

كلية العلوم الإنسانية والعلوم الاجتماعية

قسم علم النفس

أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم في علم النفس

تخصص: علم النفس العيادي

أثر الاكتئاب على المراهق المصاب بالسرطان

دراسة ميدانية على عينة من الغرب الجزائري

اعداد الطالبة:

عبوين سمية

إشراف:

أ.د فقيه العيد

أعضاء لجنة المناقشة

| | | | |
|---------------|---------------|-----------------|-------------------------|
| رئيسا | جامعة تلمسان | أستاذة | أ.د بن عصمان جويده |
| مشرفا ومناقشا | جامعة تلمسان | أستاذ | أ.د فقيه العيد |
| عضوا | جامعة تلمسان | أستاذ | أ.د سجلماسي محمد الأمين |
| عضوا | جامعة وهران 2 | أستاذ محاضر "أ" | د بلعابد عبد القادر |
| عضوا | جامعة مستغانم | أستاذ محاضر "أ" | د عمار ميلود |
| عضوا | جامعة مستغانم | أستاذ محاضر "أ" | د بوزيدي هدى |

السنة الجامعية: 2019-2020

إهداء

إلى من منحني القوة والعزيمة أبي العزيز الغالي

إلى من علمتني الصبر والاجتهاد أُمي الحنونة

إلى زوجي العزيز

إلى الغاليتان على قلبي فاطمة زهرة وخولة

إلى قرة عيني مريم البتول ومحمد رشاد

إلى كل المصابين بالسرطان

كلمة الشكر والتقدير

الشكر الأول والأخير لله عز وجل الذي وهبنا هذه النعمة ووفقنا لانجاز هذا العمل
المواضع.

الشكر والعرفان والتقدير للأستاذ الفاضل فقيه العيد على نصائحه وتوجيهاته وعلى سعة
صبره

إلى الأساتذة المحترمين الذين وافقوا على مناقشة هذه الرسالة وأخص بالذكر الأستاذة

الدكتورة: بن عصمان جويذة

الأستاذ الدكتور: سجلماسي محمد الأمين

الدكتور: بلعابد عبد القادر

الدكتور: عمار ميلود

الدكتورة: بوزيدي هدى

شكرا لكم وجزاكم الله كل خير

ملخص الدراسة:

هدفت الدراسة الحالية إلى الكشف عن مدى انتشار الاكتئاب لدى المراهق المصاب بالسرطان، وكذا معرفة أثره عليهم. استخدمت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي والمنهج العيادي من أجل تحقيق أهدافها.

كما اعتمدت على مقياس الاكتئاب عند المصاب بالسرطان من إعداد الباحثة، طُبّق على عينة عشوائية مكونة من 56 مراهق ومراقبة يخضعون لعلاج ضد السرطان، يقع سنهم ما بين 11-20 سنة.

كما تم استخدام اختبار تفهم الموضوع للكبار TAT على حالتين: ذكر وأنثى، اعتمدت الدراسة على برنامج الحزم الإحصائية (SPSS 20)، تم استخدام النسب المئوية، اختبار T لدراسة الفروق بين مجموعتين منفصلتين، تحليل التباين أحادي الاتجاه. خلصت الدراسة الى:

- ينتشر الاكتئاب بدرجات متوسطة عند المراهق المصاب بالسرطان.
 - لا توجد فروق دالة إحصائية بين درجات الاكتئاب عند المراهق المصاب بالسرطان تعزى لمتغير الجنس .
 - لا توجد فروق دالة إحصائية بين درجات الاكتئاب عند المراهق المصاب بالسرطان تعزى لمتغير نوع السرطان.
 - لا توجد فروق دالة إحصائية بين درجات الاكتئاب عند المراهق المصاب بالسرطان تعزى لمتغير مرحلة السرطان.
 - لا توجد فروق دالة إحصائية بين درجات الاكتئاب عند المراهق المصاب بالسرطان تعزى لمتغير نوع العلاج.
 - لا توجد فروق دالة إحصائية بين درجات الاكتئاب عند المراهق المصاب بالسرطان تعزى لمتغير مدة العلاج.
 - يؤثر الاكتئاب متوسط الشدة سلبا على المراهق المصاب بالسرطان.
- الكلمات المفتاحية:** الاكتئاب، المراهق، السرطان، الصورة الجسمية، الوظيفة النفسية.

فهرس المحتويات

| الصفحة | الموضوع |
|----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| ا | الاهداء |
| ب | كلمة الشكر والتقدير |
| ج | الملخص |
| د | فهرس المحتويات |
| ي | فهرس الجداول |
| م | فهرس الأشكال |
| 1 | المقدمة |
| الفصل الأول: مدخل الى البحث | |
| 6 | أولاً: الخلفية النظرية للبحث والدراسات السابقة |
| 6 | 1- تقديم الموضوع وعرض الدراسات السابقة |
| 10 | أ- الدراسات السابقة المتعلقة بالاكتئاب عند المصاب بالسرطان |
| 15 | ب- التعليق على الدراسات السابقة |
| 16 | ج- موقع الدراسة الحالية من الدراسات السابقة |
| 17 | ثانياً: تحديد مشكلة الدراسة والتساؤلات المطروحة |
| 19 | ثالثاً: فروض الدراسة |
| 20 | رابعاً: أهداف الدراسة |
| 20 | خامساً: أهمية الدراسة |
| 22 | سادساً: منهج الدراسة |
| 22 | سابعاً: التعريفات الإجرائية لمفاهيم الدراسة |
| 22 | ثامناً: حدود الدراسة |
| الفصل الثاني: الاكتئاب في مجال علم الأورام النفسي | |
| 23 | تمهيد |
| 24 | أولاً: الاكتئاب دراسة نفس-مرضية |
| 24 | 1- تعريفات الاكتئاب |
| 26 | 2- أعراض الاكتئاب |
| 26 | أ- الأعراض الجسمية |

| | |
|----|-------------------------------------------------------|
| 27 | ب- الأعراض الانفعالية |
| 28 | ج- الأعراض المعرفية |
| 30 | 3- عوامل خطر الإصابة بالاكئاب في مرحلة المراهقة |
| 30 | أ- عوامل الخطر الشخصية |
| 30 | ب- عوامل الخطر الاجتماعية |
| 31 | 4- تصنيفات الاكئاب |
| 32 | أ- التصنيف من حيث السبب |
| 33 | ب- التصنيف من حيث المنشأ |
| 33 | ت- التصنيف من حيث مسيرة المرض |
| 34 | ث- د- التصنيف حسب الأعراض |
| 34 | ج- ه- التصنيف حسب "سكوت" (Scott, 1998) |
| 35 | ح- ه- التصنيف حسب الدليل التشخيصي الخامس |
| 37 | 5- النظريات المفسرة للاكئاب |
| 37 | أ- النظريات النفسية المفسرة للاكئاب |
| 41 | ب- النظريات البيولوجية المفسرة للاكئاب |
| 43 | 6- الاكئاب دون الاكلينيكي عند المراهق |
| 43 | 7- الاكئاب الناتج عن أمراض عضوية عامة |
| 45 | 8- الأعراض المميزة للاكئاب الناتج عن أمراض عضوية عامة |
| 46 | 9- التشخيص الفارقي |
| 46 | أ- اضطراب التكيف |
| 47 | ب- الصدمة النفسية |
| 47 | ج- الحصر |
| 48 | د- الحداد |
| 49 | ثانياً: علم الأورام النفسي |
| 49 | 1- تعريف علم الأورام النفسي |
| 50 | 2- تطور علم الأورام النفسي |
| 51 | 3- مجالات علم الأورام النفسي |
| 53 | 4- مفاهيم ذات صلة ب علم الأورام النفسي |
| 53 | أ- المراحل النفسية للسرطان |

| | |
|----|------------------------------------------------------------------|
| 56 | ب- العوامل المؤثرة على المعاش النفسي للمصاب بالسرطان |
| 57 | ج- الاستجابة التكيفية واللاتكيفية للسرطان |
| 60 | ثالثا: الاكتئاب عند المصابين بالسرطان |
| 60 | 1- إشكالية تشخيص الاكتئاب في مجال علم الأورام النفسي |
| 62 | 2- مدى انتشار الاكتئاب في مجال علم الأورام النفسي |
| 64 | أ- دراسة انتشار الاكتئاب من حيث الخصائص الاجتماعية والديموغرافية |
| 66 | 3- النسبة المرضية la morbidité |
| 66 | أ- نسبة التواتر المنتظم |
| 67 | ب- نسبة التواتر بعيد المدى |
| 67 | 4- تشخيص الاكتئاب في مجال علم الأورام النفسي |
| 68 | أ- النوبة الاكتئابية |
| 70 | ب- اضطراب الاكتئاب المتواصل |
| 71 | ج- الاضطرابات الاكتئابية الأخرى |
| 73 | 5- عوامل خطر الإصابة بالاكتئاب عند المراهق المصاب بالسرطان |
| 73 | أ- عوامل مرتبطة بالمصاب |
| 74 | ب- عوامل مرتبطة بالسرطان |
| 74 | 6- تأثير الاكتئاب على المصابين بالسرطان |
| 75 | 7- التشخيص الفارقي |
| 75 | أ- الضيق النفسي |
| 76 | ب- حالة إجهاد ما بعد الصدمة |
| 76 | ج- اضطراب التكيف |
| 76 | د- التراجع المعرفي |
| 76 | 8- علاج الاكتئاب عند المصابين بالسرطان |
| 76 | أ- العلاج الدوائي |
| 77 | ب- التكفل النفسي |
| 78 | ج- المقاربة الإدماجية |
| 78 | خلاصة الفصل |

| الفصل الثالث: السرطان في مرحلة المراهقة | |
|-----------------------------------------|------------------------------------------------|
| 79 | تمهيد |
| 80 | أولاً: السرطان عند المراهق |
| 80 | 1- السرطان عند المراهق: دراسة طبية |
| 80 | أ- آلية حدوث السرطان |
| 82 | ب- الخصائص البيولوجية للسرطان عند المراهق |
| 82 | ج- أنواع السرطان عند المراهق |
| 86 | د- إحصائيات حول السرطان عند المراهق |
| 90 | هـ- عوامل خطر الإصابة بالسرطان عند المراهق |
| 91 | و- علاج السرطان عند المراهق |
| 91 | أ- الأسس العلاجية |
| 91 | ب- أهداف علاج السرطان |
| 92 | ج- أنواع العلاج |
| 94 | د- المضاعفات |
| 96 | 2- السرطان عند المراهق: دراسة نفسية |
| 96 | أ- النموذج التفسيري البيولوجي النفسي الاجتماعي |
| 97 | ب- الضغط النفسي |
| 100 | ج- استراتيجيات التكيف |
| 101 | د- الألكستيميا |
| 102 | ثانياً: مرحلة المراهقة |
| 102 | 1- تعريف مرحلة المراهقة |
| 102 | 2- مراحل مرحلة المراهقة |
| 103 | 3- أبعاد مرحلة المراهقة |
| 103 | أ- التغيرات الجسمية |
| 103 | ب- البحث عن الهوية |
| 103 | ج- السلوكيات الخطيرة واللجوء الى الفعل |
| 103 | د- البحث عن الاستقلالية |
| 103 | 4- خصائص النمو في مرحلة المراهقة |
| 104 | أ- النمو الجسمي |

| | |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| 105 | ب- النمو العقلي |
| 105 | ج- النمو الانفعالي |
| 105 | د- النمو الاجتماعي |
| 105 | 5- أنماط المراهقة |
| 105 | أ- المراهقة المتوافقة |
| 106 | ب- المراهقة الانسحابية |
| 106 | ج- المراهقة العدوانية |
| 107 | د- المراهقة المنحرفة |
| 107 | 6- حاجات المراهق |
| 107 | ثالثا: المراهق المصاب بالسرطان |
| 108 | 1- المراهق والمرض المزمن والخطير |
| 108 | أ- تعريف المرض المزمن والخطير |
| 109 | ب- الإعلان عن تشخيص السرطان |
| 110 | 2- أثر الإصابة بمرض مزمن وخطير كالسرطان في مرحلة المراهقة |
| 110 | أ- تأثير السرطان على الصورة الجسمية والجانب النرجسي |
| 111 | ب- تأثير السرطان على العلاقة مع الموضوع |
| 112 | ج- الالتزام الصحي عند المراهق المصاب بالسرطان |
| 113 | خلاصة الفصل |
| الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية | |
| 115 | تمهيد |
| 115 | أولاً: منهجية الدراسة |
| 115 | ثانياً: الدراسة الاستطلاعية |
| 115 | 1- العينة ومواصفاتها |
| 118 | 2- الأدوات المستخدمة |
| 121 | 3- الخصائص السيكومترية لأدوات البحث |
| 121 | 4- الأساليب الإحصائية المستخدمة |
| 136 | 5- عرض النتائج وتحليلها |
| 137 | ثالثاً: الدراسة الأساسية |
| 137 | 1- العينة ومواصفاتها |

| | |
|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| 138 | 2- الأدوات المستخدمة |
| 140 | 3- الأساليب الإحصائية المستخدمة |
| 141 | خلاصة |
| الفصل الخامس: عرض النتائج وتحليلها | |
| 143 | تمهيد |
| 143 | أولاً: عرض وتحليل نتائج الفرضية الأولى |
| 144 | ثانياً: عرض وتحليل نتائج الفرضية الثانية |
| 144 | ثالثاً: عرض وتحليل نتائج الفرضية الثالثة |
| 145 | رابعاً: عرض وتحليل نتائج الفرضية الرابعة |
| 146 | خامساً: عرض وتحليل نتائج الفرضية الخامسة |
| 147 | سادساً: عرض وتحليل نتائج الفرضية السادسة |
| 147 | سابعاً: عرض وتحليل نتائج الفرضية السابعة |
| 162 | خلاصة |
| الفصل السادس: تفسير ومناقشة النتائج في ضوء فروضها | |
| 182 | تمهيد |
| 182 | أولاً: تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الأولى |
| 186 | ثانياً: تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الثانية |
| 190 | ثالثاً: تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الثالثة |
| 192 | رابعاً: تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الرابعة |
| 194 | خامساً: تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الخامسة |
| 198 | سادساً: تفسير ومناقشة نتائج الفرضية السادسة |
| 200 | سابعاً: تفسير ومناقشة نتائج الفرضية السابعة |
| 208 | الخلاصة العامة |
| 208 | التوصيات والاقتراحات |
| 211 | المراجع |
| 230 | الملاحق |

فهرس الجداول:

| رقم الجدول | العنوان | الصفحة |
|------------|--------------------------------------------------------------------------|--------|
| 1 | تصنيف الدراسات السابقة بما يخدم مناقشة الفرضيات | 17 |
| 2 | أسباب الاكتئاب الثانوي | 33 |
| 3 | يوضح أنواع الاكتئاب ومحدداته حسب DSM5 | 35 |
| 4 | مخططات سوء التوافق المستخدمة من طرف المكتتب | 39 |
| 5 | خصائص التفكير المشوه لدى المكتتب | 40 |
| 6 | الأمراض العضوية المسببة للاكتئاب | 42 |
| 7 | الأورام السرطانية المسببة لاكتئاب عضوي | 45 |
| 8 | الأبعاد العيادية لاضطراب التكيف | 46 |
| 9 | يوضح الفرق بين أعراض الحصر والاكتئاب | 48 |
| 10 | المشاكل النفسية التي تستدعي تدخل المختص في علم الأورام النفسي | 52 |
| 11 | العوامل المؤثرة على الاستجابة الاكتئابية | 58 |
| 12 | الاستجابات المتكيفة و الغير متكيفة | 59 |
| 13 | نسب انتشار الاكتئاب حسب نوع السرطان | 64 |
| 14 | نسب انتشار الاكتئاب حسب مراحل العلاج | 65 |
| 15 | نسب انتشار أنواع الاكتئاب عند المصابين بالسرطان-1- | 66 |
| 16 | نسب انتشار أنواع الاكتئاب عند المصابين بالسرطان-2- | 66 |
| 17 | مقاربات تشخيص الاكتئاب الحاد في مجال علم الأورام النفسي | 69 |
| 18 | الاقتراحات بخصوص تشخيص اضطراب سوء المزاج dysthymie عند المصابين بالسرطان | 71 |
| 19 | تشخيص الاكتئاب أثناء الإصابة بالسرطان | 72 |
| 20 | أنواع مضادات الاكتئاب المستخدمة في مجال علم الأورام | 77 |
| 21 | أنواع السرطانات الأكثر انتشارا في الولايات المتحدة الأمريكية | 87 |
| 22 | أنواع السرطان الأكثر انتشارا قبل 15 سنة في كندا | 88 |
| 23 | أنواع السرطان الأكثر شيوعا عند المراهق في فرنسا | 89 |
| 24 | أنواع علاج السرطان | 91 |
| 25 | مراحل تطور تناذر التكيف | 98 |

| | | |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 99 | سيرورة الضغط النفسي | 26 |
| 104 | التغيرات الجسمية الحاصلة في فترة المراهقة عند الذكر و الأنثى | 27 |
| 116 | خصائص أفراد العينة الاستطلاعية | 28 |
| 120 | بدائل المقياس و الدرجات المعتمد عليها | 29 |
| 120 | مستويات الاكتئاب | 30 |
| 122 | آراء المحكمين نحو مقياس الاكتئاب للمراهق المصاب بالسرطان | 31 |
| 123 | الفقرات المعدلة في مقياس الاكتئاب للمراهق المصاب بالسرطان | 32 |
| 124 | الفقرات المحذوفة في مقياس الاكتئاب للمراهق المصاب بالسرطان | 33 |
| 125 | البنود المضافة لمقياس الاكتئاب عند المراهق المصاب بالسرطان | 34 |
| 125 | نتائج حساب الاتساق الداخلي بين الفقرة والدرجة الكلية للبعد الأول: المزاج المكتئب | 35 |
| 126 | نتائج حساب الاتساق الداخلي بين الفقرة والدرجة الكلية للبعد الثاني: الشعور بالعجز و اليأس | 36 |
| 127 | نتائج حساب الاتساق الداخلي بين الفقرة والدرجة الكلية للبعد الثالث: الشعور بالذنب | 37 |
| 128 | نتائج حساب الاتساق الداخلي بين الفقرة والدرجة الكلية للبعد الرابع: الشعور باللامعنى | 38 |
| 129 | نتائج حساب الاتساق الداخلي بين الفقرة والدرجة الكلية للبعد الخامس: العزلة الاجتماعية | 39 |
| 130 | حساب الاتساق الداخلي بين الفقرة والدرجة الكلية للبعد السادس الغضب و الحساسية الزائدة | 40 |
| 131 | الاتساق الداخلي بين الفقرة والدرجة الكلية للبعد السابع نقص تقدير الذات | 41 |
| 132 | معاملات ارتباط الأبعاد بالمقياس الكلي: الاكتئاب عند المصاب بالسرطان | 42 |
| 133 | صدق المقارنة الطرفية بين مرتفعي ومنخفضي الدرجات باستخدام اختبار (ت) | 43 |
| 134 | نتائج حساب ثبات مقياس الاكتئاب عند المصاب بالسرطان عن طريق التجزئة النصفية | 44 |

| | | |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 135 | نتائج قيم معامل الفا لكرونباخ | 45 |
| 136 | نسب انتشار الاكتئاب لدى أفراد العينة الاستطلاعية | 46 |
| 136 | النسب المئوية للاكتئاب حسب المرحلة العمرية | 47 |
| 137 | مواصفات عينة الدراسة الأساسية | 48 |
| 143 | توزيع درجات الاكتئاب عند المراهق المصاب بالسرطان | 49 |
| 144 | الفروق في درجات الاكتئاب عند المراهق المصاب بالسرطان تعزى لمتغير الجنس باستخدام اختبار (ت) | 50 |
| 145 | نتائج تحليل التباين أحادي الاتجاه لأداء أفراد عينة الدراسة وفقا لمتغير نوع السرطان | 51 |
| 145 | نتائج تحليل التباين أحادي الاتجاه لأداء أفراد عينة الدراسة وفقا لمتغير مرحلة السرطان | 52 |
| 146 | الفروق في درجات الاكتئاب عند المراهق المصاب بالسرطان تعزى لمتغير نوع العلاج باستخدام اختبار (ت) | 53 |
| 147 | نتائج تحليل التباين أحادي الاتجاه لأداء أفراد عينة الدراسة وفقا لمتغير مدة العلاج | 54 |
| 148 | طبيعة علاقات حالة الأولى مع الإخوة | 55 |
| 149 | نتائج الحالة عبد الهادي على مقياس الاكتئاب عند المصاب بالسرطان | 56 |
| 150 | فئات وحدات المقابلة | 57 |
| 151 | تكرارات الفئات الخاصة بالمقابلة والنسب المئوية الخاصة بكل فئة | 58 |
| 153 | ديناميكية السياقات وإشكاليات كل قصة في TAT بالنسبة للحالة الأولى | 59 |
| 162 | خلاصة سياقات الحالة الأولى | 60 |
| 166 | طبيعة علاقات الحالة الثانية مع الإخوة | 61 |
| 166 | نتائج مقياس الاكتئاب عند المصاب بالسرطان بالنسبة للحالة الثانية | 62 |
| 167 | فئات وحدات المقابلة للحالة الثانية | 63 |
| 168 | نسب تكرار الفئات الخاصة بالمقابلة بالنسبة للحالة الثانية | 64 |
| 170 | ديناميكية السياقات و إشكاليات قصص TAT للحالة الثانية | 65 |
| 177 | خلاصة سياقات TAT للحالة الثانية | 66 |

هرس الأشكال

| الصفحة | الموضوع | رقم الشكل |
|--------|--------------------------------------------------|-----------|
| 34 | تصنيف "سكوت" Scott للاكتئاب | 1 |
| 87 | نسب انتشار السرطان في الولايات المتحدة الأمريكية | 2 |

المقدمة

المقدمة

أمام التزايد الكبير في نسب انتشار السرطان في العالم وما يسببه من معاناة هامة للمصاب باعتباره مرض مزمن وخطير يتميز بأساليب تشخيص وأنواع علاج عدائية، ظهر تخصص علم الأورام النفسي الذي يهدف إلى التكفل بالمصاب، الأسرة، والفريق المعالج من مختلف النواحي لمساعدتهم على التغلب على الصعوبات والمشاكل التي يعانون منها، من الناحية النفسية يهتم هذا التخصص بالكشف عن الاضطرابات النفسية التي يمكن أن يسببها السرطان والتكفل بها من بين هذه الاضطرابات نذكر الاكتئاب.

حيث اختلفت وجهات نظر الباحثين والمختصين فيما يخص الاكتئاب عند المصاب بالسرطان، فالبعض يعتبرونه استجابة عادية لحالة أصيبت بمرض يهدد وجودها ويسبب لها سلسلة من فقدان: فقدان الصحة، الأسرة، الدراسة، العلاقات الاجتماعية...إلخ، إلا أن باحثين آخرين كان لهم رأياً مناقضاً فاعتبروا أن هذه السلسلة من الإحباطات والفقدان يرهق الجهاز النفسي ما يؤدي إلى ظهور اضطراب الاكتئاب، هنا تبرز الحاجة إلى تقييم وتشخيص هذه الأعراض عند المصابين بشكل مستمر في مختلف مراحل التشخيص والعلاج من أجل تحديد هل هذه الأعراض عبارة عن استجابة عادية سيتجاوزها المصاب لاحقاً أم أنها أعراض مرضية لاضطراب الاكتئاب تحتاج إلى تكفل قد يكون نفسي فقط أو دوائي أيضاً، يتوقف ذلك على شدة الاضطراب. فبدأ الاهتمام بدراسة الاكتئاب في الولايات المتحدة الأمريكية لتظهر دراسات في البلدان الأخرى تدريجياً وصولاً إلى البلدان العربية والإفريقية إلا أن الدراسات فيها تبقى قليلة، تعد دراسة "ديروفاتيس وآخرون" (1983) Derogatis et autres من أوائل الدراسات والتي توصلت إلى أن نسبة انتشار الاكتئاب قدرت بـ 8%، تتراوح نسب انتشاره حسب الدراسات ما بين 0-58%، يرجع هذا الاختلاف في النتائج إلى عدة عوامل أهمها اختلاف أدوات تشخيص الاكتئاب وعدم ملاءمتها

لمجتمع الدراسة، يشير "يف" (Yves 2009) إلى أن انتشار الاضطرابات النفسية في مجال علم الأورام النفسي بشكل كبير بسبب غياب الاختبارات النفسية الخاصة بالتشخيص في هذا المجال وغياب المختصين المكونين، حيث تتداخل أعراض الاكتئاب مع أعراض السرطان والعلاج وتتشابه معها ما يستدعي بناء مقياس للاكتئاب خاص بالمصاب بالسرطان يعتمد على المقاربة البديلة لـ "أونديكوت" Endicott أين يتم تعويض الأعراض الجسمية المتشابهة بأعراض معرفية وانفعالية.

بالرغم من أن الدراسات تعددت واختلفت حالياً من حيث محدداتها المكانية والزمنية إلا أن أغلبها اهتم بفئة الراشدين المصابين بالسرطان، إنه من الضروري الاهتمام بتشخيص وتجديد نسب الانتشار عند الفئات العمرية المختلفة بحيث كل فئة تدرس بشكل مستقل وذلك بسبب اختلاف مميزات النمو بينها، ومن هنا تبرر إشكالية تشخيص الاكتئاب عند المراهق المصاب بالسرطان حيث أن معظم الدراسات تناولته مع فئة الأطفال بالرغم من الاختلاف الكبير بين المرحلتين العمريتين، لا يتم الفصل بينهما حتى في مراكز العلاج ما يؤثر سلباً على المراهق الذي يبحث عن الاستقلالية وتكوين الهوية.

فيما يخص الإحصائيات الخاصة بانتشار السرطان عند المراهق، لقد تم تشخيص ما بين 5000 إلى 6000 حالة جديدة سنوياً في الولايات المتحدة الأمريكية يبلغ عمرها ما بين 15-19 سنة، 500 إلى 600 منهم يتوفون بعد سنة ليعتبر السرطان ثالث سبب للوفاة في هذه المرحلة العمرية بعد الحوادث والانفجار (American Cancer Society ACS, 2019)، أوضح تحالف الاتحاد الفرنسي الإفريقي المتوسطي أن نسب انتشار السرطان عند المراهق في كل من الجزائر، المغرب، تونس، مصر و21 بلد إفريقي و3 بلدان أخرى في المحيط الهندي 40.000 حالة جديدة سنوياً (Alliance des ligues francophones, africaines et méditerranéenne ALIAM, 2017)، فيما يخص الإحصائيات

الخاصة بالسرطان عند المراهق في الجزائر فهي غير موجودة، أوضح البروفيسور خياطي أن 2% من المصابين بالسرطان في الجزائر أطفال، في الغالب تشمل هذه الفئة المراهق أيضا. (أمين، 2016).

فأشارت "ديهان" 2017 Dhehin إلى أن المراهقة هي مرحلة تغيرات واضطرابات تمس مختلف جوانب الشخصية، يضاف إليها مرض مزمن وخطير فيحتاج المراهق إلى عمل نفسي خاص بالمراهقة وعمل نفسي خاص بالمرض، أين مطالب المراهقة تتناقض مع التزامات المرض فكيف سيستمر المراهق في البحث عن الاستقلالية والهوية في وجود مرض يكبحه، تتأثر الصورة الجسمية بشكل كبير عند المراهق المصاب بالسرطان بسبب البلوغ من جهة والسرطان من جهة أخرى، إن التحولات الجسمية الناتجة عن البلوغ تجعل الجسم جنسي، مثير، جميل، أما تلك الناتجة عن السرطان تجعله لا جنسي، قبيح، تخنفي منه معالم البلوغ، فهو مطالب من جهة بتقبل وإدماج هذه التغيرات السريعة، العديدة والمتناقضة ثم التخلي عنها واستبدالها بأخرى، فتتأثر بذلك الصورة الجسمية وتفقد الشعور بالاستمرارية ما يؤثر على الجانب النرجسي، كما تتأثر الهوية الجنسية، كل ذلك يؤدي إلى ظهور الاكتئاب لديهم. كما أوضحت دراسة "هادستروم وآخرون" (2005) Hedsoon et autres التي أجريت بالسويد على المراهقين المصابين بالسرطان وتوصلت إلى أن 21% منهم يعانون من اكتئاب، يؤثر ذلك على جودة حياتهم، علاقتهم مع المحيط والفريق الطبي، يكون معدل البقاء عندهم أقل ويتأثر الالتزام الصحي بسبب ذلك.

ومنه حاولت الدراسة الحالية تسليط الضوء على الاكتئاب عند المراهق المصاب بالسرطان، وحاولت دراسة تأثير متغير: الجنس، نوع السرطان، مرحلة السرطان، نوع العلاج ومدة العلاج عليه، كما حاولت دراسة أثر الاكتئاب عند حالتين ذكر وأنثى.

انقسمت إلى مقدمة وستة فصول: الفصل الأول كان مدخلا إلى الدراسة عالج الدراسات السابقة المتعلقة بالموضوع، حدد مشكلة البحث، فروضها، أهميتها، أهدافها، بالإضافة إلى المنهجية المعتمدة، كما حدد المفاهيم الإجرائية للدراسة. أما الفصل الثاني فتناول الاكتئاب في مجال علم الأورام: شمل الاكتئاب، أعراضه، أسبابه مع الإشارة إلى الاكتئاب العضوي وإلى الاكتئاب عند المراهق، بالإضافة إلى عوامل الخطر... إلخ، ثم تناول علم الأورام من تعريفات، مجالات، مفاهيم ذات صلة بالتخصص، وأخيرا عرض الفصل الاكتئاب في مجال علم الأورام حدد فيه إشكالية تشخيص الاكتئاب، مدى انتشاره، تأثيراته على المصاب، تشخيصه وعلاجه، الفصل الثالث تناول السرطان عند المراهق، ثم تناول المراهق بداية من تعريفات، مظاهر ثم تم التطرق إلى خصوصية السرطان عند المراهق من الناحية الطبية: من خصائص بيولوجية للسرطان عند المراهق، الأنواع، إحصائيات، عوامل الخطر والعلاج، كما تم تناول خصائص السرطان النفسية كالتفكير العملي أو الالكتستيميا وخصائص أخرى ليختم الفصل بعرض التأثيرات المختلفة للسرطان على المراهق.

تناول الفصل الرابع الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية من منهجية الدراسة الاستطلاعية من عينة، الأدوات بما فيها من الخصائص السيكومترية والأساليب الإحصائية ثم أخيرا الدراسة الأساسية التي شملت عينة الدراسة الأساسية، الأدوات... إلخ، الفصل الخامس تم التطرق فيه إلى عرض نتائج الدراسة وأخيرا الفصل السادس تم فيه تفسير ومناقشة نتائج فرضيات الدراسة، وختمت الدراسة بخاتمة وتوصيات، حيث استعنا بقائمة من المراجع ومجموعة من الملاحق.

الفصل الاول: مدخل الى الدراسة

أولاً: الخلفية النظرية وصياغة الاشكالية

ثانياً: فروض الدراسة

ثالثاً: أهداف الدراسة

رابعاً: أهمية الدراسة

خامساً: منهج الدراسة

سادساً: التعريفات الاجرائية لمفاهيم الدراسة

سابعاً: حدود الدراسة

أولا : الخلفية النظرية للبحث و صياغة الاشكالية:

يعد الاكتئاب من أكثر مشكلات الصحة النفسية شيوعا، يسبب حالة من العجز للمصاب به ما يوضح خطورته ودرجة تأثيره على الحالات خصوصا اذا كان نتيجة بمرض عضوي كالسرطان الذي يؤثر جذريا على حياة المصابين ويسبب سلسلة من فقدان والاتصال والمعاناة. يحدث ذلك في مرحلة عمرية حساسة تحدث فيها تغيرات جسمية متعددة مصحوبة بإعادة تنظيم نفسي. هنا يحتاج المراهق الى عمل نفسي مضاعف ومعقد يرهق الجهاز النفسي. كل ذلك يؤثر على المراهق المصاب بالسرطان. من بين الدراسات السابقة الي اهتمت بموضوع الاكتئاب عند المصابين بالسرطان نجد:

دراسة "ديروقاتيس، مورو، فيتينغ، بانمان، باسيتسكي، شمال، هينريشوكارنيك" (Fetting, Derogatis, Morrow, Penman, Pasetsky, Schmale, Henrichs, Carnicke, 1983) حاولت هذه الدراسة، التعرف على نسب انتشار الأمراض النفسية عند المصابين بالسرطان: اضطراب التكيف، الحصر، الاكتئاب و اضطرابات الشخصية أيضا. تكونت عينة الدراسة من 115 حالة، وتم استخدام المقابلة النصف موجهة والاعتماد على معايير الدليل التشخيصي الثالث DSM3. خلصت الدراسة إلى النتائج التالية: 98% من أفراد العينة يعانون من اضطرابات نفسية، و 13% يعانون من اضطراب التكيف، بينما 8% يعانون من اضطراب الاكتئاب، و 7% يعانون من اضطرابات في الشخصية، وأخيرا 4% يعانون من اضطراب الحصر.

دراسة "ماسي" (Massi, 2004)، تضمنت هذه الدراسة انتشار الاكتئاب عند المصابين بالسرطان، وهي دراسة ما وراء تحليلية، حيث قامت بمسح شامل لكلا الدراسات السابقة المتعلقة بالاكتئاب لدى المصابين بالسرطان منذ سنة 1960 والتي أجريت في عدة دول من بينها: الوم، فلوريدا، تكساس، الصين... الخ. وخلصت إلى النتائج التالية: الاكتئاب الحاد يتراوح حسب الدراسات ما بين 0-38%، بينما تناذر طيف الاكتئاب يتراوح ما بين 0-58%، حيث فسرت الاختلاف في النتائج بين الدراسات إلى مجموعة أسباب ترتبط بالإطار النظري المعتمد في دراسة الاكتئاب، واختلاف الأدوات المستخدمة لقياس الاكتئاب، ثم اختلاف مجتمعات الدراسة.

دراسة "أوكامورا، ياماواكي، أكاشي، تانيقوشي، أوشيتومي" (M.Okamura, S.Yamawaki, 2005) هدفت الى التعرف على نسب انتشار الاضطرابات النفسية عند المصابات بسرطان الثدي بعد الانتكاسة الأولى وكذا التعرف على العوامل المصاحبة لذلك و تأثيرها على

جودة حياة المصابة. تكونت العينة من خمسون حالة، فيما يخص الأدوات تم استخدام المقابلة النصف موجهة التي اعتمد فيها على معايير الدليل التشخيصي الثالث و الرابع في تشخيص الاكتئاب، توصلت الدراسة الى أن 22% من المصابات تعاني من اضطرابات نفسية، 2% تعاني من نوبة اكتئابية حادة، 2% تعاني من حالة اجهاد ما بعد الصدمة و 20% تعاني اضطرابات التكيف. بالنسبة للعوامل المصاحبة كانت كالتالي: اضطرابات انفعالية، تشوه في الصورة الجسدية، نظرة سلبية للمستقبل ما يؤثر سلبا على جودة الحياة لديهم.

دراسة "ميشال، شان، هالتون، قراسي، جوهاسن، ميدر" (AJ.Mitchell, M.Chan, H.Bhatti, 2011) هدفت الى دراسة انتشار الاكتئاب، القلق واضطرابات التكيف في مجال علم الاورام، أمراض الدم و العناية التلطيفية أجريت الدراسة بالمملكة المتحدة، اعتمدت على معايير الدليل التشخيصي DSM و CIM. خلصت الى أن 14.3% من الحالات الموجودة في الرعاية التلطيفية تعاني من اكتئاب الحاد، 9.6% من الحالات تعاني من اكتئاب البسيط، 15.4% من الحالات تعاني من اضطراب التكيف، 9.8% من الحالات تعاني من الحصر. في مجال علم الأورام وأمراض الدم توصلت الى أن 14.9% من الحالات تعاني اكتئاب حاد، 19.2% تعاني من اكتئاب بسيط، 2.77% تعاني من عسر المزاج

دراسة بيرل، قرير، تراجر، جاكسون، لان، قالاغير، بيراز-كروز، هيست، تامل (W.Pirl, 2012) JA.Greer, L.Traeger, V.Tackson, IT.Lennes, ER.Gallagher, P.Perez-Cruz, RS.Heist, JS.Temel) هدفت الدراسة الى قياس الاكتئاب وعلاقته بمعدل العيش عند المصابين بسرطان الرئة الانبثاثي بالولايات المتحدة الأمريكية، أجريت على عينة مكونة من 151 حالة، تم الاعتماد على معايير الدليل التشخيصي DSM و مقياس Patient health questionnaire 9 (PHQ-9). تم تطبيق المقياس في بداية التشخيص و بعد اثنا عشر أسبوع. خلصت الى أن 14% من الحالات كانت تعاني من النوبة الاكتئابية الحادة في التطبيق الاول، 7% كانت تعاني من النوبة الاكتئابية الحادة في التطبيق الثاني، أما فيما يخص علاقتها مع معدل البقاء فان درجات الاكتئاب لم ترتبط بشكل دال مع تحسن معدل البقاء في الدراسة.

دراسة ليندن، فودرماير، ماكينزي، قريق (W.Linden, A.Vodermaier, R.Mackenzi, D.Greig 2012) أجريت الدراسة في كندا ما بين 2004 - 2009 كان الهدف منها تحديد نسب انتشار كل من الاكتئاب والقلق عند المصابين بعد تشخيص السرطان لديهم. تكونت العينة من 10153 حالة، تم الاعتماد على

مقياس الشاشة النفس_اجتماعية للسرطان psychosocial screen for cancer. خلصت الدراسة الى أن 12.9% يعانون من اضطراب الاكتئاب و16.5% يعانون من أعراض الاكتئاب. درست الفروق فتوصلت الى وجود فروق من حيث النوع لصالح سرطان الرئة، الدم و الجهاز التناسلي، أما من حيث الجنس فكانت لصالح الاناث.

دراسة وولكر، هولم هانسن، مارتين، ساوهني، تيكونبورات، بيل، سيمينوييد، وول، موراي، بيل (2012) J.Walker, C.Holm Hansen, P.Martin, A.Sawhney, P.Thekkumpurath, C.Beale

أجريت الدراسة بالمملكة المتحدة،تضمنت هذه الدراسة انتشار الاكتئاب عند المصابين بالسرطان، وهي دراسة ما وراء تحليلية"، حيث قامت بمسح شامل لكالدراسات السابقة المتعلقة بالاكتئاب لدى المصابين بالسرطان، خلصت الى أن 5-16% من المصابين الخارجيين يعانون من اكتئاب، 4-14% من المصابين مع استشفاء يعانون من اكتئاب، 7-49% يعانون من اكتئاب المصابين في الرعاية التلطيفية دراسة كريبر، بوفار، كليجين، ريبما، دو بري، ليما، بيكر، براق، فانستراتن، كوجيبار، فيردونك دو ليو(2014) AMH.Krebber, LM.Buffart, G.Klejin, IC.Riepma, RDe Bree, CR.Leemans, 2014

أجريت الدراسة في هولندا بهدف معرفة مدى انتشار الاكتئاب عند المصابين بالسرطان سواء تم التشخيص باستخدام المقابلات التشخيصية أو بالاعتماد على مقاييس التقييم الذاتي كمقياس هادس للاكتئاب HADS-D ودراسة الفروق في الانتشار من حيث: الأدوات، نوع السرطان و مرحلة العلاج. شملت الدراسة 211 حالة. توصلت الى مايلي: 8-24% من الحالات يعانون من اكتئاب، بالنسبة للنسب من حيث نوع السرطان كانت كالتالي: 3% بالنسبة للمصابين بسرطان الرئة، 31% بالنسبة للمصابين بسرطان الجهاز الهضمي.

دراسة هاميش سميت(2015) Hamish R Smith: هدفت الى البحث في الأسباب النفسية، الاجتماعية و الأسباب العضوية للسرطان كالتهابات و تلف الخلايا، الخ وكيف يؤثر ذلك على المصاب. اهتمت الدراسة أيضا بالعلاج المعتمد في علاج الاكتئاب عند هذه الفئة: النفسي، الدوائي أو كلاهما(الدراسة ما وراء تحليلية).خلصت الى ان الاكتئاب يمس 10% من المصابين، كما أن الأنتركولين والكورتزول المرتبطان بالاستجابة المناعية مرتفعان عند المصابين بالسرطان الذين يعانون من اكتئاب، الجهاز العصبي، المناعي و الداخلي يؤثر في بعض الحالات على الاستجابة الاكئابية الى جانب عدم وجود بروتوكول علاجي واضح لعلاج الاكتئاب عند المصابين بالسرطان.

دراسة كاروزو، ناني، ساباتو، ريبا، كروس وقراسي (2017) R.Caruso, MG.Nanni, M.Riba, (2017): شملت الدراسة عدة دول: اطاليا، الوم أ وهولندا توصلت الى أن 5-60% من المصابين يعانون من اكتئاب فأرجعت الاختلاف في النتائج الى ما يلي: الأدوات المعتمدة، مرحلة السرطان و نوع السرطان.

دراسة لي، لين، وانغ، لي، شان، شونغ، هانغ (2019) Y.Lee, PY.Lin, MC.Lin, CC.Wnag, (2019): هدفت الدراسة الى التعرف على النسبة المرضية والعوامل المصاحبة لاضطراب الاكتئاب عند المصابين بسرطان الرئة. تكونت العينة من 105 حالة. تم الاعتماد على الأدوات التالية: المقابلة العقلية- العصبية، مقياس القلق والاكتئاب لهاميلتون، مقياس التعب المختصر، السلم الرقمي للألم. خلصت الى أن الاكتئاب ينتشر بنسبة 25%.

فيما يخص الدراسات العربية التي اهتمت بالاكتئاب عند المصابين بالسرطان نجد: دراسة تاروات (2008): هدفت الى قياس نسب انتشار الاكتئاب عند المصابين بالسرطان مع دراسة الفروق فيما يخص خصائص سوسيوديموغرافية، خصائص متعلقة بالسرطان وخصائص مرتبطة بمحيط المصاب. اعتمدت الدراسة على المنهج الإحصائي، استخدمت الأدوات التالية: مقياس بيك Beck للاكتئاب، استبيان يشمل الخصائص المذكورة سابقا بالإضافة إلى المقابلة النصف موجهة التي تعتمد على معايير الدليل التشخيصي الرابع في تشخيص الاكتئاب، DSM4 تكونت العينة من 100 حالة، توصلت الى أن: 15% من الحالات تعاني من اضطراب الاكتئاب الحاد، 6% عانت سابقا من اضطراب الاكتئاب الحاد. فيما يخص الشدة توصلت الى أن: 13.3% تعاني من اكتئاب بسيط، 60% تعاني من اكتئاب متوسط، 26.7% تعاني من اكتئاب حاد.

دراسة حسن (2014): هدفت الدراسة الى كشف مستوى الاكتئاب، الثقة بالنفس و الرضا عن الحياة عند مرضى السرطان وعلاقتها بمتغير النوع. تم اعتماد المنهج الوصفي التحليلي، تكونت العينة من خمسة وثمانون حالة: اثنان وثلاثون ذكور وثلاثة وخمسون اناث. فيما يخص الأدوات تم الاعتماد على مقياس بيك beck للاكتئاب . تخلصت الى أن مستوى الاكتئاب منخفض عند المصابين بالسرطان ولا توجد فروق تعزي لمتغير النوع لدى مرضى السرطان.

دراسة سعيد (2016): هدفت الدراسة الى الكشف عن قدرة صورة الجسد وبعض المتغيرات على التنبأ بالاكتئاب لدى مريضات سرطان الثدي هي: العمر، الحالة الاجتماعية، مدة الاصابة، مرحلة الاصابة،

العلاج النفسي، الجراحي، الاشعاعي، الكيميائي و اعادة ترميم الثدي. شملت الدراسة 118 حالة، اعتمدت على مقياس صورة الجسد للكركي و مقياس الأعراض الاكتئابية توصلت الى أن: مستوى الاكتئاب متوسط عند الحالات ويوجد علاقة سالبة دالة احصائيا بين مستوى الاكتئاب ومستوى الرضا عن صورة الجسد.

دراسة أبو عيشة(2017): أجريت الدراسة بفلسطين هدفت الى التعرف على العلاقة بين نمو ما بعد الصدمة وأعراض الاضطراب النفسي لدى المصابين بالسرطان وفقا للمتغيرات التالية: الجنس، السن، احالة الاجتماعية، المستوى التعليمي، مستوى الدخل، مدة المرض، نوع المرض، نوع العلاج. تكونت العينة من 120 حالة، اعتمد الباحث على عدة مقاييس من بينها مقياس بيك Beck للاكتئاب. خلصت الى أن مستوى الاكتئاب يتراوح بين الاكتئاب المتوسط و الشديد ولا توجد فروق ذات دلالة إحصائية تعزى الى المتغيرات المذكورة سابقا.

دراسة سلطان(2017): أجريت الدراسة بالعراق وهدفت الى التعرف على مستوى الاكتئاب النفسي لدى مرضى السرطان بمركز مصراتة للأورام. تكونت العينة من 230 حالة، فيما يخص الأدوات استخدمت الدراسة مقياس بيك Beck للاكتئاب ونموذج البيانات الأساسية للجنس ونوع العلاج. توصلت الى أن: معظم مرضى السرطان لديهم اكتئاب شديد، لا يوجد فروق ذات دلالة احصائية في مستوى الاكتئاب تعزى لمتغير الجنس وتوجد فروق ذات دلالة احصائية في مستوى الاكتئاب النفسي تعزى لمتغير نوع العاج لصالح العلاج الكيميائي.

بالنسبة للدراسات التي أجريت على المراهقين المصابين بالسرطان والمتعلقة بالاكتئاب نجد:

دراسة سوهامي، نيومان وألان(RL.Souhami, SP.Newman, R.Allen 1997): أجريت الدراسة بالمملكة المتحدة، بهدف التعرف على التأثير الانفعالي الناتج عن تشخيص الإصابة بالسرطان في مرحلة المراهقة، على المصاب وعائلته مع تحديد استراتيجيات التكيف المعتمدة. أجريت الدراسة على اثنان وثلاثون مراهق، ثلاثة وأربعون أم و سبعة و عشرون أب. الدراسة كانت دراسة مقارنة اعتمدت على مقياس بيك Beck للاكتئاب و مقياس القلق (STAI) توصلت الى ما يلي: لا وجد فروق دالة إحصائيا بين نتائج المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة فيما يخص درجات القلق والاكتئاب، تعاني المراهقات المصابات بالسرطان من درجات قلق مرتفعة مقارنة بالذكور المصابين بالسرطان.

دراسة "هادستورن، لجانغمان وفون ايسان" (M.Hedstrom, G.Ljungman, L.VonEssen 2005): أجريت الدراسة بالسويد هدفت الى دراسة الضيق النفسي عند المراهق، تكونت العينة من ستة و خمسون حالة شخصوا بالسرطان منذ أربعة الى ستة أسابيع. فيما يخص الادوات استخدمت الدراسة المقابلة الموجهة وسلم القلق والاكتئاب الخاص بالمستشفى مكان الدراسة. خلصت الى أن 21% من الحالات يعانون من اضطراب الاكتئاب، توجد علاقة طردية بين الألم و الاكتئاب.

دراسة "فون ايسان، اونسكار، كروجر، لارسون وسجودان" (L.Von.Essen, K.Enskar, 2007): هدفت الدراسة الى تقييم و مقارنة درجات الاكتئاب و القلق عند مراهقين مصابين بالسرطان وخاضعين للعلاج ومراهقين غير مصابين بالسرطان ما بين ثمانية الى ثمانية عشر سنة. تكونت العينة من واحد و خمسون حالة: ستة عشر حالة مصابة بالسرطان وخمسة وثلاثون غير مصابة. تم تطبيق مقياس الاكتئاب عند الطفل CDI وسلم القلق عند الأطفال RCMAS ، توصلت الى أن: 14% من الحالات تحصلوا على درجات مرتفعة في مقياس الاكتئاب وأنه لا يوجد فروق فيما يخص درجات القلق والاكتئاب بين المراهقين المصابين والغير مصابين بالسرطان.

دراسة جونفاردن، ماتسون و فون ايسان (A.Jongarden, E.Mattson, L.VonEssen 2007): هدفت الدراسة الى التعرف على تطور كل من جودة الحياة، القلق والاكتئاب عند المصابين بالسرطان في فترة المراقبة. الدراسة كانت مقارنة تم الاعتماد على مقياس HADS ، طبق عند التشخيص، بعد ستة أشهر، اثنا عشر شهرا، ثمانية عشر شهرا . النتائج كانت كالتالي: توجد فروق دالة إحصائيا في درجات المقياس بين العينة التجريبية و الضابطة وأنه يوجد تحسن في الأعراض بعد ثمانية عشر شهرا من الإصابة

دراسة "لارسون، مالتسون و فون ايسان" (G.Larson, E.Maltson, L.VonEssen 2010): هدفت الدراسة الى معرفة تطور جودة الحياة، الاكتئاب و القلق عند المراهقين المصابين بالسرطان، الدراسة دامت أربع سنوات، تكونت العينة من واحد و ستون حالة. تم استخدام سلم HADS للقلق والاكتئاب طبق عند التشخيص، بعد ستة، اثنا عشر، ثمانية عشر، أربعة وعشرون، ستة وثلاثون وثمانية وأربعون شهرا. كانت الدراسة مقارنة حيث قورنت النتائج مع مجموعة ضابطة تكونت من 300 مراهق، توصلت الى أنه حتى 6 أشهر بعد تشخيص كانت نتائج المراهقين المصابين منخفضة فيما يخص جودة الحياة و مرتفعة فيما يخص الاكتئاب مقارنة بالمجموعة الضابطة، تنعكس النتائج في التطبيق الثالث والسادس أين تحصل المراهقون المصابون على نتائج أحسن مقارنة بالمجموعة الضابطة.

دراسة "ويليام، لوباز، جويس شانغ، يان هو، شيو" (HC.William.Li, V.Lopez, 2013): هدفت الى التعرف على تأثير السرطان وعلاجاته المختلفة على الجانب الجسمي، النفسي والاجتماعي، تكونت العينة من 137 حالة تبلغ من العمر ما بين تسعة الى ستة عشر سنة. تم استخدام مقياس لقياس الأعراض الاكتئابية وآخر لتقدير الذات. توصلت الدراسة الى أن أكثر من نصف العينة تعاني من أعراض اكتئابية كما أن درجات تقدير الذات كانت منخفضة.

دراسة "شان، بون، قوه، قان، تان، ياو، شويبا، شي، لاو، ناقافالي، دارام و آخرون" (A.Chan, 2018) E.Poon, W.Goh, Y.Gan, CH.Tan, K.Yeo, A.Chua, M.Chee, YC.Law, N.Nagavalli, S.Daram et autres): هدفت الدراسة الى تقييم الضيق النفسي عند المراهقين الأسيويين و الشباب المصابين بالسرطان باستخدام محرار الضيق النفسي على المصابين بالسرطان ما بين 15-39 سنة دامت ستة أشهر، توصلت الى أن: 41.5% من الحالات يشعرون بالحزن

بالإضافة الى الدراسات ذات العلاقة بمتغيرات الدراسة والتي تشمل مجموع الدراسات المرتبطة بمتغيرات الدراسة و التي تم الاعتماد عليها في تفسير نتائج الدراسة.

دراسة "تبيرغيان و بارفيتيسارفينيان" (S.Tiberghien, V.Barfety-Servignat 2019): تهدف الدراسة الى الكشف عن المعاش النفسي للمصاب بالسرطان و الذي يتميز بالألام المستمرة والمتكررة والشديدة.توصلت الى أن المعاش النفسي للمصاب بالسرطان يتميز بالألم جسمية ناتجة عن المرض ما يؤثر على وظيفته النفسية كالتالي: الاحساس المتكرر أو المتواصل بالألم يجعل المصاب يركز على جسمه الحقيقي، هذه الاهتمامات تكون السبب في ظهور أعراض مرافق *sympômes hypocondriaques* عند المصاب، فيعيش المصاب بشكل دائم انفعالات غير سارة مرتبطة بالألم، المرض الخطير و بالتالي المأل، أما في مرحلة الهجوع يعيش المصاب حالة من التناقض يكون مصدر للضغط ناتج عن القلق والألم الذي يستمر والذي يكون من مضاعفات العلاج حيث يعتبر الألم مؤشر لاختفاء المرض أو عودته، ان الألام تكون مصحوبة بمعاش صدمي.

دراسة أنسكار، كارلسون، فولستار، هامريم (K.Enskar, M.Carlson, M.Golsater, E.Hamrim(1997) هدفت الى تحديد تجربة المراهق الخاصة في مختلف مجالات ووضعيات الحياة التي تأثرت بالمرض وما ينتج عنه من مضاعفات. الدراسة عيادية أجريت على عشر حالات، تم الاعتماد على تقنية سرد القصة وتقييم المشاكل النفسية كمياً باستخدام عدة مقاييس. حددت المجالات التي تتأثر بسبب المرض والعلاج عند المراهق في: المرض والعلاج وما يسببونه من مضاعفات جانبية، العزلة، التدخلات الطبية،

الهوية، المشاكل الانفعالية ، الدعم المرتبط بالأسرة، الأصدقاء، الأقران، تأثير استجابة الأسرة من الوالدين، الأخوة و الأخوات، تأثير جودة الرعاية و التي تحددت في الفريق المعالج، المعلومات المقدمة، الأجهزة.

دراسة "واطسن، هافيلاند، قرير، بافيدسون، وبيل" (Watson, Haviland, grrer, Pavidson, 1999) والتي هدفت إلى معرفة تأثير الاستجابة النفسية على مدة العيش بالنسبة لسرطان الثدي في الولايات المتحدة، قامت الدراسة بتتبع نساء مصابات بالسرطان من سنة إلى 5 سنوات، توصلت إلى أن الشعور بالاكنتاب جراء الإصابة بسرطان الثدي يستمر حتى بعد مضي عدة سنوات على ذلك.

دراسة "ريفت، جينوم، هورنيساك، مانكان" (Reffat, Gunnome, Hornicek, Mankin2002) والتي قامت بمقارنة جودة الحياة بين الحالات المبتورة نتيجة السرطان والحالات غير المبتورة، توصلت فيما يخص الاستقلالية أنه حتى الحالات غير المبتورة تتأثر استقلاليتها فتجد صعوبة في التنقل، صعود الدرج...إلخ.

دراسة "لين وودقات" (R.LynnWoodgate 2005): هدفت الى تقييم الوظيفة النفسية-الاجتماعية للمراهق المصاب بالسرطان، البحث في الصورة الجسدية التي تشوهت بسبب المرض وكذلك البحث في تقدير الذات وكيفية تأثير السرطان عليه. تم الاعتماد على المقابلة المفتوحة: الفردية منها والجماعية والملاحظة، المنهج المستخدم هو المنهج العيادي. توصلت الى أن جسم المراهق يتأثر بالسرطان ما سلبا على تقدير الذات لديه، فيما يخص طرق عيش المراهق المصاب حددت في الدراسة كالتالي: العيش كسجين، العيش كعاجز، العيش كغريب، العيش كطفل.

دراسة "حسيسن، كيللي، كابابري، ناصر ناشف، خرساني، وخاطب" (Hesseissen, Kili, 2009) والتي هدفت إلى دراسة الإعلان والتأثيرات النفسية الجسمية والاجتماعية للمرض والعلاج عند المراهق الذي خضع لعلاج سابقا في المغرب، قارنت الدراسة تأثير بعض الآثار الجانبية للعلاج؛ سقوط الشعر بين المراهقين والمراهقات، توصلت إلى أن 75% من المراهقات راودهن شعور بالخزي، الاكنتاب وتجرد الشخصية مقابل 43% من الذكور كما أن 65% من الحالات دراستهم تأخرت عن الدراسة و 17% توقفوا كليا عن الدراسة، كما توصلوا إلى أن أكثر ما يؤثر على الحالات هو فقدان الدراسة.

دراسة "بوتان لونجفيل وآخرون" (Buttin Longueville 2010) بدراسة المعاش النفسي لمراهقين شفيوا من السرطان (مرحلة الهجوع)، توصلت إلى أن المراهق يعيش حالة من التناقض والشك، وبالرغم من غياب الأعراض، العلاج يبقى خطر الانتكاسة ما يتطلب مراقبة طبية، نهاية العلاج تشكل صدمة بالنسبة للمراهق كما أشارت إلى أن المراهق داخل إشكالية الهوية يحتاج إلى عمل نفسي هام من أجل التكيف والمرور إلى وضعية سليم، مع مشكل هام في الاستقلالية الضرورية في المراهقة.

دراسة "فارال، بريرلي، بيلينغ، هولاسيوتي" (Farrel, Bearly, Pelling, Hollasiotis, 2013) درست أثر الغثيان على الوضعية الغذائية للمصاب، الضيق النفسي وجودة الحياة وجدت الدراسة أن من 55.2% إلى 72.9% من المصابين يعانون من الغثيان، من 20.5% إلى 29.2% منهم يعانون من غثيان حاد الذي يؤثر على الوظيفة الجسمية، جودة الحياة ويسبب ضيق نفسي. إن الغثيان المذكور يفقد المصاب الرغبة في الأكل، يرتبط كذلك بالتعب الذي يكون مستمر، غير عادي، شديد لا يتحسن حتى بعد الراحة أو للنوع عند المراهق المصاب بالسرطان.

دراسة "زيناك، نيكودام، أوكاي، راي، سوبا" (Zingg, Nicodeme, Uckay, Ray, Sova 2014) أنه إذا كان البتر تحتالركبة ف 60% من الحالات تحتفظ باستقلاليتها، أما إذا كان البتر فوق الركبة فقط 20% من الحالات تحافظ على استقلاليتها.

دراسة "شريف؛ كمال عبد الرحمن، يوسف؛ عبد الهادي، عبد الباسط؛ حليم" (Sherif Kamel 2015) (Abdallah, Youssef Abdhady, Abdelbaset Halim) هدفت إلى تقييم تقدير الذات عند الأطفال الخاضعين لعلاج كيميائي بسبب إصابتهم بسرطان الدم اللمفاوي الحاد توصلت إلى أن 84.83% يعانون من مستوى منخفض في تقدير الذات.

دراسة "إمام، ميلر، فينلايسون، انج، وجاروس" (Imam, Miller, Finlayson, Eng, Jarus 2017) والتي هدفت إلى تحديد أسباب بتر الأطراف السفلية في كندا ما بين 2006-2011 توصلت إلى أن 1.8% فقط ناتجة عن السرطان.

دراسة "أحمدبانتاغار ميسرا، كورانا جوسي أحمد" (Ahmed, Bhatnagar, Meshra, Khurana, 2017) (Joshi, Ahmed) التي أجريت في الهند على المبتورين جراء السرطان، اهتمت بدراسة العضو الشبح، الإحساس به وبالألم على مستواه، كما درست الاضطرابات المصاحبة، توصلت إلى أن من بين الاضطرابات النفسية الناتجة عن البتر جراء السرطان: اضطراب في النوم، اضطراب الاكتئاب.

دراسة "دروو، كابل وفوندار ربي" (D.Drew, A.Kable, P.VanderRiet 2019): هدفت الى دراسة تجارب المراهق في مواجهة السرطان، كانت الدراسة ما وراء تحليلية شملت كل الدراسات الأدبية التي تدرس تجربة المراهق المصاب بالسرطان بهدف فهم كيف تأثرت طريقة عيش المراهق بسبب السرطان لتوفير الرعاية المناسبة. توصلت الى أن الإصابة تجعل المراهق مختلف عما كان سابقاً، أكدت على ضرورة التواصل معه ومشاركته المعلومات (توفير المعرفة)، كما أكدت على أهمية الأصدقاء، الأقران والعلاقات بالنسبة للمراهق.

دراسة كوستاك، سيمارسي، ايران، اوسي، سافران (2019) MA.Kostak, R.Semerci, T.Eren, G.Auci, F.Savran: هدفت الدراسة الى الكشف تجربة حياة المراهق بعد اصابته بالسرطان. اعتمدت الدراسة على الأدوات التالية: المقابلة النصف موجهة، تكونت العينة من اثنا عشر مراهق مريض ما بين عشر الى ثمانية عشر سنة. توصلت الى أن المراهق يعيش حالة: صدمة، حزن، خوف، قلق، فضول لمعرفة التشخيص والى أن المراهقين يتأثرون بسبب عدم القدرة على التمدد.

ان معظم الدراسات التي تطرقت الى الموضوع هي دراسات أجنبية، وأولها الولايات المتحدة الأمريكية، كندا، الأمم المتحدة، الخ. بعض الدول الآسيوية كاليابان، دول أوربية كهولندا. الدراسات العربية التي اهتمت بالاكنتاب عند المصاب بالسرطان قليلة، دراسة في المغرب، السودان، الأردن، فلسطين والعراق. أما تلك التي تدرس فئة المراهقين و مدى انتشار الاكنتاب لديهم لم تجد الباحثة أي دراسة عربية سابقة كل الدراسات كانت أجنبية: المملكة المتحدة، السويد، الصين. حتى الدراسات الأوربية قليلة. هذا ما يشير الى نقص في الدراسات في مجال علم الأورام النفسي في الدول العربية و اهتمامها بمواضيع وفئات معينة على حساب أخرى. أما فيما يخص نقص الدراسات الأوربية مقارنة بالدراسات الأمريكية مثلاً هذا يعود الى أن بدايات تخصص علم الأورام النفسي كان بأمريكا ولم يصل إلا مؤخراً إلى الدول الأوربية وباقي الدول الأخرى.

عند مقارنة المنهج المعتمد في الدراسات السابقة نجد أن كل الدراسات اعتمدت المنهج الإحصائي بما يتناسب مع طبيعة الموضوع: استخدم النسب المئوية لتحديد مدى انتشار اضطراب الاكنتاب عند المصابين بالسرطان بما فيهم المراهقين. بعض الدراسات اهتمت بدراسة الفروق من حيث: الخصائص الديموغرافية، الجنس، السن، نوع السرطان، موحلة السرطان، مدة الإصابة، نوع العلاج، الخ.

بعض الدراسات تناولت اضطراب الاكتئاب لوحده، أخرى أضافت اضطرابات نفسية أخرى: اضطراب القلق، اضطراب التكيف، حالة اجهاد ما بعد الصدمة.دائما فيما يخص اضطراب الاكتئاب أغلبية الدراسات درست مستويات الاكتئاب بين بسيط، متوسط أو حاد. اخرى اعتمدت تقسيم الدليل التشخيصي للأمراض العقلية: النوبة الاكتئابية الحادة، الاكتئاب المتواصل، الخ.

اختلف حجم العينات باختلاف الدراسات أقلها خمسون حالة و أكثرها 230 حالة. بالنسبة للدراسات ما وراء تحليلية وصل فيها حجم العينة حتى 10153 حالة. بما يتناسب مع المنهج المتبع.

أما فيما يخص الأدوات المعتمدة: ان أغلب الدراسات الأجنبية استخدمت المقابلة النصف موجهة التي اعتمدت فيها على معايير الدليل التشخيصي للأمراض العقلية في تشخيص الاكتئاب, DSM3, DSM4, DSM4TR، دراسة واحدة اعتمدت على التصنيف العالمي للأمراض CIM، بالإضافة الى مقاييس أخرى كالشاشة النفس اجتماعية للسرطان، مقياس القلق و الاكتئاب HADS، مقياس القلق والاكتئاب Hamilton أو مقاييس للاكتئاب خاصة بالمستشفيات محل الدراسة. بينما أغلب الدراسات العربية اعتمدت على مقياس بيك للاكتئاب BDI، دراسة اعتمدت مقياس الأعراض الاكتئابية للعمري.

نتائج الدراسات تميزت بالتنوع و الاختلاف تراوحت ما بين 2% حتى 60%، نفس الشيء في الدراسات التي أجريت على المراهقين فكانت النسب ما بين 14% حتى 41%

هذا الاختلاف في نتائج الدراسات يعود الى أسباب، يمكن تصنيفها كما وضح "ديروقاتيس و آخرون" et Derogatis (1983) autres في عاملين اساسيين: الأول مرتبط بحالات الدراسة والثاني مرتبط بأدوات الدراسة. حالات الدراسة الاختلاف يعود فيها الى الخصائص الديموغرافية، المرحلة العمرية، نوع السرطان، مرحلة السرطان، مدة الاصابة، نوع العلاج، الخ. أما فيما أدوات الدراسة فلقد تعددت و تنوعت كما أنها تقيس الاكتئاب بشكل عام ليس مخصصة لمجال علم الأورام وهذا ما أشارت اليه "ماسي" (2004) Massie، "كاروزو و آخرون" (2017) Causo et autres، "تاروات (2008) باعتبار أن كل من الاكتئاب، السرطان وعلاجاته يشتركون في مجموعة من الأعراض الجسدية من أرق، فقدان الوزن، فقدان الشهية، التعب، الخ وبعض الأعراض المعرفية ما يصعب عملية التمييز بينها ما يؤثر على صدق النتائج المتوصل اليها.

فيما يخص موقع الدراسة الحالية من الدراسات السابقة ان الهدف من الدراسة الحالية تناول موضوع الاكتئاب عند المراهق المصاب بالسرطان و التعرف على طبيعة المعاش النفسي لديه في ظل

غياب أو قلة الدراسات السابقة التي تتناول موضوع الاكتئاب بخصوصيته في مجال علم الأورام النفسي. حيث أن الباحثة قامت ببناء مقياس للاكتئاب يناسب خصائص الفئة المدروسة فئة المصابين بالسرطان و يتجنب التداخل في الأعراض ما بين الاكتئاب، السرطان، العلاج والمضاعفات الناتجة عنهما بالاعتماد على المقاربة البديلة لأونديكوت(1984) Endicott أين تم استبدال الأعراض الجسمية بأعراض انفعالية، معرفية و نفسية . الدراسة تجرى على فئة المراهقين التي لم تتل حظها في البحث لحد الآن في ظل انعدام الدراسات العربية وقلة الدراسات الأجنبية بالإضافة الى التعرف على انعكاسات ذلك على الجانب النفسي للمراهق فالإصابة تحدث في مرحلة حرجة أين مميزات أزمة المراهقة تتناقض مع مميزات أزمة السرطان فالأولى تستدعي مثلاً الاستقلالية و الثانية تستدعي التبعية، الخ. وما علاقة ذلك بالاكتئاب. كما هدفت الدراسة الى البحث العوامل التي تؤثر على الاستجابة الاكتئابية عند المراهق وذلك بدراسة الفروق وعدم الاكتفاء بتحديد النسب المئوية باعتبار أن الفروق تكون أكثر صدقا، حددت العوامل في: الجنس، نوع السرطان، مرحلة السرطان، نوع العلاج ومدة العلاج.

الجدول رقم(01): يوضح تصنيف الدراسات السابقة بما يخدم مناقشة الفرضيات

| سن العينة | |
|--------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| الراشدين | "ديروفاتيس وأخرون"(1983)، "ماسي"(2004)، "أوكامورا وأخرون"(2005)، "ميشال وأخرون"(2011)، "بيرل وأخرون"(2012)، "ليندن وأخرون"(2012)، "وولكر وأخرون"(2012)، "كريبر وأخرون"(2014)، "لي وأخرون"(2019)، "تاروات"(2008)، "سعيد"(2016)، "أبو عيشة"(2017)، "سلطان"(2017)، "حسن"(2014) |
| المراهقين | "سوهامي وأخرون"(1997)، "هادستون وأخرون"(2005)، "فونايسان واخرون"(2007)، "جونقردين وأخرون"(2007)، "لارسون وأخرون"(2010) |
| تقييم مستوى الاكتئاب | |
| دراسات قيمت مستوى الاكتئاب | "ماسي"(2004)، "ميشال وأخرون"(2011)، "ليندن وأخرون"(2012)، "تاروات"(2008)، "أبو عيشة"(2017)، "سلطان"(2017)، "سعيد"(2016) |
| دراسات لم تقييم مستوى الاكتئاب | "ديروفاتيس وأخرون"(1983)، "أوكامورا وأخرون"(2005)، "بيرل وأخرون"(2012)، "وولكر وأخرون"(2012)، "كريبر وأخرون"(2014)، "لي وأخرون"(2019)، "هادستون وأخرون"(2005)، "فونايسان واخرون"(2007) |
| دراسة العوامل المؤثرة على درجة السرطان (الفروق) | |

| | |
|-----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| دراسات تناولت الفروق | "ليندن وآخرون" (2012)، تاروات (2008)، سعيد (2016)، سلطان (2017)، حسن (2014)، "فونايسان واخرون" (2007)، "جونقردن وآخرون" (2007)، |
| دراسات لم تتناول الفروق | "ديروفاتيس وآخرون" (1983)، "ماسي" (2004)، "أوكامورا وآخرون" (2005)، "ميشال وآخرون" (2011)، "بييرل وآخرون" (2012)، "وولكر وآخرون" (2012)، "كريبر وآخرون" (2014)، "لي وآخرون" (2019)، "هادستون وآخرون" (2005)، |
| أدوات الدراسة | |
| اعتماد المقاييس النفسية | "ليندن وآخرون" (2012)، "لي وآخرون" (2019)، تاروات (2008)، سعيد (2016)، أبو عيشة (2017)، سلطان (2017)، حسن (2014)، "سوهامي وآخرون" (1997)، "هادستون وآخرون" (2005)، "فونايسان واخرون" (2007)، |
| اعتماد المقابلة النصف موجهة ومعايير DSM | "ديروفاتيس وآخرون" (1983)، "أوكامورا وآخرون" (2005)، "ميشال وآخرون" (2011)، "بييرل وآخرون" (2012)، "كريبر وآخرون" (2014)، تاروات (2008)، |

يتضح من الجدول رقم (01) تصنيف الدراسات السابقة المتعلقة بالاكنتاب وفقا لسن العينة، تحديد المستوى، دراسة الفروق والأدوات المعتمدة ما يسهل الرجوع اليها و الاستفادة منها في مرحلة تفسير النتائج.

قبل تحديد مشكلة الدراسة وجب علينا عرض حجم الضرر الذي يسببه الاكنتاب على الفرد عموما والمراهق خصوصا فالاكنتاب من بين الاضطرابات النفسية الأكثر شيوعا كما توضحه (المنظمة العالمية للصحة، 2019)، فهو يمس كل الشرائح العمرية، ويتميز بالشعور الدائم بالحزن وفقدان الاهتمام في الأنشطة التي يتمتع فيها الشخص عادة ويقترن بحالة من العجز في أداء الأنشطة اليومية، بالإضافة إلى أعراض جسدية، وانفعالية، ومعرفية وسلوكية متعددة. ينقسم الاكنتاب كما يوضح "أونوغن" (Ounnoughene, 2000) إلى اكنتاب أولي واكلتاب ثانوي أين يكون مصحوب بأمراض عقلية أو جسدية أخرى، ويعتبر السرطان من بين الأمراض العضوية التي تكون مصحوبة بالاكنتاب حسب "قاسمان" (Gasman, 2006). يعتبر الاكنتاب حسب تجمع الاتحادات الفرنسية، الأفريقية والمتوسطية Alliance des Liges francophones, africaines et méditerranéens (ALFAM, 2017) من الأمراض الخطيرة المميطة في حالة غياب العلاج الفعال، أما المنظمة العالمية للصحة تعتبره من الأمراض المزمنة، يتميز السرطان عند المراهق بمجموعة من الخصائص البيولوجية ما يجعل استجابته للعلاج مختلفة من ناحية المقاومة الاكلنيكية والعلاجية، وأن معدل البقاء عند هذه الفئة منخفض مقارنة بفئة الأطفال والراشدين. بالإضافة إلى الخصائص البيولوجية توجد خصائص نفسية وانفعالية أخرى تميز هذه المرحلة.

تؤكد الدراسات ما وراء تحليلية التي أجريت في جامعة "أوكسفورد"، على عينة قدرها 21000 مصاب بالسرطان بهدف تقييم مدى انتشار الاكتئاب، وأن من 6 إلى 13 من الحالات تعاني من اكتئاب مقارنة ب 2 من عامة الناس و أن ¼ من المصابين لا يتحصلون على العلاج لأن الاكتئاب يعتبر رد فعل طبيعي لمن أصيب بالمرض ما يؤثر على جودة الحياة لديهم. تختلف وجهات نظر الباحثين فيما يخص الاكتئاب في مجال علم الأورام، وغالبا ما تعتبر استجابة طبيعية، وحالة من الحزن والحداد سببها مرض يهدد وجود الإنسان ويعيق أهدافه ويشوش حياته، وأن عدم الاهتمام به وعلاجه يؤثر على عدة جوانب ويزيد أيضا من احتمالية الوفاة.

وبما أن الإصابة تأتي في مرحلة المراهقة وهذه المرحلة حساسة وحرجة و التي تعرفها الموسوعة النفسية بأنها إعادة بناء عاطفي وفكري للشخصية وعملية تفردن وهضم للتحويلات الفيزيولوجية المرتبطة بتكامل الجسم جنسيا حسب ما يؤكد ذلك (أمزيان، 2007، ص. 73)، و"ديهان" (Dhehin, 2017) التي تشير أن الإصابة في مرحلة المراهقة ينتج عنها تصادم ما بين عامل المراهقة وعامل المرض فالمرهقة تعني الانفتاح والاكتشاف والنمو أما المرض يعني الكبح، والبتز والكبت وتأثيرات متعددة تمس مختلف جوانب الشخصية: كتقدير الذات، والهوية، والصورة الجسدية، والالتزام الصحي... الخ.

مما سبق ذكره حسب الدراسات السابقة، نلاحظ أنه من المؤكد أن الإصابة بالسرطان ترتبط بظهور الاكتئاب، إلا أن المشكلة التي تحتاج إلى الدراسة أكثر تتمثل في الحثيات المتعلقة بشخصية المراهق المصاب بالسرطان

وفي ضوء ماتم ذكره عن النتائج المتوصل إليها في الدراسات السابقة، وما تصبو إليه دراستنا الحالية تم طرح التساؤلات التالية:

- 1- ما درجة انتشار الاكتئاب عند المراهق المصاب بالسرطان؟
- 2- هل تختلف درجات الاكتئاب عند المراهق المصاب بالسرطان باختلاف الجنس؟
- 3- هل تختلف درجات الاكتئاب عند المراهق المصاب بالسرطان باختلاف نوع السرطان؟
- 4- هل تختلف درجات الاكتئاب عند المراهق المصاب بالسرطان باختلاف مرحلة السرطان؟
- 5- هل تختلف درجات الاكتئاب عند المراهق المصاب بالسرطان باختلاف نوع العلاج؟
- 6- هل تختلف درجات الاكتئاب عند المراهق المصاب بالسرطان باختلاف مدة العلاج؟
- 7- إلى أي مدى يؤثر الاكتئاب متوسط الدرجة على المراهق المصاب بالسرطان؟

ثانيا: فرضيات الدراسة:

- من خلال التساؤلات المطروحة وبالاعتماد على بعض الدراسات التي تناولت كل من الاكتئاب والسرطان عند المراهق تقترح الباحثة الفرضيات التالية:
- 1- ينتشر الاكتئاب بدرجات متوسطة عند المراهق المصاب بالسرطان.
 - 2- لا توجد فروق دالة إحصائية بين درجات الاكتئاب عند المراهق المصاب بالسرطان تعزى لمتغير الجنس .
 - 3- لا توجد فروق دالة إحصائية بين درجات الاكتئاب عند المراهق المصاب بالسرطان تعزى لمتغير نوع السرطان.
 - 4- لا توجد فروق دالة إحصائية بين درجات الاكتئاب عند المراهق المصاب بالسرطان تعزى لمتغير مرحلة السرطان.
 - 5- لا توجد فروق دالة إحصائية بين درجات الاكتئاب عند المراهق المصاب بالسرطان تعزى لمتغير نوع العلاج.
 - 6- لا توجد فروق دالة إحصائية بين درجات الاكتئاب عند المراهق المصاب بالسرطان تعزى لمتغير مدة العلاج.
 - 7- تتأثر الصورة الجسدية وتقدير الذات سلبا عند المراهق المصاب بالسرطان الذي يعاني من اكتئاب متوسط.

ثالثا: أهداف الدراسة:تهدف دراستنا الحالية الى ما يلي :

- ✓ تحديد نسب انتشار الاكتئاب عند المراهقين المصابين بالسرطان.
- ✓ دراسة الاختلاف في درجات الاكتئاب عند الحالات باختلاف الجنس، نوع السرطان، مرحلة العلاج و مدة العلاج.
- ✓ فهم الاكتئاب بربطه بالوظيفة النفسية للمراهق المصاب، ما يسمح بتحديد المآل.

رابعا: أهمية الدراسة:

أ-الأهمية العلمية النظرية:

- ✓ إلقاء الضوء على فئة خاصة من المصابين التي ونظرا لعدة ظروف نجدها متداخلة مع فئات عمرية أخرى أولها فئة الأطفال ثم فئة الراشدين لإبراز خصوصيتها واستقلاليتها كفئة منفصلة تقع ما بين المرحلتين وبالتالي تقديم الرعاية المناسبة لها.
- ✓ بناء مقياس يقيس الاكتئاب خاص بمجال علم الأورام النفسي يقيس الاضطراب عند المصابين مع تحديد شدته بما يتناسب مع خصوصية السرطان والعلاج وما ينتج عنهما من مضاعفات، مقياس يعتمد في التشخيص على الأعراض النفسية: الانفعالية، المعرفية والسلوكية ولا يعتمد على الأعراض الجسمية المشابهة والمتداخلة مع أعراض أخرى في هذا المجال.
- ✓ دراسة نسب انتشار الاكتئاب عند المراهقين المصابين بالسرطان في البيئة الجزائرية نظرا لقلّة الدراسات من هذا النوع في الدول العربية والبيئة الجزائرية خاصة كما أنها كلها تهتم بفئات عمرية أخرى.
- ✓ دراسة مميزات المعاش النفسي للمراهق من أجل فهم كيف يتعامل هذا الأخير مع إصابته بالسرطان وكيف يستمر في الانفتاح والنمو والاستقلال في وجود مرض يكبحه فيرجعه إلى مرحلة سابقة تتميز بالتبعية.
- ✓ دراسة كيفية تأثير الاكتئاب على المصاب بالسرطان في مرحلة المراهقة ما يسمح بتحديد مآله .
- ب- الأهمية العلمية التطبيقية:
- ✓ توفير مقياس نفسي مناسب للتطبيق في المراكز والمصالح والمستشفيات الخاصة بالأمراض السرطانية.
- ✓ الكشف المبكر على الاكتئاب عند المصاب بالسرطان.
- ✓ توفير الرعاية النفسية المناسبة للمراهق المصاب بالسرطان.
- ✓ تحسيس المختصين في مجال علم الأورام حول موقع الاكتئاب في مجال السرطان: متى يكون أعراض بسيطة ناتجة عن استجابة عادية للمرض ومتى يصبح اضطراب يستدعي التدخل النفسي والدوائي إلى جانب الأمراض والمشاكل الجسمية الأخرى وكذا توعيتهم إلى التأثير الكبير للاكتئاب على مجالات متعددة وبالتالي ضرورة علاجه.

خامسا: تحديد المفاهيم الاجرائية للدراسة:

1- علم الأوام النفسي: هو علم ينقسم الى جانب نظري يدرس مختلف المشاكل والاضطرابات التي يعاني منها المصاب بالسرطان، أسرته والفريق الطبي الذي يعالجه و جانب تطبيقي يهتم بالتكفل بها وبالوقاية منها.

2-الاكتئاب: هو اضطراب في المزاج ينتج عنه مجموعة أعراض معرفية، سلوكية وانفعالية، يتم تقييمه باستخدام مقياس الاكتئاب عند المصاب بالسرطان من اعداد الباحثة الذي لا يأخذ بعين الاعتبار الأعراض الجسمية نظرا لتشابهها و تداخلها مع أعراض السرطان و العلاج. تقدر الدرجة الدنيا في المقياس 52 و الدرجة العليا 208.

3-المراهق المصاب بالسرطان: هي الحالات التي يتراوح عمرها ما بين 11 الى 20 سنة، تعاني من السرطان بأنواعه المختلفة، تخضع للعلاج الكيميائي أو العلاج الكيميائي و الجراحي، تكون في مرحلة ما بعد التشخيص، العلاج أو الانتكاسة.

سادسا: منهجية البحث:

للجابة على تساؤلات الدراسة تم الاعتماد على المنهج الوصفي التحليلي ما يسمح بالتحقق من صحة الفرضيات التي ارتبطت بدراسة النسب المئوية ودراسة الفروق وفقا لمتغير: الجنس، نوع السرطان، مرحلة السرطان، نوع العلاج، مدة العلاج. تكونت العينة من 56 حالة. بالإضافة الى المنهج العيادي حيث تم الاعتماد على دراسة حالتين عياديتين: ذكر يبلغ من العمر 15 سنة وأنثى تبلغ من العمر 18 سنة، كان الهدف من الدراسة العيادية دراسة أثر الاكتئاب متوسط الشدة على الحالتين المصابتين بالسرطان

سابعا:حدود الدراسة:

تحدد الدراسة مكانيا في المركز الاستشفائي لأورام السرطانية- الأمير عبد القادر- وهران، وبالحدود البشرية التي تتمثل في المراهقين المصابين بالسرطان البالغين من العمر ما بين 11-20 سنة. كما تحددت الدراسة زمنيا بالفترة الزمنية الممتدة من 9 أبريل 2017 الى 27 فيفري 2020.

الفصل الثاني: الاكتئاب في مجال علم الأورام النفسي

تمهيد

أولاً: الاكتئاب دراسة نفس-مرضية

1. تعريف الاكتئاب
2. أعراض الاكتئاب
3. عوامل خطر الإصابة بالاكتئاب في مرحلة المراهقة
4. تصنيفات الاكتئاب
5. النظريات النفسية والبيولوجية المفسرة للاكتئاب
6. الاكتئاب دون الاكلينيكي عند المراهق
7. الاكتئاب الناتج عن أمراض عضوية عامة
8. التشخيص التفريقي

ثانياً: علم الأورام النفسي

1. تعريف علم الأورام النفسي
 2. تطور علم الأورام النفسي
 3. مجالات علم الأورام النفسي
 4. مفاهيم ذات صلة بعلم الأورام النفسي
- ثالثاً: الاكتئاب عند المصابين بالسرطان
1. إشكالية تشخيص الاكتئاب في مجال علم الأورام النفسي
 2. مدى انتشار الاكتئاب في مجال علم الأورام النفسي
 3. النسبة المرضية
 4. عوامل خطر الإصابة بالاكتئاب عند المصاب بالسرطان
 5. تأثير الاكتئاب على المصاب بالسرطان
 6. تشخيص الاكتئاب في مجال علم الأورام النفسي

خلاصة

تمهيد: يعد الاكتئاب من أكثر مشكلات الصحة النفسية شيوعاً، فهو يعتبر أحد اضطرابات الوجدان المسؤولة عن الكثير من الألم والمعاناة النفسية، توجد علاقة إيجابية بين ضغوط الحياة والإصابة بالاكتئاب بالخصوص أحداث الحياة الضاغطة غير مسيطر عليها، من بين هذه الأحداث الإصابة بمرض مزمن وخطير كالسرطان، لذا سنحاول في الفصل التالي دراسة الاكتئاب عند المصاب بالسرطان وذلك بالتطرق أولاً إلى مفهوم الاكتئاب، أعراضه، تصنيفاته، نظرياته المفسرة مع الإشارة إلى الأسباب العضوية المسببة للاكتئاب، ثم تناول علم الأورام النفسي باعتبار أن الدراسة ترتبط به أين سيتم التعرف على مجالاته، كما سيتم تحديد أهم المفاهيم المرتبطة به من عوامل مؤثرة، اهتمامه بفئة المراهقين. وفي الأخير سنحاول توضيح خصوصية الاكتئاب عند المصاب بالسرطان، خصوصية تشخيصه و التكفل به.

أولاً: الاكتئاب دراسة نفس-مرضية:

1- تعريف الاكتئاب:

أ- تعريف الاكتئاب حسب المعاجم السيكلوجية:

حددت المعاجم السيكلوجية تعريفات متعددة للاكتئاب، حيث يعرفه القاموس الكبير لعلم النفس على أنه اضطراب عقلي يتميز بوجود مشاعر أو عواطف فقدان الشجاعة والحزن وفقدان الأمل بخلاف الحزن العادي الذي يحدث بسبب فقدان شخص عزيز (Larousse, 1999).

أما معجم طب النفس والطب النفسي: يعرفه بأنه "اكتئاب عارض وغير متكرر بشكل دوري، العامل المسبب فيه تعرّض المريض لحادث متكرر بشدّة، مثل: فقدان شخص محبوب أو فقدان عمل أو نكسة سالبة ويسمى هذا الاكتئاب أيضاً باكتئاب خارجي المنشأ أو الاستجابة الاكتئابية" (جابر وكفافي، 1995، ص. 3178).

يعتبر المعهد الأمريكي للصحة العقلية الاكتئاب ناتج عن خلل في سائر الجسم والأفكار والمزاج، يؤثّر على نظرة الإنسان لنفسه ولما حوله من أشخاص وما يحدث من أحداث، بحيث يفقد المريض توازنه الجسدي والنفسي والعاطفي" (حجازي، 2013).

من جهته معجم علم النفس: يعرف الاكتئاب بأنه "حالة انفعالية تكون فيها الفعالية النفسية، الجسدية منخفضة وغير سارة وقد تكون سوية أو مرضية، وتشير المرضية منها إلى: اليأس، الشعور بالعجز والتفاهة. (عاقل، 1971، ص. 33).

تعرفه أيضا المنظمة العالمية للصحة (Organisation Mondiale de la santé (OMS, 2019): بأنه مرض يميزه الشعور الدائم بالحزن وفقدان الاهتمام في الأنشطة التي يتمتع فيها الشخص عادة وهو يقترن بالعجز في أداء الأنشطة اليومية لمدة أسبوعين على الأقل، بالإضافة إلى ذلك يبدي المصابون بالاكتئاب العديد من الأعراض في العادة منها: فقدان الطاقة، تغيير الشهية، النوم لفترات أطول أو أقصر، القلق، انخفاض معدل التركيز، التردد، الاضطراب، الشعور بعدم احترام الذات أو بالذنب أو باليأس والتفكير في إيذاء النفس أو الانتحار.

يقسمه الدليل التشخيصي الخامس إلى: اضطراب المزاج المتقلب المشوش للاضطراب الاكتئابي الحاد، الاضطراب الاكتئابي المستمر، اضطراب سوء المزاج ما قبل الطمث، الاضطراب الاكتئابي المحدث بمادة /دواء، اضطراب اكتئابي بسبب حالة طبية أخرى، اضطراب اكتئابي محدد آخر.

وضعت محددات الاكتئاب: مع قلق، مع مظاهر مختلطة، مع مظاهر سوداوية، مع مظاهر لا نموذجية، مع مظاهر ذهانية، مع بدء حول الولادة، مع النمط الفصلي، بالإضافة إلى تحديد الهدأة وتحديد الشدة الحالية". (الحمادي، 2017، ص ص. 74-90).

ب- تعريف الاكتئاب حسب العلماء والباحثين وعلم النفس:

قدم الباحثون والعلماء في علم النفس تعريفات كثيرة للاكتئاب حيث يعرفه زهران على أنه "حالة من الحزن الشديد والمستمر، تنتج عن الظروف المحزنة الأليمة، يعبر عن شيء مفقود، حتى وإن كان المريض يعي المصدر الحقيقي لحزنه" (زهران، 1995، ص. 449).

كما يعرفه "بيك" Beck بأنه "أحد الاضطرابات الوجدانية التي تتسم بحالة من الحزن الشديد، فقدان الحب، كراهية الذات، الشعور بالتعاسة وفقدان الأمل وعدم القيمة، نقص النشاط، عدم الرضا عن الذات والحياة والمستقبل" (معريس، 2010، ص ص. 37-38).

ويرى عكاشة أن الاكتئاب مرض يتضمن الأفكار السوداوية، التردد الشديد، فقدان الشهية للطعام، الشعور بالألم، التقليل من قيمة الذات، عدم القدرة على اتخاذ القرار، المبالغة في الأمور التافهة، الأرق الشديد، الشعور بأوهام مرضية (الخالدي، 2014).

كما يضيف "بريفول وأخرون" (Briffault et autres, 2007) أن الاكتئاب يتميز بتغيير هام في وظيفة الفرد اليومية مصحوبة بحزن غير عادي، شديد، لا يكون مرتبط بسبب واضح، لا يمكن التخلص منه، مصحوب بأعراض قلق الى جانب فقدان الاهتمام والشعور باللذة يمس كل مجالات الحياة، مصحوبة بمجموعة أعراض أخرى دائمة تؤثر سلباً على حياة الفرد اليومية.

يعرفه أيضا العمري (2002) على أنه اضطراب عاطفي يبدو في صورة أعراض نفسية وبدنية سريرية تعكس مزاج المريض ومعاناته، تتداخل في هذا الاضطراب عوامل نفسية، بيئية، كيميائية، حيوية ووراثية، كما يساهم تركيب الشخصية في حدوثه.

من جهته "وولب" (Wolpe, 1979) يعتبر أن "بعض أنواع الاكتئاب ترجع أساساً إلى وجود حالات من القلق يتعرّض لها الفرد في المواقف الاجتماعية، مما يؤدي إلى افتقاره القدرة على ضبط هذه المواقف". (غريب، 2007). هذا ما يدفع إلى الحديث عن علاقة الاكتئاب باستراتيجيات المواجهة، وهذا ما أشار إليه "هوفمان" (Hofman, 2012) الذي اعتبر الاكتئاب "نتاج استراتيجيات مواجهة لا تكيفية للضغط مع وجهة النظر السلبية عن الذات وعن العالم والمستقبل والتركيز الشديد على المظاهر السلبية للمثير". (واكلي، 2013، ص. 36).

نستخلص من التعريفات المذكورة مسبقاً أن الاكتئاب هو اضطراب في المزاج، التغيرات المزاجية فيه تتجه نحو الحزن بالإضافة إلى فقدان الاهتمام، بطء نفسي حركي وعدم الرضا عن الذات، الحياة، والمستقبل. ينتج عن أسباب متعددة: نفسية بيولوجية، اجتماعية. يرتبط بعدة مفاهيم كاستراتيجيات التكيف.

2. أعراض الاكتئاب:

تختلف أعراض الاكتئاب وشدتها واستمراريتها باختلاف نوع الاكتئاب، بالرغم من ذلك يمكن تحديد الأعراض المشتركة وتصنيفها كما يلي:

أ. الأعراض الجسمية: تسمى أيضا الأعراض الفيزيولوجية والتي تشمل:

-اضطرابات النوم: تظهر على شكل أرق ليلي، يكون في نهاية الليل، فالمصاب بالاكتئاب يخلد إلى النوم بسهولة، ولكن يستيقظ مبكراً، ويعجز بعدها عن النوم ثانية، تكون هذه الوضعية مصحوبة بقلق وبأفكار اجترارية سلبية في غالبية الأحيان.

-فقدان الشهية: يفقد المصاب الشهية، ويصبح قادراً على البقاء لساعات، أحيانا لأيام بدون الشعور بالجوع، كما نجده لا يرغب حتى في أكل الأطباق أو المأكولات المفضلة لديه.

-الشعور بالتعب والإجهاد: يشعر المصاب بحالة من التعب حتى دون القيام بأي مجهود، شعور مستمر بفقدان الطاقة يضاف إليه الشعور بالعجز والألم النفسي، لا يزول حتى بعد الراحة أو النوم. (Briffault et autres, 2007).

-اضطرابات جنسية: "يتأثر الجانب الجنسي كما تتأثر جوانب الشخصية بالاكتئاب، فتظهر على شكل برود جنسي، ما يؤدي إلى ضعف الأداء الجنسي" (الخطيب وحباشنة، 2007، ص. 34).

-اضطرابات هضمية: تتأثر وظيفة الهضم أيضا نتيجة الاكتئاب (عسكر، 2001).

ب. الأعراض الانفعالية: تشمل الأعراض الانفعالية

-الحزن الشديد: يكون بسبب "الهبوط في المزاج، يظهر الحزن على تعبير وجه المصاب، فيميل إلى العبوس ولا يضحك أو يبتسم، يصبح كثير البكاء، يبكي بسهولة ولكن عندما يشتد الاكتئاب يصبح من الصعب عليه البكاء". (معريس، 2010، ص. 39).

يكون الحزن مؤلم، لا يفهمه المصاب ولا يفهم مصدره، يجتاحه ويكون مصحوب باليأس والإحباط وعدم القدرة على الاستمتاع بالحياة. (Briffault et autres, 2007).

"يزيد الحزن في أغلب الأحيان في الفترة الصباحية، ويتحسن في المساء". (الخطيب وحباشنة، 2001، ص. 29).

-عدم القدرة على الشعور باللذة: في حالة الإصابة بالاكتئاب يختفي الشعور باللذة الناتجة عن النشاطات الممتعة والمفضلة بالنسبة للمصاب، يصبح كل شيء ممل، ليس للحياة معنى. (Briffault et autres, 2007).

-الحساسية الانفعالية الزائدة: يستجيب المصابون بالاكتئاب للمواقف المختلفة بحساسية زائدة، مع الشعور بالفراغ أو بغياب المشاعر، وكأن المصاب مخدر انفعالياً.

-الشعور بالذنب: يشرح عسكر (2001) "أن المكتئب يصنف نفسه بأنه أسوأ مما هو عليه، مما يراه الآخرون، بأنه شخص سيء، فاشل وعبء على أفراد أسرته". (معريس، 2010، ص. 40).

-الشعور بالقلق والتوتر وانعدام الثقة: "يعتبر القلق من أهم أعراض الاكتئاب بدون سبب واضح وبضعف في الثقة بالنفس، ما يفسر تردده وعدم قدرته على اتخاذ القرارات، المبادرة". (عسكر، 2001، ص. 77).

ج. الأعراض المعرفية: تشمل مجموعة من الأعراض من بينها:

-البطء المعرفي: مع الاكتئاب يصبح من الصعب التفكير والتكلم بسلاسة، يشعر المصاب بأن ذهنه فارغ، وبأن الحياة معقدة؛ يصعب التكيف معها ومواجهتها، نجده يحتاج إلى مجهود كبير للقيام بنشاطات بسيطة. (Briffault et autres, 2007).

-نقص الانتباه والتركيز: "يتوافق الاكتئاب مع بطء وضعف التركيز والانتباه وعدم الاكتراث، مما يؤدي إلى عدم تخزين المعلومات وعدم القدرة على استرجاعها، فيصاب بالنسيان". (معريس، 2010، ص. 41).

-التفكير السلبي: يرتبط التفكير السلبي بالذات، المستقبل والآخر، كما يحلل المصاب ما يحصل، يكون دائماً التحليل سلبي. هذا التفكير السلبي يرتبط بالحوار الداخلي المسبب للاكتئاب Monologue intérieur dépressogène، الذي يغذي المزاج المكتئب ويسبب شعور مستمر وحاد بالحزن.

-أفكار مرتبطة بالموت: الموضوع الأساسي لأفكار الموت؛ موته هو أو الآخرين، أو الموت بشكل عام، طريقة التفكير في الموت ترتبط بشدة الاكتئاب من تفكير سطحي Passagère، أو منظم يصل إلى الانتحار. "مع وجود أفكار انتحارية" (غانم، 2006، ص. 109).

3. عوامل خطر الإصابة بالاكتئاب في فترة المراهقة:

تتعدّد وتختلف عوامل خطر الإصابة بالاكتئاب، يتوقف تأثيرها على شخصية الفرد ومدى قدرته على التعامل مع ضغوطات الحياة والأزمات والمشاكل الاجتماعية.

سوف نعرض عوامل خطر الإصابة بالاكتئاب بشكل عام ثم تخصص عوامل خطر الإصابة بالاكتئاب في فترة المراهقة.

أ. عوامل خطر الإصابة بالاكتئاب:

-الجنس: ترتفع نسبة الاكتئاب عند النساء أكثر من الذكور، في مختلف المراحل العمرية. (Thébaud, 2001).

-السن: يوضح "تيبول" (Thébaud, 2001) أنه لا يوجد اختلاف في انتشار الاكتئاب بين الشرائح العمرية، عكس دراسات أخرى وجدت فروق في نسب انتشار الاكتئاب يعود للفئة التي تتراوح ما بين 30-60 سنة. حسب التقرير الخاص بالسلوك الصحي للشباب في سن التمدرس L'enquête sur le comportement des jeunes d'âge scolaire en matière de santé (HBSC) التابعة للمنظمة العالمية للصحة (2013-2014)، تزيد الأعراض الاكتئابية في فترة المراهقة عند الإناث أكثر من الذكور.

-المستوى الاقتصادي والمهني: ينتشر اضطراب الاكتئاب في المستويات الاقتصادية الضعيفة؛ عند الأشخاص البطالين، مستواهم التعليمي منخفض (Thibault, 2011).

"إن الضغوط الاقتصادية التي يعيشها الأطفال والمراهقين مع والديهم، تعتبر عامل خطر لإصابتهم بالاكتئاب" (معريس، 2010، ص. 44).

-الوضعية الأسرية: ينتشر الاكتئاب عند الحالات المطلقة أو المنفصلة؛ طبيعة العلاقة بين الوالدين والطفل تعتبر عامل من عوامل الخطر كإهمال أو الحماية الزائدة". (سليمان، 2008، ص. 130).

-العامل الجيني: منذ السبعينات من القرن الماضي تحدثت الدراسات عما يعرف بالحساسية الجينية للاكتئاب Une vulnérabilité génétique vis-à-vis de la dépression ، كما أشار "تيبول" (Thibault, 2011) هناك استعداد وراثي يظهر في بعض العائلات، خاصة في حالة الاكتئاب الشديد، أيضاً عند الأبناء إذا كان أحد الوالدين مصاب بالاكتئاب". (معريس، 2010، ص. 45).

فخطر الاكتئاب يزيد عند الحالات التي لديها سوابق عائلية متعلقة بالاكتئاب، كما أشار كل من "لياب وآخرون" (Liab et autres, 2002) أن ذلك ما يفسر احتمالية وجود عامل جيني مشترك وكذا التعرض

لنفس العوامل البيئية، أجريت دراسات أخرى على التوائم الحقيقيين، الأطفال البيولوجيين مقابل الأطفال المتبنيين، كلها توصلت إلى نتائج بينت تدخل العامل الجيني (Thibault, 2010).

-الاضطرابات المصاحبة: يكون اضطراب الاكتئاب مصحوب باضطرابات نفسية وعقلية، القلق بشكل خاص.

-الإصابة بالأمراض الجسمية أو/والخطيرة: كأمراض القلب والشرابيين، السيدا، الفشل الكلوي، داء السكري، الأمراض العصبية، السرطان، داء البركينسون. (Oberle et Brovers, 2017).

3-عوامل خطر الإصابة بالاكتئاب في فترة المراهقة:

حدد غريب (2018) عوامل خطر الإصابة بالاكتئاب في مرحلة المراهقة وقسمها إلى عوامل خطر فردية وعوامل خطر اجتماعية وثقافية:

-عوامل الخطر الفردية:

-الشخصية والمزاج: ترتبط الاضطرابات الوجدانية بالعصابية، هذه الأخيرة تنبئ بالوجدان السالب وبالاضطرابات الوجدانية، وتكون السبب فيما يعرف بالأزمات.

-الاستهداف المعرفي: لدى المراهقين المكتئبين الكثير من المعتقدات السلبية عن أنفسهم، مستقبلهم والعالم، يميلون لاستخدام تعميمات ثابتة داخلية للأحداث السلبية، تكون متزامنة مع الاكتئاب، هؤلاء الأفراد وعند تعرضهم لأحداث ضاغطة سوف يقيمون الضغوطات وعواقبها بطريقة سلبية.

من بين الأفكار التي لها صلة بالاكتئاب: انخفاض تقدير الذات، الأفكار التلقائية السلبية، الاتجاهات المختلة وظيفياً، التشوّهات المعرفية ، الضبط الذاتي ، المعتقدات المرتبطة بال ضبط وكفاءة الذات، نمط الغزو الاكتئابي ، اليأس ، نمط الاستجابة المجتررة (غريب، 2018، ص. 12).

-عوامل الخطر الاجتماعية والثقافية:

تلعب عوامل الخطر الاجتماعية دوراً في نمو الاكتئاب. من بينها نذكر:

-المدارس: إن المدارس حسب غريب (2018) يمكن أن تتسبب أو تفاقم عوامل الخطر، كما يمكن أن ترتبط مع عوامل أخرى كالفشل الأكاديمي المرتبط مع تعلم العجز أو العجز المتعلم.

-الضغط:ينقسم الضغط إلى ضغط حاد ناتج عن حدث حاد (كالإصابة بالسرطان) أو محنة مزمنة، كحدث حياة رئيس أو أحداث ثانوية، أحداث عادية (الانتقال المدرسي) أو مرضية، كمحنة مزمنة.

توجد علاقة ارتباطية بين أحداث الحياة الضاغطة والاكئاب لدى الأطفال والمراهقين، حسب الدراسات كدراسة"كونياس غران وأي"(1994) Conyas Grand et Ey، أين تمت دراسة العلاقة بين أحداث الحياة الضاغطة والاكئاب عند المراهقين، فتوصلت إلى أن أحداث الحياة الضاغطة تزيد منذ الطفولة إلى المراهقة مع زيادة أكثر بالنسبة للفتيات، مما يرفع المعدلات لديهم حسب "هانكن وآخرون" (1998) (autres et Hankin

-العلاقات البين -شخصية: يحدث الاستهداف الاكئابي في البيئة الأسرية المبكرة والتي لا تلبى حاجات الطفل للأمن والراحة والقبول. يرتبط ذلك بالتعلق غير الآمن، حيث أن مقدمي الرعاية الذين لا يستجيبون أو غير متناسقين سينتجون تعلقات غير آمنة تؤدي إلى نماذج عمل تتضمن الهجر، نقد الذات والمبالغة في الاعتمادية وقد تساهم نماذج العمل هذه في تطوير التفكير السلبي حول الذات والآخرين يُفترض أن تزيد من استهداف الأفراد للاكئاب.

درس كل من"برادسلي وآخرون"(1998) Beardslee et autres) العلاقة بين البيئة الأسرية والاكئاب ووجد أن عائلات الأفراد المكتئبين يتصفون بمشكلات في التعلق،التواصل، الصراع، التماسك والدعم الاجتماعي.

أما فيما يخص فترة المراهقة، فإن المراهقين الذين يمرون بأحداث حياة ضاغطة هم أكثر عرضة للاكئاب، إذ كان لديهم تعلقات غير آمنة مع والديهم أكثر من المراهقين الذين يتمتعون بتعلقات آمنة مع والديهم.

4- تصنيفات الاكتئاب:

تعددت تصنيفات الاكتئاب والتي تنقسم إلى:

أ- التصنيف من حيث السبب:

- الاكتئاب الأولي /الثانوي: التصنيف حسب السبب: يفيد التمييز بين الاكتئاب الأولي والثانوي من الناحية العيادية والفطرية أكثر من الناحية العلاجية والتنبئية.

أول من استعمل مصطلح أولي /ثانوي هو "وودروف" (Woodruff,1967)، يعرف بأنه اضطراب اكتئاب لوحده، دون وجود أي اضطرابات عقلية أخرى، أما الثانوي فيكون فيه اضطراب الاكتئاب مصحوب باضطرابات عقلية أخرى.

يتحدث "روبنز" (Robins, 1972) عن الأمراض العضوية في الاكتئاب الثانوي، أي اضطراب الاكتئاب في هذه الحالة يكون مصحوب باضطرابات عقلية أو جسمية أخرى. (Ounnoughene, 2000).

2.1.4. اكتئاب داخلي المنشأ /خارجي المنشأ: يشمل الاكتئاب خارجي المنشأ الاكتئاب العصبي، الاكتئاب التفاعلي الاستجابي *Dépression réactionnelle* والاكتئاب بعد التعب *Dépression d'épuisement*.

إن الاكتئاب التفاعلي أو ما يسمى الاستجابة الاكتئابية اتجاهين يفسرانه:

-الاتجاه الأول: يرى أن الاستجابة الاكتئابية أو الاكتئاب التفاعلي أو ما يسمى أحيانا بالاكتئاب النفسي هو نفس المرض المعروف بالاكتئاب الذهاني أو العقلي ولكن تختلف شدته.

-الاتجاه الثاني: "يرى أن الاستجابة الاكتئابية مختلفة في أسبابها، أعراضها، علاجها وما لها عن الاكتئاب الذهاني". (عكاشة، 1998، ص. 132).

يظيف مصطفى أنه "غالباً ما يكون مرتبط بأحداث خارجية: كوارث، وفاة، طلاق، كوارث مادية وفي العادة ينتهي بعد مدة قصيرة". (مصطفى، 2009، ص. 397).

أما الاكتئاب داخلي المنشأ أو ذاتي المنشأ La dépression autonome تغيب فيه العوامل المفجرة بالإضافة إلى خصائص أخرى من بينها: تكون الأعراض أكثر حدة، كما يكون البطء النفسي-حركي شديد، الأعراض الإعاشية تكون شديدة تصل إلى ما يعرف بالاكتئاب الاعاشي La dépression vitale (Ounnoughene, 2000)، كما أن الأفكار الانتحارية تزيد في الصباح، ينتج الاكتئاب داخلي المنشأ عن العوامل الفيزيولوجية الداخلية أو تغيرات كيميائية.

ب- التصنيف حسب مسيرة المرض:

- الاكتئاب أحادي القطب /ثنائي القطب: اقترح "هارد" (1957) Hard مصطلح أحادي القطب، يشمل اضطرابات الاكتئاب التي تكون منعزلة لا تصحبها اضطرابات موسمية.

الاكتئاب أحادي القطب يعرف انتشاراً واسعاً، تقدر نسبة الإصابة به عند الراشدين بـ 4.5% إلى 9.3%، يعتبر أكثر أنواع الاكتئاب المسببة للانتحار، حسب "هانستد وهامستون" (Hansted et Hamstone، 1995) يتطور فيصبح مزمن، تكون بدايته مبكرة، يصيب الذكور أكثر من الإناث، يتكرر كثيراً وتطول مدته، تتطور من 10-15% من حالات الاكتئاب الأحادي القطب إلى الاكتئاب ثنائي القطب. (Ounnoughene, 2000).

الجدول رقم(02): يبين أسباب الاكتئاب الثانوي

| عقلية | تسممية | سرطان /أمراض تصيب أنظمة الجسم | عصبية | أمراض مرتبطة بالطب الداخلي |
|-------------|-----------|----------------------------------|-----------|-------------------------------|
| الإدمان | كوكايين | سرطان الجهاز الهضمي | باركينسون | نمو الغدة الدرقية |
| أمراض القلق | أنفيطامين | -لأورام العصبية. | الحزف | مرض أديسون |
| الرهاب | -لمهدئات | مرض السل | SEP | مرض كوشينغ Cushing |
| نوبات الهلع | | | | |
| الفصام | | | | |
| اضطرابات | | | | |

| | | | | |
|-------------------------|--|--|--|--|
| الحدية الشخصية والتعبية | | | | |
|-------------------------|--|--|--|--|

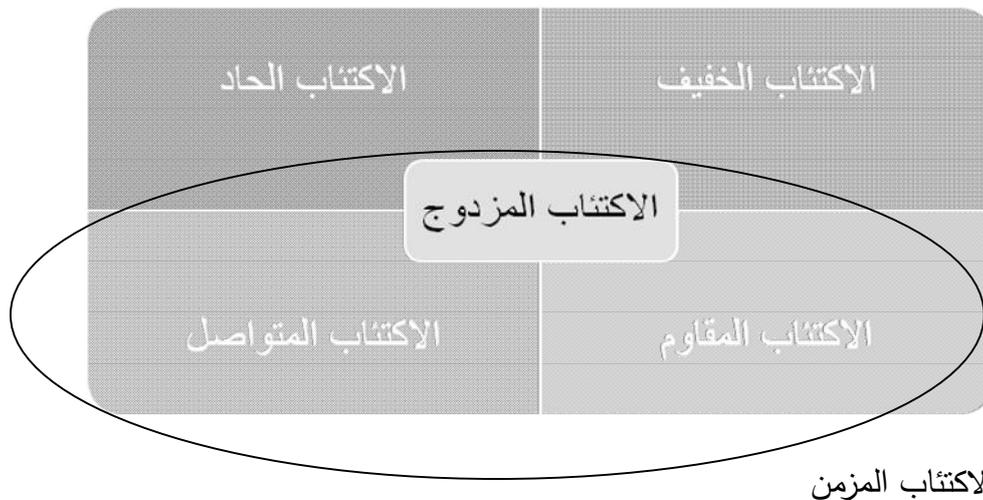
يوضح الجدول رقم (02) أعلاه الذي جاء به "قاسمان" (Gasman, 2006) أهم الأمراض التي تسبب الاكتئاب الثانوي أمراض مرتبطة بالطب الداخلي، العصبية.. الخ.

أما الاكتئاب ثنائي القطب يتميز بوحدة أو أكثر من النوبات الموسمية بالإضافة إلى الأعراض الاكتئابية. (Manstedet Hewstone, 1995).

ج- التصنيف حسب الأعراض: يشمل

-الاكتئاب العصابي /الذهاني: لا يضطرب الوعي في الاكتئاب العصابي كذلك إدراك الواقع، لا يكون الاضطراب مصحوب باضطرابات في الشخصية بينما الاكتئاب الذهاني تمس فيه الشخصية ككل (Ounnoughene, 2000).

د- تصنيف "سكوت" (Scott, 1988) للاكتئاب:



الشكل رقم(01) يوضح العلاقة بين أنواع الاكتئاب حسب "سكوت"(Scott, 1988) (Ounnoughene, 2000).

يقسم "سكوت" Scott اضطراب الاكتئاب إلى:

-اضطراب الاكتئاب الخفيف:يسمى أيضا الاكتئاب دون الاكلينيكي، لا تتوفر فيه معايير الدليل التشخيصي للأمراض العقلية، يستمر لأكثر من أسبوعين وأقل من سنتين.

ينتشر عند المراهقين كما أشار غريب (2018) بسبب الكثير من العجز، كما أن الأفراد الذين ينطبق عليهم الاكتئاب دون الإكلينيكي يكونون في خطر متزايد للإصابة بالاكتئاب الإكلينيكي.

-الاكتئاب الحاد: اكتئاب تتوفر فيه معايير الدليل التشخيصي للأمراض العقلية.

-الاكتئاب المقاوم: هو الاكتئاب الحاد، خضع المصاب به لعلاج دوائي خاص بالاكتئاب ولكنه فشل في علاجه.

-الاكتئاب المزوج: هي نوبة اكتئابية حادة يضاف إليها اضطراب الاكتئاب المتواصل.

-الاكتئاب "المتواصل" *Dysthymique*: هو اكتئاب خفيف مزمن، بدايته تكون مبكرة، يصيب الإناث بشكل أساسي.

-الاكتئاب المقاوم المزمن: هو نفس الاكتئاب المقاوم يدوم أكثر من سنتين.

-الاكتئاب الحاد المزمن: هو تطور الاكتئاب الحاد غير المعالج أو المعالج بأدوية غير مناسبة (من حيث الجرعة لم تكن فعالة أو من حيث مدة العلاج) ما يؤدي إلى الإدمان.

-الاكتئاب الحاد المزمن الثانوي: هو اكتئاب حاد يدوم أكثر من سنتين، ناتج عن إصابة جسمية أو عقلية غير مزاجية.

هـ - تصنيف الاكتئاب حسب الدليل التشخيصي الخامس DSM5:

الجدول رقم(03): يوضح أنواع الاكتئاب ومحدداته حسب DSM5

| أنواع اضطراب الاكتئاب | محددات اضطراب الاكتئاب |
|-----------------------|----------------------------------------------------------------|
| 1 | اضطراب المزاج المتقلب المشوش انزعاج، قلق |
| 2 | الاضطراب الاكتئابي الجسيم مظاهر مختلطة |
| 3 | الاكتئاب المستمر (سوء المزاج) مظاهر سوداوية |
| 4 | اضطراب سوء المزاج ما قبل الطمث مظاهر لا نموذجية |
| 5 | الاضطراب الاكتئابي المحدث بدواء /مادة مظاهر ذهانية |
| 6 | اضطراب اكتئابي بسبب حالة طبية أخرى مظاهر البدء حول الولادة |
| 7 | اضطراب اكتئابي محدد آخر مظاهر النمط الفصلي |
| 8 | اضطراب اكتئابي غير محدد تحديد الهدأة تحديد الشدة الحالية |

يتضح من خلال الجدول رقم(03) تصنيفات الاكتئاب حسب الدليلي التشخيصي الخامس الذي قسمها الى 8 أنواع و أضاف مجموعة من المحددات

-اضطراب المزاج المتقلب المشوش: يتجلى العرض الأساسي لهذا النوع من الاضطراب في نوبات غضب لفظية وسلوكية، تحدث ثلاث مرات على الأقل أسبوعياً، مزاج غاضب ومنفعل طوال اليوم تقريباً.

-اضطراب الاكتئاب الحاد (EDM): يتميز بنوبة أو أكثر من النوبات الاكتئابية، من أعراضها المزاج المكتئب أو فقدان الاهتمام لمدة لا تقل عن أسبوعين بالإضافة إلى أعراض أخرى.

-الاضطراب الاكتئابي المستمر Dysthymie: يعتبر دمج اضطراب الاكتئاب الحاد وسوء المزاج، يتميز بمزاج منخفض طوال اليوم لأكثر الأيام لمدة سنتين على الأقل، أعراض النوبة الاكتئابية الحادة تكون

مستمرة لمدة سنتين على الأقل، تكون مصحوبة بمظاهر معينة: سوداوية، ذهانية، البدء قد يكون مبكراً أو متأخراً.

-اضطراب سوء المزاج ما قبل الطمث: تكون الأعراض في الأسبوع الأخير بعد الطمث وتبدأ بالتحسن خلال بضعة أيام بعد ظهور الطمث، من بين أعراضه: عدم الاستقرار، الانفعال، غضب، قلق وغيرها.

-اضطراب الاكتئاب الناتج عن مادة: وجود أعراض اكتئاب، بعد الفحص الجسدي والتحليل المخبرية يظهر أن الأعراض حدثت بعد التسمم بمادة أو سحب مادة أو تناول عقار ما، وأن المادة أو الدواء المحدد قادر على إعطاء أعراض الاكتئاب (كحول، كوكايين، مهدئات وغيرها).

-اضطراب اكتئابي بسبب حالة طبية أخرى: يكون الاكتئاب نتيجة فيزيولوجية مرضية لحالة طبية أخرى: سرطان، الخ.

-اضطراب اكتئابي محدد آخر: هي الاضطرابات التي تسيطر عليها الأعراض الاكتئابية، ولكن لا تكون كاملة بحيث يشخص أي اضطراب من فئة الاضطرابات الاكتئابية (الأعراض قليلة أو المدة قصيرة).

-اضطراب اكتئابي غير محدد: يستخدم هذا النوع من التشخيص مع الحالات التي لا تتوفر على معلومات كافية لوضع تشخيص أكثر تحديداً.

5- النظريات المفسرة للاكتئاب:

أ- النظريات النفسية المفسرة للاكتئاب:

تعددت النظريات التي حاولت تفسير الاكتئاب، كما توجد بعض الآراء التي فسرت الاكتئاب، ولكنها لم تصل إلى حدّ النظرية المتكاملة. سنذكر البعض منها:

- النظرية بين-شخصية: ركزت في تفسيرها للاكتئاب على ضغوط الحياة وأساليب المواجهة، كما اهتمت أيضاً بالعلاقات بين الأشخاص وبيناتهم، فتفسر الاكتئاب كما وضّحه "كوين ودونوي" (Coyne et al, 1995) بأنه الفشل في المواجهة الانفعالية لضغوط الحياة.

-النظرية المعرفية الاجتماعية: تفسر الاكتئاب على أنه "فقدان للدور الاجتماعي لدى الفرد الذي يمتلك مصادر قليلة لقيمة الذات أو يفقد الكثير من تقدير الذات من المحيطين به في بيئة العائلة أو في مجتمعه

الصغير أو الكبير، فتميز علاقات المصاب بالاضطراب، الاضطراب يمس أيضاً التواصل اللغوي والاجتماعي". (معريس، 2010، ص 83-86).

- **النظرية التحليلية (الدينامية):** رائدها فرويد الذي يرجع الاكتئاب إلى "أحداث صدمية يواجهها الفرد في السنوات المبكرة من عمره مثل انفصال أحد والديه أو فقدانه". (معمرية، 2007، ص. 16)؛ ما يؤدي به حسب معريس (2010) إلى الشعور بفقدان موضوع الحب، فتنتابه نوبات الاكتئاب مصحوبة بالشعور بالذنب بسبب فقدان.

أما "أبراهام" Abraham يربط الاكتئاب بالفشل في الحصول على الحب، فالفرد الذي لا يتمكن من إشباع رغباته العاطفية وحاجاته إلى الحب والحنان تنتابه مشاعر كراهية وغضب اتجاه الآخر، هذه المشاعر ترتدّ نحو الذات بسبب الشعور بالذنب.

- **نظرية أخطاء التعلم الاجتماعي والعجز المكتسب:** رائدها "سيلجمان" Seligman اعتبر أن الاكتئاب هو استجابة متعلمة مرتبطة بالمواقف المهددة للطمأنينة والأمان.

يرى مصطفى (2009) "أن الفرد عندما يتعرّض إلى خبرة منفردة وغير متحكم فيها، هذه الخبرة تعوق ما تمّ تعلّمه من استجابات الهروب".

يفسر نموذج العجز المكتسب الاكتئاب: بأن "الفرد عند مواجهته لمواقف لا يُمكنه التحكم فيها يتعلّم بأن استجابته باختلافها لن تتمكن من حلّ وإنهاء الصدمة فنقلّ دافعيته (تأثير دافعي)، ويعتقد أن أي استجابة لن تشعره بالراحة (تأثير معرفي) ما ينتج انفعالات مشروطة من خوف، الخ". (مصطفى، 2009، ص ص. 53-55).

- **النظرية المعرفية:** ترتبط نظرية الاكتئاب بالناحية المعرفية بطريقة تفكير الفرد وكيفية نظرتة للأمور التي تكون غالباً سلبية، يعتقد "بيك" كما أشار أبو زيد بأن "الاكتئاب يحدث نتيجة الاعتقادات المعرفية السلبية: وجهة نظر سالبة للذات، العالم والمستقبل، هذه المعارف السلبية ينتج عنها الاكتئاب". (أبو زيد، 2001، ص. 81).

أشار غريب إلى المستويات الثلاث التي حددها "بيك"، والتي تلعب ربما دوراً في الاكتئاب.

الأفكار الأوتوماتيكية: هي مجموع الأفكار السلبية الموجودة عند الأفراد والمرتبطة بالذات، العالم والمستقبل، والتي تعرف بالثالوث الاكتئابي، هذه الأفكار تكون عفوية، أوتوماتيكية وسريعة ترتبط في الاكتئاب بالشعوب بالذنب، الوحدة، اليأس، إلخ. (غريب، 2007، ص. 24).

المخططات: يعرفها غريب (2005) بأنها "نماذج داخلية لجوانب الذات والعالم، يستخدمها الأفراد لإدراك، ترميز واسترجاع المعلومات، تنمو عبر طريق من الخبرات المحددة الكثيرة". (غريب، 2005، ص. 24).

تمكن الفرد من ربط معلومات جديدة بمعلومات قديمة، ما يسهل عملية إدراكها واسترجاعها.

الجدول رقم (04): يبين مخططات سوء التوافق المستخدمة من طرف المكتتب

| الرقم | المخطط | مضمونه |
|-------|--------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | الهجر / عدم الاستقرار | هو توقع بأن حاجة الشخص للشعور بالأمن والاستقرار والتعاطف لا يمكن إشباعها في حدود سياق العلاقات الأسرية الحميمة بسبب عدم الاستقرار الانفعالي للمحيطين. |
| 2 | عدم الثقة/ توقع الإساءة | هو توقع الإساءة، الأذية، القسوة، الكذب من الآخر في أي وقت، ولذلك لا يمكن الوثوق فيهم، فهم يتلاعبون به لمصلحتهم. |
| 3 | الحرمان العاطفي | هو توقع الفرد بأن الآخر لن يحقق رغبته في الحصول على درجة معتدلة من الدعم العاطفي. |
| 4 | الاعتماد على الآخر انعدام الكفاءة | هو اعتقاد الفرد بأنه عاجز عن معالجة مسؤولياته اليومية بطريقة تتسم بالكفاءة دون أن يتلقى مساعدة جوهرية من الآخر. |
| 5 | الاستهداف والمرض | هو خوف مبالغ فيه بأن مصيبة ستقع مع شعور مستمر بالتهديد، وبأن الفرد لا يكون قادراً على حماية نفسه. |
| 6 | الاحتواء / قصور نمو الذات | يكون الشخص تابعاً للآخر حتى في عاطفته، الارتباط الشديد يكون على حساب استقلاليتها أو ارتقائه الاجتماعي السوي. |
| 7 | كثرة العيوب/ الاغتراب | يشعر الشخص بأن لديه الكثير من العيوب، وكذلك هو غير مرغوب خارجياً من الآخرين ما يؤدي إلى شعوره بالعزلة والاعتراب. |
| 8 | الفشل في الإنجاز والتحصيل | هو اعتقاد الفرد بأن فشله محتوم، وبأنه ليست لديه القدرة على النجاح، فهو غبي، جاهل، إلخ... |

| | | |
|----|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 9 | الخضوع والاستبعاد | هو حالة استسلام مبالغ فيها في قرارات الفرد وتفضيلاته، كل ذلك لتجنب الغضب والهجر. |
| 10 | قمع المشاعر والانفعالات | هي حالة من الكف العاطفي والوجداني، تظهر على شكل صعوبة شديدة لدى الفرد في مناقشة المشاعر والعواطف. |
| 11 | التضحية بالذات/ التحمل الزائد للمسؤولية | يضحي الفرد بنفسه لإسعاد الآخرين بغض النظر إذا كان ذلك سوف يسعده ويرضيه أولاً. |
| 12 | المغالاة في المعايير بالنسبة للفرد وللآخر | لا يتوقف الفرد عن المحاولة للرقى إلى توقعات رفيعة جداً من نفسه أو من الآخرين، فيضع للوصول إلى ذلك معايير قاسية على حساب سعادته، مرجه، الخ. |
| 13 | السلبية/ التشاؤم | يركز الفرد على امتداد عمره على الجوانب السلبية للحياة، مثل: الألم، الموت، الخسارة، الإحباط، الذنب،... إلخ |
| 14 | التسلط/ التمرکز حول الذات | هو إصرار شديد لدى الفرد بأن من حقه الحصول على كل ما يريد، دون اعتبار لنظرة الآخرين، هل هو معقول أولاً. |
| 15 | ضعف ضبط النفس | يجد الفرد صعوبة في التحكم في نفسه وضبط انفعالاته ورغباته وتعبيراته، يجد صعوبة في تحمل بعض أنواع الحرمان أو في الوصول إلى بعض الأهداف. |
| 16 | انعدام الجاذبية الاجتماعية | هو اهتمام الفرد المفرط بالمظهر الخارجي ورأي الآخرين، وبأن الآخرين ينفرون منه بسبب شكله غير المقبول. |

يوضح الجدول رقم (04) المخططات الرئيسية التي تظهر لدى المكتئبين، كما حددتها النظرية المعرفية حسب غريب (2007) و التي تنقسم الى 16 مخطط .

التفكير المشوه: هو مجموعة أفكار تتحرف عن المنطق والتفكير الواقعي، تصنف عند المكتئب كما يلي:

جدول رقم (05): يوضح خصائص التفكير المشوه لدى المكتئب

| الرقم | الخصائص | مضمونها |
|-------|-------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | الاستنتاج التعسفي | يعتمد فيه المكتئب على أفكار تفتقر إلى براهين تدعمها أو يلتزم بها. |
| 2 | التجريد الانتقائي | يركز فيه المكتئب على جزء من التفاصيل السلبية ويتجاهل الموقف كله. |
| 3 | التعميم الزائد | يقوم المكتئب باستخلاص حكم معين من حادث واحد ويعممه على كل المواقف التي ليس لها علاقة بالحادث. |

| | | |
|----|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 4 | التحويل والترهيب | يعمل المكتئب على المبالغة في رؤية الأشياء والمواقف بدقة وموضوعية. |
| 5 | الشخصنة | يعزو المكتئب الأحداث الخارجية إلى نفسه بدون التوفر على دلائل منطقية يدعم بها نفسه. |
| 6 | المقارنة | يقوم المكتئب بالإسراف في مقارنة نفسه بالآخرين. |
| 7 | الأفكار الكمالية المطلقة | يميل المكتئب إلى التفكير بأسلوب مطلق، بحيث يصبح مصدر للاضطراب بسبب وجود جوانب نقص غير معروفة ومخاوف من العجز للوصول إلى الكمال. |
| 8 | التفكير بلغة الحكم | يميل المكتئب إلى الحكم في قضايا تتعلق به وبالآخرين بشكل حتمي ونهائي. |
| 9 | قراءة أفكار الآخرين سلباً | ينظر المكتئب إلى نفسه على أنه غير جدير باهتمام الآخرين به، بتكوين علاقات اجتماعية والتفاعل معهم. |
| 10 | التفكير القائم على الاستنتاجات الانفعالية | يفسر المكتئب سلوك الآخرين تفسيراً انفعالياً يقوده إلى تجنب الناس والتفاعل معهم. |
| 11 | أسلوب التفكير الكارثي | يميل المكتئب إلى تفسير الأمور البسيطة على أنها كوارث مع توقعه حدوث نتائج فضيعة وغير مرغوب فيها. |

يوضح الجدول رقم (05) أصناف التفكير المشوه عند المكتئب والمحددة في أحد عشر أسلوباً حسب "لويس" (Louis,1994).

- النظرية السلوكية حسب "لوينسون" (Lewinsohn,1974): تفسر "لوينسون" "الاكتئاب بالاعتماد على الاشتراط الإجرائي والتعلم الاجتماعي". (الأعظمي، 2013، ص. 47).

يفترض "لوينسون" وزملائه أن المعدل المنخفض من الاستجابات التي يتلوها تدعيم يشكل مقدمة حاسمة لحدوث الاكتئاب، فسلوك الشخص المكتئب لا يحصل على تدعيم إيجابي لدرجة كافية للمحافظة عليه، فيجد الفرد المكتئب أنه من الصعب عليه أن يبدأ أو يحافظ على سلوكه ويصبح تدريجياً سلبياً. "قالاكتئاب ينتج عن قلة العائدات الموجبة التي يحصل عليها الشخص في تعامله مع البيئة". (غريب، 2007، ص ص. 78-81).

ترتبط الأحداث المدعمة إيجابياً بعدة محاور: خبرات الكفاءة، التفاعلات الاجتماعية المتكافئة، الخ.بعدها الذي يتغير بتغير الفروق الفردية: السن، الجنس، الخبرة، الخ. يضيف "لوينسون" وزملائه أنه ليست فقط أحداث البيئة التي تفسر الاكتئاب، بل يرتبط أيضاً بسمات وحالات عضوية.

ب- النظريات البيولوجية المفسرة للاكتئاب:

يرى أصحاب النظرية البيولوجية أن الاكتئاب هو اضطراب وظيفي يحدث نتيجة الاضطرابات في التنظيم الهرموني، الكيميائي والفيزيولوجي، توجد وجهات نظر مختلفة في النظريات البيولوجية تفسر الاكتئاب، يمكن تقسيمها إلى:

- النظرية الوراثية أو الجينية:

تهتم بدراسة العامل الوراثي ودوره في نشأة الاضطرابات الوجدانية بشكل عام: وضحت واكلي (2013) أنه تمت دراسة العوامل الوراثية من خلال عدد من الدراسات: دراسات أسرية، دراسات التوائم، دراسات التبني:

-الدراسات الأسرية: أثبتت أنه عند إصابة أحد الوالدين بالاكتئاب، فإن الأطفال معرضين بنسبة 30% لخطر الإصابة به مستقبلاً، أما إذا كان كلا الوالدين مصابين ترتفع النسبة إلى 50%-70%.

-الدراسات على الأقارب: "إذا كان في الأقارب من الدرجة الأولى مصابون بالاكتئاب تزيد احتمالية إصابتهم بالاكتئاب ما بين 8-18 مرة أعلى من الأقارب من الدرجة الأولى في المجموعة الضابطة". (واكلي، 2013، ص. 74).

-بالنسبة للتوائم: إذا أصيب أحد التوائم المتطابقة بالاكتئاب فإن احتمال إصابة الثاني تتراوح بين 15% و25% بالنسبة للتوائم المتطابقة و15% إلى 25% بالنسبة للتوائم غير المتطابقة.

-بالنسبة للتبني: "إذا كان الأطفال لأبوين مصابين بالاكتئاب، يبقى خطر الإصابة متزايد حتى لو تم تبنيهم داخل أسر سوية لا يوجد بها مرض". (واكلي، 2013، ص. 74).

- النظرية البيوكيميائية:

يعود الاكتئاب حسب النظرية البيوكيميائية إلى خلل في العناصر الكيميائية في الجسم، يوجد في التفسير البيو-كيميائي اتجاهين (فرضيتين):
الفرضية الأولى: التفسير الأميني للاكتئاب

يرتبط الاكتئاب بنقص أو عدم توازن في العناصر الأمينية كما وضعه "سونغليي" (2011 ، Sanglier) الأحماض الأمينية هي الكاتيكول أمين والأندول أمين، يشمل الكاتيكول أمين النورلابنفرين، ابنفوين، أما الأندول أمين يشمل السيروتونين والهيستامين). إن النورلابنفرين هو المسؤول عن إفراز الأدرينالين، والذي يستنزف في حالة الاكتئاب.

ب-الفرضية الثانية: يرجع الاكتئاب إلى عدم التوازن في نسبة المعادن في الجسم بالتحديد البوتاسيوم والصوديوم، بحيث تزيد نسبة الصوديوم في جسم المصاب بالاكتئاب مقارنة بالشخص العادي.

6. الاكتئاب دون الإكلينيكي عند المراهق:

أشار غريب (2018) إلى الاكتئاب دون الإكلينيكي عند المراهق الذي يسمى كذلك بالاكتئاب دون السريري، الفرعي أو الصغير؛ هو الاضطراب الذي لا تتوافر فيه معايير تشخيص الاكتئاب السريري حسب DSM: تكون الأعراض أقل من 5 أعراض، أما المدة تكون أسبوعين أو أكثر.

أكد غريب على "ضرورة الاهتمام والتكفل به باعتبار أنه يسبب الكثير من العجز مثله مثل الاكتئاب الإكلينيكي، إلى جانب المشاكل الاجتماعية أو الخلل الاجتماعي كزيادة تعاطي المخدرات وخطر الإصابة بالنوبة الاكتئابية الحادة مستقبلاً". (غريب، 2018، ص ص. 21-22).

7- الإكتئاب الناتج عن أمراض عضوية عامة:

هي مجموع الأمراض العضوية التي تتسبب في ظهور الاكتئاب عند المصاب بها، تقسم إلى عدة أنواع كالتالي:

أ- الأمراض التنكسية Troubles dégénératifs

ب- الأمراض والإصابات العصبية Affections neurologiques

ج- أمراض الغدد الصماء Troubles endocriniens

د- الأمراض الالتهابية (الالتهابات) Affections rhumatologiques

هـ- الأدوية المسببة للاكتئاب Médications dépressogènes

الجدول رقم (06): يوضح الأمراض العضوية المسببة للاكتئاب

| Les categories | Les maladies |
|-----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Troubles dégénératifs | <ul style="list-style-type: none"> - La maladie du Parkinson, anxiété prédominante. - La chorée de Huntington, trouble de personnalité avant-coureur. - Sclérose latérale amyotrophique, maladie de Wilson précèdent les signes organiques 20%. |
| Affections neurologiques | <ul style="list-style-type: none"> - Tumeurs cérébrales (Particularités selon les localisations). * Adynamie et indifférence frontale) * Crises comitiales (temporales). * Anorexie et amaigrissement (hypophysaires). * Dépression vasculaire. * AVC hémorragique. |
| Troubles endocriniens | <ul style="list-style-type: none"> - L'hypothyroïdie surtout dans ses formes à évolution lente. - L'hyperthyroïdie. - La maladie d'Addison. - Syndrome de Cushing. |
| Affections rhumatologiques | <ul style="list-style-type: none"> - Syndrome de Gourgerot-Sjogren. - L'ensemble des maladies rhumatismales inflammatoires. |
| - Médicaments dépressogènes | <ul style="list-style-type: none"> - Les psychostimulants (lors d'un usage prolongé, ou au sevrage). - La fenfluramine, la L-dopa, les corticoïdes, la cimétidine. - Antihyperseurs. - La digitaline et tous les neuroleptiques. - Interleukine (interféron). - Lidocaine. - Anticancéreux (vinblastine, vincristine, l'asparagine, |

| |
|----------------------------------------------------------------------------------|
| procarbazine. - Amandarine, le disulfirame. - L'indométacine, le thallium. |
|----------------------------------------------------------------------------------|

يتضح من خلال الجدول رقم(06)أهم الأمراض العضوية التي ينتج عنها اكتئاب حسب "بوربون" (Bourbon) من أمراض تنكسية، عصبية، المرتبطة بالغدد الصماء والالتهابية، بالإضافة إلى الأدوية المسببة للاكتئاب.

الجدول رقم (07): يوضح الأورام السرطانية المسببة لاكتئاب عضوي

| نوع الورم | خصائصه |
|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| أورام الجبهية | عند 50% من الحالات، تكون الأعراض النفسية هي المنبئة باحتمالية الإصابة بها، الأعراض هي: الخلط الذهني، أعراض اكتئابية. الأعراض العصبية تظهر متأخرة (اضطرابات الإخراج، نوبات صرعية) تكون مصحوبة باضطرابات في المزاج مع حساسية زائدة. |
| الأورام الجدارية | حبسة فيرنكي مع مزاج مكتئب، هلاوس بصرية، قد تكون الهلاوس مشتركة، سمعية، شمعية، ذوقية، مصحوبة باضطرابات في الذاكرة. |
| الأورام الصدغية | اضطرابات في المزاج، اضطرابات في صورة الجسم مع أعراض أخرى،-aprasco agnosiAphaso – aprascique |
| الأورام الداخلية | يكون التشخيص متأخر، ضحك و بكاء تلقائي، اضطرابات في المزاج، أعراض هيسترية مع ثلاثية ضغط الدم داخل الجمجمة، آلام في الرأس هي اضطرابات بصرية. |

يتضح من خلال الجدول رقم (07) حدد الأورام السرطانية العصبية التي تسبب اكتئاب عضوي كما حددها "كاشا" (kacha, 2002) كما حدد الأعراض الأخرى المصاحبة.

8- الأعراض المميزة للاكتئاب الناتج عن أمراض عضوية عامة:

الاكتئاب قد يكون أحد الأعراض التي تكشف إصابة عضوية مجهولة تشكل 20-30% من حالات الاكتئاب. حدد "بوربون" (Bourbon) الأعراض العيادية التي تميز الإصابات العضوية هي كالتالي:

- غياب العوامل المفجرة، الاستعداد الشخصي أو العائلي للإصابة بالاكتئاب، اضطرابات القلق.

- جدول عيادي غير واضح: ذهول، بطء على مستوى الأفكار، ألم نفسي.

- كف نفس-حركي أو عزلة.

- أعراض عضوية، ارتعاش، آلام على مستوى الرأس، نقص دقات القلب... إلخ

تظيف برحيل (2011) بخصوص أعراض الاكتئاب العضوي ما يلي:

- "عدم وجود اضطرابات في الشخصية.

- غياب المظاهر العصابية.

- وجود أعراض الخلط كاضطراب في الانتباه، التوجه المكاني والزمني، حيرة مع القلق.

- تناقل معرفي وجسمي مع تعب واضح ولكن دون أعراض اكتئابية نفسية واضحة".

9. التشخيص التفريقي:

يستدعي تشخيص الاكتئاب القيام بما يعرف بالتشخيص التفريقي نظراً لتشابه الأعراض في بعض

الاضطرابات، أهمها:

أ- اضطراب التكيف:

يختلف اضطراب التكيف المصحوب بالمزاج الاكتئابي واضطراب الاكتئاب من حيث السبب

الاستجابة تظهر في اضطراب التكيف نتيجة لموقف مقلق موحد، تستمر مدة ثلاثة أشهر، مع غياب

أعراض النوبة الاكتئابية الحادة، مدة الاضطراب تكون قصيرة، يختفي بعد 6 أشهر.

الجدول رقم (08): يبين الأبعاد العيادية لاضطراب التكيف

| Critère d'inclusion | Effort d'adaptation | Troubles d'adaptation | Troubles psychologiques majeurs |
|---------------------|---------------------|-----------------------|---------------------------------|
| Nombre de symptom | >3 | <3 | <4 |

| Intensité | + | ++ | +++ |
|------------------------------------|-----|-----|-----|
| Parmanences des symptômes | Non | Non | Oui |
| Caractère inhabituel des reactions | Non | Oui | Oui |
| Conséquence relationnelle | Non | Oui | Oui |
| Durée (sem) | >1 | <1 | <2 |

يتضح من خلال الجدول رقم (08) الأبعاد العيادية التي حددتها "الوكالة الوطنية للاعتقاد والتقييم في الصحة (2000) , [ANAES] Agence National d'Accréditation et d'Evaluation en Santé) التي تسمح بالتمييز بين مجهودات التكيف العادية بالنسبة للمصاب بالسرطان، اضطراب التكيف أو اضطراب نفسي آخر من بينها: عدد الأعراض، شدتها، ديمومتها، الخ.

ب-الصدمة النفسية وحالة اجهاد ما بعد الصدمة:

تختلف الصدمة النفسية عن الاكتئاب من حيث البداية التي تكون "في اليوم الثاني الذي يلي الصدمة يستمر على مدى ثلاثة أشهر،الأعراض تتميز بحدتها في الشهر الأول ولقد أشارت بعض الدراسات إلى أن ضحايا الصدمة يتعرضون لنوبات اكتئاب حادة ويمكن أن تمس أكثر من 60% حسب "انتكسون" (1957)، بينما دراسات "بيك" فتشير إلى أن نسبة الإصابة بالاكتئاب بعد التعرض للصدمة النفسية تبلغ 50%".(عروج، 2017، ص.62).

أشار كل من "كابلان وساداك" (Kaplan et Sadack,1998) إلى أن:

-30% من الحالات تم شفاؤها تماما

-40% يستمرون في المعاناة من بعض الأعراض البسيطة

-20% يعانون من أعراض متوسطة الشدة

-10% تستمر عندهم الأعراض أو يتدهورون أكثر.

ج- الحصر:

"يشترك الحصر والاكتئاب في مجموعة من الأعراض كالأرق، صعوبات معرفية: ضعف التركيز، الخ". (جبار، 2016، ص 61).

الجدول رقم (09): يوضح الفرق بين أعراض الحصر والاكتئاب

| Donnés | Anscité | Dépression |
|----------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| Humeur | Appréhension, plaisir gâché par l'inquiétude | Tristesse, perte de plaisir |
| Contenu de pensée | Manque de confiance en soi doute surmontable diversité mais parasites | Auto dépréciation, baisse de l'estime de soi, perte d'espoire, fatalisme, appauvrissement. |
| Trouble psychomoteur | Pas de ralentissement moteur, agitation anscieuse, logouhée | Ralentissement psychomoteur baisse du débit verbal |
| Troubles psycho somatiques | Insomnie d'endormissement fatigue vespérale | Insomnie matinale, fatigue matinale |
| Comportement sociale | Vainte de la solitude et de l'abandon | Repli sur soi retranchement. |

يوضح الجدول رقم (09) ما جاءت به "الجمعية الفرنسية للرعاية التدمية" (Association Francophone pour les Soins Oncologique de Support [AFSOS], 2013) للفرق بين الحصر والاكتئاب من حيث المزاج، مضمون التفكير، الاضطرابات النفس-حركية، الخ.

د- الحداد:

تحدثت "كافيدوف" (2000) حول الفرق بين الاكتئاب والحداد، الاكتئاب يكون أكثر حدة والمكتئبون يشعرون بأنهم مهملون ويميلون للانسحاب أكثر ويشعرون بعدم القدرة على التحكم في أنفسهم أو توجيه حياتهم. (كافيدوف، 2000، ص 315)

يضيف أبوزيد (2001) أن الحزن يأتي في صورة نفحات عكس الاكتئاب الذي يكون مستمر، يتميز بالاجتياح والديمومة ويرتبط بعدة عوامل. (أبو زيد، 2001، ص83).

ثانيا: علم الأورام النفسي

1-تعريف علم الأورام النفسي:

تعرفه "الجمعية الفرنسية لعلم الأورام النفسي" (La société française de psycho oncologie [S.F.P.O],1995) , بأنه تخصص حديث ظهر في الثمانينات من القرن الماضي، أين بدأ الاهتمام بالجانب النفسي السلوكي والاجتماعي المرتبط بظهور السرطان، ترجم اسم هذا التخصص من الإنجليزية أما "لانتيوم" (lantheaume,2017) تعرفه على أنه تخصص جديد ظهر إلى جانب علم الأورام، الطب العقلي وعلم النفس، يمارسه المختصون النفسانيون والعقليون الذين يعملون مع المصابين بالسرطان.

كما تعرفه "هولند" (Holland,1998) بأنه تخصص تشترك فيه عدة تخصصات الهدف منه التكفل بالجانب النفسي والاجتماعي للمصاب، أسرته والفريق الطبي، هو في نفس الوقت تخصص علمي ومجموعة من الممارسات العيادية التي تطبق في مجال علم الأورام. يهتم علم الأورام النفسي بتكيف المصاب وأسرته مع المرض، التكفل بالمشاكل العلائقية والأعراض النفس- مرضية الناتجة عن السرطان وعلاجاته المختلفة، يهتم أيضا بالسلوكيات الخطيرة عند المصابين بالعلاقة طبيب/ مريض، بما يعرف بالالتزام الصحي.

يعرف كل من "بوارون ومارتي" (Boiron et Marty, 1999) اللذان يعتبران علم الأورام النفسي مجموعة من المفاهيم المرتبطة بتخصصات متعددة تساعد في فهم ما يحصل في مجال السرطان: التمثلات الذهنية المعتقدات...الخ. كما أنها ممارسة ميدانية الهدف منها مساعدة المصابين، أسرهم والفريق الطبي المتكفل بهم للتغلب على مختلف الصعوبات والمشاكل والتكفل الجيد بالمصاب، بالإضافة إلى أنها مجموعة مراجع ومجلات تدرس المصاب بالسرطان .

2 -تطور علم الأورام النفسي:

تعتبر "جيمي هولند" (Jimmie C holland) من مؤسسي علم الأورام النفسي ولدت في 9 أبريل 1928 بتيكساس، أمريكا، أصبحت طبيبة مختصة في الأمراض العقلية سنة 1966، فتحت مصلحة الأمراض العقلية بمستشفى New York Alemorial slaan Kettering cancer center أين لاحظت أن الأطباء ليس لديهم معلومات كافية في مجال علم النفس فلا ينتبهون لعدة اضطرابات كالإكتئاب مثلا.

أسست الجمعية الأمريكية لعلم الأورام النفسي الاجتماعي، فتحت مركز للتكوين والبحث في علم الأورام النفسي في الولايات المتحدة الأمريكية سنة 1977 لتكوين المختصين النفسانيين العاملين في المجال، نشرت محاضرات في علم الأورام النفسي سنة 1984 ودليل علم الأورام النفسي في سنة 1989 (Holland, 2002,)

تأكد "دولبو" (Dolbaults,2008) على دور "هولند" Holland في نشر تخصص علم الأورام النفسي في العالم من خلال اهتمامها بمشاركة المعرفة مع الأخصائيين في البلدان الأخرى.

مؤخرا أصبح علم الأورام النفسي فرعا من فروع علم الأورام له مكانة داخل المنظومة العلاجية في البلدان الأوروبية، يقوم بوظائف علم الأورام النفسي مختصين في فرق الصحة النفسية الذين يتكفلون بالاضطرابات الموجودة عند المصابين بمرض عضوي خطير: السرطان. ظهر هذا التخصص في أوروبا في السبعينات من القرن الماضي، أخذ مكانه تدريجيا وأصبح تخصصا ضروريا في مجال علم الأورام. (Consoli et Lacour, 2003)

تحدثت "لانتيوم" (Lantheaume,2017) عن مجموعة من العوامل أدت إلى ظهور هذا تخصص، العوامل هي كالتالي:

- تغير المعتقدات الثقافية المرتبطة بالسرطان: منذ قدم الزمن حسبما كان السرطان يعتبر مرض قاتل، لا يشفي مصدر ألم ومعاناة مستمرة ما سبب شعور بالذنب وبالعار يدفع المصاب إلى الانعزال. فتمثلات المرض والألم "le mal" تغيرت وتطورت وذلك نتيجة التقدم الحاصل في العلاج الخاص بالسرطان.

- معرفة المصابين وأهاليهم بحقوقهم: تم الاهتمام بالمصابين بالسرطان وأهاليهم وذلك بالتعرف على الصعوبات التي يواجهونها و تم التعرف على مختلف حاجياتهم ما طور في العلاقة طبيب/ مريض، فكل مصاب من حقه معرفة التشخيص وكذا الحلول العلاجية الممكنة، أصبح كل مصاب يفهم من طرف الفريق الطبي، يسمع، يحترم إلى جانب حقه في العلاج الذي يتناسب مع وضعيته الصحية، كل مصاب يتحصل على الدعم النفسي الذي يساعده على تقبل مرضه، على تسيير معاناته وألمه.

- وجود مختصين نفسانيين وأطباء عقليين في المراكز السرطانية و بالتالي سهولة التكفل بالآثار النفسية و الاجتماعية للسرطان.

- تطور طرق البحث والأطر النظرية في العلوم الاجتماعية (علم النفس) في فرنسا ففي 1950 كانت أول الدراسات النظرية التي اهتمت بطريقة استجابة المصاب للسرطان، أجريت دراسات إبيديميولوجية التي درست تأثير اضطراب القلق والاكتئاب على المصابين. تم تصميم مقاييس خاصة تتناسب مع خصوصيات وصعوبات المصابين ما يساعد في التعمق في دراسة المجالات التالية: التواصل فيما يخص المعارف الإكلينيكية والنظرية (Lantheaume, 2017).

3-مجالات علم الأورام النفسي:

حددت "لانتيوم" (Lantheaume,2017) مجالات علم الأورام النفسي كالتالي:

- دراسة المعاش النفسي للمصابين بالسرطان والذي يبعثر فيرتبط بالعلاجات المستخدمة، الفحوصات، الاستشفاء.

- دراسة التجارب و التمثلات النفسية المرتبطة بالسرطان وعلاجاته المختلفة والموجودة عند المصابين، أقاربهم والفريق المعالج، تظيف في ذلك "دوتشي" (Dauchy, 2008). بأنه يشمل التوظيف النفسي المرضي، الكشف وتشخيص الاضطرابات النفسية المرضية الانعكاسية وكل الأعراض الأخرى

- دراسة مدى انتشار الاضطرابات النفسية والعقلية عند المصابين: اضطرابات القلق، اضطرابات الاكتئاب، حالة اجهاد ما بعد الصدمة

- دراسة تأثير الحالة الانفعالية من أبرزها قلق الموت كما أشار إليه الرواشدة (2014) وتقييم شدة المعاناة في أبعادها الجسمية النفسية، الروحية، الاجتماعية كما يعرفه (l'institut national du cancer [INCa],2018).

- تأثير العوامل الداخلية (الشخصية) والعوامل الخارجية (الصعوبات الناتجة عن السرطان و العلاج) والعوامل الوسيطة (إستراتيجية المواجهة) في التكيف مع السرطان.

- تقييم الوظائف المعرفية وتأثير العلاجات المختلفة عليها .

- الأخذ بعين الاعتبار عوامل تقبل أو رفض المشاركة في البحوث وكيفية تأثير وتأثر العلاقة : طبيب/مريض.

-دراسة جودة الحياة التي تعتبر من أهم مجالات البحث في علم الأورام النفسي: "تقيم نوعية حياة المصابين بالسرطان وكذا دراسة العوامل المختلفة التي تؤثر على نوعية الحياة بينهم"(زعطوط، 2013، ص.276).

- الرضا على العلاجات المستخدمة والتكفل بشكل عام.

- تقييم التكفل النفسي.

- دراسة تأثير العوامل النفسية والاجتماعية على عوامل الخطر والتنبأ بالنسبة للسرطان (Lantheume ,2017)

الجدول رقم (10): يوضح المشاكل النفسية التي تستدعي تدخل المختص في علم الأورام النفسي

| المشاكل التي تم التدخل فيها | الوضعية |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| ألم، قلق، فقدان الشهية، غثيان وقيئ | تسيير أعراض المرض و الأعراض الجانبية للعلاج |
| إعاقة جزئية، صعوبات حركية، نقص في الاستقلالية | تسيير نقص النشاط الجزئي |
| الخوف، الاكتئاب، صعوبات التكيف، مشاكل في تقدير الذات، تسيير المرض، صورة الجسم، تأثر نوعية الحياة | الراحة النفسية |

| | |
|-----------------------------|--------------------------------------------------|
| الراحة المعرفية و الروحانية | كل ما يتعلق بالموت، الخ . |
| التراجع المعرفي | خلط ذهني، مشاكل على مستوى الذاكرة، التركيز |
| النشاط المهني | فقدان العمل، نقص القدرة و الكفاءة في العمل، الخ. |

يوضح الجدول رقم حسب "المؤسسة السويسرية لعلم الأورام النفسي" (société suisse de) (psycho oncology[SSPO], 2014) أهم المشاكل النفسية التي تستدعي تدخل للمختص في علم الأورام النفسي و الوضعيات الناتجة عنها والتي تشمل الجانب المهني، المعرفي، النفسي، الخ.

4- مفاهيم ذات صلة بعلم الأورام النفسي

أ- المراحل النفسية للسرطان

- الإعلان على السرطان:

لا ينطلق تاريخ المرض عند التشخيص بل يبدأ بمجرد اكتشاف الأعراض الأولى: ورم، نزيف، مايسبب حالة قلق هام. إن الإعلان عن السرطان ، يوضحه "فيراقوت" (Ferragut,2007) بأنه بمثابة صدمة، اعتداء، هجمة، الإعلان وما يتبعه من تغيرات جذرية يعتبر بمثابة فاصل بين ما قبل وما بعد. إن السرطان عبارة عن هجوم على الجهاز النفسي للمصاب و الذي يحتاج إلى وقت للتقبل.

أثناء التشخيص تغمر الانفعالات المصاب لدرجة أنه ينعزل عن العالم الخارجي (لا يسمع ما يقال له، لا يدرك ما يحصل حوله) أو على العكس يتجمد فلا يستطيع الاستجابة، يشعر بأن المستقبل انتزع منه (Chicaud,1998) .

حدد "المعهد الوطني للسرطان" (Institut National du cancer[INCA],1998) أربعة مراحل يمر

بها الإعلان عن السرطان:

-المرحلة الطبية: يتم فيها شرح كل ما يتعلق بالتشخيص والعلاج كتابيا.

- مرحلة المرافقة يقوم أحد أعضاء الفريق المعالج يكون كفى بمرافقة المصاب، سماعه ودعمه
- مرحلة العلاجات التلطيفية: يحدد المختص في علم الأورام النفسي بتحديد حاجات المصاب و طريقة التكفل المناسبة.
- محلة التحضير للعودة إلى المنزل.
- فينيو (vignau,2015) حدد 3 مراحل أساسية:
- الصدمة الأولى: أن الدقائق التي تتبع التشخيص تظهر فيها شحنات انفعالية حادة، أين ينتقل الإنسان من الصحة إلى المرض وبالتالي فقدان (الأسرة، المشاريع المستقبلية، الصحة).
- النفسي: بعد صدمة تشخيص السرطان وما ينتج عنها من تغيرات تؤدي أحيانا إلى النفي، هذه المرحلة تكون قصيرة في الغالب.
- المقاومة la revolte: يظهر المصاب اتجاهات سلبية نحو الفريق المعالج.

-مرحلة العلاج:

- بعد التشخيص ينتقل المصاب إلى مرحلة جديدة هي مرحلة العلاج، يتغير إيقاع حياة المصاب: فحوصات، تحاليل، مواعيد مع الأطباء، استشفاء، علاج كيميائي، علاج إشعاعي. في هذه المرحلة تظهر مخاوف مرتبطة بما يحصل للمصاب، ينتج عما حصل الآخرين في محيطه، ما فهمه وما قاله الطبيب، يجد المصاب نفسه ما بين الرغبة في العلاج والخوف منه: الرغبة في العلاج باعتباره الوسيلة الوحيدة للشفاء والخوف من آثاره الجانبية.
- يجد المريض نفسه أمام مختضين كثر، في وضعية معقدة يصعب التراجع عنها، يجد نفسه أمام مجموعة من التمثلات الذهنية المرتبطة بالسرطان (Lancelot,2010). في هذه المرحلة يظهر نوع من المقاومة ما بين الجسم و النفس: فالمصاب يحتاج إلى قوة داخلية للمواجهة، المقاومة، عدم الاستسلام رغم التعب النفسي ورغم الاضطرابات الحاصلة ما يصعب الحفاظ على نوع من الثبات الداخلي.

توضح (ANAES, 2000) ان التأثيرات النفسية للعلاج تكون كثيرة مصحوبة بتغيرات عائلية و مهنية. ان مرحلة العلاج صعبة وطويلة تساهم في ظهور اضطراب الاكتئاب والتكيف. الآثار الجانبية الشديدة للعلاج والتي تشعر المصاب بأنه مريض أكثر، تعب أكثر، أكثر من أعراض المرض في حد ذاته (Lancelot,2010).

العلاج الكيميائي بسبب: قىئ عند 50% من الحالات، 70% ألم، التدخلات الجراحية: البتر الذي غالبا ما يكون سريع ما يصعب على المصاب تقبل هذا الجسم الجديد، الحروق التي يسببها أحيانا العلاج الإشعاعي، يعيشها على أنها اهتداء على الجسم.

هذا الجسم ونتيجة لكثرة الفحوص و التحاليل و كثرة المختصين الذين يفحصونه يفقد خصوصيته يصبح جما عام (Zarouati et Sudres,2004). إن المصاب في هذه المرحلة معرض إلى تأثيرات جسدية، انفعالية، معرفية سلوكية والتي لا يستطيع العلاج الدوائي التحكم فيها بشكل مطلق (berghmans et Carquinio,2009).

-مرحلة الشفاء:

من الناحية الطبية: الشفاء هو مرور سنتين من الاختفاء الخلايا السرطانية. قبل الشفاء يمر المصاب بحالة من القلق، تعتبر هذه المرحلة حساسة و حرجة باعتبار أن السرطان بإمكانه أن يظهر مرة أخرى و في أي وقت تتغير حياة المصاب الذي شفي و الذي ينفصل عن الفريق المعالج له الذي يعتبر مصدرا للأمن بالنسبة للحالة، من جهة أخرى أن فحوصات المراقبة تجعله دائما في وضعية المريض، فيجد نفسه ما بين المرض و الشفاء (Debraux,2006).

مرحلة الشفاء هي مرحلة حاسمة تقع ما بين المرض والشفاء يكون الشفاء مصحوب باختفاء أعراض السرطان و الآثار الجانبية للعلاج، يصعب الحديث عن الشفاء في مجال الأورام: الشفاء الكلي، فلا يتم الحديث عن الشفاء قبل مرور سنوات من الهجوع La rémission (Bensoussan et Duboit,2009). قد تحدث انتكاسة في هذه المرحلة والتي تعني تأزم المرض من الناحية النفسية حسب بن سوسان و دويوا" Bessoussan et Duboit" (2009).

يعتبر الشفاء مرحلة العودة إلى الحياة، استئناف النشاطات المعتادة تعيش الحالة الحياة أحسن من السابق.(Bensoussan et Duboit,2009). تتعود الحالة تدريجيا على الحياة العادية، تكون من جديد حياتها الشخصية البعيدة عن العلاج.

أن الشفاء بالرغم من أنه يعتبر خبرا سارا ينتظره كل مصاب إلا أنه يصعب تقبله أحيانا، يعود ذلك إلى الفارق بين الزمن الطبي والزمن النفسي (Bennaud et Antigac,2007). فبالرغم من الشفاء تبقى آثار المرض النفسية والجسمية والمرتبطة بصورة الجسم (Razair et Debraux,2002).

بالرغم من الشفاء تبقى آثار المرض: النفسية والجسمية عن المرض حتى وإن كان الفريق الطبي غير متأكد من الاختفاء الكلي للمرض. يعيش المصاب في غموض متعلق بالهوية، ما يفسر صعوبة اندماجه من جديد في محيطه، لكن يبقى ذلك مؤقتا. ان السرطان يأخذ مكانا هاما في الحياة النفسية للفرد ما يسبب حالة من القلق المستمر من الانتكاسة، هذا ما يدفعنا للحديث عما يسمى تناذر Damoclés هو عبارة عن قلق متخفي ومستمر من الانتكاسية بالرغم من اختفاء الخلايا السرطانية (benssoussan et Duboit 2009).

مرحلة نهاية الحياة: Phase palliative

إن الإعلان عن هذه المرحلة يعني فشل العلاج وبالتالي استحالة الشفاء من السرطان، هذه المرحلة تكون مصحوبة من الناحية النفسية بقلق الموت.

في هذه المرحلة تكون الهدف من العلاج تحسين نوعية الحياة، بالنسبة للمرضى تعتبر هذه المرحلة مؤلمة يشمل الألم النفسي، الجسمي، الاجتماعي، الروحي، الخ. يعيش المريض معاناة شديدة، فقدان التدريجي للاستقلالية، العجز، المعاناة، الموت (يتدخل هنا الجانب الروحي بشكل كبير).

ب-العوامل المؤثرة على المعاش النفسي للمصاب بالسرطان:

توجد مجموعة من العوامل تؤثر على المعاش النفسي عند المصاب

-العوامل الاجتماعية و الطبية:

الجنس:

فيما يخص تأثي عامل الجنس، يعتبر المعاش النفسي للسرطان أحسن عند النساء مقارنة بالرجال، حتى فيما يحض أعراض القلق والاكتئاب (Cayou et Dickés 2008).

أجريت دراسات على المجتمع الجزائري كدراسة شيدمي والتي توصلت إلى أن النساء كيفما كانت الوضعية العمرية التي تنتمي إليها، شابة أو مسنة يسبب بها السرطان ضغط نفسي وجسمي شديدين، التأثير يشمل عدة جوانب، يكون مهم وقد يستمر لسنوات طويلة (شيدمي، 2015، ص243).

السن:

إن النساء الشابات يعانون أكثر من الحصر مقارنة بالنساء الأكبر سنا. النساء الأكبر سنا يظهرون أعراض القلق المرتبط بالمعاودة أقل، عكس الشابات اللواتي تظهرن أعراض قلق واكتئاب أهم (ANAES,2000).

المستوى التعليمي و الاقتصادي:

يصرح "ديكي و كايرو" (Cayrou et Dickés , 2008) أنه كلما ارتفعت هذه المستويات كان المعاش النفسي أحسن.

ج.الاستجابة التكيفية و اللاتكيفية للسرطان:

ان المصاب بالسرطان معرض للفقدان المتعدد. المرض يأتي ليحدث فجوة في حياته ما يصعب عملية التكيف بشكل مؤقت أو بشكل دائم. يحتاج التكيف المرتبط بالسرطان إلى الوقت إلى إعادة تنظيم الجهاز النفسي، الهدف من ذلك الحفاظ على الوحدة النفسية و الوقاية من الاضطرابات النفسية التي قد تحدث. حسب مرحلة المرض يكون المصاب إستراتيجيات معرفية، انفعالية و سلوكية تساعده على تقييم الصعوبات والتعامل معها، ردود الأفعال قد توصل المصاب إلى التكيف أو على العكس إلى عدم التكيف.

الجدول رقم (11): يوضح العوامل المؤثرة على الاستجابة الاكتئابية

| العوامل النفسية-اجتماعية | العوامل الطبية |
|-------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| النفسية: دورة الحياة، الشخصية. العلائقية: (الأسرة، العمل، الخ) الثقافية | نوع التدابير الوقائية مرحلة المرض الأعراض الناتجة عن السرطان نوع العلاج نوع إعادة التأهيل دعم الفريق الطبي |

يوضح الجدول رقم (11) ل"لانتيوم" (Lantheaume,2017) مختلف العوامل المؤثرة في ظهور الاستجابة الاكتئابية عند المصاب بالسرطان والتي قسمها الى عوامل طبية ترتبط بالسرطان وعوامل نفس-اجتماعية: كالعلاقات، الخ.

الاستجابة التكيفية:

إن ردود الأفعال الناتجة عن الإعلان عن السرطان تكون مكلفة تستهلك طاقة نفسية هامة: تتعب المصاب جسماً كما تتعبه نفسياً: فتتخفف قدرته على الانتباه، التذكر، التحكم الانفعالي، الخ، يشعر المصاب بالفراغ "exténués physiquement et psychiquement"

الاستجابة اللاتكيفية:

بعض المصابين يكونون من الناحية النفسية: غير محضرين، ضعيفين، حساسين بسبب بعض العوامل: العزلة، يستجيبون بطريقة غير متكيفة، هذه الاستجابات اللاتكيفية تصنف إلى أربعة أشكال:

-**الذهول La sidération** يظهر المصاب حالة من الذهول والاندحاش تترجم من الناحية المعرفية على شكل عدم القدرة على تحديد ما يحسه والتعبير عنه، تصبح الوظائف المعرفية بطيئة عنده. من الناحية انفعالية يعيش المصاب حالة من الكف وكأن الانفعالات تعطلت أو كأن التشخيص موجه لإنسان آخر. لا يستطيع الفرد أخذ أي قرار أو مبادرة، المصاب وكأنه مشلول لا يستطيع التحرك.

-الهيجان **L'agitation**: يكون المصاب في هذا النوع من الاستجابات في حالة من الاستثارة النفسية القصوى حالة من الفوضى الانفعالية، القلق يكون شديد ، بحيث لا يستطيع الفرد أخذ أي قرار يفرغ ذلك الضغط من خلال الاهتياج الجزئي أو الصراخ.

-الهروب الهلع **La fuite de panique**: الحالة بهروبها وكأنها تهرب من الخطر، الهروب يكون مندفع بدون تفكير، لا يعرف إلى أين يذهب، يتوقف عندما يتعب، لا يستوعب ما يحصل ولا يدرك أين هو.

-الاستجابة الآلية **L'autonate**: يقوم الفرد بحركات تكرارية، غير هادفة، لا تتناسب مع الموقف، يظهر وكأنه غائب، لا يستوعب الوضعية المقلقة، يبقى صامت وكأنه يحكم بأنه يعيش كابوس، (Lauthaume, 2017).

الجدول رقم (12): يوضح الاستجابات المتكيفة و الغير متكيفة.

| الاستجابة الغير متكيفة | الاستجابة المتكيفة |
|------------------------|----------------------|
| الشعور بالذنب | المرح |
| انكار مرضي | الإنكار |
| الغضب الشديد | حالة غضب عامة |
| غضب موجه للآخرين | حالة غضب موجهة للمرض |
| نوبات بكاء حادة | البكاء |
| ضغط نفسي | الخوف |
| يأس | الأمل |
| أمل غير واقعي | الرغبة الجنسية |

يوضح الجدول رقم(12) كما جاء به "لانتيوم" (Lantheaume,2017) مظاهر الاستجابة التكيفية واللاتكيفية عند المصاب بالسرطان والتي تختلف من حيث نوع المظهر أو شدته.

ثالثاً: الاكتئاب عند المصابين بالسرطان

1- إشكالية تشخيص الاكتئاب في مجال علم الأورام النفسي:

تعددت و اختلفت نسب انتشار الاكتئاب في مجال علم الأورام النفسي بتعدد الدراسات، فتراوحت ما بين 0% إلى 58%. يفسر الباحثون هذا الاختلاف في النتائج فيرجعونها لمجموعة من العوامل هي كالتالي:

أ- اختلاف الأدوات المستخدمة في التشخيص:

تنوعت أدوات القياس المعتمدة في التشخيص و التقييم ما بين مقياس نفسية نذكر منها :

- HADS : échelle d'anxiété et de dépression en milieu Lhospitalier
- BDI : Inventaire de dépression de Beck
- CES-D : Echelle de dépression
- Echelle de dépression de Zung –Self-Rating
- Prime-MD : évaluation des troubles mentaux en soins primaires
- DSM/CIM : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, la classification internationale des maladies.
- thermomètre de détresse
- Bref inventaire des symptômes
- Des échelles de dépression hospitalières
- Reber et autres.

بالإضافة إلى المقابلة :

-المقابلة المنهجية

-المقابلة النصف منهجية (Kreber et autree,2014).

ب- **اختلاف الحالات:** تتحدث "ماسي" (Massie، 2004) عن اختلاف الحالات وتعتبره سبب في اختلاف النتائج وتعدد فنقسمها إلى:

اختلاف الحالات من الناحية الديمغرافية: فالدراسات أجريت في بلدان متعددة: الولايات المتحدة الأمريكية، آسيا (الفيتنام)، الصين، فرنسا، الخ. (Massie، 2004).

الاختلاف من حيث الجنس: تختلف الدراسات فيها يخص تدخل عامل الجنس: مثلاً: دراسة بعض الدراسات لم تجد فروق من حيث الجنس، بينما دراسات أخرى مثل دراسات أخرى توصلت إلى وجود فروق من حيث الجنس لصالح النساء.

الاختلاف من حيث السن: إن الدراسات المتعددة حول الاكتئاب عند الراشدين المصابين بالسرطان وجدت ارتفاع في نسب الاكتئاب، المتوسط يقدر ب 25%.

أما عند فئة الأطفال والمراهقين" أن الدراسات على هاتين الفئتين قليلة و النتائج متناقضة، فدراسة "كافوسوقلو" (Cavusoglu,2001) تحصل فيها الأطفال المصابين بالسرطان على درجات مرتفعة فيما يخص الاكتئاب.

الاختلاف من حيث نوع السرطان:

وجد "كريبير وآخرون" (krebber, Buffart et Klejin,2014) أن الاكتئاب يزيد عند المصابين بسرطان الجهاز الهضمي و سرطان الدماغ. بالرغم من أن النتائج اختلفت حتى في النوع الواحد من السرطان كسرطان الثدي حسب دراسة (fann et autres, 2008).

الاختلاف من حيث مرحلة السرطان:

حسب "ليندن وآخرون" (Linden et autres,2014) يزيد الاكتئاب في مرحلة التشخيص و بداية العلاج و يقل بعد ذلك.

يرجع (Kreber et autres,2014)الاختلاف في النتائج إلى :

-صعوبة تشخيص الاكتئاب في هذا المجال نظراً لتشابه الأعراض بين الاكتئاب، السرطان والعلاج، هذا الخلط ينسي المختصين في الاكتئاب.

- لا يمكن الاعتماد على المقاييس دون الأخذ بعين الاعتبار الأعراض الجسمية.
- نقص الكفاءات في مجال علم الأورام فيوما يخص تشخيص الاضطرابات النفسية.
- نقص الوقت في هذا المجال.
- تردد الحالات في الحديث عن حالتهم النفسية.

تضيف "الجمعية الفرنسية للعناية" (association oncologique de support [AOS]) فيما يخص عوائق تشخيص الاكتئاب مجموعة عوامل قسمتها الى عوامل متعلقة بالطبيب وأخرى متعلقة بالمريض، هي كالتالي:

من ناحية الطبيب:

- صعوبة التمييز بين الاستجابة العادية للحزن و اضطراب الاكتئاب.
- الخوف من إضافة تشخيص آخر نفسي للمريض.
- الخوف من عدم القدرة على التعامل مع انفعالات المريض.

من ناحية المريض: (Dolbeault,2014)

- الحالات المكتئبة في الغالب لا تبحث عن مساعدة.
- الخوف من الحكم عليه.
- الشعور بالخوف والعار لأنه ليست لديه طاقة واردة لمواجهة المرض.
- فقدان الثقة في المختصين النفسانيين والعقليين.

2-مدى انتشار الاكتئاب في مجال علم الأورام النفسي:

تعددت الدراسات التي تناولت مدى انتشار الاكتئاب عند المصابين بالسرطان نذكر منها:

- دراسة"ديروفانيس وآخرون" Derogatis et autres (1983) أن 68% من المصابين يعانون من أعراض القلق والاكتئاب، 13% يعانون من الاكتئاب الحاد
- دراسة "سماو وأرسون" Smuww et Aronson (1993) و دراسة"أوكاموراد وياماواكي" Okamurad et Yamawaki (2005)، اختلفت حسبهم سبب الاكتئاب فتراوحت بين 2% حتى 45%.
- دراسة"بيرل وروث" Pirl et Roth (1999): قدرت نسبة الاكتئاب عند هذه الفئة بـ 25%.
- دراسة "هيرون" Heron (2003): تقدر نسبة انتشار الاكتئاب ما بين 15% إلى 25%
- دراسة "ماسي" Massie (2004): أن نسبة انتشار الاكتئاب تتراوح من 0% إلى 58%.
- دراسة"ميتسال وآخرون" Mitcell et autres (2011) حددت نسبة الاكتئاب عند المصابين بالسرطان بـ 3،16%.
- دراسة"ليندن وآخرون" linden et autres (2012): النسبة قدرت بـ 8،10%
- دراسة"كريبير وآخرون" Krebber et autres (2014): أن انتشار الاكتئاب يتراوح بين 8% و 24%.
- دراسة"هاميش" Hamish (2015): يمس الاكتئاب 10% من المصابين بالسرطان، لأنه يغير جذريا حياة المصاب و يكون السبب في قلق نفسي وانفعالي هام.
- دراسة "يان وآخرون" yen et autres (2016): قدرت نسبة انتشار الاكتئاب بـ 28%.
- دراسة"كاروزو وآخرون" Caruso et autres (2017): تصل حسب الدراسة نسبة الاكتئاب إلى 60%.
- دراسة "سان وآخرون" Sun et autres (2019): الدراسة أجريت في الصين توصلت إلى أن 55،38% من الحالات يظهرون أعراض اكتئابية.
- أ-دراسة انتشار الاكتئاب من حيث الخصائص الاجتماعية والديموغرافية: توضح واكلي (2013) أن دراسة الخصائص الاجتماعية والديموغرافية تسمح بتحديد العوامل المساهمة في الإصابة أو ما يسمى بعوامل الخطر عند المكتئبين المصابين بالسرطان:

الجنس:

-دراسة "ليندن وأخرون" Linden et autres (2012): أكدت على أهمية عامل الجنس في الإصابة بالاكتئاب عند المصابين بالسرطان: فالنساء أكثر عرضة للاكتئاب من الرجال (3/2 مرات أكثر).

-دراسة "بلامب وأخرون" Plumb et Rolland (1981) ودراسة "سنيدي وأخرون" Sneed et autres (1991): لم تجد الدراسات فروق ذات دلالة احصائية تعود لمتغير الجنس.

السن:

الاكتئاب عند الأطفال والمراهقين المصابين بالسرطان:

-دراسة "ألان وأخرون" Allen et autres (1997): هي دراسة طولية ومقارنة أجريت على مراهقين ما بين (12-20 سنة) لم تكن نتائج المراهقين المصابين بالسرطان فيما يخص الاكتئاب مرتفعة عن المراهقين العاديين.

-دراسة "كافوقلو" cavuglu (2001): أجريت على الأطفال المصابين بالسرطان، توصلت الى أن 22% من الحالات يعانون من الاكتئاب.

الاكتئاب عند الراشد المصاب بالسرطان:

-دراسة "ماسي" Massi (2004): أجريت على الراشدين المصابين بالسرطان، توصلت الى أن: نسبة النوبة الاكتئابية الحادة تتراوح ما بين 0% - 38%. أما أعراض الاكتئاب تتراوح ما بين 0% - 58%

انتشار الاكتئاب حسب نوع السرطان: تختلف نسب انتشار الاكتئاب باختلاف أنواع السرطانات.

الجدول رقم (13): يوضح نسب انتشار الاكتئاب حسب نوع السرطان

| نوع السرطان | نسبة الاكتئاب % |
|-----------------|-----------------|
| سرطان البلعوم | 22 - 57 |
| سرطان البنكرياس | 33 - 50 |
| سرطان الثدي | 67 - 74 |
| سرطان الرئتان | 11 - 44 |

| | |
|---------|-------------------------|
| 13 – 25 | سرطان القولون |
| 12 – 23 | سرطان الأعضاء التناسلية |
| 08 – 19 | السرطان اللمفاوي |

يتضح من خلال الجدول رقم(13) ل"ماسي" (Massie,2004) الاختلاف في نسب الاكتئاب باختلاف نوع السرطان حيث ينتشر حسب الجدول بنسب كبيرة عند المصابات بسرطان الثدي، يليه سرطان البلعوم، سرطان البنكرياس، سرطان الرئة، سرطان القولون وفي الأخير يأتي السرطان اللمفاوي بأقل نسبة.

انتشار الاكتئاب حسب مرحلة العلاج:تختلف نسب انتشار الاكتئاب باختلاف مراحل العلاج التي قسمت الى: مرحلة التشخيص وبداية العلاج، مرحلة العلاج والمرحلة النهائية.

الجدول رقم (14): يوضح نسب انتشار الاكتئاب حسب مراحل العلاج

| نسب الاكتئاب% | مراحل العلاج |
|---------------|-----------------------|
| 27 – 14 | التشخيص وبداية العلاج |
| 21 – 8 | العلاج |
| يصل حتى 42 | المرحلة النهائية |

يتضح من خلال الجدول رقم(14) ل (Massie,2004 ; krebber et autres,2014) أن المصابون في المرحلة النهائية يكونون أكثر عرضة للاصابة بالاكتئاب، يليهم المصابون في مرحلة التشخيص وبداية العلاج وفي الأخير يأتي المصابون في مرحلة العلاج.

3- النسبة المرضية: la morbidité

يمكن قياس النسبة المرضية والتي تعني مجموع المعطيات التي تدل على تواتر المرض عند الفئة موضوع الدراسة (المصابين بالسرطان) بناء على: (واكلي، 2013، ص.48).

أ-نسبة التواتر: la prévalence

-نسبة التواتر المنتظم: قامت مجموعة من الدراسات بتحديد نسب انتشار أنواع الاكتئاب عند المصابين بالسرطان، من بينها دراسة "كاروسو وآخرون" (Caruso et autres, 2017) و دراسة "ميتشال وآخرون" (Mitchell et autres, 2011):

الجدول رقم (15): يوضح نسب انتشار أنواع الاكتئاب عند المصابين بالسرطان-1-

| النسبة % | أنواع اضطراب الاكتئاب |
|----------|-----------------------------|
| 15 - 40 | اضطراب الاكتئاب الحاد |
| 2 - 3 | اضطراب الاكتئاب المستمر |
| 20 - 25 | أشكال أخرى لاضطراب الاكتئاب |

يتضح من خلال الجدول رقم(15) ما جاءت به دراسة "كاروسو وآخرون" (Caruso et autres, 2017) من نتائج تبين أن اضطراب الاكتئاب الحاد الأكثر انتشارا عند المصابين بالسرطان.

الجدول رقم (16): يوضح نسب انتشار أنواع الاكتئاب عند المصابين بالسرطان-2-

| النسبة % | نوع الاكتئاب |
|--------------|---------------------------------|
| 14,3% - 16,5 | الاكتئاب الحاد |
| 9,6 | الاكتئاب البسيط |
| 24,6 | الاكتئاب المرتبط باضطراب التكيف |

يتضح من خلال الجدول رقم(16) ما جاءت به دراسة ميتشال وآخرون" (Mitchell et autres, 2011) من نتائج تبين ان الاكتئاب المصحوب باضطراب في التكيف هو أكثر الأنواع انتشارا عند المصابين بالسرطان.

ب-نسبة التواتر بعيد المدى:

إن عملية التنبأ بالنسبة للمريض بالسرطان المكتتب غامضة. (Sotelo, et autres,2014).

كانت هناك مجموعة من الدراسات تناولت موضوع الاكتئاب ومعدل البقاء.

-دراسة "بيرل وآخرون" (Pirl et autres,2012): كان الهدف من الدراسة تقييم الاكتئاب و معدل البقاء عند المصابين بسرطان الرئة، توصلت الدراسة إلى أن: معدل البقاء كان منخفض بـ 5 أشهر بالنسبة للحالات التي كانت تعاني من الاكتئاب الأساسي منذ بداية التشخيص بينما كان معدل البقاء 10 أشهر بالنسبة للحالات التي لم تكن تعاني من الاكتئاب الحاد.

-دراسة "سوليفان وآخرون" (Sullivan et autres ,2016): توصلت الى أن أعراض الاكتئاب كانت مصاحبة بارتفاع في نسب الوفيات بالنسبة للحالات المصابة بالسرطان في المرحلة I و IV:

-دراسة "الجمعية الأمريكية الخاصة بعلم الأورام النفسي العيادي" (American Society of Clinical Oncology(ASCO): درست العلاقة بين الأعراض الاكتئابية ومعدل البقاء عند المصابات بسرطان الثدي (125) حالة، في مدة تقدر بـ 14 سنة، توصلت الى أن نقص أعراض الاكتئاب ارتبط بمعدل بقاء أطول.

-دراسة "رياك وآخرون" (Rieke et autres,2017) : اهتمت بتقييم تأثير اضطرابات الاكتئاب على معدل البقاء في مدة 5 سنوات عند المصابين بسرطان الرأس والرقبة، توصلت الدراسة إلى أن معدل البقاء بالنسبة للحالات التي لا يعاني من اكتئاب أطول بـ 28 شهر مقارنة بالحالات التي تعاني من الاكتئاب.

4-تشخيص الاكتئاب في مجال علم الأورام النفسي:

إن الاكتئاب ينتج عن حالة من القلق تفوق قدرات الفرد على التكيف ما يسبب هبوط في المزاج و بالتالي الشعور بالعجز و اليأس.

يرجع القلق و الاكتئاب الى الغموض فيما يخص التنبأ بالوضعية الصحية، عدم تأكد الشفاء بالإضافة إلى المعاناة التي تنتج عن التشخيص و العلاج و ما لها من تأثير على الوضعية الأسرية، تأثر

صورة الجسد، الاستقلالية، استخدام إستراتيجيات تكيف خاطئة، وجود اضطرابات نفسية أو اضطرابات في الشخصية، مشاكل في التواصل مع الفريق الطبي. (Smith,2015).

أنه من المهم تشخيص و معالجة الاكتئاب عند المصابين بالسرطان لضمان التكفل الشامل بحيث يجب أن يكون التقييم سريع، يمس الجوانب الأساسية بما في ذلك خطط الانتحار، فعلى المختص تقييم خطورتها بالرجوع إلى السوابق المرضية: وجود حداد حديث، نقص الدعم الاجتماعي الم...الخ. (Pirl et al., 2014).

يعد تشخيص الاكتئاب معقد في مجال علم الأورام النفسي لأن المصاب يجد نفسه أمام السرطان والآثار النفسية و الجسمية الناتجة ما يؤدي الى ظهور أعراض اكتئابية لديه (Smith,2015). الا أن باحثين آخرين اهتموا بالاكتئاب انطلاقا من فكرة انه ليس من العادي أن يعاني المصاب بالسرطان من أعراض اكتئابية هامة وبالتالي أن كل مصاب بالسرطان قد يعاني من أحد أشكال الاكتئاب.

يعد التشخيص معقد نظرا لوجود أعراض جسمية مشتركة بين السرطان، الاكتئاب و العلاجات المستخدمة، مثل: فقدان الوزن، فقدان الشهية، اضطرابات النوم. انه من الضروري تشخيص الاكتئاب بالطريقة الصحيحة عند المصابين بالسرطان بتحديد المعايير المناسبة لتشخيص الاكتئاب و ذلك في السنوات الأخيرة (Caruso et autres, 2017).

1.5- النوبة الاكتئابية الحادة: يؤكد باحثون أمثال "كاروسو وآخرون" (Caruso et autres, 2017) على ضرورة تعديل معايير التشخيص في الدليل الشخصي DSM بما يتناسب مع السرطان. (Endicot,1984) (cavanaugh,1995).

تم اقتراح عدة مقاربات لتشخيص الاكتئاب مع السرطان نذكر:

1-مقاربة الشاملة *approche inclusive*: تنص على تعويض الأعراض الجسمية بالأعراض المعرفية والانفعالية.

-المقاربة البديلة *approche substitutive*: تنص على تعويض الأعراض الجسمية بالأعراض الانفعالية والمزاجية.

3-المقاربة المتناوبة approche alternative: تركز على إضافة أعراض انفعالية إلى الأعراض الأولى.

4-المقاربة الحصرية approche exclusive : تطالب بالاعتماد على الأعراض الانفعالية فقط في التشخيص.

الجدول رقم (17): يوضح مقاربات تشخيص الاكتئاب الحاد في مجال علم الأورام النفسي

| المقاربة | مضمونها |
|----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| المقاربة السببية DSM- CIM approche étiologique | تركز على الأعراض التقليدية في تشخيص الاكتئاب الجاد (المزاج المكتئب، فقدان الطاقة، فقدان الشهية والوزن، اضطرابات النوم، اللقب، اضطرابات نفس حركية، الشعور بعدم الجدوى و الذنب) 5 من الأعراض التالية (2 أساسيا) لمدة لا تقل عن أسبوعين. |
| المقاربة الشاملة DSM- CIM approche inclusive | كل الأعراض تحسب في التشخيص: يجب تحديد إذا كان سببها السرطان أولا. |
| المقاربة البديلة Endicott critère : substitutix approche | الأعراض الجسمية تعوض بالأعراض المعرفية و الانفعالية: نقص في القدرة على التفكير و التركيز، صعوبة اتخاذ القرارات، عزلة اجتماعية، نقص في التواصل و الحديث، التشاؤم، المظهر المكتئب، غياب الابتسامة، عدم الاستجابة للأحداث السارة، يتم الاعتماد على هذه الأعراض إذا كانت الوضعية الصحية قد تؤثر في الأعراض الجسمية للاكتئاب. |
| المقاربة الحصرية critère approche exclusive | بالإضافة إلى اليأس، العجز و فقدان الشفقة، يجب إضافتها إلى جانب: المزاج، المكتئب و فقدان الطاقة. |

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| <p>الأعراض تتوفر على الأقل أسبوعين كل الأعراض الجسمية لا يتم الاعتماد عليها في التشخيص إلا إذا كانت ناتجة عن الأعراض المعرفية و الانفعالية للاكتئاب.</p> <p>إلى جانب أعراض أخرى إضافية مثل: عدم المشاركة في العلاج بالرغم من أنه قادر على ذلك، لا تتحسن وضعيته رغم تحسن صحته.</p> | <p>de Cavanaugh</p> |
| <p>يجب إضافة أعراض أخرى إلى جانب الأعراض الأولى للتشخيص: مظهر مكتئب (المادات الوجه و وضعية لجسم) تشاؤم، يشفق على ذاته هي الأعراض الخفيفة للاكتئاب.</p> <p>العجز، غياب الابتسامة، لا يستجيب بالأحداث السارة هي الأعراض الحادة للاكتئاب.</p> | <p>المقاربة المتناوبة alternative approche critère :Akechi</p> |

يتضح من خلال الجدول رقم(17) ما جاء به "كاروسو وآخرون" (Caruso et autres, 2017) و المرتبط بمختلف المقاربات المعتمدة في تشخيص الاكتئاب عند المصابين بالسرطان من بينها مقاربات تنص على اضافة أعراض الى جانب الأعراض الجسمية، أخرى ترى ضرورة حذف الأعراض الجسمية واستبدالها بأعراض معرفية وانفعالية.

ب-اضطراب الاكتئاب المتواصل: يكون اضطراب الاكتئاب في هذه الحالة مستمر، هي الاضطرابات التي تسمى في الدليل التشخيصي للأمراض النفسية و العقلية DSM و التصنيف العالمي للأمراض CIM بـ: la dysthymie spécifique chronique d'épisode dépressif majeur. هذا النوع يشمل عند اضطرابات و التي لا تعود بالضرورة إلى السرطان: الشخصية مثلاً.

الجدول رقم (18): يوضح الاقتراحات بخصوص تشخيص اضطراب سوء المزاج la dysthymie عند المصابين بالسرطان

| الاضطراب | الاقتراحات |
|----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| سوء المزاج la dysthymie | مزاج مكتئب لمدة لا تقل عن سنتين، بعض أعراض اضطراب سوء المزاج الكلاسيكية المحددة في DSM5 (نقص في الشهية أو العكس شراهة، أرق أو نوم زائد، نقص في الطاقة، تعب، نقص تقدير الذات، ضعف في التركيز، صعوبة في أخذ القرارات، الشعور بالملل). من الضروري التأكد من أن اليأس ليس بسبب الوضعية الصحية. نقص تقدير الذات: مرتبط بالذات و ليس بالوضعية الصحية. أما الأعراض الجسمية لا تكون مرتبطة بالوضعية الصحية: المرض والعلاج. |

يتضح من خلال الجدول رقم(18) و الذي جاء به "كاروسو وآخرون " (Caruso et autre,2017) والمتضمن معايير تشخيص اضطراب سوء المزاج مع ضرورة التأكد من أن الاعراض ترتبط بالاكتئاب وليس بسبب السرطان أو العلاج.

-الاضطرابات الاكتئابية الأخرى: يتم التركيز في هذا النوع على اضطرابات التكيف، حيث

يشمل اضطراب التكيف أعراض ثانوية: قلق، اكتئاب أو أعراض مشتركة، إن عملية تشخيص اضطراب التكيف بدورها غير محددة عند المصاب بالسرطان بحيث يصعب التمييز بين استجابة القلق العادية و الغير عادية و بالتالي ضرورة تحديد عدد الأعراض واعتماد الأعراض السلوكية.

-التشاؤم: هي أحد أنواع اضطراب طيف الاكتئاب لا نجدها في التصنيفات العالمية DSM,CIM, يكون مصدر الضغط خارجي بدون الشعور بالذنب عكس الاكتئاب الحاد أن يكون مصدر الضغط داخلي مع الشعور بالذنب يقدر التشاؤم عند المصابين بالسرطان ب، 4,30 % حسب "مانجلي وآخرون" (Mangelli et autre,2005).

الجدول رقم (19): يوضح تشخيص الاكتئاب أثناء الإصابة بالسرطان

| Diagnostic de la dépression au cour du cancer | | |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Situation clinique | Réaction normale | Réaction depressive |
| Réactions immédiates | <ul style="list-style-type: none"> -a priori de courte durée -trouble du sommeil -trouble de l'appétit -anxiété -ruminer ses pensées -refus et déni du diagnostic -craintes du futur | <ul style="list-style-type: none"> -au moins deux semaines -dépression continue dans la journée -perte de l'intérêt dans toutes activités -agitation psychomotrices -sidération persistante -mauvaise concentration mentale -sentiments de culpabilité -sentiments de dévalorisation -sentiments de désespoir -pensées de suicide |
| Adaptation normale | <ul style="list-style-type: none"> -retour à la vie quotidienne -essai de maintenir son rôle social -contrôle de l'émotion | <ul style="list-style-type: none"> -pas d'amélioration rapide |
| Facteur | <ul style="list-style-type: none"> -anomalies métaboliques | <ul style="list-style-type: none"> -antécédents personnels |

| | | |
|-----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Epidémiologique favorisants | -anomalies endocriniennes. -médicaments (facteur de risque liés au cancer) | -antécédents familiaux -isolement affectif ou social -alcoolisme -croyances négatives sur le pronostic -maladies associées -mauvais pronostic du cancer -mauvais contrôles de la douleurs. |
|-----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

يتضح من الجدول رقم(19)الذي جاء به "هيرون"(Heron, 2003) مختلف الاستجابات، العوامل التي تسمح بالتمييز بين الاستجابة العادية والاستجابة الاكتئابية بالإضافة الى طريقة التكيف عند المصاب بالسرطان.

5-عوامل خطر الإصابة بالاكتئاب عند المصاب بالسرطان : تنقسم عوامل الخطر إلى :

أ -عوامل خطر مرتبطة بالمصاب:

-الجنس: أنثى

-الإصابة في عمر مبكر (15-54 سنة)

-وجود سوابق مرضية عائلية: اكتئاب، إدمان.

-خصائص في الشخصية، التفكير العملي، عدم القدرة على مراقبة المواقف والتحكم فيها، نقص تقدير الذات، التشاؤم.

-عزلة اجتماعية، مستوى اجتماعي و اقتصادي منخفض (AFSOS،2011).

-نقص الدعم الاجتماعي.

-التعرض لمواقف حياة سلبية و صادمة: فقدان، حداد (Dolbeault،2014).

-تشخيص السرطان في مرحلة يكون فيها المصاب مكتئب (NCI،2019).

ب-عوامل خطر مرتبطة بالسرطان:

-الإصابة بأنواع معينة من السرطان: الدماغ، البنكرياس.

-يكون السرطان في مراحل متقدمة: الانتكاسة.

-المراحل الحساسة: الإعلان عن السرطان، الإعلان عن الانتكاسة.

-وجود أعراض جسدية لا يمكن التحكم فيها: الألم، التعب، القيء، الغثيان (AFSOS،2011).

-مشاكل أيضية Anomalies métaboliques: زيادة نسبة الكالسيوم، عدم التوازن في نسب الصوديوم

والبوتاسيوم نقص في الفيتامين B12 أو acide folique، ارتفاع درجة الحرارة

-مشاكل داخلية Anomalies endocriniennes: نقص أو زيادة في إفراز الغدة الدرقية، عجز كلوي،

تناول بعض الأدوية مثل: stéroïdes، cytokines endogènes et exogènes، الخ (NCI, 2019)).

6-تأثير الاكتئاب على المصاب بالسرطان: يمكن تحديد تأثيرات الاكتئاب على المصابين بالسرطان كما يلي:

-يزيد من معدل الوفيات والمضاعفات الحاصلة.

-تأثير جودة حياة المصاب.

-صعوبة في التواصل مع المحيط والفريق الطبي.

-يشكل الاكتئاب عبئاً زائداً على العائلة.

-حساسية شديدة للألم.

-طول مدة الاستشفاء.

-يقلل من تقبل المريض للعلاج (الالتزام الصحي) تصل إلى درجة الرفض الكلي للعلاج

.(Dolbeault,2014).

-يؤثر على قدرة المصاب على مواجهة المرض (krebber et autres,2014).

-يؤثر على الوظيفة اليومية للمصاب.

-يؤثر على مظهره الخارجي (Sherril et autres,2014).

-يؤثر على تعامل المصاب مع حالة التعب.

-تحسين خبرة المرض (MC Farland et autres,2016).

7-التشخيص التفريقي:

أ-الضيق النفسي *la détresse*: يوضح " شبكة العمل الوطنية الشاملة لمكافحة السرطان " (National Comprehensive Cancer Net work[NCCN],2014) أن الضيق النفسي يمتد من مشاعر عادية من الحساسية، الحزن و الخوف ليصل إلى مشاكل و اضطرابات هامة، كالاكتئاب، القلق، العزلة الاجتماعية. ينقسم الضيق النفسي إلى مستويات: بسيط، متوسط، حاد. إن استمرارية الضيق النفسي يؤدي إلى ظهور مجموعة من المشاكل:

-صعوبة مواجهة السرطان

-صعوبة أخذ القرارات المهمة و المرتبطة بالوضعية الصحية

-التزام صحي منخفض

-جودة حياة منخفضة

-عدم الرضا على مستوى الرعاية الصحية

-خطر المرضية والوفاة أهم (ministère de la santé et des services sociaux,2017).

فيما يخص نسب انتشار الضيق النفسي فحسب "فيليون" (Fillion,2012) 100% من المصابين بالسرطان يعيشون ضيق نفسي، 35-45 % منهم يستمر و يستند لديهم الضيق ما يستدعي تكفل نفسي فقط 10 % يتحصلون على الدعم النفسي المناسب.

ب- حالة إجهاد ما بعد الصدمة: هي حالة من القلق المزمن يحدث نتيجة تعرض لصدمة موقف يهدد بشكل ذاتي أو موضوعي حياد الفرد، يعد السرطان من بين المخاطر التي تهدد حياة الفرد، الصدمة تشمل أيضا علاجات السرطان و ما ينتج عنها من مضاعفات. بالنسبة لنسب انتشار اضطراب أبعاد ما بعد الصدمة عند المصابين بالسرطان فإذا النسبة تقدر بـ 0-32 % تنقص النسبة بعد مرور 3 أشهر من التشخيص (AFSOS, 2014).

ج- اضطراب التكيف: أن المصاب بالسرطان يمر بعدة تحديات مرتبطة بالتطور الإكلينيكي للمرض أبرزها: لتشخيص، الجراحة، العلاج الكيميائي، العلاج الإشعاعي، نهاية العلاج، الشفاء، الانتكاسة، العلاج التلطيفي. ما يؤدي الى اضطراب التكيف

د- التراجع المعفي (الهديانات، الخرف): تعد الهديانات من المضاعفات العقلية، العصبية التي قد تظهر عند المصابين بالسرطان بالخصوص في المراحل المتقدمة من المرض، يعتبر الهديان اضطراب في الوظيفة العصبية العامة يتميز بوعي، انتباه و معارف غير منتظمة، يكون مصحوب بمظاهر سلوكية، ينتشر الهديان بنسبة 28 إلى 48% بين المصابين بالسرطان في مراحله المتأخرة، 85% إلى 90% من المصابين بالسرطان الذين يظهر عندهم هذيان يموتون في الساعات أو الأيام التي تلي ظهور الهديان (NIH, 2016).

8- علاج الاكتئاب عند المصابين بالسرطان:

فيما يخص التكفل باضطرابات الاكتئاب عند المصابين بالسرطان ركز بعض الباحثين على العلاج الدوائي فقط، آخرون ركزوا على العلاج النفسي، أما الفئة الثالثة ركزت على دمج كلا النوعين في علاج الاكتئاب عند المصابين بالسرطان ما ما يعرف بـ: psychopharmaoncologie

أ- العلاج الدوائي: أظهرت بعض دراسات من بينها دراسة: "كاروسو وآخرون" (Caruso et autres, 2017) فاعلية مضادات الالتهاب في تحسين أعراض الاكتئاب. لكن الدراسات بخصوص هذه الفرضية قليلة ما لا يسمح من التأكد من صحتها. فيما يخص العلاج الدوائي هناك اختلاف في مخططات العلاج المعتمدة، نوع مضاد الاكتئاب المستخدم، الجرعة، ووصلت دراسة "ولكر وآخرون" (walker et autres, 2014) الى أن 73% من المصابين بالسرطان الذين يعانون أيضا من اكتئاب لا يتحصلون على العلاج الدوائي المناسب.

الجدول رقم (20): يوضح أنواع مضادات الاكتئاب المستخدمة في مجال علم الأورام

| | Dose | Effets indésirables |
|--------------|--------------|---------------------------------------------------------|
| ISRS | | |
| Flwoscetine | 10-80mg/d | Nausé, vomissement, insomnia |
| Sertraline | 25-200mg/d | Sédation, diarrhé, dysfonction, sexuels, ralentissement |
| Paroscetine | 5-60mg/d | Sédation, gain de poids sécheresse de la bouche |
| Citalopam | 10-40mg/d | Diarrhé, constipation, dyfonction sexuel.. |
| Exitalopram | 10-20mg/d | |
| trazodone | 25-400mg/d | Sédation, dysfonction sexuel,.. |
| Venlafascine | 37,5-300mg/d | |

يتضح من الجدول رقم (20) لـ "فارلاند وآخرون" (Mc Farland, et autres, 2016) أنواع مضادات الاكتئاب المستخدمة في مجال علم الأورام النفسي. هي نفسها المستخدمة في علاج الاكتئاب عند غير المصابين بالسرطان.

ب- التكفل النفسي الاجتماعي:

تم الاعتماد على عدة مقاربات فيما يخص العلاج النفسي الاجتماعي في علاج الاكتئاب عند المصابين بالسرطان من علاج مصرفي سلوكي، علاج تربوي، علاجات اللحم، الاسترخاء، التدخلات الوجودية.

يشير "هيرون، هارفي وباكن" (Heron, Harvey, Baken 2013) إلى ضرورة الاهتمام بشد الأعراض، مرحلة السرطان، متغيرات مرتبطة بالشخصية أكثر من الاهتمام بنوع العلاج النفسي- الاجتماعي، فاختيار العلاج النفسي الاجتماعي المناسب يتوقف على العوامل سابقة الذكر.

لقد اختلفت الدراسات في نوع الأسلوب العلاجي المعتمد في التكفل بالاكنتاب، توصلت بعض الدراسات إلى أن العلاج النفسي الاجتماعي كان فعالاً مع الحالات التي تتميز بـ : نقص في التشاؤم دراسات أخرى أكدت على أن العلاجات الجماعية أكثر فعالية من الفردية في علاج الاكنتاب عند المصابين بالسرطان.

ج-المقاربة الإدماجية:

تركز هذه المقاربة على ضرورة الدمج بين العلاج الدوائي و النفسي في علاج الاكنتاب عند المصابين بالسرطان.

دراسة تحليلية ل"هارت وآخرون" (Hart et autres,2012) هي دراسة تحليلية أجريت على 10 دراسات بمجموع 1362 حالة مصابة بالسرطان و الاكنتاب الحاد، توصلت إلى فاعلية العلاج المدمج بين العلاج الدوائي والنفسي. توصل "ولكر وآخرون" (Walker et autres,2014) إلى أن العلاج الذي يدمج بين العلاج الدوائي و النفسي فعال أكثر مع الحالات ذات الاكنتاب المتوسط، القلق المتوسط، الألم والبعد المتوسط بالإضافة إلى اقدرات الجسدية المتوسط والتعب متوسط.

الخلاصة: مما سبق نستنتج ان الاكنتاب يعد من الاضطرابات النفسية الشائعة عند المصابين بالسرطان،يهتم به علم الأورام النفسي، تختلف نسب انتشاره باختلاف العوامل والتي يمكن تقسيمها الى عوامل مرتبطة بالحالة من سن، جنس،الخ وعوامل مرتبطة بالسرطان وعلاجاته بالإضافة الى عوامل أخرى.ان لتشخيص الاكنتاب و التكفل به خصوصية في مجال علم الأورام النفسي. يتسم تشخيصه عند المصابين بالسرطان بالتعقيد كما له أهمية بالغة نظراً لتأثيراته المختلفة.

الفصل الثالث: السرطان في مرحلة المراهقة

- تمهيد

أولاً: السرطان عند المراهق

1- السرطان: دراسة طبية.

2- السرطان عند المراهق: دراسة نفسية

ثانياً: مرحلة المراهقة

1- تعريف مرحلة المراهقة

2- مراحل المراهقة

3- أبعاد المراهقة

4- خصائص المراهقة

5- أنماط المراهقة

6- حاجات المراهق

ثالثاً: المراهق المصاب بالسرطان

1- المراهق والمرض المزمن والخطير

2- أثر الإصابة بالسرطان لدى المراهق

خلاصة الفصل

تمهيد: تعتبر المراهقة مرحلة الانتقال من الطفولة الى سن الرشد تتسم بتغيرات عديدة تشمل الجانب الجسمي، العقلي، المعرفي والاجتماعي. تكون هذه التغيرات سريعة ما يؤثر سلبا على المراهق. قد يتعرض المراهق للاصابة بأمراض في هذه المرحلة العمرية، من بينها السرطان ما يؤثر على سيرورة المراهقة و يتسبب في ظهور مشاكل واضطرابات عديدة من بينها الاكتئاب.

أولا: السرطان عند المراهق:

1- السرطان عند المراهق: دراسة طبية

أ-آلية حدوث السرطان:

-آلية عمل الخلية:

يتحكم في الخلية العادية ميكانيزمين أساسيين ينظمان حياة الخلية، هذا ما يعرف بالدورة الخلوية.

من الناحية الكمية: تتجدد الخلايا عبر الانقسامات الخلوية بالإضافة إلى ما يسمى بالوفاة المبرمجة للخلية apoptose.

من الناحية الكيفية: نتحدث هنا عن مفهوم التخصص spécialisation حيث يوجد حوالي 200 تخصص نسيجي (قلب، رئة، كلى، إلخ) لتكوين أعضاء محددة ضرورية لحياة الفرد.

تتحكم في هذه الميكانيزمات الجينات

-الخلية السرطانية تصف (ALIAM, 2017) الخلية السرطانية و التي تتميز بوظيفة مضطربة تخص الجانب الكمي فتكون الانقسامات غير مراقبة مع فقدان خاصية الوفاة المبرمجة للخلية، الاضطراب يمس الجانب الكيفي أيضا. بالإضافة إلى قدرتها على تكوين أوعية دموية جديدة والقدرة على التسرب في الدورة الدموية واللمفاوية وبالتالي خطر الانبثاث وبالتالي خطر الانبثاث هذا ما يعرف بالأنجيوجيناز "angiogénèse".

جينات السرطان:

قبل الحديث عن جينات السرطان يجب الحديث عن الأدوات الجينية: أولها (ADN) acide desoxydonucléique يوجد داخل نواه الخلية يتحكم في وظيفة الانقسام ووظيفة التخصص، يتكون من سلسلتين طولهما حوالي مترين تتكون من 4 قواعد تسمى nucléique هي كالتالي "T.G.C.A" تتكرر هذه الحروف في السلسلة 3 ملايين مرة، تشكل كلمات أو جمل تسمى الشفرة الوراثية "Le code Génétique" تنقسم الشفرة إلى جينات، كل جين يخص بروتين معين، ظهور أي خلل على مستوى الجينات يؤثر على البروتين يصبح غير عادي أو يغيب تماما أما فيما يخص جينات السرطان فتوضح (ALIAM, 2017) بأنه يوجد 3 فئات من الجينات مسؤولة عن الانقسامات الخلوية، تحدث اضطراب في توازن الدورة الخلوية، يكون ذلك على مستوى :

-العوامل المنشطة: أين تصبح الانقسامات الخلوية سريعة

-العوامل النبطة: يصبح إيقاف الانقسامات الخلوية غير ممكن

-جينات التصليح les gènes de réparation : هذه الجينات لها القدرة على كشف وتعديل التلف الذي قد يحصل في ADN، تصبح غير فعالة.

إن تلف الجينات المسؤول عن السرطان يكون في عدة أشكال: كسور و تكون جينات جديدة، تنقل جينات تحمل بروتينات غير عادية، زيادة في البروتينات، إلخ.

التواصل ما بين الخلايا:

إن عملية التواصل ما بين الخلايا أو ما يسمى بالتأشير la signalisation داخل الخلية ضرورية للتنسيق بين الخلايا. يفترض التواصل الخلوي إيصال رسالة من الخلية المرسله وفهمها من طرف الخلية المستقبلة، الرسالة تؤدي إلى تنشيط استجابات إنزيمية réactions enzymatiques حدوث أي خلل في هذه المسارات يسبب خلل في التنسيق بين الخلايا من الناحية الكمية (انقسامات غي مراقبة) والكيفية (فقدان التخصص) والذي يميز السرطان (ALIAM, 2017) .

تعريف السرطان:

يعرفه (ALIAM, 2017) بأنه مجموعة من الأمراض الخطيرة، الممينة في حالة غياب العلاج الفعال يتميز بانقسامات غير مراقبة لخلايا غير عادية، السرطان هو من الأمراض الغير معدية حتى وإن كان من بين العوامل المسببة له. Des agents infectieux : الفيروسات virus بشكل خاص.

ب- الخصائص البيولوجية التي تميز السرطان عند المراهق:

إن معدل بقاء "le taux de survie" المراهقين لم يتحسن بشكل كبير مقارنة بالأطفال و الراشدين ما دفع إلى وضع فرضية الاختلاف البيولوجي أشار "تريكولي" (Tricoli,2018) إلى أن السرطان عند المراهق يحصل خصائص بيولوجية مختلفة لذلك تكون استجابتها للعلاج مختلفة من ناحية المقاومة الإكلينيكية و العلاجية.

توجد خصائص بيولوجية تميز السرطان في هذه المرحلة العمرية:

-بالنسبة للسرطان اللمفاوي الحاد، يعتبر العمر أحد العوامل المؤثرة على نسبة البقاء بدون انتكاسية، حيث أن نسبة الشفاء عند الأطفال تصل حسب "تريكولي وآخرون" (Tricoli et al. 2016) إلى 85% عند الأطفال بينما تصل فقط إلى 45% عند المراهقين و الشباب. يبحث الباحثين في هذا المجال عن المتغيرات الجينية الوراثية المرتبطة بالسرطان على مستوى جينات معينة "génotype 635297"

بالنسبة لسرطان الجلد أيضا يشير "تريكولي وآخرون" (Tricoli et al,2016) إلى اختلاف سرطان الجلد عند المراهق عنه عند الراشد من الناحية النسيجية "ristologique" أين يكون سميك مقارنة بالراشد ولا يتثبت بعيدا عند الراشد يعتبر العامل الجيني من عوامل خطر الإصابة به، أما فيما يخص نسب انتشاره فيقدر ب 1% عند الحالات أقل من 15 سنة، 5% ما بين 15-19 سنة، 12% من 20-24 سنة.

ب-أنواع السرطان عند المراهق:

سرطان الدم اللمفاوي الحاد (LAL) Leucémie aigue lympho blastique

تعرف "أليو" (Alliot,2018) سرطان الدم اللمفاوي الحاد بأنه عبارة عن انقسامات نسيجية des prolifération clonales تتكون انطلاقا من خلية لمفاوية cellule lymphoïde توقف نموها في مرحلة مبكرة فلم تتمايز.

-الجدول العيادي:

الأعراض العامة: فقدان الوزن، تغير في الحالة الصحية، ارتفاع درجة الحرارة.

أعراض الانقسامات السرطانية: آلام على مستوى العظام، تضخم الكبد hépatomégalie، إصابات عصبية، إصابات على مستوى الخصيتين (Roussel,2017)

تناذر ورمي un syndrome tumoral : اعتلال العقد اللمفاوية سطحي adénopathie superficielle، تكون غير مؤلمة، صلبة و متحركة.

اعتلال العقد اللمفاوية العميق: adénopathies profondes، غالبا تكون بدون أعراض في بعض الحالات تكون متمركزة في البطن و تسبب ضغط.

أعراض مرتبطة بقلّة الكريات الدموية la cytopénie: أنيميا، anémie، كدمات، ارتفاع درجة الحرارة.

-تناذر لوكوستاز le syndrome leucostase: هو تراكم غير عادي للكريات البيضاء في الأوعية الدموية في الأوعية الدموية يسبب خثرة thrombus تكون على مستوى الرئة أو الدماغ، تظهر على شكل اضطرابات في التنفس، اضطرابات في الوعي، تشنجات إلخ (Alliot, 2017)

-التشخيص: يكون باستخدام تحاليل الدم، myélogramme hémogramme و فحوصات بيولوجية.

سرطان الدم المبيلودى الحاد (LAM) leucémie aigue my éloblastique

يكون المرض ناتج عن انقسامات خلوية مبيودية خلايا من نوع هيماتولويدتيك "Rématopoiétique".

-الجدول العيادي:

أنيميا: يكون الوجه شاحب

تناذر تعفني syndrome infectieux: مستمر رغم العلاج بالمضادات الحيوية.

تتأخر نزيفي Syndrome hémorragique : من أعراضه كدمات، نزيف في اللثة، إلخ.

تتأخر ورمي syndrome tumoral يكون على شكل اعتلال للعقد اللمفاوية adénopathie.

إصابات جلدية

-**التشخيص:** يشخص سرطان الدم الميلودي الحاد حسب "روسال" (Roussel,2017) باستخدام تحاليل الدم: عن الدم الكامل (FNS) "formule de numérotation sanguine" الخزعة la biopsie البزل القطني la ponction lonbaire.

ورم ويلز **tumeur de wils**: يسمى أيضا ينفروبلاستوم néphoblastome، هو عبارة عن ورم خبيث موجود على مستوى الكلى من نوع الأورام الجنينية، نموها يكون سريع، مسؤولة عن الانبثاث الرئوي.

-**الجدول العيادي:** حالة صحية عادية، ارتفاع في حجم البطن، آلام على مستوى البطن، ضغط الورم على الأوعية الدموية الكلوية يؤدي في 30% حتى 60% من الحالات إلى ارتفاع ضغط الدم.

الأورام العصبية **neuroblastome**: هي عبارة عن أورام خبيثة ذات طبيعة عصبية متواجدة على مستوى السلاسل العقدية للجهاز العصبي السمبثاوي les chaines ganglionnaires

و على مستوى المنطقة المركزية في الغدة فوق الكلوية la médullosurrénale Du système nerveux sympathique.

-**الجدول العيادي:**

الورم يكون عبارة عن كتلة صلبة، عميقة، يمكن أحيانا لمسها أثناء الفحص، تختلف الأعراض باختلاف مكان الورم: قيء، آلام على مستوى الرأس صباحا، تصل إلى الاستسقاء hydrocéphalie حالة خلط ذهني: مشاكل حركية.. إلخ.

-**التشخيص:** توضح "غوسال" Rosel أن تشخيص أورام عصبية تكون باستخدام التصوير بالرنين المغناطيسي (IRT) Imagerie par résonance magnétique و باستخدام الماسح الضوئي scanner .

أورام الشبكية **retinoblastome** هي عبارة عن أورام جنينية خبيثة تكون على مستوى شبكية العين.

- **الجدول العيادي:** الأعراض تكون كالتالي la société canadienne du cancer : ابيضاض بؤبؤ العين leucocorie، حول strabisme، احمرار و التهاب أبيض العين، آلام في العين زيادة في حج مقلة العين، إلخ.

-**التشخيص:** يكون باستخدام فحص قاع العين fond d'œil.

أورام الجهاز العصبي المركزي (SNC) tumeur du système nerveux central:

يعد هذا النوع من أكثر الأورام شيوعا، ينقسم إلى :أورام الأنسجة العصبية الزهارية، أورام السحايا، أورام منطقة الهيتوتلاموس.

-**الجدول العيادي:** تتوقف الأعراض على المنطقة التي يتواجد فيها الورم في الغالي تكون عبارة عن آلام في الرأس في الصباح، قيء، زيادة في حج الجمجمة augmentation du périmètre crânien.

أورام الهيتوتلاموس من أعراضها: النضج المبكر، لا يستطيع المصاب البقاء واقفا بسبب مشاكل في التوازن نتيجة إصابة في المخيخ.

-أورام النخاع الشوكي من أعراضها: آلام على مستوى النخاع الشوكي، مشاكل حركية، إلخ...

-**التشخيص:** يكون باستخدام التصوير بالرنين المغناطيسي (TRM) و الماسح الضوئي scanner.

سرطان الغدد اللمفاوية الغير هديجكيني Lymphome malin non Hodgkinien

هي عبارة عن أورام تتميز بنموها السريع و بانبتائها السريع على مستوى النخاع الشوكي و الجهاز العصبي المركزي.

-**الجدول العيادي:** يختلف الجدول العيادي باختلاف تموقعه في الجسم:

على مستوى البطن: يكون عند 40% من الحالات يسمى في هذه الحالة بسرطان بوركيت lymphome de Burkitt

على مستوى الصدر: يكون عند 25% من الحالات: تتواجد على مستوى أغلب سرطانات الغدد اللمفاوية .les lymphomes lymphoblastiques

على مستوى العقد المحيطية ومناطق أخرى: تشكل 20% من الحالات، يكون على مستوى العظام، الجلد، الكلى... إلخ.

على مستوى الأذن: يشكل 15% من الحالات هو سرطان بوركيت. lymphome de Burkitt.

قد تكون الإصابة على مستوى التجويف الفمي: في الفك السفلي أو العلوي على مستوى اللثة.

-التشخيص: باستخدام تحاليل الدم: عد الدم الكامل (FNS).

مرض هودجكين: la maladie de Hodgkin هو أحد أنواع سرطان الغدد اللمفاوي من النوع "ب"، "B"

-الجدول العيادي: اعتلال العقد اللمفاوية الدماغية adénopathie cervicales، تراجع في الحالة الصحية تكون الأعراض في هذا النوع غير واضحة.

الأورام العظمية الأولية الخبيثة: tumeur osseuse primitive maligne

تشمل أنواع متعددة من السرطانات التي تصيب العظام: سرطان العظام les ostéosarcomes أورام أوينغ tumeur d'Ewing نظيف "روسال" (Roussel,2017) بأن الأورام تكون أولية خبيثة تصيب الذكور بشكل أساسي.

-الجدول العيادي: يعتبر الألم من أهم أعراض سرطان العظام، قد يكون الألم مستمر أو منقطع، الشدة تكون مختلفة، الألم يكون موجود على مستوى الورم، كسور ناتج عن سقوط بسيط، حمى (Alliot, 2017).

د-إحصائيات تحول السرطان عند المراهق (دراسة إبيديميولوجية)

عند الحديث عن المراهق المصاب بالسرطان إنه من الضروري الإشارة إلى الاختلاف في تحديد هذه الفئة العمرية في مجال علم الأورام من جهة و تداخلها مع مراحل عمرية أخرى فبعض الإحصائيات تدمج الطفل مع المراهق في بعض التصنيفات تصل حتى 14 سنة في حين المراهقة تبدأ في سن 15 سنة، ما يصعب تحديد الإحصائيات الخاصة بهذه الفئة العمرية.

إنه من الضروري فصل هذه الفئة العمرية عن الفئات الأخرى والتعامل معها كفئة خاصة لها حاجياتها و مطالبها المميزة بها.

د- إحصائيات السرطان عند المراهق حسب المنظمة العالمية للصحة: يعتبر السرطان حسب المنظمة العالمية للصحة من الأسباب الرئيسية المودية بحياة الأطفال والمراهقين في أنحاء العالم، يشخص سنويا 300.000 طفل تقريبا من الولادة حتى 19 سنة (OMS,2018).

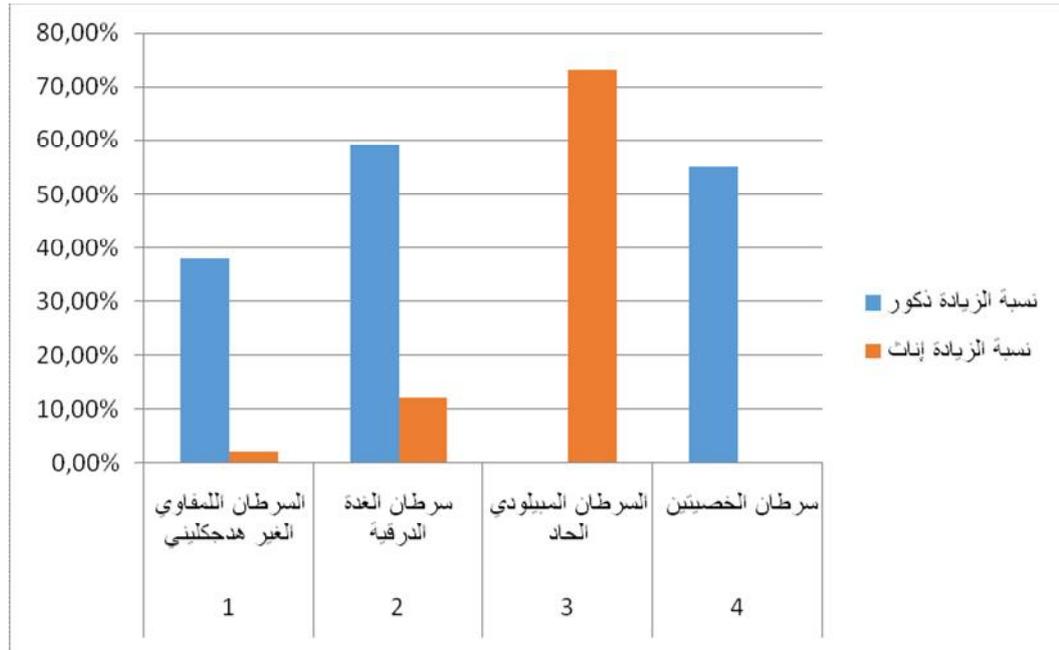
-إحصائيات السرطان عند المراهق في الولايات المتحدة الأمريكية: أشار "هولدر وآخرون" (Howlader et al,2015) إلى زيادة انتشار السرطان عند المراهقين سنويا في الولايات المتحدة الأمريكية بنسبة 67,0% عند الذكور و 62,0% عند الإناث حسب داسة إحصائية أجريت ما بين 1975 و 2012.

حددوا أيضا أنواع السرطانات الأكثر انتشارا مع نسبة الزيادة، هذا ما سيتم عرضه في الجدول التالي:

الجدول رقم (21): يوضح أنواع السرطانات الأكثر انتشارا في الولايات المتحدة الأمريكية

| الرقم | أنواع السرطان | | نسبة الزيادة% | |
|-------|--------------------------------|------|---------------|------|
| | | | ذكور | إناث |
| 01 | السرطان اللمفاوي الغير هديجيني | 1,38 | 2,16 | |
| 02 | سرطان الغدة الدرقية | 1,59 | 2,12 | |
| 03 | السرطان المييلودي الحاد | 00 | 1,73 | |
| 04 | سرطان الخصيتين | 1,55 | 00 | |

يوضح الجدول رقم (21) هولادر و آخرون (Houlader et al,2015)، السرطانات الأكثر انتشارا عند الذكور مع نسب الزيادة السنوية الخاصة بكل نوع.



الشكل رقم (02): كما جاء به "هولادر و آخرون" (Haulader et autres,2015) يوضح نسب انتشار السرطان في مراحل عمرية مختلفة: (10-14)، (15-19)، (20-24) والتي تشمل المراهقة في الولايات المتحدة الأمريكية، أين نلاحظ زيادة انتشار السرطان ما بين الطفولة، المراهقة والشباب.

-إحصائيات حول السرطان عند المراهق في كندا: قسم "المعهد الوطني للسرطان" (INC,2019) في كندا الحالات إلى فئة الأطفال تكون أقل من 15 سنة المراهق.

السرطان عند الأطفال الأقل من 15 سنة : حددت (INC,2019) أكثر أنواع السرطان انتشارا لدى هذه الفئة العمرية و التي سيتم عرضها في الجدول التالي:

الجدول رقم (22): يوضح أنواع السرطان الأكثر انتشارا قبل 15 سنة في كندا

| أنواع السرطان | نسب الانتشار % |
|---------------------------------------|----------------|
| سرطان الدم: سرطان الدم اللمفاوي الحاد | 29 منها 80 |
| أورام الجهاز العصبي المركزي | 25 |
| السرطان اللمفاوي الحاد | 10 |

يوضح الجدول رقم(22) للمعهد الوطني للسرطان بكندا (INC,2019) أكثر أنواع السرطانات انتشارا مع النسب عند الحالات الأقل من 15 سنة.

بالنسبة للفروق حسب الجنس: ينتشرالسرطان لدى الذكور بشكل أساسي: السرطان اللمفاوي من نوع بوركيت lymphome de Burkitt، أورام الأنسجة الرخوة sarcome des tissus mous الأورام العظمية tumeurs osseuses. أما بالنسبة للإناث: ينتشر بهن بشكل أساسي: الأورام الجنينية Tumeur germinales، الأورام الظهارية Tumeurs épithéliales ، أورام الغدة الدرقية carcinomes thyroïdiens.

-إحصائيات السرطان عند المراهق في فرنسا: يصرح "ايسار" (Essart,2015) بظهور 800 حالة جديدة سنويا في فرنسا ما بين 15-19 سنة:

الجدول رقم (23): يوضح أنواع السرطان الأكثر شيوعا عند المراهق في فرنسا

| نوع السرطان | نسب الانتشار% |
|--------------------------------|---------------|
| مرض هودجكين | 22 |
| سرطان الدم الحاد | 12 |
| سرطان الغدة الدرقية | 9 |
| أورام العظام | 8 |
| السرطان اللمفاوي الغير هودجيني | 7 |

يتضح من الجدول رقم(23) الذي جاء به "ايسار" (Essart,2015) أن مرض هودجكين هو أكثر الأمراض انتشارا عند المراهقين في فرنسا بنسبة 22%، يليه سرطان الدم، سرطان الغدة الدرقية، اورام العظام بنسبة 8% وفي الأخير السرطان اللمفاوي الغير هودجيني.

-إحصائيات السرطان في افريقيا: حددت (ALIAM,2017) نسب انتشار السرطان عند المراهق والتي قدرت النسبة بـ 5 % من إجمالي السرطان بحيث يظهر 40.000 حالة جديدة سنويا، أما فيما يخص أكثر أنواع السرطانات انتشارا هي كالتالي:

-السرطان اللمفاوي البوركييت

-سرطان الدم الحاد اللمفاوي

-مرض هودجكين

-سرطان الشبكية

حيث يقدر معدل البقاء معدل البقاء إذا كان التشخيص مبكر 70%.

هـ-عوامل خطر الإصابة بالسرطان عند المراهق:

لا تنزل عوامل خطر الإصابة بالسرطان في هذه المرحلة العمرية غير معروفة لكن التقدم العلمي و كما أشارت "أليو" (Alliot, 2018) سمح بفهم بعض العوامل المحيطة والجينية هي كالتالي:

-**التعرض الإشعاعي:** إن التعرض للإشعاعات les radiations ionisantes بدرجات قوية يعتبر من بين عوامل خطر الإصابة بالسرطان عند الطفل و المراهق و ترتبط بظهور سرطان الدم عندهم وكذلك سرطان الغدة الدرقية (Alliot, 2018).

-**العوامل الكيميائية agents cliniques:** إن تعرض الوالدين إلى عوامل كيميائية لذي في الغالب يرتبط بطبيعة عملهم يؤدي إلى زيادة خطر الإصابة بسرطان الدم والأورام العصبية.

التلوث يزيد من خطر الإصابة بسرطان الدم عند الأطفال والمراهقين.

إن تناول كميات هامة من المواد الكيميائية في الغذاء كالخضر واللحوم مرتبط بظهور أورام سرطانية.

هذه العوامل لا تزال تحتاج إلى دراسة مطولة للتأكد من صحتها.

3.5-عوامل التهابية agents infectieux: يوجد ارتباط بين تعرض المرأة الحامل لبعض الفيروسات وظهور بعض أنواع السرطان، نذكر من بينها:

-داء فقدان المناعة المكتسب و السرطان اللمفاوي Le virus du syndrome d'immuno - déficiencie
acquise (SIDA) et le lymphome

-فيروس هيرياس و سرطان كابوزي: le virus de l'Herpes

-فيروس ايبستان بار و السرطان اللمفاوي: l'Estein -Barr virus (EBV) et les lymphomes -العوامل الجينية: يعد ارتباط السرطان بالعوامل الجينية قليل، يختلف من حالة إلى أخرى باختلاف تاريخ الأسرة.

5.5-العمر : إن العلاقة بين نمو خلايا و أنسجة سرطانية و عمر المصابين غير واضحة (Alliot,2018).

6-علاج السرطان عند المراهق:

أ-أسس العلاج: ينقسم علاج السرطان إلى : علاج الورم (T) la tumeur، علاج العقد اللمفاوية les ganglions lymphatiques (N) ، علاج الانبثاث (M) les métastases.

الجدول رقم (24): يوضح أنواع علاج السرطان

| الرمز | المعنى | الوصف |
|-------|----------------|-------------------------------------------------------------------|
| T | ورم | حج الورم الأولي، درجة انتشاره في الأنسجة المجاورة |
| N | العقد اللمفاوي | انتشار السرطان في العقد اللمفاوي المجاورة، حج وعدد العقد المصابة. |
| M | الانبثاث | انتشار السرطان في الأعضاء البعيدة. |

يوضح الجدول رقم (24) ما جاءت به "أليو" (Alliot,2018) الأنواع المختلفة لعلاج السرطان بحيث يرتبط الهدف بمرحلة السرطان.

ب-أهداف علاج السرطان: لعلاج السرطان عدة أهداف، تتغير مع مرور الزمن، يمكن تلخيص الأهداف فيما يلي:

-الوقاية: يستخدم العلاج للوقاية من تشكل الخلايا السرطانية أو للتخلص من خلايا ما قبل سرطانية.

-الشفاء: الهدف هو شفاء المصاب من السرطان.

-التحكم: يكون الهدف هو التحكم في الورم ومنعه من النمو والانبثاث في أماكن أخرى.

-معايير ترتبط بمرحلة نهاية الحياة: في هذه المرحلة يصبح الشفاء مستحيل، فيستخدم العلاج من أجل: حصر الورم مؤقتاً، تقليل الأعراض، علاج الاضطرابات الناتجة عن السرطان أو علاجاته، تحسين جودة حياة المصاب.

ج-أنواع العلاج:

-العلاج الكيميائي *la chimiothérapie*: عند الحالات الصغيرة في السن يعالج المرض الخبيث بالعلاج الكيميائي السمي *cytotoxique* و الذي أثبت فاعليته في علاج هذه الشريحة العمرية، لكن احتمالية ظهور مضاعفات لاحقاً نتيجة هذا النوع من العلاج يطرح مشكل. أن المبدأ الأساسي للعلاج الكيميائي هو الشفاء التام من المرض في البداية، يتواصل العلاج بهدف التخلص من احتمالية الإشكالية: ظهور الورم السرطاني حتى الشفاء الكلي أو لتسهيل استئصاله، تقييم حساسية الورم للعلاج الكيميائي لوضع إستراتيجيات علاجية مناسبة تزيد من فرص نجاح البرتوكول العلاجي حيث يختلف مقدار ومدة استخدام العلاج الكيميائي باختلاف المرض.

أنواع العلاج الكيميائي: أحيانا يتم الاعتماد على نوع واحد من العلاج فقط، بينما في حالات أخرى يمكن اعتماد عدة أنواع للتحكم في المرض وعلاجه بشكل أحسن في النوع الثاني يمكن استخدام أنواع علاجية متعددة في نفس المرحلة.

-العلاج الكيميائي ما قبل الجراحي *chimiothérapie néo adjuvante ou pré-chirurgicale*: يكون العلاج بهدف حصر الورم والتضييق عليه تحضيراً للعلاج الأساسي.

-العلاج الكيميائي المساعد *la chimiothérapie adjuvante*: يستخدم العلاج الكيميائي بعد العلاج الأساسي للتحكم بشكل أفضل في الورم بتحطيم كل الخلايا السرطانية الموجودة وللتقليل من خطر الانبثاث.

-العلاج الكيميائي المتعدد *la poly chimiothérapie*: يستخدم في هذا النوع من العلاج عدة عوامل مضادة للسرطان: *agents anticancéreux* في نفس المرحلة، بشكل متسلسل في حصص علاجية كل 3-4 أسابيع، تستخدم أحيانا بالتناوب ميزة هذا النوع من العلاج قدرته على التخلص من أكبر قدر من

الخلايا السرطانية أحسن من العلاج الكيميائي الأحادي، فلكل دواء طبيعة خاصة يتفاعل من خلالها مع خلايا سرطانية معينة (تابعة لمرحلة محددة من الدورة الخلوية) و هذا من الضروري استخدام عدة أنواع من الأدوية في العلاج.

مراحل العلاج الكيميائي: يقيم كل من "فوا ولارجيللي" (Foa et Loagillier,2018) مراحل العلاج الكيميائي كالتالي:

المرحلة الالتهابية la phase inflammatoire: تدوم من (0-5) أيام، تغير الأعراض في هذه المرحلة، تظهر بعض البقع الوردية على مستوى الجلد.

المرحلة الظهارية la phase épithéliale: تدوم هي أيضا من (0-5) يوم، تتميز هذه المرحلة بظهور قشور جلدية بيضاء، ظمور، انزعاج على مستوى مناطق الاحتكاك، الشفتان، الحنك، اللسان، اللثة.... إلخ.

مرحلة القرحة la phase ulcérate: تدوم من (6-12) يوم، تتميز بآلام على مستوى مناطق الاحتكاك، تقرحات وآلام بشكل عام، عسر بلع المأكولات الصلبة ثم السائلة، تزيد احتمالية الإصابة بعدوى و عدم الشفاء منها بسرعة.

مرحلة التئام النسيج الظهاري la phase de réépithélisation: يدوم من (12-16) يوم، يلتئم المخاط في هذه المرحلة.

-العلاج الإشعاعي la radiothérapie: يقوم العلاج الإشعاعي حسب أليو (Alliot,2018)

على استخدام "إشعاعات مؤينة" des radiations ionisâtes من إشعاعات γ ، gammas، "الكترونات" électrons، "بروتونات" proton، "نيترونات" neutrons تلك الأيونات تشكل الجذور الحرة التي تكون فعالة وتؤثر على الكرمزومات فتسبب في تكسيرها ما يؤدي إلى تغيرات على مستوى ADN، تصبح هذه الخلية غير قادرة على الانقسام وتموت. العلاج الإشعاعي يمس أيضا الخلايا السليمة المجاورة، هذه الأخيرة قادرة على تعديل بعض تلك الانكسارات. الهدف في هذه المرحلة يكمن في القضاء على الخلايا السرطانية مع ضرورة محافظة الخلايا السليمة على قدرتها على أن تترمم تماما.

- الجراحة La chirurgie: تستخدم الجراحة بالضرورة في حالة أورام محددة، تنقسم إلى قسمين:

بتر الورم والأنسجة المحيطة له بطول 1 سم في حدود الورم ، أحيانا قد يصل إلى بتر العضو ككل.

تشريح العقد اللمفاوية المخية، يتم نزع كل العقد اللمفاوية حتى وإن لم تكن مصابة.

الفحص التشريحي المرضي للورم والعقد اللمفاوية يسمح بتحديد نوع سرطان، مدى إنتشاره، إصابة الأنسجة المجاورة له، احتمالية الانبثاث، يتبع ذلك علاج إشعاعي.

تكون الجراحة ممنوعة في بعض الحالات وذلك لعدة أسباب منها: العمر، الإصابة بأمراض قلبية، رئوية أو في حالة وجود الورم في أماكن حساسة أين يكون الخطر والمضاعفات هامة.

- **العلاج المناعي Immunothérapie:** هذا النوع يعتمد على المناعة في علاج السرطان، لكنه لا يزال قيد البحث والدراسة، يعتمد على أدوية تسبب بدورها آثار جانبية. يركز هذا النوع من العلاج على جانبين أساسيين :

الجهاز المناعي الذي لا يعتبر الخلية السرطانية جسما مضادا:ولذلك يجب التدخل في هذا المستوى حتى يتم اعتبار الخلايا السرطانية خلايا خطيرة يجب مهاجمتها، كما أن الإستجابة يجب أن تكون قوية بما يكفي للتغلب على الخلايا السرطانية (Allio, 2018).

هـ - المضاعفات:

إن سمية Toxicité العلاج الكيميائي متنوعة حسب الفئة العلاجية المعتمدة. تزيد السمية عند استخدام العلاج الكيميائي المتعدد Poly chimiothérapie، أحيانا تؤثر على التنبأ الحيوي le pronostic vitale

-مضاعفات على مستوى الجلد ، المخاط ، ملحقات الجلد:

- التهاب الغشاء المخاطي les mucetes: تعتبر من أهم الآثار الجانبية للمواد السامة في العلاج الكيميائي تنتشر بنسبة 40% في حالة العلاج الكيميائي و 80% في حالة زراعة نخاع الشوكي .

من أعراضها: مشاكل في التغذية، زيادة احتمالية الإصابة بالعدوى والتعفنات.

-اضطراب على مستوى الغدد اللعابية trouble des glandes soléaires: يعتبر جفاف الفم من أعراض العلاج الكيميائي التي يزيد من خطر الإصابة بتعفنات.

-خلل التذوق La dysgueusie: خلال العلاج الكيميائي تشتكي الحالات من خلل في التذوق بتغير ذوق المأكولات، تصبح بدون طعم، يصبح الذوق مر كذوق المعادن .

-تساقط الشعر L'alopecie : تختلف درجة تساقط الشعر باختلاف المادة السامة المستخدمة، يبدأ تساقط الشعر في الأسبوع الثاني بعد بداية العلاج إلى أن يسقط كليا في 4-8 أسابيع بعد نهاية العلاج ، يبدأ الشعر بالنمو في 4 أسابيع بعد نهاية العلاج، قد تختلف طبيعته ولونه.

-فرط التصبغ Hyperpigmentation : يرتبط فرط التصبغ أساسا بمواد تسمى Alkylant. تعتبر من الأعراض التي تمس الجانب الجمالي، يكون على مستوى الأظافر، المخاط

-استجابة الحساسية الزائدة réactions d'hypersensibilité: تظهر هذه الاستجابة مباشرة قد تظهر بعد أول حصة علاج كيميائي.

- على مستوى المعدة والأمعاء: إن المواد السمية الموجودة في العلاج الكيميائي تؤثر على المعدة والأمعاء (الجهاز الهضمي) والذي تكون نتيجة فقدان الوزن هائل وفقدان الشهية الحاصل والذي يزيد من حدة العلاج، يعتبر من أهم الأسباب المرضية والتي تؤدي إلى الوفاة أحيانا عند الحالات.

-الامساك constipation : يرجع الإمساك إلى المواد المستخدمة في العلاج الكيميائي مثل Les antiémétiques .

-الإسهال Diarrhées: قد يكون الإسهال مبكر في 24 ساعة التي تتبع العلاج أو على العكس متأخر ويؤدي إلى الجفاف والذي قد يكون سبب في الوفاة، الإسهال يرجع هو أيضا إلى المواد المستخدمة في العلاج الكيميائي .

-على مستوى الكلى:

أن استخدام بعض المواد يؤدي إلى قصور كلوي حاد وأحيانا مزمن .

-تتأثر احتباس السوائل Syndrome de rétention hydrique: من أعراضه زيادة في الوزن ،تورمات على مستوى الأعضاء السفلية .نجده عند 60% من الحالات ، 6% منهم تكون حالتهم خطيرة ، تبدأ التورمات على مستوى الأعضاء السفلية وتنتشر فيزيد وزن الحالة في كلغ وأكثر ، غالبا يكون الاحتباس متأخر .

-مضاعفات على مستوى القلب والجهاز الدموي: تكون هناك تسممات قلبية تكون على شكل :

اضطرابات عابرة في الإيقاع : زيادة ضربات القلب، عدم انتظام دقات القلب.

- مضاعفات عصبية complications neurologiques: إن ظهور الأعراض العصبية خلال العلاج الكيميائي يرجع لعد أسباب المرتبطة بالسرطان والعلاج، أعراضه تكون متنوعة من خلط ذهني، هلاوس، حالة من الاهتياج، بطئ نفسحركي.

- إصابات على مستوى قوقعة الأذن: من أعراضه ضيق.في الأذن ، ألام على مستوى الأذن ، مع تراجع في السمع.

- اصابات على مستوى الرئتان toxicités pulmonaires

- اصابات على مستوى العينين Réactions oculaires

- اصابات على مستوى الغدد التناسلية Toxicités gonadiques:يؤثر العلاج الكيميائي على الخصوبة عند المراهقين والشباب فيسبب انقطاع الطمت المبكر ménopause précoce ،اضطرابات في الدورة الشهرية.

2-السرطان عند المراهق: دراسة نفسية

يعتمد البحث الحالي في دراسته للسرطان من الناحية النفسية على النموذج التفسيري -البيولوجي - النفسي -الاجتماعي le modele biosychosocial .

أ-النموذج التفسيري، البيولوجي، النفسي، الاجتماعي: هو نموذج يدمج بين العوامل البيولوجية النفسية والاجتماعية في علم النفس الصحة و التي تتحدد في أنواع من العوامل لها تأثير على صحة الفرد هي كالتالي:

- العوامل المهيأة: تشمل العوامل الاجتماعية والعوامل الشخصية ولها السوابق المرضية والبيولوجية التي تعتبر بمثابة عوامل خطر للإصابة بمشاكل صحية (fisher et taquinio, 2014) من بين العوامل الاجتماعية ذكر الأحداث المقلقة، نمط الحياة، الوسط الاجتماعي، الخ.

-العوامل الوسيطة: هذه العوامل هي التي تحدد مدى وكيفية تأثير العوامل المهيأة على الحالة الصحية للفرد، من بين العوامل الوسيطة ما يلي: الدعم الاجتماعي، أشكال التكيف، كيفية إدراك الأحداث... الخ(fisher et taquinio, 2014).

- المال: هي الوضعية الصحية التي تتأثر من خلال العوامل المحددة سابقا.

ب- **الضغط النفسي**: تعددت تعاريف الضغط النفسي نظرا للعقد و جهات النظر وكذا تعدد المجالات التي يستخدم فيها، سيتم عرض البعض منها كالتالي:
-تعريف الضغط النفسي على أساس الاستجابة: يعرف سيلاي (selye 1946-1956) الضغط النفسي على أنه استجابة عامة الجسم عند حاجته للتكيف فالضغط عبارة عن عملية مركبة من استجابات مرتبطة بالحالات الفسيولوجية الناتجة عن مجموعة من الميزات الخارجية والتي تسمى بالعوامل الضاغطة.

حدد سيلاي (selye) ثلاث مراحل اساسية للتكيف:

أ- مرحلة الانذار أو الصدمة la phase d'alarme ou du choc: تتميز بمجموعة من الاستجابات الفيزيولوجية كزيادة دقات القلب، نقص في السد العضلي، زيادة في تركيز الدم وتدفقه، التعرق، سرعة في التنفس، جمود، ارتعاش، قرحة معدة، الخ، تكون هذه المرحلة قصيرة (fisher et tarquinio, 2014).

ب- مرحلة المقاومة la phase de résistance: تتميز بالزيادة في النشاط، ظهور أعراض معاكسة لأعراض المرحلة الأولى يقوم الجسم في هذه المرحلة بمقاومة العوامل الضاغطة لفترة طويلة يشير "ويلسون" (wilson, 2006) بان الكورتيزول في هذه المرحلة يعمل على تحويل البروتينات والسكريات والدهن إلى طاقة بتصنيعه للسكر البسيط بعدما تكون المخزونات في الكبد والعضلات قد تضاءلت فيعمل على اعادة توفيرها. فالكورتيزول يحافظ على بقاء الضغط مرتفعا وعلى تقلصات القلب عن طريق منع الصوديوم من الخروج من الجسم (سويطر، 2017، ص. 36).

ج- مرحلة الجهاد la phase d'épuisement: في حالة استمرارية الوضعية الضاغطة يدخل الفرد في هذه المرحلة ما يؤدي إلى انهيار جسمي ونفسي فتظهر أمراض التكيف.

يعرف سيلامي (sillamy , 2003) الضغط النفسي على أنه رد فعل العضو لتهديد تفقد الجسم توازنه بالاستجابة لهذا العدوات من خلال التظاهرات الجسدية المختلفة.

الجدول رقم (25): يبين مراحل تطور تناذر التكيف

| المرحلة | مرحلة الوهن والحساسية الذاتية | المرحلة النباتية الغددية | المرحلة السيكوسوماتية |
|--------------------|----------------------------------|----------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| ردود الفعل النفسية | سرعة الاستشارة والحساسية الزائدة | ردود فعل عدائية وانفجارية مرضية | انهيار استنفاذي حالة من القلق والوساوس المرضية |
| جسدية | السفور المحبط بالفشل | علامات تحسس الجهاز العصبي النباتي واضطرابات عضوية وظيفية | الاعتقاد على اللواء والكحول |
| | | | امراض سيكوسوماتية |

يتضح من الجدول رقم (25) ل (بن زروال، 2008، ص: 90) مراحل تطور تناذر التكيف و التي تنقسم الى 3 مراحل تبدأ بالوهن والحساسية الزائدة، تأتي بعدها المرحلة النباتية الغددية وصولا الى الأمراض السيكوسوماتية.

- تعريف الضغط على أساس المثير الخارجي: هي مجموع القوى الخارجية التي تسبب تشويها ماديا في هيكل الجسم أو تغطية لوظائفه. فالضغوط هي مجموعة المثيرات الضارة في البيئة المحيطة والتي تكون نفسية أو مادية أو اجتماعية، مؤقتة أو دائمة (بن زروال ، 2008 ، ص. 118).

- تعريف الضغط على أساس التفاعل بين المثير والاستجابة: هو مجموعة الصعوبات التي يتعرض لها الفرد والتي تنتج عن طريقة ادراكه للتهديدات التي تواجهه.

ان عملية الادراك هي التي تحدد طريقة تفاعل مع المواقف الضاغطة والاستجابات المختلفة الناتجة والتي تؤدي إلى اختلال توازن شخصية الفرد واستقراره النفسي.

الجدول رقم (26): يوضح سيرورة الضغط النفسي

| المعاملة | | العوامل الضاغطة | | الضغط | |
|----------|-----------------|---------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|----------------------------|
| الشدة | التقييم المعرفي | الابعاد الزمنية | انواع العوامل الضاغطة | الاستجابات الانفصالية | الاستجابات الفيزيولوجية |
| ضعيفة | ضرر | المدة | صدمة | مشاعر سلبية | تنشيط الجهاز السيمباوي |
| معتدلة | تهديد | سرعة | أحداث | الاستجابات الانفصالية | تنشيط الجهاز الباراسيمباوي |
| قوية | خسارة تحدي | ظهور العامل | حياة | لا ميالة | منبهات أخرى |
| غامضة | أذى | المدة التي تتعلق بالروابط بين مختلف أجزاء العامل الضاغط | ضغط زمن | مشاعر ايجابية | وتنبهات عصبية عذبة |
| | | | مزعجات | ارتفاع / | انخفاض صناعي |
| | | | مشاحنات | مشاعر ايجابية | |

يتضح من الجدول رقم(25) كما جاءت به " ماسون" (MASSON,1975) سيرورة الضغط النفسي الذي يربط بالضغط الذي تسببه عدة عوامل وبطريقة التعامل معها. حدد الجدول مكونات العناصر المختلفة ما يسمح بفهم معمق للضغط النفسي.

- تأثير الضغط النفسي على الجهاز المناعي: يؤثر الضغط على المناعة المضادة للورم: immunité anti - tumoral من خلال:

-تنشيط المحور: تحت المهاد - اللذة النخاعية - الغدة فوق الكلوية يعتبر هذا المحور حلقة تعديل حساسة تشمل نشاطات حصينة ومناعية.

يشرح "جاك وتوران" (jacque et thurin,2002) بأنه توجد في الدماغ مستقبلات خاصة بالسيتوكينات على مستوى تحت المهاد وفي البنيات العصبية المرتبطة به. كثرتها تؤدي إلى تغيرات في الخلايا العصبية لهذه الاعضاء. يتأثر المحور الذي يجمع بين تحت المهاد -الفئة النخاعية والغدة فوق الكلوية

بشكل كبير بالسيتوكينات حيث ان الافرازات الناتجة تؤدي على إفراز les glucocorticoides من طرف الغدة فوق الكلوية والذي يكبح الياستجابة الالتهابية ويساهم في الاستجابة المناعية.

كما يؤثر على عملية الارض الخاصة باللوز أدريينالين والسيروتونين فيزيد نشاط الجهاز السمبتاوي ويزيد إفراز الادريينالين والكوريزون. ما يؤدي الى: نقص في انتاج الخلايا للمفاوية من نوع T و B هذه الخلايا: الخلايا للمفاوية T كما يشير "زمولي" (2018 zemouli), لها القدرة على التعرف على الخلايا السرطانية من البيبتيدات الخاصة لها. بالاضافة الى النقص في النشاط السمي للخلايا NK: يوضح "زمولي" zemouli أن لهذه الخلايا دور مهم ايضا حيث ان لمستقبلاتها القدرة على كشف الشذوذ الحاصل في سطح الخلية السرطانية ما يؤدي إلى نشيبتها: بتسميم الخلية السرطانية. بالاضافة إلى تأثيرات اخرى تشمل عناصر أخرى في الجهاز المناعي وتؤثر على الاستجابة المناعية المضادة للورم (Masmoudi et autres, 2002).

ج- استراتيجيات التكيف: هي مجموع الجهود المعرفية والسلوكية المتغيرة و المستخدمة لتسيير المطالب الخارجية و/أو الداخلية المدركة على أنها تستهلك أو تتجاوز القدرات الفردية.

د- تفسير النظرية التفاعلية للضغط والمواجهة:

ان الضغط حسب "فيشر" fisher (2002) هو تفاعل خاص بين الشخص والبيئة يقيم كتجاوز لإمكاناته والذي قد يشكل خطر على حالته الصحية (عزوز، 2015، ص. 94).

يتطلب ذلك استخدام أساليب مواجهة مرنة وخاصة تتناسب مع المشاكل الموجودة تركز هذه النظرية على اتجاهين:

-سياق التقدير المعرفي: تعتبر مرحلة ضرورية لتحديد الاحتمالات والامكانيات للتكيف يعتمد التعدد المعرفي على طبيعة الفرد حيث أن تقدير كم التهديد ليس مجدد ادراك مبسط للعناصر المكونة للموقف ولكنه رابطة بين البيئة المحيطة بالفرد وخياراته الشخصية مع الضغوط وبذلك يستطيع الفرد تفسير الموقف (عزيز، 2015، ص. 95). تمر عملية المواجهة بمراحل:

مرحلة الحدث الضاغط: لما يواجه الفرد مواقف واحداث ضاغطة يحتاج إلى جهد كبير لمواجهتها.

مرحلة التقييم الاولي: يقوم الفرد بمحاولة التعرف على الحدث الضاغط ثم تقوم بمحاولة تحديد مستوى التهديد الذي يمثله هذا الحدث بالنسبة للفرد، يعتمد هذا الاخير في هذه العملية التقديرية على أسلوبه المعرفي وخبراته الشخصية(مرزاقه، 2009، ص. 68).

مرحلة التقييم الثانوي: يتم فيها تقييم امكانات التعامل أو مواجهة الضغط الحادث وكذا محاولة تحديد الاليات المناسبة لمواجهة الموقف والتعليل عليه بالاعتماد على عوامل خارجية وداخلية(مرزاقه، 2009، ص 68).

هـ-الالكستيميا alexithymie': استخدم مصطلح الالكستيميا مند سنة 1972 من طرف "سيفينوس" sifneos والذي يعرفها على أنها ضعف ونقص على مستوى الانفعالات من مظاهرها: قصور وفقر في الحياة الاستهامية ينتج عنها تفكير عملي، المرور إلى الفعل لحل المشاكل، تعابير انفعالية محدودة مع صعوبة في ايجاد الكلمات للتعبير عن الانفعالات (jouanne, 2006).

يميز بعض الحالات التي تعالي من أمراض سيكوسوماتية نجده يصاحب ايضا بعض المشاكل والامراض النفسية كالادمان على الكحول، حالة اجهاد ما بعد الصدمة، نوبات الهلع، اضطرابات السلوك الغذائي.

-خصائص الالكستيميا:

- صعوبة في التعبير عن المشاعر للآخرين: فالالكستيميا هي صعوبة في التواصل اللغوي حول المشاعر، محدودية في اللغة المعبرة عن المشاعر. تعتبر أهم في الالكستيميا.

- صعوبة في تحديد المشاعر وتمييز بين الاحاسيس الجسمية الاخرى: ان المصاب بالالكستيميا لا يستطيع التمييز بين الاحاسيس الجسمية المرتبطة بالانفعالات والاحاسيس الجسمية الأخرى. الصعوبة تمس الاحاسيس الجسمية بشكل عام، هذا ما يفسر اعتماد المصاب في وصفه على الاعراض الجسمية بين الانفعالات: بالخصوص الشكاوي العضوية les plaintes somatiques .

-فقر في الحياة الخيالية: ان محدودية الحياة الخيالية يرتبط بشكل اساسي بالأحلام. نجد المصاب بالالكستيميا قليلا ما يحكم، كما ان محتوى الحكم يكون فقير، واقعي، حتى الذكريات تكون مضطربة، مع صعوبة في التعبير عنها.

-تفكير مرتبط بالأحداث الخارجية بدل ارتباطه بالاحاسيس الداخلية (تفكير واقعي) une pensée à contenu pragmatique: نجد المصاب بالالكستيميا عند حديثه عن موقف يصف بدون توقف التفاصيل

المرتبطة بالموقف الذي أدى إلى انفعال معين بدل وصف الانفعال في حد ذاته. الوصف المفصل يشمل الاحداث، المواقف، الاعراض الجسمية مع فقر في الكلمات. التعبير يكون واقعي بعيد عما هو استهامي ورمزي. هذا النوع من التفكير يسمى التفكير العملي (farge et farge, 2002) .

-المضاعفات النفسية والجسمية الالكستيميا: فيما يحض العلاقة بين الالكستيميا والأمراض العضوية أو السيكوسوماتية توجد 3 فرضيات تفسيرية:

الفرضية الأولى: ان المصابين بالالكستيميا يخطون بين الأعراض الفيزيولوجية الانفعالات والأعراض الفيزيولوجية للأمراض، هذا ما يفسر العلاقة بين الالكستيميا والوساوس المرضية.

الفرضية الثانية: ان المصابين بالالكستيميا يعيشون نشاط فيزيولوجي اشد وأطول في الوضعيات المتعلقة والصعبة فصعوبة تحديد الانفعال ومعالجته لا يسمح بتعديل الانفعالات وحالة القلق.

الفرضية الثالثة: ان مصاب بالالكستيميا يحاول تخفيض شدة الانفعالات باللجوء إلى السلوكيات الخطيرة: كالإفراط في تناول الغذاء، تعاطي المخدرات من اجل تخفيض وتخدير الضغط الانفعالي.

التأثيرات الفيزيولوجية وأخرى مرتبطة بالغدد الصماء: فيما يحض العلاقة بين الالكستيميا وبعض الوسائط البيولوجية التي تؤدي إلى ظهور أمراض مرتبطة بالتلف. ان التعرض المطول لوضعيات مقلقة يؤثر على المناعة بحيث يخفض من المناعة الخلوية immunité cellulaire ويزيد في المناعة الخلوية immunité humoiale وبالتالي يزيد الاجسام المضادة: les anticorps.

ثانيا: مرحلة المراهقة:

1-تعريف المراهقة: المراهقة هي اعادة بناء عاطفي وفكري للشخصية وهي عملية تفردين وهضم للتحويلات الفيزيولوجية المرتبطة بتكامل الجسد جنسيا (أمزيان، 2007، ص. 73)

2-مراحل المراهقة:

تختلف وتتعدد تقسيمات مراحل المراهقة المنظمة العالمية للصحة تحدد المراهقة ثمن 10-19 سنة.

في الدراسة الحالية تم اختيار التقسيم " التايل" (Tayel) : {11-21 سنة}

-بداية المراهقة: تكون من 10-12 سنة عند الأنثى و11-13 سنة عند الذكر، تعد مرحلة انتقالية من الطفولة نحو سن الرشد، يكون سفيها اعادة تنشيط الدوافع الاديبية، يبحث المراهق عن العزلة والحميمية ويبتعد عن الأسرة.

-وسط المراهقة: يكون ما بين 13-16 سنة عند الانثى و14-17 سنة عند الذكر، مرحلة الاكتشاف والسلوكيات الخطيرة على المستوى الجسمي تكون التغيرات الجسدية تقريبا قد انتهت ولكن إدماجها من الناحية النفسية لا يزال مستمرا.

-نهاية المراهقة: تكون ما بين 17-21 سنة بالنسبة لكلا الجنسين تتميز بالنبات الانفعالي مقارنة بالمرحل السابقة، تثبت فيها الحرية الجنسية. (devernay et savelon, 2014)

3-أبعاد المراهقة:

أ- التغيرات الجسمية: ان سرعة التغيرات الحاصلة أثناء النضج قد تفقد المراهق السيطرة فيكون ذلك السبب في بعض الرعونات. فصورة الجسم لا تنمو بنفس سرعة النمو الفسيولوجي. ان لجسم المراهق دور مهم في عملية البحث عن الهوية فيصبح مكانا يعبر فيه عن انتماءاته لمجموعات، للمجتمع... الخ . يتدخل الجانب النرجسي بشكل كبير في هذه المرحلة فيبحث المراهق عن المعالم الممكنة و الموجودة و التي تساعده على التعرف على ذاته.

ب- البحث عن الهوية وجماعة الأقران: "تعتبر الهوية من اهم مطالب التي تنتظر المراهق في هذه المرحلة، وها من خلال تبنيه أدوار اجتماعية ينبغي عليه التكيف معها وهو ما يتطلب منه التخلي عن الانماط السلوكية التي عهدها سابقا والتدريب على سلوكيات أكثر نضجا واتزاناً وفقاً لما تفرضه معايير المجتمع الذي ينتمي اليه" (بوتفوشات وبركو، 2017، ص.663).

ج- السلوكيات الخطيرة و اللجوء الى الفعل: يستخدم المراهق الفعل كطريقة للتعبير عن التوتر و الصراع اللذان لا يمكنه التعبير عنها بواسطة الكلام بسبب مشكل في التعقيل فيعبر باستخدام الجسم من خلال سلوكيات مندفعة، سلوكيات عدوانية موجهة نحو الذات و اتجاه الآخر... الخ (صالح، 1972، ص.45).

د- البحث عن الاستقلالية: المراهقة هي مرحلة استقلالية يحتاج فيها المراهق الى الابتعاد عن الوالدين. تبرز الاستقلالية داخل العلاقات مع الأقران والتي تسمح بتحديد الأهداف والوعي بالذات.

3. خصائص النمو في المراهقة: تتميز المراهقة بمظاهر نمو خاصة لعل أبرزها المتعلقة بالنمو الجسمي المرتبطة بالبلوغ.

1.3 خصائص النمو الجسمي: إن التغيرات الفسيولوجية و المورفولوجية الحاصلة في مرحلة المراهقة تشكل حدثا هاما، ترتبط بالنمو في أبعاده الخارجية كالطول، الوزن، العرض و تغيرات الوجه.

جدول رقم (27): يبين التغيرات الجسمية الحاصلة في فترة المراهقة عند الذكر و الأنثى

| إناث | ذكور | مشتركة | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| نومومة في الصوت زيادة الدهون خصوصا في الأرداف و الثديين نمو الثديين زيادة عرض الحوض بروز ظواهر العادة الشهرية | خشونة في الصوت زيادة عرض الأكتاف نمو العضلات نمو شعر الشاربين و الذقن بداية القذف الليلي | ظهور حب الشباب زيادة في الطول و الوزن نمو الشعر تحت الإبطن زيادة التعرق زيادة حجم الأعضاء التناسلية | الخارجية |
| نمو و تطور المبيضين زيادة حجم الرحم و وزنه و طوله | نمو الحنجرة زيادة طول الأحبال الصوتية و ضخامتها | زيادة حجم القلب زيادة قدرة الرئتين على استيعاب الهواء ارتفاع عدد الكريات الحمراء في الدم انخفاض نبض القلب زيادة حجم المعدة تطور الغدد الصماء | الداخلية |

يوضح الجدول رقم(27) مختلف مظاهر النمو الجسمي في مرحلة المراهقة التي ترتبط بالبلوغ، قسمت الى عوامل خارجية وأخرى داخلية، كما قسمت الى مظاهر خاصة بالمراهقة، مظاهر خاصة بالمراهق وأخيرا المظاهر المشتركة.

ب- **خصائص النمو العقلي:** تتميز هذه المرحلة بنمو و نضج القدرات العقلية، الذي يتأثر بعدة عوامل:النمو الجسمي، الاجتماعي، الانفعالي، الوراثة، درجة التكيف النفسي. تتأثر أيضا بالأسرة و خبرات الطفولة، للبيئة و الثقافة. تتمثل مظاهر النمو العقلي فيما يلي:

التفكير: يتميز تفكير المراهق بالتوصل إلى منطق القضايا la logique des propositions الذي يسمح بالتفكير الاستدلالي الافتراضي، التمييز بين الشكل و المحتوى في العمليات العقلية، زيادة القدرة على فرض الفروض لحل المشاكل التي تتسم بالتعقيد.فينتقل التفكير إلى المستوى المجرد فينطلق فيه من افتراضات مجردة و يتجه نحو التفهم.

التذكر: ينمو و يصل إلى ذروته في نهاية المراهقة المبكرة، يعتمد فيه على الفهم و استنتاج العلاقات، يقوي قدرته على الاحتفاظ، الاستدعاء و التعرف. (صالح, 1972,ص.72)

ج-**خصائص النمو الانفعالي:** تؤثر المراهقة كثيرا على الجانب الانفعالي فهي تتميز بصراعات نفسية، وجدانية و عاطفية شديدة، عنيفة. تتميز بعدم القدرة على ضبط الانفعالات و توجيهها لتحقيق التكيف، غياب الاتزان الانفعالي فقد ينتقل المراهق من حالة انفعالية إلى نقيضها، التناقض الانفعالي و ثنائية المشاعر نحو نفس الشخص، الشيء و الموقف، زيادة حدة الانفعالات خاصة في حالة التوتر.

د-**خصائص النمو الاجتماعي:** تتميز الحياة الاجتماعية في فترة المراهقة بتنظيم جديد للعلاقات تؤدي إلى الاستقلال التدريجي. فيرتبط بجماعة الأقران التي يميل المراهق إلى مسايرتها في البداية، يحاول تأكيد ذاته بأن يكون هام في جماعته، ثم يبدأ يشعر بمسؤوليته اتجاهها.

4) **أنماط المراهقة:** يمكن تمييز 4 أشكال عامة للمراهقة وذلك من حيث التوافق مع الذات من جهة و مع الآخرين من جهة أخرى أو انعدام هذا التوافق فتحدد في:

أ- **المراهقة المتوافقة:** تتميز بالاعتدال و التوازن و الميل إلى الاستقرار و الاتزان العاطفي، تتميز أيضا بالتوافق مع الوالدين (الأسرة) و التوافق المدرسي والاجتماعي، الرضا عن النفس مع اعتدال في أحلام اليقظة فيشعر المراهق بقيمته. هناك عدة عوامل تؤدي إلى أن تكون المراهقة متوافقة منها:

- معاملة أسرية تتميز بالفهم و احترام رغبات المراهق و تقديره.
 - توفير جو من الثقة و الصراحة بين الوالدين و المراهق عند مناقشة المشاكل.
 - الميولات العقلية الواسعة واللقاءات المتنوعة.
 - الاشتراك في النشاطات الاجتماعية و الرياضية المختلفة. (الطواب، 1993، ص ص.323-324).
 - الشعور بالأمن (زهران، 1995، ص.108).
- ب- **المراهقة الانسحابية:** تتسم بالانطواء، الاكتئاب، العزلة، العزلة، التردد، الخجل، الشعور بالنقص، نقد النظم الاجتماعية و الثورة على الوالدين. تكثر أحلام اليقظة لديهم التي تدور حول موضوعات الحرمان للحاجات غير المشبعة يتوجه إلى النزعة الدينية لتجنب مشاعر الذنب، تفكيره يكون متمركز حول الذات. هذا النمط ناتج عن:
- عدم التوافق مع الجو الأسري.
 - السيطرة والسلطة الوالدية بحيث يركزون على النجاح والتفوق، ما يصاحب ذلك من إنكار لشخصية المراهق ويجعلهم يعيشون في حالة من القلق.
 - جهل الوالدين لوضعية المراهق.
 - سوء الحالة الصحية.
 - عدم إشباع حاجات المراهق خصوصا الحاجة إلى تقدير الذات وتحمل المسؤولية. (زهران، 1995، ص.111).
- ج- **المراهقة العدوانية:** تتميز هذه المراهقة بالتمرد و الثورة ضد السلطة من أسرة، مدرسة. تتميز بالانحرافات الجنسية، العدوان مع الإخوة و الزملاء، العناد بهدف الانتقام، التدمير، الشعور بالظلم وعدم التقدير، السلوك العدواني في هذا النمط يكون صريح ومباشر، يتميز بكثرة أحلام اليقظة. هذا النمط ناتج عن :
- نمط التربية المستعمل مع هذا المراهق التي تتسم بالتسلط و الصرامة.
 - التركيز على النواحي الدراسية فقط.
 - حرمان المراهق من الحاجات الأساسية.
 - عدم إشباع الميول.

- العاهات الجسمية.
- كل ذلك يعيق تكوين الضمير. كما وضحه (زهران، 1995، ص ص. 113 - 112).
- **د- المراهقة المنحرفة:** يتميز هذا النمط بالجنوح المضاد للمجتمع، الانحلال الخلقي، الانهيار النفسي والانحرافات الجنسية والبعد عن المعايير الاجتماعية في السلوك. يرجع ذلك إلى :
 - الصدمات العاطفية الشديدة والخبرات القاسية التي مر بها المراهق.
 - قصور الرقابة الأسرية.
 - قسوة الأسرة في تعاملاتها مع المراهق.
 - تجاهل رغباته وحاجاته أو على العكس التدليل الزائد.
 - عوامل جسمية أخرى قد تتدخل وجماعة الأقران أيضا (زهران، 113-115، ص ص. 1995).
- **5- حاجات المراهق:** إن التغيرات الحاصلة تؤدي بالضرورة إلى تغيير حاجات المراهق والتي تنسم بالتعقيد. من بينها:
 - **الحاجة إلى الاستقلالية:** يريد المراهق أن يصبح مسئولا عن نفسه ويبحث على الابتعاد عن الخضوع خاصة للأسرة.
 - **الحاجة إلى المكانة:** يريد أن يكون شخصا هاما وأن تكون له مكانة في جماعته ومع الراشدين .
 - **الحاجة إلى تحقيق و تحسين الذات:** يسعى المراهق من خلال تفاعله الاجتماعي إلى التأكيد على قيمة ذاته يلعب المظهره العام دورا هاما.
 - **الحاجة إلى الحب و الانتماء و القبول:** و المقصود منها حسب الحاجة إلى التقبل الاجتماعي بما في ذلك المشاركة الوجدانية والانتماء إلى الجماعة سواء كانت أسرة أو أصدقاء؛ فالتقبل الاجتماعي يحقق له الأمان النفسي ويشعر المراهق بأنه مهم ومقبول وهذا ما يشكل له الحافز القوي للعمل و النجاح.
 - **الحاجة إلى ضبط الذات:** أن النضج السريع الحاصل خصوصا في الجانب الجسمي والجنسي يسبب اضطرابات في المعاملة بحيث يظهر المراهق تصرفات غير مقبولة اجتماعيا فيفقد القدرة على ضبط سلوكه والعكس أين نجد المراهق ينعزل وينطوي على نفسه.

- الحاجة إلى الابتكار و النمو العقلي: المقصود بها الحاجة إلى التفكير وتوسيع قاعدة الفكر والسلوك و التحصيل و تغيير الحقائق، كذلك إشباع الذات عن طريق العمل ومعرفة الأشياء وهذا ما يؤدي إلى تنمية إمكانياته وقدراته وبالتالي التطلع إلى العالم الخارجي.
- الحاجة إلى المخاطرة أو المسايرة: أحيانا يقوم المراهق بأعمال استعراضية عنيفة أحيانا يعاند، يعارض، يتحدى، يكون ذلك كتعبير عن الاستقلالية وجلب اهتمامات الآخرين أو الانتماء للجماعة بمسايرتها ومجاراتها حتى يشعر بالتوافق.
- الحاجات الجنسية: إن الحاجات الجنسية موجودة قبل المراهقة وتقوى في مرحلة المراهقة فباكتمال نمو الأعضاء والغدد الجنسية لدى المراهق يعني أنه أصبح في استعداد تام لممارسة النشاط الجنسي.

ثالثا: المراهق المصاب بالسرطان

1- المراهق والمرض المزمن الخطير:

أ-تعريف المرض المزمن: تعرف المنظمة العالمية للصحة المرض المزمن بأنها الأمراض التي تكون مدتها طويلة والتي تتطور ببطئ مسؤولة عن 63% من حالات الوفيات من بينها أمراض القلب والشرابين، السرطان، الخ). النقطة المشتركة بين هذه الأمراض المختلفة هي أنها تؤثر على الجانب الاجتماعي، النفسي والاقتصادي للمصاب. تقسم الأمراض المزمنة إلى:

- أمراض للقلب والشرابين.
- السرطان.
- الأمراض التنفسية المزمنة.
- داء السكري (dhehin, 2017) .

ان السرطان إلى جانب اعتباره مرضا مزمنًا يعد مرض خطير فالمرض الخطير يكون فيه التنبأ سلبي مع تأثر الجانب الوظيفي للمصاب بشكل هام مع وجود خطر حيوي أيضا. فيما يحض المرض الخطير لا يوجد علاج شافي له أو أن نتائجه تكون غير مرضية. (unite transversale pour l'education du patient [UTE])

ب-الاعلان عن تشخيص السرطان: يعتبر الاعلان عن تشخيص مرض خطير ومزمن كالسرطان صعب، يعيشه المصاب بشكل عنيف.

-الاستجابات النفسية للمصاب عند الاعلان عن مرض خطير:

يشكل الاعلان عن السرطان صدمة un choc قد تصل إلى درجة الصدمة النفسية le traumatisme psychique تختلف الاستجابات باختلاف الحالات هذا الاختلاف تفسره عوامل داخلية متعلقة بالحالة وأخرى خارجية متعلقة بالمحيط.

-العوامل المحددة للتأثير النفسي للتشخيص:

التمثلات المتعلقة بالمرض: يرتبط ذلك بالجانب الذاتي للفرد ويختلف باختلاف الحالات هي الفكرة التي يكونها المصاب عند المرض أو عند مرض المريض. ترتبط هذه التمثلات بالابعد التالية: المعنى الذي يعطيه المصاب الذي يعطيه المصاب للمرض في حياته الشخصية. تقبل ودمج الأسرة للمرض، تغير الصورة الجسدية، مفهوم الشفاء، التمثلات الخاصة بالعلاج... الخ.

يرتبط ذلك حسب (UTEF) بالمعلومات الطبية الموجودة عند المصاب بتمثلات عامة مرتبطة بالصحة والمرض (السرطان) التمثلات الثقافية والاجتماعية الخاصة بالمرض بشكل عام والسرطان خصوصا.

-استراتيجيات التكيف le coping.

-الخصائص النفسية للمصاب: نمط الشخصية، طبيعة الوظيفة النفسية، الخ.

-السيرة الذاتية للمصاب: التاريخ المرضي، السوابق المرضية بسبب مرض خطير أو وفاة نتيجة مرض خطير في الأسرة... الخ.

-الموارد المرتبطة بالمحيط: جودة التكفل الطبي، طبيعة العلاقة: طبيب/مريض، طبيعة المحيط الانفعالي، العاطفي، الاجتماعي والمهني للحالة.

-مراحل صدمة الاعلان عن التشخيص: تحدها (UTEF) كالتالي:

المرحلة الأولى للصدمة: ان الصدمة الناتجة عن اعلان التشخيص تكون متبوعة بالمرحلتين التاليتين: مرحلة الدهشة la sideration: تسبب الصدمة حالة من الدهشة تمس الجانب المعرفي، الجانب النفسي والانفعالي والحواس أيضا فتتوقف الوظائف المعرفية، تتخدر المشاعر، تضعف الحواس.

تختلف شدة هذه المرحلة باختلاف الحالات.

مرحلة التفريغ الانفعالي la décharge émotionnelle: من مظاهرها:

-الحزن: نوبات بكاء

-تعابير اليأس

-القلق

-الرفض والغضب

-استشارة نفس حركية

-أعراض ذهانية

- مرحلة ما بعد الصدمة: يعمل فيها المصاب على التكيف من خلال ميكانيزمات التكيف: أهمها النفسي، الإنكار، النكوص، الإبدال، الإسقاط، العزل، العقلنة... الخ.

المجهودات المعرفية: تشمل أولاً الكف الانفعالي تعتبر مجهودات ارادية الهدف منها عزل بعض العواطف ما يسمح بتحديد والتهرب من حقيقة نفسية مؤلمة. المقاومة والتحدي حيث يعتمد المصاب المقاومة والتحدي في مرضه وبالتالي المواجهة. الاستسلام والتخلي فيشعر المصاب بالعجز على المواجهة وبالتالي الاستسلام وتقبل الوضعية الجديدة.

الميكانيزمات السلوكية: تتمثل في التمرد أين يرفض المصاب المرض، يظهر ذلك على شكل نوبات غضب وعدوانية موجهة نحو المحيط الخارجي أو المحيط الطبي. التجنب والتهرب فيحاول المريض التهرب من المرض ومن الجانب الطبي بشكل عام ما قد يكون سبب في عدم الالتزام الصحي. التعويض أين يحاول المصاب أن يخفف من توتره بتقاضي مواد مخدرة كالكحول، اللتبع، الخ. والبحث عن المعلومات والدعم الاجتماعي فيبحث المصاب عن المعلومات المتعلقة بالمرض، كيفية مواجهته... الخ (UTEP).

2- أثر الإصابة بمرض مزمن وخطير في مرحلة المراهقة:

تعتبر "ديهان" (Dhehin, 2017) مرحلة المراهقة مرحلة تغيرات واضطرابات تمس مختلف جوانب الشخصية يضاف إليها مرض مزمن و خطير ينتج عن ذلك حسب "مالكا وأخرون" (malka.,et autres) تصادم ما بين عمل المراهقة le travail de l'adolescence وعمل المرض le travail de la maladie . نظيف "ديهان" (Dhehin, 2017) ان المراهقة والنضج تعني الانفتاح، الاكتشاف النمو بينما المرض يعني الكبح، البتر، الكبت، الخ. كيف يتعامل المراهق مع ذلك، كيف يستمر في الانفتاح والاكتشاف بوجود مرض يكبحه.

أ-تأثير السرطان على الجانب النرجسي: تعني النرجسية الاستثمار في الذات يتأثر الجانب النرجسي في مرحلة المراهقة. يتغير الاستثمار في الذات التي تكون معرضة لانقلابات واضطرابات جسمية ،نفسية وانفعالية ناتجة عن النضج ما يؤثر على شعور المراهق بالانتماء. يظيف "مالكا وأخرون" (autres)

(malka.,et) أنه على المراهق التكيف مع التغيرات الداخلية والخارجية مع الاحتفاظ بالشعور بالاستمرارية فعلى المراهق تقبل التغيرات لكن مع الاحتفاظ بشعوره بأنه هو "le sentiment d'tre soi" بعض الأحداث التي قد تحصل في هذه المرحلة العمرية والتي تضعف مرحلة البلوغ ما يصعب عملية الربط النفسي من بين هذه الأحداث المرض المزمن والخطير، فالسرطان يصيب مباشرة الجسم هذا الأخير الذي تحصل فيه تغيرات عديدة ومستمرة يظهر المرض من خلال أعراضه: تعب، ورم، نزيف، هذه الأعراض تتميز بالازمان والخطورة. يحتاج المراهق لوقت لفهم ذلك كما يحتاج إلى وقت للتمييز بين أعراض البلوغ وأعراض المرض تعد كل من المراهقة والمرض المزمن والخطير ظاهرتين صامتتين يحدثان بشكل مفاجئ أين الجسم المريض قد يخفي الجسد الجنسي ما يؤثر مباشرة على نمو الهوية الجنسية.

يحتاج التمييز من البلوغ والمرض إلى عمل نفسي هام. يختلف طريقة تعامل المراهق المصاب مع ذلك فبعض الحالات تقوم بعمل نفسي يتدخل فيه تاريخه الشخصي، لا شعوره، مقوماته، شخصيته، الخ. بينما الحالات الأخرى تقوم بعمل معرفي فقط أين يفهم المصاب الوضعية المعاشة دون تدخل الجوانب الأخرى من الشخصية. تحتاج الحالات الأولى إلى وقت طويل لتجاوز الحداد عن الصحة وتقبل المرض. بينما الحالة الثانية يفهم مريضها بسرعة.

يمر المراهق بمراحل متعددة، ويحتاج إلى وقت لتغيير صورة الجسد أو بشكل اشمل صورة الذات. فيما يحض الصورة الجسمية وصورة الذات تفسر "جوسلام" (jouselme) بأنها تتأثر بشدة بسبب المرض بعد ان تأثرت بالبلوغ. فالمرض يزيد من الأفكار السلبية الموجودة عند المراهق والمرتبطة بجسده. الناتجة عن مضاعفات ظاهرة (بتر، ندبات) وأخرى غير ظاهرة (الأعراض).

يظيف (UTEF) أن تشخيص الاصابة بمرض خطير يعد صدمة نفسية قد تؤدي إلى تنشيط صدمات اخرى وبالتالي صدمة نفسية مضاعفة، المراهقة تقوم بذلك أيضا.

فيما يحض تأثير المرض على سيرورة المراهقة تحدد "جوسلام" (jouselme) حالتين: قد يدفع المرض المراهق إلى تعريض نفسه للخطر من خلال السلوكيات الخطيرة أو العكس تبقيه في وضعية التبعية.

ب-تأثير المرض على العلاقة مع الموضوع:

يعتبر الجسم المريض محل الاهتمام من طرف الطبيب، الممرض، الخ كما يعتبر محل اهتمام الوالدين أيضا. يكون ذلك في مرحلة المراهقة مرحلة يحتاج فيها المراهق إلى الابتعاد عن المواضيع

الطفولية من الناحية العضوية والنفسية أيضا ليصل بذلك إلى الاستقلالية ما يوسع المجال العلائقي للمراهق وكأن المراهق يعتمد على تفكير جديد في جسم جديد.

يأتي المريض بتأثيراته الجسمية والنفسية فيعيق هذه العملية، قد يفرقه ذلك عن العلاقات الجديدة مع الاصدقاء وتقربه من والديه، كما انه يهاجم الجسم بما فيه الجسم الجنسي (سقوط الشعر، الخ) ما يغير الصورة الجسدية التي اكتشفها المراهق مؤخرا وتدفعه للنكوص إلى مرحلة سابقة، عملية النكوص تمس الجسم اين يتحول الجسم طفولي بدل جسد جنسي. يتأثر الجانب اللاذتي كذلك فيرجع المراهق إلى التبعية للوالدين بسبب تأثير المرض (Malka et autre).

ج-الالتزام الصحي عند المراهق المصاب بالسرطان:

توضح "ديهان" (dhehin, 2017) أن المرض يؤثر على جودة حياة المصاب فيحدها فالمرض يتطلب ريجيم غذائي معين، أحد أدويته بشكل يومي تجنب بعض النشاطات المعتادة. هذه المتطلبات تدفع المراهق إلى الشعور بأنه مختلف، مستبعد، ما يؤثر على الجانب الاجتماعي لديه وعلى انتمائه للمجموعة.

يعد عدم الالتزام الصحي بالنسبة للمراهق أحد أشكال السلوكيات الخطيرة التي تميز هذه المرحلة العمرية. يعتبر الانتماء إلى جماعة الاقران بالنسبة للمراهق أساسيا بالنسبة للمراهق المريض قد يحتاج إلى التوقف عن العلاج والالتزام من الناحية الصحية للدخول في المجموعة. بينما نجد فئة اخرى من المراهقين يلتزمون ان المرض المزمن والخطير وما يحتاجه من متابعة طبية احيانا الاسترخاء يحدها من علاقات المراهق ويدفعه للانعزال.

يبحث المراهق في هذه المرحلة عن شخصيته من خلال مقارنته بالآخرين المرض المزمن يصعب على المراهق تحديد معلم هويته تكوين صورة الذات و تقدير الذات. المرض المزمن يؤثر على تدرس المراهق أيضا.

خلاصة الفصل:

مما سبق التطرق له نستنتج أن المراهقة هي مرحلة حساسة يتم تحدث فيها تغيرات كثيرة تتطلب من المراهق عملاً نفسياً، لما يضاف إليها مرض السرطان الذي يتميز بخطورته، بمضاعفاته الجانبية، بالتغيرات العديدة التي يسببها، يحتاج المراهق في هذه الحالة إلى عمل نفسي معقد، مضاعف قد يرهق جهازه النفسي و يتسبب في ظهور الاكتئاب.

الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية

تمهيد

أولاً: منهجية الدراسة.

ثانياً: الدراسة الاستطلاعية.

1- عينة الدراسة.

2- الأدوات المستخدمة في الدراسة الاستطلاعية.

3- الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة.

4- الأساليب الإحصائية المستخدمة.

5- عرض النتائج وتحليلها

ثالثاً: الدراسة الأساسية

1- عينة الدراسة

2- الأدوات المستخدمة في الدراسة الأساسية

3- الأساليب الإحصائية المستخدمة.

خلاصة الفصل

تمهيد:

تحاول الدراسة الحالية التعرف على نسب انتشار الاكتئاب لدى المراهق المصاب بالسرطان، كما تسعى لدراسة الفروق في درجات الاكتئاب من حيث: الجنس، نوع السرطان، مرحلة السرطان، نوع العلاج ومدة العلاج. سيتم في الفصل التالي عرض الجانب المنهجي للدراسة الميدانية من منهجية الدراسة، الدراسة الاستطلاعية والدراسة الاساسية الذي من خلالها سيتم الوصول الى أهداف الدراسة

أولاً: منهجية الدراسة:

لقد اقتضت الدراسة الحالية استخدام المنهج الوصفي التحليلي باعتباره مناسباً لأغراض الدراسة التي تهدف الى تحديد مدى انتشار الاكتئاب عند المراهق المصاب بالسرطان و الكشف عن الفروق الموجودة في درجات الاكتئاب من حيث: الجنس، نوع السرطان، مرحلة السرطان، موع العلاج ومدة العلاج. حيث يعتبر هذا المنهج من أكثر مناهج البحث العلمي استخداماً أين يقوم الباحث بدراسة الظاهرة ، المقارنة بينها وبين ظواهر أخرى ثم تحليلها.

كما استخدمت المنهج العيادي من أجل دراسة الى أي مدى يؤثر الاكتئاب متوسط الشدة على المراهق المصاب بالسرطان حيث يعتبر المنهج العيادي كما يعرفه عباس (1990) على أنه طريقة تنظر الى السلوك من منظور خاص، فهي تحاول الكشف عن كينونة الفرد والطريقة التي يشعر بها وسلوكاته، كما تبحث عن ايجاد معنى لمدلول السلوك و الكشف عن أسباب الصراعات النفسية مع اظهار دوافعها وسيورتها وما يجسده الفرد اتجاه هذه الصراعات .

ثانياً: الدراسة الاستطلاعية

1- عينة الدراسة الاستطلاعية ومواصفاتها: تكونت عينة الدراسة الاستطلاعية من 75 من كلا الجنسين، تتراوح أعمارها ما بين 13 -70 سنة، تعاني من أنواع متعددة من السرطان وتخضع لأنواع متنوعة من العلاجات ضد السرطان.

الجدول رقم(28): يبين خصائص أفراد العينة الاستطلاعية:

| مجموع الحالات: 85 | | الخصائص |
|--------------------|---------|----------------------------|
| النسبة % | التكرار | |
| الجنس | | |
| 53 | 45 | ذكور |
| 47 | 40 | اناث |
| السن | | |
| 9 | 8 |]20-13] |
| 21 | 18 |]37-20] |
| 40 | 34 |]54-37] |
| 30 | 25 |]70-54] |
| نوع السرطان | | |
| 32 | 27 | سرطان الثدي |
| 7 | 6 | سرطان الدم |
| 7 | 6 | سرطان الرئة |
| 6 | 5 | سرطان العظام |
| 13 | 11 | سرطان الرحم |
| 20 | 17 | سرطان القولون |
| 12 | 10 | سرطان الحنجرة |
| 3 | 3 | مرض هـجكين |
| نوع العلاج | | |
| 7 | 6 | العلاج الكيميائي |
| 7 | 6 | العلاج الكيميائي والاشعاعي |
| 9 | 8 | العلاج الكيميائي و الجراحي |

| | | |
|---------------------------|----|--------------------------------------|
| 77 | 65 | العلاج الكيميائي، الجراحي و الإشعاعي |
| الوضعية الاجتماعية | | |
| 14 | 12 | أعزب |
| 72 | 61 | متزوج |
| 7 | 6 | مطلق |
| 7 | 6 | أرمل |

2- أدوات الدراسة الاستطلاعية:

أ-المقابلة العيادية: تم الاعتماد على المقابلة الفردية في الدراسة الاستطلاعية النصف موجهة من أجل التعرف على الحالات، تطبيق المقياس، قامت الباحثة بطرح أسئلة ترتبط بموضوع الدراسة، كيف يعيشه المصاب و كيف يؤثر عليه.

ب- مقياس الاكتئاب لدى المصاب بالسرطان:

نظرا لعدم وجود أداة تقيس الاكتئاب في مجال علم الأورام النفسي قامت الباحثة ببناء مقياس يقيس الاكتئاب خاص بمجال علم الأورام النفسي يقيس الاضطراب عند المصابين مع تحديد شدته بما يتناسب مع خصوصية السرطان والعلاج وما ينتج عنهما من مضاعفات، مقياس يعتمد في التشخيص على الأعراض النفسية: الانفعالية، المعرفية والسلوكية ولا يعتمد على الأعراض الجسمية المشابهة والمتداخلة مع أعراض أخرى في هذا المجال.

- الخلفية النظرية للمقياس:

من أجل بناء المقياس تم الرجوع الى الدراسات السابقة عديدة التي تناولت موضوع الاكتئاب في مجال علم الاورام النفسي، اهمها دراسة "كاروسو وآخرون" (2017) Caruso et autres التي ركزت على اختلاف الاكتئاب في مجال علم الاورام النفسي عنه في المجالات الأخرى وحددت مجموعة المقاربات التي تسمح بتشخيصه في هذا المجال والتي تنقسم الى: المقاربة الشاملة *approche inclusive* ، المقاربة البديلة *approche substitutive*، المقاربة المتناوبة *approche alternative* و المقاربة الحصرية *approche exclusive*. اختارت الباحثة من بين هذه المقاربات المقاربة البديلة التي تنص على تعويض الاعراض الجسمية بأعراض نفسية، معرفية، سلوكية : كالعزلة الاجتماعية، المظهر المكتئب، التشاؤم... الخ.

كما تمت الاستعانة ببعض المقاييس ذات الصلة بمحاور المقياس

مقياس "بيك" Beck للاكتئاب، مقياس "هاميلتون" Hamilton للقلق و الاكتئاب، مقياس Hads للقلق و الاكتئاب، مقياس الطائف للاكتئاب، مقياس الاغتراب النفسي لصالح الدين أحمد الجماعي، مقياس الشعور بالذنب لندى رحيم سليمان، مقياس سلوك العزلة الاجتماعية لعلي شاعر الغدلاوي، مقياس

روزنبارج لتقدير الذات، مقياس الصحة النفسية للمرأة المصابة بالسرطان لشدمي رشيدة، مقياس اليأس لفؤاد محمد فريح الجابري، مقياس الغضب للمراهقين لأحمد حمزة.

- أبعاد المقياس:

يتكون مقياس الاكتئاب لدى المصاب بالسرطان في صورته النهائية من 52 عبارة موزعة على 7 بنود، هي كالتالي:

1/ المزاج المكتئب: هو هبوط في المزاج تنتج عنه حالة من الحزن الشديد و المستمر مصحوبة بفقدان الشعور باللذة و المتعة

2/ الشعور بالعجز و اليأس: هو شعور المراهق المصاب بالسرطان بأن مصيره تحدده مصادر خارجية، لا يجد في الحياة المتعة و الفرح.

3/ الشعور بالذنب: شعور سلبي يحسه المراهق المصاب بالسرطان بسبب أخطاء ارتكبها، تتميز هذه الأخطاء ببساطتها أو بأنه ليس السبب المباشر فيها، ما يشعره بالندم و بالمبالغة في نقد الذات.

4/ الشعور باللامعنى: هو إحساس المراهق المصاب بالسرطان بأن الحياة لا معنى لها و أنها غير معقولة و غير منطقية و لا جدوى منها.

5/ الغضب و الحساسية الزائدة: هي الاستجابة الانفعالية المبالغ فيها، بسبب أحداث ضاغطة تعيشها عينة الدراسة.

6/ العزلة الاجتماعية: هي الابتعاد، الانسحاب و الانغلاق على الذات فيعيش المصاب مشاكله و معاناته لوحده

7/ نقص تقدير الذات: هو مراهق يتميز بعدم الرضا عن النفس و رفض الذات و احتقارها

- تطبيق المقياس و تصحيحه:

يطبق هذا المقياس على المصابين بالسرطان بما فيهم المراهق. يمكن أن يطبق بصفة فردية أو جماعية. يضع المفحوص علامة (*) أمام البديل الذي يتطابق معه. قد تم تحديد 4 بدائل: دائما، أحيانا، نادرا، أبدا.

الجدول رقم(29): يوضح بدائل المقياس و الدرجات المعتمد عليها

| | | | | |
|-----------|--------|---------|-----------|--------------|
| لا اطلاقا | قليلًا | تقريبًا | نعم تماما | |
| 4 ن | 3 ن | 2ن | 1 ن | اتجاه سلبي |
| 1ن | 2 ن | 3 ن | 4ن | اتجاه ايجابي |

يتبين من خلال الجدول رقم (29) طريقة تصحيح المقياس حسب اتجاه العبارة (موجبة-سالبة)

تقدير درجات المقياس:تكون المقياس في شكله النهائي من 52 عبارة، حيث تراوحت الدرجة الكلية ما بين 52-208 .

الجدول رقم (30) يوضح: مستويات الاكتئاب

| | |
|--------------|----------------------|
| المستويات | الأبعاد العيادية |
| 15-8: منخفض | المزاج المكتئب |
| 23-16:متوسط | |
| 32-24: مرتفع | |
| 13-7:منخفض | الشعور بالعجز واليأس |
| 20-14: متوسط | |
| 28-21: مرتفع | |
| 13-7:منخفض | الشعور بالذنب |
| 20-14: متوسط | |
| 28-21: مرتفع | |
| 13-7:منخفض | الشعور بالامعنى |
| 20-14: متوسط | |

| | |
|----------------|--------------------------|
| 21-28: مرتفع | |
| 8-15: منخفض | الغضب و الحساسية الزائدة |
| 16-23: متوسط | |
| 24-32: مرتفع | |
| 8-15: منخفض | العزلة الاجتماعية |
| 16-23: متوسط | |
| 24-32: مرتفع | |
| 7-13: منخفض | نقص تقدير الذات |
| 14-20: متوسط | |
| 21-28: مرتفع | |
| 52-103: منخفض | المجموع |
| 104-155: متوسط | |
| 156-208: مرتفع | |

يتبين من خلال الجدول رقم(30) مستويات المقياس من منخفض، متوسط و مرتفع الخاصة بالأبعاد الفرعية و بالمقياس ككل

3- الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة: مقياس الاكتئاب لدى المصاب بالسرطان

1- صدق الأداة :

اعتمدت الباحثة في دراستها لمعرفة مدى صدق المقياس على صدق المحكمين.

أولاً: صدق المحكمين:

لقياس صدق الأداة اعتمدت الباحثة على صدق المحكمين، ويتم فيه عرض الصورة المبدئية للأداة على مجموعة من المحكمين في المجال، وذلك لإبداء رأيهم في العبارات ومدى مناسبتها، وفي ضوء ذلك يتم حذف العبارة التي يتم الحكم عليها بأنها غير مناسبة أو متكررة في عبارات أخرى، كذلك التي لم تصل نسبة اتفاق سادة المحكمين على مناسبتها إلى (85%) وبذلك يتضح العدد النهائي لعبارات الأداة في ضوء هذه الخطوة. (محمد خيرى، 1997: 110).

انطلاقاً من هذا التعريف قامت الباحثة بعرض الأداة على عينة مكونة من (7) محكمين المختصين في المجال (أساتذة في علم النفس) ، وهذا بهدف التأكد من قياس عبارات الأداة للموضوع وكانت نتائج آرائهم كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم (31): يوضح آراء المحكمين نحو مقياس الاكتئاب لدى المصاب بالسرطان

| 1-الحكم على مناسبة الأبعاد | | | | | | |
|----------------------------|-------|--------|-------|------------|------|---------|
| عدد الأبعاد | | مناسبة | | غير مناسبة | | التعديل |
| ن | % | ن | % | ن | % | |
| 8 | | | | | | |
| 7 | 87.5 | 1 | 12.5 | 1 | 12.5 | |
| 2- الحكم على عدد الفقرات | | | | | | |
| عدد الفقرات | | كاف | | غير كاف | | اقتراح |
| ن | % | ن | % | ن | % | |
| 64 | | | | | | |
| 64 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 3- الحكم على وضوح الفقرات | | | | | | |
| عدد الفقرات | | واضحة | | غير واضحة | | اقتراح |
| ن | % | ن | % | ن | % | |
| 64 | | | | | | |
| 55 | 83.64 | 9 | 16.36 | 5 | 9.25 | |
| 4- الحكم على ترتيب الفقرات | | | | | | |
| عدد الفقرات | | مرتبة | | غير مرتبة | | اقتراح |
| ن | % | ن | % | ن | % | |
| 64 | | | | | | |
| 64 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | |

يتضح من خلال الجدول أن عدد المحكمين (7) أساتذة في التخصص وعدد أبعاد الأداة (7) اتفق المحكمين على أن الأبعاد مناسبة بنسبة (87.5%)، وأن عدد الفقرات الذي قدر ب(63فقرة) كاف بنسبة

(100%)، وعلى نسبة وضوحها ب(83.34%)، والفقرات التي ليست واضحة بنسبة (16.66%). أما عن نسبة ترتيب الفقرات بنسبة (100%).
الجدول الموالي يبين الفقرات المعدلة في البعدين.

(1) - الفقرات المعدلة:

جدول رقم (32): يوضح الفقرات المعدلة في مقياس الاكتئاب لدى المصاب بالسرطان

| العدد | الرقم | الفقرة قبل التعديل | الفقرة بعد التعديل |
|---------------------------------------------------------------------|-------|------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| المزاج المكتئب: حيث تم دمج فقدان اللذة و الاهتمام في المزاج المكتئب | 01 | أنا في مزاج جيد | مزاجي جيد |
| | 03 | أنا قليل البكاء | أنا كثير البكاء |
| | 04 | في الغالب لا أشعر بالملل | يزول الشعور بالحزن و الملل بمجرد الخروج من المستشفى |
| الشعور بالعجز و اليأس | 05 | لدي الخيار في تحديد ما أريده | أختار ما أريد |
| | 06 | حددت أهداف و أرغب في تحقيقها | تغيرت أهدافي |
| الشعور باللامعنى | 07 | العالم واضح و يسهل فهمه | الحياة واضحة و يسهل فهمها |
| | 08 | لا أشعر أنني أصبحت عالة على أسرتي | أشعر أنني أصبحت عالة على أسرتي |
| الغضب و الحساسية الزائدة | | أفكر كثيرا بوضعيتي الصحية | وضعيتي الصحية غيرت من نظرتي للحياة |
| | 01 | أنا لست إنسانا حساسا | إننا شخص حساس |
| | 04 | في أغلب الأحيان لا أنفعل في المواقف اليومية بشكل مبالغ فيه | في أغلب الأحيان أنفعل في المواقف اليومية بشكل مبالغ فيه |
| نقص تقدير الذات | 04 | أشعر بالفخر عندما يتطلع الآخرون إلي | أشعر بالفخر كيفما كانت نظرات الآخرين إلي |

يبين الجدول (32) تعديل العبارات، وأصبح عدد أسئلة المقياس 63 عبارة وبذلك شكلوا نسبة 100% مما يدل على أن الأداة تتصف بدرجة عالية من الصدق

جدول رقم (33): يوضح الفقرات المحذوفة في مقياس الاكتئاب لدى المصاب بالسرطان

| البند | الفقرة المحذوفة | السبب |
|-----------------------|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| المزاج المكتئب | أشعر باللذة عند قيامي بالنشاطات المعتادة | تشابهها مع فقرات أخرى |
| | أضحك بسهولة | لا يقيس بدقة المزاج المكتئب |
| | لا أستطيع البكاء | تتعارض مع فقرة: أنا كثير البكاء |
| | أقوم بنشاطات جديدة كالرسم مثلا لملأ وقتي و الشعور بالمتعة | لا يعتمد المراهقين بشكل كبير على الرسم بل يلجئون إلى الدردشة مثلا |
| | عدت الى ممارسة النشاطات التي كنت أمارسها في السابق | عدم ممارسة النشاطات السابقة له عدة أسباب الى جانب الاكتئاب |
| الشعور بالعجز و اليأس | أتطلع الى المستقبل بأمل و حماس | يتشابه مع فقرة أتوقع أن الأيام السعيدة قادمة |
| الشعور بالذنب | أبتعد عن الآخرين كي لا يصدر عني أي قول أو فعل أندم عليه مستقبلا | يتعارض مع فقرة أميل الى التعاطف مع الذين أشعر اتجاههم بالذنب |
| الشعور باللامعنى | لدي هدف في هذه الحياة | فقرة متكررة في بند المزاج المكتئب |
| نقص تقدير الذات | أشعر أنه لدي الكثير من الأمور التي أعتز بها | تشابه مع فقرة سابقة |

يبين الجدول رقم (33) الفقرات المحذوفة من المقياس الاكتئاب عند المصاب بالسرطان

جدول رقم (34): يوضح البنود المضافة لمقياس الاكتئاب لدى المراهق المصاب بالسرطان

| البنود المضافة | الهدف منها |
|--------------------------------------------------|----------------------------------|
| أشعر بأن الوقت يمر ببطئ | تقييم الادراك الزمني |
| أتردد كثيرا | تقييم اضطرابات الطبع |
| أصبحت مشاعري مخدرة | تقييم اضطرابات التعديل الانفعالي |
| أصبحت لا أبالى بالأحداث السارة التي تحصل من حولي | تقييم اضطرابات التعديل الانفعالي |

كما اعتمدت الباحثة في دراستها لمعرفة مدى صدق المقياس على صدق الاتساق الداخلي، وصدق المقارنة الطرفية حيث اعتمدت على **Spss 17**.

أولاً: صدق الاتساق الداخلي :

البعد الأول: المزاج المكتئب

جدول رقم (35) يوضح نتائج حساب الاتساق الداخلي بين الفقرة والدرجة الكلية للبعد الأول: المزاج المكتئب

| رقم البند | الفقرة | معامل الارتباط | الدلالة |
|-----------|-------------------------------------------------------|----------------|---------|
| 1 | في أغلب الأوقات أفرح و ألهو | 0.390** | دال |
| 8 | أنا كثير البكاء | 0.275* | دال |
| 15 | أشعر بالملل عند دخولي الى المستشفى | 0.205 | غ.دال |
| 22 | تراودني بعض الأفكار السلبية | 0.056 | غ.دال |
| 29 | يزول الشعور بالحزن و الملل بمجرد خروجي من المستشفى | 0.394** | دال |
| 36 | ان الدردشة و القراءة تشعرني بالمتعة كما في السابق | 0.433** | دال |
| 44 | أنظر الى الأشياء من الجانب الايجابي | 0.049 | غ.دال |
| 50 | في بعض الأوقات أفضي وقتي جالسا أفكر و لا أقوم بأي شيء | 0.640** | دال |
| 56 | مزاجي جيد | 0.634** | دال |

| | | | |
|----|--------------------------------------------------|---------|-----|
| 58 | أنا أهتم بالأشياء التي أحبها كما في الماضي | **0.503 | دال |
| 59 | أصبحت لا أبالي بالأحداث السارة التي تحدث من حولي | **0.538 | دال |

** دالة عند مستوى (0.01).

* دالة عند (0.05).

يتضح من الجدول رقم (35) أن معاملات الارتباط التي تم الحصول عليه بين درجة كل بند من بنود البعد الأول: المزاج المكتئب والدرجة الكلية دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.01) و(0.05) ماعدا الفقرات التالية (15، 22، 44) وعليه تم الغائها. حيث أصبح البعد الأول يحتوي على 08 فقرات من أصل 11 فقرة .

2- البعد الثاني:الشعور بالعجز و اليأس

جدول رقم (36) يوضح: نتائج حساب الاتساق الداخلي بين الفقرة والدرجة الكلية للبعد الثاني: الشعور بالعجز و اليأس

| رقم البند | الفقرة | معامل الارتباط | الدلالة |
|-----------|------------------------------------------------------|----------------|---------|
| 2 | رغم كل المشاكل و الصعوبات لا زال عندي أمل | **0.557 | دال |
| 9 | أختار ما أريد | **0.675 | دال |
| 16 | يمكنني مواجهة أي موفق مهما كان صعبا | **0.556 | دال |
| 23 | أستطيع أن أقول لا بخصوص الأشياء التي تعجبني | **0.521 | دال |
| 30 | تغيرت أهدافي | **0.522 | دال |
| 37 | أعبر عن رأيي مع الفريق الطبي الذي يعالجنني بكل صراحة | 0.152 | غ. دال |
| 45 | أتوقع أن الأيام السعيدة قادمة | 0.115 | غ. دال |
| 51 | أشعر بالعجز في متابعة أعمالي بسبب وضعيتي الصحية | **0.429 | دال |

| | | | |
|----|-------------|---------|-----|
| 52 | أتردد كثيرا | 0.461** | دال |
|----|-------------|---------|-----|

** دالة عند مستوى (0.01).

يتضح من الجدول رقم (36) أن معاملات الارتباط التي تم الحصول عليه بين درجة كل بند من بنود البعد الثاني: الشعور بالعجز و اليأس والدرجة الكلية دالة إحصائيا عند مستوى دلالة (0,01)، مع اعدا الفقرات التالية (37، 45) غير دالة إحصائيا وعليه تم الغائهم، حيث أصبح البعد الثاني يحتوي على 07 فقرات من أصل 09 فقرات.

3- البعد الثالث: الشعور بالذنب

جدول رقم (37) يوضح: نتائج حساب الاتساق الداخلي بين الفقرة والدرجة الكلية للبعد الثالث: الشعور بالذنب

| رقم البند | الفقرة | معامل الارتباط | الدلالة |
|-----------|-----------------------------------------------------------|----------------|--------------|
| 3 | أحاسب نفسي على كل عمل او كلام أوجهه للآخرين | 0.717** | دال |
| 10 | يخطأ الانسان في حياته اليومية، المهم ألا يقوم بذلك عن قصد | 0.227* | دال عند 0.05 |
| 17 | أميل الى التعاطف مع الذين أشعر اتجاههم بالذنب | 0.683** | دال |
| 24 | أفكر في بعض الأمور بجدية أكثر من اللازم | 0.337** | دال |
| 31 | تفكيري في وضعيتي الصحية يشعرنني بالألم و الضيق | 0.635** | دال |
| 38 | أشعر بأن الوقت يمر ببطء | 0.602** | دال |
| 39 | ألوم نفسي | 0.542** | دال |

** دالة عند مستوى (0.01).

*دالة عند مستوى (0.05).

يتضح من الجدول رقم (37) أن معاملات الارتباط التي تم الحصول عليه بين درجة كل بند من بنود البعد الثالث:الشعور بالذنب والدرجة الكلية دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0,01) و(0,05) ، مما يدل على اتساق هذا البعد وتماسك بنوده .

4- البعد الرابع: الشعور باللامعنى

جدول رقم (38) يوضح: نتائج حساب الاتساق الداخلي بين الفقرة والدرجة الكلية للبعد الرابع

الشعور باللامعنى

| رقم البند | الفقرة | معامل الارتباط | الدلالة |
|-----------|------------------------------------------------|----------------|---------|
| 4 | تسمح الحياة بتحقيق أهداف و غايات الفرد | 0.309** | دال |
| 11 | أعتقد ان الناس تعطي للحياة معنى أكثر مما تستحق | 0.437** | دال |
| 18 | الحياة قصيرة و تستحق العناء | 0.357** | دال |
| 25 | لدي هدف في هذه الحياة | 0.361** | دال |
| 32 | وضعيتي الصحية غيرت نظري للحياة | 0.486** | دال |
| 40 | أشعر أن الموت أفضل من الحياة | 0.489** | دال |
| 46 | الحياة واضحة و يسهل فهمها | 0.449** | دال |

** دالة عند مستوى(0.01).

يتضح من الجدول رقم (38) أن بعض معاملات الارتباط التي تم الحصول عليه بين درجة كل بند من بنود البعد الرابع:الشعور باللامعنى والدرجة الكلية دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0,01) ، مما يدل على اتساق هذا البعد وتماسك بنوده .

5- البعد الخامس: العزلة الاجتماعية

جدول رقم (39): يوضح نتائج حساب الاتساق الداخلي بين الفقرة والدرجة الكلية للبعد الخامس: العزلة الاجتماعية

| رقم البند | الفقرة | معامل الارتباط | مستوى الدلالة |
|-----------|--------------------------------------------------------------|----------------|---------------|
| 5 | أفضل البقاء بمفردي | **0.485 | دال |
| 12 | عادة ما يوجد أحد من عائلتي قريب مني أتحدث معه عن مشاكلي | **0.365 | دال |
| 19 | عادة ما يوجد أحد من الفريق الطبي قريب مني أحدث معه عن مشاكلي | **0.584 | دال |
| 26 | عادة ما يوجد أحد من أصدقائي قريب مني أحدث معه عن مشاكلي | **0.561 | دال |
| 33 | لم تؤثر وضعيتي الصحية على علاقتي مع أصدقائي | **0.558 | دال |
| 41 | وضعيتي الصحية جعلت من علاقتي مع أفراد أسرتي أقوى و أقرب | **0.407 | دال |
| 47 | كونت صداقات جديدة في المستشفى | **0.466 | دال |
| 53 | أشعر بأنني أصبحت عالية على أسرتي | **0.436 | دال |

** دالة عند مستوى (0.01).

يتضح من الجدول رقم (39) أن معاملات الارتباط التي تم الحصول عليه بين درجة كل بند من بنود البعد الخامس: العزلة الاجتماعية والدرجة الكلية لذلك البعد دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0,01)، مما يدل على اتساق هذا البعد.

- البعد السادس: الغضب و الحساسية الزائدة

جدول رقم (40): يوضح نتائج حساب الاتساق الداخلي بين الفقرة والدرجة الكلية للبعد السادس الغضب و الحساسية الزائدة

| رقم البند | الفقرة | معامل الارتباط | مستوى الدلالة |
|-----------|---------------------------------------------------|----------------|---------------|
| 6 | في الغالب لا أغضب عندما لا يهتم الآخرون لمشاعري | 0.121 | غ.دال |
| 13 | أنا إنسان حساس | **0.358 | دال |
| 20 | في الغالب لا أهتم لتعليقات الآخرين | *0.272 | دال عند 0.05 |
| 27 | في معظم المواقف لا أتحمس لنظرات الآخرين الي | **0.388 | دال |
| 34 | أنفعل في المواقف اليومية بشكل مبالغ فيه | **0.288 | دال |
| 42 | في الغالب أنا هادئ | **0.321 | دال |
| 48 | عندما أغضب أفضل مواجهة الموقف | **0.319 | دال |
| 54 | أصبحت مشاعري مخدرة | **0.440 | دال |
| 55 | ملاحظات و توجيهات الطبيب لا تشعرني بالغضب و الضيق | 0.008 | غ.دال |
| 57 | أشعر بالإعياء الشديد بعد الغضب | **0.378 | دال |

** دالة عند مستوى (0.01).

يتضح من الجدول رقم (40) أن معاملات الارتباط التي تم الحصول عليه بين درجة كل بند من بنود البعد السادس والدرجة الكلية دال إحصائيا عند مستوى دلالة (0,01)، ماعدا الفقرات التالية (06، 55) غير دالة إحصائيا وعليه تم الغائهم ، حيث أصبح البعد السادس يحتوي على 08 فقرات من أصل 10 فقرات.

- البعد السابع: نقص تقدير الذات

جدول رقم (41): يوضح نتائج حساب الاتساق الداخلي بين الفقرة والدرجة الكلية للبعد السابع نقص تقدير الذات

| رقم البند | الفقرة | معامل الارتباط | مستوى الدلالة |
|-----------|-----------------------------------------|----------------|---------------|
| 7 | أنا راضي عن نفسي | **0.553 | دال |
| 14 | أنا أحب ذاتي حتى بعد المرض | **0.321 | دال |
| 21 | أحس أن لدي عدد من الصفات الجيدة | **0.573 | دال |
| 28 | أشعر بالفخر কিما كانت نظرات الآخرين الي | **0.555 | دال |
| 35 | أشعر أنني جميل و جذاب কিما كنت | **0.422 | دال |
| 43 | يسعد الآخرون بوجودهم معي | **0.482 | دال |
| 49 | أصبحت أكثر انشغالا بمظهري الخارجي | **0.391 | دال |

** دالة عند مستوى (0.01).

يتضح من الجدول رقم (41) أن معاملات الارتباط التي تم الحصول عليه بين درجة كل بند من بنود البعد الخامس:نقص تقدير الذات والدرجة الكلية لذلك البعد دالة إحصائيا عند مستوى دلالة (0,01) ،مما يدل على اتساق هذا البعد.

و بعد حساب معامل ارتباط بين الفقرات والمقياس الكلي للاكتئاب لدى المصاب بالسرطان ، قامت الباحثة بحساب معامل ارتباط بين الأبعاد والمقياس الكلي كما هو مبين في الجدول التالي:

جدول رقم (42) يوضح: معاملات ارتباط الأبعاد بالمقياس الكلي: الاكتئاب لدى المصاب بالسرطان

| البعد | معامل الارتباط | الدلالة |
|------------------------------------|----------------|---------|
| البعد 01: المزاج المكتئب | **0.711 | دال |
| البعد 02: الشعور بالعجز و اليأس | **0.508 | دال |
| البعد 03: الشعور بالذنب | **0.385 | دال |
| البعد 04: الشعور بالامعنى | **0.594 | دال |
| البعد 05: العزلة الاجتماعية | **0.655 | دال |
| البعد 06: الغضب و الحساسية الزائدة | **0.529 | دال |
| البعد 07: نقص تقدير الذات | **0.544 | دال |

** دالة عند مستوى (0.01).

يتضح من الجدول رقم (42) أن جميع أبعاد المقياس دالة إحصائياً عند مستوى (0.01) مما يعطي مؤشراً قوياً على صدق المقياس حيث بلغ أدنى معدل ارتباط (0.385) و أعلى معامل (0.711) .

وعليه أصبح المقياس الكلي يحتوي على فقرة 52 من أصل 59 فقرة .

ثانياً: صدق المقارنة الطرفية (التمييزي) :

قامت الباحثة بحساب صدق المقارنة الطرفية بين درجات الأعلى والأدنى ، حيث تم ترتيب أفراد العينة الاستطلاعية (ن=86) ترتيباً تنازلياً حسب الدرجة الكلية التي حققها كل منهم في الاجابة على فقرات المقياس ككل ، ثم تم اختيار أعلى 27% من الدرجات وعددهم (23 فرداً) ، وادنى 27% من الدرجات وعددهم (23 فرداً) ، وتم اجراء المقارنة بين المجموعتين ، وذلك باستخدام اختبار (ت) . كما هو موضح في الجدول رقم (43) :

جدول رقم (43) يوضح: صدق المقارنة الطرفية بين مرتفعي ومنخفضي الدرجات باستخدام اختبار (ت)
(ت)

| الأبعاد | الفئة | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | قيمة (ت) | قيمة sig | الدالة |
|---------------|-----------|-----------------|-------------------|----------|----------|--------|
| البعد 01 | المرتفعين | 31.565 | 1.753 | 21.277 | **0.000 | دالة |
| | المنخفضين | 20.478 | 1.780 | | | |
| البعد 02 | المرتفعين | 23.434 | 2.085 | 17.850 | **0.000 | دالة |
| | المنخفضين | 14.478 | 1.201 | | | |
| البعد 03 | المرتفعين | 24.173 | 1.114 | 20.607 | **0.000 | دالة |
| | المنخفضين | 13.739 | 2.157 | | | |
| البعد 04 | المرتفعين | 20.608 | 1.751 | 15.159 | **0.000 | دالة |
| | المنخفضين | 13.000 | 1.651 | | | |
| البعد 05 | المرتفعين | 21.217 | 1.444 | 27.540 | **0.000 | دالة |
| | المنخفضين | 10.434 | 1.199 | | | |
| البعد 06 | المرتفعين | 27.521 | 2.129 | 15.371 | **0.000 | دالة |
| | المنخفضين | 18.521 | 1.830 | | | |
| البعد 07 | المرتفعين | 16.260 | 1.286 | 20.220 | 0.000** | دالة |
| | المنخفضين | 8.652 | 1.265 | | | |
| الدرجة الكلية | المرتفعين | 148.130 | 6.962 | 15.426 | 0.000** | دالة |
| | المنخفضين | 113.608 | 8.167 | | | |

** دالة عند مستوى (0.01).

يتضح من الجدول رقم (43) ان مقياس الاكتئاب لدى المصاب بالسرطان بأبعاده السبعة يتمتع بالصدق التمييزي ،حيث توجد فروق دالة احصائيا بين مرتفعي ومنخفضي الدرجات على الأبعاد الفرعية والدرجة الكلية للاستبيان ، لصالح مرتفعي الدرجات . وبما أن المقياس صادق فهو بالتالي ثابت.

ب-ثبات الأداة:

1-الثبات عن طريق التجزئة النصفية :

بعد التأكد من صدق المقياس والقيام بالتعديلات اللازمة نقوم الآن بالتأكد من ثباته وقد اخترنا طريقة التجزئة النصفية حيث قسم مقياس الاكتئاب لدى المصاب بالسرطان الى نصفين : النصف الأول خاص بالفقرات ذات الأرقام الفردية(من 1 الى 51) ، والنصف الثاني يضم الفقرات ذات الأرقام الزوجية(من 2 الى 52) ، ثم قامت الباحثة بعد ذلك بحساب معامل الثبات وتم حسابه بطريقتين وعليه كانت النتائج كالآتي:

ا/عن طريق التجزئة النصفية:

جدول رقم (44) يوضح: نتائج حساب ثبات مقياس الاكتئاب لدى المصاب بالسرطان عن طريق التجزئة النصفية

| الثبات | معامل الارتباط | تصحيح معامل الارتباط |
|-------------|----------------|----------------------|
| المقياس ككل | 0.704 | 0.826 |

يتضح من الجدول رقم (44) أن معامل الثبات لنصفي للمقياس يساوي(0.704)وبعد تصحيحه بمعادلة سبيرمان براون أصبح يساوي(0.826).

ب/معامل الثبات ألفا لكرونباخ:

جدول رقم (45) يوضح: نتائج قيم معامل ألفا لكرونباخ

| معامل ألفا لكرونباخ | البعد |
|---------------------|-----------------------------------|
| 0.778 | البعد 01: المزاج المكتئب |
| 0.798 | البعد 02: الشعور بالعجز واليأس |
| 0.669 | البعد 03: الشعور بالذنب |
| 0.703 | البعد 04: الشعور بالامعنى |
| 0.730 | البعد 05: الغضب والحساسية الزائدة |
| 0.708 | البعد 06: العزلة الاجتماعية |
| 0.706 | البعد 07: نقص تقدير الذات |
| 0.813 | الثبات الكلي |

من خلال قيم معامل ألفا لكرونباخ يتضح لنا أن المقياس يتسم بقدر من الاستقرار في نتائجه أي أنه يقيس ما وضع لقياسه فيمكن تطبيقه كأداة قياس في دراسات لاحقة

من خلال هذه النتائج (الصدق، الثبات) تم التأكد من صدق المقياس وصلاحيته للقياس والتطبيق.

4- المعاملات الاحصائية المعتمدة في الدراسة الاستطلاعية:

- معامل ارتباط بيرسون

- معامل T لقياس الفروق

- معامل ألفا كرونباخ

- النسب المئوية

- معادلة سبييرمان-براون

5- عرض النتائج و تحليلها:

هدفت الباحثة من خلال الدراسة الاستطلاعية الى التعرف على نسبة انتشار الاكتئاب عند المصابين بالسرطان مع تحديد النسب المئوية وفقا لمتغير المرحلة العمرية، سيتم عرض النتائج المتوصل اليها في الدراسة الاستطلاعية:

الجدول رقم(46) يوضح: نسب انتشار الاكتئاب لدى أفراد العينة الاستطلاعية

| النسبة % | عدد الحالات | |
|----------|-------------|------------------|
| 18.7 | 22 | الاكتئاب البسيط |
| 74.11 | 63 | الاكتئاب المتوسط |

يتضح من خلال الجدول رقم(46) أن أغلبية أفراد العينة الاستطلاعية لديهم اكتئاب متوسط الشدة حيث بلغت النسبة المئوية 74.11%، يأتي بعده الاكتئاب بسيط الشدة بنسبة اقل قدرت ب 18.7% بينما لا يعاني أفراد العينة من اكتئاب مرتفع الشدة.

الجدول رقم(47) يوضح: النسب المئوية للاكتئاب حسب المرحلة العمرية

| الاكتئاب المتوسط | | الاكتئاب البسيط | | |
|------------------|---------|-----------------|---------|---------|
| النسبة % | التكرار | النسبة % | التكرار | |
| 9.52 | 6 | 3.17 | 2 | [20-13] |
| 20.63 | 13 | 7.93 | 5 | [37-20] |
| 39.68 | 25 | 14.28 | 9 | [54-37] |
| 30.15 | 19 | 9.52 | 6 | [70-54] |

يتبين من خلال الجدول رقم (47) أن الاكتئاب المتوسط ينتشر مرتين أكثر مقارنة بالاكتئاب البسيط عند حالات العينة الاستطلاعية بما فيهم فئة المراهقين .

ثالثاً: الدراسة الأساسية:

1. عينة الدراسة ومواصفاتها:

تكونت عينة الدراسة الأساسية من 56 حالة، من كلا الجنسين، يعانون من أنواع متعددة من السرطان، تختلف مراحل السرطانات عندهم، يخضعون للعلاج الكيميائي أو العلاج الكيميائي و الجراحي كما تختلف مدة العلاج بينهم.

الجدول رقم (48) يبين: مواصفات عينة الدراسة الاساسية

| مجموع الحالات: 56 | | الخصائص |
|-------------------|---------|------------------------|
| النسبة | التكرار | |
| الجنس | | |
| 42.85 | 24 | ذكور |
| 57.14 | 32 | اناث |
| نوع السرطان | | |
| 41.07 | 23 | سرطان الدم |
| 17.85 | 10 | سرطان العظام |
| 16.07 | 9 | مرض هودجكين |
| 3.57 | 2 | أورام الكبد |
| 5.37 | 3 | أورام الكلى |
| 7.14 | 4 | سرطان الجلد |
| 8.92 | 5 | ساركوما الأنسجة الرخوة |
| مرحلة السرطان | | |
| 57.14 | 32 | موضعي |
| 19.64 | 11 | متقدم موضعياً |
| 23.21 | 13 | منتشر |

| نوع العلاج | | |
|------------|----|---------------------|
| 71.42 | 40 | علاج كيميائي |
| 28.52 | 16 | علاج كيميائي وجراحي |
| مدة العلاج | | |
| 42.85 | 24 | [6-1] |
| 26.78 | 15 | [12-6] |
| 26.78 | 15 | [24-12] |
| 3.57 | 2 | [48-24] |

يتضح من الجدول رقم (48) خصائص عينة الدراسة الأساسية والمحددة من حيث: الجنس، نوع السرطان، مرحلة السرطان، نوع العلاج ومرحلة العلاج.

معايير اختيار العينة الأساسية: تم اختيار عينة الدراسة بالاعتماد على المعايير التالية

- الحالات تبلغ من العمر ما بين [11-20] سنة.
- تعالج بالاعتماد على الاستشفاء.
- تعاني من السرطان في مختلف مراحلها.
- من كلا الجنسين.
- لا تعاني من أورام الجهاز الهضمي و الأورام العصبية لأنها تسبب اكتئاب عضوي.
- تجاوزت الحالات مرحلة التشخيص والإعلان.

2- أدوات الدراسة الأساسية:

أ- المقابلة: تم الاعتماد على المقابلة الموجهة في بعض الحصص (تشخيص الاكتئاب، و تطبيق اختبار TAT) وعلى المقابلات النصف موجهة في الحصص الأخرى باعتبارها تسمح بالتعبير بأكبر قدر ممكن من التلقائية عن المشاعر والانفعالات (و المتعلقة بالمعاش النفسي المرتبط بالسرطان وتأثيراته هو والاكتئاب على المراهق المصاب بالسرطان).

ب- الملاحظة: تم اللجوء الى الملاحظة بالمشاركة أحيانا وبدون مشاركة لمراقبة سلوكيات حالات الدراسة من أجل الكشف عن أعراض الاكتئاب، لفهم المعاش النفسي للحالات المرتبط بالسرطان و الاكتئاب: تأثر الصورة الجسمية، العزلة الاجتماعية، المشاكل الانفعالية و العلائقية عند الحالات.. الخ.

ت- أختبار تفهم الموضوع للكبار TAT: صممه كل من "موراي مع موقان" Murray et Mugan مند عام 1935، حيث يطلب فيه من الفرد اختراع أو تخيل قصصا انطلاقا من صور تقدم له، ثم يقوم المختص بتأويلها حسب مرجعيته باعتبار انه لا يحتوي على نموذج نظري واحد فقط بل يمكن تأويله عبر المفاهيم المرجعية المختارة سواء كانت نفسية، عقلية أو اجتماعية، ثم خضع مند 1954 لتعديلات من طرف "شنتوب" Schentoub

- هدفه:

المعاينة المعمقة للتنظيم الوظيفي النفسي للفرد بمساهمته في التفكير التقريبي حول كفايات التنظيمات النفسية التي تخص السواء و المرض العقلي لأنه يعطي أهمية لدور الأنا و وظائفها الواعية و اللاواعية في ذلك الفعل التنظيمي الذي تمثله حكاية القصة انطلاقا من مثير. و لذلك فان بناء القصة هو فعل تنظيمي و ليس فقط فعل خيالي. فالقصة ليست بمنتوج معرفي و لكنها تبين كفايات الفرد خاصة و دائما فردية في التنظيم الوظيفي في كل موقف مولد للصراع حيث لما يطلب من الفرد "حكاية قصة انطلاقا من المثير" فهذا يستدعي في الوقت نفسه عفوية و تلقائية مع وجود التحكم (المادة) ما يسمح بمعرفة بلوغ الفرد للسيرورة الثانوية بالمنقولة كما تسمح بمعرفة مستوى نكوص الفرد، الأوديب أو مرحلة ما قبل تناسلية أو أكثر بدائية .

- طريقة الاجراء: تتم عبر مرحلتين:

1. الاجراء:

- يقدم المختص للفرد لوحة تلو الأخرى بالضرورة حسب ترتيب محدد ما يجعله يواجه خصوصية و تغير في المثير، من لوحات منظمة الى لوحات أقل تنظيم (لوحات بدائية: ما قبل تناسلية) تساعدنا على تحديد مستوى النكوص.
- الاجراء يكون في حصة واحدة
- التعليمية تكون كالتالي: "تخيل قصة انطلاقا من اللوحة" لا يكررها بعد ذلك، الا في حالة اللوحة 16 أين تقدم تعليمة جديدة "لحد الآن أريتك صورا تمثل أشخاصا أو منظرا طبيعيا و الآن اقترح لك هذه اللوحة الاخيرة، يمكن لك أن تحكي القصة التي تريدها".
- لا يوجد استقصاء حول كل لوحة بعد الاجراء و لكن أثناء الاجراء و في حالة الكف أو الانزعاج فيمكن طرح أسئلة.

- يجب قياس : زمن الكمون ، الزمن الكلي للوحة ، هذه المميزات الزمنية تؤول كمعالم عيادية أثناء التحليل ، هل هناك قابلية لرد الفعل لدى الحالة أو على العكس هناك ميولات تثبيطية
2.التفحص le dépouillement :

أي تحليل و تأويل البروتوكول يكون بتحليل كل لوحة لوحدها : تركز على دراسة الطرق أو العمليات ،بمعنى آخر توضيح الطرق الرمزية الخطابية المستعملة في بلورة القمص السردية ثم الكشف على الاشكالية التي يحاول السرد معالجتها:كيفية تجنب الفرد للنزاعات و الصراعات التي تنشطها المادة باستخدام ورقة التفحص feuille de dépouillement أين تقسم التنظيمات النفسية الى 4 أصناف من الطرق السلسلة A, B C, E التحكم ،المرونة ،تجنب الصراع و ظهور السيرورات الأولية.
1.2 التركيب:

- تجميع الطرق على ورقة التفحص
- القيام بالمقروئية (التحليل)
- وضع فرضيات حول تنظيم الفرد النفسي على أساس عناصر البنية النفسية و هي طبيعة الصراع ،طبيعة الفلق ،نوع العلاقة بالموضوع المسيطرة.

3-الأساليب الاحصائية المعتمدة في الدراسة الأساسية:

- النسب المئوية.
- مقياس T لقياس الفرق بين عينتين مستقلتين.
- تحليل التباين أحادي الاتجاه.

خلاصة:

اعتمدت الدراسة الحالية من أجل تحقيق أهدافها والاجابة عن تساؤلاتها المنهجين الوصفي التحليلي والاحصائي، تكونت العينة الاستطلاعية من 85 حالة والعينة الأساسية من 56 حالة تم استخدام مقياس الاكتئاب للمصاب بالسرطان معهم، بالإضافة الى دراسة لحالتين عياديتين تم تطبيق مقياس تفهم الموضوع للكبار عليهم.

الفصل الخامس: عرض النتائج وتحليلها

أولاً: عرض و تحليل نتائج الفرضية الأولى.

ثانياً: عرض و تحليل نتائج الفرضية الثانية.

ثالثاً: عرض و تحليل نتائج الفرضية الثالثة.

رابعاً: عرض و تحليل نتائج الفرضية الرابعة.

خامساً: عرض و تحليل نتائج الفرضية الخامسة.

سادساً: عرض و تحليل نتائج الفرضية السادسة.

سابعاً: عرض و تحليل نتائج الفرضية السابعة.

1- عرض نتائج مقياس الاكتئاب عند المراهق المصاب بالسرطان.

2- تفرغ المقابلة العيادية

أ- التحليل الكمي للمقابلة

ب- التحليل الكيفي للمقابلة

ج- تحليل برتوكول TAT

تمهيد:

لقد كان الهدف من الدراسة الاستطلاعية تأسيس الإطار النظري والتطبيقي للبحث من حيث وضوح أهدافه وضبط أدواته والتحكم في مجرياته، وقد زودتنا نتائج هذه الدراسة بمقاييس موثوق بها (صادقة وثابتة) وبالإمكان تطبيقها في الدراسة الأساسية واعتماد استنتاجاتها في تحليل المعطيات ومناقشتها وتعرض الباحثة في الفصل الحالي نتائج الدراسة الأساسية بإجراء المعالجات الوصفية والتحليلية والعيادية وفقا لمتغيرات البحث .

أولاً: عرض نتائج الفرضية الاولى :

نص الفرضية: "ينتشر الاكتئاب بدرجات متوسطة عند المراهق المصاب بالسرطان" بعد استخدام برنامج الحزم الإحصائية الإصدار رقم 20 (*IBM SPSS Statistics 20*) للإجابة عن هذه الفرضية؛ تمّ الاعتماد للاختبار هذه الفرضية قامت الباحثة بتفريغ النتائج عن طريق التكرارات والنسب المئوية، والجدول رقم (01) يوضح ذلك.

جدول رقم (49) يوضح: توزيع درجات الاكتئاب عند المراهق المصاب بالسرطان.

| النسب المئوية % | التكرارات | درجة الاكتئاب |
|-----------------|-----------|---------------|
| 19.64% | 11 | اكتئاب بسيط |
| 76.78% | 43 | اكتئاب متوسط |
| 3.57% | 2 | اكتئاب شديد |

يتضح من خلال الجدول رقم (49) أن أغلبية أفراد عينة الدراسة، لديهم اكتئاب متوسط الشدة أي ما يمثل 76.78 % وهذا مقابل 19.64 % لديهم اكتئاب بسيط الشدة ، ويأتي في الاخير اكتئاب شديد الشدة بالنسبة 3.75 %وعليه يمكن القول أن الاكتئاب ينتشر بدرجات متوسطة عند المراهق المصاب بالسرطان .

ثانيا: عرض نتائج الفرضية الثانية :

نص الفرضية الثانية: "لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين درجات الاكتئاب عند المراهق المصاب بالسرطان تعزى لمتغير الجنس".

بعد استخدام برنامج الحزم الإحصائية الإصدار رقم 20 (IBM SPSS Statistics 20) للإجابة عن هذه الفرضية؛ تمّ الاعتماد على نتائج اختبار (ت) ؛ وهذا ما يظهره الجدول التالي:

جدول رقم (50) يوضح الفروق في درجات الاكتئاب عند المراهق المصاب بالسرطان تعزى لمتغير الجنس باستخدام اختبار (ت).

| مستوى الدلالة عند | SIG | قيمة ت المحسوبة | المراهقين | | | | الاكتئاب |
|-------------------------|-------|--------------------|----------------------|--------------------|----------------------|--------------------|-----------------------------------|
| | | | الإناث = 31 | | الذكور = 25 | | |
| | | | الانحراف المعياري | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | المتوسط الحسابي | |
| 0,01 | | | | | | | |
| غ دال | 0,240 | -1,192 | 14,31053 | 119,5161 | 20,03264 | 113,8400 | الدرجة الكلية للمقياس الاكتئاب |

يتضح من خلال الجدول رقم(50) أن قيمة SIG في الدرجة الكلية للمقياس هي أكبر من مستوى المعنوية(0.05%) و بالتالي فإننا نقبل الفرض الصفري أي لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين درجات الاكتئاب عند المراهق المصاب بالسرطان تعزى لمتغير الجنس، و نرفض الفرض البديل.

ثالثا: عرض نتائج الفرضية الثالثة

نص الفرضية الثالثة: " لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين درجات الاكتئاب عند المراهق المصاب بالسرطان تعزى لمتغير نوع السرطان".

بعد استخدام برنامج الحزم الإحصائية الإصدار رقم 20 (IBM SPSS Statistics 20) للإجابة عن هذه الفرضية؛ تمّ الاعتماد على نتائج اختبار تحليل التباين أحادي الاتجاه ؛ وهذا ما يظهره الجدول التالي:

جدول رقم (51) يبين: نتائج تحليل التباين أحادي الاتجاه لأداء أفراد عينة الدراسة وفقاً لمتغير نوع السرطان.

| م.دلالة | Sig | ف | التباين التقديري | د.الحرية | مج المربعات | مصدر التباين | اتجاهات |
|---------|-------|-------|------------------|----------|-------------|----------------|-----------------------|
| غ دال | 0.755 | 0.566 | 175,150 | 6 | 1050,897 | بين المجموعات | الدرجة الكلية للمقياس |
| | | | 309,594 | 49 | 15170,085 | داخل المجموعات | |
| | | | | 55 | 16220,982 | المجموع | |

يتضح من خلال الجدول رقم (51) أن قيمة SIG في الدرجة الكلية للمقياس هي أكبر من مستوى الدلالة المعنوية (0.05%) و بالتالي فإننا نقبل الفرض الصفري أي لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين درجات الاكتئاب عند المراهق المصاب بالسرطان تعزى لمتغير نوع السرطان و نرفض الفرض البديل.

رابعاً: عرض نتائج الفرضية الرابعة

نص الفرضية الرابعة "توجد فروق دالة احصائية بين درجات الاكتئاب عند المراهق المصاب بالسرطان تعزى لمتغير مرحلة السرطان".

بعد استخدام برنامج الحزم الإحصائية الإصدار رقم 20 (IBM SPSS Statistics 20) للإجابة عن هذه الفرضية؛ تم الاعتماد على نتائج اختبار تحليل التباين أحادي الاتجاه ؛ وهذا ما يظهره الجدول التالي:

جدول رقم (52) يوضح: نتائج تحليل التباين أحادي الاتجاه لأداء أفراد عينة الدراسة وفقاً لمتغير مرحلة السرطان.

| م.دلالة | Sig | ف | التباين التقديري | د.الحرية | مج المربعات | مصدر التباين | اتجاهات |
|---------|-------|-------|------------------|----------|-------------|----------------|---------------|
| غ دال | 0.677 | 0.393 | 118,389 | 2 | 236,779 | بين المجموعات | الدرجة الكلية |
| | | | 301,589 | 53 | 15984,204 | داخل المجموعات | |

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|----|-----------|---------|---------|
| | | | | 55 | 16220,982 | المجموع | للمقياس |
|--|--|--|--|----|-----------|---------|---------|

يتضح من خلال الجدول رقم(52) أن قيمة SIG في الدرجة الكلية للمقياس هي أكبر من مستوى الدلالة المعنوية(0.05%) و بالتالي فإننا نقبل الفرض الصفري أي لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين درجات الاكتئاب عند المراهق المصاب بالسرطان تعزى لمتغير مرحلة السرطان ونرفض الفرض البديل.

خامسا: عرض نتائج الفرضية الخامسة

نص الفرضية الخامسة: "توجد فروق دالة احصائيا بين درجات الاكتئاب عند المراهق المصاب بالسرطان تعزى لمتغير نوع العلاج".

بعد استخدام برنامج الحزم الإحصائية الإصدار رقم 20 (IBM SPSS Statistics20) للإجابة عن هذه الفرضية؛ تم الاعتماد على نتائج اختبار (ت) ؛ وهذا ما يظهره الجدول التالي:

جدول رقم (53) يوضح: الفروق في درجات الاكتئاب عند المراهق المصاب بالسرطان تعزى لمتغير نوع العلاج باستخدام اختبار (ت).

| مستوى الدلالة عند | SIG | قيمة ت المحسوبة | مدة العلاج | | | | الاكتئاب |
|-------------------|-------|-----------------|-----------------|-------------------|-------------------------|-------------------|--------------------------------|
| | | | علاج كيميائي=34 | | علاج كيميائي+ جراحي =22 | | |
| | | | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | |
| 0,01 | | | 118,3235 | 18,70783 | 114,9091 | 14,66421 | الدرجة الكلية للمقياس الاكتئاب |
| غ دال | 4490. | 7620. | | | | | |

يتضح من خلال الجدول رقم(53) أن قيمة SIG في الدرجة الكلية للمقياس هي أكبر من مستوى المعنوية(0.05%) و بالتالي فإننا نقبل الفرض الصفري أي لا توجد فروق ذات دلالة احصائية في درجات الاكتئاب عند المراهق المصاب بالسرطان تعزى لمتغير مدة العلاج، و نرفض الفرض البديل.

سادسا: عرض نتائج الفرضية السادسة

نص الفرضية السادسة: "توجد فروق دالة احصائية بين درجات الاكتئاب عند المراهق المصاب بالسرطان تعزى لمتغير مدة العلاج".

بعد استخدام برنامج الحزم الإحصائية الإصدار رقم 20 (IBM SPSS Statistics 20) للإجابة عن هذه الفرضية؛ تم الاعتماد على نتائج اختبار تحليل التباين أحادي الاتجاه ؛ وهذا ما يظهره الجدول التالي:

جدول رقم (54) يبين: نتائج تحليل التباين أحادي الاتجاه لأداء أفراد عينة الدراسة وفقا لمتغير مدة العلاج.

| م.دلالة | Sig | ف | التباين التقديري | د.الحرية | مج المربعات | مصدر التباين | اتجاهات |
|---------|-------|-------|------------------|----------|-------------|----------------|-----------------------|
| غ دال | 0.531 | 0.743 | 222,303 | 3 | 666,910 | بين المجموعات | الدرجة الكلية للمقياس |
| | | | 299,117 | 52 | 15554,073 | داخل المجموعات | |
| | | | | 55 | 16220,982 | المجموع | |

يتضح من خلال الجدول رقم(54) أن قيمة SIG في الدرجة الكلية للمقياس هي أكبر من مستوى الدلالة المعنوية(0.05%) و بالتالي فإننا نقبل الفرض الصفري أي لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين درجات الاكتئاب عند المراهق المصاب بالسرطان تعزى لمتغير مدة العلاج ونرفض الفرض البديل.

سابعا: عرض نتائج الفرضية السابعة

نص الفرضية السابعة: "يؤثر الاكتئاب سلبا على المراهق المصاب بالسرطان الذي يعاني من اكتئاب متوسط الدرجة"

من أجل التأكد من صحة الفرضية تم اعتماد دراسة حالتين مصابتين بالسرطان و تعاني من اكتئاب متوسط الشدة.

الحالة الأولى

-البيانات الأولية:

-الاسم: عبد الهادي

-السن: 15 سنة

-الجنس: ذكر

-نوع السرطان: سرطان العظام

-مرحلة السرطان: متمركز

-نوع العلاج: علاج كيميائي

-مدة الإصابة: 11 شهر

-الحالة الاجتماعية للأب: يبلغ من العمر 43 سنة، يعمل حارس

العلاقة بينه وبين الحالة جيدة.

-الحالة الاجتماعية للأم: تبلغ من العمر 36 سنة، مأكثة بالبيت

العلاقة بعيدة distante لا يوجد فيها صراعات.

-الإخوة:

الجدول رقم(55) يوضح: طبيعة علاقات حالة الدراسة مع الاخوة

| الاسم | السن | الجنس | طبيعة العلاقة مع الحالة |
|-------|--------|-------|-------------------------|
| س | 10 | ذكر | تنسم بالصراع |
| و | 6 | ذكر | تنسم بالتسلط |
| م | 4 | ذكر | تنسم بالتسلط |
| ! | 5 أشهر | ذكر | (غيره ورفض) |

يتضح من خلال الجدول رقم(55) أن علاقات الحالة عبد الهادي مع كل أخوته تتسم بالصراع

-أعراض السرطان: أهم عرض يزعج الحالة هو الآلام القوية على مستوى الركبة موضع الإصابة، على شكل وخزات تشبه الصعقة الكهربائية، يزيد الألم عند الضغط على الركبة إضافة إلى آلام على مستوى الصدر، انتفاخ في الرجل.

حددت سبع 7 حصص للعلاج الكيميائي لعلاج عبد الهادي حصة كل شهر، لم يكملها بسبب المضاعفات التي كانت تتسم بالشدة ما أخرج الحصص، في البداية كانت الأم تحضر مع الحالة خلال مرحلة الاستشفاء لكن بعد ولادتها لابنها الأصغر أصبح حضورها منقطع مع الحالة خصوصا وأن مدة الاستشفاء طويلة، ما أثر على علاقة الحالة مع الأم والأسرة ككل. يظهر عبد الهادي اضطرابات في السلوك على شكل تمرد مع الأسرة والفريق المعالج أحيانا، يتميز سلوكه بالاندفاعية والعدوانية أحيانا، عبد الهادي اجتماعي يكون علاقات داخل المستشفى، يعاني من مشاعر غضب.

1- عرض وتفسير نتائج مقياس الاكتئاب عند المصاب بالسرطان:

الجدول رقم(56) يوضح: نتائج الحالة عبد الهادي على مقياس الاكتئاب عند المصاب بالسرطان

| الرقم | البنود | الدرجة | المستوى |
|-------|-------------------------|--------|---------|
| 1 | المزاج المكتئب | 21 | متوسط |
| 2 | الشعور بالعجز واليأس | 15 | متوسط |
| 3 | الشعور بالذنب | 21 | متوسط |
| 4 | الشعور باللامعنى | 14 | متوسط |
| 5 | العزلة الاجتماعية | 12 | بسيط |
| 6 | الغضب والحساسية الزائدة | 22 | متوسط |
| 7 | نقص تقدير الذات | 16 | متوسط |
| | المجموع | 121 | متوسط |

من خلال تطبيق استبيان الاكتئاب عند المصاب بالسرطان على الحالة الأولى، كانت نتيجته 121 وبالتالي تعاني الحالة من اكتئاب متوسط، كانت الدرجات متفاوتة بين الأبعاد، حصلت الحالة على درجة بسيطة في بعد العزلة الاجتماعية أما بقية البنود فكانت الدرجات متوسطة تراوحت ما بين 14-22 درجة.

2-تفريغ المقابلة:

أ- التحليل الكمي للمقابلة العيادية

-تجميع الوحدات إلى فئات:

الجدول رقم (57) يوضح: فئات وحدات المقابلة

| الفئة | الفئة الفرعية | الوحدات |
|-------------------|--------------------------|--------------------------------------------------------|
| الاكتئاب | المزاج المكتئب | 26-29-31-32-39-41-42-43-44- 50-79-73 |
| | الشعور بالعجز واليأس | 90-23-85-91-92-93 |
| | الشعور بالذنب | 53-54-55 |
| | الشعور باللامعنى | 24-51-52 |
| | الغضب والحساسية الزائدة | 28-29-30-61-62-63-64-65-66 |
| | العزلة الاجتماعية | 20-25-33-34-35-36-56-57-58- 59-60-78 |
| | نقص تقدير الذات | 76-80-81-83-84 |
| الصورة الجسمية | تقبل أجزاء الجسم المعيبة | 45-47-67-68-69-70-71-72-74- 75-2-8-9-14-48-49-46-94 |
| | المنظور الاجتماعي | 37-38 |

يتضح من الجدول رقم(57) التوزيع الغير متساوي للوحدات في فئات المقابلة لصالح تقبل أجزاء الجسم المعيبة، العزلة الاجتماعية و المزاج المكتئب

- حساب تكرارات الفئات:

الجدول رقم (58) يوضح: تكرارات الفئات الخاصة بالمقابلة والنسب المئوية الخاصة بكل فئة

| المجموع | النسبة المئوية | التكرارات | الأصناف الفرعية | |
|---------|----------------|-----------|--------------------------|----------|
| %52 | %13 | 12 | المزاج المكتئب | الاكتئاب |
| | %6 | 06 | الشعور بالعجز واليأس | |
| | %3 | 03 | الشعور بالذنب | |
| | %3 | 03 | الشعور باللامعنى | |
| | %9 | 09 | الغضب والحساسية الزائدة | |
| | %13 | 12 | العزلة الاجتماعية | |
| | %5 | 05 | نقص تقدير الذات | |
| %21 | %19 | 18 | تقبل أجزاء الجسم المعيبة | الصورة |
| | %2 | 02 | المنظور الاجتماعي | الجسمية |
| %73 | | | المجموع | |

بعد تطبيق المقابلة وتحديد التكرارات والنسب المئوية لكل فئة والتي بلغ مجموعها 73%، 75 وحدة من مجموع الوحدات الكلي المقدر بـ 95 وحدة، شكلت نسبة الاكتئاب 52%، قسمت بالترتيب كما يلي: تأتي في المرتبة الأولى كل من العزلة الاجتماعية والمزاج المكتئب بنسبة 13% ثم الغضب والحساسية الزائدة 9%، ثم تأتي بعد ذلك الشعور بالعجز واليأس بـ 6%، نقص تقدير الذات بنسبة 5% أخيرا الشعور بالذنب وباللامعنى بـ 3%.

وبالتالي فإن أعراض العزلة الاجتماعية، المزاج المكتئب، الغضب والحساسية الزائدة مرتفعة عند الحالة مقارنة بالأبعاد الأخرى للاكتئاب.

فيما يخص الصورة الجسمية، تحصل بعد تقبل أجزاء الجسم المعيبة أعلى نسبة في استجابات الحالة والتي قدرت بـ 19% والمرتبطة أساسا بأعراض سرطان العظام وبمضاعفات العلاج الكيميائي المتبع الثقيلة، أما المنظور الاجتماعي تحصل على 2%.

ب- التحليل الكيفي للمقابلة:

اعتمدت الباحثة على المقابلات الموجهة مع الحالة "ع" إلى جانب بعض الأسئلة النصف مفتوحة بما يتناسب مع طريقة تجاوب الحالة وخصوصيتها النفسية، فالحالة اعتمدت إجابات قصيرة محدودة يعود ذلك إلى خصائص الوظيفة السيكوسوماتية أين يجد المفحوص صعوبة في الرجوع للذكريات، يتميز حديثه بفقر في الهوامات، صعوبة التعرف ووصف المشاعر، ما يجعل حديثه وإجاباته فقيرة وقصيرة حيث أن الشخصية السيكوسوماتية تعبر وتتفاعل مع الأحداث بجسدها بسبب غياب الطرق الأخرى للتعبير.

بالإضافة إلى التحفظ والحذر الذي يميز المراهق المصاب بالسرطان أين يعتمد ميكانيزم الانسحاب في الوضعيات الصحية الصعبة التي يعيشها فيترك مسافة بينه وبين الآخر، احتاجت الحالة إلى عدة حصص قبل الوصول إلى التحالف العلاجي، بعد ذلك اتسمت بالتعاون.

أثرت إصابة الحالة بمرض خطير ومزمن كمرض السرطان في مرحلة يبحث فيها عن الاستقلالية، الابتعاد عن الوالدين والاستثمار في علاقات جديدة "صحابي نتاع الحومة"، ما سبب لها احباطات متعددة تعيق متطلبات هذه المرحلة من بينها كما ورد في المقابلات: الانقطاع عن الدراسة، تغير نمط حياة الحالة بفعل الاستشفاء المتكرر، طبيعة العلاج المعتمد والذي يتميز بأعراضه الثقيلة، ريجيمه الغذائي الخاص، إلخ

ما أثر أساسا على الجانب الاجتماعي للحالة فأصبحت علاقاته قليلة "ما نخأطشيزأف"، تغير اهتمامات الحالة، طول مدة الاستشفاء، الأعراض الجسمية الناتجة عن العلاج الكيميائي والسرطان أيضا بما فيها حالة التعب الشديد، كلها جعلت من الحالة مراهقا مختلفا وبالتالي "بَعَدت على صحابي" يحاول بناء علاقات مع حالات مشابهة في المستشفى لكنها تبقى أغلبها سطحية "ماشى صحابي، صحابي". يرتبط المشكل في الجانب الاجتماعي بالاكنتاب من جهة (العزلة الاجتماعية) وياضطراب الصورة الجسمية أيضا وكيف تظهر على المستوى الاجتماعي، أين صرح الحالة "الناس تشوف فيا كي كُنت وكى وليت". من بين أعراض الاكنتاب نجد المزاج المكتئب يشمل الأفكار المرتبطة بالمرض والعلاج "زاني نداوي وما ريحتش". أن الأعراض تزيد خلال مرحلة الاستشفاء "مين نَبغي نرُوح لسبيطار نبات قَاعَد"، بالإضافة إلى الغضب والحساسية الزائدة تكون مصحوبة بسلوكات عدوانية عند الحالة تصل إلى التكسير حيث أن العدوانية الموجودة عند الحالة تفرغها باستخدام ميكانيزم الإبدال في أشياء أخرى موجودة في

المستشفى القطط، النحل... تضاف إليها سلوكات خطيرة أخرى ترتبط مباشرة بالالتزام الصحي "كي نُخْرَج ندير وَّاش يَقُولِي رَاسِي"، "تَأْكُل لِي يَعْجَبَنِي" "مَا نَدِيرش الْكَمَامَةَ" "خَطْرَاشَننسا الدَّوَا"

يظهر التأثير الواضح لمضاعفات العلاج الكيميائي على الصورة الجسمية للحالة، وصلت كما صرحت الحالة إلى صعوبة التعرف على الذات "ما وَلَيْتَش نَعْرِف رُوحِي" وبالتالي تغير كبير ما بين قبل وبعد الإصابة لم يصل إلى تجرد الشخصية dépersonnalisation.

ج- تحليل برتوكول TAT:

الجدول رقم (59) يبين: ديناميكية السياقات و اشكاليات كل قصة في TAT بالنسبة للحالة الاولى

| الاشكالية | ديناميكية السياقات | الزمن الكلي | زمن الكمون | الرقم |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|------------|-------|
| | بدأت القصة بالتركيز على الرؤية الحسية الادراكية للشخص (CL2) مع التمسك بالمحتوى الظاهري للوحة (CF.1) وهو مفيد في "ولد" يتبعه مباشرة توقف كلامي (Cl.1) كمحاولة لتجنب الصراع وبالتالي التعبير عنه، لكنها لم تكن كافية نظرا لشدة تحفيزات الصورة ما أدى إلى استخدام السياقات الأولية: الإدراك الخاطيء على شكل "كتاب" (E1.3)، يليه تحفظات كلامية (A3.1)، ثم توقف كلامي (Cl.1)، كلها مجهودات لتجنب الصراع المقلق بالإخصاء، لتتفتح القصة على صراع داخلي (A2.4) لكن بدون تحديد موضوعه في ظل الاختصار (Cl.1). | 1.08 | 15 | 01 |
| تم اعتماد سياقات مختلفة بهدف تجنب بروز الصراع المرتبط بقلق الإحصاء ما يشير إلى شدته ما يفسر بسبب استخدام السياقات الأولية من اللوحة الأولى وبالتالي إشكالية في تقمص الموضوع القضيبى المرتبط بعقدة الإخصاء، كما قد تكون الوضعية مرتبطة بصعوبة تحمل الوضعية الاكتئابية (فقدان الموضوع). | هيمنت أساليب التجنب بداية بزيادة في وقت الكمون (Cl.1) لتبدأ القصة بالوصف مع | 1.15 | 25 | 02 |

| | | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-----------|------------|
| <p>سياقات الرقابة والتجنب، كلها كان الهدف منها عدم الاعتراف بالثلاثية وبالتالي قصة سلمية، تجنب فيها المفحوص الصراع الأوديبي.</p> | <p>التعلق بالتفاصيل: التفاصيل الصغيرة Dd (A1.1) متبوع بتوقف كلامي (Cl.1) مع التركيز على ما هو يومي وملمس (CF.1) ليتبعه مباشرة توقف كلامي آخر (Cl.1) ثم الرجوع إلى الوصف (A1.1) مع الميل إلى الرفض للوحة (Cl.1) يظهر في القصة تناوب ما بين سياقات الرقابة والتجنب حتى لا يبرر الصراع، لم يتم التعريف بالشخصيات (Cl.2): المرأة تفكر وبالتالي وجود صراع غير محدد (Cl.2) عملية الكف وصلت لدرجة حذف الموضوع الظاهر (E1.1) "الرجل" مع العزل ما بين الشخصيات (A3.4).</p> | | | |
| <p>ترتبط القصة بالوضعية الاكتئابية: الأحاسيس الاكتئابية اتسمت بالحدة والتهويل اللفظية التأنيب وقلق الإخفاء العميق الذي قد يخفي تصورات فقدان والتخلي والذي يمثل كبتا للصراع الذي تم تجنبه في الصورة 1، تصورات الخيبة توشك أن تجعل المواضيع اضطهادية ما يؤكد على ثقل العجز والضيق المدرك بالنسبة للحالة والذي يعبر عن جرح نرجسي يعين على الحالة استثمار العالم والمواضيع ما يفسر حالة العجز والعزلة.</p> | <p>تبدأ القصة بالإشارة إلى الشخص "هذا" دون تحديد هويته (Cl.2) يليه مباشرة توقف كلامي (Cl.1) ثم تبدأ القصة بتكرار أداة الإشارة "هذا" (A3.1) مع عدم الاستقرار في التقمصات والذي يشمل جنس الشخصية (B3.3) ما يدل على صعوبة في التعبير على الصراع ما يدفعه إلى اللجوء إلى المراجع الثقافية كمحاولة للتعبير على الصراع بطريقة لطيفة (A1.4) مع اعتماد التهويل (B2.1) كذلك استخدام المشاعر القوية والمبالغة (B2.2)، قوة الدوافع العدوانية التي تنشطها اللوحة دفعته إلى اعتماد سياق التعبير عن المشاعر والتمثلات الشديدة المرتبطة بالعجز (E2.3) ما يجعل</p> | <p>1.40</p> | <p>10</p> | <p>3BM</p> |

| | | | | |
|---|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| | <p>القصة تتسم بالحدة. تنتهي القصة بعاطفة معنونة (CN.3) تعبر عن حالة الخيبة التي يعيشها المفحوص (CN.2) دون تحديد موضوع للصراع (Cl.2) والميل إلى التقصير (Cl.1).</p> | | | |
| 4 | 08 | 1.02 | <p>بعد زمن كمن قصير مقارنة باللوحات السابقة يدخل مباشرة في التعبير بالإشارة إلى عنصر مقلق "vampire" يتبعه توقف كلامي (Cl.3) ليعتمد بعد ذلك سياقات التهويل باستخدام التهويل (B2.1) محاولاً من خلاله التعبير عن العالم الداخلي، تم حذف الموضوع الأنثوي (E1.1) من أجل تجنب التعبير عن العلاقة بين الطرفين وما تحمله من تصورات مرتبطة بإغراء المرأة للرجل مع التأكيد على الموضوع السيء المرتبط بالذكر (E2.2) وذلك باجتراره (A3.1) ثم الانتقال إلى التعبير عن المشاعر والتي تتسم بالقوة والمبالغة (B2.2) الهدف منها كذلك منع بروز التمثلات الجنسية وكذلك كبت التمثلات الممنوعة (B3.1)، كما استخدم المفحوص تعبيرات قوية وقحة ارتبطت بالعدوانية التي تظفي على التعبيرات الجنسية المرتبطة ب (E2.2) - (Cl.1) في ظل الميل إلى التقصير (Cl.1).</p> | |
| 5 | 15 | 2.02 | <p>تدخلت سياقات متنوعة لمنع بروز التصورات المرتبطة بقرب المحارم أين أبعدت الأم المغربية وأعطيت</p> | |

| | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-----------|------------|
| <p>الأم المراقبة بعدا عقلايا</p> | <p>الظاهري للوحة (CF.1) بالتركيز على الفعل "داخلا" يليها توقف كلامي (CI.1) يمنع بروز تصورات قرب المحارم المرتبطة بالغرفة ليرتبط بسرعة برغبات الإصلاح والتكوين العكسي (A3.3) واستثمار أشخاص غير موجودين في الصورة لمنع التصورات الجنسية (B1.2) مع تردد في التفاسير (A3.1) تأخذ القصة بعدا عقلايا (A2.2) تنتهي بدخول المرأة إلى الغرفة، يليها توقف كلامي وميل إلى الرفض مما يجعل القصة قصيرة (CI.1).</p> | | | |
| <p>تدور القصة حول العلاقة ما بين الابن والأم، ما بين الخوف من فقدان حب الأم والابتعاد عن الأم واستبدالها بهدف تحقيق الرغبة الأوديبية.</p> | <p>بعد زمن كمون قصير يباشر المفحوص التعبير بالإشارة إلى الرجل دون تعريفه (CI.2)، مع التركيز على الأجزاء النرجسية لديه ومثلثة للذات (CN.2) لما تحدث عن ملابس الرجل الذي يبحث الاستثمار خارج العلاقة الثنائية مع الأم وبالتالي اختيار الموضوع البديل، عبر عن ذلك بتحفظ "وقيلة" (A3.1) ليرز بعدها ذهاب وإياب بين رغبات متناقضة (A2.4) مع التركيز على العلاقة بين الطرفين مصحوبة بتمثلات ومشاعر متناقضة (B1.1) بين الاقتراب من الأم والابتعاد عنها واستبدالها. تحمل العلاقة بعدا جنسيا شفافا (B3.2) مع اعتماد مشاعر قوية ومبالغة "مدابز مع أمه" (B2.2). الصراع يعبر عنه بطريقة عقلانية (A2.2)، يصر المفحوص على الصراع</p> | <p>2.50</p> | <p>08</p> | <p>6BM</p> |

| | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|----|-----|
| | <p>باجتراره (A3.1) إلى جانب الصمت (Cl.1) بغية التحكم في الحركة النزوية العدوانية. الصراع بينهما لم يحل بعد فيفضل المفحوص التوقف والميل إلى الرفض لتجنب الصراع (Cl.1).</p> | | | |
| <p>يرفض المفحوص الاقتراب في العلاقة ابن/أب، الأب أحد أطراف الصراع الأوديبى شرير، يحاول إلحاق الضرر بالابن: تصورات سلبية تجعل الموضوع اضطهادي، يرتبط بالتصورات الأوديبية العنيفة العدوانية والتنافس يميز العلاقة بينهما، الصراع لم يجد المفحوص خلاله إلى حد الآن ما يشير إلى صعوبة التحكم في الدوافع العدوانية لديه.</p> | <p>بعد زمن كمون قصير، يشير المفحوص إلى الرجلين بدون التعريف لهما (Cl.2) مع التأكيد على العلاقة (B1.1) محاولا التمسك بالمحتوى الظاهري للصورة (CF.1)، الشخصيات شريرة تتميز بالخبث (E2.2)، قوة النزوة العدوانية التي تحيها اللوحة تؤدي إلى ظهور سياقات مرتبطة بالتهويل ما يسهل التعبير عن الصراع (B2.1) واعتماد السخرية التي تربط بين الطاقة العدوانية والاستسلام لها (CM.3)، يدخل طرف ثالث غير مرئي في الصورة (B1.2) يختار المفحوص اسما "لخطر" بالرجوع إلى مصادره الشخصية (CN.1) محاولا من خلال ذلك الانسحاب من حدة الصراعات العلائقية، كما قد يكون ذلك مؤشرا للتشويش في الحدود بين الذات والآخر (CL.1)، يتبع ذلك توقف كلامي (Cl.1) ما يساهم في تجنب الصراع. تبقى دوافع الصراع غير محددة (Cl.2) يصر عليه المفحوص باجتراره (A3.1) مع الميل إلى التقصير (Cl.1).</p> | 1.40 | 10 | 7BM |
| <p>تبين القصة قلق إحصاء قوي يعيشه المفحوص مصحوب بدوافع عدوانية</p> | <p>تزداد صعوبة تناول المادة من خلال مجموعة من السياقات المتنوعة مستخدمة لصد</p> | 3.05 | 25 | 8BM |

| | | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-----------|-----------|
| <p>شديدة لا يستطيع التحكم فيها ما أدى إلى ظهور سياقات أولية متعددة بسبب عجز الأم عن القيام بوظيفة الدعم التي يحتاجها المفحوص ما أثر بشدة على مفهوم تمثلات ذات مصابة في أسس الهوية.</p> | <p>الصراعات التي تحيها اللوحة، بداية بوقت كمون طويل (CI.1) يليها تعليق شخصي يحاول من خلاله المفحوص رفض اللوحة "أنا ما فهمت" (CI.1-B2.1). تبدأ القصة بالإشارة إلى الشخص "واحد" دون تعريفه (CI.2) مع خلط في الضمائر "هاذي، هذا" وبالتالي خلط في الهويات (E3.1) يتبعها إدراك لشخصيات مريضة (E1.4) مع تحديد دقيق لمكان الإصابة (-CN.4) بالرجوع الى التجارب الشخصية (A1.1) ليحدد بعدها المسؤول عن المرض (CL.1) والكسر فيعتمد (E2.2) مع إدراك خاطئ لجنس الشخصية (E1.3) لتكون الشخصية أنثى شريرة، القصة تكملها للقصة السابقة ما يفسر حالة الخيبة التي تعيشها الشخصية (وظيفة الاستناد على الموضوع) (-CM1)، يصفها باعتماد تمثلات شديدة مرتبطة بالعوانية (E2.3) (-CM1) بطريقة عقلانية.</p> | | | |
| <p>رغم السياقات المستخدمة بهدف تجنب بروز توهمات قرب المحارم المرتبط بالصراع الأوديبي. ارتبطت القصة باللقاء والحنان، هذا لم يمنع من بروز بعض الرموز الشفافة المرتبطة بالرغبة الجنسية.</p> | <p>بعد زمن كمون متوسط (CCI.1) تبدأ القصة بالإشارة إلى الشخصيات، لا يحدد هوية الشخصية الأولى (CI.2) عكس الثانية مع التأكيد على العلاقة (B1.1) محاولا التمسك بالمحتوى الظاهري للصورة (CF.1)، فيعتمد العقلنة لتبرير الاقتراب بين الشخصيتين (A2.2) مع وجود رموز شفافة في العلاقة (B3.2) متبوعة بتوقف كلامي (CI.1)</p> | <p>1.40</p> | <p>17</p> | <p>10</p> |

| | | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|----|----------|
| | لتجنب بروز الدوافع الجنسية في العلاقة بين المحارم مع رفض إكمال القصة والميل إلى التقصير (Cl.1) | | | |
| حاول المفحوص التمسك بالمحتوى الظاهري للصورة من أجل تجنب الالتماساتالباطنية بها لكن ذلك لم يمنع من بروز صراع ما قبل تناسلي لا يجد له المفحوص حلا. | بعد زمن كمون متوسط (Cl.1) تبدأ القصة بتعليق على شكل سؤال (B2.1) موجه للفاحصة (CM.1) ثم تعليق آخر (-CM.1 (B2.1) يشير إلى حالة عدم الراحة التي يعيشها المفحوص أمام اللوحة ما يدفع به إلى محاولة رفضها وتجنبها متبوعة بتوقف كلامي يسبق إدراك عناصر مقلقة (Cl.3) ليرز بعد ذلك إدراك عناصر سيئة ومضطهدة (E2.2) في ظل التحفظ الكلامي الذي يميز اللوحة (A3.1)، يحاول تجنب الصراعات الداخلية بالتركيز على العالم الخارجي: استخدام الوصف مع التعلق بالتفاصيل (A1.1) مع تواصل التحفظات الكلامية (A3.1) ليتمكن أخيرا من بناء قصة باعتماد الوصف (A1.1) يبرز من خلالها الصراع الداخلي (A2.4). لا يستطيع المفحوص إيجاد حل للصراع. يعود بتعليق شخصي على شكل سؤال الهدف منه الميل إلى الرفض والتقصير (Cl.1-B2.1). | 3.07 | 14 | 11 |
| بعد محاولات عديدة قام بها المفحوص لتجنب بناء سيناريو للفقدان وبالتالي سياقات مضادة للاكتئاب إلا أن إشكالية الفقدان ظهرت مع كبح لمشاعر الاكتئاب | تبدأ القصة بعد زمن كمون قصير بوصف اللوحة (CN.3) مع التعلق بالتفاصيل (A1.1)، يليها توقف كلامي (Cl.1) يشير إلى تنشيط صراع يحاول المفحوص التحكم فيه بمواصلة الوصف (A1.1) بهدف العزل | 1.01 | 8 | 12B G |

| | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-----------|------------|
| <p>النتيجة.</p> | <p>(A3.4)، يستمر المفحوص بالوصف متمسكا بالمحتوى الظاهري للصورة (CF.1- A1.1) مع ميل إلى الرفض (Cl.1) من خلال تعليق شخصي (B2.1)، تعليق شخصي ثاني (B2.1) يتم فيه استدعاء شخصية غير موجودة في الصورة (B1.2) يعبر من خلالها عن فقدان، يليها توقف (Cl.1) وميل إلى الرفض والاختصار (Cl.1).</p> | | | |
| <p>يحاول المفحوص نفي تأثير قلق فقدان التركيز على وصف الحالة ووضعيتها الشخصية ما يوضح عدم الاستقرار في الحدود.</p> | <p>بعد زمن كمون متوسط (Cl.1) يبدأ المفحوص في قصته بالإشارة إلى الطفل دون التعريف به (Cl.2) يصف الطفل بالتركيز على المعاش الشخصي (CN.1) يتبع ذلك توقف كلامي (Cl.1) للتعبير عن مشاعر شخصية بشكل قوي ومبالغ (B2.2) في ظل وجود نفاذية في الحدود بين الداخل والخارج بين الشخصية والمفحوص (Cl.1) مع محاولة لإنكار وجود صراع مع الوالدين (A2.3) فيعود مرة ثانية إلى وصف الطفل (CN.1) مع وجود تحفظات كلامية (A3.1) واستدعاء تفاصيل نرجسية متعلقة بالذات (CN2-).</p> | <p>2.05</p> | <p>15</p> | <p>13B</p> |
| <p>برزت في القصة هشاشة في الحدود بين الداخل والخارج ونشطت الإشكالية الاكتئابية الأولية، أين ظهر طرف آخر جديد هو الأخ هي تكلمة للقصص في اللوحة 7، 8.</p> | <p>بعد زمن كمون طويل (Cl.1) تبدأ القصة بتعليق شخصي (B2.1) يوضح ثقل الالتباسات الباطنية للصورة في ظل الغموض الذي يميزها. يستخدم سياقات أولية بإدراك مواضيع سيئة واضطهادية (E2.2)</p> | <p>1.32</p> | <p>30</p> | <p>19</p> |

| | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|----|----|
| | <p>سرعان ما يتم تجنبها من خلال التوقف الكلامي (Cl.1) بهدف العزل (A3.4) لتصبح القصة عبارة عن وصف (CN.3) ثم التركيز على التجارب الشخصية (CN.1) بإدخال أشخاص غير موجودين في الصورة (B1.2) الأول لم يتم التعريف به (Cl.2) عكس التالي، في ظل نفاذية في الحدود (CL.1) تجعل من موضوع القصة غير مناسب للمثير: تخريف (E2.1) وكذلك تمثلات شديدة ترتبط بالفقدان (E2.3) مع ميل إلى التقصير (Cl.1).</p> | | | |
| <p>لقد حرض بياض الصورة المفحوص على إلقاء كل المحتويات الصراعية في قصة تغيب فيها الاستهامات: الذكريات، تظهر في الأخير أعراض حزن واكتئاب في ظل غياب السند (CM1-) وبالتالي مشار الحداد والعزلة مع عدم القدرة على الإسقاط في المستقبل.</p> | <p>تبدأ القصة بعد زمن كمون قصير باللجوء إلى الحلم (A2.1) في قصة تفنقر للاستهامات وترتبط بشدة بما هو واقعي، بالحياة اليومية (CF.1) في غياب موضوع محدد للصراع (Cl.2)، بالتشديد على اليوميات والملموس. انتهت القصة بميل إلى التقصير (Cl.1).</p> | 2.58 | 12 | 16 |
| <p>المدة الكلية للاختبار 27 د</p> | | | | |

يتضح من خلال الجدول رقم () أن مدة تطبيق الاختبار كانت 27 دقيقة، الانتاجية فيه كانت متوسطة مع هيمنة سياقات الكف .

خلاصة السياقات

الجدول رقم(60) يوضح: خلاصة سياقات الحالة الأولى

| سياقات الرقابة A | سياقات المرونة B | سياقات تجنب الصراع C | السياقات الأولية E |
|-----------------------------------------------|---------------------------|-----------------------------------------------|------------------------------------|
| 8=A1.1 1=A1.4 9=A1 | 4=B1.1 4=B1.2 8=B1 | 6=CF1 6=CF | 2=E1.1 2=E1.3 1=E1.4 2=E1 |
| 1=A2.1 4=A2.2 1=A2.3 2=A2.4 12=A2 | 9=B2.1 3=B2.2 12=B2 | 34=CI.1 14=CI.2 2=CI.3 50=CI | 1=E2.1 6=E2.2 2=E2.3 9=E2 |
| 9=A3.1 1=A3.3 3=A3.4 13=A3 | 2=B3.1 2=B3.2 4=B3 | 4=CN.1 2=CN.2 3=CN.3 1=CN.4 10=CN | 1=E3.1 1=E3.3 1=E3 |
| | | 3=CL.1 1=CL.2 4=CL | |
| | | 5=CM.1 1=CM.2 1=CM.3 7=CM | |

يتضح من خلال الجدول رقم () تنوع السياقات المستخدمة من طرف الحالة رغم هيمنة سياقات الكف.

- السياقات العامة:

من خلال شبكة التحليل يتبين أن الحالة اعتمدت سياقات متنوعة رغم الميل إلى التقصير الذي هيمن على القصاص وصبغها بطابع الكف. تتوزع السياقات على كل السجلات تقريبا لكن بتكرارات مختلفة.

تعد سياقات سجل الكف الأكثر استخداما أين يحتل الميل إلى التقصير المرتبة الأولى (CN.1=34) ثم يليه دائما في سياقات الكف عدم تحديد موضوع الصراع، الأشخاص، إلخ (CI2=14) ثم تأتي بعد ذلك

السياقات الوسواسية (A3=13)، استثمار الحقيقة الداخلية (A2=12) إلى جانب سياقات التهويل

(B2=12)، تليها السياقات النرجسية (CN=10)، السياقات الأولية من نوع الحدة في الإسقاط (E2=9)،

كذلك سياقات استثمار الحقيقة الخارجية (A1=9) وسياقات استثمار العلاقة (B1=8).

فيما يخص السياقات الأخرى، استخدامها كان قليل: السياقات المضادة للاكتئاب (CM=7)، سياقات الاستخدام المفرط للحقيقة الخارجية (CF=6)، سياقات عدم استقرار الحدود (CL=4)، إلى جانب السياقات الهستيرية (B3=4). في الأخير تأتي السياقات الأولية من نوع خلل في معالم الهوية والمعالم الموضوعية (E3=1) واضطرابات في الإدراك (E1=2).

1. سياقات الكف (CI):

طبع قصص المفحوص الميل إلى التقصير من توقفات كلامية داخل القصص، زمن الكمون المتوسط والطويل، الميل على الرفض والتقصير، ميزت هذه السياقات كل القصص والتي تميزت بقصرها ما عدا اللوحة (8BM، 16)، كثرت التوقفات الكلامية في اللوحات (1، 2، 5، 11، 12BG). اللوحات التي توظف الرغبة والصراع العلائقي وكذلك بعض اللوحات المرتبطة بقلق فقدان وقلق الإخفاء بهدف كف وتجنب المواقف المقلقة، يدعم وقت الكمون الطويل في بعض اللوحات سياقات الكف (2، 8، 19).

أما فيما يخص: عدم تحديد هوية الشخصيات CI2 تأتي في المرتبة الثانية، فتكون الشخصيات غير معرفة، موضوع الصراع غير محدد هذا ما ميز اللوحات التي تشمل الصراع العلائقي كما في اللوحة 16 مثلا.

سياقات الرقابة: هي موجودة بأغلب أنواعها مع هيمنة بعضها على الآخر، أولها التحفظات الكلامية والاجترار (A3.1) معتمدة بكثرة بالإضافة إلى الوصف مع التعلق بالتفاصيل (A1.1)، العقلنة بحضور أقل (A2.2) والعزل بين التمثلات (A3.4)، الهدف من هذه السياقات عزل العواطف وكتبها. بالإضافة إلى سياقات أخرى أقل استخداما: اعتماد المراجع الأدبية والثقافية (A.1.4)، الذهاب والإياب بين الرغبة والدفاع (A2.4).

هذه السياقات موجودة في كل اللوحات إلى جانب السياقات الأخرى للتحكم في الصراعات التي تتضمن صعوبة التحكم في النزوات العدوانية والعاطفية.

سياقات المرونة (الهراء): موجودة أيضا بأغلب أنواعها، تستخدم من أجل بناء صراع علائقي، نجد من بينها: الدخول المباشر في التعبير باستخدام تعاليق شخصية، التعليقات الشخصية (B2.1) والتي كان الهدف منها كبت التمثلات، إدخال أشخاص غير مرئيين في الصورة (B1.2) من أجل الاحتماء من ثقل

الموضوع (5) أو في التعبير عن الصراع العلائقي (اللوحة 7BM) نجد كذلك التركيز على العلاقات بين الأشخاص تكون غالبا متنوعة بكتب (7BM, 8BM, 10).

بالإضافة إلى السياقات الأخرى التي استخدمت بتكرارات أقل: عدم استقرار التقمصات في اللوحات التي تحمل مضامين مقلقة وغير مريحة (3BM, 8BM)، استخدام المشاعر في كتب التمثيلات، المشاعر القوية والمبالغة (3BM, 6BM).

أما فيما يخص السياقات المتبقية والتابعة للسجلات الأخرى استخدمت بحد أدنى نخص بالذكر: **السياقات النرجسية**: إن التقاء المخاوف بالدفاعات التشددية تارة والمرنة تارة أخرى فرض على المفحوص سلوك التجنب النرجسي من خلال التركيز على المعاش الشخصي والتجارب الشخصية (CN.1) كما في اللوحة (13)، وصف اللوحة والعاطفة المعنونة كما في اللوحة (11, 12BG)، تفاصيل نرجسية ومثلثة التمثيلات الخاصة بالذات (CN.2) كما في اللوحة (13, 6BG) أين عاد المفحوص إلى الذات لاستثمار التوهيمات وإقامة حدود نسبية مع العالم الخارجي الذي يشكل خطر وتهديد والقادر على كشف النقائص والجروح النرجسية ما دفع إلى استخدام **السياقات المضادة للاكتئاب**، باستثمار مواضيع السند (CMI-) واعتماد سياقات **الاستثمار المفرط للعالم الخارجي** (CF.1).

سياقات عدم استقرار الحدود (CL): استخدمها أحيانا ما يشير للتبعية للمواضيع الخارجية ظهرت على شكل نفاذية في الحدود بين الداخل والخارج (CL.3).

السياقات الأولية: ضيقت السياقات الأخرى نسبيا على بروز السياقات الأولية باستثناء الحدة في الإسقاط والتي شملت إدراك المواضيع السيئة والاضطهادية (E2.2=6)، التعبير عن المشاعر المتعلقة بالموضوع الجنسي أو العدوانية (E2.3=2)، إلخ. والتي تعتبر بمثابة مؤشر على فقدان التماسك وفشل الدفاعات أمام شدة النزوات الجنسية والعدوانية.

- الإشكالية العامة:

إن معظم الإشكاليات المستحضرة ارتبطت بالصراع الأوديبي والذي تترجمه اللوحات التي تتضمن المشاهد الثلاثية. أين لم يتمكن المفحوص من إرضان الصراع الأوديبي وتحقيق التقمصات الجنسية الناجحة.

بالإضافة إلى درجة الكف والكبت لتصورات الإخصاء الناتجة عن المواجهة الصريحة للمشاهد الأولية التي تحتوي على هوامات قرب المحارم كانت أيضا موظفة بطريقة متشددة من خلال استخدام سياقات

الرقابة أو بطريقة تهويلية مأساوية باللجوء إلى سياقات المرونة. ذلك ما منع المفحوص من إرسان الصراع الأوديبي.

ظهر كذلك في اللوحات فقدان الموضوع وغياب السند أين وجد المفحوص صعوبة في إدماج فقدان الموضوع ما أثر أيضا على البيئة الأوديبيية.

الحالة الثانية

-البيانات الأولية:

-الاسم: سارة

-السن: 18 سنة

-الجنس: أنثى

-نوع السرطان: سرطان الدم المييلوديالحد

-مرحلة السرطان: منتشر (انتكاستين)

-نوع العلاج: علاج كيميائي

-مدة الإصابة: منذ 2015 (4 سنوات)

-الحالة الاجتماعية للأب: العمر 58 سنة، العلاقة جيدة

-الحالة الاجتماعية للأم: تبلغ من العمر 51 سنة، مأكثة في البيت، العلاقة تتسم بالصراع، تفرض عليها الأم رقابة شديدة.

-الإخوة:

الجدول رقم(61) يبين: طبيعة علاقات الحالة الثانية مع الاخوة

| الاسم | السن | الجنس | طبيعة العلاقة مع الحالة |
|-------|------|-------|-------------------------|
| ح | 33 | ذكر | تتسم بالصراع |
| ب | 29 | ذكر | تتسم بالصراع |
| ر | 22 | ذكر | تتسم بالصراع |
| س | 15 | أنثى | تتسم بالصراع |

يتضح من الجدول رقم(61) أن علاقات الحالة مع أخوتها تتسم بالصراع.

إن الأعراض الأولى التي دفعت إلى تشخيص سرطان الدم المييلوديالحد عند الحالة هي التعب الشديد، الأنيميا الحادة، ظهور كدمات متكررة، لم تتحسن الأعراض رغم العلاج بل على العكس كانت الوضعية الصحية في تدهور .

كان ذلك في 2015 عولجت الحالة في المرحلة الأولى باستخدام العلاج الكيميائي، قدرت عدد الحصص بسبعة (7) حصص، دامت مدة العلاج حوالي 14 شهر، تحسنت بعد ذلك الحالة، استمرت مرحلة الهجوع سنة تقريبا لتتنكس بعدها، عولجت مرة ثانية باعتماد العلاج الكيميائي دائما، قدرت عدد الحصص في المرحلة الثانية بـ 8 حصص، اعتمد فيها بروتوكول علاجي آخر، تحسنت مرة ثانية الحالة لتدخل في مرحلة هجوع، دامت فقط ستة أشهر، ثم انتكاسة ثالثة، بدأت العلاج منذ شهر تقريبا اعتمد علاج كيميائي متعدد نظرا لفعاليته مع هذه الحالات ولكن من ناحية أخرى يتميز بكثرة الأعراض الجانبية وشدتها، الأم حاضرة مع الحالة خلال مراحل الاستشفاء الطويلة في الغالب، الحالة اجتماعية، يظهر جانب إغرائي في سلوكياتها داخل المستشفى.

1 - عرض وتفسير نتائج مقياس الاكتئاب عند المصاب بالسرطان:

الجدول رقم(62) يبين: نتائج مقياس الاكتئاب عند المصاب بالسرطان بالنسبة للحالة الثانية

| الرقم | البنود | الدرجة | المستوى |
|-------|----------------------|--------|---------|
| 1 | المزاج المكتئب | 24 | مرتفع |
| 2 | الشعور بالعجز واليأس | 17 | متوسط |
| 3 | الشعور بالذنب | 20 | متوسط |

| | | | |
|---|-------------------------|-----|-------|
| 4 | الشعور باللامعنى | 16 | متوسط |
| 5 | العزلة الاجتماعية | 21 | متوسط |
| 6 | الغضب والحساسية الزائدة | 21 | متوسط |
| 7 | نقص تقدير الذات | 18 | متوسط |
| | المجموع | 137 | متوسط |

من خلال تطبيق استبيان الاكتئاب عند المصاب بالسرطان على الحالة الثانية، كانت نتيجته 137 وبالتالي اكتئاب متوسط، كانت الدرجات متفاوتة بين أبعاد الاستبيان، أغلب الأبعاد كانت درجاتها متوسطة: الشعور باللامعنى، الشعور بالعجز واليأس، نقص تقدير الذات، الشعور بالذنب، العزلة الاجتماعية، الغضب والحساسية الزائدة، ما عدا بعد المزاج المكتئب والذي كانت درجته مرتفعة.

3- تفرغ المقابلة:

أ- التحليل الكمي للمقابلة العيادية:

الجدول رقم (63) يوضح: فئات وحدات المقابلة للحالة الثانية

| الفئة | الفئة الفرعية | الوحدات |
|----------------|--------------------------|---------------------------------------------------|
| الاكتئاب | المزاج المكتئب | 29-30-31-32-33-38-41-43-44-46- 47-48-60 |
| | الشعور بالعجز واليأس | 49-50-51-52 |
| | الشعور بالذنب | 55-56-57-59-61 |
| | الشعور باللامعنى | 53-54 |
| | الغضب والحساسية الزائدة | 45-48-58-59-69-70-71-72-73-74-75-77- 80-99-100 |
| | العزلة الاجتماعية | 34-35-36-37-39-42-62-63-65-64- 66-67-68 |
| | نقص تقدير الذات | 89-90-91 |
| الصورة الجسمية | تقبل أجزاء الجسم المعيبة | 2-3-15-16-17-81-82-83-84-85- 86-88 |
| | المنظور الاجتماعي | 92-93-94-95-96-97-98 |

يتضح من خلال الجدول رقم اختلاف في توزيع عدد الوحدات داخل الفئات لصالح الغضب و الحساسية الزائدة، المزاج المكتئب، العزلة الاجتماعية و تقبل أجزاء الجسم المعيبة.

-حساب تكرارات الفئات:

الجدول رقم (64) يوضح: نسب تكرار الفئات الخاصة بالمقابلة بالنسبة للحالة الثانية

| الأصناف | الأصناف الفرعية | التكرارات | النسبة المئوية | المجموع |
|----------------|--------------------------|-----------|----------------|---------|
| الاكتئاب | المزاج المكتئب | 13 | 13% | 47% |
| | الشعور بالعجز واليأس | 4 | 4% | |
| | الشعور بالذنب | 5 | 5% | |
| | الشعور باللامعنى | 2 | 2% | |
| | الغضب والحساسية الزائدة | 16 | 16% | |
| | العزلة الاجتماعية | 13 | 13% | |
| | نقص تقدير الذات | 3 | 3% | |
| الصورة الجسمية | تقبل أجزاء الجسم المعيبة | 13 | 13% | 20% |
| | المنظور الاجتماعي | 7 | 7% | |
| المجموع | | | | 76% |

بعد تصنيف المقابلة وتحديد التكرارات والنسب المئوية لكل فئة والتي بلغ مجموعها 76% أي 76 وحدة من مجموع 101 وحدة، شكلت نسبة الاكتئاب 56%، قسمت بالترتيب كما يلي: الغضب والحساسية الزائدة بنسبة 16% المزاج المكتئب والعزلة الاجتماعية بـ 13% لكل فئة منهما، يليها ، لتأتي الأبعاد المتبقية بنسب أقل: الشعور بالذنب 5%،نقص تقدير الذات 3%، الشعور باللامعنى 2%.

أما البعد الثالث الصورة الجسمية، قدرت نسبة تكرارها 20%، قسمت على أبعاده الفرعية كما يلي: تقبل أجزاء الجسم المعيبة قدرت بـ 13%، يليها المنظور الاجتماعي 7%.

بالنسبة للحالة الثانية فإن الغضب والحساسية الزائدة، المزاج المكتئب، العزلة الاجتماعية، وتقبل أجزاء الجسم المعيبة بالإضافة إلى المنظور الاجتماعي لشكل الجسم الأكثر تكرارا، لما لها من معنى وتأثير على الحالة. إن الأعراض الأساسية للاكتئاب عند الحالة تتجلى في الغضب والحساسية الزائدة، المزاج المكتئب، العزلة الاجتماعية.

تؤثر مضاعفات العلاج الكيميائي مباشرة على الصورة الجسمية، تقبل أجزاء الجسم المعيبة، كما تؤثر على المنظور الاجتماعي لشكل الجسم بشكل كبير.

ب- التحليل الكيفي للمقابلة:

كانت الحالة متعاونة خلال المقابلات رغم بعض التحفظ المرتبط بالخصوص بكل ما له علاقة بالأسرة، تم اعتماد المقابلات النصف موجهة والموجهة، إجابات الحالة كانت أطول بشكل عام، ركزت على الوصف المدقق للأعراض والأحداث.

تنتم الحالة بنوبات غضب، حساسية زائدة و اندفاعية تصل أحيانا إلى عدوانية مادية أو كما يسمى المرور إلى الفعل والذي يرتبط أيضا بخلل في التعقيل، فالحالة.

يتميز المعاش النفسي للحالة بما يلي: العزلة الاجتماعية فالحياة الاجتماعية للحالة انحصرت في المستشفى مع الموجودين فيه من مرضى، المرافقات، الفريق المعالج، إلخ. تعيش في حزن، ملل مصحوب بأفكار سلبية متعلقة بالمرض، بالوضعية المعاشة بشكل عام "تقول كون غي نصبح ميتا" ناتجة عن الإحباطات المتكررة التي تعيشها الحالة والمرتبطة أولا بالمرض، الاستشفاء، المضاعفات الشديدة، الناتجة عن العلاج الكيميائي المتعدد، بالإضافة إلى الاحباطات الناتجة عن الأسرة "تحس رُوحِي المُشكَلَة نتاع الدار"، تعيش الحالة عزلة اجتماعية ترتبط خصوصا بأزمات العلاج أين تتسحب وتترك مسافة بينها وبين الآخر، فتعتمد الصمت "ما يَكُونش في خَاطري نَهْدَر" والنوم المفرط "تُرْقُد"، كما تبدي الحالة غضب وحساسية زائدة "كي نَتَنَارِفَا ما نَكُونطَرلِيش رُوحِي" مصحوبة باندفاعية وعدوانية.

إن طول مدة العلاج وبالتالي كثرة العلاجات، الفحوصات، طول مدة الاستشفاء، فصل الحالة عن الحياة العادية "وليت عايشة في الدوا والمرض" أين انحصرت اهتماماتها في السرطان.

يؤثر العلاج الكيميائي على الصورة الجسمية بشكل كبير بما فيها معالم الهوية الأنثوية الضرورية بالنسبة للحالة في هذه المرحلة "تولي ولد" فتساقط الشعر يعد من المضاعفات الثقيلة خصوصا في مرحلة اكتمال بناء الهوية، تستعين الحالة بالشعر المستعار في هذه المراحل "بصح ندير perruque" يؤثر سقوط الشعر مباشرة على الصورة الجسمية "شعري كي يطيح نولي نخوف" "تعيف رُوحِي" "ما نشوفش في المرايا"، تعطي الحالة أهمية لنظرة الآخر، الآخر الموجود خارج المشفى خصوصا، تتميز العلاقات بالصراع، صراع ما بين الوالدين، صراع مع الإخوة.

تعيش الحالة مرحلة المراهقة أين تبحث عن الاستقلالية وبالتالي تكوين علاقات خارج إطار الأسرة والاستثمار خارجها، فنجد الأم تحد من استقلاليتها بتدخلاتها المستمرة ومراقبتها بشكل مستمر، هذا ما يفسر فرحة الحالة عند دخولها المستشفى "دروك كي ندخل لسبيطار نفرح" "يفهموني" الموجودين في المستشفى عكس الأسرة "نحس روجي المشكلة نتاع الدار" فوجدت أسرة ثانية "السبيطار ولا داري الزوجا" يتوفر على ما تحتاجه الحالة ولم تجدها في أسرتها الأولى.

ج-تحليل بروتوكول TAT:

الجدول رقم (65): يعرض ديناميكية السياقات و اشكاليات قصص TAT للحالة الثانية

| رقم اللوحة | زمن الكمون | الزمن الكلي | ديناميكية السياقات | الاشكالية |
|------------|------------|-------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | 5 | 2.11 | تبدأ القصة بزمن كمون قصير بالإشارة "هذا" إلى الشخصية دون تحديد هويتها (C1.2) مع استخدام مشاعر قوية ومبالغة (B2.2) يليها مباشرة توقف كلامي (C1.1) لتجنب تحديد الصراع، يتبعه تعليق شخصي (B2.1) على شكل حوار ذاتي (B1.1) يشير إلى وجود نفاذية في الحدود بين المفحوصة والشخصية (CL.1) ما يشير على ثقل الالتزامات الباطنية التي تنشطها الصورة لدى المفحوصة ما يدفعها على طلب المساعدة والدعم من الفاحصة (CM.1) مع اجترار (A3.1) مع عدم إدراك الموضوع الظاهر (E1.1) يتبعه توقف (C1.1) بهدف الكف، ثم التأكيد على الصراع الداخلي (A2.4) مع ميل إلى الرفض والتقصير. | ارتبطت القصة بالاستجابة الاكتئابية المرتبطة بقلق فقدان وغياب السند، تجد المفحوصة صعوبة في ادماج فقدان الموضوع مع صعوبة في التمييز بين الذات والموضوع وما لذلك من تأثير على إشكالية الإخفاء، اعتمدت سياقات الكف والسياق التجنب |
| 2 | 15 | 2.34 | بعد زمن كمون متوسط (C1.1) تبدأ القصة بالرجوع إلى المراجع الثقافية (A1.4) بهدف الإبعاد مع تحديد زمني (A1.2)، لم يتم التعريف بالشخصية الأولى (C1.2) يتبعه تعليق شخصي (B2.1) في ظل المواظبة (E2.1) | تم عزل الشخصيات في بداية القصة ثم عزل الأب وإدخال طرف آخر "الابن" كلها محاولات الهدف منها عدم |

| | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-----------|----------|
| <p>الاعتراف بالثلاثية الأوديبية لتجنب الصراع الأوديبى.</p> | <p>الشخصية الثانية لم تعرف أيضا (C1.2) مع مثلثة التمثلات المتعلقة بالذات (-CN2) مع تحفظات كلامية (A3.1)، ثم تعليق شخصي (B2.1) لتبرر التحفظ بطريقة عقلانية (A2.2)، بالإضافة إلى الوصف مع التعلق بالتفاصيل (A1.1) ترتبط القصة بالمحتوى الظاهري للصورة (CF.1)، تحدد بعدها الشخصية الثالثة مع الاعتماد على الوصف (A1.1) دون تحديد هويتها (C1.2) متبوع بتعليق شخصي (B2.1) بهدف الميل إلى الرفض (C1.1)، الشخصيات منعزلة عن بعضها (A3.4)، يظهر بعد ذلك تعبير عن تمثلات شديدة مرتبطة بمواضيع جنسية أو عدوانية (E2.3) من أجل التفريغ الانفعالي، متبوعه بمشاعر قوية ومبالغة (B2.2) ثم تعليق شخصي يحتوي تمثلات مرتبطة بالحركة (B2.1-2.4) يليها تغيير مفاجئ في القصة بهدف العزل (A3.4)، بعدها تتمكن المفحوصة من بناء قصة لم يتم فيها تحديد الشخصيات والربط بينها (B2.1) (B1.1) مع عاطفة معنونة (CN.3) مع إدخال أشخاص غير مرئيين في الصورة (B1.2) بهدف عزل الأب والقاء الصراع (A3.2)، بالإضافة إلى تعليقات شخصية (B2.1) مع عدم تحديد موضوع الصراع (C1.2).</p> | | | |
| <p>ترتبط القصة بالوضعية الاكتئابية، أين تم تنشيط إشكالية فقدان الموضوع وما ينتج عن ذلك من مشاعر حزن واكتئاب.</p> <p>نجحت المفحوصة في ربط مشاعر الاكتئاب بتمثلات</p> | <p>بعد زمن كمون متوسط (C1.1) تبدأ القصة بطلبات موجهة إلى الفاحصة (CM.1) ما يشير إل ثقل الدوافع والصراعات التي تنشطها اللوحة يليها مباشرة تمثلات شديدة ترتبط بمفاهيم عدوانية الموت (E2.3) يليها إدخال أشخاص غير مرئيين في الصورة (B1.2) مع التأكيد على العلاقات (B1.1) (-CN2) (-CM1) الأم التي ارتبطت بها تمثلات الموت (E2.3) مع التأكيد على</p> | <p>2.05</p> | <p>20</p> | <p>3</p> |

| | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|----------|----------|
| <p>الموت.</p> | <p>وضعية الجسم مرتبطة بمشاعر الحزن (CN.3) مع تعبير عن المشاعر بطريقة مسرحية (B3.1-B2.2) مع اجترار (A3.1) مع تهويل (B2.1--CM1) ليتغير جنس الشخصية في الأخير (B3.3) وبالتالي نفاذية في الحدود بين الشخصية والمفحوصة (CL.1) على شكل تعليق شخصي (B2.1).</p> | | | |
| <p>إن الموانع الأويديبية تمنع المفحوصة من الاعتراف بهوية البنت الموجودة بالقرب من الزوج فتعوضها بالزوجة التي تستحق ذلك المكان من أجل تجنب تصورات قرب المحارم، لكنها تبرز جزئياً في الخاصة المرضية "خاصها الدم" التي تخص البنت وليست الزوجة.</p> | <p>بدأت القصة بدخول مباشر في التعبير باعتماد تعليقات شخصية (B2.1) يظهر فيها الجانب الإغرائي (B3.2)، تليها إشارة إلى التفاصيل النرجسية المتعلقة بالموضوع (CN2+) تحمل هي أيضا بعدا إغرائيا (B3.2) الشخصية "خاصها الدم" يرتبط ذلك بالمفاهيم الاضطهادية السيئة (E1.4) كما يرتبط بالشخصية المريضة (CN2-) وبالتالي نفاذية في الحدود بين المفحوصة والشخصية (CL1)، ثم التركيز على المحتوى الظاهري للوحة (CF.1)، بتحديد الشخصية الثانية ركزت المفحوصة على العلاقة (B1.1) واعتمدت الحوار بين الشخصين، تحمل القصة ذهاب وإياب بين رغبات متناقضة (B2.3) مؤشر على وجود صراع داخلي يلعب على المستوى العلائقي مع تهويل (B2.1) وتعجب (B2.1) ثم تعبير عن المشاعر (B1.3)، يليه اجترار (A3.1) تأكد من خلاله على الصراع (A2.4) مع الميل إلى التقصير.</p> | <p>1.01</p> | <p>2</p> | <p>4</p> |
| <p>تتحدث القصة في البداية عن الأم الحامية المهدأة والتي سرعان ما أصبحت مانعة متجسدة، تتميز بالرقابة شبه الاضطهادية، حاولت في</p> | <p>تبدأ القصة بزمن كمون قصير من خلال الإشارة إلى الشخصية بدون تحديد هويتها (CI.2) والتركيز على العلاقات في الوصف (B1.2-B1.1) بإدخال أشخاص غير مرئيين في الصورة (B2.1) للتأكيد على الحاجة إلى السند (CM1) متمسكا بالمحتوى الظاهري للصورة</p> | <p>1.12</p> | <p>4</p> | <p>5</p> |

| | | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|----|------|
| <p>البداية نفي وتجنب الصراع الذي ظهر من خلال التعليق الشخصي مع وجود مشاعر عداونية في العلاقة، تعاني الحالة من جرح نرجسي</p> | <p>(CF.1) على شكل تعليقات شخصية (B2.1) القصة تافهة يفيد فيها الصراع (CI.2) مع ميل إلى التقصير (CI.1) تنتهي القصة بالتركيز على المعاش الشخصي (CN.1) بطريقة تهويلية من خلالها تعليق شخصي (B2.1) بهدف إنكار صورة الأم الموضحة في بداية القصة (A2.3) (CM.1-).</p> | | | |
| <p>لم يتم تحديد هويات الشخصيات الموجودة في القصة والتي تحمل بعدا إغرائيا، ربما تحاول من خلاله المفحوصة الاستثمار خارج الثلاثية الأودية باستبدال الأب برجل آخر لتحقيق الرغبة الأودية.</p> | <p>تم الدخول مباشرة في القصة بالإشارة إلى الشخصية الأثني بدون تحديد هويتها مع التأكيد على العلاقة (B1.1-CI.2) بالتركيز على المحتوى الظاهري للصورة (CF.1) مع تحديد مكاني (A1.2). لم يتم تحديد هوية الشخصية الثانية أيضا (CI.2) "واحد" مع الوصف بالتركيز على التفاصيل (A1.1)، يليها توقف (CI.1) ثم اعتماد حوار (B1.1) يليه توقف آخر (CI.1) يستمر الحوار مع ميل إلى التقصير (CI.1) تحمل القصة جانب إغرائي يميز العلاقة (B3.2) مع اجترار (A3.1) تنتهي القصة بتعليق شخصي (B2.1).</p> | 1.48 | 5 | BG6 |
| <p>تدخلت مجموعة من السياقات أهمها المتعلقة بالكف بهدف تجنب التعبير عن الصراع الذي يحمل بعدا علائقيا بين المفحوصة والأم والتي سبق الإشارة إليها في اللوحة 5.</p> | <p>تبدأ القصة بعد زمن كمون متوسط (CI.1) بالإشارة إلى الشخصية دون تحديد هويتها (CI.2-B1.1) مع إعطائها تفاصيل نرجسية موحية (CN2+،CM1+)، تركز في القصة على المحتوى الظاهري للصورة (CF1) بالوصف مع التركيز على التفاصيل (A1.1). التوقف الكلامي (CI.1) يمنع بروز أي صراع في القصة ما بين الشخصيتين، يليها تعليق شخصي من أجل تجنب الصراع (CI.2،B2.1) والميل على الرفض (CI.1) ثم تحفظ كلامي (A3.1) يليه تردد بين التفسير (A3.1) مع ميل إلى التقصير (CI.1).</p> | 1.50 | 15 | BG 7 |
| <p>ترفض الشخصية استبدال</p> | <p>بعد زمن كمون طويل نسبيا مقارنة باللوحات السابقة</p> | 1.15 | 18 | GF9 |

| | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|----|----|
| <p>الأب وإشباع الرغبة الأوديبية مع شخص آخر وتفضل العودة إلى الثلاثية والبقاء بالقرب من الأب، اللوحة 6GF. تكملة للوحة 6GF.</p> | <p>(Cl.1) تشير لحالة عدم راحة تشعر بها المفحوصة أمام اللوحات متبوعة بتعليق شخصي (B2.1) الهدف منه الرغبة في الرفض (Cl.1) ثم توقف كلامي (Cl.1)، ثم الإشارة إلى الشخصية دون تحديد هويتها (Cl.2) (B1.1) مع تمثلات مرتبطة بالحركة (B2.4) ترتبط القصة بالمحتوى الظاهري للصورة (CF.1) وتعتمد الوصف (A1.1) من خلال تعليقات شخصية (B2.1) درامية (B2.4) وإدراكات حسية (CL.2) مع عدم تحديد موضوع للصراع (Cl.2).</p> | | | |
| <p>ترتبط القصة بالعلاقة بين الزوج والزوجة مع وجود زلة لسان تشير إلى الخط في الهويات وبالتالي خلف صراع الهوية تحت تأثير الهوامات للهوية، قلق الانفصال حاضر في القصة لكن سبب الانفصال اختلف من الموت إلى السفر وبالتالي الثلاثية الأوديبية.</p> | <p>تبدأ القصة بعد زمن كمون متوسط (Cl.1) بالإشارة "هذا" دون تحديد هويته (Cl.2)-(B1.1) ظهر اختلال في الحديث في القصة (E4.1) مع خلط في الهويات (E3.1) لتظهر على شكل علاقة مرعائية (CN.5)، تحمل العلاقة بعد إغرائى (B3.2) لكن سرعان ما يتدخل طرف ثالث غير مرئي في الصورة (A1.2) "الابن" ارتبطت به تصورات قوية وعنيفة "الموت" (E2.3) مع إبعاد زمني (A1.2) حاولت المفحوصة اعتماد حوار يرتبط بالأب لكن سرعان ما ألغى لتجنب الصراع باستخدام التوقف الكلامي (Cl.1)، يليه الميل إلى الرفض (Cl.1) بهدف الإنكار (A2.3) ثم تغير مفاجئ في القصة بهدف العزل بين التمثلات (A3.4) ثم إلغاء فكرة الموت مع تحديد مكاني (A1.2) يعيد الطرف الثالث في العلاقة ثم ميل إلى التقصير (Cl.1).</p> | 1.30 | 17 | 10 |
| <p>تتاول الإشكالية يتراوح ما بين محاولة الاكتفاء بالمظهر الخارجي للوحة من أجل تجنب التماساتها الباطنية</p> | <p>يتم الدخول مباشرة في القصة بتعجب (B2.1) مع الاعتماد على وصف اللوحة (CN.3) بالتركيز على التفاصيل (A1.1) كمحاولة لإبعاد عناصر الخطر التي سرعان ما تبرز على شكل مواضيع مضطهدة "حيوانات</p> | 1.56 | 4 | 11 |

| | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|----|------|
| <p>وبين إرادة تهويل الخطر وراء تلك اللوحة القبل تناسلي، يحمل بعدا اكتئابيا بدون وجود إمكانية النجاة منه وتجاوزه.</p> | <p>هائجة" (E2.3) مع تهويل للقصة التي تتميز بالحركة (E2.4) مع غياب أي مخرج في القصة.</p> | | | |
| <p>اعتمدت المفحوصة سياقات متنوعة حالت دون بروز الصراعات في ظل المواظبة (اللوحة 11).</p> | <p>تزداد صعوبة تناول المادة نظرا لثقل الالتباسات الباطنية للصورة وبالتالي ثقل الدوافع والصراعات التي تنشطها باعتماد أكثر السياقات الكف والرقابة، فبعد زمن كمون متوسط (Cl.1) تبدأ القصة على شكل وصف للوحة (CN.3) مع التركيز على التفاصيل (A1.1) لتصبح القصة تافهة banale بدون صراع واضح (Cl.2)، تظهر المواظبة في آخر القصة "في الرياح" و"الحيوانات" (E2.1) مع تحفظ كلامي (A3.1) وميل إلى التقصير (Cl.1).</p> | 1.12 | 14 | 12BG |
| <p>اكتفت القصة بالمظهر الخارجي للصورة مع اعتماد الوصف فبدت القصة مبتذلة يظهر فيها صراع واضح ما عدا في بعض التفاصيل النرجسية السلبية التي تستدعي موضوع سند سالب.</p> | <p>بعد زمن كمون متوسط (Cl.1) تبدأ القصة بالإشارة إلى الطفل دون تحديد هويته (Cl.2) يتم التركيز على المحتوى الظاهري للصورة (CF.1)، وصف الطفل (A1.1) مع التعلق بالتفاصيل، مع الرجوع إلى المعاش الشخصي والتجارب الشخصية (CN.1) وتحديد تمثلات مرتبطة بالموضوع (-CN2-CM1) مع ميل إلى التقصير (Cl.1).</p> | 40 | 16 | 13B |
| <p>تم اعتماد السياقات الأولية في التعامل مع اللوحة، سببها شدة الاسقاطات التي أدت على فائض debodement مهم عند الحالة والتي حاولت التحكم فيه اللوحات السابقة</p> | <p>بعد زمن كمون أطول (Cl.1) تبدأ القصة بتعليق شخصي (B2.1) الهدف منه الميل إلى الرفض (Cl.1) للوحة بسبب حالة عدم الراحة التي تسببها ويسببها الاختبار، فنقتصر القصة على الوصف للوحة (CN.3) من أجل كبت الدوافع ونفي كل الإدراكات الداخلية والمشاعر بالإضافة إلى الإدراكات الخاطئة (E1.3) "لافتات</p> | 45 | 20 | 19 |

| | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|----|
| <p>(13 B،12BG). بالإضافة إلى ذلك هذه اللوحة التي نشطت الإشكالية الاكتئابية مع عدم قدرة المفحوصة على احتوائها.</p> | <p>صغار " القصة كانت مشكلة من عبارات قصيرة (E4.3) ما يجعل القصة غير واضحة ولا محددة (E4.2) مع ميل على التقصير والرفض الذي ميز اللوحة (Cl.1).</p> | | | |
| <p>لم تستطع المفحوصة بناء قصة بل ورفضتها بسبب طبيعة اللوحة وحالة عدم الراحة التي سببتها اللوحات السابقة، تم تنشيط صراعات ودوافع ثقيلة أنهكت دفاعات المفحوصة وسببت فائض هام على مستوى جهازها النفسي ما دفعها إلى الرفض. هذا مؤشر على مشاكل وفشل في تنظيم المواضيع الداخلية والخارجية لدى الحالة.</p> | <p>رفضت المفحوصة اللوحة ولم تستطع الإسقاط عليها (Cl.1).</p> | 34 | 30 | 16 |
| <p>الزمن الكلي للاختبار: 21د7ثا</p> | | | | |

يتضح من خلال الجدول اعلاه أن الحالة أنجزت البرتوكول في مدة واحد وعشرون دقيقة، كانت الانتاجية فقيرة مع كثرة الانقطاعات الكلامية والميل الى التقصير لدرجة الرفض في اللوحة الاخيرة

الجدول رقم (66) يوضح: خلاصة سياقات TAT للحالة الثانية

| سياقات الرقابة "A" | سياقات المرونة "B" | سياقات تجنب الصراع "C" | السياقات الأولية "E" |
|--------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
| 9=A1.1 4=A1.2 1=A1.4 A1=14 | 8=B1.1 10=B1.2 1=B1.3 B1=19 | 6=CF1 CF=6 | 1=E1.3 1=E1.4 E1=2 |
| 1=A2.2 2=A2.3 2=A2.4 A2=5 | 17=B2.1 3=B2.2 1=B2.3 4=B2.4 B2=25 | 25=CI.1 15=CI.2 CI=40 | 2=E2.1 5=E2.3 E2=7 |
| 10=A3.1 1=A3.2 3=A3.4 A3=14 | 1=B3.1 4=B3.2 1=B3.3 B3=6 | 2=CN.1 6=CN.2 5=CN.3 CN=13 | 1=E3.1 E3=1 |
| | | 4=CL.1 1=CL.2 CL=5 | 1=E4.1 1=E4.2 1=E4.3 E4=3 |
| | | 8=CM.1 CM=8 | |

يتبين من خلال الجدول أن السياقات المستعملة كانت متنوعة هيمنت فيها سياقات الكف مع التواجد النسبي لسياقات المرونة الى جانب سياقات الرقابة و السياقات الأولية أيضا.

- السياقات العامة

يتضح من خلال شبكة التقييم أن المفحوصة استخدمت السياقات باختلافها، نجد سياقات الكف، الرقابة، المرونة، إلخ.

اختلف تكرار السياقات: نجد سياقات الكف الأكثر استخداما CI=40، تليها سياقات التهويل B2=25 ثم سياقات استثمار العلاقة B1=19، سياقات استثمار الحقائق الخارجية والسياقات الوسواسية A1/A3=14، السياقات النرجسية CN=13، لتأتي بعد ذلك السياقات الأخرى بتكرارات أقل: السياقات المضادة للاكتئاب قدرت بـ CM=8، تأتي بعدها السياقات الأولية من نوع شدة الإسقاط E2=7، يليها السياقات الهستيرية

وسياقات الاستثمار المفرط للحقيقة الخارجية $B3/CF=6$ ، ثم سياقات استثمار الحياة الداخلية، وسياقات عدم ثبات الحدود $CF/CL=5$ ، تبقى السياقات الأولية كانت الأقل استخداما.

سياقات الكف: استخدمت بكثرة من طرف المفحوصة بهدف الكف والتجنب وذلك من خلال تصنيف مجال الهوامات وإخفاء العالم الداخلي، استخدمتها المفحوصة في أغلب اللوحات، لكن كثر استخدامها في اللوحات الأخيرة نظرا لثقل الهوامات الداخلية التي تحملها كان أقصاها في اللوحة 16، ما يشير إلى وجود مشاكل هامة وفشل في تنظيم المواضيع الداخلية والخارجية لديها.

الميل إلى التقصير $CI.1=25$ انقسم ما بين زمن كمون متوسط إلى طويل في اللوحات (2، 3BM، 7، 9GF، 10، 19، 16)، التوقفات الكلامية (1، 7، 9، 10)، الميل إلى التقصير والرفض (1، 4، 5، 6... الخ) وصولا إلى الرفض في اللوحة 16.

سياقات المرونة: اعتمدتها المفحوصة من خلال التعليقات الشخصية المستخدمة بكثرة في القصص $B2.1=17$ فكانت المفحوصة تركز على العواطف والانفعالات من أجل كبت التمثلات المقلقة كما أنها ساعدتها على التعبير عن عالمها الداخلي من خلال مسرحيات كما في اللوحة (13BM، 4، 5) لوحات تنشط الصراع الأوديبي والعلاقة الثلاثية، كما اعتمدت عليها في بناء صراعات علائقية، بالتأكيد على العلاقات بين الشخصيات ($B1.1=8$) وبإدخال أشخاص غير مرئيين في الصورة $B1.2=10$ من أجل تهويل القصص وتجنب قرب المحارم كما في اللوحات (2، 3BM، 5، 10) بالإضافة إلى السياقات الأخرى كانت أقل استخداما: تمثلات مرتبطة بالحركة $B2.4=4$ إعطاء العلاقة بعد إغرائي $B3.2=4$ ، ساهمت هذه السياقات في إبراز الحركة النزوية.

سياقات المراقبة: استخدمت بالتناوب مع سياقات المرونة في اللوحات الأولى بهدف تنظيم الدينامية الصراعية من خلال بروزها تارة والتحكم فيها تارة أخرى.

كما استخدمت إلى جانب سياقات الكف من أجل منع بروز الصراعات والدوافع أكثرها استخداما التحفظات الكلامية والاجترار $A3.1=10$ كوسيلة دفاعية لمواجهة ما تنشطه اللوحات المتعلقة بالوضعية الاكتئابية (اللوحة 1، 2) أو الصور التي تنشط الصراع الأوديبي (2، 4) ثم الوصف مع التعلق بالتفاصيل أين حاولت المفحوصة التركيز على المظهر الخارجي والعناصر الخارجية لتجنب الالتماسات

الباطنية للصور (2-6...إلخ)، التحديد الزمني والمكاني (A1.2=4) بهدف الابعاد، العزل بين التمثلات والمشاعر (A3.4=3) بالإضافة إلى السياقات الأخرى.

السياقات النرجسية: استخدمت على شكل تفاصيل نرجسية مثل الذات والموضوع (CN2=6)، وصف اللوحة، عاطفة معنونة (CN3=5) استخدمت من أجل التجنب النرجسي والانسحاب من الصراعات العلائقية.

سياقات الاستثمار: المفرط للحقائق الخارجية CF=6

استخدمت إلى جانب A1.1 للتمسك بالمحتوى الظاهري من أجل تغييب العالم الداخلي وما يتضمنه من صراعات ونزوات.

السياقات المضادة للاكتئاب: CM=8 استخدمت فيها CM1 كطلب للدعم وتجنب بناء سيناريو للفقدان وبالتالي الاكتئاب.

سياقات عدم استقرار الحدود: CL=5 أكثرها استخداما النفاذية في الحدود بين المفحوصة والشخصية كما في اللوحة (4، 13BM).

السياقات الأولية: إن استخدام السياقات المتنوعة قلل من استخدام السياقات الأولية ما عدا الحدة في الإسقاط E2=7. كثر استخدامها في اللوحات التي تحمل التماسات باطنية ثقيلة. كما في اللوحة (19) التي نشطت الإشكالية الاكتئابية والاضطهادية أين استخدمت أنواع متعددة من السياقات (-E4.2-E4.3 E1.3). اللوحة (10) أيضا التي نشطت الصراع الأوديبى العنيف ما أدى إلى استخدام (E3.1-E4.1). المشاعر العدوانية التي تنشطها اللوحات أدت على فائض في الجهاز النفسي لدى المفحوصة.

الإشكالية العامة:

برزت قوة الاحساسات الاكتئابية بوضوح في البروتوكول، المرتبطة بتنشيط الوضعية الاكتئابية وبالتالي إشكالية فقدان الموضوع مع عدم قدرة المفحوصة على احتوائها ما سبب لها حالة فائض debordement ظهر على شكل كف ثم النكوص إلى مراحل قبل أوديبية نرجسية. ظهرت تصورات حول الأم كنموذج مثالي سلبي غير قادرة على توفير الحماية والدعم وبالتالي الحب، هذا ما يفسر غلبة

مشاعر الكره الموجهة إليها الغير حامية، تجد المفحوصة صعوبة في ادماج فقدان الموضوع ما يؤثر على البيئة الأوديبية ويمنعها من الإصران الأوديبي وتحقيق التقمصات الجنسية الناجحة.

حاولت الحالة في البداية اللجوء إلى سياقات التهويل وإقامة العلاقات على جانب السياقات الرهابية للتعبير عن الصراع تارة وتجنبه تارة أخرى.

تعلقت الصراعات العاطفية بمواضيع رغبة توشك أن تصبح مهددة بفعل تدخلاتها الاعتدائية ما دفع المفحوصة إلى التخلي عن سياقات المرونة واعتماد سياقات الرقابة وبالتالي تجنب العالم الداخلي بصراعاته والتركيز على ما هو خارجي، لكن شدة وحدة العدوانية برزت من خلال السياقات الأولية (العشوائية) وبالتالي ضعف الدفاعات لدى الحالة.

خلاصة الفصل: يتضح من خلال النتائج التي تم عرضها في هذا الفصل و المرتبطة بمقياس الاكتئاب عند المصاب بالسرطان، المقابلة العيادية و اختبار تفهم الموضوع للكبار. أن اغلب الحالات تعاني من اكتئاب متوسط الشدة الذي لا يتأثر بالعوامل المحددة سابقا، بالنسبة للدراسة العيادية فان الحالتان صراعات مبكرة ترتبط بفقدان الموضوع وما ينتج عنها من شعور بالوحدة، الخ.

الفصل السادس: تفسير ومناقشة النتائج في ضوء فروضها

أولاً: تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الأولى.

ثانياً: تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الثانية.

ثالثاً: تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الثالثة.

رابعاً: تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الرابعة.

خامساً: تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الخامسة.

سادساً: تفسير ومناقشة نتائج الفرضية السادسة.

سابعاً: تفسير ومناقشة نتائج الفرضية السابعة.

تمهيد :

استهدفت الدراسة الحالية الكشف عن الاكتئاب وأثره على المراهق المصاب بالسرطان، وبناءً على التحليل الإحصائي للنتائج التي أسفرت عنها الدراسة الأساسية ، و اعتمادا على ما تم عرضه من مادة علمية ، و بعض الدراسات السابقة التي تستند على بعض خصائص المجتمع الغربي والعربي اضافة الى دراسة الحالة ، قامت الباحثة بمناقشة نتائج فرضيات البحث كما هو وارد في هذا الفصل .

أولا :مناقشة نتائج الفرضية الأولى

نص الفرضية الأولى: "ينتشر الاكتئاب بدرجات متوسطة عند المراهق المصاب بالسرطان".

يتبين من خلال الجدول رقم (49) أن معظم المراهقين المصابين بالسرطان يعانون من اكتئاب متوسط الشدة بنسبة 76.78%، يليه الاكتئاب بسيط الشدة بنسبة أقل تقدر بـ 19.64% وأخيرا يأتي الاكتئاب شديد الشدة بنسبة 3.75%.

يمكن تفسير هذه النتيجة بإرجاعها إلى تأثير الصورة الجسمية عند المراهق المصاب بالسرطان بسبب المرض والعلاجات الخاصة به، هذه الصورة التي سبق وأن تأثرت بالبلوغ. تعتبر الصورة الجسمية من بين العناصر الضرورية لتكوين الهوية عند المراهق، هذا الأخير الذي يسعى إلى التعرف على جسمه بعد التغيرات الحاصلة فيه ومعرفة هل هذه الصورة مقبولة ومحبوبة.

تؤثر الإصابة بالسرطان على المراهق الذي يعيش تحولات جسمية ناتجة عن البلوغ فتضاف إليها تحولات جسمية أخرى ناتجة عن السرطان ، تكون هذه الأخيرة داخلية أين يصبح جزء من الجسم مصاب وبالتالي غير عادي، يحاول الانتشار في بقية الجسم لتحطيمه والقضاء عليه، بالإضافة إلى التحولات الخارجية التي تمس الجسم بأكمله والتي تكون ظاهرة كفقدان الشعر، فقدان الوزن أو على العكس زيادة في الوزن، تورمات، حبوب وغيرها، تتأثر كذلك الحدود ما بين الداخل والخارج، في حالة الأورام مثلا أين يكون الورم داخل الجسم نتيجة لزيادة حجمه يصبح بارزا يمكن رؤيته أو لمسه(يظهر ذلك في تصريحات الحالة عبد الهادي:"شعري طَاح"، "نَقَصت بَرَّاف"، "ظَفَّاري كَحَالُو". كما تظهر في تصريحات الحالة سارة: "نَقَصت"، "شعري كي يطيح نُولي نَحَوَّف".

يعيش المراهق المصاب في تناقض مرتبط بالتغيرات الجسمية الناتجة عن البلوغ و الناتجة عن السرطان لدرجة أن كل واحدة تمسح الأخرى، فالأولى تجعل الجسم جنسي، مثير، جميل، وأقرب إلى جسم الراشد، بينما الثانية تجعل الجسم لا جنسي، قبيح، تختفي منه معالم البلوغ. إن المراهق مطالب بإدماج وتقبل تلك التغيرات، ثم التخلي عنها واستبدالها بأخرى، ما يجعل هذه العملية صعبة ومعقدة تتأثر فيها الصورة القاعدية للجسم كما تحدها "دولتو" 1984 Dolto فتفقد الشعور بالاستمرارية والثبات الذي يميزها ويؤدي إلى جرح نرجسي، تتأثر كذلك الصورة الوظيفية للجسم والتي ترتبط بالهوية وبالعلاقة مع المحيط ليكون جسما يرغب ومرغوب فيه، لكن في هذه الحالة يصبح الجسم غير مرغوب فيه لأنه قبيح، أما فيما يخص المكون الأخير للصورة الجسمية كما حدده "دولتو" Dolto والمرتبط بالمناطق الشبقية والتي تشمل العينين، الفم، الثديين، الأعضاء الجنسية تتأثر أيضا هذه الأعضاء تبرز وتتمو نتيجة البلوغ لكن سرعان ما يمسحها المرض والعلاج فتضمحل وتفقد وظيفتها بشكل مؤقت أو كلي (تعاني الحالة سارة من ضمور الثديين بسبب العلاج وكذلك اضطرابات في الدورة الشهرية).

ترتبط الاستجابة الاكتئابية كذلك بإحباطات متعددة يعيشها المراهق المصاب ما يؤثر على العمل النفسي للمراهقة. هذا ما يفسر النظرة السلبية للمراهق لجسمه الذي أصبح مريض، ضعيف، عاجز، غريب، مضطهد، لا يمكن التحكم فيه، بعد أن كان جسما متناسق، موحد، مثير، قوي.

كما ترجع الى صعوبات في تحقيق الهوية، ما قد يؤدي إلى اضطراب في الهوية، يعود ذلك إلى تأثير الجسم والوظيفة الجسمية بسبب السرطان والعلاج والتي يربطها "ريش" Reich (2008) بالتحطيم، البتر، الألم، المعاناة الجسمية. يتعرض الجسم لاعتداءات متعددة ومتكررة خلال مرحلة التشخيص والعلاج ينتج عنها فقدان أو تغير أحد أو بعض أعضاء الجسم (كالركبة بالنسبة للحالة عبد الهادي)، تغير في الأحاسيس الجسمية، الشعور بأن الجسم ناقص، محدودية في بعض الوظائف الجسمية كالنتقل، المشي (كما عند الحالتين عبد الهادي وسارة) بالإضافة إلى الآثار الجانبية للعلاجات، يوضح "داني" Dany (2009) أن الجسم يتأثر والذي يعتبر من المعالم الأساسية للهوية، للشعور بالذات. فتتأثر الاستثمارات الغريزية الحاصلة على مستواه ويؤدي إلى ظهور الجرح النرجسي.

ترجع الاستجابة إلى تأثر الهوية الجنسية بشكل خاص فالتغيرات الحاصلة تمس المعالم الجنسية الضرورية للهوية الجنسية أين يفقد الجسم البعد الجنسي ويصبح حيادي، التأثير يمس الأعضاء الجنسية

الأولية والثانوية (ما يؤدي إلى سقوط الشعر، الشوارب، اللحية بالنسبة لعبد الهادي)، (سقوط الشعر وضمور الثديين بالنسبة لسارة)، كما تتأثر الوظيفة الجنسية: العادة الشهرية خصوصا ما قد يصعب اكتمال نمو الهوية الجنسية (يظهر عند الحالة سارة تأثر الهوية الجنسية في تصريحاتها كما يلي: "تولي ولد"، "تبدلت"، كذلك بالنسبة لعبد الهادي "ما وليتش نعرف روعي". يؤكد "أوبنهايم" Oppenheim (2009) على أن اضطراب الهوية الجنسية يضاف إلى اضطراب الصورة الجسمية عند الحالات، ويضيف أن السلبية التي تميز جسم المراهق المريض الناتجة عن المرض والعلاج يزيد من صعوبة بحث هذا الأخير عن هويته الجنسية ويزيد من احتمالية النكوص إلى المرحلة الأوديبية.

كما يمكن ربط هذه النتيجة بتأثر العلاقات الاجتماعية الضرورية في مرحلة المراهقة فهي تسمح له بتجربة الأدوار الاجتماعية المختلفة الضرورية في تحقيق الهوية، إن الوضعية العلاجية تحد من التفاعلات الاجتماعية كطول وتكرار مراحل الاستشفاء وما ينتج عنها من اختلاف في التجارب والاهتمامات. يشرح "كيندلبرجر ومالي" Kindelberger et Mallet (2009) أنه داخل العلاقات مع الأقران تتجلى الاستقلالية، تتحدد الأهداف وتبرز من خلالها شخصية المراهق، تقوم العلاقات الاجتماعية بوظيفة الدعم، الاستكشاف ومشاركة المعايير الضرورية للهوية. إن المرض يؤثر على جودة حياة المراهق المصاب فيجدها ويجعلها مختلفة عن المراهقين الآخرين، ما يصعب عليه تحديد معالم هويته من خلال مقارنته مع بقية المراهقين، فيشعر بأنه مختلف وبالتالي مستبعد مثال: الحالة عبد الهادي "ما وليناش نتلاقاؤ بزاف"، "ما وليناش نحكيو بزاف"، "ما وليتش نُخْرُج بزاف"، يتضح أن علاقات عبد الهادي أصبحت محدودة، اهتماماته مختلفة ما أعطاها شعورا بالاختلاف ودفعه للانعزال، أما الحالة سارة وبسبب طول مدة العلاج انقطعت علاقاتها الاجتماعية، يفقد المراهق علاقاته الاجتماعية ما يؤثر على استقلاليته، فيتقرب من جديد من والديه ليعيش حالة تبعية ما يؤدي إلى انغلاق هوية الأنا عنده، كما يحددها "مارسيا" Marcia (1966) أين يكون على المراهق المصاب بالسرطان الالتزام بما تحدده له الأسرة والفريق الطبي من أهداف وأدوار كما قد يؤدي إلى تعليق الهوية.

إن الانقطاع المؤقت أو الكلي عن الدراسة يؤثر كذلك على العلاقات الاجتماعية حيث أن التفاعل الاجتماعي الدراسي ضروري في تكوين المراهق النفسي والاجتماعي، فمن الأهداف القليلة عند عبد الهادي "تولي نقرأ" .

ترتبط النتيجة كذلك بتأثر مفهوم الزمن عند المراهق المصاب بالسرطان، الزمن النفسي والذي تعرفه جبار (2016) على أنه "الإحساس الذاتي والشعور بالزمن من حيث المدة المتتابع، والتسلسل" بالإضافة إلى خاصية الاستمرارية الضرورية في بناء الهوية ما يسمح للمراهق بالشعور بأنه هو رغم التغيرات الحاصلة. إن الإصابة بمرض خطير كالسرطان يؤثر على مفهوم الزمن الاجتماعي أو الموضوعي أين يفقد المراهق المصاب المعالم الزمنية الخاصة به والضرورية في تعامله مع المحيط بإيقاعه الشخصي، أو ما يعرف بالبنية الزمنية الداخلية، يرتبط الزمن لدى المراهق بإيقاع المستشفى فينظم ويسير هذا الأخير زمنه: موعد الأكل، موعد الفحوصات، موعد العلاج. يصبح الزمن متقطع ينقسم حسب "المقياس 40: خطة السرطان Mesure 40 plan cancer" إلى زمن المرض، زمن المريض، زمن الأسرة، زمن الفريق المعالج، الزمن الموضوعي.

يتأثر الزمن المعاش من طرف المراهق لينقسم إلى مرحلتين: مرحلة ما قبل السرطان، ومرحلة ما بعد السرطان. قد تبقى هذه الأزمنة في حالة انشطار Clivage وقد ترتبط من خلال عمل نفسي. فيما يخص المستقبل لا يمكن للمراهق تصوره إلا في إطار العلاج، الانتكاسة، الشفاء... إلخ (كما عند الحالة سارة أين نجد انشطار في الزمن).

قد ترجع الاستجابة الاكتئابية كذلك إلى مشكل في التواصل ما بين المراهق والفريق المعالج، هذا الأخير الذي يشمل الأطباء، الممرضين... إلخ؛ بحيث يجدون صعوبة في التعامل مع هذه الحالات التي لم تعد طفلا ولكنها في نفس الوقت لم تصبح راشدة بعد، بالإضافة إلى التناقض وصعوبة التحكم الانفعالي التي تميز هذه المرحلة، يؤكد "إيسار" (Essart 2011) على "صعوبة العلاقة فاحص/مفحوص مراهق ناتجة عن صعوبة في التواصل معهم". فلا يتحصل المراهق على المعلومات الضرورية المرتبطة بمرضه، بالاحتمالات العلاجية، المضاعفات، المأل... إلخ، أو تقدم له معلومات بسيطة، سطحية، غير كافية، وغير واضحة. يخاف المراهق من المصطلحات الطبية العلمية المستخدمة فيربطها بحالة من الخطر والتنبؤ السلبي. فيما يخص حالات الدراسة كانت ظروف الإعلان سيئة عند أغلب الحالات من حيث طريقة الإعلان، مكان الإعلان، زمن الإعلان دون التركيز على تسيير الانفعالات لديهم.

وهذا ما أكدته بعض الدراسات التي اتفقت مع نتيجة الدراسة الحالية، نذكر منها دراسة تاروات (2008) والتي تناولت انتشار الاكتئاب عند الراشد المصاب بالسرطان والتي توصلت إلى أن

60% من الحالات تعاني من اكتئاب متوسط، 13.3% تعاني من اكتئاب بسيط و 26.7% تعاني من اكتئاب حاد، كما توصلت الى أن الخوف، القلق والاكتئاب من الاضطرابات التي غالبا ما تصاحب الشخص المصاب بالإضافة الى مشاعر العجز والوحدة، والتي قد تصل بالحالة الى درجة الانتحار.

وهذا ما أثبتته كذلك دراسة سعيد (2016)، والتي توصلت على أن الاكتئاب متوسط عند الحالات وربطته بطبيعة المرض الذي يهدد حياة الفرد ويسبب صدمة ، بالإضافة الى الضغوط النفسية التي تعيشها الحالات. كما توصل أبو عيشة (2017) في دراسته الى أن الاكتئاب عند المصابين بالسرطان يتراوح ما بين المتوسط و الشديد، يرجع ذلك الى الواقع الذي يعيشه المصاب و الذي يرتبط باليأس، والإحباط ، والفشل، والتوتر. ما يعيق تحقيق الأهداف و يشعر المصاب بعدم القيمة. بالإضافة الى تغير مظهر المصاب بحيث يصبح قبيح وأقل جاذبية. هذه العوامل التي حددتها الدراسات المشابهة موجودة عند المراهق أيضا مع بعض الاختلاف يعود لخصوصية المرحلة العمرية.

وبالتالي فكل هذه التغيرات والاحباطات الحاصلة قد تجعل المراهق يعيش حالة من العجز بحيث يصعب عليه تحملها ولا يمكنه الهرب منها. يكون ذلك مصحوب بتغيرات في تقدير الذات، تأثر الهوية، ظهور جروح نرجسية، يحتاج المراهق الى القيام بحداد متعدد على كل ما فقده نتيجة المرض والعلاج. كل هذه العوامل تجعل المراهق يعاني من اكتئاب متوسط الشدة، وبذلك يكون المراهق المصاب بالسرطان بحاجة الى عمل نفسي مضاعف، معقد، صعب، ومتناقض خاص بالعمل النفسي للمراهقة travail psychique de l'adolescence والعمل النفسي للمرض travail psychique de la maladie. وبهذا تكون فرضية البحث "قد تحققت".

ثانيا: مناقشة نتائج الفرضية الثانية

نص الفرضية: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات الاكتئاب عند المراهق المصاب بالسرطان تعزى لمتغير الجنس".

يتضح من خلال الجدول رقم (50) أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات الاكتئاب عند المراهق المصاب بالسرطان تعزى لمتغير الجنس لأن قيمة SIG في الدرجة الكلية للمقياس أكبر

من مستوى الدلالة المعنوية (0.05%) وبالتالي لا يؤثر عامل الجنس على الاستجابة الاكتئابية عند المراهق المصاب.

يمكن تفسير هذه النتيجة كما يلي: يتعرض المراهقون المصابون بالسرطان إلى خبرات متشابهة الذكور منهم والإناث، هذه الخبرات ترتبط بالمرض أين تتغير حياتهم بشكل كبير، التشخيص والعلاج يسببان لهم حالة كف، كما يسببان حالة فقدان متعدد، تحدها "ديرون" Doron في فقدان التحكم، فقدان الاستقلالية، العجز، فقدان الهوية الأسرية، الشخصية، الاجتماعية... إلخ. يمرون بنفس المراحل: التشخيص، الإعلان، العلاج، الهجوع، الانتكاسة، لكل مرحلة استجاباتها النفسية الخاصة بها، يعيشون نفس المضاعفات، هذه الأخيرة تمس الجسم بأكمله منها ما هو مرتبط بالمرض ومنها ما هو مرتبط بالعلاجات المتعددة للسرطان نذكر أهمها: العلاج الكيميائي، العلاج الهرموني، والعلاج الجراحي(من بين هذه المضاعفات نجد عند عبد الهادي: "الفشلة"، "الوجع"، "غفت المأكلة"، اما عند سارة نجد "الفشلة"، "كنت نعيًا" ترجع للمرض "كينمرض نَفْشَل بَرَأف".

ترتبط النتيجة بكثرة الأعراض وتكرارها وبحالة عدم الراحة التي تسببها، منها ما يكون ظاهر والبعض الآخر لا يظهر، إن عدوانية الفحوصات والعلاجات المتكررة والمتعددة تؤثر على الصورة الجسمية للمراهق باختلاف جنسه، يوضح "ريش" (Reich 2008) إن "اضطرابات الصورة الجسمية الناتجة عن السرطان وعلاجاته العدائية تسبب جرحا جسما ونرجسيا". ان دراسة "حسيسن وآخرون" (2009) Hesseissen et autres والتي هدفت إلى معرفة الإعلان والتأثيرات النفسية الجسمية والاجتماعية للمرض والعلاج عند المراهق الذي خضع لعلاج سابقا في المغرب، قارنت الدراسة تأثير بعض الآثار الجانبية للعلاج؛ سقوط الشعر بين المراهقين والمراهقات، توصلت إلى أن 75% من المراهقات راودهن شعور بالخزي، الاكتئاب وتجرد الشخصية مقابل 43% من الذكور. يضيف "ريش" (2008) Reich أن "سقوط الشعر يسبب جرحا نرجسيا للإناث والذكور أيضا".

يؤدي سقوط الشعر إلى جانب المضاعفات الأخرى إلى مسح المعالم الجسمية الضرورية للهوية الجسمية، نذكر من بينها الاضطرابات الجنسية الوظيفية عند الذكر والأنثى (انقطاع الدورة الشهرية عند الأنثى ومشاكل جنسية عند الذكر أهمها فقدان الخصوبة)، ضمور بعض الأعضاء الجنسية عندهم كالثديين بالنسبة للأنثى والخصيتين بالنسبة للذكر، توضح كوسي (2019) Coussy أن "من بين

الأعراض التي تظهر بسبب العلاج الكيميائي: اضطراب في الدورة الشهرية بسبب نقص في الهرمونات الجنسية قد تصل إلى انقطاع الحيض" كما تضيف الجمعية ضد السرطان (2017) "يكمن الخطر بالنسبة للذكر في إنتاج حيوانات منوية مخربة من الناحية الجينية". تتأثر المعالم، الوظيفة وبالتالي الهوية الجنسية عند المراهقين المصابين بالسرطان ذكورا وإناثا، (تأثرت الدورة الشهرية عند الحالة سارة خلال مراحل العلاج المختلفة واستمر ذلك حتى في مرحلة الهجوع، حاليا وبعد أن بدأت حصص العلاج، بدأت تظهر الاضطرابات في الدورة الشهرية). يعيش المراهق حالة من الغموض والحياد مرتبطة بالجانب الجنسي ما يعيق العمل النفسي للمرافقة.

ترتبط الخبرات المتشابهة عند المراهقين المصابين بالسرطان ذكورا وإناثا بالتفاعل والعلاقات الاجتماعية، فيعيش المصابون حالة من العزلة تعود لعدة أسباب ترتبط بالسرطان أهمها: طول وتكرر الاستشفاءات، تغير نمط الحياة بسبب العلاج، نقص المناعة مثلا بسبب العلاج الكيميائي تستدعي تجنب الاحتكاك بالآخرين لتجنب العدوى، كذلك الشعور بالغرابة الذي يعيشونه يؤثر على علاقاته الاجتماعية بحيث يجعلهم يشعرون بحالة من النفور من الآخرين، تنحصر علاقاتهم داخل المستشفى ما يحرمهم من عيش تجارب متنوعة وتجربة أدوار متعددة ضرورية لتحديد هويتهم. يوضح "كيندلبارغر ومالي" (2009) Kindelberger et Mallet " اختلاف الأهداف الاجتماعية ما بين الجنسين، فالذكر يبحث أكثر عن التحكم، الشعبية والقيادة بينما الأنثى تبحث عن الارتباط والصدقة أكثر" لكن هذا لا ينفي وجود كل الأهداف المذكورة عند كلا الجنسين وكذلك اختلاف الأهداف عند المراهقين من نفس الجنس، إن تأثير السرطان على العلاقات الاجتماعية لا يمكن المراهقين ذكورا وإناثا من تحقيق أهدافهم المختلفة باعتبار أن هذه الأخيرة تتحقق داخل العلاقات التي تتميز بالتكرار، التنوع والاستمرارية عبر الزمن ما يؤثر على تكوين الهوية.

ترتبط العلاقات الاجتماعية عند المراهق بالدراسة أو التمدرس، توصل "حسيسن وآخرون" (2009) Hesseissen et autres إلى أن 65% من الحالات درستهم تأخرت عن الدراسة و17% توقفوا كليا عن الدراسة، كما توصلوا إلى أن أكثر ما يؤثر على الحالات هو فقدان الدراسة. (هذا ما التمسناه عند الحالة عبد الهادي).

دراسات أخرى اهتمت بالمعاش النفسي والأثر نذكر من بينها دراسة "انسكارو آخرون" Enskar et autres (1997) بالسويد، والتي حددت تأثيرات متعددة للسرطان من بينها تأثير العلاقات مع الأصدقاء والأقران وأكدت على أهميتها في دعم المراهق المصاب، كذلك نجد دراسة "لين وودقات" (2005) Lynn, Woodgate بكندا والتي درست كيف يعيش المراهق وضعية العزلة وما يسببه السرطان فكانت الاحتمالات كالتالي: العيش كسجين، العيش كعاجز، العيش كغريب، العيش كطفل. دراسة "دروو وآخرون" Dreu et autres (2019) أكدت بدورها على أهمية الأصدقاء، الأقران والعلاقات. بالإضافة إلى دراسة "كوستك، وآخرون" et autres Kostak(2019) أكدت على تأثير المراهقين بسبب عدم قدرتهم على التمدريس. ان الدراسات المذكورة أجريت على مراهقين ذكور وإناث لكنها لم تهتم بتحديد الفروق بينهما.

إن تعرض المراهقين باختلاف جنسهم للعوامل المذكورة سابقا إلى جانب عوامل أخرى وحالات فقدان المتعددة الناتجة عنها تؤدي إلى ظهور استجابة اكتئابية لديهم، فيما يخص الدراسات التي تتفق مع الدراسة الحالية محل البحث نجد: دراسة "كاي وآخرون" (2017) Kaye et autres، دراسة "سنيد وآخرون" (1992) Sneed et autres، دراسة "ميشال وآخرون" (2011) Metchall et autres، دراسة "بلامبوهولند" (1981) Plumb et Holland، دراسة أبو عيشة (2019)، ودراسة سلطان (2017). هذه الدراسات لم نجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات الاكتئاب عند المصابين بالسرطان تعزى لمتغير الجنس.

بالمقابل توجد دراسات أخرى اختلفت مع نتائج الدراسة الحالية، بحيث وجدت فروق ذات دلالة إحصائية في درجات الاكتئاب تعزى لمتغير الجنس لصالح الإناث، نذكر منها: دراسة تاروات (2008)، دراسة "يان وآخرون" (2016) Gen, et autres)، دراسة "حاميش" (2015) Hamish، دراسة ليندن وآخرون " (2012) et autres Linden. بالرغم من التشابه بين الدراسات المذكورة سواء التي وجدت فروق أم لم تجدها من حيث المحددات المكانية، الزمنية والأدوات المعتمدة اختلفت فيما يخص الفروق. يمكن تفسير الاختلاف بين نتائج الدراسة الحالية التي أجريت على فئة المراهقين والدراسات الأخرى أجريت على الراشد وبالتالي اختلاف الأدوار بين الحالات المدروسة فالمرأة الراشدة كما تفسر شيدمي (2015) تشعر بالخوف من فقدان المساندة، الخوف من عدم القدرة على التكفل بالأسرة، الخوف من فقدان الزوج أو الزوج الاستهامي.

إن تشابه الخبرات المعاشة من طرف المراهق والمراهقة والمرتبطة بالمرض والعلاج، العلاقات والتفاعلات الاجتماعية، الظروف المحيطة المرتبطة بالمستشفى... إلخ، يجعل من عامل الجنس عاملاً لا يؤثر على الاستجابة الاكتئابية عند المراهق المصاب بالسرطان. و بالتالي فرضيتنا قد تحققت.

ثالثاً: مناقشة نتائج الفرضية الثالثة

نص الفرضية: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات الاكتئاب عند المراهق المصاب بالسرطان تعزى لمتغير نوع السرطان".

يتضح من خلال الجدول رقم (51) أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات الاكتئاب عند المراهق المصاب بالسرطان تعزى لمتغير نوع السرطان، لأنقيمة SIG في الدرجة الكلية للمقياس هي أكبر من مستوى الدلالة المعنوية (0.05%) وبالتالي عامل نوع السرطان لا يؤثر على الاستجابة الاكتئابية عند المراهقين المصابين.

يمكن تفسير النتيجة التي توصلت إليها الدراسة الحالية كما يلي: رغم اختلاف أنواع السرطان عند المراهقين المصابين والتي تقسم إلى سرطان الدم، سرطان العظام، مرض هذجكين، أورام الكبد، أورام الكلى، سرطان الجلد، ساركوما الأنسجة الرخوة، فإنها تتشابه من حيث الأعراض والتي يمكن تحديد أغلبها في ارتفاع درجة الحرارة، زيادة في عدد الكريات البيضاء، نقص في عدد الكريات الحمراء، وما ينتج عنه من أنيميا، قيء، آلام في مواضع مختلفة (العظام، الرأس... إلخ)، تشترك السرطانات في عدة أعراض والفحوصات المعقدة هي التي تسمح بتحديد نوع السرطان ومرحلته.

كما ترجع إلى تشابه السرطانات من حيث نوع الفحوصات المعتمدة والتي تشمل: التحاليل الدموية، الموجات فوق الصوتية، الأشعة السينية، التصوير بالرنين المغناطيسي، المسح الضوئي، الخزعة (خزعة النخاع الشوكي)، أنابات، مضان Scintigraphie (للعظام... إلخ). يتعرض المراهق المصاب بالسرطان لهذه الفحوصات بشكل متكرر، هذه الأخيرة تتميز بالعدائية ما يؤثر سلباً على المراهق.

ترجع هذه النتيجة كذلك إلى تشابه السرطانات فيما بينها من حيث العلاج المستخدم، خصوصاً العلاج الكيميائي وما ينتج عنه من مضاعفات تكون غير مرغوبة تمس الجلد، المخاط، المعدة، والأمعاء، اضطرابات أيضية، اضطرابات تمس القلب والجهاز الدموي، اضطرابات عصبية، مشاكل

على مستوى الرئتان، على مستوى العينين، على مستوى الغدد التناسلية. تضيف "شان" Chun الأعراض التالية: نقص في المناعة، كدمات ونزيف، آلام عصبية، صعوبة في التنفس، إمساك أو إسهال، التهابات جلدية، تقرحات في الفم.

من بين الدراسات التي اتفقت مع نتيجة الدراسة الحالية نجد دراسة تاروات (2008) والتي درست الفروق في درجات الاكتئاب من حيث نوع السرطان، والذي قسمته إلى: سرطان الثدي، سرطان الرئة، سرطان الجهاز التناسلي للمرأة، سرطان الحنجرة، سرطان الجهاز الهضمي، سرطان اللمفاوي... إلخ باعتبار أن الدراسة أجريت على فئة الراشدين، لم تتوصل الدراسة إلى وجود فروق دالة إحصائية في درجات الاكتئاب عند المصابين بالسرطان تعزى لمتغير نوع السرطان، كذلك دراسة أبو عيشة (2017) والتي درست هي أيضا الفروق من حيث نوع المرض والتي قسمته إلى سرطان: القولون، الثدي، البروستات، الرئة، الدم، الكبد، الحنجرة، المثانة، المستقيم، الدماغ، الرحم، اللسان، البلعوم، المعدة، الغدد اللمفاوية، الغدة الدرقية، الغدة الكظرية، العظام. لم تتوصل الدراسة إلى وجود فروق تعزى لمتغير نوع السرطان أيضا. دراسة حسن (2014) لم تجد هي أيضا فروق تعزى لمتغير نوع السرطان لدى المصابين، فيربط الاستجابة الاكتئابية بعوامل أخرى منها: العلاقات الشخصية والتدين.

يمكن إرجاع النتيجة الحالية إلى التشابه في المواقف والخبرات التي يمر بها المراهق المصاب بالسرطان وكذا تشابه الأعراض، الفحوصات، العلاجات وما ينتج عنها من مضاعفات، فيجعل من عامل نوع السرطان عاملا لا يؤثر على الاستجابة الاكتئابية لديهم وبالتالي تحققت الفرضية.

تتسبب الوضعية الصحية الصعبة التي تؤثر على مجالات حياة المراهق المختلفة: الدراسية، الأسرية المصحوبة بشعور بالفقدان والخسارة. اعتقاد المراهق بأنه غير قادر على السيطرة على ما يحصل وبأن أي مجهود يقوم به لن يغير هذه الوضعية، يرتبط ذلك بمفهوم العجز المكتسب الذي يؤدي إلى ظهور الاكتئاب، لا تتأثر هذه الوضعية بنوع السرطان بل تتأثر بعوامل أخرى أكثر: كالمساندة الاجتماعية و الأسرية مع ضرورة المحافظة على استقلالية المراهق المصاب، نوع الرعاية الطبية والعلاقة مع الفريق الطبي التي يجب أن تأخذ بعين الاعتبار طبيعة هذه المرحلة العمرية الحساسة المتناقضة. وبالتالي فرضيتنا لم تتحقق.

رابعاً: مناقشة نتائج الفرضية الرابعة

نص الفرضية: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات الاكتئاب عند المراهق المصاب بالسرطان تعزى لمتغير مرحلة السرطان".

يتضح من خلال الجدول رقم (52) أنه لا توجد فروق بين درجات الاكتئاب عند المراهق المصاب بالسرطان تعزى لمتغير مرحلة السرطان لان قيمة SIG في الدرجة الكلية للمقياس هي أكبر من مستوى الدلالة المعنوية (0.05%) وبالتالي لا يؤثر متغير مرحلة السرطان على درجات الاكتئاب عند المراهق المصاب.

يمكن تفسير النتيجة بربطها بعدم علم المراهق المصاب بالسرطان بمفهوم مراحل السرطان أو عدم فهمه لها، يعود ذلك إلى أن المستوى التعليمي والثقافي للمراهق الذي لا يسمح له بفهم الوضعية الصحية الخاصة به بشكل مفصل و معمق، فمعلوماته المرتبطة بالمرض، العلاج التنبؤ، إلخ قليلة، تؤكد شيدمي (2015) على أن الوضعية التقيفية بالنسبة للمصاب مهمة قد تخفف من المعاناة وشدة التمثلات النفسية السلبية المرتبطة بالسرطان. يبحث المراهق عن معنى السرطان، الإصابة في هذه المرحلة يرتبط ذلك بمهمة البحث عن الذات والهوية (من أنا؟ إلى أين اتجه؟... إلخ)، يوضح "أوبنهام" (2008) Oppenheim " كيف يبحث المراهق عن المعنى والهوية في السرطان فيتساءل: لماذا أنا؟ لماذا نحن؟ لماذا الآن؟ كما يعتبر أن هذا البحث عن الهوية أساسي، يكون ذلك من خلال مجموعة تساؤلات: من أين أتى السرطان؟ ما الذي غيره فيه؟، ينتج ذلك عن قلة، بساطة و سطحية المعلومات التي يتحصل عليها المراهق المصاب من الفريق المعالج، يؤكد "ميسي" (2015) Messet على ضرورة "إعلام المريض بصراحة وبوضوح بخصوص التشخيص والتنبؤ"، إن أغلبية المراهقين المصابين بالسرطان (عينة الدراسة الاحصائية) لم يتم إعلان تشخيص إصابتهم بالشكل الصحيح، نفس الشيء فيما يخص البروتوكولات العلاجية المعتمدة، المآل... إلخ، تم الاعتماد مع الحالات على ما يسمى "ما قبل التشخيص" Les Préannonces، أين يتم الإعلان بطريقة عشوائية لا تهئ المكان، الزمان، أسلوب الإعلان، يقوم بالإعلان طبيب العائلة، طبيب صديق للأسرة، ممرض، مختص نفسي، دون تسيير الانفعالات الناتجة والتي في الغالب تكون على شكل ذهول أو هيجان، عند بعض الحالات لم يتم التشخيص عرف المراهق نوع مرضه صدفة (كالحالة عبد الهادي الذي عرف طبيعة مرضه لما قرأ كلمة

سرطان وهو داخل للمركز الاستشفائي باعتبار أن المستشفى يسمى المركز الاستشفائي للأورام السرطانية، إلخ)، يشرح إيدويد (2017) Edwide ما قبل التشخيص بأنه "إعلان يقوم به العاملون في مجال الصحة أو من خلال بعض الفحوصات، يتم في ظروف غير مناسبة تؤدي إلى مشكل في التواصل"

يشير ذلك إلى وجود خلل في العلاقة طبيب-مريض مراقب ناتج عن خصوصية مرحلة المراقبة أين يعيش المراقب أزمة تظهر من الناحية الانفعالية على شكل صعوبة في التحكم الانفعالي، التناقض الوجداني والحساسية الزائدة تؤدي إلى استجابات سلوكية من تمرد، سلوكيات خطيرة، كما أن المراقب هو فرد لم يعد طفلاً ولكنه في نفس الوقت لم يصبح راشد بالرغم من أن الوضعية المعاشة تقربه من وضعية الطفل أكثر من الراشد ما يجعل العلاقة طبيب-مريض مراقب صعبة، يوضح "أوبنهايم" Oppenheim " كيف أن علاقة المراقب المصاب بالسرطان بمعالجيه علاقة معقدة، هؤلاء الذين يشكلون جماعة متجانسة لها هويتها الخاصة تتسم بالقوة، لها نمط تفكير خاص، سلوكيات وأقوال خاصة ما يعطيها قوة ودراية خارقة، فيجد المراقب نفسه ما بين الولاء لوالديه أو الولاء لمعالجيه. تضيف "مايليس" (2015) Maelys "أن المعالجين يجدون أن التكفل بالمراقب المصاب بالسرطان معقد بسبب طبيعة الاتصال الحساس أو نتيجة عدم معرفة خصائص هذه المرحلة العمرية". يلجأ الفريق المعالج إلى إعلام الوالدين بكل ما يتعلق بتشخيص، علاج، مآل ابنهم المراقب المصاب بالسرطان فيتجنبون إعلامه بالخبر السيء كنوع من الحماية، هذا ما يفسر قلة معلوماته حول المرض بما فيها المراحل، في هذه الحالة يلجأ المراقب إلى البحث عبر الأنترنت لفهم وضعيته الصحية بعض أفراد العينة كانوا يسجلون المصطلحات الطبية خلال الفحص ويبحثون عنها بمفردهم، يدخل ذلك فيما قبل التشخيص و تكون بطريقة غير مناسبة.

قد ترتبط الاستجابة الاكتئابية بعوامل أخرى كطول مدة وتكرار مدة الاستشفاء، فنتأثر المعالم الزمنية، المكانية، يفقد المراقب خصوصيته داخل المستشفى، يشعر بالملل... إلخ، توضح "مايليس" (2015) Maelys "أن الفترات المتكررة والطويلة أحيانا للاستشفاء فيقل خروج المراقب بسبب الوضعية الصحية، التعب النفسي والجسمي مع التبعية للوالدين يزيد من الشعور بالعزلة عند المراقب المصاب بالسرطان"، كذلك فقدان الاستقلالية والأعراض الأخرى التي تسبب معاناة وضيق نفسي للمصاب.

لم تتفق دراسة سيد (2016) وتاروات (2008) مع نتائج الدراسة الحالية حيث وجدت فروق ذات دلالة إحصائية في درجات الاكتئاب تعزى لمتغير مرحلة السرطان، يرجع ذلك إلى المرحلة العمرية لعينة الدراسة حيث أن الدراستين أجريتا على فئة الراشدين، للراشد معلومات وثقافة حول السرطان اكتسبها من خلال قراءاته، احتكاكه بأشخاص مرضى يجعل منه واعي بخصوص مراحل السرطان وتأثيرها على عملية التنبؤ، كما قد تعود إلى طبيعة العلاقة طبيب-مريض، طريقة الإعلان، المعلومات المقدمة من الطبيب للمريض والمرتبطة بوضعيته الصحية.

تتشترك عوامل داخلية خاصة بالمراهق وأخرى خارجية مرتبطة بالأسرة والفريق المعالج والتي تكون نتيجتها عدم معرفة وفهم المراهق لمراحل السرطان ما يجعل منه متغير لا يؤثر على الاستجابة الاكتئابية لديهم "و بالتالي فرضيتنا قد تحققت".

خامسا: مناقشة نتائج الفرضية الخامسة

نص الفرضية: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات الاكتئاب عند المراهق المصاب بالسرطان تعزى لمتغير نوع العلاج".

يتبين من الجدول رقم (53) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجات الاكتئاب عند المراهق المصاب بالسرطان تعزى لمتغير نوع العلاج لأن قيمة SIG في الدرجة الكلية للمقياس هي أكبر من مستوى المعنوية (0.05%) وبالتالي عامل نوع العلاج ليس بعامل مهم يؤثر على الاستجابة الاكتئابية لديهم.

يمكن تفسير النتيجة المتحصل عليها بربطها بالعوامل التالية: يجدر الإشارة الى أن أنواع العلاج في الدراسة الحالية محل البحث تحددت في نوعان: العلاج الكيميائي والعلاج الكيميائي مع العلاج الجراحي (يرتبط ذلك بالمحددات المكانية ومحددات متعلقة بعينة الدراسة).

كما يؤثر العلاج الكيميائي على المراهق المصاب بالسرطان فيسبب آثار جانبية غير مرغوبة كثيرة تظهر في الجسم بأكمله، من بين أكثر الأعراض تأثيرا نجد أولا فقدان الشعر L'alopécie يكون فيه تساقط كلي أو جزئي، مفاجئ أو تدريجي للشعر، يمس كل الشعر الموجود في الجسم، شعر الرأس، الحواجب، الشعر الموجود في الأعضاء الجنسية والمرتبط بالبلوغ... إلخ، تأثيره شديد على الحالات

باعتبار أنه يحمل معاني رمزية، ثقافية، اجتماعية. قد يغير سقوط الشعر من نظرة الآخر للمصاب، هذه النظرة ضرورية للهوية، الصورة الجسمية الوظيفية، تقدير الذات، فترتبط بالشفقة، بالنفور، بالاختلاف، ما يؤثر سلبا على المفاهيم النفسية المذكورة سابقا، يوضح "ريش" (2008) Reich أن سقوط الشعر يرجع السرطان ظاهرا بالنسبة للآخر، كما يوضح عدوانية المرض والمواقف الصعبة التي يعيشها المريض. فيجعل من المصاب مختلف، غريب عن الآخر، كما يشير "ألبي" Albi إلى أن فقدان الشعر بالنسبة للمصاب بالسرطان يضاف إلى وضعيات الفقدان الأخرى التي تحتاج إلى حداد. يسبب فقدان الشعر بشكل مفاجئ وبكثرة زعر المراهق المصاب ويسبب شعور بتجرد الشخصية، يضيف "أوبنهام" (2009) Oppenheim "ينظر المراهق إلى وجهه المصاب بالسرطان، فيبحث عن نقاط التشابه بين ما كان عليه سابقا و ما هو عليه حاليا فيجد أعراض سرطان، هذا ما يدفعه إلى السلبية وتقبل الوضعية التي لا يمكن تجنبها أو الرفض مع المقاومة". يرتبط تقبل الوضعية التي لا يمكن تجنبها بمفهوم العجز المكتسب ما يؤدي إلى الاكتئاب.

قد يكون ذلك بسبب التغير المفاجئ في مخطط الجسم وبالتالي الصورة الجسمية، يشرح "ماشافوان" Machavoine كيف أن "الصورة الجسمية تتأثر بعد الجراحة أو نتيجة مضاعفات علاجات السرطان، فتظهر مجموعة أعراض أهمها: فقدان الشعر والتعب"

قد يرجع ذلك كذلك إلى الغثيان الذي يعتبر ثاني أعراض العلاج الكيميائي تأثيرا على المصابين بسبب حالة عدم الراحة التي يسببها فيؤثر على تغذية المصاب ويسبب التعب كما يؤثر على جوانب أخرى حددتها دراسة "فارال وأخرون" Farrel (2012) et autres التي أجريتها كيريا، والتي درست أثر الغثيان على الوضعية الغذائية للمصاب، الضيق النفسي وجودة الحياة وجدت الدراسة أن من 55.2% إلى 72.9% من المصابين يعانون من الغثيان، من 20.5% إلى 29.2% منهم يعانون من غثيان حاد الذي يؤثر على الوظيفة الجسمية، جودة الحياة ويسبب ضيق نفسي. إن الغثيان يفقد المصاب الرغبة في الأكل. يرتبط كذلك بالتعب الذي يكون مستمر، غير عادي، شديد لا يتحسن حتى بعد الراحة أو للنوم عند المراهق المصاب بالسرطان (الحالة سارة أثر عليها الغثيان المزمن يظهر ذلك في تصريحها "غُفُتالماكَلَة") ، تعود ذلك الى الشعور بالتعب حيث يوضح "كيرغر" Kerger (2016) أنه "ناتج عن الاضطرابات الأيضية الحاصلة، الأينميا والمضاعفات الأخرى"، ما يؤثر سلبا على جودة حياة المصاب الجسمية، النفسية، الاجتماعية... إلخ، كما يؤثر على علاقات المراهق وعلى تفاعلاته مع

الآخر: يفقد المراهق استقلالته بسبب التعب فلا يستطيع القيام بنشاطاته المعتادة، ما يشعره بالعجز ويرجعه لوضعية السلبية والتبعية.

قد يرجع ذلك أيضا للألم الذي في الغالب يكون مصاحب للتعب الذي يكون ناتج عن السرطان والعلاج الكيميائي أيضا يؤثر بدوره على جودة الحياة، العلاقات الاجتماعية... إلخ، تكون الآلام على مستوى الفم، الجلد، على مستوى الأعصاب... إلخ. درس "تبيرغيان وآخرون" (Tiberghien et 2019) autres مميزات المعاش الجسمي والنفسي المرتبط بالألم عند المصاب بالسرطان، توصلت إلى أن الألم يجعل المصاب يركز على جسمه الحقيقي، يعيش انفعالات غير سارة مرتبطة به، بالمرض وبالتالي المآل، يرتبط الألم بمعاش صدمي فيعتبر مؤشر لاختفاء المرض أو عودته. هدفت دراسة "شريف وآخرون" (Sherif et autres 2015) إلى تقييم تقدير الذات عند الأطفال الخاضعين لعلاج كيميائي بسبب إصابتهم بسرطان الدم اللمفاوي الحاد توصلت إلى أن 84.83% يعانون من مستوى منخفض في تقدير الذات.

من جهة أخرى إن العلاج الجراحي قد يؤثر على الاستجابة الاكتئابية عند الحالات، حيث يستخدم هذا النوع في علاج الأورام أينما وجدت، فتسبب ندبات تكون دائمة، كما تسبب البتر L'amputation. يعتبر البتر الناتج عن السرطان قليل يتم اللجوء إليه في علاج بعض الأورام التي تتشكل على مستوى الركبة أو الورك بهدف منع انتشار الخلايا السرطانية، هذا النوع من الأورام ينتشر عند المراهق. دراسة "إيمام، وآخرون" (Imam et autres 2017) والتي هدفت إلى تحديد أسباب بتر الأطراف السفلية في كندا ما بين 2006-2011 توصلت إلى أن 1.8% فقط ناتجة عن السرطان. يؤثر البتر على استقلالية المراهق المصاب بالسرطان: يسبب الشعور بالعجز، السلبية والتبعية، التي تؤثر على سيرورة المراهقة، الشعور بالعجز يعتبر من بين الأسباب التي تؤدي إلى ظهور استجابة اكتئابية لدى الحالات، يوضح "زيناك، وآخرون" (Zinagg et autres, 2014) أنه إذا كان البتر تحتالركبة ف 60% من الحالات تحتفظ باستقلاليتها، أما إذا كان البتر فوق الركبة فقط 20% من الحالات تحافظ على استقلاليتها.

يؤدي البتر إلى صدمة نفسية بالنسبة للمراهق المصاب، جرح نرجسي تغيرات هامة في الصورة الجسدية تؤدي إلى ظهور اضطرابات متعددة تناولتها دراسة "أحمد وآخرون" (Ahmed et autres) التي أجريت في الهند على المبتورين جراء السرطان، اهتمت بدراسة العضو الشبح، الإحساس به وبالآلم على مستواه، كما درست الاضطرابات المصاحبة، توصلت إلى أن من بين الاضطرابات النفسية الناتجة عن

البتير جراء السرطان: اضطراب في النوم، اضطراب الاكتئاب. فيما يخص حالات الدراسة توجد حالات تعاني من ورم في العظام البعض منها يخضع للعلاج الكيميائي فقط، البعض الآخر خضع للعلاج الجراحي والذي انقسم إلى نوعان: علاج يعتمد على البتير (الموجود في المراكز الجزائرية)، علاج يعتمد على مبدأ "إنقاص الطرف المصاب" أو المحافظة على الطرف (العضو) المصاب (هذا النوع يجري في البلدان المجاورة)، فيما يخص الفروق ما بين الحالات التي خضعت لعلاج جراحي يعتمد على البتير أو خضعت لعلاج جراحي ثم الحفاظ فيه على الطرف المصاب، توجد دراسة "ريفيت وآخرون" 2002, Reffat et autres قامت بمقارنة جودة الحياة بين الحالات المبتورة نتيجة السرطان والحالات غير المبتورة، توصلت فيما يخص الاستقلالية أنه حتى الحالات غير المبتورة تتأثر استقلاليتها فتجد صعوبة في التنقل، صعود الدرج... إلخ. (إن الحالة عبد الهادي يعاني من سرطان العظام لكنه خلال مدة الدراسة كان يخضع للعلاج الكيميائي فقط).

بالرغم من أن للعلاج الجراحي آثار دائمة إلا أنها لم تؤثر على الاستجابة الاكتئابية عند المصاب بالسرطان الخاضع للعلاج، تأثيرها قد يظهر في مرحلة الهجوع أو الشفاء لما تختفي أعراض العلاج الكيميائي لتبقى ندبات للعلاج الجراحي، تصعب على المراهق الانتقال من وضعية مريض إلى وضعية "سليم" (Sain) كما تؤثر لاحقاً على الصورة الجسمية، فتصعب عملية تعديلها بما يتناسب مع الوضعية الصحية الجديدة.

كما أن هذه النتيجة قد ترجع إلى تداخل وتشابه الأعراض على المراهق المصاب: أعراض السرطان في حد ذاته، أعراض العلاج الكيميائي، أعراض العلاج الجراحي، أعراض العلاج الإشعاعي، ان الشعور بالتعب والألم يرتبط بالسرطان كما يرتبط بالعلاج، ما يجعل المراهقين المصابين يشعرون بكل تلك الأعراض باختلاف أسبابها (الحالة سارة تشعر بالتعب بسبب الأنيميا الناتجة عن سرطان الدم الميلودي الحاد، عبد الهادي يشعر بالتعب كذلك و لكن بسبب العلاج الكيميائي، فيما يخص الألم سارة تشعر بالألم نتيجة العلاج الكيميائي، لكن عبد الهادي يشعر بالألم نتيجة الورم السرطاني، بالإضافة إلى الأعراض الأخرى وبالتالي مهما اختلف سبب العرض كلاهما يشعران به ويعانيان منه).

فيما يخص الدراسات السابقة التي تتفق مع نتيجة الدراسة الحالية محل البحث نجد: دراسة تاروات (2008) درست الفروق من حيث نوع العلاج الذي قسم إلى علاج بهدف الشفاء أو علاج

تلطيفي، لم تتوصل الدراسة إلى فروق في درجات الاكتئاب تعزى لعامل نوع العلاج. نجد كذلك دراسة "سعيد" (2016) والتي درست الفروق من حيث نوع العلاج فقسمته إلى علاج كيميائي، جراحي، إشعاعي، لم تتوصل إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية، دراسة "أبو عيشة" (2017) لم تتوصل هذه الدراسة أيضا إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجات الاكتئاب عند المصابين تعزى لمتغير نوع العلاج.

أما فيما يخص الدراسات التي اختلفت مع نتيجة الدراسة الحالية ، نجد دراسة سلطان (2017) والتي وجدت فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاكتئاب عند المصابين تعزى لمتغير نوع العلاج لصالح العلاج الكيميائي، درست الفروق في متغير العلاج (علاج كيميائي و علاج اشعاعي) يفسر النتيجة كما يلي: "معرفة المرضى الذين يتلقون العلاج الكيميائي ما يسببه هذا النوع من العلاج من مضاعفات مثل: ألم، فقدان الشهية، غثيان، أرق، تساقط الشعر و تغير الصورة الجسدية للأسوأ" (سلطان، 2017، ص.187). فيما يخص الدراسة الأخيرة فنفس الأعراض التي حددت يشترك فيها العلاج الاشعاعي أيضا كالألم، الأرق و تغير الصورة الجسمية بسبب الحروق التي يسببها. اما فيما يخص الدراسات الأجنبية لم تهتم بدراسة الفروق بل اکتفت بدراسة النسب المئوية فقط.

بناء على ذلك فإن العلاجات التي يخضع لها المراهق المصاب بالسرطان تتميز بعدائيتها، بحدتها وبتداخل وتشابه في بعض أعراضها، جعل من عامل نوع العلاج عاملا لا يؤثر على الاستجابة الاكتئابية عند المراهق المصاب بالسرطان و بالتالي فرضيتنا قد تحققت.

سادسا :مناقشة نتائج الفرضية السادسة

نص الفرضية: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات الاكتئاب لدى المراهقين المصابين بالسرطان تعزى لمتغير مدة السرطان".

من الجدول رقم (54) يتضح أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات الاكتئاب عند المراهقين المصابين بالسرطان من حيث مدة العلاج، أين كانت قيمة Sig في الدرجة الكلية للمقياس أكبر من مستوى الدلالة المعنوية (0.05%)، وبالتالي إن متغير مدة العلاج لا يؤثر على الاستجابة الاكتئابية عند المراهق المصاب بالسرطان.

يمكن تفسير النتيجة المتوصل إليها في كون الظروف المعاشة نتيجة الوضعية الصحية مستمرة خلال مدة العلاج باختلافها. (حددت الدراسة الحالية المراحل كما يلي: [1-6 أشهر]، [6-12 شهر]، [12-24 شهر]، [24-48 شهر]، وبالتالي استمرار الاستشفاء المتكرر أو المطول بسبب تطور المرض أو بسبب مضاعفات العلاج، استمرار الفحوصات المزعجة المؤلمة، المتعددة والمتكررة، استمرار العلاج الكيميائي وما ينتج عنه من مضاعفات ثقيلة. فيؤدي استمرار الوضعية الصحية المرتبطة بالسرطان والتي يرتبط بدوره بالموت، المعاناة الجسمية والنفسية، تغير نمط الحياة، الخوف من الانتكاسة إلى استمرار الصعوبات والمشاكل النفسية كالشعور بالوحدة، العزلة، مشاكل في الهوية، مشاكل على مستوى الصورة الجسمية، إلخ، ما يفسر استمرارية الاستجابة الاكتئابية، تؤكد ذلك دراسة "واطسن و آخرون" (1999 Watson et autres) والتي هدفت إلى معرفة تأثير الاستجابة النفسية على مدة العيش بالنسبة لسرطان الثدي في الولايات المتحدة، قامت الدراسة بتتبع نساء مصابات بالسرطان من سنة إلى 5 سنوات، توصلت إلى أن الشعور بالاكتئاب جراء الإصابة بسرطان الثدي يستمر حتى بعد مضي عدة سنوات على ذلك، هذا ما تأكده أيضا براشد (2015) فتربطه بخطر الانتكاسة والتي تمثل تهديدا دائما للمصابات يؤثر على صحتهم النفسية، بالإضافة إلى مضاعفات السرطان والعلاج التي تحتاج إلى مدة طويلة لكي تتحسن.

ان استمرارية الوضعية وبالتالي الظروف والخبرات لا ترتبط فقط بمراحل التشخيص والعلاج بل قد تشمل فترات الهجوع أيضا فيكون المراهق في وضعية جديدة تحتاج عمل نفسي صعب، فحتى وإن توقف المراهق عن العلاج تستمر الفحوصات وبالتالي يستمر خطر الانتكاسة، قام "بوتان وآخرون" (2010) Buttin et autres بدراسة المعاش النفسي لمراهقين شفيوا من السرطان (مرحلة الهجوع)، توصلت إلى أن المراهق يعيش حالة من التناقض والشك، وبالرغم من غياب الأعراض، العلاج يبقى خطر الانتكاسة ما يتطلب مراقبة طبية، نهاية العلاج تشكل صدمة بالنسبة للمراهق، كما أشارت إلى أن المراهق يجد نفسه داخل إشكالية الهوية يحتاج إلى عمل نفسي هام من أجل التكيف والمرور إلى وضعية سليم، مع مشكل هام في الاستقلالية الضرورية في المراهقة. يمر المراهق خلال هذه الفترات بعدة مراحل: التشخيص، العلاج، الهجوع، الانتكاسة. تختلف مدة كل مرحلة من حالة إلى أخرى وترجع إلى عدة عوامل منها: مرحلة التشخيص، مدى تجاوب المراهق المصاب مع العلاج، وضعيته الغذائية، وجود اضطرابات أخرى لتشمل كل المراحل المذكورة.

هذه النتائج تتفق مع دراسة أبو عيشة (2017) التي لم تتوصل إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية من حيث متغير نوع العلاج، يفسر ذلك بما يلي: "بالنسبة لمدة المرض ونوع العلاج وهو عبارة عن استراتيجية يمر بها جميع المرضى حيث أن كل مريض له بروتوكول معين من العلاج، لكن في النهاية سيمر في طريق يمر بها الجميع سواء في المدة أو نوع العلاج" (ص 122). دراسة تاروات (2008) هي أيضا لم تجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات الاكتئاب تعزى لمتغير مدة العلاج.

بالرغم من اختلاف مدة الإصابة إلا أن الوضعيات المعاشة والخبرات الناتجة عنها متشابهة، يشترك فيها المراهقون المصابون بالسرطان ما يجعل من عامل مدة الإصابة عامل لا يؤثر على الوضعية الاكتئابية فتظهر مجموعة مشاكل نفسية قد تؤدي إلى ظهور استجابة اكتئابية لديهم. وبالتالي فرضيتنا قد تحققت.

سابعا : مناقشة نتائج الفرضية السابعة

نص الفرضية السابعة: "تؤثر الاكتئاب سلبا على المراهق المصاب بالسرطان"

بالرجوع الى المقابلة، الملاحظة، وكذا نتائج مقياس الاكتئاب عند المصاب بالسرطان وبالاستعانة باختبار تفهم الموضوع للكبار، تبين أن الاكتئاب الناتج عن السرطان و عن تنشيط صراعات نفسية مبكرة يؤثر على مقاومة الحالات ما يجعل التنبأ بخصوص الوضعية النفسية و الصحية عموما سلبيا. سيتم تفسير ذلك بنوع من التفصيل لدى الحاليتين.

التحليل العام للحالة الأولى:

عبد الهادي البالغ من العمر 15 سنة، يعاني من سرطان العظام (على مستوى الركبة) منذ حوالي 11 شهر، هو الابن الأكبر، لديه أربعة أخوة أصغرهم يبلغ من العمر خمسة أشهر، علاقاته معهم تتسم بالصراع، أما فيما يخص علاقته مع واليه فهي علاقة بعيدة، انقطع عن الدراسة بسبب المرض، كانت علاقته مع زملائه جيدة. علاقاته حاليا داخل المركز بعيدة و سطحية. أكتشف مرضه في مرحلته الأولى (سرطان متركز). يعالج حاليا باستخدام العلاج الكيميائي فقط. خضع لخمس حصص علاج كيميائي و تبقى لها حصتان، تعرض في الحصة الأخيرة لمضاعفات شديدة أخرت البرتوكول العلاجي و أطالت مدة الاستشفاء .

بعد تطبيق مقياس TAT تبين: أن قصص الحال كانت مبتذلة ارتبطت بالحياة اليومية وركزت على استثمار العالم الخارجي. كما تميزت بنقص في الجانب الهوامي، الخيالات، الذكريات ما جعل الإنتاجية محدودة لديه. يرتبط ذلك بالوظيفة العملية أو التفكير العملي *la pensée opératoire* كما أشار إليها "مارتي" (1962) Marty بخلل في التعقيل *la mentalisation* يكون مطول أو دائم يظهر على شكل نقص في التمثيلات الذهنية على مستوى ما قبل الشعور بالإضافة إلى نقص في الانفعالات، المشاعر والاستهامات هذا ما يفسر الابتذال الذي ميز القصص. تميز هذه وظيفة الشخصيات المعرضة للإصابة بالأمراض السيكوسوماتية. ظهر ذلك في المقابلات أيضا أين كانت الحالة تجد صعوبة في استرجاع الذكريات وكانت اجاباتها فقيرة من الناحية الاستهامية.

ارتبطت القصص أيضا بصراعات ذات طابع علائقي مع الموضوع أولا، يميز الصراع بأنه دائم لا تجد له الحالة حلا: هذا ما يدفعنا إلى الحديث عن "الانسداد العلائقي" *l'impasse relationnelle* الذي يتحدث عنه سامي علي (1967) عرفه على أنه صراع لا حل له، لا مخرج له يستمر في الزمن و ينتج عن وضعية علائقية مغلقة ما يسبب حالة تعب نفسي و مناعي. يربط سامي علي بين الوضعية السيكوسوماتية و العلاقات التي تتسم بصراع، ظهر الانسداد العلائقي في اللوحة 3BM "هذا راه محبوس قاع العام" و في اللوحة 11 "هاذي قنطرا راهي طايحا" وبالتالي غياب الحلول و المخارج.

فيما يخص العلاقة مع الموضوع ظهر في القصص غياب الدعم والسند بسبب غياب الموضوع كما في اللوحة بسبب غياب الموضوع كما في اللوحة 3BM و اللوحة B13 و راه مدمر". تظهر كذلك الحالة مشاعر كراهية و غضب ترتبط بالدوافع العدوانية هائلة مصحوبة بالوحدة و غياب السند ما يسبب للحالة جرحا نرجسيا عميقا. أين ارتبطت التمثيلات السالبة بالموضوع فبدل من توفير الاحتواء الدعم و الحنان أصبحت بسليبتها مصدر اعتداء و اضطهاد للحالة، ظهر ذلك في اللوحة 8BM "هادي الشافا نتاعهم، خاطرش راهي غي قاعدا و تنفج" هذا ما يفسر كمية المشاعر العدوانية الموجهة لها. كلها تعتبر مؤشرات عن فشل الأم في القيام بوظيفتها منذ المراحل الأولى أين كان نمط التعلق أم/ حالة غير أمن. حسب ما صرحت به أم الحالة يفهم أن التعلق كان من النوع المتناقض فهي لم تكن موجودة دائما لاشباع حاجات طفلها من جهة و لم تكن تستطيع فك رموز صراخه و بالتالي الخوف من فقدان الموضوع و هجرانه.

زادت الوضعية سوءا بعد ولادة الأم لابنها الأصغر 6 أشهر بعد الإصابة، فالأم أصبح تواجهها مع الحالة قليل ، لا تستطيع البقاء معه في المستشفى ما نشط وضعية سابقة مثبتة وضعية التناقض و عدم التواجد الفعلي للأم و الدائم لرعايتها في مرحلة تتطلب ذلك و بالتالي فقدان الموضوع. لكن في هذه المرحلة وصلت الحالة للاستسلام: يظهر ذلك في اللوحة 3BM "أواه ألى ما عندَه اعدام" و في اللوحة 11 " قَطْرًا طَاحًا و هُومًا باغيين يَقَطُّوها" و بالتالي نزوات محطمة للذات، عدوانية موجهة للذات، اكتئاب و استسلام للمرض ، كما أن الوضعية تكد على الجرس النجرسي العميق المذكور سابقا.

تظهر الحالة كذلك غيرة نحو الاخ لأنه سرق منه أمه و عدوانية نحو الأب و الذي تعتبره سبب بعد الأم و اهمالها له، ظهر ذلك بالنسبة للأخ في اللوحة 19 "هاذي لَوْحَة فَنِيَة ،وَاحِد كَان يَرَسَم جَا خُوهُ جَعَلْتُهُ فِيهَا" أما فيما الأب ظهر ذلك في اللوحات التي ترتبط بالصراع الاوديبى من خلال حذف الموضوع الظاهر في اللوحة 2 ، حذفت الشخصية الذكورية من أجل عدم الاعتراف بالثلاثية. استخدم نفس السياق في اللوحة 4 أين حذف الشخصية الأنثوية من أجل عزل الزوجين و عدم الاعتراف باقترانهما.

استخدمت الحالة عبد الهادي ميكانيزم الانشطار Clivage في اللوحة 8BM أين قامت بإسقاط الموضوع خارجا باعتباره موضوع سيء مسبب للإحباطات، لا تقوم بوظيفة الاستناد، الحماية... إلخ، يشير "لومار" Lemaire عن "كلاين" Klein أن الطفل يعتمد على الانشطار والذي ينقسم إلى موضوع جيد يشبع حاجاته فيحتفظ به في الداخل موضوع سيء يسقطه خارجا. إن عملية الاحتفاظ بالموضوع الجيد وبالتالي "تكوين صورة داخلية للموضوع تعتبر أساس عملية التعقيل، على العكس عدم الاحتفاظ بالصورة الخاصة بالموضوع داخليا وبالتالي خلل في التقبل، هذا ما يفسر مصدر التفكير العملي عند الحالة. استخدمت الحالة ميكانيزم الإسقاط LaProjection في الاختبار الإسقاطي TAT بشكل واضح في اللوحة 19، أين تم استدعاء الأخ الأصغر ما أدى إلى تنشيط الوضعية الاكتئابية. نجد ميكانيزم التفكك Dissociation والذي منذ البداية في أول لوحة، ظهر على شكل الإدراك الخاطئ المرتبط بالموضوع، يوضح منذ البداية المشكل العلائقي ومدى تأثيره على الحالة، يؤكد "شابرول" (2005) Chabrol بأنه يرتبط بتجرد الشخصية ما يسمح للفرد بالانفصال عن حقائق غير محتملة. إلى جانب نقص التقدير (القيمة) Ladépréciation والذي ارتبط بالذات في اللوحة 13B وفي اللوحة 3BM، ما أدى إلى بروز المشاعر الاكتئابية، وحدة، عجز، فقدان، وتخلي. إلى جانب ميكانيزمات أخرى أكثر نضجا كميكانيزم

الإبدال Déplacement فمن خلال المقابلات والملاحظة تبين كيف تم إبدال المشاعر السلبية للعوانية المرتبطة بالوضع الصحية، الأسرية، الاجتماعية... إلخ، على الفريق المعالج أحيانا فتظهر على شكل عناد، تمرد، مشاكل في التواصل معهم وعدم احترام تعليماتهم ما يؤثر على التزامه الصحي (كما صرحت الحالة "كي نُخْرَج ندير وَاش يَفُولِي رَاسِي"، "مَا نديرش الكمامة"، "خَطْرَاشَننسا الدوا"). وتظهر كذلك في السلوكيات العدوانية الموجهة نحو الحيوانات: القطة الموجودة في المركز، كذلك الحشرات كالنحل الموجود في حديقة المركز والذي يسمى ميكانيزم المرور إلى الفعل Passage à l'acte إلى جانب عزل المشاعر Isolation de l'affect، حيث استخدم العزل خلال المقابلات عند الحديث عن الأم وغيابها فتظهر التصريحات خالية من المشاعر، هذه الأخيرة ظهرت في الاختبار الإسقاطي TAT. اعتمدت الحالة على مجموعة من الميكانيزمات التي تنوعت بين ميكانيزمات غير ناضجة أولية كالنفك، الانشطار، النفي، وأخرى أكثر نضجا أما فيما يخص مدى فاعليتها في تحقيق التكيف في ميكانيزم الإبدال، العزل، تكون أقرب إلى المستوى التكيفي، يليها نقص القيمة والتقدير ثم تأتي ميكانيزمات: النفي، الإسقاط، بعدها ميكانيزم الانشطار وفي الأخير يأتي ميكانيزم المرور إلى الفعل، أما فيما يخص التقييم من الناحية الوظيفية فذلك يرتبط بعدة عوامل أولها: خصوصية المرحلة العمرية: مرحلة المراهقة. يشير "تاوور" Naour 2008 إن استخدام الانشطار في مرحلة المراهقة دليل على فشل الموضوع الأولي في القيام بوظيفة الاحتوائية يرتبط ذلك كذلك بالوضع النفسية المرتبطة بالسرطان والتي يميزها قلق واكتئاب مرتفعين، لذلك أثر على الميكانيزمات الدفاعية المستخدمة، يشير كذلك "شابغول" (2005) Chabrol أنه في وضعيات القلق الحاد يمكن للميكانيزمات غير الناضجة، غير الوظيفية، المرضية، أن تقوم بوظيفة الحماية.

إن الحالة عبد الهادي أمام هذه الوضعية النفسية التي وصلت للمرحلة الاكتئابية وبالتالي مرحلة الاستسلام أين فقد الحالة الصحة، الجسم السليم، الاستقلالية، الأصدقاء، وفقدت بالأساس الأم وما لذلك من أثر بالغ ظهر من خلال المقابلات والاختبار، بالإضافة إلى وضعية الانغلاق وبالتالي غياب الحلول يجعل التنبؤ بخصوص الحالة عبد الهادي سلبي (من الناحية النفسية)، انعكس ذلك على استجابته العضوية والمرتبطة بالعلاج الكيميائي، فالفحوص لم تظهر تحسن في وضعية الحالة الصحية مع كثرة المضاعفات وطول في مدة الاستشفاء هذا لا ينفى تدخل عوامل أخرى.

ان الاكتئاب الذي يرتبط بعوامل حالية مرتبطة بالسرطان و تأثيراته المختلفة على الحالة و بعوامل أخرى ترتبط بمراحل النمو المبكرة والتي نشطتها الوضعية الصحية التي يمر بها عبد الهادي . أمام فقدان الموضوع و غيابه الفعلي بالنسبة للحالة . كل هذه العوامل تجعل النبأ بالنسبة للوضعية الصحية و النفسية سالب وذلك وضعية الاستسلام و الاكتئاب الناتج .

التحليل العام للحالة الثانية:

الحالة سارة البالغة من العمر 15 سنة، تعاني من سرطان الدم المييلودي الحاد في مرحلة متقدمة، تعرضت لانتكاستين، تخضع للعلاج منذ 2015: مرت الحالة فيها بمرحلتين هجوع، دامت الأولى سنة تقريبا بينما الثانية دامت 6 أشهر، تخضع حاليا للعلاج الكيميائي، للحالة ثلاثة إخوة ذكور، هي الأصغر فيهم، علاقتها بالإخوة تتسم بالصراع كذلك العلاقة مع الأم التي تفرض رقابة على الحالة، أما فيما يخص العلاقات داخل المركز الاستشفائي مع الحالات فهي على العموم جيدة كذلك بالنسبة للعلاقة مع الفريق المعالج، الحالة منقطعة عن الدراسة منذ 2014 (قبل ظهور المرض)، ليس لها علاقات خارج الأسرة والمركز الاستشفائي.

من خلال المقابلة والملاحظة وبالرجوع إلى نتائج مقياس الاكتئاب عند المصاب بالسرطان وكذلك اختبار تفهم الموضوع للكبار؛ نلاحظ بروز إحساسات اكتئابية قوية في بروتوكول TAT من اللوحة 1 تكرر ظهورها في عدة لوحات: 2، 3BM، 10، هذه الإحساسات مصحوبة بمشاعر بالوحدة، بالرفض، بالتخلي كما في اللوحة 1 أين تم رفض التعرف على الآلة فاستخدمت الحالة ميكانيزم النفي مع التأكيد على الوضعية الاكتئابية الناتجة عن مشكل مع الموضوع، ثم في اللوحة 2 أين توضح سبب الرفض والمشكل العلائقي فربطته برغبة الأم في التخلي عنها ورفضها "هذا الشير راه كاره"، "ماراهش غاي" ثم في اللوحة 2 "بعدو عليا هادو العباد الكرهانة" والأم تحاول التخلي عن الحالة والابتعاد عنها، مع التأكيد على الأحاسيس الاكتئابية، ما أدى إلى موتها في اللوحة 3BM "هاندي أمه راهي ميتا"، "مجمع حداها يبيكي عليها"، فالحالة تعاني من الحزن والاكتئاب بسبب الموضوع السالب، فالحالة بحثت عن موضوع جيد يوفر الاحتواء ويكون سند لها ولكنها وجدت موضوع سيء لا يقوم بوظيفتي السند والاحتواء، أكدت على ذلك في اللوحة 5 "أنا ماما تقولي نوضي راها 11" أرادت كذلك أن توضح أن صفات الأم الحامية المهدأة موجودة في الأمهات ولكن ليس في أمها وذلك للتأكيد على الصورة السالبة

للموضوع، استخدمت في ذلك الحالة ميكانيزم الانشطار Clivage في اللوحة 3BM، تخلي الأم عنها سبب لها جرحا نرجسيا يظهر في اللوحة 13B "طفل فقير"، "راه جيعان" كما يظهر في اللوحة 2 "واحدة مسكينة"، استخدمت في ذلك ميكانيزم نقص التقدير والقيمة Dépréciation.

غلبت نزوات الكره التي وصلت إلى حد الاضطهاد وتوجهت بداية نحو الأم في اللوحة 3BM، لتوجه نحو الذات في اللوحة 10 "ولدهم مات" استخدمت ميكانيزم الانقلاب نحو الذات، لتستخدم لاحقا الإلغاء Annulation "صي لا تفكرو ولدهم راه في الخارج".

توضح في اللوحة 10 إن الحالة لم تصل إلى درجة التنافس الأوديبي مع الأم بجانب الأب باعتبار أنها منبوذة، ما أدى إلى انسحابها كل ذلك يجعلنا نطرح فرضية التنظيم الحديا لكتتابي مع وجود خطر الانفجار.

من خلال المقابلة والملاحظة تبين أن الحالة تعاني من عدم ثبات انفعالي فتنقل من الفرح إلى الحزن بسرعة، كما تظهر انفعالات غضب شديدة والذي يظهر في تصريحاتها "كي ننتارفا ما نكونطريش روي"، "تهدر كلام ماشي مليح"، "ترمي حوايج"، "أنا مندفعة"، "ما نخمش حتى ندير الحاجة"، مشاكل علائقية مع الأم والأسرة، يتأكد ذلك من خلال التحليل الكمي للمقابلة أين تحصلت على درجة 21% و التي تعتبر أعلى نسبة تتحصل عليها فيما يخص نسب تكرار الفئات في المقابلة، في المقياس تحصلت الحالة على درجة 21 في الغضب و الحساسية الزائدة و هي درجة متوسطة. كذلك بالنسبة للشعور بالذنب الذي كان فوق المتوسط عند الحالة. قد ترتبط هذه الأعراض بأعراض الشخصية الحدية.

ما يفترض وجود اكتئاب قبل الإصابة بالسرطان، في هذه النقطة قام الباحثة بالاستفسار بخصوص السوابق الشخصية و الأسرية المرتبطة بالأمراض النفسية: الاكتئاب خصوصا فصرحت الأم أنها غير موجودة.

إن النموذج السلبي للموضوع الذي لا يقوم بوظيفة الاحتواء والسند وما أدى إليه من شعور بالرفض، التخلي، الوحدة عند الحالة ترتبط بنموذج التعلق غير المنتظم المرتبط بعدم قدرة الأم على تعديل وتهدة انفعالات الطفل، عند حديث الحالة عن علاقتها مع الأم صرحت بما يلي "دايما مدابزين"، "ما نحكيوش بزاف"، "ما نحسهاش تبغيني" والتي تفسر من بين العلامات الخاصة بالتعلق غير المنتظم

والتي حددها "ديلاج" 2007 Delage إلى جانب مظاهر أخرى منها الشعور بالوحدة داخل الأسرة، لا نختلط بالآخرين، لا نفهم بعضنا البعض، إلخ.

فيما يخص العلاقة بين الشخصية الحدية والمرض النفس-جسدي يرتبط ذلك بما يسمى التراجع السيكوسوماتي Décompensation Psychosomatique، يوضح "جيفار" Giffard كيف قد تتطور الشخصية الحدية فتتوجه نحو المرض السيكوسوماتي هذا ما يسمى التطور الحاد للشخصية الحدية، يكون ذلك نتيجة التعرض لصدمة نفسية تنشط الإشكالية النرجسية لصدمة سابقة.

تضيف "أفات" 2018 Agathe بأن السبب قد يكون صدمة أو صدمات صغيرة تنشط صدمات مبكرة سببت جرحاً نرجسياً يتضح من خلال TAT أن الحالة تعاني جرحاً نرجسياً بسبب الأم لكن تحفظ الأم والحالة في المقابلات لم يسمح بالتعرف على السبب.

تعيش الحالة تراجع سيكوسوماتي وذلك بإخراج الأم أو الموضوع السلبي من خلال الانشطار، والوضعية الاكتئابية الناتجة والتي وجهت نحو الذات كما وضح اختبار TAT والتي كانت ذات طبيعة اضطهادية "ولدهم مات" وكأن الحالة تتسحب، تستسلم للمرض لأنها منبوذة ومرفوضة.

تحصلت الحالة على نتيجة 137 مقياس الاكتئاب عند المصاب بالسرطان وبالتالي اكتئاب متوسط،

كانت درجة المزاج المكتئب مرتفعة، العزلة الاجتماعية، الشعور بالذنب. التصريحات المختلفة في المقابلة "كارها la plus part du temps"، "نقول كن غي نصبح ميتة" ما يؤكد على الاكتئاب، الانسحاب، التخلي وبالتالي البحث عن الموت. وبالتالي فرضيتنا قد تحققت.

الخلاصة العامة

الخلاصة العامة:

يمكن أن نستنتج من خلال نتائج الدراسة الحالية أن المراهق المصاب بالسرطان يعاني من اكتئاب متوسط الشدة. فالإصابة في هذه المرحلة العمرية تضع المصاب أمام أزميتين عليه مواجهتهما في نفس الوقت: أزمة المراهقة وأزمة السرطان. يعيش المراهقون ازمتان تسمان الجسم وتتسمان بالتناقض ما يؤثر على الصورة الجسمية بشكل عام وعلى معالم الهوية الجنسية الضرورية في هذه المرحلة اكتمال نمو الهوية الجنسية. فعلى الحالات تقبل وادماج هذه الصور المتناقضة لاستبدالها سريعاً بأخرى، الى جانب تأثر الاستقلالية الضرورية أيضاً في هذه المرحلة، ان الوضعية الصحية الناتجة عن السرطان والعلاج ترجع المراهق الى مرحلة سابقة: مرحلة التبعية للوالدين ما يؤثر سلباً على سيرورة المراهقة الى جانب عوامل أخرى مثل: الانقطاع عن الدراسة، العزلة الاجتماعية وما لها من تأثير كبير يعيق سيرورة المراهقة والناتجة عن الاستشفاءات المتكررة والطويلة. ان ما يميز المراهق المصاب بالسرطان عدم الوعي بالوضعية الصحية سواء من حيث: مرحلة السرطان، نوع العلاج، مرحلة العلاج .. كذلك السلبية التي تميزه أمام المعالجين فلا يهتم المراهق بفهم ما يحصل والاستفسار عنه، يعتبر ان كل ما هو متعلق بالمرض والعلاج هو من تخصص الفريق المعالج. ما يهمله فعلاً درجة تأثر العوامل المذكورة سابقاً من الصورة الجسمية، الاستقلالية، العلاقات الاجتماعية، الخ.

لذلك كانت الفروق في درجات الاكتئاب عند المراهق المصاب بالسرطان غير دالة سواء من حيث الجنس نظراً لتشابه الخبرات التي يمر بها المصابون ذكورا واناثا سواء من حيث المرض، العلاج، المضاعفات، الخ. هذه الأخيرة تدفعنا للحديث عما يسمى بالحيادية الجنسية، مفهوم يخص مجال علم الأورام و ينتج عن مضاعفات العلاج الكيميائي. أما من حيث نوع السرطان فلا تتأثر الاستجابة الاكتئابية به، شملت الدراسة انواع متعددة من السرطان يمكن تقسيمها الى سرطانات تؤدي الى البتر وأخرى لا تؤدي الى البتر، ان أهم السرطانات التي تؤدي الى بتر وتنتشر في هذه المرحلة العمرية هو سرطان العظام. يمكن تفسير ذلك بارجاعه الى ما يلي: قلة الحالات المبتورة، تجنب اعتماد البتر كحل جراحي واستبداله بالجراحة باعتماد مبدأ إنقاذ الطرف المصاب. ان البتر ينتج عنه عدة مضاعفات أهمها العجز الوظيفي، هذا الأخير لا يرتبط فقط به بل بوضعية صحية متعددة في مجال علم الأورام فالعجز لا تعيشه الحالات المبتورة فقط بل تعيشه الحالات الغير مبتورة أيضاً بسبب أعراض السرطان، العلاج الكيميائي أو مضاعفاته.

الخلاصة العامة، التوصيات، الإقتراحات

فيما يخص نوع العلاج فإنه لم يؤثر هو أيضا على الاستجابة الاكتئابية عند المراهق المصاب السرطان فالعلاج الأكثر تأثيرا على الحالات هو العلاج الكيميائي نظرا لعدائته ولأعراضه المتعددة والتي تمس الجسم بأكمله عكس العلاج الجراحي الذي يظهر تأثيره لاحقا بعد الانتهاء من العلاج وزوال أعراض العلاج الكيميائي لتبقى نذبات العلاج الجراحي تذكر الحالات بالسرطان والمعاناة. توصلت الدراسة أيضا الى عدم وجود فروق في درجات الاكتئاب عند المصابين تعزى لمرحلة السرطان، فأغلب المراهقين ونظرا لغياب الثقافة الطبية ونقص في الوعي بالوضعية الصحية لا يدركون هذه المراحل ما يفسر عدم تأثيرها على درجة الاكتئاب فالمرهق يعالج في نفس المركز، بنفس الأسلوب العلاجي، ما ينتج عنه نفس المضاعفات وكأنها مرحلة واحدة لا تتغير. أما فيما يخص المتغير الأخير محل الدراسة والذي لم يظهر تأثير في درجات الاكتئاب هو متغير مدة العلاج، فمن خلال المقابلات والملاحظات تبين أن ما يؤثر على المراهق هو مدة الاستشفاء أكثر من تأثره بمدة العلاج. فطول مدة العلاج مع مراحل استشفائية قصيرة ومتباعدة بحيث يؤثر بدرجة أقل على الجانب الاجتماعي، الاستقلالية، الخ أفضل من المراحل الاستشفائية المطولة التي تعزل المراهق داخل المستشفى ليعيش التبعية للوالدين الأم بالخصوص وسلبية أمام المعالجين.

الدراسة العيادية أثبتت وجود بنيات نفسية مهياة للإصابة بالسرطان وكشفت الوضعية الاستسلامية والتي غالبا ما يتبعها سوء في الوضعية الصحية و نقص في معدل العيش كما بالنسبة للحالة عبد الهادي. كما قد تنتج عن التراجع السيكوسوماتي المرتبط بالبنية النفسية الحدية الذي ينتج عنه نقص في معدل العيش كما كان الحال بالنسبة للحالة سارة.

الخلاصة العامة، التوصيات، الإقتراحات

التوصيات والإقتراحات:

في ظل نتائج الدراسة التي توصلت الى تحديد نسب الاكتئاب عند المراهق المصاب بالسرطان و ضبط الجانب النفس-مرضى لشخصيته فانه يمكن عرض مجموعة من التوصيات والإقتراحات للدراسات المستقبلية، نحددها كما يلي:

- 1- ضرورة توعية الفريق المعالج، الأسرة والمصاب بالسرطان بخصوص الاكتئاب وتأثيره عليهم.
- 2- ضرورة تكوين المختصين في مجال علم الأورام من أجل الكشف، التشخيص والتكفل المناسب بالاكتئاب عند المصابين بالسرطان.
- 3- الاستفادة من المقياس الذي تم بنائه من طرف الباحثة في دراسات جديدة حول الاكتئاب عند المصابين بالسرطان وفي تشخيص الاضطراب في المراكز المتخصصة.
- 4- ضرورة بناء برامج إرشادية علاجية للحد أو التخفيف من الاكتئاب لديهم.
- 5- ضرورة بناء برامج وقائية للوقاية من اضطراب الاكتئاب عند المصابين بالسرطان.
- 6- ضرورة تنظيم طريقة الإعلان عن المرض المزمن والخطير: السرطان للمراهق بحيث تكون بطريقة تتناسب مع قدراته العقلية، الانفعالية، الخ
- 7- إجراء دراسات حول الاكتئاب عند المصابين في المراحل العمرية الأخرى

قائمة المراجع

قائمة المراجع:

أولاً: المراجع العربية:

- 1- الأعضمي غسان بشير حمدي. (2013). الكأبة بين كبار السن من العراقيين داخل الوطن والمهجر، دار دجلة.
- 2- أبو زيد، مدحت عبد الحميد. (2001). الاكئاب دراسة سوسيوپاتولوجية. دار المعرفة الجامعية.
- 3- أبو زيد، مدحت عبد الحميد. (2001). الاكئاب وعلاقته بتقدير الذات ومعنى الحياة لدى الشباب. (ط.1). دار المعرفة الجامعية.
- 4- ين زروال، فتيحة. (2008). أنماط الشخصية وعلاقتها بالاجهاد(المستوى، الأعراض، مصادر واستراتيجيات المواجهة)دراسة ميدانية على عينة من العاملين بالحماية المدنية، البريد، مصلحتي الاستعجالات والتوليد بولاية أم البواقي [أطروحة دكتوراه، جامعة منتوري قسنطينة]. رسائل جامعة منتوري.
- <http://193.194.84.142/theses/psychologie/ABEN2558.pdf>
- 5- برحيل، جويذة. (2011). أثر سمات الشخصية المضطربة في الاستجابة للعلاج المعرفي عند المكتئب: محاولة علاجية لست حالات [أطروحة دكتوراه، جامع وهران].
- 6- جبار، شهيدة. (2016). الزمن الذاتي لدى المكتئب الحصري: اسهامات اختبار الروشاخ وTAT، مقارنة سيكودينامية [أطروحة دكتوراه، جامعة احمد بن أحمد وهران-2]. رسائل جامعة احمد بن أحمد وهران-2.
- <http://www.univ-oran2.dz/index.php/fr/espagne/42-bibliotheque/theses-memoires/faculte-des-sciences-sociales/doctoratfss/191-1>
- 7- الجمعية المصرية للطب النفسي. (1979). دليل تشخيص الأمراض النفسية. المكتب العلمي.
- 8- حجازي، سناء أبو نصير. (2013). علم النفس الاكلينيكي. (ط.2). عالم الكتاب.
- 9- الخالدي، أديب محمد. (2001). مرجع في علم النفس الاكلينيكي المرضي. (ط.1). دار وائل للنشر والتوزيع.
- 10- دافيدوف، ليندا (2000). الشخصية، الدافعية والانفعالات(السيد طلب، ترجمة، ط.5). دار المسيلة.

- 11- ريوح، لطيفة.(2002). *عوامل الضغط النفسي عند المرأة العاملة* [رسالة ماجستير، جامعة الجزائر -2]. رسائل جامعة الجزائر -2.
<https://www.ccdz.cerist.dz/admin/notice.php?id=124683>
- 12- زعطوط، رمضان، و قرشي، عبد الكريم.(2013، جوان 11). *نوعية الحياة لدى المرضى المزمنين وعلاقتها ببعض المتغيرات*. مجلة قاصدي مرياح ورقلة.
- 13- <https://revues.univ-ouargla.dz/index.php/numero-11-ssh/1481-2013-06-10-15-21-4>
- 14- زهران، حامد عبد السلام.(1995). *علم نفس الطفولة والمراهقة*. (ط.5). عالم الكتب.
- 15- زهران، حامد عبد السلام.(1995). *الصحة النفسية والعلاج النفسي*. (ط.2). عالم الكتب.
- 16- الزغبى، أحمد محمد.(2001). *علم نفس النمو، الطفولة والمراهقة*. دار زهران للنشر والطباعة.
- 17- زكراوي، حسينة.(2011). *البعد الثقافي للصدمة النفسية: صدمة اغتصاب المرأة في المجتمع الجزائري نمونجا* [رسالة ماجستير، جامعة منتوري قسنطينة]. رسائل جامعة منتوري قسنطينة.
<http://archives.umc.edu.dz/bitstream/handle/123456789/129655/AZKR3230.pdf?sequence=1>
- 18- سرحان، وليد، والخطيب، جمال، وحباشنة، محمد.(2003). *الالاكتئاب*. دار مجدلاوي للنشر والتوزيع.
- 19- شرادي، نادية.(2011، ديسمبر 11)، *الحداد النفسي ازاء موضوع الحب الأولي*. منصة المجلات العلمية الجزائرية.
- 20- <https://dspace.univ-ouargla.dz/jspui/bitstream/123456789/7039/1/P0709.p>
- 21- شويطر، خيرة.(2017). *استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية لدى الأمهات على ضوء متغيري الصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية: دراسة ميدانية على عينة من ولاية وهران* [أطروحة دكتوراه، جامعة محمد بن أحمد وهران -2].
<https://www.univ-setif2.dz/images/PDF/magister/MS26.pdf>
- 22- شيدمي، رشيدة.(2015). *واقع الصحة النفسية لدى المرأة المصابة بالسرطان* [أطروحة دكتوراه، جامعة أبو بكر بلقايد - تلمسان]. رسائل جامعة أبو بكر بلقايد - تلمسان -.
<http://dspace.univ-tlemcen.dz/handle/112/7663>
- 23- صالح، أحمد زكي.(1972). *الأسس النفسية للتعليم الثانوي*. دار النهضة العربية.

- 24- الطواب، سيد محمود.(1993). سيكولوجية النمو الانساني.(ط.1). مكتبة الانجلو-مصرية.
- 25- عابد، محمد، وفسيان، حسين.(2018). المعاش النفسي لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي: دراسة عيادية. مجلة التنمية البشرية،10(217).
- 26- العادلي، مهدي.(2014). أمراض المناعة: الجهاز المناعي وأمراض المناعة بشكل مبسط. مؤسسة نقص المناعة الاولية.
- 27- عاقل، فاخر.(1971). معجم علم النفس.(ط.1). دار العلم للملايين.
- 28- عبد الرحمن، ابراهيم.(2011). الفصام والاكتئاب.(ط.1). دار الشعاع.
- 29- عبد الحميد، جابر، وكفافي، علاء الدين.(1995). معجم علم النفس والطب النفسي.(ط.3). دار النهضة العربية.
- 30- عروج، فضيلة.(2017). دراسة نفسية عيادية لحالة اجهاد مابعد الصدمة لدى العازيات مبتورات الثدي من جراء الاصابة بسرطان [أطروحة دكتوراه، جامعة العربي بن مهدي أم البواقي]. رسائل جامعة العربي بن مهدي أم البواقي.
<http://hdl.handle.net/123456789/541>
- 31- عزوز، اسمهان.(2015). مصدر الضبط الصحي وعلاقته باستراتيجيات المواجهة والكفاءة اللذاتية لدى مرضى القصور الكلوي المزمن [أطروحة دكتوراه، جامعة الحاج لخضر باتنة]. رسائل جامعة الحاج لخضر باتنة.
<https://www.asjp.cerist.dz/en/article/10258>
- 32- عسكر، عبد الله.(2001). الاكتئاب النفسي بين النظرية والتطبيق. مكتبة الأنجلو-مصرية.
- 33- عكاشة، أحمد.(1998). الطب النفسي المعاصر. مكتبة الأنجلو-مصرية.
- 34- العمري، عبد الرحمن عبد الله فرحان.(2002). الأفكار اللاعقلانية لدى عينتين من مرضى الاكتئاب والقلق مقارنة بالعاديين [رسالة ماجستير، أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية]. رسائل أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية
https://library.nauss.edu.sa/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=10064&shelfbrowse_itemnumber=36249
- 35- غانم، محمد حسين.(2006). الاضطرابات النفسية، العقلية والسلوكية.(ط.1). مكتبة الانجلو-مصرية.

- 36- غريب عبد الفتاح غريب.(2007). الاضطرابات الاكتئابية: تشخيص، عوامل الخطر، النظريات والقياس.المجلة النفسية للدراسات النفسية،17(06)،39-97.
- 37- غريب، عبد الفتاح غريب.(2018، أبريل 2-3). الوقاية من الاكتئاب في مرحلة المراهقة. [بحث]. المؤتمر الدولي الرابع لكلية التربية، جامعة الأزهر، القاهرة.
- 38- قايد، حسين.(2001). الاضطرابات السلوكية(تشخيصها، أسبابها وعلاجها).(ط.1). مؤسسة طبية للنشر والتوزيع.
- 39- فنون، خميسة.(2007). الدعم الاجتماعي المدرك وعلاقته بالاكتئاب لدى المصابين بالأمراض الانتانية [رسالة ماجستير، جامعة محمد خيضر بسكرة]. رسائل جامعة محمد خيضر بسكرة.
- <http://dspace.univ-msila.dz:8080/xmlui/handle/123456789/18691>
- 40- لويس، مليكة.(1994). العلاج السلوكي وتعديل السلوك.(ط.1).
- 41- مرازقة، وليدة.(2009). مركز ضبط الألم وعلاقته باستراتيجيات المواجهة لدى مرضى السرطان [شهادة ماجستير، جامعة الحاج لخضر -باتنة-]. رسائل جامعة الحاج لخضر.
- [file:///C:/Users/PC%20MAISSON/Downloads/hsi%20%D9%85%D8%B1%D8%A7%D8%B2%D9%82%D8%A9%20%D9%88%D9%84%D9%8A%D8%AF%D8%A9%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/PC%20MAISSON/Downloads/hsi%20%D9%85%D8%B1%D8%A7%D8%B2%D9%82%D8%A9%20%D9%88%D9%84%D9%8A%D8%AF%D8%A9%20(2).pdf)
- 42- مزلق، وفاء.(2014). استراتيجيات مواجهة الضغط النفسي لدى مرضى السرطان: دراسة ميدانية بالعيادة متعددة الدماء "قماش أحمد" [رسالة ماجستير، جامعة الهضاب سطيف-2-]، رسائل جامعة الهضاب.
- <https://www.univ-setif2.dz/images/PDF/magister/MS31.pdf>
- 44- مصطفى، محمود عيد.(2009). العلاج المعرفي السلوكي للاكتئاب: برنامج علاجي تفصيلي.(ط.1). دار الهندسية.
- 45- معريس، لبا سليم.(2005). الاكتئاب عند الشباب: دراسة ميدانية.(ط.1). دار النهضة العربية.
- 46- واكلي، بديعة.(2013). استراتيجيات المواجهة لدى المكتئبين [رسالة دكتوراه، جامعة الهضاب سطيف-2-]، رسائل جامعة الهضاب سطيف -2-.

<https://www.univ-setif2.dz/images/PDF/doctorat/DS5.pdf>

- 47- Abrahamson,y.,Metalsky,I., & Alloy,B.(1978). *Hopelessness Depression: A Theory-Based Subtype of Depression*. Psychological review,96,358-372
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0033-295X.96.2.358>
- 48- *Abus de substances psychoactive*. (2019). Organisation Mondiale de la Santé[OMS]. Who.int/topics/substance_abus/fr/
- 49- *Adolescents and young adults with cancer*.(2018). National cancer Institute[NCI]. Cancer.gov/types/aya.
- 50- Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé [ANAES]. *Suivi psychologique des patients ayant traités pour un cancer du sein non métastasé*.édition EDK.
- 51- Ahmed,A., Bhatnagar,S., Meshra,S., Khurana,D., Joshi,S., & Ahmed, S.M. (2017). *Prevalence of Phantom Limb Pain, Stump Pain, and Phantom Limb Sensation among the Amputated Cancer Patients in India: A Prospective, Observational Study*. Indien J Palliat Care, 23(1), 24-35. doi: 10.4103/0973-1075.197944.
- 52- Akechi,T., Letsugu,T., Sukigara,M., Okamura,H., Nakano,T., Akizuki, N., Okamura,M., Shimizu,K., Okuyama,T., Furukawa,T., & Uchitoni, Y.(2009). *Symptom indicator of severity of depression in cancer patients: a comparison of the DSM-IV criteria with alternative diagnostic criteria*. Gen Hosp psychiatry,31(3).225-232
DOI: 10.1016/j.genhosppsy.2008.12.004
- 53- Akechi,T., Okuyama,T., Onishi,J., Morita, T., & Furukawa,T.,(2008). *Psychotherapy for depression among incurable cancer patients*. Cochrane Database Syst Rev, 2008(2).
doi: 10.1002/14651858.CD005537.pub2
- 54- Allen, R., Newman,R., & Souhami, L.(1997). *Anxiety and depression in adolescent cancer: findings in patients and parents at the time of diagnosis*. Eur J Cancer,33(8),1250-1255. doi: 10.1016/s0959-8049(97)00176-7.
- 55- *Alexithymie*. Encyclopédie de l'Agora.
<http://agora.qc.ca/Dossiers/Alexithymie>.

- 56- Alliance des ligues francophones, africaines et méditerranéennes.(2017). *Les cancers en Afrique francophone* <https://www.iccpportal.org/sites/default/files/resources/LivreCancer.pdf>
- 57- Alliot, A.(2018). *Les principaux cancers des enfants, adolescents et jeunes adultes. Volume 1, Épidémiologie, traitements et conséquences* [thèse de doctorat, uniersité Paris descarte]. HAL Dumas.
- 58- Association francophone pour les soins oncologiques de support[AFSOS].(2014). *Psycho-oncologie: anxiété et troubles anxieux en cancérologie*. AFSOS .
- 59- Ben Soussan,P ., & Duboit, E.(2009). *Les souffrances psychologiques des malades du cancer, comment les reconnaître ?comment les traiter ?*. Springer coll " dépistage du cancer"
- 60- Boiron,M., & Marty, M.(1999,juin 2-4).*compte-rendu du XIIeme congrés*, John libbey Eurotext .
- 61- Briffault, X., Caria, A., & Finkelstein, C.(2007). *La dépression en savoir plus pour en sortir : repérer les symptômes, connaître les traitements, savoir à qui s'adresser*. Institut National de prévention et d'éducation pour la santé.
- 62- Bruchon-Schweitzer,M. *stress, coping : concepts et modèle en psychologie de la santé*. https://www.irepspdl.org/_docs/Fichier/2015/2-150316040214.pdf
- 63- Brunner, LS., Suddarth, D., Smeltzer, S., & Bare,B.(2011). *Soins infirmiers : médecine et chirurgie*. De Beck.
- 64- Bourbon,N. *sémiologie des troubles dépressifs*. <https://www.univ-blida.dz/Sy-miologie-des-troubles-de-l-humeur.pdf>
- 65- Buttin- Loncuville,V., Sorde Ader, F., Gary, J., Rols, N., Leblanc, C.I., bertozzi Salamon, A.I., Brethon, B., Robert, A., Rubie, H., & Baruchel, A. (2010). *L'adolescent en rémission complète du cancer : a propos d'une étude exploratrice*. *Psycho-oncl*, 4, 8-12. file:///C:/Users/PC%20MAISSON/Downloads/Buttin-Longueville2010_Article_LAdolescentEnR%C3%A9missionCompl%C3%A8te.pdf
- 66- Catteau, V., & Chabrol,H.(2005). *Etudes des relations entre les stratégies d'adaptation au sentiments dépressif, la symptomatologie dépressive et les idées suicidaires chez l'adolescent*. *L'année psychologique*,105, 451-476.

- 67- Caruso, R., Nanni, MG., Riba, MB., Sabato, S., & Grassi, L.(2017). *Depressive spectrum disorders in cancer: prevalence, risk factors and screening for depression: a critical review*. Acta Oncol, 19(6), 146-155. doi: 10.1080/0284186X.2016.1266090.
- 68- Cavusoglu, H.(2001). *Depression in children with cancer*. J Pediatr Nurs, 6(5),380-5. doi: 10.1053/jpdn.2001.0000.
- 69- Cayrou, S., & Dickes, P.(2008). *The Mental Adjustment to Cancer (MAC) Scale: French Replication and Assessment of Positive and Negative Adjustment dimensions*. Psycho-Oncology,12(1),8-23.DOI: 10.1002/pon.634
- 70- Chan,A., Poon, E., Goh, W., Gan, Y., Tan, CH., Yeo, K., Chua, A., Chee, M., Law, Y.C., Nagavalli, N., & Daram, S.(2018).*Assessment of psychological distress among Asian adolescents and young adults (AYA) cancer patients using the distress thermometer: a prospective, longitudinal study*. Support Care Cancer, 26(9), 3257-3266. doi: 10.1007/s00520-018-4189-y.
- 71- Chicaud,M.(1998). *La crise de la maladie grave*. Edition Dunod.
- 72- Claude, J., & Thurin, J.M. (2002). *Stress, immunité et physiologie du système nerveux*. Medecine et science, 18(1), 1160-1166. http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/5083/MS_2002_11_1160.pdf?sequence=3&isAllowed=y
- 73- Collège Français des pathologistes [COPath]. *Généralité sur les tumeurs*. http://campus.cerimes.fr/anatomie-pathologique/enseignement/anapath_7/site/html/cours.pdf
- 74- *Complication et séquelles, institut national du cancer [INCa]*. <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Les-cancers-chez-l-enfant/Complications-et-sequelles>
- 75- Dauchy, D.(2008). *La recherche en psycho-oncologie, objectifs, enjeux, limites*. SFPO.
- 76- Dauchy,D., & Razvi, D.(2010). *L'adolescent atteint du cancer et les siens : quelles difficultés, quels souhaits d'aide ?*. DOI: [10.1007/978-2-287-99086-1](https://doi.org/10.1007/978-2-287-99086-1)

- 77- *Delirium*.(2016). National Cancer Institute [NCI].cancer.gov/about-cancer/treatment/side-effects/memory/delirium-hp-pdq
- 78- *Depression* .(2019). National Cancer Institute[NCI]. [HTTP://www.cancer.gov/about-cancer/coping/feelings/depression-pdq](http://www.cancer.gov/about-cancer/coping/feelings/depression-pdq).
- 79- Derogatis, R., Morow,R., Fetting, J., Penman, J., Henrichs,M., &Carnicke, CL.(1983). *The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients*.Jama,249(6),751-763.
doi: 10.1001/jama.249.6.751.
- 80- Dhehin, J.(2017). *Adolescence et maladie chroniqueM quel accompagnement par la péricultrice ?*IFSANTE .
- 81- Descande,E.(2013). *Epidémiologie des cancers de l'adolescent(registre national des tumeurs solides de l'enfant)*. Revue d'oncologie hématologie pédiatrique, 1(1),15-20. Doi :10.1016/j.oncohp.2013.04.002
- 82- *Dispositif d'annonce*. (2019, Février 12). Institut national du cancer [INCa] . <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Parcours-de-soins-des-patients/Dispositif-d-annonce>
- 83- Dolbeault, S.(2014, Juin). *Prise en charge du patient dépressif en cancérologie[présentation]. 8 eme congrés de l'association nationle pour la promotion des soins somatiques en santé mantale*.Paris.
- 84- Drew, D., Kable, A., & VanderRiet, P.(2019). *The adolescent's experience of cancer: an integrative literature review*. Review article, 26(4), 492-501. [http:// do.org/10.1016/j.colegn.2019.01.002](http://do.org/10.1016/j.colegn.2019.01.002)
- 85- Essart, M.(2015). *L'accompagnement des adolescents atteints de cancer face à l'altération de leur image du corps*, [mémoire de fin d'étude, insitut de formation en soins infirmier] insitut de formation en soins infirmier. <https://www.infirmiers.com/pdf/tfe-maelys-essart.pdf>
- 86- Enskar,K., Carlson, M., Golsater, M., & Hamrim, E.(1997). *Symptom distress and life situation in adolescents with cancer*. Cancer Nurs, 20(1), 23-33. Doi: <https://doi.org/10.1097/00002820-199702000-00004>
- 87- *Expérience globale du cancer: dépistage de la détresse, le 6eme signe vital: guide d'adoption de pratiques exemplaires pour des soins centrés sur la personne*. (2012). Partenariat Canadien Contre le Cancer[PCCC]. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-902-11W.pdf>

- 88- Fann, J., & Thomas-Rish, A.(2008). *Major depression after breast cancer: a review of epidemiology and treatment*, Gen Hosp Psychiatry, 30(2), 112-26. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2007.10.008.
- 89- Farges, F., & Farge, s.(2002). *Alexithymie et substance psycho actives: revue critique de la littérature. Psychotropes*, 8(2), 47-74. DOI: [10.3917/psyt.082.0047](https://doi.org/10.3917/psyt.082.0047)
- 90- Ferragut, E. (2007). *Souffrance, maladie et soins* . edition Masson .
- 91- Fillion, L.(2012, Novembre 30). *Dépister systématiquement la détresse en oncologie dans la région de Québec : un programme centré sur la personne atteinte de cancer*[présentation]. Congrè DQC les pratiques exemplaire en oncologie. Montréal.
- 92- Fisher, G.N., & Tarquinio, C.(2014). *Les concepts fondamentaux de la psychologie de la santé*. Edition Dunod.
- 93- Fisher, G.N.(2013). *Psychologie du cancer* . édition Odile Jacob.
- 94- Foa,C., & Largillier, R.(2018). *Complications des chimiothérapies* . centre Antoine L'acassagne . http://www-sop.inria.fr/epidaure/personnel/Pierre-Yves.Bondiau/e-cancerologie/DU/cours/03_tox_chimio/complications%20chimio_5.pdf
- 95- Gonzal-Puell, S.(2014). *Précis de psychologie clinique à l'usage des psycho-oncologues*. Edition Hertmann.
- 96- Grassi, L., Mangelli, L., Fava, Ga., Ottolini,F., Porcelli, C., & Raffanelli,C.(2017). *Psychosomatic caractérisation of ajustement disorders in the medical setting : some suggestions for DSMV*.Journal affect Disorder. 101(1-3), 251-254. Doi: 10.1016/j.2006.11.011
- 97- Grassi, L., Sabato, S., Rossi,E., Biancosino,B., & Marmai, l.(2005).*use of the diagnostic criteria for psychosomatic reserch in oncology*.psychother psychosm, 74(2), 100-107. Doi: 10.1159/00083168
- 98- Grassi, . &, Nanni, MG.(2016). *Syndrome de démoralisation: nouvelle perspectives en matière de traitement du cancer psychosocial*. Cancer.122(14), 2130-2133. Doi :10.1012/cncr.30022
- 99- Guidi, J., Fava,G.A., Picardi, A., Ponrcelli, P., Porcelli, P., Bellomo, A., Grandi, S., Pasquini, P., Quartesan, R., Rafanelli,C ., Rigatelli, M., & Sonino, N.(2011). Subtyping depression in the medically ill by cluster analysis. J affect disord, 132(3), 383-391. [http://DOI.org/ 10.1016/j.jad.2011.03.004](http://DOI.org/10.1016/j.jad.2011.03.004)

- 100- hankin, B.L., Abrahamson, L.Y., Moffit, T.E., Silva, P.A., Gee, M.C., & Angel, K.E. (1998). Development of Depression From Preadolescence to Young Adulthood: Emerging Gender Differences in a 10Year Longitudinal Study. *J of Abnormal Psychology*, 107(1), 128-140.
<https://www.researchgate.net/deref/http%3A%2F%2Fdx.doi.org%2F10.1037%2F0021-843X.107.1.128>
- 101- Hankin, B., & Abrahamson, L.Y., (1998). Development of Depression From Preadolescence to Young Adulthood: Emerging Gender Differences in a 10Year Longitudinal Study. *Journal of abnormal psychologie*, 107(1), 128-140. <http://doi.org/10.1037/0021-843X.107.1.128> Hart, S.L.,
- 102- .Hedstrom, M., Ljungman, G., & VonEssen, L. (2005). Perceptions of distress among adolescents recently diagnosed with cancer. *J Pediatr hemathol oncol*, 27(1), 15-22. doi: <https://doi.org/10.1097/01.mph.0000151803.72219.ec>
- 103- Heron-Speirs, H.A., Harvey, S.T., & Baken, D.M. (2013). *Moderators of the efficacy of psycho-oncological treatment: meta-analysis of treatment characteristics*. *J psychosoc Oncol*, 31(6), 617-641. Doi: [10.1080/07347332.2013.835022](https://doi.org/10.1080/07347332.2013.835022)
- 104- holland, C. J. (2002). *History of psycho-oncology: overcoming attitudinal and conceptual barriers*. *Psychosom*, 64(2), 206-221. <http://doi.org/10.1097/00006842-200203000-00004>.
- 105- Hoyt, M.A., Diefenbach, M., Anderson, D.R., Kilbourn, K.M., Artisanat, L.L., Acier, J.L., Guijpers, D.R., Mohr, D.C., Berendsen, M., Printemps, B., & Staton, A.L. (2012). *Meta-analysis of efficacy of interventions for elevated depressive symptoms in adults diagnosed with cancer*. *J Natl Cancer Inst*, 104(13), 990-1004. <https://doi.org/10.1093/jnci/djs256>
- 106- - Hurbault, A., & Imbert, A. (2007). *De la consultation médicale à la consulttion psychologique : reflexion en médecine oncologique*. (4eme ed). *psycho-oncologie*.
- 107- Imam, B., Miller, W.C., Finlayson, H.C., Eng, J., & Jarus, J.T. (2017). *Incidence of lower limb amputation in Canada*. *Can J Public Health*, 108(4), 374-380. doi: [10.17269/cjph.108.6093](https://doi.org/10.17269/cjph.108.6093).

- 108- Jalenques,I., Levallois, S., Geneste, J., & Demeocq, F., (2007). *Psycho-oncologie de l'enfant et de l'adolescent : évolution des connaissances et des pratiques*. Annales médico-psychologiques, 165(4), 290-292. <https://www.em-consulte.com/article/61768/article/la-psycho-oncologie-de-l-enfant-et-de-l-adolescent>
- 109- Jouane, C.(2006). *L'alexithymie : entre déficit émotionnel et processus adaptatif*. Psychotropes,3(12), 193-209. <https://www.cairn.info/revue-psychotropes-2006-3-page-193.htm>
- 110- Kacha, F.(2002). *Psychiatrie et psychologie médicale*. (2eme ed). édition publicom.
- 111- Kaplan, H.I., & Sadock, B.(1998). *Livre de poche de psychiatrie clinique*. Editon Masson.
- 112- Kaye, E.C., Brinkman,T.M., & Baker, J.N.(2017). *Developpement of depression in servivors of childhood and adolescent cancer: a multi-level life course conceptual framework*. Supportive care in cancer, 25, 2009-2017. Doi:10.1007/s0052_017-3659-y
- 113- Kelly, C., Ghazi, F., & Caldwell, K.(2002). *Psychological distress of cancer and clinical trial participation: e review of the literature*. European Journal of cancer care, 11, 6-15. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2354.2002.00283.x>
- 114- Kostak, M.A., Semerci, R., Eren, T., Auci, G., & Savran, F.(2019). *Life experiences of adolescents with cancer in Turkey: a phenomenological study*. J Pak Med Assoc, 69(10), 1464-1469. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31622298/>
- 115- Krebber, A.M.H., Buffart, L.M., Klejin, G., Riepma,I.C ., Bree ,R., Leemans, C.R., Becker, A., Brug, J., Straten, Avan, Cuyppers, P., Verdonck, D.E., & Leeuu, I.M. (2014). *Prevalence of depression in cancer patients: a meta-analysis of diagnostic interviews and self-report instruments*. Psychoonclogy, 3(2), 121-151. DOI: 10.1002 / pon.3409
- 116- Kugaya,A., Akechi.T., Okuyama,T., Nakano, T., Mikami, I., Okamura, H., & Uchitomi, Y.(2000). *Prevalence, predictive factors, and screening for psychologic distress in patients with newly diagnosed head and neck cancer*.

- Cancer, 88(12), 2817-2840. [http://doi/10.1002/1097-0142\(20000615\)88:12<2817::aid-cnrcr22>3.0.co;2-n](http://doi/10.1002/1097-0142(20000615)88:12<2817::aid-cnrcr22>3.0.co;2-n).
- 117- *La detresse des personnes atteintes de cancer : un incontournable dans les soins.* (2017). ministère de la Santé et des Services sociaux. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-902-11W.pdf>
- 118- Lancelot, A.(2010). *L'empathie des soignants perçue par le patient atteint de cancer bronchique*, [thèse de doctorat, université Paul Verlaine],HAL. <https://hal.univ-lorraine.fr/tel-01749885/document>.
- 119- Larson, G. , Maltson ,E., & VonEssen L.(2010). *Aspects of quality of life, anxiety, and depression among persons diagnosed with cancer during adolescence: a long-term follow-up study.* Euro J Cancer, 46(6), 1062-1068. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2010.01.021>
- 120- Larousse, le grand dictionnaire. (1999). Edition Bradar.
- 121- Lantheaume, S. (2017). *La psycho-oncologie.* Edition in- press.
- 122- Laurence, V.(2009). *Epidemiologie des cancers des adolescents et des jeunes adultes.* La lettre en cancrologie, 17(3). Edimark.fr/frant/frontpost/getfiles/15153.pdf.
- 123- Le chemia, D.(1995). *Les dépressions de la prévention à la guérison.* Edition Dehleb.
- 124- Linden, W., Vodermaiern, A., Mackenzi, R., & Greid, D. (2012). *Anxiety and depression after cancer diagnosis: prevalence rates by cancer type, gender, and age.* J affect Dissord, 141(2-3), 343-351. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.03.025>
- 125- Loriot, Y. & Mprdant, P. (2011). *Cancérologie.* Edition Elsevier Masson SAS.
- 126- Lozano, S. (2014). *Du symptôme au diagnostic du cancer.* Ups-tlse.fr/du_diu/10/2015/20-01-2015/Du%20 oncoe%20 nov%20 2014.pdf
- 127- Luminet, O. (2008). *Psychologie des émotions : confrontation et évitement.* Edition de Boeck.
- 128- Luminet, O., Vermeulen, N., & Guynberg, D. (2013). *L'alexithymie.* Edition de boeck.
- 129- Malka, J., Deverger, P.H., Chocard, A.S., Nimus, A., & Toubez, G. *mal se traiter se maltraiter: l'adolescent face à une maladie chronique grave.*

- pedopsychiatrie-angers.fr/ Publication3/Article%20 Adolescence%20 maladie%20chronique.pdf .
- 130- Mangelli, L., Fava, G.A., Grandi, S.,Grassi, L., Ottolini, F., Porcelli , P. Rafanelli, C., Rigatelli, M., & Sonino.N.(2005). *Assessing demoralisation and depression in the setting of medical disease*. J clinic psychia, 66(3), 391-394. Doi: 10.4088/jcp.v66n0317.
- 131- Maelys, E.(2015). *L'accompagnement des adolescents atteints de cancer face à l'altération de leur image corporelle* [mémoire de fin d'étude, Institut de formation en soins infirmiers]. Louis Mourier. <https://www.infirmiers.com/pdf/tfe-maelys-essart.pdf>.
- 132- Masmodi, J., Maely, I., Kalled, D., Brahem, J., & Jaoud, A.(2002). *Stress, depression et immunité anti tumorale*. J médecine Sfax, 13(14), 1-5. <http://www.medecinesfax.org/useruploads/files/article01-13-14.pdf>
- 133- Massi, M. (2004). *Prevalence of depression in patient with cancer*. JNall Cancer Inst Monogr, (32), 51-57. Doi: 10.1093/jncimonographs/lgh014.
- 134- Mitchell, A.J., Chan,M., Bhatti, H., Halton, M., Grassi, L., Johansen, C., &Meader, N.(2011). *Prevalence of depression, anxiety and adjustment disorder in oncological haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies*. Lancet oncology, 12(2), 160-173. doi: 10.1016/S1470-2045(11)70002-X.
- 135- Mcfarland, D., Lahjjani, S., & Holland, J.(2016). *Managing depression in pathient with cancer*. Cancer network, 30(7), 665-671. <http://www.cencernetwork.com/oncology-journal/managing-depression-petients-cancer>.
- 136- Mouthon, L., & Généreau, T.(2002). *Immunologie, immunopathologie*. Edition med-line.
- 137- Myer, M.(1989). *Psychology*. Second edition worth published.
- 138- Nolen- Hoeksema, S.(2000). *The role of rumination in depression disorder and mixed anxiety/depressive symptoms*. J Abnormal Psychology, 109, 504-511. <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.474.1353&rep=rep1&type=pdf>
- 139- Oberle, L., &Brovers, B.(20 17). *La depression*. Hopital Universitaire Genève . https://www.hug.ch/sites/interhug/files/structures/medecine_de_premier_reco urs/Strategies/strategie_depression.pdf

- 140- Ollivier,F.(2007). *La bonne mort : une durée idéale pour la fin de ie en unité de soin palliatifs ?*. frontière, 20(1), 34-39. <http://id.rudit.org/ideudit/017945ar>
- 141- Osborn, R.L., Démoncada, A.C., & Feuerstian,M.(2006). *Intervention psychosociales pour la depression, l'anxiété et la qualité de vie des survivants du cancer*. Int J Psychiatry Med, 36, 13-34. Doi : 10.2190/EUFN-RV1K-Y3TR-FKOL
- 142- Ounnoughen, M.(2000). *La depression résistante: quels traitements pour quelle résistance?* [thèse de doctorat, Université Henri Poincare]. HAL. <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01731766/document>
- 143- *Parcours de soins-Maladie chronique. Annoce et accompagnement du diagnostic d'un patient ayant une maladie chronique*. (2012, Mai 15). Haute autorité de santé[HAS]. https://www.has-sante.fr/jcms/c_1247611/fr/promouvoir-les-parcours-de-soins-personnalisés-pour-les-malades-chroniques
- 144- Pirl, W.F., Greer J.A., Traeger, L., Jackson, V., Lennes, T.I., Gallagher, E.R., Perez-Gruz, P., Heist, R.S., & Tamel, J.S.(2012). *Depression, end survival in metastatic non-small cell lung cancer: effects of early palliative care*. J clinic Oncolo, 30(12), 1310-1315. Doi: 10.1200/JCO.2011.38.3166
- 145- Plumb, M., & Holland , J.(1981). *Comparative studies of psychological function in patients with advanced cancer 2: interviewrated current and past psychological symptoms*. Psychosom med, 43(3), 243-254. Doi: 10.1097/00006842-198106000-00006.
- 146- *-Repérage et traitement précoces de la souffrance psychique des patients atteint du cancer : avis d'experts .* (2018, Janvier). Institut National du cancer [INCa]. [file:///C:/Users/PC%20MAISSON/Downloads/Reperage_et_traitement_prec_oe_souffrance_psychique_des_patients_atteints_de_cancer_mel_20180122%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/PC%20MAISSON/Downloads/Reperage_et_traitement_prec_oe_souffrance_psychique_des_patients_atteints_de_cancer_mel_20180122%20(1).pdf)
- 147- Thuile, J., R, & Frédéric. (2008). *Psychiatrie pédopsychiatrie*. Edition Masson.

- 148- Reffat, Y., Gunnome, J., Hornicek, F., & Mankin, H.(2002). *Comparison of quality of life after amputation or limb salvage*. Clin Orthop Relat,(397), 298-305. doi: 10.1097/00003086-200204000-00034.
- 149- Roussel, L. (2017). *Traitements anticancereux chez l'enfant: complications aiguës et séquelles bucco-dentaires tardives*[diploma d'état de docteur, Université de Lorraine]. HAL. <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01932075/document>
- 150- Schuyler, D.(2004). *Cognitive therapy for adjustment disorders in cancer patients*. Psychiatrie Edgmont, 1(1), 20-23. Ncbi.nlm.nih.gov/pmc/artices/ PMC3012613
- 151- Sheard, T.,Maguine, P.(1999). *The effect of psychological interventions on anxiety and depression in cancer patients: results of two meta-analyses*. Br J Cancer, 80(11), 1770-1780. Doi: 10.1038/sj.bjc.6690596
- 152- Sherif Kamel, A., Youssef, A., Halim, A.(2015). *Psychological Impact of Chemotherapy for Childhood Acute Lymphoblastic Leukemia on Patients and Their Parents*. Medicine(Baltimore), 94(51), 2280. doi: 10.1097/MD.0000000000002280.
- 153- Sherill, C., Smith, M., Mascoe, C., Birgus,E., & Abbit, D.(2017). *Effect of treating depressive disorders on mortality of cancer patients*. Cureus, 9(10), 1740. Doi: 10.7759/cureus.1740
- 154- Smith, R.H.(2015). *Depression in cancer patients: pathogenesis, implications and treatment*. Oncology letters. 9(4), 1509-1514. Doi: 10.3892/01.2015.2944
- 155- Sotelo,J.L., Musselman, D., & Nemeroff,C.(2014). *The biology of depression in care and the relationship between depression and cancer progression*. Int Rev Psychiatry, 26(1), 16-30. Doi: 10.3109/09540261.2013.875891
- 156- Strong. V., Waters, R., Hibbed., Murray,G., Wall, I., & Walker, J.(2008). *Management of depression of people with cancer (SMaRT oncology 1): a randomised trial*. Lancet, 372(9632), 40-48.doi: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(08\)60991-5](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(08)60991-5)
- 157- Sun, H., Yang,Y., zhang, J., Liu, T., Wang, H., Garg, S., & Zang, B.(2019). *Fear of cancer reccurence, anxiety and depressive symptoms in adolescent and young adult cancer patient*. Neuropsychiatr Dis Treat, 8(15), 857-865. Doi: 10.2147/NDT.S2432

- 158- *Symptomes du retinoblastoma.*(2019). Société Canadienne du Cancer [SCC]. Cancer.ca/fr-ca/cancer-information/cancer-type/retinoblastoma/signs-and-symptoms/?region=sk
- 159- Sylvie, A.(2010). *Petit larousse de la psychologie.* Edition Larousse.
- 160- Tamagawa, R., Garland, S., Vaska, M., & Carlson, E.(2012). *Who benefits from psychosocial interventions in oncology? a systemic review of psychological moderators of treatment outcomes.* J Behav Med, 35(6), 658-673. Doi: 10.1007/s10865-012-9398-0
- 161- Thibaut, S. (2011). *Comparison de la prise en charge de la dépression chez le sujet âgé et l'adulte non âgé par l'utilisation de systèmes administratifs automatisés*[thèse de doctorat, Université Claude Bernard Lyon] . HAL. <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00755118/document>
- 162- Tiberghien,S., & Barfety-Servignat, V.(2019). *Les douleurs, territoires corporels du sujet cancéreux :Vécu psychique et douleur dans le cancer.* Pain and cancer, 32(1), 9-12. <https://doi.org/10.3166/dea-2019-0050>
- 163- Tricoli, J.V ., Blair, D.G., Anders, C.K., Bleyer, A., Boardman, L.A ., Khan, J., Kummar, S., Lattin, B., Hunger, S.P ., Merchant, M., Seibel, N.L., Thurin, M., & Willman, C.L. (2016). *Biological and clonical characteristics of adolescent and young adult cancer: Acute lymphoblastic Leukemia, colorectal cancer, breast cancer, melanoma and sarcoma.* Cancer, 122(7), 1017-1028. Doi: 10.1002/cncr.29871
- 164- Tricoli, J.V.(2018). *Adolescent and young adult cancer biology.* J cancer, 24(6), 267-274. Doi: 10.1097/ppo.0000000000000343
- 165- Unité Transversale pour l'éducation du patient[UTEP], n°1 : *relation médecin-malade. L'annonce d'une maladie grave. La formation du patient atteint de maladie chronique. La personnalisation de la prise en charge.* Centre hospitalier régional universitaire Besançon
- 166- Vergnau,E.(2015). *Cancer : surmonter le choc de l'annonce.* <http://www.psychologie.com/bien-etre/cancer/articles-et-dossiers/cancer-surmonter-le-choc-de-l'annonce>
- 167- Von.Essen,l., .Enskar,K., Kreuger,A., Larsson, B., & Sjoden, P.O. (2000). *Self-esteem, depression and anxiety among Swedish children and adolescents on and off cancer treatment.*acta Pediatr, 89(2), 229-236. Doi: <https://doi.org/10.1080/080352500750028889>

- 168- Walker,J., Hansen, CH., Martin,P, Symeonides,S., Ramessur,R., Murray,G., & Sharpe,M.(2014). *Prevalence, associations ad adecquacy of the treatment of major depression in cancer patients: a cross-sectional analysis of clinical data collected regularly*. *Psychiatrie Lancet.*,1(5), 343-350.doi: 10.1016/S2215-0366(14)70313-x
- 169- William, F., Pirl, M.D., Andrew,J., & Roth,M.D.(1999). *Diagnostic and treatmet of depression in cancer patient*. *Cancer Network*, 13(9), 1093-1301. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10509324/>
- 170- William.Li,H.C., Lopez, V., Joyce.Chung, OK., Yan Ho, K., & Chiu, SY.(2013). *The impact of cancer on the physical, psychological and social well-being of childhood cancer survivors*. *Euro J Oncol Nurs*, 17(2), 214-223. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2012.07.010>
- 171- Yen, N.T., Weiss, B., & Trung, L.T.(2016). *Casness rate and risk factors for depression among vietnamesse cancer patients*. *Asian J Psychiatr*, 23, 95-98. Doi: 10.1016/j.ajp.2016.07.020
- 172- Zemouli, Y.(2018). *Immunité anti-tumorale: cours d'immunologie*. C://user/pc%20MAISSON/daunloads/immuno3an-immunité_antitumorales2018zemouli.pdf
- 173- Zerrouati, M., & Sudres, J.L ., (2004). *Chuchotement, cris et bruissements corporels à propos de la maladie cancéreuse*. *Psychothérapie*, 24(2), 105-112.
- 174- Zingg,M.,Nicodeme,J.D., Uckay,I., Ray,A., & Sova,D.(2014). *Lower limb amputation: indication, preoperative workup and complications*. *Rev Med Suisse*, 10(455), 2409-2413. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25752011/>

قائمة الملاحق

قائمة الملاحق:

الملحق رقم(1): القائمة الاسمية للأساتذة المحكمين لمقياس الاكتئاب عند المصاب بالسرطان.

الملحق رقم(2): مقياس الاكتئاب عند المصاب بالسرطان في صورته الأولية.

الملحق رقم (3): مقياس الاكتئاب للمصاب بالسرطان في صورته النهائية.

الملحق رقم(4): وحدات المقابلات

الملحق رقم (1): قائمة الأساتذة المحكمون للمقياس

| الاسم و اللقب | الجامعة التي ينتسب اليها |
|---------------------|-----------------------------------------|
| د. بن أحمد قويدر | جامعة عبد الحميد ابن باديس -مستغانم- |
| د. عمار ميلود | جامعة عبد الحميد ابن باديس -مستغانم- |
| د. شيدمي رشيدة | جامعة أبو بكر بلقايد -تلمسان- |
| د. بزراوي نور الهدى | جامعة أبو بكر بلقايد -تلمسان- |
| د. قوعيش مغنية | جامعة عبد الحميد ابن باديس -مستغانم- |
| د. بلعباس نادية | جامعة عبد الحميد ابن باديس -مستغانم- |
| د. غاني زينب | جامعة عبد الحميد ابن باديس -مستغانم- |

الملحق رقم(2): الصورة الأولية لمقياس الاكتئاب عند المصاب بالسرطان

البيانات العامة:

السن:

مدة المرض:

الجنس:

مرحلة الفحص و العلاج:

نوع المرض:

التعليمة:

يتضمن المقياس عددا من العبارات التي تصف مشاعرك و انفعالاتك مؤخرا، الرجاء قراءة كل عبارة من العبارات بتمهل ثم اختيار الاجابة التي تناسبك و تنطبق عليك و ذلك بوضع علامة (x) في الخانة المناسبة، ليس هناك اجابات صحيحة و أخرى خاطئة، المهم أن تجيب عن كل عبارة بما يمثل حالتك بالفعل

ملاحظة: يجب الاجابة على جميع العبارات، الاجابات سوف تتعامل بسرية تامة و لن تستخدم الا لغرض البحث العلمي.

شكرا جزيلا

الباحثة

قائمة الملاحق

| الرقم | العبارة | نعم تماما | تقريبا | قليلا | لا اطلاقا |
|-------|---------------------------------------------------------------|-----------|--------|-------|-----------|
| 1 | في أغلب الأوقات أفرح و ألهو | | | | |
| 2 | رغم كل المشاكل الصعوبات لازال عندي أمل | | | | |
| 3 | أحاسب نفسي على كل عمل أو كلام أوجهه للآخرين | | | | |
| 4 | تسمح الحياة بتحقيق أهداف وغايات الفرد | | | | |
| 5 | أفضل البقاء بمفردي | | | | |
| 6 | أنا إنسان حساس | | | | |
| 7 | أنا راض عن نفسي | | | | |
| 8 | أنا كثير البكاء | | | | |
| 9 | أختار ما أريد | | | | |
| 10 | يخطأ الإنسان في حياته اليومية، المهم ألا يقوم بذلك عن قصد | | | | |
| 11 | أعتقد أن الناس تعطي للحياة معنى أكثر مما تستحق | | | | |
| 12 | عادة ما يوجد أحد من عائلتي قريب مني أتحدث معه عن مشاكلي | | | | |
| 13 | في الغالب لا أهتم لتعليقات الآخرين | | | | |
| 14 | أنا أحب ذاتي حتى بعد المرض | | | | |
| 15 | أشعر بالملل عند دخولي للمستشفى | | | | |
| 16 | يمكنني مواجهة أي موقف مهما كان صعبا | | | | |
| 17 | أميل إلى التعاطف مع اللذين أشعر اتجاههم بالذنب | | | | |
| 18 | الحياة قصيرة و تستحق العناء | | | | |
| 19 | عادة ما يوجد أحد من الفريق الطبي قريب مني أتحدث معه عن مشاكلي | | | | |

قائمة الملاحق

| | | | | | |
|--|--|--|--|----|-------------------------------------------------------------|
| | | | | 20 | في معظم المواقف لا أتحمس لنظرات الآخرين الي |
| | | | | 21 | أحس أن لدي عدد من الصفات الجيدة |
| | | | | 22 | يزول الشعور بالحزن و الملل بمجرد خروجي من المشفى |
| | | | | 23 | أتوقع أن الأيام السعيدة قادمة |
| | | | | 24 | أفكر في بعض الأمور بجدية أكثر من اللازم |
| | | | | 25 | لدي هدف في هذه الحياة |
| | | | | 26 | عادة ما يوجد أحد من أصدقائي قريب مني أتحدث معه عن مشاكلي |
| | | | | 27 | أنفعل في المواقف اليومية بشكل مبالغ فيه |
| | | | | 28 | أشعر بالفخر كيفما كانت نظرات الآخرين إلي |
| | | | | 29 | ان الدردشة و القراءة تشعرني بالمتعة كما في السابق |
| | | | | 30 | أستطيع أن أقول لا بخصوص الأشياء التي لا تعجبني |
| | | | | 31 | تفكيري في وضعيتي الصحية يحسني بالألم و الضيق |
| | | | | 32 | وضعيتي الصحية غيرت نظرتي للحياة |
| | | | | 33 | لم تؤثر وضعيتي الصحية على علاقاتي مع أصدقائي |
| | | | | 34 | في الغالب أنا هادئ |
| | | | | 35 | أشعر أنني جميل وجذاب كيفما كنت |
| | | | | 36 | في بعض الأوقات أقضي وقتي جالسا أفكر و لا أقوم بأي شيء |
| | | | | 37 | تغيرت أهدافي |

قائمة الملاحق

| | | | | | |
|--|--|--|--|----------------------------------------------------------|----|
| | | | | أشعر بأن الوقت يمر ببطئ | 38 |
| | | | | ألوم نفسي | 39 |
| | | | | أشعر بأن الموت أفضل من الحياة | 40 |
| | | | | وضعتي الصحية جعلت من علاقتي مع أفراد أسرتي أقوى وأقرب | 41 |
| | | | | في الغالب لا أغضب عندما لا يكثر الآخرون لمشاعري | 42 |
| | | | | يسعد الآخرون بوجودهم معي | 43 |
| | | | | ترادوني بعض الأفكار السلبية | 44 |
| | | | | أشعر بالعجز في متابعة أعمالي بسبب وضعيتي الصحية | 45 |
| | | | | الحياة واضحة وبسهل فهمها | 46 |
| | | | | كونت صداقات جديدة في المشفى | 47 |
| | | | | عندما أغضب أفضل مواجهة الموقف | 48 |
| | | | | أصبحت أكثر انشغالا بمظهري الخارجي | 49 |
| | | | | أنظر الى الأشياء من الجانب الايجابي | 50 |
| | | | | أتردد كثيرا | 51 |
| | | | | أعبر عن رأيي مع الفريق الطبي الذي يعالجي بكل صراحة | 52 |
| | | | | أشعر بأنني أصبحت عالية على أسرتي | 53 |
| | | | | أصبحت مشاعري مخدرة | 54 |
| | | | | ملاحظات وتوجيهات الطبيب لا تشعرني بالغضب والضيق | 55 |
| | | | | مزاجي جيد | 56 |
| | | | | أشعر بالإعياء الشديد بعد الغضب | 57 |

قائمة الملاحق

| | | | | | |
|--|--|--|--|--------------------------------------------------|----|
| | | | | أنا أهتم بالأشياء التي أحبها كما في الماضي | 58 |
| | | | | أصبحت لا أبالي بالأحداث السارة التي تحصل من حولي | 59 |

الملحق رقم (3): مقياس الاكتئاب عند المصاب بالسرطان في صورته النهائية

البيانات العامة:

السن:

مدة المرض:

الجنس:

مرحلة الفحص و العلاج:

نوع المرض:

التعليمة:

يتضمن المقياس عددا من العبارات التي تصف مشاعرك و انفعالاتك مؤخرا، الرجاء قراءة كل عبارة من العبارات بتمهل ثم اختيار الاجابة التي تناسبك و تنطبق عليك و ذلك بوضع علامة (x) في الخانة المناسبة، ليس هناك اجابات صحيحة و أخرى خاطئة، المهم أن تجيب عن كل عبارة بما يمثل حالتك بالفعل

ملاحظة: يجب الاجابة على جميع العبارات، الاجابات سوف تتعامل بسرية تامة و لن تستخدم الا لغرض البحث العلمي.

شكرا جزيلاً

الباحثة

قائمة الملاحق

| الرقم | العبارة | نعم | تقريبا | قليلا | لا اطلاقا |
|-------|-----------------------------------------------------------|-----|--------|-------|-----------|
| 1 | أمرح و ألهو كالمعتاد | | | | |
| 2 | رغم كل المشاكل الصعوبات لازال عندي أمل | | | | |
| 3 | أحاسب نفسي على كل عمل أو كلام أوجهه للآخرين | | | | |
| 4 | تسمح الحياة بتحقيق أهداف الفرد | | | | |
| 5 | أفضل البقاء بمفردي | | | | |
| 6 | أنا إنسان حساس | | | | |
| 7 | أنا راض عن نفسي | | | | |
| 8 | أنا كثير البكاء | | | | |
| 9 | أختار ما أريد | | | | |
| 10 | يخطأ الإنسان في حياته اليومية، المهم ألا يقوم بذلك عن قصد | | | | |
| 11 | أعتقد أن الناس تعطي للحياة معنى أكثر مما تستحق | | | | |
| 12 | يوجد أحد من عائلتي قريب مني أتحدث معه عن مشاكلي | | | | |
| 13 | لا أهتم لتعليقات الآخرين | | | | |
| 14 | أنا أحب ذاتي حتى بعد المرض | | | | |

قائمة الملاحق

| | | | | | |
|--|--|--|--|----|----------------------------------------------------------|
| | | | | 15 | يمكنني مواجهة أي موقف مهما كان صعبا |
| | | | | 16 | أميل إلى التعاطف مع اللذين أشعر اتجاههم بالذنب |
| | | | | 17 | الحياة قصيرة ولا تستحق العناء |
| | | | | 18 | يوجد أحد من الفريق الطبي قريب مني أتحدث معه عن مشاكلي |
| | | | | 19 | في المواقف المختلفة لا أتحسس لنظرات الآخرين الي |
| | | | | 20 | أحس أن لدي عدد من الصفات الجيدة |
| | | | | 21 | يزول الشعور بالحزن و الملل بمجرد خروجي من المشفى |
| | | | | 22 | أفكر في بعض الأمور بجدية أكثر من اللازم |
| | | | | 23 | لدي هدف في هذه الحياة |
| | | | | 24 | عادة ما يوجد أحد من أصدقائي قريب مني أتحدث معه عن مشاكلي |
| | | | | 25 | أنفعل في المواقف اليومية بشكل مبالغ فيه |
| | | | | 26 | أشعر بالفخر কিفما كانت نظرات الآخرين إلي |
| | | | | 27 | ان الدردشة و القراءة تشعرنني بالمتعة كما في السابق |
| | | | | 28 | أستطيع أن أرفض الأشياء التي لا تعجبني |

قائمة الملاحق

| | | | | | |
|--|--|--|--|----|--------------------------------------------------------|
| | | | | 29 | عند تفكيري في وضعيتي الصحية يحسني بالألم و الضيق |
| | | | | 30 | وضعيتي الصحية غيرت نظرتي للحياة |
| | | | | 31 | لم تؤثر وضعيتي الصحية على علاقاتي مع أصدقائي |
| | | | | 32 | أنا هادئ |
| | | | | 33 | أشعر أنني جميل وجذاب كيفما كنت |
| | | | | 34 | في بعض الأوقات أقضي وقتي جالسا أفكر و لا أقوم بأي شيء |
| | | | | 35 | تغيرت أهدافي |
| | | | | 36 | أشعر بأن الوقت يمر ببطئ |
| | | | | 37 | ألوم نفسي |
| | | | | 38 | أشعر بأن الموت أفضل من الحياة |
| | | | | 39 | وضعيتي الصحية جعلت من علاقتي مع أفراد أسرتي أقوى وأقرب |
| | | | | 40 | أشعر أن الآخرون يسعدون بوجودهم معي |
| | | | | 41 | أشعر بالعجز في متابعة أعمالي بسبب وضعيتي الصحية |
| | | | | 42 | الحياة واضحة وبسهل فهمها |

قائمة الملاحق

| | | | | | |
|--|--|--|--|----|--------------------------------------------------|
| | | | | 43 | كونت صداقات جديدة في المشفى |
| | | | | 44 | عندما أغضب أفضل مواجهة الموقف |
| | | | | 45 | أصبحت أكثر انشغالا بمظهري الخارجي |
| | | | | 46 | أتردد كثيرا |
| | | | | 47 | أشعر بأنني أصبحت عالة على أسرتي |
| | | | | 48 | أصبحت مشاعري مخدرة |
| | | | | 49 | مزاجي جيد |
| | | | | 50 | أشعر بالإعياء الشديد بعد الغضب |
| | | | | 51 | أنا أهتم بالأشياء التي أحبها كما في الماضي |
| | | | | 52 | أصبحت لا أبالى بالأحداث السارة التي تحصل من حولي |

الملحق رقم(3): وحدات المقابلة الحالة عبد الهادي

| العبارة | ترجمتها |
|--------------------------|----------------------------------------|
| 1-راني فاشل | 1- أشعر بالتعب |
| 2-في الحمى | 2- أعاني من الحمى |
| 3-م chimio | 3- بسبب العلاج الكيميائي |
| 4-هادي الخامسة | 4- هذه حصة العلاج الكيميائي الخامسة |
| 5-طولت هاذ المرة | 5- مدة الاستشفاء طالت هذه المرة |
| 6-قريب شهر | 6- دامت مدة شهر تقريبا |
| 7-دخلت في octobre لي فات | 7- دخلت الى المستشفى شهر أكتوبر الماضي |
| 8-عندي حبة في كراعي | 8- أعاني من ورم في ساقاي |
| 9-وجع في ركبتي يشبه للضو | 9- يسبب لي وجع يشبه الصعقة الكهربائية |
| 10-رحت عند بزاف طبا | 10- زرت العديد من الأطباء |
| 11-واحد بيعثي عند واحد | 11- كل طبيب بيعثي الى طبيب آخر |
| 12-درت بزاف تعيارات | 12- أجريت العديد من التحاليل |
| 13-راديويات | 13- الأشعة |

قائمة الملاحق

| | |
|----------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| 14- صابولي حبة | 14- أعاني من ورم |
| 15-نهار لي جيت لسبيطار، قريت في الدخلة سرطان | 15- أول مرة جئت للمستشفى قرأت كلمة سرطان في المدخل |
| 16-تشوكيت | 16- صدمت |
| 17-ما وليتش نسمع ونحس | 17- فقدت القدرة على السمع و لم أعد أحس |
| 18-دخلت | 18- دخلت للمستشفى |
| 19-بديت نداوي | 19- بدأت العلاج |
| 20-درت صحابي | 20- أصبح لي أصدقاء في المستشفى |
| 21- chimio لول ماجانيش واعر | 21- أول حصة علاج كيميائي كانت سهلة |
| 22-توالا واعرين | 22- الحصص الأخيرة كانت أصعب |
| 23- chimio طيحي صحتي | 23- أثر العلاج الكيميائي على وضعيتي الصحية |
| 24-حبست قرابتي | 24- توقفت عن الدراسة |
| 25-بعدت على صحابي | 25- ابتعدت عن أصدقائي |
| 26-كاره حياتي | 26- أشعر بالحزن |
| 27-كرهت | 27- والملل |

قائمة الملاحق

| | |
|------------------------------------------|------------------------------|
| 28- أشعر بالقلق | 28-وليت نتقلق على والو |
| 29- والغضب | 29-منارفي |
| 30- أرغب في الخروج من هنا بسرعة | 30-راني مقلق وقتاش نخرج |
| 31- أشعر بالملل في المستشفى أكثر | 31-نكره هنا كثر |
| 32- في المنزل أشعر بالملل بدرجة أقل | 32-في الدار شوي |
| 33- ألتقي بجيراني من نفس السن | 33-نتلاقي بصحابي تاع الحومة |
| 34- لم نعد نتحدث كثيرا | 34-ما ولينا شنحكيوبزاف |
| 35- لم نعد نجلس سويا كثيرا | 35-ماراناش نقعدو بزاف |
| 36- لم أعد أخرج كثيرا | 36-أنا مارانيش نخرج بزاف |
| 37- يراني الناس الآخرون | 37-الناس تشوفني |
| 38- كيف كنت سابقا وكيف أصبحت الان | 38-كي كنت وكي وليت |
| 39- انام | 39-نرقد |
| 40- أتفرج | 40-نتفرج |
| 41- أفكار سلبية متعلقة بالمرض | 41-أفكار ماشي مليحة على مرضي |
| 42- أنا أعالج مند مدة ولكنني لم أشفى بعد | 42-راني نداوي وما ريحتش |

قائمة الملاحق

| | |
|--------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| 43- تطول باش نرقد | 43- أحتاج وقت طويل للخلود الى النوم |
| 44-مين نبغي نروح للسيطار نبات قاعد | 44- عندما يقترب موعد القدوم الى المستشفى لا أستطيع النوم |
| 45-لوجع راه مزير عليا | 45- أشعر بالألم الشديد |
| 46-ما وليتش نجم نتمشى عليها | 46- لا أستطيع السير على قدمي |
| 47-يزير عليا في الليل | 47- يزداد الألم في الليل |
| 48-مع الفشة | 48- والتعب |
| 49-والحمى | 49- والحمى |
| 50-ليوم ما نضنش | 50- اليوم لم أستطع الوقوف |
| 51-نخرج من السيطار | 51- أريد الخروج من المستشفى |
| 52-نكمل قرابتي | 52- اكمال دراستي |
| 53-ما وليتش نحاسب روجي بزاف | 53- لم اعد احاسب نفسي كثيرا |
| 54-نغش في الألعاب | 54- اغش في اللعب |
| 55-يتهرسولي صوالحهم normal | 55- تتكسر أشياء الآخرين عندي عادي |
| 56-عندي صحابي هنا: رشيد، خديجة، محمد | 56- عندي أصدقاء في المستشفى أمثال: رشيد، |

| | |
|------------------------------|---------------------------|
| خديجة، محمد | |
| 57- ليسوا أصدقاء مقربين | 57- ماشي صحابي صحابي |
| 58- رشيد قليلا | 58- رشيد شوي |
| 59- كل الموجودين هنا يجبوطني | 59- كامل لي هنا يبغوني |
| 60- لست اجتماعيا | 60- ما نخالطش بزاف |
| 61- أغضب بسرعة | 61- على جال والو نتتارفا |
| 62- أشعر بالقلق | 62- نتقلق |
| 63- أحزن بسرعة | 63- تغيضني عمري |
| 64- كسرت أشياء كانت أمامي | 64- هرست صوالح كانو قدامي |
| 65- أكسر | 65- نهرس |
| 66- أضرب | 66- نضرب |
| 67- تساقط شعري | 67- شعري طاح |
| 68- أظفاري أصبحت سوداء | 68- ظفاري كحالو |
| 69- فقدت الكثير من الوزن | 69- نقصت بزاف |
| 70- لا أستطيع الأكل | 70- عفت الماكلة |

قائمة الملاحق

| | |
|-----------------------------|-------------------------------|
| 71-التعب | 71-الفشلة |
| 72-الألم | 72-الوجع |
| 73- هذا المرض صعب | 73-ها المرض صعب |
| 74- أتعب بسرعة | 74-وليت نعيًا بالخف |
| 75- 5 دقائق أتعب بعدها | 75-5 دقائق نعيًا |
| 76- لا تشناق لي أسرتي | 76-ما يتوحشونيش دارنا |
| 77- أعتدي على اخوتي | 77-خوتي نحقرهم |
| 78- لما لا أكون جيدًا أنعزل | 78-كي ما نكونش مليح نجبد روجي |
| 79- أنام | 79-نرقد |
| 80- ليس لي فائدة | 80-ما ولات عندي حتى فائدة |
| 81- أقاوم لوحدي | 81-راني نقاوم وحدي |
| 82- لا يوجد حل | 82-ما عندي ما ندير |
| 83- ليست لدي أية قيمة | 83-ما عندي حتى قيمة |
| 84- ول أحد يعطيني قيمة | 84-واحد ما يقيمني |
| 85- أشعر بالتعب | 85-فشلت |

قائمة الملاحق

| | |
|---------------------------------|---------------------------------------|
| 86- كي نخرج ندير واش يقولي راسي | 86- لما أخرج لا أحترم تعليمات الأطباء |
| 87- ناكل اللي يعجبني | 87- أكل ما يعجبني |
| 88- ما نديرش الكمامة | 88- لا أضع القناع |
| 89- خطرناش ننسا الدوا | 89- أحيانا أنسى شرب الدواء |
| 90- قرابتي مشات | 90- خسرت دراستي |
| 91- حياتي تبدلت | 91- تغيرت حياتي |
| 92- حتى balon ما نجمش نلعب دروك | 92- لا أستطيع لعب كرة القدم |
| 93- كلش ولا واعر ولا مستحيل | 93- كل شيء أصبح صعبا والا مستحيلا |
| 94- ما وليبتش نعرف روجي | 94- أعجز عن التعرف عن نفسي |
| 95- ما كنتش كيما هاك. | 95- لم أكن كما أنا الآن |

الملحق رقم(4): وحدات المقابلة الحالة سارة

| الوحدات | ترجمتها |
|----------------------------|------------------------------|
| 1 بالفشلة | 1- بالتعب |
| 2 عندي l'hémorragie في فمي | 2- لدي نزيف في فمي |
| 3 عندي l'anémie | 3- عندي أنيميا |
| 4 عاود ولالي المرض | 4- أصبت بالمرض مرة أخرى |
| 5 نستنا التعيار يخرجلي | 5- أنا أنتظر نتائج التحاليل |
| 6- إلى كان مليح | 6- قد تكون النتائج جيدة |
| 7- ندير مليح | 7- حتى أخضع لعلاج الكيميائي |
| 8- ندير الزاوجا | 8- الحصاة الثانية من العلاج |
| 9- هادي شهر ملي دخلت | 9- دخلت الى المستشفى مند شهر |
| 10- م 2015 وأنا نداوي | 10- أنا أخضع للعلاج مند 2015 |
| 11- حتى نبرا | 11- حتى أشفى |
| 12- ويعاود يوليلي l'ancer | 12- أصاب مرة ثانية بالسرطان |
| 13- درت 2 rechutes | 13- تعرضت لانتكاستين |
| 14- عندي في الدم | 14- عندي السرطان في الدم |
| 15- الفشلة | 15- التعب الشديد |
| 16- كنت نعيا | 16- كنت أشعر بالتعب |

قائمة الملاحق

| | |
|--------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| 17-الأنيما | l'anémie-17 |
| 18-كنت أعلاج | 18-كنت نشرب الدواء |
| 19-لكن وضعيني تسوء | 19-حالي غي تزيد |
| 20- كنت أزور طبيب العائلة | 20-كنت نمشي عند الطبيب تاينا |
| 21- لكنني لم اشفى | 21-ما بريتش |
| 22- أعطاني الطبيب تحاليل | 22-مدلي les analyses |
| 23- بعثني عند طبيب آخر | 23-بعثني عند طبيب وحدخر |
| 24- أول مرة سمعت فيها الطبيب يشرح لأمي وضعتي الصحية | 24-المرة الأولى سمعت الطبيب يفهم ما |
| 25-أخبرها انني أعاني من سرطان | 25-قال cancer |
| 26-لما رأى الطبيب التحاليل لم يخبرني بأي شيء | 26-كي شاف تعيار ما قالي والو |
| 27- لكنني شعرت بأنني شيء ما يحصل | 27-بصح حسيت كاينة حاجة |
| 28- لاحقاً شرح لي | 28-ممبعد هو فهمني |
| 29- أول مرة كنت أبكي بشدة | 29-درب لولا بكيت بكيت |
| 30- صدمت | 30-نخلعت |
| 31- الآن لم أعد أبكي | 31-دروك ما وليتش نبكي |
| 32- أرغب في البكاء ولكنني لا أستطيع | 32-نبقى نعصر في عينيا |
| 33- الدموع لا تنزل | 33-الدمعة ما تهودش |

قائمة الملاحق

| | |
|----------------------------------------------------|-------------------------------|
| 34- الأن أفرح عند دخولي للمستشفى | 34-دروك كي ندخل لسبيطار نفرح |
| 35- ألتقي بالمرضى الآخرين | 35-نتلقى المرضى لآخرين |
| 36- أشعر بأنهم مثلي | 36-نحسهم مرضى كيفي |
| 37- يفهمونني | 37-يفهموني |
| 38- شعرت بالحزن أول مرة خضعت فيها للعلاج الكيميائي | 38-قنطت أول مرة درت la chimio |
| 39- أصبحت أعيش ما بين الدواء والمرض | 39-وليت عايشة في الدوا والمرض |
| 40- الحمد لله | 40-الحمد لله |
| 41- أشعر بفقدان الاهتمام | 41-نكره كلشي |
| 42- أجلس في مكاني | 42-قاعد في بلاستي |
| 43- أصمت | 43-ساكتا |
| 44- لا أرغب ف بالحديث | 44-ما يكونش في خاطري نهدر |
| 45- أشعر بالقلق بسرعة | 45-نتقلق بزاف |
| 46- أشعر بالملل في أغلب الأوقات | 46-كاره la plupart du temps |
| 47- أغمض عيني وأنام | 47-نغمض عيني ونرقد |
| 48- أغب أن أصبح ميتة | 48-نقول كون غي نصبح ميتا |
| 49- لما أمرض أشعر بالتعب الشديد | 49-كي نمرض نفشل بزاف |
| 50- لا أستطيع الوقوف | 50-نولي ما نجمشنوض |
| 51- لا أستطيع أن أقوم أي شيء | 51-ما نجم ندير والو |

قائمة الملاحق

| | |
|------------------------------------------|-----------------------------------|
| 52- حتى بعد العلاج الكيميائي أشعر بالتعب | 52- حتى مور chimio نفسل |
| 53- ليس لدي أهداف | 53- ما عنديش |
| 54- أعود كما كنت | 54- نولي كما كنت |
| 55- أقوم بتصرفات ثم أشعر بالندم | 55- ندير حوايجوممبعندننام |
| 56- مع أمي | 56- مع ماما |
| 57- مع اخوتي | 57- مع خاوتي |
| 58- لما أغضب لا أستطيع التحكم في نفسي | 58- كي نتنارفا ما نكونطريش روجي |
| 59- أشعر أنني سبب كل المشاكل | 59- نحس روجي المشكلة نتاع الدار |
| 60- تسوء وضعيتي الصحية | 60- والمرض زاد |
| 61- أسرتي تشتتت | 61- هما تشتو |
| 62- المستشفى أصبح أسرتي الثانية | 62- السبيطار ولا داري الزوجا |
| 63- دائما في شجار | 63- ديمًا مدبزين |
| 64- لا نتحدث كثيرا | 64- ما نكيوش بزاف |
| 65- لا أشعر أن أمي تحبني | 65- ما نحسهاش تبغيني |
| 66- ليس لدي صديقة مقربة | 66- ما عنديش صحبتي intime |
| 67- حيزية كانت صديقتي ، الله يرحمها | 67- خيرية كانت صحبتي، الله يرحمها |
| 68- أشعر بأنني لوحدني | 68- نحس روجي بحدني |
| 69- لما أغضب لا أتحكم في نفسي | 69- كي نتنارفا ما نكونطريش روجي |
| 70- أتحت كلاما جارحا | 70- نهدر كلام ماشي مليح |

قائمة الملاحق

| | |
|-------------------------------------|----------------------------------|
| 71- كلام يجرح | 71- كلام يجرح |
| 72- أحزن بسرعة | 72- ييقنخاطري بلخف |
| 73- من أمني | 73- من ما |
| 74- من أخوتي | 74- خاوتي |
| 75- أرمي الأشياء | 75- نرمي حوايج |
| 76- أنا مندفعة | 76- أنا مندفعة |
| 77- لا أفكر بالقيام بأي شيء | 77- ما نخمش حتى ندير الحاجة |
| 78- أغب عندما يخبرونني بما علي فعله | 78- نتتارفا كي يقولولي واسم ندير |
| 79- أفعل مل أغرب به | 79- ندير لي في راسي |
| 80- أعاند | 80- ونعاند |
| 81- يتساقط شعري فأصبح مخيفة | 81- شعري كي يطيح نولي نخوف |
| 82- أصبح ذكر | 82- نولي ولد |
| 83- أضع شعرا مستعارا | 83- بصبح ندير perruque |
| 84- أصبح وجهي مسودا | 84- وجهي راه كحل |
| 85- البقع | 85- les plaques |
| 86- أصبحت ملابسي أكبر مني | 86- حوايجي يجوني كبار |
| 87- لا أحب نفسي | 87- نعيم روجي |
| 88- لا أنظر الى نفسي في المرأت | 88- ما نشوفش في المرايا |
| 89- تغيرت | 89- تبدلت |

قائمة الملاحق

| | |
|----------------------------------------------|---------------------------------------|
| 90- أنام كثيرا | 90-تفوتها غي رقاد |
| 91- لا أقوم بأي شيء | 91-ما ندير والو |
| 92- لا أحب أن يراني الآخرون بدون شعر اصطناعي | 92-ما نحبش الناس يشوفوني بلا perruque |
| 93- أشعر بالقلق من الآخرين | 93-نتقلق من الناس |
| 94- أشعر أنهم ينظرون الي | 94-نحسهم يشوفو فيا |
| 95- يتحدثون عني | 95-يهدرو عليا |
| 96- مرضت | 96-مرضت |
| 97- نقص وزني | 97-نقصت |
| 98- يهمني رأي الناس في | 98-يهمني رأي الناس في |
| 99- هاد الدعامة تقلقني أكثر | 99-هادcathéterيزيد ينارفيني |
| 100- يعيق حركتي | 100-يبلوكيني |
| 101- لا أستطيع حتى النوم بشكل جيدا | 101-ما نرقدش حتى غاي |

الملخص:

تهدف الدراسة الحالية إلى معرفة مدى انتشار الاكتئاب عند المراهق المصاب بالسرطان ودراسة الفروق في درجاته من حيث: الجنس، نوع السرطان، مرحلة السرطان، نوع العلاج و مدته. كما تسعى إلى معرفة أثره على المراهق المصاب. استخدمت الدراسة مقياس الاكتئاب للمصاب بالسرطان من إعداد الباحثة و اختبار تفهم الموضوع للكبار. تكونت عينة الدراسة الوصفية من 56 حالة يقع سنهم ما بين 11-20 سنة، أما عينة الدراسة العيادية تكونت من حالتين ذكر وأنثى، توصلت إلى أن الاكتئاب ينتشر بدرجات متوسطة عند المراهق المصاب بنسبة 76.78% وأنه لا توجد فروق في درجات الاكتئاب ترجع للمتغيرات المذكورة سابقا. كما توصلت إلى أن أزمة السرطان تؤدي إلى تنشيط أزمات مبكرة عند الحالات ما يؤدي الى الاكتئاب وبالتالي الاستسلام، ذلك ما يؤثر على مقاومة المصاب.

الكلمات المفتاحية: اكتئاب، مراهق، سرطان.

Résumé :

Cette étude a pour but de définir la propagation de la dépression chez l'adolescent atteint du cancer et d'étudier les différences en terme de sexe, type et stade de cancer, type et durée de traitement, ainsi que connaître l'impacte de la dépression sur le jeune patient. On a utiliser le questionnaire de la dépression chez le cancéreux et le teste projectif :le thematic apperception teste. L'échantillon de l'étude descriptive se composait de 56 cas âgés entre 11 et 20ans, et deux cas -une fille et un garçon- pour l'études clinique, la recherche a abouti à ce que 76,78% des jeunes patients souffrent d'une dépression moyenne, et ceci ne revient pas aux variables déjà citées, elle a confirmé aussi que la maladie du cancer -chez plusieurs cas- réactive des problématiques latentes qui se transforment en dépression par la suite, provoquant un sentiment de capitulation chez le jeune patient ce qui entraver sa résistance.

Mots clés: dépression, adolescent, cancer.

Abstract:

The study aims to discover the extent of the spread of depression among teenagers with cancer disease, it considers the different degrees of depression regarding the gender, cancer type, the stage of the cancer and the therapy's type and duration to highlight its effect on the patient. The study used a Thematic Apperception Test ,questionnaire -set up by the researcher- to investigate the state of depression among the patients and. Helped by 56 cases between 11 and 20 years old as descriptive study samples and two cases -a male and a female- for the clinical part. The research found that 76,78% of the cases suffer from average depression, and that is not related to the variations cited before. The study delivers the resultat that cancer causes in some cases early crises which lead to depression pushing the patient to give up which obstruct the resisting process.

Keywords: depression, adolescent, cancer