جامعة يحي فارس – المدية-

كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية

قسم العلوم الاجتماعية

تخصص : علم النفس العيادي

التكتم الانفعالي لدى النساء المتزوجات المصابات بداء السكري

(دراسة عيادية ل03 حالات)

مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماستر تخصص علم النفس

إعداد الطالبة:

- مروة سي موسى .

إشراف الأستاذة :

- ا.د/ سميرة مرداس.

السنة الجامعية

2023/2022


بسم الله الرحمن الرحيم
١٤٣٨



شكر و تقدير

الحمد والشكر لله تعالى الذي وفقني لإتمام هذا العمل العلمي المتواضع، كما يسعدني أن أتقدم بالشكر الجزيل إلى الأستاذة التي شرفتني بمرافقتها للإشراف على هذا البحث.

الأستاذة "**سميرة مرداس**" التي منحتني فرصة البحث مع توجيهاتها الدقيقة وفهمها العميق لما ينبغي أن يكون عليه البحث في علم النفس العيادي، فإليها ندين بالشكر ونعترف بالجميل.

مع الشكر لأعضاء لجنة المناقشة لتشريفهم لنا بمناقشة هذا البحث، دون أن ننسى بشكر كل أساتذة كلية العلوم الاجتماعية.

ولا يفوتني من هذا المقام أن أتقدم بالشكر إلى من سأهم في انجاز هذا العمل منه الأخصائية النفسية "حفيظة بسكري" والأستاذة "أمينة بلحاج"

فشكرا جزيلا لهم....



إهداء



أحمدك ربي على ما تفضلت به علي من واسع فضلك ورحمتك و أسئلك ربي بعزتك وجلالك أن تتقبل مني هذا العمل خالصا لوجهك الكريم.

إلى أمي قرة عيني وبهجة قلبي التي رافقتني بدعواتها سرا وجهرا، إلى رمز العطاء والوفاء ودعمي في هذه الحياة أبي، أطال الله في عمرهما.

إلى إخوتي وأخواتي.

إلى بنت أختي العزيزة ورفيقة دربي وئام.

إلى صديقاتي رانية وملاك .

إلى كل أساتذتي الكرام و أخص بالذكر "ا.**د. سميرة مرداس**".

و إلى كل من ساعدني من قريب أو بعيد في إتمام هذا العمل .

إلى كل هؤلاء أهدي هذا الجهد العلمي.


الفهرس

الفهرس :

الشكر

الإهداء

ملخص الدراسة

مقدمة ..... أ

الفصل الأول : الإطار العام للدراسة

1- الإشكالية 1

2-فرضيات الدراسة 3

3-أهداف الدراسة 3

4-أهمية الدراسة 4

5- التحديد الإجرائي لمفاهيم الدراسة 4

6-الدراسات السابقة 5

7-التعقيب على الدراسات السابقة 10

الفصل الثاني : التكتم الإنفعالي

تمهيد 13

1- لمحة حول نشأة التكتم الانفعالي(ALEXITHYMIA) 14

2- مفهوم التكتم الانفعالي 16

3- أسباب التكتم الانفعالي(الألكسيثميا) 17

4- مكونات التكتم الانفعالي (الألكسيثيميا)..... 18
5- مميزات التكتم الانفعالي: (ALEXITHYMIA) 18
6- أعراض الألكسيثيميا..... 19
7-أنواع التكتم الانفعالي..... 20
8- النظريات المفسرة للتكتم الانفعالي 22
9- المظهر الاكلينيكي للتكتم الانفعالي 25
10- أدوات قياس الألكسيثيميا..... 26
11- الألكسيثيميا والاضطرابات والمشكلات النفسية والجسمية 28
12- العلاج النفسي للتكتم الانفعالي 28
خلاصة الفصل 31

الفصل الثالث : داء السكري

تمهيد 34
1- نشأة داء السكري..... 35
2- مفهوم داء السكري 37
3- أسباب مرض السكري: 38
4- أعراض داء السكري 40
5- تشخيص داء السكري..... 42
6-المراحل التى يمر بها مريض السكري..... 42
7- تصنيفات داء السكري 43

8-الخصائص النفسية لمريض داء السكري 45
9- الاضطرابات النفسية وعلاقتها بداء السكري..... 46
10- التفسير السيكوسوماتي لداء السكري و شخصية المصاب به..... 49
11- علاج داء السكري والتكفل النفسي..... 50
خلاصة الفصل 53

الفصل الرابع : الإجراءات المنهجية للدراسة

تمهيد 57
1-الدراسة الاستطلاعية..... 58
2- منهج الدراسة..... 58
3- حدود الدراسة..... 59
4- مجموعة الدراسة 60
5- أدوات الدراسة 61
خلاصة الفصل 65

الفصل الخامس : عرض الحالات و مناقشة الفرضيات

عرض الحالات 68
1-عرض الحالة الأولى 68
1-2- عرض الحالة الثانية..... 71
1-3- عرض الحالة الثالثة..... 74
2- عرض نتائج مقياس تورنتو للالكسيثيميا لحالات الدراسة..... 77
3- مناقشة الفرضيات..... 78

4- الاستنتاج العام 82
5- الاقتراحات 84
قائمة المراجع..... 86
الملاحق..... 93

قائمة الجداول

قائمة الجداول :

رقم الجدول	عنوان الجدول	الصفحة
01	تصنيف التكتم الانفعالي على اساس التاريخ الاسري.	21
02	خصائص مجموعة البحث.	60
03	ابعاد الالكسيثيميا وارقام العبارات التي تدل عليها.	63
04	نتائج مقياس تورنتو للالكسيثيميا لحالات الدراسة.	77

الملخص

عنوان الدراسة: التكتم الانفعالي لدى النساء المصابات بداء السكري.

هدفت الدراسة الحالية إلى التعرف على التكتم الانفعالي لدى النساء المصابات بداء السكري، انقسمت الدراسة إلى جانبين : جانب نظري يحتوي على ثلاث فصول: الأول يعرض الإطار العام للدراسة والثاني يتعلق بالتكتم الانفعالي (الالكسيثيميا) والثالث حول داء السكري، أما الجانب التطبيقي فقد ضم فصل الإجراءات المنهجية وفصل عرض الحالات ومناقشة الفرضيات.

خصت الدراسة مجموعة البحث التي تكونت من (03) حالات من النساء المصابات بداء السكري منهم حالتين مصابات بداء السكري من النوع الأول، وحالة مصابة بداء السكري من النوع الثاني. اعتمدنا على المنهج الاكلينيكي القائم على دراسة الحالة، كما تم تطبيق مقياس تورنتو للتكتم الانفعالي (Tas-20) لمعرفة مستوى التكتم الانفعالي، وتم استخدام المقابلة النصف موجهة من اجل جمع اكبر قدر من المعلومات عن الحالات.

فيما يخص الفرضية العامة التي تنص على أن النساء المصابات بداء السكري يعانون من التكتم الانفعالي، فقد تحققت مع جميع حالات الدراسة،وقد تحققت الفرضية الجزئية الأولى التي تنص على انه تعاني النساء المصابات بداء السكري من النوع الأول من تكتم انفعالي مرتفع مع حالة "ف"، أما بالنسبة للحالة "د" لم تتحقق الفرضية حيث أظهرت النتائج أنها تعاني من تكتم انفعالي متوسط. وبالنسبة للفرضية الجزئية الثانية التي تنص على انه تعاني النساء المصابات بداء السكري من النوع الثاني من تكتم انفعالي منخفض، لم تتحقق مع الحالة "ب" وأظهرت أنها تعاني من تكتم انفعالي مرتفع.

The summary :

Study title: alexithymia in diabetic women.

The current study aimed to identify alexithymia in women with diabetes.

The study was divided into two parts: a theoretical part containing three chapters: the first presents the general framework of the study, the second is related to alexithymia, and the third is about diabetes mellitus.

The study singled out the research group consisting of (03) cases of diabetic women, two of whom had type 1 diabetes, and one with type 2 diabetes. We relied on the clinical approach based on the case study, and the Toronto alexithymia scale (Tas-20) was applied to know the level of emotional secrecy, and the half-guided interview was used in order to collect the largest amount of information on the cases.

With regard to the general hypothesis, which states that women with diabetes suffer from alexithymia, it was achieved with all the study cases, and the first partial hypothesis, which states that women with type 1 diabetes suffer from high alexithymia with status "F", was fulfilled. As for case "D", the hypothesis was not fulfilled, as the results showed that she suffers from moderate alexithymia. As for the second partial hypothesis, which states that women with type 2 diabetes suffer from low alexithymia, case B did not show that she suffers from high alexithymia.


مقدمة

مقدمة :

تلعب الانفعالات دورا هاما في صحتنا النفسية والجسدية، وتعد من عوامل بناء العلاقات الاجتماعية، فالفرد يصعب عليه التكيف دون التواصل مع الآخرين، فالوعي بالانفعالات والمشاعر هو دليل على الكفاءة الوجدانية الاجتماعية والمهنية للفرد.

يقابله صعوبة التعرف على المشاعر أو الالكسيثيميا، التي تعد حالة وجدانية تعكس عجز الفرد على إدراك و تفسير المواقف المثيرة للانفعال مما ينتج عنه استجابة انفعالية مشوشة، وتعرف أيضا أنها سمة وجدانية ومعرفية للشخصية التي تفتقر إلى الوعي بالانفعالات ، حيث يعاني الشخص المصاب بالألكسيثيميا من صعوبة في وصف مشاعره الذاتية، بالإضافة إلى صعوبة في تحديد انفعالات الآخرين ونقص في القدرة على التعاطف مع الآخرين، مما يؤدي إلى الكبت وافتقار الاستمتاع بالحياة ومحدودية العلاقات الاجتماعية، إضافة إلى الفقر في الهوامات والتصورات والتفكير الموجه نحو الخارج.

وهناك العديد من الاضطرابات السيكوسوماتية التي تم ربطها بالانفعالات واعتبرت عامل مفجر لها، حيث تطور الاهتمام بالاضطرابات السيكوسوماتية الكلاسيكية، وذلك نتيجة للملاحظات الإكلينيكية على المرضى الذين يعانون من الاضطرابات الجسدية ذات المنشأ النفسي، حيث لوحظ أن الأفراد الألكسيثيميون يتميزون بصعوبة التعبير، والتمييز بين الانفعالات والإحساسات الجسدية مع صعوبة وصفها، وبالتالي تؤدي إلى استجابة فيزيولوحية مرضية، إذ توصلت بعض الدراسات إلى أن انتشار خصائص الالكسيثيميا يكون مرتفع خاصة في الاضطرابات النفس جسدية.

فالفرد معرض إلى العديد من الضغوط التي تستدعي الانفعالات، والتي تمس الجانب النفسي والجسدي لديه، ومن ثم ظهور عدة أمراض سيكوسوماتية نذكر منها داء السكري الذي يعد من أمراض العصر التي أصبحت واسعة الانتشار لدى مختلف الفئات العمرية، فهو مرض مزمن يتميز بارتفاع مستوى السكري في الدم بنسبة أعلى من المستوى الطبيعي.

عرف داء السكري انتشارا واسعا بين النساء، وكل امرأة مصابة به لديها آلية نفسية خاصة تواجه بها ما تعيشه مع هذه التجربة، بما تحمله من آلام جسمية ونفسية، فقد لا تستطيع التعبير عنها لاعتبارات عديدة ومختلفة.

وقد تناولت الدراسة الحالية التكتم الانفعالي لدى النساء المصابات بداء السكري دراسة عيادية لثلاث حالات، حيث قسمت الدراسة إلى جانبين وهما الجانب النظري، والجانب التطبيقي، يحتوي الجانب النظري على ثلاث فصول وهي، فصل خاص بالإطار النظري للدراسة، ويضم إشكالية الدراسة وفرضياتها، وأهمية وأهداف الدراسة، تحديد مفاهيم الدراسة، والدراسات السابقة والتعقيب عليها.

والفصل الثاني تمحور تحت عنوان " التكتم الانفعالي" (الالكسيثيميا)، وتم التطرق إلى مختلف الجوانب التي تخص التكتم الانفعالي من مفهوم و لمحة حول نشأة التكتم الانفعالي، أسباب التكتم الانفعالي و مكوناته، مميزات التكتم الانفعالي، أعراض التكتم الانفعالي وأنواعه، المظهر الإكلينيكي للتكتم الانفعالي، أدوات التكتم الانفعالي، الالكسيثيميا والاضطرابات النفسية والجسمية، العلاج النفسي للتكتم الانفعالي.

الفصل الثالث يخص داء السكري، حيث تناولنا فيه نشأة الاهتمام بداء السكري وتعريفه، أسباب داء السكري، أعراض داء السكري والمراحل التي يمر بها، تصنيفات داء السكري، الخصائص النفسية لمريض داء السكري، الاضطرابات النفسية وعلاقتها بداء السكري، والتفسير السيكوسوماتي لداء السكري وشخصية المصاب به، وفي الأخير علاج داء السكري و التكفل النفسي.

الفصل الرابع خصص للإجراءات المنهجية للدراسة، المتمثلة في الدراسة الاستطلاعية، والمنهج المتبع، حدود الدراسة، مجموعة الدراسة، أدوات الدراسة.

الفصل الخامس خصص لعرض وتحليل ومناقشة وتفسير نتائج الدراسة، واستنتاج بأهم ما جاء في الدراسة، ليختم الفصل ببعض الاقتراحات المتعلقة بموضوع الدراسة.


الجانب النظري



الفصل الأول
الإطار العام للدراسة

الفصل الأول : الإطار العام للدراسة

1- الإشكالية .

2- فرضيات الدراسة .

3- أهداف الدراسة .

4- أهمية الدراسة .

5- تحديد المفاهيم الأساسية للدراسة .

6- الدراسات السابقة .

7- التعقيب على الدراسات السابقة .

1- الإشكالية:

يمر الإنسان بمراحل عديدة ينتقل فيها من وضع إلى أخر يتأثر بها وتؤثر فيه إما بالإيجاب أو السلب، فبطبيعته يعتبر الإنسان وحدة متكاملة من مختلف الجوانب النفسية و الجسمية، فأي إصابة أو مرض يتعرض له أي عضو من أعضاء الجسم يؤثر على الحياة النفسية والعكس. باعتبار أن العلاقة بين النفس والجسد علاقة تفاعلية، لذلك تلعب الأمراض النفسية دورا أساسيا في ظهور العديد من الأعراض الجسدية، هذا ما ينتج عنه الأمراض السيكوسوماتية، ومن أهمها مرض السكري الذي عرف انتشارا واسعا في مجتمعنا، وهو حالة مزمنة ناتجة عن عجز الجسم من استخدام الأنسولين بشكل طبيعي أو عدم قدرة البنكرياس على إنتاج الأنسولين، وهذا الأخير يعتبر كمعدل للجلوكوز الموجود في الدم من خلال التحكم فيه وضبطه.

وعرفت "**منظمة الصحة العالمية**" **(2013)** مرض السكري، بأنه مرض مزمن يحدث عندما يعجز البنكرياس عن إنتاج الأنسولين بكمية كافية، أو عندما يعجز الجسم عن الاستخدام الفعال للأنسولين الذي ينتجه.

(رامي طشطوش محمد القشار، 133:2007).

قد أوضحت إحصائيات" الإتحاد العالمي لجمعيات مرضى السكري" إصابة 286 مليون شخص بالمرض في جميع أنحاء العالم، أي مايقارب 7% من سكان العالم.أما في الجزائر، يعتبر مرض السكري من أهم الأمراض المزمنة كما بينته وزارة الصحة والمعهد الوطني للصحة العمومية من حيث النسبة والتكاليف، إذ أكدت دراسات المنظمة العالمية وترقباتها لعام **(2025)** أن الجزائر ستصنف ضمن الدول التي سوف يطؤها خطرا كبيرا جراء مرض السكري.

(ريبوح، مقروس،2021 : 03)

وهنا لابد الإشارة إلى أن هناك **نوعين** من داء السكري: **النوع الأول** الذي يعتمد على الأنسولين، والذي ينتشر أكثر عند الأطفال والشباب بسبب العوامل الوراثية و الالتهابات الفيروسية و الخلل في الجهاز المناعي. أما **النوع الثاني:** فهو غير معتمد على الأنسولين، والذي ترجع الإصابة به إلى السمنة المفرطة او تعرض الفرد للانفعالات و الاضطرابات النفسية الحادة، التي تسبب خللا في التمثيل الغذائي للغلوكوز وهو النوع الأكثر انتشارا مقارنة بالنوع الأول.

(محمد شقير ،2002 : 25)

أكدت العديد من الدراسات على وجود علاقة بين ارتفاع ضغط الدم وبين بعض الصعوبات العاطفية. ومنها دراسة **كوتوريي** و **لوميني (couturien et lunrinet 2014)** ، التى اهتمت بدراسة الالكسيثيميا لدى الافراد المصابين بارتفاع ضغط الدم، و التي خلصت إلى ان افراد العينة لديهم ميل للتعبير عن مشاعرهم عن طريق الأحاسيس الجسدية، و كذلك صعوبات في التعبير عن الحالات العاطفية و الانفعالية بطريقة محددة و متمايزة ، بالاضافة إلى تقدير بعض الصعوبات المتعلقة بالتفكير العملي.

فيمكن القول ان معظم الاضطرابات السيكوسوماتية ناتجة عن الضغوطات و المشاكل التي يتعرض لها الفرد نتيجة لاسباب صحية و نفسية وفيزيولوجية، و بيئية تتراكم لتحدث خلل يمس الفرد على جميع المستويات.

تعد الانفعالات من أهم العوامل التي تساعد الفرد على بناء علاقات اجتماعية، و بالتالي التكيف نفسيا و اجتماعيا، ومن المواضيع التي اهتم الباحثون بدراستها حديثا و التي تمس الجانب الانفعالي هي ظاهرة **التكتم الانفعالي** او مايسمى **(Alexithymia)** ويعرفه **زفيش (1989) z fish** ،على انه حالة تقيد القدرة على التمييز و التعبير عن المشاعر، الحالات العاطفية الوجدانية و تنخفض لدى المتكتم الالكشيمي القدرة على التخيل وعلى الحلم، حيث تنمو القابلية للتفكير بطريقة عملياتية opèratoire غير رمزية، مما يؤدي إلى انخفاض صلته بالعوامل الحقيقية المؤثرة في جهازه النفسي ويعجز التمييز بين حالاته الانفعالية وبين الإحساسات الجسدية، وهو يسبب تكتمه ويعبر عن ضيقه النفسي من خلال عوارض جسدية.

(زين العابدين 2016 :35)

فالأشخاص الذين يعانون من عجز في التعبير الانفعالي لديهم صعوبات ذاتية و اجتماعية، قد تؤثر على قدراتهم في التعامل مع الآخرين و قدرتهم على التواصل الفعال، و هذا يؤدي إلى اضطراب السلوك الانفعالي، فالوعي بالانفعالات يعد أساسي في تحقيق التوافق النفسي والاجتماعي للفرد، يشير **ألدو** ورفقائه **(2010)** أن الصعوبة في معالجة وضبط العمليات الانفعالية تتوافق مع طائفة واسعة من المشكلات النفسية والعقلية، وتشير الأبحاث إلى وجود علاقة بين الألكسيثيميا والعديد من الاضطرابات.

(علي داود، 2016 :415)

ويشير الواقع البحثي في مجال التكتم الانفعالي إلى عدم وجود إحصائية دولية موثقة تؤكد مدى انتشار التكتم الانفعالي على الصعيد العالمي، ولكن هذا لايعني عدم وجود دراسات مست مجتمعات معينة كدراسة مدى انتشار التكتم الانفعالي في المجتمع العام الفرنسي سنة (1995) ، حيث تمثلت عينة الدراسة في طلاب الجامعة و الأشخاص الاصحاء (183 وتوصلو إلى وجود التكتم الانفعالي يتراوح مابين 17.5 إلى 23).

(زين العابدين 2016 : 36)

إذن يمكن القول ان التكتم الانفعالي هو حالة تصيب الافراد خاصة فئة النساء، حيث يصبح غير قادر على وصف مشاعره وحالته الانفعالية ولايستطيع التمييز بين حالاته الانفعالية وأحاسيسه الجسدية، وذلك بسبب تكتمه فيعبر عن ضيقه النفسي من خلال اعراض جسمية، وتظهر بنسبة كبيرة عند النساء .

وبناءا على ماسبق نطرح التساؤل العام التالي:

-هل تعاني النساء المصابات بداء السكري من التكتم الانفعالي ؟

يتفرع من هذا السؤال العام الأسئلة الفرعية التالية:

- هل النساء المصابات بداء السكري من النوع الأول تعانين من تكتم انفعالي مرتفع ؟

- هل النساء المصابات بداء السكري من النوع الثاني تعانين من تكتم انفعالي منخفض؟

2-فرضيات الدراسة:

للإجابة على هذه التساؤلات تم اقتراح الفرضيات التالية:

1-تعاني النساء المصابات بداء السكري من التكتم الانفعالي.

2-تعاني النساء المصابات بداء السكري من النوع الأول من تكتم انفعالي مرتفع.

3-تعاني النساء المصابات بداء السكري من النوع الثاني من تكتم انفعالي منخفض.

3- أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية إلى محاولة إلقاء الضوء على ظاهرة التكتم الانفعالي لدى النساء المصابات بداء السكري من خلال:

- الكشف عن مدى معاناة النساء المصابات بداء السكري من التكتم الانفعالي.
- التعرف على نوع وطبيعة التكتم الانفعالي لدى فئة النساء المصابات بداء السكري .
- الكشف عن مستوى التكتم الانفعالي لدى النساء المصابات بداء السكري من النوع الأول.
- الكشف عن مستوى التكتم الانفعالي لدى النساء المصابات بداء السكري من النوع الثاني.
- إثراء البحث العلمي في مجال التكتم الانفعالي لدى النساء المصابات بداء السكري.

4- أهمية الدراسة:

حيوية الموضوع و الظاهرة التي يتم التعامل معها وهي ظاهرة التكتم الانفعالي لدى النساء المصابات بداء السكري، جعلتنا نسلط الضوء على فئة النساء اللواتي تتراوح أعمارهم مابين 43سنة إلى 55سنة لمعرفة مستوى التكتم لديهن .

فالتكتم الانفعالي عامل ينبهنا لعدة مشاكل مستقبلية قد يعاني منها الفرد، أيضا تتجلى أهمية الدراسة في حداثة الظاهرة، وهي ظاهرة التكتم الانفعالي الذي بدأت الدراسات عليه في القرن العشرين. كما تسمح هذه الدراسة بفتح المجال لدراسات أخرى من خلال طرح متغيرات أخرى في تصميم الموضوع و تزويد الطلاب بمعلومات حول التكتم الانفعالي عند النساء المصابات بداء السكري.

5- التحديد الإجرائي لمفاهيم الدراسة:

سنتناول في دراستنا المفاهيم الإجرائية لكل من : التكتم الانفعالي وداء السكري.

5-1- مفهوم التكتم الانفعالي :

التعريف الاصطلاحي :

هو سمة في الشخصية ذات خصائص وجدانية ومعرفية ،تتميز بصعوبة تحديد ووصف المشاعر والانفعالات مع نمط معرفي يتميز بتوجه خارجي.**(علي داود،2016: 419)**.

التعريف الإجرائي :

حسب الدراسة الحالية فالتكتم الانفعالي هو نسبة أو الدرجة المتحصل عليها، اثر تطبيق مقياس تورنتو للتكتم الانفعالي (الاكسثيميا) على عينة من مرضى مستشفى محمد بوضياف.

5-2-مفهوم داء السكري:

التعريف الاصطلاحي:

مرض السكر يتضمن حدوث خطأ في تمثيل الكربوهيدرات بسبب نقص أو غياب الأنسولين ،الذي تفرزه جزر لانجرهانز في البنكرياس، ونتيجة لذلك فإن الجسم لا يستطيع استخدام السكر بشكل طبيعي، والسكر كما هو معروف مصدر الطاقة للجسم.

(نور الهدى محمد الجاموس، 2004 : 31)

التعريف الإجرائي :

يعرف داء السكري في الدراسة الحالية انه مرض مزمن، يحدث اثر خلل في عمل البنكرياس فتختل نسبة الأنسولين في الدم وتظهر على الفرد أعراض فيزيولوجية.

6-الدراسات السابقة:

تستعرض الباحثة هذه الدراسات السابقة، والتي ترى أنها تتضمن بعض جوانب الدراسة الحالية تم التعقيب عليها.

6-1-الدراسات العربية :

- **دراسة بدوية محمد سعد رضوان (2015):** بعنوان الألكسيثيميا وعلاقتها بالمناخ الأسري والقلق الاجتماعي لدى مجموعة من المراهقين الصغار ذوي صعوبات التعلم بالمعاهد الأزهرية، وهدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن علاقة الألكسيثيميا بالمناخ الأسري والقلق الاجتماعي لدى مجموعة من المراهقين الصغار ذوي صعوبات التعلم، استخدم الباحث المنهج الوصفي الإرتباطي المقارن لتحقيق أهداف البحث، وقد تكون عدد المشاركين في البحث من (164) من تلاميذ وتلميذات الصف الثاني الإعدادي، (85) ذكرا و(79) أنثى من المراهقين الصغار ذوي صعوبات التعلم والذي تراوحت أعمارهم من (12) إلى (14) سنة، وتم تصميم مقياس المناخ الأسري وحساب خصائصه السيكومترية لكل من اختيار القدرة

العقلية، ومقياس تقدير الخصائص السلوكية لذوي صعوبات التعلم، ومقياس الألكسيثيميا، ومقياس القلق الاجتماعي، وانتهت النتائج إلى:

- وجود إرتباطات سالبة دالة إحصائيا بين الألكسينيميا والمناخ الأسري.
- وجود إرتباطات موجبة دالة إحصائية بين الألكسينيميا والقلق الاجتماعي.
- كما أظهرت النتائج أن الإناث أكثر معاناة من إضطرابات الألكسينيميا عن الذكور.

- **دراسة هاشم إبراهيم وآلاء الغويري (2018):** بعنوان الألكسينيميا وعلاقتها بالسمنة لدى الإناث في الأردن، هدفت الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين الألكسينيميا والسمنة لدى الإناث في الأردن وإستخدام الباحث المنهج الوصفي لملائمته طبيعة الدراسة، اشتملت عينة الدراسة على (326) أنثى مصابة بالألكسيثيميا حسب مقياس (Tas-20) موزعين على فئات عمرية من (18-24) و(25-34) و(35-44) سنة، وتم قياس كل من الوزن والطول للعينة لحساب مؤشر كتلة الجسم للعينة لقياش إنتشار السمنة، وأظهرت النتائج ما يلي:

- نسبة إنتشار السمنة (78،5 %) من العينة والوزن الزائد (17،8%)
- عدم وجود ظروف في إنتشار الألكسيثيميا وذلك لصالح مؤشر كتلة الجسم الأعلى.

- **دراسة زوبيري رزيقة (2018):** بعنوان العلاقة بين التكتم الانفعالي و التفكير الانتحاري، تهدف الدراسة الحالية إلى معرفة العلاقة بين التكتم الانفعالي والتفكير الانتحاري لدى عينة من طلبة جامعة " قاصدي مرباح ورقلة " ،ومعرفة الفروق باختلاف الجنس والسن ونوعية الإقامة ،وتم استعمال المنهج الوصفي الارتباطي، وقد استعملت في هذه الدراسة أداتين لقياس متغيري الدراسة ،تمثلت **الأداة الأولى** في مقياس التكتم الانفعالي(**Alexthymia (Tas- 20**) من إعداد **تايلور (1992)** وتعريب **زاغر حنان (2014)** ، **والأداة الثانية**، هي مقياس التفكير الانتحاري **لبشير معمرية (2006)**) تم تطبيقهما على عينة الدراسة الأساسية والتي قدرت ب (300) طالبا وطالبة جامعية ، تتراوح أعمارهم بين (18) إلى (35) سنة باختلاف الجنس (ذكور /إناث)،الإقامة(داخلي /خارجي). وعن طريق برنامج " spss " تمت معالجة الفرضيات، ما أسفر عن النتائج التالية:

-توجد علاقة ارتباطية بين التكتم الانفعالي والتفكير الانتحاري لدى عينة من طلبة جامعة قاصدي مرباح ورقلة.

-لا توجد فروق في درجة التكتم الانفعالي لدى عينة من طلبة الجامعة باختلاف الجنس.

-توجد فروق في درجة التكتم الانفعالي لدى عينة من طلبة الجامعة باختلاف السن (18-23) (24-35).

-لا توجد فروق في درجة التكتم الانفعالي لدى عينة من طلبة الجامعة باختلاف نوع الإقامة (داخلي /خارجي).

- **دراسة بن هلال ناريمان (2019):** بعنوان مستوى الألكسيثيميا لدى المراهقات المصابات بالسمنة، دراسة عيادية لثلاث حالات بمدينة بسكرة، تهدف هذه الدراسة إلى البحث عن مستوى الألكيسثيميا، واعتمدت هذه الدراسة على المنهج العيادي، بإستخدام تقنية دراسة الحالة، كما تم تطبيق المقابلة العيادية النصف الموجهة، ومقياس تورنتو للألكسينميا (Tas-20) على ثلاث حالات من المرافقات المصابات بالسمنة بولاية بسكرة.

وتوصلت هذه الدراسة إلى نتيجة أن الحالات الثلاث لديهن مستوى ألكسيثيميا مرتفع.

- **دراسة شريف، جميلة وخلفي، عبد الحليم (2021):** بعنوان علاقة التكتم بالتوافق الزواجي للمصابين بالسكري ، دراسة ميدانية بمدينة " برج بوعريريج " تهدف الد راسة لبحث العلاقة بين التكتم بالتوافق الزواجي لدى عينة من الأزواج المصابين بالسكري في مدينة برج بوعريريج، وباستخدام المنهج الوصفي الإرتباطي واختيار عينة قصدية قوامها84 (84) زوج مصاب بالسكري، وبالإستعانة بكل من مقياس الأليكسيثيميا **لباجيبي** وزملاؤه **(1994)** ومقياس التوافق الزواجي **لجارهام سبانييه،** وعن طريق برنامج " spss "تمت معالجة الفرضيات، ما أسفر عن النتائج التالية:

-مستوى التكتم لدى الأزواج في مدينة " برج بوعريريج " ضعيف.

-مستوى التوافق الزواجي لدى الأزواج في مدينة برج بوعريريج مرتفع.

-توجد علاقة ارتباطية عكسية دالة إحصائيا عند مستوى 0,01 بين التكتم والتوافق الزواجي.

-لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في التكتم والتوافق الزواجي بين الأزواج حسب الجنس.

تمت مناقشة النتائج المتوصل إليها في ظل الدراسات السابقة المتاحة وواقع العينة المدروسة.

-**دراسة بوشوشة مريم (2021)** : بعنوان الالكسيثيميا لدى المرضى المزمنين(ارتفاع ضغط الدم - داء السكري من النمط الثاني) توصلت هذه الدراسة إلى النتائج التالية :

- المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم يظهرون درجات أعلى في الالكسيثيميا مقارنة بالمرضى المصابين بداء السكري من النمط الثاني والأفراد غير المرضى.

– المرضى المصابين بداء السكري من النمط الثاني يظهرون درجات أعلى في الالكسيثيميا مقارنة بغير المرضى (الأصحاء).

– لا يوجد فروق ذات دلالة احصائية في درجات الالكسيثيميا لدى المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم تعزى لمتغير الجنس والسن ، في حين توجد فروق ذات دلالة إحصائية لدى أفراد العينة في درجات الالكسيثيميا تعزى لمتغير المستوى التعليمي ومدة المرض .

– يوجد فروق ذات دلالة احصائية في درجات الالكسيثيميا لدى المرضى المصابين بداء السكري من النمط الثاني تعزى لمتغير الجنس (الاناث) ،السن ومدة المرض، في حين لاتوجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات الالكسيثيميا تعزى لمتغير المستوى التعليمي.

6-2-الدراسات المتعلقة بمتغير داء السكري:

-دراسة بن يحى خولة (2017) : بعنوان داء السكري وعلاقته بالإكتئاب، دراسة ميدانية بالمؤسسة الإستشفائية للصحة الجوارية مركز السكري حياة (300) مسكن المسيلة. وهدفت هذه الدراسة إلى إكتشاف ما يمكن أن يخلفه مرض السكر على الشخص المريض، واعتمدوا في الدراسة الميدانية على إستمارة بيانات مريض السكري مكونة من (السن، الجنس، المستوى الاقتصادي والتعليمي، وكذا نوع العلاج، مدة الإصابة بالمرض).

بالإضافة إلى قائمة **هاملتون** للإكتئاب المكونة من 21 بند. وقاموا بإستخدام أساليب إحصائية لحساب تلك الدرجات وانتهت النتائج إلى:

– الإكتئاب يكون بدرجة منخفضة لدى مرضى السكري.

– لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط درجات الإكتئاب لدى مرضى السكري تبعا للجنس.

– توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط درجات الإكتئاب لدى مرضى السكري تبعا لمتغير السن.

– لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط درجات الإكتئاب لدى مرضى السكري تبعا لمتغير مدة الإصابة.

– **دراسة جعفر سارة (2018):** بعنوان التوافق الزواجي لدى المرأة المصابة بداء السكري، دراسة عيادية لأربعة حالات في ولاية بسكرة، هدفت الدراسة إلى توضيح مستوى التوافق الزواجي لدى النساء المتزوجات المصابات بداء السكري، اعتمدت هذه الدراسة على 04 حالات من النساء المتزوجات

مصابات بالسكري مستخدمين المنهج العيادي وكل من المقابلة نصف موجهة، مع تطبيق مقياس التوافق الزواجي **لزهية مسعودي** وانتهت نتائج الدراسة بأن مستوى التوافق الزواجي لدى النساء المتزوجات المصابات بداء السكري مرتفع.

6-3- الدراسات الأجنبية:

- **دراسة إيزا جوبري (Eizaguire، 2004):** عن الألكسيثيميا وعلاقتها بالقلق والإكتئاب لدى مرضى إضطرابات الأكل، ولتحقيق هذا تم تطبيق مقياس تورنتو لألكسيثيميا، ومقياس بيك للإكتئاب، ومقياس القلق بإستخدام التقرير الذاتي على مجموعة مكونة من (194) أنثى من مرضى إضطرابات الأكل، مقسمة على (25) ممن يعانين من الفهم العصابي مع وجود نمط تقلصي، و(44) من الفهم العصابي مع وجود نمط شرهي، و(82) ممن يعانين اضطراب الشره العصابي، كما تضمنت (43) أنثى كعينة ضابطة، وقد أشارت النتائج إلى أن مرضى اضطرابات الطعام لديهن درجات مرتفعة من الألكسيثمياعن العينة الضابطة، ولكن بعد تثبيت عوامل الإكتئاب والقلق اختفت الفروق بين المجموعات حيث ارتبط الإكتئاب والقلق إيجابيا بمتغير الألكسيثيميا.

- **دراسة ميولر وألبيرس (Muellert Alpers، 2006):** بعنوان الكشف عن الحساسية للقلق والألكسيثيميا لدى مرضى الإضطرابات النفسجسمية، ولتحقيق ذلك تم تطبيق مقياس **تورنتو** للألكسيثيميا ومقياس الحساسية للقلق على مجموعة تكونت من (204) مريضا من مرضى الإضطرابات النفسجسمية، وإلى جانب هذا تم تحليل الدرجات على الألكسيثيميا ومقارنتها لدى مجموعتين من المفحوصين، إحداهما تعاني من درجة مرتفعة على مقياس الحساسية للقلق، والأخرى حصلت على درجة منخفضة في الألكسيثيميا، وقد أوضحت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعتي الدراسة في متغير الألكسيثيميا لصالح المجموعة الأولى، كما تبين وجود علاقة إرتباطية موجبة ودالة بين كل من الحساسية للقلق و الألكسيثيميا.

- **دراسة ألي وآخرون (Ali et al/2009):** هدفت إلى معرفة العلاقة بين الإكتئاب والسكري، لدى عينة من مرضى السكري الآسيويين والأوروبيين البالغ عددهم (6230 شخصا)، وخلصت نتائج الدراسة أن الأشخاص الذين يعانون من مرض السكري من النوع الثاني، توجد لديهم عوامل خطورة للإكتئاب منها: العمر، و إرتباك المريض بالعديد من التعقيدات، وأظهرت النتائج أيضا أن الأوروبيين البيض تكيفوا مع الإكتئاب أكثر من الجنوب الآسيويين.

-دارسة التي أجراها سيلينجر و بيرينسي (2013) Hintistan,Cilingir et Birinci: على سمة الالكسيثيميا لدى المسنين المصابين بداء السكري بتركيا، والتي تكونت العينة من (120) مسنا، توصلت بان (75%) منهم لديهم مستويات مرتفعة من الالكسيثيميا،حيث لديهم صعوبات في وصف وتحديد مشاعرهم، إضافة إلى أساليب تفكير موجهة نحو الخارج.

اثبت وجود علاقة دالة بين خصائص الالكسيثيميا لدى هذه العينة ومدة الإصابة بالمرض، حيث تؤثر هذه الأخيرة على الحياة اليومية و الانفعالات، ويحتاج المرضى إلى وقت ليتعلموا التكيف مع المرض و التعامل معه.

7- التعقيب على الدراسات السابقة:

*** أوجه الإستفادة:**

من خلال عرض الدراسات السابقة التي لها علاقة بالمتغيرات، وحسب علم الباحثة لا توجد دراسة جمعت المتغيرين معا حيث استفادت الباحثة من:

- صياغة مشكلة الدراسة وفرضياتها.
- اختيار أدوات الدراسة والمنهج المناسبين.
- الإعتماد على خلفيتها النظرية للمساعدة في إنجاز بحثنا.

*** من حيث العينة:**

- اختلفت الدراسات من حيث العينة حسب السن والحالة الاجتماعية (عزباء، متزوجة) ونوع مرض السكري ونوع التكتم الإنفعالي والمدة.
- توجد دراسة كانت عينة البحث صغيرة كدراسة بن هلال ناريمان 2019 (دراسة عيادية)، ودراسات وصفية كدراسة شريف جميلة وخلفي، عبد الحليم (2021) تناولت 84 حالة، ودراسة زوبيري رزيقة 300 حالة، ودراسة ألي وآخرون قدرت ب 6230 حالة.

*** من حيث المنهج:**

تنوعت واختلفت الدراسات من حيث المنهج، وهناك من اتبع المنهج الوصفي كدراسة زوبيري رزيقة، ودراسة شريف، جميلة وخلفي عبد الحليم، ودراسة هاشم إبراهيم. وهناك من اعتمد على منهج العيادي (دراسة حالة) كدراسة بن هلال ناريمان، ودراسة جعفر سارة.

الفصل الثاني

التكتم الإنفعالي Alexithymia

تمهيد:

1- لمحة حول نشأة التكتم الانفعالي.

2- مفهوم التكتم الانفعالي.

3-أسباب التكتم الانفعالي.

4- مكونات التكتم الانفعالي.

5- مميزات التكتم الانفعالي.

6-أعراض التكتم الانفعالي.

7-أنواع التكتم الانفعالي.

8- النظريات المفسرة للتكتم الانفعالي.

9- المظهر الاكلينيكي للتكتم الانفعالي.

10-أدوات قياس التكتم الانفعالي.

11-الألكسيثيميا والاضطرابات النفسية والجسمية.

12- العلاج النفسي للتكتم الانفعالي.

خلاصة.

تمهيد:

يعتبر التكتم الانفعالي أحد المشكلات الحديثة والتي لها علاقة مع العديد من المشكلات والاضطرابات النفس جسدية فالتكتم الانفعالي يجعل الفرد غير قادر عن التعبير عن أحاسيسه ومشاعره ومما يؤدي إلى ضعف العلاقات الاجتماعية وبالتالي تعرقل تأقلمه النفسي والجسدي والاجتماعي.

إذن سوف نتطرق في هذا الفصل إلى لمحة حول نشأة التكتم الانفعالي ومفهومه وأسبابه ومكوناته وإبراز مميزات التكتل الانفعالي، وأعراضه وأهم أنواعه إضافة إلى النظريات المفسرة للتكتم الانفعالي والمظهر الاكلينيكي للتكتم الانفعالي وأدوات قياسه وفي الأخير سوف نتطرق إلى الألكسيثيميا والاضطرابات النفسية والجسمية وصولا إلى الطرق العلاجية للتخفيف من التكتم الانفعالي والقضاء عليه.

1- لمحة حول نشأة التكتم الانفعالي(ALEXITHYMIA) :

شهد ظهور التكتم الانفعالي **(ALEXITHYMIA)**، عدة مراحل بدأت منتصف **(1900**)وحسب **ألسكندر (1943)**، كانت الأمراض السبعة التالية تصنف على أنها نفسية جسدية: الربو القصبي، مرض جريفز، ارتفاع ضغط الدم الأساسي، قرحة الأنثي عشر، والتهاب الأمعاء أو التهاب المفاصل، والتهاب القولون التقرحي، ومع التطلع إلى شرح الصراع عن نفسي الديناميكي المحدد الذي يميز الأفراد الذين يعانون من هذه الأمراض النفسية الجسدية، أدت إلى ظهور معضلة العقل والجسم وما بعدها توسيع مفهوم المرض النفسي الجسدي.

ومنه توصل **رويست (1948)** ، بأنهم مصابون بالطعولة الشخصية، أي أن هؤلاء المرضى كانوا غير ناضجين من حيث الافتقار للتعبير عن الذات، واقتران التوتر المفرط دون تعبير، كأن يؤدي إلى التوتر المزمن، وبعدها قدم ماكلين **(1949)** ، مصطلح "**الدماغ الحشوي**" لوصف ميل الأفراد والمصابين بأمراض نفسية إلى نقص القدرة على تحديد ووصف مشاعرهم وانفعالاتهم عن طريق التعبير اللفظي.

وقبل إدخال مصطلح **(ALEXITHYMIA)**، نشر**SIFNEOS** مع زميله**NEMIAH** تحليل المقابلات مع المرضى الذين يعانون من أمراض نفسية جسدية، وجدوا أنهم غير مبالين بالعواطف أو عدم القدرة على النطق اللفظي لمشاعرهم التي كانوا يعانون منها، والحياة الخيالية الفقيرة، واعادة سرد مفصلة لأفعالهم الخاصة والأحداث في بيئتهم، استنادا إلى هذه الدراسات كان يعتقد أن التكتم نمطا شائعا بالمرضى النفسيين.

(MAX KARUKIVI ,2011 :15)

وكان **سيفينوس (SIFINEOS)** و**نيماه (NEMIAH)** مهتمون بإيجاد طرق جديدة لعلاج هؤلاء المرضى لأنه غالبا ما كأن هناك نقص في الاستجابة للعلاج النفسي الديناميكي.

وفي**(1980)**، وضعت **مالكدوغال** مزيد في التفسيرات النفسية للتكتم الانفعالي **(ALEXITHYMIA)**، ربطه ببعض الاضطرابات في العلاقة بين الأم والطفل. ذكرت أن الوضع غير قادرين على تحديد أو التعبير عن مشاعرهم اللفظية، يجب أن يتم فهمهم، وأن بعض المشاعر الغاضبة

في مرحلة ما والتي هاجمت بقوة شعور الفرد من النزاهة والهوية، أدت إلى رفض كل المشاعر من الوعي، ومن هنا يؤدي الإهمال المبكر وعدم كفاية الترابط، أو عدم قدره الأم على التعرف على التعبيرات الانفعالية للطفل أو تمييزها إلى الأليكسثيميا.

(MAXKARUKIVI ,2011 :15)

والتكتم الانفعالي أو الأكسيثميا تعتبر من المفاهيم الحديثة في علم النفس، حيث لم يبدأ الاهتمام بها في التسعينات، ويعد **سفينيوس (SIFNEOS) (1973)** ، أول من استخدم مصطلح الألكسثيميا والتي تعني حرفيا نقص أو غياب كلمات نصف المشاعر، وهي مأخوذة من اليونانية حيث تعني:

A:تعني نقص / غياب.

LEXIS: تعني الكلمات.

THYMIA: تعني المشاعر.

وتعبر على اضطراب في الأداء الانفعالي والمعرفي وعدم القدرة على وصف المشاعر بالكلمات.

(JASON THOMPSON)

وانتشرت بعد ذلك في نهاية القرن العشرين، وتم نقلها للغة العربية من طرف **الشربيني(SHERNIN , 2001)** وعربها بمصطلح اللاوصفية وعرفها بأنها عدم القدرة أو صعوبة الوصف للعواطف والانفعال أو عدم المعرفة بالمشاعر الداخلية. والألكسيثميا اليوم لا تعتبر مرض حتى أنها لا تعتبر أحد الاضطرابات النفسية بل تصنف كواحدة من السمات الشخصية التي تتفاوت شدتها بين من يتصفون بها وتكمن خطورتها بأن الأفراد المصابين بها ترتفع لديهم احتمالات الإصابة بأنواع مختلفة من الأمراض النفسية والبدنية.

(ابراهيم الغويري، 201:2018)

وأثبتت الدراسات أنا لأليكسيثيميا تكون مرتفعة عند من يعانون من اضطرابات الأكل، الهلع،فقدان الشهية العصبي، الشره المرضي، التوحد انفصام الشخصية وجنبا إلى جنب مع اضطرابات الشخصية.

(laeren, 2003 :825)

2- مفهوم التكتم الانفعالي:

ترجع كلمة في أصولها اللاتينية إلى ثلاثة مقاطع **(a)** وتعني فقدان ، **(lexi)** وتعني كلمة، **(thymia)** وتعني مشاعر ،أي أنها تشير إلى فقدان الكلام المعبر عن المشاعر.

(هدى سلمى مطير، 2009 : 06)

ويعد **sifneos** عام **(1972)** أول من تناول مفهوم الأليكسيثيميا وذلك من خلال ملاحظاته لبعض مرضى الاضطرابات السيكوسوماتية حيث تبين أنه تسود لديهم حاله من صعوبة القدرة على تحديد ووصف مشاعرهم للآخرين ونقص القدرة على استخدام الكلمات أو الرموز في التعبير عن المشاعر.

(sifneos,2000 :113)

وحسب معجم مصطلحات الطب النفسية مصطلح الأليكسيثيميا يرادف عجز التعبير اللاوصفية وتعرف بأنها:

العجز عن التعبير وعدم القدرة أو صعوبة الوصل للعواطف والانفعال اتأو عدم الدراية بالمشاعر الداخلية.

(الشربيني لطفي، 2001 : 7)

وعرفت **(alexithymia)** في معجم علم النفس **larousse:** هي صعوبة المقدرة والاستطاعة في التحديد والتعبير عن الانفعالات.

(henriettebloch et al,2003 :41)

وتعرف بأنها: اضطراب وظيفي في بعض الوظائف المعرفية الوجدانية، وتظهر في تدني القدرة على استخدام الكلمات والتعبيرات اللفظية المناسبة في وصف المشاعر والأحاسيس التي تجيش بداخل الفرد للآخرين، والقدرة على تحديد المشاعر الشخصية والتمييز بينها وبين الأحاسيس البدنية المرافقة، ونقص التخيل ونمط التفكير ذا التوجيه الخارجي.

(sifneos,1973:257)

فقد عرفها (marchesi.2015):

على أنها بناء متعدد الأبعاد يتميز بالخيال الفقير في الحياة ،مع صعوبة في التعبير أو تسميه المشاعر، وصعوبة التمييز ما بين الأحاسيس الجسدية والمشاعر والانشغال بالأحداث الخارجية. وتعتبر الألكسيثيميا عامل خطر لتطوير العديد من الاضطرابات النفسية مثل اضطرابات الأكل الهلع الإكتئاب الشديد.

(marchesi,2015 :30)

وبأنها: قصور في القدرة على التلفظ بالمشاعر، والتمييز بين الحالات الانفعالية المختلفة، ومحدودية السعة بالتخيلية.

(thomas etal,1992:564)

عرفها (meirav etal.2014) :

أن لألكسيثيميا هي ضعف القدرة على التعبير عن المشاعر، وصعوبة وصف وتحديد المشاعر الذاتية، وصعوبة التمييز بين المشاعر والأحاسيس الجسدية، مع الشعور المستمر بالقلق والضغط العصبي وعدم الشعور بالسعادة أو الرضا، كما تعرف ب "أمية المشاعر".

وهي عبارة عن خلل في المعالجة المعرفية للمشاعر وخلل في تنظيم الوجدان يتضمن عدم قدرة الفرد على التعرف على المشاعر أو التعبير عنها مع صعوبة تمييزه بين المشاعر النفسية والأحاسيس الجسدية الناتجين من الاستشارة الوجدانية.

(أحمد غنيم، 2017: 775)

3- أسباب التكتم الانفعالي(الألكسيثميا):

أشارت دراسة **أحمد عبد الخالق وحياة البناء (2014)** ،إلى أن العجز في التعبير عن المشاعر يرجع إلى وجود انفصال وظيفي بين الجهاز الطرفي في المخ، والقشرة الجديدة وخاصة المراكز الخاصة بالكلام أو اللغة، وهناك من يرى أن الأشخاص الذين يعانون من صعوبة التعرف على المشاعر ،لم يتعلموا التعبير عن انفعالاتهم لفظيا وذلك بسبب اضطراب شديد في التطور النفسي الاجتماعي منذ

وقت مبكر، أو بسبب بعض الجوانب المرضية في وظائف المخ أو نتيجة خلل في التواصل بين نصفي المخ.

(دسوقي مكي، 2016: 776)

4- مكونات التكتم الانفعالي (الألكسيثيميا):

يتكون مفهوم صعوبة التعرف على المشاعر من ثلاث عوامل أو مكونات رئيسية هي:

4-1-صعوبة تحديد الأحاسيس (difficulty identifying feeling):

يشير هذا المكون إلى النقص كفاءة الشخص في تحديد أحاسيسه، والغالب على هذه الأحاسيس كونها أعراض جسمية يغيب عنها قدرة معرفية تعطي معنى لهذا الإحساس الذي تتم خبرته عبر الجسد.

4-2-صعوبة وصف الأحاسيس (difficulty describing feelings):

يشير هذا المكون إلى النقص الكفاءة فيما يتعلق بالتعبير اللغوي عن الأحاسيس، ويعود ذلك إلى هيمنة النشاط العصبي الفيزيولوجي على الاستجابات بالانفصال عن النظام المعرفي، والذي يشمل المخططات حيث يوجد بداخلها، الترميز التخيلي التي تعطي الوصف والمسميات للأحاسيس.

4-3 -التفكير المتوجه نحو الخارج (fxternally – oriented thinking):

يشير هذا المكون إلى نقص الكفاءة التأملية لدى الشخص وبالتالي يتوجه تفكيره للخارج لنقص كفاءته في تحديد ووصف أحاسيسه.

(زين العابدين، 2016 : 35 – 36)

5- مميزات التكتم الانفعالي: (alexithymia).

نجد أن التكتم الانفعالي يتميز بمجموعة من المميزات تتمثل فيما يلي:

1- صعوبة تحديد ومميزات العواطف من الأحاسيس الجسدية.

2- صعوبة في وسط العواطف والتلفظ بها ويحاول التغيير الحديث عن مشاعره.

3- ثقل الحياة الخيالية.

4- أسلوب التفكير الخارجي فهو يعاني من خلل في العمليات التصورية وعجز المخيلة الوجدانية المرتبطة بالصور والذكريات.

5- سوء التعاطف.

6- غياب التجربة العاطفية.

(jlansen et al ,2003 :434)

7- يجد صعوبة في تحديد الحالة الانفعالية للآخرين وتبعا لذلك نجد أن هؤلاء الأشخاص لديهم قصور في القدرة على التعاطف مع الآخرين، ويشير أن **(decety and jacksan.2004)** أن الشخص حتى يكون قادرا على التعاطف لابد أن تكون لديه القدرة العاطفية للاستجابة للآخرين والقدرة المعرفية على فهم مدركات الآخرين ووجهات نظرهم، وآلية تنظيمية لتتبع مشاعر الذات والآخرين.

(علي داوود، 416:2016)

6- أعراض الألكسيثيميا:

لخص تايلور **(taylor)** سنة **(1997)** أعراض اضطراب الألكسيثيميا في ما يلي:

6-1-صعوبة الفرد في تحديد مشاعره: فهو لا يمتلك القدرة على التمييز بين المشاعر الانفعالية من حزن، فرح، غضب،...إلخ، ولا يستطيع تحديدها.

6-2-صعوبة الفرد في وصف مشاعره: فهو لا يمتلك القدرة على التعبير عن مشاعره لفظيا ويحاول تغيير الحديث عن مشاعره.

6-3-يفتقر الفرد القدرة على الخيال والتخيل: فهو يعاني من خلل في العمليات التصورية وعجز المخيلة الوجدانية المرتبطة بالصور والذكريات.

6-4- يتميز تفكير الفرد بارتباطه بالعالم الخارجي له (الظروف الخارجية): فهو يستطيع التكيف مع العالم المادي، مصاحب تفكير تقليدي ومساير.

(ابراهيم الغويري، 2018: 210)

7-أنواع التكتم الانفعالي:

يمكن تحديد نوعين من صعوبة التعرف على المشاعر الألكسيثيميا وهي الألكسيثيميا الأولية و الألكسيثيميا الثانوية.

7-1 الألكسيثيميا الأولية:

يعتبر **freyberger (1977)** ، أول من ميز بين الألكسيثيميا الأولية والثانوية، فالأولية تؤدي إلى اضطرابات سيكوسوماتيكية كعامل استعدادي، فهناك عجز في الأحاسيس والمشاعر وليس في الانفعالات، حيث يكون خلل في الجهاز اللمبي والقشرة الدماغية ،فاللحاء القشري لا يستطيع أن يعطي صورة خيالية والتفكير الذي تستعمله اللغة من أجل التعبير، فتؤدي إلى استجابات غير متكيفة وغير مألوفة لتلك الموارد في جزء من الألكسيثيميا، فحسب **سيفينوس sifneos**الألكسيثيميا تنشأ من عوامل جينية وراثية وهذا ما وجده عند توأم حقيقي.

فالألكسيثيميا 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 الألكسيثيميا والأشخاص العاديين أثناء الاتصال الذي يحدث بين نصفي الكرة المخية.

فحسب **(guilbaud)** أن الألكسيثيميا الأولية راجعة إلى اضطرابات التقمص أو المشاركة الوجدانية.

(gerard pirlot,2014.75)

7-2 الألكسيثيميا الثانوية:

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

فموريس كوركس (maurice corcos،2011) ، يرى أنها لا تظهر فقط لدى مرضى الاضطرابات النفسية الجسدية و إنما أيضا لدى الأفراد الذين يعانون من الضغوط التالية للصدمة

(ptsd) ، والأشخاص المدمنين على المخدرات والكحول المزمن، والأشخاص الذين لديهم قهم عقلي والشراهة و السكوباتين والحالات الحدية.

فهي رد فعل دفاعي ضد التعرف على الانفعالات وتؤدي إلى تطور وحدة المرض، فقد لاحظها **فريبرجر (frey berger.1977)** لدى الأشخاص الذين يعانون من قصور كلوي وأيضا لدى الأشخاص الذين تم زرع لهم أعضاء ،فأقرأن هذه الألكسيثيميا مرتبطة بصدمة انفعالية مصحوبة بميكانيزمات ودفاع خاصة منها الإنكار، الذي يحسن من المعاش الصعب للمريض .

(maurice.gerard.2011.26)

وفيما يلي جدول يوضح تصنيف التكتم الانفعالي على أساس التاريخ الأسري.

جدول رقم (01):

التصنيف / التاريخ الأسري	التكتم الانفعالي الأساسي	التكتم الانفعالي الثانوي	التكتم الانفعالي العضوي
المسببات المرضية	وراثية، عائلية	صدمات	صدمة تؤثر على الأوعية الدماغية أو تؤدي إلى أضرار دماغية
بداية ظهورها	بداية مبكرة	بداية متأخرة وترتبط بأمراض مزمنة سرطان، السكري، باركنسون ..إلخ	بداية مبكرة أو متأخرة ترتبط بتلف في الدماغ مناطق معالجة الانفعال العاطفي.
استجابتها للعلاج	تفاوت في العلاج النفسي	تستجيب إلى حد ما لعلاج النفسي أو الدوائي أو المعاملة الأفضل	تستجيب للعلاج الدوائي أو المعاملة الأفضل

(زوبيري رزيقة، 2018 :19)

لاحظنا من خلال الجدول الأعلى، أن كل نوع من أنواع التكتم الانفعالي يختلف عن الآخر وذلك حسب المسببان المرضية وبداية ظهورها واستجابتها للعلاج، وخلصنا إلى أن التكتم الانفعالي الأساسي، هو الأكثر تعقيدا من ناحية الاستجابة العلاجية وهذا راجع إلى بداية ظهورها المبكر وتجذرها في الشخصية، ويأتي بعده التكتم الانفعالي الثانوي أقل تعقيدا، ويليه التكتم الانفعالي العضوي.

8- النظريات المفسرة للتكتم الانفعالي:

أهم النظريات التي تطرقت إلى التكتم الانفعالي هي:

8-1-النظرية البيولوجية: على الرغم من أن الألكسيثيميا هي سمة شخصية مستقلة عن الأمراض السريرية، فقد تم الابلاغ عن ارتفاع معدل الإصابة الألكسيثيميا في العديد من الحالات الطبية والاضطرابات النفسية مثل، الربو وارتفاع ضغط الدم والالم المزمن على وجه الخصوص وتعتبر عنصرا أساسيا مرتبطا بالعملية النفسية الجسمية، وتلعب دورا في الأسباب العصبية للمرض الجسدي، وتوصلت الدراسات إلى أن الألكسيثيميا ترتبط بـ:

- عامل اختظار طويل الأمد للاختلالات في الجهاز العصبي اللاإرادي والنظام العصبي الصدري.

- ضعف المناعة.

- زيادة مستويات الراحة (منشط) أو نشاط القلب والأوعية الدموية خلال الجهاز العصبي اللاإرادي ونظام الغدد الصماء العصبي.

(kano,fukudo :2013)

كما قد يكون التكتم الانفعالي **(alexithymia)** نتيجة لاتصالات خاطئة بين الجهاز الحوفي، والقشرة المخية الحديثة، وأن النظام الحوفي إلى حد كبير مسؤول عن الأداء العاطفي ونظام القشرة المخية مسؤول عن اللغة وبضرورة التعطيل بينها بين النظامين من شأنه أن يؤدي إلى صعوبات في الفهم والتعبير عن العواطف.

(louisq,2012 :21)

فالمشاعر الذاتية هي نتاج لنظام مستقل في المعالجة الانفعالية الأساسية والمفتاح الرئيسي في هذا النظام الخاص بانفعالات الخوف والغضب، وهو اللوزة **(amygdalai)** ،التي هي جزء من اللحاء الأمامي، الذي يقوم بتقدير الدلالة الوجدانية للمثيرات البيئية الداخلية والخارجية، التي يواجهها الفرد وتؤدي به إلى التفكير والتخيل والتذكر.

ومن هنا نستنتج أن تمثيل العواطف عن طريقة الكلمات والخيال والتأهل يكون من خلال ممرات اللوزة اللحائية والفشل في نقل المعلومات الوجدانية من النصف الأيمن للمخ إلى النصف الأيسر يمكن أن يسهم في مرض فيزيولوجي يصاحبه الألكسيثيميا.

(العراقي صلاح ، 2006 : 204)

8-2-النظريةالتحليلية:

يعد علماء التحليل النفسي، من الأوائل الذين لاحظوا مرضأهم المصابين بالأمراض السيكوسوماتيكية، حيث يجدون صعوبات بالغة في التعبير عن انفعالاتهم بطريقة لفظية كما أن لديهم نقص في التمثيلات الرمزية، ومن ثم فإنهم يلجؤون إلى ترجمة مشاعرهم بدنيا.

ويرجع التحليليون الألكسيثيميا إلى أنها آليه دفاعية ضد فرط الاستشارة الطاقوية المتعلقة بالجانب العاطفي ،أي عدم القدرة على ربط التمثيلية بالعاطفة، حيث يكون هذا الدفاع غير مرتبط بالجانب الذهني، بمعنى ليس الشكل النهائي لإلغاء الجانب النفسي كليا، وليس الاستثمار المضاد المتعلق بالعصاب والمكبوتات.

ليستعمل الفرد الذي يعاني من الألكسيثيميا الإنكار، والإنشطار فيظهر في خطابه وسلوكه جمود، وصورة فارغة وكأنه شاشة بيضاء. هذه الدفاعات تتغلب على ميكانزيم الكبت غير الكامل الذي يترك توزيع طاقوي حر غير صاد للإثارات بالطريقة الكافية.

فالفرد لا يستطيع إسقاط العواطف سواء الإيجابية أو العواطف العدوانية، كما لا يستطيع التقمص أو التقمص بالمعتدي، وهذا جد مشهور لدى حالات البيئة، فيظهر طابع عاطفي على علاقة خاصة فالفرد يشعر بالعدوانية لكن يواجهها بسلبية باردة وصامته، فهي لا تتعلق بالموضوع الخارجي ولكن بالصورة الداخلية التي عليها ضباب.

(maurice.gerard .201 :65-69)

8-3 -نظرية التعلم الاجتماعي:

يعتبر **مالينوكرودت وكنج وكبل (mallinackrodt.kingetkable)** ، من أوائل الباحثين الذين اهتموا بتفسير الألكسيثيميا تفسيرا اجتماعيا، حيث يروا أن الخلل الوظيفي للبيئة الأسرية يؤثر على معاناة الفرد من الألكسيثيميا فيما بعد، وقد وجدت ارتباطات بين الخوف من الانفصال والخوف من ترك المنزل، والقلق من هجر العائلة وبين سمات الألكسيثيميا كما أن المناخ الأسري الذي يميل فيه سلوك الأبوين إلى وضع الطفل تحت ضغط الخوف من الانفصال، وعدم قيام الأب بدوره الناضج وقيامه بأشياء من قبيل إخبار الطفل بأسرار غير ملائمة، فكل ذلك يؤدي إلى صعوبة لدى الطفل في تحديد مشاعره في مرحلة لاحقة.

(الفقهي، بركات جاد الله، 2019 : 576)

8- 4- النظرية المعرفية:

تؤكد نظرية المعرفية على وجود علاقة بين ما نفكر فيه وما نشعر به، لكن لا أحد يذكر أن انفعالاتنا تتأثر بتفكيرنا، كما أن الانفعالات والمشاعر تعتمد على عنصرين، هما الإثارة الجسمية والتصنيف المعرفي لمواقف الخبرة الانفعالية بمراكز المعالجة المعرفية بالمخ، ومن الجدير بالذكر أن أصحاب هذه النظرية يركزون على بعض العمليات المعرفية التي تتضمن مدركات الفرد وتقييمه لعلاقاته الاجتماعية، حيث ذهب كل من **(jerome.schachter.1962)** ، إلى أن العنصر الرئيسي في شعورنا بالانفعال هو تفسيرنا للموقف المثير للانفعال والاستجابة الحشوية والعضلية والتي تحدث أحيانا منا، تبعا لتفسيرنا لمواقف مختلفة التي تحدث فيها ومن ثم، فالتكتم وفق هذه النظرية حالة وجدانية تعكس عجز الفرد على إدراك وتفسير الموقف المثير للانفعال، مما يؤدي إلى حدوث استجاب انفعالية مشوشة، يعجز الفرد خلالها عن التفرقة بين مشاعره والاستجابات الفسيولوجية المرافقة لموقف الانفعال، أو موقف الخبرة الانفعالية.

(زين العابدين، 2016، 38)

8-5 -الألكسيثيميا من وجهة نظر دينامية:

تفسره الألكسيثيميا من وجهة نظر دينامية حسب **تايلور (taylor,1990)** إلى محدودية الأنا فيما يخص القدرات الترميزية وعدم القدرة على ترميز الصراع وبالتالي تحدث على حلقة مفرغة تؤدي إلى انقطاع نفسي مباشرة حيث يتم اختزال الصراع في الجسد فيظهر نوع من التفكير العملي الذي يقطع العلاقة مع أي تمثيل نفسي بدون عواطف.

ظهر هناك عجز في الأنا فلا يستطيع تحقيق إرصان حيث يكون سعيد نشاط الانفعالي الداخلي والذي من نتائجه ظهور الجهاد الذي يتحول إلى الأمراض الجسدية هذا النشاط يختلف عن النشاط المتعلق بالهستيرية التحويلية الذي أساسه يكون راجع إلى قمع الارصان الهوامي، بينما النشاط العقلي السيكوسوماتي للأشخاص الذين يعانون من الألكسيثيميا راجع إلى نموذج العجز الذي يظهر سيرورات عقلية لاواعية والخوف من الصراع يستوجب الجسدنة بدلا من الآلام النفسية، لذلك الفرد الذي يعاني من الألكسيثيميا يبدي جدولا عياديا يتميز بعدم التلذذ وإنكار الألم وكل العواطف المتعلقة باللذة. فهو خالي من المعلومات الحسية العاطفية التي من شأنها أن تحمي الفرد من الخطر الذي يهدد الأنا.

(olivier,nicals,2013 :85)

9- المظهر الاكلينيكي للتكتم الانفعالي:

يصف **sifneos end nemiah**، المظهر الاكلينيكي للتكتم الانفعالي ويشيران إلى شكل من الاتصال الذي يتميز بغياب أو نقص التفكير الرمزي، والذي يؤدي إلى عدم بروز الوضع الداخلي، مشاعرهم، رغباتهم، ونزواتهم، وقد سعى الباحثان لوصف المتكتمون بأنهم أشخاص مكتئبين جامدين بالحياة مملين، وغير معبرين يجدون صعوبة كبيرة للتعرف ووصف أحاسيسهم الخاصة، يتعذر عليهم التمييز بين حالاتهم الانفعالية والأحاسيس الجسدية، كلامهم نثري و مبتذل غير مشوق ولا يثير الاهتمام، نفعي يهتم بتفاصيل الأحداث الخارجية ،يتمثل في نمط من التفكير الموجه نحو التفاصيل الخارجية للحياة اليومية مقابل توجهه نحو الحياة الهوامية، ونحو الأحاسيس أو التجارب الداخلية.

(حافري بخوش، 2019: 127)

ويشير الباحثان أنه قد تظهر لدى هؤلاء نوبات الغضب والبكاء لكن دون القدرة على التعبير عما يخالجهم من أحاسيس، وغالبا ما يلجؤون للمرور إلى الفعل للتعبير عن انفعالاتهم أو لتجنب الصناعات لديهم القليل من الأحلام و الهوامات وأن نذكر أحلامهم فإنما أن يكونوا محتواها عقلي وواضح وقديم، أو أن تتبع مظهر السيرورات الثانوية لكن خالية من الألوان والغرابة والترميز الذي يميز هو أحلام سيرورات الأولية يظهر لديهم تكيف سطحي، ويظهرون درجة عالية من الامتثالية الاجتماعية يشبهون الرجل الآلي، يتصورون في الحياة بطريقة ميكانيكية وكأنهم يتبعون ارشادات كتيب التعليمات، فاقدين الاتصال بواقعهم النفسي، وهو ما يظهره غياب حركات الوجه، كما أكده **nemiah** وكونهم لا يتعرفون على مشاعرهم الخاصة فهم لا يتعرفون على مشاعر الآخر، ما يبعث لإدراكه كازدواج لذواتهم.

(حافري، بخوش، 128:2019)

10- أدوات قياس الألكسيثيميا:

تقاس الألكسيثيميا بعدة طرق أهمها، الطرق الإسقاطية والمقابلة التشخيصية ، و قوائم الإختبار

و تعد هذه الأخيرة أكثر الطرق استخداما ، و سنعرض أهم هذه الطرق :

10-1- مقياس تورنتو للألكسيثيميا : (TAS -20).

في مواجهة عدم وجود مقاييس صالحة لتقييم الألكسيثيميا ، طور فريق من **جامعة تورنتو** في منتصف الثمانينيات، برنامجا للبحث النظامي جعل من الممكن إنشاء والتحقق من مقياس مكون من 26 عنصرا يعرف باسم، **"مقياس تورونتو ألكسيثيميا" (TAS)** ، حدد **تايلور**، ورايان **وباجبي (1985)** ، خمسة أبعاد للألكسيثيميا ، (1) صعوبة وصف الحالات العاطفية، (2) صعوبة للتمييز بين المشاعر الذاتية والأحاسيس الجسدية أثناء التنشيط العاطفي ، (3) عدم الاستبطان ، (4) التوافق الاجتماعي ، و(5) فقر الحياة الخيالية. بعد ملاحظات عديدة ، تم إنشاء مقياس جديد (TAS-20) ، يتضمن ثلاثة أبعاد يتم تفسيرها على التوالي :

صعوبة في تحديد الحالات العاطفية ، صعوبة وصف الحالة العاطفية للمرء و للآخرين ، التفكير المتوجه نحو الخارج . **(Luminet , Taylor, Bagby , 2003 : 6)**

10-2- مقياس للألكسيثيميا إختبار مينوسوتا المتعدد الأوجه للشخصية: the MMP Scale :Alexithymia

يعد من أهم مقاييس التقدير الذاتي، تم تطويره من طرف **kilger kinsman (1980)**، ويشتمل هذا المقياس على 22 بندا ، له خصائص سيكومترية ضعيفة لا يمكن لهذا المقياس أن يدعم صلاحية قياس الألكسيثيميا، ولا يمكن أن يوصى به لأغراض بحثية و إكلينيكية.

10-3- مقياس تشالنج للشخصية the schalling-sifneos personality scale:

قام بتصميم هذا المقياس **سيفنويس (1986) sifneos**، حيث يتكون من 20 بندا، تم تصنيف البدائل على مقياس ليكرت (أربع نقاط) . يتمتع المقياس بثبات مقبول عن طريق إعادة التطبيق بعد أسبوعين، كما أثبت بعض الدراسات الصدق العاملي للمقياس، حيث أظهر أربعة عوامل متباينة البناء النظري للألكسيثيميا، و من الجدير بالذكر أن هذه الدراسات العاملية أشارت إلى استخراج العامل الأساسي الألكسيثيميا "صعوبة في وصف الشعور"، و في وقت لاحق قام **سيفنيوس** بتغييرات عديدة في بنود المقياس، و كان تحت اسم مقياس **شالنج SSPS-R**. و تم حساب خصائصه السيكومترية في دراسة على عينة من النساء المصابات بمرض الشره العصبي أو البوليميا (bulimia nervosa) ، فتميز بصدق تلازمي جيد من مقياس ترونتو للألكسيثيميا TAS 20 . وسجل مستوى دلالة لصالح عينة مرضى البوليميا مقارنة مع العينة الضابطة .

10-4-مؤشرات رورشاخ الألكسيثيميا :

إقترح كل من **اكلاين** و**برنات (1987)** ، مؤشرات نوعية للرورشاخ بغرض قياس الألكسيثيميا تعتمد على قدرة الرورشاخ لقياس النمط المعرفي الإدراكي الحسي وقدرات الخيال، والإستجابات العاطفية كما افترض الباحثان نمط الشخصية الألكسيثيمية تتمثل في : إنخفاض إنتاج الإستجابات و ضعف الحركة الإنسانية، بحيث تمثل هذه المؤشرات فقر في القدرة على الخيال، و محدودية الإستجابات العاطفية الإنفعالية.

هناك أيضا عدم تكيف و انخفاض في استعمال اللون . كما لاحظ الباحثان أن مجموع هذه المؤشرات السابقة الذكر يمكنها أن تميز المرضى السيكوسوماتين و المكتئبين.

(زين العابدين ، 2016 : 40)

سأهم كل من **بورسلي** و **ميورة (2010)** ، في تطوير أداة تعتمد على النظام الشامل للرورشاخ سموها بمقياس الرورشاخ الألكسيثيميا، تعتمد هذه الأداة على تجميع بعض متغيرات الرورشاخ تمثل أربعة جوانب أساسية هي: الخيال و العاطفة و الإدراك والعلاقات البينشخصية. و في دراسة لهم على عينة من المرضى قام الباحثان **بورسلي** و **ميورة** بإيجاد العلاقة بين هذه المتغيرات المذكورة و أبعاد مقياس تورنتو للألكسيثيميا.

(صعوبة تحديد المشاعر ، صعوبة وصف المشاعر، التفكير المتوجه نحو الخارج) ، كما خلصت إلى أن هناك علاقة إرتباطية بين متغيرات الرورشاخ و مقياس تورنتو للألكسيثيميا.

(زين العابدين ،2016 : 40)

11- الألكسيثيميا والاضطرابات والمشكلات النفسية والجسمية:

ترتبط الألكسيثيميا بعدد كبير من الأمراض مثل: اضطرابات المزاج، واضطرابات الآكل، والالتهاب الروماتيزمي، والإدمان وأمراض القلب والأوعية الدموية، وداء السكري ومرض التهاب الأمعاء والسرطان ومرض الجهاز التنفسي والألم المزمن.

كما ترتبط الألكسيثيميا باضطرابات ومشكلات نفسية مختلفة منها:

القلق، والاكتئاب والانفصام، وعدم الرضا عن الحياة، والأرق ومشكلة النوم واضطرابات الهلع "الذكر" واضطراب الوسواس القهري والعدواني.

(مظلوم مصطفى، 2017: 156)

12- العلاج النفسي للتكتم الانفعالي:

12-1 -العلاجات الفردية:

يعتمد العلاج الفردي على التواصل والتفاعل الذي يحدث بين الفرد والمختص، حيث من المهم أن يقوم المختص بشرح وتوضيح الأمور من أجل زيادة فهم الذات ومواجهة المعاش النفسي، كما يساعد المفحوص بمعرفة انفعالاته للتعبير عنها، وإدراك المواقف وترجمه الوضعيات التي يواجهها الفرد.

بالإضافة إلى الاعتماد على العلاجات النفسية التربوية، وخاصة فيما يتعلق بالذكور الذين يتميزون بمستوى من الألكسيثيميا، يجب تطوير ما لديهم أولا من مفردات اللغة التي تعبر عن الانفعالات ثانيا من تعليم قراءة انفعالات ومشاعر الآخرين، ثالثا للحفاظ على التاريخ الشخصي وتطوير الكفاءة في استخدام القدرات الانفعالية والعاطفية المكتسبة.

(olivier,nicolas,2013 :138)

12-2 -العلاج عن طريق التنويم المغناطيسي:

إن تقنية تنويم المغناطيسي من شأنها أن تكون علاجا للأفراد الذين يعانون من الألكسيثيميا حيث استخدمها كل من **luminethanin,gay** سنة **(2008)** ، وطبقت على مجموعة من الطلاب الذين يعانون من الألكسيثيميا لمدة ثمانية حصص، وبعد الانتهاء من العلاج ظهر هناك انخفاض لمعدلات الألكسيثيميا لديهم، مع تحسن الحالات المزاجية التي كانت تابعة لمتغير الألكسيثيميا الشديدة ،فهو يسمح للفرد بالوعي بحالتهم الانفعالية ويسهل العلاقة العلاجية ومن بين النتائج التي ظهرت أيضا لدى هؤلاء الطلبة تنمية قدرات الاستبطان.

(فاسي امال ، 2016 :112)

12- 3-العلاجات الجسدية:

مما هو معروف عن الأفراد الذين يعانون من الألكسيثيميا يظهر لديهم انخفاض في تفسير الأحاسيس الجسدية، بمعنى الإحساسات الجسدية المصاحبة لتفعيل الانفعالي وهذا راجع إلى مستوى المحدود للوعي بالذات وبالمعالجة المعرفية، للانفعالات بالإضافة إلى مشكل العجز في القدرات الاستبطانية، بمعنى فقر القدرات الإدراكية للتعبير عن الحالة الذاتية، وكذلك جانب التوازن والحركات الوضعية الذي يدل على العجز بالوعي بالجسد، والذي يحتوي على مكونات معرفيه مرتبطة بمعارف مختلفة بأجزاء من الجسد، ومعرفة الميكانيزمات الفيزيولوجية والمكونات الانفعالية، المرتبطة بالعادات والعواطف ما يذكر أن هناك عمل خاص في هذا المجال من أجل تطوير الوعي والإدراك الجسدي للأشخاص الذين يعانون من الألكسيثيميا، من أجل الوصول إلى مستوى إدراكي للنشاط الجسدي،أين يسمح التدليك الجسدي التركيز على الوضعية الجسدية والتنسيق العضلي والتنفسي واكتشاف حدود الجسم

والقدرة على إرخاء العضلات وتبديل النشاط الحركي، وتظهر نتائج هذا العلاج خاصة عند الأفراد الذين يعانون من تنإذر القولون العصبي الملتهب واضطرابات السيرة الغذائية، هذه الطريقة تظهر نتائج ايجابية ليست فقط على الألكسيثيميا وإنما أيضا على بعض العوامل مثل نقص الاستبصار ونقص الحس الجسدي وفي حالة عدم القدرة على التعبير الانفعالي.

(دهمش عبلة،2016 :25)

خلاصة الفصل:

نستخلص مما سبق التطرق له أن التكتم الانفعالي يرجع إلى عدة عوامل، كما يؤثر على حياة الفرد بشكل كبير، فالتكتم الانفعالي هو سمة في البناء الشخصي للفرد، حيث يفقد القدرة على التعبير عن انفعالاته فتتأثر حالته النفسية والجسدية والاجتماعية، وتعد حالة الفرد ومستوى الألكسيثيميا لديه هي العامل الأساسي في اختيار العلاج المناسب له ، حيث ينقسم التكتم الإنفعالي إلى ثلاثة أبعاد (بعد صعوبة وصف المشاعر ، بعد صعوبة تحديد المشاعر و بعد التفكير الموجه نحو الخارج ، فبدلا من أن يكون التفريغ خارجي بالتعبير و الإفصاح يصبح تعبير داخلي ما ينتج عنه أمراض جسدية مختلفة .

فأحيانا نعتبر التكتم الإنفعالي كاضطراب و في بعض الأحيان تعتبر آلية دفاعية من جهة أخرى تستعمل اتجاه الأحداث الضاغطة ، و تعدّدت النظريات المفسرة لظاهرة التكتم الإنفعالي ، و أهم هذه النظريات (النظرية التحليلية ، المعرفية ، السلوكية ، ...) .

الفصل الثالث

داء السكري

تمهيد.

1- نشأة الاهتمام بداء السكري.

2- مفهوم داء السكري.

3- أسباب داء السكري.

4- أعراض داء السكري.

5- تشخيص داء السكري.

6- المراحل التي يمر بها مريض السكري.

7- تصنيفات داء السكري.

8- الخصائص النفسية لمريض داء السكري.

9- الإضطرابات النفسية وعلاقتها بداء السكري.

10- التفسير السيكوسوماتي لداء السكري وشخصية المصاب به.

11- علاج داء السكري والتكفل النفسي.

خلاصة.

تمهيد:

كثرة انتشار داء السكري في الآونة الأخيرة بين مختلف الفئات العمرية في المجتمع، جعلت موضوع داء السكري من المواضيع العامة التي تجدر بالدراسة والبحث وقد تم التطرق في هذا الفصل إلى نشأة مرض السكري وتعريفه وأسباب مرض السكري وأعراضه، مراحل التي يمر بها مريض السكري وتصنيفاته ومضاعفاته وكذا تشخيص داء السكري ومعرفة الإضطرابات النفسية المصاحبة له وكذا العوامل النفسية المرتبطة بداء السكري وأيضا التفسير السيكوسوماتي وعلاج التكفل النفسي لمريض السكري.

1- نشأة داء السكري:

عرف مرض السكري نحو ثلاثة آلاف عام وأطلق عليه في القرن الثاني الميلادي كلمة **(Diabetes Mellitus)**، وهو تعبير لاتيني وتعني كلمة **(Diabetes)**، تمرير الشيء وكلمة **(Mellitus)** بمعنى العسل، وهذا إشارة على إدرار كميات كبيرة من البول الحلو، إذ إن مرض السكري حالة يزيد فيها معدل السكر في الدم "الجلوكوز" عن حد معين وذلك لقصور في مقدرة الجسم عن الإستفادة من الكربوهيدرات نتيجة لأي سبب.

(المخللاتي جلال، 174:1984)

أما بالنسبة لانتشار مرض السكري تبعا للجنس فأشارت الدراسات أن نسبة الرجال والنساء في التعرض لمرض السكري متساوية تقريبا، وخاصة في الأماكن الحضارية.

(رضوان عبد الكريم ب، 2002: 57)

ويعد مرض السكري من أكثر الأمراض انتشارا بين الناس وتبلغ الإصابة به نحو (10%) في جميع أنحاء العالم، وسبب هذا المرض إخفاق في البنكرياس جزئيا أو كليا في إفراز هرمون الأنسولين مما يؤدي إلى ارتفاع مستوى السكر في الجسم أكثر من المستوى الطبيعي.

(مرفت عبد ربه عايش مقبل، 2010: 29)

وكشف تقرير لمنظمة الصحة العالمية نحو (80%) من حالات الوفاة التي تحدث بين مرضى داء "السكري"، تقع في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط الدخل، وهو ما يعني إما نقص الأدوية اللازمة لعلاج السكري في تلك البلدان، وعدم مبالاة السكان بخطورة المضاعفات الناجمة عن المرض وذكرت المنظمة الأممية في بيان لها بمناسبة الإحتفال ب" اليوم العالمي للسكري" أن عدد المصابين بداء السكري في جميع أنحاء العالم حاليا يبلغ حوالي (220) مليون شخص محذرة من أن ذلك العدد قد يزداد بالنسبة تفوق الضعف، بحلول عام **(2030)**، إذا لم تتخذ الإجراءات للحيلولة دون ذلك.

(who، 2001:77)

وفي الحقيقة يرجع أصل هذا الداء إلى سنوات قديمة، أي منذ **(1550 ق م)**، بحيث التمست أعراضه (أو ما سمي قديما صفاته) من قبل **هاربس (Herbes)**، عندما اشترى ورقة البردي المسماة "بردي إبيرز" عند قدماء المصريين، في **تيبس (Thébes)** اليونانية، بحيث احتوت هذه الورقة على صفات مرض تميز بالطرح المتزايد للبول.

(Laour.S, 2006 :11)

كما اكتشفه الصينيون منذ القرون الأولى قبل الميلاد، وقد كانوا يشخصونه بواسطة تذوق بول المريض لمعرفة ما إذا كان يحتوي على السكر يجعل طعمه حلو المذاق أم لا.

(حامد الهرساني، 1965 :04)

وقد وصفت أيضا أعراضه في مراجع طبية عديدة فارسية ويونانية قديمة على لسان العديد من العلماء القدامى.

(محمد رفعت، 1974 :07)

ثم توإلى البحث الحقيقي عن حقيقة هذا الداء، والإكتشاف الأوسع عن أعراضه وأسبابه ففي القرن السابع عشر ميلادي 17م اكتشف **توماس وليس (Tomas Willis)**، الطعم الحلو في بول المصاب بهذا الداء، ثم اكتشف بعدها أن هذا العرض ليس حتمي، وبالتالي استطاع إعطاء تصنيف مبدئي لهذا الداء وذكر: سكري ذو إرتفاع في نسبة السكر **(Diabetes Sucré)**، وسكري ذو انخفاض في نسبة السكر **(Hypoglycémie)**، وابتداءا من القرن 18م بدأ الباحثان الإنجليزيان **بول ودبسون (Pool et Dabson)** عام **(1775)**، بوضع فكرة تواجد السكر في البول بعين الإعتبار، وفي عام **(1797)** ومع الإنجليزي **جون رولو (John Rollo)**، تم وضع النظريات الأولى الأيضية كما هي مفسرة للسكري في الوقت الحالي والقائلة "إن السكر المتزايد في البول ينتج عن تحورات غير عادية للغلوسيدات من طرف المعدة.

(Laour.S, 2006 :11)

كما يرجع الفضل إلى "**توماس كاوليي**" **Thomas Cawley** في زيادة فهم حقيقة هذا الداء وذلك باكتشافه لدور البنكرياس في الإصابة به، حيث نشر ما توصل إليه عام **(1788)**م، في جريدة **London Medical Journal** وذلك بعد أن أجرى تشريح لشخص مصاب بداء السكري وتوصل إلى وجود عجز واضح لديه في عمل البنكرياس، وهذا ما دفعه للربط بين عجز البنكرياس والإصابة بالمرض. ثم تجلت أهمية البنكرياس من خلال "**أوسكار مينكووسكي**" **Oscar Minkowski** عام **(1889)**م، حيث قام هو و " **فون ميرينغ**" **Von Merng** بتجارب مخبرية على مجموعة من الكلاب، وذلك باستئصال قطع من بنكرياس الكلاب وترقب الآثار التي يخلفها هذا الاستئصال.

وقد وجد أن الإستئصال الكامل لغدة البنكرياس يكون سببا في الإصابة المميتة بداء السكري في كلاب تجاربهم، وأنه إذا استأصل 8/7 (سبعة اثمان) الغدة البنكرياسية فنسبة السكر في دم الكلب ترتفع ويصاب الكلب إصابة بسيطة بداء السكري، أما إذا ترك تسع الغدة فقط فارتفاع نسبة السكر في الدم يكون بليغا، وهكذا عرفت علاقة الغدة البنكرياسية ولا سيما إفرازها الداخلي بالتمثيل الغذائي للمواد الكربومائية.

وبعد عشرين سنة من هذه التجارب واستنادا إلى ما توصلت إليه، إكتشف **بول لانجرهانش** "**Paul Langerhans**"، وهو لا يزال طالب الخلايا الأنسولية الموجودة بالبنكرياس، والتي أخذت اسمه فيما بعد "**الجزر اللانجرهنسية**".

(Bloom.A and Irlend.J, 1981: 09)

2- مفهوم داء السكري:

مرض السكري هو مرض مزمن يتميز بكثرة التبول والعطش والإحساس بالضعف والوهن وإرتفاع مستوى سكر الدم عن المعدل الطبيعي وظهوره في البول.

(عبد الله أحمد جنيد، 1988 :11)

" وهو مرض يتضمن حدوث خطأ في تمثيل الكربوهيدرات بسبب نقص أو غياب الأنسولين الذي تفرزه جزر لانجرهانس" .

(نور الهدى محمد الجاموس، 2004: 31)

وتعرف منظمة الصحة العالمية **(O.M.S)**، مرض السكري على أنه حالة مزمنة من إزدياد مستوى السكر في الدم، وقد ينتج ذلك من عوامل بيئية ووراثية كثيرة، غالبا ما تتضافر مع بعضها البعض، والأنسولين هو المنظم الرئيسي لتركيز الجلوكوز في الدم، وقد يرجع إزدياد السكر في الدم إلى عدم وجود الأنسولين أو إلى زيادة العوامل التي تضاد مفعوله ويؤدي هذا الاختلال في التوازن إلى إحداث شذوذ في أيض الكربوهيدرات والبروتين والدهون.

(جبالي نور الدين، 39:1989)

السكري مرض مزمن خطير يظهر عندما يحدث خلل في عملية تحمل الجلوكوز داخل جسم الإنسان، ويكون السبب هو نقص إفراز هرمون الأنسولين من البنكرياس، أو إنعدام إفرازه أو نقص في فعالية الأنسولين، وما يترتب على ذلك من زيادة نسبة السكر في الدم، وبالتالي إضطراب في عملية

التمثيل الغذائي للكربوهيدرات والبروتين والدهون، ويعود ذلك إلى أسباب مختلفة قد تكون عضوية أو نفسية أو بسبب الإفراط في تناول الدهون والسكريات أو بسبب عوامل وراثية.

(تقرير منظمة الصحة العالمية حول السكري OMS، 2016، https://www.who.int)

كما يعرف هذا الداء بأنه ذلك المرض الذي يجعل جسم المصاب به غير قادر على هضم الطعام، والإستفادة منه كما ينبغي، فتتراكم بذلك كميات السكر في الدم بدلا من أن تحترق للحصول على الطاقة، ويبدأ بعضها في الخروج من الجسم مع البول. كذلك تزداد في الدم كمية الدهون التي يحصل عليها الجسم من الطعام كالزبدة والجبن ...إلخ دون الإستفادة منها، كما تتحول كمية من المواد البروتينية من اللحوم والأسماك إلى سكريات بدلا من أن تستخدم بواسطة الجسم في بناء العضلات وتجديد الأنسجة التالفة، ومع مرور الوقت تبدأ هذه الكميات المتراكمة من السكر في الدم في إتلاف بعض أعضاء الجسم المختلفة كالعينين والكليتين والأعصاب وغيرها من الأعراض، ويرجع السبب في كل هذه المشاكل إلى شيء واحد وهو عدم قدرة جسم المريض على إفراز كمية كافية من الأنسولين لهدم المواد السكرية الذي يرجع أساسا إلى إتلاف أو عجز البنكرياس على أداء وظيفتها.

(أيمن الحسيني، 1988 :07)

كما يمكن تعريف مرض السكري بأنه من أمراض جهاز الغدد الصماء المزمنة، ويحدث بسبب عجز الجسم عن إفراز الأنسولين أو انخفاض تأثيره البيولوجي أو كليهما.

(شيلي تايلور، 2007 :76)

عرف "**عبد العزيز معتوف**" مرض السكري بأنه عدم قدرة الجسم على إستهلاك الغلوكوز الموجود في الدورة الدموية بطريقة طبيعية، ويأتي هذا العجز إما عن نقص كامل في كمية هرمون الأنسولين الذي يفرزه البنكرياس. أو نتيجة عدم فعالية الأنسولين الموجود على خلايا الجسم.

(محمد بن سعد الحميد، 2007: 06)

3- أسباب مرض السكري :

من الأسباب التي تؤدي إلى الإصابة بمرض السكري.

3-1-الوراثة :

معظم الدارسات والأبحاث تؤكد على وراثة هذا الداء، لكنها تجهل طريقة توارثه حيث إن هذه الطريقة لا تزال غير مفهومة تماما، كما أن لا احد يستطيع أن يؤكد بشكل قاطع انتقال هذا الداء إلى

أبناء المصاب، و يرى بعض العلماء أن ما يتم توارثه هو القابلية أو الاستعداد لهذا الداء الذي قد لا يظهر بناءا على العوامل الأخرى للمرض.

(حربوش سمية،87:2009)

3-2-البدانة :

يشكل البدينين حوالي(80%)من المرضى الذين اكتشف داء السكري لديهم، والبدانة عند الكهول تسهل الانتقال من مرحلة الاستعداد للداء إلى مرحلة الداء بكافة أعراضه وهذا الانتقال نادر الحدوث في الكهول النحفاء أو معتدلي الوزن، والسبب الرئيسي للبدانة هو مجمل الحريرات التي يستهلكها الفرد وليس نوع الغذاء واستهلاك كميات كبيرة من السكر لا يعتبرها سببا من أسباب حدوث داء السكري.

(محمد ظافر وفائي،ب س:19_ 20)

3-3-عوامل بيولوجية:

-وجود اضطرابات أو تلف عصبي يمس منطقة هيبوتلاموس(Hypothalamus) في الدماغ.

-وجود اضطراب في وظائف بعض الغدد الصماء مما يؤدي إلى إفراز هرمونات مضادة للأنسولين مثل زيادة إفراز هرمون الغدة الدرقية **(T.S.H)** وهرمون قشرة الغدة الاطنوية وزيادة إفراز هرمون النمو من الفص الأمامي للغدة النخامية.

وجود أجسام مضادة للأنسولين في الدم، و من ثم تزيد نسبة السكر في الدم.

(مفتاح عبد العزيز،2010 :332)

3-4-السن :

تزداد خطورة الإصابة بالنوع الثاني من داء السكري كلما ا زد عمر الشخص خاصة بعد السن 45سنة، و ذلك لأن بعد هذا السن يبدأ هذا الشخص في ممارسة الرياضة بشكل قليل جدا و تقل كمية العضلات في الجسم و يزيد وزن الجسم، و لكن ينتشر السكري أيضا ما بين 30 و 40 عاما مع قلة النشاط و زيادة الوزن.

(نور الهدى ظهراوي،2014: 64)

3-5- الانفعالات النفسية الشديدة :

الخوف الشديد والحزن الشديد والقلق المستمر أو الخسارة المادية الكبيرة والمفاجئة كلها أسباب قد تساهم في الإصابة بالسكري وهنا تجدر الإشارة إلى أن هذه الحالات النفسية الشديدة ليست المسببة بشكل مباشر لهذا المرض، ولكن إذا تعرض لها الشخص لديه استعداد للسكري أو مصاب بالسكري بشكل بسيط فإنها تزيد خطورة الإصابة وتساهم في رفع نسبة السكر في الدم.

3-6- بعض الأدوية :

كالأقراص المانعة للحمل والأدوية الكظرية (الكورتيزون) ومضادات بيتا التي تستخدم في معالجة أمراض القلب والضغط وغيرها من الأدوية التي قد تساهم في رفع مستوى السكر في الدم.

3-7- الأمراض:

خاصة الأمراض المعدية كمرض البنكرياس الكحولي، أو التشمع الكبدي، أو الحمى القرمزية التي قد تسبب في ارتفاع مستوى السكر في الدم، وسبب الارتفاع في هذه الحالة ليس المرض المعدي وإنما الحمى التي ترافق هذا المرض، وقد يختفي السكري بزوال الحمى ويشفى المريض

(جاسم محمد عبد الله محمد المرزوقي،2008: 30)

4- أعراض داء السكري:

بما أن مرض السكري من الإمراض السيكوسوماتية فالإعراض تنقسم إلى قسمين:

4-1-الأعراض الجسمية:

-انخفاض الوزن بسبب ما يهدر من طاقة عن طريق الجلوكوز المطروح خارجا من البول.

-الإقبال والرغبة الشديدة في الطعام يمكن أن يكون عرضا بارزا.

-الوهن أو التعب بسبب تعثر دخول الجلوكوز إلى الخلايا وبالتالي افتقارها إلى الطاقة فتنتاب المريض مشاعر الإرهاق السريع.

-العطش غير المعتاد في الفم والحلق وكثرة التبول أثناء الليل.

(مغازي محجوب، 1996 : 12)

4-2-الأعراض النفسية:

-مشاعر الاكتئاب الحاد.

-انخفاض مفهوم الذات.

-سوء التوافق النفسي.

-الخجل.

-القلق الزائد.

-انخفاض الكفاءة الذاتية.

-صعوبة التركيز و اضطراب الذاكرة وصعوبة حل المشكلات.

(فوقية رضوان،74:2008)

إضافة إلى أعراض أخرى:

-العطش الشديد.

-كثرة التبول.

-تعب وإرهاق وصعوبة في التركيز.

-الم وتنميل في الأطراف.

-تأخر في التئام الجروح.

-الجوع الشديد؛ ونقص في الوزن.

- حكة والتهابات جلدية.

- اضطرابات في البصر.

- حرارة في القدمين.

عند استمرار الإحساس بواحدة أو أكثر من الأعراض السابقة يجب مراجعة طبيب الرعاية الصحية الأولية للكشف عن المرض وعلاجه.

(المرجع الوطني لتثقيف مرضى داء السكري، 2011 :25)

5- تشخيص داء السكري:

هناك طرق عديدة لتشخيص السكري لكن اغلبها يتضمن إجراءات وفحوصات مخبرية لقياس نسبة السكري في الدم مع تحديد الأعراض الظاهرة على المريض.

يتم التشخيص الدقيق للسكر في الدم على مرحلتين(في الصيام و في الفطر)وفقا للتالي:

5-1-اختبار مستوى السكر في الدم في حالة الصيام : ويجرى بعد الامتناع عن الأكل والشرب لمدة 8 ساعات على الأقل.

5-2-اختبار تحمل الغلوكوز: وهو أكثر دقة حيث يجرى بعد أن يعطى المريض جرعة من السكر، سواءا قطعة حلوى أو عصير وبعد ساعتين يجرى له تحليل.

5-3-الاختبار العشوائي :حيث يجرى بتحليل جرعة عشوائية من الدم خلال النهار.

(American Diabetes Association , 2001)

6-المراحل التى يمر بها مريض السكري:

حدد هذا المركز « **centre hospitalier baie des chaleures 2000** » أربع مراحل يمر بها المراهق المصاب بداء السكري المرتبط بالأنسولين من خلال الدراسة التي أقاموها على مجموعة من المراهقين وهي:

6-1-مرحلة الحزن الشديد :

يتولد بمجرد الإعلان عن نتيجة تشخيص المرض و عن اختلال التكامل الصحي للجسم و يمكن أن يرافق هذا الحزن أعراض أخرى، وهذا في الحالة التي يدوم فيها لعدة أسابيع وهي متمثلة في:

-فقدان الأمل في الحياة.

-فقدان الرغبة في العمل و إهمال الأشغال اليومية.

-انخفاض الطاقة النفسية.

-الصعوبة في التركيز.

-تغيرات واضحة في فقدان الشهية و شدة الأرق الراجعين إلى حدة القلق.

-وجود ميول وأفكار انتحارية لتهديم الذات والتخلص منها.

-الإحساس الشديد بالعجز والكسل.

-تشخص حالة اكتئابية بوجود هذه الأعراض.

6-2-مرحلة التشاؤم :

ويكون مصحوبا بالحزن أو يتبعه مباشرة و يمكنه أن يكون لمدة طويلة مرفوقا بمواقف مختلفة اتجاه المرض كالإنكار له والرفض المطلق للتعايش معه كحقيقة واقعية.

6-3-مرحلة المساومة :

حيث يلجأ المصاب إلى زيادة أطباء مختصين بهدف تغيير نتيجة التشخيص لأنه لا يعترف بمرضه.

6-4-مرحلة التكيف :

ويتمثل في التكيف المشروط بتعلم الفرد كيفية التعامل مع المرض ومع التغيرات التي طرأت في أساليب حياته.

(نور الدين جبالي،1997: 100-101)

7- تصنيفات داء السكري :

أصبح داء السكري موضوع اهتمام الكثير من الباحثين، وقد أثبتت الدراسات العلمية أن هذا المرض يتجلى في أنواع متعددة، لكن يعتبر النوع المرتبط بالأنسولين الأكثر تواجدا وخطر حيث لوحظ انه يمثل نسبة 99 % من الحالات المرضية بداء السكري بينما تمثل 1 %فقط داء السكري غير المرتبط بالأنسولين، وعلى هذا الأساس يوجد نوعان رئيسيان هما:

7-1-النوع الأول :

ويسمى بمرض السكر رقم(1) وقديما كان يسمى هذا النوع بالسكر المعتمد على الأنسولين **(IDDM)**ويقصد به مرضى السكر الذين يعتمدون على الأنسولين في علاجهم، وكان هذا النوع يسمى كذلك بسكر الصغار **(Jurenile diabetes)** لأنه عادة ما يظهر أعراضه في سن الخامسة عشر ولكن هذه التسمية ألغيت لان النوع الأول من السكر يصيب الشباب والمسنين على حد سواء، وهو في الغالب يصيب الأطفال والبالغين اقل من ثلاثين عاما.

و أغلب المرضى المصابين بالنوع الأول من السكر عادة هم أصحاء و أوزانهم اعتيادية عند حدوث المرض، ويتميز بانعدام أو نقص الأنسولين الشديد بسبب تلف معظم خلايا بيتا في البنكرياس مما يؤدي إلى ارتفاع مستوى السكر في الدم، ولهذا فهذا النوع لا يستجيب للعلاج بالأقراص الخافضة للسكر ولا ينفعه سوى حقن الأنسولين، كما أن أعراض المرض قد تحدث فجأة مع حدوث عطش وتبول كثير وفقدان للشهية وفقدان للوزن يتم في خلال أيام قليلة.

وقبل اكتشاف الأنسولين كان متوسط الحياة للأشخاص الذين يتم تشخيصهم بالإصابة بالنوع الأول من السكر في حدود السنتين فقط، وقد احدث تطوير الأنسولين واستخدمه في العلاج ثورة عظيمة في علاج مرض السكر وتحويله من مرض يقتل بسرعة إلى مرض مزمن، وقد أدت إطالت عمر المريض مع وجود المرض إلى ظهور مضاعفات ثانوية للسكر والتي تشمل اعتلال الأعصاب، الفشل الكلوي،اعتلال الشبكية، أمراض الدورة الدموية والقلب، والتي تحدث في حدود10-20 سنة من بداية اكتشاف المرض.

(وردة بلعباس، 2016 : 42)

7-2- النوع الثاني:

ويسمى بمرض السكر رقم(2) وقديما كان يسمى بالسكر الذي لا يعتمد على الأنسولين **(NIDDM)** ، ويقصد به مرضى السكر الذين لا يعتمدون على الأنسولين في علاجهم ،وكان يسمى كذلك سكر الكبار لأنه عادة ما يبدأ بعد سن الأربعين، وأعراض هذا المرض تظهر بشكل تدريجي واحتمالات حدوث غيبوبة السكرية وغالبا ما يتم اكتشاف هذا النوع من السكر عن طريق الصدفة عند إجراء التحاليل الطبية الروتينية، وفي هذا النوع يفرز البنكرياس كمية من الأنسولين ولكنها قد تكون غير كافية، أوهناك مقاومة من الأنسجة والخلايا بالجسم تعيق وظيفة الأنسولين بسبب نقص مستقبلات الأنسولين أو لوجود أجسام مضادة لهذه المستقبلات تمنع الأنسولين وتنافسه على الوصول إليها مما يؤدي إلى ارتفاع مستوى السكر في الدم.

وإذا ترك المريض دون علاج فانه سوف يؤدي إلى فقدان البصر، أزمات قلبية، جلطات دماغية، فشل كلوي، يحتاج هذا النوع إلى حمية غذائية وممارسة الرياضة وتناول الحبوب، أما أعراض هذا النوع متمثلة في:

العطش الشديد، كثرة التبول، تعب وإرهاق وصعوبة في التركيز، الم وتنميل في الأطراف، الجوع الشديد، نقص الوزن، حكة والتهابات جلدية، اضطرابات في البصر، حرارة في القدمين، وعند هؤلاء المرضى تلعب الوراثة والسمنة دورا هاما في حدوث المرض فمعظم المرضى يتصفون بالسمنة.

(وردة بلعباس، 2016 : 42-43)

7-3-سكر الحمل:

وهو من أنواع مرض السكر اقل انتشار،ويظهر أثناء الحمل فقط في النساء اللواتي لم يصبن بمرض السكري في السابق، وغالبا يعود السكر الجلوكوز في الدم إلى معدلاته الطبيعية بعد الولادة ليعاود الظهور في الحمل التالي وهكذا، وتشير الدراسات إلى أن حوالي ثلث إلى نصف النساء المصابات بسكر الحمل قد يصبن بالنوع الثاني من السكر في غضون عشر سنوات، وتظهر عادة أعراض سكر الحمل كالعطش، وكثرة التبول والتعب المبكر أو الإجهاد السريع خلال الأسبوع الرابع والعشرين من الحمل، وفي بعض الأحيان يكون المرضى بدون أعراض، حيث يكتشفون ارتفاع السكر للمرة الأولى عند الفحص الشهري لدم الحامل. كما أن لبعض النساء قابلية جينية للإصابة بسكر الحمل ويتم تشخيصه عادة عن طريق الفحص الروتيني للحامل أو بولادة طفل كبير الوزن.

(محمد بن سعد الحميد،2007: 17)

8-الخصائص النفسية لمريض داء السكري :

يتميز مريض السكري ببعض من الخصائص النفسية والتي نذكر منها.

-الشعور بالخوف والقلق من مضاعفات المرض :

استجابة شائعة تظهر مباشرة بعد تشخيص المرض، وقد يرتفع القلق عندما يتوقع الفرد تغيرا جوهريا في نمط حياته نتيجة المرض أو علاجه، أو عندما يشعر بالاعتمادية على أخصائي الصحة، أو عند توقعه عودة النوبة المرضية أو حين يفتقر للمعلومة الصحيحة حول طبيعة مرضه أو علاجه، ومع أن القلق الذي يعزى للمرض قد يقل مع الوقت، إلا أن القلق حول احتمال ظهور مضاعفات وأبعاد مستقبلية للمرض، وأثره على النواحي الحيوية من حياة الفرد مثل العمل ربما يزداد مع الوقت.

ففي دراسة بورجيسون وآخرون **(1993)** حول التعايش مع مرض السكر وعلاقته بالجنس وفترة دوام المرض ومضاعفات الناتجة عنه، وجد أن الرجال يستخفون بالمشكلات المتعلقة بالمرض أكثر من السيدات، ولهذا فان درجة القلق عندهم بسيطة عن احتمال وجود مضاعفات طويلة المدى في المستقبل بالرغم من وجود قلق أعلى عند السيدات إلا أنهم كانوا أكثر قدرة على اكتشاف الجوانب الايجابية في التعامل مع المرض.

(وسام درويش بريك وفوزي شاكر داود،2008: 623)

-الانكار :

عتبر وسيلة دفاعية ،يتجنب الشخص من خلالها حقيقة المرض وأبعاده، فقد يتصرف وكان المرض ليس بالشدة التي هو عليها، أو انه سيزول خلال فترة وجيزة وفي حالات قد ينكر المريض أن لديه مرضا بالرغم من كل المعطيات الواضحة حول التشخيص، فالإنكار إذن هو حالة من المنع اللاشعوري لإدراك واقع المرض وأبعاده، وهو رد فعل شائع للأمراض المزمنة مثل مرض السكري.

-عدم تقبل المرض و رفض العلاج في البداية.

-مزاج متقلب.

-عدوانية في بعض الأحيان.

-عرضة للإصابة بالإكتئاب :

يعتبر من الاضطرابات النفسية الشائعة بين مرضى الأمراض المزمنة بصفة عامة ومرض السكر بصفة خاصة والإكتئاب كاضطراب نفسي، يحدث نتيجة لبعض الأحداث المؤلمة ،يصاحبها انخفاض قيمة الذات والأفكار غير سارة، بالإضافة إلى عجز عن مجاراة الحياة اليومية، وضعف الطاقة وسرعة الإنهاك عادة.

- وجود اكتئاب مصاحب لمرض السكر يجعل مضاعفات المرض أكثر، وعلاج الإكتئاب المصاحب لمرض السكر يكون بأساليب العلاج النفسي لان استخدام مضادات الإكتئاب يعيق مفعول الأنسولين.

(مرفت عبد ربه عايش مقبل، 2010 :50)

9- الاضطرابات النفسية وعلاقتها بداء السكري:

9-1-السكري والضغوط النفسية:

توصلت الدراسات حول علاقة الضغوط بمرض السكر حيث نظر إليها البعض كسبب للإصابة، ففي دراسة للباحث موريس عطية **(1993)** يرى أن السكر يصيب الأشخاص الذين تعرضوا للصدمات وخاصة إذا كانت فجائية كوفاة عزيز أو قريب في حادث مثلا لكن الربط بين مرض السكر والصدمة غير مباشر حيث الدور الأول للاستعداد الوراثي، والأثر الأساسي لهذه الصدمات والضغوط هو التعجيل بظهور المرض قبل أوانه.

وفي دراسة **لديفيد ماركارى (David Marcreu ،1989)** الذي يرى أن الضغوط النفسية تعتبر كنتاج للإصابة بالمرض وخاصة مرض السكر النمط الأول (Typ1) ، وانه لكي نقلل من تقلبات جلوكوز الدم فإنه يجب على المريض أن يتوازن ليس فقط في العلاج والتغذية ولكن أيضا في الضغوط.

(أحمد محمد الحسيني هلال، 2009 :07)

9-2-السكري وعلاقته بالقلق:

الشعور بالخوف والقلق من مضاعفات المرض وهى استجابة شائعة تظهر مباشرة بعد التشخيص، وقد يرتفع القلق عندما يتوقع الفرد تغييرا جوهريا في نمط حياته نتيجة المرض أو علاجه، أو عندما يشعر بالاعتمادية على أخصائي الصحة، أو عند توقعه عودة النوبة المرضية أو حين يفتقر إلى المعلومة الصحيحة حول طبيعة مرضه أو علاجه، ومع أن القلق الذي يعزى للمرض قد يقل مع الوقت، إلا أن القلق حول احتمال ظهور مضاعفات وأبعاد مستقبلية للمرض، وأثره على نواح الحيوية من حياة الفرد مثل العمل ربما يزداد مع الوقت. ففي دراسات عن علاقة القلق بمستوى السكر توصلوا إلى النتائج التالية:

- انخفاض نسبة السكر في الدم تؤثر على الفرد وسلوكه و إحساسه بالضيق والتوتر،

وما يتعرض له أحيانا من إغماء وهلوسات بصرية.

ويشير العالم ويلسون في كتابه الشهير الطب السيكوسوماتي الشهير إلى عدة استنتاجات من دراسة يربط بها بين ضغط الدم والعوامل المؤدية لارتفاعه أو لانخفاضه ودور السكر في ذلك.

(عطوف محمد ياسين1988 :185-186)

9-3-الإكتئاب و علاقته بالسكري:

والذي يعتبر أيضا من الاضطرابات النفسية الشائعة بين المصابين بالأمراض المزمنة بصفة عامة ومرض السكر بصفة خاصة، والإكتئاب كاضطراب نفسي يحدث نتيجة الأحداث المؤلمة يصاحبها انخفاض قيمة الذات والأفكار غير سارة، بالإضافة إلى العجز عن مجاراة الحياة اليومية و ضعف الطاقة وسرعة الإنهاك.

ولقد حاول الباحثون و الإكلينيكيون في تقاريرهم أن يحددوا ما إذا كان مرض السكر يؤدي إلى ارتفاع متزايد في الإكتئاب وقد صدرت هذه الدراسات بعدة مضامين هامة من بينها:

– الإكتئاب قد يكون طويل المدى ومهدد للحياة وهو مرض يفقد الفرد القدرة على كل شيء، ووجوده مصاحبا لمرض السكر يجعل المرض أكثر شدة والحياة أصعب.

– وجود اكتئاب مصاحب لمرض السكر يجعل مضاعفات المرض أكثر، وعلاج الإكتئاب المصاحب لمرض السكر يكون بأساليب العلاج النفسي لأن استخدام مضادات الإكتئاب يعيق مفعول الأنسولين.

–عندما يكون الإكتئاب مصاحبا للسكر فإنه يجعل التحكم في الجلوكوز ضعيف ومن الممكن أن يكون التحكم في الجلوكوز عامل هام في تطور الإكتئاب.

ومنه نصل إلى القول أن هذه العلاقة ثنائية الاتجاه حيث الإكتئاب يؤثر على التحكم في السكر والعكس.

–ويشير **جاكسون (1993)** أن انتشار الإكتئاب عند مرضى السكر إنما لا يكون بسبب الإصابة ولكن للتأثير العام والضغط المتزايد والتوتر بسبب وجود مرض طبي مزمن.

(أحمد محمد الحسيني هلال، 2009 :5)

– **ومن العوامل النفسية أيضا المرتبطة بمرض السكر** ومن خلال الدراسات والأبحاث التي أجريت من قبل نجد أهمها:

*عدم تقبل المرض ورفض العلاج في البداية.

*مزاج متقلب.

*عدوانية في بعض الأحيان.

*الشعور بالحزن لمدة طويلة.

*الشعور بفقدان الراحة والانزعاج دون سبب واضح.

*الشعور بفقدان القيمة والاعتبار وعدم القدرة.

*الشعور بالإعياء وفقدان الطاقة.

*فقدان الشهية، أو الإقبال على الأكل مع زيادة في الوزن.

*عدم الاهتمام بالأشياء التي كانت تجلب له الراحة.

*الأرق أو الإفراط في النوم.

* كثرة التفكير في الانتحار وتذكر الموت.

(مرفت عبد ربه عايش مقبل، 2010 :50)

يعتبر مرض السكري من الأمراض المزمنة التي لها تأثيرات على الذين يعانون منه خاصة إذا كان المصاب من الصغار في السن وفي أحرج مراحل حياته، فهو يمثل حالة طويلة الأمد قد تهدد حياته في أي لحظة.

وقد قام **ارفان (Irvan et al 1992)** بدراسة العلاقة بين الخوف من انخفاض جلوكوز الدم وبعض الأعراض السيكولوجية و الفسيولوجية لدى عينة من مرضى النمط الأول، ووجد الباحثون أن الانفعالات الناتجة تتراوح عن عدم السعادة إلى التهديد بالموت المبكر ووجدوا أن هناك علاقة دالة بين الخوف من انخفاض جلوكوز الدم والضغوط النفسية.

(Franc et al ,1992 :135)

وكانت نتائج دراسة **ابراهيم حامد (2006)**التي هدفت إلى عقد مقارنة بين مرضى السكر من النوع الثاني و الأصحاء في بعض متغيرات الشخصية (مواجهة الضغوط، المراقبة الذاتية ،ا لنمط السلوكي ،النضج الانفعالي)إلا أن الأصحاء أكثر قدرة على مواجهة الضغوط عن مرضى السكر، بينما المرضى أكثر نضجا انفعاليا في حين لا توجد فروق دالة بين المرضى والأصحاء في متغيري المراقبة الذاتية والنمط السلوكي.

هدفت دراسة (Kilbourane B, et al :2009) إلى قياس تأثير التدين على الإكتئاب لدى مرضى السكري من ذوي الدخل المنخفض ، طبقت أدوات الدراسة التشخيصية على عينة من مرضى السكري وكشفت الدراسة وجود ارتباط قوي و عكسي بين أبعاد التدين وبين مستوى الإكتئاب وأشارت الدراسة إلى أن التدين يزيد من المرونة النفسية بين من يعانون من أمراض مزمنة.

10- التفسير السيكوسوماتي لداء السكري و شخصية المصاب به:

السكري مرض ذو شقين الشق الأول سيكوسوماتي ويظهر من خلال الدراسات التي قام بها السيكوسوماتيون، حيث يوضح **موريس عطية(1993)** أن داء السكري لم يصب الفرد إلا بعد صدمة فجائية في حياته كوفاة قريب عزيز، أو حادث سيارة أو إفلاس تجاري، ولكنه يوضح أن ربط السكري بهذه الصدمات لا يكون بصورة مباشرة حيث أن الدور الأول للاستعداد الوراثي و الأثر الأكبر لهذه الصدمات يكون بالتعجيل في ظهور المرض قبل أوانه أي أن الفرد يرث الاستعداد للإصابة بالمرض والضغوط والانفعالات التي يتعرض لها هي التي تزيد من احتمال الإصابة و تسرع من ظهوره ، و يفسر ذلك بزيادة إفراز الأدرينالين والكورتيزون المضادين للأنسولين. وهناك دراسات أخرى تنظر إلى

الضغوط النفسية كنتاج للإصابة بهذا المرض حيث أن على المريض ليس فقط العلاج و الحمية بل أيضا التخفيف من الضغوط. أما عن شخصية مريض السكري فتشير الدراسات النفسية إلى أن شخصية مريض السكري تتصف بالسمات التالية :

- التردد مع ترك الآخرين يتخذون القرارات عوضا عنه.
- نادرا ما يقوم بعمل شيء دون أخطاء.
- معظمهم يعانون في طفولتهم لصراع بين الاستياء من الآباء والخضوع لهم.
- معظم مرضى السكري كانوا مدللين. أشارت أيضا هذه الدراسات إلى أن (142) من مرضى السكري كانت أمهاتهم تسيطر عليهم وكانوا يعتمدون عليهم وهم يميلون إلى السلبية في مجال الجنس ولذلك يكون زواجهم مخيبا للأمل في معظم الحالات، ومريض السكري يرغب أن يعامل ويدلل كطفل لا كرجل أو زوج .وتفسير سلبية مرضى البول السكري بأنها مظهر لرغبتهم القوية في العودة إلى حالة من الطفولة المبكرة التي تتسم بحنين شديد إلى إطعام الآخرين لهم وهذا الحنين يطلق كميات كبيرة من السكر في الدم، ولما كان الفرد عاجز عن إشباع رغباته الطفولية الفمية فقد يطلق دون وعي ذلك الطعام الذي يورده في مستودعات السكر في جسده.

(جبالي نور الدين 2007 : 103)

11- علاج داء السكري والتكفل النفسي :

على الرغم من أن مرض السكري يعتبر من الأمراض المزمنة، حيث لا يمكن الشفاء منه، إلا أن هناك حاجة ماسه لعالجه والسيطرة عليه لأسباب متعددة، أهمها :منع حدوث المضاعفات المصاحبة لهذا المرض، أو التخفيف من حدة هذه المضاعفات إن حدثت، وذلك عن طرّق المحافظة على مستوى السكر في الدم ضمن المستوى الطبيعي المطلوب، حيث يؤدي مرض السكري إلى عدد من المضاعفات وتنقسم إلى نوعين: مضاعفات متعلقة بالأوعية الدموية الدقيقة (Microvascular Complications) ، ومضاعفات متعلقة بالأوعية الدموية الكبيرة (Macrovascular Complications).

11-1-العلاج الدوائي:

يمكن علاج مرض السكر باستخدام الأدوية مثل:

- حقن الأنسولين.
- الأقراص الخافضة للسكر.

و يمكن التحكم في سكر الجلوكوز في الدم بدون استخدام أي دواء مثل:

- تنظيم الغذاء كما و نوعا.
- مزاولة الرياضة بشكل مستمر.
- زراعة البنكرياس.
- زراعة خلايا بيتا المفرزة للأنسولين.

(محمد بن سعد الحميد2007:90)

يمثل كل من النظام الغذائي والتمارين الخط الأول فعلاج جميع الأشخاص المصابين بمرض السكري من النوع الثاني بما في ذلك الشباب، إلا أنه بالنظر إلى التاريخ الطبي لمرض السكري من النوع الثاني، فمن المستبعد أن يحقق(50-75%) من الأشخاص المصابين الوصول إلى مستويات طبيعية للسكر من خلال اتخاذ هذه التدابير وحدها، وترتبط مضاعفات الأوعية الدموية الصغيرة التي تحدث نتيجة الإصابة بمرض السكري بمدة الإصابة به وضعف التحكم فيه، لهذا فإنه من المقبول تماما أن يتم البدء في تناول الأدوية الخافضة لنسبة السكر في الدم في مرحلة مبكرة من خطة العلاج حيث تكون أكثر فاعلية عن بدئها في مرحلة متأخرة.

(مارج ماكيل ،2008: 40)

11-2- التكفل النفسي:

يتمثل في التخفيف من حدة المشاكل والأزمات النفسية، إذ يعمل الأخصائي النفساني على:

- محاولة إعادة ثقة الأشخاص في ذواتهم وبأنهم لا يزالون يمتلكون القدرة على مواصلة الحياة، كما أن المجتمع بحاجة إليهم.
- خلق جو أسري داخل المراكز والمؤسسات الاستشفائية بين المقيمين بها يساعدهم على استعادة التوافق، والتكيف النفسي والاجتماعي.
- محاولة القيام بتشخيص فعلي للحالة وأزماتها النفسية بتطبيق أدوات يستعين بها الأخصائي النفساني في إطار التكفل النفسي، كالملاحظة والمقابلة والاختبارات النفسية.

(بن سماعيل رحيمة، 2014 :03)

- فهم نمط تفكير المريض، المعالج يتعرف على نمط تفكير المريض من خلال ملاحظات المريض الأولية لمشكلته، والموضحة لمدى إدراكه، وفهمه لها أو عن طريق التناقضات، والتغيرات المترددة في

كلام المتعالج، أيضا عند تغيير موضوع الجلسات العلاجية، خاصة عند محاولته الربط بين ما جاء في الجلسات السابقة، وما يريد المريض التعبير عنه، أو عند إخفائه أمور يستطيع أن يتوصل إليها، من المتابعة الدقيقة مثل زلات اللسان عند المتعالج.

– تجديد العلاقات الاجتماعية إن المتقاعدين أو المصابين بأمراض مزمنة، أكثر عرضة لتصويب علاقاتهم الاجتماعية، إذ يقطعون صلتهم بالذين كانت تربطهم بهم صلات الود والصداقة والتعاون والتنافس، فيجدون أنفسهم مفتقرين للعلاقات الاجتماعية، لذا فأغلبهم يحسون بالوحشة والعزلة، ولهذا أثر رديء في نفوسهم.

– ينبغي على الأخصائي تركيز اهتمامه حول مشاعر المريض ومصادر همومه والشيء الذي يثيرها،والتخفيف من الشعور بالذنب وإلى أي حد يعاني من الشعور بالذنب، وهل يكون هذا الشعور في نفسه عائقا لإقامة علاقة ايجابية، فعلية مع الواقع أم يمكن التغلب عليه بوعي وتبصر.و كل هذا بهدف:

*تحقيق التوافق النفسي لدى المريض، الفرد عندما يفشل في إشباع حاجاته، مع نقص فهمه لذاته، وقدراته على تحقيق مطالبه وشعوره بالإحباط والتوتر وتهديد الذات، وحين يفشل في حل مشكلاته أو مواجهتها، يجب على الأخصائي النفساني العمل على تحقيق توافق الفرد بمساعدته على فهم ذاته، وحل مشكلاته وتقبله للحالة التي يعاني منها.

(بن سماعيل رحيمة، 62:2014)

خلاصة الفصل:

مرض السكري من الأمراض المزمنة التي تؤدي إلى ارتفاع نسبة السكر في الدم بسبب الخلل في إفراز الأنسولين مما يؤدي إلى عواقب على مستويات عديدة (نفسية– جسمية) وذلك حسب نوع السكري، وبرغم أنه لا يوجد علاج السكري إلا أن نوعية العلاقة بين المريض والمعالج من شأنها أن تعزز عملية الإمتثال للعلاج مثلا التفاوض بين الطبيب والمريض حول اختيار الحمية الغذائية ونظام التغذية بشعر المريض أنه طرف فعال في العملية العلاجية.

و بناءا على ما قدمنا في الفصل نستطيع أن نركز على أنماط السلوك الصحي التالية و لما لها من تأثيرات إيجابية على الصحة من منطلق حماية الإنسان من الدخول في متاهة أمراض العصر و هي التمارين الرياضة و لما لها من أثر إيجابي على الصحة و على النفس أيضا و قدرة الشخص على التركيز و بالتالي تحميه من مشاكل السمنة ، السكري و مشاكل القلب أيضا .

إضافة إلى الغذاء الجيد المتوازن كما و كيفا و الذي بالضرورة سوف يحمي الإنسان من كافة الأمراض الناتجة عن سوء أو نقص في الغذاء و من ثم يكون قد شكّل طريق غذائي جيّد لغايات تنشيط القدرات الذهنية و العقلية .

و أيضا التنشئة الإجتماعية و الثقافة الأخلاقية المستندة على تواجد الوازع الديني و المجتمعي ، و الذي سوف يشكل دائرة حماية صلبة للإنسان من الدخول في متاهة آفات العصر سواء كانت أمراض مناعة أو أمراض مزمنة كالسكري .


الجانب التطبيقي

الفصل الرابع
الإجراءات المنهجية للدراسة

تمهيد.

1- الدراسة الإستطلاعية.

2- منهج الدراسة.

3- حدود الدراسة.

4- مجموعة الدراسة.

5- أدوات الدراسة.

خلاصة الفصل.

تمهيد:

يعتبر الجانب التطبيقي جانب أساسي من المذكرة أو أي بحث ميداني حيث تعتبر مرحلة ضبط وتحديد الإجراءات المنهجية المناسبة للدراسة خطوة أساسية لا يمكن الإستغناء عنها، وذلك نظرا لأهمية النقاط التي تحتوي عليها للبقاء في إطار إعداد بحث علمي سليم.

وسنتطرق في الجانب التطبيقي إلى منهج الدراسة ومجموعة الدراسة، إضافة إلى المجال الزماني والمكاني للدراسة ثم أدوات الدراسة.

1-الدراسة الاستطلاعية:

قمنا بإجراء الدراسة الاستطلاعية قبل الشروع في التطبيق الميداني على مستوى مستشفى "**محمد بوضياف**" بالمدية، ومن أجل أخذ موافقة الأخصائية النفسية حتى نتمكن من إجراء دراسة حالة مع النساء المتزوجات المصابات بداء السكري.

والهدف الرئيسي من الدراسة الإستطلاعية هو التأكد من توفر مجموعة الدراسة في الميدان والتي تتوفر فيها شروط بحثنا، ومعرفة مدى إمكانية تطبيق مقياس التكتم الإنفعالي **لتايلور (Tas.20)**، إضافة إلى ضبط إستجابة وتقبل مجموعة الدراسة لإجراء المقابلة معهم. إلا أننا أثناء إجراء الدراسة واجهنا العديد من الصعوبات والتي تمثلت في:

* قلة الحالات التي تتوفر فيها شروط انتقاء العينة، والمتمثلة في شروط السن والحالة الاجتماعية.

* عدم توفر مكتب مخصص من أجل إجراء المقابلة مع مجموعة الدراسة، فقد كانت تجرى في وسط النساء اللواتي معهن في الغرفة مما يؤدي إلى تفاعل كل النساء وتدخلهم وفتح مجال للنقاش بينهم.

* عدم إمكانية إجراء أكثر من مقابلة مع الحالات لجمع أكبر قدر من المعلومات بسبب عدم مكوثهم طويلا في المستشفى.

* رفض بعض النساء للتعاون معنا.

* في بعض الأحيان نضطر لقطع المقابلة من أجل أن يتم معالجتهم.

2- منهج الدراسة:

يتسنى لنا من خلال الدراسات في مجال العلوم الاجتماعية بصفة عامة وعلم النفس بصفة خاصة، دراسة أي موضوع من موضوعاته العلمية. لهذا فالمنهج هو الطريق الذي يعتمد عليه أي باحث للحصول على المعلومات العلمية الموضوعية التي تعطينا صورة واضحة عن واقع الدراسة، سواء أكان ذلك بصورة فردية أو جماعية.

إن أولى مراحل تصميم البحث هو إختيار منهج البحث الذي يعرف على أنه الطريق المؤدي إلى الكشف عن الحقيقة في العلوم بواسطة طائفة من القواعد العامة. تهيمن على سير العقل وتحدد عملياته حتى يصل إلى نتيجة معلومة.

(صالح العساف، 1989: 90)

ما دام موضوع دراستنا هو التكتم الإنفعالي لدى النساء المصابات بداء السكري، فإن المنهج المتبع هو المنهج العيادي الإكلينيكي ،حيث نشأ هذا الأخير من الإتلاف ما بين تيارين هما علم النفس الطبي وعلم النفس التطبيقي القياسي، ذلك أن المرض ليس حالة يستحيل استحداثها تجريبيا من حيث المبدأ، ومن هنا كانت ضرورة اللجوء في تناول منهج خاص هو المنهج الإكلينيكي.

(محمد عيد الطاهر الطيب، 2001: 234)

والمنهج العيادي هو الدراسة العميقة للحالات الفردية بصرف النظر عن انتسابها للسوية أو المرض.

(شقير زينب، 2002: 41)

ومن التقنيات التي تساعد على جمع البيانات الخاصة لكل حالة وتساعد على فهم سلوك الأفراد ومواقفهم هي تقنية دراسة الحالة. التي تعرف بأنها: الوعاء الذي ينظم فيه الاكلينيكي كل المعلومات والنتائج التي تحصل عليها.

(لقوقي دليلة، 2016: 144)

وتعرف دراسة الحالة على معلومات وحقائق تحليلية وتشخيصية عن حالة العميل الشخصية والأسرية والاجتماعية والمهنية والصحية، وعلاقة كل الجوانب المتعلقة بظروف مشكلته وصعوبات وضعه الشخصي.

(لطفي متولي وإبراهيم غازي، 2017: 11)

إذن المنهج يتناسل مع دراستنا وطبيعة مجموعة البحث.

أهم ما يميز هذا المنهج أنه يمكن الباحث من النفاذ إلى أعماق الظواهر، أو المواقف التي يقوم بدراستها، بدلا من الإكتفاء بالجوانب السطحية.

(عقيل حسين، 1999: 140)

3- حدود الدراسة:

3-1- الحدود الزمانية:

استغرق زمن إجراء بحثنا في الفترة الممتدة بين 26 ماي إلى 04 جوان وأجرينا مقابلات عيادية مع الحالات وطبقنا عليهم المقياس، وكانت الجلسة مع كل حالة (45 د).

2-3- الحدود المكانية:

قمنا بإجراء الدراسة بمستشفى "**محمد بوضياف**"، الكائن مقره شارع "**بن عياد** –**المدية**"، والإطار القانوني للمؤسسة هو م.ع.إ "**مؤسسة عمومية ذات طابع إداري**" **(EPA)**.

حيث أنشئ ووضع في الخدمة سنة **(1961)** قبل أن يمر بثلاث مراحل تنظيمية وهي:

1- كان مركز إستشفائي إلى غاية **(1984)**

2- أصبح قطاع صحي يتكون من مؤسسة أم، وقطاعات فرعية وذلك إلى غاية نهاية **(2007)**.

3- مؤسسة عمومية استشفائية منذ جانفي **(2008)**.

يتوفر على عدة مصالح يقوم بالإشراف عليها متخصصون في شتى المجالات.

والمصلحة التي أجريت فيها الدراسة هي: مصلحة الطب الداخلي نساء.

4- مجموعة الدراسة:

أجرينا هذه الدراسة على مجموعة من النساء المصابات بداء السكري والمتكونة من 03 حالات.

4-1- معايير انتقاء مجموعة البحث:

حتى تندرج أي مبحوثة ضمن مجموعة بحثنا لا بد أن تتوفر فيها الشروط التالية:

* أن تكون المبحوثة مصابة بداء السكري (النوع الأول أو الثاني).

* أن يكون سنها ما بين (43 إلى 55 سنة)، فهذه الفئة تمر بمرحلة حساسة (سن اليأس)، وهو السن الأكثر عرضة لداء السكري حسب الدراسات النظرية.

* أن تكون المصابة بداء السكري متزوجة.

* أن لا تعاني المصابة بداء السكري من أي إعاقة جسيمية أو عقلية.

4-2- خصائص مجموعة البحث:

فيما يلي جدول (رقم 02) يمثل خصائص مجموعة البحث.

الحال	السن	الحالة الاجتماعية	المستوى الاقتصادي	المستوى التعليمي	نوع مرض السكري
"ف"	55	متزوجة	متوسط	ابتدائي	النوع الأول
"د"	50	متزوجة	جيد	أمية	النوع الأول
"ب"	46	متزوجة	متوسط	متوسط	النوع الثاني

يوضح الجدول رقم 02 خصائص مجموعة البحث والمتمثلة في ثلاث حالات يتراوح سنهم ما بين 46 إلى 55 سنة، وجميعهن لديهم نفس الحالة الاجتماعية (متزوجات)، إضافة إلى مستوى الاقتصادي لديهم يتراوح ما بين المتوسط والجيد.

5- أدوات الدراسة:

قمنا بالإعتماد على أداتين (02) لجمع البيانات ونظرا لمتغيرات الدراسة اعتمدنا على الأدوات التالية:

- المقابلة العيادية نصف الموجهة.
- مقياس التكتم الإنفعالي **لتايلور** (Tas.20).

5-1- المقابلة العيادية:

تعريفها: تعتبر المقابلة العيادية أداة بارزة من أدوات البحث العلمي في علم النفس الإكلينيكي، وفي غيره من العلوم وتكمن أهميتها في الميدان الإكلينيكي من حقيقة كونها الأداة الرئيسية التي يستخدمها الأخصائيون في مجال التشخيص والعلاج النفسي.

(عبد القادر ابراهيم وإبراهيم عسكر، 2007: 107)

5-1-1- المقابلة نصف الموجهة:

تعرف بأنها تلك التي تعتمد على دليل المقابلة والتي ترسم خطتها مقدمة شيء من التفصيل، بها تعليمة موحدة، وفيها تتحدد الأسئلة وهي أكثر الأنواع استعمالا من طرف الباحثين في علم النفس فأسئلتها تسمح للعميل بالتعبير بكل ارتياح.

(بركات محمد، 1984: 163)

وتعتمد المقابلة نصف الموجهة على تحديد مجموعة من الأسئلة بغرض طرحها على المبحوث، مع احتفاظ الباحث بحقه في طرح أسئلة من حين لآخر، دون خروجه عن الموضوع المراد دراسته.

(حميدشة نبيل، 2012: 98-102)

اعتمدنا على دليل المقابلة النصف الموجهة والذي يتكون من 05 محاور، محور خاص بالبيانات الشخصية والذي يحتوي على مجموعة من الأسئلة الخاصة بالبيانات حول المبحوثات، كما اعتمدنا على محور التاريخ المرضي، والذي يحتوي على بيانات متعلقة ببداية الإصابة بمرض السكري وكيف كانت ردة فعل المصابة بهذا المرض والصعوبات التي واجهتها.

أما فيما يخص المحور الثالث فهو خاص بالجانب العلائقي يحتوي على مجموعة من الأسئلة حول ردة فعل العائلة حول المرض وإذا ما تلقت من الدعم من طرفهم وعلاقاتها الاجتماعية، والمحور الرابع يتضمن الأعراض الجسدية والنفسية حيث يحتوي على مجموعة من الأسئلة المتعلقة بالأعراض الجسدية والنفسية والرؤية المستقبلية... ،ومحور الخامس يتضمن أبعاد الألكسثيميا والمتمثلة في صعوبة وصف المشاعر وصعوبة تحديد المشاعر والتفكير .

(انظر الملحق رقم 01 ص93) .

5-2- مقياس تورنتو للألكسيثيميا:

هذا المقياس من إعداد **باجي** وزملائه **(Taylor, Parkon, Bagby, 1994)** تم ترجمة مقياس تورنتو للالكسيثيميا إلى 20 لغة منها العربية.

(زين العابدين، 2016، 39-40)

يتكون المقياس من 20 عبارة على متصل واحد بأسلوب ليكرت (5 مستويات من الاستجابة) على النحو التالي: (تنطبق تماما 5) (تنطبق 4) (غير متأكد) (لا تنطبق2) (لا تنطبق أبدا 1).

وكلما ازداد الوزن الرقمي دل ذلك على وجود سمة الالكسيثيميا لدى الشخص والعكس صحيح ويتضمن المقياس بنود موجبة وبنود سالبة.

بالنسبة للفترات السالبة فتتمثل في الأرقام: 18 ,15 ,10 ,5 ,4او تكون على النحو التالي:

(تنطبق تماما1) (تنطبق2) (غير متأكد3) (لا تنطبق 4) (لا تنطبق تماما5)

ومجموع درجات المقياس تساوي عدد درجات الاستجابات لكل الفترات العشرين.

* الدرجة أقل من (51) تساوي عدم وجود الألكسيثيميا.

* الدرجات من (52-60) من الاحتمال وجود الالكسيثيميا.

* الدرجات أكبر من (61) وجود الالكسيثيميا.

(الفحل، محمد نبيل 2014: 20)

وفي الجدول الموالي سنعرض بنود المقياس وأبعاده الثلاثة:

جدول رقم (3) أبعاد الالكسيثيميا وأرقام العبارات التي تدل عليها بعد التحكيم.

	أبعاد الالكسيثيميا	أرقام العبارات	العدد
1	صعوبة وصف المشاعر	عبارات أرقام 2- 4- 7- 12- 17	.5
2	صعوبة تحديد المشاعر	1- 3 -6- 9- 11- 13- 14	.7
3	صعوبة التفكير فيما هو ذو جهة خارجية	5- 8- 10- 15- 16- 18- 19- 20	.8

يوضح الجدول التالي أبعاد الالكسيثيميا وأرقام العبارات التي تدل عليها حيث هناك ثلاث أبعاد وكل بعد يضم عبارات محددة ففي البعد (1) يوجد 5 عبارات والبعد (02) 7 عبارات والبعد (3) 8.

5-3- الخصائص السيكومترية لمقياس تورنتو للالكسيثيميا:

اعتمدنا في دراستنا عند استخدام هذا المقياس على الخصائص السيكومترية المعتمدة من طرف الباحثة "زاغرز حنان" في أطروحتها للماجيستير والتي قامت بحساب صدق المقياس على التالي:

5-3-1- صدق المحكمين:

بعد الحصول على إذن من مصمم ومعد مقياس (Tas.20) تايلور "Taylor" بترجمته من اللغة الانجليزية إلى اللغة العربية، تم عرضه في صورته الأولية على أساتذة متخصصين في الترجمة للتحقق من اللغة العربية التي سبق وأن ترجمتها، ثم إجراء التعديلات المناسبة بناء على الخطوتين السابقتين قامت الباحثة ناغز حنان (2014) بإنجاز الخطوة الأخيرة والمتمثلة في عرض المقياس في نسخته العربية المترجمة على بعض أساتذة علم النفس للتأكد من مدى ملائمة البنود لقياس ما وضعت لقياس ما وضعت لقياسه في النسخة الأصلية.

(زاغز حنان، 2014: 122)

5-3-2- صدق الإنسان الداخلي:

قامت الباحثة زاغز حنان (2014) بحساب صدق الإتساق الداخلي للمقياس، من خلال إيجاد معاملات الإرتباط لكل بند من بنود المقياس مع الدرجة الكلية لهذا المقياس، تجدر الإشارة إلى أن حساب الخصائص السيكومترية لمقياس (Tas.20) تم إجراءها على عينة قوامها (240) فرد.

5-3-3- حساب الثبات بطريقة التطبيق وإعادة التطبيق:

طبقت على عينة استطلاعية بفاصل زمني (15) يوم، حيث بلغ معامل الثبات بين التطبيقين (ر= 0،92) وهو معامل ثبات قوي وعال بين درجات المقياس الأول والتطبيق الثاني على عينة استطلاعية بفاصل زمني (15) يوم، حيث بلغ معامل الثبات بين التطبيقين (ر=0.92) وهو معامل ثبات قوي وعال بين درجات المقياس عند التطبيق الأول والتطبيق الثاني عند مستوى دلالة (0،01) مما يشير إلى ثبات المقياس.

(حنان زاغز، 2014، 124- 127)

مما سبق يتبين لنا أن أداة الدراسة تتمتع بصدق وثبات جيدين خاصة وأن هذا المقياس طبق على البيئة الجزائرية.

(زاغز حنان، 2014: 127)

خلاصة الفصل:

لقد تم التطرق في هذا الفصل إلى المنهجية المتبعة في الجانب التطبيقي من خلال تبني المنهج العيادي القائم على دراسة حالة والذي يعتبر من أهم المناهج وأكثرها استخداما في علم النفس العيادي كونه منهجا شاملا يساهم في الوصول إلى نتائج موضوعية ويساعدنا في جمع أكبر قدر من المعلومات.

كما تم إجراء الدراسة الاستطلاعية وحيثياتها (الحدود الزمانية والمكانية) وتحديد خصائص مجموعة البحث، إضافة إلى أدوات الدراسة المتمثلة في المقابلة العيادية النصف الموجهة ومقياس تورنتو للألكسيثيميا (Tas.20) بهدف التعرف على مستوى الالكسيثيميا لدى النساء المصابات بداء السكري وسيتم في الفصل الموالي عرض نتائج ومناقشة الفرضيات في ضوء الدراسات السابقة.

الفصل الخامس

عرض الحالات ومناقشة الفرضيات.

1 - عرض الحالات.

1-1-عرض الحالة الأولى.

1-2- عرض الحالة الثانية.

1-3- عرض الحالة الثالثة.

2- عرض نتائج مقياس تورنتو للتكتم الانفعالي لحالات الدراسة.

3- مناقشة الفرضيات.

3-1- مناقشة الفرضية العامة.

3-2- مناقشة الفرضية الجزئية الأولى.

3-3- مناقشة الفرضية الجزئية الثانية.

4- الاستنتاج العام.

5- الاقتراحات.

المراجع.

الملاحق.

عرض الحالات :

1-عرض الحالة الأولى:

1-1-1-تقديم الحالة:

السيدة "ف" متزوجة وأم لثمانية أولاد، تبلغ من العمر 55سنة، عدد إخوتها ثلاثة وهي الأخت ما قبل الأخيرة في عائلتها، مستواها التعليمي السنة الخامسة ابتدائي، وهي ماكثة في البيت، والوضع الاقتصادي للعائلة متوسط، وزوجها متقاعد، تعاني من داء السكري النوع الأول. تمت المقابلة معها في مستشفى محمد بوضياف بالمدية في مصلحة الطب الداخلي بتاريخ 2023/05/25 لمدة 45د. قمنا بتطبيق مقياس التكتم الانفعالي لتايلور، وكانت الحالة متجاوبة معنا من خلال الإجابة على أسئلتنا وعندها أيضا رغبة في إجراء المقابلة في قولها "والله كان خاصني بسيكولوق". إضافة إلى الملاحظات السيمائية التي لاحظناها فالمظهر الخارجي كان مرتب، والتعبير اللغوي واضح ومفهوم، وبالنسبة للشهية فهي لا تتبع نظام غذائي.

1-1-2-عرض وتحليل نتائج المقابلة نصف موجهة:

سنحاول تحليل محاور المقابلة العيادية نصف الموجهة فيما يلي:

بالنسبة لمحور التاريخ المرضي أصيبت السيدة "ف" بداء السكري سنة 2015، وكانت بداية اكتشافها للمرض عن طريق الصدفة عندما كانت تتسوق في قولها "كنت جايزة لقيت جمعية برا تع لي يقيسو السكر سقساتني واش فطرتي ممبعد قاستلي السكر"، وعبرت عن خوفها وتفاجئها في قولها "خلعتني قاتلي السكر تاعك راه 2 غرام مالا عندك السكر، وعطاتني ورق باش نروح ندير ليزانياليز"، وكانت ملامح الحزن والأسى تظهر على وجهها وهي تحكي، في حين عبرت عن صدمتها "كنت مصدومة ومخلوعة على مرت لوسي كانت غير كيما توفات مكناش متوقعينها تموت وزادت الخلعة تع السكر".

قد نعتبر وفاة زوجة أخ زوجها كعامل مفجر لظهور المرض، حيث يوضح **موريس عطية** (1993) أن داء السكري لم يصب الفرد إلا بعد صدمة فجائية في حياته كوفاة قريب عزيز، أو حادث سيارة أو إفلاس تجاري، ولكنه يوضح أن ربط السكري بهذه الصدمات لا يكون بصورة مباشرة حيث الدور الأول للاستعداد الوراثي، والأثر الأكبر لهذه الصدمات يكون في تعجيل المرض أي أن الفرد يرث

الاستعداد للإصابة بالمرض، والضغوط والانفعالات التي يتعرض لها هي التي تزيد من احتمال الإصابة وتسرع من ظهوره.

ويتضح استعمالها ميكانيزم الإنكار في قولها " قعدت غير نعاود فليزانااليز قلت بلاك غلطولي"، فالانكار هو رفض الإقرار بأن حدثا قد حصل بالفعل، حيث يتم حظر الافكار المقلقة من الذاكرة لتجنب الخبرة الانفعالية المؤلمة في مواقف الضعف.

وصرحت الحالة أن أختها كانت مصابة بمرض السكري قبلها، ثم مرض أخاها بعدها، إذن يمكن أن يكون قد تم توارث القابلية أو الاستعداد لهذا المرض، اضافة إلى أنها واجهت صعوبات في قولها " كلش صعاب وليت عيانة و تعبانة مقعدتش كيما كنت صحيحة"، وتنهدت أثناء كلامها، هذا يوضح استسلامها وشعورها بالحزن نتيجة فقد أشياء معينة كصحتها، كما أكدت الحالة بدأت بتقبلها للمرض بعد فترة وجيزة من شربها للدواء، ثم أصبحت تضع حقنة الأنسولين. وعبرت عن شعورها بالذنب واستهتارها في قولها "خلاص كرهت القاطو هو سبابي كنت ناكل ممبعد ندم".

أما في محور الجانب العلائقي، قالت الحالة أنها تلقت الدعم من طرف أسرتها، حيث تلقت الاهتمام ومساعدتهم في تذكيرها بالحمية، والأكل الصحي وسؤالها عن حالتها الصحية. وصرحت الحالة أن الزوج كذلك دعمها بالتخفيف عنها، وأخذ الأمور ببساطة أن مرض السكري منتشر في قولها " قالي السكر راه عند كامل الناس متخفيش"، وأيضا صرحت انه كان يرافقها إلى الطبيب، ولم يتغير أي شيء في علاقتهم قبل وبعد المرض.

صرحت الحالة أن بعض الأعراض الجسدية عند سؤالها في محور الأعراض الجسدية والنفسية ظهرت عليها كالتعرق، والشعور بارتفاع درجة حرارة الجسم، ونقص في الوزن واتضح عدم رضاها عن صورة جسمها في قولها "معدتش كيما كنت حتى بشرتي وكحالت"، وصرحت أيضا بأنه ظهرت عليها بعض الأعراض النفسية كالقلق من الفوضى، والأصوات الصاخبة، إضافة إلى تقلب مزاجها الذي يعتبر مؤشر مرتبط بالتكتم الانفعالي، ويتضح عجز الحالة عن وصف أحاسيسها ومشاعرها وهذا من خلال كبت المشاعر الذاتية في قولها "انا مفهمتش روحي"، وفقد الحالة الرغبة في صنع الحلويات بعد أن كانت الشيء المفضل لديها، إضافة إلى تخوف الحالة من المستقبل و قلقها في قولها "بلاك يكون خلاصلي النهار"، والتي تظهر عدم وجود تطلعات مستقبلية بالنسبة للحالة.

في محور أبعاد الالكسيثيميا ظهرت صعوبة المبحوثة في وصف مشاعرها، واتضح استعمالها لميكانيزم الإنكار بصورة واضحة، حيث أنكرت الألم وكل العواطف المتعلقة به في أقوالها " منقولهمش نقعد نتالم وحدي"،" منعبرش نخليها بيني وبين ربي"، " فالحقيقة منشكيش منزيدش همي لبناتي الشكوى لربي"، مع تنهد الحالة عند قولها لتلك الجمل، وهذا يوضح أن الحالة تعاني من صعوبة التعبير عن المشاعر، وإيصالها للطرف الأخر، وهذا ما أكده **(Nemaih et Sifineos)** في اشارة أن المرضى الذين يعانون من أمراض نفسية جسدية وجدوا أنهم غير مبالين بالعواطف، وعدم القدرة على التصريح اللفظي لمشاعرهم التي كانوا يعانونها، والحياة الخيالية الفقيرة، وإعادة سرد مفصلة لأفعالهم الخاصة والأحداث في بيئتهم.

واتضح في محور صعوبة تحديد المشاعر، أن الحالة لديها صعوبة في التمييز بين الحزن والخيبة، و عبرت أنها في حالة الغضب تتحكم في ردة فعلها، وهذا الشيء ايجابي في قولها "تتحكم في روحي متلقاينيش نهدر وخلاص"، أي يمكن التواصل معها أثناء انفعالها مع المواقف، ويظهر استخدامها لميكانيزم التسامي في وصف تفكيرها بالمنطقي لتعبر عن غياب الجانب العاطفي.

أما في محور التفكير، عبرت الحالة عن تواصلها مع الآخرين وتأثرها معهم ومحاولة إيجاد حلول لمشكلاتهم، وعدم وجود أنشطة تستمتع بها يدل على غياب العواطف والاستمتاع.

1-1-3-عرض وتحليل نتائج المقياس:

بعد تطبيق مقياس تورنتو للألكسيثيميا مع الحالة "ف"، تحصلت على درجة مرتفعة وهي (66) من (100)، تبين ان لديها مستوى عالي من الالكسيثيميا، حيث كانت معظم الاجابات (موافق بشدة) و(لا موافق لا معارض).

وقد أظهرت نتائج المقياس بالنسبة لمحور صعوبة تحديد الأحاسيس تحصل الحالة على (24) من (35) وهي درجة مرتفعة هذا ما يدل على استعمالها ميكانيزم الإنكار في قولها "نقعد نتألم وحدي منشكيش"، "منعبرش نخليها بيني وبين ربي"، أما محور وصف الأحاسيس تحصلت على (17) من (25) وهي درجة متوسطة هذا ما رأيناه في المقابلة أثناء حديثها، حيث لا تجد الكلمات المناسبة للتعبير عن مشاعرها فبدلا من ان يكون تفريغ خارجي بالتعبير والافصاح يصبح تفريغ داخلي مما ينتج عنه امراض

جسدية ، وفي المحور الأخير المحور الخاص بالتفكير الموجه نحو الخارج تحصلت الحالة على درجة (25) من (40) وهي درجة متوسطة.

ونستنتج في الأخير إن الحالة "ف" تعاني من تكتم انفعالي مرتفع، ظهر من خلال النتيجة الكلية للمقياس والتي قدرت ب (66).

1-1-4- ملخص الحالة الأولى:

انطلاق من نتائج المقابلة و نتائج المقياس توصلنا إلى مايلي:

السيدة "ف" البالغة من العمر 55سنة، تعاني من داء السكري النوع الأول، ولقد تأثرت الحالة بخبر إصابتها بمرض السكري، وهذا ما ارتأيناه من خلال المقابلة إذ عانت من الخوف والقلق. وأثبتت نتائج مقياس تورنتو للالكسيثيميا أن الحالة لديها مستوى مرتفع من التكتم الانفعالي (66)، وقد سجلت درجة مرتفعة في بعد صعوبة تحديد الأحاسيس، هذا ماتطابق مع أقوالها إذ أنها تجد صعوبة في تحديد ووصف مشاعرها.

جاءت نتائج المقياس مطابقة لما صرحت به الحالة في المقابلة، من كثرة تكتمها وعدم مشاركتها ما تشعر به مع الآخرين، وخوفها من عدم فهمها وإنكارها، كلها مؤشرات لوجود التكتم الانفعالي (الالكسيثيميا)، وهذا ما أثبتته نتائج مقياس تورنتو للتكتم الانفعالي، إذ وجدنا أن الحالة "ف" تعاني من تكتم انفعالي مرتفع.

1-2- عرض الحالة الثانية:

1-2-1- تقديم الحالة:

السيدة "د" أرملة وأم لأربعة أولاد، تبلغ من العمر 50 سنة، عدد إخوتها ثلاثة وهي الأخت الوسطى في عائلتها، أمية وهي ماكثة في البيت، و الوضع الاقتصادي للعائلة جيد، زوجها توفي سنة2017، وهي تعاني من داء السكري من النوع الأول.

تمت المقابلة معها بمستشفى محمد بوضياف في مصلحة الطب الداخلي بتاريخ 2023/05/27 لمدة 45د، قمت بتطبيق مقياس التكتم الانفعالي لتايلور وكانت الحالة متجاوبة معنا

ومتفهمة لطبيعة اللقاء الذي هدفه خدمة البحث العلمي، إضافة إلى الملاحظات السيمائية التي لاحظتها فالمظهر الخارجي كان مرتب والتعبير اللغوي دارجة مفهومة وبالنسبة للشهية فهي تتبع نظام غذائي أما النوم فهي لاتنام جيدا.

1-2-2- عرض وتحليل نتائج المقابلة نصف موجهة:

سنحاول تحليل محاور المقابلة العيادية نصف الموجهة فيما يلي:

بالنسبة لمحور التاريخ المرضي أصيبت السيدة "د" بداء السكري سنة 2008، وبدات قصتها مع المرض عندما شعرت بالقلق و التوتر من طرف عائلتها بسبب المشاكل " قلقوني المشاكل تقلقت فوق الحد حتى طلعتلي لاطونسيو"وتحفظت عن ذكر المشكل، فكما ذكرنا سابقا في الجانب النظري أن الانفعالات النفسية الشديدة كالخوف الشديد ،والحزن الشديد والقلق المستمر، أو الخسارة المادية الكبيرة والمفاجئة كلها أسباب قد تساهم في الإصابة بالسكري، وهنا تجدر الإشارة إلى أن هذه الحالات النفسية الشديدة ليست المسببة بشكل مباشر لهذا المرض، ولكن إذا تعرض لها شخص لديه استعداد للسكري أو مصاب بالسكري بشكل بسيط فإنها تزيد خطورة الإصابة وتساهم في رفع نسبة السكر في الدم.

ذهبت الحالة إلى الطبيب وقام بتشخيص مرضها، وصرحت أن ردة فعلها كانت مليئة بالتوتر والخوف في قولها " تقلقت فوق الحد تفكرت خويا لي توفى بسكر"، ثم صرحت الحالة تقبلها للمرض وذلك بسبب دعم زوجها لها في محور الجانب العلائقي في قولها "كي مرضت تخلع عليا كان معاوني واقف معايا ربي يرحمو عندو 9سنوات من لي توفى" حيث قالت انه كان يوفر لها كل ما تحتاجه ولم يشعرها بالنقص ولم يحدث تغير في علاقتهم بعد مرضها، وظهرت ملامح الحزن والاسى على وجهها.

أما بالنسبة لمحور الأعراض الجسدية والنفسية فصرحت الحالة شعورها بالتعب، والدوخة، والتعرق كثيرا، والأعراض النفسية تمثلت في القلق وتقلبات في المزاج وذكرت الحالة أنها تعبر عن مشاعرها في قولها "نقولهم راني مضرورة"، وأكدت على فقدانها للاهتمام بأشياء كانت تحبها في قولها" منعوني على الحلو نحب المقروط"، وهذا يدل على رغبتها في تناول ماحرم عليها ولم تبدي انفعالات واضحة وكانت إجاباتها مختصرة، واقترح "**Pihl et Martin**" (1985) أن الالكسيثيميا تشكل استجابة خاصة ترتبط بوضعيات ضاغطة، فالكف عن الاستجابات المتكيفة والمتمثلة في التعبير عن الحالات

الانفعالية، حيث تتبلور في قالب استجابات جسدية وفيزيولوجية شديدة أو قوية والنتيجة تكون الاحتفاظ بالتنشيط الانفعالي، بدون القدرة على المعالجة المعرفية للمعلومات الانفعالية.

فيما يخص محور أبعاد الالكسيثيميا صرحت الحالة قدرتها على وصفها لمشاعرها والتعبير عنهم في محور صعوبة وصف المشاعر في قولها "نقولهم واش نحس"، إضافة إلى وصفها لنفسها في حالة الغضب في قولها "نتقلق داخليا ونسكت"، مما يدل على تناقض في كلامها. وبالنسبة لمحور صعوبة تحديد المشاعر أكدت على صعوبة تفريقها بين مشاعرها وأحاسيسها في قولها " ايه منفهمش روحي" وهذا مؤشر هام على وجود تكتم انفعالي فهم لديهم بلادة في المشاعر، وكانت تتكتم في إجاباتها فهي مختصرة جدا وتتميز بفقر في مفرداتها اللغوية التي تعبر عن انفعالاتها، وفي محور التفكير تظهر الحالة استمتاعها بالقيام بالأعمال المنزلية "نخدم الشغل يروحلي القلق وننسى همي"، وهذا دليل على توجيه افكارها و طاقتها إلى موضوع اخر لكي تتجنب القلق والتوتر الذي تحمله، أي استخدمت أساليب معرفية تتميز بالسلوك الموجه للخارج و التفكير العملياتي.

1-2-3- عرض وتحليل نتائج المقياس:

بعد تطبيق مقياس تورنتو للألكسيثيميا مع الحالة "د" تحصلت على درجة متوسطة (معتدلة) وهي (59) من (100) ، تبين أن لديها مستوى متوسط من الالكسيثيميا حيث بحسب سلم تصحيح المقياس الدرجات التي تتراوح مابين (60-52) تدل على احتمال وجود الالكسيثيميا (معتدلة) ، وكانت معظم إجابات الحالة على المقياس ب (موافق بشدة) و(معارض باعتدال).

و قد أظهرت نتائج المقياس بالنسبة لمحور صعوبة تحديد الأحاسيس تحصل الحالة على (26) من (35) وهي درجة مرتفعة حيث صرحت الحالة اثناء المقابلة انها لا تستطيع ان تفهم ماتشعر به احيانا من قلق وخوف أو الم ، أما محور وصف الأحاسيس تحصلت على (09) من (25) وهي درجة منخفضة وفي المحور الأخير الخاص بالتفكير تحصلت الحالة على درجة (24) من (40) وهي درجة متوسطة وذلك يتضح من خلال تفكيرها العملياتي (**pénsée opératoire.**)

ونستنتج في الأخير أن الحالة "ف" تعاني من تكتم انفعالي متوسط (معتدل)، ظهر من خلال النتيجة الكلية للمقياس والتي قدرت ب(59).

1-2-4- ملخص الحالة الثانية:

انطلاقا من نتائج المقابلة نصف الموجهة ومقياس تورنتو للتكتم الانفعالي توصلنا إلى مايلي:

السيدة "د" البالغة من العمر 50سنة تعاني من داء السكري النوع الأول، ولقد تأثرت الحالة بخبر أصابتها بمرض السكري، وأثبتت نتائج مقياس تورنتو للالكسيثيميا أن الحالة لديها مستوى متوسط من التكتم الانفعالي (59)، وقد سجلت درجة مرتفعة في بعد صعوبة تحديد الأحاسيس وهذا قد ظهر من خلال المقابلة حيث لديها انخفاض في تفسير الأحاسيس الجسدية المصاحبة للتفعيل الانفعالي وذلك بسبب محدودية الوعي بالذات و المعالجة المعرفية، وأظهرت درجة منخفضة في بعد صعوبة وصف المشاعر عكس ماصرحت به في المقابلة.

جاءت نتائج المقياس غير متطابقة لما صرحت به الحالة في المقابلة في بعد صعوبة وصف المشاعر فقط، حيث ذكرت الحالة أثناء المقابلة أنها عند القلق تسكت و تكتم غضبها داخليا، عكس ما وضحه المقياس حيث تحصلت على درجة منخفضة في بعد صعوبة وصف المشاعر قدرت ب(09) أي ليس لديها صعوبة في وصف مشاعرها، لكن في البعدين الآخرين في المقياس(بعد صعوبة تحديد الأحاسيس وبعد التفكير نحو الخارج) تطابقا مع كلامها أثناء المقابلة، وهذه كلها مؤشرات لوجود التكتم الانفعالي (الالكسيثيميا)، وهذا ما أثبتته نتائج مقياس تورنتو للتكتم الانفعالي، إذ وجدنا أن الحالة "د" تعاني من تكتم انفعالي متوسط (معتدل).

1-3- عرض الحالة الثالثة:

1-3-1- تقديم الحالة:

السيدة "ب" متزوجة وأم لثلاثة أولاد، تبلغ من العمر46سنة، عدد إخوتها ستة وهي الأخت ما قبل الأخيرة في عائلتها، مستواها التعليمي متوسط وهي تعمل من المنزل أشغال يدوية، والوضع الاقتصادي للعائلة متوسط، وزوجها متقاعد، تعاني من داء السكري النوع الثاني. تمت المقابلة معها في مستشفى محمد بوضياف بالمدية في مصلحة جراحة الطب الداخلي، بتاريخ 2023/05/30 لمدة 45د، قمت بتطبيق مقياس التكتم الانفعالي لتايلور وكانت الحالة متجاوبة معنا من خلال الإجابة على أسئلتنا

و عندها أيضا رغبة في إجراء المقابلة. إضافة إلى الملاحظات السيمائية التي لاحظتها فالمظهر الخارجي كان مرتب والتعبير اللغوي واضح ومفهوم وبالنسبة للشهية فهي تتبع نظام غذائي.

1-3-2- عرض وتحليل نتائج المقابلة نصف موجهة:

بدأت الحالة "ب" قصتها باكتشاف المرض في بدايته في قولها " اكتشفت المرض في بدايتو عندي 3 سنين أنا جاية موسوسة كل شهر نروح للطبيب"، وعند سماعها بمرضها صرحت الحالة أنها شعرت بالخوف وبدأت بشرب الأدوية مباشرة بعد تشخيصها، وأكدت في محور الجانب العلائقي أن زوجها كان سندا لها لكي تتقبل المرض وكانت ردة فعله عادية لأنه مصاب بداء السكري من النوع الثاني، وتلقت الدعم منه في قولها "عاوني بزاف خاصة في الرجيم نتبعو مع بعض ونروحو كيف كيف للطبيب"، وأيضا ذكرت أن علاقتها بزوجها لم تتغير قبل و بعد المرض، إضافة إلى أنها تواجه صعوبة حين ينخفض مستوى السكر في قولها " كي يهبطلي السكر نخاف نولي نستفق".

أما بالنسبة لمحور الأعراض الجسدية والنفسية فذكرت الحالة أنها تعرضت لانخفاض وزنها، أما بالنسبة للأعراض النفسية فذكرت انه أصبح لديها القلق ومزاج متقلب في قولها " رجعت نتقلق و منساعفش ونحس روحي مكتئبة"، وصرحت الحالة أنها تعبر عن مشاعرها بصفة عادية، وفقدها الرغبة في بعض الاشياء التي كانت تحبها، وكان شعور اليأس واضحا عليها في قولها "سماطلي كلش". وعند سؤالها ماذا يمثل المستقبل لكي اجابت "عند ربي سبحانو قد الصحة قد العمر"، وهذا مؤشر على تكتمها حيث يفتقر الفرد المتكتم القدرة على الخيال والتخيل فهو يعاني من خلل في العمليات التصورية وعجز المخيلة الوجدانية المرتبطة بالصور والذكريات.

وبالنسبة لمحور أبعاد الالكسيثيميا ذكرت المفحوصة أنها تشارك المحيطين بها ماتشعر به في حالة سؤالها، وأنها تشتكي لابنتها الكبرى في قولها "نشكي لبنتي تفهمني ميندالك"، وذكرت انها عندما تكون في حالة غضب لا احد يفهمها في قولها " واحد مايحس بيك"، فمن مميزات الشخص الذي يعاني من التكتم الانفعالي عدم قراءة انفعالات ومشاعر الآخرين، ووصفت أيضا في معاملة الآخرين لها ان لا احد يشعر بها، حيث ذكر تايلور أن من مظاهر اضطراب العجز عن التعبير الانفعالي صعوبة وصف المشاعر في الفرد الذي لا يمتلك القدرة على التعبير عن مشاعره لفضيا ويحاول تغير الحديث عن مشاعر وهذا ما لمسناه في محور صعوبة وصف المشاعر.

وفي محور صعوبة تحديد المشاعر صرحت الحالة أنها تجد صعوبة أحيانا في التفريق بين مشاعرها وأحاسيسها، وأنها في المواقف التي تقلقها لا تستطيع التحكم في انفعالاتها وأقوالها من خلال قولها "نحب نطرطق نولي نهدر وخلاص"، وهذا ما أكدته بعض الدارسات السيكولوجية في كون الألكسيثيميا تعكس قصورا في المعالجة المعرفية للانفعالات وتنظيمها، وان الاضطرابات الأوثق ارتباطا بالألكسيثيميا يمكن صياغتها كاضطراب في تنظيم الانفعال. **(المظلوم مصطفى،2017: 06)**

وأما بالنسبة لمحور التفكير، فالحالة لديها تفكير موجه نحو الخارج في قولها " نحب خدمتي لبرودي" إضافة إلى انفتاحها لسماع مشاكل غيرها و محاولتها فهمهم، فالتفكير المتجه نحو الخارج يتميز بالانشغال بتفاصيل الأمور والأحداث الموجودة في البيئة بدلا من التطلع إلى الذات وما يعتريها من مشاعر، أي عدم قدرة الفرد على توجيه نفسه لمعرفة عالمه الداخلي.**(وريوش وحسن،2021: 71)**

1-3-3- عرض وتحليل نتائج المقياس:

بعد تطبيق مقياس تورنتو للألكسيثيميا مع الحالة "ب" تحصلت على درجة مرتفعة وهي (64) من (100) تبين أن لديها مستوى مرتفع من الالكسيثيميا وذلك حسب تصحيح المقياس (اكبر من61 درجة تساوي تكتم انفعالي مرتفع) ، حيث كانت معظم اجاباتها على بنود المقياس ب (موافق بشدة) و(موافق باعتدال).

بالنسبة لمحور صعوبة تحديد الأحاسيس تحصلت الحالة على (27) من (35) وهي درجة مرتفعة ويتضح ذلك من خلال نقص كفاءة الحالة في تحديد أحاسيسه والغالب على هذه الأحاسيس كونها أعراض جسمية يغيب عنها قدرة معرفية في قولها "منقدرش نميز بين ما اشعر به من انفعالات"، أما محور وصف الأحاسيس تحصلت على (11) من (25) وهي درجة قريب من المتوسط، وفي المحور الأخير الخاص بالتفكير الموجه نحو الخارج تحصلت الحالة على درجة (26) من (40) وهي درجة مرتفعة، مما يدل على التفكير العملياتي وهو تفكير مغلق يركز على حوادث الحياة دون توظيف المشاعر والأفكار ويدل هذا على انخفاض القدرة على التعقيل.

ونستنتج في الأخير أن الحالة "ب" تعاني من تكتم انفعالي مرتفع ظهر من خلال النتيجة الكلية للمقياس و التي قدرت ب(64).

1-3-4- ملخص الحالة:

انطلاقا من نتائج المقابلة النصف موجهة ومقياس تورنتو للتكتم الانفعالي توصلنا إلى مايلي:

السيدة "ب" البالغة من العمر 46سنة تعاني من داء السكري النوع الثاني، ولقد تأثرت الحالة بخبر أصابتها بمرض السكري وظهر ذلك من خلال ردود فعلها المتمثلة في القلق و الإكتئاب و الخوف وأثبتت نتائج مقياس تورنتو للالكسيثيميا أن الحالة لديها مستوى مرتفع من التكتم الانفعالي (64)، قد سجلت درجة مرتفعة في بعد صعوبة تحديد الأحاسيس حيث ظهر عجز الحالة في التجهيز المعلوماتي الانفعالي، ودرجة مرتفعة في بعد التفكير الموجه نحو الخارج، ودرجة قريب من المتوسط في محور صعوبة وصف الأحاسيس.

جاءت نتائج المقياس مطابقة لما صرحت به الحالة في المقابلة مع جميع ابعاد المقياس (بعد صعوبة تحديد الأحاسيس بعد صعوبة وصف الأحاسيس بعد التفكير الموجه نحو الخارج)، وكل هذه مؤشرات لوجود التكتم الانفعالي (الالكسيثيميا)، وهذا ما أثبتته نتائج مقياس تورنتو للتكتم الانفعالي، إذ وجدنا أن الحالة "ف" تعاني من تكتم انفعالي مرتفع.

2- عرض نتائج مقياس تورنتو للالكسيثيميا لحالات الدراسة:

يوضح الجدول التالي نتائج مقياس تورنتو للتكتم الانفعالي، الذي تم تطبيقه مع حالات الدراسة:

الحالات	نوع مرض السكري	صعوبة تحديد الأحاسيس	صعوبة وصف الأحاسيس	التفكير الموجه نحو الخارج	الدرجة الكلية	مستوى الالكسيثسميا
"ف"	الأول	24	17	25	66	مرتفعة
"ب"	الثاني	27	11	26	64	مرتفعة
"د"	الأول	26	9	24	59	متوسطة

جدول رقم (04): يمثل نتائج مقياس تورنتو للالكسيثيميا لحالات الدراسة.

يمثل الجدول أعلاه نتائج مقياس تورنتو للتكتم الانفعالي، حيث حصلت الحالة "ف" على الدرجة الكلية (66) هذا مايعني ان مستوى التكتم الانفعالي لديها أكثر ارتفاعا عن الحالات الأخرى

والحالة "ب" قدر مستوى التكتم الانفعالي لديها ب (64) وهي درجة مرتفعة، أما فيما يخص الحالة "د" فقد أظهرت مستوى متوسط من التكتم الانفعالي وهذا حسب نتائج المقياس بدرجة (59).

ومن خلال الجدول يتضح أن جميع الحالات تعاني من التكتم الانفعالي لكن بدرجات متفاوتة من المتوسط إلى المرتفع.

3- مناقشة الفرضيات:

سيتم مناقشة الفرضيات انطلاقا من نتائج مقياس تورنتو للتكتم الانفعالي و المقابلة نصف الموجهة وبالرجوع إلى الدراسات السابقة.

3-1- مناقشة الفرضية العامة:

تنص الفرضية العامة على أن النساء المصابات بداء السكري يعانون من التكتم الانفعالي، وهذه الفرضية تحققت مع جميع حالات الدراسة، حيث أبدت الحالات مستويات متفاوتة من التكتم الانفعالي بعد تطبيق مقياس تورنتو للتكتم الانفعالي **(Tas -20)** (من المستوى المتوسط إلى المرتفع)، وتمثلت أعراض التكتم الانفعالي في افتقار الفرد القدرة على الخيال والتخيل، فهو يعاني من خلل في العمليات التصورية وعجز المخيلة الوجدانية المرتبطة بالصور والذكريات، إضافة إلى أبعاده المتمثلة في صعوبة تحديد الأحاسيس، وصعوبة وصف الأحاسيس، والتفكير الموجه نحو الخارج.

فقد أشار مسعد أبو الديار إلى خصائص الالكسيثيميا في صعوبة تحديد المشاعر والتمييز بين الأحاسيس الجسدية والعاطفية، صعوبة وصف المشاعر، ضعف الخيال أسلوب تفكيره موجه إلى العالم الخارجي.(ابو الديار 2015 :64)، مع اختلاف شدة الأعراض من حالة إلى أخرى.

ودراستنا الحالية أكدت على أن الأشخاص المصابين بداء السكري يعانون من التكتم الانفعالي الذي يعكس ظاهرة العجز في التجهيز المعلوماتي الانفعالي، وبدلا من ان يكون تفريغ خارجي بالتعبير والافصاح يصبح تفريغ داخلي ماينتج عنه امراض جسدية، وهذا ماجاء في دراسة سيلينجر و بيرينسي (Hintistan,Cilingir et Birinci ,2013) اللذان توصلا إلى ان (75%) من المسنين المصابين بداء السكري لديهم مستويات مرتفعة من الالكسيثيميا، إذ لديهم صعوبات في وصف وتحديد مشاعرهم إضافة إلى أساليب تفكير موجهة نحو الخارج. اثبت وجود علاقة دالة بين خصائص الالكسيثيميا لدى هذه العينة

ومدة الإصابة بالمرض، حيث تؤثر هذه الأخيرة على الحياة اليومية و الانفعالات، ويحتاج المرضى إلى وقت ليتعلموا التكيف مع المرض و التعامل معه. (بوشوشة مريم،2021 :273)

إضافة إلى دراسة ابرامسون وآخرون(Abrzmson ,1991)، الذي أكد أن مرضى داء السكري لديهم مستويات أعلى من سمة الالكسيثيميا مقارنة بالأفراد غير المرضى، كما افترض ان غياب الوعي العاطفي له نتائج سلبية على التحكم وإدارة داء السكري. هذا ما اتضح مع حالات دراستنا التي تم عرضها حيث مستويات الالكسيثيميا تراوحت بين المستوى المتوسط و المرتفع، ووجدوا صعوبة في التكيف مع المرض باستثناء الحالة التي لديها مستوى تكتم انفعالي متوسط ، إضافة إلى ظهور أعراض نفسية وجسدية كالقلق والشعور بالذنب وتقلب المزاج ،وفقدان الوزن، التعرق...

في حين كان الانسجام والاتفاق بين ازواج الحالات واضح، ولاحظنا هذا من خلال المقابلة نصف الموجهة في محور الجانب العلائقي حيث تلقين الحالات الدعم والمساندة من طرف أزواجهن، إضافة إلى عدم تغير علاقتهم قبل وبعد الإصابة بالمرض، إذ رأينا نتائج دراسة شريف، جميلة وخلفي، عبد الحليم (2021) التي درست علاقة التكتم بالتوافق الزواجي للمصابين بالسكري، حيث لم تتوافق هذه الدراسة مع دراستنا من ناحية أنهم توصلوا إلى أن مستوى التكتم لدى الأزواج في مدينة برج بوعريريج ضعيف، ولكن مستوى التوافق الزواجي لدى الأزواج في مدينة برج بوعريريج مرتفع، إذن قد يمكننا اعتبار الانسجام والاتفاق والمساندة التي تحصلت عليها الزوجات كمؤشر للتوافق الزواجي.

3-2- مناقشة الفرضية الجزئية الأولى:

تنص الفرضية الجزئية الأولى على انه تعاني النساء المصابات بداء السكري من النوع الأول من تكتم انفعالي مرتفع، تحققت هذه الفرضية مع الحالة "ف" حيث أظهرت نتائج مقياس تورنتو للتكتم الانفعالي درجة مرتفعة (66)، وبالنسبة لمحور صعوبة تحديد الأحاسيس تحصلت الحالة على درجة مرتفعة، اما محور وصف الأحاسيس تحصلت على درجة متوسطة، وفي المحور الأخير الخاص بالتفكير الموجه نحو الخارج تحصلت الحالة على درجة متوسطة، فصعوبة وصف الأحاسيس هي نقص كفاءة الفرد فيما يتعلق بالتعبير اللغوي عن الأحاسيس ويعود ذلك إلى أن النشاط العصبي الفيزيولوجي ينشط دون حدوث نشاط للنظام المعرفي الذي يشمل المخططات وذلك عند مرور الفرد بتجربة إحساس أو

شعور مما يعاني في وصف ما يمر به. (مهدي،2017 :622)، وهذا ماظهر أثناء المقابلة مع الحالة "ف".

أما بالنسبة للحالة "د" لم تتحقق الفرضية، حيث أظهرت نتائج مقياس تورنتو للتكتم الانفعالي انه لديها مستوى متوسط من التكتم الانفعالي، ودرجة مرتفعة في كل من بعدي صعوبة في تحديد الأحاسيس، والتفكير الموجه نحو الخارج، وكانت الحالة تعبر عن مشاعرها بالقلق إضافة إلى انه لديها وزن زائد، وهذا ما تطابق مع دراسة ميولر وألبيرس (Muellert Alpers، 2006) للكشف عن الحساسية للقلق والألكسيثيميا لدى مرضى الاضطرابات النفسجسمية، ودراسة بن هلال ناريمان (2019) التي توصلت إلى أن مستوى الألكسيثيميا لدى المراهقات المصابات بالسمنة مرتفعة.

3-3- مناقشة الفرضية الجزئية الثانية:

تنص الفرضية الجزئية الثانية انه تعاني النساء المصابات بداء السكري من النوع الثاني من تكتم انفعالي منخفض، لم تتحقق هذه الفرضية مع الحالة "ب" حيث أظهرت من خلال المقابلة نصف الموجهة، ونتائج مقياس تورنتو للتكتم الانفعالي مستوى مرتفع، وفي بعد صعوبة وصف الأحاسيس مستوى ضعيف على عكس بعدي صعوبة تحديد الأحاسيس، و التفكير الموجه نحو الخارج، ويرجع هذا الاضطراب في تطور ونمو الانفعال وقدرات الحالة على الترميز و التعبير اللفظي.

وفي هذا يشير تايلور إلى محدودية الأنا فيما يخص القدرات الترميزية وعدم القدرة على ترميز الصراع، وبالتالي تحدث حلقة مفرغة تؤدي إلى انقطاع نفسي مباشر حيث يتم اختزال الصراع في الجسد فيظهر نوع من التفكير العملي الذي يقطع العلاقة مع اي تمثيل نفسي بدون عواطف فيظهر هناك عجز في الأنا فلا يستطيع تحقيق الارصان. (بن هلال،2019 :95)

حيث ظهر لنا من خلال نتائج المقابلة نصف الموجهة والمقياس عجز الحالة "ب" في التجهيز المعلوماتي الانفعالي (emotional processing deficit)، و عجز التعبير و الاتصال مع الآخرين واضطراب الإدراك الانفعالي وتفكيرها الموجه نحو الخارج. إضافة إلى الأعراض النفسية الأخرى كالخوف والقلق والشعور بالإكتئاب.

حيث فسر Bucci في نظرية التشفير المتعدد (theory multiple code) ان المخططات المعرفية للانفعال تتشكل أولا بواسطة عمليات أولية مثل الإحساسات الحشوية والحركية، ثم عن طريق الصور التجريدية والرمزية، أما المخططات الانفعالية اللفظية فتنمو لاحقا مرتكزة على دلالات اللغة ومعانيها. ويشير إلى أن المخططات اللفظية وغير اللفظية ترتبط معا بطريقة نوعية دقيقة ولابد أن تتزاوج التمثلات الحسية الحشوية والحركية للانفعالات بالصور النوعية في المجال غير اللفظي قبل أن ترتبط بدلالاتها اللفظية في اللغة. إن التكتم حسب هذه الآليات المعرفية العصبية هو أكثر من كونه فقرا في ألفاظ اللغة المعبرة عن العواطف والمشاعر، بل هو عجز في ترميز الحالات الانفعالية البدنية سواء لفظية أو غير لفظية، وهذا ما يجعل الاستثارة الانفعالية التي تهز البدن بدون محتوى معرفي مقابل، بل ويزيد في ازمانها مما يؤدي إلى آثار خطيرة على الصحة النفسية والجسدية . (Taylor،2001)

4- الاستنتاج العام:

تهدف هذه الدراسة تحت عنوان " التكتم الانفعالي لدى النساء المصابات بداء السكري "، إلى الكشف عن معاناة المرأة المصابة بالسكري من التكتم الانفعالي ومعرفة مستوياته، وذلك من خلال الاعتماد على جانبين هما الجانب النظري و الجانب التطبيقي، حيث تم التطرق في الجانب النظري إلى متغيرات البحث وهما التكتم الانفعالي و داء السكري.

أما الجانب التطبيقي تم التعرف على مجموعة البحث وهم فئة النساء المتزوجات المصابات بداء السكري تتراوح أعمارهم مابين 43 إلى 55سنة، وتم إجراء الدراسة على مستوى مستشفى محمد بوضياف بالمدية واعتمدنا على أداتين في الدراسة و المتمثلتان في المقابلة نصف الموجهة ومقياس تورنتو للتكتم الانفعالي، وتم دراسة وعرض وتحليل ثلاث حالات وهم الحالة "ف" و "د" و "ب"، بداية من الحالة "ف" التي تعاني من مرض السكري النوع الأول والتي اتضح من خلال المقابلة نصف الموجهة و مقياس التكتم الانفعالي انه لديها مستوى مرتفع من التكتم الانفعالي قدر بدرجة (66) ، والحالة "د" أيضا تعاني من داء السكري من النوع الثاني وظهر لديها مستوى متوسط من التكتم الانفعالي قدر ب (59) وهنا يمكن القول أن هناك عوامل أخرى تؤثر على الفرد كالمستوى المعيشي وطريقة الاستجابة للضغوط والبيئة المحيطة بالفرد، وبالنسبة للحالة "ب" فإنها تعاني من داء السكري من النوع الأول واتضح من نتائج المقياس و المقابلات نصف الموجهة أن الحالة تعاني من تكتم انفعالي مرتفع قدر بدرجة (64).

وانطلاقا من كل ما ذكرناه سابقا من خلال فرضية الدراسة واتباع المنهج العيادي واستعمال المقابلة العيادية نصف الموجهة، وبتطبيق مقياس تورنتو للالكسيثيميا (Tas-20) بهدف معرفة معاناة و مستوى الالكسيثيميا لدى النساء المصابات بداء السكري، توصلنا إلى الإجابة عن تساؤل الدراسة و المتمثل في:

هل تعاني النساء المصابات بداء السكري من التكتم الانفعالي ؟

وكانت نتائج الحالات الثلاثة تبين تحقق الفرضية أن النساء المصابات بداء السكري يعانون من التكتم الانفعالي. توافقت نتائجنا مع دراسة بوشوشة مريم (2021)، حيث سمحت بالكشف عن مدى انتشار خصائص الالكسيثيميا لدى المرضى المزمنين (ارتفاع ضغط الدم – داء السكري)، حيث

توصلنا إلى أن المرضى المصابين بداء السكري النمط الثاني يظهرون درجات اعلى في الالكسيثيميا مقارنة بغير المرضى الأصحاء.

إضافة إلى وجود انسجام بين الحالات التي تمت دراستها مع أزواجهن، وذلك من خلال الدعم الذي تلقته الزوجات من أزواجهن ويتضح ذلك من خلال المقابلات التي تمت معهن.

بينت الدراسة أن النساء المصابات بداء السكري يحتاجون إلى الدعم والمساندة النفسية، وأن هذه الأخيرة تلعب دورا هاما في التخفيف من مستوى التكتم الانفعالي.

حيث يرى (Pedinielli, 1992)ان الالكسيثيميا هي نتيجة للضغط، حيث بإمكانها أن تفضي إلى اضطراب جسدي مع عدم القدرة على التعريف بالمواقف الضاغطة واستعمال الاستراتيجيات المتكيفة الدائمة.

يمكن القول أن مجموعة الدراسة تعاني من تكتم انفعالي ثانوي و اولي، حيث التكتم الانفعالي الأولي يؤدي إلى اضطرابات سيكوسوماتية كعامل استعدادي أما التكتم الانفعالي الثانوي ينشا من خبرات صدمية ووضعيات الشدة ويعتبر رد فعل دفاعي ضد التعرف على الانفعالات ويؤدي إلى تطور وحدة المرض. واقر Freyberger (1977) ان الالكسيثيميا مرتبطة بصدمة انفعالية مصعوبة بميكانيزمات دفاعية خاصة منها الإنكار، الذي يحسن من المعاش الصعب للمريض.

5- الاقتراحات:

نقترح مايلي:

- إلقاء الضوء على المعاناة التي يعيشها الالكسيثيمي.
- تسطير برنامج إرشادي لخفض مستوى الالكسيثيميا لدى مرضى السكري.
- تطوير المفردات اللغوية التي تعبر عن الانفعالات.
- إنشاء برامج توعوية حول مرض السكري و التكتم الانفعالي.
- نشر الوعي بين أفراد المجتمع و خاصة النساء حول الاكسيثيميا و طريقة تجنب الانفعالات والضغوط.
- إجراء المزيد من الدراسات حول التكتم الانفعالي داخل الاسر.
- إجراء دراسات أخرى حول علاقة التكتم الانفعالي بالاضطرابات النفسجسدية.

وفي الأخير نتمنى أن نكون بهذه الدراسة المتواضعة فتحنا المجال لمزيد من البحوث والدراسات حول التكتم الانفعالي لدى النساء المصابات بداء السكري و التي تسمح لهم بالتطرق إلى دراسة بعض المتغيرات مثل: تاثير الحالة الاجتماعية على مستوى التكتم الانفعالي، تاثير المستوى المعيشي على زيادة مستوى التكتم الانفعالي.

قائمة المراجع

قائمة المراجع :

المراجع العربية :

أولا: الكتب

01 الشربيني لطفي (2003) ، معجم مصطلحات الطب النفسي، د.ط، مركز التعريب العلوم الصحية، الكويت.

02 أمين رويحة (1983) ، داء السكري ، أسبابه، أعراضه، طرق مكافحته، ط1 ، دار القلم، بيروت –لبنان.

03 أيمن الحسيني (1988) ،عزيزي مريض السكري، كيف تنتصر على مرضك تحيا حياة طبيعية؟، دار الهدى الجزائر.

04 جاسم محمد عبد الله المرزوقي (2008)،الأمراض النفسية وعلاقتها بمرض العصر السكر،ط1، علم الإيمان للنشر والتوزيع، الاسكندرية.

05 حامد محمد الهرساني (1965) ، قصة البول السكري ط.1 مكة المكرمة مؤسسة مكة للطباعة و الإعلام.

06 الحميد ,محمد بن سعد(2007) ،السكري أسبابه ,مضاعفاته ,علاجه، ط1 ،جامعة الملك سعود,الرياض ,المملكة العربية السعودية.

07 رضوان سامر جميل(2002) ، الصحة النفسية دار المسيرة، عمان.

08 زهران، حامد عبد السلام، (2002) التوجيه والإرشاد النفسي، ط3 ، عالم الكتب القاهرة.

09 شقير محمود زينب (2002) ، علم النفس العيادي و المرضي للاطفال والراشدين، دار الفكر للطباعة والنشر و التوزيع، الاردن.

10 شيلي تايلور(2010) علم النفس الصحي، ترجمة وسام درويش بريك ن فوزي شاكر داود ن، ط1 دار الحامد للنشر والتوزيع ،عمان الاردن .

11 صالح بن حمد العساف(1989) ، المدخل إلى البحث في العلوم السلوكية، ،مكتبة العبيكان، الرياض،المملكة العربية السعودية.

12 عبد الله احمد جنيد، (1988) ، كيف تعيش سعيدا بالرغم من داء السكري ،ط1 ،دار الحكمة اليمالية، صنعاء.

13 عبد الله جنيد(2000) ، داء السكري الوقاية والعلاج ، دار الفكر لمطباعة والتوزيع والنشر، دمشق.

14 عطية موريس، (1993) داء السكري وكيف نتعايش معه، دار الشواف الرياض.

15 العيسوي عبد الرحمان (1992) ، علم النفس الاكلينيكي، الدار الجامعية، بيروت.

16 الفحل محمد نبيل (2016) ، مقياس الالكسيثيميا للمراهقين المكفوفين، ط1، دار العلوم للنشر و التوزيع القاهرة.

17 محمد رفعت (1947) السكر وعلاجه ،ط1 دار المعرفة للطباعة والنشر لبنان.

18 محمد رفعت(2003)،قاموس مرض السكر،مجلد الأمراض السيكوسوماتية،دليل الوقاية والعلاج.

19 محمد ظافر وفائي (ب س) "داء السكري وقاية و علاج"، ط2 ، مؤسسة الجريسي، القاهرة.

20 محمد عبد الطاهر (2001) ، مناهج البحث في علوم التربية والنفسية ط1 مكتبة الانجلو المصرية القاهرة.

21 المخللاتي جلال (1984) ، التغذية و صحة الإنسان، "الجامعة الإسلامية، غزة.

22 مفتاح محمد عبد العزيز ، (2010) ، مقدمة في علم النفس الصحة"مفاهيم و نظريات"، دار وائل، عمان.

23 منظمة الصحة العالمية (2005) ، تعزيز الصحة النفسية، المفاهيم البيانات المستجدة الممارسة المكتب الاقليمي لشرق المتوسط جنيف.

24 نور الهدى محمد جاموس (2004) ، الاضطرابات النفسية الجسمية السيكوسوماتية،ط1 ،دار اليازوري العلمية، عمان.

ثانيا : الرسائل

01 بن هلال نريمان(2020) ، مستوى الالكسيثيميا لدى المراهقات المصابات بالسمنة دراسة عيادية لثلاث حالات بمدينة بسكرة، رسالة ماستر، جامعة محمد خيضر بسكرة.

02 بوشوشة مريم (2021) ، الالكسيثيميا لدى المرضى المزمنين (ارتفاع ضغط الدم_داء السكري) اطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في علم النفس العيادي جامعة مولود معمري تيزي وزو.

03 جبالي، نور الدين (2007) ، علاقة الاضطرابات السيكوسوماتية بمصدر الضبط الصحي، أطروحة دكتوراه جامعة الحاج لخضر –باتنة، كلية الآداب والعلوم الإنسانية.

04 دنيا ريبوح، هاجر مقروس(2021) ، المساندة الاجتماعية ولاقتها بجودة الحياة لدى مريضات السكري، مذكرة لنيل شهادة الماستر تخصص ارشاد وتوجيه،جامعة محمد صديق بن يحي جيجل.

05 دهمس عبلة (2016) ، مستوى صعوبة التعرف على المشاعر(الالكسيثيميا) دراسة وصفية مقارنة بين المراهقين العدوانيين وغير العدوانيين ، مذكرة لنيل شهادة ماستر في علم النفس العيادي، المسيلة.

06 رضوان عبد الكريم (2002) ، القلق لدى مرضى السكري، بمحافظة غزة وعلاقته ببعض المتغيرات، رسالة ماجستير، الجامعة الاسلامية ،غزة فلسطين.

07 زاغر حنان (2014) ، الدلالات النفسية و السوسيو ثقافية للمنتوج اللغوي اللفظي لدى نزلاء المؤسسات العقابية، مذكرة لنيل شهادة ماجستير في علم النفس العيادي، كلية العلوم الانسانية والاجتماعية، جامعة الحاج لخضر باتنة.

08 زوبيري رزيقة 2018 ، التكتم الإنفعالي و علاقته بالتفكير الإنتحاري لدى عينة من طلبة الجامعة ، مذكرة لنيل شهادة الماستر تخصص علم النفس العيادي جامعة قاصدي مرباح ورقلة .

09 سمية حربوش (2009)، المهارات الاجتماعية و علاقتها بتقبل داء السكري ، رسالة ماجستير جامعة الحاج لخضر، باتنة.

10 عطية دليلة(2017) ، فعالية برنامج تثقيف صحي في رفع درجة تقبل المرض و التحكم الذاتي لدى مرضى السكري النمط الثاني، أطروحة مكملة لنيل شهادة دكتوراه علوم في علم النفس العيادي ،جامعة باتنة .

11 فاسي أمال (2015) ،الإكتئاب الأساسي والألكسثيميا لدى مريض السرطان كنشاط عقلي مميز أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتو ا ره في علم النفس الاكلينيكي ، كلية العلوم الانسانية والاجتماعية ،جامعة محمد لمين دباغين– سطيف .

12 فاسي أمال (2015) ، الإكتئاب الاساسي والالكسيثيميا لدى مريض السرطان كنشاط عقلي مميز، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في علم النفس الاكلينيكي، كلية العلوم الانسانية والاجتماعية، جامعة محمد لمين دباغين، سطيف.

13 مقبل مرفت عبد ربه عايش ،(2010) التوافق النفسي وعلاقته بقوة الأنا وبعض المتغيرات لدى
مرضى السكري في قطاع غزة رسالة ماجستير , كلية التربية.

14 وردة بلعباس (2016) ،واقع التكفل النفسي بمريض داء السكري ،مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماستر في علم النفس العيادي جامعة محمد خيضر، بسكرة.

ثالثا : المجلات

01 حافزي زهية، بخوش وليد (2019) ، غياب التعبير الانفعالي بين المقاربة الفرنكوفونية و المقاربة المعرفية الانجلوسكسونية، مجلة دراسات في العلوم الانسانية والمجتمع جامعة جيجل، مجلد02 ، العدد01.

02 سعد رضوان، محمد البدوية (2015) ، للالكسيثيميا وعلاقتها بالمناخ الاسري والقلق الاجتماعي، مجلة كلية الدراسات الانسانية، مجلد 01، العدد50.

03 شريف، جميلة، خلفي، عبد الحليم (2021) ، علاقة التكتم بالتوافق الزواجي للمصابين بسكري
دراسة ميدانية لمدينة برج بوعرريج، مجلة علوم النفسية والتربوية، مجلد ، 7،عدد 02.

04 صلاح الدين العراقي (2006) ، دراسة العلاقة بين عجز/نقص كلمات التعبير عن المشاعر (الالكسيثيميا) والتعلق الوالدي لدى الراشدين ، مجلة كلية التربية جامعة الزقازيق.

05 طشطوش رامي، القشار محمد (2016) نوعية الحياة وتقدير الذات لدى مرضى السكري في الاردن ،المجلة الأردنية في العلوم التربوية، الأردن، المجلد 03، العدد 13.

06 عادل احمد ابراهيم، غنيم شاهدة (2017) ، فعالية برنامج ارشادي في خفض الالكسيثيميا لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية ذوي صعوبات التعلم، مجلة كلية التربية جامعة بور سعيد، العدد 21.

07 علي داود، نسيمة (2016) ، العلاقة بين الالكسيثيميا وانماط التنشئة الوالدية والوضع الاقتصادي والاجتماعي وحجم الاسرة والجنس، المجلة الاردنية في العلوم التربوية، مجلد 12، العدد 04.

08 الغويري الاء، ابراهيم هاشم (2018) ، الالكسيثيميا وعلاقتها بالسمنة لدى الاناث في الاردن، مجلة جامعة النجاح للأبحاث ، مجلد 32 ، العدد 01.

09 فارس زين العابدين (2016) ، صعوبة التعرف على المشاعر (الالكسيثيميا) ، مجلة الجامع في الدراسات النفسية والعلوم التربوية، مخبر المهارات الحياتية جامعة محمد بوضياف المسيلة العدد 03.

10 قريشي عبد الكريم، زعطوط رمضان(2013) ، التكتم: المفهوم وعلاقته بالصحة والمرض، مجلة دراسات نفسية وتربوية مخبر تطوير المعلومات النفسية و التربوية ، العدد01.

11 كمال حسن المكي محمد (2013) ، فعالية برنامج ارشادي في خفض الالكسيثيميا لدى الاطفال المحرومين من الرعاية الوالدية ، مجلة كلية التربية جامعة بور سعيد، العدد 14.

12 محمد رفعت (2003)، قاموس مرض السكر، مجلد الأمارض السيكوسوماتية، دليل الوقاية والعلاج .

13 مظلوم مصطفى علي رمضان (2017) ، تنظيم الانفعال و علاقته بالالكسيثيميا لدى عينة من طلاب الجامعة، دراسة سكومترية كلينيكية عربية في التربية وعلم النفس، العدد82.

المراجع الأجنبية :

01 American Diabete Association,2001.

02 Cilbert p, et all(2014), Fears of happiness and crmpassion in relationship with dpression, alexithymia, and attachment security In depressed sampel britsh, journal clinical psychology, v53p224-288.

03 Earlo, Marchesi(2015). How useful is the construct of alexithymia, Acta psychopathol, Italy Editorial ,Imed pub journals Nol 1.

04 Gerard pirlot, (2014), Alexithymie et penseé opératoire, la revue hermés, edition C.N.R.S,p73 a 81, N68.

05 Junilla, B.Bermond, N. Brand (2003). cognitive andemotional characteristacs of alexthymia , journal of psychosomatic, Research 54.

06 Maurice Corcos, Gerard piriot,(2011),Quest-ce que l'alexthymie ? dunod, paris,France.

07 Max karukivi ,(2011), Association between alexithymia and Mental well, Being in adolescents, Turku.

08 Nemiah JC, Freyberger H, Sifneos PE(1971). Alexithymia: a view of the psychosomatic process. In: Hill O, ed. Modern trends in psvchosomatic medicine. London-Boston: Butterworth , pp. 430-9

09 Oliver luminet Nicolas vermeulen (2013), L'ALXITHYMIE,comment le manque d'emotion speut affecter notre santé, 1ère èdition de boeck supèrieur, bruxelles Belgique.

10 Sifneis,p, (1973), the prevalence of alexithymic characteristies in psychosomatic patients, psychotherapy and psychosomatics. 22(2).

11 Sifneis,P,(2000), Alexithymia , clnical, ISSUES, politics and crime, psychotherapy pschosomati,(69).

12 Taylor , Graeme . Bagby , Michael (2000) : An overview of the alexithymia construct , In Reuven Baron and james Parker (E ds) , The hand book of emotional intelligence : Theory , development , assessment , and application at home , Schoole and the work place , San francisco : jossey Bassinc .

13 Taylor, G. J. (2001), Recent developments in Alexithymia : theory and research. *Candian Journal of psychiatry* 45: 134-142 .

14 Taylor,G, et Bagby,R et Parker,J,(1997) disorder of affect regulation: Alexithymia inmeddical and psyvhatric illness combridge. England combridge university press.

15 Thomas,R,John,H,Earl, Larl and Elisheva,D, (1992), Alexithymia as apreetictor of treatment response in post traumatic stress disordre, journal of traunotic stress,5(4).

المواقع الإلكترونية :

01 المرجع الوطني لتثقيف مرضى داء السكري(2011)،المكتبة الإلكترونية،السعودية. https://www.who.int)

الملاحق

الملحق رقم 01:

1- دليل المقابلة نصف الموجهة:

المحور الأول: البيانات الشخصية (المعلومات الأولية).

الاسم:

الجنس:

السن:

عدد الإخوة:

الحالةالاجتماعية:

مهنة الزوج:

عدد الأولاد:

المستوىالدراسي:

المستوى المعيشي:

المهنة:

نوع مرض السكري:

الملاحظة السيمائية:

- الجسم:

- المظهرالخارجي:

- التعبير الانفعالي:

المحور 02: التاريخ المرضي.

- أحكيلي على مرضك؟

- كفاه بدأت قصتك مع المرض؟

- واش كانت ردة فعلك كي عرفتي راكي مريضة؟

- عندك ناس في عايلتك مرضو بالسكر؟

- وشنو هوما الصعوبات لي حسيتي بيهم؟

- كيفاش كان تقبلك للمرض؟

- متى بديتي العلاج؟ وكيف؟

المحور 03: الجانب العلائقي.

- شكون أول شخص قلتيلو على مرضك؟

- كيفاش كانت ردة فعلو؟

- كيفاش عايلتك عرفوا بمرضك؟ وكفاش كانت ردة الفعل نتاعهم؟

- هل تلقيتي الدعم من طرف عايلتك؟

- كيفاش كان هذا الدعم؟

- أحكيلي على علاقتك بزوجك قبل وبعد المرض؟

المحور 04: الأعراض الجسدية والنفسية.

- وشنو هي الأعراض الجسدية لي حسيتي بيها بعد المرض؟

- وشنو هي الأعراض النفسية لي حسيتي بيها بعد المرض؟

- عندك مزاج متقلب؟

- تحسي أنك متقدريش تعبري على مشاعرك؟

- وشنو هي المشاعر لي تحسي؟

- تحسي بروحك بلي فقدتي الرغبة في بعض الأشياء التي كنتي تحبينها؟

- واش يمثلك المستقبل؟

المحور 05: أبعاد الألكسيثيميا.

*** محور صعوبة وصف المشاعر:**

- كي تحسي بالسطر والتعب تخبري لي دايرين بيك وتشاركيهم معاناتك؟

- كي تكوني حزينة هل تعبري على مشاعر الحزن ديالك؟

- ليمن تروحي تشكي وتعبري على واش راكي تعيشي؟

- أوصفيلي روحك كي تكوني في حالة غضب.

- هل يطلبو منك الآخرون أنك تفرغي واش في قلبك؟

- كيفاش توصفي معاملة الآخرين لك؟

- حاولي في أو جملة توصفيلي حالتك؟

*** محور صعوبة تحديد المشاعر:**

- تلقاي صعوبة في أنك تفرقي بين مشاعرك وأحاسيسك؟

- كي تصادفك مواقف معينة تقلقك هل تتحكمي في انفعالات وأقوالك وفي ردة فعلك؟

- كي تكوني مقلقة أو غضبانة هل تكوني عارفة السبب؟

- أنت من النوع العاطفي أو المنطقي في تحليل مشكلتك؟

*** محور التفكير:**

- كي يجيك شخص يحكيلك على مشاعرو ومشكلاتو تحبي تسمعيلو؟ وتحاولي تفهمي مشكلتو؟

- ديري حساب للأمور لي يصراو وتحاولي تعرفي سببها وتفكري فيها؟

- وشنو هي الأنشطة لي تخليك تحسي بالمتعة والراحة؟

- كي تصرالك مشكلة هل تفسري أحاسيسك بينك وبين نفسك باش تفهمي المشكل؟

الملحق رقم 02:

2- مقياس تورنتو التكلم الانفعالي (Tas-20).

التعليمة:

عزيزي / عزيزتي

اقرأ كل عبارة ثم أجب حسب ما ينطبق عليك بوضع علامة (x) أمام الجواب الذي يناسبك، مع العلم أنه لا توجد عبارة صحيحة وأخرى خاطئة، لا تترك عبارة بدون الإجابة عليها، أجب بصدق وبكل موضوعية.

العبارات	موافق بشدة	موافق باعتدال	لا موافق لا معارض	معارض باعتدال	معارض بشدة
1- لا يمكنني تمييز ما أشعر به من انفعالات في الكثير من الأحيان.					
2- يصعب عليا إيجاد الكلمات المناسبة للتعبير عن مشاعري.					
3- أشعر بأحاسيس في جسدي حتى الأطباء يعجزون عن تفسيرها.					
4- أستطيع وصف مشاعري بكل سهولة.					
5- أفضل كثيرا تحليل المشكلات على مجرد الاكتفاء بوصفها.					
6- حينما أكون متضايقا لا أعرف هل أنا حزين أو مرعوب أو غاضب.					
7- ارتبك كثيرا حيال الأحاسيس التي تنتاب جسدي.					

8- أفضل ترك الأمور تحدث على أن أحاول فهم سبب حدوثها على هذا النحو.					
9- لا يمكنني تحديد بشكل تام ودقيق ما أشعر به.					
10- إنه من الأساسي بالنسبة لي أنأهتم بمشاعري.					
11- يصعب علي وصف مشاعري تجاه الآخرين .					
12- يطلب الناس مني وصف مشاعري أكثر.					
13- لا أستطيع معرفة ما ينتابني من الداخل.					
14- لا أعرف في كثير من الأحيان سبب شعوري بالغضب.					
15- أفضل أن أتحدث مع الناس بخصوص نشاطاتهم اليومية بدلا من أن أتحدث معهم عن أحاسيسهم.					
16- أفضل مشاهدة البرامج الترفيهية بدلا من الأعمال الدرامية.					
17- يصعب علي الكشف عن مشاعري العميقة حتى للأصدقاء المقربين.					
18- أشعر بالقرب من شخص ما، حتى في لحظات الصمت.					
19- أجد مراجعة أحاسيسي مفيدة في حل المشكلات الشخصية.					
20- البحث عن المعاني الخفية في الأفلام والمسرحيات يحول دون الاستمتاع بها.					