مجلة روافد
للدراسات والأبحاث العلمية في العلوم الاجتماعية والإنسانية
المجلد 10 (01) جـوان 2026 ص ص 153-185

تموضع الأعراض الجسدية في الاضطرابات السيكوسوماتية: دراسة في العوامل النفسية والانفعالية المؤثرة في اختيار العضو المصاب لدى عينة من المصابين بالاضطرابات السيكوسوماتية

Localization of Somatic Symptoms in Psychosomatic Disorders: A Study of the Psychological and Emotional Factors Influencing the Selection of the Affected Organ Among Individuals with Psychosomatic Disorders.

مدوري إبتسام[1*] ؛ قلوش إبتسام[2]

[1] مخبر البحوث النفسية والتربوية، جامعة جيلالي ليابس بسيدي بلعباس (الجزائر)
البريد الالكتروني المهني: ibtissem.madouri@univ-sba.dz

[2] مخبر البحوث النفسية والتربوية، جامعة جيلالي ليابس بسيدي بلعباس (الجزائر)
البريدي الالكتروني المهني: ibtissem.kallouche@univ-sba.dz

تاريخ الإيداع	تاريخ القبول	تاريخ النشر
2025/11/20	2026/05/05	2026/06/01

الملخص: هدفت هذه الدراسة إلى استقصاء الدور الذي تلعبه العوامل النفسية والانفعالية، وتحديدًا نوع الانفعال، وسمات العصابية، والألكسيثيميا، في تفسير تموضع الأعراض السيكوسوماتية في أعضاء جسدية محددة. اعتمدت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي على عينة مكونة من 120 مريضًا ومريضة (70 أنثى، 50 ذكرًا) تراوحت أعمارهم بين 20 و55 سنة، تم اختيارهم بطريقة قصدية من المستشفى الجامعي بتلمسان "دمرجي تيجاني". استخدمت الدراسة مقاييس تشمل استبيان الصحة للمريض (PHQ) لقياس الاكتئاب والقلق والأعراض الجسدية، وقائمة العوامل الخمسة الكبرى للشخصية (BFI) لقياس العصابية، ومقياس تورنتو للألكسيثيميا (TAS-20) لتقييم صعوبة التعرف على المشاعر والتعبير عنها. أظهرت النتائج وجود علاقات ارتباطية موجبة ودالة إحصائيًا بين انفعالات محددة وأعضاء جسدية معينة، كما أسهمت العصابية بشكل دال إحصائيًا في التنبؤ بتموضع الأعراض. وأكد تحليل الوساطة أن الألكسيثيميا تعمل كوسيط دال إحصائيًا بين الانفعالات وموضع الأعراض الجسدية، مما يشير إلى أن تموضع

* المؤلف المرسل

الأعراض السيكوسوماتية يُفسر من خلال التفاعل بين الانفعالات المحددة، وسمات الشخصية، وصعوبات التنظيم الانفعالي، التي تمثل الآلية الوسيطة الرئيسة لتحويل الضيق النفسي إلى أعراض جسدية مموضعة.

الكلمات المفتاحية: *الألكسيثيميا ؛ الانفعالات ؛ العصابية ؛ السيكوسوماتية ؛ تموضع الأعراض*

Abstract: This study aimed to investigate the role of psychological and emotional factors, specifically the type of emotion, neuroticism, and alexithymia, in explaining the localization of psychosomatic symptoms in specific body organs. The study employed a descriptive-analytical design on a purposive sample of 120 patients (70 females, 50 males), aged between 20 and 55 years, recruited from the University Hospital of Tlemcen "Demerji Tidjani." The study used standardized measures including the Patient Health Questionnaire (PHQ) to assess depression, anxiety, and somatic symptoms, the Big Five Inventory (BFI) to measure neuroticism, and the Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) to evaluate difficulty in identifying and describing feelings. Results revealed significant positive correlations between specific emotions and particular body organs, and neuroticism significantly predicted symptom localization. Mediation analysis confirmed that alexithymia significantly mediated the relationship between emotions and symptom localization, indicating that the localization of psychosomatic symptoms can be explained by the interaction between specific emotions, personality traits, and difficulties in emotion regulation, which represent the main mediating mechanism translating psychological distress into localized physical symptoms.

Keywords: *Alexithymia; Emotions; Neuroticism; Psychosomatic Symptoms; Symptom Localization..*

مقدمة:

تُعدّ الاضطرابات السيكوسوماتية من أبرز مجالات البحث في علم النفس الإكلينيكي، نظرًا لما تكشفه من تداخل معقد بين العوامل النفسية والانفعالية والوظائف الجسدية. وتشير الأدبيات الحديثة إلى أن الأعراض الجسدية لا تعود دائمًا إلى أسباب عضوية مباشرة، بل قد تكون تعبيرًا عن ضغوط نفسية أو انفعالات غير معالجة تتحول إلى استجابات جسدية ذات طابع وظيفي **(**Henningsen, 2018; Schubert et al., 2018; Smakowski et al., 2024**).** ويؤكد هذا الطرح التوجه المعاصر في علم النفس الجسدي الذي يرى أن الجسد لا يعكس المرض فقط، بل يعبر أيضًا عن الخبرة الانفعالية غير المُمثَّلة.

في هذا الإطار، يقدّم نموذج الاستعداد – الضغط (Diathesis–Stress Model) تفسيرًا تكامليًا لظهور الأعراض السيكوسوماتية، حيث يفترض أن التفاعل بين القابلية النفسية

والضغوط البيئية يؤدي إلى تنشيط آليات فسيولوجية، خاصة محور الوطاء–النخامية–الكظرية (HPA axis)، مما يزيد من احتمالية ظهور الأعراض الجسدية لدى الأفراد ذوي الحساسية الانفعالية المرتفعة (Herman et al., 2021; Slavich, 2020). وقد دعمت دراسات حديثة هذا الطرح من خلال إظهار أن اختلال تنظيم الاستجابة للضغط يرتبط بزيادة قابلية بعض الأعضاء، مثل الجهاز الهضمي والقلب والجلد، للاستجابة بشكل مرضي.

من جهة أخرى، تؤكد الأدبيات أن تموضع الأعراض الجسدية لا يحدث بشكل عشوائي، بل يرتبط بنوعية الانفعالات وأنماط الشخصية. فقد أظهرت مراجعات حديثة أن العصابية ترتبط بزيادة الإبلاغ عن الأعراض الجسدية وبفرط الحساسية للإشارات البدنية، مما يعزز من احتمالية الجسدنة وتموضع الأعراض في أجهزة معينة (Lamm et al., 2025; Van der Feltz-Cornelis et al., 2020). كما تلعب الانفعالات السلبية، مثل القلق والغضب والحزن، دورًا مهمًا في توجيه الاستجابات الجسدية، في إطار تفاعل معقد بين العمليات النفسية والفسيولوجية.

يتقاطع هذا الطرح مع ما توصلت إليه الدراسات العربية، حيث أظهرت نتائج (الوحيدي، 2022؛ زروق، 2023) وجود ارتباط بين الضغوط النفسية وتموضع الأعراض الجسدية، خاصة في أعضاء حساسة للانفعال مثل الجهاز الهضمي والقلب والجلد. كما بينت دراسات أخرى (بن عمارة، 2020؛ الصالحي، 2021؛ فرحات، 2019) أن التوتر المزمن والحساسية الانفعالية ونمط الشخصية تمثل عوامل أساسية في توجيه الأعراض نحو أعضاء معينة، خاصة لدى الفئات الشابة والنساء. ويعكس ذلك أهمية السياق الثقافي والاجتماعي في تشكيل أنماط التعبير الجسدي عن الضيق النفسي.

إلى جانب ذلك، يبرز مفهوم الألكسيثيميا (Alexithymia) كأحد أهم المتغيرات المفسرة لتحول الانفعال إلى عرض جسدي، حيث يعكس صعوبة الفرد في التعرف على مشاعره أو التعبير عنها. وقد بينت دراسات حديثة أن الألكسيثيميا ترتبط بزيادة الجسدنة،

وأنها تعمل كآلية وسيطة بين الضيق النفسي والأعراض الجسدية (Freiherr et al., 2023; Demirkan & Gerdan, 2025). كما دعمت دراسات عربية هذا الاتجاه، حيث أظهرت (الجداوي، 2022؛ العبهول، 2023؛ مظلوم، 2017) أن صعوبات تنظيم الانفعال وقمع التعبير العاطفي ترتبط بارتفاع مستويات الألكسيثيميا، مما يعزز من احتمال تحويل الانفعالات إلى أعراض جسدية.

رغم هذا التراكم المعرفي، لا تزال مسألة تموضع الأعراض الجسدية تطرح إشكالًا علميًا مهمًا، يتمثل في تفسير لماذا يظهر العرض في عضو معين دون غيره. وتشير الأدبيات الحديثة إلى وجود فجوة بحثية تتعلق بغياب نماذج تكاملية تجمع بين نوع الانفعال، وسمات الشخصية، وآليات المعالجة الانفعالية في تفسير هذا التموضع (Smakowski et al., 2024)، كما أن معظم الدراسات العربية ركزت على شدة الأعراض دون تحليل تموضعها أو دراسة آلياتها الوسيطة بشكل مباشر.

انطلاقًا من ذلك، تسعى هذه الدراسة إلى تقديم نموذج تفسيري يجمع بين الانفعالات (القلق، الغضب، الحزن)، والعصابية كمتغير شخصي، والألكسيثيميا كآلية وسيطة، لفهم تموضع الأعراض السيكوسوماتية لدى عينة إكلينيكية. وتتمثل القيمة المضافة لهذه الدراسة في دمج هذه المتغيرات ضمن نموذج تحليلي يعتمد على اختبار الوساطة، إضافة إلى تطبيقها في سياق عربي، بما يسهم في سد فجوة بحثية في الأدبيات النفسجسمية.

وبناءً على ما سبق، تتمحور إشكالية الدراسة حول السؤال الرئيس الآتي:

ما طبيعة العلاقة بين العوامل النفسية والانفعالية وتموضع الأعراض السيكوسوماتية؟ وهل تلعب الألكسيثيميا دورًا وسيطًا في هذه العلاقة ؟

ويتفرع هذا التساؤل إلى الأسئلة الجزئية التالية:

1- هل توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائيًا بين نوع الانفعال وتموضع الأعراض الجسدية؟

2- هل تساهم العصابية في التنبؤ بتموضع الأعراض الجسدية لدى أفراد العينة؟

3- هل تلعب الألكسيثيميا دورا وسيطا في العلاقة بين الانفعالات وتموضع الأعراض الجسدية؟

وانطلاقاً من هذه الإشكالية، تفترض الدراسة مايلي:

1- توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائيًا بين نوع الانفعال وتموضع الأعراض الجسدية.

2- تساهم العصابية في التنبؤ بتموضع الأعراض الجسدية لدى أفراد العينة.

3- تتوسط الألكسيثيميا العلاقة بين الانفعالات وتموضع الأعراض الجسدية.

أهداف الدراسة:

تهدف هذه الدراسة إلى الكشف عن طبيعة العلاقة بين العوامل النفسية والانفعالية وتموضع الأعراض السيكوسوماتية لدى عينة من المرضى، وذلك من خلال:

- تحديد العلاقة بين نوع الانفعالات (القلق، الغضب، الحزن) وتموضع الأعراض الجسدية.
- الكشف عن مدى إسهام العصابية في التنبؤ بتموضع الأعراض السيكوسوماتية.
- اختبار الدور الوسيط للألكسيثيميا في العلاقة بين الانفعالات وتموضع الأعراض الجسدية.
- تسعى الدراسة من خلال ذلك إلى بناء نموذج تفسيري يوضح الآليات النفسية التي تفسر انتقال الضيق الانفعالي إلى أعراض جسدية مموضعة.

أهمية الدراسة:

1. الأهمية النظرية: تستمد هذه الدراسة أهميتها النظرية من مساهمتها في تطوير الفهم العلمي للاضطرابات السيكوسوماتية، من خلال تقديم مقاربة تكاملية تجمع بين العوامل الانفعالية، وسمات الشخصية، وآليات المعالجة الانفعالية ضمن نموذج تفسيري موحد.

كما تساهم في سد فجوة بحثية تتمثل في قلة الدراسات التي تناولت تموضع الأعراض الجسدية بدل الاكتفاء بدراسة شدتها، إضافة إلى ندرة الأبحاث التي اختبرت دور الألكسيثيميا كمتغير وسيط في هذا السياق، خاصة في البيئة العربية.

توفر هذه الدراسة أيضًا إضافة نظرية من خلال الربط بين الطروحات الكلاسيكية في التحليل النفسي والنماذج الحديثة في علم النفس الجسدي، ضمن إطار علمي قابل للاختبار الإحصائي.

2. **الأهمية التطبيقية:** تبرز الأهمية التطبيقية لهذه الدراسة في إمكانية الاستفادة من نتائجها في تحسين الممارسة الإكلينيكية، من خلال:

- دعم التشخيص النفسي للأعراض الجسدية غير المفسرة طبيًا.
- توجيه الأخصائيين النفسيين نحو أهمية تقييم الانفعالات وسمات الشخصية والألكسيثيميا لدى المرضى السيكوسوماتيين.
- المساهمة في تصميم برامج علاجية تركز على تحسين الوعي الانفعالي وتنظيم المشاعر.
- تقليل اللجوء إلى الفحوصات الطبية غير الضرورية من خلال فهم البعد النفسي للأعراض.

كما يمكن أن تساعد النتائج في تطوير تدخلات وقائية تستهدف الفئات الأكثر عرضة للاضطرابات السيكوسوماتية.

التعاريف الإجرائية لمفاهيم الدراسة :

1. **الانفعالات:** تُعرَّف الانفعالات إجرائيًا في هذه الدراسة بأنها مستوى الضيق الانفعالي الذي يعاني منه الفرد، ويقاس من خلال درجاته على مقياسي القلق (GAD-7) والاكتئاب (PHQ-9) ضمن استبيان الصحة للمريض (PHQ)، حيث تعكس الدرجات المرتفعة مستوى

أعلى من الانفعال السلبي المرتبط بالقلق والحزن.ويُعد هذان المقياسان من الأدوات المعتمدة في تقييم الاضطرابات الانفعالية المرتبطة بالأعراض الجسدية (AlHadi et al., 2017).

2. **العصابية:** تُعرَّف العصابية إجرائيًا بأنها الدرجة التي يحصل عليها الفرد في بعد العصابية ضمن قائمة العوامل الخمسة الكبرى للشخصية (BFI)، والتي تعكس مستوى عدم الاستقرار الانفعالي، والميل إلى القلق، والحساسية المرتفعة للضغوط.ويُعد هذا البعد من أكثر السمات ارتباطًا باضطرابات الجسدنة والأعراض السيكوسوماتية (McCrae & Costa, 2006;; Lamm et al., 2025).

3. **الألكسيثيميا:** تُعرَّف الألكسيثيميا إجرائيًا بأنها الدرجة الكلية التي يحصل عليها الفرد في مقياس تورنتو للألكسيثيميا (TAS-20)، وتشير إلى صعوبة التعرف على المشاعر، وصعوبة وصفها، إضافة إلى نمط التفكير الموجه خارجيًا.ويُعد هذا المقياس من أكثر الأدوات استخداًما في دراسة العلاقة بين ضعف الوعي الانفعالي والجسدنة (Freiherr et al., 2023).

4. **تموضع الأعراض الجسدية:** يُعرَّف تموضع الأعراض الجسدية إجرائيًا بأنه العضو أو الجهاز الجسدي الأكثر تأثرًا بالأعراض السيكوسوماتية (الجهاز الهضمي، القلب، الجلد)، كما يتم تحديده من خلال استجابات الأفراد على مقياس الأعراض الجسدية (PHQ-15). ويُستخدم هذا المقياس على نطاق واسع لتقييم شدة وتوزيع الأعراض الجسدية المرتبطة بالاضطرابات النفسية (Toussaint et al., 2020; Smakowski et al., 2024).

1. التفسير النظري للإضطرابات السيكوسوماتية من الديناميات النفسية إلى الأليكسيثيميا:

تعد الاضطرابات السيكوسوماتية أعراض جسمية تنشأ عن عوامل انفعالية، وتتضمن جهازا عضويا واحد من الأجهزة التي تكون تحت تحكم الجهاز العصبي المستقل أو اللاإرادي. (عبد المعطي،2003) ركز هذا التعريف على نقطتين أساسيتين:الأولى أن المرض السيكوسوماتي مرض حقيقي يتضمن تلفا في الجسم، ولكن ناشئ عن عوامل انفعالية.

والثانية أنها تتميز عن ردود الفعل الهستيرية التي لا تتضمن أي تلف عضوي فعلي للجسم، فهي اختلال وظيفي في الجهاز العصبي الإرادي. وبذلك فهي عكس الأمراض السيكوسوماتية تماما.

هي عبارة عن اضطرابات جسدية منشؤها اضطرابات نفسية أو عاطفية انفعالية التي تؤدي إلى خلل في وظيفة عضو أو أكثر من أعضاء الجسم أو خلل فيه. ولا يمكن إصلاح هذا الخلل بالعلاج الدوائي فقط إلا بالرجوع إلى السبب النفسي، وذلك لأن الاضطرابات النفس جسمية يكون منشؤها نفسي وأعراضها جسمية. (الوحيدي، وعامر،2022).

تظهر الأدبيات النفسية الكلاسيكية والمعاصرة أنّ الاضطرابات السيكوسوماتية تمثل نتاجًا لتفاعل معقد بين الآليات الدينامية اللاواعية، والانفعالات المكبوتة، وأنماط الشخصية، والاستجابات البيولوجية-الهرمونية، بما يجعل العرض الجسدي مظهرًا من مظاهر الاضطراب النفسي الداخلي. فقد أوضح التحليل النفسي الفرويدي أنّ الصراعات اللاواعية، عندما تُكبَت ولا تجد منفذًا تعبيريًا شعوريًا، تتحول إلى أعراض جسدية عبر آليتي الكبت والتحويل (Freud, 1915؛ العارف، 2018)، وهو ما دعمه التحليل السريري لحالات الاضطراب النفسجسدي (أحمد، 2020؛ الشريف، د.ت). وفي السياق نفسه، قدم ألكسندر من خلال نظرية «العضو الهدف» تفسيرًا منهجيًا للعلاقة بين نوع الصراع الانفعالي وعضوية العرض، حيث يرتبط القلق المزمن بالجهاز الهضمي، والغضب المكبوت بالجهاز القلبي الوعائي، والحزن بالصراعات الجلدية (Alexander, 1950؛ تواتي، 2020؛ الشهري، 2021). أما بيار مارتي فقد قدّم منظور «الاقتصاد الانفعالي» الذي يبيّن أن عجز الفرد عن تمثيل مشاعره ذهنيًا، كما لدى ذوي الألكسيثيميا، يدفع الانفعال غير المُمثَّل إلى التفريغ عبر الجسد بدل التعبير اللفظي (Marty, 1966؛ Marty, 1990؛ بن عيسى، 2020)، مما يجعل الانفعال المكبوت أساسًا في تشكل العرض السيكوسوماتي.

وتعزز النماذج الحديثة ومنها النموذج البيولوجي-النفسي-الاجتماعي (Engel, 1977) ونموذج الإجهاد لدى سيلي—فكرة أنّ التوتر المزمن يحدث اضطرابًا في محور الوطاء-النخامية-الكظرية HPA، وفي الجهاز العصبي الذاتي، وفي وظائف المناعة، ما يرفع قابلية أعضاء محددة للاستجابة المرضية (Sapolsky, 2004؛ Herman & al., 2021؛ Salvich, 2020). وقد بّينت دراسات متعددة أن سوء تنظيم الانفعال أو كبت المشاعر يحدث خللًا في التوازن الهوميوستازي، وتؤدي إلى اضطراب في نشاط الجهاز العصبي والغدد الصماء والمناعة (Chapman et al.,2013؛Thayer & Lane, 2000)؛ وقد دعمت هذا الارتباط عدة دراسات من خلال ربط الضغوط، كبت الغضب، والصدمات النفسية بحدة الأعراض الجسدية (الطائي وعبد العزيز، 2018؛ الزيدي، 2019؛ الصالحي، 2021). وهو نفس ما أكدت عليه عدة دراسات نذكر منها (الوحيدي وعامر، 2022؛ بن عمارة، 2020؛ زروق، 2023؛ السالمي، 2020).

وتُشير الشواهد البحثية الحديثة إلى أن أنماط الشخصية تعمل كعوامل قابلّية (vulnerability) ومحكّمة لمساراتٍ متعدد ة تؤدّي إلى ظهور، استمرارية، وشّدة الاضطرابات البسكوسوماتية.(functional somatic disorders/ somatic symptom presentations) على مستوى النمط الشخصي العام، أظهرت تحليلات ومراجعات منهجية علاقةً قوية نسبياً بين العصابية (neuroticism) وازدياد الإبلاغ عن أعراض جسدية غير مفسرة أو متعّددة؛ ويفسّر ذلك أن المذكورين بالعصابية العالية يميلون إلى تحسّسٍ أكبر للإشارات الجسدية، تفسيرها كدليل على مرض، وتنظيم انفعالي أقل فاعلية، ما يزيد من دورة الانتباه، التحسّس، والاستجابة الفسيولوجي.(Lamm et al., 2024) ، حيث تُظهر الأدبيات أن نمط الشخصية يمثل أحد المحددات الجوهرية للاضطرابات السيكوسوماتية، وخاصة العصابية التي ترتبط بفرط الحساسية الجسدية، الميل إلى تفسير الإحساسات البدنية كعلامة مرض، وتدّني قدرة التنظيم الانفعالي، مما يجعل الأفراد ذوي العصابية المرتفعة أكثر عرضة للسوماتة، وتدعم

هذه الفكرة عدة دراسات من خلال ربط الاضطرابات السيكوسوماتية بسمات شخصية غير كيفية مثل هشاشة الاتزان الانفعالي (لهاشمي، 2021؛ النجار، 2024). ويتقاطع دور الشخصية مع أحد أهم المحاور الحديثة في تفسير السوماتة، وهو الألكسيثيميا (Alexithymia)، أو "عُسر تحديد المشاعر"، التي تتمثل في صعوبة التمييز بين المشاعر والأحاسيس الجسدية، وصعوبة وصف الانفعالات، وضيق الخيال، والتفكير الموجه خارجيًا (Taylor & Bagby, 1994)،حيث تُعد الألكسيثيميا من أقوى العوامل الوسيطة في تحويل الانفعالات إلى أعراض جسدية، إذ يؤدي ضعف الوعي الشعوري إلى اعتماد الجسد كقناة تعبير بديلة، وهو ما يتوافق مع نظرية مارتي حول "ضعف التمثيل النفسي" للانفعال (Marty, 1966) . على مستوى بنية الانفعالات والوعي العاطفي، تبرز الـalexithymia كآلية توصيفية رئيسية تربط بين الضيق النفسي والتعبير الجسدي عنه؛ إذ تُظهر الأدلة أن صعوبة تمييز المشاعر ووصفها ترتبط بانتشار أعلى للأعراض الجسمية وأن بـُعد "صعوبة تمييز المشاعر" يظهر أقوى ارتباط مع تقارير الأعراض الجسدية. هذا يفسّر أيضاً كيف يؤدي ضعف تمثّل الحالة العاطفية إلى تنبيه فيزيولوجي مُستمّر(HPA-axis dysregulation)، استجابات لاهوائية يشارك في إبقاء الأعراض.(Freiherr et al., 2023; Rady, 2021). وقد دعمت دراسات عديدة علاقة الألكسيثيميا، حيث أظهرت أن صعوبة التعرف على المشاعر تتنبأ بالسوماتة عبر القلق والاكتئاب (Farhoumandi et al., 2022؛ Quinto et al., 2022؛ Demirkan & Gerdan, 2025؛ Lanzara et al., 2020) ، ودراسات اخرى أكدت على وجود علاقة محورية بين الألكسيثيميا وضعف التنظيم الانفعالي وزيادة الأعراض الجسدية (الجداوي، 2022؛ العبهول، 2023؛ مظلوم، 2017)

وبذلك، يمكن النظر إلى الاضطرابات السيكوسوماتية بوصفها نتيجة تفاعلية متعددة المستويات، يجتمع فيها:

1- أثر الصراعات والضغوط في ضوء النظريات الدينامية

2- دور الانفعال المكبوت أو غير المنظم في تنشيط الأنظمة العصبية-الغدية

3- دور سمات الشخصية، خاصة العصابية، بوصفها عامل قابلية

4- ودور الألكسيثيميا باعتبارها آلية وسيطة تمنع التمثيل النفسي السليم للخبرة الشعورية.

هذا التفاعل يجعل الجسد "يتكلم" عندما يعجز الوعي عن احتواء الانفعال، مما يفسر تموضع الأعراض في أجهزة محددة، ويمنح الاضطرابات السيكوسوماتية طبيعتها النفسية-الجسدية المتشابكة والمعقدة.

وبناءً على هذا التراكم النظري والبحثي، يتضح أنّ الاضطرابات السيكوسوماتية ليست مجرد استجابات جسدية منعزلة، بل هي ترجمة دينامية لتفاعل معقد بين الانفعال المكبوت، وأنماط الشخصية ذات القابلية (خصوصًا العصابية والألكسيثيميا)، والآليات البيولوجية-العصبية للاستجابة للضغط، والصراعات النفسية غير المعالجة.

2. الإجراءات المنهجية :

1.2 **المنهج المعتمد:** اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي نظرًا لملائمته لطبيعة موضوع الدراسة الذي يتطلب رصد العلاقة بين المتغيّرات النفسية والانفعالية وتموضع الأعراض الجسدية.

2.2 **عينة الدراسة:** تكونت من 120 مريضًا ومريضة يعانون من أعراض سيكوسوماتية (تم تحديد هذا الحجم باعتباره مناسبًا للتحليلات الإحصائية المعتمدة في الدراسة، خاصة تحليل الارتباط والانحدار واختبار الوساطة، حيث يوفر هذا الحجم قوة إحصائية كافية لاختبار الفرضيات المطروحة). تم اختيار هذه العينة بطريقة قصدية. نظرًا لطبيعة موضوع الدراسة الـ ذي يتطلب أفرادًا يعانون فعلًيا من أعراض سيكوسوماتية، وهو ما لا يمكن تحقيقه باستخدام العينات العشوائية.حيث تُعد العينة القصدية مناسبة في الدراسات الإكلينيكية التي تستهدف فئة محددة تتوافر فيها خصائص معينة مرتبطة بموضوع البحث.

وقد تم اختيار المرضى من مصلحة الطب الداخلي بالمستشفى الجامعي بتلمسان، نظرًا لكونها تستقبل حالات تعاني من أعراض جسدية متعددة غير مفسرة عضويًا بشكل كافٍ، مما يجعلها بيئة ملائمة لدراسة العلاقة بين العوامل النفسية وتموضع الأعراض الجسدية. كما يتيح هذا الإطار الإكلينيكي إمكانية الوصول إلى حالات واقعية تعكس التداخل بين البعد النفسي والجسدي.

إضافة إلى ذلك، فإن اختيار هذه العينة ينسجم مع أهداف الدراسة التي تسعى إلى فحص العلاقات بين الانفعالات، العصابية، والألكسيثيميا لدى مرضى يعانون من أعراض سيكوسوماتية، مما يتطلب عينة تتوافر فيها هذه الخصائص بشكل مباشر.

ولضمان تجانس العينة وتحقيق قدر من الضبط المنهجي، تم اعتماد مجموعة من معايير الإدراج والاستبعاد كما يلي:

معايير الإدراج:

- أن يكون المشارك مشخصًا بأعراض سيكوسوماتية من طرف طبيب مختص .
- أن يتراوح عمره بين (20–55 سنة).
- أن يكون في حالة وعي وإدراك تسمح له بالإجابة على أدوات الدراسة .
- الموافقة الطوعية على المشاركة في الدراسة .

معايير الاستبعاد:

- وجود أمراض عضوية خطيرة مشخصة (مثل السرطان أو الأمراض العصبية المزمنة) قد تفسر الأعراض الجسدية بشكل مباشر .
- وجود اضطرابات ذهانية أو إعاقات إدراكية تعيق فهم بنود الاستبيان .
- تناول أدوية نفسية بجرعات مرتفعة قد تؤثر بشكل مباشر على الحالة الانفعالية .
- الحالات التي ترفض إكمال أدوات الدراسة أو تقدم استجابات غير مكتملة.

الجدول رقم 01: *يوضح الخصائص الديمغرافية لعينة الدراسة*

المتغير	الفئة	التكرار (n)	لنسبة المئوية (%)
الجنس	ذكور	50	%41.7
	إناث	70	%58.3
الفئة العمرية	20 – 55 سنة	120	%100
المستوى التعليمي	ثانوي	40	%33.3
	جامعي	80	%66.7
أكثر الأعضاء المصابة	الجلد	25	%20.8
	القلب	30	%25
	الجهاز الهضمي	40	%33.3

المصدر: اعداد الباحثتين

3.2 أدوات الدراسة:

1.3.2. النسخة العربية من(PHQ) Patient Health Questionnaire : قام بترجمته (Elhadi & al, 2017) يتكون من ست وحدات: **9**-PHQ لتقييم الاكتئاب (9 بنود)، **7**-GAD للقلق (7بنود)، PHQ-15 للأعراض الجسدية (15 بند)، وحدة الذعر، وحدة اضطرابات الأكل، وحدة تعاطي الكحول. تتم الإجابة على بعض الوحدات مثل PHQ-9 ، PHQ-15 ،GAD-7 بطريقة ليكرت، بينما وحدات أخرى (مثل الذعر، الأكل، الكحول) تكون بصيغة نعم/لا. تم ترجمة المقياس إلى العربية بطريقة منهجية، وقد تم التحقق من الخصائص السيكومترية للمقياس، حيث تراوحت قيم ألفا كرومباخ لكل الوحدات بين 0.69 و 0.85 ما يجعل الاختبار صالح للاستخدام (Alhadi & al,2017). بينما في الدراسة الحالية استخدمنا ثلاثة مقاييس (وحدات) فقط الخاصة بالاكتئاب، القلق، والاعراض الجسدية). و للتأكد من الخصائص السيكومترية لها اعتمدنا على دراسة الصدق التقاربي و الثباث الداخلي (ألفا كرومباخ) على عينة تكونت من 60 مريض ومريضة بالاضطرابات السيكوسوماتية تراوحت اعمارهم بين 20-55 سنة. وهو ما سنوضحه في ما يلي:

الجدول رقم 02: معاملات الارتباط بيرسون بين المقاييس الثلاث

المقياس	PHQ-9	PHQ-15	GAD-7
PHQ-9	1	**0.63	**0.71
PHQ-15	**0.63	1	**0.58
GAD-7	**0.71	**0.58	1

المصدر: مستخرج من بيانات برنامج SPSS ****مستوى الدلالة** 0.01

الجدول رقم 03: معاملات ألفا كرونباخ لكل مقياس

المقياس	معامل ألفا كرومباخ
PHQ-9	0.88
PHQ-15	0.86
GAD-7	0.84

المصدر: مستخرج من بيانات برنامج SPSS

بيّن من خلال تحليل الخصائص السيكومترية للمقاييس الثلاثة المستخدمة (PHQ-9، GAD-7، PHQ-15) الموضحة في الجداول (2) و(3) أنها تتمتع بمستويات جيدة من الصدق والثبات. فقد أظهرت معاملات الارتباط بين المقاييس دلالة إحصائية قوية، حيث بلغ الارتباط بين PHQ-9 و GAD-7(0.71) وبين PHQ-9 وPHQ-15 (0.63)، وبين GAD-7 وPHQ-15(0.58) مما يعكس صدقًا تقاربيًا جيدًا يتماشى مع طبيعة الاضطرابات السيكوسوماتية. كما أظهرت معاملات ألفا كرومباخ اتساقًا داخليًا مرتفعًا، إذ بلغ (PHQ-9 0.88)، و(0.84) GAD-7، و(0.86) PHQ-15، مما يشير إلى كفاءة هذه الأدوات في قياس الأعراض النفسية والجسدية لدى عينة الدراسة.

2.3.2. **مقياس العوامل الخمسة الكبرى للشخصية (**BFI**)** سنعتمد في قياس العصابية على قائمة العوامل الخمسة الكبرى للشخصية من إعداد كوستا و ماكري (1992)، وقد أعاد تقنينها أحمد محمد عبد الخالق (2020) التي تحتوي على (60 بند)، و تشتمل على خمس أبعاد وهي: العصابية، الانبساطية، الانفتاح على الخبرة، القبول، ويقظة الضمير، حيث يتكون كل بعد من هذه الأبعاد من (12) فقرة مابين عبارات إيجابية و عبارات سلبية . تتم الإجابة وفق مقياس ليكرث الخماسي: غير موافق على الإطلاق (1) إلى موافق جدا (5)**.**

(عبدالخالق، 2020**;** Maccrea & Coasta,2006**)** تم حساب القدرة التمييزية لجميع بنود أبعاد المقياس، حيث اتضح أنه يتمتع بصدق تمييزي عال. كما تم التأكد من ثباته، حيث كانت معاملات كل من التجزئة النصفية و ألفا كرومباخ بالنسبة لبعد العصابية **(**0.65 – 0.77**).** ومنه يتضح لنا أن مقياس عامل العصابية له مؤشرات صدق وثبات عالية وجيدة وبالنسبة لدراستنا الحالية، تحققنا منها من خلال حساب صدق الإتساق الداخلي للمقياس، وذلك بحساب معامل الارتباط بيرسون بين الفقرات و الدرجة الكلية للمقياس. أما بالنسبة للثبات تحققنا منه بالاعتماد على حساب معامل ألفا كرومباخ وهذا ما سنوضحه في الجداول التالية:

الجدول رقم 04**: يوضح صدق الاتساق الداخلي للفقرات مع الدرجة الكلية للمقياس**

البنود	الدرجة الكلية	البنود	الدرجة الكلية
1	**0.40****	**7**	**0.35****
2	**0.47****	**8**	**0.55****
3	**0.58****	**9**	**0.62****
4	**0.35****	**10**	**0.40****
5	**0.53****	**11**	**0.61****
6	**0.61****	**12**	**0.60****

المصدر: مستخرج من بيانات برنامج SPSS ****مستوى الدلالة** 0.01

الجدول رقم 05**: معاملات ألفا كرونباخ**

المقياس	معامل ألفا كرومباخ
العصابية	00.8

المصدر: مستخرج من بيانات برنامج SPSS

من خلال الجدولين (4) و(5) أظهرت النتائج أن البنود متناسقة مع الدرجة الكلية للمقياس، حيث تراوحت معاملات الارتباط بين (0.35 و 0.62) وكانت كلها دالة إحصائيا عند مستوى (0.01). وهذا ما يعزز من تجانس المقياس وقوة اتساقه. أما بالنسبة للثبات فقد بلغ معامل ألفا كرومباخ (0.80)، ما يجعل المقياس يتمتع بصدق و ثبات جيد وهو صالح للاستعمال.

3.3.2. **مقياس الألكسيثيميا** Toronto Alexithymia Scale-20 TAS-20 **:** تم اعداده من طرف تايلور و باجبي (1994) Taylor & Bagby ، تم تكييفه من قبل الباحثتين بوشوشة، ونايت عبد السلام (2021). يتكون المقياس من (20) بند موزعة على 3 أبعاد و هي: صعوبة تحديد المشاعر (DIF)، صعوبة وصف المشاعر (DDF)، والتفكير الموجه خارجيًا (EOT). تتم الإجابة عليه من خلال مقياس ليكرت الخماسي من «أرفض بشدة» إلى «أوافق بشدة». أظهر المقياس صدقًا تأسيسيًا جيدًا، حيث استخدم المؤلفون التحليل العاملي التوكيدي (CFA) للتحقق من بنية العوامل الثلاثية، وكانت مؤشرات الصدق جيدة. بينما من حيث الثبات فتم حساب ألفا كرونباخ، وكانت قيمة الثبات للمقياس الكلي 0.82، ما يدل على مستوى جيد من الثبات. (بوشوشة، ونايت عبد السلام،2021)

في دراستنا الحالية تم التحقق من الخصائص السيكومترية للمقياس عن طريق الصدق التقاربي و الثبات عم طريق ألفا كرومباخ كما سنوضحه في الجداول التالية:

الجدول رقم 06: يوضح معاملات الإرتباط مع مقياس الوعي العاطفي

البعد	معامل الارتباط
DIF	****0.62**
DDF	****0.55**
EOT	****0.40**
المقياس ككل	****0.60**

المصدر: مستخرج من بيانات برنامج SPSS ****مستوى الدلالة** 0.01

الجدول رقم 07: معاملات ألفا كرونباخ

البعد	معامل ألفا كرومباخ
DIF	**0.75**
DDF	**0.72**
EOT	**0.65**
المقياس ككل	**0.78**

المصدر: مستخرج من بيانات برنامج SPSS

من خلال الجدولين يظهر أن الصدق التقاربي متوسط إلى جيد، حيث ترتبط الأبعاد DIF وDDF ارتباطًا أعلى بمقياس الوعي العاطفي، بينما EOT أقل ارتباطًا بسبب كونه

يركز على نمط التفكير وليس على إدراك المشاعر المباشر. أما بالنسبة للثبات فهو جيد نسبيًا للبعدين DIF وDDF ، بينما البعد EOT أقل قليلاً بسبب طبيعة البنود (عادة تحتوي على صيغ عكسية)، لكن القيمة الكلية للمقياس مناسبة ($\alpha \approx 0.78$) لعينة صغيرة مثل هذه.

3. عرض النتائج ومناقشتها

1.3 عرض نتائج الفرضية الأولى ومناقشتها: "توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائيًا بين نوع الانفعال وتموضع الأعراض الجسدية." وللتحقق منها تم استخدام معامل الارتباط لبيرسون (Pearson Correlation Coefficient) لدراسة العلاقة بين المتغيرات الانفعالية (القلق، الغضب، الحزن) وعضو الإصابة (تموضع الأعراض الجسدية). إذ يسمح بيرسون بتحديد ما إذا كانت العلاقة بين المتغير الانفعالي (كمستوى مستمر) والعضو المصاب (كمتغير ثنائي أو متعدد التصنيفات) ذات اتجاه موجب أو سالب، بالإضافة إلى قوة هذه العلاقة. كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم 08: يوضح العلاقة بين الانفعالات وتموضع الأعراض الجسدية

الانفعال	العضو المصاب	معامل الإرتباط (r)	مستوى الدلالة (p)
قلق	**الجهاز الهضمي**	**0.48**	**0.01 >**
غضب	**القلب**	**0.35**	**0.05 >**
حزن	**الجلد**	**0.32**	**0.05 >**

المصدر: مستخرج من بيانات برنامج SPSS

أظهرت نتائج التحليل الإحصائي (الجدول رقم 8) أن معاملات الارتباط تراوحت بين ($0.48 - 0.35 - 0.32$) ، وجميعها دالة إحصائيًا عند مستوى ($p < 0.05$)، مما يشير إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة متوسطة إلى قوية بين نوع الانفعال وتموضع الأعراض الجسدية. وبناءً على ذلك يمكن القول إن الفرضية الأولى قد تحققت، بما يدل على أن اختلاف نوع الانفعال يرتبط بشكل واضح بتوزيع الأعراض الجسدية لدى أفراد العينة.

يمكن تفسير هذه النتيجة في ضوء الأدبيات النفسية الحديثة التي تؤكد أن الانفعالات السلبية المزمنة مثل القلق والاكتئاب ترتبط بشكل وثيق بزيادة ظهور الأعراض الجسدية وتعددها. حيث أظهرت دراسة Salmon & al (2022) أن القلق والاكتئاب يتنبآن بشكل ثابت باضطرابات الجسدنة (somatization)، مع إمكانية أن يعمل القلق كعامل تمهيدي يزيد من حدة الأعراض عبر تعميق الحالة الاكتئابية. هذا يشير إلى أن العلاقة بين الانفعال والجسد ليست مباشرة فقط، بل تتوسطها عمليات نفسية أعمق تتعلق بكيفية معالجة الفرد للخبرة الانفعالية. وفي السياق نفسه، بينت دراسة Guidotti & al (2024) أن القلق والاكتئاب يلعبان دور الوسيط الكامل في العلاقة بين التعبير عن الغضب وجودة الحياة لدى مرضى ارتفاع ضغط الدم، مما يعزز فكرة أن الغضب لا يتحول إلى أثر جسدي بمعزل عن الحالة الانفعالية العامة، بل عبر شبكة من الانفعالات السلبية المتداخلة. وبذلك فإن النتائج الحالية تتسق مع هذا الطرح، حيث يبدو أن كل نوع من الانفعال يسهم بطريقة مختلفة في تشكيل نمط الأعراض الجسدية وليس فقط وجودها.

كما أن دراسة Smakowski & al (2024) أكدت الدور المحوري لما يسمى بالقلق الصحي (Health Anxiety) في تضخيم الأعراض الجسدية لدى اضطرابات الجسدنة، وهو ما يدعم تفسير أن التفسير الإدراكي للعرض الجسدي (أي الخوف منه وترقبه) قد يكون عاملًا حاسمًا في استمراريته وتوزعه على أعضاء مختلفة من الجسم.

من زاوية أكثر تكاملاً، تشير نتائج Baranauskas & al (2025) إلى أن بعض المؤشرات الفسيولوجية مثل تركيب الجسم قد تتفاعل مع العوامل النفسية لتشكيل شدة الأعراض الجسدية، مما يدعم الطرح السيكوسوماتي القائل بأن الجسد لا يستجيب للانفعال النفسي فقط، بل ضمن تفاعل معقد بين البيولوجي والنفسي.

عربيا، تتقاطع نتائج هذه الدراسة مع ما توصل إليه بن سي علي (2023)، حيث أظهرت دراسته وجود علاقة موجبة بين الشعور بالهزيمة النفسية وظهور الاضطرابات

السيكوسوماتية، وهو ما يعكس أهمية الخبرات الانفعالية السلبية الممتدة في تحويل الضغط النفسي إلى تعبير جسدي. كما أشار النجار (2024) إلى أن ضعف المناعة النفسية، وخاصة ضعف التحكم الانفعالي، يرتبط بزيادة الاضطرابات الجسدية المرتبطة بالغضب والخوف، مما يعزز دور التنظيم الانفعالي كعامل وقائي.

أما دراسة سيسبان وبوريشة (2023) فقد أوضحت أن فترة جائحة كوفيد-19 رافقها ارتفاع واضح في الأعراض الجسدية المرتبطة بالقلق واضطراب الهلع، مما يؤكد أن شدة الضغوط النفسية قد تسّرع من تحويل الانفعال إلى تعبير جسدي مباشر.

ومن منظور تفسيري نفسي ديناميكي، يمكن فهم هذه النتائج في ضوء التصور الفرويدي الذي يرى أن الصراعات الانفعالية المكبوتة، خصوصًا القلق والغضب والحزن، قد تجد طريقها إلى التعبير الجسدي عبر آليات الدفاع مثل الكبت والتحويل (Freud, 1915)، حيث يُعاد توجيه الصراع النفسي نحو الجسد بدل الوعي الشعوري. كما تتماشى هذه النتائج مع نظرية ألكسندر حول "العضو المستهدف"، التي تفترض أن كل نمط انفعالي قد يرتبط بوظيفة جسدية معينة، وهو ما ينسجم مع ملاحظة اختلاف مواضع الأعراض حسب نوع الانفعال في نتائج الدراسة. كما يمكن تفسير هذه العلاقة من خلال نموذج الألكسيثيميا (Alexithymia)، الذي يركز على صعوبة التعرف على المشاعر والتعبير عنها، مما يؤدي إلى تحويلها إلى أعراض جسدية. وقد دعمت دراسات حديثة هذا الطرح، حيث بينت أن ضعف الوعي الانفعالي يرتبط بزيادة الجسدنة (Farhmandi & al,2022)، وهو ما يشير إلى أن غياب المعالجة الانفعالية الواعية يمثل قناة أساسية لظهور الأعراض الجسدية.

ومن منظور بيولوجي-إجهادي، تتسق النتائج أيضًا مع نموذج هانز سيلي لمتلازمة التكيف العام، حيث يؤدي التعرض المستمر للضغط الانفعالي إلى استنزاف الجهاز العصبي والغددي، مما ينعكس في شكل أعراض جسدية متنوعة تمس أجهزة مختلفة من الجسم.

بناءً على ذلك، تبرز أهمية هذه النتائج في المستوى الإكلينيكي، حيث تشير إلى ضرورة عدم التعامل مع الأعراض الجسدية بوصفها ظواهر عضوية فقط، بل كجزء من منظومة نفسية-جسدية متكاملة. لذلك، يصبح من الضروري إدماج التقييم الانفعالي (كالقلق والغضب والحزن) ضمن عملية التشخيص، إضافة إلى فحص آليات التنظيم الانفعالي مثل الألكسيثيميا.

كما تشير بعض الأدلة الحديثة مثل دراسة Feizollahi وآخرين (2022) إلى أن تدخلات تعزيز التعاطف مع الذات (Self-compassion) والدعم الاجتماعي يمكن أن تسهم في خفض شدة الأعراض الجسدية عبر تحسين تنظيم الانفعال، مما يفتح المجال أمام تدخلات علاجية موجهة نحو البعد النفسي للأعراض الجسدية وليس فقط بعدها العضوي.

2.3 **عرض نتائج الفرضية الثانية ومناقشتها:** "تساهم العصابية في التنبؤ بتموضع الاعراض الجسدية." وللتحقق من هذه الفرضية، تم استخدام تحليل الانحدار اللوجستي المتعدد (Multiple Logistic Regression) لدراسة تأثير المتغير المستقل "العصابية" على المتغير التابع "تموضع الأعراض الجسدية" (العضو المصاب). لأنه يسمح بتحديد قوة وتأثير المتغير المستقل على احتمال وقوع الحدث (ظهور الأعراض في عضو محدد) عند وجود متغيرات أخرى محتملة، بالإضافة إلى ذلك، استخدمنا معامل الارتباط بيرسون لدراسة الانحدار لضمان معرفة المتغيرات الأكثر تأثيرًا. وهو ما يوضحه الجدول التالي:

الجدول رقم 09: يوضح تأثير العصابية على تموضع الأعراض

المتغير المستقل	العضو المصاب	معامل الانحدار(β)	مستوى الدلالة (p)
العصابية	**الجهاز الهضمي**	**0.42**	0.01 >
	القلب	**0.34**	0.05 >
	الجلد	**0.31**	0.05 >

المصدر: مستخرج من بيانات برنامج SPSS

أظهرت نتائج التحليل أن العصابية تُعد المتغير الأكثر إسهامًا في التنبؤ بتموضع الأعراض الجسدية، حيث بلغت قيمة المعامل ($\beta = 0.42$، $p < 0.01$) للأعراض

الهضمية، و($p < 0.05$ ،$\beta = 0.34$) للأعراض القلبية، و($p < 0.05$ ،$\beta = 0.31$) للأعراض الجلدية. وتشير هذه النتائج إلى وجود نمط تنبؤي ثابت، حيث ترتفع احتمالية ظهور أعراض جسدية في أجهزة محددة كلما ارتفع مستوى العصابية، مما يدل على أن هذه السمة لا ترتبط فقط بشدة الأعراض، بل تسهم أيضًا في "توجيه" تموضعها الجسدي.

يمكن تفسير هذه النتيجةفي ضوء الأدبيات الحديثة التي تؤكد أن العصابية تُعد من أقوى سمات الشخصية ارتباطًا باضطرابات الأعراض الجسدية الوظيفية (Functional Somatic Disorders). فقد أظهرت دراسة طولية واسعة النطاق (DanFunD) أن العصابية تمثل عامل خطر مستقل لتطور الاضطرابات الجسدية الوظيفية عبر الزمن، حتى بعد التحكم في الضغوط الحياتية والأحداث السلبية (Petersen et al., 2024) . كما بينت دراسات وبائية أخرى أن العصابية ترتبط بشكل قوي بعدد الأعراض الجسدية المبلغ عنها، وبشكل خاص الأعراض ذات الطابع السيكوسوماتي (Rosmalen et al., 2007) ، مما يدعم فكرة أن هذه السمة لا تؤثر فقط على الإحساس بالمرض، بل على نمط توزيعه أيضًا.

من الناحية النفسية-المعرفية، يمكن تفسير هذا الارتباط من خلال أن الأفراد ذوي العصابية المرتفعة يتميزون بفرط الحساسية للتهديد الداخلي (interoceptive threat sensitivity)، وبميل معرفي نحو تضخيم الإشارات الجسدية وتفسيرها بشكل كارثي، مما يزيد من تركيز الانتباه على أعضاء معينة دون غيرها، وبالتالي يسهم في "تموضع" الأعراض بشكل وظيفي وليس عضوي صرف.

يتسق هذا الطرح مع نتائج دراسات حديثة تشير إلى أن العصابية ترتبط باضطراب تنظيم الانفعالات وصعوبة التعامل مع الخبرة الجسدية والانفعالية، حيث بينت دراسة حديثة أن الصعوبات في تنظيم الانفعال ترتبط مباشرة بزيادة شدة الأعراض الجسدية عبر مختلف الأجهزة العضوية (Petzke & Witthöft, 2024) . كما دعمت دراسة أخرى أن سمات الشخصية مثل العصابية تتفاعل مع الألكسيتيميا (صعوبة التعرف على المشاعر) في التنبؤ

بالأعراض الجسدية، مما يشير إلى وجود آلية وسيطة معرفية-انفعالية في تحويل الضغط النفسي إلى أعراض جسدية (Zhang et al., 2024).

ومن منظور نفسي-ديناميكي، تتوافق هذه النتائج مع التصور الفرويدي الذي يفترض أن الصراعات الانفعالية غير الواعية قد تُحوَّل إلى تعبير جسدي عبر آليات الدفاع مثل الكبت والإزاحة (Freud, 1915)، حيث يصبح الجسد مجالًا رمزيًا للتعبير عن الصراع النفسي غير المعالج. كما تدعم نظرية ألكسندر (Alexander, 1950) هذا التفسير من خلال فرضية "الأعضاء المستهدفة"، التي ترى أن نمط الشخصية والانفعال يحدد الجهاز العضوي الأكثر عرضة للاستجابة المرضية، وهو ما يتطابق مع النتائج الحالية التي أظهرت تمايزًا بين الأعراض الهضمية والقلبية والجلدية.

كما يمكن فهم هذه العلاقة من منظور بيولوجي-نفسي-إجهادي، حيث تشير نظرية سيلي (Selye, 1976) إلى أن التعرض المزمن للضغط النفسي يؤدي إلى تنشيط مستمر لمحور (HPA Hypothalamic–Pituitary–Adrenal axis)، مما يسبب اضطرابات هرمونية والتهابية تؤثر بشكل انتقائي على بعض الأجهزة العضوية الأكثر حساسية للضغط، مثل الجهاز الهضمي والجلد والقلب. وهذا يفسر الفروق في معاملات الانحدار بين الأعضاء المختلفة في نتائج الدراسة.

وفي السياق التكاملي الحديث، تؤكد مراجعات علمية أن الاضطرابات السيكوسوماتية لا يمكن تفسيرها بعامل واحد، بل هي نتيجة تفاعل بين السمات الشخصية (مثل العصابية)، وضعف التنظيم الانفعالي، والعوامل البيولوجية المرتبطة بالاستجابة للضغط (Jeronimus et al., 2016؛ Malouff et al., 2019). كما تشير الأدبيات الحديثة إلى أن العصابية تمثل "عامل تضخيم إدراكي" للأعراض الجسدية، حيث تجعل الفرد أكثر عرضة لاكتشاف الإشارات الجسدية وتفسيرها بشكل سلبي حتى في غياب مرض عضوي واضح.

وبناءً على ذلك، يمكن القول إن العصابية لا تعمل فقط كمتغير تنبؤي لوجود الأعراض الجسدية، بل تلعب دورًا تنظيميًا في تشكيل نمط تموضعها عبر تفاعل معقد بين:

- آليات معرفية (تضخيم الإحساس الجسدي، الانتباه الانتقائي)
- آليات انفعالية (ضعف التنظيم الانفعالي، القلق المزمن)
- آليات بيولوجية (فرط نشاط محور الضغط HPA والاستجابة الالتهابية)

وبذلك، تؤكد النتائج أن العصابية تمثل عاملًا محوريًا في تفسير التوزيع الجسدي للأعراض السيكوسوماتية، مما يمنحها قيمة تنبؤية وإكلينيكية مهمة في فهم الاضطرابات الجسدية غير المفسرة طبيًا، ويوجه نحو ضرورة إدماج تقييم السمات الشخصية ضمن التشخيص النفسي-الجسدي، مع التركيز على التدخلات التي تستهدف التنظيم الانفعالي وتقليل فرط الاستجابة للتهديد الداخلي.

3.3 **عرض نتائج الفرضية الثالثة ومناقشتها:** لاختبار الفرضية التي تقول بأن الألكسيثيميا تلعب دورا وسيطا في العلاقة بين الانفعالات وتموضع الأعراض الجسدية، تم استخدام تحليل الوساطة (Mediation Analysis) باستخدام PROCESS Macro لنموذج4 لـ Hayes. وتم اختيار هذا الأسلوب لأنه يمكّن من فصل التأثير المباشر (c′) للمتغير المستقل على المتغير التابع من التأثير غير المباشر (ab) عبر المتغير الوسيط، وهو ما يلائم الفرضية التي تفترض وجود "مسار رمزي / تمثيلي" يفسّر جزئيًا كيف يؤثر الانفعال على العضو المصاب. كما تم استخدام تمهيد (Bootstrapping) مع عدد كبير من العّينات الفرعية (5,000 إعادة سحب) لتقدير فترات الثقة للتأثير غير المباشر بطريقة غير معتمدة على التوزيع، وهو من الممارسات الموصى بها في أبحاث الوساطة وفق(Hayes,2022) لتوفير تقديرات موثوقة وتقليل التحريف الإحصائي.

الجدول رقم 10: يوضح توسط الألكسثيميا للعلاقة بين الانفعال و تموضع الأعراض الجسدية

الانفعال (X)	العضو المصاب (Y)	التأثير المباشر(c′)	تأثير غير المباشر عبر الألكسثيميا (ab)	فاصل الثقة Bootstrap 95%	مستوى الدلالة (p)
قلق	**الجهاز الهضمي**	0.20	0.23	[0.09, 0.41]	0.004
غضب	**القلب**	0.15	0.20	[0.08, 0.39]	0.005
حزن	**الجلد**	0.22	0.26	[0.10, 0.46]	0.003

المصدر: مستخرج من بيانات برنامج SPSS

من خلال الجدول (10) نلاحظ أن التأثير المباشر (c′) يمثل العلاقة بين الانفعال (X) والعضو المصاب (Y) بعد إدخال الألكسيثيميا كوسيط. التأثير غير المباشر (ab) يعكس تأثير الانفعال على العضو المصاب من خلال الألكسيثيميا. جميع التأثيرات غير المباشرة دالة إحصائيًا ($p < 0.01–0.005$)، والفاصل 95% لا يشمل الصفر، ما يؤكد أن الألكسيثيميا تتوسط العلاقة بين الانفعالات والأعراض الجسدية. هذا النوع من النمذجة (أي وجود تأثير مباشر + غير مباشر) يُعد شائعًا ومقبولًا في أبحاث الوساطة النفسية ويُعطي فهمًا أكثر دقة لطبيعة العلاقة بين المتغيرات (Hayes, 2022).

تنسجم هذه النتيجة مع عدة دراسات التي تؤكد أن الألكسيثيميا تمثل آلية وسيطة رئيسية بين الانفعالات والأعراض الجسدية. نذكر منها دراسة (Lanzara & al,2020) التي وجدت أن البعد DIF من الألكسيثيميا هو أقوى متنبئ للتجسيد الجسدي (somatization) حتى بعد التحكم في الضيق النفسي. وقد بينت دراسة Zhang et al (2024) أن سمات الشخصية، بما فيها العصابية، ترتبط بالألكسيثيميا التي بدورها تتوسط العلاقة مع القلق والأعراض الانفعالية، مما يدعم نموذج الوساطة الانفعالية الذي توصلت إليه الدراسة الحالية ، كما أظهرت دراسة Lee et al (2024) أن ن التنظيم الانفعالي والإدراك الجسدي الداخلي يرتبطان بشكل مباشر بشدة الأعراض السيكوسوماتية (الاكتئاب، القلق، الجسدنة)، حيث تلعب العمليات الانفعالية الوسيطة دورًا حاسمًا في تحويل التوتر النفسي إلى أعراض جسدية. وفي السياق نفسه دعمت دراسة XU et LI (2024) أن الألكسيثيميا تمثل متغيرًا وسيطًا رئيسيًا في العلاقة بين الضيق النفسي والأعراض الجسدية لدى اضطرابات الأعراض

الجسدية، وأن تحسين الوعي الانفعالي يؤدي إلى انخفاض مباشر في شدة الأعراض الجسدية.

أيضا دراسة (Demirkan & Gerdan,2025) التي صدرت مؤخرًا على متلازمة الفيبروميالغيا، حيث أظهرت أن القلق والاكتئاب يتوسطان العلاقة بين DIF والتأثير الوظيفي للجسد، مما يعكس نفس المسار الذي تقترحه فرضيتنا، حيث الألكسيثيميا (وخاصة DIF) تقود إلى أعراض جسدية عبر الضيق العاطفي. وتشير دراسة (Quinto & al,2022) على مرضى الصدفية إلى أن الألكسيثيميا تؤثر على جودة الحياة النفسية من خلال القلق والاكتئاب، ما يعزز دور المشاعر السلبية كحلقة وسيطة بين الألكسيثيميا والأعراض. بالإضافة إلى ذلك، هناك دراسة (Farhomandi,& al,2022) التي ربطت الوساطة النفسية وتكامل العاطفة مع الأعراض العضوية، حيث أظهرت أن الـ somatization (التجسيد) يتوسط العلاقة بين الألكسيثيميا والقلق/الاكتئاب.

وعلى الصعيد العربي أظهرت دراسة سارة عزت الجداوي (2022) على طلاب الجامعة أن الألكسيثيميا وصعوبات تنظيم الانفعال تتنبأ بالمشكلات بين الشخصية، مما يدل على أن ضعف التمثيل الانفعالي لا يقتصر أثره على الأعراض الجسدية، بل يمتد ليشمل السلوك والعلاقات الاجتماعية. كما وجدت دراسة راقية العبهول (2023) أن استراتيجيات تنظيم الانفعال ترتبط بدرجات الألكسيثيميا ضمن السياق الجامعي، ما يعكس أن العمليات الرمزية والانفعالية تتشكل ضمن البيئة التعليمية والاجتماعية. بالإضافة إلى ذلك، أشارت دراسة مصطفى رمضان مظلوم (2017) إلى أن قمع التعبير الانفعالي يعزز الألكسيثيميا، مما يسمح للانفعالات المكبوتة بالتحول إلى تمثيلات رمزية داخلية قد تظهر لاحقًا كأعراض جسدية.

ومن منظور نظري، هذه النتائج تتماشى مع النموذج البيوبسيكوسوماتي الذي يربط بين الضيق النفسي والتمثيل الجسدي عبر وساطة الانفعالات المعقدة وضعف التمثيل

الانفعالي (Taylor & Bagby, 1997). فالألكسيثيميا تمثل هشاشة نفسية (vulnerability) نقص القدرة على تمثيل الانفعالات ذهنياً، في حين أن الانفعالات (قلق، غضب، حزن) تمثل المحفزات (stressors) التي تتحول إلى أعراض جسدية عبر وسيط الألكسيثيميا.

كذلك، يمكن تفسير هذه النتيجة من منظور معرفي-انفعالي باعتبار أن الألكسيثيميا تمثل خللًا في معالجة الخبرة الانفعالية، يتمثل في: صعوبة تحديد المشاعر (DIF)، صعوبة وصفها (DDF)، وضعف الوعي بالإشارات الجسدية الانفعالية. وبالتالي، عندما يواجه الفرد انفعالًا مثل القلق أو الغضب، فإنه لا ينجح في تحويله إلى تمثيل نفسي رمزي، مما يؤدي إلى "تحويله" إلى خبرة جسدية غير مفسرة. و هذا يتماشى مع نموذج Taylor & Bagby (1997) الذي يرى أن الألكسيثيميا تمثل قصورًا في المعالجة المعرفية للانفعالات، مما يؤدي إلى الجسدنة كبديل للتعبير الانفعالي الواعي. كما تدعم نظرية Marty (1990) هذا الطرح من خلال مفهوم "الاقتصاد النفسي للانفعال"، حيث يؤدي فشل التمثيل الرمزي للانفعال إلى تفريغه في الجسد بدل تفكيكه معرفيًا.

هذا يمكننا من بناء تفسير تكاملي للنتائج وفق سلسلة سببية كالتالي:

الانفعال (قلق/غضب/حزن) ⟵ ضعف التمثيل الانفعالي (ألكسيثيميا) ⟵ خلل في التنظيم المعرفي والانفعالي ⟵ تنشيط فسيولوجي مزمن (HPA axis) ⟵ تموضع الأعراض الجسدية.

وبذلك، فإن الألكسيثيميا لا تعمل كمتغير وسيط إحصائي فقط، بل كآلية نفسية-عصبية تفسر كيفية انتقال الانفعال من مستوى نفسي مجرد إلى مستوى جسدي ملموس. تشير هذه النتائج إلى أهمية كبيرة في المجال الإكلينيكي، حيث يتضح أن علاج الأعراض الجسدية غير المفسرة لا ينبغي أن يقتصر على الجانب العضوي، بل يجب أن يشمل: تدريب الوعي الانفعالي، تحسين تسمية المشاعر، إعادة بناء التنظيم الانفعالي، وتقليل الكبت الانفعالي. وتشير الأدلة الحديثة إلى أن التدخلات القائمة على اليقظة الذهنية

(Mindfulness) والعلاج المرتكز على الانفعالات (EFT) تقلل بشكل ملحوظ من الألكسيثيميا وتخفض بالتالي من شدة الأعراض الجسدية عبر تحسين معالجة الانفعال.

بناءً على ما سبق، يمكن القول إن الألكسيثيميا تمثل آلية مركزية في تفسير العلاقة بين الانفعالات وتموضع الأعراض الجسدية، حيث تعمل كحلقة تحويل معرفي-انفعالي تنقل الخبرة النفسية غير المعالجة إلى مستوى جسدي. وتؤكد النتائج أن الجسد في السياق السيكوسوماتي ليس مجرد مستقبل سلبي للضغط، بل ساحة تعبير بديلة لفشل المعالجة الانفعالية الواعية.

4. استنتاج عام:

وصلت نتائج هذه الدراسة إلى أن العوامل النفسية والانفعالية تمثل محددات جوهرية في تموضع الأعراض السيكوسوماتية في أعضاء جسدية محددة، حيث ارتبطت انفعالات القلق والغضب والحزن بشكل دال إحصائيًا بالأعضاء المستهدفة: الجهاز الهضمي، القلب، والجلد على التوالي. كما أظهرت النتائج أن العصابية تساهم في تعزيز قابلية الفرد لتحويل الضيق النفسي إلى أعراض جسدية موجهة، بينما تعمل الألكسيثيميا كحلقة وسيطة مركزية تربط بين الانفعالات وتموضع الأعراض، مما يؤكد أن الصعوبة في التعرف على المشاعر والتعبير عنها تساهم في تحديد شكل وموقع التجسيد الجسدي للضيق النفسي.

من منظور نفسي إكلينيكي، تشير هذه النتائج إلى أن تموضع الأعراض السيكوسوماتية ليس عشوائيًا، بل يعكس عملية ديناميكية متكاملة تشمل آليات فسيولوجية-نفسية مرتبطة بالاستجابة الانفعالية للجسم، وعمليات رمزية ونفسية يمكن قياسها علميًا. هذا التفاعل يوضح أن الجسم "يختار" العضو المصابوفقً ا للتمثيلات الانفعالية الداخلية وقدرة الفرد على التعامل مع الضيق النفسي، بما يعكس العلاقة بين النفس والجسد في السياق السيكوسوماتي.

تؤكد هذه النتائج أهمية إدراج تقييم الألكسيثيميا والانفعالات والسمات الشخصية، مثل العصابية، في التقييم النفسي للمرضى السيكوسوماتيين. كما توضح الحاجة إلى تصميم تدخلات علاجية مركزة على تحسين الوعي الانفعالي، وتطوير استراتيجيات التعبير الانفعالي الصحيحة، وتنظيم الانفعالات المكبوتة، لما لذلك من أثر مباشر في الحد من ظهور الأعراض الجسدية وتحسين جودة الحياة.

بناءً على ذلك، يمكن القول إن العوامل النفسية والانفعالية تشكل محركات رئيسية لتحديد العضو المصاب في الاضطرابات السيكوسوماتية، وأن هذا الاختيار يتم عبر مسار وسيط نفسي-فسيولوجي قابل للقياس والتدخل العلاجي، مما يوفر أساسًا علميًا واضحًا لتفسير العلاقة بين الضيق النفسي وتجسيده الجسدي في الممارسة الإكلينيكية.

قائمة المراجع:

المراجع باللغة العربية

أحمد، ليلى .(2020) .التحويل كآلية دفاعية في الاضطرابات النفسجسدية :دراسة تحليلية لحالات سريرية . [*رسالة ماجستير غير منشورة*]، *جامعة القاهرة، كلية الآداب، قسم علم النفس*.

أحمد،محمد،عبد الخالق.(2020). *دليل القائمة العربية للعوامل ا الخمسة الكبرى للشخصية*. القاهرة: مكتبة لأنجلو المصرية.

بن سي علي، ز. (2023). الهزيمة النفسية وعلاقتها بظهور الاضطرابات السيكوسوماتية لدى المرأة المطلقة [*أطروحة ماجستير*] .مكتبة جامعة محمد خيضر. بسكرة.

بن عمارة، ل. (2020). الحساسية الانفعالية وتمظهرات العرض الجسدي .*مجلة علم النفس والصحة*, (2), 45–67.7

بن عيسى، أ. (2020). خصوصية التوظيف العقلي لدى الفرد ذو التنظيمة السيكوسوماتية. المجلة الجزائرية للبحوث والدراسات النفسية والاجتماعية. تم الاسترجاع من https://asjp.cerist.dz/en/article/140192

بوريشة.ج، و سيسبان.ف.ز.(2023). الأعراض (النفسية الجسدية والاجتماعية) تأثرت باضطراب الهلع صاحب مجموعة كبيرة من كورونا كوفيد 19.. دراسة ميدانية لدى الحاضرين من المجتمع الجزائري. دراسات عربية في التربية وعلم النفس.147(3). 83- 106. https://doi.org.10.21608/saep.2023.308187 /

بوشوشة،م. نايت عبد السلام،ك.(2021).قياس الالكسثيميا في البيئة الجزائرية (tas-20) تكييف مقياس تورنيتو. *مجلة العلوم التربوية و النفسية*. 7(2). 3.6-326. https://asjp.cerist.dz/en/article/149731?utm_source=chatgpt.com

تواتي، إ .ع .(2020) .*محاضرات في الاضطرابات السيكوسوماتية* .جامعة قالمة .تم الاسترجاع من https://dspace.univ-guelma.dz/handle/123456789/10956

الجداوي، س. ع. (2022). الألكسيثيميا وتنظيم الانفعال كمنبئ بالمشكلات بين-الشخصية لدى طلاب الجامعة .*مجلة العلوم النفسية العربية، 8*(1)، .30–15

رمضان مظلوم، م. ع. (2017). تنظيم الانفعال وعلاقته بالألكسيثيميا لدى طلاب الجامعة .*المجلة العراقية للعلوم النفسية، 9*(1)، .39–23

زروق، م. (2023). الصدمات النفسية وتموضع الأعراض الجسدية: دراسة ميدانية .*مجلة البحوث النفسية العربية*. 15(1). 90 – 114.

الزيدي، ع. (2019). العلاقة بين الضغوط النفسية والأعراض الجسدية لدى طلاب الجامعات السعودية. *مجلة العلوم النفسية*.15(2). الصفحات115-134.

السالمي، أ. (2020). العلاقة بين الضغوط النفسية والأعراض السيكوسوماتية لدى الراشدين .*مجلة العلوم النفسية والتربوية، 13*(2)، 55-78

الشريف، محمد. كمال. (بدون تاريخ). آليات الدفاع النفسي. النفس.كوم. تم الاسترجاع في 12 مايو 2025، من https://annafs.com/articles/118_%D8%A2%D9%84%D9%8A%D8%A7%D8%AA-%D8%A7%D9%84%D8%AF%D9%81%D8%A7%D8%B9-%D8%A7%D9%84%D9%86%D9%81%D8%B3%D9%8A

الشهري، نواف مناع. (2021). الصلابة النفسية وعلاقتها بالاضطرابات السيكوسوماتية. *المجلة العربية للنشر العلمي*. (27). الصفحات 15-157. ISSN: 2663-5798

الصالحي، ن. (2021). الضغوط النفسية وعلاقتها بالأعراض السيكوسوماتية لدى الراشدين .*المجلة العربية للعلوم النفسية*, 22(3). 201 – 230.

الطائي، ف.، و عبد العزيز، ر. (2018). كبت الغضب وعلاقته بالاضطرابات النفسجسدية لدى عينة من النساء. *مجلة علم النفس العربي*، 10(3). الصفحات 77-98.

العارف، ليلى محمد. (2018). الاضطرابات السيكوسوماتية وآليات الدفاع النفسي والعصابية وعلاقتها بالصراع النفسي. *مجلة جيل العلوم الإنسانية والاجتماعية*.(45). الصفحات 155-175

عبد المعطي، حسن.(2003).*الأمراض السيكوسوماتية*. مكتبة دارالشرق، القاهرة.

العبهول، ر. س. (2023). تنظيم الانفعالات وأساليب التنشئة كعوامل محددة للألكسيثيميا لدى طلاب جامعة الكويت .*المجلة الكويتية للعلوم النفسية، 10*(2)، .61–45

عمار،يوسف الوحيدي. زاهرة، خالد عامر.(2022). أمراض الاضطرابات السيكوسوماتية من منظور علم النفس الجسدي. *مجلـــة الحكمة للدراسات التربوية والنفسية*. 10(4).الصفحات 205-232 . Issn : 2353-0465

فرحات، س. (2019). العوامل الانفعالية المساهمة في اضطرابات الجهاز الهضمي ذات المنشأ النفسي . *مجلة المعرفة النفسية*. 18(1). 120 – 142.

لخطيب، ز. ب. س .(2022). الاضطرابات النفسجسمية وعلاقتها بالاتزان الانفعالي لدى عينة من مرضى اضطرابات الغدد الصماء في رام الله والبيرة*[أطروحة ماجستير]* . جامعة القدس المفتوحة..

لهاشمي، ن. (2021). العوامل الانفعالية وتمظهراتها الجسدية لدى عينة من المرضى النفسيين .*مجلة البحوث النفسية*، 9(1)، 101-123 .

مقداد، أ., & منقوشي، ف. (2021). القلق العصابي لدى أساتذة التعليم المتوسط المصابين بالاضطرابات السيكوسوماتية. *مجلة روافد للدراسات والأبحاث العلمية في العلوم الاجتماعية والإنسانية*, 5(1), 359–382. https://asjp.cerist.dz/en/article/152779

النجار.أ.س.(2024). المناعة النفسية وعلاقتها ببعض الاضطرابات السيكوسوماتية للأشخاص ذوي اضطرابات النطق والكلام. مجلة التربية الخاصة .13(47). 190 – 266.

الوحيدي، ع. (2022). الخصائص السيكولوجية للأفراد ذوي الاضطرابات السيكوسوماتية .*المجلة الأكاديمية للدراسات الاجتماعية والإنسانية*.10(4). 155 – 178.

المراجع باللغة الاجنبية:

Alexander, F. (1950). *Psychosomatic medicine: Its principles and applications*. New York: W.W. Norton

AlHadi, A. N., AlAteeq, D. A., Al-Sharif, E., Bawazeer, H. M., Alanazi, H., AlShomrani, A. T., Shuqdar, R. M., & AlOwaybil, R. (2017). An arabic translation, reliability, and validation of Patient Health Questionnaire in a Saudi sample. *Annals of general psychiatry*, 16, 32. https://doi.org/10.1186/s12991-017-0155-1

Andrew.F.Hayes.(2022).*Introduction to Mediation, Moderation, and Conditional Process Analysis*. 3th(ed). Gullford Press. NEW-YORK/ LONDOL.

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*, 38(1), 23–32. https://doi.org/10.1016/0022-3999(94)90005-1

Baranauskas.M, Ingrida Kupčiūnaitė, Lieponienė.J & Rimantas Stukas.(2025). Somatization and Body Composition: Findings from a Cross-Sectional Study on Non-Clinical Young Adults. *Healthcare. 13(3), 304;* https://doi.org/10.3390/healthcare13030304.

Black, C. J., Yiannakou, Y., Houghton, L. A., Shuweihdi, F., West, R., Guthrie, E., & Ford, A. C. (2020). Anxiety-related factors associated with symptom severity in

irritable bowel syndrome. *Neurogastroenterology & Motility, 32*(12), e13872. https://doi.org/10.1111/nmo.13872

Chapman, B. P., Fiscella, K., Kawachi, I., Duberstein, P., & Muennig, P. (2013). Emotion suppression and mortality risk over 12 years in the USA. *Journal of Psychosomatic Research*, 75(4), pp381–385.

Demirkan.A.K,& Gerdan.G.(2025). The mediating role of anxiety and depression in the relationship between alexithymia, somatosensory amplification, and functional impairment in fibromyalgia. *Front. Psychiatry*. 16. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2025.1598901

Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine.*Science*.196(4286),pp129–136. https://doi.org/10.1126/science.847460

Farhoumandi, N., Zarean, M., Nasiri, M., & Jega, M. (2022). Somatization Mediates the Structural Relationship of Alexithymia with Anxiety and Depression. *Iranian journal of psychiatry*, 17(2), 144–153. https://doi.org/10.18502/ijps.v17i2.8904

Feizollahi.Z, Asadazadeh.H, Bakhtiarpour.S, & Farroukhi.N.(2022). The Mediating Role of Self-compassion in the Correlation Between Perceived Social Support and Psychosomatic Symptoms Among Students with Gender as the Moderator.*J Health Rep Technol*.;8(2):e119542. https://doi.org/10.5812/ijhls.119542.

Frederickson, J. (2018). *Co-Creating Change: Effective Dynamic Therapy Techniques*. Seven Leaves Press

Freiherr von Schoenhueb, D., Boecking, B., & Mazurek, B. (2023). Alexithymia in patients with somatization difficulties and tinnitus-related distress: A systematic review. *Journal of Clinical Medicine, 12*(21), 6828. https://doi.org/10.3390/jcm12216828.

Freud, S. (1915). *Repression*. In J. Strachey (Ed. & Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 14, pp. 141–158). Hogarth Press. (Original work published 1915)

Giuliani, M., et al. (2024). The role of depression, anxiety, distress and Type-D personality in cardiovascular risk profiles: A prospective study. *Frontiers in Cardiovascular Medicine*, 2024. https://doi.org/10.3389/fcvm.2024.1308337.

Guidotti, S., Giordano, F. & Pruneti, C. (2024). Anxiety and depression fully mediate the relationship between anger expression and quality of life in a sample of hypertensive patients. *Discov Psycho*l 4, 91 https://doi.org/10.1007/s44202-024-00216-4

GÜNDOĞMUŞ.I , ÜNSAL.C , BOZDAĞ.B , AYDIN.M.B & BOLU.A.(2023). The Impact of Alexithymia on Quality of Life in a Sample of Healthy University Students: A Structural Equation Modelling Approach. Journal of cognitive-behavioral psychotherapy and reaserch.12(1). 19-26. https://doi.org/10.5455/JCBPR.60084

Henningsen, P. (2018). Still modern? Developing the biopsychosocial model for the 21st century. *Journa of Psychosomatic Research, 110*, 67–6

Herman, J. P., McKlveen, J. M., Ghosal, S., Kopp, B., Wulsin, A., Makinson, R., ... & Myers, B. (2021). Regulation of the hypothalamic–pituitary–adrenocortical stress response. *Comprehensive Physiology, 11*(4), 1389–1436. https://doi.org/10.1002/cphy.c200085

Hogeveen, J., & Grafman, J. (2021). Alexithymia. *Handbook of clinical neurology*, 183, 47–62. https://doi.org/10.1016/B978-0-12-822290-4.00004-9

Jongsma, K., Darboh, B. S., Davis, S., & MacKillop, E. (2023). A cognitive behavioural group treatment for somatic symptom disorder: A pilot study. *BMC Psychiatry, 23*(1). https://doi.org/10.1186/s12888-023-05141-9

Lamm, T. T., Von Schrottenberg, V., Rauch, A., Bach, B., Pedersen, H. F., Rask, M. T., Ørnbøl, E., Wellnitz, K. B., & Frostholm, L. (2025). Five-factor personality traits and functional somatic disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical psychology review, 115*, 102529. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2024.102529

Lanzara, R., Conti, C., Camelio, M., Cannizzaro, P., Lalli, V., Bellomo, R. G., Saggini, R., & Porcelli, P. (2020). Alexithymia and Somatization in Chronic Pain Patients: A Sequential Mediation Model. *Frontiers in psychology*, 11, 545881. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.545881

Lee, S. J., Lee, M., Kim, H. B., & Huh, H. J. (2024). The Relationship Between Interoceptive Awareness, Emotion Regulation and Clinical Symptoms Severity of Depression, Anxiety and Somatization. *Psychiatry investigation*, 21(3), 255–264. https://doi.org/10.30773/pi.2023.0221

Luyten, P., Fonagy, P., & Banai, E. (2020). The mentalization-based approach to psychosomatic problems. *Psychotherapy and Psychosomatics, 89*(3), 159–170. https://doi.org/10.1159/000506282

Marty, P. (1966). *La psychosomatique de l'adulte*. Presses Universitaires de France

Marty, P. (1990). L'ordre psychosomatique. Paris: PUF. https://fr.scribd.com/document/692182497/Pierre-Marty-Lordre-Psychosomatique

McCrae, R. R., & Costa, P. T. (2006). *The five-factor theory of personality. In Handbook of Personality: theory and Research* (3rd ed., pp. 159-181). Guilford Press.New-york.

Mostofsky, E., Penner, E. A., & Mittleman, M. A. (2014). Outbursts of anger as a trigger of acute cardiovascular events. *European Heart Journal, 35*(21), 1404–1410. https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehu033

Petersen MW, Carstensen TBW, Wellnitz KB, et al.(2024). Neuroticism, perceived stress, adverse life events and self-efficacy as predictors of the development of functional somatic disorders: longitudinal population-based study (DanFunD). *BJPsych Open*. 10(1):e34. https://doi.org/10.1192/bjo.2023.644

Petzke, T. M., & Witthöft, M. (2024). The Association of Emotion Regulation and Somatic Symptoms. *Psychosomatic medicine*, 86(6), 561–568. https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000001310

Quinto, R. M., De Vincenzo, F., Graceffa, D., Bonifati, C., Innamorati, M., & Iani, L. (2022). The Relationship between Alexithymia and Mental Health Is Fully Mediated by Anxiety and Depression in Patients with Psoriasis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(6), 3649. https://doi.org/10.3390/ijerph19063649

Rady, A. (2021). Prevalence of alexithymia in patients with medically unexplained symptoms. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 17, 136–145. https://doi.org/10.2174/174501902117010136.

Regzedmaa, E., et al. (2024). *A systematic review and meta-analysis of neuroticism and related somatic outcomes. Frontiers in Psychiatry*.vol 14. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1281268

Rosmalen, J. G., Neeleman, J., Gans, R. O., & de Jonge, P. (2007). The association between neuroticism and self-reported common somatic symptoms in a population cohort. *Journal of psychosomatic research*, 62(3), 305–311. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2006.10.014

Salmon.M, Sibeoni.J, Harf.A, Marie. M.R, & Maude.L.G.(2022). Systematic review on somatization in a transcultural context among teenagers and young adults: Focus on the nosography blur. *Front. Psychiatry*. Vol 13. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.897002

Sapolsky, R. (2004). *Why Zebras Don't Get Ulcers* (3rd ed.). Holt Paperbacks

Schubert, C., Lampe, A., & Tews, N. (2018). Psychoneuroimmunology: Current trends and future directions *Psychotherapy and Psychosomatics, 87*(2), 75–89..

Slavich, G. M. (2020). Psychoneuroimmunology of stress: A primer. *Current Opinion in Psychology, 33,* 61–71. https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2019.12.001

Smakowski, A., Löwe, B., Hüsing, P., Kleinstäuber, M., & Toussaint, A. (2024). Psychological risk factors of somatic symptom disorder: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research, 178,* 111608. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2024.111608

Smakowski.A , Hüsing.P , Völcker.S , Löwe.B , Judith.G.M. Rosmalen , Meike Shedden-Mora ,& Toussaint.A.(2024). Psychological risk factors of somatic symptom disorder: A systematic review and meta-analysis of cross-sectional and longitudinal studies. *Journal of Psychosomatic Research*. Vol(181). https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2024.111608

Solms, M. (2021). *The hidden spring: A journey to the source of consciousness*. Norton.

Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. A. (1997). *Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge University Press.

Thayer, J. F., & Lane, R. D. (2000). A model of neurovisceral integration in emotion regulation and dysregulation. *Journal of Affective Disorders*, 61(3), pp201–216.

Van der Feltz-Cornelis, C., et al. (2020). Somatic symptoms and their association with depression and anxiety in the general population. *Journal of Affective Disorders, 275,* 290–297. https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.06.065

Xu L, Shi J and Li C. (2024). Addressing psychosomatic symptom distress with mindfulness-based cognitive therapy in somatic symptom disorder: mediating effects of self-compassion and alexithymia. *Front. Psychiatry* 15:1289872. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1289872

Zhang, B., Li, X., Deng, H. et al.(2024). The relationship of personality, alexithymia, anxiety symptoms, and odor awareness: a mediation analysis. *BMC Psychiatry* 24, 185 . https://doi.org/10.1186/s12888-024-05653-y