

# جامعة أبي بكر بلقايد تلمسان



كلية العلوم الإنسانية والعلوم الاجتماعية

قسم علم النفس وعلوم التربية



## موضوع البحث

### واقع الصحة النفسية لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي

أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه في علم النفس العيادي

#### تحت إشراف

الأستاذ الدكتور العيد فقيه

#### من إعداد الطالبة

شدمي رشيدة

#### أعضاء لجنة المناقشة:

اللقب والاسم	الرتبة	الجامعة	الصفة
أ.د. بشلاغم يحي	أستاذ التعليم العالي	تلمسان	رئيسا
أ.د. فقيه العيد	أستاذ التعليم العالي	تلمسان	مشرفا ومقررا
أ.د. ميموني بدرة	أستاذ التعليم العالي	وهران	عضوا مناقشا
أ.د. ماحي إبراهيم	أستاذ التعليم العالي	وهران	عضوا مناقشا
د. فسيان حسين	أستاذ محاضر (أ)	وهران	عضوا مناقشا
د. بن عصمان جويذة	أستاذ محاضر (أ)	تلمسان	عضوا مناقشا

السنة الجامعية: 2014-2015

## الإهداء

إلى المصابة بالسرطان، إلى كل امرأة عانت وبصمت  
فأبى السرطان إلا أن يكون بديلا  
إلى الذي لم يتوارى هنيهة فشاركنا  
عناء هذا البحث  
زوجي العزيز

## كلمة شكر وتقدير

الشكر لله تبارك وتعالى على فضله ونعمه  
احترامي وتقديري الخالصين للأستاذ الدكتور فقيه العيد الذي كان نبراسا لهذا العمل  
طول مدة إنجازهِ

احترامي وشكري الخالصين إلى أساتذتي الذين درسوني طول مرحلة التدرج  
وما بعد التدرج، وأبوا إلا أن يناقشوا هذه الرسالة

الأستاذ الدكتور: ماحي إبراهيم

الأستاذة الدكتورة: ميموني بدرية

الأستاذ الدكتور: فسيان حسين

شكرا لكم وجزاكم الله عنا كل خير

إلى

الأستاذ الدكتور: بشلاغم يحيى

الأستاذة: بن عثمان جويحة

شكرا لكما لقبول مناقشة هذه الرسالة

## ملخص البحث

تناول هذا البحث موضوع الصحة النفسية لدى المرأة المصابة بالسرطان الثدي، وهي دراسة ميدانية لواقع الصحة النفسية لمصابات بأورام خبيثة على مستوى أحد الثديين أو الاثنين، متواجدة بالمستشفى الجامعي -تلمسان-. تشكل هذه الدراسة مدخلا لدراسات في ميدان علم الأورام النفسي وعلاقتها بالصحة النفسية وعليه فقد جمع بين ما هو نظري تحليلي من جهة وعملي إجرائي من جهة أخرى معتمدين على مفاهيم أساسية للصحة النفسية المتعلقة بالأمراض المزمنة الخطيرة كالسرطان من اضطرابات نفسية مرضية محاولين ربط هذه المفاهيم بواقع الصحة النفسية للمصابة ومختلف الاستراتيجيات التي تستعملها مع مرض السرطان بعد انسحابها من عالم الأصحاء وانتماءها الإجباري إلى مجتمع المرضى ومختلف المراحل التي يجب التعامل معها منذ الإعلان عن التشخيص، إلى مختلف مراحل العلاج، والانتكاسات والشفاء أو الوفاة. اعتمد هذا البحث على المنهج الوصفي معتمدين على الطريقة الإحصائية والطريقة العيادية من خلال دراسة الحالة للكشف عن طبيعة الدينامية النفسية التي تميز الشخصية المصابة بالسرطان.

وعليه تمّ اختيار عيّنة من النساء مصابات بسرطان الثدي من منطقة تلمسان وعددهن 61 حالة في وضعية استشفائية بعد تشخيص ورم خبيث في مختلف مراحل الإصابة، وتم استخدام الأدوات التالية: مقياس الصحة النفسية لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي، تقنيات دراسة الحالة، الدليل التشخيصي الرابع للأمراض العقلية والنفسية (DSMIV). وقد أسفر البحث على النتائج التالية بناء على فروضه الأربعة.

**أولاً:** لا يوجد فرق بين الفئات العمرية من حيث الصحة النفسية عند المصابات بسرطان الثدي. تدل هذه النتيجة على أن المصابات من مختلف الفئات العمرية تعيش نفس المصير سواء من حيث الإصابة أو العلاج وحتى الانتكاسة والمعاودة.

**ثانياً:** لا توجد فروق بين الوضعيتين الاجتماعيتين "عزباء، متزوجة" من حيث الصحة النفسية، فكلاهما تعيش نفس الوضع من حيث التشخيص، والعلاجات المستخدمة، والقابلية للمعاودة أو الانتكاسة.

**ثالثاً:** لا توجد فروق بين الأبعاد العيادية ككل لمقياس الصحة النفسية والمستوى التعليمي لدى المصابات بسرطان الثدي، حيث وجدت عوامل أخرى مؤثرة ونذكر من بينها: المساندة الاجتماعية المدركة، والمساندة الطبية، والثقافة الصحية، والثقة بالنفس، والعلاقة الزوجية، والعلاقة (طبيب- مريض)، والتحكم الانفعالي والمستوى الروحي، والتمثل النفسي المرتبط بالسرطان.

**رابعاً:** هناك تأثير للتمثلات النفسية للسرطان وتاريخ الحالة على الصحة النفسية لدى المصابة، حيث وجدت علاقة بين الاضطرابات النفسية وتكوين الشخصية والإصابة بسرطان الثدي.

الفهرس

## فهرس المحتويات

الإهداء .....	أ.....
كلمة شكر وتقدير .....	ب.....
ملخص البحث .....	ج.....
فهرس المحتويات .....	د.....
فهرس الجداول والأشكال .....	ز.....
مقدمة .....	1.....
<b>الباب الأول: الصحة النفسية وعلاقتها بعلم الأورام النفسي عموما وسرطان الثدي خصوصا</b>	
<b>الفصل الأول: الصحة النفسية مفهوما ومظهرا</b>	
أولاً: مفهوم الصحة النفسية.....	7 .....
ثانياً: مظاهر الصحة النفسية .....	11.....
ثالثاً: المفهوم السلبي والإيجابي للصحة النفسية .....	16 .....
رابعاً: الصحة النفسية لدى المرأة .....	20.....
<b>الفصل الثاني: علم الأورام النفسي</b>	
أولاً: تعريف علم الأورام النفسي .....	25.....
ثانياً: مجال وأهداف علم الأورام النفسي .....	28.....
ثالثاً: الأبعاد النفسية لعلم الأورام النفسي .....	32 .....
رابعاً: علاقة علم نفس الصحة بعلم الأورام النفسي .....	46.....
<b>الفصل الثالث: السرطان وعلم النفس</b>	
أولاً: سيكولوجية السرطان .....	58.....
1. نظرة عامة .....	58.....
2. تمثلات السرطان .....	59.....
3. الشخصية السرطانية .....	62.....
4. الألكستيميا.....	67.....
5 الميكانزمات الدفاعية لدى المصابة بالسرطان .....	74.....
ثانياً: سرطان الثدي من المنظور الطبي .....	79.....
1. المفهوم الطبي لسرطان الثدي .....	79 .....
ا-تعريف ب- أسباب ج - أعراض د- تشخيص و-العلاج .....	80.....
ثالثاً: دراسة لعلم الأوبئة الخاصة بسرطان الثدي في الجزائر .....	96.....

## الفصل الرابع: الوضعية النفسية المرضية لسرطان الثدي

- أولاً: الاضطرابات النفسية المرضية لسرطان الثدي ..... 108
1. اضطراب التكيف ..... 108
2. الحصر ..... 112
3. الاكتئاب ..... 118
4. الصدمة النفسية ..... 125
- ثانياً: أزمة الهوية لدى المصابة بسرطان الثدي ..... 129
1. المقاربة العيادية لمشكل الهوية لدى المصابة. .... 129
2. تصدع الهوية وأهم الاضطرابات التي تظهر لدى المصابة ..... 130
- أ- اضطراب الصورة الجسدية لدى المصابة بسرطان الثدي ..... 131
- ب- الاضطرابات الجنسية لدى المصابة بسرطان الثدي ..... 135
- ثالثاً: العلاجات النفسية المستخدمة للتكفل بالمصابة. .... 137
- أ- المساندة النفسية ..... 138
- ب- المساندة الروحية ..... 141

## الباب الثاني: منهجية الدراسة الميدانية

### الفصل الأول: خلفية نظرية وتحديد مشكلة البحث وفروضه

- أولاً: الدراسات السابقة ..... 146
1. دراسات تتضمن مختلف الأبعاد العيادية للصحة النفسية ..... 146
2. دراسات لديناميكية النفسية المرتبطة بالتمثيلات النفسية لسرطان ..... 154
3. تعليق عام حول الدراسات السابقة ..... 160
- ثانياً: موقع الدراسة الحالية من الدراسات السابقة ..... 162
- ثالثاً: تحديد مشكلة الدراسة وفروضها ..... 163
1. تحديد مشكلة الدراسة والتساؤلات التي تطرحها ..... 163
2. فروض الدراسة ..... 167
3. أهمية الدراسة ..... 167
4. أهداف الدراسة ..... 169
5. منهجية الدراسة ..... 169
6. التعاريف الإجرائية لمفاهيم البحث ..... 170

171	7. حدود الدراسة الميدانية .....
	<b>الفصل الثاني: الاجراءات المنهجية</b>
174	أولاً: عينة الدراسة .....
174	ثانياً: أدوات الدراسة .....
174	1- مقياس الصحة النفسية لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي .....
205	2- دراسة الحالة .....
205	3- الدليل التشخيصي الرابع للأمراض العقلية والنفسية .....
206	ثالثاً: الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة .....
	<b>الباب الثالث: عرض نتائج الدراسة ومناقشتها</b>
	<b>الفصل الأول: عرض نتائج الدراسة</b>
209	أولاً: عرض النتائج الخاصة بالفرضية الأولى .....
209	ثانياً: عرض النتائج الخاصة بالفرضية الثانية .....
210	ثالثاً: عرض النتائج الخاصة بالفرضية الثالثة .....
214	رابعاً: عرض النتائج الخاصة بالفرضية الرابعة .....
	<b>الفصل الثاني: تفسير ومناقشة النتائج</b>
226	أولاً: تفسير ومناقشة النتائج الخاصة بالفرضية الأولى .....
228	ثانياً: تفسير ومناقشة النتائج الخاصة بالفرضية الثانية .....
230	ثالثاً: تفسير ومناقشة النتائج الخاصة بالفرضية الثالثة .....
242	رابعاً: تفسير ومناقشة النتائج الخاصة بالفرضية الرابعة .....
	<b>الفصل الثالث: نتائج الدراسة والمساهمة العلمية للبحث والمشكلات التي تثيرها هذه الدراسة</b>
245	أولاً: نتائج الدراسة .....
252	ثانياً: المساهمة العلمية للبحث .....
256	ثالثاً: المشكلات التي تثيرها هذه الدراسة .....
258	قائمة المراجع .....
272	الملاحق .....

## فهرس الجداول

رقم الجدول	عنوان الجدول	الصفحة
01	أعراض الألكستيميا مقارنة بأعراض العصاب	73
02	استجابات وأهداف الميكانزمات الدفاعية	76
03	حالة سرطان الثدي مرحلة 0	85
04	حالة سرطان الثدي مرحلة 1	86
05	حالة سرطان الثدي مرحلة 2	87
06	حالة سرطان الثدي مرحلة 3	88
07	حالة سرطان الثدي مرحلة 4	89
08	نسبة الحياة حسب المراحل المتقدمة من سرطان الثدي	89
09	نسبة الانتكاسة والوفيات في كل الدول المتطورة و السارية في النمو	104
10	جدول عينة الدراسة	174
11	الأبعاد العيادية للقائمة ومتوسطاتها الحسابية	200
12	مختلف العبارات التي تم تعديلها في المقياس	202
13	نتائج اختبار كاندل	202
14	نتائج حسب ارتباط البند بأبعاد المقياس	203
15	نتائج اختبار كرومباخ ألفا	203
16	اختبار كرومباخ ألفا باتساق مع البنود	204
17	نتائج كرومباخ ألفا لدراسة الثبات	205
18	نتائج الفروق بين مختلف الفئات العمرية	209
19	نتائج لدراسة الفروق بين مجموعتين	209
20	الفروق بين المجموعات الخمس من حيث الوضعية الاجتماعية	210
21	الفروق بين المجموعات الخمس من حيث نوعية الحياة	210
22	الفروق بين المجموعات الخمس من حيث المساندة الاجتماعية	211
23	الفروق بين المجموعات الخمس من حيث التحكم الانفعالي	211
24	الفروق بين المجموعات الخمس من حيث استراتيجية التكيف	212
25	الفروق بين المجموعات الخمس من حيث الصورة الجسدية	212
26	الفروق بين المجموعات الخمس من حيث التكفل الطبي	212

213	الفروق بين المجموعات الخمس من حيث التوافق النفسي	27
213	الفروق بين المجموعات الخمس من حيث التدبير	28
255	مختلف الأبعاد النفسية و العوامل المؤثرة في تحقيقها، مضاعفات ناتجة عن عدم توفيرها	29
112	الأبعاد العيادية لاضطراب التكيف	30
115	اكتينيكية اضطراب الحصر	31
117	الفرق بين أعراض (مزاج) الحصر والاكتئاب	32

### فهرس الأشكال

الصفحة	عنوان الشكل	رقم الشكل
80	العناصر الفيزيولوجية المكونة للتدي	01
86	مراكز ظهور أورام السرطان في التدي	02
90	مراحل تطور الخلية السرطانية	03
91	مختلف أعراض سرطان التدي	04
93	صورة ماموغرافي لسرطان التدي	05
97	نسبة العيش في الدول المتطورة و النامية لسرطان التدي	06
98	نسبة انتشار سرطان التدي في العالم العربي	07
99	نسبة انتشار سرطان التدي في العالم	08
102	منحنى لظهور سرطان التدي حسب السن	09
103	معدل السن في الإصابة بسرطان التدي	10

مقدمة

## مقدمة:

يعتبر سرطان الثدي من الأورام الخبيثة الأكثر شيوعا عند المرأة وبما أن نسبة الارتفاع متزايدة أصبح يخصص اهتمام كبير من طرف الصحة العمومية في العالم. وعلى هامش الأيام التكوينية لمصورة الثدي الجزائري لقد تم تشخيص ما بين 9000-10.000 حالة سرطان الثدي سنويا، ومن جهته سجل الأستاذ بوزيد الذي عكف على تقييم سرطان الثدي في الجزائر وأفاقه بأن نسبة السرطان العائلي مرتفعة مرتين مقارنة بالبلدان في الغرب مشيرا إلى أن ذلك قد يعود إلى زواج الأقارب، وأضاف الأستاذ أن تفشي سرطان الثدي في الجزائر يفوق نسبة سرطان عنق الرحم، وسجل أنه في ثلثي الحالات يجري التشخيص في مرحلة متقدمة أو تم انتشاره، وتقدر كلفة العلاج 3 ملايين دج مع نتائج جدّ مخيبة بحيث أنّ حالة واحدة فقط من بين 4 حالات تبقى على قيد الحياة إلى غاية 5 سنوات، والخطر يكمن في أنّ المرأة الشابة تتعرض بشكل متزايد للإصابة بسرطان الثدي في الجزائر بنسبة بين (45 و48 سنة) على عكس البلدان الغربية حيث يصيب هذا المرض النساء اللواتي يتعدى سنهن 60 سنة، وحسب جريدة المساء الجزائرية لتاريخ 02 أكتوبر 2013 فإنّ سرطان الثدي يأتي على رأس قائمة الإصابة بالسرطان في العالم العربي بنسبة تفوق 0,035% وبحلول 2024 ستتراوح نسبة الإصابة بين 40.000 و45.000 حالة جديدة سنويا حسبما كشفه خبراء الأورام السرطانية، وتصاب بسرطان الثدي حاليا بالوطن العربي ما يقارب 40 امرأة لكل 100 ألف امرأة سنويا.

يتسبب سرطان الثدي في الجزائر بوفاة أكثر من 10 نساء يوميا مع ارتفاع معدلات الطلاق بعد تخلي الزوج عن المصابة باعتقاده أنها أصبحت لا تستطيع أداء أي مهمة فيتم الاستغناء عنها باستبدالها شريك آخر. فالجزائر من الدول التي عرفت حداثة علمية في المجال الطبي العلاجي وخاصة الأمراض المزمنة الخطيرة كالسرطان إلا أنّ التكفل النفسي لا زال غائبا فقد كشف رئيس مصلحة الأورام الأستاذ كمال بوزيد في جريدة

(الحرية، 2013) عن غياب كلي للتكفل النفسي بالمصابين بالسرطان خلال جميع مراحل المرض ودعا إلى ضرورة إعطاء مكانة خاصة لهذا الاختصاص في المخطط الوطني للمكافحة السرطان (2015-2019)، وقال في السياق نفسه أن المصابين بالسرطان يلجؤون إلى الجانب الديني والروحي كوسيلة للتخفيف من الأهم. إنّ هجمات القلق و الأرق وضعف التركيز والفهم وكذا فقدان الاستمتاع بالنشاطات السوية العادية وصولاً إلى عدم الرغبة في العيش والآثار الاجتماعية الضاغطة مثل فقدان الدخل، والانعزال الاجتماعي، والوصمة الاجتماعية، والضيق المرتبط بالمرض، والاكئاب مع محاولة الانتحار دليل قاطع على أنّ المصابات تعاني نفسياً، هذا ما دفع مختصي الصحة النفسية إلى إحداث نقلة نوعية في التعامل مع هذه الأمراض العضوية السرطانية.

مما سبق ذكره أصبح لزاماً علينا البحث بشكل أعمق عن واقع الصحة النفسية لدى المصابات بسرطان الثدي في المجتمع الجزائري، خاصة وأن أغلب الدراسات السابقة حول الموضوع غربية، وأن أول ذلك الاهتمام ينصب في تكوين معارف موضوعية حول مجموعة من المفاهيم ترتبط بالصحة النفسية لدى المصابة سواء من حيث نوعية الحياة وإستراتيجية التكيف والتوافق النفسي، المساندة الاجتماعية والطبية، والتحكم الانفعالي والتدين، والصورة الجسدية وبالتالي التعرف أكثر على طبيعة الدينامية النفسية لديهن من خلال الولوج إلى أعماق الشخصية وتوصيف التمثلات النفسية المتعلقة بسرطان الثدي، ومدرجات الحالة اتجاه تاريخها الشخصي وحوادث الماضي.

ينقسم البحث الحالي إلى مقدمة وثلاثة أبواب وفصول، فالباب الأول تناول الصحة النفسية وعلاقتها بعلم الأورام النفسي عموماً وسرطان الثدي خصوصاً ويتضمن أربعة فصول، يتناول الأول منهم مفهوم الصحة النفسية حسب المدارس الرئيسية لعلم النفس وتوضيح المفهوم الإيجابي والسلبي لها ومدى نسبتها وتأثرها بالإطار الثقافي للمجتمع. أما الفصل الثاني يتناول علم الأورام النفسي والأبعاد النفسية التي يعتمد عليها كالضيق النفسي

والألم، والإعلان، والمرحلة التلطيفية وعلاقة هذا العلم الحديث بعلم النفس الصحة. أما الفصل الثالث تناول السرطان وعلم النفس أين حاولنا الإلمام وضبط علاقة علم النفس ومرض السرطان عبر مجموعة من الدراسات العلمية حول نوعية الشخصية، ومختلف الميكانزمات النفسية المستعملة أثناء الإصابة. أما الشق الثاني لهذا الفصل فقد تناول ملخص الدراسات الطبية حول الورم الخبيث الخاص بالثدي مع ذكر مجموع أعراضه وكيف يتم الكشف عنه وتشخيصه، وأخيرا أنواع العلاجات المستعملة في العالم عموما والجزائر خصوصا. أما الفصل الرابع ألم بالوضعية النفسية المرضية المتعلقة بالمصابات بسرطان الثدي وتناول ثلاثة أجزاء أولها عالج دراسة مختلف الاضطرابات النفسية المرضية التي ترافق مرض السرطان. أما الجزء الثاني فسّر مفهوم أزمة الهوية وتصدها وكيفية ترميمها لدى المصابة، تمّ عرض مجموع العلاجات النفسية المستعملة حسب مختلف المدارس النفسية.

تناول الباب الثاني منهجية الدراسة الميدانية وتضمن ثلاث فصول: عالج الأول منهم الخلفية النظرية وتحديد مشكلة البحث وأهميته وأهدافه وفروضه والتعريفات الإجرائية لأهم مفاهيمه وحدوده. أما الفصل الثاني تناول الإجراءات المنهجية والعينة المدروسة والأدوات والأساليب الإحصائية المستخدمة والنتائج المحصل عليها. أما الفصل الثالث والأخير فحاولنا من خلاله معالجة البيانات المتحصل عليها فنيا، والتعرف على الشروط السيكومترية للمقياس، ثم ذكر الخطوات المتبعة في تطبيق الأدوات على أفراد العينة والأساليب الإحصائية المستخدمة في عرض النتائج وتحليلها وصفيًا واستدلاليًا وتحليل الحالة عياديا.

تناول الباب الثالث عرض نتائج الدراسة ومناقشتها وتضمن ثلاثة فصول: تناول الأول منهم عرض نتائج الدراسة حسب فروضه الأربعة، أما الفصل الثاني تناول مناقشة النتائج في ضوء الدراسات السابقة والعرض النظري للبحث. وفي الفصل الثالث تم عرض

مناقشة نتائج البحث بصورة عامة، وأخيرا قمنا بدمج النتائج وإبراز المساهمة العلمية للبحث وذلك بتصميم مقياس خاص بالصحة النفسية للمرأة المصابة بسرطان الثدي وتوضيح أهم التساؤلات والمشكلات التي تثيرها هذه الدراسة.

اعترضت الباحثة بعض الصعوبات خاصة في المجال التطبيقي، ونظرا لطبيعة الإصابة فإن استجابات المصابات كانت بطيئة اتجاه المقياس خاصة عند الحالات الشديدة الألم، أو التعب، أو التي سمح لها بمغادرة المستشفى، ناهيك عن اللواتي كن تحت الصدمة فرفضن المشاركة.

# الباب الأول

الصحة النفسية وعلاقتها بعلم الأورام النفسي

عموما وسرطان الثدي خصوصا

الفصل الأول: الصحة النفسية مفهوما ومظهرا

الفصل الثاني: علم الأورام النفسي

الفصل الثالث: السرطان وعلم النفس

الفصل الرابع: الوضعية النفسية المرضية لسرطان الثدي

# الفصل الأول

## الصحة النفسية مفهوما ومظهرا

أولاً: مفهوم الصحة النفسية

ثانياً: مظاهر الصحة النفسية

ثالثاً: المفهوم السلبي والإيجابي للصحة النفسية

رابعاً: الصحة النفسية للمرأة

## تمهيد:

يشهد هذا العصر ظاهرة في تنامي المشكلات النفسية السيكوسوماتية، سواء كان ذلك في مرحلة الطفولة، المراهقة أو ما بعدها. والظاهر أن هذه المشكلات والاضطرابات لا ترجع إلى نوع واحد ولا تقف عند حدود ضيقة من التعقيد والخطر، والظاهر كذلك أنها تتفاوت في الآثار التي تخلفها في حياة الفرد الشخصية وحياة أسرهم ومجتمعهم. وفي مثل هذه الظروف رافق هذه الزيادة من المشاكل اتساع في الاهتمام بها ويظهر بشكل خاص عند المختصين بالصحة النفسية.

## أولاً: مفهوم الصحة النفسية

في عام 1948 تأسست منظمة الصحة العالمية ومركزها لندن وهدفها التعاون العالمي في المجال الصحي وتقديم الصحة، وعرفت هذه المنظمة العالمية الصحة بأنها "حالة من التكامل بين الوظائف النفسية والجسدية والاجتماعية المختلفة وليست فقط حالة الخلو من المرض والعاهة". حيث شهدت أوائل القرن العشرين تطور كبير وذلك عند بروز مدرسة التحليل النفسي بزعامة سيجمون فرويد (1856-1939) وبضيف الباحث النفسي (سامر جميل رضوان، 2007: 21) أن ظهور التحليل النفسي في حركة الصحة النفسية هو المعلم الأبرز في تاريخ هذا العلم. وجاءت المدرسة الفرويدية لتظهر أهمية العمليات النفسية في نشوء الاضطراب النفسي بعد أن كان الاتجاه السائد في فهم طبيعة الأمراض والاضطرابات النفسية النظرة الطبية الفيزيولوجية، بحيث أن فرويد يعتبر الصحة النفسية السليمة تتمثل في الشخصية المستقرة والاستقرار لا يقصد به انعدام وجود إحباط، القلق والتوتر، والشخصية المستقرة تتضح في ضوء مقدرة الأنا على مواجهة التوتر ضبط الشحنات الانفعالية للموضوع في الهو وشحنات المثل العليا في الأنا الأعلى وذلك عن

طريق التفكير والاستدلال وإيجاد حلول واقعية قصد التوافق بين المطالب الغريزية وضوابط المثل العليا. كما يعرف الباحث (حامد عبد السلام زهران، 1977:9) علم الصحة النفسية هو الدراسة العلمية للصحة النفسية وعملية التوافق النفسي، مما يؤدي إليها وما يحققها وما يعوقها وما يحدث من مشكلات واضطرابات وأمراض نفسية ودراسة أسبابها وعلاجها والوقاية منها. وللصحة النفسية بعدان أساسيان: البعد النظري العلمي الذي يتناول شخصية المريض من حيث الأسباب والأعراض، والدوافع والحاجات والتوافق ونشر المعارف، أما الثاني فهو العلمي التطبيقي الذي يتطلب استخدام مختلف الطرق والتقنيات وذلك قصد الفحص، التشخيص العلاج، وكذا البرامج الوقائية. أما الباحث (سامر جميل رضوان، 2007: 43) فيعرف الصحة النفسية أنها علم تطبيقي للمعارف النفسية، يهدف إلى مساعدة الناس على تنمية أنفسهم وتحسين ظروف حياتهم، وأن يواجهوا الأزمات والصعاب بصبر وثبات وأساليب توافقية مباشرة، ويستخدم المنهج العلمي في تفسير علامات الصحة النفسية من حيث قوتها أو ضعفها، وفي تنمية الصحة النفسية في البيت والمدرسة والعمل والمجتمع وفي دراسة الانحرافات النفسية وطرق تشخيصها وتحديد عوامل الخطر وطرق الوقاية منها، وأساليب علاجها والتنبؤ بما يمكن عمله لكي يحقق الإنسان صحته النفسية. نلاحظ أن هذه التعاريف حيث أن الشخص المتمتع بالصحة النفسية هو الذي يتميز بالتوازن، التوافق، التكيف مع نفسه ومجتمعه. ويدعم هذه النظرية الباحث (علاء الدين كفاي، 1997: 81) على أن الصحة النفسية حالة من التوازن والتكامل بين الوظائف النفسية للفرد، تؤدي به أن يسلك بطريقة تجعله يتقبل ذاته ويقبله المجتمع، بحيث يشعر من جراء ذلك بدرجة من الرضا والكفاية، ويقصد بالوظائف النفسية ذلك النشاط الوظيفي لكل مكون من مكونات الشخصية، الجسدية منها

والعقلية والانفعالية، والدافعية والاجتماعية. وأغلب هذه المكونات تقع في نطاق سيطرة الإنسان بدرجة أكبر في عملية التذكر، والانتباه، والإدراك والتفكير، والانفعال والاجتماع بالآخرين والالتزام بالمعايير الاجتماعية، ويقصد بالتوازن ذلك الاعتدال بين مختلف الوظائف النفسية التي سبق توضيحها، لأن معظم السلوكيات الشاذة تظهر نتيجة الإفراط أو التقريط، أي عدم قدرة الفرد على أحداث التوازن بين مختلف وظائفه النفسية. إلا أننا لا يجب تجاوز آراء كبار علم النفس وهم كثيرون من بينهم -كارل روجرز- الذي يعتبر الصحة النفسية هي قدرة الفرد على إحداث نوع من التطابق بين الذات الواقعية ومفهوم الذات المدرك، ومفهوم الذات المثالي، ومفهوم الذات الاجتماعي، أي مدى قدرة الفرد على جمع خبراته بدقة في بنية ذاته، مما يؤدي إلى استبصاره واتساع أفقه المعرفي مترجما ذلك إلى فعل وسلوك فيزداد التطابق بين مفهوم الذات الواقعية وعالم الخبرة والذات المثالية، حينذاك يتخلص من تهديد محتوى الذات الخاص، فيصبح أكثر موضوعية وواقعية يتقبل ذاته والذوات الأخرى في انسجام تام. أما الباحث -كارل يونغ- فهو يركز على مفهوم المعنى الباطن للذات في تعريفه للصحة النفسية فهو لا يرى إطلاقا طرق أخرى للتطور الإبداعي لقوى الإنسان الحيوية سوى بعث الروح الدينية. -سوليفان- الصحة النفسية بالنسبة لهذا الباحث هي القدرة على مواجهة العالم الخارجي والشعور بالأمن، وإقامة علاقات سليمة مع الآخرين، مع أنه لا ينفي العوامل البيولوجية وأهميتها إلا أنه يركز على العوامل الاجتماعية التي تشترط التطور النفسي للإنسان ويعتقد أن الشخصية الحقيقية لا تظهر إلا في التواصل مع الناس وبالتالي يستطيع الفرد أن يجد موقعه في البنية الاجتماعية والثقافية القائمة بمجرد تحرره من الرغبات الخفية وغير المفهومة وإدراك سليم لعالمه الداخلي وأهمية المواقف الشخصية المتبادلة في الحياة

الاجتماعية. أما المدرسة السلوكية فتري أنّ الصحة النفسية هي تلك القدرة على تعلم واتفاق مختلف الطرق التي من شأنها مساعدة الفرد على التوافق والضغوطات اليومية، وعليه تعد الصحة النفسية نتاجا لعملية التعلم والتنشئة بمختلف مستوياتها، وينتج الاضطراب الانفعالي والاجتماعي عن الفشل في تعلم أو اكتساب السلوك المناسب، أو عن تعلم أساليب سلوكية غير مناسبة، أو مواجهة الفرد لمواقف صراعية نفسية تمنعه من اتخاذ قرارات صائبة. أما عن المدرسة "الجشطلتية" عموما فتري أنّ الصحة النفسية حالة تمكن الفرد من تحقيق التكامل الوظيفي وتحمل المسؤولية، والتمتع بالنضج والأصالة، وان يظهر الواقعية والوعي بتجاربه السابقة وبعواطفه الحالية وبأهدافه المستقبلية والحفاظ عن قيمه الداخلية وحكمته. وعلى ضوء هذه التعاريف نستخلص أنه لا يوجد فرق بين مفهوم السواء الذي يعني السلوك السوي والعادي في التفكير، والمشاعر والنشاطات، والصحة النفسية السليمة في حالة التوافق النفسي، البيئي والاجتماعي هذا ما يدفعها إلى معرفة تعريف (عبد المطلب أمين القريطي، 1988: 28-29) "على أنّ الصحة النفسية السليمة هي حالة عقلية انفعالية ايجابية، مستقرة نسبيا، تعبر عن تكامل من طاقات الفرد ووظائفه المختلفة، وتوازن القوى الداخلية والخارجية الموجهة لسلوكه في مجتمع ووقت ما ومرحلة نمو معينة، وتمتعه بالعافية النفسية والفاعلية الاجتماعية". وأخيرا فضلنا تقديم ملخص شامل ومفصل للباحث(العبد فقيه، 2005: 21) حول التعريفات التي تقوم على فكرة التوافق الاجتماعي: ترى أنّ الفرد الذي يتمتع بالصحة النفسية السليمة هو من يستطيع أن يصل إلى ما يرغب فيه من إشباع عن طريق مدى التأثير الذي يحدثه في المجتمع، أي مدى فاعلية الفرد الاجتماعية بما يؤدي إلى إشباع حاجاته الأساسية وتحقيق أهدافه في الحياة، أما عن التعريفات التي تقوم على فكرة التكيف وإشباع الحاجات الداخلية

والخارجية، ترى أن الفرد ذو الصحة النفسية السليمة هو من يستطيع إشباع حاجاته الداخلية والخارجية، قصد حصوله على درجة من التكيف يحقق له الاستقرار النفسي، أما عدم أو نقص إشباع هذه الحاجات في البيئة يؤدي إلى الإحباط وعدم الموائمة وفقدان التوازن الشخصي. التعريفات التي تقوم على فكرة التكامل بين الوظائف النفسية المختلفة تميل إلى إعطاء مفهوم الصحة النفسية أبعادا وتصورات أخرى علي أساس تكامل طاقات الفرد العقلية والانفعالية والدافعية، بمعنى أن الصحة النفسية تقوم هنا على تمايز هذه الطاقات بفعل عوامل النضج وحسن استثمارها بما يؤدي إلى تحقيق إنسانية الفرد. هذه التعريفات تبحث عن أنواع النشاط والمظاهر والمحاكات التي تصنف وتعتبر مفهوم الصحة النفسية.

### ثانيا: مظاهر الصحة النفسية

حسب الباحث (نعيم الرفاعي، 2003: 10) يعرف "Hadfield"، الصحة النفسية على مستوى ثلاث جهات ويقف فيه عند التناسق الذي يمكن أن يوجد بين الوظائف النفسية، وقيام هذه الوظائف بعملها بشكل مناسب وكاف. وهو ينطلق في ذلك من مقارنة الصحة النفسية بصحة الجسد، ويضيف قائلا أن الصحة النفسية هي التعبير الكامل والحر عن كل طاقاتنا، المورثة والمكتسبة وهي تعمل بتناسق فيما بينها في اتجاهها نحو هدف أو غاية للشخصية من حيث هي كل. نلاحظ هنا أن الباحث ينظر أولا إلى الصحة النفسية على أنها تعبير عام وشامل لطاقات الإنسان وهي تعمل، ويشبه موقفه هنا موقف الطبيب من صحة الجسم من حيث أنها كذلك تعبير عام عن كل فعاليات الجسم. ويتجاوز "Hadfield" مشكل الموروث والمكتسب من الطاقات فيما بينها، ويعتبر التناسق بينها وهي تعمل حرة المظهر الأساسي الذي يكشف أو يعبر عن مستوى الصحة النفسية، ثم أنه يقف بعد ذلك

عند عمل هذه الطاقات ما يعطل تناسقها، أو يؤديه، أو يغير اتجاهها ويحرفه عن التعبير عن الشخصية ككل، فإن الاضطراب عندئذ هو الذي يجب أن ننتظره ونبحث عنه. ويوضح الباحث (العبد فقيه، 2005:48) في رسالته أن الصحة النفسية تكوين فرضي لا يمكن ملاحظتها ملاحظة مباشرة، ويمكن الاستدلال على وجود لها عن طريق بعض الخصائص السلوكية التي يمكن ملاحظتها ملاحظة علمية وموضوعية، وقياسها باستخدام أدوات علمية كالاختبارات والمقاييس النفسية. أما مظاهر الصحة النفسية كما وضحها الباحث (صلاح مخيمر، 1979:27) فإنها تحمل اتجاهين:

1.الاتجاه الدينامي: تتميز الشخصية في هذا الاتجاه بالوحدة الكلية رغم تناقضاتها وصراعاتها، والاستمرارية والفهم الواقعي لإمكانات الذات وحدودها، ونقص التوترات والشعور بالتقدم نحو المستقبل.

2.الاتجاه الوظيفي: تتميز الشخصية في هذا الاتجاه بالمقدرة على مواجهة المواقف المختلفة، والقدرة على تحقيق الذات والمشاركة في الحياة الاجتماعية، والحصول على تقدير الآخرين وحبهم. واستنادا لمجموعة من الدراسات وباحثين في ميدان علم الصحة النفسية حاولنا ضبط مختلف مظاهر الصحة النفسية في المحاور الأساسية التالية:

1.التوافق الشخصي البيئي والاجتماعي: ونقصد به ذلك الارتياح النفسي والرضا عنها بحيث يقاس هذا المحور، بمدى التكيف الانفعالي والسلوكي حيث لا وجود للقلق أو الصراع ولا حتى انحراف للشخصية ومدى إشباع الدوافع والحاجات الأولية الفطرية والعضوية، ومن جهة أخرى أن التوافق البيئي يتطلب التكيف والتوافق مع البيئة التي تحيط به والتي تفرض عليه أساليب متعددة إيجابية ومقبولة أثناء مواجهته لها تكون منسجمة مع محيطه. وعندما نتحدث عن التوافق الاجتماعي فهو إقامة علاقات منسجمة

مع الآخرين في مجالات شتى ابتداء من الأسرة إلى الشارع ثم المؤسسات التعليمية المهنية مرتكزة على محبة الآخرين واحترامهم رغم اختلافاتهم، وعليه تبنى قاعدة التسامح والتعاون والاحترام مع الآخرين منهجا في الحياة.

**2. الأداء الوظيفي المتكامل:** عند تكامل الأداء الوظيفي للشخصية يتحقق لدى الفرد تناسبا بين السلوك السوي والموقف الذي يصدر فيه السلوك. ولما يكون الأداء الوظيفي للشخصية غير متكامل يتجلى ذلك في مظاهر سلوكية تدل على المبالغة والإفراط أو التقريط فيصبح الفرد لا يعبر عن انفعالاته، أفكاره وأفعاله بقدر مناسب للمثيرات التي أثارها فيبدد جهوده في مسالك جانبية ويضيع طاقاته في اتجاهات وسبل لا تؤدي إلى تحقيق أهداف واضحة.

**3. الشعور بالارتياح النفسي:** هو ذلك الشعور بالأمن والطمأنينة داخل الفرد من حيث يكون ذلك الشعور نتيجة للعلاقة بينه وبين ما يحيط به، ويمكن تحديد القدرات التي تعكس تمتع الفرد بالصحة النفسية السليمة انطلاقا من مظهر الارتياح النفسي وعلى رأسها الشعور بالأمن، الطمأنينة والسكينة، التسامح مع الذات والآخرين، كذلك الشعور بالأمل والتفاؤل والإقبال على الحياة، مع الاستفادة من مسرات الحياة اليومية والقدرة على إشباع الدوافع والحاجات بشكل لا يتعارض مع دوافع وحاجات الآخرين وأخيرا القدرة على إقامة علاقات إنسانية وصدقات مثمرة مع الآخرين.

**4. البحث عن الذات والاستفادة من الطاقات الداخلية يعكس هذا المظهر مدى فهم الفرد لذاته وتقبلها وتقييمها واقعا، وتقبل نواحي العجز الجسمية والعقلية والمعرفية التعليمية والثقافية، الانفعالية والاجتماعية وفقا للفروق الفردية حينها يتمكن الفرد من فهم ذاته وهويته فيقدرها حق قدرها بشكل ينمي مفهوم موجب الذات، وهكذا فإن الشخص الذي**

يتمكن من تحقيق ذاته وفهمها، يستطيع استغلال قدراته وإمكانياته إلى أقصى حد ممكن من خلال تحسين توظيفها بما يحق النفع والفائدة له شخصيا وللآخرين من حوله، وفي الوقت نفسه يشعر بالكفاية والرضا عن الذات وفعاليتها ويتجنب مختلف العقد النفسية التي تسببها مشاعر الإحباط والشعور بالنقص، الخجل، النفور والكآبة.

5. القدرة على المواجهة: يعكس هذا المظهر مدى فعالية الفرد في المواجهة، الصمود والتغلب على مختلف الأزمات والشدائد والصعوبات التي تفرضها متطلبات الحياة اليومية وينعكس هذا المظهر السلوكي، على أهمية قوة الإرادة، والتحمل والبصيرة والمهارة والمرونة التي يتمتع بها الفرد في بذل الجهود الفعالة والإيجابية إزاء مختلف مشكلات الحياة اليومية والتصدي لمختلف الصدمات الانفعالية ومحاولة إيجاد حلول المناسبة لها. ويكشف هذا المظهر السلوكي من جهة أخرى عن مدى النضج الانفعالي والاجتماعي للشخصية في تحمل المسؤولية لجميع أفعاله وتصرفاته، وتقبل الفشل والعمل على تدارك أسبابه وهناك مجموعة من العناصر الإيجابية التي يجب توفرها أثناء عملية المواجهة وتخطي عقبات الحياة اليومية نقدمها موجزة حسب آراء الباحث (القريطي، 1998: 96) وعلى رأيها الاستبصار بطبيعة الحياة ومطالب الواقع ومشكلاته، قوة الإرادة لتقرير ما يجب فعله إزاء هذه المشكلات والصلابة في التصدي لها. المبادأة والمرونة في إيجاد حلول بديلة للمشكلات مع القدرة على تحمل الإحباط يتفادى الانزعاج والفرع عند الفشل، ولا يقع فريسة لمشاعر العجز أو قلة الحيلة واليأس، وأخيرا تقبل الفشل والعمل على تدارك أسبابه ومواجهتها عن طريق المثابرة وبدل المزيد من الجهد.

6. حسن الخلق: من مظاهر الصحة النفسية حسن الخلق، كانعكاس طبيعي لفطرة الإنسان السليم الذي لا يتغير جوهره ضمن حدوده وقدرته الفطرية بحيث يجد الفرد الذي يتمتع

بالصحة النفسية في التزامه الأخلاقي إرضاء لرغباته، ولا يشعر أنه مكره على أن يتمسك بها ومن خلال حسن الخلق كما أوضحها ( أحمد محمد عبد الخالق، 2007:37) هو إيمان الفرد بالله والتوكل عليه، لا يقترب الآثام إلا قليلا، يبتعد عن الكبائر، يعف عن الصغائر لا يقرب الفواحش ما ظهر منها وما بطن، إذا حدث صدق، وإذا وعد أوفى، وإذا أوتمن أدى، يتجنب قول الزور، ولا يمشي في الأرض مرحا إيمانا منه بأنه لن يخرق الأرض ولن يبلغ الجبال طولا، ولا يصعر خده للناس، لا يتكبر، يخالق الناس بخلق حسن، يحب لأخيه ما يحب لنفسه. وقد تأكد الباحثون مؤخرا وبرهنوا على أهمية هذا الجانب لتحقيق الصحة النفسية. وعليه نلاحظ أن حسن الخلق مظهر أساسي من مظاهر الصحة النفسية وهذا يعني انسجام الفرد مع نفسه الظاهرة مع الآخر عند احترامه له ومساعدته والمجتمع مع انتشار سلوكيات حميدة راقية.

7. الخلو النسبي من الاضطرابات السلوكية: إن الخلو النسبي من الاضطرابات السلوكية أو الأعراض المرضية مؤشرا ايجابيا لتقرير الصحة النفسية، وهي سلوكيات تميزت بالاعتدال، التوازن والتوافق مع المعايير الاجتماعية والمطالب الذاتية. وذلك لأن الاضطرابات تؤثر على نوعية حياة الفرد في علاقاته مع نفسه، وسطه والمجتمع ككل بحيث يمكننا القول أن الصحة النفسية قد يفتابها بعض من الاضطرابات السلوكية تخول دون ذلك الاستقرار والطمأنينة إلى القلق، صراع وألام تجعل الفرد يتحول من الايجابي إلى السلبي في أفكاره، سلوكياته وانفعالاته. وعليه إن الكثير من علماء الصحة النفسية ساهم في تحديد مجموعة من المظاهر السلوكية التي تعبر عن الصحة النفسية على شكل قوائم منها ما يتصل بالجانب الجسمي ومنها ما يتصل بالجانب النفسي، وأخرى اجتماعي

خلقى كل حاول ضبط إطار تكاملي لأهم السمات والمظاهر التي تعبر عن الصحة النفسية.

### ثالثا: المفهوم السلبي والايجابي للصحة النفسية

الصحة النفسية مسألة نسبية يتمتع بها الفرد بدرجة من الدرجات بمعنى أنه ليس هناك حد فاصل بين الصحة والمرض، وهذا ما يؤكد تعريف الباحثة (سهير كامل أحمد، 1998: 19) " أنه ليس هناك حد نهائي للصحة النفسية فلا يوجد إنسان يخلو من الصراع أو من القلق، ولم يخير الإحباط والفشل وما يترتب عليهما من مشاعر وانفعالات، كما أن المضطربين أنفسهم يختلفون في درجة الاضطراب". وعليه يعرف أصحاب الاتجاه السلبي للصحة النفسية كالباحث (عبد السلام عبد الغفار، 2001: 18) " أنه الخلو أو البرء من أعراض المرض النفسي أو العقلي ويضيف " أن هذا التعريف دقيق، ذلك أننا أحيانا كثيرة نميل إلى تعريف المفهوم في ضوء استبعاد ما نصفه". وعليه فإن التعاريف السلبية تدرس السلوك في سواءه وانحرافه، ويجرد معالم السواء بغياب السلوك غير السوي، فهي تميز السلوكات غير السوية بأضدادها. إنها تعريفات تستبعد كل أشكال السلوك الغير السوي الذي نجده في الجداول العيادية التصنيفية الاضطرابات والانحرافات كانت نفسية، عقلية أو سيكوسوماتية ويعلق الباحث (العبد فقيه، 2005: 8) في أطروحته أنه: " طبقا لهذا الصنف من التعريفات تأخذ الصحة النفسية معنى إجرائي يساعد المتخصص في عملية التشخيص ليحدد مدى خلو الفرد من الأمراض أو الاضطرابات النفسية والعقلية. إن التعريفات التي تفسر السواء باللاسواء تعريفات جزئية ومحدودة تفسر الظاهر من الصحة النفسية، وتغفل الباطن منها، مع أن الباطل يمثل الجوهر في حقيقة الأمر". ذلك أن عدم ظهور الأعراض على الفرد لا يعني حتما أنه يتمتع بالتكيف والتوافق المطلوبين، ويشعر

بالسعادة مع نفسه ومع الآخرين وقادرا على مواجهة ضغوط ومطالب الحياة. في بعض الأحيان قد يبدي الشخص آراء وأفكار تبدو لنا بأنها شاذة من قبل الجدول العيادي التصنيفي إلا أنها بعد فترة زمنية معينة تتبين بأنها عين الصواب، وتحمل تصورا فكريا عميقا لا يصدر الا من شخصية تتمتع بمقدار عالي من الصحة النفسية. كذلك (مصطفى فهمي، 1976:16) في تعريفه للصحة النفسية أن الخلو من أعراض المرض العقلي لا يستغرق جميع حالات الصحة النفسية، فقد نجد فردا خاليا في حياته وعلاقاته مع غيره من الناس سواء في العمل أو في الحياة الاجتماعية، فهذا التشخيص يوصف بأنه لا يتمتع بصحة نفسية سليمة رغم خلوه من أعراض المرض العقلي أو النفسي. نستخلص أن الصحة النفسية السلبية قد نجدها عند الأفراد الغير أسوياء والذين ليس لهم القدرة على الصمود أمام الشدائد والأزمات مع إصراف في استخدام الميكانزمات الدفاعية وهي مواقف محبطة وعليه فدرجة تحمل الفرد للإحباط من أهم سمات التي تطبع شخصية المصاب بصحة نفسية سليمة. أما المفهوم الايجابي للصحة النفسية فمن نماذج التعريفات لها تعريف منظمة الصحة العالمية O.M.S (Nobert Silamy, 1991: 23) الذي مفاده "أن الصحة النفسية هي حالة تشير إلى اكتمال الجوانب الاجتماعية والعقلية والجسمية وليست مجرد غياب المرض أو العلل". يشير هذا التعريف بالخصوص إلى الصحة النفسية من الجانب الايجابي من حيث التوافق الاجتماعي، العقلي والجسمي وهو تعريفا شاملا يجمع بين العناصر المثيرة والمؤثرة على الصحة النفسية للفرد. ويعلل الباحث (العبد فقيه، 2011: 11) على أن هذه التعريفات الخاصة بالمفهوم الايجابي للصحة النفسية لها نظرة شاملة وفكرة غياب المرض أو مختلف الاضطرابات النفسية والعقلية أمرا متضمنا في التعريف الايجابي للصحة النفسية، هي تعريفات تقوم على فكرة التكامل بين الوظائف النفسية

المختلفة التي تحدد في النهاية السلامة النفسية على ضوء انتظام جميع جوانب الشخصية في كل متكامل يسير في الاتجاه الصحيح، وان سعادة الفرد مشروطة بمدى التزامه بفلسفة معينة في الحياة تؤدي إلى سلوك متناغم ومتجانس يحول دون ظهور صراعات محطمة لكيانه النفسي وتوازنه. وتهدف في تجزئة الصحة النفسية إلى مفهومي السلبي والايجابي للمحافظة عليها وعلى مستوى جودتها وسلامتها معرفيا وتطبيقيا وأول ما يهدف إليه الوقاية، أي ضبط وكشف مختلف الأزمات والمشكلات التي قد يحبذها المفهوم السلبي للصحة النفسية، ويشير الباحث (رمضان محمد القذافي، 1998: 67) "أن كثيرا من العلماء يعتبرون عام 1959 هو البداية الفعلية لعلم الصحة النفسية كحركة علمية لأنه يسجل بداية التحول من التركيز على علاج المرض العقلي إلى التركيز على أسس الوقاية لمنع حدوث الاضطرابات، ووصولاً إلى الوقت الحاضر الذي يحاول فيه العاملون في مجال الصحة النفسية الرفع من المستوى العام للشعور بالصحة لدى جميع الأفراد". ونعني هنا بالوقاية تجنب حدوث الإصابة أو المرض وعليه فالوقاية مرتبطة بفرضية تسببه المرض وعوامله التي تقود إلى حدوثه ويضيف الباحث (نعيم الرفاعي، 2003: 7) في نفس المجال قائلاً أن الوقاية تسعى إلى تحديد العوامل التي يتأكد من أن وجودها يمكن أن يؤدي إلى تلك الاضطرابات وبالعامل على إزالتها أو أبعاد الفرد عنها، أما الثاني فسيكون بالعمل على توفير الشروط اللازمة التي تمنح الفرد قوة يتمكن بها من مواجهة ظروف الاضطراب وعوامله حين توجد. نستخلص من هذا التعريف أن مفهومي السلبية والايجابية للصحة النفسية مرتبطين بفكرة ضبط أو تشخيص الوضعية التي يتواجد فيها الفرد كانت سلبية أو ايجابية ثم الانتقال إلى المرحلة الثانية وهي الوقاية أي تقادي الوقوع في المرض والحيلولة دون حدوث الإعاقات المختلفة ويتم ذلك من خلال مراعاة نموهم

النفسي وتهيئة الأجواء المناسبة التي تحقق الصحة النفسية. أما المستوى الثاني فيعتمد عن التشخيص المبكر لمختلف الاضطرابات كانت عقلية، نفسية، وكدى الإعاقات في مراحلها الأولى وذلك قصد تراجع شدتها والتقليل من نتائجها وانتكاساتها، وأخيرا استخدام مختلف الاستراتيجيات العلاجية والتدريبية للمصابين من أمراض مزمنة وحادة قصد التحليل من تقاوم المرض، الألم، الدعم النفسي كما هو الحال عند المصابين بالسرطانات. إنّ المفهوم الايجابي للصحة النفسية يهدف إلى الجانب الإنمائي حيث يقدم خدمات للصحة النفسية من حيث تهيئة الأجواء المناسبة التي تتيح للفرد استغلال قدراته، إمكانياته إلى أقصى حد ممكن من جهة، والرفع من مستوى الشعور بالصحة النفسية لدى الأفراد الذين يتمتعون بالصحة النفسية وزيادة فاعليتهم وذلك قصد التوازن النفسي، تحقيق الذات والسعادة. أما الأفراد والمجموعات المستهدفة التي يتناولها علم الصحة النفسية فقد اتسع مجال عمل الصحة النفسية في العقود الأخيرة يشمل بشكل كبير المجموعات التي تتعرض للأزمات وكوارث طبيعية، حروب ودمار، السيطرة السياسية الذي يشمل على الأقليات العرقية والدينية والمهاجرين بحيث يصرح الباحث (سامر جميل رضوان، 2007: 53) "إنّ الاهتمام بالصحة النفسية يتوجه كذلك للأشخاص الذين يعانون من أمراض جسدية مزمنة كالسرطان بأنواعه المختلفة والفشل الكلوي والايذز والأمراض المستعصية الأخرى فهؤلاء يحتاجون إلى الدعم النفسي والتشجيع لتجاوز الآثار الناجمة عن قدرهم الإنساني من أجل ألا يصابوا باليأس والاستسلام وبالتالي من أجل منع تقاوم سيرورة المرض الجسدي". قد نختم هذا الجانب بالمفاهيم الأساسية التي طرحها الباحث في علم النفس المرضي للطفل والمراهق (jean Dumas: 2005-11-10) على أنه يصعب إلى يومنا هذا ورغم التطورات والاكتشافات الآتية أن نحدد المفهوم الصحي السوي والمفهوم الصحي المرضي

وذلك لأن في حالة مواجهة الوضعيات شتى منها الوسط، العلاقة الثقافية، النمو والأيدولوجيا، وبالتالي صعوبة ضبط التشخيص.

#### رابعاً: الصحة النفسية لدى المرأة

لقد شهدت العقود الأخيرة وخاصة على مستوى الوطن العربي تحولات كثيرة ومازالت تمثل بالنسبة للمرأة تحولا أعمق وأشد مما هو عند الرجال. وذلك لأنه ومنذ القدم اعتبرت المرأة الجنس الضعيف وسادت من قرون أن المرأة تأتي بالدرجة الثانية بعد الرجل لضعف جسدها ونفسيته وفكرها وجاءت نظرية التحليل النفسي بزعامة "سيغمون فرويد" في أواخر القرن التاسع عشر وبداية القرن العشرين حيث وقف وقفة سابقة معتبرا سمات الشخصية الذكورية المعيار الأساسي على أن المرأة كثيرا ما تتوقع على نفسها صفات شخصيتها الأنثوية أثناء البلوغ. عندما تلاحظ أنها لا تستطيع الوصول إلى درجة الرجولة وما يؤكد ذلك أن هذه المدرسة قامت رؤيتها النسائية على نظرية "عقدة القضيب" بحيث أنه مجرد أن تدرك المرأة وهي بنت صغيرة أنه ليس لها عضو ذكري كالذكور، فإنها تشعر بصدمة عنيفة تجعلها تعيش طوال حياتها بالنقص، الحرمان، وعليه تبدأ في الانسحاب إلى سمات الشخصية خضوعية وسلبية ومازوشية طفولية، وعند القيام بالعلاقة مع الرجل هناك إحساس بالتعويض ولكن هناك عدة انتقادات لهذه النظرية وعلى أن زعيم المدرسة التحليلية اعتمد في تحليلاته على أنها نابغة من أحكام ثقافية اتجاه المرأة في القرن التاسع عشر وما سبقه. أما في العصر الحديث فهناك تغيرات جذرية نلاحظها في عالم المرأة ولا نكاد نجد رجل في مرتبة سياسية، اقتصادية، اجتماعية علمية، تكنولوجية إلا ووجدنا حضور المرأة وبقوة، غير أن الكثير من النساء لازلن يعشن تحت الضغط، القسوة، عدم الحرية، عدم التعبير عن الذات مع أن الأسباب مختلفة نسبة للمرأة القديمة

وذلك لأنها المرأة التي لا تعمل ولا تقرأ فعاملي المهنة والدراسة مهمين في عصرنا الحالي والغرض منهما المدخول الأسري فكثيرا ما نلاحظ أنه بعض الأسر وان لم نقل أكثرهم أنّ المرأة استرجعت البعض من مكانتها المطلوبة في علاقتها مع الوالدين، الزوج، والأسرة الواسعة عن طريق المدخول الشهري وذلك لان الواقع الأسري، الأزمة الاقتصادية، ومتطلبات الحياة تفرض على الزوجين العمل للاكتفاء الذاتي وهي فرصة قد تتواجد عند بعض النساء لتحقيق دواتهم حريتهم. وفي هذا الإطار يقول الباحث(سامر جميل رضوان، 2007: 102) "فقد تعلمت النساء تقليديا تقديس علاقاتهنّ والحب والحميمية كتوكيد لأنوثتهن، وتعلم الرجال الاستقلالية والعمل والانجاز باعتبارها مجالات اختبار لرجولتهم. وعلى الرغم أن الرجال أيضا يرغبون بالحب والأسرة والنساء يرغبن بتحقيق انجازات متزايدة في ميدان العمل، فإن لكل جنس من حيث الاتجاه رسالته النفسية المركزية الخاصة به، فقد لا يشعر الرجل بالثقة في علاقاته طالما لم يحقق هدفه في حياته المهنية، في حين أن المرأة التي تعيش دون حب وزواج وأمومة قد لا تشعر بتحقيق مثالها الأنثوي على الرغم من كفاءاتها الحقيقية في ميدان العمل". ويضيف نفس الباحث أن تفكير معظم النساء يتمحور حول البحث عن علاقات حب والحفاظ عليها وغالبا ما تبالغ المرأة في تحمل الجزء الأكبر من "عمل العلاقة" حتى درجة القساوة من أجل الحفاظ على العلاقة لأن يفقدانها سيفقدون الكثير، وعليه الخوف من فقدان الحب، الوحدة قد يجعل المرأة غير المستقرة نفسيا تُؤخذ بعين الاعتبار الرفض والهجر، وأخريات مستعدات بسرعة للتخلي عن هويتهن المستقلة واعتبار علاقتهم المصدر الوحيد لمعنى الحياة وهذا الوضع قد يضر بالصحة النفسية لديها وذلك لأن العناية بالصحة لمجرد أنها تشكلت ورسخت فغالبا ما تكون المرأة غير مدفوعة لتغييرها وتقاوم التغيير. ويضيف الباحث

الدكتور عن موضوع المرأة الأم (سالم جميل رضوان، 2007: 105) على أن حتى الأمهات المستقرات والمتزنات نفسيا يشعرن غالبا بالخوف ومشاعر الذنب بحيث يحمل المجتمع الأم المسؤولية الكاملة عن سلوك الأطفال وتطورهم وكثير من الأمهات يتأثرن بهذا الضغط النفسي ويعتقدن أن النجاح أو قصور أطفالهنّ ناجم عن عدم كفايتهنّ أو قدراتهن على القيام بالدور اللازم وذلك رغم خروج المرأة المتزايد إلى عالم العمل إلا أن المجتمع مازال يحملهن الذنب بالقصور الناجم عن غيابهن عن المنزل، وبالتالي التخلي عن دور التربية. تتضمن كل المسائل المتعلقة بالصحة النفسية للمرأة مركبات اجتماعية ونفسية، فالمرأة المعرضة لهذه الإرهاقات والصعوبات النفسية تحتاج إلى إرشادات وتوضيح المدى الذي تسهم فيه وضعها الحياتي الراهن والتصورات الثقافية وإلى أي مدى ممكن أن تصاب شخصيتها وبنيتها النفسية إلى الأذى والقهر وإحاق الضرر بقدراتها وإمكانياتها الفكرية المهنية وأخطر من ذلك أن الخطر قد يهدد صحتها النفسية بأكملها. في 2008 وبطلب من وزيرة الصحة الفرنسية قدمت دراسة تحليلية، إحصائية تحت إشراف DREES للوضعية الصحية لدى المرأة والمتكونة من 72 بطاقة تناولت ثلاث ملفات حول مختلف الإشكاليات المطروحة الصحية عند المرأة وهدفه دراسة مقارنة بين الوضعية الصحية لدى المرأة والرجل علي مستوى كل القطر الفرنسي، وقد شارك فيه مختلف منظمات وجمعيات ومختصين في الصحة وعددهم 87 مشارك عنوانها صحة المرأة «santé des femmes» لا داعي في هذا المجال تقديم كل المعطيات التي نتجت عن هذه الدراسة ولكن ما ارتأيت ذكره أن هذا النوع من الدراسة والذي غرضه تشخيص، وقاية علاج وترقية الصحة النفسية لدى المرأة الفرنسية، غير موجود في وطننا، علما أن بعض النتائج أعلنت على أن الصحة النفسية المدركة لدى المرأة الفرنسية غير جيدة نسبة لفئة

الرجال، بحيث 71.3% من النساء يعتبرون صحتهم النفسية جيدة مقابل 77.4 من الرجال. هذا عن المرأة الغربية فماذا عن المرأة العربية المسلمة وما تحويه في ثقافتها معتقدها ودينها، ولقد كرم الإسلام، ومنحها حقوقها كاملة، وأنزلها مكانتها اللائقة، مراعيًا بذلك طبيعتها الجسمية، والذهنية، بحيث كانت للإسلام فلسفة في التعامل مع المرأة والاهتمام بها، حيث أعفاها الإسلام من القيام ببعض الفروض لمعرفة لظروفها الطبيعية الخاصة حسب (المطهري، 1394هـ:85)، ويضيف (كفافي، 1997: 36) فما بالك وهي تقع فريسة للمرض، لقد كان للإسلام والمهتمين والباحثين الدور الأكبر في الاهتمام بالتوافق النفسي والاجتماعي للمرأة خاصة في وقت المرض حيث أن تحقيق التوافق هو غاية كل إنسان وكل العاملين على الصحة النفسية. وأن نسبة الدواء المتناول لدى المرأة بسبب مختلف الأمراض مرتفع بكثير إذا ما قورنت بالرجل على أن هذا الاختلاف راجع إلى نسبة المدى العمري الطويلة لدى المرأة عند الرجل، أما العامل الثالث فهو لجوء المرأة إلى العلاج، والتطبيب أكثر من الرجل نظرا لطبيعتها الفيزيولوجية التي غالبا ما تستدعي التطبيب عند مختص النساء والتوليد بغض النظر عن الأمراض المزمنة الأخرى التي تتشارك بها مع الرجل.

## الفصل الثاني

### علم الأورام النفسي

أولاً: تعريف علم الأورام النفسي

ثانياً: مجال وأهداف علم الأورام النفسي

ثالثاً: الأبعاد النفسية لعلم الأورام النفسي

رابعاً: علاقة علم النفس الصحة بعلم الأورام النفسي

## تمهيد:

إنّ علاج المرأة المصابة بسرطان الثدي يتضمن استعمال التقنية الطبية الأكثر دقة مع أخذ بعين الاعتبار إعلان التشخيص والتكفل العلاجي بالنسبة للمريض وأقربائه، قد يؤدي بهم إلى مواجهة صعوبات انفعالية تؤثر لا محالة على حالتهم الفيزيولوجية، الاجتماعية فلنفكر إذن في الطريقة النفسية الاجتماعية للتكفل بالمرضى المصابين بسرطان الثدي، وهذه مقاربة لا تتعلق بالخطوة التشخيصية والعلاجية فقط، لأن داء السرطان وعلاجاته يؤديان إلى تدهور الوظائف النفسية الاجتماعية مما يؤثر على كل جوانب الحياة للمرضى، أنهم في مواجهة صعوبات فيزيولوجية مهمة تؤثر مباشرة على نوعية حياتهم وعلى محيطهم بصفة خاصة وهذا ما أدى إلى ظهور علم الأورام النفسي.

## أولاً: تعريف علم الأورام النفسي

لقد تطورت دراسة الصفات النفسية المرتبطة بداء السرطان بتوازي مع المجهودات المبذولة في مجال التكفل العلاجي وقد دونت أول المراسيم الأمريكية التي درست التأثير النفسي لمرض السرطان حوالي نصف الخمسينات (1950)، أما في فرنسا فقد طور الباحث "جان Jean Bernard هذا التخصص في نقطة لقاء الطب وعلم النفس. قبل 1970 اهتم الباحثون حول مختلف المركبات النفسية لمواجهة فكرة الموت وصعوبة توصيل المعلومة للمريض أي الحقيقة الطبية مرتكزين على عدة تساؤلات: متى وكيف نعلن التشخيص كيف نقدم العلاج وتأثيراته الجانبية. إلى أي حدّ يستطيع المريض تحمل الحقيقة المتعلقة بالموت. ما العمل أمام رفض المريض لما أعلن له، إذن أمام ضخامة هذه التساؤلات اليومية تأسست قواعد جديدة في الولايات المتحدة الأمريكية بفضل باحثين كبار مثل HOLLAND CASSLIETH, SPEGIER. ومنذ ثلاثين سنة والبحث في صدد التطور

حول العوامل النفسية الاجتماعية المحيطة والأخلاقية المتعلقة بعلم الأورام. في 1983 ظهرت الجريدة الرسمية (علم الأورام النفسي التي دونت في القارة الأوروبية، وأسست الجمعية النفسية للسرطان سنة 1975) في مرسيليا بفرنسا وأصبحت تسمى بعد ذلك "الجمعية الفرنسية لعلم الأورام النفسي" SFPO 1994. يعتبر علم الأورام النفسي تخصص جديد، انتظم في الثمانيات استجابة للاهتمامات المتزايدة حول الأوجه النفسية السلوكية والاجتماعية المرتبطة بمفاجئة السرطان. وقد ترجم اسم هذا التخصص من الانكليزية PSYCHOONCOLOGY والذي يشهد عن الوضعية المتداخلة بين علم الأورام والطب العقلي وعلم النفس. بحيث أن علم الأورام والطب العقلي وعلم النفس يكون عنصرا مهما للعلاجات المقترحة حاليا للمرضى المصابين بداء السرطان والأفراد المحيطين بهم في كل أوقات تطور المرض ابتداء من إعلان الخبر، مرحلة العلاج، مرحلة الراحة، الشفاء، أو الانتكاسة وأخيرا نهاية الحياة. لا تتوقف مهمة هذا العلم إلى جانب التكفل أو العلاج فقط بل يهتم أيضا بإشكالية الوقاية والكشف على علم الأورام الجيني وإعادة التأهيل، ونوعية الحياة المتعلقة بالمصاب. خلال سنوات 1990 كان حضور المختصين النفسيين في مصالح داء السرطان معتمدين على علاجات الدعم soins de support إلى جانب طب الأورام وفي هذا الصدد يقول الباحث (153-149, 2008: FONDRAS.C) أنه حضور ضروري للاستماع للمرضى ولأقاربهم بصفة متواصلة وقد أكدت ذلك الحالة العامة للمرضى في 1998-2000-2004 إذ يتعلق الأمر اليوم بالسماح للمرضى ولأقاربهم بالكلام للقضاء على الصمت والتخفيف من حدة المعاناة كذلك التقليل من شدة اعتداء هذه المحنة فالكمل يهتم بالاستماع وتحمل المريض والاهتمام به أكثر من الاهتمام بالمرض ذاته.

الملاحظ أنه منذ 30 سنة سجل من طرف العيادات والبحث العلمي حول علم الأورام النفسي، مدى تأثير العوامل النفسية على السلوك الناتج، الوصول إلى الكشف، الوقاية الالتزامات اختيار العلاج، تأخر التشخيص، العلاجات، ضياع الفرص التي تزيد من حدة الشدة والضييق، الاضطرابات المرضية النفسية، وكل هذا يغير من مفهوم التساوي في العلاج وفي التكفل حسب وضعيات خاصة فردية لكل مصاب. يهتم علم الأورام النفسي قبل كل شيء بالتطبيق العيادي للمختصين النفسيين وللمختصين في الطب العقلي الممارسين في الفضاءات العلاجية لداء السرطان والمسمى غالبا بعلم الأورام النفسي ويعني بذلك تطور مجموعة من المعارف النوعية التي تعتمد على البحوث وعلى منهجية الملاحظات والتحليل الخاصة لهؤلاء المختصين الذين يعايشون البعد النفسي الاجتماعي لداء السرطان ويقصد بهم عامة الممثلين المنشغلين في هذا الميدان من أطباء وممرضين أين يستطيع المختصون في المجال النفسي العيادي إضافة خصوصية كفاءتهم العيادية العلاجية. لقد حاول مختصين في الطب العقلي وعلم النفس الصحة في البلدان الأنجلوسكسونية تنظيم نشاط علم الأورام النفسي، وبدأ هنا مع الأستاذ JIMMIE C. HOLLAND، وهو أحد الأعمدة والمؤسسين الذين أسسوا ونظموا هذا التخصص وعلم الأورام النفسي في الولايات المتحدة حسب رأي (DOLBEAULT et al, 1999 :1554) أما في فرنسا اقترحت الشركة الفرنسية لعلم الأورام النفسي (SFPO) تعريفا قالت فيه: علم الأورام النفسي هو تخصص حديث أول كتاب نشر بالفرنسية في 1989 من طرف البروفيسور (GUÉX P, 1989 :173). اهتمت خصوصياته في التكفل بالمريض في وضعية الصدمة التي أفرزها المرض واكتشافه وليس الصعوبات النفسية عامة. وعليه يعتبر علم الأورام النفسي حاليا تخصصا علميا يساهم في إثراء وتنويع ممارسة المختصين في

الصحة النفسية يجمعون فيها عدة مقاربات نظرية تساعد على إضافة عدة أنماط من الأجوبة حول تعقد الوضعيات والتداخلات في علم الأورام النفسي.

### ثانياً: مجال وأهداف علم الأورام النفسي

إن أهم الميادين المدروسة في علم الأورام النفسي في السنوات الأخيرة حسب (Dolbeaultetal, 2007: 02-03) هي معاش وتجربة خاصة مع تصورات للسرطان وعلاجاته، المعمول بها من طرف المرضى ومحيطهم العائلي وكذا المختصين في الصحة والمهتمين بهؤلاء المرضى من جهة أخرى، هناك اهتمام اتجاه الأعراض الناتجة عن المرض ونسبة الاضطرابات النفسية المرضية مثل اضطرابات الحصر، قلق ما بعد الصدمة، الانهيار عند الأشخاص المصابين بالسرطان. فالمدرسة البريطانية هي الرائدة في دراسة آليات التكيف المرتبطة بهجمة السرطان ومرحلة العلاجات، ومعظم الطرق العلمية استلهمت من النموذج النفسي الجسدي أوالسيكوسوماتي أثناء البحث عن الارتباطات، أم العلاقات المتبادلة بين العوامل النفسية وتطورات، السرطان بفرض علينا الاندماج في الميدان العصبي النفسي المناعي، إذن حسب الحوصلة المقترحة من طرف لجنة البحث للجمعية الفرنسية علم النفس الأورام تحت إشراف (DAUCHY.S, 2008) نستطيع تلخيص أهم محاور البحث العيادي الحالي بالطريقة التالية:

1. تجربة السرطان والتمثلات الذهنية المرتبطة به: التوظيف النفسي المرضي للمرض وأقاربهم (الوضعيات العلاجات) تحديد التشخيص أوالكشف عن الاضطرابات النفسية المرضية الانعكاسية وكل الأمراض والأعراض الموجودة.

2. تقييم التكفل في علم الأورام النفسي بالأدوية أو بدونها المساهمة في تقييم التكفل في مجال السرطان وبالخصوص نوعية الحياة.

3. علاقة العلاج بالإعلان، الاتصال، وأخذ القرار.

4. الارتباطات النفسية، مرض السرطان، القيمة التنبؤية لبعض حالات الشخصية، ولبعض السلوكات ودراسة الآليات الكامنة الرابطة بين النفسية والسرطان.

5. معاناة المعالجين: يأخذ علم الأورام النفسي بعين الاعتبار مختلف الممارسات العلاجية لمن يعمل في مجال السرطان والذي يعتبر أكثر عمقا ويساعد على تطوير معرفة الوضعيات والتساؤلات المتعلقة بالسرطان، حيث أن المؤتمر العالمي لعلم النفس الأورام والذي انعقد في مدريد، جوان 2008 فإن الباحث الاسترالي Davidkissane رئيس قسم الطب العقلي والعلوم السلوكية للسرطان بنيويورك أمريكا وبعد جائزة الأستاذ HOLLAND.J الذي تحصل على جائزة: Arthur MSutherland للبحث في مجال علم الأورام النفسي أثار فيها النقاط الثلاثة التي يتضمنها البحث، ولهذه العوامل الثلاثة تأثير محدد لتاريخ السرطان التطوري تبعا لمسار المريض العلاجي، أضف إلى ذلك أحسن تكفل تشخيصي وعلاجي للانهيال في مجال المرض بالسرطان وذلك نظرا للانعكاسات السلبية على الحالة المرضية وعلى مفهوم الموت المرتبط بالسرطان وهذا حين لا يؤخذ بعين الاعتبار هذا الاضطراب النفسي المرضي ويضيف الباحث (-5689: 2007, KISSANEDW 5690) إن أحسن تكفل سواء فيما يخص تشخيص أم علاج الاكتئاب المرتبط بالسرطان وتأثيره السلبي على أسباب المرض ونسبة الموت بسبب السرطان دون الاهتمام بالاضطراب النفسي المرضي كذلك تحسين تفهم العوامل المؤدية إلى عدم تقبل العلاج الخاص بالسرطان.

وفي النهاية المعرفة الجيدة لأثر العوامل الاجتماعية الاقتصادية على أسباب المرض ونسبة الوفيات المتعلقة بالسرطان يعتبر (DATTON, 2008) الصورة النظرية هي الآن ثنائية القطب، حيث تبين مدى دور النفسية في فحص المعلومات اتجاه القلق الناتج عن المرض وهي وضعية عدوانية خطيرة مهددة للمقاومة. أما القطب الأول فإن التفكير المعرفي الرمزي للفرد في مواجهة العناصر الخارجية الخطيرة، وهذا نموذج جدلي يتمثل في تناقض وجهتين الأولى جهاز تصوري داخلي والثانية العنصر مشوش والفاقد للاتزان والخطوة المقصود إتباعها هنا وصف الاستراتيجيات المتبنية لمواجهة التكيف مع الواقع وإدخال كل تهديدات المرض. فقد اهتم علم الأورام النفسي في دراساته على العوامل النفسية الاجتماعية التي تسهل أم تعرقل التكيف مع المرض وأهمية التفاعل بين العوامل البيولوجية، الحوادث الاجتماعية، الثقافية والنفسية. أما الأهداف الرئيسية لعلم الأورام النفسي، هو علم يحاول الوصول إلى هدف عيادي يتضمن المهمة العيادية المتوجهة نحو المرضى وأقربائهم والتي تعمل على تنظيم علاجات الدعم، يمتد هذا الدعم إلى الفريق المعالج وفي الأخير مهمة التكوين والبحث والمساهمة في المشاريع العلمية. تدور الأهداف الرئيسية لهذا العلم حول المراحل الثلاث للمرض ألا وهي: التشخيص - العلاجات - المعاودة وهي:

**1. التكفل النفسي وتسيير شدة الانفعالات.**

**2. إعادة بناء وإثارة روح المحاربة التي تؤثر على الاستجابة للأدوية العلاجية.**

**3. المرافقة العلاجية المساهمة في الشفاء وذلك عن طريق الوسائل التي أثبتت فعاليتها**

كالعلاج النفسي، والعلاج النفسي الجسدي.

4. التقييم وأخذ بعين الاعتبار التأثير النفسي للعلاجات وذلك عن طريق مقياس التكيف الذهني للسرطان مثل (M.A.C).

5. مساعدة المريض على إعادة بناء وتطوير فضاء دعم حيوي لمواجهة المرض.

6. تعلم تقنيات تسيير الانفعالات.

7. الاستماع والاعتراف بالجسد.

8. إعادة التقييم الذاتي.

9. تحسين نوعية الحياة.

إذن علم الأورام النفسي له صدى عيادي معرف حسب (ANGIOLINIC: 2008) كممارسة ترافق المريض وأهله ومعالجيه. دوره الأول إهداء فضاء للكلام لطرح المعاناة بحيث أن التكلم الانفرادي يسمح بالدرجة الأولى للمريض إعداد جواب في وقته للتقليل من معاناة السرطان على سلوك المريض في مضمون وصفي خاضع لدرجات معرفية سلوكية. تحدد الأبعاد النفسية المعلومات حول السلوك الخاص بالمرضى والميكانزمات الخاصة وحوادث العناصر العضوية وعليه يتم فحص المعطيات والمعلومات الخاصة بالمشيريات الداخلية والخارجية لمواجهة المرض الخطير باعتباره عنصر خارجي مقلق وذلك بتغيير المعطيات العادية أمام العنصر الدخيل كالسرطان بواسطة الآلة الرمزية.

بالنسبة لـ (DOLBEAULT,2006:334) فالمختص في علم النفس الأورام كان مختص نفسي أو طبيب عقلي يعمل بالتعاون مع الفرق يتدخل أثناء صيرورة العلاجات ابتداء من إعلان التشخيص، الدخول إلى مرحلة الشفاء، إعادة التأهيل بحيث أن هناك عدد من العوامل التي عرفت أنها تزيد من مخاطر الضيق النفسي، وقادرة بدورها على إعطاء عدة اضطرابات

نفسية مرضية، فتدخل المختص قد يوضح ما تنتظره المريضة من العلاجات التي غالبا ما تكتشفها في مرحلة لاحقة وتفهم وضعيتها مع المعالجين وتطلب المشاركة في القرارات الطبية، بينما هناك من تبقى في وضعية ساكنة في علاقة تبعية للمعالجين، فالأمثل أن تضبط الأمر بين الطرفين وأن تكون المريضة راضية اتجاه الفرقة المعالجة لها. وفي حالة ظهور أعراض مسببة للقلق والاكتئاب كان ذلك ذات بعد معرفي أو ذهاني، يرجع التقويم هنا للطبيب المختص في الأمراض العقلية والمختص في علم الأورام النفسي الذي يوجه التعليمات الخاصة بالعلاج الدوائي. ولو أنّ اللجوء إلى هذا النوع من العلاج ليس بالسلوك الاعتيادي لكنه حاضر فيالأوساط الطبية بعد التنسيق بين كل المختصين الذين يتكفلون بالمريضة ويكون هذا التكفل مرتكزا علي عدة أوجه علاجية حسب المشكل أو الاضطراب المطروح. وبالتالي نستنتج أن ضرورة إدماج البعد النفسي الاجتماعي للعلاجات المسموحة لداء السرطان مهمة وذلك في كل مراحل التكفل ابتداء بالوقاية المرتبطة بالكشف ثم بالإعلان عن التشخيص وفي النهاية بالعلاجات مهما كان المآل، الشفاء، المعاودة، أم نهاية الحياة. وهذا الأمر يمس كل مجموعة الممثلين المعنيين بهذا المجال: أطباء، ممرضون أم معالجون، ممثلون اجتماعيون وهنا يستطيع المختصين النفسانيين والمختصين في الطب العقلي إضافة خصوصية للكفاءة العيادية للتكفل.

### ثالثا: الأبعاد النفسية لعلم الأورام النفسي

من الأهداف الأساسية لعلم الأورام النفسي التكفل بالأبعاد النفسية العقلية، السلوكية والأسرية والاجتماعية وعلاقتها بالسرطان، وهذه تركيبة للعلاج المتعدد الخدمات في علم الأورام، هو علم حديث التطور جاء ليستجيب بالخصوص لضرورة الوقاية والعلاج من الانعكاسات السلبية للمرض على نفسية المريض ومحيطه.

كما أنه يساعد المريض على المحافظة على وضعيته يقترح المرافقة المكثفة حسب حاجياته طوال كل مراحل المرض وعليه نحاول ضبط بعض الأبعاد النفسية التي كثيرا ما يتأثر بها المصاب بالسرطان.

### 1. الألم:

مصدر كلمة ألم باللغة اللاتينية Dolerem وهي معاناة جسدية ومعنوية تعبّر عن الألم في أبعاده الجسدية أكثر منها النفسية، وغالبا ما يقترح كلمة معاناة للألم النفسي وذلك لتخصيص كلمة ألم المفهوم المثيرات الضارة. إن الألم السرطاني حسب (DariusE, 190:2002) هو عرض مركب يتطلب تقييم معمق أمام كل الفحوصات الطبية حتى يتحدد السبب الفيزيولوجي للألم، فالمعنى الذي يعطيه المريض للألم السرطاني قد يؤثر على شدة ردود فعله فيتصور أن الألم هو إشارة لتصاعد داء السرطان وبالتالي قد يؤثر على المزاج بصفة معتبرة، ومن جهة أخرى فإن للحصر تأثير على آلية الانتباه، ويصبح المريض أكثر قابلية لكل الإشارات التي تؤدي إلى تغيير في صيرورة المرض. الألم ظاهرة بشرية بالغة التعقيد، لا تكاد تخلو الحياة منها، لأولى وهلة تبدو كلمة "الألم" كلمة بديهية من بديهيات الحياة، ولكن ما إن تطلب من الإنسان وصف الألم الذي يشعر به فيبدو سؤالاً محيراً وغريباً. علوم الطب تعرف الألم على أنه منبه فطري أو طبيعي يظهر للدلالة على وجود حالة غير سوية في الجسم، أو للتنبيه إلى خطر يهدد الجسم إلا أنّ هذا التعريف كثيرا ما وجد جدلا في أوساط علماء الطب، وعلم النفس والفلاسفة ولغويين، بيان ذلك أنّ الألم إحساس فردي يختلف شدة أو ضعفا من إنسان لآخر، حتى عند الفرد الواحد ومن وقت لآخر فضلا أن ما يسبب ألما لإنسان قد لا يسبب ألما لإنسان

آخر، هذا التناقض يجعل الألم صعباً بل ويوقع من يتصدى لظاهرة الألم في حيرة أكبر من مجرد حيرة التعريف.

فإذا أضفنا إلى ذلك أنّ الألم قد يكون نفسياً أو عاطفياً، ذهنياً أو جسدياً، أدركنا صعوبة الوصول إلى تعريف يرضي جميع الأطراف، إذ نتساءل أين تنتهي حدود الألم النفسي وأين تبدأ حدود الألم الجسدي، وحتى لانستطرد إلى أبعد من ذلك في موضوع مثير للجدل، فإننا نقتنع بالقول أنّ الألم ظاهرة معقدة جداً تشترك عدة عوامل في إثارتها والإحساس بها، والاستجابة لها ويبقى الهدف الطبيعي من هذه الظاهرة هو التنبيه إلى خطر داخلي أو خارجي يهدد الجسم. إنّ حضور الألم المرتبط بمرض السرطان يعجّل انسحاب المريض عن كل الوظائف الاجتماعية العادية مع تبعية كبيرة للمؤسسات العلاجية بحيث أن هناك دراسات مثل أبحاث Stam. Coll Tait 1985-1987 بيّنت أهمية الاضطرابات النفسية المرتبطة بالألم السرطاني مثل اضطراب النوم، فقدان الشهية، الغثيان، تدهور نوعية الحياة بالنسبة لعدة مرضى، أمّا بالنسبة للمستوى العصبي البيولوجي فمن المحتمل أن تكون الآليات الخاصة بالاكتئاب دور في تصاعد الألم وقد يظهر الضيق النفسي بسبب تنقل الألم، كذلك مشكل الحصر والاكتئاب. وقد يؤدي الألم كذلك إلى الضيق النفسي أم يزيد منه، مما يعطى كذلك الحصر والاكتئاب فيؤثر على مسار هذه الاضطرابات فيعطي الألم حالة من الشدة، تشاؤم واكتئاب. وقد تقلص هذه الحالة النفسية من قدرة المريض على مواجهة الألم، كذلك يجب التفريق بين الألم الناتج بعد العملية والألم الذي مصدره القلق والمرتبط بتطور مرض السرطان.

إنّ عدم الارتياح الملازم للألم، يترافق حسب (Delvaux et al, 2002: 192) بصفة عامة بعدم توظيف العالم، والاختيارات بحيث ينتاب المريض إحساس على أنه يعاقب، ومع الوقت

يصبح الألم أقل تسلطاً، ويفسر ذلك بصيرورة تغيير انتباه المرضى من التمرکز على المرض إلى مجالات قديمة وصنفت من جديد، فقد تؤدي المعاناة الجسدية إلى وضع صيرورة نفسية خصوصية تجعل الفرد يركز على الحفاظ الذاتي ورفض كل ما يؤدي إلى عدم الارتياح وهذه من القيم الشخصية لدى المريض، وفي إطار هذه المعاناة الجسدية المتدهورة تصبح الرغبة في الموت حل بدون أن يرتبط بحالة عيادية اكتئابية. وقد نشرت دراسة لـ (Bonnard A et al , 2000) تتضمن نتائجها على أن نصف عدد المرضى الذين لديهم أعراض الآلام ما بعد بتر الثدي، وبعد ستة أشهر من العملية تبين أن الاستجابات المعرفية والعاطفية لديهم قد تأثرت بالحصص وبالتوظيف الجسدي، وكل الاستجابات تجاه الألم الخاصة بالأبعاد النفسية تبقى تابعة للتصورات والمعاني التي ترتبط بها. إن الديناميكية المتكاملة لعلم النفس الصحة وعلم النفس العيادي، كذلك دراسة الأبعاد المعرفية العاطفية لاستجابات الألم قد أدت إلى تفسير الوظيفة الدفاعية للألم اتجاه إصابة أم ضياع الثدي وذلك عن طريقة صيرورة التوقف المعرفي، وبينت هذه الدراسة مدى أهمية ظاهرة الذاتية المرتبطة بالعوامل الطبية، الاجتماعية والنفسية لهدف التفهم الجيد والتكفل الأحسن. انطلاقاً من هذه التجربة قد تطرح مفهوم استراتيجيات المواجهة أي كيف يمكن لشخص مصاب بالسرطان الاستجابة للألم والتأثير على شدته وأول استراتيجية هي طلب المساعدة من الآخرين، إعادة النظر في الأفكار الغير قادرة على التأقلم وأن يجعل المصاب لحياته معنى ينطلق منها لمواجهة الآلام وإتباع مسار الأمل كل هذه العمليات قد تتوفر على مستوى الرعاية الصحية بحيث ينبغي على الفرقة المتكفلة بالحالة تشجيع وتيسير الاتصال الفعال مع المريض بحيث أن (معهد الطب الأمريكي، 2011: 34) يؤيد إدراج خبراء الرعاية النفسية والاجتماعية كجزء إدارة الألام السرطان، وتشمل التدخلات النفسية،

الاجتماعية والتعليم. ومن بين أمور أخرى معالجة الاستخدام الصحيح للأدوية المسكنة والتواصل الفعال مع الأطباء، والتعامل والتدريب على بعض المهارات من تغيير الأفكار، العواطف، السلوكيات، من خلال التدريب على مهارات مثل حل المشاكل الاسترخاء وإعادة هيكلة المحتوى المعرفي مما يقلل من الضغط النفسي وتحسين نوعية الحياة لمرضى السرطان. ويقول (AROUA m,2010:203) منقول عن العالم العربي ابن رشد في كتابه الكليات في الطب ابن رشد: "إنّ الأشياء التي تطلب الاستدلال عليها هاهنا هي أحد ثلاثة أشياء كما قلنا أما العضو الألم، وأما مرضه وأما سبب المرض، وأعني ها هنا بالسبب الفصل الخاص بالمرض، و الأشياء التي منها يكون الاستدلال على هذه الأشياء في الأكثر هي الأعراض الداخلة على أفعال الأعضاء وانفعالاتها والأعراض اللازمة عنها".

## 2. الضيق النفسي:

حسب تعريف (Tribolets, 2003 :86) فالضيق هو إحساس بالترك أو بالتخلي بحيث أن المريض يحس بأنه في وضعية حرجة. ويعتبر الكشف عن الضيق من أوائل اهتمامات علم الأورام بحيث يقيم كبداية لتحسين الاستجابات لحاجيات الأشخاص المصابين بالسرطان، ويعتبر الضيق في علم الأورام تجربة انفعالية متعددة العوامل، غير ممتعة ذات طابع نفسي اجتماعي، معرفي، سلوكي، انفعالي أم روحي يستطيع التداخل مع القدرة لمواجهة السرطان بكل علاجاته الجسدية وكلّ العلاجات الأخرى.

بالنسبة لـ (Antoine L,2001 :08) يستطيع الضيق أن يعبر على شكل أحاسيس عادية ومألوفة من الحساسية والضيق والخوف إلى درجة مشاكل معيقة كالاكتئاب والحصر والهلع، والانعزال الاجتماعي، وكذا النوبة الوجودية والروحية وانطلاقاً من درجة خطورة هذا الاضطراب يعرف حالياً الضيق على أنه العرض السادس مع الحرارة- التنفس-

النبض - الضغط الشرياني والألم، وذلك في سنة 2005 حسب Groff- Bultz و عليه أوصت مديرية محاربة السرطان بكبك كندا بالكشف عن الضيق عند المصابين بالسرطان حسب المعطيات التالية:

1. كل المصابين بالسرطان يجب أن يخضعوا للكشف عن الضيق وذلك بأن تتكلف فرق علم الأورام بوضع نظام جهوي أم عام للكشف الدوري عن الضيق.

2. أن يكون الكشف عن الضيق بمثابة فحص تقليدي يستعمل أثناء المراحل الصعبة للمرض والحساسة.

3. نستعمل عملية الكشف عن الضيق بالوسائل والأدوات المتميزة بالثبات والصدق والتشاور مع كل أعضاء البحث المتعدد الخدمات في طرق الكشف.

4. الوسائل المستعمل للكشف (الضيق) يجب أن تدمج الاحتياجات الستة المتعلقة بالضيق وهي الحاجيات الانفعالية، العملي، الإخباري، الجسدي، الروحي والاجتماعي.

5. اختيار أداة كشف ثابتة يجب أن تستجيب للمقاييس التالية.

- أداة سبق وأن ظهرت مصداقيتها.

- أداة ذات استعمال ثابت في علم الأورام.

- أداة مقاسة عياديا.

6. يبقى الكشف عن الضيق مسؤولية جميع الفرقة المتعددة الخدمات في علم الأورام ولا بد تعيين المختصين لأجل تطبيقه.

بالنسبة لـ (Dauchy et al , 2006) أنّ ربع عدد النساء الشابات المصابات بالسرطان يظهر أعراض للضييق النفسي الحاد، مهما كان نوع العلاج المقترح، وتبقى نسبة الأعراض الانفعالية متغيرة حسب المنشأ الاجتماعي، الثقافي، والتاريخي وبالضبط الخصوصيات الثقافية التي تتميز بنوعية السند الاجتماعي العائلي. إنّ حدّة المرض تساوي معدل الضيق النفسي للمريضات الشابات، أما المريضات الكبيرات في السن فالضييق النفسي لديهنّ أقلّ حدّة، أما أعراض الحصر فهي من نوع أفكار متطفلة متركزة على المرض، على حصر مسبق مع رفض أو عدمه، انشغالات في مجال حصري خوفا من الانتكاسة، اكتئاب مهم يكشف عنه دوريا في بعض الاضطرابات كاضطراب النوم، الاضطرابات المعرفية، تعب ملح. و تلخيصا للأعمال التي اهتمت بالعوامل المحتملة الخاصة بالضييق، عوامل الخطر الأساسية للمرض النفسي الاجتماعي والتي ترجع إلى مرض السرطان هي حسب الباحثين (Nordmann et al, 2009 :44-45):

العوامل الطبية: ونشير هنا إلى مراحل المرض نوعية العلاج واختلافاته كالجراحة، العلاج الكيميائي، العلاج بالأدوية، العلاج بالأشعة، العلاج بالهرمونات، العلاج المناعي، كذلك الأمراض الجسدية كالإعاقة الوظيفية، الألم، التعب، الغثيان، القيء، الهجمة الحرارية.

العوامل الفردية: كالسوابق المرضية، النفسية، الشخصية، أم العائلية، العوامل المرتبطة بالشخصية كنوعية التكيف اللاوظيفي، كاليأس، الانشغالات المتعلقة بالحصر، قمع الانفعالات، العلاقة بالمراقبة الخارجية.

عوامل بين الأفراد والمجتمعات: كنقص الاتكاء العاطفي الصادر من طرف الأقرباء، الأسرة، الزوج، الأصدقاء، المجتمع الكبير كالجيران، وسط العمل، الجمعيات، أوساط

الديانات، قد يكون سبب في حدوث معاش مقلق. عوامل من الطبيعة الاجتماعية والاقتصادية: نذكر منها سن الشباب، الجنس الأنثوي، هشاشة الحياة الاجتماعية، الاقتصادية، قانون العازبة أم الأرملة، البعد الجغرافي عن مركز علاج السرطان.

وفي النهاية هناك بعض الأبحاث كشفت عن بعض العوامل السلبية المسببة للضييق خارج العوامل التي ذكرت سابقا وبالخصوص الإنكار النفسي العاطفي هو تلاحم يدركه المريض الذي يصبح يواجه المرض وخاضع للتفاعلات الجديدة مع نظام العلاجات ضف إلى ذلك أنّ هناك عوائق جدّ سلبية والمتعلقة بمرض السرطان وبالخصوص نوعية الحياة المتدنية الحساسة الكبيرة للألم، الأعراض الجسدية وزيادة خطورة الانهيار والانتحار، كذلك نقص فعالية العلاجات، الصعوبات التكيفية والسلوكية لمواجهة مشاكل الصحة، نقص في الالتزام للعلاج، زيادة مدة الإقامة في المستشفى، زيادة ثمن تكلفة العلاج وأخيرا نقص الأمل في الحياة. يقول (Holland JC, 1999 :459) أنّ الضيق هو تجربة انفعالية مزعجة ذات طبيعة نفسية، اجتماعية روحية والتي تؤثر عن قدرة المريض لمواجهة السرطان وعلاجه بطريقة فعالة وتسجل هذه التجربة بالتوازي مع الأحاسيس العادية كالحساسية، الضغط، التخوف إلى درجة صعوبات تجعل المريض غير قادر عن التكيف فيتولد لديه مجموعة من الاضطرابات كالحصر، الاكتئاب والعزلة الاجتماعية حيث اللجوء إلى الأزمة الروحية. في مجال البحث في علم الأورام النفسي من المستعجل الكشف عن الضيق الانفعالي عند المرضى المصابين بالسرطان ولهذا يوجد عدة أدوات لتقييمه، والمقاييس الأكثر استعمالا لذلك والأكثر تكاملا هي: Mini international neuro psychiatrie interview de (1998) Scheehan et al. والمبتكر من DSMV، هذه الأدوات تساعد على قياس أعراض الاكتئاب والحصر منعزلة أم مرتبطة بالضييق الانفعالي.

## 3. المرحلة التلطيفية أو النهائية:

حسب تعريف المنظمة العالمية للصحة (OMS) فإن العلاجات التلطيفية تهدف إلى تحسين نوعية الحياة للمرضى وعائلاتهم اتجاه عواقب مريض مآله الموت، ومع الوقاية من المعاناة المعروفة مسبقاً وكذا المشاكل الجسدية والنفسية والروحية المرتبطة به. فالمرحلة التلطيفية أم النهائية تبرز العجز والمعاناة، مواجهة حقيقية للموت مما يؤدي إلى صدمة نفسية، هذه الصدمة التي تعطي بدورها الإحساس باللاصدق واللاواقعية تؤدي كذلك بالفرد إلى الشك على مستوى كل قناعاته مما يدفعه إلى البحث عن معنى للتجربة المعاشة والخضوع للصددمات التي تبعث فيه مقاطع إدراكية مثل الغموض، عدم اليقين، الشك، والبحث عن معنى ومبني الانتقادات. في بداية المرض يكون الشخص في حالة رفض ونفي لهذا الداء ثم الغضب والحزن ثم المفاوضات وفي الأخير القبول وكل المراحل تبقى عادية تتطلب المرافقة بكل ود لأن المريض في أمس الحاجة للإحساس بالأمان، ويعرف أن الفرقة المعالجة لن تتخلى عنه في غالب الأحيان حيث أنه ليس الموت الذي يخيف المريض وإنما الكيفية التي يموت عليها، لأنه يخاف الألم، والتدهور الجسدي، النفسي وفقدان القيمة والوحدة. إن العلاجات التلطيفية توفر تكفل علاجي نشط وشامل لأشخاص يعانون من مرض خطير وهم في نهاية الحياة، هم في حاجة إلى علاجات متواصلة مهما كان سنهم، وحسب (Matis c,2012) الهدف الأساسي هو تقدير الوقت الباقي، الحفاظ على أحسن نوعية الحياة، الارتياح الممكن عن طريق مراقبة الأعراض المزعجة أهمها الألم وليس الهدف من ذلك زيادة الوجود أو العمر وإنما يعتبر المريض ومحيطه ككل محل انشغالات الفرقة المعالجة وإذا كان المريض في المرحلة التلطيفية، فهذا لا يعني أنه في نهاية الحياة وإنما يتعذر شفاءه. ونقصد هنا أن العلاجات التلطيفية تتمثل في مرافقة

المريض المصاب بمرض خطير، ويكون قرار متابعة العلاجات التلطيفية بعدما يصل التنبؤ بعد ظهور التنبؤ الدال في أنّ العلاج الخصوصي لن تعطي نتيجة علاجية لكن هذا لا يعني الطبيب يتخلى عن المرض في هذه المرحلة هدف عرضي وذلك لارتياح المريض إلى أقصى درجة وجلب الطمأنينة له والسكون حتى يشتغل الوقت المتبقي له بمواجهة الموت بكل هدوء. الباحث (Duggleby , 2008 : 73) في مقال خاص بترقية الصحة العقلية التي تهتم بعلاج الكبار في نهاية الحياة قال أنه من المهم أن نعتني بالصحة العقلية للكبار المصابين بالسرطان في نهاية حياتهم لأنهم يظهرون أمراض نفسية وعقلية كالأضطرابات الخاصة بالحصر والاكتئاب والمعرفية بحيث تظهر بكثافة لديهم في نهاية وهي مرحلة تعرف بالعجز والتدهور بالتدريج إلى حد الموت. والملاحظ أنّ علم الأورام النفسي لم يتخلى في اهتماماته عن هذه المرحلة الحرجة وذلك لأنّ هذه المرحلة تتميز بتطور الألم، الاكتئاب وعند بعض الحالات الهذيان لذلك فقرار العلاجات التلطيفية يؤخذ بالتعاون مع المريض مع الحذر اللازم والممكن وذلك بحضور العائلة وهذا ما أكدّه البروفيسور J.FHERON في إحدى محاضراته في كلية الطب بـ CAEN فرنسا بأنه إذا كان للعلاج غرض شفاي فهو مرافق بتكفل حذر للأعراض بحيث أنّ تهدئة الأعراض تبقى أولوية وهذا هو عمق العلاجات التلطيفية أن لا تظهر على شكل تخلي عن المريض أم انسحاب بل هي امتداد طبيعي للعلاقات السابقة ولا بد من حوار صريح، مريح، وذلك بأخذ الوقت اللازم للسماح للمريض يطرح كل الأسئلة التي يرغب فيه. قد يتصف الطبيب المختص في علم الأورام تجاه المرض على أنّ الانتقال إلى المرحلة التلطيفية يكون بمثابة الفشل في العلاج وهذا إدعاء في غير محله، بل عليه أنّ يتعهد بالعلاجات الجيدة للمريض وليس بالضرورة للشفاء. أما عن العلاجات فنحن أمام ثلاثة محاور وهي:

**العلاجات القصوى:** وهي تدخلات متعددة الخدمات أين ينقل المريض إلى وسط مختص.

**العلاجات المريحة:** أين يتم تسيير الأعراض.

**العلاجات النهائية:** نهاية الحياة أم الاحتضار.

يعتبر مجموعة من الباحثين في ميدان علم الأورام النفسي الفرنسي ومن بينهم ( Razaviet al,2002: 92) بأنّ الحداد قد يكون مسبقا وممكنا وهنا قد تكون بعض التبادلات مع محيط المريض، بل عدة مرضى يتوقعون إجراءات الجنازة في المرحلة النهائية فالتدهور غير المنقطع والضعف الخطير المتواصل، الآلام والحمى والاضطرابات الاستقلابية كلها في واجهة الأعراض، وكل هذه الصيرورة الجسدية تنعكس على الحالة النفسية وهنا تطرح عدة إشكاليات أخلاقية فيما يخص هذه المرحلة، مواصلة العلاج أم المساعدة على الموت وهنا تلتقي الإشكالية النفسية والأخلاقية. وفي يوم الأحد 18 شوال 1429هـ - 19 أكتوبر 2008 (مجلة الشرق الأوسط) وهي ندوة تعقد لأول مرة في منطقة الشرف الأوسط حول الرعاية التلطيفية وأهميتها لمرضى الأمراض المستعصية كشف فيها كل من الدكتور عبد الرحمان جازية، مدير مركز علاج السرطان بالرياض والدكتور عمر شامية استثمري العلاج التلطيفي بقسم الأورام أنّ الطب التلطيفي هو فلسفة طبية عريقة، ومنهاج طبي كامل ومنظم لتقديم العلاج إلى جانب ما يقدمه الطب التقليدي وذلك للارتفاع بمستوى المريض ومساعدته على ممارسة حياته بطريقة أو أقرب ما تكون للطبيعية، مساعدة المرضى ودويهم على اتخاذ القرارات العلاجية، العلاج بالأدوية المسكنة، علاج مضاعفات السرطان بالجراحة أو بالإجراءات كالتدخل الشبكي مع العلاج النفسي وكذلك استخدام الطب البديل لتسكين الآلام والأعراض كالإبر الصينية أو العلاج الطبيعي، والدعم الاجتماعي والمنزلي. وعند دراسة أحوال المرضى الذين يعانون من أمراض مستعصية

ومتقدمة مثل الأورام ويعانون من فشل عضوي متعدد وضعف عام في الجسم ووظائفه وجد الباحثون والخبراء إنّ الإنعاش القلبي أو الرئوي لهؤلاء المرضى يؤدي إلى زيادة المعاناة والألم من غير فائدة تذكر، لذلك اتفق العلماء على أن عدم تقديم الإنعاش القلبي أو الرئوي لهذه النوعية من المرضى هو باب "درء المفسد مقدم على جلب المصالح" وقاعدة "لا ضرر ولا ضرار" وجاءت الفتوى رقم 12086 بتاريخ 1409/06/30هـ من رئاسة إدارة البحوث العلمية والإفتاء والدعوى والإرشاد بأنه إذا كان مرض المريض مستعصيا غير قابل للعلاج بشهادة ثلاثة من الثقة فلا يستعمل جهاز الإنعاش ويكون هذا القرار طبيا ويقوم الطبيب المعالج بتوصيل هذا القرار للمريض أو أهله بطريقة مناسبة.

### الإعلان:

إنّ إعلان تشخيص مرض السرطان هو فترة مهمة في ربط العلاقة بين المريض والطبيب، يجب أن يرافقها اتصال فعال من نوع رفيع لأن الخبر من هذا النوع غالبا ما يكون سببا للصدمة سواء كان ذلك للمريض وبعض الأحيان حتى عند من يعلن الخبر بحيث أنّ هذا الإعلان يثير عدّة استجابات عند المرضى من عدم التفهم إلى فقدان التحكم عند بعض المرضى. يقول الباحث (Bensoussan P, 2008 : 28) ورجوعا للأستاذ Thomas في مقدمة كتابه "الموجز في علم النفس الأورام" أين يذكر بأنّ للإعلان عواقب قد لا تصدق وقد أصبح العلاج وسيلة تقنية محضة بالنسبة للمرضى المصدومين بخبر التشخيص والذين لا بد أن يتحملوا تدخلات علاجية ثقيلة ومعاناة طويلة وغالبا ما تترجم تلك المعاناة عن طريق انقطاع بيوغرافي في حياته الفردية لأنه حسب (Jeanninet al, 2012 : 177) في نفس الوقت، يواجه إشكالية المستقبل والموت، باعتبار السرطان حسب التصور الاجتماعي مرتبط دوماً بمفهوم الموت واللاشفاء، وعليه يبقى إعلان السرطان حدث قوي

وصادم. نقصد هنا بالإعلان هو إيصال وتعريف واقع موضوع وما الذي سيحصل لهذا الواقع إذن هو ليس مجرد إخبار أو توضيح وإنما نقل شيء معقد ومهياً ولا يبقى إلا إيصالها بطريقة ما نحو صاحبها.

عند وصول الخبر للمريض نلاحظ أنّ أول استجابة تظهر هو التركيز على تسمية المرض وما يرتبط بها من تمثيلات هو بمثابة انقطاع مفاجئ لكل الاقتراحات والتأويلات الخاطئة التي كان يتبناها قبل الإعلان. إنّ اكتساب خبر سيء كالسرطان، مع واجب البوح به وتبسيطه وتحويله إلى أن يصبح غلظة هي مهمة جد صعبة ومركبة بالنسبة للطبيب، كيف يعلن الخبر دون أن يسبب اليأس المطلق كيف نحدّ من مخاطر ارتكاب الفعل الانتحاري وكيف نتفادى الموعظة؟ وأول ما يتطلبه الإعلان ذلك المكان الهادئ بحيث يحفز العلاقة الحميمة الذاتية الممكنة، وإعطاء الوقت اللازم للاستماع للمريض وتفهم استجاباته ولاكتشاف ما فهمه عن مرضه وما كان يعرفه من قبل، كذلك أخذ الوقت اللازم لمعرفة ما هي رغبته في معرفة ما يتعلق بمرضه ولماذا ذلك؟ ومع أيّ من أقاربه يريد مشاركته في هذا الخبر، مع ربط الإعلان بالالتزام الصارم للتكفل بالمرض (علاج متكامل) مع أخذ بعين الاعتبار شخصية المريض، احتياجاته النفسية للوسط، وللألم وللضيق الذي يرافق الوضعية مع مراجعة الأحاسيس الانفعالية للمريض وإعطائه الحق في هذا النوع من الاستجابة التي تتطلب الاعتراف والقبول وأخيراً تحضير نهاية اللقاء بالزامه تبني سلوك واضح في الوقت اللاحق.

الاستجابة الانفعالية حسب (Dauchy.s, 2009) أثناء الإعلان هي فورية، موجة الصدمة قد تكون فورية أم متأخرة هي غالباً ما تكون اتصال شفوي تتراوح بين نوبة دموع عادية إلى أعراض انهيارية حقيقية قد تكون بعض الأحيان ساكنة، تتعلق هذه الاستجابات بقدرة

المريض على الإحساس بالانفعالات (عناء انفعالي) والقدرة على إدراك الانفعالات (الذكاء الانفعالي) الذي قد يترجم بعض الأحيان عن طريق أعراض كعسر التنفس وهي أعراض معينة للتكيف غالباً لا بد احترامها ونادراً ما تطرح هذه الاستجابات من مشاكل إلا إذا أصبحت الأعراض سائدة، في هذه الحالة لا بد من الحذر خاصة أمام استجابة الحالات الهادئين جداً الذين صعقهم الخبر وهم إذن في وضعية نفسية مقلقة وتبقى الاستجابة الانفعالية لديهم تتدخل في كيفية إدراك الخبر الذي أحياناً لا يكون له دور تكيفي وإنما انعكاس معرفي. يضيف الباحث (Fallow F,2005 : 349) أنّ وضعية من يعلن التشخيص وطريقة الإعلان مهمة حتى وإن كان أغلبية المرضى يركزون عن مضمون العبارات المستعملة ويبدون لها أهمية أكبر، في بعض الأحيان يؤول المريض الخبر بطريقة مختلفة انطلاقاً من معرفته لمرضه الذي هو في طريق تطوري وأنّ التحاليل الطبية النسيجية للمنطقة المشكوك فيها إيجابية (+) أي مصابة. بالنسبة (Bacque MF: 2009,132) تقول "قد أعلم بأنه غالباً ما يكون التدرج في توضيح الوضعية للمريض مرتبط بتسلسل الأحداث فيعد أول شك الملائم لظهور العرض الذي شخص من خلاله السرطان، قد تتطور الوضعية بين إثبات أمر غير عادي ثم الخضوع لاختبارات طبية لازمة للتعرف على الأمر الغير عادي، ثم الفحص الموضح لنتائج التحليلات بحيث ينظر المرضى إلى هذه الأسابيع وهم في انتظار على أنه معاش مقلق جداً وبشع، كذلك بالنسبة للطبيب الذي ينتظر النتائج وهو في نفس الوقت يواصل مرافقة المريض في هذا الطريق، وهنا تكون الصدمة وقت الإعلان أقل خطورة لأنه لم يعرض لإثارة مفاجئة تهدده بالموت إذن من الممكن الاعتماد عن الطريقة التدريجية في الإعلان علماً أننا وجدنا نسبة تتراوح بين 10% إلى 40% من وضعيات ما بعد الصدمة من الحالات بعد الإعلان عن

التشخيص". فالإشكالية ليست في أن نقول أولاً نقول لكن كيف نقول، فقانون أخلاقيات المهنة العالمي يؤكد على أن الطبيب لابد أن يعلن بصدق وبوضوح وتلازم اعتبار شخصية المريض وخطورة الوضعية وتضيف الباحثة (Bacque MF, 2011 : 11) لابد من تطور طب البحث عن السرطان ليس لسبب زيادة مرض السرطان وإنما لزيادة نسبة الشفاء وذلك بإصدار قانون لمطالبات عامة، تبادل ونشر المعرفة على المستوى العالمي وذلك لتراجع طابو إعلان السرطان. وأخيراً إن إعلان السرطان هي إشكالية تهم كل فرد كل طبيب كل مريض ينال في داخلنا، لا يجب أن نقصر بالوقوف أمام السرطان فقط بل أمام كل الإصابات الخطيرة والمزمنة من السكري إلى الفصام، وأمام كل الوضعيات الطبية الصعبة كالعقم والضمور الدماغي، إذن نحن أمام مشكل حقيقي يخص المجتمع وبالأحرى يخص ثقافة المجتمع.

#### رابعاً: علاقة علم النفس الصحة بعلم الأورام النفسي

يمكن اعتبار الصحة توازن وبناء مستمر و عملية دائمة طوال الحياة، أما فقدانها فقد يطرح العديد من الإشكالات على المستوى الطبي، علم النفس الصحة وعلم الصحة، وانطلاقاً من الواقع حيث كثر الحديث عن الأمراض وتنوعها البسيطة منها والمستعصية فضلنا ومن خلال هذا الجزء إلقاء الضوء على مفهوم علم النفس الصحة حيث نعرض في البداية مختلف التعاريف الخاصة بعلم النفس الصحة، مجالاتها وأهدافها محاولين ضبط العلاقة بين علم النفس الصحة وعلم الأورام النفسي. تطور مفهوم علم النفس الصحة في أواخر القرن الماضي وأواخر السبعينات في الولايات المتحدة الأمريكية وذلك لدراسة مختلف العناصر النفسية الاجتماعية والانفعالية والتي تؤثر على السلوكيات الصحية والتي تكون سبباً في بروز أو تطور المرض، وأهمية هذا الميدان مرتبط بالمشكلات اليومية التي

يواجهها الإنسان المعاصر بكثرة الأمراض المستعصية المزمنة وما ينشأ عنها من وفيات وقبل ذلك من اضطرابات نفسية، ضغوطات وعليه ظهر علم النفس الصحة قصد تلبية احتياجات هذه الأوضاع وبالأخص توضيح العلاقة بين سلوكيات الفرد وعاداته الصحية وما يقوم به من ممارسات وبين صحة الجسمية والنفسية وما ينجز عنها من اضطرابات نفسية جسدية وحتى عقلية. وبداية أصبح لزاما علينا تعريف الصحة بما أن علم النفس الصحة لا يقوم إلا من أجل الصحة وترقيتها فتسهل تعريفاتنا بتعريف منظمة الصحة العالمية (OMS) 1948 بأنها حالة متكاملة من الرفاه الجسدي والعقلي والاجتماعي، وهي ليست مجرد غياب المرض أو وجود العجز، وهناك تعاريف شتى تستند إلى هذا التعريف للصحة كتعريف (Hurrelmann,1995) حيث ترجمه الباحث الدكتور (السيد فهمي علي، 2009: 24) قائلا أنّ الصحة عبارة عن حالة من الإحساس الذاتي والموضوعي عند شخص ما، وتكون هذه الحالة موجودة عندما تكون مجالات النمو الجسدية والنفسية والاجتماعية للشخص متناسبة مع إمكانياته وقدراته وأهدافه التي يصنعها لنفسه ومع الظروف الموضوعية للحياة ويشير مجموعة من علماء الصحة من بينهم (Enben,Franzkowiak,1986) في النقاش العالمي لمفهوم الصحة إلى ثلاثة مبادئ هي:

1. تعتبر الصحة حالة موضوعية قابلة للاختبار الطبي البيولوجي.
2. يمكن اعتبار الصحة بأنها التكيف الأمثل الممكن مع متطلبات المحيط.
3. كما يمكن اعتبارها حدثا فيروريا تفاعليا لتحقيق الذات على شكل التعديل الهادف والفعال للبيئة وهي عموما حالة شخصية من الإحساس بالعافية والراحة يتحقق فيها التوازن بين المتطلبات الجسدية من جهة والخارجية للبيئة من جهة أخرى.

وأجد أن أحسن تعريف قدم لمفهوم الصحة ينتمي للدكتور (السيد فهمي علي، 2009: 27) ويشمل مفهوم الصحة المظاهر الفيزيولوجية الجسدية والنفسية الاجتماعية للحالة الفردية للشخص ووجود خبرة معرفية وسلوكية كافية للتصميم الفردي الصحي للحياة من أجل التغلب على أزمات الحياة من أجل التغلب على أزمات الحياة الراهنة. ومن هنا نرى أنّ مفهوم الصحة يعكس التكيف الناجح للفرد على المستويات البيولوجية، الفيزيولوجية والمناخية الاجتماعية النفسية والثقافية. حاول مجموعة من الباحثين في علم الأورام النفسي تعريف علم النفس الصحة أمثال (Bruchon- schweitzer, 2002: 22) فقد عرفت علم النفس الصحة على أنه دراسة الاضطرابات النفسية الاجتماعية التي تلعب دور في ظهور المرض، التقليل من خطورته أو تطويره، مهتمين بالأسباب أكثر من النتائج كانت مباشرة أو غير مباشرة. إنّ علم النفس الصحة يقترح طرق وحلول وقائية أو علاجية قصد التغيير السلوكي الصحي هو ميدان خاص بعلم النفس أي نجد أن الصحة أخذت أبعاد واسعة وشاملة عبر كل وضعيات الحياة، هو علم يهتم بدراسة السلوكيات الصحية التي تؤثر على الجسد والنفس مصحوبة بمفهوم مسؤولية الفرد على راحته النفسية، ولهذا اهتم علم النفس الصحة اهتماما بالغا في مفهوم وتفسير التأثيرات النفسية التي تسبب في تعرض الأفراد للمرض والاستراتيجيات المستخدمة لمواجهته. ولهذا يكرس على النفس الصحة اهتمامه حسب (شيلي تايلور، 2008: 38) لفهم وتفسير التأثيرات النفسية التي تساهم في مساعدة الأفراد في الحفاظ على صحتهم، وفي إيضاح أسباب تعرضهم للمرض، وفي الكيفية التي يستجيبون لها في حال إصابتهم بالأمراض، وهو باعتباره فرع من فروع علم النفس التطبيقي يهتم بالتأثير المتبادل بين الحالة الصحية والحالة النفسية، وهو كما يحدده قسم على النفس الصحة في الرابطة الأمريكية لعلم النفس باعتباره مجموع الإسهامات النوعية

التربوية والعلمية والمهنية لعلم النفس والتي تهدف إلى ترقية الصحة والحفاظ عليها إلى الارتفاع بمستوى الوقاية والعلاج من المرض، وإلى الدقة في تحديد علة الأمراض والأمور المرتبطة بالصحة والمرض واضطراب الوظائف المرتبطة بهما.

يضيف (شيلي تايلور، 2008: 62-63) أنّ علم النفس الصحة هو أحد ميادين علم النفس الذي يركز على فهم العوامل النفسية التي تساهم في المحافظة على الصحة أو تسبب الإصابة بالأمراض. إنّ هذا العلم يحاول فهم الكيفية التي يستجيب لها الناس لدى تعرضهم للأمراض فهو ميدان يركز على الارتقاء بالصحة، وصيانتها والحفاظ عليها وعلاج الأمراض، وأسبابها والعوامل المرتبطة بها وأسباب الخلل في الوظائف الحيوية وتحسين نظام الرعاية الصحية وإرساء قواعد السياسات الصحية. أسس مجموعة من الباحثين في مجال هذا العلم النموذج المتعدد العوامل لعلم النفس الصحة وذلك في كتاب (Bruchon- schweitzer et al , 1994 : 28) يحتوي على العناصر السوسيو-ديمغرافية والعناصر الفردية (نوعية الحياة، نوع الشخصية، السوابق الخاصة والمرضية) والتي لها تأثير تداخلي على الصحة الجسدية والراحة النفسية. وعليه نلاحظ أن علم النفس الصحة عرف تحديات كبيرة منذ ظهوره عندما أخذ بعين الاعتبار صحة الفرد بنظرة شاملة مركبة انطلاقاً من جسده ونفسيته إلى وسطه الاجتماعي والثقافي، لقد اتسع دور رعاية الصحة السيكولوجية والاجتماعية في الارتقاء بالصحة ومختلف مراحل المرض وعليه يعتمد علم النفس الصحة على مجال تطبيقي ونظري في آن واحد مستخدماً مناهج تعتمد أساساً على دراسة الفرد، مجتمعه، معتقداته الدينية، جيناته الوراثية، حالاتهم الانفعالية، وكذا معتقداتهم الصحة. نجد أنّ من المجالات الأولية التي يعتمد عليها علم النفس الصحة هو علم الأوبئة فحسب (شيلي تايلور، 2008: 49) ترتبط أهداف هذا الميدان واهتماماته ارتباطاً وثيقاً

لميدان علم النفس الصحي، فعلم الأوبئة هو دراسة أسباب الإصابة بالأمراض المعدية وغير المعدية، ومدى تكرار حدوثها وانتشارها في مجتمع ما استنادا إلى استقصاء العوامل البيئية المادية والاجتماعية من الأمور الجوهرية التي يجب الإلمام بها بشكل أوسع لدى تحديد أهداف ومجال اهتمام كل من ميداني علم النفس الصحي والرعاية الصحية، الإحصائيات الدقيقة حول نسبة انتشار المرض في منطقة ما في فترة زمنية معينة، ويضيف الباحث أنّ علم النفس الصحة لا ينصب فقط على المخرجات البيولوجية ولكنه يمتد ليشتمل القضايا والمظاهر التي تقدم مؤشرا عن الحياة الصحية، وتحديدًا هناك ما يؤكد بأن تركيز علم النفس الصحي وإجراءات التدخل التي يمارسها العاملون في هذا الميدان يفترض أن ينصب على الاهتمام بالأمور التي تساعد في تحقيق الصحة والمظاهر التي تعبر عنها بدلا من مجرد التركيز على معدل الوفيات وغيرها من المؤشرات البيولوجية ومن ثم فإن علم النفس الصحة أصبح أكثر التزاما بالجهود التي تساهم في تحسين نوعية الحياة لدى أولئك الذين يعانون من أمراض مزمنة. رجوعا إلى السبعينات نلاحظ بروز المنهج الحيوي النفسي الاجتماعي بزعامة Engel والذي كان يرمى إلى إدماج المعارف البيولوجية، النفسية، الاجتماعية وتطور ميدان الطب السلوكي مع بروز علم النفس الصحة. أما عن الطرق المستخدمة فنجد التجريبي الكمي مثل الاستثمارات السلايم، والتحليل الإحصائية، ويعرف (السيد فهمي علي، 2009: 43) المنهج الحيوي الاجتماعي هو ذلك التفاعل أو التأثير المتبادل بين القوى الاجتماعية والقوى الحيوية مثل السلوك الإنساني الذي يتأثر في وقت واحد بالعمليات الفيزيولوجية المعقدة من ناحية والمعاني الاجتماعية المتعلمة من ناحية أخرى، هو الذي نطبق معه أسلوب التنظيم في مجال الطب النفسي، بمعنى التكامل الدقيق للمناهج الحيوية والنفسية والاجتماعية في

دراسة الصحة النفسية ودراسة اضطرابات نفسية معينة، يتم استخدام علم النفس الصحة مع ما يسمى بالنموذج النفسي الاجتماعي الحيوي والممثل فيما يلي:

- علم النفس الصحة التنظيمي: يستخدم هذا الفرع المعارف العلمية لعلم نفس الصحة وتقنياته في التطبيق على الصحة و المرض في أماكن العمل سواء على مستوى الأفراد أو الجماعات.

- علم النفس الصحة العامة: يحاول أن يحدد الأسباب الواقعية بين العوامل النفسية والصحة للناس عامة.

- علم النفس صحة المجتمع: هو اتجاه يحاول فهم ماذا يحدث على المستوى المحلي.

- علم النفس الصحة الإكلينيكي: وهو أساس فرع من علم النفس الإكلينيكي يساهم بشكل

أساسي في مجال الطب السلوكي مع الطب النفسي والممارسة الإكلينيكية تتضمن

تقنيات التعلم والتغير السلوكي والعلاج النفسي. ويضيف الباحث السابق ذكره كيف

استطاع النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي تفسير الصحة و المرض بتجاوز نقائص

النموذج الحيوي الطبي، أن العوامل الحيوية والنفسية والاجتماعية، جميعها ذات أهمية

في تقرير الصحة و المرض على هذا الأساس فإن العمليات التي تتم على المستوى

الشخصي الضيق تتفاعل جميعها لكي يؤدي إلى حالة من الصحة أو المرض. فالنموذج

الحيوي النفسي الاجتماعي يؤكد أن الصحة و المرض يتسببان عن عدد من العوامل

وينتج عنها آثار متعددة، إضافة إلى ذلك يؤكد النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي عدم

إمكانية الفصل بين العقل والجسد لدى النظر في قضية الصحة و المرض، لأن كليهما

يؤثران بشكل واضح في حالة الفرد الصحية، فهذا النموذج يركز على عاملي الصحة

والمريض بدلا من عدّ المرض انحرافا عن حالة الاستقرار.

انطلاقاً من وجهة النظر هذه تصبح الصحة أمراً يمكن تحقيقه من خلال الانتباه إلى الحاجات الحيوية النفسية والاجتماعية ومن ثم فهي ليست أمراً بديهي الحدوث. أما الميادين التطبيقية لعلم النفس الصحة حسب (Bruchon -schweitzer,2002 : 54) فنجدته خاصة في عالم العمل مرتكزين على طب العمل ويليه طب الجراحة، خاصة في الوسط الاستثنائي هي الحالات التي تواجه الصعوبات الفيزيولوجية المعقدة، المزمنة والخطيرة مثل داء السكري، الآلام المزمنة، أمراض القلب، الكلى، سرطان الدم، اضطرابات الخصوبة ... الخ. هي اضطرابات تؤثر العلاقات الزوجية، العائلية، المهنية، والاجتماعية هناك العديد من الإصابات الفيزيولوجية التي تؤدي إلى ظهور صعوبات سيكولوجية وحتى عقلية (اضطرابات التكيف، الاكتئاب، الهذيان) وهذا ما يستدعي مساعدة خارجية، ضف إلى المستشفى، المؤسسات الخاصة بالشيخوخة، وكذا المساعدة للأطفال الصغار، المعاقين جسدياً وعقلياً وحتى المصدومين، المصالح الخاصة بالمساعدات الاجتماعية وكلّ الميادين التي ترمي إلى تحسين نوعية حياة المرضى، العلاقة مريض طبيب، الملاحظة العلاجية. عموماً فإن علم النفس الصحة يعمل في كل الميادين أين عليه تسهيل صيرورة التكيف اتجاه المرضى، الحداد، تحسين ملاحظة العلاج الطبي و الشبه طبي، قصد تقليص السلوكات والوضعية لتراجع خطر المرض. في نظر علم النفس الصحي هناك انتقادات ظهرت في حدود المنهج البيوطبي للمنهج الكلاسيكي والتي ترمي إلى اشتراك مجموعة من العوامل المساهمة في حدوث المرض، وهي التجربة الذاتية للصحة والمرض، تستدعي منهجية ينظر فيها الإنسان في فرديته وعالمه وهي نظريات تجعلنا أمام تلك التي تعرف بالأسس الذاتية البينية للفرد عند كل من Binswanger, Minkowski , Merleau-Ponty وكذا التحليل النفسي في مفهوم

الدفاع في العلاقة البنيوية للأنا حسب Freud وأخيراً فإن علم النفس الصحة يلجأ كذلك إلى مناهج جديدة ذات المقاربة النظامية البنيوية للربط بين الجسد والنفس والمجتمع. ومن الأهداف الأساسية التي ينطلق منها هذا العلم حسب مختصين في علم النفس الصحي (BRUCHON -Schweitzer , 2002 :66) إنّ هذا الميدان يسمح لنا بمعرفة مختلف العناصر النفسية الاجتماعية المرضية التي تؤثر عن الصحة، نوعية الحياة، العلاج مقترحا مجموعة من التطبيقات منها الرقي نحو السلوكات الصحية، الوقاية من الأمراض، تحسين التكفل بالمريض وعائلته وقد أعطى لبعض المفاهيم شعبية مثل مفهوم الضغوطات، التكفل الاجتماعي، إستراتيجية التكفل مع ظهور العديد من الروائز النفسية التي تقيس نسبة الصحة، مع تطور مجموعة من النظريات التي سمحت بمعرفة مختلف الميكانزمات البيواجتماعية التي تساهم أو تقلل تطور مجموعة من الأمراض أمّا (السيد فهمي علي، 2009:44) يحدد أهداف علم النفس الصحة فيما يلي:

- فهم العوامل الكامنة وراء السلوك.
  - منع الأمراض، اكتشاف التأثيرات التي يحدثها المرض.
  - التحليل النقدي للسياسة الصحية.
- إذن هي استخراج الأبعاد الاجتماعية، النفسية وتأثيرهما البيولوجي قصد مساعدة الفرد وإيجاد منابع كامنة لديه لمواجهة المرض وتبنى سلوكات تنبؤية، أهم هذه التطبيقات ترمي إلى النقاط التالية :

- تحسين العلاقة بين الطبيب والمريض.
- الالتزام بتقديم خدمة طبية حسنة.
- إجراء دراسات بغرض المساعدة على التحكم في الألم.

- إجراء الدراسات بغرض المساعدة على التحكم في الضغوط وإدارتها.
- التعرف إلى دور العوامل الدينية (التمسك بالقيم والتقى والوزع) التي تجعل الأفراد يعيشون مدة طويلة.
- التطبيقات في مجال سمات الشخصية وجدت أنّ الأفراد أصحاب (النمط أ) أكثر الناس عرضة لأمراض القلب.
- الفقر: حيث وجدت الدراسات أنّ الأكثر ثراء وغنى من الناس هم الأكثر بحثاً عن الرعاية الطبية في فترة مبكرة من حياتهم.

أما (شيلي تايلور، 2008: 63) فيعتبر أنّ أهداف علم النفس الصحي ترجع إلى أداء علماء علم النفس الصحي من مهام عديدة ومتنوعة فهم يجرون الأبحاث لفحص كيفية تفاعل العوامل الحيوية، والنفسية والاجتماعية في تقرير حدوث الصحة والمرض كما يساعدون في معالجة المرضى الذين يعانون من اضطرابات متنوعة، ويقومون بإرشادات الفئات التي تعاني من مشاكل نفسية اجتماعية ناتجة عن الإصابة بالأمراض ويطورون إجراءات تدخل يتم تنفيذها عبر مواقع العمل من أجل المساعدة في الارتقاء بالعادات الصحية بين فئات العاملين، كما يعملون مستشارين في المؤسسات لتطوير الظروف الصحية والخدمات الصحية المقدمة. وفي هذا الصدد نحاول ذكر ملخصاً لأهم نقاط يهدف إليها علم النفس الصحة وهي الترقية بالصحة، تحسين معرفة علم النفس في الوسط العلمي، التقدم بالبحث الإكلينيكي بإدماج المعطيات الطبية الحيوية والنفسية، فهم أسباب المرض والعناصر المحافظة على الصحة، دراسة العناصر النفسية، الاجتماعية، الانفعالية والسلوكية للمرض العضوي أو الذهني، المشاركة في التشخيص الوقائي العلاجي، تحسين النظام الصحي عموماً، و عليه نلاحظ أنّ علم النفس الصحي قد عني باهتمام كبير قصد تعديل سلوكيات

المرضى للتحسين من وضعيتهم الصحية، هي حالة من التوازن الواجب تحقيقها أمام ضغوطات، صدمات، آلام سببها المرض. أما عن علاقة علم النفس الصحة بعلم الأورام النفسي وكما سبق ذكره أنّ علم النفس الصحة هو ميدان جديد البحث يدرس العوامل النفسية الاجتماعية آخذاً بعين الاعتبار الفروقات الفردية والحساسيات بين مختلف المرضى، السوابق المتعلقة بالمحيط كحوادث الحياة، المضايقات، العزلة وبعض السوابق تخص الاستعداد الشخصي (نمط A, C)، الاكتئاب، العصابية وهي عناصر تعتبر دائماً من عوامل الخطرة على الصحة البشرية. لا يبتعد على الأورام النفسي عن علم النفس الصحة، هدفه هو معرفة تأثيرات مرض السرطان على سلوك المريض وهو اختصاص جديد تأسس في سنوات الثمانينات (80) استجابة للاهتمام المتزايد حول الصفات النفسية السلوكية والاجتماعية المرتبطة بظهور السرطان، أضف إلى ذلك نجد في علم النفس الصحة اختصاص جديد ظهر في الولايات المتحدة الأمريكية سنة 1985 وفي أوروبا سنة 1986 مهتماً بمجموعة من التساؤلات الأساسية ومنها: من هم المؤهلين للمرض ومن هم الذين يبقون في صحة جيدة؟ من هم المؤهلين للشفاء؟ ومن ينكسر؟ ولماذا؟ وكيف ترتقي إلى أسلوب حياة صحي؟

كيف نتوصل إلى بناء إستراتيجية تحسين عملية التكفل بالمرضى؟ إنّ المرضى الذين ينشدون العلاج الفردي بعد تشخيصهم بالسرطان، هم أشخاص يواجهون مشاكل خاصة يمكن تلخيصها بما يلي : القلق بدرجة عالية والاكتئاب مرفوق أوّلاً بالأفكار الانتحارية خلل في الوظائف المعرفية خاصة ضعف في القدرة على التركيز مشكلات محددة تنشأ كنتيجة للمرض أو الأساليب التعامل أو ديناميكيات الأسرة، مشكلات نفسية سابقة تفاقمت بعد تشخيص السرطان، ضف إلى ذلك تأثير هذا التشخيص تأثيراً مؤكداً ولموساً على

بقية أعضاء الأسرة و عليه فإن تكفل الفريق المختص في علم النفس الأورام مهم كالعلاج النفسي الخاص بالحالة المصابة قصد التكيف، التقبل، استرجاع التوازن النفسي وبناء القوى القتالية لمواجهة المرض، ضبط المساندة العاطفية من قبل الأسرة كي تعزز جودة التكيف النفسي.

## الفصل الثالث

### السرطان وعلم النفس

#### أولاً: سيكولوجية السرطان

1. نظرة عامة

2. تماثلات السرطان

3. الشخصية السرطانية

4. الألكستيميا

5. الميكانزمات الدفاعية لدى المصابة

#### ثانياً: سرطان الثدي من المنظور الطبي

1. المفهوم الطبي لسرطان الثدي

- التعريف - الأعراض - التشخيص - العلاج الطبي

2. دراسة وبائية لسرطان الثدي

## أولاً: سيكولوجية السرطان

## 1. نظرة عامة:

خلال العشرية الأخيرة، تقلصت الحدود بطريقة معتبرة بين الصحة الفيزيولوجية والصحة النفسية، وعرف المختصين في علم النفس التداخل بين المختصين، ونجحوا بقوة في الإلحاح عن إقناع الوسط الصحي عن أهمية التداخل بطريقة متداوية بين المجال النفسي والصحي، وهذا يرجع إلى لفائدة صحة المرضى: فالسرطان مرض مخيف وقاتل الخلايا العادية التي تسهر على الحياة تصبح حاملة للموت وهذا ما يشوش الحالة النفسية، الباحث

(Gustave – Nicolas – Fisher, 2013: 80) مختص نفسي في الصحة، هو الذي اكتشف البعد النفسي للضرر المتعدد العوامل في علم النفس السرطان، وهذه نظرة أخرى عن المرض والشفاء، فقد تساءل المؤلف عن النفسية كعامل خطير، فالطبيب يعلم جيداً أنّ الانفعالات تؤثر على الجانب البيولوجي والكيميائي للعضو، حين يعلن الخبر فلا بد على المريض أن يخفي مظاهر السرطان الشهيرة وتقبل هوية جديدة لأن هذا المرض قد يغير جذرياً علاقة المريض بداته وبحياته. بعد التشخيص يستطيع المختص النفسي لعب دوره كغلاف آمن لا بد أن يرافق المريض حتى يحسن نوعية الحياة ويساعده على التكيف مع الجسد المتعب والحزين، وقد بيّن G.N Fisher في عدة أبحاث له بأنّ الروح القتالية أم المحاربة لها تأثير إيجابي على السرطان ولعلم النفس دوراً أساسياً حتى وإن كان المريض يهوي نحو الموت فهي مرافقة تعتمد على الاحترام، تؤمن العجز وتعترف بنوعية الإنسان المشرف على الموت. ويبقى علم النفس حاضراً حتى وقت الشفاء يرافق المريض أثناء رجوعه إلى عالم الأوصياء. نستخلص من هذه المعطيات أنّ علم النفس متواجد مع مختلف مراحل داء السرطان وذلك لتفادي الانهيار الكامل للمصاب، النفسي والجسمي.

يعتبر الباحث السابق ذكره أنّ المقاربة النفسية مهمة في عملية علاج السرطان من جهة وعدم ظهور الانتكاسة من جهة أخرى وذلك لأنّ السرطان يمكن اعتباره امتحان فردي، طبي منفرد، وهو ليس معاناة جسدية فقط، وتعب، تدهور أو بتر وإنما يغير من نظام يوميات المصاب لكي تبدأ دوامة العهدة الطبية حيث يفرض على المريض تغيير عاداته ينقص من نشاطه الاجتماعي ليواجه ذاته والآخرين في مجال يسوده التهديد بالموت. ومنذ هذه اللحظة يفرض على علم النفس أن يسيّر كل الاضطرابات مرورا بكل مراحل إعادة تنظيم النفسية قبل مرحلة الحماية من الانهيار، وقد وضح هذا الانهيار الباحث (Holland, 1999: 459) "على أنّ" الضيق هو تجربة انفعالية مزعجة، ذات طابع نفسي، اجتماعي أو روحي يؤثر على القدرة لمواجهة السرطان بطريقة نافذة وعلى مواجهة العلاجات كذلك، وقد تدخل هذه التجربة ضمن مجموعة متجانسة من الإحساس العادي بالهشاشة وبالحنن والضجر إلى حد صعوبات قد تصبح معيقة كالحصر والاكْتئاب والعزلة الاجتماعية والنوبة الروحية".

## 2. تمثلات السرطان:

لا يمكننا ضبط مفهوم التمثلات المتعلقة بالسرطان إلا بعدما نقوم بوقفة هامة تخص مفهوم الثقافة وأول ما ارتأينا اختياره تعريف اليونسكو للثقافة " تعتبر الثقافة في مفهومها الواسع مجموعة من السمات الظاهرة، روحية أم مادية، فكرية أم عاطفية تميّز مجتمع ما أم كتلة اجتماعية وتشمل الفنون والآداب وأسلوب العيش والقوانين الأساسية للإنسان الأنظمة التي تمثل القيم والعادات والاعتقادات". قد نجد تعريفات متعددة كلّ منها تعالج الموضوع المراد دراسته، أما فيما يخص اهتمامنا فهو علاقة الثقافة بالتمثلات المتعلقة بالأمراض الخطيرة كالسرطان وفي هذا المجال تقول (MORO.MR, 2011) إنّ دور الثقافة هو ترميز تجربة الفرد المعاشة، والتي تسمح إلى المعرفة المسبقة للمفهوم، تساعد الفرد على أن يكون جاهزا لكل الظروف هي شبكة لقراءة العالم، متحركة ومرنة لكنها حاضرة

دوما رغم وجود خطرا الاندثار بعض الأحيان وللاحتواء في وضعيات الانقطاع. وهناك عناصر عقلانية أم غير عقلانية تعمل على تعديل شدة صدمة السرطان تتدخل في إعداد المجال التكويني النفسي للمرضى وكذا متغيرات انفعالية ومعرفية، والانخراط أم لا في العلاجات المقترحة مع اللجوء الممكن للطب الموازي المصاحب ببعض التحليلات الغير عقلانية كليا. و عليه يعتبر المختصين في علم الأورام النفسي مثل ( Marx E et al, 2009: 129) أنّ اكتشاف السرطان يؤدي بالمرضى إلى البحث عن المفهوم، سواء عن طريق تفسير الحادثة أم من خلال الوصول إلى مفهوم وتجسيد اعتقادات وفكرة سحرية ومقارنة اجتماعية، وكلّ هذه الاعتقادات والتمثيلات التي ساقها أو حركها السرطان قد تدخل في إطار التكيف مع المرض. حول تجربة المرض يقول (Kleinmam, 1988) عن الثقافة، أنّ القيم السائدة في الثقافة والنظام الرمزي والروابط الاجتماعية كلها تعدل من معاش المرض إذن يتعلق فهم وتفسير تجربة السرطان بمعرفة وفهم العالم الثقافي للمرضى آخذين بعين الاعتبار المعرفة الشعبية حول السرطان حيث تبقى منظمة على شكل تماثلان اجتماعية أو جماعية على شكل صورة ذهنية أم نظرة شاملة عن المرض منقولة عن طريق الشعوب. إذن فالتمثيلات هي أفعال اتصالية تسمح للفرد التعبير كما يعايشه في محيط عدلته الثقافة والاتصال الذي أثر بالأساس على مفهوم المرض وهذا حسب بحث (Herzlick. C et al, 1991: 95) بحيث ترافقت هذه الفكرة مع أبحاث (Bensoussan, 2004:31) معتقدا بأن في التصور الشعبي يبقى السرطان دوما صورة للشيطان حيث السلوك المتستر الماكر والمنافق المشابه لبعض الحيوانات المؤدية (الحيّة، العنكبوت، السرطان الضفادع) غير أنّ الخطورة المقنعة للسرطان تتطلب نظرة أخرى تركز على الأعراض التافهة في إطار سياسة طبيّة تدفع كل فرد منا النظر إلى جسده نظرة مغايرة لتفحص مختلف العلامات الغير عادية ولو كانت تافهة. حسب التماثلات الشعبية، السرطان هو تلك الصورة المتطورة للضرر بصمت وبقوة، حيث أنّ المفهوم الدنيوي يرى بأنّ الصحة هي مرادف "صمت الأعضاء" لكن الملاحظ أنّ السرطان يتبنى هذه الصفة في الجسم قصد

تخريب الصحة وليس معالجتها. وخلاصة القول، أنّ العلامات الأساسية لتمثالات السرطان تركز بالخصوص على العوامل التالية: أنّ المفهوم المجازي للسرطان يعبر عن اللانظام، عن الفوضى، عن صراع بين قوي النظام وقوي اللانظام فقدان المراقبة بسبب صيرورة الضبط الاجتماعي، ويبقى الموت كرمز لتهديم النظام الطبيعي للجسد، فالسرطان يحوّل جسد المريض إلى جسد يتدهور بسبب عنف العلاجات من بتر، فقدان الشعر الوهن، هي صورة لعدو لابد محاربتة. يعتبر (Angé M, 1984 : 35) بأنه في كل المجتمعات ينظر للمريض على أنه اختلال بيولوجي بالمفهوم الاجتماعي للكلمة بما أنه يمنع الفرد من تأدية واجبه الاجتماعي، هو اختلال لسيرة المريض الذاتية، هو شكل من التحطيم، كذلك خلل في العالم المعاش للمريض، وتبقى تفسيرات المرض مرتبطة بفك رموز تماثلات الإصابة وطرق علاجها التي تساعد على إعادة التنظيم وذلك بإعطاء مفهوم للحدث أي المرض. وعليه نلاحظ أن الصورة الحالكة لمفهوم السرطان تبقى مهيمنة على المجال المعرفي، مرتبط كذلك بالتماثلات التي تصنفه في سجل المعاناة والموت. إنّ تماثلات السرطان ليست ثقافية فقط وإنما اجتماعية أيضا حيث يقول الباحث (Danyl et al, 2008 : 53) أن الصور المرتبطة بالسرطان كالمعاناة والتدهور الفيزيولوجي يشكل قاعدة أساسية لتكوين علامة خاصة بهم لأنّ مظهر المرض يؤدي إلى الانفراد الانعزال وإلى بصره بوسمة عار. نحن لسنا كالأخرين، لسنا كأصحاء نحن من لا يرغب الناس في رؤيتهم، نحن نخيفهم، لأن المظاهر الفيزيولوجية للمرض تذكر دوماً بوضعية الموت، وعليه نتساءل هنا كذلك على التأثير القوي لهذه الاعتقادات على معاش المريض وعلى اختياراته العلاجية التي قد تساهم في المحافظة على الإحساس بالذنب أم بالمسؤولية اتجاه مرضى لا يستطيعون الحفاظ على روح دفاعية أو موقف إيجابي اتجاه المرض لأنهم يعتبرون أنّ المحضوضين هم فقط الذين يتمكنون من النجاح. أضف إلى ذلك أنّ التقييم الزائد لقدرات الأفعال المراقبة الشخصية قد تكون سلبية بحيث لا يمكن النقل من التعبير عن معاناة المريض إلى تركيبة اجتماعية وإنما نوّك على أنّ هذه

المعاناة تظهر حينما يتعامل المريض مع معاشه الشخصي اتجاه مرضه والنماذج الاجتماعية للمرض، قد يؤدي الخيال الاجتماعي للسرطان وتمثالاته إلى تكوين خزان لاستقبال الأحكام المهيأة، والتي تساعد على التدهور أو التعامل مع المعاناة الخاصة بالمريض.

### 3. الشخصية السرطانية:

السرطان نشاط لا اجتماعي حسب النظام البيولوجي فالخلايا السرطانية مؤهلة أن تجد في محيطها الوسائل التي تؤمن لها اللاموت والبقاء، إذن هذا التقدم نحو الموت قد يكون استعداد سرّي لقبول لها ينزل في الواقع ليعطي الإشارة للعجز، العصيان المحتمل في أي وقت. يعتبر (Laurent s, 2007 : 6) أنّ التسمية السرطانية تشير إلى من يصاب بالسرطان ليختلط للأسف مفهوم الفرد بالموضوع، لأنّ المرض يؤثر دائما على السيرة الحياتية، هي فرضية دالة على وجود متابعة فردية تبدأ من النظام النفسي إلى النظام الجسدي دون تفرقه، وهنا كلّ ما هو صحيح يكون حقيقي، حيث لا يستطيع الطب أن يقيس ما هو غير موجود، فالإنسان الحي له هوية تضيف إليها النفسية طابع التفريغ الأصلي. وتبقى النفس نظام معقد جدّ حساس متكون من تفاعلات ولما تلجأ إلى المرض بمفهومه العضوي العادي قد يؤدي ذلك إلى الاختلال، إذن من الضروري أن نحترم القناعة والبراهين العلمية ونشترك ونفكر من أجل أي شخص يعاني من سرطان أو من أي إصابة تجعل مستقبله في خطر، وحتى لا تحوّلته إلى تركيبة بيولوجية لكي لا تتحول البشرية إلى وضعية مريض يواجه ضعفه وإنما يبقى الاعتراف به كإنسان مريض ذات كرامة. ومن هذا المنطلق علينا اخذ بعدا نقديا بناءا يساعد على تغيير نظرتنا اتجاه المريض أو المصاب بالسرطان وذلك على مستوى مختلف المعارف وتطبيقات في مجال البيو طبي لفائدة المريض واحترام ذاته كفرد. يقول (Aline S, 2009 : 285) لماذا نجد في الوسط الفرنسي الحالي إنّ مرض السرطان يدعو الأشخاص المرضى أم الأصحاء لإعادة التفكير

في الوحدة الأساسية للإنسان وفي الروابط بين الجسد والروح. فالتساؤلات حول تفسير السرطان تؤدي إلى الكشف عن تركيبية الجسد الخاضع لامتحان المرض مع فحص كل الأشكال السببية المشاركة من طرف الناس مع التحليل وذلك بعيدا عن التجارب الفردية التي تأخذ بعين الاعتبار قاعدة التفاعل بين النفسية وجسد المريض وهذا ضمن رؤية روابط الفرد مع عالمه المحدد ثقافيا الموضحة للمرض وتبعال Laplantine 1986, Pierret 1991, et Herzlick 1986 فالباحثون لم يجعلوا من التكوين النفسي للسرطان كموضوع أساسي لاستثماراتهم ما عدا الأعمال القديمة للمؤرخ Pierre Darmon 1993 وعلم الاجتماع Susan Sontag، فالتحليل النقدي يهدف إلى التصريح بأسطورة، بالنسبة للباحث الأول أما الثاني فينعت المريض بالمدنّب وذلك من خلال التفسير السيكوسوماتي، ولهما الفضل بربط التمثلات بالمنطق الاجتماعي والثقافي بصفة عامة، خلاصة القول أنّ أصل السرطان ينظر إليه كعامل ينمو داخليا أم خارجيا، قد يكون داخليا من خلال الشخصية ذات مزاج عصبي ذات نوعية وظيفية نفسية صراعية عاطفية والتي لم يتم إخراجها، هشاشة انفعالية وضغط نفسي ومن خلال هذه الصنف من الشخصية ونوعية النفسية تفرز الشخصية السرطانية. فالورم هو نتيجة صنع الشخص، فأصبحت الطباع النفسية كالمادة المتلفة. أما بالنسبة للنموذج الخارجي، يبقى أصل السرطان ينمو خارج الشخص بحيث يرجع المرض إلى المحيط الاجتماعي وإلى الضغط الاجتماعي وإلى الضغط النفسي والأحداث الحياتية التي تؤدي إلى الصدمات. فالباحث (Schmoll. P, 1981 : 5) يشير إلى أن السرطان كان سبب البحث في موضوع المرض أو شخصية المريض، لم يتم قياس الاهتمام بهذا الميدان إلا في الزمن الحديث، وذلك بعد أن أشار العالم الفيزيولوجي H. Selye الي بعد انعكاسات الحياة العلائقية للفرد على التوازن العضوي والنظام الهرموني- الاستقلابي- المناعي- ومن بين الأعمال ظهور محاضرتين بالولايات المتحدة الأمريكية 1966-1969 حول الصفات النفسية - الفيزيولوجية للسرطان. في أوروبا انعقاد مؤتمر علمي دولي تحت إدارة الأستاذ H.J.F Baltruch حول الصفات النفسية- الجسدية للسرطان حيث أدخل

الباحث Norbert luttens chlaguer مفهوم السرطان في السيكوسوماتية مع تطرقه لنظرة تاريخية موجزة للمقاربات السيكوسوماتية منذ أبقراط وقاليان حول السرطان مع دراستهم الخصوصية لأبحاث G.Groddeck و W. Reick الخاصة بالتحليل النفسي، و G. Grossarth و Maticek الخاص بالمدرسة السلوكية، أما من حيث البحث الإحصائي تبين أنه يوجد توازي بين السرطان ونوعية الشخصية ذات الاستعداد للإصابة والمصنفة بـ "المكتئبة" ويبقى هنا مفهوم الاكتئاب ليس العيادي ولكن الاكتئاب الكامن غير محدث، يتمشى ذلك أساساً مع الفرد الذي لم يستطيع الاستقلال عن موضوع رغبته ومن هنا يسترجع الضياع أو فقدان المحتمل وعليه نسجل أهمية الأبحاث التي أشارت إلى أنّ السرطان يظهر بوضوح عند الأشخاص الذين كانت لديهم تجربة حديثة للحداد المرتبط بفقدان قريب أم عمل بعد الإحالة على التقاعد الغير مقبول. خلاصة القول فإنّ التجربة التحليلية بينت أنّ العرض وإن كان من نوع عصابي بيولوجي أم سيكوسوماتية مرتبط بمشكل علائقي يظهر ليعوض العبارة التي كانت غير كافية للتعبير عن الرغبة مما يؤدي إلى فشل الاتصال، أي فشل البحث عن موضوع الرغبة وقد يترجم ذلك بالمفهوم النفسي الفيزيولوجي كاستحالة إعداد جواب متكامل في حالة وضعية احتياج لذلك. أما من الجانب العضوي فقد نتكلم عن وضعية لا تكيف جسدي والذي كان بالضرورة مصدراً لعدم التوازن والضغطات. وفي نفس المجال لا يمكننا إلا أن نذكر التجربة العلمية التي أعطت نتائج لا نقاش فيها قد تؤكد مفهوم علاقة السرطان بالشخصية، ظهور بعض الأطباء أو نفسانيين الذين قاموا بفك الرموز النفسية، البيولوجية للمرض أمثال Barbery P, Lamotte يقول (Boris sirbey, 2004: 54) ولإثبات وجود هذه النظرية الدالة على العلاقة بين السرطان والشخصية طلب من الأطباء جمع معطيات عن مرضاهم دون أي معلومات حول ماضي أم شخصية المريض، من خلال تحاليل الأشعة فقط وعن طريق نتائج هذه الأخيرة قاموا بتحليل الصراع النفسي البيولوجي حسب كلّ حالة وبعد هذا البحث تبين أنّ هذه التحليلات كانت صائبة وصحيحة. أما بالنسبة لـ (Reich Wilhelm, 1957) عرض أفكاره حول المسألة في مقدمة

كتابه Biopathie du cancer حيث يقول أنّ الآلية الأساسية في مرض السرطان تتمثل في ضمور تدريجي لنظام الحياة وقد يتوضح ذلك بسهولة أثناء قهر مقاومته على قبول العوامل المهمة الآتية:

1. تقبل مفهوم الإصابة الداخلية.
2. الاعتراف بدور الانفعالات في الإصابة العضوية.
3. الاعتراف بتكوين مواد حيّة نشيطة بحركات تلقائية من خلال مواد حية أخرى غير حيّة، وحتى من طاقة العضو الحرة. كل هذا لغرض التحكم على المستوى التجريبي والتقني الذهني، لأننا حين نهتم بالسرطان نواجه مباشرة مشكل التكوين البيولوجي.
4. حين نتفحص الأمراض السرطانية لابد أن نضع ضمن مجهوداتنا العلاجية الاضطراب الجنسي المهاجم للمريض الذي يتفاداه دائما.
5. حين تكون عندنا رؤية بسيطة عن مشاكل السرطان لابد علينا أن نتقبل في النهاية وجود طاقة خارجية أساسية جديدة، خاضعة للقانون الوظيفي الغير ميكانيكي وهي جاهزة بقوة طاقوية سماها Reich بكل بساطة « Orgone » أي العضوية. وخالصة القول أن معطيات W.R قد مزجت بين المجال النفسي وما سماه بـ Orgone أي مادة أم طاقة تأتي حسب رأيته من عالم مادّي محض، وعليه فإن هذه الفكرة كثيرا ما دفعت علماء الطب بوصفه المشعوذ. أما الباحث (Herzog B, 1993 : 144) فهو يستعمل كلمة السلبية أي السلوك المضاد للحياة، البحث اللاشعوري الدائم عن المعاناة والهموم والحوادث بحيث أنّ تطور هذا السلوك قد يكون داخلي أو خارجي فيصبح بالنسبة للآخرين ذلك المريض إذا لم تكن له المراقبة المعنوية الكافية لأقواله وانطباعاته. فالسلبية تعني إذن رفض الحياة مما يتضمن عدم قبوله الرغبة واللذة والنجاح وتعتبر هذه المرحلة بداية انطلاق مراحل الانفجار ومن هنا يقول المحلل النفسي Boris Sirbey إن فكرة العلاج النفسي للمريض بالسرطان هو تحضير المريض على العمل مع ذاته قصد فهم الصدمة التي أثارت

السرطان، بحيث إذا ما كان الصراع ما زال ينشط في الذات لابد عليه أن يجد معالجا قادرا على أن يساعده على تخطي ذلك وتدمير الإحساس السلبي للصراع، وتستمر هذه العملية بالمتابعة الطبية عن طريق الأشعة لملاحظة تطور الورم وفي حالة ما إذا تجاوز الصراع النفسي يلاحظ الطبيب كيف أنّ الجسد يستطيع التخلي عن الورم السرطاني تدريجيا وبطريقة طبيعية بانحلال الأنسجة الضارة. وفي نفس المجال نحاول التقرب إلى المختص السيكوسوماتي (Sami Ali, 2000 : 5) في أحد مقدماته يقول فيها أنّ المسألة المطروحة من الآن فصاعدا أن السرطان على وشك تكوين طريق مسدود في الحاضر كما في الماضي وذلك من خلال الأحداث التي انتهت بتغيير كل الطباع، وقد كان سبب هذه التغيرات التي كشفت عنها الأحلام والأحاسيس لتصل في النهاية إلى إلغائها من الوظيفة السكوسوماتية، وعليه فإن هيمنة الكبت الطبيعي يحدث مع وضع مسافة قصوى مع التجربة العاطفية ليحجب في نفس الوقت الوعي الخاص بالأحلام على حساب الوعي اليقظ أو الفطن، نحن هنا أمام غياب بسيط للأحلام أم ملامسة متفككة للأحلام التي تبقى غير واضحة وبدون محتوى، أم إنتاج للحلم الحقيقي لكن هذا يحصل نادرا بانقطاعه عن الذات أمام فضول وغرابة. وهذا ما أوضحتها مجموعة البحث في علم الأورام النفسي الفرنسي SFPO (Dauchy S et al, 2007 : 148) أنّ المصاب بالسرطان يواجه صعوبة في تحقيق الذات وهذا ما يدفعه إلى الي الخضوع للآخر بكل ثقة فذلك التكيف الاجتماعي وحسن المعاملة فيما بينهم ليس إلا شعور بالعجز والضعف فيتخذ ذلك النمط من العلاقة كوسيلة لتحقيق ذاته في حالة تعرضه لضغوطات وصراعات غير قادر على مواجهتها وعليه فالحالة تلجأ إلى كبت مشاعر السلبية وبالخصوص الغضب والعدوانية. نستخلص أنّ اهتمام العلماء والباحثون لهذا الموضوع قد ظهر منذ القدم وذلك بربط مرض السرطان بأشكال معينة من الشخصية وهي أنماط معينة مهيئة لمرض السرطان متميزين بمعاناتهم للكف، المحافظة الاجتماعية، إذعائيين، قهري ومكثب، إضافة أنه لا يوجد صعوبة في التعبير عن توتره وغضبه أو قلقه مكتفيا بتقديم مظهر ذلك الشخص المبتهج، الهادئ الطبع

هو مطيع سلبي معبرا عن عواطفه بصورة شاذة وهم ما يعرفون بأصحاب الشخصية السيكوسوماتية «C» وهو نمط يؤهل صاحبه للاستعداد لداء السرطان متصفا بالاستجابة للضغوطات بالاكئاب واليأس والاحتفاظ بالعواطف السلبية ولجمها.

#### 4. الألكستيميا: Alexithymie

تدرس الألكستيميا حاليا في ميادين نظرية مختلفة في التحليل النفسي تبعا لـ (Cursos et al, 2003: 63) وفي علم الأعصاب البيولوجي تبعا لـ (Larsen et al, 2003: 541) وتعرف الألكستيميا بصورة عادية عن طريق الأبعاد التالية:

- 1) صعوبة التحديد والتفريق بين الانفعالات.
- 2) صعوبة التعبير الشفوي لانفعالات الآخر.
- 3) قصور على مستوى الحياة التصورية.
- 4) طريقة تفكير تميل إلى الانشغالات الحسية (التفكير العملي).

هو مصطلح يتقارب مع مفهوم التفكير العملي بزعامة رائدها Pierre Marty 1963 للمدرسة الباريسية أما الألكستيميا فهو مصطلح يرجع إلى المدرسة الأمريكية بزعامة (Nemiah et Sifneos, 1970). الألكستيميا هو مصطلح يوناني يتركب من "كلمة" و"مزاج" يعبر عن الصعوبات في التعبير الشفوي الملاحظ عايدا لدى المرضى الذين يظهرون الأعراض السكوسوماتية. حسب ملاحظات (Nemiah, Sifneos, 1970: 126) فالمرضى السيكوسوماتية لديهم صعوبات مشتركة تتمثل في صعوبة وصف الأحاسيس كذلك لديهم غياب أم تدني في الحياة الاستهامية وفي إظهار الفكر العملي، ومن هذه التعاريف تظهر العناصر الوصفية التي يمكن مناقشتها كالاتي: شخصية حزينة، كئيبة، شاحبة، خاضعة اجتماعيا غير قادرة على الإحساس. وقد صنف المحلل النفسي Bergeret Jean محاولا تحديد الطباع السكوسوماتية، ويكون دائما مرتبطا بالسلوك الألكستيميا بصفة ضعف في وظيفة التفكير

هو أسلوب للتعبير يستعمل بالضرورة الجسد. أما Joyce et Dougall ان الألكستيميا هو ميكانيزم دفاعي لأننا، ينتج عنه نبد للعواطف، وقد يسهل هذا الميكانيزم التكيف أحيانا عند الأشخاص الذين عايشوا تجارب قاسية. أمّا بالنسبة لدراسة قدمت من طرف (Formi et al, 2011: 208- 213) يصف الألكستيميا لمرضى شخصوا بالمصابين بالسرطان من خلال المناهج السوسيو ديمغرافية، الطبية والسيكو مترية: (Hads, Scl90, Eortc- QIQ, etTas- 20) سجلوا عند المرضى بالسرطان، فكانت النتيجة بنسبة 70% من 491 مريض تمت عليهم الدراسة. قد صنفت نتائج تشخيص الألكستيميا بملاحظة ارتباط سلبي مع الأعراض العقلية التي لا تتجاوز حدود الحصر والانهيار المقاس بقياس HADS، وسجل ارتباط إيجابي بنوعية الحياة، خلاصة القول ان النسبة العالية للألكستيميا اعتبرت بمثابة حماية وأثارت مسألة الضرورة ونوعية التدخل المحتمل لعلم النفس الأورام. دراسة أخرى قام بها عدد مهم من الباحثين (Amani et al, 2006 :82) أجريت حول الألكستيميا مرتبطة بنشأة السرطان فنقول هذه الدراسة أنّ النتائج الخاصة الألكستيميا غير متلائمة، وهناك ارتباط قوي بوجود نقص كبير فيما يخص الدراسات النظرية، وقد وضع الباحث Todarello واخرين اختبار الشخصية، علي عينة 200 امرأة قامت من قبل بالأشعة على الثدي فالمقارنة بين 13 مريضة شخّصت بالسرطان وباقي المريضات الغير مصابات، فالمجموعة الأولى أظهرت سمات الألكستيميا بكلّ وضوح. ونفس الباحث قام بدراستين 1954-1997 وكانت النتائج تقول انّ نسبة الألكستيميا عند النساء المصابات بسرطان الدماغ مقارنة بالنساء الغير مصابات تبقى مرتفعة جدا. إضافة إلى الدراسات النفسية التي قام بها مجموعة من الباحثين مختصين في علم النفس العيادي وعلم الأورام النفسي هناك دراسة مسّت الوظيفة العصبية المخية بحيث أنّ (Nemiah JC , 1977 : 199-206) اعتبر بأن الألكستيميا هي إشارة لعدم توظيف متتالي، هو انتقال متدهور للمعلومات من الجهاز اللمبي إلى الجهاز الفصي الخارجي، وهذا ما يجري أثناء العمليات الذهنية التي تساعد بالخصوص على الترميز والتمثيل الذهني للوضعية. قد يؤدي هذا اللاتوظيف إلى تغيير التركيبية المستقلة

للاستجابات الانفعالية كذلك حسب (Ledoux et al, 2000 : 157-172) يوجد طرفين مخيين تؤدي إلى الإجابة الانفعالية، الأولى عبر التلاموس (Thalamus) وهي مباشرة وغير واعية وتحرر إجابات سريعة للجهاز المستقل وللجهاز الغدي، والثانية عن طريق التلاموس والجهاز القشري الخارجي وغير مباشر نوعا ما، يمس الميكانزمات المعرفية المعقدة كالجهاز الخاص بالتمثيلات والذاكرة. فالتجارب الانفعالية الواعية تنمو من خلال الإدماج داخل الذاكرة ومن عملية التقييم للمثيرات الآتية من الطرفين. إذن الألكستيميا هي أساس اضطراب تنقل المعلومات داخل الطريق الذهني. فيما يخص الأشخاص الألكستيميا فان (Lane et al, 1998 : 525-535) آثار نظرية مضمونها أنّ الأحداث المتداخلة تثير إجابة انفعالية مرتبطة بالوعي الانفعالي المحدود، هذا يعني أن هؤلاء الأشخاص حين يكونوا في وضعية تنشيط انفعالي تكون لديهم مظاهر مستقلة سلوكية للاستجابة الانفعالية، لكن بسبب نقص الوعي الانفعالي لديهم يقرّون بعدم الإحساس (أي البرودة العاطفية)، كذلك فالأشخاص المسنين لديهم انفعالات لكن لا يعترفون بها، يعملوا على إعدادها وإيصالها وتعديلها، قد يغلب عليهم الاستجابات الفيزيولوجية على حساب الاستجابات الذهنية. أمّا النظرية التحليلية لمفهوم الألكستيميا وعلاقتها بالشخصية، لقد أثرى مفهوم الألكستيميا المناقشة فيما يخص علاقتها بسمات الشخصية المنضبطة أم حالة ثانوية مؤقتة تظهر عند الفرد في وضعية خطر. وقد كان (Freyberger H, 1977 : 337-342) هو الأول الذي اقترح مناقشة الألكستيميا الأولية الألكستيميا الثانوية، فالأولى تعتبر عامل استعداد لظهور الاضطرابات السيكوسوماتية بينما الثانية هي عامل واق ضروري يقف عكس مفهوم المرض ثابت بعمق في عملية الاقتصاد المعرفي للفرد ويكون بمثابة الوظيفة القاعدية أمّا الثانوية فهي مرتبطة بحادث مصدم معروف باستعمال الميكانزمات الدفاعية خاصة النفي الذي يحمي المريض من واقع صعب. وتعتبر الألكستيميا الثانوية حسب (Kristal et al, 1988) حالة إستراتيجية قريبة من إستراتيجية التكيف تساعد على تسيير القلق الذي يأتي من وضعية ضاغطة. لكن أمام الصعوبات، علينا أن نميز بين الألكستيميا الأولية والثانوية

وهنا تأتي فكرة (Taylor : 1997) الذي جاء ليقتراح الألكستيميا كسمة للشخصية المنضبطة تسمى "الألكستيميا سمة"، إذا كانت هذه الأخيرة سمة ثانوية للشخصية في هذه الحالة اقترح الباحثان في (Costa et Mc Crae, 1987) أن يضعوا الألكستيميا مع الأبعاد الكلاسيكية للشخصية حيث أن الأبحاث الأولى أظهرت أن الألكستيميا هي سمة للشخصية المركبة تكون عناصر العصابية والانبساطية والانفتاح، فهي مرتبطة بالميلول للإحساس المعمق للضيق الانفعالي، وبالقدرة الناقصة للإحساس بالانفعالات الإيجابية، إقبال ضعيف للحياة الانفعالية وهذا ما يقترب بفكرة (Thomas C.B, 1974 : 245) قائلا بأن الأشخاص الذين لديهم استجابة ضعيفة، ومزاج موحد يعانون بصمت وبوحدة كبيرة داخلية، لديهم نسبة 16 مرة أكثر للإصابة بالسرطان، أما الأشخاص الذين لديهم اختلاف في المزاج وحصر يساعدهم ذلك على التعبير عن الانفعالات.

إن تعتبر أهمية مصطلح "الألكستيميا" ومصطلح "التفكير العملي" أمر مؤكد لدرجة اعتبارها قوة جديدة بعد التشخيص في ميدان طب السكوسوماتية التي تركز على الصراع النفسي أم تدمجه وقد أشار (Baldoni F et al , 2005 :69) مشيراً مؤخراً بأن الألكستيميا قد أدمجت في وسط المقاييس الشخصية في ميدان البحث السيكوسوماتي.

(Rafanelli, Fava et coll, 1995) يعتبرونه نظام تشخيصي يضاف للنظام التقليدي الأخرى DSMI، ICD-10 L يساعد على وصف دقيق وكامل للمرضى الذين تم اختيارهم في البحث وهذا ما حاولنا ضبطه فيما يلي حسب الباحث (Fava et Rafanelli (1995)

المقاييس التشخيصية حسب ( DCPR) Fava et Rafanelli 1995

أ- يجب وجود ثلاث معايير على الأقل من الستة التالية:

1. عدم القدرة على استعمال الكلمات الملائمة لوصف الانفعالات.
2. الميل للوصف الدقيق أكثر من وصف النفسية مثلا ظروف الحدث أكثر من الأحاسيس.
3. غياب عالم خيالي ثري.
4. محتوى التفكير مرتبط أكثر بالأحداث الخارجية وليس بالاستهجمات والانفعالات.
5. استجابات جسدية حالية لا شعورية المرتبطة بتجارب نفسية متعدّدة.
6. انفجار عرضي لكنه عنيف وغير ملائم للسلوك العاطفي.

ب- ظهور الألكستيميا لا يكون فقط وقت اضطراب المزاج أم مخاوف اجتماعية أم اضطراب ذهني عضوي.

تخصيص النوع:

REPVASIVO. 1

2. من وضعية محدودة لحدّ كفّ الغضب أم إلى حدّ سلوك مؤكّد.

بالنسبة لارتباط الألكستيميا بالمناعة في هذا المفهوم نجد أعمال تقييم الوظيفة الألكستيميا علي الوظيفة المناعية وهو ارتباط مهم بالخصوص حين يتجسد علي شكل نفسي عصبي، هرموني مناعي، فإن إثارة محور قشرة الكظر والمحور الودي قد يكون هو المسؤول على اضطراب الوظيفة المناعية على المدى المتوسط. بالنسبة لبعض المؤلفين يقول (Corsos et al, 2003 : 147) إن الحفاظ على إثارة المحور الودي وقشرة الكظر قد يكون مسؤول على القضاء على المناعة، ممكن أن يكون لها انعكاسات جسدية على المدى الطويل، فدراسة Tordarello 1997 قيّمت الفحوصات في طبّ النساء والتي تكشف دوريا الإصابات ما قبل السرطان لمنطقة عنق الرحم والرحم و123 امرأة سليمة من أمراض معروفة، فان عدد الألكستيمين حسب (TAS-30) وعدد اللمفاويات الموجودة (8, 2, 3, 4, Typage). كان فحص المرضى من طرف مختصين في النساء ومن خلال الفحوصات العيادية و الشبه العيادية المحصّل عليها، العناصر التشخيصية وقرار اختبار التحاليل Biopsie كانت واضحة حيث يوجد عند المرضى (عددهم 43) إصابات ما قبل السرطان تمسّ عنق الرحم، يقدر عدد المصابين الألكستيميا وهو 42.5% وهو عدد مرتفع إذا قورن بالعدد الإجمالي. وفي الأخير نستطيع القول أنّ المعطيات تبقى متعدّدة ومتناقضة، وتستطيع القول كذلك أن الشخص الألكستيميا له حساسية وهشاشة تجاه الضغوطات مرتبط بإثارة دائمة لمحور غدة محور القشرة الكظري المسؤولة عن ضعف المناعة مع تنشيط السيتوكنين لتعويض (المادة المسؤولة على الاتصال المفترزة من طرف الجهاز المناعي) وهذا ما يؤدي إلى إثارة الاستجابة المناعية، كذلك نظرية انعدام الوظيفة السيتوكينية المرتبطة بتدني الاستجابة المناعية عند الأشخاص الألكستيمين المحتاجين للدعم. قام Appel و Sifneos بتحديد جدول (01) يفرق بين الحالات العصبية والتي تعاني من L'alexithymie وصف فيها الحالات من عدة جوانب، نعرض فقط مميزات الحالات التي تعاني من L'alexithymie

الجدول رقم 01: يبين الأعراض الألكستيميا مقارنة بأعراض العصاب

العصاب	L'alexithymie	الجوانب
نقص الشكاوي الجسدية (السوماتية) وصف محكم. صعوبات نفسية. (أعراض ومشاكل شخصية)	وصف بدون نهاية للأعراض الجسدية، أحيانا بعيدة كل البعد على أعراض المرض المصاب به	الشكاوي
	ضغوط، آلام، ملل، شعور بالفراغ، تهيجات، حرمان....	شكاوي أخرى
	غياب الاستهامات، مفاهيم تعتمد على تفاصيل تافهة من المحيط (تفكير عملي)	محتوى التفكير
خطر يظهر على شكل استهامات وأفكار وليس على شكل أحاسيس فيزيائية اكتئاب يوصف على شكل الإحساس بلا شيء، والإحساس بالذنب حياة استهامي غنية قدرة مهمة على وصف الأحاسيس بشكل قوي	صعوبة واضحة تظهر أثناء البحث عن الكلمات للتعبير على المشاعر	الكلام
	نادر، لكن أحيانا يكون كثير وبدون علاقة مع المشاعر التي يحس بها	البكاء
	نادرة	الأحلام
	غير مناسبة	المشاعر
	عادة ما تكون فقيرة، مع اتجاهات نحو الخضوع والإدمان عليه، أحيانا يكون هناك تفضيل للعزلة.	العلاقات مع الآخرين
	مدفعة في الغالب	النشاطات
	سلبية، لا استقلالية....	وضعية شخصية
جامدة	وضعية الجسم	
يشعر المعالج بالملل والعلاقة تكون ثقيلة عليه	التحويل المضاد	
غير موجودة	العلاقات الاجتماعية	

## 5 الميكانزمات الدفاعية:

تقليدياً تمثل الميكانزمات الدفاعية القوة الدفاعية للأنا ضدّ النزوات الغريزية والأحاسيس المرتبطة بالنزوات حسب (A FREUD, 1996) هذه العمليات الدفاعية هي نشاطات لا شعورية للأنا، ويبقى تنشيطها عملية لا إرادية، نلاحظ أنّ هذه الميكانزمات متنوعة ومختلفة ومركبة وممتدة، وهنا نرجع لفكرة Widlocker 1971 التي ذكرها (Ionescu s, 1997) " تبقى أفعالنا سواء خارجية، كسلوكيات ظاهرة، أم أفعال ذهنية داخلية ذات وظائف دفاعية بالنسبة لشيء ما، فاعلية الميكانزمات والسيرورات النفسية قد تكون آليات دفاعية". تبقى الميكانزمات الدفاعية كمصطلحات لازمة تلتفت الانتباه لبعض الوظائف النفسية وقد أكد (Ionescu et al, 1997) بأنّ مصطلح الميكانزمات الدفاعية هو تجريد نظري وآخرون أمثال Vaillant et Drake يعتبران بأنّ الميكانزمات الدفاعية هي قبل كلّ شيء تعبير مجازي، هي وسيلة بسيطة وسريعة لوصف عدّة أساليب معرفية، طريقة لتغيير الحقيقة الداخلية والخارجية. يعتبر سلم الوظيفة الدفاعية لـ DSM4 الأكثر تطابقاً في الوقت الحالي لأنه يمثل حسب (Chabrol H et al, 2004: 12) 13) مرحلة مهمة نحو إدماج المقاربة السكودينامية، والخطوة التشخيصية هي نتيجة توافق بين المختصين العياديين الذين وحدوا معرفتهم وتجربتهم ليختاروا الميكانزمات الدفاعية المعروضة، وتنظيمها حسب سلم الدفاع (DSM4). الميكانزمات الدفاعية هي سيرورة نفسية تلقائية، تحمي الفرد من الحصر أين يكون للفرد وعي بالمخاطر أم بعوامل الضغط الداخلي والخارجي، وفي غالب الأحيان تكون العملية غير واعية وأكدّ (DSMIV, 1994 : 752) بأنّ الميكانزمات الدفاعية مقسمة إلى: "اصطلاحية وتجريبية" إلى سبع محتويات من الوظيفة الدفاعية: المستوى التكيفي المرتفع يضمن أقصى تكيف لعوامل الضغط. فالدفاع العادي يسمح بالإدراك والوعي بالأحاسيس، بالأفكار وما تأتي به: التوقعات، التتابع، إثبات الذات. الملاحظة الذاتية الضحك، الإغلاء، الكبح، وقد تقترب الميكانزمات في هذا المستوى من سيرورة coping الأكثر وظيفية. ويبقى مستوى الكفّ الذهني الذي يهدف إلى التسوية والرضى، يتكون من

الدفاع الخارجي عن الوعي يخص الأفكار والأحاسيس، الذكريات، الرغبات والمخاوف المهددة والمتمثل في النقل، التفكير، العقلة، عزل العاطفة، التكوين العكسي، التلوي النفسي، الكبت الإلغاء. أن الصورة الذاتية المتذبذبة قليلا والصورة الجسدية وصورة الآخرين تظهر عن طريق الميكانزمات المستعملة لضبط التقدير الذاتي وهي دفاعات نرجسية، الاحتقار، المثالية، السلطة المطلقة. ويبقى مستوى التكذيب يتكون من دفاع يعمل خارج مستوى الوعي لعوامل ضبط الاندفاعات، الأفكار والعواطف أين نجد أحاسيس المسؤولية تعود أم لا إلى سبب خارجي كالرفض، الحماية والتعقل. أما مستوى التذبذب الكبير للصورة يتضمن الدفاع الناتج من تذبذب كثير للصورة الذاتية وصورة الآخرين كالأحلام الانطوائية، التماهي الإسقاطي، انشطار الصورة الذاتية وصورة الآخرين. أما مستوى الفعل يتكون من دفاع بالفعل أم السحب الضعيف، الشكوى المرتبطة بطلب المساعدة مع النبذ أي العدوانية الكامنة. فيما يخص مستوى القطاع التنظيم الدفاعي يتكون من الدفاع الذي يتجسد بفشل التنظيم الدفاعي الذي يثير انقطاع عن الحقيقة الموضوعية (إسقاط هذيانى نصف هذيانى - تذبذب نفسى). إذن الميكانزمات الدفاعية تعمل كما يشير إليها اسمها على الدفاع ضد بعض النزوات الغير مقبولة تجاه الحصر المثار، بالخصوص ضد ضياع التقدير الذاتى، والخوف الآتى من بعض الوضعيات المجربة. وقد يحدث أن تكون في بعض الأحيان الحاجيات الفزيائية الناتجة عن الضغط والمطالب العاطفية أقوى من الفرد فلا يستطيع مواجهتها وبذلك ينتج دفاعات قوية تكون له في بعض الأحيان بمثابة غلاف نفسى صلب يصعب تخطيه، وتعمل الميكانزمات الدفاعية بطريقة لا شعورية أم شعورية جزئيا على جمع مجموعة الأفعال والاستجابات التي تهدف إلى نقص وحتى إلغاء كل تهديد الوحدة البيو نفسية للشخص وقد وضّح الباحث (Margot T, 2005: 5) النقاط المهمة الخاصة بالميكانيزمات الدفاعية عند المرضى بالسرطان ليذكر أن تجربة المرض قد تكون مصدرا للفائدة الأولية، التي تكون دوما عاملا مسببا أي بمثابة جواب تجاه المشاكل دون أن ننسى الفوائد الثانوية التي تجلب المرض وتسبب بعض الأحيان امتدادا له، وقد يكون

مثلا انتباه الآخرين، عطلة العمل، أين توضع الميكانزمات من نوع نكوص - تبعية، كذلك شدة الإصابة، فالمرض يوظف بالخصوص بعض الميكانزمات الدفاعية، فقد ترجع به المعاناة وبطريقة عنيفة للواقع الجسدي وهذا ما يغير من ادراكاته، من معاشه وأحاسيسه وتعبيراته، ومن استجاباته الواقعية، فقد يركّز المريض على المعاش المؤلم وهنا تساعد الميكانزمات الدفاعية على المواجهة. إذن نعترف هنا أنّ الطريقة التي يواجه بها الشخص المريض بالسرطان تعتمد على عدة عوامل وجودية كانهضاطه النفسي قبل المرض الاعتماد الجيد أم لا على شبكة دعم، وجود أحداث أخرى كالطلاق، البطالة، لكن يبقى السرطان تجربة جدّ صعبة وغالبا ما يستسلم المريض للفشل والانهيار، غير أن بعض الأشخاص يتبنون استجابات معاكسة. وهنا نقدم شبكة تتضمن كلّ الآليات التي قد يظهرها

المريض بالسرطان رجوعا لأعمال Margot phaneuf

الجدول رقم 02 يبين مختلف الاستجابات والأهداف للميكانزمات الدفاعية

الميكانزمات الدفاعية	الهدف	الاستجابات
الرفض	الحماية من حقيقة مزعجة مع رفض قبول الوجود	التصرف على أساس أنّ أعراض المرض ليس لها وجود.
اجتناب تجنّب	اخفاء حقيقة صعبة مع بذل مجهود حتى لا يفكر فيها أم لا يتكلم عنها.	يعمل الشخص على اجتناب كلّ اتصال بأشخاص أم كتب أم خصص لها علاقة بالمرض.
إسقاط	يسند نواياه الخاصة الي الآخرين كذلك الأفعال والنزوات الغير مقبولة.	يتهم الآخر بالخطر بينما لا نقول نحن الحقيقة.
الانعزال	عزل الحدث، وضعية الانفعالات المشوشة	الكلام عن شخص محبوب قريب دون انفعالات.
عقلنة	البحث عن أسباب مقبولة اجتماعيا لتبرير الأفكار والأفعال الغير مقبولة	فقدان منصب العمل والقول أنه لا يحبه
النكوص	الرجوع إلى مرحلة سابقة في النمو، والتصرف بطريقة طفولية.	اللجوء إلى تبعية الآخر ليصبح مرتكزا على ذاته.

الاتشاطار	التحكم في القلق مع تقسيم النظرة إلى الحقيقة فقد يستجيب في نفس الوقت بطريقة مختلفة أم متناقضة.	يقول أنه جيد لكنه يضيف تعليق سلبي مثلا لا أنام جيدا ليست عندي شهية للأكل.
التعالي أو التسامي	تغيير الرغبات الغير مشبعة للنزوات الغير مقبولة، تغيير المعاناة الصعبة إلى نشاطات بناءة وسلوكات مشجعة.	تقنين طاقة الرغبات الجنسية أم العدوانية إلى أعمال إنسانية نحو الفنون تجده شديد العزم أمام الألم.
التكوين العكسي	إخفاء الرغبات، الإنكار، النوايا، الضعف ليتبنى سلوكات معاكسة.	يظهر متحكم في الأمور ومتباهي بينما هو ضعيف وله نقص في تقدير الذات.
توقع مقلق	تنبؤ الأحداث المؤلمة ليتهيأ للانفعالات	يرى الأمور كارثية من خلال بعض التفاصيل التافهة.
التعويض	محاولة وجود بدائل لضياح أم لنقص حقيقي أم خيالي.	الشراهة ذات السبب انهيارى لتعويض النقص العاطفي.
فعالية	تعويض التفكير والانفعال بالحركة والأفعال.	حركة دائمة نشاطات تعوض الانفعالات.
النقل	توجيه الانفعالات، الغضب المسبب من أحد أم من شيء إلى أشخاص مؤثرين أم مهددين بعيدين عن الوضعية.	حالة إحباط من طرف مريض، دون أي تعليق ثم يصرخ في وجه معالج.
الانسحاب البليد	الانقطاع عن الآخرين عن النشاطات والانغلاق على الذات لأجل الحماية من الحصر والانفعالات ومن المسؤوليات.	لا يختلط بالأصدقاء خوفا من الخديعة.
النقص أو الحد من القيمة	الحد من القيمة الذاتية تجاه الآخرين أو لأجل الآخرين قصد الظهور	القول بأن هذا المرض لن يعالج جيدا
الانقلاب ضد الذات	رفض لا شعوري للعدوانية الشخصية على الآخرين وإرجاعها على الذات.	البتير الذاتي.
الانتساب	البوح بالصعوبات والانشغالات إلى أحد موضع ثقة وذلك للتحرير من القلق.	البوح إلى الآخر بالآلام والخوف التي لا تقولها للآخرين.
الهزل	ربط الوضعيات المؤلمة والصعبة مع خلق الجو الهزل النابع من الحزن والألم	لا يأخذ الأمور بجديّة خلق قصص مضحكة وتهريج.

وتحليلاً لجدول مجموع الميكانزمات الدفاعية نجد أنّ المصاب بالسرطان يستعمل البعض منها لمقاومة الضغوطات النفسية الناتجة عن الإصابة ولكن علينا الوقوف على البعض منها، وخاصة الكثيرة الاستخدام والتي قد نجدها شائعة عند المصابين بالسرطان. من خلال مرض خطير كالسرطان فنجد ميكانزم التسامي يستعمله الشخص ليواجه بصلافة المعاناة، اللجوء إلى الروحانيات يعطيه القوة والأمل ولكن تبقى الميكانزمات الدفاعية مراقبة، فالانسحاب البليد- الحط من القيمة والانقلاب ضدّ الذات هي إشارة للاكتئاب مهمّ لا بد إظهاره، لأنّ السرطان والاكتئاب لا يتماشى مع بعض، وهذا لا يشير أيضاً إلى تطور إيجابي والعكس هناك ميكانزمات دفاعية نافعة تساعد على قبول الجوانب الإيجابية والسلبية للمرض والعلاج، للنكوص يؤدي إلى التبعية، يساعد على التأثير الإيجابي بالمحيط الطبي والاجتماعي. التوقع أم التنبؤ يستعمل ليعطي إرادة الشفاء كذلك الرف في بعض الأحيان. الهزل يرتبط بالوضعيات الحزينة، الاجتئاب يمنع مواجهة الأفكار والحقيقة الصعبة. التسامي الذي يحول الحقيقة الصعبة إلى أشياء نبيلة تبقى هذه الميكانزمات الدفاعية بالنسبة (Richard M.S, 2004 : 55-56) ظواهر عادية تواصل الحياة النفسية بعد تهديد الجسد الذي يتجزأ أو يتعذّر عليه التحكم ويبقى مهدّد في هويته الاجتماعية والأسرية. يظهر المريض القلق بسبب التفكك الذي يمس كيانه، بالنسبة E. Raimbault يضاف للخوف من الموت قلق لا شعوري قديم مرتبط بنزوة التهديم، وبالاهتمامات الطفولية التي تكوّن الإحساس بالذنب القوي، وتجاه خطر هذه الأحاسيس، يبحث الشخص الذي يواجه المرض الخطير إلى الحماية فيضع لأجل ذلك الميكانزمات الدفاعية. لكن السؤال المطروح في هذا المسار لماذا بعض المصابين يتعاملون مع ميكانزمات دفاعية مختلفة عن أشخاص آخرين مصابين بنفس الإصابة، ونفس الشدة ونفس مستوى الخطورة، من هذا المنطلق كان هناك تفسير سيكولوجي واضح لهذه العملية ومن بين الذين طرحوا هذا التوضيح نذكر (Ruszniewsk M, 1999 : 59) قائلاً إذا كان المرضى يحمل قلق الموت الملازم الذي يتسرّب ليعطي العنف والصدمة من الحقيقة

المعاشة وينقص من الحصر والتشويش، فالعمليات الدفاعية المذكورة لا تظهر من المعاناة الخاصة بالفرد وإنما تتطور في استقلالية تامة وتتكون من تبعية دائمة للاستجابة المماثلة، وبعض الأحيان مشابهة للاستجابات القوية، المركبة وبعض الأحيان غير ممكنة. في هذه العلاقة تبقى الصيرورة الدفاعية مبنية من طرف كل الممثلين الرواد تبدو مختلفة حسب الشخصية وحسب الرؤية الفردية للآخر ليكيّف ويطبّق دفاعاته الخاصة حسب من يحاوره كذلك علاقاته التحولية تتأقلم حسب طلبات المريض وحسب الصدى الذي يتركه عند المعالج وتبقى الحقيقة هي الوحيدة التي تظهر فتعطي علاقة متساوية قريبة أكثر إلى الحقيقة المعاشة في إطار وضمن ألم الموت المحتوم.

### ثانياً: سرطان الثدي من المفهوم الطبي

#### 1. المفهوم الطبي لسرطان الثدي:

يأتي سرطان الثدي في مقدمة أنواع السرطان التي تصيب النساء في العالم المتقدم والعالم النامي على حدّ سواء حسب (منظمة الصحة العالمية، 2013) ويلاحظ ارتفاع معدلات هذا النوع من السرطان في العالم النامي وذلك نتيجة زيادة متوسط العمر وزيادة التوسع العمراني واعتماد أنماط الحياة الغربية، وتضيف المنظمة أنه على الرغم من إمكانية إسهام الإستراتيجيات الوقائية في الحدّ من بعض مخاطر الإصابة بسرطان الثدي، فإن تلك الاستراتيجيات لا تمكن من التخلص من معظم حالات ذلك السرطان التي تظهر في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل حيث لا يتم تشخيص هذا المرض إلا في مراحل متأخرة، وبناء عليه فإنّ الكشف المبكر من أجل تحسين حصائل سرطان الثدي وتحسين معدلات بقيا مرضاه يظلّ حيز الزاوية لمكافحة هذا المرض. للثدي دور هام في أنوثة المرأة وفي شكل جسمها، للثدي وظيفة حيوية تتمثل في صنع الحليب لرضاعة الأطفال، تحت تأثير الهرمونات الجنسية المتمثلة في الاستروجين والبروجسترون اللذان يفرزهما المبيض عند سن البلوغ، يتغير شكل وحجم الثدي خلال سنوات المراهقة وطوال سنوات

الحياة. يتكون كل ثدي من 12 إلى 15 قسم يفصل بينهم نسيج دهني، وهذا ما يعطى للثدي الشكل الذي نعرفه، كل قسم بدوره يتكون من فصوص وقنوات، دور الفصوص هو إنتاج الحليب خلال مرحلة الرضاعة، أما القنوات فهي تنقل الحليب إلي الحملة. يشتمل ثدي المرأة الشابة على نسيج غدي أكثر مما لدى المرأة المسنة، مما يجعل ثديها أكثر اكتنازا، وحين تتقدم المرأة في العمر تزداد نسبة الدهن في ثديها فيميل هذان الأخيران إلى التدلي أكثر. يرتكز الثديان على عضلات الصدر خارج القفص الصدري، تنقل الشرايين الدم الغني بالأكسجين إلى الثديين فيما تتولى الأوردة تصريف الدم. وتجدر الإشارة إلى أن تصريف الدم عبر الأوردة تمهّد الطريق أحيانا أمام انتشار سرطان الثدي عبر الحسم، بحيث يمتلك الثدي أيضا جهازا لمفيا يؤدي دورا أساسيا في تصفية المواد المغذية وهو يتألف من عقد لمفية علما أنّ العقد الأساسية موجودة في العنق والابطين والأربية، مرتبط بأوعية تحتوي على سائل اسمه اللمف متدفقا في الجسم عبر هذه الأوعية، مثلما يتدفق الدم عبر الأوردة والشرايين. والشكل الموالي يبين ذلك:



الشكل رقم (01) يبين العناصر الفيزيولوجية المكونة للثدي

#### أ- تعريف سرطان الثدي وأنواعه:

يحتوي كل ثدي على عدد من الفصوص على حوالي 15 و 20 فص، وهي علي شكل أوراق الأقحوان يحتوي كل فص على فصيصات أصغر في نهايتها عشرات البصيلات

القدرة على إنتاج الحليب، ترتبط الفصوص والفصيصات بواسطة أنابيب رقيقة تدعى قنوات اللبنية أو الحليبية وهذه بدورها تؤدي إلى حلمة الثدي، تأتي العضلات أسفل الثدي وتملأ المادة الدهنية الفراغات بين الفصوص والقنوات مما يعطي الثدي طبيعة كتلية غير متجانسة بالإضافة إلى الأوعية الدموية التي تقوم بتغذية خلايا الثدي والأوعية الليمفاوية التي تحمل السائل اللمفي (سائل عديم اللون) الذي يحتوي على الخلايا المناعية التي تساهم في محاربة الالتهابات حسب (Forun.Sahaonline.com) والأوعية اللمفاوية تؤدي إلى غدد صغيرة مثل حبة اللوز تسمى الغدد اللمفاوية، توجد تحت الإبط وحول عظمة الترقوة وبداخل الصدر والتي تساهم في محاربة الالتهابات وفي تصفية السائل اللمفاوي من الفضلات، معظم الأوعية اللمفاوية في الثدي تؤدي إلى غدد لمفاوية في الإبط. تتكون الخلية العادية من نوعية من المورثات أحدهما يسمى بالجينات Les proto - oncogènes والثانية المورثات الكابحة Les anti -oncogènes وهما يتحكمان في الانقسام والنمو الخلوي علماً أن Les proto - oncogènes تنتج البروتينات التي تثير وتنظم التكاثر الخلوي وتجديد الأنسجة المسنة وإصلاح الأنسجة ذات خلل وكذا التشوهات التي تحصل في الخلايا الجديدة. أما المورثات الكابحة Les proto - oncogènes فهي تعمل كمثبط لعمل Les proto - oncogènes وفي حالة حدوث أي تغيير في التركيب الجيني لهذين المورثات على مستوى الكروموزومات يزيد من كمية أو نشاط ذلك البروتين وعليه يظهر التكاثر الخلوي الفوضوي ويسمى هذا التغيير المفاجئ في المورثة بالطفرة الوراثية la mutation ولكي تصبح الخلية العادية خلية سرطانية، يجب حدوث عدة طفرات، وفي حالة سرطان الثدي فإنّ الأورام السرطانية قد تنتج في النهاية من أي جزء من الثدي ويرى الباحث (عبد الباسط محمد السيد، 2009) أنّ الكتل السرطانية تكون صلبة وعادة خالية من الألم وهذه الكتل قد تنتج ببساطة عن تغيرات ليفية كيسية طبيعية أثناء الدورة الشهرية. سرطان الثدي قد يحدث أيضاً إفراز مادة صفراء دموية أو سائل رائق من الحلمة. هناك أنواع متنوعة من سرطان الثدي وهي: السرطان الغدي الكيسي، السرطان الورقاني الخبيث

السرطان النخاعي، السرطان الأنبوبي، هذه الأنواع وأنواع أخرى أقل شيوعاً وأقل خطورة من الأنواع الأخرى ومنها: السرطان القنوي الترسبي وهو سرطان ينشأ في بطانة قنوات الحليب ثم يهاجم أنسجة الثدي المحيطة، حوالي 80% من كل حالات سرطان الثدي سرطان قنوي ترسيبي. السرطان الالتهابي حيث ينشأ الورم في بطانة قنوات الحليب، وعندما ينمو يسد الأوعية الدموية الليمفاوية حيث يصبح الجلد محمراً سمكاً والثدي موجه كثيراً، هذا النوع من السرطان ينتشر بسرعة كبيرة نتيجة لوفرة الأوعية الدموية والليمفاوية المتصلة بحالة الالتهاب. السرطان الموضعي داخل القنوات هذا نوع متمركز من السرطان، حيث أنّ الخلايا السرطانية تنمو داخل القنوات، وقد لا يهاجم الأنسجة الأخرى. السرطان الفصيبي هو كذلك أقل شيوعاً من سرطان الثدي بحيث ينشأ في الفصوص ويمثل حوالي 9% من سرطانات الثدي يحدث في كلا الثديين معاً في بعض الأحيان. مرض "باجي" «PAGET» الخاص بالحلمة، يحدث هذا النوع من السرطان عندما تهاجر خلايا السرطان الأساسي إلى الحلمة، وأغلب الأعراض هي الحكة الاحمرار، وحرقان في الحلمة، مرض باجي يعطي إشارة إلى وجود سرطان قنوي مبدئ في أي مكان في أنسجة الثدي. ويمكن لسرطان الثدي أن يكون توسعياً أولاً. أما المرض التوسعي بالنسبة لـ (بكمان وآخرين، 2001: 18) فإن سرطان الثدي يبدأ داخل إحدى قنوات الثدي أو إحدى الفصيصات بحيث أنّ في السرطان التوسعي Invasive يمكن مشاهدة عبور السرطان لجدار القناة أو الفصيصة وصولاً إلى نسيج الثدي المحيط أي سرطان الثدي التوسعي، واللافت أنّ معظم أنواع سرطان الثدي هي من النوع التوسعي. أما في المرض الغير التوسعي فتبقى أنواع السرطان داخل القنوات أو الفصيصات وتطلق عليها صفة "الموضعي" بحيث يختلف سلوك السرطان الموضعي عن سلوك السرطان التوسعي الأكثر شيوعاً، وقد لا يسبب أية مشاكل إضافية بعد استئصاله كما أن معالجه مختلفة عن معالجة النوع التوسعي من سرطان الثدي، إذا انتشر السرطان التوسعي من القناة أو الفصيص حيث نشأ ووصل إلى نسيج الثدي المحيط والمسمى بالانتشار

الموضعي، قد يستغرق عدة سنوات أو يحدث بسرعة أكبر وحين يزداد عدد الخلايا السرطانية تتحول إلى كتل أي الورم، ويستمر الورم في النمو إلى أن يصبح في مرحلة ما كبيرا جدا حيث يمكن الإحساس به في نسيج الثدي، ولحجم هذا الورم أهمية كبيرة لتحديد العلاج، بحيث أن أقل من ثلثي الحالات تقريبا لا ينتشر سرطان الثدي أبعد من الثدي، ويمكن شفاؤه في معظم الحالات بواسطة الجراحة.

#### ب- أسباب سرطان الثدي:

لا يوجد إلى حد كبير إجابة شافية للأسباب سرطان الثدي، ولكن الهرمون الجنسي الأنثوي الأستروجين هو المتهم الأساسي في كثير من الحالات، فالأستروجين حسب الباحث (عبد الباسط محمد السيد، 2009: 101) يحث خلايا أنسجة الثدي والأعضاء التناسلية على النمو، والسرطان ما هو إلا خلل ناتج من النمو الخلوي غير المقيد. أكثر من ذلك، بعض العوامل التي تزيد من احتمال الإصابة بسرطان الثدي تتضمن بدءا حدوث الدورة الشهرية قبل عمر التاسعة، انقطاع الطمث بعد سن الخامسة والخمسين إنجاب الطفل الأول بعد الأربعين، عدم إنجاب أطفال أو إنجاب القليل منهم، شيء واحد مشترك في كل العوامل التي تزيد احتمال سرطان الثدي، أنه تمّ تعرض الثديين لكمية كبيرة من الأستروجين لفترات طويلة، قد نتحدث كذلك عن العوامل الوراثية خاصة إذا تمثلت بإصابة الأم أو إحدى الأخوات وهي تتمثل 5% من عدد الحالات، قد تصاب المرأة بتغيرات جينية من 5 إلى 10% من حالات السرطان الثدي لها صلة بأسباب وراثية تتعلق بتشوهات بعض الجينات، ومن أهم هذه الجينات BRCA1 و BRCA2 النساء اللواتي لديهن تشوهات في هذين الجينين يكنّ عرضة للإصابة بهذا المرض 80% أكثر من النساء الأخريات. التاريخ الشخصي للإصابة بورم خبيث في الثدي أو الرحم أو المبيض، بحيث أن المرأة المصابة بسرطان في الثدي ترتفع لديها نسبة الإصابة في الثدي الآخر أو في مكان آخر من نفس الثدي. كذلك من الأسباب التي تؤدي إلى الإصابة والتي

ثبت نسبة خطورتها هي العوامل الغذائية وزيادة الشحوم أو الدهون في الأكل، زيادة الوزن قد تتسبب في الإصابة بسرطان الثدي ولا سيما بعد مرحلة البلوغ، ضف إلى ذلك السيدات اللواتي لم يحملن أبداً أو أنجبن طفلهن الأول بعد سن الثلاثين يزيد قليلاً من نسبة الإصابة بسرطان الثدي. وأخيراً ظهر أن العلاج الهرموني في سن اليأس من هرموني الأستروجين والبروجسترون لعدة سنوات لعلاج أعراض سن اليأس يزيد من نسبة الإصابة بسرطان الثدي، ناهيك عن مادة الكحول والذين يتناولونها بحيث تزيد نسبة الإصابة بسرطان الثدي قد تصل إلى مرة ونصف باللواتي لا يتعاطون هذه المادة مثلها مثل عملية التدخين. كذلك العرق فالنساء ذات العرق الأبيض أكثر تعرضاً للإصابة من السود والأسبقيات أقل عرضة من الأمريكيات. وأخيراً تجدر الإشارة إلى أن الأشعة في منطقة الصدر في سن صغير يزيد من احتمال حدوث سرطان الثدي وكذا التلوث البيئي. وخلاصة لما سبق ذكره فإن هناك عدة عوامل سبق وأن ذكرت قد تكون السبب المباشر للإصابة بسرطان الثدي ولكن وحسب بعض العلماء لا يوجد هناك أسباب ثابتة معروفة قد تسبب الإصابة وعليه لازالت الأسباب مجهولة إلى يومنا هذا. هناك عدة طرق لتقسيم الأورام وذلك حتى يتمكن الطبيب من تحديد مرحلة المرض ومن ثم إعطاء العلاج المناسب حسب المرحلة وتعتمد هذه التقسيمات بالحروف اللاتينية TNM وهي:

1. حجم الورم (Tumeur) ويرمز له T وهي أربع مراحل حسب قطر الورم بالسنتيمترات عند فحص الثدي.
2. حالة الغدد اللمفاوية (Lympho nodes) ويرمز له N هذه أربع مراحل أيضاً وتعتمد على حجم اللمفاوية تحت الابط ووجود خلايا سرطانية بها أم لا.
3. الانبثاث (Métastase) أو مدى انتشار الورم في أجزاء أخرى من الجسم ويرمز له M وهنا تجد مرحلتين إما ورم محدود في منطقة الثدي أو انتشر في أجزاء الجسم الأخرى.

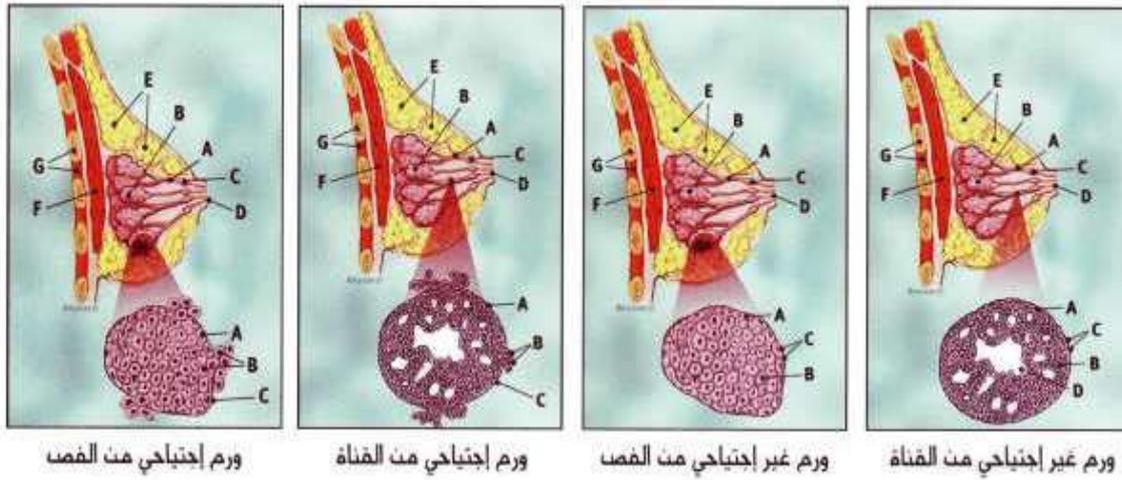
وانطلاقاً من هذا التشخيص يمكننا تقسيم أورام الثدي إلى خمس مراحل وهي حسب (محمود شاهين الأحول، 2014: 10-11-12).

**- المرحلة 0: Stade 0**

حيث يكون السرطان موضعي أو محوّل وهو سرطان غير اجتياحي مبكراً جداً في الثدي لا يغزوا الخلايا المجاورة ويمكن استئصاله والاحتفاظ بالثدي أو استئصال الثدي بكامله.

جدول رقم 03: حالة سرطان الثدي مرحلة 0

TNM	الوضعية
To أو Tis	ورم بداخل التوتوءات والغدد
No	غدد لمفاوية لا توفر بها خلايا سرطانية
Mo	ورم غير منتشر



الشكل رقم: 02 يبين مراكز ظهور سرطان الثدي

– المرحلة -1- Stade

وهي مرحلة مبكرة من سرطان الثدي قد تصاب فيها الأنسجة المجاورة أي أنّ السرطان لم يتجاوز الثدي.

الجدول رقم 04 يبين المرحلة -1- Stade

TNM	الوضعية
T1	ورم حجمه أقل من 2 سم
No	غدد لمفاوية لا توجد لها خلايا سرطانية
Mo	ورم غير منتشر خارج الثدي

قد نعتبرها مرحلة مبكرة أيضا تصافىها الأنسجة المجاورة وقد ينتشر السرطان وهي تكون على درجتين.

الجدول رقم 05 يبين المرحلة - 2- Stade

TNM	Stade2A
T1	ورم حجمه أقل من 2 سم
N1	غدد ليمفاوية توجد بها خلايا سرطانية
أو	
T2	ورم حجمه بين 2 - 5 سم
N0	غدد ليمفاوية لا توجد بها خلايا سرطانية
M0	ورم غير منتشر خارج الثدي

Stade 2B

T2	ورم حجمه بين 2 - 5 سم
N1	غدد ليمفاوية توجد بها خلايا سرطانية
M0	ورم غير منتشر خارج الثدي
أو	
T3	ورم حجمه أكبر من 5 سم
N0	غدد ليمفاوية لا توجد بها خلايا سرطانية
M0	ورم غير منتشر خارج الثدي

وتسمى مرحلة السرطان الموضعي المتقدم ويكون انتشاره أكثر في العقد الليمفاوية تحت الابط و ربما في الأنسجة الأخرى المحاذية للثدي، قد تكون على 3 درجات أو مراحل.

الجدول رقم 06 يبين المرحلة Stade III

TNM	Stade3A
T1-2	ورم حجمه أقل من 5 سم
N2	غدد ليمفاوية توجد بها خلايا سرطانية تحت الإبط وملتصقة ببعضها أو بالأوعية
أو	
T1-3	ورم حجمه أكبر من 5 سم
N1-2	غدد ليمفاوية توجد بها خلايا سرطانية وتكون ملتصقة ببعضها
M0	ورم غير منتشر خارج الثدي
Stade III B	
T1-4	ورم يمتد إلى الجلد أو إلى عضلات الصدر
N0-2	غدد ليمفاوية توجد بها ورم وقد تكون ملتصقة بها
M0	ورم غير منتشر خارج الثدي
	الورم في هذه المرحلة ورم متقدم موضعيا أي منتشر إلى الجلد أو إلى عضلات جدار الصدر
Stade III C	
T0-4	ورم بأي حجم
N3	غدد ليمفاوية تحت عظمة الترقوية أو بدون غدد تحت الإبط غدد ليمفاوية فوق عظمة الترقوية أو بدون غدد تحت الإبط غدد ليمفاوية بداخل الصدر مع أم بدون غدد تحت الإبط
M0	ورم غير منتشر خارج الثدي

وهي المرحلة الانبثاثية ومنها ينتقل السرطان من الثدي لباقي أعضاء الجسم كالعظام والرئة والكبد والدماغ.

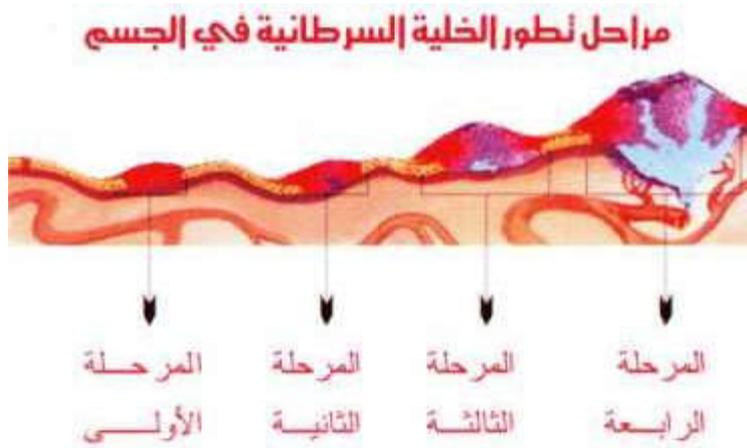
الجدول رقم 07 يبين المرحلة VI Stade

TNM	الوضعية
T0-4	أي ورم أي حجم
N0-3	أي عدد ليمفاوية (لها خلايا سرطانية أو لا يوجد فيها)
M1	ورم منتشر خارج المنطقة

وأخيراً نلاحظ أنّ الأورام تتدرج من المرحلة 0 حيث ظهور ورم صغير بداخل النتوءات والغدد الحليبية، قد يكون محسوس باليد عند الفحص الذاتي للثدي، وغدد ليمفاوية لا توجد بها خلايا سرطانية. في المرحلة الرابعة حيث الورم قد انتشر إلى منطقة الثدي إلى خارجه (الرئة، الكبد ...). تقاس نسبة النجاح في علاج الأورام السرطانية عادة بالوصول إلى خمس سنوات بعد بدء العلاج واستطاعت الدراسات العالمية حساب نسبة الحياة لمدة 5 سنوات كحدّ أدنى من كل مرحلة وهي في الجدول كالاتي:

الجدول رقم 08 يبين نسبة الحياة حسب المراحل المتقدمة للسرطان

المرحلة	نسبة الحياة لمدة 5 سنوات
ورم موضعي (المرحلة 0)	100%
المرحلة الأولى Stade I	90 %
المرحلة الثانية Stade IIA	88%
المرحلة الثانية Stade II B	76%
المرحلة الثالثة Stade IIIA	56%
المرحلة الثالثة Stade IIIB	49%
المرحلة الرابعة Stade IV	16%

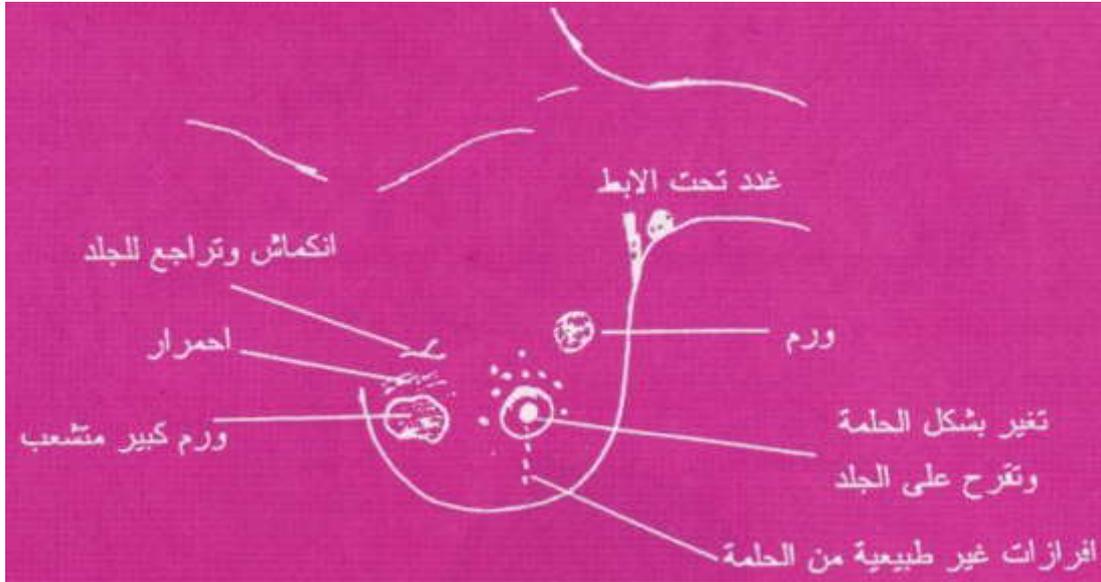


الشكل رقم : 03 يظهر مختلف مراحل تطور الخلية السرطانية

### أعراض سرطان الثدي:

يقول الدكتور الجراح في علم الأورام حسام أحمد فؤاد بالمستشفى مصر عن الموقع [www.tabbak.com](http://www.tabbak.com) إن معظم أعراض سرطان الثدي يمكن أن تظهر في أورام حميدة للثدي ومن الأعراض الأساسية لسرطان الثدي: ظهور جسم غريب (ورم) غالبا غير مؤلم ناشف ومنعرج الحدود في الثدي وتحت الإبط. تغير في شكل أو حجم الثدي. نزول إفرازات من الحلمة غالبا دموية ومن الممكن أن تكون صفراء أو خضراء أو حتى بيضاء تشبه الصديد. تغير في شكل أو لون، إحساس الحلمة أو جلد الثدي مثل تعرج الجلد أو انكماش، ارتداد الحلمة للداخل، ظهور قشور على الجلد أو الحلمة أو تحول الجلد إلى شكل مثل قشر البرتقال. احمرار الجلد أو ظهور أوردة كبيرة عليه. ألم تضخم أو عدم ارتياح في ناحية من الثدي، في حالة أعراض المرض المتقدم والمنتشر نلاحظ أن هناك آلام العظام، نقص الوزن والهزال، تورم الذراع تقرحات الجلد فوق الورم. لكن قبل الوصول إلى ثبوت هذه الأعراض إن المرأة حاليا وحسب الحملة التحسيسية مجبرة على القيام بالكشف السنوي وذلك قصد الكشف المبكر وهي حسب مجموعة من الأساتذة في علم الأورام للمستشفى الجامعي (جمعية مساعدة المرضى المصابين بالسرطان، 2001: 30-31)

تقوم على أساس البحث عن السرطان قبل أن يصبح ملموساً، أو يظهر جلياً عبر تغيرات تطراً على الثدي او الحلمة.



الشكل رقم 04: يبين مختلف أعراض سرطان الثدي

يعتمد الكشف المبكر على الفحص السريري من طرف الطبيب و التصوير الإشعاعي للثدي بحيث أنّ الاكتشاف المبكر للسرطان يؤدي إلى النجاعة في العلاج وذلك باستعمال علاجات بسيطة وفعالة، وهذا ما يعزز فرص النجاة، وعليه وضعت وزارة التضامن الاجتماعي برنامج للكشف المبكر لسرطان الثدي باعتماد تصوير إشعاعي للثدي مجاناً يخص النساء المؤمنات اجتماعياً وذوات الحقوق ممن يفوق سنهن 40 كل سنتين، ان التشخيص المبكر هو الذي تجريه عند ظهور الأعراض الأولى للمرض، أما إذا انتشرت الخلايا السرطانية في مناطق ثانوية فتسمى الانبثاث. إذا انتشر السرطان التوسعي من القناة أو الفصيص حيث نشأ ووصل إلى نسيج الثدي المحيط، يطلق على هذه العملية اسم "الانتشار الموضعي" قد يستغرق الانتشار الموضعي عدة سنوات أو يحدث بسرعة أكبر وحين يزداد عدد الخلايا السرطانية، تتحول إلى كتلة (ورم) يستمر الورم في النمو إلى أن يصبح في مرحلة ما كبيراً جداً بحيث يمكن الإحساس به في نسيج الثدي. الواقع أن حجم

الورم عند كشفه للمرة الأولى مهم أثناء تحديد العلاج في أقل من ثلثي الحالات تقريبا، لا ينتشر سرطان الثدي أبعد من الثدي ويمكن شفاؤه في معظم الحالات بواسطة الجراحة مع علاج إشعاعي أو من دونه. أما الأورام الثانوية وفي كل أنواع السرطان، يطلق اسم الورم الأولى على أول كتلة تتكون وفي سرطان الثدي تتمركز معظم الأورام الأولية في الجزء العلوي الخارجي من الثدي، من هنا قد ينتشر السرطان لتكوين أورام في أنحاء أخرى بعيدة من الجسم، فيطلق على هذه الأورام اسم الأورام الثانوية أو النقائل أو الانبثاث Métastase، وينتشر السرطان على الأرجح بواسطة الدورة الدموية، رغم أننا لسنا أكيدين بعد من كيفية ذلك، ونحن نعرف أن العقد اللمفية في الإبط تعمل بمثابة علامات أو وسامات لناحية انتشار سرطان الثدي معين، لهذا السبب يجدر فحص الإبط والثديين جيّدا أثناء الفحص الذاتي. بعد انتشار الخلايا السرطانية من الثدي إلى أنحاء أخرى في الجسم تبدأ بالنمو وتكوين أورام ثانوية، إذا انتشر السرطان الثدي فإنه ينتشر عموما في العظام أو الكبد أو الرئة، وأحيانا في المبيضين أو نخاع الشوكي أو الدماغ وعليه فإنّ المصابة مطالبة بإجراء فحوصات ثانوية لضبط الانتشار وهي:

1. أشعة الصدر ليبين إذا كان هناك انتشار للرئة
2. مسح نووي للهيكل العظمي للكشف عن ثانويات في العظم
3. أشعة مقطعية للبطن للكشف عن وجود ثانويات في الكبد أو أعضاء أخرى
4. الرنين المغنطيسي للدماغ والحبل الشوكي للكشف عن وجود ثانويات
5. المسح النووي باستخدام تقنية متقدمة وهو دقيق وحساس للكشف.

## التشخيص:

يتم التشخيص عبر عدة مراحل وحسب المختص (بكرمان وآخرون، 2001: 29)

أول عملية هي إقحام كل الثدي بين صفيحة الأشعة السينية وصفيحة الضاغظ لبضع ثواني قصد التقاط صورة بالأشعة السينية وذلك تحت رعاية شخص خبير داخل وحدة مختصة وهذا ما يسمى Mammographie. أما التقريسة فائقة الصوت Scanner ultrason فهي صورة تلتقط باستعمال موجات صوتية بدل الأشعة السينية لكنها تستعمل لاختبار إضافي في بعض الحالات علما أنها جيدة في الكشف عن الكيسات. أما تصوير بالرنين المغناطيسي IRM فيولد صورة على الكمبيوتر حسب ارتداد الموجات المغناطيسية عن أنسجة الجسم ويبحث العلماء حاليا في الطريقة المثلى لاستعمال تصوير الرنين مغناطيسي يهدف كشف سرطان الثدي، وقد يسمح لنا أيضا بالتعرف إلى نوع السرطان ويساعدنا في التنبؤ بسلوكه.



الشكل رقم 05: يبين صورة ماموغرافي لسرطان الثدي

أما علم الخلايا فيسمح بخضوع كل كتل الثدي المشبوهة التي تم العثور عليها أثناء التصوير للفحص وذلك بواسطة مجهر لمعرفة ما إذا كانت خبيثة أو لا. أما طريقة شطف الخلايا Biopsie بواسطة الإبرة الرفيعة حيث يتم سحب خلايا باستعمال إبرة دقيقة للكشف ما إذا كانت الكتلة جامدة أو كيسية، في الحالة الأخيرة يتم سحب السائل منها لتتبارر وإرسال

عينة منه للتحليل، للتأكد من وجود أو عدم وجود خلايا سرطانية فيه. أما طريقة الخزعة في خزعة الإبرة أو ما يعرف أيضا بخزعة اللب، يتم استئصال قطعة نسيج طولها 2.5سم تقريبا ولها قطر رصاص القلم تقريبا، يتولى بعدها أخصائي بعلم الأمراض تقطيع النسيج إلى شرائح رقيقة وفحصها بواسطة المجهر. التشخيص الدقيق لسرطان الثدي مهم جدا، ليس فقط لتحديد وجود ورسم سرطاني ولكن أيضا لأخذ قرارات علاجية سليمة وصحيحة.

### علاج سرطان الثدي:

أما عن أورام الثدي الحميدة فغالبا ما تعالج بالاستئصال الجراحي دون اللجوء إلى علاجات مكملية، أما ما يهمنا هنا هو سرطان الثدي ذات الأورام الخبيثة، بحيث نجد أنّ هناك حاليا طرق علاجية مختلفة حسب حجم الورم، موقعه في الثدي وكذا نتائج الفحوصات المخبرية للخلايا السرطانية ومرحلة المرض، كذلك معرفة وجود أو عدم وجود الانتشار على مستوى الهيكل العظمي والكبد والدم للتأكد من سلامتهم مع مراعاة سن المرأة ووضعها الصحي العام ومدى قناعتها بخيارات العلاج المقترحة من طبيبها. حسب(محمود شاهين الأحول وآخرين، 2014:30) هناك أنواع عدة لعلاج السرطان نذكرها:

- الجراحة
- العلاج بالإشعاع
- العلاج الكيميائي
- العلاج الهرموني
- العلاج الموجه
- العلاج المناعي
- العلاج البيولوجي

- العلاج البديل والعلاج المكمل
- العلاج النفسي والدعم العاطفي.

تؤثر الجراحة والعلاج بالإشعاعات في الورم أو الخلايا السرطانية وهي علاجات محلية وجهوية. العلاج الكيميائي والهرموني يؤثر في جميع أنحاء الجسم، أما العلاج بالإشعاعات والعلاج الكيميائي يستعمل تكمة للجراحة بحيث أنّ متوسط مدة العلاج تتراوح من 6 إلى 9 أشهر. أما عن ترتيب العلاج يبدأ علاج سرطان الثدي بالجراحة وبعده يتم العلاج بالكيميائي عادة من 3 إلى 4 أسابيع بعد الجراحة أو العلاج بالإشعاعات عموماً، بعد الجراحة أو العلاج الكيميائي. كما يبدأ العلاج الهرموني بعد الجراحة أو عند نهاية العلاج الكيميائي، والمعروف عالمياً أنّ هناك فريق طبي متعدد التخصصات يقوم بالتكفل العلاجي وذلك لأنّ السرطان مرض معقد ولا يمكن لطبيب أن يعالج بمفرده، ولذلك فالعلاج يتطلب عدة أطباء متعددي الاختصاصات ومنهم:

- الطبيب المعالج أو طبيب العمل.
- الطبيب المختص في أمراض النساء.
- الطبيب المختص في الأشعة Radiologie
- ماموغرافي، أشعة العظام، التصوير المقطعي Scanner التصوير المغناطيسي IRM
- مسح العظام Scintigraphie التصوير بالموجات فوق الصوتية Echographie
- الطبيب المختص في العلاج الكيميائي.
- الطبيب المختص في جراحة السرطان.
- الطبيب المختص في العلاج بالأشعة.
- الطبيب المختص بالعلاج الكيميائي.
- الطبيب المختص في علم التشريح.
- المختص في التغذية وهو الذي يهتم بالغذاء الصحي قصد تغذية صحية وسليمة.

- الطبيب النفساني.

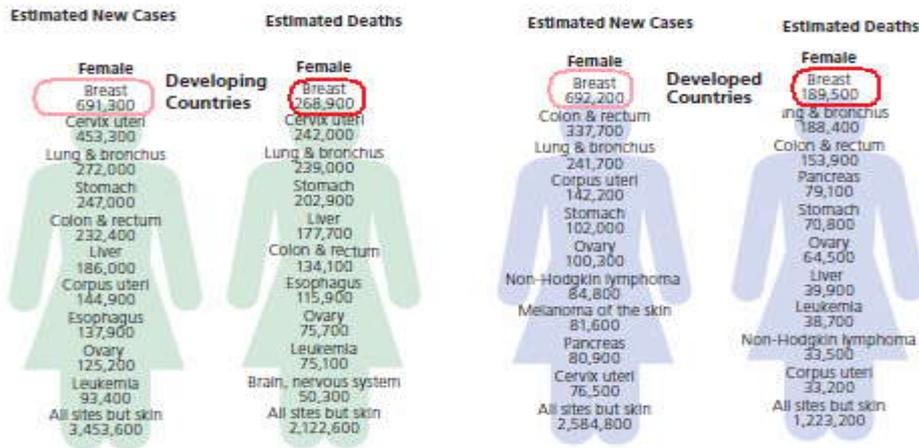
- طبيب مختص في علم الجينات.

وهناك مجموعة من التوصيات طرحها الباحث (عبد الباسط محمد السيد، 2009: 108) وهو أستاذ التحاليل الكيميائية بالمركز القومي للبحوث رئيس جمعية الانجاز العلمي للقرآن والسنة، أنّ تناول المصابة أغذية قائمة على الفواكه والخضراوات الطازجة والحبوب، والبقوليات، والبذور الطازجة، البنقد الطازج، المنتجات اللاذعة مثل الزبادي قليل الدسم مهم جدا، ضف إلى ذلك الخضراوات مثل البروكلي، الكرنب، القنبيط والخضراوات الصفراء أو البرتقالي، مثل الجزر، واليقطين، القرع، البطاطا الحلوة كذلك الخضروات النيئة أو المسخنة. بالنسبة للحبوب استخدام الأرز البني غير منزوع القشرة، الشوفان، والقمح. أما الفواكه فيفضل تناول التفاح الطازج، العنب، الكرز والبرقوق وكل أنواع التوت. البصل والثوم في صور مكملات بفضل شرب المياه المقطر البخار، وماء الينابيع، عصائر طبيعية مصنوعة في البيت أما عصائر الفواكه فيتم تناولها في الصباح وعصير الخضروات في العصر. أما عن الأغذية اللازم تجنبها فهي اللحوم وكل المنتجات الحيوانية عدم تناول الكافيين، الأطعمة المملحة، أطعمة مكررة مصنعة، دهون مشبعة، ملح، سكر، دقيق أبيض. الاكثار من تناول الألياف يوميا لتمنع الفضلات السامة من أن تمتص إلى مجرى البول وكذلك قشور السيلينيوم وهو مصدر موثوق به مع عدم تناول مكملات تحتوي على مادة الحديد الذي قد يستخدمه الورم لينمو.

**ثالثا: دراسة لعلم الأوبئة الخاصة بسرطان الثدي في الجزائر والعالم:**

في 6 أكتوبر 2013 يوم السبت بالجزائر العاصمة مجموعة من المختصين قرروا تحقيق دراسة وبائية على المستوى الوطني، وهذا قصد ضبط مختلف مخاطر سرطان الثدي واستخراج الوسائل الوقائية، وعليه فإن المشاركين في الملتقى الدولي حول سرطان الثدي عند المرأة الشابة أقرروا ضرورة القيام بدراسات ابيدميولوجية خاصة بالجزائر للتعرف

على العينة المصابة بهذا الداء، تعريف مختلف الأنماط الخاصة لكل منطقة، وكذا عناصر الخطر لدراسة مختلف العناصر الوقائية كذلك ومن ضمن معطيات هذا الملتقى جمع المعلومات العامة الخاصة بسرطان الثدي بالجزائر قصد تحقيق برنامج وطني تحسيبي وإعلامي خاص بسرطان الثدي عند المرأة وذلك بسبب ظهور ارتفاع نسبة المصابين بهذا الداء بالجزائر. وأخيرا ومن ضمن التوصيات هذا الملتقى طرح بنية جديدة للتكفل بالمريضات وذلك بواسطة خلق مراكز مكافحة السرطان والإسراع في بناءها علما أنّ هذه المراكز متواجدة حسب البرنامج الصحي للوزارة المكلفة. يعتبر سرطان الثدي السرطان الأكثر تواجدا عند المرأة بحيث أنّ الدراسة الوبائية العالمية أعلنت أنّ كل سجلات السرطان العالمية لاحظت أنّ ارتفاع نسبة السرطان وصلت إلى 50% خلال العشرين سنة الماضية، حسب مليون حالة كل سنة، ويبقى ناقوس الخطر يدق بقوة في الدول العربية وفي تصاعد مستمر في الدول النامية.

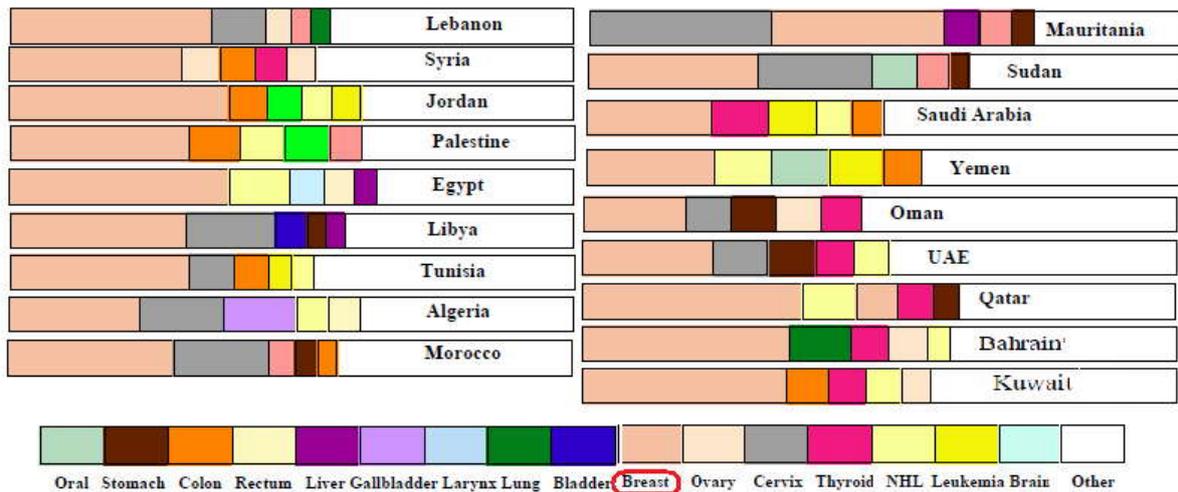


الشكل رقم 06: يبين نسبة العيش والوفيات عند الدول المتطورة والنامية لدي المصابات بسرطان الثدي

هي إحصائيات قدمها ( Manane, Hamdi chrif, 2012) يعبر البروفيسور بلقاسمي ( Belgacemi Y, 2010 : 66) أنّ سرطان الثدي الأكثر انتشارا في افريقيا الشمالية وفي الشرق الأوسط مع نسبة انخفاض بين 2 إلى 3 بالنسبة لدول الغرب، هي معطيات ذات نوعية حسنة تم

قياسها من طرف UIACR على مستوى 3 دول في إفريقيا الشمالية نسبة لسجلات وطنية معمول بها منذ أكثر من 10 سنوات بالجزائر، تونس، ومنذ 06 سنوات بالمغرب. هذه السجلات أثبتت نوع من التفاوت بين الأرقام قد تكون مرتبطة باختلاف الزمن الذي توفرت فيه المراكز المرجعية للتكفل بالسرطان على المستوى الجهوي، إضافة إلى بعض الخصوصيات الابدوميولوجية. و الملاحظ أن سرطان الثدي متواجد بنسبة كبيرة عند المرأة الشابة مقارنة بالمصابات في الدول الغربية وعلى مراحل متقدمة من المرض. هناك تنبؤات في مستوى دول المغرب العربي التي ترى تضاعف في نسبة الحالات إلى عام 2024 مع ارتفاع متوسط السن أثناء التشخيص إلى ما بعد 53 سنة، وانخفاض نسبة المصابات ذوات أقل من 35 سنة والتي لن تتجاوز 5%. هذا الاضطراب الذي سيمس الدول الإفريقية الثلاث والسابق ذكرهم أثناء 15 سنة القادمة هو في الحقيقة مرتبط بسهولة إجراءات التشخيص وتطور مستوى الحياة لهذه الشعوب، كذلك تقمص العادات الغربية والمستويات الاجتماعية الثقافية لهذه المناطق.

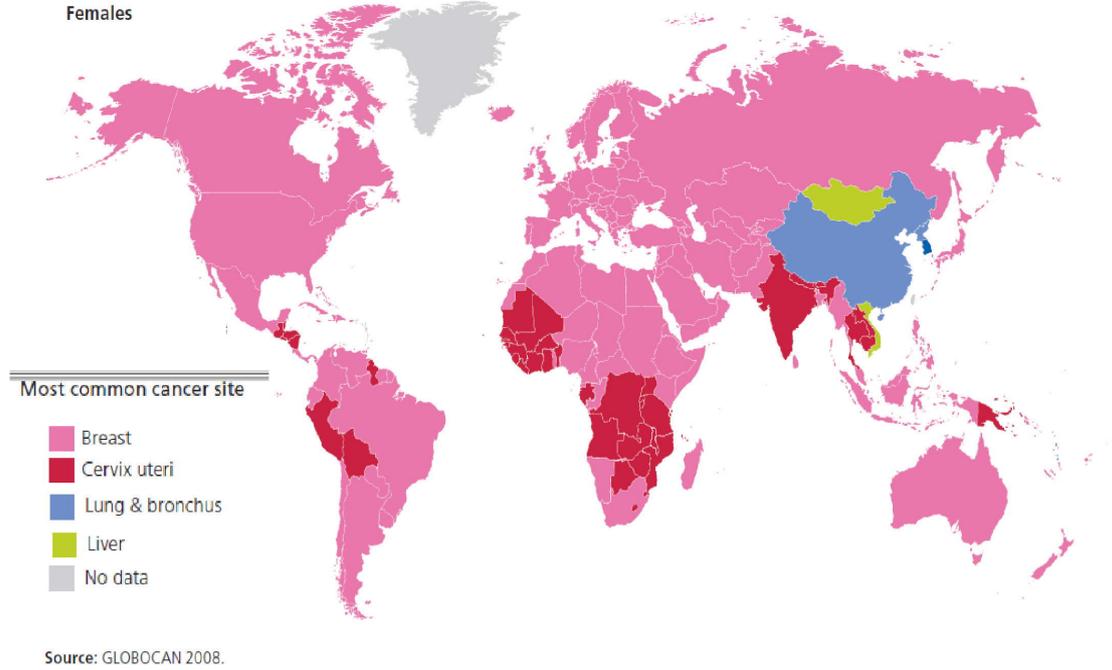
#### Population-based Cancer Registry Data for Arab Countries - Females



Review: Cancer Epidemiology and Control in the Arab World - Past, Present and Future.  
Ehayed I Sahm<sup>1</sup> and all. <sup>1</sup>UICC Asian Regional Office for Cancer Control  
Cancer Epidemiology in the Arab Region. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, Vol 10, 2009

الشكل رقم 07: يبين نسبة انتشار سرطان الثدي في العالم العربي لسنة 2009

الملاحظ أن سرطان الثدي يتصدر السرطانات في كل العالم العربي



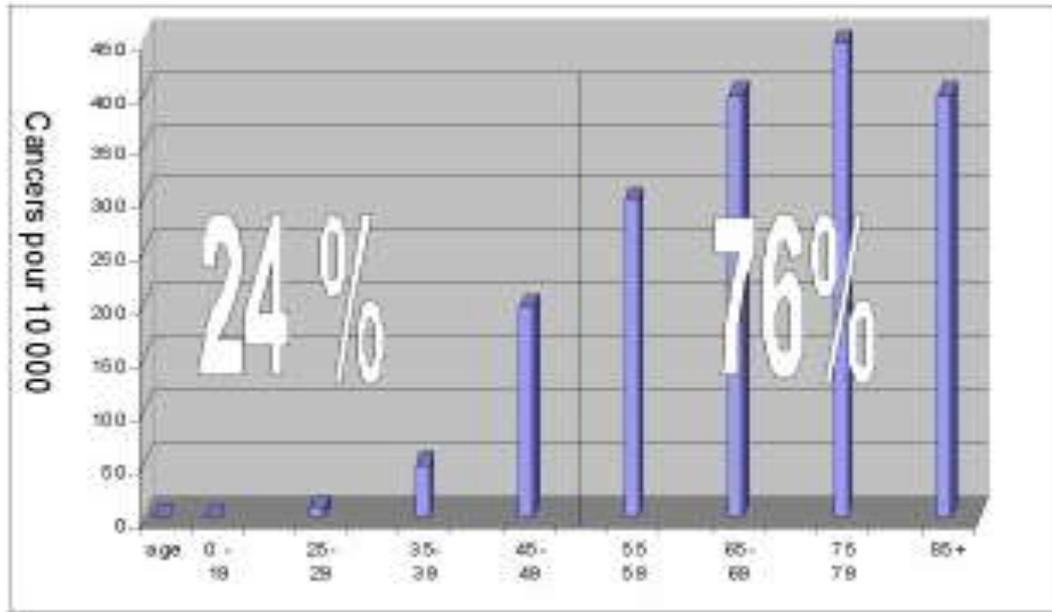
الشكل رقم 08: يبين نسبة انتشار سرطان الثدي في العالم لسنة 2012

هناك دراسات استذكاريه لسرطان الثدي بالغرب الجزائري والتي قام بإجرائها عدوقلوش وآخرون (Addou klouch Et al, 2013) هو بحث يهدف إلى تقييم الصورة الوبائية الدقيقة للمعطيات الحيوية الإكلينيكية والأبعاد التنبؤية لسرطان الثدي بمنطقة وهران، تلمسان، سيدي بلعباس حسب عينة نسبتها 182 حالة مصابة بسرطان الثدي والتي كانت تعالج بمصلحة الأورام بالمستشفى العسكري الجهوي والجامعي لولاية وهران، أما عن نتائج هذه الدراسة فهي كالآتي: أن الدراسة الوبائية الاستذكاريه على هذه الحالات تمت في مرحلة ما بين 2007 إلى 2012 أدلت على أن السرطان كان نادرا قبل 20 سنة ما بين 40 إلى 50 سنة (سن المصابات) أما عن حجم الورم أثناء التشخيص فكان يتراوح ما بين (20 إلى 50مم) ومعظم الأورام كانت ذات نوع سرطانات أنبوبية، الضامة مع مرحلة تاريخية متقدمة (مرحلة II و III -54%، 45%)، وعليه حسب هذه الدراسة

نلاحظ أنّ الجرائر تبقى نوعا ما متأخرة نسبة لأوروبا والولايات المتحدة الأمريكية أين نجد أنّ هذه الدول المتقدمة قد اعتمدت على الكشف المبكر منذ 20 إلى 30 سنة سبقت وهذا ما أدى إلى تشخيص مبكر لسرطان الثدي المؤهل للانتشار، نتج عنه تحسين نسبة الحياة وانخفاض نسبة الوفيات لدى المصابات. يضيف سيرا دور (seradour B, 2011 : 257) هناك دراسة قام بها مختصين جزائريين في الصحة وهم البروفيسور: تركي، مقنى وآخرون هي نتائج ظهرت أمام 334 حالة مصابة بسرطان الثدي يتراوح سنهم بين الأعمار المتوسطة أمام 441 حالة شاهدة، النتائج أثبتت أنّ هناك نسبة عمرية للمصابات تتراوح بين 35 و 45 سنة أي 27% بحيث أنّ نسب الفحص الشائع هو ورم على مستوى الثدي بنسبة 81%، مع هيمنة لورم خبيث أنبوبي، أمام نسبة 72% وهي سرطانات وصلت إلى المرحلة الثالثة مع 40% من الحالات وذلك لأن معظم النساء يتوجهون إلى فحص في مرحلة جد متأخرة من المرض. دراسة عناصر الخطر أثبتت أنّ الإصابة مست المرأة الشابة وعلاقتها بتناول حبوب منع الحمل وإصابتها بسرطان الثدي. أما عن درجة الخطر فقد ظهرت بنسبة مضاعفة عند اللواتي كان لديهن سوابق مرضية عائلية الخاصة بالأورام الخبيثة، أدت هذه الدراسة إلى نتائج أدلت أنّه رغم توفر وسائل الكشف الطبية لهذا الداء إلا أنّ الوسيلة الوحيدة المستخدمة في مجتمعنا هي الكشف الذاتي للثدي وعليه فمعظم المرضى يتوجهون إلى الطبيب وقد قاموا بتشخيص ذاتي لحالاتهم ولكن وللأسف في مرحلة متأخرة من المرض وعليه فإن الدراسة الوبائية لسرطان الثدي في مجتمعنا قد تساعد على خلق أساليب وقائية، وتنظيم برامج الكشف للتحسين من متابعة هذه الإصابة في مجتمعنا. يعتبر سرطان الثدي السرطان الأكثر شيوعا عند المرأة بحيث أنّ في دول الغرب امرأة واحدة من بين 8 تصاب بسرطان الثدي أثناء الحياة، ارتفاع نسبة الإصابة مع السن خاصة أثناء مرحلة اليأس. هناك قراءات بحثية أثبتت أنّ المرأة الغربية المصابة والتي لا تتجاوز 35 سنة ترجع نسبتها إلى 4%. كذلك في إفريقيا الشمالية والشرق الأوسط يعبر سرطان الثدي من الأوائل عند المرأة في هذه المنطقة

والمتمثل في نسبة 14% إلى 42% مع ارتفاع واضح، وعليه تعتبر منظمة الصحة العالمية أنّ سرطان الثدي موضوع صحي عمومي ذات أولوية أساسية لدى المرأة في هذه المنطقة من العالم. حسب البروفيسور بلقاسمي (57 : Belgacemi et al , 2010) فإنّ موضوعية الحديث في المجال الوبائي مرتبطة بالنقاط التالية: على المستوى الوبائي فإن المعطيات ليس تامة. على مستوى الجبرية الجينية فإن الدراسات لازالت ناقصة وعرفت انتقادات منهجية كثيرة ليس لها مجال للمقارنة. على مستوى عناصر الخطورة هناك تهديد آت من نموذج حياة دول الغرب من حيث انخفاض نسبة الولادة والرضاعة، تقدم سن الحمل الأول، السمنة ... الخ، وهذا ما أدّى إلى صعوبة تحليل الاختلاف بين دول الغرب ودول إفريقيا العربية. وأخيرا على المستوى البيولوجي لا يوجد هناك وضوح ثابت بحيث أنّ هناك مجموعة من الفرضيات تستلزم شرح واسع بواسطة أبحاث معمقة ومركزة. وفي هذا المجال فضلنا طرح دراسة وبائية لسرطان الثدي تمت بالمستشفى الجامعي بتلمسان تحت إشراف البروفيسور (Megueni et al, 2006) هي دراسة تهتم بسرطان الثدي وهدفها الرئيسي هو قياس نسبة الإصابة عند المرأة المتواجدة بالمستشفى مصلحة طب النساء وذلك خلال سنة 2006، واعتمدت هذه الدراسة إلى منهجين الأول وصفي حيث يقيس الحالات المصابة بسرطان الثدي خلال سنة 2006 أما الثانية فهو استبيان يهدف إلى طرح المخاطر المعرضة إليها المرأة قصد الاطلاع على نسبة الانتشار، الحالات عددها 150 امرأة في حالة استشفاء بسبب أورام الثدي الخبيث، حيث أنّ 70% من هذه الحالات تم التأكد من خبث الورم (السرطان)، الملاحظة أنّ أكثر من 65% لا تأتي للفحص إلا في مرحلة متأخرة، أخذت 40 حالة عشوائيا (الاستبيان) 03 منها تقوم باللمس الذاتي بصفة منتظمة، الملاحظ كذلك أنّ هناك سرطانات في سن جد مبكر (17 سنة - 25 سنة) مع وجود إصابات ثنائية الجانب أي أنّ الثديين مصابين وهنّ 07 حالات.

## Incidence du cancer du sein en fonction de l'âge



الشكل رقم 09: منحنى لظهور السرطان حسب السن في العالم

هذه الإحصائيات ظهرت في أبحاث (Mahane, Hamdi chrif , 2012)

في الجزائر يعتبر سرطان الثدي السبب الأول للوفيات عند المرأة عدد الإصابات من 14.5 حالة لـ 100.000 ساكن في العام، وعليه فإنّ هناك 2000 حالة جديدة كل سنة (إحصائيات سنة 2006) حسب هذه الدراسة الوبائية فإنّ نسبة ارتفاع عدد الحالات المصابة راجع إلى عدة عوامل من بينها: تغيير نمط العيش (الضغط، السمّنة، التحضر تغذية غنية جدا بالدهنيات وفقيرة من الألياف) الإثارة الإستروجينية تزيد من خطر ارتفاع الحالات المصابة بسبب الحيض المبكر، اليأس المتأخر، الحمل المتأخر. مع العلم أنّ الرضاعة الطبيعية خلال السنتين تخفض بالنصف خطر الإصابة بسرطان الثدي، حيث أنّ المرأة التي تناولت أكثر من 500 يوم هذه المادّة خلال 17 سنة فإنّ لها نسبة خطر مرتين لكي تصاب بالسرطان، علما أنّ التشخيص يسهل بما أنّ الغدد الثديية سهل الوصول إليها

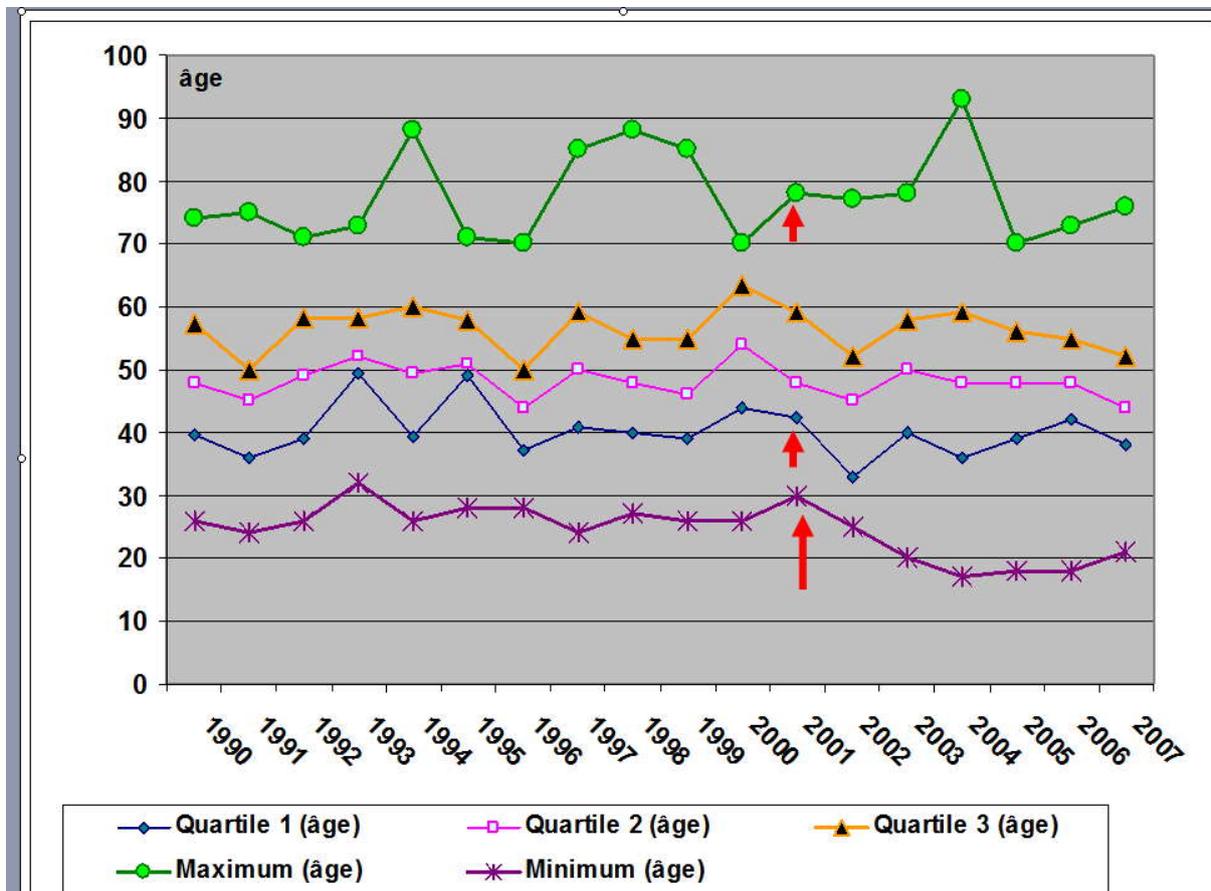
بما أنها تحت الجلد وغالبا ما يكون سبب الفحص وجود عقيد Nodule أو سيلان من الثدي تشوه أو التهاب، تكيس صغير. موانع الحمل تعتبر سببا في الإصابة بسرطان الثدي:

56.7% من نساء خضعت لموانع الحمل الفموية

40% استعملن وسائل أخرى

33% لم يأخذن أي شيء

هذا ما دفع الباحثين الي البحث عن النسبة العمرية المتوسطة المصابة.



الشكل رقم 10: السن الأكثر تداول من 40-50 سنة مع معدل 48 سنة

أما موضع سرطان الثدي، الجانب الأيمن، يمثل 52% من بين 40 امرأة التي سألت لديهن مستوى دراسي متنوع، 03 منهن تقوم باللمس الذاتي بصفة منتظمة، 05 منهن فقط تحدثت مع الطبيب عن نوعية موانع الحمل. فضلنا كذلك إثراء هذه الأطروحة بدراسة وبائية لسرطان الثدي بالجزائر قام بها (Mahnane, Hamdi chrif, 2012) حيث لاحظنا أن سرطان الثدي يعتبر الأكثر انتشارا عند المرأة في الدول النامية، نفس الميول لوحظت في الدول السائرة إلى النمو. أما عن الوباء العالمي فإنّ ميزة هذا السرطان هو أنه في تزايد واضح إذا نظرنا إليه كحدث، ثبات وتدني نسبة الوفيات بالنسبة للدول التي تبنت إستراتيجيات وقائية تركز على الفحص والعلاج المبكر عن طريق الماموغرافي، بحيث أنّ كل السجلات العالمية لسرطان الثدي أثبتت أنّ هناك ارتفاع نسبة الإصابة خلال 20 سنة الأخيرة مجموع الحوادث أكبر 80/100.000 شخص/ سنة. في العالم سنة 2008 عدد الحالات المعلن عليها تقدر بأكثر من 1.4 مليون حالة جديدة لمصابات بسرطان الثدي مع 460000 حالة وفاة.

الجدول رقم 09 يبين نسبة 100.000 حالة سرطان الثدي حسب مستوى الدول (2008)

منطقة الإصابة	الدول السارية إلى طريق النمو		الدول المتطورة	
	نسبة الحالات الانتكاسية	الوفيات	نسبة الحالات الانتكاسية	الوفيات
سرطان الثدي	66.4	15.3	27.3	10.8

أغلبية الحالات التي تظهر في الدول السارية النمو

- عدد الحالات مرتفع بالضعف
- نسبة الوفيات أكثر أهمية
- السرطان الأكثر شيوعا عند المرأة

رغم ارتفاع نسبة الإصابة بهذا النوع من السرطان في 25 سنة الأخيرة إلا أنّ هناك انخفاض في نسبة الوفيات. في الجزائر وفي الوقت الذي بدأ تسجيل تدني مميّز للأمراض المعدية و ذلك بفضل البرامج الوطنية المسطرة خلال العشرية الأخيرة تسجل انتقال وبائي يتمثل في:

- التغيير الديمغرافي مع ارتفاع نسبة الحياة

- تحول على مستوى المحيط وتغيرات أسلوب الحياة. من هذه الوضعية ظهرت حالات مرضية جديدة حيث أصبح السرطان والأمراض المزمنة الغير متقلّة من أولويات الصحة العمومية بحيث كشفت عن 40.000 حالة جديدة سنويا مصابة بسرطان مقابل 25000 حالة وفاة. 7500 حالة سرطان الثدي مقابل 3500 حالة وفاة وعليه أصبح سرطان الثدي مشكل الصحة العمومية الرئيسي من بين السرطانات الأخرى كحالة طارئة حقيقية تستدعي التدخل للتكفل.

- يشخص السرطان في مرحلة متأخرة مع نسبة حياة متدنية

- يمس سرطان الثدي الجنسين مع ارتفاع واضح لعدد النساء.

في نفس الدراسة وحسب الباحث "بن ديب": مجموعة من 683 حالة عولجت سنة 2003 في مركز ماري وكيري نجد:

40.4% سنهم أقل من 50 سنة

2% من النساء لديهن سرطان الثدي ليس لديهن أطفال

10% من مجموع السرطانات عائلية

70% خضعن للاستئصال

30% استفدن من العلاجات المحافظة.

حسب "بن بوزيد" سجلت الجزائر في سنة 2004، 30000 حالة جديدة (سرطان الثدي النسائي: 4000 حالة إلى 7000). سرطان الثدي للمرأة أقل من 35 سنة، دراسة استذكاريه تخص 612 حالة، قندوز - ستيبي - عبد الوهاب - بن ديب، عن البقاء على قيد الحياة فأول بحث يتفق على أنّ نسبة الحالات التي تبقى على قيد الحياة بعد إصابتها بسرطان الثدي تعد بـ 39% في الجزائر.

خلاصة القول، فخلال العشرينية التي تمّ فيها تسجيل السرطان هناك ميل واضح لارتفاع سرطان الثدي عند المرأة بصفة وبائية، وبقاء في الحياة على عموم متدنى يرجع سببه لإمكانية الوصول إلى العلاجات التي لازالت صعبة، تؤكد هذه المعطيات شساعة المشكل وتحديد الأولويات في التكفل والوقاية. وعليه فقد نتقادي السرطان وبالخصوص سرطان الثدي من خلال الوقاية المرتكزة على محاربة عوامل الخطر ووضع إستراتيجية الكشف واكتشاف مبكر وعلاج مع الأخذ بعين الاعتبار الواقع الجزائري.

## الفصل الرابع

### الوضعية النفسية المرضية لسرطان الثدي

أولاً: الاضطرابات النفسية المرضية لسرطان الثدي

1. اضطراب التكيف 2. الحصر 3. الاكتئاب 4. الصدمة النفسية

ثانياً: أزمة الهوية لدى المصابة لسرطان الثدي

1. المقاربة العيادية لمشكل الهوية لدى المصابة

2. تصدع الهوية وأهم الاضطرابات التي تظهر لدى المصابة

أ- اضطرابات الصورة الجسدية

ب- الاضطرابات الجنسية

3. ترميم الهوية لدى المصابة

ثالثاً: العلاجات النفسية المستخدمة للتكفل بالمصابة

## أولاً: الاضطرابات النفسية المرضية لسرطان الثدي:

يشكل السرطان تهديداً أساسياً وتغيرات مركبة تمس حياة المصابة اليومية، وضعيتها الاجتماعية، محيطها، كل ما تعودت عليه المصابة يتغير. فيستجيب الفرد بالقلق أمام هذه الوضعية التي لا تستطيع تحملها بحيث تتجاوز قدراته وحسب (Lazarus et al, 1984) ما يؤثر على جودة حياة الفرد، يتوقف هذا التأثير على الفرد، محيطه، ان الموقف الذي يمر ويمر به الفرد له تأثيرات مختلفة، نتكلم هنا عن الضغط المدرك. لمواجهة القلق يلجأ الفرد إلى توظيف قدرات معرفية، سلوكية انفعالية كما يلجأ إلى تبني ميكانزمات دفاعية خاصة به للتكيف مع الوضعية. تعتبر التجربة الشخصية للفرد في معالجة مثل هذه الوضعيات سواء كانت ناجحة أو فاشلة فينتج عن ذلك أحاسيس إيجابية اتجاه الفريق الطبي إذا كان هذا الأخير في المستوى أو لا وذلك إذا لم يتم إتباع واحترام عقد الشفاء والذي غالباً ما يكون ضمنياً وذلك له تأثير هام على ثقة المصاب في فريقه الطبي. لذلك فإنه من الضروري التعرف على ردود الأفعال النفسية والتي يمر بها المصاب خصوصاً في المراحل الحرجة من المرض.

**1. اضطراب التكيف : Trouble de l'adaptation**

تسبب السرطان في مجموعة من الاستجابات المعرفية الانفعالية والسلوكية، يحاول المصاب الحفاظ على أعلى مستوى وظيفي ممكن يظهر ذلك من خلال استجابات المصابين. حسب (Delvaux et al , 2002 : 67) يهدف التكيف النفسي إلى الحفاظ على الوحدة النفسية والجسيميّة، إلى تعويض الاضطرابات المختلفة التي يمر بها المصابون. إنّ ردود الأفعال النفسية التي تحصل في كل مرحلة من مراحل المرض والتي تكون ناتجة عن تداخل موحد بين ذكريات التجارب السابقة، إدراك مختلف التهديدات المستقبلية التي قد تحصل. قد تتجح ردود الأفعال تلك في الوصول إلى التكيف كما قد تفشل. إنّ حالة الضيق الانفعالي الناتجة تظهر على شكل قلق واكتئاب تصاحب المصاب منذ المراحل

الأولى من المرض: ظهور الأعراض الأولى، التشخيص، مرحلة العلاج، مرحلة الانتكاسة وما ينتج عنها من يأس المرحلة ما قبل النهائية، المرحلة النهائية التي تتسم بأضرار نفسية هامة. يختلف التكيف مع السرطان من حالة إلى أخرى. الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض العقلية (DSMIV.TR) يضع مجموعة خصائص يصف من خلالها اضطرابات التكيف:

1. ظهور مجموعة أعراض تمس الجانب الانفعالي والسلوكي، هذه الأعراض تكون ناتجة عن عوامل مقلقة معاشه لمدة ثلاثة أشهر.

2. هذه الأعراض أو السلوكيات تكون دالة اكلينيكية، المعاناة المعاشة تكون هامة مبالغ فيها (الموقف لا يحتاج تلك المعاناة)، التأثير يمس الجانب الاجتماعي والمهني.

3. هذه الأعراض ليست ناتجة عن اضطراب عقلي أو عن حالة حداد.

4. بعد زوال العوامل المسببة للقلق، لا تستمر الأعراض أكثر من 6 أشهر بعد ذلك.

الأمراض السرطانية ينتج عنها فقدان الاستقلالية، ضرورة الخضوع إلى أنواع متعددة من الفحوصات والعلاجات، يتأثر الدور الاجتماعي للمصاب وبهذا من الصعب وضع حدود موضوعية لما هو عادي أو متوقع. إنه من المهم عدم إهمال هذه الاضطرابات لما بها من تأثير على حياة المصابة اليومية خصوصا وإن هذه الاضطرابات ترفع من احتمالية الانتحار لدى المصابة. (Chantale , R, 1998 : 19) في دراسة لـ Leveuse Green أجريت في 1972 على نساء مصابات بسرطان الثدي في مراحل الأولى: الاتجاهات النفسية المعتمدة من طرف المصابات اتجاه إصابتهن تم تقييمها ثلاثة أشهر بعد عملية الاستئصال، الهدف من الدراسة كان تقييم الاستجابات النفسية المستمرة وليس تلك المؤقتة لذلك لم يتم التقييم قبل ثلاثة أشهر أين القلق لدى المصابات كان حادًا، ثم تحديد الاستجابات في فئات:

1. الفئة السلبية: (الاستجابة التجنبية الإيجابية) تتجه المصابة إلى نفي أو التهوين من خطورة الإصابة.

2. الفئة الثانية: (استجابة مقاومة) تكون المصابة إيجابية، فتعتبر الإصابة كتحدي.

3. الفئة الثالثة: تكون المصابة على دراية بأنها تعاني من السرطان ولكن ردّة فعلها تكون جبرية.

فيما يخص النوع الأول هناك يأس، عجز لا يستطيع الفرد تحمل الإصابة فيكون متشائم. أما فيما يخص النوع الانشغال، القلق: تتسم استجابات المصابة بالقلق. هذا القلق يكون واضح ومستمر، عندما تتبعوا المصابات لمدة 15 سنة توصلوا إلى أن 45% من المصابات اللواتي استجبن بالنفي أو بالمقاومة والتحدي كانت لا زال على قيد الحياة ويتمتعن بصحة جيّدة مقارنة بالمصابات اللواتي أثبتن استجابات مغايرة أين كانت النسبة فقط 17%. استراتيجية التكيف قريبة من سيرورة التكيف بل يعتبر ميكانزم أساسي له.

أما فيما يخص الفرق بين (coping) استراتيجيات التكيف والتكيف فهذا الأخير مصطلح واسع، بينما coping هو مصطلح خاص نقصد به التغييرات الحاصلة في المحيط والتي تشكل تهديد بالسنة للفرد. بالنسبة (Bruchon, schweitzer. M, 2002) أول من استخدم المصطلح كان كل من Laumier, Lazarus في 1978 Le coping هو مجموعة من العمليات تتوسط الفرد ومحيطه الذي يشكل تهديد بالنسبة له بهدف التحكم، تحمل أو الحفاظ من تأثير هذا الأخير على الراحة الجسمية والنفسية للفرد. هناك عدة عوامل تؤثر على إدراك الفرد للوضعية المقلقة كالعوامل الواقعة للشخصية: كالتفاؤل، الجلد La résilience، القدرة على التحمل، L'endurance وذلك حسب (Delvaux, N et al, 2002 : 200). كل مرحلة من مراحل الإصابة تتميز بردود أفعال نفسية ناتجة عن التدخل المعقد بين الخبرات السابقة، إدراكات المخاطر المستقبلية بالإضافة إلى القدرات الموجودة (الشخصية، الحالة الجسمية، التكفل الاجتماعي) ردود الأفعال تلك قد تؤدي إلى التكيف أو على العكس تؤدي إلى الفشل

وبالتالي إلى الضيق النفسي. يمكن إضافة اضطرابات التكيف إلى مفهوم الضيق النفسي، هو حالة ضيق انفعالي "غير عادي". يمكن تشخيصه كما يحدده DSMIV-IR تظهر في اضطرابات التكيف أعراض تكون دالة إكلينيكية تمس الجانب الانفعالي والسلوكي تؤثر على وظيفة الفرد وتتسبب في معاناة هامة: معاناة أكبر من تلك المتوقعة وذلك حسب Ferreri في مرجع (Graziani, p et al, 2001). ما يميز اضطرابات التكيف، إن الاستجابة (الأعراض المرضية) تتبع عامل مفجر (عامل مقلق). فيما يخص السرطان يصعب وضع حدود موضوعية لتساعد على تحديد الاستجابات العادية من تلك المرضية كما يصعب في هذا المجال وضع محددات خاصة، ولذلك استجابات المصابات غالبا ما تقيم من طرف الطبيب. الجدول رقم 4.2 بوضع الخصائص التي تساعد على التمييز بين: حالة التكيف محاولات التكيف، اضطرابات التكيف والاضطرابات العقلية الهامة. فيما يخص محاولات التكيف يصفها كل من (Delvaux, N et al, 2002 : 141) بأنه الاستثمار الهدف منه الحفاظ على مستوى تكيف بدون فقدان هام ومستمر لسيطرة على الوضعية الجديدة الناتجة عن الإصابة، هذه الجهود المبذولة للوصول إلى التكيف يسمح للمصابة بالحفاظ على تقديرها لذاتها وعلى قدرتها على التحكم في الوضعية الحالية والمستقبلية.

## الجدول رقم 30: يبين الابعاد العيادية لاضطراب التكيف

Les troubles de l'adaptation : Critères diagnostiques

Critère d'inclusion	Effort d'adaptation	Troubles d'adaptation	Troubles psychologique majeurs
Nombre de symptôme	<3	> 3	>4
Intensité	+	++	+++
permanence des symptômes	non	Non	oui
caractère inhabituels des réactions	non	Oui	oui
conséquence relationnelle	non	Oui	oui
durée (sem)	<1	>1	>2

دراسة لـ (A.N.A.E.S, 2000 : 23) تناولت اضطرابات التكيف على عينة من المجتمع العام، توصلت إلى أن اضطرابات التكيف ترفع من خطر الانتحار ومحاولات الانتحار. كما أن اضطرابات التكيف تساهم في مضاعفات الإصابة إلي درجة الخطورة.

## 2. الحصر: Anxiété

الحصر هي استجابة تكيفية، إحساس شاق وغير عادي، حالة خوف لكن موضوعه غير محدد، إحساس لا يتناسب مع الموقف المنسوب إليه، هو انفعال شائع عند المصابين بالسرطان ومحيطهم، لكن الحدود التي تفصل بين الاستجابة العادية والمرضية تبقى غير واضحة، يتوقف ذلك على كل من الشدة (شدة الأعراض) والمدة فيكون عبارة عن مرحلة عادية، مؤقتة، تكيفية، استجابة للخطر الذي يسببه السرطان (الشك، المعاناة، الموت) حسب (Dauchy et al , 2002 : 19) هي استجابة عادية تستمر من 7-10 أيام بعد التشخيص.

الحصر الناتج عن الاضطرابات التكيف والذي يؤدي إلى الإصابة بالدعر النفسي، تغيرات، هلع قد يحصل للفرد، تدوم لفترة مؤقتة وتكون مرتبطة بالسرطان، تشخيصه، علاجه. الحصر الناتج عن اضطرابات القلق (قلق عام، رهاب ... ) والذي في الغالب يسبق ظهور السرطان وذلك حسب (Kangas M et al , 2005 : 736) إذا كان الحصر مفرط، يسبب معاناة دالة إكلينيكية تؤثر على الوظيفة النفسية، الاجتماعية، المهنية أو مجالات أخرى هامة، يدوم ذلك مدة هامة. تقدم اضطرابات القلق حسب الدليل الشخصي والإحصائي DSMIV.TR كآتي:

1. اضطراب القلق المعمم.
2. Attaque de panique مع أو بدون رهاب الأماكن المفتوحة: نوبات هلع. متكررة من الهلع.
3. الرهاب المخصص: نوبات من القلق تدب في مواقف أو أمام أشياء معينة.
4. القلق الاجتماعي: قلق ينبع في مواقف اجتماعية.
5. الوسواس القهري: قلق مصحوب بأفكار وسواسية.
6. القلق الحاد: حالة من القلق التفككي الحاد ناتجة عن صدمة معينة.
7. حالة القلق ما بعد الصدمة: قلق مزمن يظهر بعد التعرض لصدمة.

إنّ إهمال حالات الحصر التي يعاني منها المصابون بالسرطان، تؤدي إلى ظهور مضاعفات لعدم الخضوع للعلاج وعدم تقبله: يتأخر المصاب في الحضور للفحص، تجنبه، التوقف عن العلاج، فقدان الثقة في الطبيب أو في العلاج المستخدم. زيادة في الأعراض الجسمية الناتجة عن المرض أو في الأعراض الجانبية الناتجة عن العلاج: غثيان، قيء، ألم مشاكل في الاتصال: طبيب/ مصاب ما يؤثر على فهم المصاب

للمعلومة. الحصر قد يؤدي إلى ظهور الاكتئاب كما يؤدي إلى تدهور في جودة حياة المصاب وذلك حسب (Stark DPM et al , 2000 : 7).

الحصر كعرض يصاحب المصاب في مختلف المراحل التي يمر بها أثناء الفحص، في فترة التشخيص والعلاج حسب (Simont M. et al, 1998) قام بدراسة على عينة مكونة من 663 امرأة مصابة بالسرطان كانت ستخضع للجراحة فوجد أن 44% من الحالات تظهر لديهن أعراض التوتر، (52%) تعاني من قلق الموت، (71%) الخوف من عملية البتر. لكن ولما سبقت الإشارة تعتبر هذه الأعراض عادية تكيفية، استمراريتها أو الزيادة في شدتها تتطلب تكفل. بالنسبة لـ (Ford, s et al, 1996 : 1511) من بين عوامل الخطر التي تؤدي إلى ظهور الحصر هي غياب التواصل مع المختصين (الفريق الطبي). أشارت دراسات متعددة إلى أن المعلومة المقدمة من طرف المتخصصين من حيث الشكل أو المضمون بإمكانها أن تساهم في الخفض من هذه الاستجابة النفسية. إن الدراسات التي درست حالات الحصر على المصابين بالسرطان تبقى قليلة، أغلبيتها أشارت إلى وجود اضطرابات تسبق الإصابة (الهلع، الرهاب) تظهر أو تعود بعد ظهور السرطان.

## جدول رقم 31 يبين اكلينيكية اضطراب الحصر (AFSOS, 2013 :18)

## Diagnostic et clinique en pratique oncologique

La durée distingue	Diagnostic	Moment typique de survenue
<b>Anxiété aigue</b> (qlq min a qlq heures)	<ul style="list-style-type: none"> <li>-crise d'angoisse réactionnelle</li> <li>-crise d'angoisse situationnelle (qui peut s'inscrire ds un trouble anxieux)</li> <li>-attaque de panique</li> </ul>	Moment transitoire spécifiques : diagnostic, examen et consultations de surveillance (crainte de mauvais résultat, récurrence, métastases, chirurgie, instauration d'un nouveau traitement
<b>Anxiété subaiguë</b> (qlq min a qlq heures)	Réaction anxieuse simple	Elle peut persister 7a10 jours après une mauvaise nouvelle
	Trouble de l'adaptation avec humeur anxieuse ou mixte	Caractéristique des périodes de rémission, peur de la récurrence(syndrome Damoclès)
	Anxiété symptôme d'un syndrome dépressif	//
<b>Anxiété chronique</b> (>6mois)	TAG	//
	TROUBLE PANIQUE	//
	TOC - PTSD	//

هناك ثلاث مكونات يتم التعبير من خلالها عن القلق: المكون الجسمي، المعرفي والسلوكي فيما يخص الأعراض الجسمية للقلق فإنه يصعب تمييزها عن تلك الناتجة عن العلاج (الأعراض الجانبية) من:

- أعراض جسمية قلبية من آلام في الصدر، الاختلاجات، عدم انتظام دقات القلب

- أعراض جسمية عضلية/ عصبية: ارتجاجات، الإحساس بالدوران.

- هضمية: غثيان، الإحساس بعقدة في المعدة.
- عصبية، إعاشية: جفاف الفم، التعرق.
- أعراض جسدية تنفسية: الإحساس بضغط في الصدر، صعوبة في التنفس، سعال.
- فيما يخص الأعراض المعرفية فهي لم تحدد بدقة: الإحساس بالضغط، الإفراط في الانتباه، الخوف، المبالغة وتضخم الأمور المتعلقة بالمستقبل، هلع، إحساس شديد بعدم الأمن وبالضعف، أفكار لا يمكن للمصاب التحكم فيها متعلقة بالمعاودة، الموت، صعوبة في استخالة المعلومات الجديدة، اضطرابات تمس الانتباه.
- أمّا عن المكون الثالث، السلوكي يمكن تحديده في الأعراض التالية: حساسة زائدة احتياج هروب، أو على العكس انطواء على الذات، كف، اضطرابات في النوم عند الخضوع إلى النوم أو حالات من الاستيقاظ المصحوبة بقلق، كوابيس، سلوكيات تجنبية رهائيه خصوصا المراقبة، رهاب الأماكن المغلقة (تظهر أثناء الخضوع لفحوصات IRM، أو رهاب الأماكن المفتوحة، رهاب الإبر (الحقن)، سلوكيات إدمانية (الإدمان).

## جدول رقم 32 : يبين الفرق بين أعراض مزاج الحصر والاكتئاب

Différencier humeur anxieuse et dépression (AFSOS,2013,)

Données	Anxiété	Dépression
Humeur	Appréhension, plaisir gâché par l'inquiétude	Tristesse, perte de plaisir
Contenu de pensée	Manque de confiance en soi, doute surmontables si conseils, diversité mais parasites	Autodépréciation, baisse de l'estime de soi, perte d'espoir, fatalisme, appauvrissement
Trouble psychomoteur	Pas de ralentissement moteur, agitation anxieuse, logorrhée	Ralentissement psychomoteur, baisse du débit verbal
Troubles somatiques	Insomnie d'endormissement, fatigue vespérale	Insomnie matinale, fatigue matinale
Comportement sociale	Crainte de la solitude et de l'abandon	Repli sur soi, retranchement

لا يوجد إحصائيات محددة لنسبة انتشار القلق عند المصابين بالسرطان فحسب ( Mitchell 160 : 2001 , AJ ) بالرجوع إلى 70 دراسة اجريت على المصابين بالسرطان تم تحديد النسب التالية:

19.4% : اضطرابات التكيف

10.3% : اضطرابات الحصر

بينما في العلاجات التلطيفية كانت الإحصائيات كالتالي:

15.4% : اضطرابات التكيف

9.8% : اضطرابات الحصر

النسب كانت متقاربة بالنسبة لحالة القلق ما بعد الصدمة، حالات الهلع والقلق المعمم. في السرطانات المتقدمة توصلت دراسة (Kadan lottick et al , 2005 : 81) إلى أن نسبة القلق المعمم تقدر بـ 4.8%، بينما دراسة (Spencer et al , 2010 : 9) وجدت ان نسبة اضطرابات الحصر يقدر بـ 7.6%. هذا ما يوضح اهمية التشخيص المبكر لاضطرابات الحصر والتكفل بها مبكرا مع أهمية الأخذ بعين الاعتبار الوضعية الجسمية للمصاب فتكون التقنيات مرنة. فحسب التوصيات الكندية المتعلقة بالتكفل بالحصر والاكتئاب سنة 2011 (<http://www.copo>) توجد أربعة أنواع من العلاجات النفسية المستخدمة: العلاج المعرفي السلوكي، علاجات نفسية تربوية، علاجات لغوية والعلاجات ذات البعد النفسي- جسمي. إذا لم ينخفض مستوى الحصر حتى بعد العلاج النفسي من الضروري اللجوء الي العلاج الدوائي: كالمهدئات من نوع (BZD) أولاً، يجب أن يكون العلاج الدوائي مناسب لكل حالة، كما يجب تجنب الآثار الجانبية لعلاج الدوائي ولتجنب حالة الفطام لذلك يجب أن تكون مدة العلاج محددة. يمكن اللجوء أيضا إلى مضادات الاكتئاب في حالة الإصابة بالاضطراب الحصر هامة أو بأنواع أخرى من الاضطرابات النفسية والعقلية. استخدام مضادات الذهان في حالة الحصر المصحوب بالهذيان، الهالوس، عدوانية.

### 3. الاكتئاب : Dépression

من الضروري اعتبار السرطان على أنه أزمة تتسبب في اضطرابات تمس السلوك، المزاج الاكتئاب عند المصابين بالسرطان، هذا الأخير له تأثير مباشر على جودة حياة المصاب على قدرته تحمل علة خضوعه للعلاج. للاكتئاب تأثير مباشر على تطور المرض، ما يشير إلى أهمية الوقاية. تشخيص النوبات الكبرى للاكتئاب يحتاج إلى وجود عرضين أساسيين يكونان مصحوبان بأعراض ثانوية مع استمرارية هذه الأعراض في الزمن. مجموع الأعراض الضرورية هي خمس أعراض على الأقل تمثل أعراض الاكتئاب الأساسية هي: مزاج مكتئب (ومستمر)، فقدان اللذة، الاهتمام، الرغبة في

ممارسة النشاطات، تستمر الأعراض طوال اليوم لمدة لا تقل عن أسبوعين. أما فيما يخص الأعراض الثانوية كما حددها الدليل الإحصائي والتشخيصي للأمراض العقلية DSMIV.TR هي كالتالي:

- عدم تقدير الذات مع مشاعر الذنب

- عدم الاهتمام العاطفي

- عزلة اجتماعية

- التفكير المتكرر في الموت أو الأفكار الانتحارية

- تغيرات في الطبع: حساسية زائدة، عدوانية

- أرق ليلي أو النوم بشكل مفرط

- اهتياج أو بطئ نفسي حركي

- وهن نفسي

- تراجع الليبدو

- نقص القدرة على التركيز والتفكير

أما فيما يخص الاكتئاب عند المصابين بالسرطان فإنه يصعب تمييز الأعراض الجسمية الناتجة عن الاكتئاب عن تلك الناتجة عن السرطان والعلاج (تعب، فقدان الشهية، فقدان الوزن) اضطرابات معرفية أو اضطرابات في النوم، تراجع الليبدو) ولذلك يجب الاهتمام بالأعراض المعرفية والانفعالية من:

- نقص تقدير الذات (نظرة مأساوية للماضي)

- مشاعر الذنب (مستمرة).

- اللامبالاة.

- فقدان كلي للذة المرتبطة بالحياة اليومية.
  - أفكار موضوعها الموت: أفكار انتحارية.
  - التشاؤم المرضي ونظرة سلبية إلى الوضعية المرضية.
- أما فيما يخص نسبة انتشار الاكتئاب عند المصابين بالسرطان، فإن النتائج التي توصلت إليها الدراسات كانت مختلفة بسبب عدم الاعتماد على أداة واحدة (الأدوات المعتمدة كانت متعددة)، ففي دراسة تحليلية لـ (Mitchell, 2011 : 84) لـ 70 دراسة أجريت على عينة مجموعها ن = 10071 ، فكانت النتائج كالتالي:
- نسبة الاكتئاب بمختلف أشكاله = 16.3%
  - EDM : 6%
  - اضطرابات التكيف: 32.1% (مجموعة من التجليات الاكتئابية أو الحصر أو السلوكية ناتجة عن أسباب حالية) ولكن شدتها ومدتها ليست كافية حتى تعتبر بمثابة اضطرابات الحصر أو الاكتئاب. تختلف هذه النسبة باختلاف مراحل المرض، تزيد مع تطور المرض (في المراحل المتقدمة) وفي مرحلة الدعم. قامت Mitchell بتحليل 24 دراسة مجموع العينة فيها كانت N = 4007 كانت النتائج كالتالي:
  - كل الأشكال العيادية للاكتئاب : 24.6% - 29%
  - نوبات اكتئابية هامة: 14,3% - 16,5%
- فيما يخص عوامل الخطر الشخصية في مجال السرطان حسب (AFSOS, 2011 : 13):
- الجنس: أنثى
  - التشخيص يكون في سن صغير ( 15-54 سنة)

- الحالات التي عاشت مواقف مقلقة (سلبية) قبل الإصابة (حداد، خيبة أمل متكررة).
- سوابق مرضية عقلية: اكتئاب، محاولات انتحار، إدمان، (سوابق شخصية أو عائلية).
- خصائص الشخصية: عدم التعبير عن المشاعر والانفعالات، تقدير منخفض للذات
- نقص الدعم الانفعالي، اتجاه نحو التشاؤم.
- أمّا عن عوامل الخطر الاجتماعية، حسب (AFSO, 2011, 14) أن العوامل الاجتماعية المؤثرة متنوعة، تؤثر على الوضعية النفسية والعقلية للمصاب بالسرطان:
- الوضعية الشخصية: أعزب، متزوج، مطلق.
- العزلة الاجتماعية.
- مستوى اقتصادي واجتماعي منخفض.
- الشعور بغياب الدعم الاجتماعي.
- فيما يخص عوامل الخطر الناتجة عن السرطان فهي:
- مرحلة متقدمة من المرض.
- المراحل الحرجة: مرحلة التشخيص، مرحلة الإعلان عن المعاناة، مرحلة الدعم.
- وجود أعراض جسدية لا يمكن للمصاب التحكم فيها (الألم ، غثيان، قيء، تعب، الخ).
- أمّا عن خصوصية الاكتئاب عند المصاب بالسرطان، فإن الاكتئاب قد يكون ناتج في هذه الحالة عن أسباب طبية مثل:
- اضطرابات متعلقة بالأيض.
- نقص في الفيتامين B12.
- إصابات في الجهاز العصبي المركزي.
- إفراط أو تفريط في عمل الغدة الدرقية.

- عجز كلوي، آلام مزمنة.

أما عن تلك الناتجة عن مواد (أدوية) مستخدمة، هناك عدة فرضيات حاولت الربط بين الاكتئاب والاصابة بالسرطان، لكن وكما أشارت الطبيبة العقلية ورئيسة الجمعية الفرنسية لعلم النفس الأورام Sarah Dauchy أنه لا يمكن إثبات أن الاكتئاب يرفع من خطر الإصابة بالسرطان ولا أنه يعيق عملية الشفاء، إذا وجد، الخطر يبقى ظئيل وناتج عن إصابة مزمنة بالاكتئاب. يجدر الإشارة إلى أن الاكتئاب يؤثر على جودة الحياة (اللجوء إلى سلوكات مضرة) ما يرفع من خطر الإصابة بالسرطان. المصاب في الاكتئاب لا يهتم ولا يخضع للرعاية الطبية، ما يكون سببا في تأخر التشخيص (تشخيص السرطان يكون في مراحل متقدمة). فيما يخص الوضعية الاكتئابية عند المصابين بالسرطان، فإن العلاقة تبقى معقدة لأن الأعراض الاكتئابية التي يعاني منها المصاب قد لا تكون ناتجة عن اضطراب الاكتئاب بل سبب. المرحلة المتقدمة من السرطان وما ينتج عنها من تعب يسبب المضاعفات (أمراض التهابية) غالبا ما تكون السبب في إصابة المصاب بحالة اكتئابيه مؤقتة، حتى بعض العلاجات المستخدمة تؤدي إلى ظهور حالات اكتئابيه، ولكنها تبقى مجرد حالات اكتئابيه وليس اضطراب الاكتئاب. إن التكفل النفسي - اجتماعي مهم نركز فيه على تشخيص، تقييم لعلاج مضاعفات الاكتئاب حيث أن هذه الأخيرة تؤثر مباشرة على جودة حياة المصاب، على قدرته على التحمل، خضوعه للعلاج. يبقى الاكتئاب في هذا المجال يشكل تحدي ويبقى من الضروري التشخيص مرة على الأقل في كل مرحلة من مراحل المرض، نرجع فيه إلى التقييم الاكلينيكي (نبحث على الأقل عن العرضين الأساسيين للاكتئاب حسب (DSMIV TR) أو استخدام المقاييس المخصصة (19 : 2011, AFSOS) يقترح عدة أدوات تستخدم لقياس الاكتئاب، الأكثر استخداما هي:

- مقياس الضيق détresse الانفعالي: HADS

- محرار الضيق La détresse.

- هناك مقاييس تختص في قياس الاكتئاب : Beck

Brief Edinburgh depression scale -

حسب (Liebens f et al , 2001) من الضروري على المختص النفسي البحث عن العناصر التالية: وجود سوابق مرضية- غياب الدعم الاجتماعي، استمرارية لاعتقادات السلبية المتعلقة بالمرض، طبيعة المرض مهمة والتنبؤ به أيضا (مستقبل المرض يكون غامض) تظهر هذه الأعراض حتى عند النساء اللواتي تعانين من أورام في مراحلها الأولى، تنتشر هذه الأعراض بنسبة 53% عند النساء اللواتي خضعن لعلاج جراحي لسرطان الثدي. لا تتأثر أعراض الاكتئاب بسن المصاب ولا بنوع الجراحة التي خضع لها ولا حتى بطبيعة التنبؤ بالمرض، ولكن من الممكن ان يكون للصدمة الناتجة عن الإعلان عن الإصابة بالسرطان مسؤولية كبيرة ينتج عنها الضعف النفسي (لما يواجه المصاب فكرة الموت). فيما يخص التكفل، يجب أن يكون التكفل شامل بيولوجي، نفسي واجتماعي، يؤخذ فيها بعين الاعتبار:

- شخصية المصاب (المعاش النفسي).

- الإطار المهني- الاجتماعي والموارد النفس- اجتماعية (الأسرة، العمل، المحيط).  
الأعراض الجسمية (ألم، تعب، اضطرابات جنسية، غثيان).

- وجود اضطرابات عضوية وعقلية مصاحبة (إعاقات...).

حسب (Daly - Schweitzer, 2008 : 162) الوصول إلى قرار متعلق بعلاج الاكتئاب يتوقف على احتمالية التحسن التلقائي في 2-4 أسابيع. شدة الاضطرابات الوظيفية، شدة ومدة أعراض الاكتئاب، أما فيما يخص طبيعة التكفل هو من جهة دوائي ونفسي، يقوم بالتكفل النفسي مختص في علم نفس الأورام ثم اللجوء إلى مختص في الأمراض العقلية في الظروف التالية: لما تكون أعراض الاكتئاب ذات طابع خاص: الأفكار الانتحارية استمرارية الأعراض بالرغم من أن المصاب يتناول الأدوية لمدة لا تقل عن أسبوعين

ظهور مضاعفات جانبية تتطلب إيقاف العلاج المستخدم. عندما تؤثر أعراض الاكتئاب على العلاج: رفض العلاج، تأخيرته. لما يعطي العلاج النفسي نتائج إيجابية، في هذه الحالة يضاف العلاج الدوائي: مضادات اكتئاب تزيد من فعالية وسرعة العلاج. يمكن للعلاج النفسي أن يكون فردي أو جماعي، أنواعه متعددة نذكر منها:

- الدعم النفسي

- علاج نفسي تحليلي

- علاج نفسي - تربوي

- علاج نفسي - جسدي

اختيار العلاج يتوقف على:

- شخصية المصاب

- قدرته على التعبير

- الوضعية النفسية - اجتماعية المصاب

- المرحلة التي يكون فيها التكفل

- العلاج الدوائي المعتمد مع المصابين بالسرطان

حسب (24 : 2011 , AFSOS) تؤدي مضادات الاكتئاب إلى تحسن الأعراض عند 70% من الحالات التي تعاني من نوبات اكتئاب حادة. لا يجب الاعتماد على مضادات الاكتئاب في هذه الحالة كوقاية، إذا وجدت عوامل خطر يجب أن تكون المراقبة مشددة. لا يجب الاعتماد على الأدوية إذا أظهر المصاب عرض واحد فقط جسدي كالتعب. أحيانا يكون التكفل بطيء وغير كافي: في هذه الحالة يجب تغيير العلاج (إعادة تكييفه). اختيار مضاد يختلف من حالة إلى أخرى وذلك بسبب العوامل الغير مرغوبة (مضاعفات) الدواء حسب

ما يفضله المصاب. لكن وكما أشارت (Daly Schweitzer , 2008 : 159) لا توجد دراسات تقييم العلاج الدوائي عند المصابين بالسرطان، وحوالي 15-20% من المصابين بالسرطان خضعوا لعلاج دوائي: مضادات الاكتئاب، حوالي نصفهم تحسنوا بعد تناولهم الأدوية، من 10-15% توقفوا عن أخذ الأدوية بسبب آثارها الجانبية، اختيار مضاد الاكتئاب يتوقف علي السوابق الطبية للمصاب ووضعيته الحالية، طبيعة الاعراض. تنقسم مضادات الاكتئاب المستخدمة إلى:

- Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS)
- La sérotonine (ISRS)
- Les antidépresseurs tricycliques (ATC)
- Les analeptiques a stimulants cérébraux.

#### 4. الصدمة النفسية: le traumatisme psychique

يتم تشخيص حالة قلق ما بعد الصدمة بالرجوع إلى المعايير الموجودة في الدليل التشخيصي والإحصائي DSM4 ، نفس هذه المعايير نعود إليها في حالة الأمراض السرطانية. ففي الطبعة الرابعة من الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض العقلية DSM4 تمت الإشارة إلى أن تشخيص الإصابة بمرض يهدد حياة المصاب يعتبر بمثابة حدث صادم قد يؤدي إلى الإصابة بحالة القلق ما بعد الصدمة. لذكرنا كل من Pontalis وLaplanche بأن أول استخدام لمصطلح صدمة كان في المجال الطبي بمعنى إصابة لها تأثير على الجسم بأكمله، نفس المصطلح استخدمه Freud في التحليل النفسي: مصطلح استخدم هذه المرة في الجانب النفسي: يرتبط بالمفاهيم الثلاث التالية: صدمة قوية L'effraction، وآثار تمس كل الجسم. يمكن تعريف الصدمة بأنها أحداث يمر بها الفرد في حياته تتميز شدتها بحيث يصبح الفرد عاجز عن الاستجابة لها بالطريقة المناسبة تعطي اضطرابات وآثار جانبية مرضية دائمة تمس الجانب النفسي. يرتبط السرطان مباشرة

بالخوف من الموت ومن المعاناة، يرتبط أيضا بتدهور في الجسم، وبفقدان السلامة الجسمية والنفسية. أثناء الإعلان عن الإصابة بسرطان الثدي يجب دائما الأخذ بعين الاعتبار الوضع الاجتماعي والدور العائلي للمصابة التي تظهر عدم الراحة بالإضافة إلى الخوف من التشوه من فقدان الانوثة، الخوف من الاستئصال، من فقدان عضوات معني بالنسبة للمرأة، مع صعوبة في تقبل التشخيص مع الخوف من العلاج خصوصا إذا كان العلاج كيميائي لما له من آثار جانبية تمس صورة المرأة الجسمية. الإعلان عن الإصابة بالسرطان يؤدي إلى الإصابة بصدمة نفسية بسبب التصادم الذي يسببه بين الواقع، المستحيل، حسب (Broquen 1997: 49) كيفما كانت الإصابة الجسمية، إن التمثلات الذهنية الخاصة بهذه الإصابة هي السبب في توتر الحالة، هذه التمثلات لا تتناسب مع تلك الموجودة لدى الفرد المرتبط بدائه للصدمة النفسية الناتجة عن إعلان الإصابة بالسرطان والعلاج يعتبر بمثابة فقدان بمثابة، فحسب البحث الذي قام به (Lelorain, 2009 : 320) فإن حالة القلق ما بعد الصدمة تعبر عنها المصابات بعد مدة طويلة من تشخيص إصابتهن من الناحية الكيفية والكمية، وأثناء المقابلات. ففي كلتا الحالتين يشمل التغيير في الغالب النقاط التالية: تقدير أكبر للحياة، مشاعر القوة الشخصية ونظرة جديدة للآخرين. إن طبيعة تطور ما بعد الصدمة، نسبة انتشاره والتنبؤ به الخاص بالسرطان مشابهة لبقية المواقف المقلقة والمؤلمة التي قد يعيشها الفرد. إن تجليات الصدمة النفسية من الكف الناتج عن المفاجأة والصدمة عدم القدرة على التفكير (غياب التمثلات الذهنية) فيما لا يمكن التفكير فيه فيصبح الجسم حسب (Bensoussan, 2004) وبعد رحلته الطويلة مع العلاج بدون روح فيحدث ما يسمى بالانفجار النفسي، دمار التدايعات النفسية ما بين النظام والمضمون. بالنسبة لـ (Nicolleau -Petit .v , 2009 : 31) إذا اعتبرنا أن الإعلان عن السرطان وما يتبعه

من علاج طويل له تأثير الصدمة على المصاب والذي يتميز بديمومة، فإن المدة الزمنية التي تتبع العلاج، هي المدة التي تظهر فيها أعراض القلق ما بعد الصدمة. غالبية المصابات تتفاوضن مع نفسهن حول تاريخهن، صورتهن، علاقاتهن العائلية والحميمية ورغباتهن ورغبات الآخرين. بعض الحالات تعيش ما سماه T. Dhomont التفكك الصدمي تصل إلى درجة تفكك الشخصية *dépersonnalisation* حالة من الانفصال تحول الحالة إلى آلة. يستمر المصاب بحالة القلق ما بعد الصدمة في تقديم الشكاوى وفي أخذ موضع الضحية أثناء مواجهته للعلاج العنيف والألم الناتج، كالحالة التي عاشت صدمة واستمرت في حديثها من خلال الذكريات المتكررة تجتاح المصابة على شكل كوابيس، أرق ليلي فجائي مع الشعور المستمر بأن هذا العنف بإمكانه ان يتجدد بعد حصول اي مثير فكري. يركز المصاب على جسمه، يلاحظ أي عرض قد يحصل على مستواه ويعتبره بداية اعتداء محتمل، المعاودة. مشكل الصدمة النفسية الناتجة عن الإصابة بالسرطان تم الاهتمام بها ودراستها في مجال علم الأورام النفسي وذلك بهدف الكشف عن الاضطرابات النفسية التي قد تنتج عن الإصابة بالسرطان (Baillet F , 1998 :35) هي حالة تزيد من حدة الألم المعاناة أما عن الناحية النفسية تعيش الحالة صدمة انفعالية، حالة من الدهول والشك والخوف، القلق الكارثية. هو حالة من القلق الشديد بسبب الوعي بالوضعية مصحوبة بحزن ويأس وغضب مع الشعور بالذنب والعار، لذلك من المهم الاهتمام بعملية الوقاية منذ الإعلان عن الإصابة بالسرطان من أجل التخفيض من شدة الصدمة ولذلك يقول (Reich M , 2008 : 841) نقتراح بأنه من الضروري الاهتمام بفترة الإعلان عن الإصابة لأنها فترة مهمة تحدد العلاقة التي تربط بين المصاب والطبيب والتي يجب التركيز فيها على التواصل.

يعتبر هذا التشخيص صادم بالنسبة للمصاب وأحيانا بالنسبة للطبيب أيضا ولذلك يجب اختيار الوقت المناسب واحترام رغبات المصابات، أن من بين قضايا الإعلان عن التشخيص تربية المصاب والطبيب التي تساعد على الوصول إلى التكيف مع الوضعية: الإصابة والعلاج. أثناء الإعلان عن التشخيص يجب التأرجح ما بين الثنائية: الاقتراب/الابتعاد مع احترام استقلالية المصاب وحرية. احترام اخلاق وقيم المصاب ضرورية للحفاظ على الثقة ما بين المصاب والطبيب بالنسبة لـ (Bessis F et al , 1991 : 9) من الضروري الاهتمام بالعلاقة التحويلية أثناء الصدمة، كما أشار إلى أن حالة القلق الذي يظهر على الحالة ليس ناتج عن الوضعية الحالية فقط بل هو تنشيط لقلق مرحلة الطفولة تنشيط لفترات ووضعيات قديمة، لذلك من الضروري التعامل معها بالطريقة المناسبة التي تستجيب للحاجات النفسية للمصابة، لحالة النكوص التي تعيشها، لحاجاتها الأساسية بما فيها الحاجة إلى الاستقلالية. إنّ العلاج حسب Winnicott مشاركة جسمية ونفسية ذات أهمية علاجية بالنسبة للمحلل النفسي وللطبيب أيضا، بالرغم من أن وظيفتهما مختلفة، هذا الاتكال العلائقي للمصاب الذي بالإضافة إلى إصابته يعاني من الهشاشة الناتجة عن الصدمة. من جهة أخرى هذه المرحلة هي مرحلة الافتتاح ضرورية لإيجاد وإنشاء تواصل بدائي يكون من خلال التحويل، هذا التواصل تم الإشارة إليه من طرف: Ferenczi- Winnicott- Balint- Bion- McDougall والذي من خلاله يصبح من الممكن علاج الصدمات الناتجة عن العلاقات الأولى والتي لم يسبق التعرف عليها، هذه الأخيرة تأثيرها يمس فترة عيش الفرد.

ثانياً: أزمة الهوية لدى المصابة بسرطان الثدي

### 1. المقاربة العيادية لمشكل الهوية لدى المصابة:

لكل امرأة تمثيلات خاصة بها مرتبطة بالثدي، وكل امرأة بعد عملية الاستئصال تشعر بالتشوه وفقدان للوحدة الجسدية. يري (Honore S , 2005 : 157) إن كل من الثدي والسرطان متناقضان فيما بينهما (من حيث المعنى) فالثدي مصدر للحياة بينما السرطان يسبب الموت أو على الأقل يسبب المرض، الخوف، المعاناة. إن السرطان يعرض هوية المصابة للخطر، هويتها الجسدية (صورة الذات) وهويتها النفسية (إدراك الذات)، كذلك تتأثر السلامة الجسدية بسبب الإصابة بالسرطان وعلاجاته المختلفة. إن العلاقة مع الجسم تكون دائماً مضطربة بالنسبة للمصابة وكذلك بالنسبة للآخرين حسب (Aulagnier P, 1986) إن السرطان يجبر الجسم على الانطلاق بشكل دائم ويجبر الروح على البحث عن معنى للحياة، للمعاناة التي يتعرض لها الجسد. إن السرطان وعلاجاته المتعددة يجعل المصابة تعيش تحولات متعددة على مستوى جسمها نوعاً ما تكون سريعة، التحول يمس الهوية الجسمية أيضاً، مع احتمالية حدوث ما يعرف بتجريد الهوية مع فقدان القدرة على التحكم في الذات وفقدان الثقة. (Delvaux et al, 2002 : 107) تعلمنا بأن مخطط الجسم يرتبط ارتباطاً وثيقاً بالصورة الجسدية التي ترتبط بدورها بالاستعدادات والمشاعر المعاشة والمرتبطة به. بنمو الصورة الجسدية الاستقلالية، تنمو الشخصية، بالعلاقات مع الآخرين (أسرة، علاقات مهنية، علاقات اجتماعية). إن الاستئصال، التشوه، التغيير الحاصل في الوظيفة الجسدية تؤثر على إدراك الفرد لجسديه فتتغير الصورة الجسدية حيث إذ لكل منطقة من الجسم معنى رمزي، ولذلك فبالإضافة إلى الحداد الناتج عن فقدان عضو معين أو وظيفة معينة يضاف إليه تغير في الصورة الجسدية لإدراك الذات الرضا عن الجسم

في صورة الذات أيضا. استئصال الثدي يعطي الأحاسيس التالية: الشعور بالفقدان بالاكنتاب، بأن أنوثة المصابة تأثرت بالتماثلات، ما يكون له تأثير قوي على هوية المصابة، حداد الثدي المفقود، فكلما كان للثدي مكان مهم في الهوية كلما فقدانه كان محطم حتى الوضعية الاجتماعية تدخل هنا. بالنسبة للباحث (Desclaux. B, 2013) إنّ السرطان والعلاج يعرض الهوية الجسدية (صورة الجسد) والنفسية (الوعي بالذات) للخطر وعليه يجب الإجابة على سؤالين أساسيين لتحديد مدى تأثير الهوية: كيف كان استثمار الجسم قبل التدخل الجراحي؟ كيف يمكن فهم الفقدان المرتبط بالجسم؟

إنّ فقدان الثدي يؤثر على تقدير الذات، يؤثر على الرغبة والمتعة الجنسية. أنّ الجرح النرجسي الناتج عن الإصابة الأنوثة وما ينتج عنه من حداد، هذا الأخير قد يتحول إلى عصاب الحداد، حوالي (15 إلى 25% من الاكنتاب) الإعلان عن السرطان يجعل الجسم يتألم كما صرح (Deschamps, 1997) "الإعلان عن السرطان تكسر أجنحة الرغبة، العقل يغرق في الهاوية، بينما الجسم جزء هام من رعب السقوط، الإصابة بالسرطان تعني الموت في وسط عنيف، يعني الانفجار في الآلاف من القطع السرطانية، داخل محيط من اللاتمايز بينما الواقع يستمر (الحياة تستمر)".

## 2. تصدع الهوية وأهم الاضطرابات التي تظهر لدى المصابة:

في مجتمع تعتبر فيه المظاهر أهم من الشخص، يعتبر الاستئصال إصابة عضوية لها آثار نفسية لا يمكن تجاهلها. إنّ المصابة عند تعرضها للسرطان تخشي فقدان وحدتها الجسمية، تخشي التراجع والبتير لعضو من أعضائها. هذا الجسم المصاب بمرض طويل يسبب ألم ما سيؤدي تدريجيا إلى التراجع الذي يكون نتيجة الوفاة بشكل تدريجي ومؤلم. إنّ المظاهر الجسمية الناتجة عن إصابة الصورة الجسمية للمصابة متعددة ومتنوعة وذلك

حسب المختصين الذين يتكفلون بهؤلاء الحالات، بطبيعة علاجية تؤثر على الهوية الجسمية والنفسية للمصابة وذلك حسب (Brettes J et al, 2007: 55)، إن الإصابة بالسرطان على مستوى الثدي لها رموز متعددة منها الشعورية واللاشعورية. المكون التشريحي للثدي والذي يعتبر مصدر للغذاء والحياة، الأمومة أصبح خطر يهدد الوجود ويؤدي إلى الوفاة، المكون النرجسي للثدي والذي يعتبر مصدر للأفراد، للأثوثة والجمال. المكون الشبقي للثدي الذي يعتبر مصدر الاستهجمات، للمناطق الشبقية ولكل ما يتعلق بما هو جنسي مكون خيالي مرتبط بالرغبة والتي لا نصل إليها ولن نصل إليها. هي تجربة يتعلم فيها المصاب كيف يموت، التحول حسب (Fischer G N, 2013 : 103) هو انتقال، هو تقبل للمستقبل، لمستقبل المصاب المتعلق بحياته الشخصية والتي تكون أحيانا بدون مخرج وبتجربة ومسار يتعلم فيه المصاب كيف يعيش بطريقة مغايرة، ولذلك فإن المرأة المصابة بالسرطان والتي تعرضت إلى استئصال الثدي، عليها إعادة بناء صورتها الجسمية وإعادة إيجاد معالم هويتها، أنوثتها حيث أن المرض في حد ذاته والعلاج وما يسببه من بتر يؤثر على المعالم والعلاقة مع الجسم. إن التغيرات الجسمية الحاصلة تطرح سؤال حول استمرارية إدراك الصورة الجسمية حيث أن التغيرات الحاصلة والتي تتميز بالسرعة والعنف تتسبب من جهة في انقطاع الهوية في العلاقة مع الذات ومع الجسم فتكون السبب في الإحساس بالخرابة.

#### أ- اضطراب الصورة الجسدية لدى المصابة بسرطان الثدي:

هو مصطلح نفسي يشير إلى مجموع التمثلات والادراكات والمشاعر، الاستعدادات الموجودة لدى الفرد والمرتبطة بجسمه، تكون ناتجة عن التجارب التي عاشها الفرد. فحسب (Marjorie D, 2010 : 07) إن علم النفس وصف تكوين صورة الجسم انطلاقاً من

ملاحظات الطفل. فيكون الطفل أثناء نموه جسما حركي بالتدرج اثناء نشاطاته، يكون جسما مرئيا (الموضوع). أن الوجوه المشكلة ترتبط فتشكل ما يشبه اللغة كما أن الطفل يتعرف على جسمه في المرآة فيحدد صورته لتصبح ثابتة، هي مرحلة هامة تعتبر بداية الذات، تفسر كيف أن الصورة الجسدية تتطور وتتغير في مراحل حرجة يمر بها الفرد كمرحلة المراهقة الشيخوخة، وفي بعض الأحداث التي يمر بها الفرد كالمرض والإعاقة ولكنها تحافظ على ثبات نوعي بالرغم من التغيرات التي قد تحدث في الجسم.

أما فيما يخص الإصابة الجسمية الناتجة عن السرطان فإنها تمر بثلاث مراحل ( Reich M , 248 : 2009) تعتبر أساسية سواء على المستوى الجسدي أو النفسي، على المستوى الجسدي نتحدث على الإصابة واحتمالية البتر، بتر عضوا أو جزء معين من الجسم (المصاب). إعادة بناء الجسم باستخدام بدائل. أما من الناحية النفسية فإن الإعلان عن الإصابة تجعل المصاب يواجه احتمالية موته، فقدان عضو من جسمه ما ينشط الحداد لديه أما التبعر الحاصل بعد استخدام بدائل فهو يحتاج إلى عمل نفسي لتقبله. إن الإصابة بالسرطان وعلاجاته تدفع المصابة إلى التفكير بشكل مغاير فيما يتعلق بجسمها، إن سبب الاضطرابات الحاصلة في الصورة الجسدية: التغيرات المتعددة التي تحصل على مستوى الجسم ومن بينها تساقط الشعر، فقدان أو زيادة في الوزن، ما يؤثر على الحياة الخاصة والجنسية خصوصا بعد استئصال الثدي. إن التأثير الجسدي والنفسي الحاصل قد يعرقل الاتصال الجسدي والاجتماعي، نجد صعوبة في مواجهة صورتها في المرآة وفي عيون الآخرين. إن العديد من المختصين في مجال علم الأورام النفسي، من بينهم (Delvaux et al, 106 : 2002) أشاروا إلى وجود عدة علاجات لها تأثير على صورة المصابين الجسدية. تكوين الصورة الجسدية يرتبط بشكل مباشر بالفرديانية، بنمو الشخصية، بالعلاقات ما بين

الأفراد وبالتقافة. إن كل ما يتعرض له جسم المصاب أثناء المرض والعلاج من بتر يغير في الوظيفة الجسمية يؤدي بثورة إلى تغير في إدراك الفرد لجسمه (صورته الجسدية).

إن كل منطقة في جسم الفرد لها معنى رمزي. إن الحداد عن فقدان منطقة معينة أو وظيفة معينة يضاف إليه تغير في إدراك الذات في رضا الفرد عن جسمه في صورة الجسد. إن المظاهر الناتجة عن تأثر الصورة الجسدية في مجال علم النفس الأورام متعددة وتختلف حسب نوع العلاج. (White CA, 2000 : 9) أشار إلى أن الجراحة وما ينتج عنها من بتر يؤدي إلى فقدان عضو من أعضاء الجسم من نذبات إلى تشوهات حيث أن استخدام البدائل تبقى غير كافية من الناحية الوظيفية. في الغالبية العمليات الجراحية التي تتعرض لها النساء المصابات بسرطان الثدي تؤدي إلى استئصال الثدي الكلي، هذه المرحلة من العلاج لها صورة جسدية خاصة بها بعد الجراحة يأتي العلاج الكيميائي وما يسببه من فقدان الشعر و الذي يعتبر العرض الواضح للسرطان، ما يشكك في أنوثة المصابة وقدرتها على الأجراء ما يسبب صدمة نرجسية يصعب على المصابة تحملها، أما فيما يخص العلاج الإشعاعي يؤثر على الجسم بحيث يؤدي إلى تغيرات في الجلد، إلى حروق في المنطقة التي تعرضت للإشعاع، وأخيرا العلاج الهرموني الذي يؤثر على الدورة الشهرية للمرأة مع دخول مبكر إلى سن اليأس مع نقص في الليبدو، لذلك من أجل تحديد الاضطرابات التي تمس الصورة الجسدية وحسب (Reich M, 2008 : 252) يكون ذلك من خلال تحليل السلوكات الموضوعية أمام وجود أو غياب الأعراض أو بسبب رفض التحدث عن الجانب الجسدي كرفض مشاهدة المنطقة المبتورة. إن شدة التهديد الحاصل يتوقف على الأهمية المعطاة للجسم (إجراء...) حسب طبيعة العضو المصاب (معناه الرمزي) وإصابة الجسم من الناحية الوظيفية والهيكلية سواء كانت مؤقتة أو دائمة.

هناك عدة مقاييس لتقييم الاضطرابات الحاصلة في الصورة الجسدية تستخدم في علم الأورام يمكن استخدامها كمقياس الصورة الجسدية body Image Scale، تسمح بالتعبير عن المعاش الجسدي ما يسمح بوصف وتحديد الاضطرابات الخاصة التي تمس الصورة الجسدية ما يسهل تقييم تأثير علاج السرطان على الصورة الجسدية. إنه من المهم التحديد الدقيق للإصابة الجسدية، تحديد تأثير ذلك من الناحية النفسية وتأثير كل ذلك على الهوية التعرف على ما يعيشه المصاب من فقدان مع التعبير على معاش المصاب لهذه التغيرات الجسدية، التعبير بالكلمات مهم، ففي مؤتمر AFSOS (Reich M, 2010) في محاضراته المعنونة بالبصمات الجسمية كيف يتم إعادة بنائها في حالة سرطان الثدي، حيث يعطي فيه بعض الأفكار المتعلقة بالتكفل بالاضطرابات الناتجة عن الصورة الجسدية من:

#### ❖ تحديد الإصابة:

- على المستوى الجسدي
- على مستوى الهوية الشخصية
- على المستوى الوظيفي

#### ❖ تحديد الانفعالات المعاشة:

- حالة الحزن، اليأس
- الشعور بالذنب، الإحباط

#### ❖ تحديد الاضطرابات العقلية المصاحبة:

- اكتئاب
- اضطرابات التكيف

- رهاب

- حالة قلق ما بعد الصدمة

### ب- الاضطرابات الجنسية لدى المصابة بسرطان الثدي:

إن فقدان جزئي من الجسم- الثدي أو الأعضاء التناسلية- يغير الصورة الموجودة لدى المرأة عن ذاتها. يكون ذلك مصاحب بفقدان الإحساس بالإثارة وباللذة الناتجة عن إثارة المناطق الشبقية أثناء العلاقة الجنسية. تشعر المصابة بالانزعاج لما يشاهد، تلمس أو تلمس جسمها. وعليه من المهم التحدث حول هذا الموضوع. أهمية الآثار الجانبية للسرطان على الحياة الجنسية تختلف من حالة إلى أخرى، الرغبة الجنسية تتناقص بسبب القلق الهام الذي تعيشه الحالة، ان القلق المرتبط بتطور المرض وأثار علاجاته من تغيرات في المظهر الجسمي التعب، الاضطرابات الهرمونية، كل ذلك يؤدي إلى نقص هام في الليبيدو. إن الزوجين اللذان يواجهان السرطان: سرطان الثدي، هذا الأخير يجعلهم يعيشون مراحل تزعزع استقرار حياتهم الجنسية. أمّا فيما يخص آثار ذلك فإنها تتوقف على قيمهم وقدرتهم على التكيف العديد من النساء تصبح غير مهتمة بالعلاقات الجنسية منذ الإعلان عن السرطان وأثناء العلاج أيضا: 24% يشكون من نقص في الرغبة الجنسية و 17% يصبحن غير قادرات على تقدير الجنس. الدراسات الحديثة أثبتت أن النساء أثناء العلاج (علاج سرطان الثدي) تصبح بالنسبة لها العلاقة الجنسية غير ضرورية. حسب (Jarousse .N, 2002 : 24) إن الإطار الخاص للسرطان يجعل التكفل بالاضطرابات الجنسية الناتجة عنه تختلف عن التكفل بالحالات الأخرى، ولذلك يجب أن يكون الفريق الطبي على دراية بالنتائج النفسية والجنسية للسرطان وعلاجاته، حيث أن أكثر من 40% من النساء تصرح بأن السرطان وعلاجه غير حياتهم الجنسية. لكن هذه

الاضطرابات نادرا ما يتم التحدث عنها مع الطبيب وهذا ما دفع معهد Curie الفرنسي إلى اقتراح وضع مؤسسة خاصة بالمجاورين المقتربين من المصابات من أطباء جراحين مختصين نفسانيين للإجابة على المشاكل النفسية، وعلى مشاكل العقم التي تتعرض لها النساء المصابات بالسرطان. ففي نفس الفكرة نضيف ما قاله (Taquet A , 2005 :171) حيث أن التغيرات الناتجة عن العلاج، معاش وخيالات المصابات، الحياة الجنسية هي من الميادين الأكثر تأثرا بالإصابة بالسرطان، سواء تعلق الأمر بالجراحة، بالعلاج الكيميائي أو الإشعاعي، تشعر المصابة بأن هذه العلاجات تؤثر على وحدتها الجسمية، حتى وإن كانت هذه الإصابة تختلف باختلاف نوع العلاج وذلك حسب (Lehmann, 1987)، حتى وإن كان يصعب التحديد الدقيق لتأثير السرطان على الحياة الجنسية ومختلف الاضطرابات الجنسية التي يسببها فإنه من الواضح أن تشخيص الإصابة بالسرطان يسبب حالة من الكف عند المصابة وذلك حسب (Cavro, 2005)، إن الإصابة بالسرطان والعلاج له تأثير هام على الوظيفة الجنسية للمرأة في اعتبار (Cerisey. C , 2010) تعرض لنا دراسة قام بها معهد Curie حول "الحميمية والجنس بعد سرطان الثدي" حيث تم طرح السؤال على أكثر من 300 امرأة، 50% منها سنها أقل من 54 سنة و 52% تدخل في سن اليأس، أثناء التشخيص، نصف المصابات تعيش معاناة نفسية حقيقية و 26% تشعر بأنها لم تصبح جذابة، أكثر من 50% منهم رغبتهم الجنسية انخفضت جدا، التردد اتجاه العلاقات الجنسية انخفضت عند 43% من النساء. كلها (النساء) اشتكت من نقص في المعلومات المتعلقة بالجانب الجنسي والموجهة إليها. فيما يخص الأسباب النفسية فإنها متعددة من: القلق التوتر، الخوف، ما يؤثر على العلاقات الجنسية. أما فيما يخص الأسباب الفيزيولوجية فهي ترتبط بالعلاج واثاره الجانبية كاستئصال الثدي، العلاج الإشعاعي، العلاج الكيميائي

وأخيرا العلاج الهرموني. حسب (Taquet A, 2005 : 173) إذا كان تأثير سرطان الثدي و علاجاته على الحياة الجنسية يصعب تحديدها فإن الإعلان عن الإصابة بسرطان الثدي يسبب حالة من الكف عند المصابات التي خضعت لعلاج سرطان الثدي. له تأثير هام على الوظيفة الجنسية لدي المرأة ولذلك على العاملين في مجال الصحة ومجال الأورام أن يهتموا بالتعامل مع الصعوبات الجنسية المعاشة من طرف النساء بعد تشخيص وعلاج السرطان. إنه من المهم التكفل بهذه الاضطرابات مبكرا، ذلك لمساعدهن لتتمكن من العودة إلى حياتهن الداخلية بما فيها حياتهن الجنسية.

### ثالثا: العلاجات النفسية المستخدمة للتكفل بالمصابة

لقد حرص علماء النفس الصحة على إيجاد الطرق التي من خلالها يمكن التخلص من هذه المشكلات المتمثلة في الآثار السلبية الناجمة عن سرطان الثدي منها القلق، الاكتئاب واضطراب العلاقات الشخصية المتبادلة، وعليهم تصبح كل من العواطف والانفعالات في حاجة ماسة إلى الرعاية، وقد تزايد بحث علماء النفس عن الأساليب العلاجية الخاصة لهذا النوع من الإصابة الذي يهدف إلى المساندة من حيث منابع الخاصة بهم وضعفهم. إنّ العلاجات النفسية عملية أساسية مساندة لمهمة الفريق الطبي، الاجتماعيين، جمعيات المرضى، بحيث أنّ هناك دور كبير أعطي لوقاية المعاناة النفسية الشديدة والتكفل بالضيق النفسي. عموما، إنّ النماذج النفسية العلاجية هي النموذج النفسي التحليلي والتي تعتبر إنّ معاش الحالة في مواجهة السرطان كثيرا ما تكون متأثرة بنشاطات لا شعورية استدعت تاريخ الحالة وماضيه، وهو المنهج الأكثر استعمالا في أوروبا وخاصة فرنسا، إلا أنه غالبا ما يعرف القليل من الانحرافات من حيث أساليب التطبيق وذلك نظرا لطبيعة المرض بمعنى أنّ هذا المنهج يحتاج إلى مدّة زمنية طويلة في العلاج، إلا أنّ مآل المصاب بالسرطان قد لا يوفر هذا العنصر. أما المنهج السلوكي المعرفي فغالبا ما يساعد

المصاب والذي يعمل على المحافظة عن اندماج النفس والجسد، ويعتمد هذا المنهج على المنابع الشعورية للمصاب.

#### أ- المساندة النفسية:

لتشخيص السرطان تأثيرات عميقة على المستوى الانفعالي والاجتماعي، الراحة الجسدية وعلى العائلة خلال كل الفترة التي تلت الإعلان، فغالبا ما تحاول المصابة وبعد تجاوز المراحل الحرجة للمرض (الجراحة، العلاجات) أن تسترجع استثماراتها السابقة إلا أنها غالبا ما تجد صعوبة في التوافق بين المرحلتين القبلية والبعديّة للسرطان في هذه الحالة نحتاج إلى المساندة النفسية لضبط الاتجاه والتكيف. تبدو بعض استراتيجيات التعامل مع المشكلات المرتبطة بمرض السرطان فعالة قام Dunkel \_ chetter (1992) بدراسة على 603 مريضة مصابة بسرطان الثدي، قصد التعرف على خمسة أنماط من التعامل مع هذه المشكلات وهي السعي للمساندة الاجتماعية واستخدامها التركيز على ما هو إيجابي، إقصاء الذات التجنب أو الهروب المعرفي أو السلوكي، فاستنتج أنّ التكيف من خلال المساندة الاجتماعية والتركيز على ما هو إيجابي وتقدير الذات هي أنماط لها علاقة وطيدة خلال وطيدة بمستويات المساندة النفسية، والمقصود بها هنا التدخلات العلاجية النفسية التي تسعى بمختلف أشكالها لتلبية الاحتياجات النفسية، الاجتماعية والمعلوماتية لمرضى السرطان. اهتم (شيلي تايلور، 2008: 828) بهذا الموضوع معتبرا أنّ المصابين بالسرطان يواجهون مشاكل يمكن تلخيصها فيما يلي: القلق بدرجة عالية والاكنتاب أو الأفكار الانتحارية، خلل في وظائف الجهاز العصبي المركزي نتيجة للمرض والعلاج كضعف القدرة على التركيز مشكلات محددة تنشأ كنتيجة للمرض أو لأساليب التعامل أو ديناميات الأسرة، مشكلات نفسية موجودة سابقا لكنها تفاقمت بسبب تشخيص المرض. ويعتمد المختص النفسي في محاولته على التركيز عن قضايا محددة يواجهها مريض السرطان وعلى رأسها ظاهرة الخوف عن عودة المرض، الألم أو

الموت، الخوف من فقدان أعضاء من الجسم نتيجة للعمليات الجراحية، وكدى المشكلات على صعيد العمل، العلاقات الاجتماعية. في هذا المجال لا يفوتنا ذكر زعيم العلاجات النفسية الذي يعتبر من الأوائل الذي أعطى أهمية قصوى في العلاج النفسي لمرضى السرطان الباحث Simonton (1970) بحيث أسس مركز خاص بالولايات المتحدة الأمريكية "تكساس" خاص بالعلاجات النفسية لمرضى السرطان ويتابع (Fischer G.N, 2013 : 141) أن الطبيب يعتمد على المناهج النفسية وإعطاء الحظ الأوفر في الرعاية وإنما هو وحدة نفسية جسدية ذات انفعالات وعواطف نفسية بتوازنها تتحقق الصحة النفسية، معتمدا على منهج الشمولية والتوازي في علاج الجسد والنفس في آن واحد مع مراعاة أربعة أسس رئيسية: الانفعالية، العاطفية، الوجودية والدينية. هي منهجية لا تهدف فقط إلى العلاج وإنما على نسبة تمكن المصاب من حل المشاكل الانفعالية. الهدف الذي تأسس من اجله اختصاص علم الأورام النفسي هو الكشف بالدرجة الأولى على الضيق النفسي *Détresse psychologique* ، ومعالجته لتحقيق التوافق النفسي، تعتبر الأخصائية (Dolbeault S , 2011) أن هناك عناصر مهمة ومستعجلة لتحقيق التوافق النفسي لدى المصاب بالسرطان وهي: التواصل، تكييف العلاج للمصاب بالسرطان ذات ضعف، الكشف عن نوعية المتابعة للعلاج، أما عن التواصل فالمقصود به الإعلان، وقد عولجت حساسية وأهمية هذا المفهوم في المخطط الفرنسي للسرطان، الذي يعتمد على منهجية P. GUEX للتواصل مع المصاب ويهتم بعناصر أهمها: التحديد الكمي للمعلومات، تعلم كيفية إعلان الخبر السيئ (الكلمة السلوك)، الكشف عن مختلف الصعوبات النفسية - الاجتماعية ومعالجتها في أنها، تعلم التعامل ما بين "العناية" و"العلاج"، ضبط مختلف الأدوار لكل من: الأولياء، الأسرة المعالجين، الاعتماد على العمل في الجماعة الرجوع إلى الذات ومعالجتها لتقليل التعب. تعتبر (Dauphin. ma , 2013) إن المصاب بالسرطان كثيرا ما يحتاج إلى التكفل النفسي وذلك لسبب ظهور الكثير من الأعراض منها: القلق، الشعور، الضيق، معاناة نفسية ويأس صعوبة العيش وتقبل العلاج ومضاعفاته، الأحداث الماضية، والتي فتحت سجلاتها من

جديد، الرغبة في الحديث عن المرض مع الغريب عوض الأقارب المساندين الشعور باضطراب الهوية، فقدان الاتجاه، اضطراب العلاقات العائلية والاجتماعية، الرغبة في توقيف العلاج، اضطراب النوم.

انطلاقاً من هذه الأعراض فالتكفل النفسي يعمل على مساعدة المريض لاسترجاع التوازن تقبل المرضى وقبول العيش معه، استدخال الحدث المروع نفسياً، مرافقة المريض في فهم قلقه الحصر، الاستجابات، الانفعالات وضغوطاتها، مساعدة المريض على تقييم ذاته طرح القلق، المخاوف ومختلف التساؤلات التي لم يستطيع التحفيز عنها، مساعدة المريض على استرجاع علاقاته مع الوسط، يرى (Archinard, 2005) أنّ هناك أمل كبير من حيث إمكانية تحسين مآل الحياة لدى المصابة بسرطان الثدي.

اعتمد Marty et Jasman على الوقاية من الإصابة وتطور السرطان بواسطة العلاج النفسي لدى الحالات ذات الاستعداد بالإصابة. أما (Forester, 1985) فقد لاحظ تراجع في الأعراض النفسية والجسدية لدى المصابة بالسرطان والتي استفادت بالعلاج النفسي. دراسة قام بها (Spiegel, Bloomet et al, 1989 : 91) على عينة قوامها 86 حالة مصابة بسرطان الثدي انبثائي، 50 حالة استفادت من العلاج النفسي الأسبوعي، بعد سنة تم تقييم النتائج من حيث مدة عيش الحالات المصابة والظاهر أنّ نسبة الحالات اللواتي استفدنا من العلاج النفسي تضاعفت فرصة العيش لديهن عن اللواتي لم تسمح لهن الفرصة للاستفادة بالعلاج النفسي. ذكرتنا هذه الدراسة بطريقة Carl Simonton عند تساؤله عن سبب وفاة بعض المصابين وشفاء البعض الآخر بالرغم من انه كان لهم نفس التشخيص. استناداً إلى أعمال « Robert Rosenthal » حول "التحقيق الآلي للتنبؤات" أي أننا غالباً ما نتبنى سلوكيات سلبية كانت أم إيجابية تزيد من احتمال تحقيق انتظاراتنا، وبعد اكتشافه بأن الطبيب الذي يؤمن في شفاء مريضه والذي يستطيع إيصال ذلك إليه يحصل على نتائج أكثر من الطبيب الذي لا يؤمن بذلك. وعليه توصل Simonton إلى طريقة علاجية ما زال استعمالها

شائعا في أمريكا وأوروبا المتمثلة في عملية الاسترخاء Relaxation، مصحوبة بعملية التصور Vitalisation l'Autocréation d'image mentale وهي الخلق الذاتي لصورة ذهنية.

### ب- المساندة الروحية:

إنّ الجانب النفسي يأخذ دورا مهما جدا في تأثيره على التخفيف من المشكلات الخاصة بأحداث السرطان، ويعتبر الجانب الديني والرضا النفسي من الأمور المخففة والتي لها ارتباط بالشفاء من السرطان في كثير من الأحيان. أنّ تفاعل الجوانب النفسية والدينية في اعتقاد (يعقوب يوسف الكندي، 2003: 364) تساهم في التخفيف أو الشفاء من أمراض السرطان، ولا شك أنّ التدين ودرجته يرتبط بالمستوى النفسي للفرد الذي يخفف من خلاله الضغوط والاضطرابات النفسية التي ترتبط بالمشكلات الصحية الجسدية. والظاهر أنّ الدعم الروحي أو الديني لا يعتمد عليه غالبا إلا في المرحلة التلطيفية للمرض وخاصة في دول الغرب، إلا أن الوضع مختلف بالنسبة للمجتمعات المسلمة ونظرا لضعف الدعم النفسي أو المساندة النفسية للمصابات بسرطان الثدي، فالواضح أن أغلبية المرضى يلجؤون إلى التدين لبناء نوع من الاستراتيجيات الدفاعية ضد الانهيار. بالنسبة للبروفيسور Edouard Zarafian في كتابه « La force de Guérir » أنه لا يوجد أمر غير المرض حتى يحيي أسئلة حول حقيقة الحياة، مباشرة بعد إعلان المرض، سيمر إلى مرحلة من الوعي أولهما نوع من الرفض والثيران ثم ينتقل إلى البحث عن الفهم ومنها إلى التقبل والبحث عن حقيقة وأصل الحياة، فيبدأ الكشف عن حقائق روحانية، وجودية تتابها الكثير من التساؤلات: من أنا؟ لماذا جئت إلى هذه الحياة؟ من الله؟ لما الصلاة؟ استند (Joyeux Heral, 2004) إلى نفس الفكرة معتبرا أنه عدم الاعتراف بعنصر مهم كالتدين وعلاقته بالعلاج يجعل العلماء هؤلاء من نوع خاص وخارج المنظومة، فهو طريق مهم وأساسي اكتشفته في وجوه مضيئة بالأمل عند المصابين. دراسات أخرى أشارت إلى ارتباط الدين بالجانب المرضى، لقد وضحت الدراسات أنّ المعتقدات والممارسات الدينية

لها علاقة بالصحة العامة للمرأة والتي تؤثر في النهاية على طول مدة الحياة بالنسبة لـ (King .D, 1990 : 112) وذلك نتيجة للوضع الصحي الذي يتمتع به المصاب. لقد أشار (يعقوب يوسف الكندري، 2003: 210) إلى وجود بعض الدراسات والتي تعتبر أنّ التدين سببا في الوقاية من أعراض الاكتئاب وكذلك التخفيف من أعراض القلق وهذا ما يعكس ارتباط التدين وتأثيره المباشر على الأعراض النفسية التي تنتشر بشكل كبير في المجتمعات المتحضرة، وتفسر (Fitch .M , 2008 : 15) وجود 7 أبعاد معترف بها في علم الأورام وهي العضوية التطبيقية، الإعلامية، السيكلوجية، الانفعالية الاجتماعية والروحية بحيث أنّ التجارب الانفعالية الأليمة ذات الطبيعة النفسية الاجتماعية (سلوكية معرفية انفعالية) أو روحية قد تتفاعل مع قدرات مواجهة السرطان، أعراضه العضوية علاجاته فينتج عن ذلك أعراض الضيق الناتج عن المشاعر الضعيفة الهشة من ضرر خوف اكتئاب وحصر، العزلة الاجتماعية وكدي نوبة وجودية روحية. وعليه على المعالجين أخذ هذا العنصر بعين الاعتبار من حيث التقييم والاستجابة بحيث أنّ نفيها أو تجاهلها وعدم ضمها كدعم العلاج النفسي قد يولد لدى المريض آلام ومعاناة تزيد من شدة الضيق النفسي.

## الباب الثاني

### منهجية الدراسة الميدانية

الفصل الأول: خلفية نظرية وتحديد مشكلة البحث وفروضه

الفصل الثاني: عرض نتائج الدراسة الميدانية

# الفصل الأول

## خلفية نظرية وتحديد مشكلة البحث وفرضه

أولاً: الدراسات السابقة

- 1- دراسات تتضمن الأبعاد العيادية لمقياس الصحة النفسية
- 2- دراسة للديناميكية النفسية المرتبطة بتمثلات السرطان
- 3- تعليق عام حول الدراسات الأجنبية والعربية

ثانياً: موقع الدراسة الحالية من الدراسات السابقة

ثالثاً: تحديد مشكلة الدراسة وفروضها

- 1- تحدد مشكلة الدراسة والتساؤلات التي تطرحها
- 2- فروض الدراسة
- 3- أهمية الدراسة
- 4- أهداف هذه الدراسة
- 5- منهجية الدراسة
- 6- التعاريف الإجرائية لمفاهيم الدراسة
- 7- حدود الدراسة الميدانية

## تمهيد:

ظهور سرطان الثدي في حياة المرأة يؤدي إلى فقدان الكثير من الأهداف الآنية والمستقبلية وذلك لإصابة العضو بالسرطان وما ينجز من فقدان الجسم للاستقلالية كانت حركية، مهذبة جنسية، التعب، الألم ما يدفع إلى الإحساس بمشاعر سلبية مصحوبة بالضيق النفسي الضغط، خوف، قلق، العزلة، فتتواجد أمام حالة تعيش متغيرات على مستوى تقدير الذات نظرتها اتجاه العالم والعلاقات مع الآخرين، هذا ما يدفعها إلى محاولة التكيف مع المعاش الجديد، في حالة الفشل يظهر اضطراب التكيف الذي ينتج مجموعة من الأعراض النفسية قد تكون خطيرة، وعليه تتواجد الحالة أمام فقدان لاستقلالية جسدها بسبب السرطان ووضعيتها الذهنية بسبب الاضطرابات النفسية. الملاحظ وبعد عدة قراءات أنّ هناك دراسات ثرية اتجاه نوعية الحياة للمصاب بالسرطان وبالخصوص سرطان الثدي بحيث أنّ منظمة الصحة العالمي OMS في 1993 عدلت من تعريف 1974 الذي كان يعتبر أنّ نوعية الحياة هي في حدّ ذاتها الصحة النفسية بحيث أعيد النظر في ذلك وقدمت تعريف 1993 معتمدة على مفهوم الإدراك. "نوعية الحياة معرفة على أنها إدراك الفرد لمكانته في الحياة، حتى المستوى الثقافي ونظام القيم أين يعيش، هو مصطلح واسع يتأثر بطريقة معقدة بالصحة العضوية لدى الفرد، وضعيته النفسية ومستوى استقلاليته، علاقاته الاجتماعية بالعناصر الأساسية للوسط". مقارنة بالتعريف OMS (1947) سبق ذكره في فصل الصحة النفسية فإنه كان أكثر نظرية لا يمكن تحقيقه على الأقل في مدة طويلة من العمر، أما تعريف OMS (1993) فقد اهتم بمفهوم جد مهم ألا وهو "الإدراك". في هذا المجال نحاول طرح مجموعة من الدراسات حول مختلف الأبعاد النفسية للصحة عند المصاب بسرطان الثدي.

1. دراسات تتضمن مختلف الأبعاد النفسية للصحة النفسية: استراتيجية التكيف، التوافق النفسي، التدين، التكفل الطبي، الصورة الجسدية، التحكم الانفعالي، نوعية الحياة.

دراسة Liebens Fabienne (2003) تعتبر هذه الباحثة أنّ الهدف الأساسي لعلاج السرطان هو تحسين نوعية الحياة ولمدة طويلة، ولتحقيق هذا الهدف تؤكد الباحثة على ضرورة التكفل المتعدد التخصص وكذا توفر الوسائل البشرية والتقنية الراقية لتحقيق العلاج، وحسب ملاحظة الباحثة، وأمام وضعية الضيق التي تعيشها المصاب بالسرطان، على الفريق الطبي إعادة النظر لبعض التقنيات العلاجية العدوانية الغير علاجية، تضيف الباحثة أنّ نوعية الحياة تسمح لنا بقياس مفهوم الألم انقباض الذراع، الغثيان، فقدان الشعر، الجفاف المهبلي والهجمة الحرارية، أما الميدان الانفعالي فنعتمد في الدراسة على الاكتئاب والحصر والتكيف الميدان الاجتماعي يرتكز على قدرة القيام بالعلاقات مع الأسرة والأصدقاء.

دراسة (GANZ, et al, 2004) تناولت هذه الدراسة نوعية الحياة أثناء نهاية العلاج لدى المصابة بسرطان الثدي وقد نشرت هذه الدراسة في مجلة المعهد الوطني للسرطان بأمريكا وقد أدلت النتائج على أنّ 61% من العينة المدروسة لا يتوفر لديهنّ مستوى مقبول من الرضى اتجاه الجانب الجمالي الجسدي بحيث أنّ 60% لازلنا يعانون من الهجمة الحرارية، 60% من آلام، و56% من اضطرابات حسية على مستوى الثدي. مع العلم أنّ معظم الأعراض المؤثرة عند 50% من الحالات بعد 5 سنوات من العلاج هي: الألم، الانقباض العضلي، فقدان الذاكرة، آلام المفاصل، آلام الرأس، اضطرابات النوم.

دراسة (GANZ, et al, 1998) تناولت هذه الدراسة نوعية الحياة بعد الإصابة من ناحية العلاقة الزوجية، الجنسية والصورة الجسدية والظاهر في نتائج البحث أنّ الأعراض الجسدية كانت جلية بعد الإصابة وخاصة بعد العلاج الكيميائي.

دراسة (GANZ, et al, 2002) تناولت الدراسة نوعية الحياة علي المدى البعيد لعينة قوامها 1336 عاشت بعد الاصابة. النتائج كانت كالتالي: استجابة 817 من العينة، أما 763 حالة شهدت أنها تتمتع براحة جيدة من الناحية الفيزيولوجية، الانفعالية، مع ظهور بعض التغيرات من الناحية الجسدية والجنسية.

دراسة (TRUDEL, JULIE, 2010) تناولت نوعية الحياة وعلاقتها بالتواصل بين المريض والطبيب، هي أطروحة لدكتوراه هدفت إلى وصف تطور نوعية الحياة المرتبطة بالصحة لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي أثناء كل مراحل العلاج، كذلك وصف تطور الإدراك لدى المصابة اتجاه التواصل بينها وبين الفرقة المعالجة، أما النقطة الثالثة فهي مدى إدراك المصابة للعلاقة بين التواصل بالفريق الطبي والمستوى الصحي لديها في مختلف مراحل العلاج وذلك عبر عينة مكونة من 120 مصابة بسرطان الثدي في مرحلتين (1 و 2) واللواتي يتجاوز سنهن عن 18 سنة وقد أدلت النتائج على مدى أهمية قياس نوعية الحياة المتعلقة بمفهوم الصحة لدى المصابة في مختلف مراحل العلاج وبالأخص أثناء مرحلة العلاج الإشعاعي كذلك مدى أهمية التواصل الإيجابي بين الفريق المعالج والمصابة.

دراسة (إدارة البحث في الدراسات التقييمية للإحصاءات، 2006، DREES DREER

تناولت هذه الدراسة نوعية الحياة لدى المصابات بالسرطان سنتين بعد التشخيص. وهي دراسة فرنسية قام بها مجموعة من الباحثين في المجال الصحي والإحصائي. ويعد سرطان الثدي من السرطانات التي اعتمد عليها بنسبة 30% وأعطت الدراسة الإحصائية النتائج التالية في مختلف المتغيرات. أما عن الإعلان فإن 1/4 من الحالات وجدت أنه كان جد عدواني وقاس بحيث أن عند 87% من الحالات تم الإعلان من الطبيب المختص. أما 7% فقد تم الإعلان من طرف الأقارب مع أن 63% من الحالات وجدن أن المعلومات الخاصة بوضعية صحتهن لم تكن كافية. أما عن اختيار نموذج العلاج فقد أعطت النتائج أن 47% لم يتم استشارتهن عن نوع العلاج، 22% نسبة الرضى لا بأس

بها حول الاستشارة إذن 77% من الحالات التي تم استشارتهم لوحظت نسبة الرضا مرتفعة لديهم أما 18% فتمنين أن يكون هناك بعض المشاركة فيما يخص موضوع صحتهم مع الفرقة الطبية. أما عن الرضا عن العلاج وتقبله فالملاحظة أن هناك 92% من الحالات التي تابعن منذ سنتين علاجهن عند نفس الفرقة الطبية أما 7% فالملاحظ أن طول هذه الفترة كان هناك تغيير للطبيب المعالج. نوعية الحياة الجسمية والذهنية انخفضت مقارنة بالتي قبل تشخيص، هي نسبة 46% لاحظت أن الصحة النفسية والعقلية قد تدهورت هذه المدة (سنتين) مقارنة بفترة قبل التشخيص. أمّا عن المضاعفات المترتبة عن المرض والعلاج فالملاحظة أن 3/4 من الحالات وجدن أن هناك اضطرابات كثيرة ظهرت بعد التشخيص ومنها المترتبة عن العلاج الكيماوي والإشعاعي وتعد 87%.

دراسة (أ. بشير إبراهيم الحجار ود. سامي عوض أبو إسحاق، 2006) تناولت الدراسة مستوى التوافق لدى مريضات سرطان الثدي بمحافظة غزة وعلاقتها بمستوى الالتزام الديني ومتغيرات أخرى وذلك بجامعة غزة - فلسطين بحيث تكونت عينة الدراسة من 60 مريضة مصابة بسرطان الثدي، واستخدم الباحثان المنهج الوصفي التحليلي ولتحقيق أهداف الدراسة قام الباحثان بتطبيق اختبارين. الأول لقياس التوافق، والثاني لقياس الالتزام الديني. وقد توصل الباحثان إلى النتائج التالية أن مريضات سرطان الثدي يعانين من آثار أعراض ومضاعفات سرطان الثدي على التوافق وخاصة في البعد الجسدي، النفسي والاجتماعي والانسجام ثم الأسرى على التوالي حيث بلغ الوزن النسبي للتوافق الكلي (75.22%)، وأن مريضات سرطان الثدي يرتفع لديهن الالتزام الديني بوزن النسبي (88.24%).

دراسة (ALAGARATNAM TT, et al 1986) تناولت الدراسة التأثيرات النفسية الاجتماعية لاستئصال الثدي المنشورة بالمجلة الطبية. اعتمدت الدراسة على عينة عددها 23 مصابة بسرطان الثدي متزوجة ونشطة جنسيا مقارنة بعينة عددها 34 من مختلف أنواع

السرطانات أدلت النتائج أن المصابات الأقل اكتئاب ذو انفعالات مستقرة عن العينة المقارنة وذلك بسبب التشخيص وأثره النفسي على المصابات.

دراسة (UNTAS. A et al 2009) تناولت هذه الدراسة تأثير التسيير المتبادل للضغط النفسي وأثره على التوافق عند الإصابة بسرطان الثدي، وبواسطة ثلاثة اختبارات نفسية، الأولى متعلقة بقياس سيرورة تسيير الضغط FDCT.N، اختبار مشاعر الجودة المدركة والإحساس بالرضا WHOQOL-26، واختبار نوعية الحياة QIC. وتمت الدراسة على عينة قوامها 29 مصاب بسرطان الثدي. وقد أدلت النتائج على مدى أهمية التواصل عن الضغط بين الزوجين مع اللجوء إلى التوافق النفسي إيجابي وإدراك المشاعر الإيجابية، وتقبل نوعية الحياة وكذا الجسد المصاب.

دراسة (PINDER. KL, et al 1993) تناولت الدراسة الكشف عن مختلف الاضطرابات العقلية التي تصيب حالات سرطان الثدي عبر عينة عددها 139 امرأة مصابة وبعد تقييم ذاتي للمزاج وكذا الحصر والاكتئاب، أدلت النتائج أن نسبة الحصر والاكتئاب ارتفعت عند 25 بالمئة من الحالات مع العلم أن الاكتئاب ظهر أكثر عند الحالات ذوي الطبقة الاجتماعية الاقتصادية المتدنية.

دراسة (ZELEK L, et al, 2010:107) تناولت الدراسة علاقة الصحة النفسية من حيث التوافق المعرفي والعلاج الكيميائي وأدلت النتائج على أن المجال المعرفي لدى المصابة قد تأثر من حيث قدرة التفكير، الإدراك، الحكم، التعلم، الانتباه، الذاكرة وذلك لعدة أسباب منها الإصابة بالسرطان، تطوره ومضاعفات العلاج.

دراسة (هيام صادق شاهين 2005) تناولت الدراسة المساندة الاجتماعية كما يدركها المصاب بالسرطان وعلاقتها ببعض الأبعاد المزاجية والمعرفية، وقد أجريت الدراسة على مستوى جامعة القاهرة، مصر - بعين شمس - قسم علم النفس. هدف الدراسة إلى الكشف

عن العلاقة الارتباطية بين المساندة الاجتماعية وبعض الأبعاد المزاجية والمعرفية باختلاف الأبعاد الديموغرافية، إضافة إلى تحديد إمكانية التنبؤ بكل من القلق والاكتئاب من خلال المساندة الاجتماعية وقد أشارت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة سالبة ودالة إحصائياً عن عدم وجود علاقة بين المساندة الاجتماعية وكلّ من القلق والاكتئاب. وأسفرت عن عدم وجود فروق في الأبعاد المزاجية والمعرفية باختلاف الأبعاد الديموغرافية وأنّ المساندة الاجتماعية تعدّ منبئاً دالاً لكل من القلق والاكتئاب.

دراسة (مجلة الإكلينيكية لعلم الأورام الأمريكية، 2011) مجموعة من الباحثين الأمريكيين قاموا بدراسة في منطقة "شانقاي" وتناولت هذه الدراسة علاقة المساندة الاجتماعية بنسبة العيش لدى المصابات بسرطان الثدي. وقد كانت العينة تساوي 2230 حالة مصابة بسرطان الثدي وتمت الدراسة بين سنتي 2002-2004 وما بين 6 إلى 36 شهر من الإصابة وبعد القيام باستبيان يمس نوعية الحياة والخاصة بالوضعية الجسدية، نوعية النوم، التغذية الوضعية الاجتماعية والمساندة الاجتماعية. بعد ذلك قام الباحثون بتحليل النتائج وإحصاء عدد المصابات التي توفيت بعد الاستبيان، والحالات التي عرفت حالة الانتكاسة بعد العلاج والنتائج كانت كالآتي: الظاهر أنّ المصابات اللواتي استقدن من مساندة اجتماعية جيّدة عرفت خطر الموت منخفض عن 38% نسبة للواتي عرفن ضعف في المساندة الاجتماعية. كذلك بالنسبة للانتكاسة فاللواتي عرفنا مساندة اجتماعية مرضية استقادت من الابتعاد من هذا الخطر بنسبة 48% وعليه استنتج الباحثون أنّ المساندة الاجتماعية تلعب دور جد فعال بالنسبة للمصابة بسرطان الثدي من حيث نسبة الانتكاسة وكذا الوفاة وخاصة أثناء السنة الأولى بعد التشخيص، مع العلم أنّ هذه النسب تعرف بعض التراجع بعد 3 سنوات بعد التشخيص.

دراسة (Cousson – Gélie, 2012) ارتكزت هذه الدراسة على التحكم الديني، استراتيجية التكيف الضيق النفسي، ونوعية الحياة لدى المصابات بسرطان الثدي على عينة قوامها 117 حالة رجوعا الى اربعة استمارات.

أثناء وبعد العملية الجراحية امتدت بين شهر، اربعة أشهر، عشرة أشهر وأخيرا ثلاثة عشر شهر. النتائج بينت أن التحكم الديني تقلص أثناء الأشهر الأربعة الأولى للعلاج ثم استقر صف الى ذلك أن التحكم الديني مرتبط بنسبة التشاؤم وعدم القدرة، النفي، وليس لها أي علاقة بالحصر والاكتئاب.

دراسة (CandyceKroenk.H, et al, 2013) تناولت الدراسة مختلف الميكانزمات للعلاقات الاجتماعية التي تأثر على نوعية الحياة عند الحالات المصابة بسرطان الثدي وذلك بواسطة عينة 3139 مصابة، في الفترة الممتدة بين 2006 الى 2011 معتمدين على العناصر التالية: وجود الزوج، العلاقات الدينية، الاجتماعية، التطوع، وعدد من الاصدقاء والأولياء وذلك لقياس المساندة الاجتماعية، الدعم المعلوماتي، العاطفي، التفاعل الاجتماعي الايجابي وذلك بعد شهرين من تشخيص سرطان الثدي. أكدت النتائج مدى فعالية نوعية المساندة الاجتماعية من حيث نوعية الحياة وعليه يجب معالجة هذا المتغير وبقوة عند الحالات قبل المعالجة الاجتماعية الانفعالية.

دراسة (Yvans Beaussant, 2012) تناولت الدراسة ذاتية الطبيب أمام قرار توقف العلاج الكيماوي وطرحت الإشكالية أمام موضوع العلاج الكيماوي للحالات السرطانية في المرحلة التلطيفية، هل علي الطبيب أخذ قرار توقيف أو على المريض القيام بذلك، مع أنه لا يوجد دلائل علمية إلى يومنا هذا على صلاحية هذا العلاج أو عدمها في هذه المرحلة المتقدمة من المرض، بحيث تمّ توقيف العلاج بنسبة 12.8% من الحالات وكانت نسبة الحياة أو العيش ممتدة ما بين 15 يوم إلى 03 أشهر وبعد تحليل المعطيات أمام 21 حالة وكذا أطبائهم فالملاحظ أنّ مقاومة المرضى اتجاه العلاج وتدهور وضعيتهم الصحية كانت

السبب في تحديد أو توقيف العلاج ولكن الملاحظ أنّ ذاتية الطبيب كان لها دور فعال ومهم في أخذ القرار وإقناع المريض، هي علاقة ذات ارتباط قوي مع المريض بسبب صعوبة المهمة والقرار.

دراسة (Laura PerlierPetrescu, 2013) أجريت الدراسة بجامعة ستراسبورغ الفرنسية كلية علم النفس، وتناولت تحليل نتائج دراسة حول المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالتمثلات والقيم الاجتماعية عند المصاب بالسرطان، وتهدف هذه الدراسة الإكلينيكية إلى تحسين جودة الحياة لدى المصابين المؤهلين للاضطرابات النفسية والتي تأتي بالضرر على صحتهم. تناولت عينة الدراسة 05 حالات معتمدا على المقابلة العيادية التي ارتكزت على السلوك وعلاقة المساندة وهي الإنصات، تعابير القلق، تعابير العاطفة والثقة، المساندة الاجتماعية المدركة هي في الحقيقة تقييم معرفي انفعالي، استخلص الباحث من الدراسة أنّ للمساندة أوجه متعددة لكن لا يوجد رفض لأي نوع من المساندة من طرف المصاب عكس رفضه للمساندة أو الدعم النفسي والاجتماعي، وأنّ الوضعية الصحية التي تتواجد فيها الحالة من تحسن أو انتكاسة تتماشى مع نوعية المساندة الاجتماعية المدركة.

دراسة (Chahraoui et autres, 2013) تناولت الدراسة البحث في الضيق النفسي، المقاومة والمساندة الاجتماعية المدركة لدى المصاب بالسرطان، وهدفت إلى تقييم مستوى الضيق النفسي لدى المصاب وصعوبة التكيف الانفعالي بسبب نوعية الوضعية الدفاعية وكذا المساندة الاجتماعية المدركة معتمدين بالمنهج النفسي القياسي وهي السلم الإكلينيكي:

Défense style questionnaire -06 (DSQ – 60)

كذلك HAD على عينة نسبتها 51 حالة مصابة بالسرطان في مرحلته الأولية. وأدلت النتائج أنّ (45%) من الحالات مصابين بالضيق النفسي ونسبة ضعيفة من المقاومة التكيفية فهم غير راضون علي مستوى المساندة الانفعالية المدركة التي تلقوها.

دراسة (Zeghdoudi et autres, 2009) تناولت الدراسة علاقة المساندة الاجتماعية والارتباط بالاكتئاب وهدفت إلى تقييم ومقارنة نوعية الارتباط والمساندة الاجتماعية لعينتين الأولى مصابة بالاكتئاب والثانية معفية من هذه الإصابة. عينة الدراسة قوامها 80 حالة مصابة بمرض الاكتئاب شخصت حسب مقياس التشخيص العالمي (DSMIV)، أما شدة الإصابة بالاكتئاب فقد أقيست بواسطة مقياس Hamilton أما عن الشبكة العلائقية فقد أقيست بواسطة استمارة الإدراك الاجتماعي لـ Bartholomew et Horowitz، أما مقياس المساندة الاجتماعية فقد استعمل الباحث (SSQ6) الذي يقيس الأهمية الكمية للشبكة الاجتماعية المدركة ومدى تقبل هذه المساندة.

أما عن النتائج، كانت عينة الدراسة تعتمد على 64% من النساء و 36% رجال بمعدل العمر 44 سنة، أما عن العينة الشاهدة فقد كانت لها نوعية تعلق سوية وأمنة بنسبة 56% مقارنة بـ 29% عند العينة المصابة بالاكتئاب. أما عن المساندة الاجتماعية فإن الحالات المصابة كانت تدرك تلقى نسبة قليلة من المساندة الاجتماعية نسبة للأصحاء بنسبة (p=0.014) نستنتج أن لدى الوضعية العلائقية خصوصيات عند العينة المكتئبة وكذا نوعية الارتباط والمميز بالأمن ومساندة اجتماعية فقيرة.

دراسة (Hodgkinson, et al 2007) هدفت الدراسة الى الكشف عن الاضطراب النفسي الاجتماعي بعد علاج السرطان وكذا النتائج طويلة المدى والرغبة في المساندة الاجتماعية عند المصابين بعد سنتين من الإصابة الى عشر سنوات، أدلت النتائج الى أن نسبة نوعية الحياة والاكتئاب ليست متوازية مع نسبة الحالات حتى أثناء ارتفاع الحصر، 2/3 اعترفن بعدم رضاهم بحياتهن، هي حالات عاشت بعد الإصابة لكن بمستوى معتبر من الحصر أما الاستنتاج فقد تبين أن المساندة والدعم مهم طيلة المدة التي تلي التشخيص.

دراسة (ARORA, NK, et al,2007) قاست هذه الدراسة منفعة الدعم المعلوماتي، الانفعالي وأخذ القرار لدى المرأة الحديثة التشخيص بسرطان الثدي شهرين بعد التشخيص إلى غاية

خمسة أشهر. أثناء الفترة القريبة للتشخيص ظهر لدى 84 بالمئة من الحالات تلقين دعم معلوماتي مفيد للصحة، مساندة عاطفية بنسبة 85 بالمئة.

نستنتج أن الدعم العام للمصابات كان أقوى من الفترات الأولى من التشخيص مما يستلزم متابعة هذا الدعم طول مدة حياة المصاب.

دراسة (ALFERI, SM, et al 2001) تناولت الدراسة العلاقة بين الضيق النفسي والمساندة الاجتماعية المدركة، اعتمد الباحث على 51 حالة تعالج سرطان الثدي مع قياس نسبة الضيق النفسي الانفعالي وأسبابه ونوعية المساندة أثناء مختلف مراحل العلاج أي قبل وبعد العملية الجراحية ثم 6,3 إلى 12 شهر، أدلت النتائج إلى أن الضيق النفسي يؤثر تأثيراً سلبياً على تحقيق وإدراك مساندة اجتماعية وبالخصوص المساندة الوظيفية من طرف نساء العائلة. ضف إلي ذلك أن الاضطرابات المتعلقة بالنشاط الاجتماعي أثناء ستة أشهر تتطلب دعم أكبر عند اثنتا عشر شهراً.

## 2. دراسات للديناميكية النفسية المرتبطة بالتمثلات النفسية للسرطان:

لا زالت التمثلات الجماعية للسرطان مرتبطة بالموت وفي الذاكرة الشعبية. ليس الموت المعروف في نهاية حياة كل شخص وإنما الموت السيئ الذي يأتي بعد عذاب طويل، آلام حروق، اغتراب، تشويه، عزلة و فراق الأحباب. بعد إعلان التشخيص تتوقف الحياة العادية لدى المصاب الذي كان فيها قبل سويغات في طمأنينة، راحة وجودية غير محددة، وتبدأ حياة جديدة غير مرغوب فيها، لا طعم لها بحيث أن تفكير المصاب يمر من - أنا مصاب بالسرطان إلي أنا سأموت. غالباً ما يطغى على فكر المصاب أنه يواجه عدو قوي صعب مقاومته، وعليه يفقد المصاب التحكم في ذاته الذي اعتاد عليها مع الإحساس بخيانة ذاته لذاته، الخضوع والاستسلام للعالم الطبي كل هذه التمثلات تستدعي تعديل نفسي:

- من التنازل عن التحكم في الجسد
- الدخول في حداد اتجاه مشاعر اللاموت
- تقبل تغيرات الصورة الذاتية
- مواجهة التمثلات السلبية للمرض
- قبول اللجوء إلى عالم المرضى

ومن هنا نلاحظ أن تجربة السرطان قد تم بناءها ثقافياً على أنها ذلك "الهم" "الخبِيث" "الخنزير" "ذاك المرض" دون ذكر الاسم حتى لا يحضر ذلك المكان وعند تلك الأشخاص غالباً ما تكون متبوعة بعبارة "بسم الله الرحمن الرحيم" وكأن مرض السرطان أرواح شريرة تذكر البسمة لذكره حتى يبتعد. الإصابة بسرطان الثدي يؤدي إلى تمثيلات نفسية متعددة، لا من حيث الإصابة بالسرطان المرض الخطير كما سبق ذكره، ولكن كذلك إصابة ثدي المرأة بالسرطان، بحيث أنّ العضو يرمي إلى رمزيات متعددة لأنه مركز العديد من الاستثمارات شعورية كانت أو غير شعورية، المركب العضوي للثدي منبع الاستهجمات، منطقة شبقية وعنصر الجنس، المركب النرجسي للثدي منبع الإعجاب والانجذاب، الجمال والأنوثة. وعليه فإنّ فقدان هذا الثدي بالسرطان أي الاستئصال، التشويه أو الحروق يؤدي إلى الإخصاء تشويه صورة الذات الذي يعمل على توقيف اللذة الجنسية من منطقة استثمارية قوية على المستوى الشبقي، مما يؤدي إلى جروح بل إلى انهيار نرجسي مع نهاية الأنوثة وبالتالي حياة مميتة.

في هذا المجال نحاول ذكر بعض الدراسات السابقة والتي اهتمت بالتمثيلات النفسية للسرطان عامة وسرطان الثدي خاصة وكيف أنه يؤثر على الصحة النفسية لدى الحالة.

دراسة (Margareth Zanchetta et autres, 2003) تناولت الدراسة تصميم وتحليل قياس نفسي "الصورة التحليلية" لاستخراج مختلف التمثلات النفسية للسرطان في مختلف مراحل المرض امتدت مدة البحث من شهر جويلية إلى أكتوبر 2003 أما عدد عينة الدراسة فكان

09 حالات مصابة بالسرطان في مختلف مراحلها تتراوح أعمارهم من 64 إلى 80 سنة عايشوا السرطان لمدة 06 سنوات أي 03 سنوات بعد العلاج المكثف هي فئات من مناطق أوروبية وأمريكية. هذا المقياس الغرض منه المساندة الذهنية للتمثلات النفسية وهو عبارة عن شجرة بمختلف عناصرها، على المصاب القيام بالتحليل وتغيير وإضافة عناصرها مكتملة للشجرة المثالية. وقد أعطت نتائج الدراسة على أنه بالفعل كانت الشجرة أداة ساعدت المصاب في تطوير أفكاره اتجاه التمثلات المتعلقة بالسرطان، هي أداة وظيفية، مثيرة وبسيطة قد تساعد المصاب في التعديل النفسي وتحقيق الصحة النفسية. إلا أن هذه الدراسة لا زالت تحتاج إلى الكثير من التطبيقات لتحقيق فعاليتها حسب المصممين.

دراسة (استفتاء وطني فرنسي، 2005) تناولت الدراسة الكشف عن مختلف التمثلات المتعلقة بالسرطان اتجاه الشعب الفرنسي، وقد ساهمت هذه الدراسة في ضبط مختلف النقاط الأساسية والتي وضعت في المواد القانونية لـ "مخطط السرطان الفرنسي". تمت الدراسة على عينة تجاوزت 4000 شخص يتجاوز عمرهم 16 سنة، وقد تمت العملية عن طريق الهاتف بالإجابة على استمارة عدد أسئلتها 121 سؤال حول السرطان وتمثلاته بالإجابة القطعية نعم أو لا. وأعطت النتائج التالية: 92.3% يعتبرون أن السرطان أخطر الأمراض، 95.2% يعتبرون أن السرطان يهدد كافة الناس، 57.4% يعتبرونه وراثي، 6.7% يعتبرونه معدي 70% يعتبرونه نتيجة الضغوطات والهشاشة والتجارب المؤلمة، 90% يعتبرونه معالج بسبب التطور العلمي والطبي وهذا ما ساعد تمثلات السرطان تميل إلى الصورة الإيجابية والتفؤلية، 70% من العينة تعتبر نفسها جد مثقفة اتجاه المعلومات الطبية للسرطان وهذه النسبة جد ضعيفة بالنسبة للفئة المهاجرة وهذا ما دفع الباحثين للكشف عن سبب جهل المهاجرين إلى فرنسا منذ 30 سنة سبب جهلهم للسرطان.

دراسة (Entressengle-BardonHelere, 2009) تناولت الدراسة الكشف عن مختلف التمثلات عند كل من المهاجرين المغاربة (شمال إفريقيا) وأوروبا الجنوبية وقد اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي مرتكزا على هذه التساؤلات: ما هو إدراك وفهم المصاب بالسرطان؟ كيف يرون حياتهم برفقة السرطان وعلاجه؟ وهل تمثلات السرطان لديهم هي نفسها في الوطن الأصلي؟ هل هناك فروق من حيث الإدراك والوضعية بسبب الأصول الاجتماعية الثقافية؟ هي عينة يتجاوز عمرها 18 سنة مصابة بسرطان (12 حالة) عن طريق 12 مقابلة مدتها من 30 إلى 45 دقيقة. أعطت نتائج الدراسة أن تمثلات المصاب المهاجر لفرنسا اتجاه السرطان هي نفسها الموجودة في بلاد الهجرة وأن السرطان هو رمز الموت، هي ظاهرة لوحظت عند الأفارقة والأوروبيين. الفرق الملاحظ عند المغاربة أن التعامل بمفاهيم السرطان يبقى صعب وغامض وعلى الفريق الطبي مراعاة المقابلة مع هذه الفئة وحسن انتقاء المفاهيم لأن كلمة سرطان لا زالت تمثلاتها مؤثرة في المجتمع المغربي، كذلك لجوء الفئة المغربية المهاجرة إلى فرنسا للدين والمعتقدات وهذا ما لاحظته الباحثة بحيث أن للمغاربة إدراك واضح لعلاقة السرطان بالدين الإسلامي وما يلزم ذلك من صبر، وتوكل وابتلاء.

دراسة (Lilia EDERY, 2013) تناولت الدراسة التحليل النفسي الديناميكي لفكرة تقبل أو رفض العلاج الكيميائي. وهي دراسة تبحث عن الأوضاع الشعورية، واللاشعورية في أخذ القرار العلاجي المقترح من طرف طبيب علم الأورام، هي دراسة إكلينيكية مقارنة وطولية اعتمدت فيها الباحثة على عينة 50 حالة مصابة بسرطان الثدي تم القيام بعملية جراحية على إثره اقترح الطبيب المختص العلاج الكيميائي وعليه انقسمت العينة إلى جزء قابل للاقتراح والثاني رافض له، حيث تم تقييم العناصر الأساسية لأخذ القرار حسب النقاط التالية: المرض النفسي- المقاومات والاستراتيجيات النفسية للتكيف الذي تعتمد عليه الحالة وذلك عن طريق (مقابلة نصف موجهة، DSQ-88-HADS-SCL-9OR).

أثر الفحص الطبي القلق على الحالة (HADS). نوعية التواصل الشفوي وغير الشفوي للمختصين أثناء الفحص [جدول الملاحظات، مسجل فيديو، مقابلة نصف موجهة.

التعرف على علاقة مزايا ومخاطر العلاج الكيماوي عن طريق (برنامج AdjuvantOnline). وأعطت النتائج ما يلي: 82% من الحالات تقبلت العلاج الكيماوي مقابل 18% بالرفض. وعليه فالملاحظ أنّ الإعداد النفسي لفكرة التقبل يعمل حسب بنية الشخصية وكذا استراتيجيات التكيف لديها المكتسبة أثناء النمو النفسي. التمثلات النفسية للسرطان وبالخصوص علاجاته تبقى مختلفة من الفئة الأولى والثانية. يستنتج الباحث أنّ تكيف نوعية التواصل بين الطبيب والمريض وكذا معرفة الحالات معرفة مدققة لمرضهن يسهل نسبة المساهمة العلاجية الكيماوية، دون تفادي أهمية البنية الشخصية والقدرات الدفاعية وكذا التكيف لدى الحالات قد يساهم بشكل فعال في صيرورة العلاج.

دراسة (VeroniqueGérat- Muller, 2010) تناولت ديناميكية النفسية عند الإصابة بسرطان الثدي. واعتمدت الفرضية على وجود عدم توافق ذات معنى بين خطاب المصابة اتجاه الحصر واضطراب الاكتئاب الذي تعاني منه، وهل يتوافق خطاب المصابة بدرجة إحساسها لهذه الاضطرابات وذلك في فترتين مهمتين بعد الإصابة بالسرطان ألا وهما: المرحلة العلاجية والمرحلة التطبيقية. اعتمدت الباحثة على عينة قوامها 53 حالة، راشدة مصابة بسرطان الثدي، وتعالجه من أجله. 28 حالة في المرحلة العلاجية و25 حالة في المرحلة التطبيقية. أداة البحث هي Rorschach, Hads أعطت النتائج المعطيات التالية: أنّ التعبير عن الحصر كان أقل درجة 25% بالنسبة للحصر المعاش والمحسوس 28.6% أما الاكتئاب فالمخاطب به كان 7.1% مقارنة بالاكتئاب المعاش 57.1% هذا بالنسبة للعينة في المرحلة العلاجية، أما الفرقة الثانية والتي تنتمي إلى العلاج التلطيفي، وهي نسبة 16% بالنسبة للحصر المعبر عليه في الخطأ بمقارنته بـ 20% معاش، أما عن الاكتئاب فلقد أعطت النتائج أنّ هذه العينة عبرت عليه في الخطاب بنسبة 8% مقارنة بـ

60% معاش. الاستنتاج الآخر أنه لا يوجد فروق دالة بين العلاج الشفائي والعلاج التلطيفي، التعرف على المزاج الاكتئابي من الصعوبات الكبيرة لدى المصابات (بحيث أن المراكز الإدراكية والعاطفية قليلة التفاعل). اضطراب التفكير هو سبب عدم توافق تقييم الحصر، ضف إلى ذلك الخلط الانفعالي وعدم القدرة على تقييمه.

دراسة (R.F.Bellouti, R.Raron, 2013) تناولت الدراسة مختلف التمثلات المرتبطة بالسرطان عند المصاب في نهاية الحياة اعتمد الباحثان علي عينة مكونة من 06 حالات ما بين 49 و 81 سنة مصابة بالسرطان في مراحل المتأخرة. مستعينان بمنهجية المقابلة الغير موجهة والتي كانت تدوم 30 دقيقة، مع تقديم بعض التعليمات للحديث عن كيفية المعاش ووصفه. بعد ذلك عولجت تلك المقابلات عن طريق التحليل المعتمد علي طريقة Delefosse Giorgi للبحث في خطاب الحالات عن المتغيرات والإشكاليات الفردية، أخذين بعين الاعتبار تكوينات اللاشعور، التداعي الحر للأفكار. النتائج كانت كالآتي: من الأهمية التي يعتمد عليها الحالات المصابة هي الرغبة في الاحترام والتقدير الانساني، ويشهدوا على أهمية وجود الأقارب والتبادل العلائقي، متألّمين لشعورهم بالتبعية، وعدم القدرة، درجة الأمل والبحث عن أصل الوجود. هناك رغبة في النشاط المرتبط بقلق الموت، الظاهر في المخاوف عند خطورة المرض. وعليه ظهرت نتائج الدراسة أثناء تحليل 4 أبعاد مهمة في حياة الحالة -العلاقة مع الآخر- زمن المرض، أصل المرض والحياة، ومنه فإنّ الأبعاد الفردية الملاحظة عند كلّ حالة دالة على العلاقة الفردية اتجاه العالم، إذن إذا كانت العلاقة مع الآخر مهمة فإنّ وظيفتها عبر الديناميكية النفسية التي تختلف من فرد إلى آخر مهمة جدا.

## 3. تعليق عام عن الدراسات السابقة:

هي في الحقيقة كثيرة ومتنوعة وتهتم بشتى فروع الصحة النفسية. الملاحظ أنّ معظم الدراسات غربية، إنّ دلّ ذلك على شيء إنّما يدل على ضعف الدراسات العلمية في تخصص علم الأورام النفسي في الدول العربية. أنّ المساندة الاجتماعية مرتبطة بالتوافق النفسي لدى المصابة، وأثبتت الدراسات الأدبية أنّ المصابات ومهما تلقّيتها للمساندة إلا أنّها إنّ لم تكن مدركة لن تحقق الطمأنينة والإحساس بالأمان لديها، وأنه كلما كان منبع المساندة آت من الأسرة كلما تحسنت نوعية الحياة لدى المصابة من حيث الأعراض الجسدية، تقبل الصورة الجسدية. إنّ المساندة الاجتماعية تقييم معرفي انفعالي لها علاقة وطيدة بالصحة النفسية من حيث تحسين الوضعية الصحية، الاستجابة للعلاج، التفكير الإيجابي، انخفاض الإحساس بالألم، مما يعطي فرصة كبيرة للشفاء أو العكس، إلى انتكاسة من عدم استجابة الجسد المريض للعلاج (الكيميائي، الإشعاعي، الهرموني والجراحي)، ألم شديد، الاكتئاب الضيق النفسي، الضغط النفسي، التفكير السلبي مما يؤدي بالمصابة إلى مضاعفات صحية خطيرة قد يؤدي إلى الوفاة. هذا إما لعدم وجود مساندة اجتماعية كافية أو أنّ نمط الشخصية لدى الحالة مصابة بالضيق النفسي، أو الاكتئاب كان حاجزا لتلقي الحالة مساندة اجتماعية مدركة بسبب الاضطرابات التواصلية أو العلائقية مع الوسط كان عائليا أو طبيا. التمثلات النفسية المرتبطة بالسرطان تؤدي بالمصاب إلى نوبة وجودية حقيقية ويظهر ذلك في تغيرات من حيث الهوية، الدور، وكذا وجهة النظر الجديدة اتجاه المستقبل، وبالتالي يجد المصاب نفسه في ضياع للاتجاهات أو المسالك الأساسية لأنّ حقيقة فقدان مست معاش المريض وذاته من حيث فقدان الصحة، وفقدان بعض الوظائف الفيزيولوجية والمعرفية، فقدان نوعية بعض العلاقات أو تقليص نسبتها وأخيرا الشعور بفقدان الحياة، وهكذا كلما اعتبر المصاب أنّ السرطان رمز الضياع أدرك وبألم كل العناصر التي هو في صدد فقدانها.

يعلق (Fischer, 2013: 95) قائلاً أنّ هذا النوع من الأوضاع يرجع بالدرجة الأولى إلى الشخصية و التجارب التي عاشها المصاب سابقاً، فهذه التمثلات قد تتواجد بشدة أو تتلاشى من وقت إلى آخر عند نفس الحالة، إلا أنّ هناك دائماً عنصراً تطغى على إدراك المصاب و يضيف نفس الباحث أنّ الاستجابة لهذه التمثلات تبقى ثابتة تتماشى مع المتغيرات النفسية لكيفية المواجهة والتي تبناها المصاب منذ الطفولة، أنّ النظرة الكارثية المعطاة للسرطان تجعل كل المختصين في الميدان العلاجي في وضعية حيرة، ذلك لأنّ هذا النوع من المرض لا يعترف لا بالوقاية ولا بالكشف المبكر، بحيث لا يوجد أي قوة يمكنها توقيفه، هذا الإدراك هو الذي يحبط المريض بحيث تلجأ كافة تمثلاته للسرطان إلي السلب وعلى رأسها فكرة العذاب والموت. هذه الأفكار اكتشفناها عند جل المصابات التي أتاحت لنا الفرصة التعامل معهن وظهر ذلك عن طريق سلوكهن، المقابلات أو الوضعية المزاجية لديهن، رغم أنّ بعضهن لم تتجاوز المرحلة الثانية من السرطان وحوافز جراحيا على جزء من الثدي إلا أنّ التمثلات النفسية كانت نفسها التي لاحظناها عند مستأصلة الثدي في المرحلة المتقدمة من المرض (يتطلب هذا المجال دراسة مقارنة، وضمن إشكالية أخرى قد تظهر عن طريق بحث مستقبلي إن شاء الله). يعتبر (SEGAR et al, 2009) أنّ 64% من الحالات المصابة بالسرطان يمكنها العيش أكثر من 5 سنوات وأنّ هناك 10 ملايين أمريكي أصيب بالسرطان ولا زال على قيد الحياة، وهذا دال على تطور العلاج، وحسب المعهد الوطني للصحة والبحث الطبي بفرنسا INSERM ذكر (2006) DUFRANC أنه بعد 10 سنوات من إعلان التشخيص هناك فقط 2 من 100 مهددين بالموت بالسرطان، وهذه لازالت في تراجع وخاصة بالنسبة لسرطان الثدي، مع أنه منذ 50 سنة كانت احتمالات العيش بعد 10 سنوات إلا لـ 1 من 5 من المصابين. وهذا دال على تطور التكفل الطبي في الدول الغربية الذي اعتمدت في العلاج على الفريق المتعدد التخصصات في المجالات: الطبية، البيو طبية النفسية، الاجتماعية، المهنية، العلمية والقانونية. عكس ما لاحظناه في الإحصاءات والتي سبق ذكرها في فصل الدراسة ابيدميولوجية لسرطان الثدي

في الجزائر، تساعدنا هذه النظرة إلى تغيير مدركات التمثلات النفسية أو التقليل من شدة خطورتها من الوجهة السلبية إلى الايجابية خاصة إذا أدرك المصاب أنّ لمرض السرطان فرص علاج وعيش كبيرين.

### ثانياً: موقع الدراسة الحالية من الدراسات السابقة

يعتبر الباحث، وبعد مجموعة من الدراسات الأدبية في ميدان علمالأورامالنفس وعلم النفس الإكلينيكي، إنّ العديد من الدراسات قد تناولت دراسة تحليلية أو قياسية لمتغير أو متغيرين بشكل منفرد وهذا ما نلاحظه في جزء الدراسات السابقة، بحيث لم نجد دراسة واحدة تناولت جميع متغيرات الدراسة الحالية، بل أنّ الدراسة النفسية لسرطان الثدي اهتمت بالصورة الجسدية و التوافق النفسي، أو الآثار النفسية المرضية الناتجة عن الإصابة بسرطان الثدي إلا أنّ طبيعة الموضوع الحالي تستلزم الإلمام بكل المتغيرات التي نضن أنّها تعالج موضوع واقع الصحة النفسية لدى المصابة، اعتمدت الدراسات على عينة من مريضات سرطان الثدي وكذلك السرطانات الأخرى، هذا ما لم يعتمد عليه البحث الحالي وقدمت عينة مصابة بسرطان الثدي فقط. استخدم الباحث مقياس الصحة النفسية لدى المصابة بسرطان الثدي من تصميمه وتأطير العيد فقيه، وقد استفاد الباحث من الدراسات السابقة (رغم أنّ معظمها كانت غربية بحيث أثارت بعض التخوف لدى الباحث من حيث الاختلافات القارية، الثقافية اللغوية والدينية، إلا أننا حاولنا تجاوز هذا الإشكال لمعالجته في موضوع آخر إن شاء الله). حيث استفاد الباحث منها في صياغة أهداف الدراسة، كذلك الأساليب الإحصائية والاختبارات النفسية المناسبة لبعض متغيرات الدراسة اتجاه أفراد العينة المدروسة.

## ثالثاً: تحديد مشكلة الدراسة وفروضها

## 1. تحديد مشكلة الدراسة والتساؤلات التي تطرحها:

يعدّ تحقيق الصحة النفسية من المطالب النمائية، وتحقيق الصحة النفسية أمر ممكن أثناء السعي نحو تحقيق التوازن ومواجهة العقبات التي تعترض سبيل تحقيقها. والإنسان باعتباره كائناً اجتماعياً في نظر (سامر جميل رضوان، 2007: 325) يولد بخلفية وراثية معينة وينشأ في إطار بيئة طبيعية وإطار اجتماعي محددين، عليه أن يوجد في كل لحظة من اللحظات نوع من التوازن، نطلق عليه في علم النفس تسمية التكيف، حيث تتحكم العوامل الداخلية، أي تلك العوامل أو الشروط التي يكون الإنسان مزوداً بها، والعوامل الخارجية، أي تلك العوامل البيئية والاجتماعية والطبيعية إلى درجة كبيرة بالمقدار الذي يمكن به أن يحقق التكيف ومن ثم الصحة النفسية. ومن هنا، قد تتعرض الصحة النفسية للإعاقة، وتصاب باضطراب ما من الاضطرابات النفسية، قد تكون هذه الاضطرابات عابرة وقد تكون أكثر ديمومة واستمراراً. ولأن المرض المزمن غداً مشكلة صحية رئيسية، فإن آثاره الجسمية النفسية والاجتماعية أصبحت موضع اهتمام متزايد ولنا في ذلك مرض السرطان وبالأخص سرطان الثدي عند المرأة. كشفت رئيسة "جمعية الأمل بمساعدة مرضى السرطان" حميدة كتاب، تسجيل أكثر من 40 ألف حالة جديدة سنوياً لمرض سرطان الثدي بالجزائر حسب إحصائيات 2013، وأكدت المتحدثة أنّ سبب الإصابة يرجع إلى عدم الكشف والتشخيص المبكر وغياب الثقافة الصحية، إذا حاولنا تحليل هذه الأسباب تحليلاً إكلينيكياً وجدنا التمثلات المرتبطة بالسرطان، نوعية حياة المرأة من حيث أبعادها المختلفة هما عاملين أساسيين يستلزمان الدراسة والبحث.

إنّ إعلان خبر الإصابة لمرض خطير كالسرطان هو إعلان خبر سيء، خبر يغير من رؤية وجودية شاملة مسببة بذلك حركة انفعالية قوية، وتشخيص الإصابة بسرطان الثدي يشكل ضغطاً كبيراً على أي امرأة، في أي سن وفي أي وضعية اجتماعية كانت ثقافية أو اقتصادية، مع ذلك فإنّ الاستجابات النفسية تختلف من حالة لأخرى وذلك حسب ظروف الحالة الشخصية والمحيطية، ابتداءً من نمط الشخصية وقدراتها التكيفية اتجاه معاشها الجديد مع السرطان، طبيعة نوعية الحياة التي تحدد ردود أفعالها، وضعيتها الاجتماعية العائلية مصدر الدعم المادي والمعنوي للتأقلم، وخلق روح قتالية ضد التمثلات المرتبطة بالسرطان.

يأخذ موضوع السرطان بما فيه درجة الخطر، عدوانية العلاج أعراضه وآلامه، قسط واسع من اهتمام المصابة وتفكيرها، فتتأخر أولوياتها الاستثمارية السابقة المكانة الثانوية الشعور بالتبعية اتجاه العالم الطبي والمستشفى ثم الوسط الاجتماعي، هو شعور مرفوض غابت فيه الاستقلالية والتحكم في الذات والجسم، لكنه مطلوب في الوضعية الآنية لتوفير الدعم والمساندة بسبب الإعاقة المرتبطة بالسرطان. بالنسبة (RotondaChristne, 2011:43) أنه رغم تراجع نسبة الوفيات بسبب توفر وتطور المجال العلاجي الطبي إلا أنّ هذا التطور لم يؤثر على الصحة النفسية المصابة التي غالباً ما تعرف تراجع بسبب الآثار السلبية للعلاجات المختلفة ومضاعفاتها كالألام، التعب، والقيء، أما النفسية كالحصر، الاكتئاب والضيق النفسي، انطلاقاً من الاستجابات والتي ظهرت في الكثير من الدراسات الغربية منذ منتصف القرن الماضي إلى يومنا هذا والدالة على تأثر الصحة لدى المصابة جسدية كانت أو نفسية بالإصابة بسرطان الثدي رغم ارتفاع نسبة العلاج وتراجع نسبة الوفيات. إنّ القلق المرتبط بالإصابة يعيشه المريض ومحيطه وذلك لأنّ تمثيلات السرطان موجودة في السجل الثقافي والاجتماعي، إلا أنّ المصاب هو الممثل الأساسي في مسرح العرض وتأتي التمثلات لكي توضح الأمر المدرك الذي تشعر به المصابة، بحيث تحتاج هذه

الأخيرة إلى البعض من الوقت لاستدخال الوضعية الجديدة. من أجل ذلك تستخدم ميكانزمات دفاعية تكيفية لمواجهة الموقف، التقليل من خطورته إلى درجة الشيعوع، أو الرفض بكل بساطة بواسطة النفسي. في حالة ما إذا كانت التمثلات سلبية فإنه يصعب على الحالة المقاومة والتكيف، والمرور من مرحلة إلى مرحلة أخرى علاجية يجعلها في مواجهة مستمرة مع الصدمة واضطرابات التكيف. يضيف (Reich Michel, 2008 : 247) إن طبيعة التهديد أو الإصابة تقوم أمام الأهمية المعطيات لهذا الجسد، من انجذاب وإعجاب وإلى طبيعة العضو المصاب من حيث وظيفته الرمزية ودرجة الاستثمار، فتصبح الإصابة على المستوى الوظيفي والبنوي بشكل مؤقت أو دائم، ويضيف نفس الباحث، أنه إذا استدعت الضرورة علاج الجسد المريض، لا يجب إهمال المريض كفرد يعيش السرطان بتمثلاته، تساؤلاته، شعوره وكذا مختلف أمنيته، وأن قلق المريض المبتور يربط بين علاج الجسد وعلاج النفس. ويدعم الفكرة (Pujot et autres, 2013: 189) أن المصاب المصدوم بالإعلان لا يستطيع أن يفكر مما يجعله غائبا شيئا ما مجنون من شدة الآلام هي آلام نفسية، حينئذ يمكن ملاحظة اضطرابات الهوية، ليس بسبب السلوك الغير التكيفي وإنما لمواجهة المصاب للمستحيل لنقطة الهدف، يمس ميدان خصوصيته، فرديته اتجاه الواقع، الترجمة الإكلينيكية لهذا المستحيل قد تؤدي عند بعض الحالات إلى خطاب الذهاني. وما اكتشفناه عبر القراءات الأدبية وخاصة الغربية أن علم الأورام النفسي أولى اهتمام كبير وخاصة لسرطان الثدي عند المرأة مع تصميم للعديد من المقاييس النفسية لما لهذا النوع من السرطان من حساسية بما أنه مرتبط بأصلين رمزيين بصورة السرطان المرض المخيف والمرعب بالدرجة الأولى، والدال عن المعاناة، الآلام التشويه والاستئصال والحروق وأخيرا الموت، ثم صورة الثدي رمز الأنوثة، الجنس والأمومة. وما يلمسه المختص الإكلينيكي في العيادة النفسية بمصلحة علم الأورام أنه في مواجهة دائمة لتشخيص الحصر، الاكتئاب، اضطراب الصورة الجسدية، اضطرابات جنسية إلى اضطرابات التكيف، وعليه تستدعي الديناميكية النفسية تعديل نفسي سيعتمد على شخصية

الحالة بالدرجة الأولى وتاريخ ماضيها، ديناميكية العلاقات مع الآخر والنوعية التي تتمتع بها أثناء التشخيص ومن هذا المنطلق نستطيع ضبط وفهم واقع الصحة النفسية لديها. وعليه يمكن صياغة مشكلة البحث بصورة أخرى في التساؤلات التالية:

### تساؤلات الدراسة:

- هل هناك فروق بين مختلف الفئات العمرية من حيث الصحة النفسية عند تطبيق المقياس على المصابة بسرطان الثدي؟
- هل هناك فروق بين الوضعيتين الاجتماعيتين (عزباء، متزوجة) من حيث الصحة النفسية عند المصابات؟
- هل هناك فروق بين الدرجات ككل للصحة النفسية والمستوى التعليمي عند تطبيق مقياس الصحة النفسية على المصابات؟
- هل هناك فروق بين المجموعات الخمس من حيث نوعية الحياة في ضوء المستوي التعليمي لدي المصابة؟
- هل هناك فروق بين المجموعات الخمس من حيث المساندة الاجتماعية في ضوء المستوي التعليمي لدي المصابة؟
- هل هناك فروق بين المجموعات الخمس من حيث التحكم الانفعالي في ضوء المستوي التعليمي لدي المصابة؟
- هل هناك فروق بين المجموعات الخمس من حيث استراتيجيات التكيف في ضوء المستوي التعليمي لدي المصابة؟
- هل هناك فروق بين المجموعات الخمس من حيث الصورة الجسدية في ضوء المستوي التعليمي لدي المصابة؟
- هل هناك فروق بين المجموعات الخمس من حيث التكفل الطبي في ضوء المستوي التعليمي لدي المصابة؟
- هل هناك فروق بين المجموعات الخمس من حيث التوافق النفسي في ضوء المستوي التعليمي لدي المصابة؟

- هل هناك فروق بين المجموعات الخمس من حيث التدخين في ضوء المستوى التعليمي لدي المصابة؟
- هل للديناميكية النفسية المرتبطة بالتمثلات النفسية للسرطان علاقة بالصحة النفسية لدى المصابة بسرطان الثدي؟

## 2.فروض الدراسة:

- لا توجد فروق بين مختلف الفئات العمرية من حيث الصحة النفسية لدى المصابات.
- لا توجد فروق بين الوضعيتين الاجتماعيتين (عزباء، متزوجة) من حيث الصحة النفسية عند المصابات بسرطان الثدي.
- لا توجد فروق بين الأبعاد العيادية ككل والمتمثلة في ثمانية أبعاد للمقياس والمستوى التعليمي لدى المصابات بسرطان الثدي.
- للديناميكية النفسية المرتبطة بتمثلات للسرطان علاقة بالصحة النفسية لدى المصابة بسرطان الثدي.

## 3.أهمية الدراسة:

ولأنّ المرض المزمن عدا مشكلة صحية رئيسية، فإن آثاره الجسمية، النفسية، الاجتماعية والمهنية أصبحت موضع اهتمام متزايد، إلا أنّ مفاهيم الصحة النفسية في مجتمعنا تنتشر انتشارا عشوائيا يفتقر إلى التنظيم، ويبقى المفهوم الصحي النفسي يقتصر على أفكار تجانب المفاهيم العلمية وتمتزج بالثقافة الشخصية، ولنا في ذلك مرض سرطان الثدي وآثاره الجسمية والنفسية الخطيرة من ألم وضيق أثناء مختلف مراحل المرض، قد يؤدي إلى هبوط في قدرة جهاز المناعة على التنظيم وهذا ما يجعل المريض عرضة لأمراض ومضاعفات أخرى. وهي مشكلات صحية تؤثر سلبا على الصحة النفسية لدى المصابة إضافة إلى ذلك، لا يجب تجاهل ما قد يسببه المرض والعلاج أيضا من تعب، إرهاق حروق، التهابات واستئصال الثدي المصاب قد يخلق مشكلات تجميلية بحيث أنّ القلق

حول صورة الجسم لا يحدث نتيجة تغيير المظهر بعد الجراحة فقط، إنما بسبب اعتبارات أخرى أيضا تتعلق بالإحساس بأن الجسد لم يعد مكتملا وقادرا على القيام بوظائفه بشكل سوي، وهذا ما يمكن أن يزيد من تقدير ردود أفعال المريض تجاه العلاج. وعليه نلاحظ أنّ المصابة بحاجة ماسة إلى الرعاية الصحية من مختلف جوانبها لكي تتمكن من التوافق النفسي وبناء روح قتالية لمواجهة السيرورة العلاجية المرتبطة بمختلف التمثلات النفسية. إلا أنه وللأسف لا تشكلا لصحة النفسية اهتماما بارزا لدى المنظومة الصحية في بلادنا قياسا بالتطور الصحي في دول الغرب وبيكفينا بروز علم الأورام النفسي وبشدة بفرنسا إنجلترا، كندا والولايات المتحدة الأمريكية، المنظمات الصحية لمرض السرطان، والقوانين الصحية في مجال الإعلان ورعاية مرضى السرطان مثل "مخطط السرطان 40" الفرنسي والجمعيات، وهذا إن دل على شيء إنما يدل على وعي هؤلاء لمدى المعاناة التي تعيشها هذه الفئة من جهة والرغبة في ترقية الصحة النفسية لدى الشعوب، وعلى هذا الأساس تكمن أهمية الدراسة والحاجة إليها في عدد من النقاط التالية:

- القيمة العلمية لمثل هذا النوع من الدراسات في مجال علم الصحة النفسية بشكل عام وفي مجال علم الأورام النفسي بشكل خاص، فهي تزيد من الحصيلة العلمية حول مظاهر الصحة النفسية عند المرأة المصابة بسرطان الثدي في البيئة الجزائرية بشكل خاص.
- بالرغم من تعدد الدراسات حول الأبعاد النفسية لمرضى السرطان في المجتمعات الغربية إلا أنّ هذه الدراسات تمت في مجتمعات تختلف في تكوينها الثقافي عن المجتمع الجزائري مما يجعل تعميم مثل تلك الدراسات على مجتمعنا فيه كثير من الحذر، لاسيما أن الجوانب النفسية للفرد تتأثر وتتفاعل مع معطيات الثقافة التي نعيشها مثل مفهوم: الموت وعلاقته بالآجال، الإصابة بالمرض وعلاقتها بالقضاء والقدر، الآلام وعلاقته بالصبر، الضيق النفسي وعلاقته بالابتلاء، العقاب أو الانتقام. وهذا ما يدعو إلى القيام بمثل هذه الدراسة قصد ضبط تأثير الأبعاد النفسية لسرطان الثدي على الصحة النفسية.

- تتأثر الصحة النفسية لدى المصابات بسرطان الثدي مباشرة بعد إعلان التشخيص بمجموعة من الاضطرابات لما يشكله هذا المرض من مخاطر تهدد الحياة الجسدية، النفسية الاجتماعية، والوجودية بعدما كان يتمتع نوعا ما بصحة نفسية سليمة يعمها الشعور بالأمن الطمأنينة والإيجابية، الفاعلية، الرضا، وتحقيق الذات وغيرها من المقومات التي كان يحرص على تحقيقها قبل الإصابة بالسرطان، ثم أصبح فريسة للقلق، الاغتراب والضيق النفسي مبددا بذلك طاقته النفسية، عندها يشتد الفزع وتبدأ الأعراض النفسية المرضية في الظهور.

#### 4. أهداف الدراسة:

يعتبر الموضوع الحالي من المواضيع الجديدة في ميدان علم النفس العيادي عامة وعلم الأورام النفسي خاصة، ومن الموضوعات التي لم تنل حقها الكافي من البحث والدراسة في بلادنا نظرا لحدثة الميدان "علم الأورام النفسي" وتأخر الاهتمام لهذا الجانب لدى المنظومة الصحية من جانب آخر. فالهدف من هذه الدراسة يكمن في طرح مختلف الأبعاد النفسية التي تؤثر على واقع الصحة النفسية لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي في مجتمعنا انطلاقا من مختلف العناصر المركبة للصحة النفسية التي تتمتع بها المصابة.

- بناء أداة لقياس مظاهر الصحة النفسية لدى المصابة بسرطان الثدي في مجتمعنا.

- تجريب هذه الأداة.

- الكشف على واقع الصحة النفسية لدى المصابة بسرطان الثدي في المجتمع الجزائري من عينة من تلمسان.

#### 5. منهجية الدراسة:

إنّ البحث الحالي كغيره من البحوث الوصفية يتناول دراسة واقع الصحة النفسية لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي، ولما كانت هذه الدراسة من البحوث الوصفية التي تعتمد

في تحليل نتائجها على استكشاف مختلف المعاناة النفسية التي تعيشها المصابة جرّاء التشخيص والعلاج، كان لزاما علينا ونظرا لطبيعة الإشكالية المطروحة إتباع المنهج الوصفي معتمدين أساسا على الطرق والأساليب الإحصائية لمقياس الصحة النفسية لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي، بالإضافة إلى استخدام الطريقة العيادية ذلك بواسطة دراسة الحالة بحيث يرى MINKOWSKY في رسالة الدكتوراه (FSIAN H, 2005 : 236) إن دراسة حالة واحدة تكفي في المنهج الإكلينيكي ويذهب أبعد من ذلك ليقول أن اعتبار الحالة خاصة ما هو إلا تبرير فالمعلومات المكتسبة من هذه الحالة تتجاوز أهميتها. أما عن طريقة تحرير دراسة الحالة فقد اعتمدت الباحثة علي طريق Nathalie و Jean Menechal و Dumet، وكدي الملاحظة والمقابلة العيادية، الدليل التشخيص الرابع للكشف عن الشخصية المضطربة وذلك بهدف الولوج إلى أعماق الشخصية المصابة بسرطان الثدي وبالتالي الكشف عن الطبيعة الديناميكية النفسية التي تميزها.

#### 6. التعاريف الإجرائية لمفاهيم البحث:

**الصحة النفسية:** مدى فعالية المرأة المصابة بالسرطان على المواجهة مختلف الأزمات الشدائد، الصعوبات المرتبطة بالوضعية الصحية من حيث نوعية الحياة المتعلقة بالانسجام الجسدي، المساندة الاجتماعية، التوافق النفسي، استراتيجيات التكيف، التكفل الطبي، الصورة الجسدية، التدين، والتحكم الانفعالي. أثناء مراحل المرض ذلك للتصدي لمختلف الصدمات الانفعالية وتأثيرات نفسية من ضيق نفسي، حصر، اكتئاب، واضطراب الهوية، والشخصية. إن مقياس الصحة النفسية الذي أعدته الباحثة والمشرف، يهدف إلى ضبط نسبة القدرات النفسية للحالات المصابة من الناحية الشخصية العلائقية، الاجتماعية، هي معطيات توفر لنا بالإجماع مفهوم الصحة النفسية.

سرطان الثدي عند المرأة: سرطان الثدي مرض مزمن يصيب أحد الثديين أو الاثنين ويعني انقسام وتكاثر غير منتظم في الأنسجة المكوّنة للخلايا الثديية، والسرطان من أخطر الأمراض في العالم نظرا لصعوبة علاجه، كثرة الوفيات، يصيب المريضات اللواتي شخصن بسرطان الثدي من قبل أخصائي الأورام من خلال فحوصات إكلينيكية ومخبرية وهن مسجلات في مصلحة طب النساء بالمستشفى الجامعي بتلمسان.

اهتمت الباحثة بسرطان الثدي عند المرأة دونه عند الرجل مع العلم أن حتى هذا الأخير يصاب بسرطان الثدي، لأن إصابة الثدي عند المرأة قد يزيد من المعاناة النفسية نظرا لأبعاده النفسية في تكوين الهوية لديها من أنوثة، أمومة، وجنس.

#### 7. حدود الدراسة الميدانية:

هذه الدراسة بمثابة دراسة إحصائية وعيادية تمت بواسطة حالات من المستشفى الجامعي الدكتور "دمرجي" تلمسان مصلحة أمراض النساء، تهدف إلى التعرف على واقع المرأة المصابة بسرطان الثدي من حيث الصحة النفسية ومظاهرها، أبعادها والاضطرابات النفسية التي قد تعاني منها. كما أنّ هذه الدراسة محدودة بالمجتمع الذي تمثله العينة وهو نساء مصابات بسرطان الثدي واللواتي تقع أعمارهن بين 17 إلى 60 سنة، تمت دراسة الصحة النفسية لديهن بعد تشخيص السرطان وهن يخضعن إلى مختلف أنواع العلاج، أما عن أوضاعهن الاجتماعية فهنّ العزباء والمتزوجة والأرملة والمطلقة، ينتمين إلى مختلف الشرائح الاجتماعية. أما عن الوضعية التعليمية فهناك خمس فئات الأولى لم تدرس والثانية توقفت في المرحلة الابتدائية، الثالثة توقفت في المرحلة المتوسطة، الرابعة توقفت في المرحلة الثانوية، أما الخامسة فهن جامعات.

تمّت الدراسة القياسية على الحالات في مدة 03 أشهر وهنّ في مختلف مراحل العلاج دون تحديد أو الاهتمام لعلاج معين، أما عن دراسة الحالة فقد تمت في ظرف مدته 06 أشهر وهي تحت العلاج الهرموني. تفادينا الحالات ذات الانبثاث السرطاني على المستوى العصبي، أو ذات الأمراض العقلية والتي تكون تمثلاتهنّ النفسية مضطربة مع التأكد أنّ جل حالات العينة كاذت تعلم بأنها مصابة بسرطان الثدي.

## الفصل الثاني

### الاجراءات المنهجية

أولاً: عينة الدراسة

ثانياً: أدوات الدراسة

ثالثاً: الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة

أولاً: عينة الدراسة

تكونت العينة من 61 امرأة مصابة بسرطان الثدي على المستوى الجامعي الدكتور دمرجي - تلمسان - وقد تم اختيار هذه العينة باستخدام طريقة المعاينة العشوائية البسيطة.

الجدول رقم: 10 يبين عينة الدراسة

عدد المصابات	مكان الإصابة
61	مستشفى الدكتور دمرجي مصلحة طب النساء - تلمسان -

ثانياً: أدوات الدراسة

من أجل تحقيق أهداف البحث، والوصول إلى نتائج موضوعية وجيدة القياس اعتمدت الباحثة على أدوات أساسية وهي: مقياس الصحة النفسية لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي تم تصميمه وفقاً لتوجيهات المشرف بالاعتماد على مراجع في علم النفس العيادي وعلم الأورام النفسي، كما تم استخدام دراسة الحالة وهي تعتبر حسب (بشلاغم ي. 2011: ص 88) من الطرق الشائعة المستخدمة في البحوث الاجتماعية والنفسية، وهي تتناول التفصيلات و الجزئيات الدقيقة المتعلقة بالفرد أو الجماعات. أما الأداة الثالثة فهي الدليل التشخيصي الرابع للأمراض العقلية والنفسية.

1. مقياس الصحة النفسية لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي

الخلفية النظرية للمقياس:

إن الصحة النفسية حسب (محمد قاسم عبد الله، 2004 : 22) حالة عقلية انفعالية سلوكية إيجابية نسبياً تبدو على مستوى من التكيف النفسي والاجتماعي والبيولوجي حسب تفاعل الفرد مع محيطه الداخلي ومحيطه الخارجي، أين تقوم وظائفه النفسية بمهامها بشكل

متناسق ومتكامل ضمن وحدة الشخصية، لكن الصحة النفسية تواجه في عصرنا الحالي مشكلات متعددة ومعقدة قد نجد لها في مختلف مجالات حياة الفرد، وما ينجر عنها من مخاطر على مستوى كل من هذه المجالات سواء كانت سلامة العقلية، النفسية، الجسدية العقلية أو السلوكية. تتضح أهمية الدراسة العلمية للصحة النفسية في المجتمع لحماية الفرد من تزايد معدلات الأمراض المزمنة الفتاكة ومن بينها مرض السرطان هذا المرض المزمن والخطير رغم أنه وجد تحديات كبيرة طبية، تكنولوجية إلا أن معظم المرضى لم يتمكنوا من التعايش مع هذا المرض نظرا لجعله حياة الفرد في خطر من جهة ومشكل التكيف والتقبل لدى المصاب من جهة أخرى. وفي هذا الصدد يصرح "دوشي، روبي" (Dauchy, Rouby, 2007) أن تشخيص وعلاج سرطان الثدي يعتبران صدمة انفعالية وجسدية قد تظهر تأثيراتها النفسية والاجتماعية والعائلية على امتداد السنين. جسم المرأة ذو حساسية خاصة نظرا لاحتياجاتها النفسية التي تدفعها إلى البحث عن أوجه الكمال لأعضاء جسمها وصحتها، وغالبا ما نلاحظ أنها تتعرض للقلق والضغط النفسية بسبب صورتها الجسمية ونظرتها لذاتها وعند تعرض هذا الجسم إلى المرض فإنه يتسبب في عدم انسجام المرأة بينها وبين ذاتها ومجتمعها في آن واحد مع عدم القدرة على إشباع حاجاتها وميولاتها اتجاه مطالب البيئة والمجتمع. يعتبر سرطان الثدي شكلا من أشكال الأمراض السرطانية التي تصيب أنسجة الثدي وعادة ما يظهر في قنوات (الأنابيب التي تحمل الحليب إلى الحلمة وغدة الحليب). وهو نوع من الأمراض الذي يجعل الخلايا المصابة به تنمو وتتغير وتتضاعف بصورة خارجة عن نطاق السيطرة، سرطان الثدي يعني عدم انتظام نمو وتكاثر وانتشار الخلايا التي تنشأ في أنسجة الثدي ومجموعة الخلايا المصابة والتي تنقسم وتتضاعف بسرعة يمكن أن تشكل قطعة أو كتلة من الأنسجة الإضافية، والكتل النسيجية تدعى الأورام، إما أن تكون سرطانية أي خبيثة أو غير سرطانية أي حميدة، الأورام الخبيثة تتكاثر وتدمر أنسجة الجسم السليمة، يمكن لبعض

الخلايا ضمن الورم أن تتفصل وتنتشر بعيدا إلى أجزاء أخرى من الجسم أي الانبثاث. مصطلح سرطان الثدي يشير إلى ورم خبيث تطور من الخلايا في الثدي، حيث أن الثدي يتألف من نوعين رئيسيين: أنسجة غدية وأنسجة داعمة، الأنسجة الغدية تغلف الغدد المنتجة للحليب وقنوات الحليب، بينما الأنسجة الداعمة تتكون من الأنسجة الدهنية والأنسجة الرابطة الليفية في الثدي، يحتوي الثدي أيضا على نسيج لمفاوي وهي أنسجة الجهاز المناعي التي تزيل النفايات. يعتبر خبر الإصابة بسرطان الثدي شكلا من أشكال الأزمة التي يعيشها المصاب ووسطه. سرطان الثدي هو أكثر أنواع السرطان دراسة من النواحي النفسية والنفس الاجتماعية بسبب ارتفاع نسبة انتشاره بسبب التأثيرات النفسية المنجزة من الإعلان عن التشخيص والعلاج اتجاه عضو مهم في الجسم. إن الإعلان و التشخيص بالإصابة بالسرطان، العلاج والآثار الجانبية تعتبر ضغط كبير لدى المرأة، إن التأثير النفسي للتشخيص وردة الفعل الانفعالية تختلف من حالة إلى أخرى حسب دلالات وشدة وانبثاث المرض، الإحساس الداخلي للمصابة، بنيتها النفسية، قدرتها على التكيف المرحلة العمرية التي أصيبت فيها. هناك وضعيات مختلفة تحدد ردود فعل المرأة المصابة ومنها وضعيتها الاجتماعية، العائلية الزوجية، بيئتها الثقافية، الدعم المعنوي والمادي المتوفر في تلك الفترة يؤثر على تكيف كل حالة حسب المرض. عند ظهور أحد أمراض السرطان وعندما تطالب بالقيام بفحوصات أو أشعة يرتاب المصابة نوع من الرعب والصدمة وذلك حتى قبل التشخيص النهائي، بعد ثبوت الإصابة بالسرطان تصاحب هذه الاستجابات بنوع من الإنكار، الإحساس بالألم والخوف الاكتئاب والقلق. دخول الحالة بعدها إلى المستشفى وتلقيها لمختلف العلاجات الطبية يزيد من ردود الأفعال النفسية لدى المرأة على شكل حزن يأس وغيظ على المستوى النفسي، تفكك علائقي انطواء وغيرها من الاستجابات النفسية اتجاه العالم الخارجي لدى المصابة. يعتبر سرطان الثدي أكثر السرطانات شيوعا في العالم نظرا لسهولة التنبؤ به حيث تقدر نسبة النساء

اللواتي يعشن به في هذه الخمس سنوات الأخيرة عالميا 4.4 مليون حالة، وتبين أن هذا النوع من السرطانات هو أكثر تأدية للوفيات عند المرأة في العالم.

### الدراسة الإحصائية لمدي انتشار سرطان الثدي

حسب "منظمة الصحة العالمية" (oms, 2006) كل سنة أكثر من 1.1 مليون حالة جديدة يتم تشخيصها عالميا وهو يعبر عن 10% من الحالات الجديدة للسرطان بصفة عامة و23% عند المرأة. مع أكثر من 410000 حالة وفاة سنويا يعتبر سرطان الثدي سبب وفاة 14% من الحالات عند المرأة. نسبة الإصابة في الدول النامية هي 5% سنويا. 75% من الحالات التي تم تشخيص سرطان الثدي لديهنّ، يقل سنهنّ عن 50 سنة. 85% من الحالات التي تم تشخيص سرطان الثدي ليس لهن أم ولا أخت مصابة بالسرطان. حسب (كمال بوزيد، 2005) قد تضاعف سرطان الثدي في الجزائر بنسبة 5 مرات في 20 سنة الأخيرة، في سنة 2007 نجد 50 حالة مصابة مقابل 105 امرأة مصابة بسرطانات أخرى، وعليه فإن سرطان الثدي يعد من أول السرطانات انتشارا بالجزائر مع 7000 حالة جديدة سنويا 3500 حالة جديدة من السرطانات المتنوعة. نسبة الوفيات بسرطان الثدي تتجاوز 3500 حالة سنويا مع نسبة الارتفاع التي قد تتجاوز في 2015، حوالي 110 بالنسبة لـ105 حالة من السرطانات الأخرى، وحسب الدراسة الأبيستمولوجيا إن السن المتوسط عند التشخيص بالمرض هو 45 سنة 2/3 منهن في حالة نشاط تناسلي، 1/5 حالة انبثاث (المرحلة الرابعة) عند التشخيص، 2/3 من الحالات نجدهم في المرحلة الأولى عند التشخيص مع أورام ذات حجم متوسط بـ 80م، 80% من الحالات تستدعي عملية جراحية مع بتر الثدي مقابل 20% تتطلب العلاج المحافظ للثدي. يعتبر سرطان الثدي حسب (الدكتورة نصيرة بنو مشيارة) الأكثر انتشارا عند المرأة من السرطانات الأخرى لديها وذلك في دول الغرب والمغرب العربي والجزائر. إن سرطان الثدي لا زال

أول مسبب للوفيات لدى المرأة في أوروبا والعالم، يبقى هذا المرض المشكل الأساسي للصحة العامة.

### الأبعاد العيادية للصحة النفسية لدى المصابة في ضوء المقياس الذي نقوم بتصميمه:

نظرا لعدم وجود مقياس مناسب يقيس الصحة النفسي لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي فأصبح لزاما علينا كأخصائيين نفسانيين، لسد العجز أن نقوم بتصميم مقياس نقيس به تلك الخاصية والتي تناسب أفراد تلك العينة أي اللواتي أصبن بسرطان الثدي. سرطان الثدي أكثر أنواع السرطان دراسة من النواحي النفسية والنفس الاجتماعية بسبب ارتفاع نسبة انتشاره والتأثيرات النفسية الناتجة عن الإعلان بعد التشخيص، ثم العلاج ثم الجراحة وهذا ما يسبب ضغط كبير لدى المصابة من ردود الفعل النفسية وقدرات التكيف، قد يختلف من حالة إلى أخرى وعليه فإن هذا المقياس يهدف إلى ضبط نسبة القدرات النفسية للحالات المصابة من الناحية الشخصية العلائقية، الاجتماعية، هي معطيات توفر لنا بالإجماع مفهوم الصحة النفسية لديها قصد تحسين الوضعية النفسية للحالات انطلاقا من إستراتيجية الإعلان حتى مرحلة ما بعد العلاج. يسمح هذا المقياس بتعديل مفاهيم خاطئة كانت موجودة عند الحالة ووسطها العائلي والمهني حتى الوسط الطبي والتمريض وذلك قصد تحسين وضعية العلاج. هناك مفاهيم محورية للصحة النفسية لدى المصابة بسرطان الثدي تمثلت فيما يلي:

### التوافق النفسي:

بالنسبة (DAUCHY,ROUBY, 2007:163) التوافق النفسي هو تلك الاستجابات الانفعالية لدى الفرد اتجاه حدث إجهادي، المقصود فهم كيف أن المصابين بالسرطان يتكيفون مع المرض واستخراج الاستراتيجيات الخاصة والمستعملة أثناء مختلف مراحل المرض، إن التوافق النفسي، خاصة أثناء الضيق النفسي، مرتبطان بالتمثلات الذاتية التي يتعامل معها

المريض مع وضعيته الصحيّة والطريقة التي يدرك بها نوعية حياته، ابتداءً من إعلان السرطان وأثناء كل الأحداث التي تتبع. هي استجابة انفعالية، معرفية، سلوكية يقوم بها الفرد اتجاه المجتمع. إن الفرد سيضع عدد من منابع حتى تتم عملية التوافق، يعني من أجل إدماج حقيقة المرض والعلاجات داخل يومياته العائليّة، الوظيفيّة والاجتماعيّة. إن هذا المفهوم غالباً ما يستعمل في علم النفس الصحة وعلم الأورام النفسي ويقصد هنا غياب بعض الاضطرابات النفسيّة أو الرجوع إلى الوظيفة المعتادة العاديّة. التوافق النفسي نقصد به أما الروح المحاربة التي تعتبر تكيف ايجابي، أما عدم القدرة، اليأس، الحصر الدال عن عدم التكيف، ضف إلي ذلك الضيق النفسي. إن نوعية العلاقة مع الفرقة المعالجة، والإحساس باكتساب مساندة عاطفية وذهنية ستقوي تفكير المحاربة وتقل من الخوف. أما عن اضطراب التوافق فهو مرض ذهني والذي يظهر أمام صعوبة إجهاديه وقد تؤثر على الحياة النشطة، الانفعاليّة والسلوكيّة، أمّا الأعراض فكثيراً ما تأثر على الميدان المهني، الاجتماعي والمدرسي. المصابين غالباً ما يكونوا من الفئة الصغيرة في السنّ، تلقائيين، قد يظهر عليهم كذلك بعض من الاضطرابات العقلية أو الشخصية. النساء لهن نسبة التشخيص مضاعفة عن الرجال مع أن هذا الاضطراب يمس الجنسين. أما عن نسبة هذا الاضطراب فإنها ترجع إلى العينة المدروسة. وعن أسباب اضطراب التوافق ظهر أن الإجهاد هو السبب المفجر لهذا النوع من الاضطراب، إلا أن هذا الإجهاد يتغير حسب كل حالة، استجاباته، سلوكاته، وكذا المساندة والسيطرة.

### نوعية الحياة: **Qualité de vie**

حسب "المنظمة العالميّة للصحة" (OMS 1993) مفهوم نوعية الحياة ظهر لأول مرة بالولايات المتحدة الأمريكية في متوسط الستينات. هو مفهوم متعدد الأبعاد معرف على أنه إدراك الفرد مكانته في الحياة على مستوى الثقافة ونظام القيم في الوسط الذي يعيش فيه

متعلقة بأهدافه، أمنيته قيمة وعدم اطمئنانه. هو مفهوم واسع يمس إشكالية معقدة لصحة الفرد ووضعيته النفسية أو مستوى استقلالته أو علاقته الاجتماعية أو علاقاته مع العناصر الأساسية للوسط. الأبعاد الأولية لمفهوم نوعية الحياة تختلف على ما تحولت إليه بحيث إن الباحث (BEAUFILS b, 2010) يرى أن هذا المفهوم ظهر مباشرة بعد الحرب العالمية الثانية من أجل تحسين كمية الإنتاج، التلقيح، التمدرس، انخفاض نسبة الانتحار البطالة وكذا الوفيات، (CARTNEY, LARSON, 1987) وجدا أن حاليا الوضعية الإدراكية لهذا المفهوم هي في الحقيقة في مقدّمة القائمة، معترف من طرف الجميع على أنه الموضوع الوحيد الذي يعبر على ما يعيشه الفرد، ويعبر بكل ذاتية على ذلك التعثر بين ما يتمناه وما يعيشه. هذا المفهوم استخدم من طرف "كلمان" في 1995 تحت عبارة مفهوم الفارق، نوعية الحياة تستوعب على أنها الفارق بين متطلبات الفرد وما يحققه عاطفيا كلما كان الفارق كبير، كلما كانت نوعية حياة المصاب متدهورة. هناك عدة أبعاد تعمل بطريقة معقدة لهذا المفهوم نسب (RODACY, LEPIEGE, 1998) لأن كل التأويلات لا يؤخذ بها إلا اللواتي تتغير بسبب المرض والعلاجات هذا ما يهم، وعليه فإن مجموع الباحثين اقترحوا ضبط مفهوم نوعية الحياة على مستوى الصحة وعلاقتها بها. إن هذا المفهوم مرتبط مع مفهوم الرغبة، وعليه فإنه قد يصعب ضبطه لأنه يعتمد على الأبعاد الموضوعية والذاتية للفرد. وبعد تساءل المختصين فقد أجابوا على أن هذا المصطلح يعتمد على أربعة عناصر وهي:

الوضعية الفيزيولوجية: للفرد معتمدة على استقلالته قدراته الفيزيائية، تحقيق متطلباته الأولية (المأكل، ...)، بقاء الوظائف الفيزيولوجية والتي تأثرت بالسرطان.

الحواس الجسدية: الأعراض، نتائج الصدمات العلاجية، مقاومة، الألم، وعدم الارتياح بسبب العلاجات.

الوضعيّة النفسيّة: الحصر، الاكتئاب، عدم تقدير صورة الذات، رفض عملية التجميل مع مفهوم الصورة الجسديّة وعلاقتها بالحياة والقيم البشرية. وعليه فإن المهام الأولية للمختصين هو محاربة فكرة المريض الرامية للتميش والانعزال بسبب بتر جسدي أساسي.

العلاقات الاجتماعية والاتصالات مع الوسط، المهني، الأصدقاء وكذا المختصين، وعليه فإن مفهوم الإدماج العائلي، المهني، الاجتماعي أساسي بالنسبة لنوعية الحياة. إن ضبط قائمة الأبعاد الخاصة بنوعية الحياة غير ممكنة بالنسبة (SCHRAUB, MERCIER, 2000) لأنه مفهوم ديناميكي، يعتمد على التطور، أين الاعتراف بأن سلوكيات الأفراد متنوعة عبر الزمن. هذه الديناميكية تسجل في مشروع عام والمسمى بمشروع الحياة. إن الرعاية الطبية ليس هدفها الوحيد حماية الحياة وإنما توفير نوعية حياة مقبولة، اصف إلى أن اهتمامها بنوعية الحياة هو اعتبار الفرد جملة مركبة. حقيقة مفهوم نوعية الحياة لكل (CELLA, TULSKY, GRAY, 1993) لم تكن له في بداية تأسيسه دلالات نفسية وذهنية بحيث ركزت البحوث أساساً على الاضطرابات الوظيفية الصحية ثم الوضعية الاجتماعية. في الثمانينات أدمج البعد الذهني لمفهوم نوعية الحياة وعليه يجب الاهتمام بمجموعة الأعراض النفسيّة والأعراض الظاهرة على المستوى الجسدي. رجوعاً إلى دراسات قام بها كل من الباحثين (DABAKUYOTS, FRAISSE, CAUSERET, 2009) أن نوعية الحياة لا ترمي فقط إلى تقييم الأعراض المرتبطة بالمرض، بل تقييم أعراض الحصر، الاكتئابية وتأثير المرض على الوسط، أن الوضعية الذاتيّة لنوعية الحياة تظهر في الأبحاث تحت مفهوم المعاناة المرتبطة مباشرة بالألم الجسدي والألم النفسي. وبهذا لاحظ كل من (Schraub Mercier, 2002) إنّ هذا المفهوم يجمع بين الدلالة الموضوعية (أعراض، استقلالية، ... ) والدلالة الذاتية (وضعية سيكولوجية، حياة اجتماعية) والتي يجب أن تقيم من طرف

المريض نفسه إلا في حالة ما إذا كانت وضعيته المعرفية (القراءة) لا تسمح بقراءة الأسئلة. آخرون اقترحوا عدم ضبط تعريف نوعية الحياة بربطه مع الصحة، إنما الاعتماد على الأبعاد: نوعية الحياة الفيزيولوجي، السيكولوجية، الاجتماعية، يعني أننا لا يجب الاعتماد على تأثير العرض على نوعية الحياة، لأن غياب الاستجابة دال على وجود ظاهرة التكيف أو التغيرات على مستوى مرجعيات المريض. إن تأثير المرض وبالخصوص السرطان وعلاجه يمكن أن يحدث مضاعفات على حياة المريض وظروف حياته من علاقات عائلية، اجتماعية، مهنية، الترفيه السكن، الأجور، مجموعة هذه الميادين تندمج مع المصاب بعد العلاج لكن هذا الإدماج يرجع إلى قدرات المريض على التمكن من هذه الظروف المواتية للمرض. عند البحث عن نوعية الحياة في مرحلة إعادة التأهيل المشتركة مع التغيرات الاجتماعية- الديموغرافية يجد كل من (ANDRIEN, COLLENA, 1997) إن النظام العلاجي لا يستطيع التأثير إلا قليلا وخاصة عند الحالات اللواتي تتراوح أعمارهن أكثر من 65 سنة والمصابات بسرطان الثدي، لكن النساء الأقل من 50 سنة نجد إن التغيرات المرتبطة بالمرض والعلاج هو الذي يصيب نوعية الحياة لديهن. ضف إلي ذلك أن الدراسات حول نوعية الحياة أثبتت نسبة 20 إلى 30% من النساء لديهن نوعية حياة متدهورة مدى الحياة، أما عن باقي النسبة هناك تحسن في الاضطرابات النفسية مع الوقت. دراسات أخرى أظهرت أن نوعية الحياة هي الأكثر تضررا عند حالات المصابات بسرطان الثدي، (A.N.A.E.S, 2002) تري أن التأثيرات النفسية للمرض هو الضيق النفسي، الحصر، والصعوبات الجنسية التي تظهر في اضطرابات التكيف، كذلك إجهاد ما بعد الصدمة. وأخيرا فإن مفهوم نوعية الحياة لا زال يعيش مناقشة بحثية بالنسبة للإكلينيكين والباحثين نظرا لصعوبة ضبط تعريفه وتقنية قياسه، رغم الاعتراف على أن الأهداف الطبية ليس لها أي تقييم نوعي للتجربة الذاتية للحالة كنتيجة، غالبا ما يبحث في الميادين العضوية، النفسية والاجتماعية، الاقتصادية أو

التحسن العام. إن التقييم الذاتي يسمح للمريض بوصف نوعية حياته حسب منظوره الخاص عوض تقييمات الأطباء أعضاء العائلة أو أطراف مساعدة أخرى، وبما أن تقييم الحياة يعرف من المنظور الكمي وآخر من المنظور النوعي، إن نوعية الحياة في السرطان وإعادة التكيف يعتبر قياس إضافي قد يستعمل للتحقيق من نتائج العلاج.

### استراتيجية التكيف: coping

إن أصل مفهوم استراتيجية التكيف انجليزي وتعني حسب (FOLKMAN, 1997) المواجهة والمؤلفة من طرف "لازاروس ولوريان" 1984، التي تعرف أنها مجموعة منالسيرورة التي يضعها الفرد بينه وبين الحدث المهدد، وذلك للتمكن، وتحمل والتخفيف من تأثير هذا الحدث على مستوى الصحة الجسدية والسيكولوجية. استراتيجية التكيف هو مجموعة من القوى المعرفية والسلوكية التي تعمل على تمكن، تراجع، تحمل، المتطلبات الداخلية والخارجية والتي تهدد أو تتجاوز القدرات لدى الفرد. هذه الاستراتيجيات لا تسمح فقط بتعديل التبادلات المجهدة، وإنما إنتاج ما يضمنه جيد، إن قدرات البحث والتجارب الجيدة هي التي تعدل بعد ذلك وضعية الإجهاد وتأثير بعض التبادلات. حسب الدراسات المتعددة التي قام بها (Bruchon Schweitzer, 2002) هناك مجموعة من أنواع استراتيجية التكيف كما يلي:

- استراتيجيات معرفية سلوكية والتي تعمل على توجيه الوضعية الإجهادي أو تغيير معناها، هي استراتيجيات معتمدة على مركز المشكل (تسمى كذلك استراتيجية التكيف الناشط) إن الفرد يتوجه إلى الوضعية الإجهادي مباشرة ليبحث عن المعلومات، تكوين نشاط، حل المشكل وكف النشاط.

- استراتيجيات معرفية سلوكية والتي لها وضيفة تعديل الانفعال: هي استراتيجيات متمركزة على الانفعال كما تسمى أيضا استراتيجية التكيف الكامن وهي متمركزة على الفرد

بذاته أين يحاول التحكم في التجاوزات الانفعالية حتى يحافظ على التوازن النفسي العاطفي المقبول. هذه الاستراتيجيات هي: إعادة التقييم الإيجابي، الاجتناب أو الاستقالة، الاتهام الذاتي، نقص الضغط، اليقظة اتجاه الضغط النفسي، البحث عن الأصل، الترفيه الخيالي أو الهروب.

- إن البحث عن المساندة الاجتماعية يتطلب قبول مساعدة الآخرين، وهنا تلاحظ أنها استراتيجية تكيفيه آتية من عند الفرد نفسه وليس من طبع المضمون الاجتماعي. إن البحث عن المساندة الاجتماعية تعتبر شكل من أشكال استراتيجية التكيف متمركزة على المشكل والانفعال، لأن الفرد عندما يبحث عن مساندة، هدفه هو تعديل الانفعال. هناك نموذج ازدواجية صيرورة استراتيجية التكيف والخاصة بشروط معينة، كالحداد، يتطلب من الفرد أن يوازن بين فقدان والاستقرار. إن استراتيجية التكيف الموجهة لفقدان حسب (Stroebe, Schut, 2001) تعمل على مستوى الحزن، فقدان الرابطة والذكرى الخاصة بالفرد المفقود، مع رفض وتفادي المتغيرات المرتبطة بالتحسن. أما استراتيجية التكيف الموجهة للتحسن فإنها تتطلب الاهتمام بمستويات الإجهاد الثانوية للحداد مثل تغيير الهوية والدور أو اتخاذ مسؤوليات جديدة والتي كان يقوم بها الفرد المفقود. المهم أن هذا النموذج يعتبر استراتيجية كصيرورة توافقية بين التفادي والمواجهة بين التأثير الانفعالي المباشر والفقدان، النتائج المترتبة الثانوية، وبين إعادة التقييم الإيجابي والسلبي. دراسة (Hilton, 1989) اعتمدت على البحث عن الرابطة بين التقييم الأولي واستراتيجية التكيف وذلك عند 277 حالة، النتائج بينت إن الحالات التي تقيم على أن إصابتها بسرطان الثدي كأم مروع مع الخوف من التكرار، يستعملون استراتيجيات الهروب دون اللجوء إلى إعادة التقييم الإيجابي لوضعيتهم، رافضين مسؤولية الوضعية الحالية مع الإحساس بعدم التحكم في تطور المرض. هناك دراسات قليلة اقترحت فكرة تأثير الضغط النفسي على تطور السرطان والتوافق الانفعالي عند الحالات، وبالفعل فإن معظم الدراسات اهتمت بدراسة أحداث الحياة

المعايشة قبل التشخيص. لكن ليست الأحداث بالذات التي تأهل ظهور سرطان الثدي لكن إحساس الحالة بتأثير هذه الأحداث. إن اختيار استراتيجية التكيف بالنسبة للباحث (PAULTHAN, 1994) ترمي إلي معرفة المصادر الشخصية للفرد، كذلك أنماط الوسط وبالخصوص نمط الوضعية أي طبيعة الخطر، مستواه، مدته، وفي حالة السرطانات، تصبح مصادر الإجهاد متعددة كالإعلان، العلاج، تغيرات الجسد، انقطاع التوازن العلائقي والمهني وعليه ممكن تطبيق نظرية تقاربيه للإجهاد ومرض السرطان، أثناء التقييم الأولي يستطيع الفرد الإحساس بالمرض على أنه:

- تهديد (الوحدة الفزيولوجية، الألم، خطر الموت) قد ينشأ بعد الحصر.

- فقدان (تغيير الأدوار والمكانة، التوقف عن العمل) قد يظهر في حالة اكتناييه.-كتحدّي قد يؤدي إلى وضعية المحاربة وبعدها سيبحث الفرد إن كان حاملا لمصادر شخصية اجتماعية أساسية لمواجهة المرض، العلاجات عن طريق استراتيجية التكيف الخاصة.

(Charlson. Mancuso. Robbin. Link , 2005) اقترحوا نماذج استراتيجية فردية لمواجهة السرطان حسب 5 مراحل:

**المرحلة الأولى والثانية: العمل لمواجهة السرطان**

**المرحلة الثالثة: تعريف وتقييم الاستراتيجيات وذلك حسب نوعية المعتادة، التجارب الماضية، المعتقدات والتمثلات.**

**المرحلة الرابعة: اختيار الاستراتيجيات (نسبة للأهداف الخاصة، الانفعالات وإدراك المرض).**

**المرحلة الخامسة: استعمال الاستراتيجيات بعدما قام الأول والثاني بالتقييم الأولي، الثالث يتبع التقييم الثانوي، والأخير يحقق استراتيجية التكيف. إن تقدم استراتيجية التكيف عبر الزمن درست من الناحية النظرية وهي مهمة، هذه الاستراتيجيات عليها التطور حسب**

تغير الوضعيات المجهدة، (Heim et al, 1997) اهتموا بتقييم استراتيجيات التكيف والضيق السيكولوجي لدى المصابات بالسرطان بواسطة قياسات متكررة وذلك لأنهنّ تحت تأثير تغيرات ومختلف أزمنة مرحلة المرض، هذه التغيرات وأثناء استراتيجيات التكيف ترجع كذلك إلى نمو وتطور الإجهاد وهذا ما أكدته (Roussi et al, 2007)

### الروحانية: spiritualité

في المرحلة النهائية من الحياة أين يظهر الضيق النفسي بسبب المرض، يظهر المجال الروحاني وعليه فإن إدراك موقف الجانب الروحاني أساسي من أجل دراسة الضيق النفسي المرتبط بخطر المرض أو الموت في المرحلة النهائية. في هذا الصدد يري (ANTONI et al, 2001) الاعتراف بالوضعية الروحانية للفرد مرتكزة على مبدأ وجود قوى شديدة داخل النفس والتي تدفع اتجاه الاندماج، إننا نستطيع مساعدة الأفراد على تقبل موتهم لكن في إطار يجعل مفهوم الموت أمر عادي وطبيعي. كان التنبؤ جيداً أو سيئاً فإن المختص العيادي يري في المرضى المصابين بسرطان الثدي أثناء مرحلة التشخيص وأثناء كل مراحل المرض، أن الحالات تدخل في سيرورة اكتشاف مفهوم الحياة والموت في بداية هذا الاكتشاف إن القيم الخاصة بالعادات والروحانيات لنظام العبادات كثيراً ما يتساءل عليهم إلى درجة جعله سبباً لمرضهم. عندما يكون مستوى الروحانيات مرتفع فهذا يرتبط بارتفاع قدرات المريض على جعل الموت وضعية عادية، عكس ذلك فإن الحالات الذين لديهم مستوى منخفض من الروحانيات فإن درجة الضيق النفسي الاجتماعي مرتفع ومرتبطة بإدراك الفقدان لأن حياتهم في خطر بسبب المرض والموت. إن الأبعاد الروحية تعتبر أن كل فرد له بعد روحاني تحققت أو لم تتحقق لديه المرجعية إلى معتقد ديني وأمنت بالله أولاً، وكل فرد مصاب في جملته العضوية أو النفسية فإن جانبه الروحاني كذلك مصاب. أن التجربة الروحية تستدعي معاش ذهني، هناك عدة شهادات أشارت إلى

أن التجربة الروحية تؤدي إلى: السعادة، السلم الراحة،... الخ. إن العلاجات الثانوية الحديثة التي برزت في إنجلترا من طرف "سيسلي سندر" 1919-2005 اكتشف أن أصل مفهوم الألم العام يرجع إلى مكونات عضوية، نفسية وروحية.

منذ الانطلاق فإن كل فرد مريض لديه ذاتية خاصة مرتبط بها وهي الجسد، النفس والروح إلا أن كل الأفراد المصابين بالسرطان لهم متطلبات متنوعة وحسب FITCH (MARGARET, 2008,15) هي 7 أبعاد معترف بها في علم الأورام: العضوية، التطبيقية الإعلامية السيكولوجية، الانفعالية، الاجتماعية والروحية. إن التجارب الانفعالية الأليمة ذات الطبيعة النفسية الاجتماعية (معرفية، سلوكية، انفعالية) أو روحية قد تتقابل، مع قدرات مواجهة السرطان، أعراضه العضوية وعلاجاته، قد تنتج أعراض الضيق الناتجة عن المشاعر العادية الضعيفة أو الهشة، من حزن، خوف، ومشاكل كالاكتئاب، الحصر الرعب، العزلة الاجتماعية، وكذا النوبة الوجودية الروحية. إن مفهوم المعاناة الروحية ترجع بالنسبة (Bénédicte Echard, 2006) إلى مشاعر اللاعدالة، التأنيب، التوتر، عدم الكمال، عدم وجود الأصل، الخوف. كل هذه الاضطرابات ظهرت بسبب الفزع من الإصابة بالمرض. أمّا بالنسبة للمعالجين فإن عدم أخذ هذه الرغبة بعين الاعتبار عند المريض قد تولد لديه آلام ومعاناة. أما الدراسات فإنها تعترف بأن هناك عناصر أساسية قد تؤدي إلى التجربة الروحية هي حسب تقرير "لجنة علم الأورام النفسي الاجتماعي"

RAPPORT DU COMITÉ D'ANCOLOGIE PSYCHO SOCIAL 2010

- الرغبة في البحث عن أصول الأشياء.
- الرغبة في الارتباط مع الآخر من أجل الحفاظ على علاقة ذات معنى.
- الرغبة في الانفتاح للحياة والحفاظ على التفاؤل.
- الرغبة في الرجوع إلى الله وإلى قوة عليا.
- الرغبة في التقدّم، الاندماج، التنقل عبر ما يعيشه مع المرض.

- الرغبة في تطبيق عادة دينية بالنسبة للحالة المريضة.

### الصورة الجسدية: Image du corps

يجب التفريق بين الإصابة الجسدية وإصابة الصورة الجسدية التي تعتبر التمثلات النفسية التي يملكها المريض اتجاه جسده والتي قد تكون جد مختلفة مع الإصابة الحقيقية والعكس صحيح. وعليه يري (DAUCHY, ROUBY, 2007) إن العملية التجميلية تعتبر جيدة بالنسبة للطبيب الجراح وقد يعتبرها المصاب سيئة، ضف إلي ذلك انه سيعطي رمزية للاختلاف بين الجسد قبل المرض وهذا الجسد الحامل للأعراض. يعتبر السرطان وعلاجاته حسب (white, Body, 2000) في وقتنا الحالي وبالإجماع على أنه سبب تغيرات مهمة فسيولوجية، ومن أجل التكفل العام يجب معرفة وفهم تأثير الصورة الجسدية على الوضعية النفسية للحالة ابتداء من إعلان التشخيص، إلى مرحلة ما بعد العلاج، وذلك التأثير يظهر بالخصوص على مستوى نوعية الحياة والتوازن السيكولوجي.

يضيف أحد الباحثين في علم الأورام (Nissen et al, 2001) منذ حوالي خمسة عشر سنة أجرت بحوث متعددة ومتنوعة تشهد على تساؤلات حول هذا المفهوم في علم الأورام، إن الحالات التي بتر لديهن الثدي قد تكون لديهن نسبة الضيق النفسي مرتفع من اللواتي عالجن سرطان الثدي دون اللجوء إلى بتره. مما يؤثر علي الصورة الجسدية. أما موضوع العلاقة الجنسية بعد الإصابة فبالنسبة للباحث (fobair spiegel, 2009) إن علاج السرطان في تقدم مستمر، لكن المصابين لا زالوا في حاجة إلى تحسين وتسوية حياتهم اليومية الفسيولوجية، السيكولوجية والاجتماعية، أما الوظيفة الجنسية فهي عنصر حساس في النمو الفسيولوجي. بما أن سرطان الثدي يصيب الصورة الجسدية، تقييم الذات وكذا العلاقة مع الزوج. إن الاعترافات الأولية من المرضى عن اضطراب الوظيفة الجنسية

مهم، لمدى تأثير العلاج المضاد للسرطان. إلا أن بعض المرضى يترددون دون الإباحة عن هذا المشكل الجنسي ولا يعتبرونه جزء من علاجهم.

أضف إلى ذلك فكرة الزوج المعارضة للعلاقة الزوجية بسبب تلقي الزوجة المصابة لإشعاع قد يصيبه بالضرر، إذن من أجل الإجابة عن هذه الأفكار الخاطئة وإعادة تأهيل سيكولوجي اجتماعي للحالة المصابة بسرطان الثدي، على رجال الصحة القيام بتقييم العلاقات الجنسية أثناء العلاجات اليومية. السيكولوجي والاندماج الاجتماعي. هناك نسبة مهمة من الاضطرابات الجنسية والسيكولوجية ذات الأصل الفيزيولوجي وعليه يجب التفريق بين التغيرات العضوية والتأثيرات الانفعالية للمرض، والحديث عن الجنس مهم، نظرا لوجود مواد قد تساعد الحالة على القضاء على هذه المشكلة وتعيش جنسية عادي. على العموم إن علاج السرطان وبالخصوص العلاج الكيماوي، يحدث تغيرات في جسد المرأة، تؤثر على الرغبة الجنسية والوظيفة الجنسية والعلاقات العاطفية، أظهرت الدراسات أن سرطان الثدي وبعد العلاج مباشرة، تبدأ الاضطرابات الجنسية في الظهور. إن هذا المشكل كثيرا ما يضع الزوجين أمام خطر الافتراق، لكن كل هذه المشاكل يمكن علاجها مع الطبيب، هناك حلول فعالة سيكولوجية، انفعالية، صيدلانية، وذلك لمحاربة الهجمة الحرارية، الجفاف المهبلي والألم الذي كثيرا ما يظهر في فترة هذه الاضطرابات. إن مسألة العيش والبقاء في الحياة بالنسبة للسرطان، قد تحسنت أثناء 25 سنة الماضية من 5 إلى 10 سنوات نسبة العيش لكن معظم المصابات بالسرطان قد يعشن مدة أطول مما يجعل نوعية الحياة كالتكاثر أمر مهم جدا.

إنّ مشكل عدم الإنجاب يرجع إلى العلاج الكيماوي، الأدوية المستعملة وكذا سن المرأة وقد يحدث حتى عند المرأة صغيرة السن بعد العلاج. بعد الإصابة بسرطان الثدي، يصعب على المصابة التحكّم في جسدها الجديد (فقدان الشعر، بتر الثدي) لأن الصورة

الجسدية مضطربة، أضف إلى هذه التغيرات الفسيولوجية اضطرابات وظيفية أخرى بسبب العلاج: التعب، القيء، الآلام... الخ وعليه فإننا نفهم سبب اضطراب العلاقة الجنسية عند الزوجين. إن العلاج الكيماوي يسبب اضطراب هرموني، الذي قد يتسبب في انقطاع الدورة الشهرية مبكرة يعني تراجع في مستوى الليبيدي، جفاف مهبلي وتوقف العادة الشهرية يعني عدم الإنجاب. هذا كله يعني إعادة النظر عامة للمرأة وعلاقتها بالأنوثة. وأخيرا تري (ANNE XAILE,2006) أن هذا المرض هو منبع الاضطرابات السيكولوجية، القلق، الحصر، بعض المرات الاكتئاب، هذا كله لن يسهل العلاقات داخل الحياة الزوجية خاصة العلاقات الجنسية التي تصبح ثنائية الوجود، إلا أن سرطان الثدي حسب (CATON, LEROY, BERT, BEAUNE, 2007) ليس كغيره من السرطانات الأخرى لأنه لمس منطقة جسدية ذات رمزية عالية، ذلك لأن الثدي هو رمز الأنوثة والأمومة، يأتي الثدي بقوة لتعديل الحياة العلائقية، أضف إلى ذلك دوره الجنسي الهام هو إذن رمز الخصوبة، الرضاعة، صورة الراحة، الأمومة، وعليه فإن المرض والبتير، المرتبط بالعلاج، يجعل العلاقة مع الجسد في حالة توتر، ونظرا لسرعة وشدة المرض اللذان أديا إلى تغير الجسد، هناك انقطاع حقيقي للهوية، انقطاع الرابطة مع الحالة نفسها وجسدها مما يؤدي إلى خلق مشاعر الغرابة. بالنسبة (BREDART A, 2007) أن الصورة الجسدية هي البناء الأساسي للهوية، تجد نفسها داخل المحك في حالة السرطان التغيرات الجسدية تطرح إشكال إدراك الصورة، لذلك فإن البتر المرتبط بالعملية الجراحية والتغيرات الجسدية الناتجة عن مختلف العلاجات لمرض السرطان هي سبب تغيرات الصورة الجسدية ونقصد هنا اضطرابات الصورة الجسدية، والدراسات التابعة للصورة الجسدية في علم السرطان تحمل كثيرا من معقات المعاش الذاتي لمختلف الظواهر المرتبطة بالصورة الجسدية مع المرض والعلاج. إن اضطراب الصورة الجسدية بسبب علاج سرطان الثدي يمس عدة ميادين بالنسبة لكل من (GANZ et al, 1991) أولا يؤدي إلى نقص

في الرضا الجسدي، فيصبح الجسد غير مرغوب فيه ومنبع القلق والاهتمام، وتأثير الصورة الجسدية لدى المصابات تلعب دورا مهما في التوافق الانفعالي، وتشوه نوعية الحياة، في حالة صورة جسدية منعدمة القيمة. النقص في الرضا عن الجسد مرتبط كذلك بنقص تقدير الذات، مما يؤدي إلى ردود فعل اتجاه المجتمع والعائلة، أضف إلى ذلك أن المصابات في هويتين كامرأة، يأتي السرطان لإعادة النظر في الوضعية الجنسية وكدي توازن وضعية الزوجين لهذا فان الصورة الجسدية شخصت على أنها إحدى العناصر المهمة والأساسية في الرغبة والرضا الجنسي. أما عن الجنس فهو ينتمي إلى الصحة، إن تعريف منظمة الصحة (OMS 2000) أكدت على مفهوم الصحة الجنسية والحق الجنسي المعترف والمثبت لكل فرد هي وضعية صحية وعلى الفريق الطبي الاهتمام بها مثل كل الاضطرابات ويضيف (Sedda et al, 2007) إن مخطط السرطان وبفضل العلاج المدعم سيساعد هذا الميدان القليل التقييم والاهتمام به بسبب ربما حساسيته، أو قلة الكفاءة، مع أن الجنس مهم لتوازن نوعية الحياة. وأخيرا الملاحظ أن سرطان الثدي، يمس رمزية مهمة لدى المرأة، الأنوثة مما يؤدي إلى تشويه الوظيفة الجنسية لدى المصابة، إن الجراحة على مستوى الثدي تغير الصورة الجسدية وكذا العلاقة مع الجسد المرغوب فيه، نوعية العلاجات كذلك تؤثر سلبا على خصوصياتها الجنسية مما يؤدي إلى التأثير على توازن العلاقة الزوجية.

### المساندة الاجتماعية: SOUTIEN SOCIAL

إن تحليل مدى فعالية المساندة الاجتماعية على الصحة ترجع إلى مضمون المفهوم حسب نموذج المساندة البنيوية أو المساندة الوظيفية، حسب دراسة (COHEN, 1991) نظريا وفي بداية الأمر إن موقف المساندة الاجتماعية البنيوية (الاندماج الاجتماعي والشبكة الاجتماعية) التي تهدف إلى قياس الاندماج الاجتماعي للفرد وأثارها على الصحة، فقياس

المساندة الوظيفية غالباً ما تستعمل في الميدان المعرفي وفي إطار تقييم الضغط النفسي. وعليه ظهر أن تأثيرات المساندة الاجتماعية ترجع إلى طبيعة القياس المستعمل. يمكن للمساندة الاجتماعية أن تدرس كمتغير مستقل حسب (PETERS-GOLDEN, 1982) تؤثر على متغيرات مختلف بنود التوافق، قد تكون بنود موضوعية (الوفاة، العيش، مدة الحياة تداعيات المرض، السلوكيات، الأبعاد البيولوجية، المجال المعرفي، أو البنود الذاتية كالصحة النفسية الانفعالية أو نوعية الحياة). إن التوافق السيكولوجي يرجع إلى التكيف بمواجهة للمرض يعني غياب ارتفاع الإجهاد النفسي، الحصر، الاكتئاب، وغياب فقدان الدور (الاجتماعي، الجنسي، المهني) بعد ذلك يمكن اعتبار المساندة الاجتماعية خاصة الثقة بوجود منبع المساندة) تسمح من جهة بتصغير أثر الضغط النفسي ومن ناحية أخرى توفير استراتيجيات التكيف اتجاه المرض، ثالثاً إن المساندة الاجتماعية يمكن اعتبارها متابعة لمضمون مرض السرطان، وانطلاقاً من هذا المفهوم إن السرطان يمكن أن يكون له تأثير على العلاقات بين الأفراد أو تغيير ديناميكية الأسرة. إن النتائج الذاتية أو السيكولوجية للمساندة الاجتماعية أثبتت حسب (THOITS, 1983) إن الأفراد المندمجين اجتماعياً، يستقبلون كمية معتبرة من المساندة من طرف وسطهم. إن تنوع الأدوار الاجتماعية يعتبر عنصر مهم في بناء الهوية وتشجيع مشاعر ذات القيم الشخصية التقدير، التوازن والتحكم في الحياة. أدوار هذه الهويات هي في الأصل طريقة تعامل الأفراد، هذا ما يسمى السلوكيات الصحية، وبالتالي تأتي بعناصر إعلامية للفرد لمعرفة أنه في الأصل الوجودي. إن باحثين آخرين اهتموا بنفس الفكرة ومنهم (POUYALETS et al, 2005) يرون أن أقارب المريض، يعني الأسرة الواسعة والأصدقاء لا يتأثرون بما بعد السرطان وإنما بزمن الإعلان عن المرض والمعاش أثناء المرض. إن الموت حاضر كما اتخذ أبعاد واسعة في رمزية السرطان، حقيقة هذا المرض من الصعب أن يفهمها أقارب المريض وهذا ما يفسر مساندهم القوية من تفهم ومساعدتهم السيكولوجية له، نفس السلوك يتخذ

حتى بعد مرحلة السرطان وذلك لعدم تغير تماثلان السرطان (الموت). إن المساندة قد تتدخل في بداية الأمر بين مرحلة ظهور الحدث الاجتهادي وتجربة استجابة فيزيولوجية وسيكولوجية للاجتهاد للتأثير على تطوره. يعتبر (RODRIGUEZ et COHEN, 1998) أن المساندة هنا تسمح بتحسين إدراك الفرد والخاصة بقدراته لمواجهة المتطلبات المفروضة من الوسط، والتي تعتبر أقل إجهاد.

من ناحية أخرى إن المساندة يمكن لها أن تتدخل بين تجربة الاستجابة والإجهاد الذي جاء بعد الحدث الإجهادي وبداية صيرورة مرضية (سيكولوجية أو فسيولوجية) بتقليل أو القضاء على استجابات الإجهاد، هنا يمكن للمساندة أن تقلص الإجهاد بارتفاع قوى استراتيجية التكيف وتسيير النتائج التطبيقية الانفعالية للحدث والتقليل من أهميته. هناك دراسة أشار إليها (COUSSON, GENIE, 2001) حول مختلف وظائف المساندة (الإعلامية، الانفعالية المادية) المتماسكة والتي تبين أن الرغبة في المساندة الانفعالية الآتية من عند الأسرة، الزوج وأصدقاء العمل لها مردودية أكبر. إن الرغبة في المعلومات أساسية بالنسبة للأسر هي في الحقيقة مساعدة للمرضى المصابين بسرطان الثدي. يعتبر الباحثين (NORTHOUSE, GOLDEN, 1993) هذا قد يرفع من درجة الضغط لديهم وبالتالي يستدعي مساندة انفعالية لتسيير المعارف، عكس ذلك نقص المعلومات قد يرتبط بمخاوف لا فائدة لها ولا عقلانية. في حالة الصحة النفسية يري (THOITS, 1986) إن المساندة الاجتماعية تعمل على تعديل الأنظمة الإستراتيجية البيولوجية، الانفعالية، المعرفية، السلوكية والوقاية من الاستجابات المرتبطة مع الاضطرابات الوظيفية، هذا التعديل يأتي بالتواصل والتقوية الإيجابية أو السلبية والمساعدة بإستراتيجية التكيف. البحوث الأولية أثبتت التأثيرات المتوازنة للمساندة الانفعالية في مختلف الميادين عند مختلف الشعوب مثلا: محاولة الانتحار عند الأفراد في حداد الخطر المعنوي عند الزوجين المفترقين، التوافق عند الطلبة

والاكتئاب. وعليه فإن غياب المساندة العلائقية عند المصابات بالسرطان الثدي الغير الانبثائية، هو عنصر مؤهل لاضطراب الاكتئاب واضطراب الحصر حسب (BURGESS et al,2005). أما (Natacha Espie,2006) تري أن الوسط، الزوج، الأبناء، الوالدين، حتى إذا كان لديهم إدراك لهذه التغيرات لا يستطيعون قياس صعوبتها فهناك حياد أو فجوة بين معاش المريض وعائلته. في حالة توسع هذه الفجوة، يؤدي إلى الشعور القوي بالوحدة وحزن كبير، هي أوقات صعبة أين ينعدم التواصل حيث يعيش كل طرف الألم وبصمت في مجال عدم التكلم، الضغينة، ادن يجب تقليص تلك الفجوة المتواجدة بين المريض والأقارب.

#### تكفل الفريق الطبي: *Prise en charge du corps médical*

نحن نعتقد أن تقدم العلاج من ناحية التكفل بالسرطان يرجع إلى تحسين التكفل الإنساني والاجتماعي للمريض أثناء العلاقة الطبية، الاستماع، الإنصات، العلاج. هي شروط أساسية لتحقيق العلاج المثالي والذي يتمناه كل واحد منا، وعليه فإن البحوث الأساسية في علم الأورام والعلوم الإنسانية والاجتماعية قد اكتسبوا الكثير بتقاربهم، هذا الارتباط يهدف إلى جعل حالة السرطان في تراجع، ونقصد هنا مساعدة المريض على تقوية قدراته الخاصة أثناء محاربتة الفردية للمرض مع وسط معرفي وعلمي المتمثل في الطبيب قصد العلاج والشفاء.

رجوعا إلي أبحاث (FLORENCE, COUSSON, GELIE, 2008) إلى يومنا هذا الكثير من المرضى يبحثون عن المساندة خارج المجال الطبي الذي يعالجهم حتى يتفادوا معرفة درجة الأمل في الشفاء المتوقعة وهذا ما يعيق الطاقة لديهم لمحاربة السرطان. ضف إلى ذلك أنه علينا تجديد محتوى الأمل الطبي باعتبار أن الأمل لا زال له وزن اجتماعي ثقافي. إن مهنة الطب لها منافع كثيرة عند اعتمادها على إرادة الجميع وخاصة المريض

وأقاربه لتعمل على تراجع هذا المرض. في الحقيقة إن المريض يتمنى تلقي المساعدة خاصة من طبيبه المختص حسب SCALI et Pierre لمواجهة الصعوبات السيكلوجيَّة، الزوجيَّة أو العلائقيَّة. الإشكال وكما طرحته عدَّة منشورات أن الأطباء يجدون صعوبات مهمة في التعرف على الضيق النفسي عند مرضاهم، مع الميل إلى عدم التقييم. أما المرضى فإنهم يترددون في الحديث التلقائي عن اهتماماتهم النفسيَّة والاجتماعيَّة مع طبيبهم تاركين له هذا المجال.

علينا ذكر أن هناك آلام يعيشها المعالج وقد ذكرها (VALENCE RAMIS, 2000) في النقاط التاليَّة:

- أصبح الرسول السيئ.
- يواجه قلق الموت الخاص به.
- يتنازل عن المعاملة الحسنة وحسن التواصل.
- يتقبل عجزه وحدوده.

أما الميكانيزم الدفاعيَّة المستعملة من طرف المعالج فهي متعدِّدة، وعند فهمها يمكننا معرفة ردود أفعاله وأفعال المريض وهي:

- التبرير، الفرار، التأمين الفاشل، الكذب.
- ابتذال، التماهي، الإسقاطي.

وبسبب ارتباط العلاج الكيماوي بالأشخاص الذين يتولون مهمة العلاج، وبظروف العلاج قد يطور المريض استجابات الغثيان، الاضطرارية هذه اتجاه المستشفى والأطباء والمرضى العاملين به مما يؤدي أحيانا إلى آثار جانبيَّة غير متوقعة، تكون نتيجة على المدى البعيد مثل التقليل من الالتزام بالعلا. إن ضرورة الانفتاح أمام الوسط الطبي مهم

جدًا لأنه سيؤدي إلى خلق علاقات جديدة خارج نطاق العائلة والرابطة المتوفرة بين الأسرة والفريق الطبيّ أساسيةً قصد حسن التوجيه والتمكّن من العلاج.

### التحكم الانفعالي: Contrôle Emotionnel

مختلف دراسات (SALTEL, 2006) أظهرت أن العوامل المؤثرة على الحالة مستويات، أولها تأثير الأسرة، بعدها تساؤلات عن المرض، العلاج وصعوبات التواصل مع المعالجين وأخيرا ردود الفعل الانفعالية مع مخاوف عدم التمكن من شدة المشاعر.

غالبًا ما يكون المعالج شاهد على نوبات انفعالية لدى المريض مع التخوف من تكرارها وعليه وأمام هذه التعابير القوية من البكاء والغضب، هذا ما يدفعهم إلى العزوف على تقييم الوضعية العاطفية للحالات وتفادي كل سؤال أو استفسار، لا سؤال ولا جواب. من ناحية أخرى كثيرا ما ينفي المريض الصعوبات التي يشعر بها حتى لا يتضارب مع متطلبات الوسط الذي غالبا ما يفرض عليه تحقيق معنويات مقبولة. إن التظاهرات الانفعالية المتأثرة ببعض الظروف والتي يصعب قياس خطورتها، وشدة هذه الاستجابات ترجع إلى التقييم الذاتي للمصاب ووضعيته. هي قدرة المريض على تطور تمثلات للوضعية وتقبل اتخاذ قرار نافع، وعبر هذه المراحل المملوءة بالنوبات يتم التقييم. المهم دائما تشجيع المريض على التعبير عن مشاعره وذلك باقتراح منهجية ذات ثلاثة مراحل وهي كما يأتي:

### المرحلة الأولى: التعبير عن الانفعال

### المرحلة الثانية: أسئلة اكتشافيه

### المرحلة الثالثة: التعبير عن فهم التعاطف الوجداني

تبدوا بعض استراتيجيات التعامل مع المشكلات المرتبطة بمرض السرطان كالاتي حسب (Epping-jorolan , Compas et al, 1999 :18) ففي دراسة 603 مرضى بالسرطان، استطاع باحثين التعرف على 5 أنماط من التعامل مع هذه المشكلات: السعي للمساندة الاجتماعية واستخدامها، التركيز على ما هو إيجابي، إقصاء الذات، التجنب أو الهروب المعرفي وتجنب أو الهروب السلوكي. فالتكيف من خلال المساندة الاجتماعية والتركيز على ما هو إيجابي وإقصاء الذات، هي أنماط لها علاقة وطيدة لمستويات أقل من الضيق الانفعالي الناجم عن السرطان، وينطبق الأمر على المرضى الذين كانوا يظهرين مستويات عالية من التفاؤل.

### كيفية تصميم المقياس

#### 1- وصف المقياس ومكوناته:

يعتبر مقياس الصحة النفسية لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي أداة مفيدة لتشخيص مستويات الصحة النفسية لدى هذه الفئة المصابة. لقد اختيرت البنود بشكل متحرر من أي محتوى يسبب الحرج أو القلق لدى المصابات رغم حساسية الموضوع، ويمكن أن يطبق هذا المقياس على حالات فردية أو جماعية، لقد صمم للاستخدام علي معظم الفئات العمرية نظرا لطبيعة الإصابة الجسدية. لكنه عموما لا يتعدى ساعة الواحدة، كما أننا اجتهدنا في انتقاء عبارات بسيطة ومفهومة كي يصبح المقياس في متناول كل الفئات الثقافية.

يتكون المقياس من 121 فقرة تحت إطار 8 أبعاد عيادية مقسمة علي النحو التالي:

- من الفقرة 1 إلى غاية الفقرة 19 تعبر عن نوعية الحياة
- من الفقرة 20 إلى غاية 29 تعبر عن استراتيجية التكيف
- من الفقرة 30 إلى غاية 48 تعبر عن المساندة الاجتماعية

- من الفقرة 49 إلى غاية 58 تعبر عن التدين
  - من الفقرة 59 إلى غاية 72 تعبر عن التكفل الطبي
  - من الفقر 73 إلى غاية 87 تعبر عن التوافق النفسي
  - من الفقرة 88 إلى غاية 106 تعبر عن التحكم الانفعالي
  - من الفقرة 107 إلى غاية 121 تعبر عن الصورة الجسدية.
- الإجابة عن الفقرات إجابة رباعية الاختيار (نعم تماما، تقريبا، قليلا، لا إطلاقا) وعلى المفحوص اختيار إجابة واحدة منها. لقد اعتمدنا على محاكاة للاختيار النهائي للفقرات منها: صدق المحكمين وثبات المقياس.

ينطلق اهتمامنا لهذا المقياس وتقنيته للاعتبارات التالية وهي الكشف عن مستويات الأبعاد النفسية لدي المرأة المصابة بالسرطان، معتمدين على مبادئ علم النفس الأورام وتمّ اختبار عباراتها بأساليب إحصائية.

## 2- مراحل تطبيق المقياس:

تمّ تطبيق المقياس على الحالات المصابة بسرطان الثدي المتواجدة على مستوى المستشفى الجامعي تلمسان بمصلحة علم الأورام، اتبع الباحث مجموعة من الخطوات بدأت بتوجيه الفريق النفسي العامل بالمصلحة وشرح الهدف من الدراسة. تليها كيفية تقديم التعليمات والبيانات الخاصة بالمقياس ثم توزيعها على المصابات بسرطان الثدي وعددهنّ 61 حالة مع أخذ متسع من الوقت لاسترجاع المقياس وهذا لمراعاة الظروف الصحية للحالات.

## 3- طريقة تصحيح المقياس والحصول علي الدرجات الخام:

للحصول علي الدرجات الخام لكل حالة مصابة بسرطان الثدي بالنسبة للصحة النفسية، نعطي ثلاث درجات للفقرة التي تعبر عن سوء الصحة النفسية وهي فقرات ذات الأرقام التالية: 1-2-3-4-5-6-7-8-10-11-12-13-14-15-16-17-19-25-26-27-28-29-30-31-32-33-34-35-36-37-40-49-54-56-69-70-71-72-73-74-75-76-77-78-79-80-82-83-84-87-88-89-91-92-93-95-96-97-98-101-102-103-104-105-106-107-108-109-110-111-112-113-114-115-117-118-119-120-121.

ونعطي الدرجة الصفر للفقرات التي تعبر عن وجود صحة نفسية لدي المصابات وهي فقرات ذات الأرقام التالية: 9-18-20-21-22-23-24-38-39-41-42-43-44-45-46-47-48-50-51-52-53-55-57-58-59-60-61-62-63-64-65-66-67-68-81-85-86-90-94-99-100-116.

أما درجة 1 أو 2 فهي تعبر أما عن اختيار (تقريباً أو قليلاً) وأرقام الفقرات الخاصة لهذه النسبة تكون تابعة لأصل 3 في حالة عدم وجود صحة نفسية أي 3 ثم 2 ثم 1 ثم 0 أو العكس في حالة دلالة الفقرة علي الصحة النفسية أي 0 ثم 1 ثم 2 ثم 3

الجدول رقم 11: يبين الأبعاد العيادية للقائمة ومتوسطاتها الحسابية، ومستوي الصحة النفسية لذي المصابات

الأبعاد العيادية	المتوسط	مستوي الصحة النفسية
نوعية الحياة	28	0-19 جيد 20-30 عادي 31-57 سيئ
استراتيجية التكيف	15	0-10 جيد 11-19 عادي 20-30 سيئ
المساندة الاجتماعية	28	0-19 جيد 20-30 عادي 31-57 سيئ
التدين	15	0-10 جيد 11-19 عادي 20-30 سيئ
التكفل الطبي	20	0-14 جيد 15-25 عادي 26-40 سيئ
التوافق النفسي	22	0-15 جيد 16-24 عادي 25-45 سيئ
التحكم الانفعالي	28	0-19 جيد 20-30 عادي 31-57 سيئ
الصورة الجسدية	22	0-15 جيد 16-24 عادي 25-45 سيئ

## 4- المؤشرات السيكومترية لأدوات البحث:

لدراسة صدق المقياس وثباته قمنا باختيار عينة مناسبة لتجربة المقياس والتعرف على مؤشرات السيكومترية وعليه لقد تم اختيار عينة قصدية من مختلف المستويات العمرية الاجتماعية والتعليمية تقدر ب61.

## - صدق المقياس:

لدراسة صدق المقياس كان لزاما علينا طريقة المحكمين لتقرير صدق المضمون، لقد قام بدراسة الفقرات 3 أساتذة من قسم علم النفس طالبين منهم إبداء رأيهم حول مدى ملائمة كل بند على حدى في قياس الأبعاد العيادية الثمانية وذلك بإعطاء قيمة تتراوح من 1 للفقرات الغير مناسب و2 إذا كانت تحتاج إلى تعديل والقيمة 3 إذا كانت مناسبة. أما التعديلات التي طرأت على المقياس، لقد تم تعديل مجموعة من العبارات فيما يخص مقياس الصحة النفسية لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي على أساس التصويبات التي أسفرت عنها نتائج التحكيم الكيفي، حتى يكتسي المقياس طابع الشمولية، الوضوح، الدقة وبالتالي يصبح في متناول كل من يقوم بتطبيق هذه الأداة.

الجدول رقم 12: يبين مختلف العبارات التي تم تعديلها لمقياس الصحة النفسية

العبارات قبل التعديل	العبارات بعد التعديل
-لقد حاولت وجود مخرج لمشكلة فنجحت -تمكنت من تغيير بعض الأمور عندي حتى أتوصل إلى مخرج. -اهتموا بأمور لا أستطيع القيام بها لوحدي -المرض ابتلاء علي الصبر والمقاومة. -أشعر أن هدفهم كان متمركز على راحتي وبالأخص العضوية. -تألمت كثيرا أثناء العلاج لأنه لم يعني بي نفسيا.	-لقد بحثت عن مخرج لمشكلي فنجحت. -تمكنت من تغيير بعض الأمور الشخصية لأجد مخرج. - لقد اهتم أقاربي بأمور لا أستطيع القيام بها بمفردي. -اعتبر هذا المرض ابتلاء من عند الله وعلي بالصبر والمقاومة. -أشعر أن هدف الأطباء كان يركز على راحتي. -تألمت كثيرا أثناء العلاج ولم أجد الاهتمام المناسب لحالتي الصحية.

وفيما يلي اختبار كاندل KENDALL لدراسة الاتساق الداخلي للعبارات في ضوء نتائج المحكمين الثلاث.

الجدول رقم 13 يبين نتائج اختبار كاندل KENDALL

عدد K المحكمين	ن: عدد الفقرات	معامل كاندل W	كا X	درجة الحرية	مستوى الدلالة
3	121	0,25	90,82	2	0,002

تشير نتائج معامل كاندل إن مقياس الصحة النفسية يتمتع بقدر عال من الصدق حيث صدق الاتساق بين الأبعاد العيادية الثمانية للمقياس والمقياس ككل.

كما استخدمنا في حساب صدق هذا المقياس بحساب مدى ارتباط كل فقرة من فقرات المقياس بأبعاده العيادية الثمانية والجدولين التاليين رقم 14 و 15 يظهران النتائج التالية.

الجدول رقم 14 يبين نتائج حساب ارتباط الأبعاد بأبعاد المقياس ونتائج ألفا كرومباخ.

نوعية الحياة	استراتيجية التكيف	المساندة الاجتماعية	التدين	التكفل الطبي	التوافق النفسي	التحكم الانفعالي	الصورة الجسدية	المجموع	البنود الأبعاد
1	.337	.254	-.011	-.028	.551	.494	.716	.727	نوعية الحياة
	1	.398	-.268	.142	.580	.263	.461	.633	استراتيجية التكيف
		1	-.144	.073	.273	.196	.425	.606	المساندة الاجتماعية
			1	-.436	-.210	-.137	-.066	-.170	التدين
				1	.121	.245	.098	.318	التكفل الطبي
					1	.489	.645	.748	التوافق النفسي
						1	.603	.708	التحكم الانفعالي
							1	.876	الصورة الجسدية
								1	المجموع

الجدول رقم 15 يبين نتائج اختبار كرومباخ ألفا

بنود المقياس	نسبة كرومباخ ألفا
9	0,74 , 0,78

من خلال الجدول رقم 14 و 15 نلاحظ أنه توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين البنود وأبعادها العيادية مما يشير إلى وجود قدر مقبول من الاتساق بين بنود المقياس وبالتالي صدق المقياس، كما نلاحظ أن قيم كرومباخ ألفا تتراوح بين 0.74 و 0.78 وهي قيم

مرتفعة ومقبولة سيكومتريا وعليه يمكن الاعتماد على هذا المقياس كأداة للدراسة بدرجة عالية من الثقة.

ثبات المقياس:

- التجزئة النصفية

للتعرف علي ثبات المقياس استخدمنا طريقة التجزئة النصفية (split-half coefficient) وأن معامل الثبات المستخرجة للمقياس ككل قدر ب 0,83 وهذا يدل أن العلاقة الارتباطية قوية جدا بين الفقرات، مما يؤكد قوة ثباته. الجدول رقم يبين ذلك.

الجدول رقم 16 يبين نتائج اختبار كرومباخ ألفا باتساق مع البنود

معامل الثبات	الفقرات
0,83	بين 61 فقرة فردية و 60 فقرة زوجية

- طريقة الاتساق الداخلي للأبعاد العيادية

لقياس الاتساق الداخلي وجب علينا حساب ارتباط الأبعاد العيادية بعضها ببعض من جهة وحساب ارتباط كل بعد من الأبعاد الثمانية بالدرجة الكلية للمقياس، وهو الأسلوب الأمثل للتعرف على مدى اتساق وارتباط أبعاد القياس بعضها البعض والدرجة الكلية له.

## الجدول رقم 17 يبين نتائج كرومباخ ألفا لدراسة ثبات المقياس

عدد الفقرات	كرومباخ ألفا
121	0,65

من خلال الجدول رقم 17 نلاحظ أن بنية الاتساق الداخلي للفقرات قدرت ب 0,65 وهي نسبة مقبولة من الثبات.

## 2. دراسة الحالة:

تساهم دراسة الحالة في إطار المنهج العيادي في فهم أسباب المرض النفسي والعقلي أو الظاهرة المدروسة، كما تساهم في فهم تطور المرض ونشأته، ونظرا لطبيعة الموضوع فقد استعملت الباحثة تقنية المقابلة العيادية والملاحظة حسب طريقة Ménéchal Jean و Nathalie Dumet، مستعينة بالدليل التشخيص الرابع للكشف عن الشخصية المضطربة. بالنسبة للباحث Tyche Claude de (1 : 2005, Nathalie Dument – Jean Menechal) أن هذه الطريقة لا تسمح فقط للمختص جمع المؤشرات التشخيصية بل تسمح بتجاوز المستوى السطحي الخاطئ للتقارير في الأعراض (كما يقوم به معظم الأطباء العقلين) لكنها تسمح لنا بالولوج في قلب المعطيات الإكلينيكية بحيث تهتم بفهم وتفسير أصل المعاناة الفردية انطلاقا من تاريخ الفرد.

## 3. الدليل التشخيصي الرابع للأمراض العقلية والنفسية:

يعتبر الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية والنفسية من أحدث وأكبر التصنيفات استعمالا في البحوث على المستوى العالمي، وهو مصمم للإجابة على المتطلبات الإكلينيكية والبحثية عامة بحيث أن هدفه الرئيسي هو الرفع من ثبات المقاييس التشخيصية. وتعتمد مراجعة المقاييس من دليل إلى آخر على النتائج الأمبريقية وإعادة

تحديث تحليل النتائج، ضف إلى ذلك كونه نظاما وصفيا مقبولا تقريبا من طرف كلّ التيارات الطبية والنفسية. بحيث أنه طريقة علمية محضة تعتمد على تعداد الأعراض والملاحظة للوصول إلى التشخيص. يعتمد الدليل التشخيصي الرابع للأمراض العقلية والنفسية على خمس محاور:

**المحور الأول:** تشخيص الاضطرابات العقلية.

**المحور الثاني:** تشخيص اضطرابات الشخصية واضطرابات النمو.

**المحور الثالث:** محور الاضطرابات والصعوبات العضوية.

**المحور الرابع:** خاص بحدّة العوامل الاجتماعية والنفسية المجهدة.

**المحور الخامس:** خاص بمستوى التكيف والدرجة الوظيفية خلال السنة الفارطة.

**ثالثا:** الأساليب الإحصائية المستخدمة في هذه الدراسة

للاستعانة بالأساليب الإحصائية للدراسة القياسية لجأت الباحثة إلى برامج حزمة الحاسوب الإحصائية للعلوم الاجتماعية Statistical package for social sciences SPSS باستخدام:

- اختبار كاندل وكرومباخ ألفا.
- تحليل التباين أحادي التصنيف One way Anova
- مقياس T لدراسة الفروق بين مجموعتين.

## الباب الثالث

### عرض نتائج الدراسة ومناقشتها

الفصل الأول: عرض نتائج الدراسة

الفصل الثاني: تفسير ومناقشة النتائج

الفصل الثالث: نتائج الدراسة والمساهمة العلمية للبحث

والمشكلات التي تثيرها هذه الدراسة

## الفصل الأول

### عرض نتائج الدراسة

عرض النتائج الخاصة بالفرضية الأولى

عرض النتائج الخاصة بالفرضية الثانية

عرض النتائج الخاصة بالفرضية الثالثة

عرض النتائج الخاصة بالفرضية الرابعة

أولاً: عرض النتائج الخاصة بالفرضية الأولى

نص الفرضية: "لا توجد فروق بين مختلف الفئات العمرية من حيث الصحة النفسية لدى المصابات". و لدراسة الفرق بين مستويات الصحة النفسية لدى العينة المدروسة في ضوء متغير السن تم استخدام تحليل التباين أحادي التصنيف والجدول التالي يبين ذلك:  
الجدول رقم 18: يبين نتائج الفروق بين مختلف الفئات العمرية من حيث الصحة النفسية.

المصدر	مجموع المربعات	التباين	درجة الحرية	نسبة الفائية	مستوى الدلالة	الاستنتاج
بين المجموعات	185588.84	3711.76	5	1.96	0.09	غير
داخل المجموعات	103916.8	1889.39	55		0.09	دالة
المجموع	122475.6					

من خلال الجدول رقم 18: نلاحظ أنه لا توجد فروق بين مختلف الفئات العمرية من حيث الصحة النفسية لدى المصابات بسرطان الثدي.

ثانياً: عرض النتائج الخاصة بالفرضية الثانية

نص الفرضية: "لا توجد فروق بين الوضعيتين الاجتماعيتين (عزباء، متزوجة) من حيث الصحة النفسية عند المصابات". و لدراسة الفرق بين مستويات الصحة النفسية لدى العينة المدروسة في ضوء متغير الوضعية الاجتماعية تم استخدام مقياس T لدراسة الفرق بين مجموعتين مستقلتين.

الجدول رقم 19: يبين نتائج مقياس T لدراسة الفرق بين مجموعة التي تمثل العزوبة والمجموعة المتزوجة.

الاستنتاج	مستوى الدلالة المعنوية	T	DF	متزوجة ن = 45		عزباء ن = 7		ت
				ع	م	ع	م	
غير دالة	0.32	0.99	59	45.16	203.28	45.75	185.14	61

من خلال الجدول رقم 19: نلاحظ أنه لا يوجد فرق بين كلا المجموعتين في جميع مظاهر الصحة النفسية.

ثالثاً: عرض النتائج الخاصة بالفرضية الثالثة

نص الفرضية: " لا توجد فروق بين الأبعاد العيادية ككل للمقياس والمستوى التعليمي لدى المصابات". ولدراسة الفروق بين المجموعات الخمس من حيث الصحة النفسية في ضوء متغير المستوى التعليمي تم استخدام تحليل التباين أحادي التصنيف.

الجدول رقم 20: يبين الفروق بين المجموعات الخمس من حيث الصحة النفسية في ضوء متغير المستوى التعليمي.

المصدر	مجموع المربعات	DF	التباين	النسبة الفئوية المعنوية	مستوى الدلالة المعنوية	الاستنتاج
بين المجموعات	906	4	227	2.398	0,061	غير دالة
داخل المجموعات	5290	56	094			
المجموع	6197	60				

من خلال الجدول رقم 20 نلاحظ بأنه لا توجد فروق بين المجموعات الخمس من حيث الصحة النفسية في ضوء متغير الصحة النفسية للمصابة بسرطان الثدي. وفي ما يلي نتائج الفروق بالتفصيل بين المجموعات الخمس من حيث كل بعد عيادي على حدة في ضوء متغير المستوى التعليمي.

1- نوعية الحياة

الجدول رقم 21: يبين الفروق بين المجموعات الخمس من حيث نوعية الحياة في ضوء متغير المستوى التعليمي.

المصدر	مجموع المربعات	DF	التباين	النسبة الفئوية المعنوية	مستوى الدلالة المعنوية	الاستنتاج
بين المجموعات	354,84	4	88.71	0.98	0.42	غير دالة
داخل المجموعات	5092.95	56	90.05	0.98	0.42	
	5397.80	60				

من خلال الجدول رقم 21 نلاحظ بأنه لا توجد فروق بين المجموعات الخمس من حيث نوعية الحياة في ضوء المستوى التعليمي لدى المصابة بسرطان الثدي.

### 2- المساعدة الاجتماعية

الجدول رقم 22: يبين الفروق بين المجموعات الخمس من حيث المساعدة الاجتماعية في ضوء متغير المستوى التعليمي.

المصدر	مجموع المربعات	DF	التباين	النسبة الفائية المعنوية	مستوى الدلالة المعنوية	الاستنتاج
بين المجموعات	722.966	4	180.741	0.139	0,348	غير دالة
داخل المجموعات	8889.821	56	158.747			
المجموع	9612.787	60				

من خلال الجدول رقم 22 نلاحظ بأنه لا توجد فروق بين المجموعات الخمس من حيث المساعدة الاجتماعية في ضوء متغير المستوى التعليمي لدى المصابة بسرطان الثدي.

### 3- التحكم الانفعالي

الجدول رقم 23: يبين الفروق بين المجموعات الخمس من حيث التحكم الانفعالي في ضوء المستوى التعليمي.

المصدر	مجموع المربعات	DF	التباين	النسبة الفائية المعنوية	مستوى الدلالة المعنوية	الاستنتاج
بين المجموعات	264.077	4	66.019	0,728	0,577	غير دالة
داخل المجموعات	5078.841	56	90.694			
المجموع	5342.918	60				

من خلال الجدول رقم 23 نلاحظ بأنه لا توجد فروق بين المجموعات الخمس من حيث التحكم الانفعالي في ضوء متغير المستوى التعليمي لدى المصابة بسرطان الثدي.

## 4- إستراتيجية التكيف

الجدول رقم 24: يبين الفرق بين المجموعات الخمس من حيث إستراتيجية التكيف في ضوء المستوى التعليمي.

المصدر	مجموع المربعات	DF	التباين	النسبة الفائية المعنوية	مستوى الدلالة المعنوية	الاستنتاج
بين المجموعات	239.128	4	59.795	1.161	0,388	غير دالة
داخل المجموعات	2885.058	56	51.519			
	3124.230	60				

من خلال الجدول رقم 24 الملاحظ أنه لا توجد فروق بين المجموعات الخمس من حيث استراتيجية التكيف في ضوء متغير المستوى التعليمي لدى المصابة بسرطان الثدي.

## 5- الصورة الجسدية

الجدول رقم 25: يبين الفروق بين المجموعات الخمس من حيث الصورة الجسدية في ضوء المستوى التعليمي.

المصدر	مجموع المربعات	DF	التباين	النسبة الفائية المعنوية	مستوى الدلالة المعنوية	الاستنتاج
بين المجموعات	357.151	4	89.288	0,545	0,704	غير دالة
داخل المجموعات	9181.702	56	136.959			
	9538.852	60				

من خلال الجدول رقم 25 الملاحظ أنه لا توجد فروق بين المجموعات الخمس من حيث الصورة الجسدية في ضوء متغير المستوى التعليمي لدى المصابة بسرطان الثدي.

## 6- التكفل الطبي

الجدول رقم 26: يبين الفروق بين المجموعات الخمس من حيث التكفل الطبي المدرك في ضوء المستوى التعليمي.

المصدر	مجموع المربعات	DF	التباين	النسبة الفائية المعنوية	مستوى الدلالة المعنوية	الاستنتاج
بين المجموعات	348.039	4	87.010	0,851	0,499	غير دالة
داخل المجموعات	5722.322	56	102.184			
المجموع	6070.361	60				

من خلال الجدول رقم 26 الملاحظ أنه لا توجد فروق بين المجموعات الخمس من حيث التكفل الطبي المدرك في ضوء متغير المستوى التعليمي لدى المصابة بسرطان الثدي.

7- التوافق النفسي

الجدول رقم 27: يبين الفروق بين المجموعات الخمس من حيث التوافق النفسي في ضوء متغير المستوى

التعليمي.

المصدر	مجموع المربعات	DF	التباين	النسبة الفئوية المعنوية	مستوى الدلالة المعنوية	الاستنتاج
بين المجموعات	67.684	4	16.921	0,259	0,903	غير دالة
داخل المجموعات	3661.955	56	65.392			
	3729.639	60				

الملاحظ من خلال الجدول 27 أنه لا توجد فروق بين المجموعات الخمس من حيث التوافق النفسي في ضوء متغير المستوى التعليمي لدى المصابة بسرطان الثدي.

8- التدين

الجدول رقم 28: يبين الفروق بين المجموعات الخمس من حيث التدين في ضوء متغير المستوى التعليمي.

المصدر	مجموع المربعات	DF	التباين	النسبة الفئوية المعنوية	مستوى الدلالة المعنوية	الاستنتاج
بين المجموعات	25.281	4	6.320	0,320	0,864	غير دالة
داخل المجموعات	1106.522	56	19.759			
	1131.803	60				

من خلال الجدول رقم 28 الملاحظ أنه لا توجد فروق بين المجموعات الخمس من حيث التدين في ضوء متغير المستوى التعليمي لدى المصابة بسرطان الثدي.

## رابعاً: عرض النتائج الخاصة بالفرضية الرابعة

نص الفرضية: "الديناميكية النفسية المرتبطة بالتمثلات النفسية للسرطان تأثير على الصحة النفسية لدى المصابة. إن طبيعة هذه الفرضية تستلزم دراسة الحالة.

دراسة الحالة: للكشف عن الطبيعة الديناميكية النفسية التي تميز الشخصية المصابة بسرطان الثدي اعتمدنا علي طريقة دراسة الحالة، أما عن الحالة فهي لا تنتمي إلى العينة الإحصائية المدروسة، وقد تم تحليلها حسب طريقة J. MENECHAL et N. DUMET

## أ- الملاحظة العيادية:

السيدة نورة متزوجة وأم لثلاثة أطفال تبلغ من العمر 40 سنة تعرفنا عليها عن طريق رفيقة لنا طلبت منها رؤية أخصائي نفسي بسبب معاناة نفسية وعلى رأسها القلق، الأرق الليلي وفقدان الشهية. أثناء المقابلات العيادية تميزت الحالة بالانضباط واحترام زمن المقابلات والتوقيت دون أي تأجيل أو غياب، استثمرت اللقاءات في مجالات تبادلية جيدة كانت مشاركتها ثرية، دقيقة مع تسلسل في الأحداث. السيدة نورة مصابة بسرطان الثدي منذ سنة تم استئصال الثدي الأيسر 48 ساعة بعد عملية التشخيص، دون أن تعلم أنها مصابة، ضانة أنها عملية نزع سلعة kyste في الجزء الأيسر من الثدي الأيسر. داخل غرفة العمليات وقبل عملية التخدير بدقائق حضر الطبيب الجراح وحاول أن يفسر العملية الحقيقية بكل هدوء، حينها فقدت الحالة قدرة الفهم "خرجت من واقعي إلى عالم مجهول أظن أنه مخيف، كل الكلام الذي جاء بعد ذلك لم أتمكن من فهمه، بل حتى سمعته". مباشرة بعد العملية وجدت نورة مجموعة من أعضاء العائلة أمامها نسيت تماماً ما قاله الجراح قبل العملية إلا أن عبارات وملامح أوجه الأسرة، والزوج لم تكن تشير إلى الطمأنينة "بدا لي أن زوجي حزين، حاول الابتسامة لكن لم يستطيع، أظن أن كل من كان في القاعة لم يستطيع إخفاء مشاعر الخوف، الحزن والقلق" هي تعابير ذكرت الحالة بحديث الجراح. عندما علمت أنه تم استئصال الثدي الأيسر، رفعت مباشرة يدها وبصعوبة ووضعتها على المنطقة اليسرى من الصدر "لا شيء" فراغ وآلام. أول ما

فكرت فيه الحالة حينها هو دعاء الله أن يشفيها لكي تعيش لأبنائها. عند استرجاع الحالة لهذه الفترة لم تستطيع تشخيص تلك المشاعر قائلة "الحمد لله قدر الله ما شاء فعل". بعد أسبوع عادت نورة إلى البيت، كانت حينها سعيدة لرؤية أبنائها وحياتها الماضية، الظاهر أنّ البيت و الأبناء هو العالم الاستثماري الوحيد لديها، غيابها عن البيت سيسبب الضياع لأبنائها. أما الزوج فقد كان بالنسبة للحالة في المستوى من حيث تقبل السرطان وكثيرا ما ساندتها وهي في المستشفى وبعد خروجها منه. أسبوع بعد أول حصة كيميائية ظهر على الحالة نوع من الخوف الشديد (قلق) كثرة البكاء، افتقدت لقدرة النوم، سيطر عليها قلق الموت، ظهور السرطان في الثدي الآخر، في منطقة أخرى، لم تستطيع التحكم في الوضع الأمر، لا يطابق هذا ما دفع نورة إلى البحث على أخصائي نفسي. أثناء المقابلات لم تتحدث نورة كثيرا عن السرطان ولا على العملية أو حصص العلاج الكيماوي أو الاشعاعي، بل جل حديثها كان بمثابة تساؤلات وذلك أثناء سردها تاريخ ماضيها الذي تبدى له الكثير من الاهتمام بل تعيشه. مباشرة بعد ولادتها بـ 20 يوم تم طلاق والديها هي الفتاة الثانية من هذا الزواج، سلمت الأم نورة إلى الأب واحتفظت بالبنت الكبرى فسلمها الأب حينئذ إلى زوجات الإخوة يتداولون على رعايتها "كنت أنقل من بيت إلى بيت لمدة أربعة أشهر" بعدها قرر الأب الهجرة إلى فرنسا، أما الأم فقد رحلت إلى ولاية أخرى. قرر العم الأكبر التكفل بنورة رغم كثرة أبنائه ووضعها الاقتصادي المتوسط. كبرت نورة داخل هذه الأسرة قائلة "لم أشعر أبدا أنني عنصر من هذه الأسرة، بل ضيف أو غريب" معاملة سيئة لزوجته العم، لم تشعر أبدا بدفء الحب معها لكنها حسب الحالة تكفلت بها رغم تعبها الكبير مع أبنائها. فشلت نورة في امتحان البكالوريا فمكثت في البيت وتزوجت في سن 25. كانت نورة كثيرة البكاء أثناء الحديث عن ماضيها إلا أنها غالبا ما تساءلت عن سبب اهتمامها اليومي والشديد لهذا الماضي رغم أنها خرجت من بيت العم منذ 15 سنة هي ذكريات أليمة تمثلت في مواقف سلبية. علاقتها مع بنات العم التي كبرت معهن تعتبرها نورة عادية. المشاعر السلبية الوحيدة هي الموجهة نحو زوجة

العم رغم أنها كانت مهمة بها حسب نورة من ناحية الملابس وجهاز العرس. مشاعر نورة اتجاه الأسرة تبدو مجهولة بل اتجاه المحيط ككل وهذا ما يثير الكثير من القلق لديها. حاولت نورة مرارا وتكرارا إعادة الاتصال بالوالدين المطلقين لكن بدون جدوى، رفضا الاتصال بها وحتى رؤيتها "قالا لي أنني أمثل أسوء مرحلة في علاقتهما، وهذا هو حذك للأسف من هذه العلاقة" الهجران اللاعتراف، اللاحب، حتى بعد الزواج حاولت الاتصال بهما، لكن بدون جدوى، بعد الإصابة بالسرطان ضنت أنه سبب كاف لرؤيتهما، حتى بالنسبة للأب العائد من فرنسا، زيارتها كمريضة لم تتحقق، تنتاب نورة الكثير من الأفكار وبعض المشاعر تجهلها ولا تستطيع تشخيصها، علاقة الارتباط الوحيدة هي الأبناء، إلا أنها تعاني من عدم استطاعتها التقرب إليهم، ضمهم ككل الأمهات، تقبيلهم وهذا منذ ولادتهم، هو حاجز بين جسد الأم والأبناء فغالبا ما تتساءل باكية لماذا لست ككل الأمهات مع تأنيب الضمير والشعور بالتقصير اتجاههم. عالم الأحلام يتميز عند نورة بكثرة الكوابيس دون إمكانية إعطاء تفسير أو إعادة رواية القصة باستثناء مشاعر الخوف والفرع. علاقة نورة بالسرطان علاقة لا اعتراف، لا وجود، لا تتحدث كثيرا عنه رغم حدائته، رغم وجود الآلام، وأعراض العلاج الكيماوي والإشعاعي. تعيش نورة الماضي أكثر منه الحاضر. أثناء سردها للأحداث الماضية لا وجود لأحداث الحاضر بما فيها السرطان، السرطان بالنسبة لنورة هو فقدان للثدي والشعور بالجسد الغريب، أثناء العلاقات الجنسية هناك حدود لا يجب على الزوج تجاوزها وهي كل منطقة الصدر فهي المنطقة المبتورة، منطقة التشوه، فهي ممنوعة. أثناء المقابلات وعندما طلبنا من الحالة سنها ترددت للحظات، ارتبكت ثم ذكرت لنا تاريخ الميلاد وليس عدد السنين، وغالبا ما كانت ترفض نهاية الحصة وانقطاعها إلا أننا كنا نحاول تخفيض ذلك القلق بإعطاء توجيهات للحصة المقبلة.

## ب- التشخيص النفسي للمرضي:

أثناء الفحص، ظهر لدى نورة جدول اكلينيكي مرافق لنوعين من الأعراض: المرض الجسدي (سرطان الثدي، الآلام، التعب) والاضطرابات النفسية ذات طبيعة انهيارية (القلق، فقدان الشهية، التعب، الأرق الليلي، البكاء). في هذا الإطار تظهر عدة تساؤلات: هل الأعراض النفسية ظهرت نتيجة لصدمة السرطان؟ أو أنها كانت كامنة وجاء السرطان ليجعلها تطفوا نشطة. ألا يمكن للسرطان أن يعبر عن انهيار مقنع للشخصية؟

لا يمكن إيجاد جواب لهذه التساؤلات إلا بعد تشخيص مجموع الأعراض التي تعاني منها نورة، ولا يمكن تحليل ذلك إلا عن طريق دراسة لديناميكية النفسية لديها عن طريق تاريخ الحالة. في البحث هناك أداة نفسية تحليلية ألا وهي مراحل الشخصية التي ذكرها Winnicott بالعلاقة الأولية مع الأم. لكي يتمكن الطفل من الكبر عليه استدخال Intégrer الصورة الأمومية حتى لا يبقى في تبعية عاطفية، بعد ذلك تتحقق عملية استدخال انتماءاته الاجتماعية والثقافية، ولا تستطيع أن تتحقق إلا إذا تمت العملية الأولى مع الأم وهذا ما لم يتوفر عند نورة، حدث اضطراب من حيث الاستدخال والانتماء (العالم الاستثماري الوحيد لدى نورة هم الأبناء. عدم وجود الحالة في وسط (الأسرة التي تكفلت بها) تتوفر فيه الرعاية المتكافئة والمتابعة Holding وهي في مرحلة حساسة جدًا ومهمة لتكوين الشخصية، أي أن في المرحلة البنائية لم تتمكن من بلوغ درجة النضج محافظة بآثار نهائية في الكبر وخاصة في قدرتها على تحقيق الروابط الدائمة وهذا ما لم تحققه حتى مع أعضاء الأسرة التي عاشت فيها بحيث أنّ مشاعر الشيوعية عادي وبعض الغموض طغت على الحالة من حيث علاقتها بهم. أثناء إعلان التشخيص عاشت نورة قلق عميق بسبب الخبر السيئ والذي عولج بطريقة جدّ عدوانية (عدم وجود تحضير نفسي للإعلان، ولا حتى للاستئصال) وبسبب القلق القديم الطفولي الغير معالج non résolu، هذا ما سبب لديها انهيار أثناء صدمة الخبر (ظهور الأعراض النفسية المرضية بعد العملية الجراحية) وهو

في الحقيقة تذكر لانهييار حدث سابقا (Winnicott, 1967) سبب صراع لفقدان الموضوع الذي بواسطته تبنى الوجود وبالتالي فقدان هذه العلاقة هي بمثابة فقدان للذات *Perte de soi*. عندما نتحدث عن الانسداد *Impasse* عند (Sami Ali, 2000) وكيفية بناءه في الحاضر والماضي يحدث بواسطة الأحداث التي غيرت من وظيفة الطبع لشخصية الحالة، وعليه يظهر الانسداد أثناء حدوث صراع غير معالج *Conflit non-résolu* بسبب فقدان الذات. إن معاناة الحاضر تتبع من صراع الماضي والكبت يعيش نفس المصير، ومنه نلاحظ أن نورة لا تستطيع تسيير فقدان ويبقى الصراع قائم مصحوبا بقلق شديد ومشاعر غريبة وشائعة (عادي) في هذه الديمومة، إن الكبت يبعد في نفس الوقت الوجدان *Affect* نورة يصعب عليها التعبير عن علاقتها بالآخرين، وحتى على مشاعرهما اتجاه والديها، يصعب عليها احتضان وتقبل أبنائها مع أنهم العالم الاستثماري الوحيد لديها. هذا الكبت يبعد معه الخيال *Imaginaire* والأحلام *Rêve* فعلا تفنقر نورة إلى الكثير من الخيال بحيث تعتمد حياتها النفسية على أحداث ماضية جافة و آنية فقط، الحديث عن المستقبل غائب في ساحة الحديث لديها. أما الأحلام فهي كما ذكرنا ليست إلا كوابيس مخيفة غامضة. هي عناصر مهمة تشخص وضعية التعقيل *mentalisation* بالفشل، كل هذه العناصر الديناميكية النفسية مكونة للذاتية *subjectivité* لدى الحالة، الافتقار الذي تعرفه يسبب غياب الذاتية. في غياب الذاتية تجد الهوية مجال الجسد للتناسخ *Réincarnation* حسب P. Cazenave، ظهور سرطان الثدي بعد هذا التناسخ هو نتاج لفقدان الموضوع أولا (استئصال الثدي المسرطن) والرغبة في الحفاظ عليه (المحاولات المتكررة للاتصال بالأم). في مجال التناقض الوجداني *Ambivalence* على مستوى ديناميكية النفسية إن الثدي المستأصل بسبب السرطان يمنع النظر إليه أو لمسه لأنه مركز الصراع وميدانه وهذا ما بدا لنا في حدود المحرمة أثناء العلاقة الجنسية. أما عن مشكل الزمن *Temporalité*, Sami Ali إن الحاضر ليس إلا مجموعة من صور الماضي وهي عملية تكرارية يومية دون القدرة على المستقبل وكأن في فترة التصور بين الماضي والحاضر هناك أمور أعلنت النهاية، فتوقفت الحياة عند

إنسان لا زال على قيد الحياة، هو انهيار لا يمكن عزله عن الزمن، يعيش البعد الزمني الماضي مملوء بالملل بسبب التكرار حتى يتحول إلى زمن ميت. غالباً ما تعيش نورة أحداث الماضي فتحول الحاضر إلى نشاطات وواجبات، إلا أنها تعيش زمن الماضي وهذا ما أظهر الارتباك لديها عندما بحثنا عن سنها، السبب هو جهلها للجواب وبما أن الزمن توقف عند نورة في الماضي فلا يمكن تحديد عدد السنين بل سنة الميلاد فقط. يعتبر (Sami -Ali, 2000) إن المسافة العاطفية خطر علي الحالة أكثر منها المسافة المكانية لأنها تترجم اكتئاب أمومي Dépression Maternelle ، البعد العاطفي الذي تعيشه الحالة دال على أن أسرتها الصغيرة دعم Etayage تعتمد عليه للبقاء.

### ج- التشخيص البنيوي:

بداية يجب طرح فرضية اقتصادية على أن مختلف هذه الأحداث، عددها ومسايرتها في الزمن كان لها تأثير صدمي -Freud- في تكوين شخصية نورة، أدو إلى انهيار السيرورة النفسية أثرت بدورها على النظام الجسدي. إن غياب الذات، التعبير بالجسد بواسطة التناسخ عير عن نموذج من الكبت، المسمى الطبع حول كل الحياة العاطفية إلى نوع من الحياد neutralité. إن تغيرات الطبع سمحت باكتشاف مآل الأحلام والوجدان Rêve et Affect بطرد الأول أو الثاني من الوضعية السيكوسوماتية. فالكتب الطبيعي يهيمن بوضع مسافة إدراك الأحلام إلى أحلام قاسية وغامضة. الظاهر أن نورة وبعد إلغاء سيرورة الواقع الداخلي (الذاتية) أصبح العالم الخارجي المرجعية الوحيدة لها وهو واقع يعتمد على أبعاد الغير altérité اللأ أنا non être، وهذا الانسداد -Boulet- منعزل عن كل شكل نفسي غير معرف بوضعية معينة، ظهر بمناسبة حالة مختلة الذاتية Dépersonnalisations وذلك لأن الحدث يغير الوظيفة وإسقاط الوجدان Projection Affect. وهذا ما أثر على مفهوم الاختلال بين الفرد/ الموضوع Sujet /Objet فيجد صعوبة في ضبط المدلول ومعنى الداخل/ الخارج. ظهر السرطان عند نورة بسبب وضعية الانسداد Impasse وقبل ذلك هو

وضعية تكيفية ملازمة للكبت الطبيعي *refoulement caractériel*، هذا الأخير كان سببا في تحطيم العالم الخيالي وعدم إظهار الوجدان *Affect* فظهر السرطان كإصابة جسدية يعاني صاحبها من اضطراب اختلال الذات *Trouble de dépersonnalisation*. اختلال الذات *shilder*-1968 هي حالة نفسية لا يتعرف فيها الفرد عن شخصيته والمعبر عنها عن طريق تحطيم الشعور بالذات والجسد. هي عدم قدرة الشخص استثمار العنصر الليبيدو في العالم الخارجي ومع جسده -Bouvet-

اختلال الذات هو نتيجة لفقدان *Perte* موضوع عاطفي مهم وكأن العلاقات مع هذا الموضوع كانت جد مهمة وأساسية، غير محمية بالتعديل العصابي *remaniement névrotique* بحيث تتميز هذه العلاقة بالموضوع بضعف الدفاع، قلق مهم، والتبعية العاطفية.

وأخيرا فإنّ المعطيات البنوية لديناميكية النفسية لدى نورة تشير إلى بقاء الحالة في خطر لطالما أنّ وضعية الانسداد حاضرة ونشاط الكبت الطبيعي الذي قد يؤديان إلى ظهور سرطان ثاني وهذا ما جعلنا نبحت عن إستراتيجية علاجية نفسية وهي المقترحة في العناصر الموالية لدراسة الحالة.

#### د- النظرة الميتاسيكولوجية: *perspective métapsychologique*

الظاهر أننا لم نجد أثناء المقابلات أحداث مهمة حديثة أدت إلى ظهور السرطان عند نورة لكن هذا لم يمنعنا من اكتشاف ذلك رغم غيابه عن الساحة الإدراكية للحالة، ومدى تأثير تاريخها الطفولي منذ الولادة من صدمات واحباطات خلقت لديها اضطرابات القلق على المستوى الاقتصادي السيكوسوماتي، عوض معالجتهم نفسيا بواسطة (الغضب، الحزن التعبير عن فقدان الأمل وعدم القدرة). إنّ الاضطراب النفسي توجه ببطيء وبتدرج اتجاه الجهاز السوماتي فأصابه -P. Marty- مما أدى إلى ورم خبيث في الثدي الأيسر. إصابة نورة بالسرطان أمر بديهي لأنّ الجسد أصبح الطريق الوحيد المفتوح أمام جهاز أعيقت

فيه عملية التسيير والربط فعرف الطفح -Débordement- الظاهر كذلك أن الحالة عاشت في وسط محبط Frustré وخاصة في المجال العاطفي فلم يوفر للحالة متطلباتها وهذا ما جعلها في طلب مستمر للوالدين الحقيقيين، لكن البديل الأمومي بقي غائبا، فالوسط الذي عاشت فيه الحالة لم يتمكن من تعويض الاستثمار الأمومي للحالة، لجسدها وبسبب التخريب الليبيدي Subversion libidinale أدى إلى اختلال الذات الجسدي -Dejours- الملاحظ لدى الحالة عدم القدرة علي التعبير عن الاندفاعات العدوانية Pulsions agressive اتجاه الموضوع (الأم) مما أدى إلى إصابة جسدية أي استرجاع قوى الاندفاعات على الذات- في الجسد- إنَّ الهيجانات العدوانية أسقطت على الجسد (ADN) بسبب عدم القدرة على تمثيلها Représenter وبالأخص "الثدي" الذي يمثل الأمومة دال على المعاناة العدوانية الشديد اتجاه الأم.

#### ه- ديناميكية التحويل والتحويل المضاد: Transfert, contre transfert

يجب تذكير أنّ العلاقة البينية - مريض مختص نفساني سجلت في مجال علاجي نظرا لطلب المصابة، بسبب المعاناة النفسية التي ظهرت مباشرة بعد استئصال الثدي. ظهر لدى الحالة اهتمام جيّد مما جعلها، أثناء المقابلات، تطرح تاريخ معاناتها باسترسال الميكانيزمات الدفاعية كانت ضعيفة، نعتقد أن ذلك راجع إلى العجز الذي تعرفه الذاتية (Schilder, 1935) ظهور ميكانيزم العقلانية من حيث الجواب عن سببية بعض الحوادث إلا أننا نعتبرها كما فسرها (Jones. E, 1908) ظهرت لإخفاء بعض عناصر الصراع الداخلي وتقوية المجال الدفاعي لأننا "الحمد لله" "قدر الله". الظاهر أنّ الحالة وجدت في هذه العلاقة (أم- نفساني) وسيلة للتعبير عن معاناتها القديمة، ملاً الحرمان العاطفي ومعالجة الأخطاء الأساسية لهذه العلاقة -Balint-. أما عن مستوى التحويل المضاد Contre Transfert، الواقع أنّ الموقف كان جدّ صعب و ذلك لسببين أولهما أنّ المختص عندما تواجد أمام السرطان فقد تواجد أمام موت ذاته -DAUCHY - Sa propre mort- نظرا لما يحمله السرطان من

تمثلات. أما الثانية يصعب التعامل مع حالة تعيش عجز كبير في الذاتية وخاصة عندما نتحدث عن مجالات التحوّل من حيث أنماط العالم الداخلي، لكن هذا لا يعني أنّ الحالة جعلتنا حياديين أو غير مباليين بالوضع، فإنّ أحداث الحالة، السرطان، المعاناة، أثرت على المختص وكثيرا ما أقلقته، هذا دال على تحويل مضاد إيجابي، لأنّ الحالة وجدت عند المختص دعم Etayage مؤقت وأكثر من ذلك أخذ صورة الأم القلقة عن الأبن، وهذا ما يؤكد وجود حرمان أمومي أولي *Carence maternelle primaire*، نتج عن ذلك بعد ثلاث حصص اختفاء بعض أعراض القلق كالأرق الليلي، البكاء، وانخفاض نسبة القلق لكن هذا لا يعني أنّ الحالة تجاوزت سيرورة علاجية مهمة، بل أنّ وضعية الشخصية تحتاج إلى مجال علاجي تحليلي أوسع وأطول.

#### و- النظرة العلاجية: perspective thérapeutique

مهمة العلاج النفسي أمام شخصية نورة تهدف إلى مساندة ونوعية السيرورات لمختلف المنتجات الديناميكية، ضبط الروابط وأصولها اتجاه مختلف المشاعر كانت حاضرة أو طفولية، مع أنّ العملية تستغرق وقت طويل فهي تسمح للحالة إيجاد، والمحافظة على دعم Etayage متين ودائم. أثناء إعلان التشخيص (السرطان) يعيش صاحبه قلق عميق بسبب الخبر السيئ، وبسبب القلق القديم الطفولي. إنّ العلاج التحليلي للسرطان مختلف عن باقي الحالات من حيث عملية بناء Construction الشخصية، فهذه الحالة (نورة) تحتاج أولا إلى تحطيم البناء Déconstruction ثم عملية إعادة البناء، وذلك رجوعا إلى منابع الماضي لكي تتخلص الحالة من المعاناة الأصلية P. Cazenave بعد أن بنت معطيات نفسية خيالية لتاريخها الشخصي ذات بنية مرضية، فإنّ العملية العلاجية تعتمد على تحطيم هذه المعطيات للوصول إلى المعاناة والتمكن من الشعور قصد الدخول إلى تعديل Remaniement حقيقي لتاريخها، وبهذا تتمكن الحالة من إدراك الاكتشاف التاريخي الخاص بها. ينطلق المحلل من المراكز السليمة للشخصية لتحقيق نوع من المرونة لديها.

إنّ الموقف العلاجي يستدعي إغارة الجهاز النفسي الخاص بالمختص للحالة P Marty, Debray، لكي يتمكن من إعادة بناء أحلام من حيث معاملة الأم مع ابنتها. هذه العملية تسمح للحالة تعديل في الوضعية الذهنية، هي عملية تخفف من ضغط الاقتصاد الجسدي وإعادة تأهيل النظام الفيزيولوجي. إنّ السرطان واقع لا يمكن تجاوزه لدى المريضة رغم أنّ نسبة الاهتمام لديها توجهت نحو التاريخ الطفولي، الماضي ومختلف الأحداث مع الوالدين فالظاهر أنّ الحالة لم تستطع التعبير عن (السرطان) عن طريق عبارات أو ربطه في سلسلة ذات دلالة، لهذا يجب التعامل مع الوجدان AFFECT، هو تعامل يستلزم حوار. كذلك يجب ربط العلاقة بين حقيقتين أساسيتين أنّ الحالة (فرد) تتحدث ولها (جسد)، هذا ما يساعد الحالة على بناء جداول جديدة للقراءة المتواجدة على المستوى اللاشعوري حتى تسترجعه بعدما تأثر بلا شعور قلق -N.Dumet- Sidérer- ضف إلى ذلك أنه يجب أن يتوفر نوع من التجهيز يجعل الحالة في وسط جيّد واحتوائيّ في هذه الحالة يقترح Casenave فكرة الحفاظ على كفاءة المريض، ويقصد بها قدرة المريض على تسيير المرض Gestion de la maladie فهم الأصل فيه، والتكفل بالحياة، فالتحليل النفسي يساعده على اكتشاف ما يقوم به هو. الجلسات التحليلية يجب أن توفر للحالة نورة كشخصية ذات ديناميكية نفسية مرضية ومصابة بالسرطان، سيرورة في التعبير والتي تعطي قوة للكلمة فتهدئ الآلام مساعدة المريضة على تغيير بعض السلوكات وارتفاع نسبة التكفل المدرك حتى يسمح للحالة بالرجوع إلى الواقع مصحوبا بالسرطان، حينها تنتج عملية تماهي الحالة مع الجسد وليس الذهن المريض، هي عملية تركيزية للديناميكية النفسية الداخلية نحو الجسد المريض.

ي- التشخيص حسب الدليل التشخيصي الرابع للأمراض العقلية والنفسية (DSMIV, 1994)

حسب تصنيف الدليل التشخيصي الرابع، تعاني نورة، ونظرا لمعطيات المقابلات باضطراب اختلال الذاتية أو اضطراب تبدد الشخصية (Dépersonnalisation DSM4) الذي ضمه DSM4 إلى الاضطرابات التفارقية Troubles dissociatifs وذلك حسب المعايير الأربعة الخاصة باضطراب تبدد الشخصية:

**المعيار أ:** خبرات مستديمة أو معاودة من شعور الشخص بالانفصال عن عملياته العقلية أو جسده كما لو أنه مراقب خارجي لها، بحيث أنّ الحالة لم تستطع التعبير عن شعورها اتجاه تجربة السرطان وكأنها غريبة عنه وعن الجسد الذي أصيب به بما أنها لم تقدم معاناة جسدية.

**المعيار ب:** بقي اختبار الواقع سليما، أثناء خبرة تبدد الشخصية، الظاهر أن الحالة لا زالت محافظة على التوازن النفسي من حيث إدراك الواقع.

**المعيار ج:** سبب تبدد الشخصية لدى الحالة ضائقة مهمة سريريا مما جعل بعض الاضطرابات النفسية تتفاقم وعلى رأسها القلق.

**المعيار د:** لا تحدث خبرة تبدد الشخصية في حالة المرض العقلي أو تأثيرات فيزيولوجية مباشرة لتأثير مادة، الحالة مصابة بسرطان الثدي وتعاني من تبدد الشخصية ولا تشكو من أيّ مريض عقلي أو تأثير مادة خارجية.

## الفصل الثاني

### تفسير ومناقشة النتائج

أولاً: تفسير ومناقشة النتائج الخاصة بالفرضية الأولى

ثانياً: تفسير ومناقشة النتائج الخاصة بالفرضية الثانية

ثالثاً: تفسير ومناقشة النتائج الخاصة بالفرضية الثالثة

رابعاً: تفسير ومناقشة النتائج الخاصة بالفرضية الرابعة

## أولاً: تفسير ومناقشة النتائج الخاصة بالفرضية الأولى

إنّ البيانات المحصل عليها من عرض النتائج الخاصة بالفرضية الأولى التي تعتبر أنه لا توجد فروق بين مختلف الفئات العمرية من حيث الصحة النفسية عند المصابات بسرطان الثدي باستخدام تحليل التباين أحادي التصنيف المبينة في الجدول رقم (18) توضح ذلك. الملاحظ أنّ النتائج تتسجم إلى حد ما مع النتائج السابقة التي بينت أنّ الصحة النفسية لا تتأثر بفترة عمرية دون غيرها بعد تشخيص سرطان الثدي ولنا في ذلك دراسة ( Vinokur AD et autres, 1989). تناولت الدراسة خطوات الشفاء من سرطان الثدي عند المريضات كبيرات السن والصغيرات، وهدفت إلى معرفة طبيعة التطور نحو الشفاء لدى الفئتين العمريين بعينة قوامها 274 مصابة بسرطان الثدي من منطقة (ديترويت) باستخدام مقياس (CSS) أثناء عامين من التشخيص بالسرطان وكذا العوامل التي تتنبأ وتهيئ خطوات الشفاء بما يتضمن عامل العمر وأثره. عند عملية المقارنة بعد 10 أشهر من التشخيص ظهر تحسین ثابت من الناحية الجسدية لكن غياب لأي مؤشر على التحسن العقلي والنفسي، وأظهرت النتائج أيضاً أنّ النساء الأصغر سناً أظهرن وضعاً من حيث التأثير النفسي والعقلي كقريناتهن الكبيرات في السن إلا أنّ هذه الأخيرة عرفت كذلك وضعاً أسوأ من حيث التأثير الجسدي. كذلك دراسة (MOR.V en autres) التي تناولت الاختلافات العمرية في المشاكل النفسية والاجتماعية التي تواجه المصابة بسرطان الثدي بحيث هدفت الدراسة إلى معرفة أثر الاختلافات العمرية في ظهور واستمرار المشاكل النفسية والاجتماعية التي تعيشها المصابة، اعتمدت الدراسة على عينة عددها (226) مصابة بسرطان الثدي بدأن في العلاج الكيميائي والإشعاعي بأعمار مختلفة أما أداة الدراسة فقد اعتمد الباحث علي المقابلات الهاتفية لطرح الأسئلة، كذلك التدرج لتحديد نوعية الحياة الجسدية، النفسية والاجتماعية، وأظهرت النتائج أنّ الانسجام العاطفي كان منخفض عند كافة الفئات العمرية وبالأخص عند صغار السن، والغير متزوجات. وهذا ما أكدته دراسة

(NerenzDRetautres, 1986) بحيث تناولت الدراسة مختلف الانعكاسات النفسية والاجتماعية للعلاج الكيميائي لسرطان الثدي عند مختلف الفئات العمرية وهدفت الدراسة إلى تحديد ما إذا كان كبار السن يتلقون علاجاً كيميائياً يعانون من ضغط عاطفي ونفسي، وصعوبة التعامل مع الأعراض الجانبية. وكذا الخلل في النشاطات عند المصابات الصغيرات سناً احتوت العينة على (217) مصابة تعالج كيميائياً سرطان الثدي والورم الليمفاوي تتراوح أعمارهن بين 19 إلى 83 سنة. أظهرت النتائج أنه لا يوجد فرق ذو قيمة بين كبار السن وصغار السن من حيث تأثرهم النفسي والأعراض الجانبية عند تلقيهم العلاج الكيميائي لعلاج السرطان. في دراسة أخرى لـ (SchagC.A, Ganz PA, 1993) هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن الضيق النفسي و النفس اجتماعي عند فئة من النساء المصابات بسرطان الثدي من مختلف الفئات العمرية، واهتمت الدراسة بالخصوص على واقع الصحة النفسية من حيث سوء نوعية الحياة، سوء المساندة الاجتماعية، المشاكل الصحية، بعد سنة من التقييم ظهر عند كل المصابات من مختلف الفئات العمرية الاضطرابات التالية: الألم، أعراض الحصر و الاكتئاب، اضطرابات جنسية، مشاكل تواصلية مع الفريق الطبي والأقارب.

نستنتج من التجربة البحثية والدراسات السابقة أنّ المصابة بسرطان الثدي كيفما كانت الفئة العمرية التي تنتمي إليها صغيرة راشدة، أو مسننة فإنّ التشخيص، الإعلان والعلاج المرتبط بالسرطان يمثل ضغطاً انفعالياً وجسدياً شديدين ذات تأثيرات نفسية، فيزيولوجية ونفس اجتماعية مهمة قد تمتد إلى سنوات طويلة، وذلك راجع إلى ظهور عدة عوامل منها الانتكاسات أو المعاودة بحيث أنه إذا ظهر تحسن صحي لدى المصابة الصغيرة في السن قد يتحول هذا التحسن إلى اضطراب في حالة الانتكاسة، كذلك في حالة المضاعفات الجانبية للمرض كالبتر الكلي أو الجزئي للثدي، أو العلاج كالحروق التي يخلفها العلاج الكيميائي والأشعة وانخفاض في الليبدو لدى المصابة، فإنّ هذه العوائق تحتاج إلى وقت طويل لكي تتحسن، وعليه فإنّ الصحة النفسية لدى المصابة لن تعرف استقرار ولا حتى

اتزان، لهذا السبب لا نستطيع التحدث عن اختلاف فئة عمرية عن أخرى من حيث الصحة النفسية. هذه الظاهرة متوفرة وبشدة عند الفئة المدروسة فمذ ظهور السرطان في حياة الحالة لا نستطيع أن نتحدث إلا عن سوء الصحة النفسية لديها لأنه حتى إذا أشرت بالعلاج وعدم وجود أنبثاث، وتوقف العلاج باستثناء المراقبة الطبية السنوية فإنها تشعر بأنها مهددة دائماً بالانتكاسة بحيث وجدنا سؤال يتكرر عند معظم المصابات بعد سنة من التشخيص "هل ممكن للسرطان أن يعود بعد أن بدأت التمائل بالشفاء؟ هل ممكن أن يعود فيلتهم الثدي الآخر؟ أشعر أن المرض لا زال يعيش داخل جسمي - سمعت أن فلانة شفيت من سرطان الثدي لكن بعد أربع سنوات أصابها في الدماغ فتوفيت، فهل فعلا يستطيع أن يعود بعد عدة سنوات؟" وإن دلت هذه التساؤلات عن شيء إنما تدل على مدى قلق الحالات عن مصيرهن حتى بعد الشفاء فإنهن يشعرن بالتهديد الدائم بالانتكاسة وهذا ما يعكر حال صحتهن النفسية.

### ثانيا: تفسير ومناقشة النتائج الخاصة بالفرضية الثانية

إنّ البيانات المحصل عليها من عرض النتائج الخاصة بالفرضية الثانية التي تعتبر أنه لا توجد فروق بين الوضعيتين الاجتماعيتين (عزباء، متزوجة) من حيث الصحة النفسية عند المصابات بسرطان الثدي باستخدام مقياس T لدراسة الفرق بين المجموعتين المبينة في الجدول رقم (19) بحيث بينت النتائج عدم وجود فرق بين كلا المجموعتين في جميع مظاهر الصحة النفسية، هذا يعني أنّ الفئتان تواجهان نفس المصير ولنا في ذلك دراسة (Dauchy, Rouby, 2006) الباحثان يعتبران أنّ الفئتين تعيشان صعوبات مهمة بسبب أهمية الاستثمارات الاجتماعية العائلية التي تعيشها كل منهما وهذا ما يجعلهما أمام ضغط عدم القدرة على القيام بالدور في بيت الوالدين عند العزباء، أو بيت الزوجة عند المتزوجة عدم الاتزان هنا سببه الخوف من فقدان وحدة المساندة (الوالدين أو الزوج) أو الدور الذي كانت تقوم به كلا منهما من حيث التكفل بالزوج، الأبناء، البيت عند المتزوجة أو التكفل

بالوالدين، الإخوة، المستقبل عند العزباء. نفسيا هناك مخاوف من فقدان الزوج لسبب تغير الصورة الجسدية الناتجة عن إصابة الثدي، استئصال الثدي، الاضطرابات الجنسية، عدم القدرة على الإنجاب، أما عند العزباء فغالبا ما تظهر لديها انهيار للصورة المستقبلية من حيث الاستهجمات (الزوج، الإنجاب، العمل، الدراسة، ...). هذا ما يؤدي إلى ظهور بعض الاضطرابات النفسية لدى الفئتان من حيث ارتفاع الضيق النفسي، سوء نوعية الحياة. والظاهر أننا لم نجد الكثير من الأبحاث التي اهتمت بالفئتين من حيث الإصابة بالسرطان وعلاقته بالصحة النفسية لأن معظم الدراسات والبحوث في ميدان علم الأورام النفسي غربية وتنتمي إلى البعد الثقافي لها نظرا لعدم وجود اختلاف بين الفئتين من حيث العلاقات الجنسية (وجود علاقات جنسية مسموح بها قبل الزواج، وجود حمل وولادة قبل الزواج عند الأم العزباء و عليه غالبا ما تهتم الأبحاث عن علاقة الزوجة المصابة بزوجها أو علاقة الفتاة بصاحبها أو رفيقها، لهذا فإن الديناميكية النفسية قد تكون نفسها عند العزباء والمتزوجة ولهذا السبب لا أستطيع الخوض فيه وأفضل التحفظ ريثما تكون هناك دراسات علمية دالة على ذلك. أما في المجتمعات العربية الإسلامية، الجزائر مثلا إن الفتاة تعيش فعلا المرحتين بكل خصوصياتهما من حيث الامتناع عن العلاقة الجنسية والإنجاب قبل مرحلة الزواج بحيث وجدنا أن دراسة (Bendib.A et autres, 2010) تناولت البحث عن مختلف التشخيصات لسرطان الثدي عند عينة عددها 612 حالة تبلغ أقل من 35 سنة نسبة العازبات فيها كانت 31.6% ما يعادل 195 حالة تعالج سرطان الثدي بمستشفى الجزائر مركز محاربة السرطان "ماري بيار كري"، معتمدا على المتابعة الطبية لديهن ومقارنة بالنتائج البحثية لبعض الدول الغربية، استنتج الباحث أن مرحلة السرطان والوضعية الصحية عامة لدى هذه الفئة هي نفسها عند النساء المسنات في أوروبا وأمريكا، وأضاف أن نسبة العيش لديهن هي 59.1 لمدة 5 سنوات و 56.7% لمدة 10 سنوات مقارنة بالنسبة الغربية لهذه الفئة هي ما بين 70% إلى 90% وهذا يعتبر بالنسبة للحالة الجزائرية تنبؤ جَدَّ سيئ بالنسبة للفئة الشابة، و عليه فإن المقارنة تمت بين الشابات

الجزائريات والمسنات الغربيات من حيث التكفل، نسبة العلاج والوفيات. وأخيرا يؤكد البروفيسور بن ديب على صرامة التشخيص المبكر، العلاج والتكفل النفسي حتى تستطيع هذه الفتيات الحفاظ على شبابهن. وبما أنّ الجزائر تسائر نماذج علاجية متطورة كدول الغرب من حيث الكفاءات الجراحية والعلاجية، نستخلص أن الحالات لا تعاني من نقص أو غياب الرعاية الطبية إنما هناك مشكل على مستوى الصحة النفسية.

### ثالثا: تفسير ومناقشة النتائج الخاصة بالفرضية الثالثة

إنّ البيانات المحصل عليها من عرض النتائج الخاصة بالفرضية الثالثة التي تعتبر أنه لا توجد فروق بين الأبعاد العيادية ككل للمقياس و المستوى التعليمي لدى المصابة باستخدام أسلوب تحليل التباين الأحادي onewayAnova في الجدول رقم (21) أظهرت النتائج عدم وجود فروق بين المجموعات الخمس من حيث نوعية الحياة أي أنّ المستوى التعليمي بشكل عام لا يؤثر تماما على الصحة النفسية إلى حد ما مع بعض الدراسات مثل دراسة (A.Gaëlle, A.Bouhnik et al , 2006) تناولت الدراسة البحث عن نوعية الحياة عبر تحقيق وطني للكشف عن الظروف الصحية النفسية عند المصابة بالسرطان في منطقة فرنسا، مستعينين بـ 3 فئات من عينات عمرية مختلفة.

– 29.8% مصابات بسرطان الثدي تبلغ أقل من 50 سنة.

– 41.7% مصابات بسرطان الثدي تبلغ أقل من 65 سنة.

– 28.5% مصابات بسرطان الثدي تبلغ أكثر من 66 سنة.

فأعطت النتائج التالية: إنّ نوعية الحياة الذهنية لدى المصابة أقل من 50 سنة تساوي 41.9% مقابل 47% عند المرأة غير المصابة. علي الأقل من 65 سنة تساوي 43.5% مقابل 47.9% عند غير المصابة. عند المسنة أكثر من 66 سنة تساوي 44.8% مقابل 47.8% أما نماذج الأنماط المرتبطة بنسبة نوعية الحياة من حيث المستوى التعليمي فقد

وجد الباحثون أنه عند الحالات الأقل من 50 سنة في حالة عدم وجود أي شهادة تعليمية ظهرت نتيجة 42.7% أي (7.9) من نسبة الحالات. عند وجود شهادة BEP-CAP-BAC ظهرت النتيجة 44.0% أي (9.6) من نسبة الحالات المدروسة. عند الشهادات العليا وجدت نسبة (47.1%) أي (8.1%) من نسبة الحالات. تدل هذه النتائج على وجود فروق بين المجموعات الخمس من حيث نوعية الحياة، أنّ المستوى التعليمي بشكل عام يؤثر على الصحة النفسية (نوعية الحياة). أما عن المساندة الاجتماعية وفي نفس الدراسة فإن المصابات المدروسات الأقل من 50 سنة والتي تتمتع بمستوى تعليمي، الملاحظ أن نوعية الحياة الذهنية (الصحة النفسية) ونسبة المساندة العاطفية (الصحة النفسية) مرتبطين في نقطة دلالة إحصائية (0.01) يعني أنّ هناك فروق دالة إحصائية من حيث الصحة النفسية (المساندة الاجتماعية) وهذا ما لم يتأكد في دراسة العينة المدروسة (الجدول رقم 22) رجوعاً إلى الدراسة السابقة، أنّ الصحة النفسية تتأثر من المتغيرات السوسيو ديمغرافية حسب سن الإصابة بحيث أنّ مضاعفات سرطان الثدي هي التي تؤثر بالدرجة الأولى على نوعية الحياة الجسدية أو الذهنية وأنّ هذه المضاعفات حينما تكون مدركة لدى المصابة تصبح معيقة للصحة النفسية، بالإضافة أنّ المستوى التعليمي يؤثر على نوعية الحياة الذهنية مهما كان سن الإصابة، كذلك بالنسبة للمساندة الاجتماعية، فكلما كان المستوى الدراسي مرتفع، كلما أدركت الحالة وضعية المساندة الاجتماعية العاطفية التي تتلقاها، وهذا ما ثبت في هذه الدراسة على أنّ للمستوى التعليمي تأثير مباشرة على الصحة النفسية من حيث المساندة الاجتماعية المدركة. إنّ نتائج هذه الدراسة التي نعتبرها مهمة لأنها اعتمدت على شريحة واسعة جداً من المصابات وهي كلّ النساء الفرنسيات المصابات بسرطان الثدي والتي رغبت في المشاركة في هذا العمل البحثي، إنّ المستوى التعليمي مهم جداً من حيث الاضطلاع على مجموع المعلومات الخاصة بالمرض العلاج الوقاية ضف إلى ذلك أنّه يحول الحالة إلى وضعية تثقيفية مهمة قد تخفف من معاناة وشدة التمثلات النفسية السلبية المرتبطة بسرطان الثدي. وهذا ما لم نستطع تحقيقه عبر الدراسة

هذه، هذا ما يدفعنا إلى عدة تساؤلات وبما أنّ العينة كانت تنتمي إلى ثلاث مستويات تعليمية: ابتدائية، ثانوية جامعية، فهل هذا راجع إلى مستوى تعليمي ضعيف أو منخفض لدى الحالات المدروسة؟

هل التمثلات النفسية السلبية المرتبطة بالسرطان في مجتمعنا يؤثر على المستوى التعليمي لديهم؟

هل العينة المدروسة تعيش مضاعفات جسدية وذهنية صعبة وأليمة لدرجة تأثيرها على الصحة النفسية (نوعية الحياة) رغم المستوى التعليمي لديهم؟

هل المستوى التعليمي الذي اعتمدت عليه الدراسة الفرنسية، مختلف عن المستوى التعليمي الحاضر عند حالات الدراسة؟

هل تتماشى مستويات الحالات التعليمية مع المستوى الثقافي لديهم؟

كلّ التساؤلات تستدعي دراسة وبحث في وسط أوسع من الوسط السابق دراسته.

كذلك Schover 1995 الذي يعتبر أنّ المستوى التعليمي المتدني عامل مفجر للضيق النفسي الانفعالي لدى المصابة بسرطان الثدي.

أما الجدول (23) حيث أظهرت النتائج عدم وجود فرق بين المجموعات الخمس من حيث التحكم الانفعالي، أي أنّ المستوى التعليمي بشكل عام لا يؤثر تماما على الصحة النفسية (التحكم الانفعالي) للمصابة بسرطان الثدي بحيث تناول الباحث (Terry, 1994) موضوع التحكم الانفعالي ومدى تأثيره على سلوك الحالات من حيث التوافق والتحكم المدرك، حيث وجد أنّ المستوى التعليمي يلعب دور في بناء هذا التحكم الانفعالي ويدفع الحالات إلى محاولة التوافق المتمركز عن المشكلة عوض التركيز عن الانفعالات المرتبطة بالوضعية الخطيرة كالسرطان. لكن دراسة وأبحاث (Boinon, 2011) تقول أنّ تجربة مرض السرطان

تفرض نوع من المقاومة قصد التوافق وذلك عن طريق التحكم الانفعالي، إلا أنه ينفى تأثير المستوى التعليمي في ضبط هذه العملية ويعتمد على المساندة بالدرجة الأولى. إن بعض الاضطرابات التي غالبا ما تعاني منها الحالات هي الألم الحاد وقد يكون راجع إلى التعب أو اضطرابات انفعالية مثل الغضب، الحصر، الاكتئاب هذا ما قد يثير اضطرابات نفسية خطيرة. ولأنّ الأعراض النفسية الأكثر حضورا بعد العلاج هي الحصر، اضطراب تقدير الذات، الخوف من الانتكاسة والاكتئاب، إلا أنّ الخوف هو من الانفعالات الأكثر عدوانية على الصحة النفسية لدى الحالات، خاصة الخوف من الإصابة كانفعال يسبق التشخيص وهو مرتبط بالتمثلات النفسية للسرطان، بعد التشخيص يظهر الخوف من الإصابة، من العلاجات المختلفة، من الاستئصال من الضياع، من الانتكاسة، من الموت. حسب (Boinon, 2011) فإنّ هذه الانفعالات قد تبقى مصاحبة للحالة مدى الحياة. وعليه لوحظ أنّ عنصر المساندة الاجتماعية والطبية عنصر أساسي لتوفير التعبير الانفعالي والتكيف النفسي أثناء المرافقة، تمكن الحالات من معايشة الواقع مع خروج من الصدمة والرجوع إلى الحياة العادية بصحبة السرطان. نستنتج أن فرضية البحث لا تتسجم مع الدراسة الأولى (Terry, 1994) السابق ذكرها، بل مع الثانية لـ (Boinon, 2011) من حيث عدم تأثير المستوى التعليمي بشكل عام على الصحة النفسية (التحكم الانفعالي) بل على المساندة الاجتماعية بالدرجة الأولى. وعليه فهناك انسجام من حيث عدم تأثير المستوى التعليمي وعدمه من حيث أهمية المساندة الاجتماعية وهذا ما لم يظهر في عرض نتائج البحث ومن هنا نتساءل إذا لم يؤثر المستوى التعليمي على الصحة النفسية من حيث التحكم الانفعالي فما هو العنصر الفعال الذي بإمكانه تخفيض درجة الاضطرابات الانفعالية المصاحبة للسرطان منذ الإعلان؟ وهل للمستوى التعليمي أثر على النضج الانفعالي لدى المصابات بسرطان الثدي إذا كان هذا الأخير السبب في الكثير من معاناتهن النفسية؟

أما الجدول (24) حيث أظهر النتائج عدم وجود فروق بين المجموعات الخمس من حيث إستراتيجية التكيف، أي أن المستوى التعليمي لدى الحالات المدروسة بشكل عام لا يؤثر على الصحة النفسية من حيث إستراتيجية التكيف. إلا أن الدراسات السابقة منها ما تؤيد نتائج الدراسة الحالية ومنها غير مؤيدة، ولنا في ذلك دراسة FlorenceCoussonGelie تناولت الدراسة البحث في مجموعة من العناصر والتي تؤثر في إستراتيجية التكيف وذلك عبر دراسة لـ 75 حالة مصابة بأول سرطان وهو سرطان الثدي والتي تتراوح أعمارهن ما بين 30 إلى 70 سنة امتدت الدراسة خلال السنتين وكانت النتائج إن استجابات المصابات اتجاه التشخيص والعلاج والتي انطلقت من أربعة أبعاد: التحكم المدرك، إستراتيجية التكيف التشاؤم، المساندة الاجتماعية المدركة، أظهرت أن التحكم المدرك، التفكير السلبي، التشاؤم وسوء المساندة الاجتماعية المدركة يؤثرون سلبا على إستراتيجية التكيف وإن المستوى التعليمي لم يؤخذ تماما بعين الاعتبار، إذن هو عنصر غير مؤثر في الصحة النفسية من حيث إستراتيجية التكيف. إلا أن دراسة (Peucr. M et al, 2007) أظهرت العكس وهي دراسة وطنية لدولة الدنمرك الأوروبية، حول 2000 حالة مصابة بالسرطان وجدت أن المدة التعليمية (أكثر من 13 سنة دراسة) تؤثر على الصحة النفسية من حيث إستراتيجية التكيف بالمقارنة مع مدة تعليمية (دون 10 سنوات) باستثناء المؤثرات النفسية الاجتماعية وبيير الباحث هذه النتائج على أن المستوى التعليمي يسمح للمصابة بالتعرف أكثر عن وضعيتها الجديدة من حيث الإصابة، العلاج والبحث الشخصي لوجود حلول، هذا ما يمنع حدوث مفاجأة جديدة قد تؤدي إلى انهيارات. إلا أن هذا المستوى التعليمي في حالة ما إذا كان مرتفع قد يؤدي إلى مشكلة في الصحة النفسية (إستراتيجية التكيف) أثناء التنبؤ السيئ للحالة الصحية المستقبلية لدى الحالة عكس المستوى التعليمي المنخفض الذي يبقى الحالة في جهل التنبؤ خاصة إذا كان سيئ ولم يستطع الفريق الطبي إعلان الانتكاسة، الانبثاث أو الموت. أما (Cimprih et al, 2002) يعتبر أن المستوى التعليمي المرتفع غالبا ما يكون مصاحب لسوء الصحة النفسية بحيث أن 85% من الحالات المدروسة نتبأت لحالاتهن من

حيث استتصال الثدي. نستنتج من هذه الدراسة أنّ بعضها انسجمت مع نتائج عرض الدراسة الحالية بعدم وجود تأثير المستوى التعليمي على الصحة النفسية من حيث إستراتيجية التكيف، وأنّ عناصر أكثر أهمية كالتفكير السلبي، التشاؤم، وسوء المساندة يؤثرون سلباً على الصحة النفسية (إستراتيجية التكيف). إلا أنّ دراسات أخرى أثبتت أنّ المستوى التعليمي يؤثر إيجابياً على الصحة النفسية في حالة التنبؤ الإيجابي ولكن في حالة العكس، يصبح المستوى التعليمي مؤثر خطير على الصحة النفسية (إستراتيجية التكيف) وذلك عند تطلع الحالة على مآلها الصعب.

أما الجدول (25) حيث أظهرت النتائج عدم وجود فروق بين المجموعات الخمس من حيث الصورة الجسدية، أي أنّ المستوى التعليمي لدى الحالات المدروسة بشكل عام لا يؤثر على الصحة النفسية من حيث الصورة الجسدية، حيث انسجمت إلى حد كبير مع الدراسات السابقة منها دراسة (Cousson. G et al, 2007) والتي طرحت الرابطة بين الصورة الجسدية والتكيف السيكولوجي، علاقة الصورة الجسدية والبقاء على قيد الحياة، ما هي انعكاسات الصورة الجسدية حسب الإدراك الإيجابي أو السلبي على الجنس، تقدير الذات. اعتمدت الدراسة على عينة قوامها 75 حالة مصابة بسرطان الثدي الغير الانبثاثية، وبعد تطبيق لمقياس BODY Image questionnaire (BIQ) ظهر أنّ هناك 37 حالة توفيت في مدة 10 سنوات بعد التشخيص، و عليه وجد الباحثون أنّ نسبة الحياة لمدة 10 سنوات تقلص في حالة انخفاض نسبة الصورة الجسدية حسب مقياس (BIQ). طرحت هذه الدراسة لمعرفة مدة خطورة تدهور الصحة النفسية من حيث الصورة الجسدية عند الإصابة بسرطان الثدي، إلا أنّ عامل المستوى التعليمي نادر في الأبحاث المتعلقة بالصحة النفسية من حيث الصورة الجسدية، و عليه حاولنا البحث عن أهم المتغيرات التي تؤثر على هذا الجانب من الصحة النفسية. حسب (Saqib. F, 2007) قد تتأثر الصورة الجسدية لدى الإصابة جرّاء العملية الجراحية، لكن كذلك السمعة بحيث أنّ 10% فقط من المصابات حافظن عن

وزنهن الأولي. حسب دراسة (Pikler. W, 2003) يعتبر الباحثان أنّ الثقة في النفس تؤثر على الصورة الجسدية لدى المصابة من حيث المواجهة والمقاومة.

أما دراسة (Baize.M, 2008) فيعتبر أنّ الصحة النفسية من حيث الصورة الجسدية كثيرا ما تتأثر بمختلف التجارب الحسية الخاصة، حسب الطريقة التي ترى فيها وتدرك جسدها الخيالي. دراسة (Normand, 2004) تعتبر أنّ العلاقة الزوجية مؤثر مباشر على الصورة الجسدية من حيث تقبل للاستئصال، غياب الثدي، السرطان، تقبل الجسد الجديد، عبر علاقات جنسية للحفاظ على الهوية، الأنثوية. أما (Reich, 2007) فهو يعتبر أنّ الراحة الجسدية و التوافق الجنسي لدى الحالة يؤثران على الصورة الجسدية لديها. ما لاحظناه أنّ متغير المستوى التعليمي غائب وذلك لاهتمام الباحثين العياديين لعوامل مؤثرة مباشرة كالصدمة، الإعلان، والتشخيص وتأثيرهم على تقدير الذات، مما انعكس على الصورة الجسدية بعد تشويهاث الثدي أو استئصاله، كذلك العلاقة الزوجية من حيث تقبل الزوج للجسد المبتور والتعايش معه من حيث الحب والجنس، ضف إلى ذلك تأثير الهوية بعد التشخيص، العلاج وانعكاساته على الصورة الجسدية. أما عن الدراسة الحالية نفت تأثير المستوى التعليمي على الصحة النفسية من حيث الصورة الجسدية وقد نعلل ذلك بالأسباب التالية: إنّ عدوانية الإعلان تؤثر على هوية الحالات المصابات مهما كان مستواه التعليمي. التمثلات النفسية للسرطان لا تزال قوية ومخيفة في الوسط الجزائري لدرجة أنها قد تؤثر على التوافق النفسي لدى المصابات مهما كان مستواه التعليمي. عدوانية العلاج (الأشعة، العلاج الكيماوي، الهرمونات، الآلام، التعب) يؤثران سلبا على الحالات وخاصة على الصورة الجسدية ( غياب الثدي الأنثوي وتعويضه بفراغ مشوه بالجراحة والحروق). يعتبر الزوج العنصر الأساسي ومهم في التأثير على الصحة النفسية من حيث الصورة الجسدية وذلك عند تقبل وتجاوز غياب الثدي وحضور السرطان، أو العكس بالرفض عن

طريق الهجران، الخيانة الزوجية، الطلاق وذلك عند مصابات من مختلف المستويات التعليمية.

الجدول رقم (26) حيث أظهرت النتائج عدم وجود فروق بين المجموعتين الخمس من حيث التكفل الطبي، أي أنّ المستوى التعليمي لا يؤثر لدى الحالات المدروسة على الصحة النفسية من حيث التكفل الطبي، والظاهر أنّ هذه النتائج انسجمت إلى حد كبير مع الدراسات وإن كانت قليلة. دراسة (Preaux. B, 2008) تمت الدراسة على عينة قوامها 4234 حالة مصابة بسرطان الثدي بعد سنتين من تشخيص سرطان الثدي، أما عن النتائج فقد أدلت بعدم وجود تأثير للمستوى التعليمي على الصحة النفسية من حيث التكفل الطبي وبالتالي فالعلاقة غير دالة عند عينة (7.6%) والتي مستواها التعليمي CEP، (11.1%) مستوى تعليمي BEP , CAR, BAC . أما أكبر نسبة طلبت التكفل الطبي هي (16.5%) عند المستويات التعليمية الجامعية. إن مهمة التكفل الطبي لا تقتفي بالكشف أو التشخيص ومعاينة مجموعة من العلاجات الخاصة بالسرطان بل إنّ العلاقة طبيب- مريض هي الطاقة البناءة لتحقيق العناصر السابق ذكرها ونجاحها وخاصة لما نتحدث عن مرض خطير كالسرطان. حسب (Razavi. D, 2008) إنّ مهمة الفريق الطبي تجاوزت تطور العلاج وتقليص مضاعفات الإصابة، إلى البحث عن العلاج الكلي للمريض جسدياً، نفسياً واجتماعياً، وهي علاقة تواصلية طبيب- مريض تعتبر ديناميكية علائقية محفزة للعلاج وذلك عن طريق استراتيجيات المعلومات والتي تسمح ببناء المقابلة والعلاقة بالنسبة للطبيب من جهة، ومن جهة أخرى طرح التساؤلات التي غالباً ما تثير قلق المصاب. إلا أنّ هذه المعلومات غالباً ما تقدم في إطار مساندة من طرف الفريق الطبي (طبيب، ممرض) وذلك لتوفير عامل الثقة والعلاقة السليمة تسمح للمريض التعبير عن انفعالاته، قلقه، مخاوفه، واحتياجاته، قد لا يستطيع التعبير عنها لأقاربه وخاصة أنّ السرطان يؤثر على بعض الوظائف الفيزيولوجية، قد تكون محرجة. هي علاقة تسمح للمريض ليس فقط

للتعبير عن انفعالاته وإنما الاعتراف به كفرد وتقدير ذاته، والظاهر أن هذه العلاقة مهمة وفعالة خاصة أثناء المراحل الخطيرة والمرتبطة بالسرطان وهي إعلان التشخيص، إعلان الدخول إلى المرحلة التلطيفية، توقف العلاج، حينها المساندة الطبية كفيلة لتخفيف شدة الصدمة ولهذا السبب يجب أن يكون محتوى التواصل مشحون عاطفياً بالنسبة (Bensing, 1991)، حتى يتمكن المصاب التعبير عن مختلف اهتمامه، نصائح وتوجيهات ومساندة وجدانية (Krishna. S, 1996). إنّ التكفل الطبي في المجتمعات المتقدمة تجاوز أدواره التشخيصية العلاجية مهتماً بالشخص كوحدة جسدية نفسية، اجتماعية لتحقيق الصحة النفسية وذلك عن طريق الكشف عن مختلف الانفعالات المرتبطة بالسرطان، مساعدة المريض على التعرف على مختلف انفعالاته، شدتها، التعبير عنها وتعديلها. إلا أنّ هذه المساندة تحتاج إلى تقنيات ووسائل تحليلية حتى تأخذ العلاقة طبيب- مريض طابع علمي مقنن. ولنا مقياس Roter's Interaction Analysis system (RIAS) وهو أداة تحليل التواصل بين الطبيب- مريض حسب (Roter, Hall et al, 1988). أداة أخرى دورها قياس صعوبات المريض في التعبير التلقائي لمختلف اهتماماته الوجدانية وكذا مقاومة الطبيب اتجاه المستوى الانفعالي للتواصل (Rosser Maguire, 1982), (Magire, 1985) تسمح هذه الأداة عملياً لتقييم التواصل الشفوي. نستخلص أنّ التكفل الطبي عنصر مهم لتوفير الصحة النفسية لدى المصاب بالسرطان تعتمد بالدرجة الأولى على المساندة الوجدانية والتواصل طبيب- مريض. الملاحظ أنّ عامل المستوى التعليمي لم يظهر بشكل واضح في الدراسات السابقة النفسية- الورمية وإنما اهتم العلماء بطبيعة العلاقة بين الفاحص والمفحوص وذلك لأنه في علم الأورام نلاحظ أنّ هناك رغبة المريض في معرفة معلومات خاصة بحالته الصحية، أما الطبيب فله الرغبة في إعلام المريض عن وضعيته وصيرورتها هي علاقة تفاعلية تهتم بمسألة حياتية مشحونة بالانفعالات، ولهذا الغرض على الفريق الطبي خلق علاقة علاجية نوعية من حيث تقديم المعلومة، مساعدة المريض في أخذ القرار في جو يسوده الأمان الطمأنينة والثقة.

تقول (Razavi, Delaux, 2008) أنّ المساندة الطبية تجاوزت العلاقة طبيب- مريض إلى العلاقة الثلاثية طبيب- مريض- قريب ومنها يمتد التكفل الطبي إلى وسط المريض الذي بدوره يعيش صدمة التشخيص وتساؤلات عن مآل المريض الصحي. الظاهر أنّ الحالات المدروسة لم تتمتع تماما وللأسف بهذا النوع من التكفل، فالمنظومة الصحية، في بلادنا لازالت تعالج مشكل نقص المراكز الصحية لمكافحة السرطان، الفريق الطبي لا زال يهتم بالدرجة الأولى بالتشخيص والعلاج. إنّ المختص كثيرا ما يجد صعوبة في إعلان تشخيص السرطان (إعلان الخبر السيئ) لمشكل في تقنية الإعلان والسند القانوني (المتوفر في دول الغرب في قرار وزاري للصحة العمومية (PLAN 40) ضف إلى ذلك أنّ نسبة عدد المختصين في علم الأورام قليلة مقارنة بالعدد الكبير الذي يتوافد يوميا من المصابين إلى المصلحة الطبية. إنّ العنصر الإيجابي الذي لا يجب تجاهله هو أنّ الفريق الطبي ورغم الظروف التي يعمل فيها إلا أنّ المعاملة مع المصابة لا تخلوا من الرحمة التفهم، الشفقة، هذا بالطبع ونظرا لطبيعة الإصابة، غير كاف لكشف الصدمة، الضيق النفسي، المخاوف والاكنتئاب والتي تؤثر سلبا على الصحة النفسية لدى المصابة.

الجدول رقم (27) أظهر نتائج عدم وجود فروق بين المجتمعات الخمس من حيث التوافق النفسي أي أنّ المستوى التعليمي بشكل عام لا يؤثر تماما على الصحة النفسية (التوافق النفسي) لدى المصابات بسرطان الثدي ولقد انسجمت في بعض الدراسات ولم تتسجم مع أخرى وهي: دراسة بشير إبراهيم محمد الحجار (2003) اعتمد الباحث على عينة عددها 20 مصابة بسرطان الثدي معتمدا على أسلوب تحليل التباين الأحادي. أما النتائج فأعطت وجود فروق ذات دلالة إحصائية أي إنّ المستوى التعليمي يؤثر تماما على الصحة النفسية من حيث التوافق النفسي وذلك بين المريضات الحاصلات على شهادات التعليم الأساسي و المريضات الحاصلات على شهادة التعليم العالي في التوافق الجسدي فقط، حيث كان التوافق الجسدي لديهن أفضل ولم تظهر فروق بين المجموعات الأخرى التي تمثل التوافق

النفسي الاجتماعي، الأسري، الانسجامي، النفسي، ويعلل الباحث ذلك أن دواة المستوى التعليمي الأعلى لديهن القدرة على استيعاب الأعراض الجسدية حيث أن زيادة العلم والمعرفة يمكن أن يقلل من الألم والأعراض الجسمية المصاحبة.

أما دراسة Helgeson (1999) فهي تؤكد نتائج الدراسة السابقة وذلك في أهمية التنقيف لتحسين مستوى التوافق والتقليل من الشكاوى الجسدية المصاحبة للمرض، ولقد أشارت دراسة النجار 1997 إلى عدم وجود فروق دالة في جميع أبعاد التوافق ما عدا النفسي. أما الدراسة الحالية لم يظهر تأثير المستوى التعليمي على الصحة النفسية لدى الحالات المدروسة رغم أن العينة تنتمي إلى مختلف المستويات التعليمية، وإن دل ذلك على شيء إنما يدل على شدة الصدمة لدى الحالات، فالمصابة تعاني بصمت، لم تجد مساندة نفسية تساعدها على التوافق لخلق روح قتالية اتجاه السرطان، فالظاهر أن صدمة إعلان التشخيص جعلت الحالات يعشن نوع من الضيق النفسي الناتج عن الحصر الشديد المشكل أنه حتى وسط المصابة يعيش نفس الصدمة، فتفتقد المصابة لتلك المساندة التي تعتبر الدعم النفسي الوحيد في وسط مرضى السرطان في مجتمعنا لتقوية الشعور بالأمن والأمل، و عليه لا يمكن للمستوى التعليمي التأثير على الصحة النفسية نظرا لاستفحال الوضعية النفسية المرضية لدي المصابة. في بعض الأحيان غياب حتى المساندة الاجتماعية بل نشوب مشاكل داخل الأسرة بسبب سرطان الأم أو الزوجة مما يجعل الحالة في وضعية نفسية جد حرجة.

الجدول رقم (28) بينت النتائج عدم وجود فروق بين المجموعات الخمس من حيث التدبير أي أن المستوى التعليمي بشكل عام لا يؤثر تماما على الصحة النفسية من حيث التدبير ولنا في ذلك بعض الدراسات التي تتسجم مع نتائج الدراسة الحالية ومنها: دراسة (Paulise, 2012) حول عينة قوامها 30 حالة، 18 حالة مصابة بسرطان الثدي من المستوى التعليمي الأساسي و 12 مصابة من المستوى التعليمي الجامعي، أثبتت النتائج عدم تأثير

المستوى التعليمي على الصحة النفسية لدى المصاب بالسرطان من حيث التدين وعليه فالملاحظ أنّ الدراساتين وجدتا أن عامل المستوى التعليمي لا يؤثر على الصحة النفسية من حيث التدين بل أنّ الأقارب حسب (Berteroetal, 2006) بإمكانهم تقوية الشعور بالأمن والأمل لدى المصابة وهي عناصر مهمة لتوفير التوافق الديني. حسب (LinBauer, Wu, 2006) اعتماد على قوة المساندة يتمكن المصاب من الرجوع إلى حياته العادية من حيث التوافق من مختلف أبعاده، بما أنّ الشعور بفقدان التحكم في الوجود وتشويش الهوية مرتبطان دائماً بالسرطان في اعتقاد (Blirdermanetal, 2005). وعليه كلما توفرت المساندة الاجتماعية المدركة كلما تحققت الصحة النفسية من حيث التوافق الديني، وقد أثبتت دراسة (Paulise Roose, 2012) أنّ هناك بعض الأعراض النفسية المرضية لدى المصاب لها تأثير على التوافق الديني وهي الاكتئاب حسب مقياس Fact-Sp وكذا سوء التوافق. ويعتبر نفس الباحث وحسب الدراسات القياسية أنّ هناك ثلاث نماذج دينية تم قياسها وهي (الإسلام، الكاثوليكية، البروتستنتية) والنشاط الديني (غير متدين، متدين غير مطبق، متدين مطبق). واعتماداً على مقياس Kruskal - Wallis لمعرفة مدى تأثير نوعية الديانة على التوافق الديني لدى المصابة بسرطان الثدي فأعطت النتائج على أنّ "الإسلام" الديانة الوحيدة ضمن الديانات الثلاث الوحيدة التي لها إمكانية التأثير على التوافق الديني للصحة النفسية. أما عن المستوى الثاني للدراسة، ظهر أنّ كلما كان المصاب متدين ومطبق لسلوكيات دينه كلما ارتفعت نسبة التوافق الديني لديه. نستنتج من الدراسة أنّ المصابة في الوسط الإسلامي محظوظة من حيث نوع الديانة التي تنتمي إليها ففي هذه الحالة تكون قادرة على التعامل مع نفسها والسيطرة عليها وعلى كلّ التمثلات السلبية المرتبطة بالسرطان. بإمكانها بناء علاقات اجتماعية سوية ونظرة إيجابية نحو ذاتها مما يجعلها سعيدة ومرتاحة فيما تقوم به من تصرفات حتى لو ماتت فهي طاعة مستمرة خاصة إذا كانت في المرحلة التلطيفية أين نجد شدة قلق الموت. التوافق الديني يسمح للمصابة بالقناعة وتقبل المرض بكل اطمئنان، وإذا كانت المساندة الاجتماعية عامل مؤثر على التوافق الديني فإنّ الدين

الإسلامي مؤثر أساسي على الصحة النفسية من حيث كل أبعادها (وهذا ما يدفعنا إلى فكرة البحث عن هذه الفرضية في بحوث مستقبلية) ونظرا لدور الدين المتميز في تحقيق الصحة النفسية نشأ في الغرب مذهب العلاج بالدين للحالات المرضية (فهمي، 1970: 263) استخدام أسلوب الإرشاد الديني ضمن أساليب التوجيه والإرشاد النفسي (زهران، 1977: 371) لا يفوتنا في هذا المقام تذكير أنّ المقصود بالتدين هو تحقيق ما يسمى بالتدين الجوهري عكس الظاهري لدى الحالات المصابة حتى يتمكن من تحقيق التوافق الديني. إنّ عودة المصابة إلى الله والتوكل عليه كل التوكل وهذا ما يستلزم تدين جوهري سيشعرها لا محالة بالسعادة والطمأنينة وصدق الله العظيم القائل.

﴿ الَّذِينَ آمَنُوا وَتَطْمَئِنُّ قُلُوبُهُمْ بِذِكْرِ اللَّهِ أَلَا بِذِكْرِ اللَّهِ تَطْمَئِنُّ الْقُلُوبُ ﴾ (28) الَّذِينَ آمَنُوا وَعَمِلُوا الصَّالِحَاتِ طُوبَى لَهُمْ وَحَسُنَ مَا أَجْرُهُ ﴿ سورة الرعد، الآيتين: 28-29

#### رابعا: تفسير ومناقشة النتائج الفرضية الرابعة

"الديناميكية النفسية المرتبطة بتمثلات للسرطان وتاريخ الحالة تأثير على الصحة النفسية لدى المصابة". أن النظرة النفسية التحليلية للسرطان سمحت لنا بالكشف عن حقائق في الديناميكية النفسية للمصابة بسرطان الثدي ليس فقط من حيث الصحة النفسية وإنما السيرورات النفسية المسببة لسرطان الثدي انطلاقا من فقدان الموضوع ومشكل الاستدخال الأمومي Winnicott، إلى عدم وجود رعاية متتابعة ومتكافئة أثناء مرحلة تكوين الشخصية Winnicott. سبب السرطان صدمة عنيفة ليس فقط بسبب التمثلات المرتبطة به وإنما جاء ليذكر ويضاف إلى قلق طفولي غير معالج N. Dumet حدث السرطان بعد عملية الانسداد بسبب الأحداث التي غيرت من وظيفة الطبع فأصبح نشيط عند حدوث صراع غير معالج وفقدان الذات Sami Ali. كل هذه العناصر الديناميكية النفسية المكونة للذاتية، الافتقار الذي تعرفه بسبب غياب الذاتية، حينئذ، وفي ظل هذا الافتقار أو الغياب حدث ما يسمى

بالتناسخ Réincarnation أي أنّ الهوية وجدت مجال الجسد للتعبير عن الصراع فحدث السرطان P. Marty وعليه إن الشخصية التي أصيبت بالسرطان تميزت بالكف، الاكتئاب عدم التعبير عن التوتر، الغضب أو الرفض، العدوانية، معبرة عن عواطفها بصورة شاذة. وجدت الحالة صعوبة في تحقيق الذات مما دفعها إلى الخضوع للآخر كدعم لشعورها بالعجز والضعف. نستنتج إذن أنّ السرطان وتمثلاته وما يخلفه من أعراض نفسية وجسدية مؤثرا بذلك على الصحة النفسية لدى المصابة ليس إلا عرض لديناميكية نفسية عرفت الخل أثناء مراحل تكوين الشخصية. وقد وافق تشخيص الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع (DSMIV) عبر مختلف معايير تشخيص الحالة بعد دراسة الديناميكية النفسية وتاريخ الحالة. إلا أنّ هناك بعض الإشكالات طرحت على كيفية وحدود تشخيص تبدد الشخصية فحاول الباحثان (Khazaat. y, Zimmer man. G, 2005: 104) توضيح ذلك، معتبرين تبدد الشخصية ذات أعراض مرتبطة بنسبة كبيرة للاختلالات المعرفية، درجة منخفضة في تحمل القلق مع نسبة كبيرة من Alexithymie. بالنسبة لـ (DSMIV) أنّ الدليل لا يعترف بتبدد الشخصية في حالة ما إذا ظهرت أعراضه أثناء ظهور اضطراب آخر، وذلك لعدم وجود علاقة دالة بين خطورة وشدة تبدد الشخصية وقياس أعراض الاكتئاب، القلق المخاوف، الوسوس وأعراض تبدد الشخصية. لكن طرق التشخيص من هذا النوع بحضور هذه الاضطرابات قد يشجع البحث المستقبلي وتوضيح غموض طرحت وبقوة.

## الفصل الثالث

نتائج الدراسة، المساهمة العلمية للبحث

المشكلات التي تثيرها هذه الدراسة

أولاً: نتائج الدراسة

ثانياً: المساهمة العلمية للبحث

ثالثاً: المشكلات التي تثيرها هذه الدراسة

## أولاً: نتائج الدراسة

تناولت هذه الدراسة واقع الصحة النفسية لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي. كان الهدف من البحث في شقة النظري تحديد مفهوم الصحة النفسية انطلاقاً من المفاهيم النفسية العيادية في ميدان علم النفس العيادي عامة وعلم الأورام النفسي خاصة. ثم انطلقت الباحثة في البحث عن واقع الصحة النفسية لدى عينة من المصابات معتمدة على الأبعاد النفسية الثمانية التي تم تحديدها في بناء مقياس الصحة النفسية والتي عكست سوء الصحة النفسية وذلك حسب النتائج التالية. أن التجربة البحثية والدراسات السابقة أظهرت أنّ المصابة بسرطان الثدي، كيفما كانت الفئة العمرية التي تنتمي إليها كانت شابة أو مسنة فإن التشخيص، الإعلان والعلاج المرتبط بالسرطان يمثل ضغطاً نفسياً وجسدياً شديدين ذات تأثيرات نفسية، فيزيولوجية ونفس اجتماعية مهمة قد تمتد إلى سنوات طويلة بسبب الانتكاسات، المضاعفات الجانبية بعد الاستئصال الكلي أو الجزئي للثدي أو الثديين والعلاج كالحروق التي يخلفها العلاج الكيماوي والأشعة، انخفاض الليبدو بسبب اضطراب وانخفاض الهرمون الأنثوي أو ظهور سن اليأس المبكر، وما ينجز عنه من اضطرابات نفسية، جسدية وعدم القدرة على الإنجاب، انخفاض نسبة الانسجام العاطفي خاصة أنّ المصابات يعلمن أنّهن معرضات إلى معاودة السرطان أو انبثاقه.

أما نتائج الفرضية الثانية فقد دلت على أنّ الفئتين الاجتماعيتين (عزباء، متزوجة) تعيشان نفس الوضعية النفسية من حيث الصحة النفسية وذلك لأنهما تعيشان نفس المصير والمخاطر بسبب إصابتهما بالسرطان، الظاهر أنّ وضعياتهما الاجتماعية لم تؤثر تمام على معاشهما النفسي وذلك بسبب وجود مخاوف من فقدان الزوج بسبب تغير الصورة الجسدية الناتجة عن إصابة الثدي، استئصاله، الاضطرابات الجنسية، عدم القدرة على

الإنجاب نقص في تقدير الذات. أما عن العزباء فغالبا ما تظهر لديها انهيار للصورة المستقبلية من حيث الاستهجمات ( الزواج، الإنجاب، العمل، الدراسة، السياحة ... ) وخاصة أنّ الزواج لا يتم في مجتمعنا إلا عندما تتوفر لدى المرأة كامل الصحة النفسية والجسمية وإلا فهناك بند. المشكل مطروح وبقوة على مستوى المجتمع الجزائري ورجوعا إلى الدراسة الابدئميولوجية التي بينت نسبة المصابات الشابات المرتفعة من حيث الإصابة بسرطان الثدي ورغم أنّ الجزائر تسير نماذج علاجية متطورة في الجانب الطبي والدرجات العليا من الكفاءات لكن المشكل يبقى مطروح من حيث الرعاية النفسية الذي لا يزال يعرف تأخرا معتبرا.

عبر الفرضية الثالثة حاولنا دراسة مدى تأثير المستوى التعليمي على الأبعاد النفسية ككل للصحة النفسية، والظاهر أنّ هناك بعض الدراسات انسجمت تماما مع نتائج البحث وأخرى لم تنسجم. أما عن نوعية الحياة الجسدية فقد بينت الدراسات السابقة وجود تأثير مضاعفات السرطان من آلام، استئصال وعلاج الكيماوي. أما عن المساندة الاجتماعية فالظاهر أنّ هذا البعد من الصحة النفسية لم يتأثر بالمستوى التعليمي حسب نتائج الدراسة الحالية وهذا ما لم يتوافق مع الدراسات السابقة التي اكتشفت أنّ المستوى التعليمي له دور كبير في إدراك المساندة الاجتماعية المكتسبة لدى المصابة، هذا ما جعلنا نطرح عدة تساؤلات حول سبب غياب التأثير والأرجح أنّ ذلك يعود إلى شدة تمثلات السرطان السلبية في بلادنا مما جعل حتى الحالات ذات المستوى التعليمي المرتفع لا يتمكن من تحقيق مساندة اجتماعية كافية وهذا عامل مفرج للضيق النفسي الانفعالي لديهن. بالنسبة للتحكم الانفعالي الظاهر أنّ المستوى التعليمي لدى المصابات لم يؤثر على الصحة النفسية من حيث التحكم الانفعالي، ومقارنة بنتائج الدراسات السابقة، فهناك من انسجم، وهناك من

وجد في المساندة الاجتماعية والطبية دعم كبير لتوفير التعبير الانفعالي والتكيف النفسي بحيث أنّ توفير المرافقة العاطفية الاجتماعية والدعم المعلوماتي الطبي قد يمكن المصابة من الخروج من الصدمة والرجوع إلى الحياة العادية بصحة السرطان، لكن بدون خوف. وهذا ما يدفعنا كذلك إلى البحث عن العامل المؤثر على التحكم الانفعالي، هذا العنصر الفعال الذي بإمكانه تخفيض درجة الاضطرابات الانفعالية المصاحبة للسرطان والذي غالبا ما يؤدي إلى أمراض نفسية أو معاودة السرطان. والراجح أن نبحث عن التمثلات النفسية الجماعية المرتبطة بالسرطان في مجتمعنا والتي أثرت على المساندة الاجتماعية الفعالة لتحقيق التعبير الانفعالي والتحكم. إن استراتيجيات التكيف كبعد من أبعاد الصحة النفسية لدى المصابة، لم يتأثر بالمستوى التعليمي لديها إلا أنّ الدراسات السابقة ظهر لديها بعض التناقض (من خلال مناقشة نتائج الفرضية الثالثة) بعضها اكتشفت أنّ المستوى التعليمي كلما ارتقى كلما أساء إلى الصحة النفسية من حيث استراتيجيات التكيف وذلك لأنّ المصابة المتعلمة لها إمكانية البحث ودراسة وضعيتها الصحية، وعليه فقد تتنبأ بمآلها أو بمعطيات نظرية علمية تجعلها أمام كل الفرضيات، مما يجعلها عرضة للقلق، الخوف، واضطراب التكيف. أما عن الحالات المدروسة فالظاهر أنّ المستوى التعليمي عنصر لم يعتمد عليه لضبط استراتيجيات التكيف، للكشف عن سيرورات حالتها الصحية وذلك دال على أنّ الحالات استعملن استراتيجيات التكيف من نوع الهروب مستعينين بميكانيزمات دفاعية مثل العقلانية، كقولهن "الطبيب يعلم جيّدا ما يفعل قدر الله ما شاء فعل، أنا في يد الله. باستثناء سيّدة هي طبيبة عامة أصيبت بسرطان الثدي وتم استئصاله كانت ذات دراية شاملة عن حالتها نظرا لطبيعة التخصص، إلا أنّ وضعيتها النفسية كانت جدّ منهارة، ظهر الانبثاث métastase على مستوى الثدي الثاني بعد سنة من استئصال

الثدي الأول وكانت في الحقيقة من الحالات الاستعجالية التي تستلزم الرعاية النفسية وهذا ما لم يتحقق للأسف مما سبب لها ضيق نفسي لا زالت تعاني منه إلى يومنا هذا. الصورة الجسدية تعتبر بعد من أبعاد الصحة النفسية لدى المصابة بسرطان الثدي والملاحظ أنّ المستوى التعليمي لدى المصابة لم يؤثر تماما على هذا البعد وهذا ما اتفقت عليه معظم الدراسات السابقة بل أنّ هناك معطيات نفسية أخرى تؤثر عن الصورة الجسدية لدى المصابة، وأولهما تقدير الذات والثقة بالنفس، هي عوامل أساسية قد تحافظ على تلك الصورة إيجابا من حيث مدركات جسدها الخيالي، ضف إلى ذلك العلاقة الزوجية بإمكانها التأثير على تلك الصورة المتعلقة ببعض التشوهات جراء الجراحة والعلاج ويظهر ذلك على مستوى التوافق الجنسي، تقبل الجسد المبتور ونسبة الألم الجسدي. بالنسبة للحالات المدروسة لاحظنا جهل عند بعض الحالات لموضوع التجميل Esthétique بعد عملية الاستئصال والعلاج بالأشعة مقارنة بدول الغرب التي اجتهدت وبقوة للحفاظ على الصورة الجسدية ومن وراء ذلك عن الصحة النفسية لدى نساء الغرب وذلك عن طريق فتح مراكز للتجميل خاصة بالمصابات بالسرطان (الثدي الاصطناعي، رسومات فنية خاصة بالصدر ليخفي تشوهات الخياطة بعد الجراحة، تأليف مجلات للنساء خاصة بالتجميل وضعت فيها نساء بدون شعر، ولا ثدي في منظر جميل حتى تتمكن المصابة من إدراك جسدها الجديد عن طريق الآخر وتقبله) مقارنة بهذه السيدات، فالمرأة في بلادنا وبعد الإصابة بالسرطان غالبا ما تسلك سلوك يبدي نوع من الرفض والخجل فهي تخفي جسدها حتى من نفسها (أرتدي ملابس الداخلية في الظلام، توقفت عن الذهاب إلى الحمام العمومي، لم أرى جسدي في المرأة منذ الجراحة) رأسها مغطى طول مدة نمو الشعر ولا أحد له الحق التطلع عليه حتى هي، بعد أن فقدته جراء العلاج الكيميائي، مع الاعتراف

بوجود ارتباك، قلق كلما وضع أحدهم بصره على منطقة الصدر. وإن ذل هذا على شيء فإنما يدل على سوء الصحة النفسية من حيث اضطراب الصورة الجسدية لدى المصابة حدود الخطر لا تتوقف هنا، إذ أنّ بعض الدراسات العلمية بينت أنّ اضطراب الصورة الجسدية عامل مهم في تقليص مدة الحياة لدى المصابة بسرطان الثدي وهذا ما كشفنا عنه في مناقشة نتائج هذا البعد. أما عن التكفل الطبي فالظاهر أنّ المستوى الدراسي لدى الحالات لم يؤثر على الصحة النفسية من حيث التكفل الطبي وهذا ما وافق جل الدراسات السابقة بل أنّ العنصر الأساسي هو العلاقة طبيب- مريض التي تولد لدى المصابة طاقة بناءة لتحقيق ديناميكية علائقية محفزة للعلاج، تسمح للمريضة التعبير عن انفعالاتها، قلق مخاوفها من المستقبل المتعلق بالسرطان، قد لا تستطيع التعبير عن بعض المضايقات الفيزيولوجية مع الأقارب لكنها ستجد الجواب الشافي المقنع لأنها علمية وآتية من طرف رجل علم. الظاهر وللأسف أنّ المصابة في بلادنا لم تتمتع بهذا النوع من التكفل من حيث العلاقة، فالمنظومة الصحية في بلادنا لا زالت تعالج مشكل نقص المراكز لمكافحة السرطان، ضف إلى ذلك عدم توافق عدد المصابين الهائل مع عدد الأخصائيين في علم الأورام وهذا ما دفع هذا الأخير العمل في جوّ ضاغط لا يمكنه من تحقيق تلك العلاقة لمدة طويلة مكنتها بالتشخيص والعلاج الطبي. أما التوافق النفسي الذي يعتبر من الأبعاد الأساسية لتحقيق الصحة النفسية لدى المصابة بالسرطان، فالظاهر أنّ نتائج الدراسة أشارت إلى عدم تأثير المستوى التعليمي على الصحة النفسية من حيث التوافق النفسي، إلا أنّ الدراسات السابقة تناقضت في بعض نتائجها، وتشير بعض الدراسات العربية السابق ذكرها في مناقشة النتائج أنّ المستوى التعليمي الراقى قد يحسن من التوافق الجسدي من حيث إدراك مراكز الألم، سببه وكيفية علاجه، التقليل من الشكاوى الجسدية إلا أنّ البعد

النفسي، الانسجامي، والأسري لم يتأثروا بأي مستوى من التعلم وهذا ما انسجم مع الدراسة الحالية، ذلك دال على أنّ المصابة تعاني بصمت، فالتوافق يتحقق بواسطة المساندة الاجتماعية المدركة لخلق روح قتالية اتجاه السرطان. فالظاهر أنّ الدعم النفسي الوحيد لدى هذه الحالات هي المساندة الاجتماعية إلا أنّ هذا العنصر لم يتمكن من القيام بدوره الفعال، والمشكل المطروح في مجتمعنا هو أنّ المصابة ومباشرة بعد إعلان التشخيص تجد نفسها محاطة من طرف كلّ الوسط: العائلة الجيران، زملاء العمل الأصدقاء، إلا أنّ هذا الكم لم يستطيع أن يوفر لدى الحالة توافق نفسي ولم تتوفر لديهم حتى روح قتالية، ولا التفاؤل أو التفكير الإيجابي، بل غالباً ما ترى المصابة في ملامحهم وسلوكياتهم، قلق الموت، مخاوف، دموع وهذا ما يذكرها بالخطر وغالباً بالموت. كذلك بعد التدين فلم يتأثر بالمستوى التعليمي لدى المصابات، والظاهر أنّ هذه النتائج انسجمت إلى حد كبير مع الدراسات السابقة، بل أنّ الأقارب بإمكانهم تقوية الشعور بالأمن والأمل كي يتوفر لدى المصابة التوافق الديني. وبما أنّ التوافق الديني يعتمد على التوافق النفسي ففكرة المساندة الاجتماعية قد تساعد المصاب للرجوع إلى الحياة العادية بصحبة السرطان. صف إلى ذلك أنّ الإسلام يعتبر الديانة الوحيدة (حسب نتائج الدراسات) التي لها إمكانية التأثير على التوافق الديني للصحة النفسية، لكن النتائج المحصل عليها عبر الدراسة الحالية لم تنسجم، رغم أنّ المصابات جلهن مسلمات، فهل الديانة المقصود بها هنا الديانة الجوهرية عكس الظاهر أو السطحية. ولنا في ذلك قول الله تعالى بعد بسم الله الرحمن الرحيم:

﴿قُلْ لَنْ يُصِيبَنَا إِلَّا مَا كَتَبَ اللَّهُ لَنَا هُوَ مَوْلَانَا وَعَلَى اللَّهِ فَلْيَتَوَكَّلِ الْمُؤْمِنُونَ﴾ سورة التوبة (51)

﴿وَإِنْ يَمْسَسْكَ اللَّهُ بِضُرٍّ فَلَا كَاشِفَ لَهُ إِلَّا هُوَ وَإِنْ يَمْسَسْكَ بِخَيْرٍ فَهُوَ عَلَى كُلِّ شَيْءٍ قَدِيرٌ﴾ سورة

الأنعام (17)

أما الدراسة النفسية التحليلية للحالة والتي ناقشت الفرضية الرابعة، فقد ظهر السرطان مباشرة بعد وضعية الانسداد Impasse. إنَّ القلق الطفولي الغير معالج تسبب لدى الحالة بنوع من الانهيار. ظهور صراع دال على فقدان الموضوع وعلى إثره تأسست الوضعية التكيفية الملازمة للكبت الطبيعي. هذا الأخير كان سببا في تحطيم العالم الخيالي للحالة وعدم إظهار الوجدان مما أدى إلي صعوبة التحديد والتفريق بين الانفعالات، صعوبة التعبير الشفوي لانفعالات الآخرين، قصور على مستوى الحياة التصورية، وأخيرا طريقة تفكير تميل إلى الانشغالات الحسية (تفكير عمالي Pensé Opération حسب: Larsen, 2003: 541) إنَّ الدراسة الديناميكية النفسية للمصابة بالسرطان سمحت لنا بالكشف عن الصيرورات النفسية المسببة للسرطان انطلاقا من فقدان الموضوع ومشكل استدخال الصورة الأمومية. سبب السرطان صدمة عنيفة ليس فقط بسبب تمثلاته النفسية السلبية وإنَّما ليذكر الحالة بالصدمة الطفولية الأولى هذا ما أدَّى إلى وضعية الانسداد، فغيّر من وظيفة الطبع. كلَّ هذه العناصر الديناميكية المكوّنة للذاتية المختلة. وفي ظل هذا الاختلال والفقر حدث ما يسمى بالتناسخ أي أنَّ الهوية وجدت مجال للجسد للتعبير عن الصراع بواسطة مرض السرطان.

## ثانياً: المساهمة العلمية للبحث

إنّ أهم الاستنتاجات التي تمّ تأكيدها خلال البحث والتي تشكل إسهاماً علمياً وتم تناولها في ثنايا هذه الأطروحة، يمكن تلخيصها فيما يلي:

- ساهمت هذه الدراسة في تحديد تصور عام حول واقع الصحة النفسية لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي في بلادنا.

- تحديد ثمانية مظاهر على ضوء مفهوم الصحة النفسية حسب تصور علم الأورام النفسي لدراسة مختلف الجوانب النفسية الاجتماعية لتشكل واقع الصحة النفسية لدى المصابة بسرطان الثدي وهي: نوعية الحياة- التوافق النفسي- استراتيجية التكيف- التدبير- المساندة الاجتماعية- التكفل الطبي- الصورة الجسدية - التحكم الانفعالي.

- تمّ الكشف عن مدى تأثير التمثيلات النفسية المرتبطة بالسرطان على نفسية المصابة وهذا دال على غياب الثقافة الصحية في بلادنا بحيث لا زال تصور السرطان في ذهن الجمهور على أنه يساوي الموت وهذا خطأ نظراً للتطورات العلمية في هذا المجال (الطب، علم النفس، التكنولوجيا) ساهموا وبقوة لكسر ذلك التصور السلبي ونتج عن ذلك في دول الغرب، تراجع في نسبة الوفيات، وارتفاع نسبة الشفاء مقارنة ببلادنا فإنّ الكشف لا يتم إلا في مرحلة متقدمة من المرض وهذا ما يقلل من نسبة العيش لدى الحالة.

- مشكل "الإعلان" L'annonce - مطروح وبشدة في بلادنا- فمن ذا الذي له الشجاعة (التقنية، السيكلوجية والقانونية) للقيام بهذه المهمة الصعبة؟ مع وجود فراغ قانوني من حيث إعلان المرض الخطير واستراتيجيات التعامل مع هذا الموضوع.

نتمنى أن يطرح هذا الموضوع أثناء مناقشة المخطط الوزاري لمكافحة السرطان "2015-2019" المتفق عليه في نهاية هذه السنة.

- الظاهر أنّ المصابة بسرطان الثدي تتكفل بنفسها مباشرة بعد خروجها من المستشفى (بعد عملية الاستئصال) والمعروف أنّ التكفل الحقيقي لهذه الحالات تبدأ مباشرة بعد العملية الجراحية يجب أن يتكفل بها من كلّ الجوانب: الطبية، النفسية، الاجتماعية، الاقتصادية، الروحية والجمالية (توجيه الحالة نحو عملية تجميلية لترميم الصورة الجسدية) محاربة السرطان، هذا تقاديا للمضاعفات أو الانتكاسة، المعاودة التي غالبا ما تؤدي إلى الوفاة.

- الظاهر أنّ الدين الإسلامي والتعامل به جوهريا عرف بعض الضعف، وعليه لم يتمكن من توفير، لدى المصابة، تلك الطمأنينة والراحة النفسية المنتظرة أثناء الأزمة والصدمة.

- الظاهر كذلك عدم وجود أي اهتمام حول موضوع الكشف عن الضيق النفسي مباشرة بعد الإصابة لتقادي أمراض نفسية عقلية قد تصاحب السرطان بعد الإعلان.

- وأخيرا كشفت الدراسة أنّ واقع الصحة النفسية لدى الحالة هو واقع مؤلم، حزين ومملوء بالمعاناة وذلك راجع إلى العوامل التالية:

- عدم وجود تكفل نفسي بعد الإصابة رغم ظهور مجموعة من الأعراض والأمراض النفسية وفي مقدمتها الضيق النفسي.
- عدم وجود استراتيجية للإعلان لتقادي الصدمات النفسية العنيفة.
- التمثلات النفسية المرتبطة بالسرطان جد سلبية لعدم وجود ثقافة صحية.
- المساندة أو الدعم الاجتماعي ضعيف غالبا ما يذكر المصابة بالحداد أو الموت.

- تاريخ الحالة غالبا ما يكون سببا في اضطراب الجهاز السكوسوماتية.
- كشفت الدراسة عن مدى تأثير الشخصية المضطربة على الجهاز السوماتي (الجسد) وذلك من خلال دراسة للديناميكية النفسية وتاريخ الحالة.
- محاولة ضبط جدول (ص253) يشمل كل المتغيرات المرتبطة بالصحة النفسية لدى المصابة بسرطان الثدي وأهم العوامل المؤثرة عليها وكذا مختلف المضاعفات التي قد تحدث في حالة عدم توفير تلك العوامل.

الجدول رقم 29: يبين مختلف الأبعاد النفسية والعوامل المؤثرة في تحقيقها وكدى المضاعفات الناتجة عن عدم توفرها لدى المصابة بسرطان الثدي

المضاعفات	العوامل المؤثرة	البعد النفسي للصحة النفسية
تأثير نفسي فيزيولوجي اجتماعي	التشخيص، العلاج، المعودة، الانتكاسة	الفئة العمرية لدى المصابات
تأثير نفسي فيزيولوجي اجتماعي	التشخيص، العلاج، المعودة، الانتكاسة	المستوى الاجتماعي (عزباء، متزوجة)
ارتفاع شدة الألم، انتكاسة، عدم الاستجابة للعلاج- انبثاث، وفاة	مضاعفات السرطان، الآلام، العلاج الكيماوي، الثقافة الصحية	نوعية الحياة (الجسدية)
اضطرابات انفعالية، ضيق نفسي، الشعور بالضيق، عزلة	إدراك المساندة، التمثلات النفسية الجماعية المرتبطة بالسرطان	المساندة الاجتماعية
اضطرابات انفعالية، ضيق نفسي	المساندة الاجتماعية والطبية	التحكم الانفعالي
اضطراب التكيف، اضطرابات انفعالية كالخوف من المآل ومن السرطان	المساندة الاجتماعية، التدين	استراتيجية التكيف
اضطراب الصورة الجسدية، الاكتئاب، تقليص مدة الحياة	تقدير الذات، الثقة بالنفس، العلاقة الزوجية، الثقافة الصحية	الصورة الجسدية
مخاوف اتجاه ما هو طبي (المستشفى، الدواء، الأطباء، الفحوصات)، رفض السرطان وعدم تقبله - رفض العلاج وتوقيفه - عدم الاستجابة للعلاج واللجوء إلى أساليب علاجية شعبية	العلاقة طبيب-مريض، التعبير عن الانفعالات الثقافية الصحية	التكفل الطبي
انهيار، استسلام، أعراض نفسية مرضية - قلق الموت - عدم الاستجابة للعلاج	المساندة الاجتماعية والطبية، الثقافية الصحية	التوافق النفسي
-عدم الشعور بالأمن والأمل اضطراب في التوافق الديني -عدم التحكم في الوجود وتشويش الهوية -الاكتئاب	-دعم الأقارب -الإسلام (تدين جوهري)	التدين

### ثالثاً: المشكلات التي تثيرها هذه الدراسة

لقد أثارَت هذه الدراسة مجموعة من التساؤلات من بينها:

- إلى أي مدى يمكن تعميم هذه النتائج؟
- ما مدى ثباتها عند امتدادها إلى عينات أخرى خارج منطقة تلمسان من حيث العمر الجنس، المستوى التعليمي، الوضعية الاجتماعية، مرحلة السرطان، انبثائي أو غير انبثائي؟
- هل تختلف النتائج أو أبعاد إجراء الدراسة على عينات واسعة تظم مختلف أنواع السرطانات عند المرأة؟
- إلى أي مدى تتأثر الصحة النفسية لدى المصابات بسرطان الثدي في بلادنا مقارنة بالدول المتقدمة؟

# قائمة المراجع

## قائمة المراجع باللغة العربية

- 1- أحمد محمد عبد الخالق (2001): أصول الصحة النفسية، دار المعارف الجامعية، الاسكندرية، 37
- 2- بشلاغم يحي (2011): مدخل الى منهجية البحث النفسي والتربوي. الناشر: كنوز، الجزائر، 88
- 3- بكمان، ويتاكرت (2001): سرطان الثدي، دار الطبيعة، أكاديميا: ترجمة جولي صليبا، بيروت 30-29-18
- 4- الجراح البروفسور حسام أحمد فؤاد (2013): [www //tabebak.Com](http://www.tabebak.com)
- 5- جمعية مساعدة المرضى المصابين بالسرطان (2010): 100 سؤال وجواب حول سرطان الثدي، جمعية البدر البليدة، الجزائر، 31-30
- 6- حامد عبد السلام زهران (1977): الصحة النفسية والعلاج النفسي، عالم الكتب، ط2، القاهرة، 9
- 7- حسام أحمد فؤاد [www.tabebak.com](http://www.tabebak.com) (2014)
- 8- دانيال ريغ (1983): معجم عربي فرنسي/فرنسي عربي. السبيل: مكتبة لاروس، باريس
- 9- رمضان محمد القذافي (1998): الصحة النفسية والتوافق، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، مصر.
- 10- سامر جميل رضوان (2003): الصحة النفسية، الطبعة الثانية دار النشر والتوزيع، الأردن. 21، 43، 53، 102، 105، 325
- 11- شبكة: (2014) [forum.sahonline.com/www.sahha.net](http://forum.sahonline.com/www.sahha.net)
- 12- شيلي تايلور (2008): علم النفس الصحي، الطبعة الأولى، جامعة عمان، الأردن، 820
- 13- صلاح مخيمر (1979): المدخل الى الصحة النفسية مكتبة الأنجلو مصرية ، ط3\_ القاهرة، 27
- 14- عبد الباسط محمد السيد (2009): السرطان، أسبابه وعلاجه الطبعة الثانية، دار النشر ألفا، مصر 100، 108-109
- 15- عبد السلام عبد الغفار (2001): مقدمة في الصحة النفسية دار النهضة العربية، القاهرة، 18

- 16- فقيه العيد (2011): نحو تأصيل مفهوم الصحة النفسية، ط1، كنوز للنشر والتوزيع الجزائر، 11
- 17- فقيه العيد(2005): التجربة الصوفية كمصدر لبناء تصور حول الصحة النفسية "دراسة سيكو مترية مقارنة بين التجربة الصوفية وعلم النفس الحديث" أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه في علم النفس جامعة وهران، الجزائر، 21، 8
- 18- فهمي علي (2009): علم نفس الصحة، الخصائص النفسية الإيجابية والسلبية للمرضى والأسوياء، دار الجامعة الجديدة للنشرة، مصر 24، 27، 43، 44
- 19- فهمي مصطفى (1970): الانسان والصحة النفسية، الأنجلو المصرية، القاهرة، 263
- 20- القريطي أمين (1998): في الصحة النفسية، دار الفكر العربي ط1، القاهرة، 28، 29، 69
- 21- كفاي علاء الدين (1997): الصحة النفسية، طبعة3، إمباية هجر للطباعة والنشر، 36
- 22- مجلة الشرق الأوسط (2008): الرعاية التلطيفية وأهميتها لمرضى الأمراض المستعصية، العدد 10918 الرياض، المملكة العربية السعودية.
- 23- محمد قاسم عبد الله (2004) : مدخل إلى الصّحة النفسيّة، الطبعة الثانية، دار النشر الأردن، 22
- 24- محمود شاهين الأحول، عدنان مرداد، حسنة الغامدي، ايمان هشان ياروم، (2014) <http://www.sahha.com>
- 25- مختار حمزة (1976): ارشاد الآباء والابناء، مكتبة الخانجي الطبعة الثانية، القاهرة
- 26- مصطفى فهمي(1976): الصحة النفسية، مكتبة الخانجي، القاهرة، 16
- 27- المطهري مرتضى (1939هـ): حقوق المرأة في الإسلام طبعة 3، بيروت: الدار الإسلامية، 81-85
- 28- معهد الطب الولايات المتحدة (2011): لجنة تعزيز البحوث الألم والرعاية والتربية والتعلم، واشنطن، 34
- 29- منظمة الصحة العالمية جنيف(1983): الطبعة العربية 1986، 100

30- نعيم الرفاعي (2003): الصحة النفسية دراسة في سيكولوجية التكيف، الطبعة السادسة، منشورات جامعة دمشق.

31- يعقوب يوسف الكندري (2003): الثقافة، الصحة، والمرض. جامعة الكويت، 364

### قائمة المراجع باللغة الأجنبية

- 1- 28eme journées de la SFSPM, novembre Lille, France
- 2- **A.N.A.E.S (2000)**: Agence nationale d'accréditations et d'évaluation en santé, suivi psychologique des patientes traiter pour cancer du sein non métastatique. Ed EDK Paris, 23
- 3- **A.N.A.ES (2002)**: suivi psychologique des patientes avec cancer non métastatique, agence nationale d'évaluation, France, 27-28
- 4- **Aimont M, Liebens F(1998)**: Assessment of psychological consequences of breast cancer. Proceeding 10th international congress on senology,porto 1,3
- 5- **American psychiatric association(2000)**: Diagnostic and statistical manuel of mental disorders, 4eme Edition Washington, USA
- 6- **Amoni o, Akrou t, Bentabet j(2006)** : Psychogenèse du cancer, journal information psychiatrique num 8, 82
- 7- **Andrieu, collena (1997)** : cancer, évaluation, traitement et surveillance, éd estem, Paris, 70-72
- 8- **Ange M (1984)**: Ordre biologique, ordre social, la maladie, forme élémentaire de l'évènement, Ed des archives contemporaines, Paris, 35
- 9- **Angiolinic (2008)**: Psycho- oncologie, à quoi ça sert, Revue les poches numéro 07
- 10- **Antoni M, Lehman j, Kilbourn K, et Al (2001)**: cognitive- bihavioral stress, healt psychologie, USA
- 11- **Archinard A. murphy esvam (2005)** : psychothérapie et cancer du sein revu de formation continue, N2423/revue médicale suisse.
- 12- **Arova Mahmoud (2010)**: Traitement de la douleur. Ed Berti, Alger, 203
- 13- **Aulagnier P(1986)**: Un interprète en quête de sens, éd Payot, Paris

- 14-Bacque MF (2011):** Annoncer un cancer, Ed Springer –verlag, France, 11
- 15-Bacque MF, Baillet F (2009):** Force du lien face au cancer. Ed Odile Jacob, Paris, 132
- 16-Baillet F, Pelicier N (1998):** L’annonce diagnostique, impact psychologique et aspects pratique, l’encéphale, 35
- 17- Baldoni F. Trombani (2005):** la psychosomatique l’équilibre entre corps et esprit, collection psycho. Ed du press, 69
- 18-Beaufils B (2010):** la qualité de vie, analyse bibliographique GRIFS, uni Paris 8, FRANCE
- 19-Belkacemi Y, Boussen H, Hamdi –Cherif M(2010):** Epidémiologie des cancers du sein de la femme jeune en Afrique du nord, 32eme journées de la SFSPM, Strasbourg, 57- 66
- 20-Benedict Echard (2006):** souffrance spirituelle du patient en fin de vie, la question du sens, Ramon ville Sain tague. FRANCE
- 21-Benoumechiara Nacera(2000):** sénologie, conférence, centre pierre marie curie, Alger.
- 22-Bensoussan Patrick(2004):** Le cancer, approche psycho dynamique chez l’adulte, Ramonville, Eles, 31
- 23-Bensoussan Patrick, Eric Dudoit (2008):** Les souffrances psychologiques des malades du cancer, Ed Springer, 28
- 24-Bessis F, Ferey N (1991):** Cancer, trauma, soin, créativité association psychisme et cancer, Ed le coq héron, 29
- 25-Bonnand A, Chabrot H, Doron.J (2000):** Etude de la réaction psychologique face aux syndromes douloureux post- mastectomie, Ettese
- 26-Bouزيد Kamel (2005):** oncologie médicale, centre pierre marie curie, Alger.
- 27-Bredart A, Swaine Verdier A, Dolbeault S (2007):** évaluant l’image du corps, femme atteinte d’un cancer du sein, revue de psycho oncologie, France, 32-33
- 28-Broquen M, Gernez JC (1997):** L’effraction par-delà le trauma, Ed Hamilton, Paris.
- 29-Bruchon- schweitzer M, Dantzer (1994) :**La psychologie de la sante, évènements, et risque. Ed Puf, Paris, 28
- 30-Bruchon- schweitzer M, Dantzer Quintard B (2001):** Personnalité et maladie, stress, coping et ajustement, Ed Dunod, Paris, 04
- 31- Bruchon- schweitzer. M (2002):** Psychologie de la sante, modèles concepts et méthodes. Ed Dunod, Paris, 22, 54, 66
- 32-Bruchon, Schweitzer (2002):** psychologie de la santé, Ed Dunod, France, 87-89.

- 33-Burgess C, Comelius V, Love S, Graham J, Richards M, Ramirez (2005):** depression and anxiety in women with early breast cancer, revue psycho oncologie.
- 34- Caton R, Loroy F, Bert S, Beaune D(2007):** représentations du corps malade et représentations de soi, revue psycho oncologie. France
- 35- Cella DF, Tulsy DS, Gray G et al (1993):** Function al assessment of cancer therapy scale, revue of psycho oncology.
- 36-Cerisey Catherine (2010):** Cancer du sein et sexualité, un sujet encore tabou institut curie, Sylvie henry sexologue.com
- 37-Chabral H ,Hallahanes s(2004):** Mécanisme de défense et coping, ed Dnod, Paris, 12-13
- 38- Cohen S (1991):** social support and psychal health. Revue psycho-oncology. USA
- 39-Corsos M. speranza M(2003):** psychopathologie de l'alexithymie, Durvard, France, 147
- 40-Corsos.fm, guilbod.o, speranza.M(2003):** Approche psychanalytique de l'alexithymie. Ed Duvard, Paris. 45\_63.
- 41- Cousson Gelie (2008):** Qualité du sein des relations interpersonnelles pour un cancer, Beurdaux, 69-70
- 42- Dabakuyots, Fraisse J, Causserets (2009):** A multicenter cohort study to compare quality of life in breast cancer patients.
- 43- Dalton S (2008):** Social inequality in incidence and survival from cancer, study in Danemark, Eur cancer.
- 44- Daly L, Schweitzer N (2008):** Suivi médical du patient traiter pour un cancer, Ed Masson, France, 159- 162
- 45-Dany L, Dudort E(2008):** La psycho –oncologie, journal de psycho –oncologie volume 2 Ed springer- verlag, 53
- 46-Dauchy S(2008):** La recherche en psycho –oncologie, objectifs, enjeux, limites .SFPO, France
- 47-Dauchy S(2009):** L'annonce diagnostic du cancer bronchique. Unité de psycho-oncologie, institut Gustave Roussay, Ville juif, France
- 48-Dauchy S, Chauffour –Aderc(2002):** Prise en charge de l'anxiété en soins palliatifs, privilégier un traitement étiologique, Med Pal, 19
- 49-Dauchy S, Rouby (2006):** 28eme journées de la SFSPM, Novembre Lille, France
- 50- Dauchy, Rouby(2007):** Aspects psycho-oncologique du cancer du sein, Courbevoie, France.
- 51- Dauphin marie (2013):** Le soutien psychologique, journée régionale du 24sep,cancer prise en charge et accompagnement, France.

- 52-Delfosse Marie Santiago(1994):** Psychologie de la sante, perspective qualitative et clinique, Ed Mardaga, 12
- 53-Delvaux N, Razavi D(2002):** Psycho –oncologie, le cancer, le malade et sa famille. Ed Masson, Paris, 67, 82, 106, 138, 141, 190, 200
- 54- Deschamps D (1997):** psychanalyse et cancer, au fil des mots, Ed halattan, Paris.
- 55- Desclaux Bernard(2013):** Image du corp et motivations, .institut clauds us regfud France, 6
- 56-Dolbeault S (2006):** Cancer du sein modalité d'intervention, 28eme journées de la SFSPM, Lille, 334
- 57-Dolbeault S, Copel L, This P ,Bredard A, Flahault C (2008):** Enquête, intimité et sexualité après un cancer du sein, Institus Marie –curie, Société Simone perele.
- 58-Dolbeault S, Porn SZ, Holland J(1999):** psycho – oncologie, where have we been, Where are you going, EUR J cancer, 1554
- 59-Dolbeault S, Dauchy S, Consoli SM, Bredard (2007):** Pratique en psycho –oncologie. Ed John Libbey, Paris 2 -3
- 60- Dolbeault Sylvie (2011):** Prise en change psychoco oncologie. colloque du canceropolle\_8novembre. Paris
- 61- DSM4(1994):** Biogratric and svalistical manual of mental disorder, 751.
- 62- Duggleby (2008):** Promouvoir la santé mentale dans les soins aux personnes âgées atteints de cancer. psycho-gériatrie, assoc, Canada, 73
- 63- Fesion hocine (2005):** Identite, feminine, identite mascaline, a propos des relations hommes, femmes en Algerie. these de docteur d'état dirigee par pr Me zian deb- uniersite senia \_oran 236.
- 64- Fischer Gustave –Nicolas (2013):** Psychologie du cancer, un autre regard sur la maladie et la guérison. Ed Odile Jacob, France, 80
- 65- Fitch Margaret (2008):** Cadre des soins de soutiens, revue canadienne de soins infirmiers en oncologie .Canada
- 66- Florence cousson, Gelie de castro, Baraurlt M (2008):** Qualité des relations interpersonnelles pour cancer du sein, société française de psycho oncologie, Bordeaux. France
- 67- Fobain P, Spiegel D (2009):** Revue de cancer journal, women's health and education center. USA
- 68- Fobain P, Spiegel D (2009):** Revue de cancer, concer about sexuality after breast cancer. Canada
- 69- Folkman S (1997):** Revue, Socio -med, coping and stress. Canada

- 70- Ford S ,Fallowfield L ,Lewis S (1996):** Doctor –Patient, interactions in oncology, in SCI Med, vol42 numero11, 1511
- 71- Formi v, stiefel f, krenzs(2011):** Alexithymie et psychologie de patient atteints de cancer, psycho oncologie, volume 5 springer links, 208-231
- 72- Freuberger H (1997):** Supporture psychotherapeutic in primary and secondary a l’alexithymia, 337-342.
- 73- Freud.A (1996):** le moi et ces mécanismes de défense Ed Puf, Paris (1936).
- 74- Frondras J-C (2008):** Du nouveau sur soins de support et soins palliatifs, Médiane Palliative, France, 149 -153
- 75- Ganz PA, Desmond KA, Belin TR, Meyerwitz BE, Rowland JH (1991):** Predictors of sexuality health in women after a breast cancer, journal of clinical oncology. USA .
- 76- Golden H Peters (1982):** Revue social « science and medicine », breast cancer. Canada
- 77- Graziani P, Hantekeete M (2001):** Stress, Anxiété et trouble de l’adaptation, Ed Masson, Paris.
- 78- Gues P(1989):** Psychologie et cancer, Manuel de psycho –oncologie. Ed Payot, Lausanne, 173
- 79- Hamon- Valanchon helene(2010):** Femmes et cancer, éd Harmattan, 109
- 80- Heather Kristin(2012):** Meta analyse du fonctionnement cognitif chez des survivantes du cancer du sein, journal of clinical oncology, N5, 312
- 81- Heim H, Valach I, Schaffner L (1997):** Coping and psychosocial adaptation, longitudinal affects over and stages in breast cancer. Canada
- 82- Herzlick C, Pierret J (1991):** Malades d’hier, malades d’aujourd’hui. Bibliothèque scientifique Payot, 2eme édition, Paris, 95
- 83- Herzog Bernard (1993):** Cancer et sida à la lumière de la psychanalyse. Ed Lucien Souny, 114
- 84- Hilton AB (1989):** Journal behavioural medicine, the relation ship of control commitment for women with breast cancer. USA
- 85- Holland JC (1989):** Axiety au cancer, the patient and the family. Jclin psychiatry, 20
- 86- Holland JC (1999):** Practice guidelines for the management of psychological distress. Journal oncology, 459
- 87- Honore .s (2005):** Cancer du sein, éd. seuil, Paris, 157
- 88- Hubele ,f Namer,ij(2013):** Apport de l’imagerie dans la comprehension, detection et suivi de troubles cognitifs en cancérologie 7Canceropoles, Lille, 03

- 89- Ionescu s, Jacquet m, Lhote c(1997):** Les mécanismes de défenses, théories et clinique, Paris, Nathan Université, 24
- 90- Jarousse Noëlla(2002):** Cancer et sexualité, éd Ellébore, 24
- 91- Jean Dumas E (2005):** Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, 2eme éd, de Boeck, Bruxelles, Belgique, 10 -11
- 92- Jeannin N (2012):** Revue, pratique et organisation des soins, 177URL [www.cairn.info/revue](http://www.cairn.info/revue)
- 93- Joyeux Henri, Guibert(2004):** Place de la spiritualité dans la lutte contre le cancer, éd Fnac, France
- 94- Kadan –Lottick NS, Vanderwerker (2005):** Psychiatric disorder and mental health service use in patients with advanced cancer, 81
- 95- Kangas M, Henry JL, Bryant RA (2005):** The course of psychological disorders in the 1 st year after cancer diagnosis. Consult clin psycho, 763
- 96- Khazaat y, Zimmerman g(2005):** Dépersonnalisation, données actuelles Rev can, psychiatrie, Prilly-Lausanne,104
- 97- King Douald(1990):** Religion and health relationships, revue de la religion et sante,112.
- 98- Kissan DW (2007):** Letting go of the hope that psychotherapy prolongs cancer survival. J c Lin onco, 5689 -5690
- 99- Kleinman A (1988):** Patient and healers in the context of the culture. University California press
- 100- Lane R D, Reiman EM, Axelrod B, Yumls (1998):** Neural correlates of levels of emotional awareness, *Neurosci*, 525-535.
- 101- Laplanche J, Pantaliss JB (1967):** Vocabulaire de la psychanalyse, Paris, PUF3eme édition, 499
- 102- Larsen JK, braund N, bernard B, hismam R (2003):** Confusion and emotional characteristic of alexithymia\_ revue neuro\_biological, *J.psychosoma*, 533\_541.
- 103- Laurent Schwitt (2007):** La relation entre psychisme et cancer, journal des entretiens de CARLA Numéro 12, France, 06
- 104- Leborain sophie (2009):** Qualité de vie et développement post traumatique de patientes en rémission à long terme d'un cancer du sein, Thèse de doctorat en psychologie, université de Nantes, 320

- 105- Ledonx j.E, phelepse a(2000):** Evalional met work and the brain, guilforo prets new york, 157- 172
- 106- Liebens Fabienne, Aimont Mireille(2001):** La prise en charge globale des femmes en cas de mammographie positive. Newsletter de sénologie de gynweb, chu saint pierre, Bruxelles
- 107- Lotfi Antoine(2001):** Rapport de comité d'oncologie psychosociale, direction de lutte contre le cancer. Québec, 08
- 108- Mahmoud Arova (2010):** Traitement de la douleur. Ed Berti, Alger, 203
- 109- Mahnane A, Hamdi Chrif M (2012):** Epidémiologie du cancer du sein en Algérie SAOM
- 110- Margot phaneuf (2005):** Cancer, mécanisme de défense et d'adaptation et l'invention infirmière, université enova, Coimbra, Portugal, 5.
- 111- Marjorie Dahlem (2010):** Cancer du sein, féminité, soins palliatifs. Institution de formation en soins infirmiers de Jury Les Metz, 07-08
- 112- Marx E, Reich M(2009):** Croyance, idées reçues et représentation de la maladie cancéreuse. Revue de psycho- oncologie, Springer verlag
- 113- Matis Caroline (2012):** Phase terminal et soins infirmiers en unité de soins palliatifs, hôpitaux universitaire, Genève
- 114- Meguenie, chaabni (2006):** Etude épidémiologique sur le cancer du sein, CHU Tlemcen, service de gynécologie.
- 115- Mitchell AJ, Chan M (2011):** Prévalence of dépression anxiety and adjustment disorder in oncological hematological, 10
- 116- Mitchell AJ, Vahabzadeh A, Magruderk (2011):** Screening for distress and dépression in cancer setting, 10 lessons from 40 years of reseach, 84
- 117- Morere JF, Frédérique penault\_liozca (2007):** Le cancer du sein. Springer, France, 304.
- 118- Moro MR(2011):** Clinique transculturelles / L'autre. Ed la pensée sauvage, tome1
- 119- Natacha Espie (2006):** La vie après le cancer du sein, Coalition Européen contre le cancer du sein, France.
- 120- -Nathalie Dumet, Jean Ménéchal (2005):** 15cas clinique en psychopathologie de l'adulte, éd Dunod, France, 7
- 121- Nemiah JC (1977):** Alexithymia theoretical consideration, psychotherapy, psychosomatic, 199, 206

- 122- Nemiah, Sifneos (1970)** : Affect and fantasy in patients with psychosomatic disorder, in o. w hill, Boston, 126
- 123- Nicoleau Petit(2009)**: Les séquelles psycho affectives après le Traitement d'un cancer du sein, lettre de sénologie numéro 44, 31
- 124- Nissen MJ, Swenson KK, Ritz LJ (2001)**: Revue cancer, quality of life after breast cancer carcinoma surgery. Canada
- 125- Nobert Silamy (1991)**: Dictionnaire de la psychologie, Paris, 23
- 126- Nordmann, Dolbeault(2009)**: La détresse des patients atteints de cancer, prévalence, facteur prédictif. Thèse de doctorat Université Paris8, 44 -45
- 127- Northouse, Peter Golden (1993)**: Revue cancer, Strategies cancer and the family to assist spouse. USA
- 128- OMS (1946)**: Organisation Mondiale de la santé, numéro 2, 100
- 129- Panes-reudin benedicte (2011)**: Couple et cancer du sein, experience de la sexualite, memoire en sexologie Clinique, université de Genève, 22, 30- 32
- 130- Pouyalet Soum (2005)**: Prise en compte de l'entourage des patients atteints de cancer, 323-328
- 131- Pujol j, Merl j, Arnaud e (2013)**: Le cancer comme intrusion, journal psycho-oncologie N°7, 189
- 132- Rapport du comité d'oncologie psychosocial (2010)**: Psychologie et spiritualité. <http://www.lepelerin.org/flextop/>
- 133- Razavi D, Delvaux N (2002)**: Psycho oncologie, le cancer le malade et sa famille, Ed Masson 2 Ed, France, 225
- 134- Recommandation canadienne** pour la prise en charge de l'anxiété et de la dépression [http://www.capo.ca/pdf/English depression, anxiety ept 2011](http://www.capo.ca/pdf/English%20depression,%20anxiety%20ept%202011.pdf)
- 135- Reich Michel (2008)**: Cancer et image du corp. 27 eme journées de la société de l'information psychiatrique lille ED john libbey eurotext, 247, 248, 249, 25
- 136- Reich Michel, Venin P, Belkacemi y (2008)**: L'annonce de diagnostic du cancer, l'acte qui doit sceller le pacte de confiance, medecin\_ malade. Bull\_cancer. ED john libbey eurothext 841
- 137- Reich wilhem (1957)**: La Biopathie du cancer, ed payot, Paris.
- 138- Richaud M.S (2004)**: Soigner la relation en fin de vie, éd Dunod, France, 55- 56
- 139- Rodacy C, Lepiege A, Hill C (1998)**: Revue Bulletin du cancer mois de février, évaluation de la qualité de vie dans la recherche en cancérologie. France
- 140- Rodriguez et Cohen (1998)**: Social support. Encyclopaedias of mental health New York academic press.
- 141- Rotonda Christine (2011)**: Qualité de vie et fatigue en cancérologie, these de doctorat university nancy, 43
- 142- Roussi P, Krikeli V, Hatzidimitriou, Koutri (2007)**: Journal of cancer patterns of coping flexibility in coping and breast cancer. Canada
- 143- Ruzniewsk.M (1999)**: Face a la maladie grave, patients, famille, soignant, ed Dunod, France 59

- 144- Saltel M, Soulie M, Davin JL (2006):** Revue de psycho oncologie, psycho oncologie et urologie Paris.
- 145- Sami Ali (2000):** L'impasse relationnelle, temporalite, et cancer. Dunod. Paris, 5
- 146- Scallier Pierre:** Conférence en psycho oncologie et communication Université de Louvain France.
- 147- Schluder p (1968):** L'image de corps. Etudes des forces constructives de la psyche. Gallimard Paris.
- 148- Schmoll patrich (1981):** Recherche psychosomatique sur le cancer. Université Louis Pasteur, 5
- 149- Schraub Mercier (2000):** Qualité de vie en cancérologie, bulletin cancer John libbey Eurotext, Paris.
- 150- Schraub Mercier (2002):** Mesure de qualité de vie, John libbey Eurotext, Paris.
- 151- Schweitzer and Dantzer(2003) :** introduction à la psychologie de la santé, Ed Puf 1107 Paris.
- 152- Sedda al, Reich M, Ait kaci F (2007):** Revue de psycho oncologie, cancer de la femme et sexualité. France
- 153- Seradour B, bounier.P, jaquemier.J (2011):** Cancer du sein, la recherché du nouveau, spinger, 257
- 154- Shilder P (1968) :** L'image du corps, étude des forces constructives de la psychè, éd Gallimard, Paris
- 155- Soum Pouyalet et al (2005):** Revue cancer, prise en compte de l'entourage des patients atteints de cancer. France.
- 156- Spencer R, nilson M. wright A eval (2010):** Anxiety disorders in advanced cancer patients, cancer, 5
- 157- Spiegel D, Bloom JR (1989):** Effet of psychosocial treatment on survival of patients with metastasic breast cancer, Lancet, 91
- 158- Stroebe MS, Shut A (2001):** Journal of cancer, Meaning making in the dual processus model of coping, Washington's usa.
- 159- Taquet A (2005):** Cancer du sein et sexualite, springer. France, 171-172- 173
- 160- Thomas L.B (1974). Cite par Siegel B (1989):** L'amour, La medecine, et les miracles Laffont, 245
- 161- Throits PA (1983):** multiple identities and psychological well-being American sociological review. USA
- 162- Throits PA (1986):** Social support as coping assistance, journal of consulting and clinical psychology. USA
- 163- Tremblay A (2005):** Cancer et depression, aspects normaux et pathologiques de la tristesse. Hotel- Dieu, Quebec, 12- 13
- 164- Tribolet Serge (2006):** Vocabulaire de la santé mentale, ed la santé, Paris, 86
- 165- Unesco (1982):** Declaration de Mexico sur les politiques culturelles, mexico city, 26 juillet 6aout.
- 166- Valence Ramis (2009):** Les abords psychologique du cancer du sein, CHU Versailles, France

167- Xaille Anne (2006): Revue dossier sur le cancer, quelle intimité après un cancer du sein. France

168- Zelek.l, zernik.n (2010): Aider a vivre après un cancer, Ed springer, France, 107.

### قائمة الدوريات

1- بشير إبراهيم الحجار، سامي عوض أبو إسحاق (2006): التوافق لدى مريضات سرطان الثدي بمحافظة غزة، مجلة الجامعة الإسلامية، فلسطين.

2- هيام صادق شاهين (2005): المساندة الاجتماعية كما يدركها عينة من مرضى السرطان، جامعة عين شمس، مصر.

1- Addou- Klouche I, Mouleshouls, Kelkoul s, Boudinar fz (3013) : Etude rétrospective des cancers mammaires dans l'ouest algérien. www.sacot -dz.com

2- AFSOS (2011) : Association française en soins oncologique de support, Dépression. 06, 13,14

3- -AFSOS(2013) : Association française en soins oncologique de support. psycho-oncologie, dépression. 08, 16, 19, 24

4- Alagaratnam TT, Kung NY (1986) : Les effets psycho-sociaux de mastectomie, Journal Pub. Med, 296.

5- Alferi SM, Carver CS, Antoni MH (2001) : Etude exploratoire du soutien sociale, de la détresse de la vie chez les femmes, Psychol sante, pub med

6- -Aline Sarradou -Eck(2009): Faire face au cancer, image du corps, image de soi article psycho -oncologie, 285

7- Arora NK, Finney R, Gustafon(2007) : Fournisseurs de serviabilité et l'impact perçu de soutien social, Psycho oncologie Pub med.

8- B White CA (2000): Les dimensions de l'image du corps, Revue de psycho oncologie, 9

9- Benoumechiara Nacera(2000): sénologie, conférence, centre pierre marie curie, Alger.

10-Candyce Kroenk. H Kwan M, Neugut A, Ergas J (2013) : Les réseaux sociaux, le soutien social et la charge dans les relations, Spinger Link, volume 139.

11-Chahraoui et autres (2013) : détresse psychologique fonctionnement défensif et soutien social perçu, annales médico-psychologiques, 81.

12-Cousson- Gelie Florence (2012) : Evolution du contrôle religieux la première année suivant l'annonce d'un cancer du sein, Research gate. Montpellier3

13--Delay Emmanuel (2011): www //em \_consulte.com

- 14--Epping-Jorolan(1999):** Psychological adjustment in Breast cancer-health psychologie, P18.
- 15-Ganz, Desmond, Leedham, Belin(2002) :** Qualité de vie en long terme, les survivants de la maladie du cancer du sein, Pub med39- 49
- 16-Ganz, Kwan, Staton, Rowland, Bower (2004) :** Quality of life at the end of primary treatment of breast cancer, Journal of the National cancer institute, Pub med 376-387.
- 17-Ganz, Rowland, Dsmond, Wyatt (1998):** Life after breast cancer, Journal de la Clinique oncologique, Pub med 501.
- 18-Hodkinson K, Butow P, Hunt GE(2007) :** Soins de soutien de survivantes du cancer du sein, besoin de 2 a 10 ans après le diagnostic.
- 19-Laura Perlier Petrescu (2013):** L'Impact du soutien social sur le sujet malade du cancer et son parcours de malade, Université Strasbourg, France.
- 20-Liebens Fabienne, Mirelle Aimont (2003):** Qualité de vie et cancer du sein, clinique du sein Europa
- 21--Paulhan I (1994):** Les stratégies d'ajustement ou coping. In Bruchon
- 22-Pinder KL, Ramirez, Black, Richards (1993) :** Désordre psychiatrique chez le cancéreux, Eur J cancer.
- 23--Santiago dela fosse (2000):** Psychologie de la santé, Perspective qualitative et Clinique.
- 24--Stark DPH, House A (2000):** Anxiety in cancer patients, Br J cancer, 7
- 25-Trudel, Julie (2010) :** Qualité de la vie et communication : [www.researchgate.net](http://www.researchgate.net)
- 26-Untas, Quintard Koleck Borteyrou, Azencot (2009) :** Impact de la gestion dyadique du stress sur l'ajustement, Annale medico psychologique.
- 27-Yvan Beussant, Mathieu- Nicot, Pasart Lionel(2012) :** Entre incertitude et conflits de valeur, la subjectivité du médecin dans la décision d'arrêt des chimiothérapies, Colloque international –sciences humains et cancérologie, Paris

الملاحق

## الملاحق

### مقياس الصحّة النفسيّة لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي

السن : .....

الوضعية الاجتماعية: .....

المستوى الدراسي: .....

تعليمية الاستمارة:

إليك بعض الأسئلة عن الطريقة التي تسأل بها أو تشعر بها.

ضع دائرة حول كلمة (x) في الخانة المناسبة.

أجب عن كل الأسئلة فإذا لم تكن متأكد من الإجابة فلا مانع من التخمين.

ليست هناك إجابات صحيحة وأخرى خاطئة بالنسبة للأسئلة، ولكن المطلوب منك أن تعبر تعبيراً صادقاً عن

طريقتك المعتادة في التصرف والشعور.

الرقم	الفقرات	نعم تماما	تقريبا	قليلا	لا إطلاقا
01	أشعر بأن حياتي لا قيمة لها ولا معنى.				
02	أصبحت منعزلة ولا أرغب في التواصل مع الآخرين.				
03	كثيرا ما أتجنب المناطق المعتادة.				
04	أصبحت أخشى الذهاب إلى فراش النوم.				
05	تنتابني أفكار بأن الموت خير من الحياة.				
06	أجد صعوبة في اتخاذ القرارات.				
07	تغيرت نظرتي للحياة بعد السرطان.				
08	أشعر بعدم الاطمئنان كلما تذكرت المرض.				
09	تجربتي مع المرض عرفتني أكثر بالحياة.				
10	أشعر بتراجع كبير في نشاطاتي داخل وخارج البيت.				
11	أشعر بمحدودية في المشي والقيام بالأشغال.				
12	أشعر بصعوبة في التركيز والذاكرة والقراءة بعد الإصابة.				
13	أثر المرض والعلاج سلبا على نشاطاتي اليومية.				
14	كثيرا ما أشعر بالتعب.				
15	كثيرا ما أشعر بالألم.				
16	فقدت الشهية مع اضطرابات هضمية خاصة الإسهال.				
17	فقدت الشهية مع اضطرابات هضمية خاصة الإمساك.				
18	ما أشعر به أن الأمر طبيعي لأنه نتيجة حتمية للمرض.				
19	التعب والغثيان والقيء أعراض المرض لا أطيقها.				
الرقم	الفقرات	نعم تماما	تقريبا	قليلا	لا إطلاقا
20	لقد بحثت عن مخرج لمشكلتي فنجحت.				
21	عرفت ما يجب فعله فضاغت مجهودي واجتهدت.				
22	تمكنت من تغيير بعض الأمور الشخصية لأجد مخرج.				
23	قمت بضبط مخطط تنفيذي لمقاومة المرض.				
24	لقد تغيرت أموري إلى الإيجاب.				
25	لا أصدق بعد أنني مصابة بالسرطان.				
26	لم أجد أي حل لمشكلتي هذه.				

				أفضل التفكير في أمور أخرى لنسيان مشكلتي.	27
				السرطان مرض أقوى من الكل، لا أستطيع مقاومته.	28
				الإعلان عن المرض كان بمثابة الفاجعة.	29
				<b>الفقرات</b>	<b>الرقم</b>
لا إطلاقاً	قليلاً	تقريباً	نعم تمام	أصبحت حياتي الزوجية مهددة بعد المرض.	30
				لم أتلق دعماً مناسباً لوضعيتي من طرف الزوج.	31
				لم أتلق دعماً عائلياً مناسباً لوضعيتي.	32
				أعضاء أسرتي كثيراً ما يغيرون الموضوع عندما أتحدث عن مرضي.	33
				كثيراً ما يذكر أقاربي أحداثاً مؤلمة سلبية عن مرض الآخرين.	34
				أقاربي لا يفهمون وضعيتي.	35
				أشعر أن أقاربي غير مرتاحين وأنا أمامهم.	36
				أشعر أن مشكلتي تافهة بالنسبة إليهم.	37
				أقاربي يحبونني و يتقبلون وضعيتي.	38
				كلما ضاق بي الأمر وجدتهم بجانبني.	39
				أقاربي كثيراً ما تركوني لوحدي.	40
				أقاربي جعلوني أحس بأنني مهمة.	41
				أشعر أن زوجي يتقبلني رغم مرضي.	42
				عبر أقاربي عن قلقهم اتجاه وضعيتي.	43
				أكدوا لي أنني أستطيع الاعتماد عليهم تماماً.	44
				كثيراً ما شجعني زوجي على عدم التنازل والمقاومة.	45
				كثيراً ما وجدت أقاربي بجانبني عندما احتجت إليهم.	46
				لقد اهتم أقاربي بأمور لا أستطيع القيام بها لوحدي.	47
				لقد ساعدني زوجي في استعادة الثقة بالنفس بعدما كنت أفقدها.	48
				<b>الفقرات</b>	<b>الرقم</b>
لا إطلاقاً	قليلاً	تقريباً	نعم تماماً	إصابتي بالمرض له علاقة بأمور تتعلق بمستوى عبادتي.	49
				أستطيع التأثير والتغلب على مرض بكثرة العبادة.	50
				يستطيع ربي شفائي، فأنا أدعوه لذلك.	51
				المرض هو إرادة الرب.	52
				إصابتي بالمرض أعادتني إلى طريق حسن للعبادة.	53

				إصابتي بالمرض ليس إلا انتقام الرب لبعض سلوكياتي.	54
				أعتبر هذا المرض ابتلاء من عند الله وعلي بالصبر والمقاومة.	55
				منذ إصابتي بالمرض ضعفت عبادتي فهملت الصلاة والدعاء والتوكل.	56
				لا علاقة المرض بالعبادات فالسرطان مرض عضوي.	57
				أنا متأكدة أن الرب هو الشافي وليس الطبيب.	58
				<b>الفقرات</b>	<b>الرقم</b>
لا إطلاقاً	قليلاً	تقريباً	نعم تماماً	أنا أتق في الأطباء الذين يتكفلون بمرضى لهم تجربة كبيرة.	59
				أشعر أن علاجهم ومتابعتهم لي جيدة.	60
				استقبالهم لي في المصلحة كان جيداً ومريحاً.	61
				طريقة العلاج المستعملة لم تؤثر علي كثيراً ولم تقلقني.	62
				أشعر أنهم اهتموا كثيراً لوضعيتي الصحية.	63
				كان الفريق الطبي جد متفهم لوضعيتي واهتماماتي.	64
				أشعر أن هدف الاطباء كان يركز على راحتي.	65
				تميزوا بالبرقة والإنسانية اتجاه وضعيتي المرضية.	66
				طريقة تقديم نتائج الفحوصات الطبية لم تقلقني.	67
				أثناء فترة العلاج والتمريض لم أشعر بالملل والتوتر.	68
				طريقتهم في إعلان المرض و العلاجات أدخلوني في صدمة نفسية	69
				لم أعامل في المصلحة كإنسان مريض، والعلاجات أدخلوني في صدمة نفسية	70
				أفضل البقاء في البيت عوض العلاج في المستشفى.	71
				تألمت كثيراً أثناء العلاج ولم أجد الاهتمام المناسب لحالتي الصحية.	72
				<b>الفقرات</b>	<b>الرقم</b>
لا إطلاقاً	قليلاً	تقريباً	نعم تماماً	لا أتحمل جيداً هذا المرض.	73
				يصعب علي التصديق أنني مصابة بالسرطان.	74
				أتفادى كل الأمور التي تذكرني بمرضي.	75
				عدم التفكير في المرض يساعدي على المقاومة.	76
				لست مصابة بالسرطان.	77
				أظن أنها نهاية الحياة.	78
				لا أستطيع القيام بشيء لتحسين معنوياتي.	79

				مشاكلي الصحيّة تعيق كل مشاريعي المستقبلية.	80
				قوة الإرادة لدي تساعدني على مقاومة المرض.	81
				أخاف أن يعاودني المرض مرة أخرى.	82
				وضعيتي النفسية المنهارة تأثر كثيرا على صحتي.	83
				أشعر بالضيق، لا أستطيع فعل أي شيء.	84
				أنا متفائلة وعليه سأحارب المرض.	85
				كثيرا ما أتمركز على الأوضاع الإيجابية في حياتي.	86
				لم تعد لي الرغبة في القيام بأي شيء داخل أو خارج البيت.	87
				<b>الفقرات</b>	<b>الرقم</b>
لا إطلاقا	قليلا	تقريبا	نعم تماما	منذ إصابتي وأنا أشعر بالتوتر والخوف وكثيرا ما أترقب ما هو أسوء.	88
				أشعر أنني منفعل ومنقبض.	89
				أنا في وضعية نفسية مزاجية جيدة.	90
				أشعر بالخوف لدرجة شعوري بالآلام في البطن.	91
				أشعر بعدم الاستقرار وعدم القدرة على البقاء في المكان.	92
				أحسست بالآلم عندما لم أستطيع تغيير الوضع.	93
				في حالة الغضب أحافظ على هدوئي.	94
				في حالة الغضب أختنق وأخفي مشاعري.	95
				في حالة الغضب أخفي حزني وتوتري.	96
				في حالة الحزن والكآبة أرفض الكلام عن وضعيتي.	97
				في حالة الحزن والكآبة أخفي حزني.	98
				في حالة الحزن والكآبة أبقى هادئة ومعبرة عن شعوري.	99
				في حالة القلق والتوتر أشعر الأخير بوضعيتي.	100
				في حالة القلق والتوتر أكبت مشاعري.	101
				أصبحت أخاف من نتائج التحاليل الطبية.	102
				أصبحت أخاف من الموت.	103
				منذ إصابتي أصبحت أكثر عصبية.	104
				كثيرا ما أرى في منامي كوابيس ترهيني.	105
				أنا جد قلقة على أبنائي بسبب إصابتي.	106

الرقم	الفقرات	نعم تماما	تقريبا	قليلا	لا إطلاقا
107	أشعر أنني أصبحت أقلّ انجذاب بعد المرض.				
108	أشعر أنّ هناك نقص في أنوثتي.				
109	أجد صعوبة في رؤية نفسي في المرأة.				
110	أصبحت أنفادي الاستحمام حتى لا أدري جسدي.				
111	حياتي الجنسيّة لم تعد ممتعة ولا نشطة.				
112	لم أعد أتعرف على جسدي، لقد تغيّر.				
113	أشعر أنّ جسدي تشوّه.				
114	أصبحت أكثر انشغالا بمظهري الخارجي.				
115	فقدان الشعر وإصابة الثدي أشعرنني بنقص كبير.				
116	علاقاتي الجنسيّة عاديّة ومترّنة.				
117	لا أستطيع النظر أو لمس الثديّ المريض.				
118	كثيرا ما أشعر بالنقص عندما يتطلّع الآخرون إليّ.				
119	العلاقة الجنسيّة أصبحت تؤلمني فأنفادها.				
120	أشعر وأنا أنظر إلى النساء الأخريات أنني لست مثلهنّ.				
121	أشعر أنني أسكن جسدا غريبا عني.				

## ملخص:

تهدف الدراسة إلى تقييم واقع الصحة النفسية لدى المصابات بسرطان الثدي من حيث مختلف أبعادها النفسية المرتبطة بالسرطان وتمثلاته، مستعينين بدراسة بنية الشخصية ومختلف قدراتها الدفاعية والتكيفية قصد التقييم والتشخيص. لهذه الأطروحة نظرة إكلينيكية اتجاه رؤية مؤلمة تعيشها المرأة المصابة بسرطان الثدي في بلادنا.

## الكلمات المفتاحية:

الصحة النفسية - المرأة - سرطان الثدي - الأبعاد النفسية - التمثلات.

## Résumé:

Le but de notre recherche est d'évaluer la santé mentale des patientes ayant un cancer du sein à partir de ses diverses dimensions, face au cancer et ses représentations, sans négligé la prise en compte de la personnalité et des capacités de défenses et d'adaptations dans le but d'un diagnostic et d'évaluation. Cette thèse apporte des perspectives cliniques vis avis d'une vision douloureuse vécue par la femme atteinte du cancer du sein dans notre pays.

## Mots clés :

Santé mentale - La femme- cancer du sein - Dimensions psychologiques – Représentations.

## Abstract:

The study aims to assess breast cancer patient's mental health, taking into consideration differences in personality, defense and adaptation aptitude. It aims also to set up an accurate evaluation and diagnostic in order to provide clinical perspectives to patients suffering from breast cancer in our country.

## Key words:

Mental health – Women – Breast cancer – Dimension's psychology – Representation.