

الألكسيتيميا وأسلوب التفاعل الاجتماعي السلبى لدى مرضى داء التهاب المفاصل المزمن

✍ إعداد: هرمز جميلة
أستاذة جامعية

ملخص:

تكشف هذه الدراسة عن علاقة الألكسيتيميا بداء التهاب المفاصل المزمن وأسلوب التفاعل الاجتماعي السلبى والجنس. وقد تم قياس الألكسيتيميا وأسلوب التفاعل الاجتماعي بواسطة مقياس تورونتو- 20 للألكسيتيميا واختبار التقييم- الذاتى للتفاعل الاجتماعي لفلاص على التوالي، على عينة مرضية تُقدَّر بـ 63 مريضاً بداء التهاب المفاصل المزمن من الجنسين (28 رجلاً و35 امرأة)، قُدِّرَ سنهم المتوسط بـ 47 سنة، وعلى عينة صحية تُقدَّر بـ 59 فرداً متمتعاً بصحة جيدة من الجنسين (27 رجلاً و32 امرأة)، قُدِّرَ سنهم المتوسط بـ 46 سنة. وبينت النتائج ارتفاع الألكسيتيميا لدى مرضى داء التهاب المفاصل المزمن أكثر من الأصحاء، وكانت درجات الألكسيتيميا لدى مرضى داء التهاب المفاصل المزمن متشابهة بين الرجال والنساء، فلا توجد فروق دالة بين الجنسين في درجة الألكسيتيميا، كما بينت النتائج أنَّ أسلوب التفاعل الاجتماعي لدى مرضى التهاب المفاصل المزمن هو سلبى أكثر مقارنة بالأصحاء. وقد نوقشت الفروق بين المتوسطات الحسابية على ضوء الدراسات النظرية والميدانية.

الكلمات المفتاحية: الألكسيتيميا، أسلوب التفاعل الاجتماعي السلبى، داء التهاب المفاصل المزمن.

مقدمة:

جاء الاهتمام بداء التهاب المفاصل المزمن في هذه الدراسة نظرا لانتشاره في المجتمع الجزائري. عدم استجابة هذا المرض المستعصي للعلاجات الكلاسيكية جعل العلاج الثلاثي: الطبي والنفسي والاجتماعي ضروريا أمام استفحال هذا المرض (Nowakowski&al، 2013) لأنه ناجم عن تفاعل معقد لمختلف العوامل الانفعالية- المعرفية- السلوكية- الاجتماعية- الثقافية (Vanheule&al، 2010)، ومنه تكتسي الإحاطة بهذه العوامل أهمية كبيرة في فهم التعقيدات الجسدية المستعصية. وهذه الدراسة ستركز على العوامل النفسية من خلال مفهوم الألكسيتيميا، الذي هو منتشر عند ما يقارب 10٪ من عامة السكان، وغالبا ما يكون مصاحبا لأمراض أخرى (Taylor&al، 1997).

الإشكالية:

ألكسيتيميا هو مصطلح حديث نسبيا، وقد صاغه Sifneos عام 1972 لوصف عدم قدرة المرضى - الذين يعانون من أمراض جسدية كلاسيكية ولم يستجيبوا للعلاج النفسي الديناميكي - على التعبير عن المشاعر بالكلمات (Nemiah&al، 1976)، وقد أكدت لاحقا معظم الدراسات (80٪) التي قارنت الأشخاص الذين يعانون من أمراض جسدية وأشخاص يتمتعون بصحة جيدة، ارتفاع الألكسيتيميا لدى الفئة المرضية (Noel&Rime، 1998)، بحيث وجد ارتفاع الألكسيتيميا لدى مرضى التصلب المتعدد والصرع المستعصي (Montreuil&Lyon-Caen، 1993)، الصداع النصفي (Villani&al، 2005)، اضطرابات الجهاز العصبي اللاإرادي والجهاز الهرموني العصبي (Grabe&al، 2010)، ارتفاع الضغط الدموي (Jula&al، 1998)، الاضطرابات القلبية- الوعائية (Vanheule&al، 2010)، مرض القلب التاجي (Valkamo&al، 2001)، نقص المناعة (Guilbaud&al، 2003)، مرض المناعة الذاتية الجهازية (Barbosa&al، 2011)، فيروس نقص المناعة البشرية (Lumley&al، 1997)، الربو (Lumley&al، 2007)، الأكزيما (Taylor&Bagby، 2004)، آفات الخلايا اللمفاوية السابقة لسرطان عنق الرحم (Todarello&al، 1994)، سرطان الثدي والفشل الكلوي والتهاب المفاصل الروماتيدي (Taylor&al، 1997)، داء السكري المعالج بالأنسولين (Friedman&al، 2003)، اضطرابات الأمعاء الالتهابية: متلازمة القولون العصبي (Porcelli&al، 1999)، ومرض

كروم (BenThabet&al، 2012)، اضطرابات الأكل: فقدان الشهية والشره (Speranza&al، 2005).

وقد وصفت أغلب الدراسات منذ ظهورها مختلف العمليات والآليات التي تستطيع أن تؤثر عن طريقها الألكسيثيميا في صحة واضطراب الأجهزة الفسيولوجية؛ كالعلاقات الاجتماعية (الدعم الاجتماعي وأساليب التفاعل الاجتماعي) (Lumley&al، 1996)، فتتأج الدراسات بينت أن الألكسيثيميا لا يمكن النظر إليها كظاهرة نفسية فقط ولكن كذلك هي محددة اجتماعيا (Kauhanen&al، 1993)، بحيث وُجدت علاقة بين ارتفاع الألكسيثيميا والتفاعل الاجتماعي الخالي من العاطفة وسلوك التجنب الاجتماعي وهيمنة نموذج التعلق غير الآمن (Spitzer&al، 2005)، وعلاقات مع الآخرين متحفظة وغير جازمة وسطحية وخالية من التضحية الذاتية والخدمة الخيرية (Vanheule&al، 2007)، وتقليص استعمال وتبوع ألفاظ الاتصال والرجوع إلى الآخرين (Meganck&al، 2009)، وانخفاض مستويات الاتصالات الاجتماعية والتعارف الاجتماعي (Kauhanen&al، 1993)، وعلاقات ما بين الأشخاص مشوّشة ناتجة عن صعوبة تحديد ووصف المشاعر في الذات ولدى الآخرين (Sifneos، 1996)، وانخفاض نوعية العلاقات (Hesse&Floyd، 2008)، وانخفاض مستوى التربية وانخفاض الدعم الاجتماعي وغياب نوعية أحداث الحياة ووجود ضغط اجتماعي (Posse&al، 2002)، وانخفاض البحث عن الدعم الاجتماعي لدى الأصدقاء والأقارب (Carpenter&Addis، 2000)، وعدم الرضا العلائقي بين الزوجين (Yelsma&Marrow، 2003)، والعلاقات السلبية بين الأزواج (Humphrey&al، 2009)، وانخفاض نوعية الحياة الزوجية (Frye-Cox&Hesse، 2013).

وقد فهرس Noel و Ryme (1988) الدراسات التي وصفت العلاقة بين الألكسيثيميا وعامل الجنس، ووجدوا أن فقط ثلاث دراسات على ثمان بينت فروقا دالة في درجة الألكسيثيميا حسب الجنس: واحدة تشير إلى ارتفاع الألكسيثيميا أكثر لدى النساء، واثنان إلى ارتفاعها أكثر لدى الرجال، والخمس الأخرى لم تُظهر اختلافات بين الجنسين في درجة الألكسيثيميا (Noel&Ryme، 1988). فالكثير من الدراسات إذاً بينت أنه لا توجد علاقة بين الألكسيثيميا والجنس (Saliminen&al، 1999؛ Carpenter&Addis، 2000؛ Vanheule&al، 2010؛

BenThabet&al، 2012)، وبعضها بينت ارتفاع الألكسيثيميا أكثر لدى الرجال (O'Neil&al، 1995؛ Lane&al، 1996؛ Julia&al، 1998؛ Bernard&al، 2004)، والقليل منها بينت ارتفاع الألكسيثيميا أكثر لدى النساء (Kauhanen&al، 1994).

وبناءً على ما سبق يمكن طرح التساؤلات التالية:

- 1- هل ترتفع الألكسيتيميا لدى مرضى داء التهاب المفاصل المزمن أكثر من الأصحاء؟
- 2- هل أسلوب التفاعل الاجتماعي سلبي أكثر لدى مرضى داء التهاب المفاصل المزمن مقارنة بالأصحاء؟
- 3- هل توجد فروق دالة بين الجنسين في درجة الألكسيتيميا لدى مرضى داء التهاب المفاصل المزمن؟

الفرضيات:

وبناءً على هذه التساؤلات تم بناء الفرضيات التالية:

- 1- ترتفع الألكسيتيميا لدى مرضى داء التهاب المفاصل المزمن أكثر من الأصحاء.
- 2- أسلوب التفاعل الاجتماعي سلبي أكثر لدى مرضى داء التهاب المفاصل المزمن مقارنة بالأصحاء.
- 3- لا توجد فروق دالة بين الجنسين في درجة الألكسيتيميا لدى مرضى داء التهاب المفاصل المزمن.

أهداف الدراسة:

تهدف هذه الدراسة إلى:

- 1- الوقوف على علاقة الألكسيتيميا بداء التهاب المفاصل المزمن.
- 2- الوقوف على علاقة الألكسيتيميا بأسلوب التفاعل الاجتماعي السلبي في داء التهاب المفاصل المزمن.
- 3- الوقوف على الفروق بين مرضى داء التهاب المفاصل المزمن فيما يتعلق بالألكسيتيميا وعامل الجنس.

أهمية الدراسة:

تتجلى أهمية الدراسة فيما يلي:

- 1- محاولة لفهم طبيعة الألكسيتيميا لدى مرضى داء التهاب المفاصل المزمن.
- 2- محاولة لفهم علاقة الألكسيتيميا بأسلوب التفاعل الاجتماعي السلبي لدى مرضى داء التهاب المفاصل المزمن.

3- محاولة لفهم طبيعة انتشار الألكسيثيميا بين رجال ونساء مرضى داء التهاب المفاصل المزمن.

تحديد المصطلحات:

1- **الكسيتيميا Alexithymia**: هي سمة للشخصية تتميز بصعوبات في تحديد ووصف المشاعر وضيق القدرة على الخيال وندرة الأوهام وتوجيه التفكير نحو الخارج، وهي كلمة يونانية تتألف من ثلاثة أقسام وهي: a: لا(نقص)، Lexi: الكلمة، Thymos: المشاعر، مما يعني لا كلمات عن المشاعر (Vermeulen&al، 2006).

2- **أسلوب التفاعل الاجتماعي السلبي Negative Social Interaction Style**: وهو عدم القدرة على تكوين علاقات اجتماعية مباشرة أو غير مباشرة بين عدد محدود أو غير محدود من أفراد المجموعة، عن طريق استخدام الإشارة واللغة والإيماء، ويأخذ أنماطا مختلفة تتمثل في عدم التعاون وعدم التكيف والصراع والانسحاب (Hesse، 2009).

3- **داء التهاب المفاصل المزمن**: هو مرض معقد وعويص ناتج عن إنتاج مضادات جسمية- ذاتية داخل أجهزة عضوية، ويتميز بأعراض متنوعة وحادة، تتفاقم تارة، وتارة أخرى تتعطل، وتُترجم بتشوهات وآلام أثناء الحركة (Domart & Bourneuf، 1989).

إجراءات الدراسة الميدانية:

1. عينة الدراسة:

يمكن تحديد حدود العينة فيما يلي:

- **الحدود المكانية**: اقتصرَت الدراسة على مصلحة طب المفاصل بمستشفى بن عكنون بوخروفة عبد القادر بالجزائر العاصمة.
- **الحدود البشرية**: تتمثل في عينة قوامها 63 مريضا بداء التهاب المفاصل المزمن من الجنسين (28 رجلا و 35 امرأة) فُحصوا في مصلحة طب المفاصل بمستشفى بن عكنون، قُدِّرَ سنهم المتوسط بـ 47 سنة، وعينة مقارنة من الأصحاء المتطوعين من سكان الجزائر العاصمة قوامها 59 فردا متمتعاً بصحة جيدة من الجنسين (27 رجلا و 32 امرأة)، قُدِّرَ سنهم المتوسط بـ 46 سنة، وتتراوح أعمار أفراد العينتين ما بين 35 و 57 سنة.

- الحدود الزمنية: تم تطبيق الدراسة الميدانية خلال السداسي الأول من عام 2013.

2. أدوات الدراسة:

1-2- مقياس تورونتو- 20 للألكسيتيميا TAS-20:

هو استبيان التقرير- الذاتي الأكثر استعمالا لقياس الألكسيتيميا؛ التي هي اضطراب في تحديد ووصف المشاعر وتركيز الانتباه خارجيا، ويتألف من 20 بندا تقيّم ثلاثة أبعاد: 1- صعوبة تحديد المشاعر، 2- صعوبة وصف مشاعر الآخرين، 3- تفكير موجه نحو الخارج، وكل بند مرقم من 1 إلى 5: (1) معارض تماما، (2) معارض نسبيا، (3) غير متفق، غير معارض، (4) موافق نسبيا، (5) موافق تماما. والدرجة الكلية للألكسيتيميا هي مجموع الإجابات في كل البنود، وهي تمتد من 20 إلى 100: الدرجات الدنيا > 52 = لا توجد ألكسيتيميا، الدرجات الوسطى 52- 60 = ربما توجد ألكسيتيميا، الدرجات القصوى < 60 = توجد ألكسيتيميا. وقد تم إثبات صدق وثبات هذا المقياس، حيث بلغ معامل الاتساق الداخلي للمقياس α كرونباخ (0,81)، ومعامل الثبات (0,77) باستخدام طريقة اختبار- إعادة اختبار على عينة عيادية وغير عيادية من الكنديين والألمان (1994، Bagby&al).

كما تمتع هذا المقياس بدرجة عالية من الثبات والصدق في البيئة الجزائرية بعد أن أعادت الباحثة صياغة صورته بالعربية الفصحى، إذ بلغ معامل ثبات المقياس (0,80) باستخدام طريقة اختبار- إعادة اختبار بفاصل زمني قدره أسبوعان على عينة استطلاعية قوامها 40 مريضا بداء التهاب المفاصل المزمن بمستشفى بن عكنون من خارج عينة الدراسة، وامتد معامل الاتساق الداخلي للمقياس من (0,75) إلى (0,82) بحساب معامل الارتباط لـ Pearson بين كل درجات البنود والدرجة الكلية للمقياس.

2-2- اختبار التقييم- الذاتي للتفاعل الاجتماعي SISST:

هو استبيان التقرير- الذاتي الأكثر استعمالا لقياس القلق الاجتماعي، ويتألف من 30 بندا للتقييم- الذاتي للتفاعل الاجتماعي، يتضمن قسمين: 15 بندا للتقييم الايجابي و 15 بندا للتقييم السلبي يجب عليها المفحوصون، بحيث يتراوح مقياس الإجابة من (1) نادرا ما إلى (5) كثيرا ما. والدرجة الكلية لأسلوب التفاعل

الاجتماعي السلبي هي مجموع الإجابات في كل البنود السلبية، وهي تمتد من 15 إلى 75، وتسمح الدرجات القصوى <34 باعتبار الأفراد أكثر أسلوبا اجتماعيا سلبيا. وقد تم إثبات ثبات وصدق هذا الاختبار في جزئيه الايجابي والسلبي منفصلين عن بعضهما البعض، حيث قدر معامل ثبات التجزئة النصفية للاختبار السلبي بـ (0,86) و (0,73) للاختبار الايجابي، وقدر معامل ارتباط هذا الاختبار مع مقياس آخر للقلق الاجتماعي بـ (0,74) بالنسبة للاختبار السلبي مع مقياس القلق الاجتماعي، و (0,57) بالنسبة للاختبار الايجابي مع مقياس القلق الاجتماعي الذي استخدم كمحك خارجي لبيان صدق الاختبار في البيئة الأمريكية (Glass&al, 1982).

كما تمتع هذا الاختبار بدرجة عالية من الثبات والصدق في البيئة الجزائرية بعد أن أعادت الباحثة صياغة صورته بالعربية الفصحى، إذ بلغ معامل ثبات الاختبار (0,82) باستخدام طريقة اختبار - إعادة اختبار بفواصل زمني قدره أسبوعان على عينة استطلاعية قوامها 40 مريضا بداء التهاب المفاصل المزمن بمستشفى بن عكنون من خارج عينة الدراسة، وامتد معامل الاتساق الداخلي للاختبار من (0,73) إلى (0,84) بحساب معامل الارتباط لـ Pearson بين كل درجات البنود والدرجة الكلية للاختبار.

نتائج الدراسة:

أسفرت المعالجة الإحصائية لبيانات المقياسين عن النتائج التالية:

لاختبار صحة الفرضية الأولى التي تقترح وجود علاقة بين الألكسيتيميا وداء التهاب المفاصل المزمن، تم استخراج اختبار "ت" لعينتين مستقلتين لمعالجة درجات الألكسيتيميا لدى مرضى داء التهاب المفاصل المزمن والأصحاء، كما هو موضح في الجدول رقم (1) أدناه:

العينة	العدد	المتوسط الحسابي لدرجة الألكسيتيميا	الانحراف المعياري	الفرق بين المتوسطين	قيمة ت	درجة الحرية df	مستوى الدلالة
--------	-------	------------------------------------	-------------------	---------------------	--------	----------------	---------------

0,05	92	3,91	41,72	8,61	86,23	63	المرضى
				2,73	44,51	59	الأصحاء

الجدول رقم (1):

يبين الفرق بين متوسطي درجات المرضى والأصحاء في الألكسيتيميا

يتضح من الجدول رقم (1) أن متوسط درجات المرضى المقدّر بـ (86,23) أكبر من متوسط درجات الأصحاء المقدّر بـ (44,51)، بفرق بين متوسطي درجات العينتين يساوي (41,72)، وهو ذو دلالة إحصائية عند مستوى $\alpha=0,05$ وت=3,91. أي أن هناك فرقا دالا إحصائيا بين متوسطي درجات المرضى والأصحاء لصالح المرضى، ومنه تُقبل الفرضية الأولى.

وبالتالي، يمكن التأكيد على أن الألكسيتيميا ترتفع لدى مرضى داء التهاب المفاصل المزمن أكثر من الأصحاء.

لاختبار صحة الفرضية الثانية التي تقترح وجود علاقة بين أسلوب التفاعل الاجتماعي السلبي وداء التهاب المفاصل المزمن، تم استخراج اختبار "ت" لعينتين مستقلتين لمعالجة درجات أسلوب التفاعل الاجتماعي السلبي لدى مرضى داء التهاب المفاصل المزمن والأصحاء، كما هو موضح في الجدول رقم (2) أدناه:

العينة	العدد	المتوسط الحسابي لدرجة أسلوب التفاعل الاجتماعي السلبي	الانحراف المعياري	الفرق بين المتوسطين	قيمة ت	درجة الحرية df	مستوى الدلالة
المرضى	63	61,54	3,52	39,18	3,62	92	0,05
الأصحاء	59	22,36	2,04				

الجدول رقم (2):

يبين الفرق بين متوسطي درجات المرضى والأصحاء في أسلوب التفاعل الاجتماعي السلبي

يتضح من الجدول رقم (2) أنّ متوسط درجات المرضى المقدّر بـ (61,54) أكبر من متوسط درجات الأصحاء المقدّر بـ (22,36)، بفرق بين متوسطي درجات العينتين يساوي (39,18)، وهو ذو دلالة إحصائية عند مستوى $\alpha=0,05$ وت=3,62. أي أنّ هناك فرقا دالا إحصائيا بين متوسطي درجات المرضى والأصحاء لصالح المرضى، ومنه تُقبل الفرضية الثانية.

وبالتالي، يمكن التأكيد على أنّ أسلوب التفاعل الاجتماعي لدى مرضى داء التهاب المفاصل المزمن سلبي أكثر مقارنة بالأصحاء.

لاختبار صحة الفرضية الثالثة التي تقترح عدم وجود فروق دالة بين الجنسين في درجة الألكسيتيميا لدى مرضى داء التهاب المفاصل المزمن، تم استخراج اختبار "ت" لعينتين مستقلتين لمعالجة درجات الألكسيتيميا لدى مرضى ومريضات داء التهاب المفاصل المزمن، كما هو موضح في الجدول رقم (3) أدناه:

العينه	العدد	المتوسط الحسابي لدرجة الألكسيتيميا	الانحراف المعياري	الفرق بين المتوسطين	قيمة ت	درجة الحرية df	مستوى الدلالة
المرضى	28	85,25	8,52	1,23	3,31	92	0,05
المريضات	35	86,48	8,75				

الجدول رقم (3):

يبين الفرق بين متوسطي درجات المرضى والمريضات في الألكسيتيميا

يتضح من الجدول رقم (3) أنّ متوسط درجات المرضى المقدّر بـ (85,25) يساوي تقريبا متوسط درجات المريضات المقدّر بـ (86,48)، والفرق بين متوسطي درجات العينتين المقدّر بـ (1,23) غير مهم، وهو غير دال إحصائيا عند مستوى $\alpha=0,05$ وت=3,31، ومنه تُقبل الفرضية الثالثة.

وبالتالي، يمكن التأكيد على أنّه لا توجد فروق دالة بين الجنسين في درجة الألكسيتيميا لدى مرضى داء التهاب المفاصل المزمن.

مناقشة النتائج:

استهدفت هذه الدراسة تقييم علاقة الأكسيتيميا بداء التهاب المفاصل المزمن، وقد أيدت نتائج اختبار "ت" صحة الفرضية الأولى التي تقترح وجود علاقة بين الأكسيتيميا وداء التهاب المفاصل المزمن، بحيث وُجد ارتفاع الأكسيتيميا لدى مرضى داء التهاب المفاصل المزمن أكثر من الأصحاء، كما يظهر من خلال الجدول رقم (1)، وهذه النتيجة تتفق مع الدراسات السابقة (Montreuil&Lyon- 1999، Porcelli&al:1998، Jula&al:1994، Todarello&al:1993، Caen 2003، Guilbaud&al:2003، Friedman&al:2001، Valkamo&al 2007، Lumley&al:2005، Villani&al:2005، Speranza&al:2004، Taylor&Bagby 2012، BenThabet&al:2011، Barbosa&al:2010، Vanheule&al:2010، Grabe&al

فهذه الدراسة كشفت عن وجود الأكسيتيميا لدى مرضى داء التهاب المفاصل المزمن، بحيث يمكن للأكسيتيميا أن تسبب أعراضا جسدية حتى وإن لم تتضح العلاقة السببية المباشرة، فغالبا ما فُسرت العلاقة ما بين الأكسيتيميا والمرض بكون الأكسيتيميا سببا والمرض نتيجة، وهذا التفسير نابع من الطب السيكوسوماتي الكلاسيكي، الذي كثيرا ما اعتبر العوامل النفسية- الاجتماعية أسبابا والتعقيدات الفسيولوجية والمشاكل الصحية نتائج. فنظريا، يمكن للأكسيتيميا أن تتجم عن الصدمة أو الضغط، فالصدمة الطفلية وسوء المعاملة والإهمال والفشل في العلاقات في مرحلة الطفولة المبكرة ترتبط لاحقا بالأكسيتيميا وتطور المرض الجسدي، وكثير من العياديين يعتبرونها الأكسيتيميا الأولية Primary Alexithymia (Krystal، 1988)، إذا ترتبط بالأكسيتيميا بتاريخ الفشل في العلاقات الأولى خلال الطفولة، فحسب Winnicott (1953)، تفشل الأم السيئة في تشجيع التعبير عن المشاعر لدى الطفل باستثناء الأم الجيدة بما فيه الكفاية التي تتجح في ذلك (Muller، 2000)، وحسب نظرية التعلق لـ Bowlby (1969)، يؤدي الحرمان العاطفي المبكر إلى استجابات جسدية مضطربة لدى الطفل (Solano&al، 2000). وفي المقابل، يمكن كذلك للصددمات والضغطات في مرحلة المراهقة والرشد أن تؤدي إلى الأكسيتيميا أو ما يسمى بالأكسيتيميا الثانوية Secondary Alexithymia، فالأكسيتيميا مرتفعة لدى البالغين الذين يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة (Krystal، 1988). وهذه الدراسة العرضية تعجز عن

كشف العلاقة السببية لأنّ الألكسيتيميا مفهوم يسمح بوصف المريض جسديا وليس بشرح ظهور المرض، فالمرضى لا يميلون إلى استخدام لغة معقدة أو دقة عاطفية ولكنهم أكثر تعبيرا عن أنفسهم في أعراض جسدية، وتقديم تفاصيل عن صحتهم والإجراءات الطبية والأحداث اليومية، ولا يمكن اعتبار مثل هذا المرض مكسبا ثانويا أو تجنبيا للجهد، بل ينبغي النظر إليه كمحاولة لوصف تجربة مؤلمة (Lumley&al، 2007).

كما أنّ هناك العديد من الدراسات أظهرت مصادفة الألكسيتيميا لبعض الاضطرابات النفسية كالقلق والاكتئاب في حضور المرض الجسدي، فالعلاقة ما بين الألكسيتيميا والقلق والاكتئاب لوحظت في كثير من الأحيان (BenThabet&al، 2012)، الأمر الذي جعل بعض الباحثين يعتبرون الألكسيتيميا على علاقة غير مباشرة بالمرض الجسدي من خلال علاقتها بالقلق والاكتئاب (Mitchell&Mazzeo، 2005)، بحيث تختفي الألكسيتيميا بعد الضبط الدوائي للقلق والاكتئاب لدى مرضى يعانون من اضطرابات الأكل (Gilboa-Schechtman&al، 2006)، مما يدل على أنّ الألكسيتيميا هي مُركَّب يمكن اعتبارها كحالة تابعة للقلق والاكتئاب (Luminet&al، 2001). غير أنّ هناك من الدراسات التي بينت أنّ الألكسيتيميا تبقى مرتفعة بعد اختفاء القلق والاكتئاب بالمضادات الاكتئابية لدى مرضى يعانون من اضطرابات الأكل (Eizaguirre&al، 2004)، ويبقى القلق والاكتئاب مرتفعين بعد اختفاء الألكسيتيميا بالعلاجات النفسية لدى مرضى يعانون من اضطرابات الأكل (De Groot&al، 1995)، مما يدل على أنّ ظاهرة الألكسيتيميا هي سمة للشخصية مستقرة وثابتة ومستقلة ومنفصلة عن القلق والاكتئاب ولا يمكن تفسيرها بهما (Luminet&al، 2001). هذا التضارب في الآراء قد يجعل من الصعب تحديد إن كانت الألكسيتيميا على علاقة مباشرة أو غير مباشرة بداء التهاب المفاصل المزمن، وهذه الدراسة العرضية عاجزة عن إظهار ذلك.

وكذلك هناك العديد من النماذج النظرية المختبرة ميدانيا بالرغم من أنها لم تقيّم الألكسيتيميا مباشرة، تقترح أنّ الألكسيتيميا ناتجة عن المرض ولا تُعد سببا للمرض كالنموذج النفسي الديناميكي (Reich&al، 2003)، ونظرية التكامل الديناميكي (Labouvie-Vief، 2003)، ومفهوم مستويات التفكير

(Pennebaker&al، 1990)، التي تقترح أنّ المرض يمكن أن يؤدي إلى ضعف التمييز، والانخفاض المعرفي، والتعقيدات النفسية، والتفكير الملموس، مما يؤدي إلى ارتفاع الألكسينيميا (Lumley&al، 2007). وهذه الدراسة العرضية لا يمكنها تحديد إن كانت الألكسينيميا سببا أم عرضا أم وسيطا تابعا، فالحاجة إلى دراسات طولية مستقبلية تبقى مطروحة، وحدها تستطيع تتبع الأحداث منذ البداية إلى النهاية، مع القياس المستمر لمختلف الظواهر.

كما أيدت نتائج اختبار "ت" صحة الفرضية الثانية التي تقترح وجود علاقة بين أسلوب التفاعل الاجتماعي السلبي وداء التهاب المفاصل المزمن، بحيث كان أسلوب التفاعل الاجتماعي لدى مرضى التهاب المفاصل سلبيا أكثر مقارنة بالأصحاء، كما يظهر من خلال الجدول رقم (2)، وهذه النتيجة تتفق مع الدراسات السابقة (Kauhanen&al، 1993، Sifneos، 1996، Carpenter&Addis، 2000، Yelsma&Marrow، 2002، Posse&al، 2003، Spitzer&al، 2005، Vanheule&al، 2007، Hesse&Floyd، 2008، Humphrey&al، 2009، Meganck&al، 2009، Frye-Cox&Hesse، 2013).

فهذه الدراسة أظهرت مصادفة بين الألكسينيميا وأسلوب التفاعل الاجتماعي السلبي لدى مرضى داء التهاب المفاصل المزمن، لكن لحد الآن لم تقبل حقيقة العلاقة المباشرة. فبالرغم من أنّ الكثير من الدراسات اعتبرت الألكسينيميا اضطرابا للشخصية مستقلا عن باقي الاضطرابات العيادية، يتميز بأعراض مشخصة عياديا من أبرزها التفاعلات الاجتماعية السلبية والمشاكل العلائقية والدعم الاجتماعي المنخفض (Vanheule&al، 2010)، بحيث تُعد العلاقة بين الألكسينيميا والمرض الجسدي ثانوية تتوسطها التفاعلات الاجتماعية السلبية (Bernard&al، 2004). إلا أنّ هناك دراسات أخرى موازية لهذه الدراسات، شخّصت الألكسينيميا في كثير من الاضطرابات الجسدية المعقدة كعرض نفسي بارز إلى جانب الأعراض النفسية الأخرى الناجمة عن المرض الجسدي، التي لا تقل أهميتها عن الألكسينيميا (Lumley&al، 2007، Barbosa&al، 2011).

وهذه الدراسة العرضية اكتفت فقط بإظهار أنّ الألكسينيميا وأسلوب التفاعل الاجتماعي السلبي يصطحبان بعضهما البعض أثناء داء التهاب المفاصل المزمن، بحيث لا يمكن عزلهما عن بعضهما البعض، وأنه لا يمكنها تحديد إن كان أسلوب التفاعل الاجتماعي السلبي عرضا للألكسينيميا وتابعا لها ويلعب دور الوسيط بينها وبين داء التهاب المفاصل المزمن، أم عرضا لداء التهاب المفاصل المزمن، فالحاجة إلى دراسات

طولية مستقبلية تبقى مطروحة، وحدها تستطيع مراقبة كيفية تأثير الظواهر في بعضها البعض.

وأيضاً أيدت نتائج اختبار "ت" صحة الفرضية الثالثة التي تقترح عدم وجود فروق دالة بين الجنسين في درجة الألكسيتيميا لدى مرضى داء التهاب المفاصل المزمن، فدرجات الألكسيتيميا لدى مرضى داء التهاب المفاصل المزمن كانت متشابهة بين الرجال والنساء، كما يظهر من خلال الجدول رقم (3)، وهذه النتيجة تتفق مع الدراسات السابقة التي لم تجد علاقة بين الألكسيتيميا والجنس (Salminen&al، 1999؛ Carpenter&Addis، 2000؛ Vanheule&al، 2010؛ BenThabet&al، 2012).

فهذه الدراسة أكدت ميدانياً بأن درجة الألكسيتيميا لا تتأثر بالجنس عند عامة الناس، على الرغم من الدعم النظري لبعض الباحثين (O'Neil&al، 1995؛ Lane&al، 1996؛ Jula&al، 1998؛ Bernard&al، 2004)

لفكرة أنّ الألكسيتيميا منتشرة بين الرجال أكثر من النساء باستنادهم إلى نموذج التشبّه الاجتماعية لـ Helgeson (1994)، الذي يقترح أنّ التشبّه الاجتماعية تُكسب النساء والرجال سمات شخصية مختلفة وأدواراً مختلفة، بحيث غالباً ما يُطوّر الرجال سمات شخصية مرتبطة بالتركيز على الذات والاستقلالية، بينما تُطوّر النساء سمات شخصية مرتبطة بالتركيز على الأشخاص الآخرين والعلاقات الاجتماعية، فحسب هذا النموذج يمكن اعتبار الألكسيتيميا سمة للشخصية خاصة بالجنس، التي تجعل الرجال يميلون بيولوجياً واجتماعياً لأن يكونوا أكثر ألكسيتيمين (Levant&al، 2009). وهكذا تؤثر التشبّه الاجتماعية سلباً على أدوار الرجال، مما يقلص التعبير عن المشاعر لدى الرجال (O'Neil&al، 1995). إلّا أنّ هذا النموذج لا يؤيده معظم الباحثين، لأنه إذا كان فعلاً يجد بعض الرجال صعوبات في وصف المشاعر، فإنه ليس لديهم صعوبات في تحديد المشاعر، حيث يكون للرجال والنساء قدرات متشابهة، مما يجعل الألكسيتيميا متشابهة بين الرجال والنساء (Salminen&al، 1999).

حتى وإن كان لهذه النتيجة صدى في المجتمع الجزائري، وكان لها ما يؤيدها من بحوث أجنبية، إلّا أنه لا يمكن اعتبارها قطعية في مجال البحث السيکوسوماتي، لأنه بينت بعض الدراسات وإن كانت قليلة أنّ الألكسيتيميا تتغير لدى المرضى باختلاف المرض الذي يعانون منه، فقد لوحظ ارتفاع الألكسيتيميا أكثر لدى الرجال في مرض القلب التاجي، وانخفاضها لديهم في مرض تصلب

الشرابين (Kauhanen&al، 1994)، فالحاجة إلى دراسات طويلة مستقبلية مقارنة للأكسيتيميا بين مختلف الأمراض، تبقى مطروحة.

الخلاصة:

تشير نتائج هذه الدراسة إلى أن الأكسيتيميا وأسلوب التفاعل الاجتماعي السلبي يصطحبان بعضهما البعض لدى النساء والرجال في داء التهاب المفاصل المزمن، ومنه يمكن التوصية بضرورة ثلاثية العلاج لهذا الداء المستعصي: العلاج الصيدلاني- الدوائي، والعلاج النفسي: المعرفي- السلوكي والنفسي- الديناميكي، وعلاج المشاكل العلائقية ما بين الأشخاص، فالتقويم العيادي للداء ذي التعقيدات الجسدية والانفعالية لا يمكن عزله عن فحص المشاكل ما بين الأفراد.

المراجع:

- 1) Bagby R.M, Parker J.D, Taylor G.J (1994), The twenty-item Toronto Alexithymia Scale-I. Item selection and cross-validation of the factor structure, Journal of Psychosomatic Research, 1(38), 23-32, New York : American Psychosomatic Society.
- 2) Barbosa & al (2011), La relation entre l'Alexithymia et la maladie Auto-Immune, News Medical, 1(1), 1-2, Portugais : Medical Devices.
- 3) Ben Thabet J, Charfi N, Mnif L, Yaich S, Zouari L, Zouari N, Tahri N, Damak J, Maalej M (2012), Emotional disorders and Inflammatory Bowel disease, Journal de la Société Tunisienne des Sciences Médicales, 90(7), 557-563, Tunisie : La Tunisie Médicale.
- 4) Bernard J.F, Witherington D.C, Verney S.P, Smith B.W (2004), Social Relationships as a Mediator of the effects of Alexithymia on Mental Health, Top Cathalog Books Psychology, Advances in Psychology Research, 8(1), 107-139, New Mexico : Nova Science Publisher.
- 5) Carpenter K.M and Addis M.E (2000), Alexithymia, Gender, and Responses to Depressive Symptoms, Sex Roles, 43(9), 37-52, Worcester, Massachusetts : Clark University, Department of Psychology
- 6) De Groot J.M, Rodin G, Olmsted M.P (1995), Alexithymia, Depression, and treatment outcome in Bulimia Nervosa, Compr Psychiat, 36(1), 53-60, New York : Pub Med.
- 7) Domart A et Bourneuf J (1989), Petit Larousse de la médecine, Paris : Larousse.
- 8) Eizaguirre A.E, de Cabeson A.O, de Alda I.O, Olariaga L.G, Juaniz M.S (2004), Alexithymia and its relationships with Anxiety and Depression

in Eating disorders, Personality and individual Differences, 36(1), 321-331, NewYork : Pub Med.

9) Friedman S, Vila G, Even C, Timsit I, Boitard C, Dardennes R, Guelfi J, Mouren-Simeoni M (2003), Alexithymia in Insulin-dependent Diabetes mellitus is related to Depression and not to Somatic variables or Compliance, Journal of Psychosomatic Research, 55(3), 285-287, Paris : Elsevier.

10) Frye-Cox N.E and Hesse C.R (2013), Alexithymia and Marital quality : The mediating roles of loneliness and intimate communication, Journal of Family Psychology, 27(2), 203-211, Arizona : Psy Articles Press.

11) Gilboa-Schechtman E, Avnon L, Zubery E, Jeczmiern P (2006), Emotional processing in Eating disorders : Specific impairment or general distress related deficiency ?, Depression & Anxiety, 23(1), 331-339, NewYork : Pub Med.

12) Glass C.R, Merluzzi T.V, Biever J.L, Larsen K.H (1982), Cognitive assessment of Social Anxiety : Development and validation of a Self-Questionnaire, Cognitive therapy research, 1(6), 37-55, NewYork : Guilford.

13) Grabe H, Schwahn C, Barnow S, Spitzer C, John U, Freyberger H, Schminke U, Felix S, Volzke H (2010), Alexithymia, Hypertension, and subclinical Atherosclerosis in the general population, Journal of Psychosomatic Research, 1(68), 139-147, NewYork : Pub Med.

14) Guilbaud O, Corcos M, Jarmalsson L, Loas G, Jeammet P (2003), Is there a psychoneuroimmunological pathway between Alexithymia and Immunity? Immune and physiological correlates of Alexithymia, Biomedicine & Pharmacotherapy, 1(57), 292-295, NewYork : Pub Med.

15) Hesse C & Floyd K (2008), Affectionate experience mediates the effects of Alexithymia on mental health and Interpersonal relationships, Journal of Social and Personal Relationships, 25(5), 793-810, Arizona : Arizona State University.

16) Hesse C (2009), Emotional Competence and Interpersonal Interaction : Understanding the Relationship between Alexithymia and Positive Social Interaction, Social Psychology Communication, 14(1), 61-74, Arizona : Authoritative Publications.

17) Humphrey T.P, Wood L.M, Parker J.D (2009), Alexithymia and Satisfaction in intimate relationships, Personality and Individual Differences, 46(1), 43-47, NewYork : Pub Med.

18) Jula A, Salminen J.K, Saarijarvi S (1998), Alexithymia a facet of essential Hypertention, Scientific Contributions of Social Insurance Institution, 1(7), 62-68, Turku, Finland : Research and Development Centre.

19) Kauhanen J, Kaplan G.A, Juikunen J, Wilson T.W, Salonen J.T (1993), Social Factors in Alexithymia, Comprehensive Psychiatry, 34(5), 330-335, Kuopio, Finland : University of Kuopio, Department of Community Health and General Practice.

20) Kauhanen J, Kaplan G.A, Cohen R.D, Salonen R, Salonen J.T (1994), Alexithymia may influence the diagnosis of Coronary heart disease, *Psychosomatic Medicine*, 56(1), 237-244, Kuopio, Finland : W.B.Saunders Company.

21) Krystal H (1988), *Integration and Self-Healing : Affect, Trauma, Alexithymia*, Hillsdale, JN : Analytic Press.

22) Lane R.D, Sechrest L, Reidel R, Weldon V, Kaszniak A, Schwartz G.E (1996), Impaired Verbal and Nonverbal Emotion Recognition in Alexithymia, *Psychosomatic Medicine*, 58(1), 203-210, Tucson, Arizona : University of Arizona College of Medicine.

23) Levant R.F, Rosalie-Hall J, Williams C.M, Hasan N.T (2009), Gender differences in Alexithymia, *Psychology of Men & Masculinity*, 10(1), 190-203, New York : Freeman.

24) Luminet O, Bagby R.m, Taylor G.J (2001), An evaluation of the absolute and relative stability of Alexithymia in patient with major Depression, *Psychotherapy and Psychosomatic*, 70(1), 254-260, Toronto, Canada : University of Toronto, Department of Psychiatry.

25) Lumley M.A and Norman S (1996), Alexithymia and Health care utilization, *Psychosomatic Medicine*, 58(1), 197-202, New York : Pub Med.

26) Lumley M.A, Tomakowsky J, Torosion T (1997), The relationships of Alexithymia to subjective and biomedical measures of disease, *Psychosomatic Medicine*, 38(1), 497-502, New York : Pub Med.

27) Lumley M.A, Neely L.C, Bubger A.G (2007), The assessment of Alexithymia in Medical settings : Implications for understanding and treating health problems, *Journal of Personality*, 89(3), 230-246, Wayne State : Wayne State University, Department of Psychology.

28) Meganck R, Vanheule S, Inslegers R, Desmerts M (2009), Alexithymia and interpersonal problems : A study of natural language use, *Personality and Individual Differences*, 47(8), 990-995, Belgium : Ghent University, Department of Psychoanalysis and Clinical Consulting.

29) Mitchell K.S and Mazzeo S.E (2005), Mediators of the association between abuse and disordered Eating in undergraduate men, *Eat Behav*, 6(1), 318-327, New York : Pub Med.

30) Montreuil M et Lyon-Caen O (1993), Troubles thymiques et relations entre Alexithymie et dysfonctionnement Interhémisphériques dans la Sclérose en plaques, *Revue de Neuropsychologie*, 3(1), 287-302, Paris : Elsevier-Masson.

31) Muller R.J (2000), When a patient has no story to tell : Alexithymia, *Psychiatric Times*, 17(7), 70-75, Baltimore : Praeger Publishers.

32) Nemiah J.C, Freyberger H, Sifneos P (1976), Alexithymia : A view of the psychosomatic process, In : Hill OW editor, *Modern Trends in Psychosomatic Research*, 3(1), 430-439, London : Butterworth.

- 33) Noel M.P et Rime B (1988), Pensée opératoire, Alexithymie et Investigation Psychosomatique : Revue critique, Cah Psychol Cogni, 6(1), 373-399, Paris : Elsevier Science Pub.
- 34) Nowakowski M.E, McFarlane T, Cassin S (2013), Alexithymia and Eating disorders : A critical review of the literature, Toronto, Canada : Bio Med Central Press.
- 35) O'Neil J.M, Good G.E, Holmes S (1995), Fifteen years of theory and research on men's gender role conflict : New paradigms for empirical research, In Levent R.F & Polback W.S (ed), A new Psychology of men, NewYork : Basic Books.
- 36) Porcelli P, Taylor G.J, Bagby R.M, De Carne M (1999), Alexithymia and functional Gastrointestinal disorders : A comparison with Inflammatory Bowel disease, Psychotherapy & Psychosomatic, 68(1), 263-269, NewYork : Pub Med.
- 37) Posse M, Hallstrom T, Backenroth-Ohsako G (2002), Alexithymia, Social Support, Psycho-Social Stress and Mental health in a female population, Nord Journal Psychiatry, 56(5), 329-334, Stockolom, Sweden : Hudding University Hospital, Neurotec Department.
- 38) Salminen J.K, Saarijarvi S, Aarela E, Toika T, Kauhanen J (1999), Prevalence of Alexithymia and its association with sociodemographic variables in the general population of Finland, Journal of Psychosomatic Research, 46(1), 75-82, Finland : Elsevier.
- 39) Sifneos P (1996), Alexithemia : Past and Present, The American Journal of Psychiatry, 153(7), 137-142, Cambridge : Harvard University Press.
- 40) Solano L, Toriello A, Barnaba L, Ara R, Taylor G.J (2000), Rorschach Interaction Patterns, Alexithymia, and Closeness to Parents in Psychotic and Psychosomatic Patients, Journal of American Academy of Psychoanalysis, 28(1), 101-116, Washington : American Academy of Psychoanalysis.
- 41) Speranza M, Corcos M, Loas G, Sthéphan Ph, Guilbaud O, Perez-Diaz F, Venisse J-L, Bizouard P, Halfon O, Flament M, Jeammet Ph (2005), Depressive personality dimensions and Alexithymia in Eating disorders, Psychiatry Research, 13((1), 153-163, Irland : Elsevier.
- 42) Spitzer C, Siebel-Jurges U, Barnow S, Grabe H.J, Freyberger H.J (2005), Alexithymia and Interpersonal Problems, Psychotherapy and Psychosomatic, 74(4), 240-246, Greifswalt/Stralsund, Germany : Ernst-Moritz-Arndt University, Department of Psychiatry and Psychotherapy.
- 43) Taylor G.J, Bagby M.R, Parker J.D.A (1997), Disorders of Affect Regulation : Alexithymia in Medical and Psychiatric Illness, NewYork, Cambridge : Cambridge University Press.

44) Taylor G.J and Bagby M.R (2004), New Trends in Alexithymia research, *Psychotherapy and Psychosomatic*, 73(1), 68-77, NewYork : Pub Med.

45) Todarello O, Casamassima A, Marinaccio M, La Pesa M.W, Caradanna L, Valentino L, et al (1994), Alexithymia, Immunity and Cervical Intraepithelial Neoplasia : A pilot study, *Psychotherapy and Psychosomatic*, 61(1), 199-204, NewYork : Pub Med.

46) Valcamo M, Hintika J, Honkalampi K, Niskanen L, Koivumaa-Honkanen H, Vunamaki P (2001), Alexithymia in patients with Coronary heart disease, *Journal of Psychosomatic Research*, 50(1), 125-237, NewYork : Pub Med.

47) Vanheule S, Desmet M, Meganck R, Bogaerts S (2007), Alexithymia and Interpersonal Problems, *Journal of Clinical Psychology*, 63(1), 109-117, Belgium : Wiley Periodicals.

48) Vanheule S, Vandenbergen J, Verhaeghe P, Desmet M (2010), Interpersonal Problems in Alexithymia : A study in three primary care groups, *Psychology and Psychotherapy*, 83(1), 351-362, Belgium : Ghent University, Department of Psychoanalysis and Clinical Consulting.

49) Vermeulen N, Luminet O, Orneille O (2006), Alexithymia and the automatic processing of affective information : Evidence from the affective priming paradigm, *Cognition & Emotion*, 20(1), 64-91, NewYork : Pub Med.

50) Villani V, Bruti G, Mostardini C, Di Stani F, Scattoni L, Dugoni D, et al (2005), Migraine in the emergency department : A Psychometric study of a migraine « repeaters » sample, *The Journal of Headache and Pain*, 6(1), 301-303, NewYork : Pub Med.

51) Yelsma P and Marrow S (2003), An Examination of couples' Difficulties with Emotional Expressiveness and their Marital Satisfaction, *Journal of Family Communication*, 3(1), 41-62, London : The British Psychological Society.