



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي  
جامعة محمد لمين دباغين - سطيف 2  
كلية العلوم الانسانية والاجتماعية

أطروحة  
مقدمة بكلية العلوم الانسانية و الاجتماعية  
لنيل شهادة

الدكتوراه

تخصص: علم النفس العيادي  
من طرف الطالبة:

فاسي آمال

الموضوع:

الإكتئاب الأساسي و الألكسيتيميا لدى مريض السرطان كنشاط عقلي  
مميز.

بتاريخ 24-09-2016 امام اللجنة المتكونة من:

رئيسا	جامعة باتنة	أستاذ التعليم العالي	نور الدين جبالي
مشرفا	جامعة سطيف 2	أستاذ التعليم العالي	محمد الصغير شرفي
ممتحنا	جامعة بسكرة	أستاذ التعليم العالي	نصر الدين جابر
ممتحنا	جامعة قسنطينة	أستاذ التعليم العالي	عبد الحميد كربوش
ممتحنا	جامعة قسنطينة	أستاذ التعليم العالي	موراد مرداسي
ممتحنا	جامعة سطيف 2	أستاذة محاضرة أ	بديعة أيت مجبر

السنة الدراسية: 2015\2016



## كلمة شكر وتقدير

الشكر لله تبارك وتعالى على فضله ونعمه

احترامي وتقديري الخالصين للأستاذ الدكتور: شرفي محمد الصغير الذي كان نبراسا لهذا العمل طول مدة إنجازهِ .

الشكر الجزيل الى الزوج الكريم : الدكتور بن شعلال ياسر و الوالدة الكريمة :فاسي نصيرة و الوالد الكريم فاسي صالح و الى كل عائلة فاسي ،على مد العون لي، و تضحياتهم المستمرة لانجاز هذا العمل.

احترامي و شكري الخالصين إلى أساتذتي اللذين سيسدون ثغرات هذا العمل

الأستاذ الدكتور :جبالي نور الدين رئيسا

الأستاذة الدكتور :جابر نصر الدين ممتحننا

الأستاذ الدكتور :كربوش عبد الحميد ممتحننا

الأستاذ الدكتور : مرداسي موراد ممتحننا

الدكتورة:أيت مجبر بديعة ممتحننا.

كما أتقدم بالشكر الجزيل الى الأستاذ ذبيحي لحسن، الدكتورة طالب حنان، الدكتورة عزوز إسمهان، الدكتور بوعافية خالد، الدكتور سخسوخ حسان،الدكتور بحري صابر، الأستاذة بن عبد الله فوزية ، الأستاذة يوسفى حسينة، الأستاذ بن عطية ياسين، الأخصائيون النفسانيون: عماد مقراني، ماليك، تيس لامية، رانيا سبتي،آمال معوني،أحلام سويسبي. و الطالبة قليل

نور الهدى

## فهرس المحتوى:

ملخص الدراسة باللغة العربية.	
ملخص الدراسة باللغة الإنجليزية.	
أ، ب	مقدمة الدراسة.....
الاطار النظري	
الفصل الأول: الإطار العام للدراسة	
03	1- إشكالية الدراسة وتساؤلاتها.....
08	2- فرضيات الدراسة.....
09	3- تحديد المفاهيم الأساسية للدراسة.....
09	3-1- النشاط العقلي لمريض السرطان.....
09	3-2- الاكتئاب الأساسي.....
09	3-3- الألكستيميا.....
10	4- أهداف الدراسة.....
10	5- دوافع و أهمية البحث.....
10	5-1- دوافع و أهمية البحث الذاتية.....
11	5-2- دوافع و أهمية البحث العامة.....
12	6- الدراسات السابقة.....
12	6-1- القسم الأول: الدراسات السابقة التي جمعت بين السرطان والاكتئاب والالكستيميا
16	6-2- التعقيب على الدراسات السابقة المتعلقة بالسرطان والالكستيميا والاكتئاب .....
18	6-3- المحور الثاني: الدراسات السابقة المتعلقة بالسرطان والاكتئاب.....
24	6-4- التعقيب على الدراسات السابقة المتعلقة بالسرطان والاكتئاب.....

25	6-5- المحور الثالث: الالكسيتيميا والاكنتاب وعلاقتها ببعض المتغيرات...
32	6-6- التعقيب على الدراسات السابقة المتعلقة بالأكسيتيميا و الإكنتاب و علاقتها ببعض المتغيرات.....
33	7- استفادة الدراسة الحالية من الدراسات السابقة.....
<b>الفصل الثاني: الإكنتاب الأساسي كمنشأ عقلي مميز</b>	
34	- تمهيد.....
34	1- نظرة تاريخية للاكنتاب الأساسي.....
36	2- تعريف الاكنتاب الأساسي.....
37	3- تعريف الاعراض الواضحة للإكنتاب.....
39	4- السلبية العرضية للإكنتاب.....
42	5- خصائص الإكنتاب الأساسي.....
42	5-1- القلق العام.....
44	5-2- خلل التنظيم التدريجي.....
46	5-3- التفكير العملي.....
49	5-4- غياب الرمزية.....
49	5-4-1- الفقر الهوامي.....
51	5-4-2- فشل أو غياب الوظيفة الحلمية و خصوصية الأحلام.....
54	5-5- فقدان شعور الخفة للفرد.....
54	5-6- الشعور بالعياء و التعب.....
54	5-7- غياب القلق المعاش و الغير الموصوف من طرف المحلل النفساني..
54	6- التفسير الاكلينيكي للإكنتاب الأساسي.....
56	7- التفسير النشؤني للإكنتاب الأساسي.....

57	1-7- الحدث الصدمي.....
57	2-7- مستوى نشاط أو تراكم الطاقة.....
57	3-7- غياب غريزة الحياة.....
58	4-7- التثبيات و النكوصات.....
58	5-7- غياب العمليات النفسية.....
60	6-7- عصاب الطبع سيئ التعقيل وعصاب السلوك.....
61	8 - التناقض السكوسوماتي و الاقتصاد النرجسي.....
63	9- تعريف الاكتئاب و الاكتئابية.....
65	10 - علاقة الاكتئاب الأساسي بالاكتئاب الاتكالي.....
68	11 - الحياة الجنسية و الإكتئاب الأساسي.....
68	12- تطور و مصير الإكتئاب الأساسي.....
69	13- علاج الإكتئاب الأساسي.....
70	- الخلاصة.....

### الفصل الثالث: الألكستيميا كنشاط عقلي مميز

71	- تمهيد.....
71	1- تعريف الألكستيميا.....
73	2- خصائص الألكستيميا.....
73	2-1- صعوبة معرفة ووصف المشاعر و العواطف.....
74	2-2- محدودية الخيال.....
76	2-3- التفكير الموجه نحو العالم الخارجي.....
77	2-4- ضعف إعادة التنشيط الانفعالي او التفاعل العاطفي.....
77	2-5- انعدم التلذذ و السلبية.....

78	2-6- توهم المرض.....
78	2-7- الامتثالية الاجتماعية.....
78	3- أنواع الألكستيميا.....
78	3-1-الألكستيميا الأولية.....
79	3-2- الألكستيميا الثانوية.....
84	4- نظريات الألكستيميا.....
84	4-1- النظرية العصبية المعرفية.....
86	4-2- نموذج القصور في تنظيم الشخصية مقابل نموذج ميكانزمات الدفاع
87	4-3- المنظور التحليلي.....
87	4-3-1- التفسير المتابسكولوجي للألكستيميا.....
90	4-3-2- الألكستيميا من وجهة نظر اقتصادية.....
93	4-3-3- الألكستيميا من وجهة نظر موقعية.....
93	4-3-4- الألكستيميا من وجهة نظر دينامية.....
94	5- الألكستيميا و النشاط العقلي السيكوسوماتي.....
98	6- تأثير الألكستيميا على الجهاز الفيزيولوجي.....
100	7- الألكستيميا و ميكانزمات الدفاع.....
101	8- الألكستيميا و علاقتها ببعض السمات و الشخصيات.....
104	9- الألكستيميا و الاضطرابات النفسية.....
105	10- إنتشار الألكستيميا.....
105	10-1- انتشار الألكستيميا حسب الجنس.....
108	10-2- انتشار الألكستيميا حسب العمر و المستوى الاجتماعي الاقتصادي
109	11- أدوات قياس الألكستيميا.....

111	12- العلاجات النفسية الخاصة بالأكستيميا.....
112	12-1- العلاجات الفردية.....
112	12-2- العلاج عن طريق التنويم المغناطيسي.....
113	12-3- العلاجات الجسدية.....
114	12-4- العلاجات الجماعية.....
114	12-5- العلاج عن طريق الادوية.....
116	- الخلاصة.....
<b>الفصل الرابع: التفسير السيكودينامي للسرطان</b>	
117	- تمهيد.....
117	1- نظرة تاريخية لتناول السرطان من الناحية السيكوسوماتية.....
123	2- نمط الشخصية و القابلية للإصابة بمرض السرطان.....
124	2-1- عدم النضج العاطفي و هشاشة الأنا.....
125	2-2- التبعية و التعرض لصدمة انفصال.....
126	2-3- القمع الانفعالي.....
128	2-4- العدوانية الذاتية الموجهة نحو الجسد.....
129	2-5- السلبية و الخضوع.....
130	2-6- الشعور بالضعف وفقدان الأمل و التفاؤل اتجاه الوضعيات الحياتية..
131	3- المنشئية النفسية و مرض السرطان.....
131	3-1 مفهوم الاستعداد ودور العامل س مقابل التنظيمات النفسية السيئة....
133	3-2- الصدمات النفسية.....
134	3-3- الإنفعالات.....
136	3-4- الحيرة وفقدان الأمل.....

136	.....الإجهاد..... 3-5 -
138	.....الاكتئاب والحداد..... 3-6 -
139	4-رد فعل مريض السرطان اتجاه المرض.....
139	4-1 الإعلان عن مرض السرطان و طبيعة العلاقة بين المريض و الطبيب.
141	4-2 ايقاظ الكمونات العقلية و تغير النشاط العقلي.....
145	5- الاضطرابات النفسية المصاحبة لمرض السرطان.....
145	5-1 الحصر و القلق.....
146	5-2 تناذرات اكتئابية.....
147	- الخلاصة.....
<b>الفصل الخامس: إجراءات الدراسة الميدانية</b>	
148	- تمهيد.....
148	1- الدراسة الاستطلاعية.....
148	2- منهج البحث.....
149	3- حدود الدراسة.....
149	3-1- المجال البشري.....
149	3-2- المجال المكاني.....
149	3-3- المجال الزمني.....
149	4- مجتمع الدراسة.....
150	5- أدوات الدراسة.....
150	5-1- التاس: TAS20.....
151	5-1-1: المحددات السيكومترية للمقياس التاس.....

152	5-2 مقياس الهادس HADS.....
154	5-2-1- المحددات السيكمترية لمقياس الهادس.....
156	- خلاصة.....
<b>الفصل السادس: عرض و تحليل و مناقشة نتائج الدراسة</b>	
157	- تمهيد.....
157	1- عرض و تحليل نتائج الدراسة.....
157	1-1- .عرض نتائج الفرضية الأولى.....
159	1-2- عرض نتائج الفرضية الثانية.....
161	1-3- عرض و تحليل الفرضية الثالثة.....
162	1-4- عرض و تحليل الفرضية الرابعة.....
163	1-5- عرض و تحليل الفرضية الخامسة.....
164	2- مناقشة النتائج.....
164	2-1- مناقشة الفرضية الأولى.....
180	2-2- مناقشة الفرضية الثانية.....
187	2-3- مناقشة الفرضية الثالثة.....
192	2-4- مناقشة الفرضية الرابعة.....
195	2-5- مناقشة الفرضية الخامسة.....
198	3- الاستنتاج العام.....
201	- الخاتمة.....
204	- قائمة المراجع.....
<b>قائمة الجداول و الأشكال البيانية</b>	
152	1- جدول رقم (01) قيم معاملات الارتباط لعبارات مقياس (التاس).....

152	2- جدول رقم (02) حساب الثبات لمقياس التاس.....
154	3- جدول رقم (03) يوضع العلاقة الارتباطية بين الدرجة الكلية للمقياس الهادس وأبعاد الفرعية.....
154	4- جدول(04)ارتباط عبارات المحور الأول بالدرجة الكلية للمحور (القلق)..
155	5- جدول رقم(05)ارتباط درجات عبارات المحور الثاني (الاكتئاب) بالدرجة الكلية....
155	6- جدول رقم (06) يمثل حساب الثبات بطريقة ألفا كرونباخ .....
158	7- جدول رقم (07) التكرارات والنسب المئوية واختبار كا مربع لاستجابات أفراد عينة الدراسة على مقياس الهادس.....
159	8- شكل رقم ( 08 ) يوضح الدائرة النسبية لإستجابات افراد عينة الدراسة على مقياس الهادس.....
159	9- جدول رقم (09) يبين التكرارات والنسب المئوية واختبار كا مربع ( $k^2$ ) لاستجابات افراد عينة الدراسة على مقياس التاس.....
160	10- شكل رقم (10) رسم بياني يمثل مستويات انتشار الاكسيتيميا.....
161	11- الجدول رقم (11) يوضح نتائج اختبار "ت" ودلالاتها الإحصائية للفروق بين متوسط درجات مرتفعي (اكتئاب شديد) منعدمي الاكتئاب (الاكتئاب الأساسي) في درجات الاكسيتيميا لدى مرضى السرطان.....
162	12- الجدول رقم (12) يوضح نتائج اختبار "ت" ودلالاتها الإحصائية للفروق بين متوسط درجات مرضى السرطان الذين لديهم معرفة بالمرض منذ أقل من 6 أشهر ومتوسط درجات مرضى السرطان الذين لديهم معرفة بالمرض منذ أكبر من 6 أشهر في مقياس الهادس.
163	13- الجدول رقم (13) يوضح نتائج اختبار "ت" ودلالاتها الإحصائية للفروق بين متوسط درجات مرضى السرطان الذين لديهم معرفة بالمرض منذ أقل من 6 أشهر ومتوسط درجات مرضى السرطان الذين لديهم معرفة بالمرض منذ أكبر من 6 أشهر في مقياس التاس.....
<b>قائمة الملاحق</b>	
218	1- الملحق رقم (01) مقياس الإكتئاب و الحصر الهادس.....

223	2- الملحق رقم (02) مقياس الألكسيتيميا التاس.....
226	3- الملحق رقم (03) الخصائص السيكومترية لمقياس الهادس.....
231	4- الملحق رقم (04) الخصائص السكومترية لمقياس التاس.....
238	5- الملحق رقم (05) خاص بالفرضية الأولى.....
239	6- الملحق رقم (06) خاص بالفرضية الثانية.....
240	7- الملحق رقم (07) خاص بالفرضية الثالثة.....
241	8- الملحق رقم (08) خاص بالفرضية الرابعة.....
242	9- الملحق رقم (09) خاص بالفرضية الخامسة.....

# المقدمة

## - مقدمة:

يتصدر داء السرطان أولويات البحث العلمي الطبي عالميا و هذا من أجل البحث عن السبل للقضاء عليه و إيجاد فعالية علاجية تتجى الأفراد من هذا الشبح الخبيث الذي يحتل إنتشارا واسعا و سريعا في العالم ، حيث يعتبر الداء الثاني المؤدي إلى الموت بعد الأيدز.

حاليا يشهد هذا الداء تطورا كبيرا في أبحاثه ، خاصة من النواحي النفسية ، بسبب خطورته و تصادم الأوضاع النفسية ، و ظهوره في فترات متزامنة معها، الذي أدى بالمختصين في الإضطرابات السيكوسوماتية أن يذهبوا إلى نقاط أبعد من ذلك، و هي البحث عن علاقة نفس- جسدية تفسر هذا الإضطراب، فأجريت العديد من الأبحاث في هذا المجال حيث أعتبر هذا الداء داء سيكوسوماتيا.

كما ظهرت العديد من التخصصات النفسية التي أهتمت بالمرض من كل نواحيه النفسية سواءا كانت مخلفات المرض على الجانب النفسي من خلال دراسة الاضطرابات المصاحبة أو من خلال الاستراتيجيات المتبعة من أجل التكيف و التي تعتبر كرد فعل لذلك ، كما ركزت هذه الدراسات على الجانب العلاجي و التأكيد على ضرورة و أهمية التكفل بهذه الشريحة التي قد تعاني بألم فائق أو تعاني بصمت ، كما أظهرت هذه التخصصات دور الحالة النفسية كعامل أساسي يؤدي الى الشفاء، وأن الإرادة الداخلية تعتبر عامل هام يحفز الجهاز المناعي و يقضي على هذا المرض اللعين ، و اذا كان العكس فالمريض يستطيع أن يؤثر سلبا على حياته لأن التوتر و الانفعال قد يؤثر على أسلحة المناعة التي تقاوم السرطان.

و على هذا الأساس أصبح علم النفس حقا هاما لدراسة هذا الداء سواءا من الناحية السيكوسوماتية و من خلال مخلفات المرض على الجانب النفسي ، و أمام هذه المعطيات إرتئينا إلى البحث في هذا المجال ألا و هو دراسة السرطان و لكن بالتخصيص جانب آخر ألا و هو البحث في طبيعة و نوع النشاط العقلي الذي يظهر لدى هؤلاء المرضى وذلك من خلال دراسة الإكتئاب الأساسي و الألكستيميا أو ما يعرف بعجز التعبير الانفعالي.و بالتالي فقد قسمنا الدراسة الى جانبين الجانب النظري ويتضمن أربع فصول وهي:

- **الفصل الأول :** خصص لتحديد مشكلة الدراسة بعرض الإشكالية و الفرضيات و تحديد مصطلحات البحث، بالاضافة الى تحديد أهداف و أهمية هذه الدراسة.
- **الفصل الثاني:** ويتعلق بالإكتئاب الأساسي كنشاط عقلي مميز حيث أبرزنا في هذا الفصل التفسير الدينامي و أهم العوامل المؤدية لهذا النشاط و مدى خطورته على الصحة النفسية و الجسدية للفرد.
- **الفصل الثالث :** خصص لدراسة الألكستيميا كنشاط عقلي مميز ، حيث تطرقنا فيه الى مفهوم المصطلح و أهم خصائصه، والنظريات المفسرة لذلك وصولا الى العلاجات المقترحة.
- الفصل الرابع:** تعلق بالتفسير السيكودينامي للسرطان من خلال عرض المنشئية السببية و البروفيل الشخصي لدى هؤلاء المرضى.
- الجانب التطبيقي:** حيث تم تقسيمه الى فصلين:
- الفصل الأول :** خصص لإجراءات الدراسة الميدانية حيث تم التطرق فيه الى الدراسة الاستطلاعية، المنهج، حدود الدراسة، عينة الدراسة و الأدوات المستعملة و عرض خصائصها السيكو مترية، و وصف للأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة .
- الفصل الثاني:** خصص لعرض وتحليل ومناقشة النتائج في ضوء الإطار النظري و الدراسات السابقة ، انتهاءا بإستنتاج عام و خاتمة .

# الإطار النظري

## الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

- 1- إشكالية الدراسة وتساؤلاتها.
- 2- فرضيات الدراسة.
- 3- تحديد المفاهيم الأساسية للدراسة
- 4- أهداف الدراسة.
- 5- دوافع و أهمية البحث.
- 6- الدراسات السابقة.
- 7- استفادة الدراسة الحالية من الدراسات السابقة.

## 1- الإشكالية:

إن الأبحاث السيكوسوماتية الحديثة وجهت إهتماماتها نحو دراسة الإضطرابات الخطيرة و المتعلقة بالجهاز المناعي ، على الرغم من أنها كانت في السابق تهتم بنفس الموضوع ، إلا أن الاهتمامات الحالية تركز أكثر على عزل المتغيرات التي من شأنها أن تؤثر على الظاهرة المرضية، و تحديد متغيرات الدراسة بشكل أدق، كما أعطت للبحث صبغة جديدة فبدلا من الاعتماد على الاستقصاء السيكوسوماتي فقط من خلال دراسة الحالة أدخلت في هذا الحقل الدراسات الكمية و الطرق الاحصائية.

ومن بين هذه الدراسات التي حظيت باهتماما واسعا نجد داء السرطان، الذي أعتبر داء سيكوسوماتيا ، حيث جاءت دراسات عديدة تفسر هذا الداء من ناحية العوامل النفسية المساهمة ، المفجرة ، أو المؤدية إليه ، و دراسات أخرى ذهبت إلى البحث عن البروفيل و النمط الشخصي لدى هؤلاء المرضى ، لكن إلى حد الآن توجد معارضة كبيرة لتسمية هذا الداء داء سيكوسوماتيا، سواء في الأوساط الطبية أو لدى علماء النفس، رغم أن أكبر النظريات في الحقل السيكوسوماتي تبرز ذلك، خاصة نظرية الاقتصاد السيكوسوماتي ل Pierre Marty الذي يؤكد أن كل مرض جسدي يعتبر داء سيكوسوماتي.

لكن التسليم المطلق بنظرية Pierre Marty فيما يخص أن كل مرض جسدي لديه قراءة سيكوسوماتية ليس بالأمر الهين، وخاصة أمام مرض يهدد كيان الفرد . لذلك جاءت دراستنا تنصب حول إشكالية داء السرطان كداء سيكوسوماتي .

ففي المجال الطبي و البيولوجي نجد من نفي هته القراءات النفسية، كما أن التسليم بها يكون بنسب متفاوتة وهذا لدى الدول الغربية، أما في الدول العربية و خاصة منها الجزائر يعد أكبر خرافة يسمعها الأطباء، فمجرد القول أنه درس السرطان و أعطيت له قراءة نفسية، نجد أنفسنا كأخصائيين في صراع و مأزقية ليس لها مخرجة إلا الشجار و الطرد من المستشفى. أو نجد استغراب لهذا الطرح النفسي فيطلب الاخصائيون منك التفسير قدر الامكان، كما يذهبون لتأكد من ذلك الى ماتوصل البحث اليه في هذا المجال .لكن يبقى الشيء المؤكد لديهم، أنه ما تم اكتشافه منذ 50 سنة و ما توصل إليه الطب الحديث ، لا يمكن نفيه أمام نظريات بنيت على أساس حالات فقط.

وهذه المعارضة أيضا لا تخلو منها الأوساط النفسية ، فقد ظهرت العديد من الدراسات التي بحثت في العلاقة السببية بين أحداث الحياة و ظهور السرطان ، فكانت دراسات كمية لعينات كبيرة طولية ،خضعت لشروط سيكومترية ، فتوصلت الى نتائج ضعيفة أو متناقضة، و هذا ما أكد عليه كل S.Schraub ، H.Sancho-Garnier ، M.Velten (2009) من خلال مقالهم المعنون ب Existe-t-il un lien entre un événement psychique et le risque de survenue d un cancer? و المنشور في مجلة Épidémiologie et de sante publique بأنه يوجد 18 دراسة من 32 لم تجد أن هناك علاقة بين العوامل النفسية و ظهور السرطان، و 6 دراسات أظهرت ارتباط فقط مع بعض المجموعات، بينما توجد أربع دراسات لنفس الباحث أثبتت عكس النتائج فيما يخص السرطانات الانثوية ، أما فيما يتعلق بعامل الاجهاد و سرطان الثدي فقد أثبتت أربع دراسات بوجود علاقة دالة احصائيا، لكن أربع دراسات أخرى أثبتت العكس، كما ان هذه الدراسات لم تثبت أي علاقة دالة إحصائيا ما بين اضطرابات الشخصية و خطر ظهور السرطان ، كما توصلت دراسة هؤلاء الباحثون الى أن الدراسات الحالية أظهرت تناقضا فيما يخص العوامل النفسية و دورها في إحداث السرطان و كذلك فيما يخص النمط الشخصي الذي يؤهل الفرد الى ظهور السرطان (S.Schraub ,H.Sancho-Garnier ,2009 ,p.113)

و هذا أيضا ما تؤكدته دراسة تونسية ل Othman Amami ، Rim Akrou (2006) اللذان ابرزا بأن السرطان يتدخل في ظهوره العديد من العوامل بينما هناك صعوبة كبيرة في اثبات دور العوامل النفسية في حدوثه و خاصة دور الاجهاد و نمط الشخصية المعروف بالنمط C الذي حدد كنمط يهدد بالاصابة لدى مرضى السرطان (Amam i Othman; Akrou Rim;2006;p.683) .

وأيضا نجد Garssen Bert (2004) الذي عرض دراسات حول العلاقة ما بين العوامل النفسية و ظهور السرطان، فقد بين أنه من بين 91 دراسة يوجد 21 منها قد توصلت الى ايجاد علاقة دالة احصائيا ،في حين 71 دراسة لم تثبت وجود علاقة بين هذه المتغيرات الا أن Garssen Bert أرجع هذه النتيجة الأخيرة الى عدم استعمال منهجية سليمة في البحث.( Garssen Bert,2004,p.319).

فأمام هذه المعطيات المتناقضة ، نجد أن التسليم مباشرة بأن هناك عوامل نفسية تؤدي ، تفجر أو تساعد في ظهور داء السرطان، أمر يجب استقصاؤه و التأكد منه، وذلك من خلال الذهاب إلى الميدان و التحقق من خلال عينات دراسية ، خاصة أن مجتمعاتهم غير مجتمعا ، ثم أن عاداتنا و تقاليدنا و التنظيمية النفسو-اجتماعية التي تركبنا تختلف عن تلك المجتمعات، فهل ما تم التصديق عليه في مجتمع ما يمكن أن يعمم في مجتمعات أخرى؟، لذلك جاء بحثنا يدرس بطريقة غير مباشرة إشكالية هذا الداء كداء سيكوسوماتي ، أولا يجب التأكد من أهم القراءات التي أعطيت لهذا الداء و مدى تطابقها على الحالات، ثم الأهم من ذلك، يتبادر في أذهاننا انه إذا سلمنا أن داء السرطان داء سيكوسوماتي، فهذا يعني أن لدى هؤلاء المرضى نفس الخصائص التنظيمية التي تظهر لدى الاشخاص الذين يعانون من اضطرابات سيكوسوماتية.

و بالضبط خصصنا دراسة جانب آخر لم يتطرق إليه ألا و هو جانب النشاط العقلي الذي يعرف أيضا بالتوظيف النفسي *Le fonctionnement mental* و الذي يشير لمجموعة من السيرورات و العمليات النفسية التي يستعملها الفرد من أجل حل الصراع أو التأقلم معه. يخضع هذا النشاط العقلي للعديد من الأسس و يفسر على أساس اقتصادي دينامي من خلال طبيعة الاستثارات الطاقوية و مبدأ الارصان و التعقيل ، الذي يمكن تقييمه من خلال ثلاث أبعاد ألا و هي الفضاء الخيالي و مبدأ التعقيل و فعالية الدفاعات النفسية، و بما ان طبيعة النشاط العقلي يتميز بخلل في هذه الابعاد الثلاث نريد التركيز بطريقة خاصة في البحث عن نوعين من الميكانيزمات الدفاعية التي تسير النشاط العقلي لدى المريض السيكوسوماتي الا و هما الاكتئاب الاساسي و الالكستيميا و التي تعرف بعجز التعبير الانفعالي و الذي اعتبرهما *Babeau R، Pongy* (2003) كدفاعات غير مرتبطة بالعرضية الايجابية وتختلف حياة عملية .

إن فكرة البحث عن طبيعة النشاط العقلي و الذي يتمثل في البحث عن نوع الاكتئاب الذي عاشه و يعيشه المريض و عجز التعبير الانفعالي ، جاء أيضا نتيجة التريص منذ 2006 في المستشفى (الجامعي سعادنة عبد النور بسطيف) ، و الاحتكاك و التعامل مع مرضى السرطان، حيث وجدنا صعوبة في التعامل معهم ، خاصة إذا حاولنا استقصاء حياتهم النفسية ، فهم لا يزودونك بأي معلومات تتعلق بحياتهم الشخصية

أو العاطفية ، لكن في المقابل، إذا سألناهم عن أمور العمل أو الحياة اليومية، فتجدهم يزودونك بأحداث دون انقطاع، حتى نتخذ توجيهها للمقابلات، ثم عندما نكتشف أن المريض قد عاش قبل حدوث المرض بفترات قصيرة صدمة نفسية ، و نطلب منه أن يحكي عنها فهو لا يستطيع التعبير عن انفعالاته أو عواطفه، كما نلاحظ انه لا يستطيع استحضار الموقف العاطفي بشحناته، سوى وصف سطحي للحدث ، قد يصف لك المريض موت أبيه أو أمه، عدد الأشخاص الذين حضروا إلى الجنازة، أو أين وضع الميت، و من كان جالس أمامه بطريقة خالية من أي تظاهرة نفسية، تحمل حزن أو بكاء أو توتر نفسو-حركي، و عندما نسألهم هل إذا تعرضتم إلى خسارة أو فقدان مادي أو نفسي هل تنتابكم فترات حزن أو اكتئاب، نجد أن اغلب تلك الحالات تنفي ذلك.

أمام هذه المعطيات للوهلة الأولى ، نسلم أن هؤلاء لديهم تعقيل جيد ، و يمكن أن يكون هؤلاء يستعملون ميكانيزم الجلد، و لكن سرعان ما نكتشف أن هذا الأمر تغيب عنه كل المحددات التي تدل عليه.

لكن أهم مشكل شد انتباهنا في اغلب الحالات، انه يجتمع الأطباء و المختصين النفسانيين و يقررون يوم الإعلان عن المرض، تجد المختصين يعيشون تظاهرات نفس-جسدية تتعلق بكيفية الإعلان ،لكن ما لحظناه أن المريض لا يبدي أي صراخ أو حزن أمام الإعلان حيث أصبح الإعلان عن المرض سهل.

عندما نتابع الحالات بعدة فترة من الإعلان ، قد تصل لدى بعض الحالات سبعة أشهر نلاحظ غياب أعراض الحزن أو الاكتئاب سوى التركيز و الاهتمام بالجانب الجسدي للمرض،رغم إن كل الدراسات تؤكد أن كل مريض يعاني من السرطان تظهر عليه تناذرات اكتئابية.

إن هذا النمط الذي ظهر لدى هؤلاء الحالات ، دفعنا أن نتساءل هل هذا التفكير العقلي يرجع الى ما يسمى بالاكتئاب الأساسي أو المقنع الذي يعرف حسب Marty (1966) في كتاب Smadja C أنه أساس النشاط العقلي السيكوسوماتي ، يتميز بغياب أعراض الاكتئاب الكلاسيكي و إلغاء الحياة الحلمية، والحياة الهوامية، بمعنى إفلاس ما قبل الشعور و عدم القيام بعمله، و هذا خاص بالتمثيلات و العاطفة، و بالتالي الانصباب يكون موجه نحو استثمار كلي للواقع، أما على أساس الجهاز النفسي قد يكون راجع إلى غياب ميكانيزمات

الدفاع التي تصبح غير فعالة فيحل محلها ما يسمى بالتفكير العملي ،الذي قد يكون سابقا بقلق عائم منتشر، فيظهر على أساس طاقتوي عدم تصريف الطاقة أو ربطها و بالتالي قد يحدث التجسدن». (Smadja C, 1998, p.73)

وإذا وجد هذا النشاط العقلي هل يظهر نشاط آخر و الذي يعتبر مصاحب له و يدل عليه الا وهو الالكستيميا ؟، فحاليا معروف بخلل التعبير الانفعالي ، البلادة العاطفية ، أو الافازيا العاطفية ، أين يظهر عدم القدرة على الاتصال بين الانفعالات و الافكار التي تكون على العموم مصاحبة بعضها لبعض.كما يعكس هذا النشاط صعوبات في تنظيم الجانب الوجداني و الاحلام و الهوام و التفكير الذي يركز على الواقع الملموس الغير الاستبطاني و يعتبر من بين الجوانب المهياة للاصابة بالاضطرابات السيكوسوماتية.

سنحاول البحث في هذا الموضوع ، دراسة طبيعة النشاط العقلي الذي يتبناه مريض السرطان و بالخصوص البحث نوع الاكتئاب الذي عاشه و يعيشه المريض و وطبيعة التعبير عن انفعالاته من خلال البحث في نشاط الالكستيميا ، و بالتالي إذا وجدنا هذا النشاط العقلي الذي يتميز بظهور الاكتئاب الأساسي و الالكستيميا، سنحقق نتيجة أخرى تؤكد على أن داء السرطان داء سيكوسوماتي انطلاقا من أن لديه نفس النشاط العقلي الذي يظهر لدى المرضى السيكوسوماتين. وانطلاقا مما سبق جاءت تساؤلات الدراسة كالتالي:

### التساؤل العام الأول:

هل يظهر لدى مريض السرطان نشاط عقلي يتميز بسيادة الاكتئاب الاساسي و الالكستيميا؟  
انطلاقا من هذا التساؤل تتفرع عنه التساؤلات الجزئية التالية:

- 1- هل يظهر لدى مرضى السرطان نشاط عقلي يتميز بسيادة الاكتئاب الاساسي ؟
- 2- هل يظهر لدى مرضى السرطان نشاط عقلي يتميز بسيادة الالكستيميا؟
- 3- هل توجد فروق بين منعدمي ومرتفعي الاكتئاب في درجات الالكستيميا لدى أفراد عينة الدراسة؟

4- هل توجد فروق في متوسطات درجات الاكتئاب لدى مرضى السرطان الذين لديهم فترة قصيرة من معرفة المرض تقل عن 6 أشهر، وبين الاشخاص الذين شخص لديهم المرض أكثر من 6 أشهر؟

5- هل توجد فروق في متوسطات درجات الاكستيميا لدى مرضى السرطان الذين لديهم فترة قصيرة من معرفة المرض تقل عن 6 أشهر، وبين الاشخاص الذين شخص لديهم المرض أكثر من 6 أشهر؟

## 2- فرضيات الدراسة:

تتلخص فرضيات الدراسة في فرضية عامة مفادها: **يظهر لدى مريض السرطان نشاط عقلي يتميز بسيادة الإكتئاب الأساسي و الألكستيميا.**و التي تبحث عن امكانية وجود نشاط الإكتئاب الأساسي و الألكستيميا لدى مرضى السرطان ، حيث تنفرع عن هذه الفرضية خمس فرضيات جزئية و هي كالآتي:

### الفرضيات الجزئية:

1- يظهر لدى مرضى السرطان نشاط عقلي يتميز بسيادة الإكتئاب الأساسي .  
2- يظهر لدى مرضى السرطان نشاط عقلي يتميز بسيادة الألكستيميا.  
3- توجد فروق بين منعدمي ومرتفعي الإكتئاب في درجات الألكستيميا لدى أفراد عينة الدراسة.

4- لا توجد فروق في متوسطات درجات الاكتئاب لدى مرضى السرطان الذين لديهم فترة قصيرة من معرفة المرض تقل عن 6 أشهر، وبين الأشخاص الذين شخص لديهم المرض أكثر من 6 أشهر.

5- لا توجد فروق في متوسطات درجات الألكستيميا لدى مرضى السرطان الذين لديهم فترة قصيرة من معرفة المرض تقل عن 6 أشهر، وبين الاشخاص الذين شخص لديهم المرض أكثر من 6 أشهر.

### 3- تحديد المفاهيم الأساسية للدراسة:

#### 3-1- النشاط العقلي لمريض السرطان:

ونقصد به النظام العقلي أو السيرورات النفسية التي تدل على كيفية التفكير أثناء وضعيات حياتية، من أجل حل الصراع أو التأقلم معه ، فهو المعالجة النفسية للخبرات النزوية و العاطفية و القدرة على خلق و إنجاز الوظائف الرمزية التي تؤدي إرسان عقلي مع نظام معيشي للفرد. ومن بين هذا النشاط العقلي المراد البحث فيه هو : فرض وجود الإكتئاب الأساسي و الألكستيميا كنشاط عقلي خاص لدى هؤلاء المرضى و اللذان يعتبران من أساس النشاط العقلي السيكوسوماتي و هذا حسب نظرية بيار مارتني و نظرية عجز التعبير الانفعالي لدى سيفنيوس.

#### 3-2- الإكتئاب الأساسي:

هو نوع من الإكتئاب يميز الاضطرابات السيكوسوماتية خاصة الخطيرة منها ، بحيث تكون الأعراض الإيجابية للاكتئاب الكلاسيكي غائبة فهي لا تظهر كما هو الحال في الاكتئاب العصابي و الإكتئاب السوداوي ، معروف بالعديد من الأسماء منها: بالاكتئاب المقنع la dépression masquée أو الاكتئاب الكامن la dépression latente. أو الاكتئاب الأبيض la dépression blanche أو الاكتئاب الفارغ la dépression vide أو الاكتئاب الطباعي la dépression caractérielle أو الاكتئاب الجسدي la dépression somatique.

#### 3-3- الألكستيميا:

و تعرف بعجز التعبير الانفعالي أو التكتم، فهو مصطلح صيغ من طرف سيفنيوس سنة 1972 ، يعبر عن العجز أو الصعوبة في المعرفة و التعبير عن الانفعالات والأحاسيس عن طريق الكلام. فهو يصف نظام خاص متعلق بكيفية ادارة الحياة الانفعالية لدى مرضاه. و الذي يعرف حاليا من خلال الخصائص التالية:

- صعوبة في التعرف على المشاعر أو العواطف و التمييز بينها و بين الأحاسيس الجسدية و الإثارة العاطفية.
- صعوبة وصف المشاعر و العواطف و الإنفعالات و التعبير عنها بالكلام للآخرين.
- محدودية الخيال و تقليص للحياة الهوائية.
- نمط تفكير موجه نحو العالم الخارجي.

#### 4- أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية إلى التعرف على:

- طبيعة النشاط العقلي لدى مريض السرطان و بالضبط هل يوجد لديهم نفس النشاط العقلي الذي يتميز بوجود الإكتئاب الأساسي و الألكستيميا. إنطلاقا من الإعتماد على بعد تكاملي بين نظرتي الاقتصاد السيكوسوماتي ل Marty P فيما يخص الإكتئاب الأساسي و نظرية Sifneos فيما يخص الألكستيميا و تفسيرهما في إطار باتولوجيا التكيف التي تحدّث عنها Sami Ali من خلال النظرية العلائقية .

- الكشف عن الفروق إن وجدت في درجات الالكستيميا لدى الأفراد الذين يظهر لديهم الاكتئاب الأساسي و الذين يظهر لديهم إكتئاب واضح.

- الكشف عن الفروق إن وجدت بين متوسطات درجات الاكتئاب لدى مرضى السرطان الذين لديهم فترة قصيرة من معرفة المرض نقل عن 6 أشهر، وبين الأشخاص الذين شخص لديهم المرض أكثر من 6 أشهر.

5- الكشف عن الفروق إن وجدت في متوسطات درجات الالكستيميا لدى مرضى السرطان الذين لديهم فترة قصيرة من معرفة المرض نقل عن 6 أشهر، وبين الاشخاص الذين شخص لديهم المرض أكثر من 6 أشهر.

#### 5- دوافع و أهمية البحث:

##### 5-1- دوافع و أهمية البحث الذاتية:

- اخترنا مرض السرطان بصفة عامة ، وهذا نتيجة لتعامل مع هذه الشريحة مدة من الزمن ، فكانت إهتماماتنا منصبة على هذا الموضوع خصوصا من أجل تأكيد قناعات ذاتية فيما يخص دور العوامل النفسية في إحداث هذا الداء، و تسميته داء سيكوسوماتي مع البعض و نفيه تماما مع البعض الأخر، كون تخصصنا في الماجستير اضطرابات سيكوسوماتية أردنا الاستمرار في نفس التخصص.

- تبين أهمية وخطورة كل من الإكتئاب الأساسي و الألكستيميا كنشاط عقلي يهدد حياة الفرد ، كونهما ينتميان الى الدفاعات الغير مرنة التي قد تؤدي إلى الجسدية، وأهمية تواجدهما عند المرضى السرطان؟ رغم أن هناك نظريات تؤكد أن أي مريض يعاني من سرطان يظهر لديه اكتئاب واضح جدا، سواء نتيجة المرض، أو نتيجة الإعلان عن صدمة

المرض، أو في تاريخه الشخصي، و هذا يعد تناقض مع نظريات الحديثة التي تؤكد أن السرطان داء سيكوسوماتي، و إذا كان داء سيكوسوماتي لماذا يظهر الاكتئاب الكلاسيكي الذي يكون معقلن ، فنحن نعلم إذا ظهر التجسدن تغيب الأعراض النفسية و تختزل في الجسد. بالتالي يجب التأكد من هذا الإشكال عن طريق البحث التطبيقي.

## 5-2- دوافع و أهمية البحث العامة:

- تم اختيار هذا الموضوع كونه موضوع الساعة فهذا الداء أصبح جد منتشر في العالم ككل وانتشاره في الدول العربية بطريقة أكثر، حتى أنه أصبح يمس الجزائر بمعدلات خيالية حيث أكد Hamdi CHrif (2009) أن نسبة الوفيات في الجزائر وصل إلى 15000 حالة في كل عام، والحالات المشخصة في كل عام تصل إلى 30000 حالة جديدة .

أما انتشاره في ولاية سطيف فقد حددت معدلات من سنة 1996 إلى 2000 ب 6432 حالة جديدة مصابة ،من بينها 3252 حالة من الذكور و 3180 من الإناث، أما معدل الإصابة فقد قدر ب 100 حالة في كل من 100000 من السكان.

كما صرح وزير الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات جمال ولد عباس في إطار افتتاح اليوم العالمي للتكنولوجيا أن هناك ارتفاع مستمر في عدد حالات الإصابات السرطانية بالجزائر . فبعدها كانت الزيادة السنوية تشير بمعدل 30 ألف إصابة جديدة قبل سنة 2006 فقد سجل ازيد من 43 الف حالة جديدة في سنة 2012 بينما نشرت جمعية أمل بباتنة في اطار يوم تحسيس فاكدت ان ولاية سطيف احتلت المرتبة الاولى فهي اكثر اصابة بداء السرطان في ولايات الشرق (Hamdi CHrif,2012.p5)

- ظهور دراسات حالية كثيرة تهتم بالسرطان إهتماما نفسيا أكثر مما هو جسدي، فقد تعددت الدراسات النفسية في هذا المجال نتيجة للمعاناة النفسية من هذا الاضطراب الخطير، يدل أن الموضوع جد هام.

- إن معرفة النشاط العقلي لهؤلاء المرضى و التأكد من الفرضيات المطروحة و الإقرار إن لديهم نفس النشاط العقلي الذي يتميز بسيادة الاكتئاب الأساسي و الالكستيميا ، تحقيق قفزة هامة في مجال البحث السيكوسوماتي و التدعيم من زاوية أخرى على أن السرطان داء سيكوسوماتي.

- محاولة إحداه تكامل بين المختصين من أجل إعطاء تفسير شامل للاضطراب ، بما أن هدف دراستنا الوحدة النفسية الجسدية والتكامل النفسي ، ودراسة الإنسان كوحدة كلية بيو- نفسو - اجتماعية.

## 6- الدراسات السابقة:

لا توجد أي دراسة جمعت بين متغيرات الدراس الحالية - في حدود اطلاع الباحثة -، فإما أن تكون الدراسة متعلقة بالسرطان والاكتئاب الواضح ولكن ليس الاكتئاب الأساسي، كما نجد دراسات تطرقت للألكسثيميا والاكتئاب والواضح دون السرطان، و دراسات قليلة جدا التي يمكن حصرها في ثلاث دراسات تتعلق بالسرطان والاكتئاب الألكسثيميا، وعلى هذا الأساس تم تقسيم الدراسات السابقة الى ثلاث أقسام:

-القسم الأول: سنتناول فيه الدراسات التي جمعت بين السرطان والاكتئاب الألكسثيميا معا.

-القسم الثاني: سنتناول فيه الدراسات التي جمعت بين السرطان والاكتئاب فقط.

- القسم الثالث: سنتناول فيه الدراسات التي جمعت بين الألكسثيميا والاكتئاب وبعض المتغيرات الاخرى.

وفيما يلي عرض لدراسات كل محور على حدى:

## 6-1-القسم الأول: الدراسات السابقة التي جمعت بين السرطان والاكتئاب والالكتسيميا:

ملاحظة: لا توجد أي دراسة عربية تطرقت الى موضوع السرطان و الاكتئاب الاساسي و الالكتسيميا. و كل الدراسات الخاصة بهذا المحور كانت أجنبية في حد علم الباحثة.

1- دراسة S krenz، F Stiefel، V Forni سنة(2011) و التي كانت بعنوان:

"Alexithymie et psychopathologie des patients atteints de cancer" أي بمعنى الألكسثيميا

و علم النفس المرضى لدى مرضى السرطان.

هدفت الدراسة الى إعطاء نظرة تشخيصية جديدة للسرطان من خلال متغير الألكسثيميا و الاكتئاب و معرفة مدى إنتشار كل من الألكسثيميا و الاكتئاب لدى هذه الشريحة، و ربط هذه المتغيرات ببعض المتغيرات السوسيوديموغرافية، والطبية والسيكومترية حيث أجريت الدراسة بالمستشفى الجامعي Lausanne مصلحة الطب العقلي Vaudios، مدة الدراسة كانت من أكتوبر 2006 الى غاية أكتوبر 2009، أختيرت العينة عشوائيا و قدر حجمها بـ (229) فرد خاصة بالمجموعة التجريبية تعاني من سرطان و تخضع لعلاج نفسي، أما المجموعة

الضابطة فتعاني من سرطان لكن لا تخضع للعلاج النفسي وقدرت بـ (190) فرد. وتتميز العينة بالخصائص التالية:

- شرط أن يكون السرطان حديث التشخيص أقل من أربع أشهر.
- الخضوع للعلاج النفسي.
- احتمال بقاء هؤلاء الأشخاص على قيد الحياة على الأقل عام.
- السن يتراوح من 18 الى 75 سنة.
- لا يظهر لديهم اضطرابات عقلية خطيرة، سواء معرفية، أو اضطرابات ثنائية القطب أو إنقسام في الشخصية، أو يتعاطون المخدرات، أو اكتئاب جسيم.
- السلامة اللغوية والقدرة على الحضور للجلسات العلاجية كما اعتمدت هذه الدراسة على المنهج التجريبي. واستعملت الوسائل الاستقصائية التالية:

- سلم الألكسيتيميا (TAS20) ، و سلم الهادس (HADS) لقياس الحصر و الاكتئاب ، وسلم نوعية الحياة (QLQ-C30) وهو إستمارة تحتوي على 30 بند تقيس نوعية الحياة، والنشاط الجسدي، والأدوار والإنفعالات، والجانب الإجتماعي والجانب المعرفي، وأعراض التعب والقيئ والغثيان واضطرابات النوم. وتوصلت الدراسة الى النتائج التالية:

- نتائج الألكسيتيميا جد مرتفعة، سواء في المجموعة الضابطة أو التجريبية حيث ترتفع عن 57.7 % لدى 71.4 % من المرضى والذي عددهم 200 فرد.

- ظهرت نتائج أكبر من 56 لدى 57 فرد على سلم التاس الذي يدل على الألكسيتيميا الجد مرتفعة.

- كما نجد نتائج محصورة بين 44-56 بنسبة 8.3 % لدى 23 فرد كما لم تظهر فروق بين المجموعتين، أما المتغيرات السوسيوديموغرافية و التي تتعلق بالجنس و المهنة و الصحة و نوع السرطان و مرحلته و نمط الأدوية المستعملة لا تظهر أي دلالة إحصائية مع سلم الألكسيتيميا، ولكن ارتبطت ارتباطا سلبيا مع أعراض القلق، حيث كان معامل الارتباط 0.23 دال عند 0.001، و أيضا ظهور علاقة ارتباطية سلبية مع أعراض الإكتئاب، كما أسفرت النتائج على وجود علاقة إيجابية بين الألكسيتيميا و نوعية الحياة حيث بلغ معامل الارتباط  $r=0.12$  دال عند 0.043.

2- دراسة Gritti Paolo , Lombardi Salvatore، و اخرون سنة(2006) بعنوان:

"Alexithymia and cancer .related fatigue" و التي تعني الالكسيتيميا و السرطان ، علاقتها بالتعب.

هدفت هذه الدراسة إلى التحقق من وجود الألكسيتيميا كنظام لدى مرضى السرطان ومدى إرتباطها بالتعب سواء لدى الحالات حديثة التشخيص أو الذين لديهم فترة طويلة من التشخيص.

المجموعة الأولى تكونت من 63 فرد لديها تشخيص أقل من 3 أشهر، أما المجموعة الثانية يعود تشخيص السرطان لديهم الى أكثر من 30 شهر وتكونت من 53 فرد، أعتمدت هذه الدراسة على متغير الجنس ، السن ،المستوى التعليمي ، موقع السرطان وأنواعه. إعتمدت على المنهج الوصفي ذي الطابع المقارن كما إستعملت الوسائل الإستقصائية التالية:

- أولاً مقياس الالكسيتيميا (Tas 20) ومقياس التعب Brief Fatigue Inventory والمعروف بـ BFI. وقد أسفرت الدراسة على النتائج التالية:

- كانت أعلى درجات الالكسيتيميا لدى المرضى الذين تم تشخيص السرطان لديهم مؤخراً، بالمقارنة مع الذين لديهم زمن طويل من التشخيص حيث  $T=2.18$ ،  $P < 0.05$ .

- ظهرت الألكسيتيميا لدى المرضى الذين تم تشخيص السرطان لديهم حديثاً بنسبة 45.6% أما المجموعة الثانية التي تم تشخيص السرطان لديها منذ أكثر من 30 شهر ظهرت لديها نسبة الألكسيتيميا بـ 21.4%.

- فيما يخص متغير التعب كان أكثر حدة لدى المجموعة التي تم تشخيص السرطان لديها منذ أكثر من 30 شهر مقارنة مع المرضى الذين شخص لديهم السرطان حديثاً .  $P0.000T=7.079$ .

- تؤكد الدراسة أن مستوى الالكسيتيميا مرتفع لدى المجموعتين ويمكن إعتبار أن الألكسيتيميا كرد فعل دينامي للمرض وخاصة الذين تم لديهم التشخيص مؤخراً، كما أن معدلات التعب لدى المرضى الذين تم التشخيص المرض لديهم منذ فترة طويلة كانت مرتفعة، وكان معامل الارتباط بين التعب والالكسيتيميا ضعيف لدى المجموعة التي تم التشخيص لديها مؤخراً وليس كبيراً لدى المجموعة الأخرى.

3- دراسة Veena Shukla Mishra a , Shubha Maudgal a , Stephanie C.P.M (2012) و المعنونة بـ Alexithymia in children with cancer and their siblings بمعنى الألكستيميا لدى الأطفال المصابين بالسرطان و أشقائهم.

حيث هدفت الدراسة إلى تبين مدى إنتشار الألكستيميا لدى هؤلاء من خلال مجموعة من الأطفال تعاني من سرطان و مجموعة أخرى تتمثل في أشقاء الأطفال المرضى بالسرطان و المجموعة الأخرى كانت الضابطة وهم أطفال أصحاء، تألفت المجموعة الأولى من 97 طفل مصاب ، و الثانية من 95 أشقاء، و الثالثة من 151، متوسط العمر كان 13 عاما في المجموعات الثلاث (الفئة العمرية 18 سنة). أما المجموعة التي تألفت من 97 أطفال، اشتملت على 44 أنثى و 53 ذكر يعانون من السرطان، أما المجموعة الثانية فكانت الأشقاء ، 46 فتاة و 49 فتى ، استخدم التاس 20.

فاسفرت النتائج على أن أعلى نسبة للألكستيميا شخصت لدى الاطفال الذين يعانون من مرض السرطان، تليها أعلى نسبة راجعة الى الأشقاء، أما لدى الاصحاء كانت ادنى نسبة. كما لوحظ عدم وجود فروق بين الجنسين.

فتوصل الباحثون أنه ليس فقط الأطفال المصابين بالسرطان الذين تظهر لديهم الألكستيميا ، ولكن أيضا تظهر أشقائهم أكثر بكثير من الاطفال الاصحاء (Veena Shukla Mishra a, 2012, p.267)

4- دراسة : Fantini Carole, Pedinielli Jean-Louis ، دون سنة و المعنونة بـ Alexithymie et détresse émotionnelle vers deux pole opposes d un même continuum بمعنى الالكستيميا و الضيق الانفعالي، قطبين مختلفين لنفس المحتوى.

هدفت هذه الدراسة للإجابة على الاسئلة التالية: هل الأليكستيميا عامل مهيب للاضطرابات السيكوسوماتية؟، أو تتعلق بوضعية دفاعية أو رد فعل ضد الضغط أو الضيق الانفعالي؟ أو عبارة عن إستراتيجية للمواجهة؟ أختيرت عينة دراسية تكونت من مرضى في حالة إنتظار الكشف الجيني لسرطان القولون والمستقيم، عددهم 50 فرد، منهم 19 ذكر و 31 أنثى. أما العمر فكان محصور ما بين 18 سنة الى 67 سنة، حيث متوسط العمر حدد بـ 43.8. أجريت الدراسة في جامعة Provence في مخبر psychol أستعملت الوسائل الاستقصائية التالية:

- استخدم سلم (CES-D) لـ Fuhrer سنة (1989) لقياس الاكتئاب، كما أستعمل سلم الحصر أو القلق ( كحالة-سمة) و المسمى بـ l'inventaire d'anxiété état-trait لـ Spielberger سنة (1993) كما يحددان الضيق الانفعالي، كما استعمل مقياس الألكستيميا TAS 20. وقد أسفرت النتائج على ما يلي:

- متوسط الدرجات التي حصل عليها الذكور على سلم القلق كسمة والاكتئاب دال إحصائيا لكن ضعيفة أما النتائج الخاصة بالنساء كانت مرتفعة.

- كما تحصل الباحثون على أنماط عاطفية مختلفة بين الذكور و الإناث فيما يخص الألكستيميا ، فقد كانت أكثر الدرجات ارتفاعا لصالح النساء وهذا على مقياس TAS20 . في حين النساء اللواتي لديهن نتائج مرتفعة على مقياس القلق والاكتئاب ظهر لديهن درجات منخفضة في مقياس الألكستيميا. أما الذكور لم تظهر لديهم هذه النتائج والذي يدل على استخدام ميكانيزمات دفاعية مختلفة حسب الجنسين.

## 6-2- التعقيب على الدراسات السابقة المتعلقة بالسرطان والألكستيميا والاكتئاب:

- من حيث الهدف: تنوعت أهداف الدراسات السابقة من حيث المتغيرات المراد معرفة علاقتها مع السرطان و الاكتئاب و الألكستيميا، فنجد دراسة V Forni ، S krenz، F Stiefel والتي هدفت الى اعطاء نظرة تشخيصية جديدة للسرطان من خلال متغيري الألكستيميا والاكتئاب ، و معرفة مدى انتشار كل من الألكستيميا والاكتئاب لدى هذه الشريحة، و ربط هذه المتغيرات ببعض المتغيرات السوسيوديموغرافية، والطبية. بينما ركزت دراسة Paolo Gritti,Salvatore Lombardi على التحقق من وجود الألكستيميا كنظام لدى مرضى السرطان ومدى ارتباطها بالتعب سواء لدى الحالات حديثة التشخيص أو الذين شخص لديهم المرض منذ فترة طويلة من الزمن، بينما كانت دراسة Fantin Carole, Pedinielli Jean-Louis تتمحور حول البحث عن طبيعة الألكستيميا و ربطها بالضيق و الضغط الإنفعالي و حصره في مفهوم الاكتئاب و القلق ، و لكن نجد في كل دراسة هدفها الرئيسي هو البحث عن مدى انتشار الألكستيميا أو الاكتئاب لدى مرضى السرطان إلا دراسة Paolo Gritti,Salvatore Lombardi فقد أدخلت متغير التعب دون الاكتئاب و نحن أدرجنا هذه الدراسة في هذا المحور كون التعب من بين أحد الاعراض الأساسية الكبرى الدالة على الاكتئاب الأساسي في غياب الأعراض الايجابية للاكتئاب الواضح لكن كل هذه الدراسات لم تدرس

الإكتئاب الأساسي و لكن أظهرت نتائج بطريقة غير مباشرة تدل في بعض الاحيان على وجوده و خاصة دراسة S krenz،F Stiefel ،V Forni التي بينت أن العلاقة بين الألكستيميا ارتبطت ارتباطا سلبيا مع أعراض القلق، و أيضا ظهور علاقة ارتباطية سلبية مع أعراض الإكتئاب، ففي الموروث الأدبي كلما كان انخفاض للأعراض الإكتئابية ترتفع نسبة الألكستيميا و ذلك لارتفاع التفكير العملي و عدم معرفة الأعراض لان الفرد غير واع بانفعالاته و الذي يدل على الإكتئاب الأساسي ، كما أسفرت النتائج على وجود علاقة إيجابية بين الألكستيميا و نوعية الحياة ، و هذه الاخيرة تدل على عدم التميز بين الانفعالات و معرفتها ، فتحسن نوعية الحياة يمكن أن ترجع الى ثلاث عوامل : العامل الأول يكمن في الشفاء التام ، أما العامل الثاني قد يكمن في أن المريض يستعمل إرصان و تعقيل جيد الذي يدل على الجلد La résilience. أما الإحتمال الثالث قد يعاني المريض من إكتئاب أساسي فلا يكن واعيا بحياته الانفعالية .

- من حيث العينة: نجد كل الدراسات استخدمت عينة دراستها مرضى السرطان، الى أن هناك اختلاف فيما يخص التركيز على كل أنواع السرطان أو التخصيص نوع واحد و هذا من أجل أهداف دراسية، فنجد الدراسة الاولى الخاصة بـ S krenz ،F Stiefel ،V Forni و دراسة Gritti Paolo، Lombardi Salvatore قد جمعت بين كل أنواع السرطان أما دراسة Fantin Carole Pedinielli Jean-Louis فقد ركزت على مرضى سرطان المستقيم .و القولون من أجل فهم طبيعة الألكستيميا كحالة أو سمة. أما من حيث حجم العينة، فنجد حجمها في الدراسة الأولى مرتفعة مقارنة مع الدراسة الثانية، وهذا راجع الى الهدف من البحث، وحجم المجتمع الاحصائي.

- من حيث المنهج: نجد دراسة Gritti Paolo, Lombardi Salvatore ، و آخرون سنة(2006) استخدمت المنهج الوصفي المقارن، ونجد دراسة krenz S، Stiefel F،Forni V سنة( 2011 ) استخدمت المنهج التجريبي في حين دراسة Fantin Carole Pedinielli Jean-Louis استخدمت المنهج الوصفي أما الدراسة الحالية سوف نستخدم المنهج الوصفي بطابعه الفارقي.

- من حيث الأدوات المستخدمة: فيما يخص الوسائل الاستقصائية نجد الدراسات قد اعتمدت على المقاييس الجاهزة، كما أن كل الدراسات ركزت على مقياس التاس tas20 رغم وجود مقاييس أخرى تقيس الألكستيميا كون المقياس يتمتع بخصائص سيكومترية مرتفعة،

ونظرا لقلّة بنوده كون الدراسة تعاملت مع مرضى السرطان فهم لا يستطيعون الصبر وقت طويل مع الاسئلة الكثيرة، وأنهم مرتبطون بأوقات وظروف علاجية وحالة صحية. كما استخدم مقياس الهادس ومقياس نوعية الحياة، ومقياس CESD للاكتئاب. وتشارك الدراسة الحالية مع العديد من الدراسات في استخدام مقياسي (التاس tas20 ، وسلم الهادس HADS) كما هو الحال في دراسة كل V Forni ، Stiefel F ، krenz S ( 2011 ) و تشارك مع دراسة Gritti Paolo, Lombardi Salvatore و اخرون (2006) في استخدام مقياس التاس tas20.

- من حيث النتائج : نجد أن كل الدراسات ركزت على مدى انتشار الألكستيميا لدى مرضى السرطان، بينما نلاحظ الإختلاف فيما يخص نتائج الدرجات و الخصائص الاخرى، مثلا نجد الدراسة الأولى تؤكد أنه لا توجد فروق في درجات الألكستيميا وعامل الجنس و المهنة و الصحة و نوع السرطان و نمط الأدوية، بينما الدراسة الثانية أثبتت أن هناك فروق في عامل الزمن و الإعلان عن المرض، أما فيما يخص متغير السن و الجنس و المستوى التعليمي و أنواع السرطان لم تعطينا الدراسة أي نتائج، أين عزلت تماما هذه المتغيرات من الدراسة رغم انها ذكرت كأهداف دراسية يرجى التأكد منها. في حين دراسة Fantin Carole Pedinielli Jean-Louis فقد أكدت ارتفاع نسبة الإكتئاب لدى النساء أكثر من الذكور و أيضا فيما يتعلق بالاليكستيميا حيث سجل الذكور إنخفاض في درجات الألكستيميا مقارنة مع الإناث.

### **6-3- المحور الثاني: الدراسات السابقة المتعلقة بالسرطان والاكتئاب:**

هناك دراسات عربية درست العلاقة بين السرطان والاكتئاب ولكن نجد عدم التفصيل في الدراسات، وفي بعض الأحيان لا نجد المعطيات الأساسية التي استخدمت في الدراسة، مثل حجم العينة أو الوسائل المعتمدة، كما نجد دراسات لا تخضع للشروط العلمية الخاصة بالبحث، وفي بعض الأحيان نجد سوى النتائج المتوصل إليها ويمكن ادراج:

- دراسة "عبد الله حسن الفقيه" (2007) بعنوان: دراسات إكلينيكية سيكومترية للأعراض النفسية المصاحبة للأمراض المهددة للحياة.

أجريت الدراسة في السعودية، حيث تمت الدراسة التطبيقية في مستشفى الملك عبد العزيز ومركز الأورام بمحافظة جدة. وهدفت الدراسة إلى محاولة الإجابة عن الأسئلة الآتية: هل هناك فروق بين مرضى السرطان وبين الأسوياء في حدة الأعراض النفسية؟ وهل تختلف

حدة الأعراض النفسية لدى مرضى السرطان باختلاف موضع الإصابة؟ وهل تختلف حدة الأعراض النفسية لدى مرضى السرطان باختلاف الجنس (ذكور/ إناث) وهل يلعب التفاعل بين بعض المتغيرات كالنوع، وموضع الإصابة، والحالة المرضية دورًا في حدة الأعراض النفسية لمرضى السرطان؟

حيث قام الباحث باختبار فروضه عن طريق اختيار مجموعتين بلغ عددهم 300 شخص تم تقسيمهم إلى مجموعتين متساويتين إحداهما من مرضى السرطان 150، والأخرى من الأسوياء 150، وذلك لمعرفة الفروق بينهما في متغيرات الدراسة، ومن ثم قام الباحث باختبار مجموعتين متكافئتين في المتغيرات التي يمكن أن يكون لها أثر على الظاهرة المدروسة، وقد قام الباحث بحساب أوجه التكافؤ بين المجموعتين وفقًا لبعض المعادلات الإحصائية. كما استعمل الوسائل الاستقصائية التالية:

- مقياس قائمة مراجعة الأعراض المختصرة SCL 90 لقياس الاكتئاب، مقياس الحالة المزاجية بيك النسخة المقننة على البيئة السعودية، واختبار اسقاطي وهو مقياس تفهم الموضوع (TAT). حيث أسفرت الدراسة على النتائج التالية:

- وجود فروق دالة إحصائية بين مجموعتي الدراسة حيث كان مرضى السرطان أكثر اكتئابًا من الأسوياء.

- وجود فروق جوهرية بين مجموعة مرضى السرطان (المجموعة التجريبية) والأسوياء (المجموعة الضابطة) دالة إحصائية في: الأعراض الجسمانية، والوسواس القهري، والحساسية التفاعلية، والاكتئاب، والقلق، والعداوة، والخوف، والبارانويا التخيلية، والذهنية، وأن مرضى السرطان أعلى درجات من الأسوياء بشكل دال إحصائيًا في: الأعراض الجسمانية، والوسواس القهري، والحساسية التفاعلية، والاكتئاب والقلق، والخوف، والبارانويا التخيلية، والذهنية، بينما كان الأسوياء أعلى بشكل دال إحصائيًا من مرضى السرطان في العداوة.

- وجود فروق دالة بين الذكور والإناث من مرضى السرطان لصالح الذكور في بعض الأبعاد التي تمثلها قائمة الأعراض المختصرة وقائمة بيك.

- هناك أثر لتفاعل عاملي الجنس والحالة المرضية في حدة الأعراض النفسية المصاحبة لمرضى السرطان، بالإضافة إلى أثرهما منفردين كل على حدة.

-هناك فروق جوهرية بين أنواع السرطان المختلفة في الاكتئاب والأبعاد التي تقيسها قائمة الأعراض المختصرة، مما يدل على أن اختلاف موقع الإصابة بالسرطان يؤدي إلى اختلاف في درجة الأعراض النفسية ( عبد الله حسن فقيه، السنة، ص. 01)

أما الدراسات الاجنبية فنذكر مايلي:

- دراسة Lecointe Perrine و Bernoussi Amal وآخرون (2014) بعنوان: Adaptation psychologique de la Personnalité Limite, Addictive à l'expérience cancéreuse

النفسي للشخصية الحدية المدمنة مع تجربة مرض السرطان. دراسة فرنسية.

هدفت الدراسة الى فهم التكيف النفسي الذي يبديه مرضى السرطان ذوي البنية الحدية المدمنة، وذلك من خلال تقييم الاضطرابات الحصرية والاكنتابية والتعقيل La mentalisation، عينة الدراسة اشتملت على 5 حالات تعاني من سرطان الرئة مدخنين، حدد العمر ما بين 48 الى 64 سنة. و قد استعملت الوسائل الإستقصائية التالية:

مقياس TAS من أجل قياس نسبة الارصان اللغوي للعواطف كما اعتمدت على خصائص تشخيص السمات الحدية من خلال دليل التشخيص الاحصائي الرابع للأمراض العقلية و Hospital Anxiety and Depression 'HADS' لقياس الإكتئاب والحصر، و مقياس GEVA،Grille de l'Élaboration Verbale de l'Affect، و الذالعقلية من خلال مقابلات نصف موجهة. فكانت النتائج كالتالي: فيما يخص الحصر والاكنتاب سجلت نسب جد مرتفعة للفرد رقم 2 والفرد رقم 5 كما ظهر غياب كلي للاضطرابات الحصرية الاكنتابية للفرد رقم 01، رقم 3 ورقم 4. بينما نتائج التعقيل كانت ضعيفة بالنسبة للفرد رقم 2، رقم 3، رقم 4، رقم 5، على المستوى الثاني الخاص بنموذج النزوات، والعواطف، والشعور، وما قبل الشعور، والتعبير المباشر، و المراقبة.

- اما الفرد رقم 1 فيظهر ارتباط بمستوى النزوات التدميرية، فقد أبدى نتائج جد ضعيفة بالمقارنة مع الحالات الأخرى، ضعف على المستوى العاطفي، يعبر بان دفاعية، دون رد فعل، بسبب انهيار الانا وعدم قدرته على المراقبة.

كما أسفرت النتائج على أنه لا يمكن تقييم التكيف من خلال فقط الأعراض الايجابية للإكتئاب أو للحصر وإنما يجب معرفة التفكير الغير العاطفي والتقمص والقدرة على التعبير واضطراب القدرات الترميزية، كما أكد على أن غياب التعبير العاطفي يظهر السمات

الخاصة بالالكستيميا التي لا تدل على التكيف ولكن على خلل التنظيم التدريجي. ويظهر التكيف من خلال القدرة على معرفة العواطف دون اجتياح للقلق، كما يتطلب القدرة على انجاز سيرورة الحداد والتعقيل الخاص بنشاط ما قبل الشعور وعمل الانا.

– دراسة Gérat-Muller V. . Andronikof A : واخرون سنة (2011)، تحت عنوان: *Vécu du cancer du sein entre discours et éprouvé. Dynamiques psychiques chez des femmes atteintes d'un cancer du sein: anxiété et dépression entre sentiments et émotions*

بمعنى المعاش النفسي لسرطان الثدي بين الكلام والاثبات الدينامي النفسي للمرأة التي تعاني من سرطان الثدي، الحصر والاكتئاب كمشاعر أو انفعالات.

هدفت الدراسة الى تقييم الإكتئاب والحصر لدى مرضى السرطان، لأن هذا الموضوع أصبح يشير الى نتائج غير متطابقة بين الكلام المنقول من طرف المريض والخبرات الانفعالية المعاشة. أجريت هذه الدراسة على عينة من النساء عددهن 101 امرأة تعاني من سرطان الثدي تراوح أعمارهن ما فوق 18 سنة، اختيار العينة كان عشوائي، حيث ركزت على دراسة الضغط النفسي، الذي يعتبر كسيرورة نفسية لا واعية تساهم في عملية الارصان النفسي الخاص باللغة من أجل معرفة الرد اللفظي بين السيرورات المعرفية والسيرورات الانفعالية. حيث افترضت الدراسة أن هناك تناقض بين الخطاب أو الحديث الذي يبديه المريض عن الحصر والاكتئاب، وبين الخبرات الإنفعالية كتجارب لا توصف. استعمل في الدراسة الوسائل الاستقصائية التالية:

الهاس 'Hospital Anxiety and Depression HADS لقياس الاكتئاب و الحصر واختبار اسقاطي الروشاخ. وتوصلت الدراسة الى النتائج التالية:

– أن هناك ارتباط سلبي بين نتائج الروشاخ و نتائج HADS الخاصة بالتقييم الذاتي للخبرات الانفعالية  $p < 0.005, r = - 0.220$ .

– في بعض الأحيان لا توجد علاقة ارتباطية دالة بين الهاس المتعلق ببعد الاكتئاب وبين الروشاخ وعدم القدرة عن الاعلان عن الاكتئاب.

– كما أكدت الدراسة على وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين الحصر و الاكتئاب من خلال HADS  $p < 0.005, r = 0.198$ .

– ظهر لدى 65.3% من المفحوصات اضطرابات حصرية من خلال الروشاخ، بينما هذه النتيجة غائبة من خلال HADS.

-وتبين لدى 53.3 % من المفحوصات يظهرن سيرورات اكتئابية واضطرابات عاطفية من خلال الروشاخ ولكن لا نستشفها من خلال HADS.

- توصلت الدراسة أيضا الى وجود علاقة ارتباطية إيجابية جد مرتفعة بين المفحوصات اللواتي أبدین إكتئاب على سلم HADS والذي يعتبر اكتئاب ظاهر والاكتئاب الكامن المشخص من طرف الروشاخ حيث معامل الارتباط كان 0.67. و هذه النتيجة أيضا ظهرت فيما يخص الحصر.

- دراسة Reich M. Perdrizet-chevallier C. وآخرون سنة (2008) تحت عنوان Depression et anxiété chez les femmes souffrant de cancer gynécologiques لدى النساء اللواتي يعانين من سرطان الرحم.

أجريت هذه الدراسة في فرنسا وهدفت الى تبين مدى انتشار الإكتئاب والحصر لدى مرضى السرطان ، أختيرت العينة عشوائيا ، 54% منها نساء لديهن سرطان الثدي. كما استعملت الوسائل الاستقصائية التالية:

-سلم الهادس HADS لقياس القلق و الاكتئاب، و سلم BECK لقياس الاكتئاب و أيضا استمارة General questionnaire health de Golberg-28 من اجل الابتعاد عن الخلط بين الأعراض المصاحبة لمرض السرطان و الناتجة عن مرض جسدي و أعراض الإكتئاب و الحصر. وتوصلت الدراسة الى النتائج التالية:

-32% يعانين من إكتئاب، و 30% يعانين من حصر، فقد أكدت الدراسة على تدخل العديد من العوامل التي تؤدي الى الاستجابات الاكتئابية، منها التغيرات الغذائية والاستجابات المناعية للدوية الكيميائية، أو قد تكون راجعة الى الألم الجسدي الناتج عن السرطان وخاصة في المراحل المتقدمة، لكن بدون أن ننسى دور الانفعالات التي تنتج عن المرض وتأثيرها على نوعية الحياة كذلك البقاء في المستشفى لوقت طويل.

-دراسة Mystakidou Kyriaki, Tsilika Eleni، سنة (2008) بعنوان: "Illness-Related Hopelessness in Advanced Cancer: Influence of Anxiety, Depression, and Preparatory Grief"، يعني اليأس المرتبط بمرض السرطان المتقدم و تأثير الحصر و الاكتئاب و التحضير للحداد.

أجريت الدراسة في المستشفى الجامعي بأثينا في اليونان، على عينة تكونت من 84 فرد يعانون من السرطان في مراحله المتقدمة، استبعد في العينة وجود مرض عقلي، أو عجز

معرفي والقدرة على الاجابة والاتصال مع الدراسة مع اعلامهم بطبيعة الدراسة. حيث هدفت الدراسة الى تقييم العلاقة بين اليأس والقلق والضيق والحزن والإكتئاب وذلك من خلال الوسائل الاستقصائية التالية:

- سلم الهادس Hospital Anxiety and Depression وسلم Beck لقياس فقدان الامل ومقياس خاص بالألم في المراحل المتقدمة والمتعلق بالحداد، فكانت النتائج كالتالي:

- هناك علاقة ارتباطية ما بين فقدان الأمل و الحداد لدي المرضى  $r = 0.63$  ,  $p < 0.05$  ، و كذلك مع الحصر حيث كان معامل الارتباط 0.593 دال عند 0.05 و ايضا مع الاكتئاب فكان معامل الارتباط مقدر ب 0.642 و دال عند 0.05.

- دراسة F Manoudi F, Chagh R تحت عنوان Les troubles depressifs chez les patients atteints de cancer سنة (2010) بمعنى الاضطرابات الاكتئابية لدى مرضى السرطان .

تعتبر الدراسة الوحيدة المغربية وكتبت باللغة الاجنبية، أجريت بالمستشفى الجامعي لمحمد السادس بمراكش، حيث تكونت العينة من 100 مريض لديهم مختلف أنواع السرطان منهم 60% نساء تتراوح اعمار العينة من 15 سنة الى 72 سنة، كان متوسط العمر 45.32 منهم 72% متزوجين، 62% أمين، 6% جامعين، اعتمدت هذه الدراسة على سلم (BECK) لقياس الاكتئاب. حيث توصلت الدراسة الى النتائج التالية:

- 26.7% من المرضى الذين تناولتهم الدراسة لديهم إكتئاب شديد، و60% لديهم إكتئاب متوسط، بينما 13.3% لديهم إكتئاب خفيف. كما ينتشر الإكتئاب أكثر عند النساء اللواتي تراوحن سنهن بين 37 الى 50 سنة ويتميزن بأنهن متزوجات أميات أو لديهن مستوى جامعي، ومدة معرفة المرض أقل من 3 أشهر أو أكثر من 49 شهر.

- كان الإكتئاب واضحا لدى الأفراد الذين يعيشون في بيئة أسرية غير مبالية لمرضهم، أما فيما يخص الإكتئاب المتوسط فيظهر لدى المرضى الذين يظنون أنهم قد شفوا من المرض، قدرت نتائجهم ب 12.8%

- انتشار الإكتئاب لدى المرضى الذين وصلوا الى مرحلة متقدمة من المرض ب 14.3% والذين لديهم سرطان منتشر. أما الذين لديهم اكتئاب أكثر هم الذين تم لديهم تشخيص السرطان لمدة تزيد عن 49 شهر بنسبة 66%.

- كما أن المرضى الذين لديهم سرطان الثدي وسرطان الرئة ظهر لديهم ارتفاع كبير لدرجات الاكتئاب مقارنة مع باقي الانواع بنسبة 57%.

#### 6-4-التعقيب على الدراسات السابقة المتعلقة بالسرطان والإكتئاب:

- من حيث الهدف: نجد ان كل الدراسات ركزت على التعرف على مدى انتشار الاكتئاب لدى مرضى السرطان حتى الدراسة العربية فنجدها فقد اتخذت الدراسات الاجنبية كدراسات مرجعية لبحثها اما فيما يخص بعض المتغيرات الاضافية للبحث فنجد دراسة Lecointe Perrine وآخرون قد أدخلت مفهوم التكيف النفسي و البنية الحدية كشخصية لفهم طبيعة الاكتئاب و القلق و مدى انتشارهما لدى مرضى السرطان، وازافت دراسة • Gérard-Muller . Andronikof وآخرون مفهوم المعاش النفسي، بينما ركزت دراسة Reich , Perdritzet , على المعاناة النفسية للمرأة التي تعاني من سرطان الرحم من خلال تقييم مدى انتشار الإكتئاب و الحصر لديهن، بينما هدفت دراسةMystakidou, Tsilika و آخرون الى تقييم اليأس المرتبط بالسرطان في مراحل المتقدمة و مدى تأثير القلق و الاكتئاب. في حين نجد دراسة Manoudi, فقد اهتمت مباشرة بالإكتئاب لدى هؤلاء المرضى و تقييم درجاته حسب العديد من المتغيرات. اذن ما يلاحظ على دراسات هذا المحور هو تركيزها على هدف مشترك هو تقييم مدى انتشار الإكتئاب لدى مرضى السرطان.

- من حيث العينة: استخدمت الدراسة العربية الخاصة بعبدالله حسن الفقيه عينة تحتوي على 300 فرد 150 فرد يعانون من أنواع متعدد للسرطان أما المجموعة الضابطة فكانت أفراد أسوياء، بينما ركزت دراسة Lecointe و Bernoussi في عينتها على نوع من السرطان و هو سرطان الرئة للمدخنين و حصر الدراسة في 5 حالات، و استخدمت دراسة • Gérard-Muller . Andronikof عينة بلغ حجمها 101 فرد رغم اعتمادها على اختبار اسقاطي. فكان حجم العينة مختلف بين دراسات، و متقارب بين دراسات أخرى، كما نسجل إختلاف أيضا من ناحية الجنس. فنجد أغلب الدراسات ركزت على النساء وهذا راجع الى مدى إنتشار السرطان عند النساء وخاصة سرطان الثدي والرحم. فضلا عن العوامل الأخرى التي تتدخل في تحديد حجم العينة. اما الدراسة الحالية فقد اعتمدت على عينة عشوائية لكل أنواع السرطان.

- من حيث المنهج أغلب الدراسات استخدمت المنهج الوصفي الارتباطي والمنهج الوصفي المقارن فمثلا نجد دراسة "عبد الله حسن الفقيه" استخدمت المنهج الوصفي ذي الطابع الفارقي.

- من حيث الأدوات: نجد كل الدراسات استعملت سلم الهادس (HADS) وهذا بسبب تمتعه بالخصائص السيكومترية وملائمته لخصائص العينة (مرضى السرطان).
- من حيث النتائج: اشتركت الدراسات في التأكيد على وجود الإكتئاب لدى مرضى السرطان، بينما أبرزت بعض الدراسات إختلاف فيما يخص بعض المتغيرات كما أكدت على تداخل بعض العوامل في تحديد درجات الإكتئاب مثل دراسة Perdrizet , Reich. وتغير درجات الاكتئاب مع تغير المتغيرات الدراسية.

### 6-5- المحور الثالث: الألكستيميا والإكتئاب وعلاقتها ببعض المتغيرات:

نجد القليل من الدراسات العربية التي تدرس الألكستيميا ولكنها تختلف تماما عن متغيرات الدراسة الحالية، كما نجدها تتعلق بدراسات أجنبية مترجمة أو تعطي شرح لمفهوم الألكستيميا.

دراسة: A: B rejar d V, bonnet و اخرون سنة (2011)، عنوان الدراسة هو Relation entre les dimensions emotionnelles et symptoms somatiques ;effet mediateurs de la depression et l alexithymie

أي العلاقة بين الأبعاد الإنفعالية والأعراض الجسدية: تأثير الإكتئاب والألكستيميا كوسيطين. هذه الدراسة ركزت على دور الإكتئاب الجسدي والألكستيميا كوسيطين لإحداث الأعراض الجسدية، إنطلاقا من تحديد الأبعاد الخاصة بالشخصية التي تخلف لنا نماذج من الانفعالات.

فقد هدفت الدراسة الى إعطاء نموذج يفسر العلاقة بين المحتويات العاطفية والظواهر العيادية التي تعمل كوسائط في إحداث الإضطرابات الجسدية، وحددت هذه الوسائط بمتغير الإكتئاب ومتغير الألكستيميا. أما الهدف الثاني هو إظهار أثر هذه الوسائط على العلاقة بين الأبعاد العاطفية و الجسدية. اشتملت عينة الدراسة على 309 طالب من جامعة Provence و من جامعة universite de la mediterranee ، عدد الإناث 77٪ بينما عدد الذكور كان 23٪، حدد العمر من 20 سنة الى 61 سنة متوسط العمر قدر ب 20 سنة. استعملت الادوات التالية:

- مقياس الأبعاد العاطفية للشخصية يتكون من 31 بعد اسمه EPN-31، هناك أبعاد عاطفية سلبية، وأبعاد عاطفية ايجابية، وكذلك يقيس الإنفعالات المفاجئة.

- مقياس الإكتئاب CES-D centre d etudes epidemiologique -depression يحتوي على أربع أبعاد: صعوبة في إقامة علاقات شخصية، أعراض إعاشية، غياب المزاج الإيجابي، فقدان

وانعدام اللذة والألم. واستعمل أيضا مقياس الأعراض الجسدية SCL90-R والذي يتكون من 11 بند. وتوصلت الدراسة الى النتائج التالية:

- أن الإناث أكثر حصرا و أكثرا إكتئابا من الذكور، كما أظهرن درجات عالية على سلم الألكستيميا خاصة في البعد المتعلق بصعوبة ومعرفة الإنفعالات، ظهرت علاقة ايجابية مرتفعة 0.50% بين القلق والاكتئاب والعواطف السلبية.

- بينما العواطف الايجابية مرتبطة سلبيا مع الاكتئاب. كما أن النشاط أو التفعيل الانفعالي مرتبط مع الحصر وضعيف مع الاكتئاب.

هناك ارتباط بين الابعاد الانفعالية و الألكستيميا و الإكتئاب و الأعراض الجسدية ، كما قام الباحثون من التأكد من أثر متغير الجنس بالنسبة الى باقي المتغيرات الأخرى حيث تحصلوا على اختلاف دال احصائيا في البعد المتعلق بالتنشط الانفعالي .

- دراسة: Loasa, G. Cormier b J. (2008) المعنونة بـ Alexithymie et personnalité dépendante أي الألكستيميا والشخصية التابعة، أجريت الدراسة في فرنسا.

هدف الدراسة هو اختبار الفرضية التي تقول أن الشخصية التابعة تعاني من الألكستيميا أكثر من الإضطرابات الأخرى، مع محاولة معرفة العلاقة بين الشخصية التابعة الالكستيميا و دراسة مدى استقرار هذه العلاقة لمدة ثلاث أشهر على عينة دراسية تكون من 305 حالة، يتلقون العلاج في مصلحة الطب الشرعي بعدما تعرضوا للاعتداء. واستعملت الوسائل الاستقصائية التالية:

- مقياس الألكستيميا TAS 20، مقياس الاكتئاب Beck، واستبيان SCID، فكانت النتائج كالآتي:

نسبة الذين يعانون من الألكستيميا 35.41%، والذين يعانون من الألكستيميا و من الشخصيات التابعة 77.8%، أما الشخصيات المتبقية فنسبة الألكستيميا لديهم كانت 19.4%.

حيث تبين أن الذين لديهم شخصية تابعة لديهم نسبة عالية من الألكستيميا مقارنة بالمجموعات الأخرى حيث تراوحت ب 35.41% من المجموع الكلي. ولديهم كذلك نسبة مرتفعة من الاكتئاب لكنه لا يؤثر على الألكستيميا .

دراسة Julie Mayer-Remaud سنة (2008) و المعنونة ب Contribution de l'intimité à l'effet du soutien social dans la relation entre l'alexithymia et la dépression من خلال الدعم الاجتماعي في العلاقة بين الألكستيميا والإكتئاب.

هدفت الدراسة الى البحث عن دور العلاقة الحميمة والدعم الاجتماعي كوسيطين في وجه الإكتئاب و الألكستيميا، انطلاقا من أن الدعم الاجتماعي يعتبر كعامل وسيط جزئي يواجه الإكتئاب و الألكستيميا، و كذلك دور العلاقات الحميمة و ارتباطها بالسند العاطفي. عينة الدراسة كانت تضم طلاب من جامعة منتريال، عددهم 265. كما استعملت الوسائل الإستقصائية التالية:

-مقياس الألكستيميا TAS20 و مقياس الإكتئاب ، و مقياس السند الاجتماعي و العلاقات الحميمة. أسفرت النتائج على ما يلي:

-على أن السند الاجتماعي والعلاقات الحميمة هما وسيطان جزئيان في العلاقة بين الإكتئاب والألكستيميا، كما أن العلاقات العاطفية الحميمة تؤدي الى تفعيل الدعم الاجتماعي وأكثر ايجابية، تساعد على حماية الفرد ضد الإكتئاب، ويبقى مستوى الألكستيميا مؤشرا قويا يرتبط مع الإكتئاب.

دراسة F Farge, M Corcos و اخرون سنة (2004) و المعنونة ب : Alexithymia et toxicomanie: lien entre la dépression. بمعنى الألكستيميا والإدمان على المخدرات: العلاقة بين الإكتئاب.

هدفت الدراسة إلى التعرف على مدى انتشار الألكستيميا لدى المدمنين على المخدرات و أيضا علاقة الألكستيميا ببعض المتغيرات السوسيوديمغرافية مثل : الجنس، السن، والبعد الاجتماعي و المهني، كما هدفت الدراسة الى تبين نوع العلاقة بين الألكستيميا و الإكتئاب لدى عينة تكونت من 128 مدمن، شخص لديهم الإكتئاب على أساس الخصائص المحددة في الدليل الاحصائي التشخيصي للاضطرابات العقلية الرابع DSM4. وتوزعت العينة على 82 ذكر أي بنسبة 64.1%، و 46 انثى بنسبة 35.9%، متوسط العمر حدد ب 35.1 فكانت الفئة العمرية ممتدة من 15 سنة الى 45 سنة. حيث من 15-24 سنة يوجد 68 فرد ومن 24-45 يوجد 60 فرد. أما النمط الاجتماعي المهني فنجد: البطال 23 فرد أي بنسبة 18%، الطلاب 28 أي بنسبة 21.9%، العمال 24 فرد اي بنسبة 18.7%، اطارات 38 فرد اي بنسبة 29.7%، فنانيين وتجار 15 فرد أي بنسبة 11.7%. كما حددت مجموعة ضابطة تكونت من نفس العدد ونفس

الخصائص السابقة الذكر. واستعملت الوسائل الاستقصائية التالية: أعتد على مقياس الألكستيميا TAS20 كما أعتد على مقياس BECK للاكتئاب. فأسفرت النتائج كالتالي:

-وجود ألكستيميا متوسط تراوحت درجاتها ما بين 50.4-54.5 فكان الانحراف المعياري مقدر ب 52.40، اما لدى المجموعة الضابطة فقدرت ب 46.5 وهو دال.

-قدرت نسبة المدمنين الذين يعانون من الالكستيميا مرتفعة ب 43%، أما 30.7 % لديهم الكستيميا متوسطة، و 25.8% ليس لديهم الكستيميا.

أما لدى المجموعة الضابطة فنجد 24.6% من الافراد يعانون من الالكستيميا، و 31.8% لديهم الكستيميا متوسط، و 43.7 لا توجد لديهم الكستيميا.

-فيما يخص المتغيرات السوسيوديمغرافية، نجد متغير الجنس اظهر فروق، فالذكور لديهم 52.56 % ولدى الاناث 52.13% مع غياب هذه الفروق في المجموعة الضابطة.

-بينما متغير السن فنجد الفئة التي اقل من 45 سنة لديهم غياب للألكستيميا، والفئة المحصورة بين 45-55 لديهم ألكستيميا متوسطة، أما الفئة التي افرادها سنهم تجاوز أكثر من 55 فنجد ألكستيميا مرتفعة.

-كما بينت الدراسة أن النساء أكثر تكتما في المجموعة التجريبية والرجال أكثر تكتما في المجموعة الضابطة.

-أما نتائج الإكتئاب فنجد 66.4% من المدمنين يظهرون أعراض اكتئابية، أما انتشار هذه الأعراض لدى الجنسين فنجد النساء أكثر اكتئابا من الرجال.

قدر الارتباط بين الالكستيميا و الاكتئاب لدى المدمنين ب 0.45 و هو دال عن 0.0001، بينما لدى المجموعة الضابطة فقد قدر ب 0.40.

يرى الباحثون أن هناك علاقة ارتباطية دالة و لكن متوسطة ، فالألكستيميا لا تظهر كبعد مستقل وهي ثانوية ناتجة عن الإجهاد الإنفعالي ، كما أن الألكستيميا تسمح بتواجد أعراض اكتئابية .

-دراسة Hirsch N, MhauteKeete M سنة (2001) ، و التي كانت تحت عنوان Schémas précoces mal adapte , dépression et alexithymie chez des adolescents hospitalise suicidaires بمعنى المخططات المبكرة سيئة التكيف ،الاكتئاب و الالكستيميا لدى المراهقين المقيمين في المستشفى بسبب محاولات الانتحار.

هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن المخططات السيئة لدى المراهق الذي يحاول الإنتحار والذي يعالج بالمستشفى، وإلى التعرف على نوع العلاقة ما بين المخططات المبكرة سيئة التكيف والإكتئاب والإكستيميا، على عينة دراسية تكونت من 21 مفحوص منهم 16 أنثى و 5 ذكور، العمر الزمني تراوح ما بين 12 سنة الى 17 سنة، أما متوسط العمر فقد قدر ب 14.38 عام.

أقيمت الدراسة بمستشفى Pierre Male للأمراض العقلية الخاصة بالاطفال والمراهقين، كما استعملت الوسائل الاستقصائية التالية:

-مقياس TAS20 لقياس الألكستيميا، و مقياس BECK لقياس الإكتئاب و مقياس فقدان الأمل K-SADSL Kidadi-sads lifetime . وتوصلت الدراسة الى النتائج التالية:

-أن من 21 فرد 17 مراهق يعاني من إكتئاب 80.95% ، شدة الإكتئاب أعلى من 15 درجة ، أما الأربعة الأفراد المتبقين أبرزوا درجات إكتئاب أقل أو تساوي 15 درجة.

-أما على مقياس فقدان الأمل، المجموعة التجريبية أبرزت نتائج حيث كان المتوسط 11.714 بالمقارنة بالمجموعة الضابطة التي تحصلت على 5.45، و ت 4.90 دال عند 0.0001.

-كما أن فقدان الأمل لديه علاقة مع شدة الإكتئاب، سواء في المجموعة التجريبية أو في المجموعة الضابطة حيث قدر الارتباط ب 0.60 وهذا لدى المجموعة الضابطة أما التجريبية فقد تحصلت على إرتباط ب 0.67، أما المجموع الكلي فقد قدر ب 0.79 دال عند 0.005.

- فيما يخص المخططات المبكرة السيئة فنجد من 4 الى 6 مخططات ارتبطوا بالألكستيميا لدى المراهقين الذين حاولوا الانتحار. ظهر لديهم مراقبة ذاتية وعدم الكفاءة، والتربك، والتنشيط الإنفعالي، والخوف مع فقدان السيطرة على الذات بينما في المجموعة الضابطة غابت هذه الخصائص.

-نتائج الألكستيميا مرتفعة لدى المجموعة التجريبية 58.28% بالمقارنة مع المجموعة الضابطة 51.85% ولكن هذا الفارق غير دال.

-نجد أن هناك علاقة ايجابية بين الألكستيميا والإكتئاب، فمعامل الارتباط كان 0.50 دال عند مستوى الدلالة 0.001، أما لدى المجموعة التجريبية قدر ب 0.61% دال عند مستوى الدلالة 0.005 ولدى المجموعة الضابطة قدر ب 0.09.

حيث ارجعت هذه العلاقة الايجابية بين الألكستيميا والإكتئاب الى أن الألكستيميا ناتجة عن الإكتئاب لدى المراهقين الذي حاولوا الانتحار كما تعتبر كنظام دفاعي من أجل الحماية.

- دراسة M.-J. Pinoitb, Chahraouia K., سنة (2001)، تحت عنوان

"Alexithymie et lien avec la dépression et l'anxiété dans le S.E.P" بمعنى علاقة الاكستيميا بالاككتاب والقلق لدى مرضى التصلب المتناثر.

حيث أجريت الدراسة بـ Borgogne بـ Dijon بفرنسا، اشتملت على عينة مكونة من 60 فرد. و هدفت الدراسة إلى تشخيص الألكستيميا لدى مرضى التصلب المتناثر la sclérose en plaques وتبين العلاقة بينها وبين متغير الاككتاب والحصر. واستعملت الأدوات الاستقصائية التالية: اختبار TAS20 لقياس الاكستيميا و اختبار الاككتاب BDI، و اختبار القلق STAI. اسفرت الدراسة على النتائج التالية:

- كانت نتائج موزعة بين 42.5% بالنسبة للأكستيميا. 34.4% بالنسبة للاككتاب. 44.3% بالنسبة للقلق. حيث نجد 34.4% من الافراد يعانون من اكتتاب متوسط، و 8.2% يعانون من إكتتاب حاد، أما نتائج الألكستيميا فقد حددت لدى 42.6% من الأفراد على أنها مرتفعة، و 32.8% من الافراد والتي كانت متوسطة، بينما غابت أعراض الألكستيميا لدى 24.6% من الافراد.

الحالات التي تعاني من الألكستيميا كانوا أكثر قلقا وأكثر إكتتابا، كان هناك ارتباط بين القلق (حالة-سمة) والإككتاب ونتائج الألكستيميا. و خاصة عند الشباب. كما نجد علاقة بين مدة الاصابة و درجة الاعاقة و عدد الانتكاسات، كما ان أبعاد الألكستيميا ليست كلها مرتبطة بالقلق والاككتاب.

دراسة Guilbaud O, Corcos M سنة (2000) و المعنونة بـ: Alexithymie et depression dans les troubles des conduits alimentaires بمعنى الاكستيميا و الاككتاب لدى اضطرابات السيرة الغذائية.

هدفت الدراسة الى التعرف على مدى انتشار الاكستيميا والاككتاب لدى مرضى اضطرابات السيرة الغذائية والتعرف على العلاقة بينهما. وتكونت عينة الدراسة من نساء يعانين من القهم العقلي Anorexie mentale عددن 32 انثى و نساء يعانين من الشرهة Boulimie عددن ايضا 32 ، تراوحت أعمارهن بين 18 سنة الى 25 سنة ، مع مجموعة ضابطة عددن 74 انثى. العينة ليس لديها العديد من الخصائص سوى المستوى الدراسي. واستعملت الوسائل الاستقصائية التالية:

-مقياس الهادس HADS لقياس الاكتئاب والحصر، كما استعمل TAS20 لقياس الألكستيميا، كما اعتبر القهم والنهم متغيران تابعان، بينما الاكتئاب والألكستيميا متغيران مستقلان. وتوصلت الدراسة الى ما يلي:

-نجد في المجموعة الضابطة 12.2% من الافراد والذي قدر عددهم بـ 9 فقط يعانون من الألكستيميا، بينما نجد انتشار للألكستيميا في المجموعة التجريبية لدى الافراد الذين يعانون من القهم العقلي قدر بـ 56.3%، بينما الذين يعانون من الشراهة -علما توجد معطيات واحدة فارغة - بـ 32.3% حيث كان عدد الافراد 10.

-أما نتائج الإكتئاب فنجد 46.9% من الافراد الذين يعانون من القهم العقلي يعانون من اكتئاب، بينما الذين يعانون من الشراهة نجد انتشار الاكتئاب قد قدر بـ 22.6% أي 7 افراد. فيما يخص المجموعة الضابطة نجد أمراتان فقط لديهما اكتئاب.

-الأشخاص الذين يعانون من القهم العقلي لديهم ارتفاع للاكتئاب أكثر من الذين يعانون من النهم العقلي. والعلاقة بينهما قد وصلت الى 0.53 %دالة عند 0.001 وايجابية.

-أرجعت هذه النتائج الى أن الإكتئاب من خصائصه عدم القدرة على التعبير عن الذات وايضا الألكستيميا كنظام دفاعي، حيث ترتبط برد فعل عابر اتجاه الاحداث المجهد والمرتبطة بالاكتئاب والحصر، وتنقص عندما يكون تحسن للاعراض.

-كما أن الألكستيميا ترتبط بالاكتئاب الارتكاسي الناتج عن الاحداث الصادمة ولكن قد تكون متواجدة كسمة في الشخصية وراجعة الى النشاط العملي، فهي كاستراتيجية للمواجهة اتجاه الاعراض الاكتئابية والاحداث الحياتية. و الألكستيميا مرتبطة بميكانيزم داخلي خاص بصاد الإثارات المتعلق بالعواطف و التمثيلات الصدمية التي تظهر خطر في التنظيم الدفاعي لانا، في هذه الحالة تعتبر الألكستيميا وضعية هامة و اساسية في تركيب الانا تكوين الاكتئاب الأساسي.

## 6-6-التعقيب على الدراسات السابقة المتعلقة بالألكستيميا و الإكتئاب و علاقتهما ببعض المتغيرات:

من حيث الهدف: في هذا القسم نجد الألكستيميا حاضرة في كل الدراسات إما كمتغير وسيط أو كمتغير مستقل أو تابع، كما هدفت هذه الدراسات الى التعرف على نوع العلاقة بين الاكتئاب و الالكستيميا مثل دراسة السند العاطفي و العلاقات الحميمة و دور بعض المتغيرات في ظهور الاستجابات الاكتئابية و استجابات الالكستيميا و هذا ما ظهر في دراسة N Husch , Mhaute Keete .

من حيث العينة: أما فيما يخص العينة نجد أغلب الدراسات ركزت على العينة المرضية مثل دراسة O Guilbaud, MCorcos للقهم و النهم العقلي، و دراسة J.-M. Pinoitb, K. Chahraouia بالنسبة لمرضى التصالب المتناثر SEP و دراسة F Farge, M Corcos للإدمان على المخدرات.

-من حيث المنهج: اعتمدت الدراسات على المنهج الوصفي سواء الوصفي الارتباطي أو المنهج الوصفي المقارن. أما من حيث النتائج: أبرزت معظم الدراسات على وجود الألكستيميا مع مختلف المتغيرات الدراسية مع وجود اختلاف في مدى هذا الإنتشار حسب المتغيرات، مثل متغير الجنس وأيضا اختلاف درجاتها حسب المجموعات فهي تختلف عند المجموعات التجريبية مقارنة مع المجموعات الضابطة، كما أبرزت نتائج بعض الدراسات الى ان هناك ارتباط ايجابي مع الاكتئاب والالكستيميا وأن الالكستيميا والاكتئاب وسيطين هامين في العلاقة.

## 7- استفادة الدراسة الحالية من الدراسات السابقة:

لقد ذكرنا سابقا ان هذه الدراسات تتفق حسب المحاور المذكورة مع موضوع بحثنا في احدى متغيراته ،حيث كشفت هذه الدراسات نقاط هامة توجه دراستنا الحالية ، حيث استفادت الباحثة من جوانب عدة خاصة التي تتعلق باختيار المنهج المتبع و المناسب فيما يخص جمع البيانات و طريقة اختيار العينة و كيفية قياس المتغيرات الخاصة بالدراسة الحالية. فقد اعتمدت أغلب الدراسات على المنهج الوصفي المقارن و الارتباطي ،كما اعتمدت على

مقياس الهادس و التاس 20 و هذا ما جعلنا نوجه اهتمامتنا على المقياسين في الدراسة الحالية، كون أن أغلب الدراسات توصلت الى نتائج متقاربة وهذا لتمتع المقياسين بخصائص سيكومترية عالية.

كما وجهت الدراسات السابقة الدراسة الحالية لأهمية دراسة مرضى السرطان و تناول السرطان بطريقة عامة دون تخصيص نوع واحد منه، و ايضا فيما يخص اختيار العينة، و ادخال عامل الزمن كمتغير هام في الدراسة، وهذا راجع الى ايجاد فروق ذات دلالة احصائية بين الافراد الذين لديهم مدة قصيرة من معرفة المرضة و الذين لديهم مدة طويلة في معرفة المرض سواء فيما يخص متغير الاكتئاب أو الاكستيميا.

كما قد تعتبر هذه الدراسات السابقة دراسات تدعيمية فيما يخص نتائج الدراسة الحالية من أجل التفسير و التحليل و المناقشة.

## الفصل الثاني: الإكتئاب الأساسي كنشاط عقلي مميز

- تمهيد.

- 1- نظرة تاريخية للإكتئاب الأساسي.
- 2- تعريف الإكتئاب الأساسي.
- 3- تعريف الأعراض الواضحة للإكتئاب.
- 4- السلبية العرضية للإكتئاب.
- 5- خصائص الإكتئاب الأساسي.
- 6- التفسير الاكلينيكي للإكتئاب الأساسي.
- 7- التفسير النشوي للإكتئاب الأساسي.
- 8- التناقض السكوسوماتي و الاقتصاد النرجسي.
- 9- تعريف الاكتئاب و الاكتئابية.
- 10- علاقة الاكتئاب الأساسي بالاكتئاب الاتكالي.
- 11- الحياة الجنسية و الاكتئاب الأساسي.
- 12- تطور و مصير الاكتئاب الاساسي.
- 13- علاج الاكتئاب الاساسي.

- خلاصة الفصل

### تمهيد:

يتردد على الأخصائي النفسي مرضى يشكون من تغيرات في المزاج ، و قد تجدهم يصرحون بأنهم مكتئبون ، و قد يعبر هؤلاء عن هذه الحالة بأعراض الحزن و البكاء و التشاؤم و غير ذلك ، و بمختلف اللغات و حتى بلغة الجسد فنظهر عليهم التظاهرات الجسدية من شحوب و اصفرار للوجه ، لكن يوجد البعض الاخر من الأشخاص يترددون على الاطباء فهم لا يعانون من الاضطرابات الاكتئابية بل اضطرابات جسدية مصحوبة عادة بتعب ، كما يعيشون حياة عادية تتميز باستثمارهم كبير للواقع و الحياة اليومية رغم الظروف الحياتية الصعبة و المعاش النفسي الأليم ، هؤلاء الأشخاص يطلق عليهم اسم الاشخاص العمليين فهم يعانون من اكتئاب يقال عنه مقنع ، حيث لا يظهر لديهم أعراض الاكتئاب العصابي أو الاكتئاب الذهاني، وعادة الاطباء هم من يشخص حالاتهم الاكتئابية ، هذا الشكل من الاكتئاب يعتبر موضوع بحثنا ألا و هو الاكتئاب الأساسي الذي يتحدث عنه فقط في الحقل السيكوسوماتي ، حيث نحاول في هذا الفصل التعرف عليه من خلال العديد من المفاهيم والخصائص التي تعتبر الأعراض التي تدل عليه ، و إبراز الجوانب النفس نشؤية المكونة له ، و دوره في إحداث المرض و علاقته مع بعض الاشكال الاخرى من الاكتئاب.

### 1- نظرة تاريخية للاكتئاب الأساسي:

يرجع مصطلح و مفهوم الاكتئاب الاساسي الى التفكير التحليلي الفرنسي ، فهو تابع الى اعمال المدرسة الباريسية للبيكوسوماتيك، بزعامة Pierre Marty و فريق عمله مثل Michel Fain، Denise Braunschweig، Catrine Parat ، Christian David، Michel de M Uzan، و هذا في مطلع الخمسينات ، ويرجع الفضل في بروز هذا المصطلح الى انتشار الابحاث السيكوسوماتية الخاصة بالمدرسة الامريكية بزعامة Frants Alexander ، Flender Dundar ، Morgan French الذين اعتمدوا على التحليل النفسي و خاصة في تفسير السيرورات النفسية و الميكانيزمات التي تلعب دورا في احداث الاضطرابات السيكوسوماتية ، بالاضافة الى دور التعبير النفسي و السلوكي الخاص بالانفعالات في ظهور الجسدنة فامام هذه الابحاث

وجهت المدرسة الباريسية اهتماماتها للبحث عن النشاط العقلي لدى هؤلاء المرضى. (D.J.Arnaud,J.Berjeret,2002,p31)

فقام Marty P بوضع المصطلح سنة (1966) بصورة معلنة ،بمعنى أنه كان قيد الدراسة ، لكن محتفظ به لنفسه و هذا لعدم تمكنه من تقييم النتائج الكلية على مرضاه ، و لكن في ملتقى في سنة 1966 أعلن عنه و بين أعراضه، فقد استعمل هذا المصطلح سنة 1962 في كتابه المعنون بالاستقصاء السيكوسوماتي I investigation psychosomatique حيث كان يسمى اكتئاب دون موضوع la dépression sans objet فقد أعطى Marty P وهذا من خلال في كتاب Smadja(2001) شبكة قراءة للاقتصاد السيكوسوماتي يتمحور حول مفهوم التعقيل الذي يعتبر جد هام في تفسير مفهوم الإكتئاب الأساسي و هذا بغيابه أو وجود خلل فيه، يحل محله الاكتئاب الأساسي.

كما فرق Marty P بين نوعين من الاكتئاب، الأول هو اكتئاب بأعراض معبر عنها ملاحظة أما الثاني بدون أعراض واضحة و الذي يسمى اكتئاب بدون تعبير la dépression sans expression أما الأول فسماه اكتئاب بتعبير la dépression avec expression . « ( Smadja C ,2001,p.50)

إن كل من الاكتئاب المقنع la depression masquee،الاكتئاب الكامن la dépression latente ،و الإكتئاب الأبيض la dépression blanche ، الاكتئاب الفارغ la dépression vide أو الإكتئاب الجسدي dépression somatique يدل على الإكتئاب الأساسي الموصوف من طرف Marty P فنجد الكثير من الباحثين قد تطرقوا لهذا النوع الخاص من الاكتئاب، رغم ظهوره في الستينات و لكن مازال يحتل صدارة البحث وهذا راجع لخصوصيته فهو مرجع إكلينيكي هام.

حاليا نجد من يعرفه باسم الإكتئاب الطباعي la dépression caractérielle أو ما يسمى أيضا الإكتئاب البدائي la depression a priori الذي تحدث عنه Sami Ali(1990) الذي يعادل تماما الإكتئاب الأساسي الذي يدل على نمط من النشاط العقلي و الذي يحدث ما سماه بباتولوجية التكيف la pathologie d adaptation التي تدل على نشاط سلبي في التفكير (Sami Ali ,1990,p98)

## 2- تعريف الاكتئاب الأساسي:

يعرف Pongy P (2003) الاكتئاب الأساسي أو ما يعرف DE على أنه تناذر أولي في الطب النفس جسدي، يكون فيه التشخيص جد صعب لأن الأمر يتعلق هنا بأشياء مأخوذة بغيابها أو ما يعرف بغياب الأعراض الكلاسيكية للاكتئاب العادي و الذي ينتج عن عدم القدرة على التعبير عن الانفعالات و العواطف للشخص فيظهر التجسدن» ( Pongy P ,2003,p.171 )

أما Jaque Gorot (2001) [ ] فيرى أن «الاكتئاب الأساسي يظهر كغياب لليبدو النرجسي و الموضوع الخارجي مع إلغاء للحياة الحلمية و الهوامية، و فقر في الموقعية خاصة على أساس ما قبل الشعور، و اللاشعور الذي يكون في انحراف، و ما قبل الشعور يفسل في عمله من خلال التمثيلات و يحل محله الآني و الحالي و استثمار الحياة اليومية، أما على أساس اقتصادي و الموقعية ،يكون مستودع الطاقة غير فارغ مع أنه مغلق، في حين لا يكون تحرر نزوي، و الأنا يعاني من إفلاس جذري في الدفاعات مع عدم التنظيم في تصريف الطاقة.» (Gorot J,2001,p72) فهو اذن يتعلق الأمر بنشاط عقلي يتميز و إلغاء الشعور بالذنب، و لا تهمة الذات ، او انقاص لقيمة الذات، جرح نرجسي موجه نحو الجسد. أما Marty P (1966) فيعرفه على أصل المنشأ أو السببية التي أدت إلى ظهوره، فهو يرجعه إلى غياب الليبدو النرجسي بمعنى الانسحاب النرجسي من الأنا و غياب و فقدان الموضوع الخارجي الذي قد يكون فيه الفرد تابع له، أما على أساس النشاط العقلي فهو يتميز بغياب أو إلغاء الحياة الحلمية والحياة الهوامية، و كذلك يفسر الاكتئاب الأساسي على أساس الموقعية الأولى بمعنى إفلاس ما قبل الشعور و عدم القيام بعمله و هذا خاص بالتمثيلات و العاطفة، و بالتالي الانصباب يكون موجه نحو استثمار كلي للواقع، أما على أساس الجهاز النفسي قد يكون راجع إلى غياب ميكانيزمات الدفاع التي تصبح غير فعالة فيحل محلها ما يسمى بالتفكير العملي الذي قد يكون سابقا بقلق عائم منتشر فيخلق على أساس طاقتي عدم تصريف الطاقة أو ربطها و بالتالي قد يحدث التجسدن.» ( Smadja C , 1998, p73 )

اما Smadja C (2002) فيرى أن مارتى حدد الخصائص التالية لتعريف الاكتئاب الاساسي و هي اربع: الاكتئاب الاساسي هو فقدان للقوى الحيوية للحياة، يكون مرتبط بفقدان لليبدو

النرجسف دون لففو الموضوع ، كما ان ففان الففو فر مرتبب باف نشأ مفالف اقفاافا، ٱرتركز على فوافر رائف الموف. كما اضاف ان المكففب أساسفا ففشف ففاة ففففر للفففر العافف ،فبف نفسه لا فسفففب الفافور أو ففاسم الفوار مع المففن (D.J.Arnoux,J.Bergeret,2002,p.31)

و على هذا الأساس فمكن ففرفف الاكففاب الأساسي كما فلف: هو نشأ علفف فمفز الأفراا ذوف الففففما السفكوسوماففة ففمفز ببفاب المزاج الفزفن و فففرمن العلاماف الأولى أو الففانار الذي فسبب الففسن ، فكون الففففص ففه صعب و هذا لففاب الأفراض المألوفة و الموفواة فف الاكففاب الكلاسفكف ، فهو ففاس على أساس لففاب الأفراض الواضفة لاف الاكففاب ، و لففابها فدل على وفووه أو ما فسفمف بالأفراض الففباففة الفف فكون الفالاف المزاجفة ، و فكون بب واضحة، ففمفز ببهور الفلق العائم المنففشر و الففففر العملف مع لففاب أو مففووفة للهوام ، مضافا فله ففاة فلمفة فقفرة أو فاففة.بالاضافة الى الغاء الففور بالذنب، و لا ففمة الذات ، او الانفاس من ففمفها، مع رر نرجسف موفه نجو البسب.وفالفف فففر افمة بفون ضففب.

لفف عرفنا معنف الاكففاب الأساسي و الذي ففمفز بالسلبفة العرضفة، و لففاب الافراض الواضفة و الفف فدل على وفووه والفف سوف ففناولها فف العنصر الموالف.

### 3- ففرفف الافراض الواضفة للاكففاب:

نفصا بالافراض الواضفة الفف فدل على الاكففاب الكلاسفكف و الذي فمكن ففرففه بانه فالة من الاضطراب النفسف فببو الافراض أكفر ما فكون وضوحا فف البانب الانفعالف من شفففة المرفض ففب ففمفز بمافلف:

- مزاج اكففابف فظهر فف الفوم بأكمفه قف فعلن عنه المرفض من فلال قولة: " أنا فزفن، أو أفس بالفراغ" أو ملاحظ من طرف الآفرفن قف فكون من فلال البكاء فاففة عند الففل أو المراهق فظهر على شكل عاا الاستقرار.

- السمة الفائفة ففمفل فف إنفاس من ففمة الأشياء و لففاب اللذة و كل شفف فف النشأاف الفف فقوم بها الشففن، أو ملاحظة من طرف الآفرفن.

- ففان أو ففافة الوزن، ففب فظهر ففافة بنسبة 5% فف الشهر.

- نفص أو ففافة فف الشهفة كل فوم.

- الأرق أو المبالغة في النوم كل يوم
- توتر حركي أو بطء نفسوحركي طيلة اليوم ملاحظ من طرف الآخرين ولكن غير محدد من طرف الشخص.
- إنقاص في المهام الاعتيادية الفكرية، ضعف أو غياب الطاقة طيلة اليوم.
- إنقاص من قيمة الذات مع شعور بتأنيب الضمير المتتابع.
- إنقاص من القيام بالأعمال الاعتيادية سواء كانت تفكيرية أو في مجال التركيز مع عدم القدرة على التقرير تكون معلنة من طرف الشخص أو ملاحظة من طرف الآخرين.
- التفكير في الموت و ليس فقط الخوف من الموت، مع أفكار انتحارية و محاولات الانتحار، كل هذه السمات قد تظهر خلال أسبوعين وقد تستمر فتظهر سمات أخرى.
- سمة الانعزالية الدالة على تلف في الوظائف الاجتماعية والعملية وفي مجالات أخرى جد هامة.

كل هذه السمات محددة من طرف الدليل الإحصائي التشخيصي الرابع للاضطرابات العقلية والمترجم إلى اللغة الفرنسية من طرف Boyer P وGuelfi J-D سنة 2003 (Boyer P Guelfi J-D, 2003,P.11)

ففي هذا الإكتئاب الإيجابي حياة الفرد مملوءة بالهم و الحزن و اليأس و القلق و المخاوف و هذا ما يؤكد عليه الدكتور سعد رياض (2003) على أنه يتميز بالحزن و المخاوف و بطء الحركة مع رفض للطعام وكثيرا ما تصاحب حالات الإكتئاب هذات وهواجس تساندها وتدعمها. «(سعد رياض 2003ص176). فيكون هناك انصراف عن الاستمتاع بمبهجات الحياة الدنيا و الرغبة في التخلص منها.

فالأشخاص الذين يعانون من هذا الإكتئاب بشكل عام ، يكون نمط التفكير لديهم مكون على حقائق واقعية ، تجعل الشخص يشعر بالحزن في حين أنه يجد سببا موضوعيا لذلك، فالأفكار السالبة تمنع المكتئب من الاشتراك في الأنشطة التي تشعره باللذة أو بذاته حيث تظهر لديهم قائمة من الأفكار السلبية .

حسب سعد رياض (2003) لديهم اعتقاد سلبي عن النفس الانتقاد الذاتي و لوم الذات، التأويل السلبي للأحداث، التوقعات السلبية عن المستقبل، المبالغة في الأحداث كأن يقول الشخص

هذا اليوم سينتهي بكارثة وفي نفس الوقت الاستخفاف من القدرة الذاتية بالتعامل مع هذا الحدث « (سعد رياض، 2003، ص.24).

كما نلاحظ التعميم الزائد ورفض التفكير الإيجابي. و بالتالي يمكن أن نلاحظ هذا الاكتئاب الايجابي و نقيسه من خلال الحزن و التشائم و الإحساس بالفشل و عدم الرضا و الشعور بالذنب و اتهام الذات، و كذلك من خلال الأفكار الانتحارية و البكاء و الانسحاب الاجتماعي و التغير الجنسي و الإعاقة في العمل و الأرق و سرعة الإحساس بالإجهاد و فقدان الشهية .

و هذا ما نجد قد أكده Beck (1967) من خلال وصفه لأداة سميت على اسمه أو ما يسمى بمقياس بيك الذي أشار إليه الدكتور رشاد علي عبد العزيز (1993) بحيث يقوم هذا المقياس بتحديد مجموعة من الاتجاهات و الأعراض التي تكون واضحة عند مجموعة من المرضى المكتئبين و في نفس الوقت تدل على مفهوم الاكتئاب و الذي يتكون من 21 فئة. (رشاد علي عبد العزيز، 1993، ص.223)

سمي هذا الاكتئاب في الحقل السيكوسوماتي بالاكتئاب الكلاسيكي او إكتئاب معبر عنه بأعراض فهو يرجع الى الوصف العيادي للاكتئاب الذي ينتمي للتنظيم العصبي أو الى التنظيم الذهاني الذي يمت بالصلة الى اعمال فرويد.

إن تحديد سمات و أعراض الاكتئاب الايجابي يسمح لنا بفهم أكبر للاكتئاب الأساسي ، إن ظهور هذه الأعراض كلها في الاكتئاب الكلاسيكي غيابها عند الاكتئاب الأساسي يدل عليه.

#### 4 - السلبية العرضية للاكتئاب: la négativité symptomatique

هو إكتئاب عكس الأول دون أعراض واضحة، مظهره الإكلينيكية تكون دائما صعبة التحديد وهو الذي سماه Marty P فيما بعد الاكتئاب الأساسي. فهو يستوجب وجود مجموعة من الاعراض السلبية اين يكون اختفاء و غياب وظيفي للنشاط العقلي، بمعنى وجود تناقض التواجد الذي يحدد خلل بين الجهاز النفسي للمشاهد و الحالة التي يعيشها الفرد ، مع وجود مبدا الوهن او الضعف Atonique ، فالجانب الأساسي للنشاط العقلي قد اختلف ، والتنظيم العقلي الخاص بالمكتسبات و السيرورات الثانوية يصبح مستقل بعيد عن عمل السيرورات الاولية التي أصبحت لا تدعمه، حيث يظهر الانشغال بالممارسات

الاعتيادية ، و تحقيق مكاسب مباشرة ، كما يحتفظ الفرد بالاحساسات العاطفية اللاواعية و المتعلقة بالاستثارات الخارجية ، في هذه الحالة يكون الارصان العقلي غير قادر ان يسير عصاب السلوك حتى بتلشى و يزول . فنلاحظ مسح و الغاء للموقعيتين (Marty P,1998,p63).

فيرى Smadja C (2001) أن Marty P يحدد هذه السلبية من خلال العمل الأساسي للقبطية النزوية و على أساس التمثيلات العاطفية و على أساس تمثيل التمثيلات . إن الحقل السلبي يعد سمة أساسية ظاهرة للاكتئاب الأساسي و هذا ما يقره Marty P و هذه السمة تدل على قمع الانفعالات و إفلاس الجانب الرمزي الذي يحمل دلالات طفلية و قصص حياتية من خلال الانتقال الجيلي حتى يصل للأفراد، فهو ينتقل من الخيال إلى التفكير العملي و يكون التعلق الاتكالي و الامتثالية إلى القيم الجماعية.

أما من جانب العاطفة نجد السلبية بطريقة قمعية مع إفلاس الذي يدل على خلل في عمل الجانب العاطفي الذي ينشط القلق العائم و الالم الجسدية، بحيث تكون المعاناة نفسية غائبة و هذا راجع إلى عدم التعبير عنها أو من خلال عدم القدرة في تمثيلها.

لقد وضع Marty P (1994) في كتابه الاستقصاء السيكوسوماتي Investigation ، L psychosomatique الذي صدر 1962 أن الإكتئاب الأساسي لا يحدد إلا من خلال استقصاء تظهر فيه الحياة العملية و التفكير العملي و العدوانية المخبأة في عالم نزوي اتجاه الآخرين حيث تظهر تلك العدوانية كتوجيه مباشر للذات ، كما تسجل أبعاد الحرمان العاطفي التي تظهر و تفسر السلبية العرضية لهذا الاكتئاب.

إن مصطلح الألم عند Freud و هذا حسب Smadja C (2001) يعتبر لغز و في نفس الوقت هو أكبر تناقض ، فهو لم يكتبه في مقالاته و لكن وصف الألم في إطار ميتا بسيكولوجي يتعلق بالحرمان و بالاقتصاد و الموقعية و الدينامية و خاصة في إطار نفس نشوئي (Smadja C 2001p73)

حسب Freud هذا اللغز يرجع إلى النوعية المادية التي ترتبط بشروط قياس إما على أساس التمثيلات و إما على أساس العاطفة أو على أساس التعبير .

ف Freud ربط الألم على أساس المعاناة النفسية ، و المرض هو دليل عن الألم و الألم يدل عن المرض النفسي فقط .

قد نتساءل لما هذا الشرح للألم حسب Freud لكن إذا أتينا أن نفسر هذا الألم عند المكتئبين الأساسيين فهذه الخبرة نجدها مفقودة و غير واضحة لدى المرضى السيكوسوماتين أو عند المختص السيكوسوماتي أو المحلل النفساني ، بحيث يسمى هذا الغياب للألم النفسي ب لغز تغيير الإشارة الذي يدل عن الألم بدون ألم (Smadja C 2001p73)

إن لغز تغيير الإشارة الذي يدل على الألم بدون ألم يقصد به الاكتئاب الأساسي الذي يدل على المعاناة و الألم النفسي المقنع و المعبر عنه بلغة الجسد ، أي اختزال كل الألم النفسية و حل محلها الحياة العملية و قمع للانفعالات .

إن مسألة غياب الألم تدل على وجود الألم لكن تلك الألم فقد ألغي ، فيظهر ما يسمى بعدم وجود ألام نفسية ، و هذا راجع إلى غياب التعبير العاطفي الذي يبرمج محله التقمص الكبير للواقع و التفكير العملي الذي يدل حسب Marty و sifeneos على نمط خاص للمرضى السيكوسوماتيين.

فالفرد هنا يظهر تكيف مبالغ فيه أمام الوضعيات الحرجة و الاحداث الحياتية الصعبة أو ما سماه Sami Ali بباتولوجيا التكيف.

إذا حاولنا أن نشرح معنى باتولوجية التكيف بمعنى أن الاكتئاب الأساسي يظهر نتيجة التكيف الزائد مع الواقع و بظروفه، بمعنى تجنب الصراع للتكيف مع الوضعيات الصراعية، و كبت الوظيفة الخيالية و حل محلها الحياة العملية من أجل التكيف و يقصد Sami Ali بباتولوجية التكيف ظهور العرض الجسدي من أجل تمرير الطاقة و تسريبها في غياب النشاط العقلي الفعال ، الذي يدل على التكيف النفسي و الهروب من النفس ليحل محلها الجسد، سنتناول هذا المصطلح في الإكلينيكية المرضية للاكتئاب الأساسي ، و الذي سوف نفسره على أساس نظريتين هما: النظرية الاقتصادية الباريسية والنظرية العلائقية ، وبالتالي نجد الكثير من الباحثين تطرقوا للاكتئاب الأساسي فرغم تعدد أسمائه، المعنى واحد و التفكير واحد الذي يحصر في وجود قلق عائم منتشر و حياة عملية ترتكز على الآن والحاضر، في غياب الهوام و خصوصية الأحلام أو ما سماه كبت الوظيفة الخيالية و تنفيه العرض ، حيث يصبح جد تافه و عامي أي مجرد من أساسه العاطفي و الحقيقي.

حيث يرى Sami Ali (1980) في كتابه le banal من خلال قول العميل المشهور Zorn « كلما أكون في حالة جيدة كلما دل على أنني سأذهب إلى ألم أكبر (Sami Ali 1980,p.138).

ان هذا التحديد للعرضية الايجابية و السلبية العرضية la négativité symptomatique يؤدي بينا الى التميز بين الاكتئاب الكلاسيكي و الاكتئاب الأساسي و الذي بدوره يتميز بخصائص تظهر في جدول اكلينيكي يعرف بالسلبية العرضية أو التناقض السيكوسوماتي و الذي يتميز بمايلي.

### 5 - خصائص الإكتئاب الأساسي:

#### 5-1- القلق العائم: Angoisse diffuses

أو ما يعرف كذلك بالقلق الأوتوماتيكي Angoisse Automatique ،يعتبر آلي ذو طابع كلاسيكي قدمه فرويد أثناء نظريته في القلق في كتابه، الصد و العرض و القلق سنة (1926)، يتميز بانه يجتاح الفرد ، و يترجم حالة الضغط أو وضعيات الشدة أو الضيق الانفعالي العميق الذي يعيشه الفرد بدون تعبير ،يعود الى حالة بدائية اين يغيب النشاط العقلي المتصل

فهو ذلك الاستجابة التي يبديها الشخص في كل مرة يجد نفسه فيها في وضعية صدمية أي خاضعا لفيض من الإثارة ذات المنشأ الخارجي أو الداخلي و التي يعجز عن السيطرة عليها و يتعارض القلق الآلي تبعا لفرويد مع إشارة القلق» (لابلان، 1997، ص.413) قلق الإشارة يقصد به القلق الذي يعقب القلق الآلي، الذي تكمن مهمته في إيقاظ الكمونات العقلية لدى الأنا، بمعنى ميكانيزمات الدفاع، قلق الآلي يعتبر قلق أولي راجع إلى صدمات أولية ،و يقوم قلق الإشارة كإنداز لتلك الوضعية فالقلق الآلي يعتبر استجابة تلقائية من قبل المتعضي لهذه الوضعية الصدمية ، أو لتكرارها من جديد.

يتترك هذا القلق فيض من الإثارات غير مصرفة محرضة من طرف تدفق للحركات النزوية لم يستطيع الفرد استعابها لانها غير مرصنة تظهر على شكل غير معبر عليه ، و بالتالي يكون تصعيد للقلق و الإنتقال من الحالة الثانية إلى الحالة الأولى، بمعنى الرجوع و النكوض إلى وضعيات سابقة حدثت له ، فتكون نفس الاستجابة فيظهر قلق عائم منتشر لدى الفرد، أما علاقته بالاكتئاب الأساسي فنجد (Smadja c 2001) يقربأنه علامة على

التشخيص المبكر للاكتئاب الأساسي الذي معرفته تتطلب استقصاء سيكوسوماتي و هذا تبعا ل Marty P (1997) بحيث يسمح لنا هذا القلق بالإشارة إلى ظهور الاكتئاب الأساسي الذي يسبقه و يدل عليه، بحيث يلاحظ لدى العميل التركيز على المرض و قلقه على الأدوية و الذي يدل أيضا على عدم وضوح الرؤية للأعراض ( Marty P ,1997,p.63 )

و هذا ما أكد عليه Fain M (1990) أنه يسبق الاكتئاب الأساسي يجتاح الفرد بأكمله ، يمكن أن يعادل ما يسمى وضعيات الضغط الداخلية للفرد، محرض من طرف تدفق لحركتي نزويتين غير معروفة ، و غير مستعملة بطريقة صحيحة ، لا يمكن إرضائها مع عدم إمكانية التعبير عنها ، أين يكون هناك غياب لإشارة القلق، من أجل الدفاع ، فيذهب الفرد مباشرة إلى وضعيات بدائية جدا، حيث لا يوجد أي عمل عقلي، الموضوع النشوي يؤدي و يسبب الخوف ، الذي لا يمكن معرفته كما لا يمكن تمثيله ، يعبر عنه من طرف المريض إلا بقوله أنا لست مرتاح لا أعرف مابي و لكن ليس بطريقة مأساوية « (Fain M , 1990,p.61)

فيرى Marty P (1998) في هذا المجال أن ظهور هذا القلق يؤدي إلى إغراق الأنا أو ما يسمى: Le moi submergé (Marty P,1998,p60.)

و يؤدي أيضا إلى نقص الحماية ، و هذا القلق يقترن من القلق العصابي الذي تحدث عنه Freud هو شعور غامض غير سار بالتوقع و الخوف و التحفيز و التوتر مصحوب بإحساسات جسمية و نوبات متكررة لدى نفس الفرد .

أما Pongy و Babeau (2003) فقد فسرا هذا القلق على أساس «المنشئية السببية المرضية كمايلي أنه يظهر عندما لا تستطيع الغريزة النزوية Instinctivo- pulsionnelle التفرغ أثناء الفعل، أو أثناء التمثيلات الذي قد يرجع إلى أن:

- الفرد لا يستطيع أن يواجه أو يتخطى هذه الإشارات أو قد يكون أرهق ولا يستطيع تمثيل الأشياء و هذا ما نلاحظه في العصاب الراهن

- أو أن تكون الطاقة الغريزية النزوية Instinctivo - pulsionnelle لا تستطيع المرور بطريقة حرة

- أو الصراع قد يكون داخلي ولا يوجد حل له في مثل هذه الحالات تكون مكانيزمات الدفاع مفسلة ، و هناك عدم التوازن النزوي بحيث لا تظهر التمثيلات فيختزل التعبير العاطفي للقلق و يظهر التعبير الجسدي ( Babeau R ,2003,p.112 ) بحيث يظهر لدى الفرد سوى موجات الخطر المرضي المحقق ، و تكون العاطفة جد محدودة و خاصة يكون اجتياح اقتصادي ، و تكديس للضغط الداخلي ، و بالتالي تحدث استئارة الفرد الذي تعود على تمثيلات جامدة تهاجم التمثيلات الأخرى .بمعنى أن هناك نمط معين في التفكير و حدوث نمط جديد لا يكون مقبول على أساس عقلي.

حيث يرى Marty P و M'Uzan M (1963) أنه يحدث العديد من الدفاعات لكن غير مجدية و تبقى التدفقات الطاقوية للجنسية أو العدوانية التي لا يمكن أن تصريفها، أو ارضانها هواميا ، و هذا التفكير يبتعد عن التفكير التحليلي المتعلق بالاشعور كونه يمت بالصلة الى الشعور، و يتميز بظهور الأعراض الجسدية مع نشاط هوامي جد منخفض و استقرار و تموضع التفكير الحالي (Marty P ,1994,p.27)

وأمام هذا التهديد يكون هناك ترك من خلال تجسد العرض و هذا ما يؤكد عليه Sami Ali (1980) ببتولوجيا التكيف ، والهروب من هذه الوضعية المقلقة من خلال تجنب الصراع و بالتالي يظهر التفكير العملي و التكراري الذي يسمح بالتكيف الجيد و الاجتماعي مع المحيط .« (Sami Ali,1980,p.138)

قد يظهر اختفاء تلقائي لهذا القلق كما قد نلاحظ اعادة التنظيم للفرد، و لكن ليس دائما ، لكن ظهور خلل التنظيم التدريجي مع تموضع للحياة العملية تؤدي الى اختفاء هذا القلق ، كان جهاز القلق أصبح منهك ،هذه الحالة تؤدي الى انهيار القوى و التوازن الفيزيولوجي (Marty P ,1994,p.62)

## 5-2- خلل التنظيم التدريجي: Les désorganisations régressives

استعمل Marty P هذا المصطلح للدلالة على الخلل التنظيمي الذي يحدث على المستوى العقلي و يصل الى المستوى الجسدي، و يقصد به الحركة ضد التطورية التي تعكس اتجاه النمو الناتج عن صعوبات عاطفية تتميز بسيطرت غرائز الموت نظرا لتتحي غرائز الحياة. فعندما يكون هناك قلق عائم، يظهر هذا الخلل التدريجي ،فيسبب اختفاء لانظمة النشاط العقلي الواحدة تلو الاخرى تدريجيا،بداءا بالعلاقات الاوديبيية،و الرجوع الى الانماط البدائية

الداخلية السابقة المتعلقة بالموضوعات النرجسية و الشبقية الذاتية، وصولا الى علاقة لا موضوعية[relation anobjectal] .

استمرار هذا الخلل يرجع الى شخصية الفرد و طبيعة الصدمة و بالتالي قد يكون عابر أو مستمر ، فيصيب اولا التنظيم الوظيفية للموقعية الاولى و ذلك عن طريق اختزال عمل ما قبل الشعور الذي يعجز عن ارضان تمثيلاته. وذلك من خلال الغاء و تلاشي عمله المعتاد حيث نلاحظ عطل على اساس التمثيلات ، كما نلاحظ فقر في المحتويات الرمزية الداخلية. فالافكار غير مرتبطة بالمحتويات العاطفية فهي ناقصة و محدودة ، و تتعلق بالأشياء المباشرة بدون تظاهرات اللاوعي ، فالغاء عمل ما قبل الشعور يتسبب في إغاء العلاقات الحقيقية مع الاخرين ، و كذلك مع الذات ، فيظهر مشكل الفضاء كما يؤدي الى فقدان أهمية الماضي و الحاضر. بمعنى يمس مفهوم الزمان.

كذلك مشكل في اللاشعور حيث انه يستقبل و لكن يبعث ، قد تظهر بعض التعبيرات البدائية التي تكون قيمتها ايجابية ناتجة عن نشاط غرائز الحياة، اما الاضطرابات الجسدية و تزداد حدة راجعة الى قيمة في أغلب الاحيان الى غرائز الموت و تكون سلبية ، و اثناء ظهور الاحداث الخارجية يقوم بالاستقبال و لكن في غياب الارصان و التعبير عن النشاط الشخصي لا يستطيع ان يرد او يستجيب، في هذه الحالة يصبح من الصعب معرفة ما يحدث داخل اللاشعور، فتظهر فجوة ، لا وجود لعمل الازاحة و التكتيف .

اما على أساس الموقعية الثانية ، فمستودع الهو غير فارغ كما أنه مغلق ، لا تظهر حركية نزوية ، بالتالي يظهر السلوك الالي ، كما ان الانا مفلس مملوء بالالم ، فعمله المتعلق بالارتباط و التوزيع و الدفاع منقطع، كما ان الاتصال بين الهو غير عملي ، و بالتالي لا يظهر قلق لان الانا غير مرتبط بالتمثيلات (Marty P ,1994,p.63)

إن الحركة ضد تطويرية لخلل التنظيم التي تظهر فشل في الدفاعات العقلية يمكنها ان تصل الى الميدان الجسدي. كما ان عدم قدرة النكوصات على ايقاف خلل التنظيم و السماح لاعادة التنظيم التراجعي يستطيع ان يؤدي الى الموت عن طريق الجسدة .

كما يرى Marty P ان نمط الأمراض الجسدية الناتجة عن خلل تنظيم تطوري تخلف عن تلك الناتجة عن نكوص عقلي مثل الربو، و الاكزيما ، التهابات المعدة ، و القرحة ، و الام الظهر ، و الصداع ، و الصداع النصفي ، بينما ترجع الاضطرابات القلبية و الوعائية

و امراض المناعة الذاتية و السرطانات الى خلل التنظيم التدريجي ، فالمجموعة الأولى و الموصوفة بالنوبات التي تحدث في سياق خاص لا يؤثر على المآل الحياتي ، بينما في المجموعة الثانية تاتر على حياة الفرد و مآله ، فهي تظهر اضطرابات خطيرة كما ان تواجدها قد يكون بطيئاً او مستقر ، فهذا الوقت الكامن يختلف من فرد لآخر (Marty P ,1991,p.p.44-45)

### 5-3- التفكير العملي:

يعتبر مفهوم التفكير العملي اساس التفكير الواعي الذي يتواجد في الالكستيميا ، كما نجده في بعض السياقات التصنيفية للأشخاص الذين يعانون من اضطرابات سيكوسوماتية ، اين نجد تفكير نفعي Utilitarisme واقعي Factice، موجه نحو الماضيع الملموسة و المادية و التقنية، لا يستعمل الميكانيزمات الدفاعية الخاصة بالعصابي او الذهاني ، يكما يفترض هذا التفكير الابتعاد عن كل ماهو عاطفي و انفعالي (Gerard Pirlot,2014,p75)

فيرى كل من Marie – Lise Roux [ ] ان في الحقل السيكوسوماتي أشخاص يطلق عليهم بالأشخاص السيكوسوماتيين ، كما يعرفون أيضا بمصطلح آخر آلا و هو الأشخاص العمليون les patients opératoires ، بمعنى خاضعين إلى نمط جد خاص (Smadja C, Szweç Gérard, 2005, p.145)

فيدل اسم الأشخاص العمليون على نوع من التفكير، الذي يسمى بالتفكير العملي الذي تحدث عنه Marty P سنة 1962 في مؤتمر في Barcelone بحيث ظهر في مقالة من خلال مجلة فرنسية للتحليل النفسي سنة 1963 و هذا التفكير يدل على المريض السيكوسوماتي. ( Smadja C 1998 p 67 )

يرى Marty P (1963) عن التفكير العملي على أنه تنظيمة دفاعية قد تكون محدودة ناتجة عن حقيقة ،كصدمة نفسية تدل على عدم القدرة في تصريف الانفعالات و نقص الخيال و استدخال الحياة اليومية.

فهذا التفكير يبتعد عن التفكير التحليلي المتعلق بالاشعور لأن هذا التفكير متعلق بالاشعور ويتميز بمايلي:

- يظهر من خلال الأعراض الجسدية مع نشاط هوامي جد منخفض.

- استقرار لنوع من التفكير الحالي (Marty P, 1994, p.27)

لقد جاء مصطلح التفكير العملي من أجل تفسير الحقل السيكوسوماتي ف Marty P لم يكتب عنه كثيرا بقدر ما كان يبحث عنه في حالته فرأى أن معظم هؤلاء الأشخاص الذين يتميزون بهذا التفكير يظهر عليهم إكتئاب أساسي يعيشون فيه.

فيظهر هذا التفكير من خلال التكيف المطلق للأنا و للواقع أمام الصدمات الخضوع و الامتثال للمثل الجماعية و الحياة الغير الشخصية (Marty P, 1994, p.31)

بنى Marty P هذا التفكير على أساس التركيز على الموقعية ا لفرويدية و الصراع بين النزوات التدميرية أين يساعد النشاط العملي في تطور المرض، و نزوات الحياة التي تترجم في القدرة على إعادة أو تشكيل الحياة النفسية تكون مهاجمه من طرف نزاوات الموت الذي يؤدي إلى خلل التنظيم التدريجي.

فهذا التفكير يتميز بإستثمار كبير للواقع و الحياة اليومية فالفرد لا ينشغل إلا بالحاضر بطريقة آلية خالية من الجوانب العاطفية كما ذكرنا سابقا ،حيث يكون التعلق بالتفاصيل اليومية و كل شيء يحدث على أساس خارجي أي يقصد بدون الارتباط على أساس هوامي. كما يتميز هذا النوع من النشاط بما يسمى بعجز التعبير الانفعالي أو ما تحدث عنه Sifneose بمصطلح Alexithymie و الذي سوف نتطرق اليه بالتفصيل في الفصل الموالي و الخاص بالأكستيميا.

ف Bergeret (1987) [يرى حسب Marty P إن هذا التفكير العملي نوع من التكيف الجد صلب مع الواقع ، و الذي قد يستمر إلى وقت طويل خارج العرض يتميز فيه الاشخاص بانهم عاديين، هادئين و متوازنين و لكن يفسر هذا التفكير من خلال العرض الجسدي.

كما يضيف بأن هذا التفكير يظهر فيه غياب الانفعالات الملاحظة و الظاهرة أو ما سماه بالتجزئة الوظيفية للفرد Le morcellement fonctionnel de l autre، و كل هذا يدل على الاكتئاب بدون موضوع و المدرج ضمن نظام زمني لخلل التنظيم التدريجي و اعادة التنظيم، فيلخص بأن التفكير العملي يدل على تواجد اكتئاب بدون موضوع، ثم اكتئاب أساسي اين يحدث تنظيم قبل المرض هذا الاخير يهدد بظهور المرض السيكوسوماتي الناتج عن مرض

طبائعي. (ArnauxD.J.Bergeret.J,2002,p.106)

إن هذا التفكير العملي حاليا عرف بمصطلحات جديدة خاصة من طرف المدرسة العلائقية ف Sami Ali (1998) يعادل التفكير العملي بمصطلح le banale الذي كتب عنه كتاب معروف بهذا الاسم .

إن هذا المصطلح يشير إلى ما سماه في نظريته ببتولوجيا التكيف La pathologie de l'adaptation حيث يكون الواقع ذا قيمة تكيفية الذي يسجل كطريقة أو وسيلة عامة تظهر من خلال الخيال الذي انسحب (Sami Ali 1998 p 73)

فحسب Sami Ali (1978) يوجد شكلين من البتولوجيا الإنسانية و التي تعرف من خلال الخيال أو كبت الخيال أو المرضية الفرويدية، أو من خلال المرضية التكيفية أو ما سماه بالعرض التافه ، الذي يتميز بالنشاط الطباعي ، و الذي يسمح للفرد بالتكيف الإجتماعي و مطالبه و الخضوع إلى الوسط العائلي ، و الإستدخال الذي يؤدي بدلا من الانشغال بالذات، إلى الإهتمام بالعالم الخارجي فهو يحل محل الحياة الشخصية التي تتقلص (Sami Ali, 1978. p18)

يرى Babeau R (2003) إن في النشاط العقلي يوجد هناك مكانزمات دفاع مرتبطة تؤدي إلى ظهور أعراض إيجابية لأن هناك علاقة بالموضوع مع أمراض عصابية و رد فعل لعمل الجهاز العصبي و النفسي تكون عادية ،أما في حالات التفكير العملي تكون هناك ميكانزمات غير مرتبطة تنتج الأعراض السلبية، و غياب العاطفة مع فقدان و تقلص النشاط العقلي، وقمع للسلوك و العاطفة مع ضغط جسدي و تراكم الإثارة و العيش في الحالية و الآلية مع الوضعيات الإعاشية ( Babeau R ,2003,p.171 ) فالتفكير العملي يكون جنبا بجنب مع الاكتئاب الاساسي فهو المكون الرئيسي و استقراره يعد علامة هامة لتواجده. يمكن أن يلخص هذا التفكير من خلال عدة نقاط التي سنتطرق إليها في العناصر الموالية. إن التطرق إلى التفكير العملي لا يعرف إلا من السببية النفسية له فالتفكير العملي لا يظهر إلا من خلال فقر في التمثيلات والذي يدل أيضا على فقر الهوام أو غياب الهوام أو خلل على مستوى الصعيد الهوامي و الذي يعد خاصية عرض جد هام يفسر على أساسه الاكتئاب الأساسي و يدل عليه و لذلك سنتطرق في العنصر الموالي إلى الفقر الهوامي و غياب الخيال.

#### 5-4- غياب الرمزية:

يفسر غياب الرمزية من خلال الفقر الهوامي و غياب الوظيفة الحلمية:

#### 5-4-1- الفقر الهوامي:

يعرف لابلاش و بونتاليس من خلال ترجمة مصطفى حجازي(1997) أنه سيناريو خيالي يكون الشخص حاضرا فيه و هو يصور بطريقة تفاوت في الدرجة تحريرها بفعل العمليات الدفاعية تحقيق رغبة ما و تكون هذه الرغبة تكون هذه الرغبة لا واعية في نهاية المطاف (لابلاش ترجمة مصطفى حجازي،1997،ص.573).

حيث يرى Roger Perron (1997) أنه يظهر بوجوه مختلفة فقد تكون هومات واعية أو أحلام يقظة أو هو هومات لاواعية يكشف عنها التحليل كامنة خلق محتوى ظاهر أو قد تكون هومات أصلية (Perron R. 1997.p156)

إن الهوام من خلال معجم مصطلحات التحليل النفسي هو إذن حدث ، يصعد نوع من التمسرح ، يوصف فلم معين ، فالهوام إذن هو عبارة عن وضع أو مشهد درامي يرتكز على حدث خيالي مرتبط دائما بتمثيلات الفعل سواء في الحاضر أو في المستقبل ، يكون نشيط الفعل أو مشارك في الماضي يكون غير نشيط .

يعتبر الهوام مفهوم جد هام في التفسير السيكوسوماتي فقد ذهب Marty P إلى تفسير النمط العقلي لتلك المرضى على أساسه، و هذا ما أشار إليه من خلال الإكتئاب الأساسي فقد أكد أن الأشخاص الذين يعيشون اكتئاب أساسي يظهر لديهم فقر هوامي يدل على هذا الإكتئاب .

فهو يرى معFain. و David (1994) أن في الحالات الذي يكون فيها الهوام و يكون هناك نشاط للتمثيلات ، حيث تمتص الطاقة في قنوات طاوية مؤكدة المنفذ، مع فعاليتها تسمح لنا بتحقيق تعقيل أو أيض سيكوسوماتي، أي بمعنى عملية هدم و بناء في الجسم على أساس جد اقتصادي، بينما عند الأشخاص السيكوسوماتين، نشاط العمل التمثيلي إما ناقص أو غائب، أو إما أن يكون مقلص بالنسبة للعلاقة بالموضوع، أو على أساس وظيفي غير كامل بالنسبة للحياة النزوية بحيث يكون فرط الطاقة الإستيعابية تمنع حركية تلك الطاقة ، و لا يكون هناك ارضانا نفسيا، فيغيب الهوام لغياب هذه التمثيلات ويحل محله الحالي و العملي ، فيظهر النشاط و التفكير العملي الذي يدل على نشاط واعي بدون

علاقة مع النشاط الهوامي. أين يكون حقل جد محدود للنشاط العقلي الهوامي الذي يؤدي إلى تصريف الطاقة» (Marty P . M usan , 1994, pp.16.17).

و على هذا الأساس فقد فسّر Marty P أن الفقر الهوامي يدل على اختلال للحياة العقلية، الذي يدل على اكتئاب مقنع، يكون فيه كبت للوظيفة الخيالية و الخيال الذي يؤدي إلى غياب أو فقر الهوام و هذا ما يؤكد عليه Sami Ali بنى نظريته تقريبا على هذا الأساس منطلقا من فكرة الفقر الهوامي و غياب الخيال لكن بمصطلح أوسع ونظرية تحليلية تختلف اختلافا طفيف عن ما قاله Marty P.

فSami Ali (1990) يرى أن غياب الخيال ليس راجع إلى نقص، و لكن عبارة عن عجز حقيقي، فالتفكير العملي و عجز التعبير الانفعالي هو نتيجة إلى كبت غير معروف، مع رفض لكل الحياة الحلمية، حيث تظهر أرضية تحتية ذات قوى قمعية مرعبة و مخيفة ناتجة عن كبت حقيقي كلي يؤدي إلى نقصان في الجانب العاطفي (Sami Ali, 1990,p.76).

فيظهر نشاط عقلي يتمثل بغياب العاطفة و الأحلام التي لا تدل على الفقر و لكن تدل على وجود كبت طبائعي متغير عن الكبت العادي (Sami Ali, 1997,p.186)

فسر Sami Ali (1998) أن في باثولوجيا التكيف لا يوجد لا أحلام ولا هوام ولا عواطف و كأنه أصبح تقليص للواقع الخارجي للفرد و الميل إلى تعويض الخيال الخاص بالخيال العام المشترك أين القيم الاجتماعية و الثقافية هي كل اهتمامات الفرد تعوض المكان الفراغ على المستوى الشخصي.

فهو يرى أن المرضية التكيفية تختلف، عن المرضية السببية النفسية الفرويدية ، لأن في هذه الأخيرة الشيء المكبوت هو المحتوى الخيالي الخاص الذي سيحدث فيما بعد عن طريقة معلومة عرضية أي على شكل أعراض عابرة أو مستديمة التي تؤدي إلى ذهان جد منظم، أو زلة أو هوامات التي قد تكون جد واضحة لكن دائما تكون على شكل كبت يعمل مع فشل، حيث يكون كبت للمحتوى التمثيلي و الذي يسمح بعودته في الحقل الواعي.

لكن الكبت الطبائعي كما سماه Sami Ali (1998) و الذي يختص بالحالة الثانية يتميز بأنه كبت للوظيفة الحلمية، نستطيع أن نلاحظ فيه أربع متغيرات ، و هي غياب أهمية الحلم، تغلب عليه الأحلام العملية، انعزالية الأحلام، ظهور حقائق الحياتية اليومية في الحلم كما يصاب الفرد بأرق (Sami Ali, 1998, p.38)

فهذا الكبت كما يرى Sami Ali كبت بدون عودة مكبوت حيث يكون جد ناجح فتظهر خصوصية حلميه

إن تطرقنا إلى مفهوم الهوام و نقصه أو غيابه عند Marty P و عجزه عن استعمال وظيفته عند Sami Ali و تطرقه إلى مفهوم الكبت الطبائعي الناجح للوظيفة الخيالية يؤدي بنا إلى التطرق إلى الحياة الحلمية حيث اعتبر Freud من خلال معجم المصطلحات التحليل النفسي أن الأحلام لها صلة مباشرة مع الهوام اللاوعي الذي يشكل نواة الحلم إذ يرى أن غالبا ما يتضح أن الهوامات المتعلقة بالرغبة تكتشف من خلال الأحلام الليلية، فهو يرى أيضا أنه عندما يكون هوام و حلم يدل على أن هناك الإرضان الثانوي و يكون عبور بين مختلف الأنظمة النفسية أي الكبت وعودة المكبوت (لابلاتش ترجمة مصطفى حجازي 1997 ص 241)

ف نجد كل من Marty P و Sami Ali أكدا أن ظهور الإكتئاب الأساسي يظهر معه غياب للأحلام أو خصوصيتها و هذا راجع إلى فقر هوامي أو كبت الوظيفة الخيالية بالتالي سوف نتطرق إلى هذه الأحلام

#### 5-4-2- فشل او غياب الوظيفة الحلمية و خصوصية الاحلام:

يعرف Sami Ali (2001) الحلم على انه مفهوم نفساني وبيولوجي في الآن نفسه، يعرف من خلاله الصحة وكذا المرض، و بمقدار ما يتعلق كلاهما بضرورة نفسجسمية ينتظمها تقلب الأعراض وهو تقلب يجيز تتبّع تطور باثولوجيا تتملص من الحواجز الموضوعية بين النفسي والجسمي، الأمر الذي يكرّس في الحال استمرارية الأداء حيثما نصطدم بانقطاع الأداءات الجزئية. محمولة على إيقاع يتمثل في تناوب النوم الحقلي و النوم البسيط وفي الوقت نفسه بحضور اداء الخيال.(سامي علي ترجمة معبر 2001،ص.6)

كما يفرق Sami Ali بين الحلم و الرغبة فهو يؤكد أنه إذا سلمنا أن الحلم تحقيق لرغبة فإن الرغبة ليست هي ما يطلق عليها الحلم.

كما يرى أن الحلم ليس الحلم الليلي فقط، كل ما نتصوره رئيسيا محاط بتخيل ووجود فشل للكبت مع استمرارية للحلم مع الخيال، فإذا حصل عندئذ دل على نجاح هذا الكبت و غياب الحلم أو خصوصيته

يؤكد الدكتور محمد الدويدار (2002) أن الأحلام تنقسم إلى قسمين هما أحلام اليقظة و أحلام حقيقية ، أحلام اليقظة فهي تحدث عندما لا يجد العقل ما يشغله من مهام الحياة في وقت راحة الجسم و راحة العقل ، تنحصر هذه الأحلام غالبا في البحث عن الذكريات السابقة فيستخرجها الفرد من مكوناتها و ينظمها وينسجها على طريقته الخاصة، فهذه الأحلام تعتبر رياضة للعقل تسمح له فرصة التحرر من قيود التفكير الجدي و مواجهة الحقيقة و إتباعها بطريقة فورية ( محمد الدويدار، 2002، ص214)

اما الأحلام الحقيقية هي التي يراها النائم أثناء نومه فهي تكشف أسباب العلة النفسية عن كل ما يكبته في نفسه من رغبات أو شهوات لا يريد إظهارها عن قصد أو غير قصد، لذلك تدل هذه الأحلام على النشاط العقلي(محمد الدويدار 2001ص246)

إن التعريف بالأحلام يقودنا حتما للإنعماس في تقييم الحياة الحلمية ونوم المكتئب أساسيا وبما يتخللها من أحلام ،و هو يقودنا أيضا إلى التعمق في دراسة طبيعية هذه الأحلام، و ترابطها بغية الوصول إلى دور و تأثير هذه الأحلام على الحالة النفسية الجسدية للمريض .حيث نجد هذه الأحلام تختلف من مريض للآخر و تكون هذه الأحلام تسبق و تدل على تواجد الاكتئاب الاساسي أو ترافق الفرد حتى مرحلة الجسدنة فالحياة الحلمية لدى المرضى السكوسوماتيين حسب Sami Ali و Marty ممكنة التقسيم إلى ثلاث أنماط:

### 1- الحياة الحلمية المميزة بغياب الأحلام

### 2- الحياة الحلمية المميزة بفقر محتوى الأحلام

### 3-الحياة الحلمية المميزة بندرة الأحلام(محمد الدويدار 2001ص246)

إن غياب الأحلام قد لا يكون حقيقيا و إنما ناجم عن كبت الوظيفة الحلمية، و قد يكون عجز الحالم عن تذكر أحلامه و هذا راجع إلى غياب التمثيلات و إلى كما ذكرنا سابقا إلى خلل ما قبل الشعور الذي يعد خارج عن الخدمة و اتصاله بالا شعور غير مرمرز، كما يكون ناتج عن غياب آليات دفاعية و لكن يجب قبول مبدأ غياب الأحلام انطلاقا مما سبق ذكره. و على العموم يمكن تقسيم الأحلام السكوسوماتية إلى ثلاث أنواع:

- أحلام عملياتية: المقصود بهذا النوع من الأحلام إستعراض أحداث فصول النهار السابق أو ذلك الحلم الذي يسبق، تمتاز هذه الأحلام بموضوعيتها وواقعيتها، و سذاجتها مع غياب التحرير المعتاد في الحلم أي الأرصان الثانوي، أما أحداث هذه الأحلام تتمحور عادة بشكل خاصا كأن يحلم الطبيب يداوي المرضى في الليل .

قد تدل هذه الأحلام على غياب الاتصال بالهومات الأصلية و تمثيلاتها ، فهذه الأحلام ناجمة عن بقايا الذاكرة القصيرة لا تحوي على الكثير من الآثار و البقايا فهي تعكس وجود خلل في الجهاز النفسي حيث لا توجد ارتباطات بين اللاشعور و ما قبل الشعور (بيار مارتي،ترجمة احمد النابلسي، 2001)

- الأحلام التكرارية: نقصد بها الأحلام المتكررة في شكلها و ليس فقط المتكررة في فكرتها، إذن إن الأحلام المتكررة في الفكرة تعكس حالة من التثبيت حتى ولو بدت هذه الفكرة في قالب مختلف في كل مرة.

أما الأحلام المتكررة شكلا فهي تنطلق من نفس المبدأ الأحلام العملياتية يعني تكرر الأحلام التي يراها الفرد في حياته اليوم على مدة طويلة من الزمن و الذي يدل تشبث في الحاضر و دليل على التفكير العملي و الاكتئاب الأساسي(بيار مارتي،ترجمة احمد النابلسي، 2001)

يمكن تقسيم الأحلام التكرارية إلى أحلام الحوادث، الأحلام الخائفة، أحلام الحرائق فهذه الأحلام تدل على إفراط المثيرات أمام التمثيلات، و غالبا تأتي هذه الأحلام ناتجة عن صدمة ولا تؤدي بالضرورة إلى ظهور أمراض نفسية جسدية و لكن تدل على حياة غير مرنة جامدة تعيق مجرى التمثيلات (محمد عبد الفتاح الدويدار 2001ص268)

- الاحلام الفظة: لم يتكلم Marty كثيرا عن الأحلام الفظة لكن يرى أن هؤلاء الأشخاص تظهر لديهم أحلام فظة بمعنى كل ما يريده الفرد يعيده في النهار.فهي تنجم عن الآثار المبالغة و الفاضحة للوعي.

تعتبر هذه الخصائص أساسية تشرح العرضية السببية للاكتئاب الأساسي ،كما توجد خصائص أخرى سوف نتطرق و هي ثانوية ناتجة عن الخصائص الأساسية وهي تعتبر كاعراض سيميولوجية و التي يمكن ادراجها كمايلي:

### 5-5 - فقدان شعور الخفة للفرد : La perte du sentiment de légèreté de l'être

يعيش الفرد خبرات مؤلمة في حالة الاكتئاب الأساسي ولكن فجأة يصبح يتميز بخصائص منها الرزانة و غياب سلوك الطيش و الخفة ، مفكر و جدي، هذه الرزانة تصبح الطابع الدال عن حياته ، و كان الفرد فقد جزء من تهوره ، فيقلع عن العلاقات ، بعيد عن النكتة و الفكاهة، فالحياة عنده كما هي تفتقر للزخرفة و موجهة نحو احداث الواقع.

#### فقدان الامل :

الأمل عبارة عن هوام و بهذا المعنى فهو اسقاط لاحلام اليقظة في المستقبل التي تستمد جذورها من الماضي ، فهو يظهر كنتيجة للاستثمار النرجسي للشخص ، و لكن غياب هذا الاستثمار يؤدي الى انقطاع الامل و اختفاءه.

فقدان الامل يؤدي الى استثمار الالم المتعلق بالموضوع فيصبح ثابت لدى الانا المتضرر و المفقود لان هناك منع لعمل الحداد، لان المكتب أساسيا ينكر الواقع كدفاع طبائعي و هذا حسب Press J و الذي سماه سنة 1997 ب الهوس الأساسي

### 5-6- الشعور بالعياء و التعب:

يعتبر العرض السيميولوجي الوحيد الذي يستطيع المكتتب اساسيا ان يعبر عنه للطبيب أو للمحلل النفسي ، وهذا التعب يعيشه على أساس نفسي دون أساس جسدي ، كما أن غياب الدعم اللييدي او الطاقة النفسية يؤدي الى الشعور بالخفة و فقدان الامل و التعب.

### 5-7- غياب القلق المعاش و الغير الموصوف من طرف المحلل النفسي:

المحلل النفسي يجد نفسه أمام نظام يفتقر للصور و التمثيلات المتعلقة بالقلق، حيث تظهر فجوة فيما يتعلق بالحياة النفسية ، فهو يواجه معاش نفسي خاص يتميز بكارثة نفسية لا يستطيع الفرد وصفها لانها صامتة . (Arnaux.DJ,Berjeret.J,pp,36-37)

### 6-التفسير الإكلينيكي للإكتئاب الأساسي:

يقوم التفسير الإكلينيكي للإكتئاب الأساسي أولا من خلال علاقة الاخصائي السيكوسوماتي أو المحلل النفسي بالمريض أي نمط العلاقة و ثانيا من خلال الأعراض التي تسمح بتشخيصه.

و هذا ما تأكد عليه Nathalie Michaud-Quarton (2004) فهي ترى ان هناك علاقة خاصة و غريبة ، فالمفحوص عادة يأتي موجه من طرف الطبيب و هذا عند تعقد الاضطراب

الجسدي ، لا يظهر عليه اي تغيرات غير اعتيادية ، كما انه لا يبد اي طلب مساعدة ، فهو لا يعاني ، لذلك مارتي ينبه الاخصائي على مراعاة هذا النظام، فالمريض لا يرفض المختص ، و انما راجع الى سياقات يستعملها ،تبتعد عن الميكانيزمات المعتادة للعصاب العقلي او الذهان ، فالمفحوص يعرض حالته و كانه يتحدث عن شخص آخر كما ان المحلل قد يشعر بان المفحوص يعيش خارج عالمه و ذلك من خلال البرود العاطفي الذي ينتابه(Nathalie Michaud-Quarton,2004,P.407)

ويضيف Claude Smadja 2004 أن أول ما يصدّم المحلل أو المعالج هو عدم قدرة المريض عن التكلم عن الخبرة التي عاشها ، ليس لأنه يرفض التكلم أو بسبب الشعور بالعار أو الذنب، كما لا يرجع الى فقدان هذه الخبرة من خلال اصابة جسدية ، ولكن لا يستطيع التحدث لأنه لا يجد الكلمات التي تعبر عنه و عن الخبرات التي عاشها، لأن لديه فقر في التمثيلات التي تسمح بمعرفة هذه الخبرة الإكتئابية ، و عندما يسعى إلى التكلم يعبر أولاً بصياغة لغوية سلبية مثلا يجب مسح كل الخبرات السابقة كما يجب وصف الأحداث التي تحدث حالياً.( Smadja.C,2004,p.1246)

فالمفحوص لم يختار العلاج و لن يرفضه ، و لكن كل هذا يحدث بدون انفعالات ،كما لا يستطيع المفحوص أن يرجع إلى ماضيه و تاريخه الطفولي ، فلا يوجد رجوع الى الحياة الداخلية، فالإكتئاب الأساسي كما ذكرنا هو عبارة عن أزمة بدون ضجيج.

لذلك يكون خلل في العلاقة ما بين المعالج و المعالج و التحويل و التحويل المضاد و الذي يترجم من خلال إلغاء السلم الدينامي العقلي للنشاط الأساسي ، و خاصة التقمص الاستدخال و الاسقاط ، الازاحة و التكثيف ، و ارتباط الفكر و الغاء الحياة الهوامية، مع ربط و اختفاء الليبدو(Nathalie Michaud-Quarton,2004,P.407)

فلا يظهر الشعور بالحزن ولا الالم النفسي ولا الشعور بالذنب، ولا الشعور بنقص قيمة الذات حتى لا يوجد قلق، لأن حل محله التعب الذي يعبر عن المعاناة النفسية (Nicolas Coparros,sans date,p.01)

فالمفحوص يحاول وصف هذه الحالة بصور غير عادية كما يرى أن ما يعيشه يصعب فهمه و هذا راجع الى ترك العديد من التمثيلات التي لا تحقق له التكيف ، فممكّن أن يستحضر هذا الفقدان كمنقذ أو منجي من حالته السابقة و الناتجة عن الخبرات الإكتئابية الخارجة عن

إطار اللذة ، فهي تشير إلى حالة لا نمطية للمعاناة النفسية المرتبطة باستثارة، بغض النظر عن طبيعتها .

كما يلاحظ المختص إنفصال مابين الكلمات و العواطف الذي قد يدل على التناذر الألكستيمي، فالفيونومينولوجيا الخاصة بالاكتئاب الأساسي تصبح واضحة من خلال التفكير العملي. فسكون العواطف و الإستثمار الإدراكي فهو يدل على الجدول العيادي للصمت الإكلينيكي .

#### 7 - التفسير النفسنشوني للإكتئاب الأساسي :

يرى Gills Gressot في مقاله La depression essentielle أن Marty P يفسر السببية النفسنشونية للإكتئاب الأساسي على أساس الظواهر البدائية الأولية ، فيرجع الإكتئاب الأساسي إلى سمة تهيئ إلى خلل التنظيم التدريجي، تكون مرتبطة بالفرد الذي يعيش معاش غير آمن (Arnaux.DJ,Berjeret.J,2002,p.05)

فGills Gressot يشير أولا للعلاقة أم طفل ثم إلى مصطلح التنظيمات النفسية السيئة أو ما يعرف Les inorganisations تكون ناتجة عن عوامل وراثية و/أو عوامل نفسية نشونية ، تتميز بقصور التنظيمات الوظيفية النفسية و تشمل التثبيتات و النكوصات و يضيف اليها Marty P بعض حالات التخلف العقلي ، تنتج هذه الحالات المرضية عند أفراد يعانون من سوء التنظيم العقلي ترجع الى عوامل وراثية و نفسية ، كما تظهر عندما نلاحظ ظروف نفسية عاطفية و محيطية سيئة، مثل الحرمان وضعف في العلاقة الأمومية نتيجة مشكل عقدة الأم الميتة التي تحدث عنها Andree Green و الذي يذكرنا بالاكتئاب الطفولي الذي يحدد السمة الأساسية لوجود الموضوع، و الممتص من طرف الحداد فتظهر نتائجه على مستوى الإستثمار الخاص بالموضوع الأمومي و عدم القدرة على التقمصات اللاواعية للأم الميتة التي لم تسمح بتكون جهاز صاد الإثارات، أو أنه غير كاف، فيظهر هذا الخلل في الطفولة بشكل مبكر أو متأخر في المراهقة و سن الرشد تبعا لصدمات الحياة و الصدمات الأساسية.

و نتيجة لذلك يفسر Marty P (1998) في كتابه l'ordre psychosomatique les mouvements individuels de vie et de mort على أساس مايلي:

### 7-1- الحدث الصدمي:

نجد أن Marty P (1998) يرجع سبب الإكتئاب الأساسي إلى حدث صدمي يؤدي إلى عدم إيجاد القدرة على التعقيل الجيد، الذي يؤدي بدوره إلى خلل التنظيم النفسي التدريجي مؤديا إلى خلل تنظيم جسدي، الذي يكون راجع إلى قوى متعارضة ذات حركة ضد تطويرية يغلب عليها نزوات الموت.

بمعنى أن الحدث الصدمي لديه أثر في تغيير النشاط العقلي ، بحيث يظهر عدم القدرة على الإستعاب و تجاوز ذلك الحدث، الذي يخلف من الناحية الاقتصادية فيض من الإثارة تكون مفرطة بالنسبة لطاقة الفرد على التحمل و بالنسبة لكفاءته و القدرة على السيطرة على الإثارات و إرصانها نفسيا ، بمعنى أن هناك زيادة كبيرة في الإثارات لدرجة تصنيفها أو إرصانها بالوسائل المعتادة و المألوفة تنتهي بالفشل ، فيصبح تراكمها مرضيا و تنهار الدفاعات التي تصرف تلك الطاقة ، و يظهر نشاط عقلي من سماته العيش في الحاضر و الآن دون ظهور حياة خيالية. (Marty P,1998,p.201)

### 7-2- مستوى نشاط أو تراكم الطاقة:

إذا أتينا تفسير الإكتئاب الأساسي على هذا النمط : أنه يكمن على مستوى نشاط أو تراكم الطاقة النزوية الغريزية ، و كذلك إفلاس في الطاقة أو ما يسمى بإفلاس غرائز الحياة ، فهذا التفسير يكون على أساس كمي أي كمية تسرب الطاقة أو احتباسها ، أما على أساس نوعي فهو متعلق بدلالة هذا العرض و كيف ينشأ إلى أن يحدث خلل في التمثيلات و على مستوى الإرصان و التعقيل و هيمنة نزوات الموت بدلا من نزوات الحياة.

### 7-3- غياب غريزة الحياة:

فسر Marty P الاكتئاب الأساسي على أساس غياب غريزة الحياة على مستوى النشاط العقلي ، فقد سمى الاكتئاب الأساسي لغياب الأعراض الواضحة للاكتئاب و لغياب القوى النزوية الغريزية و المتمثلة في غرائز الحياة مع عدم ارتباطها بالايجابية العرضية. و هذا ما يؤكد عليه Gorot J (2001) من خلال قول Marty بأن المشكل الذي يكمن في الإكتئاب الأساسي ، يظهر على مستوى كمي خاص بالنشاط الاقتصادي النزوي و الإفلاس على مستوى نوعي، فهو متعلق بالنمط أو بالنشاط السيميولوجي

La depression : douleureuse mentalisation ب مقاله المعنون ب Augustin Jeanneau يؤكد في أن غياب غرائز الحياة تدل على غياب الدراما و تكون غير واضحة و ببساطة غير مفهومة و غير معروفة ، مضاف إليها غرائز الموت و التي تصبح سيدة المكان (Arnaux.DJ,Berjeret.J,2002,p.14)

#### 7-4- التثبيات و النكوصات:

كما يفسر Marty P (1984) الإكتئاب الأساسي على أساس التثبيات و النكوصات فهو يرى أن التثبيات الذي أساسه تحليلي و الذي يدل حسب Freud إلى تراكم الليبيدو في المناطق الشبقية، أما النكوص فهو راجع إلى تلك المراحل المثبتة و أن الحركة النزوية لغرائز الموت تؤدي إلى انهيار القوى و الانفصال النزوي على مستوى النشاط العقلي، يبدو واضحا و الذي يؤثر على النفس و يؤثر على الجسد، و يظهر من خلاله نمط عقلي يتميز بغياب الأعراض الواضحة للإكتئاب، و لكن التمرکز حول الحالي و الآني و الفقر الهوامي و إنتاج خاص للأحلام فتعتبر سمة سلبية.

كما ميز Marty P بين النكوصات الشاملة أو الكلية Les regressions globeles و التي تخص الروابط التي تتدخل في تكوين الشبكة المركزية Faisceau central المتعلقة بالجانب العقلي و الحسي ، و التي تعتبر نكوصات بتثبيات شديدة لا تعرض الفرد لخطر الموت الحقيقي، و حتى و إن كانت الأعراض توحى بنتائج سيئة ، يستخدم المرض في هذه الحالة كدفاع خاص من شأنه ضمان حماية نسبية للشخص .

أما النكوصات الجزئية Les regressions partielles فهي تشكل جزءا من النكوصات الشاملة أو الكلية ، إلا أنها على علاقة بالشبكات التطورية الجانبية و بديناميات المتوازية في ذات الوقت ، تمس العقل و الجسد بنفس النسبة بناء على أنها تستمد نشاطها من غريزة الحياة.(معالييم صالح،2005،ص،32).

#### 7-5- غياب العمليات النفسية:

كما فسر Marty P (1984) الإكتئاب الأساسي على أساس العمليات النفسية الغائبة و التناسق العقلي للعمليات الثانوية حيث تصبح مستقلة عن السيرورات الأولية التي لا تدعمها .

فقد لاحظ أن الإكتئاب الأساسي يلغي عمل الموقعيتين ، ففي المستوى الموقعية الثانية يتعلق الأمر بالهو مستودع الغرائز، و هذا الأخير يكون ليس فارغ لكن مغلق، فالإندفاع النزوي غير مصرف على المستوى العاطفي.

كما يكون الأنا قليل التطور في المجموعة، ويتعلق بالجانب الجسدي بدون أن يتخلص من ذلك بصورة نهائية ، ولم يصل بذلك الى المراحل الكلاسيكية للنضج ، فهو يختلف عن الأنا العصابي ،كونه مرتبط بالثبتيات الجسدية.( Marty P,1967,p.1117.)

فعلى هذا الأساس يكون الأنا مفلس مملوء بالألم، و هذا راجع إلى خلل واضح في سيرورة الاتصال، و توزيع الدفاعات مرتبط بخلل التنظيم و الاتصال مع الهو. ومن جهة اخرى راجع الى تموقعه على قواعد ماقبل الشعور فيكون هش و هذا مايجعله منهار (Marty.P,1984,p1152.)

فالانا لا يكون مرتبط بالتمثيلات ، فهو يوزع فقط السلوكات ، كما يستند لمعطيات الأنا المثالي النرجسي البدائي، فيحاول أن يدافع لكن مفهوم الدفاع قد انهار أمام انهيار التوازن الأساسي ، بالتالي يصبح غير متصل بدفاعات الانا الخاصة بالموقعية الثانية ، كما أن النشاط العقلي الداخلي في هذه الحالة قد اختفي ، و البحث عن التوازن يكون فردي و يركز على مستوى التطور.

فيظهر غياب للمشاعر اللاواعية الخاصة بشعور تأنيب الضمير، و غياب الإدراك من طرف الملاحظ لبعض المشاعر الذي يعتبر عرض أساسي، يكون مفهوم الاكتئاب الأساسي.( Marty P,1976,p.63.)

إذا أتينا أن نفسر قول Marty P فيما يخص أن يكون الأنا غائب بمعنى غياب ميكانيزمات دفاع فعالة بحيث يكون الأنا في هذه الحالة تابع إلى وضعيات خارجية من خلال الأنا المثالي النرجسي ، و غياب هذا الأخير يدل على انحطاط و انهيار للأنا. و بالتالي لا يكون هناك توازن أساسي، و هذا لغياب الدفاعات الفعالة فيشير إلى أثر العلاقات الأولية في تكوين الأنا و دفاعاته .

كما نجد Marty P (1998) قد فسر الإكتئاب الأساسي على أساس مسح و غياب ما قبل الشعور، حيث يقوم هذا الأخير بقمع العلاقات الشخصية و الحقيقة مع الغير و أيضا مع الذات ، فهذه الظاهرة تمس مفهوم الفضاء كما تدل على فقدان قيمة الماضي و المستقبل .

فالأفعال و الحركات ستفتقد قيمتها الخيالية، ترجع أفعال و حركات مباشرة في إطار مكاني و فضائي عقلائي ، فغياب الاتصال بين اللاشعور الذي شكل انقطاع أو انفصال حقيقي في حياة الفرد الذي حل محله التفكير الآني و الحالي البرغماتي، الذي أصبح نظام لكل يوم يعيشه الفرد .

ف Marty P يرى بأن ما قبل الشعور هو النظام المسير لأغلب الميكانيزمات العقلية و ميكانيزمات الجسدنة ، كما أنه يتكون من ثلاثة أبعاد مهمة وأساسية :  
\* السماكة أو الغلاظة Epaisseur و التي تتحدد من خلال نوعية الطبقات الخاصة بالتطورات المتتالية و المكتسبة خلال التطور. و تكشف عن عدد طبقات التمثيلات حسب اتجاهين الأول الإتجاه الأفقي أين تكون مختلف الطبقات التمثيلية تتعلق بمختلف مراحل النمو النفس عاطفي ، أما الإتجاه الثاني فهو عمودي، فيتمثل في اثناء نفس المرحلة التمثيلات الناتجة من منابع مختلفة سمعية أو بصرية ، تكون في تفاعل (معاليم صالح، 2005، ص.30)  
\* السيولة Fluidite فهي العمل الدينامي لما قبل الشعور تعكس التنقل بين مختلف طبقات التمثيلات و العبور من واحدة لاخرى.

\* الديمومة Permanence كما تعرف بالاستعداد العفوي في الزمان لهذا التنقل .

يرى Marty P أن هذه الأبعاد المتعلقة بما قبل الشعور يكون فيها التعقيل جيد و يظهر اختلال التنظيم لما قبل الشعور ، عندما يكون سيئ التنظيم من خلال هذه الأبعاد ، فيظهر الخلل خاصة في أعصاب السلوك أين تكون التصورات العقلية فقيرة أو لا يمكن أن تنجز ، أما عندما يكون ما قبل الشعور مختل التنظيم بصورة دائمة و يتعلق الأمر بأعصاب الطبع سيئة التعقيل أين تكون التمثيلات و الإرصانات العقلية لا تنجز أصلا. (Marty.P,1984,p1152.).

## 7-6- عصاب الطبع سيئ التعقيل وعصاب السلوك:

فسر Marty P الإكتئاب الأساسي على أساس عصاب الطبع سيئ التعقيل، و الذي يتميز بالتكيف الاجتماعي و الخضوع و عدم القدرة على تنظيم قدرات الارصان العقلي، و النشاط الخاص بالموقعية الاولى .

فهو يقترب من العصاب السلوكي نظرا لفشل التنظيم العقلي في القيام بوظيفته ، لأن هناك فقر في العرضية ، و يكون الدفاع على المستوى السلوكي هام مقارنة مع الأعصاب العقلية .

أما عصاب السلوك فيتميز بغياب العرضية الإيجابية و حتى الدفاعات على مستوى الطبع ، فتظهر الهشاشة ، و يغلب الإستثمار الخارجي ، كما أن الانا يكون من سماته الهشاشة، أما الانا الأعلى يظهر كسلطة حسنة ترجع الى المعيار الاجتماعي، فالفرد لم يكتسب خصائص شخصيته.

كما يظهرون أفراد هذه الفئة تبعية للمواضيع الخارجية ، نظرا لعدم تمكنهم من استدخال المواضيع، و بالتالي يكونون عرضة للصدمات و لحركات خلل التنظيم التدريجي في حالة اختفاء أو غياب مواضيعهم المفضلة ، كما تكون حركة خلل التنظيم التدريجي خطر على حياة الفرد نظرا للمسيرة المستمرة التي تاخذها هذه الحركة ، اذ تشمل فساد الانظمة الوظيفية تدريجيا ، فاستجابات عصاب السلوك إلى الصدمات تنتج عنها مباشرة ظهور اكتئاب أساسي و حياة عملية و قد يصل التخريب الى المستوى الجسدي (Rosine Debray,1983,p.p.24-25)

تعتبر هذه بعض التفسيرات السببية النفسية المرضية للإكتئاب الأساسي التي حددها Marty P من أجل معرفة كيفية حدوث الإكتئاب الأساسي و لكن توجد العديد من المصطلحات التي تدل عليه أو تفسر تطوره فنجد ما يسمى بالتناقض السيكوسوماتي و الاقتصاد النرجسي و الذي سوف نتناوله فيمايلي:

#### 8 - التناقض السكوسوماتي و الاقتصاد النرجسي:

لقد عرفنا أن الاكتئاب الأساسي يضم في طياته فقر نرجسي خاصة في النظام النرجسي الأولي ، و هذا راجع كما ذكرنا الى الأحداث الصدمية الأولية التي تسجل مكان خاص بها و يكون هناك فقدان الموضوع مع غياب نرجسي.

إن فقدان الموضوع قد يدل على فقدان نرجسي ثانوي بين الذات و الموضوع، و الذي يدل على الإكتئاب الأساسي ، ف Marty P يؤكد أن الاختبارات المتعلقة بالألم في العموم و الخاصة بالاقتصاد العاطفي، تظهر لنا أن هناك فقر أو عدم الكفاية في الدفاعات الخاصة بالميكانيزمات التقمصية الأولية للطفل في المراحل الأولى، على العكس في الحالات الهستيرية أين نجد هناك نوعية من الاستثمار الأمومي في إطاره الثنائي نرجسي / شبق.

بمعنى أن Marty P حاول تفسير الاكتئاب الأساسي من خلال الانسحاب النرجسي المتعلق بفقدان الموضوع أو فقر في الدفاعات الراجعة إلى العمليات التقمصية الخاصة بالوظيفة الأمومية أين يكون ارتداد نرجسي على الموضوع الخارجي.

أما Fain M et Braunschweig فيقرا أن التناقض السيكوسوماتي لا يكمن فقط في النمو النرجسي و لكن خاص بالتنظيم النزوي الأودي ، فالقصد بالتناقض السيكوسوماتي و الاكتئاب الأساسي هو عندما نلاحظ أن الشخص تحسن مزاجه النفسي و لكن مرافق بجسده ، فإذا حاولنا محاورة الشخص عن إحساسه و مشاعره يظهر نوع من الخجل و كأنه يخفي شيء لا يحب التحدث عنه فهو في حالة جيدة مع ظهور العرض أو المرض لذلك يسميه Sami Ali ب بتولوجيا التكيف.

حيث يؤكد Smadja C (2001) أن بعض مرضاه الذين يحملون مرض صامت كما سماه أو ما يعرف بالسرطان هو راجع إلى عيش معين قام بتفجيره حدث أخير أدى إلى انتشاره ، فيرى ان ظهور أحداث نفسية جديدة تفتح و تزيح مجموعة من التغيرات النفسية و تحقق مكسب نرجسي للعميل من خلال الهروب عن الأنا و تحطيم الجسد يحقق الاستقرار النفسي ( Smadja C ,2001,p.87.88)

فالتناقض السيكوسوماتي من جهة و من جهة أخرى خلل في النرجسية، الذي يدل على الإكتئاب الأساسي ، أما المكسب الثانوي هو متعلق باللاوعي بالجسده الذي يدل على الماسوشية المتعلق بالاستثمار الأمومي.

بحيث يرى Fain M أن الطبع اللاوعي الذي يسجل الوظيفة الأمومية يدل على نشاط جسدي الذي يفسر صمت للأعضاء (Smadja c, 2001,p.93)

يمكن أن يدل هذا الخلل النرجسي على غياب العمليات التقمصية، الذي يظهر على شكل خلل جزئي موجه نحو وظيفة النمو ، بحيث يكون الإستثمار الأمومي غير كامل الذي من شأنه أن يخلق نشاط عقلي غير جيد .

ف Smadja c (2001) يرى أن هذا النشاط النرجسي الغائب، مع سقوط للعمليات الارصانية في النظام النفسي، الذي يعرف ما يسمى ب المرض الصامت *pathologie du calme* بمعنى ظهور اكتئاب بدون أعراض و الذي يتحدد من خلال الجسده و ظهور مرض عضوي (Smadja c, 2001,p.93)

إن التطرق إلى التناقض السيكوسوماتي و مفهوم النرجسية و الخلل الذي يحدث إثنين، لا يخلو من التطرق إلى مفاهيم جد هامة ،أولا لمفهوم الليبدو النرجسي و ثانيا ألا وهو مفهوم الإكتئاب و الإكتئابية أو ما يعرف la dépression et la dépressivité

### 9- تعريف الاكتئاب و الاكتئابية:

إن مفهوم الإكتئاب يختلف من عن مفهوم الاكتئابية ، فالمصطلح باللغة الأجنبية يحدد اختلافا واضحا ، أما على أساس اللغة العربية فالتمييز بين المصطلحين يبدو صعب . لقد أطلق مصطلح la dépressivité أول مرة سنة 1995 من طرف العالمان Racamier و Nacht، فهو يدل على تنظيمه دفاعية للنمط النرجسي بحيث يوجه هذا النشاط من أجل سد ثغرة ،أو يحد من أثر التهديدات الخارجية أو الذاتية، فهو يتعلق الأمر بسيرورات استخدالية للصور التقمصية المستقرة و عدم القدرة على الارصان عند حدوث الانفصال ، فالفرد يتعلق بالاستثمارات الأولية فهو لا يستطيع تكوين نفسه و لا يستطيع تقبل الفقدان (Corcos M, 2003, p. 93) .

فيرى Racamie R أن هناك فرق بين la dépressivité dépressive أي اكتئابية الاكتئاب و déprime dépression المكتئب إكتئابيا ، فهذا الأخير يدل على شخصية لها قاعدة تنظيم خاصة مثل ما هو الحال في الحالات العصابية و الذهانية .

أما la dépressivité فهو عبارة عن نشاط نرجسي ضد الموضوع، مرتبط بحداد غير ناجح بمعنى ليس لديه حلول إستثمارية للموضوع و مرتبط بالافتناع بالفقدان .

نستطيع أن الفرق بين عمل الحداد و عمل الانفصال بالمثال التالي عندما يكون هناك انفصال لزوجين نقول أن الفرد يعمل حداد للشريك فالحداد مرتبط بالموت، و ليس بفقدان الحبيب ،فالانفصال و الغياب هنا دائما الموضوع حاضر، تتدخل فيه العملية الشعورية كما تظهر العديد من العمليات كالغيرة و الرغبة، في الآخر فهذا يسمى انفصال، أما الحداد وعمله يكون بالفقدان الكلي عن طريق الموت (Jocelyn Aubut, 2002, p. 45).

لكن نلاحظ لدى المريض السيكوسوماتي أنه لا يوجد تقبل ولا للانفصال و لا لفقدان بالموت ،فالشخص أو الموضوع يكون مستدخل بطريقة حاضرة ، و بالتالي يكون هناك خلل يحل محله la dépressivité فالإكتئابية هي مرتبطة بعدم القدرة على عمل الحداد، و عدم

القدرة عن الانفصال عن المواضيع المثالية الطفولية، مع عدم القدرة على إصلاح الموضوع المفقود و الخضوع لهذه الحياة فتظهر مشكلة النرجسية .

فهي كما سبق الذكر عبارة عن نظام خاص لنشاط عقلي و ليس بنية ، فالالاكتئابية تأتي من أجل تهديدات القلق البدائي الذي يؤدي إلى خلل التنظيم التدريجي.

فحسب Corcos M (2003) أنها تتطلب طاقة معتبرة و دائمة الإنتاج من أجل المحافظة على هذا الهدوء ، أو ما يسمى بالزمانية الاكتئابية ، التي تدل على حل اكتئابي، و التي قد تكون ناتجة عن انقطاع عمل الحداد ،الذي يترجم على وجه مختلف و الذي يعكس التنظيم العقلي للنشاط السيكوسوماتي بحيث يترجم في مصطلح الاكتئاب الأساسي. ( Corcos M, 2003, p. 93.

و هذا ما نجد يؤكد عليه Sami Ali (1998) في كتابه Le banal من خلال إعطاء مقولة لإحدى مرضاه الذي يقول : je me sens pas triste mais effrayée et mon corps qui est triste .

يمكننا أن نعلق أن الأزمة الحادة التي تعقب التهديدات أو الخوف من فقدان الموضوع و الترك تؤدي إلى تغيير أساسي في السلوك ، و في الجسد مع غياب الألم النفسي الذي سد بما يعرف بالاكتئاب الأساسي ، و الذي يظهر على شكل مرض جسدي بدون موضوع نفسي و الم .

فعلى هذا الأساس الاكتئاب الأساسي لا يستطيع أن يمثل عمل الحداد بشكل طبيعي عادي ، و لكن بشكل مرضي لأن الجهاز النفسي من شروط عمله ، أن يكون هناك ارضان نفسي للحداد ، فنحن نعلم أن الحداد يتشكل عندما يكون استدخال ناجح للموضوع المفقود بمعنى موضوع أولي خارجي، و لكن أصبح الموضوع في هذه الحالة موضوع داخلي نرجسي ، فالحداد يعطي في الوقت نفسه المكان ضد الاستثمارات المتعلقة بالنظرة العملية للموضوع. فتكون إمكانية الإنكار ملغية، حيث يغيب مع خلل التنظيم العقلي و الموضوع النرجسي الداخلي في الوقت نفسه يظهر .

إن الخلل في عمل الحداد فيما يخص الإكتئاب الأساسي يدل على عدم القدرة على الاستعاب لفقدان الموضوع ، و ارضانه بطريقة أين يوجد حل لهذا الصراع ، قد يدل هذا فقدان إلى نوع من الاكتئاب الذي يقال عنه الاكتئاب الاتكالي أين يسحب الليبدو النرجسي

و يكون مشكل في النرجسية ، و على هذا الأساس سنحاول تفسير الاكتئاب الأساسي من خلال معرفة الاكتئاب الاتكالي الذي تحدث عنه Spitz.

### 10 - علاقة الاكتئاب الأساسي بالإكتئاب الاتكالي:

في سنة (1946) ظهر أول بحث للاكتئاب الاتكالي على يد Spitz ، و اكتمل وصف هذا الاكتئاب في عدة كتب نذكر على الأخص في كتابه المعنون بـ *de la naissance a la parole* فهو يتعلق الأمر بإكتئاب يظهر في المراحل المبكرة من حياة الرضيع، خاصة في العام الأول من حياته، فهو يعتبر لدى المحللين النفسانيين نموذج أولي نظري لقاعدة الاكتئاب الأساسي فيما بعد، فهو يرى بأن الاكتئاب الاتكالي انه عبارة عن تناذر أو أزمة من الأعراض تظهر لدى الرضيع من 6 إلى 8 أشهر، و الذي يكون نتيجة إنفصال الطفل عن الأم ، حيث يبدأ هذا التناذر تدريجيا ببكاء مبالغ فيه ويعقب هذا البكاء تكتم كبير مع مرحلة انعزال ممتدة. كما لاحظ Spitz وجود تظاهرات عدوانية لدى الرضيع في هذا العمر لكن تخفي شيء فشيئا، كما يظهر لديهم تأخر في منحنى النمو» ( Kreisler L,2004,p.163 )

وهذا ما نجد Kreisler (2004) يؤكد عليه ، يبين في أن أصل الاكتئاب الأساسي وطريقه أن هؤلاء الرضع لديهم ضعف في كل القوى الحيوية مع تكتم كبير، مضاف إليه انعزال مع بطئ نفس حركي ، و خلل في التنظيم النفس الجسدي ، كما أن هذا الاكتئاب يكون جد واضح في مرحلة الاوديب من 3 سنوات إلى 4 سنوات الذي يدل على إشكالية اكتئابية وخليط نفسي خاص، مع حركات عاطفية، كالخوف والحزن، مع حصر والشعور بالذنب، أو ما سماه Boulby (1978) [ A, F:Pour Fear F.A.G.S.] : تدل على Anxiety ، Syndrome و G:Guilty,S: Sadness. وتلي هذه المراحل مرحلة أخيرة سماها Spitz الصلابة المجمدة التعبيرية التي تظهر كما يرى بعد ثلاث أشهر من الانفصال.

( Kreisler L, 2004 ,pp. 163-185 )

نحن نعرف أن هذا الانفصال يؤثر فيما بعد في الحياة الحيوية للشخص، وعلاقته بالموضوع الأمومي، وهذا عكس إن وجدت حيث يكون هناك إعادة ذلك النشاط الحيوي ، حيث أقر أنه رغم رجوع هذا العمل إلا انه يغير من النشاط الذي سجل لدى الرضيع ، بحيث تبقى هناك آثار مع العمر .

إذا أتينا أن نحل معنى هذه الآثار قد يشد بنا الانتباه إلى الآثار الصدمية، أو الحدث الصدمي بمعنى هذا الانفصال يخلق أحداث صدمية، وهذه الأحداث قد تدل على تثبيتات أولية، وقد تكون نقطة رجوع إليها في الحياة البعدية، أي في البلوغ أو مراحل الرشد .

فالإكتئاب الاتكالي يخلق آثار جد هامة ينكص إليها الفرد في حياته، التي قد تذكره بالحدث أو يهرب إلى تلك الوضعية البدائية، أو أنها تخلق له نوع من التفكير .

و هذا ما يؤكدته Marty P في كتاب ل Smadja C (2001) فإذا أتينا أن نربط الإكتئاب الأساسي و الإكتئاب الاتكالي نضع في الدائرة مسألة غياب الموضوع أو فقدانه أو الانفصال عنه و كلا النوعين من الإكتئاب يرتكز على هذه الأسس المذكورة ( Smadja C ,2001,p.59 )

فنجذ Spitz (1979) قد ركز على مظهر هذا الإكتئاب و سماه ب la maladie de carence affective أي مرض الحرمان العاطفي الذي ينتج عن مرض في العلاقة بالمواضيع المتعلقة بالثنائية أم/ طفل من خلال صورتين، الأولى متعلقة بعلاقة لا يوجد فيها الانتظام الكيفي أما الثانية لا يوجد فيها الانتظام الكمي . ( Kreisler L,2004,p.163 )

يقصد بالخلل العلائقي بين الأم و الطفل ، على مستوى كيفي أي نوعية العواطف و الإحساسات التي يتلقاها الطفل في مراحل النمو التي تمنحها الأم ، و هذا حسب نمط الشخصية. أما على أساس كمي أي الكم هل هو قليل أم كثير من العواطف التي تبديها الأم مفرطة الحماية la mère poule .

حيث يرى أن في هذا النوع من الإكتئاب العلاقة غير كافية ، فيها تقصير ، أين يتدخل العامل الكمي و يتطور هذا الإكتئاب، و ستستدخل هذه العلاقة التي تتميز بالنقص و عدم الكفاية مع التأكيد على مفهوم فقدان الموضوع.

إذا أردنا ربط الإكتئاب الاتكالي بالإكتئاب الأساسي فهذا جد واضح ف Marty P يؤكد أن أصل الإكتئاب الأساسي هو راجع إلى فقدان الموضوع الذي يدل على خلل التنظيم التدريجي ، فمدرسة IPSO و هذا حسب Smadja C (2001) تركز على مفهوم غياب الموضوع في مختلف مراحل حياة الفرد و يكون هذا الغياب بطريقة مباشرة أو غير مباشرة ، قد يكون الأصل فيه راجع إلى السنتين الأولى من حياة الرضيع. « فنجد Marty P اهتم بموضوع غياب الموضوع و مفهومه و كذلك بفقدان الموضوع البيولوجي و الذي يعد نفسيا غائب في

الاكتئاب الأساسي و هذا ما نجده في أبحاث André Green (1980) أو ما سماه عقدة الأم الميتة ( Smadja C ,2001,pp.59 ,60 )

إن مصطلح الإتكالية يدل على الإكتئاب الأساسي ، فمصطلح Anaclitisme يشير إلى مرحلة حياتية يكون الطفل محتاج إلى حياة نفسية أكثر منها بيولوجية ، فهو في تبعية للشخص الذي ينميه و يحميه ، و الذي يدل على نمو نزوي أولى للطفل أو تهميش مصطلح الفردية و استدماج مصطلح التركيب ، فالطفل في هذه المرحلة يواجه سيرورات متعلقة بالموضوع و لكن ليس هناك اكتمال للموضوع المكون له و الاستقلالية عنه.

أما حسب Winnicott (1988) فهو يرى أن نفسية الطفل لم تكتمل بعد أو غير مندمجة و التي لا تستطيع التمييز بين *non moi /le moi* .

أما حسب Marty P و هذا من خلال كتاب Smadja C (2001) فيرى أن الرضيع يبدي مرحلة اسمها *inorganisation relative de la mosaïque primaire* أي تنظيمات سيئة نسبية للفسيفسائية الأولية التي تظهر لدى الرضيع في الحياة الأولى. « ( Smadja C ,2001,p. 60 )

رغم هذا المصطلح إلا أن الباحثين يتفقون على أن الحياة النفسية تنطلق من مفهوم العلاقة الأولية بالموضوع ، و سيرورة الأحداث الحياتية و مخلفاتها على الفرد، التي تصبح فيما بعد ككسر أو شق داخلي للنسيج النفسي مخدوش غير ناضج يدل على طفل صغير . كما نجد أن هناك نقطة ثالثة يشترك فيها الاكتئاب الاتكالي و الاكتئاب الأساسي ألا و هي مصير النزوات بعد فقدان الموضوع .

فوجد Spitz (1979) أيضا يركز على مبدأ Freud للنمو النفس- جنسي ، في مرحلة الشبقية الذاتية للنمو *auto-érotique* لنمو الجسم الذي يكون موضوع الإشباع النزوي ، فالنزوات الجزئية لديها استقلالية نسبية حسب كل عضو ، في هذه الحالة يكون عدم الدمج أو فسيفساء الأولية ، حيث يوجد في هذه المرحلة نزوات غير معروفة بين الإشباع النزوي و الموضوع المدرك أين يفهم أن هناك موضوع ممتد إلى إلام الذي يوجد الوحدة النفس - جسدية للطفل مع الوقت.

حيث يؤكد Smadja C (2001) إن كل فقدان موضوع يدل على فقدان الذات أو ما يسمى *la perte narcissique* أو فقدان النرجسي، إن الامتداد إلى الموضوع الأمومي يدل على ازدواجية

للسيرورات العقلية أو إلى النكوص نحو موضوع الجسم الذاتي ،حيث يخلق نوع من العمل نزوي ،جنسي ،و تهديمي.» ( Smadja C ,2001,p. 62 ) .  
كما يظهر لدى هؤلاء نتيجة الحرمان العاطفي، ارق ،و فقدان ، للوزن، و هذه النتائج دائما نجدها في الاكتئاب الأساسي ،ف Marty P يفسر الاكتئاب الأساسي حسب وجهة نظر ميثا سيكولوجية حسب درجة خلل التنظيم التدريجي لتتابع السيروتين، سيرورة عدم الاتصال الممتدة بحضور تهديم و تخزين داخلي، و سيرورة إعادة الاتصال محددة من خلال المرضية الماسوشية.

### 11 - الحياة الجنسية و الإكتئاب الأساسي:

إن الحياة الجنسية بمعناها الواسع في الاكتئاب الأساسي تكون ملغية فهي تتعلق بتظاهرات غير متصلة بالجنسية و معناها الحقيقي ، فهناك انعدام للإحساس و هذا راجع إلى خلل التنظيم التدريجي المتعلق بالآثار الجد عميقة، و قد تكون متعلقة بالدرجة الأولى بعدم القدرة على التنظيم ، كما قد تدل على كبت الخشاء حيث لا يوجد في الذاكرة ، سوى المعنى الحقيقي للخشاء الذي يؤدي إلى غياب الأفعال العاطفية ، فالشخص لا يستطيع اكتساب محاكاة جديدة فهو يقمع مع استعمال الاجتياف و الاستدخال الذاتي «نشير انه لا توجد دراسات كثيرة تؤكد على هذا الجانب ،و لكن ظهور عدم الرغبة الجنسية و انخفاض نشاط الليبدو قد يدل على الاكتئاب الأساسي و هذا ما يؤكد Marty. ( Marty P Fain M, 1994, p.64 ) ]

### 12- تطور و مصير الإكتئاب الأساسي:

إذا كان الاكتئاب الأساسي يلاحظ كما ذكرنا سابقا من خلال التنظيم التدريجي، فهذا من شأنه يكمل مسيرته ويمتد إلى حياة عملية مزمنة، مع حالة أو وضعية جد حساسة و استقرار لوضع غير مستقر، مع العلم إن هذا الخلل التدريجي يكون كاف حيث لا يسمح بإعطاء مكان لإعادة التنظيم التلقائي.

فهذا الاكتئاب مرتبط و مصحوب بنظام الذي يستطيع أن يقطع ولا يسمح بإعادة التنظيم التدريجي، فخلل التنظيم خلل يوقف عادة البناء الشخصي بأكمله، كما يظهر الاكتئاب الأساسي على شكل أعراض تختلف عن الأعراض السابقة الذكر ، و التي تكون كامنة غير

ملاحظة والتي تحدد باسم نشاط خاص، يسمى بالنشاط العقلي ، و الذي يمكن أن يلاحظ من خلاله الاكتئاب الأساسي.

### 13- علاج الاكتئاب الأساسي:

علاج الاكتئاب الاساسي يكون جد صعب خاصة لدى شخص أولا لا يوجد لديه أعراض لكي يعالجها و ثانيا الشخص غير مقتنع بالعلاج لانه لا يعي حالته النفسية ، و ليس لديه رغبة في العلاج لانه و بكل بساطة لايعاني من قلق يركز Marty P على ضرورة و اهمية التكفل المبكر بالمريض ، و يجب التعامل مع الاطباء كونهم مصدر رئيسي لتشخيص هذا النوع من الاكتئاب، و هذا من أجل اعادة و تحقيق التوازن النفسي و الحيوي للفرد.

لذلك يجب الاعتماد على التحليل النفسي للاضطرابات السيكوسوماتية الذي يركز على ايضا العلاج بالسند ، كما يجب خلق العلاقة ذات الطابع الامومي اين يكون هناك قدرة على التقمص و التجاذب الوجداني ، كما يجب على الاخصائي وضع علاقة تتطلب المواجهة عن طريق تعابير الوجه و ذلك من أجل معرفة الايماءات و الحركات و تلقينها للمفحوص .

اما Rosine Debray فاضافت الدور الأمومي الاولي الذي يلعبه الاخصائي من اجل احداث اتصال من خلال العينين الذي يسمح بوضع سند فعال من اجل التحمل و التعبير اللفظي من خلال قراءة الجسد. (Nathalie Michaud-Quarton,2004,p.09)

كما يجب التركيز على العمل من أجل اعادة الخيال و يكون من خلال تقييم الفرد لذاته و جسده و البحث و مدى وعي الفرد و تقييم الايحاء ، كما يجب ابراز جانب العمل الشخصي من اجل اعادة التخيل عن طريق تمرينات ، كما اشارت الى ضرورة اخال الهوام في الادراك الشبكي من اجل القضاء على المشاكل الجنسية التي تنجر عن الاكتئاب الاساسي.و يجدر الاشارة أنه سوف نتناول العلاجات المستخدمة بنوع من التفصيل في الفصل الموالي الخاص بالاكستيميا.

### الخلاصة:

يمكن أن نلخص بأن الاكتئاب الأساسي عبارة عن خبرة مألوفة تتعلق بالحساسية العاطفية الى درجة عدم وجود معاناة نفسية و لا أي قلق، أو أعراض الاكتئاب الكلاسيكي لدى الاكتئاب الأساسي الألكستيميا تتجاوز حدودها لدرجة فقدان الانفعال Athymormie ، قبل هذه المرحلة ظهرت مرحلة تتميز بالصراع و النضال و لكن سرعان ما يظهر السقوط في الفراغ الناتج عن فرط الحس لأي مثير ، كما يقع في الجمود ، فالعلاقة ما بين الاكتئاب الأساسي و الجسدية هي سببية ، فالإكتئاب الأساسي في مجمله عبارة عن كاريكاتور للتفكير العملي فهو الوصف الذي يسلب الضوء على هذا الجانب، و أيضا على الغاء و مسح ميكانيزمات الدفاع المتعلقة بالجانب النفسي العصبي ، مع غياب المصادر العقلية الحركية التي تسمح للفرد بأن يبدي رد فعل كإحباط او مثبط، فيظهر نوع من اللامبالاة بما يحدث له، بدون عواطف ، لا يدافع عن نفسه ، يعيش السلبية في حياته و كأنه شبه مخدر و لكن هذا التكيف الزائد و المرضي يجره الى اضطرابات جسدية خطيرة و التي سوف نذهب في الاستقصاء عنها من خلال الجانب التطبيقي و مدى مصداقيتها لدى العينة الدراسية و المتعلقة بمرضى السرطان.

## الفصل الثالث: الألكستيميا كنشاط عقلي مميز

- تمهيد.

- 1- تعريف الألكستيميا.
- 2- خصائص الألكستيميا.
- 3- أنواع الألكستيميا.
- 4- نظريات الألكستيميا.
- 5- الألكستيميا و النشاط العقلي السيكوسوماتي.
- 6- تأثير الألكستيميا على الجهاز الفيزيولوجي.
- 7- الألكستيميا و ميكانزمات الدفاع.
- 8- الألكستيميا وعلاقتها ببعض السمات و الشخصيات.
- 9- الألكستيميا و الاضطرابات النفسية.
- 10- إنتشار الألكستيميا.
- 11- أدوات قياس الألكستيميا.
- 12- العلاجات النفسية الخاصة بالألكستيميا.

- الخلاصة

## تمهيد:

إن الجانب الوجداني جد مهم في حياتنا اليومية ،فمن خلاله نعيش توافقا نفسيا و جسديا و إجتماعيا ، بل قد يجعلنا نتفوق في علاقاتنا مع أنفسنا و مع غيرنا كما قد يبعثنا نحو التفوق و الإبداع هذا و بكل بساطة نتمتع بذكاء وجداني، و الذي يشير الى قدرة الفرد على الانتباه و الادراك و التبصر الجيد للإنفعالات و المشاعر الذاتية، و فهمها و صياغتها بوضوح و تنظيمها وفقا للمراقبة و الادراك الدقيق لإنفعالات الآخرين و مشاعرهم و هذا من أجل الدخول معهم في علاقات إنفعالية إجتماعية إيجابية تساعد الفرد على الرقي العقلي و الإنفعالي و المهني و تعلم المزيد من المهارات، و بالتالي فهو يركز على المعرفة الوجدانية و إدارة الإنفعالات تنظيمها و التعاطف و التواصل الاجتماعي، لكن نجد أشخاص يعانون من فقدان كل هذه الخصائص المذكورة ، فيظهر عليهم عجز في التعبير الانفعالي او ما هو معروف في المصطلحات الغربية بـ Alexithymia او Alexithymie الذي ترجم الى العربية بمصطلح التكتم لكن إذا تأملنا في مصطلح الألكستيميا فهو أوسع من ذلك و لا يدل على مصطلحي عجز التعبير الانفعالي أو التكتم ، فعجز التعبير الانفعالي هو خاصية من خصائص الألكستيميا فيعتبر هذا المصطلح غير شامل، بينما مصطلح التكتم عادة يكون واعي شعوري اما الألكستيميا فلا ، جزء منها واع و الاخر غير واع و خاصة عندما يتعلق الأمر بسمات في الشخصية ويعبر عن تركيب بنيوي .لذلك سوف نستعمل مصطلح الألكستيميا ، حيث نتطرق الى التعرف على هذا النمط من النشاط العقلي و ابراز خصائصه و أهم النظريات المفسرة له وصولا الى الطرق العلاجية المنتهجة لتخفيف منه او القضاء عليه.

### 1- تعريف الألكستيميا:

إن المصطلح في أصله الإغريقي Alexithymia مركب مما يلي: A : اداة نافية تعني عدم وجود أو غياب .بينما Lex: من lexis وتعني اللفظ أو الكلمة Thymia . من thymos :

وتعني مزاج أو عاطفة، مشاعر ،انفعالات. (Celine Jouanne,2006,p.193)

هو مصطلح صيغ من طرف Sifneos سنة 1972 ، يعبر عن العجز أو الصعوبة في المعرفة و التعبير عن الإنفعالات والأحاسيس عن طريق الكلام. فهو يصف نظام خاص متعلق بكيفية إدارة الحياة الإنفعالية لدى مرضاه.و الذي يعرف من خلال الخصائص التالية:

- صعوبة في التعرف على المشاعر أو العواطف و التميز بينها و بين الأحاسيس الجسدية و الإثارة العاطفية.
- صعوبة وصف المشاعر و العواطف و الإنفعالات و التعبير عنها بالكلام للأخرين.
- محدودية الخيال و تقلص للحياة الهوائية.
- نمط تفكير موجه نحو العالم الخارجي.و الذي سوف نتطرق اليه بالشرح في العنصر الموالي.

حيث يتضمن هذا المفهوم مجموعة من الخصائص العاطفية ، الانفعالية و المعرفية الملاحظة لدى بعض الأفراد، حيث وُصف أولاً لدى المرضى النفسجسديين، ثم بعد ذلك لدى أصناف من المرضى خصوصا الذين يعانون من بعض اضطرابات الضغط التالي للصدمة (PTSD) و اضطرابات الإدمان و الشخصيات التابعة، و اضطراب السلوك الغذائي كما في حالات القهم Anorexie. و النهم العقلي Boulimie .

حاليا معروف بخلل التعبير الانفعالي ، و البلادة العاطفية ، و الافازيا العاطفية ، أين يظهر عدم القدرة على الإتصال بين الإنفعالات و الأفكار التي تكون على العموم مصاحبة بعضها لبعض من جهة، ومن جهة أخرى هو عبارة عن محتوى أو تركيب معرفي يرجع الى خلل و عجز في نظام الأحلام و الهوام و التفكير الذي يركز على الواقع الملموس الغير الإستبطاني.

## 2- خصائص الألكستيميا:

من أجل تشخيص الألكستيميا يجب تواجد الخصائص التالية:

### 2-1- صعوبة معرفة ووصف المشاعر و العواطف:

أو ما يعرف بالعجز عن إدراك الانفعالات وتمييزها عن الإحساسات الجسدية أو التعبير عنها بواسطة اللغة ، فالشخص الذي يعاني من الألكستيميا يجد صعوبة في التعرف على حالته الإنفعالية مثلا هل هو سعيد؟ لكن في وقت لاحق قد يشعر الشخص بشعور غامض يدل على إنفعالات قوية مثل الحزن ،غضب مع اختناق أو غيظ، و يبقى في حيرة من أجل تجمع هذه الأسباب الخفية التي ولدت هذه العواطف، فهو لا يملك الصورة التي حفزت هذا المزاج.

و في معظم الاوقات لديه شعور بعدم الإرتياح من شئ يتغير داخل جسمه مثلا زيادة معدل ضربات القلب، أو إحمرار الوجه. و عندما لا يجد الكلمات التي يعبر بها عن مشاعره قد يتلعثم أو يجيب جواب آخر أو ببساطة يغير الموضوع. لكن في أغلب الأحيان يعبر جسديا أو من خلال التعبير المرضي النفس - جسدي.(Jason Thompson,2009,pp.24-25)

حيث يرى Maurice Corcos(2011) أن الفرد الذي يعاني من الألكستيميا كأن جسده مفصول عن رأسه ، و هذا الذي يمنع العمليات و السيورورات أن تقوم بالاتصال ، و أن تصف حالة الحزن أو الغضب أو الفرح . فتبقى كميات من الطاقة على الجانب و بالتالي تؤدي إلى وضعيات شدة من ناحية التفكير و موزعة على الجسم.( Maurice Corcos, Gerard Pirlot 2011 p72)

فهم يتميزون بضعف المشاركة الوجدانية أو التقمص ،لديهم صعوبة في فهم دوافعهم و رغبات الآخرين فتكون أغلب علاقتهم الشخصية نمطية ، أما عندما يتحدثون عن أمورهم الخاصة في كثير من الأحيان نجد وصف طويل خاص بالأعراض الجسدية ،و هذا راجع

الى عدم القدرة على التميز بوضوح و بين الأحاسيس الجسدية و المشاعر الإنفعالية و بالتالي هذا الوصف قد يدل على محاولة للتعبير عن المشاعر . ( Maurice Corcos ,Mario Speranza ,2003,p.156)

بينما يؤكد Zimmermann G و Reicherts M (2007) أن هذا العجز في التعبير عن الإنفعالات لا يتميز بغياب التظاهرات الإنفعالية و لكن بصعوبة في التعرف و التمييز ، و أن المختصون في دراسة الإنفعالات يفترضون وجود ثلاث سيرورات في ظهور الإرصان عقلي للإنفعالات ، يجب أن تكون هناك سيرورة عصبية فيزيولوجية مثل التعرق ، أو زيادة ضربات القلب، و السيرورات السلوكية و التعبيرية مثل تعبيرات الوجه ، و السيرورات المعرفية العقلية و الخبرات . و بالتالي يحدث التعرف و تحديد الانفعالات ووصفها للاخرين فالتعبير الإنفعالي حسب هؤلاء هو ميل الفرد الى إخراج كل ما بداخله من عواطف و مشاعر عن طريق التعبير باللغة و هذا ما يفتقد إليه الأفراد الذين يعانون من الألكستيميا.

ويرجع Lecours S و Robert G (2009) هذا الخلل في معرفة و تحديد المشاعر و العواطف الى عدم القدرة على الارصان العقلي للعواطف و يمكن معرفة هذا الخلل من خلال تقييم التعقيل الخاص بهؤلاء الافراد بواسطة تحليل المحتوى عن طريق الشبكة الخاصة بالقدرة على الارصان اللغوي للعواطف و المعروفة تحت اسم GEVA أو La grille d elaboration verbale des affects ان عدم القدرة على التعرف على المشاعر و العواطف يحدث حتما عدم القدرة على وصفها للاخرين أو الإتصال عن طريقها.

## 2-2- محدودية الخيال:

إن من الخصائص الأساسية لمفهوم الألكستيميا هو مفهوم محدودية الخيال أو العجز في القدرة على تشكيل الصور في العقل من خلال التذكر عن طريق الخبرات الحسية ، كما

أنه ليس مرتبط فقط بالتصور ، و إنما أيضا بعدم القدرة على استحضار الإنفعالات الماضية مهما كان نوعها أو شدتها .

فالخيال يمنحنا الأساس للتعاطف و القدرة على أن يكون الشخص فعال و يتعامل مع عواطفه و حالته الانفعالية و مع الآخرين.( Jason Thompson,2009,p26) .

فالاشخاص الذين يعانون من الألكستيميا يتعاملون مع الخيال في القيام بانجاز الوظائف الخارجية أو حل المشاكل المتعلقة بالعمل أو بناء أفكار مفيدة ،و هذا الخيال يدل على العجز في القدرة التخيلية بمعنى خيال قصدي و ليس عفوي .

فوجود التخيل العفوي يحمل الصورة التجريبية للانفعالات الجسدية ، و هي أمر ضروري للتمييز و التفكير و التعبير عن المشاعر . يقوم العقل لدى الاشخاص الذين يعانون من الألكستيميا من السيطرة على التخيل و المراقبة من خلال التفكير،حيث يكون الخيال العاطفي العفوي متعذر التطبيق.

و أيضا الفرد في هذه الحالة لا يملك القدرة على مواجهة العواطف الإنفعالية القوية التي تأتي مفاجئة و بالتالي تهدد قدرته في التغلب عليها ( Jason Thompson,2009,p27)

كما ترى Céline Jouanne (2006) أن محدودية الخيال راجعة الى فقر في الحياة الهوائية فالحلم متواجد و لكن محتواه فارغ ،الهومات قليلة و أيضا الذكريات .قد يطلب من المفحوص أن يحكي حلم و لكن يجد صعوبة كبيرة ، فهو لا يستطيع أن يتحدث بإنفعالاته.

ف Joyce McDougall (1974) اقرت بان الفرد الذي يعاني من الألكستيميا لديه تفكير عملي و يظهر عليه القليل من الأحلام و الهوام ، و الخيال أما في الاطار العلاجي فنجد غياب أو قلة المشاركة الوجدانية أو التقمص الوجداني Empathie للآخرين ، مع ضعف الصداقات و المعارف مع الآخرين ( Maurice Corcos, Gerard Pirlot,2011,p26)

## 2-3- التفكير الموجه نحو العالم الخارجي:

عدم قدرة الفرد على توجيه نفسه لمعرفة عالمه الداخلي من أجل معرفة مشاعره ، يظهر توجيهها للعالم الخارجي المادي، مع تكيف مطلق لهذا العالم ، مدرك بالحواس للحقائق المادية و الموضوعات .لهذا السبب يوصف هؤلاء الاشخاص بالألات البشرية أو رجال من خشب ، فحياتهم مليئة بالأحداث اليومية و المواضيع الملموسة. ( Jason Thompson.2009,p.27)

فهو تفكير برغماتي نفعي، يركز المفحوص على وصف دقيق للأحداث وللأعراض الجسدية دون محتوى عاطفي إنفعالي، هناك فقر في الكلمات العاطفية و الأسلوب القصصي يكون دائما واقعي بدون هوامات او رمزية مع الميل الى وصف الأحداث و الظروف.و هذا ما يعرف بالتفكير العملي.

فيعتبر Gerard Pirlot (2014) أن التفكير العملي هو أساس التفكير الواعي الذي يتواجد في الألكستيميا ، كما أنه يوجد في بعض السياقات التصنيفية للأشخاص الذين يعانون من اضطرابات سيكوسوماتية ، أين نجد التفكير النفعي و الواقعي و الموجه نحو المواضيع الملموسة المادية و التقنية ، التي لا تستعمل المكانيزمات الدفاعية العصائية أو الذهانية و الابتعاد عن كل الذكريات و العواطف و الإنفعالات.

فالشخص هي هذه الحالة جدي و فعال و متكيف مع الواقع و مع الآخرين ، لديه علاقات حسية حركية، دون تظاهرات وسواسية ، مع افتقار إلى المرجعية الداخلية العلائقية بمعنى علاقته بالموضوع الحقيقي المعاش داخليا منقطعة.

كما يؤكد Robert G و Lecours S (2009) أنه لا يمكن تقييم الألكستيميا قبل أن نقيم التفكير العملي فيجب أولا فهم هذه الظاهرة لأنها أساس السيكيوباتولوجي للألكستيميا رغم يجب تحديد

الجانب الوصفي العيادي الذي ركز عليه Sifneos و Nemiah و هو محدودية الحياة العاطفية و عدم القدرة على التعرف على العواطف ووصفها للأخرين.

بالإضافة الى هذه الخصائص التشخيصية الأساسية نجد بعض الخصائص الثانوية أو بعض السلوكيات التي ترتبط بمفهوم الألكستيميا فمثلا نجد :

## 2-4- ضعف إعادة التنشيط الانفعالي او التفاعل العاطفي :

بمعنى القدرة على التفاعل العاطفي أمام الأحداث و الذي يدل على ضعف رد الفعل اتجاه المشهد الذي عادة يخلف إنفعالات ، فيبدي الفرد مستوى عال من الإستجابات التي تدل على الألكستيميا ، فيكون هناك ضعف في تنظيم و ضبط العواطف الذي يترجم في بعض الأحيان بانفجار مفاجئ على شكل غضب عفوي أو بكاء ، و ربط هذه العلاقة بين التظاهرات السلوكية الشديدة ، و الأحداث المفجرة تعد صعوبة في التفسير لأن هناك ضعف في الإستبطان ( Olivier Luminet J. Taylor,2003,p.p.4-3 )

## 2-5- انعدم التلذذ و السلبية:

تعتبر كلمة لا الإستجابة المفضلة لدى الأفراد الذين يعانون من الألكستيميا حتى عند طرح اسئلة للإجابة مثلا الطقس جميل هل تود الخروج في نزهة؟ حيث أن الإجابة تكون سلبية مثلا لا ....حسنا أو غير متأكد .....أعتقد أنها سوف تمطر ، إعتبر فرويد أن السلبية هي قمع .

و هذا ما يؤكد عليه Olivier Luminet حيث لاحظ لديهم فقدان التعرف على اللذة و الألم أو ما يعرف L anhedonie من خلال دراسة احصائية أثبتت أن هناك معامل ارتباط مرتفع، فكان هناك معامل ارتباط الاككتاب منخفض بمعنى كلما كانت الألكستيميا مرتفعة كان انخفاض القدرة على التعرف على الألم و اللذة و هذا راجع الى غياب الاستبطان. ( Olivier Luminet J. Taylor,2003,p.p.4-3 )

## 2-6- توهم المرض:

تظهر لديهم جميع الأعراض الجسدية مثل : تسارع نبضات القلب، و لكن الفرد غير قادر على تحديد هذه الأعراض الجسدية تماما مثل عواطفه، و يعتقد أنها مرض عضوي و ليس نفسي ، كما أن الوسواس المرضي مرتبط جدا بالألكستيميا (Jason Thompson,2009,pp.88-95)

## 2-7- الامتثالية الإجتماعية:

بمعنى أن الفرد يعيش حياة عادية و لكن هي في نفس الوقت مرضية لا تظهر الأعراض المرضية إلا من خلال التكيف الزائد ،هذه الإمتثالية العالية للمجتمع تلغي الحياة الشخصية من أجل طاعة المعايير الاجتماعية. و الذي اسمته J Mc Dougall بالنظام Normopathe أي النظام العادي المرضي.(André Mariage, Patrice Cuynetb,2008.)

## 3- أنواع الالكستيميا:

يمكن تحديد نوعين من الألكستيميا، الألكستيميا الأولية و الألكستيميا الثانوية .

### 3-1- الألكستيميا الأولية:

يعتبر Freyberger (1977) أول من ميز بين الألكستيميا الأولية و الثانوية ،فالأولية تؤدي الى اضطرابات سيكوسوماتية كعامل إستعدادي ، فهناك عجز في الأحاسيس و المشاعر و ليس في الانفعالات ،حيث يكون خلل في الجهاز اللمبي و القشرة الدماغية فالحاء القشري لا يستطيع أن يعطي الصورة الخيالية و التفكير الذي تستعمله اللغة من أجل التعبير، فتؤدي الى استجابات غير متكيفة و غير مألوفة لتلك الواردة في جزء من الالكستيميا ،فحسب Sifneos الألكستيميا تنشأ من عوامل جينية وراثية و هذا ما وجده عند توأم حقيقي.

فالألكستيميا عند بعض الباحثين تعرف بعطل التحويل بين نصفي الكرة المخية وهذا ما أكد عليه Smith و Taylor (1990) فقد أظهر أن هناك اختلافا بالنسبة للأفراد الذين يعانون من الألكستيميا و الأشخاص العاديين أثناء الإتصال الذي يحدث بين نصفي الكرة المخية (Zimmermann G, Salamin V, 2007, p84)

فحسب Guilbaud فان الألكستيميا الأولية راجعة الى اضطرابات التقمص او المشاركة الوجدانية. (Gerard Pirlot, 2014, p.75)

### 3-2- الألكستيميا الثانوية:

لا تنشأ عن أساس عصبي و لكن عن خبرات صدمية مدمرة و الخبرات الصدمية الطفولية ووضعيات الشدة ، قبل اكتساب اللغة التي يمكن أن تجعل الطفل لا يستطيع التعبير عن إنفعالاته عن طريق اللغة ، فهي تدخل في اطار التنظيم النفسي.

فMaurice Corcos (2011) يرى أنها لا تظهر فقط لدى مرضى الاضطرابات النفس-جسدية و إنما أيضا لدى الأفراد الذين يعانون من الضغوط التالية للصدمة PTSD و الأشخاص المدمنين على المخدرات و الكحول المزمن، و الأشخاص الذين لديهم قهم عقلي ، و الشراهة ، و السيكوباتيين و الحالات الحدية.

فهي رد فعل دفاعي ضد التعرف على الإنفعالات و تؤدي الى تطور و حدة المرض .فقد لاحظها Freyberger (1977) لدى الاشخاص الذين يعانون من قصور كلوي و أيضا لدى الأشخاص الذين تم زرع لهم أعضاء ، فأقر أن هذه الألكستيميا مرتبطة بصدمة إنفعالية مصحوبة بمكانيزمات دفاع خاصة منها الإنكار، الذي يحسن من المعاش الصعب للمريض ( Maurice Corcos, Gerard Pirlot, 2011, p26)

في هذه الحالة تكون الألكستيميا الثانوية رد فعل حمائي للعواطف التي تكون سيئة التنظيم في الأنا البدائي ، حيث يكون تشويهه في القدرة على معرفة المشاعر و بالتالي رفض الادراك

الخاص بالمشاعر و الهلوسات السلبية للعواطف أو يظهر فيض إنفعالي يلجأ منه الفرد الى الحماية أو خطر الجسدنة (Gerard Pirlot,2014,p75) و يمكن اعتبار هذه الألكستيميا كحالة ناتجة عن وضعية صراعية تسمح بتحقيق التوازن و التكيف. كما قد تكون أساس اضطرابات نفسية و معرفية.

André Mariage (2008) يعتبر الألكستيميا كحالة أو وضعية مرتبطة بأوقات إكتئابية أو أزمت إكتئابية ناتجة عن رد فعل لأحداث صدمية، بمعنى أنها ثانوية ناتجة عن قلق راجع إلى مرض خطير أو أحداث صدمية هامة التي نستطيع أن نرجعها كميكانيزم دفاعي مؤقت .

اما Fukunishi و آخرون فقد نشروا العديد من الدراسات التي تؤكد على وجود الألكستيميا كسمة لدى الأشخاص الحاملين فيروس VIH و الاطفال الذين يعانون من أمراض الدم الخطيرة. و ايضا Taylor و Bazine فقد أكدوا أن هناك الألكستيميا كسمة و التي تدل على نمط من الشخصية المستقرة و تفهم من خلال التفسير الدينامي ، و تعرف على أنها نوع من التفكير الذي يتميز بالنمط الواقعي النفعي ، و فشل الترميز الخاص بالصراع و عدم القدرة على تكون الخيال ،مع تقدير ضعيف للذات و قمع للعواطف الذي يسمح بتطور و وجود إكتئاب أساسي ، الذي يكون بدون أعراض مع نشاط عقلي يحرض على حياة طبيعية مرضية أو تهدد بخطر فشل التعويض السيكوسوماتي. (André Mariage, Patrice Cuynetb,2008.) .

و من أنصار هذا الطرح نجد Olivier Luminet (2013) الذي تحدث عن الاستقرار النسبي و المطلق للألكستيميا و الذي أقر بأن العديد من الدراسات أظهرت ارتباط الألكستيميا بالاضطرابات السيكوسوماتية و الاضطرابات العقلية و لكن لا يزال الغموض في دور الألكستيميا كعامل مفجر أو كعامل يحدث هشاشة نفسية، كذلك فيما يخص هل الألكستيميا رد فعل اتجاه الوضعيات المحرجة؟.

فيدرج في هذا الطرح العديد من الدراسات التي تؤكد على دور الألكستيميا كسمة في الشخصية ، فيرى أن في عام 2000 أكدت سلسلة من الأبحاث على ان الألكستيميا تعتبر كإستجابة مرتبطة و تابعة لمزاج الفرد فهي ترتبط إيجابيا مع الاكتئاب و الحصر، كما أكدت هذه الدراسات أن الألكستيميا مستقرة اسقرارا مطلقا و هذا من خلال قياسها عدة مرات مع ظهور نفس النتائج .

لكن فيما بعد أتت دراسات أخرى و أكدت أن هذا الإستقرار نسبي و يظهر نتيجة وضعيات شدة أو نتيجة لنمط الأعراض المصاحبة للألكستيميا ، فالدراسات السابقة لم تعالج أصل هذا التغير الذي يحدث في درجات الألكستيميا الذي قد يكون راجع الى تغير شدة الضغط الذي يعاينه الفرد ، كما يجب تقييم ما إذا كانت الألكستيميا كبعد في الشخصية الذي يؤدي إلى إحداث اللاضطرابات السيكوسوماتية و العقلية، فيرى أنها مستقرة نسبيا في سياق التغيرات الهامة و متعلقة بمزاج الفرد و محيطه و بيئته ، حيث أظهر في دراسته على مرضى يعانون من الإكتئاب الجسيم و كانوا يخضعون للعلاج عن طريق مضادات الاكتئاب لمدة 14 أسبوع فتوصلت النتائج إلى تغير كبير فيما يخص الأعراض الإكتئابية لمدة قصيرة مع إستمرار لتواجد مرتفع لمستوى الألكستيميا، حيث ظهرت هناك علاقة طردية و بذلك يؤكد Olivier Luminet بأن الالكستيميا كسمة مستقرة في الشخصية بدلا من رد فعل تابعة لحالة مزاجية مؤقتة.

ثم أجرى دراسة أخرى مع Mikolajczak سنة 2006 تتعلق بالاجهاد اعتمد على طلبة الجامعة قسم علم النفس ، حيث قاما بدراسة الاجهاد و الألكستيميا قبل الإختبارات بأسبوع ثم قبل إجراء إختبار الإحصاء بساعات فأسفرت النتائج كالتالي ، ارتباط الألكستيميا بوضعايات الضغط قبل أسبوع من بدا الاختبارات و استقرار مرتفع نسبي للألكستيميا بساعات قبل الامتحان و الذي يدعم على تواجد الألكستيميا كسمة مستقرة نسبيا و تتأثر بالمتغيرات و الحالة النفسية .

كما قدم دراسة أخرى مع Rokbani و Ogez و Jadoulle سنة 2007 تحاول دراسة استقرار الألكستيميا لدى الأشخاص الذين يعانون من مرض خطير يؤدي الى الموت فاخثاروا نساء يعانين من سرطان الثدي و حاولوا دراسة الحصر قبل الخسوع للعملية الجراحية و دراسة الألكستيميا، فكانت النتائج تدل على ارتفاع كبير للحصر مع ظهور نشاط الألكستيميا و بعد 6 أشهر قاموا باعادة تطبيق الاختبارين فتحصلوا على درجات منخفضة لمستوى القلق مع استمرار ارتفاع لمستوى الالكستيميا و خاصة في البعد المتعلق بصعوبة التعرف على الإنفعالات و البعد المتعلق بالتفكير العملي، فيؤكدون على تواجد الألكستيميا لدى الأمراض الخطيرة و تواجدها يدل على أنها نظام في الشخصية بمعنى سمة.

و في سنة 2008 قام Luminet، Hers، Luts،Timary بدراسة استقرار الالكستيميا لدى المدمنين على المخدرات و الكحول ، كما اقرروا بأن المدمنين على الكحول يظهرون أعراض اكتئابية و حصرية و تخنفي هذه الأعراض عند الإمتناع عن تناول الكحول ، فتتغير العمليات الفيزيولوجية عند أول الامتناع و تصاحبها اختفاء للأعراض الإكتئابية عند الانتهاء تماما عن التعاطي ، فأظهرت النتائج عن استمرار تواجد مستوى الألكستيميا رغم إنخفاض هذه الوضعيات النفسية و الذي يدل على أن الألكستيميا كسمة في الشخصية.(Olivier Luminet, Nicolas Vermeulen,2013,p.p.61-64) رغم أن هناك العديد من الدراسات التي أثبتت عكس ذلك على نفس الاضطرابات و التي سوف نذكرها لاحقا.

لكن نجد Joyce McDougall تعطي تفسيراً ملماً للألكستيميا كدفاع و أيضا كسمة في الشخصية فهي ترى أن الفرد الذي يعاني من الألكستيميا يظهر لديه أول المطاف اضطرابات عصبية تشريحية الذي يؤدي إلى تعقيل سيئ ،فهي تنظر إلى الألكستيميا كظاهرة نفس-جسدية قد تكون كدفاع اتجاه الألم النفسي أو الألم الذي لم يستطع الفرد وصفه. (Gerard Pirlot,2014,p73-81)

فهي نتاج لميكانيزم دفاعي جد بدائي الذي يسمح للفرد بحماية ذاته من قلق فقدان الموضوع فسيرورة الانكار و التقمص الاسقاطي و الانشطار المتواجدة لدى الفرد الذي يعاني من الألكستيميا تسمح له بقطع العلاقة مع الصراع النفسي و تجنب خطر النكوص إلى الوضعيات سكينوبرانويد. Schizoparanoïde، فحدة التجنب العاطفي يؤدي الى كبت مطلق ذو طبيعة تجنبية.

فهي ترى حسب فرويد أن العواطف لديها ثلاث مسارات ، إما التحويل أو الإزاحة أو التحول إلى قلق، و تضيف مسار رابع و هو تجمد العواطف التي تؤثر على التمثيل اللفظي . . (André Mariage, Patrice Cuynetb,2008.) .

اما فيما يخص الفرد السيكوسوماتي فهي ترى ن الألكستيميا تظهر كعجز في الإقتصاد السيكوسوماتي ، فتقدم فكرة ميكانيزمين دفاعيين يستعملهما الفرد من أجل الحماية،أولا نجد استعمال فقدان العطف la desaffectation أما الدفاع الثاني الانفصال أو التشتت La dispersion .

حيث أن الميكانيزم الأول يظهر عندما يكون هناك تمثيلات مشحنة بالعواطف في مجال الوعي، فيقوم بقذفها وخراجها بصورة مبكرة وقائية ،فتصل الكلمات بدون عواطف ، هذه الكلمات فارغة من محتواها العاطفي و النزوي.

أما الدفاع الثاني و هو الانفصال والتشتت فهو قريب من الألكستيميا و التفكير العملي راجع الى تشتت الإنفعالات و المشاعر المؤلمة و اللجوء الى الحدث أو الفعل او الحل عن طريق التعاطي و الادمان.

فالألكستيميا تعتبر كسيرورة حقيقية في التكيف سواء كانت تدل على سمة من الشخصية او قد تكون راجعة الى تفاقم المعاش النفسي ، حيث أكدت دراسات في فرنسا أن هناك شخصيات برتغالية و اسرائلية و مغاربية تستعمل الألكستيميا كأسلوب تكيفي للحالة

الإنفعالية أو ترجع هذه الحالة الى الطفولة المبكرة و التربية المتحصل عليها من طرف الوالدين.

ومن جهة أخرى فقد ترجع الى نظام معاشي ، فمثلا الدول الامريكية تعيش نظام برغماتي نفعي ، أما لدى البعض الآخر فتعتبر الألكستيميا كعجز حالي مرتبط بواقع و بدفاعات و استجابات لبعض المتغيرات الخارجية المتعلقة بالإنفعالات و التي تسمح بتوفير الأمن للفرد و مواجهة كل ما يبدو له صعب ، فهنا تعتبر الألكستيميا كدفاع و ليس كسمة في الشخصية و قد تظهر نتيجة صدمة أو حداد أو انفصال ، فالنظام النزوي ليس به تعقيل و غير مرصن و لا يستطيع الفرد أن يصفه، فتعتبر الألكستيميا كهلام أو مهرم يداوي النزوات و الإنفعالات فهي تحمي الفرد. (Céline Jouanne ,2006,pp.193-209)

#### 4- نظريات الألكستيميا:

يمكن اعتبار الألكستيميا مصطلحا متصلا بين السواء والمرض حيث يتموقع الإنسان على نقطة من هذا المتصل في فترة من فترات حياته نتيجة لعوامل ومتغيرات عديدة. ويشيع التكم في عموم الناس بنسبة 5% إلى 23% حسب المقياس المستعمل وتركز أغلب المداخل النظرية على النموذج العصبي الفيزيولوجي والمعرفي والدينامي أو التكاملي كما في نظرية Taylor (قريشي عبد الكريم، زعطوط رمضان، ص01) و في هذا الاطار سوف نتطرق الى النظرية العصبية المعرفية و نموذج القصور في تنظيم الشخصية مقابل نموذج ميكانيزمات الدفاع و المنظور التحليلي للمصطلح:

#### 4-1- النظرية العصبية المعرفية:

اقترح Maclean (1949) أن الافراد السيكوسوماتين يجدون صعوبة في التعبير اللفظي عن المشاعر بسبب نقص الارتباطات بين النظام الطرفي و القشرة المخية ، ووضع كل من

سيفنيوز و نيمياه نظرية عصبية للقصور في التدفق بين ماتحت المهاد و مراكز اللغة في القشرة المخية .

و أيضا الدراسات التي أجراها Hoppe و Bogen (1977) اللذان فحصا 12 حالة من نصفي المخ المنقسمين جراحيا ، حيث قدما دليلا تشريحيا ثابتا أن النصف المخي الأيسر يكون مسؤولا عن اللغة و التحليل و المنطق و الاستدلال ،في حين يكون النصف المخي الأيمن متخصص في الادراك البصري المكاني و التركيبي.

فالمشاعر الذاتية هي نتاج لنظام معالجة إنفعالية أساسية ، و الذي يعمل مستقل خارج الخبرة الشعورية.والمفتاح الرئيسي في هذا النظام الخاص بإنفعالات الخوف و الغضب و هو اللوزة Amygdala التي هي جزء من اللحاء الأمامي الذي يقوم بتقدير الدلالة الوجدانية للمثيرات التي يواجهها الفرد، متضمنة المثيرات من داخل العقل الخاصة بالتفكير و التخيل و التذكر و المثيرات من البيئة الداخلية و الخارجية، و يكون تمثيل العواطف عن طريق الكلمات و الخيال و التأمل من خلال ممرات اللوزة اللحائية والفشل في نقل المعلومات الوجدانية من النصف الأيمن للمخ إلى النصف الأيسر يمكن يسهم في مرض فيرزيولوجي يصاحبه الألكستيميا. (صلاح الدين عراقي محمد، 2006 ص204)

اما قريشي عبد الكريم فيرى بأن Bucci تم تطوير نموذج عصبي معرفي يرتكز على النموذج الخطي الذي يؤكد أن التجهيز الحركي والمعرفي للإنفعالات لا ينتهي بالوصول إلى مستويات أعلى من التجريد والمنطق بل هو عملية مستمرة؛ ويقترح لتفسير ذلك نظرية التشفير المتعدد .

فالمخططات المعرفية للانفعال تتشكل أولا بواسطة عمليات أولية مثل الاحساسات الحشوية والحركية ، ثم عن طريق الصور التجريدية والرمزية ، أما المخططات الانفعالية اللفظية فتتمو لاحقا مرتكزة على دلالات اللغة ومعانيها. ويشير إلى أن المخططات اللفظية وغير اللفظية

ترتبط معا بطريقة نوعية دقيقة ،ولابد أن تتزاج التمثيلات الحسية الحشوية والحركية للإنفعالات بالصور النوعية في المجال غير اللفظي قبل أن ترتبط بدلالاتها اللفظية في اللغة. إن الألكستيميا حسب هذه الآليات المعرفية العصبية أكثر من كونها فقرا في ألفاظ اللغة المعبرة عن العواطف والمشاعر، بل هو عجز في ترميز الحالات الإنفعالية البدنية سواء لفظية أو غير لفظية، وهذا ما يجعل الإستثارة الانفعالية التي تهز البدن بدون محتوى معرفي مقابل، بل ويزيد في أزمانها مما يؤدي إلى آثار خطيرة على الصحة النفسية والجسدية(قريشي عبد الكريم،زعطوط رمضان)

#### 4-2- نموذج القصور في تنظيم الشخصية مقابل نموذج ميكانيزمات الدفاع:

يقترح Freyberger و Sifnoes نموذج قصور مشابه لنموذج Marty و Michel de M'Uzan، يشير إلى أن سمات الألكستيميا تنتج عن قصور في تنظيم الشخصية على العكس من نموذج الدفاع كون الألكستيميا كرد دفاعي .

في حين أشار Nemiah إلى أن الأعراض السيكوسوماتية ،سواء الفيزيولوجية أو التي تتعلق بالفزع تنشأ عندما يكون قصور في المعالجة المعرفية العليا ،كما فحص العمليات التي تحدث كاستجابة للاحداث المثيرة للوجدان، حيث وصف مجموعتين من ردود الافعال و هما: المجموعة الادراكية المعرفية و المجموعة الوجدانية ، إلا هناك ادراك شعوري و تقويم معرفي للحدث و إستجابة ثانوية للإثارة البدنية و الإنفعالية،و هذه الإستجابة الثانوية تمر بعملية تقويم نفسي لعدة مكونات و تشمل إعادة تحديد الإنفعال إلى مشاعر و توليد التخيلات التي تعبر عن المشاعر و ربطها بالذكريات الخاصة بها، كما يشير إلى أن الألكستيميا تعد إضطرابا في مكان ما عبر هذه السلسلة من العمليات في الإستجابة الوجدانية،يرجع الى قصور في الدفاعات النفسية أو الى إضطرابات فيزيولوجية في المسارات و الأظمة العصبية التي تكمن فيها المعالجة النفسية.

يستطرد Nemiah إلى أن معالجة الأفراد السيكوسومتين أنهم لا يستجيبون الى الصراع أثناء العلاج، حيث أن الإستقصاء السيكوسوماتي يوضح مشاعر لاشعورية سوف تشكل صراع داخلي و تولد تكوين الأعراض، و بدلا من ذلك يبدو أن العملية السيكوسوماتية هي إظهار لأوجه قصور في الأنا و قدرته على توليد الخيال وهذا ناتج عن إضطراب في النمو الارتقاء المبكر أو الارتداد من الأشكال الأكثر نضجا من الوظائف النفسية. ( صلاح الدين عراقي محمد، 2006، ص205)

### 4-3- المنظور التحليلي:

#### 4-3-1- التفسير المتابسكولوجي للألكستيميا:

يقر Maurice Corcos (2011) أن المنشئية السببية للألكستيميا تكمن وراء عاملان ، أولا الجانب البيولوجي أما العامل الثاني راجع الى الصدمات النفسية ، وكلاهما يؤثر على نمو الفرد و طريقة استجاباته اتجاه المؤثرات الخارجية ، الذي يؤدي الى نشاط بيولوجي بدائي خاص أو ثانوي ناتج عن استثارة صدمية مفاجئة .

فالصدمات النفسية المعاشة في الطفولة تؤدي الى كبت القدرات الترميزية و التمثيلية خاصة التي تتعلق بتمثيل الحالة الانفعالية و هذا حسب Krystal ، و كذلك من مخلفاتها توقف النمو العاطفي و الحياة الهوامية ، فيصبح الأطفال غير قادرين على تنظيم أو تعديل الوضعيات الصدمية لأنهم لا يملكون نمو للميكانيزمات الدفاعية مثل الإنكار أو القمع اللذان يؤديان الى الحماية من أثر الوضعيات الإنفعالية الشديدة ، و يجب الإشارة أنه قد تحدث هذه الصدمات في سن متأخرة حتى و إن اكتمل النمو العاطفي فتظهر بذلك الألكستيميا.

ومن الواضح أن بعض الوضعيات الصدمية قد تستوجب الرجوع و النكوص إلى مراحل طفولية ، أين تكون الانفعالات معاشة بطريقة غير متميزة الذي يؤدي الى ظهور

الجسدنة ( Olivier Luminet, 2007, p188.)

كما يؤكد Maurice Corcos (2011) بأن هؤلاء الأشخاص يتميزون بتواجد عاطفي جد مقلص أو منخفض أو انتقائي ، ناتج عن خلل علائقي أولي ، يبدو لديهم محدودية الإنفعالات و العواطف بحيث يلجؤون إلى إستراتيجيات غير فعالة لحل خبراتهم العاطفية المألومة. و هذا الخلل العلائقي يكمن أولا في : عامل الحرمان العاطفي المبكر الذي يولد ضعف و هشاشة تهيئ إلى تكوين درع دفاعي ناتج عن الأنا إلى جانب تأثير الجانب البيولوجي مضاف إليها الصدمات المبكرة التي تبقى تؤثر بشكل ثابت على النظام التكويني للأنا الذي يسمح بتكوين قوى دفاعية غير فعالة.

ثانيا نجد عامل أو دور الموضوع الأولي: ف Andre Green يرجع الألكستيميا الى مشكل يكمن في عدم قدرة الرضيع تمثيل الموضوع الأولي و دور صاد الإثارات الذي يتميز بإفلاس إتجاه النزوات مع عدم القدرة على الإسقاط الخاص بالموضوع المكون من طرف الأم، فتظهر هلوسة سلبية تكون فارغة قابلة بأن تملأ بمحتوى شبقي ذاتي أو التعلق بمواضيع خارجية الذي من شأنه أن يشرح مفهوم الاكتفاء الذاتي النرجسي و التعلق الضيق بالمواضيع.

أما العامل الثالث الذي من شأنه أيضا أن يظهر نشاط الألكستيميا هو عقدة الأم الميتة و هو مشكل يقع بين التوظيف السلبي للتكوين النفسي و الذي يكشف عن بنية تابعة للنشاط النفسي و أساس كل السيرورات الذاتية التي تظهر على شكل مرضي للذين ينتمون إلى التكوين الحدي في المستقبل .

فظهر الألكستيميا لدى الأم تؤدي الى علاقات شخصية مرتبطة باضطرابات التعاطف الوجداني،حيث يظهر ضعف في الفهم الخاص بالإنفعالات من طرف الطفل، و الذي يؤدي تكوين إستراتيجيات خاصة بالإستجابات الإنفعالية الناقصة ، لأن الأم لم تستطع فهم الرسالة العاطفية التي وجهها الطفل إليها ، كما قد تصدر إيماءات تعبيرية تتعارض مع مطالبه الإنفعالية ، و بالتالي الطفل سيكتسب أنماط إنفعالية لا ترتبط مع حالته الداخلية .

بينما العامل الرابع فقد حصره في إشكالية تبادل الإنفعالات و عدم تبادل الإنفعالات في العلاقة أم - طفل في العلاقة المبكرة. ( Maurice Corcos, Gerard Pirlot 2011 p.p 65-69 )

فمن بين التفسيرات النفسية للألكستيميا تلك التي تتعلق بالنمو الإنفعالي العادي للطفل و دور الاضطرابات العلائقية المبكرة للعلاقة أم - طفل و التي تعتبر أساسية في تطوير النمو الإنفعالي الخاص بالطفل، فكلما تعرفت الأم على الدلالات التعبيرية الإنفعالية لطفلها كلما سمحت لها الفرصة بتقييم و فهم الحالة الداخلية لطفلها و الإستجابة بتظاهرات تعبيرية صحيحة و كافية عن طريق الوجه و الصوت . فالطفل عادة ما يستعمل تعابير الوجه .

إن سلوك الأم اتجاه هذه التعابير يدل على المعلومة التي تلقتها و التي تعبر عن حالتها الانفعالية و نتيجة لهذه الإستجابات يستطيع الطفل أن يكون الإستجابات الإنفعالية الخاصة به . فهذه المشاركة الوجدانية أو التقاسم المتبادل للمشاعر و الإنفعالات سواءا كانت لفظية أو غير لفظية بين الأم و ابنها تعتبر وسيلة هامة من أجل إكتساب القدرات الخاصة بالتنظيم الإنفعالي لدى الطفل فيما بعد.

وفى دراسة Rochester, Mackay - Soroka, Goldberg، على عينة من الأطفال لتحديد الفروق بين استجابات الأمهات للأطفال فى كل من أسلوبى التعلق الآمن، والقلق التجنبى حيث اتضح أن أمهات الأطفال ذوى أسلوب التعلق التجنبى كانت استجابتهن فى أدنى درجاتها تجاه تعبيرات الإنفعال السالب لأطفالهن، وأن أمهات الأطفال ذوى الأسلوب المقاوم أو المتناقض كن أكثر إستجابة اتجاه الإنفعالات السالبة ولكن مع إهتمام أقل بالإنفعالات الموجبة، أما أمهات الأطفال ذوى التعلق الآمن فقد إستجبن للتعبيرات الإنفعالية الموجبة، والسالبة، والمحايدة، هذا بالإضافة إلى أنهن غالباً ما يعلقن تعليقا لفظياً على إنفعالات أطفالهن على سبيل المثال : (أراك اليوم فى حالة مزاجية طيبة) أما أمهات الأطفال ذوى الأسلوب التجنبى أو المقاوم فكانت تعليقاتهن قليلة للغاية، فالتعلق الآمن يتيح الفرصة للأطفال للتعبير عن عدد كبير من الإنفعالات، بينما التعلق التجنبى يجعل تعبير الأطفال

عن إنفعالاتهم قليل، حيث يتعلم الأطفال كبح أشكال الإنفعال السالب مع اتصافهم بالاستثارة الإنفعالية، أما الأطفال ذوى الأسلوب المقاوم يلجأون إلى الانفجار بالبكاء، كما اتضح أيضاً من هذه الدراسة أن أمهات الأطفال ذوى الأسلوب التجنبى يعانين من صعوبة فى التمييز بين تعبيرات الحزن وقد يدركن التعبيرات المحايدة على أنها تعبيرات اهتمام والضيق وبذلك يمكن القول أن من الممكن أن ترتبط الألكستيميا بأساليب التعلق الغير الآمن وأيضاً باستراتيجيات التنظيم الإنفعالى اللاتكيفية . ( هشام عبد الرحمن الخولى، 2005، ص10)

فالاتصال الانفعالي بين الأم و الطفل يسمح بتحقيق التزامن في التفاعل الانفعالي و الاتصال بالحالة العقلية في آن واحد، بينما القدرة على تقاسم العواطف هو أساس النمو العاطفي ، و الرجوع الى الإنفعالات الإيجابية و الخبرات التي تحقق الأمن في الوسط العائلي يلعب دور هام في النمو العاطفي و تكوين الذات. كما أن التعبير اللفظي يسمح للطفل باكتساب وعي أفضل لحياته العاطفية المعقدة و المختلفة، فقدرة الطفل على تكوين تمثيلات لغوية و الصور المتعلقة بالأحداث الإنفعالية يساعد في تنظيم و دمج الخبرات العاطفية التي عاشها ، فالقدرات التمثيلية و التفكير في الخبرات الشخصية يسمح للطفل بأن تحمل بعض الحالات العاطفية ، ويتعلم أيضاً أن يستعمل إنفعالاته كإشارة من أجل تطوير إستراتيجيات رد الفعل إتجاه المواقف المحرجة و المجهدة.

( Olivier Luminet, Nicolas Vermeulen, 2013, p.86-89.)

#### 4-3-2- الألكستيميا من وجهة نظر اقتصادية:

يرجع التحليليون الألكستيميا من وجهة نظر إقتصادية الى أنها آلية دفاعية ضد فرط الإستثارة الطاقوية المتعلقة بالجانب العاطفي أي عدم القدرة على ربط التمثيلة بالعاطفة، حيث يكون هذا الدفاع غير مرتبط بالجانب الذهاني بمعنى ليس الشكل النهائي لالغاء الجانب النفسي كلياً و ليس الاستثمار المضاد المتعلق بالعصابي و المكبوتات.

يستعمل الفرد الذي يعاني من الألكستيميا الإنكار و الإنشطار فيظهر في خطابه و سلوكه جمود و صورة فارغة و كأنه شاشة بيضاء ،هذه الدفاعات تتغلب على ميكانيزم الكبت الغير كامل الذي يترك توزيع طاقتي حر غير صاد للإثارات بالطريقة الكافية.

فالفرد لا يستطيع إسقاط العواطف ،سواء الايجابية أو العواطف العدوانية،كما لا يستطيع التقمص ، أو التقمص بالمعتدي ،و هذا جد مشهور لدى الحالات البينية ،فيظهر طابع عاطفي علائقي خاص ، فالفرد يشعر بالعدوانية لكن يوجهها بسلبية باردة و صامتة فهي لا تتعلق بالموضوع الخارجي و لكن بالصورة الداخلية التي عليها ضباب.

فالأمر لا يتعلق بالاقتصاد العصابي ، الذي لا يستطيع أن يتقبل الخسارة و لكن يستعمل الإنفعالات و يعبر عنها بالكلمات ، و قد يلجأ إلى الفعل و ليس هناك إختزال للنشاط الهوامي و لكن متعلق بنشاط سيكوباتي .

فالأفراد الذين يعانون من اضطرابات سيكوسوماتية لديهم غياب للمشهد الداخلي للحدث بمعنى لا يوجد تمثيل ذاتي ، و تمثيل للغير و الربط الذاتي الداخلي .فلا يوجد تقمص أو ترميز مع عدم القدرة على الإستثمار أو التخيل عاطفيا ، فيكون فريسة لعدم وجود أي قدرة ترميزية لأنه يواجه مشكل في التعقيل و الابتعاد عن القلق الموضوعي. ( Maurice Corcos, Gerard Pirlot 2011 p.p 65-69 )

هذه التمثيلات الرمزية قد تكون صور أو كلمات بينما التمثيلات الفرعية قد ترجع إلى الإحساسات الجسدية أو الحشوية أو الحركية التي نشعر بها أثناء التنشيط الإنفعالي، فالنظام الرمزي خاصة اللغة تسمح للفرد القدرة على التفكير انطلاقا من تحديد حالته الانفعالية و من خلال معاشه الخاص ، ثم تقوم بترجمة شدة و طبيعة هذه الوضعيات و بمعنى آخر تسمح بتواجد تعقيل نفسي للحالة الإنفعالية ،إلا أن الألكستيميا تتميز بقدرات محدودة لتمثيل الحالة الإنفعالية بطريقة رمزية ، و بذلك التمثيلات الفرعية للإنفعالات لا تسمح لها بالاتصال.

و بالتالي يؤدي إلى تضخيم الإحساسات الجسدية المرتبطة بالنشاط الإنفعالي و خاصة التي أساسها فيزيولوجي، أو يكون هناك تفسير خاطئ لهذا التفعيل أو التنشيط الانفعالي و الذي يؤدي الى اضطرابات جسدية ( Olivier Luminet, Nicolas Vermeulen,2013,p.p86-89.)

فالألكستيميا هنا تصبح شكل دفاعي باتولوجي ضد القلق البدائي و ثانوية ضد الاضطرابات العلائقية الأولية أين يكون الجسد غير مستثمر من طرف الفرد و الإنفعالات تمثل خطر التوازن بالنسبة لنا ، فهي تسمح للفرد بتحقيق الحماية ضد الصدمات.و الشعور بالفقدان و الانفصال أو الموت يبقي الفرد غير قادر على إعطاء تمثيلات تحرك النشاط مع خطر التفاجئ أثناء الصدمة تحول رجوع الطاقة الى الجسد .

كما ذكرنا سابقا بان Joyce McDougall أعطت تفسيراً ملماً لنشأت الألكستيميا فكان على أساس اقتصادي بأن الفرد الذي يعاني من الألكستيميا يستعمل ميكانيزمين من أجل التنظيم و هما فقدان العاطفة حيث يتم ايقاف و رقابة الفرد للتمثيلات المملوءة بالعواطف الخاصة في حقل الوعي ،فيظهر خطاب فارغ من العوظف ،فالكلمات تفتقر لمحتواها العاطفي و النزوي.

أما فيما يخص ميكانيزم التشتت فهو ثابت من أجل تشتيت الإحساسات الإنفعالية المؤلمة حيث يلجأ الفرد الى الإدمان تحت تأثير عدم القدرة على الإرصان و من جهة أخرى تحت تأثير الحياة الخيالية الناتج عن عدم القدرة على الإسقاط في هذا النظام الذي يختلف عن النظام العصابي أو الذهاني .

ف Pedinelli يعتبر الألكستيميا بأنها العصاب السلبي ،فيستعمل الفرد الذي يعاني من الألكستيميا الإنشطار بمعنى إنشطار النفس عن علاقتها بالجسد و يكون التقمص الإسقاطي في الجسد للبعد عن المأزقية الملتخولية و البرانويا أو التنظيم الذهاني أو التركيز على الجسد و التحويل الحقيقي من الذات الى الذات الذي يحقق التحويل

الداخلي . ( Maurice Corcos, Gerard Pirlot 2011 p p,90.91.)

#### 4-3-3-الألكستيميا من وجهة نظر موقعية:

يمكن أن تصف وجهة النظر الموقعية الفرضية التي تؤكد على مشكل النمو الغير الكامل للغلاف الجلدي للأنسا ، فالجلد يغلف السطح بين الداخل و الخارج ما يعادل ما قبل الشعور الذي يتواجد ما بين الشعور و اللاشعور ، فهو مرتبط بمبدأ الفقر العلائقي المبكر مع تطور النمو الفقير و فقر ما قبل الشعور و صلته مع الوعي و اللاوعي.

هذا الأنا الجسدي الفقير يبني تفكير عاطفي فقير الذي يؤدي إلى تفكير إدراكي و ليس تفكير عاطفي فهو تفكير خارجي للقيم المدركة و المحسوسة الخارجية و الإستجابات الحسية الحركية . فهوتفكير خاص للحقيقة المطلقة الغير المتصلة بالماضي و الحاضر بدون ذاكرة مع عدم ارتباط مسبق مع المستقبل .

فالنشاط العقلي هنا ثابت لديه حواجز التفكير العملي الذي يعيق عمل الحلم ،الذي يكون أساسه حمائي ،أما عمل الحداد الذي يتركز على فقدان الموضوع و ليس على فقدان الذات للموضوع .و الأثار الصدمية التي تؤدي الى تفكك عاطفي ، فيصبح الأنا مضطرب ، فالموقعية منشطرة على أساس وظيفي، يكون الانشطار في الموقعية الثانية بين الأنا و الذات منشطرين. اما على أساس الموقعية الاولى فالشعور منشطر عن ما قبل الشعور و اللاشعور ،بينما تكون الإنفعالات ليست نوعية من أجل البعد عن الإدراكات ( Maurice Corcos, Gerard Pirlot2011).

#### 4-3-4-الألكستيميا من وجهة نظر دينامية:

تفسر الألكستيميا من جهة نظر دينامية حسب Taylor(1990) الى محدودية الأنا فيما يخص القدرات الترميزية و عدم القدرة على ترميز الصراع و بالتالي تحدث حلقة مفرغة تؤدي إلى انقطاع نفسي مباشر، حيث يتم اختزال الصراع في الجسد، فيظهر نوع من التفكير العملي الذي يقطع العلاقة مع أي تمثيل نفسي بدون عواطف.

يظهر هناك عجز في الأنا ،فلا يستطيع تحقيق إرسان ،حيث يكون تصعيد للنشاط الإنفعالي الداخلي و الذي من نتائجه ظهور الإجهاد الذي يتحول الى أعراض جسدية ،هذا النشاط يختلف عن النشاط المتعلق بالهستيريا التحويلية الذي أساسه يكون راجع الى القمع الإرسان الهوامي ، بينما النشاط العقلي السيكوسوماتي للأشخاص الذين يعانون من الألكستيميا راجع الى نموذج العجز الذي يظهر سيرورات عقلية لا واعية ، و الخوف من الصراع يستوجب الجسنة بدلا من الألام النفسية ، لذلك الفرد الذي يعاني من الألكستيميا يبدي جدولا عياديا يتميز بعدم التلذذ و إنكار الألم و كل العواطف المتعلقة باللذة ، فهو خالي من المعلومات الحسية العاطفية التي من شأها أن تحمي الفرد من الخطر الحالي الذي يهدد الأنا، فيسر الوضعيات الخارجية بنشاط عقلي يتميز بالخضوع ، أما العواطف ووضعيات الشدة و فقدان الأمل تظهر و كأنها مسيرة من طرف التعقيل و لكن العكس ، فتظهر على أساس بيولوجي أو على أساس سلوكي ، أما فيما يخص القلق قد يكون موجود و يشير الى هذه الوضعيات الصعبة أو غير متواجدة أو غير واضحة و غير مرئية نتيجة للخوف من الصراع.

فيستعمل الأفراد الذين يعانون من الألكستيميا إنكار كل معاش غير حالي و يعتمدون سوى على المعاش البيولوجي الفيزيولوجي و استثماره بطريقة كبيرة. ( Olivier Luminet, Nicolas Vermeulen,2013,p.85. )

### 5- الألكستيميا و النشاط العقلي السيكوسوماتي:

منذ ظهور مصطلح الاضطرابات السيكوسوماتية سجل الباحثون لدى مرضاهم اضطرابات على مستوى المعالجة المعرفية و الإنفعالية ،حيث لاحظ Maclean(1949) أن مرضاه لديهم عدم القدرة على التعبير عن حالتهم العاطفية .أما Ruesh (1948) فقد لاحظ أن مرضاه لديهم اضطراب في التعبير اللغوي و الرمزي مع ضعف في القدرة الخيالية و صعوبة

في استعمال الانفعالات كمصدر لنقل المعلومات مع التكيف الاجتماعي  
المبالغ فيه (olivier luminet,2007,p182.)

ثم أتت مدرسة شيكاغو سنة 1950 بزعامة Alexander و Dunbar اللذان وصفا البروفيل  
الشخصي للمرضى السيكوسوماتين (Marilou Bruchon-Schweitzer,Emilie Boujut,2014,p.228)

وحاولت مدرسة باريس النفسجسدية على يد Marty وزملائه De M uzan (1963) ثم Ali Sami بعد  
ذلك التأكيد على مفهوم التفكير العملي pensée opératoire وهو تفكير مغلق يركز على  
حوادث الحياة اليومية دون أدنى توظيف للمشاعر والأفكار ، ويمتد إلى الأحلام فتغيب عنها  
الرموز والأفكار والخيالات والرغبات اللاشعورية ، وذلك دليل على انخفاض القدرة على  
تعقيل ما قبل الوعي وهو طريق الى الإصابة بالأعصاب الطبائعية وبالتالي الأمراض  
النفسجسمية. غير أن مدرسة بوسطن Nemiah و Sifneos وسعت في هذا المفهوم بمقارنة  
عصبية معرفية. وتعتبر الألكستيميا مؤشرا هاما للدلالة على دور الإنفعالات في ظهور  
الجسنة سواء كانت الأسباب نفسية أو عضوية أو بيئية.

ويؤكد العلماء أمثال Sifneos، Krystal، Cooper ، Holmstrom، Todarello أن عدم القدرة على  
التعبير عن الانفعالات تزيد من الاستعداد للاضطرابات النفسجسدية، كما وجد Todarello  
علاقة بين ارتفاع ضغط الدم و الألكستيميا حيث يعاني المرضى المصابون بضغط الدم من  
عدم القدرة على التعبير عن انفعالاتهم في 55% من الحالات، وكذلك المرضى المصابون  
بنقرح القولون المزمن. وتؤثر الإنفعالات على وظيفة الجهاز الهضمي خصوصا لصلته  
المباشرة بالجهاز العصبي ولطبيعة أنسجته وعلاقتها بالعالم الخارجي عن طريق الغذاء  
ويعتبر 66% من المصابين باضطرابات هضمية يعانون من الألكستيميا (قريشي عبد  
الكريم، زعطوط رمضان، )

أما Loas G. (2010) فيرى أن معدل انتشار الألكستيميا لدى الاضطرابات السيكوسوماتية قد  
يتراوح ما بين 30الى 60% و خاصة مرضى ارتفاع الضغط و إتهاب المفاصل الروماتويدي

Polyarthrite و الربو و التشنج التاجي les spasmes coronariens و إنتهايات عنق الرحم و القرحة .كما يشير بأنها أساس الاضطرابات السيكوسوماتية ،فهي موجودة قبل ظهور الاضطرب كما قد تكون ثانوية نتيجة لمرض ، ففي الحالة الأولى تعتبر كعامل خطر في ظهور بعض الأمراض العضوية و العقلية، أما في الحالة الثانية تعتبر كعامل انذار للحالة النفسية، على سبيل المثال تعاطي الكحول أو تناول بعض الأدوية أثناء ضغط ما بعد الصدمة أو تناول أدوية خلال القرحة المعدية.( G. Loas,2010,p.6)

ويشير Corcos M و Spemaza M (2003) في دراستهما عن اضطرابات السيرة الغذائية أن هناك معدلات مرتفعة لدرجات الألكستيميا لدى هذه الشريحة تتراوح ما بين 35% الى 80% ثم أظهرت دراسات أخرى للعديد من الباحثين امثال Cochrane، Groot، Schmidt ، Bourke و Taylor سنة 1996 تتعلق بالبحث عن العلاقة ما بين الألكستيميا، صورة الجسم، و الوزن ،فاسفرت النتائج على عدم وجود أي ارتباط إلا أن الارتباط يكمن في علاقة الإكتئاب مع الألكستيميا لدى هؤلاء الأفراد. حيث تعتبر هنا الألكستيميا كعامل استعداد يهيئ للإصابة بالادمان على المواد الغذائية و هذا ناتج عن الأنا الفقير الغير قادر على تنظيم الإنفعالات و تحوير النزوات ،و التي تعتبر في هذه الحالة كدفاع ضد العدوانية الخارجية و الداخلية و التي تكون في أغلب الأحيان قد إستقرت منذ الطفولة.

أما Olivier Luminet فاكد أن معدل انتشار الألكستيميا لدى مرضى القهم العقلي فقد تراوح ما بين 48% الى 77% ولدى مرضى النهم العقلي من 40% الى 61%.(Olivier luminet,2007,p.199)

تطور الألكستيميا نشاط يتميز بتفكير عاطفي درجته صفر ترجع الى وضعية اكنئابية في النمو خاضة بعدم تنظيم الادراك الحسي الخاص بالرضيع في الأشهر الأولى من حياته و التي أسمتها Margaret Mahler بالمرحلة الحسية الذاتية ،يكون الاتصال بدائي رمزي غير لفظي يحتوي على حركات جسمية في العلاقات المتبادلة المبكرة ، فالطفل الذي يعاني فيما

بعد من اضطرابات سيكوسوماتية ، يكون نموذج خاص بالنشاط العقلي الذي يتميز بأنه بدائي ، يكون التفاعل فيه إما غائب أو غير مرن، فبدلاً من اللجوء الى سيرورات الشبق الذاتي ، يلجأ الى استعمال الاحساسات الجسدية و المولدة ذاتياً، فيستجيب الرضيع لمتطلبات الموضوع الذي أصبح يهدد التوازن عن طريق الاضطرابات الوظيفية داخل الجسد، فيكون استثمار ذاتي جسدي للعلاقة المتبادلة .

هذا الخلل أو العطل البدائي قد يرتبط باضطرابات عضوية بيولوجية شديدة تهيأ الى ظهور هشاشة أو القابلية للإصابة في مرحلة الاحساس الذاتي ، أين تستقر النزوات داخل الجسد مع خطر التثبيت أو النكوص أو ظهور الجسدنة الناتجة عن استجابات إنفعالية سئية ، تجعل الفرد يصعب عليه التفريق بين الإدراك و الإحساسات الجسدية ، لأن هناك تواجد لعواطف لم تجد أبعاد تمر من خلالها، فالألكستيميا تظهر نتيجة لعدم تفاعل مبكر لصورة الأم و النمو العصبي الحركي كما أنها محددة بعوامل بيولوجية و وراثية ، حيث يكون الرضيع من خلالها غلاف فسيفسائي.

و هذا ما يؤكد عليه D Anzieu (1985) ان النشاط الخاص بالتعقيل و التمثيل الخاص بالعواطف يظهر نتيجة الموضوع الاولي و الذي يتطلب عدم وجود عيب فيه كي لا يشعر الرضيع بعدم الامن في تقبل غياب الموضوع.(Olivier Guilbeaud,2007,p515)

كما يلاحظ لدى الافراد اللذين يعانون من الألكستيميا سلبية التفعيل للتمثيلات الخاصة بالكلمات بالمقارنة مع التمثيلات الخاصة بالاشياء ، هذه السلبية تؤدي الى قطع العلاقة بين ماهو رمزي ، بمعنى التفكير بكل ما هو خارجي دون الداخل، فتظهر مقاومة ضد السماح بمعايشة الألم الانفعالي ، و المرور الى التخدير العاطفي،أين ينشطر الانا .

هذا الفراغ العاطفي يخلق دفاعات سلبية اتجاه الأخطار الاستعجالية البدائية التي خلفت شقوق نفسية و نسيج عاطفي فارغ. يتعلق هذا الدفاع بالانشطار ، مع فتح طريق للتمثيلات

الصدمية السابقة التي تهدد برجع نوبات مفاجئة ناتجة عن وضعيات الرعب ، كما تهدد بالانهيار.

إن هذا الالغاء الدفاعي للمعاش الإنفعالي يؤدي لدى بعض الحالات الى إلغاء الإدراك الحسي للموضوع ثم لصورة الذات، و في الأخير إلغاء للإدراك الداخلي للجسد، فيستقر شيئاً فشيئاً الشعور بالفراغ، الذي يهدد بخطر تواجد إكتئاب أساسي و خلل تنظيم تدريجي للنشاط العقلي السيكوسوماتي. ( Maurice Corcos, Gerard Pirlot 2011 p.100 )

اما Lia Pistiner de Cortina (2001) فتري أن هذا الالغاء الدفاعي للمعاش الانفعالي راجع الى غياب المعالجة الرمزية ، عندما لا يكون ترميز لا يكون تعبير عن الإنفعالات ، فالاتصال الإنفعالي مفقود يرجع الى استنارات جد بدائية للعواطف الصدمية، و الخبرات الجسدية التي تكون مرتبطة بالفقدان لم يستطيع الفرد تمثيلها و ترميزها في الوقت المطلوب و بالتالي لا يستطيع تسميتها فيما بعد. تبقى هذه العواطف حبيسة الجسد و لا يستطيع الجانب النفسي تشفيرها على شكل انفعالات جسدية مصحوبة بتمثيلات عقلية، فتصبح هذه الانفعالات في حركة مفرغة و غير مرتبطة بتمثيلات الكلمات. فتأتي الألكستيميا من أجل حماية العواطف الغير ممثلة (Olivier Guilbeaud, 2007, p522) و بالتالي تعتبر الألكستيميا وكل مكوناتها الإنفعالية و العاطفية و المعرفية عوامل مهددة في ظهور نشاط عقلي سيكوسوماتي واستمرار هذا النشاط يهدد بظهور الجسدنة.

## 6- تأثير الألكستيميا على الجهاز الفيزيولوجي:

ترتبط الألكستيميا بالجهاز الفيزيولوجي من خلال تحفيز الإستجابات المتعلقة بالإجهاد ، و التي تعتبر موضوع للعديد من الأبحاث الإمبريقية ، حيث درست مدى تأثير الألكستيميا على نشاط الجهاز العصبي المستقل من خلال مقاربات سيكوفيزيولوجية إلا أن هذه الدراسات وصلت إلى نتائج متناقضة ومختلفة.

بالنسبة لارتباط الألكستيميا بالمناعة في هذا المفهوم نجد أعمال تقييم عمل الألكستيميا علي الوظيفة المناعية وهو ارتباط مهم بالخصوص حين يتجسد على شكل نفسي عصبي هرموني مناعي، فإن إستثارة محور قشرة الكظر والمحور الودي قد يكون هو المسؤول على اضطراب الوظيفة المناعية على المدى المتوسط .بالنسبة لبعض المؤلفين،إن الحفاظ على إثارة المحور الودي وقشرة الكظر،قد يكون مسؤول على القضاء على المناعة، من الممكن أن يكون لها انعكاسات جسدية على المدى الطويل(شدمي رشيدة،2014،ص72)

حيث أشار Luminet الى الدراسة الخاصة بقياس الضغط الدموي و معدل ضربات القلب و ردود فعل الجلد و التي تعتبر كمؤشرات لنشاط الجهاز العصبي المستقل ، فكانت الدراسة تتعلق بتأثير الألكستيميا على الوسائط البيولوجية و التي من شأنها أن تؤثر مباشرة في ظهور استجابات الاجهاد و ظهور اضطرابات ناتجة عنه.كما أن الاستجابات المطولة و المستمرة الخاصة بالإجهاد تؤدي الى إضعاف الجهاز المناعي و خاصة فيما يخص انخفاض المناعة الخلوية و ارتفاع للمناعة الخلطية ، وهذا ما أكد عليه Marinaccio،Casamassima،Todarello،سنة 1994، و Daniele و اخرون سنة 1997 أنه يظهر لدى النساء اللواتي يعانين من الألكستيميا انخفاض في المناعة الخلوية lymphocytaires، كما قد لاحظوا انخفاض في des lymphocytes T لدى الاناث و في cytotoxiques لدى الذكور الذين يعانون من الالكستيميا.

كما قام كل من Paterniti، Guilbaud،Corcos 2004 بدراسة مدى تأثير تغير الألكستيميا على تركيز البلازما لدى الطالبات في الفترة الجريبة للدورة الشهرية ، فقد لاحظوا ارتباط ما بين l'interleukine-4 الذي يحرض الجهاز المناعي ذوي النمط الهرموني و خاصة مع البعد المتعلق بمعرفة الانفعالات و التي من المحتمل أن تؤدي إلى خلل في التوازن الجهاز المناعي بمعنى إنخفاض المناعة الخلوية، فهذه النتائج تشير إلى أن التحفيز المزمن للإجهاد ومع ذلك تستحق التحقق منها لأن الباحثين فيما في هذا المجال يؤكدون بأنه عدم وجود

l'interleukine في الدم لأن توажدها في البلازما غير مستقر ولا يدل بالضرورة على تأثير الالكستيميا .

كما نجد وسط جد مباشر للإستجابات الإجهادية فاستمرارها يؤدي الى تحفيز Cortisol الذي يعمل على سلسلة من الوظائف العضوية الأساسية مثل الضغط الدم و الجهاز المناعي و أيضا في إنتاج l'interleukine و مراقبة نسبة السكر في الدم و تخزين الدهون و تشويه العظام و الذاكرة ، حيث توجد دراستين تدرس العلاقة بين الألكستيميا و مستويات الكورتيزول في البلازما فمثلا Finset، Graugaard، (2006) قد تحصلوا على نتائج مفادها أن هناك ارتفاع في نسبة الكورتيزول لدى نساء يعانين من الألكستيميا و آلام الليفي العضلي fibromyalgiques . (Olivier Luminet, Nicolas Vermeulen, 2013, p.76-77).

## 7- الألكستيميا و ميكانزمات الدفاع:

من بين النظريات الأولى التي اعتبرت الألكستيميا كدفاع ضد المشاعر هي النظرية السيكودينامية ، فالألكستيميا لديهم ليست سمة في الشخصية ، فهي مثل التجنب و الكبت و التثبيط و الإنكار و القمع ، و تتعلق بإنتاج ضئيل للمحتويات الكلامية العاطفية . ف Luminet يؤكد بأن هؤلاء الأفراد ينكرون كل معاش غير حالي و يعتمدون سوى على المعاش الفيزيولوجي .

و لكن نجدها قد ترتبط ببعض الميكانزمات الدفاعية رغم أن هناك جدلا فيما يخص هذا الموضوع، فقد أكدت دراسات على أن هناك علاقة ارتباطية بين الألكستيميا و أساليب الدفاع الغير ناضجة و الغير قادرة على التكيف و هذا حسب Parker و هذه الدفاعات مثل التثبيط و التفعيل Passage a l acte و كذلك النكوص و الاسقاط و الانسحاب و التراجع و العدوان السلبي و ارتباط ايجابي مع الميكانزمات الناضجة. (Aino Mattila, 2009, p.25).

إذا قمنا بدراسة كل ميكانيزم على حدى يظهر بأن الألكستيميا تتخذ مسار النكوص الى المكونات البدائية أين يكون الأنا غير قادر على إيقاظ ميكانزمات دفاع مرنة و النكوص يكون من خلال الأنا الجسدي، بينما ترتبط بالاسقاط من خلال الاسقاط في الجسد و تتعلق بالانسحاب و التراجع من أجل الهروب من الصراع لأن المواجهة تخلف الألم النفسي لذلك يجب أن يكون بديل لإخماد العواطف من خلال التراجع، أما العدوان السلبي يكون متعلق بالعدوان الذاتي فالفرد الذي يعاني من الألكستيميا يلحق الضرر بذاته و جسمه و لا يبدع عدوان خارجي و هذا راجع الى الخضوع و التكيف الاجتماعي.

### 8- الألكستيميا و علاقتها ببعض السمات و الشخصيات:

غالبا ما يتميز الأشخاص الذين لديهم ألكستيميا بالجمود و غياب الخيال ، فقد حدد Krystal سنة 1979 هذه المميزات على النحو التالي : المريض قد ينقص من الحركات الإيمائية و التعبيرية الخاصة بالوجه و الجسم مع وجود تعبيرات جامدة و صلابة و تخشب أمام الوضعيات، كما يظهر تفكير يهتم بالأشياء الدقيقة و المرتبة التي تتعلق بأمر الحياة اليومية، و كما نجدهم في بعض الأحيان تتتابهم نوبات بكاء أو غضب دون أن يتمكنوا من شرح مشاعرهم العميقة . كما توجد مميزات أخرى مثل التوافق الاجتماعي و الميل نحو العمل و النشاط من أجل الهروب من الصراعات. (Aino Mattila,2009,p.29).

ترتبط الألكستيميا بنموذج 5 عوامل و الذي يتميز ب الميل الى معرفة الأبعاد السلبية، الإنبساط، الإنفتاح على الخبرات، الطبع اللطيف، و الطبع الواعي و التي يمكن أن نلخصها في مايلي:

عامل معرفة الأبعاد السلبية: Neuroticisme و هو مصطلح يدل على الميل لمعرفة المشاعر المتعلقة بالحصر و مختلف الانفعالات السلبية ، كما يدل أيضا على الميل لأن يكون الفرد هادئ و مستقر إنفعاليا (Marilou Bruchon-Schweitzer, Emilie Boujut, 2014, p.335)

فالجانب المهيمن هو يتعلق بالخبرات الحصرية وبالضغط نفسي ، والاكتئاب و الشعور بالذنب و لديهم ارتفاع الضمير و الوعي بالذات،و الشعور المكثف بالعواطف السلبية المتداخلة ، كما يرتبطون بالافكار اللاعقلانية،و نقص قيمة الذات ،مع ضعف المراقبة او السيطرة على التوازن و الشكاوي الجسدية، في المقابل الذين يعانون انخفاض لهذه السمات يتميزون باستقرار عاطفي كبير يتفاعلون بهدوء مع الأحداث ( Olivier Luminet, Nicolas Vermeulen,2013,p.54.)

قام Parker،Taylor،Bagby سنة 1994 بفحص العلاقة مابين الألكستيميا و بعد معرفة الابعاد السلبية فوجدوا أن الألكستيميا ترتبط إيجابيا بهذا البعد فكان معامل الارتباط يساوي 0.27 و خاصة فيما يتعلق بالإكتئاب و الحصر و الجروحية و الوعي بالذات. كما أشاروا أنه لما كان إرتفاع لدرجات الألكستيميا نجد العديد من الإضطرابات و الشكاوي الجسدية . (Olivier luminet,2007,p196)

عامل الإنبساط: Extraversion يضم العديد من الخصائص مثل الاجتماعية ،يكون عاطفي يألف الآخرين، فعال، حازم، يبحث عن المشاعر و الأحاسيس،و الإنفعالات الايجابية.(Marilou Bruchon-Schweitzer,Emilie Boujut,2014,p335)

كما يظهر لديهم سمات القيادة و الجرأة و الإصرار ، ويعتبر هذا العامل يعاكس العامل الأول، فالأفراد الذين لديهم معرفة بالأبعاد السلبية تكون درجة الانبساط لديهم منخفضة، كما أن الألكستيميا تترتبط ارتباطا سلبيا مع التجارب الانفعالية الايجابية حيث قدر معامل الارتباط بـ 0.36 - ( Olivier Luminet, Nicolas Vermeulen,2013,p.55.)

عامل الانفتاح على الخبرات: Overture a l experience و يشمل أولا الإبداع الفكري لكن هذا العامل يرتبط بميدان الانفعالات و الخيال ، و الاحلام، و الانفتاح على المشاعر و النشاطات و الأفكار و القيم، فالفرد الذي يتميز بهذا النمط يظهر

لديه الميول الجديدة الى الأفكار الجديدة و المشاعر المتقاسمة (Marilou Bruchon-Schweitzer, Emilie Boujut, 2014, p335)،

فالالكستيميا ترتبط سلبا مع هذا العامل فقدر معامل الارتباط حسب Olivier Luminet ب  $-0.49$  (Olivier Luminet, 2007, p196).

عامل الطبع اللطيف: ويتميز بالخصائص التالية الثقة ، الغيرية ، متواضع، حساس، فهو مرتبط بكيفية إدارة العلاقات الشخصية، يتميز بدرجة عالية من الإثار و الشفقة و القدرة على ابراز الود و العاطفة. لكن نجد درجات جد منخفضة مع المشاعر المعادية و الغضب و الاحتقار و الاشمزاز و المكيافلية ، لكن هناك نتائج جد مرتفع مع التكيف الذي يترجم من خلال التبعية المبالغ فيها من خلال السلوك الذي يستند اليه الفرد الذي يعاني من الألكستيميا (Olivier Luminet, Nicolas Vermeulen, 2013, p.55.)

حيث أن الميكيافيلية تتميز بالضحالة الوجدانية وعدم مراعاة الآخرين، فأحيانا ما يطلق عليها العرض البارد وفي هذا السياق أشار جيس 1978 إلى أن الشخصية الميكيافيلية تتجه دائما نحو المهمة وليس نحو الأشخاص، يغلب عليها التباعد الانفعالي عن الآخرين ونقص الدفاء البيئشخصي، وهذا يجعلها قريبة الشبه مع الالكستيميا(هشام عبد الرحمن الخولي، 2005، ص13)

أما آخر عامل فهو يتعلق بالطبع الواعي Conscieux الذي يعتمد على تثبيط التعبير عن السلوكات ، و مراقبة النزوات و الإنفعالات ، من صفاته التدقيق و الخضوع و السلوك التنظيمي و الحاجة للإنجاز ، فهو يتعلق بالأفراد المثابرين الذين يحققون أهدافهم المرجوة في المقابل نجد الأفراد الذين يكونون على درجات منخفضة يكونون أقل تطلبا في الادارة لتخفيف أهدافهم أقل صرامة في تطبيق مبادئ أخلاقية (olivier luminet, 2007, p174). هذا النمط يظهر نتائج مرتفعة لدرجات الالكستيميا.

## 9- الألكستيميا و الإضطرابات النفسية:

قام Sifneos (1973) بدراسة تتعلق بالألكستيميا و الاضطرابات السيكوسوماتية و أدمج مجموعة ضابطة تتكون من أفراد لديهم اضطرابات عصابية و بالضبط الهستيريا و أفراد لديهم اضطرابات حدية يتعلق الأمر بالاكتئاب الحدي و المدمنين على الكحول حيث أكدت النتائج على تواجد و انشار درجات الألكستيميا لدى المرضى الذين يعانون من اضطرابات سيكوسوماتية ، كما ظهرت خصائص الألكستيميا لدى البعض الآخر من الاضطرابات لكن ليس كما هو الحال في المجموعة الاولى.

حيث أتت الدراسات الحالية و أثبتت أن هناك ارتباط بين الألكستيميا و مشاكل الصحة النفسية و العقلية ،فهناك دراسات تقرر على وجود علاقة ارتباطية بين الاكتئاب و الالكستيميا، فأكدت على ارتباط الإكتئاب الشديد بالألكستيميا.بينما دراسات أخرى اهتمت بتبين العلاقة بين الألكستيميا و الأعراض الإكتئابية و التي أظهرت أن هناك أنماط اكتئابية خاصة ترتبط بالألكستيميا و الجوانب الجسدية العاطفية، بمعنى الأعراض الاكتئابية و النشاط العقلي الخاص بالفرد.

كما نجد أن الألكستيميا تترافق مع إضطرابات القلق و إجهاد ما بعد الصدمة و قد أثبتت هذه العلاقة دراسات Zlotnick, Mattia, و دراسات Frewen, Pain, Dozois, & Lanius سنة 2006 و Zimmermann سنة 2001، و أيضا ظهرت الألكستيميا لدى الأفراد الذين يعانون من اضطرابات عقلية خطيرة ،و أيضا لدى بعض الإضطرابات الحصرية الإجتماعية و نوبات الفرع Parker و اخرين سنة 1993 ، كما أكدت الدراسات على وجود علاقة ارتباطية بين الالكستيميا و اضطرابات النوم و السيرة الغذائية و التي أظهرتها دراسات Olmsted، Rodin، de Groot، و هناك نتائج اخرى تدعم العلاقة بين الالكستيميا و تعاطي الكحول و الادمان على المخدرات فمن بين الدراسات التي تناولت الادمان نجد دراسات Birt، Sandor، Vaida سنة 2008 و كذلك

نجد دراسة،Shaughnessy ، Bond،Wood،Parker، سنة 2005 عن الادمان على العاب الفيديو.  
( Olivier Luminet, Nicolas Vermeulen,2013,p.67.)

كما قام Bach و اخرون (1994) باعداد استمارة خاصة باضطرابات الشخصية حيث تقوم بتقييم الخصائص الشخصية للفرد .و طبقت هذه الاستمارة على عينة من النساء البدنيات ،حيث كشفت النتائج على وجودعلاقة ايجابية بين الالكستيميا و الشخصيات السكيزوتيبية و أيضا بين أبعاد الشخصيات الإنطوائية ، كما أكدت على وجود علاقة سلبية بين الألكستيميا و الشخصية الهستيرية ، و ارتباط ايجابي مع الشخصيات الحدية. اماGuttman و Modestin (2005) فقد أكدوا على ارتباط الألكستيميا بالشخصيات المضادة للمجتمع و الجانحين و المنحرفين إلا أن هناك إختلاف و تناقض مع دراسات Kroner و أخرون (1995) و دراسة Forth و Louth (1998)، و دراسة Wastell و Booth (2003) و دراسة Mattilo و اخرون(2008) ،كما أظهرت اضطرابات طيف التوحد و الفصام صعوبات في وصف الحالة الذهنية و الذاتية و أيضا علاقتهم مع الاخرين خاصة لدى تناذر Aspeger و هذا ما اكده Moriguichi و أخرون (Aino Mattila,2009,pp.42-43)

## 10- إنتشار الألكستيميا:

إن وجود مقياس التاس Tas أكد على انتشار الألكستيميا وارتباطها مع العديد من المتغيرات السوسيوديمغرافية و كذلك ارتباطها لدى بعض الشعوب و عينات من المجتمع.  
فجاءت كل من دراسة Parker و أخرون 1998 في كندا على أفراد عاديين تراوح سنهم ما بين 20 سنة الى 80 سنة و دراسة Joukamaa و اخرون في فلندا و أيضا دراسة Salmine و دراسة Gunzelmann في ألمانيا سنة 2002 ، حيث اعتمدت كلها على مقياس تاس 26 و أشارت الى تواجد الألكستيميا و قد وصلت النتائج الاجمالية الى أكثر من 74% الذي يدل على الألكستيميا المرتفعة .

## 10-1 - إنتشار الألكستيميا حسب الجنس:

حسب كل من Gunzelmann (2002) و Brosig (2004) أن هناك اثني عشرة دراسة تهتم بدراسة متغير الجنس و الألكستيميا، حيث أن 6 دراسات افترضت أن هناك اختلاف مابين الجنسين في نسبة انتشار الألكستيميا و درجاتها. لكن أبرزت فيما بعد 9 دراسات أن هناك اختلاف دال احصائيا بين الجنسين و الألكستيميا و المتوسطات الحسابية لكن هذا الفرق ليس كبير. أما Parker و أخرون و Joukamaa و أخرون و Sakkinen و اخرون (2007) و Moriguchi (2007) و اخرون اكدوا من خلال خمس دراسات أن الذكور لديهم مستويات أعلى من الإناث. كما أن الدراسات قامت بدراسة الفرق لدى الجنسين من خلال أبعاد الألكستيميا فقد تحصلو على أن النساء لديهم إرتفاع في البعد الخاص بعدم القدرة على معرفة الإنفعالات ، أما الذكور فلديهم إرتفاع في البعد الخاص بالتفكير الموجه نحو الخارج دون أن يكون هناك فرق في البعد الخاص القدرة على معرفة الإنفعالات و هذا حسب دراسة Sakkinen و دراسة Moriguchi . بينما Pasini و أخرون 1992 قام بدراسة في ايطاليا على عينة تكونت من 417 فرد و أكد على عدم وجود أي فروق بين الجنسين على سلم تاس 20 ، و لكن هناك فروق على مستوى القدرة على معرفة الإنفعالات و الذي رجح الى النساء و من ناحية أخرى في شمال امريكا اكد Lane و أخرون 1998 لدى عينة تكونت من 380 فرد يتراوح أعمارهم مابين 18 سنة الى 80 سنة ،استعمل مقياس التاس 20 و أكد على ارتباط الألكستيميا بمتغير الجنس الذي يعزى للذكور .و علاوة عن ذلك أنه لا يوجد اختلاف في البعد الخاص بعدم القدرة على التعرف على الإنفعالات و إرتفاع لخاصية عدم القدرة على وصف الإنفعالات و التفكير الموجه للخارج (Aino Mattila,2009,p.51)

بينما يرى C Hhauwel-Fantini و J-L Pedinielli (2007) بان النساء يعبرن بطريقة سهلة عن انفعالاتهن بالمقارنة مع الرجال حتى وان كانا يعيشان في نفس الوضعية ،و هذا الطرح يدفعنا إلى التسليم بفرضية أن الألكستيميا كمعيار لدى الرجال ، و لكن يجب ان ننوه على دور

العجز في الإخلال بتنظيم الإنفعالات حيث يبقى هذا المعيار يركز على دراسات و مخالف لدراسات أخرى ، فأحيانا نجد الألكستيميا منتشرة لدى الذكور و أحيانا أخرى يكون العكس كما قد لا يكون تمايز .فالجنس قد يحدد حالة الألكستيميا و لكن هذه الأخيرة قد تكون مرتبطة باضطرابات و خاصة الاكتئابية أين تكون جد مرتفعة و لدى النساء.

تكشف دراسات أخرى تعقد هذه المسألة و ذلك لإستناد هذا المتغير بمتغيرات أخرى مثل السن و الفئات العمرية و بعض الاضطرابات ،فهناك دراسة خاصة بـ Miettunen،Taanila،Joukamaa و آخرون سنة 2007 على عينة من المراهقين، حيث لاحظ الباحثون مدى انتشار الألكستيميا لدى الإناث بنسبة 10% بالمقابل كانت نسبة الألكستيميا لدى الذكور 7% لكن لاحظوا بالتوازي مع المتوسطات أن هذا الانتشار فيه فروق خفيفة ، 48.73 لدى الذكور ، و 47.67 لدى الإناث .كما يرى Olivier Luminet 2013 بان العديد من الدراسات تؤكد بأن الذكور لديهم عجز في التعبير عن الإنفعالات أكثر من النساء ، بينما النساء لديهن صعوبة في معرفة الإنفعالات و العواطف و التي تشكل فيما بعد لديهن صعوبات لفظية ، و الميل الى التكيف ونظام التفكير العملي ، و السبب الأول في نظره هو الإنفعالات المقيدة أو النمطية ،لاسيما الخضوع الأدوار الإجتماعية خاصة عند الرجال و الذي من شأنه أن يؤدي الى الميل الى النظم الإجتماعية المفروضة على الرجال و يظهر هذا العجز بالتعبير عن الإنفعالات العاطفية الحميمة،كما أن هناك احتمال آخر كون الألكستيميا لدى الرجال تفسر من خلال عجز في النمو البيولوجي ، فالذكور في سن المراهقة أقل تعبيراً عن الإنفعالات من الإناث ، في حين الإناث تترفع لديهن الألكستيميا نتيجة للصدمات الانفعالية، و نجده يشير إلى دور العادات الأبوية المعتمدة اتجاه الجنسين حسب الثقافات. ( Olivier Luminet, Nicolas Vermeulen,2013,p.49.)

## 10-2- انتشار الألكستيميا حسب العمر و المستوى الاجتماعي الاقتصادي:

يرى كل من Parker و اخرون (1998) ، Franz و اخرون (2007) لدى سبع دراسات التي تربط الألكستيميا بمتغير السن أن هناك ارتباط و علاقة ايجابية، أما البعض الآخر مثل Moriguchi و Salmine . فقد أكدوا أن هناك علاقة سلبية ، و قد ترتبط بمتغير التفكير الخارجي ايجابيا و بمتغير القدرة على وصف المشاعر و القدرة على معرفة الإنفعالات يكون الارتباط ايجابيا (Aino Mattila,2009,p.51-52)

هناك دراسة خاصة ب Mattila, Salminen, Nummi و Joukamaa (2006) على عينة فنلندية تكونت من 8000 مشارك، تراوحت أعمارهم ما بين 30 الى 97 سنة ،فأسفرت النتائج كالتالي :ظهور الألكستيميا لدى الفئة العمرية التي تتراوح ما بين 30-44 عام بنسبة 2.7% لدى النساء و بنسبة 6.8% لدى الذكور بينما المجموعة التي تتراوح أعمارهم ما بين 83 سنة وما فوق كان انتشار جد مرتفع للألكستيميا ، وصل الى 28% لدى النساء و 30% عند الرجال.

فقد أكدت الدراسة على أن تأثير السن أكثر أهمية من الجنس ،لذلك يجب التأكد من هذا المتغير في الدراسات المستقبلية ما إذا كان النضج يظهر انتشار للألكستيميا.و يجب النظر أيضا في التحولات الثقافية و خاصة في المجتمع الفنلندي الذي يتميز بالمزيد من الانفتاح و التعبير عن الانفعالات ، و إذا كانت هذه الفرضية صحيحة هذا يعني بان المجموعات التي تتميز بسن صغير حاليا لا تصل الى هذا المعدل من الانتشار. ( Olivier Luminet, Nicolas Vermeulen,2013,p48. )

أما فيما يخص المستوى الاجتماعي الإقتصادي فهذه الدراسات أظهرت ارتباط الألكستيميا بالمستوى التعليمي المنخفض و المتدني و في دراسات اخرى ارتبطت بالتعليم المهني ، بينما يؤكد Joukamaa (2007) على أن ارتباط الألكستيميا بالمستوى الاقتصادي و لكن سلبيا و مع أبعاد الألكستيميا. (Aino Mattila,2009,p.51-52).

## 11- أدوات قياس الألكستيميا:

يرى صلاح الدين عراقي محمد (2006) انه يوجد العديد من المقاييس و الاختبارات التي تقيس الالكستيميا ،قد تتعدى التسعة، و من بين هذه المقاييس نجد :

The Beth Israel Hospital Psychosomatic Questionnaire او المعروف بـ BIQ الذي ظهر سنة 1973 من طرف Sifneos يحتوى هذا المقياس على 17 بند ، بنى هذا المقياس على أساس المحاور التي كان يستعملها في المقابلات العيادية مع مرضاه، أستعمل على نطاق واسع في بداية العقد الأول من البحث في موضوع الألكستيميا، ثم قام Sifneos بإضافة لديه ثلاث بنود فاصبح يتكون من 20 بند و سماه بـ The Schalling-Sifneos Personality Scale (SSPS) و قد استعمل في المستشفيات الاسرائيلية سنة 1979 و أخضع للشروط السيكومترية و لكن وجد به عيوب فيما يخص الإتساق الداخلي (. Graeme J. Taylor R. Michael Bagby,2003,p46).

كما إستعمل الباحثون الاختبارات الاسقاطية على سبيل المثال Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) ،حيث ركز الباحثون على دراسة العلاقة ما بين نتائج MMPI و نتائج BIQ و الذي أصبح معروف فيما بعد بسلم Denver و لكن في كل مرة تظهر مشاكل في الصدق و الثبات.

ثم أتى مقياس TAS الذي سوف نتحدث عنه بإختصار لأننا سوف نتطرق اليه من خلال العنصر المتعلق بأدوات البحث ، و الذي كان يحتوي على 26 بند و الذي ظهر سنة 1980 و أخضع للشروط السيكومترية و يتكون من أربع أبعاد ،وهي صعوبة في وصف المشاعر، صعوبة في تميز المشاعر عن الأحاسيس الجسدية ، و التفكير الموجه للخارج و الفقر الهوامي ، ثم أصبح يتكون من 23 بند فقد ألغي منه بندين يتعلقان بالحالة الانفعالية و تميز الحالة الجسدية، و بند يتعلق بالتفكير الموجه للخارج و سمي بـ TAS -R .كما

قاموا بإنقاص من عدد بنوده حتى أصبح 20 بند. و مع ذلك ف TAS26 مازال يستعمل الى حد الآن و ترجم الى العديد من اللغات .

ونجد أيضا المقياس الذي ترجم الى الفنلندية و المعروف بـAAS أو Anglo Alexithymia Scale و المقياس الذي ترجم في أمستردام و المعروف بـ AAS أيضا Amsterdam Alexithymia Scale ثم أتى The Bermonde Vorst Alexithymia Questionnaire و الموصوف من طرف الباحثين Varst و Bernand و هما هولنديان، طورا في نهاية التسعينات وسيلة جديدة للمقياس الألكستيميا ناتجة عن عدة ملاحظات التي صيغت على نحو اختبار TAS20.

أولا أرادا إعادة دمج الافتقار إلى الحياة الهوامية التي استبعدت في اختبار TAS20، ثم اختارا عدد من البنود الغير قابلة للتغير (ثابتة) مثل البنود الموجودة في اختبار TAS20 بحيث أصبح سلم BVAQ يضم عدد مطابق للبنود التي أضيفت إلى النتائج ، يحتوي سلم BVAQ على 5 أبعاد :

(1) القدرة على التعبير عن المشاعر و الاتصال .

(2) القدرة على الهوام و التخيل و الحلم.

(3) القدرة على الاستبطان بمعنى القدرة على تحديد ردود الفعل الانفعالي .

(4) الانتاج الانفعالي و التنشيط الانفعالي و التفاعل العاطفي بمعنى القدرة على التفاعل

العاطفي أمام الأحداث التي تخلف انفعالات .

القدرة على التحليل بمعنى القدرة على البحث عن التفسيرات لردود الأفعال العاطفية

الانفعالية (Sauvage L., Berthoz S, 2005)

طور هذا الاختبار في هولندا بحيث يوجد سلم BVAQ باللغتين الانجليزية والفرنسية يحتوي

هذا الاستبيان يحتوي على 8 بنود لكل بعد، كما صيغ بطريقة للحصول على قسمين من

الاختبار الأول سمي بـ BVAQ-A للبنود من 1 إلى 20 بند و الثاني سمي بـ BVAQ-B من 21 إلى 40 بند ،كما نجد أن الباحثين قد ركزوا على استعمال اختبار الروشاخ و ذلك من أجل اكتشاف الوظيفة الخيالية و العواطف و الجانب المعرفي الادراكي و القدرة على التكيف.

## 12- العلاجات النفسية الخاصة بالألكستيميا:

تطرح العلاجات النفسية لدى المرضى الذين يعانون من الألكستيميا أو أي اضطراب خاص بالسيرورات الإنفعالية مشكلة سواء أمام الاخصائيين السيكوسوماتين أو أمام الاطباء العقلين،بغض النظر عن مشكل التعرف عن الانفعالات وصعوبات التعبير عنها، نجد مشكل اضطرابات التمثيل الخاص بتمثيل الموضوع النرجسي، الذي ينعكس في تكوين علاقة تحويلية مع الختصين، فنجد لديهم الميل لوصف أعراضهم الجسدية، وكان الفرد أمام استقصاء طبي.

لقد لاحظ العديد من المعالجين بأن استخدام العلاج التحليلي في علاج الألكستيميا لا يأتي بنتائج و استجابات جديدة ، ف Ruech (1948) قام بمعالجة اضطرابات الخلل الانفعالي فوجد فشل في ربط الكلام مع التعبير الرمزي عن العواطف ، اما Kristal الذي لديه خبرة في معالجة الأشخاص الذين يعانون من الادمان و ضغوطات التالية ما بعد الصدمة ،أكد على فشل العلاج السيكودينامي لدى هؤلاء وأرجع هذا الفشل الى تواجد الألكستيميا كعامل لديهما.كذلك نجد Sifneos ، Freyberger و Nemiah فقد اوصوا باستعمال العلاج بالسند و الذي يمكن أن يشترك فيه كل من الأخصائي السيكوسوماتي و الطبيب العقلي بدلا من العلاج التحليلي الكلاسيكي، أما البعض الاخر من الباحثين فقد نصحوا باستعمال تقنيات العلاج المعرفي السلوكي و العلاج الدوائي و العلاج التحليلي المختصر.

و من بين العلاجات المدرجة نجد الاعتماد على العلاجات الفردية و العلاجات الجماعية:

## 12-1- العلاجات الفردية:

تستعمل العلاجات الفردية التي تعتمد على التفاعل و الاتصال مابين الفرد و المختص ومن المهم أن يشرح المختص للمريض الصعوبة التي يعاني منها في مواجهة المعاش الانفعالي ، كما يساعد المفحوص على التعرف و تفريق الانفعالات و التحمل المعاش النفسي الانفعالي و الذي يعتبر سيرورة ممتدة و متطورة التي تسمح للمفحوص بمعرفة انفعالاته و التعبير عنها عن طريق الكلمات، بدلا من التعبير عن طريق الألم الجسدي ،كما يجب ادراك المواقف و ترجمة الوضعيات التي يواجهها الفرد.

بالاضافة الى الاعتماد على العلاجات النفسية التربوية و خاصة فيما يتعلق بالذكور، الذين يتميزون بمستوى من الألكستيميا ، يجب تطوير لديهم أولا مفردات اللغة التي تعبر عن الانفعالات ، ثانيا تعليم قراءة انفعالات و مشاعر الاخرين ، ثالثا الحفاظ على التاريخ الشخصي ، و تطوير الكفاءة في استخدام القدرات الانفعالية و العاطفية المكتسبة. ( Olivier Luminet, Nicolas Vermeulen,2013,p138.)

## 12-2-العلاج عن طريق التنويم المغناطيسي:

هو حالة من الهدوء تشبه النوم، يصل إليها المريض بمساعدة الأخصائي في التحليل النفسي، لكنها تختلف عن النوم في أن المريض يستمر في الإستماع إلى المعالج والإستجابة لما يقوله. وتكون هذه الحالة مناسبة لمساعدة الشخص على قبول ما يطلبه منه الطبيب دون مقاومة. كل ظواهر التنويم المغناطيسي يمكن اعتبارها تنويما مغناطيسيا ذاتيا أي ان الشخص بنفسه وقدرته الذاتية يدخل في هذه الحالة من الوعي أو اللاوعي الذهني ولكن عندما يدعو هذا الشخص شخصا آخر ليرشده الي كيفية الوصول الي هذه الحالة عند ذلك يكون هذا الشخص الثاني بمثابة المنوم وتبدأ علاقتهما الشخصية العميقة الخاصة اثناء هذه الظاهرة. ان عملية التنويم المغناطيسي ببساطة هي عملية تركيز علي شيء معين وانتباه

إليه مع اختفاء الشعور او الوعي حول المحيط الخارجي. فهو نوع من النوم حيث يشير تخطيط المخ الكهربائي علي أن المخ في حالة يقظة تامة، أي أن شكل التخطيط يكون بشكل ألفا بموجات تتراوح من 8 الي 12 موجة في الدقيقة وهو ما نراه في حالات اليقظة والوعي الكامل. (محمد خطاب،2009،ص1).

ان تقنية التنويم المغناطيسي من شأنها ان تكون علاج للأفراد الذين يعانون من الألكستيميا حيث استخدمها كل من Luminet، Hanin، Gay سنة (2008) ، حيث طبقت على مجموعة من الطلاب الذين يعانون من الألكستيميا لمدة ثمانية حصص ، وبعد الانتهاء من العلاج ظهر هناك انخفاض لمعدلات الألكستيميا لديهم ، مع تحسن للحالة المزاجية التي كانت تابعة لمتغير الألكستيميا ، فالتنويم المغناطيسي يعطي نتائج ايجابية خاصة لدى الأفراد الذين يعانون من الألكستيميا الشديدة ،فهو يسمح للفرد بالوعي بحالته الانفعالية و يسهل العلاقة العلاجية، ومن بين النتائج التي ظهرت أيضا لدى هؤلاء الطلبة تنمية القدرات الاستبطان. (Olivier Luminet, Nicolas Vermeulen,2013,p140.)

### 12-3- العلاجات الجسدية:

مما هو معروف عن الأفراد الذين يعانون من الألكستيميا، يظهر لديهم انخفاض في تفسير الاحساسات الجسدية ، بمعنى الاحساسات الجسدية المصاحبة للتفعيل الانفعالي و هذا راجع الى المستوى المحدود للوعي بالذات و بالمعالجة المعرفية للانفعالات بالاضافة الى مشكل العجز في القدرات الإستبطانية ، بمعنى فقر القدرات الادراكية للتعبير عن الحالة الذاتية ، وكذلك جانب التوازن و الحركات الوضعية ،الذي يدل على العجز بالوعي بالجسد والذي يحتوي على مكونات معرفية مرتبطة بمعارف مختلفة بأجزاء من الجسد ، ومعرفة الميكانيزمات الفيزيولوجية و المكونات الانفعالية المرتبطة بالعادات و العواطف، فOlivier Luminet يذكر أن هناك عمل خاص في هذا المجال من أجل تطوير الوعي و الادراك الجسدي للأشخاص الذين يعانون من الألكستيميا من أجل الوصول الى

مستوى إدراكي للنشاط الجسدي ، أين يسمح التدليك الجسدي التركيز على الوضعية الجسدية و التنسيق العضلي و التنفس و اكتشاف حدود الجسم ، و القدرة على ارخاء العضلات و تبديل النشاط الحركي، تظهر نتائج هذا العلاج خاصة عند الأفراد الذين يعانون من تناذر القولون العصبي الملتهب و اضطرابات السيرة الغذائية .هذه الطريقة تظهر نتائج ايجابية ليست فقط على الألكستيميا و إنما أيضا على بعض العوامل مثل نقص الاستبصار و نقص الحس الجسدي ،و في حالة عدم القدرة على التعبير الانفعالي . ( Olivier Luminet, Nicolas Vermeulen,2013,p141.)

## 12-4-العلاجات الجماعية:

تعتبر العلاجات الجماعية تكميلية للعلاجات الفردية للأشخاص الذين يعانون من الألكستيميا ، فالمجموعة تسمح للفرد بالتعرف على الخبرات الانفعالية و فهم المعاش العاطفي انطلاقا من العلاقات الشخصية التي يطورها أثناء الحصص العلاجية . ومن المهم أن تمنح المجموعة للفرد دور السند و الدعم الذي يساعد الفرد على التعبير عن انفعالاته و ردود فعله خاصة العدوانية وجها لوجه، الذي يكون نتائج متعلقة بالنقص الموجود في التقمص العاطفي .كما يقوم المختص بالتركيز على دور الاتصال بين مختلف أفراد المجموعة .

## 12-5-العلاج عن طريق الادوية:

نجد العديد من الأدوية النفسية المستعملة في علاج خلل الاضطرابات الانفعالية مثل Les benzodiazepines و التي تعتبر من مضادات القلق Les anxiolytiques و التي تعرف بمفعولها ضد الحصر و أيضا ضد الاضطرابات المتعلقة بالنوم ، كما لديها مفعول في تخفيض التوتر النفسي و حالات الاجهاد، كما تستعمل مضادات الاكتئاب Les antidépresseurs سواء ثلاثية الحلقة Les Tricycliques او IMAO مثبتي أحادي امين أكسيداز

وهي أدوية قادرة على تحسين الحالة المزاجية للفرد و التي من خصائصها انعاش المزاج الاكتئابي و ازالة التنشيط و تعطيل النشاط العقلي و الحسركي ، كما أنها تخفض من القلق و الحصر. وأيضاً تستعمل معدلي المزاج Les thyorégulateurs و مضادات الذهان Les neuroleptiques.

هذه الادوية لديها مفعول جيد و لكن قد ينتكس المريض بمجرد التوقف عنها ، و الاستمرار في تناولها قد تظهر عنها آثار جانبية أخرى، ناهيك عن التبعية للأدوية النفسية، توجد العديد من الدراسات التي تبحث عن علاج دوائي للالكستيميا لكن لم يتصلو على علاج مرجعي لهذا الخلل.

نجد Olivier Luminet يقترح علاج هرموني و الذي يتعلق بهرمون أكسيتوسين الذي يؤثر على العلاقات الداخلية للفرد وعلاقاته الخارجية خاصة فيما يتعلق بمفهوم التعلق بين الأباء و الأطفال، وفي اطار ذلك يدرج لنا دراسة كل من Leckman، Zagoory-Sharon، Gordon و اخرون سنة 2010 و دراسة Gabriel، Schaer، Ditzen و اخرون سنة 2009 فيما يتعلق بتحقيق الثقة و دراسة Lan، Gross، Mikolajczak، فيما يخص تأثير الأوكسيتوسين على وجود سمة الكرم، و دراسة Stanton Ahmadi، Zak ، سنة 2007 التي أظهرت بأن الأوكسيتوسين يقوم بتنظيم الإنفعالات و العلاقات بين المجموعات.

انطلاقاً من الدراسات السابقة التي تؤكد بأن الافراد الذين يعانون من الألكستيميا بأن لديهم مشكل في العلاقات الإجتماعية حيث يظهر لديهم ضعف في تكوين علاقات حميمة و كذلك العزلة فإن استعمال الأوكسيتوسين من شأنه أن يحسن بعض المهارات الإنفعالية كذلك تطوير مهارات القدرة على فهم الحالة الانفعالية من خلال تعبيرات الوجه، أنتت دراسات مقارنة للباحثان Baron-Cohen، Wheelwright على مجموعتين ، الأولى خضعت لعلاج بالأوكسيتوسين والثانية خضعت للعلاج عن طريق الأدوية الوهمية Les placebos ، ثم طبق على المجموعتين اختبار قراءة العقل من خلال العيون او المعروف

بالانجليزية Reading the Mind in the Eyes Test و هو عبارة عن مجموعة من الصور التي تعرض وجوه مركزة على منطقة العينين ،تظهر تعبيرات عن الحالة العاطفية التي يعيشها الفرد ، فظهرت النتائج أن المجموعة التي خضعت للدواء الوهمي كانت أقل تعرفا على الوضعيات الإنفعالية المعبر عنها في الصور بينما المجموعة التي خضعت للأكسيتوسين أظهرت تعرفا على التعبيرات الإنفعالية المتواجدة في الصور، فتعرفت المجموعة التي خضعت للدواء الوهمي على الانفعالات السلبية بنسبة 59% بينما تعرفت المجموعة التي خضعت للأكسيتوسين على الإنفعالات المختلفة و الموجودة في الصور بنسبة 71% فكانت أكثر تحديدا للحالة الانفعالية. ( Olivier Luminet, Nicolas Vermeulen,2013,p143. )

### الخلاصة:

عرفنا في هذا الفصل كيفية تأثير نقص التعبير عن الانفعالات في إحداث اضطرابات نفسية وجسدية ، فهي تعتبر كعامل مفجر و في بعض الأحيان تعتبر كآلية دفاعية يستعملها الفرد اتجاه الأحداث الضاغطة ، كما تعتبر نشاط عقلي تابع لسمات شخصيات معينة و التي تتميز بعدم قدرتها على معرفة الحالة الانفعالية والتعبير عنها بطريقة لغة الجسد وهذا راجع الى خلل بيولوجي، كما قد يكون راجع الى اضطرابات نفسية و اجتماعية قد تصل جذورها الى التركيب و التكوين الثقافي للمجتمع، و نظرا لتأثيرها على الفرد أدرجنا العديد من العلاجات التي يمكن أن تعطي نتائج ايجابية على هذا النشاط العقلي .و الذي أصبح مجالاً دراسياً هاماً للعديد من العلوم مثل علم النفس العصبي و التحليل النفسي و علم النفس الصحة و الطب السيكوسوماتي و علم النفس الاجتماعي و علم النفس الشخصية . لذلك أردنا البحث عن هذه الخاصية لدى مرضى السرطان و الذي يعتبر الفصل الموالي و المعنون بالتفسير السيكودينامي للسرطان .

## الفصل الرابع: التفسير السيكودينامي للسرطان

- تمهيد.

- 1- نظرة تاريخية لتناول السرطان من الناحية  
السيكوسوماتية.
- 2- نمط الشخصية و القابلية للإصابة بمرض السرطان.
- 3- المنشئية النفسية و مرض السرطان.
- 4- رد فعل مريض السرطان اتجاه المرض
- 5- الاضطرابات النفسية المصاحبة لمرض السرطان

- الخلاصة.

## تمهيد :

إن خطورة مرض السرطان من الناحية الجسدية و النفسية أدى بظهور العديد من القراءات النفسية لتفسير المرض أو دراسة مخلفاته على الصحة النفسية للفرد ، فنجد العديد من المقاربات السيكوسوماتية التي اهتمت بذلك، فالمقاربات السيكوسوماتية التحليلية اهتمت بتفسير المرض من خلال الصدمات الحياتية، و طبيعة العلاقة والتفسير الادينامي و الاقتصادي ، بينما ركزت بعض المقاربات السيكوسوماتية على الجانب النفسي الفيزيولوجي و خاصة بدراسة دور الاجهاد كعامل خطر في اضعاف الجهاز المناعي ، كما ذهبت المقاربات الأخرى الى تفسير المرض من الناحية النمطية و اعتبار الشخصية كعامل خطر في احداث ذلك .

كذلك نجد ان المعاناة النفسية و مخلفات المرض حضيت باهتمامات واسعة فتحت نافذة للبحث النفسي، فظهرت الكثير من الأبحاث الميتا تحليلية للتعرف على هذا الداء . فالعلوم النفسية أضافت لداء السرطان صبغة أشمل مما كان عليه، ، و بالتالي ينظر إلى الإنسان نظرة شاملة لنظامه الدينامي، الذي يستجيب باستمرار للتغيرات التي تطرأ عليه، بغض النظر عن العوامل المسببة التي سوف نتطرق إليها في هذا الفصل، كما نبرز مختلف الدراسات التي تناولت مرض السرطان من المنظور السيكوسوماتي،بالإضافة الى الدراسات التي نفت ذلك ، مع التطرق الى المعاش النفسي الذي يصل إليه المريض و الاستراتيجيات التي ينتهجها المريض جراء ذلك.

### 1- نظرة تاريخية لتناول السرطان من الناحية السيكوسوماتية:

يرى Laurent (2007) أن التسمية السرطانية تشير إلى من يصاب بمرض السرطان، ليختلط للأسف مفهوم الفرد بالموضوع لأن المرض يؤثر دائما على السيرة الحياتية، هي فرضية دالة على وجود متابعة فردية تبدأ من النظام النفسي إلى النظام الجسدي دون تفرقه. ففي أوروبا انعقد مؤتمر علمي دولي تحت إدارة الأستاذ H.J.F Baltruch حول الصفات النفسية -الجسدية للسرطان حيث أدخل الباحث Norbert luttens chlague مفهوم السرطان في السيكوسوماتية مع تطرقه لنظرة تاريخية موجزة للمقاربات السيكوسوماتية

منذ أبقراط وقاليان حول السرطان مع دراستهم الخصوصية لكل من أبحاث Groddeck G. و Grossarth و Reick W. الخاصة بالتحليل النفسي (شدمي رشيدة، 2014، ص. 64).

و بالتالي يعتبر أول من اهتم بداء السرطان اهتماما نفسيا تحليليا هو المحلل النفسي Groddeck G (1973) في كتابه *Le ça* و هذا بتوضيح مشكل داء السرطان من خلال التحليل النفسي ، فكان مقتنع أنه يستطيع معالجته من خلال مقارنة تحليلية .

ثم أتى Siemens (1956) والذي يعتبر أول من أبرز الجوانب النفسية للسرطان و أشار الى أن الصدمات النفسية كعامل يعجل في ظهور السرطان ، كما أشار إلى العلاج و الذي يجب أن يكون جراحيا، طبيا ،هرمونيا، و نفسيا (فيصل محمد خير الزراد ، 2000، ص. 477).

أما في الستينات نجد المختص النفسي Leshan L قد درس على العديد من الأشخاص الذين يعانون من داء السرطان، أكد أن داء السرطان يظهر عندما يغيب موضوع الحب .

من أهم الدراسات التي أبرزت الجانب النفسي للسرطان و تؤكد على أن السرطان داء سيكوسوماتي، دراسة الدكتور Geerd R H (1986) فهو يرى أن كل سرطان راجع إلى صدمة نفسية صراعية مأساوية معاشة في انعزالية . و أن الطب الحديث يتعارض مع الطب الكلاسيكي ولذلك يجب دراسة الظاهرة دراسة كلية (Geerd R H , 1986, p. 22).

Ryke Geerd Hame مختص في الأمراض الباطنية ذو جنسية نمساوية، لديه ولد توفي أبحاثه جاءت على اسمه. بعد هذه الحادثة المأساوية، Hamer اكتشف أنه يعاني من سرطان في الخصيتين، فقام بالبحث عن العلاقة بين وفاة ابنه، وظهور سرطان الخصيتين لديه .

حاول Geerd R H (1986) تفسير هذا السرطان من خلال المأزق والتناقض، حيث وضع رابط بين الموت الفجائي للابن Dirk ، وظهور المرض لدى الأب، فقام بوضع شعار مفاده « كل سرطان نتيجة صدمة نفسية صراعية مأساوية معاشة في انعزالية».

وهذا ما جعله يضع مفهوم DHS وهو عبارة عن تناذر اسمه Dirk Hamer Syndrom حيث يتعلق الأمر برد فعل عصبي عضوي متتابع، شخص في وضعية تتميز بفقدان الثقة بالذات والانحطاط والإحباط ، مع استدخال ، يكون هذا الاستدخال سلبي ليس لديه حلول كاملة من طرف التعجيل ، فالشخص في هذه الوضعية سوف يطور نوع من اللغة الخاصة بحياته (Geerd R H , 1986, p. 22).

اما Moirt الذي كان رئيس مصلحة طبية في Valence ، قام بتجارب على الحيوانات، أين تهيئ صدمة بالنسبة لهؤلاء الحيوانات ، يضع الحيوانات منعزلة في أقفاص مختلفة ، يهيئ لهم كل الوسائل اللازمة، من إضاءة ، أكل ، وشرب ، ثم يعرضهم لصدمة تؤدي إلى إجهاد. فهو يؤكد على الأصل النفس- جسدي للسرطان ، حيث يعتبر من الأوائل من إهتم بدور العوامل النفسية في إحداث السرطان ، فقد أكد أن الإجهاد + الانعزال + القفص وضعيات معيشية غير مكيّفة، فقدان أو نقص الإشباع الضوئي، يؤدي بالحيوان إلى هشاشة فيظهر السرطان . ( Renard L , 2007, p.34) .

ثم أتى علم النفس الصحة وهذا في الولايات المتحدة الأمريكية سنة 1970 الذي ارتكز على فهم السببية النفسية للأمراض و العوامل التي من الممكن أن تؤثر على الصحة النفسية ، فادخلوا دور العوامل النفسية و الاجتماعية و الانفعالية السلوكية في إحداث الأمراض العضوية .

و لكن هذا من خلال دراسات كمية تعتمد على الأساليب الإحصائية ، فبعض هذه الدراسات ركزت على دراسة أهمية الفروق الفردية بين الشخصية و مدى تفاعلها من خلال عوامل وسيطة ، كما ذهبت دراسات أخرى للبحث عن النمط الحياتي و الذي يعتبر كسمات منعزلة مضاف إليها سلوكيات، و دور الاستعداد وفي ظهور مرض السرطان، على غرار الاضطرابات الوعائية و القلبية و تحديد النمط السلوكي الذي ينتمي إليه هؤلاء المرضى و ذلك سنة 1993.

ومن بين الباحثين الذين درسوا هذه العلاقة نجد Green و Coll و آخرون سنة 1979، كما نجد Coll و Watson و آخرون سنة 1988، و أيضا Coll و Brees سنة 1992 بالإضافة إلى Temoschok L سنة 1987 Grossarth سنة 1990 ، فكانت كل فرضياتهم تركز على التفكير السيكوسوماتي و ايجاد ارتباط ما بين نمط اشكالية النفس الداخلية و نوع المرض ، وعلى هذا الأساس قاموا بوصف النمط C و الذي يعتبر كبروفيل للشخصية السرطانية (Marie Santiago Delefosse,2008,48-49)

إلا أن أغلب الدراسات أعطت نتائج متناقضة . و الى حد يومنا هذا بقيت نتائج السرطان من الناحية الاحصائية، يوجد من يثبت دور العوامل و من ينفیها، وتختلف من مجتمع الى آخر ومن شريحة الى أخرى، و لكن تبقى الدراسات التحليلية و التي تعتمد على الدراسات

النوعية تثبت دور العوامل و الشخصيات كمنط ، في إحداث السرطان و إعطاء قراءات سيكوسوماتية للمرض ولعلل من أهم النظريات نظرية بيارمارتي الذي يعتبر السرطان راجع الى خلل التنظم التدريجي .

و كذلك نجد أحدث النظريات السيكوسوماتية نظرية سامي علي الذي يعتبر أن بعض أشكال السرطان تكون ناتجة عن العيش في وضعية مأزقية تؤدي إلى تدفق بيولوجي، و هذا الأخير يسجل تنظيم عقلي من مميزاته الصلابة ، ملاحظ بكتب للوظيفة الخيالية و في الوقت نفسه باكتئاب طبائعي منتشر، أي تكون الجسدنة نتيجة حداد غير مرصن عقليا، و بهذا الأساس يمكن أخذ السرطان و تناوله على أساس سيكوسوماتي. (Sami Ali, 1987, p. 31)

أما Renard L (2007) فقد نشر كتاب معنون le cancer apprivoisé les ressources insoupçonnées de l'être humain, و بين فيه أن السرطان داء سيكوسوماتي فهو ليس ناتج فقط كما يظن البعض إلى الجانب الوراثي أو الانتقال الفيروسي، أو بكتيري لكن هو مرض جسدي يتدخل الجانب العضوي والجانب النفسي في إحداثه، لأن الإنسان ليس جسم فقط يعني على هذا الأساس أنه بيولوجي أو مادي، أو جانب غير مادي نفسي أو روحي ولكن اجتماع الاثنين « (Renard L, 2007, p.13)

حيث يرى أن الدراسات النفس جسدية تركز على السير الوظيفي للمرض بحيث ينحصر المرض في خلل في الوظيفة ، لكن هناك حاليا يوجد العديد من الدراسات تؤكد أن المرض السيكوسوماتي قد يكون خلل في الوظيفة ، وأيضا قد يكون خلل في العضو ،حتى أنه يلاحظ ذلك الخلل في العضو و من بين هذه الأمراض والمعاصرة حاليا داء السرطان و الذي يجب أن يفسر من خلال المقاربة البيو-نفسو-اجتماعية أو مايعرف بالمقاربة

الادماجية L'approche intégrative و هذا ما أكد عليه Jean Benjamin Stora

إذا كان هناك العديد من الدراسات، التي تناولت داء السرطان كداء سيكوسوماتي ، وخاصة في وقتنا الحالي، إلا ان هناك دراسات أخرى تؤكد على أنه ليس داء سيكوسوماتي بقدر ما هو داء جسدي لديه مخلفات عظيمة على الجانب النفسي. ، فهناك علم جديد يهتم خصيصا بدراسة داء السرطان كداء سيكوسوماتي و الإهتمام بمخلفات المرض من الناحية النفسية في اطار نظرة تكاملية ، وهذا من خلال علم النفس العصبي المناعي-la psycho-

neuro-immunologie .

إن علم النفس العصبي المناعي ، يدرس الإصابات العضوية الناتجة عن الوضعيات الصراعية مثل الالتهابات المعدية ، بحيث تخلق مظاهر عضوية على العضو، حاليا داء السرطان يصنف ضمن هذه الاضطرابات، التي قد تنتج عن وضعيات نفسية وصراعات خاصة ، فعلم النفس العصبي المناعي يؤمن بتعدد العوامل المسببة للمرض ، قد تكون عوامل عائلية إجتماعية مسؤولة عن ظهور الاضطرابات، أو عوامل مرتبطة بالتركيبية النفسية ، وتعد هذه العوامل كعوامل وجودية مؤثرة في الفيزيولوجية .

إن أول الأبحاث في علم النفس العصبي المناعي، ظهر مع تطور علم النفس الجسدي أو السيكوسوماتي، منذ سنة 1930 ، لكن لم يأخذ مجراه تقريبا الا منذ سنة 1980 .

فهو يركز حسب Stiefel F (2006) على مايلي : هل للاضطرابات ذات الاتصال المناعي الخلوي، لها تفسير نفسي يمكن أن يظهر أو يفجر هذا المرض ؟

كذلك تركز هذه الدراسات على سؤال النمطية النفسية ، بمعنى هل يوجد نمط أو بروفيل نفسي لهؤلاء الأشخاص ، يمكن أن يضاعف أو يطور أو يفجر المرض السرطاني ؟

وكذلك سؤال: هل بإمكان الصدمة النفسية، أو فقدان أو حداد غير مرصن نفسيا، أن يؤدي أو ينتج سرطان ؟ و هل يوجد علاقة بين المرض العقلي و داء

السرطان. « (Stiefel F,2006, p. 105)

لقد جاء علم النفس العصبي المناعي، من أجل إظهار التأثير النفسي الضخم للقلق، والخلل النفسي الناتج عن تفجر الدفاعات النفسية، وأهمية صورة الذات ، وأهمية التغيرات التي

تحدث على المستوى العائلي، والعاطفي، والاجتماعي، والمهني في إحداث هذا المرض .

كما اهتم Giger N (2000) [83] «علم النفس العصبي المناعي بمسألة ما هو سلم وعتبة الإجهاد الذي يظهر من خلاله داء السرطان .

لكن حاليا يهتم أكثر بكيفية مساعدة العميل ، ونوعية الحياة لديه، في مختلف مراحل مرضه بمعنى تحسين نوعية حياة المريض ( Gorot J, 2001 , p.19 )

أما علم النفس السرطاني la psycho-oncologie فهو يهتم أكثر بتأثير المرض على المريض يعني داء السرطان وعلاجاته المختلفة على الحالة النفسية للمريض، وأيضا يهتم بدور

العوامل النفسية في المساهمة العلاجية ، والتخفيف من آثار المرض، من خلال دور السند الاجتماعي ، وقدرات المريض النفسية في مواجهة المرض .

كما نلاحظ هذا العلم يدرس معنى الاتصال العلائقي بين معالج / ومعالج ، كما يهتم بالأبعاد النفسية الاجتماعية، ويدرس الاكتشافات الجينية و أثرها في حدوث السرطان .

أما عن عمل المختص النفسي في مجال السرطان le psycho-oncologue فقول Dolbeault أنه قد يكون مختص نفسي ، أو مختص في الأمراض العقلية ، فهو يعمل بالتنسيق مع فريق عمل، نجده يعلن التشخيص، كما يتدخل عند إيجاد صعوبة تتعلق بتناول الأدوية أو رفضها أو صعوبة الاتصال مع أقارب المريض ، حيث يتدخل في مراحل التغير التي تحدث عند المريض، فهو يركز أكثر على رد فعل النفسي اتجاه المرض ، والعوامل النفسية التي تزيد من حدة المرض ، كالضغط النفسي الذي لديه القابلية على إحداث مختلف الاضطرابات النفسية (Dolbeault S, 2006, p.p, 333-334).

لا يجب على المختص أن يتدخل مباشرة دون استشارة كلية لفريق العمل ، يكون عمله فردي مع المريض، كما أن الطبيب يلجأ إليه من أجل الخبرة النفسية .  
لديه كل الصلاحية من أجل وضع الخطة العلاجية ، كما يلجأ إلى الرجوع إلى تاريخ الحالة و تقصي الظواهر النفسية لدى المريض، ويقارن الأحداث الحياتية التي مر بها .  
إذا وجد هذا المختص أن حدوث هذا المرض قد يكون لديه صلة بأحداث خارجية و فقدان، بمعنى أن الإشكالية تدور حول مفهوم فقدان السند العاطفي، قد يلجأ المختص إلى إقامة مقابلات مع الأسرة، بحيث تساعده على كشف حقيقة المرض، وبالتالي يكون هناك متابعة جيدة .

يعد كل من علم النفس العصبي المناعي و علم النفس السرطاني، من الفروع التي اهتمت بشكل كبير بمرض السرطان، سواء من ناحية البنية النفسية، أو من ناحية التكفل النفسي وتحسين نوعية الحياة .

وعلى هذا الأساس ابتعد مفهوم داء السرطان عن معنى الوراثة فقط ، أو الجوانب الكيميائية أو أنه اضطراب عضوي فقط ، لكن أصبح ينظر إليه لدى البعض على أنه اضطراب سيكوسوماتي، ويجب أن تكون لديه قراءة تكاملية تفاعلية لا اختزالية .

و أصبح مرض السرطان يدرس من كل الجوانب سواء الوقائية أو المنشئية الأولية أي العضوية أو الوظيفية ، أو النفسية وهذا ما يسمى بالتفسير التكاملي ، لكن إلى حد الآن لا

يزال الإشكال النفس جسدي غير مثبت كلياً ، و يشكل فوضى في مختلف المجالات سواء النفسية أو الطبية، و على هذا الأساس سنتطرق في العنصر الموالي الذي اهتم بتناول هذا الداء سيكوسوماتياً، من خلال نمط الشخصية و قابلية للإصابة و العوامل التي فسرت ذلك

## 2- نمط الشخصية و القابلية للإصابة بمرض السرطان:

قام مجموعة من الباحثين بجامعة الطب في Londres باكتشاف مجموعة من السمات التي تميز مرضى السرطان ، من بين هؤلاء الباحثين نجد Morris، Gree سنة 1979 و Watson M. و آخرون سنة 1991 إلى سنة 1999 ، و سميت هذه السمات ببروفيل النمط C الذي يختلف عن النمط A المهيب للإصابة باضطرابات الوعائية القلبية. (Marilou Bruchon-Schweitzer,2014,p.209)

حيث يتميز مرضى السرطان بأنهم على العموم جد طبيون ، متساهلون، وخاصة عدم الميل للتعبير عن غضبهم ، و الذي يدل على قمع الغضب ،الذي سيصبح كبت لاواعي.

كما اهتمت Temoshok بالأشخاص الذين لديهم سرطان الجلد Mélanone فهم ينتمون إلى النمط C ، الذي يعارض النمط A فهم متعارضين في السلوك. (Temoshok L, 1987, p.45) فالاختلاف بين النمط C و النمط A هو أن الأشخاص الذين ينتمون إلى النمط C متعاونين صبورين ، هادئين ، لا يعبرون عن عواطفهم و انفعالاتهم السلبية خاصة الغضب ، فهم خاضعين للسلطة و قد يكون هذا الميل راجع إلى أصل وراثي أو نفسي أو عقلي .

هناك دراسات عديدة تؤكد أن كل مريض يخضع إلى إستئصال نسيج ، وتكون النتيجة ظهور أورام حميدة أو خبيثة ، تكون هذه النتائج لديها علاقة بقمع الانفعالات و كظمها مع استمرار هذا النمط بعد مرحلة التشخيص كطريق دفاعية (Schwarz R, 1994, p 43) .

إن أمل رواد المدرسة السيكوسوماتية، هو وضع بروفيل خاص لمرضى السرطان ،بعدها نجحوا في إيجاد بروفيل للمصاب بالربو و الحساسية و القرحة و التهاب المفاصل ،حيث يمتاز هؤلاء بالانشراح للحزن و العدوانية و الكره و الحاجة للعناية و المراقبة و النشاط الزائد و الاستثمار الزائد للأعمال، مع اظهار العواطف ، أما في مرض السرطان من بين السمات الملاحظة ، و التي بحث فيها بعض الباحثين نذكر مايلي:

## 2-1- عدم النضج العاطفي و هشاشة الأنا :

يتميز اتزان الأنا و قوته بالعديد من الخصائص فقد حددها ايزنك من خلال قدرة الفرد على الضبط الكافي عند التعامل مع الآخرين ، تقبلهم و ممارسة تاثيرات حسنة عليهم، مع استخدام المهارات و القدرات الموجودة لدى الشخص بأقصى طاقة ممكنة ، كما يجب على الفرد أن يحترم ذاته في حدود الاخلاق الحضارية و الاجتماعية و الشخصية،مع ضرورة التخلص من الطفولية الانفعالية و القلق الزائد و الاكتئاب و التفكير الغير الواقعي و الادراكات المشوهة، بالاضافة الى القدرة على تحمل التهديدات الخارجية و الكبت الفعال و التوازن بين ماهو صلب و ادخال المرونة التي تؤدي الى القدرة على المراقبة و التحكم و تسير كل الأحداث التي تواجهه ، فالفرد في هذه الحالة يؤمن بأن سلوكه و تفكيره قادر على جعل المواقف تتطور إلى الاتجاه الايجابي و ذلك بادخال مفهوم التحدي الذي يعتبر امرا طبيعيا في خلق استراتيجيات فعالة في حل المشكلات (بن زروال فتيحة، 2008، صص 194-203)

فقوة الأنا عصب الحياة النفسية و محورها الفعال و مستقر ايجابية الإنسان، و تأكيد على إمكانياته ، و بزوغها من حيز الكمون إلى حيز التحقيق في الواقع . ويرجع الفضل ل Freud S في وضع تصورات الأنا من حيث الضعف و القوة ضمن منظومات الجهاز النفسي . فيعتبر الأنا هو منطلق العقل و الحكمة ، بينما الهو هو مضاد ، و يعتبر الأنا قبل كل شيء جسدي و ليس له واجهة واحدة نفسي ، ولكن وحدة متعلق بوحدة متصلة بإسقاطات تلك الواجهة (Freud S , 1923, p 11)

أما Stagner يحدد مظاهر قوة الأنا في ماييلي : تحمل التهديد الخارجي و القدرة على تجاوز مشاعر الإثم ، و القدرة على الكبت الفعال و تحقيق الاتزان النفسي بين التصلب و المرونة و تخطيط للضبط و تقدير الذات ، بينما يتضمن انخفاض الأنا في نقص، و في كبح الذات و نقص في الوعي المعروف الذي يعوق قدرة الفرد على السيطرة على الضغوط (محمد ابراهيم عيد ، 2002 ، ص. 140)

لقد أكد الباحثون أن مرضى السرطان يتميزون بضعف للأنا، الذي قد يكون ناتج عن السمات المذكورة سابقا فقد تتبع Leshan L و Bahnsون هؤلاء المرضى فوجدهم يتميزون بعلاقة متباعدة من طرف الآباء، يعني هناك خلل في طفولتهم، التي تتميز بالانطواء

و الوجدانية مما يؤدي إلى ضعف الأنا ، فهم لا يستطيعون استدخال العلاقة مع الآباء حيث يكون هناك فجوة كبيرة .

فمارتي يرى أن المرجعية الداخلية للمفحوص، هي التي تركت هناك هشاشة في الأنا و الذي يستدعي وظيفة أمومة مفلسة فارغة ، فالمريض كانت لديه صورة أمومة جيدة أو خلل في العلاقة فهذا يؤكد أن غياب الحب و الإفلاس في الوظيفة الامومية يكون أنا هش قابل للتفجير و ظهور المرض.

عندما يكون الأنا الداخلي ضعيف، يجد صعوبة في النمو من أجل تبرير مواقفه من أجل تواجده، فهو يبحث عن موضوع من أجل تحقيق التوازن إزاء الخطر ، و إذا كان هناك تفكك بين الأنا الداخلي و الخارجي يحدث حل آخر و هو الجسدنة في الخلايا ، يعني هناك انقسام للإنسان داخليا و خارجيا (Renard L,2007,p.32)

و هنا نجد مصطلح غياب صاد الاثرات، و نقصد به السمك الحمائي الذي يحمي المتعضي، و الذي يتكون من العلاقات الأولية، فالأم في هذه المرحلة لم تكون للطفل صاد للآثار الكافي، فعندما يغيب الشخص التابع له يؤثر على الفرد .

ففي الحالات العادية يتواجد الأنا كعامل دفاعي، يستدعي تدخل أوليات دفاعية متميزة و يصادف ذلك الصاد الملتطف الذي يمارسه من خلال فكرة المتيقظ، إلا انه تجدر الإشارة في هذا الصدد أنه يكون الأنا هش لا يستطيع القيام بعمله (لابلاش و بونتاليس،ترجمة مصطفى حجاجزي، 1997 ، ص 102) .

## 2-2- التبعية و التعرض لصدمة انفصال:

ان المصاب بالسرطان يواجه صعوبة في تحقيق الذات و هذا ما يدفعه الى الخضوع للآخرين بكل ثقة ، فلذلك التكيف الإجتماعي و حسن المعاملة فيما بينهم ليس الا شعور بالعجز و الضعف ، فيتخذ ذلك النمط من العلاقة كوسيلة لتخفيف من حالات التعرض للضغط و الصرعات لأنه غير قادر على مواجهتها و بالتالي يلجأ الى كبت المشاعر السلبية و بالخصوص الغضب و العدوانية .(رشيدة شدمي،2014،ص.66)

فإذا أتينا البحث في ماضي تاريخهم الطفولي ، نجدهم أنهم عاشوا صدمات انفصالية كثيرة و متنوعة ، تتمثل في الانفصال عن الموضوع ، مع العلم أنهم أشخاص لديهم تبعية كاملة

للموضوع ، هذا ما يؤدي بالطفل أن يكون منعزل وحيد، لا يوجد لديه أصدقاء ، خوفا من فقدان لاحق .

ومن بين الدراسات التي أكدت ذلك دراسة Leshan L الذي أقر أن حوالي 50 شخص من الذين درسهم وجد أنهم قد عانوا من فقدان ، أخ ، أب ، أم ، أو شريك، حيث يكون انفصال جسدي أو نفسي، فالإنسان يجد نفسه متروك منعزل، فتصبح لديه هذه العلاقات جد خطيرة في مفهومه و مصدر للقلق

و هذا ما أقره Renard L حيث يرى أن هؤلاء يتميزون بخاصية التبعية الكبيرة، سواء داخلية أو خارجية ، قد تكون عائلية كالأم أو الشريك ، كما قد تكون خاصة بالعمل، أو قد تكون ذاتية ، مثل نقص في قيمة الذات أو الخجل، فربط هذه التبعية بمصطلح الساند tuteur و غياب هذا الأخير يعني ظهور صراع ، و عدم التوازن بين الأنا الداخلي الحقيقي و الأنا الخارجي، الذي ينشأ من خلال الخارج و الآخرين يعني الأنا في حد ذاته (Renard L , 2007,p.31)

يرى Bahnson إن فقدان الذي يسبق تقاوم التظاهرات العيادية لمرض السرطان يكون مصحوب في أغلب الأحيان بقصة ذات الصلة بالماضي الطفولي، تتميز بحرمان عاطفي نتيجة انفصال حقيقي، أدى إلى إحداث السرطان.

### 2-3- القمع الانفعالي:

يقصد بالقمع الانفعالي او قمع الانفعالات او كظمها بعدم قدرة الفرد على التعرف و الاعتراف بانفعالاته و التعبير عنها شفويا.

اقترحت Temoshok (1987) نموذجا نظريا توضح فيه نشأت الأسلوب السلوكي المعرفي الخاص بالنمط C حيث ترى بانه نتيجة الاستعداد الوراثي و/أو تجارب وخبرات عائلية تعلم فيها الطفل مواجهة الاحداث المجهددة بطريقة تتميز بعدم التعبير عن رغباته و انفعالاته مما أدى في النهاية الى الشعور بالعجز و اليأس .(بن زروال فتيحة،2008،ص.236)

وهذا ما ذهب اليه Dreher S فقد اقر إن مرضى السرطان يتميزون عن غيرهم، أن لديهم عدم القدرة عن التعبير عن انفعالاتهم، و هذا بعد دراسة أكدت أن تلك الأشخاص غير قادرين على العيش في الحياة، لأنهم غير قادرين الاتصال عن طريق انفعالاتهم ، و بالتالي

الوقوع في المرض ، و المرض يدل على الموت ، و الموت يعني الانتهاء من هذه الحياة (Dreher S,2003,p24)

و توصلت نتائج دراسة كل من grossarth و Maticcek و اخرون على عينة اشملت 1353 فرد من مدينة صغيرة بيوغسلافيا سابقا و ذلك من خلال دراسة طولية لمدة 10 سنوات و طبق مقاييس متعلقين بنمط الشخصية و القدرة على صد الانفعالات بدون كظمها، كما يسمح لنا هذين المقياسين بمعرفة مدى كتم العدوانية اتجاه الغير، فقد وجدنا عدد كبير من مرضى السرطان ، خاصة المصابين بسرطان الرئة، يعانون من سمة كظم الانفعالات و نقص في التعقيل. أما الأشخاص الآخرون ، وجد لديهم ميكانيزم آخر هو التبرير لقمع الانفعالات. أما الدراسة الثانية فقد ضمت تتبع 19000 فرد من سكان هايدلبرج بالمانيا منذ سنة 1979 الى غاية سنة 2000 فأظهرت النتائج الى أن القمع الانفعالي من العوامل النفسية الاجتماعية المهمة التي تنبئ بالاصابة بالسرطان. وفي نفس السياق تؤكد دراسة Contrado , و اخرون الى وجود كبح إنفعالي أكثر لدى المصابين بسرطان الرئة و أن هذه الخاصية تترتبط بالسرطانات الأقل نجاة من المرض.(بن زروال فتيحة،2008،ص.236)

يضيف Marilou Bruchon-Schzeitzer (2014) بأن يلجأ هؤلاء المرضى الى هذا النمط كأسلوب خاص في التفاعل إزاء بعض الاحداث المفاجئة من الحياة التي يعيشها كفقدان و يعتبر هذا الأسلوب الذي يتضمن عدم التعبير عن المشاعر السلبية و الإدراك الخاص بالوضعيات الاكتئابية و في نفس الوقت مكلفا و غير فعال

فعدم القدرة عن التعبير عن الألم ، المعاناة من شأنه أن يساهم في ظهور المرض، حيث أن هناك العديد من الأشخاص، كانوا ضحية لصدمة عنيفة و عدم النجاح في التعبير عن تلك الألم و الانفعالات فيظهر القلق الذي يساهم في ظهور السرطان (محمد ابراهيم عيد، 2002، ص. 139)

أما Mckenna M و آخرون قاموا بتحليل بين العوامل النفسية و الاجتماعية و البيولوجية و أهميتها التفاعلية في ظهور السرطان، خاصة مرضى سرطان الثدي، حيث قاموا بدراسة وجدوا هناك استثمار و علاقة بين الضغط الانفعالي و عدم التعبير عن تلك الضغط لدى مرضى السرطان ، فهم يرون بأنهم شخصيات تبتعد عن الصراعات بسلبية و عدم القدرة على المواجهة فهم مسالمين .

ومن بين الدراسات التي تؤكد أن مرضى السرطان لديهم بروفييل يتميز بقمع الانفعالات نجد أيضا دراسات Fox PH على 826 امرأة خضعت إلى التصوير الشعاعي للثدي mammographie، حيث أجرى عليهم اختبار يقيس رد فعل هؤلاء قبل إجراء الاختبار، يكشف هذا الاختبار قدرتهن على كظم الانفعالات و الغضب و الحصر و الاكتئاب.

حيث وجد 20 امرأة قبل إجراء الاختبار يبين مراقبة هامة لانفعالاتهن مقارنة مع النساء اللواتي عندهن إصابات ورمية حميدة، فتأكد أن تلك النساء مصبن بالسرطان» (Fox PH, 1995, p19)

إن حسب هؤلاء أن السمة الرئيسية لمرضى السرطان ، هي قمع الإنفعالات، و التي يؤكد عليها Sifneos et Nemiah من خلال مصطلح 1 Alexthymie ، أو ما ترجم إلى مصطلح عجز التعبير الانفعالي بحيث يظهر لدى هؤلاء تخدير للانفعالات تصبح جامدة، مع فقر في الحياة الهوامية، و رجوع المتعصي إلى حالته الأولية >> (Sifneos P , 1973, p. 22).

إن هذا المصطلح يشير إلى مصطلح التفكير العملي الذي تحدث عنه بيار مارتي مع الاشتراك مع مصطلح آخر و الذي هو موضوع بحثنا ألا و هو الاكتئاب الأساسي .

لكن امام هذه الدراسات ، أتت دراسات تعارض نتائجها هذا التأكيد من بين هذه الدراسات نجد Epping-Jordanie Compas ، Howell 1994 قد أكدت نتائجها عن وجود قمع معرفي و ليس قمع عاطفي لمرضى السرطان، بمعنى قمع الأفكار التي تدور حول المرض و ليس قمع الانفعالات السلبية.و ايضا نجد دراسات كل من : Persky و Hahn (1978) ،

Petitti (1988)، Bleiker (1995) فلم تتوصلوا إلى إيجاد علاقة ارتباطية بين هذه المتغيرات (Garssen, 2004, p.324).

## 2-4- العدوانية الذاتية الموجهة نحو الجسد :

يرى Rosenmman الشخصية من النمط أ تتضمن مركب المظاهر السلوكية الخاصة بالعدوانية ، فالفرد في هذا النمط يمارس عدائيته في مختلف المجالات و احدى مظاهرها تتجلى في الرغبة الشديدة في المنافسة و السيطرة، فهو يغضب بسهولة و الذي يساهم في حرمان هذا النمط من دعم المحيطين بهم ، فالعدوانية لديهم تصل الى حد الرغبة في السيطرة مع القليل من الاعتبار لمشاعر او حقوق الاخرين.(بن زروال فتيحة،2008،ص.236)

بينما يتميز النمط c بالعكس فيما يخص العدوانية، فهم يتميزون بان لديهم عدوانية لكن مقموعة أو مكبوتة، فهم لا يستطيعون إظهارها ، لأن إظهارها يعني خسارة الموضوع و خسارة الموضوع خسارة الذات فتوجه تلك العدوانية اتجاه الجسم تصبح عدوانية ذاتية. لذلك نجدهم مسالمين ، و يتميزون بالطيبة اتجاه الآخرين، و قد يكون هذا السلوك العدواني راجع إلى مراحل النمو الأولى، حيث يتعرض الطفل إلى قمع كبير من طرف الوالدين أو راجع إلى التبعية المطلقة لهم، و عدم القدرة عن التعبير عن كل ما هو عدواني . فقد تحدث Sami Ali (2006) عن الكبت الناجح لوصف القمع الذي يستعمله الفرد عندما يتعذر استعمال طريقة الإسقاط إلى الخارج ، لتفريغ الإثارات النزوية العدوانية، و هو ما يؤدي إلى الجسنة فالقمع يشكل نوع من الانفجار الداخلي .

فالنزوات العدوانية إن لم تجد مخرجا للتعبير أو للتسامي فيبتم قمعها، هذا الاخير الذي يعمل على تفكك التمثيلات عن العواطف من اجل الابتعاد او إلغاء الألم، لأن عند التقاء التمثيلات بالعاطف يهدد القلق بالظهور . و بالتالي يتم هناك عزل التمثيلات على مستوى ما قبل الشعور فيظهر الشعور بعدم الالم، فيظهر تراكم للطاقة وركودها يؤدي لتزايد نسبة التوتر و الذي لا يجد منفذ للخروج سوى عن طريق القلق أو عن الجسنة.

و هذا ما نجده يؤكد Leshan L أن المصابين بداء السرطان يتميزون بفقدان علاقة عاطفية هي علاقة أساسية و فريدة تغطي كل حاجياتهم عن التعبير عن حياتهم أو انفعالاتهم أو عدوانيتهم ، ففقدان هذه العلاقة يدل على غياب دافع العيش، و إحساس عميق بالوحدة، فلا يجب إبداء العدوانية ،خوفا من فقدان الموضوع الآخر ، فيظهر لديهم عدم القدرة عن التعبير عن السلوك العدواني ، فقد وصفهم بأنهم أشخاص ذو النمط المسمى ب la structure émotionnelle de l'enfance typique التركيب الانفعالي ذو النمط الطفولي.

## 2-5- السلبية و الخضوع :

إن ظهور السلبية راجع لضعف الأنا وهشاشته و التبعية للغير، فنجد هؤلاء ليسوا فعالين أمام نواتهم ، لا يتخذون قراراتهم بأنفسهم، بل الآخرين هم الذين يقررون عنهم ، فهم يخافون من فقدان الموضوع، و غياب الاتكال في اختيار الموضوع .

فالفرد يلجا الى الامتثال و التسير من طرف الانا المثالي و جماعي، فهو لا يستخدم مفهوم "أنا" في سياق العاطفي الانفعالي ، لذلك يظهر لديهم تنقيه لمشاكله الشخصية و الابتعاد عن المعارضة و رفض الآخر، فلا يمكنهم التلفظ بـ "لا" فيتبنى الفرد تكيفا مبالغا مع الزمن الاجتماعي و احترام مفرط للوقت و المواعيد كسد لثغرات الوقت الذاتي.(Sami Ali, 2004 p20.)

فمن الدراسات التي أكدت هذه السمة لدى تلك الأشخاص دراسة Dantzer H الذي يرى أن غياب المراقبة إزاء الشخص الذي يبدي المريض تبعية إليه، يؤدي إلى السلبية و الخضوع ، و تكون السلبية و الخضوع مرتبطة ارتباطا وثيقا بنشاط جهاز الغدد، خاصة جهاز الغدة النخامية و تأثيرها على الغدة ما فوق الكلوية، فيحدث هناك تدفق لهرمون الكورتيزول مع تنشيط ل gonadotrope .

فهم أشخاص جد حساسون للأمراض المتعلقة بخلل في الجهاز المناعي، و خاصة عندما يكون نشاط دائم متتابع للجهاز hypophyso –cortico- surrenalier . كما يقر Dreher S في دراسات لـ Temoshok و Revy أن كل مواجهة سليمة مع عدم القدرة على التعبير، مع دفاعات مناعية ضعيفة من شأنها أن تطور أورام خبيثة».(Dreher S ,2003, p 20)

## 2-6- الشعور بالضعف وفقدان الأمل و التفاؤل اتجاه الوضعيات الحياتية:

تلعب الحالة النفسية دورا مهما في التفكير ، فالفرد عموما وهو في حالة نفسية جيدة يكون لديه ميل للتفكير الإيجابي المتفائل ، يحدث هذا لأن الذاكرة التي تحددتها الحالة المزاجية تجعلنا ونحن في حالة نفسية جيدة نتذكر أكثر الأحداث الإيجابية ، أما عن خبرات النجاح والفشل فالأكيد أن النجاح يعزز الفعالية الذاتية والتي هي إعتقاد الفرد بقدرته على السيطرة على مجريات حياته ومواجهة ما يقابله من تحديات.(جولمان دنيال ترجمة ليلي الجبالي،2002،ص.128).

لكن الشعور بالضعف عدم القدرة في مواجهة الصعاب و فقدان الأمل ، يدل على ضعف الأنا الذي تحدثنا عنه سابقا و الذي يعتبر خاصية لدى مرضى السرطان ، فهناك إنقاص من قيمة الذات مع فقدان الأمل اتجاه الوضعيات الحياتية.

فالمصاب في هذه الحالة، لا يستطيع التكيف أو الخروج من هذه الوضعيات، فالبعض من الباحثين سمو الشعور بعدم القدرة و خيبة الأمل بفقدان المراقبة والبحث عن الآخر والآخرين يرجعون هذا الشعور إلى الاكتئاب، أو كما سماه Derher Syndrome d abandon الذي يؤدي فيما بعد إلى رد فعل للإكتئاب متحفظ، يكون مميز لهؤلاء المرضى (Derher, 2003, p. 21)

### 3- المنشئية النفسية و مرض السرطان :

لقد تنوعت الأسباب أو العوامل المفسرة لحدوث داء السرطان ، فيمكن أن تكون هذه العوامل أولية بيولوجية او عوامل ثانوية ، مساعدة ، ضرورية ، كما قد تكون العوامل من حيث الأهمية عوامل تفاعلية أو تكاملية أو اختزالية .

### 3- 1 مفهوم الاستعداد ودور العامل س مقابل التنظيمات النفسية السيئة:

وإذا أتينا إلى تفسير العوامل، التي تسبب داء السرطان، يجب أولاً الإقرار بدور العوامل الوراثية التي منها ما يرتبط بالجانب النفسي ، ومنها ما يرتبط بالجانب العضوي الفيزيولوجي. فنجد بعض العلماء يؤكدون على أن هناك ثلاث أنواع من الوراثة، وراثته تحمل رمز A وتسمى وراثته فيزيولوجية ، وراثته تحمل رمز B وتسمى وراثته بسيكولوجية، ووراثته تحمل رمز C وتسمى وراثته روحية .

ولا يمكن دراسة الإنسان، إلا من خلال تناوله في ثلاث أطر وراثية ، بمعنى أن الإنسان يولد بمكتسبات وراثية قد تكون نفسية ، بمعنى أن الوراثة النفسية تخلف آثار ، وهذه الآثار تسجل على شكل أنماط وبروفيل شخصي، قد يهيأ للإصابة بداء سيكوسوماتي .

أما الوراثة العضوية، فهي الانتقال الكروموزومي من الآباء إلى الأبناء ، وفي تلك الوراثة يكون هناك خلل مما يؤدي إلى الإصابة ، وعندما تكون هناك عوامل نفسية أخرى تحرض من أجل إضعاف ذلك العضو، أو عوامل مساعدة أو ما يسمى عملية اختيار العضو من أجل الجسدنة أو عامل الاستعداد، ويطلق عادة على هذه الاستعدادات التي يرثها الفرد اسم العامل المجهول أو العامل س ، كما سماه العالم ألكسندر

عام 1932>>. (فيصل خير الزراد، 2000، ص. 221)

فمثلا إذا تواجد العامل س في القصبية الهوائية ، و وجد إجهاد نفسي شديد، فان ذلك يؤدي بالفرد إلى الإصابة بمرض الربو . واذا وجد العامل س في جهازا لدوران، ووجد إجهاد وانفعالات فان ذلك يترتب عنه الإصابة بأمراض القلب وجهاز الدوران .

ولا ننسى أهمية العلاقة المتبادلة بين المرض وشعور المريض ، فالفرد ولد بجهاز دوراني ضعيف قد يشعر بعداء اتجاه والديه ، ولكنه لا يستطيع أن يعبر على عدوانيته نحوها فيكظم مشاعره العدوانية، وهذا الكظم يؤثر في كيمياء الجسم ويؤدي بذلك إلى انقباض الشرايين وتراكم الكوليسترول على جدرانها .

وكما ذكرنا أن الضعف العضوي الذي يرثه الفرد قد لا يتوزع بالتساوي على جميع أعضاء الجسم ،بل يتركز في عضو معين دون غيره من الأعضاء، تماما مثل الطفل الذي يلد بتشوه خلقي في القلب أو الرئتين ... الخ .

ومثل هذه الأعضاء تكون دوما عرضة إلى الإجهاد النفسي أو للإصابة ،وهي تمثل نقطة مقاومة ضعيفة أو ما يطلق عليه بالمسايرة الجسمية للتوترات الانفعالية، وقد لا يظهر أثر هذه الاضطرابات في بادئ الأمر، إلا إذا استمرت حالة الإجهاد النفسي طويلا فان الأجهزة والآليات الدفاعية تفشل نتيجة ذلك.

إذا سلمنا أن هناك استعداد وراثي ، وهناك قابلية للإصابة بالمرض من خلال العوامل النفسية، فهذا قد ينطبق على مرض السرطان والذي سوف نلجأ فيما بعد إلى طرح وتفسير هذه العوامل .

إن مفهوم الاستعداد للمرض ودور العامل س في إحداثه، لدى ألكسندر يطابق مفهوم التنظيمات النفسية السيئة les apparens inorganisations، فهو يتعلق الأمر بحالات مرضية لدى شخصيات ضعيفة التكوين من حيث البنية النفسية أو العضوية ، هذه الحالات تتميز بعدم قدرتها على إعادة التنظيم الوظيفي ،الذي يعمل تحت تأثير غرائز التي تتدفق في مراحل النمو والتطور .

ففي هذه الحالة يستدعي الأمر إلى التحدث عن التنظيمة التي يحدث فيها خلل، قد يكون من منظور جيني وعوامل وراثية أو إلى عوامل في النمو، أو نمط مركب من العوامل.

يدل أيضا مفهوم «les apparents inorganisations» على الاضطرابات المتعلقة بعصاب السلوك كما أضاف إليها Marty p بعض حالات التخلف العقلي (Marty p,1998, p. 174) . وعلى هذا الأساس نسلم بمفهوم الشخصية القابلة إلى الإستعداد للإصابة بالمرض ،مضاف إليها التعرض إلى العوامل النفسية التي من شأنها أن تفجر المرض أو تساعد في إحداثه أو تكون متفاعلة، أو تحدث تكامل في ظهور داء السرطان، فنلاحظ هناك تنوع في العوامل وتعددتها في حالات داء السرطان :

### 3-2- الصدمات النفسية :

تعرف الصدمة بأنها أي حادث يهاجم الإنسان ويخترق الجهاز الدفاعي لديه، مع إمكانية تمزيق حياة الفرد بشدة. وقد ينتج عن هذا الحادث تغيرات في الشخصية أو ظهور مرضٍ عضوي إذا لم يتم التحكم فيه والتعامل معه بسرعة وفاعلية. وتؤدي الصدمة إلى نشأة الخوف العميق والعجز أو الرعب (سي موسى عبد الرحمان،2002،ص06)

يعتبر Siemens (1956) أول من أوضح بتفسير علمي دور احداث الحياة ومن بينها الصدمات ودورها في تفجير السرطان دون أن تكون تلك الصدمات هي السبب الأولي للمرض، فقد فسّر الداء على أساس الضغوط النفسية التي تخلفها . ( Amami,2006,p.684 ) كل صدمة أو رضة نفسية في مرحلة من مراحل حياته يعود الفرد و ينكص ليعيش مرحلة سابقة أين كان النظام التبادلي و التفريغ النزوي يحصل من خلال التظاهرات الجسدية، و إذا ما استمر تراجع مستوى التنظيم النفسي جسدي،فيحدث خلا يؤدي إلى الوقوع في الامراض و الاختلالات الجسدية الكامنة .

فمثل هذه الوضعيات تهيبُّ أرضية في ظهور داء السرطان، حيث يؤكد Horde P أن كل الصدمات النفسية ، والاعتداءات والبطالة، والطلاق والانقطاع والانفصال، والمشاكل العائلية، والعملية وجدت عند هؤلاء الأشخاص . ( Horde P,2008,p.26 ) وهذا ما نجد يؤكد عليه الدكتور Hamer بأن كل سرطان ناتج عن صدمة نفسية صراعية مأساوية معاشة في انعزالية .

لان الصدمة النفسية هي فعلا الصدى النفسي والعاطفي الذي يظهر أثره على الفرد ويكون ناتج عن وضعية قد تكون ممتدة في الزمن أو عن حدث خارجي يأتي ليعرقل التنظيم وهو في مرحلة التطور والنمو أو يمس التنظيم الأكثر تطورا عند حدوث الصدمة،لذلك نجد الطب

النفسي الجسدي يدرس أثر تلك الصدمات ونتائجها الصراعية ، والتحطم النفسي وأثره على الجسد في ظهور اضطرابات نفس جسدية ،التي قد تظهر جراء ذلك ، حيث يضع في الحسبان الحالة النفسية للشخص والمحيط البيئي لديه، والوضعيات العائلية والعملية، مضافة إليها الأوضاع الاجتماعية، وحسب الأطباء المختصين في هذا المجال أن داء السرطان «لا يظهر صدفة ولكن يجب معرفة قصة العميل وتتبع سيرورتها، فالسرطان راجع إلى صدمة تؤدي إلى صراع نفسي شديد وعنيف، غير معبر عنه، مع عيش انعزالي ( Horde P,2008, p.26 ) .

فالشخص يجد نفسه في مواجهة وضعية معينة داخلية أو خارجية لا يمكن تفسيرها ، من جهة نتيجة شدتها ومن جهة أخرى أمام ميكانيزمات دفاع معتادة، لا تفوق هذه الوضعية، فمثلا فقدان طفل أو طلاق، يفرض على الجسم استجابة، فالحدث خلف صدمة ، والأنا لم يتقبل ذلك، فلا يمكن ترميزها، حسب هؤلاء كما أن لديهم استعدادات جسمية، وأمام هذا الخلل يجد الفرد نفسه في وضعية صراعية مأزقية ، تتمثل في غياب حل للصراع أين يكون تعبير جسدي مباشر .

### 3-3- الانفعالات :

إن حلقة الوصل بين الجانب النفسي والجانب الجسدي ، هي عن طريق الانفعالات ، وحالات القلق والتوتر، وتعتبر الانفعالات من العوامل المهمة في إحداث الاضطرابات السيكوسوماتية.

والانفعالات هي بمثابة طاقة أو الشحنة التي بدونها لا تستمر الحياة، إن ضعف الانفعالات وبلادتها أو شدة الانفعالات وتوترها تضر بالإنسان ، ترتبط بعوامل عصبية وراثية ، فهي استجابة تعتمد على إدراك الفرد للموقف الخارجي أو الداخلي الذي يعيش فيه ، وتبدو مظاهر الانفعال ، في الخوف أو الغضب والثورة والرعب والعدوان والكآبة والأرق... الخ . فهو نتاج عن تفاعل معقد بين أجزاء الدماغ خاصة الجهاز العصبي اللاإرادي والجهاز الهرموني . ( فيصل خير الزراد 1997،ص. 27 ) .

وعلى هذا الأساس يؤكد kines على أن هناك علاقة بين الانفعالات وداء السرطان ، وقد قام بدراسة حالة 1000 مريض لتشخيص أمراضهم ، وجد أن لدى هؤلاء المرض نفس النمط الحياتي يتميز بانفعالات ، ومواقف عدة تتميز بالكتمان ، كما اقر أن كثرة الانفعالات مع

عدم إرسان نفسي جيد، يؤدي إلى ظهور داء السرطان. فنجد عند هؤلاء قمع للعواطف والانفعالات، خاصة الغضب حيث قال إن وجود الانفعالات في ماضي تاريخ الفرد وتكررها وصعوبة التعبير عنها وقمعها، يؤدي إلى ظهور نوع من النشاط العقلي لدى الفرد الذي يؤهله إلى ظهور داء السرطان ( Temoshok L,1987,p. 45 ).

هناك العديد من الدراسات تؤكد أن لدى هؤلاء المرضى دور قمع الانفعالات، خاصة الغضب، من أمثال هؤلاء، دراسة Jansen M و Temoshok I فقد أقر أن هؤلاء لا يعبرون عن عواطفهم وانفعالاتهم داخليا لتذهب إلى الجسد .

قام Schwarz R بدراسة ثلاثة مجموعات من النساء، يعانين من اضطرابات مشكوك فيها، تتعلق بسرطان الثدي، قام بإحضار تلك النسوة قبل مرحلة التشخيص الفعلي للسرطان، طبق عليهن مقاييس تتعلق بالقلق وأخرى تتعلق بقمع الانفعالات .

بعد التشخيص الطبي تأكد أن النسوة اللواتي لم يظهر لديهن السرطان كان لديهن قدرة عن التعبير عن الخوف، وانفعالات ظاهرة ملاحظة، أما المجموعة الثانية تبدي نوع من التعبير الانفعالي لديها أورام حميدة . أما المجموعة الثالثة تتميز بنوع من النشاط الدفاعي، يظهر من خلال قمع للانفعالات والحصر ويبدن ارتياح كلي . ( Schwarz R,1993 p 49 )

وهذا ما نجد يؤكد عليه chaichiks حيث يعتبر هذا النشاط العقلي هو ميكانيزم دفاعي ضد القلق ( Kreitler S, 1993 ,p. 43 )

لا يعتبر Dreher S أن عدم القدرة على التعبير الانفعالي و قمع الانفعالات راجع إلى ميكانيزم دفاعي، يدل على فقدان الأمل الذي يتميز عل أنه لا شعوري، لأن الشخص غير قادر على

العيش أو الاتصال، فهذه الانفعالات قد تكون ليس لديها وزن على أساس اجتماعي، وأن علاج الانفعالات والتعبير عنها يؤدي إلى تحسن في جهاز المناعة. ( Dreher S , 2003, pp. 22-24 )

يؤكد William Green وذلك من خلال دراسته لسرطان الدم أن هؤلاء المرضى تعرضوا لانفعالات ذات طابع مفاجئ شديد، تتميز بفقدان أو خسارة، مثل وظيفة أو فقدان شريك الحياة، فيظهر هناك كظم للانفعالات تؤثر على المناعة ( فيصل خير الزراد، 2000، ص 383 )

### 3-4 - الحيرة وفقدان الأمل :

يرى بعض الباحثين أن الحيرة وفقدان الأمل، تعتبر رد فعل تكيفي ، لدى بعض مرضى السرطان ، ممتدة في مراحل حياتهم، كما تظهر أيضا بعد تشخيص مرض السرطان فمن الأوائل الذين درسوا دور فقدان الأمل، والحيرة في إظهار السرطان Green و Mornis فهما يؤكدان على أن هذا رد فعل ناتج عن وضعية معينة تظهر لدى مرضى السرطان ( Green S et Mornis L,1985,p. 47 )

هناك العديد من الدراسات تؤكد أن الأشخاص، الذين يستعملون نشاط عقلي سليم أمام تلك الحيرة وفقدان الأمل ، هم الذين لديهم نشاط فعال متعاون، بينما دراسات أخرى تؤكد أن الأشخاص الذين تعرضوا إلى إنفعالات ، تكون هناك نمط تفكير يتميز بالكفاح والعادة والأمل في الحياة لا يقعون في هذا المرض .

فهم يستعملون أسلوب المواجهة السلبية coping passif ، و إستراتيجية الخضوع التي تؤكد على فقدان الأمل و الخيبة بحيث يظهر لديهم المرض .

إن إستراتيجية الخضوع وكظم الانفعالات، وفقدان الأمل تعتبر من العوامل الخطيرة في إظهار مرض السرطان.( Dreher S, 2003, p. 177 ) فهو يرى مصطلح الضغط وفقدان الأمل ناتج عن كظم الانفعالات .

وضع Green سلم يقيس فقدان الأمل وعدم القدرة على التعبير، اسمه MAC يعني Mental Adjustment to Cancer من أجل تفسير ذلك ، فهو يبين الطريقة التي يواجه بها الشخص انفعالاته ( Green S et Mornis L,1985,p. 47 )

### 3-5 - الإجهاد :

سعت العديد من الدراسات لإثبات العلاقة بين الضغط و ظهور السرطانات .و قد مرت هذه الدراسات بعدة مراحل من 1950 الى 1960 توصل الباحثون لاثبات العلاقة ما بين الضغط و عملية تسرع انتشار الأورام مع تقلص إنتاج الاجسام المضادة، و في سنة 1980 توصل الباحثون لإيجاد العلاقة بين السرطان وبين شدة و نوعية الضغط ، حيث استمرار الضغط النفسي لمدة طويلة يصبح الضغط معها مزمنًا مع ما يرافقها من الهشاشة

نفسية قد يتسبب في إضعاف النظام المناعي في الجسم ليصبح أكثر عرضة للأعراض

السرطانية (Vis soci et al, 2004, p. 61 8)

ومن بين هذه الدراسات دراسة Brinck H et Weiner G اللذان يقران أن السرطان ناتج عن آليات فيزيائية ، وأخرى سيكولوجية سلوكية ، و أن الأشخاص الذين يعانون من داء السرطان، قد مروا بوضعيات إجهادية، عقبها مباشرة داء السرطان». (Leshan L et Worthington R, 1997, p 29)

فوجدت الدراسات قد سلطت الضوء على هذا الجانب، دراسة Héron JF من جامعة Caen في فرنسا الذي أقر أن نوع من الشخصيات مع العوامل الاجهادية، من شأنها أن تحرض أو تظهر داء السرطان، و تعد هذه العوامل المتعلقة بنمط الشخصية هي كقاعدة مهياة للمرض في الشخصية (Héron JF, 2002, p.6)

كما قام Coll في دراسة لمخلفات الحرب العالمية، وأثرها على الفرد فوجد أن معظم الأشخاص الذين يعانون من إجهاد ظهر لديهم السرطان ، لذلك أكد العلاقة بين الوضعيات الاجهادية وظهور السرطان ، كذلك أكد على الأحداث الاجهادية الحالية ودورها في تطوير مرض السرطان خاصة عند النساء فيما يتعلق بسرطان الثدي ». (Keehn RJ, 1974, p. 27)

كما تؤكد الدراسات أن الأشخاص الذين لديهم عواطف سلبية ، تشير إلى وضعيات اجهادية، والتي من شأنها أن تؤدي إلى السرطانات المختلفة حسب العضوية .

إن وضعيات الشدة لديها أثر منعكس على الشخص ، فحضور الإجهاد يؤثر على ظهور الأورام ، وهذا ما أشار إليه Ronald فيما يخص تأثير الإجهاد والعوامل الانفعالية على تغير الجينات و دور ارتفاع Protons Cogenes المسؤول عن تفجير الأورام الخبيثة . ( Glaser K, 2002, p 15)

كما أكد أن الإجهاد يؤثر، ويمكن أن يطور Protons Cogenes ، قد يتحول هذا الأخير إلى ورم خبيث ، كما أظهر أن الإجهاد قد يؤثر على هذه الميكانيزمات، حيث يؤدي إلى إتلافها والتأثير على ADN ، فهذا التحول يسهل من عملية التطور السريع للخلايا .

إن حدوث الإجهاد وضعيات الشدة ، تؤدي إلى احتمال الإصابة بداء السرطان ، وقد تكون هذه الوضعيات الإجهادية مزمنة، أو تأتي فجأة أي حادة ، وكلاهما يعتبران وضعيات مهددة للكائن الحي حسب هؤلاء المختصين.

### 3-6 - الإكتئاب والحداد:

يعتبران عاملان لهما أهمية كبيرة في تفسير داء السرطان، ولكن لن نتطرق إليهما بالتفصيل، لأنه سيخصص لهما شرح كبير في الفصل الخاص بالاكئاب الأساسي ، لكن يجب أن نربط العلاقة بين الإجهاد والاكئاب والحداد .

فالاكئاب من بين العوامل التي يمكنها تشكيل عامل خطر لنشوء السرطان حسب بعض الباحثين. و قد حظي هذا العامل اهتمام الكثير من الدراسات و أقيمت العديد من الدراسات لأجل تأكيد من هذه الفرضية حيث توصل Jadouille و زملائه الى وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين مستوى الاكئاب و اليأس و خطر الإصابة بالسرطان (Jadouille et all,2004,p255)

إن الوضعيات الاجهادية تؤدي إلى حصر وقلق واكئاب ، والذي يعد حقيقة نفس جسدية ،فيظهر هناك انتهاك للقوى سواء النفسية أو الجسدية ، وقد يكون نتيجة فقدان . كما أكد Haynal A [42] على أن أشخاص فقدوا الشريك ، ومجموعة أخرى لم يكن هناك فقدان للشريك ، وهذا من خلال مقياس يقيس الحداد ، حسب مراحل مختلفة فقد ظهر السرطان مباشرة أو بعد 6 سنوات ، 10 سنوات أو 12 سنة وهذا في دراسة تتبعيه (Haynal A ,1997,p.192)

اما Michel Moirot (2008) فيرى بأن السرطان داء سيكوسوماتي راجع الى موت أحد الاقارب و لم يكون محتمل من طرف الشخص فيظهر حداد و لكن غير كامل عدم اكتمال عملية الحداد،مع شعور الفرد بمسؤوليته في موت احد المقربين، العيش في حالة من العزلة، الشعور بقلّة القيمة في الأسرة، و بكونه كبش فداء في العديد من الوضعيات و عدم القدرة على تجاوز معاناته التي اختبرها في طفولته، الشعور بالخزي لعدم قدرته على انجاز أعماله بطريقة جد متقنة يسعى فيها للكمال ما يوقعه في الشعور بالذنب و وخز الضمير ليجد نفسه ضحية رتابة حياته، عدم تقبل الوضعية الحالية و الرغبة في الموت، غياب الحماية الوالدية، طفولة تعيسة و تأديب صارم ما ينشأ لديه أنا أعلى قاص وقهري، اختيار موضع الإصابة السرطانية يحدث بطريقة انتقائية قام هذا الباحث بدراسات عديدة على عينات إحصائية كبيرة ، فاكتشف أن

الحداد المرضي يؤدي إلى تغير وجودي أولي على الشخص ويعتبر كمؤشر يؤدي إلى السرطان لأعضاء غير مستعملة وغير مستثمرة كمواضيع يجب إقصاءها من الجسد الخاص. و عليه، فإن تنشيط الدفاعات المناعية ترتبط بالرغبة في العيش و غياب التناقض بين الفرد و ما يحيطه و غياب الرغبة في العقاب و التدمير الذاتي. فالخلل لا يقع على مستوى دفاعات الجسم و مناعته بقدر ما يرتبط بخضوع هذه الدفاعات و استجابتها لميولات الفرد و رغبته.

4- رد فعل مريض السرطان اتجاه المرض:

إن التفسير السيكودينامي للسرطان لا يقتصر فقط على التطرق الى القراءات السيكوسوماتية للمرض، و إنما يجب أيضا التطرق الى المعاناة و الآثار النفسية التي يخلفها المرض و كيفية إستجابة المرضى لذلك، و على هذا الأساس ادرجنا هذا المحور و الذي لا يقل أهمية عن المحور الخاض بالمنشئية النفسية للمرض. والذي يتضمن المعاناة الكبيرة للمريض، فالأولى تكون معاناة في صمت، أما المعاناة الثانية أكثر وضوحا، أو أكثر آلاما، فكل ما كان خفي و ذو طابع مستتر يصبح مشاهد في هذه الوضعية لدى أغلب المرضى.

#### 4-1 الإعلان عن مرض السرطان و طبيعة العلاقة بين المريض و الطبيب:

إن السرطان هو مرض خادع، يصيب أي شخص و في أي وقت، و الإعلان عنه يكون مفاجئ، فالشخص يعيش شعور بالخيانة و الغدر من طرف جسده، فيصبح الجسم المتهم الأول، الشخص يفقد كل قدرات المواجهة، ومحاولة المحافظة على هويته.

فالمريض يعاني من عدم تصديق ما سمع، و هو الشعور الطبيعي، يعد التشخيص بالنسبة للمريض و أفراد عائلته كالصاعقة، حيث تتناهم حالة من الذهول، و التشكيك في ذلك لفترة معينة، يتردد على ألسنتهم لماذا هو فقط؟ أو لماذا أنا أصبت؟، لماذا أنا بالضبط؟.

فيقدمون التبريرات التي تؤكد عدم التصديق، مما يجعلهم غير قادرين على التفكير، وذلك بسبب الخوف من المرض و مآله، ومراحل العلاج المؤلمة عضويا و نفسيا (دلال موسى قويدر، 2007، ص.ص. 72، 73).

فتؤكد آمال بورقية (2013) أن الإعلان عن المرض يمكن أن يتسبب في اضطرابات عنيفة تنعكس على ردود فعل أو سلوك المريض ، لهذا و من أجل الحفاظ على الكرامة و الثقة و حرية اختيار العلاج، و يجب على الأطباء الإفصاح عن أي خبر بطريقة مناسبة تخضع لاعتبارات إنسانية الهدف منها ورع الثقة و الأمل في الدواء و العلاج.

فهو عبارة عن صدمة وهذا حسب الشخص وقدرته على المواجهة، لأن الالتقاء بالحقيقة و صعوبة تمثيلها، و عدم القدرة على تقبلها.

و هذا ما يؤكد عليه Deschamps D فالإعلان عن مرض السرطان لدى المريض في الحقيقة صدمة، لا يستطيع الشخص ارضائها ، فهي كسر للواقع و حقيقة مذهلة، يعني التقاء بشيء لا يمكن أن يرمز و لا يستطيع الشخص الاستيقاظ منه (Deschamps D ,1997,p.11) فالتحطم الجسمي لا يكون إلا من خلال التمثيلات النفسية، فهذا التحطم من شأنه أن يسهل في ظهور اضطرابات أخرى، لأن التمثيلات غير ملائمة عن الفكرة التي برمجه الشخص عن ذاته مع الأنا .

فهو يؤثر على النظام النفس-جسدي و التوازن الداخلي للشخص، يؤدي إلى تشققات عميقة في النفسية، فالسرطان يمثل كالرعد في يوم مشمس، فيجد الشخص نفسه أمام حائط واقعي يصطدم به، يظهر مشكل على مستوى الهوية، بحيث لا يستطيع التحدث، يدخل في وضعية إندهاشية صعبة بحيث يكون هناك منظرين، للجسم الخيالي و الجسم الواقعي الحقيقي، الذي أدي إلى الشعور بالحيرة و الحصر بمجرد إدماج الجسم الخيالي (Deschamps D, 1997,p.6) .

و أمام هذه الصدمة تؤكد آمال بورقية (2013) أن يتحلى الطبيب ببعض أخلاقيات المهنة فيميا يخص فترة الاعلان وكذا طيلة فترة التشخيص والعلاج، حيث يتميز بمهارة عالية في التواصل، التي من المفروض أن يكون قد اكتسبها من خلال تجربته، محاولا تبسيط وتكييف الخطاب الطبي حسب المستوى اللغوي والمعرفي للمريض خاصة عند وصف وشرح طبيعة المرض ومراحله. لهذا وجب على الطبيب المعالج أن يستقي ثقافته الطبية من أحدث المعارف العلمية الشيء الذي يتطلب منه التكوين الذاتي والمستمر في ميدان التطبيب معتمدا في ممارسته المهنية على التحليل النقدي لسلوكاته، وفق الضوابط الأخلاقية واحترام حقوق الفرد ، ويجب على الطبيب أن يتأكد من صحة التشخيص عند إبلاغ المريض وأسرته محاولا بكل جهده زرع الأمل في تحسين الوضعية الصحية للمصاب، مع مراعاة وجهة نظره من أجل ضمان رعاية صحية، وتتبع علاجي جيد بممارسة طبية جد مريحة.

فبناء علاقة جيدة ذات جودة عالية تستوجب إرادة عميقة تنبثق من القلب والعقل معا لكي يشعر المريض وأسرته بنوع من الارتياح والرعاية عند كل لقاء. فحسن هذه العلاقة يفرض مبادئ جوهرية تتجلى في الثقة والكتمان لأن التجربة الطبية وحدها لا تكفي دائما لإنجاح

العلاج الطبي ، كما أن أسلوب الاخبار يكون بشكل شعوري أو لا شعوري فهذه العلاقة مبنية على انتظارات وآمال متبادلة: المريض ينتظر العلاج أو على الأقل التخفيف من معاناته، والطبيب يسعى لتحقيق قدراته العلاجية منتظرا الاعتراف بالجميل من طرف المريض. غير أن نجاح هذه التوقعات والآمال المشتركة غير ثابت ويمكن له أن يعرف إخفاقات خاصة عندما يصبح المرض مزمنًا أو عند حدوث الوفاة. فهذا المشهد الطبي المؤلم يشكل الحياة اليومية للطبيب وهكذا، ومن خلال مسيرته المهنية كل طبيب يكون مضطرا إلى الإعلان عن مرض مزمن أو خطير. فهذه الوضعية تتطلب منه مراعاة شعور المريض وعائلته. فمن المناسب أن يتميز أسلوب الإخبار باللباقة وعدم التعسفية حرصا على تجنب حدوث صدمة نفسية لأن الاعلان عن تشخيص أي مرض مزمن يعتبر صدمة نفسية قوية لا يجب خلالها أن يشعر المريض بالوحدة والضياع، بل بالأمان والأمل مدعما بالمصاحبة الطبية من قبل الشخص الذي له المعرفة العلمية والقدرة على مساعدته على اجتياز محنته والتخلص من المرض وبالتالي تحقيق الشفاء.

#### 4-2 ايقاظ الكمونات العقلية و تغيير النشاط العقلي:

أمام صدمة الاعلان يلجأ المريض للاستجداد ببعض الكمونات العقلية و المتمثلة في ميكانيزمات الدفاع و استراتيجيات المواجهة قد تحمي الفرد من الدافع النزوي الشديد أو تخفف من أثر الصدمة، فقد اعتبرها Jacquet M (2003) أنها تسلط الضوء على تقليص و إلغاء الآثار الغير المرغوب فيها ، و الحقيقة المؤلمة و التخيلات التي تدور حول المرض، سواء كانت حقيقة داخلية أو خارجية ، تغطي تظاهرات مرضية سلوكية أو فكرية قد تكون واعية أو غير واعية لدى مريض السرطان.

أو يستعملها المريض من أجل الهروب أو المواجهة و بالتالي يحدث تغير للنشاط العقلي. فمن بين ميكانيزمات الدفاع المستعملة نجد مايلي:

يظهر ميكانيزم الرفض و يعد رد فعل شائع في المواقف الضاغطة و المجهدة، و لكنه يؤدي كما عرفنا إلى تشويه الواقع، و لهذا فإن استخدام هذه الآلية بطريقة اعتيادية يعد مظهرا لسوء التكيف بوجه عام ، و من أشكال الرفض ما نجده في حالات فقدان الذاكرة، عندما يتعرض الشخص مشاكل كثيرة و خبرات مؤلمة ، إلى درجة تصبح الحياة لا تطاق، فإن أحد الحلول التي يتبناها هو رفض ذاته. « (عبد الفتاح محمد دويدار، 2000، ص. 122)

حيث يعتبر الرفض من أول الميكانيزمات الدفاعية، التي تتأصل في الشخصية منذ المراحل المبكرة، و يستمر الميل للرفض في الفترات الحياتية اللاحقة، فقد يرفض الرجل وجود أية علاقة بين السعال الذي ينتابه في الصباح الباكر و عاداته في التدخين. و قد ترفض الأم موت ابنها تحافظ على تنظيم و ترتيب حجرته بحجة انتظام اليوم الذي يعود فيه فلان إلى البيت ، و كذلك الحال بالنسبة للجندي الذي يضحك و يظهر بروح النكتة و المزاح و ذلك قبل دخوله المعركة رافضا شعوره بالخوف

ففي حالة مريض السرطان نجد أن الشخص يلجأ إليه كآلية أولية، فهو يرفض مرضه ولا يستطيع استيعابه ، و لا يستطيع الحقل المعرفي لديه تقبل هذه الخبرة، فهو يحمي نفسه من حقيقة مؤلمة مع رفض الواقع، أما التظاهرات التي تظهر على المريض فإنه يعيش مع الأعراض كما لو لم توجد رغم الألم، فهو ملازم بعد الإعلان عن المرض مباشرة. (Phaneuf M , 2005, p. 28)

كما نجده يستعمل ميكانيزم العزل حيث يعزل العاطفة عن الفكر فيتحدث عن مرضه أو داء السرطان بطريقة تلقائية، لا يوجد فيها أي نوع من الاضطراب أو التوتر، و عادية لا يظهر أي انفعال، هدفه هو مسح كل الأحداث الانفعالية خوف من الانقلاب في الأزمة.

فالعزل هنا كوسيلة تغطية تتطلب طاقة عالية من أجل ذلك نجد المريض في بعض الأحيان يلجأ إلى مساعدة غيره من المرضى، ويوجهونهم إلى ضرورة المكافحة « (Phaneuf M, 2005, p. 29)

و أيضا من بين الميكانيزمات التي تظهر نجد الإسقاط حيث يسقط غضبه على المحيط، و المجتمع و الورثة... الخ كأن يقول مثلا: "لو لم أعمل في هذا المكان الوسخ لما تعرضت للمرض".

و يسمى هذا الميكانيزم أيضا بالإسقاط العدوانية، في بعض الأحيان يصبح الطبيب هو أول متهم لهذا الوضع ، فهو السبب في تطور المرض فينشئ رد الفعل العدواني، هذا نوع من التمرد و العصيان من أجل المصارعة ضد المرض ،هذه الأخيرة التي تظهر استعدادا لمكافحة المرض بطريقة إرادية، ذات خطوات مستقبلية فهذه الوضعية تدل على نوع من الاندماج و التأقلم مع المرض، حيث تتطور لدى المريض طاقة مدهشة تدل على الضعف و عدم القدرة على تحمل المرض أو عاطفة سلبية ( Jacquet M, 2003, p. 43).

كما قد يلجأ المريض الى ميكانيزم التبرير، فيجد سببا عقليا لماذا تخلى عن شيء معين فقدته إثر هذا المرض، مثلا فقدانه لعمله و عدم القدرة على العمل، كأن يقول إن هذا العمل لا يحبه. هدف هذا الميكانيزم هو إيجاد الحل المقبول اجتماعيا و نفسيا للمريض اتجاه مرضه.

و في بعض الأحيان نجد لديهم ذاكرة خيالية أو تفكير خيالي *pensée magique*، كأن يقول المريض في الأسبوع القادم أرجع إلى عملي و سأتزوج مرة أخرى، أين توضع أشياء خيالية في أمور واقعية، مثل مزج العمل كوضعية عادية يومية بأخرى تتعلق برغبات لا واقعية أو غير محققة مع مزجها بأسلوب قريب جدا من الصحة. (Phaneuf M , 2005, p. 30)

نجد المريض أيضا في هذه الوضعية يستعين بآلية **التكوين العكسي** فهو دائما يظهر دوره الفعال في الأسرة مع السيطرة الكلية عليها و لكن في الداخل فهو جد مجروح ، و غير متكيف مع هذه الوضعية ، فنجد لديه إنقاص من قيمة الذات بطريقة مباشرة و سهلة لكن عن طريق التكوين العكسي نجده يحقق تأمين ذاتي يخترع لنفسه بعض السمات ليست لديه و هذا ما يؤكد عليه Phaneuf M .

و في بعض الحالات تجد المريض يتخذ أمام وضعيات التحول و فقدان الشعر و كل الأعراض و كل الخسائر، من عمل ،أو الزوجة التي ربما تغادر ، و يعوض كل هذه الأشياء بالشراهة و الأكل، فالإحساس بالحرمان العاطفي يؤدي بالمريض إلى سلوكيات تعويضية، فالمريض و كأنه يأكل انفعالاته إذا عاش ذكريات سارة فهو من خلال ذلك الأكل يتذكر تلك الحادثة أو عاش ذاكرة مؤلمة فهو يخبئها من خلال الأكل. و الذي يدل على آلية **التعويض** ( Phaneuf M, 2005, p.15)

كما قد يستعمل المريض **النكوص** و يرتد و يصبح حبيس لمرضه. فسحب التوظيف النرجسي و تحويله للجسد يدل على نكوص سيكوسوماتي علائقي حيث يري Lindenmeyer L أن بمجرد إعلان الطبيب للمريض عن مرضه، فهو يترك آثار ترتسي في جسده ، بحيث يتطلب عليه النكوص، الذي يعتبر في هذه الحالة مرضي يقود المريض إلى غير العادات المعتادة في جسده» (Lindenmeyer L ,1998, p. 89)

فهذا النكوص يدل على غياب الحياة النفسية و انسحابها، أين يكون الجسد هو محور الاهتمام، فيكون في نفس الوقت سحب التوظيف أو إلغاء الاستثمار للعالم الخارجي، رغم

أنهم يحتاجون إلى الأخر كالطفل الذي يحتاج إلى أمه من أجل الوصول إلى تمثيلات عن جسمه ، فأشكالية الوحدة تلعب دورا هاما في مرض السرطان و بالتالي النكوص إلى مراحل بدائية مع انسحاب نرجسي و النكوص الجسدي.

قد يدل هذا النكوص أيضا على تغير الصورة المثالية للأنا، فالشخص يجب عليه أن يعيش و يتأقلم مع جسد جديد هو جسد مريض متشقق، مكسور من طرف السرطان و الأدوية الكيميائية المختلفة .

ف Morel D أشارت إلى أن هناك عارضة أزياء، أصيبت بلكيميا الدم ، تصرح أنها تخاف من نفسها و صورتها ، فالصورة المثالية للشخص تمسه نتيجة للحالة الآنية التي تسيطر عليه ، إن البعد النرجسي يمس في الوضعيات السرطانية ، فقدان الصورة المثالية للأنا و إعادة نشاط قلق الخفاء يؤدي إلى تغير عام في الذات و الخارج، خاصة في حالة الأنا المثالي (Morel D, 1984, p. 99)

تعتبر هذه الميكانيزمات في أغلبها ميكانيزمات دفاعية تقترب من دفاع الذهاني ، لكن في بعض الأحيان يتخذ المريض ميكانيزمات تدعى ميكانيزمات تكيفية و ذات مكاسب فهي تحقق التوازن النفسي للمريض في بيئته ، وهذه الدفاعات تدل أيضا على سمات معينة في الشخصية، تكون هذه الدفاعات جد واعية و لا تختص فقط في صد الانفعالات الصعبة الأليمة، و لكن تعمل على مدى طويل ، ذات قنوات تسمح بمرور أعمال فعالة متتابعة، مثلا يطور المريض رقابة جيدة للذات أو التعود على رد فعل يسمح للشخص بالقيام بالفعل و المباشرة فيه دون تثبيط، فيلجأ المريض الي المواجهة.

فيرى P lazrus (1986) أن هذه الإستراتيجية تغطي مجموع القوى المعرفية و السلوكية موجهة الفرد دائما نحو التطور الذي يبسط و يننشر طاقة، من أجل المكافحة للمطالب الداخلية و أركان الشخصية ،أو المطالب الخارجية التي تحاسب الفرد و تعيقه فهي منبع تكيف لديه.

لكن هذه الاستراتيجية تختلف من فرد لأخر ومن فترة الى فترة و من مآل لآخر لدى مريض السرطان كون تداخل العديد من الظروف و المتغيرات السوسيوديموغرافية.

ومن بين الآليات التكيفية التي قد تظهر ، ولكن للأسف لدى القليل من المرضى نجد سيرورة الجلد أو ما يعرف ب La résilience أي القدرة على الخروج منتصرا و القوى تكون متجددة من تجربة كان من الممكن أن تكون صادمة (CyruInik B, 2001, p.261) ،

فالجلد هو فن الإبحار في السيول الغزيرة ، أي فن التكيف في وضعيات المحن بتطويع الموارد الداخلية و الخارجية. و بالتالي يدل على نشاط عقلي تكيفي جيد لكن في المقابل قد نجد ميكانيزمات تكيفية و لكن مرضية، و قد تظهر لدى المريض العديد من الاضطرابات النفسية المصاحبة لمرض السرطان من أشهرها سوف نذكر مايلي:

## 5- الاضطرابات النفسية المصاحبة لمرض السرطان:

### 1-5 الحصر و القلق:

نجد لدى هؤلاء المرضى حصر و قلق عائم ، فيرون أن هناك انقلاب في حياتهم ، فيظهر نوع من العصبية و الإحساس بالإحباط و الخوف و الفزع من أي شيء، فتظهر عليهم السلوكات التجنبية ، كما نجد هناك تظاهرات سيكوسوماتية مثل تسارع دقات القلب أو انخفاض الضغط بطريقة مباشرة ، صعوبات في التنفس ، الأم في المعدة ، الإحساس بالاختناق ، و عرق ، برودة ، ارتعاش غير مبرر، الإحساس بالهيجان ، الخوف من النوم الذي يرجع إلى الخوف من عدم النهوض نهائيا و الموت ، و الخوف من الاختبارات المقبلة و ماذا تعلن ، الخوف من فقدان المراقبة الذاتية و الوقوع في الجنون، الخوف من معودة الآلام الحادة ، الخوف من عدم القدرة على اخذ مسكن ، يجب الإشارة انه قد تكون هذه الآلام نتيجة الأم نفسية أو نتيجة الأم جسدية.

قام Ford بدراسة على عينة مكونة من 633 امرأة مصابة بالسرطان كانت ستخضع للجراحة فوجد أن 44% من الحالات تظهر لديهن أعراض التوتر، 52% تعاني من قلق الموت، 71% الخوف من عملية البتر. لكن ولما سبقت الإشارة تعتبر هذه الأعراض عادية تكيفية، استمراريتها أو الزيادة في شدتها تتطلب التكفل، كما يرجع هذا الحصر و القلق الى غياب التواصل بين مع المختصين و الفريق الطبي، حيث أشارت دراسات متعددة إلى أن المعلومة المقدمة من طرف المتخصصين من حيث الشكل أو المضمون بإمكانها أن تساهم في الخفض من هذه الاستجابة النفسية. إن الدراسات التي درست حالات الحصر على المصابين بالسرطان تبقى قليلة، أغلبيتها أشارت إلى وجود اضطرابات تسبق الإصابة منها، الهلع و الرهاب تظهر أو تعود بعد ظهور السرطان. (شدمي رشيدة، 2014، ص.114)

## 5-2 تناذرات اكتئابية:

يعد الاكتئاب من التناذرات المرضية التي صرح بها الباحثين أنها تظهر لدى مرضى السرطان و لكن هناك إشكال قائم في هذا الطرح، كما قد تطرقنا الى هذا العنصر من خلال الدراسات السابقة بالشرح و التفصيل.

لكن أمام هذه التناذرات الاكتئابية قد تظهر العديد من الاضطرابات العقلية فقد أكد Reich M (2008) أن هؤلاء المرضى يتعرضون إلى اضطرابات عقلية ، منها الخلط العقلي الذي قد يكون راجع إلي antalgique والى المسكنات ك morphine أو ناتج عن الألم الجسدي أو ناتج عن الأرق و الحالات الهياجانية ، أو راجع إلى عدم قدرة المريض عن التعبير عن ألامه ، كما يظهر لديهم هذيانات مختلفة مع هلاوس.

كما تظهر على المريض حالات التعب و العياء النفسي و الجسدي فنجد المريض نفسه عاجز غير قادر مع فقدان في قيمة الذات و الشعور بالذنب و التفكير في الرغبة في الموت ، فهذا يدل على فقدان القدرة الطاقوية ، و يكون هذا التعب متعلق بالخبرة الذاتية و ذو سببية متنوعة كما قد يكون حاد كما قد يكون مزمن ، فنجده يؤثر على القدرات المعرفية ، و تغيرات في إدراك الذات و العلاقات بالآخرين ( Bredart A, 2004, p.7 ) بالإضافة الى ظهور العديد من الاضطرابات الاخرى كالاضطرابات السلوكية و الجنسية.

فكل هذه الاضطرابات تدل المعاناة النفسية التي تشير الى خبرة حسية انفعالية مزعجة مرتبطة بإصابة نسيجية متواجدة متدفقة و موصوفة من خلال تلك الإصابة ، أما الألام هي عبارة عن خبرة تترجم على أساس عصبي فسيولوجي متعلق بالحركة و رد الفعل الذي يبديها الشخص .

الخلاصة:

إن الاعلان عن مرض السرطان يعتبر صدمة حقيقية وهذا حسب الشخص وقدرته على المواجهة، فالتصريح بتشخيص هذا المرض هو انقلاب للأوضاع رأس على عقب وصدمة كبيرة، ناهيك عن الصدمات السابقة التي تعرض لها الفرد، كما أن التطرق للجانب السيكوسوماتي للسرطان ، يعد جد معقد لذلك كثرة الدراسات في هذا المجال ، و نظرا لأهميته ارتأينا إلى تقديم بعض الدراسات التي طرحت فيما يخص هذا الداء ، كما أبرزنا المنشئية السببية في إحدائه و البروفيل الشخصي المحدد لدى هؤلاء من خلال النمط C الا أن هذه المقاربات السيكوسوماتية واجهت معارضة كبيرة من مختلف التخصصات حتى النفسية فقد ظهرت العديد من الدراسات التحليلية المطولة و التي تعتمد على الدراسات الكمية و اثبتت عكس ذلك وهذا ما جعلنا نخوض في هذا الموضوع و التطرق الى طبيعة النشاط العقلي و البحث عن مدى صدق هذه المعطيات على عينتنا الدراسة بصورة غير مباشرة والتي سوف تعرض من خلال الفصول الموالي.

# الإطار التطبيقي

## الفصل الخامس: إجراءات الدراسة الميدانية

- تمهيد

1- الدراسة الاستطلاعية.

2- منهج البحث.

3- حدود الدراسة.

4- مجتمع الدراسة.

5- أدوات الدراسة.

- خلاصة

## تمهيد:

إن الجانب النظري يعد مهم من أجل البحث ، فلا يخلو أي بحث منه ،حيث يعد أساس ثابت يقام عليه نظريات، و من خلاله يمكن وضع فرضيات و الوصول الى حقائق أو فتح باب البحث الجديد، لكن لا يمكن أن يكون هذا الاخير كاملا إلا من خلال جانب تطبيقي، يؤكد على صحة هذه الفرضيات و صدقها ، و هذا ما نهدف تبينه في هذا الفصل ألا و هو الفصل التطبيقي الذي نبين فيه أولا منهج البحث المتبع و أدواته ،أما ثانيا عرض و تحليل النتائج و مناقشتها.

### 1- الدراسة الاستطلاعية:

تهدف دراستنا الإستطلاعية الى استكشاف ميدان الدراسة الأساسية بصورة عامة، و التعرف على مدى ملائمة أدوات الدراسة على العينة المختارة و أيضا الى أي مدى فهم عينة الدراسة لعبارات مقياس الهادس و مقياس التاس. كما تساعدانا على اختبار أولى للفروض.

و قد قامت الباحثة بإجراء الدراسة الإستطلاعية في شهر جوان 2013 بمركز مكافحة السرطان بسطيف ، على عينة كان قوامها 30 فرد يعاني من داء السرطان. من أجل التأكد من الفرضيات المطروحة للدراسة ، و لتحقيق الأهداف المذكورة سابقا، قمنا بإجراء العديد من المقابلات أولا مع المختصين و ثانيا مع العينات الأولية.

كما لجأنا إلى العديد من الوحدات ،كوحدة الطب الداخلي ،والأمراض الصدرية ، و أمراض الدم ، بالمستشفى الجامعي سعادنة عبد النور سطيف .

### 2- منهج البحث:

اعتمدنا المنهج الوصفي الذي يقوم على رصد ومتابعة دقيقة للظاهرة أو لحدث معين بطريقة كمية أو نوعية في فترة زمنية معينة أو عدة فترات من أجل التعرف على الظاهرة أو الحدث من حيث المحتوى والمضمون والوصول إلى نتائج وتعميمات تساعد في فهم الواقع وتطويره (ربحي مصطفى عليان،2000،)

### 3- حدود الدراسة:

اقتصرت الدراسة الحالية على الحدود أو المجالات التالية:

**3-1- المجال البشري :** تم إجراء هذه الدراسة على عينة من مرضى السرطان بكل أنواعه.(الثدي،المعدة و القولون،الرئة،البروستاتا ،الأنف و البلعوم،الدم،أخرى)

### 3-2- المجال المكاني:

تم إجراء هذه الدراسة بمركز مكافحة السرطان بسطيف ، و في مصلحة الأمراض الصدرية و بمصلحة الأنف و الحنجرة بالمستشفى الجامعي سعادنة عبد النور ، و بمصلحة الطب الداخلي بولاية برج بعريريج، و بمصلحة الطب الداخلي و الفحوصات الخارجية بمستشفى بجاية، و مركز مكافحة السرطان بباتنة.

### 3-3- المجال الزمني:

تم إجراء هذه الدراسة من ديسمبر 2013 الى غاية أبريل 2015.

### 4- مجتمع الدراسة:

بعد وضع الحدود المكانية والزمانية للعينة الدراسية التي تكونت من مرضى يعانون من داء السرطان بمختلف أنواعه حيث قدر عددهم الاجمالي ب 255 حالة منهم 105 ذكور و 150 إناث ، كما تم الاعتماد على عينة مقصودة عشوائية في الاختيار.أي بطروف قصدية تتمثل في:

- عدم خضوع العينة لأي علاج نفسي. لان تلقي العلاج النفسي يحسن من الناحية المزاجية و يختلط علينا الامر في تحديد و تشخيص الاكتئاب الأساسي.  
- عدم تناول العينة للأدوية النفسية خاصة مضادات الاكتئاب. ، أو يتعاطون المخدرات. لأن من خصائص الأدوية النفسية ذات الانتحاء النفسي و خاصة منها مضادات الذهان مضادات الاكتئاب و مضادات الحصر إحداث تثبيط انفعالي تظهر من خلالها الالكستيميا و هذا الامر يظهر بالنسبة للمخدرات،كما من مخلفات الادوية النفسية اعراض معاكسة أو ما يعرف في الطب Les effets paradoxaux مثلا مضادات الاكتئاب خصصت للقضاء على الاكتئاب ولكن قد تحدث حالات الاكتئاب ،و كذلك بالنسبة لمضادات الحصر فهي قد تؤدي

الى اضطرابات الحصر و ظهور الحصر بصورة مرتفعة يدل على القلق العائم المنتشر الذي يدل على خاصية أساسية تنذر بتواجد الاكتئاب الاساسي.

- لا يظهر لديهم اضطرابات عقلية خطيرة، سواء معرفية، أو اضطرابات ثنائية القطب أو إنفصام في الشخصية.و اضطرابات اللغة.

- المفحوص يشترط أن يعرف الكتابة و القراءة. لأن الاختبارين يتميزان بانهما يدخلان في اطار التقييم الذاتي.

و بالتالي تميزت العينة بالخصائص التالية مرضى يعانون من السرطان ،تراوحت أعمارهم من 25 سنة الى 57 سنة .و كل العينة تعي أنها مصابة بمرض السرطان،كان بوجدنا أن نجد مرضى لايعون بمرضهم و لكن للأسف لم نجد، كون العينة تعرف القراءة و تعرف أن تقرأ مركز مكافحة السرطان فهي تدري بالمرض، و العينة التي تحصلنا عليها وكانت لا تعلم بأنها مصابة لم تكن متعلمة بل كانوا أميون و لا يستطيعون الاجابة على المقياسيين.

## 5- أدوات الدراسة:

تم الاعتماد على مقياسين في الدراسة هما:

### 5-1- مقياس التاس: (Toronto Alexithymia Scale (TAS-20)

وهو مقياس خاص بتقييم الألكستيميا قام بتطويره كل من Ryan, Taylor ، Bagby و آخرون سنة (1994) ، كان يحتوي على 26 بند، أما حاليا فيحتوي 20 بند موزعة على ثلاث محاور هامة، المحور الأول متعلق بعدم وصف المشاعر ، أما المحور الثاني فهو متعلق بعدم القدرة على التعرف على الانفعالات التمييز بينها و بين الاحساسات الجسدية ، بينما المحور الأخير فهو يتعلق بالتفكير الموجه نحو الخارج أو ما يعرف بالتفكير العملي (Graeme J. Taylor, R. Michael Bagby,200,p.02)

و هم كالتالي:

-DDF أو Difficulty Describing Feelings بمعنى صعوبة وصف المشاعر و هذا المحور يتكون من 5 بنود و الخاصة بالأرقام: 17-12-7-4-2.

- DIF أو Difficulty Identifying Feelings بمعنى صعوبة التعرف على المشاعر أو الإنفعالات و يتكون هذا المحور من 7 بنود و الخاصة بالأرقام 1-3-6-9-11-13-14.

- Externally Oriented Thinking EOT بمعنى التفكير الموجه نحو الخارج و يتكون هذا المحور يتكون من 8 بنود و الخاصة بالأرقام 5-8-10-15-16-18-19-20.

يحتوى المقياس على 05 بدائل منقطة من 1-5.

أما مفتاح المقياس فقد حدد بمايلي: تاس أكبر أو يساوي 56 ألكستيميا عالية، تاس أكبر من 44 و أصغر من 56 يعنى 45 الى 55 ألكستيميا متوسطة ، تاس أصغر أو يساوي 44 لا توجد ألكستيميا يتمتع المقياس باتساق داخلي جيد حيث (ألفا كرونباخ > 0.70). كما يتمتع بالصدق. (Katia Levrier,2010,p.8)

### 5-1-1: المحددات السيكومترية للمقياس التاس:

- الصدق: تم حساب الصدق عن طريق الاتساق الداخلي بطريقة:
- ارتباط درجات العبارات بالدرجة الكلية للمقياس:

العبارات	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
1	0,593**	0,01
2	0,412°	0,05
3	0,471**	0,01
4	0,386°	0,05
5	0,383°	0,05
6	0,449°	0,05
7	0,489**	0,01
8	0,686**	0,01
9	0,440°	0,05
10	0,661**	0,01
11	0,305	غير دال
12	0,732**	0,01
13	0,264	غير دال
14	0,545°	0,01
15	0,613**	0,01
16	0,384°	0,05
17	-0,098	غير دال

0,01	0,678**	18
0,01	0,620**	19
غير دال	0,321	20

### جدول رقم 01 قيم معاملات الارتباط لعبارات مقياس (التاس)

تشير البيانات الموضحة في الجدول رقم (01) إلى أن جميع قيم معاملات الارتباط لعبارات مقياس (التاس) بالدرجة الكلية للمقياس كلها دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ( $\alpha = 0,01$ )، ما عدى البنود رقم (2-4-5-6-9-16) فهي دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ( $\alpha = 0,05$ )، في حين كانت البنود (11-13-17-2) غير دالة إحصائياً ولكن الباحثة آثرت عدم حذفها .

- حساب الثبات : تم حسابه بطريقتين هما :  
- ألفا كرونباخ:

عدد العبارات	الفا كرونباخ	المقياس التاس
20	0,729	الدرجة الكلية

### جدول رقم 02 حساب الثبات لمقياس التاس

- حساب الثبات بطريقة التطبيق وإعادة التطبيق : تم حساب ثبات المقياس باستخدام طريقة التطبيق وإعادة التطبيق على عينة استطلاعية بفاصل زمني قدره أسبوعين، حيث بلغ معامل الثبات بين التطبيقين ( $r=0,982$ ) وهو معامل ثبات عال.

### 5-2 مقياس الهادس Hospital Anxiety and Depression Scale HADS:

و هو مقياس خاص بقياس نوع و درجات كل الاكتئاب و القلق لدى المرضى في المستشفى أو يعانون من مرض جسدي لـ Zigmond A.S., Snaith R.P. ظهر المقياس اول مرة سنة (1983) ثم ترجم الى اللغة الفرنسية من طرف Lepin و آخرون سنة (1985) ثم من طرف Ravazi و آخرون سنة (1989) هذه النسخة معتمد عليها حتى الآن من أجل التشخيص

بخصائص سيكومترية عالية كما يسمح بتقييم كل من الإكتئاب و القلق على حدى، يتميز المقياس بوضوح العبارات وسهولتها ،يتكون من 14 بند مقسمة بالتساوي على محورين المحور الأول خاص بالقلق أما المحور الثاني خاص بالاكتئاب، الأرقام الفردية 1-3-5-7-9-11-13 تدل على القلق التي تظهر في قائمة Wing و آخرون و Snaith و آخرون لقياس الحصر أ ما الأرقام الزوجية فتدل على الاكتئاب، 2-4-6-8-10-12-14 تقيس التباطؤ و الإنزعاج و انعدام اللذة ،نظام التنقيط يتميز بانه يعتمد كل بند على اربع بدائل تنقط من 0 الى 03 متعاقبة و تكون منعكسة بالنسبة للتنقيط القلق من 03 إلى 0. مع اجابة فارغة تلغى الاستمارة.

إذا أردنا حساب الإختبار كليا فتكون الاجابة تتعلق ب14 بند، و يكون التنقيط من 0 الى 42 علامة .و تظهر الاعراض الحصرية الاكتئابية مع بعضها البعض. أما اذا اردنا حساب الخاصيتين على حد، فالاختبار يتميز بتواجد سلمين فرعيين الاول خاص بالحصر و الثاني خاص بالاكتئاب.و هذا حسب Zigmond A.S., Snaith R.P. كما يكون التقييم كالتالي:

- من 0 إلى 07 غياب الاضطرابات الحصرية أو الاكتئابية.
  - من 08 إلى 10 إضطرابات حصرية أو إكتئابية مبهمة و مشكوك فيها.
  - من 11 إلى 21 إضطرابات حصرية أو إكتئابية واضحة و مرتفعة الشدة.
- مدة الإختبار تتراوح من 2 إلى 06 دقائق.

اما عن خصائصه السيكومترية فقد اعتمد كل من Zigmond A.S., Snaith R.P. على عينة عددها 100 حالة ثم 60 حالة تعاني من اضطرابات اكتئابية. اما Ravazi و آخرون فقد اعتمدوا على عينة قدرها 228 حالة تعاني من السرطان، أما Vntas و آخرون 2009 فقد اعتمدوا على عينة قدرها 107 فرد يعاني من حالة قصور كلوي فاعطت كل الدراسات خصائص سيكومترية جيدة كما ظهر ارتباط بين الاختبارات الفرعية .فمن خلال التطبيق و اعادة التطبيق توصلت النتائج الى معامل ثبات مرضي وصلت درجته الى 0.80 و هذا بعد أسبوعين من التطبيق، أما عن الاتساق الداخلي فقد توصلت النتائج الى 0.79 الى 0.90 حسب السلم الفرعي للحصر والاكتئاب. (Langevin V, Francois M, 2011)

### 5-2-1- المحددات السيكمترية لمقياس الهادس:

- حساب الصدق: تم حسابه عن طريق الاتساق الداخلي كما يلي:

- ارتباط الدرجة الكلية لكل محور بالدرجة الكلية للمقياس

الجدول رقم (3) يوضع العلاقة الارتباطية بين الدرجة الكلية للمقياس وأبعاده الفرعية.

أبعاد مقياس HADS	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
القلق	0,928**	0,01
الاكتئاب	0,887**	0,01

تشير البيانات الموضحة في الجدول رقم (03) إلى أن جميع قيم معاملات الارتباط لأبعاد مقياس (HADS) كلها دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة ( $\alpha=0,01$ )، هذا ما يؤكد مدى التجانس وقوة الاتساق الداخلي للمقياس كمؤشر لصدق التكوين في قياس الاكتئاب و القلق.

### -ارتباط عبارات المحور الأول بالدرجة الكلية للمحور (القلق):

رقم العبارة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
1	0,382*	0,05
3	0,681**	0,01
5	0,608**	0,01
7	0,719**	0,01
9	0,650**	0,01
11	0,585**	0,01
13	0,796**	0,01

جدول رقم ( 04 ) ارتباط عبارات المحور الأول بالدرجة الكلية للمحور (القلق):

تشير البيانات الموضحة في الجدول رقم ( 04 ) إلى أن جميع قيم معاملات الارتباط لعبارات البعد الأول (القلق) لمقياس الهادس بالدرجة الكلية لبعد القلق كلها دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة ( $\alpha=0,01$ )، ما عدى البند رقم (1) فهو دال عند مستوى الدلالة (0,05) وهذا ما

يؤكد مدى التجانس وقوة الاتساق الداخلي للمقياس كمؤشر لصدق التكوين في قياس الهادس.

-ارتباط درجات عبارات المحور الثاني (الاكتئاب) بالدرجة الكلية لمحور الاكتئاب:

رقم العبارة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
2	0,738**	0,01
4	0,088	0,01
6	0,540**	0,01
8	-0,007	0,646
10	0,609**	0,01
12	0,806**	0,01
14	0,421**	0,01

جدول رقم ( 05 ) ارتباط درجات عبارات المحور الثاني (الاكتئاب) بالدرجة الكلية

تشير البيانات الموضحة في الجدول رقم ( 05 ) إلى أن جميع قيم معاملات الارتباط لعبارات البعد الثاني (الاكتئاب) لمقياس الهادس بالدرجة الكلية لبعد الاكتئاب كلها دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ( $\alpha = 0,01$ )، ما عدى البند رقم (8) فهو غير دال إحصائياً ولكن الباحثة أثرت الباحثة عدم حذفه نظراً لأن الارتباط بين الدرجة الكلية لمحور الاكتئاب بالدرجة الكلية للمقياس دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ( $\alpha = 0,01$ ). وهذا ما يؤكد مدى التجانس وقوة الاتساق الداخلي للمقياس كمؤشر لصدق التكوين في قياس الاكتئاب.

الثبات: تم حساب الثبات بطريقتين:

- تم حساب الثبات بطريقة ألف كرونباخ: (الدرجة الكلية للمقياس)

أبعاد المقياس	الفا كرونباخ	عدد العبارات
القلق	0,757	7
الاكتئاب	0,674	7
الدرجة الكلية	0,896	14

جدول رقم (06) يمثل حساب الثبات بطريقة ألف كرونباخ: (الدرجة الكلية للمقياس)

يتضح من الجدول السابق رقم (06) أن جميع معاملات ألفا كرونباخ لأبعاد مقياس الهادس كانت مرتفعة حيث تراوحت بين (0,674 و0,757) بالنسبة للأبعاد بينما بلغ معامل ألفا كرونباخ لمقياس الهادس ككل (0,896) وهذا بمثابة مؤشر دال على ثبات المقياس، وهذا يعني أن مقياس الهادس يتمتع بمعامل ثبات قوي مما يجعله صالحا للتطبيق في الدراسة الأساسية.

- حساب الثبات بطريقة التطبيق وإعادة التطبيق:

تم حساب ثبات المقياس باستخدام طريقة التطبيق وإعادة التطبيق على عينة استطلاعية بفاصل زمني قدره أسبوعين، حيث بلغ معامل الثبات بين التطبيقين ( $r=0,807$ ) وهو معامل ثبات عال.

#### خلاصة:

تطرقنا في هذا الفصل إلى إجراءات الدراسة الميدانية من خلال تبني المنهج المناسب وكذلك لمجتمع الدراسة كعينة أساسية لدراستنا ، كما تم إجراء الدراسة الاستطلاعية بهدف التأكد من صلاحية أدوات الدراسة للتطبيق على عينة الدراسة الأساسية وحساب خصائصها السيكومترية والتي تتمثل في الصدق والثبات، حيث تبين بعد تطبيق أدوات الدراسة على العينة الإستطلاعية من أجل التأكد من صلاحية الأدوات للتطبيق في الدراسة الأساسية.

## الفصل السادس: عرض و تحليل و مناقشة النتائج

- تمهيد.

1- عرض وتحليل نتائج الدراسة.

2- مناقشة النتائج.

3- الاستنتاج العام.

## تمهيد:

في هذا الفصل سوف نقوم بعرض ومناقشة نتائج الدراسة المتحصل عليها، من أجل تأكيد أو نفي فرضيات الدراسة بعد أن تم تحليل نتائج أداتي الدراسة باستخدام برنامج الرزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS V.20 Statistical Package for the Social Science لتحليل البيانات وفيما يلي عرض ومناقشة فرضيات الدراسة:

### 1- عرض وتحليل نتائج الدراسة:

قبل البدء بعرض نتائج الدراسة وجب التذكير بالفرضيات:  
الفرضية العامة:

يظهر لدى مريض السرطان نشاط عقلي يتميز بسيادة الإكتئاب الأساسي و الألكستيميا.

### الفرضيات الجزئية:

- 1- يظهر لدى مرضى السرطان نشاط عقلي يتميز بسيادة الإكتئاب الأساسي .
- 2- يظهر لدى مرضى السرطان نشاط عقلي يتميز بسيادة الألكستيميا.
- 3- توجد فروق بين منعدمي ومرتفعي الإكتئاب في درجات الألكستيميا لدى أفراد عينة الدراسة.
- 4- لا توجد فروق في متوسطات درجات الإكتئاب لدى مرضى السرطان الذين لديهم فترة قصيرة من معرفة المرض تقل عن 6 أشهر، وبين الأشخاص الذين شخص لديهم المرض أكثر من 6 أشهر.
- 5- لا توجد فروق في متوسطات درجات الألكستيميا لدى مرضى السرطان الذين لديهم فترة قصيرة من معرفة المرض تقل عن 6 أشهر، وبين الأشخاص الذين شخص لديهم المرض أكثر من 6 أشهر.

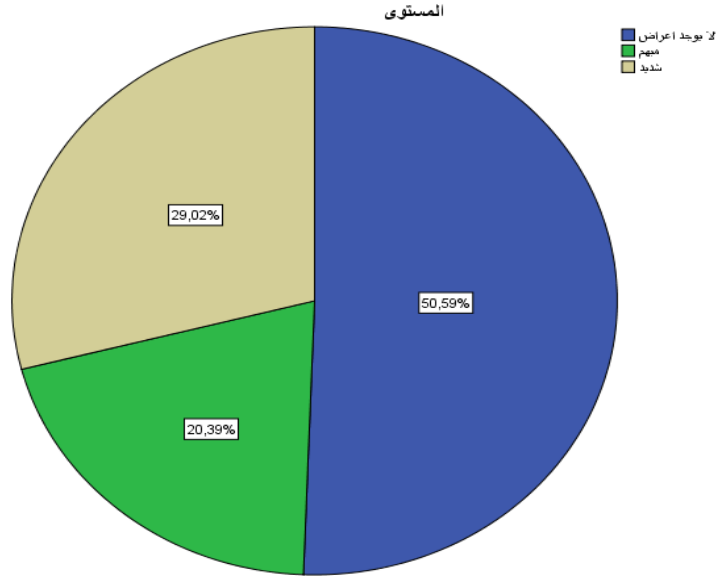
### 1-1- عرض نتائج الفرضية الأولى:

و التي مفادها: يظهر لدى مرضى السرطان نشاط عقلي يتميز بسيادة الاكتئاب الأساسي. وللتحقق من هذا الفرض تم استخدام التكرارات والنسب المئوية واختبار كا مربع كما هو مبين في الجدول التالي:

جدول رقم (07) يبين التكرارات والنسب المئوية واختبار كا مربع لاستجابات أفراد عينة الدراسة على مقياس الهادس.

القرار	مستوى الدلالة	قيمة $k^2$	النسبة المئوية	التكرارات	مقياس الهادس (بعد الاكتئاب) (المستويات)
دال عند مستوى الدلالة ألفا ( $\alpha=0.01$ )	0.000	37.01	50.6%	129	لا توجد أعراض
			20,4%	52	اكتئاب مبهم
			29%	74	اكتئاب شديد
			100%	255	المجموع

نلاحظ من خلال الجدول أن أفراد عينة الدراسة إنقسموا إلى ثلاث مجموعات حيث نجد النسبة المئوية للمستوى الأول (لا توجد أعراض) مرتفعة مقارنة بالمستوى الثاني والثالث وبالتالي يوجد إكتئاب أساسي لدى أغلب أفراد عينة الدراسة حيث بلغ عدد التكرارات (129) من مجموع (255) وهذا ما تمثله النسبة المئوية المقدرة بـ (50,6%)، أما المستوى الثاني والذي يمثل (إكتئاب مبهم) نلاحظ أن التكرارات بلغت (52) بنسبة مئوية بلغت (20,4%)، أما المستوى الثالث والذي يمثل (إكتئاب شديد) بلغ عدد تكراراته (74) بنسبة مئوية بلغت (29%) ولمعرفة دلالة الفروق بين هذه المجموعات تم تقدير الفروق عن طريق إختبار كا مربع ( $k^2$ ) حيث بلغت قيمته (37.01) وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ألفا ( $\alpha=0.01$ ) وهذا يعني أنه توجد فروق بين هذه المجموعات لصالح المجموعة الأكثر تكراراً وهي مجموعة (الإكتئاب الأساسي)، كما هو موضح في الرسم البياني التالي:



شكل رقم ( 08 ) يوضح الدائرة النسبية لإستجابات افراد عينة الدراسة على مقياس الهادس.

### 1-2 - عرض نتائج الفرضية الثانية :

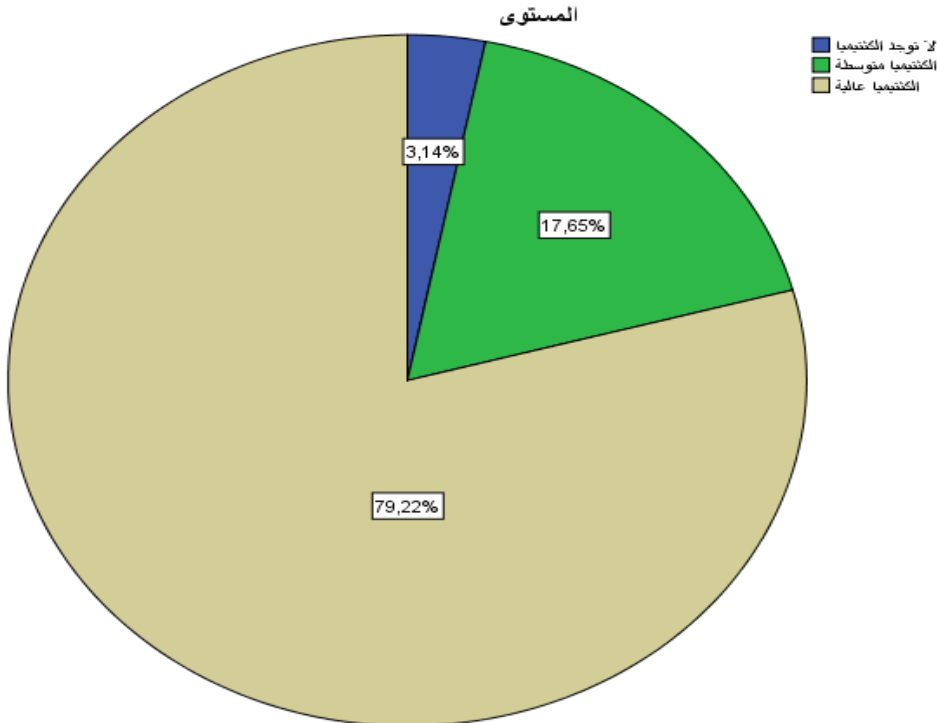
و التي نصت على أنه: يظهر لدى مرضى السرطان نشاط عقلي يتميز بسيادة الألكستيميا وللتحقق من هذا الفرض تم استخدام التكرارات والنسب المئوية واختبار كا مربع كما هو مبين في الجدول التالي:

جدول رقم (09) يبين التكرارات والنسب المئوية واختبار كا مربع ( $k^2$ ) لاستجابات أفراد عينة الدراسة على مقياس التاس.

مقياس التاس (المستويات)	التكرارات	النسبة المئوية	$k^2$ قيمة	مستوى الدلالة	القرار
لا توجد أعراض الالكسيتيميا	08	3.1 %	249,624 <sup>a</sup>	0.000	دال عند مستوى الدلالة ألفا ( $0.01=\alpha$ )
الالكسيتيميا متوسطة	45	17.6%			
الألكسيتيميا عالية	202	79.2%			
المجموع	255	100%			

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه رقم ( 09): أن النسبة المئوية للمستوى الثالث (الأكستيميا عالية) مرتفعة مقارنة بالمستوى الثاني والأول وبالتالي يوجد الأكستيميا لدى أغلب أفراد عينة الدراسة حيث بلغ عدد التكرارات (202) من مجموع عينة الدراسة (255) وهذا ما تمثله النسبة المئوية المقدرة بـ (79.2%) أما المستوى الثاني والذي يمثل (الأكستيميا متوسطة) نلاحظ أن التكرارات بلغت (45) بنسبة مئوية بلغت (17.6%) أما المستوى الأول والذي يمثل (لا توجد أعراض الأكستيميا) بلغ عدد تكراراته (08) بنسبة مئوية بلغت (3.1%).

ولمعرفة دلالة الفروق بين هذه المجموعات تم تقدير الفروق عن طريق إختبار كا مربع ( $k^2$ ) حيث بلغت قيمته (249,624) وهي قيمة دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة ألفا ( $\alpha=0.01$ ) وبالتالي تحققت فرضية البحث وهذا يعني أنه توجد فروق بين هذه المجموعات لصالح المجموعة الأكثر تكرارا وهي مجموعة (الأكستيميا العالية)، كما هو موضح في الرسم البياني التالي:



رسم بياني يمثل مستويات انتشار الأكستيميا (10)

### 1-3- عرض و تحليل الفرضية الثالثة:

و التي مفادها : توجد فروق بين منعدمي ومرتفعي الاكثتاب في درجات الألكستيميا لدى أفراد عينة الدراسة. ولمعالجة هذه الفرضية تم استخدام اختبار (ت) كما هو مبين في الجدول التالي:

الجدول رقم (11) يوضح نتائج اختبار "ت" ودلالاتها الإحصائية للفروق بين متوسط درجات مرتفعي (اكتتاب شديد) منعدمي الاكثتاب (الاكثتاب الأساسي) في درجات الالكستيميا لدى مرضى السرطان.

مقياس الالكستيميا	اختبار ليفين للتجانس (F)	مستوى الدلالة	منعدمي الاكثتاب (اساسي) (129)		مرتفعي الاكثتاب (اكتتاب واضح) (74)		درجة الحرية	قيمة ت	مستوى الدلالة	القرار الاحصائي
			ع	م	ع	م				
الألكستيميا	,166	,684	67,1318	13,16801	70,9595	12,44213	201	-2,033	,043	دالة احصائيا

من خلال الجدول أعلاه رقم (11) وبالنظر إلى اختبار التجانس ليفين (ف) والذي بلغ (,166)، وهي قيمة غير دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة ( $\alpha=0.05$ ) مما يدل على التجانس بين العينتين أي عدم وجود فروق معنوية بين تباين العينتين. وبالتالي نستنتج أن هناك عدم تجانس بين المجموعتين مما استدعى تطبيق اختبار ( $T_{test}$ ) لعينتين مستقلتين متجانستين.

كما يتبين من الجدول رقم (11) أن هناك تقارب كبير بين المتوسط الحسابي لدرجات الالكستيميا لدى مرضى السرطان مرتفعي الاكثتاب (اكتتاب شديد) والذي قدر بـ (70,9595) ومتوسط درجات الالكستيميا لدى مرضى السرطان منعدمي الاكثتاب (الاكثتاب الأساسي) الذي قدر بـ (67,1318) غير أن قيمة إختبار الدلالة ( $T_{test}$ ) والتي بلغت قيمته (-2,033) جاءت دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة ألفا ( $\alpha=0.05$ )، وبالتالي تم رفض الفرض الصفري وقبول الفرض البحثي وبالتالي يمكن القول بأن الفرضية البحثية تحققت مما يدل على أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات مرتفعي الاكثتاب (الشديد) ومنعدمي

الإكتئاب (الإكتئاب الأساسي) في درجات الألكستيميا لدى مرضى السرطان ولصالح مرتفعي الاكتئاب (الشديد)، ونسبة التأكد من هذه النتيجة هي (95%) مع احتمال الوقوع في الخطأ بنسبة (5%).

#### 1-4- عرض و تحليل الفرضية الرابعة:

و التي نصت على أنه : لا توجد فروق في متوسطات درجات الإكتئاب لدى مرضى السرطان الذين لديهم فترة قصيرة من معرفة المرض تقل عن 6 أشهر، وبين الأشخاص الذين شخص لديهم المرض أكثر من 6 أشهر، ولمعالجة هذه الفرضية تم استخدام اختبار (ت) كما هو مبين في الجدول التالي:

- الجدول رقم (12) يوضح نتائج اختبار "ت" ودلالاتها الإحصائية للفروق بين متوسط درجات مرضى السرطان الذين لديهم معرفة بالمرض منذ أقل من 6 أشهر ومتوسط درجات مرضى السرطان الذين لديهم معرفة بالمرض منذ أكبر من 6 أشهر في مقياس الهادس.

مقياس الهادس	اختبار ليفين للتجانس (F)	مستوى الدلالة		درجة الحرية	قيمة "ت"	مستوى الدلالة	القرار الاحصائي		
		اقل من 6 أشهر (98)						أكبر من 6 أشهر (156)	
		ع	م					ع	م
الدرجة الكلية للمقياس	1,698	18,11	7,914	16,97	6,861	252	غير دال		

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه (12) أن الجدول قد تضمن نتائج اختبار ليفين للتجانس وقد كانت قيمته تساوي (1,698) وهي غير دالة احصائيا عند مستوى المعنوية ( $\alpha=0,05$ ) مما يدل على التجانس بين العينتين أي عدم وجود فروق معنوية بين تباين العينتين. مما استدعى تطبيق اختبار ( $T_{test}$ ) لعينتين مستقلتين متجانستين.

كما يتبين من الجدول رقم (12) أن هناك تقارب كبير بين المتوسط الحسابي لدرجات الاكتئاب لدى مرضى السرطان الذين لديهم معرفة بالمرض منذ أقل من 6 أشهر والذي قدر بـ (18,11) ومتوسط درجات الاكتئاب لدى مرضى السرطان الذين لديهم معرفة بالمرض منذ أكبر من 6 أشهر (16,97) غير أن قيمة إختبار الدلالة ( $T_{test}$ ) والتي بلغت قيمته (1,212) جاءت غير دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة ألفا ( $\alpha=0.05$ )، وبالتالي تم قبول الفرض الصفري الذي ينفي وجود فروق، وعليه يمكن القول بأن الفرضية الصفرية تحققت مما يدل على أنه لا

توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات الاكتئاب لدى مرضى السرطان وفقا لمدة المعرفة بالمرض (أقل من 6 أشهر / أكبر من 6 أشهر)، ونسبة التأكد من هذه النتيجة هي (95%) مع احتمال الوقوع في الخطأ بنسبة (5%).

### 1-5- عرض وتحليل الفرضية الخامسة:

و التي مفادها: لا توجد فروق في متوسطات درجات الألكستيميا لدى مرضى السرطان الذين لديهم فترة قصيرة من معرفة المرض تقل عن 6 أشهر، وبين الأشخاص الذين شخص لديهم المرض أكثر من 6 أشهر.

ولمعالجة هذه الفرضية تم استخدام إختبار (ت) كما هو مبين في الجدول التالي:

- الجدول رقم (13) يوضح نتائج اختبار "ت" ودلالاتها الإحصائية للفروق بين متوسط درجات مرضى السرطان الذين لديهم معرفة بالمرض منذ أقل من 6 أشهر ومتوسط درجات مرضى السرطان الذين لديهم معرفة بالمرض منذ أكبر من 6 أشهر في مقياس التاس.

مقياس التاس	اختبار ليفين للتجانس (F)	مستوى الدلالة	أقل من 6 أشهر (98)		أكبر من 6 أشهر (157)		درجة الحرية	قيمة "ت"	مستوى الدلالة	القرار الاحصائي
			ع	م	ع	م				
الدرجة الكلية للمقياس	1,736	,189	12,263	66,85	13,089	68,53	253	-1,022	,308	غير دال

من خلال الجدول أعلاه رقم (13) وبالنظر إلى اختبار التجانس ليفين (ف) والذي بلغ (1,736) وهي قيمة غير دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ( $\alpha=0.05$ ) مما يدل على التجانس بين العينتين أي عدم وجود فروق معنوية بين تباين العينتين. وبالتالي نستنتج أن هناك تجانس بين المجموعتين مما استدعى تطبيق اختبار ( $T_{test}$ ) لعينتين مستقلتين متجانستين.

كما يتبين من الجدول رقم (13) أن هناك تقارب كبير بين المتوسط الحسابي لدرجات الألكستيميا لدى مرضى السرطان الذين لديهم معرفة بالمرض منذ أقل من 6 أشهر والذي قدر بـ (66,85) ومتوسط درجات الألكستيميا لدى مرضى السرطان الذين لديهم معرفة

بالمرض منذ أكبر من 6 أشهر (68,53) غير أن قيمة إختبار الدلالة ( $T_{test}$ ) والتي بلغت قيمته (-1,022) جاءت غير دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ألفا ( $\alpha=0.05$ )، وبالتالي تم قبول الفرض الصفري الذي ينفي وجود فروق، و يمكن القول بأن الفرضية الصفرية تحققت مما

يدل على أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات الألكستيميا لدى مرضى السرطان وفقا لمدة المعرفة بالمرض (أقل من 6 أشهر / أكبر من 6 أشهر)، ونسبة التأكد من هذه النتيجة هي (95%) مع احتمال الوقوع في الخطأ بنسبة (5%).

## 2- مناقشة النتائج:

### 2-1- مناقشة الفرضية الأولى:

تنص الفرضية الأولى على مايلي: يظهر لدى مرضى السرطان نشاط عقلي يتميز بسيادة الإكتئاب الأساسي

من خلال النتائج المتحصل عليها و المتمثلة في أن أفراد عينة الدراسة إنقسموا إلى ثلاث مجموعات حيث نجد النسبة المئوية الأعلى تتعلق بالمستوى الأول (لا توجد أعراض الاكتئاب) مقارنة بالمستوى الثاني والثالث وبالتالي لا يوجد اكتئاب لدى أغلب أفراد عينة الدراسة حيث بلغ عدد التكرارات (129) من مجموع (255) وهذا ما تمثله النسبة المئوية المقدره بـ (50,6%) أما المستوى الثاني والذي يمثل (إكتئاب مبهم) نلاحظ أن التكرارات بلغت (52) بنسبة مئوية بلغت (20,4%)، أما المستوى الثالث والذي يمثل (إكتئاب شديد) بلغ عدد تكراراته (74) بنسبة مئوية بلغت (29%) و قد اثبتت دلالة الفروق بين هذه المجموعات و التي بلغت قيمتها (37.01) وهي قيمة دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة ألفا ( $\alpha=0.01$ ) وهذا يعني أنه توجد فروق بين هذه المجموعات لصالح المجموعة الأكثر تكرارا وهي مجموعة التي يغيب فيها أعراض الإكتئاب، اذا تأملنا جيدا هل يعقل أن أشخاص يعلمون أنهم مصابون بمرض يهدد حياتهم الشخصية و يمهد للطريق الى الاندثار عن الحياة لا يبدون أي استجابات إكتئابية؟!، ثم أن العديد من الدراسات التي اهتمت بدراسة الاكتئاب لدى مرضى السرطان أكدت أن الاكتئاب لدى هؤلاء المرضى جد غامض وصعب تشخيصه و قد تظهر فيه فقط الأعراض الجسدية ومن بين هذه الدراسات :

نجد دراسة Marie Santiago Delefosse (2008) من Psychologie de la santé et cancer État de la question et nouvelles perspectives فقد أكدت أنه ظهر لدى 22 دراسة تم تحليلها و أكدت على وجود ارتباط للاكتئاب لدى مرضى السرطان ومن بين الدراسات التي ذكرت نجد دراسة (Butow et coll,2000) اللذان توصلا الى عدم وجود ارتباط الاضطرابات الحصرية و الاكتئابية لدى مرضى سرطان الثدي،و دراسة coll,Zonderman ،s Linkins(1989)،Comstock،(1990) Reynolds et coll،(2000) الذين أكدوا على أن هناك 10 سنوات و مايقارب تسعة آلاف من المواضيع التي تبحث في الاكتئاب وعلاقته بمرض السرطان و لم تبرز أي ارتباط أو أنه عامل مفجر للسرطان (Marie Santiago Delefosse,2008,p.53.) هذه الدراسات تدعم دراساتنا كوننا لم نتحصل لدى أغلب حالاتنا الدراسية على الاكتئاب و الذي يرجع الى اكتئاب مقنع . نجد أيضا دراسة

C Perdrizet–chevallier .M.Reich. وآخرون سنة (2008) تحت عنوان Depression et anxiete chez les femmes souffrant de cancer gynecologiques أي بمعنى الاكتئاب والحصر لدى النساء اللواتي يعانين من سرطان الرحم.فيؤكدون على أنه من الصعب تشخيص الحالة الاكتئابية لدى مريض السرطان و هذا لتداخل مجموعة من الإضطرابات أثناء المرض لكن نجد بعض الأعراض المشتركة مثل التعب و فقدان الشهية و اضطرابات النوم و قلة التركيز و انخفاض للطاقة الليبيدية .( Perdrizet–chevallier C, M.Reich,2008p.02)

كما يرى Reich.M. في مقال أصدره سنة 2010 في مجلة Cancer Radiotherapie العدد 14 تحت عنوان La depression en encologie بمعنى الاكتئاب لدى مرضى الانكولوجيا ،أن اشكالية هذا الموضوع تكمن في تبين مدى انتشار الإكتئاب لدى مرضى السرطان و الكشف عنه كعامل خطر ، فأكد بأن هناك ابستمولوجية خاصة بالإكتئاب لدى مرضى السرطان لأن هناك صعوبة في معرفة اضطرابات المزاج لديهم، و هذا لمصاحبة المرض باضطرابات جسدية أخرى مثل الآلام الجسدية و القهم العقلي و التعب و اضطرابات النوم و انخفاض القوى الليبيدية التي تغطي وراءها اكتئاب حقيقي .

و نحن نعلم بأن الاكتئاب الأساسي يعرف من خلال ظهور الأعراض الجسدية و غياب الأعراض الكلاسيكية للاكتئاب فمن الأعراض الدالة عليه وجود التعب، و الذي يعتبر من المكونات الأساسية له و هذا راجع الى انهيار القوى اللبديدية، كذلك الآلام الجسدية المختلفة و التي قد تؤدي الى اضطرابات النوم .فكل هذه الأعراض المذكورة سابقا من طرف Reich تدل على وجود إكتئاب مقنع راجع الى نشاط عقلي سيكوسوماتي.

فهو يعتبر تناذر أولي في الطب النفس جسدي، يكون فيه التشخيص جد صعب لأن الأمر يتعلق هنا بأشياء مأخوذة بغيابها أو ما يعرف بغياب الأعراض الكلاسيكية للاكتئاب العادي و الذي ينتج عن عدم القدرة على التعبير عن الانفعالات و العواطف للشخص فيظهر التجسدن ( Pongy P ,2003,p.171 )

فهو يقاس على أساس غياب الأعراض الواضحة لدى الاكتئاب و غيابها يدل على وجوده أو ما يسمى بالأعراض الإيجابية التي تكون الحالات المزاجية و التي تكون جد واضحة مثل مزاج اكتئابي يظهر في اليوم بأكمله كالحزن، و الذي قد يعلن عنه المريض و كذلك البكاء، وجود إنقاص من قيمة الذات مع شعور بتأنيب الضمير المتتابع ، إنقاص من القيام بالأعمال الاعتيادية سواء كانت تفكيرية أو في مجال التركيز، مع عدم القدرة على التقرير و الذي يكون معلن من طرف الشخص أو ملاحظ من طرف الآخرين.

فنحن ظهر لدينا 129 حالة من 255 حالة فرد لا يظهر لديهم أعراض الاكتئاب الكلاسيكي كما أن المقياس يشير الى عدم وجود الاكتئاب الذي يتعلق بأعراض عقلية إيجابية ترتبط بالاكتئاب العصابي أوحالات الميلاخوليا التي يتحدث عنها علم النفس المرضي الكلاسيكي و الذي يمت بالصلة الى أعمال فرويد، اين يتميز بالتعقيل الجيد ، ذو الطابع العصابي أ و بوجود هذيانات و تهمة الذات في حالات الميلاخوليا ، حيث يكون الدفاع النفسي مظهر من مظاهر الاكتئاب و إن هذا التعبير العرضي سواء العصابي أو الذهاني يرجع إلى ما أسماه Marty P ب *contrepartie économique positif* أو سجل الاقتصاد الإيجابي. (Smadja C ,2001,p.51) ، كما أن الحالات التي أظهرت اكتئاب مبهم و غير

واضح و الذي قدرت ب 52 فرد يدل أيضا على الإكتئاب المقنع ،إذا تفحصنا وجدنا مختلف الاستجابات كانت تتعلق بالأعراض الجسدية.و أيضا ارتفاع الاستجابات المتعلقة بالنشاط الخاص بالأكستيميا و التفكير العملي الذان يقران على تواجد الإكتئاب الأساسي كنشاط عقلي خاص.

ثم وجود هذا الاكتئاب المبهم، يشير الى تحول النشاط العقلي، أو تغيره الى اكتئاب واضح و هذا أولا نتيجة لصدمة الاعلان عن المرض كون كل الحالات تعلم أنها مصابة بالسرطان، فصدمة الموت تتعلق بالفرد في حد ذاته قد تغير من النشاط النفسي، فالفرد في مكافحة جديدة ، فبدلا من سيطرت نزوات الموت ، تتدخل من جديد نزوات الحياة فيظهر نوع من الحزن الذي يدل نوعا ما على التثقل النفسي و الصراع من أجل البقاء ،و محاولة لإعادة التنظيم التدريجي، كما نجد بيار مارتى قد أشار الى أن الاكتئاب الأساسي متواجد قبل حدوث المرض و الجسدية، وقد يستمر بعد المرض و يبقى النشاط الملازم للمرض كما قد يتحول و يتغير و تظهر أعراض أخرى.

كما نجد دراسة دراسة F Manoudi,R Chagh (2010) و التي كانت تحت عنوان Les troubles Depressifs chez les patients atteints de cancer بمعنى الإضطرابات الإكتئابية لدى مرضى السرطان و اللذان أقرأ في دراستهما على عينة مغربية بمستشفى محمد السادس « بأن الاكتئاب لدى مرضى السرطان غير واضح من جهة و من جهة أخرى قد نجده مصحوب بمشاعر الحزن و الضعف و الذي يعتبر رد فعل متكيف اتجاه تشخيص لمرض جد صعب و من جهة أخرى مرتبط بالعديد من الأعراض السرطانية مثل فقدان الوزن و التعب ، واضطرابات النوم (F Manoudi,R Chagh,2010) توصلا الباحثان إلى الإشارة للإكتئاب الغير الواضح كما قد ربطا أعراضه الجسدية بمرض السرطان دون أن يشارا إلى الإكتئاب الأساسي و الذي تكون أعراضه غير واضحة و تكون تظاهراتها الأعراض الجسدية، رغم أنه من الصحة وجود أعراض جسدية تصاحب مرض السرطان التي قد تكون راجعة له أ نتيجة لعوامل أخرى و التي سوف نتطرق إليها لاحقا، حيث تعتبر هذه الدراسة تدعم دراستنا من

خلال اقرارها على وجود إكتئاب غير واضح مصاحب بأعراض جسدية و الذي قد يشير الى الإكتئاب الاساسي و النشاط العقلي السيكوسوماتي.

و نجد أيضا دراسة اخرى ل Varlemener L ، de la Menardiere H،Reich M (2010) تحت عنوان Reperage clinique et evaluation de la depression en oncologie ، فقد أكد الباحثون أن هناك تناقض فيما يخص الإكتئاب لدى مرضى السرطان، حيث أن المرضى يعانون من الألام الجسدية و يتحدثون عنها بشكل تلقائي و عفوي ،بينما المرضى الذين يعانون من آلام نفسية لا يتحدثون عنها بتلقائية ،انهم يميلون لإنكارها أو التقليل من حجم الاضطرابات النفسية، فيظهر تنفيه للإضطراب ، و في بعض الأحيان الأخرى تظهر المبالغة في هذه الاضطرابات الإكتئابية.هذه الدراسة تبين لنا بعض خصائص المرضى السيكوسوماتين أثناء الحصوص العلاجية فهم يتميزون بقدرتهم على وصف الأعراض الجسدية بالتدقيق و إنكار كل ما هو نفسي و تنفيه العرض.

و هذا ما أشار اليه البرفيسور سامي علي في كتابه Le banal الذي يشرح فيه الاكتئاب الاساسي أو كما سماه الإكتئاب البدائي أو الأولي من خلال ما هو معروف بياتولوجية التكيف la pathologie d'adaptation التي تدل على نشاط سلبي في التفكير. (Sami Ali ,1990,p98) بمعنى الفرد يتكيف مع المواقف و لايبدي الجانب النفسي الذي يدل على الصراع.و هذا ما أكد عليه أحد المفحوصين لدينا من خلال الاستقصاء السيكوسوماتي

حينما سألته كيف كان رد فعله عندما سمع أنه مصاب بسرطان الدم حيث يقول : **عادي زدت بردت ، je me sens très bien j'ai pensé tout direct au chimio** ، فنجد أن رد فعل المفحوص اتجاه المرض جد غريبة ، وهذا لأن المفحوص تخلص من كل الطاقة النفسية و الصراع و اختزلها في الجسد فحقق الراحة النفسية ، وقوله: **"زدت بردت je me sens très bien"** ، يدل على أن المفحوص جاف عاطفيا ، و ازداد الصلابة عندما تأكد أنه مصاب بالسرطان و يصرح أنه جد مرتاح . كما أن المفحوص يلاحظ ذلك الشعور الغريب في ذاته فهو يقر أنه لم يعد أي شيء يؤثر في نفسيته أمام المشاكل التي مر بها. حيث

يصرح ما يلي ما عدتس نحس نلم و نطيش و ننسى.عدت حجرة و أي حاجة جي عادت عادي عندي .أنا ما عاد يصرالي والو كي نشوف واحد مات ، نتخطى و نعقب عادت عندي لحياة هادي عادية نورمال ، عايش نوكل و نشرب و نخدم و ما نفكر في les sentiments et les émotions et pas de stress ، ساعات ساعات نقول بلى ما نيش عادي كما ناس حتى جيني الحيرة .

إذا أتينا أن نفسر هذا الألم عند المكتئبين الأساسيين فهذه الخبرة نجدها مفقودة و غير واضحة لدى المرضى السيكوسوماتين أو عند المختص السيكوسوماتي أو المحلل النفساني بحيث يسمى هذا الغياب للألم النفسي ب لغز تغير الإشارة الذي يدل عن الألم بدون الم (Smadja C 2001p73) ، إن لغز تغير الإشارة الذي يدل على الألم بدون الم يقصد به الاكتئاب الأساسي الذي يدل على المعاناة و الألم النفسي المقنع و المعبر عنه بلغة الجسد أي اختزال كل الآلام النفسية و حل محلها الحياة العملية و قمع للانفعالات.

و الذي يعرف بالتناقض السيكوسوماتي ،أي عندما نلاحظ أن الشخص تحسن مزاجه النفسي و لكن مرافق بجسدنة ، فإذا حاولنا محاورة الشخص عن إحساسه و مشاعره يظهر نوع من الخجل و كأنه يخفي شيء لا يحب التحدث عنه، فهو في حالة جيدة مع ظهور العرض أو المرض ،لذلك يسميه Sami Ali ب بتولجيا التكيف. حيث يكون الواقع ذا قيمة تكيفية الذي يسجل كطريقة أو وسيلة عامة تظهر من خلال الخيال الذي انسحب (Sami Ali 1998 p 73) و الذي يسمح للفرد بالتكيف الاجتماعي و مطالبه و الخضوع إلى الوسط العائلي ، و الإستدخال الذي يؤدي بدلا من الانشغال بالذات، إلى الاهتمام بالعالم الخارجي فهو يحل محل الحياة الشخصية التي تنقلص (Sami Ali 1978 p18).كما نجده يركز بأن مرضى السرطان يعانون من هذا النشاط السيكوسوماتي فيرى أن بعض أشكال السرطان تكون ناتجة عن العيش في وضعية مأزقية تؤدي إلى تدفق بيولوجي و هذا الأخير يسجل تنظيم عقلي من مميزاته الصلابة ، ملاحظ بكتب للوظيفة الخيالية و في الوقت نفسه بإكتئاب طبائعي منتشر أي تكون الجسدنة نتيجة

حداد غير مرصن عقليا، و بهذا الأساس يمكن أخذ السرطان و تناوله على أساس سيكوسوماتي (Sami Ali 1987 p 31)

كما يمكن أن نجد هذه الخصائص المذكورة سابقا كبروفيل شخصي لدى مرض السرطان مثل عدم التعبير عن المشاعر حيث أكدت Temoshak أن هؤلاء الأشخاص الذين يتميزون بقمع إنفعالي، يظهرون عدم القدرة التعبيرية عن تلك الانفعالات ، وتكون مشفرة ذات قيمة غير مستقلة تخلف آثار عدوانية ، وذات حجم على موضع الورم وتطوره .» (Temoshok L,1987,p. 45) فعدم التعبير عن الانفعالات تعتبر عرض من أعراض تواجد الاكتئاب الاساسي و الذي يمت بالصلة للنشاط السيكوسوماتي.

كما نجد عدم القدرة عن التعبير عن السلوك العدواني و الذي يعد من البروفيل الشخصي لدى مرضى السرطان ، فالمرضى يتميزون بأن لديهم عدوانية لكن مقموعة ، فهم لا يستطيعون إظهارها ، لأن إظهارها يعني خسارة الموضوع و خسارة الموضوع، خسارة الذات فتوجه تلك العدوانية اتجاه الجسم .إذا اتينا الى تحليل هذا السلوك لوجدانه يرتبط ارتباطا مباشرا بالخضوع الاجتماعي و الذي يعد أحد سمات الاكتئاب الاساسي ، لذلك نجدهم مسالمين و يتميزون بالطيبة اتجاه الآخرين .

كما يرجع هذا الخضوع الإجتماعي إلى التبعية للآخرين و التي تعد ملمحا رئيسيا لدى مرضى السرطان الذين ينتمون الى النمط و C ،فهم متعاونين ، صبورين ، هادئين ،يتميزون بالصلابة،عدم القدرة على تأكيد الذات، لا يعبرون عن عواطفهم و إنفعالاتهم السلبية خاصة الغضب ، خاضعين للسلطة.فهذه السمات ترتبط ارتباطا وثيقا مع الاكتئاب الأساسي وبالتالي تتفق الدراسة الحالية مع دراسة Temoshok التي حاولت تبين البروفيل الشخصي لمرضى السرطان،كما تتفق مع دراسات Marty ، فسمّة التعاون ترجع الى التفكير العملي فهم يركزون على استثمار الواقع ،. فيظهر هذا التفكير من خلال التكيف المطلق لأننا و للواقع أمام الصدمات ، والخضوع، و الإمتثال للمثل الجماعية و الحياة الغير الشخصية .

اما فيما يتعلق بالهدوء و الصبر، فالمرضى يهربون من الصراعات، و أيضا يستعملون التفكير العملي الذي يحقق هتين السميتين، و أيضا إذا اتينا أن نفسرهما على أساس ميتاسيكولوجي فنجد غياب للتمثيلات العاطفية و الخيال الذي يحمل المعنى الرمزي للحياة الداخلية فيعيش الفرد بهدوء وصمت، و الصلابة أيضا نجدها ترجع الى التفكير العملي الذي يتميز بإستثمار كبير للواقع و الحياة اليومية، فالفرد لا ينشغل إلا بالحاضر بطريقة آلية خالية من الجوانب العاطفية، حيث يكون التعلق بالتفاصيل اليومية و كل شيء يحدث على أساس خارجي، أي بدون الارتباط على أساس هوامي.

كذلك نلاحظ من بين البروفيل الشخصي لمرضى السرطان نجد ضعف الأنا الذي قد يكون ناتج عن السمات المذكورة سابقا فقد تتبع Leshane و Bahnsen (2007) هؤلاء المرضى فوجدهم يتميزون بعلاقة متباعدة من طرف الآباء يعني هناك خلل في طفولتهم التي تتميز بالانطواء و الوجدانية مما يؤدي إلى ضعف الأنا ، فهم لا يستطيعون استدخال العلاقة مع الآباء حيث يكون هناك فجوة كبيرة . عندما يكون الأنا الداخلي ضعيف يجد صعوبة في النمو من أجل تبرير مواقفه و من أجل تواجده، فهو يبحث عن موضوع من أجل تحقيق التوازن إزاء الخطر ، و إذا كان هناك تفكك بين الأنا الداخلي و الخارجي يحدث حل آخر و هو الجسدية في الخلايا يعني هناك انقسام للإنسان داخليا و خارجيا (Renard L,2007,p.32)

بينما نجد ضعف و هشاشة الأنا أحد المكونات الأساسية التي تدل على التنظيم السيكوسوماتي و بالتالي قد يدل على وجود الإكتئاب الأساسي. فحسب Smadja C أن الأنا غائب عنه التمثيلات لا يستطيع أن يعطي لنا أنماط من السلوك المتعلقة بأبعاد علائقية ، بحيث يكون الأنا مدعوم من طرف الأنا المثالي النرجسي ، فالأنا يدافع عن طريق نوع من الميكانيزمات لكن لا يستطيع التوازن الأساسي ، فالنشاط القاعدي غائب (Smadja C ,2001,p.83)

كما نجد أن الباحثين قد أرجعوا ظهور السرطان الى الصدمات النفسية و نجد بأن أصل الاكتئاب الأساسي راجع الى الصدمات النفسية المعاشة في صمت تؤدي عدم إيجاد القدرة على التعقيل الجيد الذي يؤدي بدوره إلى خلل التنظيم النفسي التدريجي الذي قد يصل إلى خلل التنظيم الجسدي ، الذي يكون راجع إلى قوى متعارضة ذات حركة ضد تطويرية يغلب عليها نزوات الموت.

بمعنى أن الحدث الصدمي لديه أثر في تغير النشاط العقلي ، بحيث يظهر عدم القدرة على الإستعاب و تجاوز تلك الحدث، الذي يخلف من الناحية الاقتصادية فيض من الإثارة تكون مفرطة بالنسبة لطاقة الفرد على التحمل و بالنسبة لكفاءته و القدرة على السيطرة على الاثارات و ارضانها نفسيا .

بمعنى أن هناك زيادة كبيرة في الإثارات لدرجة تصنيفها أو إرضانها بالوسائل المعتادة و المألوفة تنتهي بالفشل ، فيصبح تراكمها مرضيا و تنهار الدفاعات التي تصرف تلك الطاقة ، و يظهر نشاط عقلي من سماته العيش في الحاضر و الآني دون ظهور حياة خيالية. » (Marty P,1998,p.201) .

ف نجد بأن العوامل التي وضعت لتفسير الجانب النفسي في إحداث مرض السرطان تعد من بين عوامل الأساسية في تواجد و ظهور الأكتئاب الأساسي وكذلك من بين سماته الأساسية التي وضعت كبروفيل لمرضى السرطان، و بالتالي تواجد الإكتئاب الأساسي لدى مرضى السرطان ليس بالصدفة و انما ناتج عن العديد من التفسيرات التي وصل إليها الباحثون من خلال العوامل و البروفيل .

وبالتالي يمكن أن نفسر غياب أعراض الإكتئاب لدى 129 حالة من عينتنا الدراسية بأنها تدل على وجود الاكتئاب الاساسي الذي يعد نوع من النشاط العقلي السيكوسوماتي الذي يدل على انهار القوى اللبديية و ظهور الجسدنة، و الذي يعتبر أحد العوامل المؤدية الى القابلية بالاصابة الجسدية، كما أننا تأكدنا من كون غياب الإكتئاب قد يرجع الى أن الحالات قد استطاعوا بأن يتجاوزوا صدمة المرض و يظهرون سيرورة الجلد، وهذا أولا عن طريق إجراء

مقابلات، فوجد الأفراد يقرون بأن كل شيء يرجع الى القضاء والقدر و إدخال الجانب الديني، لكن نجد الجانب المهيمن هو التكلم عن الجانب الجسدي و نفي كل ما يتعلق بالجانب النفسي، و الذي يدل على التفكير العملي، و الذي يظهر بوضوح من خلال ارتفاع درجات الألكستيميا فالفرد الجدل لا يتميز بالتفكير العملي و الألكستيميا. و بهذا نستنتج بان الفرضية الدراسية القائلة بأنه يظهر لدى مرضى السرطان نشاط عقلي يتميز بوجود الاكتئاب الأساسي قد تحققت.

بالإضافة الى هذا النشاط الذي ظهر لدى كل حالاتنا الدراسية و الذي مفاده وجود الاكتئاب الأساسي، فقد ظهر إكتئاب واضح و بأعراض ايجابية كما قد وصلت درجاته الى مستوى الشدة و الذي بلغ عدد تكراراته (74) بنسبة مئوية بلغت (29%) و الذي يستدعي و يستوجب التفسير، فهذا الاكتئاب لا يدل على النشاط السيكوسوماتي و انما يدل على اكتئاب ارتكاسي او ما يعرف بالإكتئاب التفاعلي أو المتفاعل Depression reactive فهو من أكثر أنواع الإكتئاب شيوعا لدى مرضى السرطان، و يتميز بتقلبات المزاج و النكد و عدم القدرة على إنجاز النشاطات المعتادة، و تستمر أعراضه لفترات، فيؤثر على الحياة اليومية للمريض مثل العمل أو المدرسة أو الشؤون البيتية.

فهناك مجموعة كبيرة من الأمراض العضوية المعروفة التي تصيب أجهزة الجسم المختلفة ترتبط بتواجد الاكتئاب كأحد أعراضها أو كحالة مصاحبة لها، فكما يقال: "كل مريض مكتئب" ويعني هذا أن أي شخص مصاب بأي مرض من الأمراض المختلفة لابد أن يشعر نتيجة لذلك بالحزن والكآبة وهذا وضع منطقي، لأن حالة المريض هي إحدى حالات الضعف الإنساني التي تهدد الصحة (الشريبي لظفي، 2001، ص132)

تتفق نتائج الدراسة الحالية مع دراسة كل من **عبدالله حسن فقيه**، و المعنونة ب دراسات إكلينيكية سيكومترية للأعراض النفسية المصاحبة للأمراض المهددة للحياة، التي هدفت الى تبيين الفروق بين مرضى السرطان وبين الأسوياء في حدة الأعراض النفسية، و من بين هذه الأعراض وجود الاكتئاب، حيث قام الباحث باختبار فروضه عن طريق اختيار مجموعتين

بلغ عددهم 300 شخص تم تقسيمهم إلى مجموعتين متساويتين، إحداهما من مرضى السرطان 150، والأخرى من الأسوياء 150، وذلك لمعرفة الفروق بينهما في متغيرات الدراسة ومن ثم قام الباحث باختيار مجموعتين متكافئتين في المتغيرات، التي يمكن أن يكون لها أثر على الظاهرة المدروسة، وقد قام الباحث بحساب أوجه التكافؤ بين المجموعتين وفقاً لبعض المعادلات الإحصائية، فاسفرت النتائج على وجود فروق دالة إحصائية بين مجموعتي الدراسة حيث كان مرضى السرطان أكثر اكتئاباً من الأسوياء.

كما تتفق الدراسة مع دراسة Perdrizet-chevallier C . Reich M. و آخرون سنة (2008) تحت عنوان Depression et anxiété chez les femmes souffrant de cancer gynécologiques أي بمعنى الاكتئاب و الحصر لدى النساء اللواتي يعانين من سرطان الرحم . هذه الدراسة أشارت إلى صعوبة تحديد الاكتئاب و أظهرت الاكتئاب الجسدي، كما فسرت أسباب ظهور الاستجابات الاكتئابية لدى مريض السرطان و التي قد أشرنا إليها سابقاً و قد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية: 32% يعانين من إكتئاب .

كما تتفق نتائج الدراسة الحالية مع نتائج دراسة Manoudi F, Chagh R تحت عنوان Les troubles dépressifs chez les patients atteints de cancer سنة (2010) بمعنى الاضطرابات الاكتئابية لدى مرضى السرطان ، التي أجريت بالمستشفى الجامعي لمحمد السادس بمراكش حيث تكونت العينة من 100 مريض لديهم مختلف أنواع السرطان، و توصلت النتائج إلى وجود 26.7% من المرضى لديهم اكتئاب شديد ، و 60% لديهم اكتئاب متوسط، بينما 13.3% لديهم اكتئاب خفيف.

فيعتبر هذا الإكتئاب كرد فعل ارتكاسي أولاً اتجاه صدمة الاعلان، ثانياً اتجاه الدواء الكيميائي و عدم تقبله نفسياً لمخلفاته و أثاره الجسدية و النفسية، كما أن الدواء في حد ذاته يخلف الاكتئاب ، أما ثالثاً اتجاه المآل الواضح و الغير الواضح فالفرد يعيش اشكالية المآل المعروف من جهة و هو الموت ، ومن جهة أخرى التعلق بالأمل كأن يقول لقد سمعت بأن فلان شفي أو يقول أن الدراسات الحالية تؤكد على نجاعة الدواء وهذا المآل بالنسبة للمريض

غير معروف فيدخل في حلقة مفرغة مصيرها القلق و الاكتئاب ، و رابعا الاستجابات الاكتئابية اتجاه الآلام المتعلقة بالجسد ومخلفات المرض من الناحية الجسدية.

فالمرض هنا هو الذي يؤدي إلى صدمة وليس الصدمات السابقة هي التي تؤدي إلى المرض ، فيسمح لنا الأمر أن نقول المرض العضوي يؤدي إلى صدمة نفسية تؤثر على عضوية الفرد ونفسيته وهذا من خلال اسم مرض السرطان، فهو عبارة عن صدمة وهذا حسب الشخص وقدرته على المواجهة، وتظهر هذه الصدمة أيضا في بعض الأمراض الأخرى مثل بتر إحدى الأعضاء، أو من خلال فقدان بعض الحواس وغيرها ولكن لا تصل إلى صدمة الإعلان عن مرض السرطان .

فيرى Chermena إن الصدمة تبدو لنا جد صعبة من خلال ارضانها نفسيا، ففي نفسية الفرد لديها قيمة جد كبيرة أكثر من الحدث الفعلي للمرض (Chermena, 2003,p447)

و لكن اذا تفحصنا جيدا مرض السرطان فهو فعلا صدمة يكون أثرها سواء على الأساس نفسي أو على الأساس جسدي كبير، فالفرد قد يختل لديه عمل الأعضاء شيئا فشيئاً و هذا ملاحظته أثناء القيام بدراستي التطبيقية، أذكر بانه كان لدي مفحوص اصبح تابع لجهاز خاص بالاكسجين مجرد توقف الكهرباء تعرض الى الاختناق فهو لا يفارق ذلك الجهاز وحتى أثناء الأكل ،فمخلفات المرض جد كبيرة ناهيك عن الموت المترقب من طرف المفحوص في كل ثانية فظهور الاكتئاب هنا جد طبعي، و عدم ظهوره يدل على الاكتئاب الأساسي.إلا الأشخاص الذين من عليهم ربي بكرامات من فضله و يتمتعون بقدر من الجلد و الرجوعية و هم قليلون.

فالالتقاء بالحقيقة و صعوبة تمثيلها و عدم القدرة على تقبلها هو ما يدل عن الصدمة، فالإعلان عن مرض السرطان لدى المريض في الحقيقة صدمة لا يستطيع الشخص ارضانها ، فهي كسر للواقع و حقيقة مذهلة ، يعني التقاء بشيء لا يمكن أن يرمز و لا يستطيع الشخص الاستيقاظ منه.(Deschamps,1997,p.11)

إن السرطان هو مرض خادع ، يصيب أي شخص و في أي وقت، و الإعلان عنه يكون مفاجئ ، فالشخص يعيش شعور بالخيانة و الغدر من طرف جسده ، فيصبح الجسم المتهم الأول ، فالمريض يفقد كل قدرات المواجهة ومحاولة المحافظة على هويته. يعاني من عدم تصديق ما سمع ، و هو الشعور الطبيعي ، كما يعد التشخيص بالنسبة للمريض و أفراد عائلته كالصاعقة ، حيث تتناوبهم حالة من الذهول، و التشكيك في ذلك لفترة معينة، يتردد على ألسنتهم لماذا هو فقط؟ أو لماذا أنا أصبت؟، لماذا أنا بالضبط؟. فالعائلة تشعر في بادئ الأمر ما يحدث أمر غير واقعي ، يرفضه العقل أو قد يكون خطأ في التشخيص.

فيقدمون التبريرات التي تؤكد عدم التصديق، مما يجعلهم غير قادرين على التفكير ، وذلك بسبب الخوف من المرض و مآله ومراحل العلاج المؤلمة عضويا و نفسيا. « (دلال موسى قويدر، 2007، ص.ص. 72،73) و أمام كل هذه الأحداث و التمثيلات النفسية الخطيرة يستجيب على المريض رد فعل اكتئابي.

فيعيش المريض تحت هذا الخبر مايسمى ب le passage a vide فمدلول السرطان، يعني تحطيم للجسم، يعني معاناة ، يعني تطور سريع و مخيف لمفهوم الموت ، حتى معنى كلمة tumeurs فهي تدل على جملة أنت ميت «tu –meurs» (Broquen et Gernez, 1997,p.49) فالأشخاص الذين أصيبوا بالسرطان و يبدون استجابات اكتئابية واضحة لا يستطيعون أن يذكروا كلمة السرطان حتى و ان كانوا بمفردهم ،فقد لاحظتها عند الكثير من الحالات و خاصة النساء فهن يسمينه «هذاك» ، فالسرطان يعتبر صدمة فعلية نفسية لمواجهة الحياة و حقيقتها.

و التحطم الجسمي لا يكون إلا من خلال التمثيلات النفسية ، فهذا التحطيم من شأنه أن يسهل في الاضطراب ، فهذه التمثيلات غير ملائمة عن الفكرة التي برمجهما الشخص عن ذاته مع الأنا .

فيعاني المريض من عدم القدرة على التركيز و التفكير ، و يصبح غير قادرا على الفهم و الاستيعاب للمعلومات التي يستقبلها ممن حوله سواء الطبيب ، أو المعالج أو أفراد الأسرة

و هذا يشمل الجميع بحسب التركيب النفسي و الجنس و السن و الثقافة . فبعض المرضى تجدهم يتعاملون مع المرض بإنكار وجوده أصلا ، و قد يمر هذا الرفض عبر مراحل العلاج (دلال موسى قويدر، 2007، ص.73).

إن ظهور السرطان يعتبر فعلا تحطيم لحياة الشخص ، فهو يؤثر على النظام النفس-جسدي و التوازن الداخلي للشخص ، يؤدي إلى تشققات عميقة في النفسية ، فالسرطان يمثل «كالرعد في يوم مشمس فيجد الشخص نفسه أمام حائط واقعي يصطدم به ، لا يستطيع التحدث ، يدخل في وضعية اندهاشية صعبة بحيث يكون هناك منظرين، للجسم الخيالي و الجسم الواقعي الحقيقي، الذي أدي إلى الشعور بالحيرة و الحصر بمجرد إدماج الجسم الخيالي» (Deschamps, 1997,p.6).

و هذا ما أكد عليه كل من M.Reich .C Perdrizet–chevallier على تدخل العديد من العوامل التي تؤدي إلى الإستجابات الإكتئابية، منها التغيرات الغدية و الإستجابات المناعية للأدوية الكيميائية ، أو قد تكون راجعة الى الألم الجسدي الناتج عن السرطان وخاصة في المراحل المتقدمة، لكن بدون أن ننسى دور الانفعالات التي تنتج عن المرض و تأثيرها على نوعية الحياة. و كذلك البقاء في المستشفى لوقت طويل.

فيعتبر هذا الاكتئاب التفاعلي لا ينتمي الى النشاط العقلي السيكوسوماتي و ليس اكتئاب أساسي الذي يعتبر كسمة في النشاط العقلي، و انما عبارة عن اكتئاب ناتج عن حالة فهو رد فعل ناتج عن وضعية مأزقية و هي مرض السرطان ، رغم أن بعض الباحثين السيكوسوماتين يرون بأن الإكتئاب الأساسي أيضا هو رد فعل اتجاه صدمات الاعلان لكن يتخذ منحى القمع والنشاط الخاص ، أين يكون ضعف في التعقيل و الارصان النفسي و كبت الوظيفة الخيالية التي تلغي عمل التمثيلات النفسية التي تبدى معنى الألم النفسي .

كما نجد دراسات تتفق مع دراستنا الحالية حيث تربط بين وجود الاكتئاب كنشاط عقلي و الاكتئاب كنتيجة للمرض و لكن قليلة ، فمن بين الدراسات التي تدعم ذلك دراسة Perrine و Lecoite و Amal Bernoussi وآخرون (2014) بعنوان: Adaptation psychologique de la

Personnalité Limite ,Addictive à l'expérience cancéreuse بمعنى التكيف النفسي للشخصية الحدية المدمنة مع تجربة مرض السرطان ، و التي هدفت الى فهم التكيف النفسي الذي يبديه مرضى السرطان ذوي البنية الحدية المدمنة، وذلك من خلال تقييم الاضطرابات الحصرية والإكتئابية والتعقيل.فاشتملت عينة الدراسة على 5 حالات تعاني من سرطان الرئة مدخنين، حدد العمر ما بين 48 الى 64 سنة .

فأسفرت النتائج كالتالي: فيما يخص الحصر والإكتئاب سجلت نسب جد مرتفعة للفرد رقم 2 والفرد رقم 5 كما ظهر غياب كلي للاضطرابات الحصرية الإكتئابية للفرد رقم 1، رقم 3 ورقم 4. بينما نتائج التعقيل كانت ضعيفة بالنسبة للفرد رقم2، رقم3، رقم 4، رقم5، أما الفرد رقم 1 فيظهر ارتباط بمستوى النزوات التدميرية، فقد أبدى نتائج جد ضعيفة بالمقارنة مع الحالات الأخرى،ظهر لديه ضعف على المستوى العاطفي، يعبر بان دفاعية، دون رد فعل، بسبب انهيار الأنا وعدم قدرته على المراقبة.

كما أسفرت النتائج على أنه لا يمكن تقييم التكيف من خلال فقط الأعراض الايجابية للاكتئاب أو للحصر وإنما يجب معرفة التفكير الغير العاطفي والتقمص والقدرة على التعبير واضطراب القدرات الترميزية، كما أكد على أن غياب التعبير العاطفي يظهر السمات الخاصة بالالكستيميا التي لا تدل على التكيف ولكن على خلل التنظيم التدريجي. كما وضع بأن التكيف يظهر من خلال القدرة على معرفة العواطف دون اجتياح للقلق، كما يتطلب القدرة على انجاز سيرورة الحداد والتعقيل الخاص بنشاط ما قبل الشعور وعمل الانا.

ان هذه الدراسة ترتبط بنتائج دراستنا بطريقة غير مباشرة، فالباحثون يؤكدون على وجود الاكتئاب الواضح لدى مرضى السرطان ،كما يركزون على اشكالية التكيف و يجب استقصاؤها من خلال التعقيل لابرار هذا النوع من التكيف، و الذي يدل على الباتولوجيا التكيفية المرضية التي تشير الى قمع العواطف و الانفعالات والتي تكون محطة هامة يتموقع من خلالها الإكتئاب الأساسي.

كذلك نجد دراسة.. Gérat-Muller A Andronikof واخرون سنة (2011)، تحت عنوان:

"Vécu du cancer du sein entre discours et épreuves dynamique psychiques chez des femmes atteintes d'un cancer du sein : Anxiété et dépression entre sentiments et émotions

هدفت الدراسة الى تقييم الإكتئاب والحصر لدى مرضى السرطان، لأن هذا الموضوع أصبح يشير الى نتائج غير متطابقة بين الكلام المنقول من طرف المريض والخبرات الانفعالية المعاشة. أجريت هذه الدراسة على عينة من النساء عددهن 101 امرأة تعاني من سرطان الثدي، تراوحت أعمارهن ما فوق 18 سنة، إختيار العينة كان عشوائي، حيث ركزت الباحثون على دراسة الضغط النفسي، الذي يعتبر كسيرورة نفسية لا واعية تساهم في عملية الارصان النفسي الخاص باللغة، وذلك من أجل معرفة الرد اللفظي بين السيرورات المعرفية والسيرورات الإنفعالية. حيث افترضت الدراسة أن هناك تناقض بين الخطاب أو الحديث الذي يبده المريض عن الحصر والاكتئاب، وبين الخبرات الإنفعالية كتجارب لا توصف فتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية : أن هناك إرتباط سلبي بين نتائج الروشاخ و نتائج HADS الخاصة بالتقييم الذاتي للخبرات الإنفعالية  $p < 0.005$ ,  $r = - 0.220$ ، في بعض الأحيان لا توجد علاقة ارتباطية دالة بين الهادس المتعلق ببعد الاكتئاب وبين الروشاخ وعدم القدرة عن الإعلان عن الإكتئاب.

وظهر لدى 53.3 % من المفحوصات يظهرن سيرورات إكتئابية وإضطرابات عاطفية من خلال الروشاخ ولكن لا نستشفها من خلال HADS.

توصلت الدراسة أيضا الى وجود علاقة إرتباطية إيجابية جد مرتفعة بين المفحوصات اللواتي أبدین إكتئاب على سلم HADS والذي يعتبر إكتئاب ظاهر، والإكتئاب الكامن المشخص من طرف الروشاخ حيث معامل الارتباط كان 0.67. و هذه النتيجة أيضا ظهرت فيما يخص الحصر.

هذه الدراسة تؤكد على وجود الإكتئاب الواضح لدى مرضى السرطان ، و أيضا على وجود الإكتئاب الأساسي الذي لا يمكن للفرد أن لا يظهره من خلال الهادس لأنه لا يستطيع التعبير عنه ولكن اختبار الروشاخ استطاع اظهاره و اسقاط الخبرات المؤلمة المعاشة.

و على هذا الأساس يمكن أن نؤكد بأن الإكتئاب لدى مرضى السرطان يظهر كنشاط عقلي ينتمي للنشاط السيكوسوماتي و يعتبر كعامل قابل للإصابة بالسرطان، كما يظهر كإكتئاب كلاسيكي واضح ناتج عن صدمة الإعلان عن المرض أو ناتج عن مخلفات المرض كما نستطيع أن نتبنى فرض آخر، و الذي مفاده أن هذا الاكتئاب الواضح يرجع أيضا إلى الاكتئاب الأساسي كون أن بيار مارتى أكد أن الإكتئاب الاساسي قد يتغير ويصبح واضح نتيجة لصدمة و قد يستمر مدى حياة الفرد، حيث يقول بيار مارتى: إن نهاية كل اكتئاب أساسي ، يؤدي إلى تغيير جذري من الحالة العاطفية للمرض المتموضع و للأحداث الصدمية السابقة، فيظهر ما يسمى بالمعجزات لهذا النظام السابق قد يتعرض المريض إلى coup de foudre الحب من أول نظرة ، و يصبح عاشقا أو قد يستخدم ميكانيزم الإعلاء من خلال الرجوع إلى الأمور الدينية، كما قد نجده اتجه نحو الفن و الجمال و الأطر الاجتماعية ، و قد يلجأ المريض إلى الإدمان على المخدرات « (Marty P,2007, p .55)

و هذا ماجعلنا نبحث لدى مفحوصينا الذين لديهم اكتئاب واضح عن طبيعة النشاط العقلي السابق، فنجد أغلب الحالات تقر بأن هناك نشاط عقلي سيكوسوماتي، ثانيا نجد ارتفاع للتفكير العملي الناتج على سلم الألكستيميا الذي يدل أيضا على الاكتئاب الأساسي .

## 2-2- مناقشة الفرضية الثانية:

تنص الفرضية الثانية على أنه يظهر لدى مرضى السرطان نشاط عقلي يتميز بسيادة الألكستيميا. و كما أشرنا سابقا أننا تحصلنا على أن أعلى نسبة مئوية للمستوى الثالث بمعنى (الألكستيميا عالية) مرتفعة مقارنة بالمستوى الثاني والاول، وبالتالي توجد الألكستيميا لدى أغلب أفراد عينة الدراسة حيث بلغ عدد التكرارات (202) من مجموع عينة الدراسة التي عددها الاجمالي (255) وهذا ما تمثله النسبة المئوية المقدرة بـ (79.2%) حيث تعد هذه النسبة جد مرتفعة، فهذا النشاط لم نجده سوى لدى 08 حالات من المجموع الكلي كما تحصلنا في المستوى الثاني والذي يمثل (الألكستيميا متوسطة) تكرارات بلغت (45) بنسبة مئوية بلغت (17.6%)، فهذا أيضا يدل على وجود هذا النشاط لدى أغلب الحالات، نجد

الاستجابات قد تصل الى الاستجابات المرتفعة، مثلا لدينا حالات تحصلت على علامة 55 على سلم التاس الفرق في في ازدياد علامة واحدة و تدخل ضمن الاستجابات المرتفعة ، أما الإستجابات التي ظهرت بنسبة منخفضة و خاصة بالمستوى الثاني فهي تتمثل في علامة 44 وتظهر لدى القليل من الأفراد و الذي يؤكد على وجود هذا النشاط لدى مرضى السرطان .

و تتفق نتائج الدراسة الحالية مع ناتج العديد من الدراسات منها دراسة - krenz S ، Stiefel F،Forni V سنة (2011) و التي كانت بعنوان:

Alexithymie et psychopathologie des patients atteints de cancer و التي هدفت إلى إعطاء نظرة تشخيصية جديدة للسرطان من خلال متغير الألكسيتيميا و الإكتئاب و معرفة مدى إنتشار كل من الألكسيتيميا و الإكتئاب على عينة حجمها 229 فرد يعاني من سرطان أبرزت هذه الدراسة نتائج جد متقاربة مع الدراسة الحالية فكانت نتائج الألكسيتيميا جد مرتفعة سواء في المجموعة الضابطة التي لا تخضع للعلاج النفسي، أو التجريبية والتي تخضع للعلاج النفسي، حيث ترتفع عن 57.7 لدى 71.4 % من المرضى والذي عددهم 200 فرد و هذا ما حصلنا عليه خلال دراستنا، حيث كما أشرنا بأننا حصلنا على نسبة 79.2% و الذي قدرت (202) فرد من مجموع عينة الدراسة الاجمالية (255) لديهم ألكسيتيميا مرتفعة.

كما أبدت دراسة، krenz S Stiefel،Forni V أن 23 حالة لم يظهر لديهم ألكسيتيميا، أما دراستنا الحالية فقد حصلنا فقط على 08 حالات لم تظهر لديهم الألكسيتيميا. كما ظهرت الألكسيتيميا المتوسطة لدى الدراسة الحالية بنسبة(17.6%) لدى 45 فرد بينما الدراسة الخاصة بـ F Stiefel،V Forni ،، krenz S (2011) ظهرت الألكسيتيميا المتوسطة بنسبة 8.3 % لدى 23 فرد.

كما تتفق نتائج الدراسة الحالية مع دراسة Gritti Paolo, Lombardi Salvatore و آخرون سنة(2006) بعنوان: "Alexithymia and cancer .related fatigue" و التي هدفت الى التحقيق من

وجود الألكستيميا كنظام لدى مرضى السرطان ، حيث توصلت النتائج الى أن مستوى الألكستيميا مرتفع لدى المرضى الذين تم تشخيص السرطان لديهم حديثا بنسبة 45.6% أما المجموعة الثانية التي تم تشخيص السرطان لديها منذ أكثر من 30 شهر ظهرت لديها نسبة الألكستيميا بـ 21.4%.

كما تتفق الدراسة الحالية مع دراسة دراسة Fantini I Carole, Pedinielli Jean-Louis : ، و المعنونة بـ Alexithymie et détresse émotionnelle vers deux pole opposes d un même continuum بمعنى الالكستيميا و الضيق الانفعالي، قطبين مختلفين لنفس المحتوى.و التي هدفت الى للإجابة على الأسئلة المتعلقة بكون الألكستيميا هل هي عامل مهىء للاضطرابات السيكوسوماتية؟، أو تتعلق بوضعية دفاعية أو رد فعل ضد الضغط أو الضيق الانفعالي؟، أو عبارة عن استراتيجية للمواجهة؟ فكانت عينة الدراسة تشمل مرضى في حالة انتظار الكشف الجيني لسرطان القولون والمستقيم، الذي يصل عددهم الى 50 فرد، فتوصلت النتائج إلى تواجد الألكستيميا المرتفعة، و يظهر فروق ما بين الجنسين .

و أيضا تتفق الدراسة الحالية مع دراسة Veena Shukla Mishra a , Shubha Maudgal a , و المعنونة بـ Alexithymia in children with cancer and their siblings (2012) Stephanie C.P.M بمعنى الألكستيميا لدى الأطفال المصابين بالسرطان و أشقائهم، حيث هدفت الدراسة الى تبين مدى انتشار الألكستيميا لدى هؤلاء من خلال مجموعة من الأطفال يعانون من السرطان و مجموعة أخرى تتمثل في أشقاء الأطفال المرضى بالسرطان و المجموعة الأخرى كانت الضابطة وهم أطفال أصحاء، تألفت المجموعة الأولى من 97 طفل مصاب ، و الثانية من 95 أشقاء، و الثالثة من 151 من الأصحاء، فأسفرت النتائج على أن أعلى نسبة للألكستيميا شخصت لدى الأطفال الذين يعانون من مرض السرطان ،تلتها أعلى نسبة راجعة إلى الاشقاء، أما لدى الاصحاء كانت ادنى نسبة. (Veena Shukla Mishra a , Shubha Maudgal a, 2012, p.267)

كما نجد دراسة Todarello و اخرون تتفق مع نتائج الدراسة الحالية حيث تم تشخيص 13 حالة تعاني من سرطان لديها سمات الألكستيميا و لكن من عينة عددها 200 امرأة. كما أبرز الباحثون أن هناك تناقض و هذا من خلال دراسة أخرى ،حيث توصلوا الى نتائج مختلفة مع مرضى سرطان عنق الرحم ، كذلك نجد دراسة Anagnostopoulos و اخرون و التي كانت على عينة تكونت من 448 امرأة تعاني من سرطان الثدي حيث تحصلت الدراسة على عدم وجود فروق دالة بين الأفراد الذين يعانون من سرطان و الأصحاء ( Othman Amami, Rim Akrou,2006,p.658).

فهذه الدراسة لاتتفق نتائجها مع دراسة Todarello ، Veena Shukla Mishra ، Shubha ، Fantini I Carole, Pedinielli Jean-Louis و نتائج الدراسة الحالية، كون الدراسة أولا أجريت في التسعينيات من 1994 الى 1997 و بتالي الوضعيات المعيشية تخلق عن ماهو حالي، كذلك تقام المشاكل النفسية حالياو التعبير عنها مختلف مما كان عنه سابقا،و كذلك إنتشار السرطان حاليا ليس كما هو الحال في السابق ،وأیضا هذا الاختلاف يمكن ان يكون راجع الى العوامل المتعلقة بالتمثيلات الإجتماعية حول المرض، ثم أن الدراسة لم تذكر لنا ماهي الوسائل الاستقصائية المعتمدة في الوصول الى هذه النتائج،علما كل الدراسات السابقة الذكر استعملت مقياس التاس، كما أن الحصول على نتائج مفدها عدم وجود اختلاف دال بين مرضى السرطان و العاديين يدل على دور الالكستيميا كمركب ثقافي في مجتمعات معينة وهذا ما يؤكد عليه Taylor فيرى أن من بين العوامل النفسية المؤدية للألكستيميا عوامل ترتبط بالاسرة، و الأسرة ترتبط بمحتويات و مورثات ثقافية، قد تؤدي الى سلوكات وخصائص تتعلق بالالكستيميا ، ومع ذلك لا يجب وصفها بأنها سمة عالمية بغض النظر عن الثقافات (Aino Mattila,2009,p.34). و هذا ما نجده في اليابان و أمريكا فهم يتمتعون بالنشاط البرغماتي النفعي الذي يستوجب تفكير عملي يلغي كل المحتويات العاطفية .

في حد علمنا لا توجد دراسة جزائرية منشورة تبحث عن علاقة بين الألكستيميا و السرطان إلا دراسة بن قودير امينة بجامعة البليدة و التي تطرقت الى موضوع الألكستيميا و سرطان

الثدي و المعنونة ب الألكستيميا وإستراتيجية التعامل القمعي والمخططات المبكرة غير المتكيفة كعوامل مخاطرة للإصابة بسرطان الثدي: دراسة ميدانية على عينة من المصابات بسرطان الثدي حيث تهدف الدراسة الى معرفة عوامل المخاطرة للإصابة بسرطان الثدي، وذلك باختيار الباحثة لثلاثة عوامل نفسية تفترض أنها تتدخل في الاصابة بهذا المرض وهي: استراتيجيتين من استراتيجية الضبط الانفعالي و التي تكمن في الألكستيميا و استراتيجية التعامل القمعي، و استراتيجية تتعلق بالشخصية وتتمثل في المخططات المبكرة غير المتكيفة، وللوصول الى هذا الهدف اختارت الباحثة المنهج الوصفي المقارن على أساس انه المنهج الملائم لهذا الغرض. وباختيار عينتين الأولى من مريضات سرطان الثدي والأخرى من نساء لهن نفس خصائص المجموعة الاولى الى انهن لا يعانين من سرطان الثدي أو أي نوع آخر من السرطان ، الا أن الدراسة في مازالت في طور الانجاز.

إذا أتينا إلى تحليل هذا النشاط الذي يتميز بوجود الألكستيميا لدى عينتنا الدراسية و الذي اشتمل على 247 فرد، من مجموع 255 بمعنى لم يظهر هذا النشاط سوى لدى 08 حالات، لوجدناه أولاً يرتبط ارتباطاً وثيقاً بالتركيب النفسونشئوي لهؤلاء المرضى، و الذي يظهر جلياً من خلال العوامل النفسية التي وضعت لتفسير مرض السرطان كداء سيكوسوماتي، و من جهة أخرى نجد خصائص الألكستيميا و محدداتها تعتبر كبروفيل وضع لتحديد الملمح الخاض بمرضى السرطان و بالتالي إستقرار هذا النشاط لم يكن بمحض الصدفة و انما نتيجة لعوامل و بروفيل خاص .

فمن بين العوامل النفسونشئية التي وضعت لتفسير السرطان نجد قمع الإنفعالات و عدم القدرة على وصفها ،حيث يقر kines على هذهالعلاقة التي تكمن بين الانفعالات وداء السرطان ، فقد قام بدراسة 1000 مريض في حالة تشخيص المرض ،وجد أن لدى هؤلاء المرضى نفس النمط الحياتي الذي يتميز بانفعالات ومواقف عدة تتميز بالكتمان كما أقر أن كثرة الانفعالات مع عدم إرصان نفسي جيد يؤدي إلى ظهور داء السرطان فنجد لدى هؤلاء قمع للعواطف والانفعالات ،خاصة الغضب حيث قال: إن

وجود الانفعالات في ماضي تاريخ الفرد وتكررها وصعوبة التعبير عنها وقمعها ، يؤدي إلى ظهور نوع من النشاط العقلي لدى الفرد الذي يؤهله إلى ظهور داء السرطان « ( Temoshok L,1987,p. 45 ) و نحن نعلم بأن الألكستيميا خلل في النشاط الانفعالي فمن مميزاتها أنها نمط حياتي يتميز بالكتمان وقمع للعواطف و الانفعالات و عدم ارضان نفسي جيد، و صعوبة في التعبير عن هذه الانفعالات.

ومن المعروف بان مرضى السرطان يتميزون ببروفيل شخصي ينتمي الى النمط C و الذي من سماته أنهم متعاونين ، صبورين ، هادئين ، لا يعبرون عن عواطفهم و انفعالاتهم السلبية خاصة الغضب، و الخضوع للسلطة و الأطر الاجتماعية ، فكل هذه السمات تدل على بتولوجية التكيف و التي تعتبر جزء لا يتجزء من النشاط الخاص بالألكستيميا ، فالهدوء و الصبر راجع الى قمع الانفعالات و الهروب من الوضعيات الصراعية، أما عن السلبية و الخضوع فهي تعتبر من مكونات النشاط السيكوسوماتي الذي يتميز حسب Dunbar بأن هؤلاء تابعون و سلبيون، وغير قادرين على تحمل مسؤولياتهم بمفردهم و الذي يرجع الى خلل العلاقة أم طفل. حيث يتعرض الطفل إلى قمع كبير من طرف الوالدين أو راجع إلى التبعية المطلقة لهم، و عدم القدرة عن التعبير عن كل ما هو عدواني و بالتالي تظهر العدوانية الذاتية المجهة نحو الجسم .

اما عن سمة التعاون فنجد ترجع أولا الى الخوف من الانفصال ، فغياب الاخر يعني الموت السيكولوجي للفرد، أما ثانيا فالفرد لا يستطيع ابداء العدوانية فنجد عدوانية مقموعة ،و التفسير الثالث راجع الى الخضوع بمعنى أن الفرد يعيش حياة عادية و لكن هي في نفس الوقت مرضية لا تظهر الأعراض المرضية إلا من خلال التكيف الزائد ، هذه الإمتثالية العالية للمجتمع تلغي الحياة الشخصية من أجل طاعة المعايير الاجتماعية.و الذي اسمته J. Mc Dougall . بالنظام Normopathe أي النظام العادي

المرضي . (André Mariage, Patrice Cuynetb,2008)،

إن كل هذه السمات تؤدي الى ظهور و تموضع النشاط الموجه للخارج ، و الذي يدل على خاصية أساسية من خصائص الألكستيميا ألا و هي التفكير العملي، فكل من Lecours S و G Robert (2009) يؤكدان على أنه لا يمكن تقييم الألكستيميا قبل أن نقيم التفكير العملي فيجب أولا فهم هذه الظاهرة لأنها الأساس السيكوباتولوجي للألكستيميا رغم أنه يجب تحديد الجانب الوصفي العيادي الذي ركز عليه Sifneos و Nemiah و هو محدودية الحياة العاطفية و عدم القدرة على التعرف على العواطف ووصفها للآخرين.

فعلى هذا الأساس تعتبر الألكستيميا نشاط عقلي ينتمي الى التنظيم السيكوسوماتي ظهر لدى مرضى السرطان، و لكن قد وجدنا لدى عينتنا مرضى لا يظهر لديهم نشاط عقلي سيكوسوماتي و الدليل على ذلك وجود اكتئاب كلاسيكي واضح لدى 74 فرد أي بنسبة 29% و يظهر لديهم ألكستيميا فهذه النتيجة لا يستهان بها ، و الأمر الذي يستدعي تفسيراً آخر لوجود هذه الألكستيميا و التي تعتبر كرد فعل اتجاه صدمة الإعلان عن المرض ف Maurice Corcos 2011 يرى أنها لا تظهر فقط لدى مرضى الاضطرابات النفس-جسدية و إنما أيضا لدى الافراد الذين يعانون من الضغوط التالية للصدمة PTSD ، و الأشخاص المدمنين على المخدرات و الكحول و الأشخاص الذين لديهم قهم عقلي ، و الشراهة ، و السيكوباتين و الحالات الحدية. و كما يوافق الرأي Freyberger (1977) و يرى بأنها تظهر أيضا لدى الأشخاص الذين يعانون من قصور كلوي و لدى الاشخاص الذين تم زرع لهم أعضاء ، فاقر أن هذه الألكستيميا مرتبطة بصدمة انفعالية مصحوبة بمكانيزمات دفاع خاصة منها الانكار، الذي يحسن من المعاش الصعب للمريض. (Maurice Corcos, Gerard Pirlo, 2011, 26)

فكما اشرنا سابقا في الفرضية الأولى بان صدمة الإعلان عن المرض ليست بالأمر الهين فهي تزعز كيان الفرد، و بالتالي يتخذ منحنيات مختلفة للتكيف مع الواقع المؤلم و المخيف. فتستقر الألكستيميا كرد دفاعي لنا، ينتج عنه نبذ للعواطف من أجل البحث عن التكيف.

و بالتالي نتائج الدراسة الحالية تتفق مع دراسة- دراسة krenz، Stiefel، Forni (2011) الخاصة ب الألكستيميا و علم النفس المرضي لدى مرضى السرطان، حيث فسروا ارتفاع نتائج الالكستيميا لدى مرضى السرطان كون هذه العينة واجهت في الأونة الاخيرة اعلان صدمة المرض ، كما قد أشاروا إلى أن هناك دراسات أعلنت نتائج مختلفة ، فاعتبروا بأن دراستهم كانت تركز على أفراد لديهم أقل من 3 أشهر من معرفة المرض، أما الدراسات الأخرى لديها مدة زمنية طويلة من معرفة المرض ، و بالتالي اعتادت العينة على مواجهة هذا التشخيص . كما أن هذا الاختلاف يرجع الى المريض في مرحلته الأولى أو المبكرة من العلاج ،فكل اهتماماته منصبه حول أسرته و تقديم العناية و العلاج للاعراض الجسدية، حيث توجه الإنفعالات و العواطف نحو الجوانب العملية التي تخلق تكيف مع العالم الداخلي و الخارجي ، ففي هذه الحالة تعتبر الألكستيميا كعامل حمائي عقب تشخيص و تكفل نفسي.

كذلك نجد هذه الدراسة أبرزت تساؤلا هاما ألا وهو لماذا الألكستيميا مرتفعة في حين غياب للأعراض الاكتئابية الحصرية؟ و هذا الذي يدل على أن الألكستيميا تعتبر كنشاط عقلي سيكوسوماتي، و إرتباطها سلبيا بغياب الأعراض الحصرية و الاكتئابية يدل على الاكتئاب المقنع.فهي تشترك مع نتائج الدراسة الحالية.

و على هذا الأساس يمكن اعتبار الألكستيميا التي ظهرت لدى عينتنا ترجع لدى بعض الحالات إلى نشاط عقلي سيكوسوماتي، و الأخرى جاءت كرد دفاع و استراتيجية نتيجة للمرض.

### 2-3- مناقشة الفرضية الثالثة :

تنص الفرضية الثالثة على أنه "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات مرتفعي ومنعدي الاكتئاب في الألكستيميا لدى مرضى السرطان. كما يتبين من خلال التعليق عن النتائج الخاصة بهذه الفرضية، أن هناك تقارب كبير بين المتوسط الحسابي لدرجات الألكستيميا لدى مرضى السرطان مرتفعي الإكتئاب (اكتئاب شديد) والذي

قدر بـ (70,9595) ومتوسط درجات الألكستيميا لدى مرضى السرطان منعدمي الاكتئاب (الاكتئاب الأساسي) الذي قدر بـ (67,1318) غير أن قيمة إختبار الدلالة ( $T_{test}$ ) والتي بلغت قيمته (-2,033) جاءت دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ألفا ( $\alpha=0.05$ )، وبالتالي قبول الفرض البحثي، و يمكن القول بأن الفرضية البحثية تحققت مما يدل على أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات مرتفعي الإكتئاب (الشديد) ومعدمي الإكتئاب (الإكتئاب الأساسي) في الألكستيميا لدى مرضى السرطان وهذا لصالح مرتفعي الاكتئاب (الشديد)، ونسبة التأكد من هذه النتيجة هي (95%) مع احتمال الوقوع في الخطأ بنسبة (5%).

ظهر تقارب بين المتوسطات الحسابية للألكستيميا لدى الأفراد الذين ظهر لديهم اكتئاب مرتفع و الأفراد الذين لم تظهر لديهم أعراض الاكتئاب ولكن يثبت وجود فروق ذات دلالة احصائية لصالح مرتفعي الاكتئاب والذي يرجع الى تفسرين هما : الأول كون الألكستيميا متواجدة لدى هؤلاء المرضى في غياب الإكتئاب و الذي يدل و يؤكد على تواجد الإكتئاب الأساسي و بالتالي هنا تفسير الألكستيميا كنشاط عقلي يرجع الى النشاط السيكوسوماتي فهي عادة تستقر وتتواجد مع وجود الاكتئاب الأساسي، و تكون مرتفعة و لكن مع مرور الوقت يكون استقرارها المطلق نسبي، بمعنى أنها متواجدة ومستمرة ولكن حدتها وشدتها يمكن أن تبقى كما هي أو تتناقص نوعاً ما.

و هذا ما يؤكد عليه دراسات Olivier Luminet (2013) بأن الاكتئاب الأساسي غالباً ما يكون مرتبط بالألكستيميا عندما يكون الموضوع مفقود ، يدخل الفرد في إكتئاب أساسي الذي يدل على إنهار القوى العقلية الداخلية أين يتموضع التفكير العملي و ظهور خلل التنظيم الجسدي ، فالفرد الذي يعاني من الألكستيميا يعرف بأنه لا يستطيع استثمار الآخرين ، فيستجيب من خلال الجسدة لأي صراع نفسي ، أو لأي ألم معنوي فيظهر جدول عيادي يتميز بانعدام التلذذ بمعنى إنكار الانفعالات و الألم، و كل العواطف المتعلقة باللذة ، فيظهر و كأن الفرد خال من كل المعلومات الحسية و العاطفية، التي من شأنها أن تحميه من الخطر الحالي، الذي يهدد الأنا، فالعواطف الأساسية كفقدان الأمل و الغضب

و الحزن لم تخضع للتعقيل ، و التغيرات الرمزية الخيالية ملغية ، فتختار الطريق البيولوجي أو السلوكي ، بمعنى استجابة جسدية خالية من الدلائل الرمزية ، كما أن هذه الانفعالات الأساسية صعبة الوصول الى الأنا، لعدم وجود قلق الإشارة أو لأنه لم يظهر أو غير محفز أثناء التهديد بالصراع (Olivier Luminet,2013,p.85.)

ايضا Taylor و Bazine فقد أكدوا أن هناك الألكستيميا كسمة و التي تدل على نمط من الشخصية المستقرة و تفهم من خلال التفسير الدينامي ، و تعرف على أنها نوع من التفكير الذي يتميز بالنمط الواقعي النفعي ، و فشل الترميز الخاص بالصراع و عدم القدرة على تكون الخيال ، مع تقدير ضعيف للذات و قمع للعواطف الذي يسمح بتطور و وجود إكتئاب أساسي ، الذي يكون بدون أعراض مع نشاط عقلي يحرض على حياة طبيعية مرضية أو تهدد بخطر فشل التعويض السيكوسوماتي (André Mariage, Patrice Cuynetb,2008.) .

في هذه الحالة تكون الألكستيميا موجودة قبل ظهور الاضطراب ، و تعتبر كعامل خطر لبعض الامراض العضوية و هذا ما يؤكد عليه G.Loos (2010) اما Lumly (2004) فيعتبرها بأنها تتسم بقلة التبصر و التفكير الموجه للخارج و قلة الضغط وقصور في تنظيم الانفعالات (محمد رزق البحري،2009، ص 861)

فقلة التبصر تؤدي بالفرد الى عدم معرفة حالته الداخلية و بالتالي لا يستطيع أن يصف أعراض الاكتئاب، كما أن التفكير الموجه للخارج يدل على النشاط العملي الذي اعتبره مارتي (1963) بأنه النواة الأساسية في تكوين الإضطرابات السيكوسوماتية، الذي يتميز بأنه منعدم أو كما سماه درجة تفكير صفر، و بالتالي لا يظهر الإكتئاب، و عدم ظهوره مع تموضع الألكستيميا يدل على الإكتئاب المقنع .

و هذا ما يؤكد عليه Luminet حيث لاحظ لدى هؤلاء فقدان التعرف على اللذة و الألم أو ما يعرف L anhedonie ، و هذا من خلال اجراء دراسة وصفية ارتباطية أثبتت أن هناك معامل ارتباط مرتفع ، فكلما كان الاكتئاب منخفض كلما كانت الألكستيميا مرتفعة، مع ظهور

ارتفاع معامل الارتباط بين الألكستيميا و القدرة على التعرف على الألم و اللذة و هذا راجع الى غياب الاستبطان.(Olivier Luminet J. Taylor2003,p.p.4-3)

كما أن الاكتئاب الأساسي يعبر عنه عادة بأنه نشاط ذو نظام عملي ، حيث تبقى الأنشطة على حالها و في بعض الأحيان ترتبط بالجوانب المادية و الواقعية ، آلية لا تظهر فيه الحياة العاطفية ، فنجد سلوكيات غير متكيفة مع الوضعيات الظاهرة، الذي يدل على التوازن و الاستقرار الداخلي بين نزوات الحياة و الموت ،فيأتي الإكتئاب الأساسي كسيرورة في هذا الخلل و يظهر خطر الجسدية، نتيجة لتخرب الدفاعات العقلية و التي تصل الى الدفاعات البيولوجية(Kreisler L,2004).

ف Olivier Luminet (2013) هو الذي تحدث عن الإستقرار النسبي و المطلق للألكستيميا و الذي أقر بأن العديد من الدراسات أظهرت إرتباط الألكستيميا بالإضطرابات السيكوسوماتية و الإضطرابات العقلية، و لكن لا يزال الغموض في دور الألكستيميا كعامل مفجر أو كعامل يحدث هشاشة نفسية، و كذلك فيما يخص سؤال هل الألكستيميا رد فعل اتجاه الوضعيات المحرجة، فيرى أنها مستقرة نسبيا في سياق التغيرات الهامة و متعلقة بمزاج الفرد و محيطه و بيئته ، حيث قدم دراسة على مرضى يعانون من الإكتئاب الجسيم يخضعون للعلاج عن طريق مضادات الإكتئاب لمدة 14 أسبوع ،توصلت النتائج إلى تغير كبير فيما يخص الأعراض الإكتئابية لمدة قصيرة مع استمرار لتواجد مرتفع لمستوى الألكستيميا. بذلك يؤكد Olivier Luminet بان الألكستيميا كسمة مستقرة في الشخصية بدلا من رد فعل تابعة لحالة مزاجية مؤقتة. و هذا ما يؤكد عليه Salminen و آخرون (1994) فقد استعملوا مقياس الناس على عينة تكونت من 54 فرد ،65% منهم أفراد يعانون من إكتئاب و حصر و رغم غياب هذه الأعراض لديهم بقيت الألكستيميا متواجدة.

كما قام Olivier Luminet بدراسة أخرى مع Rokbani و Ogez و Jadoulle سنة (2007) تحاول دراسة استقرار الألكستيميا لدى الأشخاص الذين يعانون من مرض خطير يؤدي الى الموت فاختاروا نساء يعانين من سرطان الثدي، و حاولوا دراسة الحصر قبل الخضوع للعملية

الجراحية و دراسة الألكستيميا، فكانت النتائج ارتفاع كبير للحصر مع ظهور نشاط الألكستيميا، و بعد 6 أشهر قاموا بإعادة تطبيق الإختبارين فتحصلوا على درجات منخفضة لمستوى القلق مع استمرار إرتفاع لمستوى الألكستيميا، و خاصة في البعد المتعلق بصعوبة التعرف على الانفعالات، و البعد المتعلق بالتفكير العملي، فبذلك أكد الباحثون على تواجد الألكستيميا لدى الامراض الخطيرة و تواجدها يدل على أنها نظام في الشخصية بمعنى سمة.و الذي يدل على التنظيم السيكوسوماتي. ( Olivier Luminet, Nicolas Vermeulen,2013,p.p.61-64 )

اما التفسير الثاني و المتمثل في وجود فروق في درجات الألكستيميا لصالح المرضى الذين لديهم اكتئاب شديد ، فتعتبر تلك الألكستيميا كرد فعل حمائي نتيجة للمرض بمعنى هذه الألكستيميا تعتبر حالة ناتجة عن ظرف يتمثل في مرض خطير ألا وهو مرض السرطان و مخلفاته النفسية على الفرد. فظهورها لدى المرضى الذين لديهم اكتئاب شديد نتيجة عامل صدمة الاعلان و كل مخلفات المرض.

و هذا ما يؤكد عليه Florent Farges, Servane Farges (2002) بأنها نتيجة عوامل صدمية يمكن تعريفها بأنها حالة ناتجة عن مرض جسدي خطير مثل العجز الكلوي، الخروج من العناية المركزة ، أو الاصابة بمرض السرطان ،أو ناتجة عن إجهاد راجع الى وضعيات كارثية ، كما تدل على رد فعل اتجاه القلق الناجم عن المرض ، فهي تصبح ميكانيزم دفاعي حمائي ضد الدلالات الإنفعالية من خطورة المرض أو الحدث .كما قد تعتبر كإستراتيجية هامة من أجل المواجهة و تسير القلق، قد تكون عابرة.( Florent Farges, Servane Farges,2002,p51.)

ففي هذه الحالة تكون مرتفعة مع الإكتئاب الواضح من أجل التكيف مع الصدمة أو ضغط التالي للصدمة فهي نتيجة المرض المؤلم أو المعيق أو المهدد للحياة على المدى القصير فالمريض يستعملها كي لا يشعر بالألم، فيصبح الفرد أصم للوضعية المعاشة وقمعها .

كما قد تخف تدريجا و تزول بزوال المؤثر، أو عندما يشفى المريض ، فهي راجعة الى قمع إنفعالي و انكار الواقع المؤلم، بينما الأولى راجعة الى عجز و خلل انفعالي .  
لكن إذا أتينا الى تفسير معنى تواجدها في كلتا الوضعيتين، فهي نشاط يتميز بالبحث عن التكيف أمام الخبرات المؤلمة، سواء كانت بدائية أولية تتعلق بصدمات و تركيب نفسونشوي أو بصدمات حالية تتخذ نفس المنحنى للتفاعل مع الحدث، قد تستقر و قد تختفي أمام العوامل المسببة لها. كما تأتي من أجل وصف بعض الأعراض الإكتئابية حيث تصبح كوسيلة تشخيصية للإكتئاب في حالات النشاط السلبي السكوسوماتي المتناقص، كما تدل على استجابة لوضعيات حصر و إكتئاب ناتجة عن مخلفات المرض.

#### 2-4- مناقشة الفرضية الرابعة:

و التي تنص على أنه "لا توجد فروق في درجات الإكتئاب لدى مرضى السرطان الذين لديهم فترة قصيرة من معرفة المرض تقل عن 6 أشهر، وبين الأشخاص الذين شخص لديهم المرض أكثر من 6 أشهر"

كما تبين من النتائج أن هناك تقارب كبير بين المتوسط الحسابي لدرجات الإكتئاب لدى مرضى السرطان الذين لديهم معرفة بالمرض منذ أقل من 6 أشهر والذي قدر بـ (11,18) ومتوسط درجات الإكتئاب لدى مرضى السرطان الذين لديهم معرفة بالمرض منذ أكبر من 6 أشهر (16,97) غير أن قيمة إختبار الدلالة ( $T_{test}$ ) والتي بلغت قيمته (1,212) جاءت غير دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة ألفا ( $\alpha=0.05$ )، وعليه يمكن القول بأن الفرضية تحققت مما يدل على أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات الإكتئاب لدى مرضى السرطان وفقا لمدة المعرفة بالمرض (أقل من 6 أشهر / أكبر من 6 أشهر)، ونسبة التأكد من هذه النتيجة هي (95%) مع احتمال الوقوع في الخطأ بنسبة (5%).

إن ظهور هذه النتيجة تدل على وجود الإكتئاب الأساسي ،ولو جاءت النتائج تدل على أن هناك فروق لصالح الإكتئاب الظاهر وفقا لمدة معرفة المرض أقل من 6 أشهر لكان هذا الإكتئاب راجع الى نتيجة المرض و مخلفاته، و عدم وجود الإكتئاب الظاهر لدى

المرضى اللذين لديهم أكبر 6 أشهر من معرفة المرض، قد تتدخل فيه العديد من الإحتمالات ،أولا الصدمة النفسية الناتجة عن الإعلان عن المرض تستطيع أن تخلف نشاط عقلي سيكوسوماتي و يتميز بوجود إكتئاب أساسي و لكن يظهر بعد الاصابة الجسدية و ليس قبل.

لكن عدم وجود فروق يدل على إستمرارية الإكتئاب الأساسي، حيث ظهر لدى الافراد اللذين لديهم أقل من 6 أشهر من معرفة المرض و لدى الافراد اللذين لديهم أكثر من 6 أشهر من معرفة المرض ، كما تؤكد هذه الفرضية على مخلفات المرض من الناحية النفسية و هي وجود الإكتئاب الذي قد يظهر بعد الصدمة مباشرة، كما قد يستمر و الذي يكون ناتج كما ذكرنا سابقا عن تداخل العديد من العوامل منها الجسدية و النفسية و الاجتماعية و الأسرية و الطبية.

فمن الناحية العيادية فعلا وجدنا أشخاص يعانون من إكتئاب شديد في الفترة التي تتراوح ما بين شهر الى 6 أشهر كما وجدنا هذا الاكتئاب الشديد لدى الأشخاص اللذين تحت العناية المسكنة En soins palliatifs ،وظهر أيضا لدى الأمهات اللواتي لديهن أطفال صغار كما وجدناه لدى الأباء ذوي الدخل المحدود و يعتبر الفرد الوحيد المتكفل بالعائلة، لكن في المقابل نجد مرضى لديهم مدة شهر من معرفة المرض و لا يظهر لديهم اي علامات الاكتئاب الواضح، كما نجد أفراد لديهم أربع سنوات و أيضا يظهر لديهم نفس النشاط، كما لاحظنا بعض السيدات اللواتي كن لا يبدن أي أعراض الإكتئاب الظاهر مع وجود نشاط سيكوسوماتي في السجل الشخصي، و الذي ظهر لنا من خلال الإستقصاء السيكوسوماتي الذي قمنا بإجرائه، و لكن بعد مرور عام و نصف تقريبا ظهر لديهن حالات رعب راجعة الى انتشار السرطان و ظهر إكتئاب واضح متفاوت الشدة و هذا أيضا بالنسبة لدى المرضى اللذين ظهرت لديهم انتكاسة.

و هذا ما أكد عليه Pierre Marty أن مدة الاكتئاب الأساسي تختلف أولا حسب العوامل الصدمية ، ثانيا حسب غياب الإستقرار التدريجي سواء العقلي أو الجسدي ، كما يجب

الإشارة إلى طبيعة الاضطراب الجسدي ،حيث تكون المدة محددة و مستقلة مثلا لدى مرضى السكري من النمط التابع للأنسولين، ولكن لدى مرضى السرطان يختلف لأن الاكتئاب الأساسي هنا يعتبر مجموعة من الظواهر التي تمنع الفرد من إعادة التنظيم الخاص بالجهاز النفس-عاطفي ، كما يفترض أن في نهاية الإكتئاب الأساسي يظهر تغير جذري للحالة النفسية العاطفية للمريض سواءا اتجاه قيمة الصدمة و الأحداث و الوضعيات السابقة ، أو اتجاه وزن و ثقل الصدمات الأساسية أو صدمات الحياة، كما أن هذا التغير للحالة النفس -عاطفية للمريض تحدث بما يسمى أعجوبة تغير النشاط العقلي ،قد يغرم المريض من أول نظرة كما قد يلجأ للتصوف أو الاستعلاء ،كما يظهر ميولات للفن أو للمجتمع ، أو إلى إحداث تظاهرات غير متوقعة ، و إعادة الإستثمار العاطفي الواضح الذي كان غائبا، فالمريض يرفع من وزن و ثقل الصدمة من خلال المكاسب الثانوية التي يأخذها من المرض ،كما يجد موضوع يعوضه عن الموضوع الغائب، يكون غير مباشر و ثانوي ، و كما قد يكتسب مكاسب ثانوية من خلال التنظيم العائلي و الإجتماعي و الطبي الذي يتكفل به، فيحدث إشباع جديد و بالتالي قد يحدث أعجوبة تغير النشاط. ( Marty P,2007,p.54-55)

و بالتالي قد تكون وضعيات الشدة و الإكتئاب الأساسي سابقة المرض ،كما قد ينتظم النشاط و يظهر اعادة للتنظيم إلى الاحسن و يختفي الإكتئاب الأساسي، كما قد يستمر هذا الإكتئاب في الوضعيات الغير الجيدة و الغير مؤكدة لدى بعض الأفراد ، وهذا ما ظهر لدى أفراد عينتنا .

تختلف نتائج بعض الدراسات مع الدراسة الحالية، من بين هذه الدراسات دراسة Manoudi F, Chagh R تحت عنوان (2010) Les troubles depressifs chez les patients atteints de cancer بمعنى الاضطرابات الإكتئابية لدى مرضى السرطان فقد توصلت النتائج أن المرضى الذين يظهر لديهم إكتئاب أكثر شدة هم النساء اللواتي لديهن أقل من 3 أشهر من معرفة المرض و أكثر من 49 شهر ، و ارتباط هذه النتيجة ببعض المتغيرات السوسيوديمغرافية مثل بأنهن

متزوجات أميات أو لديهن مستوى جامعي ، كما تختلف نتائج هذه الدراسة مع دراسة Allet Osoba الذي يعتبر أن الإكتئاب و الحصر و التعب و الخلط العقلي و النعاس هي من بين الأعراض الأكثر انتشارا لدى مريض السرطان في مراحلها المتقدمة ، أو لدى الأفراد الذين لديهم تشخيص غامض أو أسود للمرض. (Jounia-Delbez N., Delgadillo D, 2010).

يرجع هذا الاختلاف كون الدراسات ركزت على الاكتئاب كرد فعل للمرض و مخلفاته و ليس على نوعية الإكتئاب هل هو ظاهر أم صامت، أو تابع الى نشاط عقلي خاص، ثانيا إستعمال أدوات استقصائية تختلف عن الأدوات المستعملة في الدراسة الحالية فالدراسة الأولى اعتمدت على قائمة بيك للإكتئاب ،أما الدراسة الثانية لم تذكر وسائل الاستقصاء المستعملة، كما اعتمدت على نوع واحد من السرطان .

و بالتالي يظهر الإكتئاب الواضح لدى مرضى السرطان في فترة قصيرة من الزمن من الاعلان عن المرض و الذي يعود الى إكتئاب تفاعلي مع الحدث الصدمي الخاص بالاعلان، كما يظهر في فترات جد متقدمة من المرض قد تتجاوز 6 أشهر و أكثر، و هذا راجع الى أثر الصدمة و الى مخلفات المرض .كما يظهر الاكتئاب الأساسي في مدة تقل عن 6 أشهر الذي يدل على استقراره و استمراره، وذلك حسب خلل التنظيم التدريجي و عدم ظهور الحركة التطورية لاعادة التنظيم ، كما قد يخفي هذا الاكتئاب الأساسي بعد ظهور المرض العضوي و يظهر اكتئاب واضح.

و نتيجة للصدمة و التمثيلات النفسو- اجتماعية للمرض يتموضع الإكتئاب الأساسي من جديد و هذا ما أكد عليه Claude Smadja فيرى أن في التناقض السيكوسوماتي يوجد حركتين كبيرتين للنشاط العقلي السيكوسوماتي، فالأولى تتعلق بفك الارتباط النفسي و الثاني إعادة الارتباط النفسي ، فالمرحلة الأولى تنشأ بصمت نتيجة للتفكك النزوي المستمر لفترات طويلة راجعة الى صدمات داخلية، فيظهر إكتئاب أساسي و تفكير عملي مشاهد على أساس اكلينيكي،بعدها يأتي تعديل نفسي في النشاط العقلي أو ما يسمى بالتناقض السيكوسوماتي نتيجة المازوشية التي ظهرت على أساس جسدي ،ومن خلال التمثيلات المرتبطة بالجسد

تكونت الوحدة النفسو-جسدية، و لكن مع استمرار نزوات الموت يظهر الاكتئاب الأساسي ( Arnoux D.J., BergeretJ,2002,p.34).

## 2-5- مناقشة الفرضية الخامسة:

تنص الفرضية على أنه لا توجد فروق في درجات الألكستيميا لدى مرضى السرطان الذين لديهم فترة قصيرة من معرفة المرض تقل عن 6 أشهر، وبين مرضى السرطان الذين شخص لديهم المرض منذ أكثر من 6 أشهر" و كما أشرنا سابقا أن هناك تقارب كبير بين المتوسط الحسابي لدرجات الألكستيميا لدى مرضى السرطان الذين لديهم معرفة بالمرض منذ أقل من 6 أشهر والذي قدر بـ (66,85) ومتوسط درجات الألكستيميا لدى مرضى السرطان الذين لديهم معرفة بالمرض منذ أكبر من 6 أشهر (68,53) غير أن قيمة إختبار الدلالة ( $T_{test}$ ) والتي بلغت قيمته (-1,022) جاءت غير دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة ألفا ( $\alpha=0.05$ )، وبالتالي يمكن القول بأن الفرضية تحققت مما يدل على أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات الألكستيميا لدى مرضى السرطان وفقا لمدة المعرفة بالمرض (أقل من 6 أشهر / أكبر من 6 أشهر). ترجع عدم وجود فروق في درجات الألكستيميا حسب المدة: أولا كون الألكستيميا راجعة الى الحدث الصدمي المتعلق بصدمة الإعلان قد نجدها تظهر في اليوم الأول من الاعلان كما قد تظهر بعد 3 أشهر كما تستمر حتى بعد 6 أشهر كرد فعل دفاعي اتجاه هذه الخبرة المؤلمة التي تجاوزت القدرات الاعتيادية للتكيف .

فهي من مخلفات الضغط التالي للصدمة و تكون مرتفعة ومستمرة اذا لم تتحسن وضعية المريض، ولكن اذا كان هناك تحسن للشروط و الظروف الخاصة بالمريض والخضوع للعلاج النفسي تختفي هذه الألكستيميا تدريجيا لأنها راجعة الى وضعية، لذلك وجدنا فروق طفيفة، أما التفسير الثاني: و الذي يدل على عدم وجود فروق في المدة الزمنية فهو يدل على استمرار النشاط العقلي السيكوسوماتي من خلال إرتفاع الألكستيميا و إستقرارها نسبيا وذلك حسب Olivier luminet بمعنى الألكستيميا مستقرة و لكن تبقى نسبية و لا تختفي كليا

لأنها سمة تابعة لنشاط عقلي خاص ينتمي الى النمط العملي ، و الذي يعتبر حسب Pierre Marty يتميز بالعجز و الفقر البنيوي المستمر لنشاط ما قبل الشعور سواء من الجانب الكمي أو الكيفي، فعلى أساس كمي يكون هناك فقر في عدد التمثيلات المكونة و الموجودة أو ما يعرف بفقر الغلاظة الخاصة بما قبل الشعور، أما من الناحية النوعية، فيظهر فقر على نطاق العواطف الحاضرة ، و هذا العجز اذا تشكل يصبح صعب التغير. (Claude de Tychey,2010,p.181).

حيث تتفق نتائج الدراسة الحالية مع نتائج كل من Salminen و آخرون (1994) وذلك من خلال دراسة مطولة لتطور الألكستيميا لدى 54 فرد يعانون من اضطرابات سيكاترية تتمثل في إكتئاب جسيم ،اختيروا بطريقة عشوائية فأكدت نتائجهم على وجود الألكستيميا كسمة مستقرة .و أيضا نجد دراسة Porcelli و آخرون (1996) حين وجدوا نفس النتائج لدى 104 من المرضى الذين يعانون من التهابات معوية حيث أكدت الدراسة الاولى و الثانية على ارتباط مرتفع لدرجات الالكستيميا من خلال مدة زمنية قدرها 6 أشهر .

كما تتفق نتائج الدراسة الحالية مع نتائج دراسة Saarijärvi و آخرون (2001) فقد قاموا بتشخيص 120 فرد يعانون من أعراض إكتئابية مشخصة حسب DSM3R و هذا لمدة عام فظهرت النتائج أن مستوى الألكستيميا بقي مستقر رغم إنخفاض الإكتئاب و الوضعيات النفسية المحرجة. (Zimmermann G.,Salamin V,2007,p123).

كما تختلف نتائج الدراسة الحالية مع دراسة Gritti Paolo, Lombardi Salvatore ، و آخرون (2006) حول الألكستيميا و السرطان و علاقتها بتعب، حيث تكونت الدراسة من مجموعتين، المجموعة الأولى ن= 63 فرد لديها تشخيص أقل من 3 أشهر من معرفة المرض، أما المجموعة الثانية يعود تشخيص السرطان لديهم الى أكثر من 30 شهر وتكونت من ن=53 فرد، كانت أعلى درجات الألكستيميا لدى المرضى الذين تم تشخيص السرطان لديهم مؤخرًا، بالمقارنة مع الذين لديهم زمن طويل من التشخيص حيث  $T=2.18$ ،  $P < 0.05$ .

كما ظهرت الألكستيميا لدى المرضى الذين تم تشخيص السرطان لديهم حديثا بنسبة 45.6% أما المجموعة الثانية التي تم تشخيص السرطان لديها منذ أكثر من 30 شهر ظهرت لديها نسبة الألكستيميا بـ 21.4%.

فيما يخص متغير التعب كان أكثر حدة لدى المجموعة التي تم تشخيص السرطان لديها منذ أكثر من 30 شهر مقارنة مع المرضى الذين شخص لديهم السرطان حديثا .  $P=0.0007$

جاءت النتائج مختلفة كون هذه الدراسة تبحث فقط على الألكستيميا الناتجة عن رد فعل اتجاه المرض و ليس النشاط العقلي السيكوسوماتي و تواجهه لدى هؤلاء المرضى و مدى استمراره كما هدفت للبحث عن متغير التعب.

ثم أن تشخيص التعب مع وجود نسبة الألكستيميا بـ 21.4% نسبة لا يستهان بها، و التي قد تدل على استمرارها كنشاط عقلي لدى مرضى السرطان في المدة، كما أن التعب مضاف إليه الألكستيميا يعان من بين المحتويات الأساسية للاكتئاب الأساسي .

لذلك يرى Claude Smadja أن السيمولوجيا الجديدة لتشخيص الاكتئاب الأساسي تفترض وجود الشعور بالعياء و التعب، كونه العرض الوحيد الذي يستطيع المريض أن يعبر عنه للطبيب أو للمحلل النفسي و هذا التعب يعيشه على أساس نفسي دون أساس جسدي ، ناتج عن غياب الدعم الليبيدي أو الطاقة النفسية ، يؤدي الى غياب الشعور بالخفة و فقدان الأمل (Arnoux D.J, BergeretJ,2002,p.37). إلا أنه يجب على المختص النفسي أن يكون يقظ و يميز بين التعب الناتج عن الاكتئاب الأساسي و التعب الناتج عن مخلفات المرض من الناحية الجسدية.

يمكن أن نلخص من هذه الفرضية أن عدم وجود فرروق في المدة لدرجات الألكستيميا لدى مرضى السرطان يرجع إلى اثر الصدمة في هذه الفترة و بالتالي تأخذ الألكستيميا نفس النشاط المتعلق بالنشاط السيكوسوماتي ، كما يدل عدم وجود فرروق في درجات الألكستيميا حسب المدة على وجود نشاط سيكوسوماتي مستمر مع الزمن و لكن استقراره نسبي و ليس

مطلق ، ففي الحالة الأولى قد تخفتي تماما الألكستيميا، أما في الحالة الثانية قد تكون مستقرة نسبيا مع الزمن ف Claude de Tychey يرى ممكن أن تصل الى 15 عاما في غياب تغيير النشاط العقلي و النشاط النفسي الداخلي. (Claude de Tychey,2010,p.197)

### 3- الإستنتاج العام:

تبعنا لنتائج الدراسة ، وفي ضوء ما تم عرضه من إطار نظري ودراسات سابقة واعتمادا على البيانات الإحصائية المتحصل عليها في الجانب الميداني للدراسة ، وانطلاقا من الهدف الرئيسي للدراسة وهو التأكد من طبيعة النشاط العقلي لدى مريض السرطان و بالضبط هل يوجد لديهم نفس النشاط العقلي السيكوسوماتي الذي يتميز بوجود الإكتئاب الأساسي و الألكستيميا. و انطلاقا من الإعتماد على بعد تكاملي بين نظرتي الاقتصاد السيكوسوماتي Marty P فيما يخص الاكتئاب الأساسي و نظرية Sifneos فيما يخص الألكستيميا و تفسيرهما في اطار باتولوجيا التكيف التي تحدث عنها Sami Ali من خلال النظرية العلائقية توصلت نتائج الدراسة إلى مايلي:

- ظهر لدى عينة دراستنا و المتعلقة بمرضى السرطان بكل أنواعه نشاط عقلي يتميز بسيادة الاكتئاب الأساسي، كما ظهر نشاط عقلي آخر يتميز بالعرضية الإيجابية و الذي يدل على الاكتئاب الواضح، و بالتالي يمكن أن نستنتج أن بعض المرضى يظهر لديهم سيادة الاكتئاب الأساسي و استمراره حتى بعد الجسدة، و البعض الآخر يستجيب أمام هذا المرض بأعراض إكتئابية مختلفة الشدة كيف لا أمام مرض يهدد الحياة ، كما قد يدل هذا النشاط الذي يتميز بظهور الأعراض الكلاسيكية إلى تغيير في النشاط العقلي الذي تحدث عنه بيار مارتي.

- كما ظهر لدى عينة دراستنا و المتعلقة بمرضى السرطان نشاط عقلي يتميز بسيادة الألكستيميا وهذا لدى تقريبا كل الحالات الا 08 حالات، و التي أيضا تفسر على أساس نشاط عقلي يمت بالصلة الى النشاط السيكوسوماتي، و بما أن ظهر لدينا اكتئاب واضح فهذا يدل على وجود الألكستيميا كرد فعل دفاعي اتجاه المرض، و لكن اذا سلمنا التسليم

المطلق بنظرية مارتي فهو يؤكد أنه قد يتغير نمط الاكتئاب أمام ظهور الجسدة، لكن طابع العجز عن التعبير و قمع الانفعالات يبقى متأصل في الشخصية، كما أنه يدل على خلل التنظيم التدريجي و التفكير العملي. و على هذا الأساس فالألكستيميا تدل على التنظيم السيكوسوماتي .

- كما ظهر فرق طفيف بين الأفراد المنعدي الاكتئاب و مرتفعي الاكتئاب و درجات الألكستيميا ولكن غير دال احصائياً و الذي قد يدل على استمرار النشاط العقلي السيكوسوماتي. و الذي أيضا يثبت وجود الاكتئاب الأساسي من خلال تواجد الألكستيميا التي تعتبر حقل دراسي هام للاكتئاب الأساسي من خلال إستقرار و إرتفاع التفكير العملي.

- كما توصلت الدراسة الى عدم وجود فروق في متوسطات درجات الاكتئاب لدى مرضى السرطان الذين لديهم فترة قصيرة من معرفة المرض تقل عن 6 أشهر، وبين الأشخاص الذين شخص لديهم المرض أكثر من 6 أشهر و هذا يبرهن على وجود الاكتئاب الأساسي .

- و أيضا توصلت النتائج الى عدم وجود فروق في متوسطات درجات الألكستيميا لدى مرضى السرطان الذين لديهم فترة قصيرة من معرفة المرض تقل عن 6 أشهر، وبين الأشخاص الذين شخص لديهم المرض أكثر من 6 أشهر و هذا يبرهن على وجود الألكستيميا كنشاط عقلي و ليس كدفاع، كما يؤكد ظهورها قبل 6 أشهر و استمرارها بعد 6 أشهر على تواجد الاكتئاب الأساسي، كما قد تشير أيضا الى رد فعل دفاعي إتجاه المرض في كل مرحله.

# الخاتمة

بعد عرضنا لنتائج البحث و التحقق من التساؤل المطروح و الذي مفاده: هل يظهر لدى مريض السرطان نشاط عقلي يتميز بسيادة الإكتئاب الأساسي و الألكستيميا؟ نستطيع أن نجيب عن التساؤل المطروح أنه يظهر لدى مرضى السرطان نفس النشاط العقلي الذي يظهر لدى الاضطرابات السيكوسوماتية و الذي يتميز بسيادة الاكتئاب الأساسي و الألكستيميا.

رغم اختفاء و تستر الإكتئاب الأساسي بأعراضه و ظهور الطابع التكيفي إلا أن وجود الألكستيميا قد تدل عليه، و ظهور الاكتئاب الواضح قد يدل على أن البعض ليس لديهم نشاط سيكوسوماتي، و بان الداء قد يرجع الى عوامل أخرى كما قد يدل على رد فعل اتجاه المرض وصدمة الإعلان، أو ناتج عن تغير طابع النشاط العقلي .

و لكن الأهم من ذلك هو تواجد هذا النشاط العقلي الذي يتميز بسيادة الاكتئاب الأساسي بغض النظر إلى أي نظام ينتمي، فظهوره و ظهور الألكستيميا يعني خطر آخر يهدد كيان المريض فهو يعرقل سير النشاط العقلي ، لا يستطيع المريض أن يجد حلول لتلك الصراعات المأزقية و هروبه منها، حيث يجد نفسه أمام حالة لا مخرجة مصيرها الوحيد هو خلل التنظيم التدريجي المستمر، و عدم القدرة على اعادة تنظيم عادي، مع زيادة احتمال التجسد، وعلى هذا الأساس حبذنا أن ننهي خاتمة بحثنا ببعض التوصيات و الاقتراحات التالية:

#### \*النصائح و التوصيات:

هذه التوصيات والنصائح توجه في بادئ الأمر للآباء و الأمهات، قد يتفاجئ البعض لماذا؟ إن سبب المنشئية النفسية للإكتئاب الأساسي و الألكستيميا هو العلاقات الأولية خاصة بالعلاقة أم / طفل.

يجب تفادي كل العلاقات المرضية بين الطفل، حيث لا يكون هناك تفریط أو إفراط.

- يجب التعامل مع الطفل في كل مرحلة عمرية تعامل مختلف مع السماح، لهم بالتعبير عن عواطفهم ومشاعرهم ، كما يجب السماح لهم في مواقف تعقيل صراعاتهم العدوانية دون كبتها في إطار مشروع.

- إشعار الطفل بأهمية تحمل مسؤوليته في غياب الآخرين، و لا نجعل الطفل تابع في غياب الأخر أو الوصي أو الساند حيث يفقد ذاته.

- لا يجب تكرار الإحباطات الغير النامية و تحطيم الطفل و التي من شأنها أن تخلف نمط معين خاص تظهر فيه السمات المرضية في الرشد.

- يجب تنمية الجوانب اللغوية للطفل من أجل القدرة عن التعبير عن مشاعره، كما يجب تعويده على المصارحة و الحوار و التعبير عن كل ما يختلج في صدره منذ الطفولة، لكي لا يعود على نظام كتم العواطف.

- يجب تنمية الجوانب الخيالية للطفل ، و هذا من أجل تحقيق نشاط عقلي يتميز بالمرونة و الدفاعات الفعالة، و التي تبتعد عن تلك التي تعيش فقط في الحالي و الآني و استثمار الحياة اليومية ، حيث يستطيع الطفل إيجاد حلول للوضعيات التي تصادف حياته و إرسانها نفسيا في مختلف وضعيات حياته .

#### \* الاقتراحات:

- إلى من أثار بحثنا اهتمامه نقترح إذا درس الموضوع مرة أخرى هو دراسة الاكتئاب الأساسي لدى باقي أنواع السرطان ، و التطرق الى المتغيرات السوسيوديمغرافية لكي نتأكد هل هذا النشاط يمتد إلى باقي أنواع السرطان و بالتالي هل نستطيع أن نعمم هذا النشاط العقلي الذي يدل على الاضطرابات السيكوسوماتية؟ كما يجب الاعتماد على عينات أكبر و تكون لا تعلم طبيعة مرضها لكي نلغي احتمال وجود صدمة الاعلان هي من أحدثت هذا النشاط العقلي الذي يشبه النشاط العقلي الذي يميز الاضطرابات السيكوسوماتية.

-كما يجب الاعتماد على الدراسات الطولية في هذا المجال و البحث عن امكانية تغير هذا النشاط أمام مختلف الأحداث ، أو أن استقراره النسبي يكون مطلق كما حدده Marty .PLuminetO .

-إعداد برامج و قائية للأمهات ، تتعرف فيها على كل مراحل نمو الطفل و المشاكل التي يتعرض إليها الطفل في مراحل حياته و نوعية العلاقة التي يجب أن ننميها للطفل، كما يجب أن نوضح من خلال هذا البرامج التحسيسية هذا النوع من الاكتئاب و دوره في عرقلة النشاط العقلي لكي نخفف من الوقوع فيه ، قد توزع هذه البرامج في مختلف وسائل الإعلام لكي تكون في متناول الجميع.

-نقترح وضع و بناء برامج علاجية تنمي القدرات الخيالية و التي من خلالها يستطيع الطفل و الراشد أن يسقط كل رغباته دون كتبها و تفريغ كل الشحنات الإنفعالية المكبوتة.

-نقترح التفكير لبناء برنامج علاجي يتمثل في إنعاش الحياة العقلية و التمثيلات العاطفية و الهوائية لدى مريض السرطان .

# قائمة المراجع

قائمة المراجع باللغة العربية:

- 1- الشربيني لطفي، (2003)، الطب النفسي ومشكلات الحياة. الطبعة الأولى. لبنان : دار النهضة العربية. بيروت.
- 2- بن زروال فتيحة،(2008)،أنماط الشخصية وعلاقتها بالاجهاد،دراسة ميدانية على عينية من أفراد الحماية المدنية، البريد،مصلحتي الاستعجالات و الولادة بأم البواقي، جامعة قسنطينة.
- 3- جولمان دنيال ترجمة ليلي الجبالي،(2000)،الذكاء العاطفي، سلسلة عالم المعرفة، الكويت.
- 4-حمودي جمال،(2013)،مرض السرطان بين الطب الحديث و التقليدي،في المجتمع الجزائري، مقاربة أنثروبولوجية، أطروحة دكتوراه،جامعة ابي بكر بلقايد، تلمسان، الجزائر
- 5- ربحي مصطفى عليان ، عثمان مجمد غنيم ( 2000 )،مناهج وأساليب البحث العلمي:النظرية والتطبيق، ط1، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان.
- 6-رشاد علي عبد العزيز،(1993)،علم النفس المرضي. طبعة أولى ،دار المعارف للنشر والتوزيع، القاهرة، مصر.
- 7- سعد رياض،(2003)،الاكتئاب تشخيص و علاج ، طبعة أولى ، الكلمة للنشر و التوزيع، المنصورة مصر.
- 8- سي موسي عبد الرحمان ،(2002)،الصدمة و الحداد عند الطفل و المراهق،نظرية الاختبارات الإسقاطية ، الجزائر.
- 9- شدمي رشيدة،(2014)،واقع الصحة النفسية لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي، أطروحة دكتوراه قسم علم النفس جامعة تلمسان.
- 10- صلاح الدين عراقي محمد (2006): دراسة العلاقة بين عجز/ نقص كلمات التعبير عن المشاعر (الإليكسيسيميا) والتعلق الوالدي لدى الراشدين. مجلة كلية التربية، جامعة الزقازيق.
- 12- على إسماعيل علي (1995)، الضغوط النفسية و أحداث الحياة، النفائس للنشر و التوزيع.
- 13- فيصل خير الزراد،(2000)،الأمراض النفس جسدية، دار النفائس للطباعة والنشر والتوزيع.
- 14- محمد إبراهيم عيد،(2002)،الهوية و القلق و الإبداع، طبعة أولى، دار القاهرة للنشر و التوزيع.
- 15- محمد دويدار عبد الفتاح،(2000)،علم النفس الطبي و المرضي و الإكلينيكي، دار المعرفة الجامعية، مصر.
- 16- معالم صالح،(2005-2006)،محاضرات في علم النفس الجسدي، مطبوعات جامعة قسنطينة.
- 17- منى أحمد الأزهرى،(2000)،أصول البحث العلمي في المناهج التربوية و النفسية، مركز الكتاب للنشر.

18- هشام عبد الرحمن الخولى،(2005)،دراسة العلاقة ما بين العجز / النقص في القدرة على التعبير عن الالكتيميا و المخادعة الميكيافيلية، جامعة بنها مصر .

قائمة المراجع الالكترونية باللغة العربية:

19- آمال بورقية (2013)، الطبيب - مريض أية علاقة؟ الابعاد الأخلاقية للاعلان عن مرض مزمن، دار النشر Prestige Diffusion.

<http://www.jadidpresse.com/%D8%A7%D9%84%D8%A3%D8%A8%>


20- الإكتئاب لدى مرضى السرطان حقوق النشر محفوظة لجمعية آدم لسرطان الطفولة (2010)

PDF  <http://www.adamcs.org/depres.htm>


21- بيار مارتى،ترجمة أحمد النابلسي، (2002) ، الحلم والمرض النفسي والنفسي،

PDF  [http:// www.arabpsynet.com/Journals/.../ICP5.HTM](http://www.arabpsynet.com/Journals/.../ICP5.HTM) PDF

22- دلال موسى قويدر،(2007)،الخوف من السرطان و علاقته بالصدمة النفسية، ص73-72-26

PDF  [http:// www.nesasy.org,/syrain\\_women\\_obsevotory](http://www.nesasy.org,/syrain_women_obsevotory).


23- سامي على،(2001) ،النظرية العلائقية، ترجمة معبر للبحوث

PDF  [http:// www.members.tripod.com/maaber\\_life/tenth](http://www.members.tripod.com/maaber_life/tenth)


24- عبد الله حسن فقيه بدون سنة دراسات إكلينيكية سيكومترية للأعراض النفسية المصاحبة للأمراض المهددة للحياة.

[www.eajaz.org/.../835-Clinical-studies-](http://www.eajaz.org/.../835-Clinical-studies-) ps


23- فيصل محمد ،(2007) ، مقدمة في مرض السرطان إنتاج المنظمة الطبية السودانية

PDF  <http://cancerinsudan.maktoobblog.com>


24- قريشي عبد الكريم، زعطوط رمضان ، دون سنة، التكتم : L'alexithymie المفهوم وعلاقته بالصحة والمرض جامعة قاصدي مرباح ورقلة-الجزائر

PDF  <http://www.PsyOrthoEducation/photos/a>

25- محمد خطاب،(2009)،التنويم المغناطيسي والتحليل النفسي

PDF  [http://khatab38.blogspot.com/2009/11/blog-post\\_5401.html#!/tcmck](http://khatab38.blogspot.com/2009/11/blog-post_5401.html#!/tcmck)

26- محمد رزق البحري، 2009 حمد رزق البحري(2009): إسهام بعض المتغيرات النفسية في التنبؤ بالألكسيزيميا لدى عينة من الأطفال ذوي صعوبات تعلم القراءة الموهوبين موسيقياً. مجلة دراسات نفسية، مج19، ص 815-883.

PDF  <http://www.thanwya.com/vb/archive/index.php/t-498956.html>

#### قائمة القواميس و المعاجم العربية:

27- جان لابانش وبونتاليس ، ترجمة مصطفى حجازي،(1997)، معجم مصطلحات التحليل النفسي،ديوان المطبوعات الجامعية،الجزائر.ص 300-102-532-515-70

28- محمد شلبي (2001)، المصطلح، علم النفس و علم النفس المرضي الإكلينيكي، عربي فرنسي،فرنسي عربي،دار الجزائر.

29- مركز الدراسات النفسية-النفس جسدية، (2011)،معجم المصطلحات النفسية، عربي ، فرنسي،مركز النشر،C.E.P.S.

#### قائمة المراجع باللغة الفرنسية:

30- Amami Othman , Akrouit Rim , BEN Thabet –Kamoun; (2006), Psychogenèse du cancer, l'Information Psychiatrique. Volume82, Numéro 8.

31- Arnaux D.J ,Bergeret J,(2002),Dépression , dépression essentielle ,et processus de somatisation. Actualité psychosomatique, N5,George éditeur.

32- Beaud M,(1997), L'art de la thèse ,Comment préparer et rédiger une thèse de doctorat, de magister ou un mémoire de fin de licence, Édition Casbh.

33- Bergeret J ,(1987),La dépression et les états limites, Édition Payot Paris.

34- Bredart A,( 2004),Fatigue et dépression chez le patient atteint d un cancer, Édition Unité de psycho\_ oncologie Institut Cuire, Paris ,.

35- Claude de Tychey ,2010, Alexithymie et pensée opératoire : Approche comparative clinique projective franco-américaine,in Psychologie clinique et projective, n° 16 Éditeur : ERES .

36- Corcos M., (1988), Place et fonction du concept de la alexithymie dans le troubles des conduites alimentaires ,ANMED Psychol paris ,p.156.

37- Corcos M., Speranza Met al (2003), Psychopathologie de l'alexithymie, Dunod, Paris.p,156

- 38- Corcos M, Gerard Pirlot,(2011),Qu est –ce que l alexithymie? Dunod, Paris.
- 39- Cyrulnik B , (2001) , Les vilains petits canards , Edition Odile Jacob, Paris. p261-
- 40-Dantzer R,(1989), L’illusion psychosomatique , Edition Oile Jacob, Papis.
- 41- Deschamps D ,(1997), Psychanalyse et cancer ,au fil des mots , Edition Harmattan, Paris.p11-32
- 42- Dolbeault S , (2006) , cancer du sien :modalité d’intervention psycho oncologique. DISSPO ,Institut curie ,Paris. P.333.334.
- 43- Duparc F,(2001), La manie blanche ou la dépense de pensées, In Revue Française de psychosomatique n°20.
- 44- Fain M,(1990),Psychanalyse et psychosomatique, in Revue Française de psychanalyse Liv n° 3 the.
- 45- Ferenczi S, (1974) ,Le journal clinique , édition Payot , Paris.
- 46- Fiommette R, (2004),Le langage émotionnel du corps ,Edition Dervy , Paris.
- 47- Freud S (1923),Le moi et le ça ,essais de psychanalyse , Edition Presse, Paris.
- 48- Geerd R H (1986) Genèse du cancer , :cancer maladie de l’âme Chambéry Edition ASAC.
- 49- Gerard Pirlot,(2014), Alexithymie et pensée opératoire, La Revue Hermès,édition C.N.R.S,p 73a81 ,N68.
- 50- Giger N, (2000), psycho oncologue dans le service service d’oncologie Hôpital des cadolles . PUF, Paris .
- 51- Groddeck G,(1973),Le livre du ça, 2eme édition ,Gallimard.
- 52-Guilbaud O, Corcos M,(2000) Alexithymie et depression dans les troubles des conduits alimentaires, Edition Dunod, Paris.
- 53- Haynal A Pasini W,(1997), Médecine psychosomatique aperçus psychosociaux, 3 édition Masson ,Paris ..
- 54- Héron JF,(2002),Les réactions pathologiques du cancer, Édition faculté de médecine de Caen, France.

- 55- Horde P ,(2008), le cancer provoquer par des causes psychologiques . Edition Spriviger , Paris.
- 56- Jacquet M et Lhote C ,(2003),Les mécanismes de défense ,Théorie et clinique, Edition Nathan université, Paris .
- 57-Jocelyn Aubut, Patricia Garel, (2002), Cliniques de Deuil, in revue prisme,N36
- 58- Kreisler L, (2004),Les origines de la dépression essentielle, la lignée dépressive , In Revue Française de psychosomatique ,Edition PUF, Paris.
- 59- Lindenmeyer L,(1998),Approche Clinique psychanalytique des personnes soumises aux technique de détection précoce du cancer, thèse doctorat. Paris .
- 60- Marianne Pautti,Jean Peyranne,(2009), Pensée opératoire et imaginaire dans le couple :utilisation en thérapie ,Assises de sexologie Lille.
- 61- Marie Santiago Delefosse,(2008), Psychologie de la sante et cancer, état de la question et nouvelles perspectives ,in pratique Ben Soussan ,Cancer et recherches en sciences humaines ; ERES CAIRN.
- 62- Marilou Bruchon-Schweitzer,Emilie Boujut,(2014), Psychologie de la sante ,concepts ,methodes et modeles,2ème édition ,Dunod .
- 63- Marty P,(1967),Regression et instinct de mort,Hypotheses a propos de l observation psychosomatique, in Revue Francaise de Psychanalyse.N 05.
- 64- Marty P ,(1976), les mouvements individuels de vie et de mort tome I,6 ème Edition, Payot Paris.
- 65- Marty P,(1984),Processus de somatisation dans le corps malade et le corps érot\*
- 66- Marty P ,(1984), A propos des reve chez les malades somatique, in Revue Francaise de Psychanalyse.N05.
- 67- Marty P ,(1990),La notion de mentalisation , son intérêt en psychosomatique ,exposé fait a Sombor. Yougoslavie .
- 68- Marty P(1991),Mentalisation et psychosomatique, Édition Les empêcheurs de penser en ROND.

- 69- Marty P et M usan M , (1994),La pensée opératoire , In Revue Française de psychanalyse n°27.
- 70- Marty P,(1994), L ‘ Investigation psychosomatique, Edition Payot, Paris.
- 71- Marty P ,(1998),L ordre psychosomatique les mouvements individuels de vie et de mort tome 2, 6 ème Edition, Payot Paris .
- 72- Marty P, (2007),La psychosomatique de l adulte ,Q.S.J, 6 ème édition , PUF, Paris.
- 73- Morel D, (1984),Cancer et psychanalyse, Edition Belfort ,Paris.
- 74- Olivier Luminet, Nicolas Vermeulen,(2013), L’alexithymie, Comment le manque d’émotions peut affecter notre santé , 1ère édition De Boeck Supérieur, Bruxelles.
- 75- Olivier Luminet,(2007), Psychologie des émotions , confrontation et événement, 1ère édition De Boeck Supérieur, Bruxelles.
- 76- Perron R ,(1997),Fantasme action pensée aux origines de la vie psychique ,1<sup>er</sup> Edition, Semailles , Alger.
- 77- Phaneuf M, (2005),Cancer mécanismes de défense et d adaptation, Edition université d Évora .Portugal.p.
- 78- Pongy P,. Babeau R ,(2003), Psychosomatique et médecine, Edition Sauramps médical .
- 79- Reich M ,(2008),Cancer ,douleur souffrance psychique , formation médicale continue de Tourcoing FMC.
- 80-Renard L ,(2007),le cancer apprivoisé les ressources insoupçonnées de l’être humain, éditions quintessence France .
- 81- Sami Ali, (1978), la pensée somatique, Edition Dunod ,Paris
- 82- Sami Ali ,(1980), Le banal, Édition Dunod , Paris.
- 83- Sami Ali ,(1987), la pensée le somatique imaginaire et pathologie, Dunod, Paris.

- 84- Sami Ali ,(1990),Imaginaire et pathologie: une théorie de la psychosomatique, In Revue Française de psychanalyse .Liv, n°3 ,La dé liaison psychosomatique.
- 85- Sami Ali ,(1998), Corps réel, corps imaginaire , Edition Dunod ,Paris.
- 86- Sami Ali ,(2000),L'impasse relationnelle Temporalité et cancer Edition Dunod ,Paris.
- 87- Sami Ali,(2004)Manuel de psychothérapies psychosomatiques, Edition Dunod ,Paris.
- 88- Sami Ali, (2004),De la projection, Edition Bordas.
- 89- Sauvage L., Berthoz S., Loas G., Gwenolé,(2005),Validité du questionnaire d'alexithymie de Bermond et Vorst. Étude chez 63 sujets alcooliques, Annales médico-psychologiques Volume 163, n° 7 .
- 90- Smadja C , (1998), Le fonctionnement opératoire dans la pratique psychosomatique, In Revue de psychanalyse Française LX 11 n-s-péc.
- 91- Smadja C, (1998),Logique Freudienne ,In Interrogation psychosomatique, Revue Française de la psychanalyse n° 2.
- 92- Smadja C , (2001),La vie opératoire , étude psychanalytique, Édition PUF, Paris .
- 93- Smadja C,(2005),La folie protège -t –elle de la maladie ,In Revue Française de psychosomatique n°27.
- 94- Smadja C, Szwec G,( 2005), Etat traumatique ,état somatique, In Revue Française de psychosomatique. Édition PUF, Paris.
- 95- Taquet A,(2003),La conséquence psychologique de l annonce d un cancer du sien ,Edition Golgb.
- 96-Winnicott D, (1989), La crainte d effondrement et autre situation, édition Gallimard.

قائمة المراجع الإلكترونية باللغة الفرنسية


- 97- André Mariagea, Patrice Cuynetb, Bénédicte Godard,(2008), Obésité et alexithymie à l'épreuve du Rorschach. Le poids des émotions .

PDF  <http://www.sciencedirect.com/science/journal/00143855/73/2>


98- Aubut J,(2002), Regarde sur des problématiques de sante mentale

PDF  <http://www.centrejeunessemonteregie>


99-Bre jard V, bonnet A,(2011), Relations entre dimensions émotionnelles et symptômes somatiques : effets médiateurs de la dépression et de l'alexithymie

PDF  <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0003448710003963>.

100- Celine Jouanne,(2006), L'alexithymie entre déficit émotionnel et processus adaptatif p.193-209

PDF  <http://www.cairn.info>


101-Chahraoui K., Pinoitb J-M,(2001) , Alexithymie et lien avec la dépression et l'anxiété dans la sclérose en plaques Le S.E.P.' Revue Neurologique, Volume 164, Issue 3, Pages 242-245

PDF  <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0035378708000416?via=sd&cc=y>

102-Corc os M , Farge F,(2004) , Alexithymie et toxicomanie:lien entre la depression,

PDF  [https://www.researchgate.net/publication/229170942\\_Alexithymie\\_et\\_toxicoma](https://www.researchgate.net/publication/229170942_Alexithymie_et_toxicoma)


103-Fantini Carole, Pedinielli Jean-Louis,(2007), Alexithymie et détresse émotionnelle : vers deux pole opposes d un même continuum

PDF  <http://www.cairn.info>.

104-Fantini C Hhauwel J-L Pedinielli, (2007) Régulation des émotions, dépression et conduites à risques : l'alexithymie, un facteur modérateur

PDF  <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0003448706001570>.

105- Florent Farges, Servane Farges,(2002), Alexithymie et substances psychoactives : revue critique de la littérature ,in Revue « Psychotropes » 2002/2 Vol. 8 | pages 47 à 74 .

PDF  <http://www.cairn.info/revue-psychotropes>.


106- Forni V , Stiefel F, Krenz S,(2011), Alexithymie et psychopathologie de patients atteints de cancer,in Psycho-Oncol, Springer-Verlag France.p210-211.

PDF  <http://www.sciencedirect.com>.


107- Gérard Pirlot, (2014), Alexithymie et pensée opératoire Hermès, La Revue pages 73 a 81. N° 68, 2014/1 : C.N.R.S. Editions .

PDF  [https://www.cairn.info/load\\_pdf.php?ID\\_ARTICLE=HERM\\_068\\_0073](https://www.cairn.info/load_pdf.php?ID_ARTICLE=HERM_068_0073)


108-Gérat-Muller A, Androniko f,(2011). Véçu du cancer du sein entre discours et éprouvé. Dynamiques psychiques chez des femmes atteintes d'un cancer du sein: anxiété et dépression entre sentiments et émotions

PDF  <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11839-011-0347>

109- Gorot J,(2001),Dépression et somatisation, Edition Revista Portuguesa. 3, n° 2, Jul Dez .

PDF  [http://www..cairn.info/load\\_pdf.php](http://www..cairn.info/load_pdf.php).

110- Guir J,(1998), la maladie psychosomatique : La maladie donne le ignorants, Essaim n° 2, Toulouse.p27.

PDF  [http://www..cairn.info/load\\_pdf.php](http://www..cairn.info/load_pdf.php)..


111- Hamdi Cherif Mokhtar, Mahnane.A , al (2012), Cancers des adolescents et jeunes adultes : particularités épidémiologiques : Une étude chez les jeunes sétifiens John Libbey Eurotext.

<http://eurocancer.jle.com/articles/2012/149.htm>.

112-Hirsch N, MhauteKeete M, (2001), Schémas précoces mal adapte , dépression et alexithymia chez des adolescents hospitalise suicidaires, in Revue Encephale ; vol 27, n°1, p. 61-70.

PDF  <http://www.ascodocpsy.org/santepsy/Base/Recherche>.

113- Jadouille W, (2007),Le cancer défaite du psychisme,

PDF  <http://www.john-libbey-eurotext.fr/fr/revues/medecine/bdc>

114- Jounia-Delbez N, Delgadillo D,(2010), Dépression, anxiété, fatigue et troubles cognitifs : leur contribution à la qualité de vie des patients atteints de tumeurs cérébrales ,in Revue de la littérature Volume 4, Issue 2, p116-122 Psycho-Oncologie.

PDF  <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11839-010-0255-5>

115-Julie Mayer-Remaud, (2008), Contribution de l'intimité à l'effet du soutien social dans la relation entre l'alexithymie et la dépression, Thèse numérisée par la Division de la gestion de documents et des archives de l'Université de Montréal.

PDF  <http://www.rechercheisidore.fr/search/resource/?uri=10670/1.uf0u0w>.

116-Katia Levrier,(2010), Alexithymie et appauvrissement onirique chez des populations cliniques souffrant de troubles du sommeil.

PDF  <http://www.papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/388>.


117-Langevin V,Francois M, ,(2011), Hospital Anxiety and Depression Scale,Categorie atteinte a la sante physique et ,entale INRPS N 127

. PDF  <http://www.inrs.fr/media.html?refINRS=FRPS%2013>


118- Lazarus P, (1986), Le concept de coping ,

PDF  <http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/psy>

119-Lecoite Perrine. Bernoussi Amal (2014),Adaptation psychologique de la Personnalité Limite ,Addictive à l'expérience cancéreuse

PDF  <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0003448714000195>


120- Lecours S, Robert G, Desruisseaux F , (2009), Alexithymie et élaboration verbale de l'affect chez des adultes souffrant d'une pathologie respiratoire.

PDF  <http://www.em-consulte.com/revue/ERAP/presentation/revue-europeenne-de-psychologie-appliquee>


121- Leshan L,(2007), le parcours existentiel du cancer .

PDF  <http://www.ibbtev.be/?Lawrence-LeSHAN>.


122- Loasa, G. Cormier b(2008) Alexithymie et personnalité dépendante \_étude de la stabilité de l'association sur une période de trois mois dans un groupe de 184 sujets. IN Annalesmédico-psychologiques Volume 166, n° 5 pages 361-365

PDF PDF  <http://www.em-consulte.com/en/article/168943>

123- Manoudi F, Chagh R, ,(2010) Les troubles Dépressifs chez les patients atteints de cancer; Une étude marocaine;in Psycho-Oncologie

PDF  <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11839-010-0253->

124-Nathalie Michaud-Quarton,2004, Dépression essentielle, dépression primaire, mélancolie

PDF  <http://www.cairn.info/revue-perspectives-psy-2004-5-page-407>.

125- Olivier Luminet, Graeme J. Taylor, R. Michael Bagby, (2003), La mesure de l'alexithymie.

PDF  [http://www.ecsa.ucl.ac.be/personnel/luminet/pdf/mesure\\_alexithymie.pdf](http://www.ecsa.ucl.ac.be/personnel/luminet/pdf/mesure_alexithymie.pdf)

126- Olivier Guilbeaud,(2007) L'alexithymie dans ses rapports avec un mode de fonctionnement autistique in La psychiatrie de l'enfant Vol. 50 Pages 503 – 526.

PDF  <http://www.cairn.info/revue-la-psychiatrie-de-l-enfant-2007-2-p-503.htm>


127- Press J,(2001),Mouvements de mentalisation –dementalisation présence de somatisation, Revue française de psychosomatique (no 19),

PDF  [http://www.cairn.info/load\\_pdf.php?ID](http://www.cairn.info/load_pdf.php?ID)


128-Perdrizet-chevallier C ..Reich M , (2009), Dépression et anxiété chez les femmes souffrant de cancers gynécologiques In Annales medico-psychologiques .

PDF  <https://www.infona.pl/resource/bwmeta1.element.elsevier-69d391>

129- Reich M, ;(2010), La dépression en oncologie. in Cancer/Radiothérapie. Société française de radiothérapie oncologique, Elsevier

PDF  [www.researchgate.net/journal/1278-3218\\_Cancer\\_Radiotherapie](http://www.researchgate.net/journal/1278-3218_Cancer_Radiotherapie)

130- Schraub S. , Sancho-Garnier H ;(2009), Existe-t-il un lien entre un événement psychique et le risque de survenue d'un cancer ?, dans : Revue d'

PDF  <http://www.sciencedirect.com/science>.


131- Stiefel F,(2006),Le cancer : épidémiologie et facteurs de risque

PDF  [http:// assets.krebsliga.ch/downloads/](http://assets.krebsliga.ch/downloads/)

132-Varlemmener L, de la Menardiere H, (2010)Repérage, clinique et évaluation de la dépression en oncologie: collaboration psychiatre, psychologue et cancérologue in Psycho-Oncologie.

PDF  <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11839-010-0285-z>

133- Zimmermann G, Salamin V, Reicherts M (2007) L'alexithymie aujourd'hui : essai d'articulation avec les conceptions contemporaines des émotions et de la personnalité, Psychologie Française, Volume 53, Issue 1.

PDF  <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0033298407001033>

قائمة القواميس و المعاجم باللغة الفرنسية:

134- Boyer P Guelfi J-D, (2003),DSM IV-TR ,Manuel Diagnostique des Troubles mentaux ,Édition Masson, Paris.

135- Chermena R , (2003)Dictionnaire de la psychanalyse,3eme édition .Paris.

قائمة المراجع باللغة الانجليزية:

136- Aino Mattila,(2009), Alexithymia in Finnish General Population, Academic Dissertation,University of Tampere,for public discussion in the Auditorium of Tampere School of Public Health, Medisiinarinkatu .

137- Dreher S, (2003), Mind Body unity: a new vision , John university .Press.

138- Fox PH ,Harper AP,(1995),Emotion, Repression ,quality of cancer, Comity Health Preach.

139- Garssen Bert (2004), Psychological factors and cancer development: Evidence after 30 years of research, Clinical Psychology Review, Volume 24.

140- Gershon. J, ZimandI. E, (2004),Use of virtual reality as a distractor for painful procedures in a patient with pediatric cancer: a case study, CyberPsychology& Behavior. December 2003, Volume 6 N°6, pp: 657-661.

141- Glaser K,(2002), Psychoneuro immunology and psychosomatic MED psychosomatic Medicine.

142-Graeme J. Taylor, R. Michael Bagby, Olivier Luminet ,(2003) Disorders of affect regulation Alexithymia in medical and psychiatric illness, Cambridge University. Press.

143- Green S , Mornis L ,(1985),psychological attributes of women develop breast cancer ,Controlled study.

144- Jason Thompson, (2009), Emotionally Dumb: An Overview of Alexithymia ,1ère édition, National library of Australia .

145- Keehn RJ , Bergetd G,(1974), twenty-four year mortality follow-up of army. Psychosom Med.

146- Kreitler S,(1993), repressiveness cause or result of cancer? Psycho oncology .Ducatch.

147- Mckenna M ,(1999),Psychosocial factors and the development of cancer, A Meta Analysis, Health psychol.

148- Schwarz R,(1994),psycho social factors in cancer , Med psycho live .


149-Sifneos P , (1973), The prevalence of alexithymic ,characteristics in psychosomatic patients ,(PSP) Psychotherapy –psychosomatic.

150-Temoshok L, (1987), Personality , coping, emotion and cancer: towards an integrative models’ SPI service.

151- Veena Shukla Mishra A , Shubha Maudgal a,(2012), Alexithymia in children with cancer and their siblings , in Journal of Psychosomatic Research .

قائمة المراجع الالكترونية باللغة الانجليزية:


152-Hamdi Cherif M,(2003), cancer in Africa ,Epidemiology and prevention ,IARC.

PDF  [http:// www.semep-setif.org/index2.php?option=com](http://www.semep-setif.org/index2.php?option=com)

153-Graeme J. Taylor, R. Michael Bagby, Olivier Luminet, ,(2000) Assessment of alexithymia : Self -Report and Observer -Rated Measures, In J.D.A. Parker and R. Bar-On (Eds.). The hand book of emotional intelligence. (pp. 301- 319). San Francisco, CA: Jossey Bass.

PDF  [http://www.ecsa.ucl.ac.be/personnel/luminet/pdf/alex\\_measurement](http://www.ecsa.ucl.ac.be/personnel/luminet/pdf/alex_measurement).


154-Gritti Paolo , Lombardi Salvatore,(2006), Alexithymia and cancer .related fatigue'

PDF  [http:// http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download;jsessionid=](http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download;jsessionid=)


155- Leshan L , Worthington R,(1997), personality a factor in the pathologenesis of cancer ,A review of the literature BR Jared psychol. .

PDF  <http://www.inkinghub.elsevier.com/retreive/pii/soo34>


156-Mystakidou Kyriaki, Tsilika E, (2009), Illness-related hopelessness in advanced cancer: influence of anxiety, depression, and preparatory grief.

PDF  <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19327556>.

157- Olson S, (1985),Family inventories, Family social science,

PDF  <http://tfj.sagepub.com/cgi/content/abstract/3/4/284>.

158- Vissoci Reiche EM, Odebrecht Nunes Vargas S, (2004), Stress, depression, the immune system, and cancer, Lancet Oncology journal, Volume 5, issue 10, pp: 617-625. classé pour Medline / PubMed.

PDF  <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15465465> .

قائمة القواميس و المعاجم باللغة الانجليزية:

159- Ismaili L, (2001),Learning dictionary, English ,Arabic ,DAR Enacher.

160- Robert F,(2008) ,Longman dictionary of contemporary ,English ,French Fully illustrated.

161-Center of Psychological and Psychosomatal Studies , (2011), Dictionary,C.E.P.S.

# ملاحق الدراسة

## الملحق رقم (01)

مقياس الهادس: Echelle HAD (Hospital Anxiety and Depression scale)

(Auto questionnaire de 14 questions)

La connaissance de votre état émotionnel est important pour que votre médecin puisse adapter au mieux votre traitement. Ce questionnaire doit aider votre médecin à savoir comment vous vous sentez. Lisez chaque question et entourez la réponse qui s'adapte le mieux à vous pour la semaine passée. Votre réponse ne doit pas être trop réfléchie mais rapide. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse.

مقياس الهادس: لقياس القلق و الاكتئاب لدى المرضى المقيمين بالمستشفى.  
استبيان ذاتي يتكون من 14 سؤال.

إن معرفة حالتك الانفعالية مهمة بالنسبة للطبيب من اجل وصف جيد للدواء. هذه الاستمارة تساعد طبيبك من اجل معرفة كيف تشعر. اقرأ كل سؤال، وضع دائرة أمام الإجابة الأكثر موافقة لك خلال الأسبوع الماضي، إجابتك لا تستدعي تفكيراً طويلاً و لكن تتطلب إجابة سريعة، لا توجد إجابة صحيحة أو خاطئة.

<b>Je me sens tendu (e) ou énervé(e)</b>		<b>اشعر بالتوتر أو الانزعاج</b>	
A	3	La plupart du temps	في معظم الأوقات
	2	Souvent	غالبا
	1	De temps en temps	من حين إلى لآخر
	0	Jamais	أبدا
<b>Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois</b>		<b>أستمتع بنفس الأشياء كما في السابق</b>	

D	0	Oui, tout autant	نعم، بقدر ما
	1	Pas autant	ليس كثيرا
	2	Un peu seulement	قليل فقط
	3	Presque plus	تقريبا منعدم

**J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver**  
**لدي شعور بالخوف و كأن شيئا رهيبا سيحدث لي**

A	3	Oui, très nettement	نعم ، بشكل واضح
	2	Oui, mais ce n'est pas trop grave	نعم، ولكن ليس بشكل خطير
	1	Un peu, mais cela ne m'inquiète pas	قليل و لكن هذا لا يقلقني
	0	Pas du tout	لا على الإطلاق

**Je ris facilement et vois le bon côté des choses**

**اضحك بسهولة و أرى الجانب الجيد للأشياء**

D	0	Autant que par le passé	بنفس القدر كما في الماضي
	1	Plus autant qu'avant	أكثر من ذي قبل
	2	Vraiment moins qu'avant	حقا اقل من ذي قبل
	3	Plus du tout	إطلاقا

**Je me fais du souci**

**لدي هموم**

A	3	Très souvent	دائما
	2	Assez souvent	غالبا
	1	Occasionnellement	أحيانا
	0	Très occasionnellement	نادرا

**Je suis de bonne humeur**

**أنا في مزاج جيد**

D	3	Jamais	أبدا
	2	Rarement	نادرا

	1	Assez souvent	غالبا
	0	La plupart du temps	معظم الأوقات
<p><b>Je ne peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e)</b>  <b>لا استطيع الجلوس بهدوء بدون فعل أي شيء ثم احس بالاسترخاء.</b></p>			
A	0	Oui, quoi qu'il arrive	نعم، مهما حدث
	1	Oui, en général	نعم، عموما
	2	Rarement	نادرا
	3	Jamais	أبدا
<p><b>J'ai l'impression de fonctionner au ralenti</b>      <b>اشعر أنني أعمل ببطء</b></p>			
D	3	Presque toujours	تقريبا بشكل دائم
	2	Très souvent	في كثير من الأحيان
	1	Parfois	أحيانا
	0	Jamais	أبدا
<p><b>J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué</b>  <b>أحس بمشاعر الخوف و معدتي معقودة</b></p>			
A	0	Jamais	أبدا
	1	Parfois	أحيانا
	2	Assez souvent	غالبا
	3	Très souvent	في كثيرا من الأحيان
<p><b>Je ne m'intéresse plus à mon apparence</b>      <b>لم اعد اهتم تماما بمظهري</b></p>			
D	3	Plus du tout	إطلاقا
	2	Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais	لا أعطي اهتماما بقدر ما ينبغي
	1	Il se peut que je n'y fasse plus autant attention	من الممكن أنني لم اعد أهتم كثيرا

0	J'y prête autant d'attention que par le passé	أولي اهتماما كبيرا كما هو الحال في الماضي	
<b>J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place</b>			
<b>لا أهدأ و لا أستطيع الاستقرار في مكاني</b>			
A	3	Oui, c'est tout à fait le cas	نعم، هذا هو الحال تماما
	2	Un peu	قليلا
	1	Assez souvent	غالبا
	0	Très souvent	في كثيرا من الأحيان

**Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses**

**أبتهج مسبقا لفكرة القيام ببعض الأشياء**

D	0	Autant qu'avant	كما من ذي قبل
	1	Un peu moins qu'avant	أقل قليلا من ذي قبل
	2	Bien moins qu'avant	أقل بكثير من ذي قبل
	3	Presque jamais	تقريبا أبدا

**J'éprouve des sensations soudaines de panique**

**اشعر بإحساسات ذعر مفاجئة**

A	3	Vraiment très souvent	في الواقع، كثيرا جدا
	2	Assez souvent	غالبا
	1	Pas très souvent	ليس كثيرا
	0	Jamais	أبدا

**Je peux prendre plaisir à un bon livre ou une bonne émission de radio ou de télévision**

**يمكنني التمتع بكتاب جيد أو حصة جيدة على الراديو أو على التلفزة**

D	0	Souvent	غالبا
	1	Parfois	أحيانا
	2	Rarement	نادرا

3	Très rarement	نادرا جدا
<b>Score total</b>		

## ملحق رقم 02

### مقياس الألكستيميا:

سلم تورنتو لتقييم الأليكستيميا 20 بند

**Instructions :** Indiquez, en utilisant la grille qui figure ci dessous, à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec chacune des affirmations qui suivent. Il suffit de mettre une croix (X) la place appropriée. Ne donnez qu'une réponse pour chaque assertion: (1) désaccord complet, (2) désaccord relatif, (3) ni accord ni désaccord, (4) accord relatif, (5) accord complet.

التعليمات: حدّد باستعمال السلم الموجود في الاسفل بأي درجة تكون موافقا أو معارضا على كل عبارة من العبارات التالية، يكفي ان تضع علامة X في المكان المناسب، لا تعطى الا اجابة واحدة لكل عبارة:

1 معارض تماما

2 معارض نسبيا

3 لست موافقا ولست معارضا

4 موافق نسبيا

5 موافق تماما

		لا يقيس	يقيس
1	Souvent, je ne vois pas très clair dans mes sentiments غالبا لا أرى مشاعري بوضوح		
2	J'ai du mal à trouver les mots qui correspondent bien à mes sentiments أجد صعوبة في إيجاد الكلمات التي تترجم مع مشاعري		
3	J'éprouve des sensations physiques que les médecins eux-mêmes ne comprennent pas. أشعر بأحاسيس جسدية لا يفهمها حتى الأطباء أنفسهم.		
4	J'arrive facilement à décrire mes sentiments أتمكن بسهولة من وصف مشاعري		
5	Je préfère analyser les problèmes plutôt que de me contenter de les décrire أفضل تحليل المشاكل على الاكتفاء بوصفها.		

6	Quand je suis bouleversé(e), je ne sais pas si je suis triste, effrayé(e) ou en colère عندما أكون متقلبا لا أدري إن كنت حزينا ،خائفا،أو غاضبا .		
7	Je suis souvent intrigué(e) par des sensations au niveau de mon corps غالبا ما أكون منشغلا بإحساسات على مستوى جسدي		
8	Je préfère simplement laisser les choses se produire plutôt que de comprendre pourquoi elles ont pris ce tour. أفضل ببساطة ترك الأشياء تحدث بدلا من فهم سبب تغييرها		
9	J'ai des sentiments que je ne suis guère capable d'identifier لدي مشاعر لا أستطيع أبدا التعرف عليها		
10	Être conscient de ses émotions est essentiel من المهم أن أكون واعيا بانفعالاتي		
11	Je trouve difficile de décrire ce que je ressens أجد أنه من الصعب وصف ما أشعر به		
12	On me dit de décrire davantage ce que je ressens يقال لي بأن أصف أكثر ما أحس به		
13	Je ne sais pas ce qui se passe à l'intérieur de moi لا أدري ما يحدث بداخلي		
14	Bien souvent, je ne sais pas pourquoi je suis en colère في أغلب الأحيان لا اعرف لما أنا غاضب		
15	Je préfère parler aux gens de leurs activités quotidiennes plutôt que de leurs sentiments. أفضل التكلم مع الناس حول أعمالهم اليومية بدلا من التحدث عن مشاعرهم.		
16	Je préfère regarder des émissions de variété plutôt que des films dramatiques. أفضل مشاهدة حصص متنوعة بدلا من البرامج الدرامية		
17	Il m'est difficile de révéler mes sentiments intimes même à mes amis très proches يصعب علي الإفصاح عن مشاعري الحميمة حتى لأقرب أصدقائي		
18	Je peux me sentir proche de quelqu'un même pendant les moments de silence. أستطيع أن أحس بأنني قريب من شخص ما حتى في أوقات الصمت		

19	Je trouve utile d'analyser mes sentiments pour résoudre mes problèmes personnels. أجد من المفيد تحليل مشاعري لأحل مشاكلي الشخصية		
20	Rechercher le sens caché des films ou des pièces de théâtre perturbe le plaisir qu'ils procurent. البحث عن المعنى الخفي للأفلام و المسرحيات يعكر اللذة التي تحدثها		

ملحق رقم (03)

الخصائص السيكومترية لمقياس الهادس:

Corrélations

		total1	klak	iktiab
total1	Corrélation de Pearson	1	,928**	,887**
	Sig. (bilatérale)		,000	,000
	N	30	30	30
klak	Corrélation de Pearson	,928**	1	,652**
	Sig. (bilatérale)	,000		,000
	N	30	30	30
iktiab	Corrélation de Pearson	,887**	,652**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	
	N	30	30	30

-ارتباط درجات عبارات المحور الأول (القلق) بالدرجة الكلية لمحور القلق:

Corrélations

		klak	q1	q3	q5	q7	q9
klak	Corrélation de Pearson	1	,382*	,681**	,608**	,719**	,650**
	Sig. (bilatérale)		,037	,000	,000	,000	,000
	N	30	30	30	30	30	30
q1	Corrélation de Pearson	,382*	1	,225	,070	,311	,042
	Sig. (bilatérale)	,037		,232	,711	,094	,824
	N	30	30	30	30	30	30
q3	Corrélation de Pearson	,681**	,225	1	,440*	,338	,383*
	Sig. (bilatérale)	,000	,232		,015	,067	,036
	N	30	30	30	30	30	30
q5	Corrélation de Pearson	,608**	,070	,440*	1	,276	,265
	Sig. (bilatérale)	,000	,711	,015		,140	,157
	N	30	30	30	30	30	30
q7	Corrélation de Pearson	,719**	,311	,338	,276	1	,508**
	Sig. (bilatérale)	,000	,094	,067	,140		,004
	N	30	30	30	30	30	30
q9	Corrélation de Pearson	,650**	,042	,383*	,265	,508**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	,824	,036	,157	,004	
	N	30	30	30	30	30	30
q11	Corrélation de Pearson	,585**	,085	,266	,400*	,196	,041
	Sig. (bilatérale)	,001	,655	,155	,028	,299	,831
	N	30	30	30	30	30	30
q13	Corrélation de Pearson	,796**	,084	,383*	,367*	,451*	,529**
	Sig. (bilatérale)						
	N						

Sig. (bilatérale)	,000	,660	,037	,046	,012	,003
N	30	30	30	30	30	30

Corrélations

		q11	q13
klak	Corrélacion de Pearson	,585	,796*
	Sig. (bilatérale)	,001	,000
	N	30	30
q1	Corrélacion de Pearson	,085*	,084
	Sig. (bilatérale)	,655	,660
	N	30	30
q3	Corrélacion de Pearson	,266**	,383
	Sig. (bilatérale)	,155	,037
	N	30	30
q5	Corrélacion de Pearson	,400**	,367
	Sig. (bilatérale)	,028	,046
	N	30	30
q7	Corrélacion de Pearson	,196**	,451
	Sig. (bilatérale)	,299	,012
	N	30	30
q9	Corrélacion de Pearson	,041**	,529
	Sig. (bilatérale)	,831	,003
	N	30	30
q11	Corrélacion de Pearson	1**	,646
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	30	30
q13	Corrélacion de Pearson	,646**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	30	30

\*. La corrélacion est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

\*\*.. La corrélacion est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

-ارتباط درجات عبارات المحور الثاني (الاكتتاب) بالدرجة الكلية لمحور الاكتتاب:

Corrélations

		iktiab	q2	q4	q6	q8	q10
iktiab	Corrélacion de Pearson	1	,738**	,088	,540**	-,007	,609**
	Sig. (bilatérale)		,000	,646	,002	,970	,000
	N	30	30	30	30	30	30
q2	Corrélacion de Pearson	,738**	1	,003	,131	-,212	,337
	Sig. (bilatérale)	,000		,989	,491	,260	,069
	N	30	30	30	30	30	30
q4	Corrélacion de Pearson	,088	,003	1	-,285	-,291	,187
	Sig. (bilatérale)	,646	,989		,126	,118	,322

	N	30	30	30	30	30	30
q6	Corrélacion de Pearson	,540**	,131	-,285	1	-,037	,437*
	Sig. (bilatérale)	,002	,491	,126		,848	,016
	N	30	30	30	30	30	30
q8	Corrélacion de Pearson	-,007	-,212	-,291	-,037	1	-,216
	Sig. (bilatérale)	,970	,260	,118	,848		,251
	N	30	30	30	30	30	30
q10	Corrélacion de Pearson	,609**	,337	,187	,437*	-,216	1
	Sig. (bilatérale)	,000	,069	,322	,016	,251	
	N	30	30	30	30	30	30
q12	Corrélacion de Pearson	,806**	,718**	,064	,207	-,126	,311
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,737	,273	,507	,094
	N	30	30	30	30	30	30
q14	Corrélacion de Pearson	,421*	,263	-,195	,350	-,280	,009
	Sig. (bilatérale)	,021	,161	,301	,058	,134	,963
	N	30	30	30	30	30	30

Corrélacions

		q12	q14
iktiab	Corrélacion de Pearson	,806	,421**
	Sig. (bilatérale)	,000	,021
q2	N	30	30
	Corrélacion de Pearson	,718**	,263
q4	Sig. (bilatérale)	,000	,161
	N	30	30
q6	Corrélacion de Pearson	,064	-,195
	Sig. (bilatérale)	,737	,301
q8	N	30	30
	Corrélacion de Pearson	,207**	,350
q10	Sig. (bilatérale)	,273	,058
	N	30	30
q12	Corrélacion de Pearson	-,126	-,280
	Sig. (bilatérale)	,507	,134
q14	N	30	30
	Corrélacion de Pearson	,311**	,009
q14	Sig. (bilatérale)	,094	,963
	N	30	30
q14	Corrélacion de Pearson	1**	,285**
	Sig. (bilatérale)		,127
q14	N	30	30
	Corrélacion de Pearson	,285*	1
q14	Sig. (bilatérale)	,127	
	N	30	30

\*\* . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

\* . La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

حساب الثبات:

حساب الثبات بطريقة ألف كرونباخ: (الدرجة الكلية للمقياس)

]

### Echelle : TOUTES LES VARIABLES

#### Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,896	3

قيمة الفا كرونباخ لبعء القلق

#### Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,757	8

قيمة الفا كرونباخ لبعء القلق

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,674	8

حساب الثبات بطريقة التطبيق وإعادة التطبيق:

تم حساب ثبات المقياس باستخدام طريقة التطبيق وإعادة التطبيق على عينة استطلاعية بفواصل زمني قدره أسبوعين، حيث بلغ معامل الثبات بين التطبيقين ( $r=0,807$ ) وهو معامل ثبات عال

#### Corrélations

		total1	total2
total1	Corrélation de Pearson	1	,807**
	Sig. (bilatérale)		,000

	N	30	30
	Corrélation de Pearson	,807**	1
total2	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	30	30

\*\* . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

## ملحق رقم (04)

### الخصائص السكومترية لمقياس التاس:

#### - ألفا كرونباخ

#### Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,729	21

- حساب الثبات بطريقة التطبيق وإعادة التطبيق: تم حساب ثبات المقياس باستخدام طريقة التطبيق وإعادة التطبيق على عينة استطلاعية بفاصل زمني قدره أسبوعين، حيث بلغ معامل الثبات بين التطبيقين (ر=0,982) وهو معامل ثبات عال

#### Corrélations

	total	total2
Corrélacion de Pearson	1	,982**
Sig. (bilatérale)		,000
N	30	30
Corrélacion de Pearson	,982**	1
Sig. (bilatérale)	,000	
N	30	30

\*\* . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

#### الصدق:

#### الاتساق الداخلي :

ارتباط كل عبارة بالدرجة الكلية للمقياس:

#### Corrélations

	q1	q2	q3	q4	q5	q6
Corrélacion de Pearson	1	,053	,400*	-,086	,415*	,285
Sig. (bilatérale)		,783	,028	,651	,023	,127
N	30	30	30	30	30	30
Corrélacion de Pearson	,053	1	,590**	,325	,415*	,455*

	Sig. (bilatérale)	,783		,001	,080	,023	,011
	N	30	30	30	30	30	30
	Corrélation de Pearson	,400 <sup>+</sup>	,590 <sup>**</sup>	1	-,097	,421 <sup>+</sup>	,479 <sup>**</sup>
q3	Sig. (bilatérale)	,028	,001		,610	,020	,007
	N	30	30	30	30	30	30
	Corrélation de Pearson	-,086	,325	-,097	1	-,087	,142
q4	Sig. (bilatérale)	,651	,080	,610		,648	,453
	N	30	30	30	30	30	30
	Corrélation de Pearson	,415 <sup>+</sup>	,415 <sup>+</sup>	,421 <sup>+</sup>	-,087	1	,657 <sup>**</sup>
q5	Sig. (bilatérale)	,023	,023	,020	,648		,000
	N	30	30	30	30	30	30
	Corrélation de Pearson	,285	,455 <sup>+</sup>	,479 <sup>**</sup>	,142	,657 <sup>**</sup>	1
q6	Sig. (bilatérale)	,127	,011	,007	,453	,000	
	N	30	30	30	30	30	30
	Corrélation de Pearson	,426 <sup>+</sup>	,130	,152	,261	,148	-,030
q7	Sig. (bilatérale)	,019	,494	,424	,163	,436	,877
	N	30	30	30	30	30	30
	Corrélation de Pearson	,275	,074	,125	,159	,277	,274
q8	Sig. (bilatérale)	,141	,696	,509	,400	,139	,143
	N	30	30	30	30	30	30
	Corrélation de Pearson	,344	-,106	,080	,066	-,002	-,288
q9	Sig. (bilatérale)	,063	,578	,676	,729	,993	,122
	N	30	30	30	30	30	30
	Corrélation de Pearson	,433 <sup>+</sup>	,049	,019	,351	,084	,053
q10	Sig. (bilatérale)	,017	,798	,921	,057	,660	,781
	N	30	30	30	30	30	30
	Corrélation de Pearson	,072	,458 <sup>+</sup>	,665 <sup>**</sup>	,034	,203	,475 <sup>**</sup>
q11	Sig. (bilatérale)	,704	,011	,000	,858	,283	,008
	N	30	30	30	30	30	30
	Corrélation de Pearson	,503 <sup>**</sup>	,083	,274	,134	,114	,057
q12	Sig. (bilatérale)	,005	,662	,143	,481	,548	,763
	N	30	30	30	30	30	30

Corrélations

		q7	q8	q9	q10	q11	q12
	Corrélation de Pearson	,426	,275	,344 <sup>+</sup>	,433	,072 <sup>+</sup>	,503
q1	Sig. (bilatérale)	,019	,141	,063	,017	,704	,005
	N	30	30	30	30	30	30
	Corrélation de Pearson	,130	,074	-,106 <sup>**</sup>	,049	,458 <sup>+</sup>	,083 <sup>+</sup>
q2	Sig. (bilatérale)	,494	,696	,578	,798	,011	,662
	N	30	30	30	30	30	30
	Corrélation de Pearson	,152 <sup>+</sup>	,125 <sup>**</sup>	,080	,019	,665 <sup>+</sup>	,274 <sup>**</sup>
q3	Sig. (bilatérale)	,424	,509	,676	,921	,000	,143
	N	30	30	30	30	30	30

ملاحق الدراسة

q4	Corrélation de Pearson	,261	,159	,066	,351	,034	,134
	Sig. (bilatérale)	,163	,400	,729	,057	,858	,481
	N	30	30	30	30	30	30
q5	Corrélation de Pearson	,148 <sup>+</sup>	,277 <sup>+</sup>	-,002 <sup>+</sup>	,084	,203	,114 <sup>**</sup>
	Sig. (bilatérale)	,436	,139	,993	,660	,283	,548
	N	30	30	30	30	30	30
q6	Corrélation de Pearson	-,030	,274 <sup>+</sup>	-,288 <sup>**</sup>	,053	,475 <sup>**</sup>	,057
	Sig. (bilatérale)	,877	,143	,122	,781	,008	,763
	N	30	30	30	30	30	30
q7	Corrélation de Pearson	1 <sup>+</sup>	,388	,390	,514	-,148	,496
	Sig. (bilatérale)		,034	,033	,004	,436	,005
	N	30	30	30	30	30	30
q8	Corrélation de Pearson	,388	1	,459	,586	,025	,637
	Sig. (bilatérale)	,034		,011	,001	,894	,000
	N	30	30	30	30	30	30
q9	Corrélation de Pearson	,390	,459	1	,450	-,016	,634
	Sig. (bilatérale)	,033	,011		,013	,932	,000
	N	30	30	30	30	30	30
q10	Corrélation de Pearson	,514 <sup>+</sup>	,586	,450	1	-,196	,766
	Sig. (bilatérale)	,004	,001	,013		,299	,000
	N	30	30	30	30	30	30
q11	Corrélation de Pearson	-,148	,025 <sup>+</sup>	-,016 <sup>**</sup>	-,196	1	-,018 <sup>**</sup>
	Sig. (bilatérale)	,436	,894	,932	,299		,927
	N	30	30	30	30	30	30
q12	Corrélation de Pearson	,496 <sup>**</sup>	,637	,634	,766	-,018	1
	Sig. (bilatérale)	,005	,000	,000	,000	,927	
	N	30	30	30	30	30	30

Corrélations

	q13	q14	q15	q16	q17	q18	
q1	Corrélation de Pearson	,077	,083	,359 <sup>+</sup>	,349	-,288 <sup>+</sup>	,289
	Sig. (bilatérale)	,687	,661	,051	,059	,123	,121
	N	30	30	30	30	30	30
q2	Corrélation de Pearson	,300	,086	-,038 <sup>**</sup>	,062	,324 <sup>+</sup>	,175 <sup>+</sup>
	Sig. (bilatérale)	,108	,652	,840	,743	,080	,355
	N	30	30	30	30	30	30
q3	Corrélation de Pearson	,167 <sup>+</sup>	,115 <sup>**</sup>	,058	,075	,080 <sup>+</sup>	,396 <sup>**</sup>
	Sig. (bilatérale)	,377	,546	,762	,694	,675	,030
	N	30	30	30	30	30	30
q4	Corrélation de Pearson	,249	,374	,215	-,030	-,134	,122
	Sig. (bilatérale)	,185	,042	,254	,877	,480	,520
	N	30	30	30	30	30	30
q5	Corrélation de Pearson	-,005 <sup>+</sup>	-,128 <sup>+</sup>	-,096 <sup>+</sup>	,239	,159	,182 <sup>**</sup>
	Sig. (bilatérale)	,979	,499	,613	,203	,401	,336
	N	30	30	30	30	30	30

## ملاحق الدراسة

	N	30	30	30	30	30	30
q6	Corrélation de Pearson	-,004	,133 <sup>*</sup>	,006 <sup>**</sup>	,546	,363 <sup>**</sup>	,179
	Sig. (bilatérale)	,982	,484	,975	,002	,049	,343
	N	30	30	30	30	30	30
q7	Corrélation de Pearson	,229 <sup>*</sup>	-,063	,353	-,103	-,353	,188
	Sig. (bilatérale)	,224	,742	,056	,588	,056	,321
	N	30	30	30	30	30	30
q8	Corrélation de Pearson	-,228	,398	,477	,180	-,097	,462
	Sig. (bilatérale)	,225	,030	,008	,342	,610	,010
	N	30	30	30	30	30	30
q9	Corrélation de Pearson	,148	,015	,366	-,092	-,380	,221
	Sig. (bilatérale)	,434	,939	,047	,628	,038	,240
	N	30	30	30	30	30	30
q10	Corrélation de Pearson	-,061 <sup>*</sup>	,418	,626	,079	-,523	,311
	Sig. (bilatérale)	,747	,022	,000	,679	,003	,095
	N	30	30	30	30	30	30
q11	Corrélation de Pearson	,096	,098 <sup>*</sup>	,011 <sup>**</sup>	,128	,280	,281 <sup>**</sup>
	Sig. (bilatérale)	,612	,607	,954	,499	,134	,132
	N	30	30	30	30	30	30
q12	Corrélation de Pearson	,060 <sup>**</sup>	,399	,567	,095	-,451	,584
	Sig. (bilatérale)	,752	,029	,001	,619	,012	,001
	N	30	30	30	30	30	30

### Corrélations

		Q19	q20	total
q1	Corrélation de Pearson	,513	,070	,593 <sup>*</sup>
	Sig. (bilatérale)	,004	,715	,001
	N	30	30	30
q2	Corrélation de Pearson	-,051	-,139	,412 <sup>**</sup>
	Sig. (bilatérale)	,790	,463	,024
	N	30	30	30
q3	Corrélation de Pearson	,014 <sup>*</sup>	-,205 <sup>**</sup>	,471
	Sig. (bilatérale)	,942	,277	,009
	N	30	30	30
q4	Corrélation de Pearson	,137	,330	,386
	Sig. (bilatérale)	,469	,075	,035
	N	30	30	30
q5	Corrélation de Pearson	,144 <sup>*</sup>	-,225 <sup>*</sup>	,383 <sup>*</sup>
	Sig. (bilatérale)	,446	,232	,037
	N	30	30	30
q6	Corrélation de Pearson	,114	-,289 <sup>*</sup>	,449 <sup>**</sup>
	Sig. (bilatérale)	,549	,122	,013
	N	30	30	30
q7	Corrélation de Pearson	,252 <sup>*</sup>	,103	,489

	Sig. (bilatérale)	,179	,588	,006
	N	30	30	30
	Corrélation de Pearson	,447	,317	,686
q8	Sig. (bilatérale)	,013	,088	,000
	N	30	30	30
	Corrélation de Pearson	,136	,495	,440
q9	Sig. (bilatérale)	,474	,005	,015
	N	30	30	30
	Corrélation de Pearson	,617 <sup>+</sup>	,275	,661
q10	Sig. (bilatérale)	,000	,141	,000
	N	30	30	30
	Corrélation de Pearson	-,161	,067 <sup>+</sup>	,305 <sup>**</sup>
q11	Sig. (bilatérale)	,396	,726	,102
	N	30	30	30
	Corrélation de Pearson	,434 <sup>**</sup>	,227	,732
q12	Sig. (bilatérale)	,017	,227	,000
	N	30	30	30

Corrélations

		q1	q2	q3	q4	q5	q6
	Corrélation de Pearson	,077	,300	,167 <sup>+</sup>	,249	-,005 <sup>+</sup>	-,004
q13	Sig. (bilatérale)	,687	,108	,377	,185	,979	,982
	N	30	30	30	30	30	30
	Corrélation de Pearson	,083	,086	,115 <sup>**</sup>	,374	-,128 <sup>+</sup>	,133 <sup>+</sup>
q14	Sig. (bilatérale)	,661	,652	,546	,042	,499	,484
	N	30	30	30	30	30	30
	Corrélation de Pearson	,359 <sup>+</sup>	-,038 <sup>**</sup>	,058	,215	-,096 <sup>+</sup>	,006 <sup>**</sup>
q15	Sig. (bilatérale)	,051	,840	,762	,254	,613	,975
	N	30	30	30	30	30	30
	Corrélation de Pearson	,349	,062	,075	-,030	,239	,546
q16	Sig. (bilatérale)	,059	,743	,694	,877	,203	,002
	N	30	30	30	30	30	30
	Corrélation de Pearson	-,288 <sup>+</sup>	,324 <sup>+</sup>	,080 <sup>+</sup>	-,134	,159	,363 <sup>**</sup>
q17	Sig. (bilatérale)	,123	,080	,675	,480	,401	,049
	N	30	30	30	30	30	30
	Corrélation de Pearson	,289	,175 <sup>+</sup>	,396 <sup>**</sup>	,122	,182 <sup>**</sup>	,179
q18	Sig. (bilatérale)	,121	,355	,030	,520	,336	,343
	N	30	30	30	30	30	30
	Corrélation de Pearson	,513 <sup>+</sup>	-,051	,014	,137	,144	,114
Q19	Sig. (bilatérale)	,004	,790	,942	,469	,446	,549
	N	30	30	30	30	30	30
	Corrélation de Pearson	,070	-,139	-,205	,330	-,225	-,289
q20	Sig. (bilatérale)	,715	,463	,277	,075	,232	,122
	N	30	30	30	30	30	30

	Corrélation de Pearson	,593	,412	,471	,386	,383	,449
total	Sig. (bilatérale)	,001	,024	,009	,035	,037	,013
	N	30	30	30	30	30	30

Corrélations

		q7	q8	q9	q10	q11	q12
q13	Corrélation de Pearson	,229	-,228	,148 <sup>*</sup>	-,061	,096 <sup>*</sup>	,060
	Sig. (bilatérale)	,224	,225	,434	,747	,612	,752
	N	30	30	30	30	30	30
q14	Corrélation de Pearson	-,063	,398	,015 <sup>**</sup>	,418	,098 <sup>*</sup>	,399 <sup>*</sup>
	Sig. (bilatérale)	,742	,030	,939	,022	,607	,029
	N	30	30	30	30	30	30
q15	Corrélation de Pearson	,353 <sup>*</sup>	,477 <sup>**</sup>	,366	,626	,011 <sup>*</sup>	,567 <sup>**</sup>
	Sig. (bilatérale)	,056	,008	,047	,000	,954	,001
	N	30	30	30	30	30	30
q16	Corrélation de Pearson	-,103	,180	-,092	,079	,128	,095
	Sig. (bilatérale)	,588	,342	,628	,679	,499	,619
	N	30	30	30	30	30	30
q17	Corrélation de Pearson	-,353 <sup>*</sup>	-,097 <sup>*</sup>	-,380 <sup>*</sup>	-,523	,280	-,451 <sup>**</sup>
	Sig. (bilatérale)	,056	,610	,038	,003	,134	,012
	N	30	30	30	30	30	30
q18	Corrélation de Pearson	,188	,462 <sup>*</sup>	,221 <sup>**</sup>	,311	,281 <sup>**</sup>	,584
	Sig. (bilatérale)	,321	,010	,240	,095	,132	,001
	N	30	30	30	30	30	30
Q19	Corrélation de Pearson	,252 <sup>*</sup>	,447	,136	,617	-,161	,434
	Sig. (bilatérale)	,179	,013	,474	,000	,396	,017
	N	30	30	30	30	30	30
q20	Corrélation de Pearson	,103	,317	,495	,275	,067	,227
	Sig. (bilatérale)	,588	,088	,005	,141	,726	,227
	N	30	30	30	30	30	30
total	Corrélation de Pearson	,489	,686	,440	,661	,305	,732
	Sig. (bilatérale)	,006	,000	,015	,000	,102	,000
	N	30	30	30	30	30	30

Corrélations

		q13	q14	q15	q16	q17	q18
q13	Corrélation de Pearson	1	-,051	,025 <sup>*</sup>	,077	,322 <sup>*</sup>	,098
	Sig. (bilatérale)		,789	,894	,686	,082	,606
	N	30	30	30	30	30	30
q14	Corrélation de Pearson	-,051	1	,428 <sup>**</sup>	,361	-,125 <sup>*</sup>	,649 <sup>*</sup>
	Sig. (bilatérale)	,789		,018	,050	,509	,000
	N	30	30	30	30	30	30
q15	Corrélation de Pearson	,025 <sup>*</sup>	,428 <sup>**</sup>	1	,278	-,412 <sup>*</sup>	,371 <sup>**</sup>
	Sig. (bilatérale)	,894	,018		,136	,024	,044

## ملاحق الدراسة

	N	30	30	30	30	30	30
q16	Corrélation de Pearson	,077	,361	,278	1	,248	,173
	Sig. (bilatérale)	,686	,050	,136		,186	,362
	N	30	30	30	30	30	30
q17	Corrélation de Pearson	,322 <sup>+</sup>	-,125 <sup>+</sup>	-,412 <sup>+</sup>	,248	1	-,129 <sup>**</sup>
	Sig. (bilatérale)	,082	,509	,024	,186		,497
	N	30	30	30	30	30	30
q18	Corrélation de Pearson	,098	,649 <sup>+</sup>	,371 <sup>**</sup>	,173	-,129 <sup>**</sup>	1
	Sig. (bilatérale)	,606	,000	,044	,362	,497	
	N	30	30	30	30	30	30
Q19	Corrélation de Pearson	-,026 <sup>+</sup>	,550	,532	,308	-,245	,469
	Sig. (bilatérale)	,893	,002	,002	,098	,192	,009
	N	30	30	30	30	30	30
q20	Corrélation de Pearson	,032	,172	,404	-,207	-,209	,237
	Sig. (bilatérale)	,865	,362	,027	,271	,267	,207
	N	30	30	30	30	30	30
total	Corrélation de Pearson	,264	,545	,613	,384	-,098	,678
	Sig. (bilatérale)	,158	,002	,000	,036	,607	,000
	N	30	30	30	30	30	30

### Corrélations

		Q19	q20	total
q13	Corrélation de Pearson	-,026	,032	,264 <sup>+</sup>
	Sig. (bilatérale)	,893	,865	,158
	N	30	30	30
q14	Corrélation de Pearson	,550	,172	,545 <sup>**</sup>
	Sig. (bilatérale)	,002	,362	,002
	N	30	30	30
q15	Corrélation de Pearson	,532 <sup>+</sup>	,404 <sup>**</sup>	,613
	Sig. (bilatérale)	,002	,027	,000
	N	30	30	30
q16	Corrélation de Pearson	,308	-,207	,384
	Sig. (bilatérale)	,098	,271	,036
	N	30	30	30
q17	Corrélation de Pearson	-,245 <sup>+</sup>	-,209 <sup>+</sup>	-,098 <sup>+</sup>
	Sig. (bilatérale)	,192	,267	,607
	N	30	30	30
q18	Corrélation de Pearson	,469	,237 <sup>+</sup>	,678 <sup>**</sup>
	Sig. (bilatérale)	,009	,207	,000
	N	30	30	30
Q19	Corrélation de Pearson	1 <sup>+</sup>	,351	,620
	Sig. (bilatérale)		,057	,000
	N	30	30	30
q20	Corrélation de Pearson	,351	1	,321

	Sig. (bilatérale)	,057		,083
	N	30	30	30
	Corrélation de Pearson	,620	,321	1
total	Sig. (bilatérale)	,000	,083	
	N	30	30	30

## ملحق رقم (05)

خاص بالفرضية الأولى: وجود إكتئاب أساسي:

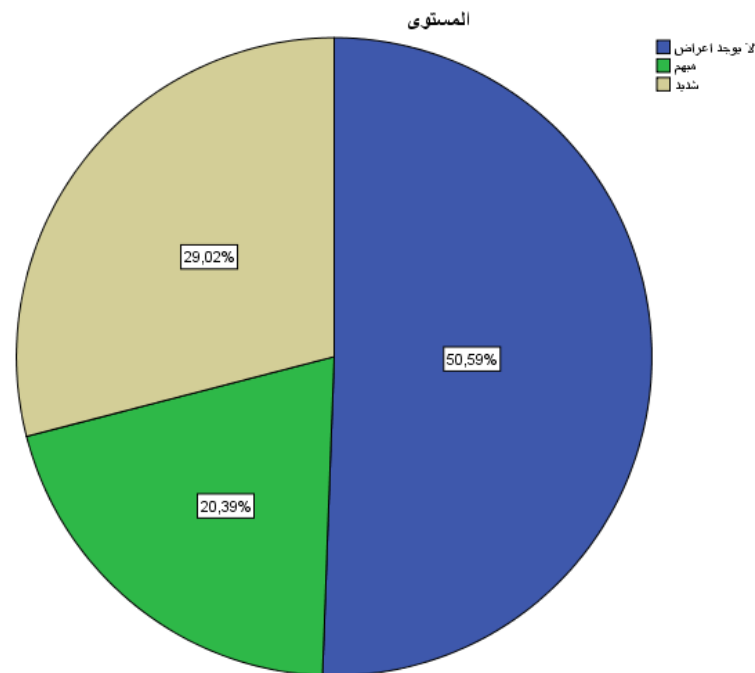
### Statistiques

المستوى

N	Valide	255
	Manquante	0

المستوى

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
لا يوجد اعراض	129	50,6	50,6	50,6
مبهم	52	20,4	20,4	71,0
شديد	74	29,0	29,0	100,0
Total	255	100,0	100,0	



## Test du Khi-deux Fréquences

المستوى			
	Effectif observé	Effectif théorique	Résidu
لا يوجد اعراض	129	85,0	44,0
مبهم	52	85,0	-33,0
شديد	74	85,0	-11,0
Total	255		

Test	
	المستوى
Khi-deux	37,012 <sup>a</sup>
ddl	2
Signification asymptotique	,000

a. 0 cellules (0,0%) ont des fréquences théoriques inférieures à 5. La fréquence théorique minimum d'une cellule est 85,0.

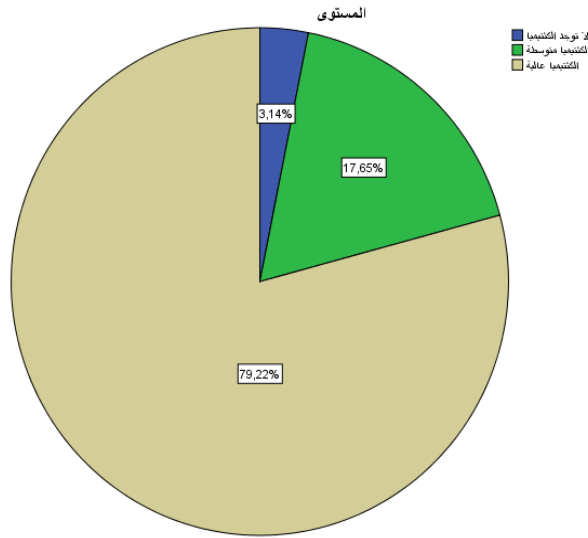
## ملحق رقم (06)

خاص بالفرضية الثانية : يظهر لدى مرضى السرطان نشاط عقلي يتميز بوجود الألكستيميا.

### Statistiques

المستوى		
N	Valide	255
	Manquante	0

المستوى				
	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
لا توجد الكنتيميا	8	3,1	3,1	3,1
الكنتيميا متوسطة	45	17,6	17,6	20,8
الكنتيميا عالية	202	79,2	79,2	100,0
Total	255	100,0	100,0	



## ملحق رقم 07

خاص بالفرضية الثالثة: توجد فروق بين منخفضي ومرتفعي الاكتئاب في درجات الالكستيميا لدى أفراد عينة الدراسة.

### Statistiques de groupe

مرتفعي ومنخفضي الاكتئاب	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
منخفضي الاكتئاب=لاكتئاب الاساسي اليكسيتيميا	129	67,1318	13,16801	1,15938
مرتفعي الاكتئاب= شديد	74	70,9595	12,44213	1,44637

### Test d'échantillons indépendants

	Test de Levene sur l'égalité des variances		Test-t pour égalité des moyennes	
	F	Sig.	t	ddl
Hypothèse de variances égales اليكسيتيميا	,166	,684	-2,033	201
Hypothèse de variances inégales			-2,065	159,413

ملحق رقم 08

خاص بالفرضية الرابعة: توجد فروق في درجات الاكتئاب لدى مرضى السرطان الذين لديهم فترة قصيرة من معرفة المرض تقل عن 6 أشهر، وبين الأشخاص الذين شخص لديهم المرض أكثر من 6 أشهر.

Test-t

Statistiques de groupe

المدة	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
أقل من 6 أشهر	98	18,11	7,914	,799
أكثر من 6 أشهر	156	16,97	6,861	,549

Test d'échantillons indépendants

	Test de Levene sur l'égalité des variances		Test-t pour égalité des moyennes	
	F	Sig.	t	Ddl
Hypothèse de variances égales	1,698	,194	1,212	252
Hypothèse de variances inégales			1,173	184,474

Test d'échantillons indépendants

	Test-t pour égalité des moyennes			
	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Différence écart-type	Intervalle de confiance 95% de la différence
				Inférieure
Hypothèse de variances égales	,227	1,138	,939	-,711
Hypothèse de variances inégales	,242	1,138	,970	-,776

Test d'échantillons indépendants

	Test-t pour égalité des moyennes	
	Intervalle de confiance 95% de la différence	
	Supérieure	
Hypothèse de variances égales	2,987	

Hypothèse de variances inégales	3,052
---------------------------------	-------

### ملحق جدول رقم 09

خاص بالفرضية الخامسة -توجد فروق في درجات الاكستيميا لدى المرضى الذين لديهم فترة قصيرة من معرفة المرض تقل عن 6 أشهر، وبين الاشخاص الذين شخص لديهم المرض أكثر من 6 أشهر.

#### Statistiques de groupe

المدة	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
أقل من 6 أشهر	98	66,85	12,263	1,239
أكثر من 6 أشهر	157	68,53	13,089	1,045

#### Test d'échantillons indépendants

	Test de Levene sur l'égalité des variances		Test-t pour égalité des moyennes	
	F	Sig.	t	ddl
Hypothèse de variances égales	1,736	,189	-1,022	253
Hypothèse de variances inégales			-1,038	216,074

#### Test d'échantillons indépendants

	Test-t pour égalité des moyennes			
	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Différence écart-type	Intervalle de confiance 95% de la différence
				Inférieure
Hypothèse de variances égales	,308	-1,682	1,645	-4,922
Hypothèse de variances inégales	,301	-1,682	1,620	-4,876

#### Test d'échantillons indépendants

Test-t pour égalité des moyennes
----------------------------------

		Intervalle de confiance 95% de la différence
		Supérieure
الناس	Hypothèse de variances égales	1,558
	Hypothèse de variances inégales	1,512

تناولت الدراسة اشكالية داء السرطان كداء سيكوسوماتي، حيث برزت العديد من المقاربات و النظريات التي تفسر هذا الداء على أساس العوامل النفسية في احداثه ، اما الدراسات الاخرى فقد ذهبت للبحث عن بروفييل مشترك يهيبى للاصابة بهذا الداء لكن هذا الطرح السيكوسوماتي وجد معارضة كبيرة و للتأكد من ذلك، ذهبنا للبحث عن طبيعة النشاط العقلي الذي يعيشه الفرد، انطلاقا من أن المرضى السيكوسوماتين يعيشون نشاط عقلي خاص من بين هذا النشاط العقلي ظهور مكانيزمي الاكتئاب الاساسي و الالكستيميا.

و على هذا الاساس طرحنا التساؤل التالي : هل يظهر لدى مرضى السرطان نشاط عقلي يتميز بسيادة الاكتئاب الاساسي و الالكستيميا؟.

و لتحقيق الاهداف الدراسية اعتمدنا على مقياس الهادس HADS Hospital Anxiety-Depression Scale (HADS) لقياس الاكتئاب و الحصر كما اعتمدنا على مقياس التاس Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) لقياس الالكستيميا على عينة عشوائية تكونت من 255 حالة.

فاسفرت النتائج على مايلي:

- يظهر لدى مرضى السرطان نشاط عقلي يتميز بسيادة الاكتئاب الاساسي وهي قيمة دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة ألفا ( $\alpha=0.01$ )

- يظهر لدى مرضى السرطان نشاط عقلي يتميز بسيادة الالكستيميا وهي قيمة دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة ألفا ( $\alpha=0.01$ )

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات مرتفعي الاكتئاب (الشديد) ومنعدمي الاكتئاب (الاكتئاب الأساسي) في درجات الالكستيميا لدى مرضى السرطان لصالح مرتفعي الاكتئاب وهي دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة ألفا ( $\alpha=0.05$ )

- لا توجد فروق في درجات الاكتئاب لدى مرضى السرطان الذين لديهم فترة قصيرة من معرفة المرض تقل عن 6 أشهر، وبين الاشخاص الذين شخص لديهم المرض أكثر من 6 أشهر.

- لا توجد فروق في درجات الالكستيميا لدى مرضى السرطان الذين لديهم فترة قصيرة من معرفة المرض تقل عن 6 أشهر، وبين الاشخاص الذين شخص لديهم المرض أكثر من 6 أشهر.

الكلمات المفتاحية: النشاط العقلي، الاكتئاب الاساسي، الالكستيميا، السرطان.

## Abstract:

The study addresses the problematic of cancer as a psychosomatic Disease. There are many approaches and theories explaining the disease on the basis of psychological factors. Also, other studies have gone to look for a common profile predisposing the contract of this disease. But this psychosomatic approach found considerable opposition. So, to make sure of that, we went to look for the nature of mental activity of individuals on the basis that psychosomatic patients are living a special mental function characterized by the emergence of essential depression and alexithymia.

On this basis, we raised the following question: Do a special mental activity appear in cancer patients which is characterized mostly by essential depression and alexithymia?

So, to achieve the academic goals, we relied on the HADS scale (Hospital Anxiety-Depression Scale) to measure depression and Anxiety. We also relied on TAS scale (Toronto Alexithymia Scale) (TAS-20) to measure alexithymia in a random population of 255 patients.

The findings resulted in the following:

-A special mental activity appears in cancer patients which is characterized mostly by essential depression and it is statistically significant ( $\alpha=0.01$ )

-A special mental activity appears in cancer patients which is characterized mostly by alexithymia and it is statistically significant ( $\alpha=0.01$ )

-There is a statistically significant differences between Severe depression (classical depression) and low depression (Essential depression) in cancer patients in favor for those who have severe depression. It is statistically significant in the level of ( $\alpha=0.05$ )

-There is not a statistically significant difference in the frequency of depression between cancer patients who had a short period of knowledge of the disease, less than 6 months and those who had more than 6 months.

-There is not a statistically significant difference in the frequency of alexithymia between cancer patients who had a short period of knowledge of the disease, less than 6 months and those who had more than 6 months.

Keywords: Mental function, Essential depression, alexithymia, Cancer.