مجلة "آفاق فكرية"

ص. ص. 123 - 142

رت م د: 2353 - 0367

رت م د إ: 2602-5507

الألكستيميا لدى الراشد المصاب بمرض الشريان التاجي

Alexithymia among adult with coronary artery disease

ملال خديجة [1]*، طا. با. سي أحمد أمال [2]

[1] جامعة محمد بن احمد، وهران2 (الجزائر)، mellal.khadidja@univ-oran2.dz

[2] جامعة حسيبة بن بوعلي، الشلف (الجزائر)، amelsiahmed52@gmail.com

تاريخ الاستلام: 2021/10/09 **تاريخ القبول:** 2022/04/25 **تاريخ النشر:** 2022/05/05

ملخص:

تناولت الدراسة الحالية موضوع الألكستيميا لدى الراشد المصاب بمرض الشريان التاجي، وذلك بهدف معرفة مستوى الألكستيميا قبل الإصابة و بعد الإصابة، ولإجراء هذه الدراسة تم الاعتماد على المنهج العيادي على حالة مصابة بمرض الشريان التاجي، كما تم استعمال الأدوات التالية الملاحظة العيادية، المقابلة العيادية النصف موجهة ومقياس تورنتو للألكستيميا (TAS.20)، وقد تم التوصل إلى وجود مستوى ألكستيميا مرتفع لدى الراشد قبل وبعد الإصابة بمرض الشريان التاجي، والمتمثل في ارتفاع مستوى الأبعاد التالية: صعوبة وصف المشاعر، صعوبة التعرف على المشاعر، والتفكير الموجه نحو الخارج.

كلمات مفتاحية: الألكستيميا، مرض الشريان التاجي، الراشد، الأمراض السيكوسوماتية، مقياس(TAS.20)

Abstract:

The current study dealt with the issue of Alexithymia of the adult with coronary artery disease, with the aim of knowing the level of alexithymia before the injury and after the injury, and to conduct this study, the clinical approach was relied on the case of coronary artery disease, by the tools: the clinical observation, the half- structured clinical interview and The Toronto scale Alexithymia (TAS20). High level of Alexithymia was found in the adult before and after coronary artery disease, represented by the high level of the following dimensions: difficulty describing feelings, difficulty identifying feelings, and Externally oriented thinking.

Keywords: Alexithymia; Coronary Artery Disease; The adult; Psychosomatic diseases; Scale (TAS-20).

* المؤلف المرسل.

مقدمة:

تتسم مرحلة الرشد بالنضج الاجتماعي، النفسي، العقلي والانفعالي مقارنة بالفئات العمرية الأخرى، وتميل للوضوح في معالم الشخصية الإنسانية بشكل اكبر، إذ يتوقف عليها مطالب جديدة كتكوين أسرة والاندماج في المجتمع، مما يؤدي إلى ظهور مسؤولية اكبر والتعرض للعقبات والمشاكل التي تعيق تحقيق هذه الأهداف ويؤدي إلى فشلها مما يثير الإحساس بالركود وعدم الإنتاجية.

إذ يظهر في هذه المرحلة تخوف الراشدين من مواجهة تحديات جديدة من جهة ومن المشاكل الصحية من جهة أخرى، من بينها فقدان النشاط البدني وبداية هشاشة العظام، نقص معدل التمثيل الغذائي، وازدياد حجم القلب مع زيادة تصلب الأوعية الدموية.

بحيث يتعرض الراشد لاضطرابات نفسية متنوعة، ترجع إلى خبرات مؤلمة أو صدمات انفعالية أو اضطرابات في علاقات الفرد مع وسطه الاجتماعي، وترافق هذه الاضطرابات أعراض أهمها القلق، الخوف، اضطرابات الأكل والنوم وسهولة الاستثارة، وهذا ما يؤدي إلى تحول هذا الصراع النفسي إلى أعراض جسمية تعرف بالاضطرابات السيكوسوماتية.

فتعتبر الاضطرابات السيكوسوماتية من أهم الاضطرابات الشائعة في الوقت الراهن نظرا لما يتعرض له الفرد من توترات نفسية وضغوطات يومية تؤثر على كل النواحي المهمة في حياته منها الجسمية والنفسية وحتى الاجتماعية العلائقية.

كما يعتبر مرض الشريان التاجي من اخطر الاضطرابات السيكوسوماتية كونه يعتبر القاتل الأول في العالم، إذ يزداد انتشاره بشكل ثابت مع التقدم بالعمر، وتتعدد أسبابه من تدخين وكحول وارتفاع ضغط الدم وداء السكري وكذا زيادة دهون الجسم وارتفاع الكولسترول والسمنة، وتلعب الأسباب النفسية الدور الكبير في ظهوره، حيث أكد الأطباء أن الوضع النفسي للفرد يساهم إلى حد كبير في حدوث مرض الشريان التاجي.

حيث توصل العالمان ميننجر ومينجر(Mienenger and Mienenger ,1936) أن مرض الشريان التاجي يرتبط بالعدوانية المكبوتة (وثق في: الزراد، 2009، ص. 276)، ويرى العالمان وطبيبا القلب فريدمان وروسنمان (Fridman and Rosenman ,1943) أن العوامل العاطفية من الممكن أن تكون مسؤولة عن الإصابة بمرض القلب التاجي(وثق في: الزراد،2009، ص.277)

لذا تمت العديد من الدراسات مطلع القرن (21) بدراسة دور الانفعالات في ظهور الاضطرابات الجسدية مثل مرض الشريان التاجي الغدة الدرقية والقرحة المعدية، فالأسلوب الذي يتبعه الأفراد في التعامل مع خبراتهم الانفعالية لتأكيد أنهم يتوافقون بشكل جيد مع المواقف المختلفة يؤثر بشكل كبير في صحتهم النفسية والجسدية، وكلما أعيقت الطاقة الانفعالية من الانطلاق في شكل سلوك خارجي، وزاد تراكمها واشتدت وطأتها فإنها تؤدي إلى تضخم الاضطرابات والتوترات فيحدث الاضطراب السيكوسوماتي، وإذا دامت الأسباب المثيرة للانفعال واضطر الفرد إلى قمعه وكبته سيؤدي إلى أمراض جسدية خطيرة ومزمنة كأمراض القلب وأمراض الشريان التاجي، ضغط الدم الجوهري.

والاضطرابات السيكوسوماتية هي اضطرابات عضوية، يلعب فيها عامل الانفعالي دورا مهما وأساسيا، وعادة ما يكون ذلك من خلال الجهاز العصبي اللاإرادي، لذا فإن الاضطرابات السيكوسوماتية ليست إلا التورط الانفعالي في الأعضاء والأحشاء التي تغذي الجهاز العصبي مثل قرحة الإثني عشر والربو الشعبي.

إن التفسير العلمي الحديث لكل هذه الأمراض السيكوسوماتية هو عدم القدرة على التعبير عن الانفعال بالكلام وتسمى الألكستيميا، ومن ثم يظهر الانفعال في هيئة أمراض جسدية، وكأنما الفرد بدلا من البكاء بعينه فهو يبكي بأخذ أعضاء جسده مثل: القلب، الجلد، المعدة (عكاشة، 1998، ص.546)

حيث توصل جولا وآخرون (Julaand al ,1999) إلى أن الألكستيميا تعد منبئ إلى مدى كبير من الأمراض السيكوسوماتية ، وذلك من خلال دراسة الألكستيميا لدى مرضى الضغط المرتفع، على الرغم من عدم وجود مشاكل لديهم في الصوديوم ودهون الجسم (وثق في: عكاشة، 1998، ص.547)

بينما توصلت دراسة تيداريلو (Tedarello, 1989) حول علاقة الألكستيميا بالسرطان وارتفاع ضغط الدم ومرض الشريان التاجي إلى أن المرضى المصابون يعانون من عدم القدرة على التعبير عن انفعالاتهم في 55من الحالات (وثق في: عكاشة، 1998، ص.548)

ويرى فولماكو وزملائه (Valkamo, 2001) أن في مرضى الشرايين التاجية ترتبط ألكسيتيميا بالعبء النفسي والاجتماعي المعزز الذي يعانيه المريض لذا يحتاج هؤلاء المرضى إلى دعم واهتمام فرديين أكثر.

ويرى كل من بيترز ومارك (Peters and Mark Lumleyb) انه إذا أثرت الألكستيميا على الإصابة بالأمراض القلبية الوعائية والأمراض الأخرى، فيبدو أنها تفعل ذلك من خلال المسارات الاجتماعية والعاطفية.

كما أن التفسير العلمي الحديث للأمراض السيكوسوماتية يشير إلى ظهور الانفعال على هيئة أمراض جسدية، وكأنما الفرد بدلا من البكاء بعينه فهو يبكي بأحد أعضاء جسمه كالقلب، الجلد، والمعدة (عكاشة، 1998، ص.546)

وبما أن مرض الشريان التاجي يعتبر من اخطر الأمراض السيكوسوماتية، فقد يكون العامل الانفعالي المتمثل في عجز التعبير عن الانفعالات يؤدي إلى الإصابة بأمراض القلب نظرا لان الحالات الانفعالية تظهر فجأة ويصعب التحكم فيها (عبدالخالق. دويرار، 1999، ص.329)

وعليه تهدف الدراسة الحالية إلى محاولة التعرف على مستوى الألكستيميا لدى الراشد المصاب بمرض الشريان التاجي، بحيث تكون الألكستيميا سببا في ظهور هذا المرض بصفتها عامل مهيئ أو كعامل يزيد من خطورة وحدة هذا المرض.

ومن هذا المنطلق تم طرح التساؤلات التالية:

- ما هو مستوى الألكستيميا لدى الراشدين قبل الإصابة بمرض الشريان التاجي؟
- ما هو مستوى الألكستيميا لدى الراشدين بعد الإصابة بمرض الشريان التاجي؟

وللإجابة على التساؤلات تم صياغة الفرضيات التالية:

- يتميز الراشدين بمستوى ألكستيميا مرتفع قبل الإصابة بمرض الشريان التاجي.
- يتميز الراشدين بمستوى ألكستيميا مرتفع بعد الإصابة بمرض الشريان التاجي.

وتظهر أهمية هذه الدراسة في تناولها فئة جد حساسة من المجتمع وهي الراشدين المصابين بمرض الشريان التاجي، الذين يواجهون صعوبات ومشاكل صحية من جهة ونفسية اجتماعية من جهة أخرى.

إضافة إلى إبراز الجانب النفسي خاصة الانفعالي والدور الذي يلعبه في ظهور المرض باعتباره القاتل الأول في العالم، حيث تتميز هذه الدراسة بكونها ترتكز على ربط الجانب النفسي بالجانب البيولوجي للمريض الراشد المصاب بمرض الشريان التاجي.

1. الإطار النظري للدراسة:

1.1. مرض الشريان التاجي:

1.1.1. تعريف مرض الشريان التاجي:

هو مرض قلبي وعائي ينتج من ترسبات مشتقات دهنية تتكون أساسا من مركبات الكولسترول في جدران الشرايين التاجية، يؤدي هذا الترسب إلى حدوث التهاب موضعي وزيادة تراكم الخلايا الالتهابية والنسيج الليفي مما يؤدي إلى ضيق وانسداد الشرايين التاجية، ويؤدي كذلك إلى اعتلال بطانة الأوعية الدموية مع زيادة القابلية للتجلط وانقباض الشرايين ثم إذا حدث في نهاية المطاف تمزق بالبطانة الشريانية يحدث تجلط مفاجئ للدم يؤدي في أحيان كثيرة إلى انسداد مفاجئ بالشريان التاجي قد تنتج عنه النوبة القلبية أو الوفاة المفاجئة (غسان، 2005، ص.207)

2.1.1. أعراض المرض:

تتمثل فيما يلي:

أولا/الذبحة الصدرية: هي اسم للألم الذي يحدث بسبب النقص المؤقت للأكسجين في الجدار العضلي للقلب، في الحالة الطبيعية تستطيع الشرايين التاجية التي تضخ الدم إلى القلب التعامل مع الزيادة للمتطلبات، ولكن قدرتها تتحدد عند الإصابة بمرض الشريان التاجي وهذا ما يحدث عند القيام بالتمارين الرياضية والانفعالات الحادة (كيوان،2007، ص.26)

ويشكو مرضى الذبحة الصدرية من الم وصفي قد يكون على شكل ضيق تنفس، إحساس بثقل في الصدر، شد أو عصر وألم جارح في منتصف الصدر ينتشر للعنق والذراع الأيسر لأعلى البطن (قاسم، 1990، ص.43)

ثانيا/النوبة القلبية: وتعرف كذلك باحتشاء عضلة القلب أو موت عضلة القلب، وتحدث عندما ينقطع الجريان الدموي عن منطقة من العضلة القلبية التي يرويها الشريان التاجي مما يؤدي إلى أذية وموت الأنسجة المحرومة، وتحدث النوبة القلبية عندما تضيق الشرايين التاجية بسبب مرض الشريان التاجي.

وتتمثل أعراضها في الألم الخانق في مركز الصدر، وقد يظهر الألم أيضا في العنق والفك والذراعين وأعلى البطن، قد تأتي النوبة القلبية تدريجيا تسبقها عدة أسابيع من الذبحة الصدرية ولكنها قد تحدث دون سابق إنذار، وهناك أعراض أخرى تتمثل في الدوار، التعرق، صعوبة في التنفس، الغثيان والاقياء، ويشفى اثنين من أصل ثلاثة أشخاص مصابين بالنوبة القلبية.

ثالثا/ قصور القلب الاحتقاني: بسبب ضعف العضلة القلبية الناجم عن مرض الشريان التاجي يصبح القلب غير قادر على الحفاظ على إنتاج دموي طبيعي ويعني قلة وجود الدم ونقص ذهاب الدم من الأوعية التي تصل إلى القلب، هذا الامتلاء مع الركود الدموي يؤدي إلى زيادة كمية الدم بسبب احتفاظ الكلية بالملح والماء، بعدها يجبر الضغط السوائل على الدخول إلى الأنسجة المحيطة (كيوان،2007، ص. 34)

والعرض الأساسي لقصور القلب الاحتقاني هو الصعوبة في التنفس، وقد يرافقها سماع أزيز في الرئتين، إضافة إلى الم صدري، خروج زبد من الفم، السعال مختلطا بالخيوط الدموية أو بلغم السوائل الموجودة داخل الرئتين، الإعياء، تورم الجزء السفلي من الجسم الناجم عن تجمع السوائل، تورم الكاحل عند الوقوف أو المشي وأثناء النوم يظهر التورم في الجزء السفلي من الظهر، وقد تصبح الأعضاء الداخلية مثل الكبد أيضا متورمة والتي قد تسبب الألم البطني، ومن الأعراض أيضا فقدان التوازن بسبب تجمع السوائل وأيضا فقدان الشهية (كيوان،2007، ص.35).

2.1. الألكستيميا:

1.2.1. مفهوم الألكستيميا:

يعرفها معجم مصطلحات الطب النفسي بأنها تعني عجز التعبير، عدم القدرة أو صعوبة وصف للعواطف والانفعالات أو عدم الدراية بالمشاعر الداخلية (الشربيني، 2003، ص.7)

يعرفهاربورت فيش **(R. fish.1989)** بأنها حالة تقيد القدرة على التمييز والتعبير عن المشاعر والحالات العاطفية والوجدانية، تنخفض لدى الألكستيمي (المتكتم) القدرة على التخيل والحلم، إذ تنمو قابلية للتفكير بطريقة عملياتية (Opératoire) وغير رمزية مما يؤدي إلى انخفاض صلته بالعوامل الحقيقية المؤثرة في الجهاز النفسي، وهو يعجز عن التمييز بين حالاته الانفعالية و بين أحاسيسه الجسدية، وهو بسبب تكتمه يعبر عن ضيقه النفسي من خلال عوارضه الجسدية (وثق في: الدواش، 2011، ص.6)

ويعرفها **تايلور وزملائه** بأنها حالة تعكس مجموعة من أوجه القصور في القدرة على التعامل مع الانفعالات من الناحية المعرفية، كما أنها تعكس صعوبات لدى الفرد في تنظيم وجدانياته، ومن ثم هي تعتبر أحد العوامل المهيئة للإصابة بالأمراض الجسمية والنفسية (البنا، 2003، ص.21)

ويعتبر Freyberger من الأوائل الذين فرقوا بين الألكستيميا الأولية والثانوية، وأعتبر أن الألكستيميا الثانوية حالة عابرة تسببها العوامل الكاربة أما الأولي فسمة تجعل الشخص أكثر استعداد للإصابة بالاضطرابات النفسية والجسدية، ويؤكد Sifneos أن الألكستيميا الأولية تعود إلى الوراثة والنمو العصبي الفيزيولوجي بينما تعتبر الألكستيميا الثانوية آلية دفاعية يستعمل فيها الرفض وكبت المشاعر كما تعود إلى عوامل ثقافية وبيئية (وثق في: قريشي. زعطوط، 2008)

وتعرف الألكستيميا إجرائيا بأنها المؤشرات التي يصرح بها الراشد المصاب بمرض الشريان التاجي من خلال الملاحظة و المقابلة ومقياس (TAS20) للألكستيميا على الأبعاد الثلاث: صعوبة وصف المشاعر صعوبة التعرف على المشاعر والتفكير الموجه نحو الخارج.

2.2.1. خصائص الألكستيميا:

من أجل تشخيص الألكستيميا يجب تواجد الخصائص التالية:

أولا/ صعوبة معرفة ووصف المشاعر: أو ما يعرف بالعجز عن إدراك الانفعالات وتمييزها عن الإحساسات الجسدية أو التعبير عنها بواسطة اللغة، فالشخص الذي يعاني من الألكستيميا يجد صعوبة في التعرف على حالته الانفعالية مثلا هل هو سعيد؟ لكن في وقت لاحق قد يشعر

الشخص بشعور غامض يدل على انفعالات قوية مثل: الحزن، غضب مع اختناق أو غيض، ويبقى في حيرة من أجل تجمع هذه الأسباب الخفية التي ولدت هذه العواطف، فهو لا يملك الصورة التي حفزت المزاج.

في معظم الأوقات لديه شعور بعدم الارتياح من شيء يتغير داخل جسمه مثلا: زيادة معدل ضربات القلب أو احمرار الوجه، وعندما لا يجد كلمات يعبر بها عن مشاعره قد يتلعثم، لكن في أغلب الأحيان يعبر جسديا أو من خلال التعبير المرضي النفس-الجسدي.

فهم يتميزون بضعف المشاركة الوجدانية أو التقمص، لديهم صعوبة في فهم دوافعهم و فهم رغبات الآخرين فتكون أغلب علاقتهم الشخصية نمطية، أما عندما يتحدثون عن أمورهم الخاصة في كثير من الأحيان نجد وصف طويل خاص بالأعراض الجسدية، وهذا راجع إلى عدم القدرة على التمييز بوضوح بين الأحاسيس الجسدية والمشاعر الانفعالية، وبالتالي هذا الوصف قد يدل على محاولة للتعبير عن المشاعر (فارس، 2016، ص.36)

ثانيا/ محدودية الخيال: أي العجز في القدرة على تشكيل الصور في العقل من خلال التذكر عن طريق الخبرات الحسية، كما أنه ليس مرتبط فقط بالتصور، وإنما أيضا بعدم القدرة على استحضار الانفعالات الماضية مهما كان نوعها أو شدتها.

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

حيث ترى جوان (Jouanne,2006) أن محدودية الخيال راجعة إلى فقر في الحياة الهوامية، فالحلم متواجد ولكن محتواه فارغ، فالهوامات قليلة و أيضا الذكريات، فقد يطلب من المفحوص أن يحكي حلم و لكن يجد صعوبة كبيرة، فهو لا يستطيع أن يتحدث بانفعالاته.

ثالثا/ التفكير الموجه نحو العالم الخارجي: عدم قدرة الفرد على توجيه نفسه لمعرفة عالمه الداخلي من اجل معرفة مشاعره، يظهر توجيها للعالم الخارجي المادي، مع تكيف مطلق لهذا العالم، مدرك بالحواس للحقائق المادية والموضوعات، لهذا السبب يوصف هؤلاء الأشخاص بالآلات البشرية أو رجال من خشب، فحياتهم مليئة بالأحداث اليومية و المواضيع الملموسة.

فالشخص في هذه الحالة جدي وفعال ومتكيف مع الواقع مع الآخرين، لديه علاقات حسية، دون تظاهرات وسواسية، مع الافتقار إلى المرجعية الداخلية العلائقية، بمعنى علاقته بالموضوع الحقيقي المعاش داخليا منقطعة (فاسي، 2016، ص. 74)

بالإضافة إلى الخصائص التشخيصية الأساسية نجد بعض الخصائص الثانوية:

أولا/ ضعف إعادة التنشيط الانفعالي أو التفاعل العاطفي : بمعنى القدرة على التفاعل العاطفي أمام الأحداث والذي يدل على ضعف رد الفعل اتجاه المشهد الذي عادة يخلق انفعالات، فيبدي الفرد مستوى من الاستجابات التي تدل على الألكستيميا، فيكون هناك ضعف في تنظيم وضبط العواطف الذي يترجم في بعض الأحيان بانفجار مفاجئ على شكل غضب عفوي أو بكاء، وربط هذه العلاقة بين التظاهرات السلوكية الشديدة، والأحداث المفجرة تعد صعبة في التفسير لأن هناك صعوبة في الاستبطان .

ثانيا/ انعدام التلذذ والسلبية: تعتبر كلمة لا استجابة المفضلة لدى الأفراد الذين يعانون من الألكستيميا حتى عند طرح أسئلة للإجابة مثلا: الطقس جميل هل تود الخروج في نزهة ؟ حيث أن الإجابة تكون سلبية مثلا لا...حسنا أو غير متأكد ...أعتقد أنها ستمطر، اعتبر فرويد أن السلبية هي قمع .

ثالثا/ توهم المرض: تظهر لديهم جميع الأعراض الجسدية مثل: تسارع نبضات القلب، ولكن الفرد غير قادر على تحديد هذه الأعراض الجسدية تماما مثل عواطفه ويعتقد أنها مرض عضوي وليس نفسي، كما أن الوسواس المرضي مرتبط جدا بالإلكسيتيميا (فاسي، 2016، ص.ص.76-75)

2. الإجراءات الميدانية للدراسة:

1.2. المنهج المتبع:

لإعداد بحث يتم إتباع خطوات منظمة لمعالجة مسألة أو أكثر للوصول إلى نتائج موضوعية إلى حد ما، ونظرا لطبيعة الموضوع المدروس تم إتباع المنهج العيادي، وهو ذلك الفرع من فروع علم النفس الذي يتناول بدراسة وتحليل سلوك الأفراد الذين يختلفون في سلوكهم اختلافا كبيرا وذلك بقصد مساعدتهم في التغلب على مشكلاتهم وتحقيق التكيف الأفضل لهم، ويقوم هذا المنهج على تحديد العوامل المؤدية إلى الإصابة بالأمراض النفسية ثم يضع خطة للعلاج، وعليه يقوم الأخصائي

النفساني بجمع بيانات الحالة عن طريق المقابلة والملاحظة العيادية ودراسة الحالة وكذلك بتطبيق بعض الاختبارات النفسية (القذافي، 2000، ص. 15)

2.2. الأدوات المستخدمة :

تم استخدام الأدوات التالية.

1.2.2. الملاحظة العيادية:

هي وسيلة من وسائل تقييم الشخصية، وقد وضعت لها قواعد وأساليب متعددة غير أن الملاحظة في علم النفس تتطلب مهارة خاصة ودقة وذلك بسبب تعقد الظواهر، كما أنها أداة أساسية وهامة في تقييم الشخص ودرجة اضطرارية أو درجة دافعيته.

تهتم الملاحظة بالتركيز على سلوك المريض أثناء المقابلة من اكتئاب وعرق، قضم الأظافر، إهمال المظهر، شرود الذهن عند الحديث، علامات اليأس والإحباط، والعتاد والتحري وأيضا السلوك العدواني (غانم، 2006، ص.137)، وفي هذه الدراسة تم استخدام الملاحظة الحرة من خلال التركيز على الجوانب التالية: الهيئة، الكلام، المزاج، الانفعالات.

2.2.2. المقابلة العيادية:

يعرف خلفت بركات المقابلة العيادية النصف موجهة على أنها التي تعتمد على دليل المقابلة وترسم خطتها مقدما بشكل من التفاصيل، وتوضع له تعليمة موحدة يتبعها الجميع من يقوم بالمقابلة لغرض واحد (عطوف، 1986، ص.405)، وفي هذه الدراسة تم استخدام المقابلة العيادية النصف موجهة من خلال دليل المقابلة، والذي يضم المحاور الأربعة التالية: المعلومات الشخصية، تاريخ الحالة، الوضع الراهن للحالة، الجانب الانفعالي.

3.2.2. مقياس الألكستيميا (TAS-20) :

أ. وصف المقياس: هو مقياس قام بتطويره كل من "باجبي، تايلو، ريان، وأخرون سنة (1994)، يحتوي على 20 بند موزعة على ثلاث محاور هامة (فاسي، 2016، ص.225)، وهي كالتالي:

- "DDF " أو " Diffculty Describing feeling" بمعنى صعوبة وصف المشاعر وهذا المحور يتكون من 5 بنود والخاصة بالأرقام : 2-4-7-12 -17.
- "DIF" أو " Diffculty Identifing feeling" بمعنى صعوبة التعرف على المشاعر أو الانفعالات ويتكون هذا المحور من 7 بنود و الخاصة بالأرقام :1-3-6-9-11-13-14.
- "EOT" أو " Externally Oriented Thinking" بمعنى التفكير الموجه نحو الخارج ويتكون هذا المحور من 8 بنود والخاصة بالأرقام: 5-8-10-15-16-18-19-20 .

ب. **الخصائص السيكومترية للمقياس**: من خلال تطبيق المقياس على عينة قوامها 30 مريض قلب بمصلحة الأمراض القلبية بمستشفى الأخوات باج بالشلف، تم التأكد من الخصائص السيكومترية كالتالي:

- **الصدق:** تم التأكد من صدق المقياس (TAS-20) من خلال طريقة الاتساق الداخلي، بحيث تراوحت معاملات ارتباط الفقرات بأبعادها من 0.78 إلى 0.91، بينما تراوحت معاملات ارتباط الفقرات بالمقياس ككل من 0.64 إلى 0.82، في حين تراوحت معاملات ارتباط الأبعاد بالمقياس ككل من 0,77 إلى 0,85، وهي معاملات تدل على صدق المقياس.
- **الثبات:** تم التأكد من ثبات المقياس (TAS-20) من خلال طريقة التجزئة النصفية، بحيث بلغ معامل الثبات 0,82، وهي قيمة تدل على تمتعه بالثبات اللازم.

3.2. حدود الدراسة :

تم إجراء هذه الدراسة بمصلحة الأمراض القلبية بمستشفى الأخوات باج بالشلف، وذلك في الفترة الممتدة بين جانفي 2021 وأفريل 2021.

3. عرض و تحليل و مناقشة النتائج:

1.3. عرض وتحليل الحالة:

1.1.3. تقديم الحالة :

الحالة (ن) ذكر بعمر 46 سنة، متزوج يعاني من مرض الشريان التاجي منذ أكثر من 5 سنوات، بالإضافة إلى إصابته بضغط الدم والسكري، تم إجراء المقابلات معه بمصلحة الأمراض القلبية بمستشفى الأخوات باج بالشلف.

2.1.3. فحص الحالة النفسية والعقلية:

الحالة ذو قامة طويلة، اسمر البشرة ذو عينين بنيتين وذو وزن زائد نوعا ما، يتميز بهندام نظيف ومرتب ويضع نظارات، يتميز بسرعة الحركة وبرودة أثناء الكلام، وتبدو عليه ملامح الحزن، كما يتميز الحالة بذاكرة جيدة ولغة واضحة رغم قلة الكلام، كما أنه واع بما حوله.

3.1.3. التاريخ النفسي والاجتماعي للحالة:

الحالة ذكر عمره 46 سنة مصاب بمرض الشريان التاجي منذ 5 سنوات، عاش الحالة في أسرة متكونة من الأب والأم وخمسة إخوة يأتي الحالة في المرتبة الأولى، وفيما يخص طفولته ومراهقته يقول أنها كانت عادية وكان بصحة جيدة، وفي حالة ما كان يتعرض لمشكل ما فانه لا يواجه الشخص الذي سبب له المشكل بل ينعزل ولا يخبر أحدا عما جرى وكان يغضب كثيرا ويخفي غضبه.

أما عن زواجه فهو الذي اختار زوجته ويقول أن حياته الزوجية رائعة ويحب زوجته كثيرا وغالبا ما تطلب منه زوجته أن يحكي لها عن مشاكله في العمل أو مشاكل أخرى ولكنه لا يعبر لها عن مشاكله (دايمن تقولي احكيلي علاه راك مقلق ...بصح انا مانقدرش....الله غالب انا داير هكا من بكري)

أما عن قصة مرضه يقول انه دخل إلى مستشفى تنس سنة 2015 وذلك بعد استيقاظه من النوم ليلا وهو في حالة ذعر لأنه أحس بآلام في صدره وبقي على هذه الحالة بضع ساعات ثم ذهب بنفسه للمستشفى فوجدوا ضغط دمه مرتفعا كثيرا فأجريت له تحاليل أخرى وظهر انه يعاني من داء السكري ومرض الشريان التاجي، وبقي في حالة استشفاء لمدة لم تتجاوز 04 أيام وكان كثير الإلحاح على الخروج (مانقدرش نقعد ف السبيطار...مانحملش وزيد تاني مانقدرش نخلي مرتي وبناتي وحدهم ...والخدمة راهي تستنا فيا ..)

ولم يتابع علاج مرضه ولم يتناول الأدوية اللازمة، ثم في 2018 أحس بألم شديد في صدره لكنه لم يشأ الذهاب للطبيب إلا بعد إقناعه من طرف زوجته وبقي فيه لمدة أسبوع كامل مع اخذ الدواء بانتظام.

ومن خلال المقابلة ظهر أن الحالة غالبا ما يشعر بآلام وضيق واختناق دون أن يعرف السبب وراء ذلك، ولا يمكنه حتى التعبير عن تلك الأحاسيس، وإذا ما تخاصم مع احد ما فانه يسكت وينصرف حتى لما تتشاجر بناته مع بعض فانه لا يتدخل كثيرا ويترك زوجته تتولى الأمر.

وبالنسبة لحياته الحلمية فليس لديه أي رغبة (واش حبيت قع درتو...الطوموبيل عندي... الدار بنيتها... تزوجت وجبت دراري).

ومن خلال الملاحظة أثناء المقابلة يظهر الحالة انه خجول، ولما كان يسرد كيفية حدوث مرضه (الشريان التاجي) لم يظهر أية انفعالات، أما عن نظرته للمستقبل فهو متفائلا (نتوقع كل خير إن شاء الله).

4.1.3. نتائج اختبار الألكستيميا:

تم تطبيق اختبار TAS 20على الحالة داخل غرفته بعد القيام ببعض المقابلات معه، لم يكن الحالة مرتاحا لأنه رغب بالخروج من المستشفى لكن مع ذلك تجاوب معنا وأجاب على جميع أسئلة الاختبار دون خجل كونه كان وحده في الغرفة الاستشفائية .

وتحصل الحالة على درجة 62 والتي تمثل مستوى مرتفع من الألكستيميا، فقد تحصل على درجة 16 في بعد صعوبة وصف المشاعر وهي درجة مرتفعة، أما في بعد صعوبة التعرف على المشاعر فقد تحصل على درجة 27 وهي مرتفعة كذلك، وأما في بعد التفكير الموجه نحو الخارج فقد تحصل على درجة متوسطة قدرت ب19 درجة.

5.1.3. خلاصة الحالة:

الحالة (ن) ذكر عمره 46 سنة مصاب بمرض الشريان التاجي منذ 05 سنوات، يبدو عليه القلق كونه لا يعبر عن مشاعره بسهولة حيث يغلب عليه المزاج الحزين وقلة الكلام.

كان الحالة كتوم ولا يعبر عن انفعالاته منذ الطفولة ولا عن غضبه وبهذا اظهر مستوى مرتفع في بعد صعوبة وصف المشاعر، وكان كثيرا ما يشعر بأحاسيس جسدية لا يفهمها حتى الأطباء، حيث انه لا يستطيع وصف مشاعره ورؤيتها بوضوح، وإذا كان منزعجا فانه لا يدري هل هو حزين غاضب أم خائف فهو لا يعلم ما يحدث بداخله وهذا ما يفسر حصوله على درجة مرتفعة في بعد صعوبة التعرف على المشاعر.

وكثيرا ما يفضل التكلم مع الناس حول أعمالهم اليومية بدلا من التحدث عن مشاعرهم ويتجنب كل ما يثير أحاسيسه الداخلية مثل البرامج الدرامية أو الأحداث المحزنة، كما انه يفضل ترك الأشياء تحدث تلقائيا بدلا من فهمها ولكن في نفس الوقت يرى انه من المهم أن يكون واعيا بانفعالاته ويفضل تحليل مشاكله على الاكتفاء بوصفها مما يفسر المستوى المتوسط لديه في بعد التفكير الموجه نحو الخارج. وبهذا اظهر الحالة درجة الألكستيميا مرتفعة.

4. مناقشة النتائج:

1.4. مناقشة الفرضية الأولى:

تنص هذه الفرضية على "**يوجد مستوى الكستيميا مرتفع لدى الراشد قبل الإصابة بمرض الشريان التاجي**"

بحيث أن الحالة كان لديه مستوى الكستيميا مرتفع قبل الإصابة بمرض الشريان التاجي، فمن خلال المقابلات تبين عدم قدرة الحالة التعبير عن عواطفه منذ مرحلة الطفولة، حيث كان يفضل عدم مواجهة الأشخاص الذين يسببون له المتاعب لعدم قدرته على إيجاد الكلمات أو التعبير اللغوي الذي يترجم تلك المشاعر التي تكونت لديه، وإذا ما انزعج فانه لم يكن يعرف هل هو حزين غاضب أم خائف فهو لا يدري ما يحدث بداخله.

وهذا ما يعرف بالعجز عن إدراك الانفعالات وتمييزها عن الإحساسات الجسدية، فالشخص الذي يعاني من الألكستيميا يجد صعوبة في التعرف على حالته الانفعالية فهو لا يملك الصورة التي حفزت هذا المزاج، كما كان يتميز بضعف المشاركة الوجدانية مما يعيق فهم دوافعه ورغبات الآخرين فكانت اغلب علاقاته الشخصية نمطية.

وترجع دراسة ليكورس وروبرت (Robert and Lecours, 2009) الخلل في معرفة وتحديد المشاعر والعواطف إلى عدم القدرة على الارصان العقلي للعواطف، وان عدم القدرة على التعرف على المشاعر والعواطف يحدث حتما عند عدم القدرة على وصفها للآخرين أو الاتصال عن طريقها.

وقد كان الحالة يتجنب كثيرا كل ما يثير أحاسيسه الداخلية ولا يستطيع توجيه نفسه لمعرفة عالمه الداخلي وإنما يظهر توجيها للعالم الخارجي المادي، حيث كان يركز على وصف الأحداث والأعراض الجسدية دون محتوى عاطفي انفعالي فكان دائما واقعي دون هوامات ورموز .

بحيث يفسر تايلور (Taylor, 1990) الألكستيميا بمحدودية 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 أي تمثيل نفسي بدون عواطف.

كما تشير الأدبيات حول خصائص الألكسيتيميا ما يسمى بالتفكير الموجه نحو الخارج، حيث يوصف هؤلاء الأشخاص بالآلات البشرية، حيث يظهر الشخص في هذه الحالة جدي و فعال ومتكيف مع الواقع، لذا كان الحالة - من خلال المقابلات- يحكي عن طفولته ومراهقته وقصة مرضه دون أن تظهر عليه أية انفعالات.

وهذا ما أقرت به جويس دوغال (Joyce Mc Dougall,1982) بأن الفرد الذي يعاني من الألكستيميا يظهر عليه قلة المشاركة الوجدانية أو التقمص الوجداني للآخرين (Lempathie) مع ضعف الصداقات والمعارف، كما أن من الخصائص الأساسية للالكستيميا هو محدودة الخيال أو العجز في القدرة على تشكيل الصور في العقل من خلال التذكر عن طريق الخبرات الحسية، بحيث انه ليس مرتبط فقط بالتصور وإنما أيضا بعدم القدرة على استحضار الانفعالات الماضية مهما كان نوعها أو شدتها، وهذا ما ركز عليه سفينوس ونيميا (Sifneos and Nemiah) في تحديد الجانب الوصفي العيادي للالكستيميا وهو محدودية الحياة العاطفية وعدم القدرة على التعرف على العواطف ووصفها للآخرين (Shabnam, 2010)

كما أظهرت الحالة من خلال المقابلات نوعا من القمع في إجاباته، فمعظمها كانت سلبية وهذا ما يؤكد عليه لومينات(Luminet)، فكلما كانت الألكستيميا مرتفعة كان انخفاض القدرة

على التعرف على الألم واللذة، وهذا راجع إلى غياب الاستبطان، وعلى هذا الأساس ظهرت الالكستميا -كنشاط عقلي ينتمي إلى التنظيم السيكوسوماتي- لدى الحالة قبل الإصابة بمرض الشريان التاجي.

2.4. مناقشة الفرضية الثانية:

تنص هذه الفرضية على" **يوجد مستوى الألكستيميا مرتفع لدى الراشد بعد الإصابة بمرض الشريان التاجي**"

ومن خلال عرض النتائج فان هذه الفرضية قد تحققت، بحيث أن الحالة تتميز بمستوى مرتفع من الألكستيميا بعد الإصابة بمرض الشريان التاجي، بحيث أن لديه مستوى مرتفع على بعدي صعوبة وصف المشاعر وصعوبة التعرف عليها وهذا ما أظهرته نتائج مقياس الألكستيميا.

وهذا ما أكدته الأدبيات حول خصائص الألكستيميا المتمثلة في صعوبة معرفة ووصف المشاعر، حيث أن الأشخاص يتميزون بضعف المشاركة الوجدانية أو التقمص، ولديهم صعوبة في فهم دوافعهم وفهم رغبات الآخرين فتكون أغلب علاقتهم الشخصية نمطية، حيث يرى موريس كوركوس (Maurice corcos, 2011) أن الفرد الذي يعاني من الألكستيميا كأن جسده مفصول عن رأسه وهذا الذي يمنع العمليات والسيرورات أن تقوم بالاتصال وان تصنف حالة الحزن أو الغضب أو الفرح فتبقى كميات من الطاقة على الجانب وبالتالي تؤدي إلى وضعيات شاذة من ناحية التفكير وموزعة على الجسم، أما عندما يتحدثون عن أمورهم الخاصة في كثير من الأحيان نجد وصف طويل خاص بالأعراض الجسمية وهذا راجع إلى عدم القدرة على التميز بوضوح بين الأحاسيس الجسدية والمشاعر الانفعالية وبالتالي هذا الوصف قد يدل على محاولة للتعبير عن المشاعر (Jouanne, 2006)

كما أكدت دراسات لومينات(Luminet, 2013) حول ارتباط الألكستيميا بالاكتئاب الأساسي مفادها أن الفرد الذي لديه الكستيميا مرتفعة يعرف على انه لا يستطيع استثمار الآخرين فيستجيب من خلال الجسدنة لأي صراع نفسي أو لأي الم معنوي فيظهر جدول عيادي يتميز بانعدام التلذذ بمعنى إنكار الانفعالات والألم وكل العواطف.

وأما بالنسبة لبعد التفكير الموجه نحو الخارج، فقد كان الحالة لا ينشغل إلا بالحاضر بطريقة آلية خالية من الجوانب العاطفية حيث يكون التعلق بالجوانب اليومية وكل شيء يحدث على أساس خارجي(عملي) أي بدون الارتباط على أساس عاطفي هوامي وبذلك تحصل على درجة متوسطة في هذا البعد.

وإذا تم تفسير ذلك على أساس ميتاسيكولوجي فنجد غياب التمثيلات العاطفية والخيال الذي يحمل المعنى الرمزي للحياة الداخلية فيعيش الفرد بهدوء وصمت، وكذلك الصلابة التي ترجع إلى التفكير العملي الذي يتميز باستثمار كبير للواقع والحياة اليومية من اجل الهروب من الصراعات.

ويعتبر جيرارد بيرلوت (Gerard pirlot, 2014) أن التفكير العملي هو أساس التفكير الواعي الذي يتواجد في الالكسيتميا، كما انه يوجد في بعض السياقات التصنيفية الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات سيكوسوماتية أين نجد التفكير النفعي والواقعي والموجه نحو المواضيع الملموسة المادية التي لا تستعمل الميكانيزمات الدفاعية العصابية أو الذهانية والابتعاد عن كل الذكريات والعواطف والانفعالات.

كما يؤكد لكور وزملائه (Lecours and all , 2009) انه لا يمكن تقييم الألكستيميا قبل أن نقيم التفكير العلمي فيجب أولا فهم هذه الظاهرة لأنها أساس السيكوباتولوجي للالكستيميا، ورغم ذلك ركز سفينوس ونيميا (Sifneos and Nemiah) على تحديد الجانب الوصفي العيادي الذي وهو محدودية الحياة العاطفية وعدم القدرة على التعرف على العواطف ووصفها للآخرين.

وتتفق نتائج الدراسة الحالية مع دراسة فانتيني وبدينيلي (Fantini, Pedinielli) والمعنونة بـ"الألكستيميا والضيق الانفعالي قطبين مختلفين لنفس المحتوى" والتي هدفت إلى الإجابة على الأسئلة المتعلقة بكون الألكستيميا هل هي عامل مهيئ للاضطرابات السيكوسوماتية أو تتعلق بوضعية دفاعية أو رد فعل ضد الضغط أو الضيق الانفعالي أو عبارة عن إستراتيجية للمواجهة، فكانت عينة الدراسة تشمل مرضى في حالة انتظار الكشف الجيني لسرطان القولون والمستقيم الذي يصل عددهم إلى 50 فرد فتوصلت النتائج إلى تواجد الألكستيميا مرتفعة، كما تحدث لومينات(Olivier Luminet, 2013) عن الاستقرار النسبي والمطلق للالكستيميا والذي اقر بان العديد من الدراسات أظهرت ارتباط الألكستيميا بالاضطرابات السيكوسوماتية (وثق في: فاسي، 2016)

كما تتفق مع ما توصل إليه سميث(Smith , 2001)، بحيث أن العواطف السلبية الشديدة يمكن أن تؤدي إلى اضطرابات جسدية مثل أمراض القلب التاجية، أي أن العواطف السلبية غالبًا ما تكون موجودة قبل حدوث أمراض القلب التاجية، وقد أشارت الدراسات المستعرضة إلى أن أعراض الاكتئاب والقلق غالبًا ما تظهر في مرضى الشرايين التاجية، كما أظهرت الدراسات أن احتمالية الإصابة بأمراض الشرايين التاجية تميل إلى أن تكون أعلى لدى الأشخاص الذين يعانون من المشاعر السلبية أكثر من أولئك الذين لا يملكونها.

كما توصل كل من تينانت وماكلين (Tennant and McLean, 2001) إلى أن الأدلة التجريبية التي تربط الاضطرابات العاطفية مثل القلق والاكتئاب والغضب بأمراض القلب التاجية قوية الآن، بحيث انه غالبًا ما تتبع الاضطرابات العاطفية أحداث مرض القلب التاجي، كما تظهر الدراسات أن الاضطراب العاطفي هو أيضًا عامل خطر كبير لأمراض الشريان التاجي وخاصة في المصابين بمرض موجود مسبقًا، لذا من المهم تشخيص الاضطرابات العاطفية في وقت مبكر لدى مرضى أمراض القلب التاجية وتنفيذ علاجات فعالة للحد من الوفاة.

خاتمة:

استهدفت هذه الدراسة موضوع الألكستيميا لدى الراشد المصاب بمرض الشريان التاجي، وبعد اختبار فرضيات الدراسة والتي مفادها: يوجد مستوى ألكستيميا مرتفع لدى مرضى الشريان التاجي قبل وبعد الإصابة بالمرض، وباستعمال المنهج العيادي على حالة مصابة تم التوصل إلى وجود مستوى مرتفع من الألكستيميا قبل الإصابة بمرض شريان التاجي، ووجود مستوى مرتفع من الألكستيميا بعد الإصابة بمرض الشريان التاجي.

إلا أن القول باعتبار العامل الانفعالي كعامل مسبب ومهيأ للإصابة، أو كعامل يزيد من خطورة هذه الإصابة لن يكون دقيقا نظرا لعدة اعتبارات كقلة حالات الدراسة مثلا، وقد سمح الاعتماد على المنهج العيادي بالتعرف أكثر على عدة عوامل وسمات شخصية، حيث أن التعبير عن الانفعالات تحكمه الثقافة والتنشئة الاجتماعية وتوزيع الأدوار حسب عدة دراسات مما يؤدي إلى عدم التعميم، وبالتالي تم اقتراح القيام بعدة دراسات أخرى تتبنى هذه العوامل والسمات كمتغيرات أساسية لمعرفة تأثيرها على الصحة النفسية والجسدية لمرضى القلب بصفة خاصة، والمرضى السيكوسوماتيين بصفة عامة.

قائمة المصادر والمراجع:

1. البنا، إيمان عبد الله. (2003) . الألكستيميا وأنماط التعامل مع الضغوط .*حولية كلية الآداب*. عدد31. جامعة عين شمس. القاهرة. ص.ص.15-55.
2. الدواش، فؤاد. (2011) . *مقياس تورنتو للألكستيميا "البلادة الوجدانية"*. مصر. مكتبة الأنجلو المصرية.
3. الزراد، فيصل محمد خير. (2009). *الأمراض النفس جسدية. أمراض العصر*.ط2. دار النفائس للطباعة والنشر والتوزيع.
4. الشربيني، لطفي. (2003) .*معجم مصطلحات الطب النفسي*. مركز تعريب العلوم الصحية. الكويت. مؤسسة الكويت للتقدم العلمي.
5. عبد الخالق، احمد محمد و دويدار، عبد الفتاح محمد. (1999) .*علم النفس أصوله ومبادئه*. مصر. دار المعرفة الجامعية.
6. عطوف، محمود ياسين. (1986). *علم النفس الاكلنيكي*.ط1. بيروت. دار العلم.
7. عكاشة، احمد. .(1998) . *الطب النفسي المعاصر*. مصر. مكتبة الانجلو المصرية.
8. غانم، محمد حسن. (2006) .*مقدمة في علم النفس المرضي (مدخل تأهيلي ونماذج تطبيقية)*. ط1. مصر. المكتبة المصرية.
9. غسان، جعفر. (2005) .*الجلطة وأمراض القلب والأوعية الدموية*. ط1. دار الحرف العربي ودار رشاد برس.
10. فارس، زين العابدين. (2016). صعوبة التعرف على المشاعر. *الجامع في الدراسات النفسية والعلوموالتربوية*.عدد03. جامعة المسيلة. الجزائر. ص.ص33-43
11. فاسي، أمال. (2016) .*الاكتئاب الأساسي و الألكستيميا لدى مريض السرطان كنشاط عقلي مميز*[أطروحة دكتوراه غير منشورة]. علم النفس. جامعة سطيف. الجزائر.
12. قاسم، صارة. (1990) .*حديث أمراض القلب والأوعية*.ط1. لبنان. دار الهجرة للطباعة والنشر والتوزيع.
13. القذافي، رمضان محمد. (2000) . *الشخصية وقياسها*. ليبيا. دار الكتب.
14. قريشي، عبد الكريم و زعطوط، رمضان. (2008) . التكتم المفهوم وعلاقته بالصحة والمرض. *دراسات نفسية وتربوية*. عدد01. مخبر تطوير الممارسات النفسية والتربوية. جامعة ورقلة. الجزائر. ص.ص.204 -216.
15. كيوان ،إسماعيل. (2007) . *دليل العائلة الطبي" صحة القلب والدوران الدموي*. سوريا: دار كيوان للطباعة والنشر والتوزيع.

16. BASTIN PH., O. LUMINET, M. BUYSSCHAERT, A. LUTS. (2004*). "Contrôle Du Diabète Et Alexithymie: Le Rôle De L'identification Et De La Verbalisation Des Émotions*".P.P 252-259
17. Donald F. Smith. (2001)." Negative emotions and coronary heart disease"..*Scandinavian Journal of Psychology*. 2001 Feb;V42(1), P.P. 57-69
18. Gérard Pirlot. (2014). Alexithymie Et Pensée Opératoire Hermès, *La Revue* .2014/1 n° 68 .P.P 73 - 81
19. Jouanne Céline. (2006*). "L'alexithymie : Entre Déficit Emotionnel Et Processus Adaptatif"*. Psychotropes. 2006/3 Vol. 12. P.P. 193 à 209
20. Jouanne Céline. (2006*). "*L'alexithymie : entre déficit émotionnel et processus adaptatif. *Psychotropes*. 2006/3-4 (Vol. 12), P.P. 193 à 209
21. Lecours S, G. Robert, F. Desruisseaux. (2009)."Alexithymie et élaboration verbale de l'affect chez des adultes souffrant d'une pathologie respiratoire".*Revue européenne de psychologie appliqué*. V59 (2009). P.P. 187–195
22. McDougall, J. (1982)."Alexithymia: a Psychoanalytic Viewpoint*". Psychother Psychosom* 1982;38 .P.P 81–90
23. Rosalind M. Petersa. Mark A. Lumleyb. (2007). "Relationship of alexithymia to cardiovascular disease risk factors among African Americans". *Comprehensive Psychiatry*. Volume 48, Issue 1, January–February 2007, P.P 34-41
24. Shabnam HamidiF, Reza Rostami, Farzad Farhoodi, Atefeh Abdolmanafi.(2010)."A study and comparison of Alexithymia among patients with substance use disorder and normal people".*Procedia Social and Behavioral Sciences*. V 5 (2010) .P.P 1367–1370
25. Taylor, G.J. (1990). "La pensée opératoire et le concept d'alexithymie.". *Revue française de psychanalyse*, 54(3).P.P 769-784.
26. Tennant C., McLean L. (2001). "The Impact of Emotions on Coronary Heart Disease Risk". *J Cardiovasc Risk*. 2001 Jun;8(3). P.P. 175-83

27. Valkamo M. , J Hintikka, K. Honkalampi, L. Niskanen, H. Koivumaa-Honkanen, H. Viinamäki .(2001). Alexithymia in Patients With Coronary Heart Disease". *Journal of Psychosomatic Research*.Volume 50, Issue 3, March 2001, P.P. 125-130

كيفية الاستشهاد بهذا المقال وفق نظام توثيق الجمعية الأمريكية لعلم النفس APA الإصدار السابع (7):

ملال خديجة، سي أحمد أمال. (2022). الألكستيميا لدى الراشد المصاب بمرض الشريان التاجي. *افاق فكرية*، سيدي بلعباس (الجزائر)، *10* (1)، ص ص123- 142 ؛ رابط المجلة

https://www.asjp.cerist.dz/en/PresentationRevue/396