وزارة التـــــــــعليم العالي والبـــحث العلمي

جامـــــــــعة مولود معمري تيزي وزو

كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية

قسم علم النفس

مستويات الألكستيميا والشعور بالوحدة النفسية لدى الراشدين المصابين بمرض السرطان

دراسة عيادية لست(06) حالات بالمؤسسة العمومية الاستشفائية «محمد بوداود –دلس–"

مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماستر في علم النفس العيادي

إعداد الطالبتين:

سعيدي رحاب

فرحي رميساء

الأستاذ المشرف:

ا. د. نايت عبد السلام كريمة

السنة الجامعية 2024/2023

شكر وعرفان

ليس بعد تمام العمل من شيء أجمل ولا أحلي من الحمد، فالحمد لله والشكر له كما ينبغي لجلال وجهه وعظيم سلطانه وكما ينبغي لجزيل فضله وعظيم احسانه على ما أ نعم به عليا من إتمام هذا البحث المتواضع.

ثم انه لا يسعني إلا أن اشيد بالفضل وأقر بالمعروف لكل من ساهم في انجاز هذا البحث وأخص بالذكر...

استاذتي المشرفة الدكتورة" **نايت عبد السلام كريمة**" أولا من اجل قبولها الاشراف على هذه المذكرة، وثانيا من اجل بذل كل ما بوسعها من جهد في سبيل مساعدتنا في انجاز هذا العمل، ومن أجل كل ما يخصني به من التوجيه والتصويب ... وما علمتني من فيض انسانيتها وخلقها الرفيع ومستواها الراقي، نسأل الله عز وجل ان يجزيك خير الجزاء وأن يكتب كل ما قدمته لنا من معروف في ميزان حسناتك، ويمنحك الصحة والعافية

كذلك نتقدم بالشكر والتقدير الخاص الى أساتذة قسم علم النفس لجامعة مولود معمري بتيزي وزو

وتعاونهم معنا وملاحظاتهم القيمة وارشاداتهم.

ونتقدم بالشكر والعرفان للراشدين الذين تعاونوا معنا من خلال اجابتهم على اسئلتنا والى الإخصائية بمستشفى محمد بوداود بدلس التي ساعدتنا على تطبيق بحثنا.

الإهداء

الحمد لله الذي بفضله تتم الصالحات الحمد لله الذي وفقني لبلوغ هذا اليوم المنشود، يوم إتمام انجاز مذكرتي والتي اهديها لأمي الحنونة التي دعمتني وساندتني دائما وبفضلها كان نجاحي.

إلى **والدي** الذي درسني وكان لي عونا.

إلى **أختي حبيبتي الغالية** نسرين التي ساعدتني في انجاز هذا العمل.

إلى أختي الثانية " **زوجة أخي** " التي انتظرت يوم تخرجي بفارغ الصبر لتشاركني فرحتي جازها الله خيرا.

إلى الأستاذة الدكتورة" **نايت عبد السلام كريمة** " التي أشرفت على هذا العمل وذلك بتوجيهاتها الدائمة لي لك أسمى عبارات التقدير والاحترام.

إلى زميلتي في العمل "**رميساء**" التي بذلت ما في وسعها لإتمام هذا العمل.

إلى كل من ساندني وساعدني من قريب أو من بعيد ولو بكلمة طيبة أو بدعم بسيط على انجاز هذا العمل أتقدم بالشكر لهم جميعا.

شكرا....

رحاب – س

الإهداء

نحمد الله تعالى حمدا كثيرا طيبا مباركا فيه الذي أكرمنا بإتمام هذه الدراسة التي نرجوا أن تنال رضاه.

إلى الذي كنت أتمنى أن يكون إلى جانبي ليرى نجاحي ولم يكن له ذلك، إلى الحبيب الغالي الذي فقدناه

إلى **روح أبي الطاهرة** –**رحمة الله عليه**–

إلى نبع الحنان ورمز الحب الذي لا ينضُب **أمي الغالية** التي غمرتني بحبها ودعائها أطال الله في عمرها.

إلى من جعلهم الله سندا لي في هذه الدنيا إخوتي: **فؤاد، ريان.**

وأخواتي: **إلهام، خولة.**

إلى رفيق الدرب وشريك حياتي وملتقى أمالي **زوجي** تثميناً وعرفاناً.

إلى أستاذتي الدكتورة "**نايت عبد السلام كريمة**"، التي لم تبخل علينا بنصائحها وتوجهاتها، التي كسرت كل صعب ومهدت الطريق أمامنا منذ أن كان بحثنا مجرد عنوان إلى أن أصبح مذكرة تخرج، شكراً لك.

إلى صديقتي وأختي التي كانت سندي في مشواري الجامعي والتي شاركتني هذا العمل "**رحاب.**"

إلى كل روح تقاوم من أجل البقاء، إلى كل مريض سرطان شفاكم الله ورعاكم.

إلى كل من ذكرهم لساني ولم يكتبهم قلمي أُهدي هذا العمل.

رميساء –ف

ملخص الدراسة:

عنوان الدراسة هو مستويات الألكستيميا والشعور بالوحدة النفسية لدى الراشدين المصابين بمرض السرطان، هدفت الدراسة الى معرفة مستوى كل من الألكستيميا والشعور بالوحدة النفسية لدى الراشدين المصابين بداء السرطان وتكونت مجموعة البحث من ست حالات عيادية من الراشدين المصابين بمرض السرطان، وتم الحصول عليهم من المستشفى العمومي الاستشفائي محمد بوداود بدلس، وقد تم إختيارهم بطريقة مقصودة.

اعتمدنا في هذه الدراسة على المنهج العيادي، وتم استخدام الأدوات التالية: المقابلة العيادية نصف الموجهة، مقياس تورنتو لقياس الألكستيميا والذي قام بأعداده كل منpaker وTayor،Bagby سنة 1994 وطبقته الباحثة بوشوشة مريم في إطار تحضير رسالة الدكتوراه تحت اشراف الأستاذة البروفيسور نايت عبد السلام كريمة سنة 2017 على عينة من المجتمع الجزائري، وكذلك اعتمدنا على مقياس الشعور بالوحدة النفسية من إعداد راسل سنة 1996 وقد تم تكييفه على عينة من المجتمع الجزائري من طرف جعفر سندس سنة 2024.

* كان مستوى الألكستيميا لدى الراشدين المصابين بمرض السرطان يتراوح ما بين المرتفع والمتوسط.

* كان مستوى الشعور بالوحدة النفسية لدى الراشدين المصابين بمرض السرطان متوسط

* ومن خلال مناقشة النتائج على ضوء الإطار النظري واستنادا لمعطيات الحالات في المقابلة العيادية والمقاييس المطبقة يمكن القول انه يظهر المريض السرطان نشاط عقلي يتميز بسيادة العجز عن التعبير الانفعالي، إضافة الى وجود صعوبة تمييز الاحاسيس وضعف الخيال وهذا قد يساهم أيضا بالشعور بالوحدة النفسية لديهم، حيث أنه وجدناعند 4 حالات درجة مرتفعة من الالكستيميا وحالتين متوسطة، أما بالنسبة للشعور بالوحدة النفسية فوجدنا كل الحالات ذات مستوى متوسط.

Study Summary:

Study Title: Alexthymia Levels and Psychological Loneliness in Adults with Cancer, The study aimed to find out the level of both alexthymia and psychologi cal loneliness in adults with cancer.

The research group consisted of six clinical cases of adults with cancer, obtaine d from the public hospital Mohamed Boudaoud Dellys
and they were selected intentionally.

- Study methodology and tools: In this study, we relied on the clinical approach, and the following

tools were used: semi- directed clinical interview, Toronto scale for measuring alextea,which was prepared by both paker and Tayor, Bagby in 1994 and applie d by the researcher Bouchoucha Mariam in the framework of the preparation of t he doctoral thesis under the supervision of Professor Professor Knight Abdel Sal am Karima in 2017 on a sample of Algerian society, as well as we relied on the psychological loneliness scale prepared by Russell in 1996 and it was adapted to a sample of Algerian society By Jaafar Sundus in 2024.

- The level of alexthymia in adults with cancer was high to moderate.

- The level of psychological loneliness in adults with cancer was average.

- Through the discussion of the results in the light of the theoretical framework and based on the data of cases in the clinical interview and the measures applied, it can be said that the cancer patient shows mental activity characterized by the prevalence of the inability to express emotionally, in addition to the difficulty of distinguishing sensations and weak imagination, and this may also contribute to the feeling of psychological loneliness they have, as we found when 4 cases a high degree of Alcostimia and two cases of medium, as for the feeling of psychological loneliness, we found all cases with an average level.

Résumé de l’étude :

Titre de l’étude et Niveaux d’alexthymie et solitude psychologique chez les adultes attei nts de cancer, L’étude visait à déterminer le niveau d’alexthymie et de solitude ps ychologique chez les adultes atteints de cancer.
Le groupe de recherche était composé de six cas

Cliniques d’adultes atteints de cancer, obtenus de l’hôpital public Mohamed Bou daoud de dellys, et ils ont été sélectionnés intentionnellement.
- Méthodologie et outils de l’étude : Dans cette étude, nous nous sommes appuy és sur l’approche clinique, et les outils suivants ont été utilisés : entretien cliniqu e semi-
dirigé, échelle de Toronto pour la mesure de l’alextea, qui a été préparée à la foi s par paker et Tayor,

Bagby en 1994 et appliquée par le chercheur Bouchoucha Mariam dans le cadre de la préparation de la thèse de doctorat sous la direction du professeur Knight A bdel Salam Karima en 2017 sur un échantillon de la société algérienne, ainsi que sur l’échelle de solitude psychologique préparée par Russell en 1996 et elle a ét é adaptée à un échantillon de la société algérienne Par Jaafar Sundus en 2024.

* Le taux d’alexthymie chez les adultes atteints de cancer était élevé à modéré.
* Le niveau de solitude psychologique chez les adultes atteints de cancer était m oyen
* À travers la discussion des résultats à la lumière du cadre théorique et sur la ba se des données des cas dans l’entretien clinique et des mesures appliquées, on pe ut dire que le patient cancéreux présente une activité mentale caractérisée par la prévalence de l’incapacité à s’exprimer émotionnellement, en plus de la difficult é à distinguer les sensations et de l’imagination faible, et cela peut également co ntribuer au sentiment de solitude psychologique qu’ils ont, comme nous l’avons constaté lorsque 4 cas un degré élevé d’Alcostimia et deux cas de moyenne, en c e qui concerne le sentiment de solitude psychologique, nous avons trouvé tous le s cas avec un niveau moyen.

فهرس المحتويات

الصفحة

شكر وعرفان

الإهداء

ملخص الدراسة

فهرس الجداول

مقدمة .....أ–ب

الجانب النظري

الفصل الأول: الإطار العام للإشكالية البحث

1- الإشكالية 5

2- صياغة الفرضيات 9

3- أهمية الدراسة 9

4- أهداف الدراسة.....9

5- تحديد المفاهيم الأساسية إجرائيا.....9

6- الدراسات السابقة 10

الفصل الثاني: الألكستيميا

تمهيد.....20

1- نشأة وتطور مفهوم الألكستيميا.....21

2- تعريف الالكستيميا.....22

3- المظاهر الاكلينيكية للألكستيميا.....24

4- خصائص الألكستيميا.....24

5- ابعاد الالكستيميا.....26

6- أنواع الألكستيميا.....27

7- النظريات المفسرة للألكستيميا.....29
8- تاثير الالكستيميا على الجهاز الفيزيولوجي.....32
9- الألكستيميا وعلاقتها بالاضطرابات الجسدية والنفسية.....33
10- قياس الألكستيميا.....34
11- العلاج النفسي للألكستيميا.....35
خلاصة الفصل.....40

الفصل الثالث: الوحدة النفسية.

تمهيد 42
1- مفهوم الوحدة النفسية.....43
2- نشأة الوحدة النفسية.....45
3- مكونات الوحدة النفسية.....46
4- خصائص الشعور بالوحدة النفسية.....47
5- تصنيفات الوحدة النفسية.....47
6- النظريات المفسرة للشعور بالوحدة النفسية.....49
7- مظاهر وأبعاد الوحدة النفسية.....51
8- السمات الشخصية المرتبطة بالوحدة النفسية والأضرار النفسية الناتجة عنها.....52
8-1-سمات الشخصية المرتبطة بالوحدة النفسية.....52
8-2-الأضرار النفسية الناتجة عن الوحدة النفسية.....53
9- الطرق الفعالة في الحد من الشعور بالوحدة النفسية.....53
خلاصة الفصل 55

الفصل الرابع: السرطان

تمهيد 57
1- تعريف مرض السرطان.....58

2- النماذج المفسرة لمرض السرطان.....58
3- أعراض السرطان.....60
4- مراحل تطور مرض السرطان.....62
5- أنواع مرض السرطان.....63
6- أسباب مرض السرطان.....65
7- علاج مرض السرطان.....66
8- الوقاية من مرض السرطان.....67
9- السرطان من المنظور النفسي.....68
10- سمات الشخصية والبروفيل السيكولوجي للمريض المصاب بالسرطان.....69
11- الآثار النفسية للمصاب بمرض السرطان.....70
12- ردود الفعل النفسية عند تلقي خبر الإصابة بالمرض.....70
13- الاضطرابات النفسية المرتبطة بمرض السرطان.....73
14- التكفل النفسي بمرضى السرطان.....74
خلاصة الفصل.....76

الجانب التطبيقي

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة

تمهيد.....79
1- التذكير بفرضيات الدراسة.....79
2- الدراسة الاستطلاعية.....79
3- المنهج المتبع في الدراسة.....81
4- مجموعة البحث وخصائصها.....82
5- مكان وزمان اجراء الدراسة.....82
6- أدوات البحث.....83

خلاصة الفصل.....89

الفصل السادس: عرض النتائج ومناقشة الفرضيات

تمهيد.....91
1- عرض ومناقشة وتحليل الحالات.....91
2- مناقشة النتائج.....112
استنتاج عام.....117
خاتمة.....118
توصيات واقتراحات.....119
قائمة المراجع
الملاحق

فهرس الجداول

الرقم	المحتوى	الصفحة
01	خصائص مجموعة الدراسة الاستطلاعية.	80
02	نتائج الدراسة الاستطلاعية على مقياس الألكستيميا ومقياس الشعور بالوحدة النفسية.	80
03	خصائص مجموعة الدراسة.	82
04	أبعاد وأرقام بنود كل بعد في مقياس الألكستيميا	84
05	نقاط العتبة للالكستيميا.	85
06	درجة الحالة الأولى على مقياس الألكستيميا	93
07	درجة الحالة الأولى على مقياس الشعور بالوحدة النفسية.	93
08	درجة الحالة الثانية على مقياس الألكستيميا.	96
09	درجة الحالة الثانية على مقياس الشعور بالوحدة النفسية.	97
10	درجة الحالة الثالثة على مقياس الشعور الألكستيميا.	100
11	درجة الحالة الثالثة على مقياس الشعور بالوحدة النفسية	100
12	درجة الحالة الرابعة على مقياس الشعور الألكستيميا.	103
13	درجة الحالة الرابعة على مقياس الشعور بالوحدة النفسية.	104
14	درجة الحالة الخامسة على مقياس الالكستيميا.	107
15	درجة الحالة الخامسة على مقياس الشعور بالوحدة النفسية.	107
16	درجة الحالة السادسة على مقياس الألكستيميا.	111
17	درجة الحالة السادسة على مقياس الشعور بالوحدة النفسية.	111
19	مستوى الألكستيميا والشعور بالوحدة النفسية مع الحالات الستة.	113

مقدمة:

نظرا للمستجدات التي طرأت على حياة الإنسان في العقود الأخيرة، التي غلب عليها طابع حياة التمدن، والتي أدت التعرض للاصابة بأمراض العصر المستعصية، من أكثر الأمراض الأكثر انتشارا في السنوات الأخيرة هو مرض السرطان الذي انتشر في جميع بلدان العالم، والذي لاقى اهتمام الباحثين النفسانيين منذ سنوات عديدة، وهذا راجع لحاجة الأقسام الطبية الملحة والمستمرة للمعارف النفسية في كل ما يخص التكفل بهؤلاء المرضى.

يتميز مرض السرطان بآثاره التي يخلفها على صحة المريض ومن حوله، فلا يقتصر تأثيره على الجانب الجسمي بل يفوق ذلك، فالمصاب بمرض السرطان بكافة أنواعه يعيش ضغوطا نفسية عديدة بسبب هذا الداء.

وبالرغم من الضغوط النفسية والألم الذي يعانيه المريض إلا أن ردود الفعل النفسية تختلف من مصاب لأخر، فالبعض يظهر أعراض إكتئابيه وهشاشة نفسية مع عدم القدرة على التحكم في انفعالاته بالإضافة إلى النظرة السلبية والخوف من الموت، بينما يظهر البعض الآخر نوع من التقبل والتكيف مع الحالة الصحية الجديدة مع القدرة على اتخاذ القرار بتحدي ومواجهة مرض السرطان والتغلب عليه والالتزام بالعلاج، وكذلك المحافظة على نوع من التوازن والصلابة النفسية.

ومن جهة أخرى أعدت بعض الدراسات التي وضعت بروفيل خاص بمرض السرطان، أنهم يتميزون بالانطواء والوحدانية إذ يشعر الشخص بفجوة نفسيه تباعد بينه وبين الأشخاص المحيطين به، ويؤثر هذا الشعور على حياته الاجتماعية والنفسية، ويفتقرون إلى الإيجابية في المواقف الاجتماعية، فالشعور بالوحدة النفسية يعد خبرة أليمة قد يتعرض لها الفرد، وتترك أثارها عليه وتؤثر على علاقته وانفعالاته وتسبب له مشكلات نفسية أخرى.

في الوحدة النفسية ظاهره من ظواهر حياة الإنسان يختبرها الإنسان، بشكل ما وتسبب له الألم والضيق والأسى فهي حقيقة حياتية لا مفر منها، لا تقتصر على فئة عمرانية محددة، يعاني منها الأطفال والمراهقون والراشدون والمسنون.

وعلى هذا الأساس قمنا بتقسيم دراستنا إلى جانب النظري وأخر تطبيقي، ولقد تضمن **الجانب النظري** الفصول التالية وهي:

الفصل الاول: تناولنا فيه **الإطار العام للإشكالية البحث،** صياغة الفرضيات، أهمية وأهداف البحث، تحديد مفاهيم الدراسة، الدراسات السابقة ثم نتناولها في **الفصل الثاني:** متغير **الألكستيميا** وذلك بتقديم تعريف الألكستيميا، نظريات المفسرة لها، نشأتها وتطور مفهومها مظاهر، وخصائصها أبعادها وقياسها، علاقتها بالاضطرابات الجسدية، والنفسية تأثيرها على الجهاز الفيزيولوجي، وعلاجها.

وفي **الفصل الثالث:** تطرقنا إلى متغير **الوحدة النفسية** أين استعرضنا فيه مفهوم الوحدة النفسية مكوناتها ونشأتها، خصائصها وتصنيفاتها، ومظاهرها وأبعادها، وطرق الحد منها والنظرية المفسرة لها.

وفي **الفصل الرابع:** تطرقنا إلى **السرطان،** حيث عرفنا معنى مرض السرطان النماذج المفسرة له أعراضه، ومراحله أنواعه وأسبابه علاجه، والوقاية منه، بالإضافة إلى التكفل النفسي بمرضى السرطان والآثار النفسية لهم، والاضطرابات النفسية المرتبطة بمرض السرطان.

أما **الجانب التطبيقي** فقد تناولنا فيه فصلين: **الفصل الخامس** الذي يتضمن **الإجراءات المنهجية للدراسة** تطرقنا فيه إلي الدراسة الاستطلاعية، المنهج المتبع في البحث، مجموعة البحث، مكان وزمان إجراء البحث، الأدوات المستخدمة في البحث، أما **الفصل السادس** فكان الغرض منه **عرض وتحليل ومناقشة حالات الدراسة** حيث عرضنا فيه النتائج الخاصة بالحالات وتحليلها ومناقشتها بالاستدلال بنتائج الدراسات السابقة، وفي الأخير تأتي **خاتمة الدراسة، قائمة المراجع،** تليها قائمة **الملاحق** بما فيها دليل المقابلة العيادية ومقاييس الشعور بالوحدة النفسية والألكستيميا.

الجانب النظري

الفصل الأول: الإطار العام لإشكالية البحث

1- الإشكالية.

2- صياغة الفرضيات.

3- أهمية الدراسة.

4- أهداف الدراسة.

5- تحديد المفاهيم الأساسية إجرائيا.

6- الدراسات السابقة.

1-الإشكالية:

يلعب العامل النفسي دورا مهما في معظم الأمراض الجسدية سواء في نشأتها، أو استمرارها أو ضعف مقاومة الفرد لها، فهناك ارتباط بين العوامل النفسية وبين أكثر الأمراض تعقيدا مثل السرطان.**(محمود، 2020، ص.381)** حيث تشهد الأبحاث حول السرطان تطورا كبيرا، خاصة من النواحي النفسية بسبب خطورته وعليه حضي هذا الداء بإهتمام واسع من طرف المختصين في الإضطرابات السيكوسوماتية، حيث يعتبره بعض الباحثين داء سيكوسوماتيا، ويرى "وولف" (Wolf) أن الأمراض السيكوسوماتية ترجع غالبا لضغوط المواقف المختلفة في الحياة، هذه الضغوط التي لا تتفق مع تكريس الفرد الفيسيولوجي أو النفسي وهي مواقف يحدث فيها ما يضغط على نفسية الفرد، ويثير قلقه وتوتره حتى تؤثر على إفرازات غدده من هرمونات وغيرها، مما يجعل الحالة الإنفعالية الحشوية تأخذ صفة الاستمرار بما لا تتحمله الآليات الجسمية الداخلية فتضطرب الوظائف أو تصاب الأعضاء.**(دايداي، ص.230)**

ويأخذ موضوع السرطان بما فيه درجة الخطر، عدوانية العلاج، أعراضه وآلامه قسط واسع من اهتمام المصاب وتفكيره، وخاصة عند إعلان خبر الإصابة به، هذا الخبر الذي يغير من رؤية وجودية شاملة مسببة بذلك حركة إنفعالية قوية، ومع ذلك فإن الإستجابات النفسية تختلف من حالة لأخرى وذلك حسب ظروف الحالة الشخصية والمحيطة، ابتداءا من نمط الشخصية وقدراتها التكيفية اتجاه معاشها الجديد مع السرطان، وطبيعة نوعية الحياة التي تحدد ردود الأفعال، والوضعية الإجتماعية العائلية مصدر الدعم المادي والمعنوي. **(شدمي، 2015، ص.164)**

وعلى العموم حاول العديد من الباحثين إقامة صلات بين المشاكل النفسية، وبداية السرطان، ووضحوا أن هناك ارتباط بين الصدمات العاطفية وظهور الأورام، فنجد "جالينوس" (Galen) في القرن الثاني للميلاداعتقد أن النساء اللواتي لديهن أفكار سوداوية كن مهيئاة للإصابة بسرطان الثدي، وقد تم تناول هذا الموضوع مرة أخرى في القرن الثامن عشر من قبل "جيندرون" (Gendron) (1701) الذي وجد أن مرضاه الذين يعانون من الإكتئاب والقلق كانوا أكثر عرضة للسرطان، وأضاف "قاي" (Guy) (1759) المزيد من التفاصيل من خلال ملاحظاته التي توصل بها إلى أن المرأة العصبية والهيسترية بعد مرورها على الصدمات والحرمان تطور أو تنمي سرطانا.**(براهمية، 2018، ص.71)**

في حين ترفض بعض الدراسات فكرة وجود صلة بين الجانب النفسي ومرض السرطان مثل دراسة "Wicalsaby" التي تقول إنه لا يمكن للعوامل النفسية وحدها أن تخلف ورما، فالسرطان متعدد الأبعاد

والعوامل النفسية متصلة بعوامل وراثية، بيوكميائية مختلفة (التدخين، التلوث ...الخ) ومن هنا تبقى للعوامل النفسية دور مساعد في ظهور الداء. **(عروج، 2017، ص.101)**

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

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

تعرف الألكستيميا حاليا بخلل التعبير الإنفعالي، البلادة العاطفية، أو الأفازيا العاطفية أين يظهر عدم القدرة على الإتصال بين الإنفعالات والأفكار التي تكون على العموم مصاحبة بعضها لبعض، كما يعكس هذا النشاط صعوبات في تنظيم الجانب الوجداني والأحلام والتفكير الذي يرتكز على الواقع الملموس الغير استبطاني ويعتبر من بين الجوانب المهيئة للإصابة بالإضطرابات السيكوسوماتية، حيث توصل جولا وآخرون (Julaand al, 1999) إلى أن الألكستيميا تعد منبئ إلى مدى كبير بالأمراض السيكوسوماتية وذلك من خلال دراسة الألكستيميا لدى مرضى الضغط المرتفع على الرغم من عدم وجود مشاكل لديهم في الصوديوم ودهون الجسم. **(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 إنفعالاتهم في 55 من الحالات المدروسة. **(عكاشة، 1998، ص .548)**

كما أكدت العديد من الدراسات المتعلقة بالعلاقة بين الألكستيميا ونشأة السرطان من حيث وجود الإرتباط الإيجابي بينهما، مثل دراسة "Jasmin" وزملائه عام(1990) على عينة مكونة من 77 إمرأة ودراسة "Todarello" وزملائه عام 1994 على 200 إمرأة قبل التصوير الشعاعي للثدي وبعد التشخيص السرطان. **(Sabir, 2014, P .52)**

وقد بينت الكثير من الدراسات أيضا أن الألكستيميا تظهر لدى مرضى السرطان بنسبة مرتفعة مثل دراسة Rokbani وOgez وJadoulle (2007) والتي حاولت دراسة استقرار الألكستيميا لدى الأشخاص

الذين يعانون من مرض خطير يؤدي إلى الموت، فاختاروا نساء يعانون من سرطان الثدي، وحاولوا دراسة القلق قبل الخضوع للعملية الجراحية ودراسة الألكستيميا , فكانت النتائج تدل على ارتفاع كبير للحصر مع ظهور نشاط الألكستيميا، وبعد 6 أشهر قاموا بإعادة تطبيق الإختبارين فتحصلوا على درجات القلق منخفضة لمستوى مع استمرار ارتفاع مستوى الألكستيميا وخاصة في البعد المتعلق بصعوبة التعرف على الإنفعالات والبعد المتعلق بالتفكير العملي، وأكدوا على وجود الألكستيميا لدى المرض المصابين بالأمراض الخطيرة وتواجدها يدل على أنها نظام في الشخصية بمعنى سمة.**(فاسي، 2016، ص. 82)**

وعلى هذا الأساس فإن صعوبة التعرف على المشاعر تعد عامل خطورة لجسم الإنسان إذ نجد الشخص الذي يعاني منها يجد صعوبة في التعرف على حالته الإنفعالية مثلا هل هو سعيد؟ لكن في وقت لاحق قد يشعر الشخص شعور غامض يدل على انفعالات قوية مثل الحزن، الغضب مع إختناق أو غيظ فهو لا يملك الصورة التي حفزت هذا المزاج وفي معظم الأوقات لديه شعور بعدم الإرتياح من شيء يتغير داخل جسمه مثلا زيادة معدل ضربات القلب أو إحمرار الوجه، وعندما لا يجد الكلمات التي يعبر بها عن مشاعره قد يتلعثم أو يجيب جواب آخر أو ببساطة يغير الموضوع، لكن في أغلب الأحيان يعبر جسديا أو من خلال التعبير المرضي النفسي جسدي. **(فاسي، 2016، ص. 73)**

فكل هذا قد يعرض الفرد للشعور بالوحدة النفسية، فعندما يدرك المصاب أن إمكانياته وقواه الداخلية لا تمكنه من تغيير هذه الوضعية، فإن ذلك يشعر المصاب بالعجز وهذا الشعور يدفعه إلى المبالغة في تقييم الأحداث التي يمر بها كمهددة له، وبالتالي يشعر بالقلق فيدرك أن عدم القدرة في التماثل للشفاء في الحاضر يستمر به الأمر في المستقبل مما ينتابه مشاعر اليأس والإحباط والتشاؤم والقلق والخوف من المستقبل والشعور بالوحدة النفسية.

والشعور بالوحدة النفسية يعرف على أنه حالة نفسية واسعة الإنتشار يترتب عليها إحساس الفرد الشديد بالألم وهي حالة نفسية المنشأ تنجر عن إحساس الفرد بأنه ليس بقرب نفسي مع الآخرين، وهذا الإحساس ناتج عن إفتقار الفرد بأن يكون طرفا في علاقة محددة أو مجموعة علاقات وتؤثر خصوصا على المراهق بعدم إشباع حاجاته. **(حنان أسعد، 2002، ص. 22)**

ويعتبر كل من "دونسون" و"جورجز" (Donson et Georges) أن الشعور بالوحدة النفسية يشكل واحدة من أهم المشكلات التي يعاني منها الإنسان في العصر الحالي، كونها تعتبر نقطة البداية لكثير من المشاكل القادمة أو التي يمكن أن يعانيها، أو يختبرها ويعايشها ويترتب عنها مشاكل حياتية عدة وقد يدفع

الشعور بالوحدة النفسية الفرد الذي يعاني من مشكلة ما إلى تفاقم هذه المشكلة وزيادة حدتها. **(قشقوش، 1983، ص. 183)**

أفادت دراسة (2015) Petille et All عن وجود ارتباط بين الشعور بالوحدة النفسية والأمراض المزمنة الشائعة بما في ذلك أمراض القلب وإرتفاع ضغط الدم والسكتة الدماغية وأمراض الرئة والسمنة ومتلازمة التمثيل الغذائي والإصابة بداء السكري للبالغين.

وتشير أبحاث أخرى إلى وجود علاقة بين الألكستيميا والعديد من الاضطرابات النفسية منها علاقة الألكستيميا بالشعور بالوحدة النفسية، حيث أن عدم قدرة الفرد على وصف حالته الانفعالية وما يشعر به من معاناة يفقده تعاطف الآخرين، وكذلك صعوبة إدراك مشاعر الآخرين قد يؤدي إلى عدم التعاطف والتناغم الوجداني وزيادة الضغوط النفسية ومحدودية العلاقات الإجتماعية **(داود، 2016، ص. 415-416)**.

وهناك العديد من الدراسات التي سعت لإثبات العلاقة بين الوحدة النفسية وظهور السرطان منها دراسة غادة عبد الحميد موسى (2017)، رحاب محمد أحمد أبو النجا (2013) وفاء مزلوق (2013) هاني عبد المجلي (2010)، وقد توصلت تلك الدراسات إلى أن الوحدة النفسية لدى مرضى السرطان تتراوح بين الإنعزال وعدم تكوين صداقات، وعدم تكوين صورة جيدة عن الذات، وكذلك افتقار للعديد من المهارات الاجتماعية، كل هذا يؤدي إلى الشعور بالوحدة النفسية العميقة، وقد وجدت دراسات تثبت صلة قوية بين الشعور بالوحدة النفسية وتدني مستوى الصحة العامة. **(مصطفى ولطفي، 2021، ص. 226)**

وقد وجدت دراسات تثبت صلة قوية بين الشعور بالوحدة النفسية وتدني مستوى الصحة العامة

أكدت دراسات عدة كدراسة "الشفاوي وخضر" (1988) ودراسة "إبراهيم والتافي" (1991) ودراسة "عطا" (1993) ودراسة "ويزمان وآخرون" Wisman et alإلى أن ارتفاع مستوى الإضطرابات النفسية ترتبط بزيادة مستوى الشعور بالوحدة النفسية والإكتئاب لذا يعد الشعور بالوحدة النفسية من الظواهر الإجتماعية الهامة والخطيرة التي تنتشر بين الأفراد في جميع مراحل العمر من الطفولة حتى الشيخوخة وتعد مرحلة الشباب من أكثر مراحل العمر التي يشعر فيها الفرد بالوحدة النفسية. **(نمرصبح الفيف، 2011، ص. 618)**

وعليه تهدف الدراسة الحالية إلى محاولة التعرف على مستويات الألكستيميا والشعور بالوحدة النفسية لدى الراشدين المصابين بالسرطان، إستنادا إلى الدراسات القائلة بأنه تكون الألكستيميا كعامل مساعد في ظهور المرض بصفتها عامل مهيء أو كعامل يزيد من خطورة وحدة هذا المرض.

ومن هذا المنطق تم طرح التساؤل التالي:

- ما مستوى درجات الألكستيميا والشعور بالوحدة النفسية لدى الراشد المصاب بالسرطان؟

2-فرضية البحث:

- يكون مستوى درجات الألكستيميا لدى فئة الراشدين المصابين بالسرطان مرتفعا.
- يكون مستوى درجات الشعور بالوحدة النفسية لدى الراشدين المصابين بالسرطان منخفضا.

3-أهمية الدراسة:

تكمن أهمية البحث فيما يلي:

- دراسة الجوانب المؤثرة في مستوى الألكستيميا لدى الراشدين المصابين بالسرطان.
- تفيد المؤسسات الإستشفائية التي تقدم الرعاية الصحية لفئة المصابين بمرض السرطان وذلك بلفت الإنتباه لأهمية البرامج النفسية والتكفل النفسي بهؤلاء المرضى.
- ندرة الدراسات التي تطرقت إلى الوحدة النفسية والألكستيميا لدى الراشدين المصابين بمرض السرطان.

4-أهداف الدراسة:

تهدف هذه الدراسة إلى:

- معرفة درجات الوحدة النفسية لدى الراشدين المصابين بمرض السرطان.
- معرفة مستوى الألكستيميا لدى الراشدين المصابين بمرض السرطان.

5-تحديد المفاهيم الأساسية اجرائيا:

الألكستيميا: عرفها "سيفينيوس" بأنها "فقر في الحياة الهوامية مما يؤدي إلى شكل من أشكال التفكير العملي، والميل إلى إستخدام الفعل لتجنب الصراعات والوضعيات المهددة، بالإضافة إلى تقييد واضح في التعبير عن الإنفعالات وخاصة صعوبة العثور على كلمات لوصف الإحساس. **(كريمة نايت عبد السلام، 2021، ص. 298)**

أما إجرائيا الألكستيميا: فتعرف على أنها الدرجة التي يتحصل عليها الراشد المصاب بالسرطان حول صعوبة التعبير عن مشاعره ووصفها، وعدم القدرة على تمييز الإنفعالات لفظيا وذلك بالإعتماد على مقياس تورنتو (TAS-20) والذي طوره كل من "رياف" وزملاؤه سنة 2006 والذي تم تطبيقه على البيئة الجزائرية من طرف الباحثة «جعفر سندس"(2020).

الوحدة النفسية: عرفها "الدسوقي" بأنها نتيجة حدوث خلل في شبكة العلاقات الإجتماعية للفرد سواء كان ذلك في صورة كمية أو كيفية بالإضافة إلى الشعور بقلة التقدير والإهتمام من قبل الآخرين. **(حنان بنت أسعد محمد خوج، 2002، ص. 8)**

وتعرف **إجرائيا** حسب الدرجة التي يتحصل عليها الراشد المصاب بالسرطان وذلك من خلال شعوره بالوحدة النفسية رغم وجوده مع الآخرين وعدم الرغبة في الإقتراب منهم ويتم قياسها بالإعتماد على مقياس الوحدة النفسية المستخدم في دراستنا.

السرطان: هو عبارة عن نمو غير منتظم يطرأ على بعض الخلايا في الجسم مما يجعلها تتكاثر وقد تعزو الأنسجة الطبيعية المتاحة لها وتنتشر إلى أماكن أخرى، **(بيوضة منال، 2022، ص. 25)**

وفي دراستنا تم تشخيص السرطان لدى المرضى من طرف أطباء متخصصين.

6-الدراسات السابقة:

1-الدراسات التي تناولت متغير الألكستيميا.

الدراسات الأجنبية:

*** دراسة lombardi Salvatore،Gritti paolo وآخرون سنة 2006 بعنوان "Alxithymia and concer related fatigue"** والتي تعني **الألكستيميا كنظام لدى مرضى السرطان ومدى ارتباطها بالتعب سواء لدى الحالات حديثة التشخيص أو الذين لديهم فترة طويلة من التشخيص.**

المجموعة الأولى تكونت 63 فرد لديها تشخيص أقل من 3 أشهر، أما المجموعة الثانية يعود تشخيص السرطان لديهم أكثر من 30 شهر تكونت من 53 فرد. اعتمدت هذه الدراسة على متغير الجنس، السن، المستوى التعليمي، محل السرطان وأنواعه، اعتمدت على المنهج الوصفي ذو الطابع المقارن كما استعملت الوسائل الاستقصائية التالية:

- أولا مقياس الألكستيميا (Tas20) ومقياس التعب Brief fatigue والمعروف BFI وقد تحصلت الدراسة على النتائج التالية:

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

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

- تؤكد الدراسة أن مستوى الألكستيميا مرتفع لدى المجموعتين ويمكن اعتبار أن الألكستيميا كرد فعل دينامي للمرض وخاصة الذي ثم لديهم تشخيص مؤخرا، وكان معامل الإرتباط بين التعب والألكستيميا ضعيف لدى المجموعة التي تم تشخيص لديها مؤخرا وليس كبيرا لدى المجموعة الأخرى.

*** دراسة S. Krenz. F. Stiefel, V. Formi سنة 2011** التي كانت بعنوان: "**Alexithynie et psychopathologie des patients atteints de cancer**" **أي بمعنى "الألكستيميا وعلم النفس المرضي لدى مرضى السرطان".**

هدفت هذه الدراسة إلى إعطاء نظرة تشخيصية جديدة للسرطان من خلال متغير الألكستيميا والإكتئاب ومعرفة انتشار كل من الألكستيميا والإكتئاب لدى هذه الشريحة. وربط المتغيرات السوسيوديمغرافية والطبية والسيكومترية حيث أجريت الدراسة بالمستشفى الجامعي "Lausanne" مصلحة الطب العقلي "Vaudices" مدة الدراسة كانت من أكتوبر 2006 إلى غاية أكتوبر 2009، أختيرت العينة عشوائيا وقدر حجمها ب(229) للمجموعة التجريبية التي تعاني من السرطان وتخضع لعلاج نفسي، أما المجموعة الضابطة تعاني من السرطان ولكن لا تخضع للعلاج النفسي، وقدرت بـ (190)، تتميز العينةبالخصائص التالية:

- شرط أن يكون السرطان حديث التشخيص أقل من أربع أشهر.
- الخضوع للعلاج النفسي.
- السن تتراوح من 18 إلى 75 سنة. **(فاسي أمال، 2016، ص.12)**

واستعملت الدراسة سلم الألكستيميا (TAS 20)، وسلم الهادس (HAOS) لقياس الحصر والاكتئاب وسلم نوعية الحياة (C30_QLQ)، وتوصلت الدراسة الى أن نتائج الألكستيميا جد مرتفعة في كل من المجموعتين. أما المتغيرات السوسيوديمغرافية والتي تتعلق بالجنس والمهنة والصحة ونوع السرطان ومرحلته ونمط الأدوية المستعملة، ونوعية الحياة بلغ معامل الارتباط R= 0.12 دال عند المستوى0.043.

*** دراسة Fartini Carole،Pedinielli Jean Louis (بدون سنة)** حيث هدفت هذه الدراسة للإجابة على الأسئلة التالية: هل الألكستيميا عامل متهيء للإضطرابات السيكوسوماتية؟ أو تتعلق بوضعية دفاعية أو رد فعل ضد الضغط أو الضيق الإنفعالي؟، أو عبارة عن إستراتيجية للمواجهة

واختيرت عينة الدراسة من مرضى في حالة انتظار الكشف الجيني لسرطان القولون والمستقيم، عددهم 50 فردا، أما العمر فكان محصورا بين 18 سنة و67 سنة، أجريت الدراسة في جامعة "Provence".

حيث استعملت سلم –D. Fuhrer–ces سنة 1989 لقياس الاكتئاب، كما استعمل سلم الحصر أو القلق (كحالة أو سمة) سنة 1993، واستعمل مقياس الألكستيميا (Tas 20) وقد أسفرت النتائج على ما يلي:

– متوسط الدرجات التي حصل عليها الذكور على سلم القلق كسمة والاكتئاب دال إحصائيا لكن ضعيف أما النتائج الخاصة بالإناث كانت مرتفعة.

– تحصل الباحثون على أنماط عاطفية مختلفة بين الذكور والإناث فيما يخص الألكستيميا فقد كانت أكثر الدرجات ارتفاعا لصالح الإناث وهذا على مقياس (Tas20)، كما أن الغناث اللواتي لديهن نتائج مرتفعة على مقياس القلق والاكتئاب ظهر لديهن درجات منخفضة في مقياس الألكستيميا، مما يدل على استخدام ميكانيزيمات دفاعية مختلفة بين الجنسين. **(وردة سعادي، 2009، ص.15)**

2–الدراسات التي تناولت متغير الوحدة النفسية: الدراسات العربية.

الدراسات السابقة التي تناولت مفهوم الشعور بالوحدة النفسية:

* أكدت العديد من الدراسات كدراسة **الشناوي وخضر (1988)** ودراسة **إبراهيم والنافي (1991)** ودراسة **عطا (1993)** ودراسة **ويزمان وآخرون Wisman et Al** إلى أن إرتفاع مستوى الإضطرابات النفسية بزيادة الشعور بالوحدة النفسية والاكتئاب، لذا يعد الشعور بالوحدة النفسية من الظواهر الاجتماعية الهامة والخطيرة التي تنتشر بين الأفراد في جميع مراحل العمر من الطفولة حتى الشيخوخة وتعد مرحلة الشباب من أكثر مراحل العمر التي يشعر فيها الفرد بالوحدة النفسية. **(نمر صبح القيق، 2011، ص.618)**

* دراسة أخرى لـ: **(نمر صبح القيق، 2011)** هدفت الدراسة إلى التعرف على درجة الشعور بالوحدة النفسية لدى الطلبة، وبيان علاقة هذا الشعور بكل من الجنس، والمستوى الدراسي على عينة مكونة من (157) من طلبة كلية الفنون الجميلة بجامعة الأقصى بغزة، ولتحقيق ذلك استخدم الباحث مقياس الشعور بالوحدة النفسية (من إعداده، 2008).

وبعد القيام بالمعالجات الإحصائية المناسبة، دلت النتائج على أن:

– درجة الشعور بالوحدة النفسية لدى طلبة الكلية كانت متوسطة.

* أشار **أشرف محمد عبد الحليم (2017)** في دراسته والتي هدفت الدراسة الحالية إلى إكتشاف العلاقة بين الشعور بالوحدة النفسية، وبين أحداث الحياة الضاغطة ونقص الفروق بين الجنسين في جميع متغيرات الدراسة، وتكونت عينة الدراسة (147) من طلاب الفرقة الثالثة بكلية التربية جامعة عين شمس بواقع (121) من الإناث و(16) من الذكور وإستخدم الباحث أدوات تشمل مقياس أحداث الحياة الضاغطة ومقياس اليأس ومقياس الوحدة النفسية من إعداد الباحث، وقد أوضحت نتائج الدراسة وجود علاقة إرتباطية موجبة دالة بين أحداث الحياة الضاغطة والشعور باليأس والوحدة النفسية، وكذلك عدم وجود فروق بين الجنسين في جميع متغيرات الدراسة.

* وأجريت كل من **رجاء محمود ومثيرة الشمسان (2018)** دراسة هدفت إلى إختبار العلاقة بين الافكار اللاعقلانية والشعور بالوحدة النفسية لدى عينة من طالبات الجامعة في ضوء التخصص والتحصيل الدراسي، وتكونت عينة الدراسة من (277) طالبة من جامعة الملك سعود، واستخدمت الباحثتان المنهج الوصفي الارتباطي كأداة لدراستها، وكانت أداة الدراسة مقياس الأفكار اللاعقلانية من إعداد "الريحاني" (الريحاني، 1978) ومقياس الشعور بالوحدة النفسية من إعداد "راسيل" (راسيل، 1972) وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية: يوجد علاقة موجبة بين الشعور بالوحدة النفسية والأفكار اللاعقلانية في الدرجة الكلية، هناك مستوى فوق المتوسط في إنتشار الشعور بالوحدة النفسية، ووجود فروق بين متوسطات درجات الطالبات في الأفكار اللاعقلانية، وبينت النتائج أنه يمكن التنبؤ بدرجة الشعور بالوحدة النفسية من خلال الأفكار اللاعقلانية.

3-الدراسات التي تناولت مرض السرطان:

* دراسة Watsonوزملائه عام 1991:

تمت هذه الدراسة على عينة قوامها 359 سيدة مصابة بداء السرطان في أول مراحل تطوره وبعد مضي ثلاثة أشهر من الإصابة من المرض ثم تطبيق بعض مقاييس الشخصية على أفراد العينة لمعرفة الآثار النفسية الناتجة عن الإصابة بالسرطان، وقد أسفرت نتائج الدراسة عن معاناة 16% من أفراد العينة من القلق و6% من الإكتئاب، و80% من كتب الغيظ و55% من الشعور بالعجز. **(نادر جميل حمد، 2016، ص.483)**

*** دراسة Lanbardi Salvatore،Gritti paolo 2006:**

اهتمت هذه الدراسة بمدى ارتباط مرضى السرطان بالتعب سواء لدى الحالات حديثة التشخيص، أو الذين لديهم فترة طويلة من التشخيص، المجموعة الأولى تكونت من 63 فردا كان لديهم تشخيص أقل من 3 أشهر، أما المجموعة الثانية يعود تشخيص السرطان لديهم إلى أكثر من 30 شهرا وتكونت من 53 فردا اعتمدت هذه الدراسة على متغير الجنس، السن، المستوى التعليمي، وموضع السرطان وأنواعه، واعتمدت على المنهج الوصفي ذي الطابع المقارن. كما استعملت الوسائل الاستقصائية التالية: أولا مقياس الألكستيميا (TAS20) وثانيا مقياس التعب (BEI)، وقد أسفرت الدراسة على أن مستوى الألكستيميا مرتفع لدى المجموعتين، ويمكن اعتبار أن الالكستيميا كرد فعل دينامي للمرض، معدلات التعب لدى المرضى الذي تم تشخيص المرض لديهم منذ فترة طويلة كانت بدرجة مرتفعة، وكان معامل الارتباط بين التعب والألكستيميا ضعيف لدى المجموعة التي تم تشخيص المرض لديهم حديثا وليس كبيرا، وليس كبيرا لدى المجموعة الأخرى.

*** دراسة S. Kremz & Al 2011:**

هدفت هذه الدراسة إلى إعطاء نظرة تشخيصية جديدة للسرطان من خلال متغير الألكستيميا والإكتئاب ومعرفة مدى انتشارهما لدى المرضى، حيث أجري دراسة بالمستشفى الجامعي " Lausarrie" مدة الدراسة كانت 2006 إلى غاية 2009 اختيرت العينة عشوائيا من 229 فردا للمجموعة التجريبية التي تعاني من السرطان وتخضع للعلاج النفسي، أما المجموعة الضابطة تعاني من السرطان ولكن لم تخضع لعلاج نفسي وقدرت بـ 110 فردا واستعملت الدراسة سلم الألكستيميا (TAS20) وسلم هادس (HADS) لقياس الحصر والإكتئاب، وسلم نوعية الحياة (C30–QLQ). وتوصلت الدراسة إلى أن نتائج الألكستيميا جد مرتفعة في كل من المجموعتين، أما المتغيرات السوسيوديمغرافية والتي تتعلق بالجنس والمهنة والصحة ونوع السرطان ومرحلته، ونمط الأدوية المستعملة، ونوعية الحياة بلغ معامل الإرتباط 0.12 = دال عند مستوى 0.043 **(نادر جميل حمد، 2006، ص.483)**

الدراسات العربية:

*** دراسة فاسي أمال 2016:**

هدفت الدراسة إلى البحث عن طبيعة النشاط العقلي الذي يعيشه مريض السرطان انطلاقا من أن المرضى السيكوسوماتيين لديهم نشاط عقلي خاص، وهو ظهور ميكانيزمي الإكتئاب الأساسي والألكستيميا.

ولتحقيق أهداف الدراسة تم الإعتماد على مقياس "هادس" HADS لقياس الاكتئاب والحصر، ومقياس تاس (TAS20) لقياس الألكستيميا على عينة عشوائية تكونت من 255 حالة، فأسفرت النتائج على ظهور لدى مرضى السرطان نشاط عقلي يتميز بسيادة الاكتئاب الأساسي الألكستيميا، وجود فروق بين مرتفعي ومنخفضي الإكتئاب ومنعدمي الإكتئاب (الإكتئاب الأساسي) وفي درجات الألكستيميا لصالح مرتفعي الإكتئاب، عدم وجود فروق في درجات الإكتئاب بين أفراد العينة الذين تم تشخيص الإكتئاب، عدم وجود فروق في درجات الإكتئاب بين أفراد العينة الذين تم تشخيص مرضهم فترة تقل عن 6 أشهر، وبين الذين شخص مرضهم أكثر من 6 أشهر.

4-التعقيب على الدراسات السابقة:

4-1-الدراسات المتعلقة بالألكستيميا:

لقد تنوعت أهداف هذه الدراسات إلا أن معظمها اتفقت على الكشف عن العلاقة التي تربط بين الألكستيميا والاضطرابات السيكوسوماتية، ومعرفة مدى انتشار كل من الألكستيميا والإكتئاب والتعب لدى شريحة مرضى السرطان، وذلك في كل من دراسة (Gritti paolo،Lombardi Salvtore) وآخرون سنة 2006، ودراسة (F. Stiefel.Y. Formi،S. Krenz) سنة 2011، وكذلك دراسة (Pedinielli Jean Fartin Carole،Louis).

4-1-1-من حيث حجم العينة:

اختلفت الدراسة الحالية مع باقي الدراسات السابقة في مجتمع الدراسة وعينتها، حيث بلغت عينة كل من دراسة (Gritti paolo, Lombardi Salvtore) 116 فردا استخدمت 63 فرد في المجموعة التي لديها تشخيص أقل من 3 أشهر، أما المجموعة الثانية يعود تشخيص السرطان لديهم أكثر من 30 شهر وتكونت من 53 فردا، ودراسة (S. Krenz, F. Stiefel.Y. Formi) التي بلغت عينتها (229) فردا خاصة بمجموعة تجريبية تعاني من السرطان لكن لا تخضع للعلاج النفسي قدرت بـ 190 فرد، بينما تباينت أفراد العينة في الدراسة الأخيرة التي تكونت من 50 فردا من بينهم ذكورا وإناثا.

4-1-2-الفئة المستهدفة:

نوعت الدراسات السابقة في نوع الفئة التي تم استخدامها في دراستهم إلا أن هناك بعض الدراسات اعتمدت على فئة الراشدين فقط وهي دراسة "Grittipaolo" "Lombardi Salvatore"، وهناك دراسات

اتفقت في استخدامها لفئة المراهقين والراشدين وهذا ما نجده في كل من دراسة (**Pedinielli Jean**، **S. Krenz**).

4-1-3-من حيث النتائج:

لقد أظهرت الدراسات السابقة نتائج متباينة، وهذا يعود لإختلاف مواضيعها وعينتها، ومن أهم النتائج المتوصل إليها فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجات المتحصل عليها الذكور بالنسبة للإناث على سلم القلق والإكتئاب، كذلك مع وجود فروق ذات دلالة إحصائية أيضا على مستوى الألكستيميا بالنسبة للإناث اللواتي لديهن نتائج مرتفعة على مقياس القلق ظهر لديهم نتائج منخفضة على مقياس الألكستيميا.

ارتفاع مستوى الألكستيميا لدى أفراد العينة في كل من دراسة "Gritti Paolo" "S.Krenz».

4-1-4-من حيث المنهج:

اعتمدت الدراسات السابقة على المنهج الوصفي بمختلف أنواعه مثلا المنهج الوصفي ذو الطابع المقارن، المنهج الوصفي التحليلي.

4-2-الدراسات المتعلقة بالوحدة النفسية:

4-2-1-من حيث الموضوع والهدف:

لقد تنوعت مواضيع الدراسات السابقة، فقد تناولت دراسة الشناوي وخضر سنة (1988)، ودراسة إبراهيم والنافي (1991)، ودراسة عطا الله (1993)، و"ويزمان" وآخرون اتفقت إلى أن ارتفاع مستوى الإضطرابات النفسية يكون بزيادة الشعور بالوحدة النفسية والإكتئاب أما دراسة "نمر صبح الفيف" (2011) هدفت إلى التعرف على درجة الشعور بالوحدة النفسية لدى الطلبة، وبيان هذا الشعور بكل من الجنس والمستوى الدراسي، وأيضا دراسة "أشرف محمد عبد الحليم" (2017) هدفت إلى إكتشاف العلاقة بين الشعور بالوحدة النفسية واليأس، وبين أحداث الحياة الضاغطة وتقصى الفروق بين الجنسين في جميع متغيرات الدراسة، وتهدف دراسة كل من "رجاء محمود" و"منيرة الشمسان" (2018) إلى إختبار العلاقة بين الأفكار اللاعقلانية والشعور بالوحدة النفسية.

4-2-2-من حيث حجم العينة:

تباينت أحجم العينة التي تم عرضها في الدراسات السابقة، حيث بلغ حجم العينة في دراسة (نمر صبح القيق 2011) (157) فرد، أما دراسة (أشرف محمد عبد الحليم 2017) (147) بواقع (121) من

الإناث و(16) من الذكور، بينما بلغ عدد أفراد العينة في دراسة (رجاء محمود ومنيرة الشمسان 2018) (277) فردا.

4-2-3-من حيث الفئة المستهدفة:

إشتركت الدراسات السابقة من حيث الفئة المستهدفة فدراسة "أشرف محمد عبد الحليم" تمثلت عينتها في فئة الطلبة، وأيضا دراسة كل من "نمر صبح القيق، رجاء محمود منيرة الشمسان" فقد اعتمدوا جميعهم على فئة الطلبة فقط.

4-2-4-من حيث النتائج:

اختلفت نتائج الدراسات السابقة تبعا لإختلاف الأهداف المتوصل إليها ومن بين النتائج إلى أسفرت إليها هذه الدراسات نجد:

- أظهرت نتائج دراسة (نمر صبح القيق 2011) بعد القيام بالمعالجات الإحصائية المناسبة على أن درجة الشعور بالوحدة النفسية لدى طلبة الكلية كانت متوسطة.
- وجود علاقة ارتباطية دالة بين أحداث الحياة الضاغطة والشعور باليأس والوحدة النفسية في دراسة **(أشرف محمد عبد الحليم 2017)**.
- يوجد علاقة موجبة بين الشعور بالوحدة النفسية والأفكار اللاعقلانية في الدرجة الكلية في كل من دراسة **(رجاء محمود ومنيرة الشمسان، 2018)**.

5-علاقة الدراسة الحالية بالدراسات السابقة:

من خلال ما تم عرضه من الدراسات السابقة وجدنا أن الدراسة الحالية قد اتفقت مع بعض الدراسات واختلفت مع البعض الآخر.

5-1-أوجه الإتفاق بين الدراسات الحالية والدراسات السابقة:

- اتفقت في بعض الأهداف وخاصة في التعرف على مستويات الألكستيميا والشعور بالوحدة النفسية.
- اتفقت بعضها في الجمع بين متغيرات الألكستيميا والشعور بالوحدة النفسية.
- اتفقت على التعرف على العلاقة بين الألكستيميا والوحدة النفسية.
- استخدام بعض الدراسات لنفس المقاييس (الألكستيميا تورنتوا TAS20) الوحدة النفسية (راسل).

5-2-أوجه الإختلاف بين الدراسة الحالية والدراسات السابقة:

- لا توجد إلا دراسة واحدة من الدراسات السابقة التي تناولت متغيرات الدراسة الحالية بنفس الصورة.

– لم يتم استدام المنهج العيادي إلا في دراسة واحدة فكل الدراسات اعتمدت على المنهج الوصفي بأنواعه.

– اختلاف في عينة الدراسة حيث لم نجد أي من الدراسات السابقة التي تناولت فئة الراشدين المصابين بالسرطان.

5-3-أوجه الاستفادة من الدراسات السابقة:

فعلى العموم استفدنا من الدراسات السابقة من حيث:

– مساعدتها على صياغة الفروض كما أتيحت لنا استعمال المقاييس.

– استفدنا منها من خلال الحصول على المعلومات من أجل إثراء الإطار النظري.

– فالدراسات السابقة بمثابة تمهيد لبداية الدراسة الحالية والإستفادة من جهود الباحثين السابقين.

الفصل الثاني: الألكستيميا

تمهيد

1- نشأة وتطور مفهوم الألكستيميا.

2- تعريف الألكستيميا.

3- المظاهر الإلكلينيكية للألكستيميا.

4- خصائص الألكستيميا.

5- أبعاد الألكستيميا.

6- أنواع الألكستيميا.

7- النظريات المفسرة للألكستيميا.

8- تأثير الألكستيميا على الجهاز الفيزيولوجي.

9- الالكستيميا وعلاقتها بالإضطرابات الجسدية والنفسية.

10- قياس الألكستيميا.

11- العلاج النفسي للألكستيميا.

خلاصة الفصل

تمهيد:

تعد ردود الأفعال والتعبير عن المشاعر من أهم عوامل بناء العلاقات الاجتماعية وحلقة وصل بين المكون المعرفي والسلوكي، فهي تلعب دور كبير في التكيف والتواصل مع الآخرين ولذلك تعتبر صعوبة التعبير عن المشاعر أحد أعظم المشكلات الحديثة، قد تؤدي إلى ضعف وهدم العلاقات، وعدم القدرة على فهم الآخر وإيصال الفكرة له، وعلى وصف مشاعره وحالته الإنفعالية مما يجعلنا نتكلم عن التكتم الإنفعالي أو ما يسمى بالبلادة الوجدانية ويعرف باللغة اليونانية بـ " Alexithymia"، وسنحاول في هذا الفصل الإحاطة بجوانب عدة للموضوع وهذا من خلال التطرق إلى ما يلي: **نشأة و تطور مفهوم الألكستيميا تعريفها، أنواعها وخصائصها، المظهر الإكلينيكي للألكستيميا ونظرياتها والعلاج النفسي لها.**

1-نشأة وتطور مفهوم الألكستيميا:

يعود تاريخ اضطراب الألكستيميا إلى تاريخ تطور الطب النفسي الجسدي، يعتمد الطب التقليدي الغربي على الطب والفلسفة الإغريقية القديمة، حيث كان ينظر إلى التفاعل بين العقل والجسد على أنه عامل أساسي في الطب وفي الصحة بشكل عام من قبل الأطباء القدامى والفلاسفة الطبيين مثال: أبو قراط، زالموكسيس، فيثاغورس، بلاثو وأرسطو.

وفقا لـ " بلاثو" كل شيء مرتبط بالروح، الشر وكذلك الخير في الجسد، وفي الكائن البشري كله فالروح هي التي تؤثر بكامل الجسد.

في العالم الغربي الحديث، معضلة العقل والجسد كان محل اهتمام العديد من العلماء خاصة في التحليل النفسي، قدم "فرويد" مفهوم "هسيتريا التحويل"، حيث وضعه لإدراج أفكار الصراع الدفاعي والتشكيل الوسيطى، أما "فيرينزي" فطبق نموذج التحويل على العضو الذي قام "دوتش" و"ميلاني كلاين" بتطويره.

وفقا لتفكير التحليل النفسي، كانت الأعراض الجسدية رموز ذات معنى للصراعات العقلية اللاواعية وقد درست "دمبار" السمات الشخصية للمرض للذين يعانون من اضطرابات عضوية مختلفة ووصف على سبيل المثال "شخصية القرحة"، وجدت توازيا بين درجة تبلور الخلل الوظيفي الفسيولوجي في الضرر الجسدي ودرجة تبلور الدفاعات النفسية في الجهاز النفسي. **(Aino, 2009, P.19)**

بعدها قام "ماكلين" (1949) يوضح مصطلح "الدماغ الحشوي" لوصف ميل الأفراد المصابين بأمراض نفسية إلى نقص القدرة على تحديد ووصف مشاعرهم وإنفعالاتهم عن طريق التعبير اللفظي.

وقبل إدخال مصطلح "Alexithmia" 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 يعانونها، والحياة الخيالية الفقيرة، وإعادة سرد مفصل لأفعالهم الخاصة والأحداث في بيئتهم، وإستنادا لهذه الدراسات، كان يعتقد أن التكتم نمطا شائعا للمرضى النفسيين، وكان "سيفنوس" "Sifneos" و"نيمياه""Nemiah" مهتمون بإيجاد طرق جديدة لعلاج هؤلاء المرضى، لأنه غالبا ما كان هناك نقص في الإستجابة للعلاج النفسي الديناميكي. **(زوبيري، 2019، ص. 14)**

"ماكدوغال" وضعت تفسيرات نفسية أخرى "للتكتم الإنفعالي" سنة (1980) ربطته ببعض الإضطرابات في العلاقة بين الأم والطفل، ذكرت أن الرضع غير قادرين على التعبير عن مشاعرهم لفظيا، يجب أن يتم فهمهم، وأن مشاعر الغضب التي هاجمت بقوة شعور الفرد أدت إلى رفض كل المشاعر من الوعي ومن

هنا يؤدي الإهمال المبكر وعدم كفاية الترابط، وعدم قدرة الأم على التعرف على مشاعر وتعبيرات إبنها الإنفعالية إلى إضطراب الألكستيميا. **(Karukui, 2011, P.15)**

وانتشرت بعد ذلك في نهاية القرن العشرين وتم نقلها للغة العربية من طرف الشربيني (2001) وعربها بمصطلح اللاوصفية وعرفها بمصطلح اللاوصفية، وأنها صعوبة وصف العواطف والإنفعالات وعدم معرفة المشاعر الداخلية، والألكستيميا اليوم لا تعتبر مرضا أو اضطرابا نفسيا بل تصنف كواحدة من سمات الشخصية التي تتفاوت شدتها بين من يتصفون بها، وتمكن خطورتها بأن الأفراد المصابين بها ترتفع لديهم احتمالات الإصابة بمختلف الأمراض النفسية والبدنية، حيث حسب بعض الدراسات، الألكستيميا تكون مرتفعة عند المعانون من اضطرابات الأكل، الهلع، وفقدان الشهية العصبي، والشره العصبي،التوحد، انفصام الشخصية، اضطرابات الشخصية بشكل عام .**(زوبيري، 2019، ص.15)**

2-تعريف الألكستيميا:

2-1-التعريف اللغوي:

إن المصطلح في أصله الإغريقي "Alexithymia" مركب مما يلي: A: أداة نافية تعني عدم وجود أو غياب بينما lex: من lexis وتعني اللفظ أو الكلمة Thymia: من thymos وتعني مزاج أو عاطفه مشاعر، إنفعالات. **(Celine Fouanne, 2006, P.193)**

2-2-التعريف الإصطلاحي:

يعرف "سيفنوس" "Sifneos" (1973) الألكستيميا على أنها اضطراب في الوظائف الوجدانية المعرفية التي تظهر في عجز القدرة على استعمال التعبيرات اللفظية لوصف الأحاسيس والإنفعالات التي يشعر بها الفرد نحو الآخرين، وكذا انعدام القدرة على التميز بين الإنفعالات الشخصية والإحساسات الجسمية، والتفكير الموجه نحو الخارج ونقص الوظيفة التخيلية **(بدوية ومحمد، 2015، ص. 15-16)**.

كما يعرفها كذلك "سيفنوس" على "أنها تثبط عاطفي يتمثل في عدم القدرة على إنشاء تواصل بين الانفعالات والأفكار والهوامات المرافقة لها". **(Farges.F & Farges.S, 2002, P.48)**

وهذا التعريف يدل على أن الألكستيميا هو صعوبة عاطفية في ربط الإنفعالات بالأفكار والهوامات المناسبة لها، أما حسب "بيدينيلي" (Pedinielli) (1992) فإن الألكستيميا تمثل شكل خاص من الإنغلاق على معاني الأحداث الداخلية (العاطفية) والخارجية وهذا الإنغلاق تختلف ميكانيزماته وآثاره تماما عن الميكانيزمات والآثار الخاصة بالعصاب والذهان. **(Boivin, 2016, p.06)**

فالألكستيميا تجمع بين مجموعة من الخصائص المعرفية والعاطفية، بما في ذلك صعوبة التعرف على المشاعر والتواصل معها، والإضطراب في القدرة على التمييز بين المشاعر والأحاسي الجسدية المتعلقة بالإثارة العاطفية، وتقلص الحياة وتخيلها الفقير والضعيف جدا، إضافة على اضطراب القدرة على التمييز بين المشاعر والأحاسيس الجسدية المتعلقة بالإصارة العاطفية، أسلوب التفكير نحو الواقع والمادية، وضعف القدرة على تذكر الأحلام والإمتثال الاجتماعي. **(Zein El Abbidine, 2014, P.03)**

"إن الألكستيميا سمة شخصية متعددة الأوجه مرتبطة بمختلف الإضطرابات الطبية والنفسية، وتعرف أيضا بأنها العجز عن العمليات المعرفية، وتنظيم المشاعر التي تتصف بصعوبة وصف، وتمييز المشاعر والنمط المعرفي الذي يركز عن الأحداث الخارجية بدلا من الخبرة الداخلية ". **(السيوف، 2020، ص. 267)**

ويعرفها "روبرت زفيش" (Fixh) (1982) "الألكستيميا هي حالة تقييد القدرة على التمييز والتعبير عن المشاعر والحالات العاطفية والوجدانية وتنخفض لدى المتكتم (الألكستيمي) القدرة على تخيل وعلى الحلم أن تنمو قابلية للتفكير بطريقة عملية (Opératoire) وغير رمزية مما يؤدي إلى إنقاص صلته بالعوامل الحقيقية المؤثرة في جهازه النفسي، وهو يعبر عن التمييز بين حالاته الانفعالية وبين أحاسيسه الجسدية، وهو سبب تكتمه يعبر عن ضيقه النفسي من خلال عوارضه الجسدية. **(زين العابدين، 2008، ص.34)**

كما تعرف على أنها اضطراب يظهر قصورا في بعض المهارات الشخصية التفكير والإدراك والمعالجة المعرفية والانفعالية للمشاعر والأحاسيس، والتي تتمثل وترتبط بصعوبة التعبير عن المشاعر بالكلمات وعدم القدرة على إقامة العلاقات الاجتماعية مع الآخرين. **(حلمي، 2018، ص.95)**

صعوبة التعرف والتمييز بين المشاعر والأحاسيس الجسدية والإنفعالية مع الشعور المستمر بالقلق والتوتر والضغط، وتعرف الألكستيميا أيضا بـ "**أمية المشاعر**" هي عبارة عن خلل في المعالجة المعرفية والانفعالية للمشاعر، ويتضمن عدم قدرة الفرد على تمييزه بين المشاعر النفسية والإحساسات الجسدية الناتجين من الاستثارة الوجدانية **(شاهندة، 2016، ص.776)**.

مما تقدم سابعا يمكننا القول إن مصطلح "الألكستيميا" يتجسد في الخلل في التعبير الإنفعالي، والبلادة العاطفية، حيث يعجز فيها الفرد على إيجاد الكلمات المعبرة عن مشاعره، ووضفها، والعجز عن التخيل هي بصفة عامة نقص في مهارات التواصل الاجتماعي نتيجة ذلك العجز على ترجمة الإشارات العاطفية المستقبلية من الأفراد المحيطين، وضعف القدرات اللغوية التي تجعلهم يعبرون عن مشاعرهم وأحاسيسهم للآخرين.

3-المظاهر الإكلينيكية للألكستيميا:

يصف "سيفنوس" (Sifneas) و"نيمياه" (Nemiah) المظهر الإكلينيكي للكتم ويشيران إلى شكل من الإتصال الذي يميز بغياب أو نقص للتفكير الرمزي والذي يؤدي إلى عدم بروز الوضع الداخلي، مشاعرهم رغباتهم ونزواتهم، وقد سعى الباحثان لوصف التكتميون أنهم أشخاص كثيبين، جامدين بلا حياة، مملين وغير معبرين، يجدون صعوبة كبيرة للتعرف على وصف أحاسيسهم الخاصة، يتعذر عليهم التمييز بين حالتهم الإنفعالية والأحاسيس الجسدية، كلامهم نثري مبتذل غير مشوق ولا يثير الاهتمام، نفعي يهتم بتفاصيل الأحداث الخارجية، يتمثل في نمط من التفكير الموجه نحو التفاصيل الخارجية للحياة اليومية مقابل توجه نحو الحياة الهوامية والأحاسيس والتجارب الداخلية .**(حافزي وبخوش، 2019، ص.127)**

يشير ث أنه لدى هؤلاء نوبات غصب وبكاء لكن دون القدرة على التعبير عما يخالجهم من أحاسيسوغالبا ما يلجؤون للمرور إلى الفعل للتعبير عن انفعالاتهم أو لتجنب الصراعات، لديهم القليل من الأحلام والهوامات وإن تمكنوا من تذكر أحلامهم فإما أن يكون محتواها عقلي واضح وقديم، أو أن تتبع مظهر السيرورات الثانوية لكن خالية من الألوان والغرابة والترميز الذي يميز أحلام السيرورات الأولية، يظهر لديهم تكيف سطحي، ويظهرون درجة عالية من الامتثالية الاجتماعية يشبهون الرجل الآلي، يتصرفون في الحياة بطريقة ميكانيكية وكأنهم يتبعون إرشادات كتيب التعليمات، فاقدين الإتصال 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 كإزدواج لذواتهم. **(زوبيري، 2019، ص.18)**

4-خصائص الألكستيميا:

4-1-صعوبة معرفة ووصف المشاعر والعواطف:

عدم القدرة على التميز وإدراك المشاعر والإنفعالات والتبير عنها، فالشخص الذي يعاني من صعوبة التعبير عن المشاعر، لا يستطيع التعبير عن حالته هل هو سعيد أم حزين، ولاحقا يتشكل لديه الشعور بالغضب وعدم الارتياح لأنه لا يملك الصورة التي حفزت المزاج.

4-2-محدودية الخيال:

عدم القدرة على استحضار الأحداث الماضية رغم شدتها، فالخيال مع عجزه عن تشكيل الصور في العقل من خلال التذكر عن طريق المعارف الحسية، فالتخيل مهم في إبراز الانفعالات ويجعل الشخص قادر على التعامل مع العواطف. **(بوعشة، 2020، ص.47-49)**

فالخيال يمنحنا الأساس للتعاطف والقدرة على أن يكون الشخص فعال ويتعامل مع عواطفه وحالته الإنفعالية ومع الآخرين. **(Fason Thompson, 2009, P.26)**

فالأشخاص الذين يعانون من الألكستيميا يتعلمون 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 وليس عفوي.

4-3-التفكير الموجه نحو العالم الخارجي:

يتمثل في عدم قدرة الفرد على توجيه نفسه لمعرفة عالمه الداخلي، بحيث يعتبر التفكير العلمي هو أساس التفكير لدى المصاب بالألكستيميا حيث نجد لديهم التفكير النفعي الواقعي الموجه نحو المواضيع الملموسة المادية التي لا تستخدم فيها الميكانيزمات العصبية أو الذهنية والابتعاد عن كل العواطف والانفعالات والذكريات.

4-4-ضعف إعادة التنشيط الإنفعالي أو التفاعل العاطفي:

يعني القدرة على التفاعل العاطفي مع الأحداث والذي يدل على ضعف رد الفعل أمام الحدث الذي عادة يخلف الإنفعالات.

4-5-إنعدام التلذذ والسلبية:

نحصل على إجابة كإستجابة لدى المصابين بالألكستيميا، إضافة إلى فقدان اللذة والتعرف على الألم فهناك العديد من الدراسات التي أثبتت أن كلما كانت الألكستيميا مرتفعة كلما كان لا يستطيع التعرف على الألم وإنعدام اللذة ويرجع ذلك إلى غياب الإستبطان.

4-6-توهم المرض:

تظهر لديهم تغيرات جسدية مثل: العرق، التلعثم، إحمرار الوجه، ارتفاع نبضات القلب...حيث يكون الفرد غير قادر على فهم الأعراض مثله مثل التعبير عن المشاعر. **(فاسي، 2016، ص.76-78)**

4-7-الامتثالية الاجتماعية:

بمعنى أن الفرد يعيش حياة عادية ولكن هي في نفس الوقت مرضية لا تظهر الأعراض المرضية إلا من خلال التكيف الزائد، هذه الإمتثالية العالية للمجتمع تلغى الحياة الشخصية من أجل طاعة المعايير الاجتماعية، والذي أسمته "JMC Dougall" بالنظام. **(Patrice ،Wermopathe André Marige Cuynetb, 2008)**

5-أبعاد الألكستيميا:

خلصت العديد من البحوث اليوم إلى تعريف الألكستيميا كمصطلح متعدد الأبعاد ينتظم حول أربعة محاور، من جهة مكونات إنفعالية متمركزة حول تعريف وتحديد وتمييز الإنفعالات، 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 العلمي الذي طوره "بيار مارثي" و"موزان" ويشيرون إلى أربعة أبعاد رئيسية للألكستيميا وهي:

5-1-صعوبة في وصف إيصال مشاعره للآخرين: الألكستيميا هو عدم القدرة على التعبير اللفظي للإنفعالات، فالعامل الحاسم المحدد للألكستيميا هو العلاقة بين الإنفعال واللغة حيث يجد الفرد يعاني من حبسة إنفعالية ومحدودية في التعبير اللفظي وهذه هي الميزة الأساسية لتشخيص الألكستيميا **(Farges. F & Farges. S, 2022, P.50).**

وهذا ما أكده "دماسيو" (Damasio) ففي الإطار النوروبيولوجي تنضم الألكستيميا للحبسة الإنفعالية فهي عدم القدرة على تحويل التسلسل إلى رموز وتنظيمات نخوية والتي تكون اللغة. **(Corcos & Pirot 2011)**

5-2-عدم القدرة على تحديد مشاعره وتمييزها عن الأحاسيس الجسدية: الأفراد ذوي الألكستيميا يفشلون في التمييز بين مشاعرهم وأحاسيسهم الجسدية، فالوصف اللانهائي للأعراض الجسدية يرتبط مع عدم القدرة على التمييز بوضوح الأحاسيس الجسدية فيصفون الأعراض الجسدية كمحاولة للتعبير عن أحاسيسهم التي لم يتمكنوا من تحقيقها، فلديهم ميل للإبلاغ عن شكاوى جسدية بسبب ضعف قدراتهم الخيالية (Frages.f & Farges. S, 2002) فالإحساس الجسدي يظهر محل الإنفعال (إحمرار الجلد حكة، خفقان القلب ...الخ). **(Corcos & Pirlot, 2011)**

5-3-فقر في الحياة الهوامية والخيالية: ونعكس الفقر في الحياة الخيالية (الخاصية الثالثة) في حقيقة أن الفرد الألكستيمي قليلا ما يحلم، وعندما يكون الحلم موجودا فإن محتواه ضعيف وواقعي وظرفي قد تكون الهوامات نادرة، ويبدو كل من الذاكرة أو السرد أو تردد الأحلام مضطرب للغاية، حيث تكمن استحالة سرد الحلم مرتبطا بصعوبة الحديث عن مشاعر الفرد، فالفرد الألكستيمي قد يحلم على الأرجح (كما يشعر بالمشاعر)، ولكن لا يمكن له سرده لفظيا.

وقد قال "بيدنيلي" (Pedinielli) سنة 1992 في هذا الصدد: "يبدو من الصعب الفصل بين ضعف النشاط التخيلي وبين النشاط التخيلي العادي الذي لا يمكن وصفه من طرف الفرد". **(Jaunne, 2006 P.196)**

5-4-تفكير موجه نحو الخارج بدل الاتجاه نحو الأحاسيس الداخلية (فكر بمحتوى عملي):

الأفراد ذوي الألكستيميا لديهم ميل لوصف لانهائي لتفاصيل متعلقة بأحداث أنتجت لديه إنفعالات وهذا بدل التعبير عنها حيث يوجد وصف مفصل للوقائع والأحداث والأعراض الجسدية مع فقر في الكلمات والعبارات المستخدمة.

فالوصف المفصل للوقائع يسجل كجزء في إطار التوضيح العاطفي للخاطب مع جفاء سردي، تراكم السرد الواقعي وبدون هوام ولا رمز، مع الميل لوصف الظروف المحيطة بالأحداث، فالفقر الشعوري في الخطاب يؤثر على المتكلم.

فهذا الخطاب الواقعي لا يحمل بالضرورة على المجال الجسدي ولكن تمتد إلى مواضيع أخرى شريطة ألا يثير البعد العاطفي، فهو خطاب أنه يعكس الفكر الملموس البحث الذي يذكر بالتفكير العملي. **(Farges.F & Farges.S, 2000, P.50)**

أما "ماكميلون" (2003) (Mc Millan) فقد حدد خمسة أبعاد للألكستيميا على النحو التالي: صعوبة وصف الأحاسيس والمشاعر الذاتية، صعوبة التمييز بينها وبين الأحاسيس الجسدية التي تصاحب الاستثارة الإنفعالية، نقص القدرة على الاستبطان الأدعان الاجتماعي، ضعف القدرة على تذكر الأحلام وضحالة الجانب الخيالي بصفة عامة.

6-أنواع الألكستيميا:

يمكن تحديد نوعين من الألكستيميا وهما: **الألكستيميا الأولية والألكستيميا الثانوية**، الألكستيميا الأولية تخضع لعوامل بيولوجية فطرية (ضعف الإتصال بين المناطق الليمبية والقشرية المخية الحديثة) مما يهيء لظهور تطور اضطراب نفسي جسدي، عن طريق تثبيط التعبير الانفعالي العاطفي، أما الألكستيميا الثانوية تكون ناجمة عن القلق الناجم عنه مرض جسدي خطير (أورام، أمراض تتطلب الإنعاش، غسل الكلى، ...إلخ) أو بسبب صدمة نفسية أو جسدية كبيرة، يمكن استيعاب هذا الشكل من الألكستيميا في آليات الدفاع، مما يحمي الشخص من التجارب المتصورة العاطفية في حالات الضعف، مع الإشارة إلى صعوبة التمييز بين الألكستيميا الأولية والثانوية بإستخدام مقاييس السيكومترية الحالية. **(Monnier, 2011, P.61-62)**

6-1-الألكستيميا الأولية:

"فريبرغر" Freyberger (1977) هو أول من ميز بين الألكستيميا الأولية والثانوية، اعتبر أن الألكستيميا الأولية تؤدي إلى اضطرابات سيكوسوماتية كعامل استعدادي حيث ترتبط بالعوامل البيولوجية المبكرة، وتسبب عجز في الأحاسيس والمشاعر وليس الإنفعالات، يحدث عجز في الاتصال بين القشرة المخية والجهاز اللمبي حيث اللحاء القشري لا يستطيع أن يعطي الصورة الخيالية والتفكير الذي تستعمله اللغة من أجل التعبير، فتؤدي إلى استجابات غير مكيفة لذلك الواردة في جزء من الألكستيميا، فحسب "Sifnecas" الألكستيميا الأولية تنشأ عن طريق العوامل الجينية المهيأة لذلك مثلما وجده عند توأم حقيق.

أما عند بعض الباحثين فتعرف بعطل التحويل بين نصفي الكرة المخية وهذا ما أكد عليه "Smith" وTaylor (1990) فقد أظهروا أن هناك اختلافا بالنسبة للأفراد الذين يعانون من الألكستيميا والأشخاص العاديين أثناء الإتصال الذي يحدث بين نصفي الكرة المخية **(مسعودي، 2019، ص.455)**.

فحسب (Guilbaud) فإن الألكستيميا الأولية راجعة إلى إضطرابات التقمص أو المشاركة الوجدانية.

6-2-الألكستيميا 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 إطار التنظيم النفسي **(فاسي، 2016، ص.76)**. في هذه الحالة تكون الألكستيميا الثانوية رد فعل حامي للعواطف التي تكون سيئة التنظيم في الانا البدائي، حيث يكون التشويه في القدرة على معرفة المشاعر وبالتالي رفض الإدراك الخاص بالمشاعر والهلوسة السلبية للعواطف أو يظهر فيض إنفعالي يلجأ منه الفرد إلى الحماية أو خطر الجسدنة ويمكن اعتبارها كحالة ناتجة عن وضعية صراعية تسمح بتحقيق التوازن والتكيف، كما قد تكون أساس الإضطرابات النفسية والمعرفية. **(Pirlot،2014،P.75)**

ف "Maurice Corcos" (2011) يرى أنها لا تظهر فقط عند مرضى الإضطرابات السيكوسوماتية وإنما أيضا لدى الأفراد الذين يعانون من الضغوط التالية للصدمة PTSD والأشخاص المدمنين على المخدرات والكحول المزمن، والأشخاص الذين لديهم فهم عقلي، شراهة، حالات حدية وسيكوباتية.

فهي رد فعل دفاعي ضد التعرف على الإنفعالات وتؤدي إلى تطور وحدة المرضى، فقد لاحظها "Freyberger"(1977) لدى مرضى القصور الكلوي، والأشخاص الذين نمت زراعة لهم أعضاء، فأقر أن

الألكستيميا مرتبطة بصدمة إنفعالية مصحوبة بميكانيزمات دفاع خاصة منها الإنكار، الذي يحسن من المعاش الصعب للمريض. **(Corsos & Pirlot, 2011, P.26)**

من خلال ما سبق نستنتج أن أنواع الألكستيميا تختلف حسب أسباب حدوثها وبداية ظهورها فالألكستيميا الأولية تتسم بالتعقيد من ناحية الاستجابة العلاجية وذلك بسبب ظهورها المبكر منذ الطفولة وتمسكها بالشخصية، أما الألكستيميا الثانوية أقل تعقيدا عن الأولية.

7-النظريات المفسرة للألكستيميا:

أ-نظرية التحليل النفسي:

يعد علماء التحليل النفسي من أوائل الذين لاحظوا مرضاهم المصابين بالأمراض السيكوسوماتية الذين يعانون من عدم القدرة على التعبير عن مشارعهم وانفعالاتهم بطريقة لفظية إذ يجدون صعوبة بالغة كما أن لديهم نقص في التمثيلات الرمزية، لذلك يلجئون إلى ترجمة مشاعرهم بدنيا، ويرجع علماء التحليل الألكستيميا إلى أنها آلة دفاعية ضد فرط الاستثارة الطاقوية المتعلقة بالجانب العاطفي أي عدم القدرة على ربط التمثيلية بالعاطفية. **(دهمش، 2017، ص321)**

واكتشف هذا النموذج من الشخصية من خلال التحليل النفسي ومن خلال الجلسات التي كانت تجري على الأشخاص التي لديهم صعوبة في التعبير وتذكر أي مشاعر وليس لديهم أي مخيلة وليس لأحلامهم أي مضمون وجداني ولديهم صعوبة في التميز بين المشاعر والإحساس الجسمي، وصف مشاعرهم أو مشاعر الغير ونقص في المفردات الوجدانية كما أنهم لا يستجبن للعلاج. **(شيماء، 2019، ص.125)**

سيتعلم الفرد الذي يعاني من الألكستيميا الإذكار والإنشطار فيظهر خطابه وسلوكه جمود وصورة فارغة وكأنه شاشة بيضاء هذه الدفاعات تتغلب على ميكانيزم الكتب الغير كامل الذي يترك توزيع طاقوي حر غير صاد للإثارات بالطريقة الكافية. **(دهمش، 2017، ص.21-22)**

فالفرد يشعر بالعدوانية ولكنه يواجهها ببرود وسلبية صامتة فهي تتعلق بالضورة الداخلية المضيئة بالموضوع الخارجي، بحيث يعجز عن إسقاط العواطف سواء السلبية أو الإيجابية، ولا يستطيع التقمص فيلجأ لإظهار طابع عاطفي وعلائقي خاص. **(Coros & Pirlot, 2011, P.65)**

من جهة نظرا الموقعية:

يمكن أن تصف وجهة نظرا الموقعية الفرضية التي تؤكد على مشكل النمو الغير الكامل للغلاف الجلدي للأنا، فالجلد يغلف السطح بين الداخل والخارج ما يعادل ما قبل الشعور الذي يتواجد ما بين الشعور

واللاشعور، فهو مرتبط بمبدأ الفقر العلائقي المبكر مع تطور النمو الفقير وفقر ما قبل الشعور وصلته مع الوعي واللاوعي.

هذا الأنا الجسدي الفقير يبني تفكير عاطفي فقير الذي يؤدي إلى تفكير إدراكي وليس تفكير عاطفي فهو تفكير خارجي للقيم المدركة والمحسوبة الخارجية والإستجابات الحسية الحركية، فهو تفكير خاص للحقيقة المطلقة الغير متصلة بالماضي والحاضر بدون ذاكرة مع عدم إرتباط مسبق مع المستقبل.

فالنشاط العقلي هنا ثابت لديه حواجز التفكير العملي الذي يعيق عمل الحلم، الذي يكون أساسه حصائي، أما عمل الحداد الذي يتركز على فقدان الموضوع وليس على فقدان ذات للموضوع، والآثار الصدمية التي تؤدي إلى تفكك عاطفي، فيصبح الأنا مضطرب، فالموقعية منشطرة على أساس وظيفي يكون الإنشطار في الموقعية الثانية بين الأنا والذات منشطرين، أما على أساس الموقعية الأولى فالشعور منشطر عما قبل الشعور واللاشعور، بينما تكون الإنفعالات ليست نوعية من أجل البعد عن الإدراكات. **(Corcos and Pirlot, 2011)**

ب-النظرية السلوكية:

يؤكد "Lethnik" (2001) وآخرون أن الأفراد الذين يتعرضون لبعض الصدمات المؤلمة خاصة صدمات الطفولة يحدث لهم حالة من النكوص الوجداني لمواقف الصدمة وما يرتبط بها، وأنه بتكرار تلك المواقف الصادمة يكتسب الفرد مشاعر وإنفعالات، ويرى أيضا "زوليتك" أن المتعرض لهذه المواقف حالة من جهل المشاعر الناتجة عن قمع تلك الخبرات بصفة مستمرة تجنبا للإحساس بالألم المصاحب لتلك المواقف. **(زوبيري، 2019، ص.22)**

كما توصل "ديونسيون وآخرون" Dionisiod et Al (2009) أنه كلما زادت مرات تعرض الفرد لمواقف ضاغطة ومواقف احتراق نفسي تزداد احتمالية إصابة الفرد بالتكتم الإنفعالي، وفي ضوء هذه النظرية تنشأ هذه الأخيرة نتيجة مجموعة عادات خاطئة يكتسبها الفرد نتيجة تعرضه لبعض أساليب التنشئة الخاطئة أو بعض الصدمات التي يسعى الفرد لعدم تذكرها تجنبا للألم والشعور بعدم الإرتياح، إذا فالألكستيميا ترتبط بمثير يؤدي إلى هذه الاستجابة وحدوث تدعي للإرتباط بينهما كالتعرض للصدمات المؤلمة كما في حالات اضطرابات ضغوط ما بعد الصدمات والرغبة في إزالة كل مشاعر الألم إلى حيز الشعور، يؤدي إلى شعوره بصعوبة في القدرة على تحديد ووصف هذه المشاعر **(زوبيري، 2019، ص.22-23)**.

ج-نظرية التعلم الاجتماعي:

يعتمد أنصار هذه النظرية في تفسيرهم للألكستيميا على أنها سلوك تعلمه الفرد من خلال التنشئة الاجتماعية، وقد ينتقل هذا السلوك من خلال الآباء الذين يعانون من صعوبات في تنظيم مشاعرهم ومن ثم يكونوا غير قادرين على تعليم أبنائهم الفهم وتنظيم انفعالاتهم والتعبير عنها، وكلما زادت الألكستيميا عند الآباء كلما زادت معها صعوبة تفسير انفعالاتهم وكذلك تعليم أبنائهم تنظيم هذه الإنفعالات. **(حلمي، 2018، ص.97)**

د-نظرية النمو الإنفعالي:

قدمت هذه النظرية من طرف "لان" و"شوارئز" Lane & Schuarts (1987) وقد استخدمت نموذج التطور المعرفي لـ "بياجيه" (Piaget) في تفسير نمو وتطور الوعي الإنفعالي، إن النمو الوعي الانفعالي يرتبط بالنمو المعرفي، لأن الإنسان يستخدم اللغة لكي يحدد مشاعره ويتعرف عليها ويعبر عنها، ولكي يعبر الفرد عن الحالات الإنفعالية ينبغي أن يكون لديه كلمات مختلفة للتعبير عن المشاعر المتنوعة وأن يصل إليها بسهولة، والأفراد الذين لديهم الألكستيميا يعانون نقص في القدرات المعرفية التي تسمح بترجمة الأحاسيس العصبية الفسيولوجية إلى كلمات، وهؤلاء الأفراد يملكون كلمات قليلة لوصف انفعالاتهم، ويأخذون وقتا طويلا للوصول إلى تلك الكلمات. **(زين العابدين، 2016، ص.39)**

هـ-النظرية البيولوجية الوراثية:

ميز "فريد برجر" (1977) بين الألكستيميا الأولية التي تنتج عن فروق بيولوجية أو وراثية، والألكستيميا الثانوية التي تنتج عن التعرض للأحداث الصدمية النفسية، وغير بعيد عن هذا المضمون أبرزت نتائج دراسة "جورجينيس" وآخرون (2007) أن ما بين 30% إلى 33% من حالات الألكستيميا تعزى إلى الوراثة وما بين 15% إلى 20% من حالات الألكستيميا يرجع إلى عوامل بيئية وراثية وما بين 47% إلى 55% ترجع إلى عوامل بيئية غير وراثية. **(دهمش، 2017، ص.20)**

و-نظرية الضغط:

يرى "مارتن" و"فيل" Martin & Phil (1985) أن الألكستيميا تشكل استجابة خاصة ترتبط بوضعيات ضاغطة فالكف عن الإستجابات المتكيفة والمتمثلة في التعريف والتعبير عن الحالات الإنفعالية، ترتبط بالإستجابات الفيزيولوجية شديدة تؤدي إلى القطيعة بين الاستجابات السوماتية والسيكولوجية النتيجة تكون للإحتفاظ بالنشاط الانفعالي بدون قدرته على المعالجة للمعلومات الإنفعالية، في هذا الإطار يضيف

Pedinielli (1992)، الألكستيميا هي نتيجة للضغط (Stress) حيث بإمكانها أن تقضي إلى إضطراب جسدي مع القدرة على التعريف بالمواقف الضاغطة واستعمال استراتيجيات المتكيفة دائما. **(زين العابدين، 2016 ص.39)**

ي-النظرية النورسولوجية:

يعزوا البعض من أنصار هذه النظرية سبب الألكستيميا إلى حدوث خلل في الشق الأيمن من المخ ويروا أن النصف الأيسر من المخ مرتبط بمعالجة العمليات غير اللفظية، ومن ثم فأي تلف في النصف الأيمن من المخ قد يتسبب في أعراض صعوبة التعبير عن المشاعر (الألكستيميا).

بينما أشار آخرون من أنصار النظرية أن سبب الألكستيميا قد يرجع إلى قصور في الترابط والإتصال بين نصفي الدماغ الأيسر والأيض، في حين يرى آخرون منهم أن تسبب الألكستيميا حددت إختلال للآليات التنظيمية في القشرة الأمامية للدماغ **(حلمي، 2018، ص.98)**.

8-تأثير الألكستيميا على الجهاز الفيزيولوجي:

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

بالنسبة لإرتباط الألكستيميا بالمناعة في هذا المفهوم بجد أعمال تقيم عمل الألكستيميا على الوظيفة المناعية وهو ارتباط مهم بالخصوص حين يتجسد على شكل نفسي عصبي هرموني مناعي، فإن إستثارة محور قشرة الكظر والمحور الودي قد يكون هو المسؤول على اضطراب الوظيفة المناعية على المدى المتوسط، بالنسبة لبعض المؤلفين، إن الحفاظ على إثارة المحور الودي وقشرة الكظر، قد يكون مسؤول على القضاء على المناعة، من الممكن أن يكون لها إنعكاسات جسدية على المدى الطويل. **(شدمي رشيدة، 2014، ص.72)**

حيث أشار "Luminet" إلى الدراسة الخاصة بقياس الضغط الدموي ومعدل ضربات القلب وردود فعل الجلد والتي تعتبر كمؤشرات لنشاط الجهاز العصبي المستقل، فكانت الدراسة تتعلق بتأثير الألكستيميا على الوسائط البيولوجية والتي من شأنها أن تؤثر مباشرة في ظهور استجابات الإجهاد وظهور اضطرابات ناتجة عنه، كما أن الاستجابات المطولة والمستمرة الخاصة بالإجهاد تؤدي إلى إضعاف الجهاز الصناعي وخاصة فيما يخص انخفاض الصناعة الخلوية وارتفاع للمناعة الخلطية، وهذا ما أكد عليه Marinaccio, casamassima, Todarelle سنة 1994، و" Daniele" وآخرون سنة 1997، أنه يظهر لدى النساء

اللواتي يعانين من الألكستيميا انخفاض في الصناعة الخلوية Lymphocytaires، كما قد لاحظوا انخفاض في des lymphocytes T لدى الإناث وفي Cystotoxiques لدى الذكور الذين يعانون من الألكستيميا.

كما قام كل من Paterniti, Guilbaud, Corcos (2004) بدراسة مدى تأثير تغير الألكستيميا على تركيز البلازما لدى الطالبات في الفترة القريبة للدورة الشهرية، فقد لاحظوا ارتباط ما بين l'inerlenkine الذي يحرض الجهاز المناعي ذوي النمط الهرموني وخاصة مع البعد المتعلق بمعرفة الانفعالات والتي من المحتمل أن تؤدي إلى خلل في التوازن الجهاز المناعي بمعنى انخفاض المناعة الخلوية، فهذه النتائج تشير إلى أن التحفيز المزمن للإجهاد ومع ذلك تستحق التحقق منها لأن الباحثين في هذا المجال يؤكدون بأنه عدم جود l'interleukine في الدم لأن تواجدها في البلازما غير مستقر ولا يدل بالضرورة على تأثير الألكستيميا.

كما نجد وسط جد مباش للإستجابات الإجهادية فإستمرارها يؤدي إلى تحفيز Cortisol الذي يعمل على سلسلة من الوظائف العضوية الأساسية مثل ضغط الدم والجهاز المناعي وأيضا في إنتاج "L'interlekine" ومراقبة نسبة السكر في الدم وتخزين الدهون وتشويه العظام والذاكرة، حيث توجد دراستين تدرس العلاقة بين الألكستيميا ومستويات الكوتيزول في البلازما فمثلا Graugaard, Finset (2006) قد تحصلوا على نتائج مفادها أن هناك ارتفاع في نسبة الكورتيزول لدى نساء يعانين من الألكستيميا وآلام الليفي العضلي "Fibromyalgiqu". **(Olivier Luminet, Nicolas Vermeulen, 2013, P.7677).**

9-الألكستيميا وعلاقتها بالإضطرابات الجسدية والنفسية:

ارتبطت الألكستيميا بالعديد من الأمراض والإضطرابات الجسدية والنفسية نذكر منها في الجانب الطبي بأنها تتعلق بالعديد من الأمراض الجسدية كضغط الدم، فعلى الرغم من وجود أبحاث حول موضوع مرض الألكستيميا وعلاقتها بالأمراض النفسية والجسدية، إلا أن هناك دراسات تشير إلى اضطراب جد قوي بين الألكستيميا وارتفاع ضغط الدم، فقد وجدت دراسات أن نسبة 55% من الغصابة بإضطراب الألكستيميا لدى مجموعة من مرضى ارتفاع ضغط الدم في "إيطاليا"، في عينة مجتمعية متكونة من 55 فردا من مرضى ارتفاع ضغط الدم في "فلندا" مصابين بالألكستيميا، أما على المستوى النفسي تم تسليط بعض الأبحاث الضوء على علاقة الألكستيميا بالإضطرابات النفسية كالإكتئاب واضطرابات الأكل مثل فقدان الشهية العصبي حيث كان للألكستيميا تأثير على الصحة الجسدية والعملية فإنها تأثر على تواصل عواطفه حيث لديها تأثير سلبي على نوعية الحياة لدى الأفراد، وترتبط بالشعور بعدم الثقة في النفس.**(بوعشة، 2020، ص.57)**

10-قياس الألكستيميا:

هناك العديد من الأدوات التي يتم استخدامها لقياس الألكستيميا، المنهج التشخيصي على الاستبيانات الغير متجانسة، بينما يعتمد المنهج البعدي على استبيانات ذاتية، في الوقت الراهن، التقييم الذي يجمع بين المنهج الفئوي (التشخيصي) والمنهج البعدي قياس شدة الألكستيميا هو الأكثر ملائمة لقياس وتقييم ظاهرة الألكستيميا، من بين الاستبيانات الذاتية يمكننا ذكر مقياس "RAS" و"BVAQ"، فلكل منهما لديه صفات سيكومترية مرضية. **(Monnier, 2011, P.71-72)**

10-1-مقياس تورنتو الألكستيميا (TAS-20 Toronto Alexithymia scale):

لعلاج الألكستيميا يتم تطبيق مقياس الألكستيميا الذي وضعه "**باجي**" **وزملائه Taylor & al (1994)** ويشتمل على عشرين (20) عبارة، وثلاثة مقاييس فرعية وهي كما يلي:

- الصعوبات تحديد المشاعر "DIF".
- الصعوبات في وصف المشاعر "DDF".
- المشاعر الموجهة نحو الخارج " EOT".

بينما يشير هذا الأخير إلى الميل الخاص إلى التعامل مع الموضوعات السطحية فقط وذلك من أجل تجنب التفكير العاطفي.

تناول مقياس ثورنتو (TAS-20) النقاط الرئيسية الكامنة وراء الألكستيميا حيث تستخدم هذه الأداة بشكل عام لجمع البيانات حول الإدراك والتمييز والتعبير عن المشاعر الخاصة. يتم تصنيف العناصر الموجودة داخل المقياس، على سبيل المثال: "غالبا ما أشعر بالإرتباك بشأن bالمشاعر التي تنتابني""، على مقياس "Likert" تقييم من "1" لا أوافق تماما إلى "5" أوافق تماما. مجموع النقاط حول الألكستيميا هو مجموع الردود على جميع العناصر العشرين للمقياس، مقياس ثورنتو (TAS-20) يستخدم درجات القطع ويمكن أن تتراوح درجات الألكستيميا من 51 (غير الألكستيميا) إلى ما يعادل أو يزيد على 61 (الألكستيميا) من منطقية وسطية من 52 إلى 60 (الألكستيميا محتملة) **(Gisselman, 2019, P.12-13)**.

وقد تمت ترجمة هذا المقياس (TAS-20) إلى 20 لغة من بينها العربية، استعمل التحليل العاملي التوكيدي في هذه الدراسات للتأكد من صحة الأبعاد الأساسية للمقياس، وخلصت هذه الدراسات إلى إثبات داخلي عالي لكل الترجمات، وبهذا يمكن القول إن مقياس "ثورنتو" للألكستيميا يتمتع بصدق وثبات عاليين

في كل الترجمات، وهذا ما يؤهله لتجاوز الحواجز الثقافية واللغوية في كل بلدان العالم. **(زين العابدين، 2016، ص. 39-40)**

10-2-استبيان BVAQ Bernard Verst Alexithymia Questionnaire:

وهو استبيان أعده الزميلان "بيرنارد" و"فورست" Verst & Bernard، وهو إستبيان ذاتي يقصد به أن نباءه يكون أقرب إلى مفهوم الألكستيميا، يكون هذا المقياس من 40 عنصرا في شكله الكامل، والشكل المختصر في 20 عنصرا. أظهرت تحيلاتهم للعوامل وجود خمسة عوامل مستقرة ومستقلة نسبيا:

- القدرة على تحديد المواقف والحالات الإنفعالية.
- القدرة على التعبير اللفظي على الإنفعالات والمشاعر.
- الحياة الخيالية.
- أسلوب التفكير الملموس والعملي.
- التفاعل الوجداني العاطفي.

يظهر مقياس " BVAQ" الصفات السيترولوجية المرضية (تناسق داخلي جيد، صلاحية متزامنة مرضية وثبات عاملي) بالإضافة إلى إرتباط جيد مع اختبار "ثورنتو" (TAS-20)، تتأثر عوامل "BVAQ" قليلا بالضيق العاطفي. **(Monnier, 2011, P.73)**

من ناحية أخرى، تكون عناصر "BVAQ" أكثر استقلالية من عوامل "TAS" حيث يظل العامل 1 و2 مرتبطان ارتباطا وثيقا، ومع ذلك فإن التفكير الوصفي والدراسات المثيرلوجية لصدق هذه الأداة لا تزال قليلة جدا من حيث العدد، ويجب إعادة إنتاجها وتأكيد صدقها وثباتها. **(Zein El Abbiddine, 2014 P.09-10)**

10-3-مقياس "مينوسوتا"المتعدد الأوجه لشخصية The MMPI Alexithymiascale:

يعد من أهم مقاييس التقدير الذاتي، تم تطويره من طرف "Rinsmon Kleiyar" (1980) ويشتمل هذا المقياس على 22 بندا له خصائص سيكومترية ضعيفة، لا يمكن لهذا المقياس أن يدعم صلاحية قياس الألكستيميا ولا يمكن أن يوصي به لأغراض بحثية وإكلينيكية. **(زين العابدين، 2016، ص.40)**

11-العلاج النفسي للألكستيميا:

يكون التدخل العلاجي لمرضي التكتم الإنفعالي (الألكستيميا) بتعليمهم مشاعرهم وتمييزهم بين المشاعر النفسية والإحساسات الجسدية واتخاذ القرار بناء على القيم الذاتية أي التوجه الداخلي في التفكير

وتنمية القدرة على الخيال، ولقد أشار "سيفنوس" (Sifneos) إلى فشل العلاج النفس الدينامي مع الألكستميين ونجاح العلاج الفردي التدعيمي والعلاج الجماعي مع الدواء المؤثر على العقل إلى جانب العلاج النفسي التعليمي فضلا عن أن التحليل النفسي مع ذوي التكتم الإنفعالي التي يصيب كل من المريض والمعالج بالإحباط الذي يترتب عليه ردود أفعال فيزيولوجية للضغط .**(زوبيري، 2019، ص.23)**

ولقد اقترح "فريبرجر" (Freyberger) استخدام استراتيجيات منها بناء علاقة مستقرة مع المريض وتسهيل التحويل الإيجابي وإمداد المريض بأمثلة لكلمات المشاعر والخيالات ولعب المعالج لدور إيجابي في تشجيع المريض على التحدث عن مشاعره وترجمة طبقة التفكير المميزة إلى حالات وجدانية أكثر تميزا.

لاحظ العديد من المعالجين بأن استخدام العلاج التحليلي في علاج الألكستيميا لا يأتي بنتائج واستجابات جديدة فـ "Reuch" 1948 قام بمعالجة اضطرابات الخلل الإنفعالي فوجد فشل في ربط الكلام مع التعبير الرمزي عن العواطف، أما "Krystal" الذي لديه خبرة في معالجة الأشخاص الذين يعانون من الإدمان وضغوطات ما بعد الصدمة، أكد على فشل العلاج السيكوديناميي لدى هؤلاء وأرجع هذا الفشل إلى تواجد الألكستيميا كعامل لديهما، كذلك نجد "Nemaih, Freyberger, Sifneos" فقد أوصوا بإستعمال العلاج بالسند والذي يمكن أن يشترك فيه كل من الأخصائي السيكوسوماتي والطبيب العقلي بدلا من العلاج التحليلي الكلاسيكي، أما البعض الآخر من الباحثين فقد نصحوا بإستعمال تقنيات العلاج المعرفي السلوكي والعلاج الدوائي والعلاج التحليلي المختصر. **(فاسي، 2016، ص.111)**

ومن بين الطرق العلاجية المدرجة لعلاج الألكستيميا نذكر:

11-1-العلاج الدوائي:

هناك العديد من الأدوية النفسية المستعملة لعلاج الألكستيميا وخلل الإضطرابات الإنفعالية مثل " Les Benyodiazépines" والتي تعتبر من مضادات القلق "Les ansciolytiques" والتي تعرف بمفعولها ضد الحصر وأيضا ضد الإضطرابات المتعلقة بالنوم. كما لديها مفعول في تخفيض التوتر النفسي وحالات الإجهاد كما تستعمل مضادات الإكتئاب سواء ثلاثية الحلقة "Les tricycliques" أو MAOI مثبطي أحادي الأمين أكسيداز وهي أدوية قادرة على تحسين الحالة المزاجية للفرد والتي من خصائصها إنعاش المزاج الإكتئابي وإزالة التثبيط وتعطيل النشاط العقلي والحركي، كما أنها تخفض من القلق والحصر وأيضا تستعمل معدلي المزاج "Les thyorégulateurs" ومضادات الذهان "Les neuroliptiques" هذه الأدوية ذات مفهول جيد لكن قد ينتكس المريض لمجرد التوقف عنها والاستمرار في تناولها قد تظهر عنها

آثار جانبية أخرى ناهيك عن التبعية للأدوية النفسية، توجد العديد من الدراسات التي تبحث عن علاج دوائي للألكستيميا لكن لم يتحصلوا على علاج مرجعي لهذا الخلل .**(فاسي، 2016، ص.115)**

11-2-العلاجات الفردية:

وهو نوع من العلاج يعتمد بالدرجة الأولى على التواصل الذي يحدث بين المختص والمريض، يقوم أولا المعالج بتقديم نموذج تعليمي وشرح مفصل حول الاضطراب من أجل جعل المريض يفهم ذاته يشكل أوضح وأن يواجه معاشه النفسي، كما يساعد المختص المفحوص بمعرفة مشاعره وإنفعالاته والتعبير عنها وأن يدرك المواقف الضاغطة التي تواجهه ويترجم تلك الوضعيات التي تواجهه في حياته اليومية، بالنسبة للذكور الذين لديهم مستويات عالية من الألكستيميا يجب الإعتماد هنا على العلاجات النفسية التربوية يجب أولا تطوير ما لديهم من مفردات باللغة التي تعبر عن مشاعرهم وإنفعالاتهم المختلفة، تم تعليم مهارة قراءة انفعالات الآخرين ومشاعرهم، ومن بعد ذلك تعليم الحفاظ على تاريخهم الشخصي وتحسين قدرتهم على استخدام القدرات الإنفعالية والعاطفية التي تم إكتسابها خلال فترة العلاج الفردي. **(Luminet & Vermeulen, 2013, P.138)**

11-3-العلاجات الجامعية:

تعتبر العلاجات الجماعية تكميلية للعلاجات الفردية للأشخاص الذين يعانون من الألكستيميا فالمجموعة تسمح للفرد بالتعرف على الخبرات الإنفعالية وفهم المعاش العاطفي انطلاقا من العلاقات الشخصية التي يطورها أثناء الحصص العلاجية، ومن المهم أن تمنح المجموعة للفرد دور السند والدعم الذي يساعد الفرد على التعبير عن انفعالاته وردود فعله خاصة العدوانية وجها لوجه، الذي يكون نتائج متعلقة بالنقص الموجود في التقمص العاطفي، كما يقوم المختص بالتركيز على دور الإتصال بين مختلف أفراد المجموعة. **(فاسي، 2016، ص.114)**

11-4-العلاجات الجسدية:

إن الأشخاص المصابين بالألكستيميا يعانون من عجز في تفسير الإحساسات الجسدية، أي الإحساسات الجسدية المصاحبة للإنفعالات، وهذا بسبب تدني مستوى الوعي بالذات والمعالجة المعرفية للإنفعالات، بالإضافة إلى مشكل العجز في القدرات الاستبطانية، أي إنعدام القدرات الإدراكية للتعبير عن الحالة الذاتية، التوازن، والحركات الوضعية، الذي يرمز إلى عجز الوعي بالجسد والذي يحتوي على مكونات

معرفية مرتبطة بمعارف مختلفة بأجزاء مختلفة من الحسد، ومعرفة الميكانيزمات الفيزيولوجية والمكونات والإنفعالات المرتبطة بالعواطف.

يذكر "لوميني" (Luminet) أن هناك عمل خاص في هذا المجال من أجل تطوير الوعي والإدراك الجسدي للأشخاص الذين يعانون من الألكستيميا من أجل الوصول إلى مستوى إدراكي للنشاط الجسدي أين يسمح التدليك الجسدي التركيز على الوضعية الجسدية والتنسيق العضلي والتنفس وإكتشاف حدود الجسم، والقدرة على إرخاء العضلات، وتبديل النشاط الحركي، تظهر نتائج هذا العلاج خاصة عند الأفراد الذي يعانون من تنادر القولون العصبي الملتهب وإضطرابات الغذاء بصفة عامة، فهذه الطريقة لا تظهر نتائج إيجابية فقط على الألكستيميا بل أيضا على بعض العوامل مثل نقص الاستبصار ونقص الحس الجسدي وحالة عدم القدرة على التعبير الإنفعالي. **(Luminet & Vermeulen, 2013, P.141)**

11-5-العلاج بالرسم:

قام الإنسان بممارسة الفن كطريقة للتعبير والإفصاح عن معتقداته، أفكاره، مشاعره، يعرف كل من "كايمال، هاسكينز، منيسجر، هارثويل، ماندير ويلف"، العلاج بالرسم بأنه نوع من العلاج النفسي، يستخدم المواد والمنتجات الفنية كالرسومات وغيرها في جلسات العلاج النفسي التي يقودها مختص، مدرب يهدف استخراج التعابير والإنفعالات التي يخفيها العميل ويعبر من خلالها عن حاجاته النفسية والإنفعالية، إذ يوفر الرسم فرصة للأفراد الذين لا يستطيعون التعبير عن أفكارهم ومشاعرهم لتمثيل أنفسهم بشكل طبيعي كما أن الفرد يلجأ لرسم أفعاله كنافذة للحالات العاطفية التي يحس ويشعر بها وكثيرا ما تتضح نقاط القوة والضعف المرتبطة بشخصية الفرد في رسوماته كما أكد وأثبت العلاج بالفن أو الرسم فعاليته في تحسين أداء الأطفال والإبداع والوعي الذاتي. **(السيوف، 2020، ص.271-272)**

11-6-العلاج بالموسيقى والذاكرة:

أقيمت دراسة حول قدرات الذاكرة وعلاقتها مع مختلف السياقات الموسيقية خلال الترميز لها أثر في العلاج حيث يقترح استخدام الموسيقى فهو يسهل استرجاع الذكريات الإيجابية للأفراد ذوي مستوى مرتفع جدا من الألكستيميا، أي أن إستخدام الموسيقى يدفع الإنفعالات الإيجابية وهذا التحسن في الوصول إلى الذكريات الإيجابية يسهل بعد ذلك تعديل الإنفعالات.

فمن المهم السماح بتنظيم إنفعالي أمثل أن تكون هناك القدرة على إيجاد الذكريات الإيجابية عند المرور بمواقف صعبة انفعالية ويمكن إذن أن يترجم قدراته لمواجهة المواقف.

وبطريقة مثيرة للإهتمام هذه الدراسة تشير إلى فعالية هذه التقنية التي تنتج من التسجيل اللغوي فالموسيقى يمكن أن تكون الطريقة السهلة عن طريق التسجيل الصوتي لمساعدتهم على التعبير خاصة إذا كان هذا التسجيل يمس حاستهم العاطفية. **(Luminet، Vermeulen & Grynberg, 2013)**

11-7-العلاج عن طريق التنويم المغناطيسي:

إن تقنية التنويم عن طريق الصور العقلية يمكن أن تكون كخيار آخر علاجي، حيث تم اختباره مؤخرا من قبل "لوميني" وزملائه سنة (2008) خلال برنامج في ثمانية حصص فردية على مجموعة من الطلبة الذين أظهروا مستوى إكلينيكي للألكستيميا حيث بعد انتهاء الحصص المبرمجة لوحظ أن التغير العام في المزاج كان مستقل على مستوى الألكستيميا وهذا ما يشير إلى التنويم قد أثر مباشرة على شدة الألكستيميا والذي لا يفسر بعاطفة سلبية أثناء التدخل العلاجي.

حيث تشير هذه النتائج إلى أن السياق المحدد للتنويم أي الحالة المعدلة للوعي تستطيع تفريغ محتمل للتخيل المستغل وهذا عند الأفراد الذين لديهم مستوى مرتفع من الألكستيميا.

فالتنويم بالتخيل العقلي يمكن استعماله من أجل تعزيز الوعي الإنفعالي للمفحوصين كما هو الحال في تحديد الوضعيات الإنفعالية الصعبة لديهم، وبصفة عامة هي من الممكن أن سهل علاقة المفحوص بالمعالج بالإضافة إلى تأثيرها على تعزيز القدرة على الاستبصار. **(Luminet، Vermeulen & Grymberg, 2013)**

خلاصة الفصل:

تطرقنا في هذا الفصل إلى كيفية تأثير الألكستيميا على الحياة النفسية والجسدية للفرد، فكما أظهرت الدراسات الحديثة أن مصابي الألكستيميا يعانون من صعوبات كثيرة في التعامل مع مواقف الحياة الضاغطة والقدرة على التواصل الفعال مع المحيطين حولهم، فعدم التعبير عن المشاعر وكبتها يرتبط بالعديد من المشكلات النفسية وله آثار مرضية على الصحة النفسية والجسدية، كما ان الألكستيميا نوعان أولية وثانوية والتي يسعى الكثير من الباحثين لدراسة وتفسير هذا الإضطراب فإختلاف وجهات النظر حولها، فموضوع الألكستيميا له أهمية تبرى سواء من حيث معرفة سبب الإضطرابات النفسية أو كيفية التكفل والعلاج.

الفصل الثالث: الوحدة النفسية

تمهيد

1- مفهوم الوحدة النفسية.

2- نشأة الوحدة النفسية عند الفرد.

3- مكونات الوحدة النفسية.

4- خصائص الشعور بالوحدة النفسية.

5- تصنيفات الوحدة النفسية.

6- النظريات المفسرة للشعور بالوحدة النفسية.

7- مظاهر وأبعاد الوحدة النفسية.

8- السمات الشخصية المرتبطة بالوحدة النفسية والأضرار النفسية الناتجة عنها.

8-1-سمات الشخصية المرتبطة بالوحدة النفسية.

8-2-الأضرار النفسية الناتجة عن الوحدة النفسية.

9- الطرف الفعالة في الحد من الشعور بالوحدة النفسية.

خلاصة الفصل

تمهيد:

قد يتعرض الفرد بسبب ضغوط مهنية ونفسية وإجتماعية إلى الوقوع في الوحدة النفسية والتي تعد من أصعب المشاعر التي يمر بها الإنسان، وهي حالة إنفعالية مؤلمة يعيشها بسبب ظروف خاصة، يرغب فيها الفرد الإبتعاد عن الآخرين.

أكد الملاحظ حتى بوجود الأشخاص بجانبهم إلا أن شعور الوحدة النفسية لازال يلازمهم، لذلك في هذا الفصل سيتم التعرف على طبيعة الشعور بالوحدة النفسية من خلال مفهومها، نظرياتها، خصائصها وأهم الطرق الفعالة للحد منها.

1-مفهوم الوحدة النفسية:

1-1-التعريف اللغوي للوحدة النفسية:

في معاجم اللغة العربية:

يقصد بالوحدة النفسية في اللغة العربية الإنفراد وقد اشتق من معنى واحد في القاموس العربي الوسيط يحده ووحدا ووحودا، ووحدة أي انفراد بنفسه، فهي من مصدر واحا، ويصل إلى الوحدة أي إلى الإنعزال بالنفس **(النيرب، 2016، ص.10)**، وعرفها الجوهري أيضا لغويا بأنها: الوحدة الانفراد، يقال: رأيته وحده وجلس وحده أي منفردا، وهو منصوب عند أهل الكوفة على الظرف، وعند أهل البصرة على المصدر في كل حال. كأنك قلت أو حدته برؤيتي إيحادا أي لم أر غيره ثم وضعت وحده هذا الموضع. **(خياط، 1988، ص.887)**

وتعرف أيضا الوحدة النفسية كذلك في اللغة بأنها "الانفراد" أو الشعور بالوحشة "الانقطاع عن الناس وبعد القلوب عن المودات".

في المعاجم الأجنبية:

المعاجم الأجنبية كانت أكثر تحديد المفهوم الوحدة النفسية من المعاجم العربية، حيث اتفق كل من "نيلسون" وزملائه و"لاروس" (Larousse) إلى أن مصطلح "الوحدة النفسية" (Loneliness) يشتق من الصفة "Lone"، وهي صفة يقصد بها منفرد، متوحد، وحيد، من غير رفيق، ليس عضوا متفاعلا في شلة أو جماعة، وهي مفاهيم تشير في جملتها إلى إحساس الفرد بكونه منفصلا أو منعزلا عن أبناء جنسه، وهي حالة يشعر فيها الفرد بالوحدة أي الإنفصال أو العزلة عن الآخرين وتصاحبها معاناة الفرد لكثير من ضروب الوحشة "Lonesome" والاغتراب "Aliénation" والإتمام "Déjection" والإكتئاب "Dépression"، من جراء الإحساس بكونه وحيدا، إلا أن "لاروس" ربط في معجمه بين مفهوم الوحدة النفسية وبين إحساس الفرد بالتعاسة "Misérable" من جراء اضطرار الفرد إلى اعتزال الناس بسبب شعوره بإفتقاد الرفيق أو الصديق. **(قشقوش، 1988، ص. 189-190)**

1-2-التعريف الاصطلاحي للوحدة النفسية:

تعددت تعاريف مفهوم الشعور بالوحدة النفسية وفقا لاتجاه وجهات نظر كل عالم من العلماء، وفيما يلي عرض لبعض هذه التعاريف: يعرف "موستكاس" (Moustakas, 1996) الوحدة بأنها: بقاء الفرد بدون صحبة ولكنه يضيف أن الشعور بالوحدة النفسية يعتبر شعورا أعمق من مجرد البقاء دون صحبة فهو شعور بالفراغ العاطفي.

كما يعرف "لينش" (Lych, 1977) الشعور بالوحدة النفسية بأنها "حالة يشعر فيها الفرد بالوحدة أي الانفصال عن الآخرين، وهي حالة يصاحبها معاناة الفرد لكثير من ضروب الوحشة والإغتراب والإغتنام والإكتئاب وذلك جراء إحساسه بالوحدة".

ويرى البعض أن الوحدة النفسية تحدث بسبب غياب الإنسان عن أحبته لفترة طويلة أو بسبب وفاة الزوج أو الزوجة أو بسبب الطلاق أو الإنفصال ويشعر المنفصلون أو المطلقون بالوحدة النفسية بدرجة أعلى من الأفراد الذين يعيشون بمفردهم ولم يتزوجوا. **(عبد الباقي، 2002، ص.86)**

أما بيزولا أوني **(Busala oni, 2010)**: تعرفها على أنها تجربة ذاتية تتميز بعلاقات اجتماعية غير كافية في بعض النواحي (العائلة، الأصدقاء) الهامة إما كميا أو نوعيا، وتكون مرتبطة بعدة عوامل تعيق الحفاظ على العلاقات الاجتماعية للفرد، وهي إحدى النتائج الرئيسية المتعلقة بمنع الأفراد في المشاركة في الأنشطة المعتادة مع الآخرين وفقدان الاستقلال. **(حمو علي، 2012، ص.28)**

كما عرفها "ليدرمان" (Leidrmen, 1980) بأنها حالة وجدانية يكون الفرد فيها واعيا بأنه منفصل عن الآخرين مع معايشة لحاجة غامضة لهم. **(الحمداوي، 2012، ص.4)**

أما "جونز" (Jones, 1981) عرفها بأنها شعور مؤلم وغير مرغوب فيه، يعيشه الفرد نتيجة انفصاله عن الوسط الذي يتواجد فيه. **(معمرية، 2018، ص.17)**

يرى "ليدرمان" أن الوحدة النفسية حالة وجدانية، حيث يمكن للفرد أن يصل إلى الآخرين ولكنه لا يستطيع التواصل معهم، أما "جونز" وصفها بأنها شعور مؤلم وغير مرغوب فيه بحيث يعيش الفرد في حالة من توتر قلق دائم ومعاناة في كثير من العلاقات الاجتماعية.

عرف "قشقوش" الوحدة النفسية (1983) بأنها إحساس الفرد بفجوة نفسية تباعد بينه وبين الأشخاص وموضوعات مجاله النفسي إلى درجة يشعر معها بإفتقاد التقبل والود والحب من جانب الآخرين، بحيث يترتب على ذلك حرمان الفرد من أهلية الإنخراط في علاقات مثمرة مشبعة مع أي من الأشخاص وموضوعات الوسط الذي يعيش فيه ويمارس دوره من خلاله. **(النيرب، 2016، ص.7)**

أما "الساعاتي" (1990) عرف الوحدة النفسية بأنها شعور الفرد بأنه غير منسجم مع الآخرين وأنه بحاجة إلى أصدقاء وأنه ليس هناك من يشاركه أفكاره واهتماماته ويمتلكه الإحساس بأنه وحيد، ويشعر بإهمال الآخرين وهو ليس جزء من جماعة من الأصدقاء، وأن الناس مشغولين عنه وأن علاقاته بالآخرين لا قيمة لها. **(جاسم، 2009، ص.3)**

وقد تناول "أبو بكر موسى" (1999) تعريف الوحدة النفسية على أنها: خبرة غير سارة تضطرب فيها العلاقة بين الواقع وعالم الذات وتنبئ عن عجز في المهارات الاجتماعية وفي شبكة العلاقات الاجتماعية ويصاحبها أعراض سيكوسوماتية ومشكلات تدور حول نقص الأصدقاء والدفء في العلاقات، ومن ثم إفتقاد الرابطة الوجدانية مع الوسط المحيط، مما يؤثر على الأداء السيكولوجي والتوافق العام للفرد. **(الدهان، 2001، ص.98)**

تعرف "شيقر" (2020) الشعور بالوحدة النفسية بأنه الرغبة في الابتعاد عن الآخرين والاستمتاع بالجلوس منعزلا عنهم مع صعوبة التودد وصعوبة التمسك بهم، بجانب الشعور بالنقص وعدم الثقة بالنفس. **(خوخ، 2000، ص.20)**

من خلال التعاريف السابقة نلاحظ أنها تتفق على أن الشعور بالوحدة النفسية هو خبرة غير سارة تتضمن إحساس نفسي مؤلم لدى الفرد يتمثل بالشعور بالضيق والضجر والملل، والإحساس بفقدان المحبة والمودة بين الآخرين.

2-نشأة الوحدة النفسية عند الفرد:

قد تنشأ الوحدة النفسية عن الشعور بالرفض، أو سوء الفهم أو الإنفصال أو المرض أو المواقف المأساوية، إلا أن هناك سمات شخصية بعينها تعمل على زيادة مستوى الشعور بالوحدة النفسية، وتتضمن هذه السمات المهارات الاجتماعية الضعيفة، والمواقف السلبية، وضعف الثقة بالنفس وعدم الشعور بالأمان وأيضا انعدام الثقة بالآخرين، كما يعد الشعور بالوحدة النفسية من الظواهر الاجتماعية الهامة التي قد تظهر في جميع مراحل عمر الإنسان من الطفولة إلى الكهولة، وهي مشكلة عامة قد تصيب الفرد في مراحل العمر نتيجة فقدان الفرد للإتصال والإحتكاك الانفعالي "Emotional Attchement"، إلا أن الشباب على وجه الخصوص أكثر عرضة للشعور بالعزلة، والوحدة وذلك لأن مهام النمو الرئيسية تتطلب انسلاخ الشباب من التعلق بالآباء، وتكوين علاقات جديدة مع أفراد من نفس جنسهم أو الجنس الآخر أو جماعة الرفاق ونتائج هذه العملية تولد الشعور بالعزلة والوحدة.

وقد افترض كل من روبنشتين وشيفر "Rubenstein ans Shaver" أن الوحدة النفسية التي يتعرض لها المراهق لها جذور في مرحلة الطفولة أي أن تعرضه في سنوات عمرية الأولى إلى خبرة الإنفصال عن الوالدين أو فقدان أحدهما أو النبذ والإهمال من العوامل المسؤولة عن مشاعر الوحدة التي تؤثر عليه في سنوات حياته اللاحقة، وتظهر هذه المؤشرات بجلاء عندما ينفصل الطفل عن والديه وخاصة الأم، ويشير

إلى تأكيد أهمية العلاقة القائمة بين الآباء والأبناء في مراحل عمرهم المبكرة، وذلك لما يتضمنه دور الآباء في مراحل عمرهم المتتالية. **(الحربي، 1996، ص.12)**

وهذا ما أيدته دراسة كل من "روبنشتين وشافر" (Rubenstein and Shaver) في مسح أجرياه في مدينتين مختلفتين في الولايات المتحدة الأمريكية حيث تبين أن الأبناء الذين أدركوا آبائهم بأنهم مصدر للأمن والثقة لم يخبروا الوحدة النفسية لدى الأبناء وأن الذين تعرضوا إلى الإنفصال عن أحد الأبوين حصلوا على أعلى مستويات الشعور بالوحدة النفسية، وقد فسر الباحثان نتائجهما على أن قلق الإنفصال المزمن يترك الفرد وهو على هاوية السقوط في براثن الوحدة النفسية. **(الحربي، 1996، ص.13)**

3-مكونات الوحدة النفسية:

تناول "قشقوش" مكونات الشعور بالوحدة النفسية فيما يلي:

- إحساس الفرد بالضجر نتيجة افتقاد التقبل والثواد والحب من قبل الآخرين.
- إحساس الفرد بوجود فجوة نفسية "Psychological gap" تباعد بينه وبين الوسط المحيط يصاحبها أو يترتب عليها فقد الثقة بالآخرين.
- معاناة الفرد لعدد من الأعراض العصابية كالإحساس بالملل وإنعدام القدرة على تركيز الإنتباه والإستغراق في أحلام اليقظة.
- إحساس الفرد بإفتقاد المهارات الاجتماعية اللازمة لإنخراطه في علاقات مشبعة ومثمرة مع الآخرين. **(قشقوش، 1988، ص.161-163)**

ويرى "خضرو الشناوي" (1988) أن مشاعر الوحدة تنتج من الحاجة للإرتباط مع آخرين على أساس الود والمحبة وإلى مقدرة الفرد على التعبير عن أفكاره وعواطفه بحرية تامة، وبدون خوف من الفرص أو سوء الفهم، وأن الوحدة أو الإحساس بما لا تحدث لكون الإنسان منفردا بل هي نتيجة لنقص العلاقة الوثيقة والودودة مع شخص آخر، أو نتيجة نقص في نسيج العلاقات الاجتماعية التي يكون فيها الفرد جزءا من مجموعة أصدقاء يشتركون في الإهتمامات والأنشطة.

وهناك من نظر إلى الوحدة النفسية على أنها تمثل تكوينا نفسيا يتصف بالشمول والعمومية (**Ellison & Paloutizian, 1973**)، في حين حاول فريق آخر النظر إلى الوحدة النفسية على أنها تتكون من عوامل وأبعاد متعددة. **(المزروع، 2003، ص.161-163)**

4-خصائص الشعور بالوحدة النفسية:

لقد أكد الباحثون في هذا المجال ومنهم "بيلو" (Pepleau) و"بيرمان" (Perman) على وجود خاصيتين للوحدة النفسية هما:

- أن الوحدة النفسية تعتبر خبرة غير سارة تدخل ضمن الحالات الوجدانية غير السارة مثل الاكتئاب القلق، الضغط النفسي .... الخ.
- أن مفهوم الوحدة النفسية يختلف عن الإنعزال الاجتماعي وهي عملية إدراكية ذاتية يعيشها الفرد نتيجة النقص في نسيج العلاقات الاجتماعية، وتختلف هذه النقائص، قد تكون كمية مثل نقص الأصدقاء وقد تكون نوعية مثل فقدان الألفة من قبل الآخرين. **(شويخ، 2009، ص.167)**

واهتمت بعض الدراسات بتحديد بعض سمات الشخصية التي ترتبط بالوحدة النفسية وتتلخص هذه الدراسات فيما يلي:

وجد كل من "بلوكونيس" و"زيمبادرو" (Pilkonis et Zimbardo) و"سيرمات" (Sirmat) و"كاترونا" (Catrona) أن الأفراد الذين يخبرون مشاعر الوحدة النفسية يميلون إلى الخجل والإنطواء، ويقل ميلهم للمخالفة الاجتماعية.

كما تشير دراسة سليمان (1989) أن الشخص الوحيد نفسيا يعاني من الحساسية الزائدة ونقص الثقة في النفس وتقدير ذات منخفض، إضافة إلى تجنبه إقامة علاقات بسبب القلق والخوف من الحصول على تغذية رجعية سلبية. **(جداوس منال، 2012، ص.44)**

ووضف "جونز" Junes (1980) مشاعر الوحيدين على لسانهم، ومنها العجز، إنعدام الأهمية الانفصال، التعاسة والرفض.

ويشير أيضا "لخضر الشناوي" (1988) أن الشعور بالوحدة النفسية حالة يشعر بها الفرد بشيء ينقصه، والمظهر الأساسي للوحدة هي الوحشة، والشخص الذي يشعر بالوحشة يصل إلى الناس لكن لا يستطيع أن يتواصل معهم ومن ثم لا يستطيع استبعاد عنصر الوحشة.

5-تصنيفات الوحدة النفسية:

من أهم التصورات التي قدمها علماء النفس للشعور بالوحدة النفسية، أن هناك ثلاثة مستويات أو أنواع من هذا الشعور

أ-الشعور بالوحدة النفسية الأولية: وهو اضطراب في سمات وخصائص الشخصية أو قصور في الوظائف النفسية التي تحكم عملية التفاعل الاجتماعي، وهذا المستوى ينقسم إلى نوعين وهما:

-الشعور بالوحدة النفسية الناتج عن تأخر نمائي في الشخصية ينتج عن تباطئ في التتابع الطبيعي لنمو الشخصية.

-الشعور بالوحدة النفسية الناتجة عن قصور في السلوك، ويرتبط بعجز أو قصور في الوظائف النفسية التي تحكم عملية التفاعلات الشخصية المتبادلة. **(معمرية، 2018، ص.19)**

ب-الشعور بالوحدة النفسية الثانوية: تعد الوحدة النفسية نوعا من حرمان الفرد من العلاقات العاطفية والتي تحدث كإستجابة للفرد عند حرماته من الأشخاص الآخرين الذين يعتبرهم ذوي أهمية كبيرة في حياته وقد ينتج هذا الشكل من أشكال الوحدة النفسية بعد حالات الطلاق، والترمل والتصدع في العلاقات الاجتماعية على مستوى الاسرة أو المجتمع بأسره. **(الطائي، 2008، ص.79)**

والفرق بين الشعور بالوحدة الأولية والثانوية، يرجع إلى طبيعة الحدث أو الموقف، ففي بالوحدة النفسية الأولية نجد حياة الفرد الوحيد نفسيا خالية من العلاقات الودودة ولم يتعرض لأحداث من أي نوع، أما الشعور بالوحدة النفسية الثانوية فيرجع إلى وجود أحداث مفاجئة تؤثر على علاقاته بالآخرين كفق شخص عزيز أو تأثر علاقاته بإبتعاد المقربين. **(معمرية، 2018، ص.19)**

ج-الشعور بالوحدة النفسية الوجودية: إن أصحاب المدرسة الوجودية يعتبرون الوحدة النفسية إنسانية طبيعية معتبرين هذا الإحساس حالة حتمية يتعذر الهرب منها، إلا أن الوحدة النفسية الوجودية يمكن أن تعكس كذلك فترة ما من فترات النماء النفسي لأن خبرة الإحساس بالوحدة النفسية تميل في بعض الحالات إلى أن نحرر ما قد يكون لدى الفرد من طاقات وإمكانيات إبتكارية مثل التقدم التكنولوجي الذي يعتبره الباحثون مصدرا للإحساس بالوحدة النفسية الوجودية. **(شيبي، 1426، ص.23)**

ويقسم "يونك" (Jung) (1978) الوحدة النفسية إلى ثلاثة أنواع هي:

-**الوحدة النفسية العابرة "Transient Lonelines"**: وهي تتضمن فترات من الوحدة النفسية على الرغم من أن حياة الفرد الاجتماعية تتسم بالتوافق والموائمة.

-**الوحدة النفسية التحولية "Transitional"**: وفيها يتمتع الفرد بعلاقات اجتماعية طيبة في الماضي القريب ولكنه يشعر بالوحدة النفسية حديثا نتيجة لبعض الظروف المستجدة.

-**الوحدة النفسية المزمنة "Chronic"**: والتي قد تستمر لفترا طويلة تصل إلى حد السنين وفيها لا يشعر الفرد بأي نوع من أنواع الرضا فيما يتعلق بعلاقاته الاجتماعية. **(شيبي، 1426، ص.24)**

6-النظريات المفسرة للوحدة النفسية:

6-1-نظرية التحليل النفسي:

فسر فرويد الشعور بالوحدة النفسية بأنها عملية تنافر المكونات داخل الفرد (لهو، الأنا، الأنا الأعلى) مما يؤدي إلى سوء توافقه مع نفسه، ومع بيئته الاجتماعية من حوله، ويمكن النظر إلى الشعور بالوحدة النفسية بأنه نتيجة للقلق العصابي الطفولي، وله وسيلة دفاعية نفسية تعمل للحفاظ على الشخصية من التهديد الناشئ من البيئة الاجتماعية، ويعبر عنه في صورة عزله أو إنسحاب.

ويعتبر زيلبورج أول من قام بتحليل علمي عن الوحدة والفرق بين الذي ينتابه شعور مؤقت بالوحدة النفسية والشخص الوحيد، فالشعور المؤقت بالوحدة النفسية أمر طبيعي، وحالة عقلية عابرة تنتج عن فقدان شخص معين، أما الوحدة المزمنة فهي استجابة لفقدان الحب أو شعور الفرد بأنه شخص غير مرغوب فيه ولا فائدة منه مما يؤدي الإكتئاب، والإنهيار العصبي، وتعود جذور الوحدة إلى المهد، حيث يتعلم الطفل الوظائف التي تجعله محبوبا ومرغوبا فيه. **(أبو هويشل، 2013، ص.37)**

6-2-النظرية السلوكية:

يرى واطسون أن السلوك متعلم بما فيه تلك السلوكيات المرضية كالمخاوف والإكتئاب والوحدة النفسية أي أن الشعور بالوحدة النفسية نمط سلوكي لم يتوفر له تعزيز اجتماعي إيجابي. **(الأحمد، 2009)**

أما سكينر فيعتقد أن الشعور بالوحدة النفسية سلوك يتخذه الفرد على أساس إدراكه للإستجابات الآخرين في البيئة الاجتماعية. **(خويطر، 2010، ص.63)**

6-3-النظرية الاجتماعية:

يرى كل من بومان وسلاتر أن هناك ثلاث قوى إجتماعية تؤدي للوحدة وهي:

- ضعف في علاقات الفرد بالأسرة.
- زيادة الحراك في الأسرة.
- زيادة الحراك الاجتماعي.

وبنى سلاتر (1976) تحليله للوحدة النفسية من خلال دراسة الشخصية الأمريكية وكيف فشل المجتمع في تلبية احتياجات الأفراد لأن المشكلة الأمريكية تكمن في إحساس الفرد بالفردية وأن كل فرد لديه

الرغبة في المشاركة الاجتماعية والإرتباط بالآخرين ولكن هذه الرغبة في المشاركة الاجتماعية والإرتباط بالآخرين أحبطت في المجتمع الأمريكي، مما أدى إلى أن يتبع كل فرد مصيره منفردا مما أدى إلى الوحدة النفسية هي نتيجة للتقدير التكنولوجي المعاصر. **(بن عمر، 2015، ص.52)**

6-4-النظرية التفاعلية:

يعزز الاتجاه التفاعلي في تفسير الوحدة النفسية آراء ويس Weiss حيث يرجع الوحدة النفسية إلى محددين هما:

- أن الوحدة النفسية ليست بمفردها وظيفة العوامل الشخصية أو الموقفية بل هي نتاج التأثير الممزوج لتلك العوامل الشخصية، أو الموقفية، بل هي نتاج التأثير التفاعلي لتلك العوامل معا.
- أن الوحدة النفسية ما هي إلا نتاج تفاعلات الفرد الاجتماعية غير المكتملة، أي أن كل من العوامل الداخلية (الشخصية) والخارجية (الموقفية) أسباب للوحدة النفسية، لكن بالرغم من ذلك نجد أن ويس يولي أو يعطي اهتماما أكبر للعوامل الموقفية. **(البحيري، 1987، ص.77)**

كما حدد ويس Weiss ستة استعدادات اجتماعية تندرج تحت مقدار العلاقات الاجتماعية المشبعة لدى الفرد وإن أي نقص أو عدم إشباع أو نفي نوع منها يؤدي إلى شعور الفرد بالوحدة النفسية، وكذا الشعور بنوع من الضيق والأسى، وهذه الإستعدادات الاجتماعية هي:

- **الإتصال:** يستخلص من العلاقات التي يربطها الفرد بالآخرين ويشعر فيها بالأمن والمودة.
- **التكامل الاجتماعي:** يتحقق من خلال الإهتمامات والعلاقات الاجتماعية المتبادلة المثمرة.
- **فرصة العطاء :** تظهر خلال العلاقات الإجتماعية التي يحس الفرد فيها بأن لديه نوع من المسؤولية اتجاه شخص آخر.
- **إعادة تأكيد القيمة:** تستخلص من علاقات الفرد التي يلقي فيها التقدير جراء إكتسابه لنوع معين من المهارات الاجتماعية.
- **إقتران الثقة:** قدرة الفرد على مديد المساعدة لأي شخص وتحت أي ظرف كان.
- **التوجيه:** يستمد من علاقات بأفراد محل ثقة يسعون إلى تقديم نصحه والمساعدة للآخرين.

تعد النظرية التفاعلية أكثر شمولا مقارنة بباقي النظريات الأخرى وذلك كونها اهتمت بالعوامل الشخصية والإجتماعية من حيث تفاعلهما مع بعضهما البعض، إذ ينتج عن هذا التفاعل شعور الفرد

بالوحدة النفسية، وهذا يعكس كون تفاعلات الفرد الاجتماعية غير كافية، لكن ويس أعطى اهتماما أكبر للعوامل الموقفية.

7-مظاهر وأبعاد الوحدة النفسية:

7-1-مظاهر الوحدة النفسية: من أهم ما يصاحب الشعور بالوحدة النفسية هو ما ذكره Spensod 2001 ومن أمثلته:

- **الرغبة في شخص ما:** وهو الرغبة في الحصول على شخص ما يشاركنا تفكيرنا وشعور شخص يهتم ويعتني بنا، شخص نحبه ويحبنا.
- **البكاء:** الألم عادة ما يتلاءم مع الدموع، ومن أجل ذلك فإن الوحدة النفسية أيضا تتلازم مع الدموع.
- **المشاعر الخفية:** بعض الافراد الوحيدين يتدبرون مع الوحدة النفسية من خلال إخفاء مشاعرهم فالبعض يخاف من البوم بمشاعره إذا اعتقد أنه يسبب له السخرية أو الرفض، ويخفي الكشف عن أي إشارة للضعف من الوحدة النفسية.
- **البلادة والخمول:** تتوافق الوحدة النفسية أيضا مع فترة خمول مثل: المكوت في الفراش، الجلوس والتفكير، التقوقع، وخلال فترة الخمول هذه يكون الأفراد المنعزلون غارقون في أفكارهم، إما يحلمون في صديق يكون عاملا أو يفكرون في أشياء أخرى تستحوذ أفكارهم.
- **الإنسحاب:** والإستغراق في أحلام اليقظة.
- **الإنتحار:** حيث يفكر البعض بأن الموت هو الطريق الوحيد للهروب من الوحدة النفسية.
- **الدين:** وهو طريق من طرق التعاطي مع الوحدة النفسية، حيث يشعر البعض بأن الدين هو علاج ناجح لقهر وحدتهم النفسية.
- **النوم:** يستخدم البعض النوم كوسيلة للهروب من الوحدة النفسية حيث يأملون بعد أفضل مما كانوا عليه سابقا. **(عبد الحفيظ، بيدة، 2022، ص.24)**

لقد طلب بعض علماء النفس ومنهم روبنشتين وفيليب تسيفر من الناس أن يصفو بالتفصيل عن خبرتهم وشعورهم عندما يكونون وحيدين، فظهرت أربعة عوامل عامة خلال وصف الناس لمشاعرهم وهي:

-اليأس. -الإكتئاب.

-الضجر دعم الصبر. -إحتقار وإنتقاص الذات.

وبالرغم من أن كل عامل من هذه العوامل يتفاوت عن الآخر باختلاف شعوري بسيط فإنها علما تعكس الحزن في كون الإنسان وحيدا. **(حمادة، 2003، ص.28-29)**

7-2-أبعاد الوحدة النفسية: ميز كل من ديجونج جيرفليد ورواد سكيلدرز بين ثلاثة أبعاد للوحدة هي:

-**الخصائص الإنفعالية:** والتي تشير إلى غياب المؤشرات الإيجابية مثل السعادة ووجود عواطف سلبية الخوف وعدم الثقة.

-**نوع الحرمان:** وهو يشير إلى طبيعة العلاقات الغائبة، وهذا البعد يمكن تمييزه إلى ثلاثة أبعاد فرعية هي: مشاعر الحرمان المرتبطة بغياب الارتباط الودي، مشاعر الخواء، مشاعر الهجر.

-**منظور الزمن:** وهذا البعدأيضا يمكن تقسيمه إلى ثلاثة مكونات فرعية هي: الدرجة التي تعاش فيها الوحدة على أنهاغير قابلة للتغيير، والدرجة التي تعاش فيها الوحدة على أنها موقوتة (عبارة)، والدرجة التي يعفى بها الفرد نفسه منمسؤولية الوحدة ويرجعها إلى الآخرين. **(نفس المرجع السابق)**

8-السمات الشخصية المرتبطة بالوحدة النفسية والأضرار النفسية الناتجة عنها:

8-1-سمات الشخصية المرتبطة بالوحدة النفسية:

اهتمت بعض الدراسات بتحديد بعض سمات الشخصية التي ترتبط بالوحدة النفسية والتي تتلخص فيما يلي:

لقد وجد كل من "بلوكونيس وزيمباردو، وسيرمات وكاترونا" في دراسة لهم، أن الأفراد الذين يخبرن مشاعر الوحدة النفسية يميلون إلى الخجل، الإنطواء، كما يقل ميلهم إلى المخاطر الاجتماعية. **(شيبي، 2005، ص.32)**

وأوضحت دراسة أخرى أن الشعور بالوحدة النفسية يعود إلى بعض سمات شخصية الفرد حيث يمكن أن يصف نفسه بأنه خجول، وسلبي، أو أنه أقل تعاطفا ومشاركة واستجابة لحاجات ومشاعر الآخرين أو أنه أكثر قلقا مما يجعله غير جذاب كصديق للآخرين أو أنه أكثر عصابية فيكون غير محبوب من طرف الآخرين. **(حسن، 1994، ص.73)**

وحسب "جوهرة شيبي" (2005) فإن الأفراد الذين يعانون من الشعور بالوحدة النفسية يتسمون بـ:

- تكوين مشاعر سلبية إتجاه الآخرين.
- حياديون وغير قادرين على الإستجابة أثناء التفاعلات الاجتماعية.

– أحيانا يستثيرون ردود أفعال سلبية مع الغير، فنجد الشخصية غير مستقرة انفعاليا فلا يسيطر صاحبها على إنفعالاته وتصبح أحكامه سريعة وغير صحيحة وسلوكه عنيف أو تكون شخصية عدوانية سلبية في تعاملها فيتوجه إلى الغير في سلبية وتظهر عدوانيته اتجاه الآخرين. **(الحنفي، 2003، ص.495)**

– الشعور بالإكتئاب وعدم القدرة على التفاعل الاجتماعي.

– الشعور بالخجل والقلق وعدم الارتياح في المواقف الاجتماعية.

8-2: الأضرار النفسية الناتجة عن الوحدة النفسية:

يذكر "بورتنوف" 1976 (portnoff) أن هناك عدة متغيرات سلبية تصاحب خبرة الشعور بالوحدة النفسية وترتبط بها، وتتضمن هذه المتغيرات كلا من الإكتئاب والإغتراب والحزن والأسى والحاجة إلى الألفة الإجتماعية واللامبالاة والتبلد العاطفي.

ويضيف كل من "تشنيج" و "فيرنه**(Cheng. Et .furnham. 2002)**

أن خبرة الشعور بالوحدة النفسية تؤثر سلبا على الثقة بالنفس والشعور بالسعادة.

كما أن هناك عوامل أخرى معينة مرتبطة بالشعور بالوحدة النفسية، الضغوط النفسية والقلق والملل النفسي وكراهية الذات وفقدان المهارات الاجتماعية.

يرى جلال(1986) أن الشعور بالوحدة النفسية قد يؤدي إلى محاولة الإنتحار، التي يسبقها شعور الاكتئاب وإضطرابات إنفعالية، حيث أن الدارسات أثبتت أن الإنتحار ناتج ضمن عوامل أخرى عن وجود مشكلات حديثة أدت إلى قطع ماتبقى من علاقات إجتماعية لها معنى، والمشكلة الأساسية هي الشعور بالوحدة النفسية والعزلة. **(حمو علي، 2012، ص42_34)**

ومما سبق من آراء حول أضرار الوحدة النفسية نجد أن الوحدة النفسية لها تأثيرات سلبية تتمثل في الإكتئاب، الإغتراب، الإضطرابات الإنفعالية الحزن والقلق، فقدان المهارات الإجتماعية مايؤدي إلى محاولة الإنتحار.

9-الطرق الفعالة للحد من الشعور بالوحدة النفسية:

إن الحد من الشعور بالوحدة النفسية يتطلب أن يكون الفرد على وعين تام بالاسباب الحقيقية وراء شعوره بالوحدة النفسية, هنا يبرز دور النضج الشخصي الصحيح للفرد الذي يتمثل في التوازن بين إشباع حاجات الفرد في إقامة علاقات مع الغير من ناحية تكوين قاعدة آمنة للشعور بالرضا عن الذات من ناحية أخرى وهذا يتطلب أن يتخذ الفرد عدة خطوات للحد من الشعور بالوحدة النفسية منها:

-التعامل مع تجربة الوحدة النفسية باعتبارها خبرة شعورية تهدف الى الوصول بمرحلة من النضج النفسي.

-إن الإختلاء بالذات بمقدوره الإسهام في معرفة الفرد لذاته وهو الامر الذي قد يزيد من قدرته على إقامة علاقات حميمية مع الأخرين.

-البحث عن الاسباب المؤدية للوحدة النفسية بدلا من إلقاء اللوم على الذات.

- تكوين مواقف حسنة مع الأخرين.

- الإهتمام بإثراء الصداقات.

- إنجاز الأعمال والمهام اليومية ومنها الذهاب للعمل أو المدرسة.

- تطوير الذات الذي يحدث متزامنا مع وربما عقب الإلزام بالمهام اليومية.

- مزاولة الأنشطة في أوقات الفراغ مثل المشي لفترات طويلة قراءة الكتب وكتابة الروايات أو إجراء بعض التمارين الرياضية أو ممارسة الهوايات. **(العباس ,2020،ص41)**

- وطور "يونج" نموذج لعلاج مشكله العزلة ويتضمن برنامج يونج ست مراحل متدرجة:

-أن يشعر الفرد بالرضا عن نفسه.

-أن يشترك في نشاطات مع عدد من الأصدقاء.

- إرسال علاقة حميمية مع صديق مناسب من خلال الإفصاح عن الذات.

-أن يشترك في إفصاح متبادل عن الذات مع صديق موثوق فيه. **(عثمان ,2001،ص156)**

خلاصة الفصل:

من خلال ماسبق الالمام بهذا الفصل تم التعرف بشكل عام على المحاور الاساسية المحيطة بالوحدة النفسية ونستخلص من خلاله ان الوحدة النفسية خبرة شخصية مؤلمة غير سارة، يعيشها الفرد نتيجة شعوره بافتقاد التقبل والحب والاهتمام، من جانب اخرين اي وجود خلل في اشباع العلاقات بينه وبين الاخرين وبرغم من شيوع هذه الخبرة إلا انها خبرة ذاتية تختلف من شخص لآخر، هي خبرة ضاغطة تحدث في ظروف متباينة كما انها تتباين ايضا في اسبابها وعواقبها والسلوكات التي يلجأ الفرد لمواجهتها.

الفصل الرابع: السرطان

تمهيد

1- تعريف مرض السرطان.

2- النماذج المفسرة لمرض السرطان.

3- أعراض السرطان.

4- مراحل تطور مرض السرطان.

5- أنواع مرض السرطان.

6- أسباب مرض السرطان.

7- علاج مرض السرطان.

8- الوقاية من مرض السرطان.

9- السرطان من المنظور النفسي.

10- سمات الشخصية والبروفيل السيكولوجي للمصاب بمرض السرطان.

11- الآثار النفسية للمصاب بالسرطان.

12- ردود الفعل النفسية عند تلقي خبر الإصابة بالمرض.

13- الإضطرابات النفسية المرتبطة بمرض السرطان.

14- التكفل النفسي بمرضى السرطان.

خلاصة الفصل

تمهيد:

السرطان داء ارتبط مع الصوت حتى صار يساويه رهبة ونزعا وأصبح كل من يسمعه يشعر بالقلق والخوف فالإحصائيات تكشف لنا سنويا عن العدد الكبير من المصابين بمرض السرطان وهذا ما زاد من حدة قلقهم.

فالسرطان كلمة ذات صدى مرعب لدى العامة من الناس، بحيث أنها أصبحت تشكل هاجسا إرتبط بالعصر الذي تعيشه اليوم، ومن جهة أخرى فإن كلمة سرطان تعني تلك الكلمة المرعبة التي تشير إلى داء خطير والذي يعتبر مرض العصر وهذا ما يزيد من خوف الناس والمجتمع منه، وفي هذا الفصل سنتطرق إلى كل من مفهوم السرطان وتعريفه وأعراضه وأسبابه ومختلف طرق علاجه.

1-تعريف مرض السرطان:

السرطان هو إسم شامل لمجموعة من الأمراض تتميز بوجود ورم خارج من السيطرة في الخلايا وهي بنيات صغيرة تتركب منها الأعضاء والانسجة في الجسم وتعمل هذه الخلايا بشكل مختلف، لكنها تتجدد بطريقة متشابهة عن طريق الإنقسام، من أجل معالجة الأنسجة المتضررة أو بناءها، عادة ما يكون إنقسام الخلايا العادية منتظما ومضبوطا، مقابل ذلك العملية في الخلايا السرطانية تخرج عن السيطرة، وهي تواصل الإنقسام والتكاثر من دون توقف، وتشير الأبحاث العلمية المتقدمة اليوم إلى علاقة بين مرض السرطان وبين المادة الجينية بالوراثة، وتنسب هذه العملية لمجموعتين من الجينات: الجينات المثبطة للسرطان، وهي جينات تقنيا من السرطان، والجينات المتكونة لسرطان الموجودة عادة في حالة "سبات" عندما تستيقظ "الجينات المكونة للسرطان في الخلية، نتيجة التدخين، التعرض غير المراقب للشمس وما شبه ذلك، فإنها تحول الخلية الطبيعية إلى خلية سرطانية.**(حوري، 2010، ص. 7)**

السرطان هو مصطلح لمرض خبيث أو نمو إعتلالي للخلايا التي تنتشر بعد ذلك إلى الأنسجة المجاورة لها وهذه الأورام ليست ذات فائدة وهي تنمو على حساب الأنسجة السليمة وبعض الخلايا السرطانية قد تخرج من الورم الأصلي وتنتشر بواسطة اللمفات أو الدم إلى الأجهزة البعيدة في الجسم في عملية تسمى الإنبتات Meastasis.

2-النماذج المفسرة لمرض السرطان:

2-1-جودة الحياة المرتبطة بالسرطان:

يتم تعريف جودة الحياة (QOL) على أنها بنية واسعة متعددة الأبعاد تشمل الأداء العاطفي والإجتماعي والجنسي والمعرفي والجسدي، كما يراه الفرد يرتبط بجميع جوانب بقاء السرطان والتدخلات التي تعالج نتائج الصحة البدنية والعقلية. **(R. Fitzpatrick, 2016, P.1)**

2-2-آلية الإجهاد والتكيف:

يمكن فحص المعاناة التي تنسب إلى تشخيص السرطان والبقاء على قيد الحياة من خلال الإطار المفاهيمي للتوتر وآلية المواجهة وعملية وقدرة الفرد على التكيف مع مرض مميت عادة مثل السرطان يوضح هذا النموذج تأثير التكيف مع السرطان بما في ذلك العوامل الاجتماعية والثقافية والنفسية والطبية. تبدأ عملية الإجهاد عندما يدرك الفرد أنه لا مفر من تشخيص السرطان، قد ينتج الخوف والإرتباك من عدم اليقين من الحالة الصحية الحالية والمستقبلية، يعرف التأقلم على أنه "الأفكار والسلوكيات المحددة التي

يستخدمها الشخص في جهوده للتكيف مع السرطان" ومع ذلك فإن استراتيجيات المواجهة ليست فعالة دائما في السيطرة على الضيق المرتبط بالتغيرات التي تحدث عاطفيا واجتماعيا ومع العلاج الطبي خلال ظروف حياة الفرد. **(بن يحي، بوعزيز، 2022، ص.63)**

إقترح Fisher نموذج حيوي نفسي اجتماعي وطابع شامل عام 1988 لتفسير إتجاه الأفراد الذين لديهم مستوى ضعيف من التحكم المدرك على الأحداث الضاغطة، الإصابة بالسرطان أو بالأمراض المعدية وأرى أن صعوبة التحكم في الضغوطات بإمكانها أن تؤدي سواء إلى بذل مجهود عبير للتحكم أو إلى اليأس والإستسلام، وفي كلتا الحالتين يترجم ذلك بزيادة تركيز الكورتيزول هذا الهرمون يؤثر بدوره على خلايا الجهاز المناعي، مقللا من كفاءتها مما يعزز نمو الأورام السرطانية. **(قاقي، 2019، ص.18)**

وفي هذا السياق أجريت دراسة من قبل Franker Hvaester, 1975 على مجموعة من العمال السويديين بمعدل الخشب، شملت العينة مجموعة من العمال الذين يقومون بتسوية أطراف الخشب والذين يقطعون الخشب إلى أحجام جرى تحديدها مسبقا والذين يقومون بتصنيف الخشب حسب درجة الجودة إلى فئات، وكلها أعمال مملة ترتبط بمستوى جد متدني من التحكم إذ يتقرر ذلك حسب سرعة الآلة، ويبلغ طول دورة العمل الآلة (10) ثواني مما يتطلب السرعة في اتخاذ القرار مع قلة إحتمالات الإتصال الاجتماعي.

إنطلاقا من هذه المعطيات اعتبر "Fishener 1988" أن هذه التغيرات الهرمونية الناجمة عن عدم القدرة على التحكم في الأحداث الضاغطة، هي المسؤولة عن الأحداث المناعية وعن الأورام السرطانية. **(قاقي، 2019، ص.18-19)**

2-3-نموذج استراتيجيات المواجهة لـ Temeshock 1990:

يؤكد Temshock على الطبيعة الديناميكية لنموذجه فالسرطان مرض يتطور خلال الوقت والجهازين النفسي والفيزيولوجي يتفاعلان بإستمرار لذلك فالأخذ بالحسبان هذه المظاهر التطورية والمتفاعلة يسمح حسب ما يراه Temshock بتفسير أغلبية التناقضات حول المسألة كما يعتقد أن أسلوب المواجهة التجنبية. يسمح للأفراد بالتصرف أمام الأحداث الضاغطة، مخفضا أثرها الإنفعالي ومحافظا على علاقته مع الآخر لكن في خصم سيرورة التوازن الاجتماعي هذه، يتم فقدان الإتزان النفسي أو البيولوجي. وقد يكون هذا الأسلوب ملائما أمام الأحداث اليومية، لكنه يبدو غير فعال أمام الضغوطات المتكررة أو الحادة، وفي حالة النوبة النفسية المعبر عنها عند فشل أسلوب المواجهة المتبني قد تنجم إحدى النتاج التالية:

أولا: تبني أسلوب مواجهة أكثر فعالية وهو ما يحسن النشاط الفزيولوجي.

ثانيا: الجمود أو المواطبة على تبني استراتيجيات مواجهة غير فعالة.

ثالثا: إنهيار واجهة المواجهة التحنية مما يؤدي إلى ظهور اليأس والإكتئاب.

2-4-نموذج الإنفعالات لـ Contradaetal 1990:

في هذا النموذج يرى (Contradaetal 1990) أن سلسلة الأحداث ترتبط بين العوامل البيونفسو اجتماعية من جهة وبين الهشاشة الدفاعية والمناعة وبالتالي خطر نمو السرطان أو معاودة الإصابة به من جهة أخرى.

وفي هذا الشأن تعتقد كل من (Cousson Gelie 2001) و(Tastet 2001) إن بعض إحداث الفقدان (الإنفصال، الحداد) وما قد يرتبط بها من إكتئاب وقمع الإنفعالات السلبية يرتبط بالتطور الداخلي لبعض الأورام السرطانية وذلك من خلال العلاقة القائمة بين هذه العوامل النفسو إجتماعية والمناعية النفسية العصبية الغددية.

في الحالة الأولى: الوضعية الإكتئابية بإمكانها أن تؤدي إلى سلوكات خطر مثل التعاطي الكثيف للكحول أو التدخين أو السلوكيات الجنسية غير الآمنة، مما يعرض الفرد لخطر الأورام الخبيثة أو الإعتداءات المحيطية التي يمكنها التأثير على عمل الجهاز المناعي ومن ثم ارتفاع خطر الإصابة بالسرطان والذي يكون في هذه الحالة ناجما عن التغيرات السلوكية وزيادة على ما سبق ذكره فإن الإكتئاب يرافق بزيادة في النشاط العصبي الغددي من خلال إفراز الكورتيزول الذي يحرص ويفاقم تقهقر نشاط الخلايا القاتلة الطبيعي (N.K).

في الحالة الثانية: التجنب الإنفعالي الذي يماثل ما سماه Freud القمع لديه أثر مضاعف (أثر سلوكي وأثر فيزيولوجي) إذ يرى Contrada إن هذا التجنب الإنفعالي أي صعوبة مواجهة العوامل الضاغطة، يمثل عاملا لنشأة سيرورات معرفية مثل الإدراك المحرف (المشوه) للأعراض، أو التأخر في الذهاب للمعاينة الطبية، مما يفاقم المرض أي تدخل طبي.

كما قدم Contrada 1990 العديد من الطرق التكميلية السلوكية والفيزيولوجية التي بإمكانها أن تربط الخصائص النفسية للشخصية نمط بالخطر المرتفع للإصابة.

3-أعراض السرطان:

تختلف أعراض مرض السرطان من حالة إلى أخرى تبعا للعضو المصاب بالمرض، فسنتطرق إلى ذكر الأعراض من الجانب العضوي والجانب النفسي:

3-1-الأعراض الجسمية (العضوية):

- نقص في الوزن وشحوب في الوجه.
- انتفاخا وتورما وتكاثر بشكل كبير في الخلايا.
- فقد العضو المصاب لوظيفته.
- زيادة في نشاط إفراز الغدد المصابة بالسرطان.
- آلام مبرحة في المرحلة الاخيرة من المرض.
- اقتحام الفيروس لخلايا الجسم الإنساني وتكاثره فيها بالبلايين. **(Lagarde. P, 1984, P.241)**

3-2-الأعراض والمظاهر النفسية:

- أوضح كانيث أن مرضى السرطان يتصفون بإرتفاع درجة القلق والإكتئاب وإنعدام القدرة على التوافق مع الأحداث.
- معظم النساء المصابات بالسرطان عن يعانين من صعوبة في تقبلهن لذاتهن كما هي على علتها.
- المعاناة من مشاعر سلبية نحو الحمل والولادة لدى النساء المصابات وغالبا ما يكون موضع الإصابة (الثدي).
- معظم المصابين والمصابات يعانون غبرة دفينه من الأمهات في مجال الجنس والإنجاب، وفي أغلب الحالات كانت عدواتهم مكبوتة.
- أوضح بعض الباحثين الدارسين سيمونتو وآخرون أن مريض السرطان يعاني من شعور الحزن والأسى نحو الذات وإنخفاض مفهوم الذات لديه، وعجز في بناء علاقات اجتماعية قوية.
- الشعور بالتوتر والقلق والمعاناة النفسية.
- انخفاض مستوى الطموح نطوة أكثر تشاؤما للحياة، وانخفاض التعلم نحو المستقبل.
- الإكتئاب المرتبط بأسلوب الحياة لدى المرضى والعجز عن تحقيق علاقات أسرية سوية، وعدم الشعور بالألفة والمودة مع الآخرين، بالإضافة إلى مشاعر الكراهية. **(سعادي، 2009، ص.23-24)**
- وإن السرطان هو داء يصيب مورثات الخلية، فيؤدي إلى تكاثرها وهذا لا يعني أنه داء وراثي بالضرورة، فالسرطان إذ لا يبدأ دفعة واحدة إنما هناك عدة مراحل يمر بها وهذه المراحل تحتاج إلى زمن قد يمتد سنوات.

4-مراحل تطور مرض السرطان:

عند تشخيص مرض السرطان من قبل المختصين والأطباء، يتم تحديد مراحل مرض السرطان وذلك بعد المرور بالعديد من الإجراءات التي تتمثل بإجراء العديد من الفحوصات المخبرية والإختبارات الأخرى فيجب تحديد الدرجة أو المدى التي وصل إليها السرطان أي مرحلته حيث أن تشخيص المرحلة أمر هام المعرفة ما إذا كان السرطان قد إنتشر وتوسع في الإنتشار وطغا على عضو آخر في الجسم، أو لم ينتشر وبقي في حدود معينة، وإذا انتشر فإلى أي مدى قد وصل أو إلى أي من الأعضاء قد أثر، حيث أن تحديد العلاج ونوعه يعتمد على هذا التشخيص، وأن هناك خمس مراحل يمكن أن يمر فيها مرض السرطان وهي كما يلي:

4-1-المرحلة الصفرية (بالإنجليزية Stage 0): يكون المرض في هذه المرحلة مبكرا جدا وربما تكون عملية الإكتشاف قد تمت عن طريق الصدفة ويكون الورم غير منتشر بل مستقر في العضو المصاب نفسه، وتكون نسبة الشفاء في هذه المرحلة عالية جدا.

4-2-المرحلة الأولية (بالإنجليزية Stage I): يكون المرض في مراحله الأولى أي في البداية وتكون الخلايا السرطانية متجمعة في العضو المصاب وحجم الكتلة السرطانية تصل إلى أقل من 2 سم، وهو غير منتشر إلى خارج العضو المصاب، وتكون نسبة الشفاء في هذه المرحلة عالية.

4-3-المرحلة الثانية (بالإنجليزية Stage II): في هذه المرحلة يكون هناك تمرد والورم بدأ في الإنتشار إلى الغدد اللفاوية خارج العضو المصاب، وهذا الإنتشار غير بعيد عن العضو المصاب بل قريب منه.

4-4-المرحلة الثالثة (بالإنجليزية Stage III): وهي مرحلة قد تكون متأخرة من الإصابة أو المرض، حيث يزداد حجم الورم ليصل إلى 5 سم لكنه لم ينتشر بعد إلى أجزاء وأعضاء أخرى بعيدة عن العضو، وتكون نسبة الشفاء في هذه المرحلة متوسطة.

4-5-المرحلة الرابعة (بالإنجليزية Stage IV): تكون هذه أخطر مرحلة حيث يكون السرطان منتشر إلى أجزاء غير العضو المصاب وأصاب أجزاء أخرى من الجسم، حيث تصعب نسبة الشفاء في هذه المرحلة فتصبح قليلة. **(رحمانة، 2010، ص.17-18)**

5-أنواع مرض السرطان:

5-1 سرطان الثدي:

إن أول دليل على سرطان الثدي ظهور عقدة أو تورم في الثدي، ووجود إفراز في حلمة الثدي وموقعه المفضل هو الربع العلوي الخارجي، وتكون بنات وأخوات ضحايا سرطان الثدي أكثر عرضة لخطر الإصابة به، وتحدث حالات سرطان الثدي عند المرأة في فترتين من عمرها الأولى ما بين 35 إلى 40 سنة والثانية ما بين 55 إلى 60 سنة و67% من الإصابة تحدث في الفترة الثانية. **(لحمر وبوسنة، 2017، ص.100)**

يعتبر سرطان الثدي من الأمراض الشائعة بين النساء حيث أنه يصيب أكثر من 138 مليون حالة عالميا سواء قبل أو بعد سن اليأس، يلعب الثدي دورا جماليا في أنوثة المرأة وشكل جسمها ودورا وظيفيا متمثلا في صنع الحليب لرضاعة الأطفال. كما تتأثر أنسجة الثدي بالهرمونات الأنثوية المتمثلة في الأستروجين والبروجيسترون طوال دورة الحياة ابتداءا من مرحلة الولادة فالرضاعة ثم البلوغ.

يظهر سرطان الثدي بأعراض جسدية عامة، تكون مرفقة بأعراض نفسية نذكر منها إلتهاب الثدي ظهور ورم على شكل أكياس، إنكماش الحلمة، سيلان الحلمة، تغير في حجم الثدي، الخوف من الموت القلق، الخوف من التشوه، فقدان الاهتمام. **(بن خليفة وعثمان، 2018، ص. 72-74)**

5-2 سرطان عنق الرحم:

يعتبر عنق الرحم العضو الذي يربط بين الرحم والمهبل، ويصيب سرطان عنق الرحم الجهاز التناسلي للمرأة خاصة بعد تخطيها سن الأربعين تبلغ الإصابة به حوالي مليون حالة عبر العالم، كما ذكرت إحصائيات منظمة الصحة العالمية OMS 2014بالجزائر بأن هذا المرض يصيب حوالي 1288 امرأة سنويا بمختلف الأعمار ويصنف في المرتبة الثالثة على المستوى الوطني.

يظهر سرطان عنق الرحم كنمو شاذ لخلايا عنق الرحم سواء في الجزء الخارجي منه أو الداخلي أو كليهما معا، حيث يصيب نسيجا مهيء قد تعرض من قبل لأمراض متكررة تنتشر الخلايا السرطانية نحو الرحم أو المهبل أو الإتجاهين معا أو نحو أعضاء بعيدة عبر الجهاز اللمفاوي أو الدموي. **(نفس المرجع السابق)**

أهم أعراض سرطان الرحم النظيف الدموي غير طبيعي من الرحم لا علاقة له بالعادة الشهرية، أو إفراز غير طبيعي وكريه الرائحة إذ يحتوي قطع سرطانية ميتة، كما يسبب إفراز غير مخصب بالدم يكون

لونه بين القرنفلي الفاتح والأحمر القاتم، والنزيف المهبلي الذي يحدث بعد الجماع الجنسي أو الغسل المهبلي مباشرة.

ويتغير سرطان عنق الرحم بعدم ظهور أعراضه إلا في مراحل متقدمة من تطوره منها: الدورة الشهرية الغير منتظمة، مع زيادة في كميتها وطول مدتها، الإسهال والإمساك، الآلام المتكررة خاصة أسفل الظهر وتقلصات في منطقة الحوض أو في المثانة البولية أو الأمعاء في حالة إنتشاره إليها والضغط عليها.

5-3 سرطان الجلد:

يأخذ أشكالا متعددة ومختلفة، فيتسبب الورم أو القرحة المزمنة ولحسن الحظ أنه أكثر سرطان يمكن شفاء منه، ويرجع ذلك لسهولة تشخيصه ورؤيته خاصة في أطواره المبكرة كما أن أكثر هذه السرطانات لا تمتد إلى أجزاء عميقة وبعيدة من الجسم. **(لحمر وبوسنة، 2017، ص.98)**

5-4 سرطان المعدة:

حسب لحمر وبوسنة أن ثلاث أرباع حالات سرطان المعدة للأسف نجد أن علامات الخطر فيها لا تظهر إلا بعد أن يكون المرض قد أصبح مستعصيا العلامات الأولى للمريض تشبه إلى حد ما قرحة المعدة آلام عند الجوع تختفي بعد أكل الطعام ومع الأيام يصبح الطعام مصدر للمزيد من الألم، وقد تكون العلامات الأولى هي نقص في الوزن مع إصفرار في الوجه وأنيميا وإمساك وأحيانا قيء مادة كريهة هي عبارة عن قطع من الكتل السرطانية.

وبسبب تأخر التشخيص نجد من بين جميع المرضى الذين يصابون بسرطان المعدة الأقل من نصفهم يمكن علاجه جراحيا أما الباقون فحالتهم متقدمة.

5-5 سرطان القولون:

إن أول علامة لوجود سرطان في القولون هي الشعور بإنسداد أو قد يصاب بإمساك مستعصى مفاجئ مع إنفتاح شديد يعقبه خروج غازات كريهة الرائحة.

سرطان القولون هو سرطان يصيب الأمعاء الغليظة (القولون) والتي تمثل الجزء السفلي من الجهاز الهضمي للإنسان وكذلك يصيب المستقيم وهو آخر أجزاء الجهاز المعني، وتزيد الإصابة بعد سن الخمسين من العمر لدى الجنسين حيث أن 90% من حالات سرطان القولون تحدث لمن هم في سن 45 أو أكثر.

6-5 سرطان الرئة:

يشكل سرطان الرئة المسبب الأول للوفيات التي تحصل نتيجة لمرض سواء بين النساء أو بين الرجال، ويوقع سرطان الرئة عددا من الضحايا سنويا أكبر بكثير مما يحصده سرطان القولون وسرطان البروستاتا، وسرطان العقد اللفاوية، وسرطان الثدي معا.

مع ذلك يمكن منع معظم الوفيات الناجمة عن مرض سرطان الرئة، لأن التدخين هو المسؤول عما يقارب 90% من جميع حالات سرطان الرئة، ونسبة خطر الإصابة بسرطان الرئة تزداد بعلاقة طردية تبعا للسنوات وعدد السجائر التي تم تدخينها.

إن الإقلاع عن التدخين حتى بعد التدخين لسنوات طويلة وعديدة يمكن أن يقلل من خطر الإصابة بسرطان الرئة بشكل كبير، كما يمكن تقليل خطر الإصابة بسرطان الرئة بواسطة تجنب التعرض إلى عوامل أخرى تسبب سرطان الرئة مثل التدخين **(ويب طب، 2022)**.

6-أسباب مرض السرطان:

ومن بين أهم المواد المسرطنة نذكر ما يلي:

6-1-المواد الكيميائية:

في أغلب الحالات يدخل المسرطن الكيميائي الأغذية بصفته إضافة غذائية المستعملة في معالجة الطعام، أو عبر إستعماله في الزراعة، حيث يشتبه أيضا في احتواء العفن، الذي يظهر أحيانا على بعض المزروعات مثل الذرة والفول السوداني موادا مولدة للسرطان. **(دلمة، 2022، ص.30)**

ويعتبر القطران الموجود في دخان التبغ مسرطنا كيميائيا، بالإضافة إلى بعض المواد الكيميائية الموجودة في الأغذية الطبيعية وفي الأدوية.

كما أثبتت بعض الدراسات أنه في حال أخذت النساء جرعات كبيرة من هرمونات الإصطناعية في الحبوب المانعة للحمل والأدوية المخففة من أعراض اليأس، وذلك من دون استشارة الطبيب قد يصبن بسرطان الرحم، كما أنه في بعض الحالات ظهرت إصابات بسرطان الكبد بسبب هذه الأدوية الهرمونية.

6-2-الوراثة:

أظهرت العديد من الدراسات أن هناك علاقة بين الوراثة وإنتقال مرض السرطان من جيل إلى جيل الذي يليه، خصوصا في أنواع محددة من السرطان مثل سرطان الجلد والقولون، ويرجح أن العامل الوراثي يتعلق بحدوث طفرات في الجينات والتي تنتقل عبر الأجيال. **(باسل جاد الله، 2008، ص.14)**

6-3-الغذاء:

وجد أن المواد الدهنية والزيوت المهدرجة والمواد الملونة والحافظة إضافة إلى المعلبات، تلعب دورا في الإصابة بأمراض السرطان المختلفة مثل سرطان الكبد والقولون والمعدة.

6-4-التدخين:

يعتبر العلماء أن التدخين يلعب دورا بارزا في الإصابة بأمراض السرطان المختلفة وأهمها سرطان الرئة حيث يشكل 90% من سبب الإصابة بسرطان الرئة، كما يتسبب بسرطان الحنجرة والقصبات والبلعوم لدر الراشدين، كما تشير الدراسات إلى أن التدخين السلبي (إستنشاق المحيطين بالمدخن لرائحة الدخان المنبعثة) يسهم بشكل بارز في الإصابة بالسرطان خصوصا لدى الأطفال.

6-5-التلوث:

حيث يسهم التلوث بالإصابة بسرطانات الجهاز التنفسي المختلفة وخاصة سرطان الدماغ عند الأطفال، ويشدد العلماء في حديثهم عن علاقة التلوث بالسرطان على اللوث الهواني الناتج عن غازا أول وثنائي أكسيد الكربون والغازات الأخرى السامة. **(باسل جاد الله، 2008، ص.15)**

7-علاج مرض السرطان:

من المؤكد أن العلاج يختلف حسب نوع الورم فالأورام الحميدة تتشفى بالإستئصال التام ولا تعود ثانية، أما بالنسبة للأورام الخبيثة فقد حدث تقدم ملحوظ في العلاج خلال القرن الـ 20 ومن أهم العلاجات المتاحة:

أولا: العلاجات المتاحة والمستخدمة حاليا:

أ-العلاج الجراحي: بدأ استخدامه في القرن التاسع عشر، جاء أول تقرير عن إمكانية شفاء السرطان في عام 1878، حيث تم شفاء 5% من المصابات بسرطان الثدي واللائي تم علاجهن جراحيا وحدت التقدم الكبير سنة 1891 باستخدام الإستئصال الجراحي الجدري لأول مرة في ورم بالثدي (حيث يتم إستئصال الذي كاملا، ومعه الغدد اللفاوية)، ومع حلول عام 1935 سجل الأطباء إمكانية الإستئصال الجذري الناجح لجميع الأورام.

ب-العلاج الإشعاعي: لقد إكتشف "رونتجن" (Roentgen) الاشعة الصينية "X-Rays" في عام 1895، واكتشف "بيكورل" "Becquerel" النشاط الإشعاعي، واكتشف "ماري كوري" "Marie Curie" الراديوم في 1898، وتم استخدام هذه الإكتشافات في علاج الأورام.

ج-العلاج الكيمياوي: بدأ هذا سنة 1943 بعد إكتشاف نجاح المواد الكيمياوية السامة التي استخدمت في الحرب العالمية الثانية في علاج الأورام اللمفاوية الهوجيكينية "Lyphona، Hodhikin's" وهذه الأدوية تعمل على قتل الخلايا التي هي في طور التكاثر "Cytotoxic Drugs"، وعادة يكتفي بالعلاج الكيمياوي فقط في سرطان الدم وسرطان الغدد اللفاوية، وتم استحداث عملية زرع النخاع والتي تتم بعد إعطاء جرعات كبيرة جدا من المواد الكيمياوية لتدمر كل خلايا الورم وتدمر كذلك النخاع العظمي للمريض.

د-العلاج الهرموني: ويستخدم في الأورام المعتمدة على الهرمونات مثل مضادات الاستروجين في أورام الثدي ويتم إستئصال الخصيتين في أورام البروستات لتقليل هرمونات الذكورة.

ولقد أدى إستخدام هذه العلاجات مجتمعة إلى تحسين النتيجة النهائية للعلاج، وأصبحت نسبة الشفاء تشكل حوالي 50%.

ثانيا: العلاجات الحديثة (تحت التجارب):

أ-العلاج الجيني: حيث يحاول العلماء عن طريق الهندسة الوراثية أن يتحكموا في الخلل الحادث في الجينات والذي يؤدي إلى حدوث السرطان.

ب-العلاج المناعي: لقد ثبت أن الجهاز المناعي له دور كبير في مقاومة السرطان، وذلك بالبحث والقضاء على الخلايا المصابة بالطفرات والتي تتكون يوميا في كل الأشخاص، ولقد فكر العلماء في استخدام معدلات الإستجابة البيولوجية "Response Modifiers Biological" في علاج السرطان. **(أحمد سالم بادويلان، 2005، ص. 59-61)**

8-الوقاية من مرض السرطان:

حتى الآن لا توجد طريقة محددة للوقاية من السرطان، لكن هناك عوامل تقلل من خطورة المرض وهي كالتالي:

8-1-الإمتناع عن التدخين: فهناك علاقة قوية بين السرطان والتدخين خصوصا سرطان الرئة.

8-2-تجنب التعرض المباشر لأشعة الشمس: خصوصا الاشعة فوق البنفسجية الضارة بالجلوس في الظل، وارتداء الملابس الواقية، واستخدام كريم واق من أشعة الشمس.

8-3-التغذية السليمة: باختيار الأغذية الغنية بالفاكهة والخضروات واختيار الحبوب الكاملة كالشوفان والأرز البني، والقمح المجروش.

8-4-ممارسة الرياضية بانتظام: ممارسة الرياضية لمدة 10 د يوميا تساعد على تقليل فرصة حدوث السرطان.

8-5-الحفاظ على الوزن المثالي: حيث أثبتت الأبحاث أن هناك علاقة بين السمنة والسرطان ويمكن الوصل إلى الوزن المثالي بالرياضة والتغذية السليمة.

8-6-إجراء الفحص الطبي بإنتظام.

8-7-التطعيمات: حيث توجد فيروسات محددة تسبب السرطان مثل: فيروس إلتهاب الكبدي الوبائي الذي يسبب سرطان الكبد، والفيروس المسبب لسرطان عنق الرحم، وبإمكان التطعيم أن يقيك بإذن الله من هذه الفيروسات.

8-8-أخذ قسط كاف من النوم والراحة.

8-9-تجنب ضغوط الحياة ومارس الهوايات. **(العمري، 2008، ص.7)**

9-السرطان من المنظور النفسي:

تطرقنا إلى هذا العنوان قاصدين الإنتقال من الجانب الطبي للسرطان إلى الجانب النفسي له والربط بينهما. لقد حاول العديد من الباحثين إقامة صلات بين المشاكل النفسية وبداية السرطان ووضحوا أن هناك ارتباط بين الصدمات العاطفية وظهور الأورام.

فنجت "Galen" في القرن الثاني للميلاد اعتقد أن النساء اللواتي لديهن أفكار سوداوية عن مهيئين للإصابة بسرطان الثدي، وقد تم تناول هذا الموضوع مرة أخرى في القرن الثامن عشر، والذي وجد أن مرضاه الذين يعانون من الإكتئاب والقلق كانوا أكثر عرضة للسرطان.

وأضاف "Guy" المزيد من التفاصيل من خلال ملاحظته التي توصل بها إلى أن المرأة العصبية والهستيرية بعد مرورها على الصدمات والحرمان تطور أو تنمي سرطانا.

ويمكن للمريض الذي تعرض لخسائر معينة في مراحل مبكرة العودة إلى مرحلة الطفولة وإعادة تنشيطها من قبل الاحداث التي تحصل في حياته كالبالغ "فقدان" و"النقص" من العوامل التي تكمن وراء الإستعداد للإصابة بالسرطان، ولتجاوز هذه الخسارة، يبدي المريض إنكار للمعاناة في الواقع على حساب حياته العاطفية. وهذا من شأنه أن يسمح لنا بالنظر إلى المريض بالسرطان على أنه بناء نفسي جسدي وأهم ما يميز موقفه العقلي الصلابة، صعوبة في التعبير عن الإنفعالات، والقدرة على تشكيل العلاقات. **(حافزي، 2015، ص.190)**

10-سمات الشخصية والبروفيل السيكولوجي للمريض المصاب بالسرطان:

10-1-سمات الشخصية المصابة بالسرطان:

إن الشخصية التي تتعرض للسرطان هي شخصية من النمط "ج" وهي شخصية تتسم وتستيجب للتوتر والضغوط وأحداث الحياة من خلال إكتئاب واليأس وانعدام الأمل والإنفعالات السلبية، فالأشخاص الذين يرتفع اليأس لديهم يكون لهم تاريخ طويل من إنخفاض الفاعلية والخضوع للأحداث بدون شعور بالنجاح أو المتعة مع إنخفاض الشعور بالمسؤولية تجاه الإنجاز وقابلية شديدة للفشل وتشير البحوث إلى أن الأفراد يتفق سلوكهم مع هذه الصورة الخاصة باليأس وانعدام على الأكل الأكثر عرضة بالسرطان.

حاول بعض الباحثين إدراج السرطان ضمن الأمراض الجسمية التي تقوم الشخصية بدور مهم في إحداثها، ولقد بدأت هذه المحاولات منذ أن أشار الطبيب الإغريقي "جالينوس" إلى أن إحتمال إصابة المرأة الكئيبة بالسرطان يفوق إحتمال المرأة المتفائلة بالمرض نفسه، أما "فرويد" (1950) فقد أفضى إلى ملاحظات مشابهة وتبعه "إيفان" (1926) بدراسته التي أجراها على (مئة مريض) أسفرت أن فقدان العلاقات الهيمية هو ما أدى إلى إصابتهم بالسرطان. **(مشري، 2015، ص.11)**

10-2-البروفيل السيكولوجي للمريض بالسرطان:

باحتلال السرطان مكانته ضمن الأمراض الأشد فتكا للإنسانية أجريت عدة دراسات على هذه الفئة المصابة وسنقف على بعض هذه الدراسات حتى يتسنى لنا فهم طبيعة البروفيل النفسي عند هذه الفئة.

فقد أثبتت العديد من الدراسات أن مرضى السرطان الذين يتقدم المرض لديهم بسرعة عندهم شخصيات تتصف بإكتئاب والإفتقار للدفع. ولخصت "ماجدة حفيس" من دراستها من خلال تطبيق عدة إختبارات إلى أن هناك زيادة القلق إضطراب الإكتئاب، وقلق الموت فهم أكثر إحساسا بالخوف وهم أقل إهتماما بمظاهرهم الشخصية.

أما دراسة "نجية عبد الله وعبد الفتاح رأفت" التي طبقا فيها إختبار الرسم، وبعد التحليل توصل إلى نتيجة مفادها أنه توجد صعوبة عند الجنسين في الإتصال الوثيق بالواقع، ويظهر عندهم إنهيار الأنا ويتقبلون الهزيمة على أنها أمرا حتميا لا مناص مئة ويفون عن المقاومة، كما يتسمون بالفشل في كبت إنفعالاتهم ولديهم إضطراب في العلاقة العائلية. **(عبد الله، رأفت، 1995، ص.167)**

11-الآثار النفسية للمصاب بمرض السرطان:

مازال التأثير النفسي للسرطان على المريض ربما يكون مدمرا فلا تزال كلمة السرطان تستحضر مخاوف الموت والعذاب والتشوه والإعتماد على الغير والعجز عن حماية أولئك الذين تعتبرهم أعزاء علينا وعادة ما تكون ردة الفعل الفورية عند تشخيص المرض عند الفرد ما هي إلا عدم التصديق والإصابة بالصدمة، ثم تأتي رحلة الضيق الحاد والهياج الشديد والإكتئاب الذي قد ينطوي على الإنهاك في التفكير بالمرض والقلق والموت، وفقدان الشهية والأرق وضعف التركيز والعجز عن القيام بالأمور اليومية الحياتية. **(زياد بركات، 2006، ص.913)**

يشير كلا من "هولاند وسرلين" إلى أن الأفراد الذين يعانون من الخوف والإصابة بمرض السرطان يتعرضون إلى حالة شديدة من القلق تفسد أدائهم، ويتطور هذا الشكل من رهاب السرطان في أعقاب محنة صحية أو في حالة فقد قريب أو صديق أصيب بالسرطان ويصبح الفرد شديد الحساسية والقلق نحو أي عرض جسمي كان يعاني منه الشخص المتوفي خلال فترة مرضه، ويصبح الفرد حساسا لأي عرض جسمي يطرأ عليه وهو كان يتجاهله في الماضي. **(موسى قويدل، 2008، ص.51-52)**

ولعل المزاج الإنفعالي لدى مرضى السرطان ومواقفهم من الوضع الجديد الذي يعيشونه بعد الإصابة وردود الأفعال النفسية والجسمية تجاه الضغوطات المستجدة على حياتهم جميعها عوامل تساهم في تفاقم المشقة النفسية عند المرضى بالسرطان، وتشير بعض الإحصائيات الطبية إلى أن نسبة تتراوح بين 40% إلى 60% من حالات جسدية حيوية، وإنما نابعة عن حالات وظروف نفسية وتصبح حالة المريض أكثر صعوبة عندما يعاني من القلق والرهاب والإكتئاب النفسي إذ تبين الدراسات أن نسبة 15% إلى 25% مرضى السرطان يعانون من أعراض الإكتئاب النفسي، ومن أهم الأعراض فقدان الإهتمام، صعوبة التركيز الذهني والشعور باليأس واللامبالاة بالإضافة إلى أعراض القلق والخوف من الموت وكلها عوامل تزيد من الضغوطات النفسية لدى المريض. **(قواجلية، 2013، ص.54)**

12-ردود الفعل النفسية عند تلقي خبر الإصابة بالمرض:

إن التفسير السيكوديناميي للسرطان لا يقتصر فقط على التطرق إلى القراءات السيكوسوماتية للمرض وإنما يجب أيضا التطرق إلى المعاناة والآثار النفسية التي يخلقها المرض وكيفية إستجابة المرضى لذلك وعلى هذا الأساس أدرجنا هذا المحور والذي لا يقل أهمية عن المحور الخاص بالمنشئية النفسية للمرض والذي يتضمن المعاناة الكبيرة للمريض، فالأولى تكون معاناة في صمت، أما المعاناة الثانية أكثر وضوحا أو أكثر آلاما، فكل ما كان خفي وذو طابع مستتر يصبح مشاهد في هذه الوضعية لدى أغلب المرضى.

12-1-الإعلان عن مرض السرطان وطبيعة العلاقة بين المريض والطبيب:

تؤكد آمال بورقية (2013) أن الإعلان عن المرض يمكن أن يتسبب في إضطرابات عنيفة تنعكس على ردود فعل أو سلوك المريض، لهذا ومن أجل الحفاظ على الكرامة والثقة وحرية إختيار العلاج، وجب على الأطباء الإفصاح عن أي خبر بطريقة مناسبة تخضع لإعتبارات إنسانية الهدف منها ورع الثقة والأمل في الدواء والعلاج.

فهو عبارة عن صدمة وهذا حسب الشخص وقدرته على المواجهة، لأن الإلتقاء بالحقيقة وصعوبة تمثيلها، وعدم القدرة على تقبلها. وهذا ما يؤكد عليه Deschamps D فالإعلان عن مرض السرطان لدى المريض في الحقيقة صدمة، لا يستطيع الشخص إرصانها فهي عسر للواقع وحقيقة مذهلة، يعني إلتقاء بشيء لا يمكن أن يرمز ولا يستطيع الإستيقاظ منه. **(Deschamps. D, 1997, P.11)**

وأمام هذه الصدمة تؤكد آمال بورقية (2013) أن يتحلى الطبيب ببعض أخلاقيات المهنة فيما يخص فترة الإعلان وكذا طيلة فترة التشخيص والعلاج، حيث يتميز بعمارة عالية في التواصل التي من المفروض أن يكون قد إكتسبها من خلال تجربته، محاولا تبسيط وتكييف الخطاب الطبي حسب المستوى اللغوي والمعرفي للمريض خاصة عند وصف وشرح طبيعة المرض ومراحله.ويجب على الطبيب أن يتأكد من صحة التشخيص عند إبلاغ المريض وأسرته محاولا بكل جهده زرع الأمل في تحسين الوضعية الصحية للمصاب، مع مراعاة وجهة نظره من أجل ضمان رعاية صحية، وتتبع علاجي جيد بممارسة طبية مريحة.

كما ان أسلوب الإخبار يكون بشكل شعوري أو لا شعوري فهذه العلاقة مبنية على إنتظارات وآمال متبادلة: المريض ينتظر العلاج أو على الأقل التخفيف من معاناته، والطبيب يسعى لتحقيق قدراته العلاجية منتظرا الاعتراف بالجميل من طرف المريض. فمن المناسب أن يتميز أسلوب الإخبار باللباقة وعدم التعسفية حرضا على تجنب حدوث صدمة نفسية لأن الإعلان عن تشخيص أي مرض مزمن يعتبر صدمة نفسية قوية لا يجب خلالها أن يشعر المريض بالوحدة والضياع. بل بالأمان والأمل مدعما بالمصاحبة الطبية من قبل الشخص الذي له المعرفة العلمية والقدرة على مساعدته على اجتياز محنته والتخلص من المرض وبالتالي تحقيق الشفاء.

12-2-إيقاظ الكمونات العقلية وتغيير النشاط العقلي:

أمام الصدمة يلجأ المريض للإستنجاد ببعض الكمونات العقلية والمتمثلة في ميكانيزمات الدفاع واستراتيجيات المواجهة قد تحمي الفرد من الدافع النزوي الشديد أو تخفف من أثر الصدمة، يستعملها

المريض من أجل الهروب أو المواجهة وبالتالي يحدث تغير للنشاط العقلي، فمن بين ميكانيزمات الدفاع المستعملة نجد ما يلي:

يعتبر الرفض من أول الميكانيزمات الدفاعية، التي تتأصل في الشخصية منذ المراحل المبكرة ويستمر الميل للرفض في الفترات الحياتية اللاحقة، فقد يرفض الرجل وجود أية علاقة بين السعال الذي ينتابه في الصباح الباكر وعادته في التدخين، وقد ترفض الأم موت إبنها تحافظ على تنظيم وترتيب حجرته بحجة إنتظام اليوم الذي يعود فيه فلان إلى البيت، وكذلك الحال بالنسبة للجندي الذي يضحك ويظهر بروح النكتة والمزاح وذلك قبل دخوله المعركة رافضا شعوره بالخوف.

ففي حالة مريض السرطان نجد أن الشخص يلجأ إليه كآلية أولية، فهو يرفض مرضه ولا يستطيع إستعابه، ولا يستطيع الحقل المعرفي لديه تقبل هذه الخبرة، فهو يحمي نفسه من حقيقة مؤلفة مع رفض الواقع، أما التظاهرات التي تظهر على المريض فإنه يعيش مع الاعراض كما لو لم توجد رغم الألم، فهو ملازم بعد الإعلان عن المرض مباشرة. **(دويدار، 2000، ص.122)**

كما نجده يستعمل مكانيزم العزل حيث يعزل العاطفة عن الفكر فيتحدث عن مرضه أو داء السرطان بطريقة تلقائية، لا يوجد فيها أي نوع من الإضطراب أو التوتر، وعادية لا يظهر أي إنفعال هدفه هو مسح كل الأحداث الإنفعالية خوف من الإنقلاب في الأزمة.

فالعزل هنا كوسيلة تغطية تتطلب طاقة عالية من أجل ذلك نجد المريض في بعض الأحيان يلجأ إلى مساعدة غيره من المرضى، ويوجهونهم إلى ضرورة المكافحة.

وأيضا من بين الميكانيزمات التي تظهر نجد الإسقاط حيث يسقط غضه على المحيط، والمجتمع والوراثة... إلخ.

ويسمى هذا الميكانيزم أيضا بالإسقاط العدواني، في بعض الأحيان يصبح الطبيب هو أول منمم لهذا الوضع، فهو السبب في تطور المرض فينشئ رد الفعل العدواني، هذا نوع من التمرد والعصيان من أجل المصارعة ضد المرض، هذه الأخيرة التي تظهر استعدادا لمكافحة المرض بطريقة إرادية، ذات خطوات مستقبلة فهذه الوضعية تدل على نوع من الإندماج والتأقلم على تحمل المرض أو عاطفة سلبية. **(Jacquet.M, 2003, P.43)**

كما قد يلجأ المريض إلى ميكانيزم التبرير، فيجد سببا عقليا لماذا تخلى عن شيء معين فقده إثر هذا المرض، مثلا فقدانه لعمله وعدم القدرة على العمل، كأن يقول إن هذا العمل لا يحبه، هدف هذا الميكانيزم هو إيجاد الحل المقبول إجتماعيا ونفسيا للمريض اتجاه مرضه. **(Phaneuf. M, 2005, P.30)**

نجد المريض أيضا في هذه الوضعية يستعين بآلية **التكويني العكسي** فهو دائما يظهر دوره الفعال في الأسرة مع السيطرة الكلية عليها ولكن في الداخل فهو جد مجروح، وغير متكيف مع هذه الوضعية فنجد لديه إنقاص من قيمة الذات بطريقة مباشرة وسهلة لكن عن طريق التكوين العكسي نجده يحقق تأمين ذاتي يخترع لنفسه بعض السمات ليست لديه وهذا ما يؤكد عليه Phaneuf.M.

وفي بعض الحالات نجد المريض يتخذ أمام وضعيات التحول وفقدان الشعر وكل الأعراض وكل الخسائر، من عمل، أو الزوجة التي ربما تغادر، ويعوض كل هذه الأشياء بالشراهة والأكل، فالإحساس بالحرمان العاطفي يؤدي بالمريض إلى سلوكات تعويضية، فالمريض وكأنه يأكل إنفعالاته إذا عاش ذكريات سارة فهو من خلال ذلك الأكل يتذكر تلك الحادثة أو عاش ذاكرة مؤلمة فهو يخبئها من خلال الأكل، والذي يدل على آلة التعويض.

كما قد يستعمل المريض النكوص ويرتد ويصبح حبيس لمرضه، فحسب التوظيف النرجسي وتحويله للجسد يدل على نكوص سيكوسوماتي علائقي حيث يرى Linden Meyer أن بمجرد إعلان الطبيب للمريض عن مرضه، فهو يترك آثار ترتسي في جسده، بحيث يتطلب عليه النكوص، الذي يعتبر في هذه الحالة مرضى يقود المريض إلى غير العادات المعتادة في جسده. **(Linden Meyer. L, 1998, P.89)**

فهذا النكوص يدل على غياب الحياة النفسية وانسحابها، أين يكون الجسد هو محور الاهتمام، فيكون في نفس الوقت سحب التوظيف أو إلغاء الإستثمار للعالم الخارجي، رغم أنهم يحتاجون إلى الآخر فالطفل الذي يحتاج إلى أمه من أجل الوصول إلى تمثيلات عن جسمه، فإشكالية الوحدة تلعب دورا هاما في مرض السرطان وبالتالي النكوص إلى مراحل بدائية مع إنسحاب نرجسي والنكوص الجسدي.

13-الإضطرابات النفسية المرتبطة بمرض السرطان:

13-1-الحصر والقلق:

نجد لدى هؤلاء المرضى حصر وقلق كاتم، فيرون أن هناك إنقلاب في حياتهم، فيظهر نوع من العصبية والإحساس بالإحباط والخوف والفزع من أي شيء، فتظهر عليهم السلوكات التجنبية، كما نجد هناك تظاهرات سيكوسوماتية مثل تسارع دقات القلب أو انخفاض الضغط بطريقة مباشرة، صعوبات في التنفس الألم، الإحساس بالإختناق، وعرق، برودة، ارتعاش غير مبرر، الإحساس بالهيجان، الخوف من النوم الذي يرجع إلى الخوف من عدم النهوض نهائيا والموت، يجب الإشارة أنه قد تكون هذه الآلام نتيجة آلام نفسية أو نتيجة آلام جسدية.

قام Ford بدراسة على عينة مكونة من 633 امرأة مصابة بالسرطان كانت ستخضع للجراحة فوجد أن 44% من الحالات تظهر لديهن أعراض التوتر، 52% تعاني من قلق الموت، 71% الخوف من عملية البتر. لكن لما سبقت الإشارة تعتبر هذه الأعراض عادية تكيفية، إستمراريتها أو الزيادة في شدتها تتطلب التكفل. إن الدراسات التي درست حالات الحصر على المصابين بالسرطان تبقى قليلة، أغلبيتها أشارت إلى وجود إضطرابات تسبق الإصابة منها، الهلع والرهاب تظهر أو تعود بعد ظهور السرطان. **(شدمي، 2014، ص.114)**

13-2-تناذرات إكتئابية:

يعد الإكتئاب من التناذرات المرضية التي صرح بها الباحثين أنها تظهر لدى مرضى السرطان ولكن هناك إشكال قائم في هذا الطرح، فأمام هذه التناذرات الإكتئابية قد تظهر العديد من الإضطرابات العقلية فقد أكد Rchich.M أن هؤلاء المرضى يتعرضون إلى إضطرابات عقلية، منها الخلط العقلي الذي قد يكون راجع إلى Antalgique وإلى المسكنات ك Marphine أو ناتج عن الألم الجسدي أو ناتج عن الأرق والحالات الميجانية، أو راجع إلى عدم قدرة المريض عن التعبير عن آلامه، كما يظهر لديهم هذيانات مختلفة مع هلاوس.

كما تظهر على المريض حالات التعب والعباء النفسي والجسدي فنجد المريض نفسه عاجز غير قادر مع فقدان في قيمة الذات والشعور بالذنب والتفكير في الرغبة في الموت، فهذا يدل على فقدان القدرة الطاقوية، ويكون هذا التعب متعلق بالخبرة الذاتية وذو سببية متنوعة كما قد يكون حاد كما قد يكون مزمن فنجده يؤثر على القدرات المعرفية، وتغيرات في إدراك الذات والعلاقات بالآخرين. **(Bredart.A, 2004, P.7)** بالإضافة إلى ظهور العديد من الإضطرابات الأخرى كالإضطرابات السلوكية والجنسية.

فكل هذه الإضطرابات تدل على المعاناة النفسية التي تشير إلى خبرة حسية إنفعالية مزعجة مرتبطة بإصابة نسيجي ومتواجدة متدفقة وموصوفة من خلال تلك الإصابة، أما الآلام هي عبارة عن خبرة تترجم على أساس عصبي فسيولوجي متعلق بالحركة ورد الفعل الذي يبديها الشخص.

14-التكفل النفسي بمرضى السرطان:

إن إتباع العلاج الدوائي دون الاهتمام بالجانب النفسي يؤدي للإدمان على الدواء مما يشجع عدم تحريك القوى الذاتية، ومنه ينصح الخضوع لعلاج تكاملي لتكوين جهاز منظم متكامل فوقع كلمة سرطان على المريض وحده كاف لفقدان التوازن، وإن ما يعانيه من ألم وتبعات العلاج إضافة إلى الضغوطات النفسية الاجتماعية والشعور بقلة الحيلة وتقييد مشاعر القيمة الذاتية، كلها تتطلب تكفلا علاجيا مدروس

كما أن خصوصية الإصابة ومدى خطورتها تستلزم رسما لإستراتيجية خاصة بمرضى السرطان تكون مسايرة للعلاج الطبي بهدف الحيلولة دون مضاعفات وتخفيف آثار الصدمة النفسية والحالة الإنفعالية الناتجة.

وطريقة إبلاغ المريض بحقيقة مرضه لها تأثيرا نوعيا، إذ يجب على العائلة والمعالج ترك فرصة للمريض للتعبير عن نفسه ومشاعره وعلى التسرع في تهدئته وطمأنته، أو على العكس من ذلك تركه يلاحظ الخوف والذعر في أعين المحيطين به. وعلى المعالج طرح الأسئلة واختيار الكلمات المناسبة التي تستثير إستجابات المريض حول إنفعالاته ومخاوفه، عدم استصغار المرض وتأكيد الشفاء مع إعطاء نظر أمل للمستقبل.

إن اختيار الكلمات بحذر وعدم إسكاته عندما يعبر عن رأيه، ليقود المعالج إلى تصحيح رأي المريض وجعله يتفوه بما هو أحسن من إدراكه أنه يتفهم مخاوفه وأنه سيكون معه في رحلته لمحاربة مرضه. **(عروج، 2017، ص.106)**

خلاصة الفصل:

نستنتج مما سبق ذكره في الفصل أن السرطان هو من بين الأمراض المزمنة والخطيرة التي تهدد حياة الفرد والتي يحتاج فيها المريض للعلاج الطبي والنفسي في وقت واحد من أجل التكيف وممارسة نشاطات الحياة بشكل عادي فالتكفل النفسي بهاته الشريحة وكذا بالمحيطين بمها خاصة الأسرة يزيد من نسبة وعي المريض ومقاومته للمرض.

ولقد حاولنا من خلال هذا الفصل التطرق لأهم ما يمكن معرفته حول هذا المرض وبحكم خطورة هذا المرض فإنه حتما سيكون له تأثير على الناحية النفسية والاجتماعية للمصاب به، لكن الإكتشاف المبكر له يزيد فرص نجاح العملية العلاجية كما يمكن إكتشاف الورم بواسطة وسائل وفحوصات عديدة التي تحدد نوع الورم ومدى تطوره وما يتطلب من إجراءات علاجية واستعجالية مختلفة.

الجانب التطبيقي

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة

تمهيد

1- التذكير بفرضيات الدراسة.

2- الدراسة الإستطلاعية.

3- المنهج المتبع في الدراسة.

4- مجموعة البحث وخصائصها.

5- مكان وزمان إجراء الدراسة.

6- أدوات البحث.

خلاصة الفصل

تمهيد:

يتضمن هذا الفصل الخطوات والإجراءات المنهجية في الميدان والتي تعتبر الجوهر الأساسي في جميع الدراسات والبحوث والتي يتم من خلالها جمع البيانات والمعلومات ولهذا سنتطرق في هذا الفصل المنهج المستخدم، مجتمع الدراسة وعينتها، وكذلك أدوات الدراسة المتمثلة في المنهج العيادي (دراسة حالة) والمقابلة العيادية النصف موجهة التي سنتحمل من خلالها على بيانات أساسية حول عينته البحث، بالإضافة إلى إستخدامنا لمقياس الألكسيميا ومقياس الوحدة النفسية.

1- التذكير بفرضيات الدراسة:

- يكون مستوى درجات الألكستيميا لدى فئة الراشدين المصابين بالسرطان مرتفعا.
- يكون مستوى درجات الشعور بالوحدة النفسية لدى فئة الراشدين المصابين بالسرطان منخفضا.

2- الدراسة الإستطلاعية:

الدراسة الإستطلاعية تهدف أساسا إلى إكتشاف واستطلاع الظروف المحيطة بالظاهرة من حيث جوانبها وأبعادها، وهي خطوة مهمة يلجأ إليها الباحث للتعرف على مجتمع البحث والميدان الذي سنجري عليه الدراسة الأساسية، وكذلك البحث في إمكانية تنفيذها. **(نايت عبد الرحمان تينهنان، 2021، ص.116)**

2-1-أهداف الدراسة الإستطلاعية:

- التعرف على ميدان إجراء الدراسة الأساسية والحصول على بعض المعلومات والمعطيات الأولية.
- تهدف إلى تنمية فروض البحث وجمع المعلومات عن الإمكانيات العلمية للقيام بالبحث.
- إكتشاف مختلف الصعوبات والمعيقات الإجرائية، أي تلك التي أثناء تطبيق الدراسة من أجل التحكم فيها لاحقا خلال إجراء الدراسة الأساسية للبحث. **(سعيد رحال، 2016، ص.120)**

* بعد ذهابنا لممارسة تربصنا في المؤسسة العمومية الإستشفائية بدلس كان من السهل علينا القيام بالدراسة الإستطلاعية نظرا لتوفر عينة بحثنا في ذلك المكان بمساعدة الاخصائية النفسانية المشرفة علينا وفيما يخص الدراسة الإستطلاعية، فقد تمت يوم الأحد 17 مارس أين رافقتنا المختصة النفسانية لمصلحة العلاج الكيماوي لمرضى السرطان، عرفتنا على الحالات التي كانت متواجدة هناك وبعد تحدثها معهم وإطمئنانها على صحتهم وتأكدها من قبولهم قدرتهم على مساعدتنا في بحثنا هذا تمكنا من اختيار حالتين (02)لإجراء الدراسة الإستطلاعية.

– وبعدها أجرينا مع الحالتين المقابلة العيادية النصف موجهة وطبقنا عليهم مقياس الألكستيميا ومقياس الوحدة النفسية من أجل التأكد من بنود المقياسين ومدى إستعاب الحالات لهما، حيث إستغرقنا حوالي ساعة، وتوصلنا إلى أن تعليمات وعبارات المقاييس واضحة ومفهومة وكانت تتجاوب مع المستوى التعليمي لمجموعة البحث ومن هنا تمكنا من إجراء الدراسة الأساسية.

جدول رقم (01): يمثل خصائص مجموعة الدراسة الإستطلاعية.

الإسم	السن	المستوى التعليمي	الحالة المدنية
الحالة (ز)	32	أولى ثانوي	متزوجة
الحالة (ح)	50	سادسة إبتدائي	متزوجة

الجدول رقم (02): يمثل نتائج الدراسة الإستطلاعية على مقياس الألكستيميا والوحدة النفسية.

درجة ومستوى المقياس	نتائج مقياس درجة الألكستيميا على الحالة		نتائج مقياس مستوى الوحدة النفسية على الحالة	
الحالة	الدرجة	المستوى	الدرجة	المستوى
الحالة (ز)	76	مرتفع	33	متوسط
الحالة (ح)	49	منخفض	35	متوسط

نستخلص من هذا الجدول أن الحالة (ز) تحصل على (76) درجة في مقياس الألكستيميا وهذا يدل على أن درجة الألكستيميا عند الحالة مرتفع وفي مقياس الوحدة النفسية تحصل على (33) درجة مما يدل على أن مستوى الشعور بالوحدة النفسية متوسط بينما تحصل الحالة (ح) على درجة (49) من مقياس الألكستيميا وهذا يدل على أن درجة الألكستيميا منخفض وفي مقياس الوحدة النفسية تحصل على (35) درجة مما يدل على أن مستوى الشعور بالوحدة النفسية متوسط.

2-2-نتائج الدراسة الإستطلاعية:

لقد سمحت لنا هذه الدراسة الإستطلاعية بتطبيق مقياس الألكستيميا ومقياس الوحدة النفسية، وبالتالي أوضحت نتائج التطبيق أهمية هذا الموضوع وهذه الفئة كما ساعدتنا هذه الدراسة على التعرف على مجموعة البحث والتقرب إليهم.

ومن خلال تطبيقنا لمقياسين الألكستيميا والوحدة النفسية وجدنا أن الحالات تتساوى في نتيجة مقياس الوحدة النفسية الذي كان ذات مستوى متوسط وتختلف بالنسبة لمقياس الألكستيميا والذي كانت نتيجته مرتفع ومنخفض.

2-3-الدراسة الأساسية:

ثم بعدها بدأنا في الدراسة الأساسية مع الست حالات الأخرى قبل الشروع بالمقابلة العيادية مع الحالات، قمنا بتعريف أنفسنا كالطالبتين متربصتان في علم النفس العيادي والهدف من هذه الدراسة وأن المعلومات التي ستقدم إلينا ستبقى سرية، والتأكد من أهمية صدقهم معنا لإتمام البحث، وهذا الأمر ساعدنا على قبول الحالات في التعاون معنا ثم قمنا بإجراء المقابلة العيادية نصف الموجهة لجمع المعلومات عن الحالات، وقد دامت مدة المقابلة 1 سا، والتي تحتوي على المحاور التالية: البيانات الشخصية، الحياة العلائقية وعلاقات المريض بالآخرين، بالإضافة إلى بيانات حول الحياة النفسية والمستقبلية له.

ثم قمنا بتطبيق مقياس الألكستيميا الذي يحتوي على (20) بند، ومقياس الوحدة النفسية الذي يحتوي على (20) بند، وذلك بعد تأكدنا من صدق المقاييس وأنها صالحة للتطبيق، فكما أشرنا أنها تم تطبيقها مؤخرا على المجتمع الجزائري وكيفت له.

3- المنهج المتبع في الدراسة:

اعتمدنا في هذا البحث على المنهج العيادي الذي يقوم على جمع بيانات ومعلومات كثيرة وشاملة عن حالة فردية واحدة أو عدد من الحالات، وذلك بهدف الوصول إلى فهم أعمق للظاهرة المدروسة وما يشابهها من ظواهر أخرى، حيث يهتم هذا المنهج بالوضع الحالي للحالة المدروسة، عن ماضيها وعلاقاتها وذلك من أجل فهم أعمق وأفضل للمجتمع الذي تمثله. **(محمد سرحان علي المحمودي، 2019، ص.56)**

ويتضمن المنهج العيادي دراسة الحالة التي تعرف على أنها: "تقرير شامل يعده الأخصائي، ويحتوي على معلومات وحقائق تحليلية وتشخيصية عن حالة العميل الشخصية والأسرية والإجتماعية والمهنية

والصحية، وهي منهج لتنسيق وتحليل المعلومات التي يتم جمعها عن الفرد والبيئة التي يعيش فيها". **(فكري لطيف بن سعيد، 2016، ص.21)**

4- مجموعة البحث وخصائصها:

تم إجراء هذه الدراسة على عينة بحث تتمثل في ست حالات من الراشدين المصابين بداء السرطان متواجدين في المؤسسة العمومية الإستشفائية "محمد بوداود" والذين يبلغون أعمارهم ما بين 40 و55 وهم من جنس الإناثّ، بالنسبة لمستواهم الدراسي فالحالة الثانية وثالثة والخامسة ذات مستوى الثالثة ثانوي، أما بالنسبة للحالة الأولى والحالة السادسة فمستواهم الدراسي في المتوسط وفي الأخير تميزت الحالة الرابعة بمستوى الخامسة ابتدائي.

4-1-معايير إختيار عينة البحث:

أ/ السن: أن تكون الحالة من الراشدين.

ب/ الفئة: أن يكون من المصابين بداء السرطان.

الجدول رقم (03): يوضح خصائص مجموعة الدراسة.

الخصائص / الحالات	السن	المستوى الدراسي	الحالة المدنية
الحالة الأولى (ف)	55	الأولى متوسط	متزوجة
الحالة الثانية (س)	45	الثالثة ثانوي	متزوجة
الحالة الثالثة (ن)	40	الثالثة ثانوي	متزوجة
الحالة الرابعة (ك)	49	الخامسة إبتدائي	متزوجة
الحالة الخامسة (س)	49	الثالثة ثانوي	متزوجة
الحالة السادسة (ض)	54	الثالثة متوسط	متزوجة

5- مكان وزمان إجراء الدراسة:

5-1-الظروف المكانية:

تم إجراء الدراسة على مجموعة من الراشدين المصابين بداء السرطان وبلغ عددهم ست حالات وذلك في المؤسسة العمومية الإستشفائية "محمد بوداود" بدلس والذي يقع على بعد 50 كلم من شرق ولاية بومرداس

على الطريق الوطني رقم 24 والذي تأسس سنة 1967، حيث تضم المؤسسة عدة مصالح من بينها: قسم الإستعجالات، مصلحة تصفية الدم، طب الأطفال، مكتب الفحص النفسي ومكتب الفحص الأرطوفوني وغيرها من المصالح الأخرى.

5-2-الظروف الزمانية:

قمنا بمقابلة الحالات يوم الأحد 14 أفريل إلى غاية يوم الثلاثاء 23 أفريل، تعرفنا على بعضنا وشرحنا لهم ما نريد القيام به معهم واتفقنا على تطبيق المقابلة العيادية نصف الموجهة والمقاييس واستعرقت المقابلة ساعة مع كل حالة.

6- أدوات البحث:

6-1-دليل المقابلة عيادية نصف الموجهة:

تم اختيار المقابلة العيادية نصف الموجهة والتي هي عبارة عن لقاء يتم بين شخصين (باحث والمبحوث) باحث يقوم بطرح مجموعة من الأسئلة على الأشخاص المستجيبين وجها لوجه، ويقوم الباحث أو المقابل بتسجيل الإجابات. **(نايت عبد الرحمان، مفضل، 2022، ص.121)**

والهدف من استعمال المقابلة العيادية نصف الموجهة هو جمع معلومات حول الحالة النفسية للراشدين المصابين بداء السرطان، ومعرفة كيفية تفكيرهم للمستقبل، اعتقاداتهم واتجاهاتهم في الحياة.

ويحتوي دليل المقابلة في هذه الدراسة على المحاور التالية:

- **المحور الأول:** يحتوي على معلومات شخصية عن الحالة والتي في: (الإسم، السن، الحالة المدنية، المهنة، المستوى التعليمي).

- **المحور الثاني:** يحتوي على معلومات حول الحالة الصحية للمريض، الأعراض التي ظهرت عليه السوابق المرضية إن وجدت كذلك معرفة مدة المرض والعلاج الذي يتلقاه.

- **المحور الثالث:** يحتوي على نوع العلاقات التي يكونها مع عائلته وأصدقائه ومع الأطباع والممرضين في مكان العلاج وذلك بهدف معرفة هل شخصيته شخصية إجتماعية أم يحب العزلة كذلك معرفة إن كان يستطيع البوح بمشاعره أو حبه لشخص مقرب أم يجد صعوبة في ذلك.

- **المحور الرابع:** يحتوي على معلومات عن الحياة النفسية للمريض وذلك بهدف معرفة توازنه النفسي ومعرفة كيف تبدو له حالته وكيف يرى نظرة الآخرين إليه وهل يشعر براحة والطمأنينة داخله.

- **المحور الخامس:** يحتوي على معلومات عن الحياة المستقبلية له وهل هو راض عن حياته ومعرفة إن كانت طموحات أو مشاريع أو أمنيات يرغب في تحقيقها مستقبلا مع التأكيد إن كان لديه أمل بأنه سيشفى من المرض ويتغلب عليه.

6-2-مقياس الألكستيميا:

6-2-1-التعريف بالمقياس:

إن مقياس تورنتو TAS-20هو سلم تقدير ذاتي مكون من 20 بندا، حيث أن النسخة الاصلة هي النسخة الإنجليزية والتي قام بإعدادها كل من (Tayor Babby وPaker 1994).

يتكون من ثلاثة أبعاد رئيسية تتمثل في:

البعد الأول: يقيس صعوبة تحديد الإنفعالات وتمييز الأحاسيس الجسدية.

البعد الثاني: صعوبة وصف الاحاسيس والإنفعالات.

البعد الثالث: يقيس وجود الأفكار الموجهة للخارج. **(بوشوشة، نايت عبد السلام، 2021، ص 314)**

جدول (04): يوضح أبعاد وأرقام بنود كل بعد.

الأبعاد	أرقام البنود	الحد الأعلى لكل بعد	الحد الأدنى لكل بعد
صعوبة وصف المشاعر	1، 3، 6، 7، 9، 13، 14.	35	07
صعوبة تحديد المشاعر والإنفعالات	2، 4*، 11، 12، 17.	25	05
التفكير الموجه نحو الخارج	5*، 8، 10*، 15، 16، 18*، 19*، 20.	40	08

*/ العبارات ذات الإتجاه السلبي.

6-2-2-الخصائص السيكومترية للمقياس:

الصدق: الإختبار الصادق هو الاختبار الذي يحقق الوظيفة التي وضع من أجلها الإختبار بشكل جيد، وبالدرجة التي يكون فيها قادرا على تحقيق أهداف محددة، فهو يعكس قابلة الإختبار لمقياس ما صمم لقياسه. **(نايت عبد السلام، بوشوشة، 2021، ص. 308)**

الثبات: نقصد به "درجة ثبات إجابات المستقصى منهم في حالة تكرار توزيع الإستبيانات عليهم مرة أخرى أو مرات مختلفة، حيث أن هذا التوزيع المتكرر يظهر مدى خلو إجابات المستقصى منهم من تأثير العشوائية بما يعني استقرار نتائج المقياس، فمعامل الثبات هو معامل إرتباط بين إجابات المبحوثين في الإختبار الأول والإختبار الثاني، وهذا يعني أن معامل الثبات قيمته العظمى (1^{+}) ولا يمكن أن قيمته مساوية للصفر لأن ذلك يعني إنعدام الثبات الكامل.

التكييف: يشير مفهوم تكييف المقاييس أو الإختبارات النفسية كل الإجراءات التي يتبعها الباحث بداية من تقديره كما إذ كان بإستطاعة الإختبار تقدير التركيبة نفسها عند نقل الإختبار من ثقافة إلى أخرى وصولا إلى محاولته الحصول على مفاهيم، مفردات وتعابير متعادلة ثقافيا، لغويا، ونفسيا مع الثقافة الجديدة للإختبار. **(نفس المرجع السابق)**

6-2-3-طريقة تصحيح المقياس:

البنود مقسمة حسب الأبعاد الثلاثة للألكستيميا إلى ثلاثة فروع ثانوية وتنقيط الإجابات يكون حسب سلم ليكرت الذي يحتوي على خمسة مستويات إبتداء من 1 (غير موافق تماما) إلى 5 (موافق تماما)، حيث يحتوي المقياس على عدد مماثل للبنود مع العلم أن التنقيط معكوس (فالموافقة تعكس مستوى منخفض من الألكستيميا) لتجنب الإجابات التي تسعى لإرضاء السلم من قبل المبحوث.

إن نقطة العتبة تسمح بالكشف عن الأفراد الذين لديهم سمات شخصية ألكستيمية من غيرهم على النحو التالي:

جدول (5) يوضح نقاط العتبة للألكستيميا

ألكستيمي	نزعة ألكستيمية	ليس ألكستيمي
$61 \leq x$	$52 \leq x \leq 60$	≤ 51

- مجموع النقاط لسلم TAS-20 يكون بجمع جميع النقاط المتحصل عليها في كل البنود.

- يكون المجموع ما بين 20 إلى 100 نقطة.
- تكون الحالة مرضية إذا تجاوزت 61 نقطة.

6-3-مقياس الوحدة النفسية:

6-3-1-التعريف بالمقياس:

أكد هذا المقياس راسل (Russell, 1996) كأداة سيكومترية سهلة التطبيق في الأبحاث التجريبية لقياس الشعور بالوحدة النفسية، وهذا المقياس هو النسخة الثالثة المنقعة لمقياس كالفورنيا لوس إنجلس للشعور بالوحدة النفسية.

ولقد قام الدسوقي (1998) بترجمة المقياس وتطبيقه على عينة قوامها (1220) فردا من الجنسين ومن مستويات عمرية مختلفة وتقنين المقياس من خلال حساب معاملات صدقة وثباته وكذلك حساب معاييره حيث يتكون المقياس في صورته النهائية من (20) بندا تمت صياغتها على هيئة أسئلة موزعة على ثلاثة محاور:

- المحور الاجتماعي.
- محور الرفض.
- محور فقدان الألفة **(جعفر سندس، 2020، ص.38)**

وقد تم التأكد من خصائصه السيكومترية على المجتمع الجزائري من طرف الباحثة جعفر سندس.

6-3-2-خصائص السيكومترية للمقياس: ونعتمد في ذلك على الصدق والثبات

وتم حساب **خاصية الصدق** بعدة طرق منها:

*** الصدق البنائي أو التكويني:**

تم حساب الصدق البنائي على مجموعة كلية قوامها (400) طالب وطالبة، وقد تراوحت قيم معاملات الإرتباط الناتجة بين (0.371) و(0.744) بالنسبة للذكور وبين (0.369) و(0.762) بالنسبة للإناث وجميع هذه المعاملات دالة إحصائيا عند مستوى (0.01) حيث تشير إلى إتساق المقياس وصدق محتواه.

*** الصدق التمييزي:**

أجرى الباحث المقارنة الطرفية بين مرتفعي ومنخفضي الشعور بالوحدة النفسية بين (400) طالب وطالبة، وذلك بحساب النسبة الحرجة لدرجات أعلى 27%، ودرجات أدنى 27%، حيث بلغت قيمة النسبة

الحرجة (12.66) وتشير هذه القيمة إلى أن الفرق بين المجموعتين دال إحصائيا عند مستوى دلالة (0.01) مما يشير إلى قدرة المقياس على التمييز بين مرتفعي ومنخفضي الشعور بالوحدة النفسية.

***الصدق العاملي:**

تم حساب الصدق العاملي بتطبيق المقياس على عينة مكونة من (585) طالبا وطالبة، واستخدم أسلوب التحليل العاملي، حيث تم تحليل المصفوفة الإرتباطية المستخرجة من إستجابات العينة الكلية بإستخدام طريقة المكونات الأساسية Hotteling، وأدبرت العوامل تدويرا متعامدا ب طريقة Varimak وKaiser للوقوف على التركيب العاملي للمقياس، وقد أسفرت هذه الخطوة عن ظهور ثلاثة عوامل يتشبع بكل منهم عدد من البنود تبعا للمحكات الثلاثة الآتية:

- العامل الجوهري ما كان له جذر كامن > 1.0.
- محك التشبع الجوهري للبند > 0.3.
- محك جوهرية العامل > 3 تشبعات جوهرية.

خاصية الثبات: تم حساب ثبات المقياس بإستخدام الطرق الآتية:

***طريقة التطبيق وإعادة التطبيق:**

قام الباحث بتطبيق المقياس ثم إعادة تطبيقه مرة أخرى بفاصل زمني قدره شهر على أفراد عينة التقنين، وبعد حساب معامل الإرتباط بين درجات الأفراد في التطبيقين الأول والثاني اتضح أن معاملات الإرتباط دالة عند مستوى (0.01) مما يطمئن إلى توافر شرط الثبات بالنسبة للمقياس **(جعفر سندس، 2020، ص.39)**.

***طريقة التجزئة النصفية:**

تم حساب معامل الإرتباط بين درجات البنود الفردية، ودرجات البنود الزوجية لكل عينة، وبعد ذلك تم تصحيح معاملات الإرتباط الناتجة بإستخدام معادلة سبيرمان براون، واتضح من جميع معاملات الإرتباط للمقياس بإستخدام طريقة التجزئة نصفية دالة عند مستوى (0.01) مما يركد أن المقياس يتمتع بقدر من الثبات.

6-3-3-طريقة تصحيح المقياس:

يتم تصحيح المقياس بحيث تقابل بدائل الإجابة (دائما، أحيانا، نادرا، أبدا) الدرجات (4، 3، 2، 1) على الترتيب في حالة الإجابة على البنود السالبة التي تحمل أرقام (2، 3، 4، 7، 8، 11، 12، 13، 14، 17، 18) أما البنود الموجهة التي تحمل أرقام (1، 5، 6، 9، 10، 15، 16، 19، 20) فيتم

تصحيحها في الاتجاه العكسي للتقديرات السابقة ويستخدم الجمع الجبري في حساب الدرجة الكلية التي يحصل عليها المفحوص.

إذ تتراوح الدرجات بين 20-80 درجة وتكون دلالات الدرجة بحسب معيار الرباعيات:

20 فأقل درجة منخفضة في الشعور بالوحدة.

21-40 درجة متوسطة في الشعور بالوحدة.

41-60 درجة فوق المتوسط في الشعور بالوحدة.

61-80 درجة عالية في الشعور بالوحدة. **(جعفر سندس، 2024، ص.40)**

ومن الصعوبات التي واجهناها خلال هذا البحث مايلي:

1- صعوبة إيجاد الحالات خارج الإطار المؤسساتي، هنالك حالات لا تقبل بالتعاون في مثل هذه الأبحاث.

2- صعوبة تطبيق المقاييس مع بعض الحالات ولهذا اضطررنا لشرح بعض البنود عدة مرات.

3- عدم وجود مكان لإجراء المقابلات في مصلحة علاج السرطان فيكون إجراء المقابلة في قاعة العلاج.

4_صعوبة إيجاد دراسات مماثلة لدراستنا، مما تعذر علينا تدعيم بحثنا بدراسات أكثر.

خلاصة الفصل:

تناولنا في هذا الفصل الإجراءات المنهجية للدراسة من دراسة إستطلاعية والمنهج الذي اعتدمنا عليه مكان وزمان إجراء الدراسة، تطرقنا أيضا إلى العينة وخصائصها ومختلف الأدوات التي استخدمناها لجمع المعلومات، وبالتالي سوف نعرض في الفصل الموالي حالات الدراسة وتحليل ومناقشة للنتائج المتحصل عليها بعد تطبيقنا للمقاييس.

الفصل السادس: عرض النتائج ومناقشة الفرضيات.

تمهيد

1- عرض ومناقشة وتحليل الحالات.

2- مناقشة النتائج.

تمهيد:

سنقدم في هذا الفصل عرض الحالات المكونة لمجموعة البحث المتمثلة في الألكستيميا والوحدة النفسية لدى الراشدين المصابين بداء السرطان، حيث سنقدم ملخص لكل حالة من الحالات من خلال عرض وتحليل محتوى المقابلة العيادية نصف الموجهة، كما سنعرض نتائج المقاييس وتقديم تلخيص لكل حالة.

1-عرض محتوى المقابلة العيادية نصف الموجهة:

1_1عرض الحالة الأولى:

1-تقديم الحالة:

الحالة: ف. **الجنس:** أنثى. **السن:** 55.

المستوى التعليمي: رابعة متوسط.

الحالة المدنية: متزوجة.

المهنة: ماكثة في البيت.

الحالة (ف) امرأة متزوجة تبلغ من العمر 55 سنة، من مدينة دلس تم إجراء المقابلة معها في مستشفى محمد بودواو بمصلحة الأورام السرطانية، لديها أربع أولاد ذكرين وبنتين، لديها أربع إخوة ذكرين وبنتين هي في المرتبة الثالثة بين إخوتها.

2-تحليل معطيات المقابلة العيادية نصف الموجهة مع الحالة الأولى:

قمنا بإجراء المقابلة مع الحالة (ف) وذلك بعد أن أخذنا موافقتها تمت المقابلة في ظروف جيدة وهادئة حيث كانت متجاوبة معنا، لم تتهرب من الإجابات وقد كانت ذو مظهر وهندام نظيف وتتصرف بعفوية.

عند التحدث مع الحالة (ف) وجدناها ذات شخصية اجتماعية، طرحنا عليها بعض الأسئلة بخصوص حالتها الصحية، حيث إكتشفت إصابتها بسرطان الثدي بداية من سنة 2021. إذ ظهرت لديها كتلة في الثدي مع أنها إنتبهت لها ولن تذهب إلى الطبيب في قولها: "علابالي بلي عندي حاجة فصدري بصح طولت باش رجعت لطبيب كي شافني الطبيب عطاني برية أورو للعملية مبعد نحاوهالي" مع ذكرها أنها لم تمرض في حياتها بأي مرض حتى أصيب بداء السرطان، أما بالنسبة لسؤالنا عن ردة فعلها عند سماعها بالخبر صرحت أنها أصيبت بقلق وتوتر وخوف كبير في اللحظات الأولى ثم تقبلت في الأخير حيث قالت: "جاتني الخلعة مع اللول وخفت بصح وليت تقبلت المرض باسكو مع ختي مرضت بيه قبلي وهيا لي

شجعتني وقالتلي ما تتقلقيش" ومع الدعم النفسي والمادي من طرف العائلة تقبلت المرض بطريقة أحسن بعد العملية بدأت في العلاج الكيماوي حيث قامت بـ 4 حصص كيماوي وهي مستمرة لحد الآن، كما صرحت أنه لا يوجد لديها أمراض مصاحبة في قولها "ما عندي لاسكر لا لاظونسيوا والوا"، وفي حديثنا عن فترة العلاج وعن حالتها بعد العلاج وعن حالتها بعد العلاج أجابت أنها سارت على أحسن وجه وترى أن هذا العلاج نفعها جدا، إذ أنها في بداية المرض كانت عاجزة عن أداء أبسط المهام خاصة بعد أخذ جرعات الكيماوي، أما الآن فهي تقوم بجل مهامها في المنزل كأي أم أو ربة بيت دون المساعدة خاصة المهام الشخصية، وأيضا قامت بإتباع حمية غذائية خاصة بمرضى السرطان، وهذا كان كفيل بمساعدتها في العلاج.

أما فيما يخص محور الحياة العائلية والاجتماعية لها فقد صرحت أن علاقتها بعائلتها جيدة، وبالنسبة لسؤالنا لها عندما تشعرين بالحزن هل تخبرين عائلتك أو أحد أصدقائك أجابت: "ما نحكيش لدارنا ولا لولادي عندي سلفتي برك نحكيلها تعاوني وتنقص عليا" بمعنى أنها لا تريد إحزان عائلتها، كما ترى أن إهتمام الآخرين بها قد زاد بعض الشيء بسبب مرضها وأن تعاملها مع الآخرين قبل وبعد المرض تغير في قولها: "نقصت فالهدرة، ووليت نحب نقعد وحدي" وعند سؤالنا عن علاقتها مع الأطباء والممرضين في مكان العلاج إبتسمت قائلة: "هايلين يبغوني ونبغيهم ونقصر معاهم عادي، ربي يحفظهم"، ليس لديها أصدقاء لكن تحب الإنخراط مشاركة الآخرين مع تعبيرها عن حبها لهم قائلة: "ما عنديش مشكل الإنسان لي نحبوا نقلوا نحبك ونعبر لو حتى بالأفعال". ذكرت أيضا أنها تتخيل نفسها في البحر وهذا لسؤالنا لها ما إذا كانت تتخيل نفسها في مكان تتمنى التواجد به عند جلوسها بمفردها فقالت: "نبغي البحر نرتاح كي نشم ديك النسمة" بمعنى أن الحالة تميل إلى الهدوء بعض الشيء وهذا يحسن من حالتها النفسية التي قد تكون نتيجة لما عاشته في حياتها ومن خلال كلامها طرحنا عليا سؤال عن الحياة وماذا تمثل بالنسبة لها فأجابت: " الحياة هي داري وأولادي وزوجي بلا بيهم ما تتسماش حياة"، أما بالنسبة لموضوع الرضا عن النفس فهي تقول أنها راضية عن نفسها ولديها ثقة في نفسها وترى أن حالتها في تحسن ملحوظ، أما نظرة الآخرين لها فهي ترى أن بعضهم يحبونها والبعض الآخر يأتون لزيارتها كواجب فقط في قولها: "كاين لي نحسلهم يحبوني وصح يحبوني وكاين لي يجو يشوفوني باش يأدوا الواجب برك". كما ذكرت أنها لا تتبع أي علاج نفسي ولا تشعر بفراغ داخلي لكن عند جلوسها لوحدها تنتابها أفكار سلبية حول مرضها في قولها: "كي نقعد وحدي نخمم في مرضي نقول لكان نموت ونخلي ولادي يصح نولي ننسى بهبيه".

أما فيما يخص محور الحياة المستقبلية وطموحاتها ومشاريعها التي ترغب القيام بها وكيف ترى مستقبلها أجابت قائلة: "نشوفوا مليح ومتفاءله بيه ونتمنى نشفى ونفرح ولادي ونروح نزور مكة إن شاء الله" يعني أن الحالة لديها أمل في الشفاء رغما من مرضها بداء السرطان إلا أنها راضية عن حياتها وتحمد الله في كل دقيقة، وفيما يخص الهوايات والمشاريع ذكرت أنها ليس لديها أي مشروع محدد في قولها: "ما عنديش مشروع في بالي، ومعنديش شكون يعاوني ثان" لكن عند إفتراضها لها أنه لديه مشروع ذكرت أنها لديها الدافعية الكاملة لإنجازه.

3-عرض وتحليل نتائج الحالة الأولى على مقياس الألكستيميا:

الجدول رقم (06): يمثل درجة الحالة الاولى على مقياس الألكستيميا.

رقم الحالة	مجموع الدرجات	مستوى الدرجة
01	89	مرتفع

من خلال تطبيق مقياس تورنتو (TAS-20) لقياس الألكستيميا تحصلت الحالة على 89 درجة واستنادا إلى المجال x≥61 والذي مدلوله درجة مرتفعة من الألكستيميا نستنتج أن الحالة تتمتع بمستوى مرتفع من الألكستيميا.

4-عرض وتحليل نتائج الحالة الأولى على مقياس الشعور بالوحدة النفسية:

الجدول رقم (07): يوضح درجة الحالة الاولى على مقياس الشعور بالوحدة النفسية.

رقم الحالة	مجموع الدرجات	مستوى الدرجة
01	41	فوق المتوسط

من خلال تطبيق مقياس الشعور بالوحدة النفسية على الحالة (ف) تحصلت على 41 درجة إستنادا إلى المجال [41-60] والذي مدلوله أن مستوى الشعور بالوحدة النفسية فوق المتوسط لدى الحالة.

5-ملخص الحالة الأولى:

بعد تطبيقنا لدليل المقابلة العيادية نصف الموجهة والملاحظة المباشرة للحالة (ف) ومن خلال تطبيقنا لمقياس الألكستيميا والذي تحصلت في الحالة (ف) على 89 درجة من 100 من الدرجة الكلية، تبين أنه مستوى مرتفع في الألكستيميا وهذا ما يظهر في البعد الأول والذي مدلوله صعوبة وصف المشاعر حيث بلغت نسبته 30 بالمئة هي نسبة مرتفعة مقارنة بحدها الأدنى والأعلى [7-35] حيث لاحظنا أنها غالبا ما تكون مشاعرها غير واضحة وتجد صعوبة في وصفها للأحاسيس وإنفعالتها ولكن لا يفهمها الأطباء أنفسهم.

كذلك مع البعد الثاني والذي يتمثل في صعوبة تحديد المشاعر والإنفعالات وهذا في البنود التالية: 2، 4، 11، 12، 17 والذي أغلبيتها كان مدلولها موافق تماما، أما بالنسبة للبعد الأخير والمتمثل في التفكير الموجه نحو الخارج فوجدنا أنه مرتفع وذو نسبة عالية، فالحالة تظهر تفكير علمي، وذلك من خلال تأكيدها بأنها تفضل تحليل المشاكل بدل الإكتفاء بوصفها إضافة إلى أنها تفضل التكلم مع الناس حول أعمالهم اليومية على التحدث عن مشاعرهم. وهذا ما كان مسيطر على أغلبية المقابلات إذ أنها تبدي ضعف في الخيال ونقص في الهوام إلى جانب غياب الأحلام.

أما بالنسبة لمقياس الشعور بالوحدة النفسية فقد تحصلت على درجة 41% وهي نسبة فوق المتوسط وفقا لدلالات الدرجة ونستدل ذلك من خلال إجابتها في دليل المقابلة نصف الموجهة أنها لا تتفادى الإنخراط مع الآخرين ولا تحس بمشاعر الرفض والتخلي من طرف المحيطين بها، لكن تبقى متحفظة بإحساسها الداخلي لنفسها ولا تشاركه مع عائلتها مع ميلها للإنطواء على نفسها بعض الشيء وهذا كله يعتبر تغير في التعامل قبل وبعد المرض حسب أقوال الحالة.

1_2 عرض الحالة الثانية:

1 –تقديم الحالة:

الحالة: س. **السن:** 45 سنة. **الجنس:** أنثي.

المستوى التعليمي: ثالثة ثانوي.

الحالة المدنية: متزوجة.

المهنة: ماكثة في البيت.

الحالة (س) امرأة متزوجة تبلغ من العمر 45 سنة من ولاية بومرداس تم إجراء المقابلة معها في مستشفى محمد بوداود بمصلحة الأورام السرطانية، ولديها أربع أولاد، بنتين وولدين وهي تحتل المرتبة الأولى بين أخيها واختها.

2–عرض وتحليل معطيات المقابلة العيادية نصف الموجهة مع الحالة الثانية:

تم إجراء المقابلة مع الحالة(س) في ظروف جيدة، حيث استقبلنا ابتسامة عريضة وكانت في استعداد تام للحديث معنا، شرحنا لها العمل الذي نقوم به معها فقد كانت متجاوبة معنا بالرغم من أنها كانت تجد صعوبة بعض الشيء في فهم العبارات وهذا ما جعلنا نعيد صياغة الأسئلة عدة مرات لتتمكن من فهمها والإجابة عليها.

بدأنا بطرح أسئلة على الحالة بخصوص حالتها الصحية حيث اكتشفت مرضها في شهر جوان 2023 أين صرحت عن الأعراض التي كانت معها حيث قالت (كنت نرضع في بنتي أنا قلت يبسلي الحليب في صدري ،في أواخر ديسمبر بقا صدري يابس رحت درت راديو وتحاليل لقيت بلي هذا مرض في صدري) أي أن الحالة أصيبت بسرطان الثدي وذكرت بأنه يمكن أن يكون وراثي بقولها (عندي بنت خالتي ثاني مرضت بيه بلا وراثي) وبالنسبة لسؤالنا لها عند ردت فعلها عند سمعها الخبر أجابت قائلة: كي قالتلي الطبيبة خرجت في وجهها ما فقتش ومبعد وليت ليها، جاتني صدمة وماحبتش نقول لحتا واحد من عائلتي حتي نتأكد مليح، لكن مع الوقت وليت مليحة).

أي أن الحالة تقبلت المرض في قولها: (الحمد لله هكذا ولا كثر) وبعد إجرائها للعملية واستئصالها لثديها بدأت في العلاج الكيماوي والذي ذكرت انه أتعبها قليلا قائلة (الجرعة الأولى عياتني وجاني التغييف في ليسطومة وراحتلي الشهية) وهي الآن في الحصة الخامسة من العلاج لكنها الأن في تحسن بالنسبة للحصة الأولى من العلاج وترى أن حالتها مستقرة، وأصبحت تأكل بشكل طبيعي، لكن أحيانا تزعجها رائحة الطعام ولا تتحمله مع ذلك فهي تحمد الله على العلاج قائلة (الحمد لله لي كاين الدواء مباقي كيفاش نديرو) مع ذكرها أنه لا يوجد لديها أي أمراض مصاحبة أو سوابق مرضية بغير أنها كانت تعاني من ارتفاع ضغط الدم أحيانا .

أما فيما يخص محور الحياة العائلية والاجتماعية بالنسبة لها فهي جيدة نوعا ما فنعيد سؤالنا عن وقت شعورها بالحزن هل تخبر عائلتها، أجابت قائلة: (لالا منقولش دايمن مين ذاكوين نهدر).

بمعني الأن الحالة لديها صعوبة وصف الأحاسيس للآخرين مع أن تؤكد على إهتمام الآخرين بها بشكل جيد في قولها: (شيء جميل كي يوقف معاك واحد وأنا واقفين معايا الحمد لله).

وعندما سألناها ما إذا كان هذا الاهتمام او التعامل معك قد تغير قبل وبعد المرض: اجابت (ما تبدلتش كيما كانو بكري كما راهم ذرك ما زاد ما نقص).

أما بنسبة لعلاقاتها مع الأطباء والممرضين صرحت أن طريقة تعاملهم معها جد محترمة وجميلة وهي سعيدة لهذا الشيء كما نلاحظ أن الحالة ذات شخصية اجتماعية لكن ذات علاقات سطحية اخبرتنا أيضا عن علاقتها بصديقاتها فهي مشتاقة لهم، نظرا لبعد المسافة بينهم وتقول: (علاقاتي بصحاباتي علاقة حنينة وتوحشتهم ونشوفهم غير في التليفون).

أما عن كونها تحب التعبير عن حبها للآخرين قالت: (كاين مواقف وين نعبر فيهم منعبرش ديما بصح كي يكون الإنسان يستاهل نعبرلو.

مع أنها تشعر بحب من حولها، كما أنه لاحظنا ان الحالة لديها خيال ضعيف في قولنا لها عندما تجلسين بمكان هادئ هل تتخيلين بين نفسك في مكان أخر تتمنين التواجد به؟، صرحت أنها لا ترى شيء ولا تتخيل نفسها في مكان أخر، ومن ناحية التظاهرات الجسدية والسلوكية لا يوجد أي تعبير جسدي حركي أو سلوك مسرحي أثناء الخطاب وهذا يدل على التفكير العملي الخالي من الحياة الخيالية والانفعالية، وعندما سألنها عن الحياة وما ذا تمثل بنسبة لها إجابة قائلة: (ولادي هما كل شيء)، كما نجد أن الحالة راضية عن نفسها و عن حياتها، وترى أن هذا المرض ابتلاء من الله فتقول : (إن الله إذا أحب عبدا ابتلاه، أن راضية بواش بلاني ربي).

رغم أن نظرة بعض الناس إليها كنت تزعجها قليلا قائلة: (كين ناس يشوفوني بنظرة شفقة وهذا الشيء يقلقني ونسمعهم يقولوا لمرض بهذا المرض واش بقالوا)، ومن كلامها أردنا معرفة إن كانت تتبع علاجا نفسيا وصرحت أنها لا تتبع ولا تريد لأنها تفضل طريقة عدم التفكير في كلامها وكثرة الإستغفار.

أما بالنسبة للحياة المستقبلية لها إتضح بأنها لديها نظرة إيجابية ومتفائلة لحياتها المستقبلية، وفيما يخص أمنياتها وطموحاتها تتمثل في رؤية أبنائها بصحة وعافية وفي أعلى المراتب ومن ناحية أخرى أجابت قائلة: (نحب ثاني نحل محل للحلويات ونسترزق به)، فهي لديها الدافعية الكاملة لإنجازه إلا أنها تستصعب الأمور من الجانب المادي، وعن هوايتها المفضلة تتمثل في ممارسة الرسم، وفي الأخير صرحت أن لديها أمل بأنها ستشفى وتتغلب على المرض وتعود لحياتها الطبيعة.

3 -عرض وتحليل نتائج الحالة الثانية على مقياس الألكستيميا:

جدول رقم (08): يمثل درجة الحالة الثانية على مقياس الألكستيميا.

رقم الحالة	مجموع الدرجات	مستوى الدرجة
02	61	مرتفع

من خلال تطبيقنا لمقياس الألكستيميا تحصلت الحالة على 61 درجة واستناد إلى المجال X≤61، والذي مدلوله درجة مرتفعة من الألكستيميا نستنتج أن الحالة تتمتع بمستوى مرتفع من الألكستيميا.

4-عرض وتحليل نتائج الحالة الثانية على مقياس الشعور بالوحدة النفسية

جدول رقم (09): يمثل درجة الحالة الثانية على مقياس الشعور بالوحدة النفسية

رقم الحالة	مجموع الدرجات	مستوى الدرجة
02	26	متوسط

من خلال تطبيقنا لمقياس الشعور بالوحدة النفسية تحصلت الحالة على 26 درجة استنادا إلى المجال [21-40]، ومنه نستنتج أن الحالة تتمتع بمستوى متوسط من الشعور بالوحدة النفسية.

5-خلاصة عامة للحالة:

بعد تحليلنا للمقابلة مع الحالة (س) لا حظنا أن لديها نقص الخيال وضعفه إلى جانب عدم قدرتها على وصف أحاسيسها وانفعالاتها إلا أن الحالة أبدت استجابة منخفضة في تحديد إنفعالاتها وتمييز الأحاسيس الجسدية وهذا من خلال عدم موافقتها وتأكيدها على عدم وجود أحاسيس جسدية تشعر بها ولا يفهمهاالأطباء أنفسهم.حيث بلغت نسبتها في هذا العرض ب 14 % وهي نسبة منخفضة مقارنة بحدها الأدنى والأعلى (7-35)، أما بالنسبة للعرض الثاني والمتمثل في صعوبة وصف الأحاسيس والإنفعالات فقد أبدت الحالة، إستجابة مرتفعة بنسبة قدرت بـ 20% مقارنة بحدها الأدنى والأعلى (5-25) وهذا من خلال موافقتها وتأكيدها على أنها تجد صعوبة في وصف مشاعرها تجاه الناس ،وصعوبة الكشف عن مشاعرها الحميمية حتى الأصدقاء، أما بالنسبة لتفكيرها الموجه نحو الخارج فوجدنا انه مرتفع فهي تظهر تفكير علمي من خلال إجابتها بموافق تماما على تحليل المشاكل بدل للإلكتفاء بوصفها، ومن هنا نستنتج أن الحالة تعاني من وجود نشاط عقلي خاص يتميز بالعجز عن التعبير الانفعالي والذي حدد من خلال جملة من الخصائص التي وجدت على الحالة بشكل واضح وجلي وبنسبة مرتفعة، كما لا حظنا أيضا خلال المقابلة العيادية مع الحالة ظهور مستوى متوسط من الشعور بالوحدة النفسية حيث قدرت نسبتهاب26% وهذا ما يظهر من خلال إجابتها على دليل المقابلة نصف الموجهة التي صرحت فيها أن علاقتها مع عائلتها وأصدقائها جيدة وتحب مشاركة الآخرين وفي نفس الوقت ذكرت أن نظرة البعض لها بالشفقة تزعجها وأنها في بعض الأحيان تشعر بفراغ داخلي مؤقت .

1_3 /عرض الحالة الثالثة:

1_ تقديم الحالة:

الحالة: (ن). **السن:** 40. **الجنس:** أنثي.

المستوى التعليمي: 3 ثانوي.

الحالة المدنية: متزوجة.

المهنة: ماكثة في البيت.

الحالة (ن) امرأة متزوجة تبلغ من العمر 40 سنة لديها 3 أطفال وهي عاملة في إدارة المؤسسة التربوية، تعاني من داء السرطان (الثدي) ولا تعاني من أمراض مزمنة.

2_عرض وتحليل معطيات المقابلة العيادية نصف الموجهة مع الحالة الثالثة:

تم إجراء المقابلة العيادية نصف الموجهة في المؤسسة العمومية الاستشفائية محمد بوداود (بدلس) في مصلحة الأورام السرطانية بدت الحالة بمظهر طبيعي ومرتب وإحساسها بالراحة حيث إستقبلنا بالابتسامة، تمت المقابلة في ظروف جيدة بعدها شرحنا لها العمل الذي سنقوم به معها ، فكانت تجاوب على كل الأسئلة بطلاقة ودون استثناء بدائنا بطرح الأسئلة على الحالة بخصوص حالتها الصحية فقد تبين لنا انها تعاني من داء السرطان وذاك منذ سنة (2013) لم يظهر على الحالة أعراض قبل المرض كالتعب فبالصدفة وضعت يدها على ثديها فوجدت كتلة بحجم صغير ولم يكن لها تفكيير انها ستصاب به إطلاقا وهذا حسب قولها (صدقني ماكانتش عندي أعراض وجامي جسيت بحاجة وبلي نقدر نكون مريضة ماعنديش التوسويس على المرض حتا وحد النهار حطيت يدي على صدري لقيت حبة قلمن الجلبانة في الحجم) وهذا بمعنى أنها لم يكن لها أعراض ولم تكن تحس بشيء او قد تكون مصابة بالمرض، حتى اليوم الذي وضعت يدها على صدرها وأحست بكتلة بحجم أقل من البزلاء، لم ترتاح الحالة لتلك الكتلة التي وجدتها فقررت الذهاب الي طبيب للمعاينة بالرغم من أنها من النوع الذي لا يحب زيارة الطبيب كثيرا، فبعد المعاينة اتضح أنها مصابة بالسرطان ،كانت ردة فعلها في البداية صعبة وهذا حسب قولها: (كي قالي الطبيب بلي عندي سرطان جاتني صدمة وبكييت مع الأول ما تقبلتوش) أي أنها عند إخبارها بمرضها، أحست بالصدمة ولم تكن متقبلة للمرض، وحسب الحالة فإن ابنة خالتها كذلك تعاني من نفس المرض(سرطان الثدي). لا تعاني الحالة (ن) من أمراض عضوية أو نفسية فقد كانت تعالج مرض السرطان فقط،قامت بإجراء عملية استئصال الثديين وحصص العلاج الكيماوي حتى شفيت لمدة 6 اشهر بعدها عاد المرض من جديد وتقول: (فالأول

درت عملية ونحيت صدري لزوج في عملية وحدة وكنت ندير la chimio ومورها شربت الدواء لمدت 5 سنين حتى قالتلي طبيبة نحبسوا وبعدما حبستو 6 أشهر عاود رجع لي المرض وأنا كنت بجوف) بمعنى أن الحالي في البداية قامت بإجراء العملية وشفيت وبعد 5 سنوات عاد المرض وكانت حامل، طلبت الطبيبة من الحالة إسقاط الطفل ولكنهما لم تستمع للطبيبة هذا حسب قولها: ما حبتش نطيح لbébé ،قلت فيها خير علاش ربي كتبلي اكمل في هذا الوقت) بمعنى أن الحالة لم ترد إسقاط الطفل لرأيتها على انه خير لها، ولم تكن تقوم بالعلاج من أجل الطفل الذي تحمله حتى بعد الولادة، وبعد ولادتها ساءت حالتها وانتقل المرض إلى الرئتين والرأس وبدأت تشعر بالتعب وأعراض كثيرة منها الدوار والفشل وعدم القدرة على المشي والتعب الشديد وهي تقوم إلى يومنا هذا بالعلاج الكيماوي منذ وضعها لمولودها وهذا سنة 2020.

وصرحت ان العلاج يتبعها كثيرا في قولها (10 أيام و أنا راقدة ليل ونهار كي ندير الدواء) وهذا كان في بداية العلاج وبعد 8 حصص لم تعد تحس بتلك الصعوبة والأعراض، لا تفضل الحالة (ن) مشاركة حزنها وشعورها مع عائلتها بل تفضل اللجوء إلى الله وهذا حسب قولها: (كي نحس روحي ماشي مليحة نسجد لربي نرتاح) بمعنى أن الحالة تلجأ إلى جانب الديني لتحس بالراحة، علاقتها مع زوجها وعائلتها جيدة ولا ترغب بإظهار ضعفها لهم لكي لا يحسوا بالحزن بالرغم من وقوفهم جميعا معها فالكل يهتم بها قبل مرضها وبعده ،وعلاقتها مع الأطباء والممرضين جيدة فهي إنسانة اجتماعية وعلاقتها جيدة مع من حولها ولا تجد صعوبة في التعبير عن حبها للأشخاص المقربين لها، وتقول: (كي نعبر نقوللهم نحبك في الله) .

وفي سؤالنا لها عن المكان الذي تتمناه وتتخيل نفساها فيه تقول: (نشوف روهي في مكة) بمعنى (أتخيل نفسي في مكة) بالنسبة لها الحياة بعد المرض هي العمل للآخرة والمرض هو الذي زادها قوة في الإيمان وهذا حسب قولها بعد المرض زدت فقت حاجات بزاف والدنيا ما فيها والوا، الإنسان لازم يخدم للآخرة تاعوا) وهي راضية عن نفسها إلا أنها لا تحب نظرة الشفقة من الناس في قولها: (راضية عن نفسي حمد الله لكن الحاجة لي تقلقني هي نظرة الشفقة من الناس وهذا لي خلاني نخبي مرضي على ناس 5 سنين).

تحس في بعض الأحيان بفراغ داخلي لدرجة انها لا تفهم مشاعرها وتمضي أوقاتها في قراءة القرآن لكي تتجنب كل الأفكار السلبية، أما بالنسبة لطموحاتها فهي تسعى لإكمال بناء منزلها وختان ولدها الصغير وتربية أبناءها أحسن تربية ولديها أمل بأن تشفى وتعود إلى حياتها الطبيعية وهذا حسب قولها (عندي أمل

في الشفاء نرجع ما خير ونرجع لحياتي ونكون مع ولادي) بمعنى أن الحالة لديها أمل بالشفاء والعودة لحياتها الطبيعة مع أولادها.

3-عرض وتحليل نتائج الحالة الثالثة على مقياس الألكسيتميا:

الجدول رقم (10): يمثل درجة الحالة الثالثة على مقياس الألكستيميا:

رقم الحالة	مجموع الدرجات	مستوى الدرجة
03	56	متوسط

من خلال تطبيقنا لمقياس الألكستيميا تحصلت الحالة على درجة 56%، واستنادا الى المجال $52 \leq x \leq 60$ والذي مدلوله درجة متوسطة من الألكستيميا نستنج أن الحالة تتمتع بمستوى متوسط من الألكستيميا.

4-عرض وتحليل نتائج الحالة الثالثة على مقياس الشعور بالوحدة النفسية:

جدول رقم (11): يمثل درجة الحالة الثالثة على مقياس الشعور بالوحدة النفسية:

رقم الحالة	مستوى الدرجات	مستوى الدرجة
03	35	متوسط

من خلال تطبيق مقياس الشعور بالوحدة النفسية على الحالة (ن) تحصلت على 35 درجة، واستنادا الى المجال [21-40] نستنج أن الحالة تتمتع بمستوى متوسط من الشعور بالوحدة النفسية.

5-خلاصة عامة للحالة:

من خلال تطبيق المقابلة نصف الموجهة و نتائج المقاييس المطبقة تبين أن الحالة (ن) لديها مستوى الألكستيميا متوسط وهذا راجع لعدم رغبتها بنظرة الناس لها والتي تتمثل بالشفقة بالرغم من أن علاقتها مع من حولها جيدة ويمدونها بالدعم لكنها لا تحب ان تظهر حزنها وحالتها لأي شخص حتى لا تزعجهم أما في درجة الشعور بالوحدة النفسية فكانت متوسطة فبالرغم من أن الحالة لا تعاني الرفض من طرف الآخرين إلا أنها عادة تحس بالوحدة النفسية وعدم فهمها لحالتها النفسية وهذا راجع لكبت كل الأشياء داخلها دون مشاركتها مع المحيط الخارجي .

1- 4/عرض الحالة الرابعة

1-تقديم الحالة

الحالة: (ك). **الجنس:** أنثى. **السن:** 49.

المستوى التعليمي: الخامسة ابتدائي.

الحالة المدنية: متزوجة.

المهنة: ماكثة في البيت.

الحالة (ك) سيدة تبلغ من العمر 49 سنة، درست إلى غاية الخامسة ابتدائي، متزوجة وأم لثلاثة أولاد وبنتين، ماكثة في البيت، لديها خمسة إخوة، ذكرين وثلاثة بنات وهي في المرتبة الثانية بين إخوتها.

2-عرض وتحليل معطيات المقابلة العيادية نصف الموجهة مع الحالة الرابعة:

أجرينا لمقابلة مع الحالة (ك) في فترة خضوعها للعلاج الكيميائي بمستشفى "محمد بوداود" – دلس- ، كانت متفائلة جدا مع باقي المريضات، مبتهجة ومبتسمة طوال الوقت، كما لم تبدي أي معارضة للتحدث معنا، إذ وافقت مباشرة على إجراء المقابلة بعد أن شرحنا لها موضوع دراستنا والهدف منه.

يعود ظهور مرض الحالة (ك) إلى فيفري 2020 في الفترة التي كان فيها فيروس كورونا منتشرا حيث أنه أحست بألم شديد على مستوى البطن "كان عندي ستر كبير في الجنب تاع كرشي"، فقاموا بإسعافها للمستشفى، فقام الأطباء بإجراء عملية جراحية مستعجلة للحالة تم فيها استئصال الزائدة الدودية بعد العملية بأيام ساءت حالتها الصحية: "تنفخت كرشي بزاف ولات بالون، ونحس بحاجة تتحرك داخل مصراني"، فتوجهت إلى طبيبها وقام بالفحوصات اللازمة ووصف لها بعض الأدوية وهذا ما أشارت إليه في قولها: " خرجلي داو شربتو بصح ما فادنيش، حالتي بقات هيا هيا".

وقد اقترحت عليها عائلتها تغيير الطبيب، فتوجهت على مستشفى "مصطفى باشا" بالعاصمة وهناك قام الطبيب بفحصها وطلب منها إجراء التحاليل وصور بالأشعة السينية لكامل الجسم والتي تبيّن من خلالها وجود كتلة على مستوى الأمعاء في قولها: "لقاولي كشغل حبة طيبة فمصراني"، تم تحديد موعد لإجراء العملية الثانية للحالة بعد 21 يوم من اجراءها للعملية الأولى، وكانت العملية ناجحة وفي نفس الوقت صعبة على الحالة (ك)، حيث قالت: "واعرة شحال سوفريت مور العملية نفسيا وجسديا شينت بزاف"

كل الأحداث التي ذكرناها سردتها الحالة حتى قبل أن نطرح عليها أسئلتنا بخصوص حالها الصحية وهذا دليل على أن الحالة شعرت بالارتياح معنا.

بدأنا بطرح الأسئلة على الحالة (ك)، فكان سؤالنا الأول مما إذا كانت لديها سوابق مرضية، فأجابت "إيه عندي السكر راني نحاذر علا روحي"، كما أكدت أنها الوحيدة في العائلة والأولى المصابة بداء السرطان "أنا اللولة معنديش كامل فلافامي وإن شاء الله أنا اللخرة"

ومن خلال حديثنا مع الحالة، تبيّن أنها مصابة بسرطان القولون، إلا أن عائلتها أخفت عليها ذلك مراعاة لحالتها الصحية الصعبة آنذاك، وهذا ما صرحت به في قولها: "خوفهم عليا هوا لي خلاهم يخبو عليا مرضي حتى شافوني ريحت بعد العملية الثانية باش قالولي"، وعند سؤالنا عن ردة فعلها عند تلقيها الخبر صرحت بأنها قابلت الوضع بالخوف والقلق، وعدم تقبّل الأمر، وأصيبت بحالة من الإنكار وهذا ما ظهر في قولها: "أقسم بالله ماستنيتها مأمنتش"، ولكن في الأخير تقبلت الأمر في قولها: "كي خممت مع روحي جاني نورمال عادي كأي مرض وحداخر"، ما يؤكد أنها لا تدرك المرض كتهديد وتتعامل معه بإيجابية وتفاؤل، ويرجع ذلك إلى الدعم النفسي الذي تلقته من طرف عائلتها وعائلة زوجها وبالأخص الزوج ساعدها على تقبل المرض، بعد العملية بدأت رحلتها للعلاج الكيميائي بالترافق مع العلاج الدوائي ولا تزال مستمرة في ذلك، وكانت استجابتها للعلاج جيّدة وحالتها الصحية في تحسّن ملحوظ، حيث كانت عاجزة على المشي والتحرك أما الآن تحسنت في قولها: " لا لاكي راني نمشي راني مليحة والله والحمد لله كنت ما نقدرش نوض منقدرش نمشي وضك راني مليحة".

كانت الحالة (ك) تعاني من ضعف عام في أعضاء جسمها، وتعب شديد بعد كل حصة علاجية ويستمر لمدة أسبوع مرافقا مع الخمول وفقدان الطاقة مع الإفراط في النوم، وشعورها بالثقل في يدها ورجليها في قولها: "كي نكمل نروح قبالا نرقد بزاف نهار وليل ونبقى هكذا سمانة كاملا ونحس روحي فشلانة ومعنديش كامل طاقة"، إلا أن حالتها تغيرت للأحسن وذلك بعد مرور عشرة حصص الأولى من العلاج حيث قالت: "خلاص ما ولاش يضرني بزاف، وليت كي نحمل نخرج فلمارشي نقضي الحمد لله"

أما فيما يخص محور الحياة الاجتماعية لها، فقد صرّحت أن علاقتها بعائلها جيدة في قولها: "مليحا الحمد لله مع راجلي وولادي قايمين بيا" وبالنسبة لسؤالنا لها عندما تشعرين بالحزن هل تخبرين عائلتك أو أحد أصدقائك؟ أجابت "نحب نحكي لراجلي يسمعني وولادي برك دارنا منحكلهمش نخاف نقلقهم معايا سورتو يما عندها لاطونسيو"، بمعنى أنها لا تريد إزعاج أهلها وخاصة أن والدتها كبيرة في السن وتعاني من ضغط الدم، كما أن الحالة ترى أن اهتمام الآخرين بها قد زاد بعد مرضها، وأن تعاملها مع الآخرين قبل وبعد المرض قد تغيّر بعض الشيء في قولها: "كمت نحب نقصر مع الغاشي بزاف مي دوك نقصت

الهدرة"، وعند سؤالنا عن علاقها مع الأطباء والممرضين في مكان العلاج أجابت قائلة: " أنا هنا الحمد لله كامل متفاهما معاهم كي المرضى كي طبا ما شاء الله"

صرحت الحالة (ك) بأن لديها علاقة وطيدة مع صديقاتها في قولها: "عندي صحابات الله كي نكون عيانة يجو يطلو عليا يعيطولي فتليفون"، كما أنها تحب الانخراط والمشاركة مع الآخرين، ولا تجد أي احراج في التعبير عن حبها لمن حولها من العائلة: "نعبر عن حبي عادي لأهلي وصحاباتتي لراجلي وولادي"، ذكرت أيضا أنها تتخيل نفسها جالسة على شاطئ البحر أو في الغابة وهذا عند سؤالنا لها ما إذا كانت تتخيل نفسها في مكان تتمنى بشدة التواجد فيه، "نبغي نروح للبحر والغابة ثان نحس براحة فيهم"، وبمعنى أن الحالة تحب الأماكن الهادئة بعيدا عن الضجيج لأن هذا يحسن من حالتها النفسية، ثم سألناها عن الحياة وماذا تمثل بالنسبة لها، فأجابت: " الحياة بالنسبة ليا هيا الصحة ما عندي ما نزيد"، أما بالنسبة لموضوع الرضا عن النفس أجابنا بأنها جد راضية عن حياتها وتحمد الله على ذلك وترى أن حالتها في تحسن ملحوظ، أما نظرة الآخرين إليها فهي ترى أن البعض يحبونها ويهتمون لحالتها، والبعض الآخر ينظرون إليها بشفة في قولها: "كاين بعض الناس يبغوني ويحوسو عليا، وكاين لي يشوفوني بنظرة شفقة نغيضهم"، كما أكدت أنها لا تتابع أي علاج نفسي ولا تشعر بفراغ داخلي، وعند جلوسها لوحدها لا تترك أي مجال للتفكير في مرضها في قولها: " كي نكون قاعدة واحدي نسبّح ونستغفر، نسقي نواري، نطيّب القهوة لمهم ما نخليش مخي يخمم فالمرض"

أما فيما يخص محور الحياة المستقبلية، وطموحاتها المستقبلية ومشاريعها التي تود القيام بها وكيف ترى مستقبلها أجابت قائلة: "راني متفائلة، وراضية بواش كتبلي ربي وان شاء الله نبرا ونفرح بولادي ونروح ندير عمرة ولا حجة راهي فقلبي"، بمعنى أن الحالة (ك) متفائلة بالعلاج ولديها أمل في الشفاء، فهي تدعو الله في كل وقت بالشفاء العاجل، إلا أنها راضية عن حياتها وتحمد الله على كل شيء، وفيما يخص الهوايات والمشاريع ذكرت أنها ليس لديها أي مشروع محدد في قولها: "هادا الساعة ما رانيش نخمم ندير مشروع" لكن عندما طلبنا منها ان تفترض أنها لديها مشروع صرحت بأنها لديها الدافعية الكاملة لإنجازه.

3-عرض وتحليل نتائج الحالة الرابعة على مقياس الالكستيميا:

الجدول رقم (12): يمثل درجة الحالة الرابعة على مقياس الألكستيميا:

رقم الحالة	مجموع الدرجات	مستوى الدرجة
04	59	متوسط

من خلال تطبيق مقياس "الالكستيميا" تحصلت الحالة على 59 درجة واستنادا إلى المجال 60 ≥×≥ 52 والذي مدلوله درجة متوسطة من الألكستيميا، نستنتج أن الحالة تتمتع بمستوى متوسط من الألكستيميا.

4-عرض وتحليل نتائج الحالة الرابعة على مقياس الشعور بالوحدة النفسية:

جدول رقم (13): يمثل درجة الحالة الرابعة على مقياس الشعور بالوحدة النفسية:

رقم الحالة	مجموع الدرجات	مستوى الدرجة
04	40	متوسط

من خلال تطبيق مقياس الشعور بالوحدة النفسية على الحالة (ك)، تحصلت على 40 درجة استنادا إلى المجال[21-40] الذي يمثل درجة متوسطة من الشعور بالوحدة النفسية، نستنتج أن الحالة تتمتع بمستوى متوسط من الشعور بالوحدة النفسية.

5-خلاصة عامة للحالة:

بعد تطبيقنا لدليل المقابلة العيادية نصف الموجهة والملاحظة المباشرة للحالة (ك)، ومن خلال تطبيقنا لمقياس الألكستيميا، والذي تحصلت فيه الحالة (ك) على 59 درجة من 100 من الدرجة الكلية، تبيّن أن مستوى الألكستيميا متوسط وهذا ما يظهر في البعد الأول والذي مدلوله صعوبة وصف المشاعر حيث بلغت نسبة 19% وهي نسبة متوسطة مقارنة بحدها الأدنى والأعلى [35.7], حيث لاحظنا أن الحالة غالبا ما تكون مشاعرها غير واضحة وتجد صعوبة في وصفها، كذلك مع البعد الثاني والذي يمثل صعوبة تحديد المشاعر والانفعالات، وهذا في البنود التالية: 2، 4، 11، 12، 17 والتي كانت أغلبيتها مدلولها غير موافق نسبيا.

أما البعد الثالث والمتمثل في التفكير الموجه نحو الخارج، فنجد أنها بلغت نسبة 36% وهي نسبة متوسطة مقارنة بحدها الأعلى والأدنى [8 – 40]، والتي ظهرت في البنود [5، 10، 15، 16، 18، 19، 20]، مما يعني أن الحالة (ك) ابتعدت نوعا ما عن المواضيع الداخلية وركّزت على التفكير الخارجي، فهي تظهر تفكير عقلي وذلك من خلال تأكيدها بأنها تفضل تحليل المشاكل بدل الاكتفاء بوصفها.

وبالنسبة لمقياس الشعور بالوحدة النفسية، تحصلت الحالة (ك) على درجة 40% وهي درجة متوسطة، وتبيّن ذلك من خلال اجابتها في دليل المقابلة نصف الموجهة أنها متوفقة نسبيا مع الحياة ومع المحيطين بها، وهذا ما أكدته العبارة رقم (01) من مقياس الشعور بالوحدة النفسية: (أشعر بأني متفاهم مع الآخرين) وهذا ما أكدته العبارة رقم (01) من مقياس الشعور بالوحدة النفسية، والتي سجّل فيها الدرجة المتوسطة مما

يدل أن الحالة لديها تأقلم متوسط مع الآخرين، اضافة إلى أنها لا تحس بمشاعر الرّفض والتخلي من طرف الآخرين، إلا أنها تبقى إحساسها الداخلي لنفسها ولا تشاركه مع عائلتها، وهذا يدل على تغيير في التّعامل بسبب مرضها.

1-5/ عرض الحالة الخامسة:

1-تقديم الحالة :

الحالة: (س). **الجنس:** أنثى. **السن:** 49.

المستوى التعليمي: الثالثة ثانوي.

الحالة المدنية: متزوجة.

المهنة: عون إداري.

الحالة (س) أنثى بعمر 49 سنة، متزوجة وأم لـ 4 أطفال بنتين وولدين، واصلت دراستها إلى غاية السنة الثالثة ثانوي، تعمل كعون إداري في مؤسسة تربوية، لديها خمسة إخوة ذكرين وثلاث بنات، وهي في المرتبة الثانية بين إخوتها.

2-عرض وتحليل معطيات المقابلة العيادية نصف الموجهة مع لحالة الخامسة:

اجريت المقابلة مع الحالة (س) بمستشفى "محمد بوداود" – دلس، وذلك أثناء خضوعها للعلاج الكيميائي في قسم الأورام السرطانية، حيث كانت متفاعلة مع باقي المريضات في القاعة وتبدو في حالة نفسية جيدة، وافقت مباشرة على إجراء المقابلة معنا ولم تبدي أي حرج في الحدث معنا وتمت المقابلة في ظروف جيّدة.

عند حديثنا مع الحالة (س) تبيّن لنا أنها اكتشف اصابتها بسرطان الثدي سنة 2017 صدفة وذلك عن طريق حملات التوعية ومبادرات الوقاية من سرطان الثني التي قامت بها جمعية "الفجر" بمدينة دلس وهذا ما صرّحت به في قولها: " دارو حملة رحت جوزت هكذا برك، طاوني بريا وقالولي ديري الإيكو فقت ومفقتش"، أي أن الحالة بدأت بالشك في نوع المرض، وبعد ظهور نتائج الفحوصات أعلنت الطبيبة بأن الحالة مصابة بسرطان الثدي، وهنا كانت الصدمة حيث لم تتقبل الأمر وأصيبت في البداية بحالة من الإنكار والرّفض، وبسؤالنا لها عن ردة فعلها عند تلقيها الخبر أجابت قائلة: "كي قالتلي طبية 99% هذاك المرض بكيت فطريق شكيت مأمنتش واش قالتلي"، لكن بمرور الوقت تقبلت الحالة (س) المرض وتعايشت معه حسب قولها: "رضيت بمكتوبي والحمد لله راجلي أنا لي درتلو الكوراج ودوكا راني لاباس"، ومع الدعم

النفسي من طرف العائلة جعلها تتقبل العرض بطريقة أحسن في قولها: "لقيت دعم كبير من عائلتي، كامل وقفوا معايا بزاف"

وقد أجرت الحالة (س) عملية استئصال جزئي للثدي حيث أكدت أنها كانت في حالة نفسية جيّدة في قولها: "ماخفتش وجدت روحي مليح قبل ما نديرها والحمد لله جازت بخير".

وبعد العملية بدأت الحالة بجلسات العلاج الكيميائي وكأول حصّة علاجة جانت متعبة بالنسبة لها في قولها: "لاشيميو اللولة عياتني بزاف، تغليف رجلي ويدي كان وينملو وكي نوقف ندوخ"، بمعنى ظهرت بعض الآثار الجانبية للعلاج الكيمياوي كالإرهاق، الغثيان والشعور بالخدر أو التنمل في اليدين والقدمين وذلك في أول حصة لها.

وحسب الملف الطبي للحالة (س)، فإنها لا تعاني من أي أمراض أخرى ولي لها سوابق مرضية كما صرّحت أنها الوحيدة المصابة بمرض السرطان في عائلتها، كما جاء في قولها: " مكاش غير أنا لي مريضة فلافامي"، وفي حديثنا عن فترة العلاج، وعن حالتها بعد العلاج أجابت أنها صرت على أحسن وجه، وترى أن العلاج نفعها حيث قالت: "خرج عليا وراني عايشا الحمد لله"، وبسؤالنا عن رأيها في العلاج الذي تلقته أجابت: " لازم تكون عندك الإرادة باش تقاومي باسكو الدوا واعر ولا ضعفتي يأثر عليك"، أي أن الحالة لديها ارادة صادقة ورغبة قوية في الشفاء.

أما فيما يخص محور الحياة العائلية والاجتماعية لها، صرّحت أن علاقتها جيّدة بعائلتها، وبالنسبة لسؤالنا لها عندما تشعرين الحزن هل تخبرين عائلتك أو أحد اصدقائك؟ قالت: "كل مرة وكيفه خطرات نحكي وخطرات لا لا، نحكي لربي سبحانو"، بمعنى أنها لا تريد إحزان عائلتها، ترى أن اهتمام الآخرين بها قد زاد بسبب مرضها، وأن تعاملها مع الآخرين قبل وبعد المرض بقي على حاله ولم يتغير، وعند سؤالنا عن علاقتها مع الأطباء والممرضين في مكان العلاج أجابت: "ملاح كامل معايا، عندي شحال وأنا هنا شفت منهم غير الخير"، لديها أصدقاء وتحب الانخراط ومشاركة الآخرين في قولها: " نشارك عادي ونروح للرحلات لي ديرهم الجمعية نتلاقا مع الناس لي مراض كيما أنا نحكو على التجارب تاعنا"، كما أنها لا تجد صعوبة في التعبير عن حبها لمن حولها قائلة: "نعبر عن حبي عادي بالكلام والفعل"، ذكرت كذلك أنها تتخيل نفسها في الجنة وهذا بسؤالنا لها إذا كانت تتخيل نفسها في مكان تتمنى التواجد فيه عند جلوسها بمفردها في قولها: " نتخيل روحي فالجنة ان شاء الله"، بمعنى أن الحالة ليس لديها خوف من الموت ومفارقة الحياة، وتتمتع بحالة نفسية جيدة، ومن خلال طرحنا عليها سؤال ماذا تمثل الحياة بالنسبة لها فأجابت: "كل نشوف ولا دي وراجلي ملاح وبصحتهم هاذيك هيا الدنيا وما فيها"، وفيما يخص موضوع

الرضا عن النفس فهي تقول أنها راضية على نفسها وترى أن حالتها في تحسن، كما ذكرت أنها لا تشعر بفراغ داخلي في قولها: " ما عنديش الوقت باش نخمم دايمن مشغولة".

أما فيما يخص محور الحياة المستقبلية وطموحاتها ومشاريعها التي ترغب القيام بها وكيف ترى المستقبل أجابت قائلة: "نتمنى الشفاء ونفرع بولادي ونروح للحج راني متفائلة بالمستقبل"، أي ان الحالة لديها أمل في الشفاء من مرضها، وهي راضية عن نفسها وعن حياتها، أما فيما يخص الهوايات والمشاريع ذكرت أنها لديها مشروع ترغب في إنجازه في قولها: " راني حابا نحل ريسطور نبغي نطيب"، وسؤالنا عن إذا كانت لديها الدافعية لإنجازه قالت: "أنا وصحتي الانسان راه يكبر مي عندي الدافعية باش نديرو"، أي أن الحالة (س) لديها الدافعية والرغبة الكبيرة في تنفيذ مشروعها.

3-عرض وتحليل نتائج الحالة الخامسة على مقياس الألكستيميا:

الجدول رقم (14): يمثل درجة الحالة الخامسة على مقياس الألكستيميا:

رقم الحالة	مجموع الدرجات	مستوى الدرجة
05	68	مرتفع

من خلال تطبيق مقياس" الالكستيميا" تحصلت الحالة على 68 درجة واستنادا إلى المجال ×≤ 61 الذي مدلوله درجة مرتفعة من الألكستيميا، نستنتج أن الحالة تتمتع بمستوى مرتفع من الألكستيميا.

4-عرض وتحليل نتائج الحالة الخامسة على مقياس الشعور بالوحدة النفسية:

الجدول رقم (15): يمثل درجة الحالة الخامسة على مقياس الشعور بالوحدة النفسية:

رقم الحالة	مجموع الدرجات	مستوى الدرجة
05	34	متوسط

بعد تطبيق مقياس الشعور بالوحدة النفسية مع الحالة (س)، تحصلت على 34 درجة، والتي تصنف ضمن تقدير متوسط استنادا إلى المجال [34 – 40]، ومنه نستنتج أن مستوى الشعور بالوحدة النفسية متوسط لدى الحالة.

5-خلاصة عامة للحالة:

من خلال تطبيق كل من المقابلة العيادية نصف الموجهة، والملاحظة المباشرة للحالة (س)، ومن خلال تطبيقنا لمقياس الألكستيميا، والذي تحصلت فيه الحالة (س) على 68 درجة من 100 من الدرجة

الكلية، تبيّن أن مستوى الألكستيميا مرتفع وهذا ما يظهر في البعد الأول والذي مدلوله صعوبة تمييز الأحاسيس حيث بلغت نسبتها 23% وهي نسبة مرتفعة مقارنة بحدها الأدنى والاعلى [7 – 35]، حيث لاحظنا أن الحالة غالبا ما تكون مشاعرها غير واضحة وتجد صعوبة في وصفها لأحاسيسها وانفعالاتهاوهذا من خلال وافقها وتأكيدها على وجود أحاسيس جسدية تشعر بها لكن يصعب فهمها حتى على الأطباء.

أما بالنسبة للخاصية الثانية والتي هي صعوبة وصف المشاعر، فبلغت نسبها 15% وهي متوسطة مقارنة بحدها الأعلى والأدنى [5 – 25] والتي ظهرت في البنود: 2، 5، 11، 12، 17، والتي كانت أغلبيتها مدلولها موافق نسبيا.

أما البعد الثالث والمتمثل في التفكير الموجه نحو الخارج، فنجد أنها بلغت نسبة 34%، وهي نسبة مرتفعة مقارنة بحدها الاعلى والأدنى [8 – 40]، والتي ظهرت في البنود 5، 8، 10، 15، 16، 18، 19، 20، مم يعني أن الحالة (س) ابتعدت عن المواضيع الداخلية وركّزت على التفكير الخارجي بشكل خاص، فهي تظهر تفكير عقلي وذلك من خلال تأكيدها بأنها تفضل تحليل المشاكل على الاكتفاء بوصفها وهذا ما ظهر في البندين [5 – 15]، إذ أنها تبدي ضعف في الخيال ونقص في الأحلام التي تعتبر سمة للخيال.

وبالنسبة لمقياس الشعور بالوحدة النفسية تحصلت الحالة (س) على درجة 34% وهي درجة متوسطة ونستدل ذلك من خلال اجابتها في دليل المقابلة نصف الموجهة، أنها تتوافق نسبيا مع الحياة مع الآخرين وهذا ما اكدته العبارة رقم (01) من مقياس الشعور بالوحدة النفسية: "أشعر بأني متفهم مع المحيطين بي" والتي سجل فيها الدرجة المتوسطة (02) مما يدل على أن الحالة لديها تأقلم متوسط مع الآخرين، كما أنها لا تحس بمشاعر الرفض والتخلي من طرف المحيطين بها لكن تبقى محتفظة بإحساسها الداخلي لنفسها ولا تشاركه مع عائلتها وهذا كلّه يعتبر تغيّر في التعامل قبل وبعد مرضها حسب ما صرّحت به الحالة خلال المقابلة.

-6/ عرض الحالة السادسة:

1_تقديم الحالة :

الحالة: (ض). **الجنس:** أنثى. **السن:** 54.

المستوى التعليمي: رابعة متوسط.

الحالة المدنية: متزوجة. **المهنة:** ماكثة البيت.

تبلغ الحالة من العمر 54 سنة، متزوجة وأم لابن واحد، وذات مستوى تعليمي الرابعة متوسط، ماكثة في البيت، لديها ستة إخوة، ذكرين وأربع بنات، وهي في المرتبة الثالثة بين إخوتها، تم إجراء المقابلة معها في مستشفى محمد بوداود بمصلحة الأمراض السرطانية.

2-عرض وتحليل معطيات المقابلة العيادية نصف الموجهة مع الحالة السادسة:

قمنا إجراء المقابلة مع الحالة (ض) استقبلتنا بكل أريحية ورحابة صدر، وذلك بعد أن عرضنا عليها موضوعنا وعرّفنا بأنفسنا، وافقت على إجراء المقابلة بكل سرور، تميّز هندامها النظافة والترتيب وكانت هادئة أثناء الحوار وقد أجابت على جميع أسئلتنا المطروحة بداية بأسئلتنا بخصوص حالتها الصحية، حيث اكتشفت اصابها بسرطان الثني بداية من سنة 2020، حيث أنها أحست بوجود كتلة صلبة على مستوى حلقة الصدر بالصدفة، فتوجهت في اليوم الموالي مباشرة غلى الطبيب العام للكشف، وبعدها قامت بمجموعة من التحاليل والفحوصات إلى حيث تلقت خبر مرضها من الطبيب المعالج بأنها مصابة بسرطان الثدي من النوع الخبيث.

في تلك اللحظة أحسبت الحالة (ض) بشعور غريب لا يوصف ولم تقم بأي ردة فعل غير طبيعية على حسب قول الحالة ": كي خبرني الطبيب بلي راني مريضا بالسرطان حسيت حاجة طلعتلي من رجلي حتى راسي بصح في هذيك دقيقة شكرت ربي وقلت الحمد لله".

الخاصة(ض) تعاني من عدة أمراض منها: ارتفاع ضغط الدم ومرض السكري وفي الآونة الأخيرة أصيبت بالسرطان في قولها: "عندي السكر ولاطونسيو" وبسؤالنا هل هناك فرد من العائلة يعاني من نفس المرض صرحت بأن أخاها مصاب بسرطان المعدة، كما جاء في قولها: "خويا عندو الكونسار مرضو قبلي وراه يداوي الحمد لله"

أجرت الحالة (ض) عملية استئصال كلي للثدي في مستشفى "مصطفى باشا" بالجزائر، حيث ذكرت الحالة أنها كانت قلقة ومتخوفة قليلا حيال العملية في قولها: "خفت شويا أول مرة ندير العملية، خممت كيف تكون حالتي بعدها ممبعد خلاص سلمت امري لربي".

مما يدل أنها لديها إرادة قوية في التغلب على المرض نهائيا ولو كلفها ذلك استئصال أحد أعضائها في قولها: "حياتي اسبق من كلش ولا هلي بيها لمهم نبرا"، لم تفكر بشكل سلبي في العلمية ولا في المرض وأن لها القدرة على التحدي والصمود أمام هذه التغيرات والظروف، بعد العملية بدأت بالعلاج الكيميائي حيث قامت بست حصص وهي مستمرة لحد الآن، وفي حديثنا عن فترة العلاج وعن حالتها بعد العلاج صرّحت أنها كانت تعاني من ضعف عام في أعضاء جسمها وتعب شديد بعد كل حصة علاجية ويستمر

لمدة أسبوع مترافقا مع الخمول وفقدان الطاقة مع الإفراط في النوم في قولها: " كي ندير لاشيميو نعيا بزاف سمانة وانا فلفراش راقدا منقدرش نوقف تجيني الفشلة"، وبسؤالنا عن حالتها بعد العلاج أجابت قائلة: "الحمد لله خير من كنت نوقف ونمشي"، أي أن استجابتها للعلاج جيّدة وحالتها الصحية في تحسن ملحوظ حيث كانت عاجزة عن المشي والتحرك.

المعرفة السابقة للحالة (ض) حول مرض السرطان وطبيعته والطرق المستعملة في علاجه جعلها تتقبل الأمر ولا تجد صعوبة في مواجهته، وخصوصا أنها كانت ترافق أخاها المريض في فترة علاجه.

أما فيما يخص محور الحياة العائلية والاجتماعية فها، فقد صرّحت أن علاقتها بعائلتها جيّدة لكن لديها بعض المشاكل مع عائلة زوجها في قولها: " بسبب المشاكل تاعهم ركبلي المرض"، أي أن مرضها راجع إلى المشاكل والضغوطات النفسية التي كانت تعاني منها وذلك حسب ما جاء في قولها، وبالنسبة لسؤالنا لها عندما تشعرين بالحزن هل تعتبر تخبرين عائلتك أو أحد أصدقائك؟ أجابت: " كي نكون حزينة نخبر ختي برك ما عنديش صحابات"، ترى أن اهتمام الآخرين بها قد زاد، وأن تعاملها مع الآخرين قبل وبعد المرض تغير وذلك في علاقتها مع أفراد عائلة زوجها في قولها: " كانو بوجه مليح ومور المرض ولا بوجه وحداخر"، وعند سؤالناعن علاقتها مع الأطباء والممرضين في مكان العلاج أجابت قائلة: "امنيني احسن سبيطار هذا هوا، حتى المرضى ما شاء الله عليهم"، ليس لديها أصدقاء لكن تحب الانخراط ومشاركة الآخرين كما تعبّر عن إحساسها وحبها لمن حولها في قولها: "بخير نورمال بصح ماشي قاع لي قراب مني بزاف"، وسؤالنا ما إذا كانت تتخيل نفسها في مكان ترغب في التواجد فيه عند خلوها بمفردها فقالت: "نحب نروح للبحر نحوس نقعد حتى نشبع نجي علا خاطري"، بمعنى أنها الحالة (ض) تشعر بالارتياح عند تواجدها في البحر ما يجعل حالتها النفسية تتحسن، وفي حديثنا معها طرحنا عليها سؤال عن الحياة وماذا تمثل بالنسبة لها فقالت: "الحياة تمثلي كلش وليدي راجلي ربي يحفظهم"

وبالنسبة لموضوع الرضا عن النفس فهي تقول إنها راضية عن نفسها وترى أن حالتها في تحسن أما نظرة الآخرين إليها قد تغيّرت بالنسبة لها في قولها: "المرض خلاني نعرف حبيبي من عدوي وشكون يبغيني صح"، كما ذكرت أنها لا تتبع أي علاج نفسي ولا تشعر بفراغ داخلي.

أما فيما يخص محور الحياة المستقبلية، وطموحاتها ومشاريعها التي ترغب القيام بها، وكيف ترى مستقبلها أجابت قائلة: " راني متفائلة بالمستقبل وان شاء الله نكون خير من الماضي ديالي، ونبرا بإذن الله"

وفيما يخص الصعوبات والمشاريع ذكرت أنها لديها هواية الطبخ وبالخصوص صناعة الحلويات كما جاء في قولها: "نحب نطيب لماكلة وسورتو الحلوة"، صرّحت أنها ليس لديها أي مشروع محدد في قولها: " ما عنديش مشروع ما خممتش ندير حتى مشروع"، لكن لديها الدافعية الكاملة لإنجاز أي مشروع عند افتراضنا لها أن لديها مشروع، وللحالة أمنية وحيدة ذكرتها لنا في آخر المقابلة وهي زيارة بيت الله الحرام في قولها: " أمنيتي الوحيدة ندير عمرة ولا حجة المرض ما ساعدنيش نروح ماديا قادرة"، وبسؤالنا لها عن إذا ما كان لديها أمل في الشفاء وتتغلب على المرض وتعود إلى حالتها الطبيعية أجابت: "الحمد لله شادة فربي سبحانو وعندي أمل باش نبرا وتولي حياتي كما كانت"

3-عرض وتحليل نتائج الحالة السادسة على مقياس الألكستيميا:

الجدول رقم (16): يمثل درجة الحالة السادسة على مقياس الألكستيميا:

رقم الحالة	مجموع الدرجات	مستوى الدرجة
06	73	مرتفع

من خلال تطبيقنا لمقياس "الالكستيميا" تحصلت الحالة (ض) على 73 درجة واستنادا إلى المجال ×≤ 61، والذي مدلوله درجة مرتفعة من الألكستيميا، نستنتج أن الحالة تتمتع بمستوى مرتفع من الالكستيميا.

3-عرض وتحليل نتائج الحالة السادسة على مقياس الشعور بالوحدة النفسية:

جدول رقم (17): يمثل درجة الحالة السادسة على مقياس الشعوربالوحدة النفسية:

رقم الحالة	مجموع الدرجات	مستوى الدرجة
06	38	متوسط

بعد تطبيق مقياس الشعور بالوحدة النفسية على الحالة (ض)، تحصلت على 38 درجة، والتي تصنف ضمن تقدير متوسط استنادا إلى المجال [38 – 40]، ومنه نستنتج أن مستوى الشعور بالوحدة النفسية متوسط لدى الحالة.

5-خلاصة عامة للحالة:

من خلال تطبيق دليل المقابلة العيادية نصف الموجة ومع سجل الملاحظة وما جمع في المقابلة ومن خلال تطبيقنا لمقياس الالكستيميا والذي تحلت فيه الحالة (ض) على 73 درجة من 100 من الدرجة الكلية، تبيّن أن مستوى الألكستيميا مرتفع، وهذا ما يظهر في البعد الأول والذي مدلوله صعوبة تحديد

الانفعالات والذي يشير مجموع النقاط فيه إلى أن الحالة حصلت على مجموع 29 درجة، أي أن الحالة لديها قدرة متوسطة في تحديد المشاعر وهذا ما لاحظناه عليها من خلال المقابلة، فغالبا ما تكون مشاعرها غير واضحة وتجد صعوبة في تحديد انفعالاتها وتمييز الأحاسيس الجسدية.

أما بالنسبة للبعد الثاني والذي يمثل صعوبة وصف الأحاسيس والانفعالات، تحصلت فيه الحالة (ض) على 20 درجة والتي تدل على قدرة منخفضة على وف الأحاسيس والمشاعر وهي نسبة متوسطة مقارنة بحدها الأدنى والأعلى [5 – 25]

أما فيما يخص البعد الأخير والمتمثل في التفكير الموجه نحو الخارج، فوجدنا أنه مرتفع، حيث بلغت درجته 24 درجة، فوجدنا أنه مرتفع وذو نسبة عالية، فهي تظهر تفكير عقلي وذلك من خلال تأكيدها بأنها تفضل تحليل المشاكل بدل الاكتفاء بوصفها اضافة إلى أنها تفضل التكلم مع الناس حول أعمالهم اليومية بدلا من التحدث عن مشاعرهم، إذ أنها تفضل تبدي ضعف في ا لخيال ونقص في الهوام إلى جانب غياب الأحلام.

أما بالنسبة لمقياس الوحدة النفسية، فقد تحصلت الحالة (ض) على درجة 38% وهي نسبة متوسطة، ونستدل ذلك من خلال اجابتها في دليل المقابلة الموجهة وعلى مقياس "راسل" للوحدة النفسية وهذا ما يدل على عدم توافقها نسبيا مع الحياة ومع الآخرين، بالرغم من أنها تحب المشاركة والانخراط مع الآخرين، كما أنها لا تحس بمشاعر الرفض والتخلي من طرف المحيطين بها، لكن تبقى محتفظة بإحساسها الداخلي لنفسها ولا تشاركه مع عائلتها ونادرا ما تشاركه مع أختها، وهذا كله في التعامل قبل وبد المرض حسب قولها.

2-مناقشة نتائج الدراسة:

تتمحور إشكالية بحثنا حول مستويات الألكستيميا والشعور بالوحدة النفسية لدى الراشدين المصابين بداء السرطان، وقد انطلقنا من فرضيات مفادها معرفة مستوى كل من الألكستيميا والشعور بالوحدة النفسية لدى الراشدين المصابين بداء السرطان وذلك بالاعتماد على أدوات البحث المتمثلة في المقابلة العيادية نصف الموجهة، ومقياس الألكستيميا والشعور بالوحدة النفسية وقد توصلنا الى النتائج الموضحة في الجدول التالي.

جدول رقم (18): يوضح مستوى كل من الألكستيميا والشعور بالوحدة النفسية لدى الست (06) حالات

درجة ومستوى المقاييس	نتائج مقياس الألكستيميا		نتائج مقياس الشعور بالوحدة النفسية	
الحالات	الدرجة	المستوى	الدرجة	المستوى
الحالة(ف)	89	مرتفع	41	فوق المتوسط
الحالة(س)	61	مرتفع	26	متوسط
الحالة(ن)	56	متوسط	35	متوسط
الحالة(ك)	59	متوسط	40	متوسط
الحالة(س)	68	مرتفع	34	متوسط
الحالة(ض)	73	مرتفع	38	متوسط

من خلال الجدول تبين أن الحالتين (ف) و(س) لهما مستوى مرتفع من الألكستيميا حيث قدرت درجة الحالة(ف) 89 والحالة (س) قدرت ب 61 ،وهي درجات متقاربة كذلك مع الحالة (س) والحالة (ض) حيث قدرت درجة الحالة (س) 68 والحالة(ض) بـ 73 أما بالنسبة الى الحالة(ن) والحالة(ك) لديهما مستوى متوسط من الألكستيميا ، حيث قدرت درجة الحالة(ن) بـ 56 أما الحالة (ك) فقدرت بـ 59 أما بالنسبة لمستوى الشعور بالوحدة النفسية فكل الحالات مستواها متوسط حيث قدرت درجة الحالة الأولى بـ 41 أما الحالة الثانية بـ 6 والحالة الثالثة والخامسة بـ 35 و34 أما الحالة الرابعة بـ 40 والحالة السادسة بـ 38 ،وهذا ما ظهر في إجابات الحالات على مقاييس الألكستيميا والشعور بالوحدة النفسية ، وكذلك خلال المقابلة العيادية نصف الموجة ومن خلال حديثهم عن حالاتهم.

ويتضح من خلال المقابلة العيادية نصف الموجهة والمقاييس مع افراد مجموعة الدراسة، أن الحالات متواجدة بالمستشفى لديهم الألكستيميا تتراوح بين المرتفع والمتوسط والشعور بالوحدة النفسية متوسط فهم أفراد لا يمتلكون القدرة على تحديد المشاعر والتمييز بينهما من حزن أو الفرح، كما أنهم يجدون صعوبة في وصف مشاعرهم حيث أنهم لا يستطيعون التعبير عنها لفظيا، بالإضافة إلى ذلك فهم يفتقرون القدرة على الخيال والتخيل، حيث يعانون البعض منهم من خلل في العمليات التصويرية وعجز الخيال الوجداني المرتبط بالذكريات والصور ويرتبط تفكيرهم بالعالم المادي الخارجي، كما يتصفون بالخفاء وبالرغم من نجاحهم

المهني إلا أنهم على علاقة فقيرة بحياتهم الداخلية، وهذا كله راجع لأسباب قد تكون أسباب عضوية أو أسباب نفسية أو قد يكون كذلك سلوك متعلم من خلال التنشئة الاجتماعية إذا قد ينتقل هذا السلوك، من خلال الآباء الذين يعانون من صعوبات في تنظيم مشاعرهم ومن ثم يكونوا غير قادرين على تعليم أبنائهم الفهم والتنظيم انفعالاتهم والتعبير عنها .

وبالتالي انطلاقا مما سبق ذكره تكون الفرضية الأولى التي مفادها أن درجة الألكستيميا لدى فئة الراشدين المصابين بالسرطان مرتفعة قد تحققت.

وهذه النتيجة التي توصلنا إليها تتفق مع بعض الدراسات السابقة ومن بينها نجد دراسة **Rokbani وOGEZ**(2007) والتي هدفت لدراسة استقرار الألكستيميا لدى الأشخاص الذين يعانون من مرض خطير يؤدي إلى الموت فاختاروا النساء يعانين من سرطان الثدي وحاولوا دراسة القلق قبل الخضوع للعملية الجراحية ودراسة الألكستيميا، فكانت النتائج تدل على ارتفاع كبير لقلق مع ظهور نشاط الألكستيميا وبعد ستة (06) أشهر قاموا بإعادة التطبيق فتحصلوا على درجات منخفضة لمستوى القلق مع استمرار ارتفاع لمستوى الألكستيميا.

وتتفق أيضا دراسة **Grittipaolo،salavtore، Lombordi** والتي تعني الألكستيميا والسرطان وعلاقتها بالتعب و قد هدفت إلى التحقق من وجود الألكستيميا كنظام لدى مرضى السرطان ومدى إرتباطها بالتعب سواء لدى الحالات حديثة التشخيص أو الذين لديهم فترة طويلة من التشخيص وتوصلت نتائج هذه الدراسة إلى ارتفاع درجات الألكستيميا لدى المرضى اللذين تم تشخيص السرطان لديهم مؤخرا مقارنة مع اللذين لديهم زمن طويل من التشخيص أما فيما يخص التعب كان أكثر حدة لدى المجموعة التي تم تشخيص السرطان لديها منذ أكثر من 30 شهر وضعف معامل الارتباط بين التعب والألكستيميا لدى المجموعة التي تم التشخيص لديها مؤخرا .

كماتفقت أيضا دراسة **SKRENZ**وآخرون(2011) والتي هدفت إلى إعطاء نظرة تشخيصية جديدة للسرطان من خلال متغير الألكستيميا والإكتئاب ومعرفة انتشار كل من الألكستيميا والإكتئاب لدى هذه الشريحة. وربط المتغيرات السوسيوديمغرافية والطبية والسيكومترية حيث أجريت الدراسة بالمستشفى الجامعي "Lausanne" مصلحة الطب العقلي "Vaudices" مدة الدراسة كانت من أكتوبر 2006 إلى غاية أكتوبر 2009، أختيرت العينة عشوائيا وقدر حجمها بـ (229) للمجموعة التجريبية التي تعاني من السرطان وتخضع لعلاج نفسي ،أما المجموعة الضابطة تعاني من السرطان و لكن لا تخضع للعلاج النفسي، وقدرت بـ (190)،واستعملت الدراسة سلم الألكستيميا(TAS 20)،وسلم الهاوس (HAOS) لقياس الحصر والاكتئاب

وسلم نوعية الحياة (C30_QLQ)، وتوصلت الدراسة الى أن نتائج الألكستيميا جد مرتفعة في كل من المجموعتين .أما المتغيرات السوسيوديمغرافية والتي تتعلق بالجنس والمهنة والصحة ونوع السرطان ومرحلته،ونمط الأدوية المستعملة، ونوعية الحياة بلغ معامل الارتباط R= 0.12 دال عند المستوى0.043

في حين ترفض بعض الدراسات فكرة وجود صلة بين الجانب النفسي ومرض السرطان مثل دراسة **Wicalsaby** التي تقول إنه لا يمكن للعوامل النفسية وحدها أن تخلق ورما فالسرطان مرض متعدد الأبعاد والعوامل النفسية متصلة بعوامل وراثية بيوكميائية مختلفة (التدخين، التلوث) ومن هنا تبقى للعوامل النفسية دور مساعد في ظهور الداء.

أما بالنسبة للشعور بالوحدة النفسية فمن خلال المقابلة العيادية نصف الموجهة ومن خلال تطبيقنا لمقياس الشعور بالوحدة النفسية تحصل فيه الحالات على درجات متوسطة، تبين أنهم راضيين عن حياتهم بالرغم من معاناتهم من النقص العاطفي والوحدة النفسية إلا أنهم لديهم إقبال إيجابي نحو الحياة كما لاحظنا أنهم لديهم علاقات إيجابية مع الأطباء في المستشفى بالرغم من قلة صداقاتهم، ونرى أيضا ان بعضهم يستمتعون بعلاقات اجتماعية طيبة تتسم بالتوافق والموائمة في الماضي القريب.

إلا أنهم يشعرون بالوحدة النفسية حديثا نتيجة لبعض الظروف المستجدة، كذلك تبين على الحالات أنهم يحبون التوجه للعبادات ويحرصون على المواظبة عليها وهذا على حسب أقوالهم يشعرهم بالراحة والرضا ويساعدهم على التكييف مع وضعهم وظروفهم ومن خلال تعابير وجههم و إيحاءاتهم و طريقة تحدثهم عن المرض ،أنهم بالرغم من صعوبة تكيفهم في الأول إلا أنهم تقبلوا المرض في الأخير ولديهم أمل كبير في الشفاء ، إذا يرجع الشعور بالوحدة النفسية لعدة أسباب قد يعود بعضهما لطبيعة الأشخاص أنفسهم و البعض الأخر لاضطرابات كمية أو كيفية في شكل العلاقات الاجتماعية .

وانطلاقا مما سبق تكون الفرضية الثانية القائلة بان مستوى الشعور بالوحدة النفسية لدى فئة الراشدين المصابين بالسرطان منخفض لم تتحقق.

ونظرا لعدم توفر دراسات سابقة تجمع بين متغير الوحدة النفسية والسرطان معا اضطررنا لتعويضها بدراسات حول الطلبة، ومن بين هذه الدراسات التي اتفقت مع النتيجة التي توصلنا اليها دراسة –**بني مصطفى والشريفين**–2013 بعنوان الشعور بالوحدة النفسية والأمن النفسي والعلاقة بينهما لدى عينة من الطلبة الوافدين في جامعة اليرموك وقد هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مستوى كل من الشعور بالوحدة النفسية والأمن النفسي لدى الطلبة الوافدين الدارسين في جامعة اليرموك والكشف عما إذا كانت توجد علاقة دالة إحصائيا بين مستوى الشعور بالوحدة النفسية ومستوى الشعور بالأمن النفسي لدى الطلبة

حيث تكونت عينة الدراسة 158 طالبا وطالبة واستخدم الباحث مقياس الشعور بالوحدة النفسية ومقياس الأمن النفسي وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- مستوى الشعور بالوحدة النفسية الشعور بالوحدة النفسية لدى الطلبة الوافدين: متوسط
- مستوى الشعور بالأمن النفسي لدى الطلبة الوافدين: متوسط.

غير أن هذه الدراسة لم تتفق مع نتائج دراسة **الجباري** (2012) بعنوان الشعور بالوحدة النفسية لدى طلبة جامعة كركوك وقد هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مستوى الشعور بالوحدة النفسية لدى طلبة الجامعة في ضوء بعض المتغيرات وقد أظهرت النتائج إلى ارتفاع مستوى الشعور بالوحدة النفسية لدى طلبة الجامعة.

وبالتالي فالاختلاف بين دراستنا والدراسات السابقة يرجع إلى طبيعة العينة وخصائصها فكل دراسة وهدفها المعين وأداتها الخاصة، فالهدف في هذه الدراسة معرفة مستوى كل من الألكستيميا والشعور بالوحدة النفسية لدى فئة الراشدين المصابين بالسرطان.

إستنتاج عام:

نستنتج من النتائج المتحصل عليها من عينة دراستنا والمتعلقة بمرض السرطان، نشاط عقلي يتميز بسيادة الألكستيميا وهذا لدى كل الحالات تقريبا، إذ يحقق الفرد الصحة النفسية والتكيف والتوافق في شتى المجالات في حياته باللجوء إلى توظيف الانفعالات والتي تختلف حسب المواقف والأحداث التي يعيشها وكذا سمات الشخصية حيث نجد من لديه سهولة التعبير عن الانفعالات كالغضب والفرح ... ونجد البعض الأخر يعجز عن تأدية هذه الوظيفة من خلال عدم القدرة على وصف مشاعره وحالته الانفعالية وهذا ما ظهر لدى عينة بحثنا فالشخصية التي تتعرض لإصابة بالسرطان تمثل شخصا متساهلا مذعنا لآخرين يكبت انفعالاتهم، لا يستطيع التعبير عن توتراته أو قلقه ولهذا يمكن القول أن الحالات قد عانت من الخسائر معينة في مراحل مبكرة أو في مرحلة طفولة وأعادت تنشيطها من قبل الأحداث التي حصلت لهم في حياتهم كبالغين ،فالفقدان والنقص من العوامل التي تكمن وراء الاستعداد لإصابة بالسرطان ولتجاوز هذه الخسائر أبدو إنكار للمعاناة في الواقع على حساب حياتهم العاطفية .

كذلك مع شعورهم بالوحدة النفسية كانت درجتها مع كل الحالات متوسطة، فالبعض منهم كانوا يتميزون بالوحدانية على حساب قولهم أنهم يميلون للجلوس وحدهم ومنهم من ليس لديه أصدقاء ومنهم من لا يجد من يشاركه اهتماماته وأفكاره وهذا كله يدخل ضمن دائرة الوحدة النفسية، لكن رغما عن هذا كله تتمتع الحالات بالرضا عن حياتهم و تمتعهم بالأمن الديني وتعلقهم بالله عزو وجل سواء من خلال ممارستهم لشعائر الدينية من الصلاة أو قراءة القرآن، أو بالذكر والدعاء، وهذا أثر بشكل إيجابي على حالتهم، كما أن لديهم نظرة تفاؤلية للحياة وأمل كبير لشفاء.

وبالتالي توصلنا إلى أن الراشدين المصابين بداء السرطان لديهم مستوى يتراوح بين المتوسط والمرتفع من الألكستيميا والشعور بالوحدة النفسية، فعموما حالات الدراسة ما هي إلا عينة فقط من بين العديد من الحالات الموجودة في المجتمع وبذلك تحققت فرضية واحدة التي توقعنا فيها ارتفاع مستوى الألكستيميا وعدم تحقق الفرضية الثانية التي توقعنا فيها انخفاض في مستوى الشعور بالوحدة النفسية.

الخاتمة:

لقد قمنا في هذه الدراسة بالبحث عن مستوى الألكستيميا والشعور بالوحدة النفسية لدى الراشدين والمصابين بداء السرطان ومن خلال المنهج العيادي المطبق في هذه الدراسة والذي يعتبر الدراسة المعمقة للحالات الفردية، ومن خلال تطبيقنا لمقياس الألكستيميا والشعور بالوحدة النفسية، على الست حالات تحصلنا على نتائج تبين مستوى كل من الألكسيتميا والشعور بالوحدة النفسية لديهم، ويتضح من خلال عرض ومناقشة النتائج أن الدراسة الحالية حاولت تحقيق أهدافها من خلال الكشف عن مستوى كل المتغيرين ومعرفة مدى أهمية شعور الراشد المصاب بداء السرطان بالوحدة النفسية، والتواصل إلى تحقيق الفرضيات أو عدم تحقيقها، وقد تحصلنا على النتائج التالية:

- بالنسبة لمستوى الألكستيميا لدى الرشدين مصابين بداء السرطان، كشفت نتائج الدراسة على وجود مستوى يتراوح ما بين **المتوسط** و**المرتفع** عند الراشدين المصابين بداء السرطان.
- أما بالنسبة لمستوى الشعور بالوحدة النفسية لدى الراشدين المصابين بداء السرطان، فقد توصلت النتائج أن مستوى الشعور بالوحدة النفسية لدى الحالات **متوسط**.

وختاما لهذه الدراسة يمكن القول إن مرض السرطان يعد من أخطر الأمراض التي تهدد الصحة النفسية والجسدية للفرد، إذ تكون الشدة النفسية شائعة جدا لدى مرضى السرطان حتى بعد النجاة منه والإنتهاء من العلاج وقد ينتج هذا المرض من مصطلح الألكستيميا التي تعتبر كعامل هشاشة لتعبير عن الأمراض البسيكوسوماتية، ولهذا يجب إعطاء أهمية قصوى لمرحلة الطفولة وكل مرحلة عمرية بالسماح بالتعبير عن مشاعرهم وتوعيتهم بخطورة الأبعاد المستقبلية المرضية الجسدية الناجمة عن عدم التعبير.

التوصيات والاقتراحات:

1- وضع وبناء برامج علاجية تنمي القدرات الخيالية والتي من خلالها يستطيع الراشد أن يسقط كل رغباته دون كبتها وتفريغ كل الشحنات الانفعالية المكبوتة.

2- التفكير لبناء علاجي يتمثل في إنعاش الحياة العقلية والتمثيلات العاطفية والهوامية لمريض السرطان.

3- تكوين نفسانيين من خلال تقنيات تتناسب مع هذا النوع من الاضطرابات أي العجز عن التعبير الانفعالي.

4- الشعور بالفراغ ومدى تأثيره على الراشد المصاب بالسرطان.

5- الاهتمام أكثر بهذه الفئة في المجتمع وإجراء دراسات مماثلة ولكن على عينة أكبر ومتغيرات أخرى.

6- إعداد مقاييس مناسبة لقياس الشعور بالوحدة النفسية لدى الراشدين المصابين بداء السرطان.

قائمة المراجع

قائمة المراجع

باللغة العربية:

1. أحمد سالم بادويلان. (2005). السرطان **مازال الأمل باقيا**. (ط1) مؤسسة الريان للطباعة والنشر. لبنان. بيروت.
2. البحيري عبد الرقيب. (1987). **الشخصية النرجسية. دراسة في ضوء التحليل النفسي**. (ط1) دار المعارف.القاهرة مصر.
3. العمري علي، منير الرفاعي. (2008). **مستشفى الملك فهد الجامعي بالخبر**. الدمام.
4. الموزع (2003). **المشكلات النفسية للمراهق**. (ط2). دار الشرق للنشر والتوزيع.
5. خياط يوسف. (1988). **لسان العرب المحيط**. دار الجيل. بيروت.
6. زينب محمود شقير. (2002). **الشخصية السوية والمضطربة**.القاهرة.مكتبة النهضة المصرية.
7. عبد الباقي، سلوى محمد. (2005). **موضوعات في علم النفس الاجتماعي**. مصر. مركز الإسكندرية للكتاب. (ط1).
8. عكاشة أحمد. (1998). **الطب النفسي المعاصر**. مكتبة الانجلو المصرية. مصر.
9. فكري لطيف متولي، صبحي بن سعيد الحاثي. (2016). **دراسة الحالة في علم النفس**. (ط1) مكتبة الرشد.
10. قشقوش إبراهيم، زكي. (1988). **مقياس الإحساس بالوحدة النفسية لطلاب المجتمعات**. مكتبة الأنجلو المصرية. القاهرة.
11. محمد دويدار عبد الفتاح. (2000). **علم النفس الطبي والمرضي والأكلينيكي**. دار المعرفة الجامعية.مصر.
12. محمد سرحان علي المحمودي. (2019). **مناهج البحث العلمي**. (ط3). دار الكتب صنعاء.
13. مشرى سامية. (2015). **التمكن الإداري للمرأة في ظل الإدارة الإلكترونية**. (ط1). الجزائر.
14. هناء أحمد شويخ. (2009). **أساليب تخفيف الضغوط النفسية الناتجة عن الأورام السرطانية**. إيتراك للنشر والتوزيع. (ط1). مصر.
15. الأحمد، الأيمن محمد. (2009). **مفهوم الذات وعلاقته بالشعور بالوحدة النفسية**. رسالة مجاستير غير منشورة جامعة دمشق.

16. امينة العباس. (2020). **الوحدة النفسية وعلاقتها باضطراب ضغط ما بعد الصدمة لدى الطلبة الجامعيين.** مذكرة كقدمة لميل شهادة الماستر –قسم علم النفس.جامعة قاصدي مرباح. ورقلة.

17. أية قوالجية. (2013). قلق **الموت لدى الراشد المصاب بالسرطان.** مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في علم النفس. جامعة محمد خيضر. بسكرة.

18. باسل إبراهيم جاب الله. (2008). **مشكلات الأباء والأمهات الناجمة عن إصابة أبنائهم بالسرطان في الأردن واستراتيجيات التعامل معها**.رسالة ماجستير في الإرشاد النفسي والتربوي. كلية الدراسات العليا. الجامعة الأردنية.

19. براهمية، جهاد. (2018). **الرعاية الصحية وعلاقتها بالألم النفسي لدى مرضى السرطان.** [أطروحة دكتوراه غير منشورة]. جامعة قاصدي مرباح ورقلة. الجزائر.

20. بن خليفة مريم، عثمان عز الدين. (2018). **أثر الصلابة النفسية على قلق الموت لدى المصابات بالسرطان.** مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماستر. جامعة عبد الحميد ابن باديس. مستغانم.

21. بن يحي حياة، بوعزيزريم. (2022). **التفاؤل–التشاؤم ونوعية الحياة لدى مرضى السرطان.** رسالة ماجستير. قسم علم النفس. جامعة محمد خيضر بسكرة.

22. بوعشة ايمان. (2020). **الألكستيميا عند الطفل داخل الأزمة الزوجية.** مذكرة ماستر كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية. جامعة 8ماي 1945.قالمة.

23.جداوس منال. (2012). **الشعور بالوحدة النفسية وعلاقته بالتوافق النفسي الاجتماعي ومستوى تقدير الذات لدى المراهق الجانح**. مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس الاجتماعي. جامعة الجزائر.الجزائر.

24. جعفر سندس، ريان. (2020). **مستوى الشعور بالوحدة النفسية لدى المراهقين يتيم الأب**.رسالة ماجستير. جامعة محمد خيضر. بسكرة.

25. جوهرة بنت عبد القادر، بن طه شيبي. (2005). **الشعور بالوحدة النفسية وعلاقتهما بسمات الشخصية.** رسالة دكتوراه. جامعة الملك سعود. الرياض.

26. حنان بنت أسعد محمد خوج. (2002). **الخجل وعلاقته بكل من الشعور بالوحدة النفسية وأساليب المعاملة الوالدية لدى عينة من طالبات المرحلة المتوسطة بمدينة مكة المكرمة.** رسالة ماجستير. كلية التربية بجامعة أم القرى. المملكة العربية.

27. خديجة، حمو علي. (2012). **علاقة الشعور بالوحدة النفسية والأكتئاب لدى عينة من المسنين المقيمين بدور العجزة ومقيمين مع ذويهم** (دراسة مقارنة لـ 12 حالة). مذكرة ماجيستر. معهد علم النفس وعلوم التربية والارطفونيا. جامعة الجزائر02.

28. خويطر وفاء، حسين علي. (2019). **الأمن النفسي والشعور بالوحدة النفسية لدى المرأة الفلسطينية (المطلقة والأرملة) وعلاقتهما ببعض المتغيرات**. [رسالة ماجستير منشورة]. الجامعة الإسلامية.غزة.

29. دايداي، مريم. (2018). **النمط السلوكي (ج) ونوعية الحياة المرتبطة بالصحة عند مرضى سرطان الثدي وسرطان الرئة**. [أطروحة دكتوراه غير منشورة]. جامعة أبو القاسم سعد الله. الجزائر.

30. دلال موسى قويدر. (2008). **الخوف من السرطان وعلاقته بالصدمة النفسية**. رسالة ماجستير في الأرشاد النفسي. جامعة دمشق.

31. دلمة نسرين، شحمة نعيمة. (2022). **جودة الحياة لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي**. مذكرة لنيل شهادة الماستر في علم النفس.جامعة غرداية. غرداية.

32. رائد، أحمد ابو هويشل. (2013). **الشخصية السيكوباتية وعلاقتهما بالوحدة النفسية وتقدير الذات لدى سجناء المودوعيين بسجن عزة**. رسالة ماجستير. الجامعة الإسلامية. غزة.

33. رحمانة ناظر، مرزوق عبد الحميد. (2010). **الوعي المعرفي بممارسة الأنشطة البدنية لدى المصابات بسرطان الثدي دراسة مقارنة بين الممارسات وغير الممارسات**. مذكرة للحصول على الماجستير في التربية الرياضية.الجامعة الأردنية.

34. رزيقة زوبيري. (2019). **التكتم الانفعالي وعلاقته بالتفكير الانتحاري لدى عينة من طلبة الجامعة**. مذكرة ماجستير تخصص علم النفس العيادي. جامعة قاصدي مرباح. ورقلة. الجزائر.

35. سعاد يوردة. (2009). **سرطان الثدي لدى النساء وعلاقته بالتوافق النفسي الاجتماعي واستراتيجيات المقاومة**. مذكرة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العيادي (دراسة مقارنة). جامعة الجزائر.الجزائر.

36. سعيد رحال. (2015). **الأمن النفسي وعلاقته بالوحدة النفسية لدى الطالب المقيم**. أطروحة دكتورة. جامعة محمد خيضر.بسكرة.

37. شاهندة، عادل أحمد إبراهيم عنيم. (2016). **فعالية برنامج إرشادي في خفض الألكستيميا لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية وصعوبات التعلم**. جامعة بور سعيد.

38. شدمي رشيدة. (2014). **واقع الصحة النفسية لدى المرأة المصابة بالسرطان الثدي**. أطروحة دكتوراه. جامعة تلمسان.

39. شدمي رشيدة. (2014). **واقع الصحة النفسية لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي** .أطروحة دكتوراه. قسم علم النفس. جامعة أبو بكر بلقايد تلمسان. الجزائر .

40. عبد الحق، بركات. (2008). **الشعور بالوحدة النفسية وعلاقتها بمستوى تقدير الذات لدى عينة من طلبة جامعة الجزائر**. [رسالة ماجستير عير منشورة]. جامعة الجزائر.الجزائر.

41. عروج فضيلة. (2017). **دراسة نفسية عياديه لحالة الإجهاد ما بعد الصدمة لدى العازبات المبتورات الثدي من جراء الإصابة بالسرطان**. أطروحة دكتوراه. جامعة العربي بن مهيدي. أم البواقي.

42. فارس، زين العابدين. (2016). **صعوبة التعرف على المشاعر (الالكستيميا)**. جامعة سيدي بالعباس.

43. فاسي آمال. (2016). **الأكتئاب الأساسي الألكستيميا لدى مريض السرطان كنشاط عقلي مميز**. كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية. مذكرة دكتوراه في علم النفس العيادي. جامعة سطيف. الجزائر.

44. لحمر فضيلة، عبد الوافي زهير بوسنة. (2017). **التوظيف النفسي للجلد لدى الراشد المصاب بالسرطان. أطروحة دكتوراه في علم النفس المرضي للراشد**. جامعة محمد خيضر. بسكرة.

45. محمد أحمد، حمادة. (2003). **دراسة لبعض العوامل المرتبطة بالشعور بالوحدة النفسية لدى المتقاعدين من معلمي القطاع الحكومي ووكالة غوث**. رسالة ماجيستير. الجامعة الإسلامية. غزة.

46. معمرية، بشير. (2018). **الشعور بالوحدة النفسية وتقنين استبيان لقياسه على البيئة الجزائرية**. جامعة محمد لمين. دباغيين. سطيف.

47. نايت عبد الرحمان تنهينان. (2022). **مستوى الشعور بالأمن النفسي والتوجه نحو الحياة لدى المراهقين مجهولي النسب**. مذكرة لنيل شهادة الماستر. جامعة مولود معمري. تيزي وزو.

48. نسرين محمود، محمد النيرب. (2016). **الشعور بالوحدة النفسية وعلاقتهما بالنقسق القيمي لمدمني مواقع التواصل الاجتماعي من طلبة الجامعات بمحافظة غزة**. رسالة ماجستير. الجامعة الإسلامية. غزة.

49. نور الهدى، بن عمر. (2015). **الشعور بالوحدة النفسية وعلاقتهما ببعض سمات الشخصية (خجل، عدوان) لدى الأطفال الصم من وجهة نظر المربين.** مذكرة لنيل شهادة. الماستر. جامعة محمد بوضياف. مسيلة.

50. النيرب، نسرين محمود محمد. (2016). **الشعور بالوحدة النفسية وعلاقتها النسق القيمي لمدمني مواقع التواصل الاجتماعي من طلبة الجامعات بمحافظات غزة** [ماجستير صحة نفسية ومجتمعية غير منشورة]. الجامعة الإسلامية. غزة.

51. وهيبة قاقي. (2019). **التمثيلات النفسية لدى مرضى السرطان.** مذكرة ماستر. تخصص علم النفس العيادي. جامعة محمد خيضر. بسكرة.

52. الدهان منى. (2011). **الوحدة النفسية لدى كل من الطفل العادي والمتخلف عقليا والأصم.** دراسة نفسية. ال عدد1.الجزء (11).

53. الطائي، ذكرى يوسف. (2008). **مستوى الشعور بالوحدة النفسية لدى الطلبة المتميزيين.** مجلة أبحاث. كلية التربية الأساسية. 7.(3). 74-90.

54. عبد الوهاب، إسراء عبد المقصود. (2022). **الشعور بالوحدة النفسية وعلاقته بضبط الذات لدى عينة من المراهقين المكفوفين.** المجلة المصرية للدراسات النفسية. 32.(116). 2-25.

55.قشقوش إبراهيم. (1983). **إطار نظري عن الوحدة النفسية. خبرة الاحساس بالوحدة النفسية.** 187_213.حولية كلية التربية. جامعة قطر.

56. جاسم، مؤيد حامد. (2009). **الشعور بالوحدة النفسية وعلاقته أساليب المعاملة الوالدية لدى الأطفال.** مجلة الفتح. (43).

57. حسن محمد عبد المؤمن الزياني. (1994). **الشعور بالوحدة النفسية لدى الشباب في مرحلة التعليم الجامعي.** مجلة علم النفس.ال ع30.

58. حلمي، جهان أحمد. (2018). **فعالية برنامج إرشادي إنتقائي في خفض الألكستيميا لدى التلاميذ ذوي صعوبات التعلم بالمرحلة الإعدادية.** مجلة جامعة الغيوم التربوية والنفسية. (10).

59. داود نسيمة علي. (2016). **العلاقة بين الألكستيميا (Alexithymia) وأنماط التنشئة الوالدية والوضع الاقتصادي والاجتماعي وحجم الاسرة والجنس.** المجلة الاردنية في العلوم التربوية. 12(4)،415.434.

60. دايداي مريم (د. ت). **نوعية الحياة والنمط السلوكي (ج) عند مرضى السرطان.** مجلة حقائق للدراسات النفسية والاجتماعية. (8). 23-227.

61. رضوان بدوية، وسعد محمد. (2015). **الألكستيميا وعلاقتها بالمناخ الاسري والقلق الاجتماعي لدى مجموعة من المراهقين الصغار ذوي صعوبات التعلم بالمعاهد الأزهرية.** (قسم علم النفس المحرر). مجلة كلية الدراسات الإنسانية. العدد (15).

62. زهية، غنية حافري، وليد بخوش. (2019). **غياب التعبير الانفعالي بين المقارنة التحليلية الفرنكفونية والمعرفية الانجلوسكسونية.** مجلة دراسات في علوم الإنسان والمجتمع.مجلد 2.

63. زياد بركات. (2006). **سمات الشخصية المستهدفة بالسرطان** (دراسة مقارنة) بين 11 الأفراد المصابين وغير المصابين بالمرض. جامعة النجاح بأبحاث.ال مج09.ال ع01.

64. السيوف، فاتن علي. (2020). **فعالية العلاج بالرسم في خفض الألكستيميا لدى اللاجئات السوريات.** مجلة العلوم النفسية والتربوية.289_265.

65. عبد الله نجية، عبد الفتاح رأفت. (1995). **العوامل النفسية في أمراض السرطان دراسة ميدانية في احداث الحياة والشخصية لدى مرضى السرطان.**مجلة علم النفس ال ع9. مصر.

66. كريمة نايت عبد سلام، مريم بوشوشة. (2021). **تكيف مقياس تورنتو لقياس الألكستيميا على البيئة الجزائرية.**مجلة العلوم النفسية والترب وية7. (2). جامعة الوادي. الجزائر 309_326.

67. محمد رضا مسعودي. (2019). **الألكستيميا لدى النساء المبتورات الثدي جراء الإصابة ببالسرطان.** مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية.

68. المحمداوي، عبد الكريم خليفة. (2012). **قياس مستوى الشعور بالوحدة النفسية لدى طلبة الكلية التربوية المفتوحة في كركوك للدراسات الإنسانية.** 7(3). 1_29.

69. محمود، عبد الرزاق جاسم. (2020). **المشكلات التي يواجهها مرضى السرطان ودور الأسرة والأصدقاء المدرك في توفير الدعم الاجتماعي. مجلة الجامعة العراقية.** 48(2). 38_401.

70. مصطفى، عنايات أحمد حجاب ولطفي، محمد.(2021) .**برنامج مقترح للارشاد بالفن لخفض الشعور بالوحدة النفسية لدى عينة أطفال مرضى السرطان.** المجلة المصرية للدراسات المتخصصة. 9(31). 225_257.

71. نمر، صبح القيق. (2011). **الشعور بالوحدة النفسية لدى طلبة كلية الفنون الجميلة بجامعة الأقصى بغزة**. مجلة الجامعة الإسلامية. (سلسلة الدراسات الإنسانية). 19.(01). ص 597_618.

المراجع باللغة الأجنبية:

72. Celine Jouanne. (2006).**L'alexithymie entre déficit émotionnel et processus adaptatif**. p 193-209.pdf http://w w w.cairn. info.
73. Corcos, M, & Pirlot, G. (2011).**Qu' est-ce que l'alexithymie ?** paris Dunod.
74. Fares zien, El Abbiddine. (2014).**L'alexithymie** N;07. Sidi-bel Abbas. Algérie. Revue de sciences sociales et Humaines.
75. Farges, F, & Farges, S. (2002).**Alexithymie et substances psychoactives**. revue critique de la littérature. De bceck supérieur.2(8).47-74.Doi 10,3917/psyt.082. 0047.
76. Gerard Pirlot. (2014).**Alexithymie et Pensèe Opèratoire**. Édition C. N. R. S. la révue Hermés.
77. Grègory Monnier. (2011).Depression. **Alexithymie et personnalité thèse de Doctorat en Mèdcine.** Orlèans Université de Limoges.
78. Jacquet. M et Lhote. (2003). **Les mécanismes de défense Théorie et chimique Edition Nathan**. Universite. Paris.
79. Jauanne, C. (2006).**L'alexithymie entre déficit émotionnel et processus adaptatif psychotrope**. 12(3).193-209- Doi. 10.3917. psyt.123-0193.
80. Jean, François Boivin. (2016).**l'alexithymie et violence conjugale**. Évaluation de capacités relationelles et de la gestion des émotions. thése de doctorat en psychologie. université de Québec.
81. K, Gisselmann. (2019).**what role does Anxiety play in the link between**. Department of Behavioral Management and social science. Bachelor thesis.
82. La grande P. (1984). **Le concer tout ce qu'il faut svoir**. dictionnaire pratique de A a Z.
83. Lindenneuer L.Approche Chimique Psychologique des personnes **soumsesaux technique de detectionprecoce du cancer**. These doctorat. Paros.
84. Luminet O, Vermeulen, N, & Grynberg, D. (2013).**L'alexithymie. comment le manque d'émotion peut affecter notre Santé**.1er édition. Bruxelles. de boeck.

85. Masc karukwi. (2011).**Assiciation Between Alexithymia and Mental well - Being in Adlolexents**. Turku. Finland.
86. Mattila Aino. (2009).**Alexithymia in Finnish general propulation Academic dissertation Finland** .Departement of Adult psychiatry. Finland. University of Tampere.
87. Mcoros, & G Pirlot. (2011).**Que est-ce que l'alexithymie**. Paris. Dunod.
88. Olivier L uminet, Nicolas vermeulen. (2013).L'alexithymie comment le manque d'émotions peut affecter notre santé. 1ére édition De Doeck supérieur. Bruxelles.
89. Pdf http:// w w w. Cair. info /revue psychotropes.
90. Phanleuf M. (2005). **Cancer Mécanismes de défenses et d'adaptation**. Edition Université d'Evran Portugal.
91. R.Fitzpatrick.T. (2016).**Treating vulnerable population of cancer survivors**. A Bio psychosocial APPROCHE SWITZERLAND .SPRING INTERNATIONAL. PUPLISHNG.

الملاحق

ملحق رقم (01): دليل المقابلة العيادية نصف الموجهة.

البيانات الشخصية:

الإسم:

السن:

الحالة المدنية:

المهنة:

المستوى التعليمي:

المستوى: ☐ بتدائي ☐ متوسط ☐ ثانوي ☐ جامعي ☐ شيء آخر ☐

المحور الأول: الحالة الصحية.

- هل لديك سوابق مرضية؟
- منذ متى وأنت مصاب بهذا المرض؟
- هل هناك فرد من العائلة يعاني من نفس المرض؟
- ما هي الأعراض التي ظهرت عليك؟
- كيف كانت ردة فعلك عند معرفتك بأنك مصاب بهذا المرض؟
- هل لديك أمراض مصاحبة أخرى (نفسية، عقلية، عضوية)؟
- حدثي قليلا عن حالتك بعد العلاج؟
- ما رأيك في هذا العلاج؟

المحور الثاني: الحياة العائلية والإجتماعية.

- عندما تشعرين بالحزن هل تخبرين عائلتك أو أحد أصدقائك؟
- صف لنا علاقتك بعائلتك؟
- كيف تفسر إهتمام الآخرين بك؟
- كيف هو تعاملك مع الآخرين قبل مرضك وبعده؟
- كيف هي علاقتك مع الأطباء والممرضين والمرضى في مكان علاجك؟
- هل تحب الإنخراط والمشاركة مع الآخرين؟

- ما هي نوع العلاقة التي ترابطك بأصدقائك؟
- هل تشعر بحب من هم حولك؟
- هل تغبرين عن حبك لصديقاتك أم شخص مقرب؟
- عندما تجلسين بمكان هادئ لوحدك هل تتخيلين نفسك في مكان آخر تتمنين بشدة تواجد به؟
- هل تحس بالراحة في بيتك ومجتمعك؟

المحور الثالث: الحياة النفسية.

- ما تمثل الحياة بالنسبة لك؟
- هل أنت راض عن نفسك؟
- كيف تبدوا لك حالتك؟
- كيف ترى نظرة الآخرين إليك؟
- هل تشعر بفراغ داخلي؟
- كيف تشعر بفردك؟
- هل تتابع علاجا نفسيا؟

المحور الرابع: الحياة المستقبلة.

- ما هي طموحاتك المستقبلية؟
- هل لديك مشاريع مستقبلية؟ إذا كانت ما هي؟
- هل لديك الدافعية لإنجاز ما تطمح إليه؟
- هل أنت راض عن حياتك؟
- هل لديك أمنيات محددة ترغب في تحقيقها؟
- هل لديك هوية تفضل ممارستها؟
- هل لديك أمل بأنك ستشفى وتتغلب على المرض وتعود إلى حياتك الطبيعية؟

وفي الأخير أشكرك على كل هذه المعلومات القيمة، هل هناك شيء تود إضافته قبل نهاية المقابلة؟

ملحق رقم (02): النسخة العربية من مقياس تورنتو لقياس الألكستيميا (تاس-20).

التعليمة:

أشر باستعمال السلم الموجود في الأسفل إلى أي درجة أنت موافق أو غير موافق على كل إجابة من الإجابات التالية، يكفي أن تضع علامة (X) في المكان المناسب، لا تعطي إلا إجابة واحد لكل بند.

(1) غير موافق تماما. (02) غير موافق نسبيا. (03) لست موافقا ولست رافضا. (4) موافق نسبيا. (05) موافق تماما.

رقم	العبارات	01	02	03	04	05
01	غالبا ما تكون مشاعري غير واضحة.					
02	أجد صعوبة في إيجاد الكلمات المناسبة لوصف مشاعري.					
03	تنتابني أحاسيس جسدية يصعب فهمها حتى على الأطباء.					
04	أصف بسهولة مشاعري.					
05	أفضل تحليل المشاكل بدل الاكتفاء بوصفها.					
06	عندما أكون متضايقا لا أدري إن كنت حزينا، خائفا، أو غاضبا.					
07	غالبا ما أكون منشغلا بالأحاسيس على مستوى جسمي.					
08	أفضل ببساطة ترك الأمور تحدث على أن أفهم لما أخذت هذا المنحى.					
09	لدي مشاعر لن أتمكن أبدا من التعرف عليها.					
10	من المهم أن أكون واعيا بإنفعالاتي.					
11	أجد صعوبة في وصف مشاعري اتجاه الناس.					
12	يطلب مني التعبير أكثر عما أشعر به.					
13	لا أدري ماذا يحدث بداخلي.					
14	في أغلب الأحيان لا أعرف لماذا أنا غاضب.					
15	أفضل الحديث مع الناس حول نشاطاتهم اليومية بدلا من التحدث معهم عن مشاعرهم.					
16	أفضل مشاهدة البرامج الترفيهية على البرامج الحزينة.					

17	يصعب على الكشف عن مشاعري الحميمة حتى لأصدقائي المقربين جدا.						
18	أستطيع أن أحس بأنني قريب من شخص ما حتى في لحظات صمته.						
19	أجد أنه من المفيد فهم مشاعري لحل مشاكلي الشخصية.						
20	البحث عن المعنى الخفي للأفلام والمسرحيات يشتت انتباهك عن الإستمتاع بها.						

ملحق رقم (03): مقياس الشعور بالوحدة النفسية.

الإسم: ..... الجنس: ..... السن: ..... الوظيفة: .....

التعليمة: فيما يلي مجموعة من العبارات التي قد تشعر بها أحيانا، اقرأ جيدا كل عبارة وضع علامة (X) أمام العبارة التي تنطبق عليها:

الرقم	العبارة	أبدا	نادرا	أحيانا	دائما
01	أشعر بأني متفاهم مع المحيطين بي.				
02	أشعر بأنني أفتقد إلى الصحبة.				
03	ليس هناك شخص يمكنني أن أذهب إليه.				
04	لا اشعر بأنني وحيد.				
05	أشعر بأنني عضو في مجموعة أصدقاء.				
06	لي تاثير واضح على المحيطين بي.				
07	لا تدوم علاقتي بأحد لفترة طويلة.				
08	لا يشاركني من حولي اهتماماتي وأفكاري.				
09	أنني شخص متفتح.				
10	هناك أناس أشعر بأنني قريب منهم.				
11	أشعر بأنني مهمل ممن حولي.				
12	علاقتي الإجتماعية سطحية.				

13	لا أحد يعرفني جيدا.				
14	أشعر بأنني معزول على الآخرين.				
15	أستطيع أن أجد الصحبة عندما أرغب في ذلك.				
16	هناك أناس يفهمونني حقا.				
17	أشعر بأنني إنسان تعيس.				
18	يحيط بي الناس ولأكنهم بعيدون عني.				
19	هناك أناس يمكنني التحدث إليهم.				
20	هناك أناس يمكنني الميل إليهم.				