

## غياب التعبير الانفعالي: بين المقاربة التحليلية الفرنكوفونية والمقاربة المعرفية

## الانكلوساكسونية

## مقاربة نظرية عيادية مقارنة بين التفكير العملي والتكتم

## Absence d'expression émotionnelle : entre l'approche analytique francophone et l'approche anglo-saxonne

## Approche théorique-clinique comparative entre la pensée opératoire et l'alexithymie

<p>د. بخوش وليد أستاذ محاضر "أ" جامعة العربي بن مهيدي-ام البواقي البريد الإلكتروني: walidb401@yahoo.fr</p>	<p>د. حافري زهية غنية أستاذة محاضرة "أ" جامعة محمد لفين دباغين-سطيف2 البريد الإلكتروني: hafrizahia@yahoo.fr</p>
--	---

**ملخص:** إن الكآبة التي لا تجد لها مخرجاً في الدموع، تبكي أعضاء أخرى؛ للإشارة للدور التعبيري والدفاعي والرمزي للدموع في إفراغ الانفعالات والذي يتم تفسيره بخلل التنظيم المؤقت لأننا المغمور بالذكريات والعواطف المعقدة بحيث لا يمكن لنا في هذه اللحظات توفير تعبير لفظي مناسب يمكن إدماجه ما يؤدي للجوء إلى مخرج نفسي فيزيولوجي.

سنسعى من خلال المقال لتوضيح المفارقات والتشابهات بين المفهومين من خلال المقارنة العيادية بين مفهوم التفكير العملي لمدرسة السيكوسوماتيك التحليلي الفرونكوفونية من منظور سيكودينامي وبين مفهوم التكتم من العيادة العقلية من منظور نفسوعصبي وعلم النفس الصحة المعرفي السلوكي بالمدرسة الانجلوساكسونية.

**الكلمات المفتاحية:** التعبير الانفعالي-التفكير العملي-التكتم-التصور النظري الانجلوساكسوني-التصور النظري الفرنكوفوني.

**Résumé :** La dépression qui ne trouve pas son chemin en larmes, fait pleurer d'autres membres », soulignant le rôle expressif, défensif et symbolique des larmes pour décrire l'expression émotionnelle. Il s'agit là de ce que les chercheurs ont interprété par une désorganisation ou absence de l'expression émotionnelle au sein de la pensée opératoire ou de l'alexithymie.

L'objectif de cet article est d'établir un parallèle entre les deux concepts en comparant le concept du fonctionnement ou de la pensée opératoire que l'on doit à la clinique psychosomatique psychanalytique française et celui de l'alexithymie issue de la clinique psychiatrique d'un point

de vue psychoneurologique et de la psychologie de la santé et cognitivo-comportementale anglo-saxonne.

Mots clés : expression émotionnelle -la pensée opératoire -l'alexithymie- conceptions théoriques anglo-saxonnes- conceptions théoriques françaises:

### مقدمة:

تلعب الانفعالات دورا هاما في صحتنا النفسية والجسدية، وقد سجل العلماء منذ زمن بعيد علاقة الانفعالات وطريقة التعبير عنها بالأمراض النفسجسدية إذ حاولت العديد من المدارس تناولها من عدة زوايا، فكان لألكسندر من مدرسة شيكاغو الزعامة في تناولها في المدرسة التحليلية، كما ذهبت مدرسة بوسطن بريادة (Nemiah & Sifnéos, 1970) للتوسع في دور الانفعالات في ظهور الأمراض الجسدية بمقارنة عصبية معرفية أين يعتبر التكتم (Alexithymie) مؤشرا هاما للدلالة على دور الانفعالات في ظهور الجسدية. في حين يشكل التوظيف العقلي في ارتباطه بغياب التعبير الانفعالي حجر الزاوية في ظهور الأمراض النفسجسدية حسب المدرسة الباريسية للسيكوسوماتيك التحليلي. وافترض المختصون السيكوسوماتيون بان هذا التوظيف يرتبط بوجود بعض الخصائص المميزة لبعض الأفراد، إذ مكن البحث السيكوسوماتي من تحديد المميزات الأساسية لهؤلاء المرضى ترتبط بوجود تنظيمية خاصة ونمط خاص من التوظيف العقلي يرتبط بنوع من التفكير يدعى بالتفكير العملي والحياة العملية، ونوع من الاكتئاب يسمى بالاكتئاب الأساسي.

ويتميز التكتم أو البرود الانفعالي بعدم القدرة على ترميز والتعبير عن الانفعالات، إضافة لتناذر السلوك الفارغ والذي يعبر عن هشاشة السيكوسوماتي شاهد عن اضطراب في التنظيم العاطفي. وغالبا ما نجد لدى هؤلاء المرضى وصفا دقيقا للظروف الواقعية القائمة دون ذكر الأهمية الانفعالية فهم مصابون من هذه الناحية بعى الألوان، أشخاص يمتازون بفرط التكيف الاجتماعي ويهرون إلى الواقع من خيالهم المرعبة. وهي الخصائص التي أدرجها (Marty & de M'Uzan, 1963) في مدرسة باريس للبيكوسوماتيك التحليلي لوصف التفكير العملي والحياة العملية لدى المرضى السيكوسوماتيون.

ويشير Smadja في أثناء وصفه لهذا التفكير إلى ما وصفته النظريات العصبونفسية والسلوكية المعرفية إلى ما اصطلح على تسميته في علم النفس الصحة بالتكتم. "alexithymie".  
فما هو التفكير العملي أو الحياة العملية؟ وما المقصود بالتكتم؟ وهل التكتم هو التفكير/التوظيف العملي؟

### حول مفهوم التفكير العملي: La pensée opératoire

تم التطرق للمفهوم أول مرة من خلال محاضرة " التفكير العملي " التي ألقاها P.Marty & M. De M'uzan في المؤتمر الثالث والعشرون للمحللين النفسانيين ببرشلونة في جوان 1962. وقد جاء وصفهما للتفكير العملي كرد لما صرح به زملائهما M.Fain & Ch.David حول القيمة الوظيفية للأحلام الليلية والتي برأيهما تكون عامة وذات منطلقات قاعدية لدى الجميع برغم اعترافهما بوظيفة الحماية التي يحققها الحلم للمتعضي وتجنبيه للاختلالات الجسدية العميقة، وكان لهذا التناقض ردة فعله و نقطة تأمل لمارتي و دو ميزان اللذان سعيا لإظهار أهمية اقتصاد الحياة الخيالية ولكن بتناول مختلف و بانطلاقة معكوسة من خلال دراستهما على المرضى السوماتيون؛ بمعنى انه من خلال توضيح وجود تفكير عملي توصل مارتي وزميله إلى أهمية الأحلام والخيالات في تجنب الاضطرابات الجسدية. ويصفه ((Smadja, 2001 بقوله: " كلام هذا التفكير لا يمتلك أي تمثيلة نفسية مرتبطة، فهو يصف واقع غير مأهول بالفرد، واقع أحدث قطيعة معه ومع عواطفه، تعبيره يأخذ شكلا إخباريا إعلاميا بحتا، فالتفكير العملي يقول الكلمات دون الأشياء".

### حول مفهوم التكتم Alexithymie

يعني التكتم اصطلاحيا غياب الكلمات لوصف الانفعالات حيث: (البادئة A تعني بدون، Lexi: الكلمات، Thymie: المزاج) ويشير بالتالي لعدم القدرة على التعبير الانفعالي. نتج المفهوم من الطب العقلي الأمريكي، ووصف التكتم لأول مرة من طرف Reusch سنة 1948 كخلل في توازن الشخصية لدى أفراد يحملون تأهيلات طفوليا، ثم في 1949 من طرف MacLean والذي أعطاها تفسيرا بيولوجيا عصبيا، وبعد ذلك من طرف Freedmann & Sweet في 1954 الذي كان يصف المرضى السيكوسوماتيون بـ «الأميين انفعاليا»، ثم تطرق Sifneos في 1963 إلى البحث في الموضوع، إلا أن

سلوك المرضى المناقش تحت تسمية التكتم بما يعرف حاليا يعود إلى Sifneos سنة 1973 والذي أطلق لفظة التكتم على المفهوم. وتم الاعتراف بالتكتم كمفهوم متفق عليه في 1976 خلال المؤتمر الأوروبي للبحث في السييكوسوماتية في هايدلبارك Heidelberg بألمانيا. (Corcos & Speranza, 2003) لكن المفهوم لم يصل إلى مرتبة نظرية-إكلينيكية بارزة كونه لم يلقى اعترافا في التصنيفات النوزوغرافية الدولية "CIM 10, DSMV". (De Tychev, 2010).

فبالتوازي مع أعمال المدرسة الباريسية (Marty & De M'uzan (1963) حول التفكير العملي ودون علم المحللان الأمريكيان Peter Sifneos & John Nemiah من مدرسة بوستون، قام الباحثان من خلال تواصلهما مع المرضى في أثناء المقابلات العيادية بالبحث في طريقة تعبير هؤلاء المرضى بإثارة التدايعات الحرة وتقصي إنتاجهم الهوامي. وفي دراستهما على مرضى سيكوسوماتيين لاحظ الباحثان أن ظهور الانفعالات لدى هؤلاء المرضى تظهر بطريقة عنيفة ومباغثة وكأنها استجابة لمثير ما، تزول بزوال الوضعية أي بمجرد تغيير الموضوع الذي أثارها. وعادة لا تكون هذه الانفعالات مرفقة بالإرصان الهوامي أو أفكار ملائمة، فهي تظهر كما يرى (Taylor, 1990) كاستجابة معزولة غير مستمرة لها علاقة بالمثير، لكنها لا ترتبط بما حدث قبلا أو بعد. وكأن صماما يفتح ويغلق بطريقة مفاجأة.

وبالرغم من الجدل الذي أثاره المفهوم في بدايته، إلا انه لقي اهتماما متزايدا لدى العيادين والباحثين والمنظرين في جميع أنحاء العالم اللذين سعوا لوصف الخصائص الإكلينيكية للتكتم والتي اتفقوا في وصفها بطريقة ملحوظة. (Taylor Graeme, 1990) و قد أقيمت العديد من الدراسات خلال العشرية الأخيرة من القرن العشرين و أسيل الكثير من الحبر حول المفهوم تجاوز فيها عدد المراجع 16535 في بنك المعلومات Medline سنة 2012. كما تم تناوله في العديد من المجالات لاسيما في علم النفس المرضي، علم الأعصاب الفيزيولوجي، علم الأعصاب البيولوجي، علم النفس المعرفي، نظريات التطور وفي المجال السييكوسوماتي. فعلاوة على هذا تناول العريض للمفهوم، فإن التكتم يظهر أيضا في العديد من الجداول العيادية وفي مختلف السياقات حتى غير المرضية منها. (Hauwel & Pedinielli, 2008)

واصطلح لتعريفه باتفاق الإكلينيكين الأمريكيين كما جاء فيما ذكره Porcelli & Meyer (2002) لكون التكتم "يجمع بين مجموعة من الخصائص المعرفية والعاطفية، متضمنة صعوبة للتعرف على أحاسيسه وإبلاغها؛ اختلال في القدرة على التمييز بين الأحاسيس والإحساسات الجسدية المرتبطة بالإثارات العاطفية؛ محدودية الحياة الخيالية وكذا نوع من التفكير الموجه نحو الملموس والواقع؛ صعوبات الاستدخال؛ قدرة ضعيفة لتذكر الأحلام وامتثالية اجتماعية."

أما في فرنسا فقد وصف (1992) Pédinielli التكتم كانهضاط للعاطفة أو كقطيعة بين العاطفة وتمثيلتها، حيث يحصل تجمد للعاطفة و تبخر للتمثيلات الكلامية، و يمكن مقارنته للتفكير العملي ولكن بشكل آخر وبمنظور ومنطلق مختلفين.

وفي نفس اتجاه التعاريف سابقة الذكر أيضا، اقترح (1990) Taylor تعريفا للتكتم من خلال أربعة أبعاد: من جهة المكونات الانفعالية المتمركزة حول العجز في التعرف على الانفعالات؛ ومن جهة أخرى مكونات معرفية متمركزة حول الفقر الخيالي والتفكير الملموس غير المستبطن. وتتمثل هذه الأبعاد الأربعة والتي تتفق جميع التعاريف على كونها خصائص مميزة للتكتم في:

- صعوبة في إبلاغ الفرد أحاسيسه للغير.
- اختلال في قدرة الفرد على التفريق بين شعوره وأحاسيسه الجسدية المرتبطة بالاستئارة الانفعالية.
- فقر في الحياة الخيالية.
- تفكير موجه نحو الخارج (تفكير ملموس)

ويجب أن نشير كما أوضحه عدد من الباحثين واتفقوا عليه: على أن التكتم لا يميز الشخصية السيكوسوماتية فقط، وأن توفره في شخص ما مع ما يرافقه من نكوص نفسي عاطفي لا يؤدي بالضرورة لوقوع الفرد في خلل التنظيم السيكوسوماتي. أما (1955); Tordarello et coll (1995) فهم يرون في التكتم كبعد أساسي يمكنه تشجيع التظاهرات المرضية السيكوسوماتية. (Crococ et al, 2003, p.169) مع العلم أن الدراسات التي أقيمت في هذا المجال يمكن إجمالها في ثلاث خانات كما جاءت في (Nöel et Rimé, 1988, p.587) :

- (1) دراسات مقارنة أقيمت على عينات من المرضى السيكوسوماتيون.
- (2) دراسات تناولت العلاقة بين مستوى التكتم وخطورة المرض.
- (3) وأخيرا دراسات تفحصت ارتباط المتغيرات بين درجة التكتم وعدد الأعراض الجسدية.

### المظهر الإكلينيكي للتفكير العملياتي:

لضبط أكثر لما يميز التفكير العملي يضيف مارتي وزميله بعض الصفات الظاهرة لدى المرضى وتتمثل في التفكير الملموس والاستثمار المفرط للواقع، فهم لا يبدعون، كلمات المريض تصف أفعاله عن قرب ولا تستتبع أي إرصان، خالية من النشاط الهوامي وكأن محتوى الهوام محتوى خطير وجب إقصاءه، يبقى الفرد لصيقا باستمرار مع تدفق إيماءاته، عالقا في الحالي، وإن حدث له إسقاط في المستقبل أو رجوع إلى الماضي، فذلك يحدث بتفكيكه وتجزئته ويتناوله في الحاضر بطريقة مهيمنة على كل شيء من خلال تتابع الأحداث. اتصاله يكون في اتجاه خطي ومحدود دون التفتح على واقع من ترتيب مختلف (عاطفي أو خيالي)، ولا مجال لتوسيع وإثراء كلامه. أما عمله، فكأنه فرض عليه فرضا، وإن رافق سرده تظاهرات حسية-حركية، فهو ليس لتفسير الحركة أو العمل ولكن لمضاعفته: فالفعل هنا ليس سوى تكرار لما تقوم اليد بالإشارة إليه، يغيب عنه الربط والرمزية، فهو غالبا ما تنقصه مرجعية داخلية (Marty & De M'uzan) ويضيف Marty في (Jeammet, 2001) « بأنهم أفراد في حياة عملية يوحون غالبا إلى صورة ميت حي». أما حياتهم العلائقية فتتميز بالصلابة وعادة ما يلاحظ أنها غير نفوذة، إذ لا يسمحون لأي شيء يخرج منهم ما عدا الأعراض العضوية التي تكون عديمة المعنى أو كما يدعو به "أعراض غبية" Marty, De M'uzan, David (2010). يرتبطون في علاقاتهم بصورة رمزية بشكل وثيق بشريك -شخصهم المرجعي-يحاولون بمساعدته تثبيت مشاعر الهوية الغائبة لديهم واستقلاليتهم الناقصة من خلال منظومة تأمين خارجية ويجعلهم العجز في مشاعر القيمة الذاتية والاستقلالية متعلقين بشدة بالتجانس مع هذا الشخص المرجعي. (تسييف، 1998) يدركون الآخرين بصورة غير دقيقة وغير سوية ويعيشون أنفسهم بأنهم منفصلين عن الآخر. وقد أطلق على هذه الطريقة من الخبرة والإدراك تسمية «التضاعف الإسقاطي» (La réduplication projective) بمعنى أن هؤلاء الأفراد

يرون الآخر بصورة آلية وكأنه نوع من صورة ذاتهم و يحاولون بهذا المحافظة على ارتباطهم الرمزي. كما أنهم بحاجة للإمتثال ومسيرين من طرف نموذج مثالي وجماعي، لا يستخدمون مفهوم "أنا" في سياق ممتلئ انفعاليا بالمعنى، يستصغرون مشاكلهم الشخصية ويفتقرون للمعارضة ولا يمكنهم رفض الآخر، لا يمكنهم التلفظ بـ "لا" ويميلون إلى الحل الوسط الذهبي ويخافون من رفض الآخر وابتعاده، وهو ما لخصه Mc Dougall بمفاهيم السوء الكاذب والسوء المفراط. Jeammet, (2001). وكحل للخلل في مفهوم الفضاء والزمان، يتبنى الفرد تكييفا مبالغا مع الزمن الاجتماعي واحترام مفراط للوقت والمواعيد كسد لثغرات الوقت الذاتي. (Sami Ali, 2004, p20) فالفرد كما يضيف الباحث يستسلم لرتابة الحياة اليومية دون توظيف للمشاعر، عبارة عن نوع من التفكير العملي الراهن والملموس حيث المشاكل الحالية تشغل ساحة الوعي مع استثمار مفراط للواقع مرتبط بفقري في الحياة الهوامية وخالي من الترميز، يرافق الأحداث أكثر من أن يمثلها. وفي الحقيقة هو عبارة عن -اللاتفكير-كونه فقد روابطه مع مصدره النزوي. وتشبههم (1983) Debray بالرجل الآلي حيث يبقى الفرد منهمكا في عمله ولا يقدم أي شكوى. وهو ما يعبر عنه (1998) Sami Ali بإشكالية التعب. فاستثمار السيكوسوماتي المفراط لعالمه الخارجي يؤدي إلى إجهاد نفسي-جسدي يتمثل علاجه في الراحة، وبما أنه يدافع ضد الإتكالية والسلبية فهو يعتبر أن هذه الراحة ترمي إلى الإتكالية وعليه معاكستها بالحياة العملية لتفريغ الإثارة وهذا ما يوصله إلى الإنهاك.

### المظهر الإكلينيكي للتكتم:

يصف Sifneos & Nemiah المظهر الإكلينيكي للتكتم ويشيران إلى شكل من الاتصال الذي يتميز بغياب أو نقص التفكير الرمزي والذي يؤدي إلى عدم بروز الوضع الداخلي، مشاعرهم، رغباتهم ونزواتهم. وقد سعى الباحثان لوصف التكتميون بأنهم أشخاص كئيبين، جامدين بلا حياة مملين وغير معبرين يجدون صعوبة كبيرة للتعرف ووصف أحاسيسهم الخاصة، يتعذر عليهم التمييز بين حالتهم الانفعالية والأحاسيس الجسدية، كلامهم نثري ومبتذل غير مشوق ولا يثير الاهتمام، نفعي، يهتم بتفاصيل الأحداث الخارجية. يتمثل في نمط من التفكير الموجه نحو التفاصيل الخارجية للحياة اليومية مقابل توجهه نحو الحياة الهوامية ونحو الأحاسيس أو التجارب الداخلية.

ويشير الباحثان إلا أنه قد تظهر لدى هؤلاء نوبات الغضب والبكاء لكن دون القدرة على التعبير عما يخالجه من أحاسيس، وغالبا ما يلجئون للمرور إلى الفعل للتعبير عن انفعالهم أو لتجنب الصراعات. لديهم القليل من الأحلام والهومات، وإن تمكنوا من تذكر أحلامهم فيما أن يكون محتواها عقلي واضح وقديم، أو أن تتبع مظهر السيرورات الثانوية لكن خالية من الألوان والغرابية والتميز الذي يميز أحلام السيرورات الأولية. يظهر لديهم تكيف سطحي، ويظهرون درجة عالية من الإمتثالية الاجتماعية يشبهون الرجل الآلي، يتطورون في الحياة بطريقة ميكانيكية وكأنهم يتبعون إرشادات كتيب التعليمات، فاقدين الاتصال بواقعهم النفسي، وهو ما يظهره غياب حركات الوجه كما أكده Nemiah. وكونهم لا يتعرفون على مشاعرهم الخاصة فهم لا يتعرفون على مشاعر الآخر ما يبعث لإدراكه كازدواج لذواتهم. (Taylor, 1990)

### الجانب الاتيوباتوجيني للتكتم:

ذهبت عدد من النماذج لتفسير ظهور التكتم. حيث افترض Sifneos, Nemiah وجود أسباب عصبوفيزيولوجية واتصال غير ملائم بين النظام اللمبي (منطقة الانفعالات) واللحاء néocortex لاضطراب الكلمات striatum ليحدث فك الارتباط بين التجارب الانفعالية و الكلامية في فرضية أفقية، وهو ما يشير إليه Damasio في هذا المضمار بالحبسة الانفعالية. فهما في فرضية عمودية أو عرضية يشيران لاختلاف في النصفين الكروي المخي من خلال الميل التلقائي لاستعمال إحدى النصفين دون الآخر، أو بسبب عدم إرسال بطريقة ملائمة للانفعالات المدركة في النصف الأيمن إلى النصف الأيسر. كما توصلت دراسات (Lumeley & sielky, 2000) لوجود خلل وظيفي في الجسم القاسي corps calleux و خلل وظيفي في الفص الأيمن من خلال دراسات Jessimer & Markham, 1997. إضافة لوجود خلل في الفص الجبهي. (Corcos et al, 2003)

أما في النموذج التطوري Lane & Schwartz فإن ظهور التكتم يرتبط باضطراب في تعلم الانفعالات و الإصرار على الثبات في أشكال المستوى الأول للردود الفعلية الحسية الحركية مع محدودية في المعالجة المعرفية للظواهر الانفعالية.

و يتجه Bower في النموذج المعرفي لاقتراح نظرية "عقد الانفعال" حيث ينشأ التكتّم بسبب إصابة التواصل حول عقد الانفعال و المرتبطة بغياب تشكيل هذه العقد ما يؤدي لعدم ترميزها على مستوى الذاكرة. (Farges et Farges, 2002) كما أشارت الدراسات الإمبريقية في علم النفس النمو التي قام بها الباحثين O.Luminet & V. Lenoir (2006) لارتباط التعبير الانفعالي لدى الأطفال (3-5 سنوات) بدرجة التكتّم لدى آباءهم.

وفي النموذج بيو-نفس-اجتماعي؛ فإن (Heiberg & Heiberg) يرجعان التكتّم لاحتمال المكونات الوراثية وتسبب الأحداث الصدمية في إتلاف البناء الدماغي، الفيزيولوجي، التشريحي والكيميائي للفرد، إضافة لاعتباره كميكانيزم دفاعي لمواجهة الوضعيات المؤلمة. كما أن إدراك الفرد لعجزه العاطفي يدفعه لتحسين من حاله باللجوء للتناول المبالغ فيه لمواد مهدئة ما يؤدي لإتلاف دماغي أكبر وهو ما يوقعه في حلقة مفرغة ويرسخ صفة التكتّم لديه.

أما في المجال السيكودينامي؛ فإن (Krystal 1988) في (Mariage et al, 2008) التكتّم يرجع لاضطراب في النمو الليبيدي حيث يحدث توقف للنمو العاطفي وغياب لابتكار الموضوع الانتقالي، فغياب تطور الترميز والهوامات والهلوسة عند الرضيع بسبب الصدمات التي يتعرض لها والنقص في الدور الأمومي يؤدي لانقطاع مبكر لهوام التوحد مع الأم ما يشكل مهذا للتكتّم.

و يقترب مفهوم التكتّم حسب المقاربة التحليلية السيكودينامية في جزء كبير منه إلى ما أشار إليه مارتني حول الفكر العملياتي، بحيث يندرج التكتّم ضمن مكوناته. (Hauwel & Pedinielli, 2008)، إذ يشير التكتّم إلى كون الفرد مقطوعاً عن حالته الداخلية و عن انفعالاته. ويتم الاستدلال عليه من خلال التعديل في السلوكات بطريقة سلسة التي يلحظها المحيطين والفرد بذاته. (Smadja, 2001) فالفرد إذا يظهر وكأنه غريب عن ذاته، ليس حاضراً في قلب السيرورة، لكن شاهداً عليها من خلال الحركات الخارجية كالسلوكات والطبع وليس في المعيش الذاتي، الداخلي، الانفعالي. ويصبح الفرد وكأنه مفصول عن نفسه وعمّا يشكله عاطفياً. فهذا الميل لعدم التعبير يرجع في الوقت ذاته لهشاشة النفس لمعالجة التدفق النزوي، ولإعادة الربط النزوي مع استعمال مفرط للطاقة النفسية لمجابهة الخطر المميت. ومنه فإن أغلب الآراء التحليلية تذهب للقول أن التكتّم عبارة عن

برودة انفعالية ترتبط حسب الباحثين ومرجعيتهم الايستيمولوجية بميكانيزمات خاصة: للتثبيت، خلل التنظيم، القمع، أو إزالة الممثلات النفسية للنزوات.

أما من المنظور الدينامي للفكر العملياتي، فقد سعى (Marty & De M'uzan 1963) لفهم تموضعه بالنسبة للسيورورات الأولية والثانوية كون ذلك يساعد في التعرف على خصوصية هذا التفكير، كما يقود التعرف على قيمته الوظيفية ليستنتجا في الأخير إلى أن هذا التفكير غير مقطوع تماما عن اللاشعور. "فالتفكير العملي يقيم ارتباطه مع اللاشعور، لكن في مستواه الأدنى الأقل إرصادا، كما هو الحال من جانب الإرصانات التكاملية الأولى للحياة النزوية. فيظهر أنها تتجاوز أو تختزل كل النشاط الخيالي المرصن حتى مع الأشكال البدائية للنزوات والتي يمكنها إما أن تحقق رجوعا مباغتا، أو أن تؤدي إلى الجسدنة، أو كذلك أن تُسجل تحت مظاهر بدائية أولية مع هيمنة حالة النشاط-السلبية، وهو ما يشترك فيه المرضى السيكوسوماتيون.

وفي تناول مختلف يشير M.Fain & Ch.David حول أهمية هذا الاقتصاد في الحياة الحلمية وكيف أن غياب الأحلام المميز للسيكوسوماتيين يؤدي إلى الجسدنة " فهم لا يتهاومون، لا يحلمون أو على الأقل غير قادرين على رواية أحلامهم. و إن حدث وتمكنوا من رواية ما تبقى منها، فإن سردهم يمثل هو الآخر لقواعد التفكير العملي، فالفرد في سرده لا يقوم إلا بتفصيل فعل ما أو مجموعة من الأفعال المتسلسلة المحددة و التي غالبا ما تكون مرتبطة و بشدة بالواقع الحقيقي. فهو بالتالي لا يستطيع حتى الارصان الثانوي للحلم إن حصل هذا الأخير. وكباقي الأحلام كما يرى مارتني، يستدعي هذا النوع من الأحلام استثمارا نزويا، لكن الغياب التام للربط كما هو معهود في باقي الأحلام هو ما لا يثمنها ولا يعطيها قيمة." (Ibid)

في حين يشير (Smadja 2001) إلى أن قمع هلوسة الرغبة هو ما يشكل قاعدة لحضور التفكير العملي الخالي من أي توطين نفسي، فهو عبارة عن تفكير آلي ميكانيكي، مجرد، حالي، ملموس، واقعي وخاضع لـ "امتثالية استبدادية مطلقة" هذه الأخيرة التي تمّ دمجها للتوظيف العقلي للفرد على شكل «أنا مثالي»، بعد أن كانت في البداية ناتجة لما كانت تمليه الأم على طفلها.

## أنواع التفكير/الحياة العملية

حسب التيار الفكري لمارتي فإنه يوجد نوعين من التوظيف العملي والتي نظمها Smadja (2001) من خلال تمييزه بين «اللحظة العملية» الموافقة لزمن خلل التنظيم الذي لا يسجل في الزمن ويكون ذو علاقة مع الحدث الصدمي كميكانيزم دفاعي عابر، وبين «حالة الإزمان» الموافقة لحالة مبكرة من حياة الفرد والتي استمرت إلى سن الرشد كميكانيزم ثابت. كما ذهب مارتي إلى اعتبار الحياة العملية في ارتباطها بالاكنتاب الأساسي عملية دفاعية لكل الجهاز النفسي. وصرح بقوله: "كونه منفصل عن العمق، عن شخصيته، يتعذر عليه التعبير، فان الفرد يسعى للبقاء أكثر من أن يحيا." لكن هذا النظام الدفاعي يبقى غير مضمون وضعيف لأنه يترك الفرد عمليا، هشاً وعرضة للتقلبات الخارجية بسبب حساسية اللاشعور المستمرة. (Marty, 1998) وعليه، فكأن هذا «الشلل العقلي» كما يرى مارتي هو ما يسمح بالبقاء على قيد الحياة والحفاظ على الفرد وحسب المدرسة الباريسية فإنه من الممكن إيجاد هذه الحالة من الحياة العملية في العديد من الجداول العيادية.

فهذا الفرق بين الحالة العملية المؤقتة والحالة المزمنة، يمكن إدراجها ضمن ما ذهب إليه Marty (1991) حول عدم كفاية تصورات الربط عاطفة- تمثيلة سواء بسبب إصابة خلقية أو حدوثها بشكل عرضي أو أيضا بسبب عجز العلاقات المبكرة أم-طفل التي لم تسمح بتشكيل التصورات. أما بالنسبة للمظهر الزمني، فهو ينسبه لنوعية ما قبل الوعي في ارتباطه مع نوعية الوظيفة الأمومية. وبعبارة أخرى فان الأم التي يمكنها وضع الكلمات المناسبة لعواطف وإدراكات طفلها، تعمل على إقامة روابط بين المعيش الداخلي للطفل والعالم الخارجي وعواطفه. وكلما كان الفضاء الخيالي للأم ثريا، كلما كانت مهياً عقليا للطفل، ويمكنها بالتالي السماح لطفلها من خلال استعماله للغته الولوج إلى عالم داخلي غني. وهو ماسيشكل مخزن قاعدي لتمثيل الكلمات، ينطلق الطفل من خلالها لأجل بناء فضاءه العقلي الخاص الثري والواق من الجسدنة كما يرى مارتي.

## أنواع التكتم:

وكما هو الحال بالنسبة لمقاربة التوظيف العملي «اللحظة العملية» و «حالة الإزمان» حسب مارتني، فقد اتجهت مختلف النظريات التي تثير التكتم كاضطراب معرفي-عاطفي عن أهميته في تسوية الوضعيات غير المرغوب فيها. حيث صنف التكتم إلى نوعين: تكتم أولي وتكتم ثانوي. مع الإشارة إلى أن Freyberger في 1977 هو أول من قام باقتراح التمييز بين النوعين من التكتم. (Zimmermann et al, 2008)

- التكتم الأولي (كسمة) يكون فطريا ومستقر في الزمن ذو أصل عصبيولوجي مقاوما لكل أنواع العلاج تقريبا. وبتوسيع المفهوم، يمكن اعتبار التكتم ليس كسمة في الشخصية بل كمنط شخصية مستقل لينضم لمجموع الشخصيات المرضية (Taylor (2000). فهو بالتالي بعد بنائي يمثل متغيرا استعداديا للوقوع في المرض.

- والتكتم الثانوي (كحالة)، يكون وظيفيا ينتج عن عوامل أو حوادث صدمية، عكوس وقابل للارتداد، يظهر سواء تبعا لأمراض جسدية خطيرة أو لحالات حادة من الإجهاد أو بسبب اختلال النمو العاطفي عند الطفل في سن ما قبل اكتسابه للغة.

وحسب Sifneos (1996) يرجع تطوير سمات التكتم لوجود خلل وظيفي في التفاعل بين الطفل وأسرته وغياب العناية الأمومية مع غياب المكافأة العاطفية وإرغامه بضرورة الامتثال الاجتماعي. افترض (1989) Mc Dougall بأن التكتم (الثانوي) عبارة عن ميكانيزم دفاعي بدائي يظهر منذ الطفولة الأولى كحماية ضد قلق فقدان الموضوع فهو بالتالي له وظيفة دفاعية ضد الألم النفسي حيث يحدث انقطاع للعاطفة التي تتجمد ويتلاشى تمثيل الكلمات. أما Montreuil و زملائه في (Evren et al, 2008) فهم يميلون للرأي القائل بالدور الدفاعي للتكتم أو ميكانيزم للمقاومة كرد فعل لشدة نفسية و كمخدر للانفعالات ما يسمح بتخفيف الانفعالات المؤلمة وادخار الطاقة لأجل إدماج الوضعية الصعبة. و يضيف (Zimmerman et al (2008 أن التكتم يرتبط بشدة بميكانيزم الإنكار. مع الإشارة إلى تصور Sifneos حول "ردود الفعل السوسيوثقافية" أو السيكدودينامية والمتمثل في الاستعمال المفرط لإنكار أو قمع العواطف التي يمكنها أن تشكل منشأ التكتم الثانوي.

(Crococ et al, 2003) وهو ما يطلق عليه Crocos تسمية "الميكانيزم الدفاعي بجمود العاطفة". حيث تمثل الوضعية النكوصية الدرجة الدنيا من التفكير الذي يعتبر أصل ومنشأ الحياة العملية بحيث يتولد عنه شكل من التواجد في العالم الذاتي يجنبه الوقوع في الاكتئاب الأساسي.

### مفارقات بين التفكير العملي والتكتم في ظل بعض الاختبارات

أثبتت العديد من الدراسات دور التكتم في إحداث اضطرابات النوم من خلال تطبيق اختبارات النوم في مخابر النوم ومقاييس التكتم. و تطرقت (Levrier, 2010, pp: 83,88) بعرض أدبيات الدراسات التي تناولت هذه النقطة نذكر منها على سبيل المثال وليس الحصر دراسات: (Bailey et al., 2007; Luminet, Rime, & Bagby, 2004) التي خلصت لوجود علاقة بين التكتم الأولي واضطرابات النوم، و دراسات أخرى ترمي لوجود هذه العلاقة في التكتم الثانوي كدراسات (Bryant et al, 2010; Carroscoc et al, 2007; de Vente et al, 2006; Badura, 2003). كما توصلت نتائج دراسة (Bazydlo, 2001) لتسجيل درجات مرتفعة من التكتم عند أشخاص يعانون من اضطرابات في النوم خاصة تلك المرتبطة بالنوم العميق في مرحلته الثالثة والرابعة. ما يبعث لوجود علاقة بين التكتم والأحلام. هذه العلاقة التي استتارت العديد من الدراسات أيضا في مختبرات النوم، كدراسات (Bauermann et al, 2008; Lymely & Bazydlo, 2000) و الدراسات الأخيرة التي أقيمت بمركز البحث حول النوم في مونبولي بفرنسا قام بها Nielsen Tore A. وأسفرت نتائجها على وجود روابط بين التكتم والأحلام. فتوصلت لوجود علاقة إرتباطية ايجابية بين عوامل " الشدة والرعب الذي يشعر به الفرد أثناء رؤيته للكوابيس" وبين النتائج العامة لمقياس التكتم (TAS-20)، وأيضا لوجود علاقة إرتباطية سلبية بين النتائج العامة لـ TAS-20 وعامل " تذكر الأحلام"، وعلاقة إرتباطية سلبية بين النتائج العامة لـ TAS-20 وعامل " معنى الأحلام". (Nielsen et al, 2011, p.27)

وعلى غرار ما ذهب إليه مارتي حول نوعية أحلام السيكوسوماتي التي تمتاز بندرة الأحلام، غيابها أو بالأحرى عجز الحالم عن تذكر أحلامه، فضاضتها أو في الغالب على شكل كوابيس والتي تدل على حياة حلمية غير مرنة جامدة تعيق مجرى التمثيلات، أو حياة حلمية مميزة بفقر محتوى

الأحلام، فقد اشار مارتري من خلال طرحه النظري إلى وجود علاقة بين التكتم ونوعية الأحلام لدى المريض السيكوسوماتي.

كما ذهب (2010) De Tychey من خلال دراسته التتبعية لحالتين بتطبيق الروشاخ بالطريقة التحليلية ومقارنتها بنتائج الروشاخ على طريقة Exner إلى عدم تمايز أو بالأحرى للتشابه بين المفهومين إن كان على مستوى الخصائص أو حتى الاستجابة للعلاج. وبأن الاختلاف يكمن على مستوى التسمية فقط.

### التفكير العملي والتكتم في التكتل النفسي:

بداية وقبل الحديث عن إمكانية نجاح العلاج النفسي في هذا المضمار بارتباط نجاح الطرق العلاجية لخصائص التكتم أو الحياة العملية بما ذكرناه سالفًا حول إتيولوجية التكتم إن كان سببا لظهور المرض أو نتيجة له. و أن تُفهم كميكانيزمات دفاعية أو كبعد مركزي يتشكل في الأنا، فإن التفكير العملي أو التكتم بما يندرج تحتهما من خصائص، تمثل ما يتميز به النشاط العقلي للمريض السيكوسوماتي. حيث يرتبط التعديل في التكتم أو التفكير العملي بتعديل في حياته الخيالية وتعديل في طريقة التعبير الانفعالي وتعديل في اتجاه تفكيره... إلخ. وتتمثل الميزة المشتركة و بقوة بين المفهومين في غياب التعبير و خصوصية العلاقة مع المختص والتي وصفت بالعلاقة البيضاء أو كما عبرت عنه De Kernier " بتبلور نقطة الارتداد و الرجوع و الذي من المفترض أن يحدث بين المعالج و المريض " (De Kernier, 2010, p146)

وفي ذلك يقول (1963) Marty & De M'uzan أن الشخص في أثناء الحصة العلاجية «موجود لكن فارغ»، وهو ما يضع المختص في حالة تردد وارتباك أمام هذا الخلو الواضح من التماهيات، ما قد يصعب عملية التكتل. فالأخر بالنسبة للفرد السيكوسوماتي يعتبر إسقاط للذات، فهو مطابق له ومزود بنفس نظام تفكيره. وبحسبهما لا يمكن للمختص أن يلعب دورا ترميميا ولا تنظيميا للفرد. وفي هذا المضمار يصف (1990) Graeme Taylor كيف أن الأشخاص التكتميون يستعملون بطريقة واسعة التماهي الإسقاطي للتفريغ على الآخرين حالاتهم العقلية غير المحتملة. وهو ما يرمي إلى ما ذهب إليه Langs حول نوع من الاتصال والذي يدعوه بالنمط "B" ولكن ما لاحظه الباحث

بعد ذلك أن الأشخاص اللذين يعانون إفراط في التكتّم قلّمًا يلجئون للتماهي الإسقاطي وأن شكل اتصالهم يكون من النمط "C"؛ أين يستعمل التعبير لإنشاء حواجز لا يمكن تجاوزها، تحبس المحتويات العقلية ذات الدلالة وتحطم كل رابط مع الآخر. " فحل النمطين "C, B" يمكنها إثارة الملل في النقلة المضادة أي لدى المختص والتي نلمسها في خلال الحصص العلاجية سواء كانت التحليلية منها أو العلاجات النفسية بصفة عامة [...] وهو ما يصعب إقامة العلاقة العلاجية، فهي علاقة مسدودة و بدون منفذ، حيث يقوم المفحوص بتقديم شكاوي جسدية في حين يتوقع الفاحص سردا حول قلقه ومعاناته النفسية." (Taylor, 1990, pp.779, 780)

ويذهب Ruesh في (1990) Taylor لاعتبار المرضى السيكوسوماتيون ذوي شخصيات طفولية، ويدعو المعالجين لمساعدتهم على التبصر وملاحظة طبيعة اضطراباتهم المعرفية واللجوء لاستعمال التماهي الإسقاطي بأكثر قوة، ويؤكد على المعالجين بضرورة تحين الفرص في أثناء المقابلة لتعليم مرضاهم نوعية التعبير الواجب استعماله. و في نفس المنحى يوصي Krystal (1988) في (Mariage et al, 2008) بمساعدة المرضى لتطوير بعض التساهل مع عواطفهم، و على المعالج أن يكون بمثابة الأستاذ الذي يدعو مرضاه للتعرف، فهرسة، تبويب، تأويل و تنظيم أحاسيسهم الخاصة. فهذا النشاط العلاجي الاستدراكي يكون بمثابة دور الأم التي تساعد طفلها الصغير للتعرف والتمييز والتعبير عن أحاسيسه. وبالرغم من كون هذه السيرورة العلاجية بطيئة ومضجرة حسب اعتراف الباحث، إلا أن المريض لا يمكنه التعرف على أحاسيسه الخاصة إلا إذا تعلم كيفية إخراجها في نماذج من التعبير وتشكل بالتالي منبعًا ثمينًا سيستند إليها الفرد لاحقًا للتعبير عن باقي أحاسيسه تدريجيا في حياته اليومية. (Taylor, 1999, p.782)

و في تعقيبه لما اقترحه Krystal و Ruesh حول طريقتهم العلاجية يقول Taylor (1999) " أن هذا الأسلوب الميكانيكي لإتباع التعليمات نمثله بشخص يعزف على آلة موسيقية دون أن تكون له أي موهبة. فينتج عنه عزفا ميكانيكيا خاليا من التعبير." وهو ما حذر منه Mc Dougall (1982) المعالجين بعدم الانخداع باستعمال المريض للتعبير الخالي من الحيوية لكلمات حية. وفي نفس

المنحى يشير (Garfinkel et Garner (1982) في (Taylor, 1999, p.783) أن اختبار الفرد لانفعالاته وحالته العاطفية أفضل من إخباره بما يفكر به أو يشعر به.

كما لاحظ Pierloot et Vinck في مقارنتهما لنتائج العلاج بين مجموعتين عشوائيتين من المرضى استعمالا مع الأولى علاجا سلوكيا و الثانية علاجا سيكوديناميا مختصرا و على عكس المجموعة الأولى، انسحب أعضاء المجموعة الثانية و المرتبط بوجود خصائص التكتم عند أفرادها و الذي لم يشجع على العلاقة فاحص- مفحوص. (Taylor, 1990, p.779)

**وفي الأخير:** و بعد هذا الانتقال للبحث عن المفارقات أو التشابهات بين المفهومين، نشير إلى ما أكد عليه (De Tychey (2010) و الذي يرى بعدم التمايز بين المفهومين. فمختلف التعاريف والتصورات حول التكتم التي قدمها (Krystal, Sifneos, Nemiah, Taylor) تشير إلى ما سجله مارتى حول خصائص التفكير العملي. وهو ما يعبر عنه (Luminet (2000) بقوله إن التفكير العملي يمثل الوجهة المعرفية للتكتم.

فمن خلال ما تم عرضه من تعاريف للتكتم سواء تلك الخاصة بالتيار الأنجلوساكسوني أو التيار السيكودينامي الفرنسي، فإننا نلاحظ تقارب بين مفهومي التفكير العملي والتكتم لكن بمنطلق مختلف يتفق لمستلزمات علم النفس المرضي الكمي من خلال إدراج القياس بالنسبة لهذا الأخير. ويشير (Smadja (2001 أيضا إلى انه وبالرغم من هذا التشابه في خصائص المفهومين، فهما لا ينتميان لنفس المنطلق النفسي. فبينما نجد في التكتم كما جاء في تناوله إشارة لعدم القدرة على التعبير الانفعالي وصعوبات لغوية لاستحضار لفظي للعاطفة وفيه يتبين وجود لهذه الانفعالات ولكن لا يمكن التعبير عنها "لوجود حبسة انفعالية" على حد تعبير (Sifneos (1995. فإنه في الحقل السيكوسوماتي التحليلي، التوظيف العملياتي والتصحر العاطفي الذي قد يظهر في الجسدنة، يطابق إلغاء للمصدر النزوي، الجسدي، والإحساسات، ومنه فالعاطفة تكون ممحوة ومجموعة منذ إدراكها، بل وحتى قبل إدراكها وقبل ارتباطها بالتمثيلة ويتفق في ذلك إلى ما ذهب إليه (Green (1998) حول "حدوث صمم قمعي للنفس لحماية الأنا".

ونود التأكيد على التشابه في التوظيف والمظهر الاكلينيكي بين الفرد التكتني والفرد العملي. والفرق إنما يكمن في الوصف، فبينما تمّ الالتزام في مجال علم النفس الصحة على وصف توظيف ملاحظ من الخارج، فإنه في المجال السيكوسوماتي أعطيت أهمية كبرى للعلاقة مع المحلل، والتركيز على علاقة النقلة-والنقلة المضادة والتي قد تؤثر على التوظيف العملي، التفكير العملي، والحياة العملية. ومنه تحديد الخاصية العابرة أو إزمائها لما يحصل عليه المختص ويراه من العميل أو قد لا يحصل عليه.

✓ وفيه نجد اتفاق بين الخصائص المذكورة والميزة للتفكير العملي الذي جاءت به مدرسة باريس للبيكوسوماتيك والتكتم الذي تطرقت إليه المدرسة الانجلوسوكسونية أن كان على المستوى التعريف بالمفاهيم أو السببية المسندة لكليهما. فهي كما يقول (2010) De Tychey تنتهي لبناء تصوري جد متقارب وتتشارك في عدة نقاط، وإن كان مفهوم التفكير العملياتي أكثر شمولية من مفهوم التكتم وهو ما أشار إليه أيضا (2003) Corcos إذ يرى بان التفكير العملياتي يمتلك بعدا إضافيا والمتمثل في عدم القدرة على عقلنة الصراعات مع خطر تفريغ الفيض الطاقوي للإثارات والقلق في النطاق الجسدي والسلوكي.

## المراجع:

1. تسيبف، (1998)، تصورات نشؤية حول الاضطرابات النفسجسدية، موسوعة الثقافة النفسية، بيروت، دار النهضة العربية للطباعة والنشر
2. - Bauermann a Tonya M., Parker b James D.A., Graeme J, (2008), Sleep problems and sleep hygiene in young adults with alexithymia Personality and Individual Differences, 45, pp : 318–322
3. –Corcos Maurice, Flament Martine, Jeamment.Philippe, (2003), les conduits de dépendance : dimensions psychopathologiques communes, Paris, Masson.
4. -Corcos. M, Speranza Mario, (2003), Psychopathologie de l'alexithymie, Paris, Dunod.
5. -Debray.R, (1983), L'équilibre psychosomatique. Organisation mentale des diabétiques, Paris, Dunod.

6. -De Kernier Nathalie, (2010), Face à la désorganisation somatique, animer la psyché, Pratique psychologique, vol 16, pp : 141-156.
7. -Evren C, et al (2008), .Alexithymia and temperament and character model of personality in alcohol-dependent Turkish men, Psychiatry Clin Neurosci.
8. Fain.M (1981), vers une conception psychosomatique de l'inconscient, Revue française de psychanalyse, n° 45, pp : 281-292.
9. Fantini Hauwel.C, Pedinielli.J.-L (2008), De la non-expression à la surexpression des émotions ou comment l'expérience émotionnelle repose la question des liens entre sexe, alexithymie et répression, Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique, Vol 166, Issue, pp : 277-284.
10. Farges Florent, Farges Servane (2002), Alexithymie et substances psychoactives : revue critique de la littérature, psychotropes, vol.8 pp : 47-74.
11. Green. A (1998), Théorie, in : Interrogations psychosomatiques, Débats de psychanalyse, sous la dir. FINE A. SCHAEFFER J, Interrogations psychosomatiques, Paris, PUF, 17-53.
12. Jeammet. Ph, Reymand(2001), psychologie médicale, 2<sup>ème</sup> édition Paris, Masson.
13. Lumley, M. A, & Bazydlo, R. A. (2000), The relationship of alexithymia characteristics to dreaming. Journal of Psychosomatic Research, 48, pp : 561–567.
14. Levrier Katia (2010), Alexithymie et appauvrissement onirique chez des populations cliniques souffrant de troubles du sommeil, Sleep Research Center, Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal, Department of Psychiatry, Université de Montréal, Journal of Sleep Research
15. Luminet .O, Lenoir.V,(2006), Alexithymie parentale et capacité émotionnelle des enfants de trois à cinq ans, Enfance, Vol 4, pp: 335,356
16. Lumley.M.A, Neely.C, Burger.A.J (2007), the assessment of alexithymia in mediocl settings: implication for understanding and treating health problems, In: Journal of personality assessment, vol3, n°89, pp: 230-247.
17. Luminet.O, Zech.E, Rime.B, Wagner, H.L (2000), Predicting cognitive and social consequences of emotional episodes: The contribution of emotional intensity, the Five Factor Model and alexithymia. Journal of Research in Personality, n°34, pp : 471-497.

18. Lumley.M, Mark.A, Bazydlo.R. A (2000), the relationship of alexithymia characteristics to dreaming, *Journal of Psychosomatic Research*, 48, pp: 561-567.
19. Lumley M. et Sielky K.(200), Alexithymia, gender and hemispheric functioning, *Comprehensive psychiatry*, vol. 41 n°. 5,pp:352-359.
20. -Mariage.A, Cuynet.P, Godard.B (2008), Obésité et alexithymie à l'épreuve du Rorschach. Le poids des émotions, *L'Évolution Psychiatrique*, Vol 73, Issue 2, pp : 377-397.
21. Marty. P (1991), *Mentalisation et psychosomatique*. Paris, Les Empêcheurs de penser en rond.
22. MARTY .P, de M'UZAN. M (1963), La pensée opératoire, *Revue française de psychanalyse*, n° spécial contenant les rapports du XXIII<sup>e</sup> Congrès des Psychanalystes de langues romanes, Paris, PUF, pp 345-365.
23. Marty .P, deM'uzan. M, David.C (2010), *l'investigation psychosomatique* 3ème édition, collection Quadriga, Paris, PUF.
24. Mc Dougall. J (1982), *Plaidoyer pour une certaine anormalité*, Paris, Gallimard.
25. Nemiah J.C, Sifneos P.E. (1970), Affect and fantasy in patients with psychosomatic disorders. In O.W Hill, (Ed.), *Modern trends in psychosomatic medicine*, vol 2, London, Butterworths, pp : 26-34.
26. Nielsen Tore .A, Levrier.K, Montplaisir.J, (2011), Dreaming correlates of alexithymia among sleep-disordered patients, *American Psychological Association, Dreaming* ; pp : 1-16.
27. -Nöel Marie pascale et Rimé Bernard (1988), *Pensée opératoire, alexithymie et investigation psychosomatique : revue critique, cahier de psychologie cognitive*, *European Bulletin of Cognitive Psychology*, vol.8, n°6, pp : 573,599.
28. Pédinielli.J.L, (1992), *Psychosomatique et alexithymie*, Paris, PUF.
29. Porcelli .P, Meyer .G, (2002) Construct validity of Rorschach variables for Alexithymia, *psychosomatics*, vol 43/5, pp. 360-369.
30. Sami Ali (1998), *Corps réel, corps imaginaire : pour une épistémologie du somatique*, Paris, Dunod.

31. -Sami Ali (2004), La théorie relationnelle, in psychosomatique : nouvelles perspectives, Paris, EDK, p : 3-5.
32. Sifneos P.E (1995), Psychosomatique, alexithymie, et neurosciences, Revue française de psychosomatique, n°7, p.27-35.
33. -Sifneos, P. E (1996), Alexithymia past and present, American Journal of Psychiatry, 153:7, pp: 137-142.
34. Smadja.C (2001), La vie opératoire, études psychanalytiques, Paris, PUF- Le fil rouge.
35. Taylor Graeme.J (1990), La pensée opératoire et le concept d'alexithymie, in la déliaison psychosomatique, traduction Marie Claire Durieux, Revue Française de Psychanalyse, Tome LIV, Paris, PUF, pp : 769- 783.
36. Tychev (de) .C (2010), Alexithymie et pensée opératoire : Approche comparative clinique projective franco-américaine, psychologie clinique et projective, vol 16, pp.177-206.
37. Zimmermann.G, Salamin.V, Reicherts.M, (2008), L'alexithymie aujourd'hui : essai d'articulation avec les conceptions contemporaines des émotions et de la personnalité, psychologie française, vol 53, pp : 115-128