

# جامعة ورقلة

قسم علم النفس وعلوم التربية

كلية الآداب والعلوم الإنسانية

## الاكتئاب المقنع وعلاقته بالتكتم وقلق الموت لدىالمجسدين

مذكرة مكملة لنيل شهادة الليسانس في علم النفس العيادي

إشراف الدكتور:

قريشي عبد الكريم

إعداد الطالب:

زعطوط رمضان

السنة الجامعية: 2003/2002

## ملخص البحث:

يعتبر الاكتئاب أحد الاضطرابات النفسية الأكثر انتشارا، وتتوقع منظمة الصحة العالمية أن يصبح أول سبب للإعاقة الوظيفية في قرننا الحالي. ولأن أغلب المكتئبين يجسدون معاناتهم النفسية، ويتوجهون إلى عيادات الطب العام، مما يطرح مشكلة التشخيص والتكفل بهؤلاء المرضى.

لذلك قمنا في دراستنا هذه باسكتشاف شيوع الاكتئاب لدى المجسدين في عيادات الطب العام بورقلة؛ ونظرا لارتباط الاكتئاب بالتكتم وقلق الموت، درسنا العلاقة بين هذه المتغيرات الثلاثة كما درسنا التأثير بين المتغيرات الرئيسة وبعض المتغيرات الوسيطة لدى المجسدين مثل السن والجنس والمستوى التعليمي.

افترضت الدراسة شيوع الاكتئاب والتكتم وقلق الموت لدى المجسدين؛ وللتحقق من ذلك استعملنا أدوات تصنيفية وقياسية هي: شروط Kroenke لتشخيص الجسنة واستبيان الصحة العامة (GHQ) وقائمة بيك للاكتئاب (BDI) ومقياس تورنتو للتكتم (TAS) ومقياس قلق الموت (DAS)؛ وتأكدنا من صدقها وثباتها بواسطة الدراسة الاستطلاعية.

شملت عينة الدراسة الأساسية 72 من المجسدين؛ تم تطبيق الأدوات عليهم عن طريق المقابلة العيادية؛ ودلت النتائج على انتشار الاكتئاب والتكتم وقلق الموت لدى المجسدين في عيادات الطب العام. ولم تظهر فروق ذات دلالة إحصائية بين المجسدين بالنسبة لمتغيرات السن والجنس والمستوى التعليمي.

وخلصت الدراسة إلى أهمية التكفل بالمكتئبين في عيادات الطب العام وقدمت مقترحات في هذا المجال.

### Abstract:

Depression is one of the major mood disorders and the first factor of disability in modern societies. The majority of depressive patients somatize their distress and prefer general practitioners to psychologists. The aim of this study is to explore the depression masked by somatization in Ouargla's primary health care consultants.

The depression is closely related to the alexithymia and death anxiety, thus we explore the relation between these parameters and their interaction with age, sex, and the level of education. For that, Koneke's conditions to diagnose somatization are used, as well as the GHQ to assess psychological disorders. The 72 selected patients answered the following questionnaires: GHQ, BDI, TAS, and the DAS.

Somatization is closely related to depression and alexithymia but not to death anxiety. Age, sex and the level of education have no effect on the parameters of our study.

Depression is often masked by a somatization from where interest to use clinical predictors such as alexithymia and death anxiety to facilitate the diagnosis of masked depression in primary health care.

# فهرس المحتويات

الصفحة	الموضوع
أ	الإهداء .....
ب	الشكر .....
ج	ملخص البحث .....
د، هـ، و	الفهرس .....
ز	قائمة الجداول .....
ح	قائمة الأشكال .....
<b>* الجزء الأول: الدراسة النظرية *</b>	
<b>الفصل الأول: مقدمة عامة</b>	
3	1- تقديم البحث.....
6	2- مشكلة البحث.....
6	3- أهداف البحث.....
7	4- أهمية البحث.....
7	5- حدود البحث.....
8	6- فرضيات البحث.....
<b>الفصل الثاني: الاكتئاب</b>	
10	مقدمة.....
11	1- التعريف و التصنيف.....
12	2- تشخيص الاكتئاب.....
14	3- الاكتئاب المقنع.....
15	4- الدراسات السابقة.....
18	5- المفهوم الإجرائي للاكتئاب.....

## الفصل الثالث: الجسدنة

20	.....مقدمة
20	.....1-تعريف الجسدنة
21	.....2-التصنيف والتشخيص
23	.....3-التشخيص الفارقي
24	.....4-وسائل قياس الجسدنة
24	.....5-النظريات المفسرة
26	.....6-الدراسات السابقة
28	.....7-المفهوم الإجرائي للجسدنة

## الفصل الرابع: التكتم

30	.....مقدمة
30	.....1-تعريف التكتم
32	.....2- علاقة الانفعالات بالصحة والمرض
33	.....3-النظريات المفسرة
35	.....4-الدراسات السابقة
37	.....5- المفهوم الإجرائي للتكتم

## الفصل الخامس: قلق الموت

39	.....مقدمة
40	.....1-تعريف
42	.....2-قياس قلق الموت
43	.....3-نظريات قلق الموت
44	.....4-قلق الموت وعلاقته بالصحة
45	.....5-الدراسات السابقة
47	.....6-المفهوم الإجرائي لقلق الموت

**\* الجزء الثاني: الدراسة الميدانية \***

**الفصل السادس: إجراءات البحث**

50	..... 1- المنهج
50	..... 2- العينة
53	..... 3- الأدوات
58	..... 4- خطوات البحث
60	..... 5- ظروف البحث
60	..... 6- الأساليب الإحصائية

**الفصل السابع: عرض النتائج**

61	
72	<b>الفصل الثامن: مناقشة النتائج</b>
82	..... خلاصة عامة
83	..... المراجع
89	..... الملاحق

## قائمة الجداول

الصفحة	عنوان الجدول
42	الجدول 1: أهم مقاييس قلق الموت .....
52	الجدول 2: خصائص العينة حسب السن .....
52	الجدول 3: خصائص العينة حسب الجنس .....
53	الجدول 4: خصائص العينة حسب المستوى التعليمي .....
59	الجدول 5: نتائج المقارنة الطرفية لاختبار صدق المقاييس .....
59	الجدول 6: الارتباط بين التطبيق الأول والثاني لقياس ثبات المقاييس .....
62	الجدول 7: النسبة المئوية لدرجات الاكتئاب لدى المجسدين .....
63	الجدول 8: نتائج اختبار (ت) للفرق بين المتوسطين في الاكتئاب .....
63	الجدول 9: النسبة المئوية للمتكتمين وغير المتكتمين من المجسدين .....
64	الجدول 10: نتائج اختبار (ت) لدلالة الفروق في التكتم لدى المجسدين .....
64	الجدول 11: النسبة المئوية للمصابين بقلق الموت من المجسدين .....
64	الجدول 12: نتائج اختبار (ت) لدلالة الفروق بين المتوسطين في قلق الموت .....
65	الجدول 13: معاملات الارتباط بين متغيرات الدراسة .....
66	الجدول 14: الفروق في الاكتئاب بين المجسدين باختلاف السن .....
67	الجدول 15: الفروق في التكتم بين المجسدين باختلاف السن .....
67	الجدول 16: الفروق في قلق الموت بين المجسدين باختلاف السن .....
68	الجدول 17: الفروق في الاكتئاب بين المجسدين باختلاف الجنس .....
68	الجدول 18: الفروق في التكتم بين المجسدين باختلاف الجنس .....
69	الجدول 19: الفروق في قلق الموت بين المجسدين باختلاف الجنس .....
69	الجدول 20: الفروق في الاكتئاب بين المجسدين باختلاف المستوى التعليمي .....
70	الجدول 21: الفروق في التكتم بين المجسدين باختلاف المستوى التعليمي .....
70	الجدول 22: الفروق في قلق الموت بين المجسدين باختلاف المستوى التعليمي .....

## قائمة الأشكال

الصفحة	عنوان الشكل
23	الشكل 1: التشخيص الفارقي للجسدنة .....
34	الشكل 2: المخ الانفعالي ودائرة Papez .....
66	الشكل 3: العلاقة البيانية بين الاكتئاب والتكتم وقلق الموت .....

## خلاصة عامة:

يكتسي البحث في الاضطرابات الانفعالية أهمية خاصة في القرن الواحد والعشرين، كما تؤكد ذلك منظمة الصحة العالمية؛ ويعتبر الاكتئاب أحد هذه الاضطرابات التي تتسبب في إعاقة وظيفة الفرد والمجتمع وتشكل عبء اقتصاديا على المنظومة الصحية خاصة في البلدان النامية.

لذلك قمنا في بحثنا هذا بدراسة الاكتئاب المقنع لدى مراجعي العيادات العامة بمدينة ورقلة؛ خاصة وأن أغلب المكتئبين (80%) يتوجهون إلى هذه العيادات بسبب عوامل متعددة منها ما يعود إلى المريض ومنها ما يعود للطبيب أو المنظومة الصحية.

إن غالبية المكتئبين يعبرون عن معاناتهم النفسية بأعراض جسدية أو بالجسدنة مما يصعب مهمة الطبيب العام في التشخيص ويحتم علينا البحث عن مؤشرات نفسية مثل التكتم وقلق الموت لتسهيل عملية التشخيص.

لقد استكشفنا في بحثنا هذا الاكتئاب المقنع لدى المجسدين وعلاقته بالتكتم وقلق الموت وتأثره مع متغيرات السن والجنس والمستوى التعليمي، وقد توصلنا إلى أن أكثر من 80% من المجسدين مكتئبون ومكتئمون ومصابون بقلق الموت؛ كما وجدنا علاقة دالة بين الاكتئاب والتكتم وبين التكتم وقلق الموت ولم نجد علاقة بين الاكتئاب وقلق الموت بسبب ارتفاع درجة الخوف من الموت لدى الفرد الجزائري عموماً؛ ولم نجد في بحثنا علاقة دالة بين المتغيرات الرئيسة وبين المتغيرات الوسيطة كالسن والجنس والمستوى التعليمي.

وخلصت الدراسة إلى أهمية الجسدنة في التعبير عن الاكتئاب وإمكانية استعمال مؤشري التكتم وقلق الموت في تشخيص الاكتئاب لدى المجسدين. ونشير إلى نتيجة لم نذكرها في صلب البحث للضرورة المنهجية لكنها في نظرنا هامة جدا وهي أن عينة البحث تم انتقاؤها من بين 2000 مريض في عيادات الطب العام خلال 5 أسابيع؛ أي أن نسبة تشخيص الجسدنة كانت 4% مع أن الدراسات السابقة تشير إلى نسبة مرتفعة (15%) مما يدل على تردد الأطباء العامين في تشخيص الجسدنة.

واعتمادا على هذا النتائج التي تبقى محدودة بمنهج البحث وعينة الدراسة نقترح:

- 1- توسيع الدراسة لتشمل عينات أكبر في مناطق مختلفة.
- 2- دراسة نمط الشخصية وعلاقته بالاضطرابات الجسدية والجسدنة.
- 3- دراسة إشكالية الجسد في التعبير عن الاضطراب النفسي لاكتشاف الاكتئاب المقنع.
- 4- تأهيل الأطباء العامين في مجالات علم النفس المرضي والطب النفسي للتكفل بالمكتئبين.



## 1. تقديم البحث:

الاكتئاب مصطلح عام يشمل مفاهيم مشتركة منها: المزاج المكتئب، والأعراض الاكتئابية ومرض الاكتئاب، فهو أقرب إلى زملة الأعراض منه إلى وحدة مرضية متميزة، وعليه فإن أعراض الاكتئاب الانفعالية والمعرفية والسلوكية والبدنية تقع على متصل طرفاهما السواء والمرض النفسي الخطير. ونقصد به في دراستنا هذه، ذلك الاضطراب النفسي الذي يشمل أعراضا بدنية وانفعالية ومعرفية وسلوكية، تتمثل في فقدان الرغبة في ملذات الحياة، والحزن المستمر، وعدم القدرة على الحب، وانخفاض تقدير الذات، والتشوه الإدراكي وتوقع الفشل والخيبة واضطراب الشهية والنوم والميل إلى البكاء و الانسحاب من الحياة (الأنصاري، 1999) إضافة إلى الإحساس بالتعب والإرهاق. ويعتبر الاكتئاب من أكثر الاضطرابات النفسية شيوعا، ويكاد يجمع الكتاب والفلاسفة والباحثون على أن عصرنا هو عصر القلق والاكتئاب، حيث ينتشر في كل المجتمعات بشكل وبائي لتعقد سبل العيش، وتوالي الكروب والكوارث، وتفسخ الأنسجة الاجتماعية مثل الأسرة، وتغير نمط الحياة وتفكك العلاقات.

وفي دراسة حديثة (Lepine، 2001) أوضحت منظمة الصحة العالمية أن 10 % من مجموع سكان المعمورة يعانون من الاكتئاب وأن 10.2% يعانون من القلق، وفي بعض الدول الأوربية تصل هذه النسبة إلى 17 %، كما تتنبأ الدراسة بأن الاكتئاب سيصبح أول أسباب العجز والإعاقة الوظيفية في العالم النامي بحلول سنة 2020.

وهذا الانتشار المخيف للاكتئاب أكدته ثلاثة دراسات عالمية، شملت الأولى القارة الأوربية

(James، 2001) في ما عرف بـ: ESEMeD أو European Study of Epidemiology Mental Disorders of Mental Health والثانية هي دراسة (WMHS-2000) أو World Mental Health Study 2000 التي قامت بها منظمة الصحة العالمية وشملت عديد الدول في القارات الخمس، وكذلك دراسة WHO- PPGHG عن تكلفة الأمراض النفسية في عيادات الرعاية الأولية؛ والتي أشارت إلى أن الاكتئاب يعد أهم أسباب العجز والإعاقة الوظيفية والتي تكلف الأفراد والمجتمعات خسائر فادحة في الصحة والوقت والاقتصاد. وقد حددت هذه الدراسات مفهوما جديدا هو الاضطرابات العقلية الشائعة (CMD) Common Mental Disorders والتي اعتبرتها المنظمة من أهم أسباب الوفيات ومضاعفات الأمراض العقلية والعضوية الجسدية.

لقد أجمعت هذه الدراسات على أن الاكتئاب من أهم الاضطرابات الشائعة في عيادات الطب العام، وعلى الدول والمنظمات اعتباره مشكلة من مشكلات الصحة العامة (Hannoun، 2001) وقد تأكدت هذه النتائج قبل ذلك في دراسة مسحية قام بها المعهد الوطني للصحة العمومية (INSP) بالجزائر سنة 1990 وشملت العينة 93680 شخصا، اختيروا بطريقة عشوائية وهدفت الدراسة إلى تقييم واقع الصحة في الجزائر، وقد شمل الجزء المخصص للصحة العقلية والأمراض العقلية المزمنة واضطرابات السلوك والإدمان والجسدية، وقد وجدت الدراسة أن أكثر من 16 % أي أن 15371 شخصا عانوا من اضطرابات

نفسية. وفي تحديد أسباب ودواعي الفحص شكل الاكتئاب نسبة 62.9 %، وعليه يمكن اعتبار الاكتئاب أحد أهم مشاكل الصحة العمومية في الجزائر بسبب الظروف الصعبة التي مر بها الجزائريون في العشرية الأخيرة من القرن الماضي؛ فخلال سنة 1998 لوحدها عانى أكثر من 140 ألف شخص من اضطرابات نفسية.

غير أن المشكلة الرئيسية تتمثل في أن أغلب المرضى الذين يعانون من اضطرابات اكتئابية يتوجهون إلى عيادات الطب العام ويميلون إلى التعبير عن معاناتهم بأعراض جسدية عضوية، ولا يُظهرون الأعراض النموذجية لاضطرابات المزاج مثل الشعور بالهم وعدم القدرة على الاستمتاع بالمذاق بل يغلب عليهم التعبير غير المباشر عن الاكتئاب مثل فقدان اهتمامهم بالعمل أو الطعام أو تواتر الأحلام المزعجة أو الشكاوى البدنية والأعراض الجسدية ( عكاشة، 1999).

إن التعريف الطبي الحيوي للاكتئاب والذي يركز على اضطرابات المزاج كما تظهر في التصنيفات العالمية للاضطرابات النفسية مثل DSMIV و ICD10، هو الاكتئاب الشائع في الثقافة الغربية أو الطب النفسي الغربي، وهو لا ينطبق على كل الثقافات لأن الانفصال بين النفسي والجسدي هو إشكالية ديكارتية لا تعرفها كثير من الثقافات العالمية، وخصوصا الثقافة الشرقية والإفريقية حيث تتحدد التعبيرات الامراضية وتمثلات الصحة والمرض بالعوامل الاجتماعية والثقافية والحضارية.

ففي بعض مناطق المعمورة تعبر النساء عن كآبتهن وحزنهن بتفضيل بعض المأكولات عن غيرها، كما يملك الصينيون تصورا خاصا للجسم وعلاقته بالنفس، ويعتبر الأفارقة الصحة مفهوما اجتماعيا أكثر منها حيويا، فإذا مرضت علاقة الإنسان بالإنسان أو بالبيئة أدى ذلك إلى تأثر النفس والبدن معا.

إن المكتتب الأمريكي النموذجي هو امرأة في الأربعين تعاني من فقد وحرمان أو فشل في الزواج، في حين يكون المكتتب الياباني رجلا في الثلاثين من العمر تمت مكافأته بمنصب أعلى ذي أهمية خاصة وهو يعمل ليلا و نهارا للتكيف مع أعبائه الجديدة ( James، 2001). ذلك أن الثقافة تؤثر على مجالنا الانفعالي عن طريق تحديد مصادر الكرب، وشكل الخبرة بالمرض وتظهر الأعراض وإدراكها وطرق التفاعل مع أحداث الحياة ووسائل طلب المعونة أو الرعاية الطبية.

وفي حين يلجأ المريض النفسي الغربي إلى التعبير عن انفعالاته بسهولة أكثر، يلجأ المريض العربي مثلا إلى طرق أخرى مثل التعبير بالجسد خوفا من وصمة المرض النفسي أو العقلي ( محمد، 1993) لأن مفهوم المرض مرتبط بالبدن لا بالنفس التي يدل مرضها على ضعف الشخصية أو ضعف الإيمان أو الحسد و الغيبة والسحر والمس، كما تبرز الأعراض البدنية هروب المريض من مسؤولياته في العمل والأسرة والمجتمع.

هكذا تظهر المشكلة الرئيسية وهي الاكتئاب المقنع masked depression حيث تغيب الأعراض المزاجية والانفعالية الكلاسيكية وتختفي وراء ستار من الأعراض الجسدية أو ما اصطُح عليه بالجسدنة .Somatization

والجسدنة هي التعبير عن المعاناة النفسية في شكل أعراض بدنية، ومع أنها شائعة في أغلب المجتمعات إلا أنها تشكل عقبة رئيسية في سبيل التشخيص والتكفل بالاكنتاب في الأقطار العربية خاصة في عيادات الطب العام.

وفي إحدى دراسات منظمة الصحة العالمية التي شملت عينة من 14 دولة، وتم فحص 25916 مريضا من مراجعي العيادات العامة، وجدت أن أكثر من 21 % أي 5447 مريضا يعانون من اكنتاب وأن أغلبهم ( 45-95 %) عبروا عن اضطرابهم بأعراض جسدية فقط ( Gregory،1999) وإذا كان أكثر من 80 % من هؤلاء المكتئبين يمرون على عيادات الطب العام أولا، فإن أكثر من 75 % منهم يخرجون من هذه العيادات دون تشخيص دقيق لاكنتابهم بسبب عوامل متعددة سنستعرضها في فصول مفاهيم البحث، وهكذا يصبح الاكتشاف المبكر للاكنتاب في الرعاية الأولية تحديا من تحديات الصحة العمومية لتأثيره المباشر على مآل المرض والإبلال منه.

وقد أشارت دراسات كثيرة إلى شيوع الاضطرابات النفسية لدى مراجعي العيادات العامة، مثل دراسة شعبان وفالح (1997) ودراسة Finc (1995) الذي وجد أن أكثر من 30% من المترددين على هذه العيادات يعانون من الاكنتاب، وهو ما أكده Hagnel (1978) و Katou (1982) و Lipowski (1999) قبل ذلك بسنوات (شعبان،1997).

وقد أكدت هذه الدراسات على العلاقة بين الاكنتاب والجسدنة بحيث يمكن اعتبار الأخيرة اكنتابا مقنعا. وكذلك علاقة الاكنتاب بالتكتم أو عدم القدرة على تمييز الانفعالات والعواطف، والتعبير عنها، كما أكدت دراسات أخرى علاقة قلق الموت بالاكنتاب.

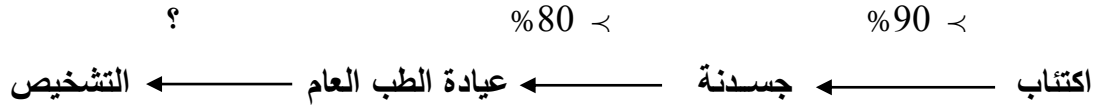
واعتمادا على الدراسة المسحية لوزارة الصحة في الجزائر سنة 1998، والدراسات السابقة تحدد اختيار الدراسة باستكشاف الاكنتاب المقنع لدى المجسدين، والبحث عن مؤشرات تنبئية ذات علاقة بهما مثل التكتم وقلق الموت، وهكذا تحدد موضوع الدراسة في: الاكنتاب المقنع وعلاقته بالتكتم وقلق الموت لدى المجسدين في عيادات الطب العام.

وقسمت الدراسة إلى جزئين، تناولنا في الجزء الأول الدراسة النظرية التي شملت الفصل الأول كمقدمة عامة وفي الفصل الثاني تناولنا الاكنتاب وفي الفصل الثالث الجسدنة وفي الفصل الرابع التكتم وفي الفصل الخامس قلق الموت، و أما الجزء الثاني فشمّل الدراسة الميدانية وتكون من الفصل السادس تناولنا إجراءات البحث وخصصنا الفصل السابع والثامن لعرض نتائج البحث ومناقشتها ثم الخلاصة العامة.

## 2. مشكلة البحث:

إذا كان الاكنتاب أهم اضطرابات المزاج من حيث الانتشار والخطورة، وتداخله مع كثير من الأمراض النفسية والجسدية فإن تشخيصه أصبح يشكل تحديا كبيرا خاصة للأطباء العاميين في الرعاية الأولية، وذلك لأسباب عديدة منها ما يتعلق بالمريض ومنها ما يخص الطبيب وأخرى تعود إلى منظومة الرعاية الصحية وأجهزتها.

إن أحد الأسباب التي تعود إلى المريض هي طريقته في التعبير عن معاناته النفسية وحيث أن التعبيرات الامراضية دالة زمنية، فإن أغلب المكتئبين الحاليين أصبحوا يعبرون عن اضطرابهم بأعراض جسدية أو بالجسدية. وهكذا يجد الطبيب نفسه أمام اكتئاب مقنع، غالبا ما لا يوفق في تشخيصه. وإذا علمنا أن غالبية المكتئبين يتوجهون إلى عيادة الطبيب العام قبل التوجه للأخصائي النفسي أو الطبيب العقلي كما أكدته دراسات منظمة الصحة العالمية، نجد أنفسنا أمام الإشكالية الخطية التالية:



ويمكننا صياغة هذه الإشكالية في الأسئلة التالية:

1- إلى أي مدى ينتشر الاكتئاب لدى المجسدين ؟.

ولأننا وجدنا ارتباطا دالا في الدراسات السابقة بين الاكتئاب ومؤشرين هامين هما: التكم وقلق الموت، طرحنا سؤالاً ثانياً هو:

2- هل هناك ارتباط بين كل من التكم وقلق الموت وبين الاكتئاب المقنع بالجسدية ؟ وهل يمكن اعتبارهما مؤشرين تنبؤيين في هذه الحالة ؟

ولأن المتغيرات السابقة قد تتأثر بالسن والجنس والمستوى التعليمي، طرحنا سؤالاً ثالثاً هو:

3- هل هناك فروق دالة إحصائية في كل من الاكتئاب، والتكم وقلق الموت بالنسبة لعوامل السن والجنس والمستوى التعليمي ؟. وتحاول الدراسة الحالية الإجابة عن هذه الأسئلة.

### 3. أهداف البحث:

يهدف البحث الحالي إلى:

1- استكشاف العلاقة بين الجسدية والاكتئاب المقنع لدى المجسدين.

2- دراسة بعض المتغيرات مثل التكم وقلق الموت وعلاقتها بالاكتئاب لدى المجسدين في عيادات الطب العام.

3- دراسة الفروق في الاكتئاب والتكم وقلق الموت لدى المجسدين باختلاف السن والجنس والمستوى التعليمي في عيادات الطب العام بمدينة ورقلة.

### 4. أهمية البحث:

تؤكد الدراسة المسحية التي قام بها المعهد الوطني للصحة العمومية (INSP) أن أكثر من 62% ممن طلبوا فحصا بسبب اضطرابات نفسية يعانون من اضطرابات اكتئابية؛ وبما أن المجتمع الجزائري قد مر بحالة من الكرب الشديد نتيجة انتشار العنف والخوف، فإنه يتوقع ارتفاع نسبة الاضطرابات النفسية عموما والانفعالية والمزاجية خصوصا مثل الاكتئاب، وهو السبب الذي جعل وزارة

الصحة الوطنية تعتمد برنامجا للصحة العقلية للفترة ما بين 2010/2000، كهدف من أهداف الصحة العامة المستعجلة.

وفي هذا الإطار تتبين أهمية البحث الحالي الذي يحاول التنبيه إلى النقاط التالية:

- 1- التركيز على أهمية التعبيرات الإمراضية في تشخيص الاكتئاب.
- 2- إبراز بعض المتغيرات النفسية المستجدة وأهمية البحث فيها مثل: الجسدية والتكتم وقلق الموت.
- 3- دراسة الاضطرابات النفسية الشائعة في عيادات الطب العام ( العمومية والخاصة)، والتي تتكفل بأكثر من 80 % من مجهود التغطية الصحية في بلادنا.
- 4- ضرورة تدريب وتأهيل الأطباء العاميين من أجل تكفل مقبول بالمرضى النفسيين، وأهمية تواجد الأخصائي النفسي في مصالح الاستعجالات الطبية.

#### 5. حدود البحث:

تحدد الدراسة الحالية بحدود عينتها زمانا ومكانا، حيث شملت 72 من المجسدين في عيادات الطب العام تم انتقاؤهم من بين 2000 مفحوصا شملتهم العينة الأصلية بمدينة ورقلة. ونتيجة للانتساع الجغرافي والتوزيع السكاني تم تقسيم المدينة إجرائيا إلى مناطق هي:

- منطقة الرويسات .

- منطقة وسط المدينة، وقسمت إلى مايلي:

\* منطقة القصبية وما جاورها.

\* منطقة بني ثور وبوغفالة وما جاورها.

\* منطقة سكرة وما جاورها.

\* منطقة المخادمة بما فيها حي بامنديل.

واستثنى الباحث بعض المناطق رغم أهميتها مثل منطقة سعيد عتبة وعين البيضاء، وذلك لعدم تمكن الباحث من تغطيتها لأسباب أهمها الوقت المحدود للبحث وعدم تفرغ الباحث الكلي، غير أن المناطق السالفة الذكر ممثلة لسكان المدينة بشكل مقبول.

شمل البحث 14 عيادة عامة وخاصة روعي فيها التوزيع المعتدل على المناطق السكانية ومتوسط المفحوصين يوميا ( 10 أفراد على الأقل).

كما شمل العيادات العمومية التالية :

\* عيادة الرويسات.

\* عيادة سكرة.

\* عيادة مخادمة.

\* عيادة سيدي بلعباس.

ونظرا لأهمية الاستعدادات الطبية التابعة لمستشفى محمد بوضياف، تمت إضافتها إلى المناطق الأخرى. كما شملت أيضا العيادة الطبية لحي الإناث الجامعي التابعة لمعهد اللغات سابقا. - أما الحدود الزمانية، فقد بدأ الباحث بتطبيق دراسته الأساسية ما بين 2003/03/23 إلى غاية 2003/04/30.

كما تتحدد الدراسة بالأدوات المستعملة فيها وهي:

- 1- طريقة تشخيص الجسنة حسب Kroenke .
- 2- استبيان الصحة العامة ( GHQ ) General Health Questionnaire
- 3- قائمة بك المختصرة للاكتئاب ( BDI ) Beck Depression inventory
- 4- مقياس تورنتو للتكتم ( TAS ) Toronto Alexithymic Scale
- 5- مقياس قلق الموت لتملبر ( DAS ) .Death Anxiety Scale

#### 6. فرضيات الدراسة:

انطلاقا من مشكلة البحث ومفاهيم الدراسة والدراسات السابقة، نضع الفروض التالية:

نتوقع أن يكون المجسدون مكتئبين و متكتمين ومصابين بقلق الموت.

1. هناك علاقة بين الاكتئاب و التكتم وقلق الموت لدى المجسدنين.
2. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في كل من الاكتئاب و التكتم و قلق الموت لدى المجسدنين باختلاف السن.
3. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في كل من الاكتئاب و التكتم و قلق الموت لدى المجسدنين باختلاف الجنس.
4. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في كل من الاكتئاب و التكتم و قلق الموت لدى المجسدنين باختلاف المستوى التعليمي.

## الفصل الثاني: الاكتئاب

### Depression

مقدمة

1-التعريف والتصنيف

2-تشخيص الاكتئاب

3-الاكتئاب المقنع

4-الدراسات السابقة

5-المفهوم الإجرائي للاكتئاب

## مقدمة:

يعتبر الاكتئاب مجموعة أعراض يطلق عليها الأخصائيون مفهوم الزملة الاكتئابية depressif syndrome، لأن الأعراض تختلف من شخص لآخر (إبراهيم، 1998) وقد تكون الاستجابة الاكتئابية عادية إذا كانت بسبب خبرة مؤلمة أو فقد عزيز أو خيبة أمل، وهي تعبير عن خصائص إنسانية ميز بها الله الكائن البشري عن سواه، وتحدث لفترات قصيرة لا تتجاوز أسبوعين، وقد تستمر لأكثر من ذلك في حالات خاصة كما في مراسيم الحداد على الميت، ويطلق على هذه الاستجابة الاكتئاب السوي.

أما الاكتئاب المرضي فهو أكثر حدة، ويستمر لفترة أطول ويؤدي إلى إعاقة الفرد في وظائفه العقلية والاجتماعية، كما أن أسبابه لا تكون واضحة أو مفهومة لدى الفرد أو محيطه، أما إن كانت الأحداث المتسببة في الاكتئاب واضحة، مثل أحداث الحياة الكاربة و المآسي والكوارث، فيدعى الاكتئاب الاستجابي Reactive Depression، كما أن هناك أنواع أخرى تختلف باختلاف التصنيفات السريرية.

يعد الاكتئاب اضطرابا شائعا ومتداخلا مع الاضطرابات النفسية أو العقلية وأيضا مع الأمراض العضوية، حيث يشكل في بعضها عامل إختطار مهم Risk Factor. وقد أشارت دراسات عالمية ومحلية إلى انتشار الاكتئاب في جميع طبقات المجتمع، خاصة تلك التي تعاني من ويلات الحروب والكوارث ويغلب على حياتها اليومية الخوف والظلم وعدم الاستقرار كما هو حال بعض المجتمعات العربية (لبنان، فلسطين، العراق، الجزائر). ورغم أن الاكتئاب ظاهرة عالمية، حيث يوجد أكثر من 20 مليون مكتب في الولايات المتحدة من بين 100 مليون مكتب في العالم، منها 10 مليون مكتب في المجتمعات العربية فإننا نتوقع تزايد نسبة المكتئبين في المجتمع الجزائري مع بداية القرن الحالي بسبب الكوارث والكروب المتتالية التي يعيشها.

لذلك تعتبر دراسة الاكتئاب مطلباً ملحا؛ وقد أشار Wulsin (1996) في دراسته المسحية التي شملت 11242 من مراجعي عيادات الرعاية الأولية، إلى أن الاكتئاب مهما كانت درجته، يتفوق في أضراره على الأمراض العضوية بما فيها أمراض القلب والرئة، والسكري، وأمراض الجهاز الهضمي؛ كما يرتبط هذا الاضطراب بالانتحار، حيث أن 80% من المنتحرين كانوا يعانون من الاكتئاب (إبراهيم، 1999).

ونظرا لغياب دراسات مسحية دقيقة وشاملة في الصحة النفسية في العالم العربي عموما وفي الجزائر خصوصا، تظهر أهمية دراسة مدى شيوع الاضطرابات النفسية لدى مراجعي العيادات العامة في الرعاية الأولية ذلك أن غالبية المكتئبين يتوجهون أولا إلى هذه العيادات سواء الخاصة أو العمومية، قبل التوجه إلى الأخصائي النفسي أو الطبيب النفسي كما أنهم يعبرون عن اضطرابهم النفسي بمظاهر جسدية طمعا في نيل الرعاية الصحية اللازمة وخوفا من وصمة المرض النفسي الأمر الذي يعقد مهمة اكتشاف وتشخيص الاكتئاب مبكرا مما يترتب عليه مضاعفات خطيرة ويحتم علينا الاهتمام بالصورة السريرية غيرالنموذجية للاكتئاب مثل الاكتئاب المقنع depression masked و الاكتئاب الأساسي essential depression، و أيضا الاكتئاب الباسم smiled depression.



## 1. التعريف والتصنيف :

الاكتئاب هو أحد اضطرابات المزاج والعاطفة، إضافة إلى نوبات الهوس والاضطراب ثنائي القطب bipolar mood وعسر المزاج dysthymia و اضطراب المزاج النَّوْبِي episodic mood (عكاشة، 1999).

ويعرف زهران (1997) الاكتئاب بأنه " حالة من الحزن الشديد المستمر تنتج عن الظروف المحزنة والألمية، وتعتبر عن شيء مفقود ، وإن كان المريض لا يعي المصدر الحقيقي لحزنه ". ويلاحظ الشرييني بأنه أحد أكثر الاضطرابات النفسية انتشارا ، وهو اضطراب للمزاج مع هبوط في الحالة النفسية والجسدية ، وتعود أسبابه إلى العوامل الوراثية والمكتسبة مثل الكروب والضغوط والخسارة ، وله أنواع متعددة منها الاكتئاب المقنع والاكتئاب العصابي والاكتئاب الذهاني ، والاكتئاب التفاعلي (الشرييني، 2001).

ويرى Beck (2000) أن هناك إشكالية في تعريف الاكتئاب بجملة من الأعراض إذ يركز أغلب الباحثين على واحد من الجوانب التالية: الحزن الشديد ، أو المظاهر الانسحابية أو الرغبة في إيذاء الذات ، أو الاضطرابات الفيزيولوجية؛ غير أنه لا يمكننا تفسير الانقلاب الذي يحدث في الاكتئاب بأحد هذه العناصر ، ويؤكد على أن المفصل الرئيسي هو الشعور بالفقدان والخسارة ، فهو إذا مشكلة معرفية تدور حول ثلاثية هي النظرة السلبية للعالم، والتصور السلبي للذات، والتقدير السلبي للمستقبل .

ويورد الأنصاري (1996) اعتمادا على Watts ، أربعة أنواع من الاكتئاب هي :

1- **الاكتئاب التفاعلي** : وهو أشهرها ويعود إلى ظروف الحياة الكارية.

2- **الاكتئاب البدني المنشأ** : وتسببه الأمراض العضوية.

3- **الاكتئاب الأولي الداخلي المنشأ** : وسببه اضطراب كيميائي وحيوي في وظائف الدماغ ، وله

أسماء أخرى مثل الاكتئاب الذهاني أو ذهان الهوس والاكتئاب .

4- **الاكتئاب الثانوي الداخلي المنشأ** : وهو يشبه النوع الثالث، إلا أن المريض يتحسن سريعا

بالعلاج الكيميائي؛ ويلاحظ الأنصاري (1996) أن تطور تصنيف الاضطرابات الانفعالية والمزاجية تابع لتطور التصنيف العالمية وعلى هذا الأساس تناول الدليل التشخيصي الأول للرابطة الأمريكية للطب النفسي (DSMI 1952) استجابة الهوس الاكتئابي على أنها الاضطراب المزاجي الرئيس؛ وأطلق الدليل الثاني (DSMII، 1968) مصطلح الاضطرابات الوجدانية الرئيسية major affective disorders على الاستجابات الوجدانية التي تضمنت : نمط الهوس ، والنمط المكتئب والنمط النوباي والسوداوي التحولي وأطلق على الحالات الخفيفة من الاكتئاب لفظ الاكتئاب البسيط أما الحالات الشديدة فهي الاكتئاب الحاد acute depression ثم السبات الاكتئابي depressive stupor حيث يكون المريض في حالة ذهول وجمود تامين .

أما الدليل التشخيصي الثالث (DSMIII، 1980)، فقد أطلق على الاضطرابات الاكتئابية مصطلحي " الاكتئاب الرئيسية major depressions أو أحادية القطب unipolar وأما الحالات

الشديدة فهي ثنائية القطب Bipolar، حيث تتناوب حالة الهوس مع الاكتئاب ، ثم الاكتئاب العصابي أو عسر المزاج dysthymia ثم أخيرا الاضطرابات الوجدانية النوبية .

وأما في الدليل الرابع (DSMIV، 1996) فقد صُنّف اضطراب المزاج على محاور منها محور الاضطرابات الاكتئابية ، تحت رقم (296.xx) وتشمل :

- الاضطراب الاكتئابي الرئيسي
- نوبة شديدة منعزلة
- نوبة مُعاودة
- اضطراب عسر المزاج
- اضطراب اكتئابي غير محدد (ابراهيم، 1999) .

أما المدرسة الفرنسية فقد تجاوزت التصنيف الثنائي للاكتئاب العصابي والذهاني إلى تصنيفات أكثر مرونة منها التصنيف الدولي العاشر ICD10 الذي يصنف النوبات الاكتئابية إلى : نوبة ثنائية خفيفة ثم متوسطة ثم شديدة دون أعراض ذهانية ، ثم نوبة شديدة مع أعراض ذهانية ، إضافة إلى النوبات غير المحددة ، واضطراب الاكتئاب المعاود واضطراب المزاج المزمن ومنها المزاج النوبي، وعسر المزاج، وأنواعا أخرى غير محددة .

ويختلف التصنيف الدولي ICD10 عن التصنيف الأمريكي DSMIV في نقاط أهمها :

1- أن التصنيف الدولي يقدم مجموعة من الخصائص المستقلة لكل درجة من درجات الاكتئاب (الخفيف ، المتوسط ، الشديد) .

2- يشترط DSMIV عرضين أساسيين لتشخيص الاكتئاب هما المزاج الاكتئابي وفقدان الرغبة ، أما ICD10 فيضيف أعراضا أخرى هامة مثل الهبوط في الطاقة والتعب الشديد .

رغم ذلك يلاحظ على هذه التصنيفات عدم ملاءمتها للتطبيقات العيادية العربية كونها تعتمد على أعراض قد لا تظهر مجتمعة لدى المريض العربي .

## 2- تشخيص الاكتئاب :

تشمل نوبة الاكتئاب النموذجية مجموعة من الأعراض المزاجية والنفسية ، والسلوكية والفزيولوجية (عكاشة، 1999) أهمها:

1- المزاج السوداوي : وأهم أعراضه الإرهاق والعياء ، وعدم القدرة على مواصلة العمل وفقد الاهتمام بمباهج الحياة ، ويبدو المريض يائسا وخائفا من المستقبل .

2- الأعراض النفسية : على شكل أعراض جسدية مثل الشكاوي المتكررة من الآلام ، والصداع ، والشعور بالاختناق وآلام العضلات والمفاصل؛ وتشتد هذه الأعراض في الصباح مع الشعور بالفشل والذنب والخطيئة.

كما تضاف لهذه الأعراض الوهومات الاضطهادية أو العدمية، وأحيانا الهلوس السمعية وفي أقصى الحالات الشعور بتبدد الشخصية أو الغربة عن الواقع .

3- الأعراض السلوكية : مثل الهبوط الحركي أو الهياج ، والانعزال الاجتماعي ومحاولات الإنتحار وأهمال النفس والبدن .

4-الأعراض الفزيولوجية : ومنها الأرق ، والاستيقاظ باكرا ، وفقدان الشهية والوزن والقدرة الجنسية ، واضطراب الطمث لدى الإناث وإمساك البطن ، إضافة إلى أعراض القلق البدنية التي كثيرا ما تصاحب الاكتئاب .

إن هذه الصورة السريرية أصبحت اليوم نادرة، حيث تغيرت التعبيرات الامراضية للاكتئاب تماما مثل الاضطرابات النفسية الأخرى كالهستيريا حيث لم نعد نرى تلك النوبات الهيجانية المسرحية التي وصفها شاركو وفرويد في بدايات القرن العشرين ؛ وهكذا ظهرت أشكال سريرية أخرى للاكتئاب أيضا مثل الاكتئاب المقنع والاكتئاب الباسم الذي يغيب فيه المزاج المنهار وتكثر فيه الشكاوى البدنية والإعياء (عكاشة،1999).

وما زال تشخيص الاكتئاب يعتمد على طريقتين هما :

1- الطريقة العيادية باستعمال المقابلة واستكشاف أعراض المرض مباشرة

2- الطريقة القياسية : عن طريق الاختبارات النفسية؛ وأصبح من الشائع اليوم جمع الطريقتين سواء في عيادات الأطباء أو الأخصائيين العياديين .

غير أن المشكل الرئيس في تشخيص الاكتئاب هو لجوء المريض إلى الجسدنة somatization أو التعبير بالأعراض الجسدية عن معاناته النفسية ، وتغيب في كثير من الأحيان أعراض الاضطراب الإنفعالي والمزاجي مشكلة اكتئابا مقنعا. وتعتبر الجسدنة شائعة في كل المجتمعات رغم أن الدراسات الغربية درجت على التفريق بينالمرضى الغربيين والمرضى المنتمين إلى الثقافات الأخرى على أساس أن الأخيرين يستثمرون أجسادهم في التعبيرات الامراضية ؛ لكن دراسات Goldberg و Blackwell في بريطانيا و Nobel و Giel في هولندا ، وكذلك Katon وزملائه في الولايات المتحدة ، إضافة إلى دراسات Kirmayer لم تثبت هذه الفرضية (Al-Lawati، 2000 ) .

وأشارت دراسات الرفاعي وزملائه والسبيعي وزملائه إلى أن المكتئبين العرب غالبا ما يلجأون إلى الأعراض الجسدية للتعبير عن اكتئابهم ( El Rufaie، 1997 ). غير أن التعبير عن الاكتئاب بالجسدنة شائع في كل الدول مثلما أكدت ذلك دراسة منظمة الصحة العالمية حيث نجد أكثر من 69% من المفحوصين عبروا عن اكتئابهم بأعراض جسدية .

كذلك فإن المشكلة الرئيسة الأخرى التي تعترض تشخيص الاكتئاب هي أن أغلب المرضى يفضلون الذهاب إلى عيادات الطب العام ، بسبب عوامل متعددة منها ما يعود للمريض ومنها ما يعود للطبيب ، ومنها ما يعود إلى المنظومة الصحية الاجتماعية ، وأهم هذه العوامل حسب Monica Preboth (1999) هي :

1) بالنسبة للمريض:

- الخوف من الوصمة

- التقليل من أهمية الأعراض النفسية أو عزوها إلى أسباب عضوية، أو إلى الضغوط والكروب، وقد تعزز العائلة هذا الخوف إضافة على العوامل الثقافية ومنها المنظومة الاعتقادية للمريض .
- الخوف من الإلقاء بمعلومات تضر بدور الفرد أو مكانة الاجتماعية .

## 2) بالنسبة للطبيب :

- إعتقاد الطبيب أن الاكتئاب ليس مرضا بذاته.
- سياق المقابلة مع الطبيب والذي يؤدي بالمريض إلى التكتم على أعراضه النفسية.
- عدم مقدرة الطبيب على التعرف على الأعراض إلا عبر لغة المريض فإذا كان مصابا بالتكتم ازداد الموقف تعقدا.
- النقص في تدريب الطبيب من الناحية العلمية خاصة في مجال الطب النفسي وعلم النفس.

- غياب التعاطف مع المريض

- عدم مطابقة الأعراض مع التصنيف المرجعية مثل ICD10 و DSMIV .

## 3) بالنسبة للنظام الصحي :

- مشكلة الوقت المتاح لفحص المريض.
- مشاكل العيادات الضاغطة
- محدودية التغطية الصحية وتجزئة مصالح الرعاية الأولية.
- إن التكفل بالاكتئاب ينطلق أولا من تشخيصه، وتعد العوامل السابقة أهم العقبات في وجه التشخيص الدقيق خاصة في العيادات العامة.

## 3- الاكتئاب المقنع :

يمكن الحديث عن الاكتئاب المقنع عندما تكون الأعراض الجسدية في مقدمة الجدول السريري أو الواجهة التعبيرية التي يتقدم بها المريض للعيادة وهكذا يجد الطبيب نفسه أمام مريض يعاني من أعراض جسدية متعددة في غياب الأعراض الكلاسيكية المعتادة كهبوط المزاج أو الحزن، وفقدان الرغبة في الحياة، ويعتبر هذا النوع من الاكتئاب أحد التظاهرات الإمرضية النفسية الحديثة، حيث بدأنا نبتعد عن النماذج العيادية المعروفة مثل نوبة الاكتئاب الشديد خاصة في عيادات الطب العام.

## 1.3. الأعراض الجسمية :

تعتبر الأعراض البدنية جزءا من زملة الاكتئاب، بل أن مصطلح السوداوية *melancolia* مستمد من اعتقاد قديم مفاده أن المزاج السوداوي سببه إفرازات الجسم الداخلية التي تسبب الحالات المراقبة. إلا أن اعتبار الأعراض البدنية المعزولة دون سبب عضوي اكتئابا مقنعا لم يظهر إلا حديثا أي سنة 1972 على يدي الطبيب الأسباني Lopez Ibor في كتابه " الاكتئاب بدون حزن " وأطلق Ibor على هذه الأعراض " مكافئات الاكتئاب equivalents dépressifs .

وفي سنة 1973 أشار Kielholz إلى مجموعة أعراض بدنية دون سبب عضوي لدى بعض المرضى وتختفي تماما بعد العلاج الكيميائي بمضادات الاكتئاب، أطلق عليها مصطلح " الاكتئاب

**المقنع** وعرفه بأنه "اكتئاب داخلي أو نفسي المنشأ تكون فيه الأعراض الجسدية في مقدمة الصورة السريرية". وسماه بعض الباحثين: الاكتئاب ذو الأعراض الجسدية *dépression à expression somatique* (Molto ، 1995).

إن أهم الأعراض الجسدية التي تظهر كقناع لإضطراب المزاج هي أعراض الجهاز الهضمي كالغثيان والقي والإمساك وآلام الأحشاء كما تظهر أعراض أخرى مثل خفقان القلب أو الشعور بالاختناق أو الصداع وآلام الظهر والمفاصل ، كذلك اضطراب الحيض والاضطرابات التغذوية مثل القهم *anorexia* أو اضطراب الجهاز العصبي اللاإرادي كالرعشة والدوار والدوخة؛ وأغلب المرض يأتون إلى عيادة الطب العام وهم يعانون من ثلاثية نموذجية هي التعب و الأرق و الألم .

ويشكل التشخيص الفارقي تحد في وجه الطب العام حيث من الصعوبة تمييز الاكتئاب المقنع عن الاضطرابات الأخرى التي تشيع فيها الأعراض الجسدية والتحويل الهستيرى أو الاضطرابات النفسجسدية ، وقد أشرنا إلى ذلك بالتفصيل في فصل الجسدنة .

وقد توسع الباحثون في مفهوم " مكافئات الاكتئاب " فضمنوه بعض السلوكات المنحرفة مثل السلوك الخطر واضطرابات التغذية والإدمان على الكحول والسلوك الانتحاري والسرقة والخوف المدرسي ، وصعوبات التعلم .

ومع أن الاكتئاب المقنع لا يظهر في التصنيفات العالمية مثل ICD10 وDSMIV فإنه من الناحية العيادية واقع لا يمكن تجاوزه ، وقد أورد Kielholz إحصاءات تفيد أن حوالي 10 % من السكان في المجتمع العام يعانون من هذا الاضطراب وأشار النابلسي إلى أن أكثر من 75 % من اللبنانيين قد عانوا من هذا الاضطراب وكانوا أغلبهم من المتكتمين بسبب الحرب اللبنانية وأثارها (النابلسي، 1993).

#### 4. الدراسات السابقة :

إن الدراسات التي تناولت الاكتئاب تفوق الحصر وتتجاوز حدود هذه الدراسة ، ولذلك سوف تقتصر على الدراسات التي لها علاقة بموضوع البحث أو تفيد في تفسير النتائج المتوصل إليها وهي الدراسات التي تناولت الاكتئاب وعلاقته ببعض سمات شخصية والفروق الجنسية في الاكتئاب وعلاقة الاكتئاب بالجسدنة.

#### 4. 1. علاقة الاكتئاب ببعض سمات الشخصية:

قامت ممدوحة سلامة (1991) بدراسة الاعتمادية والتقييم السلبي للذات والحياة لدى المكتئبين مقارنة مع الأسوياء من المترددين على العيادات النفسية الخارجية، ودلت النتائج على أن المكتئبين تحصلوا على درجات أعلى في كل من الاعتمادية وانخفاض تقدير الذات وعدم الكفاية الشخصية والنظرة السلبية للحياة .

وقام عبد الفتاح غريب (1992) بدراسة علاقة مفهوم الذات بالاكتئاب لدى المراهقين المصريين والإمارتيين، وأكدت النتائج وجود علاقة سالبة بين مفهوم الذات والاكتئاب .

كما قام Nelms (1985) بمقارنة مرض السكري والربو مع عينة من الأصحاء في كل من العدوان ومفهوم الذات والاستجابات الانفعالية والاكنتابية وظهرت فروق دالة بين المرضى والأصحاء في كل من الاستجابات الانفعالية والاكنتابية والعدوان لصالح المرضى .

وأكد أحمد عبد الخالق وسامية النبال (1990) في دراسة عينة من العاملات وغير العاملات من النساء على أن هناك علاقة بين سن اليأس وكل من الاكنتاب والقلق والمخاوف العصبية.

كما دلت دراسة الأنصاري (1995) على عينة من 300 من طلاب جامعة الكويت، استخدم فيها اختبار الحالات الثمانية ، واستخبار هاردر للمشاعر الذاتية ودليل الانفعالات المميزة لقياس العلاقة بين 27 حالة انفعالية من ضمنها الاكنتاب وكشفت الدراسة عن علاقة موجبة بين الاكنتاب وكل من الغضب والحزن والضيق والاشمئزاز والإنعصاب والنكوص والإرهاق .

إن هذه الدراسات تشير بوضوح إلى علاقة الاكنتاب القوية بتكامل شخصية الفرد الجسمية والنفسية، حيث يرتبط ارتباطا موجبا مع مؤشرات عدم التكيف والمعانات النفسية .

#### 4. 2 . الفروق بين الجنسين في الاكنتاب :

تبدو الدراسات التي تناولت العلاقة بين الجنس والاكنتاب متضاربة في النتائج ، فيؤكد بعضها أن الإناث أكثر اكتتابا من الذكور مثل دراسة Stein (1985) على عينة من 72 طالبا و 57 طالبة بينت أن الإناث أكثر اكتتابا من الذكور وكذلك في دراسة Gallagher التي توصلت إلى أن النساء أكثر اكتتابا من الرجال؛ وقام knight (1984) بفحص عينة من 1091 شخصا بواسطة قائمة Beck المختصرة ، ودلت النتائج على أن الإناث أكثر اكتتابا من الذكور وهي نفس النتيجة التي توصل إليها Sowa(1984).

وفي دراسة غريب (1987) التي استكشفت عينة من 400 شابة وشاب من المصريين ، أشارت إلى أن الإناث أكثر اكتتابا من الذكور .

ودرس المشعان (1995) عينة من 309 من طلاب الجامعة ، مستخدما مقياس Beck ووجد أن الإناث أكثر اكتتابا .

أما عن الدراسات التي توصلت إلى أنه لا توجد فروق دالة بين الذكور والإناث في الاكنتاب مثل دراسات Koper (1993) التي شملت 407 طالبة و 222 طالبا جامعا ، وكذلك دراسة Sinnot (1984) التي فحصت العلاقة بين الاكنتاب والرغبة في التحكم فيه ، على عينة من 72 طالبا و 57 طالبة وتوصلت النتائج إلى عدم وجود فروق دالة في الاكنتاب بين الذكور والإناث .

إن أغلب الدراسات التي لم تجد فروقا بين الذكور والإناث في الاكنتاب تمت في المجتمعات الغربية ، أما الدراسات العربية فتكاد تجمع على أن الإناث أكثر اكتتابا من الذكور ، وربما يعود ذلك إلى الثقافة ، والأدوار الاجتماعية المختلفة لكل من الذكور والإناث في مجتمعاتنا ؛ غير أن ذلك مؤشر سلبي عن الصحة النفسية للمرأة لا بد من ملاحظته بالدراسة والتفسير .

#### 4. 3. علاقة الاكتئاب بالحسنة :

- أجرت منظمة الصحة العالمية (WHO) سنة 1983 دراسة عن الاضطرابات الاكتئابية في الثقافات المختلفة، شملت العينة 573 فردا ، وتم إختيار العينة من بعض البلدان النامية والمتقدمة ، وهي إيران وكندا واليابان وسويسرا ، وكانت أغلب الأعراض نفسية أو سلوكية إضافة إلى التشوهات المعرفية ( القريطي،1998).ثم أعادت المنظمة هذه الدراسة سنة 1999 على عينة أكبر بكثير شملت 14 دولة ، وكان حجم العينة 25916 فردا من مراجعي العيادات العامة ، وتم تصنيف 5447 منهم على أنهم مكتئبون ، وفي حين أشارت دراسة 1983 إلى أن 75% ظهرت عليهم أعراض نفسية وسلوكية ، أشارت الدراسة الثانية إلى أنه ما بين 45 إلى 95% من المكتئبين لم يظهروا إلا أعراضا جسدية كتعبير عن اكتئابهم ، في حين أنكر 11% من المكتئبين أي علاقة بين اضطرابهم و بين الأسباب النفسية ، مما صعب مهمة الأطباء في تشخيص الاكتئاب. وحسب نتائج الدراسة فإن التعبير بالجسد شائع في جميع الدول والثقافات (Gregory،1999)؛ وقد عرفت الدراسة الجسدنة بثلاث تعريفات إجرائية هي :

1- تضخيم الاحساسات الجسدية : somatosensory amplification

2- التعبير بالأعراض الجسدية : presentation with somatic symptoms

3- إنكار الأعراض النفسية كآلية دفاعية : persistent sommatization

أما دراسة Kroenke وزملائه التي شملت 500 من مراجعي العيادات العامة ويعانون أساسا من أعراض جسدية ، فقد وجدت أن 29% يعانون من الاكتئاب والقلق (Kroenke،1997). وشملت دراسة Ostler (2001) 18414 من مراجعي 55 عيادة في Hampshire ببريطانيا ودلت النتائج على وجود علاقة في 50% من الحالات بين الاكتئاب والحرمان الاجتماعي والاقتصادي لكنها لم تجد علاقة بين الجسدنة و الاكتئاب .

وفي دراسة اللواتي وصحبه على عينة عُمانية تكونت من 52 أنثى و 48 ذكرا لاستكشاف علاقة

الجسدنة بالمرضاة النفسية لدى مراجعي العيادات العامة، واستعمل فيها ( Bradford Somatic ) BSI

(Inventory) وتم قياس الاضطراب النفسي بواسطة SRQ أو (Self Reporting Questionnaire)

و دلت النتائج على أن الجسدنة شائعة في 17% من أفراد العينة وأن 32% منهم يعانون من اضطرابات نفسية .

أما Perkin وصحبه فدرس علاقة الجسدنة في الرعاية الأولية بكل من استعمال المنظومة الصحية وأثرها على تشخيص الاكتئاب لدى المترددين على عيادات الفحص العام في الدانمارك ، وتم توزيع قائمة Symptom Checklist SL- 90 على عينة طبقية من 1919 مريضا ووجد أن 22.3% من المفحوصين يعانون من الجسدنة ، وأنه في حالة توفر الشروط المطلوبة في DSMIV و ICD10 المتعلقة بالاكتئاب فإن الطبيب يوفق في تشخيص الاضطراب في 50 إلى 70% من الحالات غير أن هذه الشروط لا تجتمع في المريض الواحد إلا في حالات خاصة.

كما أن هناك دراسات لم تجد علاقة بين الجسدية والتعرف على الاكتئاب لدى مراجعي العيادات، مثل دراسة Kesslev (1999) التي شملت 305 فردا واستعمل فيها GHQ، ورغم أن 36% من مجموع العينة سجلوا درجات مرتفعة في الاكتئاب والقلق ، إلا أن الدراسة خلصت إلى أنه لا توجد علاقة بين الجسدية وتشخيص الاكتئاب .

ويتبين من الدراسات السابقة أن اغلب الدراسات تؤكد على علاقة الجسدية بالاكتئاب وأنها القناع الرئيسي الذي يخفى وراءه الأعراض الانفعالية والمزاجية ، مما يجعلها **اكتئابا مقنعا**، كما سنرى في الدراسات السابقة في فصل الجسدية .

#### **5. المفهوم الإجرائي للاكتئاب :**

هو أحد اضطرابات المزاج الكبرى، ويشمل أعراضا انفعالية ومعرفية وسلوكية ونفسية ونقصد به في دراستنا الاكتئاب المقنع الذي تغيب فيه أغلب الأعراض المزاجية وتطغى فيه الأعراض الجسدية أو الجسدية على الصورة السريرية، ويمكن قياسه باستبيان الصحة العامة GHQ غير أننا فضلنا استعمال مقياس أكثر تخصصا وهو مقياس BDI .



# الفصل الثالث: الجسنة

## Somatization

مقدمة

1-تعريف

2-التصنيف والتشخيص

3-التشخيص الفارقي

4-النظريات المفسرة

5-الدراسات السابقة

6-المفهوم الإجرائي للجسنة

## مقدمة :

تعتبر العلاقة بين النفس والجسد إحدى الإشكاليات الكبرى في العلوم الإنسانية وعلوم الحياة من الطب إلى علم النفس، وقبل ذلك من الفلسفة إلى الدين؛ بل إنها من مؤشرات تاريخ العلوم بصفة عامة، وتاريخ علوم الإنسان والبيولوجيا بصفة خاصة، حيث ما زالت آثار الانفصام الديكارتي تلقي بظلالها على هذه العلاقة؛ غير أن البحوث الحديثة توحى ببداية التخلص منها كما فعل Damasio في كتابه القيم Descartes'error : emotion  
. reason and human brain

إن الأعراض الجسدية كمظهر من مظاهر المعاناة النفسية، كانت دائما حاضرة في عيادات الأطباء وعلماء النفس؛ منذ مصر الفرعونية قبل 4000 سنة في مفهومهم عن الرحم المتجول wandering woms، مروراً بمفهوم السوداوية كما أشرنا إليه في فصل الاكتئاب؛ ووصولاً إلى فرويد (1893) في بحثه عن الاضطرابات التحولية.

لقد ظهر مصطلح الجسدنة Somatization سنة 1943 على يد Stekel مشابهاً لمصطلح التحويل لدى فرويد، وفي سنة 1980 ظهر مفهوم الجسدانية somatoform في DSMIV ولم يكن مساوياً لمصطلحات الجسدية أو الاضطرابات النفسجسدية. ورغم التناقص الظاهر بين مفهوم المعاناة الجسدية والمعاناة النفسية إلا أن البحوث الحديثة في علم النفس المرضي والعلوم العصبية وعلم النفس الفيزيولوجي والطب النفسجسدي تجاوزت هذا التضاد لأن مفهوم الجسد هو ناتج عملية معقدة حيوية ونفسية واجتماعية ( bio psycho sociale ) ويتكون من مفاهيم متداخلة مثل مخطط الجسم، وصورة الجسم، ومفهوم الذات، وهذا التداخل هو الذي يقف وراء بروز الأعراض الجسدية كتعبير عن المعاناة النفسية فيما يُعرف بالجسدنة (Besançon،1993).

وترجع أهمية الجسدنة في علم النفس إلى العوامل التالية :

- 1- إن أغلب الأعراض التي يشاهدها الطبيب العام لا يمكن عزوها للأمراض جسدية.
- 2- هناك علاقة قوية بين المعاناة النفسية والعقلية وبين هذه الأعراض.
- 3- تؤثر الأعراض الجسدية وطريقة تمثالتها في علاقة المريض بالطبيب.
- 4- تؤدي الجسدنة إلى استعمال غير اقتصادي للمنظومة الصحية كما تزيد من ظاهرة التعوق الوظيفي للأفراد والمجتمعات.

### 1. تعريف الجسدنة:

يعتبر التعريف العام للجسدنة منذ Stekel إلى اليوم على أنها " التعبير عن المعاناة والاضطراب النفسيين في شكل أعراض جسدية (Sayar،2001) وعليه اعتبر Kleinman أن الأعراض الجسدية هي لغة المعاناة idiom of distress، وعلى أنها شائعة في جميع الثقافات .

ويعرفها عكاشة وزملاؤه (1999) على أنها "التعبير عن الاضطراب النفسي بأعراض جسدية" وهي أكثر انتشارا في العالم العربي بسبب نظرة المجتمع نحو الأعراض الجسدية والنفسية حيث أن الأولى خارجة عن إرادة الفرد فلا يلومه أحد عليها، أما الثانية فهي دليل على ضعف الشخصية وقلة الإيمان وكثرة الذنوب أو دليل على المس والسحر العين.ومن الأعراض الجسدية الشائعة لدى المريض العربي الآلام والإحساس بالتوتر والضييق والرجفة إضافة إلى التعب والأرق .

أما الشرييني فيورد مقابل مصطلح somatization مصطلح السوماتية أو الجُسمانية؛ وهي أحد أعراض الاضطرابات النفسية ذات الشكل الجسماني somatoform التي تضم أيضا التحول الهستيرى والمراق وشوهة الجسم والألم المزمن. وتعني الجُسمانية وجود شكاوى جسدية متعددة لا يمكن تفسيرها بناء على الفحوصات الطبية . ويرى أنها تحدث بنسبة تصل إلى 0.5% لدى العامة وتزيد في النساء بنسبة 20 ضعفا من حدوثها في الرجال وتضم الشكاوى الألمية واضطرابات الهضم والأعراض العصبية والجنسية (الشرييني، 2001).

## 2. التصنيف والتشخيص:

إن الجسدنة كما يخبرها العياديون النفسيون أو الأطباء لا تجد لها تصنيفا مناسباً ضمن التصنيفات العالمية المعروفة (DSMIV و ICD10) وهو ما أشار إليه Lipowski (1988) من أن مصطلح الجسمية somatic هو مشكلة تقع بين الطب والطب النفسي رغم تناوله بالدراسة والبحث.

نجد في DSMIV مصطلح اضطراب الجسدنة somatization disorder ضمن الاضطرابات الجسمانية الشكل somatoform disorder ، وهي :

- اضطراب الجسدنة
- الاضطرابات الجُسمانية غير المميزة
- الاضطرابات التحويلية
- اضطراب الألم
- المراق
- الخوف من شوهة الجسد
- الاضطرابات الجسمانية غير المحددة

وقد ظهر مصطلح الجسمانية somatoform مع ظهور DSMIII في 1980، أما في DSMIV فإنه لتشخيص الجسدنة ، يشترط الأعراض التالية ، حسب محاوره المعروفة وهي :

A- سوابق لشكاوى جسدية متنوعة تبدأ قبل سن الثلاثين، وتظهر على مدى سنوات وتنتهي بطلب العلاج كما تؤدي إلى إعاقة الوظائف الاجتماعية والمهنية.

B- اجتماع الأعراض التالية :

(أ) أربعة أعراض ألمية: ألم مزمن في أربعة مواضع في الجسم على الأقل مثل الرأس والظهر والمفاصل والأطراف والصدر وأثناء الحيض، أو أثناء العلاقة الجنسية أو أثناء التبول.

(ب) عرضان هضميان: كالغثيان والانتفاخ والقيء والإسهال .

(ج) عرض جنسي: كعدم الاهتمام بالجنس أو اضطراب الانعاض أو القذف أو الحيض المؤلم.

(د) عرض عصبي كاذب تحولي مثل الشلل أو صعوبة البلع أو البحة أو الاحتفاظ بالبول أو الهلوس وكذلك الخدر والتنميل والشفع والعمى والسمم، والاختلاجات أو الأعراض الانشاقاقية مثل فقدان الذاكرة أو فقدان الوعي.

C- : إن الأعراض السابقة لا يمكن عزوها إلى أي اضطراب عضوي أو تناول مواد معينة وحتى مع وجود مرض نفسي تكون الأعراض السابقة غير مفهومة في إطار هذا المرض.

D- : ألا تكون الأعراض اختيارية كما في التظاهر بالمرض ويعتبر الدليل الجسدنة كاضطراب مزمن، غير أن الخصائص والشروط الضرورية لتشخيص هذا الاضطراب تبدو "متشدة" بالمقارنة مع الممارسة السريرية ، حيث قلما تجتمع هذه الأعراض في مريض واحد.

وهناك اختلافات كثيرة في بحوث الجسدنة حسب Ali و Ryder (2002) تعود أساسا إلى التعاريف الإجرائية لمفهوم الجسدنة ويلخص Goldberg وBridgs هذه التعاريف كما يلي :

(أ) الجسدنة : كخبرة أساسية حيث يميل المريض إلى خبرة الأعراض الاكتئابية في شكل معانات جسدية ، ويرفض الأعراض النفسية أو ينكرها. ويُدعى هؤلاء المرضى "المجسدنون الفعليون" Persistent Somatizers .

(ب) الجسدنة : كتركيز انتقائي على الجسد حيث يظهر المريض أعراضا جسدية كقناع لمعاناته النفسية ، لكن خلال المقابلة العيادية تظهر الأعراض النفسية ويقر المريض بوجودها وهؤلاء هم المجسدنون الإختياريون facultative somatizers.

(ج) الجسدنة كإستراتيجية لطلب المعونة الطبية وليس هناك فرق لدى هؤلاء المرضى بين الأعراض النفسية والجسدية ، بل ويركزون أحيانا كثيرة على أعراضهم النفسية التي تظهر في بداية المقابلة وغالبا ما يتم تشخيص معاناتهم النفسية ويدعى هؤلاء " المنفسنون " psychologizers .

ويتم تشخيص الجسدنة من الناحية التطبيقية بطريقتين أساسيتين هما :

- المقابلة العيادية واستكشاف الأعراض المميزة حسب التصنيف العالمية (ICD10 و DSMIV).

- القياس عن طريق الاختبارات النفسية.

ونتيجة لعدم وجود اختبارات عبر حضارية مقننة بسبب اختلاف الأعراض فضلنا في هذه الدراسة

استعمال طريقة Kroenke لتشخيص الجسدنة وتتمثل في شرطين هما :

- وجود ثلاثة أعراض جسدية على الأقل تنتمي إلى ثلاثة أجهزة فيزيولوجية مختلفة مثل الجهاز الهضمي والعصبي والعضلي والبولي والتنفسي والقلبي الوعائي.

- إزمان المرض لأكثر من عامين على الأقل وعدم وجود أي مرض عضوي يفسر الأعراض التي

يعاني منها المريض رغم التحاليل الطبية المتكررة.

ورغم أن طريقة Kroenke مستمدة في أصلها من DSMIV إلا أنها أكثر ملاءمة من الناحية العيادية التطبيقية، كما أنها تتجنب بعض المحاذير الثقافية والحضارية مما يجعلها عبر حضارية (Denis،1999). وقد فضلنا هذه الطريقة ، حيث أثبتت جدارتها في الدراسة الرائدة Epidemiologic Catchment Area Program مقارنة بطريقة Bucholz، وطريقة Escobar.

### 3. التشخيص الفارقي:

إن الأعراض الجسدية شائعة في أغلب الأمراض النفسية وعليه لابد من تشخيص فارقي دقيق لكي لا يتم تجاهل الأمراض العضوية أو الاضطرابات النفسية الأخرى، كما تظهر في الشكل التالي:

#### أعراض جسدية بدون أسباب عضوية

الزور	المراق	الجسدة	الاكتئاب	اضطراب	قلق عام
شكاوى	شكاوى	شكاوى	المزاج	تحولي	زيادة
جسدية غريبة	متعددة	جسدية	الحزين	شلل حسي	نشاط الجهاز
تُعزي إلى عوامل	مع توهم	في أماكن	انخفاض	حركي	العصبي
غير طبيعية وغير	الإصابة	متعددة	التركيز	دون أسباب	ألإرادي
مقبولة في الوسط	بمرض	دون سبب	فقدان الرغبة	عضوية	تعرق
الثقافي للمريض	خطير		الأرق		ارتعاش
					خفقان

الشكل:1. التشخيص الفارقي للجسدة

ويُظهر المخطط أن الأعراض الجسدية قد تظهر كتعبير عن الاكتئاب أو الجسدة ، وهما اضطرابان منفصلان ، لكن أغلب حالات الجسدة يصاحبها الاكتئاب وهو ما جعل Keller(1990) يدعو الجسدة "بالاكتئاب المقنع". ويطلق الأطباء أو الأخصائيون النفسيون وكذلك المجتمع العام على المجسدين أوصافاً مثل الهستيريين والمراقبين والسوداويين أو الوسواسيين أو الوظيفيين، وأغلب هذه الأوصاف غير دقيقة من وجهة النظر العلمية. وتخضع هذه الدمغات لكل من ثقافة المريض والطبيب حيث لاحظ أحد الباحثين أن الأطباء الفرنسيين يسمون المجسدين من المهاجرين المغاربة بأوصاف منها العظاميين والمطالبين والمتظاهرين بالمنكوبين مما يدل على سوء فهم كبير واضطراب العلاقة بين الطبيب والمريض نتيجة الأحكام الثقافية المسبقة (العكي،2002).

ويعتبر بعض الباحثين الجسدة بمثابة تذكرة الدخول Ticket of admission تمكن المريض من الولوج إلى المستشفى وطلب الرعاية الصحية .

#### 4. وسائل قياس الجسدية:

من أهم الاتجاهات في قياس الجسدية استعمال الاستخبارات الموضوعية وهي كثيرة منها ما هو مخصص لقياس الأعراض الجسدية، إضافة إلى بعض المقاييس الفرعية في البطاريات الضخمة مثل MMPI وغيرها.

ومن أهم المقاييس الحالية حسب(Vicenzio 2000):

1- مقياس الاضطرابات النفسية في الرعاية الأولية Prime-MD، وقد صُمم لاستكشاف الاضطراب النفسي لدى مراجعي العيادات العامة بما فيها الأعراض الجسدية وتتكون الصفحة الأولى من استبيان يحتوي 26 بندا، والصفحة الثانية دليل التقييم السريري .

2- مسرد Whiteley: ويتكون من 14 بندا (نعم/لا)، تخص الأعراض المراقية وهو من وضع Pilowsky وبإمكانه التفرقة بين المراقين وغير المراقين .

3- مقياس تضخيم الأحاسيس الجسدية: وهو قائمة من 10 بنود تقيس تحسس الفرد للمثيرات الجسدية في غياب المرض العضوي.

4- مقياس الانشغال بالمرض ويتكون من 9 بنود وهو تعديل لقائمة Whiteley ، حيث حذفت البنود التي تتأثر بالأمراض العضوية .

5- تقرير الاتجاه نحو الصحة: المكون من 27 بندا، ويقيس الجسدية ويختلف عن غيره بعدم تركيزه على الأعراض البدنية، وتركيزه على خبرة المريض وتصوره لصحته ومعاناته.

#### 5. النظريات المفسرة للجسدية:

يرجع الباحثون لجوء المرضى إلى الأعراض الجسدية للتعبير عن معاناتهم النفسية إلى أسباب متعددة وراثية وعصبية ومعرفية ودينامية ، وأيضاً إلى أسباب اجتماعية وبيئية. إن التعبير عن الانفعالات والعواطف عن طريق الجسد ذو أصول عميقة في تكوين الشخصية ، وعلاقته بمفهوم الذات ، كما أنه مفهوم متجذر في الثقافة ؛ ويلاحظ الدارس لعلم النفس عبر الحضاري cross cultural psychology أن الفرق الجوهرية بين الثقافة الغربية والثقافات الأخرى هو أن الذات في الثقافة الغربية فردانية متميزة عن ذوات الآخرين بحدود فاصلة لا تقبل التنازل عنها ، ينتج عنها اعتداد كبير بالذات التي تصبح محور علاقات الفرد ومفهوم الاستقلالية واحترام المجال الحيوي للشخص. أما الذات في الثقافات الأخرى فهي مترابطة ومتصلة بذوات الآخرين علائقية غير ميالة للاستقلالية وغير حساسة لحدود مجالها الشخصي؛ وربما تلخص هذه الفروق التقابل بين الفردانية والجماعية وهذا ينعكس على التنظير الفلسفي لمشكلة الجسم-عقل Mind Body Problem (Kleinman، 1977).

إن أهم الاتجاهات النظرية التي تعرضت للجسدية ركزت على النقاط التالية :

1- التعبير بالجسد مؤشر على الاضطراب أو علامة على إشكالية الجسد لدى المريض (Kirmayer، 1999).

2- الأعراض الجسدية تعبيرات رمزية عن صراعات نفسية لايعيها الشخص أو ينكرها (Young،1995) كما في النظرية الدينامية ، ويمكن أن نتبعها بنظرية Taylor (1984) التي ترى أن الأعراض الجسدية دليل على عدم القدرة عن التعبير الانفعالي أي أن الجسدية سلوك تكيفي .

3- إن الأعراض تعبيرات ثقافية تخضع لنظريات التعلم والتنشئة الإجتماعية ومفهوم الدور وسلوك القدوة (Stuart، 1999) .

4- إن هذه الأعراض كناية عن خبرات اجتماعية مكبوتة ولها دلالات هامة في سياقها الاجتماعي (Kirmayer، 1992) .

5- تظهر هذه الأعراض في نموذج العائلة النفسجسدية ، وعندها تكون الأعراض نموذجا حيويًا نفسيًا اجتماعيًا biopsychosocial ؛ وهو تفسير مستمد من تجارب العلاج النفسي العائلي حيث هو نوع من التثبيت على الأعراض. وتدرج في هذه الإطار بحوث Susan Mc Daniel وزملائها في استعمالهم لذلك النموذج اعتمادًا على بحوث Engle التي ترى أن جذور الاضطراب تعود إلى الأنظمة المختلفة وتفاعلاتها أو العلاقة بين الأجهزة العضوية النفسية في إطار المنظومة الاجتماعية؛ وعرفوا مفهوم التثبيت الجسدي على أنه "العملية التي يركز من خلالها المريض أو الطبيب بصفة استثنائية وغير مناسبة على المظاهر البدنية في معالجتهم للمشاكل المعقدة" (Clarke، 2000).

وأهم مساهمة لهذه النظرية تركيزها على دور الطبيب في تعزيز الأعراض وإزالتها. كما نشأ مفهوم نموذج العائلة النفسجسدية التي تتميز بتصلب العلاقات والحماية المفرطة وتجنب الصراع والمواقف المحرجة، ويصبح الطفل المريض هو محور السلوك العائلي وكلما زادت حدة المرض لدى الطفل خفت الصراعات أو اختفت.

6- تظهر الأعراض كنتيجة لحرمان مبكر يجعل الجسم مركزها تمام الطفل، وهو ما تركز عليه نظرية التعلق attachment theory، وأبرز أعلامها Bowlby ودراساته عن الانفصال والحرمان المبكر وكيف تؤثر عن طريق تهديد أمن الطفل، الذي سيعبر بجسده حين المراهقة أو الرشد عن هذه المعاناة. وإضافة إلى المحاور الستة، اقترحت آليات أخرى لفهم ظاهرة الجسدية، أهمها:

(أ) - تضخيم الاحساسات الجسدية: حيث أن الانشغال بالجسم والخوف من الأمراض يركز انتباه المريض على الاحساسات البدنية فتغدو مقلقة ، مثيرة بذلك خبرات غير سارة، وعن طريق التغذية الراجعة feed back يتم تعزيز مخاوف المريض في حلقة مغلقة تزيد من انخفاض عتبة الإحساس .

(ب) - الحاجة إلى دور المريض: يلجأ بعض المرضى الذين يفتقدون الآليات المناسبة للتعبير عن انفعالاتهم (المتكتمون) إلى الأعراض الجسدية ابتغاء الریح الأولي أو الثانوي.

(ج) - الخبرات الانفصالية: dissociative experiences ويستخدم هذا المصطلح لوصف إحدى الحيل الدفاعية لتفادي الضغوط النفسية في حالة الهستيريا مثل الشرود أو النسيان أو غيرها (الشربيني،2001).

إلا أن علماء النفس الفزيولوجي يشيرون إلى أن الدماغ البشري يمكن أن يخبر ادراكات في غياب المنبهات الخارجية كما يحدث في التنويم والأحلام والهلاوس؛ وتعتبر تلك الظواهر خبرات انفصالية كثيرا ما يعاني منها المجسدنون مثل الشعور بتبدد الشخصية أو الشعور خارج البدن أو خبرات سبق الرؤية (David، 2000) .

ويلاحظ على الاتجاهات النظرية السابقة تفتننها إلى أن مفهوم الجسدنة مركب ومعقد ، ولذا فإن أفضل المقاربات الحالية هي نظرية Taylor التكاملية ومع أنها تركز على المفاهيم الدينامية إلا أنها تشمل العوامل النفسية والحيوية والاجتماعية .

يرى Taylor في كتابه القيم " Psychosomatic Medecine and Contemporary psychoanalysis " أن الإنسان يملك نظام ضبط ذاتي Self Regulation System مكونا من أجهزة فرعية متفاعلة مع الأنظمة الاجتماعية ، ويدخل في هذا النظام الجهاز العصبي المركز والذاتي والجهاز الغدي والتنظيم المعرفي والخبرات الاجتماعية؛ ولكل جهاز طريقته في الضبط، لكنها تركز جميعا على مفهوم التغذية الراجعة ، وتتأثر فيما بينها ، وتؤثر مباشرة على جهاز المناعة مما يؤدي إلى نشوء الأمراض العضوية ، كما تؤثر الانفعالات والعواطف والسلوك الحركي والإشارات والرموز واللغة والمنبهات الاجتماعية في هذا الجهاز العام عن طريق مراحل النمو ودور الأم خاصة في ترميز عالم الطفل وحل صراعات مما يؤدي في النهاية إلى تكامل الذات Ego Integrity .

إن الجسدنة حسب هذه النظرية هي مشكلة في الذات أولا، أي أن صورة الذات بما فيها صورة الجسم قد أصيبت بتشوه لأسباب عديدة جعل الأعراض تحل مكان بعضها البعض ، كما لو أخطأ المريض الطريق إلى الهدف بسبب إشكالية أكبر في إحساس وإدراك وتنظيم الانفعالات بين النفس والجسد(Taylor1987). وهي النظرية التي نستأنس بها في دراستنا هذه.

## 6. الدراسات السابقة :

سوف نقتصر على الدراسات التي تناولت الجسدنة وعلاقتها بالاضطرابات النفسية وخاصة الاضطراب الاكتابي .

قام اللواتي وزملاؤه في عُمان باستكشاف المراضة النفسية في الرعاية الأولية على عينة من 100 فرد ووجد أن 17% منهم مجسدنون، وأن الأعراض الرئيسة التي عانى منها المرضى هي الألام العضلية 23%، وأعراض الهضم 17% ،والجهاز التنفسي 17%، والقلبي 10%، والبولي والولادي 10%، وأعراض الجهاز العصبي 8%؛ وقد افترض الباحثون أن العلاقة الإرتباطية بين BDI و SRQ سلبية ، حيث كلما ازدادت أعراض الجسدنة خفت الأعراض النفسية لكن الدراسة توصلت إلى عكس ذلك .

وأكدت دراسة الرفاعي وزملائه (1997) وكذلك السبيعي وزملائه (1998) على عينات سعودية توصلها إلى نتائج متشابهة للدراسة السابقة، كما اتفقت الدراسات الأنفة على علاقة الاكتئاب بالجسدنة وانه كلما زادت حدة الاكتئاب زادت احتمالات الجسدنة.



أما بالنسبة للدراسات الجزائرية فلم نعثر على دراسات سابقة عدا الدراسة التي قام بها المركز الوطني للصحة العمومية INSP والتي تفنقر إلى كثير من الشروط المنهجية كما وقد ذكرناها في فصل الدراسات السابقة الخاصة بالاكنتاب ، حيث وجدت أن أغلب المكتئبين عبروا بأعراض جسدية . وأكد الحسين عكي في أطروحته للدكتوراه في علم النفس الموسومة بـ " تمثلات الجسد في علاقتها بالمرض في المغرب العربي " (1993) إلى أن المرضى المغاربيين المهاجرين في فرنسا وأغلبهم جزائريون يميلون إلى التعبير بالجسد عن معاناتهم النفسية، وتشير إشكالية الأطروحة إلى أن هذا الشكل من التعبير يبدو غريبا في إطار المنظومة الثقافية الغربية وقد يشخص خطأ على أنه اضطراب ذهاني خطير وذلك بسبب أن الطب الغربي عضوي معياري لا يأخذ بعين الاعتبار الأبعاد الثقافية والدينية وحتى النفسية للمريض إلا نادرا ويفسر الباحث تركيز المغاربيين على الجسد كونه هو أداتهم الرئيسية في العيش في غربتهم، كما قام الباحث بدراسة أصولية أنثروبولوجية لإشكالية الجسد في الثقافة المغاربية عموما. ورغم المدخل النظري التحليلي فإن الدراسة مساهمة مهمة في دراسة التعبيرات المرضية كمدخل لفهم المعاناة الإنسانية (Aki، 1993).

ودرس Barskey علاقة الجسد بالاكنتاب ، وأكد فيها على أن الترسيمات الذهنية السلبية والتشاؤمية للمكتئبين تعزز الذكريات الماضية المخيفة ، وتعزز أيضا النظرة السلبية للصحة مما يستدعي خبرات غير سارة أو مؤلمة وهكذا يتعزز الانتباه إلى داخل الجسد و الانشغال بالأحاسيس البدنية مما يؤدي إلى تضخيمها، واعتمادا على هذه الآلية اعتبر kellner الجسدنة **اكتتابا مقنعا** (Sayar، 2001).

وشملت دراسة kolka (2002) ، عينة من 101 شخصا هدفت إلى معرفة أثر متغيرات السن والجنس والمستوى الاقتصادي وإدراك المريض لأعراضه وتوصلت إلى أن هناك أربعة عوامل تؤثر على إدراك المريض هي: المرض العضوي والعواطف السلبية والانتباه الانتقائي للاحاساسات الجسدية والعزو البدني somatic attribution .

ونذكر هنا بالدراسة التي قامت بها منظمة الصحة العالمية سنة 1999، بعد 16 سنة من دراستها الأولى في 1983 والتي شملت 14 دولة وعينة كبيرة تعتبر ممثلة للمجتمع العالمي وتوصلت إلى أن ما بين 45% إلى 95% من أفراد العينة المكتئبين عبروا بأعراض جسدية عن اضطرابهم.

أما دراسة Sax وزملائه فقد شملت 40 مريضا يعانون من اضطرابات انفصالية حسب DSMIV وتمت مقارنتهم بعينة من المرضى لا يعانون من هذه الأعراض وتمت دراسة ملفاتهم بدقة ، وتوصلت الدراسة إلى أن 64 % يعانون من الجسدنة بمتوسط 12 عرضا symptoms في المتوسط لكل مريض مقارنة بثلاث أعراض فقط في العينة الضابطة ، وهو ما يفسر ارتباط الجسدنة بالظواهر الانفصالية dissociative phenomena كما أشرنا لذلك في فصل النظريات المفسرة للجسدنة .

وأما دراسة kirmayer وزملائه فقد هدفت إلى استكشاف أثر أسلوب المريض في إظهار الأعراض أو التعبير بها على تشخيص الاكنتاب في الرعاية الأولية، وشملت العينة 685 من مراجعي العيادات

العامّة، أكمل جميعهم قائمة المقابلة الشخصية DIS ومقياس الاكتئاب CES-D، كما سجلت ملاحظات الطبيب للأعراض على مدار 12 شهرا، ووجد الباحثون أن هناك ثلاثة مظهرات للجسدنة: الجسدنة الأولية، والاختيارية والحقيقية كما أظهر أكثر من 80% من المرضى جسدنة واضحة ارتبطت بالاكتئاب في 76% من الحالات كما أدت إلى انخفاض احتمال التشخيص الدقيق للاكتئاب المقنع، حيث وصلت النسبة إلى 22% ممن تم تشخيص الاكتئاب لديهم فقط.

وفي دراسة Perfink (1998) في الدانمرك، تعرف الأطباء على 71% من حالات الاكتئاب رغم الجسدنة، وهي من الدراسات المعارضة للدراسات السابقة، غير أن هذه الدراسة اعتمدت على قائمة (SC-90) والمعتمدة على شروط DSMIV وهي خصائص إذا اجتمعت في المريض سهّل التعرف على اضطرابه النفسي.

إن المتفحص للدراسات السابقة يجد أن الجسدنة شائعة في جميع الثقافات وأنها ترتبط ارتباطا موجبا بالاكتئاب، ويمكن اعتبار الجسدنة **اكتئابا مقنعا** يعقد مهمة الطبيب في التشخيص وهذا يؤكد أهمية الدراسة الحالية ومحاولتها استكشاف المؤشرات المصاحبة للجسدنة مثل قلق الموت والتكتم لتسهيل هذا التشخيص.

#### 7. المفهوم الإجرائي للجسدنة:

هي التعبير عن المعاناة أو الاضطراب النفسي في صورة سريرية تتكون أساسا من أعراض جسدية، ونعرفها في بحثنا حسب طريقة Kroenke وهي:

- وجود ثلاثة أعراض جسدية تابعة لثلاثة أجهزة عضوية مختلفة.
- إزمان الاضطراب لمدة عامين على الأقل مع غياب أي سبب عضوي للأعراض كما يظهر في الفحص الطبي أو التحاليل المخبرية؛ وعليه يعتبر كل من تحقق فيه الشرطان مُجسداً Somatizer .

## الفصل الرابع: التكتّم

### Alexithymia

مقدمة

1- تعريف

2- علاقة الانفعالات بالصحة والمرض

3- النظريات المفسرة

4- الدراسات السابقة

5- المفهوم الإجرائي للتكتّم

## مقدمة :

إن المتصفح لتاريخ علم النفس الحديث يفاجأ بظاهرة هي من مفارقات علوم الإنسان في القرن العشرين ألا وهي عدم تركيز علم النفس على قضية جوهرية في الصحة النفسية والجسدية مثل الانفعالات والعواطف، حيث لم يبدأ الاهتمام بها إلا في أواخر القرن الماضي. ويعود ذلك إلى تأثير المدرسة السلوكية التي تحاشت البحث في الانفعالات على أساس أنها عمليات داخلية وذاتية لا يمكن قياسها ولم يتجرأ الباحثون على معاكسة هذا التيار.

لكن تقدم العلوم الحيوية مثل الطب وعلوم الأعصاب وظهور علم النفس الفيزيولوجي وعلم النفس الحيوي وعلم النفس العصبي، أرجع الأمر إلى نصابه وبدأت الانفعالات تأخذ مكانتها من الدراسة والبحث، بل وتتصدر أسباب الصحة النفسية والجسدية لذلك ليس غريباً أن لا نعثر على تعريف لمصطلح التكتم Alexithymia في أغلب الموسوعات أو المعاجم سواء اللغوية أو النفسية التي بين أيدينا لأن ظهور هذا المصطلح كان على يد Sifneos سنة 1972 ولم يبدأ الاهتمام به إلا في التسعينات من القرن الماضي.

لقد لاحظ العلماء منذ فترة طويلة علاقة الانفعالات وطريقة التعبير عنها بالأمراض النفسية والجسدية وحاولت مدرسة باريس النفسجسدية على يد Marty وزملائه ثم Sami Ali بعد ذلك التأكيد على مفهوم التفكير العملياتي *pensée opératoire* وهو تفكير مغلق يركز على حوادث الحياة اليومية دون أدنى توظيف للمشاعر والأفكار ، ويمتد إلى الأحلام فتغيب عنها الرموز والأفكار والخيالات والرغبات اللاشعورية ، وذلك دليل على انخفاض القدرة على تعقيل ما قبل الوعي وهو طريق الإصابة بالأعصاب الطباعية وبالتالي الأمراض النفسجسمية. غير أن مدرسة بوسطن (Sifneos و Nemiah) توسعت في هذا المفهوم بمقارنة عصبية معرفية. ويعتبر التكتم مؤشراً هاماً للدلالة على دور الانفعالات في ظهور الجسدية سواء كانت الأسباب نفسية أو عضوية أو بيئية .

ويشير Taylor (2001) إلى أن التطبيقات السريرية لهذا المفهوم تبدو واعدة ، وأهمها :

1- أن المتكتمين يظهرون نماذج من التعلق المرضي وأشكالاً من سوء التكيف وعدم الضبط

الانفعالي

2- أن التكتم يستعمل كمؤشر تنبؤي وبنجاح في أسباب الوفيات بغض النظر عن عوامل الإختطار

الأخرى.

3- أثبت العلاج النفسي أن خفض التكتم يؤدي إلى فوائد صحية جمة.

وهكذا تبدو أهمية التكتم خاصة في علاقته بالجسدية والاكنتاب لدى مراجعي العيادات العامة.

### 1. تعريف:

إن مصطلح التكتم في أصله الأغرريقي Alexithymia مركب مما يلي :

A: بادئة تعني عدم وجود أو غياب.

Lexi: من Lexis وتعني اللفظ أو الكلمة.

**Thymia**: من Thymos وتعني مزاج أو عاطفة.

وعليه تصبح الدلالة اللغوية للمصطلح هي صعوبة التعبير عن المزاج أو عن الانفعالات أو استحالته تماما. إن أول من نحت هذا المصطلح هو Sifneos (1972) ثم أنتشر بعد ذلك في نهاية القرن العشرين .

ويتضمن المفهوم النفسي للتكتم مجموعة من الخصائص المعرفية والانفعالية التي وُصفت أولا لدى المرضى النفسجسديين ثم بعد ذلك لدى أصناف من المرضى خصوصا الذين يعانون من بعض الاضطرابات مثل الإدمان أو الكرب التالي للصدمة (PTSD) أو اضطراب السلوك الغذائي كما في القهم Anorexia. وعربه الشربيني (2001) بعجز التعبير أو اللاوصفية ، ثم عرفه بأنه " عدم القدرة أو صعوبة الوصف للعواطف والانفعالات أو عدم الدراية بالمشاعر الداخلية " .

ويشمل التكتم كما عرفه Freyberger و Nemiah و Sifneos مايلي :

- أ- عدم القدرة على التعرف ووصف المشاعر الذاتية.
- ب- صعوبة التمييز بين الاحساسات الجسدية والعواطف.
- ج- فقر في الخبرات التخيلية ، وفقر الحياة الحلمية ، وغياب الهومات .
- د- أساليب معرفية تتميز بالسلوك الموجه للخارج والتفكير العملياتي.

وهو نفس التعريف الذي أكد عليه Rejan و Bagby (1985) ثم تابعهم في ذلك Havilaul و Shaw (1991) وما زال معتمدا إلى اليوم حسب Taylor (2001). لم يجد هذا المفهوم طريقه إلى التصنيفات العالمية سواء في ICD10 أو DSMIV ، بل الغريب أن الاضطرابات الانفعالية لا يشار إليها إلا ضمن اضطرابات المزاج أو في فقرة عابرة تحت رقم 60 فيما يدعى "بالشخصية غير المتزنة انفعاليا " .

لذلك لجأ الباحثون إلى الاختبارات والمقاييس في محاولة قياس التكتم وأهمها:

1- اختبار Beth Israel Questionnaire : BIQ

2- الاختبار الفرعي ضمن الـ MMPI

3- مقياس سيفنيوس Scaling Sifneos Personality Scale : SSPS

4- مقياس تورنتو للتكتم Toronto Alexithymia Scale : TAS

ويعتبر TAS أفضلها جميعا من ناحية الخصائص السيكومترية، حيث استعمل في آلاف الدراسات عبر العالم وأشارت إلى صدقه وثباته، رغم أنه يحتاج إلى تكييف على المجتمع الجزائري.

يقيس TAS-20 التكتم كما حدده Sifneos على أساس ثلاث عوامل هي :

- العامل I: القدرة على التعرف وتمييز الاحساسات الجسدية.

- العامل II: القدرة على التعبير عن المشاعر.

- العامل III: التفكير العملياتي.

## 2. علاقة الانفعالات بالصحة والمرض

مازال أغلب الأطباء وحتى علماء النفس لا يرون أهمية كبرى للانفعالات في الأمراض العضوية و النفسية رغم البحوث الكثيرة التي تؤكد على أن الانفعالات هي الجسر الحقيقي بين النفس والجسد وأن علم النفس قد يصبح في المستقبل علم دراسة الانفعالات والعواطف، وكأنه يعود إلى مهده .

ورغم ظهور علوم واختصاصات جديدة جعلت الانفعالات محوراً رئيسياً مثل علم النفس الفيزيولوجي والطب النفسجسدي وحديثاً علم المناعة النفسي العصبي psychoneuroimmunology وكذلك البحوث الرائدة لكل من Selye قديماً و Damasio و Le-Doux و Taylor حديثاً، إلا أن التطبيقات السريرية لم تواكب هذه الاكتشافات.

ويؤكد العلماء أن عدم القدرة على التعبير عن الانفعالات تزيد من الاستعداد للاضطرابات النفسجسدية (Sifneos، 1973، Krystal، 1979)، وهو ما أكدته دراسات Cooper و Holmstrom (1984) ثم Fernande وصحبه (1989)، وكذلك Morrison (1990)؛ وأكدت دراسات Todarello وصحبه (1989) علاقة التكتّم بالسرطان وأمراض السلوك الغذائي أيضاً (Sifneos، 1994)، كما وجد Todarello علاقة بين ارتفاع ضغط الدم والتكتّم حيث عانى المرضى المصابون بضغط الدم من عدم القدرة على التعبير عن انفعالاتهم في 55% من الحالات وكذلك المرضى المصابون بتقرح القولون المزمن. وتؤثر الانفعالات على وظيفة الجهاز الهضمي خصوصاً لصلته المباشرة بالجهاز العصبي ولطبيعة أنسجته وعلاقتها بالعالم الخارجي عن طريق الغذاء ويعتبر 66% من المصابين باضطرابات هضمية متكتمون.

إن التعبير عن الانفعالات تحكمه الثقافة والتنشئة الاجتماعية وتوزيع الأدوار ويشمل التعبير المباشر أو اللعب والضحك والبكاء والحركات والغناء والأحلام والهوامات التي يلجأ إليها المريض بالتداخل مع آليات الدفاع لتحقيق التوازن الانفعالي الذي يجنب الفرد آثار الانتباه الانفعالي emotional arousal حيث لوحظ أن المتكتمين يعانون من نشاط زائد للجهاز العصبي اللاإرادي دون إمكانية التفريغ الانفعالي للشحنات المتراكمة، وهو ما أكدته دراسات Martin (1986) و Wise (1990).

إن التصور الحالي لأثر الانفعالات في الصحة الجسدية والنفسية يمر عبر الدراسات العصبية والفيزيولوجية التي تؤكد مشاركة ثلاث أجهزة عضوية هي:

1 - الجهاز العصبي: خاصة اللاإرادي والجهاز الهرموني.

2 - الجهاز المعرفي: خاصة الخبرات الانفعالية والتعبيرات اللفظية عن المشاعر

3 - جهاز الحركة والتعبير: تعبيرات الوجه ودرجة الصوت، ووضعيات الجسم المختلفة.

وتتأثر هذه الأجهزة في تنظيم وضبط الانفعالات إضافة إلى أثر العلاقات الاجتماعية فيما يعرف بالضبط البيئشخصي للانفعالات interpersonal control of emotion، ويتداخل كل ذلك مع أنساق الحياة وطرق التعبير عن العواطف والانفعالات كما تظهر في طقوس العبادة أو الفرح أو الحزن أو الزواج أو الطلاق وغيرها. ومن أهم السياقات التي تظهر فيها أهمية التعبير عن الانفعالات، طلب الرعاية

الصحية حين يتقدم المريض إلى المؤسسات الصحية معبرا عن معاناته الجسدية أو النفسية ويصبح التكتّم أو فقر التعبير عن الانفعالات عائقا حقيقيا في طريق تشخيص الاضطراب النفسي في غياب الأسباب العضوية لكنه في ذات الوقت مؤشر هام في متناول المتدربين من الأطباء والأخصائيين النفسيين لاستكشاف أعماق الفرد مما يعطي أهمية خاصة لإسهامات سامي علي في إطار مدرسة باريس التي ترى أن المرض غير موجود بذاته، بل الموجود هو المريض في سياق علائقي، وعليه فإن مصطلحات **عضوي ونفسي** تجاوزها الزمن لأن الجسدية تعبير عن وضعية صراعية *situation conflictuelle* وجدت أمامها طريقا مسدودا *Impasse* ويصبح الفرد حينها مقطوعا عن عواطفه وانفعالاته كما يخبرها في مجاله النفسي أو من خلال الأحلام وهو ما يؤدي به إلى استثمار أعراض الجسد كلغة للمعاناة (Moschetti، 2002).

### 3. النظريات المفسرة :

يمكن اعتبار التكتّم متصلا بين السواء والمرض حيث يتموقع الإنسان على نقطة من هذا المتصل في فترة من فترات حياته نتيجة لعوامل ومتغيرات عديدة. ويشيع التكتّم في عموم الناس بنسبة 5% إلى 23% حسب المقياس المستعمل وتركز أغلب المداخل النظرية على النموذج العصبي الفيزيولوجي والمعرفي والدينامي أو التكاملي كما في نظرية Taylor.

وتختلف المقاربات البحثية في اعتبار التكتّم سمة مكونة للشخصية أو حالة ثانوية تتسبب فيها الرضوض الجسدية والنفسية، ويعتبر Freyberger من الأوائل الذين فرقوا بين التكتّم الأولي والثانوي وأعتبر أن التكتّم الثانوي حالة عابرة تسببها العوامل الكاربية أما الأولي فسمة تجعل الشخص أكثر استعدادا للإصابة بالاضطرابات النفسية والجسدية. ويؤكد Sifneos أن التكتّم الأولي يعود إلى الوراثة والنمو العصبي الفيزيولوجي بينما يعتبر التكتّم الثانوي آلية دفاعية يستعمل فيها الرفض وكبت المشاعر كما تعود إلى عوامل ثقافية وبيئية.

### 3 . 1 . النموذج العصبي المعرفي :

أكد McLean ومنذ 1949 فرضية إصابة المرضى النفسجسديين بعجز دماغي وظيفي في توصيل المعلومات من المخ الشمي إلى مراكز اللغة في قشرة الدماغ وهو ما أكدته مدرسة بوسطن ( Sifneos،Nemiah ) ويدعى هذا التفسير بالنموذج العمودي أما النموذج الأفقي فيتبنى فرضية اضطراب التوصيل بين نصفي الدماغ الأيمن والأيسر، حيث لاحظ الباحثون ظاهرة التكتّم لدى المصابين بظاهرة المخ المشطور *split brain* حين يعجز نصف الدماغ الأيمن المسؤول عن الإدراك الانفعالي في إيصال المعلومات إلى النصف الأيسر المسؤول عن اللغة والتعبير (Rane، 1996).

وتجمع الدراسات الحديثة على أن التكتّم ليس فقط عجزا في القدرة على التعبير عن العواطف باستخدام ألفاظ اللغة، بل يتضمن عجزا أساسيا في التجهيز المعلوماتي الانفعالي *emotional processing deficit* وأن نموذج المخ المشطور غير كاف لتفسير ظاهرة التكتّم.

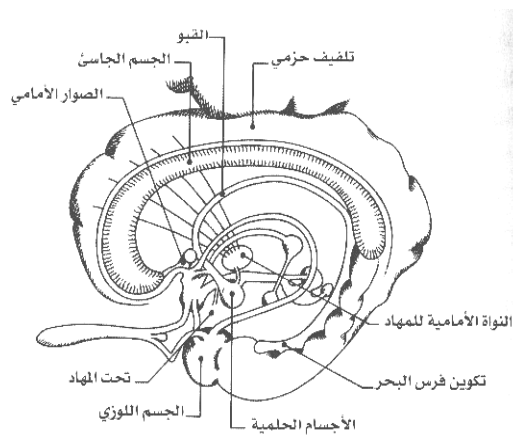
إن الانفعالات سلوك معقد تشترك فيه أجهزة الجسم المختلفة مثل الجهاز العصبي والغدي والحركي والمعرفي في إطار النسق العلائقي الثقافي والاجتماعي لذا يبدو التكتم عجزا مزدوجا:

أ - في الجزء الخاص بالخبرات الانفعالية المعرفية.

ب- في مستوى التنظيم الانفعالي البيئشخصي.

حيث يعاني المتكتمون من عجز الإيصال والتعبير معا، واضطراب الإدراك الانفعالي للمؤثرات القادمة من البيئة. ويرجع بعض الباحثين ذلك إلى توقف في النمو العاطفي أثناء الطفولة حسب نظرية Lane وSchartz خاصة في مراحل ظهور التجريد والترميز اللغوي مما يؤدي إلى تشكيل الخطاطات المعرفية الانفعالية بالترج حيث تبدأ بالأحاسيس والانفعالات السطحية البدنية وتصل إلى مزيج من المشاعر والعواطف المركبة والمعقدة وقدرة الفرد على التمييز بينهما .

تم تطوير هذا النموذج الخطي من طرف Bucci الذي يؤكد أن التجهيز الحركي والمعرفي للانفعالات لا ينتهي بالوصول إلى مستويات أعلى من التجريد والمنطق بل هو عملية مستمرة؛ ويقترح لتفسير ذلك نظرية التشفير المتعدد multiple code theory وحسب Bucci فإن الخطاطات المعرفية للانفعال تتشكل أولا بواسطة عمليات أولية مثل الاحساسات الحشوية والحركية ، ثم عن طريق الصور التجريدية والرمزية ، أما الخطاطات الانفعالية اللفظية فتتمو لاحقا مرتكزة على دلالات اللغة ومعانيها. ويشير إلى أن الخطاطات اللفظية وغير اللفظية ترتبط معا بطريقة نوعية دقيقة ولا بد أن تتزواج التمثلات الحسية الحشوية والحركية للانفعالات بالصور النوعية في المجال غير اللفظي قبل أن ترتبط بدلالاتها اللفظية في اللغة. إن التكتم حسب هذه الآليات المعرفية العصبية أكثر من كونه فقرا في ألفاظ اللغة المعبرة عن العواطف والمشاعر، بل هو عجز في ترميز الحالات الانفعالية البدنية سواء لفظية أو غير لفظية، وهذا ما يجعل الإستثارة الانفعالية التي تهز البدن بدون محتوى معرفي مقابل، بل ويزيد في أزمانها مما يؤدي إلى آثار خطيرة على الصحة النفسية والجسدية (Taylor،2001).



الشكل 2: المخ الانفعالي ودائرة Papez



وقد ركزت الأبحاث العصبية الحديثة على المخ الشمي والجهاز الطرفي وعلاقتها بقشرة الدماغ كما في الشكل 2؛ و أثبتت الدراسات التي استعملت وسائل استكشاف وظائف الدماغ مثل TDM و RMN و PET ، علاقة القشرة الحزامية الأمامية (ACC) Anterior Cingulate Cortex بظاهرة التكتم إضافة إلى دائرة Papez والتكوين الشبكي في المخ المتوسط. وأكد Works و Hane أن هناك عجزا في وظيفة ACC كما يظهره تدفق الدم Blood Flow.

### 3. 2. النموذج الدينامي :

رغم تخلص الطب النفسجسدي الحديث من النموذج التحليلي المبني على الصراع اللاشعوري كسبب وحيد للاضطرابات النفسية والنفسجسدية إلا أن ارتباط التكتم ببعض الاضطرابات مثل القهم والإدمان يعود بنا إلى العمليات النفسية وآلياتها الدينامية.

يعتبر التحليليون التكتم سمة تكشف عن تفكير حداثي factual thinking أو عملياتي بسبب إخفاق في ترميز الصراعات واستحالة تشكيل صورة هوائية للجسد، ويتميز الاقتصاد النرجسي لدى المتكتمين بنقص في مفهوم الذات، وكبت للعدوانية والعواطف بشكل عام مما يؤدي في حالات كثيرة إلى اكتئاب أساسي essential depression لا تظهر فيه أعراض الاكتئاب الانفعالية ويزيد استعداد المريض للإصابة بالأمراض النفسجسدية (Jeammet، 2000). أما التكتم كحالة فسيبه الخوف من الإصابة بمرض عضوي خطير أو بسبب عوامل كارية، ويعتبر التكتم حينها آلية دفاعية تركز على الرفض والإنكار لتجنب الشخص الخبرة الانفعالية المؤلمة في مواقف الضعف.

وقد أشرنا من قبل إلى مساهمة مدرسة باريس وبالخصوص Sami Ali حيث أكدت أن المفهوم التقليدي للعرض العصابي (قلق ← كبت ← فشل الكبت ← عودة المكبوت ) لا يمكنه تفسير الجسدية حيث يركز سامي على مفهوم الأداء و الموقف الصراعى و الردب (fonctionnement situation conflictuelle, impasse,) فحيث ينجح الكبت تقع المشكلة و لا يجد الإنسان مخرجا إلا في جسده على شكل أمراض عضوية أو جسدية .

### 4. الدراسات السابقة :

نظرا لكثرة الدراسات التي تناولت التكتم فإننا سنقتصر على الدراسات ذات العلاقة بمتغيرات دراستنا

### 4 . 1. علاقة التكتم بالاكتئاب :

تناول Olivier و صحبه علاقة التكتم بالاكتئاب و لاحظ أن اغلب الدراسات جعلت التكتم أحد مضاعفات الاكتئاب و ليس سمة من سمات الشخصية و شملت عينتهم 146 شخصا مكثبا و استعملوا في قياس التكتم TAS-20 و HRSD مع قياس قبلي و بعدي ( بعد 14 أسبوعا) مضافا إلى العلاج الكيميائي بمضادات الاكتئاب و دلت النتائج على أن التغيرات في درجات TAS لا تفسرها درجات HRSD أي أن التكتم سمة من سمات الشخصية منفصلة عن الاكتئاب (Olivier، 2001). أما دراسة Kelly فهدف إلى التعرف على الفروق بين الإناث و الذكور في التكتم و علاقة ذلك بالاستجابة

الاكتئابية و شملت العينة 172 فردا حسب اختيار عشوائي من جامعات بريطانية 67 % من الإناث و تم إرسال أدوات القياس بالبريد الجامعي وتمثلت في BDI و TAS و RDAQ والذي تم بناؤه من اجل الدراسة و دلت النتائج على ارتباط درجات التكتم بالاكتئاب و أن الذكور اكثر تكتما من الإناث كما ارتبطت الاستجابة الاكتئابية بالجنس حيث تلجأ الإناث إلى طلب الرعاية اكثر من الذكور (Keely 2000)؛ أما دراسة Marchesic (2000) في بارما بإيطاليا فهدفت إلى الدراسة العلاقة بين التكتم و القلق و الاكتئاب و شملت العينة 113 مكتتبا و استعملت عينه ضابطة من الأسوياء و تم تطبيق TAS و HRSD إضافة إلى اشتراط خصائص DSMIV و دلت النتائج على ارتفاع درجات المكتتبين و الفلقين على TAS مقارنة بالعينة الضابطة كما دلت الدراسة العملية لكل من TAS و HRSD على استقلال كل من بُعدي الاكتئاب و التكتم. أما دراسة Hintikka فهدفت إلى استكشاف العلاقة بين التكتم و الاكتئاب في المجتمع العاموشملت 1888 فردا واستعملت TAS و BDI وتوصلت إلى أن هناك ارتباط بين التكتم و الاكتئاب و هي دراسة تفوق سابقتها بحجم عينتها و التحليل العملي الدقيق الذي انتهجته (Hintikka، 2001).

#### 4. 2 . علاقة التكتم بالجسدية :

هدفت دراسة Cornelis (2000) إلى استكشاف العلاقة بين التكتم و الجسدية أو الأعراض المبهمة في التعريف الإجرائي للدراسة و علاقتهما بالاكتئاب و القلق و شملت العينة 321 مريضا في عيادة ليدن الجامعية بألمانيا ما بين جانفي و أوت 1998 أي خلال 8 اشهر و تم انتقاء 169 فردا ممن يعانون من الجسدية حسب تعريف الدراسة و طبق الباحث TAS و WI و HRSD و أثبتت النتائج أن لدى المجسدين اضطرابات نفسية اكثر من غيرهم لكنهم لم يكونوا اكثر تكتما. وهذه الدراسة من الدراسات القليلة التي لم تؤكد العلاقة الارتباطية بين الجسدية و التكتم عكس ما نفترضه في دراستنا الحالية. أما دراسة Bach (1995) التتبعية في جامعة فينيا فهدفت إلى دراسة أهمية التكتم كمؤشر في اضطراب الجسدية و شملت العينة 30 مريضا تتحقق فيهم شروط DSMIII-R للاضطرابات الجسدية somataform disorders مع استعمال المقابلة العيادية، كما أجاب المفحوصون على TAS ثم أعيد الفحص بعد عامين وتم إثبات الفرضية الأساسية و هي أن التكتم مؤشر هام على الجسدية حيث أظهرالمجسدون المزمنون درجات مرتفعة على TAS قبل وبعد عامين و رغم صغر العينة في هذه الدراسة فإننا نستأنس بها في فرضيتنا أن التكتم له علاقة ارتباطية بالجسدية .

#### 4 . 3 . التكتم و علاقته ببعض المتغيرات الأخرى:

تعتبر دراسة Margarete Posse (2002) من أهم الدراسات المعمقة التي هدفت إلى دراسة التكتم في أطروحتها للدكتوراه في علم النفس و الموسومة بـ"التكتم: الخلفيات و النتائج" كمحاولة لفهم التكتم و انتشاره لدى مراجعي عيادات الرعاية الأولية و تحديد المتغيرات و المؤشرات المتعلقة به و شملت عينتها 1450 مريضا أجابوا على بطارية من الاختبارات بما فيها TAS و تم انتقاء 1170 شخصا ممن اعتبروا مجسدين ليواصلوا الدراسة وتم قياس الاكتئاب لديهم و أكدت النتائج شيوع التكتم في

20 % من مراجعي الرعاية الأولية و ارتبط التكتم بالتقدم في السن و انخفاض المستوى الاقتصادي و التعليمي و بالذكورة وبالقلق على البدن و الإرهاق النفسي و أشارت الدراسة إلى أن الذين يعانون من الاكتئاب المقنع كانت درجاتهم أعلى على TAS من غيرهم (Posse،2002) .

أما دراسة NKam (1997) فهذفت إلى استكشاف التكتم لدى عينة من الفصاميين ووجدت أن 83% منهم يعانون من التكتم و هو ما دلت عليه دراسات أخرى كثيرة من أن التكتم شائع لدى المرضى النفسيين (Nicom،1997). أما في دراسة Wise في مستشفى Fairfax بفرجينيا و التي حاولت استكشاف العلاقة بين التكتم كما يقيسه TAS و عوامل الشخصية الخمسة (Big Five) كما يقيسه FFI فشملت 114 مريضا داخليا مقارنة بواحد و سبعين من الأسوياء ووجدت الدراسة أن أهم عامل يرتبط بالتكتم هو العصابية و اعتبرت التكتم عاملا مستقلا عن العوامل الخمسة الأخرى (Wise،1992). و أكدت دراسات أخرى على علاقة التكتم بكل من الذكاء الانفعالي و مركز الضبط الخارجي .

إن تفحص الدراسات السابقة التي تناولت التكتم تؤكد انه مفهوم مركب ذو أهمية كبيرة في مجال الصحة النفسية و الأمراض النفسجسدية و حتى العضوية و نلاحظ أيضا غياب الدراسات العربية و الجزائرية في هذا المجال مما يحتم علينا تناولاً جدياً لأبحاث الانفعالات و دورها في الصحة و المرض وهو ما تنبته له الدراسة الحالية.

#### 5. المفهوم الإجرائي للتكتم:

التكتم هو فقر في التعبير الانفعالي وعجز في التعرف على الانفعالات والمشاعر أو التعبير عنها ونقصد به في دراستنا التكتم كما يقيسه مقياس تورنتو للتكتم (TAS -20).

# الفصل الخامس: قلق الموت

## Death anxiety

مقدمة

1- تعريف

2- قياس قلق الموت

3- نظريات قلق الموت

4- قلق الموت وعلاقته بالصحة

5- الدراسات السابقة

6- المفهوم الإجرائي لقلق الموت

## مقدمة:

لا شك أن الموت هو أكبر حقائق الوجود المشهود، ولا شك في أن " كل نفس ذائقة الموت " <sup>1</sup> وأن أمل الإنسان بالخلود لا يلبث أن يتحطم على صخرة اليقين رغم خوفنا وهروبنا " أينما تكونوا يدرككم الموت. " <sup>2</sup>

رغم بدهة تلك الحقيقة إلا أن دراسة الموت والخوف منه والقلق المترتب عنه لم يحض بالاهتمام المطلوب في علم النفس الغربي، ويؤكد العلامة Templer أنه في منتصف الستينات كان موضوع الموت محرماً ليس فقط على الجمهور العام ولكن أيضاً عند العلماء السلوكيين والعاملين في مهنة الصحة النفسية (عبد الخالق، 1987).

وربما تعود هذه المفارقة إلى طبيعة الثقافة الغربية في القرن العشرين ومعاداتها لكل ماله صلة بعالم الروح أو المعتقدات الدينية إضافة إلى النفور الشخصي لدى الباحثين والمفحوصين من موضوع الموت، وقد خبر الباحثون منذ أعمال Kubler Ross الرائدة في نهاية الستينات وكذلك أبحاث Templer وصحبه، وحتى السنوات الخيرة من القرن الماضي هذا التجهم ورفض الكثير من المرضى والأصحاء الاستجابة لهذه البحوث. وقد لاحظنا خلال دراستنا هذه حالة الاضطراب التي تعترى بعض المفحوصين عند الوصول إلى الإجابة على مقياس قلق الموت (DAS).

لقد بدأت دراسات الموت في الستينات من القرن الماضي، فأنشئت مجلة Omega (1969)، ثم دورية دراسة الموت (1977) و قبل ذلك مجلة علم الموت Thanatology ، ومجلة الروح Essence، ومجلة تعلم الموت Death Education . ويعرف Kastanbaum علم الموت Thanatology بأنه " علم دراسة الحياة التي تغادرها بالموت " (صالح، 1999).

ويعد علم الموت اليوم اختصاصاً محترماً في الجامعات ومعاهد علم النفس، برز فيه متخصصون على مستوى رفيع من الكفاءة المهنية أمثال Kastanbaum و Kalish و Falton و Wass وقبلهم Kubler-Ross. أما في العالم العربي، فيعتبر الأستاذ الدكتور أحمد محمد عبد الخالق أستاذ علم النفس في جامعة الكويت من أبرز الباحثين في موضوع الموت.

إن قلق الموت خاصية إنسانية حيث يرى Fifel أن العلاقة بين علم النفس و الموت علاقة طبيعية، فالموت قوة مشكلة للسلوك الإنساني منذ بداية التاريخ وعلى عكس الحيوانات فإن الإنسان هو الكائن الوحيد الذي تشغله قضية موته وموت الآخرين. إن أساس الأمراض النفسية والنفسجسدية له علاقة مباشرة بعقدة الخوف من الموت حيث يرى Mayer أن الخوف من الموت هو أساس العصاب و هو كذلك أساس الذهان عند Bekker، أما ميلاني كلاين فترى أن قلق الموت هو أساس كل قلق، ومع أن التحليل النفسي بُني على نظرية فرويد في الصراع بين غرائز الموت وغرائز الحياة فإن التحليليين المعاصرين يتكرونها بشكل ملفت لأهمية قلق الموت في نشوء المرض النفسي (Neimyer، 1994).

<sup>1</sup> سورة آل عمران، الآية 195.

<sup>2</sup> سورة النساء، الآية 78.

ويركز القرآن الكريم على مفهوم الموت ويغمر المسلم بذكره في كل حين ليعيش حقيقة هامة وهي أن خلوده يكمن في فنائه وان التكيف النفسي مع حقيقة الموت هو الطريق الملكي للصحة النفسية، إذ لا يعرف الحياة من لا يعرف الموت عكس ما ذهب إليه أبو حامد الغزالي من أنه " لا يعرف الموت من لا يعرف الحياة" ( الغزالي، 1986).

لقد عالجت المدرسة الإسلامية الخوف من الموت، بطريقة فريدة حيث يرى ابن مسكوية أن أسباب الخوف من الموت هي:

أ- عدم معرفة حقيقة الموت.

ب- عدم معرفة أين تصير النفس بعد الموت.

ج- الظن بأن البدن ينحل ويبطل تركيبه في حين يبقى الوجود قائماً.

د- الظن بأن للموت ألماً عظيماً غير ألم الأمراض.

هـ - الاعتقاد بأنه ستحل به عقوبة بعد الموت.

و- الحيرة وعدم المعرفة على أي شيء يقدم بعد الموت.

ز - الأسف على ما خلفه.

وهي نفس الاسباب التي بلورها الباحثون في قلق الموت في مفهوم الخبرات المتعلقة بالموت الشخصي.

ونسق الموت هو الواجهة المتعددة التي يقدمها المجتمع متوسطة علاقتنا بالفناء وتتضمن أناساً لهم أدوار واهتمامات متصلة بالموت مثل حفاري القبور والقائمين على الجنائز ورموز الحداد والعزاء ورعاية المحتضر والتضامن الاجتماعي في حالات الحداد(احمد عبد الخالق، 1998).

### 1. تعريف:

أصبح قلق الموت مفهوماً مركزياً في علم النفس في السنوات الأخيرة، ويعرفه علماء الطب النفسي بأنه " ارتقاب شر أو توقع خطر أو سوء حظ في المستقبل يصاحبه شعور بعدم الارتياح أو الأعراض الجسمية للتوتر وقد يكون مركز الخطر داخلياً أو خارجياً" ( عبد الخالق، 1998). وهو انفعال واستجابة وحافز وسمة وحالة إضافة إلى كونه زملة من الأعراض السريرية وهناك قلق عام شامل يتخلل الشخصية في مجموعها كما أن هناك قلق نوعي محدد بمجال معين كقلق الامتحان وقلق الموت.

يعرف Templer قلق الموت أنه " حالة انفعالية غير سارة يعجل بها تأمل الفرد في وفاته هو ". ويعرفه عبد الخالق بأنه " نوع خاص من القلق العام يشير إلى حالة انفعالية مكدره ومشاعر شك وعجز وضيق تتركز حول كل ما يتصل بالموت أو الاحتضار لدى الشخص نفسه أو ذويه ومن الممكن أن تثير أحداث الحياة هذه الحالة الانفعالية غير السارة وترفع من درجتها" (عبد الخالق، 1998).

أما مكونات قلق الموت، أو العوامل الرئيسية المشكلة لخبرة الخوف فهي:

1- الخوف من الاحتضار.

2- الخوف مما سيحدث بعد الموت.

3- الخوف من توقف الحياة.

أما ليستر فيميز بين جوانب أربعة للخوف من الموت هي:

1- الخوف من موت الذات.

2- الخوف من احتضار الذات.

3- الخوف من موت الآخرين.

4- الخوف من احتضار الآخرين.

ولقد وضع Templer مقياس قلق الموت على أساس افتراض الجوانب التالية كمساهمة في هذا القلق: عملية الاحتضار، الموت بوصفه حقيقة مطلقة ونهائية، الجثث، الدفن. كما أكد على مفهوم آخر لا يقل أهمية عن قلق الموت هو اكتئاب الموت death depression، واستحدث له مقياسا سنة 1990 وكان الأساس المنطقي لهذا المفهوم هو:

أ- ارتباط الاكتئاب بالموت.

ب- الاكتئاب هو المرحلة الرابعة في مراحل الاحتضار حسب Kubler- Ross.

ج- الملاحظة العيادية تؤكد وجود عنصر قوي من الاكتئاب في عملية الموت.

د- تأكيد اريكسون في نظريته للنمو على أن الأشخاص الذين يفتقدون الشعور بتكامل الأنا ego

integrity في المرحلة النهائية لحياتهم ينظرون لأنفسهم على أنهم فاشلون ويائسون.

هـ - تأكيد المدرسة الوجودية على اليأس وانتفاء المعنى في موت الإنسان.

ويرتبط قلق الموت بالاكتئاب عموما في كل الدراسات العالمية والعربية، وقد أضاف احمد عبد

الخالق مساهمة هامة في حقل بحوث الموتوهي دراسته عن وسواس الموت death obsession(عبد

الخالق، 1998)واعتمد الأساس المنطقي لهذا المفهوم على:

أ- أن هناك علاقة متبادلة بين الموت والوسواس أي أن هناك عنصرا وسواسيا في الموت.

ب- يعد الموت موضوعا من مواضع الوسواس.

وضرب مثلا بثلاثة كتاب عالميين كانوا يعانون من وسواس الموت وهم فرانز كافكا، وفيرجينيا

وولف، و سيزار مافيز. ويعرف عبد الخالق وسواس الموت بأنه " أفكار متكررة مستمرة يقوم الفرد

باجترارها أو تخيلات تقتحم العقل وتتركز حول موت الفرد أو الآخرين المهمين بالنسبة له ( عبد الخالق،

1999).

## 2. قياس قلق الموت:

يقاس قلق الموت باستعمال وسائل متعددة منها المقابلة العيادية والاستخبارات والطرق

الفيزيولوجية؛ وتعتبر الاختبارات الموضوعية هي الأكثر استعمالا رغم أن بعض الباحثين يضعون

علامات استفهام حول قدرة هذه الاختبارات على الإحاطة بمفهوم الموت وقياسه ويرى بشاي أن قلق

الموت مفهوم غامض فهل هو الخوف من اليوم الآخر؟ أم الخوف من الزمان؟ وهل يتعلق بمفهوم

الإنسان والوجود ذاتهما أم لا ؟ وهل للفروق الثقافية والحضارية دور أساسي تم تجاهله في أغلب الدراسات والمقاييس ؟ ( بشاي، 1998).

إن أهم مقاييس قلق الموت المتاحة حالياً يمكن تلخيصها في الجدول التالي:

### الجدول: 1. أهم مقاييس قلق الموت (عبد الخالق، 1986)

المقياس	خصائصه
مقياس " كوليت ليستر " للقلق من الموت	يهدف إلى التمييز بين الخوف من الموت والخوف من الاحتضار لدى الشخص أو عند الآخرين مكون من أربعة مقاييس فرعية تشتمل على 36 بنداً يجاب عنها بصيغة ليكرت وقد ترجمه للعربية أحمد عبد الخالق.
مقياس قلق الموت	وضعه تملبر سنة 1970، والصيغة المصححة مكونة من 15 بنداً، عربه احمد عبد الخالق؛ وهو المستعمل في دراستنا هذه.
مقياس الانشغال بالموت	وضعه ديكستين عام 1972، يشمل 30 عبارة، يجاب عنها ببدائل أربعة متغيرة.
مقياس " ليستر " للاتجاه نحو الموت	وضعه ليستر عام 1974 يتكون من 21 عبارة ويقصد بالموت موت الشخص ذاته.
المقياس المتعدد الأبعاد للقلق من الموت	وضعه هولتر عام 1979 على أساس أنه مقياس عاملي يشمل على 8 أبعاد للقلق من الموت.
المقياس العربي لقلق الموت	وضعه عبد الخالق، وهو مكون في أصله من 88 بنداً، تم اختصاره إلى 20 بنداً في 1996، يجاب عليه بصيغة ليكرت عكس النسخة المطولة ( لا / نعم).

### 3. نظريات قلق الموت:

إن النظرة إلى الموت تختلف اختلافاً كبيراً من مجتمع لآخر حسب عوامل متعددة ثقافية وتاريخية وحضارية، بل وتختلف من فرد لآخر تبعاً لموقف الشخص ومنطقه ودوافعه، كما يعتمد على متغيرات أخرى مثل السن و الجنس و الصحة النفسية والجسدية والمستوى التعليمي.



لخص ليستر (عبد الوهاب، 2000) ثلاثة مفاهيم للموت كما يراها الراشدون وهي:

1- الموت كوسيلة لتحقيق أهداف معينة أو إشباع من المحيط مثل ما يحدث في حالات التهديد أو الانتحار.

2- الموت بوصفه انتقالاً إلى حياة أخرى قد تكون رهيبة أو رائعة مجيدة.

3- الموت بوصفه نهاية نتوقها.

وتختلف المدارس في نظرها للموت والقلق النابع منه حسب مداخلها النظرية، ويبدأ أغلب الباحثين بالمدرسة الوجودية كونها احتفت بخبرات الفرد ومعنى الوجود والعدمية والفناء.

### 1.3. الوجودية وقلق الموت:

يري مارتن هايدجر في كتابه " الوجود والزمن" أن الموت تهديد بعدم الوجود ولكن من ناحية أخرى فإن التحقق من عدم الوجود في المستقبل يعد شرطاً مسبقاً لفهمنا الكامل لحياتنا بل وشرطاً مسبقاً لتحرير أنفسنا من القلق فالموت إذن أساس حرية الفرد.

أما جون بول سارتر فيرى الموت عدماً وفناء يمنع الإنسان من تحقيق إمكاناته، إن الموت يحدث داخل النفس فيخفف ويختزل من وجود الفرد حتى يجعله عدماً. لقد كان من نتائج هذه النظرية تمركز الموت والخوف منه في قلب الثقافة الأوروبية لكن من جهة أخرى أدت إلى تخلخل كبير في البناء النفسي للفرد والجماعة لأنها لم تقدم بديلاً لنظرية اللامعنى.

### 2. نظريات الذات والبحث عن المعنى:

أكد كل من ماسلو وروجرز في نظرية تحقيق الذات أن الأفراد يملكون دافعية لتحقيق أهدافهم الكامنة وقد وجد ماسلو أن الأشخاص الذين يتقبلون ذواتهم ينخفض لديهم قلق الموت.

إن مفاهيم الشعور بالتهديد threat والقلق تنبني على نموذج روجرز في دراسته للقيم وعلاقتها بالنظرة الإيجابية للذات وعليه فإن الشخص يتجنب ويخاف الموت لأنه يحط من قيمة الذات ولذلك يلجأ الفرد إلى آليات الدفاع لحماية ذاته عن طريق الإدراك الانتقائي وتشويه الخبرات أو الإنكار.

أما نظريات البحث عن المعنى search for menaniny theory والتي يمثلها Antonowski و Frankel و Taylor فتؤكد على علاقة الفرد بماضيه وعلى التمثلات الذهنية لمعنى الذات ومعنى الوجود المحيط بنا أو بمعنى آخر على مفهوم النظام الكوني ومكانتنا فيه والغرض من حياتنا حيث تؤدي الأحداث الكاربية إلى تغيير في هذا النظام المعرفي ثم إلى ظهور قلق الموت كما في حالات الإصابة بالأمراض المهددة للحياة كالسرطان ( Neimyer، 1996).

### 3.3. النظرية الدينامية وقلق الموت:

تركز النظرية التحليلية على آلية الرفض والإنكار كوسيلة لحماية الأنا من القلق المترتب عن الوعي بفناء الذات؛ ورغم أن فرويد لم يتعرض لقلق الموت بالتفصيل إلا أن رانك وبراون تعرضا له بدقة أكثر؛ وحسب وجهة نظرهما فإن المستويات العالية الواعية من قلق الموت تدل على فشل آليات الدفاع في حماية الأنا ولذلك يعتبر أن كبت القلق من الموت حالة صحية. وفي إطار المبادئ التحليلية دائماً

طور Snyder مفهوم حماية الذات self protection عن طريق الوهم illusion أو الانخداع بالخلود لمقاومة اليقين بالفناء. كذا نظرية Templer أونظرية العاملين two factors theory ومفادها أن درجة قلق الموت يحددها عاملان هما:

1- حالة الصحة النفسية عموماً.

2- خبرات الحياة المتصلة بموضوع الموت.

يفترض Templer أن العامل الأول يمثل قلق الموت في مفهومه الضيق في حين يمثل العامل الثاني الخوف من الموت. وتعتمد النظرية أساساً على مفاهيم الصراع وآليات الدفاع وفي حالة عجز هذه الآليات وعودة المكبوت يظهر العصاب والذهان لذلك ترتفع درجة قلق الموت بازدياد الاضطراب النفسي أي أن قلق الموت أصلاً هو استجابة تكيفية غير ملائمة (Neimyer، 1996).

وهناك نظريات أخرى حاولت مقارنة قلق الموت مثل نظرية تسيير الرعب terror management theory لروزنبلات وصحبه وكذلك نظرية أوهام ضبط الذات illusion of self control التي طورها Taylor وصحبه والتي تركز على آلية الإنكار حيث ينسج الفرد حول ذاته معتقدات خيالية خادعة عن علاقته بالمستقبل وبالفناء والخلود لا تلبث أن تتحطم على صخرة الواقع ومهما كانت هذه الأوهام فإن تفككها يؤدي إلى قلق الموت.

#### 4. قلق الموت وعلاقته بالصحة:

لا شك أن القلق على الصحة هو احد أنواع القلق العام، ويرتبط ارتباطاً موجباً بقلق الموت الذي يزداد لدى المرضى الذين يعانون من أمراض عضوية. إن المرض أو الخوف منه يعود أساساً إلى الخوف من الموت حيث ترتبط في ذهن المريض حتمية العلاقة بين المرض والموت بتوقف القلب عن النبض أو توقف الكلى أو الجهاز التنفسي وغيره، كما يؤدي المرض إلى تشوه صورة الذات وإعاقة الفرد عن إشباع حاجاته مما يزيد من قلقه وتوتره (عبد الوهاب، 2000).

لقد أوضحت دراسة Paul (1983) وجود علاقة دالة وموجبة بين قلق الموت وكل من مرض السكري والتهاب المفاصل، وأوضحت دراسة جيزل (1982) وجود علاقة بين قلق الموت وارتفاع ضغط الدم كما توصل Cesar (1984) إلى علاقة دالة وموجبة بين الربو وقلق الموت. وقد أثبتت دراسات كثيرة (Harrier، 1978، Patel، 1980، Janel، 1982) علاقة السرطان بقلق الموت، عكس ما أشار إليه عبد الخالق في الثمانينات (عبد الخالق، 1987).

وأكدت ماجدة خميس في دراسة على عينة طبقية من مائتي مريض يعانون من السكري أو ارتفاع الضغط الدموي أو التهاب المفاصل أو قرحة معدية ووجدت أن هناك علاقة موجبة بين قلق الموت وهذه الأمراض (ماجدة، 1995). ويلخص Kastanbaum نتائج البحوث التي أجريت على قلق الموت فيما يلي:

1- الراشدون الذين استمدت عيناتهم من مجتمع لدى أفرادهم صحة جسمية ونفسية يحصلون على درجات منخفضة في قلق الموت.

- 2- تميل الإناث إلى الحصول على درجات أعلى في قلق الموت من الذكور.
- 3- يميل الصغار إلى الحصول على درجات أعلى في قلق الموت من الكبار.
- 4- يرتفع قلق الموت لدى المرضى النفسيين والعقليين عموماً.

وتجدر الملاحظة هنا إلى أن قلق الموت الذي نقصده في دراستنا هو القلق الذي نخبره يومياً في حياتنا العادية وليس قلق الموت المتعلق بالاحتضار فهو إذن مرتبط بمفهوم "سلامة الذات".

#### 5. الدراسات السابقة:

سوف نقتصر في هذا الفصل على تلخيص الدراسات السابقة التي لها علاقة بمتغيرات الدراسة كما فعلنا في الفصول السابقة.

#### 1.5. قلق الموت والصحة:

إضافة إلى الدراسات المذكورة سابقاً، فهناك دراسات أخرى استكشفت العلاقة بين قلق الموت والصحة منها دراسة Nigam و Synha على عينة من 50 مصاباً بالسرطان في مرحله الأخيرة مقارنة بعينة ضابطة من مرضى الكسور والرضوض وقد حصل مرضى السرطان على درجات عالية على مقياس قلق الموت.

ودرس إحسان وسورنج قلق الموت قبل الإجهاض وبعده لدى إناث متزوجات باستعمال TAS وأظهرت النسوة قلقاً مرتفعاً قبل الإجهاض ومنخفضاً بعده؛ كما درست مایسة احمد النیال الفروق في كل من حالة القلق وقلق الموت قبل إجراء العملية الجراحية وبعدها على عينة من 23 مريضاً من الذكور مستعملة مقياس حالة القلق لسبيلبيرجر و TAS وتم إجراء قياس قبلي وبعدي وأسفرت النتائج على فروق دالة.

#### 2.5. قلق الموت والإكتئاب:

يؤكد عبد الخالق أن الخوف من الموت مرتبط بمشاعر الإكتئاب وهو ما أشار إليه Midelton منذ 1936 على أن أفكار الشخص المتصلة بموته تصاحب عادة فترات الإكتئاب ( عبد الخالق، 1987). وأجرى Templer دراسة لتحديد الارتباط بين مقياس الإكتئاب في ال MMPI وقلق الموت واكتشفت علاقة جوهرية بينهما؛ وفي دراسة أخرى طبق مقياس Zung للتقدير الذاتي للإكتئاب لدى 21 مريضاً كانوا يعالجون من الاكتئاب حيث تناقص الإكتئاب وقلق الموت بعد العلاج مما يعني أنهما يتغيران معاً.

ويعتقد عبد الخالق أن الاعتماد على الدرجات المرتفعة لقلق الموت للتنبؤ بالاكتئاب يعد دليلاً لا يعتمد عليه نظراً للعلاقة العكسية غير أن ذلك يتعارض مع نظرية العاملين لTempler.

ونشير هنا إلى الدراسات الإسرائيلية التي تناولت قلق الموت ومتعلقاته وهي دراسات عديدة ومعقدة مثل دراسة Rofé و Levih (1960) و Barot (1982)، و Neiman و Stiner (1982) وكذلك دراسة Stouffer (1995) وغيرهم وهي دراسات تدل على مدى وعي الإسرائيليين بأهمية التكيف السوي مع تحديات الصراع مع المسلمين ( عيد، 1993).

أما دراسة محمد إبراهيم عيد، فقد هدفت إلى استكشاف قلق الموت وعلاقته ببعض المتغيرات النفسية لدى الشباب السعودي بعد حرب الخليج الثانية، وشملت 45 طالبا جامعيًا طبق عليهم مقياس قلق الموت من إعداد الباحث نفسه وقائمة الأعراض لديروجيتس، وقد أكدت النتائج علاقة قلق الموت بالجسدية والوسواس القهري والقلق والعدوان والاكنتاب ( عيد، 1993).

### 5. 3. قلق الموت وعلاقته بالسن:

أما الدراسات التي تناولت قلق الموت وعلاقته بالسن، فهناك دراسة Lester (1967) التي أشارت إلى أن قلق الموت يزداد بالتقدم في العمر؛ أما دراسة Templer (1971) فلم تجد فروقا تذكر بين الموت والعمر، وهو ما أثبتته دراسة Kastanbaum (1977)، وإن كان يؤكد على عكس ذلك حديثا كما اشرنا إليه من قبل.

أما في الدراسات العربية فيؤكد عبد الخالق (1987) أن التقدم في السن أو الانتشغال بالعمر يمكن أن يثير قلق يرتبط أساسا بالموت؛ وكشفت دراسة حافظ وعبد الخالق (1988) أن قلق الموت يرتفع لدى المراهقين والموظفين مقارنة مع المسنين.

### 5. 4. قلق الموت وعلاقته بالجنس:

تناولت دراسات عديدة الفروق الجنسية في قلق الموت مثل دراسات احمد عبد الخالق 1987 و وجدت أن الإناث أكثر قلقا من الذكور حسب المقياس العربي لقلق الموت. أما دراسة ميدلتون (1967) على طلاب الجامعة فوجدت أن 73 % من الإناث يفكرن في الموت في مقابل 25 % من الذكور وقد أعاد ليستر (1970) دراسة ميدلتون على عينة من 488 من الإناث و 337 من الذكور وأثبت العكس أي أن الذكور أكثر قلقا من الموت مقارنة بالإناث؛ أما دراسة Loo (1989) على عينة من 43 طالبا و 45 طالبة فقد وجدت أن الفروق بين الجنسين في قلق الموت غير دالة (عبد الحميد، 1990).

كما أشارت دراسات أخرى إلى أن الذكور أكثر قلقا من الإناث مثل دراسة Keller وصحبه (1984) التي شملت 874 مفحوصا تراوحت أعمارهم ما بين 17 إلى 87 سنة وأشارت إلى أن الذكور أكثر قلقا مقارنة بالإناث.

إن خلاصة هذه الدراسات هي أن هناك تضارب في طبيعة العلاقة بين الجنس وقلق الموت وربما يعود ذلك لطبيعة العينة ولعدم ضبط المتغيرات الوسيطة.

ويبدو التعارض في الدراسات المتعلقة بقلق الموت وعلاقته بالسن والجنس واضحا، مما قد يشير إلى تعقد مفهوم قلق الموت، وعلى أنه مركب متغير تحكمه عوامل متعددة في الزمان والمكان والمواقف. ونؤكد أننا لم نعثر - في حدود بحثنا - عن دراسات ربطت بين قلق الموت والجسدية سواء في الدراسات الأجنبية أو العربية، وكذا دراسات شملت متغيرات الدراسة الحالية لدى المجسدين مما يؤكد أهمية البحث الحالي.

## 6. المفهوم الإجرائي لقلق الموت:

وهو الخوف المتعلق بالتفكير في الموت الذاتي أو موت الآخرين وكذلك في الموضوعات المتعلقة بالموت مثل الفناء، وتحلل الجسم والعقاب الأخروي وغيرها. ونقصد به في بحثنا هذا قلق الموت كما يقيسه اختبار قلق الموت DAS في صيغته المختصرة؛ وهو متغير بُعدي.

## الجزء الثاني: الدراسة الميدانية

## الفصل السادس: إجراءات البحث

- 1- المنهج
- 2- العينة
- 3- الأدوات
- 4- خطوات البحث
- 5- ظروف البحث
- 6- الأساليب الإحصائية

## 1. المنهج:

يرتبط منهج الدراسة بطبيعة موضوعها وأهداف البحث وإمكانيات الباحث والوقت المحدد للدراسة. وبما أن هذا البحث استكشافي يهدف إلى استطلاع خصائص عينة من المترددين على عيادات الفحص في الطب العام، فإننا اخترنا المنهج الوصفي لملاءمته لهدف البحث؛ ويقوم الباحث حسب هذا المنهج بتجميع المعلومات الدقيقة عن الظاهرة موضوع الدراسة ثم تصنيفها وتحليلها وتفسيرها بغية الوصول إلى العلاقات والتأثيرات التي تحكم هذه الظاهرة ( جابر، 1984).

وحيث أننا استعملنا أربعة مقاييس للتأكد من فروض الدراسة كان علينا أن نقوم بدراسة استطلاعية لنطمئن على الخصائص السيكمترية لهذه المقاييس حيث طبقناها على عينة من طلاب الجامعة للتأكد من صدقها وثباتها.

تم قمنا بتتبع المجسدين في عيادات الطب العام مدة 5 أسابيع وطبقنا على كل مفحوص 4 اختبارات، إضافة إلى المقابلة مع الطبيب، حيث تم انتقاء 72 شخصا من المجسدين على أساس خصائص Kroenke وهي أن تظهر على المريض:

- ثلاثة أعراض جسمية تنتمي إلى ثلاثة أجهزة عضوية مختلفة.

- أن تزيد مدة الإزمان عن عامين على الأقل دون أن يثبت الفحص الطبي والتحليل المخبرية أي علاقة لهذه الأعراض بمرض معين. وبعد تفريغ النتائج تمت معالجتها إحصائيا بالأدوات المناسبة ثم عرضت النتائج ومناقشتها.

## 2. العينة :

تعتبر المعاينة من أهم خطوات البحث في العلوم الإنسانية، وتدل أخطاؤها على هشاشة التصميم البحثي، مما يؤدي إلى عدم الاطمئنان لنتائج الدراسة. ويلجأ الباحثون عادة إلى المعاينة العشوائية، غير أن مشكلة البحث وأهدافه الرئيسية تضطر الباحث إلى المعاينة المقصودة لاستكشاف سمة أو علاقة في فئة معينة من المفحوصين تحمل الصفات المطلوبة من طرف الباحث .

وللحصول على عينة من المجسدين في عيادات الطب العام ممن يعانون من اضطرابات نفسية أستعمل الباحث أداتين وهما خصائص Kroenke لتشخيص الجسدنة ثم استبيان الصحة العامة (GHQ) لانتقاء المجسدنين المضطربين نفسيا. وتم ذلك حسب المراحل الآتية:

### 2. 1. اختيار العيادات الطبية :

تم تقسيم مدينة ورقلة إجرائيا إلى مناطق حسب التوزيع السكاني وتوفر عيادات الطب العام (الخاصة والعمومية). ووقع الاختيار على العيادات العمومية التالية:

- عيادة سيدي بلعباس.
- عيادة سكرة.
- عيادة الرويسات.
- عيادة المخادمة.



إضافة إلى عيادتين تابعتين لشركات وطنية مثل:

- عيادة شركة سونطراك قرب القصر القديم.

- عيادة شركة سونلغاز بالمديرية العامة.

كذلك العيادات التابعة للأحياء الجامعية مثل:

- عيادة معهد اللغات سابقا.

- العيادة الرئيسية للجامعة (المركز الجامعي سابقا).

ولأن فئة عريضة من المواطنين يفضلون التوجه إلى الاستجالات الطبية لمستشفى محمد بوضياف تم ضمها إلى العيادات العمومية.

أما بالنسبة للعيادات الخاصة، فقد تم اختيار 10 عيادات تم انتقاؤها على أساس كثرة المفحوصين المتوجهين إليها (أكثر من 10 أفراد يوميا في المتوسط) وكذلك توزعها على المناطق السكانية.

## 2.2. اختيار الأفراد:

خلال مدة الدراسة من 23.03.2003 إلى غاية 30.04.2003، تم فحص جميع المرضى الذين توجهوا لهذه العيادات لاكتشاف الجسدة، أي ما لا يقل عن ألفي مريض. وبعد الفحص الطبي والمقابلة التي يقوم الطبيب العام، تم انتقاء المرضى الذين توفرت فيهم شروط تشخيص الجسدة ثم طبقت عليهم الاختبارات الأربعة وهي GHQ، BDI، TAS، DAS .

ولأن استبيان الصحة العامة (GHQ) ،استعمل في الدراسة كاختبار انتقائي ،فإن الذين تحصلوا على أقل من ثلاث درجات (> 3) على هذا المقياس تم استبعادهم من العينة لأن هدف المعاينة الرئيسي هو الحصول على عينة من المجسدين الذين يعانون من اضطرابات نفسية . وهكذا تم الحصول على عينة الدراسة التي تمثلت في 72 مجسدا.

## 2.3. خصائص العينة:

### 2.3.1. الزمنية:

تم الحصول على العينة في فترة خمسة أسابيع امتدت من 23.03.2003 إلى 30.04.2003 ونؤكد على تزامن هذا البحث مع حدثين قد تكون لهما علاقة مباشرة من وجهة نظر الباحث بتواجد المجسدين في عيادات الطب العام:

- الأول هو اضطراب السيولة النقدية في البنوك في هذه الفترة مما أثر على إمكانية توجه المرضى إلى عيادات الفحص لأسباب اقتصادية بحتة.

- أما الحدث الثاني فهو الحرب العدوانية على العراق مما أجبر الكثير من المرضى على البقاء في منازلهم خاصة وأن المجسدين حسب المفهوم الإجرائي للدراسة الحالية لا يعانون من اضطراب عضوي أو مرض بدني بقدر ما يعانون من اضطرابات نفسية، ويعتقد الباحث أنهم شغلوا بالحرب عن معاناتهم بصفة مؤقتة.

## 2. 3. 2. المكانية:

تتكون العينة من 72 فردا من سكان مدينة ورقلة، ينتمون إلى أهم المناطق السكانية. ويعترف الباحث بأن هناك مناطق لم يتم تمثيلها بطريقة جيدة مثل سعيد عتبة والشط وعين البيضاء ومنطقة حي النصر الجديدة. ولكن عذر الباحث في ذلك هو أن أغلب هذه المناطق لا تضم عيادات طبية عامة ما عدا العيادة العمومية لعين البيضاء وكذلك بسبب إمكانيات البحث والوقت المحدد للدراسة. ويتمنى الباحث توسيع الدراسة الحالية لتشمل سكان المدينة أو الولاية في المستقبل.

## 2. 3. 3. من حيث العمر:

شملت العينة مجموعة 16 فردا من الذكور و 56 فردا من الإناث، حيث تراوح المدى العمري من 17 إلى 63 سنة، امتد عمر الذكور من 18 إلى 63 سنة وعمر الإناث من 18 إلى 56 سنة، وكان متوسط العينة العمري هو  $34.4 (\pm 11)$ .

ولأن الجسدنة اضطراب يظهر أساسا قبل سن الثلاثين، ارتأينا تقسيم متغير العمر إلى فئتين حسب الجدول التالي:

الجدول:2. خصائص العينة حسب السن

المجموع	السن	
	أقل من ثلاثين سنة ( $30 >$ )	أكبر أو يساوي ثلاثين سنة ( $30 \leq$ )
72	26	46
%100	%36	%64

## 2. 3. 4. من حيث الجنس:

شملت العينة 16 من الذكور و 56 من الإناث، وكان التوزيع حسب الجدول التالي:

الجدول:3. خصائص العينة حسب الجنس

المجموع	الجنس	
	إناث	ذكور
72	56	16
%100	%78	% 22

ويلاحظ أن نسبة الإناث تفوق الذكور بأكثر من ثلاثة أضعاف، وهو ما كان متوقعا حسب الدراسات السابقة حيث نعتبر أن أكثر من 80 % من المجسدين من الإناث.

### 2.3.5. من حيث المستوى الدراسي:

بما أن أغلب متغيرات الدراسة تتعلق بمفهوم الصحة والمرض، وصورة الجسم رأينا تقسيم المستوى التعليمي إجرائيا إلى مستويين:

- **المستوى الأول:** ويشمل الأميين والأميات وكذلك المتعلمين والمتعلمات إلى السنة الرابعة متوسط.

- **المستوى الثاني:** الأفراد الذين لا يقل مستواهم عن السنة الأولى ثانوي .

ذلك أن طلاب المرحلة الثانوية وما بعدها يتحصلون على معلومات كافية عن بيولوجيا الجسم وتكوينه إضافة إلى خبرة المراقبة وما بعدها في التعرف على الخبرات الجسدية وأهميتها.

ويبين الجدول التالي خصائص العينة من حيث مستوى التعليم:

الجدول:4. خصائص العينة حسب المستوى التعليمي

المجموع	المستوى التعليمي	
	السنة الأولى ثانوي على الأقل	الرابعة متوسط على الأكثر
72	28	44
%100	%39	% 61

ويلاحظ على العينة أن أغلب أفرادها من الأميين أو الذين تحصلوا على مستوى تعليمي منخفض، وتجدر الإشارة إلى أن أغلب أفراد العينة (70 %) ممن ينتمون إلى المستوى الأول تجاوز متوسط سنهم 37 سنة أي أنهم تركوا مقاعد الدراسة (للذين وصلوا إلى الرابعة متوسط) منذ 22 سنة، وهي مدة قد تكون كافية لنسيان المعلومات القليلة عن الجسم ووظائفه.

### 3. الأدوات:

استعمل الباحث في الدراسة الحالية 5 أدوات لاختبار فروض الدراسة وهي:

- 1- المقابلة العيادية لانتقاء المجسدين حسب شروط Kroenke.
  - 2- استبيان الصحة العامة (GHQ) لانتقاء المجسدين الذين يعانون من اضطرابات نفسية.
  - 3- مقياس "بيك" للإكتئاب (BDI): لدراسة شيوع الاكتئاب لدى المجسدين.
  - 4- مقياس تورنتو (TAS): لدراسة مدى شيوع التكتم لدى المجسدين.
  - 5- مقياس قلق الموت (DAS): لدراسة مدى شيوع قلق الموت لدى المجسدين.
- وفي حدود علم الباحث، فإن الـ GHQ، و TAS يستعملان لأول مرة على عينات جزائرية.

### 3. 1. شروط Kroenke لتشخيص الجسدة:

يختلف الباحثون في تعريف الجسدة كما فصلنا ذلك في مفاهيم البحث، ونظرا للاختلاف الكبير بين مقاييس الجسدة فضلنا استعمال طريقة Kroenke وهي مستمدة من التصنيفات الدولية، لكنها أكثر ملاءمة للتطبيقات العيادية بالنسبة للأطباء العامين، كما أنها مختصرة وصالحة في البحوث المقارنة عبر الحضرية. استنتج Kroenke هذه الشروط من دراسات متعددة أهمها دراسته المسحية (ACAP) التي شملت 13000 شخصا من المجتمع العام وتم تحليل الأعراض التي يعانون منها، كما اقترح مصلح الاضطراب الجسماني المتعدد (MSD) multisomatoform disorder كمعادل للاضطراب الجسماني غير المميز في DSMIV وتمت مقارنة هذه الطريقة بالطرق الأخرى المستعملة في تشخيص الجسدة في بحوث عالمية مقارنة. وتشخص الجسدة حسب هذه الطريقة باعتماد شرطين أساسيين هما:

1- وجود ثلاثة أعراض بدنية على الأقل، تعزى إلى ثلاثة أجهزة مختلفة مثل الجهاز التنفسي أو القلبي أو العصبي أو العضلي... الخ.

2- إزمان هذه الأعراض لمدة عامين على الأقل دون سبب عضوي، وقد لاحظنا أن هذه الطريقة وسط بين الاختبارات الطويلة وبين اعتبار كل الأعراض التي يعاني منها المريض جسدة. وقد تمت المقابلات في مكتب الطبيب الذي يقوم بنفسه بفحص المريض والتأكد من وجود هذين الشرطين.

### 3. 2. استبيان الصحة العامة (GHQ) . General Health Questionnaire

وضعه Goldberg سنة 1972 وكانت الصيغة الأصلية من 60 بندا تم ظهرت صيغ مختصرة مثل GHQ30 و GHQ28 و GHQ12 وهذه الصيغة الأخيرة هي المستعملة في دراستنا، ولقد ترجم هذا المقياس إلى أكثر من 38 لغة وأثبت صلاحيته للاستخدام في البحوث المقارنة في ثقافات مختلفة، ويمتاز بملاءمته للتطبيقات العيادية الطبية.

إن الأساس النظري لهذا الاستبيان يركز على الترتيب الهرمي للاضطرابات النفسية حيث تشمل قاعدة الهرم اضطرابات المزاج الشائعة بما فيها التعبير عن المعانات النفسية في شكل أعراض جسدية والتغير الواضح في السلوك الاجتماعي وتشمل القمة الأمراض النفسية المميزة كالذهانات وغيرها.

كان الهدف الأساسي من وراء وضع الـ GHQ، هو التمييز بين المرضى النفسيين والأسوياء غير أن الصيغ المطولة احتوت بنودا لا تلائم حالات الجسدة حيث ارتفعت درجات بعض المجسدين على هذه البنود رغم أنهم لا يعانون من اضطرابات نفسية وعليه تم حذف هذه البنود، خاصة في الصيغة المختصرة GHQ12، ولذلك فضلنا استعمالها في هذه الدراسة، كوننا نهدف أساسا إلى التمييز بين حالات الجسدة في غياب الاضطراب كما رأينا في فصل الجسدة، وبين حالات الجسدة في وجود الاضطراب النفسي لأن التعبير بالأعراض البدنية شائع في اضطرابات أخرى كما رأينا في فصل الجسدة.

تمت ترجمة هذا المقياس من الفرنسية<sup>1</sup> حسب ترجمة Bettchart وزملائه ويتكون المقياس من 15 بندا على شكل أسئلة يجاب عنها بطريقة ليكرت، (أفضل من العادة، كالعادة، أقل من العادة بقليل، أقل من العادة بكثير).

ورغم أن ثبات وصدق الاختبار عاليان، حيث أكدت أكثر من 50 دراسة عالمية الخصائص السيكومترية الجيدة للمقياس، فضلنا في دراستنا هذه تطبيق المقياس على عينة استطلاعية جزائية لقياس صدقه وثباته. وتمثلت العينة في 65 طالبا وطالبة من جامعة ورقلة<sup>2</sup>، وأعيد تطبيق المقياس بعد أسبوعين من التطبيق الأول وتم قياس ثباته بين التطبيقين، حيث كان معامل الارتباط  $r = 0.83$  وهو ارتباط دال وموجب مما يدل على ثبات المقياس. وتم قياس الصدق عن طريق المقارنة الطرفية وكان الفرق دالا بين المتوسطين (ت = 10.76) عند مستوى 0.01 مما يدل على صدق الاستبيان. وهكذا تم التأكد من صدق وثبات استبيان الصحة العامة وملاءمته للتطبيق في الدراسة الأساسية كما هو في الملحق رقم (1).

### 3.3. قائمة "بيك" المختصرة للإكتئاب Beck Depression Inventory : BDI.13

هناك مقاييس كثيرة للاكتئاب، لكن أهمها في الدراسات النفسية وأكثرها شيوعا، أربعة هي: مقياس Beck للاكتئاب (BDI)، ومقياس تقدير الاكتئاب لهاميلتون (HRSD)، ومقياس التقدير الذاتي للاكتئاب (SDS) والمقياس الفرعي للاكتئاب في MMPI.

لكن أغلب الباحثين يفضلون ال BDI، حيث أجريت عليه أكثر من 1000 دراسة على مدى أربعين عاما وترجم إلى أغلب اللغات العالمية كما طبق في مجتمعات مختلفة.

أما في العربية فله ترجمات عديدة أهمها ترجمة غريب عبد الفتاح، وأفضل منها ترجمة أحمد عبد الخالق، لكننا عثرنا عليها متأخرة مما حال دون استعمالها في هذه الدراسة. ظهرت الصيغة الأصلية للقائمة سنة 1961 على يد Beck وزملائه، وتحتوي 21 بندا، ثم ظهرت الصيغة المختصرة بعد ذلك سنة 1971 وتحتوي 13 بندا ويضم كل بند أربعة بدائل يختار المفحوص واحدا منها وتصحح حسب صيغة ليكرت. إن الدرجات من صفر إلى سبعة تدل على عدم وجود اكتئاب مرضي ومن 8 إلى 16 تدل على الاكتئاب المتوسط ومن 17 إلى 39 على اكتئاب شديد.

وتتفق الدراسات التي أجريت على مقياس Beck في استخراج ثلاثة عوامل ترتبط ببعضها وتعكس الاضطرابات المعرفية والوجدانية والأدائية والجسدية (Clark، 1993). وأكدت هذه النتيجة دراسات Byrne في كندا (1993) و Larssa (1995) في السويد و Baron (1996) في البرتغال، في حين استخلص رشاد موسى (1985) أربعة عوامل لقائمة بيك على عينات مصرية هي: التشاؤم، والحزن والتردد والإحساس بالفشل والأرق.

<sup>1</sup> - ترجمه كاديك جمال ، مدرس بقسم اللغات الأجنبية بجامعة ورقلة.

<sup>2</sup> - السنة الثالثة علم النفس المدرسي والثانية علوم التربية لسنة 2002\*2003.

وتعتبر الصيغة المختصرة (BDI.13) أكثر استعمالاً من طرف الأطباء والمهنيين في الصحة العامة؛ وتقيس الأبعاد التالية: الشعور بالحزن و التشاؤم و الاحساس بالفشل وعدم الرضى عن الذات و الشعور بالذنب، كره الذات، الأفكار الانتحارية، والانسحاب الاجتماعي، التردد وعدم الحسم والانشغال بالمظهر، والإعاقة في العمل والإحساس بالتعب وفقدان الشهية. ورغم أن المقياس تم تطبيقه على عينات جزئية، وأظهر صدقاً وثباتاً مرتفعين إلا أننا فضلنا إدراجه في الدراسة الاستطلاعية، مع الأدوات الأربعة الأخرى. وأظهرت المقارنة الطرفية فروقا دالة بين المتوسطات ( ت = 9.15 ) عند مستوى 0.01، مما يدل على صدقه، وأما الثبات فتم قياسه عن طريق إعادة الاختبار، وكان معامل الارتباط ( ر = 0.84 ) مرتفعاً مما يدل على ثباته. وهكذا تم الاطمئنان على الخصائص السيكومترية لقائمة Beck وصلاحها للتطبيق في الدراسة الأساسية كما هي في الملحق رقم(2).

### 3.4. مقياس تورنتو للتكتم: ( Toronto Alexithymic Scale (TAS

منذ ظهور مفهوم التكتم Alexithymia ، على يد سيفنيوس في بداية السبعينات، والباحثون يسعون لإنشاء مقاييس تحوي العوامل الرئيسية المكونة له. إن أغلب المقاييس التي كانت موجودة مع بداية الثمانينات وهي ( SSPS و RSSP و MMPI-AS )، كانت مضطربة في صدقها وثباتها لذلك لجأ Taylor و صحبه سنة 1985 إلى إنشاء مقياس التكتم الذي تضمن 26 بنداً في صيغته الأصلية و تشمل العوامل الأربعة التالية:

- العامل I: عدم القدرة على التمييز بين الإحساسات الجسدية والعواطف.
- العامل II: عدم القدرة على التعبير عن الانفعالات أو وصفها.
- العامل III: فقر في أحلام اليقظة ( عدم القدرة على التخيل).
- العامل IV: التفكير العملياتي المحدود بالأحداث اليومية.

غير أن دراسات كثيرة أكدت أن العامل III المتمثل في أحلام اليقظة يؤثر على صدق المقياس، وعليه أعاد Taylor وزملاؤه ( 1992 ) دراسة خصائص المقياس بعد حذف البنود المتعلقة بهذا العامل، وأصبح المقياس بعشرين بنداً ( TAS -20 )؛ يجيب المفحوص عنها حسب سلم ليكرت. ويعتبر كل من تحصل على 60 أو أكثر متكتماً. لقد أظهرت دراسة Taylor و Bagby ( 1986 ) ودراسة Kauhneun ( 1992 ) صدق وثبات المقياس.

وتجدر الملاحظة إلى الصعوبات التي تلقيناها في العثور على هذا المقياس حيث دام البحث ثلاثة أشهر وقد تحصلنا عليه بفضل العلامة Graeme Taylor من جامعة تورنتو بكندا ومعه الدراسات السابقة التي تناولت صدق وثبات الاختبار.

تمت ترجمة الاختبار إلى العربية من أصله الإنجليزي<sup>3</sup>، كما تمت ترجمة الصيغة الإسبانية للمقياس إلى العربية<sup>4</sup> ومقارنة الترجمات ببعضها، إضافة إلى الترجمة من الفرنسية، ولاحظنا تطابقا يكاد يكون تاما بين الترجمات وعليه اخترنا الصيغة الحالية المستعملة في الدراسة كما هو مبين في الملحق رقم (3). وللتأكد من صدق وثبات المقياس، تم تطبيقه على نفس العينة الاستطلاعية التي طبقت عليها المقاييس الأخرى، وكان الفرق بين المتوسطين في المقارنة الطرفية دال (ت = 15.23) عند مستوى 0.01. أما معامل الارتباط بين التطبيق الأول والثاني فكان  $r = 0.58$ ، وهو مقبول بمقارنته بمعامل الارتباط الجدولي. وعليه تم التأكد من صدق وثبات الاختبار وقبوله في الدراسة الأساسية.

### 3. 5. مقياس قلق الموت (DAS): Death Anxiety Scale

هذا المقياس من وضع Donald Templer ككتويج لرسالته للدكتوراه في علم النفس سنة 1967؛ حيث قام بوضع أربعين بنداً يتصل بجوانب تتعلق بخبرات الموت مثل عملية الاحتضار والموت بوصفه حقيقة مطلقة والجثث والدفن وتم تطبيقه على عينات مرضية تعاني من أمراض نفسية مقارنة بعينة من الأسوياء من طلاب الجامعة، وكانت النتيجة بعد مراحل الصياغة الإبقاء على 15 بنداً وهي الصيغة النهائية للمقياس. وتعني درجة الصفر عدم وجود قلق الموت لدى المفحوص وكلما اقترب من الدرجة القصوى دل ذلك على ارتفاع قلق الموت لديه (عبد الخالق، 1987).

قام Templer بمقياس صدق وثبات الاختبار بطرق عديدة، منها استعمال المحاكاة كاختبار بويار للخوف من الموت ومقياس Taylor للقلق الصريح ومقياس ولش للقلق وغيرها، كما جرت دراسات عاملية كثيرة جداً لمقياس Templer، و استخرجت 05 عوامل هي:

1- الخوف من الموت الشخصي.

2- الانشغال بالأم الموت لوقت طويل.

3- الاقتراب الذاتي من الموت.

4- المخاوف المرتبطة بالموت.

5- الأفكار المختلفة عن الموت.

كما استخرج وارن ثلاثة عوامل هي:

1- قلق الموت الخالص.

2- التفكير في الموت والحديث عنه.

3- الألم والعمليات.

وأهم الدراسات التي تناولت المقياس هي دراسة لونيتو وصحبه بإيرلندا (عبد الخالق، 1998)

ووجدت 4 عوامل هي:

<sup>3</sup> - ترجمه شوقي نور الدين، مدرس بقسم اللغات الأجنبية بجامعة ورقلة.

<sup>4</sup> - ترجمه الأستاذ الدكتور عبد الرحمن الوافي، مدرس بقسم علم النفس بجامعة الجزائر.

1- الانشغال المعرفي الانفعالي: ويتكون من الخوف من الاحتضار والقلق عند مناقشة موضوع الموت أو التفكير في الحياة بعد الموت.

2- الهموم المتصلة بالتغيرات الجسدية: وتشمل الخوف من العمليات الجراحية ورؤية الجثث.

3- الهموم المتصلة بالضغط والآلام بما فيها الخوف من الموت المؤلم والإصابة بالسرطان أو النوبة القلبية والخوف من الحرب.

4- الوعي بمرور الزمن: ويضم الضيق من الإحساس بمرور الوقت وقصر الحياة.

ترجم هذا المقياس إلى أغلب لغات العالم، وأكدت الأبحاث صدقه وثباته كما أن هناك دراسات عربية تناولته منها دراسات أحمد عبد الخالق المستفيضة على عينات مصرية وكويتية ولبنانية وسورية.

وقد استعملنا في هذه الدراسة الصيغة التي ترجمها أحمد عبد الخالق، كما في الملحق رقم(4).

وللتأكد من صدق وثبات المقياس، طبقناه على عينة استطلاعية مع مجموعة المقاييس الأخرى للدراسة. وصل معامل الارتباط بطريقة إعادة الاختبار إلى 0.66 وهو مرتفع قياساً إلى الشاهد المجدول مما يدل على ثباته، وأما الصدق فعن طريق المقارنة الطرفية ووصلت قيمة (ت) للفروق بين المتوسطين إلى 11.84 وهي دالة عند 0.01 مما يدل على ثبات الاختبار.

#### 4. خطوات البحث:

تمت هذه الدراسة على مرحلتين:

1- الدراسة الاستطلاعية: وهدفت إلى التأكد من الخصائص السيكومترية للمقاييس وبدأت من 2003.01.20 إلى 2003.02.06.

2- الدراسة الأساسية: حيث تم الحصول على العينة وتطبيق المقاييس، تم تفرغ النتائج ومعالجتها احصائياً، ثم عرضها ومناقشتها.

#### 4.1. الدراسة الاستطلاعية:

إن من أهداف البحث الأساسية في علم النفس إنشاء اختبارات ومقاييس صالحة للتطبيق في بيئة الدراسة ومراعية لخصوصيات العينة، وفي غياب المقاييس والاختبارات المقننة على عينات جزائرية، يضطر الباحث إلى استعمال مقاييس جاهزة وعليه لا بد من دراسة ملاءمتها لعينة دراسته، ورغم أن قائمة Beck للاكتئاب تم تطبيقها ودرستها على عينات جزائرية إلا أن مقياس التكتم وقلق الموت واستبيان الصحة العامة، لم تتم دراسة خصائصهم السيكومترية، ويعتقد الباحث أن كلا من مقياس التكتم (TAS) واستبيان الصحة العامة (GHQ)، تم تطبيقها لأول مرة في حدود علمنا- على عينات جزائرية.

شملت العينة الاستطلاعية 65 طالبا وطالبة من جامعة ورقلة، تم تطبيق الاختبارات الأربعة ( DAS، TAS، TBDI، GHQ ) عليهم بطريقة جماعية، ثم أعيد التطبيق بعد أسبوعين.



#### 4. 1. 1. نتائج الدراسة الاستطلاعية:

أ) صدق المقاييس:

استعملنا المقارنة الطرفية في قياس الصدق وتم اختبار الفرق بين المتوسطات بواسطة اختبار (ت)، فكانت النتائج كما في الجدول الآتي:

الجدول:5.نتائج المقارنة الطرفية لاختبار صدق المقاييس

الدلالة	درجة الحرية	قيمة ( ت )	اختبار ( ت ) المقياس
0.01	40	10.76	GHQ
0.01	40	9.15	BDI
0.01	40	15.23	TAS
0.01	40	11.84	DAS

ويتضح من الجدول أن الفروق بين المتوسطات دالة بدرجة كبيرة مما يدل على صدق المقاييس.

ب) ثبات المقاييس:

تم قياسه بطريقة إعادة الاختبار، ثم حساب معاملات الارتباط بين التطبيق الأول والثاني، ويلخص الجدول التالي هذه النتائج:

الجدول:6. الارتباط بين التطبيق الأول والثاني لقياس الثبات

DAS 2-1	TAS 2-1	BDI 2-1	GHQ 2-1	المقياس معامل الارتباط
0.66	0.58	0.84	0.83	ر

وهي معاملات ارتباط مرتفعة مقارنة بالشواهد المجدولة، وعليه يمكن اعتبار المقاييس ثابتة في حدود العينة.

#### 4. 2. الدراسة الأساسية:

امتدت على فترة 5 أسابيع، طبق فيها الباحث المقاييس الأربعة بعد انتقاء المجسدين بطريقة Kroenke بنفسه وبمساعدة الأطباء العاملين في العيادات المختارة، في جلسات فردية، وتم فحص أكثر من ألفي مريض تقريبا للحصول على العينة الحالية.

وتعتبر المقاييس ذاتية الإجابة يستطيع المفحوص أن يجيب عنها بنفسه، غير أن 61 % من العينة كان مستواهم التعليمي منخفضا مما اضطر الأطباء إلى طرح الأسئلة على المفحوص وتسجيل إجاباتهم. وكان الباحث قد أعد صيغا من المقاييس باللغة العربية الدارجة تسهيلا على بعض المفحوصين الأميين.

تم استبعاد كل مفحوص مجسدن تحصل على أقل من ثلاث درجات على مقياس GHQ؛ وهكذا تكونت العينة النهائية من 72 فردا، تم تطبيق الاختبارات الثلاثة الباقية (BDI، TAS، DAS) عليهم، تم تفرغ النتائج ودراستها إحصائيا، وأخيرا عرض ومناقشة النتائج.

#### 5. ظروف البحث:

لقد تم هذا البحث في ظروف صعبة أهمها:

- صعوبة تتبع المجسدين في عيادات الطب العام المتناثرة في الأحياء الشعبية.
- صعوبة إقناع المفحوصين بالمشاركة في البحث، خاصة أن أغلبهم أميون.
- صعوبة تطبيق أربعة مقاييس في نفس الجلسة.
- تزامن البحث مع اضطراب التموين البنكي مما أثر على مقدرة المرضى لطلب الفحص.
- تزامن البحث مع الحرب العدوانية على العراق مما جعل اغلب المجسدين يمكثون في بيوتهم بسبب انشغالهم عن معاناتهم النفسية.

#### 5. الأساليب الإحصائية:

استعمل الباحث في معالجة النتائج الأساليب الإحصائية التالية:

- 1- النسبة المئوية: لإثبات الفرضية العامة.
- 2- اختبار(ت): لقياس الفروق بين المتوسطات المحسوبة والنظرية حسب عينات المقاييس لكونها تصنيفية، ما عدا DAS حيث اعتبر المتوسط هو المرجع.
- 3- اختبار (ت) لقياس دلالة الفروق بين المتوسطات.
- 3- معاملات الارتباط: لقياس ثبات الاختبارات وكذلك لقياس ارتباط المتغيرات الأساسية للبحث على عينة المجسدين.

4- المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لحساب دلالة الفروق باستعمال اختبار (ت).

5- تمت المعالجة الإحصائية ببرنامج SPSS.9.0<sup>5</sup>.

<sup>5</sup> - قام بالمعالجة الإحصائية فوزي شعوي، مدرس بقسم التسيير بكلية الاقتصاد والعلوم القانونية بجامعة ورقلة.

## الفصل السابع : عرض النتائج

## - نتائج الدراسة:

في بداية عرضنا للنتائج نذكر بفرضيات الدراسة وهي:

1. نتوقع أن يكون المجسدون مكتئبين و متكتمين ومصابين بقلق الموت.
2. هناك علاقة بين الاكتئاب و التكتم وقلق الموت لدى المجسدنين.
3. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في كل من الاكتئاب و التكتم و قلق الموت لدى المجسدنين باختلاف السن.
4. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في كل من الاكتئاب و التكتم و قلق الموت لدى المجسدنين باختلاف الجنس.
5. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في كل من الاكتئاب و التكتم و قلق الموت لدى المجسدنين باختلاف المستوى التعليمي.

وبعد تفريغ درجات المفحوصين على المقاييس المستعملة ومعالجة النتائج إحصائيا بالأدوات المناسبة، تم

الحصول على النتائج التالية، مرتبة حسب الفرضيات:

### 1. الاكتئاب والتكتم وقلق الموت لدى المجسدنين:

#### 1.1. الاكتئاب لدى المجسدنين:

لقياس مدى شيوع الاكتئاب لدى المجسدنين استعملنا النسبة المئوية، واختبار (ت) لدراسة الفروق

بين متوسط العينة في الاكتئاب ومتوسط نظري.

الجدول:7. يبين النسبة المئوية لدرجات الاكتئاب لدى المجسدنين

الدلالة حسب المقياس	التمثيل العددي في العينة ن = 72	النسبة المئوية لدى المجسدنين	سلم الدرجات على مقياس BDI
اكتئاب عادي	8	11.1	7 - 0
اكتئاب متوسط	40	55.6	15 - 8
اكتئاب شديد	24	33.3	39 - 16

ويتضح من الجدول أن ما يقارب 89% من المجسدنين يعانون من الاكتئاب وأن ثلث العينة يعاني

من اكتئاب شديد.

وللتأكد من أن متوسط العينة على مقياس الاكتئاب له دلالة إحصائية بالنسبة للمتوسط النظري للمقياس لتشخيص الاضطراب الاكتئابي، طبقنا اختبار (ت)، وأعطى النتائج التالية:

**الجدول:8. يبين نتائج اختبار(ت) للفرق بين المتوسطين في الاكتئاب**

المتوسط النظري	متوسط العينة	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	الدلالة	د ح
8	14	7.25	7.01	دال عند 0.01	70

ويتضح من الجدول أن قيمة (ت) دالة إحصائياً أي أن الفرق بين المتوسطين دال، ويعتبر متوسط العينة في الاكتئاب مرتفع.

**2.1. التكتم لدى المجسدين:**

**الجدول:9. يبين النسب المئوية للمتكتمين وغير المتكتمين من المجسدين**

سلم الدرجات على مقياس TAS-20	التمثيل العددي في العينة ن = 72	النسبة المئوية لدى المجسدين	الدلالة حسب المقياس
59 - 0	18	25	غير متكتمين
100 - 60	54	75	متكتمون

ويتضح من الجدول أن 75% متكتمون، وأن 25% لم يتجاوزوا درجة 60 وهي المعتبرة بالنسبة لتشخيص التكتم.

وللتأكد من أن متوسط العينة على مقياس TAS، يفوق المتوسط النظري لتشخيص التكتم طبقنا اختبار (ت) لقياس دلالة الفروق.

الجدول:10. يبين نتائج اختبار ( ت ) لدلالة الفروق في التكتم لدى المجسدين

وينتضح

من الجدول	الدلالة د ح = 70	قيمة (ت)	الانحراف المعياري	متوسط العينة على مقياس TAS	المتوسط النظري
أن الفرق بين	دال عند 0.01	4.66	9.32	65.08	60

المتوسطين دال إحصائيا عند 0.01 .

3.1. قلق الموت لدى المجسدين:

الجدول:11. يبين النسب المئوية للمصابين بقلق الموت من المجسدين.

الدلالة حسب المقياس	النسبة المئوية لدى المصابين بقلق الموت	التمثيل العددي في العينة ن = 72	سلم الدرجات على مقياس DAS
قلق الموت منخفض	22.2	16	6 - 0
قلق الموت مرتفع	77.8	56	15 - 7

أي أن ما يقارب 78% من المجسدين لديهم قلق موت مرتفع. وللتأكد من دلالة الفروق بين

المتوسطات، قمنا بحساب قيمة ( ت ) بين المتوسط النظري ومتوسط العينة ( 8.76 ).

الجدول:12. يبين نتائج اختبار ( ت ) في الفرق بين المتوسطين في قلق الموت

الدلالة	قيمة (ت)	الانحراف المعياري	متوسط العينة على مقياس DAS	المتوسط النظري
دال عند 0.01	4.88	3.12	8.76	7

أي أن الفرق بين المتوسطين دال عند 0.01 ، وعليه فإن متوسط العينة في قلق الموت بشروط مقياس تمبلر

يعد مرتفعا.

## 2. العلاقة بين الاكتئاب والتكتم وقلق الموت لدى المجسدين:

### 1.2. العلاقة بين الاكتئاب والتكتم:

من اجل استكشاف العلاقة الارتباطية بين الاكتئاب والتكتم، قمنا بحساب معامل الارتباط، حيث وصل إلى 0.47 وهو دال عند مستوى 0.01 ، مما يدل على ارتباط الاكتئاب بالتكتم إيجابا.

### 2.2. العلاقة بين الاكتئاب وقلق الموت:

وصل معامل الارتباط بين الاكتئاب وقلق الموت إلى 0.118 و هو غير دال أي أن الارتباط بين الاكتئاب وقلق الموت ضعيف لا يرقى إلى درجة الدلالة الإحصائية سواء عند مستوى 0.01 أو 0.05، أي ليس هناك علاقة بين درجات BDI و درجات DAS.

### 3.2. العلاقة بين التكتم وقلق الموت:

وصل معامل الارتباط بين درجات المفحوصين على TAS ودرجاتهم على DAS إلى 0.271، وهو دال عند مستوى 0.05 أي أن هناك علاقة بين التكتم وقلق الموت لدى المجسدين.

ويمكننا تلخيص الارتباط بين المتغيرات الثلاثة وهي: الاكتئاب والتكتم وقلق الموت لدى المجسدين

في الجدول التالي:

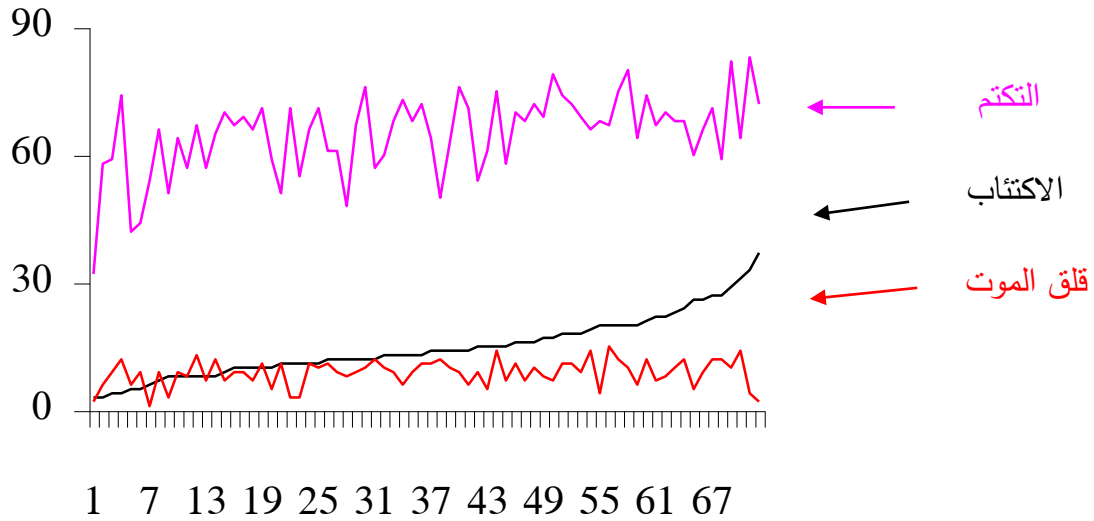
الجدول:13. معاملات الارتباط بين متغيرات الدراسة

المتغيرات	قلق الموت	التكتم	الاكتئاب
الاكتئاب	0.118*	***0.471	1
التكتم	**0.271	1	***0.471
قلق الموت	1	**0.271	0.118*

\*\*\*: دال إحصائيا عند 0.01    \*\*: دال إحصائيا عند 0.05    \*: غير دال إحصائيا

ولنستبين التفاعل بين هذه المتغيرات الثلاثة لدى المجسدين فضلنا تمثيل النتائج بيانيا كما في الشكل

التالي:



الشكل: 3. العلاقة البيانية بين الاكتئاب والتكتم وقلق الموت.

### 1.3. الفروق في الاكتئاب بين المجسدين باختلاف السن:

يعتبر سن الثلاثين متوسطا عمريا ذا أهمية بالنسبة لاضطراب الجسدة حيث تظهر قبل هذا السن لكن صورة الجسم تتأثر بعوامل مختلفة قبل وبعد سن الثلاثين خاصة لدى الإناث، وعليه تم تقسيم متغير السن إلى فئتين هما:

- المجسدون صغار السن، الذين تقل أعمارهم عن ثلاثين سنة.
  - المجسدون كبار السن، الذين بلغوا الثلاثين سنة أو أكثر.
- ثم درسنا الفروق بين متوسطي الفئتين في الاكتئاب.

الجدول:14. يبين الفروق في الاكتئاب بين المجسدين صغار السن والمجسدين كبار السن.

الفئات العمرية	التمثيل العددي في العينة ن = 72	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	الدلالة
أقل من 30 سنة	26	14.19	7.33	0.5	غير دال
30 سنة أو أكبر	46	15.21	7.26		

ويتضح من الجدول أن الفروق في الاكتئاب بين المجسدين صغار السن والمجسدين كبار السن غير دالة إحصائيا.



### 2.3. لفروق في التكتم بين المجسدين باختلاف السن:

الجدول:15. يبين الفروق في التكتم بين المجسدين صغار السن وبين المجسدين كبار السن

الدلالة	قيمة ( ت )	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	التمثيل العددي في العينة ن = 72	الفئات العمرية
غير دال	0.63	10.34	64.1	26	أقل من 30 سنة
		8.76	65.6	46	30 سنة أو اكبر

و يتضح من الجدول أن الفروق في التكتم بين المجسدين لا تختلف باختلاف السن.

### 2.3. الفروق في قلق الموت بين المجسدين صغار السن وكبار السن:

الجدول:16. يبين الفروق في قلق الموت لدى المجسدين باختلاف السن.

الدلالة	قيمة ( ت )	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	التمثيل العددي في العينة ن = 72	الفئات العمرية
غير دال	0.69	3.06	8.42	26	أقل من 30 سنة
		3.17	8.95	46	30 سنة أو اكبر

ويتضح من الجدول أن الفروق في قلق الموت بين المجسدين صغار السن وكبار السن غير دال إحصائياً.

### 4. الفروق بين المجسدين في الاكتئاب والتكتم وقلق الموت باختلاف الجنسين:

#### 1.4. الفروق بين المجسدين في الاكتئاب باختلاف الجنس:

تم حساب متوسطات كل من الذكور والإناث على مقياس الاكتئاب ومقارنة الفروق باختبار (ت).

الجدول رقم: 17. يبين الفرق في الاكتئاب بين المجسدين من الذكور و الإناث.

الجنس	التمثيل العددي في العينة ن = 72	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ( ت )	الدلالة د ح = 70
ذكور	16	13.18	4.96	1.03	غير دال
إناث	56	15.32	7.75		

إن الفرق في الاكتئاب بين المجسدين من الذكور والمجسدين من الإناث غير دالة إحصائياً.

2.4. الفرق بين المجسدين في التكتم باختلاف الجنس:

الجدول: 18. يبين الفرق في التكتم بين المجسدين والمجسدين.

الجنس	التمثيل العددي في العينة ن = 72	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ( ت )	الدلالة د ح = 70
ذكور	16	61.25	10.31	1.89	غير دال
إناث	56	66.17	8.81		

يتضح من الجدول أن الفرق في التكتم بين المجسدين والمجسدين غير دالة إحصائياً.

3.4. الفرق بين المجسدين والمجسدين في قلق الموت.

الجدول: 19. يبين الفرق في قلق الموت بين المجسدين والمجسدين

الجنس	التمثيل العددي في العينة ن = 72	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ( ت )	الدلالة د ح = 70
ذكور	16	9.31	3.60	0.79	غير دال
إناث	56	8.60	2.98		

يتضح من الجدول أن الفروق في قلق الموت غير دالة إحصائياً، فلا تختلف درجة قلق الموت باختلاف الجنس.

#### 5. الفروق بين المجسدين في الاكتئاب والتكتم وقلق الموت باختلاف المستوى التعليمي:

تم تقسيم المستوى التعليمي إجرائياً إلى مستويين: مستوى تعليمي منخفض ومستوى تعليمي مرتفع، كما رأينا في فصل إجراءات البحث.

#### 1.5. الفروق بين المجسدين في الاكتئاب باختلاف المستوى التعليمي.

الجدول:20. يبين الفروق في الاكتئاب بين المجسدين ذوي المستوى التعليمي المنخفض والمجسدين

ذوي المستوى التعليمي المرتفع

المستوى التعليمي	التمثيل العددي في العينة ن = 72	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ( ت )	الدلالة
أقل أو يساوي السنة الرابعة متوسط	44	15.97	8.07	0.5	غير دال
لا يقل عن السنة الأولى ثانوي	28	13.07	5.40		

وبيين الجدول انه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الاكتئاب بين المجسدين ذوي المستوى

التعليمي المنخفض والمجسدين ذوي المستوى التعليمي المرتفع.

#### 2.5. الفروق بين المجسدين في التكتم باختلاف المستوى التعليمي:

الجدول:21. يبين الفروق بين المجسدين في التكتم باختلاف المستوى التعليمي.

الدالة	قيمة (ت)	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	التمثيل العددي في العينة ن = 72	المستوى التعليمي
غير دال	0.06	10.23	65.02	44	أقل أو يساوي السنة الرابعة متوسط
		7.86	65.17	28	لا يقل عن السنة الأولى ثانوي

ويتضح من الجدول أن الفروق غير دالة إحصائياً لا توجد فروق بين المجسدين في التكتم باختلاف المستوى التعليمي.

### 3.5. الفروق بين المجسدين في قلق الموت باختلاف المستوى التعليمي:

الجدول: 22. يبين الفروق بين المجسدين في قلق الموت باختلاف المستوى التعليمي

الدالة	قيمة (ت)	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	التمثيل العددي في العينة ن = 72	المستوى التعليمي
غير دال	1.33	3.54	8.4	44	أقل أو يساوي السنة الرابعة متوسط
		2.26	9.32	28	لا يقل عن السنة الأولى ثانوي

يتضح من الجدول أن الفروق في قلق الموت بين المجسدين لا تتأثر باختلاف مستوى التعليم.

وفي ختام عرضنا لنتائج البحث نشير إلى أننا قمنا بدراسة معمقة للفروق بين أفراد العينة بالنسبة لمتغيرات البحث (الاكتئاب، والتكتم، وقلق الموت)، وقارنا جميع المستويات التصنيفية الخاصة بالمتغيرات الوسطية كالجنس والسن والمستوى التعليمي ووجدنا أن الفروق غير دالة إحصائياً، ونظراً لصغر عينة

الذکور ارتأینا عدم إثبات هذه النتائج في صلب البحث في انتظار توفر عينات أكبر تسمح بمقارنة إحصائية دقيقة.

## الفصل الثامن: مناقشة النتائج

## مناقشة النتائج:

حاول في هذا الفصل تتبع دلالات النتائج المتحصل عليها وتفسيرها في ضوء مفاهيم البحث والمعطيات النظرية ومقارنتها بالدراسات السابقة حسب تسلسل فرضيات الدراسة.

### 1. الاكتئاب والتكتم وقلق الموت لدى المجسدين:

#### 1.1. الاكتئاب لدى المجسدين:

تشير الفرضية الأولى في جزئها الأول إلى أننا نتوقع أن يكون المجسدون مكتئبين وللتأكد من صحة الفرضية قمنا بحساب النسبة المئوية للمكتئبين حسب مقياس BDI في عينة الدراسة ويشير الجدول 7 إلى أن ما يقارب 89% من المجسدين مكتئبون ويتراوح الإكتئاب من متوسط ( 55%) إلى شديد ( 34%).

وهكذا تتحقق الفرضية الأولى بنسبة مرتفعة مما يدل على أن أغلب المجسدين مكتئبون، حيث تختفي أعراض الاكتئاب وراء الأعراض الجسدية، وعليه يمكننا اعتبار الجسدة " اكتئابا مقنعا " وللتأكد من ذلك قارنا متوسط العينة بمتوسط نظري مستمد من الـ BDI كما يبين الجدول 8 وكانت الفروق دالة إحصائيا عند مستوى 0.01، مما يؤيد فرضية أن متوسط العينة في الاكتئاب مرتفع.

وتتفق هذه النتيجة مع دراسة منظمة الصحة العالمية ( W.H.O، 1999) ، حيث وجدت أن ما بين 45 إلى 95% من المكتئبين من مراجعي العيادات العامة عبروا عن إكتئابهم بالجسدة فقط. أما دراسة Kroenke (1997) فوجدت أن 29% من المجسدين يعانون من الإكتئاب وتتنخفض هذه النسبة إلى 17% في دراسة اللواتي وصحبه في عُمان؛ وفي دراسة Kessler (1999) التي استعمل فيها GHQ، وصلت نسبة المكتئبين في عينة المجسدين إلى 36%، وقد يرجع انخفاض هذه النسب مقارنة بدراستنا إلى سببين رئيسيين: أحدهما هو الأداة المستعملة ( GHQ ) التي تختلف عن الـ BDI و كذلك عدم اقتصار العينة على المجسدين فقط كما في دراستنا.

إن أهم الأعراض التي عبر بها المرضى عن إكتئابهم هي: أعراض الجهاز العصبي والدماغ 28% مثل الصداع والدوار والإحساس بالتنميل ثم أعراض الجهاز الهضمي 14.4% مثل آلام البطن واضطراب الأمعاء الوظيفية، ثم أعراض الجهاز الوعائي والقلب 14% مثل آلام القلب واضطراب النبض، وهناك نسبة هامة 11% عبرت عن معاناتها بأعراض التعب والوهن؛ وأخيرا أعراض المفاصل والعظام والآلام غير المحددة.

وتتفق هذه النتائج مع دراسة المعهد الوطني للصحة العمومية (INSP) من حيث نسبة الأعراض المعبر عنها وأهميتها في تشخيص الإكتئاب المقنع لكنها تختلف عن نتائج اللواتي وزملائه في عُمان حيث وجدوا أن أهم الأعراض هي أعراض المفاصل والعظام وان الأعراض العصبية تأتي في آخر القائمة.

إن شيوع الاكتئاب لدى المجسدين يمكن تفسيره على أساس نظام الضبط الذاتي self regulation system theory والتي ترى أن الجسدة هي مشكلة ذات، حيث أن صورة الذات والجسم

لدى المجسدين مضطربة، سواء كان السبب دينامي يعود إلى النمو النفسي المبكر أو إلى اضطرابات معرفية فإن النتيجة هي اضطراب في الوصول إلى تكامل الذات ego integrity كما تفسره نظرية إريكسون. إن الدور الذي تلعبه الانفعالات في الجهاز النفسجسدي هو الذي يجعل المكتئب يعبر بجسده، خاصة إذا كان يعاني من خلل في التعرف على إحساساته أو توصيلها إلى الغير ( Taylor, 1999).

### 1.2. التكتّم لدى المجسدين:

تشير الفرضية الأولى في جزئها الثاني إلى أننا نتوقع أن يكون المجسدون متكتمين، لذلك قمنا بحساب النسبة المئوية للمتكتمين انطلاقاً من مقياس TAS الذي يعتبر كل الأفراد الذين تحصلوا على درجة 60 فما فوق متكتمين ويتضح من الجدول 9 أن 75 % من المجسدين متكتمون وعليه يمكننا قبول الفرضية أي أن أغلب المجسدين متكتمون.

ولتأكيد تحقق الفرضية قمنا بمقارنة متوسط العينة في التكتّم بمتوسط نظري مستمد من مقياس TAS، ويبين الجدول 10 أن الفروق بين المتوسطات دال لصالح أفراد العينة، مما يؤكد ارتفاع متوسط التكتّم لديها وتدعم دراسة Bach ( 1995 ) هذه النتيجة حيث أظهر المجسدون درجات مرتفعة على مقياس التكتّم، وتؤكد دراسة Posse ( 2002 ) أن 20 % من مراجعي العيادات العامة متكتمون، ويعود الفرق بين هذه النسبة مقارنة بنسبة الدراسة الحالية إلى أن دراسة Posse شملت المترددين على العيادات دون تخصيص المجسدين منهم فقط كما في دراستنا.

كما أن أغلب الدراسات السابقة شملت عيناتها مرضى عضويين أو نفسيين لذلك لا يمكن مقارنة نتائجها بنتائجنا بل تدل على أهمية الدراسة الحالية.

تصل نسبة التكتّم حسب Jyvasyariv (2001) إلى 12 %، وهي نسبة منخفضة مقارنة بالنسبة المقابلة لدى المجسدين.

إن شيوع التكتّم لدى المجسدين يتماشى مع نظرية Taylor التكاملية، التي تؤكد على أهمية الانفعالات في الصحة النفسجسدية وتجعل من الذكاء الانفعالي أساساً للصحة النفسية والعضوية، غير أنها لا تلغي المقاربة الدينامية النفسجسدية، خاصة مفهوم الرذب (Impasse) كما يؤكد عليه سامي علي، حيث يصبح الجسد وسيلة تعبير عن حالة انسداد يعيشها الفرد ولم تجد لها تفرغاً تكيفياً مناسباً.

### 1.3. قلق الموت لدى المجسدين:

تشير الفرضية الأولى في جزئها الثالث إلى أننا نتوقع أن يكون المجسدون مصابون بقلق الموت، ويؤكد الجدول 11 أن ما يقارب 78 % من المجسدين مصابون بقلق الموت وهي نسبة مرتفعة قياساً إلى دراسات سابقة (Templer, 1970) كما أكدنا هذه النتيجة بدراسة دلالة الفروق بين متوسط العينة في قلق الموت والمتوسط النظري المستمد من مقياس الـ DAS وكانت الفروق دالة إحصائياً عند مستوى 0.01 كما هو موضح في الجدول 12 وعليه تتحقق الفرضية حيث أن أغلب المجسدين مصابون بقلق الموت وتتفق هذه النتيجة مع ما توصل إليه Beslky (1999) من أن العوامل الرئيسية المحددة



لقلق الموت هي: العمر والبيئة والدين وتكامل الذات؛ ويعتبر العامل الأخير هاما لأنه يشير إلى مفهوم " الشعور بالسلامة"، فكلما ارتفع الشعور بالتهديد مثل الخوف من الأمراض الخطيرة، ينخفض تكامل الذات ويرتفع قلق الموت.

وتتفق هذه النتيجة ودراسة ماجدة خميس ( 1995 ) عن قلق الموت لدى المرضى العضويين الزمني،عكس ما ذهبت إليه دراسات سابقة (عبد الخالق 1987)؛ كما تخالف نظرية العاملين " لTempler".

وقد لاحظنا أن أغلب المفحوصين أجابوا على البند 4 و 14 في مقياس Templer بالإيجاب مما يدل على ارتفاع الخوف على البدن وانحلاله سواء بالمرض أو بغيره، مما يشكل تهديدا للذات. كذلك أجاب أكثر من 95 % من المفحوصين بالإيجاب على البند 13، مما يؤكد حالة الكرب التي يعيشها أفراد المجتمع وتؤدي إلى ارتفاع قلق الموت لديهم.

كما لاحظنا أن كل المفحوصين تقريبا استبقوا الإجابة على مقياس قلق الموت بقولهم " نحن مسلمون ... لا نخاف من الموت... والموت حق"، وكان من المتوقع أن يبرز أثر متغير الدين والعقيدة على قلق الموت، حيث أن المتدينين في جميع المجتمعات تحصلوا على درجات منخفضة في قلق الموت ( عبد الخالق 1987)، إلا أن الظروف البيئية الكاربة قد تؤثر بطريقة عكسية على هذا التوازن.

## 2. العلاقة بين الاكتئاب والتكتم وقلق الموت لدى المجسدين:

تشير الفرضية الثانية إلى أن هناك علاقة بين الاكتئاب والتكتم وقلق الموت لدى المجسدين ويمكننا ملاحظة الارتباطات بين هذه المتغيرات الأساسية من خلال الجدول 13. كما تزداد وضوحا في الرسم البياني في الشكل 3.

### 1.2. العلاقة بين الاكتئاب والتكتم:

وصل معامل الارتباط بين الإكتئاب والتكتم إلى 0.47 مما يدل على ارتباط السمتين، ويؤكد الفرضية الثانية في جزئها الأول أي أن هناك علاقة بين الاكتئاب والتكتم لدى المجسدين حيث أن نتائج المفحوصين على BDI يمكن تفسيرها جزئيا بنتائجهم على TAS.

وتتفق هذه النتيجة مع دراسة Kelley (2000) على عينة من هيئة التدريس بالجامعات البريطانية حيث وصل معامل الارتباط إلى 0.44، وكذلك مع دراسة Posse (2002) حيث وجدت ارتباطا عاليا بين الإكتئاب والتكتم (Olivier، 2001)، لكن Olivier نفسه يشير إلى أنه لم يجد علاقة بين درجات TAS20 ودرجات HRSD الذي يقيس الاكتئاب غير أن عينة دراسته اقتصرت على المصابين بإكتئاب شديد حيث تختلف عن الدراسة الحالية.

إن أهم النظريات المفسرة للتكتم تؤكد على عجز في التجهيز الانفعالي للمعلومات وبالضبط في آلية الترميز ( Taylor، 1998)، كما تؤكد على ذلك نظريات حديثة (Macleod، 1991) و Oaksford ( 1992 ) حين ركزت على آلية التجهيز المعلوماتي الانفعالي في الإكتئاب مما يعزز

الخبرات السالبة، ويزوجها بالذكريات السلبية، وهو ما تبنته دراسة Siegle (2002) عن التجهيز الانفعالي السلبي في الاكتئاب.

### 2.2. العلاقة بين الإكتئاب وقلق الموت:

إن معامل الارتباط بين الاكتئاب وقلق الموت لم يتجاوز 0.118 وهو ارتباط غير دال إحصائياً، وعليه فإن الفرضية الثانية في جزئها الثاني لم تتحقق، أي لا توجد علاقة بين الإكتئاب وقلق الموت لدى المجسدين.

وتتعارض هذه النتيجة مع دراسات سابقة كثيرة مثل دراسة Templer (1967) و Keocher (1976)، وكذلك مع دراسات كستنبوم التي تؤكد أن الأفراد الذين يعانون من مشكلات نفسية وانفعالية لديهم قلق موت مرتفع من الموت، وهو تأكيد لنظرية العامل لTempler.

ويشير عدم تحقق هذه الفرضية إشكالية هامة إذ كيف يكون أغلب المجسدين مكتئبون وقلقون من الموت و مع ذلك لا ترتبط درجات الأفراد على الـ BDI بدرجاتهم على TAS، عكس ما هو متوقع؟. لقد لاحظنا أن متوسط الطلاب في قلق الموت خلال الدراسة الاستطلاعية مرتفع بشكل ملفت للانتباه ( $\approx 9$ )، وربما يعود ذلك لاحتكاك الأفراد في المجتمع الجزائري بخبرات المآسي والموت سواء عن طريق وسائل الإعلام، أو خلال الحياة اليومية مما يزيد من قلق الموت لدى الأسوياء والمرضى وقد لا يرتبط قلق الموت حينها بمتغيرات أخرى وهو ما يفسر الارتباط الضعيف ( $r = 0.118$ ) بين الإكتئاب وقلق الموت.

### 3.2. العلاقة بين التكتم وقلق الموت لدى المجسدين:

تدل قيمة معامل الارتباط ( $r = 0.271$ ) بين التكتم وقلق الموت على علاقة موجبة ودالة إحصائياً عند مستوى 0.05 وهو ما يؤكد الفرضية الثانية في جزئها الثالث أي أن هناك علاقة بين التكتم وقلق الموت لدى المجسدين.

ونظراً لغياب الدراسات السابقة في حدود بحثنا التي استكشفت العلاقة بين التكتم وقلق الموت، تعتمد نظرية التجهيز الانفعالي، حيث يؤكد Langs (1997) أننا نملك عقلاً مجهزاً انفعالياً *emotionel processing mind*، وأنه مكون من جزء شعوري وآخر لا شعوري ويتكامل خلال مراحل النمو متأثراً بالبيئة ومعتمد على إدراك المنبهات الداخلية والخارجية وله علاقة وطيدة بالترميز الانفعالي والنمو اللغوي؛ ويلعب الموت وخبراته دوراً هاماً في نشوء هذا العقل الانفعالي وعليه فإن أي خلل في تجهيز المعلومات يؤدي إلى قلق الموت وهو ما يحدث في التكتم (Langs، 1997).

### 3. الفروق بين المجسدين في الاكتئاب والتكتم وقلق الموت باختلاف السن:

تشير الفرضية الثالثة إلى أنه لا توجد فروق بين المجسدين في الاكتئاب والتكتم وقلق الموت باختلاف السن.

### 1.3. الفروق في الاكتئاب بين المجسدين باختلاف السن:

تم تقسيم العينة إلى فئتين: فئة المجسدين الذين لم يبلغوا سن الثلاثين وفئة المجسدين الذين لا تقل أعمارهم عن ثلاثين سنة. ويوضح الجدول 14 الفروق في الاكتئاب بين الفئتين حيث بلغت قيمة  $t=0.57$  وهي غير دالة، مما يجعلنا نقبل الفرض الصفري أي أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الاكتئاب لدى المجسدين باختلاف السن.

وتؤكد Bayigana (2002) أن الدراسات الوبائية متضاربة فيما يخص علاقة السن بالاكتئاب حيث أكد بعضها أن البالغين ( < 30 سنة) أكثر اكتئابا بسبب التغيرات الجسدية والاجتماعية، وبعضها يؤكد أن النضج والتقدم في السن يمكن الفرد من التعامل مع الكروب بنجاح مما يقلل فرصة إصابته بالاكتئاب.

وهناك فرضيات متعددة لتفسير العلاقة بين السن والاكتئاب معظمها يركز على العوامل البيئية مثل الدعم الاجتماعي والمستوى الاقتصادي، وأحداث الحياة الكاربية، وبعضها يركز على العوامل الداخلية مثل التغيرات الفيزيولوجية والنفسية. أما الدراسات العربية ( عبد الخالق، 1998)، فتناولت بالدراسة عينات شابة من طلاب الجامعة حيث يهمل متغير السن.

### 2.3. الفروق في التكتم بين المجسدين باختلاف السن:

يبين الجدول 15 الفروق في التكتم بين المجسدين صغار السن وكبار السن ومع أن متوسط الفئة الثانية (  $\leq 30$  سنة) على مقياس التكتم أعلى من متوسط الفئة العمرية الأولى ( 65.6 < 64.1) إلا أن الفرق بين المتوسطين غير دال إحصائيا مما يؤكد الفرضية الصفرية الثالثة في جزئها الثاني أي لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في التكتم بين المجسدين باختلاف السن.

وتختلف هذه النتيجة مع ما توصل إليه Kelley (2002) حيث وجد أن التكتم يرتبط بالتقدم في العمر وشملت عينته 172 فردا تراوحت أعمارهم ما بين 12 إلى 67 سنة وكانت الفروق دالة إحصائيا كلما اقتربنا من ستينات العمر.

غير أن دراسات أخرى توصلت إلى أنه لا توجد علاقة بين التكتم والسن، رغم أن الخبرة العيادية تؤكد أن الشباب أكثر ميلا للتحدث عن عواطفهم ومشاعرهم و وصف عالمهم الانفعالي منه لدى الكهول أو الشيوخ ( القريطي، 1998).

لكن التكتم ليس آلية دفاعية ترتكز على الإنكار فقط، بل مؤشر على اضطراب التجهيز المعلوماتي من الإدخال input إلى الإخراج output أي أنها تتم لا شعوريا في جزء كبير من عملياتها وعليه قد لا يؤثر متغير السن على مسار التكتم خاصة بتأثر الجسدية و الاكتئاب كما هو في الدراسة الحالية.

### 3.3. الفروق في قلق الموت بين المجسدين باختلاف السن:

يوضح الجدول 16 الفروق في قلق الموت بين المجسدين باختلاف الفئة العمرية، وتدل قيمة ت المحسوبة على أن هذه الفروق غير دالة إحصائياً مما يؤكد الفرضية الصفرية أي لا توجد فروق في قلق الموت بين المجسدين كبار السن وبين المجسدين صغار السن.

وتؤكد بعض الدراسات ( عبد الخالق 1987) على انه لا توجد فروق بين قلق الموت كما يقيسه DAS وبين العمر مما يعضد نتيجة الدراسة الحالية ويشير Templer إلى أن بعض الدراسات وجدت ارتباطاً سلبياً بين قلق الموت والعمر؛ أما دراسة Ruff و زملائه فوجدت ارتباطاً موجباً بين السن وقلق الموت (Templer، 1979).

ولأن التقدم في العمر يقرب الفرد من النهاية الحتمية ومن ممارسة خبرات الموت فإن المتوقع هو ارتفاع قلق الموت لدى المسنين لكن كستباوم يؤكد العكس تماماً حيث يميل الصغار إلى الحصول على درجات أعلى في قلق الموت من الكبار ( عبد الخالق 1998)، و يفسر هذا التناقض على خلفية نظرية إريكسون في تكامل الذات كما سبق ذكرها.

كذلك فإن عدم وجود فروق في قلق الموت قد يرجع إلى أن متوسط قلق الموت مرتفع نسبياً لدى الفرد الجزائري كما بينته الدراسة الاستطلاعية لدى طلاب الجامعة نتيجة الخبرات الاجتماعية الكاربة.

### 4. الفروق بين المجسدين في لاكتئاب والتكتم وقلق الموت باختلاف الجنس.

تشير الفرضية الرابعة إلى انه لا توجد فروق بين المجسدين في الاكتئاب والتكتم وقلق الموت باختلاف الجنس.

### 1.4. الفروق بين المجسدين في الاكتئاب باختلاف الجنس:

يتضح من الجدول 17 أن الفروق بين الجنسين في الاكتئاب غير دالة مما يؤكد تحقق الفرضية الصفرية أي انه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الاكتئاب لدى المجسدين باختلاف الجنس. وتوافق هذه النتيجة دراسة Koper (1993) ودراسة Sinnot (1984) لكنها تختلف مع دراسات عبد الخالق على عينات عربية حيث وجد أن الإناث أكثر قلقاً من الذكور ( عبد الخالق 1998)، وكذلك دراسة غريب ( 1987)، والمشعان ( 1995)، و Gallagher (1984) ودراسة Sowa (1984) أيضاً؛ غير أن عينات هذه الدراسات تختلف عن العينة الحالية، حيث أن أغلب أفراد تلك العينات من طلاب وطالبات الجامعة، في حين تقتصر عينتا على المجسدين من مراجعي العيادات العامة، فقد تتأثر متغيرات الجسدة والاكتئاب والتكتم متداخلة مع الفروق الجنسية. رغم ذلك نتوقع أن تكون هناك فروق بين الإناث والذكور لدى عينات سوية خاصة في غياب الكوارث لاجتماعية العامة، وذلك بسبب الفروق في الأدوار الاجتماعية مما يجعل الإناث أكثر اكتئاباً من الذكور، وقد لاحظ العلامة Templer ذلك على بحوث عربية سابقة ( عبد الخالق، 1998) مما يستدعي مزيداً من البحث في هذه الجزئية.

#### 2.4. الفروق بين المجسدين في التكتّم باختلاف الجنس:

يتضح من الجدول 18 أن الفروق بين المجسدين في التكتّم باختلاف الجنس غير دالة إحصائياً وهو ما يحقق الفرضية الصفرية في أنه لا توجد فروق في التكتّم بين المجسدين من الذكور وبين المجسّدات من الإناث.

ولم نعثر على دراسات سابقة قارنت بين الذكور والإناث في التكتّم عدا دراسة Kelly (2000) التي وجد فيها أن الذكور أكثر تكتّمًا من الإناث مقارنة الاستجابة للاكتئاب عند الجنسين حيث تلجأ الإناث إلى طلب المعونة أكثر من الذكور لقرب المرة من العواطف والمشاعر وأهميتها في حياتها. وتختلف دراستنا في هذه الجزئية مع دراسة Posse (2002) حيث وجدت أن التكتّم يرتبط بالذكورة. وفي غياب دراسات عربية عن التكتّم، تبقى النتيجة التي توصلنا إليها محدودة بعينة الدراسة. إن الجسدنة وسيلة تعبر عن المعاناة النفسية ومؤشر على إشكالية الجسد في المعاش النفسي للفرد وعليه فإن التمثلات الثقافية لها علاقة بمفاهيم المرض والصحة وأساليب طلب الرعاية والعلاج مما يقلص الفوارق بين الجنسين في التعبير عن الانفعالات في حالات الجسدنة.

#### 3.4. الفروق بين المجسدين في قلق الموت باختلاف الجنس:

تدل نتائج الجدول 19 على أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في قلق الموت بين المجسدين الذكور والمجسّدات الإناث وهكذا تتحقق الفرضية الصفرية في أنه لا توجد فروق بين المجسدين في قلق الموت باختلاف الجنس.

وتوافق هذه النتيجة دراسات رودك (1967) ولوود (1984) وسوسون (1967)؛ غير أن دراسات عبد الخالق على عينات عربية توصلت إلى أن الإناث أكثر قلقًا من الموت مقارنة بالذكور (عبد الخالق، 1987)، وكذلك دراسة شورك (1989)، وروثمان (1967)، وميدلتون (1967) ودلت دراسة ليستر (1970) وكيلر (1984) على أن الذكور أكثر قلقًا من الموت. ويفسر عبد الخالق حصول الإناث على درجات أعلى في قلق الموت كونهن أكثر انشغالا بأجسادهن من الذكور وللدوار الاجتماعية المنوطة بكل من الجنسين.

وقد أشرفنا سابقا إلى أننا نتوقع ارتفاع متوسط قلق الموت لدى الفرد الجزائري عموما بغض النظر عن المتغيرات الأخرى نتيجة للظروف الكاربة التي يعيشها من عشرية ونصف على الأقل.

وربما يدل التضارب في النتائج على أن قلق الموت مفهوم مركب ومعقد يتداخل مع عدة عوامل نفسية وعضوية واجتماعية ثقافية، مما يضطر الباحث إلى دراسة دقيقة لهذه المتغيرات.

#### 5. الفروق بين المجسدين في الاكتئاب والتكتّم وقلق الموت باختلاف المستوى التعليمي:

تشير الفرضية الخامسة إلى أنه لا توجد فروق في الاكتئاب والتكتّم وقلق الموت لدى المجسدين باختلاف المستوى التعليمي.

## 1.5. الفروق في الاكتئاب بين المجسدين باختلاف المستوى التعليمي:

ويتضح من الجدول 20 انه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الاكتئاب بين المجسدين منخفضي المستوى التعليمي وبين المجسدين مرتفعي المستوى التعليمي وهكذا تتحقق الفرضية الصفرية في انه لا توجد فروق بين المجسدين باختلاف المستوى التعليمي، رغم أن أكثر من 61% من أفراد العينة ذوي مستوى تعليمي منخفض.

وتختلف بعض الدراسات مع النتيجة السابقة حيث أشارت إلى علاقة المستوى التعليمي بالاكتئاب، حيث يرتبط إيجاباً مع المستوى التعليمي المنخفض ( Bayigana, 2002)، حيث يفقد الأفراد الذين لم يحصلوا على تعليم عالٍ إلى آليات التكيف مع الكروب ويفتقرون أيضاً إلى الأمان الاجتماعي بسبب العوامل المرتبطة بالتعليم كالبطالة والفقير والمرض.

إلا أن دراستنا لم تجد فروقا بين المستويات التعليمية في الاكتئاب وقد يعود سبب ذلك إلى أن التعبير بالجسد عن الاكتئاب تتحكم فيه عوامل من داخل الفرد مثل الأداء المعرفي، وخارجه مثل متطلبات الوصول إلى الرعاية الصحية أو ما يسميه علماء نفس الصحة "بالإمكانات المتاحة للفرد" individual opportunity في مواجهة المرض مما يضيق من هامش الفروق بين طبقات المجتمع في تعاملها مع المنظومة الصحية وطلب الرعاية خاصة في المجتمعات النامية حيث لا تتعلق الفروق الثقافية والحضارية بين الأفراد بالمستوى التعليمي خاصة في مجالات الصحة والمرض وطلب العلاج وبخصوصية أكثر في الاضطرابات النفسية والعقلية مثل الاكتئاب.

## 2.5. الفروق في التكتم بين المجسدين باختلاف المستوى التعليمي:

تدل قيمة (ت) في الجدول 21 على أن الفروق في التكتم بين المجسدين لا تختلف باختلاف المستوى التعليمي، وعليه تتحقق الفرضية الصفرية في أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في التكتم بين المجسدين ذوي المستوى التعليمي المنخفض والمجسدين ذوي المستوى التعليمي المرتفع.

وهي نتيجة مخالفة لما توصلت إليه Posse (2002) من أن التكتم يرتبط بانخفاض المستوى التعليمي وكذلك دراسة Kelly (2002) حيث لاحظ انخفاض درجة التكتم بارتفاع المستوى التعليمي. غير أن Cornelis وصحبه (2000) لم يجدوا فروقا دالة بين المستويين في التعبير بالأعراض الجسدية عن معاناتهم وكذلك في التكتم وهي نتيجة موافقة لدراستنا.

وفي إطار نظرية Taylor عن مفهوم التنظيم الانفعالي emotional regulation وعلاقته بتكامل الذات فإن ارتفاع مستوى التعليم يؤدي إلى انخفاض التكتم. ونشير إلى الفرق بين متوسط العينة الاستطلاعية المتكونة أصلاً من طلاب الجامعة وبين عينة منخفضي المستوى التعليمي في الدراسة الأساسية حيث وصلت قيمة (ت) إلى 7.15 وهي دالة عند مستوى 0.01 مما يدل على ارتفاع التكتم لدى منخفضي المستوى التعليمي مقارنة بالأسوياء مرتفعي المستوى التعليمي غير أن عينتنا الأساسية تتكون من المجسدين فقط، مما قد يفسر انعدام هذه الفوارق للخصوصيات المرضية .

### 3.5. الفروق في قلق الموت بين المجسدين باختلاف مستوى التعليم:

يتضح من الجدول 22 أن قيمة (ت) غير دالة إحصائياً، وعليه نقبل الفرضية الصفرية أي أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في قلق الموت بين المجسدين باختلاف المستوى التعليمي. وهذا يتوافق مع ما ذهب إليه أحمد عبد الخالق في أن الدراسات المسحية الحديثة التي استكشفت العلاقة بين مستوى الذكاء والتعليم وقلق الموت أشارت إلى ضعف هذه العلاقة. غير أن دراسة سوينسون وجدت أن كبار السن ذوي التعليم المنخفض أكثر خوفاً من الموت من نظرائهم المتعلمين كما أشار جيفرت وصحبه إلى ارتباط انخفاض الذكاء بالخوف الزائد من الموت وهو ما أكدته مورر من أن النضج في التعامل مع الموت يرتبط بالتحصيل الأكاديمي. ويمكن أن نستخلص من هذه الدراسات أنه كلما زاد العمر العقلي قل الخوف من الموت.

غير أننا قارنا بين مستوى ذوي التعليم المنخفض وبين متوسط العينة الاستطلاعية في قلق الموت فلم نجد فروقا ذات دلالة إحصائية مما يؤكد الاستنتاج الذي أوردناه في مناقشة نتائج قلق الموت على أساس أن هناك متغيرات أخرى تؤثر في هذه السمة أو الحالة أهمها خبرات الموت والأحداث الكارثية ودرجة التدخين؛ واعتماداً على أن الموت ومتعلقاته حدث اجتماعي أكثر من كونه فردياً كما يرى Kastanbaum، وإن تعارض ذلك مع المدرسة الوجودية التي ترى أن استعمال العقل الذكي في فهم ظواهر الحياة يؤدي إلى قلق عارم وبالتحديد إلى قلق الموت مما يستلزم دراسة إضافية لعلاقة قلق الموت بأداء العقل.

## خلاصة عامة:

يكتسي البحث في الاضطرابات الانفعالية أهمية خاصة في القرن الواحد والعشرين، كما تؤكد ذلك منظمة الصحة العالمية؛ ويعتبر الاكتئاب أحد هذه الاضطرابات التي تتسبب في إعاقة وظيفة الفرد والمجتمع وتشكل عبئا اقتصاديا على المنظومة الصحية خاصة في البلدان النامية.

لذلك قمنا في بحثنا هذا بدراسة الاكتئاب المقنع لدى مراجعي العيادات العامة بمدينة ورقلة؛ خاصة وأن أغلب المكتئبين (80%) يتوجهون إلى هذه العيادات بسبب عوامل متعددة منها ما يعود إلى المريض ومنها ما يعود للطبيب أو المنظومة الصحية.

إن غالبية المكتئبين يعبرون عن معاناتهم النفسية بأعراض جسدية أو بالجسدية مما يصعب مهمة الطبيب العام في التشخيص ويحتم علينا البحث عن مؤشرات نفسية مثل التكتم وقلق الموت لتسهيل عملية التشخيص.

لقد استكشفنا في بحثنا هذا الاكتئاب المقنع لدى المجسدين وعلاقته بالتكتم وقلق الموت وتأثره مع متغيرات السن والجنس والمستوى التعليمي، وقد توصلنا إلى أن أكثر من 80% من المجسدين مكتئبون ومكتئمون ومصابون بقلق الموت؛ كما وجدنا علاقة دالة بين الاكتئاب والتكتم وبين التكتم وقلق الموت ولم نجد علاقة بين الاكتئاب وقلق الموت بسبب ارتفاع درجة الخوف من الموت لدى الفرد الجزائري عموما؛ ولم نجد في بحثنا علاقة دالة بين المتغيرات الرئيسة وبين المتغيرات الوسيطة كالسن والجنس والمستوى التعليمي.

وخلصت الدراسة إلى أهمية الجسدية في التعبير عن الاكتئاب وإمكانية استعمال مؤشري التكتم وقلق الموت في تشخيص الاكتئاب لدى المجسدين. ونشير إلى نتيجة لم نذكرها في صلب البحث للضرورة المنهجية لكنها في نظرنا هامة جدا وهي أن عينة البحث تم انتقاؤها من بين 2000 مريض في عيادات الطب العام خلال 5 أسابيع؛ أي أن نسبة تشخيص الجسدية كانت 4% مع أن الدراسات السابقة تشير إلى نسبة مرتفعة (15%) مما يدل على تردد الأطباء العامين في تشخيص الجسدية.

واعتمادا على هذا النتائج التي تبقى محدودة بمنهج البحث وعينة الدراسة نقترح:

- 1- توسيع الدراسة لتشمل عينات أكبر في مناطق مختلفة.
- 2- دراسة نمط الشخصية وعلاقته بالاضطرابات الجسدية والجسدية.
- 3- دراسة إشكالية الجسد في التعبير عن الاضطراب النفسي لاكتشاف الاكتئاب المقنع.
- 4- تأهيل الأطباء العامين في مجالات علم النفس المرضي والطب النفسي للتكفل بالمكتئبين.



# المراجع

## (I) المراجع العربية :

### أ- الكتب :

- 1- إبراهيم عبد الستار ، الاكتئاب اضطراب العصر الحديث ، الكويت ، عالم المعرفة 1998 .
- 2- أحمد محمد عبد الخالق : قلق الموت ، الكويت ، عالم المعرفة 1987 .
- 3- آرون بيك ، العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية ، الطبعة العربية، ترجمة: عادل مصطفى ، مراجعة : غسان يعقوب ، بيروت ، دار النهضة العربية 2000 .
- 4- جابر عبد الحميد جابر وأحمد خيرى كاظم، مناهج البحث في التربية وعلم النفس، القاهرة، دارالنهضة العربية 1984.
- 5- جولمان ، دانيال ، الذكاء العاطفي ، الطبعة العربية ، ترجمة: ليلي الجبالي مراجعة : محمد يونس الكويت ، عالم المعرفة 2000 .
- 6- حمدي أبو الفتوح عطيفة ، منهجية البحث العلمي ، القاهرة ، دار النشر للجامعات 1996 .
- 7- عبد الرحمن سعد ، القياس النفسي النظرية والتطبيق ، الطبعة الثالثة ، القاهرة ، دار الفكر العربي 1998 .
- 8- عبد المطلب أمين القريطي في الصحة النفسية ، القاهرة ، دار الفكر العربي 1998  
عبد الفتاح محمد دويدار في الطب النفسي وعلم النفس المرضي الإكلينيكي ، بيروت ، دار النهضة العربية 1994 .
- 9- الغزالي ابو حامد ، كتاب ذكر الموت ، الطبعة الرابعة، بيروت ، دارأقرأ، 1986.
- 10- فيصل محمد خير الزراد ، الأمراض النفسية -جسدية ، بيروت ، دارالنفائس 2000
- 11- منظمة الصحة العالمية ، المرشد في الطب النفسي ، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط 1999 .

### ب- الدوريات :

- 12- أحمد عبد الخالق وآخرون ، " الفروق في قلق الموت بين مجموعات عمرية مختلفة من الجنسين " ، علم النفس ، العدد 20 السنة 5 ، 1991 ، 50-61 .

- 13- أحمد محمد عبد الخالق ، " الانشغال بالموت ، دراسة مقارنة على عينات سورية " دراسات نفسية العدد 2 ، مجلد 9 ، 1999 ، 177-189 .
- 14- أحمد محمد عبد الخالق ، " التفاؤل والتشاؤم وقلق الموت " ، دراسات نفسية العدد 3 مجلد 4 ، 1998 ، 361-374 .
- 15- أحمد محمد عبد الخالق ، " الدافع للإنجاز وعلاقته بقلق الموت لدى طلاب من دولة قطر " ، دراسات نفسية ، العدد 3 ، المجلد 12 ، 2002 ، 383-395 .
- 16- أحمد محمد عبد الخالق ، " المقياس العربي لقلق الموت : خطوات إعدادة وخصائصه " ، دراسات نفسية العدد 4 ، المجلد 6 ، 1996 ، 443-453 .
- 17- أحمد محمد عبد الخالق ، " قلق الموت قبل العدوان العراقي وبعده لدى طلاب جامعة الكويت " ، المجلة العربية للعلوم الإنسانية ، العدد 64 ، المجلد 16 ، 1998 ، 8-49 .
- 18- جيمي بيشاي " هل يمكن قياس قلق الموت ؟ " ، الثقافة النفسية المتخصصة، العدد 36 ، المجلد 9 ، 1998 ، 47-52 .
- 19- طارق محمد عبد الوهاب ، " قلق الموت وعلاقته ببعض المتغيرات النفسية لدى طلاب الجامعة " ، علم النفس ، العدد 59 ، السنة 15 ، 2000 ، 78-98 .
- 20- فائق توفيق شعبان ، محمد صالح فالح ، هشام أحمد فرغل ، " الاضطرابات النفسية لدى المرض مراجعي عيادة الطب العام " ، الثقافة النفسية المتخصصة ، العدد 31 ، المجلد 8 ، 1997 ، 23-29 .
- 21- ماجدة خميس علي إبراهيم ، " قلق الموت لدى بعض المرضى العضويين " الثقافة النفسية ، العدد 22 المجلد 6 ، 1995 ، 111-117 .
- 22- مایسة أحمد النیال " الفروق بین ممرضات العناية المركزة والأقسام الأخرى في كل من قلق الموت والعدوانية والعصابية والانبساط والاكنتاب " علم النفس ، العدد 17 ، السنة 5 ، 1991 ، 110-119 .
- 23- محمد فخر الإسلام ، " لمحة عبر حضارية عن الاضطرابات النفسية في الوطن العربي " ، الثقافة النفسية العدد 16 ، المجلد 4 ، 1993 ، 80-82 .
- 24- محمد نبیل عبد الحمید " قلق الموت وعلاقته بكل من دافعية الإنجاز والجنس ونوعية التعلم لدى عينة من طلبة الجامعة " علم النفس، العدد 35 ، السنة 9 ، 1995 ، 104-121 .
- (ج) - الرسائل الجامعية :
- 25- الحسين عكي، " تمثلات الجسد في علاقته بالمرض في المغرب العربي " ، رسالة دكتوراه علم النفس ، ملخص الرسالة بترجمة محمد أسليم ، جامعة لويس باستور ستراسبورغ ، فرنسا . 1993 .

(د) - القواميس والمعاجم والموسوعات العربية :

- 26- اتحاد الأطباء العرب ، المعجم الطبي الموحد ، الطبعة الثالثة ، ميدليفانت 1983 .  
27- لطفي الشربيني ، موسوعة شرح المصطلحات النفسية ، بيروت ، دار النهضة العربية  
2001

(هـ) - المراجع الإلكترونية العربية :

- 27- بدر الأنصاري (1996) ، "الاكتئاب والعدوان العراقي دراسة وبائية في المجتمع الكويتي" اطلع  
عليه في : 2003/02/13 ، الصفحة 23-40 ، على موقع:  
<http://www5.Kuniv.edu.Kw/baderansari/ftxtbk/DEP1.doc>

(II) - المراجع الأجنبية :

**A- Books:**

28. Delmont J. et Lucht F (1995) **Guide pratique de psychiatrie**. Alger. BERTI Editions.  
29. Guy. B. (Eds.), (1993), **Manuel de psychopathologie**, Paris, Dunod.  
30. Kaplan H. I, et Sadock B, J. (1995), **Pocket Handbook of clinical psychiatry**. Washington, Williams & Wilkins.  
31. Ministère de la Santé et de la Population, INSP,2001, **Relevé Epidémiologique** , 15/12/1999, 3 Vol.MSP.  
32. Nathalie. R, et Olivier. R, (2000), **statistique en psychologie**, Paris , In Press.  
33. Richard, L. et Donald I.T (n . d), **Death anxiety**, Washington, Hemisphere publishing corporation.  
34. Robert. A, N. (Eds.), (1994). **Death anxiety Handbook**, Washington Taylor & Francis.  
35. Robert. K, (2000), **The psychology of Death**, New York, Springer publishing Company.  
36. Robert. L, (1997), **Death anxiety and clinical practice**, London, Karnac books.

**B- Periodicals :**

37. Al-Lawati J et al (2000), psychological morbidity in primary health. Care in Oman. *Medical Science*. 2: 105-110.  
38. Bach M. et al (1996), " Independancy of alexithymia and Somatization, a factor analytic study", *psychosomatics* 37(5): 451-458.  
39. Bach M., et Bach D. (1995), Predictive value of alexithymia a prospective study in Somatizing patients, *psychother. Psychosom*, 64(1):43-48.  
40. Bridges K, et Goldberg D. P. (1985), Somatic presentation of DSM III psychiatric disorders in primary care. *Journal of psychosomatic research* 29,

563-569.

41. Carnelis G. et al (2000), is Alexithymia a risk factor for unexplained physical symptoms in general medical outpatients ?, *psychosomatic Medecine* 62: 768-778.
42. CHRIS T. et al (2001), Dimensional perspective on the recognition of depressive symptoms in primary care. *British journal of psychiatry* 179: 317-323.
43. David K. et al (1999), Cross sectional study of symptom attribution and recognition of depression and anxiety in primary care. *BMJ.*, 318: 436-40.
44. David S. S. et al (2000), Somatizing patients Par I. Practical diagnosis. *Am. Fam. Physician* ; 61: 1073-1078.
45. Escobar J. I. Et al. (1998). Abridged somatization a study in primary care *Psychosomatic Medecine.* 60(4) .466-472.
46. Escobar JI. Et al. (1989), somatic symptom triad (SSI) : a new a bridged somatization construct prevalence and epidemiological correlates in two large community samples *Psychosomatic Medecine*; 177(3) :140-146
47. Gregory E (1999), An international study of the relation Between Somatic symptoms and depression, *N.Engl. J. Med*; 341: 18, 1329-1334.
48. Hintikka J. et al (2001) Are alexithymia and depression distinct or overlapping Constructs ? a study in general population. *Comp. Psychiatry*, 5-6; 42(3): 234-239.
49. James C et al. (2001). Consensus statement on transcultural Issues in depression and anxiety from the international consensus group on depression and anxiety. *J. Clin. Psychiatry*; 62,13 : 47-55.
50. Jean P. L. (2001), epidemiology, burden, and disability in depression and anxiety. *J. clin. Psychiatry.* 62(13): 4-10.
51. Kemal S. et Ismail AK (2001), the predictors of Somatization: A Review. *Bulletin of Clinical psychopharmacology.* 11(4): 266-271.
52. Kirmayer. L J, (2001) cultural variations in the clinical presentation of depression and anxiety implication for diagnosis and treatment. *J. clin psychiatry* ; 62 (13):22-28.
53. Kirmayer L. J. et al, (1993), Somatization and the recognition of depression and anxiety in primary care. *Am. J. psychiatry*; 150: 734-741.
54. Kléinman A. (1977) Depression, Somatization and the New Cross-cultural psychiatry. *Social Science & medecine.* 11: 3-10.
55. Kmenke K. (1997) Discovering in medical patients : reasonable expectations, *Intern. Med*; 126 : 463-465
56. Kolka A. M. et al (2002), predicting medically unexplained physical symptoms and health care utilization, a symptom perception approach. *Journal of psychosomatic research*, 52: 35-44.
57. Kroenke K. et al (1997), Depressive and anxiety disorders in patients presenting with physical Complaints: clinical predictors and outcome. *Am. J. Med*, 103(5): 339-347.
58. Lipowski Zj; (1988), somatization : the concept and ITS clinical application. *Am. J. psychiatry* :145(11) :1358-68

59. Marchesic C. et al, (2000), are alexithymia, depression, and anxiety distinct constructs in affection disorders ? *J. Psychosom. Res.*; 7; 49(1): 51-54.
60. Monica P. (1999), clinical review of recent findings on the awareness, Diagnosis and treatment of depression *Journal of General Internal Medicine* 9: 1-4.
61. Olivier L. et al, (2001), "Evaluation of the absolute and relative stability of alexithymia in patients with major depression", *Psychother Psychosom.* 70: 254-260.
62. Richard D. L. et al (1996), "Alexithymia a New neurological model based on a hypothesised deficit in the conscious experience of emotion", *Psychosomatic Medicine* 58: 73-79.
63. Taylor, G. J. (2001), "Recent developments in Alexithymia, Theory and research". *Canadian Journal of psychiatry* 45: 134-142.
64. Vicenzio. H. (2000), Hypochondriacal concerns: Management through understanding. *J. clin. Psychiatry* (9) 2:4: 117-121.
65. Wise T. N. et al, (1992), "Alexithymia and the five factor model of personality", *Compr. Psychiatry*, 5-6; 33(3): 147-151.
66. Wise T. N. et Mann L. S. (1999), "Is alexithymia distinct from health locus of control ?", *Int. J. psychiatry Med.* 23(4): 339-343.

#### **C-Reports:**

67. Kistina Bayignana, **La depression**, Institut scientifique de la santé publique, IPH/EPI/NR/2002 –011 Bruxelles. Belgique

#### **D- Dissertations:**

68. Emmanuelle J.W [2000]. **Patients souffrant de troubles somatoformes : évaluation d'une prise en charge intégrée médico-psychiatrique et revue de littérature**. Thèse de Doctorat en médecine, Faculté de Médecine ,Th. n° Méd . 10253. Université de Genève, Suisse.
69. Margareta Posse, **Alexithymia : Background and conséquences**. Doctor's Thesis in psychology 3/2002. Karolinska Institute. Hongria.
70. Simo Jyvasjani. **Fréquent attenders in primary health care**. Doctor Dissertation. 9-2001, Faculty of medicine. University of Oulu.

#### **E- Electronic references:**

71. Jordi M. (2001) **Troubles anxieux et dépressifs en médecine générale: la dépression masquée**. Retrouvé le 6/10/ 2002 à <http://Burww.baromedic.com>.
72. National Academic Press(2000)**neurologically psychiatric, and developmental disorders:meeting challenge in the developing world**,Retrieved February 18, 2003, from [http:// www.map.edu](http://www.map.edu)
73. Ryder A. G. et al (2002), **Somatization as psychologization of émotional distress : a paradigmatic exemple of cultural psychopathdagy** retrieved March 15,2003, From [http:// www.ac.wv.edu/ culture/index-cc.htm](http://www.ac.wv.edu/culture/index-cc.htm).

# الملاحق

## الملحق 1: استبيان الصحة العامة

السن:.....

الجنس:.....

المستوى:.....

تفضل بقراءة مايلي بإمعان :

إننا نود معرفة ماإذا إعترضتك مشاكل طبية،كما نود معرفة كيف كانت حالتك الصحية في الأسابيع الأخيرة.

تفضل بالإجابة على كل الأسئلة بوضع دائرة على الإجابة التي تراها تنطبق على ماتحس به.  
تذكر أننا نرغب في الحصول على معلومات حول المشاكل الراهنة و الحديثة وليست تلك التي طرأت عليك في الماضي.

حديثا وخصوصا في الأسابيع الأخيرة:

1.هل كنت قادرا على التركيز في كل ماتفعله؟

أفضل من العادة

كالعادة

أقل من العادة

أقل بكثير من العادة

2.هل فقدت النوم بسبب همومك ؟

أبدا

ليس أكثرمن العادة

أكثرقليلا من العادة

أكثرمن العادة بكثير

3.هل شعرت أنك قادر على اتخاذ القرارات؟

أكثر من العادة

كالعادة

أقل من العادة

- أقل بكثير من العادة
4. هل شعرت أنك متوتر أو مضغوط باستمرار؟
- أبدا
- ليس أكثر من العادة
- أكثر قليلا من العادة
- أكثر من العادة بكثير
5. هل انتابك شعور بأنك تلعب دورا مفيدا في الحياة؟
- أكثر من العادة
- كالعادة
- أقل فائدة من العادة
- أقل فائدة بكثير من العادة
6. هل انتابك شعور بأنك لاتستطيع تجاوز مشاكلك؟
- أبدا
- ليس أكثر من العادة
- أكثر قليلا من العادة
- أكثر من العادة بكثير
7. هل كان بمقدورك تقييم نشاطاتك اليومية العادية؟
- أكثر من العادة
- كالعادة
- أقل من العادة
- أقل من العادة بكثير
8. هل كنت قادرا على مواجهة مشاكلك؟
- أفضل من العادة
- كالعادة
- أقل من العادة بقليل
- أقل من العادة بكثير
9. هل كنت تعيسا ومنهارا؟
- أبدا
- ليس أكثر من العادة
- أكثر من العادة بقليل
- أكثر من العادة بكثير

10. هل فقدت ثقتك بنفسك؟

- أبدا
- ليس أكثر من العادة
- أكثر من العادة بقليل
- أكثر من العادة بكثير

11. هل اعتبرت نفسك شخصا لايساوي شيئا؟

- أبدا
- ليس أكثر من العادة
- أكثر من العادة بقليل
- أكثر من العادة بكثير

12. هل أحسست أن سعادتك و اعتبارك لنفسك كانا في حدود المعقول؟

- أكثر من العادة
- كالعادة
- أقل من العادة بقليل
- أقل من العادة بكثير



## الملحق 2: قائمة بيك للاكتئاب

السن: .....  
الجنس: .....  
المستوى التعليمي: .....

فيما يلي مجموعة من العبارات، الرجاء أن تقرأ كل مجموعة على حدى، ثم قم بوضع علامة ( + ) أمام العبارة التي تصف حالتك خلال الأسبوع الحالي بما في ذلك اليوم. تأكد من قراءة عبارات كل مجموعة قبل أن تختار واحدة منها، وتأكد من أنك قد أجبت على كل المجموعات.

أنا لا أشعر بالحزن

أنا أشعر بالحزن و الكآبة

أنا مكتئب أو حزين طوال الوقت، ولا أستطيع أن أنزع نفسي من هذه الحالة

أنا حزين أو غير سعيد لدرجة انني لا أستطيع تحمل ذلك

أنا لست متشائما على وجه الخصوص، او لست مثبط الهمة فيما يتعلق بالمستقبل

أنا أشعر أن المستقبل غير مشجع

أنا أشعر بأن ليس لدي شيء أتطلع إليه في المستقبل

أنا أشعر بأن المستقبل لأمل فيه وأن الأشياء لا يمكن أن تتحسن

أنا لا أشعر بأنني شخص فاشل في حياتي

أنا أشعر بأنني فشلت أكثر من الشخص المتوسط

أنا كلما أعود بذاكرتي الى الوراء، لا أرى في حياتي سوى الفشل

أنا أشعر بأنني شخص فاشل تماما في حياتي الشخصية ( في علاقتي بوالدي، بزوجي، بزوجتي

وبأولادي)

أنا أشعر بأنني راضي

أنا أشعر بالملل أغلب الوقت

أنا لا أحصل على الإشباع أو الرضى من أي شيء بعد الآن

أناساخط على كل شيء

أنالا أشعر أنني آثم أو مذنب  
أنأشعر أنني رديء أو لا قيمة لي أغلب الوقت  
أنأشعر أنني مذنب أو آثم تماما  
يبدولي أنني رديء و أنه لاقيمة لي

أنالا أشعر بخيبة الأمل في نفسي  
أنأفاقد الأمل في نفسي  
أنامشمئز من نفسي  
أنأكره نفسي

أناليسـت لدي أفكار للإضرار بنفسي  
أنأشعربأنه من الأفضل أن أموت  
أنالدي أفكار للإضرار بنفسي ولكن لا أنفـذها  
لواستطعت لقتلت نفسي

أنالم أفقد إهتمامي بالناس  
أنأقل إهتماما بالناس مما تعودت من قبل  
أنأفقدت أغلب إهتماماتي بالناس،ولدي مشاعر قليلة اتجاههم  
أنأفقدت كل اهتماماتي بالناس،ولا أهتم بهم على الإطلاق

أنأأخذ القرارات بنفس الجودة كماتعودت أن أتخذها من قبل  
أنأحاول تأجيل إتخاذ القرارات  
أنالدي صعوبة شديدة في إتخاذ القرارات  
أنالاستطيع إتخاذ أي قراربعد الآن

أنالا أشعر بأنني أظهر أسوأ مما إعتدت أن أظهر به من قبل  
أنأمشغول وقلق على أنني أظهر كبير السن أو غير جذاب  
أنأشعر بأن هناك تغييرات ثابتة في مظهري تجعلني أظهر بطريقة غير جذابة

أنا أشعر بأنني قبيح أو كريه المنظر

أنا أستطيع العمل بنفس الجودة كما تعودت من قبل  
أبذل بعض الجهد لكي أبدأ العمل في بعض الأشياء  
يجب علي أن أدفع نفسي بقوة لأقوم بأي شيء  
أنا لا أستطيع أن أقوم بأي عمل على الإطلاق

أنا لا أجهد أكثر مما تعودت من قبل  
أنا أشعر بالإجهاد بسهولة أكثر مما تعودت من قبل  
أنا أشعر بالإجهاد من أداء أي شيء  
أنا في منتهى الإجهاد لدرجة أنني لا أستطيع عمل أي شيء

شهيتي للأكل ليست أسوأ من المعتاد  
شهيتي للأكل ليست جيدة كما كانت  
شهيتي أصبحت أسوأ الآن  
أنا ليست لي شهية للأكل نهائياً

### الملحق 3: مقياس تورنتو للتكتم

الجنس:.....  
الدراسي:.....  
السن:.....  
المستوى

من فضلك أجب على هذه الأسئلة بوضع دائرة ( ) على الرقم الذي ينطبق على حالتك:

غير موافق تماما    غير موافق أحيانا    لست أدري أوافق أو لا أوافق    موافق إلى حد ما  
موافق تماما

- 1) غالبا ما لا تتضح لي الانفعالات التي أشعر بها
- 2) يصعب علي التعبير عن مشاعري بدقة
- 3) لدي احساسات جسدية حتى الأطباء لا يفهمونها
- 4) أستطيع وصف مشاعري بسهولة
- 5) أفضل تحليل المشاكل بدل وصفها
- 6) عندما أكون مضطربا لا أعرف إن كنت حزينا أم خائفا أم غاضبا
- 7) إن احساساتي الجسدية غالبا ما تحيرني
- 8) أفضل ترك الأمور تسير هكذا على أن أفهم لماذا تحدث بهذه الطريقة
- 9) لدي مشاعر لا أستطيع تحديدها بالفعل
- 10) إن الاحتكاك بالأحاسيس والعواطف أمر أساسي
- 11) يصعب علي وصف ما أشعر به نحو الناس
- 12) يطلب مني الناس أن أصف مشاعري بتفصيل أكثر
- 13) لست ادري ماذا يحدث بداخلي
- 14) غالبا ما أجهل سبب غضبي
- 15) أفضل الحديث مع الناس عن نشاطهم اليومي بدل الحديث عن مشاعرهم
- 16) أفضل مشاهدة برامج التلفزة الخفيفة والمسلية بدل البرامج المثيرة أو الحزينة
- 17) يصعب علي إظهار مشاعري العميقة حتى لأقرب الأصدقاء
- 18) أشعر بقربي من شخص وفهم أحاسيسه حتى في حالات الصمت
- 19) يفيدني فحص مشاعري في حل مشاكلي الخاصة
- 20) البحث عن المعاني العميقة في الأفلام يلهي عن الاستمتاع بمشاهدتها

#### الملحق 4: مقياس قلق الموت

الجنس.....  
الدراسي.....  
السن.....  
المستوى

من فضلك حدد عمرك و جنسك ثم أجب على الأسئلة التالية.

- (1) أخاف بشدة من أن أموت
- (2) نادرا ما تخطر لي فكرة الموت
- (3) لا أقلق عندما يتحدث الناس عن الموت
- (4) يخيفني التفكير في ضرورة إجراء عملية جراحية
- (5) لا أخاف أبدا من أن أموت
- (6) لا أخاف من الإصابة بالسرطان على الخصوص
- (7) لا يضايقني أبدا التفكير في الموت
- (8) غالبا ما يزعجني الإحساس بمرور الوقت بسرعة
- (9) أخشى أن أموت موتا مؤلما
- (10) إن الحديث عن حياة بعد الموت يزعجني كثيرا
- (11) أخاف حقيقة من الإصابة بنوبة قلبية
- (12) كثيرا ما أفكر : « كم هي قصيرة هذه الحياة فعلا »
- (13) يقشعر جلدي عندما أسمع الناس يتحدثون عن الحرب
- (14) يرعبني منظر جسد ميت
- (15) أشعر أن المستقبل لا يحمل لي أشياء مخيفة

