جامعة يحيى فارس المدية
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم العلوم الاجتماعية

القمع الانفعالي و علاقته بالأليكستيميا لدى مرض السرطان

دراسة ميدانية بمستشفى محمد بوضياف بالمدية

مذكرة تخرج لنيل شهادة الماستر

تخصص: علم النفس العيادي

من إعداد :
_منال قرمزلي
_ وسام بن خاوة

إشراف الأستاذة :
د.ديهية موفق

السنة الجامعية :2019/2018

شكر وتقدير

الحمد لله حمدا كثيرا طبيا مباركا كما ينبغي لجلال وجهه وعظيم سلطانه، وأصلي وأسلم على المبعوث رحمة للعالمين معلم البشرية سيدنا محمد صلى الله عليه وسلم وعلى آله وصحبه الطيبين الطاهرين ومن تبعهم بإحسان إلى يوم الدين.

نتقدم بوافر الشكر وعظيم التقدير والامتنان إلى استاذتنا المشرفة الدكتورة "موفق ديهية" وردة اعترافا بفضلها بعد الله عز وجل ولما بذلته من توجيه وآراء سديدة وما غمرتنا به من علم غزير وخلق فاضل نبيل أثناء فترة دراستنا وأثناء إشرافها على هذه الدراسة وما بذلته معنا من جهد.

كم نتوجه بأسمى معاني الشكر لأساتذتي الكرام أعضاء لجنة المناقشة اللذين قبلوا مناقشة هذا العمل.

ونتوجه بجزيل الشكر والامتنان للزوجين الكريمين "حمزة وأنيس" اللذان كانا عونا وسندا لنا، ولكل الأسرة على وقوفها معنا وبجانبنا خلال المسار الدراسي وصبرها معنا للوصول إلى هذه المرحلة.

كما لا ننسى الشكر والتقدير لأساتذتنا هيئة التدريس بقسم علوم الاجتماعية "علم النفس" على ما قدموه من جهد أثناء فترة دراستنا.

وأتقدم بخالص الشكر إلى كل من ساهم برأي أو نصيحة أو مساعدة في هذه الدراسة فجزى الله الجميع خير جزاء وأدعوا الله أن تنال هذه الدراسة القبول وآخر دعوانا الحمد لله رب العالمين

إهداء

بسم الله أبدأ كلامي ...الذي بفضله وصلت لمقامي هذا و الشكر على ما أتاني الحمد لله ربي العالمين و الصلاة و السلام على خاتم الأنبياء و المرسلين.

اهدي ثمرة هذا الجهد المتواضع الى من ربتني و أنارت دربي و أعانتني بالدعوات الى أغلى انسان في هذا الوجود " أمي الحبيبة "

الى من عمل بكد في سبيلي و علمني معنى الكفاح و أوصلني الى ما أنا عليه " أبي الكريم أدامه الله لي"

الى أخي "ياسين " و اخواتي "أسماء وسناء"

الى سندي و شريكي في الحياة و سر سعادتي زوجي الغالي " أنيس"

الى كل من عائلة زوجي خاصة أمي "عقيلة " و أختي "هاجر" وأبنائها "جواد، جمال"

إلى صديقتي الغالية التي تقاسمنا كل من تعب وكد عمل إلى أن وصلنا إلى نهاية عملنا بإتقان "منال"

إلى كل عائلتي عماتي وخالاتي وبناتهم " لامية، كوثر، إيمان، اميرة، لينة ، فاطمة الزهراء"

إلى أغلى صديقاتي " سلمى ، سمية، أسماء، منال، سلمى، مريم، مدينة، فاطمة الزهراء، خديجة، رقية، نسيمة"

في الأخير أرجو من الله تعالى أن يجعل عملي هذا نفعا يستفيد منه جميع الطلبة المقبلين علي التخرج

أخيرا تخرجنا وأخيرا رفعت القبعة احتراما لسنين مضت من الدراسة والحمد لله.

إهداء

من لا يطيب الليل إلا بشكره ولا يطيب النهار إلا بعطائه ولا تطيب اللحظات إلا بذكره ولا تطيب الآخرة إلا بعفوه ولا تطيب الجنة إلا برؤيته.

الله ﷻ.

إلى من بلغ الرسالة وأدى الأمانة ونصح الأمة، إلى نبي الرحمة سيدنا محمد صلى الله عليه وسلم .

من كلله الله بالهيبة والوقار من علمني العطاء بدون انتظار من أحمل اسمه بكل افتخار ارجو من الله أن يمد في عمرك لترى ثمار قد حان قطافها بعد طول انتظار.

أبي العزيز " محمد"

إلى من علمتني أبجدية الحروف وعلمتني الصمود مهما كانت الظروف إلى معنى الحب والحنان من كان دعائها سر نجاحي وحنانها بلسم جراحي إلى أغلى الحبايب

أمي الحبيبة "سعدية"

إلى رفيق عمري وشريك حياتي وسر سعادتي وسندي

زوجي العزيز "حمزة"

إلى من أدخل الفرحة والبهجة والسرور والفرح في منزلي

إبني الغالي "سراج"

إلى من بهم أكبر وعليهم أعتمد شموع تنير حياتي

إخوتي " سلمى، نذير"

إلى من ساندني في دراستي عائلة زوجي

إنصاف، بسمة، ياسمين، جوري، منصف

إلى من عشت معهم طفولتي ولا زلت علاقتي بهم وطيدة بنات خالتي، بنات عمتي، بنات عمي

مريم، سارة، تماني، أمال، إكرام، خديجة، هشام، لؤي، جيهان، دنيا، فاطمة الزهراء، فرح، خليدة، أميرة، صوريا.

إلى صاحبات القلوب الطيبة والنوايا الصادقة معهم سرت معهم درب حياتي

وسام، سمية، أسماء، مريم، خديجة، هند، سلمى، منال، مدينة، فاطمة الزهراء، رقية، نسيمة.

ملخص :

هدفت الدراسة الحالية إلى الكشف عما إذا كان هناك علاقة بين القمع الانفعالي والألكستيميا لدى مرضى السرطان، لدى عينة متكونة من 50 مريض بالسرطان 29 إناث و 21 ذكور في مستشفى محمد بوضياف في المدية، باستخدام المنهج الوصفي، واستخدام مقياس القمع الانفعالي ل "لوينبرجر" WIENBERGER، ومقياس الألكستيميا " بورموند فورست" BERMOND-VORST.

وبعد تحليل البيانات المتحصل عليها تم التوصل إلى النتائج التالية:

- توجد علاقة طردية بين كل من الألكستيميا واستراتيجية التعامل القمعي والمرضى المصابين بالسرطان.
- تعتبر استراتيجية التعامل القمعي عامل مخاطرة للإصابة بمرض السرطان.
- تعتبر الألكستيميا عامل مخاطرة للإصابة بمرض السرطان.

الكلمات المفتاحية: القمع الانفعالي، الألكستيميا، السرطان.

Rèsumè :

Lobjectif de cette étude actuel visé à détecter si **la suppression émotionnel et Alixtymia** était dangereux dans la naissance du cancer.

On a un échantillon de 50 patients atteints du cancer , 29 famme et 21 homme dans l'hôpital Mohammed Boudiaf à Médéa en utilisation l'approche descriptive et la mesure de la répression émotionnelle de Weinberger,

hypothèses et nous somme arrivés à ces résultats suivants :

-Il y a une relation de corrélation direct entre alexthymia et la stratégie de traitement répressif pour les patients atteints du cancer.

-On considère la stratégie de traitement répressif un risque de cancer.

On considère l'alixtymia comme facteur direct pour le cancer.

Les mots clés :

-Alixtymia, repression emotionnelle, cancer.

خطة البحث

فهرس المحتويات	الصفحة
شكر وتقدير.	
إهداء.	
ملخص .	
فهرس المحتويات.	
فهرس الجداول.	
فهرس الأشكال والمخططات.	
فهرس الملاحق.	
مقدمة.	أ، ب، ج، د
الجانب النظري	
الفصل الأول: الإطار العام للدراسة	
1- الإشكالية.	**14-7**
2- فرضيات الدراسة.	**15-14**
3- أهداف البحث.	**16-15**
4-أهمية البحث.	**16**
5-تحديد المفاهيم.	**16**
5-1-القمع الإنفعالي.	**17**
5-2-اللألكستيميا.	**18-17**
5-3-السرطان.	**18**
الفصل الثاني: القمع الانفعالي	
تمهيد.	**20**
1-استراتيجيات التعامل.	**20**
1-1-تعريف استراتيجيات التعامل.	**22-21**
2-التناولات النظرية لمفهوم استراتيجيات التعامل.	**27-22**
3-الفرق بين الاستراتيجيات والدفاع.	**29-28**
4-استراتيجية القمع الانفعالي.	**29**
4-1-السياق التاريخي لظهور مصطلح القمع الانفعالي.	**31-29**

4-2-تعريف القمع الانفعالي.	**32-31**
5-الفرضيات المفسرة للقمع الانفعالي.	**34-32**
6-العمليات التثبيطية أو الاختزالية.	**36-34**
7-استراتيجيات القمع الانفعالي ومصطلحات ذات الصلة.	**39-36**
8-البعد الاجتماعي للقمع الانفعالي.	**42-39**
ملخص الفصل.	**43**
الفصل الثالث: الألكستيميا	
تمهيد.	**46**
1-المسار التاريخي لمفهوم الألكستيميا.	**48-46**
2-تعريف الألكستيميا.	**49**
3-تصنيف الألكستيميا.	**51-49**
4-الألكستيميا والشخصية.	**51**
4-1-ألكستيميا أولية وثانوية.	**51**
4-2-ألكستيميا كسمة للشخصية.	**52-51**
5-خصائص الألكستيميا.	**54-53**
6-النماذج المفسرة للألكستيميا.	**62-54**
7-علاقة الألكستيميا بالانفعالات.	**62**
7-1-نموذج الاستشارة الانفعالية.	**63-62**
7-2-نموذج الضغط "بيل ومارتي".	**65-64**
7-3-نموذج بيلوجي عصبي دينامي نفسي "سيفنيوس".	**67-65**
7-4-نموذج المعرفي.	**67**
7-4-1-نظرية عقد الانفعال "بور".	**68-67**
8-الألكستيميا والقمع.	**70-68**
خلاصة الفصل.	**71**
الفصل الرابع: السرطان.	
تمهيد.	**73**
1-أصل و نشأة تاريخ داء السرطان.	**77-73**
2-مدى انتشار مرض السرطان.	**80-77**

3-ماهية السرطان.	**81-80**
4-تصنيف مرض السرطان حسب نوعه و أماكنه.	**82**
4-1-تصنيف مرض السرطان.	**82**
4-1-1-الورم.	**82**
4-1-2-التنشؤ.	**85-82**
4-2-أنواع و أماكن انتشار الأورام لدى مرضى السرطان	**86-85**
5-أعراض السرطان.	**86**
5-1-أعراض ناتجة عن النمو السريع و الغير طبيعي.	**87-86**
5-2-أعراض ناتجة عن فقدان وظيفة العضو المصاب.	**87**
5-3-أعراض ناتجة عن الانتشار و التأثير على الأعضاء الأخرى.	**87**
6-مسببات السرطان.	**89-87**
7-الآثار النفسية لمرض السرطان و علاقة مريض السرطان بالأخصائي .	**89**
7-1-الآثار النفسية لمرض السرطان.	**91-89**
7-2-علاقة مريض السرطان بالطبيب و الأخصائي النفساني.	**92-91**
8-علاج مريض السرطان.	**94-92**
ملخص الفصل.	**95**
الجانب التطبيقي	
الفصل الخامس: إجراءات الدراسة	
تمهيد	**98**
1-منهج الدراسة.	**98**
1-1-المنهج الوصفي.	**98**
1-2-الدراسة الاستطلاعية.	**101-99**
1-3-حدود الدراسة.	**101**
2-مجتمع الدراسة.	**101**
2-1-عينة الدراسة وخصائصها.	**101**
2-2-خصائص الدراسة.	**103-102**
3-أدوات البحث.	**103**
3-1- استبيان القمع الانفعالي	**107-103**

3-2-استبيان الألكستيميا.	**109-107**
4-الأساليب الإحصائية.	**110**
4-1-النسبة المئوية.	**110**
4-2-معامل الإرتباط بيرسون.	**110**
4-3-المتوسط الحسابي.	**110**
الفصل السادس: عرض ومناقشة نتائج الدراسة	
1-عرض ومناقشة الفرضيات.	**112**
1-1-مناقشة الفرضية العامة.	**114-112**
1-2-مناقشة الفرضية الجزئية الأولى.	**118-115**
1-3-مناقشة الفرضية الجزئية الثانية.	**121-119**
الاستنتاج العام.	**123-122**
خاتمة.	**125-124**
قائمة المراجع.	
قائمة الملاحق.	

فهرس الجداول:

الرقم	عنوان الجدول	الصفحة
01	يوضح أهم أنواع السرطان في العالم سنة (2002).	80-79
02	يوضح الفروق بين تنشؤ الورم الحميد والخبيث.	85-84
03	يبين توزيع العينة حسب متغير السن.	102
04	يبين توزيع العينة حسب الحالة المدنية.	102
05	يبين توزيع العينة حسب الجنس.	103
06	يبين أبعاد وبنود مقياس القمع الانفعالي.	105-104
07	يبين أبعاد وبنود مقياس الألكستيميا.	108

08	يوضح نتائج إختبار "كرامر" بين القمع الانفعالي والألكستيميا.	112
09	يبين نتائج القمع الانفعالي لدى مرضى السرطان.	115
10	يبين نتائج الأسى النفسي لدى مرضى السرطان.	117
11	يبين نتائج الألكستيميا كعامل مخاطرة للإصابة بالسرطان.	118

فهرس الأشكال والمخططات:

الرقم	عنوان الأشكال والمخططات	الصفحة
01	يوضح نموذج الأحداث الصادمة لفرويد freyd .	40
02	يبين تصنيف الألكستيميا.	50
03	يوضح نماذج تفسير الألكستيميا (التكتم).	54
04	يبين دور الانفعالات في إحداث الألكستيميا.	64
05	يبين دور الألكستيميا في ظهور الاضطرابات السيكوسوماتية.	66

فهرس الملاحق

الرقم	عنوان الملحق
01	مقياس القمع الانفعالي "لونبرجر"
02	مقياس الألكستيميا "بورموند"

مقدمة:

تعد الانفعالات جزءا مهما في حياة الانسان، فهي تتدخل في جميع جوانب حياته اليومية، إذ أنها موجودة في كل علاقتنا، ولا نستطيع أن نغفل قيمتها وأهميتها، فهي تجعل الحياة شيئا ممتعا ومتنوعا، وبدونها تصبح حياة الانسان راكدة ومقطوعة ومملة ومنعزلة.

إذا كان الانسان لا يستطيع أن يعيش بدون انفعالات لكونه انسانا، فإن شدة الانفعالات السلبية المؤلمة واستمرارها تجعل حياة الانسان حادة ومتوترة ومضطربة وعرضة للاضطرابات النفسية، الأمر الذي يتطلب التعامل مع الانفعالات بتنظيمها بطرق ملائمة.

يعتبر تنظيم الانفعال من المفاهيم الحديثة في المجال السيكولوجي، ويشير إلى تلك العمليات التي من خلالها يستطيع الفرد أن يؤثر على الانفعالات التي يشعر بها، وكيفية التعبير عنها.

يستخدم الفرد في عملية تنظيم الانفعال استراتيجية رئيسية هي استراتيجية القمع الانفعالي وهي استراتيجية تركز على الاستجابة، وتحدث متأخرا في عملية توليد الانفعال بمجرد أن يتم تنشيط الانفعال، ويتضمن قمع التعبير الانفعالي التحكم في الانفعالات من خلال عدم التعبير ومنع السلوكيات المعبرة عنها.

إن تجنب الانفعالات السلبية وقمعها يؤدي إلى العديد من العواقب الوخيمة على المستوى النفسي والجسدي من جهة أخرى فإن ضعف التعبير الانفعالي وكبح وقمع الاستجابة الانفعالية قد تتوصل فعلا إلى خلق عدة مشاكل في حياة الفرد.

قصور تنظيم الانفعال يؤدي جوهريا في تشكيل الاضطرابات والمشكلات النفسية كالألكستيميا، فتوصف على أنها قصور في القدرة على التعبير عن المشاعر والذي يبتدئ في صعوبة التعرف على الانفعالات ووصفها، وصعوبة التمييز بين المشاعر والأحاسيس الجسمية، والتفكير الموجه للخارج، وندرة الخيال.

الألكستيميا عامل خطورة للاضطرابات الانفعالية، فعسر معالجة وضبط هذه العمليات تترافق مع طائفة واسعة من المشكلات النفسية والعقلية، حيث تعتبر سمة وجدانية ومعرفية للشخصية التي تفتقر إلى الوعي بالانفعالات ووصفها والتعبير عنها لفظيا لديه أو لدى الآخرين، وقد تكون لها عواقب سلبية من بينها احداث اضطرابات سيكوسوماتية كالسرطان بمختلف أنواعه، حيث يعتقد هذا الأخير من بين العوامل المساهمة في نشوء مرض السرطان.

هذا المرض المزمن الذي ينمو في العادة بصورة بطيئة، وتستمر لمدى الحياة، ويأخذ مجرى يصعب التنبؤ به، والتي يكون الشفاء فيه مستعصيا في الكثير من الأحيان.

يتميز هذا المرض بآثاره وتبعاته التي يخلفها هذا الداء على صحة المريض ومن حوله، فالفرد المصاب بورم سرطاني يعيش تحت ضغوط وانفعالات تتعلق بنواحي مختلفة من حياته سواء الجسمية أو النفسية أو الاجتماعية.

حيث يواجه مريض السرطان بمدى واسع من التحديات، بغية التخفيف من حدة الضغط الناتج عن المرض والألم الذي يعاني منه، والخوف من تطور المرض أو فكرة الموت، مما يزيد من الافتقار إلى الاستمتاع بالحياة بشكل عام.

انطلاقا من أهمية الموضوع، وتحقيقا لأهدافه، فقد تم تقسيم هذه الدراسة إلى جانبين:

جانب نظري وجانب تطبيقي، حيث أن الجانب النظري يضم أربعة فصول:

خصص الفصل الأول إلى الإطار النظري لإشكالية البحث، متطرقا إلى إشكالية البحث، فرضياته، أهدافه، أهميته، وتحديد مفاهيمه، والدراسات السابقة التي تناولت جزء من موضوعنا.

أما الفصل الثاني فقد احتوى على قسم خاص بالقمع الانفعالي احتوى على تعريف الاستراتيجيات وأهم التناولات النظرية المفسرة لها والفرق بين المواجهة والدفاع، وكذلك السياق التاريخي لظهور مصطلح القمع الانفعالي تعريفه، علاقته بمصطلحات ذات صلة بالإضافة إلى الفرضيات المفسرة له، فالعمليات التثبيطية والبعد الاجتماعي للقمع الانفعالي.

أما الفصل الثالث يتعلق بصعوبة التعرف على مشاعر (الألكستيميا) حيث أبرزنا في هذا الفصل المسار التاريخي، مفهوم المصطلح، تصنيفاتها، خصائصها، النماذج المفسرة للألكستيميا، علاقة الألكستيميا بالانفعالات الألكستيميا والقمع الانفعالي.

أما بالنسبة للفصل الرابع فقد يضم فصل السرطان والذي يحمل في طياته أصل ونشأة، تاريخ داء السرطان، مدى انتشار مرض السرطان، تصنيف مرض السرطان وأعراضه ومسبباته، ثم الآثار النفسية لمرض السرطان، أخيرا علاج مرض السرطان.

أما الجانب التطبيقي فيضم فصلين: فصل خصص للإطار المنهجي للدراسة، تعريف المنهج وتحديد أهدافه كذلك دراسة استطلاعية للدراسة، تعريف المنهج وتحديد أهدافه وكذلك دراسة استطلاعية مع تحديد عينة الدراسة، خصائص العينة من حيث السن، الحالة المدنية، الجنس أدوات البحث والأساليب الإحصائية.

الفصل ثاني خصص لعرض البيانات واستخلاص النتائج، والاستنتاج العام ثم أخيرا خاتمة الدراسة، وقائمة المراجع ثم الملاحق.

الإشكالية:

تتوقف الصحة العامة على تكامل الجانب النفسي والجانب الجسدي، إذ أن كلاهما يؤثر في الآخر، والعلاقة بينهما هي علاقة تفاعلية وتأثير متبادل، وقد زاد الاهتمام مؤخرا بهذه العلاقة التكاملية خاصة في مجال علم النفس الصحي، وعلى العموم فإن العوامل النفسية لها علاقة بالصحة الجسدية حسب ماكليود وسميث MACLEOD & SMITH، (2003).

(MACLEOD Jk AND DAVEY SMITH, 2003, PP, 565-570)

المشاعر السلبية كالحزن والاكتئاب والتوتر تجعل الفرد عرضة لمختلف الأمراض من خلال إضعاف جهاز المناعة وتثبيط نشاطه، في حين أن المشاعر الإيجابية كالفرح والسعادة، فهي تساعد الجسم على مقاومة الأمراض من خلال تنشيط جهازه المناعي، ويعرف هذا الارتباط بين الجانب النفسي والعضوي بالمناعة النفسية العصبية الذي يدل على العلاقة بين الجانب النفسي والتنظيم العصبي الغددي والمناعي.

(خميسة قنون، 2012-2013، ص17)

إذا تكلمنا عن المناعة النفسية العصبية، فإننا نتكلم بالدرجة الأولى عن مرض السرطان الذي هو مجموعة غير متجانسة من الأمراض، تتعدد مسبباتها، وتختلف فيها دور العوامل النفسية والإجتماعية من نوع لآخر.

(RIECHE EDNA MARIA, VISSOCI AND NUMES SANDRA, 2004, PP617-622)

بالتالي فقد تم تسليط الضوء في هذه الراسة على مرض السرطان على اعتبار أن هذا المرض هو السبب الأول للوفيات في الجزائر والذي قدر ب 35 ألف حالة سنويا سنة (2007)، كما تم تسجيل حوالي 4 إلى 7 آلاف حالة إصابة جديدة سنويا، حسب احصائيات المركز الجزائري لمكافحة السرطان. (INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER, WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012, P1-2)

مرض السرطان حسب المنظمة العالمية تتحكم فيه مجموعة من العوامل المترابطة، مثل العوامل الوراثية والهرمونية والبيئة البيولوجية والفيسيولوجية، بالإضافة إلى العوامل النفس الاجتماعية حيث أن التفاعل بين هذه العوامل قد يؤدي إلى الإصابة السرطانية. (مريم زكري، 14-10-2014)

في هذا السياق، فقد وجدت العديد من الدراسات التي حاولت التأكد مما إذا كانت العوامل السابقة الذكر هي عوامل مخاطرة للإصابة بالسرطان أم لا، ومع ذلك توجد دراسات عديدة سعت إلى معرفة دور العوامل النفسية في نشوء السرطان بصفة عامة مثل دراسة: بوتر وزملاءه (BOTOW & ALL, 2000)، غرسن وكودكين (GARSSEN & COODKIN, 1999)، غرسن (GARSSEN, 2002)، وغرسن (GAESSEN, 2004)، ورزافي وزملاءه (RAZAVI & ALL, 2008).

على هذا الأساس، فإن عوامل الخطورة النفسية التي غلبت بالدراسة على نطاق واسع نجد الصعوبة في التعبير عن الانفعالات وتحديد الاستراتيجيات الضبط الانفعالي كما هو الحال في استخدام استراتيجية التعامل القمعي، حيث بينت العديد من الدراسات أن استخدامها المكثف يؤدي إلى ظهور وتطور مرض السرطان، والتعجيل بموت المصاب، بالإضافة إلى مخاطرة صحية أخرى.

(JANINE GIESE_DAVIS, ANSGAR CONRAD, BITA, DAVID, 2008, PP226-237)

استراتيجية القمع الانفعالي والتي تعرف على أنها" جهود معرفية وانفعالية لتجاهل أو تحويل الإنتباه عن المثيرات المهددة سواء كانت هذه المثيرات داخلية أو خارجية"، إذ تعتبر هذه الاستراتيجية من بين الاستراتيجيات الضبط الانفعالي غير متكيفة حسب ما أشار إليه سوتم وقراو SOUTHAM_ GEROW وزملاءه. (بلوتشيك روبرت، 1997، ص ص17-19)

لقد ظهر هذا المفهوم وهذا التعريف في الثمانينات في محاولة لكل من وينبرغر وسوارتز ودافيدسون WIENBERGER, SCHWARTZ, DAVIDSON سنة (1979)، حيث استخدم هؤلاء مقياس تايلور للقلق الظاهر TAYLOR MANUFIST ANXIETY، ومقياس الإستحسان الاجتماعي MARLOW_ GROWEN SOCIAL وفي محاولة لتحديد حقيقة القامع، اقترح وانبرغر وزملاءه تصنيف الأفراد إلى أربعة أصناف على أساس كونهم عاليين أو منخفضين على المقياسين وكانت النتائج كالتالي:

- قلق مرتفع / قلق مرتفع: ارتفاع في الدفاع وارتفاع في القلق.
- عدم الدفاع/ انخفاض القلق: إنخفاض في الدفاع وانخفاض في القلق.
- عدم الدفاع/ ارتفاع القلق: دفاعية منخفضة وقلق مرتفع.
- قامعين/ دفاعية عالية وقلق منخفض. (FURNHA ADRIAN, PETRIDES K, V, 2002, P120)

اقترح وانبرغر أن القامعين هم الأفراد الذين فشلوا في التعرف على انفعالاتهم الخاصة، وهذه الفئة تعمل بنشاط لحفظ ذاتها أكثر من غيرها، والقامعون يقللون من شأن حالة القلق لديهم (قلق منخفض حسب تقاريرهم الذاتية) بحيث يبدون أكثر استحسانا إجتماعيا.

(WEINBERGER DANIELA, SCHWARTZ GARY E,2002, p120)

اذن الحالات الإنفعالية كما سطرها إزارد IZARD (1999) والمتمثلة في كل من الغضب والانشغال والبهجة، والدهشة، والضيق والإشمئزاز، والذنب، والخجل، والخوف، والازدراء، ماهي إلا حالات تعتري مشاعر وأحاسيس الفرد ما عليه إلا الوعي الذاتي بها حتى يتمكن من ضبطها في مواقف، والتعبير عنها في مواقف أخرى، وفي حالة اللجوء إلى كبح التظاهر الخارجي للحالات الانفعالية، أو حاولنا إخفاءها عن الناس فإننا نحقق ذلك بفضل محاصرتنا لتظاهرها بواسطة عضلاتنا فقط، أي أننا بحصارنا لحركات عضلاتنا إنما نحن نتدخل في العمل الطبيعي لجسدنا بالذات، واذا كان شعورنا قويا جدا ومن ثم قمنا بقمعه خلال مرات

كثيرة ولفترات طويلة فإنه يضل حيا في أعماقنا، دون أن يتظاهر ودون أن تختفي إلى أن يجد سبيلا للتعبير عن ذاته في الخارج على شكل اضطرابات سيكوسوماتية.

لتتوالى الدراسات بعد ذلك على هذا المتغير، فحسب فرنهام FURNHAM (2001) فيما ذكره فرنهام (2002)(FURNHAM ADRIAN, PETRIDES, K V SPENCER BOWDAGE SARAH, 2002, P13)

حيث استعرض حوالي 60 دراسة حول أسلوب التعامل القمعي والتي جمعت تحت ثلاث محاور:

المحور الأول: الدراسات المعرفية، من خلال اختبارات (STROOP) لتذكر المهام والتي أظهرت أن القامعين عموما لهم حساسية للغاية للتأثر بالمنبهات المكونة من الكلمات الانفعالية، والذكريات الوجدانية (AFFECTIVE) ومن بين هذه الدراسات (BAUMEISTER ET CAIRNS, (1992) BONANNO, DAVIS, SINGER, & SCHWARTZ, (1991) ; CUTLER, LARSEN, & BUNCE, (1996) ; DAVIS, SHAN & EYSENCK, (1997) ; FOX, (1993) ; HOLTGRAVES ET HALL, (1995) – (1987) ; DERAK MYERS ET BREWIN, (1994) ; SCHIMMACK ; (1996)،MENDOLIA, MOORE, &TESSER

المحور الثاني: دراسات أفادت عن مختلف الفروق الفردية التي تعتمد في الغالب على التقرير الذاتي، مما يدل على أن القامعين لديهم نقاط عالية من التكيف والصحة والتصدي الناجح للخوف والقلق والحزن ودرجة منخفضة من العداء، باختصار فإن القامعين يظهرون من خلال تقاريرهم الذاتية بوصفهم المجموعة الأكثر صحة والسعادة والتكيف ومن بين هذه الدراسات (EGLOFF & HOCK, (1997) ; EGLOFF & KROHNE, (1996) ; KREITHER & KREITHER, (1991) ; MYERS & MYERS & VETERE, BREWIN, (1997)

المحور الثالث: استعرض خلاله دراسات أستعمل فيها مقاييس سلوكية (تعتمد على التقرير الذاتي) والمقاييس الفيسيولوجية، مثل الاستجابات الكهربائية في دقات القلب، ومستويات إفراز الكرتزول (BASAL SALIVARY CORTSOL) والبحث في هذه الدراسات يميل إلى الكشف عن أوجه التفاوت في بيانات التقارير الذاتية والاستجابات الفيسيولوجية والتي تشير إلى أن هناك تناقض بينهما، ومن هذه الدراسات: (ALTEMUS, WESCLER, & BOULIS, (1989) ; ASENDORPF & SCHERER, (1983) ; BROWN, TOMARKEN, ORTH, LOOSEN, KALIN,& DAVIDSON, (1996) ; FOX, O BOYLE, BARRY, & MC CREARY, (1989) ; GUDJONSSON, (1981) ; JAMNER & SCHWARTZ, (1986) ; JENSEN, (1987) ; KING, TAYLOR, ALBRIGHT, & HASKALL, (1990) ; KNEIER & TEMOSHOK, (1984) ; NEWTON & CO NTRADA, (1992) ; SHAW, COHEN, DOYLE, & POLESKY, (1995) ; WEINBERGER & ALL..., (1979))

بالإضافة إلى الدراسات التي عرضها فرنهام FURNHAMهناك دراسات أخرى حاولت معرفة آثار القمع الانفعالي على الصحة الجسدية والنفسية.

فالقامعين حسب دراسة جان وكاري JANNE & CARY، (1997) يتعرضون في مواقف الدفاع إلى ارتفاع ضغط الدم. وكذلك ارتبط العجز في التعبير الانفعالي باختلال وظيفة المناعة.

كذلك أثبتت دراسة بن قويدر أمينة سنة (2012)، بعنوان القمع الانفعالي وعلاقته بالمخططات المبكرة غير المتكيفة لدى عينة من طلبة جامعة البليدة، وجاءت النتائج كما يلي: – ارتفاع في القلق، –انخفاض في الدفاع وانخفاض في القلق، –دفاعية منخفضة وقلق مرتفع، –قامعين دفاعية عالية وقلق منخفض.

قد بينت هذه الدراسات أن الإحساس بالمشاعر والتعرف عليها، والتعبير عنها والتمييز بينها، تعد خاصية إنسانية فهي ضرورة من ضرورات التواصل، وافتقاد هذه القدرة أو قصورها يعد عائقا من عوائق تحقيق الصحة النفسية، فالأفراد الذين يعانون من نقص القدرة عن التعبير عن المشاعر، يفتقدون إلى الوعي الانفعالي بالذات يفتقدون إلى التقمص العاطفي ويعانون من صعوبة إقامة علاقات حميمية ودافئة، مع عدم القدرة على أن يفكروا في انفعالاتهم ويستخدمونها للتعايش في المواقف الضاغطة وهذا العجز أو القصور يتسبب في جعل مثل هؤلاء يعيشون حالة من العجز الوجداني وما أطلق عليه حديثا مصطلح الالكستيميا ALEXITHIMI (نقص القدرة على التعبير الانفعالي)، أي انهم يتسمون بقدرة ضعيفة بمشاعرهم وبالعمليات النفسية التي تحدث لهم وفقدان القدرة على التخيل ووصف مشاعرهم ولذا يطلق عليهم الأميون وجدانيا، وبمعنى آخر "التكتم" الذي يعتبر مؤشرا هاما للدلالة على دور الانفعالات في ظهور الجسدنة سواء كانت الأسباب نفسية أو عضوية أو بيئية، ومن الخصائص المعرفية والانفعالية التي وصفت لدى المرضى السيكوسوماتيين ثم بعد ذلك لدى أصناف من المرضى خصوصا الذين يعانون من بعض الاضطرابات، بعدم القدرة أو الصعوبة في الوصف للعواطف والانفعالات أو عدم التعرف على الأحاسيس الداخلية، إضافة إلى عدم القدرة على التعبير، ويتميزون بفقرهم الخيالي، ويضعف في إعادة التنشيط الانفعالي.

(لطفي الشربيني، 2001، ص135)

بهذا الصدد تشير بعض المصادر إلى أن وجود حالة الألكستيميا يرفع من احتمالات الإصابة بأمراض عضوية مثل ارتفاع ضغط الدم إضافة إلى ارتفاع الشكوى من أعراض بدنية ذات أسباب نفسية مثل الربو، القولون العصبي، السرطان، وسبب هذا هو عدم القدرة على ضبط التفاعل مع المشاعر، ما يؤدي إلى تصريف المشاعر تلك على هيئة اضطرابات سلوكية في الغالب.

(قريشي عبد الكريم، زعطوط رمضان، 2009، ص1-7)

بكل هذا الطرح تعتبر الالكستيميا (التكتم) أو الفقر في التعبير عن الانفعالات عائقا حقيقيا في طريق تشخيص الاضطراب النفسي، وعائقا في العلاقات البينشخصية، فحسب دراسة حديثة قام بها مانيلا وآخرون حول البحث الوبائي بفلندا تم تقييم أكثر من (5000) شخص يتراوح سنهم بين 30-97 سنة، قرابة 10% من المجتمع العام يظهرون خصائص ألكستيمية.

كذلك دراسة بريش BRUCH (1962): استعمل فيها تقنية الملاحظة التي كشفت له عدة مميزات موحدة في كيفية عمل الانفعالات لدى المرضى الذين يعانون من اضطرابات التغذية والمتمثلة في صعوبة التعرف على أصل الأحاسيس المتجذرة للاندفاع عكس الانفعالات التي نحس بها، إضافة إلى الصعوبة الهامة للتعبير اللفظي.

هذه الملاحظات تم التأكيد عليها بفضل عدة دراسات حديثة قام بها مجموعة من الباحثين بتسلسل زمني متقارب وهم COCHAANE BREWERTON, WISON, & HODGS, (1993),& WOLFE, FANKO, COUINO, & SIFNEOS, (1994), GROAT, RODIM, & DMSTEAD, (1995) التي أظهرت أن هناك ألكستيميا سائدة ومتنوعة بين 48 و 77% في حالات الشراهة وحوالي 40و 61% لمن لديهم سوء التغذية ومن النتائج المهمة المتواصل إليها في هذه الدراسات الالكستيميا لم ترتبط مع عدة مواقف لوحظت على المضطربين في التغذية، كعدم الرضا أو الارتياح بصورة الجسم أو الحاجة المرضية لأن يكونوا نحفاء، عكس هذا تماما لاحظوا أن هناك علاقة مشتركة بين الالكستيميا والمميزات النفسية المرتبطة بصعوبة التنظيم للحالات الانفعالية، بالتكافؤ مع عدة أعراض لدى المرضى بالاضطرابات التغذية، كالنشاط الزائد. (OLIVIER LUMINET, GROEME, J, TAYLOR, R, MICHAEL BAGBY, 2003, P15)

تأكيد لهذه الدراسة كشفت دراسة هانز جوجن غراب HANS JOEGEN, GRABE (2006): لمعرفة علاقة الالكستيميا باضطراب الوسواس القهري لدى عائلات من ألمانيا قدرت (82) عائلة تم تشخيصهم وفق

الدليل الاحصائي والتشخيصي للاضطرابات العقلية DSM-IV، إضافة لمقياس تورنتو TORONTO TAS-20 للالكستيميا، أسفرت النتائج أن هناك علاقة دالة بين الوسواس القهري وصعوبة التعرف والتعبير عن الأحاسيس، ولم تكن هناك علاقة بالتفكير الإجرائي للالكستيميا.

(HANS JOERGEN GRABE, MD, 2006, PP312-318)

دراسة قام بها رشيد وآخرون RACHID & ALL (2000)، على البيئة المصرية والهدف منها الكشف عن نسبة شيوع الالكستيميا لدى المدمنين وغير المدمنين، حيث تكونت عين الدراسة من (654)يمثلون الفئة المدمنة على الكحول والمخدرات حسب الدليل الإحصائي والتشخيص للاضطرابات العقلية DSM,VI ومقارنتهم ب (767)من غير المدمنين، تتراوح أعمارهم من 15-50 سنة، باستخدام مقياس الالكستيميا TORONTO (TAS-20)، أسفرت النتائج عن نسبة شيوع الالكستيميا على العينة ككل 20.7%، وتوصلوا لعدم وجود علاقة بين الالكستيميا وكل من السن والجنس والحالة الاجتماعية لدى الغير مدمنين، وكانت نسبة شيوع الالكستيميا لدى مدمنين الكحول 63%، أما مدمني المخدرات فكانت النسبة 41%.

(RACHEED, A, H, 2001, PP11-21)

يأخذ الضعف في التعبير الانفعالي شكلا آخر يتجلى في معاناة الفرد من الالكستيميا والتي هي عدم القدرة أو الصعوبة في وصف العواطف والانفعالات أو عدم الدراية بالمشاعر الداخلية ومن خلال هذا أكدت العديد من الدراسات أن كل من الالكستيميا والقمع ينبئان بمخاطرة متزايدة لتطور السرطان من بينها دراسة بوتن وآخرون BUTOW AND ALL (2000)، ودراسات أخرى نجدها قد توصلت إلى نفس النتائج.

(BUTOW, 2000, PP169-181)

لهذا الغرض فقد حاولت الباحثتان في هذه الدراسة معرفة العلاقة بين القمع الانفعالي والالكستيميا، ثم معرفة ما إذا كان هذان العاملان هما عبارة عن عوامل مخاطرة للإصابة بالسرطان على وجه التحديد.

عليه تكون تساؤلات الدراسة كما يلي:

هل توجد علاقة بين الالكستيميا واستراتيجية التعامل القمعي عند المرضى المصابين بالسرطان؟

التساؤلات الفرعية:

هل تعتبر استراتيجية التعامل القمعي عامل مخاطرة للإصابة بمرض السرطان؟

هل تعتبر الالكستيميا عامل مخاطرة للإصابة بمرض السرطان؟

2- الفرضيات:

الفرضية العامة: توجد علاقة بين كل من الالكستيميا واستراتيجية التعامل القمعي عند المرضى المصابين بالسرطان.

الفرضيات الجزئية:

تعتبر استراتيجية التعامل القمعي عامل مخاطرة للإصابة بمرض السرطان.

تعتبر الالكستيميا عامل مخاطرة للإصابة بمرض السرطان.

3-أهمية الدراسة:

تكمن أهمية الدراسة في النقاط التالية:

- يستمد هذا البحث أهميته من أهمية متغيراته، فالقمع الانفعالي استراتيجية غير متكيفة، تؤدي إلى اضطرابات نفسية وعضوية حسب ما أثبتته الدراسات السابقة وكذلك الالكستيميا استراتيجية غير مكيفة التي تعتبر من النظريات المفسرة للاضطرابات النفسية والانفعالية.

- قد تساهم هذه الدراسة في القاء الضوء على الجانب النضري لمفهومي استراتيجية القمع الانفعالي والالكستيميا التي ترتبط بالسياق الثقافي الجزائري وخاصة في الأسر التقليدية المتعلقة، حيث يتم تنمية قمع الانفعالات ويعد قيمة أخلاقية اجتماعية.

– تناول الجانب الانفعالي الذي يحظى حاليا باهتمام غير مسبوق من قبل الباحثين كأهم جانب من جوانب الشخصية، سواء في اتجاه مرضي كظهور علاجات خاصة بالانفعالات، كالعلاج التقبل بالإلزام، او في اتجاه صحي كالذكاء الانفعالي.

4– أهداف الدراسة:

تتمثل أهداف البحث فيما يلي:

– التعرف على علاقة الالكستيميا واستراتيجية التعامل القمعي للمرضى المصابين بالسرطان.

– التعرف على عوامل المخاطرة النفسية لاستراتيجية التعامل القمعي لمرضى السرطان.

– التعرف على عوامل المخاطرة النفسية للالكستيميا عند مرضى السرطان.

– الاطلاع على العلاقة الموجودة بين الالكستيميا والقمع الانفعالي لدى المصابين بالسرطان.

5– تحديد المفاهيم:

يشمل البحث على ثلاث متغيرات أساسية وهي القمع الانفعالي والالكستيميا والسرطان.

فيما يلي التعريف العلاجي والاجرائي لكل منهما:

القمع الانفعالي:

اصطلاحا: هي جهود معرفية وانفعالية لتجاهل أو تحويل الانتباه عن المثيرات المهددة، سواء كانت هذه المثيرات داخلية أو خارجية. (YOUNG JEIFFREY ET ALL, 2005, P20)

اجرائيا: القمع الانفعالي في هذا البحث على أنه الدرجات التي يتحصل عليها المريض في مقياس القمع الانفعالي ل وينبرجر WEINBERGER (1989) الذي يتكون من 84 بند والدرجات المتحصل عليها في سلم التحكم في الذات على ثلاثة، مضاف إليها الدرجات المتحصل عليها في بعد الدفاعات القمعية.

درجة القمع = درجة بعد التحكم في الذات/3+ درجة بعد الدفاعات القمعية.

الالكستيميا:

اصطلاحا: العجز عن التعبير الانفعالي أو صعوبة وصف المشاعر، وهي أيضا الآثار الانفعالية ويقصد بهذا المصطلح بغياب الكلمات للتعبير عن الانفعالات وصعوبة التمييز بين الاحساسات الجسدية والعاطفية أو عدم وصف انطباق الكلمات أو اللغة المناسبة بالاحساس المقصود من طرف الفرد والتي تعرف من خلال محددات وهي كالآتي:

- صعوبة التعرف والتعبير عن المشاعر.
- صعوبة وصف المشاعر.
- القدرة على التخيل محدودة. (SIFNEOS, P, E, 1973, P255)

اجرائيا: العجز عن التعبير الانفعالي: الخلط في الإحساس لدى المريض وصعوبة التعبير عنها بما يناسبها من كلمات وتتحدد اجرائيا بالدرجة المتحصل عليها المفحوص على مقياس الالكستيميا ل بورموند فورست BOURMOND-VERST (1994)، والذي يتكون من 40 بند.

السرطان:

اصطلاحا: عبارة عن تورم ناتج عن خلايا خرجت عن أجهزة المراقبة في الجسم وأخذت تنمو بصورة عشوائية حيث أن النمو في البدء يكون في العضو المصاب، ثم يتخطى التورم الحواجز التي تفصل بين الأعضاء، وخلال هذا التخطي قد تخرج بعض الخلايا السرطانية لتدخل في التسعيرات الدموية أو البلغمية التي تنقلها إلى مختلف أجزاء الجسم. (مصطفى مفتاح الشقماني، محمد الفقي، 2006، ص233)

اجرائيا: هم أشخاص موجودين في مستشفى محمد بوضياف بالمدية، تم تشخيص حالتهم من طرف الأطباء على أنهم مصابين بداء السرطان، ويزاولون العلاج الكيماوي على فترات منتظمة، من كلا الجنسين (رجال ونساء)، بمختلف الفئات العمرية ومختلف أنواع السرطان، تكونت العينة من 50 شخص اختيروا بطريقة قصدية.

تمهيد:

لقد خصص هذا الفصل من البحث للمتغير الأول في الدراسة ألا وهو استراتيجية القمع الانفعالي، إلا أن هذا المفهوم يصعب التعرف عليه بمعزل عن المفاهيم الأساسية، ومن هذه المفاهيم مفهوم استراتيجية التعامل، على اعتبار أن القمع الانفعالي هو أحد هذه الاستراتيجيات حسب التوجه المتبنى في هذه الدراسة، ومع هذا فإن هناك من يعتبر القمع الانفعالي دفاعية نفسية أولية الدفاع.

بالتالي فإن هذا الفصل يضم جزئيين، الجزء الأول مخصص لاستراتيجيات التعامل، وذلك من خلال تعريفها والتطرق إلى أهم الأطر النظرية المفسرة لها، والتعرف على الفرق بينها وبين الدفاعية النفسية، أما الجزء الثاني فقد خصص لاستراتيجية القمع الانفعالي.

من خلال التطرق إلى تاريخ ظهور هذا المصطلح وتعريفه، وذكر الفرق بينه وبين المصطلحات ذات صلة، وأهم الفرضيات التي حاولت تفسيرها، بالإضافة إلى العمليات التثبيطين والبعد الاجتماعي للقمع الانفعالي.

1-استراتيجية التعامل:

لقي مفهوم استراتيجيات التعامل اهتماما كبيرا من طرف علماء النفس وقد ظهرت عدة أبحاث في هذا المجال كانت أولها أعمال كل من **لازا روس و لونيير LAZARUS & LAUNNIER (1978)** وذلك لتحديد مجموع الوسائل من الردود لمواجهة الحادث المدرك كخطر مهدد للحفاظ على التوازن النفسي والجسدي، هذا الرد أو الاستجابة عرفها **دنتشر DANTCHER (1989)**، **بولهان PAULHAN (1992)**، **(COPING STRATEG)** أو **(STRATEGIE DAJUSTEMENT)**.

(PAULHANIET & ALL, 1994, P 156)

فيما بعد حظي هذا المفهوم بعدة تعريفات نوضحها فيما يلي:

1-2 تعريف استراتيجية التعامل:

يعد مفهوم استراتيجيات التعامل من الناحية الأدبية صعب الترجمة يعني بالفرنسية FAIRE AVEC أي "فعل مع" وفي مقابل ذلك اقترحت عدة مصطلحات منها: استراتيجية التكيف (STRATEGIES DADAPTATION)، الميكانزيم الدفاعية(MECANISMES DE DEFENSIES) ، استراتيجيات التوافق (DAJUSTEMENT STRETEGIES)، بحيث يقدم كل مصطلح وجهة نظر معينة، لذا يندرج مفهوم استراتيجيات التعامل (COPING) ضمن سياق نظري محدد يجد منبعه في العديد من التيارات النظرية المختلفة التي تناولت هذا المصطلح. (DANTCHEV N, 1989, P 23)

كان كل من لازاروس وفولكمان LAZARAS &FOLKMAN (1984) قد قدما تعريفا لاستراتيجيات التعامل على اعتبارها" مجموعة من الجهود المعرفية والسلوكية الموجهة نحو السيطرة على متطلبات الداخلية والخارجية التي تهدد الفرد أو تتجاوز حدوده وإمكانيته، أو نحو التخفيض من تأثيرها أو نحو تحملها. (FOLKMAN S, LAZARUSS RS, 1984, p 141)

يرمي هذا التعريف إلى بعدين سلوكي ومعرفي، حيث يحددان معا الطريقة التي يواجه بها الفرد الوضع الضاغط، وأنها عبارة عن نشاط يهدف إلى السيطرة، التخفيض أو تحمل وضعيات الضغط تبعا لما تقتضيه متطلبات الموقف وإمكانيات وقدرات الفرد.

يؤكد هذا التعريف على أن استراتيجيات التعامل هي عملية موجهة ORIENTED PROCESS وليست سمة موجهة TRAIT ORIENTED وأنها متغيرة باستمرار، بحيث اعتبرها شوا يزر SCHWARTZER

(2002) على أساس أنها سيرورة ديناميكية لا يمكن حصرها في نموذج "مثير_ استجابة" لأنها تتكون من مجهودات معرفية وسلوكية متغيرة في كل وقت تبعا لتقييمات الفرد لعلاقته مع المحيط.

(SCHWARTZER, M.B, 2002, P356)

حسب لازا روس وفو لكمان (1984): "تعد استراتيجيات التعامل تلك الجهود المعرفية السلوكية الموجهة للتحكم أو التقليل أو تحمل المتطلبات الداخلية أو الخارجية والتي تقدر على أنها تفوق أو تتجاوز إمكانيات الفرد أو قدراته" (SCHWARTZER, M.B, 2002, P284)

كما أشار ستبتون STEPTO سنة (1990) إلى هذا المصطلح ووحده على أنها الاستجابات التي يبديها الفرد في الوضعيات الضاغطة والتي تأخذ إما طابعا انفعاليا معرفيا (كاعتبار الورم السرطاني كحمل ميت) وقد تأخذ أشكالا سلوكية مباشرة كالمواجهة الصريحة للمشكل.

بينما فسر كل من راي، لندوب، جيبسون (GIPSON, LINDOP, RAY) ما يقصد بالحادث الضاغط الذي يدركه الفرد كتهديد، وذهبوا للقول إن الفرد خلال مسار حياته يتعرض إلى مجموعة من الأحداث المتتابعة مثل ميلاد الطفل، تغيير المهنة، الإصابة البالغة.

فقد يدرك هذه التجارب كتهديد تنجر من وراءه توترات وجدانية ذات آثار سلبية، يحاول الفرد بكل طاقته مواجهة هذه الأحداث لتغييرها، فاستراتيجيات التعامل حسب راي (RAY) تتمثل في محاولة الفرد التوافق مع المواقف الصعبة في حياته. (POULHAN & ALL, 1994, P43)

رغم تعدد التعاريف فيما يخص مفهوم استراتيجيات التعامل إلا أنها تشترك في كون COPING عبارة عن استراتيجيات تعامل يستعملها الفرد لتحقيق أو تجاوز الضغط للوصول إلى حالة من التوافق النفسي والاجتماعي.

2-التناولات النظرية لمفهوم استراتيجيات التعامل:

تعددت التناولات النظرية التي تناولت موضوع استراتيجيات التعامل وفيما يلي أهمها:

2-1 التناول أو النموذج الحيواني:

يقتصر عمل المواجهة بالنسبة لهذا النموذج على الاستجابات السلوكية الفطرية أو المكتسبة في مواجهة الفرد لأي تهديد أو خطر يمكن أن يوجهه كاستعمال الهجوم في حالات الغضب أو الهروب والتجنب في حالات الخوف.

كما تفسر استراتيجيات التعامل على أنها تتغير في مميزات الخبرة للإشارة السابقة وذلك مثل تزايد وضوح الرؤية في غرفة مظلمة. (DANTCHEV N, 1989, P14-41)

إذن فاستراتيجيات التعامل بالنسبة لهذا المنظور عبارة عن مجموعة من الأفعال والنشاطات التي يكمن دورها في مراقبة التقلبات التي تحدث في المحيط وبفضل تلك المراقبة المستمرة تم التخفيف من حدة الاضطرابات السيكو فيزيولوجية التي يمكن أن تحدثها التغيرات الطارئة في المحيط.

2-2 التناول النفسي (التحليلية):

يقترن مفهوم استراتيجيات التعامل وفقا للنموذج التحليلي بمفهومين أساسين هما:

2-2-1 مفهوم استراتيجيات التعامل من منظور سيكولوجية الأنا:

قد تناول فرويد (1933)، مفهوم ميكانزيم الدفاع والعمليات اللاشعورية التي يستخدمها الفرد في مواجهة التهديدات والقلق ورأى أن هذه الميكانزيمات الدفاعية ذات أهمية كبيرة في خفض الضغوط والتوترات وتعمل على مستوى اللاشعور، كما أنها تحرف وتشوه ادراك الفرد للواقع كوسيلة لخفض ما يهدده من قلق وضغوط، أن الفرد لا يلجأ إلى استخدام حيلة دفاعية واحدة لحماية نفسه من الضغوط والقلق، بل قد يستخدم أكثر من

أسلوب دفاعي واحد وفي ضوء ذلك يرى فرويد أن الميكانيزمات الدفاعية هي بمثابة استراتيجية مواجهة يلجأ إليها الفرد لا شعوريا للتخفيض من التوترات والقلق والصراعات الداخلية.

(RAYNAL FRONCOISE & RIEUNIER ALAIN, PEDAGOGIES, 1997, P57)

من بين العمليات العقلية نجد:

- **الإنكار (DENI):** أي انكار بعض أجزاء الواقع.
- **العقلنة (LINTELLECTUALISATION):** تغير مناسب وواقعي لما يحدث.
- **الانعزال (LISOLEMENT):** انحصار مسار التفكير على فكرة واحدة وبالتالي تعرقل فهمه للواقع.

(GIROUX JACQUIS & PAYETTE PIER, 1957, P62)

2-2-2 مفهوم استراتيجيات التعامل من منظور سمات الشخصية :

يرى هذا التوجه أن استراتيجيات التعامل (COPING) ما هي إلا سمة من سمات الشخصية، حيث نرى أن بعض المميزات الثابتة للشخصية مثل قمع الإحساس، أو الحتمية، أو التحمل تجعل الفرد مستعد لمواجهة الضغط بطرق معينة وحسب هذه الفرضية فإن الفرد يسلك نفس الطرق مهما تغير الحدث.

(PAULHAN & ALL, 1994, P43)

لكن الدراسات التي قام بها كل من لازا روس LAZARUS وكوهن COHIEN في (1973) و فولكمان FOLKMAN سنة (1986) بينت أن قياس السمة له تنبؤ ضعيف لاستراتيجيات المواجهة، واعتمدوا في ذلك على مجموعة من الحجج أهمها:

A. طبيعة السياق الحالي المتعدد الأبعاد:

يظهر ذلك مثلا في حالة مرض عضوي، فالمريض معرض لمختلف مواقف الضغط (الألم، الضعف، الوضعية الاستشفائية والعلاج في نفس الوقت) ولابد عليه أن يحافظ على توازنه الانفعالي وصورة الأنا مبتهجة والحرص على عدم فقد مصادره المالية، والمحافظة على علاقته الطبية مع عائلته.... كل هذه الالتزامات تستلزم استراتيجيات تعامل مختلفة عن بعضها البعض والتي لا يمكن التنبؤ بها عن طريق مقياس أحادي الأبعاد كالذي نجده في السمة.(POUHHAN ISABEL & BOURGEOIS MARC, 1994, p, 44)

B. الميزة الحركية والمتغيرة لسياق استراتيجيات التعامل COPING:

حسب دراسة كل من لازا روس وفو لكمان فقد وجدوا أن استراتيجيات التعامل تتأثر بمضمون الوضعية ففي دراسة على 150 فرد تم خلالها تقييم شهري تقدر ب 06 أشهر لأساليب التعامل المستعملة من طرف كل فرد أمام الحدث الأكثر ضغطا المقاس في الشهر الماضي، فوجدوا أنه يمكن لنفس الفرد وفي وضعيات معينة أن يستعمل استراتيجيات معرفية للتعامل تهدف إلى خفض شدة الضغط وفي وضعيات أخرى يستعمل استراتيجيات سلوكية تهدف إلى حل المشكل.

حسب دراسة (1978) كوهن CHOHEIN وبيلين PEALIN فالاستراتيجيات المعرفية تستعمل بكثرة في حالة حدث مفاجئ غير مراقب عير أن الاستراتيجيات السلوكية تستعمل في حالة ما إذا استطاعت قدرات الفرد تغيير الموقف أو الحدث. (PAULHAN ISABEL & BOURGEOIS MARC, 1994, p45)

زمن خلال ما سبق يمكن أن يتبين أن سمات الشخصية غير كافية للتنبؤ بالطريقة التي يواجه بها الفرد حالة الضغوط لأن استراتيجيات التعامل مفهوم يأخذ بعين الاعتبار الإمكانيات الشخصية الثابتة والطرق السلوكية من أجل مواجهة الوضعيات المختلفة للضغط.

2-3 التناول الاجتماعي:

من خلال الدراسات التي قام بها ممثلو المنظومة الاجتماعية حول أساليب التعامل الفردية والجماعية وهذا انطلاقا من إحساس الفرد بالنقص وجدو أن هذا الشعور يؤثر في سلوك الفرد بشدة مما قد يدفعه إلى نوعين من التصرفات تتمثل في تقبل الواقع أو رفضه.

يتحقق هذا الرفض في استراتيجيات عدة تتعلق بقدرات الفرد ودرجة طموحه وبالمكتسبات الاجتماعية وبالوفاء للجماعة وأفرادها ونذكر من بين هذه الأساليب ما يلي:

A. **التطابق:** هو سلوك يوحي بتطابق الفرد مع القيم الاجتماعية.

B. **الهروب:** ويتميز هذا السلوك بالانسحاب والابتعاد عن المقارنة بالغير ومن ثم تجنب الألم.

C. **سد العجز:** يكون بمحاولة الوصول إلى مستوى الآخرين وطموحاتهم، وبالتالي تأكيد الذات.

D. **التعويض:** وذلك بإدخال عوامل جديدة والسعي إلى فرضها في جماعة بطريقة مقبولة.

فالفرد اذن يستعمل أساليب ليصل إلى حالة من الطمأنينة والراحة وكذا المكانة الاجتماعية.

(عطور دليلة، 2001، ص، 126-127)

2-4 التناول المعرفي:

تعد استراتيجيات التعامل في النظرية المعرفية للضغط والمقاومة "مجموعة جهود سلوكية ومعرفية، في حالة تغير مستمر، تهدف إلى معالجة متطلبات داخلية أو خارجية خاصة مقدرة على أنها تشكل عبئا يفوق إمكانيات الفرد وقدراته"، أنه يشير إلى فكرة أن عملية التعامل تجري في شروط معينة من الضغط النفسي، وتتطلب عملا ذهنيا وسلوكيا موجها نحو معالجة تلك الشروط، الشيء الذي يميز استراتيجيات التعامل عن السلوكيات الأتوماتيكية التي لا تتطلب بذل أي جهد معرفي، كما أن ورود كلمة معالجة تشير إلى وجود

طرق وأساليب لعملية التعامل، والمقصود بها البدائل والخيارات المختلفة المستعملة في التعاطي مع وضعية ما، والتي يعبر عنها لازا روس LAZARUS في نظريته باستراتيجيات التعامل.

(FOLKMAN S, LAZARUS RS, 1984, P57)

من خلال هذه النظرية يمكن أن نشير إلى وجود ثلاثة مفاهيم هي:

- **الضغط المدرك:**

يعرفه لازا روس وفو لكمان LAZARUS &FOLKMAN (1984) على أنه تفاعل خاص بين الشخص والبيئة، حيث يقيم الفرد الموقف أنه في متناول موارده أو متجاوز لها وممكن أن يهدد سلامته.

إن التقييم الذاتي في المواقف الضاغطة لهذه الوضعيات هي التي تهم أكثر من الحقائق الموضوعية، لهذا فإن الضغط المدرك هو بمثابة تقييم ذاتي أكثر منه تقييم موضوعي للموقف الضاغط، كما أن الضغط المدرك بناء على هذا المنظور، يتمثل في مجموعة من التقييمات التي تمس ليس الوضعية المنفرة والمهددة فقط وإنما كذلك المواد المتوفرة التي تدرك على أنها غير كافية.

من هذا فالضغط المدرك هو نتيجة تفاعل بين الشخص والبيئة وهما يشكلان محددات الضغط المدرك.

(SCHWEITZER, M, B, 2002, P290)

- **التقدير المعرفي**

هي تلك العلاقة المعرفة التقديرية التي يتم بواسطتها تخمين أو توقع الفرد حول ما هو السلوك أو الإجراء الذي يشكل مصدر ضغط بالنسبة له في تعامله مع البيئة.(SCHWEITZER, M, B, 2002, P286)

ويميز فولكمان ولازا روس نوعين من التقييم أو التقدير هما:

A. **التقييم الأولى:** يحدث بشكل سريع وتلقائي، يدرك فيها الفرد الوضعية ومتطلباتها، وعلى أساسها تتحدد حالته النفسية والجسمية.

B. **التقييم الثانوي:** يتمثل في تقدير الفرد وقدراته الشخصية لمواجهة الحدث الضاغط.

(DOMINIQUE S, 2005, P10)

3-الفرق بين المواجهة والدفاع:

إن الفصل بين المواجهة (المقاومة) والحيل الدفاعية تعتبر مشكلة من الناحية التصويرية والأبريقين وكذلك فقد قدم كارمر CRAMER (2002) خمسة معايير للتمييز بين عمليات المواجهة والحيل الدفاعية ويقال إن الحيل الدفاعية تتسم بالآتي:

- أنها أكثر نزعة من أن تكون مواجهة.
- أنها أكثر احتمالا بأن ترتبط بالمرض.
- أنها أكثر تنظيما بوضوح.
- أنها لا إرادية.
- أنها لاشعورية (أي تحدث دون أن يكون الشخص على وعي بها)

أخذ لازا روس LAZARUS بالمعايير الثلاثة الأولى، ولن يستريح للمعيارين الرابع والخامس، وقد ذهب سوما فيلد وماك كراي SOMERFIELD & MCRAE (2000) إلى أن ردود الفعل الأسر يجب أن تعرف كمقاومة أو مواجهة إذا كان لا شعوريا وإراديا وتعرف كحيل دفاعية إذا كانت لاشعورية واللاإرادية.

(فايد حسين علي، 2005، ص215-214)

يرى سبيلبرجر SPIELBERGE أنه عندما تكون أساليب المقاومة الفعالة غير مجدية للحالات المهددة والضاغطة، يلجأ الفرد إلى الأساليب الدفاعية حيث يعتبر إدلي ERDELLY أن آية الدفاع هي عملية

أساسية BASIC PROCESS، أما الدفاع فهو الهدف الذي وضعت من أجله آلية الدفاع، وبالتالي فإن الآلية هدفها الدفاع. (ERDLY MATTHEW HUGH, 2006, P500)

رغم ما قدم من أوجه اختلاف بين آليات الدفاع والمواجهة، فإن هذه المسميات تحتوي على كثير من التقارب والتشابه في الوظائف والأدوار التي تقوم بها، بغض النظر عن كونها تعمل في إطار شعوري أو لاشعوري.

بعد هذا العرض الذي هو بمثابة تمهيد لكل من استراتيجيات التعامل، ننقل إلى إحدى هذه الإستراتيجيات أو الآليات ألا وهي استراتيجية القمع الانفعالي.

4-استراتيجية القمع الانفعالي:

4-1 السياق التاريخي لظهور مصطلح القمع الانفعالي:

فكرة قمع (MEMORY REPRESSION) هي فكرة مثيرة للجدل في علم النفس منذ فترة طويلة. (ANTHONY LAMBERT, 2001, P288)

رغم أن هذا المفهوم ارتبط مع فرويد، إلا أنه قد ظهر قبل التحليل النفسي بنصف قرن، عن طريق جون هيلبرت JOHEN HELBERT (1824-1825) ويطلق هذا المصطلح على تثبيط أفكار بأفكار أخرى، وبالنسبة لهيلبرت القمع ضروري نتيجة لمحدودية الشعور، وهذا بإدراكه لفكرة واحدة، لكن هذه الأفكار لا تختفي وإنما تسقط من الفكر وتقمع.

تأثر فرويد بأفكار هيلبرت لكن بطريقة غير مباشرة، حيث تبنى فكرة دفاعية القمع، إلا أنه يختلف مع الافتراض الفلسفي السابق لدى دفاعية هيلبرت عند اكتشافه لمفهوم اللاشعور وأصبح الشعور غيض من

فيض، وقد اقترح فرويد أن القمع هو نشاط من نشاطات النسيان لتلك الأفكار التي تسبب الصراع أو القلق وهو عبارة عن آلية للدفاع. (ERDELYI MATTHEW HUGH, 2006, P500)

كما ظل الاهتمام قائما خلال الستينات والسبعينات حول إيجاد مقياس للقمع، ومن أبرز هؤلاء الباحثين للقمع (REPRESSION SENSITISATION)، وقد استخدم هذا المقياس في دراسات عن القمع لكن ثبت فيما بعد أن قياسه للقمع ضئيل وأنه يمزج في كثير من الأحيان بين القمع والقلق.

(FURNHAM ADRIAN, PETRIDES K, V, 2002, P120)

في نهاية السبعينات وبداية الثمانينات تجدد البحث حول القمع الانفعالي، حيث ظهر هذه المرة مع أعمال وينبرجر وزملائه حول مفهوم الاستحسان الاجتماعي من خلال مقياس (MARLOW AND GREWNE SDS)وقد اقترح أن الأفراد يميلون إلى الرد (الاستجابة) الصحيح ثقافيا لكسب استحسان الآخرين، وبهذا فقد اعتبر مقياس مارلون وغرون MARLOW AND GREWNE بمثابة عاكس ومقياس سمته مستقرة في الشخصية تتسم بميل نحو البحث عن استحسان الآخرين، والحفاظ على صورة الذات.

إلا أنه لوحظ أن هناك انخفاض في الميل تقارير سلبية في اختبار القلق، ومن ثم عزل هذه السمة عن ظاهرة الاستحسان الاجتماعي وعرفت بآلية القمع الانفعالي أو استراتيجية التعامل القمعي.

(PAGET V, CONSOLI S, M, CARTONS, 2010, P100)

في محاولة لتحديد حقيقة القامع، اقترح وانبر غر وزملائه تصنيف الأفراد إلى أربعة أصناف على أساس كونهم عاليين أو منخفضين على المقياسين وكانت النتائج كالتالي:

- دفاع مرتفع/ قلق مرتفع: ارتفاع في الدفاع وارتفاع في القلق.
- عدم الدفاع/ انخفاض القلق: انخفاض في الدفاع في القلق.

- عدم الدفاع/ ارتفاع القلق: دفاعية منخفضة وقلق مرتفع.
- قامعين: دفاعية عالية وقلق منخفض. (FURNHAM ADRRAN, PETRIDES K, V, 2002, P120)

في محاولة أخرى لوينبرجر وزملائه سنة (1979)، استخدموا عبارة مهمة الربط ASSO CIATION TASK، للتحقق من صحة القمع، ويتألف هذا الاختبار من العبارات المتعلقة بالحياد، موضوعات جنسية، موضوعات العدوانية.

أظهرت النتائج أن القامعين لديهم ردود فعل أبطأ اتجاه العبارات الجنسية والعدوانية بالمقارنة مع المشاركين الغير قلقين، وكانت لديهم مستويات من الاضطراب الكلامي.

(HOUT VEENO JAN H, RIETVELDA SIMON, 2001, P266)

أما فيما يخص الموضوعات الانفعالية فقد استخدم وينبر غر وزملائه مقاييس فسيولوجية، وقد أشار إلى أن القامعين كانوا أكثر قلقا من المجموعة المصنفة على أنها غير قلقة من انخفاض تقاريرهم الذاتية.

وقد حاول MATTHEW HUGH ERDELYI إيجاد نظرية موحدة للقمع استنادا إلى ما جاءت به علم النفس الفريدي وعلم النفس التجريبي، حيث يقسم القمع إلى قسمين العمليات المثبطة والعمليات المضافة، ونظرا لأهمية هذه النظرية في شرح كيف يتم القمع سنتطرق إليها بالتفصيل لاحقا.

من خلال هذه الأطر النظرية والدراسات ظهر مفهوم القمع الانفعالي، وفي نقطة لاحقة سنحاول جمع بعض التعريفات الواردة حوله.

4-2 تعريف القمع الانفعالي:

عرفه وينبر جر WEINBERGER على أنه آلية دفاعية بالمعنى المعرفي لها دور حاسم في مكافحة الوعي بالانفعالات السلبية (كالشعور بالذنب، الغضب، الخوف) فقط من أجل الرغبة في الحفاظ على صورتها أمام الآخرين وتجنب الرفض الاجتماعي. (ANTHAONY JAM BERT, J, 2010, P125)

كما عرف القمع الانفعالي على أنه استراتيجية مواجهة تتسم بكف الانفعالات السلبية، وكف الاستراتيجيات المعرفية لتجنب معلومات القلق INFORMATION ANXIOGERS.

يعرف أيضا أنه ميول قوية لاستخدام التجنب المعرفي وقليل من الاستراتيجيات اليقظة، لمحاولة الحد من خبرة التنشيط الانفعالي لتجنب عملية معالجة المعلومات مصدر القلق.

قد عرف أيضا على أنه ميل متكرر، ويشكل مفضل إلى استخدام آلية مرتبطة بانخفاض الحكم في اختبار سمة القلق في الشخصية. (CARTON, S, 2006, P125)

بما أن الدراسة الحالية قد اعتمدت على مقياس وينبر جر WEINBERGER في قياس هذا المتغير فان هذا التوجه يرى أن القمع الانفعالي هو استراتيجية التعامل، وأطلق عليها استراتيجية التعامل القمعي، وهو استراتيجية من استراتيجيات ضبط الانفعال فيما ذكره (SOUTHAM_ GEROWET) وهذا ما اعتمدناه في هذه الدراسة.

أما عن دور هذه الاستراتيجية فقد اتفقت جل التعريفات المذكورة أعلاه، في كونها كفاح عن تهديد قد يمس الشخصية أو يهدد صورة الذات، بهدف الحفاظ على هذه الصورة أمام الآخر ورغبته الاستحسان الاجتماعي. لكن رغم تحديدنا لمفهوم القمع الانفعالي إلا أن ليس يبين مفهوما وبعض المفاهيم التي قد تتشابه معها في جانب من الجوانب، لذا فمن المفيد قبل أن تنقل إلى التفسيرات المقترحة لهذه الاستراتيجية وجب التطرق إلى عنصر استراتيجية التعامل القمعي ومصطلحات متشابهة.

5- الفرضيات المفسرة للقمع الانفعالي:

إن القامعين لديهم قدرة فائقة على كف ذاكرتهم عن الاحداث السلبية، وقد اقترحت أربع فرضيات لتفسير معالجة الذاكرة للمعلومات الانفعالية، وقد وضحها كرتون CARTON.(CARTON S, 2006, P125)

الفرضية الأولى: وضعت من طرف دافيس DAVIS (1987) حيث يرى أن قمع الذكريات الانفعالية وظيفة الانفعالات الكثيفة التي ترتبط مع التمثيل وقت الترميز، وهو يرى أن الآلية الكامنة وراء القمع تلاحظ في ضعف الرابطة بين التمثيل الانفعالي السلبي REPRESENTATION EMOTIONNELLE NEGATIVE للذكريات التي تسبب القلق وغيرها من الانفعالات.

إن العجز في الذاكرة الانفعالية عند القامعين، هو ضعف في تنمية الأحداث الانفعالية أثناء ترميزها، وحسب هذه الفرضية فإن القمع يعمل في وقت ترميز الانفعالات السلبية.

الفرضية الثانية: فترى أن الخلل يكمن في انضمام الذكريات السلبية للقامعين، دليل على وجود مخطط أقل تعقيدا وأقل غنى، وهذا المخطط الأقل تعقيدا يستهدف في المقام الأول عزل الذكريات المرتبطة بأفراد معينين، مما يؤدي إلى أنماط انفعالية غنية.

حسب هذه الفرضية فإن التمثيل مرتبط بالانفعالات السلبية الأكثر صعوبة في الوصول إليها، والاستجابة الفسيولوجية تكون أكثر كثافة، حيث يظهر تناقض، فمحفزات الخوف تعكس تقييم "منفصل" لكن في المقاييس التمثيلات موجودة بالذاكرة التي لا يمكن الوصول إليها، وتنشيطهم للأحداث الانفعالية صعب، وهذا يؤدي إلى كف المعالجة الواعية للمحفزات الانفعالية.

الفرضية الثالثة: فتركز على ميكانزيم الانقطاع DISCONTINUITE بين المراحل المختلفة معالجة المعلومات الانفعالية.

فيرى أصحاب هذه الفرضية أن القامعين حساسين كثيرا للخوف والقلق أثناء المراحل الأولى للحجز SAISE، وترميز المعلومة لكن هذه الحساسية ستدخل بواسطة مثبطات تؤدي إلى تخزين فقير لهذه الأحداث الانفعالية، هذا وقد أضاف باحثون آخرون حساسية الادراك للأحداث الانفعالية التي تولد الخوف، الذي هو أصل ميكانزيم التجنب لدى القامعين، وأيضا مصدر عجز ذاكرتهم بدلا من عدم وجود حساسية للخوف.

أما الفرضية الأخيرة: فقد اقترحت أن القامعين، يكونوا أكثر ترجيحا للروابط بين الأحداث الانفعالية لأن كثيرا من الوضعيات، يتم تقييمها على أنها تافهة، إلى جانب دراسة عمليات الذاكرة، وعمليات الانتباه تكون انتقالية، وقد سلط الضوء على القمع من طرف مندلينا MONDOLINA (1996)، وقد قام بتعريف القمع على أنه دفاع عن الادراك حيث أن الفرد يستعمل آليات لمعالجة المعلومة المتحيزة خلال ترميزه لها.

مثال: تجنب الانتباه الانتقائي، أو أثناء الاستعادة المتأخرة.

هذا بالنسبة للفرضيات التي وضعت لتفسير القمع الانفعالي، لكننا نتساءل أيضا عن كيفية حدوث القمع الانفعالي، أو العمليات التي يتم من خلالها قمع الذاكرة.

6- العمليات التثبيطية أو الإختزالية:

لقد حاول اردلي ERDELEYI MATTHEW HUGH (2006) إيجاد نظرية موحدة للقمع استنادا إلى ما جاء به علم النفس الفريدي وعلم النفس التجريبي.

حسب اردلي فالعملية المثبطة، هي منخفضة للوعي، ويعرفه على أنه طرح سيكولوجي يتسبب في وعي أقل، وقد أعطى اردلي.

مثال: تخصيص الانتباه في اتجاه، للقضاء على التفكير في أشياء مزعجة، وقد قسم اردلي عمليات التثبيط إلى قسمين: التثبيط البسيط والتثبيط المنظم.

6-1 التثبيط البسيط:

إن تثبيط الوعي لبعض الأغراض، أو بهدف الوصول إلى أهداف محددة، هو محاولة نسيان المواد المستهدفة ومن ثم تدهور الذاكرة حول هذه المادة، إلا أن محاولة نسيانها لا يعني بالضرورة خسارة هذه المادة أو تلاشيها، بل هناك جهود تمكن من استرجاعها، وقد تؤدي بعدها إلى تذكر مفرط HEYPER MANESIA.

قد قام اردلي وأبلوم (1973) بتجربة حول الاخفاء المعرفي (COGNITIVE MASKING)، على عينة من الطلاب اليهود المتدنيين، حيث أعطي لهم صليب معقوف به دائرة بالوسط، ورموز محايدة محتشدة حول المركز الدائري، وطلب منهم تذكر الشكل فوجد أن هناك حساسية اتجاه الصليب المعقوف بالمقارنة مع الشكل الدائري وما حوله من أشكال محايدة وكان هناك جهود لدرء إدراك الصليب المعقوف.

حسب اردلي ERDELEYI MATTHEW HUGH (2006) فإن هذا النوع من الظواهر لوحظ كثيرا من الأدب التجريبي، وتحت مسببات مختلفة .مثال: ضيق الاهتمام NARRONING OF ATTENTION التسلح المركز WEAPON FACUS، الصدمة العقلية MENTEL SCOCK.

حيث أن البنود الثانوية تفحص جيدا أما البنود الثانوية فالتذكر والادراك يكون سيئا.

من هنا فحسب اردلي فإن فقدان الذاكرة هذا، يمكن أن يكون بسبب الاخفاء المعرفي، التقدمي أو المنظور، وأهمية هذا الإخفاء تكمن في انخفاض الأداء مع المثيرات الانفعالية، وقد يتضاءل لقلة الدفاع، وانخفاض معالجة نحو هذه المعلومات، بمعالجة معلومات أخرى.

هذا ما يظهر في الحالات الإكلينيكية حيث يتجلى بوضوح تجنب التفكير في المادة المزعجة، بسبب الضيق الذي تسببه تلك المادة المزعجة. (ERDELEYI MATTHEW HUGH, 2006, P200)

فالجهود المبذولة لقمع المادة المزعجة أو المهددة، لا تنجح من الوهلة الأولى، وإنما يستغرق وقتا طويلا، قد يكون أياما أو أسابيع أو شهر، أو حتى سنوات، والنجاح في القمع التثبيط يكون مع مرور الوقت.

وعلاوة على ذلك، حتى لو لم يتحقق النجاح في نهاية المطاف القمع المثبط، يؤدي إلى إضعاف الذاكرة التي يمكن الوصول إليها على مر الزمن، لأنه لا يمكن الوصول إلى المادة المقموعة.

6-2 التثبيط المنظم:

حسب اردلي ينتشر القمع بطريقة دقيقة ومنظمة، للوصول إلى الهدف المرجو والعزلة (ISOLATION) أو العقلنة حيث يفصل فيه الشخص، أو يعزل وظائف الذاكرة الانفعالية، ويكبح الجوانب الانفعالية، وهذا مثال واحد للتثبيط المنظم.

قد ركز اردلي على الانكار DENIA حيث أظهر أنه واسع الانتشار في القمع، والفرد في حالة الانكار لا يفشل في رؤية الحدث وإنما يفشل في رؤية المعنى الحقيقي للحدث.

حسب اردلي فالانكار يمكن أن يتحقق من خلال الافتراض النظري الفرويدي، بين ما هو ظاهر (سطحي) وما هو عتيق، أو المحتوى الدلالي الكامن للمثير.

في كثير من الأحيان عل النفس التجريبي يعتبر مشتبه به، وهذا راجع لأن الأمثلة عادة تؤخذ من الأحلام حيث يختلف في تفسير محتواها الكامن. وقد وضع اردلي للتثبيط المنظم، حيث أن (س) حدث (حلم، خطأ، كلام)، وافترض أن (س) هو السياق، وهو مجموعة من الألفاظ الأخرى الخارجية (الظروف المصاحبة، أو الحقائق المعروفة) التي تصاحب الحدث المستهدف.

(س) تعبر عن المحتوى والذي يحدث في السياق (ع): ع=ع (س) وبالتالي فإنه حسب اردلي فالحدث المعزول لا يساوي الشيء الذي يفهم في اعتبار السياق، والمحتوى الكامن، ونتعرف على المحتوى الكامن لاردلي من خلال السخرية والمزاح والأحلام والأخطاء.

7- استراتيجية القمع الانفعالي ومصطلحات ذات صلة:

يرتبط القمع الانفعالي ببعض المفاهيم التي نجد أحيانا خلط في تعريفها لذا سنحاول التمييز بينه وبين أبرز مفهومين قد يتداخلان معه، وهما مفهوم الالكستيميا، ومفهوم الإلغاء الانفعالي أو التجنب الانفعالي، من حيث خنق الانفعالات والعجز في التعبير عنها الالكستيميا.

تعرف الالكستيميا حسب تايلور (TAYLOR) على أنها:

- صعوبة في وصف والتعرف على الانفعالات.
- صعوبة في التعبير الشفهي والانفعالات نحو الآخر.
- محدودية الحياة الهوامية.

فمن خلال هذا التعريف نلمس تشابها مع مفهوم القمع الانفعالي، من حيث أن كلاهما لديه عجز أو صعوبات في وصف المشاعر، والتي تعتبر وسيلة للاتصال، أو إشارة للتأثر والذي يكون قليل التواجد عند كل من القامع والالكستيمي. (HAUWEL FANTINI, C, PEDINIELL J, L, 2008, P278)

كما أشارت العديد من البحوث أن كل من الألكستيميا والقمع ينطوي على العجز في التعبير عن الانفعالات والذي يرتبط بالمرض العضوي والاضطرابات السيكوسوماتية.

(M YERS LYMN B, 1995, P100)

قد يظهر الفرق بين القامعين والالكستيميين في أن القامعين لديهم عجز في المعالجة للمعلومات الانفعالية السلبية.

أما الالكستيميين فلديهم عجز في وصف الانفعالات اللفظية وغير اللفظية، وسواء كانت هذه الانفعالات سلبية أو إيجابية.

هناك باحثون آخرون أشاروا إلى أن الفرق بين القامعين والالكستيميين يقوم على حجم العجز الملاحظ وليس في النوعية.

فقد أثبت نيوتن وكونترادا NEWTON & CONTRADA أن النمط القامع يتم بمستوى عال من الدفاع ومستوى منخفض من القلق، على الرغم من النشاط الفيسيولوجي المرتفع هذا يعني أن هؤلاء يتميزون بعدم الارتباط بين التنشيط الفيسيولوجي والانفعالات السلبية المصرح بها.

في حين أن وصف المشاعر السلبية للالكستيميين تجاوز هذا التنشيط الفيسيولوجي، لذا فإنه يظهر ارتباطا بين التنشيط الفيزيولوجي والانفعالات المصرح بها.

(HAWEL, FANTINI C, PEDINIELLI J, L, 2008, P278)

من خلال التقارير الذاتية لكل من الالكستيميين والقامعين فإنه يظهر أن هذين البعدين مختلفين لهذا حسب ما أثبتته كل فيهل PIHL ومارتين MARTIN (1986)، حيث أن القامعين لديهم درجات منخفضة على مقياس الالكستيميا.

كما أثبتت دراسات أخرى وينبر جر وشوار ترز WEINBERGER &SCHWERTEZ (1990) أن الالكستيميا والمواجهة القمعية تربط عكسيا.

الإلغاء الانفعالي أو التجنب الانفعالي EMOTIONAL SUPRESSION:

الإلغاء أو التجنب الانفعالي، هو آلية لتجنب الذكريات والأفكار السلبية، تكون خاصة عند ذوي اضطرابات المزاج، الذين يتميزون بأفكار سلبية مستمرة، بخصوص، شخصهم، تاريخهم، ومستقبلهم.

(DIELER ALICIA C, MICHAEL M, PICHTA T, PRESTER, ANDEAS J FALL GATTER, 2010, P129)

تعرفهم الجمعية الأمريكية السيكاترية في مختصر الدليل التشخيصي الرابع DSM4، على أنه آلية دفاعية يتجنب فيها الشخص عمدا التفكير في المشاكل المقلقة والرغبات والشاغر أو الخبرات.

قد يتشابه مفهوم التجنب الانفعالي ومفهوم القمع الانفعالي في أن كل منهما لديهما ميول لتجنب الانفعالات السلبية.

رغم هذا التشابه إلا أن هذين المفهومين مختلفين ولا يشيران إلى نفس المدلول.

(MYERS & GNN B, 2004, P109)

حيث أثبتت العديد من الدراسات أن هناك علاقة بين التجنب الانفعالي والعديد من الاضطرابات النفسية والأعراض المرضية.

فالتجنب الانفعالي يرتبط بالأسى النفسي حسب دراسة كل واستيموا وزملاءه IWASTIMA كما أثبتت دراسة WILDES AND (2010) أن التجنب الانفعالي يرتبط بأعراض القلق والاكتئاب واضطرابات الأكل إلا أن القمع الانفعالي بالنظر إلى خصوصيته هي الميل إلى إعطاء تقارير إيجابية، حيث أن القامعين من خلال تقاريرهم الذاتية، لديهم نقاط عالية من التكيف والصحة والتصدي الناجح للخوف والقلق والحزن ودرجة منخفضة من العداء، باختصار فإن القامعين يظهرون من خلال تقاريرهم الذاتية بوصفهم المجموعة الأكثر صحة و السعادة والتكيف، ومن بين الدراسات EGLOFF & HOCK (1997), GB & KROHENE, .KREITHER & KRITHEN (1991), MYERS ET BREWIN, VETERE (1997)

(FURNHAM ADRIAN, 2002, P85)

على العموم فإنه من الصعب معرفة الفروق بدقة بين هذين المفهومين ومفهوم القمع الانفعالي نظرا لخصوصية هذا الأخير في إعطاء تقارير إيجابية.

إن التعرف على مفهوم استراتيجية القمع الانفعالي ومعرفة الفرق بينه وبين مفاهيم متشابهة، يدفعنا إلى التساؤل عما إذا كان هناك تفسير لها، لذا فالنقطة الموالية خصصت للفرضيات المفسرة لهذه الاستراتيجية.

8- البعد الاجتماعي للقمع الانفعالي:

يظهر البعد الاجتماعي للقمع من خلال الأعمال التي قدمها جينفر فرويد Jennifer Fred.

حيث أثبتت أهمية الدوافع الاجتماعية، وقد بين فرويد أن الدوافع الاجتماعية هي السبب الكامن وراء القمع، وذلك نتيجة للضغوط الاجتماعية، وبالتالي هناك حاجة ضمينه إلى عزل المعلومات عن الوعي للحفاظ على

مجموعة كاملة من العلاقات الاجتماعية (الحميمية والمجتمعية، والسياسية.....).

(FREYD JENNIFER, J, 2006, P85)

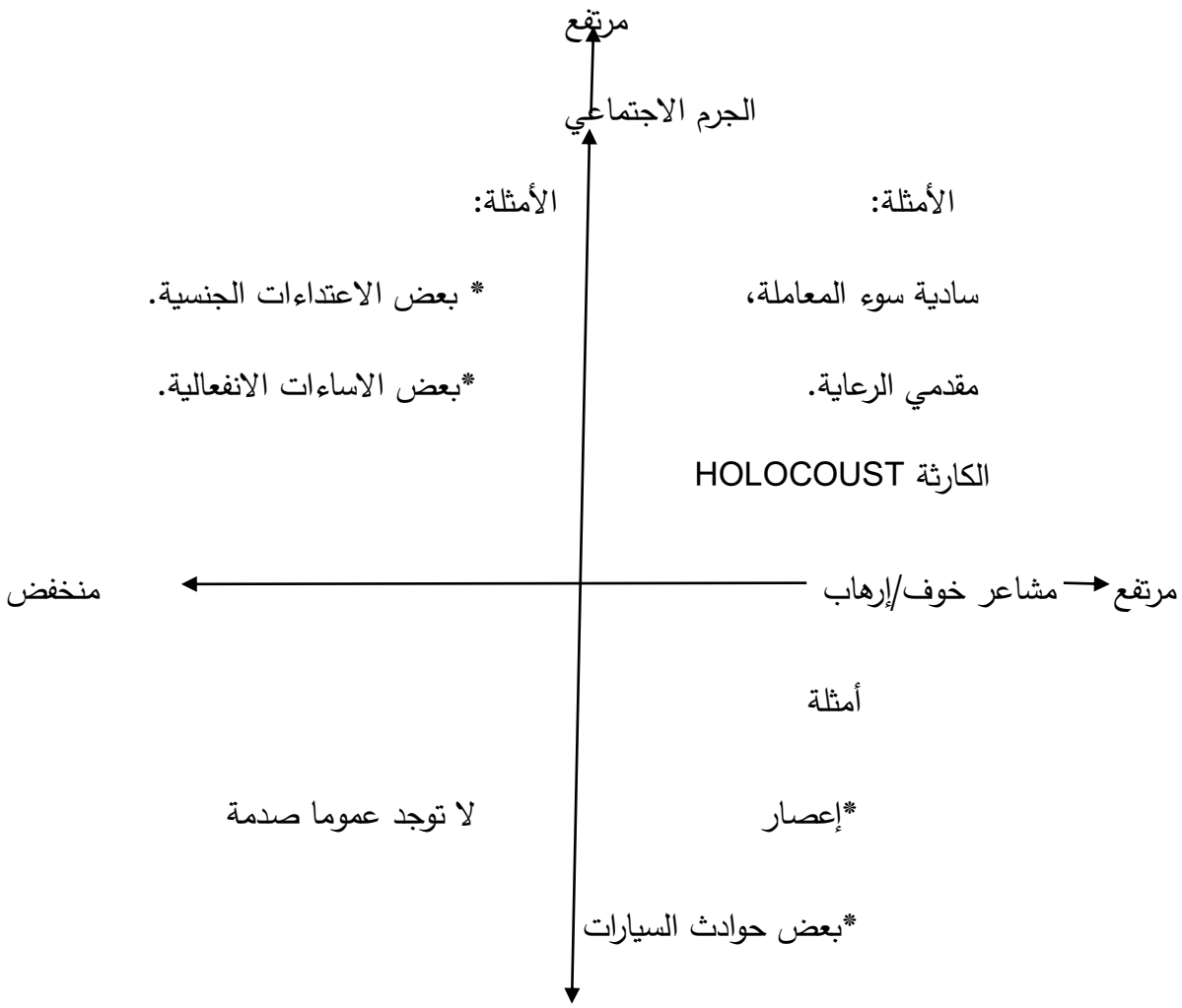
النسيان والغفلة أحيانا تكون مشجعة من طرف الآخرين، مثلا عندما يلحق أحد بالضرر بالآخرين، فإنه يحدث نوع من التلاعب في الإفصاح عنه لاحقا وذكر الحدث.

يتعرض الأفراد أحيانا إلى معلومات قد تهدد راحتهم النفسية (WILL, BEING) في مثل هذه الحالات يكون القمع غير تكيفي.

مثالا عن الإساءة من طرف مقدمي الرعاية، في نظريته المعروفة بصدمة الخيانة BETARYAL TRAUMA THEORY المعروفة اختصارا ب BTT، حيث يقترح أن الطريقة التي تتم فيها معالجة الأحداث والتذكر تكون متعلقة بالحدث السلبي الذي يمثل له خيانة، وقد يكون الوعي الكامل بمثل هذه الإساءة زيادة خطر للضحية تعزيز الانسحاب أو مواجهة مرتكب الجريمة.

(FREYD JENNIFER, J, 2006, P120)

الشكل رقم (01): نموذج الأحداث الصادمة لفرويد FREYD



(FREYD JENNIFER, J, 2006, P160)

يفترض فرويد من خلال (BTT) أن عزل المعلومات المعرفة عن طريق تهديد المعلومات للفرد متعلق بمدى تعلق الفرد بصاحب الجريمة، حيث أثبتت الدراسات أن التذكر المنخفض يكون في حالة الإساءة من طرف مقدمي الرعاية. (FREYD JENNIFER, J, 2006, P200)

قد وجد فرويد وزملاءه (2001) حسب فرويد

أن الاعتداء الجسدي والجنسي الذي يرتكب من طرف مقدمي الرعاية، كان مرتبطا بمستويات أعلى من عدم التذكر في التقارير الذاتية لسوء المعاملة الآخرين من غير مقدمي الرعاية، وترتبط أيضا قلة التذكر بمستويات عالية من صدمات الخيانة، ومستويات أعلى من ميول التفكك (DISSOCIATIVE TENDENCIES)

حسب فرويد (2006)

فالتفكك (DISSOCIATION)، مثل القمع قد يساعد على ابعاد معلومات الخيانة من الوعي، وقد وجد كل من فرويد FREYD ودي برنس DEPRENCE، وجد أن العالي التفكك لديهم ذاكرة ضعيفة للكلمات المرتبطة بالصدمة على سبيل المثال: زنا المحارم، على عكس الكلمات الحيادية، بالمقارنة مع منخفضي التفكك.

وهذا ما توصل إليه أيضا بليز BLEASE وزملاءه (2004)، أن الأطفال المتعرضين للإساءة، أقل تذكرا للصور المتعلقة بسوء المعاملة بالمقارنة مع الأطفال غير المتعرضين للإساءة.

أما الخيانات الزوجية فيعتبر فرويد (2006) أنه أحيانا قد تكون الخيانة الزوجية واضحة، لكن مع ذلك فالطرف المظلوم قد يكون غير مدرك لهذه الخيانة رغم وضوحها.

قد أجرى فرويد (1996)، العديد من المقابلات مع الأفراد الذين تعرضوا للخيانة، فبالنسبة لوصف الشعور فإنه يكون من قبل رفقائهم، وهذا ما يدل على عمى عن الخيانة، على حد تعبير فرويد، وهذا لضرورة حماية العلاقة.

لأن الوعي بالخيانة حسب زبرجين ZUBRIGGEN (2005) حسب ما ذكره فرويد (2006).

زعزعه للاستقرار وتدبين أن هذ العملية يمكن أن تحدث عندما يجهلون الخيانة الملاحظة من طرف شركائهم، وهذا دافع لبقاء التبعية للشريك وحماية له من تهديد الانفصال.

توصل أيضا شاري SHARI (1994)، أن الخيانة من قبل القيادة عامل رئيسيا في تعرض الجنود للنسيان. (FREYD, JENNIFER, 2006, P150)

بين فرويد (2006) أن الدافع الرئيسي وراء القمع هو تجنب الآلام النفسية، وهذا لأن القليل من الألم قد يكون خطر أكثر من الشعور بالألم في حد ذاته.

أكد فرويد أن القمع هو الأكثر احتمالا عندما يتعلق الأمر بحماية علاقة مهمة.

في صدمة الخيانة قد يتسبب رد الفعل في وضع أسرا بالنسبة للشخص المتعرض للخيانة وبالتالي فإن القمع حسب فرويد في هذه الحالة هو تكيفي.

بين فرويد (2006) أن القمع له تأثير مماثل أيضا على الألم الجسدي، حيث يتم قمعها وذلك لحاجة، وحتى الاصابة الخطيرة قد يتم تجاهلها وهذا لا يعود إلى الرغبة في تجنب الألم، وإنما هناك حاجة ماسة لتجاهل الألم من أجل الحفاظ على الاستجابة المعتادة.

وضح فرويد (2006)، أن تبادل المعلومات الصادمة لها آثار على قدرات الذاكرة حول تلك الذاكرة، فانخفاض المشاركة الاجتماعية للمعلومات وانخفاض المشاركة الاجتماعية لهذه المعلومات وفرص تكرارها أقل وبالتالي تكون أقل ترميز، وأثرها في نهاية المطاف عدم التذكر والعكس صحيح.

بما أن القمع الانفعالي له علاقة بالجانب الاجتماعي حسب هذا المنظور، وأيضا متعلق بالصدمات التي يتعرض لهذا الفرد خاصة في مرحلة الطفولة والمراهقة.

ملخص الفصل:

رغم تعدد التعاريف فيما يخص مفهوم استراتيجيات التعامل إلا أنها تشترك في كون الكوبينغ COPING عبارة عن استراتيجيات تعامل يستعملها الفرد لتحقيق أو تجاوز الضغط للوصول إلى حالة من التوافق النفسي والاجتماعي.

حاولت العديد من الأطر التناول الحيواني التناول التحليلي والتناول المعرفي والتناول الاجتماعي، إلا أن التناول المعرفي كان هو التناول الأكثر بروزا.

مفهوم القمع الانفعالي، كفاح عن تهديد قد يمس الشخصية أو يهدد صورة الذات، يهدف الحفاظ على هذه الصورة أمام الآخر ورغبة في الاستحسان الاجتماعي.

أما فيما يخص الفرق بينهما وبين كل من التجنب الانفعالي والالكستيميا واستراتيجية التعامل القمعي وهي مفهوم مستقل.

أما عن الفرضيات المفسرة لها فقد وجدت أربع فرضيات، الأولى ترى أن قمع الذكريات الانفعالية وظيفة الانفعالات الكثيفة التي ترتبط مع التمثيل وقت الترميز، أما الثانية فترى أن الخلل يكمن في انضمام الذكريات السلبية للقامعين، دليل على وجود مخطط أقل تعقيدا وأقل غنى، وهذا المخطط هو الرابط بين التمثيلات الانفعالية المختلفة، فحين أن الفرضية الثالثة تركز على ميكانيزم الانقطاع، وركزت الأخيرة على ترجيح الروابط بين الأحداث الانفعالية ونتقسم عملية التثبيط إلى قسمين: تثبيط بسيط وتثبيط منظم كما أن العوامل الاجتماعية هي أسباب رئيسية في حدوث عملية القمع الانفعالي.

تمهيد:

يعود الفضل في ظهور الأبحاث على الاليكستيميا أو التكتم الى نخبة الاخصائيين الدين أشاروا الى عدة مميزات ظهرت على مرضاهم مع بداية الخمسينات إضافة إلى أطباء النفس الدين نقلوا ما لاحظوه على مرضاهم من صعوبة في العلاج بسبب نقص إدراكهم بانفعالاتهم وتمييزها عن الاحساسات الجسدية أو التعبير عنها بواسطة اللغة، ومن ذلك الوقت إلى يومنا هذا والأبحاث جارية ذلك الوقت إلى يومنا هذا والأبحاث جارية لتحديد هدا المفهوم الجديد الذي طفا على السطح الأكاديمي، خاصة ببروز علم النفس العصبي والفيزيولوجي والمعرفي.

محاولة منا توضيح مفهوم الأليكستيميا، إلى جانب أهم النظريات الحديثة المفسرة لها.

01-المسار التاريخي لمفهوم الالكستيميا:

بدأ المسار وفق التسلسل التاريخي للباحثين التاليين:

- **روش RUESH(1948)**: لاحظ أن هناك خلل وظيفي في التعبير اللفظي الانفعالي والترميز لدى المرضى المصابين باضطرابات سيكوسوماتية.
- **مكيلين MACLEAN(1949)**: **لاحظ** أن المرضى السيكوسوماتيين يقومون بتقييم فكري، إلى جانب تفريغ جسدي غير لفظي.
- **فريدمان وسويت FREEDMAN & SWEET (1954)**: لاحظ على المرضى السيكوسوماتيين عدم القدرة على التعبير الوجداني، إلى جانب جهلهم للانفعالات.
- **مارتي وميزان MARTY & DE MUZAN (1963)**: لاحظ على سبعة (7) أفراد ممن يعانون من اضطرابات نفسية جسدية، وفقر في الخيال، وتفكير عملياتي إجرائي وتعني الاستسلام لرتبة الحياة

دون أن يوظف فيها مشاعره وأفكاره، فادا كان محاسبا يحلم أنه يقوم بعملية محاسبة وادا كان نجارا يحلم أنه يدق مسمارا، وهده الأحلام تسمى بالعمليات حيث تغيب عنها الرموز والأفكار والخيالات والرغبات اللاواقعية، وهي بدلك تعكس انخفاض القدرة على التعقيل.

- **بيتر وسيفن يوس PETER & SIFNEOS (1963)**: لاحظ على أربعة عشر (14) مريضا من اضطرابات نفسية جسدية ما يلي:

لغة محدود ما يؤدي إلى صعوبة في الاتصال، علاقات مع الاخرين تنقصها الإحساس، لديهم ميل للتصرف بدلا من الكلام، وصعوبة صريحة لإيجاد الكلمات لوصف مشاعرهم

- **سيفن يوس، نميه وفرانك SIFNEOS,NEMIAH &FRANKEL (1968)**: بدأ العمل في تأسيس قسم للطب النفسي بمستشفى **BETH ISRAEL** ببوسطن، ودراسة الدور الدي تلعبه الانفعالات في الاضطرابات النفس جسدية.
- **سيفن يوس ونيمه SIFNEOS & NEMIAH (1970)**: لاحظ على عشرين من السيكوسوماتيين، صعوبة في وصف مشاعرهم، وغياب الهوامات وتفكير عملياتي إجرائي.
- **سيفن يوس SIFNEOS (1972)**: يستعمل لأول مرة مصطلح الاليكستيميا **ALEXITHYMIE** وأصلها يوناني **GREC**.
- **في عام (1973)**: أجريت دراسات في إنجلترا **LANDRE** كان الهدف منها تعريف الانفعال والدور الدي تلعبه الانفعالات في الاضطرابات النفس جسدية، توصلوا إلى أن الانفعال هو موكب من ردود أفعال، بيولوجي، ويعبر عنه بواسطة سلوكيات إلى جانب دور الحاجب الحاجز **SYSTEM LIMBIQUE**.

- **في عام (1976) أجري مؤتمر أوروبي بمركز الأمراض الجسدية للأبحاث من طرف HEIDELBERG:** الهدف منه الوصول إلى نظرية تجمع بين الاضطرابات نفس جسدية بالتفكير الإجرائي والالكستيميا، الدراسة كانت على عينة من التوائم، وعينة من المرضى المصابون بأمراض مزمنة.
- **عشرين سنة بعد:** الأبحاث الإكلينيكية والأساسية توصلت على خصائص ألكستيمية لدى المفحوصين منهم المتعاطين للمخدرات وممن لديهم سوء التغذية، وحتى لدى عامة الناس
- في السنوات الأخيرة هنالك انخفاض في الاهتمام عكس السنوات الماضية.
- وهناك خلاف في وضعية الألكستيميا ،ليست من ضمن المراجع التصنيفية للتشخيص والاحصاء **(CIM-10 DSM-IV)** وبالتالي فهي ليست مرض ،ولاسمه للشخصية ، ولا نمط وظيفي نفسي مرضي ، ولاهي من ضمن الجدول الاكلينيكي ، ما يطرح تساؤل ان كانت الاكستيميا من نوع معرفي او هي على شكل تكيف لمجتمع عصري (karen –Audrey pouliot 2007) بهذا التسلسل التاريخي الملاحظ من طرف عدة باحثين و أطباء و الجهود التي بذلت و التي مازالت تبذل في ميادين علم النفس من اجل الوصول لخصائص مشتركة مع الباحثين حول الاليكستميا ان كانت اضطراب او سمة وهذا ما ستراه .

2 تعريف الأكستيميا :ALEXITHYMIA

2-1تعريفه لغويا: هو حالة تقيد القدرة على التميز والتعبير عن المشاعر والحالات العاطفية الوجدانية، وتنخفض لدى المتكتم القدرة على التخيل وعلى الحلم (لا يرى أحلاما)، إذ تنمو قابلية للتفكير الإجرائي، وغير الرمزي مما يؤدي الى انخفاض صلته بالعوالم الحقيقية المؤثرة في جهازه النفسي وسبب تكتمه يعرب

عن ضيقه النفسي من خلال عوارضه الجسدية، وهذا حسب سيفن يوس **SIFNEOS** وليزر **LESSER** (1972). (LESSER, I, M,1981, PP531-543)

أما تايلور TAYLOR يعد الالكستيميا كاضطراب معرفي وجداني.

(Michael Fitzgerald, mark a, bellgrove,2006, p573)

عرفه الشربيني (2001): بعدم القدرة أو صعوبة الوصف للعواطف والانفعالات أو عدم الدراية بالمشاعر الداخلية. (لطفي الشربيني،2001، ص45)

بهذا يمكن القول إن هذا المفهوم يسمح لنا بتوضيحه بدقة، كونه تصميم منفرد من نوعه يجمع بين عدم القدرة على التعرف والتعبير عن الانفعالات الذاتية في آن واحد، ويتجلى في دوره الفعال لقمع الانفعالات. (G, ZIMMERMANN, A, B,2008, PP115-128)

3- تصنيف الالكستيميا:

في عام (1977) الباحثة **FREYBERGER** من الأوائل الذي اقترح تمييز بين الالكستيميا أولية والالكستيميا الثانوية الأول عامل مهيا في ظهور اضطرابات سيكوسوماتية، أما الثاني يصبح عامل وقائي كردة فعل علاقة الانفعال بالخطورة المرضية. (FREYBERGER, H, 1977, PP28,337-342)

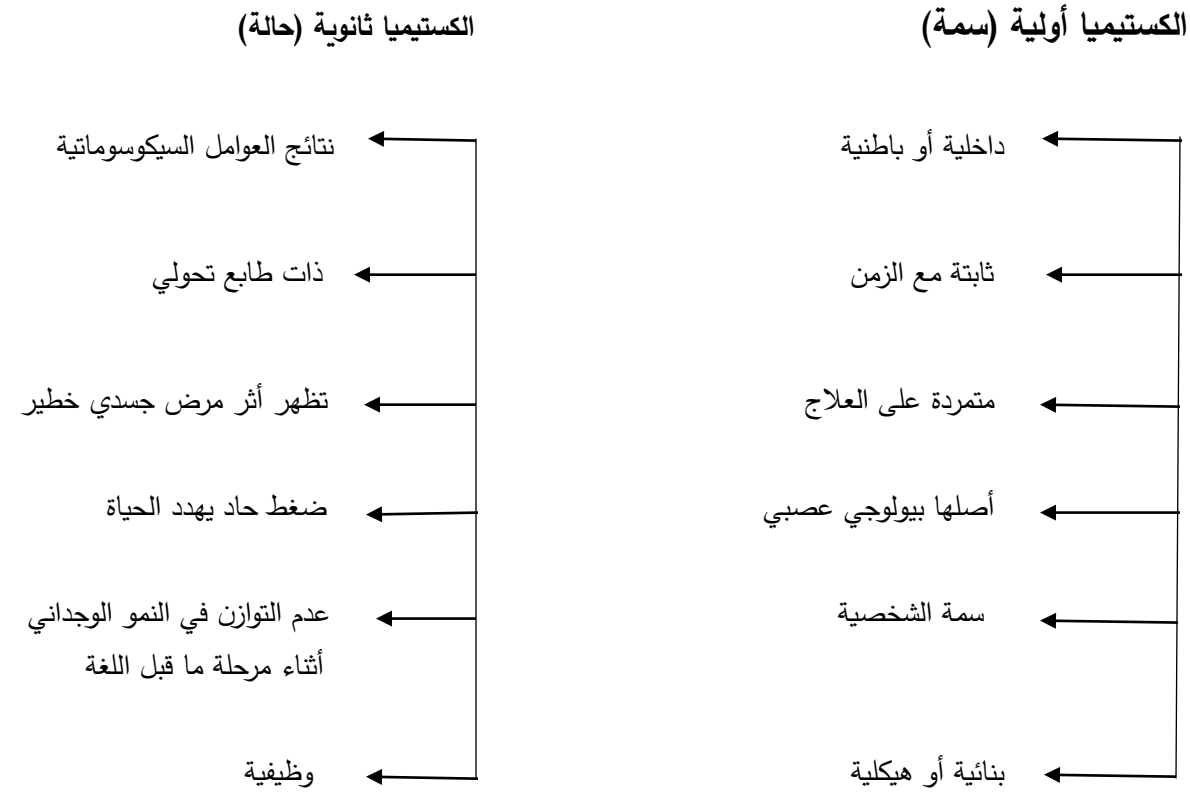
أظهرت دراسة **FREYBERGER** انخفاض متواترا من الاستجابات الانفعالية لدى مرضى القصور الكلوي وحتى لدى الذين استفادوا من زرع الأعضاء، والذين يعانون من اضطرابات فتاكة، هذه الظاهرة (انخفاض الاستجابات الانفعالية) تسمى "ألكستيميا ثانوية" شكلها يصبح مرتبط بصدمة وتسجل باستخدام ميكانيزمات دفاعية خاصة "الانكار LE DENI" الذي يحمي المريض من معاش صعب.

(CORCOS, M, GUILBAUD, O, SPERANZA, M, 2003, PP45-63)

أعمال فايبرجر **FREYBERGER** أعيد النضر فيها وقيمت من طرف **SIFNEOS** في عام (1988) وعليه تم تصنيف الالكستيميا إلى أولية وثانوية.

(SIFNEOS, PETER E,153 : 7JUILLET1996, PP,137-142)

الشكل رقم (02): يمثل تصنيف الالكستيميا



(SIFNEOS,PETERE,153 :7JUILLET1996,p143).

هناك أبحاث قام بها **ZLOTNICK** وآخرون حضور نفس تلك الخصائص المتعلقة بالالكستيميا لدى المرضى الذين يتلقون تشخيصا خاصا بالضغط والصدمة النفسية، أين وجدوا "الدور الوقائي" في نوع هذه الالكستيميا، والتي ظهرت في وضعيات أخرى كالاضطرابات الجسدية.

الالكستيميا الثانوية تعتبر كاستجابة لحالة، وهي قريبة من استراتيجيات المقاومة، التي تسمح بتسيير الألم المحاط بوضعية ضاغطة.(KRYSTAL, H, 1988, P78)

أمام صعوبة تمييز الالكستيميا الأولية والثانوية، ينصح "تايلور TAYLOR" وآخرون بالتعريف بين الالكستيميا المدركة وظيفة مدركة كتكيف يجبر أو يضطر الوضعيات الحساسة بالاختفاء (الألكستيميا – حالة).

4: ألكستيميا والشخصية:

أ – الالكستيميا أولية وثانوية:

بعدما تم تحديد مفهوم وأهم الخصائص والنظريات المفسرة للاكستيميا، السؤال الذي يطرح الآن هل هذا المفهوم هو سمة للشخصية ثابتة أو حالة ثانوية مؤقتة لدى الافراد في وضعيات خطيرة.

(FREYBERGER, H, 1977, PP337-342)

ب – الالكستيميا كسمة للشخصية:

هناك نتائج لعدة أبحاث متوقعة تعطي مساندة إبريقيه لمفهوم الاكستيميا كسمة للشخصية أو كنتيجة لأي اضطراب نفسي، مثلا نتائج بحوث ل **SALMINEN & AL** في عام 1994 قام باختيار تطوري ل 54 مريض متابعون بفحص الطب النفسي حيث أظهرت أن لديهم شخصية ثابتة للأكستيميا.

(SALMINEN, J, K, SAAYARVI, S, AAIRELA, TAMMINEN, T, 1994, PP681-685)

نتائج متشابهة توصل اليها **PORCEELLI & AL** في عام 1996 لقرابة 104 مفحوص يعانون من اضطراب نفسي حاد، الباحثين أسفرت النتائج على علاقة ارتباطية مرتفعة (0,95) بين التطبيق الأول لقياس الأكستيميا والتطبيق الثاني بفاصل زمني قدر بستة أشهر، وهذا لا يتوقف على تطورها إلى اضطراب سيكوسوماتي عكس القلق والاكتئاب.(PORCELLI, P, LEOCI, C, GURRA, V, TAYLOR, G, j, BAGBY, R, M, 1996, PP559-573)

أكثر حداثة هناك دراسة،SAARYARVI ، وآخرون سنة (2000) تابعوا مدة عام، مجموعة متكونة من 120 مفحوص لديهم اكتئاب أولي **(DSM III–R)** النتائج أظهرت أن مستوى الالكستيميا بقي مستقرا حتى مع انخفاض في أهمية أعراض الاكتئاب الاولي والتوتر النفسي وهذه النتائج بعد عام من التكفل النفسي.

(SAARYARVI, S, SALMINEN, J, K, TOIKKA T, B, 2001, PP729–733)

أما **LUMINET** والآخرون في عام (2001) يرون غياب التباين بين مفهوم الثبات النسبي والثبات المطلق، الراجع لمعظم الأبحاث التي ركزت في تقييمها على الثبات المطلق للالكستيميا، والتي ترجع إلى أي مدى الثبات المتباين النسبي يدخل لوحده عبر الزمن.

(LUMINET, O, BAGBY, R, M, TAYLOR, G, J, 2001, PP254–358)

لهذا قام بدراسة استغرقت 14 أسبوعا برهنة من خلالها على الثبات النسبي للالكستيميا على مجموعة متكونة من 46 عميل يتابعون علاجهم ضد الاكتئاب الأساسي داخل عيادة خاصة بالطب النفسي، نتائجهم أسفرت بكل وضوح على تغيرات طرقت على درجات الالكستيميا هذه النتائج حصيلة التطبيق القبلي والبعدي للعلاج، وغير معتمدة على الانخفاض القليل الملاحظ على التغيرات الكبيرة على مستوى الاعراض المرضية للاكتئاب.

بكل حداثة أيضا قام كل من **MIKOLOJCZAK & LUMINET** في (2006)وضعوا دليلا في دراسة توقع ثبات نسبي للالكستيميا لدى 75 طالبا لديه ضغينة من ارتفاع الضغط مشترك بفترات الامتحان، أظهرت النتائج أن الضغينة غيرت من عبارات المطلق، وبهذا الالكستيميا سمة للشخصية ثابتة بمصطلح أو عبارة نسبية. (MIKOLOJCZAK, M, LUMINET, O, 2006, PP1399–1408)

05 – خصائص الألكستيميا:

كما رأينا في التعريف أن مفهوم الألكستيميا اقترح من طرف سيفن يوس **SIFNEOS** لأول مرة في عام (1997)، وصمم آن ذاك أربع من أكبر الصور التي كانت ظاهرة على مرضاه، المتمثلة في الخصائص التالية:

- عدم القدرة على التعرف ووصف الانفعالات.
- فقر في الحياة الهوامية.
- صعوبة التمييز بين الاحساسات والعواطف.
- أساليب معرفية تتميز بالسلوك الموجه للخارج والتفكير الاجرائي.

(G, ZIMMERMANN, A, B, 2008, PP115-128)

ثم حدد المفهوم بشكل جيد أثر دراسات حديثة في علم النفس وضبطت خلاله أربع خصائص من طرف "**TAYLOR**" وآخرون في عام.(2002) وهم على التوالي:

- صعوبة وصف والتعرف على المشاعر.
- صعوبة التعبير اللفظي عن الانفعالات للآخرين.
- فقر الهوامية.
- أسلوب معرفي يتميز بسلوك موجه للخارج والتفكير الاجرائي.(TAYLOR, G, J, 2000, PP143-142)

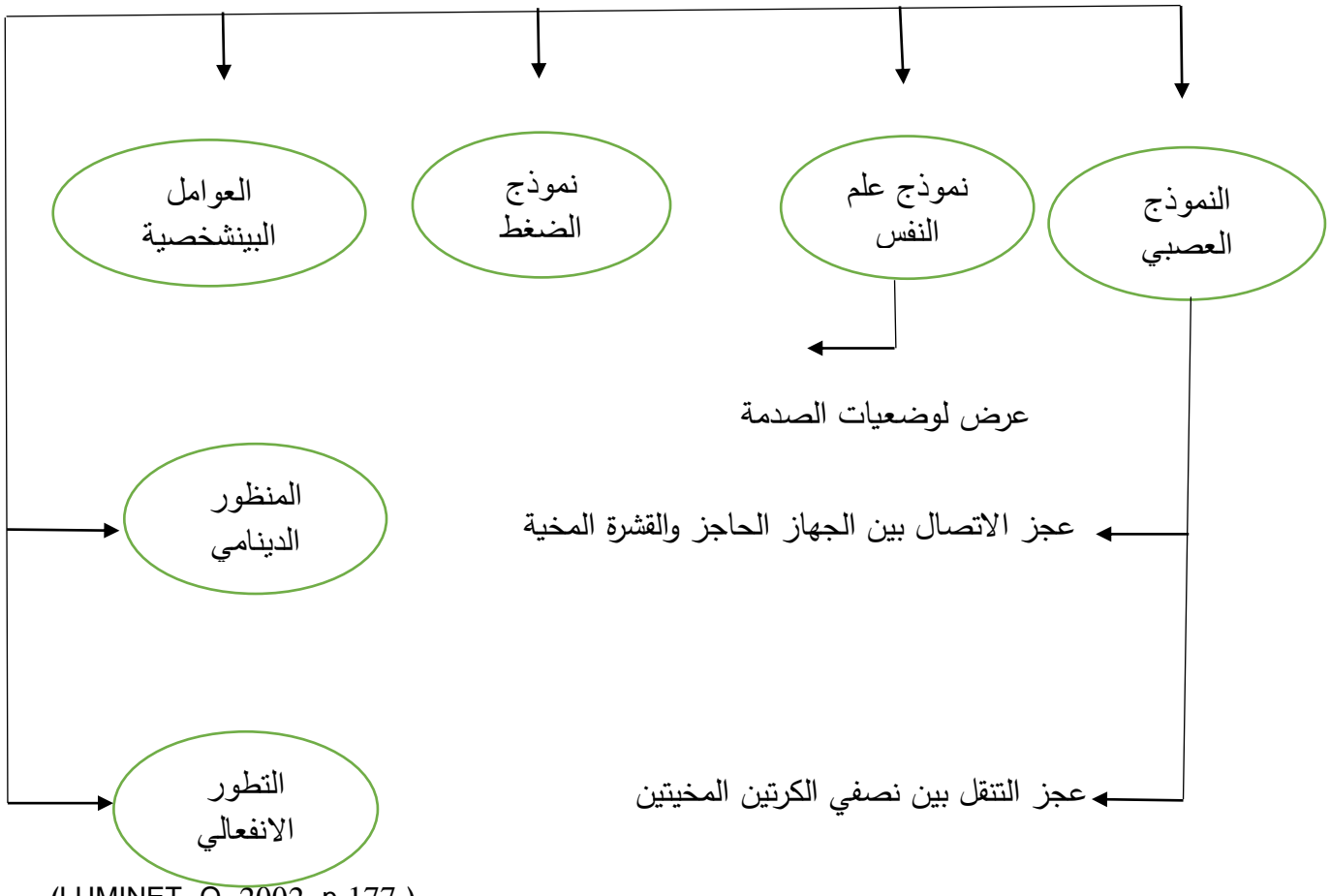
الملاحظ أن هناك تباين ما بين الباحثين وهو في التعبير اللفظي عن الحالات الانفعالية للآخرين الذي يعتبر من الخصائص المضافة من طرف " **تايلور**" على غرار بقية الخصائص التي تبقى متفق عليها بين الباحثين هذا يدل على أن الأبحاث على قدم وساق حول هذه الخاصية (الألكستيميا) من أجل احتواءها من

كل جانب وهذا طبعا وفق ما هو ملاحظ وما توصل إليه إكلينيكيا من طرف الباحثين والأطباء ،إضافة إلى السعي لمعرفة السببية المرضية التي تعزي من طرفهم إلى العجز في المعالجة المعرفية والتنظيم الانفعالي وهذا ما سنراه في الطرح النظري.

06 – النماذج المفسرة للألكستيميا:

ظهرت نماذج عديدة في تفسير الألكستيميا أو التكتم، بعضها اعتمد النموذج العصبي المعرفي في التفسير، وبعضها اعتمد النموذج النفسي التطوري، وأخرى اعتمدت المنظور الديناميكي وعليه يمكن تصنيف هذه النماذج والشكل رقم (02) يوضح ذلك:

شكل رقم (03): تصنيف نماذج تفسير الألكستيميا (التكتم)



(LUMINET, O, 2002, p 177.)

6 -1 نموذج العصبي المعرفي:

6 -1 -1 عجز في الاتصال بين الجهاز الحاجز والقشرة المخية: DIFICIT DES CONNEXIONS Entre SYSTEME LIMBIQUE ET NEOCORTEX

اقترح "**نميا**" **NEMIAH** (1975) نموذجا في الالكستيميا، الذي يعتمد على عرقلة مروره السيالات العصبية بين مناطق الدماغ المرتبطة بالنشاط الجسدي، وبين ما يثير الوعي بالمشاعر.

يضيف أن الاستجابات اللاإرادية لا يتم ربطها عبر المستوى العقلي للقشرة المخية **NEOCORTEX**، **الذي** من شأنه أن يكون لديه تفريغ متكرر، قد يؤدي إلى استجابات جسدية طويلة المدى ومبالغ فيها.

(LUMINET, O, 2002, P187)

أما "ليدو"Ledoux يرى أن هناك طريقتين مختلفتين في الدماغ تؤديان إلى استجابة انفعالية وهما على النحو التالي:

تقوم العملية الأولى: على مستوى المهاد thalamus واللوزية l'amygdale (كمثال انفعال الخوف)، هذه الاستجابات الانفعالية تكون غير مدركة وتثار بطريقة سريعة من الجهاز العصبي المستقل والجهاز الهرموني système autonome et endocrinien

الطريقة الثانية تقوم: في أصل المنطقة اللحائية d'origine cortical وتشمل على إجراء تقييم معرفي يتضمن تقييما للوضعية ويؤدي إلى استجابات متباينة، هذه الردود ضرورية لأداء الأمثل للفرد، وبدون وجود هذا النوع من الاستجابة المعرفية قد يكون المنظم في الواقع مسيطر تماما من البيئة المحفزة، والتي تترجم على مستوى الجهاز العصبي المستقل NEURO ANATOMIQUE بنشاط دائم للوزة L'AMYGDALE، وبدون تغذية رجعية للعملية. (LEDOUX, J, E, 2000, PP155-184)

أظهرت دراسات حديثة قام بها كل من SHREST ET RIEDEL LANE,1988، أن الأشخاص الذين يعانون من صعوبات في التعبير اللفظي لحالاتهم الانفعالية، يتميز اللحاد CORTEX لديهم بنشاط أقل، كما يتم استشارة حالاتهم الانفعالية بأفلام أو حتى بخبرات شخصية. (LUMINET, O, 2002, P187)

مع هذا فإن اللحاء أو القشرة المخية الداخلية تلعب دورا ليس فقط في تجربة مدركة للأحداث وإنما في تنسيق الاستجابات اللاإرادية للجهاز العصبي المستقل والغدي والحركي، تبعا لمثيرات انفعالية.

إضافة الى ما يعتقد LEDOUX بوجود منطقة خاصة لترجمة المعلومات الاصلية الفيزيولوجية أو التعبير عن المعلومات بطبيعة تجربيه معرفية، وأي خلل فيها يؤدي إلى التكتم الانفعالي.

أضاف كل من LANE, AHERM,SCHWARTZ ET KASZINIAH (1977) أن أي تغيير يحدث في سير هذه المنطقة من الدماغ يساهم في استجابات لاإرادية تكون دائمة ومبالغ فيها، ومع المدى الطويل ستمارس تأثير سلبيا على الأداء الجسدي. (LANE, R, D, AHERM, G, L, SCHWARTZ, G, E, KASZNIAK, A, W, 1997, PP834-844)

6-1-2 عجز النقل بين نصفي الكرتين المخيتين: DIFICIT DU TRANSFERT INTERMISPHERIQUE

أثبتت عدة دراسات أن نصفي الكرتين المخيتين، لا تقوما بنفس الوظائف، بل لكل واحدة منهما تخصص معين، حيث يختص نصفي الأيمن في الادراك والتعبير عن الشفهي للانفعالات، في حين نصفي الايسر مسؤولا عن الوظيفة اللفظية، ولديه دور في ترجمة المعلومات التي يتم استقبالها من الجزء الأيمن للكرة المخية، (أي أنهما يعملان بشكل معاكس، الجزء الأيمن يتلقى الاحاسيس، والجزء الايسر يستقبلها) مثلما يشير إليه " GAZZANIGA -1992-1995" إلى ارتباط خاص بالتجربة الانفعالية، لذلك فنصفي الأيمن للكرة المخية ليس مستقل تماما عن الوظيفة اللغوية.

حسب " ORSTEIN 1997 "يتجلى ذلك في المعنى الظاهري للفهم أو في الكلمات المجازية، ما تعطي لنا تأويلات عريضة لوضعيات وخبرات متباينة، كما باستطاعتنا أن نرى الارتباط الكامل للرسائل الانفعالية ما يستدعي تدخل نصفي الأيمن والايسر للكرة المخية.

لذلك هناك احتمال أن الالكستيميا مشتركة بين عدم الوظيفي بين نصفي الأيمن والايسر للكرة المخية، هذا الاحتمال كان قد اقترح في السبعينات (1970) من طرف باحثين الذين قاموا بدراسة تضمنت الفصل بين الذين لديهم قطع مفاجئ للاتصال بين نصفي الأيمن والايسر للكرة المخية بأشخاص عاديين.

(LUMINET, O, 2002, P187)

أما "BOGEN ET HOPPE" 1977 لاحظ لدى المرضى نقص في القدرات الخيالية، وفي استرجاع الأحلام، لديهم نوع من التفكير الاجرائي وصعوبة في وصف انفعالاتهم، وأعيد النظر في هذه النتائج من طرف عدة باحثين أمثال. (HOPPE K D, BOGEN J E, 1977, PP148-155)

TAYLOR, وحديثا من طرف (1986) WALTER &BOGEN, HOPPE, TENHOUTEN SMITH, KEIGHTELY, PARKER (1999) أظهرت نتائجهم عدة تباينات مهمة بين الافراد ذوي الالكستيميا وغير الالكستيميين. وهذا بوضع تقنية لتقييم الاتصال الداخلي بين نصفي الكرتين المخيتين "TACTIL FINGER LOCALIZATION TASK" أشارت النتائج أن الالكستيميا ارتبطت بقدرة محدودة من الاتصال والنشاط المشترك لنصفي الكرتين المخيتين لدى الافراد الذين يعانون من التكتم.

هذا ما لاحظه "TEICHER" وآخرون (1997) حيث كتب أن قدرتنا على التعريف وتقيين الانفعالات تكون بطريقة ملائمة للآخر، زد على ذلك، لإيصال خبراتنا الانفعالية تعتمد على تفاعل صحي بين الادراك الانفعالي لنصفي الأيمن للكرة المخية والعمليات اللغوية، والجانب العقلاني لنصفي الأيسر للكرة المخية.

(LUMINET, O, 2002, P187-188)

الملاحظ من النموذج العصبي المعرفي أن الالكستيميا حالة معقدة تشترك فيها الجهاز العصبي والغدي والحركي والمعرفي وأي خلل يقع على مستوى الجهاز العصبي يؤدي إلى عرقلة الأجهزة الأخرى ما ينتج عنه عرقلة على مستوى التنظيم الانفعالي للشخص، والجزء الخاص بالخبرات الانفعالية، في حين هناك من الباحثين ما يرجعون أسباب الالكستيميا إلى توقف في النمو الوجداني للطفل ونتيجة الإحباط الذي يتعرض له وهذا حسب نظرية علم النفس التحليلي.

6-2 نموذج علم النفس التحليلي: MODEL PSYCHANALYTIQUE

6-2-1 عرض لوضعيات صدمية "لكريستال"(1988):

من المحتمل أن (KRYSTAL) EXPOSITION A DES SITUATION TROUMATIQUE الالكستيميا ناتجة عن صدمة نفسية تعرض لها الطفل قبل أن يكتسب قدرة التمييز و التصور الذهني للحالات الانفعالية، هذه الصدمة تكون لديها عدة عواقب من بينها توقف النمو الوجداني والحياة الهوامية، ويضيف " CRYSTAL" ان الأطفال الصغار يكونون غير قادرين على تطوير او تعديل مفعول الوضع الصدمي لأنهم لازالوا لم يطوروا بعد الميكانيزمات الدفاعية كالإنكار LE DENI أو القمع REPPRESSION، كما بإمكانهم أي المصدومين من الأطفال التقدم في السن حتى وإن كان النمو الوجداني لا يسيران بنفس الوتيرة.

السن ←

الوجدان ←

هذا وهناك عدة وضعيات يمكن أن تكون لديها عواقب أخرى في حالة كون الانفعالات التي تم معايشتها كمعاش غير متباين بظهر بمظهرات جسدية، حيث صيغت هذه الفرضية بنتيجة ملاحظات "KRYSTAL"

التي قام بها على مدار 25 سنة بعد انتهاء الحرب العالمية الثانية على 200 جندي ناجح من معسكرات الموت النازية آنذاك، لاحظ أن الناجين يظهرون عدة سمات ألكستيمية رغم أن سيرتهم الذاتية كانت جد واقعية ومثيرة للحديث عنها بإثراء إلا أنهم غير قادرين على وصف مشاعرهم وخيالاتهم الحقيقية.

(LUMINET, O, 2002, P188)

3-6 العوامل البينشخصية والاجتماعية: FACTEURS INTER PERSONNELS ET SOCIAUX

حسب ما لاحظه كل من "برينيوم وجيمس"(1994) BRENBOUM & JAMES أن نوع المحيط العائلي للطفل يمكن أن يحدد بعض مميزات ألكستيمية أو تكتمية في سن الرشد، حيث قاما BRENBOUM & JAMES باختبار دور المعاينة الاجتماعية وعلاقتها بالتعبير الانفعالي وأسفرت نتائجهما أن الذين نشأوا في وسط أسري الذي لا يسمح بالتعبير الحر عن الانفعالات ارتبط ارتباطا موجبا بمستوى الالكستميا في سن الرشد.

بهذا فالالكستيميا لها علاقة بالدعم الاجتماعي، وفي دراسة أخرى وجد أن العوامل المتعلقة بصعوبة التعريف بالحالات الانفعالية والاتصال اللفظي ارتبطت بمستوى دعم ضعيف كما اقتصرت على بناء علاقات محددة وبكفاءات اجتماعية أقل LYMBEY, OVIES, STETTNER, WEHMER &LAKEY (1996)، هذا العجز في المهارات الاجتماعية يستطيع التدخل في عدم قدرة الأشخاص على إقامة علاقات وثيقة مع بيئتهم العلائقية كما يعتبر اللجوء الضعيف للتعبير اللفظي للانفعالات يفسر من طرف هؤلاء الباحثين بعدد محدود من المحيطين بهم، الذي يشعر الفرد بالراحة في تحقيق مشاركة اجتماعية.

(PARTAGE SOCIAL BERENBAUM, H, 1996, PP585-595)

ما هو ملفت للانتباه أن الدور الرئيسي للأسرة لا يقتصر على السماح للطفل عن التعبير الانفعالي الحر وإنما على ضبط الانفعالات السلبية، كما أن هناك أسر تعتبر الالكستيميا كقيمة أخلاقية والتعبير الانفعالي

يعد بحد ذاته عيبا يجب التصدي له بالتكتم ولا ينبغي مناقشته والخوض فيه، ما يغلق الباب على الطفل لتعلم مهارات للتعبير والضبط الانفعالي، التي يكون بحاجة إليها ليرقى بسلوكه الاجتماعي، ويصبح يعبر عن أحاسيسه ومشاعره لمن يثق به، إلا أن هناك منظور دينامي يؤكد أن الذي يعبر عن انفعالاته للآخرين يتولد لديه اعتماد مفرط للآخرين، ما يستدعي إلقاء نظرة عليه.

6-4 المنظور الديناميPERSPECTIVE PSYCHODYNAMIQUE :

إن المرضى الذين يعانون من الالكستيميا وصفوا في الأول بافتقارهم للقدرة على الاستثمار النفسي مثل الاستثمار مع الآخرين بحيث يستجيبون للجسدنة لكل صراع نفسي أو ألم ذهني (.....)، وبالنسبة للجدول الاكلينيكي الذين يظهرونه "بفقدان المتعة" L'ANHEDONIE بمعنى << قمع "الانا" يعد بمثابة تأثير على كل متعة (...) >> الذين يعانون من الالكستيميا يبدون خالون من أي معلومة حسية وعاطفية التي تحميهم من الأخطار التي تهدد "الانا" سواء تعلق الامر بوضعيات خارجية أو إلى أداء نفسي، (...) أما بالنسبة للوجدانيات الرئيسية المتعلقة بالحزن واليأس والغضب لا يبدون أبدا مركبين لديهم (...)، والتعبير الرمزي والخيالي مستبعد هو لصالح مسار بيولوجي أو سلوكي، بمعنى حسب الكاتب استجابة جسدية على ما يبدوا خالية من أي ارتباط رمزي (...) << كما أن اضطراب كبير من الوظائف الرمزية تجعل الانفعالات الأساسية على نحو غير مقبول كإشارة "للانا" بطبيعة الحال أو يعد مهم، أو غير ملاحظ منذ تهديد للصراع....>>

ويناقش LUMINET بعد ذلك الآليات الدفاعية المصاحبة لما عايشه الالكستيمي، من بينها قمع ما عاشه والتي تشغل مكانة مهمة لديه، وما يبقى بارز وبطريقة حادة لديه هي الجوانب الفيزيولوجية، كما أن للألكستيمي ثغرات يقع فبها والمتمثلة في التمييز والتعبير اللفظي للانفعال ما يؤدي به إلى الاعتماد المفرط

على الآخرين لتفسير وتوضيح ووصف ما يشعر به وما يحس به من مشاعر وانفعالات، ويعد هذا كاستثمار عالي في التفكير الاجرائي "الآني والواقعي"

يضيف"LUMINET" أن الخصائص المتعلقة بالألكستيميا تؤدي إلى اضطرابات نفسية مرضية شديدة ذات عواقب وخيمة، ما يدل على عزل لمعنى الأهمية بين الإشارات الجسدية والضغط الذهني الناتج جراء ذلك، ما يدفع بهذا الإدراك المعلن والانشغال المقلق منشور في خصم رسائل حسية. (LUMINET, O, 2002, P 190)

ويؤكد JACOB(1999) أن الألكستيميا تعتبر كرد فعل للألم، أي أنه كميكانزيم دفاعي يحمي الشخص من الانفعالات الهامة والوضعيات الخطيرة، ما يسمح استخدام هذه الآلية الدفاعية في مكانها المناسب وذلك لما تكون الخبرة الانفعالية أو الشعور الانفعالي يتعدى القدرة على التكيف، والواقع اليومي للشخص يهدد التنظيم المعرفي للحياة أو تعريفها، وبذلك يصبح تركيز الانتباه على الحياة اليومية PENSEE OPERATOIRE حقيقي، هذا الانشغال اليومي يسمح له بتجاهل المعاناة والإحباط، وفي الأخير يصبح تكييف النظام المعرفي يستعمل لاختزال الوضعية المعاشة.(KANER – AUDREY POULIOT, P47)

بعد ما أشار إليه LUMINET في النموذج الدينامي المرتبط بمفاهيم التحليل النفسي يمكن القول إن الشخص الذي يعاني من الألكستيميا يبقى يدور في حلقة مفرغة بين ما يدركه وما يقابله من صآلة في التعبير عما يخالجه من وجدانات وما يسبب له من ضغط وقلق معيق لا يستطيع الإعلان عنه (بفعل قمعه بالتكتم) يدركه ولا يستطيع أن يعبر عنه بالشكل الكافي ما يسبب له الضغط والقلق..... ويبقى يدور في فراغ.

في حين اهتم JACOB باستعمال الألكستيميا كميكانزيم دفاعي لابد منه لحماية الشخص، ولكن بشرط تستعمل عندما تصبح الخبرة الانفعالية تفوق القدرة على التكيف ويصبح التنظيم المعرفي مهدد من طرف الحياة اليومية للفرد.

07- علاقة الالكستيميا بالانفعالات:

من خلال تحديد مفهوم الالكستيميا بات واضحا أنها لا تتميز فقط بغياب للمظهرات الجسدية للانفعال، وإنما بصعوبة التعرف على الانفعالات لتمييزها والتعبير عنها، الالكستيميا تصبح مرتبطة بأبعاد معرفية وخبرتيه للانفعال، التي تشبه غياب الأبعاد الفيزيولوجية والسلوكية لتنظيم الادراك الواعي، بهذا سنرى بعض النماذج التي تربط بين الالكستيميا والانفعال.

7-1 نموذج إعادة الاستثارة الانفعاليةMODEL DE LA REEVOCATION EMOTIONNELLE

NOEL & RIMEيرون أن الافراد الالكستيمين يتميزون بادراك متناوب على المعاش الانفعالي، وتركيزهم على الفعل بدل من الإحساس، وباستجابة في إعادة الاستثارة الانفعالية، والنظام الجسدي- الحركي يبقى المخطط الأول بارتباطه باضطرابات جسدية.

كل هذا نابع من تصورهما حول إعادة الاستثارة الانفعالية والمراحل التالية تبين ذلك:

- نظام جسدي- حركي: يدور دائما حول المعلومات غير واضحة.
- نظام مبدئي: تنظم المعلومة بطريقة منطقية، تميز محتويات الخبرة.

وهناك أنظمة للفعل الداخلي الدائم وهم:

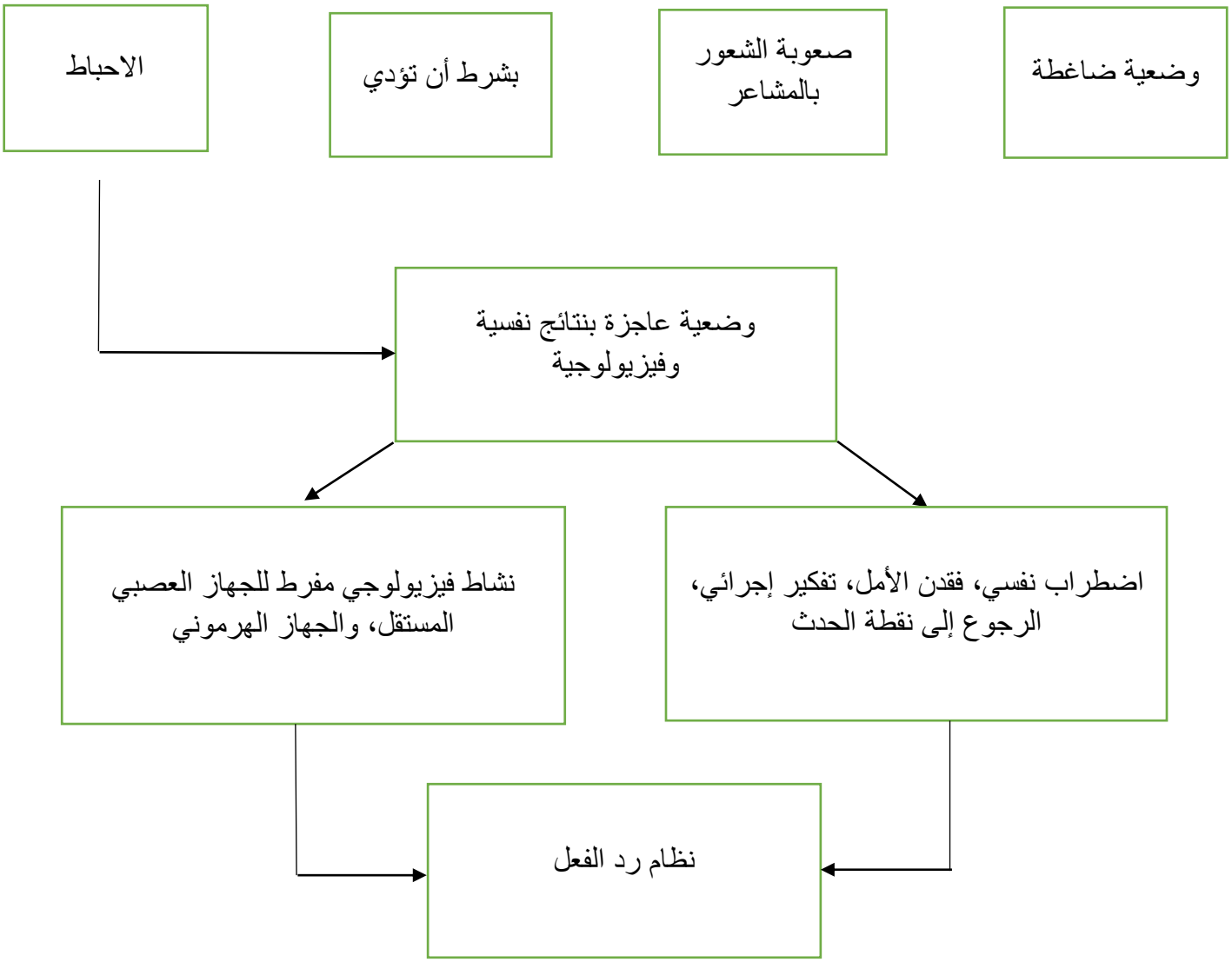
- خبرة حاضرة: تشمل على نظام مبدئي في أول المخطط.
- خبرة انفعالية: يصدر منها أمر مقابل للفعل.

- نهاية الخبرة: البقاء طبيعيا على الامر يؤدي الى إعادة الاستشارة الانفعالية.
- الانفعال يعيد البقاء في إطار مكاني– مؤقت. (KAREN–AUDREY POULIO, O, P53)

إجمالا هذا النموذج يطرح تصور المراحل الطبيعية للانفعال وكيف أن الخبرة الانفعالية هي التي تصنع الفارق المتمثلة في إعطاء الأوامر للاستجابة، وفي حالة أن يكون الشخص الالكستيمي، الاستثارة تكون مستحيلة، لإدراكه المنصب حول المعاش الانفعالي فقط، وتركيزه الآني بدل من احساسه بمشاعره.

2-7 نموذج بيولوجي عصبي وديناميي نفسي SIFNEOS (1977)

الشكل رقم (04) يبين دور الانفعالات في إحداث الألكستيميا



Source: karen-Audrey pouliot, op, cit, p59

مخطط سيفن يوس يوضح، أمام وضعيات ضاغطة أو خطيرة يجد الشخص صعوبة الشعور بمشاعره، هذه الصعوبة يشترط أن تؤدي إلى إحباط حيث يجد الشخص نفسه عاجز ويصبح يعاني من تغيرات نفسية وفيزيولوجية وتكون النهاية إما يصبح يعاني من اضطراب نفسي، وفقدان الامل، وتفكير إجرائي والرجوع إلى نقطة الحدث، وإما يجد نفسه أمام نشاط فيزيولوجي مفرط وفي الأخير تؤدي إلى التغذية الرجعية.

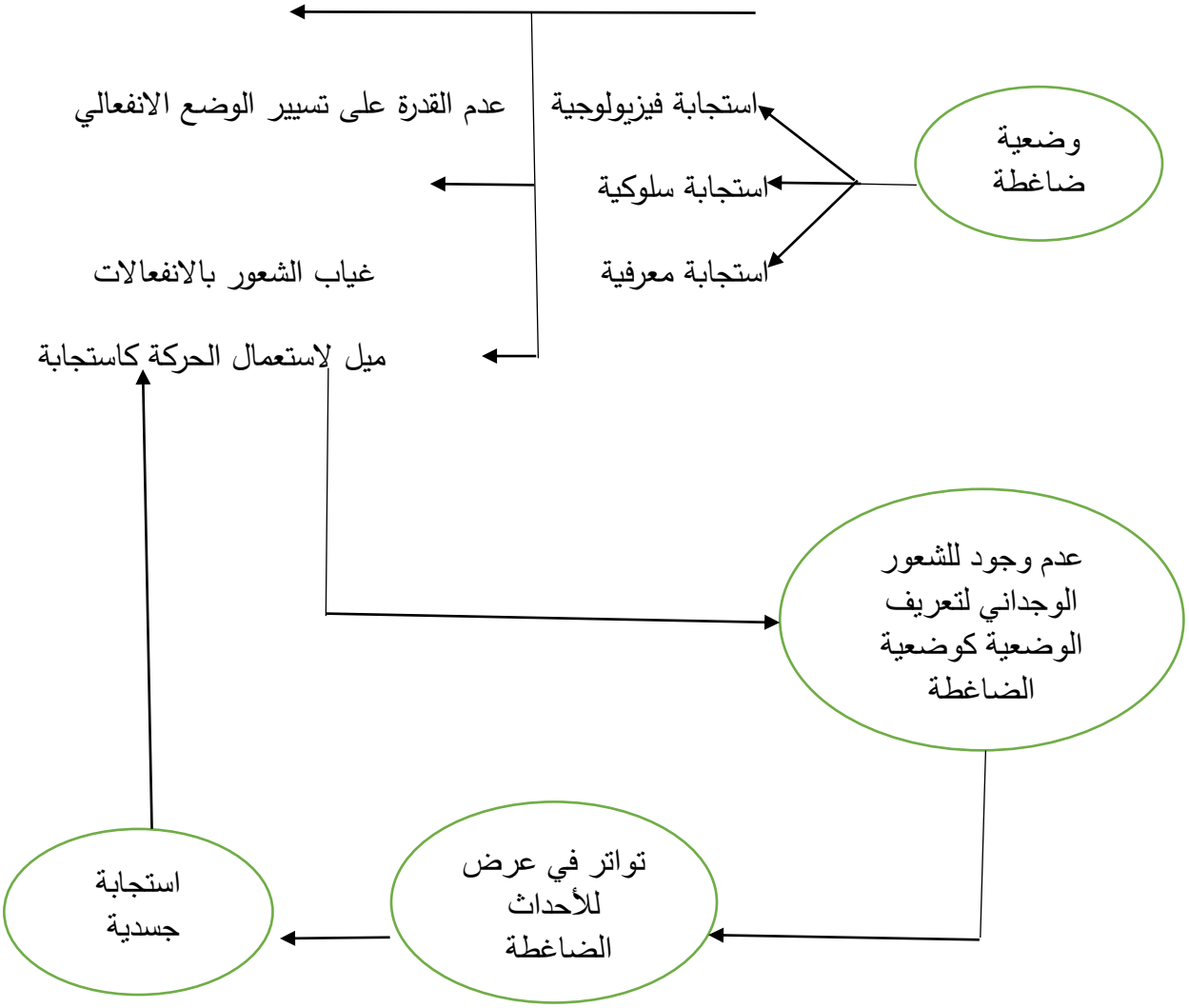
3-7 نموذج الضغط بيل ومارتي EXPOSITION AU STRESS PIHL & MARTIN

اقترح "PIHL & MARTIN" (1985) أن الألكستيميا تشكل استجابة خاصة ترتبط بوضعيات، فالكف عن الاستجابات المتكيفة والمتمثلة في التعريف والتعبير عن الحالات الانفعالية، حيث تتبلور في قالب استجابات جسدية وفيزيولوجية شديدة أو قوية والنتيجة تكون الاحتفاظ بالتنشيط الانفعالي، بدون القدرة على المعالجة المعرفية للمعلومات الانفعالية.

في هذا المفهوم دوَن "PEDINIELLI" (1992) ما يلي <<الألكستيميا هي نتيجة للضغط STRESS حيث بإمكانها أن تقضي إلى اضطراب جسدي مع عدم القدرة على التعريف بالواقف الضاغطة واستعمال الاستراتيجيات المتكيفة الدائمة >>. (LUMINET, O, P189)

لهذا تعتبر الألكستيميا كاستجابة للضغط تلعب دور في ظهور الأمراض نفسجسدية، وفيما يلي توضيح هذا

الشكل رقم (05) يوضح دور الالكستيميا في ظهور الاضطرابات السيكوسوماتية



SOURCE : KAREN-AUDREY POULIOT, OP, CIT, P62

الملاحظ من الشكل أن "مارتي" ومن خلال الوقوف على وضعية ضاغطة تكون هناك جملة من الاستجابات، دور الألكستيميا يكون بعدم قدرة الشخص على التعبير عن الانفعالات والوعي بها يصبح بلا شعور عاطفي للتعريف بهذه الوضعية والتجاوب معها فيصبح في شبه دائرة مفرغة بتكرار الحادثة لمرات

ومرات وبدل ما يكون هناك تفريغ خارجي بالتعبير والإفصاح، يصبح تفريغ داخلي ما ينتج عنه أمراض جسدية.

7-4 نموذج المعرفي: BOWER

7-4-1 نظرية عقدة الانفعال NŒUD EMOTIONS

يمثل BOWER العقل البشري كوحدة مركزية داخل ذاكرة طويلة المدى، أين يكون الاتصال بين أنواع من النشاط اللحائي والتعبير الجسدي والافصاح اللفظي، والاستجابات السلوكية.

ويعتبر BOWER أن هناك ثلاث مراحل للعقد الانفعالية وهي:

الانفعال= (خبرة ذاتية، ومفهوم تعبيري آلي).

المفهوم= (وصف للوضعيات المدخرة).

الكلمات= (مناقشتها يكون حسب مفهومها بدون نشاط انفعالي).

وبعدها يضع أربع مراحل للانفعالات وهم:

تقييم معرفي للوضعية: يشمل على تمثيل داخلي للمحيط أو البيئة.

الوظيفة الانفعالية: تشمل على انفعال متطابق للتمثيل الداخلي.

تعديل حدة الانفعالات: يكون وفق التقييم المعرفي للوضعية، ووفق وضعها في سلم القيم / والموضوعية.

تعديل الرد الفعل الانفعالي.

لكن في حالة كون الفرد يعاني من التكتم الانفعالي أو الالكستيميا فهنا ينطفئ الاتصال من حول العقد الانفعالية، ما يطرأ عنه غياب المعلومة عم العقد، وبالتالي الذاكرة لا تستطيع أن تشفر المعلومة الآتية إليها.

إجمالا يمكن القول إن المسار الطبيعي المعرفي الانفعال والاستجابة الانفعالية المناسبة حسب الوضعية الضاغطة المسببة لعقدة نفسية للشخص بإمكانه التعبير عنها الا إذا كان يعاني من الالكستيميا، فهذه الأخيرة تعرقل هذا المسار وتبقيه في الأعماق إلى أن يجد له مخرج. والملاحظ أن معظم النماذج والاتجاهات ترى أن الألكستيميا تعد المعرقل الحقيقي للمسار الطبيعي للانفعالات لذلك سنرى بوضوح كيفية التنظيم الانفعالي وعلاقته بالألكستيميا.

8-الألكستيميا والقمع ALEXITHYMIE & REPRESSION:

تقييم عدم القدرة على وصف أو تعريف الانفعالات يقدر أن تأخذ كملاحظة تظهر سلوكيات قمع الانفعالات وهي عكس الألكستيميا، وهم تحت المعالجة المعرفية طوعا.

بهذا حدد FREUD القمع الانفعالي كملية نفسية التي تعمل على زوال الإدراك بمحتوى سار أو غير سار، ويميز الكبت REFOULEMENT بطبيعة مدركة أو واعية للعملية في حالة القمع الانفعالي للوجدان ألا يكون منقولا للاوعي وإنما للكف ومن ثم لعزله.

هذا التحديد يشبه الالكستيميا، التي توصف بصعوبة التعريف والتعبير عن الانفعالات هو شكل من الاتصال أو إشارة للتأثير أقل ظهورا. حوار الالكستيميين عامة بوصف بالمهمل أو المهجور والملموس والواقعي، كل هذا يعتبر لدى الالكستيميين ويتميز بالتفكير الاجرائي.

في هذه الحالة، آثار قمع الانفعالات كآلية دفاعية للانا، يصبح أكثر تحفظا من الذي عند الالكستيميا، الأشخاص الذين يتميزون بالقمع يميلون للمظهر بعجز في علاج المعلومة الانفعالية السلبية والالكستيميين يتميزون بعدم القدرة على معرفة الانفعالات اللفظية وغير اللفظية ذات الطابع السلبي والايجابي.

يرون باحثين آخرين بأن التباين بين الالكستيميين والذين يقمعون انفعالاتهم يقيم خاصة في تضخم العجز الملاحظ وليس في نوعيته. بهذا أعمال كل من NEWTON ET CONTRADA أظهرت أن أسلوب الذين يقمعون انفعالاتهم تميزوا بمستوى عالي من الدفاع وبانخفاض في القلق، بالرغم من أهمية إعادة النشاط الفيزيولوجي للوضعيات الضاغطة، هذا يدل على أن الأفراد يتميزون بالتفرقة بين النشاط الفيزيولوجي المسجل والانفعالات السلبية القادمة، العكس الالكستيميين وضفوا الانفعالات السلبية التي زادت من نشاطهم الفيزيولوجي.

إذا كان القمع والالكستيميا يتشابهان من وجهة نظر مبدئية (صعوبة التعبير والخبرة العاطفية) الباحثين في مجال القياس النفسي يرون من جهة أن هاذين البعدين ليس متماثلين، وأن الأفراد يتعرفون وكأنهم غير ألكستيميين بإمكانهم توضيح أشكال من الاستجابات المذهلة من جهة أخرى.

بطبيعة الحال، إذا كان الأشخاص الذين يظهرون اضطرابات على مستوى التنظيم الانفعالي لا يعتبرون أفراد لديهم قمع، مثلا الذين يظهرون درجات منخفضة على مقاييس الألكستيميا يضيق بمن يقترب منهم.

يظهر MAYERS أن الأشخاص الذين يقمعون انفعالاتهم لديهم ميل للحصول على درجات منخفضة على مقياس الالكستيميا، وأيضا الأفراد الذين تحصلوا على درجات على مقياس الالكستيميا ضعيفة هم متشابهون مع الأفراد الذين لديهم قمع لانفعالاتهم، هؤلاء لا يمكنهم أن يكونوا وكأنهم ينخسفوا للأفراد

الالكستيميين هذا من جهة، وممكن من جهة أخرى الالكستيميا تقع على تسلسل وفق قطب أقل حدة بإمكانها أن ترتبط بمظهرات نموذجية عند الأشخاص الذين عندهم قمع.

صفوة القول اجتهاد الباحثين قادهم للخوض بجدية لفك الرموز الشبه القائم بين مفهوم الالكستيميا والقمع، إذا كانت الألكستيميا أفرادها تغيب عنهم الكلمات للتعبير عن الانفعالات، فالقمع يكون بإرادة الشخص كما يمكن أن يكون أمرا من طرف آخر، لذلك علينا أن نحدد المفاهيم بدقة ووفق ثقافتنا وأصالتنا لاسيما وأن مفهوم القمع له دلالته اللغوية والاصطلاحية عندنا.

خلاصة الفصل:

ما يمكن قوله حول الألكستيميا، اصطلح على مفهومها في السبعينات حسب التسلسل التاريخي الذي عرض، إلا أن هناك الكثير من التشويش في ذهن الباحثين حول الألكستيميا وغالبه يتعلق بربط هذه إحالة بحالات أخرى متعددة تشمل على الاتصاف بتدني المشاعر أو صعوبة في التعبير عنها ، لذا من المهم عدم الخلط بين الالكستيميا وتدني الاهتمام بالغير SOCIOPATHY هذا من وجهة، وبين المقاومة المقصودة لتدقيق المشاعر من جهة أخرى، وتدني تفاعل أو تحفيز المشاعر من جهة أخرى، وتدني تفاعل أو تحفيز المشاعر (اللامبالاة) APATHIE وبين تحفيز اللاوعي لإنكار المشاعر أو ما يسمى بالقمع الانفعاليEMOTIONAL REPRESSION .

الاهم ألا يتم الخلط فيما بين الألكستيميا وبين الصفة المثالية الشائعة بين الرجال والنساء في عدم قدرتهم على التعبير عن المشاعر، والسبب أن الرجال مقارنة بالنساء يجدون صعوبة في وصف مشاعرهم لكنهم يتشابهون مع النساء في عدم وجود صعوبة إدراك ما يشعرون به، إلى جانب عدم الخلط بين الثقافات التي في بعضها تثمن عدم التعبير عن المشاعر والأحاسيس وتعده قيمة أخلاقية يجب الانصياع إليها.

تمهيد:

يعتقد في أغلب الأحيان أن السرطان هو عبارة عن مرض واحد إلا أنه في الحقيقة تعبير يستعمل لوصف ما يزيد عن 200 مرض مختلف، حيث أن السرطان هو اسم يطلق على مجموعة من الأمراض التي تطال نسيج الجسم والتي تتصف بسرعة تكاثر الخلايا على نحو غير منتظم تظهر على شكل "ورم" (TUMEUR) يغزو نسيج العضو المصاب، وإذا لم يوضع حد لتكاثر هذه الخلايا فإنها قد تغزو النسيج المجاور لها وتتلفه.

01- أصل ونشأة تاريخ داء السرطان:

بلاء قديم أصاب الإنسانية منذ عام (1500 ق.م) ولم يحصل تقدم ملحوظ باتجاه كشف أسرار هذا المرض إلا في الربع الأخير من القرن (20). (خلف حسين الدليمي،2009، ص597)

قام "أبو قراط" (HIPPOCRATE) بعرض كلمة السرطان على أنها كلمة يونانية (CARCINOS) ولاتينية (CONCER) وكلاهما تشير إلى داء السرطان، حيث يرى الأطباء أن كلمة (CARSINOME) تشير للنوع الأكثر تواترا، والذي يمس الخلايا الغدية والمغطاة كسرطان الثدي، القولون، البروستات، الجلد، وبالمقابل نجد كلمة (SARCOMES)أي النوع الذي يمس: العضلات، العظام، الخلايا الدموية.

(PHILLIPPE JEAUTEUR, 2004, P16)

كما أن الاسم اللاتيني لهذا الداء هو (KACRKIMOSCAL) والذي اشتق منه الاسم الإنجليزي (CARCINOMAS) والذي هو عبارة عن مجموعة واحدة من أمراض عدة مزمنة (CHRONIQUE) تؤدي للموت، كما أنه عبارة عن نمو غير طبيعي في النسيج الجسمي (TISSUE) يتجاوز النمو الطبيعي له، ولا يتساوى معه في الأهمية، أي عبارة عن نمو ذاتي غير محدد وغير طبيعي للخلايا في أحد أنسجة الجسم وأعضائه، يؤدي لمجموعة من الأمراض الخبيثة التي تظهر فب أي مكان بالجسم، نموها غير عادي، ولا يمكن تحكم به، وتهاجم الأنسجة الأخرى. (جابر محمد جبر، 2004، ص20)

اشتق اللفظ الإنجليزي للسرطان من الكلمة اليونانية "كارسينوما" (CARCINOMAS) أي "السلطعون البحري" (حيوان يتسم بضخامة في وسط جسمه وامتداد مخالبة) وهو أول ملاحظ لذلك المرض.

(هناء أحمد شويخ، 2007، ص31)

بدأ استعمال كلمة سرطان فب تسمية الأورام الخبيثة منذ القدم، وذلك عندما لاحظ الأطباء القدامى تشابه هذه الأورام مع حيوان السرطان، لذا فهو كائن من فصيلة القشريات عشاري الأقدام، يعيش على الشواطئ البحرية، يرجع هذا التشابه إلى كون الورم يتألف من جسم مركزي دائري الشكل تنطلق منه تشعبات تشبه أقدام السرطان، كما أنه يلتصق بالأنسجة المحيطة به كما لو كانت له كماشات. (توفيق السويسي، 2010، ص11)

لم يستطع الأطباء، وضع تعريف محدد لمرض الأورام السرطانية حتى العشرينيات من القرن (20) ولكن مع تقدم العلم أمكن لبعض الباحثين وضع تعريفات لهذا المرض مرتبطة بالأبحاث الخاصة بهم، فقدم "أيونج" (EWING) تعريفا بسيطا لمصطلح السرطان بأنه "نماء ذاتي نسبي للنسيج" (NEOPLASM) ، ويقتصر الأطباء على استخدام مصطلح النماء على الأورام السرطانية الخبيثة وأضاف "جبرائيل" (JEBRAIL) (1983) أن مرض الأورام السرطانية اسم يطلق على كل الأورام التي لها ميل إلى الاستمرار أو إلى النمو، والتي تهلك الأنسجة السليمة، ولها صفة المعاودة بعد فترة قد تطول قليلا أو كثيرا.

(هناء أحمد شريخ، 2007، ص31)

ظلت بيولوجيا السرطان لوقت طويل مقتصرة على علم التشريح وعلى فحص الخلايا عبر المجهر، وقد شهدت السنوات الأخيرة تحولا نوعيا في الأبحاث المتعلقة بتكون السرطان، وشيئا فشيئا بدأ العلماء باكتشاف الطفرات الجينية المسببة لنشوء هذا الداء، وهي العيوب التي تطرأ على مستوى المخزون الوراثي للخلية نتسبب في تعطيل آليات التحكم في انقسام الخلية، وفي سنة (1988) تمكن الباحثان "فوكل شتاين" و "كلينزلر" (VOKLECHTAIN & KINZLER) من تحديد أهم الطفرات الجينية التي تؤدي إلى نشوء

سرطان الأمعاء الغليظة، وفي سنة (1999) نشر فريق البحث "فايبنرغ" في مجلة "نايتشر" دراسة تشكل علامة بارزة في تاريخ علم السرطان، حيث أظهر أنه يمكن تحويل خلية بشرية عادية إلى خلية سرطانية في المختبر بمجرد إدخال بضعة تحويرات متتالية على جيناتها، حيث يقدر عدد الجينات التي تصنف كمسببة أو مسهلة لنشوء السرطان أكثر من 200 جينا، وهي تتفاعل فيما بينها في صورة متشابكة وبالغة التعقيد، كما أن طريقة تفاعلها تتباين من ورم إلى آخر ومن مريض لآخر. (توفيق السويسي، 2010، ص23)

تكمن مهمة جهاز المناعة في التعريف على أي كائن غريب عن الجسم، سواء كان بكتيريا أو فيروسيا أو فطريا، وفي المقابل فإن الخلايا السرطانية هي في الأصل خلايا عادية مثلها مثل بقية خلايا الجسم لذلك فإن جهاز المناعة لا يتعرف عليها على الأقل في المراحل الأولى لتكون السرطان، كما أن لدى بعض الأنواع من السرطانات القدرة على صناعة بروتينات خاصة تسمى "الأجسام الورمية" حيث يتعرف عليها جهاز المناعة ويهاجمها لكنها قلما تنجح لأن أغلب أنواع السرطان تفرز مواد مثبطة للمناعة. (توفيق السويسي، 2010، ص29)

إذن فالسرطان عبارة عن مجموعة من الأمراض التي تزيد عن المائة مرض، يجمع بينها عدد من العوامل المشتركة، وينجم السرطان عن خلل في المادة الوراثية الجينية (DNA)التي تمثل في خلايا الإنسان الجزء المسؤول عن السيطرة على نمو الخلايا وتكاثرها، فخلايا الجسم تتكاثر بشكل منتظم وبطيء، لكن في حالة السرطان يحدث خلل فب المادة الوراثية الجينية (DNA)مما يؤدي إلى تسارع زائد فب نموها وانتشارها.

(شيلي تايلور، 2008، ص811)

بعبارة أخرى تنشأ الخلايا السرطانية عند حدوث خلل أو عطب بالحمض النووي الريبو النووي (DNA) للخلايا الطبيعية، (DNA هو مادة كيميائية تحمل التعليمات الموجهة لنظام ودورة حياة الخلايا، حيث يقوم بالتحكم في كل نشاطاتها بما في ذلك تكوين البروتينات والأنزيمات اللازمة للعمليات الحيوية كالأرض، التكاثر، النمو، كما يحتوي على جميع الشفرات الوراثية وأجزاء منه تحمل المورثات أو الجينات)، ويحدث

السرطان نتيجة اختلال أو عطب أو تغيير جذري يبنيه الحمض النووي، مما يفقده القدرة على التحكم في نمو الخلية وتكاثرها أو يبطل عمل الجينات الكابحة للتورم. (وليدة مرازقة، 2008، ص83)

لذا ينشأ السرطان عن خلايا شاذة تنمو وتتكاثر دون تحكم تسمى ب "الورم" (TUMEUR) حيث يضغط على الأنسجة المجاورة، ويمكنه أن يغزو ويدمر الخلايا الطبيعية ما عادا خلايا سرطان ابيضاض الدم، (حيث لا تكون كتلا ورمية وتنشأ في الأعضاء المنتجة للدم كالنخاع العظمي والجهاز الليمفاوي).

(نفس المرجع السابق، ص82)

تزداد خطورة السرطان عندما يغزوا الخلايا والأنسجة الأخرى المجاورة له، فغالبا ما يقضي عليها ويدمرها، لأنه يعرقل امداد الدم إليها، مما قد يؤدي إلى النزيف والتقرح، ولعل أسوء مظاهر السرطان هي تلك المجموعات الصغيرة من الخلايا السريعة التي تنفصل عن التورم الأصلي وتنتقل إما بواسطة الدم أو بواسطة السائل اللمفاوي (هو سائل قلوي شفاف عديم اللون تقريبا يتألف من بلازما الدم وكريات الدم البيضاء) إلى أجزاء أخرى من الجسم، حيث تتجمع في النهاية وتتكاثر وتتحدد لتكون ورما ثانيا رئيسيا كالورم الأصلي في مكان آخر من الجسم وتسمى ب "العملية الإنبثاقية "METASTASIS" وبما أن أي خلية في الجسم تقريبا معرضة للإصابة بالسرطان فإن أي عضو من أعضاء الجسم المعرض للإصابة به. (خلف حسين الدليمي، 2009، ص599)

أما عن كيفية انتشاره في الجسم، ففي المرحلة الأولى يكون السرطان منحصرا في العضو الذي نشأ فيه، حيث تستمد الخلايا السرطانية ما تحتاجه من أوكسيجين ومواد مغذية من الأنسجة المجاورة لها، ومع تطور الورم تزداد الخلايا السرطانية شراسة، ويكتسب بعضها القدرة على الانفصال تماما عن الورم الأصلي، والانتقال عبر الدورة الدموية إلى أجزاء أخرى من الجسم، حيث تستقر هذه الخلايا وتبدأ في التكاثر من جديد لتكون ورما ثانيا للورم الرئيسي وتسمى الأورام الثانوية ب" النزرعات" "الانبثاقات" (METASTASIS) ويمثل

نشوؤها مرحلة حاسمة في تطور السرطان، حيث يشير إلى الانتقال من المرحلة الأولى التي يكون فيها الورم قابلا للاستئصال الجراحي أو العلاج بالأشعة إلى مرحلة متقدمة تتناقص فيها خطوط التعافي من المرض.

(توفيق السويسي، 2010، ص28)

منه يمكن للخلايا الورمية أن تخرج عن محيطها وتنتقل إلى أعضاء أخرى بالجسم لتواصل نموها الشاذ والغير طبيعي، ويسمى هذا الانتقال ب "الانتشار" (الأثبات). (وليدة مرازقة، 2008، ص83)

02- مدى انتشار مرض السرطان:

يأتي السرطان بعد أمراض القلب ليشكل السبب الثاني الرئيسي للوفيات في الولايات المتحدة الأمريكية وفي معظم البلدان النامية، فبين أعوام (1900-1990) تزايدت نسبة الوفيات بالسرطان بصورة تدريجية وملحوظة، ولكن في السنوات الأخيرة من القرن العشرين تشير الإحصائيات إلى تراجع في معدل الوفيات بنسبة (3%) خاصة في مجال سرطان الرئة الذي يعتبر التدخين من أهم مسبباته، ويعزى هذا التراجع في معدل الوفيات من السرطان إلى تحسين وسائل العلاج، لكن نسبة انتشار السرطان ما تزال عالية جدا، مما يدعو إلى الاجتهاد في تطوير أساليب التشخيص المبكر والعلاج. (شيلي تايلور، 2008، ص811)

ففي الدول المتقدمة يؤمنون بالكشف الطبي الدوري على صحتهم لتلافي المرض في مراحله الأولى، إذا تأكد وجوده –مرض السرطان– حيث تكون نسبة الشفاء مرتفعة جدا إذا ما كشف عنه في مراحله الأولى.

(خلف حسين الدليمي، 2009، ص597)

لذا أصبح السرطان يطرح مشكلة الصحة العامة سواء في الدول المصنعة أو للدول السائرة في طريق النمو، حيث تشير الإحصائيات إلى وجود أكثر من (4.4 مليون حالة) في آسيا، (2.5 مليون) منها في آسيا الشرقية لوحدها، وقدر عدد الحالات في أوروبا ب (2.6 مليون حالة) و (1.4 مليون حالة) في أمريكا

الشمالية، أما في إفريقيا فتقدر الحالات السرطانية ب (627000 حالة) مع التنبؤات الزيادة ب (50%)، إضافة إلى التنبؤ بظهور (15 مليون حالة) جديدة سنويا لعام (2020). (شرابين سهام الكاهنة، 2009، ص48)

كما يشكل السرطان تحديا للإنسان لأنه أكثر الأمراض بطشا به ويميت أعدادا مكبرة، فهو ثالث أسباب الوفاة في حوض البحر الأبيض المتوسط. (جابر محمد جبر، 2004، ص12)

قد أورد التقرير الذي أصدرته منظمة الصحة العالمية في الآونة الأخيرة بعنوان "الوقاية من الأمراض المزمنة: استثمار حيوي" إحصاءات تشير إلى أن ما يربو عن (7.5 ملايين نسمة) قضوا نحبهم في (2005) وأكثر من (70%) من تلك الوفيات تحدث في البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل.

(كاثي سيبارزون وآخرون، 2006، ص3)

تقول الإحصائيات العالمية أنه بعد أن كان يشفى شخص واحد من أربعة في السابق يشفى لآن واحد من ثلاثة، أي بإنقاذ حياة (150000 نسمة) بدلا من (75000 نسمة) في بلد معتدل السكان والمساحة، تشير التقديرات إلى أن (80%) على الأقل من جميع حالات السرطان يعود للعامل البيئي دور فيها.

(خلف حسين الدليمي، 2009، ص ص600-601)

بينت إحصائيات الوكالة الدولية للبحث حول السرطان أن سرطان الرئة هو الأكثر انتشار لدى الرجال، يتبعه سرطان البروستاتة ثم سرطان الأمعاء الغليظة (القولون والمستقيم) أما عن النساء فإن سرطان الثدي هو الأكثر شيوعا، يليه سرطان عنق، ثم سرطان الأمعاء الغليظة والجدول الآتي يمثل أهم أنواع السرطان بحسب عدد الحالات التي تم تشخيصها في العالم لسنة (2002)

الجدول (01) يوضح أهم أنواع السرطان في العالم سنة (2002)

السرطان	عدد الحالات الجديدة سنويا
الرئة	1349000
البروستاتة (الرجال)	679000
الثدي (النساء)	1151000
الأمعاء الغليظة	1012000
المعدة	930000
الكبد	623000
عنق الرحم (النساء)	493000
المرئ	460000
المثانة	356000
لمفوم غير هودجكين	300000
لوكيميا	300000
الفم	275000
المعثكلة	232000
الكلية	208000
المبيض (نساء)	204000
بطانة الرحم (نساء)	199000
الدماغ والجهاز العصبي	189000
ملثوم الجلد	160000
الحنجرة	159000
الغدة الدرقية	141000
البلعوم	130000
النقيوم	86000

جوف الأنف	80000
لمفوم هودجكن	62000
الخصية	49000

(توفيق السويسي، (2010)، ص11)

03- ماهية السرطان:

السرطان عبارة عن تورم ناتج عن خلايا خرجت عن أجهزة المراقبة في الجسم وأخذت تنمو بصورة عشوائية، حيث أن النمو في البدء يكون في العضو المصاب، ثم يتخطى التورم الحواجز التي تفصل بين الأعضاء، وخلال هذا التخطي قد تخرج بعض الخلايا السرطانية لتدخل في الشعيرات الدموية أو البلغمية التي تنقلها إلى مختلف أجزاء الجسم، حيث تبني مستعمرات سرطانية تكمن عشرات السنين.

(مصطفى مفتاح الشقماني، محمد أحمد الفقي،2006، ص233)

طبقا للمراجع الطبية فالسرطان لا يعد مرضا واحدا، بل هو مجموعة غير منتظم، وتتكون معظم الخلايا السرطانية من كتلة أو كومة، وبالتالي يعرف مرض الأورام السرطانية بأنه "ورم ناتج عن تحول أو تغيير يصيب الخلايا البشرية" والورم هو "كتلة من الأنسجة الناتجة عن نمو خبيث وغير طبيعي".

(هناء أحمد شويخ، 2007، ص ص31-32)

فكلمة سرطان تدل على وجود ورم خبيث، وهي عامة لا تدل على العضو المصاب، لذلك يتم تسمية الأورام تبعا للخلايا أو الأنسجة التي نشأت فيها:

- **الأورام الناتجة من خلايا الظاهرية:** والتي تغطي الجسم وتبطن الأعضاء المجوفة بداخله EPITHELIA يطلق عليها اسم "كارسينوما" (CARCINOMA) "وميلانوما" (MELANOMA) وهي عبارة عن سرطان من خلايا الجلد التي تنتج الميلانين (الصبغ الأسود الموجود في الجلد والشعر) وهذه الخلايا تسمى "ميلانو سايس" (MELANOCYTES).

- **أما ما يسمى "السار كوما":(SARCOMAS)** فتنتج من خلايا العظم والغضاريف مثال "اوستيوساركوما" (OSTEOSARCOMA) و "ندرساركزما" (CHONDROSARCOMA).

(خلف حسين الدليمي، 2009، ص599)

كما يكون تصنيف السرطانات بناء على التشابه بين الخلية السرطانية والخلية السليمة إلى:

- **سرطانه CARCINAMA:**

وهي سرطانات تتبع من الخلايا الظاهرة (EPITHELIAL CELLS) حيث تشكل أكبر مجموعة من السرطانات عامة وخاصة كسرطان الثدي، البروستات، الرئة، البنكرياس.

- **سار كومة SARCOMA:**

سرطانات تتبع من النسيج الضام (CONNECTIVE TUSSUE) أو من خلايا اللحمة المتوسطة (MESENCHYMAL CELLS).

- **ميلوما MYELOMA:**

وهو تنشؤ خبيث، ينشأ في خلايا البلازما للنخاع العظمي.

- **ليمفوما LYMPHOMA:**

وهو سرطان ينبع من الجهاز اللمفاوي.

- **اللوكيميا LEUKIMIA:**

وهو سرطان ينبع من الخلايا المكونة للدم (HEMOPOIETIC). (وليدة مرازقة، 2008، ص86)

04- تصنيف مرض السرطان حسب نوعه وأماكنه:

4-1 تصنيف مرض السرطان:

قبل وضع تصنيف للسرطان من التطرق أولا إلى التسميات التي تطلق عادة على أي نمو غير طبيعي والتي تنقسم إلى:

4-1-1 الورم TUMEUR:

هو نمو غير طبيعي لبعض أنسجة الجسم، وهذا النمو لا يخدم وضيفة فيسيولوجية كباقي الأنسجة الطبيعية، بل تتكاثر خلاياه على حساب الأنسجة الطبيعية، وتؤدي إلى اختلال وضائف الخلايا والأنسجة الطبيعية المجاورة لها. (سلوى عثمان الصديقي،1999، ص177)

حيث يتألف الورم من خلايا خرجت عن التوازن الطبيعي للجسم لتتكاثر بصورة منفصلة، يصعب السيطرة عليها لأنها ناتجة عن خلايا غبر طبيعية خرجت عن نظام التوازن في جسم المصاب بها، وأصبحت لا تؤدي وظيفتها الأساسية. (خلف حسين الدليمي، 2009، ص597)

4-1-2 التنشؤ NEOPLASME:

كلمة إنجليزية نعتبر أكثر دقة من كلمة ورم، وتعني تكاثر الخلايا ذات الطفرات الجينية، أي نمو أو تضخم غير طبيعي، ظهور كتلة غريبة في الجسم وكلمة ورم مرادفة لكلمة "تنشؤ" (NEOPLASME) ويقصد بالورم التنشؤ الصلب، وقد توجد تنشؤاه غير صلبة كاللوكيميا لا تنتج أوراما.

(وليدة مرازقة، 2008، ص84)

وتنقسم الأورام إلى نوعين هما:

- **الورم الحميد LE TUMEUR BENIGNE:**

تتألف الأورام الحميدة من خلايا تظل معزولة عن مجموعة الخلايا بها، تنمو ضمن كبسولة، يكون هذا النوع من التورم غير مؤذي، وباختلاله لفسحة من الجسم قد يسبب متاعب جانبية عن طريق الضغط على مجموعات الأنسجة المحيطة به، ومن الممكن أن يقوم بإفراز هرمونات. (خلف حسين الدليمي، 2009، ص598)

إضافة إلى نموه البطيء، يكون عادة مغلفا بغلاف واضح من الأنسجة الليفية، وضرره الرئيسي هو التشويه ويفضل استئصاله للتغلب على التشويه والضغط الميكانيكي، حتى لا يتحول إلى ورم خبيث مع مضي الوقت. (سلوى عثمان الصديقي، 1999، ص178)

بعبارة أخرى فهو عبارة ن أورام صغيرة الحجم في الغالب، توجد في أعضاء غير جوفاء (صماء) تأخذ شكلا بيضاويا أو كرويا، محددة المعالم، محاطة بنسيج ليفي طبيعي وكأنها محفوظة في كبسولة، تنمو ببطء، تتمركز في مكان ما في العضو ولا تنتشر ولا تدمر الخلايا المجاورة لها، ليس لها أية آثار إذا استؤصلت لذلك ما لها جيد. (جابر محمد جبر،2004، ص31)

كما يتصف بأن نمو وتكاثره محدود، غير غازي لا ينتشر ويمكن استئصاله دون العودة للنمو ثانية، نادرا ما يهدد الحياة. (وليد مرازقة، 2008، ص84)

كما يتميز ببطء نموه، بأنه محاط من الخارج بغلاف يحدده تحديدا واضحا عن الأنسجة المحيطة به. (هناء أحمد شويخ، 2007، ص32)

- **الورم الخبيث LE TUMEUR MALIGNE:**

يعتبر من أنواع السرطان، حيث يتألف من خلايا تنمو بكثرة وعلى نطاق واسع، يغزو مجموعات الأنسجة المحيطة به، أو يكون انتشاره عن طريق الدم. (خلف حسين الدليمي، 2009، ص599)

لذا فهو يتكاثر بسرعة كبيرة، تمتد مباشرة إلى الأنسجة المجاورة كما يمتد عن طريق الدورة الليمفاوية والدورة الدموية بالانتقال المباشر وتنتشر في أنحاء الجسم، وللتحكم في الأورام الخبيثة يأتي عادة بالاستئصال الجراحي الجذري، أو بالعلاج الإشعاعي، أو بالعلاج الكيماوي، وغالبا ما يكون العلاج الأفضل من طريقة واحدة.

(سلوى عثمان الصديقي، 1999، ص178)

هو أشد خطورة من الأورام الحميدة، يتكون من خلايا سريعة الانقسام والتكاثر، وقد تبلغ حجما كبيرا في وقت قصير، غير مغلفة من الخارج بأي غلاف، ولذلك فإن نموها يكون غير محدد وتستطيع هذه الخلايا المكونة للورم الانتشار والانتقال إلى أجزاء أخرى في جسم الإنسان لتكون أوراما ثانوية وتسمى ب "عملية الانتشار" (METASTASES)، وعندما ينتشر المرض من مكان لآخر يسمى بالجزء الذي بدأ منه، فإذا بدأ المرض في الثدي ثم انتشر إلى الرئة فيسمى بسرطان الثدي. (هناء أحمد شويخ، 2007، ص32)

كما أنه _الورم الخبيث_ يظهر بأحجام كبيرة في وقت قصير، أشكالها غير محددة، مختلفة، فادحة، غير مألوفة، تتكاثر بسرعة كبيرة، تنقسم وتؤثر في الخلايا السليمة المجاورة لها في كل الاتجاهات وتحتل مكانها، لا يستقر في مكانه بالعضو المصاب. (جابر محمد جبر، 2004، ص31)

يقصد به كذلك داء السرطان فنموه يكون شاذا، وقدرته على غزو الأنسجة والأعضاء الحيوية المجاورة وقدرة خلاياه على الانبثاق (METASTASIS)، ويتم انتقاله عبر الدورة الدموية والجهاز اللمفاوي.

الجدول رقم (02): يوضح الفروق بين تنشؤ الورم الحميد والخبيث

	الأورام الحميدة	**الأورام الخبيثة**
توضع الورم	– يدفع بالنسيج الطبيعي جانبا. – يكون محاطا بمحفظة.	– يغزو النسيج الطبيعي المحيط به.

	– يكون واضح الحدود.	– لا يكون محاطا بمحفظة. – تكون حدوده مختلطة مع النسيج الطبيعي.
مدى انتشاره	– يقتصر على الكتلة الورمية ونموها.	– قد يؤدي إلى حدوث التوسعات في العقد اللمفية القريبة و البعيدة، كما يصيب الورم أعضاء أخرى.
سرعة نموه	– بطيئة.	– قد تكون بطيئة أو سريعة.
النتيجة	– عادة حميدة.	– قد تكون كميتة إذا لم يعالج الورم.
العلاج	– الجراحة تكون شافية.	– قد لا تكون الجراحة وحدها شافية وتحتاج إلى علاج كيميائي أو إشعاعي داعم.

(وليدة مرازقة، 2008، ص85)

4-2 أنواع وأماكن انتشار الأورام لدى مرضى السرطان:

يوجد (47) نوع من أنواع السرطان حيث تنتشر الأورام في عدة أماكن أشهرها:

- **سرطان المخ:** لا ينتقل خارج الجهاز العصبي (إلا في حالات نادرة).
- **سرطان الميلانوما:** أكثر أماكن الانتقال (الكبد، العظام، الدماغ).
- **سرطان الدرقية:** أكثر أماكن الانتقال (عقد المنطقة، الرئة، العظام، الدماغ).

- **سرطان الرئة:** أكثر أماكن الانتقال (الجنب المنصف، عدد المنطقة اللمفاوية، الكبد، العظام، الدماغ، الكظر، أعصاب المنطقة).
- **سرطان الثدي:** أكثر أماكن الانتقال (العقد الإبطين، الرئة، العظام، الكبد، الدماغ).
- **سرطان المريء:** أكثر أماكن الانتقال (الانتقال إلى الجوار، عقد المنطقة، الكبد، الرئة).
- **سرطان المعدة:** أكثر أماكن الانتقال (عقد المنطقة، الكبد، الرئة، الغشاء لبينوني).
- **سرطان القولون المستقيم:** أكثر أماكن الانتقال (عقد المنطقة، الكبد، الرئة).
- **سرطان الكلية:** أكثر أماكن الانتقال (الكلية الأخرى، عقد المنطقة، الكبد، الرئة).
- **سرطان البروستاتة:** أكثر أماكن الانتقال (عقد المنطقة، العظام).
- **سرطان الخصية:** أكثر أماكن الانتقال (عقد المنطقة، الكبد، الرئة).
- **سرطان المبيض:** أكثر أماكن الانتقال (عقد المنطقة، الكبد، الرئة، الغشاء البيتوني).
- **سرطان عنق الرحم:** أكثر أماكن الانتقال (عقد المنطقة، جدار الحوض، المهبل، الأعضاء المجاورة). (حسن فاروق هبة، دون سنة، ص ص26-27)

05- أعراض السرطان:

5-1 أعراض ناتجة عن النمو السريع والغير طبيعي للخلايا:

تؤدي وتيرة النمو السريع والغير طبيعي للخلايا السرطانية إلى استهلاك طاقة الجسم بشكل كبير واستنزاف موارده لتغذية هذه الوتائر المتسارعة للنمو على حساب احتياجات بقية أعضاء الجسم ووظائفها الحيوية وهذا قد يسبب:

- فقدان الدم.
- الانهاك والتعب.

- النحافة ونقص الوزن.
- فقدان الشهية.
- عسر الهضم.
- امساك أو اسهال.
- ارتفاع الحرارة غير عادي مع ضعف الحالة العامة للجسم.

5-2 أعراض ناتجة عن فقدان وظيفة العضو المصاب وتتمثل في:

- زيادة غير طبيعية في معدلات العمل، مثال ذلك الافراز الزائد لبعض الغدد كالغدة الدرقية البنكرياس.
- نقص في الأداء أو توقفه بشكل كامل.
- القيء والسعال.

5-3 أعراض ناتجة عن الانتشار والتأثير على الأعضاء الأخرى:

- الغزو المباشر أي أن تنمو الخلايا مخترقة الأنسجة إلى أنسجة أخرى مجاورة METASTASIS.
- حدوث تمزقات في الأوعية الدموية ومن ثم نزيف.
- ضغط على المناطق العصبية وحدوث آلام شديدة.
- نفث دم متكرر، نزيف رحمي، نزيف شرجي.
- تقرحات جلدية وتقرحات مخاطية. (وليد مرازقة، 2008، ص ص87-88)

06- مسببات السرطان:

تتمثل فيما يلي:

- **تلوث البيئة:** تشير الإحصائيات إلى نسبة (80%) من مسببات السرطان يلعب الإنسان دورا كبيرا فيها.

- **العوامل الطبيعية:** الاشعاعات المتأنية من المستشفيات، اليورانيوم، التفجيرات النووية التي تسبب أنواعا عدة من السرطان.
- **العوامل الكيميائية:** التدخين، صناعة الأسينوس، أول أكسيد الكربون الناتج عن الاحتراق غير الكامل للوقود تسبب سرطان الرئة. (جابر محمد جابر، 2004، ص 32)

تبين الإحصائيات إلى أن التبغ يسبب في (80-90%) من مجمل الوفيات الناجمة عن سرطان الرئة، وفي حوالي (30%) من مجمل الوفيات الناجمة عن سرطان في البلدان النامية. (مسعود السامعي، 2011، ص 26)

كما يلعب الحمية دورا في تطور مرض السرطان، إذ أن السرطانات الأكثر شيوعا بين الأفراد الذين يعانون من سوء التغذية المزمنة، وبين أولئك الذين يستهلكون نسبا عالية من الدهون، والذين يستخدمون بعض المحسنات التي تضاف للأطعمة مثل نيترات الصوديوم، البوتاسيوم، الكحول، وغيرها.

(شيلي تايلور،2008، ص 814)

- **العوامل البيولوجية:** بعض الفيروسات تسبب السرطان الكبد والثدي والدم، بعض الطفيليات كالبلهاريا البولية تسبب (80%) من سرطان المثانة.
- **العوامل النفسية:** أكدت البحوث دورها في الإصابة بالسرطان، حيث يموت بالسرطان (60%) من المكتئبين بالمستشفيات العقلية، وارتفعت نسبة الإصابة بسرطان الثدي بين المريضات نفسيا أكثر مما هي عليه في المجموع العام للسكان. (جابر محمد جبر، 2004، ص ص 32-33)
- **العوامل المادية:** لايزال السرطان كغيره من الأمراض الغير المعدية، يعاني من نقص هائل في التمويل، ففي الوقت الراهن تتسبب الأمراض الغير معدية بما نسبته 60%من الوفيات على النطاق العالمي، ولكنها لا تتلقى سوى 60%من التمويل المتاح للصحة على صعيد العالم. (مسعود السامعي، 2011، ص 07)

- **العوامل الوراثية:** فقد دلت الدراسات الحديثة على وجود أساس وراثي لبعض أنواع السرطانات بما فيها سرطان القولون والثدي، مما يساعد في تقييم عوامل الخطورة لدى العديد من أفراد العائلة، ولكن دراسة تاريخ العائلة لا تعطي دائما دلالة على وجود استعداد جيني موروث للسرطان، فان جانب الجينات هناك العديد من السمات التي يتم توارثها في العائلة غير التنشئة الاجتماعية كالحمية الغذائية، نمط الحياة التي تؤثر في نسبة حدوث مرض ما. (شيلي تايلور، 2008، ص 813)

07- الآثار النفسية لمرض السرطان وعلاقة مريض السرطان بالطبيب والأخصائي:

7-1 الآثار النفسية لمرض السرطان:

- **صدمة الإعلان عن المرض:**

إن الصدمة النفسية في الحقل السيكوسوماتي عبارة عن طاقة نفسية تؤدي إلى اضطراب عضوية، وليس المرض هو الذي يؤدي إلى صدمة، بل الصدمات السابقة هي التي تؤدي إلى المرض، كما يسمح لنا الأمر أن نقول المرض العضوي يؤدي إلى صدمة نفسية على عضوية الفرد ونفسيته وتظهر هذه الصدمة أيضا في بعض الأمراض الأخرى، مثل بتر إحدى الأعضاء، أو من خلال فقدان بعض الحواس.

فأمام كلمة سرطان هناك صدمة كبيرة والحدث أيضا، فهناك صدمات قد تكون متعلقة بماضي العميل.

فالإعلان عن مرض السرطان لدى المريض في الحقيقة صدمة لا يستطيع الشخص ارصانها فأثر هذه الكلمة تترك له نوع من النشاط العقلي، يختلف عما كان عليه، إذ تظهر ميكانيزمات دفاعية مختلفة تواجه هذه الوضعية الصادمة. (دلال موسى قويدر،2007، ص 73)

ومن أول الميكانيزمات الدفاع التي يبديها المريض اتجاه مرضه نجد:

- **الرفض:**

والمدة من هذا الميكانزيم هو محاولة الشخص حياته نفسه من حقيقة واقعية مؤلمة وذلك برفضه لا شعوريا والتعرف على العناصر المثيرة للقلق.

ففي حالة مريض السرطان نجده يلجأ إليه كآلية أولية فهو يرفض مرضه ولا يستطيع استيعابه، فهو يحمي نفسه من حقيقة مؤلمة مع رفض الواقع، أما التظاهرات التي تظهر على المريض فإنه يعيش مع الأعراض كما لو توجد رغم الألم، فهو ملازم بعد الإعلان عن المرض مباشرة.

التجنب:

يظهر هذا الميكانزيم الدفاعي من أجل إخفاء هذه الحقيقة الصعبة وعدم التفكير في الوضعيات التي تمت بالصلة إلى تذكر المرض، مثل عدم التعامل أو الاتصال بأي شخص أو مكان وعيا من الرفض، ولكنه في الحقيقة غير واقعي وغير عقلاني، إن الهدف المشترك بينه وبين الرفض هو إخفاء الحقيقة المؤلمة الصعبة، ومواجهتها بعدم التحدث عنها.

- **العزل:**

إن العزل هو فصل الجانبين المعرفي والوجداني للدافع عن بعضهما، لدرجة تجعل الفرد يعتبر الفكر مستقلا عن السلوك أو الممارسة فجد أن مريض السرطان، يستعمل هذه الآلية الدفاعية حيث يعزل العاطفة عن الفكر فيتحدث عن مرضه أو داء السرطان بطريقة تلقائية، لا يوجد فيها أي نوع من الاضطراب أو التوتر، فالعزل هنا كوسيلة تغطية تتطلب طاقة عالية من أجل ذلك نجد المريض في بعض الأحيان يلجأ إلى مساعدة غيره من المرضى ويوجهونهم إلى ضرورة المكافحة. (PHANEU F M, 2005, P29)

فمرضى السرطان بمجرد ابلاغ الطبيب المريض بكلمة سرطان، أو ورم، تصبح هذه الكلمات مبصومة في أعماق النفس، فالكلمة بحد ذاتها مسببة للعديد من الآثار النفسية ثم الآلام والأوجاع العضوية هي أيضا

تخلق آثار نفسية ومخلفات نفسية كبيرة منها آلام مرض السرطان، الحصر والقلق، اضطرابات سلوكية، حالات تعب، اضطرابات جنسية، حالات اكتئاب، قلق الموت، غياب غريزة الحياة، الحدث الصدمي.

- **الخوف من المعاناة:**

يظهر مرتبطا بمفهوم أن مرض السرطان هو مرض قاتل" على نار هادئة" ويتدعم هذا الخوف من المعاناة من خلال حقيقة أن الآلام لا تزال غير هادئة كفاية، مما يولد صعوبات مع المحيط.

إن رؤية المريض لمعاناة أقربائه غير محتملة، وتولد عدة سلوكات دفاعية، ويعيش المعالجون من جهتهم شعور بالفشل والإخفاق، العجز، الذنب نتيجة عدم التحكم في عدم آلام مرضاهم، حيث يشعرون بالإحباط في العلاقة مع المريض، الذي فقد الثقة في المعالج نتيجة ثبات واستمرار الآلام.

(وليدة مرازقة، 2008-2009، ص20)

- **الخوف من البتر والقطع:**

يتمثل أساسا أثناء القيام بعملية جراحية تعتمد الآثار النفسية لفقدان عضو على تمثيلاته واستثمار الوجداني الذي يكون فيه العضو هو الموضوع.

إن فكرة فقدان الثدي، الرئة، الرحم، يولد نفس صعوبات التكيف ولكن مهما كانت التمثيلات المرتبطة بالعضو واستثمار المريض فيه، فإن كل البتور تبين نقص قيمة الذات الذي سيواجه مريض السرطان.

(مرجع سابق، ص25)

7-2 علاقة مريض السرطان بالطبيب والأخصائي النفساني:

يبقى دور الأطباء على درجة من الأهمية في أيام العمر الأخيرة، رغم تأكدهم من أن المريض منها بالمقاييس الطبية، وأن مرضه الحالي سيفضي به إلى وفاة قريبة، إن دور الطبيب في هذه الحالة يجب أن يكون مساندة المريض وأهله لذا يجب أن يكون على إدراك باحتياجات هذا الموقف ليمهد طريق الميل الأخير في حياة لآلاف الأميال وربما كان مرض الموت الذي ينظر إليه على أنه موقف صعب على المريض ومن

حوله ولما كان مرض الموت يتضمن كربا هائلا للمريض ومن يقوم على رعايته فإن الطبيب يعمل على تخفيف الموقف بالبحث عن مصادر الإزعاج ومحاولة التعامل معه وتخفيف القلق عند المريض أما دور الأخصائي النفساني الذي يقوم بتهيئة المريض لسماع التشخيص فيتوجب على الأخصائي تهيئة الجو المليء بالأمن والطمأنينة والتقبل ويحاول من خلاله التعرف على مشاعر وانفعالات المريض، وأن يشعر المريض بالثقة والطمأنينة والاهتمام بهم.

التفاعل هنا هو عملية تواصلية قوامها التحادث بين الطرفين لأنها الوسيلة الفعالة في نقل الأحاسيس والمشاعر، وبقدر ما يستوعب الأخصائي مشاعر المريض بقدر ما يكون موضع تفريغ انفعالات المريض الكامنة وراء حديثة. (عبد العلي الجسماني، 1998، ص 248)

08- علاج مرض السرطان:

يعتبر مرض السرطان عبارة عن مجموعة من الأمراض ومن المؤكد أن العلاج من هذا المرض يتضمن مجموعة من العلاجات، والتي تختلف حسب مكان السرطان ودرجته وحالة المريض، ومن أهم هذه العلاجات:

العلاج الجراحي: يستهدف العمل الجراحي الوصول إلى موضع الورم من أفضل الطرق، وأقلها تأثيرا على أنسجة الجسم السليمة ومن ثم التحقق من تسرطن الورم، عبر استخلاص خزعة من أنسجته وتحليلها، تمهيدا لاستئصال أكبر كم ممكن من النسيج السرطاني وبأقل أضرار ممكنة وباستخدام كافة التقنيات المتوفرة، مع مراعاة تأثير ذلك على الأعضاء الحيوية المجاورة، إضافة إلى إزالة مساحة معينة من الأنسجة والأعضاء القريبة خصوصا الغدد الليمفاوية، أو أي مواضع من المعتاد انتقال خلايا الورم موضوع الجراحة إليها.

العلاج الكيميائي: هو نوع من الأدوية التي تحبط نمو الخلايا، وتمنع انقسامها انتشارها وهو نوع من التسمية للخلايا حيث تصيب الخلايا النامية بالتلف، ومشكلة العلاج الكيميائي أن تسميته تطال الخلايا

السرطانية وغير السرطانية وبالذات الخلايا ذات النشاط الحيوي والمتجددة مثل الشعر (يؤثر على نموه وتساقطه).

الخلايا ذات النشاط الجنسي مثل البويضات والحيوانات المنوية الخلايا الدورية مثل خلايا الدم، حيث يثبط العلاج نمو واستبدال الخلايا، ما يحدث نقص بالمناعة بسبب هبوط كريات الدم البيضاء، فقر الدم بسبب الأثر على الكريات الحمراء، النزيف بسبب الأثر على الصفائح الدموية.

يستعمل العلاج الكيميائي تلطيفيا لتصغير الأورام ولتخفيف الألم وتقليل الأعراض كما قد يستعمل قبل الجراحة أو بعدها.

العلاج الإشعاعي: يوظف العلاج الإشعاعي التطبيقات المختلفة للإشعاع في تدمير بنية الخلايا السرطانية ومعالجة الأورام سواء استخدام العناصر والنظائر المشعة، أو توليد دفق اشعاعي على الطاقة وتسليطه على الأنسجة والخلايا الورمية، بغية القضاء عليها نهائيا أو تقليص كتلة الورم لتخفيف تأثيراته.

تكمن فعالية هذا العلاج في قدرته على تدمير جزئيات DNA في الخلايا السرطانية، ما يؤدي إلى موتهم وأثناء العلاج الإشعاعي تتأثر الخلايا السليمة بالإشعاع ما يؤدي إلى تدميرها والذي يؤدي أن تتبدد بعد أن تأخذ الخلايا وقتا لتجدد وتتألف نشاطها الطبيعي.

العلاج المناعي: يعرف أيضا بالعلاج الحيوي أو العلاج المعدل للاستجابة الحيوية، وهو علاج بتوظيف آليات رفع معدل انتاج الخلايا المناعية وتعزيزها، بغية دعم وتحفيز جهاز المناعة بشكل مباشر سواء لمقاومة الأمراض ومكافحة العدوى أو للمساعدة في إدارة التأثيرات الجانبية لعلاج الأورام، وذلك باستخدام مركبات حيوية تفرزها خلايا المنظومة المناعية طبيعيا. (جمعية آدم لسرطان الطفولة علاجات السرطان، منشورات جمعية آدم لسرطان الطفولة، http:/WWW.ADAMS, ORG/ PEDIA CANCER. HTM)

علاجات أخرى:

1. **العلاج بواسطة زراعة النخاع العظمي:** يستهدف هذا العلاج استبدال خلايا المنشأ بالنخاع المصاب بالسرطان أو المحيط بالعلاجات، بخلايا سليمة ومعافاة قادرة على النمو والتكاثر وإنتاج خلايا الدم.

(مرجع سابق)

2. **العلاج الهرموني:** وذلك لبعض الأورام المتأثرة بالنشاط الهرموني مثل علاج التاموا كسفين لسرطان الثدي، علاج البروجيستيرون (هرمون أنثوي لسرطان البروستات).

3. **العلاج الجيني:** يستهدف هذا العلاج الجينات التي تؤدي طفرة التحول السرطاني. (الخطيب، جمال الدليل العلمي للعاملين النفسيين والاجتماعيين مع مرض السرطان، http://WWW.HAYATNA /FS .COM (SPECIALTO PIC/GUIDLINES.WORKERS. CONCER PATIENTS.HTM

ملخص الفصل:

إن المكافحة الشاملة للسرطان هي العملية التي تتم من خلالها تنسيق كافة مجالات مكافحة السرطان، بدءا بالوقاية ووصولا إلى الرعاية التسكينية، بهدف تقليص أثر السرطان على المجتمع، ولضمان نجاح المكافحة الشاملة للسرطان يجب تحقيق التزامن بين العديد من العناصر المرتبطة بالمرض، مما يتيح نهجا راسخا وموحدا للرعاية ضد السرطان وتتمثل في:

- **الوقاية:** تتمثل في مكافحة السرطان، مكافحة عوامل الخطر.
- **الإبكار في الكشف:** أي بالكشف المبكر، التشخيص والفحص المبكر.
- **المعالجة والشفاء:** تتمثل في التشخيص، المعالجة، المتابعة، إعادة التأهيل (علم الأمراض، التصوير بالأشعة، الطب النووي، العلاج الإشعاعي، العلاج الكيميائي، الجراحة..... إلخ)
- **الرعاية الخاصة:** مكافحة الأعراض وإدارتها، الدعم النفسي، الاجتماعي والروحي، مواسات أسر المريض.

تمهيد:

بعد دراستنا لموضوع البحث، من تحديد إشكالية البحث وما يتعلق به من متغيرات، وبعد استعراضنا لمختلف الدراسات والآراء التي لها علاقة بموضوع بحثنا، ويشكل هذا الفصل مدخلا للبحث الميداني، حيث يتم خلاله إجراء دراسة استطلاعية قصد التعرف على المجال المكاني والزماني للتطبيق، وكذلك اعداد الأدوات المناسبة لقياس متغيرات البحث، كما حدد في هذا الفصل منهج البحث، مجالاته، عينته، وأدوات جمع البيانات.

واختتم بالأساليب الإحصائية المستخدمة في تحليل البيانات.

01- منهج الدراسة:

يعد المنهج في البحث العلمي العمود الفقري لكل دراسة فهو الضابط والوجه الأساسي لكل باحث يتعدد استعماله حسب هدف الدراسة والإشكالية العلمية المعالجة.

وجدير بنا أن تشير إلى التنوع الكبير لمعنى هذا المصطلح إلا أنه لا يمكننا الغوص في هذا الكم المتنوع بينما يمكننا أن نورد بعضهما.

1-1-المنهج الوصفي:

هو كل استفسار ينصب على ظاهرة من الظواهر التعليمية والنفسية كما هي قائمة في الحاضر يقصد تشخيصها والكشف عن جوانبها، وتحديد العلاقات بين عناصرها، أو بين عناصر أخرى.

ونظرا للأهداف التي يسعى إليها البحث الحالي والمتمثلة في الكشف عن العلاقة التي تربط القمع الانفعالي بالالكستيميا ومن خلال التساؤلات التي يسعى البحث للإجابة عليها، فقد تم استخدام المنهج الوصفي الارتباطي الذي يعد مناسبا لطبيعة مثل هذه الدراسة التي تبحث عن العلاقة بين متغيرين.

(رابح تركي، بدون سنة، ص190)

2-1 الدراسة الاستطلاعية:

تعد الدراسة الاستطلاعية من الخطوات الرئيسية التي يقوم بها الباحث أثناء دراسته لموضوع البحث، تساعده هذه الدراسة بجمع كل المعلومات والحقائق التي تخص موضوع بحثه كما تحدد له الطرق العلمية التي يتم بواسطتها دراسة الموضوع.

قبل قيامنا بالدراسة الاستطلاعية ولكي تكتسب هذه الدراسة بالطابع المنهجي قمنا بتسطير الأهداف لهذه الدراسة وهي تتمثل فيما يلي:

- التقرب من الميدان والتعرف على ظروف التطبيق.

- دراسة الخصائص السيكو مترية لمقياس الالكستيميا ومقياس القمع الانفعالي على المجتمع الجزائري وتحديدا على عينة المرضى المصابين بالسرطان.

ملاحظة: لم نقم باجراء حساب الخصائص السيكومترية لأن الباحثة أمينة بن قويدر أجرت ذلك في البيئة الجزائرية سنة (2012)، وهي كالتالي:

الخصائص السيكو مترية على البيئة الجزائرية:

قامت أمينة بن قويدر (2012) بترجمة مقياس القمع الانفعالي لوينبر جر وحساب الخصائص السيكو مترية على عينة من طلبة الجامعة، حيث تم حساب صدق الاتساق الداخلي عن طريق حساب الارتباط بين الدرجة الكلية للأبعاد والدرجة الكلية للسلم الذي ينتمي إليه ذلك البعد والارتباط بين السلالم الثلاثة، وكذلك الارتباط بين كل بند والدرجة الكلية للبعد وقد تراوحت معاملات الارتباط بين (0.369 و0.86).

أما الثبات فقد تم حساب قيمته ألفا كرو نباخ لكل بعد ولكل سلم وقد تراوحت قيمة ألفا كرو نباخ ما بين (0.773-0.23).

قد أعيد حساب الخصائص السيكو مترية في هذه الدراسة على عينة من المصابات وغير المصابات بسرطان الثدي (مع العلم أننا قدمنا نتائج ذلك على مستوى الدراسة الاستطلاعية).

ملاحظة: لم نقم باجراء الخصائص السيكومترية لأن الباحثة نعيمة ميقاتلي أجرت ذلك في البيئة الجزائرية سنة (2011)، وهي كالتالي:

الخصائص السيكو مترية في البيئة الجزائرية:

قامت نعيمة مقاتلي (2011) بترجمة مقياس (BVQA-B) وتقنينه على البيئة الجزائرية على عينة من طلبت الجامعة ، حيث قامت الباحثة بحساب معامل تناسق ألفا كرو نباخ للمقياس ككل وكانت قيمته 0,667 أما بالنسبة للأبعاد ، فقد كانت قيمة ألفا كرو نباخ لكل بعد هي كالتالي : للبعد الأول (صعوبة التعرف عن حالات الانفعالية) = 0,504، و للبعد الثاني (صعوبة التعبير اللفظي عن الحالات الانفعالية) = 0,462 ، أما البعد الثالث (فقر الحياة الخيالية) = 0,572 , وكان معامل الثبات للبعد الرابع (ضعف في إعادة النشاط الانفعالي) = 0,644 ، وللبعد الخامس (التفكير الإجرائي) = (0,614).

كما استخدمت الباحثة طريقة التجزئة النصفية في حساب ثبات المقياس وقد قدرت قيمة جثمان (GUTTMAN) للمقياس بـ 0,478، كما تم تصحيحه لمعامل (SPEARMAN – BROUN) وكانت قيمة هذا المعامل (0,702)، مما يشير الى أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الثبات.

(نعيمة مقاتلي، ص ص 152 – 162)

أما الصدق وقد استخدمت في حسابه صدق الاتساق الداخلي، من خلال حساب معامل الارتباط بيرسون بين الدرجة الكلية للمقياس والدرجة الكلية لكل بعد وقد وجدت الباحثة أن كل الأبعاد مرتبط ارتباطا دالا مع الدرجة الكلية للمقياس وقد تراوحت درجات الارتباط ما بين (0,28 و0,73).

كما استخدمت في حساب الصدق صدق المحك بالاستعانة بمحك خارجي، وهو مقياس " تورنتو" للألكستيميا (LA TORONTO ALEXITHYMIA SCOLE) (TQS -20)، النسخة الفرنسية من إعداد كل من بأغبى، تايلور باركر (BAGBY,PARKER,ET YAYLOR ,1994) وقد قدرت قيمة معامل الارتباط بين الدرجة الكلية للمقياس ب (0,80) وتم تقنين هذا المقياس على البيئة الجزائرية وتحديدا على عينة من النساء المصابات والغير مصابات بالسرطان في هذه الدراسة، وهذا ما تم توضيحه في عنصر الدراسة الاستطلاعية.

1-3 حدود الدراسة: تحددت الدراسة المجالات التالية وبطريقة قصدية.

-**المجال المكاني:** أجريت الدراسة بالمؤسسة الاستشفائية محمد بوضياف بالمدية، في مصلحة الأنكولوجيا الخاصة بأمراض السرطان.

-**المجال الزماني:** امتد البحث الميداني للدراسة الاستطلاعية التي بدأت من مارس 2019 إلى غاية شهر أفريل 2019.

2- مجتمع الدراسة:

2-1 عينة الدراسة وخصائصها:

إن الهدف الرئيسي للبحث هو: التعرف على القمع الانفعالي وعلاقته بالالكستيميا لدى مرضى السرطان في مستشفى محمد بوضياف بالمدية.

بعد إعداد استبيان القمع الانفعالي والالكستيميا طبق على عينة استطلاعية قوامها (50) مريض مصاب بالسرطان بمختلف الأعمار وكلا الجنسين رجال ونساء بطريقة قصدية.

2-2 خصائص العينة:

2-2-1 توزيع العينة حسب متغير السن:

السن	التكرار	النسبة المئوية
40-20	15	%30
60-41	29	%58
80-61	06	%12
المجموع	50	% 100

الجدول رقم (03) يبين توزيع العينة حسب متغير السن

يتبين من الجدول أن عينة المرضى المصابين بالسرطان الذين يتراوح سنهم بين عشرون وأربعون سنة بنسبة 30 % تليها نصف العينة التي استحدث في البحث حيث يبلغون من العمر واحد وأربعون وستون بنسبة 58% وفي الأخير الفئة التي يتراوح سنهم بين واحد وستون وثمانون بنسبة 12% كانت هذه النسبة هي الأقل، وقد يرجع هذا الاختلاف إلى كون أن من أبرز عوامل المخاطرة للإصابة بالسرطان هو سن اليأس لذلك فإن نسبة المصابات به ترتفع فوق سن الأربعين.

2-2-2 توزيع العينة حسب متغير الحالة المدنية:

الحالة المدنية	التكرار	النسبة المئوية
أعزب	14	%30
متزوج	36	%70
المجموع	50	%100

الجدول رقم (04) يبين توزيع أفراد العينة حسب متغير الحالة المدنية

الجدول يوضح أن أغلبية أفراد العينة المصابين بالسرطان هم متزوجين بلغت نسبتهم 70% أما باقي عينة المرضى الغير متزوجين بلغت نسبتهم 30%، وبالتالي فإن عوامل المخاطرة للإصابة بالسرطان يكون غالبية لدى فئة المتزوجين.

2-2-3 توزيع أفراد العينة حسب متغير الجنس:

الجنس	التكرار	النسبة المئوية
نساء	29	%58
رجال	21	%42
المجموع	%50	%100

الجدول رقم (05) يبين توزيع أفراد العينة حسب الجنس

الجدول يوضح أكبر نسبة للإصابة بمرض السرطان هي فئة النساء بنسبة 58% وتليها فئة الرجال بنسبة 42% ومنه يتبين أن كلا الفئتين هم عرضة للإصابة بالسرطان.

3- أدوات البحث:

انطلاقا من فرضيات البحث وأهدافه وما استخلصناه من المورث العلمي للقمع الانفعالي والالكستيميا في الجانب النظري، وما توصلت إليه بعض نتائج الدراسات السابقة كان لازما علينا أن نختار الوسيلة التي تمكننا من جمع البيانات والمعلومات حول القمع الانفعالي والالكستيميا، فاستقربنا الأمر إلى اختيار الاستبيان الذي يعتبر من الوسائل الأساسية في جمع المعلومات على أفراد العينة.

3-1 استبيان القمع الانفعالي:

صمم هذا المقياس من طرف وينبر جرWEINBERGER سنة (1989)، ويتكون هذا المقياس من 84 بن، وتتم الإجابة على كل بند وفقا لمقياس خماسي متدرج من خطأ إلى صحيح في القسم الأول، ومن أبدا إلى دائما في القسم الثاني، ويتوزع 81 بند على عشرة أبعاد والتي تدخل تحت ثلاث سلالم أو أبعاد رئيسية وهي: الأسى النفسي، التحكم في الذات، المواجهة الدفاعية، بالإضافة إلى سلم قصير للصدق يتكون من ثلاث بنود لقياس مصداقية الاستجابات وقد افترض أن الدرجات أكبر من أو تساوي 11 تدل على أن البروتكول صادق.

وهذه السلالم هي أيضا مقسمة إلى أبعاد وهي موضحة فيما يلي:

	الأبعاد	البنود
الخبرة الذاتية للأسى أو الأسى: يتكون من (29) بند تقيم الميل الى خبرة سلبية التي يشعر خلالها الافراد بعدم الرضا عن انفسهم و عن الحياة بشكل عام و يتكون من أربعة أبعاد.	القلق (8 بنود).	-70-74-78-*33-*5-17 .38-64
	الإكتئاب (7 بنود).	.3-14-35-42-53-69-82
	ضعف تقدير الذات (7 بنود).	-*46-*9-21-27-44 .*83-*62
	الضيق النفسي (7 بنود).	-*28-*22-*15-*7-*1
التحكم في الذات: يتكون من (29) بند، وتشير إلى اتجاه لكبح الرغبات الأنانية الفورية ويشمل المجالات المتعلقة للتنشئة الاجتماعية ، وهي تشمل أربعة أبعاد تمثل الجوانب الشخصية والبينشخصية للتحكم في الذات.	قمع العدوانية (7 بنود).	.*58-*34 -*68-73-*66-*50-*36 .*84-*80
	التحكم في النزوعية أو الاندفاعية (8 بنود).	-*57-*54-*48-*19-*8 .79-*72-*63
	تقدير الآخر (7 بنود).	.4-26-47-51-59-65-77
	الإحساس بالمسؤولية (8 بنود).	-*56-*55-*49-*20 .81-*67-71-*60
المواجهة الدفاعية:	الانفعالية السلبية (11 بند).	-24-23-*18-*10-*6 -*61-*52-*41-*31

يتكون من (22) بند وهي معدة لقياس القمع الانفعالي ليعكس مفهوم الرغبة الاجتماعية ويتكون من بعدين.		75*-76*.
	الدفاعات القمعية (11 بند).	2*-11*-12*-16*-25*-29*-30*-37*-39*-40*-43*.
	الصدق (3 بنود).	13*-32-45*.

الجدول رقم (06) يبين أبعاد وبنود مقياس القمع الانفعالي

ملاحظة: * تعني البنود السالبة

تجدر الإشارة هنا إلى أننا تخلينا عن بعد الأسى النفسي، لأنه لا يدخل في حساب درجات القمع الانفعالي، ونظرا لأن المقاييس طويلة جدا والاجابة عليها مرهقة بالنسبة لمريضات السرطان، بالإضافة إلى أن الأسى لا يعتبر من ضمن متغيرات الدراسة.

بالنسبة لتنقيط المقياس فإن كل عبارة من عبارات المقياس تحتوي على أربعة اختيارات (من خطأ إلى صحيح) في القسم الأول ومن (أبدا إلى دائما) في القسم الثاني أعطيت هذه الإجابات الدرجات 1،2،3،4،5 إذا كان البند موجبا فتأخذ الإجابة خطأ أو نادرا الدرجة (1) والاجابة بالأحرى خطأ أو نادرا الدرجة (2)، والاجابة غير متأكد أو أحيانا والمعبرة عن الحياد الدرجة (3)، والاجابة بالأحرى صحيح أو غالبا الدرجة (4)، والاجابة صحيح أو دائما الدرجة (5).

أما إذا كان البند سالبا فتأخذ الإجابات عكس التنقيط السابق، وتحسب درجات القمع الانفعالي بالمعادلة التالية: درجات التحكم في الذات/ 3+ درجات الدفاعات القمعية.

قامعين ≤ 81.

غير قامعين≥ 81.

الأسى: ضعيف <123، متوسط (123-133)، مرتفع>133.

(PAGET, V ; ET, CONSOLI S M ; CARTON S, 2010, PP, 593-601)

الخصائص السيكومترية لمقياس القمع الانفعالي:

تم التأكد من الخصائص السيكو مترية لمقياس القمع الانفعالي على البيئة الأجنبية، وفيما يلي سنعرض بعض الدراسات التي سعت للتأكد من الخصائص السيكو مترية.

الخصائص السيكومترية على البيئة الأجنبية:

الدراسة الأولى لصدق استبيان وينبر جر كانت على عينة مكونة من 1142 فرد (ما بين ضابطة وإكلينيكية)، يتراوح سنهم ما بين عشرة إلى 65 سنة. وقد أجري التحليل العاملي لدى عينة مكونة من 1486 حالة عامة وإكلينيكية يتراوح سنهم من عشرة إلى 65 سنة، وقد تم التوصل إلى معاملات ألفا مماثلة للدراسة الأولى، وهذا يدل على اتساق داخلي جيد للاستبيان: بالنسبة للأسى تراوحت (من 0.91 إلى 0.95) بالنسبة للتحكم في الذات (من 0.85 إلى 0.91)، وهذا الاختلاف راجع لسن الأفراد والوضعية الاكلينيكية للحالات.

إن التحليل العاملي لبنود الثمانية أبعاد، لديها قيم عالية التشبع ودالة تتراوح (من 0.54 إلى 0.94) فبالنسبة لأبعاد الأسى تراوحت القيم (من 0.43 إلى 0.85) بالنسبة لأبعاد التحكم في الذات، ما عدا بعد تقدير الآخر فقد كانت درجاته ضعيفة.

هذه النتيجة أكدت من طرف فأرال وسوليفان FARREL ET SULLIVAN سنة 2000، وذلك باستخدام معامل الاستقرار بالتطبيق وإعادة التطبيق بعد سبعة أشهر وكانت النتائج معامل الارتباط بين التطبيقين: 0.73 بالنسبة للأسى و0.76 بالنسبة للتحكم في الذات. (PAGET, V ; ET CONSOLI S M ; CARTON, S, 2010, PP, 593-601)

قام تورفي وسلوفي (TURVEY ET SLOVEY, 1993-1994) بدراسة مقارنة بين صدق ستة مقاييس تستخدم لقياس القمع وكان استبيان وينبر جر الأكثر دقة.

كما ترجم المقياس إلى اللغة الفرنسية من طرف باجات وكنسولي وكرتون (V. PAGET ET S.M. CONSOLI ET S. CARTON, 2010)، قاموا بدراسة الخصائص السيكو مترية للمقياس على عينة مكونة من 159 فردا (42 ذكور و117 إناث) متوسط عمرهم 37.8+13.5 سنة.

بالنسبة للثبات تم استخدام معامل ألفا كرو نباخ وكانت النتائج كالتالي: بالنسبة للأسى 0.93 التحكم في الذات 0.80 المواجهة الدفاعية 0.84.

أما بالنسبة للأبعاد فكانت هي الأخرى لديها ثبات مرضي وهي كما يلي: القلق والاكتئاب 0.85 مراقبة الاندفاعية والاحساس بالمسؤولية 0.65، أما إلغاء الحصر فقد قدر معامل ألفا ب 0.80 والدفاعات القمعية 0.71، ضعف تقدير الذات 0.79، الضيق النفسي 0.75، قمع العدوانية 0.75، وتقدير الأخر 0.68، أما الصدق فلم يدخل ضمن نطاق السلالم الأخرى لذا فهو يتميز بمعامل ألفا كرو نباخ منخفض أقل من 0.35.

3-2 استبيان الألكستيميا:

صمم مقياس الألكستيميا من طرف كل من بورم وند وفورست (1994) BERMOND- VERST، ويعتبر من أحدث ما قدم لقياس الألكستيميا، تم ترجمته لعدة لغات أوروبية.

يحتوي مقياس (BVAQ) على نسختين (النسخة A من 1 إلى 20 والنسخة B 21 إلى 40) موزعة على 5 أبعاد كل بعد يحتوي على 8 بنود وهي موزعة على النحو التالي:

الأبعاد	النسخة A	النسخة B
صعوبة التعرف على الحالات الانفعالية.	3*-8-13-18.	23-28*-33-38*.
صعوبة التعبير اللفظي على الحالات الانفعالية.	1-6*-11-16*.	21-26*-31-36.
مقياس فقر الحياة الخيالية أو الهوامية.	2*-7-12*-17.	22-27*-32-37*.
مقياس ضعف في إعادة النشاط الانفعالي.	4-9-14*-19*.	24-29*-34-39*.
التفكير الاجرائي.	5-10*-15-20*.	25-30*-35-40*.

الجدول رقم (07) يبين أبعاد وبنود مقياس الألكستيميا

ملاحظة: * تعني البنود السالبة.

بخصوص طريقة التنقيط للمقياس، فكل عبارة من عبارات المقياس تحتوي على خمسة اختيارات (من لا أوافق بشدة إلى أوافق بشدة)، أعطيت هذه الإجابات الدرجات (1،2،3،4،5) إذا كان البند موجبا، أما إذا كان البند سالبا، فتأخذ عكس التنقيط السابق.

الخصائص السيكو مترية لمقياس الألكستيميا:

تم التأكد من الخصائص السيكو مترية لمقياس الألكستيميا على البيئة الأجنبية والمحلية، وفيما يلي سنعرض بعض الدراسات التي سعت للتأكد من الخصائص السيكو مترية على كل بيئة على حدا.

الخصائص السيكو مترية على البيئة الأجنبية:

قام كل من (BEMORD ET VORS, 2001 ; ET BERTHOZ ET AL, 2000 ; ZECH ET AL, 1999) بدراسة على عينات من الطلبة ومن جنسيات مختلفة (375 طالبا من هولندا، 175 طالبا فرانكو فونيا من بلجيكا، و129 طالبا من إنجلترا)، وقد قدر معامل الاتساق الداخلي للنسخة الإنجليزية ب: 0.81 أما النسخة الهولندية والبلجيكية فقد قدر معامل الاتساق ب 0.85 في حين تراوحت معاملات الاتساق للنسخة الإنجليزية من 0.71 إلى 0.85 وتراوحت من 0.67 إلى 0.85 للنسخة البلجيكية.

(BOUVARD M, 1999, PP, 173-178)

أما بالنسبة للصورة الثانية من مقياس (BVAQ BVAQ-B) وعلى نفس العينة، فقد كان معامل الثبات A "ألفا كرو نباخ" 0.85، كما تم حساب ثبات المقاييس الفرعية والذات تأكدا من صدقه بالاستعانة بمحك خارجي وهو مقياس (TORONTO-TAS-20)، في نفس الدراسة التي قام بها كل من (BERMOND ET VORST, 2001 ; ET BERTHOZ ET ALL, 2000 ; ZECH ET ALL, 1999) على عينات مختلفة من إيرلندا ومن إنجلترا ومن فرنسا بتطبيق مقياسين معناهما: (TAS-20) والنسخة الثانية (BAVAQ-B). (LUMINET, O ET TAYLOR G J ET BAGBY R M, 2003, P, 18)

4- أدوات تحليل البيانات:

برنامج spss هو اختصار للأحرف من الكلمات الآتية:

STATISTICAL PACKAGE FOR SOCIAL SCIENCES أي الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية وهو عبارة عن حزم حاسوبية متكاملة لإدخال البيانات وتحليلها.

يستخدم هذا البرنامج عادة في جميع البحوث العلمية التي تشمل عل العديد من البيانات الرقمية، وقد أنشىء خصيصا لتحليل بيانات البحوث الاجتماعية لكنه يقتصر عليها فقط بل يشتمل على معظم الاختبارات الإحصائية تقريبا وله قدرة فائقة على معالجة البيانات، كما أنه يتوافق مع معظم البرمجيات المشهورة، ولهذا يرى الباحثون أنه أداة فاعلة لتحليل شتى البحوث العلمية.

4-1 النسبة المئوية:

$$\frac{\text{س} \cdot 100}{\text{ن}} = \%$$ بحيث % النسبة المئوية، ن مجموع التكرارات

وتم استعمالها في دراسة خصائص عينة البحث وذلك بحساب النسبة المئوية لتكرارات العينة.

4-2 معامل الارتباط بيرسون:

يطلق الارتباط على العلاقة بين متغيرين مثل العلاقة بين درجة الطالب في مادة ومادة أخرى أو العلاقة بين معدله في الدراسة وعدد ساعات الدراسة أو العلاقة بين دخل الفرد واستهلاكه وهناك غير ذلك الكثير من العلاقات والذي يعتمد في حسابه على القيم الأصلية مباشرة، وتكون قيمته محصورة بين الصفر و 1+1.

4-3 المتوسط الحسابي: وذلك لمعرفة مدى ارتفاع أو انخفاض أفراد عينة الدراسة عن كل عبارة.

4-4 الإنحراف المعياري: للتعرف على مدى إنحراف استجابات أفراد عينة الدراسة لكل محور عن متوسطها الحسابي.

1- عرض ومناقشة الفرضيات:

1-1 مناقشة الفرضية العامة:

-توجد علاقة ارتباطية طردية بين كل من الألكستيميا والقمع الانفعالي لدى المصابين بالسرطان.

للتحقق من هذه الفرضية تم الاعتماد على اختبار "كرامر" لمعرفة العلاقة بين الالكستيميا والقمع الانفعالي، ويتضح ذلك من خلال الجدول التالي:

المتغيرات الإحصائية / الفرضية العامة	التكرار	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة الترابط	الدلالة المعنوية	الدلالة الإحصائية
توجد علاقة بين الالكستيميا والقمع الانفعالي لدى المصابين بالسرطان.	50	117,16	9,7	0.82	0.009	10.0

الجدول رقم (08) يوضح نتائج اختبار"كرامر" بين القمع الانفعالي والالكستيميا

من خلال الجدول نلاحظ قيمة الارتباط محددة ب 0.82 والدلالة المعنوية 0.009وهي أقل من الدرجة الحرجة 0.01 ومنه فإن الارتباط بين المتغيرين قوي ودال احصائيا، أي أن كلما ارتفعت درجات الالكستيميا ارتفعت بالمقابل أساليب التعامل القمعي، والعكس صحيح أي كلما انخفضت درجات الألكستيميا انخفض بالمقابل أساليب التعامل القمعي، ويمكن اعتماد النتائج المتحصل عليها وتعود لإجراءات البحث وليس للصدفة، ورفض الفرضية الصفرية، وهذه النتائج خاصة بالعينة المدروسة.

تتوافق هذه النتائج مع دراسة أمينة بن قويدر (2012) على عينة من الطلبة فهذه النتائج تتماشى مع ما جاء به وينبرجر وزملائه في كون أن مستخدمي استراتيجية التعامل القمعي يتحيزون في إعطاء الإجابة على التقارير الإيجابية والتي تهدد صورة الذات أمام الآخر.

إن الأفراد الذين يستعملون استراتيجية التعامل القمعي يجدون صعوبة في الوصول إلى محتويات ذاكرتهم الانفعالية سواء بالنسبة الأحداث السارة أو غير سارة، فحسب دراسة موج وزملائه (MOGGET ALL, 2000) ودراسة كل من ناومان ومكيني (NAWMAN ET MEKINNEY,2002) فإن القامعين قد يثبطو انتباههم بشكل أكثر كفاءة من الآخرين عند التعرض لتهديد محفزات انفعالية وتعطيل المعلومات التي تشغلهم عن أداء المهمة الذي يكون أقل لدى القامعين، وهم أكثر قدرة على نسيان مواد سلبية خلال مهمة معقدة للنسيان من غيرهم، فتبين أيضا أن القامعين يستغرقون وقتا أكبر للاستجابة السلبية مقارنة بالآخرين.

(MENDOLIA, MAVILYN, 2008, PP546-563)

يرجع السبب في هذا التحيز حسب وينبرجر وزملائه (1979) إلى أن هذه الاستراتيجية لها دور حاسم بمكافحة الوعي بالانفعالات السلبية والشعور بالذنب والخوف وذلك من أجل الرغبة في الحفاظ على صورة مستخدمها أمام الأخرين وهذا تجنبا للرفض الاجتماعي. (CARTONS, 2006, PP123-139)

كما أثبتت دراسة غارسن (GARSSEN, 2004) والتي قامت بتحليل 70 دراسة طولية تناولت عوامل المخاطرة النفسية للإصابة بالسرطان من بينها القمع الانفعالي. (GARSSEN, BERT OP, CIT, PP 315)

ترتبط الالكستيميا بصعوبات في تنظيم الانفعال، وهذا ما أكدته العديد من الدراسات السيكولوجية في كون الألكستميا تعكس قصورا في المعالجة المعرفية للانفعالات وتنظيمها، وأن الاضطرابات الأوثق ارتباطا بالألكستيميا يمكن صياغتها كإضطراب في تنظيم الانفعال.

لقد أشارت نتائج بعد الدراسات الأمبريقية إلى أن الأفراد ذوي الألكستيميا يميلون إلى الانفعالات وقمع التعبير الانفعالي، وإعادة التقييم المعرفي، مما يعني وجود صعوبة في تنظيم الانفعالات لدى هؤلاء الأفراد.

من هنا جاءت الدراسة لإستجلاء طبيعة العلاقة الارتباطية بين تنظيم الانفعال (إعادة التقييم المعرفي، وقمع التعبير الانفعالي)، والالكستيميا لدى طلاب الجامعة، وكذلك التعرف على الديناميات النفسية لدى

الأفراد الذين لديهم صعوبة وقصور في تنظيم الانفعال والألكستيميا، وتبين العوامل والأسباب الدينامية الكامنة وراء قصور تنظيم الانفعال والالكستيميا، وذلك عن طريق الدراسة الاكلينيكية للحالات الطرفية.

من هنا نحن متؤكدون بنسبة تفوق 99% بوجود علاقة بين الألكستيميا والقمع الانفعالي لدى المصابين بالسرطان.

2-1 مناقشة الفرضية الجزئية الأولى:

تعتبر استراتيجية التعامل القمعي عامل مخاطرة للإصابة بالسرطان.

وللتحقق من هذه الفرضية تم استخدام المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لمعرفة مستوى القمع الانفعالي عند مرضى السرطان

ملاحظة: درجات القمع تحسب بالمعادلة التالية (درجة التحكم في الذات /3+درجات الدفاعات القمعية، فارتفاع درجات القمع راجع لهذين البعدين)

العينة	لتكرار	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
الاسى النفسي	50	106,04	18,81
المرتفعون	48	105,2569	10,89673

- **مستويات القمع الانفعالي لدى أفراد العينة**

المنخفضون	2	74,5000	,2357011

الجدول رقم (09) يبين نتائج مستوى القمع الانفعالي لدى مرضى السرطان

من خلال الجدول رقم (06) يبين نتائج أفراد العينة على مقياس القمع الانفعالي حسب المستويات فقد تكونت العينة من 50 فرد واتضح أن المتوسط الحسابي للقمع الانفعالي يساوي 104.2 والانحراف المعياري يساوي 12.2 في مستوى القمع الانفعالي عند مرضى السرطان، وهذا يعني أن نسبة القنع الانفعالي عند الفئة المرتفعة تحصلوا على متوسط حسابي قدره 105.20 وقدر الانحراف المعياري ب 11.23

من هنا يتضح أن أفراد العينة المرتفعون في القمع الانفعالي لا يقل عن 48 فرد مع العلم أن الفرد الذي كان مستوى القمع عنده مرتفع صنف على أنه قامع، إذن 2 من أفراد العينة لديهم مستوى القمع منخفض نتيجة ارتفاع التحكم في الذات والدفاعات القمعية.

هذا ما أكده سوذم ميشال (SOUTHAM, GREW MICHEAL, A, KENDA PHILIP, C, 2002, PP187-199) (MICHAL SOUTHAM) إلى أن عملية الضبط سواء مختلة أو ناجحة تتطور في سياق العلاقة بين الطفل ووالديه أو القائمين بالرعاية"، فالتربية التي تكون مبنية على العقاب عند التعبير الانفعالي قد يؤدي بالفرد إلى الإحجام عن التعبير عن إنفعالاته وهذا حسب لورتاصال (LORTTA SALLE)

بالتالي الفرد لا يصرح بالمشاعر رغبة في الاستحسان الاجتماعي، وهذا ما يتطلب منه قدرة عالية على التحكم في الذات.

كذلك دراسة بوتن وآخرون (BUTOW & ALL 2000) التي هدفت إلى تقييم مجموعة من الدراسات لمعرفة ما إذا كان هناك علاقة بين العوامل النفسية والاجتماعية وتطور السرطان وخلصت إلى أن القمع ينبئ بمخاطرة متزايدة لتطور السرطان. (BUTOW, PHYLLIS N :AND ALL. OP. CIT, PP169-181)

كما أن دراسة كل من (GARSSEN & COODKIN, 1999) دراسة تحليلية ل 38 دراسة تناولت موضوع العوامل النفسية والاجتماعية كعوامل مخاطرة لنشوء السرطان وجدت أن قمع الانفعالات السلبية يعد عامل بحث على تطور السرطان.

فالتعامل القمعي هو ميول قوي لإستخدام التجنب المعرفي والتقليل من استراتيجيات اليقظة لمحاولة الحد من خبرة التنشيط الانفعالي وذلك بتجنب عملية معالجة المعلومات التي تعتبر مصدر القلق.

(CARTON, S, OP, CIT, PP123-139)

- **مستويات الأسى النفسي لدى أفراد العينة:**

العينة	لتكرار	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
الاسى النفسي	50	106,04	18,81

الجدول رقم (10) يبين نتائج الأسى النفسي لدى مرضى السرطان

يبين الجدول نتائج أفراد العينة حسب الأسى النفسي فقد تكونت العينة من 50 فرد تحصلوا على متوسط حسابي قدره 104.04 وقدر الانحراف المعياري 18.81.

إن ارتفاع مستوى الأسى لدى أفراد العينة يدل بالضرورة على انخفاض مستوى الصحة النفسية وارتفاع حقيقي في المستوى المعاناة النفسية، وهذا ما أشار إليه وينبرجر وزملائه الذين استخدموا مقياس تايلور للقلق الظاهر (TAYLOR MANIFIST ANXITY) ومقياس الاستحسان الاجتماعي (MORLOW GROWEN SOCIAL) واقترح وينبرجر وزملائه تصنيف الأفراد إلى أربعة أصناف على أساس كونهم عاليين أو منخفضين على مقياسين وكانت النتائج كالتالي:

- دفاع مرتفع/قلق مرتفع: ارتفاع في الدفاع وارتفاع في القلق.
- عدم الدفاع/انخفاض في القلق: انخفاض في الدفاع وانخفاض في القلق.
- عدم الدفاع/ارتفاع القلق: دفاعية منخفضة وقلق مرتفع.
- قامعين: دفاعية عالية وقلق منخفض. (FURNHAM ADRIAN, PETRIDES, K, V, SPENCER, BOWDAGE SARAH, 2002, P200)

من هذه الدراسة يتضح أن هناك صنفان يتشابهان في مستوى الأسى المسجل لدى أفراد العينة يكون أيضا مصحوبا بدفاع مرتفع، مما قد يشير إلى وجود ترابط بين ما يصرح به أفراد العينة وما يشعرون به فعلا.

مع استخدام هذه الاستراتيجية تتراكم الطاقة السلبية الناتجة عن التنشيط الفيسيولوجي المستمر المتولد من القمع وهذا ما يؤدي إلى أعراض سيكوسوماتية، كما أن سوء الضبط الانفعالي المرتبط بالاستخدام المتكرر لهذه الاستراتيجية يؤدي إلى عجز في الضبط الفيسيولوجي، وخاصة على مستوى العلاقات المتفاعلة بين الانفعالات والغدد الصماء والجهاز المناعي وبالتالي إمكانية الإصابة بالسرطان. (MESSINA, ANTONINO ; AND FOGLIANI ANNA MARIA, AND PARADISOSERGIO, OP.CIT, PP125-130)

بالتالي استراتيجيات القمع الانفعالي تعتبر عامل مخاطرة حسب دراستنا وتبقى نتائج بحثنا لا تعمم لأنها دراسة مصغرة ومنه تحققت الفرضية.

3-1 مناقشة الفرضية الجزئية الثانية:

تعتبر الألكستيميا عامل مخاطرة للإصابة بمرض السرطان

للتحقق من هذه الفرضية تم استخدام المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لمعرف الألكستيميا كعامل مخاطرة للإصابة بمرض السرطان.

العينة	التكرار	البنود	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
ألكستيميا كلية	50	40	117.16	9.7
		3*-8-13*-18- 15-1-6*-11-		

ألكستيميا حسب الفئة " أ "		-*12-7-2-*16 -9-4-*10-17 5-*19-*14	59.08	5.45
ألكستيميا حسب الفئة " ب"		-35-*30-*5 -*29-24-*40 -22-*39-34 -*37-32-*27 -*31-*26-21 -*28-23-36 *38-33	58.08	6.83

الجدول رقم (11) يبين نتائج الالكستيميا كعامل مخاطرة للإصابة بالسرطان

يبين الجدول نتائج أفراد العينة على مقياس الألكستيميا كعامل مخاطرة للإصابة بمرض السرطان بصفة كلية، وحسب الفئات وقد تكونت العينة من 50 فرد فئة الكلية تحصلوا على متوسط حسابي 117.16وقدر الانحراف المعياري ب 9.7، والفئة أ تحصلوا على متوسط حسابي قدره 59.08 وانحراف معياري 5.45، أما الفئة ب تحصلوا على متوسط حسابي قدره 58.08 وقدر الانحراف المعياري ب 6.83.

تتفق هذه النتائج مع نتائج دراسات عديدة كدراسة تشين وآخرون (CHEN ET ALL, 2011) التي كشفت عن أن الالكستيميا المرتفعة العامة التي اتسمت بدرجات مرتفعة في جميع العوامل الثلاثة للالكستيميا وهي صعوبة تحديد المشاعر والتعرف عليها وصعوبة وصف المشاعر والأسلوب المعرفي الموجه، خارجيا للتفكير سيطرت عليها الطبيعة القمعية للتنظيم الانفعالي.

دراسة بوتو وزملائه (BUTOW, PHYLTIS N AND ALL, 2000) التي أثبتت أن الالكستيميا تنبئ بمخاطر متزايدة لتطور السرطان لدى النساء الأصغر سنا.

كما خلصت دراسة كل ميشرا وزملائه(MISHRA ET ALL , 2012) والتي هدفت للبحث عن مستويات الألكستيميا لدى عينة من الأطفال المصابين بالسرطان (97 طفل) وأشقائهم (95 طفل) وكذلك من مجموعة من الأطفال الأصحاء (15 طفل) كمجموعة ضابطة إلى أن الأطفال المصابين بالسرطان تحصلوا على مستوى أعلى من الألكستيميا، يليهم بعد ذلك الأشقاء. (MISHRA, SHUKLA VECRA, AND ALL, 2012)

إن علاقة العوامل النفسية (من بينها الالكستيميا) والسرطان هي في حقيقة الأمر معقدة، وقد وجدت عدة نماذج نظرية تفسر هذه العلاقة، من أبرزها النموذج الذي اقترحه هولاند (HOLLAND JC, 1990) حيث أوضح أن العوامل النفسية يمكن أن تؤثر على الافراز الهرموني وعلى المناعة وبالتالي نمو الورم. (HOLLAND, J, C,1990)

على العموم، فالالكستيميا تؤدي إلى صعوبات في الضبط الانفعالي وهذه الصعوبات تؤدي هي الأخرى إلى عجز في الضبط الفيسيولوجي خاصة على مستوى العلاقات التفاعلية القائمة بين الانفعالات والغدد الصماء والجهاز المناعي، فتراكم الطاقة السلبية المكبوتة بصفة عامة يؤدي إلى أعراض سيكوسوماتية.

(MESSINA, ANTONINO, AND ALL, 2011)

بينت أيضا دراسة لواس وزملائه (LOAS, 2007) أن الأورام الخبيثة ترتبط بمستويات عالية من الالكستيميا. (MANN, G, AND ALL, 2007)

في دراسة لتوداريلو (TODARELLO) وجدت أن سمات الألكستيميا تظهر لدى المصابات بالسرطان بالمقارنة مع غير المصابات، وفي دراستين لنفس الباحث وجد أن نسبة الالكستيميا عند النساء المصابات بسرطان الدماغ أعلى بكثير بالمقارنة مع غير المصابات. (نقلا عن رشيدة شدمي، 2011-2012)

كما توافقت نتائج الدراسة الحالية مع دراسة مسينا وزملائه (MESSINA, 2011) التي أثبتت أن مستويات الألكستيميا ترتفع كلما كان السرطان أكثر انتشارا. (MESSINA, ANTONINO, AND ALL, 2011)

ومنه تحققت الفرضية.

الاستنتاج العام:

يتمحور البحث الحالي حول دراسة القمع الانفعالي وعلاقته بالالكستيميا لدى مرضى المصابين بالسرطان، معتمدين في ذلك على عينة متكونة من 50 مريض من مستشفى محمد بوضياف بالمدية، تتراوح أعمارهم ما بين (20 إلى 80) سنة، من خلال تطبيق استبيان القمع الانفعالي لوينبرجر واستبيان الألكستيميا، بورموند وفورست وبعد المعالجة الإحصائية للنتائج المتحصل عليها تم التوصل إلى النتائج التالية:

أولا: توجد علاقة ارتباطية بين الألكستيميا واستراتيجية التعامل القمعي والمرضى المصابين بالسرطان، وذلك باستخدام معامل الارتباط كرامر، والتي قدرت قيمة الارتباط بقيمة 0.83 والدلالة المعنوية 0.009 وهي أقل من الدرجة الحرجة 0.01، ومنه فإن الارتباط بين المتغيرين قوي ودال إحصائيا، أي أن كلما

ارتفعت درجات الألكستيميا ارتفع القمع الانفعالي والعكس كلما انخفضت الالكستيميا انخفضت أساليب التعامل القمعي، وبالتالي فتحققت الفرضية العامة.

ثانيا: تعتبر استراتيجية التعامل القمعي عامل مخاطرة للإصابة بمرض السرطان، حيث قدر المتوسط الحسابي للقمع الانفعالي ب 104.02 بينما الانحراف المعياري يساوي 12.2 وهذا يعني أنها نسبة مرتفعة لذا صنفو على أنهم قامعين.

ثالثا: تعتبر الألكستيميا عامل مخاطرة للإصابة بمرض السرطان، حيث قدر المتوسط الحسابي للفئات الكلية 117.16 والانحراف المعياري ب 9.7، فحسب الفئة أ تحصلوا على متوسط حسابي ب 59.08 وانحراف معياري 5.45، أما الفئة ب فقد قدر المتوسط الحسابي ب 58.08 والانحراف المعياري ب 6.83.

بناءا على هذه النتائج، يمكننا أن نستنتج أن الألكستيميا تعتبر عامل مخاطرة للإصابة بالسرطان ونستنتج أن القمع الانفعالي عامل مؤدي حتما للسرطان.

بالتالي فإن هذه الدراسة تؤكد على الدور الذي تلعبه الصعوبة في التعبير الانفعالي في نشوء السرطان، ووجود علاقة ارتباطية بين كل من التعامل القمعي وألكستيميا حيث تؤثر بشكل مباشر في الإصابة بالمرض.

كانت النتائج متوافقة مع الدراسات السابقة والتراث النظري فيما يتعلق بمتغير الألكستيميا والقمع الانفعالي، وهذا ما يؤكد إلى الدور الذي يلعبه الجانب الانفعالي في تشكيل الاضطرابات النفسية.

خاتمة:

تعالج هذه الدراسة إشكالية أساسية تكمن في البحث عن دور العوامل النفسية في نشوء مرض السرطان، الذي حددنا فيه متغيرين كما القمع الانفعالي والألكستيميا حيث كان هدفنا من وراء ذلك هو معرفة إذا كانت تمثل عوامل للإصابة بمرض السرطان.

بناءا على هذا التصور العام، واعتمادا عل المنهج الوصفي، وبتطبيق كل من مقياس الألكستيميا بورموند فورست (BVAQ) (BERMOND–VORST) ومقياس القمع الانفعالي لوينبرجر (WIENBERGER)، وهذا بعد حساب الخصائص السيكومترية لكل مقياس، على عينة مكونة من 50 مريض تتراوح أعمارهم بين (20و80) سنة، سعينا في البداية إلى البحث عن إمكانية وجود علاقة طردية بين كل من الألكستيميا والقمع الانفعالي والتعرف على ما إذا كانت كل من الألكستيميا والقمع الانفعالي فهي من عوامل مخاطرة للإصابة بمرض السرطان أم لا، حيث حاولنا معرفة مدى انتشار كل متغير بمختلف أبعاده لدى المرضى المصابين بالسرطان، بالتالي فإننا حاولنا انطلاقا من النتائج المتحصل عليها، الوصول إلى ملمح عام للمصابين بالسرطان معتبرين في ذلك أن هذا الملمح هو عامل مخاطرة من شأنه أن يؤدي إلى الإصابة بالسرطان.

أخيرا توصلت الدراسة إلى أن الألكستيميا وبعد صعوبة التعرف على الحالة الانفعالية والتعامل القمعي للانفعالات رغم النتائج الهامة التي توصلت إليها هذه الدراسة، إلا أننا اصطدمنا ببعض الصعوبات التي قلصت مجال هذه الدراسة وحددت أهدافها، إذ ليس من اليسر القيام ببحث في هذا الموضوع، حيث تبقى الحاجة ماسة إلى دراسات أخرى تعتمد على طرق تحليل متعددة، وكذلك يتطلب هذا النوع من الدراسة حجم كبير من أفراد العينة بحيث تكون طريقة المعاينة قادرة على مدنا بعينة ممثلة للمجتمع الكلي لتكون أكثر مصداقية في مثل هذه الدراسات.

لهذا تأخذ نتائج هذه الدراسة كنتائج تقريبية وكتقديرات أقرب إلى الاحتمال منها إلى التأكيد وذلك في حدود ما سمحت به ظروف البحث وأدواته وإمكانية التطبيق.

في ضوء النتائج المستقاة من هذه الدراسة وحدودها واستكمالا لها يمكننا اقتراح الدراسات التالي:

- تناول استراتيجيات أخرى غير استراتيجية القمع الانفعالي كاستراتيجية التجنب المعرفي ومعرفة ما إذا كانت تشكل عامل مخاطرة للإصابة بالسرطان أم لا.
- تناول نفس المتغيرات (الألكستيميا واستراتيجية القمع الانفعالي) ودراستها كعوامل خطر الإصابة بأمراض سيكوسوماتية أخرى كارتفاع ضغط الدم أو السكري.
- اقتراح برامج علاجية لعلاج صعوبات التعبير الانفعالي لدى مرضى السرطان.
- دراسة علاقة القمع الانفعالي بأنماط الشخصية المختلفة.
- وضع برامج للتكفل التام لفئة مرضى الأورام السرطانية على اختلاف أنواعها، والعمل على التخفيف من حدة المرض بواسطة التعبير عن انفعالات المريض.

المراجع باللغة العربية:

-الكتب:

01- بلوتشيك روبرت (1977)، نظرية بلوتشيك في الانفعالات، ترجمة محمد القاسم عبد الله، مجلة الثقافة النفسية، العدد 32، 8 أكتوبر، دار النهضة العربية للطباعة والنشر.

02- حسن فاروق وهبة(دون سنة)، سر علاج السرطان، ط2.

03-توفيق السويسي(2010)، السرطان: الأسباب، الوقاية، العلاج، مطبعة أمين المصمودي، دون طبعة.

04-جابر محمد جبر(2004)، تقدير الذات وعلاقته بالوجود الأفضل لدى مرضى السرطان مقارنة بالأصحاء، مجلة دراسات عربية في علم النفس، المجلد 3، العدد، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، مصر.

05-خلف حسين علي الديلمي(2009)، جغرافية الصحة، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، ط1.

06-سلوى عثمنان الصديقي(1999)، مدخل في الصحة العامة والرعاية الصحية، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية مصر، دون طبعة.

07-شيلي تايلور، ترجمة وسام _درويش بريك، فوزي شاكر طمعية داود(2008)، علم النفس الصحي، دار النشر والتوزيع، عمان، الأردن، ط1.

08-عبد العلي الجسماني (1998)، الأمراض النفسية، تاريخها، أنواعها، أعراضها، علاجها، ط1، بيروت، لبنان.

09-فايد حسين علي(2005)، المشكلات النفسية والاجتماعي، مؤسسة للتوزيع والنشر، ط1، مصر

10-كاثي شابيرزو وآخرون(2006)، المكافحة الشاملة لسرطان عنق الرحم، مطبوعات منظمة الصحة العالمية، سويسرا، دون طبعة.

11-لطفي الشربني(2011)، موسوعة شرح المصطلحات النفسية، بيروت، دار النهضة العربية.

12-مسعود السامعي(2011)، مكافحة السرطان في العالم النامي (برنامج العمل من أجل علاج السرطان)، الوكالة الدولية للطاقة الذرية، النمسا.

13-مصطفى مفتاح الشقماني، محمد أحمد الفقي(2006)، أحداث الحياة والضغوط النفسية ودورها في الإصابة بالأورام السرطانية، مجلة السائل عن المؤتمر السادس للأورام السرطانية، الزاوية، ليبيا.

14-هناء أحمد شويخ(2007)، أساليب تخفيف الضغوط الناتجة عن الأورام السرطانية، إيتراك للنشر والتوزيع، مصر، ط1.

الرسائل الجامعية:

15- شرابن الكاهنة سهام(2009-2010)، مساهمة نفسية في دراسة ما قبل الحداد عند والدي الطفل المصاب بالسرطان في مرحلته النهائية، رسالة ماجيستير غير منشورة، جامعة فرحات عباس سطيف، الجزائر.

16- نعيمة ميقاتلي(2010-2011)، علاقة كل من الالكستيميا والحالات الانفعالية بالمهارات الاجتماعية من منظور إسلامي لدى الطلبة الجزائريين، رسالة ماجيستير في علم النفس الاجتماعي، جامعة الجزائر 2.

17-أمينة بن قويدر(2012)، القمع الانفعالي وعلاقته بالمخططات المبكرة المتكيفة والغير متكيفة لدى عينة من الطلبة الجامعيين، دراسة ميدانية على طلبة جامعة البليدة، رسالة ماجيستير غير منشورة، جامعة سعد دحلب، البليدة.

18-خميسة، قنون(2012-2013)، الاستجابة المناعية وعلاقتها بالدعم الاجتماعي المدرك والرضا عن الحياة لدى مرضى السرطان، أطروحة الدكتوراه غير فيعلم النفس العيادي، جامعة الحاج لخضر باتنة.

19-رشيدة شدمي(2014-2015)، واقع الصحة النفسية لدى المرأة المصابة بسر طان الثدي، أطروحة دكتوراه في علم النفس العيادي، جامعة أبي بكر بلقايد، تلمسان.

20-قريشي عبد الكريم، زعطوط رمضان(2009)، التكتم المفهوم وعلاقته بالصحة والمرض، مخبر تطوير الممارسات النفسية والتربية، جامعة قاصدي 1 مرباح، ورقلة الجزائر.

21-وليدة مرازقة (2008-2009)، مركز ضبط الألم وعلاقته باستراتيجيات المواجهة لدى مرضى السرطان،رسالة ماجيستير غير منشورة، جامعة الحاج لخضر، باتنة، الجزائر.

22-مسعود السامعي(2011)، مكافحة السرطان في العالم النامي (برنامج العمل من أجل علاج السرطان)، الوكالة الدولية للطاقة الذرية، النمسا.

رسائل ومجلات:

23-الخطيب، جمال، الدليل العلمي للعاملين النفسيين والاجتماعيين مع مرضى السرطان. http://www.hayatnafs.com/specialtopics/guidlins-workers-cancerpatient,htm

24-جمعية آدم لسرطان الطفولة: علاجات السرطان، منشورات جمعية آدم لسرطان الطفولة.

http://www.adams.org/pediacancer.htm

25-مريم زكري، ارتفاع رهيب لمعدلات الإصابة بالسرطان، جريدة أخبار اليوم، 14-10-2014،

, 26 /02/2015, 15 :03http://www.djazairess.com/akhbar eh youm/118388

المراجع الأجنبية:

Livre :

26-BOUVARD, M, (1999), QUESTIONNAIRE DALEXITHYMIE DE BERMOND ET VORST, IN QUESTIONNAIRE ET ECHELLES DEVALUATION DE LA PERSONNALITE, PARIS, MASSON.

27-BUTOW, PHYLLIS N, (2000), AND, EPIDEMIOLOGICAL EVIDENCE FOR A RELATINSHIP BETWEEN LIFE EVENTS, COPING STYLE, AND PERSONALITY FACTORS, IN THE DEVELOPMENT OF BREAST CANCER, JOURNAL OF PSYCHOSOMATIC RESEARCH.

28-CALKIN, S, D, HILL, A, (2007), CAREGIVER INFLUENCE ON EMERGING EMOTION REGULATION, BIOLOGICAL AND ENVIRONMENT TRANSACTIONS

IN EARLY DEVELOPMENT, IN, GROSS, J, J, (ED), HAND BOOK OF EMOTION REGULATION GUILFORD, NEW YORK.

29-CAMPOS, J, J, CAMPOSS, R, G, BARETT, K, C, (1989) EMERGENT THEMES IN THE STUDY OF EMOTIONNEL DEVELOPMENT AND EMOTIONREGULATION, DEV, PSYCHOL.25.

30-CARTON S, (2006), LA REPRESSION EMOTIONNELL ET SON ROLE EN PSYCHOPATHOLOGIE, PSYCHOLOGIE FRANSUISE.51.

31-CARTON S, (2006), LA REPRESSION EMOTIONNELLE ET SON ROLE EN PSYCHOPATHOLOGIES, PSYCHOLOGIE FRANCAISE.

32-COL, P, M, MARTIN, S, F, DENNUS, T, A, (2004), EMOTION REGULATION AS SCIENTIFIC CONSTRUER, METHODOLOGICAL CHALLENGES AND DIRECTION FOR CHILD DEVELOPMENT, RESEARCH CHILD DEV.

33-CORCOS, M, GUILBOUD, O, SPERANZA, M, (2003), APPROCH PSYCHANALYTIQUE DE LALEXITHYMIC, IN CORCOS, M, SPERANZA, M/(EDS), PSYCHOPATHOLOGIE DE LALEXITHYMIE, DUNOD, PARIS.

34-CRYSTAL, H, (1979), ALEXTHYMIA AND PSYCHOTHERAPY, AM, J, PSYCHOTHER.

35-DANTCHEV, N, (1989), STRATEGIE DE COPING ET REVIE, MEDCINE PSYCHOSOMATIQUE.

36-DOMINIQUE S, (2005), GESTION DUSTRESS ET DE LANXIETE ED MASSION 48 BELQUIQUE.

Mémoire :

37-ANTHONY LAMBERT J, GOOD, KIMBERLY S AND KIRKLAN J, (2010) TESTING THE REPRESSION HYPOTES IS: ECTS OF EMOTIONAL VALENCE, ON MEMORY SUPPRESSION THINK. NO THINK, CONSCIOUSNESS AND COGNITION, VOL.19, ISSUE 01.

38-DUNN, J, HERRA, C, (1979), CONFLICT ESOLUTION WITH FRIEND, SIBLINGS, AND MOTHERS, A, DEVLOPMENTAL IN YOUNG CHILDREN, SOC, DEV.8.

39-ENDLER, NS, AND PARKER JDA, (1990), MALTIDIMENSIONL ASSESSMENT OF COPING A CRITICAL EVALUATION, J PERS SOC PSYCHOL.58(5).

40-ERDELEYI MATTHEW HUGH, (2006), THE UNIFIED THEORY OF REPRESSION, BEHAVIORA AND BRAIN SCIENCES, VOL.29.

41-FOLKMAN S, LAZARUS R, S, (1984), STRESS APPRAISAL AND COPING SPRINGEL, PUBISHING COMPANY.

42-FREYBER, H, (1977), SUPPORTIVE PSYCHOTHERAPEUTIC TECHNIQUE IN PRIMARY AND SECONDARY ALEXTHYMIA, PSYCHOTHER, PSYCHOSOM.28.

43-FREYD JENNIFER J, (2006), THE SOCIAL PSYCHOLOGY OF COGNITIVE REPRESSION, BEHAVIORAL AND BRAIN SCIENCES, VOL.29.

44-FUKUMISKI, L, HIROGOSHI, S, MORITA, Y, RAHE, R, H, (1999), SYMPATHELIC ACTIVITY IN ALEXTHYMIC WITH MOTHERS LOW CARE,J, PSYCHOSOM, RES.46.

45-FURNHAM ADRIAN, PETRIDES K, V, SPENCER-BOWDAGE SARAH, (2002), THE EFFECTS OF DIFFERENT TYPE OF SOCIAL DZSIRABILITY ON THE 50.

46-FURNHAM ADRIAN, PETRIDES, K, V, SPENCER. BOWDAGE SARAH, (2002) THE EFFECTS OF DIFFERENT TYPE OF SOCIAL-DESIRABILITY ON

THE INDENTIFICATION OF REPRESSOR, PERSONALITY AND INDIVIDUAL DIFFERENCES.33.

47-GARNER, P, W, JONES, D, C, GADDY, RENNIE, K, M, (1997), LOW-INCOM MOTHERS CONVERSATION ABOUT EMOTION AND THEIR CHILDRENS, EMOTIONNAL COMPETENCE, SOC, DEV.6.

48-GARSSEN, BERT, (2002), PSYCHO-ONCOLOGY AND CANSER: LINKING PSYCHOSOCIAL FOCTORS WITH CANSERDEVLOPMENT, EUROPEN SOCIETY FOR MEDICAL ONCOLOGY.

49-GIROUX JACQUIS ET PAYETTE PIER, (1967), PSYCHOLOGIE ET HYGIENE MENTALE CANADA, EDITION DARENOUVEAU PEDAGOGIQUE.

50-HARRIS, P, L, PONS, F, (2003), PERSPECTIVE ACTUELLES SUR LE DEVELOPMENT DE LA COMPHENSION DES EMOTION CHEZ LENFENT, IN, COLETA, J, M, T, CHERKASS OF, A, (EDS) LES EMOTION, COGNITION, LANGAGE DE DEVELOPMENT, MARDAGA, AYEN.

51-HAWEL-FANTINI, C PEDINIELLE : J-L, (2008), DE LA MON-EXPRESSION A LA SUREXPRESSION DES EMOTION OU COMMENT LEXPERIENCE EMOTIONNELLE REPOSE LA QUESTION DES LIEN ENTRE SEXE,

ALEXITHYMIE ET REPRESSION, ANNALES MEDICO PSYCHOLOGIQUES, VOL.166.

52-HOLLAND, J, C, (1990), BEHAVIORAL AND PSYCHOSOCIAL RISK FACTOR IN CANCER, HUMAN STUDIES, HAND BAK OF PSYCHOONCOLOGY, NEW YORK, ROWLAND RH, EDITORS, OXFORD UNIV PRESS.

53-HOPPE KD, BOGEN JE, (1977), ALEXITHMIA IN TWELVE COMMISSURATOMIZED PATIENTS, PSYCHOSOM.28.

54-INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANSER, WORD HEALTH ORGANIZATION, (2013), LATEST WORLD CANCER STATTISTIC GLOBAL CANCER BURDEN RISES TO 14.1 MILLION NEW CASES IN 2012, MARKED INCREASE IN BREAST CANCERS MUST BE ADDRESSED PRESS RELEASE.N223.IARC.

55-IZARD, C, E, ET KOBAK, R, R, (1991), EMOTION SYSTEM FUNCTIONING AND EMOTION REGULATION, IN, J, GARBER ET K, A, DODGE (EDS), THE DEVELOPMENT OF EMOTION REGULATION.

56-JANINE, GIESE-DAVIS, AND ALL, (2008), EXPLORING EMOTION-REGULATION AND AUTONOMIC PHYSIOLOGY, IN METASTATIC BREAST

CANCER PATIENTS: REPRESSION, SUUPRESSION, AND RESTRAINT OF HOSTILITY, PERSONALITY AND INDIVIDUAL DIFFERENCES.44.

57-KAREN-AADREY POULIOT, (2007), JE ME SENS...EUH ? – COMORENDRE, ALEXITHYMIE. RESIDENTE 1 EN PSYCHIATRIE HOPITAL DE LENFANT JESUS, JUIN.

58-KRYSTAL, H, (1988), INTEGRATION AND SELF-HEALING: AFF ECT, TROUMA, ALEXITHYMIA, ANALYTIC PRESS, HILLSDALE.

59-LANE, R, D, AHERN, G, L, SCHWARTZ, G, E, KASZNIAK, A, W, (1997), IS ALEXITHYMIA THE EMOTIONAL AQUIVALENT OF BLIDSIGHT BIOL, PSYCHIATRY.42.

60-LE DOUX, J, E, (1999), THE EMOTIONAL BRAIN, THE MYSTERIOUS UNDEPRINNINGS OF EMOTIONAL LIFE, NEWORK, SIMON AND SCHUSTER.

61-LESSER, I, M, (1981), AREVIEW OF THE ALEXITHYMIA CONCEPT, PSYCHOSOMATIC MEDECINE.43.

62-LUMINET, O, (2002), PSYCHOLOGIE DES EMOTIONS, CONFORONTAYION ET EVITEMENT, DE BOECK, BRUXELLES.

63-LUMINET, O, BAGBY, R, m, TAYLOR, G, J, (2001) AN EVALUATION OF THE ABSOLUTE AND RELATIVE STABILITY OF ALEXITHMIA IN PATIENTS WITH MAJOR DEPRESSION, PSYCHOTHER, PSYCHOSOM.70.

64-LUMINET, O, TAYLOR, G, J, BAGBY, R.M, (2003), LA MESURE DE LALEXITHYMIE, IN, M, CORCOS, M, SPERANZA, (EDS), LALEXITHYMIE, PARIS ; DUNOD.

65-LURETTA SALLE, (2008), LES EMOTION ET LA PSYCHOTERAPIE, TCC SOINS, PSYCHIATRIE N 257, EDITION ELSEVIER.MASSON.

66-MANN, G, AND ALL, (2007), EMOTIONAL EXPRESSION AND COPING STYLE IN FEHAIALE CANCER, ANNALS OF ONCOLOGY.18.

67-MC DOUGALL, J, (1982), ALEXITHYMIA, APSYCHOANALYTIC VIWPOINT, PSYCHOTHER, PSYCHOSOM.38.

68-MECLEOD, J, AND DAVEY SMITH G, EVIDENCE BASET PUBLIC HEALTH POLICY AND PRACTICE, (2003), PSYCHOSOCIAL FACTORS AND PUBLIC HEALTH: ASUITABLE CASE FOR TREATMENT, J E PIDEMIO COMMUNTY H EALTH.57.

69-MEINS, E, FERERY HOUGH, C, FRADELY, E, TUCKEY, M, (2000) RETHINKING MATERNAL SENSITIVITY, MOTHERS COMMENT ON INFANTS MENTAL PROCESSES PREDICT SECURITY OF ATTACHMENT AT 12 MONTHS, J, CHILD PSYCHOL, PSYCHIATRY.42.

70-MESSINA, ANTONINO, AND FOGLIANI ANNA MARIA, AND SERGIO PARADISO, SERGIO, (23-05-2011) ALEXITHYMIA IN ONCOLOGIC DISEASE, ASSOCIATIO WITH CANCER IN VASION AND HEMOGLOBIN LEVELS, ANN CLIN PSYCHIATRY.2.

71-MIKOLAJCZAK, M, LUMINET, O, (2006), IS ALEXITHYMIA AFFECTED BY SITUATIONAL STRESS OR IS A STABLE TRAIT RELATED TO EMOTION REGULATION, PERS, INDIVID, DIFFER.40.

72-MYERS LYNN B, (1995), ALEXITHYMIA AND REPRESSION THE ROLE OF DEFENSIVENESS AND TRAIT ANXIETY, PERSON, INDIUFF, VOL.19.

73-NEZU, ARTHUR M ET ALL, (2003), HAND BOOK OF PSYCHOLOGY, JOHN WILEY AND SONS INC, VOL9.NEW JERSEY.

74-O LIVIER, LUMINETAB, AND ALL, (2007), AN EVALUATION OF THE ABSOLUTE AND RELATIVE SABILITY OF ALEXITHYMIA IN WOMEN WITH BREAST CANCER, JOURNAL OF PSYCHOSOMATIC RESEARCH.62.

75-PAGET V, CONSOLI S, M, CARTON S, (2010), TRADUCTION ET VALIDATION FRONCAIS DU QUESTIONNAIRE DE REPRESSION DE WEINBERGER, ANNALES MEDICO, PSYCHOLOGIQUE.168.

76-PAGET, V, ET CONSOLI, S M, CARTON, S, (2010), TRADUCTION ET VALIDATION FRANCAISE DU QUESTIONNAIRE DE REPERESSION DE WEINBERGER, ANNALES MEDICO-PSYCHOLOGIQUE, ELSEVIER-MASSON.168.

77-PHILLIPPE JEANTEUR, (2004), DIALOGUE MEDECIN-MALADE (CANCER TOUTES LES REPONCES A VOS QUESTION), JOHN LIBBEY EUROTEXT, PARIS, FRONCE.

78-PORCELLI, P, LEOCI, C, GUERRA, V, TAYLOR, G, J, BOGBY, R, M, (1996), A LONGITADINAL STUDY OF ALEXITHYMIA AND PSYCHODOGICAL DISTRESS IN INFLAMMATORY BOWED DISCASE, J, PSYCHOSOM RES.41.

79-POULHAN ET ALL, (1994), MEUSUR DE COPING, TRADUCTION VALIDATION FRANÇAIS DE LECHETE DE VITATION ET ALL, ANN MED PCYCHOL, N5.

80-POULHAN ISABEL ET BOURGEOIS MARC, (1994), STRESS ET COPING LES STATEGIE ET AJUSTEMENT A LADVERSITE, PRESS UNIVERSITE DE France 2EM ED.

81-RACHEED, A, H, (2001), ALEXITHYMIA IN EGYPTION SUBSTANCE ABUSERS, SUBSTANCE ABSUDE.22.

82-REICHE, (2004), EDNA MARIA VISSOCI, AND NUNES SANDRA ODEBRECHT VARGAS, AND MORIMOTO HELENA KAMINAMI, STRESS, DEPRESSION, THE IMMUNE SYSTEM, AND CANCER, LANSET ONCOL.5.

83-SAARIJARVI, S, SALMINEN, J, K, TOIKKA, T, B, (2001), ALEXITHYMIA AND DEPRESSION: A1-YEAR FOLLOW-UP STUDY IN OUTPATIETS WITH MAJOR DEPRESSION, J, PSYCHOSOM, RES.51.

84-SAARIJARVI, S, SALMINEN, J, K, TOIKKA, T, B, (2001), ALEXITHYMIA AND DEPRESSION: A1-YEAR FOLLOW-UP-STUDY IN OUTPATIENTS WITH MAJOR DEPRESSION, J, PSYCHOSOM, RES.51.

85-SALMINEN, J, K, SAARIJARVI, S, AAIRELA, E, TAMMIEN, T, (1994), ALEXITHYMIA- STATE OR TRAIT? ONE YEAR FOLLOW-UP STUDY AOF

GENERAL HOSPITAL PSYCHIATRICOUT-PATIENTS, J, PSYCHOSOM, RES.38.

86-SCHWEITZER, M, B, (2002), PSYCHOLOGIE DE LA SANTE- MODELES, CONCEPTS ET METHODES, DUNOD, PARIS.

87-SHAVER, P, R, MIKULINCER, M, (2007), ADULT ATTACHEMENT STARTEGICS AND THE REGULATION OF EMOTION, IN, GROSS, J, J, (ED), HANDBOOK OF EMOTION REGULATION, GUILFORD, NEW YORK.

88-SIFNEOS, PETER E, (1996), ALEXITHYMIA: PAST AND PRESENT, AMERICAN JOURNAL OF PSYCHIATRY.153.

89-SOUTHAM-GEROW MICHEAL, A, KENDALLB PHILIP, C, (2002), EMOTION REGULATION AND UNDERSTANDING IMPLICATION FOR CHILD PSYCHOPATHOLOGY AND THRERABY, CLINICAL PSYCHOLOGY REVIEW, VOL.22.

90-TAYLOR, G, J, (2000), RECENT DEVLOPEMENTS IN ALEXITHYMIA THEORY AN RESERCH, CAN, J, PYCHIATRY.45.

91-wienberger, daniel a, and schwartez gary e, and davidson richard j, low-anxious, high-anxiousn, and repressive coping styl (1979): psychometric patterns and behavioral and psycholgical responce s to stress. J abonorm psychol.88.

92-YOUNG JEFFREY ET ALL, (2005), LA THERAPIE DES SHEMAS, EDITION DE BOECK, BRUXELLES.

93-YOUNG JEFFREY ET ALL, (2005), LES EMOTION ET LA PSYCHOTERAPIE TCC, SOINS PSYCHAITRIE N 257, EDITION ELSEVIER-MASSON.

94-ZIMMERMAN, G, V, SALAMIN, M, REICHERTS, (2008), LALEXITHYMIE AUJOURD HUIT : ESSAI DARTICULATION AVEC LES CONCEPTION CONTEMPORAINES, DES EMOTION ET DE LA PERSONNALITE, PSYCHOLOGIE FRANCAISE.53.

95-ZIRMMARMINN, G, (2006), DELINQUENCY IN MALE ADOLESCENTS, THE ROLE OF ALEXITHYMIA AND FAMILY STRUCTURE, J, ADOLESC.29.

Journal:

96-BERN BOURN, H, (1996), CHILDHOOD-ABUSE, ALEXITHYMIA AND PERSONALITY DISORDER, JOURNAL OF PSYCHOSOMATIC, RESEARCH.41.

97-BERNBAUM, H, (1996), CHILDHOOD ABUSE, ALEXITHYMIA AND PERSONALITY DISOEDER, JOURNAL OF PSYCHOSOMATIC, RESEARCH.41.

98-DIEKR ALICA C, MICHAEL M, PLICHTA, T, DRESLER, ANDREAS, J, FALLGATTER, (2010), SUPPRESSION OF EMOTIONAL WORDS IN THE THINK/ NO THINK PARADIGM INVESTIGATED WITH FUNCTINAL NEAR-INFRARED SPECTROSCOPY, INTERNATIONAL JOURNAL OF PSYCHOPHYSIOLOGY, VOL.78.

99-HOUTVEENA JAN H, RIETVELDA SIMON, SCHOUTROPA MIRJAM, SPIERING MARK, BROSSCHOT JOS F, (2001), AREPRESSIVE COPING STYLE AND EFFECTIVE, FACIAL AND PHYSIOLOGICAL RESPONSES TO LOOKING AT EMOTIONAL PICTURES, INTERNATIONAL JOURNAL OF PSYCHOPHYSIOLOGY, VOL.42.

100-MENDOLIA, MARILYN AND BAKER GARY A, (2008), ATTENTIONAL MACHANISMSASOOCIATED WITH REPRESSIV DISTANCING, JOURNAL OF RESEARCH IN PERSONALITY.

101-MICHAEL FITZAGERALD, MARK A, BELLGROVE, (2006), THE OVERLAP BETWEEN A LEXITHYMIA AND ASPERGERS SYNDROM, JOURNAL OF AUTISM AND DEVELOPMENTAL DISORDER, VOL.36, NO,4.

102-MISHRA, SHUKLA VEENA AND ALL, (2012), ALEXITHMIA IN CHILDREN WITH CANSER AND THEIR SIBLINGS, JOURNAL OF PSYCHOSOMATIC RESERCH.72.

103-PANDEY, R, SAXENA, P, ET DUBEY, A, (2011), EMOTION, REGULATIONDIFFICULTIES IN ALEXITHYMIA AND MENTAL HEALTH, EUROPES JOURNAL OF PSYCHOLOGY.7(4).

الملحق رقم 01 : استبيان القمع الانفعالي لوينبرجر

سيحاول ان يفعل الشيء حتى لو كان خطرا انات عامة :

الجنس:

السن :

التعليمة :

الجزء الأول : الهدف من هذه الأسئلة هو معرفة كيف تكون في العادة على العموم.

ليس فقط في خلال الأسابيع السابقة والماضية او اكثر، اقرا من فضلك كل جملة بتمعن دائرة على الرقم الذي ينطبق عليك , ان لم تستطع القول صحيح او خطا فاختر غير متأكد 1. خطأ (او في اكثر الأحيان خطأ). 2 . بالأحرى خطا (خطأ اكثر منه صحيح).

3. غير متأكد .4. على الاصح او بالأحرى خطا (صحيح اكثر منه خطأ).5. صحيح او في معظم الأحيان صحيح .

البنود	خطأ	بالأحرى خطأ	غير متأكد	بالأحرى صحيح	صحيح
1. تعجبني معظم الأشياء التي افعلها خلال نهاية الأسبوع .					
2. في بعض المرات انني سافع لشيا ما , لكنني أقوم بفعل شيئا آخر .					
3. في معظم الأحيان لدي انطباع بان لا احد يهتم بي فعلا كما اريد .					
4. مساعدة الاخرين اهم عندي من أي شيء اخر .					

5. امضي الكثير من الوقت بالتفكير بأمور قد تأخذ مجرى سيئا.					
6. احيانا لا أكون فخورا بأفعالي .					
7. لا يهم الشيء الذي افعله المهم اقضي وقتا ممتعا .					
8. انا من النوع الذي يحاول فعل الشيء حتى لو كان خطرا .					
9. لست واثقا كثيرا من نفسي .					
10. هذه السنة جرت أمور احسست اثنائها انني غير راضي .					
11. من وقت الاخر لا افعل ما يطلبه مني فعله .					
12. أتذكر مرة كنت جد غاضب من شخص حتى تمنيت لو اذيته .					
13. اجيب على هذه الأسئلة بمصداقية .					
14. السنوات الأخيرة احسست انني حزين ومنهزم في كثير من المرات					
15. اعتبر نفسي شخص سعيد .					
16. فعلت أشياء غير حسنة وندمت عليها بعد القيام بها .					
17. عموما لا ادع الأمور تسير عكس ما اريد.					
18. أحيانا اعتقد انه ليس لدي فكرة جيدة عن نفسي .					
19. علي ان اتحكم اكثر في نفسي عند المزاح .					
20. غالبا افعل أشياء منافية للقانون اكثر من غالبية الناس .					
21. لا احب نفسي كثيرا.					
22. عموما اتمتع بوقت جيد عند القيام بنشاطات مع الاخرين .					
23. عندما اجر امرا لأول مرة، أكون دائما متأكد باننني سأكون في المستوى .					

24. ما يحصل لي لا يجعلني ابدا حزينا .					
25. لا يمكنني ان اتصرف و كأنني لا اعلم شيئا .					
26. غالبا ما اولي اهتماما لمشاكل الآخرين .					
27. أحيانا أشعر انني جد سيء لدرجة أنني أتمنى أن أكون شخصا آخر .					
28. أنا من اللذين يبتسمون و يضحكون كثيرا.					
29. أحيانا أقول أشياء سيئة عن الآخرين لكن لا أقولها أمامهم .					
30. من حين لآخر لا أوفي بوعد قطعته.					
31. أحيانا أستاء من أمور تكون في نهاية المطاف غير مهمة.					
32. كل الناس يخطون من وقت لآخر على الأقل مرة.					
33. في معظم الأحيان لا اقلق كثيرا .					
34. أنا من الناس الذين يمزحون في معظم الأحيان .					
35. كثيرا ما أشعر أنني غير مواظب على الأشياء التي أفعلها لأنني لا أعرف التصرف بطريقة مثلي.					
36. يجب على أن من يغضبني توخي الحذر .					
37. أحيانا لا أتمم عملي لأنني أتكاسل كثيرا.					
38. أقلق كثيرا لأشياء غير مهمة .					
39. في بعض الأحيان أخفي تصرفات غير لائقة .					
40. لم أكن يوما سيئا اتجاه من لا أحبهم .					
41. أتراجع عن القيام ببعض الأشياء لأنني أرى انه ليس لدي قدرات كافية للقيام بذلك .					
42. في معظم الأحيان اشعر انني حزين وغير سعيد.					
43. من حين لآخر أقول أشياء غير صحيحة .					
44. اعتقد عادة انني انا الشخص الذي اريد ان أكون ..					
45. لم التق شبابا مني .					

التعليمة :

الهدف من هذه الأسئلة هو فهم كيف تفكر ،تحس ،تتصرف في معظم الأحيان ،مرة أخرى نريد معرفة ما هو اعتيادي بالنسبة لك حتى وان لم يحدث هذا في الأيام او الأسابيع الأخيرة .

بعد قراءة كل جملة ،ضع دائرة على الرقم الموافق لا جابتك .

البنود	أبدا	نادرا	أحيانا	في معظم الأحيان	دائما
46. أحس انه يمكنني التصرف بطريقة أحسن من الاخرين.	1	2	3	4	5
47.أفكر في مشاعر الاخرين قبل القيام بفعل شيء قد لا يحبونه.	1	2	3	4	5
48. أقوم بفعل الأشياء دون التفكير فيها كثيرا .	1	2	3	4	5
49. أخذ أشياء لا تخصني عندما ارغب في ذلك.	1	2	3	4	5
50. انا متأكد من انني سأنتقم ممن يحاول ان يجرحني .	1	2	3	4	5
51. أحب فعل أشياء للآخرين حتى و ان لم أخذ مقابلا لها.	1	2	3	4	5
52. أحس بالرعب عندما أفكر أن شخصا قد يجرحني.	1	2	3	4	5
53. يكون مزاجي سيء لدرجة أنني لا أرغب في فعل شيء .	1	2	3	4	5
54. أكون هائجا وافعل أشياء لا تروق للآخرين.	1	2	3	4	5
55. أفعل أشياء غير مقبولة اتجاه من لا يهمني .	1	2	3	4	5
56. يمكن أن أغش عندما أعلم أن لا أحدا سيتفطن لذلك .	1	2	3	4	5
57. عندما أفعل أشياء للترفيه عن نفسي (حفلة، التصرف بسذاجة...)يكون لدي ميل لان اترك هذه الامور و انصرف .	1	2	3	4	5
58. احس انني سعيدا جدا.	1	2	3	4	5
59. أتأكد أن أفعل ما أريده لا يسبب مشاكلا للآخرين.	1	2	3	4	5
60. أنتهك القوانين و القواعد التي لا أتوافق معها.	1	2	3	4	5
61. أحس بالغيض عندما يقدم لي الآخرون ملاحظات عن تصرفاتي سيئة .	1	2	3	4	5

62. عندي إحساس أنني شخص مميز ومهم .	1	2	3	4	5
63. أحب فعل أشياء جديدة و مختلفة يعتبرها الاخرون غريبة وخطيرة .	1	2	3	4	5
64. أصير عصبيا عندما أعلم أن علي بذل أقصى جهدي.	1	2	3	4	5
65. قبل فعل شيء ما ،أفكر بالطريقة التي يتأثر بها الآخرون لما أفعله.	1	2	3	4	5
66. عندما يفعل أحد شيئا لا يعجبني اصرخ في وجهه .	1	2	3	4	5
67. بالإمكان الاعتماد علي لفعل ما يمكنني فعله.	1	2	3	4	5
68. عندما اغضب لا ابه للآخرين .	1	2	3	4	5
69. اشعر انني منهزم وكئيب لدرجة ان لا شيء يجعلني في حالة افضل .	1	2	3	4	5
70. في السنوات الأخيرة ،احسست اني عصبي وقلق اكثر من اللازم .	1	2	3	4	5
71. افعل أشياء ،مع انني اعلم انها سيئة .	1	2	3	4	5
72. أقول اول شيء يخطر ببالي دون التفكير فيه مليا .	1	2	3	4	5
73. اتجنب دائما الأشخاص الذين لا احبهم .	1	2	3	4	5
74. أخاف ان يحدث لي شيء سيء او لاحد يهمني .	1	2	3	4	5
75.اشعر انني منهزم قليلا عندما لا أقوم بفعل الشيء كما خططت له .	1	2	3	4	5
76. عندما يقوم الأشخاص الذين احبهم بفعل أشياء دون استشارتي ،احس انني مهمش .	1	2	3	4	5
77. احرص على عدم التصادم مع مشاعر الاخرين .	1	2	3	4	5
78. اشعر انني عصبي ومرعوب عندما لا تجري الأمور بالشكل الذي اتمناه .	1	2	3	4	5
79. اتوقف وافكر مليا قبل ان اتصرف .	1	2	3	4	5
80. أقول أشياء سيئة لمن يغضبني .	1	2	3	4	5
81.يحب ان أتأكد من تجنب المتاعب.	1	2	3	4	5
82. اشعر انني وحيد .	1	2	3	4	5

83. اشعر انني جيد في الاعمال التي ابدا ممارستها .	1	2	3	4	5
84. عندما يبحث شخص عن الشجار معي ،ارد بالهجوم .	1	2	3	4	5

ملحق رقم (02): مقياس الألكستيميا

التعليمة :

في الصفحات الموالية تجد قائمة من المقترحات، على يسار كل واحد منها سلم متكون من خمسة نقاط ، يتراوح بين موافق تماما إلى غير موافق تماما، الهدف من هذا يرمي إلى أي مدى طبيعتك الشخصية تتماشى مع المقترحات، من أجل ذلك ضع علامة (×) في الخانة المناسبة.

مثال عن ذلك:لاحظ هناك أربع خانات:

إذا تبين لك أن هذه الفكرة تنطبق مع طبيعة تصرفك ضع علامة (×) في الخانة

"موافق تماما " و إذا تبين لك أن هذه الفكرة لا تنطبق مع طبيعة تصرفك ، ضع علامة (×) في الخانة "غير موافق تماما " وإذا كانت طبيعة تصرفك أقل من هذين الفكرتين ضع علامة (×) في الخانة "موافق " أو " غير موافق " ، ولا تستعمل الخانة الثالثة إلا إذا تعذر عليك الحكم على طبيعة تصرفك.

بإمكانكم الآن البدء بملىء المقياس ، و شكرا.

البنود	غير موافق تماما	غير موافق	لا أدري	موافق	موافق تماما
1. يصعب عليا إيجاد الكلمات المناسبة للتعبير عن ما احس به .					
2.غالبا قبل أن أنام أتخيل سيناريوهات ولقاءات وحوارات .					
3.عندما أكون منزعجا، أعلم أني كنت قلقا أو حزينا أو مستاء .					

4. عندما يحدث شيء غير متوقع تماما أبقا هادئا و حزينا .					
5. لاأشغل بالي بتاتا بانفعالاتي .					
6.أحب التحدث مع الاخرين عن انفعالاتي					
7.أقضي وقتا قصيرا في أحلام اليقظة والغوص في الخيال .					
8.عندما أكون في حالة تشنج ،لاأعرف أي نوع من الانفعالات آثار دلك					
9. عندما أرى شخصا منهمرا بالبكاء لا أضطرب .					
10. لفهم انفعالاتنا يجب أن نجهد أنفسنا لدلك .					
11. أجد صعوبة في التحدث عن مشاعري حتى مع زميلي وزميلتي .					
12. غالبا ما أستعين بخيالاتي .					
13.					
14. عندما يكون زملائي من حولي يتشاجرون بشدة فان دلك يقلقني.					
15. عندما أكون غير مرتاح نفسيا لا أزيد وضعيتي سواء بالبحث عن السبب .					
16. عندما يتعلق الامر بالتعبير عن حالتي أجد الكلمات المناسبة لدلك دون جهد.					
17.أنا أقل انجذابا للأساطير والقصص الغريبة .					
18. عندما أكون في حالة جيدة، أستطيع أن أميز هل أنا في مزاج جيد أو مغمور بالبهجة أو سعيدا .					

19. غالبا ما أحس أني مبهور بدون سبب واضح.					
20. عندما أحس بأني على غير ما يرام أحاول فهم هدا الإحساس .					
21.غالبا ما يقال لي يجب أن أتحدث أكثر عن مشاعري .					
22. نادرا ما أترك العنان لنفسي لأنساق الى الخيال .					
23. لا أعرف ما يحدث بداخلي من مشاعر وانفعالات .					
24. حتى عندما يكون الاخرون متحمسين لشيء ما ابقى غير مبالي .					
25. لا يمكننا أن نفهم جيدا الانفعالات .					
26. عندما أكون متوترا من شيء ما أتحدث مع الاخرين حول نا أشعر به .					
27. أحب تخيل قصص مجنونة وغريبة الاطوار .					
28. حينما لا أكون في حالة جيدة أعلم ان كنت خائفا أو يائسا أو حزينا .					
29. كثيرا ما يحدث لي أن أضطرب من أحداث غير منتظرة .					
30. أجد أنه لابد من البقاء في اتصال مع مشاعرنا .					
31. أعرف كيف أعبر عن مشاعري لفضيا .					
32.أحلام اليقظة في مجال الاعمال أو الاحداث الغير واقعية تعتبر مضيعة للوقت .					

33. عندما أكون متضايقا من نفسي لا أتوصل الى معرفة ان كنت مكتئبا أو خائفا أو تعيسا .					
34. أتقبل خيبات الامل من دون انفعال .					
35. أجد أنه من الغريب أن الآخرين غالبا ما يحللون انفعالاتهم .					
36. أتحدث مع الناس عن أنشطتي اليومية بدلا من مشاعري .					
37. عندما لا يكون لدي ما أفعله أقضي الوقت في أحلام اليقظة .					
38. عندما أكون مسرورا أعرف أن كنت متحمسا أو مبتهجا أو سعيدا جدا .					
39. عندما أرى شخصا منهمرا بالبكاء أشعر بحزن يسيطر علي.					
40. عندما أكون متوترا أكون بحاجة لمعرفة بالضبط مصدرا هدا الشعور.					

Mesures symétriques

		Valeur	Erreur standard asymptotique[a]	T approximé[b]
Nominal par Nominal	Phi	,820		
	V de Cramer	,820		
Intervalle par Intervalle	R de Pearson	-,056	,127	-,392
Ordinal par Ordinal	Corrélation de Spearman	-,064	,131	-,442
Nombre d'observations valides		50		

Mesures symétriques

		Signification approximée
Nominal par Nominal	Phi	,009
	V de Cramer	,009
Intervalle par Intervalle	R de Pearson	,697
Ordinal par Ordinal	Corrélation de Spearman	,660
Nombre d'observations valides		

a. L'hypothèse nulle n'est pas considérée.

b. Utilisation de l'erreur standard asymptotique dans l'hypothèse nulle.

c. Basé sur une approximation normale.

```
T-TEST GROUPS=_80;87_ن;(1 2)
  /MISSING=ANALYSIS
  /VARIABLES=_75;ى;87_;71_ل;75_ ون;93_م;75_يمي ق;87_;78_;87_ك
  /CRITERIA=CI(.95).
```

Test-t

Remarques

Résultat obtenu		
Commentaires		
Entrée	Données	
	Ensemble de données actif	
	Filtrer	
	Poids	
	Scinder fichier	

Traitement des valeurs manquantes	N de lignes dans le fichier de travail Définition de manquante Observations prises en compte	
Syntaxe		
Ressources	Temps de processeur Temps écoulé	

Remarques

Résultat obtenu		20-MAY-2019 08:12:52
Commentaires		
Entrée	Données	D:\mimo\2019\قرمزلي\Sans titre2.sav
	Ensemble de données actif	Ensemble_de_données1
	Filtrer	<aucune>
	Poids	<aucune>
	Scinder fichier	<aucune>
	N de lignes dans le fichier de travail	50
Traitement des valeurs manquantes	Définition de manquante	Les valeurs manquantes définies par l'utilisateur sont traitées comme manquantes.
	Observations prises en compte	Les statistiques de chaque analyse sont basées sur les observations ne comportant aucune donnée manquante ou hors intervalle pour aucune variable de l'analyse.
Syntaxe		T-TEST GROUPS=جنس(1 2) /MISSING=ANALYSIS /VARIABLES=اكستسيمي قامعون الأسى /CRITERIA=CI(.95).
Ressources	Temps de processeur	00:00:00,03
	Temps écoulé	00:00:00,06

[Ensemble_de_données1] D:\mimo\2019\قرمزلي\Sans titre2.sav

Statistiques de groupe

جنس	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne

اكستسيمي	1,00	21	118,0952	10,19267	2,22422
	2,00	29	116,4828	9,47033	1,75860
قامعون	1,00	21	105,0159	11,97937	2,61411
	2,00	29	103,3103	12,66539	2,35190
الأسى	1,00	21	101,1429	18,82893	4,10881
	2,00	29	109,5862	18,31182	3,40042

Test d'échantillons indépendants

		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test-t pour égalité des moyennes	
		F	Sig.	t	ddl
اكستسيمي	Hypothèse de variances égales	,094	,760	,576	48
	Hypothèse de variances inégales			,569	41,294
قامعون	Hypothèse de variances égales	,024	,877	,481	48
	Hypothèse de variances inégales			,485	44,606
الأسى	Hypothèse de variances égales	,698	,408	-1,590	48
	Hypothèse de variances inégales			-1,583	42,528

Test d'échantillons indépendants

		Test-t pour égalité des moyennes		
		Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Différence écart-type
اكستسيمي	Hypothèse de variances égales	,568	1,61248	2,80167
	Hypothèse de variances inégales	,573	1,61248	2,83546
قامعون	Hypothèse de variances égales	,633	1,70553	3,54849
	Hypothèse de variances inégales	,630	1,70553	3,51640
الأسى	Hypothèse de variances égales	,118	-8,44335	5,30920
	Hypothèse de variances inégales	,121	-8,44335	5,33340

Test d'échantillons indépendants

		Test-t pour égalité des moyennes	
		Intervalle de confiance 95% de la différence	
		Inférieure	Supérieure
اكستسيمي	Hypothèse de variances égales	-4,02066	7,24562
	Hypothèse de variances inégales	-4,11261	7,33757

قامعون	Hypothèse de variances égales	-5,42918	8,84024
	Hypothèse de variances inégales	-5,37858	8,78964
الأسى	Hypothèse de variances égales	-19,11821	2,23151
	Hypothèse de variances inégales	-19,20263	2,31593

```
T-TEST GROUPS=_81;_75;77_نـي;83_م;77_ل;(1 2)
  /MISSING=ANALYSIS
  /VARIABLES=_75;ى;87_;71_ل;75_ ون;93_م;75_ ق يـمـي;87_;78_;87_ك
  /CRITERIA=CI(.95).
```

Observation Calculer Récapituler

	Observations					
	Inclus		Exclu(s)		Total	
	N	Pourcentage	N	Pourcentage	N	Pourcentage
قامعون * جنس	50	100,0%	0	0,0%	50	100,0%
الأسى * جنس	50	100,0%	0	0,0%	50	100,0%

Récapitulatif des observations

جنس		قامعون	الأسى
	N	21	21
1,00	Moyenne	105,0159	101,1429
	Ecart-type	11,97937	18,82893
	N	29	29
2,00	Moyenne	103,3103	109,5862
	Ecart-type	12,66539	18,31182
	N	50	50
Total	Moyenne	104,0267	106,0400
	Ecart-type	12,28661	18,81593

```
SUMMARIZE
  /TABLES=ون;93_م;75_ق BY 93_وقـم;78_;87_م;
  /FORMAT=NOLIST TOTAL
  /TITLE='Récapitulatif des observations'
  /MISSING=VARIABLE
  /CELLS=COUNT MEAN STDDEV.
```

Récapituler

Remarques

Résultat obtenu		
Commentaires		
Entrée	Données	
	Ensemble de données actif	
	Filtrer	
	Poids	
	Scinder fichier	
	N de lignes dans le fichier de travail	
Gestion des valeurs manquantes	Définition des valeurs manquantes	
	Observations prises en compte	
Syntaxe		
Ressources	Temps de processeur	
	Temps écoulé	

Remarques

Résultat obtenu		20-MAY-2019 07:58:37
Commentaires		
Entrée	Données	D:\mimo\2019\قرمزلي\Sans titre2.sav
	Ensemble de données actif	Ensemble_de_données1
	Filtrer	<aucune>
	Poids	<aucune>
	Scinder fichier	<aucune>
	N de lignes dans le fichier de travail	50
Gestion des valeurs manquantes	Définition des valeurs manquantes	Pour chacune des variables dépendantes d'un tableau, les valeurs manquantes définies par l'utilisateur pour la variable dépendante et tous les critères de regroupement sont traitées comme manquantes.

Syntaxe	Observations prises en compte	Les observations utilisées pour chaque tableau n'ont pas de valeur manquante dans aucune variable indépendante. De plus, toutes les variables dépendantes ne possèdent pas de valeur manquante. SUMMARIZE /TABLES=قامعون BY مستوقمع /FORMAT=NOLIST TOTAL /TITLE='Récapitulatif des observations' /MISSING=VARIABLE /CELLS=COUNT MEAN STDDEV.
Ressources	Temps de processeur	00:00:00,02
	Temps écoulé	00:00:00,02

```
[Ensemble_de_données1] D:\mimo\2019\قرمزلي\Sans titre2.sav
```

Observation Calculer Récapituler

	Observations					
	Inclus		Exclu(s)		Total	
	N	Pourcentage	N	Pourcentage	N	Pourcentage
قامعون * مستوقمع	50	100,0%	0	0,0%	50	100,0%

Récapitulatif des observations

قامعون

مستوقمع	N	Moyenne	Ecart-type
1,00	48	105,2569	10,89673
2,00	2	74,5000	,23570
Total	50	104,0267	12,28661

```
CROSSTABS
  /TABLES=_75;يـمي;87_;78_;87_ك BY 93_وقـم;78_;87_م;
  /FORMAT=AVALUE TABLES
  /STATISTICS=PHI CORR
```

```
  /CELLS=COUNT
  /COUNT ROUND CELL.
```

Tableaux croisés

Remarques

Résultat obtenu		
Commentaires		
Entrée	Données	
	Ensemble de données actif	
	Filtrer	
	Poids	
	Scinder fichier	
	N de lignes dans le fichier de travail	
Gestion des valeurs manquantes	Définition des manquantes	
	Observations prises en compte	
Syntaxe		
Ressources	Temps de processeur	
	Temps écoulé	
	Dimensions requises	
	Cellules disponibles	

Remarques

Résultat obtenu		20-MAY-2019 08:02:06
Commentaires		
Entrée	Données	D:\mimo\2019\قرمزلي\Sans titre2.sav
	Ensemble de données actif	Ensemble_de_données1
	Filtrer	<aucune>
	Poids	<aucune>
	Scinder fichier	<aucune>
	N de lignes dans le fichier de travail	50
Gestion des valeurs manquantes	Définition des manquantes	Les valeurs manquantes définies par l'utilisateur sont traitées comme manquantes.

Syntaxe	Observations prises en compte	Les statistiques de chaque tableau sont basées sur l'ensemble des observations ayant des donnéees valides dans l'intervalle spécifié pour toutes les variables de chaque tableau. CROSSTABS /TABLES=اكستسيمي BY مستوقمع /FORMAT=AVALUE TABLES /STATISTICS=PHI CORR /CELLS=COUNT /COUNT ROUND CELL.
Ressources	Temps de processeur	00:00:00,03
	Temps écoulé	00:00:00,08
	Dimensions requises	2
	Cellules disponibles	174734

[Ensemble_de_données1] D:\mimo\2019\قـرمـزلـي\Sans titre2.sav

Observation Calculer Récapituler

	Observations					
	Inclus		Exclu(s)		Total	
	N	Pourcentage	N	Pourcentage	N	Pourcentage
اكستسيمي * جنس	50	100,0%	0	0,0%	50	100,0%
أكلي * جنس	50	100,0%	0	0,0%	50	100,0%
بكلي * جنس	50	100,0%	0	0,0%	50	100,0%

Récapitulatif des observations

جنس		اكستسيمي	أكلي	بكلي
1,00	N	21	21	21
	Moyenne	118,0952	58,6190	59,4762
	Ecart-type	10,19267	4,46628	8,10320
2,00	N	29	29	29
	Moyenne	116,4828	59,4138	57,0690
	Ecart-type	9,47033	6,12091	5,68162

	N	50	50	50
Total	Moyenne	117,1600	59,0800	58,0800
	Ecart-type	9,71084	5,45048	6,83281

```
SUMMARIZE
  /TABLES=ى;87_;71_ل;75_ ون;93_م;75_ق BY _80;87_ن;
  /FORMAT=NOLIST TOTAL
  /TITLE='Récapitulatif des observations'
  /MISSING=VARIABLE
  /CELLS=COUNT MEAN STDDEV.
```

Récapituler

Remarques

Résultat obtenu		
Commentaires		
Entrée	Données	
	Ensemble de données actif	
	Filtrer	
	Poids	
	Scinder fichier	
	N de lignes dans le fichier de travail	
Gestion des valeurs manquantes	Définition des valeurs manquantes	
	Observations prises en compte	
Syntaxe		
Ressources	Temps de processeur	
	Temps écoulé	

Remarques

Résultat obtenu		20-MAY-2019 07:54:29
Commentaires		
Entrée	Données	D:\mimo\2019\قرمزلي\Sans titre2.sav
	Ensemble de données actif	Ensemble_de_données1
	Filtrer	<aucune>
	Poids	<aucune>
	Scinder fichier	<aucune>
	N de lignes dans le fichier de travail	50

Gestion des valeurs manquantes	Définition des valeurs manquantes	Pour chacune des variables dépendantes d'un tableau, les valeurs manquantes définies par l'utilisateur pour la variable dépendante et tous les critères de regroupement sont traitées comme manquantes.
	Observations prises en compte	Les observations utilisées pour chaque tableau n'ont pas de valeur manquante dans aucune variable indépendante. De plus, toutes les variables dépendantes ne possèdent pas de valeur manquante.
Syntaxe		SUMMARIZE /TABLES=قامعون الأسى BY جنس /FORMAT=NOLIST TOTAL /TITLE='Récapitulatif des observations' /MISSING=VARIABLE /CELLS=COUNT MEAN STDDEV.
Ressources	Temps de processeur	00:00:00,00
	Temps écoulé	00:00:00,00

[Ensemble_de_données1] D:\mimo\2019\قـرمـزلـي\Sans titre2.sav