

المعالجة المعرفية للانفعالات والتكتم

لدى المصابين باضطراب الأعراض الجسمية

Cognitive treatment of emotion and discretion in people with physical symptoms disorder

أ.د/ نور الدين جبالي أ. سامية شرفة⁽¹⁾ (Chorfa1772@hotmail.fr)
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية - جامعة باتنة 1

تاريخ القبول: 2019/02/20

تاريخ الإرسال: 2018/06/14

الملخص:

تهدف هذه الدراسة إلى الكشف عن العلاقة بين المعالجة المعرفية للانفعالات والتي حددت في التنظيم المعرفي للانفعالات والتكتم لدى المصابين باضطراب الأعراض الجسدية، ولتحقيق أهداف الدراسة تم استخدام مقياس توتنتو للتكتم (tas20) إضافة لمقياس التنظيم المعرفي للانفعالات (CERQ).
تكونت عينة الدراسة من 60 مريضا تم اختيارهم بالطريقة القصدية، شملت عدة أمراض: القرحة المعدية، الضغط الدموي، الروماتيزم، القولون العصبي. واستخدم المنهج الوصفي الارتباطي.
أظهرت الدراسة أن:

- مستوى التكتم متوسط قريب من المنخفض لدى عينة الدراسة ككل.

- البعد السائد للتنظيم المعرفي للانفعالات هو التنظيم المعرفي التكيفي (التقبل، التقييم الايجابي وإعادة التخطيط) في مقابل التنظيم المعرفي غير التكيفي (لوم الذات، الكارثية، لوم الآخرين).
- وجود علاقة ارتباطيه موجبة بين التنظيم المعرفي للانفعالات والتكتم لدى المصابين باضطراب الأعراض الجسمية .

الكلمات المفتاحية: التكتم، التنظيم المعرفي للانفعالات، اضطراب الأعراض الجسمية.

Abstract:

The study investigated the relationship between Cognitive emotional regulation and the Alexithymia at patient's somatic symptoms disorder.

To achieve the objectives of study a Toronto Alexithymia scale(TAS 20) ,and the Cognitive Emotional Regulation Questionnaire (CERQ) wear used to measure levels of alexithymia and the type of Cognitive Emotional Regulation

The sample of the study consisted of 60 patients with somatic symptoms disorder (Ulcers, Blood pressure, Rheumatism ,IBS) selected intentional ;

Used the descriptive correlation approach.

The results of the study indicated:

- That patient's Alexithymia degree was moderate to low in the total sample.
- The Cognitive Emotional Regulation adaptive dimension (acceptance, positive refocusing, refocus on planning) is predominate vs. the Cognitive Emotional Regulation non-adaptive (self-blame, other-blame, catastrophising).

== المعالجة المعرفية للانفعالات والتكتم لدى المصابين باضطراب الأعراض الجسمية

- The significant positive correlation between Cognitive emotional regulation and the Alexithymia at patient's somatic symptoms disorder.

Key words: Cognitive Emotional Regulation- Alexithymia - somatic symptoms disorder.

مقدمة:

يدرك الباحثون اليوم أن الصحة والمرض هما نتيجة لعدة تفاعلات بين القوى البيولوجية والنفسية والاجتماعية، وأن المفهوم أحادي الأسباب في تفسير المرض قد تجاوزه الزمن تاركا المكان أمام الإدراك المتعدد الأسباب والعوامل، فحسب هذا النموذج حتى الأمراض الالتهابية لا يرجع تفسير أسبابها إلى سبب خطي واحد. إن الصراع والجدل القائم بين النموذج الجزئي العضوي micro organique والكلي العضوي macro organique هو من يحدد ظهور المرض وتطوره حيث تلعب قوى العضوية والقدرات الدفاعية دورا مهما للمواجهة، بالإضافة لدور العوامل النفسية التي تعدل من شدة الاستجابة، وبذلك تتحدد العلاقة بين العوامل الجسدية والنفسية والاجتماعية وحتى الثقافية في تفسير المرض.

تعد المقاربة في الاضطرابات السيكوسوماتية من أهم المقاربات النظرية التي حاولت تفسير الأمراض من مجمل السيرورات التفاعلية بين النظم الجسدية والنفسية والاجتماعية والثقافية حيث يقول Grinker "أن مفهوم السيكوسوماتيك لا يرجع إلى علم النفس أو إلى الاضطرابات الفسيولوجية أو المرضية الفسيولوجية ولا إلى الفسيولوجيا أو علم النفس المرضي، بل يعود هذا المفهوم إلى السيرورات في النظام الحي (الكائن الحي) واستخداماته الاجتماعية والثقافية" (Pongy, 2016, p 21). يعد هذا التعريف أكثر شمولية في تفسير وتعريف الاضطرابات النفسجسدية وتقرب التوجه في تعدد تفسير الأمراض والاضطرابات.

تقول أليس ميلر Alice miller 2005 في كتابها بعنوان "أجسادنا لا تكذب" إن أجسادنا تتفاعل على الأغلب عن طريق المرض من خلال التعطيل والتحقير الدائم لوظائفها الحيوية . يتضح أن الارتباط بين الجسد والنفس مندمج اندماجا كليا ومتداخلا ويعد المخرج الجسدي لمجمل الصراعات والانفعالات التي تعيشها العضوية، قد يفسر من خلاله العديد من الأمراض والاضطرابات خاصة ما يعرف بالأمراض النفسجسدية غير أن الاضطرابات النفسجسدية التي كانت تعرف بهذه التسمية سابقا نجدها اليوم في كتيب التشخيص والإحصاء الخامس (DSM-5) باضطراب أعراض جسمية (somatic symptoms disorder) ويتضمن اضطراب الأعراض الجسمية واضطراب اعتلال القلق واضطراب التحول (دافبي، 2016، ص865)، إلا أن هذا المصطلح ليس متداولاً بعد بين الباحثين لذلك أبقينا على المصطلح الأول في هذه الدراسة.

وتعرف بأنها مجموعة من الاضطرابات غير الترابطية وكلها تتصف بوجود مشكلات نفسية تعبر عن نفسها في شكل أعراض جسمية أو كرب نفسي بسبب الأعراض الجسمية أو سمات جسمية .

فتعرف الأمراض النفسجدية على أنها الأمراض التي تترافق بإصابة عضوية يمكن التأكد منها من خلال سبب الحدوث أو التطور .حيث نجد انه من الواجب استدخال الأحداث ذات المرجعية الانفعالية مثل الحداد والانفصال وتغيير المحيط ... وغيرها، والتي يعبر عنها الفرد عن طريق المرض.

لقد ذهب الاعتقاد ولسنوات عديدة من خلال المكونات الفسيولوجية للانفعالات أنها ذات صلة وطيدة والعامل الأساسي في ظهور الأمراض الجسمية، فالعلاقة بين الانفعالات وخصائصها الفسيولوجية والمعرفية هي علاقة تجريبية وكذلك اجتماعية. فالعديد من الدراسات اهتمت بدور كل من الانفعالات الايجابية والسلبية في ظهور الأمراض والاضطرابات بالإضافة إلى الاهتمام بالطريقة التي يتعامل بها الأفراد مع الوضعيات الانفعالية وكيفية تنظيم هذه الانفعالات وما يعرف باستراتيجيات المواءمة coping.

== المعالجة المعرفية للانفعالات والتكتم لدى المصابين باضطراب الأعراض الجسمية

أولاً: مفاهيم ومتغيرات الدراسة

1- التنظيم والمعالجة المعرفية للانفعالات: عندما تخوض تجربة انفعالات قوية، فإن الأمر قد يبدو وكأن قوة ما قد استولت بشكل مؤقت على جسدك وعقلك. إلا أن الانفعالات لا تتمتع بسيطرة كاملة علينا: فبقدرتنا أن نتحكم في انفعالاتنا. والسبل التي نتبعها للقيام بهذا لها تبعات قوية في حياتنا. إن عملية تنظيم الانفعالات *émotion régulation* تتكون من الاستراتيجيات التي نلجأ إليها لنتحكم في شدة الانفعالات التي نتناوبنا، وفي توقيتها، ومدى قوة إحساسنا بها وتعبيرنا عنها (كفاي، 2014، ص 243).

ومن المصطلحات التي ترتبط ارتباطاً وثيقاً بهذا الموضوع مصطلح المواءمة *coping* والذي يدل على محاولات الناس في خفض الانفعالات السلبية في أثناء حدث ضاغط وفي أعقابها. والفرق بين المصطلحين هو أن المواءمة دائماً ما تتمثل في محاولة لخفض الانفعال السلبي بينما يتضمن تنظيم الانفعالات الإيجابية أو خفضها، أو حتى محاولة زيادة الانفعال السلبي، إذا كانت إستراتيجية جيدة في موقف بعينه. ويلجأ الناس إلى مدى واسع من الاستراتيجيات لإدارة انفعالاتهم، كما إن الفلاسفة وعلماء النفس قد اهتموا منذ زمن بعيد بالتداعيات المتباينة للاستراتيجيات المتعددة.

يشتمل مفهوم التنظيم الانفعالي على سلسلة واسعة من العمليات الشعورية وغير الشعورية المعرفية، السلوكية، الفسيولوجية (Butt et All, 2013)، ويشير إلى العملية التي يستخدمها الأفراد ليعدلوا نوع وشدة ومدة التعبير الانفعالي. يعرفه كروس 2002 بأنه "العمليات التي تحدث عندما يحاول الفرد أن يؤثر في نوع و كمية الانفعال الذي يخبره هو أو يخبره آخرون من حوله و كيفية التعبير عن تلك الانفعالات (gross, 2003,P 282)، ويرى كروس أن التنظيم الانفعالي يمكّن الفرد من استخدام مجموعة استراتيجيات يدرجها في سياق نوعين يحدد النوع الأول باستراتيجيات التركيز المسبق (-antecedent focused strategies) والتي يلجأ إليها الفرد في حالة الاستعداد للاستجابة قبل أن

يكون متفاعلا بشكل كلي مع المثير الانفعالي . ويميز فيه بين أربعة أنواع يمكن أن تطبق في مواقف مختلفة من عملية حدوث الانفعال وهي:

1- اختيار الموقف (situation selection): وفيها يختار الفرد بين موقفين أو أكثر ليكون في موقف واحد.

2- تعديل الموقف (situation modification): وهو الموقف الذي يكون فيه لدى الفرد أكثر من مستوى مختلف من الانفعال.

3- توزيع أو نشر الانتباه (attention deployment): يشير إلى عملية تغيير الانتباه تجاه الموقف، كأن يغلغ الفرد عينيه حينما يشاهد عملية إطلاق رصاص.

4- التغيير المعرفي (cognitive change): يشير إلى عملية انتقاء معنى معرفيا للحدث أو الموقف، وإعادة التقييم المعرفي (reappraisal) تعني أن الفرد يعيد تقييمه المعرفي للموقف لاستخلاص الانفعال المحتمل حدوثه من ذلك الموقف وخفض أثره. وهي عبارة عن توليد تفسيرات إيجابية عن المواقف الضاغطة نفسيا كطريقة لخفض التوتر. ويرى كروس 1998 أن استراتيجية إعادة التقييم تنتج استجابات جسدية وانفعالية إيجابية .

ويحدد كروس النوع الثاني بإستراتيجية التركيز على الاستجابة (strategy response-focused): وفيها يكون الفرد متفاعلا مع الحالة الانفعالية، والانفعال قائم بشكل اعتيادي. لهذه الاستراتيجية نوع واحد يسميه كروس تعديل الاستجابة response modulation وتطبق بعد حدوث الاستجابة الانفعالية، ويدعى أيضا بالكبت (suppression)، وفيها يكف الفرد عن المضي في التعبير عن انفعالاته في الموقف أو يخفي علامات التعبير الانفعالي. وفي كثير من الأحيان تكون الغاية من هذه الاستراتيجية المسايرة الاجتماعية والخضوع لأوامر الجماعة أو الانصياع للموقف (gross,2003,p9).

حل المشكلات Problem Solving: وهي عبارة عن استجابات يحاول الفرد بواسطتها تغيير المواقف الضاغطة أو احتواء آثارها. ولهذه الإستراتيجية

== المعالجة المعرفية للانفعالات والتكتم لدى المصابين باضطراب الأعراض الجسمية

آثار مفيدة للانفعالات لكونها تعدل الضغوطات (aldo and hoeksema 2010). p974-975)، فالأفراد منخفضي التوجه لحل المشكلات أو لديهم مهارات قليلة في حل المشكلات يمكن أن يتعرضوا لعدد من المشكلات كالاكتئاب والقلق والأمراض النفسجسدية.

لوم الذات Self-Blame: وتشير إلى أفكار يضع الفرد فيها اللوم على نفسه إزاء ما اختبره.

لوم الآخرين Other-Blame: وتشير إلى أفكار يضع الفرد فيها اللوم حول ما اختبره على البيئة أو على شخص آخر.

الكارثية Catastrophizing: وتشير إلى أفكار تركز على فضاة ما اختبره الفرد. (كفاي، 2014، ص.253)

2- التكتم: على الرغم من أن الوصف الأول للتكتم كان من قبل رويش (1948 Reuch) ويرجع إلى حوالي نصف القرن الماضي، إلا أن سلوك الكثير من المرضى المناقش تحت تسمية التكتم Alexitmia (Sifneos 1973) لم يحظ بالاهتمام الحقيقي إلا في العقدين الماضيين. وقد كانت بعض الأعراض الجوهرية للسلوك التكتمي كضعف الخيال والقدرة الضئيلة على التعبير عن المشاعر وفرط التوافق الاجتماعي. قد لوحظت بشكل متفرق في وقت أسبق من ذلك بكثير. إذ أشار فيرينتش (1944 Ferenzi) إلى نمط من الناس يتصف بصورة خاصة بفقر الخيال في الحياة و في التحليل، وإذا كان هذا النمط ليس فاقدا للخيال كلية، غير إن هذا النمط من الناس يبدو أن الأحداث المثيرة تمر عليه دون أن تترك أثرا. هذا يقود إلى تصرفات مصرفة للانفعال أو للهيّاج أو للهوامات على الأقل لحركات تعبيرية خارجية أو داخلية بدون الإحساس أو التعبير حتى بآثار مثل هذه الارتكاسات.

إن الدلالة اللغوية لهذا المصطلح هي صعوبة التعبير عن المزاج أو عن الانفعالات أو استحالته تماما تناول هذا المصطلح هو (Sifneos 1972) ويتضمن المفهوم النفسي للتكتم مجموعة من الخصائص المعرفية و الانفعالية التي وصفت أولا لدى المرضى النفسجسديين ثم بعد ذلك لدى أصناف من

المرضى خصوصا الذين يعانون من بعض الاضطرابات مثل الإدمان أو الكرب التالي للصدمة أو اضطراب السلوك الغذائي كما في فقدان الشهية العصبي (زعطوط و قريشي، 2080، ص 206).

3- التكتّم والتنظيم المعرفي للانفعالات (إعادة التقييم المرضي):

1- التكتّم والاضطرابات السيكوسوماتية: يؤكد العلماء أمثال: Krystal Sfneos, Cooper, إن عدم القدرة على التعبير عن الانفعالات تزيد من الاستعداد للاضطرابات النفسجسدية, كما وجد Todarello علاقة بين ارتفاع ضغط الدم و التكتّم حيث يعاني 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 خصوصا أصلته المباشرة بالجهاز العصبي ولطبيعة أنسجته وعلاقتها بالعالم الخارجي عن طريق الغذاء، ويعتبر 66% من المصابين باضطرابات هضمية يعانون من التكتّم .

أما Loas (2010) فيرى أن معدل انتشار التكتّم لدى الاضطرابات السيكوسوماتية قد يتراوح ما بين 30 إلى 60% وخاصة مرضى ارتفاع الضغط والتهاب المفاصل الروماتيدي والربو والتشنج التاجي والقرحة، كما يشير بأنها أساس الاضطرابات السيكوسوماتية فهي موجودة قبل ظهور الاضطرابات كما قد تكون ثانوية نتيجة لمرض، ففي الحالة الأولى تعتبر كعامل خطر في ظهور بعض الأمراض العضوية و العقلية، أما في الحالة الثانية فتعتبر كعامل إنذار للحالة النفسية، على سبيل المثال تناول الأدوية أثناء الضغط ما بعد الصدمة أو تناول أدوية خلال القرحة المعدية (فاسي، 2016، ص 96).

تحدث Olivoier Lmminet (2013) عن الاستقرار النسبي و المطلق للتكتّم، وأقر بأن العديد من الدراسات أظهرت ارتباط التكتّم بالاضطرابات السيكوسوماتية والاضطرابات العقلية، لكن لا يزال الغموض في التكتّم كعامل

== المعالجة المعرفية للانفعالات والتكتم لدى المصابين باضطراب الأعراض الجسمية

مفجر أو كعامل يحدث هشاشة نفسية. فيما يخص الفرد السيكوسوماتي فإن التكتم يظهر كعجز في الاقتصاد السيكوسوماتي . فتقدم فكرة ميكانيزمين دفاعيين ليستعملها الفرد من أجل الحماية، فنجد أولاً استعمال فقدان العطف La désaffection أما الدفاع الثاني الانفصال أو التشتت La dispersion.

إن التكتم يتميز بقدرات محدودة لتمثيل الحالة الانفعالية بطريقة رمزية، وبذلك التمثلات الفرعية للانفعالات التي تسمح لنا بالاتصال، وبالتالي يؤدي إلى تضخم الإحساسات الجسدية المرتبطة بالنشاط الانفعالي و خاصة التي أساسها فيزيولوجي، أو يكون هناك تفسير خاطئ لهذا التفعيل أو التنشيط الانفعالي والذي يؤدي إلى اضطرابات جسدية.

أما Lai prstiner de cortina (2001) فتري أن هذا الإلغاء الدفاعي للمعاش الانفعالي راجع إلى غياب المعالجة الرمزية. إن غياب ترميز الانفعالات وفقدان الاتصال الانفعالي يرجع إلى استشارات جديدة لعواطف صدمية. والخيرات الجسدية التي تكون مرتبطة بالفقدان لم يستطع الفرد تمثيلها وترميزها في الوقت المطلوب، وبالتالي لا يستطيع الجانب النفسي تشفيرها على شكل انفعالات جسدية مصحوبة بتمثيلات عقلية، فتصبح هذه الانفعالات في حركة مفرغة وغير مرتبطة بتمثيلات ودلالات الكلمات (Olivoier.2007.p 522). وبالتالي يعتبر التكتم بكل مكوناته عوامل مهدت لظهور الجسدنة.

2- الانفعال والإمراض النفسوجسدية: هناك من المترددين على المصحات والعيادات من لا يعانون من أمراض جسمية واضحة، رغم أعراضها البدنية العضوية، وهذا ما جعل المستشفيات الحديثة تفتح أقساماً خاصة بالطب النفسي، وأصبحت العناية الصحية تشمل المريض من حيث هو إنسان لا من حيث مجرد مجموعة من الأعضاء والأجهزة الجسدية، فإن للانفعالات الشديدة نصيباً كبيراً فيما يصاب به الفرد من أمراض "نفس جسمية سيكوسوماتية" مثل قرحة المعدة والضغط الدموي وغيرها من الأمراض.

إن الانفعال يتطلب دائماً قدراً من التنفيس أو التصريف بهدف انسياب الطاقات الحشوية الداخلية والتغيرات الفسيولوجية الخارجية لتؤدي الوظائف المنوط بها في يسر وانسجام، أما إذا تعطلت هذه الطاقات الحشوية والتغيرات الفسيولوجية عن عملها بسبب العوائق والسدود والحواجز، كأن يكف الإنسان عن أذى أو ضرر أصابه من شخص آخر، كما أن مثل هذه الأسباب المثيرة للانفعال قد تستمر ردحا من الزمن في حالة إعاقة وكف بسبب الكبت أو القمع فتصبح "مزمنة" مما يجعلها سبباً لظهور الأمراض السيكوسوماتية، والواقع أننا إذا أغلقنا الباب في وجه انفعالاتنا ولم نسمح لها بالتعبير الحركي والسلوك الوافي لأنفسنا وحياتنا، ما لم نعمل ذلك؛ فإن جسدنا يقوم بمهمة التعبير المطلوب من هذه الانفعالات، ولكن بعد دفع ثمن باهظ في صورة خلل أو اضطراب، وأمراض عضوية كثيرة، إن هذه الأمراض بمثابة المترجم عن حياتنا الانفعالية اللاشعورية. (الكفافي، 2014، ص91)

4- التكتم والتنظيم المعرفي للانفعالات: العلاقة بين العواطف خاصة
فسيولوجية وتجريبية، ولكنها أيضاً معرفية اجتماعية، منذ فترة طويلة كانت العاطفة تعتبر عامل يحتمل ظهور أمراض الجسم. العديد من التيارات العلمية تدرس هذه العلاقة مع توجهات ومفاهيم وأساليب مفاهيمية مختلفة جداً: علم وظائف الأعضاء والطب الجسدي، والطب النفسي وعلم النفس السريري، وعلم نفس الصحة، علم النفس المعرفي والاجتماعي من العواطف، وفي الآونة الأخيرة علم النفس العصبي النفسي، يجب ألا يخفي التنوع الظاهر للتبادلات المتداخلة للاختصاصات التي تجعل هذا المجال من الدراسة أحد أكثر إبداعات علوم الإنسان، حتى إذا كان هناك عمل مهم حول دور المشاعر الإيجابية، فإن هذه التخصصات تهتم بشكل رئيسي بالمشاعر السلبية، بالارتباط مع التوتر النفسي أو الاضطرابات النفسية مثل الاكتئاب وغيرها من الاضطرابات. فقد أظهرت الدراسات الوبائية الحديثة أن الأشخاص الذين يعانون من الاكتئاب لا يتمتعون فقط بخبرة تلمس نوعية حياتهم بل أضف إلى ذلك صعوبة في التنظيم المعرفي لهذه العواطف (كفافي، 2014، ص37).

== المعالجة المعرفية للانفعالات والتكتم لدى المصابين باضطراب الأعراض الجسمية

قامت العديد من النتائج التجريبية على الروابط بين استخدام بعض استراتيجيات التنظيم العاطفي والمرض. لتقديم ما هو معروف حاليا عن الآليات لفهم هذه الروابط، سنركز على تنظيم العواطف السلبية وفرضية وجود علاقة سببية بين التنظيم العاطفي والحالة الصحية، من خلال محاولة التعبير عن وجهة نظر فردية واجتماعية حول تنظيم العواطف، ومع ذلك من المستحيل تقديم استعراض شامل للأثر الصحي لجميع الاستراتيجيات التنظيمية.

يرجع الفشل في تنظيم الانفعالات لدى الأفراد المتكتمين والذي يتجلى في صعوبة المشاركة الاجتماعية للانفعالات إلى عدة تفسيرات وعدة أسباب سنحاول أن نبين فيمايلي أسباب هذا الفشل .

لقد اقترحت العديد من الدراسات أدلة لتوضيح الفشل في تنظيم الانفعالات المرتبطة بالتكتم من خلال أن التكتم يعمل على حجز العديد من المراحل التي تسبق تنظيم المعلومات فيعد كل من عملية الإكتشاف والتعبير عن الانفعالات ضرورة أساسية لكي يصبح من الإمكان تنظيم فعال لهذه الانفعالات فيما بعد. فالذي يحصل من فشل على مستوى التعرف عن الانفعالات في التعبيرات الوجهية الصادرة عن الآخرين والصعوبة التي تكمن أيضا في عدم التوصل إلى التمثل الرمزي للانفعالات الذي يتم عن طريق استخدام اللغة العاطفية التي تحدد كعامل أساسي في التفاعل الاجتماعي وفي المشاركة الاجتماعية للانفعالات يفسر من جانب الفشل في تنظيم الانفعالات لدى الأفراد المتكتمين. أضف إلى ذلك تفسيراً آخر وهو نمط التفكير العملياتي الذي يتميز به المرضى النفسجسديين من تقلص في القدرة التخيلية تؤدي أيضا إلى كبح في الأنشطة المتجهة نحو هدف معين وهذا يحد من الدخول في المجال الذاتي الانفعالي أو إلى المادة التي يحتويها وبالنتيجة كل ذلك يحد من احتمالية اللجوء إلى المشاركة الاجتماعية للانفعالات. (Moria, M, 2012, p 305-306)

إن العديد من الباحثين يتفقون على الدور الكبير الذي تلعبه المشاركة الاجتماعية للانفعالات في تنظيم الانفعالات، فيؤكد كل من Luminet et Vermeulen (2008) أنه أمام مواجهة وضعيات انفعالية كبيرة والقدرة على

ترجمة هذه الوضعية في كلمات قد يسمح بإخماد أو تغيير حدة هذه الانفعالات والمعنى المرتبط بها . التفسير الآخر يعود إلى الفشل في القدرة على تقييم المعلومات الانفعالية فيلاحظ ذلك من خلال النشاط الضئيل في المنطقة الحزامية الأمامية من الدماغ .

فالوصول إلى مستوى وعي قليل للانفعالات الذي ينعكس فيما بعد على شكل ضبابية وتشويش في الوصول إلى المصادر المعرفية الضرورية لمعالجة الانفعال المدرك بطريقة صحيحة ومناسبة، نتكلم هنا عن نقص النشاط المعرفي وتثبيط وتبئنة المعالجة الأوتوماتكية والآلية للمعلومات العاطفية الانفعالية فالعبء من الناحية الانفعالية يتطلب ايجابية متكيفة وأنية.

(Moria,M ,2012,p 305-306)

دراسة قام بها Taylor ,Bagby, Demaret, Luminet (2006) في البحث عن العلاقة بين التكتم والفشل في تذكر المثيرات الانفعالية من الناحية الكمية والكيفية هذا الفشل عبارة على عن عامل إضافي إلى التنظيم المعرفي لدى الأفراد المتكتمين، ينتج عن ذلك تقليص إمكانية الوصول إليه مرة أخرى مهما كانت هذه الخبرات سارة أو غير سارة .ينتج عن ذلك مشكلة في مواجهة وضعيات مشابهة لأنهم غير قادرين على الارتكاز على تجارب ماضية ثم تفعيل فيما بعد مخططات استجابات مناسبة

ما يمكن أن نخلص إليه من كل هذه الدراسات أن الأفراد المتكتمين لا يملكون الوسائل المعرفية والانفعالية الضرورية لتبني إستراتيجية تنظيم مناسبة.

وانطلاقاً من فرضية هذه الدراسات بين كل من Besharat(2010), Parker, Taylor et Bagby(1998) أن الأفراد المتكتمين مقارنة مع غيرهم يفضلون استراتيجيات تعامل غير مكيفة من نوع التصرف بدافع (الغضب المفاجئ) أو التجنب أو إلحاق الضرر في مقابل الاستراتيجيات التكيفية منها التمرکز حول المشكل والمتمثلة في تسخير كل الإمكانيات من أجل حل وضعية الإشكالية. كما يصبحون أكثر ميلاً لاستخدام ميكانيزمات دفاعية

== المعالجة المعرفية للانفعالات والتكتم لدى المصابين باضطراب الأعراض الجسمية

غير ناضجة منها الإسقاط، النكوص السلبي، الإنكار، الاحتقار... والتي تعمل على استمرار الإحساس بالسوء عوض الميكانيزمات الناضجة منها التسامي، التوقع. (Mikolajczak, M, 2012, p30)

5- تبعات التكتم والتنظيم المعرفي للانفعالات على المستوى الجسدي:

دراسات عديدة توصلت إلى العلاقة بين التكتم والعديد من الأمراض الجسمية نذكر منها ارتفاع الضغط، الربو، الأمراض الجلدية، العقم لدى النساء والرجال، والصداع النصفي، تناذر القولون العصبي السكري، وسرطان الثدي. يوجد ثلاث تفسيرات كبرى لهذا الارتباط بين التكتم والأمراض الجسمية هي: (Moria, M, 2012, p. 308-309)

التفسير الأول : هذا التوجه يرى أنه الارتباط ليسا حقيقيا فالأشخاص المتكتمين يخلطون العلامات الجسدية الناتجة عن النشاط الانفعالي مع المؤشرات الجسمية للمرض الجسدي فيعتبرون الارتباطات الفسيولوجية للانفعالات مثل المعدة المعقودة وزيادة التنفس على أنها أعراض لمرض جسدي . في نفس السياق توصلت دراسة إلى وجود ارتباط بين التكتم والسلوك توهم المرض للدراسة (2009) Garli, Huber, Sumana, Biasib.

التفسير الثاني: يرى هذا التوجه أن الارتباط يرجع إلى نشاط فسيولوجي مرتفع ونشاط فسيولوجي يمتد ويطول في الوضعيات الضاغطة والوضعيات الانفعالية الصعبة .

فالصعوبات التي يتلقاها الأشخاص المتكتمين في التعرف على انفعالاتهم ومعالجة المعلومات الانفعالية تمنعهم من التنظيم الصحيح لانفعالاتهم وكذلك الأمر بالنسبة للضغوط. بينت بعض الدراسات اضطراب في النظام المستقل يعني الودي لدى الأفراد المتكتمين فنلاحظ زيادة في الاستجابة الفسيولوجية في الحالات التي تسبق وضعية ضاغطة أو وضعية انفعالية مهمة

إن الكبت مسئول عن زيادة نشاط النظام الودي الذي يتم تقييمه بتكرار ضربات القلب والتدابير الفسيولوجية الأخرى، هذه النتائج يجب أن تستكمل بالملاحظات التي أبدت على مجموعات كبيرة، والتي تظهر أن قمع العواطف

مرتبط بشكل خاص مع خطر القلب والأوعية الدموية. وأظهرت النتائج توقع شدة تصلب الشرايين فقط في المرضى الذين يميلون إلى تثبيط تجاربهم بالغضب. وقد أظهرت العديد من الدراسات والتحليلات أن تدابير تثبيط المشاعر السلبية يمكن التنبؤ من خلالها بعدد الوفيات.

سجل كل من (Timary,Roy,Luminet,Fillie Haynal ,A :1997.255) et Mikolajcrak (2008) مستويات مرتفعة للكورتيزول بين الأشخاص الذين يظهرون نتائج مرتفعة للتكتم في الفترة التي تسبق التعرض لضغط اجتماعي ونلاحظ في نفس الخط أن هناك ارتباط بين التكتم واضطراب التوازن المناعي المتعلق بانخفاض المناعة الخلوية مثال انخفاض الخلايا اللمفاوية وكذلك تناقص إنتاج مضاد فيروس نقص المناعة Chimiokine anti- VIH .

التفسير الثالث: يرجع هذا التفسير الارتباط إلى محاولة خفض التوتر مثال أشكال سلوكيات الخطر الصحية في محاولة لخفض الضغط والتوتر الأتي من الأعراض الجسمية للتجربة الانفعالية. فالأشخاص المتكتمين يتوجهون نحو الاستهلاك الغذائي المفرط أو تعاطي المواد النفسية الفعالة من أجل إنقاص و تخدير التوتر العاطفي هذه المحاولة السيئة قد تأخذ شكل سلوك خطر في القيادة بمعنى سلوك خطر مروري كالقيادة الخطرة أو سلوكيات جنسية اندفاعية خطيرة خلاصة القول أن التفسيرين الأخيرين يبينان أن التكتم يقلص من طول العمر والدراسات بينت أنها تضاعف من أخطار الموت سواء عن طريق الحوادث أو الأمراض القلبية والشرايين فكل نقطة زيادة المتحصل عليها على مقياس TAS26 يزيد الخطر بحوالي 1.2%.

تظهر كل هذه الأدبيات أن الإشكالية ليست فقط في الميل إلى قمع مشاعر المرء، ولكن أيضاً في الميل إلى تثبيط العواطف القوية. هذا هو المراد من النوع D الذي اقترحه Denollet لوصف شكل من أشكال التنظيم العاطفي المؤذي للناجين من احتشاء عضلة القلب. يتم تمييز هذا النوع بتأثير سلبي كبير. الشعور بالقلق، والغضب، والتوتر المزمن، والتثبيط الاجتماعي، أي الميل إلى كبح التعبير عن المشاعر والضيق في التفاعلات الاجتماعية. يزداد خطر

== المعالجة المعرفية للانفعالات والتكتم لدى المصابين باضطراب الأعراض الجسمية

الموت بشكل كبير عندما يقدم الناس نوع D. يركز هذا البحث الحالي على التفاعل بين قوة التجربة العاطفية وإستراتيجية القمع، مما يدل على أنه سيكون قمع سلوكي للمشاعر القوية السلبية. والإجهاد الذي من شأنه أن يسهم في تطوير أمراض القلب والأوعية الدموية.

ثانياً/ الإشكالية: عملية تنظيم الانفعالات Emotion régulation من الاستراتيجيات التي نلجأ إليها لنتحكم في شدة الانفعالات التي نتابنا وفي توقيتها، ومدى قوة إحساسنا بها والتعبير عنها (كافي، 2014، ص 243). وقد قدمت أسباب كثيرة لشرح العجز العاطفي المرتبط بعدم القدرة على التعبير الانفعالي أو ما يعرف بالتكتم والعجز فيما يتعلق بتنظيم الانفعالات. إذ يرى أن التكتم يقوم بتوقيف عدة مراحل سابقة لتنظيم الانفعالات. وسنحاول من خلال هذه الدراسة الإجابة على هذا التساؤل.

إن أغلب الدراسات التي تناولت التكتم والانفعالات ونذكر منها دراسة غارنيفسكي وآخرون (2001. at al. garnefski)، على سبيل المثال لا الحصر بينت أن الاستراتيجيات المعرفية تلعب دوراً هاماً في العلاقة بين أحداث الحياة السلبية وأعراض الاكتئاب والقلق. وبينت وجود ارتباط سلبية بين استراتيجيات إعادة التقييم المعرفي وإعادة التركيز الإيجابي والقلق والاكتئاب، وارتباط إيجابي بين إستراتيجيات الكوارثية، لوم الذات.

فمعظم الدراسات أكدت أن العجز الرئيسي عند الأفراد الذين يعانون من التكتم تظهر بدرجة كبيرة في قدراتهم الأساسية، وبالأخص في صعوبات على مستوى إدراكهم لمشاعرهم وفي إدراك تعابير الوجه التي تصدر من جانب الآخرين. وكذلك في صعوبات تمثيل رموز الانفعالات التي تعرقل العلاقات الاجتماعية و المشاركة الاجتماعية والتواصل. كما أن أسلوب التفكير الإجرائي والعملي وقلّة التخيلات المميز للمرضى السيكوسوماتيين تؤدي إلى انخفاض وكبح في الأنشطة الأكثر عمقا، وبالتالي تقل إمكانية المشاركة الاجتماعية للانفعالات. من شأن هذا أن يساهم بشكل كبير في عجزهم التنظيمي العاطفي وعجز القدرة على تقييم المعلومات العاطفية والتي

يمكن التحقق منها بشكل ملحوظ عن طريق تقليل تنشيط المنطقة الحزامية الأمامية (Moir,2012, 305).

إن العلاقة بين المرض والانفعالات هي ثنائية الاتجاه حيث قام كل من هانز سيلبي وولف بدراسة لمعرفة صفات الانفعالات التي تشكل خطورة على الإنسان وتؤدي إلى ظهور المرض، حيث يبين أن الانفعالات الحادة بشكل عام تترك أثرا سيئا في الوظائف العضوية، فعدم القدرة على الإدارة الجيدة للانفعالات - خاصة السلبية منها- تفسر العديد من الأمراض والاضطرابات دراسة HOLMSTROM و cooper 1984 عن علاقة التكتم بالسرطان وأمراض السلوك الغذائي، دراسة Todarello عن العلاقة بين ارتفاع ضغط الدم والتكتم حيث عانى المرضى المصابون بضغط الدم من عدم القدرة على التعبير عن انفعالاتهم حيث أكدت الدراسات أن 66% من المصابين بالاضطرابات الهضمية متكتمون.

وبينت دراسة farideh ameri et all 2014 أن المتكتم يعاني صعوبة في التنظيم الذاتي من إهمال المعلومات العاطفية (الانفعالات) التي لا يتم معالجتها معرفيا وهذا يؤدي إلى الارتباك العاطفي و المعرفي للفرد و عجز يزيد من إمكانية ممارسة الفرد لأساليب الدفاع غير الناضجة (الزراد، 2000، ص 64). كذلك دراسة غارنيفسكي وآخرون (garnefski .at al .2001) بينت أن الاستراتيجيات المعرفية تلعب دورا هاما في العلاقة بين أحداث الحياة السلبية وأعراض الاكتئاب والقلق. وبينت وجود ارتباط سلبي بين استراتيجيتي إعادة التقييم المعرفي وإعادة التركيز الإيجابي والقلق والاكتئاب، وارتباط ايجابي بين إستراتيجيتي الكارثية، لوم الذات.

يتضح من الدراسات التي ذكرت أن هناك ارتباط وثيق بين التكتم والإصابة ببعض الأمراض، خاصة تلك التي ورد ذكرها في الدراسات، وتبين أن السبب الرئيسي لظهور هذه الاضطرابات هو عدم القدرة على التعبير عن الانفعالات، وعدم وجود مخارج لها إلا عبر الجسد أو عدم القدرة على إدارتها وتنظيمها.

== المعالجة المعرفية للانفعالات والتكتم لدى المصابين باضطراب الأعراض الجسمية

إن مجمل الدراسات التي تمكنا من الاطلاع عليها تناولت متغيري التكتم والتنظيم المعرفي للانفعالات على عينات مرضية سواء كانت حول الأمراض المزمنة أو الأمراض النفسية، في حين الدراسات التي تناولت المتغيرين في اضطرابات الأعراض الجسمية لم نتمكن من الحصول عليها لذلك جاءت هذه الدراسة محاولة لتفسير المرض النفسجسدي وارتباطه الكبير بالتكتم والاضطراب في معالجة الانفعالات ومحاولة لفهم العلاقة بين التكتم والتنظيم المعرفي في الانفعالات عند الأشخاص السيكوسوماتين . كذلك محاولة فهم كيف ينظم المرضى النفسجسديين انفعالاتهم وكيف تتبلور لديهم السيرورة في التنظيم المعرفي للانفعالات خاصة وما طبيعتها . وأيضا ما طبيعة الارتباط بين التكتم والتنظيم المعرفي للانفعالات، وللإجابة عن كل هذا تم صياغة تساؤلات للدراسة جاءت فيما يلي:

- ما مستوى التكتم لدى عينة الدراسة والمتمثلة في المصابين باضطراب الأعراض الجسدية؟

- ما البعد السائد في التنظيم المعرفي للانفعالات لدى عينة الدراسة؟

- هل توجد علاقة ارتباطيه بين التنظيم المعرفي للانفعالات والتكتم لدى المصابين باضطرابات الأعراض الجسدية ؟

ثالثا/ أهداف الدراسة:

- التعرف على مستويات التكتم لدى عينة الدراسة.

- التعرف على البعد السائد في التنظيم المعرفي للانفعالات الخاصة بهم.

- معرفة إذا كانت هناك علاقة بين متغير التنظيم المعرفي للانفعالات والتكتم لدى المصابين باضطراب الأعراض الجسدية.

رابعا/ التعريف الإجرائي لمصطلحات الدراسة:

التكتم: عدم قدرة الفرد على تحديد ووصف الأحاسيس والانفعالات والتفكير الموجه نحو الخارج وهو يعرف إجرائيا بأنه: ما يقاس بسلم تورنتو

التكتم Tas 20 في أبعاده: صعوبة وصف الأحاسيس، صعوبة تحديد الأحاسيس، التفكير الموجه نحو الخارج.

التنظيم المعرفي للانفعالات: يعرف "كروس" استراتيجيات التنظيم الانفعالي بأنها الأساليب التي يستخدمها الفرد للتأثير على مستويات الاستجابة الانفعالية قد حددت في استراتيجيات.

التنظيم المعرفي التكيفية: يتضمن كل من: التقبل، إعادة التقييم الايجابي، التركيز الايجابي، التركيز على الفعل، التأمل.

التنظيم المعرفي غير التكيفي يحتوي على: لوم الذات، لوم الآخرين، الكارثية، الاجترار، وتحدد حسب الدرجات المتحصل عليها من مقياس استراتيجيات التنظيم المعرفي للانفعالات.

خامسا/ الدراسات السابقة:

- دراسة د. مصطفى علي رمضان مظلوم (2003) بعنوان: الانفعال وعلاقته بالتكتم لدى عينة من طلاب الجامعة

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على طبيعة العلاقة الارتباطية بين تنظيم الانفعال و التكتم لدى عينة من طلاب الجامعة، والتعرف على الفروق بين الجنسين في كل من تنظيم الانفعال والتكتم وكذا التعرف على إمكانية التنبؤ بالتكتم لدى عينة الدراسة ككل من خلال تنظيم الانفعال . تكونت عينة الدراسة من (381) طالبا وطالبة، واعتمدت على المنهج الوصفي الارتباطي المقارن والمنهج الاكلينيكي، وتم تطبيق الأدوات السيكمترية: مقياس تنظيم الانفعال ومقياس التكتم وتم أيضا تطبيق الأدوات الاكلينيكية: المقابلة الشخصية ومقابلة الحرة و بعض لوحات اختبار تفهم الموضوع TAT.

وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطية سالبة دالة إحصائيا بين درجات عينة الدراسة ككل على مقياس تنظيم الانفعال. ودرجاتهم على مقياس التكتم و إبعاده وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائيا بين درجات عينة الدراسة ككل على مقياس تنظيم الانفعال (قمع التعبير الانفعالي)

== المعالجة المعرفية للانفعالات والتكتم لدى المصابين باضطراب الأعراض الجسمية

ودرجاتهم على مقياس التكتم وأبعاده. وكشفت نتائج الدراسة عن عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجة الذكور ومتوسطات درجات الإناث على مقياس تنظيم الانفعال وأوضحت نتائج الدراسة عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات الذكور ومتوسطات درجات الإناث على مقياس التكتم و أبعاده.

- دراسة فاسي أمال (2016) الجزائر بعنوان: الالكستيميا (التكتم) لدى مريض السرطان كنشاط عقلي مميز.

هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن الفروق إن وجدت في درجات التكتم لدى الأفراد الذين يظهر لديهم الاكتئاب الأساسي والذين يظهر لديهم اكتئاب واضح، والكشف عن الفروق إن وجدت في متوسطات درجات التكتم لدى مرضى السرطان الذين لديهم فترة قصيرة من معرفة المرض تقل عن 6 أشهر وبين الأشخاص الذين لديهم المرض أكثر من 6 أشهر، واعتمدت الباحثة في هذه الدراسة المنهج الوصفي واستخدمت الأدوات التالية: مقياس التاس للتكتم (Tas 20)، مقياس الهادس للاكتئاب.

وطبقت الباحثة المقياسين على عينة قدرت بحوالي 255 حالة مصابة بالسرطان، وقد توصلت نتائج الدراسة إلى أن مستوى التكتم العالية قدرت بـ: 202 حالة من مجموع الدراسة بنسبة 79,2%، والتكتم المتوسط بنسبة 17.6%، وعدد الأفراد 45 حالة، أما التكتم المنخفض فتوصلت النتائج إلى 8 حالات بنسبة 3,1%.

سادسا/ فرضيات الدراسة:

- نتوقع وجود مستوى مرتفع للتكتم لدى عينة الدراسة والمتمثلة في المصابين باضطراب الأعراض الجسدية.
- نتوقع سيادة بعد التنظيم المعرفي للانفعالات غير متكيف لدى عينة الدراسة.
- توجد علاقة ارتباطية بين التنظيم المعرفي للانفعالات والتكتم لدى المصابين باضطرابات الأعراض الجسمية .

سابعاً/ إجراءات الدراسة الميدانية:

1- **منهج الدراسة:** تسعى هذه الدراسة إلى معرفة العلاقة الكامنة بين المعالجة أو التنظيم المعرفي للانفعالات والتكتم لدى المصابين باضطراب الأعراض الجسدية، وقد تم اعتماد المنهج الوصفي الارتباطي لكونه الملائم في الكشف عن مثل هذه العلاقات، وفيما إذا كانت هناك ارتباطات دالة بين هذه المتغيرات .

2- **عينة الدراسة الأساسية:** تكونت عينة الدراسة الأساسية من 60 مريضاً من ولاية باتنة، وتم تطبيق الدراسة في الفترة الممتدة بين شهري أبريل وماي سنة 2018، وتم جمع العينة من المستشفى الجامعي بباتنة وبعض العيادات الخاصة، وجمعت العينة بطريقة قصدية، وتميزت العينة بالخصائص التالية:

خصائص العينة من حيث الجنس: جدول رقم (01) يبين توزيع العينة الأساسية حسب الجنس

الجنس	العدد	النسب المئوية
ذكور	21	35%
إناث	39	65%
المجموع	60	100%

خصائص العينة من حيث نوع المرض: جدول رقم (02) يبين توزيع العينة حسب نوع المرض

نوع المرض	العدد	النسب المئوية
الروماتيزم	02	3.3%
الضغط الدموي	14	23.3%
القرحة المعدية	37	61.7%

== المعالجة المعرفية للانفعالات والتكتم لدى المصابين باضطراب الأعراض الجسمية

القولون العصبي	07	%11.7
المجموع	60	%100

3- أدوات الدراسة وخصائصها السيكومترية:

أولاً/ مقياس تورنتو للتكتم: سُلم تورنتو للتكتم وضع من قبل تايلور سنة 1985 في نسخته الأولى مكون من 26 بنداً، ثم عدل ليصبح 20 بنداً موزعة في 3 أبعاد، يمكن استخدامه للبالغين والمراهقين الأكثر من 16 سنة. صيغت بنوده على شكل 15 عبارة ايجابية و 5 عبارات سلبية موزعة كالتالي

- صعوبة وصف الأحاسيس : تتكون من 5 عبارات هي: (2,4,11,12,17).

- صعوبة تحديد الأحاسيس : يتكون من 7 عبارات هي: (1,3,6,7,9,13,14).

- التفكير الموجه نحو الخارج : يتكون من 8 عبارات هي: (5,8,10,15,16,18,19,20).

حساب صدق مقياس تورنتو tas20: عن طريق الاتساق الداخلي لمقياس وارتباط درجات العبارة بالدرجة الكلية للمقياس

الجدول رقم (03) يبين قيم معاملات الارتباط لعبارات المقياس tas20

العبارة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	العبارة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
01	0,543**	0,01	11	0,305	غير دالة
02	0,412*	0,05	12	0,732**	0,01
03	0,471**	0,01	13	0,246	غير دالة
04	0,386*	0,05	14	0,545**	0,01
05	0,383*	0,05	15	0,613**	0,01
06	0,449*	0,05	16	0,384*	0,05
07	0,489**	0,01	17	0,098	غير دالة

0,01	0,678**	18	0,01	0,686**	08
0,01	0,620**	19	0,05	0,440*	09
غير دال	0,321	20	0,01	0,661*	10

تشير البيانات في الجدول إلى أن جميع قيم معاملات الارتباط لعبارات مقياس تورنتو للتكتم (tas) 20 بالدرجة الكلية للمقياس كلها دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة **0.01 ومستوى الدلالة *0.05 في حين أن البنود (20,17,13,11) غير دالة.

حساب الثبات بطريقة ألفا كرونباخ لمقياس (tas20)

جدول رقم (04) بين حساب الثبات لمقياس التكتم تورنتو tas20

عدد العبارات	الفا كرونباخ	مقياس التكتم تورنتو
20	0,729	الدرجة الكلية

تصحيح المقياس: يصحح المقياس حسب التدرج الخماسي من موافق بشدة إلى معارض بشدة مع عكس التصحيح في البنود السالبة ومستويات التكتم حسب سلم تورنتو هي: المستوى المرتفع أكثر من 61 درجة – المتوسط أقل من 61 درجة - المستوى المنخفض أقل من 51 درجة.

ثانياً/ استبيان استراتيجيات التنظيم المعرفي للانفعالات: the cognitive emotion regulation strategies (CERQ).

المقياس المطبق في هذه الدراسة هو الصورة المختصرة لمقياس التنظيم المعرفي للانفعالات لكل من 2002 Garnefski, Kraaij et Spinhoven . يحتوي في صورته الأولية على 36 بنداً موزعة على تسعة أبعاد تقيس استراتيجيات التنظيم المعرفي للانفعالات، وقسمت إلى مجموعتين كبيرتين هما استراتيجيات التنظيم التكيفية وغير التكيفية. يتضمن التنظيم المعرفي التكيفي كلا

== المعالجة المعرفية للانفعالات والتكتم لدى المصابين باضطراب الأعراض الجسمية

من: (التقبل، إعادة التقييم الايجابي، التركيز الايجابي، التركيز على الفعل، التأمل)، والتنظيم المعرفي غير التكيفي يحتوي على: (لوم الذات، لوم الآخرين، الكارثية، الاجترار).

في حين الصورة المختصرة للمقياس تحتوي على 18 بندا مقسمة على 6 أبعاد، وتقسم فقرات المقياس وفق التدرج الثلاثي: لا - أحيانا - دائما، وأبعاده هي:

البعد	العبارات	البعد	العبارات
لوم الذات	10.7.1	إعادة التخطيط	15.9.6
القبول	11.8.5	الكارثية	18.13.4
التقييم الايجابي	17.12.2	لوم الآخرين	16.14.3

الخصائص السيكومترية للمقياس:

- حساب الثبات بطريقة ألفا كرونباخ لمقياس التنظيم المعرفي للانفعالات.

جدول رقم (05) بين حساب الثبات لمقياس CERQ

البعد	عدد العبارات	ألفا كرونباخ
التنظيم المعرفي التكيفي للانفعالات	06	0.76
التنظيم المعرفي غير التكيفي للانفعالات	06	0.70

حساب الصدق: تم حساب صدق المقياس عن طريق صدق الاتساق الداخلي عن طريق حساب معامل الارتباط بيرسون بين الدرجة الكلية للبعد وبنوده.

جدول رقم (06) بين حساب الصدق لمقياس CERQ

البند	معامل الارتباط	الدلالة	البند	معامل الارتباط	الدلالة
01	0.42	غير دال	05	0.40	غير دال
07	0.51**	0.01	08	0.31	غير دال

0.01	0.44**	11	غير دال	0.21	10
0.01	0.60**	02	0.05	0.29*	04
0.01	0.60**	12	0.05	0.52*	13
0.01	0.58**	17	0.05	0.52*	18
0.05	0.31*	06	0.01	0.44**	03
0.01	0.46**	09	0.01	0.52**	14
0.01	0.42**	15	0.01	0.33**	16

سابعاً/ عرض وتحليل نتائج الدراسة:

1- عرض وتحليل الفرضية الأولى: تذهب هذه الفرضية إلى توقع وجود مستوى تكتم مرتفع وعال لدى الأشخاص المصابين ببعض الاضطرابات السيكوسوماتية، واختبار صحة هذه الفرضية قمنا بحساب المتوسط الحسابي وانحراف المعياري للدرجات الكلية لسلم تورنتو للتكتم (tas20).

الجدول رقم (07) بين متوسط الحسابي وانحراف المعياري لدرجات الكلية لسلم تورنتو للتكتم (tas 20)

حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
60	53,46	6,02

يتضح من الجدول (07) أن المتوسط الحسابي للدرجة الكلية لسلم تورنتو للتكتم (tas20) بلغ 53,46 بانحراف معياري 6,02. إذن نستطيع القول إنه يوجد مستوى متوسط من التكتم لدى الأفراد الذين يعانون من التكتم بالمقارنة مع مؤشر مستويات التكتم أقل من 61 درجة، وعليه فقد تحققت الفرضية الأولى نسبياً على اعتبار أن مستوى التكتم المتوسط لا يدل على تواجد الخاصية وبدرجة مرتفعة بل تواجدها متوسط وقريبة من المنخفض .

== المعالجة المعرفية للانفعالات والتكتم لدى المصابين باضطراب الأعراض الجسمية

العديد من الدراسات التي ذكرناها جاءت نتائجها مخالفة لدراستنا منها دراسة فاسي أمال (2016) توصلت نتائج دراستها إلى أن 202 حالة من مجموع الحالات التي طبقت عليها المقياس تعاني من تكتم مرتفع بنسبة 79,2%. أيضا دراسة زعطوط (2003) والتي تم إجراءها على مجتمع محلي أيضا وقد توصلت إلى أن 75% من المرضى النفس جسديين متكتمون .

يذكر Sifneos أول ما بدأ ملاحظة الخصائص التكتمية على المجسدين الذين يتميزون بوجود عجز واضح في إيجاد الكلمات المناسبة لوصف المشاعر، إضافة إلى صعوبة تميز الأحاسيس والتفكير الموجه نحو الخارج. وتفسر صعوبة وصف المشاعر عند الفرد التكتمي بعجزه عن إدراك الانفعالات وتمييزها.

2- عرض وتحليل ومناقشة نتائج الفرضية الثانية: للتحقق من صحة الفرضية قمنا بحساب المتوسطات الحسابية والانحراف المعياري لمتغير التنظيم المعرفي للانفعالات لدى عينة الدراسة، والجدول التالي يوضح النتائج.

جدول رقم (08) يوضح ترتيب متوسطات أبعاد التنظيم المعرفي للانفعالات التكيفية وغير تكيفية.

البعد	العينة	القيمة الصغرى	القيمة الكبرى	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
بعد التنظيم غير التكيفي للانفعالات	60	52.00	96.00	76.65	9.82
بعد التنظيم غير التكيفي للانفعالات	60	38.00	72.00	51.56	8.12

يتضح لنا من خلال نتائج الجدول رقم 08 أن البعد السائد والأكثر قيمة هو البعد التكيفي للتنظيم المعرفي للانفعالات (القبول، والتقييم الايجابي، وإعادة التخطيط) بقيمة 76.65، والتنظيم غير تكيفي (لوم الآخرين، الكارثية،

اللوم الذاتي) بقيمة 51.56 . ترتيب المتوسطات الجزئية لكل بعد جاءت: إعادة التخطيط، القبول، لوم الآخرين، التقييم الايجابي، اللوم الذاتي، الكوارثية، وهي نتائج تعارض الكثير من نتائج الدراسات السابقة لكنها تتفق إلى حد بعيد مع مستوى التكتم المتوسط الذي وجد لدى العينة.

3- عرض وتحليل ومناقشة نتائج الفرضية الثالثة: تذهب هذه الفرضية إلى توقع وجود علاقة ارتباطيه دالة إحصائيا بين التنظيم المعرفي للانفعالات والتكتم لدى عينة الدراسة.

الجدول (09) يوضح معامل الارتباط بين درجات التنظيم المعرفي للانفعالات والتكتم

حجم العينة	المقياس	المتوسط	الانحراف	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
60	CERQ	36,73	5,53	0.52	دالة عند 0.05
	20 Tas	50 ,4	5,87		

يتضح من الجدول رقم (09) أن معامل الارتباط بين درجات التنظيم المعرفي للانفعالات والتكتم قد بلغ 0.52 وهو دال عند مستوى الدلالة 0.05 وهذا يعني وجود علاقة ارتباطية بين التنظيم المعرفي للانفعالات والتكتم، وعلية فالفرضية الثالثة قد تحققت، وتوافق دراسة كل مصطفى محمد علي رمضان حول التنظيم الانفعالي، وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائيا بين درجات عينة الدراسة ككل على مقياس تنظيم الانفعالات (قمع التعبير الانفعالي) ودرجاتهم على مقياس التكتم. ودراسة لومينيت، وتيلور (2006) التي توصلت لوجود علاقة بين التكتم والعجز التذكري في المحفزات العاطفية على حد سواء. وتتوافق مع دراسة الدو هويكسيما (aldo and hoeksema.2010) حول العلاقة بين ثلاث استراتيجيات تنظيم انفعال معرفية (الاجترار، الكبت، إعادة التقييم) وأعراض ثلاثة (الاكتئاب والقلق، اضطراب الأكل).

== المعالجة المعرفية للانفعالات والتكتم لدى المصابين باضطراب الأعراض الجسمية

أظهرت الدراسة أن استراتيجيات التنظيم غير التكيفية (الاجترار، والكبت)، كانت أكثر ارتباطا مع الاضطرابات الثلاثة بالمقارنة مع استراتيجيات التنظيم التكيفية (إعادة التقييم، وحل المشكلات). كما بينت الدراسة أن الاستراتيجيات غير التكيفية تلعب دورا مركزيا في علم النفس المرضي.

يعتبر هذا العجز عاملا إضافيا يؤثر على التنظيم العاطفي لدى الأفراد المتكتمين، إذ يقلل من قدرتهم على التفاعل مع الأحداث السابقة التي ثبت أنها غير سارة (Maria,2012 ,p 305).

وعموما فإن الأفراد ذوي الحساسية العالية يفتقرون إلى الأدوات المعرفية والعاطفية لاعتماد استراتيجيات تنظيم مناسبة. في حين أظهرت عينة الدراسة مستوى متوسطا من مستويات التكتم ترافق معه استخدام استراتيجيات تنظيم معرفي للانفعالات أكثر تكيفية برزت في إستراتيجية: إعادة التخطيط، القبول، التقييم الايجابي، في مقابل: اللوم الذاتي، الكارثية لوم الآخرين.

الاستنتاج العام:

من خلال ما تم عرضه من دراسات سابقة حول متغيرات الدراسة الحالية، وما تم التوصل إليه من نتائج، ومن خلال تطبيق أدوات الدراسة (استبيان التكتم، واستبيان التنظيم المعرفي للانفعالات)، ومن خلال التفسيرات التي وردت في فروض الدراسة تم التوصل إلى النتائج التالية:

- وجود مستوى متوسط قريب من المنخفض لمستوى التكتم لدى المصابين باضطراب الأعراض الجسدية.

- سيادة بعد التنظيم المعرفي للانفعالات التكيفية عن بعد التنظيم غير تكيفي في عينة الدراسة.

- وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين التنظيم المعرفي للانفعالات والتكتم لدى المصابين باضطراب الأعراض الجسدية .

قد تعزى نتائج الدراسة الحالية خاصة وأنها لم تتوافق مع نتائج الدراسات السابقة فيما يخص مستوى التكتم الذي لم يكن مرتفعا كذلك

استراتيجية التنظيم المعرفي للانفعالات السائدة كانت استراتيجيات تكيفية إلى خصائص العينة وحجمها الذي قد يؤثر على نتائج الدراسة خاصة وأن خصائص العينة لم تكن متجانسة من خلال نوع المرض فتعددت بين أربعة أمراض أخذت القرحة المعدية بنسبة 61.7 ونعلم الخصائص النفسية والمعرفية للمصابين بالقرحة المعدية الذين يتميزون بالنمط أ من بين خصائصه زيادة النشاط والدينامية والعصبية يحاولون إنجاز أشياء عديدة في وقت ضيق يحبون المنافسة يظهرون عادة مؤشرات عدم الصبر.

جاءت نتيجة الدراسة الحالية موافقة لمعظم الدراسات السابقة غير أن عينة الدراسة اختلفت بين الأمراض المزمنة والأمراض النفس جسدية التي تناولتها دراستنا، وتوصلنا أن هناك علاقة بين متغير التكتم والتنظيم المعرفي للانفعالات سواء في اتجاه الارتباط الايجابي أو السلبي، بمعنى أن مستوى التكتم يؤثر على التنظيم المعرفي للانفعالات بالاتجاه الايجابي أو السلبي، فلو كان مستوى التكتم مرتفعا سيتم استخدام استراتيجيات تنظيم معرفي للانفعالات غير تكيفية كالكارثية لوم الذات والآخرين، والعكس كذلك صحيح فلو كان مستوى التكتم متوسطا إلى منخفض ستكون استراتيجيات التنظيم المعرفي للانفعالات تكيفية كإعادة التخطيط والقبول والتقييم المعرفي .

في الختام نوصي أن تقوم دراسات في نفس المتغيرات، ولكن مع عينات أكبر ودراسات فارقية بين أنواع اضطرابات أعراض الجسدية ومستوى التكتم والتنظيم المعرفي للانفعالات لديهم، لنتمكن من تعميم نتائج الدراسة المتحصل عليها، كذلك تدخل البعد الثقافي في تنظيم الانفعالات قد يؤثر على نتائج الدراسة من حيث إدراك المرض بالتمثلات الاجتماعية المرتبطة به.

== المعالجة المعرفية للانفعالات والتكتم لدى المصابين باضطراب الأعراض الجسمية

قائمة المراجع:

- 1- الزراد، محمد فيصل، 2000، الأمراض النفسية الجسدية أمراض العصر، ط1، بيروت، لبنان، دار النفائس.
- 2- جبالي، نورالدين، 2007، علاقة الاضطراب السيكوسوماتي بمصدر الضبط الصحي، صعوبة وصف الأحاسيس، دكتوراه دولة غير منشورة، جامعة باتنة، الجزائر.
- 3- دافبي، قرهام، ترجمة: الزراد محمد فيصل، وسليط محمد صبري، 2016، علم النفس المرضي البحث، التقييم، والعلاج في علم النفس الأكلينيكي، ط1، عمان، الأردن، دار الفكر.
- 4- زعطوط، رمضان، 2003، الاكتئاب وعلاقته بالتكتم وقلق الموت لدى المجسدين، جامعة ورقلة، الجزائر.
- 5- زعطوط، رمضان و قريشي عبد الكريم، (2008)، التكتم. مفهومه وعلاقته بالصحة والمرض، ورقلة، الجزائر.
- 6- زين العابدين، فارس، 2014، إيذاء الذات والتكتم، مخبر الجزائر، المجلة المغاربية للدراسات التاريخية والاجتماعية.
- 7- عطوف، محمود ياسين، 1989، الأمراض السيكوسوماتية، بيروت، لبنان، منشورات يحسون الثقافية.
- 8- فاسي، أمال، 2016، الاكتئاب الأساسي والاكستيميا لدى المرضى السرطان كنشاط عقلي مميز، مذكرة دكتوراه غير منشورة، جامعة سطيف، الجزائر.
- 9- كفاي علاء الدين، 2014، الانفعالات، ط 1، عمان، الأردن، دار الفكر ناشرون و موزعون.
- 10- مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، 2017، الأمراض المزمنة في الجزائر الواقع والآفاق، جامعة ورقلة، الجزائر.

- 11- Haynal, A et All, 1997, Médecine psychosomatique, 3^{ème} édition, Paris, France : ELSEVIER MASSON.
- 12- Gross. j. jand John .o.p, 2003, individual differences in two emotion regulation processes :implication for affect .relationships .and well-being. Journal of personality and social psychology 85.pp348-362
- 13- Gross. j. j, 2001, emotion regulation in adulthood: timing is everthing current direction in psychological science ,10 p.214-219.
- 14- Luminet. O, 2007, psychologie des émotions, confrontation et événement, 1^{ère} édition, de b, superier, bruxelles.
- 15- Mikolajczak M et Deseilles .M, 2012, traite de régulation des émotion. paris bibiotheque nationale.