

تاريخ القبول: 2021/04/28

تاريخ الإرسال: 2020/09/25

تاريخ النشر: 2021/11/04

الألكستيميا والاضطرابات السيكوسوماتية

Alexithymia and psychosomatic disorders

مريم بوشوشة¹، كريمة نايت عبد السلام²

جامعة تيزي وزو (الجزائر)، مخبر مجتمع تربوية عمل،

²anisiheb3@live.fr ، ¹bouchoucha.meriem@hotmail.com

ملخص:

عرف مفهوم الألكستيميا صدى واسع في العديد من البحوث والدراسات منذ أن ظهرت معالمه، حيث اعتبرت خصائصه كعامل هشاشة في العديد من الاضطرابات النفسية والجسدية.

وهدف هذا المقال لعرض بعض المعطيات النظرية حول هذا المتغير النفسي من جهة، ولتحليل نتائج بعض الدراسات الميدانية العربية والأجنبية لتوضيح العلاقة بينه وبين بعض الاضطرابات السيكوسوماتية من جهة أخرى، والمتمثلة في: داء التصلب المتعدد، داء الصدفية، وداء السرطان.

الكلمات المفتاحية: الألكستيميا؛ الاضطرابات السيكوسوماتية؛ داء التصلب المتعدد؛ داء الصدفية؛ داء السرطان.

Abstract: The concept of Alexithymia has been widely echoed in many research and studies since its emergence. Its characteristics have been considered to be fragile in many mental and physical disorders.

This article aims to present some theoretical data on this psychological variable on the one hand, and to analyze the

results of certain Arab and foreign practical studies to clarify the relationship between it and certain psychosomatic disorders on the other hand, namely: multiple sclerosis, psoriasis and cancer.

Keywords: Alexithymia; Psychosomatic disorders; Multiple Sclerosis; Psoriasis; Cancer.

المؤلف المرسل: مريم بوشوشة، الإيميل: bouchoucha.meriem@hotmail.com

1. مقدمة:

الغضب، الخوف والقلق وغيرها من الانفعالات (emotions) تلون الحياة النفسية الإنسانية، لمالها من صلة وثيقة باللذة والألم، ماديين كانا أو معنويين. ولأهميتها البالغة حظيت باهتمام الفلاسفة، والأطباء وعلماء النفس عبر التاريخ، حيث احتلت مكانة أساسية بين موضوعات علم النفس لمدى مساهمتها في تحديد جودة حياة الفرد وصحته وقدرته على التكيف.

حيث أن الوعي بالانفعالات والقدرة على التعبير عنها يعتبر مؤشرا عن الذكاء الانفعالي، والذي ينعكس على توافق الفرد النفسي والاجتماعي، ولكن عدم القدرة على تمييزها وإدراكها وحتى التعبير عنه يمكن أن يطلق عليه مصطلح "الألكستيميا" (Alexithymie) الذي يؤثر على صحة الفرد من خلال تخفيض مقاومة الجسم للمرض.

وارتبط مفهوم الألكستيميا منذ ظهوره بتطور الاضطرابات السيكوسوماتية، سواء كانت الألكستيميا أولية أو ثانوية، حيث حاول العديد من الباحثين تفسير أسبابه انطلاقا من وصف التوظيف العقلي للعديد من المرضى المصابين بأمراض جسدية مزمنة ذات بعد سيكوسوماتي، والذي يعبر عن صعوبات في إدارة الانفعالات، حيث تعكس قصورا في المعالجة المعرفية لها. تتسبب في هشاشة تترجم باستجابة فيزيولوجية مرضية والتي يمكن أن تؤدي إلى تلف عضوي.

فالجسم يستجيب للإجهاد بنفس الطريقة التي يستجيب لها للخطر الجسمي، حيث يبحث الجسم عن حل وسط من خلال استجابة القتال أو الهرب التي تتبع هرمونات الضغط حتى لو لم تكن فعلا في موقف خطر. ولهذا ارتبط بعدة أمراض واعتبر المساهم الأساسي فيها مثل أمراض السرطان، داء الصدفية، التصلب المتعدد...¹

1. الألكستيميا

الألكستيميا (Alexithymie) مصطلح ذو أصل يوناني مكون من ثلاثة أجزاء:

a = absence نقص في، غياب، بدون، العجز.

lexis = mots كلمات، يعبر.

thymos = emotion انفعال.

وتعني "عدم القدرة على التعبير عن الانفعالات بالكلمات"².

وعرفها "سيفنيوس" Sifneos بأنها "فقر في الحياة الهوامية مما يؤدي إلى شكل من أشكال التفكير النفعي (pensée utilitaire)، والميل إلى استخدام الفعل لتجنب الصراعات والوضعيات المهددة، بالإضافة إلى تقييد واضح في التعبير عن الانفعالات وخاصة صعوبة العثور على كلمات لوصف الأحاسيس"³.

وهذا يعني أن الألكستيميا هي عدم القدرة على التعبير عن الانفعالات لفظيا ومحدودية الحياة الهوامية، مما يولد أسلوب معرفي ذو وجهة خارجية: أي ميل لسرد التفاصيل والأحداث الخارجية مع عدم التركيز على الخبرات الداخلية.

كما عرفت كذلك على "أنها تثبيط/عجز (inhabilité) عاطفي يتمثل في عدم

القدرة على إنشاء تواصل بين الانفعالات والأفكار والهوامات المرافقة لها"⁴.

وهذا التعريف يدل على أن الألكستيميا هو صعوبة عاطفية في ربط الانفعالات بالأفكار والهوامات المناسبة لها.

وخلصت العديد من البحوث اليوم حول تعريف الألكستيميا كمصطلح متعدد الأبعاد ينتظم حول أربعة محاور، من جهة مكونات انفعالية متمركزة حول تعريف

وتحديد وتمييز الانفعالات، ومن جهة أخرى مكونات معرفية متمركزة حول صعوبة التخيل والهوام وفكر ملموس عملي غير استقرائي.

فالبعدين الأولين يتوافقان مع اضطراب الوجدان لكن البعدين الأخيرين قد وصفا في مجال التحليل النفسي بمصطلح آخر وهو التفكير العملي الذي طوره "بيار مارتى" و "موزان" ويشيرون إلى أربعة أبعاد رئيسية للأكستيميا وهي:

- صعوبة في وصف وإيصال المشاعر للآخرين: وهي الميزة الأساسية لتشخيص الأكستيميا، حيث يجد الفرد نفسه يعاني من حبسة انفعالية ومحدودية في التعبير اللفظي.⁵

- عدم القدرة على تحديد المشاعر وتمييزها عن الأحاسيس الجسدية: وهي قشل في التمييز بين المشاعر والأحاسيس الجسدية، مما يولد ميل للوصف اللانهائي للأعراض الجسدية، فوصف الأعراض والشكاوي الجسدية ناتج عن ضعف القدرة الخيالية.⁴ فالإحساس الجسدي يظهر محل الانفعال (احمرار الجلد، حكة، خفقان القلب..).⁵

- فقر في الحياة الهوائية والخيالية: فالفرد الأكستيمي قد يحلم على الأرجح (كما يشعر بالمشاعر)، ولكن لا يمكن له سرد له لفظيا .

حيث قال "بيدنيلي" (Pedinelli) سنة 1992 في هذا الصدد: "يبدو من الصعب الفصل بين ضعف النشاط التخيلي وبين النشاط التخيلي العادي الذي لا يمكن وصفه من طرف الفرد".³

- تفكير موجه نحو الخارج بدل الاتجاهات نحو الأحاسيس الداخلية (فكر بمحتوى نفعي): هو ميل لوصف لا نهائي لتفاصيل متعلقة بأحداث وأعراض جسدية أنتجت انفعالات، وهذا بدل التعبير عنها، مع فقر في الكلمات والعبارات المستخدمة.

فهذا الخطاب الواقعي لا يحمل بالضرورة على المجال الجسدي ولكن يمتد إلى مواضيع أخرى شريطة أن هذا لا يثير البعد العاطفي، فهو خطاب يبدو أنه يعكس الفكر الملموس البحت الذي يذكر بالتفكير العملي.⁴

انطلاقاً من هذه الملاحظة اقترح "فري بارجر" في 1977 نوعين من الألكستيميا الأولية والثانوية، وقد استأنف "سيفنيوس" ما بين 1988 و 1994 البحث حول هذا الموضوع بعد "فري بارجر".³

الألكستيميا الأولية: فبالنسبة لـ "سيفنيوس" هذه الألكستيميا مدعومة بفرضية العامل البيولوجي الفطري، والمهياة لظهور وتطور اضطراب بسيكوسوماتي، وهذا ما أكدته دراسة نرويجية على التوائم الحقيقية.⁵

يمكن القول في هذا المنظور أن الألكستيميا هي سمة في الشخصية ذات أصل نوروبيولوجي بالنسبة للبعض، ومن خلال توسيع المصطلح يمكن اعتبار الألكستيميا ليست فقط كسمة، لكن كنوع من الشخصية المستقلة وبالتالي الانضمام إلى مجموعة الشخصيات المرضية فهي لها بعد بنيوي، كما أن هذا النوع من الألكستيميا متمرد على العلاجات وثابت مع الزمن.⁴

الألكستيميا الثانوية: حسب "مونتروي" (Montreui) سنة 1991 فإن الألكستيميا الثانوية قد عرفت على أنها: "حالة ثانوية ناتجة عن مرض بسيكوسوماتي شديد (غسيل الكلى، الأورام الكلوية، أمراض جسدية شديدة أو نفسية، الإنعاش...)، أو عن طريق صدمة جسدية أو نفسية مهمة، ففي هذه الحالات الألكستيميا تتوافق مع ميكانيزم يسمح بوظيفة التكيف في مواجهة الوضعيات الشديدة".³

حيث برزت العديد من النظريات التي فسرت الألكستيميا، ونذكر منها باختصار:
- النظرية العصبية-المعرفية: وضعت هذه النظرية على يد "تيما" و "سيفنيوس" سنة 1972 حيث أشار إلى أن النصف الأيمن من المخ هو المسئول عن وصف

المشاعر وإدراكها والتعبير عنها بطريقة غير لفظية، أما "سيفنيوس" سنة 1988 فقد أرجع سبب الألكستيميا إلى انقطاع الألياف العصبية الترابطية بين نصفي المخ، مما يعني انقطاع التدفق للمعلومات بين نصفي المخ، وأضاف أن أسباب تغيرات السلوك الانفعالي يرجع لإصابة القشرة المخية الأمامية وأن سلامتها يترتب عنه معالجة المعلومات الانفعالية بشكل سليم، إذ أن سلامة القشرة المخية والفصوص الجبهية تحدد سلامة الفرد من الألكستيميا.⁶

- نظرية التحليل النفسي للألكستيميا :

- وجهة النظر النفسية الدينامية: ركز "بيار مارتي" (Pierre Marty) سنة 1963 على صعوبات على مستوى الأنا، لذا نجد تفريغات جسدية مباشرة للطاقة النزوية مع عدم وجود عمل عقلي وسيط، فتفسر الاستجابات الألكستيمية بتظاهرات مباشرة لصعوبات في وظيفة الأنا، أين نجد الفرق الجوهرى مع المرضى العصائيين يكمن في السيرورة التي تحول الإجهاد إلى أعراض.⁷

- من وجهة النظر الموقعية: تعود أسباب الألكستيميا إلى فرضية وجود تطور ناقص وغير كامل للغلاف الجلدي للأنا (فالجلد يغلف السطح بين الداخل والخارج ما يعدل ما قبل الشعور، أي بين الشعور واللاشعور)، فهو مرتبط بفقر الجانب العلائقي المبكر، بالإضافة إلى فقر تطور نظام ما قبل الشعور في مواجهة الوعي واللاوعي.

حيث يعود الخلل إلى تثبيت في المرحلة الفمية بسبب خلل تفاعلي أولي، أي أن بعض الأمهات عاجزات عن الإدراك الحسي لاحتياجات الطفل. مما يؤدي إلى فشل تكوين غلاف نفسي جيد، ويترك المجال لظهور مختلف الاضطرابات المرتبطة بالاختلالات المبكرة للعلاقة الأولية الموضوعية (مع المرضى) والذي لها أثر أساسي في تكوين الجلد النفسي.⁸

- من وجهة النظر الاقتصادية: تفسر الألكستيميا على أنها آلية دفاعية ضد فيض الإثارة المعاشة، والتي تواجهها بعد حساسية من أجل القدرة على الوصول إلى التمثيل. أي خلل في ربط العاطفة بالتمثيل. فهذا الدفاع، لا هو الإلغاء الذهني ولا الاستثمار المضاد العصابي بالمقارنة بما هو مكبوت.

وعند خطاب وسلوك الفرد الألكستيمي، يظهر جمود وفراغ ظاهر وكأنه شاشة بيضاء، وهذا راجع لمكانزيمي الإنكار والانشطار (التي تتغلب على ميكانيزم الكبت الغير كاف، والذي يترك التوزيع الطاقوي حر، غير صاد بطريقة كافية الإثارات). هنا الصعوبة في التقمص وحتى الإسقاطية وقوة النفي والتجزئة، تحرر الرد من ثقل تسيير الكبت، ولكن نجد بصفة واضحة عدم براعة الفرد في إسقاط عواطفه الايجابية والعدوانية على الموضوع، وتقمص نفسه تحت شكل تقمص المعتدي (جد منتشر عند الحالات الحدية والتي تعطي خاصية عاطفية لردود الأفعال). فالفرد يشعر بالعدوانية، ولكن يواجهها بسلبية باردة وعنف هادئ، فهي لا تتعلق بالموضوع الخارجي ولكن بالصورة الداخلية الغامضة والغير واضحة.⁵

2- الاضطرابات السيكوسوماتية :

الاضطرابات السيكوسوماتية هي "تلك الاضطرابات الجسمية الناشئة عن تفاعل عدة عوامل بيو-نفس-اجتماعية، وترتبط بسمات معينة في الشخصية، تجعل الفرد غير متوافق مع الوضعيات الضاغطة، التي يدركها كمهددة لحسن كيانه وتفوق مصادره التكيفية، بمعنى تصبح أساليب أو طرق تعامله مع الضغط (Coping) غير فعالة في التخفيف أو الحد من تأثير حوادث الحياة المدركة كمهدد".⁹

3- الألكستيميا والاضطرابات السيكوسوماتية :

- الألكستيميا وداء التصلب المتعدد (Sclérose en plaque): التصلب اللويحي هو أكثر أمراض الجهاز العصبي المركزي الالتهابية المزمنة انتشاراً والذي

يحدث في الغالب في سن الرشد، أين يدمر الجهاز المناعي أجزاءً من الجهاز العصبي، مما يؤدي إلى تلف غمد "الميالين" أو النوخاعين (La myéline) الذي يغطي الأعصاب والذي ينجر عنه عدة أعراض أبرزها الشلل، ولا يوجد علاج لهذا الداء ولكن توصلت الإجراءات العلاجية الحديثة إلى القدرة على التحكم بأعراض المرض ويتطوره.

والاضطرابات الانفعالية شائعة في التصلب المتعدد، ولكن خصوصياتها لا تزال موضع نقاش، ومن بين الدراسات التي سلطت عليها الضوء هي دراسة "بفاف" "Pfaff" وزملائه (2015)، والتي هدفت إلى تحديد طبيعة اضطرابات المزاج والاضطرابات الانفعالية عند المصابين بداء التصلب المتعدد ومقارنة هذه البيانات بقياسات الرنين المغناطيسي الوظيفي عن طريق بروتوكول لمشاهد انفعالية إيجابية وسلبية قريبة من الحياة اليومية.

وقد تكونت العينة من ستة عشر أنثى مصابة بالداء و16 عينة ضابطة، وقد تم الإجابة على اختبار التعرف على الانفعالات (FAB)، وعلى سلم مختلفة (EHD TAS20، هاملتون)، بالإضافة إلى التقييم العصبي-النفسي الكلاسيكي. حيث أثناء بروتوكول fMRI، تشاهد العينة أحداث عاطفية تختلف في التكافؤ (إيجابي / سلبية) والشدة (تحفيز / مهدئ). وبعد الرنين المغناطيسي الوظيفي يتم تطبيق تفريغ نفسي (Débriefing) أين يقيم المشاركون تجاربهم العواطف من حيث التكافؤ والشدة من خلال إعادة النظر في كل صورة.

وخلصت نتائج هذه الدراسة إلى أنه لا يوجد اختلاف بين المرضى والعينة الشاهدة في نتائج الاكتئاب أو القلق النفسي مع مستويات أعلى في متغير الألكستيميا فقدراتهم على التعرف على الانفعالات متغيرة وتجاربهم العاطفية أكثر تشتتاً من المجموعة الشاهدة خلال التفريغ النفسي. أما في الرنين المغناطيسي الوظيفي،

نلاحظ وجود نمط تفعيل مختلف بين المرضى والعينة الضابطة للصور ذات التكافؤ الإيجابي مع نقص في نشاط منطقة اللوزة.

حيث أكدت هذه الدراسة أن مرضى التصلب المتعدد لديهم صعوبة في التعرف على الانفعالات، وخبراتهم العاطفية تظهر أكثر تشتتاً. ولذلك فهي تشكل صعوبة في تحديد انفعالهم وانفعالات الآخرين. كما تشير بيانات الرنين المغناطيسي الوظيفي إلى أن هذه الصعوبات ترتبط مع تنشيطات مخية بما في ذلك اللوزة.¹⁰

كما أن دراسة "ك.شهرأوي" "K.Chahraoui" وزملائه (2007) بفرنسا، والتي هدفت إلى تقييم مدى انتشار الألكستيميا لدى مرضى داء التصلب المتعدد وعلاقته بالاكتئاب والقلق، قد شارك فيها واحد وستون شخصاً مصاباً بالتصلب المتعدد. وشمل التقييم في هذه الدراسة كذلك مقابلة مع طبيب نفسي وثلاثة سلاسل: تورونتو لقياس الألكستيميا (TAS-20)، جرد حالة القلق (STAI)، وجرّد الاكتئاب بيك (BDI). حيث أظهرت النتائج نسبة انتشار بلغت 42.5% للألكستيميا، 34.4% بالنسبة لاضطرابات الاكتئاب أما اضطرابات القلق فبلغت النسبة 44.3% (شدة متوسطة وشديدة). أين كان الأفراد الألكستيميين أكثر قلقاً واكتئاباً. كما كان هناك علاقة إيجابية بين نتائج القلق (الحالة والسمة)، والاكتئاب، والألكستيميا؛ لكن على مستوى أبعاد الألكستيميا لم تكن كلها مرتبطة بالقلق والاكتئاب.¹¹

انطلاقاً من العرض المفصل لدراستي "بغاف" وآخرون (2015) ودراسة "شهرأوي" وآخرون (2007)، ابتداءً من منهج وأدوات الدراسة، العينة، خطوات التطبيق وصولاً إلى النتائج، حاولنا فهم توجه ومسلمات كل دراسة ثم قرائتها قراءة علمية تحليلية. ونجد أنه رغم اعتماد الدراستين على منهجين مختلفين، حيث اعتمدت الدراسة الأولى على المنهج الشبه تجريبي والثانية على المنهج الوصفي، إلا أن هذا الاختلاف أثرى ودعم فهم ودراسة متغير جديد نسبياً في ساحة علم النفس الصحي.

كما تعدد وسائل جمع البيانات (الاختبارات السيكمومترية، التقييم العصبي- النفسي الكلاسيكي وحتى المقابلة العيادية) زاد من مصداقية النتائج المحصل عليها، وفتح الباب امام الباحثين للجمع بين مختلف طرق جمع البيانات التي ساعدت على شرح العلاقة التي تربط الالكستيميا بمرض التصلب اللوحي.

كما يمكن القول أن نتائج الدراستين أكدت على المستويات العالية للألكستيميا لدى مرضى التصلب اللوحي، والذي يمكن للنظرية النفس-عصبية أن تكون الانسب لتفسيرها، حيث ترى هذه الاخيرة أن أسباب تغيرات السلوك الانفعالي يرجع لإصابة القشرة المخية الأمامية وأن سلامتها يترتب عليه معالجة المعلومات الانفعالية بشكل سليم، إذ أن سلامة القشرة المخية والفصوص الجبهية تحدد سلامة الفرد من الألكستيميا. لان هذا الاخير راجع إلى انقطاع الألياف العصبية الترابطية بين نصفي المخ، مما يعني انقطاع التدفق للمعلومات بين مناطق المخ. خاصة وأن النصف الأيمن من المخ هو المسئول عن وصف المشاعر وإدراكها والتعبير عنها بطريقة غير لفظية.

كما أكدت العديد من ملاحظات الأطقم الطبية المشرفة على علاج مرضى التصلب اللوحي أن الإجهاد والضعفوات النفسية والصدمات تؤدي إلى حدوث نوبات مرضية انتكاسية، وهذا ما يجعل العديد من الباحثين يصنفونه على انه من الاضطرابات السيكوسوماتية، فليس من المستبعد أن يكون هذا العامل النفسي هو المفجر لظهور هذا المرض. ولكن مرض التصلب اللوحي يحدث ضمور في الجهاز العصبي انطلاقا من تضرر غمد "الميلين" أو "النواعين" الضروري جداً لحسن سير السيالة في الجهاز العصبي والذي قد يؤدي إلى ظهور الألكستيميا. لان من مخلفات المرض أن يعاني هؤلاء المرضى من عجز في تفسير المواقف الاجتماعية والأداء في السياقات الشخصية، فهل يا ترى هذا العجز وليد المرض فقط

أو أنها كانت موجودة قبل ظهوره وتفاقت بعد تطوره؟ أو بالأحرى من هو المسئول عن ظهور الآخر فهل الألكستيميا سبب في حدوث مرض التصلب اللوحي أم العكس؟ وتبقى الدراسات الطولية والشبه تجريبية هي الوحيدة القادرة على تحديد العلاقة الدقيقة التي تربط بين هذين المتغيرين.

ما لاحظناه هو اهتمام الدراسات بتقييم تأثير اضطرابات المزاج والاكتئاب على مرضى التصلب المتعدد وهذا يرجع حسب **Lebhun & Cohen (2009)** لانتشارهما عند أكثر من نصف عدد المرضى ، كما يتم اكتشافها في جميع مراحل المرض وتتداخل مع أعراض أخرى مثل التعب والاضطرابات المعرفية. حيث لا يزال من غير الواضح ما إذا كانت هذه الاضطرابات الاكتئابية مرتبطة ارتباطاً مباشراً بمرض التهاب أم أنها مجرد نتيجة غير مباشرة. ومع ذلك فإن متلازمات الاكتئاب تتضاعف أكثر في عامة السكان من غيرها من الأمراض المزمنة. كما أن عدد حالات الانتحار أعلى أيضاً.¹²

لهذا وجب على الهيئات المختصة عدم الاغفال على هذا المتغير النفسي وأخذة بعين الاعتبار في التكفل بالمرضى.

-الألكستيميا وداء الصدفية (**Psoriasis**): يصنف داء الصدفية من بين الحالة الشائعة لاضطرابات السيكوسوماتية الجلدية، فهو مرض مزمن غير معدي، يعرف من خلال ظهور صفائح حمرة بشكل قشري على سطح الجلد، حيث يلعب الضغط النفسي أهمية كبيرة في تحفيز ظهور المرض وتطوره.

نجد ان عدة أبحاث اهتمت بدراسة أحد العوامل النفسية على هذا الداء والمتمثل أساسا في الألكستيميا، منها دراسة "مصمودي" "Masmoudi" وزملائه (2007) والتي ركزت على تقدير انتشار الألكستيميا لدى مرضى داء الصدفية في تونس ودراسة العلاقة المحتملة بين الصدفية والألكستيميا. حيث تكونت العينة من (53

مريض بداء الصدفية و53 عينة ضابطة)، تتراوح أعمارهم ما بين 18-79 سنة. أين تم الاعتماد على مؤشر داء الصدفية (PASI) لتقييم شدة الصدفية بشكل عام. وسلم تورنتو لقياس الألكستيميا (TAS-20).

حيث خلصت النتائج إلى انتشار الألكستيميا لدى مرضى الصدفية في 39.6% من الحالات. أين أثبتوا درجات مرتفعة من ألكستيميا بشكل ملحوظ مقارنة بالعينة الضابطة. كما أن داء الصدفية كان شديدا في 50% من الحالات. بالإضافة للعلاقة بين شدة المرض والجنس الأنثوي والتي كانت لدى الأفراد الألكستيميين. كما تم تأكيد العلاقة بين الشدة السريرية للمرض واستهلاك الكحول لدى الألكستيميين.¹³

كما أن دراسة "سامبوغنا" "Sampogna" وآخرون (2016) والتي هدفت إلى تحديد مدى انتشار الألكستيميا لدى مرضى داء الصدفية، والعلاقة بين هذا المتغير النفسي وانعكاسات المرض وعبئه. والتي كانت على مجموعة احتمالية متعددة المراكز، وبلغت العينة 719 مريض يعاني من داء الصدفية منذ أقل من 10 سنوات، واعتمدت على سلم تورنتو لقياس الألكستيميا، ولتقييم شدة المرض فقد تم الاعتماد على (Psoriasis Area and Severity Index (PASI)، بالإضافة إلى تقييم الاكتئاب والحصص بمقياس (HADS)، ونوعية الحياة من قبل مؤشر جودة الحياة الأمراض الجلدية (DLQI)، مع اختبار تحديد اضطرابات الإدمان على الكحول (AUDIT). كما تم تقييم الإنتاجية في مكان العمل من خلال إنتاجية العمل واستبيان ضعف النشاط (WPAI)، أثبتت أن انتشار الألكستيميا كان بنسبة 25%، وأن الأفراد الألكستيميين كانوا أكثر عرضة لتطور شدة المرض وانتشار الصدفية على مستوى اليمين بنسبة 57.2%، كما تميزوا بضعف جودة الحياة مع ارتفاع مستويات الاكتئاب والحصص، بالإضافة إلى استهلاك الكحول الضار لدى هذه الفئة. كما أن إنتاجية العمل كانت ضعيفة لديهم.¹⁴

انطلاقاً من عرضنا للدراستين المعروضتين أعلاه، نلاحظ تأكيدهما لما جاء في التراث النظري، وذلك باعتبار أن داء الصدفية من الاضطرابات السيكوسوماتية الجلدية الناجمة عن خلل في تكوين صد الإثارات في مراحل الحياة الأولى، فبفشل سيرورة الارصان النفسي يكون الأنا عاجزاً عن تفرغ وتوجيه فرط الاستنارات مما يؤدي إلى سيرورة الجسدنة بالانتقال من الساحة النفسية إلى الساحة الجسدية، والعضو الهش هو الأكثر عرضة للإصابة، فالجلد هنا يمثل تعبير لا شعوري لهذه المنطقة الغير مستثمرة وبالتالي يكون عرضة للإصابة بالصدفية. فالخلل هنا كان في العلاقة أم-طفل والتي لم تكن ايجابية، أين لم تتدخل الصورة الايجابية لها أو للبدل، فالأنا الجلدي لم يقم بصد الاثارات بسبب غياب دور الأم وبسبب أنماط التعلق التي يمكن أن تكون غير وظيفية والتي تحد من تكيف الطفل، وأن الفرد "الحصري-المتجاذب" وجدانيا هو أكثر الأفراد قرباً من الألكستيميا من حيث عدم قدرته على تحديد وتمييز وتسمية انفعالاته.

من الناحية المنهجية نلاحظ أن دراسة "مصمودي" وآخرون (2007) من الدراسات المستقبلية (Etude prospective) وليدة نشأة وتطور علم المستقبليات الذي ظهر في بريطانيا خلال القرن التاسع عشر، حيث ورغم تطرق العديد من الباحثين بطريقة أو بأخرى لهذا المنهج إلا أنه نسب إلى العالم "جاستون برجر" (Gaston Berger) والذي استخدم مصطلح "Prospective" في سياق الدلالة عن التطلعات نحو المستقبل والتخطيط له، حيث أصبح ينتظر من علم المستقبليات أن يطرح تصورات تفيد الدراسات الإنسانية وتوجه مستقبل البحوث فيه، ولهذا انتشر استخدامه في الدراسات الغربية وقد جاءت دراسة "مصمودي" وآخرون لتكون من الدراسات العربية السباقة لاعتماد هذا المنهج.

كما نلاحظ أن أغلب الدراسات المعروضة اعتمدت على مقياس تورنتو (TAS-20) لقياس الالكستيميا، رغم أنه ومنذ ظهور الصياغة الأولية لمصطلح الألكستيميا في السبعينيات والكثير من الباحثين أثاروا الجدل حول طريقة تقييمه وقياسه، حيث اقترحت العديد من أدوات القياس، إما انطلاقاً من مؤشرات لاختبارات إسقاطية مثل اختبار الروشاخ أو اختبار TAT أو عن طريق سلام. لكن منذ أن قام فريق من الباحثين في جامعة تورنتو Toronto برئاسة "تايلر" وزملائه بوضع برنامج لبحث ممنهج والذي سمح ببناء سلم مكون من 26 بند عرف سلم Alexithymia Toronto Scale (TAS-26)، والذي عدل فيما بعد إلى (TAS-20) والذي يتكون من ثلاثة أبعاد تفسر على التوالي: صعوبة تحديد حالاته والانفعالية صعوبة وصف حالة الفرد للآخرين، التفكير العملي. حيث تميز بخصائص ثبات وصدق عاليين مما جعل من اعتماده في أغلب الدراسات الخاصة بالالكستيميا أمراً واقعاً.

كما أكدت نتائج الدراسة العلاقة بين شدة المرض والجنس الأنثوي، والذي يمكن أن يعزى للضغوط النفسية التي تواجهها المرأة مقارنة بالرجل والتي تضعف من مقاومتها للأمراض الجسمية والنفسية، وذلك من حيث الشدة والترتيب والمصادر، حيث يلعب العامل الاجتماعي دوراً مهماً في ذلك، لأن ما يمثل ضغطاً نفسياً عند فئة معينة قد لا يكون كذلك لدى أخرى. فمثلاً الأم العاملة نظراً لمسؤولياتها المتعددة تعيش ضغطاً مزدوجاً، فداخل الأسرة يتمثل في إدارة المنزل وتلبية متطلباته وتربية الأولاد، وخارجها هناك مسؤوليات العمل وأعبائه. مما يؤدي إلى الإجهاد النفسي والذي ينعكس على مجمل أداءها وحياتها الأسرية والمهنية. خاصة أن العديد من الدراسات أكدت وجود فروق بين الجنسين في أساليب مواجهة الضغوط بين الجنسين والتي خلصت إلى أن الاستراتيجيات التي تركز على الانفعال، التجنب والتحويل أكثر شيوعاً لدى النساء. كما أنّ التمييز في المعاملة والتربية بين الجنسين في مختلف المجتمعات

الراجع للعادات والتقاليد، يساهم في زيادة الضغوط النفسية لدى الإناث مقارنة مع الذكور، مثل سوء المعاملة وافتقارهن للدعم والحماية، مع فرض التبعية للذكر الاستغلال، والإحباطات والصعوبات وحتى الحواجز التي قد تعاني منها المرأة. والتي تؤدي إلى تطوير اضطرابات نفسية مختلفة كالاكتئاب.

ما لفت انتباهنا تسليط كلتا الدراستين الضوء على أحد استراتيجيات المواجهة الأكثر استخداما لدى المريض المزمن بصفة عامة ألا وهو استهلاك الكحول، حيث يعتقد "تايلور" على أن الألكسيميا يمكن أن تكون حالة استعداد للسلوك الإدماني، فاستخدام الكحول أو المادة السامة من شأنه أن يعوض عن الإخفاقات في أنظمة الدفاع وقدرات الأنا على التنظيم وتعديل الانفعالات والنزوات. كما يعتبر القلق والاكتئاب والأعراض الجسدية ما هي إلا تظاهرات ثانوية لعجز هؤلاء الأشخاص عن تعديل انفعالاتهم المؤلمة.¹⁵

- **الألكسيميا وداء السرطان:** يعد داء السرطان مرض متعدد العوامل، وتلعب العوامل النفسية المختلفة دورا رئيسيا في حدوثه، منها: أحداث الحياة، الضغوط النفسية، أسلوب المواجهة (Coping)، الاكتئاب، والألكسيميا. كما أكدت ذلك العديد من نتائج الدراسات المتعلقة بالعلاقة بين الألكسيميا ونشأة السرطان من حيث وجود الارتباط الايجابي بينها، مثل دراسة "Jasmin" وزملائه في عام 1990 على عينة مكونة من 77 امرأة، و دراسة "Todarello" وزملائه في عام 1994 على 200 امرأة قبل التصوير الشعاعي للثدي وبعد تشخيص السرطان.¹⁶

كذلك دراسة ل"فورني" وآخرون "Forni et al" (2011) والتي هدفت لوصف الألكسيميا لدى المرضى المشخصين حديثا بداء السرطان (أقل من 4 أشهر)، وانطلاقا من معطيات سوسيو ديمغرافية، طبية وسيكومترية، التي توصلت إلى أن 70% من 419 مريضا المدرجة في الدراسة، حيث لوحظ لديهم درجة مؤهلة

لتشخيص الإصابة بالألكستيميا ($TAS > 56$)، مع وجود ارتباط سلبي مع أعراض عقلية والتي لم تتجاوز عتبات القلق والاكتئاب مع HADS ، وارتباط إيجابي مع نوعية الحياة.¹⁷

ونجد من بين الدراسات التي تناولت إشكالية داء السرطان (بكل أنواعه) كداء سيكوسوماتي، دراسة "أمال فاسي"، والتي بحثت في طبيعة النشاط العقلي الذي يعيشه هؤلاء الأفراد، انطلاقاً من فرضية سيادة مكنزومي الاكتئاب الأساسي والألكستيميا. حيث اعتمدت في دراستها على كل من: سلم تورنتو لقياس الألكستيميا (TAS-20) ومقياس الهادس لقياس الاكتئاب Hospital Anxiety Depression Scale (HADS) على عينة عشوائية من الجزائر تكونت من 255 حالة.

حيث أسفرت النتائج على أن لدى مريض السرطان نشاط عقلي يتميز بسيادة الاكتئاب الأساسي والألكستيميا. بالإضافة لوجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات مرتفعي الاكتئاب ومنعدمي الاكتئاب في درجات الألكستيميا لصالح مرتفعي الاكتئاب. ولكن لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات الاكتئاب والألكستيميا لدى المرضى الذين لديهم فترة تقل عن 6 أشهر من معرفة المرض وبين الذين لديهم أكثر من 6 أشهر.¹⁸

انطلاقاً من نتائج الدراسات المعروضة أعلاه، نلاحظ أن دراسة العلاقة بين العوامل النفسية والسرطان جد معقدة ويرجع ذلك بشكل خاص لمجموعة النظم البيولوجية والنفسية والاجتماعية المتداخلة فيما بينها والتي تصعب من تحديد الارتباط السببي المحتمل بين عوامل الصحة النفسية وتطور داء السرطان.

رغم ذلك تمكن العديد من الباحثين من تأكيد عدد محدد من العوامل النفسية المؤهبة للإصابة بالسرطان، أبرزها التوتر والاكتئاب وفشل الدعم الاجتماعي. حيث توصلوا لتحديد نوع الشخصية (على وجه الخصوص ما يسمى بالشخصية من النوع

(C) التي يعتبر أفرادها أكثر عرضة للإصابة بالأورام السرطانية، و يرتبط هذا النمط بانخفاض وظيفة الجهاز المناعي، وذلك لما لهم من سمات تعتبر كعوامل هشاشة مثل فرط التعاطف والتعاون، والسلبية والخضوع وخاصة كبت الانفعالات وعدم التعبير عنها. ومنه نستنتج أن سمة الألكستيميا يمكن أن تكون عامل من بين هذه العوامل التي تساهم في تطوير هذا الاضطراب السيكوسوماتي، الناجم عادة عن الإجهاد الشديد والصدمات النفسية والصراعية، أين يوجد عدم التوازن بين الأنا الداخلي والانا الخارجي، بسبب عدم تقبل الفقدان، وبسبب هذا الضغط الانفعالي وعجز الأنا على إحداث التوازن، ينتقل إلى سيرورة الجسدنة التي تؤثر في المادة الوراثية الجينية وتحدث خلا فيها.

يمكن القول أن الدراسات لم تختلف في مدى انتشار الالكستيميا بين مرضى السرطان بكل أنواعه، لأنه أثبت ارتفاعه لدى مرضى السرطان، لكن اختلفت بسبب تناقض نتائج العديد منها حول الدور الحقيقي للالكستيميا لدى هذه العينة، بين معزز لتطور المرض (ألكستيميا أولية) أم رد فعل وقائي (ألكستيميا ثانوية) يواجه التشخيص. حيث لم يستطع الباحثون حتى الان تأكيد أن العوامل النفسية والاجتماعية يمكن أن يكون لها تأثير واضح على مسار الأمراض الورمية. لأنه بالنسبة لبعض الأفراد في مواقف معينة وأنواع معينة من السرطان، يمكن أن تؤثر العوامل النفسية بشكل كبير على بداية و/أو مسار المرض. ونرى أن القيام بدراسات طويلة ومستقبلية هي الحل للفصل في هذا الاشكال.

علاوة على ذلك، بما أننا لا نعرف مدى انتشار سمة الالكستيميا قبل تشخيص السرطان، تبقى الدراسات المقارنة بين المرضى وغير المرضى الوحيدة القادرة على توضيح دور ومدى هذه السمة كعامل في الاستعداد للإصابة بالأورام السرطانية.

خاتمة وتوصيات

الضغوط النفسية وأساليب الفرد في التعامل معها لها دور أساسي في تطوير الأمراض السيكوسوماتية، سواء الكلاسيكية مثل: الربو وداء الصدفية، أو الحديثة منها مثل: السرطان وداء التصلب المتعدد، حيث أكدت الدراسات المعروضة أن الألكستيميا من بين العوامل المهيأة لظهورها، وحتى المساهمة في تطورها وأزمانها، لما للقدرة على التعبير عن الانفعالات وإدارتها من أثر بالغ على الصحة الجسدية وحتى النفسية. حيث تكمن أهمية دراسة هذا المتغير في القدرة على التنبؤ بالإصابة بالمرض وانعكاساته على انتكاسات الأمراض السيكوسوماتية بصفة عامة، والأمراض المعروضة في هذا المقال بصفة خاصة، وبالتالي القدرة على التحكم فيه بالبرامج الوقائية والعلاجية المناسبة.

ولهذا فمن أهم التوصيات المستنتجة مما سبق ذكره ما يلي:

- زيادة الاهتمام بدراسة الألكستيميا على المجتمع الجزائري لنقص الدراسات المسلطة على هذا المتغير النفسي خاصة المرتبطة بالأمراض السيكوسوماتية.
- اخذ متغير الألكستيميا في عين الاعتبار في بناء البرامج الوقائية والعلاجية للأمراض السيكوسوماتية.
- الجمع بين المقاييس السيكومترية والمقابلات العيادية في دراسة الإنتاج اللغوي المتعلق بالانفعالات لتقييم مستويات الألكستيميا.
- إجراء دراسات معمقة بالاعتماد على المناهج الحديثة مثل الدراسات المستقبلية في دراسة الألكستيميا والأمراض السيكوسوماتية خاصة داء التصلب اللويحي وداء السرطان.

قائمة المراجع

- (1) تامر حسين علي السميران وعبد الكريم عبد الله المساعيد، سيكولوجية الضغوط النفسية، دار ومكتبة الحامد للنشر والتوزيع، عمان، 2014.
- (2) Tychev, C, Alexithymie et pensée opératoire, approche comparative clinique projective Franco-américaine, psychologie clinique et projective, 16,2010,p179.
- (3) Jouanne,C, L'alexithymie entre déficit émotionnel et processus adaptatif, psychotrope.12,3,2006,p196-195.
- (4) Farges,F.,&Farges,S, Alexithymie et substances psychoactives :revue critique de la littérature, De boeck Supérieur,28,2002,p48-50.
- (5) Corcos,M., & Pirlot,G, Qu'est-ce que l'alexithymie?, Dunod, Paris,2011.
- (6) بوشوشة مريم وكريمة نايت عبد السلام، الاكستيميا لدى الطفل-تشخيص وعلاج-مجلة البحوث والدراسات الانسانية،16،7، 2018، ص34.
- (7) Luminet, O.,Vermeulen, N., & Grynberg, D, L'alexithymie : comment le manque d'émotion peut affecter notre santé.1^{er} ed. : de boeck Bruxelles,2013.
- (8) Sanhuja,A., & Cuynet, P.L'image du corps chez l'adolescente obese.Perspectives Psy ,50,2,2011.
- (9) كريمة نايت عبد السلام، سمة القلق وطرق التعامل مع الضغط النفسي لدى المصابين بارتفاع ضغط الدم الشرياني الجوهري-دراسة مقارنة-دراسات نفسية وتربوية،2013،11، ص98.
- (10) Pfaff,L et al, Modifications émotionnelles dans la sclérose en plaque : une étude en neuropsychologie et en IRMF, Revue neurologique,171S,2015.
- (11) Chahraoui,K et al, Alexithymie et liens avec dépression et l'anxiété dans la sclérose en plaques, Revue Neurologique,164,2007.

- (12) Lebrun, C., & Cohen, M. (2009). Dépression et sclérose en plaques. *Revue Neurologique*, 165, S156–S162.
- (13) Masmoudi, et al, Alexithymie et psoriasis : étude cas-témoin à propos de 53 patients, *L'Encéphale*,35,2007.
- (14) Sampogna,F et al, L'alexithymie est fréquente dans le psoriasis et associée à un fardeau important de la maladie : analyse transversale de l'étude EPIDEPSO, *Annales de Dermatologie et de Vénérologie*, 143,12S,2016.
- (15) Farges, F., & Farges, S. (2002). Alexithymie et substances psychoactives : revue critique de la littérature. *Psychotropes*, 8(2), 47.
- (16) Sabir,M & Ouanass,A, Facteurs psychologiques et genese du cancer : Ya t'il des liens ?, *Journal Marocain des Sciences Médicales*,XIX,52,2014.
- (17) Forni,V et al, Alexithymie et psychopathologie de patients atteints de cancer, *Psycho-Oncologie*.5,2011.
- (18) أمال فاسي، الاكتئاب الأساسي والأكستيميا لدى مرضى السرطان كنشاط عقلي مميز، أطروحة دكتوراه، قسم علم النفس جامعة محمد لمين دباغين،سطيف2016،2.