

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة عمار ثليجي
كلية العلوم الاجتماعية و الإنسانية



ميدان : العلوم الإنسانية و الاجتماعية
شعبة : العلوم الاجتماعية

دراسة حالة الاكسيتيميا و علاقتها بالاتزان
الانفعالي و الإصابة القلبية لدى عينة من
مرضى القلب بمستشفى مصطفى باشا بالجزائر
العاصمة

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر أكاديمي : علم النفس.

التخصص : علم النفس العيادي

تحت إشراف الأستاذ:

مريجة عباس

من إعداد الطالبة:

حشاشنة فاطمة

السنة الجامعية:

2016/2015

شكر و تقدير

*الحمد لله الذي وفقنا لهذا و نشكره لننعم بالمزيد
*الف شكر وتقدير لمن كان دعما و سندا, ساعدنا
بإشرافه, و استفدنا من توجيهاته أستاذنا الفاضل :

مريجة عباس

كما أتقدم بالشكر الجزيل إلى طاقم مصلحة أمراض القلب
بمصطفى باشا بالجزائر العاصمة.

و اخص بالذكر فلذة كبدي محمد الغزالي الطبيب المقيم
بنفس المصلحة

والأستاذ الفاضل سليم بن خده رئيس المصلحة

على ما قدماه لي من مساعدة

أثناء التطبيق.

*تقدير خالص و عرفان لمن كانوا سببا في هذه
الثمرة،أساتذتنا الأفاضل بقسم علم النفس و أخص بالذكر
رئيس القسم الدكتور الحاج علي قويدري.

*** الاهداء ***

الى روح والدي و روح ابنتي -إيمان- التي رحلت عنا في جانفي 2013
الى والدتي الغالية - خديجة -
الى رفيق دربي الذي اسندني في دراستي و ما زال -حشاشنة حشاني -
الى أبنائي و بناتي (لزهر, الغزالي, احمد, عامر, هند, سماح, سارة)
الى كناتي (مريم و زهية و عبير) و أحفادي (الياس, نجاح, جمال الدين)
الى اخوتي و اخواتي (ازواجهم و ابنائهم)
إلى كل عائلة حشاشنة إلي أساتذتي الكرام و الذين حظيت لديهم بالتقدير و الاحترام
الى الزملاء و الزميلات و الذين كان تعاملهم معي (تواضعا و تأدبا) و اخص أمينة طيبي
فله عوامرية , بالحرمة فتيحة , زية فاطمة تريح فاطمة و كل طلبة قسم علم النفس ,
الى كل من فرح لنجاحي و تمنى لي المزيد
الى هؤلاء جميعا
اهدي ثمرة عملي راجية من الله العلي القدير ان يتم نعمته علي و يجعلني من الشاكرين

فهرس المحتوى

المحتوى	
شكر و عرفان	أ
إهداء	ب
ملخص الدراسة	ث
فهرس الموضوعات	خ
قائمة الجداول	ز
قائمة الأشكال	س
قائمة الملاحق	ش
مقدمة	1
الجانب التمهيدى	
الفصل الأول: المشكلة واعتباراتها	
1. الإشكالية	5
2. تحديد التساؤلات و طرح الفرضيات	8
3. تحديد المفاهيم الإجرائية	9
4. أهمية وأهداف الدراسة	9
5. أسباب اختيار الموضوع	11
6. الدراسات السابقة	12
الجانب النظرى	
الفصل الثانى: الحياة الانفعالية	
تمهيد	18
1. تعريف الانفعال	18
2. نظريات الانفعال	19
1.2 نظرية جيمس لانج	20
2.2 نظرية كانن	21

22	3.2 النظرية المعرفية
23	4.2 النظرية الوجودية
23	5.2 بعض النظريات السيكلوجية
24	3. أهمية الانفعالات في حياة الإنسان
24	4. الحالة الفسيولوجية المصاحبة للانفعال
24	5. الدماغ و الانفعالات
27	6. أبعاد الانفعال
28	7. السلوك الانفعالي من الناحية الفسيولوجية
29	8. أسباب الانفعال
29	9. أنواع الانفعال
32	10. النمو الانفعالي
33	11. الانفعال و الأمراض الجسمية
34	12. خصائص الانفعال
34	13. التنظيم الانفعالي
36	ملخص الفصل
الفصل الثالث: الخلفية السيكلوسوماتية للبحث	
37	تمهيد
37	1. معنى الاضطرابات السيكلوسوماتية
37	2. نظريات
39	3. المرض النفسوجسمي السيكلوسوماتي
40	4. تصنيف الاضطرابات السيكلوسوماتية
41	5. الأساس الفيسيولوجي للأمراض السيكلوسوماتية
42	6. السببية النفسية
43	7. تفسير كيفية حدوث الأمراض النفسوجسمية
44	8. مدارس السيكلوسوماتية



46	9.علاج الأمراض السيكوسوماتية
46	ملخص الفصل
الفصل الرابع :نظرية التكتم (الاكسيتيميا)	
47	تمهيد
47	1.مفهوم التكتم
50	2.تعريف التكتم
51	3.تعريف الأفراد التكتميين
52	4.العوامل المساهمة في تطوره
53	5.الأسباب
54	5.1 الفرضية السلوكية المعرفية
55	5.2 فرضية البنية الانفعالية
55	5.3 فرضية علاقات الذات و الموضوع
56	5.4 فرضية النظرية التحليلية
57	5.5 فرضية نظرية التعلم
57	6.مقاييس التكتم
61	7. العلاج
	ملخص الفصل
الفصل الخامس : الامراض القلبية	
63	تمهيد
63	1.القلب
63	2. حجرات القلب
64	3. وظيفة القلب
64	4.أمراض القلب

65	5. عصاب القلب
66	6. ارتفاع ضغط الدم
66	7. اضطرابات ضربات القلب
67	8. مرض الشريان التاجي
68	1.8 أسباب مرض الشريان التاجي
68	2.8 علاج أمراض الشريان التاجي
68	9. التوتر و القلق
68	10. الغضب
69	11. الجوانب النفسية نتيجة النوبة القلبية
72	ملخص الفصل
القسم الثاني: الجانب التطبيقي	
الفصل السادس: إجراءات منهجية للدراسة الميدانية	
73	تمهيد
73	1. المنهج المستخدم في الدراسة
74	2. حدود الدراسة
74	3. مجتمع الدراسة
75	4. أدوات الدراسة
76	5. طريقة تطبيق تقنيات البحث
81	6. أساليب الإحصائية المستعملة في الدراسة
الفصل السابع: عرض و مناقشة النتائج	
85	1. مناقشة و تفسير نتائج الفرضية الاولى
85	2. مناقشة و تفسير نتائج الفرضية الثانية



87	3. مناقشة و تفسير نتائج الفرضية الثالثة
88	4. مناقشة و تفسير نتائج الفرضية الرابعة
88	5. مناقشة و تفسير نتائج الفرضية الخامسة
93	6. تحليل نتائج المقابلات
96	7. تحليل نتائج استبيان التكتم
101	8. تحليل شامل لنتائج الدراسة
	الاقتراحات
	خاتمة
	المراجع
	الملاحق

قائمة الجداول

رقم الجدول	عنوان الجداول	الصفحة
01	الأنواع المختلفة للتشخيص	74
02	المجموعة المرضى المقيمين بالمستشفى	75
03	خصائص العينة حسب العدد	76
04	خصائص العينة حسب نوع المرض	76
05	خصائص العينة حسب العمر	76
06	توزيع فقرات الالكسيتيميا	78
07	مستوى الالكسيتيميا حسب النسخة الفرنسية	78
08	ثبات مقياس التكتم باستخدام طريقة ألفا كرونباخ	79
09	نتائج اختبار (ت) للمقارنة الطرفية بين درجات المجموعة العليا والمجموعة الدنيا في مقياس التكتم	79
10	ثبات مقياس الإلتزان الإنفعالي باستخدام طريقة ألفا كرونباخ	81
11	نتائج اختبار (ت) للمقارنة الطرفية بين درجات المجموعة العليا والمجموعة الدنيا في الإلتزان الإنفعالي	82
12	معامل ثبات مقياس التكتم باستخدام طريقة ألفا كرونباخ	83
13	نتائج اختبار (ت) للمقارنة الطرفية بين درجات المجموعة العليا والمجموعة الدنيا في مقياس التكتم	83
14	معامل ثبات مقياس الإلتزان الإنفعالي باستخدام طريقة ألفا كرونباخ	84
15	نتائج اختبار (ت) للمقارنة الطرفية بين درجات المجموعة العليا والمجموعة الدنيا في الإلتزان الإنفعالي	84
16	عينة الدراسة من مرضى القلب يعانون من مستوى مرتفع من التكتم	85
17	معامل الارتباط الثنائي لبيرسون بين الدرجات المتحصل عليها من التكتم والدرجات المتحصل عليها من مقياس الإلتزان الإنفعالي	86
18	التكتم حسب الجنس الفروق في متوسط درجة	87
19	الإلتزان الإنفعالي حسب الجنس الفروق في متوسط درجة	88
20	التكتم حسب السن الفروق في متوسط درجة	89
21	خصائص العينة المدروسة من حيث السن و الجنس و الدرجات و نوع المرض والدرجات المتحصل عليها	90
22	نموذج الاجابة على مقياس تورونتو	91

فهرس الملاحق

الصفحة	عنوان الملحق	رقم الملحق
I	دليل المقابلة العيادية	01
II	مقياس الإتزان الإنفعالي	02
III	تصحيح مقياس الاتزان الانفعالي	03
IV	TAS-20- مقياس تورونتو	04

ملخص الدراسة

لقد قمنا بعلاج موضوع: "العلاقة بين حالة التكتّم (الاليكسيثيميا) و الاتزان الانفعالي و الإصابة بالأمراض القلبية لدى عينة من مرضى القلب"؛ وقد تمت الدراسة بمستشفى مصطفى باشا بالجزائر العاصمة.

و هدفت الدراسة الى قياس درجة مستوى الاليكسيثيميا لدى عينة من مرضى القلب وقياس الفروق الفردية في درجة التكتّم ومن حيث السن والجنس و مدة الاصابة ، وتكونت عينة البحث من 30 فرد موزعين الى 15 ذكور و 15 إناث.

اما اشكالية البحث ترمي الى الاجابة على التساؤلات التالية :

_هل يعاني المرضى المصابون بالأمراض القلبية من حالة تكتّم ؟

_هل توجد فروق فردية في درجة حالة الاليكسيثيميا تعزى إلى المتغيرات التالية : السن, الجنس ,
المدة المرضية ؟

_هل توجد علاقة بين الاتزان الانفعالي و حالة الاليكسيثيميا ؟

و قد استخدمنا في هذه الدراسة حزمة (SPSS) لتحليل البيانات و كانت النتائج كالآتي :

تحققت الفرضية الاولى بتسجيل مستوى عالي من الاليكسيثيميا من خلال مقياس TAS20 و لم يسجل فروق فردية في درجة التكتّم من حيث السن و الجنس و نفس النتائج بالنسبة لمقياس الاتزان الانفعالي اما المدة فكانت الفروق واضحة من حيث ارتفاعها عند الاحداث مدة

نظرا لأهمية الحياة الانفعالية على صحة الفرد النفسية و الجسمية ؛فإنها تستحق أن تسلط عليها أضواء البحث و الاستكشاف من خلال دراسات أكاديمية وخاصة الاليكسيثيميا نظرا لنقص الدراسات في العالم العربي .

résumé

A travers cette étude nous avons essayé de vérifier l'hypothèse «le rapport entre l'alexithymie(l'incapacité à exprimer ses émotions ou sentiments par des mots) et l'équilibre émotionnelles chez les sujets malades de cœur.

Le travail de recherche a été réalisé au sein du service des maladies cardiovasculaire à l'hôpital Mustapha Bacha situe à alger centre .

La présente thèse a pour but de caractériser l'alexithymie chez les personnes atteintes de maladies cardiaque .

Pour ce faire, l'objectif visé est de :

_ mesurer le niveau d'alexithymieà travers **l'échelle d'alexithymie de Toronto (TAS 20)** ; Cette échelle qui a fait l'objet de très nombreuses traductions et d'études de validation quiont notamment montré une reproductibilité de la structure factorielle, une validité internesatisfaisante et une stabilité temporelle (test–retest) et nous avons complété notre investigation avec une **échelle d'équilibre émotionnelle**.

La population de l'étude est composée de 30 sujets , sont tous hospitalises dans le service de cardio ils sont repartis en (15 hommes et 15 femmes) .

Les questions dont notre recherche vise à vérifier sont les suivantes:

_est ce que les malades qui souffrent de maladies du cœur sont alexithymiques?

_ Ya t-il des différences individuelles dans la situation d'échelled'alexithymie en rapport avec les variables âge, sexe et durée de la maladie?

Les résultats étaient les suivants :

Et nous avons utilisé dans cette trousse d'étude (SPSS) pour analyser les données et les résultats ont été les suivants: La première hypothèse est faite pour enregistrer un niveau élevé de Alalaksiemia par mesure de TAS20 différences individuelles et n'a pas marqué dans le degré de secret en termes d'âge et le sexe, et les mêmes résultats pour l'échelle de l'équilibre émotionnel, soit la période étaient de nettes différences en termes de hauteur au plus tard deux

Compte tenu de l'importance de la vie émotionnelle de l'individu sur la santé mentale et physique, ils méritent d'être versé par les lumières de la recherche et de l'exploration à travers des études universitaires et l'alexithymie privée en raison de l'absence d'études dans le monde arabe

الجانِب التمهيدِي

المقدمة

ليس غريباً أن لا نعثر على تعريف لمصطلح التكتّم في أغلب الموسوعات أو المعاجم الحديثة، سواء اللغوية أو النفسية التي بين أيدينا، لأن ظهور هذا المصطلح كان على يد سيفنيوس سنة 1972 ولم يبدأ الاهتمام به إلا في التسعينيات من القرن الماضي و لقد لاحظ العلماء منذ فترة طويلة علاقة الانفعالات و طريقة التعبير عنها بالأمراض الجسدية على يد بيار مارتي وزملائه سامي علي، بعد ذلك تم التأكد من مفهوم التفكير العملائي و هو تفكير مغلق و يركز على حوادث الحياة اليومية دون أدنى توظيف للمشاعر و الأفكار و يمتد إلى الأحلام فتغيب عنها الرموز و الأفكار و الخيالات و المرغوبات اللاشعورية و ذلك دليل على انخفاض القدرة على تعقيل ما قبل الشعور و هو طريق الإصابة بالأعصاب الطبائية وبالتالي الأمراض النفسوجسدية غير أن مدرسة بوسطن توسعت في هذا المفهوم بمقارنة عصبية معرفية يعتبر التكتّم مؤشرها للدلالة على دور الانفعالات في ظهور الجسنة سواء كانت الأسباب نفسية أو جسدية أو بيئية.

(قريشي ورمضان 2008)

التكتّم يعني الصعوبة في معرفة المشاعر و الأحاسيس وعدم القدرة على التعبير عنها للآخرين و العناصر الأساسية التي تعبر على الاليكسيتيميا التي ذكرها sefneos و némiah في السبعينات و لخصها noél و rime (1988) هي صعوبة ملاحظة و وصف مشاعره و غياب أو محدودية الحياة الخيالية ومظاهر التفكير العمليائي و هذا يعتبر كنوع من التفكير مركز على الأجزاء و الميل لوصف الحدث دون دمج دلالة عاطفية لأنه يفتقر إلى الخيال .

يوجد نوعان من الاليكسيتيميا كسمة و كحالة ، فإذا توفرت الاليكسيتيميا كسمة تؤدي الى السيكوسوماتية من هذا المنظور تعتبر كبعد للشخصية، بينما الحالة الهستيرية اقل إصابة بالاليكسيتيميا . أما الارتباط بين الاليكسيتيميا و السيكوسوماتية هي أكيدة . كما لها علاقة بحالات الإدمان و الاكتئاب.

أما الاليكسيتيميا كحالة أو الاليكسيتيميا بعد صدمة أو مرض خطير يمكن أن تكون كإستراتيجية حماية ضد الانفعالات و الأمراض و الأحداث الخطيرة . لا يوجد استبيان قادر ان يحدد الفرق بين النوعين أو النمطين من الاليكسيتيميا و الاستبيانات التي تقيم هذا البعد للشخصية كثيرة و هنا اثنين تحصلوا على نوعية بسيكومترية ناجحة مرضية.

و قد استخدم في دراسات لإيجاد الفرق بين المفحوصين الذين لديهم اضطرابات جسدية و المفحوصين الذين لديهم أمراض جسدية مزمنة مثل السكري و المرضى الذين لديهم اضطراب الجهاز الهضمي و تظهر درجة التكتّم أكثر من المرضى الذين لديهم زملة أعراض القولون العصبي و هاتين المجموعتين أظهرت التكتّم أكثر من المجموعة الضابطة و هذا ما يؤكده عدد من الحالات المصنفة تكتميين في مجموعة " الاضطراب الوظيفي للمعدة و الأمعاء " 66% من الحالات التي هي تكتميه مقابل 38% في مجموعة " أعراض القولون العصبي " و 4,5% في المجموعة الضابطة (MARTINE BOUVARD – P 204)

(

الانفعالات كما يعرفها يحيى الرخوي هي ان الانفعال يعبر أساسا عن حركة ما هو مشتق من الفعل إلى ما يحمل معنى العمل و هذا اللفظ انفعال هو اقرب الألفاظ معنى و مبنى إلى ما هو بالانجليزية (Emotion= E – motion) (ان - فعل) فكلاهما يشمل فعل الحركة و كلاهما مسبوق ببدائية توحى بإثارة فعل الفعل و تنشيطه (يحيى الرخوي 2015 ص 15) و من مظاهر الصحة الانفعالية الاتزان الانفعالي.

- يفسر (احمد صالح 1970) الاتزان الانفعالي : إن مستوى النموذجي الانفعالي يتمثل في ثبات الانفعالي من حيث أن هذا النموذج يمثل سلسلة متصلة من الكميات على بعد واحد يوجد أطرافه غير المتزن انفعاليا و هو الشخص المتردد القلق صاحب الميول العصابية المرتاب و المكتئب و المتقلب انفعاليا، أما في الطرف الآخر من هذا البعد فيوجد الفرد البليد انفعاليا ضعيف الحساسية بالمواقف الاجتماعية الذي لا يهتم بمشاعر الآخرين أما في الوسط فيوجد الشخص المتزن انفعاليا الذي تتعادل عنده دوافعه

العدوانية مع دوافعه الإحباطية و يصف الصفات الانفعالية بأنها صفات اعتدالية يمكن توزيعها في منحنى اعتدالي .

- يرى كاميليا عبد الفتاح :إن الاتزان الانفعالي حالة يستطيع فيها الشخص إدراك الجوانب المختلفة للمواقف التي تواجهه ثم ربط بين هذه الجوانب و ما لديه من دوافع و خبرات و تجارب سابقة من النجاح و الفشل تساعد على تعيين نوع الاستجابة و طبيعتها التي تتفق و مقتضيات الموقف الراهن بحيث تسمح بتكيف الاستجابة تكيفا ينتهي بالفرد على التوافق مع البيئة و المساهمة الايجابية في نشاطها و في نفس الوقت ينتهي بالرضا و السعادة .

(محمد الخالدي 2009-ص62)

و هكذا يكون الأشخاص التكتمين من فئة الذين يفتقرون إلى الاتزان الانفعالي لان التكتم يعني صعوبة في معرفة المشاعر و الأحاسيس و عدم القدرة على التعبير عنها للآخرين

و مصطلح التكتم له مجال مفاهيمي واسع حيث تناولته في التفسير و البحث عدة جهات لكل جهة خلفيتها النظرية و بالتالي نجد النظرية التحليلية تفسره على انه نتيجة خطأ في الرعاية ' holding ' خلال مرحلة الطفولة، أما الفرضية المعرفية فتفسره على انه إستراتيجية تكيف سلبية ،أما الفرضية البيولوجية فتفسره انه نتيجة خلل عضوي في الجهاز العصبي .

أما المقاييس التي وضعت لقياس درجة التكتم فأكثرها استعمال TAS- 20 و يوجد غيرها. أما العلاج ما زال لا يوجد متخصصين لتكفل بهذا الاضطراب كي يساعدوا المريض على فهم و وصف و تحديد و التعبير لفظيا على انفعالاتهم.

(la lettre du psychiatre 2007)

و بما أن القلب أكثر الأعضاء استجابة للانفعالات فهي تؤثر على نشاطه كثيرا لذافان الفرح والحزن يؤديان الى تسارع دقاته . في دراستنا حاولنا معرفة مستوى التكتم عند هذه العينة

و انطلاقا مما سبق تعمقنا في بحثنا ' تشخيص الاليكسيثيميا عند عينة من مرضى القلب ' حيث قسمناه إلى عدة فصول. تناولنا في الفصل الأول : الجانب المنهجي المقدمة ،الإشكالية

،اعتباراتها ،الدراسات السابقة و مناقشتها. و في الفصل الثاني يشمل الجانب النظري الذي يحتوي على أربع فصول :الأول الانفعالات (تعريفها_نظرياتها_أسبابها_نموها_أبعادها) و الثاني السيكوسوماتية (معناها_نظرياتها_مدارسها_اضطراباتُها) و الثالث التكتّم (مفهومه_فرضياته_مقاييسه) و الرابع القلب (تعريفه_وظيفته_أمراضه_العلاج). و في الفصل الخامس: الجانب الميداني الذي تناولنا فيه : المنهج ، استبيانات التكتّم و الاتزان الانفعالي، المقابلة و عرض و تفسير النتائج .بالإضافة إلى المراجع و الملاحق و هذا كله بغرض الوصول إلى النتائج المرجوة و التحقق من الفرضيات المراد دراستها .

الفصل الأول: المشكلة واعتباراتها

1. الإشكالية
2. تحديد التساؤلات و طرح الفرضيات
3. تحديد المفاهيم الإجرائية
4. أهمية وأهداف الدراسة
5. أسباب اختيار الموضوع
6. الدراسات السابقة

الإشكالية:

أدرك الطب الحديث للعمليات الانفعالية أهمية في الصحة الجسمية، ولذلك فقد تطور في السنوات الأخيرة فرع متخصص من الطب؛ ألا وهو الطب السيكوسوماتي، ويختص بتشخيص الأمراض الجسمية الناجمة عن استمرار الضغط الانفعالي، ولعل أهم ما يميز المرض الجسدي النفسي (السيكوسوماتي) هو تراكم الانفعالات على المستوى الجسدي دون أن يصعد إلى الوعي؛ ويتبلور في مفاهيم وألفاظ، أي أن هناك ما يثير الفرد دون أن يعييه تماما، فيستجيب الفرد على مستوى جسده لكن دون أن يفرغ هذه الطاقة، والنتيجة هي : حالة من الانفعال الجسدي المزمن الذي يؤدي وظيفة تكيفه ولا يفرغ توتره، وتستمر التوترات دون تفريغ، والحاجات دون إشباع بما لا يسمح للفرد بالتعبير أو حتى الوعي برغباته، ويتوقف الانفعال عند التعبير الجسدي، و نادرا ما يشكو المريض من الناحية النفسية .

(عبد المعطي 2003 ص 13)

__ الأمراض الجسمية النفسية المنشأ التي تعرف بالأمراض السيكوسوماتية، وبعبارة أخرى إذا لم يمكن انفعالاتنا من التعبير الظاهر عن نفسها بصورة ملائمة تولت أجسامنا التعبير عنها بما تستهلكه من لحم ودم .

__لقد دلت بحوث دقيقة عن فريق كبير من المصابين بضغط الدم الجوهري، أي الذي لا ينشأ من الأسباب العضوية المعروفة، على أنهم يعانون من أزمات انفعالية عنيفة قوامها الحقد والعدوان، وأنهم لم يجدوا لهذا العدوان المكثوم مخرجا أو متنفسا يخفف ما لديهم من توتر مزمن تخفيفا كافيا، وقد لوحظ أن أمثال هؤلاء المرضى تتحسن حالتهم حين يتاح لهم التعبير عن دوافعهم العدوانية أثناء

جلسات التحليل النفسي، أو حين يتعلمون طرق أفضل لإدارة أو توظيف دوافعهم العدوانية في أعمالهم وفي بيوتهم .
_ (احمد عزت 1968ص146) _

_ومن المعروف ان القلب والأوعية الدموية تتأثر تأثير بالغ بالانفعال، ففي حالات الانفعال الشديد تزداد عدد ضربات القلب ، وتقوى جدران الأوعية الدموية، ذلك إن القلب تتغير حركته ودرجة دفعه للدم في مواقف الخوف والقلق، ويتطور الأمر أن يصبح القلب عرضا للسيكوسوماتية حيث يصبح موضع اهتمام الفرد كلما اضطربت ضرباته، ولكن الاضطراب الوظيفي في اغلب الأحيان لا يسبب تلفا للقلب بأي صورة مهما طال مدة الاضطراب العصابي .
(عبد المعطي 2003 ص89)

_و ما توصلت إليه الأبحاث الحديثة في العلوم البيولوجية زادت المعلومات الإكلينيكية عن كيفية تأثير الانفعالات والتوترات النفسية على صعيد القلب والأوعية الدموية .

_هناك دراسات بينت أن المصابين بضعف النبضات القلبية أو المصابين بالنوبة القلبية والاحتشاء القلبي يعانون بشدة من الوسواس القهري ، كما ان الدراسات أكدت أن إصابة القلب و جهاز الدوران الوظيفي يرجع إلى عاملين أساسيين هما :سمات الشخصية الوسواسية القهرية و عامل الإجهاد النفسي و الصدمات الحادة فالانفعالات عامة والانفعالات الحادة خاصة وكذلك التوترات تؤدي كلها إلى تغيرات واضحة في الدورة الدموية وفي وظيفة القلب في قوته ويؤدي إلى انقباض عضلات الأوعية الدموية أو ارتفاع ضغط الدم فيها والبراسيمبثاوي يعمل بالعكس ليحقق التوازن كل هذه الحالات الفيزيولوجية تكون مكافئة لحالة القلق والوجدان وعناصر الكبت المختلفة بأي نوع من الانفعالات اللاشعورية يمكن ان تعبر عن نفسها في إسراع النبض .

و اتضح من خلال بحث العالمين "روزمان و فريدمان" أثناء دراستهما أنماط الشخصية السلوكية وأكثرها استعمال في مجال السيكوسوماتية هذان النمطان هما النمط السلوكي A و B فالشخص التابع للنمط A يمتاز بأنه منظم و مرتب و يتفاعل مع محيطه بشكل جيد متحكم في ذاته واثق منها و من كفاءته و هو مستعد أن يعمل وحده إذا اقتضت الظروف و ذلك على حساب صحته أما النمط B فهو عكس النمط A و بالتالي هو غير مهياً للاضطراب و من هذا المنطلق فان حالات اضطراب القلب و الأوعية تتصف بوجود توتر غريزي لا شعوري قوامه استعداد عام للعوانية في نفس الوقت للتخلص من هذه العدوانية وقمع شديد للمشاعر و الانفعالات و هذا التوتر الداخلي المحتبس يبدو انه احد الأسباب المهمة المولدة للاضطراب في حالة ارتفاع ضغط الدم.

(تادرة رشيد عموري – صحة القلب عدد 15)

و بالتالي يرى الباحثون أن بعض نواحي النمط السلوكي (أ) تمثل خطورة أكثر من غيرها للإصابة بأمراض القلب فالغضب و العدائية على وجه التحديد يشكلان عامل خطورة للإصابة بهذه الأمراض أكثر من أي بعد آخر من أبعاد هذا النمط السلوكي. (شيلي تايلور ص 723)

توجد عدة نظريات و اتجاهات في السيكوسوماتية تفسر الاضطرابات ومن بينها نظرية الذكاء الوجداني والتكتم Alexithmie التي تعني غياب الكلام في التعبير عن حالات الانفعالية التي تعتبر حديثة من تأسيس sifneos التي أشار من خلالها إلى فئة من المفحوصين الذين يجدون صعوبة في تحديد و وصف مشاعرهم وانفعالاتهم و النقص والمحدودية في الحياة الهوائية والخيالية ،هذا ما أشار إليه **Jouanne Céline** لأكثر من 20 سنوات، لوحظ اهتمام متجدد لمفهوم الالكسيتيميا في مجال الصحة النفسية والطب النفسي الجسدي،ويفسر هذا الاهتمام من قبل الملاحظة المتكررة للأفراد

الذين يجدون صعوبات في التحديد والتعبير عن حالتهم العاطفية، بدلا من ذلك، فإن هذه الحالات تتجنب أي حالة من المواجهة مع مشاعرهم؛ وبالتالي يتجنبون مقابلة طبيب نفسي، ولكن طريقهم يؤدي بهم عادة إلى المجال الطبي لحل المشاكل التي يمكن أن تكون خطيرة العواقب، مثل اضطرابات الأكل (فقدان الشهية) و حالة ما بعد الصدمة أو تعاطي المؤثرات العقلية (الكحول والتبغ والمخدرات غير المشروعة)، وغيرهم من الأفراد الذين يتشاورون بانتظام مع الطبيب لحل المشاكل جسدية لكن هذه الشكاوي لا تستند إلى اضطراب عضوي محدد.

هكذا، فإن العديد من الأمراض الخطيرة مرتبطة بحالة الالكسيتيميا وعلاوة على ذلك، أصبح لديها الآن الأدوات التي تلي معايير المطالب النفسية، و بالتالي فالطريق مفتوح للدراسة إحصائية عن مفهوم مثير للاهتمام بشكل خاص بسبب آثارها على دراسة الاجتماعية والمعرفية والعاطفية ذات الصلة بالواجهة و التجنب.

(Jouanne Céline, 2006 p. 193)

ونظرا للارتباط الوثيق بين الانفعالات و القلب فان الجانب الانفعالي مرتبط بنشاط القلب من حيث تسارع دقاته وارتفاع الضغط عليه و انطلاقا مما سبق نطرح الإشكاليات التالية :

- هل يعاني المرضى المصابون بمرض القلب من حالة تكتم ؟
- هل توجد علاقة دالة إحصائية بين التكتم و الاتزان الانفعالي ؟
- هل توجد فروق في مستوى التكتم تعزى إلى متغير الجنس ؟
- هل توجد فروق في مستوى الاتزان الانفعالي تعزى إلى متغير الجنس ؟
- هل توجد فروق في مستوى التكتم تعزى إلى متغير السن (33-50) - (51 - فما فوق) ؟
- هل توجد فروق مستوى التكتم تعزى إلى متغير مدة المرض ؟

الفرضيات

- توجد حالة تكتم عند مرضى القلب .
- توجد علاقة دالة إحصائية بين حالة التكتم والاتزان الانفعالي.
- يوجد اختلاف في مستوى حالة التكتم يعزى إلى متغير الجنس.
- يوجد اختلاف في مستوى الاتزان الانفعالي يعزى إلى متغير الجنس.
- يوجد اختلاف في مستوى حالة التكتم يعزى إلى متغير السن .
- يوجد اختلاف في مستوى التكتم يعزى إلى اختلاف السن.
- يوجد اختلاف في مستوى التكتم يعزى إلى مدة المرض.

الأهداف:

- قياس درجة (مستوى) التكتم لدى مرضى القلب .
- معرفة العلاقة بين الاتزان الانفعالي و التكتم.
- معرفة الاختلاف في مستوى التكتم بين الجنسين.
- معرفة الاختلاف في مستوى الاتزان الانفعالي تعزى إلى متغير الجنس .
- معرفة الاختلاف في مستوى الحالة التكتم تعزى إلى السن .
- معرفة الاختلاف في مستوى التكتم تعزى إلى متغير مدة المرض .
- الأهمية هي:
- تأتي أهمية هذه الدراسة في كونها محاولة للكشف عن بعض النواحي النفسية السلبية التي تعيق المرضى من الوصول إلى الشفاء ومساعدتهم على التكيف السليم مع المحيط .

- أنها تلفت النظر إلى هذه الشريحة الحساسة من المجتمع.
- لكي توضح ما لهذا المصطلح من أهمية في حياتنا النفسية و الصحية و الاجتماعية.
- يعتبر هذا البحث احد محاولات تعديل السلوك التكتمي لما له من أضرار على الصحة النفسية.
- يمكن أن تستفيد منه الجهات المسؤولة في مجال الصحة في تحسين دور الأخصائي لما له من دور مكمل للطبيب لان هدفهما واحد و هو منفعة المريض، ونظرا لنقص الدراسات من هذا النوع أي الاهتمام بالجانب النفسي و خاصة التكتم عند مرضى القلب لما لهذا العضو من أهمية، حيث انه أكثر الأعضاء استجابة للانفعالات.

الأهمية النظرية:

تكتسب هذه الدراسة أهميتها من الناحية النظرية من خلال أهمية موضوعها لكونها حسب علمي جديد اي (التكتم). وحيث يشكل مضمون هذه النظرية أهمية بالغة خاصة بالنسبة لهذه الشريحة من المجتمع أي مرضى القلب لما لهذا العضو من علاقة وطيدة بالاستجابة الانفعالية و تأثيره البالغ إذا لم يستطيع التعبير عن هذه الانفعالات و تصريفها والتخفيف من ضغطها كما أنها تشكل إضافة علمية لما له من خاصية تراكمية و ربما هذه الدراسة تلفت الانتباه إلى هذه الشريحة فيهتموا بالجانب الانفعالي و الوجداني والسيكولوجي لما له من أهمية بالغة عند المرضى السيكوسوماتيين عامة والقلب

مصطلحات الدراسة:

السيكوسوماتية: الأمراض الجسمية الناجمة عن استمرار الضغط الانفعالي .وهي أمراض جسمية ذات منشأ نفسي .

التكتم: هذا المصطلح يعني غياب كلام للتعبير عن الانفعالات مصحوبة بمحدودية في الحياة الخيالية و التفكير النفعي الصوب بحركات لتخفف من الصراع أو كتعبير عن الانفعال هو مرتبط بحالات

السيكوسوماتية و من خلال هذه الملاحظات اكتشفه **sifneos** السبعينيات.

الانفعالات: هي حالة جسمية نفسية ناتجة أي يضطرب لها الإنسان كله نفسيا وجسميا او حالة من الاهتياج العام تفصح عن نفسها في شعور الفرد و جسمه و سلوكه و لها قدرة على تحفيزه على النشاط

(راجع 2009 ص 126)

القلب : هو عضو عضلي يقوم بضخ الدم إلى جميع أعضاء الجسم باستمرار. فهو عضو أساسي و مهم إذ يعتبر محركا للجسم فاستمرار دوران الدم بالأعضاء المختلفة يعني استمرار بقاء الكائن الحي .

مرض القلب : يتمثل مرض القلب في مجموعة من الإصابات على مستوى القلب و الجهاز الدوري حيث أنها تصيب الجهاز الدوري و الشرايين والصمامات مما يؤدي إلى تناذرات كبيرة كالعجز القلبي

(DA.Domart et D.F Baurneuf .1971.P 319)

الاتزان الانفعالي : يعني التحكم و السيطرة على الذات فهو القدرة في التحكم بذاته و ما يتمخض عنه من سيطرة على استجاباته المصاحبة للموقف الانفعالي.

(الغذائي 2014 ص 5)

التعريف الاجرائي للتكتم : تشخيص التكتم عند عينة من المصابين بمرض القلب هو الدرجة المتحصل عليها من خلال تطبيق مقياس التكتم TAS20 لمستوى التكتم عندهم.

التعريف الإجرائي للاتزان الانفعالي : هو الدرجة المتحصل عليها من خلال تطبيق مقياس الاتزان الانفعالي على العينة .

أسباب اختيار الموضوع: إن الأسباب التي دفعتني إلى اختيار الموضوع كثيرة منها أن العينة هي شريحة من المجتمع, تمتاز كما أشارت دراسة ROSMEN و FREDMEN أنهم أناس جادون , ناجحون يحتاجون أن نقف معهم في توجيههم من جوانب نفسية، لتجاوز أزماتهم و المواقف الصعبة نتيجة كبتهم لعدوانيتهم و حدة تنافسهم و ربما درجة التكتم العالية .

أ-الدراسات السابقة الخاصة بالتكتم:

1. دراسة هرمز جميلة (2013): الالكسيتيميا و أسلوب التفاعل السلبي لدى مرضى داء التهاب المفاصل المزمن .

وتكشف هذه الدراسة عن علاقة الالكسيتيميا بداء التهاب المفاصل المزمن و أسلوب التفاعل الاجتماعي السلبي و الجنسي . وقد تم قياس الالكسيتيميا و أسلوب التفاعل الاجتماعي بواسطة مقياس تورونتو -20 للالكسيتيميا و اختبار تقييم الذات لتفاعل الاجتماعي لغلاص على التوالي على عينة مرضية تقدر ب63 مريضا بداء التهاب المفاصل المزمن من الجنسين (28 رجلا و35 امرأة).قدر سنهم المتوسط ب47 سنة و على عينة صحية تقدر ب 59 فرد متمتعين بصحة جيدة من الجنسين (27 رجلا و32 امرأة) قدر سنهم المتوسط ب46 سنة وبينت النتائج ارتفاع الالكسيتيميا لدى المرضى داء التهاب المفاصل المزمن اكثر من الأصحاء و كانت درجات الالكسيتيميا لدى مرضى داء التهاب الما صل المزمن متشابهة بين النساء و الرجال (جميلة هرمز 2013 ص351)

2. دراسة فورمي و جماعته (2011 _ al _ formi) الالكسيتيميا و الاضطرابات النفس مرضي عند المصابين بالسرطان .

وصف التكتم عند مرضى السرطان مشخص حديثا قدرة المدة باقل من اربع شهور حيث استعمل المقاييس التالية:

HADS _ SCL90 _ EORTC _ QLQ _ TAS20

و النتائج : 70% من 419 للمرضى المسجلين لهذه الدراسة مثلت النسبة المؤهلة لتشخيص الالكسيتيميا و قد لوحظ وجود علاقة سلبية مع الأعراض النفسية . التي لم تتجاوز القلق و الاكتئاب. و من خلال مستويات القياس HADS إتضح وجود علاقة ايجابية مع نوعية الحياة و أخيرا ارتفاع معدل انتشار الالكسيتيميا تعتبر كحماية و هي في حاجة ضرورية لتدخل أخصائيين (psycho- cnologique)

و توضح هذه الدراسة انتشار التكتّم بين مرضى السرطان المشخصين حديثا و العلاقات بين التكتّم و المتغيرات الاجتماعية و الديموغرافية و الطبية

3. دراسة نويل و ريمي (noel et rime 1998):

التفكير العملياتي الاكسيتيمياو الاستثمار الاكلينيكي:

أثبتت الدراسات أن التكتّم من 10% إلى 20% بين عامة الناس و بين 50% إلى 80 % من سيكوسوماتين.

وجدوا ان بالنسبة سيكوسوماتين هناك فرق بين المجموعة الضابطة و المجموعة السيكوسوماتية و الدرجة المرتفعة في المجموعة الاولى السيكوسوماتين, و هذا الارتفاع لا يرتبط بالجنس او التعليم بل بالسن و مستوى المعيشة الاقتصادية و تنتشر عند الأفراد الذين يعانون من ضغط الدم و قد تجاوزت 50% في دراستين في ايطاليا و فلندة و 36% في الحالات التي تعاني من الكولون و دراسة أخرى أثبتت أن 53% في حالات السرطان إما الاضطرابات الغذائية فكانت من 48% إلى 70% فقدان الشهية و من 40 % إلى 61 % شره.

4. دراسة بيار مارتى (pierre marty 1988) الظواهر البسيكو سومتية.

قام ببحث لكي يثبت بشكل علمي حالة الاكسيتيميا بمساعدة أخصائيين في سرطان الثدي عند مفحوصين عددهم (66) في سن ما بين (35 _ 65) سنة لديهم ورم استجوبهم أخصائيين في السيكوسوماتية قبل أن يعرف هل الورم هو سرطان أم لا.

و قام بالمقابلة بهدف تحديد وضعية نفسية و القدرات العقلية و خاصة من الناحية عملية العقلنة و النتائج كانت كالآتي :

1_ عقلنة جيدة : 15 حالة _ 0 حالة سرطان

2_ عقلنة غير أكيدة : 37 حالة _ 13 سرطان (35%)

3_ عقلنة رديئة : 14 حالة _ 4 سرطان (31 %)

4_ ذهان : 1 حالة _ 1 سرطان (100%)

و النتيجة العقلنة الجيدة ← غياب السرطان

و الثلث في رداءة العقلنة

دراسة pierre marty : أجرى دراسة على 144 طالب فوجد ارتفاع التكتّم مرتبط بانخفاض

تقدير الذات (coran- 1999)

5. دراسة سيفنوس :

قام بدراسة بهدف معرفة اذا كان هناك علاقة بين التكتّم و الأمراض النفسوجسدية فأوضح أن 44% من المرضى السيكوساماتيين تكتّميين و تتوزع كالاتي :

_ من 33% ← إلى 47 أمراض تنفسية

_ من 30% ← إلى 66 أمراض مزمنة

_ من 20% ← إلى 45 أمراض هضمية

_ و في عامة الناس 8%

و خلاصة هذه الدراسة انه هناك علاقة بين الفقر في الخيال و الأمراض عامة .

6- دراسة YANNICK PAULE 2006 عن التكتّم و متغيرات أخرى :

_ دراسات أجريت على التوائم لاحظوا أن هناك تكتّم لكن فقط في الجانب المعرفي

و هناك دراسات وجدت تأثير جين في حالات التكتّم في وقت لم يحسم إذا كان للوراثة تأثير بعد . و هناك دراسة تدرس اثر نمط التعلق الغير آمن اتفقت مع مقياس eot العلاقة تكون نتيجة تعايش خلال مراحل العمر من خلال تعلم الانفعال و العادات المعرفية المرتبطة بتنظيم العواطف عند الطفل

_ أما من الناحية العصبية هناك دراسات تربط بين التكتّم و خلل من الناحية الخاصة بالانفعالات الموجودة في الناحية اليسرى حيث المنطقة الخاصة بالنطق و دراسات تربط الخلل بالناحية اليمنى.

ب. دراسات سابقة فيما يخص مرضى القلب

1. دراسة: BUNKER و زملائه (1960 – 2001) العوامل المؤثرة في القلب

في محاولة تحديد أهم العوامل المؤثرة في مرضى القلب قام الباحث BUNKER و زملائه بدراسة مسحية للبحوث التي كتبت ما بين (1960 – 2001) باستعمال بنك المعلومات PSYINFO ET MEDLINE و باستعمال 47 كلمة مفتاحية تشير إلى إمراض القلب و العوامل المحتملة و قد توفرت الشروط المنهجية التي حددها الباحث في 57 دراسة و اتضح أن أهم هذه العوامل هي الاكتئاب و العزلة الاجتماعية وانخفاض الدعم الاجتماعي و التعرض للكوارث و الحوادث الخطيرة والعدوان والغضب وطبيعة المهنة و ارتفاع درجات القلق

2. دراسة: (J W BURNS KATKIN 1993)

تم وضع مجموعة من الرجال والنساء في مواقف يتعرضون فيها لمضايقات أو تقييم من قبل شخص آخر وجد أن الرجال الذين عبروا عن غضبهم أثناء حالة المضايقة اظهروا نشاط ملحوظ في النشاط القلبي الوعائي خصوصا ذو العداء المزمّن منهم مقارنة بالنساء مع أن قمع الغضب و الاتجاهات العدائية ارتبطت بتصلب الشرايين عن النساء إلا أن العلاقة بين الأسلوب العدائي و المحافظة على الاستجابة القلبية الوعائية للضغط ربما تكون ثابتة عند النساء عند النساء ما هي عند الرجال (شيلي تايلور 2008 ص 725)

3. دراسة :احمد عكاشة

دراسة احمد عكاشة يقول أن التحكم الزائد في الانفعالات وكبت الغضب والعدوان وعدم التعبير اللفظي والحركي عن الصراعات الداخلية يؤدي إلى إجهاد الجهاز العصبي وبالتالي إفراز بعض الهرمونات مثل الادرلانيّن والرنيّن اللذان يؤديان إلى ارتفاع ضغط الدم (احمد عكاشة ص142)

4. دراسة : روزمان و فريدمان

توصل الباحثون في معهد صانفورد العالمي للأبحاث وعلى رأسهم العالم روزمان إلى تحديد نمط السلوك للمرضى المصابين بانسداد الشرايين التاجية يتمثل في العلاقة بين الفعل والانفعال التي نلاحظها لدى الذين يخوضون صراعا دائما يهدف للحصول وبأقل وقت ممكن على أشياء وأهداف.

5.دراسة :ازنك الامراض القلبية وسمات الشخصية

ويسلم ازنك بوجهة نظر التفاعلية بين سمة الشخصية المهيئ بمرض الشريان التاجي للقلب وسمات الغلب والعدوان.

في نفس الاتجاه توصل فريق من العلماء الألمان بجامعة ميونخ بالمان إلى أن الغضب يسبب الانسداد الشرايين و تضيقها وتصلبها لأنه يزيد تراكم الصفائح الدهنية فيها مما يزيد خطر التعرض للآزمات القلبية و قال الباحثون أن معدل تصلب الشرايين يتقدم بسرعة عند الأشخاص سريعين الغضب و الذين يعانون من ضعف الروابط الاجتماعية و الاسريه مشيرين إلى أن هذا الاكتشاف قد يساعد الأطباء في التعرف إلى مجموعات الأشخاص الأكثر عرضه للإصابة بمرض الشريان التاجي

(باهي السلامي 2008)

التعقيب على الدراسات السابقة:

ما لاحظته في الدراسات السابقة أنها أسفرت على أن هناك علاقة وطيدة بين النواحي السيكولوجيه و النواحي الفيزيولوجيه و أوضحت شدة خطورة الصراع النفسي و الانفعالي إذا لم يصرف و يعبر عنه لفظيا فانه يعبر عنه جسديا بمرض في احد الأعضاء كمرض سيكوسوماتي و خاصة على القلب باعتباره العضو الأكثر تفاعل مع الانفعالات و تأثير الانفعالات على نشاطه هذا نتيجة الإفرازات الهرمونية التي تؤثر على الجهاز العصبي للمريض و ذلك يؤدي إلى اختلال في الأجهزة الداخلية وخاصة شرايين القلب وفي هذا الصدى اي عدم القدرة على تصريف الانفعالات و الوعي بها ظهر مفهوم التكتم في السبعينات وأجريت عليه عدة دراسات منها دراسة التكتم عند

مرضى السرطان كما ا درس عند الذين يعانون من اضطرابات في النوم و عند مرضى ضغط الدم والاضطرابات الهضمية وهذا يدل على مدى تأثير التكتم على صحت الفرد.

كما قد استفدت منها من الناحية المنهجية و في صياغة الإشكالية و في تحليل النتائج و معرفة المقياس الأكثر استخدام بالإضافة إلى فوائد أخرى.

الجانِب النظري

الفصل الثاني: الحياة الانفعالية

تمهيد
1. تعريف الانفعال
2. نظريات الانفعال
1.2 نظرية جيمس لانج
2.2 نظرية كانن
3.2 النظرية المعرفية
4.2 النظرية الوجودية
5.2 بعض النظريات السيكلوجية
3. أهمية الانفعالات في حياة الإنسان
4. الحالة الفسيولوجية المصاحبة للانفعال
5. الدماغ و الانفعالات
6. أبعاد الانفعال
7. السلوك الانفعالي من الناحية الفسيولوجية
8. أسباب الانفعال

9. أنواع الانفعال
10. النمو الانفعالي
11. الانفعال و الأمراض الجسمية
12. خصائص الانفعال
13. التنظيم الانفعالي
ملخص الفصل

تمهيد :

إن للانفعالات علاقة وطيدة بصحة و الاستقرار النفسي حيث أنها إذا فقدت اتزانها مالت إلى أحد القطبين كالإفراط في الإثارة أو الإفراط في الكبت يسبب لصاحبها المتاعب و الأمراض فمثلا الإفراط في الخوف أو الغضب يتعب صاحبه و يعرقل حياته و يلحق بصحته مضار كبيرة . وفي القابل كبت الانفعالات و كتمها و عدم التعبير عنها يؤدي إلى العزلة و الاكتئاب و التشاؤم و يصل إلى أن يعبر عنها الجسم على شكل أمراض كالقرحة المعدية و الربو و مرض القلب...لذلك يستحسن أن يعرف الإنسان انفعالاته و كيف يصرفها و التعبير عنها بطريقة متزنة و سليمة حتى يحافظ على سلامة صحته.

1-تعريف الانفعالات :

الانفعال حالة مركبة للكائن الحي و تتصف بصورة عامة بحالة بارزة من الإثارة و المشاعر الشخصية (ارنوف - وتيج 1973 ص 133)

_ أما أحمد عزت يعرفه كالآتي :

يستخدم بعض العلماء اصطلاح الانفعال *émotion* بمعنى واسع بحيث يشمل جميع الحالات الوجدانية رقيقها و غلظيها و بذا يجمعون بين الخوف و الغضب و الفرح و الحزن و بين ذلك الشعور السار الذي يجده الإنسان في نفسه و هو يتأمل منظرا جميلا أو يقرأ كتابا مسليا أو يشرب فنجانا من الشاي الجيد ; أو ذلك الشعور المنفر الغير مصاغ الذي يستشعره الفرد و هو يلمس قطعة من ورق الصنفرة أو هو ينتظر طعام الإفطار , أما الانفعال فمعناه الضيق الذي يأخذ به اغلب المحدثين من علماء النفس فهو حالة وجدانية تنسم بسمات ثلاث :

1_ فهو حالة قوية تكون مصحوبة باضطرابات فسيولوجية باطنية بارزة تغطي أجهزة التنفس و الدورة و الهضم و الجهاز العضلي و الجهاز ألغدي الهرموني .

2_ و هو حالة تنبه الفرد بصورة مفاجئة.

3_ كما تتخذ صورة أزمة طارئة عابرة فلا تبقى وقتا طويلا ; و على هذا يمكن تعريف الانفعال بأنه حالة جسمية نفسية تائرة أي يضطرب لها الإنسان كله جسميا و نفسيا أو أنه حالة وجدانية قوية طارئة

مفاجئة ; و بهذا يكون الرعب و الهلع من الانفعالات و لا يكون الإشفاق من الانفعالات و يكون الحزن انفعالا لكن حالتي الابتئاس أو القنوط لا تدخلان في زمرة الانفعالات و تكون الشهوة انفعالا و الحب لا يكون انفعالا .

(احمد عزت 2009 ص 127)

_ يعتبر جوزيف joseph le bas عالم الأعصاب بمركز علوم الأعصاب بجامعة نيويورك أول من اكتشف الدور الرئيسي للنتوء اللوزي في العقل العاطفي . و هو أيضا عضو في جمعية أعضاءها من العلماء المتخصصين في الأعصاب تكونت حديثا و قد ابتكر حديثا هؤلاء العلماء تكنولوجيا حديثة ; لم تكن معروفة من قبل من حيث دقتها في رسم خريطة للمخ أثناء أداء وظائفه و بالتالي كشف أسرار العقل الغامضة

(ليلي الجبالي)

2 - بعض نظريات الانفعال :

2-1 نظرية مكدوغال :

نظرية مكدوغال للعاطفة (1928، 1923، 1910) تعتمد على بعض الاعتبارات البيولوجية الأساسية وعلى محاولة التمييز بين العواطف والمشاعر ومرتبطة بشكل وثيق للدوافع .وأعرب عن اعتقاده أن القدرة على الاقتراب بين الأداء النفسي و أهداف أساسية إلى وأن ينبع كل سلوك بحثا عن الغذاء أو الهروب أو تجنب المنبهات الضارة .وقال إن ما يحدث نسميه 'المشاعر' ملاحق لهذه العمليات الأساسية، والتي تنشأ من الطريقة التي ننظر بها بينتنا ومختلف التغيرات الجسدية.

على الرغم من أن مكدوغال يعتقد أن اثنين فقط من المشاعر، اللذة والألم، تعديل كل من السلوك الذي توجهه الهدف، واعترف أيضا طبيعة المعرفية للبشر .هذا يعطيهم التوقعات، و يسمح الخبرات إلى أن تتصهر ويضع تركيزات غير عادية من المشاعر .ومن هذا الجانب المعرفي الذي يضع البشر بصرف النظر عن غيرها من الحيوانات ويجعل الحياة أكثر تعقيدا من أن يكون اختلاف بسيط من اللذة والألم .

من خلال استخدام اليومي وتأتي هذه المشاعر المعقدة يعرف باسم العواطف، على الرغم من أن هذه ليست العواطف "الحقيقية".

كما يزيد من المعلومات الأساسية لنظريته للعاطفة، فمن الضروري أيضا أن نشير إلى تركيز ماكدوغال على الغرائز، التي يعتقد لتوفير الزخم لكل الفكر والعمل. واحدة من العديد من جوانب الغرائز بالنسبة للماكدوغال هو أن من الإثارة العاطفية، الذي قال هو انعكاس في تغييرات عميقة سريريته والجسدية. وألمح أيضا هذا التصور يثير العاطفة. لذلك، على سبيل المثال، قد ينظر الكائن حي إنه حافزا تهديد، التي من شأنها أن تثير له شعور بالخوف، وكلها عملية إعادة غريزة أساسية. ومع ذلك، وقال انه ليس من الواضح كيف تصبح جوانب مفيدة والعاطفية لهذه التفاعلات المتصلة ولم يذكر أي وقت مضى الكثير عن ردود الفعل الجسدية دقيقة من الإدراك. نظرية ماكدوغال من المشاعر تعتمد على الرأي القائل بأن طوال تطور الإنسان أصبحت الأهداف والسلوك الذي توجهه أهداف أصبحت أكثر خصوصية و أوتوماتيكية. وأدى ذلك إلى تعديل جسدي أكثر دقة وتخصيصا. تجربة هذين النوعين من المساعي أعطت نوعية "المشاعر الأولية

(Strongman, 2003 p13)

2-2_ نظرية جيمس لانج :

ترجع نظرية جيمس لانج إلى كل من : (وليام جيمس العلم النفسي الأمريكي و س .العالم النفسي الدنمركي) حيث كلاهما طورا بصورة مستقلة نفس المفهوم الرئيسي لهذه النظرية في نفس الوقت تقريبا تشير هذه النظرية إلى أن المثيرات المنتجة للمتغيرات الجسمية ; وهي التي بدورها تثير انفعالات محسوسة و تشير هذه النظرية إلى أن المثيرات في الأصل كانت مرتبطة باستجابات جسمية و فيما بعد فسرت كانفعال

(ارنوف و تيج 1983 ص 137)

و يعتقد وليم جيمس أن العامل الحاسم في إحداث الحالة الهيجانية هو التغذية الراجعة feed back الناتجة عن التغيرات الجسمية التي تحدث استجابة لموقف الخوف و الإحباط و في هذا يقول " تتلو التغيرات الجسمية مباشرة إدراك الحقيقة المثيرة و أن شعورنا بهذه التغيرات الحادثة هو الانفعال " و يستطرد شارحا نظريته : يقول الناس نحن نضيع ثروتنا فنغتم و نبكي و نصادف دبا فنخافه و نلوذ بالفرار أما أنا فأقول أن هذا التابع غير صحيح لأنه لا يمكن أن يعقب حادث نفسي حادث نفسي مباشرة و من غير أن تقف الظواهر الجسدية فاصلا بينهما ; و رأيي في ذلك هو أننا نحزن لأننا نبكي و نصرب لأننا غاضبون نرتجف لأننا مذعورين . و بدون الأحوال الجسدية اللاحقة بالإدراك يكون الإدراك عقليا محضا باهتا لا لون له باردا ليس فيه حرارة الهيجان و يضيف هل يبقى للخوف معنا إن أزيل الشعور بالخفقان .

(راضي الوقفي 2003 ص 363)

2-3دراسة ونظرية كانن :

قام هذا الفسيولوجي الأمريكي بدراسة التغيرات الفسيولوجية التي تصحب الانفعال فوجد أن هرمون الأدرينالين يزداد إفرازه في حالات الانفعال العنيف كالخوف و الغضب و الألم الجسدي و الجوع ; و استنتج أن هذه الزيادة في الإفراز لها نتائج ذات فائدة حيوية للفرد فهي تعينه على الهرب او القتال : ذلك أن زيادة إفراز هذا الهرمون يؤدي إلى :

1_زيادة سرعة النبض و شدته بما يساعده على سرعة توزيع الدم إلى جميع أجزاء الجسم إلى الأطراف خاصة ليزيد من نشاطها .

2_ارتفاع ضغط الدم (132)

3_وقف نشاط المعدة و الأمعاء حتى تتجه الطاقة الجسمية بأسرها إلى مواجهة الموقف الانفعالي .

4_انقباض الأوعية الدموية التي في الجلد مما يدفع الدم إلى العضلات أكثر منه إلى الجلد و الأمعاء و الفرد في حالات الطوارئ في حاجة إلى عضلات أكثر من أي شيء آخر .

5_اتساع مسالك للهواء في الرئتين مما يسهل عملية التنفس

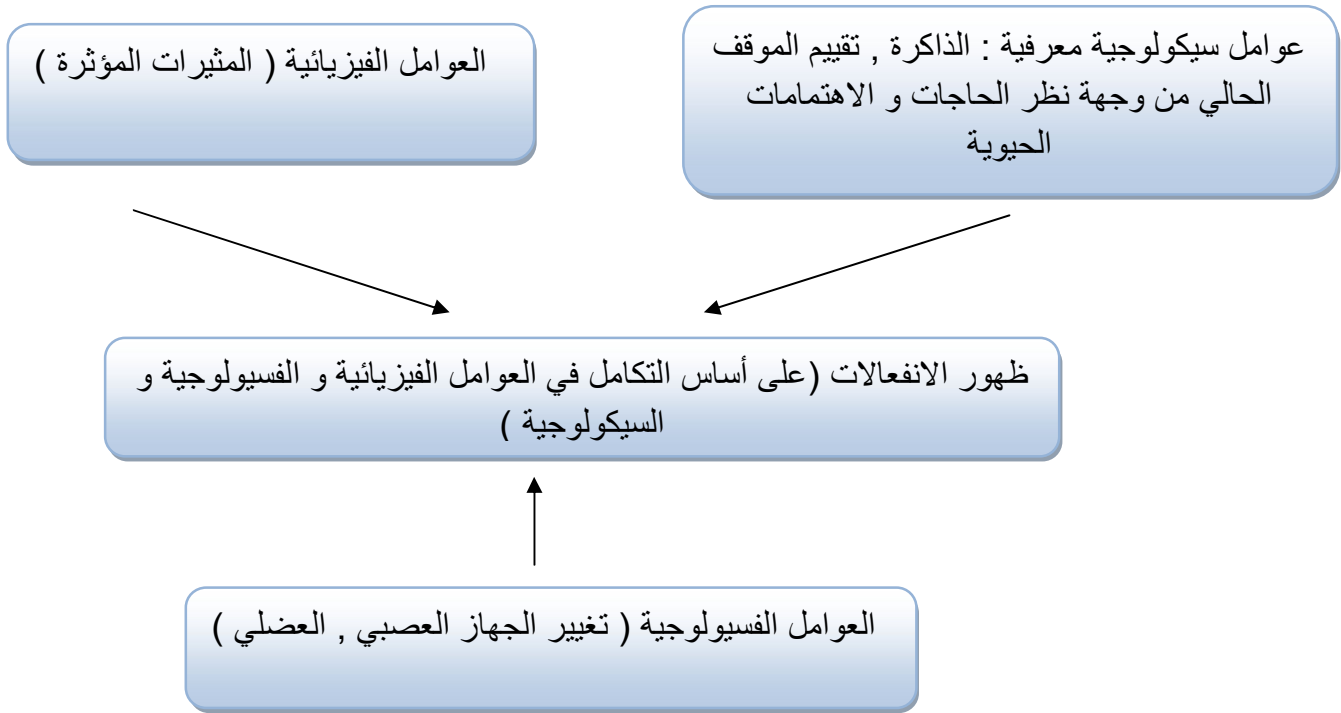
6_انطلاق السكر المخزن في الكبد مما ينشط العضلات و يؤخر ظهور التعب العضلي

7_ زيادة سرعة تخثر الدم مما يقي الفرد من النزيف الموصول إن أصيب بجراح

8_ زيادة إفراز الأدرينالين تؤخر ظهور التعب مما يمكن الفرد من القيام بأعمال لا يستطيع القيام بها في الأحوال العادية

و قد حد هذا كله كانن إلى أن يصوغ نظرية الانفعالات تعرف بنظرية الطوارئ و فحواها أن الانفعال رد فعل طبيعي يصدر عن الفرد بأسره لمواجهة الطوارئ و إعداده للهرب أو القتال و ينسب كانن إلى هذه التغيرات الفسيولوجية تلك الأعمال الخارقة للعادة التي يأتيها الفرد في حالة طوارئ كالقفز فوق سور ارتفاعه متران و التي تمكنه من الخلاص من الأخطار (احمد عزت ص 133)

2-4 النظرية المعرفية :



مخطط يبين عوامل ظهور الانفعالات وفقا للنظرية المعرفية الفسيولوجية للعالم س. شاكتر

(الوقفي 2003 ص 300)

فلقد ذهب كل من ستاتيلي شاكتر و جيروم سنجري في عام 1962 إلى أن العنصر الرئيسي في شعورنا بالانفعال هو تفسيرنا للموقف المثير للانفعال و الاستجابات الحشوية و العضلية التي تحدث في بدننا فحدث ما نحس به من دقات القلب و سرعة التنفس و إفراز العرق في موقف تدريب رياضي لا يثير فينا انفعالا بينما نفس الاستجابات إذا حدثت في موقف يهدد حياتنا فإننا سوف نفسرها على أنها

خوف من هنا فانه قد يثير فينا استجابات حشوية معينة أنواعا مختلفة من انفعالاتنا التفسير للمواقف لمختلفة التي تحدث فيها

((الكناني و آخرون 2001 ص 401))

2-5 النظرية الوجودية للانفعال : أكد سارتر زعيم المدرسة الوجودية متأثر بوجهة نظر الفينومينولوجية على أن الانفعال الشعوري هو العائق الذي عن طريقه أتعرف على إمكانياتي و قدراتي و ذلك من خلال مقولته " ليس جسدي الذي ينفعل و ليس عقلي الذي ينفعل و إنما الذي ينفعل هو (الأنا) " و الذي يرى فيه بأنه يؤلف كل موحد في الجسد و الشعور معا.

2-6 النظرية السلوكية : ينشأ الانفعال من وجهة نظر بعض السلوكيين نتيجة الصراع المستثار لدى الكائن الحي و الذي يؤدي به للقيام باستجابات غير منسقة كما يفسر البعض الآخر الانفعالات في ضوء اضطراب السلوك حيث يأخذ على هذه النظريات - فيما يرى ميفلن ماركس - أن هناك صعوبات في تحديد التعريفات الإجرائية الدقيقة لمعنى الصراع باعتباره أساس الانفعالات.

و قد تعامل واتسون مع الانفعال على انه نمط وراثي من الاستجابة تتضمن تغيرات جسمية بجسم الكائن الحي ككل و قد عالج واتسون الانفعالات بنفس الطريقة التي تعامل بها مع الاستجابات غير الشرطية التي تحدث بشكل منسق لمنبهات معينة و لم يهتم بالتحليل الفسيولوجي للانفعال أو بدور الجهاز العصبي.

و عليه ترى النظرية السلوكية الاتزان الانفعالي يتحقق من خلال إدراك الفرد لجميع الظروف التي تؤدي إلى خلق سلوك غير متوازن و معالجة السلوك و الظروف ذات العلاقة و تسجيلها و ذلك لتعزيز البديل و مكافئة السلوك المرغوب و معالجة السلوك الغير مرغوب فيه

((الغذائي 2014 ص 47 - 48))

3- بعض النظريات السيكلوجية بإيجاز :

أولا : نظرية التطور أو النظرية الداروينية

ثانيا : النظرية السيكو-عضوية و تشمل :

_ نظرية جيمس لانج

_ نظرية كانن بارد

ثالثا : النظرية التنشيطية للعالمين (لندس - هب)

رابعا : النظرية المعرفية الفسيولوجية للعالم " شاكرت فيستجر "

خامسا : النظرية المعرفية و المعلوماتية للعالم " ب-ف .سيموتوف " (محمد بن يونس 2004)

4_ أهمية الانفعالات في حياة الإنسان :

تقوم الانفعالات بعدة وظائف من أبرزها :

_ الاتصال

_ التنظيم

_ الإشارات

_ الدافعية

_ التغيير أو التقدير

_ الاستثارة

_ الحماية أو الدافعية

(محمد بن يونس 2004 ص 284 - 285)

5- الحالة الفسيولوجية المصاحبة للانفعال :

-آليات الدماغ : لقد أمكن للباحثين بيان ثلاثة ملامح لكيفية ضبط الدماغ للانفعال :

أ- حللة الفسيولوجية المصاحبة للانفعال يمكن متابعة الدورة الفسيولوجية للانفعال في آليات الدماغ و الجملة العصبية الذاتية فبعض أجزاء الجهاز العصبي المركزي تؤثر في إثارة الانفعال وتمارس الجملة العصبية الذاتية دورا في إثارة كثير من التغيرات الفسيولوجية التي ترافق الانفعال :

أ_ يبدو أن جهاز الحافي و بخاصة اللوزة Amygdola في الدماغ يقوم بعمل مركزي في مظاهر متعددة من الانفعال كما يظهر من التجريب على الحيوان فعندما كانت اللوزة تحقن بعقار خاص يعطل عملها يصبح الحيوان غير قادر على القيام بالاستجابة الانفعالية بالرغم انه ظل يقوم باستجابة الغير انفعالية.

ب_ يلاحظ اثر الدماغ في ضبط التعابير الوجهية الانفعالية و غير انفعالية فقد ظهر أن الأفراد الذين يصابون في الجزء الحركي من القشرة الدماغية يستطيعون القيام بالتعابير الوجهية في حالة الانفعال الحقيقي و لكنهم يعجزون عن اصطناع هذه التعابير .

ج_ قد ظهر أن الناس الذين يصاب نصفهم المخي الأيمن لا يستطيعون الضحك عندما تتلى عليهم النكت بالرغم من أنهم يفهمون معاني الكلمات المستخدمة فيها و المنطق الكامن في النكتة)

_ اثر الجملة الذاتية : لقد ظهر بتجريب أن الجملة العصبية الذاتية مسئولة على إحداث كثير من التغيرات الفسيولوجية التي تصاحب الانفعالات فعندما تمر العضوية بخيرة هيجانية كالخوف أو الغضب تنتابها عدة تغيرات جسمية ينشأ معظمها بفعل نشاط الجملة العصبية الودية و هي جزء من الجملة العصبية الذاتية حيث تقوم بتنبيه الغدة الكظرية لتفرز هرمون النوربيبتفرين و الابنيتفرين (الادرينالين) في الدم فتثار بذلك جميع الأعضاء المستهدفة لتهيأ الجسم لمواجهة المواقف الطارئة .

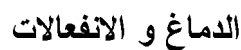
(راضي الوقفي 2003 ص 357 - 358)

الهيبيو تلاموس (تحت السرير أو تحت المهاد) يوجد أسفل التلاموس لذلك سمي تحت التلاموس ويرغم من صغر الحيز الذي يشغله إلا انه على جانب كبير من الأهمية لأنه يرتبط بمناطق مسئولة عن

الوظائف الحشوية والوعائية و الانفعالية فهو منظم لعمليات الهدم و البناء (الميتابولازم) إضافة إلى تحكمه بالغدد النخامية التي هي المنظم الأساسي لعمل الغدد الأخرى نستطيع أن نوجز عمل الهيبيوتالاموس في الوظائف التالية التحكم في وظائف الجهاز العصبي المستقل أو الذاتي - تنظيم درجة الحرارة في الجسم - وضغط الدم - و تنظيم الشهية للطعام - عمليات النوم واليقظة - والتحكم بالسلوك الانفعالي - و تنظيم إفرازات الغدد النخامية و كمية الماء في الجسم

(محمد قاسم 2008 ص 50)

(إلى الجبالي ص 31)



6-قياس الانفعالات :

إن الجهود التي بذلت لقياس التغيرات الجسمية المصاحبة للانفعال تركزت إلى حد كبير حول التغيرات الجسمية الفرعية مثل الجسم (العرق - البول) و في الدم وضغط الدم وسرعة النبض و التغيرات في الذبذبات الدماغية هذه مع العلم بان الانفعالات تختلف و تتباين باختلاف الأفراد و تباينهم من حيث شدتها في عتاب الإحساس

و كان بعض من الباحثين قد أبدى اعتراضه على هذا القياس منهم على سبيل المثال "برادي - الذي يرى أن اختيار معيار موثوق به للتعرف على النشاطات الانفعالية لا زالت تعترضه معوقات حيث ان اغلب التغيرات المصاحبة للانفعال يمكن أن تحدث في مواقف غير انفعالية

ويقوم الانفعال على أساسين بسيطين هما اللذة و الألم هذين الأحاسين غير معروفين على وجه الدقة لحد

الآن و بسبب صعوبة معرفة هذين رغم بساطتهما ما حيث لا يمكن تحليلهما إلى أبسط منهما من اجل معرفة مكوناتهما لأنهما آليات ابتدائية أي انهما يمثلان الدرجة الدنيا في البساطة

-نماذج التعبير الانفعالي

-تعبير واضح و شديد عن الانفعال

-تعبير هادئ ومنطقي عن الانفعال

- هروب من التعبير الانفعالي

- ضبط الشديد للتعبير الانفعالي ومظاهره

- تتصل من الانفعالات

7-أبعاد الانفعال

- هارولد شلوسبرغ قال أن هناك ثلاث أبعاد

- السرور و الكدر

- الرفض -الانتباه

- الشدة - مستوى النشاط

- بينما قسمها فوند إلى ثلاث أبعاد

- سار غير سار

- إثارة - اكتئاب

- توتر - استرخاء

8- السلوك الانفعالي : من الناحية الفسيولوجية

يعد السلوك الانفعالي معقد التركيب و الأسس من حيث تعددها و اختلاف المؤثرات البيولوجية حيث يرتبط بالغدد التلاموس وفي المخ إذ يقوم السطح الفص الجبهي و الفص الصدغي و لا سيما في منطقة حسان البحر دور بإطلاق السلوك الانفعالي أما اللوزة فدورها في التحكم في الاستجابات العدوانية

(علي احمد وادي 2005- ص 42)

_ الانفعالات تعد ردود فعل اهتياجية و تؤدي إلى إحداث تغيرات كيميائية و جسدية تحميه من الخطر و عندما تكون قوية تحمل أجزاء من الجهاز العصبي على ان تبعث سلسلة من الإشارات إلى مختلف الغدد و الأعضاء الجسم فتحثها على الدفاع على الجسم نفسه مثلا عندما يتعرض الفرد لما يثير خوفه فان الانفعال يحدث مجموعة من التغيرات منها قيام الغدة الكظرية بإفراز هرمون الكظر (الادرينالين) في الدم فتتسارع نبضات القلب و يرتفع ضغط الدم و يدور الجسد بطاقات إضافية تمكنه من مواجهة الخطر مثل تدفق مقادير كيبوت من السكر أما في حالة الخوف المتكرر فهناك مضارة تنتج استمرار التغيرات في الجسد فترة طويلة كالإصابة بقرحة المعدة و الانفعالات نوعان

_ الانفعالات الايجابية التي تستثار عندما يدرك المرء ما يرضيه كالحب و الابتهاج و الأمل
_ الانفعالات السلبية و هذه تستثار عندما يلقي المرء ما يؤذيه أو ينفره كالغضب و الخوف و اليأس و الحزن و الاشمئزاز

أما السلوك الانفعالي التغيرات الترويع العاطفي الانفعالي مصاحبة الأمراض تصيب احد جانبي المخ فالأمراض النصف المخي الأيمن يمكن ان يكون مصحوبا بحالة من اللامبالاة أو حتى الاهتياج و هكذا نجد أن المريض لا يهتم بطريقة مدهشة بالآلام التي يمكن ان تكون مصاحبة لحالته المرضية (50)

(احمد وادي -2005)

و هناك خطوط عريضة تعتبر أساسا لكل الانفعالات :

1-الانفعال حالة وجدانية تنشأ من مصدر نفسي

- 2- الانفعال حالة تغير في الكائن الحي يصاحبها اضطراب في السلوك
- 3- يصاحب الانفعال عادة الكثير من التغيرات الفسيولوجية الداخلية مثل سرعة خفقان القلب و ازدياد ضغط
- 4- الانفعال يحدث نتيجة إدراك بعض المؤثرات الداخلية و الخارجية
- 5- الانفعال حالة معقدة عند الكائن الحي و ليست حالة بسيطة
- 6- الانفعال خبرة ذات شعور قوي
- 7- الانفعال يتضمن استجابات شعورية و أفعال ظاهرية خارجية و أخرى داخلية باطنية
- 8- يلعب الجهاز العصبي المستقل دورا هاما في الانفعالات

9- لا نستدل على الانفعال مباشرة منه كعملية و لكن نستدل عليه بآثاره الظاهرة فالانفعال يفنقد لعنصر الوضوح

8 - أسباب الانفعال :

- 1- عندما تتم الإعاقة لدافع أساسي من دوافعنا بحيث يمنع الدافع من الوصول إلى هدفه كالحيلولة دون وصول الجائع إلى طعام رآه
- 2- عند استثارة دافع فينا و ذلك حين يهان احدنا في كرامته الشخصية بصورة مفاجأة أمام الناس و لا يستطيع الاستجابة السريعة لها أمام وقع الصدمة و المفاجأة
- 3- عندما يتم إشباع بعض دوافعنا بصورة فجائية لا نترقبها أو تتحقق بعض آمالنا بغتة كحال مريض كان لا يرجوا شفاؤه عاجلا فإذا به تزول علته فجأة بعد أن يئس.

(الهاشمي 1984 ص 155 - 166)

9- أنواع الانفعال :

تتداخل و تتشابه الانفعالات فيما بينها فنجد أن هناك انفعالات أولية او بسيطة مثل الخوف ,و الغضب و الحزن و الحب و الفرح و غيرها كما نجد أن هناك انفعالات معقدة في تكوينها حيث تقوم على امتزاج انفعاليين أو أكثر مثل : الغيرة و الدهشة و الحياء و غيرها.

و يرى الباحث أنه لا داعي للدخول في معترك تقسيمات الانفعالات بيد أن هناك تقسيمات عديدة و مختلفة قسمت فيها الانفعالات حسب طبيعتها و تركيبها و حسب وجهة نظر المدرسة أو الاتجاه أو العالم الذي قسمها أو طبقا للموقف الذي تظهر فيه .

و ينطبق ذلك على عدد الانفعالات و تنوعها لذا سيقوم الباحث بالتطرق لثلاثة أنواع أساسية من الانفعالات تؤثر في سلوك الإنسان و هي :

أ _ الغضب :

يبدوا أن الغضب هو أكثر الحالات تصلبا و عنادا من بين كل الحالات التي يرغب الإنسان في الهروب منها فقد انتهت تأسيس من دراستها إلى أن الغضب هو أسوأ الحالات النفسية التي يصعب السيطرة عليها و الغضب هو أكثر هذه الحالات غواية و خطر على العواطف السليمة ذلك لأن المونولوج الداخلي الذي يحث على الغضب يملأ عقل الغاضب بالذرائع المقنعة ليصب جما غضبه .

و الغضب إحدى العواطف التي تجتاح الإنسان بدرجات مختلفة من الحدة وفقا لضعف أو قوة المثير و حالة الإنسان النفسية وقت الإثارة .

و تعرف دافيدوف الغضب بأنه : " انفعال يتميز بدرجة عالية من النشاط في الجهاز العصبي السمبثاوي و بشعور قوي من عدم الرضا سببه خطأ وهمي أو حقيقي .

و يرى الباحث إن الغضب ثوران في النفس يحملها على الرغبة في البطش و الانتقام فهو حالة نفسية و انفعالية تصيب الإنسان و ينشأ نتيجة وجود بعض العقبات التي تعترض طريق الفرد و تحول بينه و بين تحقيق هدفه

(الريان ص 35- 36)

الخوف :

يرث الإنسان و كذلك الحيوان استعدادا عاما للخوف و الابتعاد عن الأشياء و المواقف التي تؤلم الجسم و تؤذيه أو التي يتوقع منها الألم و الأذى و كل شيء أو موقف يهدد بهذا الألم و الأذى

يشكل لدى الفرد "خطراً" أو "مخافة" فالألم الجسمي أول مثير للخوف عند الإنسان و هو مثير فطري بطبيعة الحال و قد اختلف العلماء في تحديد عدد المثيرات الفطرية للخوف فمنهم من يقول أن الألم الجسمي هو المثير الفطري الوحيد للخوف عند الإنسان و ما عدا ذلك من المخاوف فهو مكتسب مشتق من هذا الألم عن طريق عملية التعلم و يرى " واطسن " مؤسس المدرسة السلوكية أن الأصوات العالية المفاجئة و فقد السند مثيرات فطرية للخوف عند الطفل و يرى آخرون أن أية تغيرات مفاجئة غير متوقعة في البيئة من مثيرات الخوف الفطرية فالخوف من المجهول و من المفاجئ و من الغريب يشاهد لدى الحيوان و عند الصغار و الكبار من بني الإنسان و ربما كان السبب هو عجز الكائن عن التصرف الملائم المأمون حيال هذه التغيرات كأن الكائن الحي ينظم بيئته بحيث يحمي نفسه من أخطارها فأى اضطراب في هذا النظام يثير فيه الخوف .

و من استجابات الخوف عند الأطفال : البكاء و الصراخ و الارتعاش و التجنب و الانسحاب و التماس المساعدة و الاستخذاء و الاحتجاج و الالتصاق الشديد بالأبوين و لا بد لحدوث التوافق الانفعالي فيما بعد أن تحل محل هذه الاستجابات أخرى ناضجة

و مهما يكن من أمر فالطفل يكتسب الغالبية العظمى من مخاوفه عن طريق التعلم فقد يصيبه الخوف من الكلاب مثلاً لأن كلباً عضه أو لأننا حذرناه من الكلاب أو لأنه رأى علامات الخوف منها على وجوهنا أو لأنه سمع قصة عن ذلك .

(المرجع 2009 ص

(136

ب-الحب : وهو تركيز مشاعر الفرد في شخص أو شيء معين كما إنه يؤدي إلى توجيه نشاط الكائن الحي نحو التقرب من هذا الشخص أو نحو الحصول على شيء معين.

(الكنانى و آخرون 2002 ص 416)

وانفعال الحب يختلف عن انفعال الغضب في كونه انفعلاً إيجابياً يدعو إلى الارتياح و هذا الارتياح يجعل الفرد يتجه إلى الموضوع الذي يحبه.

(محمود 1970 ص 51)

10-النمو الانفعالي :

تبدأ المرحلة من 2_3 أشهر و تبلغ قمتها في الشهر السادس و تنتهي مع نهاية السنة الأولى.و
التفوق التعبير الانفعالي الذي يشكل نوع التكافل الانفعالي يخلف التكافل العضوي .

(ميموني2010 ص108)

إن الإنسان يتأثر في نموه الانفعالي و الاجتماعي الذين يتفاعل معهم و بالمجتمع القائم الذي يحيا في إطاره و بالثقافة التي تهيمن على أسرته و منزله ووطنه و تبدو آثار هذا التفاعل في سلوك الفرد و استجابته و في نشاطه العقلي و في شخصيته النامية بصفة عامة .

إن النمو الانفعالي يسير خلال السنوات الأولى بشكل تدريجي من ردود الفعل العامة نحو سلوك انفعالي خاص متميز يرتبط بالظروف و المواقف و الناس و الأشياء و يصاحب الانفعال مظاهر جسمية و فسيولوجية ترجع إلى تأثير الجهاز العصبي الذاتي.

(مذكرة الريان-2006ص29)

و لقد اهتم برджز بدراسة انفعالات الأطفال و درسها باستخدام الاختبارات و الملاحظات المطولة و تناول نمو الانفعالات في السنوات الأولى في حياة الطفل .

في الأسابيع الأولى من حياة الطفل فانه يتجول ببصره و يتحرك و كل موقف يهربه يثير فيه نفس الاستجابة الانفعالية مهما اختلف الموقف .

(موسوعة العيسوي)

و الواقع أن عجز الطفل عن السيطرة على انفعالاته هو الخاصية التي تميز الاستجابات الانفعالية في الطفولة و لكن مع نمو الطفل تزداد المواقف الخارجية تنوعا و بالتالي تزداد استجاباته تمايزا

(الجسماني 1994 - ص 62)

تأتي مرحلة الطفولة المتأخرة لتعبر عن مرحلة الاستقرار و الثبات الانفعالي و لذلك يطلق عليها مرحلة الطفولة الهادئة و تعتبر هذه المرحلة تمثيل الخبرات الانفعالية التي يمر بها الطفل و يلاحظ لديه بعض الأعراض العاطفية و أذاها تعرض الطفل في هذه المرحلة إلى الشعور بالخوف و عدم الأمن أدى ذلك إلى القلق الذي يؤثر تأثيراً قوياً على النمو الفسيولوجي و العقلي و الاجتماعي

(ريان 2006 ص 29)

10-الانفعال و الأمراض الجسمية :

قدمنا أن الانفعالات حالات جسمية نفسية ناتجة أي حالات شعورية تقترب باضطرابات فسيولوجية حشوية مختلفة تغطي الأجهزة الداخلية جميعاً , كما تقترب بحركات تعبيرية و سلوك خارجي ظاهر تتصرف عن طريقه هذه الطاقة الحشوية , فان حدث إن أعيقت هذه الطاقة الحشوية عن الانطلاق في سلوك خارجي مناسب بالقول أو بالفعل كان امتنع الهرب في حالة الخوف أو الهجوم في حالة الغضب , زاد تراكمها و اشتدت وطأتها فتضخمت الاضطرابات و التوترات الحشوية فان دامت الأسباب المثيرة للانفعال و اضطر الفرد الى قمعه أو كبته مالت هذه الاضطرابات إلى الأزمان بما قد يؤدي آخر الأمر إلى أمراض جسمية خطيرة مزمنة كارتفاع ضغط الدم الخبيث أو الربو أو قرحة المعدة الى غير تلك من الأمراض الجسمية النفسية المنشأ التي تعرف بالأمراض السيكوسوماتية . و بعبارة أخرى إن لم نمكن انفعالاتنا من التعبير الظاهر عن نفسها بصورة ملائمة تولت أجسامنا التعبير عنها بما تستهلكه من لحم و دم . هذه الأمراض هي إحدى طرق التعبير عن الحياة الانفعالية , خاصة الحياة الانفعالية اللاشعورية فهي إحدى لغاتها . مثلها كمثل الأحلام و الهفوات و أعراض الأمراض لنفسية .

لقد دلت بحوث دقيقة على فريق كبير من المصابين بضغط لدم الجوهري أي الذي لا ينشأ من الأسباب العضوية المعروفة ، على أنهم يعانون من أزمات انفعالية عنيفة قوامها الحقد و العدوان ، و أنهم لم يجدوا لهذا العدوان المكظوم مخرجا أو متنفسا يخفف ما لديهم من توتر مزمن تخفيفا كافيا .

و قد لوحظ أن أمثال هؤلاء المرضى تتحسن حالتهم حين يتاح لهم التعبير عن دوافعهم العدوانية أثناء جلسات التحليل النفسي أو حين يتعلمون طرقا أفضل لسياسة دوافعهم العدوانية في أعمالهم و في بيوتهم .

(راجع 2006 - ص 147)

11- خصائص الانفعالات :

كتب اوتالي سبع مسلمات (1987) في كتاب الارسطية الذي يعتمد على منظور العلوم المعرفية :

_ وظيفة انفعالية.

_ المشاعر المنفصلة التي يوجد فيها جسر بين النظرية الشعبية و النظرية العلمية .

_ يتصرف الفرد بلا وعي بسبب الانفعال.

_ له خاصية الحوار الداخلي .

_ الانفعالات تتوقف على تقييم الأحداث و التفاعل مع الأهداف.

_ الانفعالات الأساسية تصاحبها وظائف فسيولوجية

(john wiley 2003 p 15)

_ القدرة على فهم مشاعر الآخرين

12 -التنظيم الانفعالي : من خلال طريقته الخاصة لمعالجة عقلية لوضعية انفعالية و يمكن الفرد من

تغيير شدة و نوع الحالات الانفعالية التي تواجهه ، هذا التنظيم قادر أن يعطي بعد تضخيم الردود

الانفعالية كما هو الحال في شعور الكبت .

و هكذا من خلال هذه النظرة لما يجري أحدا امتحان شفوي يوقع في نفسه رهبة و معظم الطلاب على العموم قادرون على وضع استراتيجيات تنظيم تمكنهم من تجاوز هذه التجربة بأقل شدة و بطريقة تخلصهم من الخوف هذه الإستراتيجية التنظيمية تأخذ أشكالا مختلفة كالتفكير في شيء آخر مثلا نتكلم عن عطلة قضيناها مع الرفقاء إستراتيجية لمنع آثار الخوف على الأداء الخارجي للامتحان أي العقل ينشغل بموضوع آخر و بالرغم من فاعلية هذه الإستراتيجية إلا أنها لا تدوم و لا تفيد مع أحداث مخيفة أو إحداث جديدة في المحيط فيظهر الخوف من جديد .

الخاتمة :

لا يخل أي فرد من الانفعالات. واطرانها مظهر من مظاهر الصحة النفسية حيث يشعر الفرد بدرجة مناسبة من الأمن النفسي تؤهله إن يشعر بالاستقرار و الطمأنينة و التحكم في الانفعالات و بالتالي التكيف مع بيئته المحيطة و يستطيع مواجهة الصعوبات بسلوك معقول و مرن يدل على صحته النفسية و قدرته على الصمود و الاحتفاظ بهدوئه بحيث يوازن بين جميع انفعالاته في تكامل يربط بين دوافعه والموانع و الصعوبات و الضغوط الخارجية. وتمر الانفعالات بمراحل اثناء نموها حيث تكون قوية في مراحل العمر الأولى فيعبر الطفل عن قلقه بالصراخ وتتجه الى الاتزان والاعتدال كلما نضج الفرد لكن في بعض الأحيان لا يكتسب الفرد هذا الاتزان فيسبب له عرقلة وصعوبات كبيرة.

الفصل الثاني:الخلفية السيکوسوماتية للبحث

تمهيد
1.معنى الاضطرابات السيکوسوماتية
2.نظريات
3.المرض النفسوجسمي السيکوسوماتي
4.تصنيف الاضطرابات السيکوسوماتية
5.الأساس الفيسيولوجي للأمراض السيکوسوماتية
6.السببية النفسية
7.تفسير كيفية حدوث الأمراض النفسوجسمية
8.مدارس السيکوسوماتية
9.علاج الأمراض السيکوسوماتية
ملخص الفصل

تمهيد:

الانفعالات إذا تراكمت مدة طويلة إلى أمراض خطيرة هذا ما أشارت إليه دونبار على أن الانفعالات و الصراعات الداخلية تسبب أمراض معينة . كما نجد الكسندر في الأربعينات أشار إلى أن الصراعات معينة تنتج أمراض معينة ،و أعمال هذين العلماء ساعدت في ظهور ما يسمى ميدان السكوسوماتية و ذلك من خلال ربط بين الأسباب النفسية و الاضطرابات و الأمراض الجسمية مثل القرحة ،فرط ضغط الدم ، الربو، القلب...نتيجة انفعالات حادة و صراعات داخلية استمرت مدة طويلة.

1-معنى الاضطرابات السيكوسوماتية :

مصطلح السيكوسوماتية مكون من لفظين هما :

سيكو :نفس

– سوما :جسد

و هو يرجع إلى فرضية وجود علاقة بين الروح (النفس)و الأمراض الجسدية و قد استخدم هذا المصطلح لأول مرة على يد هينروث (Heinroth) 1918 إلا أن الاستخدام الدقيق له كما يقال انه كان على يد دوتش (F – Deutsch)

(النابلسي 1992 ص 17)

2-نظريات

1-2-النظرية التحليلية :

و ركز الكسندر (F Alexander) أساسا على مبدأ الصراع و خلصه الصراع اللاوعي فهو يرى أن جوهر الصراع لا يكمن في وعي المريض و سلوكه الظاهري و إنما أنماط الصراعات الكامنة لديه أيضا في آليات الدفاعية المستخدمة

كما يفترض أن لبعض الصراعات خاصية التأثير على أعضاء معينة فالخوف و الغضب ينعكسان غالبا على صعيد القلب و الأوعية في حين أن مشاعر التبعية و الحاجة للحماية ينعكسان غالبا على صعيد الجهاز الهضمي .
(السلامي الباهي 2008 ص 112)

2-2- النظرية السلوكية :

يعتبر العام الروسي (Pavlov) رائد هذه المدرسة فعن طريق دراسته لردود الفعل الجسدية أمام المثيرات الخارجية استطاع أن يرسى مبادئ النظرية اللحائية الحشوية و هي نظرية تبحث في تأثير للقشرة الدماغية للحاء الحشاء ويعتمد على التفسير الفيزيولوجي للظواهر النفسية و رفضها للتفسيرات المتعلقة بفردية الشخص و أحاسيسه الخاصة و من بين العلماء الذين تؤثر به كانون (Canon) إذ اهتم بدراسة اثر الخبرات و الأحداث التي يمر بها الفرد على صحته النفسية إلى عام 1929 حيث أجرى كانون ملاحظاته المنظمة على تغيرات الفيزيولوجية المصاحبة للانفعالات الشديد و الظروف المثيرة للمشقة كالآلم و الجوع وانتهى إلى أن المنبهات التي تحدث إثارة انفعالية تسبب تغيرات في العمليات الفيزيولوجية الأساسية.

(المرجع السابق ص 113)

إن الاضطرابات السيكوسوماتية أو النفسجسمية psychosomatic disorders أو السيكوفيزيولوجية psychophysiological disorders , هي مجموعة من الأمراض التي تنشأ عن عوامل نفسية و تتخذ أعراضها شكلا جسمى أو عضويا , فهي أمراض عضوية الأعراض تلعب فيها الأسباب النفسية دورا أساسيا . و يشير جلاتن Gallatin (1982) إلى الضغط أو الشدة النفسية كأحد العوامل الرئيسة في حدوثها و يضرب سترانج Strange بعض الأمثلة عن هذه الاضطرابات : الربو , و القرحة , و الحساسية الجلدية .

و يمكننا تعريف هذه الاضطرابات بأنها " اضطرابات جسمية أو عضوية موضوعية ذات مصدر نفسي (انفعالي) تصيب المناطق و الأعضاء التي يتحكم فيها الجهاز العصبي الذاتي " و يوجد فرع مستقل في الطب النفسي هو الطب السيكوسوماتي الذي يجعل اهتمامه دراسة هذه الأعراض و معالجتها.
(محمد قاسم ص 330 - 2008)

أما علماء الطب النفسي فقد اختلفوا في البداية في تعريفهم للاضطرابات السيكوسوماتية , فقد استخدموا المصطلح ليدل على تلك الحالات التي يصبح فيها الانفعال الناجم عن صراع غير محدد استقرار في عضو معين من أعضاء الجسم كان قبل الإصابة خاضعا للسيطرة الإرادية للفرد , أي التحكم الذاتي , فأطلق عليه أسماء مختلفة مثل : الشلل الهستيرى , أو فقدان الصوت , أو فقدان الحساسية الخ , و كلها تعرف بأنها اضطرابات هستيرية.

(محمد أديب 2006ص461)

إنها اضطرابات نفسية مرتبطة بتعبير عن صراع داخلي لم يستطيع المفحوص التعبير عنه لفظيا أنها أعراض نفسية عن طريق الجسد

(patric ERIC – 2010 – p 116)

3-المرض النفسجسمي السيكوسوماتي :

هو مرض عضوي يتعلق بوظائف الجهاز العصبي الذاتي – الاتونومي – و يعتمد بدرجة الأولى على عوامل نفسية

(عطوف يا سين ص 50 – 1988)

و في الوقت الحاضر تشير كتاباتهم بأن الأمراض السيكوسوماتية هي اضطرابات عضوية يؤثر فيها العامل الانفعالي تأثيرا قويا , و مهما و أساسيا , و عادة ما يكون ذلك من خلال الجهاز العصبي اللاإرادي و لذا فان الأمراض السيكوسوماتية ما هي إلا التورط الانفعالي في الأعضاء و الأحشاء و التي تغذى بالجهاز العصبي اللاإرادي , مثل : قرحة الاثنى عشر و الربو فيعاني المريض عادة من القلق و الاكتئاب .

و مناقشتنا لمفهوم الاضطراب السيكوسوماتي يدفعنا إلى استعراض عددا من التعريفات كي تساعدنا لتكوين صورة دقيقة عن منشأ المرض السيكوسوماتي من حيث النوع و الأعراض فنجد جلفورد Guilford يركز تعريفه على أعراض المرض فيقول : (بأن الشخص الذي يعاني من اضطرابات نفسية يكون لديه شكوى تنفسية و أوعية قلبية و غالبا ما تكون شديدة و يشكو من قلة

الطاقة و يستخدم أعراضه الجسمية لراحة نفسه و يهتم في نفس الوقت بها و يظهر اهتماما عاما بوظائفه البدنية)

(محمد أديب ص 461 -2006)

4-تصنيف الاضطرابات السيکوسوماتية :

تقسم هذه الاضطرابات حسب العضو الذي تصيبه , و على ذلك يمكن تمييز الأنماط الآتية من هذه الاضطرابات :

- 1) الاضطرابات الجلدية أو ردود الفعل الجلدية من ذلك المرض الجلدي العصبي neurotermo tases و الاكزيما الحساسية Alergicazema و بعض حالات الجدري hives و حب الشباب Acne و الاضطرابات الأخرى التي يظهر فيها الاضطراب الانفعالي كعامل سببي .
- 2) الاضطرابات العضلية الهيكلية Mussculosketetal و تتضمن أعراض مثل آلام الظهر و الشد أو التشنج العضلي و الروماتيزم النفسي المنشأ Phevmatism .
- 3) الاضطرابات التنفسية أو اضطرابات الجهاز التنفسي vespiratory من ذلك التقلص الشعبي Bronchial و حمى الخريف hay fever و التهاب الجيوب العظمية sinusitis و التهابات أو النزلات الشعبية المتكررة bronchitis .
- 4) الاضطرابات القلبية الوعائية cardiovascular من ذلك نوبات زيادة ضربات القلب أو زيادة نشاط القلب و زيادة ضغط الدم المرتفع , و التقلصات الوعائية , و أوجاع الصداع النصفي .
- 5) الاضطرابات الدموية و اللمفاوية hemandlymphatic و تتضمن أي اضطراب يحدث في الدم أو في الجهاز اللمفاوي تلك التي يظهر فيها أثر العوامل الانفعالية كعوامل سببية .
- 6) الاضطرابات المعدية المعوية Gastraintestinal و تشمل اضطرابات مثل اضطرابات المعوي الاثني عشر doude malulcer أي قرحة الاثني عشر و التهاب القولون mucouscolitis و التهابات المعدة أو النزلات المعدية المزمنة chomicgastritis و الإمساك constipation و زيادة الحموضة hyperacidity و فقدان الشهية العصبي nervouslosso appetite .

(7) الاضطرابات التناسلية genitousinary من ذلك بعض أنواع من اضطرابات الحيض أو الطمث menstrual و حرقان البول أو آلام التبول painfulurimation و آلام تقلصات الفرج أو الألم المصاحب لانقباضات الفرج constriction و يوجد عند المصابات بالبرود الجنسي .

(8) الاضطرابات الغدية أو المتعلقة بالغدد الصماء endocrine و يحتوي هذا النمط من الاضطرابات على تضخم الغدة الدرقية مع ما يصاحب ذلك من فقدان الاتزان الغدي و زيادة إفراز الغدة الدرقية , و السمنة obesity و غير ذلك من الاضطرابات التي يبدو فيها أثر العوامل الانفعالية كعوامل سببية .

(9) اضطرابات الجهاز العصبي و تتضمن فقدان القوة , مع الشعور بالتعب و الإرهاق , و وجود آلام في العضلات و المعاناة من القلق و بعض الاضطرابات التشنجية .

(10) الاضطرابات الخاصة بالأعضاء الخاصة بالإحساس الخاص مثل آلام المفاصل المزمنة من ذلك التهاب الغشاء الرقيق المحيط لجفن العين .

(موسوعة العيسوي -2001-2002 ص - 280 - 279)

5-الأساس الانفعالي و الفيزيولوجي لأمراض السيكوسوماتية و عواملها :

تعتبر منطقة الهيبوتالاموس (ما تحت المهاد) المحطة الرئيسة للانفعالات . و منه ينبع إيعازات تسير في الجهاز العصبي الذاتي (المستقل) و الغدة النخامية التي تضبط عمل الغدد الأخرى فتتأثر هذه المنطقة خلال الانفعالات و الضغوط النفسية يعني انتقال النبضات العصبية مباشرة للدماغ المتوسط حيث تحرض (الغدة النخامية) و الجهاز العصبي المستقبل (المتكون من الجهازين السمبثاوي و لبرسمبثاوي) حيث تحدث تغيرات عضوية متنوعة مثل :ارتفاع ضغط الدم و خفقان القلب . و جحوظ العينين , و شحوب الوجه , و ارتجاف العضلات , و زيادة في إفراز الأدرينالين و النورادرينالين في البلازما (مصل الدم) .و في الحالات الانفعالية الشديدة تستمر هذه التغيرات و التحريضات لتتال أجهزة الجسم كلها تقريبا و خاصة إذا كانت ضغوطا نفسية مزمنة .

و عادة ما يستجيب الفرد لهذه الانفعالات و الضغوط بطرق عديدة :

(أ) القيام بسلوك ظاهري (جسمي أو لفظي) أي تفريغ للانفعال بالضرب أو البكاء أو الشتمية .
(ب) أن يتبع وسائل دفاعية متنوعة من نكوص وإسقاط و تبرير .

(ج) أن يكظم الانفعال و يكبته حيث لا يتاح للشخص أن يعبر عن انفعالاته دوماً , فإذا استمر الكظم و لم يقم الفرد بأي استجابة أو رد فعل , فإن حالات الغضب و القلق و الخوف المكبوتة ستكون آثارها ضارة و خطيرة جداً في الأحشاء و الأعضاء الداخلية , فيظهر الاضطراب السيکوسوماتي في عضو أو جهاز من أجهزة الجسم الداخلية (التنفس و القلب , التناسل , الجهاز العصبي , الهضمي)

(محمد قاسم عبد الله 2008 - ص-331)

في إحصائيات للعالمين : غولد هامر - مارشال في كتابهما : Psychoscs and civilazation

" يشيران : بأن هناك أكثر من 6% من السكان يعانون من سوء توافق و أن عدد الذين يدخلون مستشفيات الأمراض العقلية و النفسية يزيد على عدد الذين يتخرجون من كافة الجامعات و الكليات سنوياً و إن 85% من المرضى يعانون بعض الاضطرابات النفسية الانفعالية.

(عطوف ياسين 1988 - ص20)

6-السببية النفسية (دوتش) (الكسندر)

تؤكد الباحثة دوت شان العامل النفسي دوماً وراء الحوادث و الكوارث المفاجئة - الغير متوقعة .
و ظروف الحرمان أو الشدة : stress فالعضو المصاب نتيجة لذلك الأذى النفسي منذ الطفولة يصبح موضع انفعال دائم و يتكون فيه ما يدعى (عصاب العضو)

أما الطبيب الكسندر فيؤكد بان المرض السيکوسوماتي هو : صراع - ديسكو - المعدة - و عقدة فراق الأم تولد الربو و هكذا ...

أ_ سببية الشعور بالنقص - الادلرية :

يذهب ادلر إلى أن الشعور بالنقص في عضو معين يقود الى المرض السيکوسوماتي .

ب_ سببية الأمراض السابقة و لتكرار و التراكم :

يركز التحليلين على خبرات المريض السابقة و تراكمها و تكرارها و بالذات خبرات الطفولة كسبب حتمي في حدوث المرض السيكسوماتي

ج_ ضعف التكويني - الجهازى :

يرجع بعض علماء النمو السبب إلى ضعف في احد أجهزة الجسم في مراحل التكوين و التطوير كالأمعاء أو المثانة أو المعدة مما يساعد على ظهور الأضرار في ذلك العضو.

د_ الانعكاس الرمزي : في كثير من الحالات يكون المرض (تعبيراً رمزياً) لموقف المريض تجاه المسائل المحيطة به .

هـ_ ضحالة النضج العاطفى : إن ضحالة النضج العاطفى و الكبت الشديد و الخوف من المسؤولية من شأنها أن تقود صاحبها إلى المرض النفس-جسمي .
(المرجع السابق ص 54)

7_ تفسير كيفية حدوث الامراض النفس-جسمية :

_ كيف يتسبب الانفعال الحاد أو الانفعال المستمر في هتك في جدار الأمعاء أو المعدة أو تمددا في الشرايين الجبهة مع حدوث صداع نصفي مؤلم.. لكي نجيب على ذلك يجب أن نتعرف على مكان مهم في المخ يعرف باسم المهاد التحتي أو الهيبوثلاموس و هو مركز الانفعال و هو متصل بدوائر تشريحية و فسيولوجية مهمة في المخ و الهيبوثلاموس هو جهاز استقبال و إرسال يستقبل الشحنات الانفعالية من الجهاز الطرفي ثم يرسلها و الإرسال يتم من خلال أساس الجهاز العصبي اللاإرادي بفرعيه السمبثاوي و الجارسمبثاوي إلى أجهزة الجسم المختلفة لتعبر عنها كل هذه الأجهزة المختلفة كل منها بطريقتها الخاصة فيتم التعبير عن هذه الانفعالات من خلال صورة عضوية مثل : حركات غاضبة للمعدة مع ازدياد إفراز حمض الهيدروكلوريك فيتعرض المريض للإصابة بالقرحة و انقباضات مفاجئة في أجزاء من القولون مع ترهلات في أجزاء أخرى تحدث الألم و انتفاخا و القولون العصبي انقباضات مفاجئة بالشرايين مما يؤدي إلى ارتفاع ضغط الدم و نقص كميات الدم المغذية للأعضاء فيتعرض القلب للخطر و يشعر الإنسان بالآلام الذبحة تمدد شرايين الدماغ بعد فترة من

الانقباض يؤدي إلى حدوث صداع نصفي... الخ اختلال أجهزة المناعة و التي تؤدي إلى ضيق التنفس أو إلى الارتيكاريا أو اختلال الهرمونات فتبتب الأم ما قبل الدورة الشهرية . و لكل انسان درجة او نقطة احتمال فوقها يحدث اضطراب في العضو الذي يحتمل العبء الاكبر في التعبير عن الانفعال

(فتحي سعيد 2013)

8- مدارس سيكوسوماتية

أ-مدرسة شيكاغو:

الكسندر، هاجر إلى الولايات المتحدة و في عام 1962، خاصة مع دنبار، ملهم من مدرسة شيكاغو . انها محاولات لتطوير نظام متماسك بموازاة صراعات معينة (بالمعنى النفسي) وبعض التغيرات الفسيولوجية . للمدرسة شيكاغو لمحة شخصية معينة، تتميز بصراع معين، مما قد يؤدي في ظروف معينة، الى نوع محدد من الإصابات :تدخل النفسي هو الكشف عن الشخص لأهمية الصراع و أعراضه.

قام الكسندر بتقسيم المرضى إلى فئتين رئيسيتين ، تتعلق بوضعيات نفسية خاصة:

- أولاً، والأمراض التي تنشأ في سياق قمع الرغبة السلبية (القرحة، والربو، وغيرها)
- ثانياً، وتلك التي ترافق العدوان النزعات المكبوتة (ارتفاع ضغط الدم، ومرض السكري، وما إلى ذلك)

بالنسبة لاسكندر ومدرسته، والصراع النفسي ليس فقط السبب الوحيد المفجر للمرض الذي يميز بوضوح آلية التحويل الهستيرى و المرض النفسي

ب- المدرسة الباريسية (L'école de Paris)

مارتي المحلل النفسي في SPP شكل في نفس الوقت، مع M'Uzan ديفيد فاين ومدرسة باريس . ولا تزال هذه المدرسة حذرة جدا حول مفهوم الشخصية محددة وتسعى لوصف مجموعة من السمات المشتركة لجميع الشخصيات المرجح أن الاضطرابات النفسية .مشيرا إلى أن شخصية المرضى نفسيين تتصرف بشكل مختلف عن المرضى العصبيين، يلاحظ مارتي أن حياتهم الخيالية فقيرة، تظهر

في خطابهم فقط محتويات ملموسة معقولة، والتي وصفها بأنها "التفكير العملي .المريض النفسي الجسدي، غير قادر على ترميز العواطف والصراعات الشخصية، والتراجع إلى موقف دفاعي مستوى البدائي التي تهيمن عليها النزعات الذاتية العدوانية ومحرك الموت.

ج-مدرسة بوسطن L école de Boston .

Sifneos ، ، ومعه كلية بوسطن تقدم في عام 1972، بعد الاتجاه افنتحه مارتي،إن مصطلح "الالكسيتيميا .يشير مصطلح اشتقاقي لعدم وجود الكلمات للتعبير عن المشاعر. مع الالكسيتيميا التي بينها Sifneos بعد خمسة عشر عاما على أنها عجز نقل نصفي (التعبير العاطفي تعتمد على التواصل بين نصفي المخ عبر الجسم التقني والجمع بين كل من خطط العمل التي تمثل نصفي المخ) ، البسيكوسوماتيك أخيرا مفهوم مشترك مفتوح بما فيه الكفاية لجميع التخصصات من أجل إدماجه في المفهوم الحيوي النفسي الاجتماعي للمرض الذي، عندما لا تكون إضافة بسيطة من العوامل غير متجانسة، يمتد إلى حد كبير في هذا المجال.

J.M. Azorin Mai 5 (289) 2001

8-علاج الأمراض النفس-جسمية :

يعتبر استخدام الأدوية التي تخفف من آثار الشد العصبي و القلق هو خط الأساس في علاج هذا النوع من الأمراض حيث تزيل هذه الأدوية الاضطرابات الحادثة في الجهاز العصبي اللاإرادي بفرعيه السمبثاوي و الجارسمبثاوي و تساعد أعضاء الجسم المختلفة على أداء وظيفتها بصورة جيدة بعد ازالة آثار الشد العصبي بالإضافة إلى العلاجات العضوية المناسبة لحالة المريض على حسب العضو المتأثر

و يفضل اختيار المجموعات الدوائية التي لا تحدث تأثيرات جانبية منومة او تتسبب في حدوث ارتخاء في العضلات ذلك كي يتمكن المريض من ممارسة نشاطاته الحياتية اليومية بصورة طبيعية كما يفضل استعمال أدوية لا تؤدي إلى حدوث ظاهرة الاعتماد الدوائي وبالتالي ظهور أعراض انسحاب عند الحاجة لإيقافه كما يمكن إضافة الأدوية المضادة للشوارد الحرة و المكملات الغذائية و الفيتامينات وذلك لمساعدة أعضاء المريض على التخلص من الآثار الضارة جراء الحلة المرضية كما أن التحليل النفسي و العلاج بالحوار و العلاج المعرفي السلوكي من انجح طرق العلاج بالنسبة لهذه الحالات .

الخاتمة:

أمراض جسمية حيرت الأطباء حيث لا يجدون لمرضاهم تجاوب للعلاج بالدواء وحده فراحوا أسباب يبحثون عن جذورها النفسية لأن الإنسان وحدة متكاملة وأكثر هذا الالتحام يتجلى فما أطلق عليه

الأمراض السيكسوماتية التي هي مجموعته من الأمراض الجسمية النفسية المنشأ تصيب بعض أجهزة الجسم أو وظائفها و تتمثل صعوباتها في مقاومتها للعلاج الطبي المعروف أنها تحدث نتيجة اختلال شديد أو مزمن في الجانب الانفعالي النفسي فهو مرض جسمي ذو جذور نفسية يظهر على شكل استجابات و ردود انفعال عضوية في احد الأجهزة كالهضمية و الجلد و القلب و غيرها. واتسعت دائرة انتشارها في لعصر الحديث بما يتسم به من سرعة وضغط وقلق.

الفصل الرابع : نظرية التكتم (الأكسيتيميا)

تمهيد
1. مفهوم التكتم
2. تعريف التكتم
3. تعريف الأفراد التكتميين
4. العوامل المساهمة في تطوره
5. الأسباب
1.5 الفرضية السلوكية المعرفية
2.5 فرضية البنية الانفعالية
3.5 فرضية علاقات الذات و الموضوع
4.5 فرضية النظرية التحليلية
5.5 فرضية نظرية التعلم
6. مقاييس التكتم
7. العلاج

تمهيد:

لاحظ الكثير من الأطباء أن بعض المفحوصين لا يستطيعون التعبير عن الانفعالاتهم و لا يجدون كلمات أو تسميات لها. وقد أشاروا لها منذ بداية القرن 19 بتسميات متعددة منها التبلد الانفعالي ومنها التفكير العملائي إلى أن وصلوا في السبعينات فطرقوا إليها بمصطلح الالكسيتيميا التي تعني عدم القدرة على الوعي بالأحاسيس و عدم القدرة على وصفها للآخرين و المرور للفعل لصرف الصراعات الداخلية و توجيه التفكير الى الخارج و منذ ذلك الوقت اهتم العلماء و اجتهدوا في تفسيره حسب خلفياتهم النظرية و قد عربه الشربيني سنة 2001 الى مصطلح التكتم .

1- نشأة مفهوم التكتم وتطوره :

مفهوم التكتم الالكسيتيميا في المجال النظري والمجال التطبيقي حديث لان نشأته في بداية سنيين السبعينات و في أواخرها تم نشر خمسين مقالة فقط و نشرت 120 مقالة 1980 وأكثر من 1000 إصدار حول هذا الموضوع وقد تم تحديدها حديثا.

(Taylor et bagby 2004)

على الرغم أن مصطلح التكتم الالكسيتيميا ظهر لأول مرة في مقال Sifneos في بداية سنوات السبعينات واهتمام ببعض سمات معينة للشخصية، ارتبط باضطرابات سيكوسوماتية فهي أقدم من ذلك كثير انطلاقا من الولايات المتحدة خلال السنوات 1930 من أعمال مدرسة شيكاغو (ALEXENDER FRENCH GRINKER DUETSCH) وفي موازات هذا التيار في أمريكا أخصائيين نفسانيين فرنسيين اهتموا بالتأكيد بعض سمات التفكير سيكوسوماتي.

(rosalie 2011 P 7)

على الرغم من أن الوصف الأول للتكتم من قبل رويش 1948 , Reusch يرجع إلى حوالي نصف قرن إلا أن سلوك كثير من المرضى المناقش تحت تسمية التكتم لالكسيتيميا (Sifneos,) 1973 أو التفكير الإجرائي Pensée pératoire (مارتى ودي موزان ، 1978) لم يحظى بالاهتمام الحقيقي إلا في العقدين الماضيين. وقد كانت بعض مظاهر الأعراض الجوهرية للسلوك التكتمي - كضعف الخيال والقدرة الضئيلة على التعبير عن المشاعر وفرط التوافق الاجتماعي - قد لوحظت بشكل متفرق في وقت أبكر من ذلك بكثير. إذ كان فيرينتشي , Ferenczi

1944 قد أشار إلى " نمط من الناس يتصف بصورة خاصة بفقر الخيال في الحياة وفي التحليل وإن كان هذا النمط ليس فاقداً للخيال كلية. إنه نمط من الناس يبدو أن الأحداث المثيرة تمر عليه دون أن تترك أثر. هؤلاء الناس يستطيعون من خلال التذكر إعادة إنتاج المواقف التي لا بد لها وفق تقديرنا أن تثير في كل إنسان انفعالات شديدة من القلق والانتقام ومن الإثارة الجنسية ... الخ، وتقود إلى تصرفات مُصرفة للانفعال أو للهياج أو للهوامات أو على الأقل لحركات تعبيرية خارجية أو داخلية بدون الإحساس أو التعبير حتى بآثار مثل هذه الارتكاسات ". وقد نصح في ذلك الوقت باستخدام تقنية علاجية نفسية فعالة مع هؤلاء المرضى في التعامل مع التداعيات، وبهذا فقد سبق في جوانب كثيرة النزاع اللاحق في النظرية والممارسة. وهناك وصوفات شبيهة جداً - تحت اصطلاحات مختلفة - لدى تسيلبورغ، 1933 و فينشل الذي وصف في عام 1945 " النمط البارد انفعالياً emotionally "frigid Type

(ميشال فون راد و زيغفريد تسبف)

ظهور المصطلح التكتم الالكسيتيميا مرتبط بتاريخ ظهور الأمراض السيكوسوماتية و الملاحظات العيادية للمفحوصين أي أعراض أو آثار جسمية يرافقها عجز لفظي و معاناة نفسية أصلاً انفعالية أو صراعية يعني أن السيكوسوماتية اضطراب عضوي ذو منشأ نفسي .

(corcos et speransa 2003)

إن الشخص من هذا النوع يتجنب أن يكون مدركاً لقصوره بالإثبات لنفسه بأنه لديه الكفاءة ... يهرب إلى الواقع من خيالاته المرعبة ولكن إلى واقع عديم الحياة وميت. إلا أن مثل تلك الوصوفات لم تكن حتى ذلك الوقت منهجية وكانت أقرب إلى أن تكون وصوفات انطباعية - عرضية - casuistic - impressionistic

وهكذا لا يعود الفضل إلى رويش 1948 لوصفه الشامل لسمات السلوك التكتمي تحت مصطلح " الشخصية الطفلية فحسب وإنما كذلك لربطه بين السلوك " التكتمي مع ما يسمى بالمرضى " النفسيجسدي ". وقد رأى في بنية الشخصية الطفلية والسلوك الناجم عن ذلك " جوهر المشكلة " عند المرضى " النفسيجسديين " وبهذا فقد فتح باب النقاش الذي مازال حتى اليوم جارفاً وحادا

(ميشال فون راد و زيغفريد تسبف)

ثم من طرف محللين فرنسيين (Marty d muzan 1963) وبعد مدة في الولايات المتحدة من طرف Nemiah ,التكتم الالكسيتيميا هو متغير للشخصية الذي نشأ في مجال الطب السيكوسوماتي منذ السنوات الثلاثينات الماضية استخدام هذا المفهوم مرتبط بوصف المرضى الذين يجدون صعوبة في التحديد والتعبير عن مشاعرهم يمكن أن يكون مرتبط ارتباط وثيق بظهور متابعة الأمراض المختلفة و توجد بعض الدراسات دعمت فكرة التكتم الالكسيتيميا كعامل خطر مميت .

(kanhanen et al/1996)

Perlot et mcorcos أشاروا إلى أن المصطلح مشترك بين عدة جهات متداخلة فهو ظاهرة فلسفية ، الاجتماعية ، عصبية ، معرفية سلوكية ، تحليلية ، لها علاقة مع علم النفس العصبي والتفكير العملي

(M combes – lepastier 2012)

أما في باريس في بداية الستينات مع محللين (pierre marty michel de muzan) كانت البداية الحقيقية نحو ظهور مفهوم التكتم ، حيث اقترحوا التفكير العملي كي يصف نمط انفعالي ومعرفي خاص عند المرضى السيكوسوماتيين وعند المرضى الذين لديهم أمراض مزمنة الذين يتميزون خاصة بفقر في حياتهم الخيالية والهوائية والأحلام والتفكير المتوجه إلى الخارج والحاضر الفكري لهؤلاء الذين لديهم تفكير عملي، إما المعرفين أرجعوها إلى نقص في تنظيم الشخصية.

(Rosalie 2011 P 7)

حاليا تدعم صحة هذا المفهوم من قبل العديد من الأدلة التجريبية ووضع الباحثين مقاييس لتحقيق من صحته بشكل صحيح ،مما يجعل هذا المفهوم معروف على نطاق واسع و أدى إلى دمج تدريجيا في ميادين بحث أخرى في مجال الانفعالات مثل الفزيولوجية العصبية ، علم الأعصاب ، علم النفس المعرفي ، علم النفس النمو.

لم يجد هذا المفهوم طريقه إلى التصنيفات العالمية سواء في DSM – ICO بل الغريب أن الاضطرابات الانفعالية لا يشار إليها إلا ضمن اضطرابات المزاج أو في فقرة عابرة تحت رقم 60 فيما يدعى « بالشخصية الغير متزنة انفعاليا» (قريشي وزعطوط 2008 ، ص207)

2- تعريف التكتم alexithymie

ان مصطلح التكتم في أصله إغريقي alexithymie مركب مما يلي

A : بدائه تعني عدم وجود أو غياب

lexi :اللفظ أو الكلمة

thymie. :تعني مزاج أو عاطفة

Alexitthymie :عجز التعبير الانفعالي (Chelbi 2009 P 29)

وعليه تصبح الدلالة اللغوية هي صعوبة التعبير عن الانفعالات و إن أول من نحت هذا المصطلح

هو SIFNEOS ثم انتشرت بعد ذلك في نهاية القرن العشرين

حسب (pidiniell) التكتم هو شكل خاص من الإغلاق في الشعور بالأحداث الداخلية العاطفية أو الخارجية وهو ميكانيزم يختلف عن الذي عند الذهانين أو العصابين هذ الشعور بالحرمان مرتبط بنمط معين من الاتصالات .

(Olivier 1999 ,p174)

وقد تطرق Corcos. في كتابه إلى هذا المفهوم بهدف تقديم هذا المصطلح وتوفير سبيل للقارئ حول العلاقات الموجودة في السلوك الملاحظ من جهة والاستجابات الفسيولوجية والتشريح العصبي والعصب.

(Corcos M Pierlot G, 2011)

من خلال مقال jouanne نتعرض لمفهوم التكتم حيث لوحظ للأكثر من عشرين سنة اهتمام متجدد لهذا المفهوم في مجال الصحة النفسية والطب النفسي الجسدي يفسر هذا الاهتمام من خلال الملاحظ المتكررة من الأفراد الذين لا يتجاوبون ولديهم صعوبات في تحديد والتعبير عن حياتهم العاطفية فان هذا النوع من الأفراد يتجنبون المواجه مع مشاعرهم وبالتالي يتجنبون الطبيب النفسي ولكن تنتهي رحلتهم عند الطبيب قد تكون عواقبها خطيرة مثل اضطرابات الأكل (فقدان الشهية أو الشراهة) وحالات كرب ما بعد الصدمة تعاطي المؤثرات العقلية (الكحول - التبغ - المخدرات-) وهكذا

تتكون الاضطرابات الجسدية, لذى فانه لا يجب الاستهانة بالاضطرابات النفسية الجسدية وخاصة فقد أصبح لدينا الآن أدوات التي تلبي معايير مطالب نفسية وبالتالي أصبح ممكن دراسته دراسة إحصائية لان المفهوم مثير للاهتمام بشكل خاص. (jouanne, 2006 P 193)

و يتضمن المفهوم النفسي للتكتم مجموعة من الخصائص المعرفية والانفعالية التي وصفت أولا لدى المرضى النفسجسدين ثم بعد ذلك لدى أصناف من المرضى خصوصا الذين يعانون من اضطرابات مثل الإدمان او الكرب التالي للصدمة أو الاضطراب السلوك الغذائي(SIFNEOS).

منذ حوالي عشر سنوات اجتمع فريق من الباحثين في كندا - toronto –tylor- janes – parker – (bagby –michael – graem) لكي يعرف مجموعة الأبعاد الأربعة التي تشكل التكتم:

- عدم القدرة على التعرف و وصف المشاعر الذاتية
- صعوبة التمييز بين الإحساسات الجسدية و العواطف
- فقر في الخبرات التخيلية و فقر في الحياة الحلمية و غياب الهوامات
- أساليب معرفية تتميز بالسلوك الموجه للخارج و التفكير أعملاتي

(Corcos 2011)

تعريف الأفراد التكتمين (alexithymique) يجدون صعوبة خاصة من الناحية الاجتماعية،تحديدا بسبب صعوبة الاستدلال الانفعالي والعقلي للآخرين التي تحتوي ضعف الشعور الداخلي و هكذا يجد صعوبة في التلطف والتعبير عن الانفعالات .

(rosalie ouellet 2011 P 7)

alexithymia يشمل خصائص صعوبة في تحديد المشاعر، وصعوبة في وصف المشاعر والتفكير الموجه إلى الخارج، وقدرة تخيل محدودة. ويعتقد أن هذه الخصائص تعكس العجز في العمليات المعرفية وتنظيم العواطف والمساهمة في بداية أو صيانة العديد من الاضطرابات الطبية والنفسية.

(Lumley, Neely, Burger, 2007)

3-العوامل التي تساهم في تطوير alexithymie

يرى Berenbaum أن العوامل التي تساهم في تطوير الاكسيتيميا وطبيعة علاقتها مع سمة الوجدان السلبية والإيجابية غير واضحة. ففي دراسته، تم استخدام نهج مزدوج لفحص درجة المساهمات الوراثية والبيئية لجوانب مختلفة من الاكسيتيميا ، وطبيعة العلاقات بينهما إلى سمة الوجدان السلبية والإيجابية. وأشارت نموذج التحليل المناسب أن التأثيرات العائلية ساهمت إلى حد كبير في جميع جوانب ثلاثة من الاكسيتيميا

(Berenbaum 2001)

إن دور العوامل الوراثية والبيئية لتطوير الاكسيتيميا لا يزال غير واضح، وكان الهدف من هذه الدراسة هو دراسة هذه العوامل في عينة كبيرة من التوائم. درج مقياس تورونتو الاكسيتيميا (TAS-20) في المسح الإلكتروني من 46418 الأفراد ولدوا بين عامي 1931 و 1982 ومسجلة في السجل الدنماركية التوأم. وكان معدل الاستجابة 75.3%. ما مجموعه 8785 زوج توائم، حيث أكملت كل من التوائم جميع البنود TAS-20. وأجريت تحاليل لمجموع TAS-20 درجات ومستويات فرعية من (1) صعوبات في تحديد المشاعر، (2) صعوبات في المشاعر واصفاً، و (3) التفكير الموجه خارجياً. ثم تم تحليل الظواهر .

وتشير جميع أوجه التشابه إلى أن العوامل الوراثية إضافة إلى كل جوانب الاكسيتيميا . تقدم نموذج المعادلة الهيكلية للبيانات غير قاطعة، وهو نموذج ACE بما في ذلك الآثار البيئية الوراثية والجوانب ثلاثة من الاكسيتيميا وكذلك مجموع الدرجات alexithymie، مع heritabilities من 30-33% والباقي التباين يتم شرحه من قبل الآثار البيئية المشتركة (12-20%) و (50-56% nonshared).

تشير نتائج هذه العينة الممثلة للمجموعة السكانية الكبيرة أن العوامل الوراثية لها تأثير ملحوظ ومماثل على جميع جوانب الاكسيتيميا . في حين اقترحت النتائج تأثير معتدل من العوامل البيئية المشتركة، نتائجنا هي في التوافق مع استنتاج عام لتأثيرات البيئية على معظم الصفات النفسية هي في المقام الأول من nonshared بدلا من الانواع المشتركة

(Zachariae R, et al/2007)

4- الأسباب

في الأيام الأولى من تطوير مفهوم الالكسيتيميا ، تناولت النظريات النفسية في الجانب النفسي الأول تسليط الضوء على و / أو ما بعد الصدمة في حين أن الثانية بدأت من الأعصاب الخاصة بالعواطف، اقترحت نماذج عمودية من اختلال وظيفي من أقدم المناطق في الدماغ اعتمادا على تصميم ماكلين، أو نماذج أفقية ، بما في ذلك الانقطاع نصفي الكرة.

حاليا، ويفضل النهج التنموي والتكيف، وتصور الالكسيتيميا كبعد transnosographic الموجودة على طول سلسلة متصلة .التكتم هو آلية دفاع تكونت في وقت مبكر جدا (ماكدوغال) أو طريقة الأداء النفسي كقفل في حالة التاثر من الأوضاع المؤلمة.

استخدام النهج التنموي اثنين من المفاهيم الهامة .من ناحية نظرية التطور في العواطف التي كتبها لين وشوارتز المقترحة في عام 1987 .استخدام مفاهيم الاستيعاب والإقامة بياجيه لحساب التطور المعرفي للطفل .والكتاب يصف مراحل مختلفة من التنمية في العواطف مع التدرج في الوعي بالعملية العاطفية .ووفقا لهذه النظرية، وبعض الموضوعات قد تتعثر في مراحل معينة مع الالكسيتيميا النامية وبالتالي تخضع لأسباب مختلفة إلى التكتم .

وعلاوة على ذلك، أخذ في الاعتبار مفهوم التعلق بما في ذلك الحالات المرضية يمكن أن يفسر الاضطرابات النفسية التي لوحظت في مرحلة البلوغ .وقد أظهرت العديد من الدراسات وجود ارتباط بين مرفقات المرضية، بما في ذلك انعدام الأمن، وأخيرا تبقى مفاهيم الالكسيتيميا الابتدائية والثانوية ذات الصلة سريريا، وخاصة لتأهيل استراتيجيات التكيف في مواجهة المرض الجسدي أو النفسي.

(G. Loas 2012)

(أ) الفرضية السلوكية المعرفية

لا يوجد توافق في الآراء بشأن ما هو المقصود بـ "العواطف". يوفر الكتاب المعرفي السلوكي وصفا للاستجابة عاطفية في ثلاثة أبعاد. أولاً، أنها تستثير ردود الفعل جملة العصبية الفزيولوجية، التي تتألف بشكل رئيسي من قبل تنشيط الجهاز العصبي اللاإرادي والغدد الصماء العصبية (تغيرات في معدل نبضات القلب، تغيرات في ضغط الدم، وتغير في معدل التنفس ودرجة الحرارة ، وما إلى ذلك). ثانياً، أنها تصف ردود الفعل السلوكية ومعبرة، بما في ذلك تغيرات في الصوت، والتغيرات في الموقف وخصوصاً من تعبيرات الوجه. وأخيراً، أنها تستثير ردود الفعل المعرفي والتجريبي، والتي تشمل جميع العمليات العقلية تشارك فيها العاطفة. ردود الفعل هذه تتفاعل مع بعضها البعض، وتقوم بدور التنظيم التي يمكن أن تنظما لالكسيتيميا ويرى بعض الكتاب أنها محاولة التنظيم، في كثير من الأحيان غير فعالة، وجود خلل في هذا النظام أدى إلى استحضار مفهوم الالكسيتيميا الثانوي.

. (Mekaou 2007)

(ب) الفرضية العصبية

وقد وضعت الافتراضات العصبية نماذج مختلفة لرسم بياني لـ tionaling وظيفة الالكسيتيميا من المواضيع الخاصة. هناك نموذج "العمودي" ، يشير أن نقل معيب للمعلومات بين الجهاز الحوفي والقشرة المخية الحديثة وجعل نموذج مستعرض له، فرضية التخصص في نصف الكرة الأيمن وعدم نقل المعلومات إلى نصف الكرة الأيسر . وإلى جانب هذين النموذجين، (1) Sifneos على نظرية التوتر حالات الوجه التي تتطلب وعياً من المشاعر، وتطوير الموضوعات الالكسيتيميا للتوتر واليأس وفقدان الأمل الناتجة عن ذلك. هذا من شأنه إحداث حالة من الاضطرابات البيولوجية، بما في ذلك فرط النشاط في الجهاز العصبي اللاإرادي ونظام الغدد الصماء. ويدعم هذه النماذج من البحوث البيانات في التشريح الوظيفي. ودراسات من ديليودي تظهر أن الأشخاص الذين خضعوا إلى جراحة المخ والأعصاب لعلاج الصرع المقاوم للأدوية لديهم درجة عالية جداً من alexithymia في كل من هذه المواضيع. وبالمثل، يتم وصف الموضوعات مع عدم تخلق جسم الثفني وجود أقل اللجوء إلى آليات الدفاع معينة: أقل التكثيف، والتشرد. لديهم خلل في بالرمزية، أقل الإبداع ولديهم مخاوف أكثر النفعية، ونقص في الخيال، واتجهوا أكثر نحو واقع. صحة هذه الافتراضات القائمة على مفارقات

عدم التوازن في نصفي المخ , وسوف تشارك في نصف الكرة المخية الأيسر باللغة الداخلية وتجسيدا استطرادي في حين أن النصف الأيمن يفضلون في عملية التصوير العقلية وتجسيدا تمثيلي

(Mekaou 2007)

ج) فرضية البنية الانفعالية

إحدى السمات المركزية والتي كانت سبباً للاسم المستخدم في هذه الأثناء أيضاً كانت الملاحظة بأن مثل هؤلاء المرضى قلما أو غير قادرين على الإطلاق على التعبير عن المشاعر بكلمات مناسبة (فمصطلح Alexithymy يصف thymos أي الذي لا يمتلك كلمات). وغالباً ما نجد نوعاً من " تقرير الرحلة " الذي يتمثل في وصف دقيق للظروف الواقعية القائمة أو سرد للحوادث الجسدية أو لتصرفات معينة بدون ذكر الأهمية الانفعالية. لهذا تم اقتراح التمييز بين التعبير الشعوري - المعاش عن المشاعر feelings وأعراضها الجسدية الفيزيولوجية المرافقة (الانفعالات emotions التي تكون هي وحدها المدركة شعورياً لدى هؤلاء المرضى. وهناك خلاف حول السؤال الناشئ في هذا السياق المتمثل في إلى أي مدى لا يعيش مثل هؤلاء المرضى المشاعر على الإطلاق أم أنهم لا يستطيعون تسميتها . غير أنه يبدو أنه يتم التعبير عن أحاسيس غير متميزة على الأغلب والتي هي أقرب لأن تشير إلى النوعية العامة للذة أو عدمها من المخاوف أو العدوانيات النوعية.

وهناك نوعيات مختلفة من المشاعر التي غالباً ما لا يمكن التمييز بينها. إن مثل هؤلاء المرضى " لا يعرفون " مشاعرهم وهم مصابون من هذه الناحية " بمعنى الألوان " ، يستنتجون حالتهم الخاصة على الأكثر بصورة غير مباشرة من ارتكاسات الآخرين وغالباً ما يبدون متشجنين كالخشب في سلوكهم. (ميشال فون راد و زيغفريد تسبف)

د) فرضية بنية علاقات الذات والموضوع

تحتوي الوصوفات التي ذكرناها حتى الآن بصورة ضمنية بعض السمات النموذجية لجوهر بنية علاقة الذات والموضوع. لقد تم الحديث عن " اضطراب الفردانية Disorder of Individuation " ، إذ أنه ليس بإمكان هؤلاء الناس استخدام مفهوم ((أنا)) في سياق ممثلي انفعالياً بالمعنى (ساندز، 1958، 1975) ويرتبطون في علاقاتهم إنسانية بصورة رمزية بشكل وثيق بشريك - شخصهم المرجعي - يحاولون بمساعدته تثبيت مشاعر الهوية الغائبة لديهم واستقلاليتهم الناقصة من خلال

منظومة تأمين خارجية. ويجعلهم العجز في مشاعر القيمة الذاتية والاستقلالية متعلقين بشدة بالتجانس مع الشخص المركزي بالنسبة لهم ومع اهتمامه بهم - إنه موقف حياتي مهدد بصورة كامنة باستمرار - وهذا ربما يفسر لماذا يكون هؤلاء الناس حساسين ومهددين بالمرض بدرجة كبيرة ، إذا ما وصل الأمر للانفصال. بالمقابل من الملحوظ أنه يمكن للعلاقة مع الشخص المرجعي أن تظل مستقرة طوال الحياة وذلك ضمن شروط خارجية ملائمة . وهنا يلاحظ بأن الأشخاص " التكتميين " يدركون الآخرين بصورة غير دقيقة وغير سوية ويعيشون أنفسهم بأنهم منفصلين عن الآخر. وقد أطلقت على هذه الطريقة من الخبرة والإدراك تسمية ((التضاعف الإسقاطي projective reduplication " (مارتي وآخرون ، 1963؛ ستيفانوس، 1973) ويهدف من خلال هذا المصطلح إيضاح أن مثل هؤلاء الأفراد يرون الآخر بصورة آلية بصورة إسقاطية وكأنه نوع من صورة ذاتهم ويحاولون بهذا المحافظة على ارتباطهم الرمزي

(ميشال فون راد و زيغفريد تسبف)

ه) تصورات النموذج ضمن نظرية البنية التحليل النفسية

بعد أن تأكدت شيئاً فشيئاً عدم كفاية التصورات التقليدية من أجل التفسير النفسي الجسدي لتشكيل العرض الجسدي في سياق شذرات السلوك التكتمية ، تقدمت أفكار جديدة لتحتل مركز الصدارة. وقد اعتمدت هذه الأفكار بصورة خاصة على خبرات من التحليلات النفسية طويلة الأمد إلى حد ما وأعاد تصنيف هذه الأفكار من جديد على خلفية علم النفس النمائي (الأحدث) (Mahler, 1968) (وعلم نفس علاقة الموضوع (Jacobson, 1964) وعلى خلفية نظرية النرجسية (Koht, 1971; Kernberg, 1975, 1977).

وقد كانت خبرة أن كثير من بناءات العرض الجسدية في إطار ما يسمى بالأمراض النفسية الجسدية النمطية عبارة عن أمراض غير مُعبّرة وبدون أهمية أولية خاصة حتى عندما يمكنها أن تكتسب في مجرى تاريخ الحياة الفردي أهمية (ثانوية) خاصة.

كان منطلق غالبية المبادئ النظرية الحقيقة الإمبريقية القائلة : بأنه غالباً ما يسود في التنشئة الاجتماعية الأولية للمرضى بأمراض جسدية نفسية سلوك أمومي وصف إما بأنه " مفرط الرعاية "

أو " رافض بصورة علنية أو مغطاة " (الاقتباس عن تسييف، 1976) علماً أنه لا يمكن على الغالب برهان وجود كلا النمطين (المتناقضين ظاهرياً) مع بعضهما.

إنها بصورة خاصة الصراعات النرجسية لهذه الأم (والأب) التي تنتقل إلى الطفل وتُعالج به وبجسده ويساء استخدام الأطفال الذين يكونون في هذا الطور التعلقي بصورة خاصة متعلقين وقابلين للإصابة وذلك من أجل حل هذه الصراعات (المرضية).

وتحتاج مثل تلك الأمهات أطفالهن " كالمخدر " (ماكدوغال، 1980)، ويحرصنه بخوف وحذر بحضور دائم وينمين بهذا مراقبة مكثفة وكأنه " جزء من الجسد الخاص " (Sperling, 1949; Mc Dougall, 1980). (ميشال فون راد و زيغفريد تسبف)

و) فرضية نظرية التعلق

حاليا تربط نشأة الاكسيتيما على أساس تأثير "أم ميتة" : إصابة في نرجسي للأم يتسبب في نهاية فترة سعيدة بينها وبين الرضيع؛ في ذلك الوقت من فقدان الحب ما يعادل فقدان المعنى .وسحب الاستثمارات من الأم المصابة بالاكنتاب يؤدي إلى تشكيل حفرة في علاقة الكائن. التماهيات الإيجابية مع الأم الميتة تتحول إلى تماهيات سلبية تترك ثقب بواسطة سحب الاستثمارات منها.

من ناحية أخرى، أمام الأم الخاملة عاطفياً، فإن الأولوية للطفل هي لإحياء لها، مما يلقي بظلاله على احتياجاته الخاصة أن الأم يجب أن تساعد. عدم الاهتمام للأم، غزت الطفل بشكل عشوائي من قبل النبضات التي تبدو غريبة ومثيرة للقلق .عواطفه لا تؤدي إلى تخطيط الشعور ويتم إخراج المشاعر لأنها مهددة بشدة وهذا يؤدي إلى تخدير الجسم. و تفاقم خطر هو المرور من الحساسية إلى التخدير العاطفي ثم انشطار الأنا.

(M.Combes–Lepastier 2012)

5-مقاييس التكتم

يعرّف Sifneos العديد من المقاييس تم اقتراحها لقياس الاكسيتيما ونكتفي بذكر المقاييس الأكثر استخداماً والتي لها الخصائص السيكمترية مرضية منها الاستبيانات .

(G. Loas 2012)

واستخدمت معظم الدراسات TAS-20 أو CAS.

هذه المقاييس قياس مختلفة، يبدو لظهار القليل جدا من ارتباط therebetween. وفقا لوملي، أن مجموعة من المقاييس الحالية مختلفة تكون مثيرة للاهتمام للحصول على درجة الالكسيتيميا أكثر موثوقية

(Hashmi 2010)

تطوير أداة لقياس مفهوم نظري الجديد هو خطوة هامة في التحقق من الصحة .ولكن منذ صياغة أولية للبناء في السبعينات اثار كثير من الجدل حول قضية التقييم .وقد استخدمت العديد من الدراسات الأولية أيضا الأساليب الإسقاطية مثل اختبار رورشاخ أو تات (المواضيعية الإدراك اختبار) لدراسة جوانب مختلفة منالالكسيتيميا دون نتائج تجريبية كافية .

(ا) مقياس تورونتو .(TAS-20 Alexithymia)

مقياس تورونتو(TAS-20) هو الاستبيان الذي تم تطويره في عام 1985 من قبل فريق كندي (تايلور وآخرون، 1985، في [2]). تتضمن 26 البنود التي يجري تقسيمها إلى خمسة أبعاد التي تقيس القدرة على وصف مشاعره، وعدم القدرة على تحديد العواطف، وانخفاض قدرات خيالية والأفكار تحولت إلى الخارج. وكان هذا المقياس موضوع العديد من الترجمات والدراسات المصادقة التي أظهرت استتساخ معين من هيكل عامل، صحة الداخلية مرضية والاستقرار الزماني (الاختبار وإعادة الاختبار). وقد تم تطوير النسخة الفرنسية من قبل ماري بول مارشان ونشرت في عام 1993؛ فقد كان موضوعا للعديد من الدراسات التحقق من الصحة. في عام 1994 عدلت المؤلفين حجمها من خلال تقديم نسخة مختصرة من 20 بنود: البند عشرون تورونتو Alexithymia مقياس (TAS-20). تم حذف أحلام اليقظة البعد. وقد تم تطوير النسخة الفرنسية من هذا الحجم عن طريق طلبات التوريد وآخرون. في عام 1995.

(G. Loas 2012)

(CAS) " .بعد استعراض مفصل للأدب، تايلور، وباغبي (1985) حددت خمسة أبعادا لالكسيتيميا التي كانت موضع إجماع:

(1) صعوبة وصف الحالات العاطفية،

(2) صعوبة في التمييز بين المشاعر الأحاسيس الذاتية والجسدية عند تفعيل العاطفي،

(3) عدم وجود الاستبطان،

(4) التوافق الاجتماعي،

(5) الافتقار للحياة الخيالية

استبيان(BVAQ) Alexithymia Bermond vorst "

هو اكثر حداثة لذلك هو اقل شيوعا لكنه يقدم تغير في البناء الداخلي وترجم الى عدة لغات اوربية روسية بولونية ويقدم عدد اكبر من الأبعاد على ما يقدمه TAS-20 بحيث يقيس خمسة أبعاد:

(1) له صعوبة في تحديد الحالات العاطفية ("عندما أنا مريض نفسي وبالمثل، لا أستطيع أن أقول إذا أنا حزين أو إذا أنا خائف، أو إذا أنا غير سعيدة (إذا) "،

(2) صعوبة في التعبير لفظيا عن الحالات العاطفية للآخرين" حتى مع صديق أو أحد الأصدقاء، وأجد صعوبة في التحدث عن شاعري "،

(3) استنزاف الحياة الخيالية ("في كثير من الأحيان قبل أن تغفو، تتخيل سيناريوهات، الاجتماعات والحوارات "،

(4) أسلوب التفكير العملي (" تجد أنه من الغريب تحليل عواطف الآخرين في كثير من الأحيان ")

(5) التفاعل العاطفي المنخفض" عندما يكون هناك شيء غير متوقع تماما، تبقى هادئا ورابط الجأش"

(M. Corcos et M. Speranza 2003)

في "بيت إسرائيل مستشفى النفسي استبيان.(BIQ) "

أحد المقاييس الأكثر استخداما هي إسرائيل استبيان بيت (BIQ)أو بيت إسرائيل النفسي الاستبيان الذي اقترحه Sifneos في عام 1973. ويتكون هذا المقياس من 17 أسئلة استجابة الثنائية -نعم أو لا. لقد كان موضوع العديد من الدراسات التحقق من صحته التي أظهرت صحة والإخلاص مرضية. علما، مع ذلك، أن التدريب ضروري لموثوقية الصحيحة. مؤخرا تم تعديل هذا الجدول مع عدد محدود من البنود 12 و 7 درجات اقتباس) تايلور وآخرون، (1997) هناك النسخة الفرنسية من BIQ والمعدلة. (G. Loas 2012)

مجموعة -Q كاليفورنيا alexithymia النموذج.(CAQ-AP) "

وضعت هافيلاند و REISE (1996) أداة القياس التي تسمح لكل من الذات ومعايير المراقبة باستخدام المنهجية التي وضعت الشخص هو محورها. لأنه يقوم على المقارنة بين مجموعة من الصفات لأي فرد معين. وكان الهدف من CAQ-AP لوصف النموذج من الالكسيتيميا بناء على أحكام الخبراء حول الجوانب العاطفية والمعرفية والسلوكية تشارك في بناء الشخصية. طلب هافيلاند و REISE خبيراً لتصنيف من 100 من بيانات الالكسيتيميا مأخوذة من المخزون شخصية العام (CAQ) من 9 فئات من الجوانب تحت أهم المعالم المميزة للبناء .

البنود التي تمثل الجوانب الأكثر تميزاً من الالكسيتيميا من قبل الخبراء ينطوي على صعوبة الشعور والتعبير عن الحالات العاطفية، عدم وجود أنشطة الخيال، وعدم استبطان (بصيرة)، وهي التفكير النفعي وعدم وجود الفكاكة. ويمكن اعتبار هذا الوصف أقرب إلى تعريف البناء الأصلي Nemiah، Freyberger و Sifneos (1976). أقل العناصر المميزة المشاركة ذات الصلة في أحلام اليقظة والأنشطة الخيال، وقدرة كبيرة على التأمل حول دوافعه والسلوكيات، وسهولة في إقامة علاقات حميمة، تكون دافئة وتعاطفاً، أو خبرة متعة وجه الانطباعات الجمالية.

(M. Corcos et M. Speranza 2003)

المقياس المراقب.(OAS) "Alexithymia"

طور الفريق هافيلاند مؤخرًا معايير أداة تقييم جديدة يسمى "مقياس المراقب الالكسيتيميا " .و كما يعرض المزايا الرئيسية مقارنة فهو CAQ-AP أقصر وقت الاختبار نظرا لعدد محدود من وحدات

(33 بدلا من 100) وسهلة الإدارة مما يجعله قابل للاستخدام من قبل أقارب وليس فقط من قبل خبراء السريرية. وتستمد المواد المستخدمة من CAQ-AP تم تعديل الصياغة لجعلها أكثر سهولة. لأول مرة أجريت الدراسة المصادقة على مجموعة من 44 قطعة، ثم خفضت إلى 33. تحليل عامل الاستكشافية التي أجريت على هذه الهيئة الجديدة: 5 عوامل يسمى على التوالي

"المسافة" ("هذا الشخص يحب أن يكون الأصدقاء المقربين،

" عكس النتيجة"(نقص البصيرة" ("ويصاب بالاحباط في حالات عدم اليقين")،

"الجسدة" ويتحدث الكثير من الانزعاج والألم الجسدي")،

"عدم وجود النكتة" ("يروي النكات وجعل تعليقات مضحكة "النتيجة العكسية)،

و" جمود" (" وهو يرى أشياء فقط باللون الأسود أو الأبيض

(M. Corcos et M. Speranza 2003)

العلاج:

يعتبر الكتاب الكلاسيكيين (Sifneos Krystall)، العلاجات التحليل النفسي الالكسيتيميا لا تفيد ، خاصة بسبب صعوبات التأمل .حاليا كجزء من الترتيبات المقترحة تم تطوير توجهات مختلفة العلاجية الأخرى، مثل النهج السلوكي المعرفي.

(G. Loas P-9 2012)

الفصل الخامس: الأمراض القلبية

تمهيد
1. القلب
2. حجرات القلب
3. وظيفة القلب
4. أمراض القلب
5. عصاب القلب
6. ارتفاع ضغط الدم
7. اضطرابات ضربات القلب
8. مرض الشريان التاجي
1.8 أسباب مرض الشريان التاجي
2.8 علاج أمراض الشريان التاجي
9. التوتر و القلق
10. الغضب
11. الجوانب النفسية نتيجة النوبة القلبية
ملخص الفصل

تمهيد:

يعمل القلب كمضخة ليحافظ على استمرار الدورة الدموية و هو يستجيب لتعليمات التي تصدر عن الجهاز العصبي و الغدد الصماء و الجهاز الدوري يقوم بضخ الدم إلى جميع أنحاء الجسم لمساعدة الفرد على الاستمرار و التكيف مع المحيط. و القلب هو أكثر الأعضاء استجابة للانفعالات و إذا لم يحسن الفرد تصرّفها يسبب ضغط كبير على القلب و بالتالي تحدث أمراض مثل تصلب الشرايين و لسكته القلبية وغيرها. وقد سجلت الإحصائيات في الولايات المتحدة ان من بين أسباب الموت تحتل الموت بسبب الأمراض القلبية المرتبة الأولى و هذا نتيجة ضغوطات الحياة.

1- القلب

عضو عضلي مخروطي الشكل قاعدته للأعلى و قمته للأسفل يقع في تجويف الصدر وزنه يبلغ أكثر من 300غم عند الرجال وحوالي 225غم . عند النساء طول حوالي 12سم وقطره 9سم مغطى بغشاء يطلق عليه precardium مكون من ألياف و طبقة مصلي وظيفته حماية القلب من الاحتكاك يتكون جدار القلب من ثلاث طبقات :

خارجية - وسطى - داخلية

خارجية مصليه و وسطى عضلية myocardium و داخلية اندوثيليه Endothelium و يقوم القلب بضخ الدم إلى أنحاء مختلفة من الجسم

(خالد كبيس 2002 ص191)

2- حجرات القلب

يتألف القلب من أربع حجرات اثنان علويان يطلق عليهما اسم الأذنان Aterium واثنان سفلية يطلق عليها اسم البطينان Ventracles ويقسم القلب بواسطة حاجز septum إلى جزء أيسر و جزء أيمن ليس بينهما أي اتصال

(خالد كبيس 2002 ص191)

3 - وظيفة القلب

إن الوظيفة الرئيسية للقلب هي ضخ الدم لجميع أنحاء الجسم عبر الجهاز الوعائي القلبي أن الدم يجري عبر جميع أعضاء الجسم بصورة حرة و بدون الحاجة إلى استخدام طاقه وذلك بسبب ارتفاع الضغط الشرياني عن الضغط الوريدي و بفضل ضخ الدم المستمر للدم.

إن المضخة اليمنى للقلب تضخ الدم عبر الأوعية الرئوية في حين المضخة اليسرى للقلب تضخ الدم إلى الأعضاء الجسم كافة أي الأعضاء الجاهزة (systemic organs) على الرغم من أن التشريح العام للمضخة اليمنى يختلف قليلا عن ذلك للمضخة اليسرى إلا أن الأسس التي تعتمد عليها إليه الضخ متماثلة بين الاثنين.

كل مضخة تتكون من بطين (ventricle) هو عبارة عن حجرة مغلقة محاطة بجدار عضلي يحتوي البطين على صمام خارج (outlet valve) و صمام داخلي (inlet valve) هذان الصمامان مصممان بحيث يسمحان للدم بالجريان في اتجاه واحد وتفتح دون الحاجة إلى طاقه الصمام الرئوي (pulmonic valve) هو الصمام الخارجي للبطين الأيمن وان الصمام الأبهري (aortic valve) هو الصمام الخارجي للبطين الأيسر يعقب الداخلي لكل بطين حجرة عضلية أخرى وهي (atrium).

4- الأمراض القلبية :

ويرتبط بالاضطرابات الجهاز الدوري أنواع من الأمراض السيكوسوماتية من القلب ضغط الدم الجوهري فضغط الدم المرتفع يقود إلى تلف الوعاء الدموي الشرياني سرعة ضربات القلب سرعة و عدم انتظام في ضربات القلب (أعلى من 100ضربة في الثانية)الصداع النصفي الأم بالرأس يسبقها عادة أعراض تحذيرية تكون مصحوبة بقيء الذبحة الصدرية الم حاد ومفاجئ بالصدر يتسبب مؤقتا في عدم قدرة شرايين الدم أن تمد عضلة القلب بالأكسجين الكافي انسداد العضلة القلبية تلف مفاجئ في عضلة القلب ناشئ عن فشل في شرايين الدم القلبية و ينتج عنه بصفة متكررة الموت (الموت مصطلح طبي يدل على النوبة القلبية) .

(عبد المعطي 2003 ص 79)

4-1 - وصف ظاهرة عصاب القلب

تعتبر اضطرابات القلب الوظيفية من الاضطرابات النفسية الجسدية الكثيرة الشيوع، والتي تواجه الطبيب العام والمتخصص. ويشكل ما يسمى (بعصاب القلب) إحدى صور اضطرابات القلب الوظيفية المعروفة علمياً منذ القرن التاسع عشر، وإن كانت تحت تسميات مختلفة. وعلى الرغم من وجود إشكالية فيما يتعلق بالتصنيف والتحويلات الكثيرة الطارئة على تصنيف هذه الصورة المرضية DSM-II, DSM-III, DSM-III-R and DSM-IV إلا أن هذا المصطلح ما يزال شائع الاستخدام في الممارسة العيادية الطبية والطبية النفسية والنفسية. تعالج هذه الدراسة موضوع عصاب القلب متعرضة إلى إشكالية التعريف والتحديد والجائحة وبعض سمات الشخصية عند مرضى عصاب القلب بالإضافة إلى منشأ وتطور عصاب القلب والمعالجة والتنبؤ.

يرى كل من ريشتر وبيكمان (1969-1973) أن عصاب القلب هو اضطراب يراجع حامله الطبيب بسبب الآلام في القلب بدون أن يكون سبب الآلام مرض أساسي عضوي.

غير أن سبور (1986) يرى ضرورة توسيع مفهوم عصاب القلب حيث يرى أن هناك أنواعاً من اضطرابات القلب والدورة الدموية يتم فيها إثبات تغيرات وعائية قلبية يمكن لها أن تلعب دوراً رئيسياً في نشوء الاضطرابات العصائية القلبية كما وإن بعض الأبحاث الحديثة تحاول إيجاد علاقة من ناحية المنشأ المرضي بين انسداد الصمام التاجي

واستناداً إلى النتائج التي توصل إليها هان (1973) يعرف زاكسة (1984) الشخص المصاب بعصاب القلب كالتالي: " الشخص المصاب بعصاب القلب هو شخص يشكو من الآلام في القلب وليس لها أسباب عضوية، ويبيد استعداده للعلاج في مؤسسة للعلاج النفسي.

ومن الناحية العرضية يصف المفهوم ذلك النوع من اضطرابات القلب والدورة الدموية الذي غالباً ما لا يبرهن فيه على نتائج عضوية (منشأ عضوي للمرض) و يعتقد أن نشوءه يمكن أن يكون على أساس من اضطراب عصابي. وفيما يلي سنعرض بعض المفاهيم لمتلازمة الاضطراب العصائية القلبية والتي تؤكد عدم التطابق في استخدام هذا المفهوم أو ما يسمى بفوضى المصطلحات.

- مفهوم عصاب القلب أطلقه العيادي النمساوي اوبينهولتز عام (1861)
 - داكاستا اسماء عام (1871) آلام القلب والدورة الدموية العصبية.
 - فرويد صنفه عام (1895) تحت مصطلح عصاب القلب.
 - ونجد عند ليفيز تحت هذا المصطلح مفهوم "متلازمة الجهد"
 - وتحدث فريدمان عام (1947) عن الاضطرابات القلبية الوظيفية.
 - مفهوم توهم المرض القلبي أطلقه برويتيغام عام (1956)
 - اقترح كولنكاف عام 1960 تسمية رهاب القلب
 - استخدم اوكسكول عام 1962 مصطلح الآلام الوظيفية.
- سوف يتم التركيز على ارتفاع ضغط الدم و امراض الشريان التاجي باعتبارها أهم الأمراض الخاصة بالأوعية الدموية للقلب و التي ترتبط بصورة قوية بالضغط

4-2_ارتفاع ضغط الدم:

يعتبر من أكثر الأمراض السيكونفزيولوجية خطورة حيث يطلق عليه القاتل الصامت وهو يؤدي إلى تصلب الشرايين او السكتة القلبية أو الأزمات القلبية كما يمكن أن يسبب الموت من الفشل الكلوي و ينتشر في الولايات المتحدة بصورة خطيرة حيث تقدر نسبة الإصابة به بين 15 إلى 33 بالمئة 10 بالمئة من طلاب الجامعة و معظمهم لا يعرفون أنهم مرضى إذا لم يهتم بالفحص الدوري وقياس الضغط (ومن هنا يسمى القاتل الصامت) و ترتفع لدى الأمريكيين الأفارقة بالمقارنة بالبيض و يقاس ضغط الدم برقمين الأول يمثل مقياس انقباض او كمية الضغط في الشرايين عندما ينقبض القلب و الثاني عندما ينبسط ويستريح .

(عبد المنعم 2006ص165)

4-3- اضطراب ضربات القلب (الغبط):

الضغط الانفعالية الحادة تؤثر في النشاط الكهربائي للقلب من خلال الأداء المرتفع للجهاز

العصبي وفي حالة الذي تعرض للتلف نتيجة لجلطة سابقة يحتمل أن يؤدي ذلك إلى الموت و قد تبين ان العوامل نفسية مثل الضغوط و مشاعر العزلة الاجتماعية بمثابة منبئات أكيدة للسكتة القلبية لدى الرجال الذين عانوا من ذبحة صدرية مؤخرًا .

كما اتضح ان التقارير حول ضغوط الحياة الخطيرة التي تتبع جلطة القلب مباشرة تعد خاصة منبئة للمرضى الذين يعانون من مشكلات قلبية متكررة.

(بايرن 1981)

وقد أشارت الفحوص الطبية الإكلينيكية أن تأثير فقدان الحديث لشخص محبوب يؤدي إلى نفس الأعراض السابقة و ارتبطت بالزيادة من مخاطر التعرض للموت بالسكتة القلبية.

(محمد اديب ص 265)

3-4 مرض الشريان التاجي:

الشريان التاجي أو مرض القلب مصطلح طبي يستخدم للدلالة على عدة اختلالات انسداد التاجي (انسداد الأوعية) (هبوط القلب) و الذبحة الصدرية (ألام حادة في الصدر تحدث بعد المجهود البدني أو الضغوط الانفعالية)

وعلى الرغم من أن مرض الشريان التاجي قد عرف منذ زمن طويل بأنه مرض طبي متميز إلا أن من الباحثين من يرى وجود عوامل نفسية و يؤكد بذلك دقة الخط الفاصل بين المؤثرات الجسمية و المؤثرات النفسية_ صحيح ام مرض القلب لا يزال ينظر إليه أساسا على انه مرض طبي يتفاقم أو يزداد سوءا بفعل التوترات الانفعالية كما أن له أثارا جسمية نفسية لكن الكشوف الحديثة تجعل من الواجب ان يفرد لمرض الشريان التاجي عناية مفصلة في كتب علم النفس (سوين 1979)

(عبد المعطي 2003 ص 93)

5- أسباب مرض الشريان التاجي

أ - التوتر والقلق

التوتر والقلق و هو الميل إلى إصدار سلوك يتسم بالحدة و العصبية و الاندفاع مع شعور بالقلق و عدم الإحساس بالراحة و نقص القدرة على الاسترخاء.

و حين يكون الفرد في حالة انفعال زائد و توتر شديد فان هذا يصاحبه سرعة في ضربات القلب مما يؤدي إلى احتمالية الإصابة ببعض أمراض القلب المختلفة و اعتقد ان العقل هو المكان الذي تبدأ فيه أمراض القلب عند كثير من الناس و قد قال أخصائي القلب ادي اورونش من جامعة كاليفورنيا في سان فرانسيسكو و هو يحاول ما يزيد عن أربع سنوات عمرية التجلطات في شرايين القلب بان يجعلهم يغيرون طرق حياتهم بشكل جذري و يتطلب هذا التغيير عادة تشكيل سلوكهم و علاقاتهم فضلا على التمرينات الرياضية و إتباع العادات الصحية غير انه إذا كان للإنسان أن يتجنب مشكلات القلب الفعلية أن يغير أيضا من تفكيره و هذا هو أصعب تغيير فالاتجاهات الارتياحية و الانفعالات العدوانية يمكن أن تسبب استجابات بيولوجية تؤدي إلى أمراض الشريان التاجي.

ب - الغضب:

توصل فريق من العلماء الألمان بجامعة ميونيخ إلى أن الغضب يسبب انسداد الشرايين وتضييقها وتصلبها لأنه يزيد تراكم الصفائح الدهنية فيها مما يزيد خطر التعرض للازمات القلبية وقال الباحثون أن معدل تصلب الشرايين يتقدم بسرعة عند الأشخاص سريع الغضب والذين يعانون من ضعف الروابط الاجتماعية و الأسرية مشربين إلى إن هذا الاكتشاف قد يساعد الأطباء في التعرف إلى مجموعة الأشخاص الأكثر عرضة للإصابة بمرض الشريان التاجي. (الجاموسي 2004 ص30)

6- علاج أمراض الشرايين التاجية:

يمكننا تطبيق التدخل النفسي في كل مرحلة من مراحل أمراض الشرايين التاجية سواء في الوقاية الأولية أي في مرحلة ما قبل ظهور أعراض المرض أو خلال المرحلة الحادة التي غالبا ما تكون بعد حدوث الجلطة القلبية أو عند مرحلة إعادة التأهيل و العودة إلى الحياة

الطبيعية و التي يطلق عليها بالوقاية الثانوية و يتراوح نوع التدخل النفسي بين استخدام الأساليب المعرفية إلى استراتيجيات السلوكية فقد تطور التدخل النفسي عما كان عليه في فترة السبعينات حيث كان يتضمن تعديل السلوك المرتبط بعوامل الخطر المرتفعة إلا انه في الوقت الحاضر و بعد تطور نماذج علاج الضغوط المتعددة أصبح بالإمكان استخدام أكثر من أسلوب تدخلي نفسي لمعالجة هذا المرض السيكوسوماتي

(محمد أديب 2006ص470)

7- الجوانب النفسية نتيجة لنوبة قلبية

الإصابة بالنوبات القلبية له تأثير مدمر على الصورة الذاتية، وخاصة عندما يكون الضحية لم يكن مريضاً قبل. في غضون ساعات، حياة شخص وطريقته في رؤية التغيير والمريض يجب أن تتعامل مع المشاعر التي تصاحب الشعور بالخسارة وعدم اليقين.

أ- **الخوف:** أعظم العاطفة التي يشعر في البداية ضحية نوبة قلبية هو الخوف والقلق التي تستمر طوال فترة النقاهة. نسبياً الشباب وصحية يمكن أن تعاني من نوبة قلبية. تحقيق وجود مفاجآت بالنوبات القلبية والسؤال الأول الذي يتبادر إلى الذهن هو: "لماذا أنا؟" الشعور بالقلق يثير بسرعة أسئلة أخرى مثل: "هل أموت؟ أشعر بأن الأم الصدر أنها تأتي مرة أخرى؟ يمكن أن يحدث هذا لي مرة أخرى؟" إن الخوف الأكبر هو الخوف من الموت. الخوف رئيسي آخر أن الشخص قد يتعرض هو الخوف من عدم القدرة على قيادة الحياة نفسها كما كانت من قبل.

بعض مرضى القلب تحد من أنشطتها لأنهم خائفون ونحن باستمرار للاطلاع على أي من الألم والانزعاج. ممارسة النشاط الجنسي وانعكاس الأنشطة السابقة تصبح مصدراً للقلق.

برامج إعادة التأهيل القلبي تساعد على معالجة هذه القضايا وناجين من النوبات القلبية لديهم الفرصة لتبادل الخبرات مع الآخرين الذين يعانون من أشياء مماثلة.

ب- **الغضب:** وهناك مستوى معين من الغضب ينشأ نتيجة لنوبة قلبية ويرتبط ارتباطاً وثيقاً للخوف. الشخص لديه شعور بأنه كان ضحية لغضب "لماذا حدث هذا لي، لي؟ لماذا الآن؟

"الشعور بالذنب عن الماضي يمكن أن تظهر على السطح: الغذاء غير المناسب، وممارسة القليل جداً، أسلوب حياة غير صحي.

قد يكون و الغضب هو رد فعل طبيعي لهذا الحدث يشكل خطر الوفاة هو نوبة قلبية. أصدقاء وأقارب مرضى القلب قد تجد أنه يتفاعل مع أدنى شيء، فهو سريع الانفعال.

ج- الاكتئاب: نوبة قلبية يجلب معه العديد من الخسائر: فقدان الصحة، الصورة الذاتية والثقة في حياته المادية القوة والطاقة الخسارة. الاكتئاب هو رد فعل على ما تقدم. اغلب حالات الاكتئاب مرتبطة بأزمة قلبية مؤقتة ويمكن علاجها. أنها يمكن أن تستمر من يومين إلى ستة أشهر. قد تكون هناك حاجة إلى اللجوء إلى مساعدة مهنية، وخاصة إذا كان الاكتئاب الحاد أو لفترات طويلة.

المشاعر الاكتئابية التي تسبب الشعور بالهزيمة والعزلة في أحد ينجو من أزمة قلبية، هي ردود فعل طبيعية. وهذه المشاعر تتلاشى مع مرور الوقت. يمكن أن نتحدث بصراحة عن هذه المخاوف تسريع عملية التعافي. لا تعبر عن مخاوفها أو العواطف هو في حد ذاته عامل ضغط كبير.

(عطوف ياسين 1988، ص. 52-53)

8-حقائق طبية بارزة و ارتباطها بالعوامل النفسية:

تشير أحداث البحوث الطبية للجمعية الطبية الأمريكية لعام 1986 إلى الحقائق التالية:

1_إن القلب يجيب على كثير من الحوادث النفسية أكثر من أي عضو في البدن فمقابل كل حادثة انفعالية (جواب فسيولوجية) و هو في حد ذاته ليس مرضيا باثولوجيا و لكنه جزء من حركة نفسية.

2_إن كل الدوافع لها صلة بالقلب و الدورة الدموية و القلب هو المعبر عن كل الانفعالات .

3_إن عدد ضحايا القلب هو (32بالمئة)من مجموع الوفيات بالعالم.

4_ يؤكد الطبيب (كورث CKORTH°) وجود ما يزيد عن 10 أنواع من النبض لابد أن تؤخذ بعين الاعتبار عند عملية التشخيص و منها = النبض الاعتيادي-النبضات في القمة -النبضات فوق حافي القص-النبضات فوق منطقة القلب و فوق الجزء الخلفي من الصدر-النبضات المنتشرة-النبضات في الدورة الرئوية -النبضات المستغل عن ارتفاع الضغط الوريدي-النبضات في الشرايين المحيطة -النبضات الكبدي- النبضات المنبسط أالارتخائي وقد يشكل (ضعفا)النبضات الانقباض و قد يشكل (ضعفا) النبض المتناقض -النبضات المتناقضة.

5_ توجد في (العيادات النفسية) مئات الحالات التي تبرهن على هذه الحقائق السابقة.

(المرجع سبق ص.76-1988)

9-كلمة المديرة العامة لمنظمة الصحة العامة :

إن ارتفاع ضغط الدم و الذي يعرف أيضا بضغط الم المرتفع هو احد عوامل الخطر الرئيسية التي تسبب أمراض في القلب و ألاوعية الدموية إذ يعاني مليار شخص في جميع بلدان العالم من ارتفاع في ضغط الدم مما يؤدي إلى الإصابة بأمراض تؤدي بحياة 9 مليون فرد سنويا في الوقت الراهن

الخاتمة:

يتسبب مرض القلب في ثلث الوفيات و خاصة بين الرجال و تبين الدراسات إن من بين الأسباب هناك عوامل نفسية تؤدي إلى الإصابة بمرض القلب منها :ضغوط الحياة – الأزمات النفسية المتكررة مشاعر الإحباط و القلق الشديد و هو مرض خطير يتطلب الحد من نشاط الجسمي و العقلي ويكون مجبر على الاعتماد على الغير. وهكذا يتضح إن المريض يحتاج إلى تدخل نفسي و خاصة العلاج المعرفي السلوكي حيث توفر له فرص أكثر للعلاج.

(مارغريت تشان)

الجانِب التطبيقِي

الفصل السادس: إجراءات منهجية للدراسة الميدانية

تمهيد
1. المنهج المستخدم في الدراسة
2. حدود الدراسة
3. مجتمع الدراسة
4. أدوات الدراسة
5. طريقة تطبيق تقنيات البحث
6. أساليب الإحصائية المستعملة في الدراسة

تمهيد:

لا تخلو أي دراسة علمية من جانب تطبيقي أو ميداني لان الهدف الرئيسي لهذه الأخيرة هو بالدرجة الأولى الوقوف على صحة أو خطأ ثبات أو نفي المرتكزات التي قامت عليها الدراسة و ذلك بجمع البيانات و تحويلها و قراءتها .و قد ارتأينا في فصلنا هذا المعنون بإجراءات الدراسة الميدانية أن نستعرض كل الإجراءات الدراسية الاساسيه و قد اشتمل هذا الجانب على المنهج المتبع .و وصف المجتمع المدروس و العينة وأسلوب اختيارها . وكذلك الأدوات المستخدمة لجمع البيانات و خطوات إعدادها إضافة إلى التحقق من خصائصها السيكمترية وكذلك معامل الصدق و الثبات و كيفية تقنين مقياس الالكسيتيميا (تاس - 20) على البيئة الجزائرية.وكيفية تنفيذ البحث و إجراءاته وختاماً أتطرقنا للأساليب الاحصائية التي تم تطبيقها في هذه الدراسة لمعالجة البيانات.

إجراءات الدراسة:

1. المنهج : اعتمدت في البحث على منهجين :

1.1 المنهج الوصفي :

هو احد أشكال التحليل و التفسير العلمي المنظم لوصف ظاهرة أو مشكلة محددة و تصويرها كمياً عن طريق جمع بيانات و معلومات مقننة عن الظاهرة أو المشكلة و تصنيفها وتحليلها وإخضاعها للدراسة الدقيقة .
(سامي ملحم -2000 ص370)

2.1 المنهج الإكلينيكي:

هو المنهج الذي يعتمد على جمع البيانات بطريقة علمية ،والمعلقة بالحالة موضع الدراسة التي قد تبد بأنها مستقلة ،سواء كانت لفرد أو لجماعة أو مؤسسة و او كيان سياسي أو وحدة محلية مجتمعة أو إدارية. و التعمق في دراستها للتوصل إلى حكم لها قد يكون قابلاً للتطبيق على حالات أخرى مماثلة.

(احمد الخالدي 2009 ص 87)

2. حدود الدراسة:

الحدود الزمنية: خلال السنة الدراسية 2016/2015 .

الحدود المكانية : مستشفى مصطفى باشا - الجزائر العاصمة- قسم الأمراض القلبية.حيث قدموا لنا كل المساعدات من معلومات تخص المرضى و المكتب لتسهيل عملية البحث .

الحدود البشرية :تقتصر على مجموعة أفراد من مرضى القلب من كلا الجنسين المتواجدين بمصلحة الامراض القلبية.

3.مجتمع الدراسة:

1.3 مجموعة الدراسة:

مجموعة العينة تتكون من 30 فرد (15 ذكور و15 اناث)

2.3 معايير اختيار مجموعة البحث :

- أن يكون لديه ملف طبي يثبت إصابته بمرض القلب
- نقبل في العينة المريض الذي لديه امراض أخرى لكن الحالة تعالج في مصلحة الأمراض القلبية .
- يجب ان يكون المريض ليس ذهاني.

-3.3 وصف مجموعة البحث

المجتمع المدروس :

العينة:

تتوزع العينة في الجداول حسب السن و الجنس و نوع المرض .

الجدول (03): يوضح خصائص العينة حسب العدد

المجموع	إناث	ذكور
30	15	15

الجدول (04): يوضح خصائص العينة حسب نوع المرض

نوع المرض	ذكور	إناث
الإنسداد الشرياني	10	9
البطارية	5	6

الجدول (05): يوضح خصائص العينة حسب العمر

	ذكور	إناث
من 33 الى 51	4	10
من 51 فما فوق	11	5

4 الأدوات المستخدمة :

1.4 المقابلة : علاقة دينامية وتبادل لفظي بين شخصين أو أكثر .

ومن خصائصها :

-أنها تبادل لفظي منظم بين شخصين هما الباحث و المبحوث بحيث يلاحظ الباحث فيها ما يطرأ على المبحوث من تغيرات و انفعالات .

-تتم المقابلة بين شخصين هما القائم بالمقابلة و المبحوث في موقف واحد.

-يكون للمقابلة هدف واضح ومحدد و موجه نحو غرض معين .

(سامي ملحم -2000 ص295- 297)

2.4 استبيان التكم : TAS-20

1.2.4 مقياس تروننتو:

وصف المقياس تروننتو لالأكسيتيميا TAS-20

تم الاعتماد على مقياس الالأكسيتيميا TAS-20 الذي أعده تايلور سنة1992. يتكون المقياس من (20) بند يقيس الالأكسيتيميا و لقد صيغت البنود على شكل عبارات ايجابية و أخرى سلبية بواقع (15) عبارة ايجابية و (5) عبارة سلبية ضمن ثلاث محاور:

- صعوبة تحديد لأحاسيس :
- يشير هذا المقياس إلى نقص كفاءة الشخص في تحديد و التعرف على أحاسيسه: يتكون من (8) ايجابية ويعبر الحد الأعلى الدرجة (35) على هذا المقياس ارتفاع صعوبة تحديد الأحاسيس الداخلية بينما الحد الأدنى (7) يعبر عن انخفاض الصعوبة في تحديد الأحاسيس .
- صعوبة وصف الأحاسيس:
- يشير هذا المقياس إلى نقص الكفاءة فيما يتعلق بالتعبير اللغوي عن أحاسيس و يتكون المقياس من (5) عبارة بواقع (4) عبارات ايجابية و(1) سلبية ويعبر الحد الأعلى لدرجة (52) عن ارتفاع صعوبة وصف الأحاسيس. بينما يعبر الحد الأدنى للدرجة 5 درجات انخفاض صعوبة وصف الأحاسيس.
- التفكير الموجه للخارج :
- يشير هذا المقياس إلى نقص الكفاءة التأملية لدى الشخص و يتكون المقياس من (8) عبارات بواقع (4) عبارات سلبية (4) عبارات ايجابية. ويعبر الحد الأعلى الدرجة (40) عن ارتفاع التفكير المتوجه إلى الخارج.
- طريقة تطبيق تقنيات البحث:
- 2.2.4 كيفية تصحيح مقياس تورونتو للاكسيتيميا :
- يصحح مقياس تورونتو على المتصل من خمس نقاط تبدأ بالرفض القوي و تنتهي بالموافقة القوية و تمثل نقطة الوسط الحياد . و يعبر الحد الأعلى للدرجة (100) عن ارتفاع البلادة الوجدانية بينما يعبر الحد الأدنى للدرجة (20) عن انخفاض البلادة الوجداني والمتصل كما يلي :
- ارفض بقوة : (1) درجة للعبارة الايجابية و.(5) درجات للعبارة السلبية .
- ارفض بالاعتدال : (2) درجات للعبارة الايجابية (4) درجات للعبارة السلبية .
- لا أوافق ولا ارفض (3) للعبارات الايجابية ولسلبية
- أوافق بقوة : (5) درجات للعبارات الايجابية و.(1) درجة سلبية.

- الجدول (06) يوضح توزيع فقرات الالكسيتيميا :

البعد	فقراته	الحد الاعلى	الحد الادنى
صعوبة تمييز الاحاسيس	14 - 13-9-7-6-3-1	35	7
صعوبة وصفها	17-12-11-4-2	25	5
التفكير الموجه نحو الخارج	20-19-18-16-15- 10-8-5	40	8
درجة المقياس ككل		100	30

العبارات السلبية: 4 - 5 - 10 - 18 - 19

الجدول (07) توضيح مستوى الالكسيتيميا:

حسب النسخة الفرنسية :

مستوى الالكسيتيميا	الدرجة
مرتفعة	أكبر من 56
متوسطة	أصغر من 56
منخفضة	أصغر من 44

(زاغز حنان 2014 -ص140)

صدق المحكمين :

حصلت الباحثة حنان على إذن من صاحب المقياس Taylor / TAS-20 بترجمته من اللغة الانجليزية إلى اللغة العربية. ثم عرض في صورته الأولية على أساتذة متخصصين في الترجمة للتحقق من مدى ملائمة وفي الخطوة الثالثة قامت بتسليم النسخة العربية لمترجم مختص في الترجمة من العربية إلى الانجليزية بغرض القيام بترجمة عكسية إلى اللغة الانجليزية للنسخة العربية التي سبق أن ترجمتها ثم تم إجراء التعديلات المناسبة بناء على الخطوتين السابقتين. وقامت بانجاز الخطوة الأخيرة و المتمثلة في عرض المقياس في النسخة العربية المترجمة على بعض اساتذة علم النفس للتأكد من مدى ملائمة البنود لقياس ما وضعت لقياسه في النسخة الأصلية.

(المرجع السابق ص-122)

الخصائص السيكمترية لمقياس التكتم :

2-1- ثبات المقياس:

نظرا لأن بدائل الإجابة متعددة في المقاييس المستخدمة في الدراسة الحالية فقد تم تقدير الثبات بطريقة ألفا كرونباخ وذلك عن طريق نظام رزمة الإحصاء للعلوم الاجتماعية (SPSS) والنتائج يلخصها الجدول التالي:

طريقة ألفا كرونباخ:

المقياس	العينة	معامل الثبات
مقياس التكتم	30	0.71

جدول (08) : معامل ثبات مقياس التكتم باستخدام طريقة ألفا كرونباخ (ن = 30)

2-2 صدق المقياس:

أ- الصدق التمييزي

تم حساب صدق المقياس الحالي بطريقة الصدق التمييزي حيث تم ترتيب درجات الأفراد من الأدنى إلى الأعلى ثم تم أخذ 27% من الدرجات أعلى التوزيع و 27% من الدرجات أدنى التوزيع وكان عدد الأفراد في كل منهما 21 فردا، بعد ذلك تم حساب (ت) لمعرفة الفروق بين المجموعتين وهو متاح على النظام الإحصائي (SPSS) والجدول التالي يوضح النتائج:

العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة " ت "	مستوى الدلالة
09	53.11	8.96	16	-8.283	0.000
09	80.88	4.56			
المجموعة الدنيا					
المجموعة العليا					

جدول (09): نتائج اختبار (ت) للمقارنة الطرفية بين درجات المجموعة العليا والمجموعة الدنيا في

مقياس التكتم

يلاحظ من خلال الجدول (09) أن قيمة ت دالة عند أقل بكثير من 0,01 وبالتالي المقياس يتمتع بصدق عال.

ثانيا :

3.4 مقياس الاتزان الانفعالي :

أعد هذا المقياس في الأصل عادل العدل (1995) ، وقام أسامة المزيني (2001) بتقنيته لي (2006) بتطوير هذا المقياس عن طريق التعديل في العديد من عباراته.

صدق المقياس:

استخدم مصمم المقياس أنواع الصدق الآتية :

أ-صدق المحكمين:

قام مصمم المقياس بعرض المقياس على عشرة من المحكمين من ذوي الاختصاص لمعرفة آرائهم حول صلاحية عبارات مقياس الاتزان الانفعالي ، حيث تم تعديل بعض العبارات ، واستبعاد أخرى وا عادة صياغة بعض العبارات .

ب-صدق الاتساق الداخلي :

قام مصمم المقياس بحساب معاملات الارتباط بين درجة كل فقرة والدرجة الكلية للمقياس حيث تبين أن أغلب فقرات المقياس حققت ارتباطات دالة مع الدرجة الكلية للمقياس عند مستوى دلالة أقل من (0,01)

ج- صدق المقارنة الطرفية :

قام مصمم المقياس بإجراء المقارنة الطرفية (الصدق التمييزي) ، باستخدام اختبار مان- ويتي U وتبين وجود فروق دالة إحصائية ، عند مستوى دلالة أقل من (0,01)

ثبات مقياس التوازن الانفعالي :

قام مصمم المقياس بحساب ثبات مقياس الاتزان الانفعالي بالطرق الآتية:

أ- ثبات التجزئة النصفية:

تم حساب معامل الارتباط بطريقة بيرسون ، وقد بلغت قيمة معامل الثبات بعد التعديل $r = 0,856$ (وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى دلالة أقل من (0.01) الأمر الذي يدل على درجة جيدة من الثبات تفي بمتطلبات تطبيق مقياس الاتزان الانفعالي

ب- طريقة ألفا كرونباخ :

كما قام مصمم المقياس بحساب معامل ثبات المقياس بطريقة ألفا كرونباخ، وقد بلغت معامل ثبات قيمة الف(0,895) و هي قيمة تدلل على مستوى جيد من الثبات و هي دالة على مستوى دلالة أقل $(0,01)$

(الغذائي 2014 ص 112)

صدق المقياس على عينة الدراسة الحالية :

الخصائص السيكومترية لمقياس الاتزان الانفعالي :

2-1- ثبات المقياس:

نظرا لأن بدائل الإجابة متعددة في المقاييس المستخدمة في الدراسة الحالية فقد تم تقدير الثبات بطريقة ألفا كرونباخ وذلك عن طريق نظام رزمة الإحصاء للعلوم الاجتماعية (SPSS) والنتائج يلخصها الجدول التالي:

طريقة ألفا كرونباخ:

المقياس	العينة	معامل الثبات
مقياس الاتزان الإنفعالي	30	0.67

جدول (10) : معامل ثبات مقياس الاتزان الإنفعالي باستخدام طريقة ألفا كرونباخ (ن = 30)

2-2 صدق المقياس:

أ- الصدق التمييزي

تم حساب صدق المقياس الحالي بطريقة الصدق التمييزي حيث تم ترتيب درجات الأفراد من الأدنى إلى الأعلى ثم تم أخذ 27% من الدرجات أعلى التوزيع و 27% من الدرجات أدنى التوزيع وكان عدد الأفراد في كل منهما 21 فرداً، بعد ذلك تم حساب (ت) لمعرفة الفروق بين المجموعتين وهو متاح على النظام الإحصائي (SPSS) والجدول التالي يوضح النتائج:

العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة " ت "	مستوى الدلالة
09	92.00	1.00	16	-10.626	0.000
09	101.56	2.50			

جدول(11): نتائج اختبار (ت) للمقارنة الطرفية بين درجات المجموعة العليا والمجموعة الدنيا في الإلتزان الإنفعالي

يلاحظ من خلال الجدول (11) أن قيمة ت دالة عند أقل بكثير من 0,01 وبالتالي المقياس يتمتع بصدق عال.

الاساليب الاحصائية المستعملة في الدراسة:

و قد استخدمنا في هذه الدراسة حزمة (spss)

- T-TEST للفروق

- بيرسون للارتباط

- كرونباخ

الفصل السابع: عرض و مناقشة النتائج

1. مناقشة و تفسير نتائج الفرضية الاولى
2. مناقشة و تفسير نتائج الفرضية الثانية
3. مناقشة و تفسير نتائج الفرضية الثالثة
4. مناقشة و تفسير نتائج الفرضية الرابعة
5. مناقشة و تفسير نتائج الفرضية الخامسة
6. مناقشة و تفسير نتائج الفرضية السادسة
7. تحليل نتائج المقابلات
8. تحليل نتائج استبيان التكم
9. تحليل شامل لنتائج الدراسة

الخصائص السيكومترية

لمقياس التكتم :

2-1- ثبات المقياس:

نظرا لأن بدائل الإجابة متعددة في المقاييس المستخدمة في الدراسة الحالية فقد تم تقدير الثبات بطريقة ألفا كرونباخ وذلك عن طريق نظام رزمة الإحصاء للعلوم الاجتماعية (SPSS) والنتائج يلخصها الجدول التالي:

طريقة ألفا كرونباخ:

المقياس	العينة	معامل الثبات
مقياس التكتم	30	0.71

جدول (12) : معامل ثبات مقياس التكتم باستخدام طريقة ألفا كرونباخ (ن = 30)

2-2 صدق المقياس:

أ- الصدق التمييزي

تم حساب صدق المقياس الحالي بطريقة الصدق التمييزي حيث تم ترتيب درجات الأفراد من الأدنى إلى الأعلى ثم تم أخذ 27% من الدرجات أعلى التوزيع و 27% من الدرجات أدنى التوزيع وكان عدد الأفراد في كل منهما 21 فردا، بعد ذلك تم حساب (ت) لمعرفة الفروق بين المجموعتين وهو متاح على النظام الإحصائي (SPSS) والجدول التالي يوضح النتائج:

العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة " ت "	مستوى الدلالة
09	53.11	8.96	16	-8.283	0.000
09	80.88	4.56			

جدول(13): نتائج اختبار (ت) للمقارنة الطرفية بين درجات المجموعة العليا والمجموعة الدنيا في مقياس التكتم

يلاحظ من خلال الجدول (13) أن قيمة ت دالة عند أقل بكثير من 0,01 وبالتالي المقياس يتمتع بصدق عال.

الخصائص السيكومترية لمقياس الإتزان الإنفعالي :

2-1- ثبات المقياس:

نظرا لأن بدائل الإجابة متعددة في المقاييس المستخدمة في الدراسة الحالية فقد تم تقدير الثبات بطريقة ألفا كرونباخ وذلك عن طريق نظام رزمة الإحصاء للعلوم الاجتماعية (SPSS) والنتائج يلخصها الجدول التالي:

طريقة ألفا كرونباخ:

المقياس	العينة	معامل الثبات
مقياس الإتزان الإنفعالي	30	0.67

جدول (14) : معامل ثبات مقياس الإتزان الإنفعالي باستخدام طريقة ألفا كرونباخ (ن = 30)

2-2 صدق المقياس:

أ- الصدق التمييزي

تم حساب صدق المقياس الحالي بطريقة الصدق التمييزي حيث تم ترتيب درجات الأفراد من الأدنى إلى الأعلى ثم تم أخذ 27% من الدرجات أعلى التوزيع و 27% من الدرجات أدنى التوزيع وكان عدد الأفراد في كل منهما 21 فردا، بعد ذلك تم حساب (ت) لمعرفة الفروق بين المجموعتين وهو متاح على النظام الإحصائي (SPSS) والجدول التالي يوضح النتائج:

العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة " ت "	مستوى الدلالة
09	92.00	1.00	16	-10.626	0.000
09	101.56	2.50			

جدول (15): نتائج اختبار (ت) للمقارنة الطرفية بين درجات المجموعة العليا والمجموعة الدنيا في الإتزان الإنفعالي

يلاحظ من خلال الجدول (15) أن قيمة ت دالة عند أقل بكثير من 0,01 وبالتالي المقياس يتمتع بصدق عال.

الاساليب الاحصائية:

-اختبارات للعينات المستقلة (independent samples test)

-معامل الارتباط الثنائي بيرسون (correlation bivariate)

-معامل الفا كرونباخ (Alpha-cronbach)

عرض ومناقشة النتائج

الفرضية الأولى: يوجد مستوى مرتفع من التكتم لدى عينة من مرضى القلب

العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة " ت "	مستوى الدلالة
30	68.10	12.494	29	7.93	0.000
التكتم					

من خلال الجدول رقم (16) يتبين أن عينة الدراسة من مرضى القلب يعانون من مستوى مرتفع من التكتم حيث بلغ المتوسط الحسابي للعينة 68.10

مناقشة

مناقشة الفرضية الاولى : توافقت مع النتائج التي توصل اليها الباحثون في أمراض السيكوسوماتين مثل ارتفاع الضغط الدموي (julio et al 1998) و الاضطرابات القلبية الوعائية (vanheule et al 2010)

مرض القلب التاجي (valkanno et al 2001) الربو (umloy et al 2007) الاكزيما (todarele al 1994) آفات الخلايا للمفاوية السابقة لسرطان عنق الرحم

(taylor et bag by 2004) سرطان الثدي و الفشل الكلوي و التهاب المفاصل الروماتيزي (taylor et al 1997) داء السكري المعالج بالانسولين (fridman et al 2003) اضطرابات الامعاء الالتهابية : متلازمة القولون العصبي (porcelli et al 1999) و اضطرابات الاكل : فقدان الشهية و الشره (speramze et al 2005) (هرمز جميلة 2013 ص 352)

بينما دراسات أخرى (katia2010) في الأمراض العضوية توصلت هذه الدراسات إلى وجود ارتباط قوي بين 30 الى 60 بالمئة ضغط الدم HtA و البقية الغدة الدرقية - الربو - القرحة المعدية.

الفرضية الثانية: توجد علاقة دالة إحصائية بين التكتم والإلتزان الإنفعالي لدى عينة مرضى القلب.

جدول رقم (17): يبين معامل الارتباط الثنائي لبيرسون بين الدرجات المتحصل عليها من التكتم والدرجات المتحصل عليها من مقياس الإلتزان الإنفعالي.

قيمة معامل الارتباط	العينة	مستوى Sig. (2-tailed) الدلالة
-0.50(**)	30	0.000

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

يتبين من خلال الجدول رقم (17) أن معامل الارتباط بيرسون بين مقياس التكتم وبين مقياس الإلتزان الإنفعالي سالب ودال إحصائياً عند مستوى دلالة يقل عن (0.01)، وقد بلغ معامل القيمة (-0.50).

مناقشة

اتضح انه لا يوجد علاقة ارتباطيه دالة إحصائياً بين الإلتزان الانفعالي و التكتم و هذا راجع إلى ان التكتم هو نوع من الاضطراب في الانفعالات و انعدام التكيف أما الإلتزان الانفعالي هو تكيف و تحكم و وعي بالانفعالات و نجد أنها تتشابه في النتيجة التي توصل ريان إلى عدم ارتباط الإلتزان الانفعالي و سرعة الإدراكية و خاصة أن التكتم هو عدم إدراك وصف انفعالاته بناء على ذلك فان الفرضية الصفرية قد تحقق حيث لم تظهر في النتائج وجود علاقة بين الإلتزان الانفعالي و التكتم، بينما تناقضت مع دراسة لينيك lunig 1981 ان الطلبة ذوي تقدير الذات بالدرجات العالية تحصلوا على درجات عالية في الإلتزان الانفعالي.

توجد علاقة ارتباطيه ذات دلالة إحصائية بين عدم الإلتزان الانفعالي و الأعراض السيكوسوماتية (سليمان عمر بيطلي العامري 2007)

يرى حمدان أن الإلتزان الانفعالي مرادف لمعنى الوسطية و أن المرونة الشخصية مظهر من مظهر الوسطية و يقصد بالوسطية الاعتدال في مجال الانفعالات و الاعتدال في إشباع الحاجات البيولوجية و النفسية و الاعتدال في تحقيق قيمة ذلك الجانب من الشخصية الذي أهمله الآخرون و هو الجانب الروحي من الشخصية حمدان(2010_36) فيمكن القول أن الانفعال حالة نفسية تؤثر بسلوك الفرد تصاحبها مجموعة المظاهر الخارجية الجسمية غالباً ما تعبر عن نوع الانفعال التي قد تؤثر في سلوك الفرد مما قد يشعر باضطراب انترانه.

جدول رقم (18): يبين الفروق في متوسط درجة التكتم حسب الجنس (مجموعة الذكور ومجموعة الإناث)

العدد	م	ع	درجة الحرية	قيمة " ت "	مستوى الدلالة
15	65.67	13.345	28	-1.44	0.29 غير دالة
15	70.53	11.513			

الفرضية الثالثة: لا توجد فروق دالة إحصائية في مستوى التكتم تعزى إلى متغير الجنس.

للتحقق من صحة هذه الفرضية تم استخدام اختبار (ت) للعينات المستقلة، وذلك للتحقق من وجود فروق في متوسط مستوى التكتم تعزى إلى متغير الجنس.

يتبين من خلال الجدول (18) عدم وجود فروق دالة بين المتوسطين في مستوى التكتم بين الذكور والإناث ، حيث كان متوسط درجات التكتم عند الذكور (65.67) بينما بلغ عند الإناث (70.53) عند مستوى دلالة (0.29) وهي أكبر من قيمة (0.05).

مناقشة

و قد توافقت نتائجنا مع ما توصل إليه نويل و ريم 1988 حيث فهرسا الدراسات التي وصفت العلاقة بين الاليكسيتيميا و عامل الجنس و وجد أن فقط ثلاث دراسات على ثمان بينت فروق دالة في درجة الاليكسيتيميا حسب الجنس و واحدة تشير الى ارتفاع الاليكسيتيميا اكثر من النساء و اثنان تشير إلى ارتفاع أكثر عند الرجال و خمسة أخرى لم تظهر اختلافات بين الجنسين في درجة الاليكسيتيميا فكثير من الدراسات بينت انه لا توجد علاقة بين الاليكسيتيميا و الجنس و هذا ما توصلنا إليه في دراستنا (ص353)

دراسة (KRishnan et coll 2006) توصلت انه لا يوجد فروق في التكتم تعزى إلى السن أو الجنس بينما ناقضتها دراسة أخرى حيث توصلت إلى أن الرجال اعلي درجة في التكتم من النساء (DION) (1996) ودراسة أخرى (mittila 2009) توصلت إلى أن النساء أكثر تكتم إذ تحصلن على درجات عالية مقارنة بالرجال

و هذا ما توصل إليه noel rimie 1998 انه لا يوجد فروق بين الجنسين في درجات التكتم من خلال الدراسة الاستطلاعية و الملاحظة الميدانية افترضت أن النساء يتكلمن كثيرا و يعبرن عن ألامهن و كل مشاكلهن رغم حساسيتها أما الرجال فكانوا بقدر السؤال تكون الإجابة ربما لأنني من

الجنس الآخر وجدوا صعوبة في التعبير بتلقائية هذه الملاحظة جعلتني أتوقع درجة عالية من التكتّم عند الرجال لكن النتيجة لم يكن الفرق دال إحصائيا وهكذا لم تتحقق الفرضية و تحققت الفرضية الصفرية هذا ما توصلت إليه الكثير من الدراسات قبلي فهي تؤيد ما توصل إليها بأنه لا يوجد فرق بين الجنسين في التكتّم و لا حتى في السن لكن وجد فرق يعزى الى الاختلاف في الناحية الاجتماعية.

الفرضية الرابعة: لا توجد فروق دالة إحصائية في مستوى الإلتزان الإنفعالي تعزى إلى متغير الجنس. للتحقق من صحة هذه الفرضية تم استخدام اختبار (ت) للعينات المستقلة، وذلك للتحقق من وجود فروق في متوسط مستوى الإلتزان الإنفعالي تعزى إلى متغير الجنس.

العدد	م	ع	درجة الحرية	قيمة " ت "	مستوى الدلالة
15	98.00	3.72	28	1.816	0.07 غير دالة
15	95.33	4.11			

جدول رقم (19): يبين الفروق في متوسط درجة الإلتزان الإنفعالي حسب الجنس (مجموعة

الذكور ومجموعة الإناث)

يتبين من خلال الجدول (19) عدم وجود فروق دالة بين المتوسطين في مستوى الإلتزان الإنفعالي بين الذكور والإناث ، حيث كان متوسط درجات الإلتزان الإنفعالي عند الذكور (98.00) بينما بلغ عند الإناث (95.33) عند مستوى دلالة (0.07) وهي أكبر من قيمة (0.05).

مناقشة

و هذه النتيجة تؤيد ما توصل اليه محمد ريان في دراسته انه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية تعزى الى متغير الجنس.

هناك دراسة أبو زيد حيث هدفت الدراسة إلى التعرف إلى الفرق جنسيين في إدراك وتقدير ذات و علاقتها بالالتزان الانفعالي و توصلت أن الطلاب الذكور أكثر تقدير لذات و بالتالي أكثر ارتباط بالالتزان الانفعالي

أما دراسة البهادلي فلم تتوصل إلى وجود فرق في الالتزان الانفعالي لدى الجنسين 1998 و تناقضت مع دراسة عذاب 2004 التي توصلت إلى وجود علاقة دالة إحصائية بين الذكاء و الالتزان الانفعالي.

الفرضية الخامسة: لا توجد فروق دالة إحصائية في مستوى التكتّم تعزى إلى متغير السن.

للتحقق من صحة هذه الفرضية تم استخدام اختبار (ت) للعينات المستقلة، وذلك للتحقق من وجود فروق في متوسط مستوى التكتّم تعزى إلى متغير السن.

العدد	م	ع	درجة الحرية	قيمة " ت "	مستوى الدلالة
50-33	14	68.35	15.43	0.918	0.104 غير دالة
أكثر من 51	16	67.87	9.75		

جدول رقم (20): يبين الفروق في متوسط درجة التكتم حسب السن (33 إلى 50 - أكثر من 51)

يتبين من خلال الجدول (20) عدم وجود فروق دالة بين المتوسطين في مستوى التكتم تعزى إلى متغير السن، حيث كان متوسط درجات التكتم عند فئة 50-33 (68.35) بينما بلغ عند فئة أكثر من 51 (67.87) عند مستوى دلالة (0.104) وهي أكبر من قيمة (0.05).

مناقشة

دراسة (mittila 2000) (honkalampi) فوجدت أن هناك ارتباط دال إحصائياً بين السن ودرجة التكتم

دراسة (noel rimie 1998) أثبتت أن 80% من المرضى السيکوسوماتين عندهم درجة عالية من التكتم و ليس لها ارتباط بالجنس لكن لها ارتباط قوي بالسن و المستوى الاجتماعي و الاقتصادي والذين لديهم ضغط الدم يشكلون (50% من المرتفعي درجة التكتم دراسة في ايطاليا و أخرى في فنلندا)

الحالة	السن	الجنس	نوع المرض	مقياس تورونتو TAS -20	مقياس الاثر الانا لتفاعلي
1	2	1	2	52	88
2	1	1	2	36	93
3	2	1	2	75	97
4	1	1	2	52	96
5	2	1	2	59	90
6	2	1	2	71	92
7	2	1	2	61	99
8	2	1	2	76	91
9	2	1	2	59	95
10	2	1	1	67	93
11	1	1	1	72	99
12	2	1	1	70	97
13	1	1	1	80	94
14	2	1	1	68	92

15	2	1	2	88	97
16	1	2	2	62	97
17	1	2	1	89	98
18	1	2	1	62	96
19	1	2	2	83	98
20	1	2	2	62	97
21	1	2	2	80	98
22	1	2	2	42	92
23	1	2	1	80	98
24	2	2	1	77	95
25	2	2	1	70	94
26	1	2	1	62	96
27	1	2	2	78	94
28	1	2	2	80	95
29	2	2	2	77	99
30	2	2	2	66	95

الجدول (21) يوضح خصائص العينة المدروسة من حيث السن و الجنس و الدرجات و نوع المرض والدرجات المتحصل عليها من خلال مقياس الاتزان الانعالي و مقياس تورونتو للالكسيتيميا ومقياس الاتزان الانعالي لكل حالة على حدى .

– ولقد رمزنا الى الفئات العمرية كما يلي :

(من 33 الى 51) ب1 . امان (51 الى ما فوق) ب2 .

الجنس :

الذكور : 1

الاناث : 2

اما نوع المرض :

البطارية : 1

الانسداد الشرياني : 2

عرض نتائج مقياس الاكسيتيميا تورونتو TAS-20:

الدرجة العامة	التفكير المتوجه الى الخارج	صعوبة وصف الاحاسيس	صعوبة الوعي بالاحاسيس	مدة الاصابة	المرض	الجنس	السن	الحالة
52	17	11	24	24	2	0	2	1
36	20	6	11	24	2	0	1	2
75	25	20	30	12	2	0	2	3
52	18	17	17	24	2	0	1	4
59	20	13	18	24	2	0	2	5
71	26	21	22	12	2	0	2	6
61	19	20	22	12	2	0	2	7
76	33	19	24	12	2	0	2	8
59	22	17	20	24	2	0	2	9
67	23	25	19	24	1	0	2	10
72	34	20	18	12	1	0	1	11
70	30	18	22	12	1	0	2	12
80	35	21	24	12	1	0	1	13
68	25	17	26	24	1	0	2	14
88	35	24	29	12	2	0	2	15
62	20	19	23	12	2	1	2	16
89	35	24	30	12	1	1	1	17
62	20	15	27	24	1	1	1	18
83	31	25	27	12	2	1	1	19
62	25	15	20	12	2	1	1	20
80	30	25	25	12	2	1	2	21
42	14	13	15	24	2	1	1	22
80	24	21	35	12	1	1	1	23
77	35	16	26	12	1	1	1	24
70	24	17	29	12	1	1	2	25
62	21	16	25	12	1	1	2	26
78	37	19	22	12	2	1	1	27
80	35	21	24	12	2	1	1	28
77	29	19	29	12	2	1	1	29
66	29	18	21	12	2	1	2	30
68.10	28.76	16.4	23.46	المتوسط الحسابي				

*الرموز:

-الجنس: - الذكور : 0 – والإناث: 1

-السن :من (33 - 51) :1- ومن (51 فما فوق) : 2

-نوع المرض : البطرية: 1 – و أمراض الصمغات (الانسداد الشرياني) :2

-المدة المرضية :اقل من سنة: 12 - وأكثر من سنة : 24

1- مواصفات المقياس :

أ- مفاتيح تصحيح المقياس :

مقياس التكتّم يتكون من عشرين بند وثلاث أبعاد أو عوامل:

العامل الأول : صعوبة الوعي بالأحاسيس، والبند التي تعبر عنه هي: 1-3-6-7-9-13-14

العامل الثاني: صعوبة وصف الأحاسيس للآخرين، و البند التي تعبر عنه هي : 2-4-11-12-17

العامل الثالث: التفكير المتوجه للخارج، والبند التي تعبر عنه هي: 5-8-10-15-16-18-19-

20

وتم ترتيب هذه المعطيات في جدول بعدد المحاور ثم يتم التقيط للإجابات المقترحة عن كل عبارة

(ملاحظه) وفي الأخير نجمع نتائج كل محور (النتيجة) و يتم التعليق على المعطيات المتوصل

إليها و الدرجة التي تمنح لكل محور تعكس الإستراتيجية المستخدمة .

ب- نموذج الاجابة على المقياس :

صعوبة الوعي بالأحاسيس	صعوبة وصف الأحاسيس للآخرين	التفكير المتوجه نحو الخارج	لاختبارات
1	لا يمكنني تمييز ما اشعر به من انفعالات في كثير من الاحيان	+	1 .2.3.4.5
2	أجد صعوبة في العثور على الكلمات المناسبة لمشاعري	+	1 .2.3.4.5
3	اشعر بأحاسيس في جسدي حتى الاطباء يعجزون عن تفسيرها .	+	1 .2.3.4.5
4	استطيع وصف مشاعري بكل بسهولة	+	1 .2.3.4.5

5	أفضل كثيرا تحليل مشكلات على مجرد الاكتفاء بوصفها.				1 .2.3.4.5	+
6	حينما أكون متضايقا لا اعرف هل انا حزين أو خائف أو غاضب	+			1 .2.3.4.5	
7	ارتبك كثير حياي أحاسيسي التي تنتاب جسدي	+			1 .2.3.4.5	
8	أنا أفضل تركر الأمور تحدث على ان احاول فهم سبب حدوثها على هذ النحور .				1 .2.3.4.5	+
9	لا يمكنني تحديد بشكل تام ودقيق ما اشعر به	+			1 .2.3.4.5	
10	انه من الاساسي بالنسبة لي أن اهتم بمشاعري . .				1 .2.3.4.5	+
11	يصعب عليا وصف مشاعري اتجاه الآخرين.	+			1 .2.3.4.5	
12	الناس يطلبون مني التعبير عن مشاعري أكثر	+			1 .2.3.4.5	
13	لا استطيع معرفة ما بنتابني من الداخل داخلي	+			1 .2.3.4.5	
14	في كثير من الأحيان لا أعرف لماذا أنا غاضب	+			1 .2.3.4.5	
15	أفضل الكلام مع الناس بخصوص نشاطاتهم اليومية بدلا من ان اتحدث معهم عن احاسيس .				1 .2.3.4.5	+
16	أنا أفضل مشاهدة البرامج الترفيهية بدلا من الاعمال الدرامية.				1 .2.3.4.5	+
17	أجد صعوبة في الكشف عن مشاعري العميقة حتى إلى أقرب الأصدقاء	+			1 .2.3.4.5	
18	اشعر بقرب شخص ما حتى في لحظات الصمت				1 .2.3.4.5	+
19	أجد ان مراجعة احاسيسي مفيد لحل المشكلات الشخصية				1 .2.3.4.5	+
20	البحث عن المعاني الخفية للأفلام و المسرحيات يحول دون الاستمتاع بها .				1 .2.3.4.5	+
	المجموع	+	+	+		+

الجدول (22): عرض أبعاد إستبيان التكتم

نماذج من مرضى القلب :

الحالة وردية: حالة وردية امرأة متزوجة عمرها 56 سنة التقينا بها في مصلحة الأمراض القلبية بمستشفى مصطفى باشا طلبنا منها اجراء فحوصات نفسية واستجابت لطلبنا بدون رفض، وشرعنا معها في اللقاء الاول في اجراء المقابلة في المكتب المتواجد بالقسم الاستشفائي .فهي أم لسبعة أبناء متوسطة القامة بسيطة المظهر، الحالة الاجتماعية أرملة ،و أم و الحالة الاقتصادية متوسطة ،قادمة من باتنة (جبال الاوراس) منذ يومين تعاني من الالم في الصدر و متاعب في القلب لديها أمل في أن يساعدوا الأطباء على تجاوز هذه الصعوبات و تشفى و تنتظر ان يزودوها بالعلاج اللازم و كما تقول " رايعين يسرحولي قلبي " قادمة من باتنة منذ يومين متوسطة القامة بسيطة المظهر مبتسمة بخجل كنت كلما اسألها تركز على وصف الحالة الجسدية ضيق في التنفس - الم في الصدر ...،أو على الأعمال اليومية " خدمت كل شيء - الحصاد - البني ... لكن الخيال او الكلمات التي تعبر عن انفعال : غضب - قلق - الحب - الكرهلم المسهم في كلامها هل النضج يجعل الإنسان يتحكم في انفعالاته و يسيطر عليها ان الحياة القاسية تدمر منظم الانفعالات فيعجز عن وصفها و التعبير عنها ام ان هذه نتيجة الصبر و آلية الإنكار قضى على كل الانفعالات ام ان التربية التي ترى إن الذي لا يسيطر على انفعالاته ضعيف أعطتنا هذه النماذج. افترض أن لديها درجة عالية من التكتم كمكانيزم دفاعي ضد التفكك و لكي يجد الإنسان التكيف و الانسجام مع محيطه فيستعين بالتكتم عن الانفعالات لتحااش الصراع و التصادم و تحقيق التكيف و الشبه سواء إلى حد ما. و ترى ميلاني كلاين إلى أن بناء الشخص إنما يتم من خلال علاقته بجسده . فمنذ اللحظة التي يدرك فيها الطفل تمايز جسده عن جسد امه يبدأ الطفل بالإحساس بذاته (اناه) كموضوع مستقل عن الموضوع الامومي فإذا ما عانى المريض من صعوبات التعرف الى هذا الانفعال الجسدي (التجربة الجسدية المستقلة) او اذا عانى من الصعوبات الاسقاطية (و هذا رأي سامي علي نجم عن ذلك عدم قدرة المريض على الفصل بين ذاته

(اناه) و الموضوعات الخارجية فإذا ما تعرض هذا الشخص لصدمة نفسية ما فانه يعود (ينكص) ليعيش مرحلة سابقة من مراحل التطور النفس-الجسدي مما يعني تراجع مستوى تنظيمه النفسي-الجسدي و هذا التراجع يكون مترافقا بظهور الوسواس المرضية و هجاس المرض فاذا وصل هذا التراجع الى اختلال التنظيم النفسي ا و الى إعادة أحياء الأمراض و الاضطرابات الجسدية الكامنة و من خلال كلامها ' خدمت كل شيء البني و الحصاد' و هذه نقطة خلل في تنظيم لجهاز النفس - الجسدي .

(بيار مارتى وآخرون 1990 ص56)

وهكذا بعد جمع معطيات الاستبيان اتضح ان لديها 56 درجة وهذا يدل على وجود الاكسيتيميا حيث تحصلت على 19 في العامل الأول الذي هو صعوبة الوعي بالأحاسيس و في صعوبة وصف الأحاسيس للآخرين 13، أما في التفكير المتوجه إلى الخارج ،النتيجة 24 .

تحليل نتائج الاختبارات:

نلاحظ ارتفاع في التفكير المتجه نحو الخارج 24 و هذه ميزة لسلوك العمليات و هو تعبير أطلقه البسيكوسوماتيون للدلالة على ذلك الأسلوب الحياتي الذي يتحكم به مجريات الحياة اليومية - العملية و هذا الانهماك في خضم الحياة اليومية يعتبره السيكوسوماتيين نقطة خلل في تنظيم الجهاز النفس-الجسدي و الذي لا يتحمل الصعوبات بسهولة مما يمكنه ان يؤدي إلى إصابة العمليات بالأعراض و الأمراض الجسدية (بيار مارتى و آخرون 1990 ص 74)

و هذا ما انعكس في المقابلة و سجلناه من خلال الملاحظة

نلاحظ أنها تحصلت على 19 في العامل الأول ،صعوبة تمييز الأحاسيس وهي درجة أعلى من الحد الأدنى 7 هو سلوك تكتمي و افترض انه آلية دفاعية و هو عبارة عن نكوص إلى مراحل بدائية وقع

لسبب ما تثبتت و بالتالي خلل في التنظيم الانفعالي و يمكن أن يكون هروب من خيال مرعب إلى واقع عملي.

-كما نلاحظ انخفاض في ما يخص صعوبة وصف الأحاسيس للآخرين 13 حيث كانت تعبر عن أحاسيسها لكن من الناحية جسدية (عندي الوجع، ذراعي يوجعني، عندي ضيق في التنفس) هذه سمة من سمات المتكتمين أي لا يميزوا بين الأحاسيس النفسية والجسدية.

المجموع: 56 وبالتالي ثبت ان لديها تكتم .

2-حالة فريدة

فريدة امرأة في 46 من العمر الحالة الاجتماعية متزوجة و ام لبنتين وولدين من برج منايل جميلة و أنيقة في مظهرها تمتهن صنع الحلويات و المستوى الاقتصادي جيد التقينا بها في مصلحة الأمراض القلبية بمستشفى مصطفى باشا ،طلبنا منها إجراء فحوصات نفسية ، فاستجابت لطلبنا بدون رفض و شرعنا معها في اللقاء الأول في إجراء المقابلة في مكتب القسم الاستشفائي . مظهرها الفسيولوجي يبين بوضوح أنها تبذل مجهود لإخفاء توترها و قلقها و صراع شديد داخلها حيث أجابت على سؤال : يبدووا لي انك مقلقة . تقول " كثير نحس عظامي تختلج و السبب لا اعرفه حابه نهدر مانش عارفة واشي نقول ولا ليمن نقول عندي فقط خويا مرات نهدر لو تعرفي الراجل تفكير مش كيل مرا يقولي راكي ماكيش عارفة واش راكي تحوسي ... كنت بكري نحكي لعمتي تسمعني ما تقاطعنيش و تفهمني و نرتاح كي نهدرلها لكنها ماتت و انهمرت الدموع من عينيها في هذه اللحظة دخل اخوها الذي ترتاح له و أخذها في حزنه و بكت كثيرا و فهمت مشكلتها فتركتها مع أخيها على ان اعو داليها مرة اخرى.

تحليل المقابلة :

لاحظت عدم قدرة على التعبير عن انفعالاتها و كانت تصاحبها توترات واضحة فسيولوجية تحاول ان تحطم جدار التكتّم و تعجز و كان تعبيرها متجه إلى الحياة الخارجية " صنع الحلويات " و كأنها تهرب من صراع داخلي و لتخفيف الصراع تقول " نفرح بالكومند رغم انني مقتدرة ماديا " و الدموع منهمرة و كلامها الجاف الذي يخلوا من الخيال و الهوامات و ربط صراعاتها بالخارج ' الطيبة اللي تمرض ماداويش ' مع ان توتراتها تحملها من قبل ان ترى الطيبة هذا يجعلني افترض ان لديها تكتّم و عجز عن التعبير عن انفعالاتها و أحاسيسها بكلمات معبرة كما لاحظت انها تستعمل ميكانيزم التجنب حيث في البداية لم تكن متجاوبة معي تماما و بعد مرور الوقت بدأت تتجاوب معي و كأنها كانت لا تجد كلمات تعبر عما تشعر به " حبا نتكلم مانش عارفة واش نقول " نفتقد القدرة على الربط بين الكلمات و ما تشعر به أما الأحلام فنقول أنها ترى أحيانا حلم متكررة ولم تفصح عليه هذه من سمات السيكوسوماتية و تقول الجاموسي " نقصد بها تلك الأحلام المتكررة في شكلها و ليس تلك المتكررة فقط في فكرتها . إذ إن الأحلام المتكررة فقط في فكرتها تعكس حالة من حالات التثبيت حتى لو بدت هذه الفكرة في قالب مختلف في كل مرة الأحلام المتكررة شكلا تنطلق من نفس مبدأ الأحلام العلمائية إن التهيج الجسدي هو المهيمن على الأحلام المتكررة فتأتي متكاملة و موافقة للأعصاب الصدمة و هذه الصدمات الانفعالية تكون غائبة في التداعي الحر " (الجاموسي ص 16 - 2004)

وبعد حساب المجموع المتمثل في 58 درجة اتضح أنها تعاني من حالة الالكسيتيميا حيث سجلت في بعد صعوبة الوعي بالأحاسيس 17 درجة و هي اكبر من الدرجة الدنية أما في صعوبة وصف الأحاسيس للآخرين فسجلت 21 درجة أما التفكير المتوجه إلى الخارج 20 درجة

وبذلك تجاوزت المعيار المطلوب: 56 و بالتالي تعتبر تكتمية

تحليل نتائج الاختبارات:

تحصلت على 20 درجة في العامل الثالث التفكير المتجه نحو الخارج وهذا ما لمسناه في المقابلة (أقوم بصنع الحلويات وافرح لما نجيني كوموند برغم إني مادي الحمد الله) هذا يفسر هروبها من مشاعرها المبهمة وخيالها المرعب الى ا لخارج 21 صعوبة في معرفة الأحاسيس وهذا يؤيد ما لاحظناه أثناء المقابلة اذ يقول (حاب يهدر ما نعرف واش نقول واش راني نحس). كما تحصلت على 21 درجة في صعوبة وصف الأحاسيس للآخرين وهي درجة عالية بالنسبة للحد الأدنى 5 درجات و قربه من الحد الأعلى 25 وهذا واضح جليا أثناء المقابلة‘ حاب نهدر و مانيش عارفة واش انقول‘. كما تحصلت على 17 درجة في صعوبة في تحديد الأحاسيس وهذه السمات تتجمع عند التكتبيين والتي فسرنا العلماء من وجهات نظر مختلفة ومنها أن هناك عدم تواصل بين الفص الأيمن من المخ والفص الأيسر وهذا يؤدي بالفرد أن لا يستطيع أن يعبر لفظيا عن انفعالاته.

حسب تفسير مكدوغال : إن المريض يفتقر إلى كلمات لتسمية حالته العاطفية، أو (إذا كان يمكن تسميتها) أنه لا يمكن تمييزها عن بعضها البعض. انه لن يكون قادرا، على سبيل المثال، لتمييز القلق من الاكتئاب والخوف والانعاج والإثارة التعب والغضب والجوع، الخ. ولكن على الأقل في مرضاي الخاصة، وجدت أن هذه الظواهر كانت أساسا وظيفة دفاعية، فأصبح لنا مرحلة من مراحل التطور حيث التمييز بين الذات والموضوع ليس بعد مستقر ويمكن أن تولد الكرب. وأوضح هذا الانحدار، في رأيي، أن الرسائل المرسله من قبل الهيئة إلى النفس، أو العكس بالعكس، كانوا جزءا نفسيا، كما هو الحال في مرحلة الطفولة المبكرة، (اكدوغال 1982)

-3 حالة منذر:

تقديم معطيات المقابلة مع الحالة :

مؤشرات التكتم

الحالة: منذر السن 35 سنة عامل بالاتصالات منذ 10 سنوات ،الحالة الاجتماعية عزاب، المستوى الثقافي جامعي ،المرض القلب (تسريح) مدة المرض 6 شهور بشكل متقطع فلسطيني الأصل و نشأ في بومرداس أخ لأربع ذكور و هو أصغرهم و اكبر من بنتين و العائلة منقسمة إلى اثنين جزء من العائلة الأم و بعض إخوته في غزة و البقية مع الأب في بومرداس ،التقينا به في مصلحة الامراض القلبية و استاذناه في اجراء فحص نفسية،فتجاوب دون رفض وكانت المقابلة في مكتب بالمركز الاستشفاء.

من خلال الملاحظة توفرت الوضعيات الأربعة للتكتم :

1_صعوبة في الوعي بالأحاسيس : فكان يركز على وصفها عن طريق الوصف الفسيولوجي "مارانيش قادر نفكر كلش حبس ليا مدة ما رحتش للخدمة راني حاس غصة في حلقي و ضيقة في صدري مارانيش مليح..."

2_صعوبة وصف الأحاسيس للآخرين : لما سألته عن الجانب العلائقي قال "مليحة..قا بعيد بعيد" و لما سألته عن الزواج قال مازال مالمقيتش لي تفهمني ..كل مرة مني ولا منها و نفترقوا .."

3_التفكير المتوجه الى الخارج : لما سألته عن عمله قال " لمرض هو إلي خلط لي لحساب كنت من غير زوخ ممتاز لاني منحملش نبقى بلا عمل و نحس روحي ماشي مليح و شديد الانضباط "

4_الحياة الهوامية : لما سألته عن أحلامه قال " مانشوفش احلام نادرا و بعد المرض كوابيس "

لاحظنا غياب الحياة الخيالية و كلامه جاف نوعا ما و يدقق في تفاصيل العمل و لديه عجز عن وصف انفعالاته و القلق و التوتر مكبوت و يركز على الوصف الفسيولوجي و هذه كلها مؤشرات التكتّم هذا ما سجلناه من خلال الملاحظة و المقابلة بالإضافة إلى الدرجات العالية التي تحصل عليها على سلم TAS-20 حيث تحصل على 31 درجة في صعوبة الوعي بالاحاسيس، وتحصل على 25 في صعوبة وصف الاحاسيس للآخرين و بالتالي فالمجموع 82 يعني درجة عالية في التكتّم. المجموع: 82 درجة. و هكذا يتبين ان للحالة درجة عالية من التكتّم تجاوزت معيار النسخة الفرنسية 56 كما كانت واضحة مؤشرات التكتّم في المقابلة بشكل يتفق مع نتائج الاختبار.

تقديم الحالة : توفيق

تقديم معطيات المقابلة مع الحالة :

الحالة : التوفيق السن 52 سنة العمل تاجر التقينا به في مصلحة الامراض القلبية بمستشفى مصطفى باشا طلبنا منه إجراء فحوصات نفسية فاستجابت لطلبنا دون رفض وشرعنا معه في اللقاء الاول في مقابلة بالمكتب المتواجد في القسم .الحالة الاجتماعية متزوج و لديه بنت وولد يعاني من مرض القلب و السكر منذ سنتين شكله متوسط القامة بدين بعض الشيء لا تبدو عليه ملامح المرض كان محتشم نوعا ما و مبتسم قال انه يمتلك مصنع شوكولاتة و هو مشترك مع إخوته و كان عامل نشيط و منضبط و هذا النشاط و الانضباط هو الذي ساهم في نجاح الشركة لكن خلصتها غالبية le stress دارلي لمرض و الان راني مع لمرض و السبب طرات و الادوية ... " و ماويلتش نروح للشركة الا نادرا ... انا طبعي حار فلخدمة ومانخزرش للآخرين خدموا ولا لالا كانوا يحوسوا ويعيشوا la belle vie و انا فالق روحي و في الاخير جبته في صحتي .. راكي تعرفي لعرب كيلقاو واحد ناشط يحطو عليه كل العمل بيروفييتو .. تفرتها في صحتي .. ان شاء الله عند ربي يعوضني و مايضيعنيش ... " . كان

يتكلم و يتحرك و خاصة أصابعه و رجليه تهتران و هذه دلالة فسيولوجية على قلق داخلي شديد و صراع لا يعرف كيف يصرفه او يعبر عنه و معظم كلامه عن الحياة اليومية و العمل و الشركاء و التعب الجسدي و المرض و التأسف لا توجد في كلامه ما يعبر عن انفعالاته و كان عاجز عن وصف انفعالاته و كأنه عاجز عن وصف انفعالاته و أحاسيسه كما أنها جافة من الخيال و الهوامات و الأحلام فلما سألته عن أحلامه قال : "لا أرى أحلام كنت قاتل روحي فلخدمة ما عنديش وقت نرقد و لا نحلم .. كي نخط راسي نرقد ديراكت حتى لصباح أما الآن مع لمرض ما عدتش نرقد مليح كيما بكري نبطى و نشوف كوايبس حتى نفطن قلبي يضرب ..مارانيش مليح حياتي كلها تخلطت " .ضعف و محدودية في الحياة الهوائية و عجز في وصف الأحاسيس و الانفعالات التدقيق في وصف الحياة اليومية و العمل كما لاحظت أن معظم المرضى لهم الجدية في العمل و التنافس مثل ما أشار إليه روزمان أضافت إلى التكتم الذي أشار إليه sifnoes محدودية الخيال و عجز عن وصف المشاعر و تدقيق في وصف الحياة اليومية و المرور الى الفعل من خلال الأعراض الفسيولوجي.

اما نتائج المقياس فكانت النتائج 19 درجة في صعوبة وصف الاحاسيس ،و صعوبة وصف الاحاسيس للاخرين 09 درجات والتفكير المتجه نحو الخارج 37. المجموع 65 درجة وهكذا سجل توفيق درجة عالية من التكتم تتوافق تما ما مع ما لاحظناه و ما لمسناه في المقابلة. نستنتج من خلال النتائج إن كلما كانت مدة المرض اقل كانت النتائج أعلى درجات أي أن هناك فروق في الدرجات تعزى إلى متغير مدة المرض.

استنتاج عام

ونجد مفهوم التكتّم الذي عرفه الشرييني سنة 2001 يتضمن خصائص معرفية و انفعالية حيث يعجز الفرد عن تسمية انفعالاته و كأن الكلمات تفقد مدلولها فلا يوظفها لمعرفة و الوعي بانفعالاته و لا لوصفها للغير و يتجه تفكيره إلى الخارج ليخفف عن انفعالاته و هذه الميزة تجعله تحت ضغط شديد يؤدي به إلى التعب الجسدي و النفسي فيصرف الصراع الداخلي في اضطراب جسدي و القلب يرتبط نشاطه بالانفعالات فتزداد ضرباته عند الخوف و الغضب و تتباطأ عند الاكتئاب لذا يكون أكثر عرضة للإمراض و هذا ما استنتجناه من خلال دراستنا انه يوجد مستوى عالي لحالة الاليكسيثيميا عند عينة المرضى المصابين بالإمراض القلبية سواء كانوا ذكورا أو إناثا إذا لم نجد فروقا تذكر تعزى إلى متغير الجنس أو السن و هذا قد توصلت إليه عدة دراسات قبلنا و إن وجدت دراسات تناقضها . كذلك حاولنا معرفة إذا كان التكتّم سبب أم نتيجة وجدت انه مستحيل أن توصلنا دراسة ذات مدة قصيرة إلى الإجابة و قد حاولوا قبلي، فمنهم من أرجعها إلى مراحل بدائية من حياة الفرد أي أنها سبب مثل بولبي الذي يرى أن الحرمان العاطفي المبكر يؤدي حتما إلى الاضطرابات النفس-جسدية.

فيرى انه فشل في العلاقات الأولية و في الرعاية holding حسب ونيكوت 1953 تفشل إلام السيئة في تشجيع تعبير عن المشاعر لدى الطفل باستثناء الأم الجيدة بما فيه الكفاية تنجح فيو استنتجت بعض الدراسات إن التكتّم منتشر بين عامة الناس 8% الى 10% و بالتالي فان التكتّم مع ضغوط الحياة والعجز عن التعبير عنها يصل الفرد للاضطرابات النفس-جسدية .

- إقتراحات: أشار تايلور إن التطبيقات السريرية لهذا المفهوم تبدو واعدة وأهمها:
- أن المتكتمين يظهرون نماذج من التعلق المرضي وإشكالا من سوء التكيف و عدم الضبط الانفعالي ويمكن أن تكون إطارا لدراسات لاحقة.
- وإن التكتّم يستعمل كمؤشر تنبئي هام جدا في مجال الدراسات الوقائية في مجال السيكوسوماتية بنجاح و في أسباب الوفيات بغض النظر عن عوامل الاختطار الأخرى.
- اثبت العلاج النفسي ان خفض التكتّم يؤدي فوائد صحية جيدة وهكذا تبدو أهمية تشخيص التكتّم وخاصة في علاقته بالجسدية و الاكتئاب لدى مراجعي العيادات العامة.

(قريشي وزعطوط 2008 ص-205)

لاحظت من خلال متابعة الدراسة انه توجد حالة التكتّم (لاليكسيثيميا) منتشرة حيث يصعب على الفرد أن يعبر أو حتى يعي ما يجول في داخله من انفعالات فمثله ظاهرة الانتحار التي اتسعت دائرتها في الآونة الأخيرة. لما سألت عن السبب .يقولون(تحكم ضيقة الروح ،جابد روجو،الزينة ماتفرح و الشينة ما تحزن) تجعلني افترض حالة اكتئاب لكن لم يتلفظ او يعرف تسميتها احد مع للأسف و لم نصل حتى إلى تسمية الأمر بتسميتها الحقيقة و بالتالي لا نعرف إلى من نلجأ لطلب المساعدة فنراهم يخطئون في الطريق فيلجأون إلى المشعوذ أو الانتحار بينما في الدول المتقدمة بل حتى في بعض الدول العربية نجد عامة الناس متقفين يحسنون تسمية الحالات النفسية :الاكتئاب أو القلق أو الضغط و يحسنون اختيار الطريق الصحيح للوصول إلى الشفاء و يتناولون الأدوية بوعي حتى وإن استدعى الأمر مدى الحياة أحسن من أن يفقد الحياة لذا أوصي بدراسات في هذا الموضوع.

الخاتمة

الخاتمة

في مذكرتنا هذه أردنا الوصول إلى الإجابة التي كنا نتساءل عنها و التي كانت كمنطلق لدراستنا ،وهي دراسة حالة الالكسيتيميا و علاقتها بالاتزان الانفعالي و الإصابة بالإمراض القلبية لدى عينة من مرضى القلب . وعلى اثر ذلك كشفت النتائج المتوصل إليها إن مستوى درجة حالة التكتم مرتفعة عند العينة المفحوصة من مرضى القلب و هذا يدعونا إن نهتم بالجانب النفسي لهذه الشريحة من المجتمع حتى نخفف من أثار هذه الحالة لان الجانب الانفعالي له دور مهم في الصحة النفسية و الجسمية والاتزان الانفعالي يساعد الفرد على التكيف الداخلي و الخارجي مع محيطه و بيئته .

- 1- احمد , عزت راجح .(2006). أصول علم النفس .دار الفكر للنشر , ط1 , عمان .
- 2- أديب , محمد الخالدي .(2009). الصحة النفسية. دار وائل للنشر , ط1 , عمان .
- 3- أديب , محمد الخالدي.(2006). علم النفس الإكلينيكي. دار وائل للنشر , ط1 , عمان .
- 4- اورنوف , وتيج , ترجمة , عادل فريد من شوال وآخرون .(1983). مقدمة في علم النفس. دار ماكجروهيل للنشر , ب ط , مصر .
- 5- بن يونس , محمد .(2004). مبادئ علم النفس. دار الشروق للنشر و التوزيع , ط1 , الاردن .
- 6- بيار , مارتى , وآخرون.(1990). بسيكوسوماتيك الهستيريا . ترجمة الغزوي النابلسي. دار النهضة العربية للطباعة و النشر , ب ط , بيروت .
- 7- الجاموسي , نور الهدى محمد .(2004). الاضطرابات النفسية و الجسمية. دار البازوري للنشر و التوزيع , الطبعة العربية (2004)
- 8- حسيب , عبد الله عبد المنعم.(2006). مقدمة في الصحة النفسية .دار الوفاء , ط1, الاسكندرية .
- 9- حلمي , المليجي.(2001). بمناهج البحث في علم النفس .دار الهضة مكتب النرج , ط1, الاسكندرية.
- 10- خالدي , احمد .(2009). المناهج واعداد البحث العلمي . دار الكتب القانونية , مصر.
- 11 - جولمان , دانيال .(2000). الذكاء العاطفي. ترجمة :ليلى الجبالي , عالم المعرفة , مكتبة الجريد , الكويت.
- 11- رضوان , سامر جميل .(2002). الصحة النفسية. دار المسيرة للنشر و التوزيع و الطباعة , ط1 , عمان .
- 12- سامي , ملحم.(2000). مناهج البحث في التربية و علم النفس. دار المسيرة للنشر و التوزيع و الطباعة , ط1 , 2000- ط6, 2010, عمان.
- 13- شبلي , تيلور.(2008). علم النفس الصحي . ترجمة وسلم درويش و اخرون , دار حامد للنشر و التوزيع , ط1 , عمان
- 14- عبد الرحمان , العيسوي .(2001-2002). علم النفس الحديث , دار الراتب الجامعية , ط1 و الاسكندرية .
- 15- عبد الرحيم , الصباح النحيب.(2005). فيسيولوجية القلب و الاوعية الدموية, دار النشر المناهج , بدون ط , عمان .

- 16- عبد المعطي, حسن مصطفى.(2003). الامراض اليكوسوماتية. مكتبة زهراء الشرق , ط1, مصر .
- 17- عسل , خالد.(2008). العلاج المعرفي السلوكي. دار الوفاء للدنيا للطباعة, ط1 , الاسكندرية .
- 18- عطوف , محمد ياسين .(1992). الأمراض السيكوسوماتية و تصنيفاتها. مؤسسة الرسالة دار الهدى , الجزائر .
- 19- اقاسم , محمد عبد الله .(2008). مدخل الصحة النفسية. دار النشر عمان , ط4 , عمان .
- 20- الكبيس , خالد .(2001). علم وظائف الاعضاء. دار وائل , ط1 , عمان .
- 21- ميموني , بدرة معتصم .(2010). سيكولوجية النمو في الطفولة و المراهقة. ديوان المطبوعات الجامعية الجزائر, بدون ط , الجزائر.
- 22- وادي , علي احمد اخلاص احمد الجنائي.(2005). اساسيات علم النفس الفيزيولوجي. دار جرير, ط1 , عمان .
- 23- الوقفي , راضي .(2003). مقدمة في علم النفس. دار الشروق للنشر و التوزيع , ط3, الاردن .
- 24- يحيى , الرخوي .(2015). الجدان باضطرابات العواطف, اصدارات مؤسسة العلوم النفسية العربية .

__ المذكرات :

- 1- باهي, السلامي'(2008), مصادر الضغوط المهنية و الاضطرابات السيكوسوماتية لدى مدري الابتدائي و المتوسط و الثانوي, رسالة لنيل شهادة الدكتوراه في علم النفس غير منشورة, جامعة الجزائر
- 2- الريان , محمد محمود إسماعيل , (2006), الاتزان الانفعالي و علاقته بكل من السرعة الادراكية و التفكير الابتكاري لدى طلبة الصف الحادي عشر, رسالة ماجستير غير منشورة, جامعة الازهر , غزة
- 3- زاغز, حنان , (2014), الدلالات النفسية و السوسيوقافية للمنتوج اللغوي و اللفظي و الغير لفظي لدى نزلاء المؤسسات العقابية, مذكرة ماجستير غير منشورة, في علم النفس عيادي , جامعة الحاج لخضر- باتنة .
- 4- الغذائي محمد , (2014), اساليب المعاملة الوالدية كما يدركها الابناء و علاقتها بالاتزان الانفعالي لدى الاطفال المضطربين كلاميا, رسالة ماجستير غير منشورة, جامعة نزوة , كلية العلوم , و الاداب قسم التربية , و العلوم الانسانية .

_ المواقع الالكترونية:

_ copy right c 2009 saudi heat association

الصحة القلب العدد 15

_فتحي سعيد الأمراض السيكوسوماتية 5 سبتمبر 2013 الساعة 11:02 صباحا

_ <http://www.onefd.edu.dz>

_ www.lbtessama.com

_ المجلات :

قريشي , عبد الكريم , وزعطوط رمضان (2008). التكتم , المفهوم و علاقته بالصحة و المرض . مجلة الدراسات النفسية و التربوية مخبر تطوير الممارسات النفسية و التربوية , العدد 1ديسمبر – جامعة قاصدي مرباح برقلة – الجزائر .

هرمز , حنان .(2013). الالكسيميا و اسلوب التفاعل الاجتماعي السلبي لدى مرضى داء التهاب المفاصل المزمن . مجلة :الدراسات في العلوم الانسانية و الاجتماعية . العدد22 , جامعة الجزائر.

قائمة المراجع باللغة الاجنبية:

- 1) Corcos Maurice. 2011 Gerarde pirolot « qu'est ce que l'alexithymie » punod.paris.2011
- 2) corcos et speransa 2003 . la mesure de l'alexithymie dans la psychopathologie de l'alexithymie. (ed 9)_Paris p174

- 3) J.M. Azorin Marseille DCEM 3 – Module Pluridisciplinaire n° 13 Psychiatrie1 .es Maladies et Grands Syndromes -Trouble psychosomatique (289) Professeur Mai 2005 Faculté de Médecine
- 4) Jouanne celine, 2006 : l'alexithemie entre deficit emotionnel et processus adaptatif, psychotropes. Vol 12_2006 /3 P 193
- 5) kanhanen et al 1996 : Alexithymia and risk of death in middele_aged men . journal of psychosomatic Réseache.Vol.41.No, 6, pp.541_549, 1996. Copyright Elsevier science.
- 6) Katia Levrier, 2010Université de Montréal : Alexithymie et appauvrissement onirique chez des populations cliniques souffrant de troubles du sommeil _Département de Psychologie Faculté des Arts et Sciences Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures en vue de l'obtention du grade de Maîtrise en Sciences (M.Sc (.en Psychologie Février 2010
- 7) Katia Levrier, and Jacques Montplaisir 2011 : Dreaming Correlates of Alexithymia Among Sleep-Disordered Patients Tore Nielsen American Psychological .Association 2011, Vol. 21, No. 1, 000–000 1053-0797/11/\$12.00 DOI: 10.1037/a0022861
- 8) Loas.G, 2012 : L'alexithymie. ANNALES MEDICO-PSYCHOLOGIQUES, 2010, 168 (9), pp.712. <10.1016/j.amp.2010.08.002>. <hal-00690281>.Submitted on 23 Apr 2012

- 9) Lumley MA¹, Neely LC, Burger AJ.J Pers Assess. 2007 Dec;89(3):230-46 :The assessment of alexithymia in medical settings: implications for understanding and treating health problems

- 10) Lumley MA¹, Stettner L, Wehmer F 1996 Dec;41(6):505-18.How are alexithymia and physical illness linked? A review and critique of pathways..

- 11) M combes – lepastier 2012 : ateur de ‘article : revue N 20 decembre 2012 : qu’est ce que l’alexithymie

- 12) Mekaou 2007 p. 96.99. La lettre du psychatre ; vol_111_N56 mai_juin 2007

- 13) Nicolas Francke, troubles sychosomatique et les troubles somatoformes, niversite Lyon 1P6/29

- 14) Olivier coron (1999) Hautes_ Alpes : les phenomenes psychomatiques

- 15) Morra tobin.1998. Pamba_ accidents vasculaires cérébraux et crise cardiaque : Retablissement et readaptation, LLB, infermiere. Ruth ellen Bruce.M.S.W.A.R.P. Ardiau Hill.LSM

- 16) Rosalier O 2011. CARACTÉRISATION DE L’ALEXITHYMIE CHEZ LES PERSONNES ATTEINTES DE SCHIZOPHRÉNIE EN DÉBUT D’ÉVOLUTION. Thèse présentée à la Faculté des études supérieures de l’Université Laval dans le cadre du programme de doctorat en psychologie pour l’obtention du grade de Philosophiae Doctor (ÉCOLE DE PSYCHOLOGIE

FACULTÉ DES SCIENCES SOCIALES UNIVERSITÉ LAVAL
QUÉBEC

- 17) Salvauattore campamella et Enmanuel 2008:stress psychopathologie et neurosciences : actuelles cognitives et affectives. Edition de Roek 1^{ier} edition paris_ P 190
- 18) V .formi et *al.* 2011 : Alexithymie et psychopathologie de patients atteints de concer . psycho.encol(2015) 5_2008_213 / ©springer France 2011
- 19) Taylor GJ1, Bagby RM 2004 : Psychother Psychosom. 2004 Mar-Apr;73(2):68-77.New trends in alexithymia research
- 20) Taylor GJ1, Bagby RM Psychother 1997. Desorders of affect regulation. Alexithymia in medical and psychatrie. Cambridg university press ISBN0_521.77850

الملاحق

الملحق ا

محاوالمقابلة

1) المحور الاول=

- البيانات الشخصية :

_ماهو اسمك ؟

_ماهو سنك ؟

_كم هو عدد اخوتك؟

_ ماهي رتبتك بينهم؟

_ ماهي الحالة الاجتماعية؟

_ ماهي الحالة الاقتصادية ؟

_ ماهو عملك ؟

_ ماهو مرضك ؟

_من اين اتيت ؟

2) المحور الثاني:

-الانفعالات:

_عندما تتعرض لموقف مثير انفعاليا هل تعبر لفظيا مباشرة ام تجد صعوبة ؟

_هل تعرف اي مشاعر لديك عندما تكون في ضائقة؟

_لما تشعر بالملل هل تحاول فهم مشاعرك ؟

3) الحياة الهوائية :

_هل كنت قبل النوم تتخيل "قصص حوار"؟

_هل تتخيل قصص غير معقولة و مملوءة بالهوامات؟

_هل تنام جيدا؟

_هل ترى احلام ؟

_مادانتمنى؟

4) الحياة المرضية:

_ماهو مرضك؟

_مند متى؟

-محور التفسير اللفظي :

هل تجد صعوبة في ايجاد الكلمات التي تعبر عن مشاعرك؟

هل لديك حوار داخلي عن مشاعرك و انفعالاتك؟

عندما تكون في موقف مثير انفعاليا هل تعبر لفظيا مباشرة ام تجد صعوبة؟

-محور الحياة الهوائية:

هل كنت قبل النوم تتخيل قصص ..حوار...؟

هل تأخذ بعض الوقت في الاحلام و الخيال؟

هل تسمح لنفسك بالخيال ؟

هل تتخيل قصص غير معقولة و مملوءة بالهوامات؟

-محور وصف و تحديد الانفعالات:

هل عندما تكون غير منبسط تعرف اذا كنت غاضب ..قلق...او حزين؟

هل تعرف اي مشاعر لديك عندما تكون مضطربا؟

هل تعرف ماذا يحصل بداخلك دائما؟

-محور القابلية للآثار الانفعالية :

هل تبقى متحكم في هدوءك عند الاثارة ؟

هل يثيرك بكاء احدهم بشدة ؟

هل تضطرب عندما يحدث اصدقاؤك ضجيجا من حولك؟²

هل تتضايق من الاحداث المفاجئة

-محور فهم الانفعالات:

هل تحتاج الى جهد في التفكير كي تفهم انفعالاتك؟

عندما تشعر بالملل هل تحاول فهم السبب؟

هل تفهم انفعالاتك ؟

هل ترى انة من الضروري للفرد فهم انفعالاته ؟

الملحق II

مقياس الاتزان الانفعالي

لا	نعم	العبارات
		1-لا أستطيع أن أسيطر على انفعالاتي أمام الآخرين
		2-اشعر بالهدوء الداخلي و الاطمئنان معظم الوقت
		3-اشعر أن بداخلي كثير من الصراعات
		4-اعتقد أنني غير سعيد الحظ
		5-أثور بسهولة و لأسباب تافهة
		6-نادرا ما أكون فخور بما حققت من انجاز
		7-اشعر بالخجل عندما تحدث أمام الآخرين
		8-لا أجد صعوبة في التعبير عما اشعر به
		9-لا أتردد كثير عند اتخاذ قرار ما
		10-أتماسك عندما أتعرض لصدمات انفعالية
		11-غرفتي في المنزل منظمة إلى حد كبير
		12-اعتقد أنني محبوب جدا من زملائي
		13-اشعر كثير بتأنيب الضمير
		14-يمكنني أن أتغاضى بسهولة عن أخطاء الآخرين
		15-اشعر كثير بالخوف و الرهبة عند التعرض لمواقف جديدة
		16-أقوم برد الإساءة مهما كانت العواقب
		17-اعتقد أن المساعدة في أعمال المنزل تقلل كثيرا من قدر الشخص
		18-أميل إلى التحدي شرط أن تكون المخاطر محسوبة
		19كثير ما اشعر أن زملائي يسخرون مني
		20-معظم الناس يمتدحونني.
		21-اعتقد أن الاعتراف بالخطأ أمر عسير بالنسبة لي.
		22-أتضايق من كثرة المناقشة و الجدل
		23-أجد صعوبة في التعرف على أصدقاء جدد
		.

الملحق II

مقياس الاتزان الانفعالي

		23-أفضل الحياة دون قيود.
		25-لا أغير رأي بسهولة.
		26-من الصعب علي أن أغير من عاداتي .
		27-افشل في التركيز في قضية واحدة و تجميع الأفكار حولها.
		28-اشعر بالاكنتاب كثير عند استيقاظي في الصباح .
		29-انظر إلى نفسي كثيرا على أنني فاشل .
		30-أنا راضي تماما عن حياتي و نفسي .
		31-تنتابني كثيرا حالات من الفتور و اللامبالاة.
		32-عندما انفعل و اثار اعاني من التوتر التلثم.
		33-اشعر أن كل يوم جديد يحمل لي مصائب جديدة .
		34-ارغب كثيرا في ان أكون إنسان آخر.
		35-أخاف من الأشياء الوهمية .
		36-أعاني كثيرا من الصداع .
		37-أؤمن أن الإنسان يتعلم من أخطائه .
		38-يمكنني التحدث في حشد من الناس بسهولة.
		39-أنا متفائل جدا بالمستقبل .
		40-أتناول كثيرا من العقاقير المهدئه و المنومة .
		41-عندي دائما رغبة في أن ابدأ الشجار .
		42-افقد الثقة بسهولة في أي شخص .
		43-لا بد من الحذر قبل الإقدام على أي مخاطرة .
		44-أعاني كثيرا من الأرق .
		45-أنام عددا كثيرا من الساعات يوميا.
		46-اشك في كثير من الانفعال التي أقوم بها .
		47-اشعر أنني ناجح في جميع أفعالي .
		48-غابا أسير وفق خطة .

الملحق II

مقياس الاتزان الانفعالي

49-أنا غير قادر على انجاز ما اطمح إليه.		
50-أجد راحة في الجلوس منفردا .		
51-احزن بشدة عندما أواجه موقف محزن.		
52-أنا إنسان غير عصبي .		
53-أتعامل مع أي موقف كان بسهولة و يسر .		
54-أنا عصبي جدا في المواقف التي تستحق ذلك .		
55-أنا الذي أبدا غالب بمصالحة من يخاصمني.		
56-أرى أنني أستطيع التكيف مع المشكلات الحياتية .		
57-استخدم عند حديثي كلمات مرنة .		
58-اقضي كثيرا من لحظات في سعادة .		
59-اعتقد أن كل يوم جديد لي مفاجأة سعيدة .		
60-مابقي من العمري سوف يكون أكثر سعادة.		
61-استطيع التغلب على المصائب مهما كانت .		
62-لو لم يكن الانتحار حرام لفكرت فيه جديا.		
63-عادة أظل حائرا بين مميزات الفكرة و عيوب ها.		

الاتزان الانفعالي	عدد الفقرات	موجبة	سالبة
التحكم	24	-46-10-9-2-1 49	-16-15-8-7-3 -24-20-19-17 -31-30-26-25 -44-37-36-32 -54
المرونة	32	-27-21-12-11 -41-35-34-26 -48-47-45-42 59-56-53-50	-14-13-6-5-4 -29-23-22-18 -43-40-38-33 55-52-51
المجموع	56	22	34

الملحق IV

- مفاتيح تصحيح المقياس تورونتو TAS-20

مقياس التكتّم يتكون من عشرين بند وثلاث أبعاد أو عوامل:

العامل الأول : صعوبة الوعي بالأحاسيس، والبند التي تعبر عنه هي: 1-3-6-7-9-13-

14

العامل الثاني: صعوبة وصف الأحاسيس للآخرين، و البند التي تعبر عنه هي: 2-4-11-

12-17

العامل الثالث: التفكير المتوجه للخارج، والبند التي تعبر عنه هي: 5-8-10-15-16-

18-19-20

وتم ترتيب هذه المعطيات في جدول بعدد المحاور ثم يتم التنقيط للإجابات المقترحة عن

كل عبارته (ملاحظه) وفي الأخير نجمع نتائج كل محور (النتيجة) و يتم التعليق على

المعطيات المتوصل إليها و الدرجة التي تمنح لكل محور تعكس الإستراتيجية المستخدمة .

ب- نموذج الاجابة على المقياس :

صعوبة الوعي بالأحاسيس	صعوبة وصف الأحاسيس للآخرين	التفكير المتوجه نحو الخارج	لاختبارات
1	لا يمكنني تمييز ما اشعر به من انفعالات في كثير من الاحيان	+	1.2.3.4.5
2	أجد صعوبة في العثور على الكلمات المناسبة لمشاعري	+	1.2.3.4.5

الملحق IV

1 .2.3.4.5			+	3 اشعر باحاسيس في جسدي حتى الاطباء يعجزون عن تفسيرها .
1 .2.3.4.5		+		4 استطيع وصف مشاعري بكل بسهولة
1 .2.3.4.5	+			5 أفضل كثيرا تحليل مشكلات على مجرد الاكتفاء بوصفها.
1 .2.3.4.5			+	6 حينما أكون متضايقا لا اعرف هل انا حزين أو خائف أو غاضب
1 .2.3.4.5			+	7 ارتبك كثير حيال أحاسيسي التي تنتاب جسدي
1 .2.3.4.5	+			8 أنا أفضل تركر الأمور تحدث على ان احاول فهم سبب حدوثها على هذ النحور .
1 .2.3.4.5			+	9 لا يمكنني تحديد بشكل تام ودقيق ما اشعر به
1 .2.3.4.5	+			10 انه من الاساسي بالنسبة لي أن اهتم بمشاعري . .
1 .2.3.4.5		+		11 يصعب عليا وصف مشاعري اتجاه الاخرين.
1 .2.3.4.5		+		12 الناس يطلبون مني التعبير عن مشاعري أكثر
1 .2.3.4.5			+	13 لا استطيع معرفة ما بنتابني من الداخل داخلي
1 .2.3.4.5			+	14 في كثير من الأحيان لا أعرف لماذا أنا غاضب
1 .2.3.4.5	+			15 أفضل الكلام مع الناس بخصوص نشاطاتهم اليومية بدلا من ان اتحدث معهم عن احاسيس .

الملحق IV

16	أنا أفضل مشاهدة البرامج الترفيهية بدلا من الاعمال الدرامية.			+	1 .2.3.4.5
17	أجد صعوبة في الكشف عن مشاعري العميقة حتى إلى أقرب الأصدقاء		+		1 .2.3.4.5
18	اشعر بقرب شخص ما حتى في لحظات الصمت			+	1 .2.3.4.5
19	أجد ان مراجعة احاسيسي مفيد لحل المشكلات الشخصية			+	1 .2.3.4.5
20	البحث عن المعاني الخفية للأفلام و المسرحيات يحول دون الاستمتاع بها .			+	1 .2.3.4.5
	المجموع	+	+	+	

الجدول (22): عرض أبعاد إستبيان التكتم