Route Educational and Social Science Journal *ISSN: 2148-5518*

Volume 5(1), January 2018

Article History

Received/Geliş	*Accepted/Kabul*	*Available Online/Yayınlanma*
14/11/2017	*22/12/2017*	*10/01/2018*

صعوبة التعبير الانفعالي كعامل خطر للإصابة بسرطان الثدي: دراسة ميدانية

أ. د. فتيحة كركوش

د. أمينة بن قويدر

ملخص:

هدفت الدراسة الحالية إلى معرفة ما إذا كانت صعوبات التعبير الانفعالي تُشّكل عامل خطر للإصابة بسرطان الثدي. وقد حددنا شكلين مختلفين لصعوبة التعبير الانفعالي، وهما: الألكستيميا والقمع الانفعالي. بهدف تجسيد هذا الغرض البحثي، اعتمدنا على المنهج الوصفي لمعرفة مدى انتشار كل من الألكستيميا والقمع الانفعالي لدى المصابات بسرطان الثدي وكذا الفروق بين المصابات وغير المصابات بسرطان الثدي في كل من الألكستيميا بمختلف أبعادها والقمع الانفعالي بمختلف أبعاده.

على المستوى العملي، أجريت الدراسة على عينة متكونة من 158 امرأة (79 منهن مصابات بسرطان الثدي و79 منهن غير مصابات). اعتمادا على مقياس الألكستيميا(BVAQ) لـ (Bermond-Vorst) ومقياس القمع الانفعالي لوينبرجر، توصلنا إلى النتائج التالية:

- تعتبر الألكستيميا عامل مخاطرة للإصابة بسرطان الثدي؛ ومعنى ذلك أن من الالكستيميا وبُعد صعوبة التعرف لدى العينة بخصوص حالتهن الانفعالية تعد أرضية مهيئة للإصابة بسرطان الثدي،
- وجود فروق بين المصابات بسرطان الثدي وغير المصابات في درجة الألكستيميا وبُعد صعوبة التعرف على الانفعالات،
- لا تعتبر إستراتيجية التعامل القمعي عامل مخاطرة للإصابة بسرطان الثدي؛ أي أنه لا يشيع استخدام إستراتيجية التعامل القمعي لدى مريضات سرطان الثدي، ولا توجد فروق بين المصابات وغير المصابات بسرطان الثدي في درجة التعامل القمعي بمختلف أبعادها.

الكلمات المفتاحية: صعوبات التعبير الانفعالي، الالكستيميا، القمع الانفعالي، سرطان الثدي، عوامل الخطر.

1.السياق العام الإشكالية:

مما لاشك فيه أن سرطان الثدي يعد ضمن الأمراض الخطيرة المهددة لحياة العديد من النساء على مستوى الدول الغربية والعربية على حد السواء. والجزائر ليست بمنأى عن هذا الداء الخطير، حيث أن الإحصائيات في هذا الصدد مخيفة وهي في تزايد مستمر، إذ انتقلت من4 إلى 7 آلاف حالة إصابة جديدة سنويا حسب إحصائيات المركز الجزائري لمكافحة السرطان، والذي قدّر عدد الوفيات بـ35 ألف حالة سنويا وهذا الرقم مرشح للارتفاع ويعد أول سبب للوفيات عند النساء في الجزائر.[1]

إن هذه الأعداد الهائلة تكبد الدولة خسائر هائلة، فسرطان الثدي يعتبر أحد الأعباء الاقتصادية، نتيجة لموت الأشخاص المنتجين بسبب هذا المرض والتكاليف الطبية المباشرة(العناية الصحية)، وكذلك فقدان الإنتاج بسبب المرض. وبالتالي، فإن الجهات المعنية ملزمة بالبحث عن طرق وقائية للحد من انتشار هذا المرض.

ولكون هذا المرض متعدد العوامل، إذ هو ناتج عن تفاعل مجموعة من المسببات، فإن التدخلات الوقائية هي الأخرى ستكون متعددة التخصصات. وبخصوص التدخلات الوقائية النفسية، فهي تنبني بالدرجة الأولى على معرفة وتحديد عوامل الخطورة النفسية التي تساهم كعوامل وظيفية –الإضافة إلى العوامل البيولوجية– في ظهور سرطان الثدي، وهذا بغرض بناء برامج علاجية ووقاية للحد من هذا المرض.

على هذا الأساس، فإن أهم عوامل الخطورة النفسية التي عنيت بالدراسة على نطاق واسع نجد الصعوبة في التعبير عن الانفعالات وتحديدا استراتيجيات الضبط الانفعالي كما هو الحال في استخدام إستراتيجية التعامل القمعي، حيث أن العديد من الدراسات بيّنت أن استخدامها المكثف يؤدي إلى ظهور مرض السرطان وتطوره والتعجيل بموت المصاب، بالإضافة إلى مخاطر صحية أخرى. ومن جملة هذه الدراسات دراسة كل من: (Bahnson, Spiegel, 2003; Greer, &1981; Fox, Harper, Hyner, & Lyle, 1994; Giese-Davis 1985; Greer & Morris, 1975; Gross, 1989; Kneier & Temoshok, 1984)[2]

[1] "ارتفاع رهيب لمعدلات الإصابة بسرطان الثدي". مريم، زكري. جريدة أخبار اليوم. 14-10-2014.
15:03 http://www.djazairess.com/akhbarelyoum/118388. 2015/02/26.

[2] **Exploring emotion-regulation and autonomic physiology, in metastatic breast cancer patients:** Ansgar Conrad, Bita , **suppression, and restraint of hostility** Janine Giese-Davis**,Repression** 226–237, p226.:Nouriani, David Spiegel .Personality and Individual Differences .(44).2008

وقد يأخذ الضعف في التعبير الانفعالي شكلا آخرا يتمظهر في معاناة الفرد من الألكستيميا، والتي يرتبط وجودها هي الأخرى بضعف الضبط الانفعالي؛ ومعنى ذلك أن كل من الألكستيميا والقمع ينبئان بمخاطر متزايدة لتطور السرطان، وهذا ما أكدته العديد من الدراسات من بينها دراسة (Butow and all,2000) [1]

إلا أن هذه الدراسات التي أكدت العلاقة بين السرطان وكل من القمع الانفعالي والالكستيميا لم تحدد نوع السرطان، خاصة أن كل هذه الأنواع وإن كانت تختلف في النمط الظاهري إلا أنها تختلف كذلك في المسببات الباتوفيزيولوجية، حيث أن مرض السرطان هو مجموعة غير متجانسة من الأمراض، تتعدد مسبباتها، ويختلف دور العوامل المناعية والعوامل النفسية الاجتماعية من نوع لآخر، وعلى هذا الأساس فقد خصصنا في هذه الدراسة نمط واحد وهو سرطان الثدي.

ومن جهة أخرى، فإن الدراسات التي تناولت هذا الموضوع كانت على بيئات غير عربية، مع العلم أن عملية الضبط الانفعالي لديها أهدافها ودوافعها التي تختلف من بيئة إلى بيئة وكذلك شكل التعبير الانفعالي في حد ذاته يختلف في البيئة العربية منه عن البيئة الغربية.

على هذا الأساس، حاولنا على مستوى هذه الدراسة معرفة ما إذا كانت الصعوبات في التعبير الانفعالي في الشكلين المختلفين (القمع الانفعالي والألكستيميا) تعتبران من عوامل خطورة للإصابة بسرطان الثدي في ظل الخصوصية الثقافية للمجتمع الجزائري.

ولتحقيق أهداف الدراسة تم طرح الأسئلة التالية:

- هل تعتبر الألكستيميا عامل خطر للإصابة بسرطان الثدي؟
- هل يعتبر القمع الانفعالي عامل خطر للإصابة بسرطان الثدي؟

2.الفرضيات:

1.2.تعتبر الألكستيميا عامل خطر للإصابة بسرطان الثدي.

- تعاني المصابات بسرطان الثدي من الألكستيميا.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المصابات وغير المصابات بسرطان الثدي في الألكستيميا.

[1] "Epidemiological evidence for a relationship between life events, coping style, and personality factors in the development of breast cancer. Butow, Phyllis N and all ."Journal of Psychosomatic Research, 49. 3(September 2000): Pp169–181.

2.2.يعتبر القمع الانفعالي عامل خطر للإصابة بسرطان الثدي.

- يشيع استخدام إستراتيجية القمع الانفعالي لدى المصابات بسرطان الثدي.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المصابات وغير المصابات بسرطان الثدي في استخدام إستراتيجية القمع الانفعالي.

3.تحديد المفاهيم الإجرائية للدراسة:

احتوت الدراسة على مجموعة من المفاهيم، نُعّرف كل مفهوم على النحو الآتي:

1.3.عوامل الخطر: تُعرف في هذه الدراسة على أنها العوامل النفسية الوظيفية التي تهيئ للإصابة السرطانية.

2.3.صعوبات التعبير الانفعالي: وهو عدم قدرة الشخص على إبداء المظاهر الدالة على وجود استجابة إنفعالية، سواء كانت الاستجابة لفظية أو غير لفظية.

3.3.الألكستيميا: تُعّرف في هذا البحث على أنها الصعوبة في تحديد والتعبير عن المشاعر، بالإضافة إلى فقر في الحياة الخيالية، والتفكير الإجرائي. وهي الدرجات التي يتحصل عليها الفرد في مقياس الألكستيميا . **(BVAQ)**.

4.3.إستراتيجية القمع الانفعالي: تُعّرف في هذا البحث على أنها إستراتيجية غير متكيفة من إستراتيجيات الضبط الانفعالي، وهي جهود معرفية وانفعالية لتجاهل أو تحويل الانتباه عن المثيرات المهددة، سواء كانت هذه المثيرات داخلية أو خارجية. وهي الدرجات التي يتحصل عليها الفرد في مقياس القمع الانفعالي لوينبرجر.

4.منهج البحث:

هدف البحث الحالي إلى معرفة ما إذا كانت صعوبات التعبير الانفعالي المتمثلة في الالكستيميا وإستراتيجية القمع الانفعالي عوامل خطر للإصابة بسرطان الثدي، وهذا من خلال التعرف على مدى انتشار كل منهما لدى المصابات بسرطان الثدي، وكذلك المقارنة بين المصابات بسرطان الثدي وغير المصابات في كل متغير على حدا، لذا فقد كان المنهج الوصفي هو المنهج الملائم لتحقيق هذه الأهداف.

5.عينة الدراسة:

تكونت العينة من 158 إمرة 79 منهن مصابات بسرطان الثدي، تتراوح أعمارهن مابين 25 و64 سنة بمتوسط حسابي قدره 42.06 وانحراف معياري قدره 8.77، إضافة إلى 79 منهن غير مصابات بالسرطان، تتراوح

أعمارهن مابين 25 و65 سنة بمتوسط حسابي قدره 42.57 وانحراف معياري قدره 8.83، ويتراوح مستواهن في كلا العينتين ما بين الابتدائي والجامعي.

وقد تم اختيار العينة بالطريقة القصدية، وهي عينة يعمد الباحث إليها من أجل اختيار عينته حسب معايير معينة يضعها الباحث في بحثه.

على مستوى هذا البحث، فقد حددت المعايير التالية لاختيار أفراد العينة:

- الإصابة بسرطان الثدي تحديدا سواء كان مستوى الإصابة كليا أو جزئيا، بالنسبة لمجموعة المصابات.
- عدم الإصابة بمرض السرطان أو أي مرض عضوي بالنسبة لمجموعة غير المصابات.
- بالنسبة لمجموعة المصابات بسرطان الثدي يجب أن لا تتجاوز الإصابة السنة، وهذا لأن وضعية المرض من شأنها أن تُغيّر من الخصائص النفسية.
- أن يكون المستوى الدراسي ابتدائي فما فوق بالنسبة للمصابات وغير المصابات بسرطان الثدي لكي يتمكن من الإجابة على بنود المقاييس.

5.أدوات الدراسة:

اعتمدت الدراسة الحالية على الأداتين التاليتين:

1.5.مقياس الألكستيميا (BVAQ): صمم مقياس الألكستيميا من طرف كل من برموند و فورست 1994 **(Bermond –Vorst)** ، ويعتبر من أحدث ما قُدم لقياس الألكستيميا، تم ترجمته لعدة لغات أروبية وإلى اللغة العربية. يحتوي المقياس على نسختين (النسخة A – مكونة من 20 بند- والنسخة B-مكونة من 20 بند) موزعة على 5 أبعاد كل بعد يحتوي على 8 بنود، والأبعاد هي: -صعوبة التعرف عن الحالات الانفعالية – صعوبة التعبير اللفظي عن الحالات الانفعالية -مقياس فقر الحياة الخيالية أو الهوامية -مقياس ضعف في إعادة النشاط الانفعالي -التفكير الإجرائي.

وقد تم التأكد من الخصائص السيكومترية لمقياس الألكستيميا على بيئات أجنبية ومحلية، وتم تقنين هذا المقياس أيضا على البيئة الجزائرية في هذه الدراسة على عينة من النساء المصابات وغير المصابات بسرطان الثدي، من خلال صدق الاتساق الداخلي وذلك بحساب معامل الاتباط بيرسون بين درجة كل بند والدرجة الكلية للبعد الذي ينتمي إليه وبين البند والدرجة الكلية للمقياس ككل، والثبات بالاعتماد على معامل الاتساق ألفا كرونباخ، للمقياس ككل ولمختلف أبعاده. بناء على النتائج المتحصل عليها، تم حذف بند واحد ينتمي إلى بعد صعوبة التعرف على الحالات الانفعالية.

2.5. مقياس القمع الانفعالي:

صمم هذا المقياس من طرف وينبرجر(Weinberger) سنة 1989، وهو يتكون من 84 بند، 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 ثلاثة بنود لقياس مصداقية الاستجابات، وقد افترض أن الدرجات أكبر من أو تساوي 11 تدل على أن البروتوكول صادق.

وقد تم التأكد من الخصائص السيكومترية لمقياس القمع الانفعالي على بيئات أجنبية، وأعيد حساب الخصائص السيكومترية في هذه الدراسة على عينة من المصابات وغير المصابات بسرطان الثدي على البيئة الجزائرية، من خلال صدق الاتساق الداخلي وذلك بحساب معامل الاتباط بيرسون بين درجة كل بند والدرجة الكلية للبعد الذي ينتمي إليه وبين البند والدرجة الكلية للمقياس ككل، والثبات بالاعتماد على معامل الاتساق ألفا كرونباخ، للمقياس ككل ولمختلف أبعاده، وبناء عليه تم حذف بندين أحدهما ينتمي إلى بعد الإحساس بالمسؤولية، والبعد الثاني ينتمي إلى بعد الدفاعات القمعية.

6.نتائج الدراسة:

بعد أن تم ضبط الإجراءات المنهجية للدراسة، سنعمل على عرض النتائج المتوصل إليها وتحليلها وفق تسلسل منهجي.

1.6.عرض نتائج الدراسة:

1.1.6.عرض وتحليل نتائج الفرضية الأولى:

صيغت الفرضية الأولى على النحو التالي: تعتبر الألكستيميا عامل خطر للإصابة بسرطان الثدي.للتحقق من هذه الفرضية تم صياغة الفرضيتين الجزئيتين الآتيتين:

- **عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية الأولى:**

نُذّكر بالفرضية الجزئية الأولى التي جاءت على النحو الآتي: يعاني المصابات بسرطان الثدي من الألكستيميا.

للتأكد من صحة هذه الفرضية تم حساب قيمة اختبار "ت" لمجموعة واحدة لمعرفة دلالة الفروق بين المتوسط النظري لمقياس الألكستيميا، والمتوسط الحسابي للدرجات التي تحصل عليها أفراد العينة من المصابات بسرطان

الثدي في هذا المقياس. وللمزيد من التفصيل أضفنا النتائج المتعلقة بأبعاده، وهذا ما هو موضح في الجدول رقم (01).

الجدول رقم (01): دلالة الفروق بين المتوسطات النظرية والمتوسطات الحسابية لمقياس الألكستيميا ومختلف أبعاده.

الخصائص الإحصائية / المتغيرات	المتوسط الحسابي	المتوسط النظري	قيمة ت	الدلالة
الدرجة الكلية للالكستيميا	126.79	117	7.48	دالة عند مستوى الدلالة0.01
التعرف على الانفعالات	37.63	21	22.51	دالة عند مستوى الدلالة0.01
التعبير على الانفعالات	23.53	24	0.73-	غير دالة
فقر الحياة الخيالية	24.94	24	1.50	غير دالة
ضعف إعادة التنشيط الانفعالي	19.54	24	0.84-	دالة عند مستوى الدلالة0.01
التفكير الإجرائي	21.13	24	5.65-	دالة عند مستوى الدلالة0.01

من خلال الجدول رقم (01) نلاحظ أن الفروق الدالة لصالح المتوسط الحسابي هي: الدرجة الكلية للاكستيميا وبعد التعرف على الانفعالات. وبالتالي فإن المصابات بسرطان الثدي تعانين من الألكستيميا وبعد صعوبة التعرف على الانفعالات، حيث أن المصابات بسرطان الثدي لا يتمكّن من تحديد انفعالاتهن ولا يتمكّن من التمييز بينها.

- **عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية الثانية:**

صيغت الفرضية الجزئية الثانية على النحو الآتي: توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المصابات وغير المصابات بسرطان الثدي في الألكستيميا.

وللتأكد من صحة هذه الفرضية، تم حساب قيمة "ت" لدلالة الفروق بين المصابات بسرطان الثدي وغير المصابات بسرطان الثدي في متوسطات الألكستيميا ومختلف أبعادها وهذا طلبا للتفصيل، والنتائج موضحة في الجدول رقم (02).

الجدول رقم (02): دلالة الفروق في الألكستيميا ومختلف أبعادها بين المصابات وغير المصابات بسرطان الثدي

الخصائص الإحصائية / المتغيرات	المصابات بالسرطان (ن=79)		غير المصابات بالسرطان(ن=79)		قيمة "ت"	الدلالة الإحصائية
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	متوسط الحسابي	الانحراف المعياري		
الدرجة الكلية للالكستيميا	126.79	11.5	120.81	13.70	2.96	دالة عند مستوى الدلالة 0.01
صعوبة التعرف على الانفعالات	37.63	6.56	34.32	8.3	2.77	دالة عند مستوى الدلالة 0.01
التعبير على الانفعالات	23.53	5.63	22.5	4.98	1.20	غير دالة
فقر الحياة الخيالية	24.94	5.37	25.12	4.35	0.22-	غير دالة
ضعف إعادة التنشيط الانفعالي	19.54	4.5	8.59	3.75	1.43	غير دالة
التفكير الإجرائي	21.13	4.49	20.25	3.11	1.44	غير دالة

من خلال الجدول رقم (02) يتضح أن الفروق في المتوسطات الحسابية بين المصابات وغير المصابات بسرطان الثدي كانت دالة بالنسبة للدرجة الكلية لمقياس الألكستيميا وبالنسبة لبعد صعوبة التعرف على الانفعالات، وهذا يعني أن المصابات بسرطان الثدي تعاني من الألكستيميا وبالخصوص صعوبات في تحديد انفعالاتهن والتعرف عليها، وهن لا يتمكن من التمييز بين الانفعالات المختلفة التي تنتابهن بالمقارنة مع غير المصابات بسرطان الثدي.

2.1.6.عرض وتحليل نتائج الفرضية الثانية:

بنّيت الفرضية الثانية على النحو التالي: تعتبر إستراتيجية القمع الانفعالي عامل خطر للإصابة بسرطان الثدي.

وللتحقق من هذه الفرضية تم صياغة الفرضيتين الجزئيتين الآتيتين:

- **عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية الأولى:**

صيغت هذه الفرضية كالآتي: يشيع استخدام إستراتيجية القمع الانفعالي لدى المصابات بسرطان الثدي.

للتأكد من صحة هذه الفرضية تم حساب اختبار "ت" لمجموعة واحدة لمعرفة دلالة الفروق بين المتوسط النظري للقمع الانفعالي، والمتوسط الحسابي للدرجات التي تحصل عليها أفراد عينة المصابات بسرطان الثدي على نفس المقياس. وبهدف التوضيح الدقيق، أضفنا النتائج المتعلقة بأبعاده، وهذا ما سنوضحه في الجدول رقم (03).

جدول رقم (03): دلالة الفروق بين المتوسطات النظرية والمتوسطات الحسابية في القمع الانفعالي بمختلف أبعاده.

الخصائص الاحصائية / المتغيرات	المتوسط النظري	المتوسط الحسابي	قيمة ت	الدلالة
قمع العدوانية	21	22.30	2.41	دالة عند مستوى الدلالة0.01
التحكم في النزوعية	24	25.98	3.59	دالة عند مستوى الدلالة0.01
تقدير الآخر	21	28.96	16.04	دالة عند مستوى الدلالة0.01
الإحساس بالمسؤولية	21	26.48	9.43	دالة عند مستوى الدلالة0.01
التحكم في الذات	87	103.37	12.33	دالة عند مستوى الدلالة0.01
إلغاء الحصر	33	27.50	7.55-	دالة عند مستوى الدلالة0.01
الدفاعات القمعية	30	28.30	2.42-	دالة عند مستوى الدلالة0.01
المواجهة الدفاعية	63	55.81	6.40-	دالة عند مستوى الدلالة0.01
الدرجة الكلية للقمع	81	64.47	14.60-	دالة عند مستوى الدلالة0.01

يتضح من خلال الجدول رقم (03) أن أغلب أفراد عينة المصابات بسرطان الثدي لا يستخدمون إستراتيجية القمع الانفعالي، حيث أن الفروق كانت لصالح المتوسط النظري للدرجة الكلية للقمع الانفعالي وسلم المواجهة الدفاعية بمختلف أبعاده، لكن نفس الجدول بين أنه توجد فروق دالة لصالح المتوسط الحسابي في سلم التحكم الذاتي بمختلف أبعاده.

بناء على هذه النتائج، فإن المصابات بسرطان الثدي لا يستخدمن إستراتيجية القمع الانفعالي، فهن لا يبذلن جهدا في مكافحة الانفعالات السلبية، وذلك بهدف كسب الاستحسان الاجتماعي، كما أنهن لا يقمن بانتقاء الإجابات المقبولة اجتماعيا لتجنب المعلومات التي تهدد صورة الذات.

وبالرغم مع ذلك، فإن المصابات بسرطان الثدي كن أكثر تحكما في ذواتهن، حيث أنهن يقدرهن الآخر بشكل مبالغ فيه ويتحكمن في النزوعية، بالإضافة إلى إحساسهن بالمسؤولية.

- **عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية الثانية:**

صيغت الفرضية الجزئية الثانية كما يلي: توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المصابات وغير المصابات بسرطان الثدي في استخدام إستراتيجية القمع الانفعالي.

وللتأكد من صحة هذه الفرضية تم حساب قيمة "ت" لدلالة الفروق بين المصابات بسرطان الثدي وغير المصابات بسرطان الثدي في متوسطات القمع الانفعالي وكذا في مختلف أبعاده.والنتائج موضحة في الجدول رقم (04).

الجدول رقم (04): دلالة الفروق بين المتوسطات المصابات وغير المصابات بسرطان الثدي في القمع الانفعالي بمختلف أبعادها

الخصائص الإحصائية / المتغيرات	المصابات بالسرطان (ن =79)		غير المصابات بالسرطان(ن=79)		قيمة "ت"	الدلالة
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	المتوسط الحسابي		
درجة الكلية للقمع الانفعالي	64.47	10.05	63.46	10.45	6.18	غير دالة
قمع العدوانية	22.30	4.79	24.07	5.33	2.19-	دالة عند مستوى الدلالة 0.05

التحكم في الاندفاعية	25.98	4.91	27.67	4.99	2.13-	دالة عند مستوى الدلالة 0.05
تقدير الآخر	28.96	4.40	28.03	4.21	1.34	غير دالة
الإحساس بالمسؤولية	26.48	5.16	25.46	3.70	1.41	غير دالة
الدرجة الكلية للتحكم في الذات	103.73	12.05	105.25	11.07	0.80-	غير دالة
إلغاء الحصر	27.50	6.46	26.92	5.82	0.59	غير دالة
الدفاعات القمعية	28.30	6.21	27.31	5.66	1.04	غير دالة
الدرجة الكلية للمواجهة القمعية	55.81	9.97	54.24	9.82	0.99	غير دالة

قراءة الجدول رقم (04) تُظهر أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المصابات وغير المصابات بسرطان الثدي في الدرجة الكلية للتعامل القمعي. كما أنه لا توجد فروق دالة بين المصابات وغير المصابات بسرطان الثدي لا على مستوى السلالم ولا على مستوى الأبعاد، ما عدا بعدي قمع العدوانية والتحكم في الاندفاعية إلا أن الفروق كانت لصالح غير المصابات بالسرطان.

وهذا يعني أنه لا يوجد فرق بين المصابات وغير المصابات بسرطان الثدي في استخدامهن لإستراتجية القمع الانفعالي؛ أي أنه لا يوجد فرق في الجهود المبذولة لتجنب المشاعر والذكريات المهددة للذات، بالإضافة إلى أنه لا توجد فروق بين المجموعتين في تحيزهن للإجابة المقبولة اجتماعيا.

وبالتالي وبالاعتماد على هذه النتائج، فإنه لا توجد علاقة بين القمع الانفعالي والإصابة بسرطان الثدي.

2.6.منـــاقشة النتـــــائج:

سنتناول على مستوى مناقشة النتائج موقع الدراسة الحالية ضمن الدراسات السابقة والوصول إلى تأكيد أو نفي الفرضيات المصاغة.

1.2.6.منـاقشـة الفرضية الأولى:

أكدت نتائج الفرضية الأولى أن الألكستيميا وبعد صعوبة التعرف على الانفعالات يعتبران عاملين خطر للإصابة بسرطان الثدي؛ ومعنى هذا أن الصعوبات في التعبير الانفعالي التي تأخذ شكل الألكستيميا والصعوبة في تحديد والتعرف والتمييز بين الانفعالات ترتبط بالإصابة بسرطان الثدي.

وقد توافقت نتائج هذه الدراسة مع نتائج الدراسات السابقة، كدراسة مانا وزملاؤه(Manna & 2007 all,)[1] التي وجدت أن هناك فروقا دالة إحصائيا بين المصابات وغير المصابات بسرطان الثدي في درجات الألكستيميا.

ودراسة بوتو وزملاؤه (Butow,2000)[2] التي أثبتت أن الألكستيميا تنبئ بمخاطر متزايدة لتطور السرطان لدى النساء الأصغر سنا.

كما خلصت دراسة كل ميشرا وزملاؤها (Mishra & all,2012) -والتي هدفت للبحث عن مستويات الألكستيميا لدى عينة الأطفال المصابين بالسرطان (97طفل) وأشقائهم (95طفل) وكذلك مجموعة من الأطفال الأصحاء (15طفل) كمجموعة ضابطة-إلى أن الأطفال المصابين بالسرطان تحصلوا على مستوى أعلى من الألكستيميا، يليهم بعد ذلك الأشقاء[3].

وفي دراسة لتوداريلو (Todarello) وجدت أن سمات الألكستيميا تظهر لدى المصابات بالسرطان بالمقارنة مع غير المصابات. وفي دراستين لنفس الباحث وجد أن نسبة الألكستيميا عند النساء المصابات بسرطان الدماغ أعلى بكثير بالمقارنة مع غير المصابات[4].

---

[1] Manna, G; and all".Emotional expression and coping style in female breast cancer" Annals of Oncology.18 6)):pp77–80.2007

[2] Butow, Phyllis N and all ."factors in the development of breast cancer Epidemiological evidence for a relationship between life events, coping style, and personality " Journal of Psychosomatic Research, 49 (3., September 2000):(Pp169–181.

[3] Mishra, Shukla Veena; and all. ."Alexithymia in children with cancer and their siblings" Journal of Psychosomatic Research. 72 ,2012.pp 266–268.

[4] "واقع الصحة النفسية لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي"، أطروحة دكتوراه في علم النفس العيادي". نقلا عن: رشيدة، شدمي. جامعة أبي بكر بلقايد. تلمسان، (2015/2014)، ص 65.

كما توافقت نتائج الدراسة الحالية مع دراسة مسينا وزملاؤه (Messina,2011)[1] التي أثبتت أن مستويات الألكستيميا ترتفع كلما كان السرطان أكثر انتشارا.

وقد بينت أيضا دراسة لواس وزملاؤه (Loas,2007)[2] أن الأورام الخبيثة ترتبط بمستويات عالية من الألكستيميا.

إن العلاقة بين العوامل النفسية (من بينها الالكستيميا) والسرطان هي في حقيقة الأمر معقدة، وقد وجدت عدة نماذج نظرية تفسر هذه العلاقة، من أبرزها النموذج الذي أقترحه هولوند (Holland JC ,1990)[3]، حيث أوضح أن العوامل النفسية يمكن أن تؤثر على الإفراز الهرموني وعلى المناعة وبالتالي نمو الورم.

وعلى العموم، فالألكستيميا تؤدي إلى صعوبات في الضبط الانفعالي[4] وهذه الصعوبات تؤدي هي الأخرى إلى عجز في الضبط الفسيولوجي خاصة على مستوى العلاقات التفاعلية القائمة بين الانفعالات والغدد الصماء والجهاز المناعي[5].

فتراكم الطاقة السلبية المكبوتة بصفة عامة يؤدي إلى أعراض سيكوسوماتية.[6]

وبشكل خاص فالألكستيميا تعمل على تنبيه الجهاز المناعي، وبالتالي قد يكون لها دور في ظهور السرطان[7]؛ ومعنى ذلك أنها تؤدي إلى زيادة انترلوكين 《ب1》 ،انترلوكين2 و انترلوكين4 و الخلايا الخلطية T4 والخلايا

---

[1] ".Alexithymia in oncologic disease: Association with cancer invasion and hemoglobin levels" 23(2011 . Ann Clin Psychiatry. 2.Messina, Antonino; and Fogliani Anna Maria ;and Paradiso Sergio May):pp 125–130.

[2] Manna, G; et all.Op. cite. pp 77–80.

[3] book of Hand.. Holland, JC"Behavioral and psychosocial risk factors in cancer: human studies" 26.7 Rowland RH, editors. Oxford Univ Press,1990:pp705-:psychooncology. New York

[4] BMC .all Chen, Jie ;and."Alexithymia and emotional regulation: A cluster analytical approach" 1.pp 11-33.020.Psychiatry

[5] pp125-130. Op. cite.., Antonino; and Fogliani Anna Maria ;and Sergio Paradiso Messina

[6] . Endler, NS;and Parker JDA. J Pers "Multidimensional assessment of coping: a critical evaluation" pp 844–854.:Soc Psychol. 58(5). 1990

[7] . Dewaraja, R ; and all. Psychother "Decreased cytotoxic lymphocyte counts in alexithymia" pp83–86.:Psychosom. (66). 1997

اللمفاوية 《IL2 وIL10》 كما أن نسبة CD4:CD8 مثلا CD4 تنقص عند المرأة التي تعاني من الألكستيميا [1].

وتكون هذه الأخيرة ناتجة عن استجابة ضغط[2]. ففي حالة الألكستيميا، تحرض الخلايا TH1 《المناعية الخلطية》 اللمفاوية على تكاثر الخلايا اللمفاوية وCD8 و الخلايا الطبيعية القاتلة وهذا قد يكون نتيجة للدور الهام الذي تلعبه في تحريض الخلايا الوسطية الدفاعية الخلايا السرطانية[3]. وبالتالي، فإن الألكستيميا تلعب دورا هاما في ظهور السرطان وذلك من خلال تفكيك الفسيولوجية الجسمية العادية وانتهاك الصحة النسيجية[4].

كما أنه وحسب النموذج الذي قدمه بيهل ومرتين (Pihl et Martin,1985)، فإن الألكستيميا ما هي إلا استجابة للوضعيات الضاغطة، حيث تعمل على كف التعبير عن الحالة الانفعالية وتتجسد في شكل استجابة جسدية وفيزيولوجية شديدة، ويتم الاحتفاظ بالتنشيط الانفعالي بدون القدرة على المعالجة المعرفية للمعلومات الانفعالية، وهذا ما قد يفضي إلى اضطراب جسدي مع عدم القدرة على التعرف بالمواقف الضاغطة[5].

وعموما، فإن ضعف مشاعر مرضى الالكستيميا يرتبط بعدم ترميز الكلمات والصور، ولهذا السبب فهم من ذوي الخبرة بالأحاسيس الجسدية فقط، ومن هنا فإن ضعف القدرة على الترميز ينقل التوترات المرتبطة بالانفعالات ويأخذ مسار الجسم[6].

وعلى هذا الأساس وبناء على ما تم تقديمه من معطيات، يمكن اعتبار الألكستيميا من ضمن مسببات سرطان الثدي؛ ومعنى ذلك ان الفرضية المصاغة على مستوى هذه الدراسة قد تحققت.

2.2.6.منـاقشـة الفرضية الثانية:

ب

[1] . Guilbaud, O ; and "Decreased immune response in alexithymic women: a cross-sectional study" pp297–304..all. Biomed Pharmacother. (63), 2009

[2] Relationship between alexithymia, alexithymia factors and salivary cortisol in men exposed to a " Psychoneuroendocrinology. (33), 2008.pp1160–1164. . Timary, P; and all."social stress test

[3] " Alexithymia and anxiety in female chronic pain patients". Celikel, FC ;and Saatcioglu O. Ann Gen Psychiatry,2006.pp5-13.

[4] Messina, Antonino ; and all. Op. cite. pp 125-130.

[5]. "Psychologie des émotions" .Luminet, O . 2002 .Confrontation et évitement. De Boeck,Bruxelles.pp Boeck,Bruxelles.pp 187-188.

[6] Bucci, W. Psychoanal Inquiry (17) ".Symptom and symbols: a multiple code theory of somatization" pp151–172.:1997.(17)

ناء على النتائج المتحصل عليها من تحليل نتائج الفرضية الثانية فإن إستراتيجية القمع الانفعالي لا تعتبر عامل خطر للإصابة بسرطان الثدي.

وعلى الرغم من أن النتيجة في مجملها هي عدم الجزم في هذه الدراسة بأن أسلوب القمع الانفعالي لا يعتبر عامل مهيئ أو مهدد للإصابة بسرطان الثدي، إلا أن نتائج الفرضية الجزئية الأولى أظهرت أن هناك فروقا دالة إحصائيا بين المتوسطات الحسابية والمتوسطات النظرية لسلم التحكم في الذات بمختلف أبعاده؛ ومعنى هذا أنه رغم عدم وجود علاقة بين القمع الانفعالي وسرطان الثدي إلا أن المصابات بسرطان الثدي كن أكثر تحكما في ذواتهن، حيث أنهن يقدرهن الآخر بشكل مبالغ فيه ويتحكمن في النزوعية، بالإضافة إلى إحساسهن بالمسؤولية.

إن النتائج المتوصل إليها جاءت مخالفة تماما لما توصلت إليه جملة من الدراسات السابقة خاصة فيما يتعلق بقمع العدوانية، فالدراسة الحالية وجدت أن غير المصابات بسرطان الثدي هم أكثر قمعا لعدوانيتهم، وهذا مخالف لدراسة دراسة واطسن (Watson,1984)[1] التي قارنت بين 30 من مرضى السرطان و27 من الأصحاء في الشخصية وتقرير الحالة الانفعالية والاستجابة الذاتية تحت الضغط التجريبي، والتي وجدت أن مرضى سرطان الثدي أكثر عرضة للضغط من المجموعة الضابطة، إلا أن مرضى السرطان أكثر سيطرة على ردود أفعلهم الانفعالية ولاسيما الغضب والاستجابة للضغط وذلك باستخدام أسلوب المواجهة القمعي.

وكذلك تخالف هذه النتائج جملة من الدراسات، منها: Razavi (2008)[2] (Dean et Surtees, 1989; Hislop, Waxler et all., 1987;Jensen, 1987) (Cassileth,Walsh et all, 1988; Jamison, Burish et all,1987; Spiegel, Bloom et all, 1989).
فهذه الدراسات أثبتت أن مرضى السرطان يتسمون بكف عالي وبقمع في التعبير عن العدوانية.

وكذلك تختلف النتائج المتوصل إليها فيما يخص التعامل القمعي بصفة عامة مع النتائج التي توصلت إليها دراسة غارسن (Garssen,2004)[3] –والتي قامت بتحليل 70 دراسة طولية تناولت عوامل المخاطرة النفسية للإصابة بالسرطان– في وجود أدلة بأن هناك بعض العوامل التي قد تساهم في مآل سلبي والإصابة بالسرطان من بينها القمع.

[1] Emotional control and autonomic arousal in breast cancer patients Watson, Maggie ;and Pettingale "..Keith W ;and Greer Steven , 28. 6(1984). pp 467–474.Journal of Psychosomatic Research"

[2] "Facteurs de risques psychologiques". IN: Razavi, D ;and Favacques C ; and marchal S.Précis de psycho-oncologie de l'adulte. Masson. 2008 :pp3-20.pp3-17

[3] Garssen, Bert Op. cite. pp 315–338.

وكذلك دراسة (Butow &all,2000)[1] –التي هدفت إلى تقييم مجموعة من الدراسات لمعرفة ما إذا كان هناك علاقة بين العوامل النفسية والاجتماعية وتطور سرطان الثدي– وخلصت إلى أن القمع ينبئ بمخاطر متزايدة لتطور السرطان لدى النساء الأصغر سنا.

كما أن دراسة كل من (Garssen & Goodkin,1999)[2] –دراسة تحليلية لـ38 دراسة تناولت موضوع العوامل النفسية والاجتماعية كعوامل مخاطرة لنشوء السرطان– وجدت أن قمع الانفعالات السلبية يعد عاملا يحث على تطور السرطان.

فالتعامل القمعي هو ميل قوي لاستخدام التجنب المعرفي والتقليل من إستراتيجيات اليقظة، لمحاولة الحد من خبرة التنشيط الانفعالي وذلك بتجنب عملية معالجة المعلومات التي تعتبر مصدر القلق[3].

ومع الاستخدام المكثف لهذه الإستراتيجية تتراكم الطاقة السلبية الناتجة عن التنشيط الفسيولوجي المستمر المتولد من القمع وهذا ما يؤدي إلى أعراض سيكوسوماتية.[4] .كما أن سوء الضبط الانفعالي المرتبط بالاستخدام المتكرر لهذه الإستراتيجية يؤدي إلى عجز في الضبط الفسيولوجي، خاصة على مستوى العلاقات المتفاعلة بين الانفعالات والغدد الصماء والجهاز المناعي[5]. وبالتالي، يؤدي ذلك إلى إمكانية الإصابة بالسرطان.

يؤيد الأدلة النظرية والأمبريقية فكرة أن التعامل القمعي يعتبر عامل مخاطرة للإصابة بالسرطان، وهذا ما لم نثبته في هذه الدراسة، وقد يرجع هذا الاختلاف والتضارب في النتائج إلى الاختلاف في المنهج المستخدم، فدراسة كل (Butow) و (Garssen) و (Goodkin) استخدمت المنهج الطولي، في حين أن هذه الدراسة كانت عرضية. كما يمكن أن يعود الاختلاف إلى الأدوات المستخدمة، فأغلب الدراسات المذكورة أعلاه استخدمت مقياس(Marlow and Grewne) للاستحسان الاجتماعي ومقياس سبيلبرجر للقلق. وعلى هذا الأساس، حددت فئة القامعين (الأكثر دفاعية والأقل قلقا) وهذا أيضا ما قد يعلل الاختلاف في النتائج.

[1] Butow, Phyllis N; and all. Op. cite.pp 169–181.

[2] On the role of immunological factors as mediators between psychosocial factors and cancer progression". Bert; and Goodkin Karl Garssen. Psychiatry Research. 85 :1(1999). pp51–61.

[3] La répression émotionnelle et son rôle en psychopathologie." .Carton S . Psychologie française. 51.2006.pp 123-139.

[4] Endler, NS;and Parker JDA. Op. cite. pp 844–854.

[5] Messina ,Antonino ;and Fogliani Anna Maria ;and Paradiso Sergio . Op. cite. pp125-130.

بالإضافة إلى أن بعض الدراسات المعروضة حول قمع العدوانية كانت تتناول القمع الانفعالي كبعد من أبعاد الشخصية نمط (ج) (الدراسات التي عرضها Razavi وزملاؤه).

وتجدر الإشارة إلى أن موضوع عوامل المخاطرة للإصابة بالسرطان يدرس من جانبين: دراسة التعامل القمعي كسبب في نشوء السرطان، ودراسات أخرى تدرس أثر التعامل القمعي في الحد من حياة المصابين بالسرطان، وهذا السبب أيضا نعتقد أنه من شأنه أن يحدث اختلافا في النتائج.

كما نشير في هذا السياق إلى دراسة مايرز (Myers,2010)[1] التي تناولت تحليل الدراسات المتعلقة بإستراتيجية التعامل القمعي على مدى 30 عاما من البحث لهذا المتغير وعلاقته بالصحة، وتوصلت إلى أن هناك العديد من الصعوبات المنهجية والنظرية في تحديد فئة القامعين، وهذا ما قد يؤدي إلى تضارب في النتائج المتوصل إليها.

ويمكن أن نرجع أيضا الاختلاف في النتائج إلى العينات المدروسة، فأغلب الدراسات المذكورة لم تحدد نوع السرطان، لذا فإنه من الممكن أن تختلف النتائج باختلاف نوع السرطان، فرغم تشابه هذه الأنواع في النمط الظاهري إلا أنها قد تختلف من حيث المسببات الباتوفيزيولوجية.

إضافة إلى ما ذكرنا، نورد سببا مهما في تفسير الاختلافات الموجودة بين الدراسة الحالية والدراسات الأجنبية، ألا وهو البعد الثقافي، فالقامعون –حسب وينبرجر– هم أفراد يميلون إلى الاستجابة المقبولة ثقافيا لكسب استحسان الآخرين.[2] وبالتالي، فإن الاستجابة المقبولة ثقافيا في المجتمع الجزائري وفقا للثقافة العربية الإسلامية تختلف عن استجابة الفرد في بيئة غربية نظرا لاختلاف خصائص البيئتين.

[1] Myers, Lynn .“ The importance of the repressive coping style: findings from 30 years of research” Anxiety, Stress, & Coping. B. Journal 23, 1(2010).

[2] "Traduction et validation française du questionnaire de répression de Weinberger". Paget, V; et Consoli S M ; et Carton S. Annales Médico-Psychologiques .Elsevier Masson. 168, 2010. pp 593–601.

خاتمة: عالج هذا المقال إشكالية أساسية تتمثل في ما مدى مساهمة صعوبات التعبير الانفعالي بشكليها المقترحين: الألكستيميا والقمع الانفعالي في نشوء الإصابة السرطانية على مستوى الثدي.وقد تبّين من خلال هذه الدراسة أن هذه الصعوبات تشكل عامل خطر للإصابة بسرطان الثدي، وذلك في شكل الألكستيميا. أما الصعوبات الانفعالية التي تأخذ شكل القمع الانفعالي فلم تؤكد هذه الدراسة أنها عامل مهيء للإصابة بسرطان الثدي.

ومع ذلك فقد أظهرت الدراسة بعضا من النتائج الجزئية الهامة والتي وضعنا من خلالها ملمحا عاما للتعبير الانفعالي لدى المصابات بسرطان الثدي، فالمصابات بسرطان الثدي تعاني من صعوبات في التعبير الانفعالي وتحديدا من الألكستيميا ومن صعوبات في التعرف على الانفعالات على وجه الخصوص، إلا أنهن لا يستخدمن إستراتيجية القمع الانفعالي، ومع ذلك فإن المصابات بسرطان الثدي يبالغن في التحكم في الذات؛ حيث أنهن يقدرن الآخر بدرجة عالية، ويتحكمن في النزوعية والعدوانية بالإضافة إلى إحساسهن بالمسؤولية. وقد اعتبرنا أن هذا الملمح ملمح مُهدد للإصابة بسرطان الثدي.

ورغم أهمية النتائج التي توصلنا إليها إلا أن هذه النتائج تبقى صالحة في حدود البحث وإمكانياته.

وفي ضوء النتائج المستقاة من هذه الدراسة وحدودها واستكمالا لها يمكننا اقتراح والتوصية بما يلي:

- تناول نفس المتغيرات (الألكستيميا وإستراتيجية القمع الانفعالي) ودراستها كعوامل خطر للإصابة بأنواع أخرى من السرطان، أو دراستها كعوامل مخاطرة للإصابة بأمراض سيكوسوماتية أخرى كارتفاع ضغط الدم أو السكري.

-اقتراح برامج علاجية لعلاج صعوبات التعبير الانفعالي لدى مرضى السرطان، إضافة إلى دراسة أثر التدخلات النفسية لتحسين التعبير الانفعالي على البقاء قيد الحياة لدى مرضى السرطان.

- برامج وقائية مبنية على تحسين التعبير الانفعالي لم يملكون الاستعداد للإصابة بسرطان الثدي.

المراجع

1. مريم، زكري ."ارتفاع رهيب لمعدلات الإصابة بسرطان الثدي".جريدة أخبار اليوم. 14-10-2014.
15:03 http://www.djazairess.com/akhbarelyoum/118388.
.2015/02/26

2."واقع الصحة النفسية لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي"، أطروحة دكتوراه في علم النفس العيادي". نقلا عن: رشيدة، شدمي. جامعة أبي بكر بلقايد. تلمسان، (2015/2014)، ص 65.

3. Exploring emotion-regulation and autonomic physiology, in metastatic " suppression, and restraint of hostility,breast cancer patients: Repression ." Ansgar Conrad, Bita Nouriani, David Spiegel .Personality ,Janine Giese-Davis 226–237, p226.:and Individual Differences .(44).2008

4." Alexithymia and anxiety in female chronic pain patients". Celikel, FC ;and Saatcioglu O. Ann Gen Psychiatry,2006.pp5-13.

5. Mishra, Shukla ."Alexithymia in children with cancer and their siblings" .Veena; and all. Journal of Psychosomatic Research. 72 ,2012.pp 266–268

6. Alexithymia in oncologic disease: Association with cancer invasion and Messina, Antonino; and Fogliani Anna Maria ".hemoglobin levels 23(2011 May):pp 125–130.. Ann Clin Psychiatry. 2.;and Paradiso Sergio

7. . "Behavioral and psychosocial risk factors in cancer: human studies" Rowland RH, :psychooncology. New York book of Hand.Holland, JC 26.7editors. Oxford Univ Press,1990:pp705-

8. . Dewaraja, R ; and "Decreased cytotoxic lymphocyte counts in alexithymia" pp83–86.:all. Psychother Psychosom. (66). 1997

9. . "Decreased immune response in alexithymic women: a cross-sectional study" pp297–304..Guilbaud, O ; and all. Biomed Pharmacother. (63), 2009

10. ."Emotional control and autonomic arousal in breast cancer patients" Journal of "..Watson, Maggie ;and Pettingale Keith W ;and Greer Steven , 28. 6(1984). pp 467–474.Psychosomatic Research

11. Manna, G; ".Emotional expression and coping style in female breast cancer"):pp77–80.2007 (.6 18. Annals of Oncology.and all

12. Epidemiological evidence for a relationship between life events, coping " Butow, .style, and personality factors in the development of breast cancer (September 3., 49Journal of Psychosomatic Research."Phyllis N and all Pp169–181.:2000)

13. Epidemiological evidence for a relationship between life events, coping " Butow, ."style, and personality factors in the development of breast cancer :(September 2000) 3., 49Journal of Psychosomatic Research.Phyllis N and all Pp169–181.

Razavi, D ;and Favacques C ; and :. IN"Facteurs de risques psychologiques"14. pp3-20.pp3-:marchal S.Précis de psycho-oncologie de l'adulte. Masson. 2008 .17
15."La répression émotionnelle et son rôle en psychopathologie." .Carton S . Psychologie française. 51.2006.pp 123-139.
. Endler, "Multidimensional assessment of coping: a critical evaluation"16. pp 844–854.:NS;and Parker JDA. J Pers Soc Psychol. 58(5). 1990 Confrontation et évitement..Luminet, O . 2002 . "Psychologie des émotions" 17. De Boeck,Bruxelles.pp 187-188.
Relationship between alexithymia, alexithymia factors and salivary cortisol " 18. . Timary, P; and "in men exposed to a social stress test Psychoneuroendocrinology. (33), 2008.pp1160–1164. all.
Bucci, W. ".Symptom and symbols: a multiple code theory of somatization" 19. pp151–172.:1997.Psychoanal Inquiry (17)
20." Traduction et validation française du questionnaire de répression de Weinberger". Paget, V; et Consoli S M ; et Carton S. Annales Médico-Psychologiques .Elsevier Masson. 168, 2010. pp 593–601.
21. "The importance of the repressive coping style: findings from 30 years of research". Myers, Lynn B. Journal Anxiety, Stress, & Coping. 23, 1(2010).
Chen, ."22.Alexithymia and emotional regulation: A cluster analytical approach 1.pp 11-33.020.BMC Psychiatry .all Jie ;and