

واقع الصحة النفسية لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي د. حسين خزعل / كلية الفراهيدي / وحدة الارشاد النفسي

مستخلص البحث

تتناول 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 تشكل هذه الدراسة مدخلا لدراسات في ميدان علم الأورام النفسي وعلاقتها بالصحة النفسية وعليه 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.

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 حالة سرطان الثدي سنويا، ومن جهته سجل الأستاذ بوزيد الذي عكف على تقييم سرطان الثدي في العراق وأفاقه مقارنة بالبلدان في الغرب مشيرا إلى أن ذلك قد يعود إلى زواج الأقارب، وأضاف الأستاذ أن نقشي سرطان الثدي في وسجل أنه في ثلثي الحالات يجري التشخيص في مرحلة متقدمة أو تم انتشاره.

على عكس البلدان الغربية حيث يصيب هذا المرض النساء اللواتي يتعدى سنهن ٦٠ سنة، فإن سرطان الثدي يأتي على رأس قائمة الإصابة بالسرطان في العالم العربي.

يتسبب سرطان الثدي بوفاة أكثر من ١٠ 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. وعلاقة هذا العلم الحديث بعلم النفس الصحة.

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 وحيات 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 ١٩٤٨ 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(١٩٣٩-١٨٥٦) وبضيف الباحث النفسي (سامر جميل رضوان، ٢٠٠٧: ٢١) 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، ١٩٧٧: ٩) 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، ٢٠٠٧: ٤٣) 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 تف سير 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 كفاقي، ١٩٩٧: ٨١)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 التفريط، 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 مترجماً 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 إطلاقاً 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 لدى المرأة والمكونة من ٧٢ 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 ٨٧ 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، علماً أن بعض النتائج أعلنت على أن ال صحة النفسية المدركة لدى المرأة الفرنسية غير جيدة نسبة لفئة الرجال، بحيث ٧١.٣% من النساء يعتبرون صحتهم النفسية جيدة مقابل ٧٧.٤ من الرجال.

هذا عن المرأة الغربية فماذا عن المرأة العربية المسلمة وما تحويه في ثقافتها معتقداتها ودينها، ولقد كرّم الإسلام، ومنحها حق وقها 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 لمعرفته لظروفها الطبيعية الخاصة حسب (المطهري، ١٣٩٤هـ: ٨٥)، ويضيف (كفافي، ٣٦: ١٩٩٧) فما بالك وهي تقع فريسة للمرض، لِق د 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 اذا ما قورنت بالرجل على أن هذا الاختلاف راجع إلى نسبة المدى

العمرى 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 الأول

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:

إن 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 فلننظر إذ ن في الطريقة النفسية الاجتماعية للتكفل بالمرضى المصابين بسرطان الثدي، وهذه مقارنة 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 (١٩٥٠)، أما في فرنسا فقد طور الباحث "جان Bernard jean Bernard هذا التخصص في نقطة لقاء الطب وعلم النفس. قبل ١٩٧٠ 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 حد 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 المحيطية والأخلاقية المتعلقة بعلم الأورام.

في ١٩٨٣ ظهرت الجريدة الرسمية (علم الأورام النفسي التي دونت في القارة الأوروبية، وأسست الجمعية النفسية للسرطان سنة ١٩٧٥) 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 PSYCHOONCOLOG 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 ١٩٩٠ كان حضور المختصين النفسيين في مصالح داء السرطان معتمدين على علاجات الدعم soins de support إلى جانب طب الأورام وفي هذا الصدد يقول الباحث (149-153, 2008: FONDRAS.C) أنه حضور ضروري للاستماع للمرضى ولأقاربهم بصفة متواصلة وقد أكدت ذلك الحالة العامة للمرضى في ٢٠٠٤-٢٠٠٠ إذ يتعلق الأمر اليوم بالسماح للمرضى ولأقاربهم بالكلام للقضاء على الصمت والتخفيف من حدة المعاناة كذلك التقليل من شدة اعتداء هذه المحنة فالكل يهتم بالاستماع وتحمل المريض والاهتمام به أكثر من الاهتمام بالمرض ذاته.

الملاحظ أنه منذ ٣٠ سنة سجل من طرف العيادات والبحث العلمي حول علم الأورام النفسي، مدى تأثير الع وامل 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 يعيشون 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 ١٩٨٩ من طرف لبروفيسور (GUEX 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 منالأجوبة حول تعقد الوضعيات والتداخلات في علم الأورام النفسي.

ثانيا: 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 الح صر، قلق ما بعد الصدمة، الانهيار عند الأشخاص المصابين بالسرطان. فالمدسة البريطانية هي الرائدة في دراسة آليات التكيف المرتبطة بهجمة السرطان ومرحلة العلاجات، ومعظم الطرق العلمية استلهمت من النموذج النفسي الجسدي أ والسيكوسوماتي أثناء البحث عن الارتباطات، أم العلاقات المتبادلة بين العوامل النفسية وتطورات، السرطان يفرض 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:

١. تجربة السرطان والتمثلات الذهنية المرتبطة به: التوظيف النفسي المرضي للمرض وأقاربهم (الوضعية العلاجات) تحديد التشخيص أوالكشف عن الاضطرابات النفسية المرضية الانعكاسية وكل الأمراض والأعراض الموجودة.
٢. تقييم التكفل في علم الأورام النفسي بالأدوية أو بدونها المساهمة في تقييم التكفل في مجال السرطان وبالخصوص نوعية الحياة.
٣. علاقة العلاج بالإعلان، الاتصال، وأخذ القرار.
٤. الارتباطات النفسية، مرض السرطان، القيمة التنبؤية لبعض حالات الشخصية، ولبعض السلوكات ودراسة الآليات الكامنة الرابطة بين النفسية والسرطان.

٥. 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 ٢٠٠٨ فإن الباحث الاسترالي Davidkissane رئيس قسم الطب العقلي والعلوم السلوكية للسرطان بنيويورك أمريكا وبعد جائزة الأستاذ J. HOLLAND 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 إبنذلك أحسن تكفل تشخيصي وعلاجي للانهيار 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 المرضى ويضيف الباحث (-5689: 2007, KISSANEDW ٥٦٩٠) 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 المرضى 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 المتنبية 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 ي تضمن المهمة العيادية المتوجهة نحو المرضى وأقربائهم والتي تعمل على تنظيم علاجات الدعم، يمتد هذا الدعم إلى الفريق الرئيسية لهذا العلم حول المراحل الثلاث للمرض ألا وهي:

التشخيص- العلاجات- المعالج وفي الأخير مهمة التكوين والبحث والمساهمة في المشاريع العلمية. تدورالأهداف المعاودة وهي:

١. التكفل النفسي وتسيير شدة الانفعالات.
 ٢. إعادة بناء وإثارة روح المحاربة التي تؤثر على الاستجابة للأدوية العلاجية.
 ٣. المرافقة العلاجية المساهمة في الشفاء وذلك عن طريق الوسائل التي أثبتت فعاليتها كالعلاج النفسي، والعلاج النفسي الجسدي.
 ٤. التقييم وأخذ بعين الاعتبار التأثير النفسي للعلاجات وذلك عن طريق مقياس التكيف الذهني للسرطان مثل (M.A.C).
 ٥. مساعدة المريض على إعادة بناء وتطوير فضاء دعم حيوي لمواجهة المرض.
 ٦. تعلم تقنيات تسيير الانفعالات.
 ٧. الاستماع والاعتراف بالجسد.
 ٨. إعادة التقييم الذاتي.
 ٩. تحسين نوعية الحياة.
- إن 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 والميكانيزمات الخاصة وحوادث العناصر العضوية وعليه يتم فحص المعطيات والمعلومات الخاصة بالمشيرات الداخلية والخارجية لمواجهة المرض الخطير باعتباره عنصر خارجي مقلق وذلك بتغير 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 ابتداءً 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 غالباً 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 الفرق المعالجة لها. وفي حالة ظهور أعراض مسببة للقلق والاكتئاب كان ذلك ذات بعد معرفي أو ذهاني، يرجع التقييم هنا للطبيب المختص في الأمراض العقلية و المختص في علم الأورام النفسي الذي يوجه التعليمات الخاصة بالعلاج الدوائي. ولو أن اللجوء إلى هذا النوع من العلاج ليس بالسلوك الاعتيادي لكنه حاضر في الأوساط الطبية بعد التنسيق بين كل المختصين الذين يتكفلون بالمريضة ويكون هذا التكفل مرتكزاً على عدة أوجه علاجية حسب المشكل أو الاضطراب المطروح. وبالتالي نستنتج أن ضرورة إدماج البعد النفسي الاجتماعي للعلاجات المسموحة لداء السرطان مهمة و ذلك في كل مراحل التكفل ابتداءً بالوقاية المرتبطة بالكشف ثم بالإعلان عن التشخيص و في النهاية بالعلاجات مهما كان المآل، الشفاء، المعودة، أم نهاية الحياة. وهذا الأمر يمس كل مجموعة الممثلين المعنيين بهذا المجال: أطباء، ممرضون أم معالجون، ممثلون اجتماعيون وهنا يستطيع المختصين النفسانيين و المختصين في الطب العقلي إضافة خصوصية للكفاءة العياديّة للتكفل.

ثالثاً: 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 المكيفة حسب حاجياته طوال كل مراحل المرض وعليه نحاول ضبط بعض الأبعاد النفسية التي كثيراً ما يتأثر بها المصاب بالسرطان.

١. الألم:

مصدر كلمة ألم باللغة اللاتينية Dolerem وهي معاناة جسدية ومعنوية تعبر عن الألم في أبعاده الجسدية أكثر منها النفسية، وغالباً ما يقترح كلمة معاناة للألم النفسي وذلك لتخصيص كلمة ألم المفهوم المشيرات الضارة. إن الألم السرطاني حسب (DariusE, ١٩٠٠: ٢٠٠٢) 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 م، أو للتنبيه إلى خطر يهدد الجسم إلا أن هذا التعريف كثيراً ما وجد جدلاً في أوساط علماء الطب، وعلم النفس والفلاسفة ولغويين، بيان ذلك أن الألم إحساس فردي يختلف شدة أو ضعفاً من إنسان لآخر، حتى عند الفرد الواحد و من وقت لآخر فضلاً أن ما يسبب ألماً لإنسان قد لا يسبب ألماً لإنسان آخر، هذا التناقض يجعل الألم صعباً بل و يوقع من يتصدى لظاهرة الألم في حيرة أكبر من مجرد حيرة التعريف. فإذا أضفنا إلى ذلك أن 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 الجسمي، وحتى لانستطرد إلى أبعد من ذلك في موضوع مثير للجدل، فإننا نقتنع بالقول أن 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. إن حضور الألم المرتبط بمرض السرطان يجعل انسحاب المريض عن كل الوظائف الاجتماعية العادية مع تبعية كبيرة للمؤسسات العلاجية بحيث أن هناك دراسات مثل أبحاث Stam. Coll 1985-1987 بينت أهمية الاضطرابات النفسية المرتبطة بالألم السرطاني مثل اضطراب النوم، فقدان الشهية، الغثيان، تدهور نوعية الحياة بالنسبة لعدة مرضى، أما بالنسبة للمستوى العصبي البيولوجي فمن المحتمل أن تكون الآليات الخاصة بالاكنتئاب دور في تصاعد الألم وقد يظهر الضيق النفسي بسبب تنقل الألم، كذلك مشكل الحصر والاكنتئاب. وقد يؤدي الألم كذلك إلى الضيق النفسي أم يزيد منه، مما يعطى كذلك الحصر والاكنتئاب فيؤثر على مسار هذه الاضطرابات فيعطي الألم حالة من الشدة، تشاؤم واكنتئاب. 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.

إن 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 الألام 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 طريق 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 الألام و إتباع مسار الأمل كل هذه العمليات قد تتوفر على مستوى الرعاية الصحيّة بحيث ينبغي على الفرقة المنكفلة بالحالة تشجيع وتيسير الاتصال الفعال مع المريض بحيث أن (معهد الطب الأمريكي، ٣٤: ٢٠١١) يؤيد إدراج خبراء الرعاية النفسية والاجتماعية كجزء إدارة ألام السرطان، وتشمل التدخلات النفسية، الاجتماعية والتعليم. ومن بين أمور أخرى معالجة الاستخدام الصحيح للأدوية المسكنة والتواصل الفعال مع الأطباء، والتعامل و التدريب 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: "إن 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".

٢. 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 كبدائية 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 والحصص 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 ٢٠٠٥ حسب Groff- Bultz وعليه أوصت مديرية محاربة السرطان بكبك كندا بالكشف عن الضيق عند المصابين بالسرطان حسب المعطيات التالية:

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

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

٣. نستعمل عملية الكشف عن الضيق بالوسائل والأدوات المتميزة بالثبات والصدق والتشاور مع كل أعضاء الب حث المتعدد الخدمات في طرق الكشف.

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

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

- أداة سيق وأن ظهرت مصداقيتها.

- أداة ذات استعمال ثابت في علم الأورام.

- أداة مقاسة عياديا.

٦. يبقى الكشف عن الضيق مسؤولية جميع الفرقة المتعددة الخدمات في علم الأورام ولا بد

تعيين المختصين لأجل تطبيقه.

٣. المرحلة التلطيفية أو النهائية:

حسب تعريف المنظمة العالمية للصحة (OMS) فإن العلاجات التلطيفية تهدف إلى تحسين نوعية الحياة للمرضى وعائلاتهم اتجاه عواقب مآله الموت، ومع الوقاية من المعاناة المعروفة مسبقا 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 بالالصدق 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 و هم 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 و إذا كان المريض في المرحلة التلطيفية، فهذا لا يعني أنه في نهاية الحياة وإنما يتعذر شفاءه. و نقصد هنا أن العلاجات التلطيفية تتمثل في مرافقة المريض المصاب بمرض خطير، و يكون قرار متابعة العلاجات التلطيفية بعدما يصل التنبؤ بعد ظهور التنبؤ الدال في أن 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 و جلب الطمأنينة له والسكون حتى يشتغل الوقت المتبقي له بمواجهة الموت بكل هدوء. الباحث (73 : 2008 , Duggleby) 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 و المعرفية بحيث تظهر بكثافة لديهم في نهاية وهي مرحلة تعرف بالعجز والتدهور بالتدرج إلى حد الموت. والملاحظ أن علم الأورام النفسي لم يتخلى في اهتماماته عن هذه المرحلة الحرجة وذلك لأن 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 أكده البروفيسور J.FHERON في إحدى محاضراته في كلية الطب بـ CAEN فرنسا بأنه إذا كان للعلاج غرض شفائي فهو مرافق بتكفل حذر للأعراض بحيث أن 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 بطرح كل الأسئلة التي يرغب فيه. قد يتصف الطبيب المختص في علم الأورام تجاه المرض على أن الانتقال إلى المرحلة التلطيفية يكون بمثابة الفشل في العلاج وهذا إدعاء في غير محله، بل عليه أن يتعهد بالعلاجات الجيدة للمريض وليس بالضرورة للشفاء. أما عن العلاجات فنحن أمام ثلاثة محاور وهي: العلاجات القسوى: وهي تدخلات متعددة الخدمات أين ينقل المريض إلى وسط مختص. العلاجات المريحة: أين يتم تسبير الأعراض.

العلاجات النهائية: نهاية الحياة أم الاحتضار.

يعتبر مجموعة من الباحثين في ميدان علم الأورام النفسي الفرنسي ومن بينهم (Razaviet al,2002 :92) بأن 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 الج سدية 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 ١٨ شوال ١٤٢٩ هـ ١٩ أكتوبر ٢٠٠٨ (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 استشاري العلاج التلطيفي بقسم الأورام أن 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 كالتداخل 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 إن 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 ١٢٠٨٦ بتاريخ ١٤٠٩/٠٦/٣٠هـ من رئاسة إدارة البحوث العلمية والإفتاء والدعوى و الإرشاد 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:

إن 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 أن هذا الإعلان يثير عدة 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 بأن 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 دوما بمفهوم الموت والاشفاء، 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 أن 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. إن 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 نحد من مخاطر ارتكاب الفعل الانتحاري وكيف نتقاضي 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 أي 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 و إعطائه الحق في هذا النوع من الاستجابة التي تتطلب الاعتراف والقبول و أخيرا 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 غالبا 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 غالبا لا بد احترامها ونادرا ما تطرح هذه الاستجابات من مشاكل إلا إذا أصبحت الأعراض سائدة، في هذه الحالة لا بد من الحذر خاصة أمام استجابة الحالات الهادئين جدا الذين صعقهم الخبر وهم إذن في وضعية نفسية مقلقة وتبقى الاستجابة الانفعالية لديهم تتدخل في كيفية إدراك الخبر الذي أحيانا لا يكون له دور تكيفي وإنما انعكاس معرفي. يضيف الباحث (Fallow F,2005 : 349) أن 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 انطلاقا من معرفته لمرضه الذي هو في طريق تطوري و أن التحاليل الطبية النسيجية للمنطقة المشكوك فيها إيجابية (+) أي مصابة. بالنسبة (Bacque MF: 2009,132) تقول "قد أعلم بأنه غالبا ما يكون التدرج في توضيح الوضعية للمريض مرتبط بتسلسل الأحداث فيعد أول شك الملازم 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 جدا ويشع، 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 علما أننا وجدنا نسبة تتراوح بين ١٠% إلى ٤٠% من وضعيات ما بعد الصدمة من الحالات بعد الإعلان عن التشخيص "فالإشكالية ليست في أن نقول أولا نقول لكن كيف نقول، فقانون أخلاقيات المهنة العالمي يؤكد على أن الطبيب لا بد أن يعلن بصدق وبوضوح وتلازم اعتبار شخصية المريض وخطورة الوضعية وتضيف الباحثة (Bacque MF,2011 : 11) لا بد 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. و أخيرا إن إعلان السرطان هي إشكالية تهم كل فرد كل طبيب كل مريض ينام في داخلنا، لا يجب أن تقتصر بالوقوف أمام السرطان

فقط بل أمام كل الإصابات الخطيرة والمزمنة من السكري إلى الفصام، وأمام كلّ الوضعيات الطبية الصعبة كالعقم والضمور الدماغي، إذن نحن أمام مشكل حقيقي يخصّ 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 وتوسعها 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 والاعتمادية 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. و بداية أصبح لزاماً علينا تعريف الصحة بما أن علم النفس الصحة لا يقوم إلا من أجل الصحة و ترفيتها فتسهل تعريفاتنا بتعريف منظمة الصحة العالمية (1948) OMS بأنها حالة متكاملة من الرفاه الجسمي 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) قائلاً أن الصحة عبارة عن حالة من الإحساس الذاتي والموضوعي عند شخص ما، و تكون 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:

١. تعتبر الصحة حالة موضوعية قابلة للاختبار الطبي البيولوجي.
٢. يمكن اعتبار الصحة بأنها التكيف الأمثل الممكن مع متطلبات المحيط.
٣. كما يمكن اعتبارها حدثاً ضرورياً تفاعلياً لتحقيق الذات على شكل التعديل الهادف والفعال للبيئة وهي عموماً 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 و النفسية 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 أن مفهوم الصحة يعكس التكيف

الناجح للفرد على المستويات البيولوجية، الفيزيولوجية والمناعية 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. إن علم النفس الصحة يقترح طرق و حلول 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 مسؤ ولية 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، ٣٨ :٢٠٠٨) 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 الارتقاء بمستوى الوقاية والعلاج من المرض، وإلى الدقة في تحديد علة الأمراض والأمور المرتبطة بالصحة والمرض واضطراب الوظائف المرتبطة بهما.

يضيف (شيلي تايلور، ٦٣-٦٢ :٢٠٠٨) أن علم النفس الصحة هو أحد ميادين علم النفس الذي يركز على فهم العوامل النفسية التي تساهم في المحافظة على الصحة أو تسبب الإصابة بالأمراض. إن 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 انطلاقا 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 أن واحد مستخدما مناهج تعتمد أساسا على دراسة الفرد، مجتمعه، معتقداته الدينية، جيناته الوراثية، حالاتهم الانفعالية، وكذا معتقداتهم الصحة. نجد أن من المجالات الأولية التي يعتمد عليها علم النفس الصحة هو علم الأوبئة فحسب (شيلي تايلور، ٤٩ :٢٠٠٨) ترتبط أهداف هذا الميدان واهتماماته ارتباطا وثيقا 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 و الاجتماعية 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 أن 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، ٤٣: ٢٠٠٩) 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 والمرض 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 والمرض بتجاوز نقائص النموذج الحيوي الطبي، أن العوامل الحيوية والنفسية والاجتماعية، جميعها ذات أهمية في تقرير الصحة والمرض ، 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 والمرض يتسببان عن عدد من العوامل و ينتج عنها آثار متعددة، إضافة إلى ذلك يؤكد النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي عدم

إمكانية الفصل بين العقل والجسد لدى النظر في قضية الصحة والمرض، لأن كليهما يؤثران بشكل واضح في حالة الفرد الصحية، فهذا النموذج يركز على عاملي الصحة والمرض بدلا من عد المرض انحرافا عن حالة الاستقرار. انطلاقا من وجهة النظر هذه تصبح الصحة أمرا يمكن تحقيقه من خلال الانتباه إلى الحاجات الحيوية النفسية والاجتماعية ومن ثم فهي ليست أمرا بديهي الحدوث. أما الميادين التطبيقية لعلم النفس الصحة حسب (Bruchon - 54 : 2002, schweitzer) فنجده خاصة في عالم العمل مرتكزين على طب العمل و يليه 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، صف إلى المستشفى، المؤسسات الخاصة بالشيخوخة، وكذا المساعدة ل أطفال الصغار، المعاقين جسديا وعقليا وحتى المصدومين، المصالح الخاصة بالمساعدات الاجتماعية وكلّ الميادين التي ترمي إلى تحسين نوعية حياة المرضى، العلاقة مريض طبيب، الملاحظة العلاجية. عموما 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 والوضعيات 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, Freud, Merleau-Ponty, Minkowski وكذا التحليل النفسي في مفهوم الدفاع في العلاقة البنوية لأننا حسب Freud وأخيرا فإن علم النفس الصحة يلجأ كذلك إلى مناهج جديدة ذات المقاربة النظرية البنوية للربط بين الجسد والنفس والمجتمع. ومن الأهداف الأساسية التي ينطلق منها هذا العلم حسب مختصين في علم النفس الصحي (BRUCHON -Schweitzer, 2002 :66) إن هذا الميدان يسمح لنا بمعرفة مختلف العناصر النفسية الاجتماعية المرضية التي ت وثر 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 الروايز النفسية التي تقيس نسبة الصحة، مع تطور مجموعة من النظريات التي سمحت بمعرفة مختلف الميكانزمات البيواجتماعية التي تساهم أو تقلل تطور مجموعة من الأمراض أما (السيد فهمي علي، ٢٠٠٩: ٤٤) يحدد أهداف علم النفس الصحة فيما يلي:

- فهم العوامل الكامنة وراء السلوك.
- منع الأمراض، اكتشاف التأثيرات التي يحدثها المرض.
- التحليل النقدي للسياسة الصحية.

إنه هي استخراج الأبعاد الاجتماعية، النفسية وتأثيرهما البيولوجي قصد مساعدة الفرد وإيجاد منابع كامنة لديه لمواجهة المرض وتبني سلوكيات تنبؤية، أهم هذه التطبيقات ترمى 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 أن الأفراد أصحاب (النمط أ) أكثر الناس عرضة لأمراض القلب.
- الفقر: حيث وجدت الدراسات أن الأكثر ثراء وغنى من الناس هم الأكثر بحثاً عن الرعاية الطبية في فترة مبكرة من حياتهم.

أما (شيلي تايلور، ٦٣: ٢٠٠٨) فيعتبر أن أهداف علم النفس الصحي ترجع إلى أداء علماء علم النفس الصحي من مهام عديدة و متنوعة 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 ب إدماج 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، وعليه نلاحظ أن 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 أن 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 (٨٠) 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 ١٩٨٥ وفي أوروبا سنة ١٩٨٦ 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؟ إن المرضى الذين يندون العلاج الفردي بعد تشخيصهم بالسرطان، هم أشخاص يواجهون مشاكل خاصة يمكن تلخيصها بما يلي : القلق بدرجة عالية والافتقار مرفوق أولاً 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 وملموساً على بقية أعضاء الأسرة وعليه 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 الثاني السرطان وعلم النفس

أولاً: سيكولوجية السرطان

١. نظرة عامة
٢. تماثلات السرطان
٣. الشخصية السرطانية
٤. الألكستيميا
٥. الميكانيزمات الدفاعية لدى المصابة

ثانياً: سرطان الثدي من المنظور الطبي

١. المفهوم الطبي لسرطان الثدي
- التعريف - الأعراض - التشخيص - العلاج الطبي
٢. دراسة وبائية لسرطان الثدي

أولاً: سيكولوجية السرطان

١. 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 متناوبة 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 أن 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 بين G.N Fisher في عدة أبحاث له بأن 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 السرطان وذلك لتفادي الانهيار الكامل للمصاب، النفسي والجسمي. الأصحاء. نستخلص من هذه المعطيات أن علم النفس متواجد مع مختلف مراحل داء يعتبر الباحث السابق ذكره أن المقاربة النفسية مهمة في عملية علاج السرطان من جهة وعدم ظهور الانتكاسة من

جهة أخرى و ذلك لأن 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 يسير كل الاضطرابات مروراً بكل مراحل إعادة تنظيم النفسية قبل مرحلة الحماية من الانهيار، وقد وضح هذا الانهيار الباحث (Holland, 1999: 459) "على أن 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 والعزلة الاجتماعية والنوبة الروحية". العادي بالهشاشة وبالحن والضرر إلى حد صعوبات قد تصبح معيقة كالحصر والاكنتاب

٢. 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 تميز مجتمع ما أم كتلة اجتماعية وتشمل الفنون والآداب وأسلوب العيش والقوانين الأساسية للإنسان الأنظمة التي تمثل القيم والعادات والاعتقادات". قد نجد تعريفات متعددة كل منها تعالج الموضوع المراد دراسته، أما فيما يخص اهتمامنا فهو علاقة الثقافة بالتمثلات المتعلقة بالأمراض الخطيرة كالسرطان وفي هذا المجال تقول (MORO.MR, 2011) إن دور الثقافة هو ترميز تجربة الفرد لمعاشته، والتي تسمح إلى المعرفة المسبقة للمفهوم، تساعد الفرد على أن يكون جاهزاً لكل الظروف هي شبكة لقراءة العالم، متحركة ومرنة لكنها حاضرة دوماً رغم وجود خطراً 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 كلياً. وعليه يعتبر المختصين في علم الأورام النفسي مثل (Marx E et al, 2009: 129) أن اكتشاف السرطان يؤدي بالمريض إلى البحث عن المفهوم، سواء عن طريق تفسير الحادثة أم من خلال الوصول إلى مفهوم وتجسيد اعتقادات وفكرة سحرية ومقارنة اجتماعية، وكل هذه الاعتقادات و التمثلات التي ساقها أو حركها السرطان قد تدخل في إطار التكيف مع المرض. حول تجربة المرض يقول (Kleinmam, 1988) عن الثقافة، أن القيم السائدة في الثقافة والنظام الرمزي والروابط الاجتماعية كلها تعدل من معاش المرض إذن يتعلق فهم وتفسير تجربة السرطان بمعرفة و فهم 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 فالتمثلات هي أفعال اتصالية تسمح للفرد التعبير كما يعايشه في محيط عدلته الثقافة والاتصال الذي أثر بالأساس على مفهوم المرض وهذا حسب بحث (Bensoussan, 2004:31) أبحاث مع الفكرة هذه ترافقت بحيث (Herzlick. C et al, 1991: 95) معتقداً بأن في التصور الشعبي يبقى السرطان دوماً صورة

للشيطان حيث السلوك المتستر الماكر والمنافق المشابه لبعض الحيوانات المؤدية (الحية، العنكبوت، السرطان الضفادع) غير أن الخطورة المقنعة للسرطان تتطلب نظرة أخرى تركز على الأعراض التافهة في إطار سياسة طبية 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 أن المفهوم الدنيوي يرى بأن الصحة هي مرادف "صمت الأعضاء" لكن الملاحظ أن السرطان يتبنى هذه الصفة في الجسم قصد تخريب الصحة وليس معالجتها. و خلاصة القول، أن العلامات الأساسية لتماثلات السرطان تر تركز بالخصوص على العوامل التالية: أن 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 يحول جسد المريض إلى جسد يتدهور بسبب عنف العلاجات من بتر، فقدان الشعر الوهن، هي صورة لعدو لا بد محاربتة. يعتبر (Angé M , 1984 : 35) بأنه في كل المجتمع ات 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. إن 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 لأن مظهر المرض يؤدي إلى الانفراد الانعزال وإلى بصمه بوسمة عار. نحن لسنا كالأخرين، لسنا كأصحاء نحن من لا يرغب الناس في رؤيتهم، نحن نخيفهم، لأن المظاهر الفيزيولوجية للمرض تذكر دوما 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 أن المحضوضين هم فقط الذين يتمكنون من النجاح. أضف إلى ذلك أن التقييم الزائد لقدرات الأفعال المراقبة الشخصية قد تكون سلبية بحيث لا يمكن

التقليل من التعبير عن معاناة المريض إلى تركيبة اجتماعية وإنما نؤكد على أن هذه المعاناة تظهر حينما يتعامل المريض مع معاشه الشخصي اتجاه مرضه والنماذج الاجتماعية للمرض، قد يؤدي الخيال الاجتماعي للسرطان وتماثلاته إلى تكوين خزان لاستقبال الأحكام المهيأة، والتي تساعد على التدهور أو التعامل مع المعاناة الخاصة بالمريض.

٣. 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 سرلي لقبول لها ينزل في الواقع ليعطي

الإشارة للعجز، العصيان المحتمل في أي وقت. يعتبر (6 : Laurent s, 2007) أن التسمية السرطانية تشير إلى من يصاب بالسرطان ليختلط للأسف مفهوم الفرد بالموضوع، لأن المرض يؤثر دائما على السيرة الحياتية، هي فرضية دالة على وجود متابعة فردية تبدأ من النظام النفسي إلى النظام الجسدي دون تفرقه، وهنا كل 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 جد 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 و ن فكر من أجل أي شخص يعاني من سرطان أو من أي إصابة تجعل مستقبله في خطر، وحتى لا تحولنا إلى تركيبة بيولوجية لكي لا تتحول البشرية إلى وضعية مريض يواجه ضعفه و إنما 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 ك فرد. يقول (Aline 285 : S, 2009) لماذا نجد في الوسط الفرنسي الحالي إن 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 تركيبة 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 أن 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 (5 : Schmoll. P, 1981) 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 1969- 1966 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 و نوعية الشخصية ذات الاستعداد للإصابة والمصنفة بـ "المكتئبة" ويبقى هنا مفهوم الاكتئاب ليس العيادي ولكن الاكتئاب الكامن غير محدث، يتمشى ذلك أساسا مع الفرد الذي لم يستطع الاستقلال عن موضوع رغبته ومن هنا يسترجع الضياع أو فقدان المحتمل وعليه نسجل أهمية الأبحاث التي أشارت إلى أن السرطان يظهر بوضوح عند الأشخاص الذين كانت لديهم تجربة حديثة للحداد المرتبط بفقدان قريب أم عمل بعد الإحالة على التقاعد الغير مقبول. خلاصة القول فإن التجربة التحليلية بينت أن العرض وإن كان من نوع عصابي بيولوجي أم سيكوسوماتية مرتبط بمشكل علائقي يظهر ليع وض 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 مصدرا 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 (Boris sirbey, 2004: 54) يقول Barbery P, Lamotte t أمثال للمرض البيولوجية، النفسية الرموز وإثبات 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 و عن طريق نتائج هذه الأخيرة قاموا بتحليل الصراع النفسي البيولوجي حسب كل حالة وبعد هذا البحث تبين أن هذه التحليلات كانت صائبة وصحيحة. أما بالنسبة لـ (Reich Wilhelm, 1957) عرض أفكاره حول المسألة في مقدمة كتابه Biopathie du cancer حيث يقول أن الآلية الأساسية في مرض السرطان تتمثل في ضمور تدريجي لنظام الحياة و قد يتوضح ذلك بسهولة أثناء قهر مقاومته على قبول العوامل المهمة الآتية:

١. تقبل مفهوم الإصابة الداخلية.

٢. الاعتراف بدور الانفعالات في الإصابة العضوية.

٣. الاعتراف بتكوين مواد حيوية نشيطة بحركات تلقائية من خلال مواد حية أخرى غير حية، وحتى من طاقة العضو الحرة. كل هذا لغرض التحكم على المستوى التجريبي والتقني الذهني، لأننا حين نهتم بالسرطان نواجه مباشرة مشكل التكوين البيولوجي.

٤. حين نتفحص الأمراض السرطانية لا بد أن نضع ضمن مجهوداتنا العلاجية الاضطراب الجنسي المهاجم للمريض الذي يتفاداه دائما.

٥. 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 جاهرة بقوة طاوية 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 أن 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 و تعتبر 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 أن الجسد يستطيع التخلي عن الورم السرطاني تدريجيا وبطريقة طبيعية بانحلال الأنسجة الضارة. و في نفس المجال نحاول التقرب إلى المختص السيكوسوماتي (Sami Ali, 2000 : 5) في أحد مقدماته يقول فيها أن 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 أوضحته مجموعة البحث في علم الأورام النفسي في صعوبة يواجهه رطان بالصاب المصاب بأن (SFPO) (Dauchy S et al, 2007 : 148) الفرنسي 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 أن اهتمام العلماء والباحثون لهذا الموضوع قد ظهر منذ القدم وذلك بربط مرض السرطان بأشكال معينة من الشخصية وهي أنماط معينة مهينة لمرض السرطان متميزين بمعاناتهم للكف، المحافظة الاجتماعية، إذعائيين، قهري ومكتئب، 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 للضغوطات بالاكئاب واليأس والاحتفاظ بالعواطف السلبية ولجمها. السيكوسوماتية « C » وهو نمط يؤهل صاحبه

للاستعداد لداء السرطان متصفا بالاستجابة Alexithymie: الألكستيميا تدرس الألكستيميا حاليا في ميادين نظرية مختلفة في التحليل النفسي تبعاً لـ (Corsos et al) الألكستيميا بصورة عادية عن طريق الأبعاد التالية: (٢٠٠٣): ٦٣ وفي علم الأعصاب البيولوجي تبعاً لـ (Larsen et al, 2003: 541) وتعرف

(١) صعوبة التحديد والتفريق بين الانفعالات.

(٢) صعوبة التعبير الشفوي لانفعالات الآخر.

(٣) قصور على مستوى الحياة التصورية.

(٤) طريقة تفكير تميل إلى الانشغالات الحسية (التفكير العملي).

هو مصطلح يتقارب مع مفهوم التفكير العملي بزعامة رائدها ١٩٦٣ Pierre Marty 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 عادي لدى المرضى الذين يظهرون الأعراض السكوسوماتية. حسب ملاحظات (Nemiah,

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 محاولاً تحديد الطباع السكوسوماتية، ويكون دائماً مرتبطاً بالسلوك

الألكستيميا بصفة ضعف في وظيفة التفكير هو أسلوب للتعبير يستعمل بالضرورة الجسد. أما Joyce et Dougall

ان الألكستيميا هو ميكانيزم دفاعي للأنف، ينتج عنه نبد للعواطف، وقد يسهل هذا الميكانيزم التكيف أحيانا عند

الأشخاص الذين عاشوا تجارب قاسية. أما بالنسبة لدراسة قدمت من طرف (Formi et al,

٢٠١١: ٢٠٨-٢١٣) يصف الألكستيميا لمرضى شخوصاً بالمصابين بالسرطان من خلال

المناهج السوسيو ديمغرافية، الطبية والسيكومترية: (Hads, Sci90, Eortc- QIQ, etTas- 20)

سجلوا عند المرضى بالسرطان، فكانت النتيجة بنسبة ٧٠% من ٤٩١ مريض تمت عليهم

الدراسة. قد صنفت نتائج تشخيص الألكستيميا بملاحظة ارتباط سلبي مع الأعراض العقلية

التي لا تتجاوز حدود الحصر والانهايار 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 (82: Amani et al, 2006)

أجريت حول الألكستيميا مرتبطة بنشأة السرطان فتقول هذه الدراسة أن النتائج الخاصة بالألكستيميا غير متلائمة،

وهناك ارتباط قوي بوجود نقص كبير فيما يخص الدراسات النظرية، وقد وضع الباحث Todarello واخرين اختبار

الشخصية، علي عينة ٢٠٠ امرأة قامت من قبل بالأشعة على الثدي فالمقارنة بين ١٣ مريضة شخّصت بالسرطان

وباقى المريضات الغير مصابات، فالمجموعة الأولى أظهرت سمات الألكستيميا بكل وضوح. ونفس الباحث قام

بدراستين ١٩٩٧-١٩٥٤ وكانت النتائج تقول ان 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 مست الوظيفة العصبية المخية بحيث أن , Nemiah JC (199-206 : 1977) 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 التركيبة 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 بالتماثلات 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 أن 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 يقرلون بعدم الإحساس (أي البرودة العاطفية)، كذلك فالأشخاص المسنين لديهم انفعالات لكن لا يعترفون بها، يعملوا علي إعدادها وإيصالها وتعديلها، قد يغلب عليهم الاستجابات الفيزيولوجية على حساب الاستجابات الذهنية.

أما 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 بي نما الثانية هي عامل واق ضروري يقف عكس مفهوم المرض ثابت ب عمق في عملية الاقتصاد المعرفي للفرد ويكون بمثابة الوظيفة القاعدية أما 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 استراتيجية 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 ليقتح 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 بالميل للإحساس العمق للضيق الانفعالي، وبالقدرة الناقصة للإحساس بالانفعالات الإيجابية، إقبال ضعيف للحياة الانفعالية

وهذا ما يقترب بفكرة (Thomas C.B, 1974 : 245) قائلاً بأن الأشخاص الذين لديهم استجابة ضعيفة، ومزاج موحٍ يعانون بصمت وبوحدة كبيرة داخلية، لديهم نسبة ١٦ مرة ذلك علي التعبير عن الانفعالات. أكثر للإصابة بالسرطان، أما الأشخاص الذين لديهم اختلاف في المزاج وحصر يساعدهم إذن تعتبر أهمية مصطلح "الأكستيميا" ومصطلح "التفكير العملي" أمر مؤكد لدرجة اعتبارها قوة جديدة بعد التشخيص في ميدان طب السكوسو مائة التي تركز على الصراع أدمجت في وسط المقاييس الشخصية في ميدان البحث السيكوسوماتي. النفسي أم تدمجه وقد أشار (Baldoni F et al , 2005 :69) مشيراً مؤخراً بأن الأكستيميا قد (Rafanelli, Fava et coll, 1995) يعتبرونه نظام تشخيصي يضاف للنظام التقليدي الأخرى وهذا ما حاولنا ضبطه فيما يلي حسب الباحث (L ICD-10 DSMI Fava et Rafanelli (1995، 10) يساعد على وصف دقيق وكامل للمرضى الذين تم اختيارهم في البحث (Fava et Rafanelli 1995) DCPR) حسب التشخيصية المقاييس

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

١. عدم القدرة على استعمال الكلمات الملائمة لوصف الانفعالات.
 ٢. الميل للوصف الدقيق أكثر من وصف النفسية مثل ظروف الحدث أكثر من الأحاسيس.
 ٣. غياب عالم خيالي ثري.
 ٤. محتوى التفكير مرتبط أكثر بالأحداث الخارجية وليس بالاستهجمات والانفعالات.
 ٥. استجابات جسدية حالية لا شعورية المرتبطة بتجارب نفسية متعددة.
 ٦. انفجار عرضي لكنه عنيف وغير ملائم للسلوك العاطفي.
- ب- ظهور الأكستيميا لا يكون فقط وقت اضطراب المزاج أم مخاوف اجتماعية أم اضطراب ذهني عضوي. تخصيص النوع:

REPVASIVO. 1

٢. من وضعية محدودة لحد كفاً الغضب أم إلى حد سلوك مؤكد.
- بالنسبة لارتباط الأكستيميا بالمناعة في هذا المفهوم نجد أعمال تقييم الوظيفة الأكستيميا علي الوظيفة المناعية وهو ارتباط مهم بالخصوص حين يتجسد على 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 قيمت الفحوصات في طب النساء والتي تكشف دورياً الإصابات ما قبل السرطان لمنطقة عنق الرحم والرحم و١٢٣ امرأة سليمة من أمراض معروفة، فان عدد الأكستيمييين حسب (TAS-30) وعدد للمفاويات الموجودة (Typage,)

2, 3, 4, 8). كان فحص المرضى من طرف مختصين في النساء ومن خلال الفحوصات العيادية والشبه العيادية المحصل عليها، العناصر التشخيصية وقرار اختبار التحاليل Biopsie كانت واضحة حيث يوجد عند المرضى (عددهم ٤٣) إصابات ما قبل السرطان تمس عنق الرحم، يقدر عدد المصابين بالأكستيميا وهو ٤٢.٥% وهو عدد مرتفع إذا قورن بالعدد الإجمالي. وفي الأخير نستطيع القول أن المعطيات تبقى متعددة ومتناقضة، وتستطيع القول كذلك أن الشخص الأكستيميا له حساسية وهشاشة تجاه الضغوطات مرتبط بإثارة دائمة لمحور غدة محور القشرة الكظري المسؤولة عن ضعف المناعة مع تنشيط السيتوكينين لتعويض (المادة المسؤولة على الاتصال المفرزة من طرف الجهاز المناعي) وهذا ما يؤدي إلى إثارة الاستجابة المناعية، كذلك نظرية انعدام الوظيفة السيتوكينية المرتبطة بتدني الاستجابة المناعية عند الأشخاص الأكستيمين المحتاجين للدعم.

الفصل الثالث

الوضعية النفسية المرضية لسرطان الثدي

الاضطرابات النفسية المرضية لسرطان الثدي:

يشكل السرطان تهديدا أساسيا 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 مر 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 ميكانيزمات دفاعية خاصة به للتكيف مع الوضعية. ت 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 غالبا ما يكون ضمنى وذلك له تأثير هام على ثقة المصاب في فريقه الطبي. لذلك فإنه من المراحل الحرجة من المرض. الضروري التعرف على ردود الأفعال النفسية والتي يمر بها المصاب خصوصا في:

التكيف اضطراب: Trouble de l'adaptation

المصاب، الحفاظ على أعلى مستوى وظيفي ممكن يظهر ذلك من خلال استجابات تسبب السرطان في مجموعة من الاستجابات المعرفية الانفعالية والسلوكية، يحاول المصابين. حسب (67 : Delvaux et al , 2002) يهدف التكيف النفسي إلى الحفاظ على الوحدة النفسية والجسيمية، إلى تعويض الاضطرابات المختلفة التي يمر بها المصابون. إن ردود الأفعال النفسية التي تحصل في كل مرحلة من مراحل المرض والتي تكون ناتجة عن تداخل موحّد بين ذكريات التجارب السابقة، إدراك مختلف التهديدات المستقبلية التي قد تحصل. قد تتجرح ردود الأفعال تلك في الوصول إلى التكيف كما قد تفشل. إن 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:

١. ظهور مجموعة أعراض تمس الجانب الانفعالي والسلوكي، هذه الأعراض تكون ناتجة عن عوامل مقلقة معاشه لمدة ثلاثة أشهر.
٢. هذه الأعراض أو السلوكيات تكون دالة اكلينيكيًا، المعاناة المعاشة تكون هامة مبالغ فيها (الموقف لا يحتاج تلك المعاناة)، التأثير يمس الجانب الاجتماعي والمهني.
٣. هذه الأعراض ليست ناتجة عن اضطراب عقلي أو عن حالة حداد.
٤. بعد زوال العوامل المسببة للقلق، لا تستمر الأعراض أكثر من ٦ أشهر بعد ذلك.

الأمراض السرطانية ينتج عنها فقدان الاستقلالية، ضرورة الخضوع إلى أنواع متعددة من الفحوصات و العلاجات، 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 و إن هذه الاضطرابات ترفع من احتمالية الانتحار لدى المصابة.(Chantale , R, 1998 : 19) في دراسة لـ Leveuse Green أجريت في ١٩٧٢ 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 حادا، ثم تحديد الاستجابات في فئات:

١. الفئة السلبية: (الاستجابة التجنبية الإيجابية) تتجه المصابة إلى نفي أو التهوين من خطورة الإصابة.
٢. الفئة الثانية: (استجابة مقاومة) تكون المصابة إيجابية، فتعتبر الإصابة كتحدى.
٣. الفئة الثالثة: تكون المصابة على دراية بأنها تعاني من السرطان ولكن ردة 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 ١٥ سنة توصلوا إلى أن ٤٥% من المصابات اللواتي استجبن بالنفي أو بالمقاومة والتحدي كانت لا زال على قيد الحياة ويتمتعن بصحة جيدة مقارنة بالمصابات اللواتي أثبتن استجابات مغايرة أين كانت النسبة فقط ١٧%. 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 التغيرات الحاصلة في المحيط والتي تشكل تهديد بالسنة للفرد. بالنسبة (Bruchon,) (schweitzer. M, 2002) أول من استخدم المصطلح كان كل من Laumier, Lazarus في Le coping 1978 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 للوضعيات المقلقة كالعوامل الواقعة للشخصية: كالتفاؤل، الجلد La résilience، القدرة على مراحل من مرحلة كل (Delvaux , N) (et al , 2002 : 200) حسب وذلك L'endurance، التحمل 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 ٤.٢ بوضع الخصائص التي تساعد على التمييز بين: حالة التكيف مح اولات 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 تقديرها لذاتها وعلى قدرتها على التحكم في الوضعية الحالية والمستقبلية. الإصابة، هذه المجهودات المبذولة للوصول إلى التكيف يسمح للمصابة بالحفاظ على الصحة النفسية.

الاستنتاجات والتوصيات

أولاً: نتائج البحث

تناول هذا البحث واقع الصحة النفسية لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي. كان الهدف من البحث تحديد مفهوم الصحة النفسية انطلاقاً من المفاهيم النفسية العيادية في ميدان علم النفس العيادي عامة وعلم الأورام النفسي خاصة. ثم انطلقت

الباحث 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 أن المصابة بسرطان الثدي، كيفما كانت ال فئة 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 أن المصابات يعلمن أنهن معرضات إلى معاودة السرطان أو انبثائه.

فقد دل على أن الفئتين الاجتماعيتين (عزباء، متزوجة) تعيشان نفس الوضعية النفسية من حيث الصحة النفسية وذلك لأنهما تعيشان نفس المصير والمخاطر بسبب إصابتهما بالسرطان، الظاهر أن 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 الاسهامات (الزواج، الإنجاب، العمل، الدراسة، السياحة ...) وخاصة أن الزواج لا يتم في مجتمعنا إلا عندما تتوفر لدى المرأة كامل الصحة النفسية والجسمية لكن يبقى

المجال مطروح من حيث الرعاية النفسية الذي لا يزال يعرف تأخراً معتبراً. حاولنا في البحث مدى تأثير المستوى التعليمي على الأبعاد النفسية ككل للصحة النفسية، والظاهر أن هناك بعض الدراسات انسجمت تماماً مع نتائج البحث وأخرى لم تنسجم. أما عن نوعية الحياة الجسدية فقد بينت الدراسات السابقة وجود تأثير مضاعفات السرطان من آلام، استئصال وعلاج الكيماوي.

ثانياً: المقترحات

- ١- اجراء دراسات تجريبية وتتبعية تتناول هذه الشريحة مع شرائح الاخرى من المصابين بهذه الامراض .
- ٢- انشاء مراكز الدعم النفسي والاجتماعي للاهتمام بهذه الشريحة من المصابين.
- ٣- توفير كل المستلزمات الضرورية للمصابين من ادوية وعلاجات اخرى لغرض العلاج ولتخفيف من معاناتهم.
- ٤- عقد ندوات وورش عمل ثقافية تبين للناس ولأهالي المرضى خطورة الاصابة بهذه الامراض واستكشافها المبكر.
- ٥- مفاحة الجهات المعنية لغرض الموافقة على فتح عيادات العلاج النفسي.

المصادر

- ١- أحمد محمد عبد الخالق (٢٠٠١): أصول الصحة النفسية، دار المعارف الجامعية، الاسكندرية، ٣٧
- ٢- بشلاغم يحي (٢٠١١): مدخل الى منهجية البحث النفسي والتربوي. الناشر: كنوز، الجزائر، ٨٨
- ٣- بكمان، ويتاكر.ت (٢٠٠١): سرطان الثدي، دار الطبيعة، أكاديميا: ترجمة جولي صليبا، بيروت، ٣٠-٢٩-١٨
- ٤- الجراح البروفسور حسام أحمد فؤاد(2013): [www //tabebak.Com](http://www.tabebak.Com)
- ٥- جمعية مساعدة المرضى المصابين بالسرطان (١٠٠): (٢٠١٠) سؤال وجواب حول سرطان الثدي، جمعية البدر البلدية، الجزائر
- ٦- حامد عبد السلام زهران (١٩٧٧): الصحة النفسية والعلاج النفسي، عالم الكتب، ط٢، القاهرة
- ٧- دانيال ريغ (١٩٨٣): معجم عربي فرنسي/فرنسي عربي. السبيل: مكتبة لاروس، باريس
- ٨- رمضان محمد القذافي (١٩٩٨): الصحة النفسية والتوافق، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، مصر.
- ٩- سامر جميل رضوان (٢٠٠٣): الصحة النفسية، الطبعة الثانية دار النشر والتوزيع، الأردن.
- ١٠- شيلي تايلور (٢٠٠٨): علم النفس الصحّي، الطبعة الأولى، جامعة عمان، الأردن، ٨٢٠
- ١١- صلاح مخيمر (١٩٧٩): المدخل الى الصحة النفسية مكتبة الأنجلو مصرية ، ط٣_ القاهرة،
- ١٢- عبد الباسط محمد السيد(٢٠٠٩): السرطان، أسبابه وعلاجه الطبعة الثانية، دار النشر ألفا، مصر
- ١٣- عبد السلام عبد الغفار (٢٠٠١): مقدمة في الصحة النفسية دار النهضة العربية، القاهرة،
قائمة المراجع باللغة العربية
- ١٤- فقيه العيد (٢٠١١): نحو تأصيل مفهوم الصحة النفسية، ط١، كنوز للنشر والتوزيع الجزائر
- ١٥- فقيه العيد(٢٠٠٥): 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، ٨، ٢١،
- ١٦- فهمي علي (٢٠٠٩): علم نفس الصحة، الخصائص النفسية الإيجابية والسلبية للمرضى
والأسوياء، دار الجامعة الجديدة للنشر، مصر ٤٤، ٤٣، ٢٧، ٢٤،
- ١٧- فهمي مصطفى (١٩٧٠): الانسان والصحة النفسية، الأنجلو المصرية، القاهرة، ٢٦٣
- ١٨- القريظي أمين (١٩٩٨): في الصحة النفسية، دار الفكر العربي ط١، القاهرة، ٦٩، ٢٩، ٢٨،
- ١٩- كفاي علاء الدين (١٩٩٧): الصحة النفسية، طبعة ٣، إمباية هجر للطباعة والنشر، ٣٦
- ٢٠- مجلة الشرق الأوسط (٢٠٠٨): الرعاية التلطيفية وأهميتها لمرضى الأمراض المستعصية، العدد ١٠٩١٨ الرياض، المملكة العربية السعودية.
- ٢١- محمد قاسم عبد الله (٢٠٠٤) : مدخل إلى الصحة النفسية، الطبعة الثانية، دار النشر الأردن، ٢٢
- ٢٢- محمود شاهين الأحول، عدنان مرداد، حسنة الغامدي، ايمان هشان ياروم، (٢٠١٤)
<http://www.sahha.com>
- ٢٣- مختار حمزة (١٩٧٦): ارشاد الآباء والابناء، مكتبة الخانجي الطبعة الثانية، القاهرة
- ٢٤- مصطفى فهمي(١٩٧٦): الصحة النفسية، مكتبة الخانجي، القاهرة، ١٦
- ٢٥- المطهري مرتضى (١٩٣٩هـ): حقوق المرأة في الإسلام طبعة ٣، بيروت: الدار الإسلامية،
٨١.٨٥