كورنل تركزاً حاداً في مقياسي الغضب والتوتر بنسبة (44.44%) لكل منهما، إضافة إلى التعب والإجهاد بنسبة (42.85%)، وهو ما يعكس حالة من الإنهاك النفسي الناتج عن ضغوط انفعالية مستمرة تفوق قدرة الجهاز النفسي على الاحتواء، فتجد مخرجها في شكل نوبات صدفية وهيجان جلدي، وهو ما يتسق مع ما أثبتته الدراسات العلمية من أن الضغط النفسي غير المُعبّر عنه يُحفز استجابات مناعية تُقاوم الالتهاب الجلدي.

19/مناقشة نتائج الحالات الثلاثة في ضوء الفرضيات الجزئية

الفرضية 1:

بيّنت نتائج الفرضية الجزئية الأولى أن مرضى الاضطرابات السيكوسوماتية الثلاثة يعانون من مستويات متفاوتة من الصعوبة في التعرف على انفعالاتهم وتسميتها، وذلك على النحو التالي: فعلى صعيد الحالة الأولى (القولون العصبي)، بلغت درجة بُعد "صعوبة تحديد المشاعر والانفعالات" (22 من 25) بنسبة (27.85%)، وصعوبة وصف المشاعر (28 من 35) بنسبة (35.44%)، وهي نسب مرتفعة تعكس عجزاً واضحاً في القدرة على تسمية الحالات الوجدانية، وتجلّى ذلك في قول الحالة: "نخبي في قلبي وما نحبش نزعج حتى واحد". أما على صعيد الحالة الثانية (القرحة المعدية)، فقد بلغت درجة بُعد "صعوبة تحديد المشاعر" (19 من 25) بنسبة (28.79%)، وصعوبة وصف المشاعر (23 من 35) بنسبة (34.85%)، مما يكشف عن قصور في "الترميز اللفظي" للخبرات الوجدانية، وهو ما عبّر عنه الحالة صراحةً بقوله: "مانيش عارف علاه" حين سُئل عن مشاعره. وعلى صعيد الحالة الثالثة (الصدفية)، جاءت درجة بُعد "صعوبة تحديد المشاعر" (11 من 25) بنسبة (28.21%)، وصعوبة وصف المشاعر (10 من 35) بنسبة (25.64%)، وهي نسب أقل مقارنة بالحالتين السابقتين، غير أن التحليل الكمي للمقابلة كشف عن نسبة (27.08%) لُبُعد الألكسيثيميا، مع ظهور واضح لصعوبة التفريغ الانفعالي في مواقف بعينها، كما في قولها: "مع أنو كانت غايضنتني بزاف" دون أن تتمكن من التعبير عن ذلك. يظهر من خلال ما جاء في مضمون الدراسة الحالية ومن خلال النتائج المتحصل عليها أن الحالتين الأولى والثانية تُجسّدان صعوبة حادة في التعرف على الانفعالات وتسميتها، في حين جاءت الحالة الثالثة بمستوى أخف نسبياً. ومنه يمكننا القول أن

الفرضية الجزئية الأولى قد تحققت لدى الحالات الثلاث بدرجات متفاوتة. يمكن تفسير ذلك بأن مرضى الاضطرابات السيكوسوماتية يطوّرون منذ مراحل مبكرة آلية الكتم كاستراتيجية دفاعية للتعامل مع الضغوط، مما يُفضي تدريجياً إلى ضعف القدرة على التمييز بين المشاعر المختلفة وإيجاد المفردات النفسية الكفيلة بالتعبير عنها، فيُعوّض الجسدُ هذا العجزَ بإنتاج أعراض عضوية تمثل "اللغة البديلة" لمعاناة النفسية المكبوتة.

الفرضية 2 :

بيّنت نتائج الفرضية الجزئية الثانية أن العجز عن التعبير الانفعالي يرتبط ارتباطاً وثيقاً بتطور الأعراض السيكوسوماتية وتفاقمها لدى الحالات الثلاث، وذلك على النحو التالي: فعلى صعيد الحالة الأولى (القولون العصبي)، كشف التحليل الكمي للمقابلة عن نسبة (26%) لبُعد الكتم الانفعالي مقابل (16%) للأعراض السيكوسوماتية، مما يُثبت العلاقة الطردية بين الاثنين، إذ أفادت الحالة بأن آلام القولون وانتفاخه كانت تتصاعد في أعقاب الصدمات النفسية مباشرة، كما في قولها: "من الجنازة جاءت أفكار وسواسية وبدأ ألم القولون يزداد"، مما يؤكد أن الكتم الانفعالي المرتفع قد وجد مساراً جسدياً للتعبير عن معاناة نفسية عجزت الكلمات عن احتوائها. أما على صعيد الحالة الثانية (القرحة المعدية)، فقد بلغت نسبة الأعراض السيكوسوماتية في التحليل الكمي (23.25%)، مرتبطة ارتباطاً مباشراً بزيادة أعباء العمل والمسؤوليات العائلية، وقد تجلّى هذا الارتباط في وصف الحالة لآلامه بقوله: "السطرة تاع الجوف راهي تأكل فيا أكل"، إضافة إلى الملاحظة العيادية المتمثلة في وضع يده اللاإرادي المستمر على منطقة المعدة كمؤشر على تحوّل الضيق النفسي المكبوت إلى ألم عضوي. وعلى صعيد الحالة الثالثة (الصدفية)، سجّلت الأعراض السيكوسوماتية أعلى نسبة في التحليل الكمي بـ (31.25%)، كما تجاوزت درجة قائمة كورنل عتبة الاضطراب ببلوغها (41 درجة)، مع تمركز حاد في مقياسي الغضب والتوتر بنسبة (44.44%) لكل منهما. وقد برز الارتباط بين الكتم والتفاقم الجسدي بجلاء في قول الحالة: "كي ندوس مع راجلي تزيد تأثر عليها ويهيجولي يديا بالحكة". يظهر من خلال ما جاء في مضمون الدراسة الحالية ومن خلال النتائج المتحصل عليها أن ثمة تلازماً شرطياً ثابتاً بين ارتفاع مستوى الكتم الانفعالي وتصاعد حدة الأعراض الجسدية لدى الحالات الثلاث. ومنه يمكننا القول أن الفرضية الجزئية الثانية قد تحققت لدى جميع الحالات المدروسة.

الفرضية 3 :

بيّنت نتائج الفرضية الجزئية الثالثة أن حدة الأعراض الجسدية ترتبط ارتباطاً طردياً بدرجة الصعوبة في التعبير عن المشاعر للآخرين لدى الحالات الثلاث، وذلك على النحو التالي: فعلى صعيد الحالة الأولى (القولون العصبي)، بلغت الدرجة الكلية على مقياس TAS-20 (79 درجة)، وهي الأعلى بين الحالات

الثلاث، وتجاوزت المحك الإكلينيكي بفارق كبير. وقد انعكس هذا المستوى المرتفع من الكتم على حدة الأعراض الجسدية، إذ كانت نوبات القولون تتصاعد بشكل ملحوظ كلما اشتدت الضغوط النفسية دون أن تجد لها منفذاً لفظياً، كما تجلى في قولها: "تخبي في قلبي وما نحبش نزعج حتى واحد"، وقد أثبتت قائمة كورنل تركز الأعراض في الجهاز الهضمي والحسي بنسب (46.15%) و (31.57%)*. أما على صعيد الحالة الثانية (القرحة المعدية)، فقد بلغت درجة TAS-20 (66 درجة)، وهي أقل من الحالة الأولى، وقد توافق ذلك مع مستوى أخف نسبياً في حدة الأعراض الجسدية، غير أن الارتباط ظل قائماً وواضحاً، إذ كانت نوبات الحرقان والسطرة تتفاقم مباشرةً مع زيادة الضغوط التي يعجز الحالة عن التعبير عنها، وهو ما أكدته بقوله: "مانيش عارف علاه" حين سُئل عن مشاعره، مع تسجيل قائمة كورنل درجة كلية (24) ضمن النطاق الطبيعي. وعلى صعيد الحالة الثالثة (الصدفية)، جاءت درجة TAS-20 (39 درجة) دون المحك الإكلينيكي، غير أن قائمة كورنل كشفت عن درجة كلية (41 درجة) تتجاوز عتبة الاضطراب، مع ارتفاع حاد في مقياسي الغضب والتوتر بنسبة (44.44%) لكل منهما. وهذا يعني أن الحالة، وإن كانت تمتلك قدرًا من الوعي الانفعالي، إلا أنها تجد صعوبة بالغة في التعبير عن مشاعرها أمام الآخرين، فيرتد الغضب والتوتر المكبوت ليُحفّز نوبات الحكمة والنزف، كما في قولها: "كنت نجرح روحي ويسيل الدم منها". يظهر من خلال ما جاء في مضمون الدراسة الحالية ومن خلال النتائج المتحصل عليها أن ثمة تناسباً واضحاً بين درجة الصعوبة في التعبير عن المشاعر للآخرين وبين حدة الأعراض الجسدية، إذ كانت الحالة الأشد كتماً (الأولى) هي الأكثر معاناةً على المستوى العضوي. ومنه يمكننا القول أن الفرضية الجزئية الثالثة قد تحققت لدى الحالات الثلاث.

الفرضية 4 :

بيّنت نتائج الفرضية الجزئية الرابعة وجود تباين واضح في مظاهر الألكسيثيميا بين الحالتين الأولى والثانية (القولون والقرحة) من جهة، والحالة الثالثة (الصدفية) من جهة أخرى، وذلك على النحو التالي: فعلى صعيد الحالة الأولى (القولون العصبي) والحالة الثانية (القرحة المعدية)، بلغت درجتا TAS-20 على التوالي (79) و (66 درجة)، وكلاهما تتجاوزان المحك الإكلينيكي الفاصل (61 درجة)، مما يثبت إحصائياً وجود سمات ألكسيثيمية صريحة لدى كلتا الحالتين. وقد تشابهت المظاهر بينهما في هيمنة الكتم الانفعالي وصعوبة التفريغ اللفظي، إذ سجّل بُد الألكسيثيميا في التحليل الكمي للمقابلة (26%) للحالة الأولى و(32.55%)* للحالة الثانية، وهي النسب الأعلى في كلتا الحالتين. كما تصدّر بُد التفكير الموجه نحو الخارج قائمة الأبعاد في كليهما بنسب (36.71%) و (36.36%)* على التوالي، مما يكشف عن نمط نفسي مشترك يقوم على إهمال الحياة الداخلية والانشغال بالوقائع المادية الخارجية. أما على صعيد الحالة

الثالثة (الصدفية)، فقد جاءت درجة TAS-20 (39 درجة) دون المحك الإكلينيكي، مما يعني غياب السمات الألكسيثيمية الصريحة مقارنةً بالحالتين السابقتين. بيد أن التحليل الكمي للمقابلة كشف عن نمط مغاير، إذ سجّلت الأعراض السيكوسوماتية أعلى نسبة (31.25%)، متقدمةً على بُعد الكتم الانفعالي (27.08%)، كما أظهرت قائمة كورنل ارتفاعاً حاداً في مقياسي الغضب والتوتر (44.44%) والتعب والإجهاد (42.85%)، مما يدل على أن الحالة الثالثة تعاني من "اضطراب انفعالي منعكس جسدياً" لا من ألكسيثيميا بمعناها الإكلينيكي الصريح. يظهر من خلال ما جاء في مضمون الدراسة الحالية ومن خلال النتائج المتحصل عليها أن التباين جوهرى بين المجموعتين؛ فمرضى القولون والقرحة يعانون من ألكسيثيميا حقيقية تتمثل في عجز بنيوي عن تسمية المشاعر والتعبير عنها، في حين يعاني مريض الصدفية من ضغوط انفعالية مكتومة دون أن يفتقر بالضرورة إلى القدرة على الوعي الوجداني. ومنه يمكننا القول أن الفرضية الجزئية الرابعة قد تحققت.

20/مناقشة الفرضيات الجزئية في ضوء الدراسات السابقة

الفرضية 1:

مناقشة الفرضية الجزئية الأولى في ضوء دراسة مريم وكريمة (2021)؛ دراسة كمال (2023)؛ دراسة مريم وصونية : (2025) تتسق نتائج الفرضية الجزئية الأولى مع ما توصلت إليه دراسة مريم وكريمة (2021)، التي أثبتت صدق وثبات مقياس TAS-20 على البيئة الجزائرية، مما يعزز موثوقية النتائج المتحصل عليها لدى الحالات الثلاث. فالدرجات المرتفعة في بُعدي "صعوبة تحديد المشاعر" و"صعوبة وصفها" لدى حالتي القولون (79) والقرحة (66) تؤكد ما أثبتته هذه الدراسة من أن المقياس قادر على الكشف الدقيق عن العجز الانفعالي في السياق الجزائري. كما تتوافق هذه النتائج مع ما خلصت إليه دراسة كمال (2023)، التي كشفت عن وجود علاقة ارتباطية بين الألكسيثيميا والذكاء الانفعالي، مما يؤكد أن الحالات التي تسجل درجات مرتفعة على مقياس TAS-20 كحالتي القولون والقرحة، تفتقر إلى القدرة على معالجة انفعالاتها ومعرفتها. في حين جاءت الحالة الثالثة (الصدفية) بدرجة أقل على المقياس، منسجمةً مع نتائج دراسة مريم وصونية (2025) التي أثبتت أن انخفاض مستوى الألكسيثيميا لا ينفى وجود صعوبات انفعالية تؤثر على التكيف النفسي والاجتماعي.

الفرضية 2 :

مناقشة الفرضية الجزئية الثانية في ضوء دراسة صبرينة (2020)؛ abhimanyu and charkresh (2023): تتوافق نتائج الفرضية الجزئية الثانية مع ما جاء في دراسة صبرينة (2020)، التي

أثبتت أن الضغوط النفسية غير المُفرَّغة تُفضي إلى ظهور الاضطرابات السيكوسوماتية وتفاقمها، وهو ما تجلى بوضوح لدى الحالات الثلاث حين تصاعدت أعراضهم الجسدية في أعقاب الضغوط النفسية مباشرة. كذلك تتسق هذه النتائج مع ما توصلت إليه دراسة Abhimanyu and Charkresh (2023)، التي أكدت أن التوتر والقلق المزمنين يُفضيان إلى قصور وظيفي في الأعضاء الحيوية عبر تأثير المحور الوطائي-النخامي-الكظري وارتفاع مستويات الكورتيزول، وهو ما يُفسّر التلازم الثابت الذي رصده التحليل الكمي للمقابلات بين ارتفاع نسبة الكتم الانفعالي وتصاعد حدة الأعراض السيكوسوماتية لدى الحالات الثلاث.

الفرضية 3 :

مناقشة الفرضية الجزئية الثالثة في ضوء دراسة سعد الله (2023)؛ دراسة فايزة (2024): تتوافق نتائج الفرضية الجزئية الثالثة مع ما خلصت إليه دراسة سعد الله (2023)، التي أثبتت وجود أعراض سيكوسوماتية قوية لدى الحالات التي تعاني من ضغوط نفسية مكبوتة، وأن الكبت المستمر يُحوّل المعاناة النفسية إلى أعراض عضوية بالغة الشدة. وهو ما ينطبق بجلاء على الحالة الأولى (القولون) التي سجلت أعلى درجة ألكسيثيميا وأشد الأعراض وضوحاً، مقارنةً بالحالة الثالثة (الصدفية) التي جاءت درجتها أخف مع أعراض أقل حدةً على مقياس TAS-20. كما تدعم هذه النتيجة ما أشارت إليه دراسة فايزة (2024)، من وجود علاقة ارتباطية بين الشخصية العصابية والاضطرابات السيكوسوماتية، إذ إن الأفراد العاجزين عن التعبير الانفعالي يطوّرون نمطاً عصابياً يزيد من هشاشتهم الجسدية ويرفع من حدة أعراضهم.

الفرضية 4 :

مناقشة الفرضية الجزئية الرابعة في ضوء (2023) Abhimanyu and Charkresh ؛ دراسة فايزة (2024): تتوافق نتائج الفرضية الجزئية الرابعة مع ما جاء في دراسة (2023) Abhimanyu and Charkresh ، التي أكدت أن لكل اضطراب سيكوسوماتي ديناميكيته النفسية الخاصة المرتبطة بطبيعة العضو المصاب؛ فاضطرابات الجهاز الهضمي (القولون والقرحة) ترتبط بالكبت الانفعالي العميق وارتفاع الكورتيزول الذي يزيد من حموضة المعدة ويُحفز التقلصات المعوية، في حين تعمل الصدفية وفق آلية مناعية التهابية تُحرّكها الاستجابة العاطفية للغضب والتوتر. ويتسق هذا التباين كذلك مع نتائج دراسة فايزة (2024)، التي كشفت عن تباين في الاضطرابات السيكوسوماتية بحسب طبيعة الشخصية، مما يؤكد أن العلاقة بين الكتم الانفعالي والأعراض الجسدية ليست علاقة خطية موحدة، بل تتشكل وفق خصائص كل حالة وطبيعة العضو الأكثر هشاشة لديها.

ثبتت الدراسة العيادية للحالات الثلاث (القرحة، القولون، الصدفية) أن الألكسيتيميا (العجز عن التعبير الانفعالي) تمثل الهيكل النفسي المشترك الذي يغذي الاضطراب السيكوسوماتي. ويمكن حصر النتائج في ثلاث نقاط جوهرية: الارتباط الشرطي: هناك علاقة طردية بين فقر الخيال والعجز عن تسمية المشاعر وبين شدة الإصابة العضوية؛ حيث يعوض الجسد "الصمت اللساني" بـ "ضجيج عضوي". فشل الرمزية: أظهرت الحالات عجزاً عن تحويل النزوات والانفعالات إلى أفكار (Mentalization)، مما جعل العضو (المعدة، الأمعاء، الجلد) هو الملاذ الوحيد لتفريغ الشحنات النفسية الزائدة. وحدة المصدر وتعدد المظهر: رغم اختلاف العضو المصاب، إلا أن الدينامية النفسية واحدة، وهي الاعتماد على "التفكير العملي" المفرط وإهمال الحياة العاطفية، مما أدى إلى انهيار الخط الدفاعي النفسي أمام الضغوط. النتيجة النهائية: الاضطراب السيكوسوماتي لدى الحالات المدروسة هو "لغة بديلة" لجأ إليها الجسد للتعبير عن صراعات نفسية لم تجد لها مخرجاً عبر الكلمات.

- تنمية الوعي العاطفي: يجب تدريب المريض على تسمية مشاعره. بدلاً من قول "أشعر بألم في معدتي"، يُشجع على التساؤل: "هل أنا حزين؟ هل أنا غاضب؟"
- الربط بين الحدث والمرض: مساعدة المريض على اكتشاف الروابط الزمنية بين الضغوط النفسية (مشاكل عمل، فقدان، صراعات) وبين ظهور الأعراض الجسدية (نوبة قولون، تهيج صدفية).
- التحول من الرمزية الجسدية إلى الرمزية اللفظية: تشجيع الحالات على استخدام "الكلمة" بدلاً من "العضو" للتفريغ عن القلق.
- الاعتماد على الوسائط التعبيرية: بما أن مريض الألكسيتيميا يجد صعوبة في الكلام، يُنصح بالجوء إلى العلاج بالفن (الرسم، النحت، الموسيقى) أو الكتابة الإبداعية كجسور أولية للوصول إلى المشاعر المكبوتة - تقنيات الاسترخاء والسيطرة: ممارسة "الاسترخاء العضلي" و"التنفس الحجابي" لتقليل استجابة الجهاز العصبي الودي الذي يهيج القرحة والقولون.
- تدريب المرضى على مهارات "التوكيدية (Assertiveness)"، أي القدرة على قول "لا" والتعبير عن الرفض والمشاعر السلبية تجاه الآخرين بطريقة صحية بدلاً من كتمانها .
- تعديل نمط الحياة: الابتعاد عن الروتين "الآلي" أو "التفكير العملي" المفرط، وتخصيص وقت للراحة النفسية والأنشطة التي تحفز الخيال والعاطفة .
- المتابعة المزدوجة: ضرورة الاقتناع بأن العلاج الدوائي للصدفية أو القرحة هو علاج للأعراض فقط، بينما العلاج النفسي هو علاج للجذور .
- تجنب التشخيصات المنفصلة: يجب على المريض (وعائلته) فهم أن الجسد والنفس وحدة واحدة، وأن صحة الأمعاء أو الجلد مرتبطة مباشرة بالاستقرار النفسي .



المصادر والمراجع

قائمة المصادر والمراجع

المراجع العربية :

1. إبراهيم، هـ.، والغويري، أ. (2018). الاكسيتيميا وعلاقتها بالسمنة لدى الإناث في الأردن. مجلة جامعة النجاح للأبحاث (العلوم الإنسانية)، المجلد 32 (العدد 1)، ص 198-220.
2. بوشوشة، م.، ونايت عبد السلام، ك. (2021). تكييف مقياس تورنتو (TAS-20) لقياس الاكسيتيميا على البيئة الجزائرية. مجلة العلوم النفسية والتربوية، المجلد 07 (العدد 02)، ص 306-326.
3. بوزيان، إ. (2016). القلق وعلاقته بالقرحة المعدية لدى عينة من المصابين [رسالة ماجستير]. كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة المسيلة.
4. بلخير، ف. (2024). الشخصية الانبساطية والعصابية وعلاقتها بالاضطرابات السيكوسوماتية عند طلبة الجامعة: دراسة ميدانية على عينة من طلبة جامعة غليزان. مجلة العلوم الإنسانية لجامعة أم البواقي، المجلد 11 (العدد 01)، ص 63-82.
5. ثامن، س. (2021). القرحة المعدية [رسالة ماجستير]. كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة الحاج لخضر - باتنة 1.
6. جامعة الإمام عبد الرحمن بن فيصل ومستشفى الملك فهد الجامعي. (د.ت). دليلك عن الصدفية. https://www.iau.edu.sa/sites/default/files/resources/iau-23-500_your_guide_to_psoriasis_0.pdf
7. تشاغليكولكجي، م. (2024). علاج قرحة الاثني عشر. [/https://mehmetcaglikulekci.com/ar](https://mehmetcaglikulekci.com/ar)
8. حلمي، ج. أ. (2018). فعالية برنامج إرشادي انتقائي في خفض الاكسيتيميا لدى التلاميذ ذوي صعوبات التعلم بالمرحلة الإعدادية. مجلة جامعة الفيوم للعلوم التربوية، (العدد 10)، ص 83-140.
9. حميدي، ص. (2017). بناء بروتوكول "تشخيصي - قياسي" من خلال دراسة العلاقة بين الاضطرابات السيكوسوماتية والضغط النفسي لدى العمال في الجزائر. مجلة دراسات في العلوم الإنسانية والعلوم الاجتماعية، (العدد 31)، ص 171-190.

10. الخراطة، ح. أ. (2013). قرحة المعدة: الداء والدواء. شبكة الألوكة. <https://www.alukah.net/culture/0/49617> قرحة-المعدة-الداء-والدواء/.com/
11. خالد، أ. (2012). دور الحرمان العاطفي في ظهور مرض الصدفية [رسالة ماجستير]. كلية العلوم الاجتماعية، جامعة منتوري - قسنطينة.
12. خضير، م. ع. (2020). الاكستيميا وعلاقتها بنمط التنشئة الوالدية الصارم لدى طلبة الإعدادية. كلية الآداب، جامعة القادسية، العراق.
13. الخميس، إ. (2014). الأليكسيثيميا في ضوء الوعي الانفعالي ونظرية الصدمة النفسية. مجلة علم النفس الإكلينيكي.
14. رضوان، ب. م. س. (2015). الاكسيثيميا وعلاقتها بالمناخ الأسري والقلق الاجتماعي لدى مجموعة من المراهقين الصغار ذوي صعوبات التعلم بالمعاهد الأزهرية. مجلة كلية الدراسات الإنسانية، (العدد 15)، ص 110-111.
15. الرشدي، ب. أ. (2018). النظرية والتطبيق في العلاج بالتقبل والالتزام (ACT). دار الكتاب الحديث.
16. زبيدة، م. ش. (2008). أمراض الجلد والزهرة. دار الكتب الوطنية.
17. زدام، ن.، وسانة، ر. (2023). الاكستيميا وعلاقتها بالاحترق النفسي لدى أساتذة التعليم المتوسط [رسالة ماجستير]. كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة ابن خلدون - تيارت.
18. زوييري، ر. (2019). التكم الانفعالي وعلاقته بالتفكير الانتحاري لدى عينة من طلبة الجامعة [رسالة ماجستير]. كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة قاصدي مرباح - ورقلة.
19. سامي، ع. (2001). السيکوسوماتیک: وحدة النفس والجسد. دار الفكر العربي.
20. سعداوي، م.، وعاشوري، ص. (2025). التكيف الاجتماعي لدى المراهق الاليكستيمي (دراسة ميدانية). مجلة الإبراهيمي للدراسات النفسية والتربوية، المجلد 06 (العدد 2)، ص 39-49.
21. شحاتة، ه. س. ح. (2023). الأعراض السيکوسوماتية لدى الأمهات المطلقات. مجلة كلية التربية، المجلد 29، ص 178-222.

22. شنى، إ.، وبالبشير، ل. (2022). المعاش النفسي لدى مرضى القولون العصبي (الضغوطات النفسية) [رسالة ماجستير]. كلية العلوم الاجتماعية، جامعة محمد بن أحمد وهران-02.
23. الطاهر، س. ش. ح.، والعبودي، خ. ح. ح. (2014). قياس الضغوط النفسية لمرضى القولون العصبي. مجلة أبحاث ميسان، المجلد العاشر (العدد العشرون)، ص 187-220.
24. طراد، ن. (2021). علاقة نمط الشخصية (أ، ب) واستراتيجيات المواجهة بالاستجابة السيكو سوماتية لدى عينة من الفريق الصحي (الطبي وشبه الطبي) [أطروحة دكتوراه]. كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة قاصدي مرباح - ورقلة.
25. عاصم، ع. (2022). المعاش النفسي لدى الأشخاص المصابين بمتلازمة القولون العصبي [رسالة ماجستير]. كلية العلوم الاجتماعية، جامعة عبد الحميد بن باديس - مستغانم.
26. عباس، ن.، وعاشور، إ. (2023). الاكسيتيميا وعلاقتها بتقدير الذات لدى المراهقين المصابين بالسمنة [رسالة ماجستير]. كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة محمد خيضر - بسكرة.
27. عبد العزيز، آ. ج. (2021). صعوبة التعبير عن المشاعر (الالاكسيتيميا) وعلاقتها ببعض المتغيرات الديموغرافية لدى معلمات في مراحل التعليم المختلفة. مجلة كلية التربية جامعة حلوان، المجلد 27، ص 38.
28. عيبب، غ. (2022). التأصيل النظري لمفهوم الاكسيتيميا. مجلة الحكمة للدراسات الفلسفية، المجلد 10 (العدد 01)، ص 757-778.
29. عودة، ا. (2021). ويب طب. [/https://www.webteb.com/articles](https://www.webteb.com/articles)
30. الغزالي، ك. ك. (2011). موسوعة الأمراض الباطنة والقلب. دار الفكر العربي.
31. غانم، م. ح. (2015). الدليل المختصر في الاضطرابات السيكوسوماتية. مكتبة الأنجلو المصرية.
32. فارس، ز. الع. (2016). صعوبة التعرف على المشاعر (الالاكسيتيميا). مجلة الجامع في الدراسات النفسية والعلوم التربوية، (العدد 03)، ص 33-43.
33. قاصد، ش. (2024). مؤشرات الصدمة النفسية لدى مرضى الصدفية [رسالة ماجستير]. كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة قاصدي مرباح - ورقلة.

34. قرشي، ع. ك.، وزعوط، ر. (2008). التكم: مفهوم وعلاقته بالصحة والمرض. مجلة الدراسات نفسية وتربوية، (العدد 01)، ص 204-268.
35. قمحي، ك.، ومهني، م. (2023). الاضطرابات السيكوسوماتية لدى الأساتذة الجامعيين [رسالة ماجستير]. كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة 8 ماي 1945 قالمة.
36. لطرش، م.، وزواني، ن. (2025). جودة الحياة لدى المصابين بمتلازمة القولون العصبي في ضوء بعض المتغيرات. مجلة البحوث الدراسات العلمية، (العدد 01)، ص 590-609.
37. مظلوم، م. ع. ر. (2017). تنظيم الانفعال وعلاقته بالأليكسيثيميا لدى عينة من طلاب الجامعة: دراسة سيكومترية كLINيكية. مجلة دراسات عربية في التربية وعلم النفس، (العدد 01)، ص 75-98.
38. مرتضى، م.، وقاشوش، ف. (2005). أمراض الهضم والطب النفسي. منشورات جامعة دمشق.
39. معمري، ب. (2009). الأليكسيثيميا (ظاهرة العجز عن التعبير عن المشاعر): دراسة في الشخصية والاضطرابات السيكوسوماتية. منشورات الحبر.
40. معمري، إ. (2023). فاعلية العلاج بالتقبل والالتزام في التخفيف من معاناة ضحايا الأخطاء الطبية [رسالة ماجستير]. كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة ابن خلدون - تيارت.
41. منظمة الصحة العالمية. (2014). مرض الصدفية: تقرير من الأمانة (الوثيقة رقم A67/18). جمعية الصحة العالمية السابعة والستون.
42. ميدون، ف. (2022). الصحة النفسية لدى مرضى القولون العصبي [رسالة ماجستير]. كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة ابن باديس - مستغانم.
43. نعموني، س. (2018). الأمراض السيكوسوماتية بين التحليل النفسي وDSM5. مجلة دفاتر البحوث العلمية، (العدد 13)، ص 9-28.
44. هوكي، س. ج.، ووايت، ن. ج. د. (2013). عسر الهضم والقرحة. دار المؤلف.
45. يونس، ف.، وأنور، أ. (2014). الأليكسيثيميا: نظرة في المفهوم وإرهاباته وتطوراته النظرية. المجلة الاجتماعية القومية، المجلد 51 (العدد 02)، ص 17-54.

المراجع الاجنبية :

1. Chauhan Abhimanyu, charKresh Kumar Jain, (2023). Psychosomatic disorder: The current implications and challenges. Cardiovascular & Hematological Agents in Medicinal Chemistry, 22(4).
2. Henry, J. D., Mazur, M., & Rendell, P. G. (2006). Alexithymia in schizophrenia. Schizophrenia Research, 83(2-3), 162. Netherlands: Elsevier.
3. Khan, L. A., Noor, B., Gul, N., Khan, A., Ullah, S., Lalifa, B., Khan, I., Khan, U., Haq, I. U., Shahzad, F., & Ullah, F. (2025). Exploring the prevalence of alexithymia among medical students and its impact on their academic performance: A cross-sectional study in Peshawar, Pakistan. Biological and Clinical Sciences Research Journal, 6(3), 1655. <https://doi.org/10.54112/bcsrj.v6i3.1655>
4. Luminet, O., Rimé, B., Bagby, R. M., & Taylor, G. J. (2000). A multimodal investigation of the specificity of alexithymia in responses to a stressor. Journal of Psychosomatic Research, 48(2), 187-205. Amsterdam, Netherlands.
5. Lumley, M. A. (2000). Alexithymia and physical health: Some practical considerations of mechanism and clinical application. Psychosomatic Medicine, 62(2), 272. USA: American Psychosomatic Society.
6. Lumley, M. A., Neely, L. C., & Burger, A. J. (2007). Alexithymia: Clinical and research applications. In J. J. Gross (Ed.), Handbook of Emotion Regulation (p. 82). USA, New York: Guilford Press.
7. Mayo Clinic Staff. (no date). Psoriasis - Symptoms and causes. Mayo Clinic. <https://www.mayoclinic.org/ar/diseases-conditions/psoriasis/symptoms-causes/syc-20355840>
8. Nemiah, J. C., & Sifneos, P. E. (1970). Affect and fantasy in patients with psychosomatic disorders. In O. W. Hill (Ed.), Modern Trends in Psychosomatic Medicine (Vol. 2, pp. 26-27). UK, London: Butterworths.
9. Sifneos, P. E. (1973). The prevalence of 'alexithymic' characteristics in psychosomatic patients. Psychotherapy and Psychosomatics, 22(2), 255-258. Switzerland: Karger Publishers.
10. Taylor, G. J., & Bagby, R. M. (2004). New trends in alexithymia research. Psychotherapy and Psychosomatics, 73(4), 191-195. Switzerland: Karger Publishers.

الملاحق

1. ملحق رقم 01 .

2. ملحق رقم 02 .

ملحق (1) النسخة العربية من مقياس تورنتو لقياس الاكستيميا (تاس-20)

أشر باستعمال السلم الموجود في الأسفل إلى أي درجة أنت موافق أو غير موافق على كل إجابة من الإجابات التالية، يكفي أن تضع علامة x في المكان المناسب، لا تعطى إلا إجابة واحدة لكل بند.
1(غير موافق تماما). 2(غير موافق نسبيا).3(لست موافقا ولست ارفضاً).4(موافق نسبيا)5(موافق تماما).

	5	4	3	2	1	
1						غالبا ما تكون مشاعري غير واضحة.
2						أجد صعوبة في إيجاد الكلمات المناسبة لوصف مشاعري
3						تنتابني أحاسيس جسدية يصعب فهمها حتى على الأطباء
4						أصف بسهولة مشاعري
5						أفضل تحليل المشاكل بدل الاكتفاء بوصفها
6						عندما أكون متضايقا لا أدري إن كنت حزينا، خائفا، أو غاضبا.
7						غالبا ما أكون منشغلا بالأحاسيس على مستوى جسمي
8						أفضل ببساطة ترك الأم ور تحدث على أن افهم لما أخذت هذا المنحى
9						لدي مشاعر لن أتمكن أبدا من التعرف عليها
10						من المهم أن أكون واعيا بانفعالاتي
11						أجد صعوبة في وصف مشاعري اتجاه الناس
12						يطلب مني التعبير أكثر عما اشعر به
13						لا أدري ماذا يحدث بداخلي.
14						في أغلب الأحيان لا أعرف لماذا أنا غاضب.
15						أفضل الحديث مع الناس حول نشاطاتهم اليومية بدلا من التحدث معهم عن مشاعرهم
16						أفضل مشاهدة الب ارمج الترفيهية على الب ارمج الحزينة
17						يصعب على الكشف عن مشاعري الحميمة حتى لأصدقائي المقربين جدا
18						أستطيع أن أحس بأنني قريب من شخص ما حتى في لحظات صمته
19						أجد انه من المفيد فهم مشاعري لحل مشاكل الشخصية
20						البحث عن المعنى الخفي للأفلام والمسرحيات يشئت انتباهك عن الاستمتاع بها

الملحق رقم (1) :قائمة كورنل الجديدة للنواحي العصابية و السيكوسوماتية

إعداد و تعريب: محمود السيد أبو النيل

التعليمة:

في الصفحات التالية مجموعة من الأسئلة تتعلق بالصحة و أحوالك المختلفة ،المطلوب منك الإجابة بصدق و صراحة تامة علما بأنه لا توجد إجابة صحيحة أو إجابة خاطئة على أي من هذه الأسئلة ،السؤال أي "نعم" و السؤال الذي لا ينطبق عليك أجب عنه بوضع "X" الذي ينطبق عليك أجب عنه بوضع علامة. أي "لا" "X" علامة.

الفقرات	نعم	لا
A		
هل تحتاج لنظارة للقراءة؟		
هل تحتاج لنظارة لرؤية الأشياء البعيدة؟		
هل تطرف عيناك أو تدمع باستمرار؟		
هل عيناك غالبا ما تكون حمراوين أو ملتهبنتين؟		
هل يحدث لك غالبا فقدان كامل للرؤية؟		
هل عادة تعاني من آلام شديدة في عينيك؟		
هل أحسست بسحابات في العينين؟		
هل سبق أن أخبرت بأن عندك جلوكوما (مياه زرقاء بالعينين)؟		
هل تستعمل عدسات لاصقة؟		
هل عانيت أبدا من ازدواج الرؤية؟		
هل تسمع بصعوبة؟		
هل استعملت مساعدات سمعية؟		
هل تلاحظ طنين في أذنيك؟		
B		
هل عليك أن تطرد البلغم من حلقك كثيرا؟		
هل كثيرا ما تحس بغصة خانقة في حلقك؟		
هل أنفك مسدودا باستمرار؟		
هل أنفك يرشح باستمرار؟		

		هل سبق أن أصبت بنزيف حاد في الأنف؟
		هل تعاني كثيرا من شدة البرد؟
		هل يجعلك تكرار الإصابة بالبرد تعيسا طول الشتاء؟
		هل أصبت بالحمى؟
		هل تعاني من مرض الربو؟
		هل تعاني من التهاب الجيوب الأنفية؟
		هل تضايقت الكحة (السعال) المستمرة؟
		هل حدث و أن كانت كحتك مصحوبة بدم؟
		هل تعاني من الالتهاب الشعبي؟
		هل يحدث أن تعرق عرقا غزيرا أثناء الليل؟
		على صدرك في السننتين (X) هل أجريت كشفا بالأشعة السينية الأخرتين؟
		هل أصبت من قبل بالالتهاب الرئوي؟
		هل أنت مدخن؟
C		
		هل تعاني من الذبحة الصدرية؟
		هل سبق أن أصبت بنوبة قلبية؟
		هل سبق أن أجري لك رسم قلب بعد القيام بمجهود بدني كبير؟
		هل يعاني أفراد عائلتك من متاعب قلبية؟
		هل سبق أن عمل لك رسم قلب؟
		هل تصحو أثناء الليل لضيق التنفس؟
		هل تقوم بتدريبات منتظمة (يومية)؟
		هل سبق أن أخبرك الطبيب أن ضغط الدم لديك مرتفع جدا أو منخفض؟
		هل سبق أن علمت بأن نسبة الكوليسترول مرتفعة في دمك؟
		هل تشعر بالآلام في القلب أو الصدر؟
		هل غالبا ما تكون نبضات قلبك سريعة؟
		هل تشعر بصعوبة في التنفس؟
		هل تصبح مقطوع الأنفاس قبل أي شخص آخر؟

		هل سبق أن وصف لك مضادات حيوية أثناء علاج أسنانك؟
		هل تعاني من تورم في مفصل القدم؟
		هل سبق أن تناولت أدوية لتخليص جسمك من الماء؟
		هل سبق أن أصابتك حمى روماتيزمية؟
		هل سبق إخبارك بوجود لغط في قلبك؟
		هل سبق إخبارك بوجود مشاكل في صمامات قلبك؟
D		
		هل فقدت أكثر من نصف أسنانك؟
		هل تعاني من نزيف في اللثة؟
		هل تعاني من صعوبة في البلع؟
		هل تعاني من التهابات في الفم؟
		هل تعاني من التهابات في الشفة (أو الشفتين)؟
		هل عانيت من آلام أثناء البلع؟
		هل تعاني من تهيج في القولون و المعدة؟
		هل سبق أن حدث لك فتق؟
		للجزء العلوي من الجهاز الهضمي؟ (X) هل سبق أن أجري لك فحص بالأشعة السينية
		هل سبق أن أجري لك فحص بالأشعة السينية باستخدام الصبغة؟
		هل سبق أن كان لك حصوات مرارية؟
		هل سبق أن أجريت كشفا على فتحة الشرج؟
		هل سبق حدوث التهاب في الغشاء المخاطي للقولون؟
		هل سبق أن أصابتك الدوسنتيريا؟
		هل زاد وزنك مؤخرا؟
		هل نقص وزنك مؤخرا؟
		هل سبق أن أصبت بالتهاب في الزائدة الدودية؟
		هل سبق أن أجريت لك جراحة في البطن؟
		هل سبق أن أصبت بقرحة؟
		هل سبق أن لاحظت وجود دم في برازك؟
E		

		هل سبق أن حدث لك كسور في العظام؟
		هل تعاني من وجود عظام ضعيفة أو هشّة؟
		هل تتناول الأسبرين بانتظام بسبب التهاب المفاصل (الروماتيزم)؟

		هل تعاني كثيرا من آلام و تورم في مفاصلك؟
		هل تشعر بتلبس في عضلاتك و مفاصلك باستمرار؟
		هل عادة تعاني من آلام قاسية في ذراعيك أو ساقيك؟
		هل أنت مقعد بسبب الروماتيزم الشديد؟
		هل ينتشر الروماتيزم في عائلتك؟
		هل تجعل قدمك الضعيفة أو المؤلمة حياتك بائسة؟
		هل تجد صعوبة في الاستمرار في العمل بسبب آلام الظهر؟
		هل تعاني من عجز خطير أو عاهة؟

F

		هل تعاني من إصابات جلدية مزمنة؟
		هل كثيرا ما يظهر طفح جلدي لديك؟
		هل جلدك حساس جدا أو رقيق؟
		هل تظل الجروح في جلدك عادة مفتوحة لمدة طويلة؟
		هل يحدث غالبا احمرار شديد في وجهك؟
		هل تعرق بشكل غزير حتى في الجو البارد؟
		هل تعاني من وجود حكة شديدة في جلدك؟

G

		هل تعاني من تكرار حدوث صداع بالرأس؟
		هل الصداع منتشر في عائلتك؟
		هل الضغط و الصداع في الرأس غالبا ما يجعل حياتك بائسة؟
		هل تحدث لديك نوبات سخونة أو برودة؟
		غالبا ما تعاني من نوبات شديد من الدوخة؟
		هل كثيرا ما تشعر بالإغماء؟
		هل أصبت بالإغماء أكثر من مرتين في حياتك؟
		هل تشعر بتخدير مستمر أو وخز في أي من أجزاء جسمك؟
		هل سبق أن أصيب أحد أجزاء جسمك بالشلل؟

		هل سبق أن أصبت بضربة أفقدتك الوعي؟
		هل حدث لك ارتعاش أحيانا في الوجه أو الرأس أو الأكتاف؟
		هل سبق أن حدث لك نوبة مرض أو تشنج (صرع)؟
		هل سبق حدوث نوبة مرض أو تشنج (صرع) لأحد أفراد عائلتك؟
		هل تقرض (تعض) أظافرك بصورة ضارة؟

		هل تعاني من التهتهة أو اللعثة؟
		هل تمشي أثناء النوم؟
		هل تتبول في الفراش؟
		سنة؟ 14 إلى 8 هل كنت تتبول في الفراش و عمرك من

H

		هل غالبا ما تكون أعضاؤك التناسلية بها ألم أو التهاب؟
		هل سبق أن وصف لك علاج لأعضائك التناسلية؟
		هل سبق أن أخبرك الطبيب بأن عندك فتق؟
		هل سبق أن ان تبولك مصحوبا بدم؟
		هل لديك مشكلة عند بدأ التبول؟
		هل تعاني من مشكلات خاصة بقدرتك الجنسية؟
		هل سبق أن كان لديك مشكلة خاصة بالجهاز التناسلي؟
		هل سبق أن كان لديك حصوة في الكلية؟
		هل يجب عليك أن تنهض من نومك كل ليلة للتبول؟
		هل عادة ما تتبول كثيرا أثناء النهار؟
		هل تعاني غالبا من حرقان شديد عندما تتبول؟
		هل أحيانا ما تفقد التحكم في المثانة؟
		هل سبق أن أنبأك الطبيب بأنك تعاني من مرض في الكلية أو المثانة؟

I

		هل غالبا ما تحدث لك نوبات من الإجهاد الكامل؟
		هل العمل ينهك قوتك كلية؟
		هل عادة ما تحس بالتعب و الإجهاد؟
		هل يجهدك أي مجهود و لو كان ضئيلا؟
		هل يحدث أن تكون متعبا جدا و منهمك لدرجة أنك لا تستطيع أن تتناول الطعام؟

		هل تعاني من إجهاد عصبي شديد؟
		هل ينتشر الإجهاد العصبي بين أفراد عائلتك؟
J		
		هل كثيرا ما تكون مريضا؟
		هل كثيرا ما تلتزم الفراش بسبب المرض؟
		هل أنت دائما صحتك ضعيفة؟
		هل تعتبر شخصا دائم المرض؟

		هل أنت شخص من عائلة أفرادها دائمي المرض؟
		هل آلام الصداع الشديد تجعل من المستحيل عليك القيام بعملك؟
		هل تقلق كثيرا و تكون منزعجا بخصوص صحتك؟
		هل أنت دائما مريض و غير سعيد؟
		هل ضعف الصحة يجعلك دائما بائسا؟
K		
		هل سبق أن أصبت بمرض الحمى القرمزية؟
		هل أصبت في طفولتك بحمى روماتيزمية، أو آلام شديدة أو ارتعاشات في الأطراف؟
		هل سبق أن حدث لك مرض الملاريا؟
		هل سبق علاجك من أنيميا حادة؟
		هل سبق أن عولجت من مرض تناسلي خبيث؟
		هل سبق أن أصبت بمرض السكري؟
		هل أخبرك الطبيب أن لديك التهاب بالغدة الدرقية (في عنقك)؟
		هل سبق أن عالجت من ورم أو سرطان؟
		هل تعاني من أي مرض مزمن؟
		هل وزنك أقل من المعدل؟
		هل وزنك أزيد من المعدل؟
		هل أخبرك الطبيب بوجود أوردة متضخمة في ساقيك؟
		هل سبق لك إجراء عملية خطيرة؟
		هل سبق لك أن حدثت لك إصابة خطيرة؟
		هل غالبا ما تحدث لك حوادث صغيرة أو إصابات؟
		هل سبق أن عانيت من حالة في الغدة الدرقية؟

		هل تعاني من انخفاض في نسبة السكر في الدم؟
		هل سبق لك عمل اختبار نسبة الجلوكوز؟
L		
		هل عادة ما تجد صعوبة كي تنام أو تستمر في النوم؟
		هل تجد من المستحيل أخذ فترة راحة منتظمة كل يوم؟
		هل تجد من المستحيل عمل تمارين منتظمة يوميا؟
		هل تدخن أكثر من علبة يوميا؟
		هل تتناول أكثر من تسعة فناجين من القهوة أو الشاي يوميا؟

		هل تتناول مشروبا كحوليا مرتين أو أكثر يوميا؟
		هل سبق أن أجريت عملية نقل دم؟
		هل سبق إخبارك بأنك لا تتبرع بالدم؟
		هل سبق لك تعاطي مخدرات؟
		هل كثيرا ما تتعاطى أدوية بدون تشخيص من الطبيب؟
		هل سبق أن تعرضت تعرضا شديدا للإشعاع؟
		هل تتعرض أو تتعامل مع المواد الكيميائية أثناء عملك؟
		هل لك هوايات غير عادية قد تؤثر في صحتك؟
		هل تفتني في منزلك حيوانات غير مألوفة (سلاحف، ثعابين، قروود....)؟
		هل سبق إصابتك بالمرض أثناء سفرك للخارج؟
		هل تتناول حبوبا منومة؟
		هل تتناول الفيتامينات بانتظام؟
		هل تتناول حبوب الحديد بانتظام؟
		هل سبق لك أن احتجت إلى خدمات من يعالج العمود الفقري بتقويمه يدويا (بالتدليك)؟
		هل تتناول بانتظام مهدئات و مسكنات؟

M		
		هل تعرق أو ترتعش كثيرا أثناء الامتحانات أو حين توجه إليك أسئلة؟
		هل تحس أنك عصبي و مهزوز عندما يقترب منك أحد رؤسائك؟
		هل ترتبك في عملك عندما يراقبك أحد رؤسائك؟
		هل تختلط عندك الأشياء تماما إذا كان عليك العمل بسرعة؟

		هل يجب أن تقوم بعمل الأشياء ببطء شديد حتى لا تقع في الأخطاء؟
		هل تفهم الأوامر و التوجيهات بصورة خاطئة دائما؟
		هل تخيفك الأماكن غير المألوفة أو الناس الأغراب؟
		هل تخاف عندما تكون وحيدا بلا أصدقاء حولك؟
		هل من الصعب عليك دائما أن تأخذ قرارك؟
		هل تود أن يكون هناك دائما أحد بجوارك لينصحك؟
		هل تعتبر شخصا يفتقر إلى الخبرة؟
		هل يضايقك تناول الطعام في أي مكان غير منزلك؟
N		
		هل تشعر بالعزلة و الحزن اثناء تواجدك في إحدى الحفلات؟ هل تشعر عادة بعدم السعادة و الاكتئاب؟

		هل غالبا ما تبكي؟
		هل أنت دائما مبتس و حزين؟
		هل تبدو لك الحياة لا أمل فيها كلية؟
		هل غالبا ما تود أن تكون ميتا و بعيدا عن كل شيء؟
O		
		هل يحيطك القلق باستمرار؟
		هل ينتشر القلق بين أفراد عائلتك؟
		هل اي شيء ضئيل يثير اعصابك و ينهكك؟
		هل تعتبر شخصا عصيبا؟
		هل العصبية من صفات افراد عائلتك؟
		هل سبق أن أصبت باختيار عصبي؟
		هل سبق أن أصيب أحد أفراد أسرتك باختيار عصبي؟
		هل سبق أن عاجلت في أحد المستشفيات النفسية؟
		هل سبق علاج أحد أفراد أسرتك في أحد المستشفيات العقلية؟
P		
		هل أنت حساس أو خجول جدا؟
		هل أنت من عائلة خجولة أو حساسة جدا؟

		هل من السهل إيداء شعورك؟
		هل يثيرك النقد دائما؟
		هل تعتبر شخصا سريعا؟
		هل دائما يسيء الناس فهمك؟
		Q
		هل تحترس لنفسك دائما حتى و أنت مع أصدقائك؟
		هل تفعل الأشياء دائما باندفاع مفاجيء
		هل من السهل إزعاجك أو إثارتك؟
		هل تنهار إذا لم تحافظ باستمرار على التحكم في نفسك؟
		هل المضايقات الصغيرة تثير أعصابك و تجعلك غاضبا؟
		هل يثير غضبك أن تجد من يخرق بما عليك أن تفعله؟
		هل غالبا ما يضايقك الناس أو يثرونك؟
		هل تقع في الغضب إذا لم تستطع على ما تطلبه فورا؟
		هل غالبا ما يصيبك هياج عنيف؟
		R
		هل غالبا ما تتهنز أو ترتعش؟
		هل تكون دائما نائرا و شديد العصبية؟
		هل تجعلك الأصوات المفاجئة ترتجف بشدة؟
		هل ترتعش أو تشعر بالضعف حينما يصيح أحد في وجهك؟
		هل تخاف من الحركات المفاجئة أو الضوضاء أثناء الليل؟
		هل غالبا ما تصحو من نومك بسبب الأحلام المزعجة؟
		هل تعاودك الأفكار المخيفة دائما؟
		هل غالبا ما يعتريك خوف مفاجيء بدون سبب معقول؟
		هل غالبا ما يتصبب العرق البارد من جسمك؟