مجلة العلوم الاجتماعية والإنسانية، جامعة باتنة1 المجلد(20) – العدد (02) (ديسمبر،2019)- ص449-480
ISSN 1111-5149 /E.ISSN 2430-2588

الألكستيميا لدى النساء المبتورات الثدي من جراء الإصابة بالسرطان

دراسة ميدانية بمصلحة الأورام السرطانية مستشفى معلم لحسن-الغزوات-

The Alkemstemia in Women with Breast Cancer due to Cancer
A field study at the Department of Cancer Oncology Moualem Lahcen Hospital - Ghazaouet-

مسعودي محمد رضا،[1] جامعة تلمسان medpsycognitive@gmail.com

دراز خليدة، جامعة تلمسان

تاريخ الاستلام:01-09-2019 تاريخ القبول:28-01-2020

ملخّص:
هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على معدلات انتشار الألكستيميا لدى النساء المبتورات الثدي من جراء الإصابة بالسرطان اللواتي تتابعن علاجهنّ بمصلحة الأورام السرطانية بمستشفى معلم لحسن -الغزوات- على عينة تقدر بـ 50 امرأة مصابة. ولتحقيق أهداف الدراسة تم استخدام مقياس Toronto AlexithymiaScale TAS 20 لقياس الألكستيميا، والاعتماد على المنهج الوصفي فأسفرت النتائج على ما يلي:

- تنتشر الألكسيتيميا عند المصابات بسرطان الثدي بنسبة عالية لدى ٪86 .
- لا توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطات درجات الألكستيميا لدى مريضات سرطان الثدي من حيث مدة المعرفة بالمرض (أقل من سنة / أكثر من سنة).

لا توجد فروق دالة إحصائيا في متوسطات درجات الألكستيميا من حيث العمر(41 سنة فما فوق/ 40 سنة فما أقل).

كلمات مفتاحية: الألكستيميا ، سرطان الثدي ، الاضطراب السيكوسوماتي .

Abstract :
The aim of this study was to identify the prevalence of alexithymia with breast cancer, following a treatment of cancerous tumors at Mallem Lahcen hospital, currentluy located at Ghazaouet -Tlemcen-. a sample of 50 subjects were selected. In order to reach the study's objectives , the student used a Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) scale to measure alexithymia and used the descriptive approach. The results are as follows:

- The prevalence of Alexithymia in women with breast cancer has increased by 86%.
- There is no statistically significant difference between averages of alexithymia in breast cancer patients in terms of duration of illness (less than 1 year / over 1 year).

There was no statistically significant difference between the averages in terms of age (41 years and over / 40 years and under).

Keywords: Alexithymia; Breast cancer; Psychosomatic disorder.

1- مسعودي محمد رضا

مقدّمة :

يعتبر سرطان الثدي من الاضطرابات السيكوسوماتية الناتجة عن عدة عوامل منها الفيزيولوجية، الانفعالية و صدمات حياتية من شأنها أن تعجّل في ظهوره، حيث أن هناك تطور بنائي للأعراض يبدأ بمجموعة من الشكاوي والأعراض النفسية ليصل إلى ظهور مجموعة من الاضطرابات المرتبطة بالأعراض الجسدية، تضافر مجموعة هذه العوامل النفسية و الاجتماعية و البيولوجية ومدة استمرار الأعراض ، تعتبر قاعدة تهيئ للإصابة بسرطان الثدي، و لقد تعددت الدراسات التي تفسر الأساس النفسي لهذا النوع من الاضطرابات، وأمام هذه المعطيات هدفت الدراسة إلى التأكد من حقيقة أن سرطان الثدي هو اضطراب سيكوسوماتي وذلك من خلال الكشف عن مدى انتشار نسبة الألكستيميا لدى المصابات بسرطان الثدي، بالاعتماد على نظرية Sifneos فيما يخص الألكستيميا ونظرية الاقتصاد السيكوسوماتي لـ Pierre Marty الذي يؤكد أن كل مرض جسدي يعتبر داءا سيكوسوماتيا. وتتضح أهمية هذا الموضوع في ظهور دراسات كثيرة تهتم بسرطان الثدي اهتماما نفسيا أكثر مما هو جسدي، نظرا للمعانات النفسية و الآثار النفسية الذي يتركها هذا الاضطراب. ولمعالجة هذا الموضوع تم اتباع خطة بحث تمثلت في العناصر التالية : مقدّمة ، الإشكالية، الألكسيتيميا (تعريف الألكسيتيميا ، خصائص الألكستيميا ، أنواع الألكستيميا، الألكستيميا عامل خطر للجسدنة و الإصابة بالاضطراب السيكوسوماتي)، المقاربة السيكوسوماتية لداء السرطان (الصلة بين النفس والجسد ، التصورات النظرية المفسرة للاضطراب السيكوسوماتي، تعريف داء السرطان كداء سيكوسوماتي)، الجانب النطبيقي من البحث (المنهج المتبع، حدود الدراسة، عينة الدراسة ومواصفاتها، اداة البحث، الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة)، عرض وتحليل نتائج الدراسة (عرض وتحليل نتائج الفرضية الأولى ، عرض و تحليل نتائج الفرضية الثانية ، عرض و تحليل نتائج الفرضية الثالثة) ، الخاتمة ، المراجع .

الإشكالية :

تشهد الأبحاث حول سرطان الثدي تطورا كبيرا خاصة من الناحية النفسية، إذ ذهب المختصين في الاضطرابات السيكوسوماتية إلى البحث عن علاقة نفس-جسدية تفسره ، فاعتبره البعض داءا سيكوسوماتيا على غرار "الكردي" التي أوضحت أنه كلما

أعيقت الطاقة الانفعالية من الانطلاق في شكل سلوك خارجي و زادت تراكماتها و اشتدت وطأتها فأنها تؤدي إلى تضخم الاضطرابات و التوترات فيحدث الاضطراب السيكوسوماتي، و إذا دامت الأسباب المثيرة للانفعال و اضطر الفرد إلى قمعه و كبته سيؤدي إلى أمراض جسمية خطيرة و مزمنة (الكردي، 2010، ص 177). و رغم أن أكبر النظريات في الحقل السيكوسوماتي تبرز أن السرطان داء سيكوسوماتي، خاصة نظرية الاقتصاد السيكوسوماتي لـ Pierre Marty الذي يؤكد أن كل مرض جسدي يعتبر داءا سيكوسوماتيا و أبرز أن هؤلاء لديهم تنظيم عقلي خاص. كما يعتبر سرطان الثدي من الاضطرابات السيكوسوماتية الناتجة عن عدة عوامل منها الفيزيولوجية، الانفعالية، و صدمات حياتية من شأنها أن تعجّل في ظهوره، حيث أن هناك تطور بنائي للأعراض يبدأ بمجموعة من الشكاوي و الأعراض النفسية ليصل إلى ظهور مجموعة من الاضطرابات المرتبطة بالأعراض الجسدية، تضافر مجموعة هذه العوامل النفسية و الاجتماعية و البيولوجية و مدة استمرار الأعراض تعتبر قاعدة تهيئ للإصابة بسرطان الثدي، فبالرغم من اتفاق العلماء على أن هذا الداء يكون نفسي المنشأ إلا أنهم اختلفوا من حيث العوامل الأساسية المسببة له، فقد تعددت الدراسات التي تفسر الأساس النفسي لهذا النوع من الاضطرابات . لكن إلى حد الآن توجد معارضة كبيرة لتسمية هذا الداء داءا سيكوسوماتيا سواء في الأوساط الطبية أو لدى علماء النفس و هذه المعارضة نجدها أيضا في الأوضاع النفسية ، فقد ظهرت العديد من الدراسات في هذا المجال ، و هذا ما تؤكده دراسة تونسية أبرزت بأن السرطان يتدخل في ظهوره العديد من العوامل بينما هناك صعوبة كبيرة في إثبات دور العوامل النفسية في حدوثه و خاصة دور الإجهاد و نمط الشخصية المعروف بالنمط C الذي حدد كنمط يهدد بالإصابة لدى مرضى السرطان. (Amami Othman, 2006, p. 683).

ولدراسة ذلك تم التطرق إلى جانب يعتبر أحد العوامل المهيأة للإصابة بالاضطرابات السيكوسوماتية وهو الألكستيميا، أين سيتم الطرق في هذه الدراسة إلى البحث عن مدى انتشار نسبة الألكسيتيميا لدى المرأة المبتورة الثدي من جراء الإصابة بالسرطان، و التحقق من أن سرطان الثدي هو داء سيكوسوماتي. و انطلاقا مما سبق نطرح التساؤلات التالية:

- هل تنتشر الألكسيتيميا عند المصابات بسرطان الثدي بنسبة عالية؟

- هل توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطات درجات الألكستيميا لدى مريضات سرطان الثدي من حيث مدة تشخيص المرض (أقل من سنة / أكثر من سنة)؟
- هل توجد فروق دالة إحصائيا في متوسطات درجات الألكستيميا من حيث العمر(41 سنة فما فوق/ 40 سنة فما أقل)؟

و للإجابة على هذه التساؤلات تم نطرح الفرضيات التالية:

- تنتشر الألكسيتيميا عند المصابات بسرطان الثدي بنسبة عالية.
- لا توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطات درجات الألكستيميا لدى مريضات سرطان الثدي من حيث مدة تشخيص المرض (أقل من سنة / أكثر من سنة).
- توجد فروق دالة إحصائيا في متوسطات درجات الألكستيميا من حيث العمر(41 سنة فما فوق/ 40 سنة فما أقل).

1 . الألكسيتيميا:

أ . تعريف الألكسيتيميا:

المصطلح أصله الإغريقي Alexithymia (Taylo, Bagby, & Parker, 1997, p. 28) تتكون من مقاطع ثلاثة:

_ A: أداة نافية تعني عدم وجود أو غياب.

_ Lex من:Lexis وتعني اللفظ أو الكلمة.

_ Thymia من thymos : وتعني مزاج أو عاطفة، مشاعر، انفعالات.

مما يعني أن الألكستيميا هي نقص الكلام المعبر عن الانفعالات.

و لقد تم صياغة مصطلح الألكستيميا من طرف Sifneos سنة 1972 (فاسي أمال، 2016، ص 72) ، يعبر عن العجز أو الصعوبة في المعرفة والتعبير عن الانفعالات والأحاسيس عن طريق الكلام .فهو يصف نظام خاص متعلق بكيفية إدارة الحياة الانفعالية لدى مرضاه، والذي يعرف حاليا من خلال الخصائص التالية:

_ صعوبة في التعرف على المشاعر أو العواطف والتمييز بينها وبين الأحاسيس الجسدية والاستثارة العاطفية.

_ صعوبة وصف المشاعر والعواطف والانفعالات والتعبير عنها بالكلام للآخرين.

_ محدودية الخيال وتقليص للحياة الهوامية.

_ نمط تفكير موجه نحو العالم الخارجي.

اما Tylor و زملاؤه (البنا، 2003، ص 21) فقد عرفوها على أنها حالة تعكس مجموعة من أوجه القصور في القدرة على التعامل مع الانفعالات من الناحية المعرفية ، كما أنها تعكس صعوبات لدى الفرد في تنظيم وجدانيته، ومن ثم فهي تعتبر أحد العوامل المهيأة للإصابة بالأمراض الجسمية والنفسية.

ب . خصائص الألكستيميا:

يتكون مفهوم الألكستيميا من أربع عوامل أو مكونات رئيسية هي :

- صعوبة في التعرف على المشاعر وتمييزها عن الأحاسيس الجسدية: (L'incapacité à identifier ses émotions et à les distinguer des sensations corporelles) يشير هذا المكون إلى نقص كفاءة الشخص في تحديد أحاسيسه والغالب على هذه الأحاسيس كونها أعراض جسمية يغيب عنها في الغالب قدرة معرفية تعطي معنى لهذا الإحساس الذي تتم خبرته عبر الجسد. (العابدين، ديسمبر 2016، ص 36) أو ما يعرف بالعجز عن إدراك الانفعالات وتمييزها عن الإحساسات الجسدية، فالشخص الذي يعاني من الألكستيميا يجد صعوبة في التعرف على حالته الانفعالية مثلا هل هو سعيد؟ و في أغلب الأحيان عندما لا يجد الكلمات التي يعبر بها عن مشاعره يعبر عنها جسديا. (فاسي أمال، 2016، ص 73) . كما يرى Maurice Corcos أن الفرد الذي يعاني من الألكستيميا كأن جسده مفصول عن رأسه، وهذا الذي يمنع العمليات و السيرورات أن تقوم بالاتصال، وأن تصف حالة الحزن أو الغضب أو الفرح. (Maurice Corcos G. P., 2011, p. 261)
- صعوبة في وصف المشاعر والتعبير عنها:(L'incapacité à exprimer et décrire ses émotions) يشير هذا المكون إلى نقص الكفاءة فيما يتعلق بالتعبير اللغوي عن الأحاسيس، ويعود ذلك إلى هيمنة النشاط العصبي الفسيولوجي على الاستجابات بالانفصال عن النظام المعرفي والذي يشمل المخططات حيث يوجد بداخلها الترميز التخيلي التي تعطي الوصف والمسميات للأحاسيس.(العابدين، 2016، صفحة 36).
- محدودية الخيال: (La limitation de la vie imaginaire) أو العجز في القدرة على تشكيل الصور في العقل من خلال التذكر عن طريق الخبرات الحسية، كما

أنه ليس مرتبط فقط بالتصور، و إنما أيضا بعدم القدرة على استحضار الانفعالات الماضية مهما كان نوعها أو شدتها ، كما أن الأشخاص الذين يعانون من الألكستيميا يتعاملون مع الخيال في القيام بانجاز الوظائف الخارجية أو حل المشاكل المتعلقة بالعمل أو بناء أفكار مفيدة، وهذا الخيال يدل على العجز في القدرة التخيلية بمعنى خيال قصدي وليس عفوي. فوجود التخيل العفوي يحمل الصورة التجريبية للانفعالات الجسدية، وهي أمر ضروري للتمييز والتفكير والتعبير عن المشاعر. يقوم العقل لدى الأشخاص الذين يعانون من الألكستيميا من السيطرة على التخيل والمراقبة من خلال التفكير، حيث يتعذر تطبيق الخيال العاطفي العفوي(Thompson, 2009, pp. 26-27). كما أقرت Joyce McDougall (1974) أن الفرد الذي يعاني من الألكستيميا لديه تفكير عملي يظهر عليه القليل من الأحلام والهوام والخيال (Maurice Corcos G. P., 2011, p. 26).

- التفكير الموجه نحو الخارج: (Pensée orientée vers l'extérieur) عدم قدرة الفرد على توجيه نفسه لمعرفة عالمه الداخلي من أجل معرفة مشاعره، يظهر توجيها للعالم الخارجي المادي، مع تكيف مطلق لهذا العالم، مدرك بالحواس للحقائق المادية والموضوعات، لهذا السبب يوصف هؤلاء الأشخاص بالآلات البشرية، فحياتهم مليئة بالأحداث اليومية و المواضيع الملموسة (Thompson, 2009, p. 27) و من جهته يعتبر Gerard Pirlot أن التفكير العملي هو أساس التفكير الواعي الذي يتواجد في الألكستيميا ، كما أنه يوجد في بعض السياقات التصنيفية للأشخاص الذين يعانون من اضطرابات سيكوسوماتية، أين نجد التفكير النفعي والواقعي والموجه نحو المواضيع الملموسة المادية و التقنية، التي لا تستعمل الميكانيزمات الدفاعية العصابية أو الذهانية و الابتعاد عن كل الذكريات والعواطف و الانفعالات، فالشخص في هذه الحالة جدي و فعال و متكيف مع الواقع ومع الآخرين، لديه علاقات حسية حركية دون تظاهرات و سواسية، مع الافتقار إلى المرجعية الداخلية العلائقية بمعنى علاقته بالموضوع الحقيقي المعاش داخليا منقطعة (Pirlot, 2014, p. 73) .

ج . أنواع الألكستيميا:

- الألكستيميا الأولية : يعتبر Freyberger (1977) أول من ميز بين الألكستيميا الأولية و الثانوية، فالأولية تؤدي إلى اضطرابات سيكوسوماتية كعامل استعدادي، حيث لها علاقة بالعوامل البيولوجية المبكرة، فيكون هناك عجز في الأحاسيس والمشاعر و ليس في الانفعالات، حيث يكون عجز في الاتصال بين الجهاز اللمبي والقشرة الدماغية ، فاللحاء القشري لا يستطيع أن يعطي الصورة الخيالية والتفكير الذي تستعمله اللغة من أجل التعبير، فتؤدي إلى استجابات غير متكيفة وغير مألوفة لتلك الواردة في جزء من الألكستيميا، فحسب Sifneos الألكستيميا الأولية تنشأ عن طريق العوامل الجينية المهيأة لذلك مثلما وجده عند توأم حقيقي (Maurice Corcos G. P., 2011, p. 26) ، أما عند بعض الباحثين فتعرف بعطل التحويل بين نصفي الكرة المخية وهذا ما أكد عليه Smith و Taylor (1990) فقد أظهروا أن هناك اختلافا بالنسبة للأفراد الذين يعانون من الألكستيميا والأشخاص العاديين أثناء الاتصال الذي يحدث بين نصفي الكرة المخية (Zimmerman G, 2007, p. 84) .
- الألكستيميا الثانوية : الألكستيميا الثانوية لا تنشأ عن أساس عصبي وإنما ترجع إلى خبرات صدمية وبعض الخبرات المؤلمة التي يمر بها الفرد، والتلف المفاجئ في سن قبل الكلام يمكن أن يؤدي بالطفل إلى عدم القدرة للتعبير عن انفعالاته عن طريق المسالك الكلامية (Maurice Corcos G. P., 2011, p. 28).

في هذه الحالة تكون الألكستيميا الثانوية رد فعل حمائي للعواطف التي تكون سيئة التنظيم في الأنا البدائي، حيث يكون تشويه في القدرة على معرفة المشاعر و بالتالي رفض الإدراك الخاص بالمشاعر و الهلوسة السلبية للعواطف أو يظهر فيض انفعالي يلجأ منه الفرد إلى الحماية أو خطر الجسدنة، و يمكن اعتبارها كحالة ناتجة عن وضعية صراعية تسمح بتحقيق التوازن والتكيف. كما قد تكون أساس اضطرابات نفسية و معرفية (Pirlot, 2014, p. 75) .

د . الألكستيميا عامل خطر للجسدنة و الإصابة بالاضطراب السيكوسوماتي:

تشير التقارير الطبية والأبحاث الامبريقية إلى أن الأشخاص الذين يعانون من أمراض عضوية أو سيكوسوماتية يعانون من مظاهر مشابهة للألكستيميا، ويؤكد العلماء أن عدم القدرة على التعبير عن الانفعالات تزيد من الاستعداد

للاضطرابات النفس- جسدية .حيث أنه منذ ظهور مصطلح الاضطرابات السيكوسوماتية سجل الباحثون لدى مرضاهم اضطرابات على مستوى المعالجة المعرفية والانفعالية،حيث لاحظ (1949) Maclean أن مرضاه لديهم عدم القدرة على التعبير عن حالتهم العاطفية. أما (1948) Ruesh فقد لاحظ أن مرضاه لديهم اضطراب في التعبير اللغوي والرمزي مع ضعف في القدرة الخيالية وصعوبة في استعمال الانفعالات كمصدر لنقل المعلومات مع التكيف الاجتماعي المبالغ فيه.كما وسعت مدرسة بوسطن(Sifneos Nemiah,) في هذا المفهوم بمقارنة عصبية معرفية، وتعتبر الألكستيميا مؤشرا هاما للدلالة على دور الانفعالات في ظهور الجسدنة سواء كانت الأسباب نفسية أو عضوية أو بيئية (Luminet, 2007, p. 181).

و يؤكد العلماء أمثال Holmstrom, TodarelloSifneos, Krystal, Cooper ، أن عدم القدرة على التعبير عن الانفعالات تزيد من الاستعداد بالاضطرابات النفس-جسدية (قريشي ، 2008، ص 20) .

كما تطور الألكستيميا نشاط يتميز بتفكير عاطفي درجته صفر ترجع إلى وضعية اكتئابية في النمو خاصة بعدم تنظيم الإدراك الحسي الخاص بالرضيع في الأشهر الأولى من حياته والتي أسمتها Margaret Mahler بالمرحلة الحسية الذاتية، يكون الاتصال بدائي رمزي غير لفظي يحتوي على حركات جسمية في العلاقات المتبادلة المبكرة، فالطفل الذي يعاني فيما بعد من اضطرابات سيكوسوماتية، يكون نموذج خاص بالنشاط العقلي الذي يتميز بأنه بدائي، يكون التفاعل فيه إما غائب أو غير مرن، فبدلا من اللجوء إلى سيرورات الشبق الذاتي، يلجأ إلى استعمال الإحساسات الجسدية و المولدة ذاتيا، فيستجيب الرضيع لمتطلبات الموضوع الذي أصبح يهدد التوازن عن طريق الاضطرابات الوظيفية داخل الجسد، فيكون استثمار ذاتي جسدي للعلاقة المتبادلة.هذا الخلل أو العطل البدائي قد يرتبط باضطرابات عضوية بيولوجية شديدة تهيأ إلى ظهور هشاشة أو القابلية للإصابة في مرحلة الإحساس الذاتي، أين تستقر النزوات داخل الجسد مع خطر التثبيت أو النكوص أو ظهور الجسدنة الناتجة عن استجابات انفعالية سيئة، تجعل الفرد يصعب عليه التفريق بين الإدراك والإحساسات الجسدية، لأن هنالك تواجد لعواطف لم تجد أبعاد تمر من خلالها، فالألكستيميا تظهر نتيجة

لعدم تفاعل مبكر لصورة الأم والنمو العصبي الحركي كما أنها محددة بعوامل بيولوجية و وراثية، حيث يكون الرضيع من خلالها غلاف فسيفسائي (فاسي أمال، 2016، ص97). ومن ثم يمكن اعتبار الألكستيميا أحد المكونات الأساسية المساعدة في ظهور الاضطرابات السيكوسوماتية، ويرى عدد من الباحثين أنه يمكن تفسير العلاقة بين خصائص الألكستيميا والشكاوي الجسمية، بأن التعبير عن الانفعالات السلبية يؤدي للتوتر، وأن هذا التوتر المستمر الذي يحدث بسبب عدم التواصل الانفعالي الصادق مع الآخرين يمكن أن يؤدي إلى أعراض جسمية، بل التعرض لأمراض عضوية بالفعل.

2 . المقاربة السيكوسوماتية لداء السرطان :

أ . الصلة بين النفس والجسد:

إن البحث في الصلة بين النفس والجسد بحث فيه منذ القدم ووجدوا صعوبات في الفصل بنيهما لفهم بعض الظواهر النفسية والجسمية لذلك يفضل تبني الاتجاه الكلي أي النظر إلى النفس والجسم معا فالإنسان وحدة وظيفية لذا لابد من البحث عن دور العوامل العضوية النفسية في نشأة المرض، كذلك قد وجد الباحثون أن بعض أنماط الأمراض كالقرحة المعدية مثلا هي ناشئة عن عوامل سيكولوجية انفعالية. (فاضل، 2011، ص 42) . فالعوامل النفسية تلعب دورا رئيسيا في نشأة الأمراض العضوية "فالعامل الانفعالي يلعب دورا هاما وقويا وأساسيا وعادة ما يكون ذلك من خلال الجهاز العصبي الإرادي" فالمرض يصيب الإنسان كله و ليس جزء منه ،فالإصابة بالبرد مثلا قد تؤدي إلى انخفاض قدرة المصاب على احتمال الضغوط النفسية وكذلك المضايقة الانفعالية قد تقلل من مقاومة الفرد للمرض (أبو النيل، 1994، ص 135) . إن تغير الحالة النفسية لدى الإنسان يؤدي إلى تغير الحالة العضوية الوظيفية ،كما أن الحالة الجسدية يمكنها بدورها أن تؤدي إلى تغير في الحالة النفسية لدى الفرد، إلى أن الدراسات الطبية والنفسية المتقدمة أجمعت على أن تأثير النفس في الجسم أكثر شدة ووضوحا وخطورة من تأثير الجسم في النفس . والقدماء لم يتمكنوا من تقديم الأدلة والتغيرات المنطقية التي تعتمد على أسس علمية عن كيفية تأثير الحالة النفسية في حدوث الاضطراب العضوي واكتفوا بالإشارة إلى هذه العلاقة بين النفس

والجسم ووصفها فقط. (العنزي، 2004، ص 42)، من هنا تبين مدى العلاقة بين الجسد والنفس ومدى تأثير كل منهما في الآخر ، أي أن العلاقة بينهما علاقة تبادلية حيث يؤثر كل منهما في الآخر ،وكلما كانت شروط النمو النفسي آمنة ومستقرة كلما كان الجسد يحقق نموا إيجابيا .وإن الحالة الانفعالية لها تأثيرها على الجسد ،فحالة الانفعال يتحكم فيها الجهاز العصبي الذاتي من خلال الأجهزة العضوية في الجسم،وعندما ينتج توتر في الجهاز العصبي تتغير وظيفة عضو،محدثا الأمراض النفسية الجسمية ،أو ما يعرف بالأمراض السيكوسوماتية (نجيب، 2008، ص 71) .

ب . التصورات النظرية المفسرة للاضطراب السيكوسوماتي:

لقد شهد تاريخ السيكوسوماتية بروز عدة مقاربات وتصورات مفسرة للاضطراب السيكوسوماتي ومنها :

- التصورات الفيزيولوجية :

يرى Cannon أن أصل الانفعالات لا يكمن في الوظيفة الحشوية متمركز في الجهاز العصبي المركزي، حيث يرى أن الهروب أو القتال يؤدي إلى مجموعة من التظاهرات الفيزيولوجية التي بإمكانها أن تفرز هرمون خاص يسمى "هرمون الإجهاد" والمعروف بـ" الأدرينالين".لقد لاحظ أن الخوف، الألم، الغضب والجوع من شأنها أن تؤدي إلى إفراز الأدرينالين الذي يؤدي إلى ارتفاع ضغط الدم وتسارع نبضات القلب. وتوصل Cannon لأدلة علمية تثبت بأن هذه التغيرات قابلة لإحداث اضطرابات وظيفية قابلة للتحول إلى أمراض وإصابات عضوية (النابلسي، 1992، ص 21) . ولقد كان H.Selye متأثرا بفكرة أن معظم الكائنات البشرية لها رد فعل للشدائد والضغوط عن طريق تنمية أعراض غير نوعية وذكر أنه توجد أشكالا عديدة من الضغوط الداخلية والخارجية التي يتعرض لها الفرد نتيجة تلف الأنسجة الجسمية، التلوث، العبء، الجوع، الألم، الإحباط والصراع، و أن هذه الضغوط تحدث ثلاث مراحل لعرض التكيف العام في تفاعل الفرد معها وهي كالتالي:

- مرحلة الصدمة: أو مرحلة التنبيه والتحذير وتعرف مرحلة الصدمة "بأنها مزيج من استجابة الجسم للخطر الخارجي، وهي تعتبر وسيلة دفاعية للجسم من هذا الخطر". وهي مرحلة قصيرة تستمر دقائق أو ساعات قليلة وفيها يزيد النبض مع

هبوط في ضغط الدم وحرارة الجسم وتسرع في ضربات القلب، ويزداد عدد مرات التنفس، كما يزداد تكسير سكر الأنسجة لتوفير مزيد من الطاقة ،ومن هنا تبدأ مرحلة الإنذار بالخطر، و لعل أول وسيلة دفاعية هي زيادة واضحة في إفراز هرمون الأدرينالين الذي يكون له دور مؤقت وسريع، وكذلك نشاطا لهرمون الكورتيزول الذي تفرزه قشرة الغدة الكظرية .وهذا الهرمون وظيفته السعي وراء الدفاع ضد الخطر من أجل تحقيق التوازن العضوي للفرد، أما في حالات الصدمة نجد أن الهيبوثالاموس يحث الغدة النخامية المنشطة للغدة الكظرية وذا بدوره يحث قشرة الغدة الكظرية على إفراز هرمون الكورتيزول وغيره من المركبات التي تساعد على زيادة مقاومة الجسم في مواقف الضغوط والصدمات، و بدخول الكورتيزول الدم يصحو المصاب ليدخل في المرحلة الثانية للصدمة.

- مرحلة المقاومة : و تسمى بمرحلة التكيف فالفرد حين يقاوم الضغوط تكون أعضاء جسمه في حالة تيقظ تام كرد فعل على تأثير هذه الضغوط وهذا ما يؤثر سلبا على أعضاء الجسم المسؤولة عن النمو والوقاية من العدوى، مما يجعل الجسم في حالة إعياء وضعف، ومنها الإصابة بالمرض،فإذا لم تستمر المرحلة الأولى طويلا تختفي الأعراض تدريجيا ويكون الجسم قد حقق بواسطة دفاعاته التوافق والعودة للتوازن ويتجدد بناء الأنسجة وتستمر المرحلة الثانية أياما وشهورا أو سنين عديدة بحسب نوع الضغوط وشدتها، وتنتهي بزوال الضغوط المسببة لها والشفاء منها أو تصاب الغدة الكظرية بعجز عن إفراز هرمونها الكورتيزول وذلك بسبب استنفاذه بسرعة مما يؤدي إلى ضعف مقاومة الجسم الثاني.كما أن مثل هذه الحالات إذا لم تعالج بسرعة فإنها تؤدي إلى اضطرابات عضوية خطرة وبزيادة مقاومة الجسم وزيادة إفراز الهرمونات يصل الفرد إلى مرحلة الإجهاد.
- مرحلة الإجهاد: كما تسمى أحيانا بمرحلة الانهيار وتحدث هذه المرحلة عندما تستمر الحالة في تعرضها للضغوط والمحن، حيث يستنفذ الجسم طاقته ولا يتمكن من الاستمرار في المقاومة إلى ما لا نهاية، وتفشل الوسائل الدفاعية للجسم فتظهر علامات الإعياء تدريجيا وتتوقف قدرة الفرد على التوافق وتتوقف عملية إعادة بناء الأنسجة وتقل مقاومة الفرد ويصبح هزيلا ضعيفا ويكون ذلك بسبب التوقف التدريجي للجهاز العصبي السمبثاوي عن إنتاج الطاقة ، ويبدأ

الجهاز العصبي الباراسمبثاوي وظيفته فتبطئ أنشطة الجسم وقد يصاحب ذلك أعراض اكتئاب أو سلوك ذهاني أو مرض جسمي، وربما الموت أحيانا (Boudarene, 2005, pp. 110-112)

- **التصورات التحليلية النفسية :**
  - مساهمة فرويد:

رغم كتابة فرويد في رسالة إلى فايتسكر " أنهلا يمكننا على الإطلاق القيام بالقفز من الجسدي إلى النفسي. "(فون راند، 1998، ص 78) إلا أنه حاول تجاوز الحدود ووصل هذين المجالين، من خلال نظريته حول النزوات كما أنه يمكننا القول أن فرويد انطلق من نظرة سيكوسوماتية يعكسها كتابه المشترك مع بروير "دراسات حول الهستيريا"(Paumelle, 2001, p. 16) حيث يقول أن التحليل النفسي وليد الهستيريا. وإضافة لهذا نقول السيكوسوماتية وليدة الهستيريا فحسب فرويد يتم من خلال التحويل الهستيري جعل تصور مسبب للإزعاج غير ضار من خلال تحويل مجموع إثارته إلى الجسد. وبصورة موازية لتصور التحويل يقول فرويد: "إن مظاهر جسدية مشابهة (الإمساك، الصداع، الوهن) يمكنها أن تتراوح في انتمائها بين سجل وآخر وعليه فإن وجود هذه المظاهر لوحدها غير كاف لنسبتها إلى سجل الهستيريا وإنما يتحدد هذا النسب بتحديد مدى العلاقة بين هذه المظاهر وبين منشئها الجنسي و إشكالية اللذة" (بيار مارتي، 1990، 96). كما أن النظريات الجديدة في السيكوسوماتية تستند إلى المصطلحات الفرويدية كالجسم الحقيقي، الجسم الخيالي وهما حجر الزاوية في النظرية العلائقية لسامي علي، الهوام، الإثارات، نزوات الحياة ونزوات الموت، القلق الأوتوماتيكي، قلق الإشارة،و هي أهم المصطلحات لشرح الاضطراب السيكوسوماتي خاصة نظرية البروفيسور بيار مارتي (بيار مارتي، 1990،ص 98)

  - إسهامات Groddeck :

دخل Groddeck ميدان السيكوسوماتية بروح ابتكارية مبدعة فحسبه الهو القوي المبدع قادر على إنشاء العرض العصابي، سمة طبع أو حتى المرض الجسدي ،ووضع لكل مرض جسدي قيمة رمزية، فمرض القلب يرمز للحب وقمعه، القرحة المعدية تعود إلى ما هو في عمق الروح (لأن الهو وضع الروح في البطن)، سرطان الرحم يعبر عن المحرمات ضد الواجبات الأمومية، الزهري يصيب أولائك الذين

لديهم محمل من الأخلاق الجنسية الجامدة...إن الهو هو من يقرر أن تنكسر العظام عند السقوط أو لا (Jeammet, 2001, p. 202) .

- النظرية التحليلية الدينامية :

نجد في هذه النظرية رواد المدرسة الأمريكية أمثال :

.....Alexannder/ Dunbar /Grinker/Deutsc /English/Weiss/Félix/Cob

حيث اهتموا بالتمييز بين آلية التحويل الهستيري وتشكل المرض السيكوسوماتي وحاولوا تحديد بروفيل شخصية لكل نمط مرضي.

- النظرية الانفعالية (العصاب العضوي وخصوصية الصراع):

العنوان ممثل هذه النظرية هو ألكسندر تلميذ Ferenczi ومؤسس الطب السيكوسوماتي الحديث، صنف ألكسندر تحت تسمية "العصاب العضوي" مجموعة من صور الأمراض (القرحة المعدية، ارتفاع ضغط الدم الأساسي، الربو الشعبي، وكذلك اضطرابات وظيفية خالصة بدون تضررات عضوية) وحسبه يحدث عصاب العضو عن نمط خاص من الصراع اللاشعوري بشرط توفر ثلاث عوامل وهي:

. نوع خاص من الصراع.

. قابلية خاصة للجسد تسمى العامل الجسدي(س).

. الوضعية الحالية للصراع.

ما يجدر ذكره هنا هو أن العاملين الأولين يمثلان ما جاء به فرويد فيما يخص المسايرة الجسدية ، أما العامل الثالث يدفعنا إلى الأعصبة الراهنة (فون راند، 1998، صفحة 80). كما ميز ألكسندر بين الهستيريا التي تصيب الأعضاء الإرادية الحسية الحركية و الاضطراب السيكوسوماتي الذي يصيب الأحشاء والأعضاء اللاإرادية . كما افترض أن لبعض الصراعات خاصية التأثير على أعضاء معينة فالخوف و الغضب ينعكسان غالبا على صعيد القلب والأوعية، في حين مشاعر التبعية و الحاجة للحماية ينعكسان غالبا على صعيد الجهاز الهضمي (النابلسي، 1992، صفحة 46) .

- نظرية الاستعداد F.Dunbar:

هي تلميذة ألكسندر ، اهتمت بوصف نماذج نفسية ولكل نموذج نمط معين من الأمراض السيكوسوماتية من خلال دراستها 1943 بروفيل ٪80 (Haynal, 1997, p. 11) من ضحايا الحوادث المتواترة: اندفاعيين، يحبون المغامرة، يعيشون في

الحاضر، غير قادرين على ضبط عدوانيتهم خاصة اتجاه ممثلي السلطة ويبحثون عن العقاب الذاتي بسبب تأنيب الضمير لاشعوريا ،وهم على العكس من الطموحين والمهتمين بالمستقبل ويشبعون حاجاتهم انطلاقا من أهداف مرسومة مسبقا. كما يرجع لها الفضل في تحديد عدد من العلامات السلوكية المعترف بها من قبل جميع العاملين في السيكوسوماتية (النابلسي، 1992، صفحة 44) .

- المدرسة السيكوسوماتية الباريسية:

يمثلها كل من نظرية الاقتصاد السيكوسوماتي بزعامة بيار مارتي والنظرية العلائقية بزعامة البروفيسور سامي علي.

- نظرية الاقتصاد السيكوسوماتي :

يقول بيار مارتي "لولا فرويد لكان عملنا مستحيل."(Marty P. , 1976, p. 86) وهذا معناه أن نظريته تعتمد وتقوم على أسس التحليل النفسي الذي يعتبره ضروريا لدراسة الاقتصاد السيكوسوماتي من خلال المحورين الاقتصادي والدينامي لما وراء علم النفس. و يفترض مارتي أن التوازن السيكوسوماتي هو حصيلة التوازن بين غريزتي الحياة والموت، كما اهتم مارتي بالسير العقلي للفرد فهو يرجع للإصابة الجسدية إلى ضعف في العقلنة والتي تعني النشاط التمثيلي والهوامي للفرد وبما أن ربط التمثيلات يتم في نظام ما قبل الشعور، فتقييم العقلنة يكافئ تقييم ما قبل الشعور، فحسب بيار تدرك العقلنة حسب ثلاث محاور:

_ الغلاظة : تخص عدد طبقات التمثيلات المجمعة خلال تاريخ الفرد.

_ السيولة: تخص نوعية التمثيلات وانتقالها فيما بينها.

_ الديمومة: تعكس توفر مجموعة التمثيلات في كل وقت على المستوى الكمي كما على المستوى الكيفي.

ويضيف محك رابع ألا وهو سيطرة مبدأ الألم- اللذة أو اضطرار التكرار على النشاط التمثيلي. وبالتالي من وجهة نظر مارتي ليس هناك عضو مصاب بل هناك جهاز عقلي مختل (Smadja, 2004, p. 189) .

كما ركزت مدرسة باريس على غياب التعقيل Mentalisatio في السيرورات النفس- جسدية، يرتكز هذا المفهوم على الموقعية الأولى لفرويد، أين يلعب ما قبل الشعور دور عامل الربط بين تمثلات الأشياء وتمثلات الكلام، هذا النشاط

هو محقق في الاقتصاديات النفس- جسدية، وسوء التعقيل هو دليل على عدم قدرة الشخص على مواجهة الحقائق وعدم نجاح كبت النزوات والضغوطات. ولهذا استثمرت الطاقة النفسية مباشرة على الجسد ،إن الاستثمار على عضو معين لم يكن عشوائيا ويجب البحث على سبب هذا الاستثمار، أو البعد الرمزي له بقول Groddeck "كل التظاهرات الجسدية أو النفسية، ما هي إلا تعبير رمزي عن نزوات الهو، ويعتبر الجسد في حد ذاته رمزي" (Smadja, 2004, p. 191) .

- النظرية العلائقية "البروفيسور سامي علي":

يتزعم هذه النظرية البروفيسور سامي محمود علي وهو واحد من كبار الأخصائيين في حقل السيكوسوماتية المعاصرة، يفترض أن الجهاز المناعي ينشأ أساسا من نظام علائقي خاص وأنه يتأثر بالجهاز النفسي.تأثير الجهاز النفسي على الجهاز المناعي: إن أي تغيرات تطرأ على الحالة العقلية عند الفرد تؤثر تأثيرا مباشرا على وظيفة جهازه المناعي، والعكس صحيح. و لعل أول بحث علمي تناول ظاهرة علم المناعة النفسي العصبي بشكل مجمل كان قد ظهر عام 1919 عندما نشر باحث ياباني يدعى Ishigami لأول مرة نتائج بحثه عن السل بين أطفال المدارس.وفي السبعينات من القرن العشرين أجريت دراسة في ويلز الجديدة بأستراليا، تم في هذه الدراسة فحص عينات من خلايا الدم البيضاء المكونة في قسم منها لجهاز المناعة لدى الذين يعانون من الحرمان الانفعالي والعاطفي ،وتمت مقارنتها بعينات من خلايا الدم التي لم تتعرض لمثل هذا الحرمان، في هذه الدراسة تمت السيطرة بطبيعة الحال على جميع المتغيرات ، كالعمر والجنس وكل العوامل الأخرى التي قد تغير بعض الشيء من النتائج، ولقد اتضح غي نهاية الدراسة أن جهاز المناعة لدى الذين يعانون من الحرمان قد انخفضت كفاءته إلى أدنى مستوى، ويفيد سامي علي على أن الإسقاط ينظم عمل الجهاز المناعي من خلال وصله بين النفس وبين هذا الأخير(Sami Ali, 2003, p. 27). و يشدد سامي علي على أهمية ودور عدم تناسق التطور النفسي منذ مراحل الطفولة المبكرة في إحداث الأمراض السيكوسوماتية ، إذ أن عدم التناسق هذا يحول دون تأسيس ميكانيزمات دفاعية ملائمة، وهذا ما يؤدي إلى ضعف وهشاشة الأنا (النابلسي، 1992، ص 50). كما تحدث سامي علي عن الخيال كونه يمثل همزة وصل بين النفس والجسد ويعرفه أنه مفهوم نفسي

وبيولوجي في آن واحد، وما هو إلا الحلم ومكافئاته كالهوام، الوهم، الاعتقاد، الوجدان، اللعب...وبهذا يمكن اعتبار الحلم الليلي يمكن أن يبرز في حياة اليقظة تحت أشكال مغايرة، و عن كبت وظيفة الخيال الأمر الذي يسمح بتوسيع حقل الباتولوجيا لكي يضم العضوي ، حيث يؤدي نجاح هذا الكبت إلى جسدنة في الجسم الحقيقي لا في الجسم الخيالي كما هو الحال في الهستيريا (Sami Ali, 1998, pp. 102-273).

ج . تعريف داء السرطان كداء سيكوسوماتي:

- يعرف سرطان الثدي حسب العالم "جيستار روسف " : هو كتلة أو تورم في الثدي وهي غير مؤلمة مع خروج الدم و إفراز في الحلمة و يسبب نمو كتلة سرطان علامات أخرى منها سحب الجلد الذي يغطي الثدي من الداخل ومفرطحة في استدارة الثدي الطبيعية وأخيرا يسبب الورم تجعدات واضحة وثابتة في الجلد ، بالتالي تؤدي هذه الأسباب إلى فرطحة الحلمة التي كثيرا ما نشاهد في هذا المرض كأنها كتلة في الداخل حتى تصبح في النهاية تحت سطح الجلد المجاور للحلمة. و يقرر أن هرمون الاستروجين إذا زاد في الجسم عن معدله الطبيعي يؤدي إلى زيادة نسبة حدوث سرطان الثدي (Saglier, 2003, p. 15) . إذا سرطان الثدي يبدأ بحبة صغيرة دون إحداث الم ثم يتطور بطريقة مذهلة ومفاجئة و يغير من شكل الثدي و إذا لم يعالج فانه ينتشر داخل الخلايا، فهو ينمو و يتطور سرطان الثدي بسرعة مثله مثل باقي الأورام الخبيثة و يمر بمراحل هي (Roger, 1994, p. 155) :

المرحلة الأولى: و يبدأ السرطان في غدة الثدي نفسها ثم ينمو تدريجيا و ربما لسنوات قبل أن يظهر سريريا على شكل كتلة ثم يحدث الانتشار و يكون موضعي أولا في الثدي نفسه.

المرحلة الثانية: هذا الانتشار والنمو يؤدي إلى انسداد في القنوات اللمفية القادمة من الجلد مما يعطيه شكل جلد البرتقالة و ملمسها كما أن الانتشار يحدث أيضا في الغدد اللمفية تحت الإبط.

المرحلة الثالثة: بعد ذلك عندما يكبر الورم و يمتد عمقا تصاب الأغشية المحيطة للعضلات بالورم ويمتد عندئذ إلى العضلات الصدرية ويلتصق بها ثم يحدث التصاق الغدد اللمفية بالأنسجة المحيطة.

المرحلة الرابعة : المرحلة الأخيرة تحدث عندما ينتشر الورم إلى ماوراء الغدد اللمفية الإبطية أو ينتشر في الدم إلى مناطق بعيدة كالكبد و العظام المختلفة في القفص الصدري و الرئتين و حتى الدماغ و في هذه المرحلة يحدث تقرح في الجلد فوق منطقة الورم .

- و من جهة أخرى يعرف السرطان كداء سيكوسوماتي على غرار ما عرفه Geerd R H "السرطان على أنه داء سيكوسوماتي ناتج عن صدمة نفسية صراعية مأساوية معاشة في انعزالية " (Greed, 1986, p. 22). أما Renard L فيعرفه "على أنه داء سيكوسوماتي فهو ليس ناتج فقط كما يظن البعض عن الجانب الوراثي أو الانتقال الفيروسي أو البكتيري ، لكن هو مرض جسدي يتدخل الجانب العضوي والجانب النفسي في إحداثه، لأن الإنسان ليس جسم فقط يعني على هذا الأساس أنه بيولوجي أو مادي ، أو جانب غير مادي نفسي أو روحي ولكن اجتماع الاثنين."حيث يرى أن الدراسات نفس جسدية تركز على السير الوظيفي للمرض بحيث ينحصر المرض في خلل في الوظيفة، لكن حاليا يوجد العديد من الدراسات تؤكد أن المرض السيكوسوماتي قد يكون خلل في الوظيفة ،وأيضا قد يكون خلل في العضو، حتى أنه يلاحظ ذلك الخلل في العضو ومن بين هذه الأمراض داء السرطان.فالسرطان مرتبط بعدم التوازن للأنا الداخلي والأنا الخارجي، محرض من طرف فقدان الوصي أو الساند الذي يكون تابع له، حيث لا يستطيع الشخص تحمل هذا الفقدان الذي يزعجه و يشله (Renard, 2007, p. 13).

3. الجانب النطبيقي من البحث :

أ . المنهج المتبع:

انطلاقا من تمحور أهداف البحث حول دراسة إمكانية وجود علاقة بين الألكستيميا وسرطان الثدي ، فإن المنهج الذي تم اعتماده في هذه الدراسة هو المنهج الوصفي المعتمد على الطريقة الارتباطية باعتبار أنه "يهتم بالكشف عن العلاقات بين متغيرين أو أكثر لمعرفة مدى الارتباط بين هذه المتغيرات، والتعبير عنها بصورة رقمية..." (بن زروال، 2008، صفحة 240) ، حيث يساهم في تحديد

قوة هذه الارتباطات وطبيعتها في توجيه البحوث العلمية اللاحقة في اتجاهات أكثر تحديدا وتعمقا، وعلبه فهو مناسب لما يرمي إليه هذا البحث.

ب . حدود الدراسة :

اعتمدت الدراسة الحالية على الحدود التالية:

- الحدود البشرية: تم إجراء هذه الدراسة على عينة تتكون من 50 امرأة مصابة بسرطان الثدي.
- الحدود المكانية: تم إجراء هذه الدراسة في وحدة طب الأورام التابعة لمصلحة الطب الداخلي بمستشفى معلم لحسن -الغزوات- بولاية تلمسان.
- الحدود الزمانية: استغرقت هذه الدراسة ثلاثة أشهر من فيفري 2019 إلى أفريل 2019.

ج . عينة الدراسة و مواصفاتها :

تكونت عينة الدراسة من 50 امرأة مصابة بسرطان الثدي على مستوى وحدة طب الأورام التابعة لمصلحة الطب الداخلي بمستشفى معلم لحسن -الغزوات- بولاية تلمسان، وقد تم اختيار هذه العينة باستخدام طريقة المعاينة العشوائية البسيطة. كما تميزت عينة الدراسة بالخصائص التالية: نساء مصابات بسرطان الثدي، تراوحت أعمارهم من 24 سنة إلى 76 سنة،منهم 17 حالة لهم مدة أقل من سنة من معرفتهنّ بالإصابة و33 حالة لهم مدة أكثر من سنة من معرفتهنّ بالإصابة (**الجدول رقم 01**).

الجدول رقم (01) يبين توزيع أفراد العينة وفقا لمدة الإصابة و متغير العمر :

المتغير	.....	عدد الحالات
مدة تشخيص المرض	أقل من سنة	17
	أكثر من سنة	33
العمر	40 سنة فما أقل	10
	41 سنة فما فوق	40

د . اداة البحث:

من أجل تحقيق أهداف البحث و الوصول إلى نتائج موضوعية و جيدة القياس تم الاعتماد على مقياس التاس 20 Toronto Alexithymia Scale TAS : "هو مقياس خاص بتقييم الألكسيتيميا ".

- الخصائص السيكومترية للمقياس في الدراسة الحالية:

- حساب الصدق : تم حسابه عن طريق صدق الاتساق الداخلي والذي يعتمد على مدى اتساق كل فقرة من فقرات الاختبار مع الدرجة الكلية للمقياس،وعليه تم حساب معاملات الارتباط (بيرسون) بين درجة كل بعد من أبعاد الاختبار والدرجة الكلية للاختبار ،ومعامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات كل بعد على حدى والدرجة الكلية لكل بعد، و ذلك لمعرفة مدى ارتباط الأبعاد بالدرجة الكلية للاختبار، و لمعرفة مدى ارتباط كل فقرة بالدرجة الكلية لكل بعد على حدى (صلاح الدين محمد، 1994، 127) ، و هذا موضح في الجدول رقم (02) .

- الجدول رقم (02) يوضح العلاقة الارتباطية بين الدرجة الكلية للمقياس و أبعاده الفرعية :

أبعاد مقياس التاس	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
صوبة تحديد المشاعر	0.807	0.01
صعوبة وصف الأحاسيس	0.873	0.01
التفكير الموجه نحو الخارج	0.674	0.01

- الجدول رقم (03) يبين ارتباط عبارات البعد الأول بالدرجة الكلية للبعد :

رقم العبارة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
2	0.760	0.01
4	0.811	0.01
7	0.836	0.01
12	0.488	0.01
17	0.385	0.05

تشير البيانات الموضحة في الجدول رقم (03) إلى أن جميع قيم معاملات الارتباط لعبارات البعد الأول لمقياس التاس بالدرجة الكلية للبعد كلها دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة 0.01 ما عدى البند رقم 17 فهو دال عند مستوى الدلالة 0.05، وهذا ما يؤكد مدى التجانس وقوة الاتساق الداخلي للمقياس.

- الجدول رقم (04) يبين ارتباط عبارات البعد الثاني بالدرجة الكلية للبعد.

رقم العبارة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
1	0.648	0.01
3	0.734	0.01
6	0.496	0.01

9	0.756	0.01
11	0.527	0.01
13	0.701	0.01
14	0.391	0.05

تشير البيانات الموضحة في الجدول رقم (04) إلى أن جميع قيم معاملات الارتباط لعبارات البعد الثاني لمقياس التاس بالدرجة الكلية للبعد كلها دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة 0.01 ما عدى البند رقم 14 فهو دال عند مستوى الدلالة 0.05، وهذا ما يؤكد مدى التجانس وقوة الاتساق الداخلي للمقياس.

- الجدول رقم (05) يبين ارتباط عبارات البعد الثالث بالدرجة الكلية للبعد.

رقم العبارة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
5	0.370	0.05
8	0.589	0.01
10	0.583	0.01
15	0.558	0.01
16	0.420	0.05
18	0.487	0.01
19	0.439	0.05
20	0.620	0.01

تشير البيانات الموضحة في الجدول رقم (05) إلى أن جميع قيم معاملات الارتباط لعبارات البعد الثالث لمقياس التاس بالدرجة الكلية للبعد كلها دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة 0.01 ما عدى البنود رقم 5-16-19 فهي دالة عند مستوى الدلالة 0.05، وهذا ما يؤكد مدى التجانس وقوة الاتساق الداخلي للمقياس.

- حساب الثبات : تم حساب الثبات بطريقتين:

أولا: بطريقة ألفا كرونباخ:

الجدول رقم (06) يبين حساب الثبات بطريقة ألفا كرونباخ لمقياس التاس

مقياس التاس	ألفا كرونباخ	عدد العبارات
الدرجة الكلية	0.798	20

يتضح من الجدول رقم (06) أن معامل ألفا كرونباخ لمقياس التاس بلغ 0.798 وهذه القيمة بمثابة مؤشر دال على ثبات المقياس، وهذا يعني أن مقياس التاس يتمتع بمعامل ثبات قوي مما يجعله صالحا للتطبيق في الدراسة الأساسية.

ثانيا :بطريقة التجزئة النصفية:

تم تطبيق المقياس على عينة استطلاعية قوامها 30 امرأة مصابة بسرطان الثدي، وبعد تطبيقه تم حساب الثبات عن طريق التجزئة النصفية ،حيث تم بتقسيم بنود المقياس إلى قسمين ، و من تم حساب معامل الارتباط بين مجموع فقرات النصف الأول و مجموع فقرات النصف الثاني ، كما هو موضح في الجدول رقم (07) ، الذي يوضح أن معامل الثبات بطريقة التجزئة النصفية بعد التعديل جاء عالي ، أي أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الثبات ما يسمح بتطبيقه على عينة الدراسة ككل .

الجدول رقم (07) يبين حساب الثبات بطريقة التجزئة النصفية لمقياس التاس :

مقياس التاس	معامل الارتباط بيرسون (قبل التعديل)	معامل ثبات سبيرمان براون (بعد التعديل)
الدرجة الكلية	0.552	0,711

- إجراءات تطبيق الاداة :

تم توزيع الاستبيان على المريضات داخل المستشفى و ذلك بمساعدة الأخصائي النفساني داخل وحدة "طب الأورام"، فتم التوضيح أن هذا المقياس من نوع مقاييس التقدير الذاتي لا تحتاج إلى وقت طويل،كما تم التركيز على خلق رابطة إيجابية مع المفحوصات ، و إعطائهن المعلومات الكافية عن المقياس و المطلوب منهنّ هو مجرد معلومات خاصة بمشاعرهنّ و انفعالاتهنّ اليومية و التي سوف تستعمل لأغراض بحثية. أين تم تطبيق الاختبار في ظروف مناسبة من خلال مكان و زمان التطبيق، حيث طبق في الصباح و ذلك حتى لا يكون التعب قد نال من المفحوصات.

ه . الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة :

لتحقيق أهداف الدراسة وتحليل البيانات ،فقد تم استخدام العديد من الأساليب الإحصائية المنسبة باستخدام الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية Statistical Package for (SPSS) Social Sciences: وقد تم اختياره باعتباره برنامج يساعد على إدخال ومعالجة المعلومات بأسلوب دقيق وجيد وكذلك يساعد على اختصار الكثير من الجهد والوقت.

وللتحقق من فرضيات الدراسة تم استخدام مجموعة من الأساليب الإحصائية تمثلت في: - معامل ألفا كرونباخ.

- معامل الارتباط لبيرسون.
- معامل الارتباط سبيرمان براون.

- الأساليب المستخدمة للتحقق من صحة الفرضيات:

- لمتوسط الحسابي،الانحراف المعياري،النسب المئوية.
- معامل الارتباط بيرسون لتحديد وجود الارتباط وطبيعته بين متغيرات الدراسة.
- اختبار ليفين لدراسة تساوي التباينات.
- اختبار(T) لدراسة الفروق بين المتوسطات.

4 . عرض وتحليل نتائج الدراسة:

أ . عرض وتحليل نتائج الفرضية الأولى:

تنتشر الألكسيتيميا عند المصابات بسرطان الثدي بنسبة عالية.

الجدول رقم (08) يبين التكرارات والنسب المئوية لاستجابات أفراد عينة الدراسة على مقياس التاس :

مستويات مقياس التاس	التكرارات	النسبة المئوية
ألكستيميا عالية	43	86٪
ألكستيميا متوسطة	5	10٪
لا توجد ألكستيميا	2	4٪
المجموع	50	100٪

نلاحظ أن النسبة المئوية للمستوى الأول (ألكستيميا عالية) مرتفعة مقارنة بالمستوى الثاني ، و بالتالي توجد الألكستيميا لدى أغلب أفراد عينة الدراسة حيث بلغ عدد التكرارات (43) من مجموع عينة الدراسة (50) و هذا ما تمثله النسبة المئوية المقدرة بـ (٪86)، أما المستوى الثاني و الذي يمثل (ألكستيميا متوسطة) نلاحظ أن التكرارات بلغت (05) بنسبة مئوية بلغت (٪10)، في حين أن المستوى الثالث و الذي يمثل (لا توجد ألكستيميا) بلغ عدد تكراراته (02) بنسبة مئوية بلغت(٪4) . و بالتالي تحققت فرضية البحث وهذا يعني أنه تنتشر الألكسيتيميا عند المصابات بسرطان الثدي بنسبة عالية ، وهذا ما يؤكد وجود الألكستيميا لدى المصابات بسرطان الثدي.

و تتفق نتائج الدراسة الحالية مع نتائج العديد من الدراسات منها دراسة فاسي أمال(فاسي أمال، 2016) المعنونة بـ "الاكتئاب الأساسي و الألكستيميا لدى مريض السرطان كنشاط عقلي مميز" و التي تناولت إشكالية داء السرطان كداء سيكوسوماتي من خلال التأكد من أن المرضى السيكوسوماتيين يعيشون نشاط عقلي خاص من خلال متغيري الاكتئاب الأساسي و الألكستيميا،فهدفت هذه

الدراسة إلى معرفة مدى انتشار الألكستيميا والاكتئاب الأساسي على عينة حجمها 255 فرد يعاني من السرطان، حيث أبرزت هذه الدراسة نتائج جد متقاربة مع الدراسة الحالية من حيث نسبة انتشار الألكستيميا لدى مرضى السرطان، إذ توصلت نتائج الدراسة إلى أنه يظهر لدى مريض السرطان نشاط عقلي يتميز بسيادة الألكستيميا بنسبة مئوية قدرت بـ ٪ 79.2 للمستوى الأول (ألكستيميا عالية) على سلم التاس وتعد هذه النسبة جد مرتفعة وهذا ما تحصلنا عليه خلال هذه الدراسة (٪86).

كما لم تتفق نتائج الدراسة التي قمنا بها مع دراسة فارس زين العابدين (فارس زين العابدين ، 2016) و التي كانت بعنوان " الألكستيميا لدى المصابين بالاضطرابات السيكوسوماتية و علاقتها بالقلق والاكتئاب" ، حيث كانت نسبة انتشار الألكستيميا ٪15.51 وهي نسبة ضئيلة مقارنة بدراستنا الحالية التي تحصلنا فيها على نسبة انتشار للألكستيميا مقدرة بـ ٪86، هذا الاختلاف يمكن أن يكون راجع إلى ثقل وزن السرطان مقارنة بالاضطرابات السيكوسوماتية الأخرى و العوامل المتعلقة بالتمثلات الاجتماعية حول المرض، حيث يعيش المريض تحت هذا الخبر ما يسمى Le passage a vide فمدلول السرطان يعني تحطيم للجسم، تطور سريع و مخيف لمفهوم الموت، فحتى معنى كلمة Tumeurs فهي تدل على جملة "أنت ميت tu-meurs"، ومدلول سرطان الثدي أكثر وقع من ذلك فبالإضافة إلى مفهوم الموت فهو يعني الطلاق، فقدان الصورة الجسدية الأنثوية و بالتالي التجرّد من الأنوثة.

إذا أتينا إلى تحليل هذا النشاط الذي يتميز بوجود الألكستيميا لدى عينتنا الدراسية و الذي اشتمل على 48 حالة من مجموع 50 مصابة بمعنى لم يظهر هذا النشاط سوى لدى حالتين، لوجدناه يرتبط بالجوانب التي وضعت لتحديد الملمح الخاص بمرضى السرطان إذ أن خصائص الألكستيميا و محدداتها تنتمي لهذه الجوانب ، و بالتالي استقرار هذا النشاط لم يكن بمحض الصدفة و إنما نتيجة لعوامل خاصة. كذلك تعتبر الألكستيميا من مكونات الشخصية السيكوسوماتية و بالتالي فهي عامل مهيىء للإصابة بالسرطان، حيث توجد علاقة و طيدة بين الانفعالات وطريقة التعبير عنها بالأمراض الجسدية ،إذ تعتبر الألكستيميا مؤشرا هاما للدلالة على دور الانفعالات في ظهور الجسدنة، ونحن

نعلم بأن الألكستيميا خلل في النشاط الانفعالي ومن مميزاتها أنها نمط حياتي يتميز بالكتمان وقمع للعواطف والانفعالات وصعوبة في التعبير عن هذه الانفعالات،فيؤدي هذا النمط إلى ظهور نوع من النشاط العقلي لدى الفرد الذي يؤهله إلى ظهور داء السرطان. و من المعروف بأن مرضى السرطان يتميزون ببروفيل شخصي ينتمي إلى النمط C والذي من سماته أنهم متعاونين،هادئين ، صبورين ، لا يعبرون عن عواطفهم وانفعالاتهم السلبية خاصة الغضب، و الخضوع للسلطة و الأطر الاجتماعية، و كل هذه السمات تدل على بتولوجية التكيف والتي تعتبر جزء لا يتجزأ من النشاط الخاص بالألكستيميا.

ب . عرض و تحليل نتائج الفرضية الثانية:

والتي مفادها : لا توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطات درجات الألكستيميا لدى مريضات سرطان الثدي من حيث مدة تشخيص المرض (أقل من سنة / أكثر من سنة).

و لمعالجة هذه الفرضية تم استخدام اختبار(ت) لدراسة الفروق واختبار ليفين لدراسة تساوي التجانس بين مجموعتي مريضات سرطان الثدي اللواتي لديهنّ تشخيص المرض منذ أقل من سنة واللواتي لديهنّ تشخيص المرض منذ أكثر من سنة. كما هو مبين في الجداول رقم (09) و رقم (10):

- الجدول رقم(09) يختبر شرط تجانس التباين باستخدام اختبار ليفين لدراسة تساوي التجانس بين مجموعتي مريضات سرطان الثدي اللواتي لديهنّ تشخيص المرض منذ أقل من سنة و اللواتي لديهنّ تشخيص المرض منذ أكثر من سنة :

قيمة"ف" المحسوبة	مستوى الدلالة المعنوية
0.000	0.99

من الجدول رقم (09) يتبين أن قيمة "ف" المحسوبة قدرت بـ 0.000 عند مستوى دلالة معنوية قدرها 0.59 و هي أكبر من مستوى الدلالة المعنوية 0.05، و هذا دليل على وجود تساوي و تجانس بين تباييني المجموعتين عند مستوى الدلالة المعنوية 0.05. و هذا ما استدعى تطبيق اختبار (T) لعينتين مستقلتين متجانستين.

- الجدول رقم (10) يوضح نتائج اختبار(ت) ودلالتها الإحصائية للفروق بين متوسطات درجات الألكستيميا لدى مريضات سرطان الثدي اللواتي لديهنّ تشخيص المرض منذ أقل من سنة و اللواتي لديهنّ تشخيص بالمرض منذ أكثر من سنة :

	مريضات لديهنّ تشخيص المرض منذ أقل من سنة	مريضات لديهنّ تشخيص المرض منذ أكثر من سنة
العينة	17	33
المتوسط الحسابي لدرجات الألكستيميا	65.58	68.94
الانحراف المعياري	9.97	10.41
قيمة" T" لتجريبية	1.11	
درجة الحرية	48	
مستوى الدلالة المعنوية عند0.27	غير دالة إحصائيا	

كما يتضح من خلال الجدول رقم (10) أن هناك تقارب كبير بين المتوسط الحسابي لدرجات الألكستيميا لدى مريضات سرطان الثدي اللواتي لديهنّ معرفة بالمرض منذ أقل من سنة والذي يقدر بـ 65.58 و المتوسط الحسابي لدرجات الألكستيميا لدى مريضات سرطان الثدي اللواتي لديهنّ معرفة بالمرض منذ أكثر من سنة والمقدر بـ 68.94، و هذا يدل على الاختلاف بين درجات الألكستيميا الخاصة بالعينتين .

و حسب البيانات المتحصل عليها من برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS في طبعته 16 فإن الفرق بين المتوسطين غير دال إحصائيا عند مستوى الدلالة المعنوية 0.27 حيث قيمة T التجريبية قدرت بـ 1.11 ودرجة الحرية قدرها 48، وهذا ما يعني عدم وجود فروق دالة إحصائيا بين العينتين في درجات الألكستيميا. و منه قبول الفرض الصفري الذي ينفي وجود فروق، و يمكن القول بأن الفرضية الصفرية تحققت مما يدل على أنه لا توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطات درجات الألكستيميا لدى مريضات سرطان الثدي من حيث مدة تشخيص المرض (أقل من سنة /أكثر من سنة). و نسبة التأكد من هذه النتيجة هي (95٪) مع احتمال الوقوع في الخطأ بنسبة (5٪).

فمن خلال النتائج المتحصل عليها في الدراسة الحالية يظهر انها متوافقة مع دراسة فاسي أمال (2016) و التي كانت بعنوان" الاكتئاب الأساسي و الألكستيميا لدى مريض السرطان كنشاط عقلي مميز" حيث أنها توصلت إلى أنه لا توجد فروق في درجات الاكتئاب لدى مرضى السرطان الذين لديهم فترة قصيرة من معرفة المرض تقل عن 6 أشهر و بين الأشخاص الذين لديهم المرض أكثر من ستة أشهر.

كما اختلفت نتائج الدراسة الحالية مع دراسة Lombardi Salvator وآخرون سنة 2006 ((Gritti paolo, L. S, (2006) والتي كانت بعنوان" الألكستيميا والسرطان،وعلاقتهما بالتعب"حيث تكونت الدراسة من مجموعتين،المجموعة الأولى تكونت من 63 فرد لديها تشخيص أقل من 3أشهر،أما المجموعة الثانية يعود تشخيص السرطان لديهم إلى أكثر من 30 شهر وتكونت من 53 فرد ،كانت أعلى درجات الألكستيميا لدى المرضى الذين تم تشخيص السرطان لديهم مؤخرا،بالمقارنة مع الذين لديهم زمن طويل من التشخيص حيث T=2.18 ،P<0.05. ظهرت الألكستيميا لدى المرضى الذين تم تشخيص السرطان لديهم حديثا بنسبة 45.6٪ أما المجموعة الثانية التي تم تشخيص السرطان لديها منذ 30 شهرا ظهرت لديها نسبة الألكستيميا بـ ٪ 21.4 .فيما يخص متغير التعب كان أكثر حدة لدى المجموعة التي تم تشخيص السرطان لديها منذ أكثر من 30 شهرا مقارنة مع المرضى الذين شخص لديهم السرطان حديثا T=7.079 .جاءت النتائج مختلفة كون هذه الدراسة تبحث فقط على الألكستيميا الناتجة عن رد فعل اتجاه المرض وليس النشاط العقلي السيكوسوماتي و تواجده لدى هؤلاء المرضى و مدى استمراره كما هدفت للبحث عن متغير التعب. كما أن تشخيص التعب مع وجود نسبة الألكستيميا بـ ٪21.4 نسبة لا يستهان بها، والتي قد تدل على استمرارها كنشاط عقلي لدى مرضى السرطان. و ترجع عدم وجود فروق في درجات الألكستيميا حسب المدة إلى سببين :

- أولا: كون الألكستيميا راجعة إلى الحدث الصدمي المتعلق بصدمة الإعلان فقد نجدها تظهر في اليوم الأول من الإعلان كما قد تظهر بعد 3 أشهر أو 6 أشهركما قد تستمر حتى بعد 12 شهرا كرد فعل دفاعي اتجاه هذه الخبرة المؤلمة التي تجاوزت القدرات الاعتيادية للتكيف.فهي من مخلفات الضغط التالي للصدمة و

تكون مرتفعة و مستمرة إذا لم تتحسن وضعية المريض، و لكن إذا كان هناك تحسن في ظروفه و خضوعه للعلاج النفسي تختفي هذه الألكستيميا تدريجيا لأنها راجعة إلى وضعية.

- أما التفسير الثاني: فهو يدل على استمرار النشاط العقلي السيكوسوماتي من خلال ارتفاع الألكستيميا واستقرارها نسبيا و ذلك حسب Olivier Luminet ((Luminet, 2007, p. 181)) بمعنى الألكستيميا مستقرة و لكن تبقى نسبية و لا تختفي كليا لأنها سمة تابعة لنشاط عقلي خاص ينتمي إلى النمط العملي،

ففي الحالة الأولى قد تختفي الألكستيميا تماما، أما في الحالة الثانية تكون مستقرة نسبيا مع الزمن. و هذا ما وجدناه عند بعض من الحالات التي بلغت مدة إصابتها 10 سنوات كأقصى مدة في دراستنا وسجّلنا عندهم ألكستيميا مرتفعة فاقة 67 درجة على سلم التاس.

ج . عرض وتحليل نتائج الفرضية الثالثة:

والتي مفادها: توجد فروق دالة إحصائيا في متوسطات درجات الألكستيميا من حيث العمر(41 سنة فما فوق/ 40 سنة فما أقل).

ولمعالجة هذه الفرضية تم استخدام اختبار(ت) لدراسة الفروق و اختبار ليفين لدراسة تساوي التجانس بين مجموعتي مريضات سرطان الثدي من حيث العمر(41 سنة فما فوق/ 40 سنة فما أقل). كما هو مبين في الجداول رقم (11) و رقم (12) :

الجدول رقم(11) يختبر شرط تجانس التباين باستخدام اختبار ليفين لدراسة تساوي التجانس بين مجموعتي مريضات سرطان الثدي من حيث العمر(41 سنة فما فوق/ 40 سنة فما أقل).

قيمة"ف" المحسوبة	مستوى الدلالة المعنوية
0.235	0.63

من الجدول رقم (11) يتبين لنا أن قيمة "ف" المحسوبة قدرت بـ 0235 عند مستوى دلالة معنوية قدرها 0.63 وهي أكبر من مستوى الدلالة المعنوية 0.05، و هذا دليل على وجود تساوي وتجانس بين تباييني المجموعتين عند مستوى الدلالة المعنوية0.05.وهذا ما استدعى تطبيق اختبار (T) لعينتين مستقلتين متجانستين . و حسب البيانات المتحصل عليها من برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS في طبعته 16 فإن الفرق بين المتوسطين غير دال

إحصائيا عند مستوى الدلالة المعنوية 0.63 حيث قيمة T التجريبية قدرت بـ 0.47 ودرجة الحرية قدرها 48، وهذا ما يعني عدم وجود فروق دالة إحصائيا بين العينتين في درجات الألكستيميا. و بالتالي تم رفض الفرض البديل الذي يؤكد وجود فروق، و نقبل الفرضية الصفرية ، مما يدل على أنه لا توجد فروق دالة إحصائيا في متوسطات درجات الألكستيميا من حيث العمر(41 سنة فما فوق/ 40 سنة فما أقل). ونسبة التأكد من هذه النتيجة هي (95٪) مع احتمال الوقوع في الخطأ بنسبة (5٪).

- الجدول رقم (12) يوضح نتائج اختبار(ت) ودلالتها الإحصائية للفروق بين متوسطات درجات الألكستيميا لدى مريضات سرطان الثدي من حيث العمر(41 سنة فما فوق/ 40 سنة فما أقل).

	مريضات لديهنّ 40 سنة فما أقل	مريضات لديهنّ 41 سنة فما فوق
العينة	10	40
المتوسط الحسابي لدرجات الألكستيميا	68.10	66.38
الانحراف المعياري	8.63	10.56
قيمة" T" التجريبية	0.47	
درجة الحرية	48	
مستوى الدلالة المعنوية عند0.63	غير دالة إحصائيا	

يتضح لنا من خلال الجدول رقم (12) أن هناك تقارب كبير بين المتوسط الحسابي لدرجات الألكستيميا لدى مريضات سرطان الثدي اللواتي لديهنّ 40 سنة فما أقل والذي يقدر ب 68.10 و المتوسط الحسابي لدرجات الألكستيميا لدى مريضات سرطان الثدي اللواتي لديهنّ 41 سنة فما فوق والمقدر بـ 66.38، وهذا يدل على الاختلاف بين درجات الألكستيميا الخاصة بالعينتين.

بعد ان تم تحديد مجموعتين من النساء المصابات المجموعة الأولى 41 سنة فما فوق و تكونت من 40 حالة، والمجموعة الثانية 40 سنة فما أقل وتكونت من 10 حالات ، وجاء اختيارنا لعمر 40 سنة كفاصل بين المجموعتين كون أن كل الدراسات والتوصيات المتعلقة بالوقاية من سرطان الثدي تشير إلى زيادة احتمال ظهوره بعد سن الأربعين ، حيث تبدأ المرأة في فحص ذاتها ابتداءا من هذا العمر، غير أننا في الآونة الأخيرة نشهد ارتفاع مستمر في نسبة إصابة النساء بسرطان

الثدي اللواتي هنّ دون سنّ الأربعين وحتى في العشرينيات، و في هذه الحالة يعتبر أكثر شراسة ، فسرطان الثدي لا يعتبر من الأمراض التي تمسّ الصحة الجسدية فحسب، بل إن تشخيصه لدى المرأة يؤدي إلى صدمة عاطفية لديها تظهر تداعياته على المستوى النفسي، الاجتماعي و الجسدي، فالصعوبات التي تواجهها المرأة في هذا السن كبيرة جدا كونها تحمل مسؤوليات كثيرة كأم و زوجة و ربة بيت و بالتالي يكون الضغط النفسي عليها أكبر، جاءت نتائج الدراسة الحالية لتبين أنه لا وجود للفروق بين المجموعتين فكلتا المجموعتين سجلنا لديهما درجات مرتفعة للألكستيميا، وغياب هذه الفروق يدعم الفرضية التي تقول أن الألكستيميا ليست عامل ناتج عن الإصابة بالسرطان و إنما تعتبر عامل خطر أدى إلى الإصابة بالسرطان، و بالتالي فسرطان الثدي يعتبر داءا سيكوسوماتيا، فكما له منشأ عضوي له أيضا منشأ نفسي.

يمكن ان نضع تحليلا عاما لنتائج الدراسة تبعا لنتائج الدراسة الحالية و في ضوء ما تم عرضه من إطار نظري ودراسات سابقة واعتمادا على البيانات الإحصائية المتحصل عليها في الجانب الميداني للدراسة، وانطلاقا من الهدف الرئيسي الذب انطلقنا منه وهو التأكد من مدى شيوع الألكستيميا لدى النساء المصابات بسرطان الثدي. وبالاعتماد على نظرية Sifneos فيما يخص الألكستيميا وتفسيرها في إطار باثولوجيا التكيف التي تحدث عنها Sami Ali من خلال النظرية العلائقية، توصلت نتائج الدراسة إلى ما يلي:

تنتشر الألكستيميا لدى النساء المصابات بسرطان الثدي بنسبة عالية، والتي تفسر على أساس نشاط سيكوسوماتي كون طابع العجز عن التعبير وقمع الانفعالات يبقى متأصل في الشخصية،وعلى هذا الأساس فالألكستيميا تدل على التنظيم السيكوسوماتي.

و أيضا توصلت النتائج إلى عدم وجود فروق في متوسطات درجات الألكستيميا لدى النساء المصابات بسرطان الثدي وفقا لمدة الإصابة (أقل من سنة / أكثر من سنة)، وكذلك وفقا لمتغير العمر(41 سنة فما فوق/ 40 سنة فما أقل)، وهذا يبرهن على وجود الألكستيميا كنشاط عقلي وليس كدفاع، وهذا ما يبين أنها عامل خطر أدى إلى الإصابة بسرطان الثدي عن طريق آلية تكوّن الاضطرابات السيكوسوماتية.

الخاتمة :

تنتشر الألكستيميا لدى النساء المصابات بسرطان الثدي بنسبة عالية، والتي تفسر على أساس نشاط سيكوسوماتي كون طابع العجز عن التعبير وقمع الانفعالات يبقى متأصل في الشخصية، و على هذا الأساس فالألكستيميا تدل على التنظيم السيكوسوماتي. و أيضا توصلت النتائج إلى عدم وجود فروق في متوسطات درجات الألكستيميا لدى النساء المصابات بسرطان الثدي وفقا لمدة الإصابة (أقل من سنة / أكثر من سنة)، وكذلك وفقا لمتغير العمر(41 سنة فما فوق/ 40 سنة فما أقل)، وهذا يبرهن على وجود الألكستيميا كنشاط عقلي وليس كدفاع،وهذا ما يبين أنها عامل خطر أدى إلى الإصابة بسرطان الثدي عن طريق آلية تكوّن الاضطرابات السيكوسوماتية. يمكن أن نستخلص من نتائج هذه الدراسة أن الألكستيميا سمة مرضية تصاحب المصابات بسرطان الثدي، كونها حالة انفعالية لها دور في بروز الاضطرابات السيكوسوماتية، وتنتج هذه الأخيرة عندما لا يستطيع الفرد معالجة اضطراباته النفسية والانفعالية مع عدم مواجهتها، وهذا ما يعرف بسيرورة الجسدنة، حيث تعتبر الألكستيميا مؤشرا هاما للدلالة على دور الانفعالات في ظهور الجسدنة سواء كانت الأسباب نفسية أو عضوية أو بيئية. وعلى هذا الأساس يجب العمل على عقد ندوات لتوعية المهتمين والوالدين والمربيين بخطورة الألكستيميا، ودور أساليب التنشئة الاجتماعية التي يتبعونها في تربية أبنائهم في الوقاية منها وذلك لتأثيرها الكبير في الصحة النفسية والجسدية.و كذلك دعم الجمعيات الخيرية المتكفلة بمرضى السرطان التي تسهر على توفير الراحة النفسية،الوقت والجهد على المرضى.

المراجع :

1- أبو النيل، محمود السيد. (1994). *الأمراض السيكوسوماتية في الصحة النفسية*، بيروت ، دار النهضة العربية.

2- أبو ناهية صلاح الدين، محمد. (1994). *القياس التربوي* (ط1)، القاهرة، الأنجلو المصرية.

3- البريقدار،عادل فاضل. (2011). الضغط النفسي وعلاقته بالصلابة النفسية لدى طلبة كلية التربية بجامعة الموصل، *مجلة أبحاث كلية التربية الأساسية* (المجلد11،العدد 1)، 28-56.

4- النابلسي، محمد. (1992). *مبادىء السيكوسوماتيك وتصنيفاته* (ط 1)، بيروت :دار الهدى للطباعة والنشر والتوزيع.

5- تسيبف فون ، راند. (1998)،التصورات التحليلية النفسية لتشكل العرض والبنية النفسية الجسدية، موسوعة الثقافة النفسية .

6- عبد الله البنا، إيمان. (2003). *الألكسيتيميا وأنماط التعامل مع الضغوط*،جامعة عين الشمس، مصر.

7- عبد الله بن مصطفى الكردي، سميرة. (2010)، دراسة لبعض الأطفال مريضات الربو الشعبي في ضوء اضطرابات النوم و العجز المتعلم ونقص القدرة على التعبير الانفعالي و أساليب المعاملة الوالدية، *دراسات الطفولة*، مج 13 ، 177.

8- سليمان تركي العنزي، أمل. (2004). *أساليب مواجهة الضغوط عند الصحيحات والمصابات بالاضطرابات النفسجسمية "السيكوسوماتية" دراسة مقارنة*، درجة الماجستير في علم النفس ، جامعة الملك سعود، العربية السعودية.

9- مارتي، بيار. ترجمة محمد أحمد النابلسي. (1990). *بسيكوسوماتيك الهستيريا والوساوس المرضية" حالة دورا بين فرويد ومارتي"* ،لبنان: دار النهضة العربية .

10- محمد الطحان، موسى نجيب، (2008)، فاعلية برنامج إرشادي جمعي يستند إلى النظرية الإنسانية في كل من مستوى الاضطرابات السيكوسوماتية وتقدير الذات لدى النساء في فلسطين، *مجلة البصائر* (المجلد 12،عدد2)، 193-230.

11- فاسي، أمال. (2016). *الاكتئاب الأساسي والألكستيميا لدى مريض السرطان كنشاط عقلي*. شهادة الدوكتوراه في علم النفس ، جامعة محمد لمين دماغين، سطيف.

12- قريشي عبد الكريم، و زعطوط رمضان .(2008). التكتم: المفهوم وعلاقته بالصحة و المرض، *مجلة دراسات نفسية وتربوية مخبر تطوير الممارسات النفسية والتربوية* (العدد1)، 204-216.

13- زين العابدين، فارس. (2016). *الألكستيميا لدى المصابين بالاضطرابات السيكوسوماتية وعلاقتها بالاكتئاب و القلق*، شهادة دكتوراه علم النفس . تلمسان.

14- Amami Othman, A. R.-K,(2006), Psychogenèse du cancer,L'information Psychiatrique, *Volume 82,numéro 8* , 683.

15- Boudarene, M, (2005),*Le stress:entre bien-être et souffrancee,* Berti,Alger.
16- Greed, R, (1986), Genèse du cancer,*Cancer maladie del'âme* .
17- Jeammet, P, (2001), Dépressions postnatales (DPN) et décisions d'orientation thérapeutique, Devenir, Vol 13, 51-64.
18- Luminet Olivier, V. L, (2006), Alexithymie parentale et capacités émotionnelles des enfants de 3 et 5 ans, Enfance,4, vol 58, 24-417.
19- Marty, P, (1976),Les mouvements individuels de vie et de mort, Tome 1 ,Payot, Paris.
20- Maurice Corcos, G. P,(2011),Qu est-ce que L'Alexithymie? Dunod, Paris.
21- Paumelle, H,(2001),Le role du corps en psychothérapie, Dunod, Paris.
22- Pirlot, G, (2014),Alexithymie et pensée opératiore,La Revue Hérmés, édition C.N.R.S.
23- Renard, L,(2007), Le cancer apprivoisé les ressources insoupçonnées de l'être humain, Ed Quintessence, France.
24- Roger, G, (1994),Les maladies du sein, Québec,Canada.
25- Saglier, J, (2003),cancer du sein,Question et réponses au quotidien, 2 éme Ed, Masson,Paris.
26- Sami Ali, (1987),La pensée le somatique imaginaire et pathologie , Dunod, Paris.
27- Sami Ali,(1998),Le corp l'espace aet le temps, 2éme Ed, Dunod, Paris.
28- Sami Ali, (2003),La pensée et l'imaginaire ,l'espace de la relatuin, le réel et l'imaginaire, Cerisy, france.
29- Smadja, (2004), Pour une approche psychosomatique,Journée annuelles de diabétilogie de l'Hotel Dieu .
30- Taylo, G.-J., Bagby, M., & Parker, J.-D.-A, (1997),Disorders of affect regulation:Alexithymia in medical and psyhchiatric illness, cambridge university: press.
31- Thompson, J, (2009),Emotionally Dumb:An Overview of Alexithymia,1 éditio Australia, National libirary.
32- Zimmerman G, S. V, (2007), L'alexithymie aujourd'hui:essai d'articulation avec les conceptions contemporaines des émotions et de la personnalité,volume 53(Issue 1). psychologie français, france.
33- Gritti paolo, L. S, (2006), Alexithymia and cancer ,related fatigue. Récupéré sur http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download;jsessionid=