

كلمة شكر:

أشكر الله عز وجل الذي وفقني على إنجاز هذا العمل

كل الشكر والتقدير، إلى الأستاذ المشرف على مشروع البحث :
"حدي محمد" و الي الاستاذة المشرفة المساعدة "سبع فاطمة".

الشكر الجزيل والتقدير الكبير،

للدكتورة "بدرة معتصم ميموني" المشرفة على مشروع الماجستير.
وإلى كل أساتذة علم النفس.

الإهداء:

أهدي هذا العمل المتواضع،
إلى أمي الغالية وإلى ابنتي العزيزة "نسرين".
إلى أختي الوحيدة، وإلى إخوتي الأعزاء، وإلى أبي.
لجميع زملائي، في مشروع الماجستير،
وإلى جميع زملائي بالمستشفى الجامعي بوهران
"خلية الإصغاء والمساعدة النفسية"
وإلى الحالات، الذين أتمنى لهم الشفاء العاجل.

الفهرس

- 1 ■ كلمة شكر.
- 2 ■ الإهداء.
- 3 ■ قائمة المحتويات (الفهرس).
- 11 ■ ملخص البحث.
- 13 ■ Quelques Citations
- 14 ■ مقدمة عامة.
- 16 ■ دوافع اختيار الموضوع وأهميته.
- 17 ■ الهدف من الدراسة.
- 18 ■ الإشكالية.
- 19 ■ الفرضيات.
- 20 ■ صعوبات البحث.
- 21 ■ الدراسات السابقة.
- 23 ■ تحديد بعض المصطلحات الطبية.

Partie Théorique: الجانب النظري:

- 25 ● الفصل 1: مدخل إلى الدراسة
- 26 ■ لمحة تاريخية عن السرطان.
- 28 ■ تعريف السرطان.
- 29 ■ لمحة تاريخية عن ابيضاض الدم.
- 30 ■ تعريف ابيضاض الدم.
- 31 ■ أمراض الدم.

- 32 ■ أسباب المرض (ابيضاض الدم).
- 34 ■ الأنواع (ابيضاض الدم).
- 40 ■ الإعلان عن تشخيص مرض ابيضاض الدم، في فترة المراهقة.
- 41 ■ مشكل الإعلان عن الحقيقة.
- 42 ■ التعايش مع مرض خطير في فترة المراهقة.
- 43 ■ الجسم وعلاقته بمرض ابيضاض الدم، في فترة المراهقة.

45 ● **الفصل 2: الآثار النفسية الناجمة عن السرطان**
(Les répercussions psychologiques du cancer)

46 **1) التكيف النفسي للمراهق المصاب بإبيضاض الدم**

- 46 ■ تمهيد.
- 48 ■ مراحل تطور سيروورة التكيف النفسي.
- 54 ■ ردود الفعل النفسية، للمراهق المصاب بإبيضاض الدم، بالنسبة لنوع العلاج.

59 **2) اضطراب التكيف النفسي، للمراهق المصاب بإبيضاض الدم**

- 59 ■ تمهيد.
- 60 ■ تعريف اضطرابات التكيف النفسي، عند المراهق المصاب بإبيضاض الدم.
- 63 ■ المعاناة النفسية والاكتئاب.
- 65 ■ الوصف الإكلينيكي لاضطرابات التكيف النفسي.
(أعراض القلق – أعراض الإكتئاب).

- 67 ■ الألم في مرض ابيضاض الدم (تعريفه – خصائصه النفسية).

70 **3) الارتكاس النفسي، لعائلة المراهق المصاب بإبيضاض الدم**

- 70 ■ تمهيد.
- 72 ■ مراحل سيروورة التكيف النفسي للعائلة.
- 72 ■ مرحلة التشخيص والعلاج.
- 75 ■ مرحلة توقف المرض والشفاء.
- 75 ■ مرحلة ما قبل النهائية، والنهائية.

78 4) قلق أفراد الطاقم الطبي، أمام مرض إبيضاض الدم

- 78 ■ تمهيد.
- 79 ■ الإرهاق النفسي (العوامل الخاصة بمهنة الطب).
- 81 ■ الإرهاق المهني (Syndrome de Burnout).
- 81 ■ تعريفه.
- 83 ■ أهم العوامل المؤدية لقلق أفراد الطاقم الطبي.
- 84 ● خاتمة الفصل.

86 ● الفصل 3: المراهقة وإبيضاض الدم

(L'adolescence et la Leucémie)

87 1) الجزء الأول: المراهقة

- 87 ■ تمهيد.
- 88 ■ تعريف المراهقة.
- 89 ■ لمحة تاريخية عن ظهور مرحلة المراهقة.
- 90 ■ مراحل المراهقة حسب "Peter Blos".
- 93 ■ النظريات المفسرة.
- 102 ■ تعريف النمو.
- 111 ■ الجسم في فترة المراهقة.
- 111 ■ تمهيد.
- 112 ■ تصور الذات:
- 112 - التخطيط الجسمي.
- 114 - الصورة الجسمية.
- 116 ■ الصورة الجسمية في المراهقة.
- 118 ■ خاتمة.

119 2) الجزء الثاني: المراهقة ومرض إبيضاض الدم

- 120 ■ تمهيد.
- 121 ■ الاضطرابات النفسية للمراهق المصاب بمرض ابيضاض الدم.
- 124 ■ التغيرات الجسمية والجنسية، للمراهق المصاب بابيضاض الدم.
- 126 ■ مواجهة المراهق المصاب بابيضاض الدم، لخطر الموت.
- 127 ■ تخطيط لردود الفعل، للشخص المواجه لخطر الموت.
- 129 ■ الحداد والتمرد عند المراهق المصاب بابيضاض الدم.
- 131 ■ تناقضات المراهق المصاب بابيضاض الدم.
- 132 ■ محيط المراهق المصاب بابيضاض الدم.
- 132 ■ - المراهق المصاب بابيضاض الدم، والعائلة.
- 133 ■ - المراهق المصاب بابيضاض الدم، والطاقم الطبي.
- 135 ■ - المراهق المصاب بابيضاض الدم، وأقرانه.
- 138 ■ مراحل الحداد عند المراهق المصاب بالسرطان.
- 139 ■ خاتمة الفصل.

● الفصل 4: الحداد (Le deuil)

- 140 (1) مدخل إلى مفهوم الحداد.
- 142 ■ تمهيد.
- 143 ■ تعريف الحداد.
- 146 ■ سيرورة الحداد.
- 148 ■ العمل الحدادي ومراحله.
- 149 ■ نهاية عمل الحداد؟
- 151 ■ الصعوبات النفسية الخاصة بعمل الحداد.
- 153 ■ مشاعر تأنيب الضمير.
- 154 ■ الألم النفسي.
- 156 ■ العلاقة مع الواقع.

- 157 ■ علاقة الإكتئاب بالحداد.
- 157 **(2) التكفل النفسي في حالة الحداد**
- 159 ■ مقدمة.
- 159 **(أ) العلاج النفسي الفردي:**
- 160 ■ التدخل العاطفي.
- 161 ■ التدخل السلوكي.
- 162 ■ التدخل المعرفي.
- 162 **(ب) العلاج الجماعي:**
- 163 ■ التدخل العاطفي.
- 163 ■ التدخل المعرفي.
- 165 **(ج) العلاج الأسري.**
- 167 ■ خاتمة الفصل.

● **الفصل 5: المرافقة النفسية و التوجيه الأبوي**

(L'accompagnement psychologique et guidance parentale)

- 168 **(1) التواصل بين المعالج والمعالج في الطب السرطان:**
- 169 ■ تمهيد.
- 172 ■ هدف الاتصال في الطب السرطان.
- 172 ■ **دور الاتصال:**
- 173 أ- المقابلة التقييمية.
- 174 ب- المقابلة الإعلامية.
- 175 ت- المقابلة بهدف المساندة.
- 175 ■ **المعالج:**
- 177 (أ) الطبيب.
- 178 (ب) الممرضات.
- اختلاف مصادر المعلومات الممنوحة للحالة.

- 179 ■ استراتيجيات المعالج:
- 179 أ- استراتيجيات التقييم (الإصغاء – البحث عن المعلومات).
- 183 ب- استراتيجيات الإعلام (منح المعلومات والنصائح).
- 183 ت- استراتيجيات المساندة (التسهيل – الإحساس بالآخر – الطمأنة).
- 187 ■ الخاتمة.

188 (2) التكفل النفسي بالمراهق المصاب بإبيضاض الدم:

- 188 ■ تمهيد.
- 190 ■ التدخل النفسي.
- 190 (أ) العلاج النفسي الفردي:
- 190 1. التدخل العاطفي.
- 191 2. التدخل النفسي المعرفي.
- 193 3. التدخل السلوكي.

196 (ب) العلاج النفسي الجماعي:

- 197 1. التدخل العاطفي.
- 198 2. التدخل المعرفي السلوكي.
- 199 (ت) العلاج الأسري:
- 199 ■ أنواعه.

- 200 ■ أهدافه.
- 201 ■ التدخل العاطفي.
- 203 ■ التدخل المعرفي السلوكي.

204 (ث) التوجيه الأبوي:

- 205 ■ تعريفه.
- 205 ■ أهدافه.

(3) التكوين النفسي للطاقم الطبي:

- 209 ■ تمهيد.
- 209 ■ الاحتياجات.
- 210 ■ **الأهداف:**
- 210 أ- الأهداف المعرفية.
- 211 ب-الأهداف العاطفية.
- 212 ت-الأهداف المعرفية السلوكية.
- 212 ■ النتائج المتوقعة، بالنسبة للتكوين النفسي، للمعالج.
- 213 ■ **التقنيات:**
- 214 أ- الحوار حول الحالة.
- 214 ب-المعلومات النظرية.
- 215 ت-لعب الدور (le jeux de rôle) مع بعض الأمثلة.
- 215 ث-السند وتسيير القلق.
- 217 ■ خاتمة.
- 220 ■ خاتمة الفصل.

الجانب التطبيقي: Partie Pratique

● الفصل 6: منهجية البحث (La méthodologie de la recherche)

- 223 ■ تمهيد.
- 224 ■ عينة الدراسة الميدانية.
- 226 ■ مكان إجراء الدراسة.
- 227 ● **منهجية البحث:**
- 228 ■ المنهج العيادي.
- 228 ■ دراسة الحالة.
- 229 ■ الملاحظة العيادية.
- 230 ■ المقابلة العيادية.

- 231 ■ الاختبارات النفسية المستعملة.
- 233 ● خاتمة الفصل.
- 239 ● **الفصل 7: دراسة ميدانية (L'étude pratique)**
- 240 ■ تمهيد.
- 241 ■ الدراسة التطبيقية.
- 242 ■ تقديم الحالات.
- 243 ■ تقديم الحالة الأولى.
- 243 ■ تقديم الحالة الثانية.
- 263 ■ تقديم الحالة الثالثة.
- 286 ■ تقديم الحالة الرابعة.
- 308 ■ تقديم الحالة الخامسة.
- 328 ● **الفصل 8: عرض وتفسير نتائج الدراسة (Analyse des résultats)**
- 352 ■ تمهيد.
- 353 ■ مناقشة الفرضيات.
- 354 ■ مناقشة نتائج الدراسة.
- 355 ■ اقتراحات.
- 357 ■ خاتمة عامة.
- 361 ● قائمة المراجع:
- 362 - باللغة العربية.
- 367 - باللغة الفرنسية.
- 368 ■ الملاحق.
- 371

ملخص البحث

لقد تطرقت في هذه البحث تحت عنوان "المرافقة النفسية والتوجيه الأبوي، للمراهق المصاب بإبيضاض الدم"، إلى المعاناة النفسية للمراهق ولعائلته والى اضطرابات التكيف النفسي، للوضعية المرضية عند المراهق المصاب بإبيضاض الدم.

قمت بدراسة ميدانية، حول 05 حالات 01 ذكر و 04 إناث تتراوح أعمارهم بين 15 و 18 سنة، مصابين بسرطان الدم، بمصلحة امراض الدم بالمستشفى الجامعي لوهران.

في بداية العمل، قمت بتقييم درجة الاكتئاب بواسطة سلم تقييم درجة الإكتئاب للأميلتون وهذا يعتبر أول خطوة نحو للتكفل نفسي اشمل بالمراهق.

كما استعملت اختبار رسم الشخص لـ "K. Machover"، لمعرفة تواجد اضطراب للصورة الجسمية عند للمراهق المصاب بإبيضاض الدم.

وفي فترة ثانية، رافقت المراهق المصاب، طيلة مدة العلاج الطبي بهدف التخفيف من معاناته النفسية عن طريق السند النفسي والتوجيه للأبوي

فحصلت على النتائج التالية :

-كل الحالات تعاني من اضطراب التكيف النفسي للوضعية المرضية
لوحظ ذلك في السلوك الحالات التمردية رفضهم على تتبع العلاج والقيام
بالإجراءات الطبية وصعوبات الاتصال مع الوالدين

-كل الحالات تعاني من الاكتئاب

-كل الحالات تعاني من اضطراب في الصورة الجسمية

وبعد التدخل النفسي، أي المرافقة النفسية للمراهق المصاب، طيلة العلاج
الطبي، وبفضل التوجيه الأبوي، تبيين، الدور الفعال، للمرافقة النفسية، في
تخفيف من المعاناة النفسية، تحسين المزاج، تحسين الصورة الجسمية،
والتحصل على اتصال أحسن للمراهق المصاب مع الوالدين.

وبالتالي التخفيف من الاضطراب التكيف والتحصيل على تكيف نفسي
أحسن.

وأستخلص أن من هذه الدراسة انه يمكن للمراهق المصاب بابيضاض
الدم أن يتكيف نفسياً مع الوضعية المرضية ذلك بمساعدته نفسياً على إدماج،
من جهة مرحلة المراهقة التي يمر بها، بكل ما يحتويه من التحولات النفسية
ومن جهة أخرى، بإدماج تقبل المرض السرطاني، بكل ما يحتويه من توقعات
ومعاش نفسي خاص.

Quelques citations :

« Le 1^{er} service qu'on doit au prochain, est de l'écouter ».

-D. Bouchoeff

« Ecouter le malade, il vous dit le diagnostic ». -**William Osler**

« La façon de donner, vaut autant que ce que l'on donne ».

-Guyotat

« Le deuil, est une énigme, un phénomène, qu'on ne tire pas au clair, et qui ramène, à des choses obscures ». -**Freud**

« Celui qui devient passif, alors qu'il est débordé par le chagrin, perd ses meilleures chances de recouvrer la souplesse de son esprit ».

-Charles Darwin

« Les familles ne se posent, que des problèmes, qu'elles sont capables de résoudre ». -**Ansloo 2001**

« En guidance parentale, il est important de faire des liens par sa propre éducation, et donc de se centrer aussi sur l'agir ».

-Lampiez 2001



مقدمة عامة

حتى الآن، يتمتع الطفل، بنوع ما، من الراحة الداخلية، ثم تظهر مرحلة المراهقة، فيتغير الجسم، تظهر بعض القدرات الجديدة والنزوات الجنسية.

فإذا ظهر مرض مرعب، مثل إبيضاض الدم، في هذه الفترة الهشة والحرجة من الحياة، كيف يمكن للمراهق أن يتصورها؟ كيف يمكن مقاومة ومواجهة هذا الواقع؟

فيتطلب من المراهق، القيام، بعملين، من جهة عمل إدماج تقبل المرض السرطاني، ومن جهة أخرى إدماج مرحلة المراهقة، كما يتوجب عليه، ضرورة القيام بعمل الحداد، اتجاه ضياع الصحة الجيدة وأحيانا اتجاه خطر ضياع كل حياته.

فالمرض السرطاني، بصفة عامة، يعتبر صدمة نفسية، بالنسبة للمراهق ولعائلته، ويحدث تغيرات جسمية، سلوكية، وعلائقية. فكل هذا الموضوع يدور حول الوحدة الجسمية والنرجسية للمراهق المصاب بإبيضاض الدم.

عبر مقاومة القلق الناجم من المرض السرطاني وعلاجه العنيف، تنمو عند المراهق المريض، شخصية جديدة، تميز المراهق المصاب بإبيضاض الدم، عن باقي المراهقين هي شخصية المراهق المصاب بإبيضاض الدم.

فكيف يمكن التخفيف من هذه المعاناة والتعرف عليها؟ ما هو دور التدخل والمرافقة النفسية؟

تبين لي عبر الملاحظة المباشرة للسلوك المراهق المصاب انه يعاني من اضطراب التكيف النفسي للوضعية المرضية ظهر ذلك في سلوك تمردى, العناد والرفض في ما يخص ضرورة التعرض الى العلاج الكيميائي وفي ظهور صعوبات اتصالية مع الوالدين.

كما تبين أن المراهق يعاني من اكتئاب ومن اضطرابات الصورة الجسمية.

واستجابة لمتطلبات هذا الموضوع، تم تقسيم البحث إلى جانبين أساسيين: الجانب النظري والجانب التطبيقي. يتكون الجانب النظري من خمسة فصول:

-الفصل الأول يتمثل في مدخل إلى الدراسة، أين تطرقت إلى الجانب البيولوجي لمرض ابيضاض الدم، إلى أنواعه وعلاجه.

-الفصل الثاني، يدور حول الآثار النفسية الناجمة عن مرض السرطان.

-الفصل الثالث، يدور حول المراهقة والسرطان.

-الفصل الرابع حول الحداد. الفصل الخامس حول المرافقة النفسية للمراهق ولعائلته.

أما الجانب التطبيقي، فيتكون من ثلاث فصول:

-الفصل السادس، الذي يحتوي على منهجية البحث.

-الفصل السابع، يحتوي على الدراسة الميدانية حول خمس (05) حالات.

أما الفصل الثامن، يتضمن مناقشة وتفسير نتائج الدراسة.

دوافع إختيار الموضوع وأهميته

لقد تم إختيار هذا الموضوع، انطلاقاً من تساؤل شخصي، نبع من تجربتي المهنية، في خلية الإصغاء، التوجيه والمساعدة النفسية، بالمستشفى الجامعي، بوهران، المتكلفة خاصة، بالأشخاص المصابين بمرض السرطان.

فتساءلت، كيف بإمكان المراهق المصاب بمرض السرطان، وبالتحديد، بمرض ابيضاض الدم، أن يتكيف مع هذا الواقع الصعب؟ وتساءلت عن أهمية مرحلة المراهقة في سيرورة التكيف النفسي؟ وأهمية العلاقات بين المراهق ومحيطه، خاصة، الوالدين، في مساعدته على تسيير أحسن للوضعية؟

وتكمن أهمية البحث، في دراسة الخصائص النفسية، للمراهق المصاب بابيضاض الدم، مدى تكيفه النفسي للوضعية المرضية، للعلاج العنيف، ولخطر الموت.

كما تتجلى أهمية هذه الدراسة، في تسليط الضوء على أهمية العلاقة بين الوالدين والمراهق المصاب بإبيضاض الدم، ومساعدة هذا الأخير، على تكيف نفسي أحسن وعلى مواجهة أحسن للمرض السرطاني.

الهدف من الدراسة

- تسليط الضوء على المعاناة النفسية، للمراهق المصاب بابيضاض الدم، ومعاناة الوالدين.
- محاولة التحصل على أحسن تكفل نفسي ممكن، لمساعدة المراهق المصاب بابيضاض الدم، على التكيف النفسي مع الوضعية المرضية.
- دراسة الصعوبات النفسية، التي يتلقاها المراهق ووالديه، في هذه الوضعية المؤلمة.
- دراسة الصورة الجسمية، عند المراهق المصاب بإبيضاض الدم، المتأثرة بالمرض السرطاني من جهة، وبفترة المراهقة من جهة أخرى.

الإشكالية

عند الإعلان عن الإصابة بمرض إبيضاض الدم ، كل حياة الشخص تضطرب، فيمكن تفهم الصعوبات والمعاناة، إذا ظهر هذا المرض الخطير، في فترة المراهقة، هذه الفترة الحرجة، المعروفة بتحولاتها الضخمة، على المستوى الفيزيولوجي وعلى المستوى النفسي، فلديها حتما، تأثير على جودة التكيف النفسي، للمراهق المصاب بإبيضاض الدم، وعلى علاقاته مع والديه، بما أن الإعلان عن تشخيص المرض، يتم في إطار عائلي، فيمكن طرح التساؤل الأساسي التالي:

- هل للمرافقة النفسية للمراهق المصاب بإبيضاض الدم، دور فعال في التخفيف من معاناته النفسية؟ هل تساعد على تكيف نفسي أحسن؟ على تقبل العلاج العنيف؟ على مواجهة خطر الموت؟ وعلى تحسين صورته الجسمية؟

- هل نستطيع، بفضل التوجيه الأبوي، مساعدة آباء المراهق المصاب بإبيضاض الدم، على تطوير قدراتهم الأبوية، على مساندتهم نفسيا، بهدف تكيف أحسن للمراهق المصاب. وبالتالي، حل المشاكل الإتصالية، بين الوالدين والمراهق المصاب. وأخيرا، للتحصيل على كل فرص الشفاء والمساندة.

الفرضيات

• الفرضية الأولى:

المرافقة النفسية، طيلة السيرورة المرضية، تساعد المراهق المصاب بابيضاض الدم، على مواجهة أحسن للمرض، على تقبل العلاج، على تحسين الصورة الجسمية المضطربة.

وبالتالي على تكيف نفسي أحسن للوضعية المرضية.

• الفرضية الثانية:

توجيه آباء، المراهق المصاب بابيضاض الدم، مساندهم نفسياً، ومحاولة حل المشاكل الإتصالية، بينهم وبين المراهق، تساعد هذا الأخير، على التحصيل على فرص أفضل للشفاء.

صعوبات البحث

- 1) قلة الحالات، المصابة بابيضاض الدم، المتواجدة في سن المراهقة.
 - 2) تنقل بعض الحالات، إلى مصالح إستشفائية أخرى.
 - 3) تفهقر الحالة الجسدية، للحالات، ووفاة البعض منهم.
 - 4) قلة تدخل الآباء، في المتابعة النفسية، للمراهق المصاب.
- وبالتالي، قمت، بالمقابلات في إطار التوجيه الأبوي، خاصة مع الأمهات.

الدراسات السابقة

في مقالة تحمل عنوان "كيف يمكن الاستمرار في معالجة مراهق ثم الاستغناء عن شفاؤه"¹. تبين أن :

مواقف الطاقم الطبي، أمام المراهق في نهاية حياته، يجب أن تتكيف مع خصوصيات سنه. فالمراهق الذي لم يبق طفلاً، ولم يصبح راشداً بعد، يمكن أن يعبر عن آخر رغباته، وعن الموت، بصفة غير مباشرة، وعلى الطاقم الطبي، أن يجد أحسن مستوى للتدخل، وأحسن مواقف، عبر إصغاء تام للمراهق.

وفي ملتقى (Congrès)، تحت عنوان، "المراهق الكبير، والراشد صغير السن، المصاب بالسرطان، إستقبال وجودة الحياة". ضم هذا الملتقى معظم التدخلات (Les communications)، التي تمت حول الموضوع، كانت تدور حول أهمية "الحوار"، وحول مكانة المعاناة، عند المراهق وعند والديه، وعند الطاقم الطبي، وحول التكفل النفسي والطبي للمراهق، وحول مواضيع ديونتولوجية².

وضمنت، دراستين، الأولى، تصف الإستقبال وجودة الحياة، للراشد صغير السن، المصاب بالسرطان، والذي يتم استشفاءه في مصلحة طب الأطفال.

الثانية، تحلل الفرق المتواجد بين مشاعر المراهقين الفرنسيين، والمراهقين الكنديين (Les québécois).

وفي ملتقى (Congrès)، تحت عنوان، "عندما يكون المراهق مصاب بالسرطان"³، تم التطرق إلى هذه العناصر:

¹ Zurcher, Jean, Michel : Quintana, ericer, paquement, halené, doy-françois, Daniel, Nilson, Jean. Info Raner, Francophone de soins palliatifs. 2003. P : 56-58.

² Congrès – accompagnement psycho-social. France. Québec. 2009. P : 61.

³ Jalman : Jusqu'à la mort, accompagnement la vie. 2008.

إختبار السرطان – مواجهة الموت المنتظر – الخوف – التساؤل حول الوقت،
حول الجنس، حول فترة ما بعد العلاج، وعرضت 03 حالات.

وفي ملتقى (Congrès)، تحت عنوان، "خصوصيات التكفل بالمرهق في
نهاية حياته"¹، عرضت حالات إكلينيكية، سمحت بتوضيح الصعوبات التي يتلقاها
المرهق في المنزل، عندما تتدخل شبكة العلاج المسكن، بصفة متأخرة، في السيرورة
العلاجية عند المرهق.

وتبين، ضرورة التدخل بعد المرحلة النهائية للمرض، للعلاج المسكن، لكي
تكون المساعدة أكثر سهولة.

وفي ملتقى آخر (Congrès)، تحت عنوان، "المرهق أمام المرض الخطير"²،
خصص نصف نهار حول ملتقى (SFAP)، ودار حول خصوصيات التكفل بالمرهق
في نهاية حياته.

وفي مذكرة تخرج³، تحت عنوان: "الإعلان عند الشخص القاصر، المصاب
بمرض خطير".

هذه المذكرة تنقسم إلى جزأين، من جهة، دراسة حالة إكلينيكية، مرهق، حكم
الطاقم الطبي، أن الحقيقة صعبة التحمل بالنسبة له، ومن جهة أخرى، حللت المقابلات
مع ممرضات، لتقييم صعوبة إعلان التشخيص، لشخص قاصر، مصاب بمرض
خطير.

¹ Renne française de psycho-oncologie. Adolescent et jeunes adultes, pendant et après un cancer Guiot, Juliette, Vaquin Clémentine. 12/2009. P : 243-245

² Schelle – Mathias. Bordeaux. Congrès National de la SFAP. 2005. P : 22.

« L'accès au soins palliatifs et à l'accompagnement ».

³ Mémoire , Diaromma, Diane, 2011. P : 55.

تحديد بعض المصطلحات الطبية

:La cytologie (1)

هو دراسة الخلايا الدموية، بهدف الحصول بصفة سهلة، على خلايا منفصلة فيما بعضها البعض. أولاً في الدم، وثانياً ابتداءً من نخاع العظمي، هذه الدراسة، تمنح عدة معلومات، وتكشف عن عدة أنواع من الإضطرابات¹.

:L'hémogramme (2)

هو فحص بسيط، كثير الإستعمال عند الشخص السليم، لغاية التشخيص، وذلك عن طريق نزع كمية من الدم، وهو فحص الخلايا الدموية، ويحدد:

- عدد الكريات الحمراء والبيضاء، والسيتوبلازما (Les plaquettes).
- مورفولوجية الخلايا.

:Le myélogramme (3)

هو دراسة كمية صغيرة من النخاع، في المكان، أين العظم يكون سطحي، بهدف معرفة الجودة والكمية، ويسمح هذا الفحص بدراسة دموية للنخاع.

(4) العلاج بالمواد الكيماوية: (La chimiothérapie)

لعلاج إبيضاض الدم، استعمل العلاج الكيماوي، منذ 50 سنة، لمدة طويلة جداً، استعملت فقط لبعض الحالات، فأصبح سلاح علاجي أساسي، في أغلبية حالات السرطان، ويستعمل مع الطرق العلاجية الأخرى، مثل الجراحة والعلاج بالأشعة، وقد وجد استعماله الأساسي، في حالة إبيضاض الدم، في المراحل النهائية من المرض، أين يصبح الشفاء غير متوقع.

والهدف من العلاج، هو الوصول إلى جودة في الحياة، يأخذ قرار تتبّع العلاج الكيماوي من الأطباء المختصين في طب السرطان، يتطلب مراقبة صارمة للحالة، فهو علاج عام، يخص الخلية بحد ذاتها، ويمس كل الخلايا السرطانية في جسم الإنسان.

¹ Cancérologie et hématologie. B. Hoerni. Edition Masson. Paris. 2001 P : 246, 247, 249, 64.

الجانب النظري

الفصل الأول

مدخل إلى الدراسة

• تعريف السرطان:

باللاتيني، يعني السرطان كلمة "crabe"، هو اسم تحمله كل الأورام الخطيرة التي تتطور وتتوسع بسرعة كي تصبح شاملة للجسم. فمتفق أن السرطان يتطور عند تواجد انقطاع في الاتزان بين آليات الدفاع للجسم، والقوى التي تثير الفوضى في الخلايا. ومنبع هذه الفوضى، غير محدود ومعروف جزئيا، فيمكن أن يكون السبب، تواجد أرضية للوراثة أو عوامل بيئية، متنوعة، كالمواد الكيميائية (التبغ، goudron)، الفيروسات، العادات الغذائية. هذه العوامل يمكن أن تثير القوى الورمي للخلايا التي كانت حتى الآن في كمون¹.

¹ Delamare : Dictionnaire des termes de médecines. 22ème édition Garnier. 1989. P : 133.

• لمحة تاريخية عن السرطان :

السرطان موجود ومعروف منذ عدة قرون، آثاره وجدت في ما تبقى في بداية خلق الإنسانية (كتب، momies, ossements).

منذ (Hypocrate)، وصف السرطان بدراسات قليلة ولكنه أصبح مع الوقت أكثر دقة، وذلك كان بفضل تطور العمليات التشريحية (les autopsies)، التي بدأ استعمالها من طرف "Morgagni"¹ مؤسس علم التشريح في القرن السابع عشر، وفي نهاية القرن العشرين كثرت المعارف عن السرطان، وهذا عن طريق تطور هذه العلوم (l'épidémiologie، la virologie، l'immunologie، la biologie moléculaire).

إذا، السرطان ليس نتيجة الحتمية، ولكن هو نابع من اضطرابات في الخلايا، متأثرة سلبيا بمظاهر خارجية مزمنة.

كان تطور علاج مرض السرطان بفضل العمليات الجراحية المستعملة، إلا أن هذه الأخيرة اتهمت بتسريع تطور المرض.

وفي النصف الثاني من القرن التاسع عشر، عرفت ازدهارا وتطورا فعالا بفضل استعمال وتطور التخدير (l'anesthésie).

كما تم اكتشاف (les rayons X) في سنة 1895، والراديوم (la radium).

أما في سنة 1898، سمح للوصول إلى المعالجة بالأشعة (la radiothérapie) التي يستمر تطويرها إلى يومنا هذا.

¹ (مرقاني Jean Baptiste Morgagni): طبيب إيطالي. ولد سنة 1682م، وتوفي سنة 1771.

فلمدة طويلة، كان استعمال العمليات الجراحية والعلاج بالأشعة، يعتبر العلاج الوحيد لأي سرطان. وهذا العلاج يتميز بتدخله المحلي (local)، فهذا ما يفسر فعاليته فقط في حالة اكتشاف المرض الخبيث في مرحلة قابلة للعلاج.

بعد عام 1945، ثم اكتشاف المعالجة بالمواد الكيميائية (la chimiothérapie)، وهو علاج شامل للجسم المصاب، استعمل مثل المعالجة بالهرمونات فيما قبل (l'hormonothérapie)، وكان موضوع أمل للتخلص من مرض السرطان.

وتطورت المعارف التي تحدد منبع وأسباب السرطان في العشر سنوات الأخيرة، وسمحت هذه المعارف بوضع برامج وقاية مثل (la ligue contre le cancer)، فقامت المجتمعات بتأسيس حركات ضد السرطان، خلق مراكز، وتحفيز البحث العلمي. بالإضافة إلى محاولة تحويل الصورة السلبية للسرطان من صورة الموت إلى صورة تحديد السلوكيات الخطيرة التي يمكن تجنبها لتفادي السرطان، وتبقى صعوبة التكفل العلاجي امام المعاناة النفسية للمريض وعائلته.

• تعريف إبيضاض الدم:

إبيضاض الدم، هو المصطلح الذي يمثل كل الأورام الحادة أو المزمنة المتميزة بالتكاثر في الأوساط المكونة للكريات البيضاء، إذا شملت الكريات البيضاء كل الدم أولاً.

عندما يحطم هذا التكاثر المرضي النخاع العظمي، يصبح إبيضاض الدم يشبه بصفة جزئية أو كاملة خلال التطور، بفقر الدم أو أعراض نزفية.

إبيضاض الدم، يمثل فوج لا متجانس لأمراض الدم الورمي، وهو معروف بانقسام خلوي غير منظم لخلية استنساخي ومكتسبة من الخلية المولدة للدم أو من بداية لسلاسل الخلايا النخاعية أو اللمفاوية، تشخيص هذه الأمراض يكون من خلال دراسة دموية وخلوية وبيو كيميائية، مع تطور المعلومات في مجال الوراثة الخلوية، أساس تقسيم (L'OMS : L'organisation mondiale de la santé) لإبيضاض الدم أمكن التفريق الجيد، ما بين العناصر المرضية، بفضل الأبحاث في الوراثة الخلوية، أين يكون الهدف مزدوج:

- هدف تطبيقي من أجل التكفل بهذه الأمراض، من خلال التشخيص، التنبؤ، اختبار ومتابعة العلاج.
- أما الهدف العلمي، فهو من أجل فهم الآليات الجزئية المسببة لهذه الأمراض¹.

¹Delamare, Dictionnaire de termes de médecine. Garnier. 22ème édition 1989 :p 507

• لمحة تاريخية عن مرض ابيضاض الدم: (la leucémie)

في عام 1850، وصف مرض "ابيضاض الدم" بصفة متتالية ومستقلة، في كل من: فرنسا، ألمانيا، وبريطانيا. من طرف: " Alfred Dané, David Cr aigrie"، وخاصة من طرف: "John Berme tt et Rudolf Virchow".

ظهر مصطلح "ابيضاض الدم" "Leucémie" لأول مرة في القاموس الطبي، في عام 1856، وهو منبع من مصطلح ألماني "Leukämie"، الذي أتى به الألماني "Rudolf Virchow" عام 1947.

بالأثيني، يعني "Leukos"، أي "أبيض لامع"، و "Aina" الذي يعني "الدم".

وهو يشير إلى "ابيضاض الدم"، كإدماج – إفراط في الكريات البيضاء وتضخم الطحال "la rate"، الكبد "le foie"، والغدد "ganglions".

يعود تمييز "ابيضاض الدم" واستقلاليته بالنسبة لأمراض الدم الأخرى في هذه الفترة، إلى نتائج تطور التقنيات والنظريات، في ثلاث ميادين:

1. علم المجهر (la microscopie).

2. ظهور نظرية الخلايا.

3. الاهتمام بالدم.¹

¹ www.news-medical.net/health/actue-myel

• أمراض الدم: (les hémopathies malignes)

▪ إبيضاض الدم: (la leucémie)

مقدمة:

يتميز ابيضاض الدم بتواجد خلايا سرطانية بالدورة الدموية، المسمّاة "الدم الأبيض".

ولإدراك صفة الخلايا المسببة في الإنحطاط الخبيث (la dégénérescence maligne)، يجب تفريق ما بين تطور الخلايا المسماة (lymphoïdes) أين نجد تفوق الصنف (B) على الصنف (T) وما بين الخلايا المسماة (les myéloïdes).

الخلايا (lymphoïdes)، يمكن أن تنتج إبيضاض الدم أو (les lymphomes).

والخلايا (myéloïdes) يمكن أن تنتج خاصة ابيضاض الدم.

وما يميز أيضا هذا السرطان، ويتطابق مع تطوره السريع، هو الخبيث الكبير للخلايا، والنتيجة تظهر في تفاعل المريض مع علاجه.

وحسب صنف المرض، فهي تظهر في مختلف الأعمار من الحياة.

جدول التصنيف:

التطور	أهم الأمكنة	الخلايا الأصلية
سريع وحاد، ذو خبيث كبير	الدم. النخاع (moelle).	Lymphoïdes B ou T. Les myéloïdes.
بطيء ومزمن، خبيث قليل		

• أسباب المرض: (l'étiologie)

كل أمراض الدم، تمثل نسبة اقل من 10% من مرض السرطان، ولكنه يمثل سرطان الطفل الأكثر تواجداً، فجنس الذكر أكثر إصابة من جنس الأنثى، وسن اكتشاف المرض يعطي لمحة عن تطوره. والأغلبية يظهر مثل أي سرطان آخر، أي عند الراشد والمسن.

وأسباب المرض راجعة إلى عوامل داخلية وأخرى خارجية.

▪ العوامل الخارجية: (les facteurs exogènes):

تكون جسمية، كيميائية أو تعفننية.

(1) جسمية: (physique)

التمثلة في الأشعة المصابة بطريقة عفوية (ionisantes) أو بدون قصد (Hiroshima).

أشعة مهنية (مثلا في بداية استعمال علم الأشعة).

أو قصدا لعلاج سرطان ما بالعلاج بالأشعة (la radiothérapie).

ينتج من هذه العوامل الجسمية خاصة (les leucémies myéloïdes) حادة أو مزمنة، تبدأ من 10 إلى 15 سنة، بعد التعرض للأشعة.

(2) كيميائية: (chimique)

- أدوية ضد السرطان.

- tabac – les pesticides – le benzol

(3) تعفنية: (infectieux)

عموما الفيروسات (les Virus) هم:

EBV -

HIV -

HTLV -

▪ العوامل الداخلية: (les facteurs endogènes):

- خلل وراثي (anomalie génétique)، مثل الصبغ (le chromosome)

(Philadelphia).

- خلل في تنظيم الخلايا المناعية.

- نقص في المناعة مثل في مرض السيدا (le sida).

B.HOERNI, Cancérologie et Hématologie Edition Masson.

Paris. 2001. P : 210, 211, 21

• أنواع ابيضاض الدم:

1) La leucémie lymphoïde chronique

▪ تعريف:

هي النوع الأكثر انتشاراً، وتصيب غالباً الشخص المسن، لا تعالج، ولكن تطورها بطيء، وهذا ما يفسر تجنب المريض للعلاج خاصة عندما يندم تواجد التدهور الإكلينيكي أو الدموي، وهي تخص غالباً الخلايا من النوع (B) أكثر من النوع (T)، مع تنبؤ سلبي.

▪ ظروف الكشف عن المرض:

غالباً وبفضل الفحص عن طريق (l'hémogramme) الذي يكشف على تواجد غير طبيعي للكريات البيضاء (une hyperleucocytose) عند شخص ذو صحة جيدة، غالباً الحدود المقبولة هي $10^9/L$ (lymphocytes). لكي يحدث ابيضاض الدم وتثبت التشخيص، يتم الفحص أيضاً ب (le myélogramme) الذي يكشف عن ثراء غير عادي ل (lymphocytes de la moelle osseuse) النخاع العظمي.

▪ العلاج:

يكون ب:

- المعالجة بالمواد الكيميائية (une chimiothérapie).
- الدواء الخاص: (le chloranbucil et les corticoïdes).

■ التطور:

يمكن أن يكون مستقرا لمدة طويلة أو بطيء التطور. وهذا غالبا بعد فترة تمهيدية حادة والتعرض للعلاج.

في حالات أخرى، التطور يكون أكثر سرعة والعلاج بدون فائدة، مع التدهور الشامل.

هذا النوع من ابيضاض الدم، هو خلل يظهر غالبا مع التقدم في السن، ولا يمثل خطرا كبيرا على الحياة، فيجب على الطاقم الطبي احترام جودة الحياة، ومتابعة المريض بطريقة غير متصلبة لمدة عدة سنوات.

(L.A.L) :La leucémie aigue lymphoblastique (2)

■ تعريف:

هو سرطان نادر والأكثر خطورة لذا الراشد بالنسبة للطفل.

تتميز بثلاث مميزات:

أ- Forte masse tumorale

ب- Faible déficit médullaire initiaux

ت- تجاوب سريعة للعلاج.

الخلل الأكثر تواجدا هو التحولات في الخلايا (lymphoïdes).

■ العلاج:

Induction (1)

يحتوي على العلاج بالمواد الكيماوية (une chimiothérapie

.générale).

(2) التقوية: (Consolidation)

تطبق على المرض في فترة الشفاء عن طريق (une chimiothérapie lourde) بعد التأكد من العلاج.

(3) المتابعة: (l'entretien)

زمنها يتغير حسب تطور المرض، وعموما تستعمل (une chimiothérapie) كل شهر.

■ التنبؤ والتطور:

- العلاج الأولي مرتبط أساسا بالسن، فكل ما كان الشخص المصاب صغير السن، كل ما زاد حظه في العلاج.
- (L.A.L) من النوع (B)، تعالج أفضل من النوع (T).
- عند الأطفال: 50% يعالج.
- عند الراشد: 25% يعالج.

(3) la leucémie aigue myéloblastique (L.A.M):

■ تعريف:

تتميز بتكاثر الخلايا النابتة من الخلايا الأصلية (les myéloïdes) وهي تحتوي على ابيضاض الدم (myéloblastique) وإبيضاض الدم (monoblastique)، تكرارها يزداد مع التقدم في السن، وذلك لسبب التعرض المزمن للعوامل المؤثرة على تطور المرض لعوامل ثانوية وعوامل أولية.

■ الأعراض: (la clinique):

تبدأ الأعراض الأولية بالظهور بصفة بطيئة بالإشتراك مع علامات تدل على عدم الكفاية النخاعية (عظمي) (l'insuffisance médullaire)، ومرتبطة مع تكاثر (myéloblastique).

■ التشخيص:

(l'hémogramme)، يؤكد التشخيص لمرض الدم، ويحتاج إلى ضرورة استعمال الفحص (le myélogramme) لتأكيد التشخيص.

■ العلاج: (une chimiothérapie)

- دواء (cytarlyne) بحركة قوية لتقوية الشفاء.

■ التطور:

- بالعلاج أو انعدامه، فتطور المرض يمكن أن يعرف تعقيدات.
- بعض العوامل المؤثرة مرتبطة بالحالة، مثل (السن، إصابة أو عدم الإصابة بأمراض القلب).
- وعوامل أخرى مرتبطة بالمرض بحد ذاته، مثل (التشوه الوراثي).
التنبؤ يكون في النهاية سلبي.
- 15% من الشفاء لدى الحالات المتقدمة في السن.
- 50% إلى 60% يكون عند الطفل.

la leucémie myéloïde chronique (4)

▪ تعريف:

يعتبر من ابيضاض الدم الأكثر انتشارا، والأكثر عنفا، عموما بتطور خلال 3 إلى 4 سنوات، نحو تحولات حادة، وهو متمرّد، وهو أيضا الحالة المرضية التي اكتشف لها العلاج الأكثر تواجبا.

▪ ظروف الكشف عن المرض:

في غالب الأحيان، يظهر تعب شديد، تدهور الحالة الكلية للصحة، الإحساس بالثقل على المعدة، يؤدي ذلك إلى الطلب بالفحص الطبي. وأحيانا فحص (hémogramme) يكشف على خلل في الكريات الدموية.

▪ التشخيص:

(l'hémogramme) يكشف عن (l'hyperleucocytose) ب50 إلى 500 L¹⁰.

(le myélogramme) يؤكد التشخيص بأخذ عينة من نخاع يسمح

بدراسة (le caryotype) ويكشف على تواجد (PH1) (le chromosome Philadelphia).

(le vitamine B12) مرتفع كثيرا.

▪ العلاج:

- العلاج بالمواد الكيماوية، في انتظار الزرع كمسكن ومهدئ (Palliatif) (chimiothérapie).

- استعمال الأشعة (irradiation corporelle)، للقضاء على نخاع
الملوث ب (le chromosome PH1)، وتبديله بنخاع أجنبي مناسب
للوصول إلى شفاء المريض.

■ التطور:

- أهمية وكبر السرطان هو علامة تنبؤ سلبي.
- 10 % من المصابين يعتبرون مرشحون لعملية زرع النخاع ونصفهم
يمكن أن يشخص (candidats à la allo greffe de moelle).
- إذا كان هذا العلاج غير ممكن أو غير فعال وإذا لم يجلب تعقيدات كبيرة
أو موت المريض، فايضاض الدم يتطور بصفة مزمنة مع مراحل شفاء
متبوعة بمراحل إنهيار.
- التحولات الحادة تبدأ بالظهور من 3 إلى 4 سنوات من بعد، وتبدأ
بالظهور بتواجد الحمى.
- تدهور الصحة الكاملة للجسم، الفرص للشفاء تصبح محدودة، ويصل
المريض إلى الموت بعد عدة أسابيع أو أشهر.

*B.Hoerni
Cancérologie et Hématologie. Edition Masson. Paris. 2001.
P : 216, 217, 220, 221.*

• الإعلان عن تشخيص مرض السرطان في فترة المراهقة:

(l'annonce du diagnostic a la période d'adolescence)

:(

يتميز الإعلان عن مرض خطير مثل ابيضاض الدم (la leucémie)

بعده مفارق:

من جهة الإعلان:

- يعتبر الكشف عن خبر سيء، ومن جهة أخرى يتوجب للمعلن شرح الأعراض التي كانت موضوع تساؤلات حتى الآن، وإعطاءها معنى.

- يتميز بطابع الخطر والموت، ومن جهة أخرى يتوجب توضيح المرض للسماح للمريض بالتعايش معه.

- يستدعي التطرق إلى العلاج المقترح ومن جهة أخرى التطرق إلى حدود العلاج.

- هو إلقاء حوار طبي ودقيق، ومن جهة أخرى هو محاولة تشجيع العلاقة بالمريض وإحترام كل الإعتقادات المرتبطة بالمرض.

إذا الإعلان عن التشخيص مرض خطير هو إرسال معلومة ذات نتائج وخيمة، مستمرة عبر الزمان، مع احترام حياة الفرد المصاب ومحيطه، وأخذ بعين الإعتبار التصورات المرتبطة بالمرض ومساعدة المريض إلى أقصى حد.

Patrick alvir, l'annonce du handicap à l'adolescence, librairie wibert, 2005, p : 09.

• مشكل الإعلان عن الحقيقة: le problème de la vérité

هل يجب قول الحقيقة أم لا، للمصابين بالسرطان في المرحلة النهائية من المرض؟

"Balint" يصرح ان عمل الطبيب لا يتمثل في التصريح للحالة بأنها سوف تموت، ولكن بالسماح لها بالتعبير عن ما تشعر به، بالنسبة لقرارها التحدث بصراحة حول الطبيعة النهائية للمرض، ليس علاجي في حد ذاته، بل هو علامة إكلينيكية للصحة، وعلامة تشير على استقرار العلاقة طبيب - مريض.

فسلوك "الهرب" لبعض الأطباء الذين يقدمون التشخيص، التنبؤ، والعلاج المقترح لحالات غير مهياة لاستقبال كل ذلك، يشير إلى ميكانيزم دفاع، باستعمال المعلومات.

"تعرف كل شيء، إفعل ما تشاء بذلك"، وهذا يشير إلى نمط علائقي "الصادية - شرجية" "sadique - anal"، وبالعكس بعض الأطباء لا يتطرقون أبدا إلى خطر الوضعية مع الحالات، وهم متيقنون أن الحالات لا تعرف أي شيء حول التشخيص.

وبالتالي، نتحدث الحالة حول خطر الموت مع عدة أشخاص، وأبدا مع الطبيب المعالج.

وهذا الموقف الطبي قد يعرقل حتما تطور التكيف النفسي الطبيعي للحالة بالنسبة للمرض السرطاني.

J.Guyotat, psychothérapie médicale, situation de pratique médicale, édition Masson, tome 2, paris, new York, Barcelone, milan,1978 P : 152

• التعايش مع مرض خطير في فترة المراهقة:

يعتبر المرض الخبيث مثل ابيضاض الدم، إصابة جسدية ونفسية، شفاءها صعب أو مستحيل.

هذا التعريف يظهر الجانب الغير مقبول عندما يحدث هذا النوع من الإصابة في فترة حرجة، نجد فيها أعظم التساؤلات مثل فترة المراهقة.

المراهق الذي يدرك بخبث إصابته، يجد نفسه أمام مستقبل غامض، حتى ولو أعلن له هذا المرض بصفة إنسانية، فتنحطم أحلامه وآماله، وتنشق سيرورة حياته، لأن هذا الخبر يؤثر في أعماق شخصيته، والدقائق التي يتم فيها هذا الإعلان تبدو وكأنها لن تنتهي، أبدية، ونتائجها تؤثر عليه وعلى عائلته، وتستمر طوال حياته، ولن تنسى أبدا.

عند الكشف عن المرض، يواجه المراهق إمتحان الواقع.

وحسب تعريف "le Robert": " إمتحان الواقع يتواجد بشرط وجود ألم، يجرب الشجاعة والمقاومة للشخص الذي عرف إسم مرضه".

وفي مفهوم التحليل النفسي، ففي الوقت الصغير أين أعلن التشخيص، سمع المريض من شخص آخر، التعرف على العلامات التي كانت تزعجه في إطار مرض معروف.

فالواقع الموضوعي لم يتغير، ولكن الواقع النفسي اضطرب وتشوش بصفة كبيرة، عند التواجد مع الطبيب الذي أعلن الإصابة بالمرض، فهو إذا يفسر له أنه تم ضياع الصحة الجيدة.

وفي منظور "S. Freud"، هذا فعلا إمتحان للواقع، لأن الشرط يتواجد في ضياع الموضوع المتمثل في الصحة التي تظهر مع فكرة المرض، ويتطلب ذلك مجهود نفسي كبير للتخلي على فكرة الصحة والقيام بالحداد (le deuil).

" مواضيع ضاعت، كانت في الماضي، تسبب سرور حقيقي". " S. Freud.

• الجسم وعلاقته بالمرض السرطاني في فترة المراهقة:

ابتداء من فترة المراهقة، يعرف الجسم تحولات تكون مصدر تساؤلات وإنشغالات عديدة، فالمرهقين لا يعرفون إلا قليلا الشعور بالهدوء الجسمي، وعندما يصاب مراهق بمرض خطير مثل ابيضاض الدم، يوجب عليه التعايش مع الضغوط المرتبطة بالمرض ونتائج العلاقة بين فترة المراهقة والإصابة وبالإضافة إلى ذلك يوجب عليه التعايش مع كل الإضطرابات العادية التي تميز فترة المراهقة.

هذا المراهق المتعود على الصحة الجيدة، يجد نفسه فجأة ضحية مرض خبيث، ذو تطور مزمن، فيشعر غالبا بالإحساس بالذنب لما ينتج المرض من ضرر لعائلته، فيحدث له كسر، وصدمة نفسية جراء الوعي والإدراك بهشاشة جسمه، الذي عاشه حتى الآن، وكأنه أبدي.

وعند تجاوز مرحلة إنكار المرض، يظهر على المراهق تقهقر عاطفي، محدود في الزمن وأحيانا مزمن وشديد. أما مشاعر الذنب، فهي تتجسد في تفسير المراهق هذه الإصابة بالمرض على أنها عقوبة لشعوره يوما بالكره اتجاه أبويه أو لتأثره يوما ما بالشعور بنزوة جنسية.

تعتبر الحرية الشخصية الظاهرة الأكثر خشية عند المراهق المصاب، وهي حرية القيام بأي عمل مثل أي مراهق في نفس السن، فما يزعج ليس المرض في حد ذاته، بل العلاج والمتطلبات المفروضة من التبعية الطبية، ويمثل ذلك خطرا لظهور التمرد على العلاج.

يخلق المرض عند المراهق صراع ما بين نمطين قويين، الأول يخص كل المراهقين، منذ بداية التحولات الجسدية والنفسية المرتبطة بمرحلة المراهقة، فيثير

سلوكيات التجربة وتحفز العلاقات مع العالم الخارجي، التعبير عن السلوكات الجنسية، وبالتالي التقدم والتطور الشخصي.

والنمط الثاني خاص بالمرض وتأثيره على المستوى الشخصي على ردود الفعل لمحيط المريض، فهذا ما يضخم الصعوبات ويعقد السيرورة الإستقلالية، يجرب مدى قوة حب الذات ويضع مقاومة شديدة لديناميكية التطور الشخصي.

*Patrick Alvir. L'annonce du Handicape à l'adolescence.
Librairie Wibert. 2005. Paris. P : 10, 11*

الفصل الثاني

الآثار النفسية الناجمة

عن السرطان

1) التكيف النفسي للمراهق المصاب بمرض ابيضاض الدم:

L'adaptation psychologique de l'adolescent leucémique

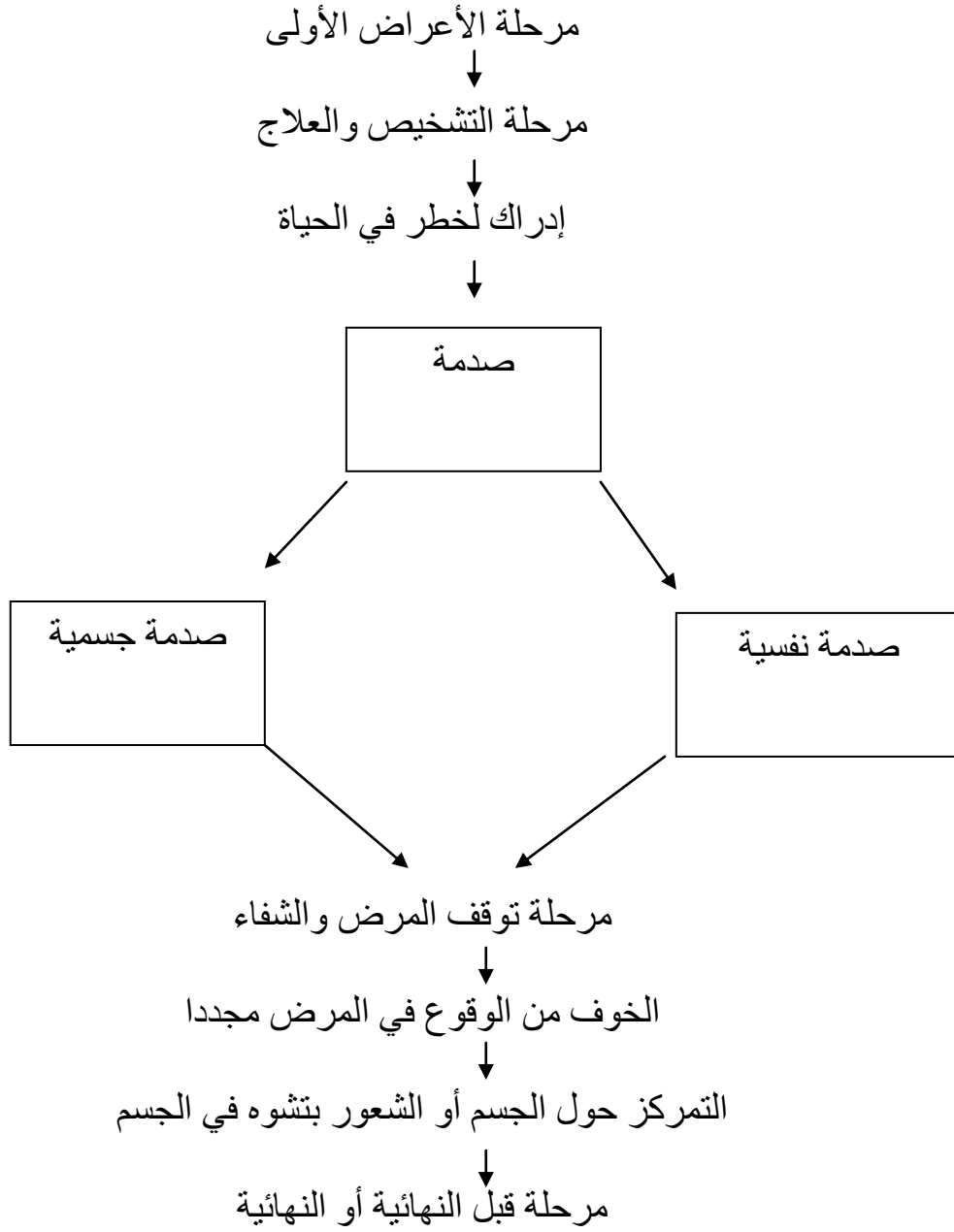
• تمهيد:

يصدر مرض السرطان، مجموعة من ردود الأفعال النفسية، عقلية أو حسية. فالتكيف النفسي لمرض السرطان يهدف إلى الإحتفاظ بالوحدة النفسية والجسمية، إلى استرجاع الإضطرابات العكسية (réversible)، وإلى تعويض الإضرابات التي لا تزول (irréversible). فردود الفعل النفسية في كل مرحلة من مراحل تطور المرض الخبيث، تدمج بصفة معقدة ما بين ذكرى التجارب السابقة، إدراك الخطر في المستقبل، وما بين الموارد المتواجدة، من قوة الشخصية، السند النفسي الإجتماعي والحالة العامة للجسد أي الصحة.

والمعاناة التي تتبع هذا الإدماج، تدل على القلق والإكتئاب.

إذا ردود الأفعال للمراهق المصاب بابيضاض الدم، تتمحور حول اللحظات الصعبة التي يعيشها خلال تطور المرض، فكل مرحلة هي تجربة التجارب السابقة، وتضم مرحلة الأعراض الأولى، الفحوص، التشخيص، الإنتكاس، والتخلي على الأمل، مرحلة ما قبل النهاية، والمرحلة النهائية، مع التدهور المستمر للصحة العامة، مرحلة الشفاء، وكل فترة تنتج أزمة نفسية.

إن التكيف النفسي لمرض السرطاني يختلف من شخص لآخر.



• مراحل تطور سيروورة التكيف النفسى لمرض السرطان

1) مرحلة الأعراض الأولى: (Phase des premiers symptômes)

تعتبر هذه المرحلة مواجهة واقع جديد، ملموس، وغير متوقع ومؤلم، طريقة التجاوب مع الأحداث قد تفسر المستقبل الجسمي والنفسى للمصاب. والأعراض الأولى، لا تتطابق حتميا مع إتخاذ قرار إستشارة الطبيب، فإنكار المرض (le déni)، وهو آلية دفاعية، من خلاله لا يؤخذ الشخص المصاب بعين الإعتبار، الواقع المؤلم، وقد يسبب ذلك تأخر في الإستشارة الطبية.

2) مرحلة التشخيص: (Phase du diagnostic)

تمثل فكرة "الإصابة بالسرطان"، ثورة نفسية، تغير مكانة الشخص بالنسبة إلى عالمه وتاريخه الشخصي. فالتأكد من التشخيص المخيف مرتبط بالإعلان عن الموت، فتجد الشخص المصاب ينشغل أساسا بتساؤلات تخص الحياة وأفكار متجهة نحو الموت، مشاعر تدل على هشاشة نفسية، معاناة، إنفعال، فتشخيص السرطان يؤدي إلى أزمة شخصية وعلائقية، يستمر زمنها حوالي ثلاث أشهر ل 70 % من المصابين.

(Weismann et Coll., 1976)

لفترة ظهور المرض أهمية لتفهم مدى تأثر المصاب نفسيا، لأن كل مرحلة من مراحل سيروورة الحياة متميزة بواقع بيولوجي نفسي، ثقافي وإجتماعي. وهذه الحقيقة تحدد الفروق في تقسيم نتائج الإصابة بمرض السرطان.

كما أن مرحلة الكشف عن المرض، تعين نوع التكفل النفسي للحالة عند المراهق، فإن الإصابة بالسرطان تؤدي إلى نقص أو ضياع الإستقلالية، فتتعدد المجهودات للوصول إلى التفرّد في هذه الفترة الحرجة من الحياة، يشعر المراهق بالخوف، القلق، والإكتئاب.

هذه المشاعر هي الأكثر تواجدا في مرض السرطان، وقد نجد مشاعر الوحدة والعجز، وفي حالة فقدان الأمل، قد يظهر عند المراهق سلوك إنتحاري والإنطواء على الذات.

الاحتفاظ على مستوى كافي من تقدير الذات، يسمح للكثير من المرضى بالإستمرار في الحياة، بالتعامل جديا مع الطاقم الطبي، أي تقبل العلاج وبالتعايش مع المرض وكأنه تحدي خاص، فنجد الشخص يستعمل الآليات الدفاعية بالتناوب التي تسمح له بتكيف أحسن للمرض، وهو الإنكار الواقع (le déni)، والتقبل.

الإنكار هو آلية دفاعية، يجعل الخطر، أكثر تقبلا، ويسهل استعماله، فهو آلية تكيف.

إنكار حقيقة التشخيص والتنبؤ في المرحلة الأولى من الإصابة بمرض السرطان، يمكن أن يرافق مع النتائج الشخصية، العائلية والإجتماعية للمرض، فقد يظهر الإنكار كآلية دفاعية فعالة، يسمح بالحماية ضد واقع جد مؤلم، لكن استعماله أمام خطر حاد يمكن أن يدل على هشاشة نفسية للمراهق لتقبل ومواجهة الصعوبات اللاحقة، ويقيم مستوى هذا الخطر بالنسبة للاستثمار الشخصي للمرض.

فبالإضافة إلى المسافة النفسية، قد ينضم إليها مسافة مكانية وذلك عن طريق آلية التجنب (l'évitement)، وهنا السلوك يدل على معاناة نفسية، فيؤخذ قرار بعدم متابعة العلاج المقترح أو إلى اللجوء إلى الطب التقليدي.

(3) مرحلة العلاج: (phase du traitement)

عدد كبير من الإجراءات التشخيصية والعلاجية في طب السرطان تبقى، رغم التطور الطبي، منبع مثيرات عنيفة للجهاز الحسي للمصاب، ذو نتائج غير مريحة.

أهم أسباب القلق المرتبط بالعلاج في طب السرطان ترجع إلى:

- مشاكل الأفكار المتجهة نحو الموت.

- مشاكل التابعية.

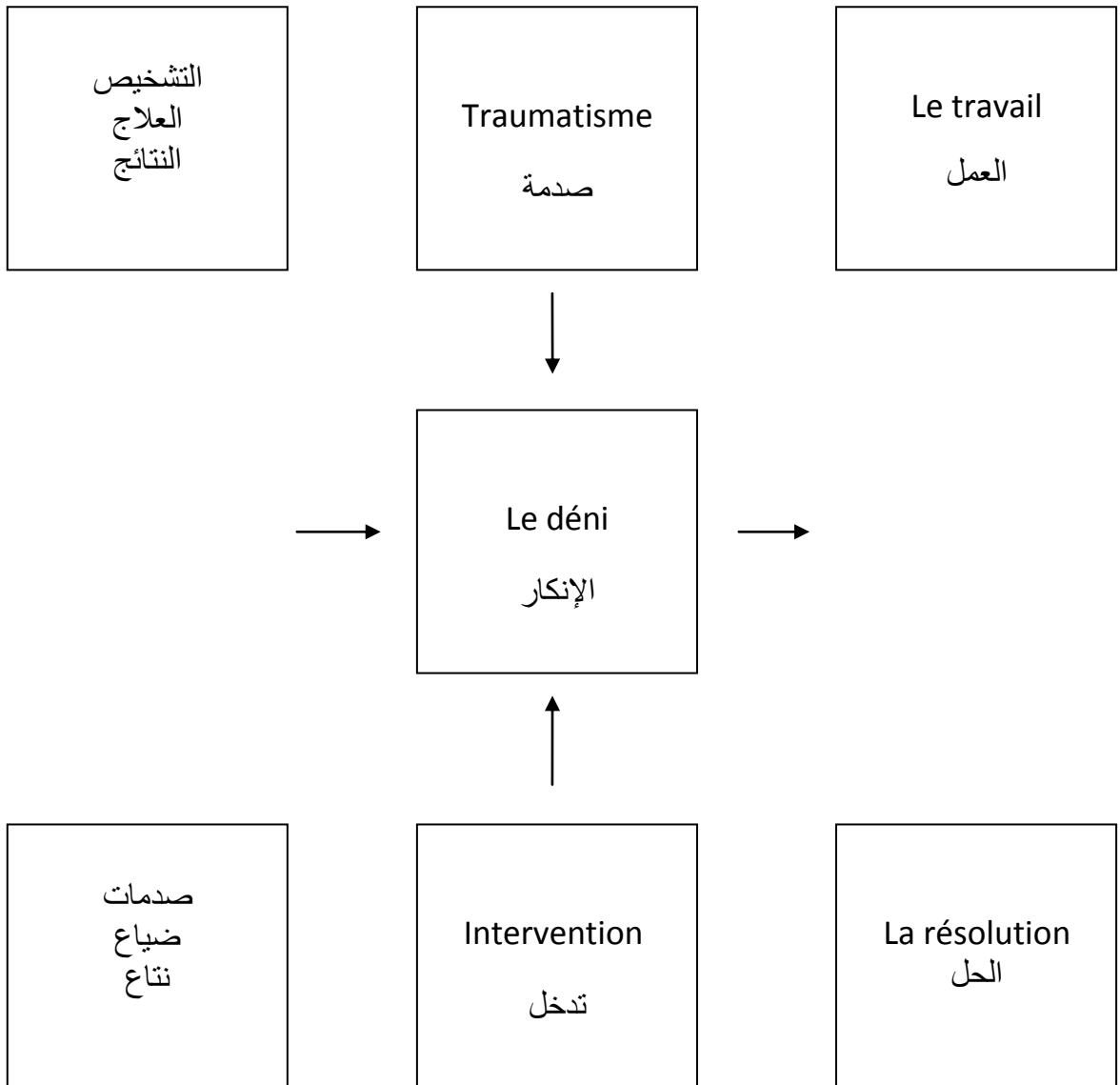
- مشاكل تشوه صورة الذات.

- عدم الراحة والأعراض الثانوية للعلاج.

- مشاكل متنوعة (مهنية، مادية).

عند المراهق، نسبة عدم الإنخراط للإجراءات التشخيصية والعلاجية مرتفع جدا (non-adh sion). ويفسر ذلك بتواجد مرض مسبب لقلق ومعاناة كبيرين، ولفترة حرجة ومضطربة وهي المراهقة، التي تتميز بالرفض الكثير لكل تباعية، وبالمقارنة مع الذي يتقبل العلاج، المراهق الذي يرفضه يظهر أقل معاناة وأقل قلق، مع إيمان أكبر في تأثير العوامل الخارجية على الصحة، كالحظ، والقدر، التواجب للسرطان يرجع إلى عوامل شخصية مختلفة من مراهق آخر، وإلى عوامل المقاومة.

• أهم مراحل السيرورة النفسية، النابعة من التشخيص والعلاج



4) مرحلة توقف المرض والشفاء: (Phase de rémission et)

(guérison)

المصاب يشعر بالتشوش والوحدة في هذه المرحلة، لأن ضاع منه الشعور بالتحكم الذي كان يستمده من إستلام العلاج، يشعر بالخوف من تكرر ظهور المرض وهي مرتبطة بالشعور بالهشاشة والقلق (متجه نحو الجسم)، وهذا الشعور لا ينقطع أبدا منذ بداية هذه المرحلة، وهذه الأخيرة ذو إيجابيات حيث أنها تؤدي إلى نقص في مستوى المعاناة النفسية وتدفع بالمراهق إلى محاولة الرجوع إلى الاستقلالية مع تكيف مع النتائج المزمنة والغير مزمنة لمرض السرطان.

Le syndrome de Damoclès

يتميز بشعور المريض بالقلق والكآبة، الخوف من الرجوع إلى المرض وإلى الإدراك بقصر الحياة، بينت دراسة عند أشخاص مصابين بمرض إبيض الدم في مرحلة الشفاء، أن الآليات الدفاعية الأكثر استعمالا هي الإنكار للواقع المرضي، التقمص بالمرضى الآخرين، والمشاركة النشيطة في حداد المصابين الآخرين، علاقاتهم جد قوية مع فرقة الطاقم الطبي، وتدل الدراسة على علاقة تبعية، وهذا يفسر الشعور بعدم الأمان للمصابين بمرض السرطان حتى في فترة الشفاء.

(Sanders et Coll., 1977)

Phase préterminale et) مرحلة ما قبل النهائية والنهائية: (terminale

هذه المرحلة تؤثر على للعائلة والمحيط، وتسبب للمريض وعائلته فترة معاناة جديدة. أهم المشاكل المتواجدة، تتمثل في:

- إضطرابات (مشاكل في التركيز، مشاكل في الذاكرة).

- إضطرابات المزاج (قلق، إكتئاب، إضطراب صورة الذات).

- اضطراب التكيف النفسي بالنسبة للمرض والاستشفاء.

- معاناة، خوف، رعب وحصر.

- قلق العائلة والإفراط في الإهتمام بالمريض والعناية به.

- تعب شديد، فقدان الأمل، الإنطواء على الذات.

- إضطراب التواصل ما بين العائلة والطاقم الطبي.

• ردود الفعل النفسية للمراهق المصاب بابيضاض الدم بالنسبة لنوع العلاج:

(1) العلاج بالأشعة: (la radiothérapie)

مدة التعرض لهذا العلاج تتراوح ما بين 2 إلى 6 أسابيع.

ويعتبر العلاج بالأشعة، مصدر معاناة نفسية للمراهق المريض، وهي مرتبطة غالباً مع الأعراض الثانوية الضخمة التي تصاحبها، وتتمثل في: الإستفراغ، التعب، نقص في الشهية، تساقط الشعر، جروح جلدية.

في البداية، ردود الفعل النفسية تتمثل في القلق والمخاوف المتنوعة، التي تخص الأعراض الثانوية وفعالية العلاج.

وفي نهاية العلاج، يصبح المزاج إكتئابي، يظهر الإحباط والشعور بعدم الراحة، وهذه الأعراض ارتكاسية لظهور الأعراض الثانوية، وخاصة التعب الشديد.

هذا العلاج الذي يخضع إليه المريض بصفة يومية، يمثل في نهايته، نهاية العلاقات المؤسسة مع فرقة الطاقم الطبي وتباعد الوقت بين المراقبات الطبية. فتظهر على المريض، مشاعر الخوف من التفريق وهشاشية نفسية.

فيتبين أن ظهور المعاناة النفسية الناتجة من العلاج بالأشعة، ناتجة عن عدة عوامل:

- تصور هذا العلاج، كعلاج مسكن

- الخضوع له في فترة معاودة المرض.

- المقارنة الاجتماعية مع مرضى آخرين، توفو بعد الخضوع لهذا العلاج

إن العلاج بالأشعة، يمكن أن يتسبب في حالات رعب، عند الأشخاص، وقلق مرتفع، الذين يتميزون بصفات الخوف من الأماكن الضيقة (Claustrophobie)، والخوف من الأماكن المفتوحة (L'agoraphobie)، ليس باستطاعتهم أن يلجوا إلى الآلية الدفاعية المعتادة، وهي التجنب (L'évitement) أمام الانعزال وضياع الأوجه العائلية.

(2) الجراحة: (la chirurgie)

يسبب العلاج بالجراحة، في مرض السرطان، ردود فعل نفسية حادة، وقد يسبب في اضطرابات عقلية، تبدأ هذه الأعراض في مرحلة ما قبل الجراحة، وبعد الجراحة، أو حتى عند عودة المريض إلى المنزل، وليس من السهل، التعرف على هذه الأفعال النفسية ولا على الطريقة الخاصة للتعبير على الإنشغالات والمشاعر، وميكانيزمات الدفاع، مثل التجنب والإنكار الخاص بكل مريض، المقابلات تسمح بتحديد هذه الميكانيزمات, في الوسط الريفى يبقى إظهار الخوف محدود، فالتعبير الحر على الخوف من الجراحة، يبدو وكأنه نقص في الصورة الذاتية وكضعف، ويحاول المريض الاحتفاظ على حب الذات.

فالمشاعر مثل عدم الرضا، الإحباط، وأقل منها الشعور بالغضب، يمكن أن تظهر، فهي مرتبطة بالمرض السرطاني، بالعمليات الجراحية وبالتغيير العادات الناتجة من الإستشفاء.

(3) المعالجة بالمواد الكيميائية: (La chimiothérapie)

الإستفراغ والغثيان، المرتبطة ببعض الأنواع من العلاج بالمواد الكيميائية، يمكن أن تسبب معاناة نفسية ضخمة تابعة بصفة كبيرة لدرجة التحمل بالنسبة للأعراض على العموم، وتكون مستثمرة عاطفياً.

في حالة الاستفراغ المنتظرة (Anticipatoire)، تبين أهمية المحيط النفسي الاجتماعي خلال حصص هذا العلاج وفعالية التقنيات الطبية النفسية.

(Briche et Coll., 1987)

(Cohen et Coll., 1986)

وهناك أيضاً هلوسات خاصة بالشم، تظهر بصفة منعزلة أو مرتبطة بالإستفراغ والغثيان، عدة مرضى يصرحون بأنهم يشمون رائحة كيميائية، فقط بالتقرب من مكان العلاج.

(Ness et Coll., 1983)

يمكن الإستفراغ والغثيان المتوقع، والهوسات النفسية، ذات آلية إنعكاسية مشتركة، وهو القلق المتوقع.

يمكن أن تصبح مصدر إنشغال دائم للمريض بالسرطان، وتجلب بذلك إضطرابات عاطفية (إكتئاب، قلق)، وسلوك مضطرب كالهروب والتجنب أو رفض العلاج. (Vol bey, 1983)

هذا العلاج يؤثر على المريض، وبظهور الأعراض الثانوية، نتفهم تطور
التبعية والخوف من النظام الصحي في نفس الوقت.

فيمكن أن هذا العلاج، يسبب بسلوك غير منطقي أو ردود فعل تدل على
الاكتئاب والقلق، هذا الأخير، خلال العلاج، يمكن أن يكون لديه حدة متغيرة
من شخص لآخر. ويمكن أن يمثل القلق استعدادات ضرورية للمريض لغاية
التكيف النفسي، لهذه الوضعية العلاجية التي تظهر كخطيرة وهي العلاج
بالمواد الكيماوية، وقد يبقي القلق وضعية جد صعبة أو صوبة تسير وضياع
الشعور بالتحكم.

*Darius Ra zani, Nicole Delvaux : Psycho-oncologie, le cancer, le malade et sa
famille. 2^{ème} édition. Masson. Paris. 2002. P : 70, 75, 77, 81, 91.*

2) اضطراب التكيف النفسي عند المراهق المصاب بابيضاض الدم :

(les troubles de l'adaptation psychologique)

• تمهيد:

إن ردود الفعل النفسية للسرطان، لا تعود فقط إلى التهديد بالموت أو إلى المخاوف وللنتائج نفس اجتماعية المرتبطة بالمرض السرطان، بل هناك عوامل غير مرتبطة مباشرة بالمرض، ويوجب اتخاذها بعين الاعتبار لاستطاعة تفهم سلوك المريض.

فردود الفعل النفسية للمراهق، تتعدد غالباً باضطرابات عقلية، وهذا ما يؤثر على التكيف النفسي وعلى تقبل العلاج و (Réhabilitation) للمريض.

فالإصابة بابيضاض الدم، تؤدي إلى ضياع الاستقلالية، ضرورة تبني الإجراءات التشخيصية والعلاجية الغير مريحة، وتؤدي إلى تلاشي الرغبة في تحقيق الطموحات الاجتماعية وإلى ضياع الدور الاجتماعي.

تتطلب الاضطرابات التكيف الناتجة من مرض السرطان إلى انتباه وإلى تدخلات خاصة، إذا أردنا تجنب نتائج جد وخيمة على جودة حياة المريض، وعلى التنبؤ.

حسب (LE DSM III 1987)، فاضطرابات التكيف (TA)، هو ارتكاس غير مكيف لعامل القلق، نفسي اجتماعي، يمكن التعرف عليه، يظهر ثلاث أشهر بعد التعرض لعامل القلق، طبيعة ردة الفعل الغير المتكيف، تتبين في تشوه الدور الاجتماعي او المهني وظهور أعراض مفرطة الحدة، بالنسبة لرد فعل عادي ومنتظر أمام عامل القلق، تتميز هذه الاضطرابات بسلوك عدواني (شجار)، اضطرابات في المزاج (انهيار)، وهي تقيد القدرات الشخصية العادية.

• تعريف اضطرابات التكيف النفسي لمرض السرطان:

لتعريف اضطرابات التكيف النفسي، يتوجب الرجوع إلى مفهوم (Coping)، هذه الكلمة الإنجليزية، تعني التحدي، مواجهة الصعوبات والتكيف، ولأن مواجهة واقع جديد، صدمة أو عامل مقلق، يدفع بالشخص لتطوير مجموعة من ردود الفعل العقلية، الحسية والسلوكية، التي بدورها تساعده على تقييم الصعوبات والتفاعل معها، فيتوجه نحو التكيف أو عدم التكيف.

ردود الفعل الشخصية بالنسبة للمرض السرطاني، متنوعة وترتبط بعوامل كثيرة (نفسية، إجتماعية، ثقافية).

(Gyarus et Coll., 1984)

(Weismann, 1979)

يمكن الذكر منها:

الصحة الشاملة للجسم – الإعتقادات – القدرة على تسيير المشاكل وحلها – جودة المساعدة الإجتماعية – الثراء المادي .

(Le coping) إذا هو سيرورة نشيطة، تساعد للتكيف، هدفه مواجهة الظروف الصعبة، والمحيط المتسبب في القلق.

(Hinolier, 1989)

(Mourey et Coll., 1989)

طبيعة التكيف تقوم بتقليص أو إلغاء عامل القلق المزعج والخطير، والحفاظ على مستوى توتر منخفض بالنسبة للمريض وعائلته.

دراسات أكدت أن التكيف يتعلق بالقدرات والثروات الشخصية (Gassileth et Coll. 1984)، وأن عوامل أخرى تؤثر على سيرورة التكيف، كعامل المساندة النفسية، الإجتماعية. (Ell et Coll. 1988)

فمن بالغ الأهمية التفريق بين مجهودات للوصول إلى التكيف، مع التكيف بحد ذاته، وما بين إضطرابات التكيف مع الإضطرابات العقلية.

قطب المجهودات للوصول إلى التكيف، يمثل الإستثمار الشخصي الهادف لثبات مستوى التكيف، لا علاقة له مع ضياع كبير ومزمن للشعور بالتحكم في الوضعية الجديدة الناتجة عن مرض السرطان، فالمجهودات المحققة تسمح بالإحتفاظ على قيمة الذات والشعور بالقدرة على التحكم في الوضعية الحالية وفي المستقبل.

القطب الثاني يتمثل في الإضطرابات العاطفية والإكتئاب الذي يتميز بأعراض أكثر خطورة وشدة، فيحدث شق حقيقي في التوازن النفسي العاطفي.

يتطلب التكيف عدة تطورات عبر مرور الزمن، لأنها تتطلب عمل نفسي، نظريا هناك عدة طرق لتطور التكيف، وهي:

● **متناسبة: (Proportionnel)**

في حالة ما إذا كان الشخص المصاب بالمرض، في وضعية قلق مزمنة، فيظهر تساهلات تكيفية بالنسبة لشخص آخر.

● **غير متناسبة: (Non proportionnel)**

عندما تكون التساهلات مستمرة، غير محدودة، عبر الزمن.

● **متناقضة: (Paradoxal)**

إذا كان التكيف غير متعلق بمميزات عوامل القلق التي تستمر عبر الزمن.

بما أن مرض السرطان وعلاجه يتطلب مجموعة من الوضعيات الخاصة التي يكون تسيرها من طرف الشخص المصاب، شيئاً غير سهل وغير فوري، يجب أن تتواجد الأعراض لمدة أسبوع على الأقل، قبل أن تشخص اضطرابات التكيف النفسي، وبتالي لا يكون التشخيص مفراطاً.

Darius Razani, Nicole Delvaux : Psycho-oncologie, le cancer, le malade et sa famille. 2^{ème} édition. Masson. Paris. 2002. P : 138, 142.

● المعانة النفسية والإكتئاب:

المرض السرطاني، يخلق عند الشخص معاناة نفسية كبيرة، يمكن أحيانا أن تتعدد باضطرابات عقلية.

(J. Holland) يعرف مفهوم المعانة النفسية كالتالي: "تجربة عاطفية مؤلمة، تؤثر على قدرات المواجهة للمرض السرطاني ولعلاجه، بصفة فعالة، والتي تظهر في سيرورة متواصلة تبدأ من مشاعر "عادية"، مشاعر الهشاشة النفسية، الخوف، الحزن، حتى تصل إلى صعوبات يمكن أن تتحول إلى إعاقة مثل القلق الشاد، الإكتئاب، العزلة الإجتماعية، أو النوبة الروحانية"¹.

العديد من المرضى، يواجه بصفة تدريجية، النوبة العاطفية الناتجة عن تشخيص المرض السرطاني، ويستعملون لذلك آليات للتكيف النفسي، تهدف إلى الحفاظ بالوحدة النفسية والجسدية، والتخفيض من نسبة المعاناة النفسية الناتجة من الألم الجسدي، الذين يواجهونه.

تتميز اضطرابات التكيف، بأعراض القلق والإكتئاب، وتوصف كمرتبطة بالوضعية الحالية، وبأنها عابرة، تختلف حدتها وهي مصدر معاناة، نتكلم عن الإكتئاب في حد ذاته، عندما تصبح هذه الأعراض مزمنة، فتنقص فرص التخلص منها، بصفة عفوية، ويمثل حاجز خطير، للقدرة على مواجهة هذا المرض.

ويمثل التعب النفسي من أكثر الشكاوي في الطب السرطاني، وهي تدل على حضور أو تطور المرض، وقد يكون التعب، عرض ثانوي للعلاج، ويدل أيضا، على الثقل النفسي، للمرض السرطاني.

¹ Holland. J. C. Practice guidelines of the management of the psychological distren oncology1999, P: 113.

Euro – cancer.2000, compte rendu la 6/7/8 juin 2000, palais des congrès, paris P: 299

فإن التكيف النفسي لمرض خطير على الحياة، يتطلب مجهودات نفسية ضخمة، يمكن أن تنتج إرهاق شديد وهو إشارة تدل على الاكتئاب، فالشخص، يتطلب منه، اجتياز مراحل حزن وقلق، مع تطوير أفكار حول موضوع الموت ومعنى الحياة، فيعيني ذلك حداد متنوع وكثير.

في الميدان، تظهر صعوبة تشخيص، الأعراض الخاصة بالاكتئاب، وتمن الصعوبة، في التفريق بين ردود الفعل ذات طابع إكتئابي، والإكتئاب كمرض، لأن الشعور بالحزن، يعتبر كعادي في هذه الظروف الصعبة، وتبقى كل الإضطرابات التكيف، تستلزم تكفل نفسي.

• الوصف الإكلينيكي لإضطرابات التكيف لمرض السرطان:

يتطلب السرطان أكثر من أي إصابة، مجهودات (تمتد من عدة أيام إلى عدة أشهر) مستمرة للتكيف وهذا ما يؤدي إلى الشعور بعدم الإستقرار، فالوصول إلى التكيف للمرض، ليس حتمي، ويختلف من شخص لآخر، القلق والإكتئاب لا يفسران دائما إضطراب في التكيف، بل يمكن أن يمثلتا نتيجة المجهودات المستمرة للتكيف النفسي لمرض السرطان.

أهم أعراض القلق والإكتئاب، الملاحظة عند الشخص المصاب بالسرطان

أعراض القلق

- بكاء شديد.
- خوف رعب.
- الشك في فعالية العناية والعلاج، والقدرات المهنية للأطباء.
- الشعور بعدم التحكم.
- يقظة مفرطة وحالة نشاط مستمرة.
- توقع خطر لا يمكن تجنبه.
- إضطراب في الذاكرة والتركيز.
- عدوانية لغوية و سلوك متهور.

أعراض الاكتئاب:

- الإنعزال الإجتماعي.
- هيجان أو بطيء نفسي حركي.
- ضياع الإهتمام بالأنشطة العادية.
- فقدان الأمل، تشاؤم.
- الشعور بالذنب.
- الشعور بعدم التفهم وعدم التعرف على المرض.
- الشعور بعدم القيمة الإجتماعية.
- ضياع حب الذات.
- إنهيار، عدم الإنتباه والسرور بالأخبار المسعدة.
- أفكار تتمحور حول الموت.
- توتر، بكاء سريع، أفكار إنتحارية.
- إفراط أو تفريط في الإنتباه إلى الصورة الجسمية.

Darius Razani, Nicole Delvaux : Psycho-oncologie, le cancer, le malade et sa famille. 2^{ème} édition. Masson. Paris. 2002. P : 137

• الألم في مرض السرطان:

▪ تعريف:

في الكتاب الكلاسيكي للطب الداخلي "Harrissons"، يعرفان " Adams et Rosnik"، الألم "كتجربة حسية تساعد الإنسان على إكتشاف المرض، وبالتالي كعلامة خاصة، يؤدي غيابها إلى الشك في التشخيص"، للألم جانبيين مترابطين، نفسي وجسمي وعدم اعتبار هذا الألم يؤدي إلى أخطاء تقييمية، لأنه طريقة تواصل بين المريض والطاقم الطبي.

للألم قاعدة بيولوجية، ولكن معاشه يبقى مرتبط بالتربية، بالمستوى المعرفي والوضعية الحالية للشخص المصاب.

وللألم معاش نفسي خاص بكل فرد، حتى ولو بقيت ردت الفعل الأولى هي القلق، لأن الألم هو ضياع الوحدة (intégrité) الجسدية، ويدل على عدم القدرة على التفاعل.

المتألم يشعر بالذنب، ويتساءل على المستقبل قد يؤدي ذلك للإكتئاب، خاصة عندما يؤخذ هذا الألم مكانة كبيرة في حياة الفرد، وفي حوار، فهذا الأخير قد يطلب بصفة متكررة أن يتفهمه الأطباء، وإذا لم يحقق هذا الطلب يمكن أن يؤدي إلى النبذ من طرف الطاقم الطبي، وبالتالي إلى العزلة والوحدانية.

Laurent Chenei: Psycho. 3^{ème} édition. Les soignants face à la psychologie des maladies. Lamar. 1999. P : 77.

■ خصائص الألم السرطاني:

يعتبر الألم في مرض السرطان عرض معقد، يحتاج لتقييم معمق، بالإضافة إلى الفحوصات الطبية التي تكتشف على الأسباب العضوية للألم، وما يساعد لعلاجه هو السلم التقييمي اللفظي فهو ذو أهمية كبيرة لتقييم الإحساس بالألم.

وهذه الوسيلة تأخذ غالبا بعين الاعتبار الجوانب العاطفية التي تتدخل في تجربة الألم. (Nelyach et Coll., 1968)

(Hilgard, 1986)

لفهم المشاكل المتعلقة بالألم يجب دراسة السيرورة العاطفية التي تتركب تجربة الألم وخاصة أن المرض السرطاني وعلاجه ينتج عنهما أعراض جانبية، وأعراض القلق والإكتئاب. فإن الألم المتواصل والمزمن يؤدي إلى المعاناة النفسية (la détresse émotionnelle).

عندما يعتبر المريض بالسرطان، أن الألم هو علامة تدل على تطور المرض وليس لسبب آخر، فإن اضطرابات المزاج تصبح أضخم (Dant et Coll, 1982)، وبالتالي فإن المعنى الذي يربطه بالألم يؤثر على ردود فعله، وبالعكس فإن القلق يؤثر على ميكانيزمات (les mécanismes d'attention).

فالمريض يصبح يدرك العلامات التي تشير إلى التغيرات في سيرورة المرض.

يمكن ربط الألم بالإكتئاب في جدول إكلينيكي

واحد (Von Rorffet et Coll., 1996) ، على مستوى (Neurobiologique)

يمكن أن الميكانيزمات المتدخلة في الإحساس بالإكتئاب تلعب دورا في الإحساس بالألم وانتقال الشعور بالألم يمكن أن يكون متأثر بالمعاناة النفسية أو اضطراب حصري أو إكتنابي.

دراسة التأثير النفسي للألام السرطانية تتطلب أخذ بعين الاعتبار مختلف الجهات:

- الألم المستمر منذ زمن طويل (douleur chronique) ينتج إضطرابات في المزاج، أكثر خطورة على الألم الحاد.
- عدم الإرتياح النفسي المرتبط غالبا بالألم، يترافق بعدم الإستثمار للواقع وللأشياء، وبالشعور بالعقوبة، ومع مرور الوقت، يصبح الألم أقل تأثير، بفضل إتجاه إهتمام المريض نحو أجحة أخرى كانت مستثمرة من قبل.
- الضرر الجسدي يعيق السيرورة النفسية الخاصة التي تؤدي بالشخص المريض نحو الحفاظ على الذات (l'autoconservation) وتجنب الإحساس بعدم الإرتياح.

• أهم المقاييس في الألم السرطاني:

- مقاييس تخص بالألم:

المعنى الممنوح للألم – التجارب السابقة للألم – التكيف للألم.

- مقاييس تخص العلاج:

المعارف الخاصة بالعلاج – الإنشغالات الخاصة بالعلاج – التكيف للأعراض الجانبية.

- أهم وسائل التقييم:

- التصور الذهني لمكان الألم (les représentations).

- الصورة الجسمية (le schéma corporel).

Darius Razani, Nicole Delvaux : Psycho-oncologie, le cancer, le malade et sa famille. 2^{ème} édition. Masson. Paris. 2002. P : 190.

(3) الارتكاس النفسي لعائلة المراهق المصاب بابيضاض الدم (les réactions psychologique de la famille de l'adolescent leucémique)

• تمهيد:

لا يتضرر فقط المراهق المصاب بالسرطان، بل أيضا أفراد عائلته. فالعائلة هي مصدر العلاقات العاطفية الأكثر شدة، وظهور مرض بهذه الخطورة، يشوشها حتميا.

نتائج هذا المرض تتمثل في مجموعة من النوبات المتتالية، تصبح بصفة مستمرة، تحديا للقدرات التكيفية للعائلة.

وهي نوبات تتعلق بظهور الأعراض الأولى، بالتشخيص، بالعلاج، بعودة المريض إلى المنزل، وبالمرحلة النهائية وحتى الموت.

إن مفهوم القلق، يعتبر الأكثر دلالة على الصدمة النفسية لمرض السرطان عند المراهق المصاب، فيمكن استعماله أيضا على عائلة المريض بالسرطان، فمن المعتاد ملاحظة اضطراب على المستوى العاطفي في العائلة، وهذا بعد التعرف على التشخيص، فمن جهة تواجه العائلة مشاعر الخوف، والحزن، وبالتناوب أوقات يأس وأوقات أمل، ومن جهة أخرى، فالعائلة هي منظمة نشيطة، تتميز بتوزيع للأدوار والمسؤوليات، فالمرض يتطلب منها القيام ببعض الواجبات:

- كمحاولة مساندة المريض.

- المشاركة في القرارات الطبية وفي العناية بالمريض.

لتقييم القدرات العائلية لمواجهة السرطان، يجب دراسة المميزات النفسية لكل فرد من أفرادها، ثم دراسة النظام العائلي في خصائصه التكيفية، في طريقة اتصالاته وفي تطوره وفي التشابك بين أفراده.

أهم المميزات العائلية المساعدة للتكيف النفسي تتمثل في:

- نضام لين، يسهل عملية التغيير في الأدوار.
 - علاقات عائلية وداخلية وعلاقات خارجية، تسمح بالتعبير عن الإنشغالات (الاتصال).
 - القدرة إلى اللجوء إلى نظام الصحة.
 - جودة العلاقة مع الأخصائيين في الطب.
- وبالإضافة إلى ذلك فإن نوع الإنتماء الثقافي للعائلة يؤثر على القيم وسلوك الأفراد والمعتقدات.
- على طريقة التواصل مع الأطباء، يؤثر على إستقلالية المريض على تفسير العائلة إلى سبب السرطان، التعبير عن الألم ونوع العلاقة مع المريض في المرحلة النهائية لمرض السرطان.
- عندما تأخذ هذه الإختلافات بعين الاعتبار، يمكن تفهم الإختلاف في التكيف النفسي للمراهق ولعائلته في المرض السرطاني.

(Cook Gotay, 1996)

• مراحل سيرورة التكيف النفسي للعائلة:

(1) مرحلة التشخيص والعلاج:

بالتعرف على تشخيص مرض السرطان، تدخل العائلة في نوبة عاطفية حادة، منبعا خطر الموت للشخص المصاب بالمرض، وتظهر تساؤلات حول التخيلات الأبدية للمريض ولعائلته (Fantasme d'immoralité).

(Cohen et Coll., 1978)

هذه الوضعية المؤلمة تنتج لدى أفراد العائلة، مشاعر الخوف، تشوه الواقع، هشاشة نفسية، عدم القدرة والشعور بالذنب، البحث عن المعنى.

معظم العائلات، باستطاعتها مواجهة تشخيص مرض السرطان، بالرغم من الألم الناتج عنه، ولكن عدة دراسات تبين المعاناة النفسية والإضطراب النفسي إجتماعي الناتج عنه.

(Maguire, 1981 – Northouse et Coll., 1987)

(Pouten et Coll., 1993)

جودة المحيط العائلي تؤثر على التوازن النفسي لأفراده.

فمحيط عائلي متميز بعلاقات حسنة، ومستوى قليل من المشاكل يتمشى مع مستوى أدنى من المعاناة وقدرة أحسن على التكيف، بالنسبة لعائلة يتميز جوها بعلاقات سطحية ومستوى مرتفع من المشاكل.

يدخل مرض السرطان في العائلة خطر الضياع والإنفصال، وهو يمثل خطرا على العلاقات العائلية التي تتغير وتتطور بالنسبة لنوع التجارب العلائقية الأولية.

(Bowlby 1969-1991)

(Ainsworth et Coll., 1974)

هذه التجارب تؤثر على أفراد العائلة في طريقة تصرفهم ومواجهتهم للمرض، وبالتالي يمكن التفريق بين العائلة "القوية" والعائلة "أقل قوة".

(Weil et Coll. 1996)

في إطار العائلة التي يتواجد فيها علاقات غير مطمئنة (Insécurisant).

المصاب بالسرطان لا يشعر بأنه مقبول ومطمئن، فأفراد عائلته متمركزين نحو إحساساتهم الخاصة فقط، فيعزلون المريض أو يتبنون سلوك التأييب، أما في إطار العلاقات المطمئنة، طريقة الإتصال المفهومة، الواضحة، التشارك في الإنشغالات والنظرة المشتركة للواقع، يمكن أن تتطور وتسمح علاقة متينة ومشاركة أمام التغيرات التي يتطلبها المرض السرطاني.

إذا يتبين أن المعاناة النفسية لأفراد العائلة، مرتبطة بنسبة التوازن والتكيف.

فالتوازن العائلي يتكون من العلاقة العاطفية والتحافات بين أفرادها، فنسبة كبيرة من التوازن تتميز بالاندماج وإفراط في التقمص، وبالعكس، نسبة قليلة من التوازن، تظهر في التفكك والبرود العاطفي، وهذه الإفراطات تعتبر كمرضية.

فالتكيف هو القدرة للنظام العائلي والزوجي، أن يغير بنيته (الأدوار، الأحكام، القواعد الداخلية)، أمام القلق الناتج عن الوضعية المرضية.

أما التصلب (وهو عدم القدرة على التغيير)، التغيير المستمر والتوزيع الصلب للأدوار العائلية، لا يتناسب مع التكيف نفسي ومواجهة المرض، فيشعر المراهق المصاب بالسرطان بالوحدة والانعزال أو يصبح مصدر انشغال و إفراط في الحماية من طرف أفراد العائلة، فتصبح العائلة مضطربة بسبب القلق، فلا تستطيع أن تلعب دورها كما يلزم أي مساندة المراهق المصاب .

بالإضافة إلى الصدمة النفسية جراء هذا التشخيص، تتغير طريقة التواصل للعائلة، داخليا وخارجيا، فيمكن أن يتشوه، ينعدم أو يصبح منعكس.

ضرورة التحكك مع المحيط الطبي، تخلق علاقات جديدة. فالتحالف بين العائلة والطاقم الطبي، ضروري وهام جدا، لمتابعة الإجراءات التشخيصية والعلاجية، ولتحمل المريض الأعراض الثانوية والإستشفاء المزمّن.

من الضروري للعائلات ذات مراهقين مصابين بمرض السرطان أن تساعدتهم لتطوير الإستقلالية، بدون سلب الشعور بالطمأنينة، ويتوجب منها تحفيز علاقات المراهق مع أقرانه، لثبات شخصية وهويته، وتحديد الأهداف المشتركة، أن السرطان يؤثر على تطور شخصية المراهق، وبالتالي تكثّر الصعوبات المرتبطة بمشكلة تفرد المراهق.

2) مرحلة توقف تطور المرض السرطاني والشفاء:

تتمثل الصعوبات العائلية في هذه المرحلة في البحث عن إشباع الحاجيات الخاصة لكل فرد، التكيف النفسي للتغيرات في الأدوار، وفي طبيعة الحياة، وكيفية تسيير المستقبل الضامن.

(Northouse, 1984)

عندما تبتعد خطورة التهديد بالموت ويجد المريض نفسه يعود إلى الحياة، يتغير تسليط إنتباه العائلة على المريض وتظهر حركة إبتعاد نفسية عن المريض (Distanciation psychique).

عند أفراد العائلة، الشعور المهيمن في هذه الفترة، يتمثل في الخوف من إيذاء المريض، الشعور بالإحباط، وهذا راجع إلى عدم إشباع الرغبات الشخصية لأفراد العائلة ولمدة طويلة، جراء المرض وما يتطلبه والشعور بالذنب عند التمتع بأنشطة خارجية.

بالإضافة إلى نتائج العلاج للمرض السرطاني، تترافق مع حاجة المريض الدائمة للمساعدة، إرضاء هذه الحاجة، يؤثر على إرضاء الحاجات الشخصية لكل فرد من أفراد العائلة

فرغم توقف تطور المرض السرطاني، يستمر الشعور بعدم التأكد الذي يتعلق بأسباب ظهور المرض، السلوك أو الأفعال التي يجب تجنبها أو تبنيها لتفادي إعادة ظهور المرض السرطاني.

هذه المرحلة، هي فترة الهدوء بعد العاصفة، ولكن هذا الهدوء ليس حتمي، يبقى قلق المريض مستمر، فكل إضطراب أو عرض جسمي، يخيفه من معاودة المرض.

متأثرة بتجربة السرطان الصعبة تبقى العائلة تعاني من القلق.

(Northouse, 1984)

3) مرحلة ما قبل النهائية والنهائية:

في هذه المرحلة، هدف العلاج المقترح للمريض، لا يتمثل في الشفاء، بل يكتفي بتسكين الأعراض الجسمية والنفسية الناتجة عن تطور المرض السرطاني.

هذه الفترة تتميز بتبعية كبيرة جدا للمراهق بالنسبة لمحيطه، فتنخفض استقلاليته بصفة سريعة، ويصبح لا يستطيع القيام بأبسط الأشياء الضرورية في الحياة، بالنسبة للمراهق وعائلته، هذه الفترة، هي مرحلة جديدة من المعاناة وانتظار نهاية متشائمة وقاتلة، طريقة الحياة العائلية تضطرب وتصبح الوحدة العائلية في خطر.

تتمثل أهم المشاكل المواجهة من طرف العائلة في:

- التواصل مع المريض في ما يخص موضوع الموت.
- العناية الجسمية والعاطفية للمريض.
- مشاعر الضياع والتفريق.

(Northouse, 1984)

فيما يخص التواصل:

61 % إلى 78 % من العائلات، تصرح بعدم التكلم في موضوع الموت مع المراهق المريض.

(Krant et Coll., 1977-1978)

وحسب (Huiton 1981): يظهر أن العائلات تتبنى سلوكيات متنوعة عند إقتراب الموت، فمنهم من يتواصل بصراحة ويقوم باستعدادات لموت المراهق المصاب ومنهم من ينكر الواقع المؤلم ويهرب منه.

إن انعدام التواصل يرتبط بالرغبة في الحفاظ على الأمل وتجنب المعاناة المرتبطة بهذا النوع من التواصل.

Darius Razani, Nicole Delvaux : Psycho-oncologie, le cancer, le malade et sa famille. 2^{ème} édition. Masson. Paris. 2002. P : 216, 224, 232.

4) قلق أفراد الطاقم الطبي أمام مرض السرطان

(Stress du personnel soignant)

• تمهيد:

من الملاحظ حالياً، أن الأخصائيين في الصحة، وخاصة الذين يتعاملون مع المصابين بالسرطان، يواجهون صعوبات كثيرة، تؤدي بإلغاء عملية التواصل (la communication).

(Suhuby et Coll., 1976)

عدة فرضيات تفسر هذه الظاهرة، والنظرية المهيمنة هي التي تشير إلى القلق، خاصة عند مواجهة الموت أو المرحلة النهائية لمرض السرطان، وهذا لأن التكوين الأصلي للطاقم الطبي، يبقى متمركز حول شفاء المريض، وبالتالي هذا يؤدي إلى صراع بالنسبة إلى ضرورة استعمال العلاج المسكن (Palliatif) من جهة.

ومن جهة أخرى، تطور التكوين الطبي و القدرات التقنية يآثر سلبياً على جودة العلاقات، وبالإضافة إلى صعوبة مواجهة ردود الفعل المعبرة عن المعاناة النفسية للمصابين، فهم يتجنبون هذه الوضعيات، لتجنب القلق، وبالتالي ينقطع الاتصال مع المراهق وعائلته.

(Master son et Coll., 1985)

فالعناية بمرضى لديهم تنبؤ متشائم، يؤدي بضرورة إدراك قياسات وأوجه كثيرة للموت، وردود الفعل تتغير أمام هذه الأوجه، فالقلق الناتج من وضعية ما، يتعلق بعوامل شخصية، مثل التكوين، التجربة وإستراتيجية التكيف.

فالقلق في حد ذاته هو ظاهرة معقدة ومتعددة التواصل.

• الإرهاق النفسي (العوامل الخاصة بمهنة الطب) حسب

(Breithorn et Coll., 1993)

<p><u>طبيعة السرطان:</u></p> <ul style="list-style-type: none">- قاتل بنسبة كبيرة.- خبيث ومزمن.- خطر الموت.
<p><u>طبيعة العلاج:</u></p> <ul style="list-style-type: none">- ذو فائدة غالبا محدودة.- أعراض ثانوية كثيرة.- علاج عنيف ومشوه.- تعقيدات التقنيات العلاجية.- العلاج المسكن (Palliatif).
<p><u>القرار العلاجي:</u></p> <ul style="list-style-type: none">- قرار يؤخر على مصير الحياة.- أخطاء ذو نتائج وخيمة.- تجربات عيادية.- أخذ القرار بعدم الإنعاش.

ردود الفعل المريض وعائلته:

- انتظار نتائج غير واقعية.
- قلق وإكتئاب.
- حداد.

الصراع:

- عدم التراضي على العلاج المقترح.
- صراع بين العيادي والبحث.
- إفراط في العمل.
- الإنعزال الإجتماعي لأفراد الطاقم الطبي.
- الصورة المثالية.
- الصورة المقلقة للآخرين.

خصوصيات الطبيب:

- الخوف من السرطان.
- الشعور بعدم القدرة.

• Le syndrome de Burnout

• الإرهاق المهني: (L'épuisement professionnel)

قد يتطور هذا الإرهاق المهني، جراء القلق الدائم في مكان العمل، وهو مجموعة أعراض تدل على تعب شديد، وهو يتميز بهذه الأعراض:

- قلة التحمس إلى العمل.
- صعوبة التوجه نحو مكان العمل.
- مزاج مكتئب، إنفعال، غضب والشعور بالإحباط.
- عدم المبالاة، سلبية، نقص في مدة العمل.
- نقص الشعور بالمسؤولية إتجاه المرضى وعائلاتهم، أو الزيادة في مدة العمل، مع قلة الإلتقان والشعور بالأهمية، وكأنه أحسن من زملاء.

▪ تعريفه:

(Mas Lach et Coll., 1982)، عرفا الإرهاق المهني، بمجموعة أعراض،

متميزة بثلاث خاصيات، التعب النفسي (L'épuisement),
dépersionalisation) الشعور بعدم تحقيق الذات وتشوه في الذات ,التعب
يظهر عبر قلة الثراء الشخصي، ظهور مشاعر مثل عدم القدرة على منح
المساعدة النفسية اللازمة للمرضى.

عدم تحقيق الذات يظهر في الشعور بالدونية، وتشوه في الذات يظهر على

شكل سلوك سلبي وغير مبالي لإحساسات ومشاعر المرضى، وزملاء العمل.

بعض العلماء، طوروا سلم تقييم حدة أعراض الإرهاق المهني وهو

(MBI).

فيتبين من خلاله، أن الإرهاق متعلق بالإفراط في مدة العمل، بقلة تلقي مساعدة إجتماعية، وبدرجة تقييم وحب الذات. وما يطور هذا الإرهاق هو القلق، قلة القدرة على التحكم، مستوى المميزات الشخصية لكل فرد من الطاقم الطبي ومستوى المحيط المهني.

دراسة (Copey Castillo et Coll., 1999)، تبين أن نسبة القلق مرتفعة

جدا، في مصلحة الطب السرطان، بالنسبة للمصالح الأخرى (طب داخلي، infectieux).

• أهم العوامل المؤدية لقلق الطاقم الطبي:

- تدهور الصحة العامة للمريض.
 - التعامل مع عائلة المريض.
 - المعاناة النفسية الكبيرة للمريض.
 - عدم التقبل والإخضاع للعلاج المقترح.
 - سن أفراد الطاقم الطبي، يتراوح في الخمسينات، والعزوبة.
- الوقاية من الإرهاق المهني يتطلب التحكم في تقنية تسيير القلق (la)
(gestion du stress)، وهذا لهدف تحسين التكيف النفسي لأفراد الطاقم الطبي،
وبالتالي مساعدة فعالة للمراهق ولعائلته.

Darius Razani, Nicole Delvaux : Psycho-oncologie, le cancer, le malade et sa famille. 2^{ème} édition. Masson. Paris. 2002. P : 255, 264.

خاتمة الفصل

ردود الأفعال النفسية، إتجاه المرض السرطاني، تتنوع، وتتعدد، وذات جانب إيجابي وسلبى، في نفس الوقت، ولنفس الشخص، مثل: الهروب في بداية تطور المرض، وإنكار تواجد المرض، فيمكن أن يتسبب ذلك، في نتائج وخيمة، لأنه يمنع الإستفادة بالعلاج، لغاية الشفاء، وفي المرحلة النهائية لتطور المرض، يمكن لنفس الآلية الدفاعية، أي الهروب، أن يتجنب بها المريض، التسلط العلاجي (L'acharnement thérapeutique)، فإن العوامل العاطفية تؤثر على جودة ومدة الحياة للمراهق المصاب، ومن الضروري لمحيطه إدراك هذه المشاعر، لمرافقته في الصعوبات التي يتلقاها طيلة مرضه، وأيضاً، للتعرف على المراهقين المعرضين أكثر، إلى المعاناة النفسية.

التعقيدات الناتجة عن السرطان، وعن المعاناة النفسية، تتطلب علاج خاص، ومكيف، وتدخل متعدد التخصصات، أي إدماج، طب عام، مدرك بظروف المريض، مع علاج مناسب لفرصة الشفاء و التمسكين.

فإن وضعية المرض السرطاني، تنتج في كل مراحل التطور، صعوبات وإحتياجات خاصة، عند أفراد العائلة المصابة، و عدة تدخلات، يمكن أن تقترح للحفاظ على جودة الحياة، والتحكم في القلق الذي يعتبر العرض الأكثر تواجدا في فترة النوبات، في مرحلة التشخيص، العلاج، العودة إلى المنزل، في المرحلة النهائية و حتى عند الوفاة.

إن المساعدة النفسية، لأفراد العائلة، تظهر كضرورة، أمام الصدمة النفسية التي ينتجها المرض السرطاني، وأمام خطر ظهور ردود فعل عائلية، غير متكيفة، و مرضية، فتسمح هذه المساعدة بالتعبير الحر على الإحتياجات، الصعوبات، المشاعر والأفكار الخاصة، لكل فرد من العائلة، وهذا ما يؤثر إيجابيا على المراهق بطريقة غير مباشرة.

في حالة صعوبات عائلية ضخمة، و ردود فعل مرضية، قد يعتبر العلاج الأسري، جواب مناسب، لأن المرض السرطاني، قد يؤدي بالعائلة، إلى الإنطواء، في فترة توقف المرض، وإلى الإنشغال فقط بالمريض، فتساعد العائلة، على الإنفتاح إلى العالم الخارجي، واستثمار مجددا أنشطة خارجية، وعلاقات إجتماعية، وهذا لتجنب الإنعزال.

الفصل الثالث

المراقبة وإبيضاض الدم

• الجزء الأول: المراهقة

• تمهيد:

في حياة كل فرد، تمثل فترة المراهقة مرحلة فريدة من نوعها، ففي مرة واحدة في التاريخ الشخصي، تندمج تغيرات جسمية، نفسية واجتماعية.

تتطرق التحولات الجسمية إلى الملاحظة، من طرف الشخص ومن طرف الآخرين، التغيرات النفسية تؤثر على طريقة التفكير، وعلى نوعية الإحساس بالآخر وبنفسه، أما التغيرات الاجتماعية فتؤثر على العلاقات الإنسانية وعلى القطاعات التي تثير اهتمام المراهق، بالاختلاف مع مرحلة الطفولة ومرحلة الشيخوخة، أين يكون التطور تدريجي أو جزئي.

تعتبر مرحلة اضطراب شامل، في انقطاع مع المرحلة السابقة حتى ولو تتواجد في امتداد لمرحلة الطفولة.

مهما كانت وجهة النظر للشخص الذي يلاحظ فترة المراهقة، فليها مميزات من جهة تعتبر المراهقة فترة التغيير، ومن جهة أخرى يتواجد فيها خطر تثبيت بعض السلوك السلبي الذي يشوه تطور القدرات الشخصية ويؤدي إلى التعقيدات، تبقى مرحلة المراهقة تمثل الباب المفتوح نحو العالم.

أما وضعية المراهق المصاب بمرض السرطان، والذي كان يحظى على صحة حسنة حتى الآن، مختلفة عن وضعية المراهق السليم.

فديناميكية النفسية تتغير، من الجهة الإكلينيكية، السلوك الملاحظ بكثرة هو سلوك عاطفي تراجع حاد فيصبح أحيانا المراهق كالطفل الصغير (régression) ويتماشى ذلك مع شعور كبير بالذنب الذي يتماشى بدوره مع ظهور المرض السرطاني في هذه الفترة الحرجة، السلوكيات العاطفية للفرد وللانفصال مع الوالدين لا تسهل الأمور وليس

من النادر أن يعيش المراهق الإصابة بالمرض السرطاني كعقوبة لبداية ظهور نزواته الأولى المرتبطة بفترة المراهقة.

• تعريف المراهقة:

تعني كلمة المراهقة باللاتينية "يكبر" "Grandir"¹.

المراهقة تعرف كفترة من فترات الحياة الشخصية، تمتد من الطفولة وتتواصل إلى نهاية مرحلة الرشد.

هي عبارة عن فترة حرجة، صعبة، تتميز بتحولات جسدية، ونفسية، تبدأ من 12، 13 سنة وتنتهي ما بين 18، 20 سنة، هذه الحدود الزمنية غير ثابتة لأن ظهور واستمرار المراهقة، يتغير حسب الجنس، العرق، الظروف الجيوغرافية والمحيط الاجتماعي.

على المستوى النفسي، تتميز المراهقة بإعادة النشاط وتطور الغريزة الجنسية، حب الحرية والاستقلالية ثراء الحياة العاطفية، تنوع الذكاء، تكبر القدرة على الفكرة المجردة، وتصبح القدرات الخاصة أكثر دقة.

المراهقة هي مسار طريق يسلبها المراهق بين سن الطفولة وسن الرشد، فلم يبق طفلا ولم يصبح راشدا بعد، وهذا يمثل مصدر أزمة المراهقة، فمن الصعب تفهم هذه المرحلة المؤقتة ووصفها، لأنها تتميز بتغيرات مستمرة، بشقوق عديدة وبتناقضات كثيرة.

لفترة المراهقة مهمة وهي التعرف على كل الإمكانيات الخاصة بكل مراهق، والتي تسمح له باختيار الطريق المناسبة له والوصول إلى حياة الرشد، وتسمح له أيضا بالكشف بصفة معمقة على شخصيته وعلى الآخرين، على تكوين علاقات جديدة مع المحيط، فيأخذ المراهق مسافة نفسية مع والديه و يتقرب أكثر من أقرانه.

Norbert Sillamy : Dictionnaire de Psychologie. Larousse. 1999. Paris.

¹ Adolescence et Psychopathologie..... P : 03.

● لمحة تاريخية عن ظهور مرحلة المراهقة:

ظهر مفهوم المراهقة بعد الحرب (après la guerre)¹، وكانت توصف بطريقة سلبية، ومميزاتها، تخيف (كتطور النزوات، عدم احترام القواعد الاجتماعية). فقد سمحت بعض الحوادث بتطوير مفهوم المراهقة، وخاصة بتمييزها عن الطفولة، وتتمثل في:

في بداية القرن (XXème siècle)، ظهر الطب العقلي المرتبط بتطور التحليل النفسي الخاص بمرحلة الطفولة. (Mâle. Cebonici – Diathine)

فامتألت مراكز إعادة التربية أو مصالح الطب العقلي، بالمراهقين، وخلال ذلك، تم اللقاء بين المحللون النفسانيين والمراهق، هذا الأخير الذي لم يتعرف عليه كذلك.

في عام 1946، فتح أول مركز نفسي بيداغوجي (Centre Claude Bernard)²، لاستقبال الأطفال ذو اضطرابات مزاجية وسلوكية، هو مكان ملاحظة وتجارب.

Birraux. A. 2003. De la crise au processus in Marty (L'adolescence dans l'histoire de la psychanalyse). Paris. Edition in Press. P : 223, 242

¹ هي المرحلة التي تتبع مباشرة الحرب العالمية الثانية.
² أسس هذا المركز، عام 1946، هو مصلحة تشخيص وعناية متنقلة، بالنسبة للعائلة، ولأبنائهم.

مفهوم المراهقة، نتج عن ملاحظة اضطرابات التكيف واستعمل المحلل النفسي، كأداة لإعادة تكيف المراهقين.

عرف "Lagache"، الشخص الغير المكيف ك:

« Est inadapté, un adolescent, ou généralement un jeune de moins de 21 ans, que l'insuffisance de ses attitudes et les défauts de son caractère mettent en conflit prolongé avec la réalité et les exigences de l'entourage conforme à l'âge et au milieu social »¹.

يجب انتظار سنة 1962، نشر مقال من "Questembert"، المسمى، "الهوية والتقص عند المراهق"، للاهتمام بالميزات الخاصة، وبالعالم الداخلي للمراهق، وليس فقط بالأعراض المرفوضة اجتماعيا.

وبقي اللقاء، بين المراهق والمعالج النفسي، يقتصر على فترات النوبات الحادة.

¹ Lagache. D. cité par Birraux. 2003. (L'adolescence dans l'histoire de la psychanalyse). P : 233.

• مراحل المراهقة حسب "Peter Blos":

قسم "Peter Blos" (1967)، التابع للمدرسة الأمريكية للتحليل النفسي، سيرورة المراهقة إلى خمسة مراحل، وهي:

(1) ما قبل المراهقة (La préadolescence):

تتميز أولاً، بتزايد كمية الضغط الليبيدي، فلا يوجد بعد، موضوع حب جديد، ولا هدف ليبيدي جديد، وتتميز ثانياً، بإعادة إنبثاق ما قبل التناسلي (La pré génitalité)، الظاهر عن الذكر، فيبتعد عن الجنس الأنثوي، وينتمي إلى الجماعة الأصدقاء، أما عند الأنثى، فتبقى مكبوتة، وتدخل في دائرة العلاقات (ذكر – أنثى).

(2) المراهقة الأولى (La première adolescence):

تتميز، بعدم استثمار مواضيع الحب الأولية، وتمنح الأولوية، إلى الجنس، فهو فترة الإعجاب، عند الأنثى، وفترة الصديق المثالي عند الذكر، وذلك حسب المفهوم النرجسي وليس الموضوعي.

يصف "Blos"، نزع الإستثمار، ورفض المواضيع الأبوية الداخلية، كالتالي: يتغير الأنا الأعلى (Le sur moi)، وتخلق قيم جديدة، فيميل الأنا المثالي (L'idéal de moi)، نحو الليبيدو النرجسية والجنسية (L'homosexualité) ويفقد الأنا الأعلى من أهميته.

(3) المراهقة (L'adolescence):

تتميز بإعادة نشاط الأوديب (L'Oedipe)، وعبر اكتشاف الموضوع (Hétérosexuel)، فالمرحلة النرجسية، هي عبارة عن مرحلة تتأرجح بين التعلق بالأباء والحب للموضوع الجديد، ويحدث ذلك، عن طريق علاقتهم، في الحب والخيال، في النشاطات، في الدفتر اليومي...

ولكن التفريق من الموضوع الحب الأولي، يكون مصحوبا بضعف للأنا، وبالتالي بهشاشة، قد تؤدي إلى الإكتئاب.

(4) المراهقة المتأخرة (L'adolescence tardive):

هي مرحلة تقوية أدوار وإهتمامات الأنا، هي مرحلة تكوين الطبع (Le caractère)، وبالتالي يبني التصور الذاتي، (La représentation de soi). بالنسبة، ل "Peter Blos"، الذات، هو وريث المراهقة، فتأخذ في هذه المرحلة، الهوية الجنسية، طابعها النهائي، كما يصف، مواصفات الحياة العاطفية للمراهقين.

(5) ما بعد المراهقة (Post adolescence):

(Le jeune adulte)، نصل في هذه الفترة إلى المهنة، إلى الزواج، وإلى القدرة على الإنجاب. فالمرهق أصبح راشدا، يتزوج وينجب الأطفال. هذه المراحل الموصوفة، من طرف "Peter Blos"، لا تشير إلى السن، ولا إلى التغيرات الجسدية الهامة، التي يعرفها المرهق.

● النظريات المفسرة لمرحلة المراهقة:

■ نظرية "Stanley Hall":

أثنى الأخصائي النفسي (Granmille Stanley Hall)، بأول نظرية نفسية، تخصص بالتحديد فترة المراهقة.

بالنسبة لـ "Hall"، كل مرحلة يمر بها الشخص، منذ الولادة إلى سن الرشد، تتطابق مع المراحل، التي عرفتها كل الإنسانية.

فقد تأثر بأفكار "Darwin" (1809-1882).

وهذا ما يفسر ميله إلى البحث عن نقاط التشابه، بين تطور كل الإنسانية، وتطور كل شخص على حدى.

يقترح لـ "Hall"، (1904)، أربع مراحل التطور، وهي:

- الطفولة الصغيرة (من 0 إلى 4 سنوات).

- الطفولة (من 5 إلى 7 سنوات).

- ما قبل المراهقة (من 8 إلى 12 سنة).

- المراهقة (من 13 إلى 24 سنة).

فبنسبة له يعيش الطفل الصغير كالحَيوان ويكبر من جِراء قوى داخلية للنضج، فيتطور تدريجياً نحو سلوك أكثر دقة وتحكم.

في هذا المفهوم لا يحظى دور المحيط أهمية كبيرة لأن كل الإنسانية تمر بنفس المراحل، بدون تأثير للإطار الثقافي الاجتماعي الذي يتطور فيه الشخص.

أما المراهقة فيعتبرها كفترة ذات أهمية كبيرة، قد تغير المستقبل الشخصي، وهو الوقت الذي يتحدد فيه الدور الاجتماعي، أين تخلق القيم، وذلك بالنسبة للقدرات الجديدة الخاصة بالعقلانية والدخول في العلاقات مع الآخر.

النقد الموجه لهذه النظرية هو خاصية، عدم اعتبار أهمية العامل الاجتماعي، لتفسير تطور الطفل والمراهق.

• Les théories psycho-dynamiques de l'adolescence

النظريات النفسية الديناميكية الخاصة بفترة المراهقة:

▪ نظرية "Sigmund Freud" (1856-1939):

"S. Freud"، هو مؤسس المفهوم النفسي الديناميكي، للتطور الإنساني، فبالنسبة له، السلوك والنشاط العقلي، مسيران، من طرف طاقة ليبيدية، (L'énergie libidinale)، مسؤولة عن التطور النفسي – فينتظم الجهاز النفسي، حسب ثلاث بنيات، وهي:

(1) الهو: (Le ca)

هو خزينة الغرائز والنزوات، وهي البنية التي تمنح للأنا والأنا الأعلى الطاقة اللازمة للتطور.

(2) الأنا: (Le moi)

هو البنية التي تحرص على تسيير النزوات والتكيف الشخصي للواقع الخارجي، وهي تتحكم في الأدوار العقلية كالذاكرة والحكم والتفكير.

(3) الأنا الأعلى: (Le sur moi)

هي البنية الأخلاقية، التي تحدد الخير والشر، الرغبات والممنوعات.

نظرية التطور ل "S. Freud"، تفرق بين سيوريتين للنضج، تتأثران، ببعضهما البعض.

1- الأولى تخص تطور الأنا، وذلك عبر الإختلاف التدريجي للشخصية، وعبر تأثير الواقع، اللذان يساعدان الشخص، على التحكم في نزواته والتكيف للمحيط.

2- الثانية تخص خمسة مراحل، للتطور النفسي الجنسي، وهي:

1. المرحلة الفمية: (Le stade oral)

من الولادة إلى 12، 18 أشهر.

يعتبر الفم، الأداة الأساسية، للرضا اللبيدي، ويلعب دورا هاما، في الدخول إلى العلاقات مع العالم الخارجي (فيما يخص الأكل، المص، العلاقة مع الأم).

وتنقسم إلى مرحلتين:

أ- فمية تبعية: من الولادة إلى فترة الفطام (Le sevrage) (Oral) (dépendant).

ب- فمية عدوانية: من الفطام، إلى فترة ظهور الأسنان (Oral agressif) وبالتالي، ظهور القدرة على العض.

2. المرحلة الشرجية: (Le stade anal)

يبدأ من 12، 18 أشهر إلى ثلاث سنوات).

تتميز، بتحويل المصدر الرئيسي للذة، من الفم إلى المنطقة الشرجية، التحكم في (Sphincter) وتعلم النظافة، يميز هذه المرحلة، فيهيمن البحث عن التحكم على كل علاقات الطفل مع محيطه.

3. المرحلة القضيبية: (Le stade phallique)

يبدأ من 3، 4 سنوات، المصدر الأساسي، للرضا، هو الأعضاء الجنسية، يعيش الذكر (Le complexe d'Oedipe).

(يرغب في أمه، ويصبح الأب، عدوا له)، فيظهر بذلك قلق الإحصاء (L'angoisse de castration).

حل مشكل الأوديب، يكون عبر تلاشي الرغبة في الأم، والتقمص للأب، أما عند الأنثى، (الأب مرغوب، وهناك شعور عدواني اتجاه الأم)، وحل المشكلة، يكون بالتخلي عن الرغبة في الأب، والتقمص للأم.

مرحلة الكمون (La période de latence)، تستمر من 6، 7 سنوات إلى 11 و12 سنة، وتتميز بهدوء النزوات الجنسية، وبالتقمص القوي، للوالد من نفس الجنس.

وتمثل هذه الفترة، فرصة إكتساب القدرات المختلفة.

4 المرحلة التناسلية: (Le stade génital)

تشمل كل مرحلة المراهقة (12 إلى، 18 سنة)، وتتميز بإنشغال كبير، بالنسبة لقدرات الراشدين، بالنسبة للذات الجنسية، وتطور ضخم، للنزوات الجنسية.

بالنسبة ل "S. Freud"، هذه الفترة الطويلة للتطور، تضم نكوص حول المرحلة القضيبية، فتظهر كطريقة رضا جنسي، ورجوع إلى صراع الأوديبي، مع نهايته، لا بالتقمص للأب أو الأم، بل بالتقمص إلى الأقران.

بالنسبة لهذه النظرية، الهدف الأساسي من فترة المراهقة، هو الوصول إلى المرحلة التناسلية، كطريقة أساسية، للرضا الجنسي، والنجاح في استثمار مواضيع ليبيدية، غير أبوية.

2) نظرية "Anna Freud":

قدمت "Anna Freud"، محللة نفسانية (1895-1982)، أكثر معنى للمفهوم النفسي الديناميكي الخاص بالمراهقة، بالنسبة لما أثر به "S. Freud".

وأظهرت الفرق الموجود بين الثروات الجنسية للطفولة (المتجهة نحو الرضا الشخصي)، والنزوات الجنسية الخاصة بالمراهقة (ذات الدور الإنجاب La reproduction))، ويتضمن مفهوم الإحتفاظ على الذات.

بالنسبة ل "A. Freud"، تمثل تطور الطاقة الجنسية في فترة المراهقة خطر، بالنسبة للقدرة على التحكم في الذات، فتتكون نزوة الهو، جد قوية، فيصعب على الأنا، تسيير دوره التكيفي، فقد تظهر إذا، مميزات عند الشخص، كالإندفاعية، وعدم تقبل الإحباط.

ومن جهة أخرى، يتواجد شكل آخر، لاضطراب التكيف، هو التحكم الكبير في النزوات الجنسية، فتتراكم الطغوظ الشخصية.

هاذين التيارين المتضادين، تظهر في سلوك المراهق، (حب، كره)، (عزلة، نشاط مفرط)، (نرجسية، كرم).

ويشير ذلك إلى الصراع الداخلي الذي يعرفه المراهق، للحصول على توازن بين التحكم والرضى في ما يخص النزوات الجنسية.

"S. Freud" و "A. Freud"، ركزان كليهما، على الدور الدفاعي، عند المراهق، إتجاه النزوات الجنسية.

(3) نظرية "Peter Blos":

المحلل النفسي "Peter Blos" (1979)، يفسر بعض الحالات النفسية المتناقضة للمراهقة، كنتيجة سيروية أساسية، لضياح مثالية للمواضيع الليبيدية الخاصة بالطفولة، وأثناء هذه السيرورة، يفكك المراهق، الصور الأبوية المثالية لطفولته، عبر الإكتشاف لحدوده الخاصة، ويفكك أيضا، مثال الأنا، الذي أسسه على نفسه وبالتالي يكون مواضيع جديدة، أكثر تكيفا مع الواقع.

ينظر "Peter Blos"، مرحلة المراهقة، كمرحلة يحدث فيها أكبر التحولات، فبالنسبة له، المراهقة تمثل سيروية ضغط مستمر بين النكوص والتطور (بين النزوات، والدفاع)، وكليهما، ذات أهمية، لصنع الهوية.

إذا، الإضطراب الخاص بالمراهقة، هو نتيجة عادية للتطور ويشير إلى خلق شخصية جديدة، أين تضيع مواضيع الحب الخاصة بالطفولة، من مثالياتهم المتصورة، وتندمج خصائص إيجابية وسلبية، في شخصية متغيرة ومستقلة.

(5) نظرية "إيريكسون" "Erikson Enh Hamburger":

المحلل النفسي الألماني، "Erik Erikson"، يقترح، ثمانية مراحل للتطور الإنساني، لكي يصف الطريق بين الطفولة وسن الرشد، كل مرحلة تتميز بصراعات وضغوط، التي يجب أن يتحملها الشخص، للتكيف مع متطلبات المحيط، وذلك بالإحتفاظ على هويته.

المرحلة الخامسة، الموصوفة من طرف "Erikson"، تتطابق مع مرحلة المراهقة المسماة "نوبة الهوية"، فبالنسبة له، هي فترة الإكتشاف والبحث، وعبر ذلك تظهر الهوية، هذه الأخيرة التي تدمج كل العوامل التقييمية للمراحل السابقة (أي الثقة، الإستقلالية، القدرات، ...) مع القدرات الحالية وانتضارات الخاصة بالمستقبل.

إن التحدي، للحصول على هوية خاصة، يتطلب من المراهق، أن يقوم بعمل شخصي، فيتساءل، من هو وأين يذهب؟

هذه الأسئلة تبقى خاصة، ولكن المحيط، بتأثيره، يساعد المراهق على اختيار قيمه اما عدم التحصيل على هوية خاصة، ينتج التشوش والشعور بعدم الواقعية المستمر، ويظهر ذلك عند المراهق، الذي تختلف شخصيته، حسب الإطار الإجتماعي الذي يتطور فيه (هاديء في المدرسة، متمرد في المنزل).

أما مجموعة الأقران، فتمثل محيط جد محفز، لتجربة الأدوار، وذلك بتقديم صور مختلفة للشخصية، ومعرفة نتائجها الإجتماعية، داخل العلاقات الحقيقية.

بالنسبة ل "Erikson"، لا يعرف كل المراهقين، نفس السيرورة للبحث عن الهوية، فقد يتحصل البعض، على هوية مزيفة عندما لا تتواجد تجارب واقعية.

يعود التفسير تطور مرحلة المراهقة، الأكثر دقة إلى "Peter Blos" و " Erik Erikson"، فالمراهقة، كمرحلة أو نوبة، تعتبر كنتيجة للدفاع إزاء النزوات، وخاصة، كمرحلة تكيفية، البحث عن الهوية، وإدماج ليس سهل، للماضي، وللمستقبل في الوعي الحاضر للمراهق.

Richard Cloutier. Psychologie de l'adolescence. 2^{ème} édition. Montréal. Paris. Casablanca. 1996. P : 07, 10, 13.

• تعريف النمو:

يعني النمو، عدد من التغيرات التي تطرأ على الفرد في مجالات متعددة من حياته، وتخص:

- تطور عضوي، عظمي، كيميائي.

- تطور فكري.

- تطور نفسي، اجتماعي، وثقافي.

النمو هو انتقال من مستوى أدنى إلى مستوى أرقى.

إذا، يمكن اعتباره عملية تمايز تدريجي، وإضافة معلومات وإعادة تنظيم أي تعقيد أكثر فأكثر، في المعارف والمهارات والإمكانيات¹.

يعرفه "N. Sillamy": "النمو هو تطور تدريجي، من مستويات بسيطة إلى مستويات معقدة"².

¹ مصطفى ميموني. بكرة معتصم ميموني. سيكولوجية النمو في الطفولة والمراهقة. ديوان المطبوعات الجامعية 2010 الجزائر ص: 12.

² Norbert Sillamy. Dictionnaire de Psychologie. Larousse. Paris. 1999. P: 354.

● النمو في فترة المراهقة: (La poussé de croissance)

منذ البداية وحتى نهاية الحياة، فإن الجسم الإنساني في تطور مستمر، متميزا بفترات سريعة وأخرى أقل سرعة، أما في المراهقة، يتطور الجسم بصفة مذهشة، فلا توجد أي فترة من الحياة (باستثناء السنة الأولى من الحياة)، تكون أكثر سرعة، فيتحول الجسم، وتظهر أدوار جديدة، تتغير القدرات الجسدية، فتحول الطفل إلى راشد، هذه السيرورة تحدث خارج نطاق رغبة الشخص، الذي يعيشها، وبما أن الجسم، يمثل قاعدة للهوية الشخصية، فتحوله، ينتج بعض القلق والتساؤلات، ذات أهمية للتكيف اللاحق.

تحدث المراهقة، خمسة تحولات:

1. تطور سريع للنمو.
 2. تطور للميزات الجنسية الأولية (نضج الغدد الجنسية، التي تؤمن القدرة على الإنجاب).
 3. تطور المميزات الجنسية الثانوية، أي التحولات التي ليست مرتبطة مباشرة بالدور الإنجابي، ولكن تمس مباشرة الصورة الجسمية (كقوة الصوت، الثدي، الشعر).
 4. التحولات في تركيب الجسم (تواجد العضلات، تواجد الدهون الجسمية).
 5. التحولات في القدرات الجسمية (القوة العضلية، العقلية والتنفسية).
- كل هذه المناطق الملموسة، من طرف التحولات الجسدية، هي نتيجة التغيرات التي حدثت في الجهاز العصبي المركزي (S.N.C)، وفي النظام الغددي، الذي يتحكم في تكوين ودوران الهرمونات في الجسم.

• النتائج النفسية، الناتجة عن التحولات الجسدية:

"يعتبر الجسم، أول علامة، بالنسبة للحياة، فالتصورات والنشاطات الأولى، تتكون جراء اكتشاف الجسم وتأثيره على المحيط". (Piaget, 1963)

فالتحولات الجسمية، الخاصة بفترة المراهقة، والتي تأتي بعد فترة من الهدوء، المتمثلة في الطفولة الثانية، تطرح أسئلة جديدة حول هذا الجسم، فيعيد الشخص اكتشافه من جديد.

فالجسم والهوية الشخصية، لا يمكن تفريقها، فالإسم، الدور، والجنسية، لا تملك معنى، إلا بارتباطها بجسم محدد، فما يحدث أثناء المراهقة، يشوش هذه العلامة، يشوش الجسم كمصدر، ويفرض التكيف على الشخص.

لا تحدث كل التغيرات الخاصة بالمراهقة، بصفة مفاجئة، ولكن، كل تحول، يأتي بصفة غير منتظرة، والنتيجة، لا تتطابق دائما مع الصورة المثالية للشخص، وقد يفترق المراهق، بهذه التحولات الجسدية.

• التطور الإجتماعي، في فترة المراهقة: (La socialisation)

تعرف الاجتماعية، كسيرورة اكتساب بعض السلوكات، المواقف والقيم الأساسية، للتكيف الاجتماعي للشخص.

هذه السيرورة تبدأ مع خلق العلاقات الإنسانية الأولى، وتتميز حتى الحصول على توازن تكيفي.

إذا، فترة المراهقة، ليست نقطة الإنطلاق، للسيرورة الاجتماعية، وفترة الرشد، ليست نقطة النهاية، ولكن التطور الاجتماعي يتغير في إيقاعه، أثناء المراهقة، جراء التغيرات الجسمية والعقلية.

فالتحولات التي يعرفها جسم المراهق، تؤثر على الصورة الجسمية، وترتبط بالتقدير الذاتي، أما النضج الجنسي، فيغير التوازن البيولوجي وينتج ردود فعل نفسية، غير معتادة حتى الآن، فيصبح المراهق مجبوراً على دوره الاجتماعي، سواء كان ذكر أم أنثى.

وذلك، ينتج إعادة برمجة العلاقات الاجتماعية، فاجتماعياً، تتشابك الاحتياجات الخاصة، القديمة والجديدة مع انتظارات المحيط الصارمة، لكي تضع المراهق، أمام مجموعة مهام يجب أن يقوم بها، وتتمثل في:

- الوصول إلى الاستقلالية العاطفية والسلوكية، أمام الآباء والراشدين الآخرين.

- اختيار مهنة والتحضير لها.

- اكتساب استقلالية مادية.

- التحضير للمعاش الزوجي.

- تطوير القدرات العقلية.

- اكتساب سلوك اجتماعي، مسئول.
 - الحصول على مجموعة من القيم والشروط الخاصة.
 - خلق علاقات جديدة وأكثر نضجا مع أقرانه، من الجنسين.
 - الحصول على دور اجتماعي ذكري أو أنثوي.
 - تقبل جسمه، كما هو، واستخدامه بصفة مناسبة.
- إن المحيط الاجتماعي، يحاور المراهق، بلغة جديدة، فيعلمه أنه لم يبق طفلا، وأنه مفروض عليه تبني مواقف الراشدين.
- فكل منظمة أسرية، مدرسية، المجتمع والأصدقاء، يطالب منه رصيد، بالارتكاز على المسؤولية والاستقلالية.
- فالمجتمع، يفرض من المراهق، ما بين سن 12 و18 سنة، أن ينتقل من التبعية الطفولة، إلى الاستقلالية، الدالة على "النضج الاجتماعي"، فالمجتمع يطالب بالتطور، وفي نفس الوقت قد يقاوم، اكتشافات المراهق – هذا الأخير، لا يكتسب الاستقلالية إلا بهدوء ومرونة، لأن المكتسبات بالطريقة العدوانية غير متقبلة اجتماعيا.
- وبالتالي، تظهر الاجتماعية، كنتيجة تفاعل، لشبكة معقدة لعوامل اجتماعية، تتأثر في بعضها البعض.

Richard Cloutier. Psychologie de l'adolescence. 2^{ème} édition. Montréal. Paris. Casablanca. 1996. P : 35, 63, 193.

● مفهوم الهوية:

■ تعريفها:

"هي نسق التصورات على الذات، والتي ينطلق منها الفرد لتنظيم آفاقه الزمنية ويوظفها"¹.

الوصول إلى الاستقلالية، يتطلب من الشخص، معرفة نفسه، وهذا يعني القدرة على أن يكون الشخص، مختلفا عن الآخرين، في قيمه، أذواقه، وآماله، فتندمج مميزاته، لكي يستطيع أن يعرف نفسه، ويتعرف عليه، وذلك بطريقة مستمرة عبر الزمن.

فالشعور بالكلية، والإستمرارية، يمثلان ركيزة الهوية الشخصية، أما عند الشخص، الذي، لا يعرف ما يريد، وما لا يريد، ولا يحدد قواه وضعفه، نتيجة ماضٍ صعب، ويغير أهدافه وقيمه، بالنسبة للإطار الذي يتواجد فيه، بدون استمرارية في الوقت، فمن المستحيل تحديد هويته.

¹ Pi-Syner. M. T. « Crise d'identité et trouble d'altérité à l'adolescence. Toulouse. Mirail. France. 1988. P : 46.

■ تكوين الهوية في فترة المراهقة:

المحلل النفسي "E. Erikson"، اقترح نظرية تخص تطور الهوية عند المراهق، فالإدماج الذي يحدث أثناء المراهقة، سماه الشعور بالهوية الداخلية، المراهق، لكي يشعر بوحدته، يجب أن يشعر بالاستمرارية التدريجية، بين ما كان، أثناء عدة سنوات من الطفولة، وما يأمل أن يصبح في المستقبل

تدمج الهوية، كل التقمصات السابقة، فالهوية هي نتيجة لنوبة، تجد الحلول، إلا بتقمصات جديدة مع الأقران، ومع أشخاص خارجين عن نطاق العائلة.

وبالتالي، تطور الهوية، يكون حسب تطور ثلاث مكونات للمراهقة:

1. ظهور الشعور بالوحدة الداخلية.
2. اكتساب الشعور بالاستمرارية الزمنية، الرابط بين الماضي، الحاضر والمستقبل الشخصي، فيشعر الشخص أن لديه طريقة ذات معنى وهدف.
3. التفاعل مع الأشخاص ذو أهمية في محيطه

Richard Cloutier. Psychologie de l'adolescence. 2^{ème} édition. Montréal. Paris. Casablanca. 1996. P : 178, 180.

بالنسبة لـ "E. Erikson"، للهوية ثلاث أبعاد:

1. الاستمرارية الزمنية "اليقين بالبقاء، رغم مرور الزمن".

"أنا أبقى أنا"، مهما كانت التغيرات التي تطرأ ومهما مر الزمن، سواء، من الجانب الفيزيقي أو النفسي، أو الاجتماعي، عندما لا يدرك الفرد هذه الاستمرارية يحدث انكسار في الهوية (ذهانات).

2. هي وحدة وظيفية وتم تغير الخبرات "أبقى أنا".

3. التمايز والمقارنة مع الغير "أتعرف على نفسي، بمقارنتي مع أقراني"¹.

¹مصطفى ميموني بدرة معتصم ميموني. سيكولوجية النمو في الطفولة والمراهقة. ديوان المطبوعات الجامعية. 2010. الجزائر. ص: 47.

بالنسبة لـ "James E. Marcia, 1989"¹، هناك ثلاث مظاهر للهوية.

مظاهر ذاتية (Subjectives)	مظاهر سلوكية (Comportementale)	مظاهر بنيوية (Structurale)
تتطابق مع الوعي الذاتي الشخص وحدة كلية، و في عدة إطار مختلفة.	تتطابق مع الاستمرارية الملاحظ من طرف والمنتظر منه بالنسبة أهدافه ومواقفه.	تتطابق مع تنظيم النسبة للمحيط. بنية الهوية، يمكن أن تكون أو معقدة وذلك بالنسبة الاكتشافات السابقة بالنسبة للاكتسابات أو طلبات المحيط.

¹ Marcia « Identity and self – development ». New York. Vol 1. 1989.p 12

● الجسم في فترة المراهقة:

■ تمهيد:

"Méconnaissable à moi-même, étranger aux autres".

في مرحلة المراهقة، يظهر التعبير عبر الجسم، وتمثل العلامات الأولى للبلوغ "Puberté" بداية مرحلة المراهقة، وهي مرتبطة بالتطور السريع للوصول إلى النضج الكامل للجسم، وهذه الظاهرة، الأكثر وضوحاً في سيرورة التغيير التي يعرفها المراهق.

فالبلوغ يحول جسم الطفل، يشوش علاماته وتطوره الجسدي، فيصبح الجسم، نواة المراهقة، جسم في تحويل وفي تقمص، جسم طفيلي، أصبح جسم جنسي.

ما يساعد على التعرف على المراهق، ليس فقط الجسم في حد ذاته (Anatomique)، بل أيضاً للجسم الهوية (L'identité).

وهذا ما يشير على الاندماج بين التحولات الجسدية والنفسية، وضرورة أخذ بعين الاعتبار هاذين البعدين، عند الإهتمام بالمراهق يمثل التحول من جسم الطفولة إلى جسم الرشد إمتحان.

فالبلوغ ظاهرة طبيعية، يمكن أن يشعر المراهق أنها مرغومة عليه، ليست مختارة من الشخص، فالبلوغ شامل التغييرات، خاصة بيولوجية، وفيزيولوجية، التي تؤدي إلى قدرة الإنجاب، وهو محدود في الزمن، أما المراهقة فتستمر إلى وقت أطول، تبين الإحصائيات أن البلوغ يختلف من شخص إلى آخر، وأنه يبدأ بصفة مبكرة عند الفتاة.

كل هذه التغييرات التي تحدث رغم رغبة المراهق، ضرورية، تمد له صورة جديدة، وتحدث تحول كبير، فقد لا يتعرف المراهق عن نفسه، يشعر بالغرابة، يصبح تهوري، ويصعب عليه التعبير عن مشاعره.

• تصور الذهنى للذات: (L'image mentale de soi)

هو نتيجة تصور الفرد لذاته، إنطلاقا من الخبرات اليومية وتمثيله ومقارنته مع الآخرين، وهذا يعني نوع من الحكم يصدر على الذات، هو صورة فكرية عن ذاتينا، من كل جوانبها سواء أكانت جسمية، نفسية، أو إجتماعية¹.

يشمل تصور الذات:

(1) التخطيط الجسمى (Le schéma corporel):

هو مفهوم نورولوجي، يعرفه "Shilder" (1940-1986) "هو المفهوم الذي نحمله عن وحدتنا الفيزيائية، مضبوط في سيرورة زمنية وفي شكل إحساس بوحدة تستلزم وعيا بإنفراديتنا الفيزيائية بالنسبة للمحيط بنا"².

هو تجربة خاصة بكل فرد، بالنسبة لجسمه، محبوب أم لا، في توازن نسبي زمكاني، وفي علاقاته مع المحيط.

¹ مصطفى ميموني، بدرة معتصم ميموني: سيكولوجية النمو في الطفولة والمراهقة، ديوان المطبوعات الجامعية، 2010، الجزائر. ص: 45.

² Shilder : l'image du corps .Gallimard. 1968. P : 86, 87.

يتركب التخطيط الجسمي، بإدماج في الوعي الشخصي، أجزاء من الجسم، تسمح لكل شخص بالإختلاف مع الآخرين، مع الشعور في أي وقت، بالمعرفة الجسدية، ضرورية للحياة العادية، تبدأ تدريجياً، إبتداء من إحساسات حسية متنوعة، داخلية وخارجية (جلدية، ذوق، سمع، شم)، متراكمة منذ الولادة، وعندما تتكون الصورة الجسمية، تبقى مستمرة، على صورتها الأولية، ولا تتغير طوال الحياة، حتى وإن عرف الشخص في حياته تشوهات مرتبطة بالجسم¹.

H. Wallon :

« Des éléments de base, indispensable à la construction de sa personnalité par l'enfant : c'est la représentation plus ou moins globale, plus ou moins spécifiques, et différencié, qu'il a de son propre corps »².

التخطيط الجسمي، هو منظمة إحساسات وإدراكات داخلية وخارجية، مرتبطة بالجسم الحقيقي، ذات صلة مع الأشياء والأشخاص في محيطه، هذه المنظمة تتطلب:

- إدراك والتحكم في الجسد، يعني ذلك الشعور بالكلية الجسد.
- توازن اقتصادي في الجلسة (Posturale).
- تؤكد الجانبية (التفريق بين اليمنى واليسرى) (latéralité).
- التحكم في النزوات وفي التنفس.

يتطور التخطيط الجسمي، ببطء عند الطفل ولا ينتهي إلا في سن 11-12 سنة، أما في المراهقة فالتحولات (القامة – الوزن) تتطلب إعادة تنظيم معرفة الجسم.

أولاً، لامتلاك الجسم، وثانياً، للتحكم أحسن فيه.

¹ . Norbert Sil Lamy Dictionnaire de psychologie..larousse,1999.paris

² Moutassem Mimouni Badra, Belaila Khadidja. Elément de psychomotricité pour jeune enfant. Office des publications universitaires. 2011. P : 13.

فالجسم ليس جامد، هو في حركة وفي علاقة مع أجسام أخرى

(2) الصورة الجسمية (L'image du corps):

الصورة الجسمية، هو مفهوم التحليل النفس، J. Lacan يعتبر ان الجسم ليس له وجود، خارج الرغبة والاستهام

فالصورة الجسمية، تنبع من تراكم التجارب الحسية للجسم، والتي تتكون بصفة تدريجية طوال تطور الجهاز العصبي المركزي للتخطيط الجسم.

الوزن، القامة والحركات والشكل يمثل التخطيط الجسمي، والصورة الجسمية هي مشاعر الفرد اتجاه جسمه واستثماره له، وتتأثر بسيرورة التفرد (L'individuation)، وبتطور الشخصية والعلاقات الإجتماعية والثقافية¹.

مفهوم "Shilder" إن صورة الجسم، لا تبقى أبدا معزولة، هي دائما محاطة بصور أجسام آخرين، وهذا ما يجعل صورة الجسم، مرتبطة بالإهتمام، وتتكون على أساس الإسقاط والتقمص.

"صورة الجسم، ليست ساكنة، بل ديناميكية، تتغير مع الخبرات والتفاعلات مع المحيط، ومع أجسام الآخرين، على أساس تفاعلية شعورية ولا شعورية" "Dolto"².

¹ Darius Ra zani, Nicole Delvo, Psycho-oncologie. Le cancer, le malade et sa famille. 2^{ème} édition, Masson. Paris. 2002. P : 106.

² Dolto : l'image du corps. édition essais, 1992

• مقارنة بين التخطيط الجسمي والصورة الجسمية:

"F. Dolto"، قامت بمقارنة بين مفهومين، مفهوم التخطيط الجسمي، ومفهوم التصور الجسمي.

(1) التخطيط الجسمي:

من الأساس، عند "F. Dolto"، هو يتشابه عند كل الأشخاص من نفس السن، والذين يعيشون في نفس المحيط.

جزء من التخطيط الجسمي، لا شعوري، قبل شعوري وشعوري.

التخطيط الجسمي، يتطور في الزمن والفضاء.

(1) الصورة الجسمية: (L'image du corps)

هي خاصة بكل فرد، مرتبطة بالتاريخ الفردي والمعاش الخاص.

الصورة الجسمية، أساسا لا شعورية.

« L'image du corps est toujours inconsciente ». F. Dolto

Moutassem Mimouni Badra, Belaila Khadîdja : Élément de psychomotricité pour jeune enfant. Office des publications universitaires. 2011. P : 13

• الصورة الجسمية في المراهقة:

يتحول الجسم بإيقاع متغير، ولكن بصفة شاملة، فتتغير الهيئة الكاملة للجسم، بالنسبة للمراهق وللمحيط، فتضطرب صورته الجسمية في عدة ميادين:

(1) الجسم كعلامة فضائية:

"المراهق يشبه الأعمى، الذي يتطور في محيط تغيرت قياساته" (A. Haim 1970) فيواجه المراهق، تحول صورته الجسمية، التي كانت تسمح له بالتوجه في المحيط.

(2) الجسم كمثّل رمزي:

يمثل الجسم للمراهق، طريقة تعبير رمزي لصراعاته، ولعلاقاته، وهذا يظهر في طريقة استعمال جسمه، بالإفراط أو التفريط في الإهتمام به، بحبه أو بكره، فهو مصدر خلافات أو مشاعر النقص.

مثلا: عند الذكر، قصر أو طول الشعر يمكن أن يمثل متابعة تطور الموضة (La mode)، أو تعبير رمزي عن هويته الجنسية.

(3) الجسم والنرجسية:

من المراهق الذي لم يبق أمام المرأة، وقتا طويلا؟

من المراهق الذي لم يهتم بإفراط في فترة من الفترات بصورته أو بجزء من جسمه أو بالعكس لم يهتم تماما بجسمه

إن اهتمام المراهق بجسده، يشير إلى تواجد البعد النرجسي في العمل النفسي في هذا السن، وهذا ينضم إلى الاستثمار الشخصي.

(4) الجسم والشعور بالهوية:

"الشعور بالغرابية عند أشخاص كثر في هذا السن، بالنسبة للجسم، يدل على عدم التقمص بصفة مؤكدة، وهذا خارج نطاق أي عامل ذهاني". (P. Mâle, 1982)

فالمراهق يواجه مجموعة من التغيرات الجسدية، تعددت بسرعة كبيرة، فيصعب عليه إدماجها في شخصيته.

Philippe jeammet, adolescence, Édition Syros, paris 1997, P : 18,19

• الخاتمة:

"الصحة هي سكوت الأعضاء الجسمية" "Chirurgien LERICHE"¹.

في غالب الأحيان، جسم الطفل صامت، فالطفل ذو صحة جيدة، وفجأة، في مرحلة المراهقة، يحدث الجسم الضجيج، فهذه الضجة، يسمعا المراهق لمحيطه، على صفة شكاوي جسدية مختلفة، "كالآلام في المعدة، آلام في الظهر، انشغالات توهم المرض". فقد يزور المراهق عدة أطباء، وهذا يمثل منبع قلق، قد يصبح ثابتا، في المراهقة يلعب الجسم دورا مهما، في ميدان العمل الخيالي، بالإضافة إلى سيرورة المراهقة، يندمج إليها، الحاجة إلى الشعور بالأشياء بشدة، "فالجسم في نشاط كبير" ، "البحث عن الإحساس"، يأخذ مكانا كبيرا، عن طريق عدة سلوكيات، تميز هذا السن.

فإن التحولات التي تمس الوظيفة الجسدية أو التعرف إلى علاج عنيف، ينتج تغيرات في نظرة الشخص إلى جسمه، فكل جزء من جسمه ذو معنى رمزي (Symbolique)، وبعد الحداد التابع لضياع وظيفة ما، أو خللها في الجسم، تظهر تحول النظرة إلى الذات إتجاه، الرضا بالجسم، الصورة الجسمية والصورة الذاتية.

فالعلاج الذي يشوه الوظيفة الجسدية، يؤثر على العلاقة العادية للمصاب مع صورته الجسمية.

¹ Philippe Jeammet. Adolescence, Edition Syros. Paris. 1997. P : 128.

• الجزء الثاني:

• المراهقة ومرض ابيضاض الدم :

• تمهيد:

"رغم التطور الطبي الأخير، بقي سرطان المراهقة، مهما كانت طبيعته أو علاجه، يمثل إمتحان يؤثر بصفة كبيرة على كل الحياة".¹(Oppenheim, 1996)

يسبب مرض السرطان في فترة المراهقة، تساؤلات حول معنى وقيمة الحياة، حول علاقاته مع جسمه، مع عائلته، مع المجتمع، حول دوره، هويته وقيمه، فالإصابة بالسرطان تؤدي إلى الإدراك بخطر الموت، فيتساءل: "لماذا أنا؟"، "لما عائلتي؟"، "من المسؤول على هذا المرض؟"

التحدي، بالنسبة للمراهق، هو الشفاء، وهو أيضا العلاج في أحسن ظروف ممكنة، فيتوجب مساعدة المراهق بتخطي هذه المرحلة الصعبة، مع الإحتفاظ على ديناميكية الحياة، على طبيعية شخصيته، على علاقاته الإجتماعية، فمن الممكن أن يتسبب المرض في تأخر كبير في الدراسة، فمن المهم للمراهق أن يحتفظ على الثقة في نفسه، في الآخرين وفي المحيط.

¹ Daniel Oppenheim de Boeck. Grandir avec un Cancer, L'expérience vécue par l'enfant et l'adolescent. 2ème Edition, Bruxelles.2009 P : 09.

• اضطرابات المراهق المصاب بابيضاض الدم :

إن إصابة المراهق بابيضاض الدم، في هذه الفترة المتميزة بالتغيرات الكبيرة الجسمية والنفسية، تعتبر وضعية صعبة التحمل، بما تحتوي على مواجهة خطر الموت، التعرض إلى علاج عنيف، تجربة المرض والألم، اضطراب العائلة، الحياة الإجتماعية والمدرسية.

يتوجب على المراهق المصاب بالسرطان، شيئين، من جهة، يجب اجتياز المرض، ومن جهة أخرى، اجتياز مرحلة المراهقة، وإنطلاقاً من هذا، يمكن للمراهق أن يتحمل مسؤولية مستقبل إجتماعي وجنسي عادي. (Oppenheim, 1996)

يظهر السند النفسي كضروري، لمساعدة المراهق المصاب بمواجهة المرض، و تحمل الضغط المرتبط بالعلاج، وأيضاً للحفاظ على هويته وصورة الذات السليمة، وفي غاية الأهمية ان تسمح المصلحة الاستشفائية بالاحتفاظ أثناء تطرق المراهق للعلاج، على علاقات عائلية، على متابعة الدراسة، وعلى علاقات مع المحيط الإجتماعي ومع أقرانه، لأن التبادلات مع المراهقين الغير المصابين، تحضي بنفس الأهمية بنسبة للتبادلات مع المراهقين المرضى الآخرين. وهذا يلعب دور هام في البحث عن الهوية للمراهق المصاب، للإندماج الإجتماعي وإلى تطور علاقة راشدة مع الآخرين – ومع الأبوبين.

فتمكن الصعوبة، ليس فقط بتواجد مرض ابيضاض الدم، بل تواجده في فترة المراهقة، وبالتالي قد تبقى علامات مزمنة لهذه الصدمة، ويصعب تخطي المراهقة، ويضطرب المراهق المصاب.

• التغيرات الجسمية والجنسية للمراهق المصاب بابيضاض الدم:

يؤثر مرض السرطان على علاقة المراهق المصاب بجسمه، فيواجه تغيراته، وإضطرابات القدرات الجسمية، يؤثر أيضا على رغباته، على مظهره، على العلامات الهوية الجنسية، فيتوجب على المراهق التعود على جسمه، والتعرف عليه كخصوصي (Le sien)، وبالتالي قد يمكنه إظهاره للآخرين وإلى تنوع النظرات.

تساقط وفقدان الشعر "L'alopecie" الناتج عن العلاج بالمواد الكيماوية، يشعر المراهق، بالضيق، وسلب جزء من هويته، فيمكن للمراهق تقبل ذلك بصفة سلبية ، أو بصفة نشيطة، بأخذ القرار بنزع كل الشعر المتبقي، وعند إذ يتوجب عليه التعرف مجددا على وجهه، ويعتبر ذلك إمتحان للحقيقة "Epreuve de vérité"، لأن المراهق المصاب بالسرطان، غالبا ما يكون في وضعية سلبية "Passive" أمام الأطباء وأمام معارفهم، وأمام حركات الممرضات للعناية به (Perfusion, sonde, pompe de chimio).

إن الهشاشة المناعية الناتجة عن العلاج بالمواد الكيماوية، تضخم إنشغالات الأمهات المرضى حول موضوع النظافة، فترفع نسبة الإهتمام بنظافة الأماكن الجنسية.

فيشعر المراهق بإحساسات غريبة وحادة، يصعب التعبير عليها، فتضطرب صورته الجسمية من جراء:

- سموم تمس الجلد.
- إنهيار عضلي.
- آلام.
- الشعور بالحروق.
- غثيان وتفرغ.

- إسهال.

- فقدان الشهية المرضي.

- الإلتهابات.

فالعلاج يسبب في آثار ملحوظة وظاهرة، مثل فقدان الشعور، نحافة وأحيانا قد تكون مزمنة مثل التشوهات.

فيشعر المراهق بضرورة تفسير هذه التغيرات، وإدماجها إلى الصورة الجسمية، ينتج عنها، الشعور بالخوف الشديد، وبالخطر، وتسبب أيضا هذه التغيرات الجسمية، في ضياع علامات الهوية الجنسية بالنسبة للمريض ولعائلته، فبعد الإستشفاء، تتوقف كل علاقة إغرائية (Sédution)، وكل شعور بالطمأنينة مع المراهقين الآخرين، وهذا ليس نتيجة التغيرات الجسمية فحسب، بل نتيجة صعوبة المشاركة في النشاطات مع أقرانه، النابعة من الحدود بين المراهق المصاب بالسرطان والآخرين.

فيشعر المراهق بالعزلة، بالإختلاف وبقلة أو فقدان الإندماج الجماعي، الإنشغال يخص قيمته الشخصية، وهل بقي جذاب أو لا، لا يتفهم الوضعية الحالية، فيشعر في آن واحد بالرغبة (Le désir)، بالخجل، بالغضب، بعدم العدل، إتجاه المراهقين الآخرين يشعر بالإعجاب وفي آن واحد بالخوف "لأنهم منشغلين بأمر بسيط وتافهة للحياة، يشعر المراهق المصاب، بأنه منعدم فيها.

فبإضطراب الصورة الجسمية، تضطرب هويته الجنسية والإجتماعية.

تضيف فترة البلوغ المنتظرة من المراهق، المخيفة، إضطرابها إلى الإضطراب الناتج من السرطان، وأحيانا من الصعب معرفة من أين ينبع سبب المعاناة النفسية، وقله، هل من السرطان أو من المراهقة؟

التطرق إلى الموضوع الجنسي مع المراهق المصاب بالسرطان، جد صعب، لأن التغيرات الجسمية الناتجة من المرض، تمثل حاجزا قويا للمشاركة في الحياة المدرسية والاجتماعية مع المراهقين الآخرين.

حضور الأم المستمر، وتواجد ممرضات أكثر من الممرضين، لا يساعد المراهق على البحث عن هويته الجنسية، مقيدا بخمول جسده المصاب بالسرطان.

وقد يمكن للمراهق، أثناء مرحلة الإستشفاء، أن يحاول إغراء الممرضات، والمراهقة تبحث عن علامات ترتكز عليهم في عملية تقمصها لأمها.

● مواجهة المراهق المصاب بابيضاض الدم لخطر الموت:

رغم نسبة لا بأس بها، من الشفاء من مرض السرطان، لدى المراهقين، فإن المراهق المصاب بالسرطان، في يقين أنه بإمكانه أن لا يشفى، وأن لا يعيش.

ولمواجهة هذا الخطر، يجب عليه إدراك عدم أبدية والديه، أي أنهم غير أبديين (Immortel)، وأن موتهم غير مستحيل (إذا لم يتم ذلك من قبل)، ويتطلب ذلك، أن والديه، بدورهم قد قاموا بنفس العمل النفسي إتجاه أboيهم، أثناء فترة المراهقة أو بعد تخطيها، فأدركوا بذلك عدم الأبدية، وتقبلوا فكرة موتهم، فتصبح بذلك فكرة موت طفلهم المصاب بالسرطان المستحيلة، مقبولة.

وفي هذه الوضعية، تندمج طفولة المراهق المريض، مع مراهقة والديه، فكل ما بقي ثابت في مرحلة ما، من التطور العاطفي، يرجع ويسبب المعاناة، التعقيدات، والصراعات.

أمام خطر الموت، يجد المراهق نفسه أمام تجاربه السابقة، التي عاشها من قبل أو أثناء المرض، إذا لم يساعد على تجاوزهم، يبدوا له الموت كنتيجة مخيفة لكل ذلك، تظهر الموت للمراهق، كضياح للوحدة الجسمية، مع الشعور وكأن الجلد لا يلعب دوره الوقائي بين ما هو خارجي، وما هو داخلي، وتظهر الموت أيضا كضياح للوحدة النفسية، فيشعر المراهق بأنه غريب عن نفسه ولا يتعرف على ذاته، غريب على الآخرين، في صورته، في سلوكه، وحتى في قدراته الجسمية أو أفكاره.

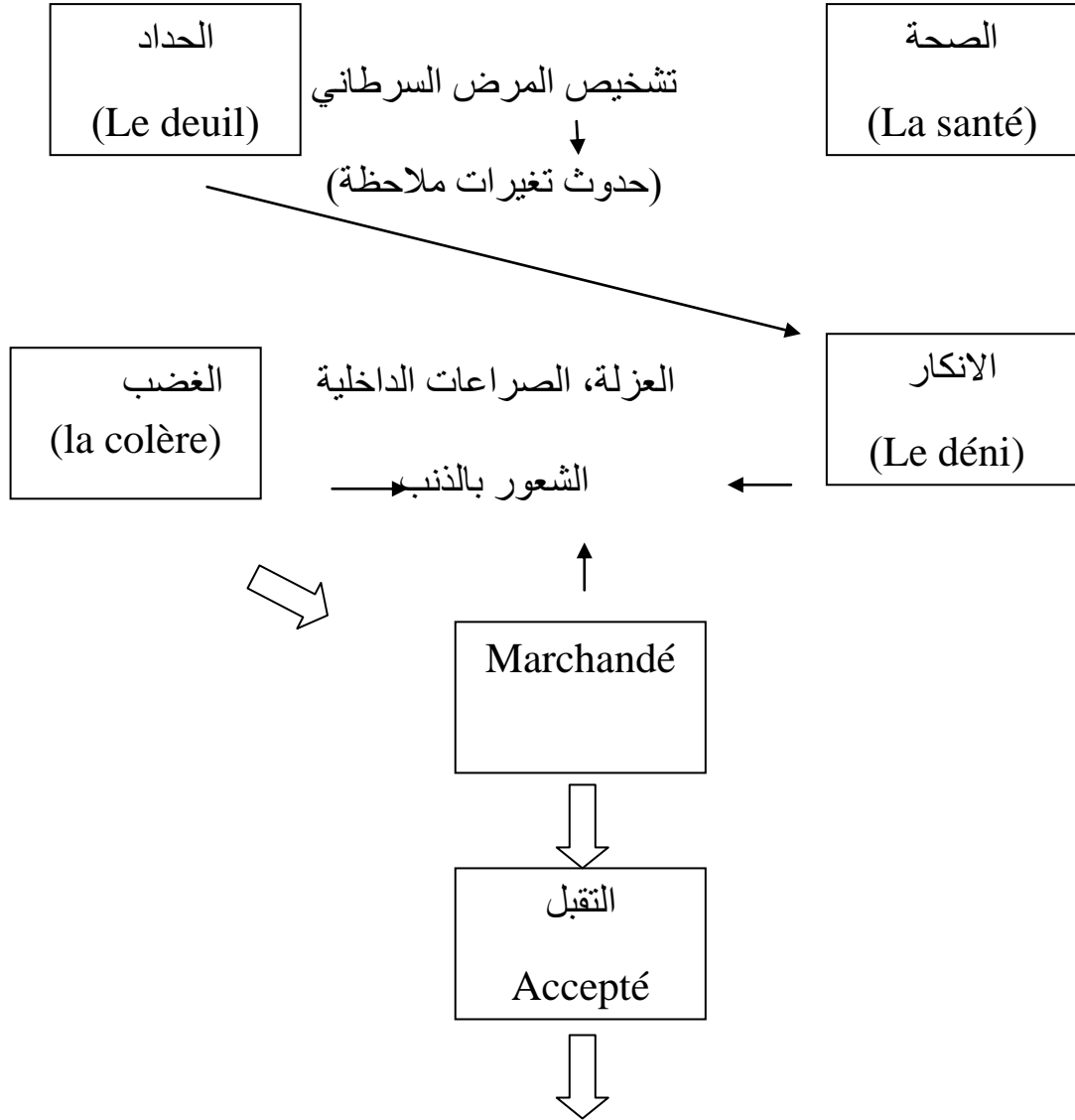
يعزز الشعور بالوحدة، بنقص الإدماج الأسري والعائلي، وبالانقطاع الكبير في العلاقات مع الأقران، هذه النظرية حول الموت التي تشوش أفكاره، وتضخم إضطراباته، فالمراهق يجد نفسه بين الشك واليقين "أنا أعرف أنني سوف أموت، ولكن لا يمكنني أن أدمج ذلك إلى أفكاري، لأن موتي غير متصور".

في هذه الوضعية نجد، مع بصمة التجارب في الطفولة، عوامل من فترة المراهقة، كالتردد بين الإنتماء إلى الجماعة والـإنفرادية، بين الرغبة بالتأكد (التي تدفعه نحو الجماعات)، وبين الهروب في الشك (لا شيء متأكد منه، لا أريد معرفة شيء)، ما بين الفخر بالجسم الذي يكتشفه، والخجل والصعوبة بالتعود عليه، فيشعر المراهق بأن السرطان سلب منه علاقته مع جسمه، وأيضاً من طرف الطاقم الطبي و النظريات الطبية، والنظرات الصامتة للآخرين.

Daniel Oppenheim de Boeck. Grandir avec un Cancer. L'expérience vécue par l'enfant et l'adolescent. 2ème Edition. . Bruxelles, 2009 P : 40, 44, 45.

تخطيط لردود الفعل، لشخص المواجه لخطر الموت

(E. kubler. Rose)



الوصول إلى إستقلالية، تساعد لمواجهة المرض السرطاني.

إكتئاب.

Dépression préparatoire

• الحداد والتمرد للمراهق المصاب بالسرطان:

يظهر عمل الحداد، كضروري للمراهق المصاب بالسرطان، وذلك بالنسبة لطفولته، وللقوة الأبوية، وذلك لغاية الشعور بالهوية ما قبل وبعد السرطان، ولتقبل تاريخه.

لأن المراهق المصاب، يمكن أن يبقى ثابتا في مرحلة الطفولة وفي علاقة طفولية مرضية أو تمردية لوالديه، فيشعر بالفشل والجرح النرجسي، وهذا لا يساعده على تقبل المرض ومواجهته.

لأن المراهق المصاب بالسرطان، ثابت في مشاعر الخوف، الخطر الدائم، الهشاشة والضعف جراء المرض السرطاني، وبذلك فقد يجبر إلى التوجه نحو وسطه العائلي الدافئ، ويتجنب بذلك مواجهة الحياة العادية وأخطارها.

وبالعكس، فإن المراهق في مرحلة الشفاء من المرض السرطاني، يشعر أنه ضحي بما فيه الكفاية، بمعاناته أثناء المرض، وبأن محيط يجب أن يعوضه، فيتبنى سلوك أناني وتمردى أو يأخذ مكانة الضحية، فيؤنب الأطباء على الثمن الجسدي، قد يضمن المراهق أن هذا الشفاء، فوز، يسمح له بتحدي كل الأخطار، وبأنه أصبح شخصا لا يحطم. أو بالعكس، بأن هذا ليثبت أنه يسمح له بهذا الفوز، ويظهر ذلك في سلوكات خطيرة ومتكررة.

يبقى المراهق يشعر بالخجل، لأنه أصيب بمرض خطير، كالسرطان، وأنه يعيش بعد ذلك، وذلك لأن بعض المراهقين مثله، توفوا بعد الإصابة بالسرطان، وكأنه سرق منهم الحياة.

التمرد، شيء ضروري للمراهق، فيساعده لتجاوز مرحلة السرطان مثل مرحلة المراهقة، ولكي لا يكون التمرد خطيرا وعقيما يجب على الأخصائيين التعرف على الأوجه المتنوعة للتمرد (أحيانا غير ظاهرة ومتناقضة)، فيتعرفون على قيمة هذا السلوك ومعناها بدون تقبله بصفة سلبية والخضوع له.

• تناقضات المراهق المصاب بالسرطان:

يتواجد الطاقم الطبي، أمام المراهق المصاب بالسرطان، فيواجهون امتحان، وهو تفهم المراهق، فالمراهقة، تتواجد بين الطفولة وسن الرشد، والسرطان يضخم الرغبة في الرجوع إلى مرحلة الطفولة، وفي نفس الوقت إلى الاتجاه نحو الأمام، نحو سن الرشد، هذا التردد يشوش الطاقم الطبي، الذين يتجاهلون، من هو هذا المراهق المريض؟ وأي علاقة يرغب فيها؟ لمسة الطفولة أو لمسة الإغراء؟ أو التواصل السليم مثل الراشدين؟

أيضا، يظهر المراهق، كعضو من جماعة الأقران، أو عضو من العائلة، متفق مع أفكارهم أم لا، يطلب إستقلالية ويصر على إختلافه، فيتردد المراهق بين رغبات متعكسة، بين الكسول (يترك نفسه كالدمية بين أيدي الأطباء، العائلة، لا يتدخل أبدا في القرارات العلاجية، في العناية الجسدية)، وبين النشاط، أحيانا بكثرة (لا يضيع أي وقت، يريد معرفة كل شيء، والتحكم في كل شيء).

وإذا أصبح العلاج بدون فائدة، ينهار المراهق النشيط، ويشعر بالوحدة والذنب.

يتردد المراهق المصاب بالسرطان، بين التمرد والهدوء، يسمح له التمرد، بتجاوز الامتحان المراهقة، وامتحان السرطان، أما الهدوء، والراحة والثقة التامة في الآخرين، تمثل مصدر انشغال للآخرين.

يتوجب على الطاقم الطبي، التساؤل، لمن يوجه تمرد المراهق؟ للأطباء، الذين يعرضونه لعلاج صعب التحمل؟ أو الآباء، الذين يحملهم مسؤولية حياته؟

فيجب البحث، عن أسباب هذا التمرد، وهذا لهدف الحفاظ على ثقة المراهق المصاب بالسرطان لمحيطه.

فقد يعبر تمرد المراهق، عن معاناة نفسية، عن عدم الموافقة مع القرارات الطبية أو الآباء، يتمرد لكي يتأكد من حياة أو عدم ثبات هذه القرارات، فمن الصعب وجود التوازن بين تفهم المراهق، تحمله، والحفاظ على استمرار جيدة للعلاج. فالمراهق بحاجة إلى التواصل مع الآخرين، الذين يتميزون بالقوة، بالاحترام، وعدم الصلابة، الذين يتقبلون بالتفكير في احتجاجات المراهق، وفي نفس الوقت يثقون بقراراتهم وقدراتهم العلاجية.

رفض الطاقم الطبي، لتمرد المراهق، أو تقبله بصفة سلبية، يجعله مضطرباً، وقد يعبر عن تمرد بصفة خطيرة.

قد يتمرد المراهق بين الرغبة في الإنطواء في الوقت الحاضر "يعيش يوماً بعد يوم"، ويبين المجهودات التي تدفعه نحو المستقبل، فمتطلبات المرض والعلاج، تدفعه للتفكير بالمستقبل الغامض، بينما تبقى، مشكلة المراهقة والشفاء من السرطان بدون حل، وتساؤلاته بدون أجوبة.

● محيط المراهق المصاب بابيضاض الدم:

■ مواجهة الآخرين:

يضخم السرطان، الشعور بالاختلاف ما بين المراهق المريض والآخرين، فهو يتساءل ما هي، وما سوف تصبح مكانته؟.

يفضل المراهق بصفة عامة، الحركة والنشاط على الكلمة، وعند إصابته بالسرطان، تنقص وتصبح الكلمات، ولا يستطيع التعبير عن شكوكه، أفكاره وتساؤلاته، كل هذا يمكن أن يخيف محيطه، الوالدين والأصدقاء، الذين يصعب عليهم إدراك بشكل واضح التجربة التي يعيشها المراهق، فيخافون أو يشعرون بالشفقة، فيبقى للمراهق، الحركة عندما يتواجد في وضعية صعبة التحمل، ولكن الحركة مقيدة وليست سهلة وذلك راجع إلى متطلبات العلاج والإستشفاء، فسلوك المراهق يمكن أن يعبر بصفة مشوشة على معارضته لوالديه، للعلاج المقترح، للمرض وللطاقم الطبي، في هذا الإطار، يستحال تجاوز مرحلة المراهقة بصفة عادية، وبدون إضطرابات، لانعدام المحيط الثقافي الاجتماعي، الذي يسمح لتطور الشخصية، وتواجد مرض السرطان، الذي يفرض إطاره وشروطه الأليمة.

أمام الراشد، يتردد المراهق بين الجاذبية والخوف، وما بين الرغبة في الإنتماء ورفض ضياع الطفولة، فمن الضروري مساعدته، ليدرك كل العوامل المتدخلة في ثنائية تجربته (المراهقة والسرطان). وبالتالي يمكن للآخرين تفهمها، ويساعد التدخل النفسي، المراهق في الاحتفاظ على الديناميكية في الحياة، حرية التفكير، البحث عن الهوية، الفخر بالقيمة الذاتية، ثقته بوالديه خاصة، وبالراشد عامة.

(1) المراهق المصاب بابيضاض الدم والعائلة:

لا يؤثر السرطان على المراهق المصاب به فحسب، بل يؤثر أيضا على عائلته، فتضطرب العلاقات بين أفرادها، الإختلافات بين الأجيال، وتضطرب الأدوار والمهام. فمن المهم الإهتمام بأفراد العائلة وبالنظام الداخلي للعائلة، فيمكن للوالدين أن يفقدا قوة العلاقة الزوجية في هذه المرحلة الأليمة، فالأم أكثر حضورا، أكثر قرابة جسديا للمراهق وأكثر راحة في عالم العناية والعلاج من الأب، فيشك الأب في مكانته، قيمته و دوره، ويتحمل ذلك بصعوبة. أحيانا يفقد الوالدين، سلطتهم على المراهق، ويتساهلون في قواعد حياتهم وتربيتهم المتبعة حتى الآن، فيسمحون للمراهق بالفعل أي شيء فيشعر هذا الأخير، بالخيانة، ويفقد ثقته بهم، وبقيمة ما تعمل منهم حتى الآن، فتتقص أهميتهم كأباء في نضرتهم، وهذا ما يؤكد خطورة هذه الوضعية.

وما يضخم ضياع الثقة بوالديه، هو طلب الوالدين من إخوان المراهق المصاب، التضحية من أجله أي البقاء بقربه على حساب نشاطاتهم العادية، ترفيهاتهم، ودراساتهم، وعندما يشعر المراهق بنقص في المساندة والفهم من طرف أبويه، وعندما يثقون الأولياء ثقة عمياء في الطاقم الطبي، أو بالعكس، يرفضون كل ما يأتي منهم.

قد يشعر الآباء، أنهم في فشل، ولا يستطيعون تحمل مسؤولية دورهم كأباء، فيتوجهون نحو آباءهم، وينتظرون مساعدة تطبيقية وعاطفية، فتظهر الصراعات، والإضطرابات بين جيل وآخر، في وقت حساس، يستحق فيه المراهق، علامات واضحة وقوية، لتجاوز مرحلة المراهقة، ولمواجهة تجربة السرطان.

2) المراهق المصاب بابيضاض الدم والطاقم الطبي:

علاقة المراهق المصاب بالسرطان مع الطاقم الطبي، هي علاقة معقدة لأن هذه الفئة مجموعة إجتماعية متميزة بالإتزان، بالهوية القوية، بالمعرفة الواسعة، فيبدوا للمراهق أنهم عظماء. وبالتالي قد يشعر بنزاع بين إخلاصه لوالديه ولعائلته (أفكارهم، مثالياتهم، هويتهم الاجتماعية، الاقتصادية، والثقافية)، وما بين أفراد الطاقم الطبي (يجب عليه تفهم قراراتهم، منطقية العلاج).

يضمن المراهق أحيانا، بسلبية كبيرة، أنه يتوجب عليه تقبل كل شيء من الطاقم الطبي، وتبني كل طرقهم وأفكارهم، وكأن ذلك هو ثمن الشفاء، وبعض المراهقين، يرفضون تقبل إقتراحات الطاقم الطبي، إخلاصا للعائلة التي قد تضمن أن التعامل مع الطاقم الطبي سوف يشوه هويتهم، إتزانهم، قيمهم ويكشف أسرارهم، وبالتالي تظهر إضطرابات التكيف النفسي للشروط المتطلبة من العلاج والشفاء من السرطان.

فمن الصعب، العثور على علاقة متزنة بين المراهق المصاب بالسرطان، وبين الطاقم الطبي، فالتكيف السليم إلى العلاج، يستوجب منطقية العلاج، وتقبل كل الإجراءات الصعبة، وهذا بدون الاستغناء المراهق على التعبير على التصورات الخاصة به و بجسمه المريض، بالسرطان و لنظرياته الخاصة حول سبب الإصابة بالمرض السرطاني.

فلتجنب الصراعات والإختلافات، يجب على المراهق الوصول إلى الإتزان بين المعرفة الواقعية، بين التخيلات و ثقافته الخاصة.

قد ينحني سلوك المراهق إتجاه أفراد الطاقم الطبي، من الإعجاب إلى الكره، من التقمص إلى الإنكار، وهذه العلاقة تشير إلى العلاقة مع والديه، ومع السرطان، وتأخذ معنى التحدي.

المراهق المصاب بابيضاض الدم وأقرانه: (3)

يشعر المراهق المصاب بالسرطان، بأنه في عزلة، بالنسبة للمراهقين الآخرين الغير مصابين، بسبب استشفائه، بسبب منظره وحالته الجسدية، بسبب التعقيدات الخاصة بالطب السرطاني وتجربته الصعبة، فالمراهق ينطوي ويلجأ إلى العزلة.

"لما أفسر للآخرين، ليس بإمكانهما فهمي"، فالمراهق يميل أحيانا نحو الهرب، وأحيانا نحو الخجل، الخجل من التدهور الصحي، من أوقات الضعف، وأحيانا يشعر بأنه مسؤول عن مرضه. فقد يوجه المراهق نظرة مملوءة بالغضب والرغبة، نحو انشغالاتهم التافهة حول الحياة اليومية، فيشعر بالإنعزال ويخشى الاحتفاظ طيلة حياته على سمات مرض السرطان، وما يضخم هذا الشعور، هو تفادي المراهقين للمصاب بالسرطان، خوفا من كل التغيرات الجسدية والنفسية، وخوفا من الهشاشة والضعف، من العدوانية، ومن خطر العدوة من سرطان أو معاناة المراهق المريض.

فيتساءل المراهق، هل بقي مرغوب فيه، يمكن أن يشك، ويجب عليه استثمار الشعور بالقيمة الذاتية والجمال، ويتوجب عليه أيضا التعرف على نفسه بين محيطه الحالي (فترة المراهقة، سرطان، خطر الموت)، ومن نظرات الآخرين (عدم الفهم تجربة السرطان، الخوف، الشفقة)، وإلى الهوية التي يعكسها للآخرين (ضحية، عدوان).

Daniel Oppenheim de Boeck. Grandir avec un Cancer., L'expérience vécue par l'enfant et l'adolescent. . 2ème Edition. Bruxelles. 2009., P : 47, 48, 49, 73, 74.

• مراحل الحداد عند المراهق المصاب بإبيضاض الدم: (Le travail du deuil)

ينقسم الحداد إلى عدة مراحل متشابكة في بعضها البعض، ويمكن لسيرورة الحداد أن تتوقف في أي مرحلة ما، وهذا ما يدل على الهشاشة التي يكون فيها المراهق المصاب بمرض السرطان.

المراحل:

(1) الإنكار: (Le déni)

لا يبدأ فعلا عمل الحداد، ما لم يتجاوز المراهق هذا المرض، الذي يتمثل في الرغبة على الحفاظ على الموضوع الضائع، وهنا يمثل الصحة وذلك بصفة مهلوسة.

يتواجد الإنكار بكثرة عند المراهقين، عموما يكون مقنع وراء سلوكات تبسط خطورة المرض، عند أخذ موقف إيجابي يظهر المراهق وكأنه مطمئن، أو يرافق الإنكار عدوانية إتجاه كل الأشخاص المعنيين أو المتدخلين في الحالة المرضية الجديدة، في هذه الفترة من الإنكار، تكثر الزيادة الطبية واللجوء إلى الطب التقليدي.

(2) الشعور بالذنب والإنهيار:

بعد مرحلة الإنكار، يصل الفرد إلى مرحلة ذات قطبين: الذنب والإنهيار.

فالذنب يدعم الإنهيار وهذا الأخير يعزز الشعور بالذنب.

في فترة الإنكار، كانت العدوانية متجهة نحو الشخص الذي يعلن عن المرض الخطير، فيعتبره المراهق كمسئول، أما في الفترة الثانية من الحداد، العدوانية متجهة نحو الذات.

في هذه المرحلة يبدأ عمل الحداد، ويجب للمريض أن يعبر عن شعوره، ويجب للطاقم الطبي أن يميز ما بين أعراض الإنهيار الإنعكاسي والإنهيار الحقيقي، فيتوجب التكفل به، والذي يظهر في أعراض الإحساس بالدونية، والعجز على المقاومة، ويمنع التكفل بعين الاعتبار لهذه الأعراض، يوقف سيرورة الحداد ويمنع التكفل السليم للمريض.

الإستياء: (Le ressentiment) (3)

التأنيب الذي كان متجه نحو الذات في فترة الإنهيار، يصبح متجه نحو الآخرين، هذه المرحلة يمكن أن تتطابق مع السابقة ولكن يمكن التواجد أماما مراقب عدواني بعد الإعلان عن التشخيص، هذه العدوانية مبنية ومتجهة نحو الأولياء، الطاقم الطبي، في هذا الوقت يشعر المراقب بالإستياء.

المفاوضة: (La négociation) (4)

هذه المرحلة من الحداد تظهر بعد بذل جهد شخصي من طرف المريض، وتحت تأثير المحيط، وهي تدل على التكفل الجيد للمريض. في هذه المرحلة، يحاول المريض بالتكيف مع الواقع الجديد، والإبتعاد على ما يؤلمه في هذا الواقع.

فينبنا سلوكيات تعويضية، فيستهلك طاقة كبيرة لإنجاز أعمال إيجابية تخص مرضه، غالبا ما يتمنى المريض الإلتحاق بجمعية ما، في هذه المرحلة من الحداد، ولكنه يعاني من هشاشية نفسية، وليس لديه القوى اللازمة لاستثمار هذا النوع من العمل، ولهذا يجب احترام طلب المريض، وتوجيهه لأن الفشل قد يؤدي بالمراقب إلى الرجوع لمرحلة قديمة من الحداد.

الموافقة: (L'accommodation) (5)

في هذه الفترة يبدأ المراقب بتقبل مرضه، ويعتبر ذلك تمهيدا لسيرورة التصعد (La sublimation)، فهذه المرحلة لا تمثل الرجوع إلى مرحلة سابقة، ولا التقبل الكلي،

ولكنها تمثل تسوية (compromis)، ما بين ما كان يجب أن يكون والواقع الموجود،
فيمكن إذا للشخص المريض، تعزيز الجهة المؤلمة من الواقع لتقبله.

يصعب على المراهق الوصول إلى نهاية هذه السيرورة، وللنجاح يستدعي ذلك
تدخل العائلة، المحيط والطاقم الطبي، بتسليط الضوء على كل ما يراه المراهق مظلماً،
والهدف هو تحمل المرض، فالمرض الخطير لا يمكن أن يصبح مقبولاً كلياً.

تتمثل نهاية الحداد، في القدرة على تصور المرض في المستقبل، فالمراهق المصاب
يمكنه بذلك بدأ حياة جديدة.

*Patric Alvir. L'annonce du handicap à l'adolescence. Librairie Wibert. Paris.
France.2005, P 55 56 57*

خاتمة الفصل

تغير وتؤثر تجربة السرطان على المراهق، وتخلق لديه معاناة نفسية كبيرة، جاعلة العلاقة مع نفسه، صعبة ومعقدة، وحتى مع الآخرين، فتنشوش حدود هويته وتظهر لديه مشاعر عكسية (دونية، تكبر)، فمن المهم مساعدة المراهق المريض التغلب على مخاوفه، ومساندته نفسياً، والإهتمام بمسائل الصحة (التبغ)، الجنسية، السلوك الخطير، لأن المراهق في صعوبة طلب أو تقبل المساعدة النفسية.

فيتوجب على الطاقم الطبي، أن يتميز بقدرات مهنية وعلائقية مع المراهق، للوقاية من نتائج الإضطرابات السلبية، إنعدام أي مساعدة نفسية، قد يؤدي بالمراهق إلى الشعور بمسؤولية الإصابة ونتائج المرض السرطاني، أو من معاودة المرض، نقص أو إنعدام حضور الآباء، يؤثر سلباً على المراهق، فلا يمكنه بالتالي الإتكال عليهم، والثقة بهم، للطاقم الطبي مهمة إحترام والدين المريض، لكي لا يتردد هذا الأخير بين ثقته بوالديه، وثقته بالطاقم الطبي.

يؤثر السرطان على المراهق، وتبقى الصدمة وبصماتها طوال حياته، فلكي يتقبلها و يتجاوزها، من الضروري إدماجها في تجاربه، فحتى بعد العلاج أو الشفاء، تبقى ضرورة حصوله على المساعدة النفسية شيئاً واضحاً.

الفصل الرابع

الحداد

1) مدخل إلى مفهوم الحداد:

• تمهيد:

تمثل كلمة حداد، ظاهرة، وهي موت شخص قريب، والعلامات الخارجية الخاصة بالعادات والتقاليد المرتبطة بالحداد.

وتشير كلمة حداد، إلى فترة ما بعد الموت، المسماة بعمل الحدادي (le travail du deuil)، وإلى مبادئ نفسية، تحليلية وحتى طبية.

التواجد في الحداد، هو الإستمرار في الحياة، بعد ضياع شخص، ثم ربط علاقة عاطفية معه، هو الشعور بغياب حسي حاد، للشخص المتوفى، مع الوعي بالواقع، فيشعر الشخص بالغرابة، جراء هذا الضياع، وجراء ضياع مراجعه الجسدية الأولية، في هذه الفترة الصعبة، تستطيع الديناميكية النفسية، أن تتغلب على الوضعية المؤلمة بمحاولة التواصل مع الشخص المتوفى، عن طريق الأفكار، أو إعادة العيش ذهنياً، اللحظات المشاركة بينهم.

الحداد هو ضياع جزء من الذات، الكثير من الأشخاص يعبرون عن ذلك بكلمة "تمزيق" (déchirement) وكلمة "بتر" (amputation).

هذه الصدمة تبقى صعبة التحمل للأبد، سواء كانت العلاقات مع المتوفى، ذات صراعات أم لا.

فلا يتطابق الحداد، مع الشعور بالأسى والحزن، عندما يتوفى شخص، لم يكن معه، علاقة عاطفية، بل يتطابق مع ضياع شخص، كان معه، رابط أساسي، وحينها فقط، تبدأ سيرورة الحداد، ولا يمكن لأي شخص، أن يتجنب طيلة حياته، استعمال القوة النفسية التي يتطلبها كل حداد.

فالحداد، هو أيضا، ضياع شخصي مهم في الحياة، كان يتمحور حوله، عاطفيا، أفكار الشخص، حياته وحتى جسده.

يشبه العمل الحدادي، بالجرح البتر (Cicatrisation d'une amputation) فهو عمل يدوم طيلة الحياة، لكي يشفى، على المستوى النفسي الجسدي و الاجتماعي فتظهر فترات تحسن و تتبع بفترات اكثر غموضا و حزنا خلال عدة أشهر، بدون انقطاع، لأن الجرح، يبقى مغروسا في ذاكرة الشخص.

• تعريف الحداد:

"الحداد، هو عادة، رد فعل لضياح شخص محبوب، أو شيء مجرد، في مكانه، كالحرية، المثالية..." (Freud, 1915)

مفهوم الحداد، لدى "Freud" يتحول ويكبر، فينفصل من الوفاة، ويرتبط بالضياح.

منذ بداية الإنسانية، كان الحداد، يضم مجموعة من العادات، والتقاليد الإجتماعية، التي ترافق وفاة شخص ذو أهمية، ويدل ذلك على مشاعر الأشخاص في الحداد، ومنذ هذه الفترة، ولمدة طويلة، وفي وقتنا الحالي، هذه العادات تهدف أساسا، بإبعاد روح المتوفي، من عالم الأحياء، ومحاولة، تهدئته، لكي لا ترجع، وتؤدي الآخرين، مهما كان مصدر الحداد، إجتماعي، كما كان منذ البداية، أو داخلي كما أصبح حاليا، فالحداد هو وقت وسيط، أين يحاول وضع التفرقة بين الأحياء والأموات. فالحداد، يعتبر، رد فعل جراء ضياح موضوع واستثمار نرجسي في آن واحد.

كلمة حداد، ذات عدة معاني:

- يدل، أولا، على الحالة، المتواجد فيها شخص، بعد وفاة شخص قريب (Etre en deuil).
 - هو جميع السلوكات الإجتماعية، الفردية أو الجماعية، الناتجة عن موت شخص مهم في المجتمع (Porter le deuil).
 - الحداد، يدل على العمل الحدادي (Faire son deuil).
- وهو العمل النفسي الأساسي، لتقبل الواقع، أي الضياح، ومواجهته، وتقبل، ما ينتجه هذا الضياح كتغيرات في الشخصية.

Nadine Amar, Catherine Gouvreur, Michel Hams. Auteur : Collectif .le deuil, 2^{ème} édition SARP. Alger. Algérie. 2002. P : 13, 19

• سيرورة الحداد (Le processus du deuil)

عند حدوث الموت، تدخل العائلة في مرحلة الحداد، المتميزة بحالة نفسية شديدة الحزن والعزلة، الإنطواء على الذات، باليأس والشعور بالذنب، والرغبة في رؤية جسم الشخص المتوفي، مع الشك في مهارات الطاقم الطبي، أي معاناة نفسية حادة.

فالحداد، يعتبر، رد فعل، تابع لضياح، سواء، كان مادي أو معنوي، فقد يعرف الشخص الضياح طيلة حياته كخيبة الأمل، ولكن الموت، بطبيعته النهائية " لا يمكن الرجوع إلى الوراء"، يضيف للحداد، الألم الشديد، بسبب ضياح شخص قريب.

يوصف "S. Freud" سيرورة الحداد كسيرورة نفسية، داخلية، ناتجة عن ضياح موضوع التعلق، الذي، ينجح الشخص، تدريجيا على الانفصال منه.

(Lapalanche et Coll., 1988)

يتواجد نموذجين لتفسير الحداد:

(1) النموذج النفسي الديناميكي: (Le modèle psycho dynamique)

يرتكز على السيرورة النفسية الداخلية للحداد، هذا النموذج يتمشى مع وصف عمل الحداد من طرف "S. Freud".

أي، مع ضياح الموضوع، لا يبالي الشخص بالعالم الخارجي، نشاطه النفسي يهيمن عليه الألم الحدادي، والذكريات المرتبطة بالشخص المتوفي، وهذا النشاط، المرتبط بموضوع الحب، يتلاشى تدريجيا، فينخفض الألم، بشكل غير سهل، وذلك نتيجة سيرورة داخلية، تطلبت مجهودات جبارة من الشخص، فينتهي عمل الحداد، عندما يستثمر الشخص، نشاطه في علاقات جديدة.

(Lapalanche et Coll., 1988)

(2) النموذج الشخصي الداخلي: (Le modèle interpersonnel)

يرتكز على نظرية التعلق ل "Bowlby 1991".

يعرف الحداد، مثل سيرورة، تضمن مجموعة من المراحل، التي في الأغلبية الحال، تتبع، بصفة تدريجية خلال الزمن.

وتتميز بثلاث مراحل:

- الرفض (Le refus).

- الإضطراب (Désorganisation).

- إعادة البناء (Restructuration).

(1) الرفض:

هو حالة هلع أولية وفزع كبير، تتميز بالإنكار، المتعلق بواقعية الضياع، بعد عدة أيام أو ساعات، يبدأ الشخص بإدراك الواقع، فيمكن ملاحظة تتابع نوبات حادة، مصحوبة بقلق شاد، بإفراط في النشاط، جفاف الفم، الإحساس بالضيقة (L'oppression)، بصعوبة في التركيز، يمكن ملاحظة أيضاً، سلوك البحث عن الشخص المتوفي، يعاش الغضب والتمرد على المستوى العاطفي، ويوجهان نحو أي شخص، يحمل مسؤولية في وفاة الشخص القريب، من محيطه أو الطاقم الطبي أو حتى الشخص المفقود في حد ذاته.

2) مرحلة الإضطراب (Désorganisation):

تتميز، بالتعرف والتقبل على الطبيعة النهائية للضياع، فيعاد النظر إلى هوية الشخص، وفي الأدوار الذي إعتاد عليها، والتي يوجب التخلي عنها، لإدماج أدوار

ومهام أخرى، وهذا ما ينتج حالة اكتئاب، فقد تظهر هذه الأعراض: اضطرابات في النوم وفي التركيز، في الشهية، وعدم استثمار العالم الخارجي.

3) مرحلة إعادة البناء (Restructuration):

متميزة بإعادة التعرف على الذات، بإنخفاض في شدة الأعراض، بتعلم مهارات جديدة، وفرص الإستثمار في علاقات جديدة.

Darius Razani, Nicole Dervo. Psycho-oncologie. Le cancer, le malade et sa famille. 2^{ème} édition. Masson. Paris. 2002. P : 235, 236, 237.

• العمل الحدادي: (Le travail du deuil)

التعرف على عمل الحداد، يساعد على التنبؤ للسيرورة النفسية التي سوف يعيشها الشخص. وبالتالي يسمح بتكفل أحسن بالحالة، حتى، وإن كان الأشخاص يختلفون في طريقة المعاش النفسي لمختلف المراحل.

يبدأ عمل الآليات الدفاعية، عند الإعلان عن الوفاة، ويختلف حسب الأشخاص، وحسب بنية دفاعاته الداخلية، وحسب الشخصية، ومعتقداته الثقافية والدينية. هذا العمل الطويل المدى، يستمر كل الحياة، ويمثل سيرورة طبيعية وأساسية لتطور كل إنسان.

▪ المراحل:

(1) الإندهاش: (La sidération)

هي المرحلة الأولى، عند الإعلان عن الوفاة، يبقى الشخص في هلع، ثابت، ليس باستطاعته منح أي ردة فعل، يعرف أي شخص في الحداد هذه السيرورة، حتى ولو كانت غير واضحة، ما يظهر كنقص عاطفي، أو نقص في التدخل، يسبق ردود الفعل الخاصة بالإنكار والرفض الأكثر وضوحا.

فالفزع، هو بداية، لسيرورة الإحتفاظ على البقاء، لأن في أول الأمر، شدة الإحساسات والمشاعر، تجلب الإنسان نحو الموت، وهذا ما يجب تجنبه، يجب إذا الإحتفاظ على جزء من الذات، برفض هذه الأزمة (الموت)، هذه المرحلة تسمح، بتحمل والتحمل على معلومة الوفاة، بصفة تدريجية.

(2) الإنكار والرفض: (le déni)

هو الرفض التام، لمعرفة حقيقة هذه الوضعية الأليمة (الوفاة). هذا الإنكار، يحدث أساسا أمام قلق كبير وضخم، لأن كل وضعية خطيرة "لا تحدث إلا للآخرين".

(3) عدم الإيمان: (L'incrédulité)

تتبع المرحلتين الأوليتين، اللتان تحضر بصفة سريعة الشخص، الذي يبقى يتأرجح بين الرفض وتقبل حقيقة الواقع.

(4) الغضب والعدوانية: (Colère et Agressivité)

يصبح الألم، أكثر فأكثر شدة، فتكون ردة الفعل، عدوانية، بالنسبة لكل المحيط المباشر، وخاصة بالنسبة للشخص الذي أعلن عن الوفاة، بعد فترات الهلع الأولى، يحاول الشخص بالإبتعاد عن الحقيقة الأليمة، بتعبير عن العدوانية، التي تمثل علامة، بأن الحياة تبقى أقوى من صدى الموت.

(5) الصدمة الأولية: (Le choc initial)

وهي تمثل "لحظات أبدية"، لأن عند الإعلان عن الوفاة، يجد الشخص نفسه، خارج الزمن (hors du temps)، فتتشوش مصادره الزمنية والمكانية، في البداية، كل معلومة، كل كلمة يتحصل عليها، وكل حركة تثبت بصفة دائمة في ذاكرة الشخص وفي وقت لاحق يثبت سلوك أفراد الطاقم الطبي الذي يتعامل معهم

عدم استوعاب، وفهم هذه المعلومات، يمكن أن ينتج تساؤلات عديدة، أثناء عدة أشهر، وبالتالي تصبح عملية "شفاء الجرح" أكثر صعوبة، ويمكن لعمل الحداد، أن لا يبدأ حقيقيا، عندما يستعمل الفرد، آليات دفاعية صلبة، للمواجهة المعلومة الأليمة، أي الموت، فتكبت (refoulé) بصفة جد عميقة، ويبقى، في مراحل الإنكار لعدة أسابيع أو أشهر، فيظهر الحزن المرتبط بعد الحداد، خلال حداد آخر، ربما أقل أهمية من الأول، فترفع الكف (les inhibitions) ويدخل الشخص في المراحل الأخرى، للوصول أخيرا إلى تقبل الواقع.

• نهاية عمل الحداد؟

لا يوجد هناك، نهاية فعلا للعمل الحداد، ولكن، بالإمكان التحدث عن مرحلة جديدة، عندما يجد الشخص، توازنا نفسيا جديدا، بالنسبة لجرحه، لأنه يواجهها، بدون الشعور بحزن كبير، ويمكن الوصول إلى هذه المرحلة، بحذف الشعور بتأنيب الضمير، فيسترجع الشخص المتوفى، مكانته، بطريقة لطيفة، وتندمج ذكرياته مع التاريخ العائلي. يشفي "جرح الحداد"، عند تقبل الشخص، بأن المتوفى حصل على مكانة سلف (un ancêtre).

وبما أن الشخص، لم يعد موجود في الواقع المادي، فمن الصعب التواصل معه، فالقوة النفسية المستعملة لهذه الغاية، ترجع للشخص في الحداد، لأننا، إذا العلاقة ما بعد الحداد، هي علاقة شخصية داخلية، فالشخص يجد الطريقة المناسبة، ليعرف التواصل وتوضيح العلاقات مع الشخص المتوفى.

• الصعوبات النفسية الخاصة بعمل الحداد:

تتميز، اللحظات الأولى، للعمل الحدادي، بحالة فزع، تهيم على الفرد، جسمه، نشاطه النفسي، وعلاقاته مع الآخرين، كل اهتمامه يركز على هذا الضياع، هذا الحداد، وكل النشاطات الأخرى، تعرف كفا، فيظهر انحطاط وضعف للشخص، وحالة حيرة، وتعب شديد، حتى ولو أحيانا يظهر إفراط في النشاط، دفاعي وغير مزمن، وتستمر هذه الحالة، في الإدراك وتقبل الشخص لواقع الضياع ولشدة الألم.

قبل ذلك، يعرف الرفض والتمرد، والسيرورة الداخلية، التي تتطابق مع هذه الفترة من الحداد، هي اجتياز الرفض، الذي يمثل السلوك الطبيعي أمام كل شيء يسبب ألما كبيرا، وهذا الرفض، يبقى غير كامل، لأن هناك دائما، إدراك جزئي للواقع.

فالشخص، يدرك النتائج الداخلية للضياع الداخلي (الحداد، الألم، الإكتئاب، فقدان الأمل...)، أكثر من إدراك الضياع في الواقع، الرفض الكلي للواقع المادي للضياع، هو رفض، ملاحظ في (les démences)، ويمكن أن يؤدي إلى الهذيان (le délire).

أما الرفض الضياع الداخلي، هو نتيجة الكبت، فيتجنب بذلك، ويبتعد عن كل المشاعر الأليمة.

تظهر هذه الحالة، خاصة عندما يكون الضياع غير منتظر وعنيف، وبالعكس، عندما يكون رفض الحداد كاملا، فيظهر الشخص، وكأنه لا يتألم، ويمكن أن يصيب بمرض عضوي في، هذه الفترة (P. Marty. 1976,1980)

بيدأ، فعلا عمل الحداد، عندما تنتهي فترة الرفض، فتظهر حالة اكتئاب، مع انخفاض في تقدير الذات.

يوصف "Freud"، عمل الحداد كآلاتي:

يجبر الواقع الشخص على التفريق، وعلى إلغاء الإستثمار من الموضوع الذي ضاع، فالعمل يتطلب وقتا، ويجب أن يكون تدريجي، كل الذكريات التي تحض المتوفى، يجب أن ترجع إلى الذاكرة ويدركها الشخص، وهذا يحدث كل مرة، ألما. وبالتالي خلال هذه الحركة، تظهر سيرورة أساسية للعمل الحدادي وهي المشاعر الغير واعية، لتأنيب الضمير (Les sentiments de culpabilités).

Nadine Amar, Catherine Gouvreux, Michel Hams. Auteur : Collectif. Le deuil, 2^{ème} édition SARP. Alger. Algérie. 2002. P : 19, 20.

(1) مشاعر تأنيب الضمير: (les sentiments de culpabilités)

تميز عمل الحداد، واعي، أو غير واعي، الشعور بالذنب موجود في كل عمل الحداد، عند فشله، يصبح الشعور بالذنب عميق، ويصعب التعرف عليه¹.

المشاعر، هو إحساس شخصي، من الذات نحو الذات، هو إجرائية نفسية، يأخذ المعلومات من الخارج، ويقارنها بما لديه كمصادر خلقية، بالنسبة للسنوات الأولى من الحياة، وخاصة بالنسبة "للأنا الأعلى" "sur moi"، الشعور بالذنب، يختلف عن حالة الذنب، هذه الأخيرة مرتبطة بالمسافة الموجودة بين عمل إرادي أم لا، والقانون الإجتماعي، ولهذا يمكن للشخص أن يكون مذنب بعمل ما، بدون الشعور بالذنب والعكس صحيح.

الشخص في الحداد، يشعر بإحساس عدواني، بالنسبة لذاته، بعد وفاة شخص قريب، فلا يتجنب تذكر مسؤولية بالنسبة له، ولو كانت بسيطة، بما أن كل إنسان، متناقض في شعوره بالنسبة للآخرين، فهو يجد دائما في داخله، أفكار سوداء، مكبوثة، أم لا، يربطها كسبب في حدوث الوفاة، مهما كان سن الشخص، فالفكرة السحرية، تبقى موجودة، فبالطبع هي مميزة من مميزات الطفل الصغير، (مثلا، الطفل يتمنى وفاة أخته الصغرى، فإن توفت، يمكن أن يعتقد لمدة طويلة، أن فكرته قد تسببت في وفاتها).

أما عند الراشد، فالعوامل تكون أقل تشكيلا، ولكن يبقى الشعور بالذنب حاضرا، وأحيانا مكبوتا بصفة عميقة، إذا الشعور بالذنب ينتج من رغبة الشخص، لوفاة الآخر، (بواسطة مفهوم الفكرة السحرية)، وعن الخيانات التي، يعتقد الشخص في الحداد، أنه قام بها، بالنسبة للمتوفى.

¹ Nadine Amar, Catherine Gouvreux, Michel Hams. Auteur : Collectif. le deuil, 2^{ème} édition SARP. Alger. Algérie. 2002. P : 115.

الشعور بالذنب الفوري بعد الوفاة، مرتبط مع نقص في فهم أسباب الوفاة، هذه التساؤلات الدائمة، تشير للقلق وفكرة الشخص، أنه ذو مسؤولية في وفاة الشخص القريب، فيريد الشخص أن يتأكد، أن ليس لديه دخل في الوفاة، وأن محيطه أيضا متيقن بذلك.

ومن أهم، الميكانيزمات للدفاع، عن ذلك، هو تحميل الآخرين المسؤولية مثل: الطاقم الطبي. وبالإضافة إلى الشعور بالذنب، يشعر الشخص بالخيانة، لأنه يبقى على قيد الحياة، فيتوجب على الأخصائي والطاقم الطبي، التطرق لهذا الشعور، لتوضيح مسؤولية الشخص في حدوث الوفاة، وأن باستطاعته أن يتوقف على الشعور بالذنب، وذلك بالتعبير عنه، بهدف تهدئة الذنب اللاواعي، لأن المحيط، بكل إرادته الطيبة، يمكن أن يحدث كوارث، بكلمة، حتى ولو كان هدفه، مساندة الشخص في الحداد.

Alain de Broca. Deuil et endeuillés. 2^{ème} édition. Paris. 2001. Masson. P : 63, 64.

(2) الألم النفسي: (la douleur psychique)

"الألم، هو ردة فعل، جراء الضياع الموضوع". (Freud, 1926)

الألم، هو الإشارة وعلامة الجرح النرجسي، هو نتيجة الصدمة النرجسية، التي يمثلها كل ضياع، وإن كان الحداد، يسبب في موت جزء من الذات، في نفس الوقت، يمكن أن يمثل عامل تطور وتقدم داخلي.

عمل الحداد، هو الذي يوصل الشخص إلى مرحلة التقبل، لأن كل ضياع، يمثل نوبة مؤلمة، مرفوضة.

قارن "S. Freud" بين الألم الجسدي والألم النفسي.

الألم الجسدي، ناتج عن الجرح، وعن مقاومة الجسد، لشفاء الجزء المريض.

الألم النفسي، ناتج عن الجرح النرجسي، وعلى رغبة الشخص، بالشفاء، وهذا يفسر التعبئة الليبيدية الحادة.

الإفراط بالإحساس بالألم، يمكن أن يمثل خطرا على الشخص، وينتمي عنده، الرغبة بالإلتحاق، بالشخص المتوفى، ولكن غياب كل ألم، يمثل علامة على الرفض والإنكار، وبهذا فإن الألم النفسي في الحداد، مثل الألم الجسدي، هو علامة، تسمح بالحدز والإحتفاظ على الذات.

(3) العلاقة مع الواقع: (les liens avec la réalité)

"الحداد، يظهر بتأثير إمتحان الواقع "l'épreuve de réalité" الأساسية، لغاية التفريق مع الموضوع الضائع". (S. Freud, 1915)

تتطلب فترة الحداد، أكثر من أي فترة في الحياة، الروابط مع الواقع، فإن فشل الحداد، وتعتقد يعني ذلك أن "امتحان الواقع"، لم يلعب دوره المنظم، ولكي يكون الحداد، مطابق، يجبر على الأنا، على الاستغناء على جزء من الواقع، فالقدرة على الحداد، تظهر أساسا، كتعبير عن معنى الواقع والقدرة على تقبله.

السلوك العام، في اللحظات الأولى للحداد، يتمثل في رفض التعرف على الواقع المادي، وخاصة الواقع النفسي للضياع، فمعنى الواقع، الذي يمثل "أحد العوامل الأساسية للأنا"، يتراوح ويتراقق بحركات نكوصية، سريعة وعميقة، يمكن أن تنتج إضطرابات نفسية.

"امتحان الواقع"، هو مركز العمل الحدادي، تؤكد التجربة الإكلينيكية ذلك، لأن الشخص، يتطلب منه مجهود، لمواجهة الواقع، يبين "S. Freud"، مدى يمتد هذا العمل في الزمن، مرفوقا بأخطاء، وتجارب، فيسمح امتحان الواقع، بتغيير وتحويل عالمه الداخلي (الرغبات)، بالنسبة للضياع الحقيقي الخارجي الذي عرفه.

امتحان الواقع، غير موجود، من بداية الحداد، ولكي يقوم بدوره، يجب حضور شرطين، بالنسبة ل "S. Freud" وهما: رضا حقيقي بموضوع الضياع فيما سبق، وضياع هذا الموضوع حاليا.

وبالتالي، امتحان الواقع، يمثل الحدود، بين الواقع الخارجي والداخلي.

فالعامل الحداد، يتمحور حول الموضوع الداخلي وحول الواقع الداخلي، الذي يفوز مؤقتا على الواقع الخارجي، لأن الموضوع الداخلي، يكون مستثمر نرجسيا بصفة كبيرة، ويؤخذ كل المكان في حياة الشخص، هذا الأخير، لا يطلب إلا القليل من العالم الخارجي، الذي ترجع أهميته، إلا في نهاية الحداد.

Nadine Amar, Catherine Gouvreur, Michel Hams. Auteur : Collectif. le deuil, 2^{ème} édition SARP. Alger. Algérie. 2002. P : (22, 30).

● علاقة الاكتئاب بالحداد:

يشبه الاكتئاب، الحالة التي يتواجد فيها الشخص، بعد وفاة شخص قريب، والذي يتطور بعد حالة أولية من الهلع، من الإنكار، والغضب، نحو الحزن والانهيار، فتستمر السيرورة، ويبقى الشخص في المعاناة، بطريقته الخاصة، وتظهر عليه علامات الحداد المتمثلة في:

البكاء الشديد – فقدان الرغبة بالقيام بالأنشطة المعتادة – الإنطواء على الذات – فقدان الشهية واضطرابات في النوم – كل شيء يفقد من معناه وذوقه – يظهر جسم الإنسان وكأنه غائب.

تشبه علامات الحداد، أعراض الاكتئاب، كعدم الرضى، كف في العاطفة والسلوك المعبر عن الحزن، ولكن تظهر اختلافات المتمثلة في:

- ضياع التقدير الذاتي، وهو عامل أساسي في الاكتئاب لا نجده في الحداد، أو نجده بصفة قليلة.

- الإنهيار والحزن، في الاكتئاب، لا يتأثر بالكلام المشجع، وفي الحداد، يتأثر الشخص، ويتوجب مع التشجيع والمساندة بصفة أكثر.

- الشعور بالذنب، يظهر خاصة، في الحداد، أين يعيش الشخص بصفة مستمرة، كل ما توجب عليه فعله أو قوله والذي لم يستطع القيام به قبل الوفاة

تمثل أحيانا، الحالة الاكتئابية، حداد، لم يقم به الشخص أثناء الوفاة، فلم يعبر عن حزنه وألمه، في الوقت المناسب، بل مؤخرا.

Lucien Tenenbaum. La dépression une épreuve moderne. L'harmattan. Paris.2009 P : 151, 152.

(2) التكفل النفسى فى حالة الحداد: (La thérapeutique du deuil)

▪ مقدمة:

تتغير طبيعة التدخل النفسي عند الأشخاص الذين يعيشون الحداد، حسب الهدف، طريقة اختيار العينة، والفترة الزمنية التي يستغرقها هذا التكفل النفسي، الهدف هو الحصول على التكيف النفسي للعائلة التي تعيش الحداد، تسهيل التغيير وتجنب التعقيدات، يخص هذا التدخل النفسي، كل أفراد العائلة في الحداد، أو أشخاص يطالبون بالمساعدة النفسية، ويمكن إقتراحه لأشخاص في خطر. (Raphael et Coll, 1993)

حتى، ولو من الصعب انجازه، فيتبين، أن الأشخاص الأكثر فاعلية بمساعدة الأسرة في الحداد، هما الأخصائيين الذين قاموا بالعناية وبالعلاج الشخص المصاب بالسرطان، قبل وفاته.

اللقاء الأول يسمح بتقييم الوضعية وتحديد الهدف من العلاج، لتخطيط عقد التكفل، بهدف خلق جو الثقة والتحالف، وهذا ما يساعد أفراد العائلة على التعبير عن مشاعرهم. (Raphael, 1988)

ثم تأتي مرحلة المتابعة التي يتحدث فيها عن العلاقة مع الشخص المتوفى، وتقيم عوامل الخطر، ودراسة المعاش النفسي المرتبط بالضياع الموضوع، يساعد المتدخل، على أن تصبح الوضعية أكثر واقعية، وتقيم الاستثمارات الشخصية.

يتطرق المتدخل إلى ظروف الوفاة، إلى ردود الفعل الأولى لأفراد العائلة، وبعد دراسة تجربة الضياع، تدرس العلاقة مع الشخص المتوفى، في أوجهها الإيجابية والسلبية.

(طبيعة العلاقة، الصراعات، القدرة على التعبير عن المشاعر، مثل الغضب، الشعور بالذنب والعزلة).

تخفف بعض المعلومات الممنوحة من المعاناة النفسية وتجعل معاش الواقع، عادي وطبيعي، وتساعد على تجاوز بعض الصعوبات التي يواجهها الأشخاص في الحداد.

في آخر مرحلة من التدخل النفسي، يشجع الشخص الذي يعيش الحداد، بتكوين هوية جديدة، بمنح نفسه، طريقة جديدة للتعامل بها، وبتطوير نظرة جديدة على العالم وعلى نفسه.

1) العلاج النفسي الفردي (الشخصي):

(La psychothérapie individuelle)

التدخل النفسي، على المستوى الشخصي، يساعد على وضع علاقة مميزة مع الشخص في الحداد، وتكيف التدخل مع المشكل المطروح، خاصة في بداية الحداد، ويمكن مشاركة عدة أفراد من العائلة في آن واحد.

(Pakes, 1987, Shierman, 1970)

- التدخل العاطفي: (L'approche émotionnel)

ينبع هذا التدخل من العلاج السند، لتسيير النوبات ومنح النصائح، فهو تدخل نفسي ديناميكي يتمركز على المعاش الشخصي ويمنح أهمية كبيرة للتقمص مع المتوفى، لأن الحداد الباتولوجي يظهر في المميزات العلائقية مع الشخص المتوفى، وأيضاً في العوامل الشخصية (التاريخ الشخصي، الآليات الدفاعية الغير ناضجة، عدم الاستقرار النفسي).

الهدف منه، هو تسليط الضوء على كل الصراعات.

(Osteiweis et Coll, 1984)

يلعب التفسير دوراً مهماً، في هذا التدخل، ويحتوي على عمل التفرقة بين المعنى الحقيقي والمعنى المتخيل "fantasmé" المرتبط بالحداد، التعبير عن الشعور وعمل توضيح التحويل. (Horomity et Coll, 1984)

يتمثل العلاج بمساعدة الشخص بأخذ الوعي بمشاعر العدوانية بالنسبة للشخص المتوفى (مشاعر قد لا تسمح بالشعور بالراحة النفسية) ونزع الإستثمار في الشخص المتوفى.

المرحلة الأولى من التدخل النفسي، تهدف إلى تسهيل التعرف على الضياع الموضوع ثم التطرق إلى التناقضات العلائقية (لأن كل علاقة، قد يطغى عليها، طابع الكره أو العدوانية) ووفاة الشخص القريب، يمكن أن يعاش كحالة تخلي (abandon)، فيصبح محبوب ومكروه في نفس الوقت، فالتعرف

على هذه التناقضات يسمح بإعطاء أهمية للذكريات السابقة وبالتخلي عن الاستثمار، يكون التدخل محدود في الزمن مركز على الحاضر، وموجه لعلاج الاكتئاب، هدفه هو: (Miller et Coll, 1994)

- تسهيل سيرورة الحداد، مساعدة الشخص بالعثور على مراكز أهمية (Centre d'intérêt).

- تشكيل علاقات جديدة لتجاوز الشعور بالضيق.

- منح معنى واقعي للحداد.

- توضيح الإحساسات التي يشعر بها المريض (مع التركيز على المشاعر العنيفة أو المتناقضة).

- التطرق إلى ضرورة الوفاة ودراسة العلاقة بالشخص المتوفى، إلى ادوار كل فرد من العائلة وإلى التفريق. (Miller et Coll, 1994)

التدخل السلوكي: (L'approche comportementale)

لا يركز العمل السلوكي على الحداد، لأن العوامل المتنوعة المكونة للحداد، حتى ولو أن مصدره هو ضيق الموضوع لوفاة الشخص المريض، لا يمكن أن ترجع إلى سبب واحد فقط.

إذا لا يمكن، مساعدة الشخص في الحداد، بطريقة واحدة، في هذا النوع من التدخل، يحظى التقييم السلوكي، وتحديد الأهداف، بأهمية كبيرة، خلال التقييم، يحدد المختص، جودة الحداد ونتائجه على حياة الشخص.

خلال الحداد العادي، يطمئن المختص الشخص في الحداد، على طبيعة العلامات المتواجدة، يساعده على إعادة بناء محيطه الاجتماعي، ويعلمه بعض التقنيات للتخفيف من شدة الأعراض الخاصة (Spécifique).

وخلال الحداد المعقد، يتوجب تقييم السلوك الذي ينتج الصعوبات (التكرار، الشدة والمدة الزمنية)، (Aveill et Coll, 1981) التدخل، يحتوي على:

- الاسترخاء (la relaxation...).

- تعريض الشخص، بصفة مزمنة للمنبه، وربطه مع حالة راحة، ومع ذكريات أو وضعيات مؤلمة (La désensibilisation systématique).

التدخل المعرفي: (Cognitive)

الهدف من هذا التدخل، هو تغيير الأفكار المتشوهة، وذلك بتغيير طبيعة مزاجه، فهو مساعدة الشخص للتعرف على اعتقاداته ومدى تطابقها مع الواقع، ولتطوير الاستراتيجيات لحل المشاكل، فتتعرف الحالة على أفكارها الشخصية، المرتكزة على المعتقدات الشخصية، النابعة من التجارب السابقة، وتستطيع الربط بين الأفكار والعاطفة. (Mirabel et Sarron et Coll, 1993)

تتواجد ثلاث انشغالات رئيسية للشخص في حالة الحداد:

(1) الحاجة بأن يمنح معنى للضياع الموضوع.

(2) الصورة الذاتية وصورة العالم.

(3) رغبته بالاحتفاظ على الشخص المتوفى، حيا.

التدخل النفسي، يسمح بتطوير الأفكار، وذلك بسماع له، بإدماج تدريجيا، فكرة الضياع، وبالإضافة إلى ذلك فهو يبحث عن (validation) لمعاشه، فإن نقد الاعتقادات الشخصية أو التساؤل فيها بالنية للحداد، يمد نتائج إيجابية. (Shwarty et Coll, 1991)

فتصحح الأفكار الغير واقعية والمؤنبية، وتطلب بعض المهام من الشخص (تكرار بعض الجمل، عدة مرات في اليوم)، فتوضح الاعتقادات الشخصية.

(2) العلاج الجماعي: (La psychothérapie de groupe)

تساعد تقنية العلاج الجماعي، بتجنب الانطواء على الذات، للأفراد العائلة، وهذا عن طريق المشاركة في التجارب وتطوير التواصل حول هذا الموضوع، الشعور بالانتماء إلى جماعة ما، يمنح للمشاركين نظرة جديدة، عن طريق التبادلات التي تحدث أثناء الجلسات الجماعية.

- التدخل العاطفي: (L'approche émotionnelle)

هو العلاج الجماعي قصير المدى، يوجه إلى أفراد، ذو ردود فعل مزمنة أو متأخرة بالنسبة للحداد، الهدف هو حل المشاكل، وذلك بالوعي، بالعلاقة التي تربط بين الصراعات الداخلية اللاشعورية والصعوبات الحالية، فالجماعة تشجع التعبير عن المشاعر.

(Bahey et Coll, 1991) (M. C. Calluna et Coll, 1990-1991)

دور المعالج، هو توضيح وتفسير ما يقدمه الشخص، بالتركيز على ما يحدث أثناء الحصة الجماعية في الحاضر وفي الآن. (Ici et maintenant)

الجماعة، تحتوي على أشخاص، عاشوا نفس النوع من المشكل، والأهم من ذلك هو تبادل التجارب المعاشة بين المشاركين، فيشعرون بالانتماء إلى الجماعة.

ويساعد ذلك كل شخص، على التقمص، ينخفض الشعور بالغرابة وذلك عن طريق المقارنة بين الأشخاص في طريقة تجاوز الحداد. فالتبادلات الشخصية والاجتماعات، تسمح بالبحث عن ميكانيزمات التكيف للحداد، البحث عن الحلول، وعن تقنيات جديدة.

(Osterweis et Coll, 1984, Rarkes, 1986)

- التدخل المعرفي: (L'approche cognitive)

يلعب المتدخل، في هذا النوع من العلاج الجماعي، دورا يسهل ويشجع التعبير عن المشاعر، بالتبادل اللغوي وبالقيام بالنشاطات، ويلعب دورا بيداغوجيا، لأنه يمنح معلومات حول سيرورة الحداد، ويستعمل في ذلك تقنيات التركيز على صور مهدئة وجميلة، وطرده الأفكار السلبية، وتعلم أفكار أكثر ليونة.

يمكن التطرق في الحصة، إلى عدة مواضيع، كالعزلة، والتأكد من الأفكار والمشاعر المتمحورة حول الحداد وللبحث عن حلول تطبيقية.

■ العلاج الأسري:

الحداد، تجربة عائلية، فالموت تمس مجموعة من الأشخاص (عائلة وشبكة إجماعية)، ويؤثر بصفة عميقة على الاعتقادات التي تؤسس هذه الجماعات، صغيرة أو كبيرة، وبالإضافة إلى ذلك، فإن فكرة الموت، تتدخل على مستوى استمرار الشعور بالوحدة وبالهشاشة من جيل لآخر.

يتطلب فهم الحداد في الوسط العائلي، التطرق إلى أنواع ردود الأفعال، إلى الأدوار والتواصل المتواجد بين أفراد الأسرة، وإلى المرحلة المتوصل إليها في سيرورة الحياة (Cycle de vie).

فإن ردود الفعل العائلية، مرتبطة بشدة التشابك العائلي، وعندما يحدث شق في هذا التشابك، تتضخم المعاناة التي تظهر في الأجوبة المضطربة، التجنب، التقمص للمتوفى، والتصلب.

التدخل العائلي، يمكن أن يتضمن جلسات شخصية، زوجية أو عائلية.

(Kirsane et Coll, 1996)

دراسة طويلة المدى، أجريت على 115 امرأة، تركز الدراسة على نوع النظام العائلي، أثبتت أن العائلات التي يسود فيها مشاكل التكيف، هم الذين يعيشون ألم الحداد الأكثر شدة، وترتكز عندهم الإنحرافات النفسية الإجتماعية الأكثر ضخامة.

Razani Darius, Delvaux Nicole. Intervention psycho-oncologique. La prise en charge du patient cancéreux. 2^{ème} édition. Masson. 2003. Paris. France. P : 135, 137, 138, 139.

خاتمة الفصل

السرطان، مرض مزمن، خطير، وعموما قاتل، فيمكن أن لا يتوفى الشخص المصاب مباشرة، ولكن إستقلاليته الجسدية النفسية أو العقلية قد تنخفض.

فيرى المريض، صورته تضعف، فيقوم بحداد "بالنسبة لنفسه" لتقبل نفسه بشكل مختلف، وأحيانا، في نوع من التبعية والتقهقر، أما العائلة، تقوم بحداد "بالنسبة للآخر"، أي بالنسبة للمرض، مع كل الآمال، والمستقبل الغامض جراء المرض السرطاني، فأفراد العائلة يقومون بعمل أساسي، لكي لا يتخلوا عن المريض، ولمنحه دائما الثقة.

فالمرض السرطاني يترك المجال للأمل، لأن الموت، لم تحصل بعد، فمراحل الأمل تتابع مع مراحل الإنهيار، فحتى في المرحلة الأخيرة من المرض، من الصعب للعائلة تصور موت الشخص المحبوب.

فمن المهم، تحضير كل فرد، لكي يعيش مراكز إهتمام أخرى، وليس فقط التركيز على الشخص المريض، لكي يكون هذا الأخير مستثمر بصفة طبيعية بعد الوفاة.

ولتجنب الشعور بالذنب، يمكن تحذير العائلة، من طرف الطاقم الطبي، بعدم ضرورة البقاء مع الشخص كل الوقت.

فالشخص المتواجد، في وظيفة "الحداد"، هو شخص يعاني جسديا، ونفسيا، فهذا الشخص لا يستطيع أن يشفى، بالمعنى الطبي من الحداد، فهو بحاجة إلى مساندة الآخرين، لكي يعاود تكوين نفسه، ويواصل تطوره، وبالتالي، يجب مساعدته في هذه الطريق، بمرافقته لمدة مناسبة، هذه المرافقة،

لا تقتصر عن الأخصائيين النفسيين، بل تخص كل شخص، يعيش في محيطه.

فالشخص في الحداد، بقي أمام صورة المفقود، ويعيق هذا الضياع، تطوره الشخصي، ولمرافقته، يجب التركيز حول بعض النقاط:

- يجب تفهم، حاجة الشخص المتواجد في الحداد، إلى حب الآخرين، ليشعر أنه دائما محبوب وتفهم حساسيته الزائدة وتناقضاته ومخاوفه.

- يجب الإصغاء التام، لمعاناته، بكل حذر وإحترام.

- يجب تسليط الضوء، على دور المرافقة النفسية، وأنها تخص أيضا كل أفراد الطاقم الطبي.

فمهما كانت، قوة الشخصية، فالحداد، يفقد التوازن خاصة، عندما يتميز الشخص، من قبل بدفاع نفسي مرضي.

فيمكن مرافقتهم، بتكفل نفسي خاص.

فقدان الشخص المحبوب، يؤدي كل فرد إلى حالة معاناة.

فالحداد هو الضياع الأبدي، لعلاقة عاطفية. فالشخص المتواجد في هذه الوضعية، يعرف مرحلة جديدة من الحياة "لا تبقى الأمور على ما كانت"، فيتوجب عليه، أن يعيد بناء علامات جديدة، وروابط أخرى مع الشخص المفقود ومع المحيط المتبقي.

الفصل الخامس

المرافقة النفسية والتوجيه الأبوي

(1) التواصل بين المعالج والمعالج في الطب السرطان:

(La communication en cancérologie)

تمهيد:

بالنسبة للمعالج في طب السرطان، يبقى التواصل، موضوع دائم للإنشغال، ويتميز بعدة صفات:

- التواصل خاص بشخصين في علاقة، ووضعية غير متساوية.
 - ضرورة مواجهة المرض ونتائجه.
 - التواصل يطرح أسئلة، ذات أهمية كبيرة، لأنها تخص الحياة. وبالتالي، هذا التواصل، يتمركز فيه مشاعر عدوانية، قلق، رضى، وإحباط.
- يسهل التواصل الجيد، بين المعالج والحالة، العلاقة العلاجية، التي تسمح للعلاج بالإستمرار، ويضم منح المعلومات، البيداغوجية الصحية، والمساعدة النفسية، التي تسهل عملية التكيف النفسي للمرض السرطاني.
- يسبب نقص أو خلل في الإتصال، عدد كبير من الصعوبات، مثل عدم تقبل الحالة للعلاج، وعدم الرضى به، عدم التعرف على الاحتياجات النفسية والاجتماعية، وعلى إحباط المريض.

(Fielding, 1995)

(Sanson – Fiscler et Coll., 1980)

يتم التعرف على 15% إلى 25% فقط من المعاناة النفسية لدى الحالات المصابة بالسرطان، وتعالج.¹

(Maguire, 1992)

(Fanluer et Coll., 1994)

¹ Razani Darius, Delvaux Nicole. Intervention psycho-oncologique. La prise en charge du patient cancéreux. 2^{ème} édition. Masson. Paris. France. 2003. P : 01.

• هدف التواصل في الطب السرطاني:

يتميز التواصل في الطب السرطان، بنوعين من السلوك:

السلوك التقني، السلوك العاطفي الإجتماعي، الذي يتطابق مع الهدف الأولي للفحص وهو تبادل المعلومات الأساسية، من جهة، ومن جهة أخرى، خلق العلاقة العلاجية الضرورية، للتحصل على ثقة الحالة، وأخيرا مساعدتها.

مفهوم التواصل المتمركز حول الحالة، تطور من طرف " Karl Rogers " (1967)، هذه النظرية، تحدد قواعد العلاقة العلاجية الناجحة، أي: الاحترام، الدفء، الإصغاء، الإحساس بالأخر (l'empathie)، هذه الأخيرة، تسمح بتحفيز الحالة عن التعبير عن مشاعرها، على معاش الأعراض المرضية، وعلى انتظارها إتجاه العلاج.

وتعتبر المقابلة المثالية، المقابلة التي تحتوي على تدخلين، من جهة الحالة، بتجربتها لأعراضها، بإنشغالاتها واعتقاداتها، ومن جهة أخرى المعالج، بمعرفته للمرض السرطاني، وبعلاجه. فكل منهم دور خاص، يؤثر على التواصل.

عندما يوجه المعالج، الإتصال، فهذا الأخير يكون ذو معنى، وقوة بالنسبة للمريض، فإتصال مغلق وصارم، يؤدي بالمريض إلى الشعور بالعزلة، أما اتصال واضح وإنساني، يعني تقدير المريض بصفته شخصا كاملا.

للحالة نوعين من الطلب:

- طلب واضح للعلاج، الموجه للطبيب المختص وللطاقم الطبي.
- وطلب غير واضح، للمساندة النفسية، الموجهة نحو الإنسان.

يتميز الإتصال (معالج - حالة)، بثلاث أنواع من الحوار (dialogues):

- الحوار الاجتماعي، بين شخصين، في وضعية غير متساوية، يستعملون كلاما عاديا.
- الحوار الطبي، يتطرق الى الأعراض وللعلاج.
- الحوار العميق، أين يتواجد الكلام الغير المصرح به، والعاطفة والمعتقدات.

(Baylon et Coll., 1994)

تستعمل هذه الأنواع الثلاثة من الحوار، ويمكن للمعالج، استعمال واحدة أكثر من الأخرى، بالنسبة لما تتطلبه العلاقة مع الحالة.

في الطب السرطاني، يعتبر الإتصال ذو ثلاث أهداف:

1) خلق علاقة ذات جودة، تبادل المعلومات وأخذ القرارات المرتبطة بالعلاج، فجودة العلاقة شرط من شروط الحصول على عناية علاجية أحسن.

2) الهدف الثاني، هو تبادل المعلومات، وتحتوي على أخذ ومنح المعلومات، فإنشغال المعالج، يتمثل في وضع تشخيص، وتخطيط علاجي مناسب، بصفة عامة، أما إنشغال الحالة، يكون ثنائي، من جهة معرفة وتفهم الوضعية، ومن جهة الشعور بأنه مفهوم من طرف المعالج.

إن أغلبية الحالات، تنتظر التحصل على أكبر عدد من المعلومات، لكن المعالج، قد لا يتفهم ذلك، ولا يكثرث به، عن طريق آلية الإنكار، فشعور الحالة بعدم الرضى، ناتج غالبا، من أوجه نضر مختلفة، عن ما يعتبر أساسى، لمعرفته أو لمنحه كمعلومة، هذه الأخيرة الممنوحة من طرف المعالج، تخص عادة العوامل الموضوعية، (كالتشخيص، مراحل تطور المرض، نوع

العلاج)، والمعلومة المنتظرة من الحالة، تخص إنشغالاته الشخصية (فرص الشفاء، الألم، ... الخ).

إذا أمام معلومة، يعتبرها المعالج، كأساسية، ومحددة، يمكن أن تشعر الحالة بأنها لم تحصل على شيء مفيد.

3) الهدف الثالث، للاتصال، يخص، أخذ القرار المرتبط بالعلاج، فخلال السنوات الأخيرة، تطورت العلاقة (طبيب – مريض)، من وضعية أبوية، إلى وضعية المشاركة في أخذ القرارات. (Hoter)

فيستعمل المعالج، في هذه الوضعية، بعض الإستراتيجيات كمناداة المريض، بإسمه الخاص، التقرب منه، محاولة وضع جو حميمي أثناء الفحص الجسدي، والتكلم معه أثناء ذلك، حول نتائج الفحوصات.

تدل الإحصائيات، أن معظم الحالات، ترغب في التحصل على معلومات كاملة، ولكن الربع منهم، يرغب في علاقة أكثر صرامة، ولا يرغب بالتشارك مع المعالج، بأخذ القرارات.

(Dultherland et Coll., 1989)

فأخذ القرار في العلاج، يعني للحالة، أنها تتحمل نتائج، ومسؤولية قرار غير مناسب، في حالة تفهقر الحالة الصحية، ففي هذه الحالة، يفضل المريض التحصل على المعلومة، تفسر أسباب إختيار العلاج.

(Fallow et Coll., 1990)

• دور الإتصال:

للإتصال في الطب السرطاني، ثلاث أدوار، وهذا ما يؤكدته التجربة الإكلينيكية:

- التقييم.
- المعلومة.
- المساندة العاطفية.

(Cohen et Coll., 1991)

وتعتبر المقابلة، الوسيلة الإتصالية المثالية، للقيام بكل الأدوار، فيمكن لمجموعة من المقابلات الإكلينيكية، مع الحالة، أن تمثل علاقة مساعدة نفسية للحالة، بدون ضرورة أن يكون المعالج، أخصائي في علم النفس.

(Egan, 1992 – Poussin, 1992)

1) المقابلة التقييمية: (L'entretien d'évaluation)

الهدف منها، هو معرفة طبيعة المشاكل، ومدى تأثيرها على حياة الحالة، ويجب التفريق بين المقابلة بهدف تحديد تاريخ الحالة (L'entretien d'anamnèse) والمقابلة لغاية تتبع الحالة.

أ) المقابلة لمعرفة تاريخ الحالة، تتطرق إلى السوابق الشخصية، إلى كل الحوادث ذات معنى، وإلى الأعراض، الإعتقادات والمشاعر المرتبطة بهم. وتتطرق أيضا إلى ردود الفعل، إتجاه العلاج، وإلى القدرات التكيفية للحالة.

(Cohen et Coll., 1991)

ب) المقابلة لتتبع الحالة، بعد التطرق إلى الماضي، يركز المعالج على الحاضر، وحتى على المستقبل (ما هو منتظر ومتوقع).

المقابلة بهدف التقييم، تسمح للمعالج، بالإنفراد مع الحالة، بجمع المعلومات وبالتأكد من المعلومات الممنوحة من طرف الأقارب، لأنهم ذو نظرة أكثر سلبية من الحالة، فيما يخص الأعراض، الألم، والثقة بالعلاج (Clipp et Coll.,1992)، وتسمح هذه المقابلة للحالة، بالتعبير بكل حرية، عن مخاوفها ومشاعرها، بدون ان تسبب إحباط لعائلتها.

(2) المقابلة الإعلامية: (L'entretien d'information)

تطبق كثيرا في الطب السرطاني، في إطار الإعلان عن التشخيص أو تطور المرض السرطاني، لضرورة استعمال علاج أو لآثاره الجانبية، ويمثل التطور الكبير للمعارف الطبية، مصدر صعوبات باتخاذ القرارات عند المعالج ، أمام المعلومات الممنوحة من المعالج، يظهر عند الحالة ردود فعل، لغوية أو غير لغوية، هذه الأخيرة تتطلب تركيز خاص، لتفهم حاجيات الحالة.

درست الحالة الخاصة لمنح المعلومات السلبية، وتبين أنه من المستحسن، للمعالج، أن يتعامل مع كل حالة، حسب شخصيتها، فيمنح المعلومة تدريجيا، بتوضيحات وباستعمال القدرة على الإحساس بالآخر (L'empathie) و التبادلات، (مرتبطة بخبرة الإكلينيكي)، وبالنسبة للوضعية، ومنح المعلومات الخاصة بالتشخيص، والتنبؤ، هي من العوامل الأكثر حساسية، في عمل الأخصائي، وبالعموم يخصص هذا الأخير، وقت ضئيل لأخبار المريض، هناك ثلاث عوامل أساسية، تفسر هذه الظاهرة:

- خصائص الإكلينيكي (مصدره الإجتماعي، مثاليته السياسية، نضرته الخاصة لاحتياجات المريض فيما يخص المعلومات).
- خصائص المريض (السن، الجنس، المصدر الإجتماعي، التربية).
- خصائص الوضعية والإطار (عدد الفحوصات، جودة العلاقة العلاجية).

(3) المقابلة بهدف المساندة: (L'entretien de soutien)

عدة وضعيات إكلينيكية، تؤكد بضرورة مساندة الإكلينيكي للحالة، ولأقاربها، في مقابلات خاصة للمساندة، خاصة أثناء التشخيص، التدهور الصحي والأعراض الجانبية للعلاج.

هذه المقابلة، تتمحور في ظل العلاج المتمركز حول الحالة لـ " Karl Rogers".

فيتجاوز المعالج، وضعية عدم التوجيه، ويتبنى وضعية المساندة النشيطة، التي تضم المعلومة والنصائح، وتمثل هذه المقابلة، أحسن طريقة لتكفل شامل للحالة.

*Razani Darius, Delvaux Nicole. Intervention psycho-oncologique. La prise en charge du patient cancéreux. 2^{ème} édition. Masson. Paris. France. 2003.
P : 13, 14, 15, 16, 17.*

• المعالج:

(1) الطبيب:

في الطب السرطاني، وبصفة عامة، يتواجد الطبيب المعالج، في الصف الأول للمعالجين، للإتصال مع الحالة، وحتى ولو أنه مساند، من طرف آخرين، كالممرضات.

فالطبيب، عموماً، إختار مهنته، مع إرادته ومجهودات جبارة، ولكن ليس دائماً، فيتواجد عند الطلبة بكلية الطب، قلق أكثر شدة أمام الموت، بالنسبة لطلبة آخرين، وإختيار إختصاص الطب السرطاني، هو إختيار خاص، فإن هيمنة "عامل التقنية"، على التطبيق الطبي، أنتج، التفريط في العوامل الأخرى في المهنة الطبية.

فالعبت الأساسي، الموجه للمعالج، من طرف الحالات، هو التفريط في الإتصال. فتصرح الحالة بأنه لم يصغى إليها، ولم يفهمها.

وهذا ما ينتج صراع بين المعالج والمعالج.

يواجه الطبيب، في الطب السرطاني، عدة وضعيات صعبة، وتمثل مصدر قلق وإحباط، فيمكنه تجنبها، بأخذ المسافة مع الحالة، وتجنب التبادلات الكثيرة، وهذا ما يعقد الوضعية، وإذا وجهها بصفة عشوائية، فهو يعرض نفسه إلى خطر الإرهاق المهني.

فأمام مرض سرطاني، في المرحلة النهائية، أو تطور متشائم، تتمثل ردود الفعل العفوية للطبيب، في التقمص، الشعور بعدم القدرة، وأمام نوبة عاطفية للحالة أو توقف العلاقة في الإطار الإستشفائي، يحزن الطبيب، وقد يشعر بالذنب.

وفي حالة، اضطراب في السلوك للحالة، أو إظهار تبعية كبيرة أو عدم تتبع الحالة، لعلاجها، فيشعر الطبيب، بالذنب، الغضب، الإحباط، وقد يعزل المريض ويتجنبه.

إذا المشاعر المعروفة عن الأطباء، هي الشعور بالذنب، القلق، الشعور بعدم القدرة والعدوانية، ونتائج ذلك، تتمثل في تجنب غرفة المريض، وبالإضافة إلى رغبة الطبيب بالمعرفة، فهو يشعر بالرغبة بال العناية والعلاج، والتصليح، بعناية جيدة للحالة في المرحلة النهائية، تؤثر في التخفيض بالشعور بالذنب، لأن الطبيب قد تمنى وفاة الحالة، وبالتالي يريد تصليح ذلك.

وبالنسبة للطبيب، الذي لا يعبر عن رغبته في العناية، وليس بحوزته الوقت بالعناية الجيدة، ذلك يعني أنه يشعر بفوات الأوان، فقد يتجنب تشخيص مرض سهل المعالجة، بصفة غير واعية، بالنسبة للحالة مصابة بالسرطان وهذا يشير إلى اكتئاب ضئيل عند الأطباء، فيتجنبون كل ما يحفز الأمل.

(2) الممرضات:

تقوم بوضع ميكانيزمات دفاعية، بالنسبة للحالات، ولمعاناتهم وبالنسبة للقلق النابع منهم، فهذه الميكانيزمات تكون أقل وضوحاً، بالنسبة للأطباء، لأن من الصعب على الممرضات تجنب العلاقة مع الحالة، بحضورهم المطول في المصلحة.

فقد نجد، وضع المسافة الزمانية والمكانية، فينعزل المريض، ولا تزوره الممرضة إلا قليلاً، وبصعوبة، فأظهرت دراسة، مع تسجيل الوقت، بأن الممرضات تتجاوب مع الحالات المعرضة لخطر الموت، أقل بالنسبة لتجاوبها مع الحالات الأخرى. وهذا يشير إلى عامل القلق لدى الممرضات.

● إختلاف مصادر المعلومات الممنوحة للحالة:

- معلومة مباشرة من طرف المعالج.
- تعليق "غير مباشر"، بين الأطباء، أمام تواجد الحالة.
- معلومات مباشرة، من طرف أعضاء أخرى، للطاقم الطبي كالممرضات.
- تعليق، لأعضاء الطاقم الطبي، أمام الحالة.
- معلومة مباشرة، من طرف الآباء والأصدقاء.
- تغيير في سلوك الأقارب، بالنسبة للحالة.
- تغيير في العناية الطبية، المتحصل عليها عادة.
- التغيير في أماكن العناية أو الإستشفاء.
- بحث الحالة، عن التشخيص، عن طريق قراءة الكتب الطبية.
- الأعراض الجسدية التي يشعر بها الحالة.
- تغيير في الأجوبة الآتية من المحيط المباشر للحالة، بالنسبة للأسئلة الخاصة بالمستقبل.

*B. Hoerni. Cancérologie et Hématologie. Edition. Masson. Paris. 2001.
P : 106, 108, 109, 158.*

• إستراتيجيات المعالج:

يظهر التواصل كعامل أساسي، لتوفير جودة العلاقة العلاجية، بين المعالج والحالة، نضريا، التواصل هو سيرورة معقدة، تتأثر بخصائص المعالج والحالة، بخصائص المقابلة.

أما في الميدان، فمن المهم تحديد الإستراتيجيات أو التقنيات المستعملة من طرف المعالج، والتي تسهل عملية التواصل مع الحالة.

وتهدف هذه الإستراتيجيات إلى تقييم الوضعية، بإعلام المريض، بنصحه وتوجيهه ومساندته، وتسمح بالتعرف على إحتياجات الحالة، بالتجواب معها، والحصول على ثقتها، وذلك عن طريق تحفيز الإستقلالية، الحصول على الرضا بالنسبة للعناية الطبية، لأن الهدف الأخير، يبقى الحصول على جودة الحياة.

بعض الإستراتيجيات:

(1) إستراتيجية التقييم: (Les stratégies d'évaluation)

(أ) الإصغاء: (L'écoute)

تأكدت أهمية الإصغاء، في ميدان الصحة (Lordon et Coll., 1997)، فالإصغاء، هو الميزة الأساسية للاتصال، فالمصغي لتعبير المريض، يجب عليه إحترام شرطين:

1. تبني سلوك التفهم.

2. التحكم في ردود فعله العفوية أي تجنب الحكم، التفسير المباشر، النصائح أو الأسئلة.

إذا، يرتكز الإصغاء، خاصتها، على سلوك خاص بالمعالج، وليس على تقنيات للاتصال.

(Artand, 1997)

يتطابق الإصغاء، مع توجيه نظري ومنهجي، طوره (Karl Rogers) وهو الإرشاد الغير الموجه، كان يميز في البداية، العلاج، فقط.

وبالنسبة ل(Karl Rogers)، المهم، سواء في علاقة علاجية، أو في الإتصال، بين شخصين، هو خلق جو علائقي خاص يرتكز على أربع عوامل:

- تقبل الآخر، بدون شروط.

- الأحادية (La neutralité).

- الصدق (L'authenticité).

- الإحساس بالآخر (L'empathie).

خلق هذا الجو، يحفز قدرة الحالة، على تفهم نفسها، وبالتالي بحل مشاكلها (Rogers, 1967). فهو تدخل متركز حول الحالة، ولكي يكون مساعداً، يرتكز أثناء المقابلة، أساساً على الإصغاء النشط، الحضور المطمئن، وتقبل كلي للمعاش النفسي للحالة، وبالتالي، يتم التعرف عليها كإنسان، والإصغاء وحده لا يكفي، يتوجب على المعالج التركيز على الحالة، لتفهم معاشها، وهذا غير سهل، لأن مكانة المعالج، تجعله يفرض نفسه، ويحميها، فتقبل الإصغاء للحالة، يشير إلى تقبل المعالج، مكانة علائقية أكثر مساواة مع المريض، وبالتالي، قد يكون معرض إلى الحكم من طرفه.

إذا يسمح الإصغاء، بتقييم مشاكل الحالة، إحتياجاتها وتحديد وجهات النظر، يسمح أيضاً بإعادة التأكيد المعلومات المفهومة (Billings, 1985).

نقص الإصغاء عند الإكلينيكي يؤدي، بتجاهل مشاكل الحالة، وبالشعور بعدم التحكم في الوضعية العلائقية، وبالتالي بمعاناة الحالة المصابة بالسرطان.

لوحظ سلوك الأطباء، ذو قدرة ضعيفة، على التعرف على المعاناة النفسية للحالات، فهم:

- يتجنبون الإتصال النظري في بداية المقابلة.
- يستعملون الأسئلة المغلقة بصفة كبيرة، الخاصة بالأعراض الجسدية.
- لا يصغون إلى شكاوي وإنشغالات المريض.

ب) البحث عن المعلومات:

يستعمل السؤال كثيرا، بصفة آلية، بهدف البحث عن المعلومات، وبالتالي، وضع تشخيص، أو علاج.

فالكثير من المعالجين، يعتقدون أن إجراء مقابلة، هو أساسا طرح أسئلة، وهذه الأخيرة، تمثل انشغالاتهم الأولى أثناء المقابلة و بالتالي، تبقى الحالة سطحية، ولا تتدخل عاطفيا في العلاقة، فلا يدركون (المعالجون)، أن أسئلتهم، هي التي توقف تطور سيرورة الإتصال، فيضعون بذلك، الحالة، في دور سلبي وغير ناشط.

فمثل التقنيات الأخرى للإتصال، يجب أن يتجه السؤال نحو هدف محدد وخاص، لغاية البحث عن المعلومات، ولتفهم الوضعية، فمن المستحسن، استعمال أسئلة مفتوحة.

أظهرت بعض الدراسات، أن طريقة طرح الأسئلة، تؤثر على التعبير على المعاش الخاص للفرد المصاب بالسرطان، فتقف سيرورة الإتصال أو

تضطرب، خاصة إذا أراد المعالج، التحصل مباشرة على كل المعلومات.

(Blanchet et Coll., 1985)

- الأسئلة، الهادفة إلى معرفة "كيف" "le comment"، تسمح بوصف أكثر عمقا للسيرورة الخاصة بالمرض السرطاني.

- أما الأسئلة، الهادفة إلى معرفة "لماذا" "Pourquoi"، تلعب دور تأنيب الحالة، وتتطلب تفسير منها.

- فيمكن استعمال السؤال الموجه، بهدف التقييم (Cohen et Coll., 1991) أي البحث عن المعلومات التي تسمح للمعالج بالتطرق إلى النقاط المفتاحية للوضعية، وبالتدرّج، إلى المشاكل، إلى توضيح المعلومات والتأكد منهم.

فيمكن لتقنية الأسئلة، أن تؤدي إلى الحالة، إلى ردود فعل غير مرغوب فيها، كالبعاء، العدوانية، السلبية، الصمت التام، فيجب استعمالها بحذر، فيجب على المعالج، أن يوصل الحالة، إلى طرح أسئلة على نفسها، ويفهم وضعيتها المرضية.

تحليل ل206 مقابلة، لمدة 20 دقيقة في المقابلة الواحدة، تأكد أن الحالات الأكثر منحا للمعلومات الخاصة بها، هم الذين، استعمل معهم المعالج، الأسئلة المفتوحة والذي طرح فرضيات تفسيرية وكان يشعر بالأخر. (Maguire et Coll., 1996)

(2) الإستراتيجيات الإعلامية: (Les stratégies d'information)

- منح المعلومات والنصائح:

يسمح منح المعلومات، للحالة، بتفهم المرض السرطاني وعلاجه، وتوقع النتائج على المستوى الطبي والنفسي الإجتماعي، هذا التدخل على المستوى المعرفي، يساعد المريض على الحصول على نوع من التحكم في العاطفة وفي الواقع، يمكن للمعالج، أن ينقص من شدة الصدمة، التي قد تمثلها المعلومة، الخاصة بتنبؤ سلبي، للمرض السرطاني، فيوضح المصادر الخارجية للمساعدة، بمنح المعلومات المناسبة و بالتالي تأخذ القرارات الصعبة , و اذا منحت المعلومة بدون أي فحص أو إدراك لمشاعر وإنشغالات الحالة الداخلية، فالمعلومة، المسبقة تكون غير مكيفة. ويجب للمعالج، أن يتجنب أيضا، الألفاظ الطبية المعقدة، أثناء منح المعلومات

(3) إستراتيجيات للمساندة: (Les stratégies du soutien)

تحفز هذه الإستراتيجيات، لخلق العلاقة اللازمة، أين يمكن للحالة أن تعبر عن صعوباتها ومشاعرها، فتضمن إستراتيجية الإتصال، المساندة النفسية، التسهيل والإحساس بالآخر وطمأنة الحالة.

أكثر من إحترام الحالة، فالسند، يمنح التقدير الذاتي، الإعتراف بالآخر، وللمعالج، يعتبر دور المساند، مهمة صعبة، أمام قلق العمل في الطب السرطاني، وميكانيزماته الدفاعية، لتجنب قلق الحالة. فمن المستحسن للمعالج إدراك سلوكه اللغوي والغير اللغوي.

(أ) التسهيل: (الغير لغوي): (La facilitation non verbale)

يظهر المعالج للحالة، بحضوره بعدة سلوكيات غير لغوية، ك:

- تبني مواقف تشير إلى الإهتمام، مثلا (يجلس أمام الحالة، "فيظهر أقل وضعية منها"، تجنب ربط الرجلين والكتفين، الميل قليلا نحو الحالة).
- التبسم قليلا - إشارات بالرأس - اللهدوء - تقبل لحظات الصمت - العلاقة النظرية.

(Buchnan, 1998) (Cohen et Coll., 1991)

فيجب للمعالج، أن يهتم بالعلامات التي يمنحها جسده، أثناء الدخول في العلاقة مع الحالة، والتساؤل إن كانت الحالة، تشعر بحضوره، ويجب أن يدرك ما يمنعه بالتركيز بالحالة (تعب، إنشغالات شخصية، ...) لأن الحالة، تمد علامات حول حالتها العاطفية بسلوك غير لغوي.

من بين الإستراتيجيات "الغير لغوية" الهامة، هناك "اللمس"، ففي العناية الطبية، بصفة عامة، والشبه الطبية، بصفة خاصة، يطابق اللمس، مقاس تقني، ومقاس إجتماعي علائقي، فالتسهيل، هو استعمال كلمات وحركات، تشجيع الحالة باستمرار على التعبير، فهي فرصة إصغاء وتعبير حر متاحة للحالة.

هذا النوع من الحضور والسلوك الغير اللغوي، يشير إلى تفهم المعالج، للحالة، لما عبرت عنه، فيعيد صياغة ما قالتها، بالإضافة إلى التعبير العاطفي، المخفي، الذي يسهله المعالج وبالتالي، يسهل التواصل بينهما.

(L'empathie) الإحساس بالآخر:

القدرة، على الإحساس، بمشاعر الحالة، هي إستراتيجية، تسمح للمعالج، بأن يظهر تفهمه للحالة ولوضعيتها، فيعبر عن ذلك، بمنح مساعدة أو ببساطة بإحترامها.

(Cohen et Coll., 1991)

الإحساس بالآخر، يتميز ويختلف عن التعاطف (La sympathie).
وبالنسبة للتقمص الإسقاطي، يجب أن يستعمل بصفة مناسبة، لكي يكون مكيف لكل وضعية إكلينيكية.

فالإحساس بشعور الآخر، يضم مواقف معرفية، عاطفية وسلوكية.

(Morse et Coll., 1992)

أتى بهذا المفهوم (Karl Rogers)، وتبقى معتبرة كعامل أساسي لجودة العناية الشبه الطبية (Gould, 1990)، وهي محدودة أكثر في إطار الطب السرطاني، بالنسبة للعلاج النفسي.

الطمأنة:

الطمأنة، هي من العوامل الأساسية في السند، وتأخذ بعين الاعتبار الحالة العاطفية للحالة، وتعمل على إدماج، أثناء المقابلة، للمصادر الداخلية للحالة، كالقدرة على التحكم في القلق، من جهة، وللمصادر الخارجية، كالفوائد المنتظرة من العلاج، من جهة أخرى.

الطمأنة المزيفة، أو الغير مناسبة، المستعملة كثيرا من طرف المعالجين، تتميز بالنسبة للطمأنة العادية، بأخذ المسافة العاطفية مع الحالة، بتصرفات خاصة، كتجنب مشاعر وإنشغالات المريض، عدم الإكثارات ببعض العلامات العاطفية، تبسيط الأشياء، تفسير

المواضيع، إستعمال العقلانية، وهذا ما يحمي نوعا ما المعالج، وفي نفس الوقت، يترك المريض مع إنشغالاته، فبدون تقييم مسبق، لا تصل الطمأنة إلى هدفها الأولي.

Razani Darius, Delvaux Nicole. Intervention psycho-oncologique. La prise en charge du patient cancéreux. 2^{ème} édition. Masson. Paris. France. 2003. P : 21, 23, 25, 26, 27, 30.

• الخاتمة:

في التواصل مع الحالة، يمتلك المعالج، ثلاث أنواع من الإستراتيجيات:

التقييم، المعلومة، والسند، عند استعمالهم، بصفة تقنية فقط، ينتج مفعول سلبي على الحالة، فتظهر أهمية تدخل، يدمج قيمتين أساسيتين لكل علاقة مساعدة، وهو الإحترام والصدق، يجب أن تسبق الإستراتيجيات التقييمية، الإستراتيجيات الإعلامية والسند، ولكن التجربة التكوينية، تؤكد أن المعالج يميل طبيعياً إلى استعمال المعلومة والسند، بدون تقييم حقيقي للمشاكل المطروحة، فمن أهداف التكوين النفسي، للمعالج في الطب السرطاني، هو تطوير المواقف الإتصالية، وبأخذ بعين الإعتبار تفهم الشخص المريض، وتسهيل علاقة المساعدة.

تنتج، الوضعيات، ذات شحنة عاطفية حادة، كمواجهة قلق الموت عند الحالة وأثناء مواجهة الإعلان عن الوفاة للعائلة، خطر ضياع أي موضوعية لدى المعالج، وبالتالي، بتسقيط مخاوفه في العلاقة، باستعمال هذه الآلية، يواجه المعالج عدة مفاجآت في الإتصال مع الحالة.

فإذا عبرت الحالة، عن معاش، لا يطابق ما يتوقعه المعالج، فقد يتفاجأ، هذا الأخير، ويتأثر بعاطفة الحالة، وهذا ما يجعل هدف المساعدة والسند غير فعال.

ومنح المعلومات عشوائي.

وبالعكس، فإن الإصغاء النشط والتدخل التقييمي، يمنح للمعالج فرصة التعرف على إنشغالات الحالة، تصوراتها للوضعيات، ويتحصل على إشارات حول مزاجها ومستوى التكيف النفسي.

إذا توضيح، إحتياجات الآخر، تجعل العلاقة متزنة، مع أخذ المسافة المناسبة، لنجاح العلاقة المساعدة، فالإتصال الجيد هام لتسهيل التكيف النفسي للحالة، ويساعدها على التنبؤ للصعوبات وتجنب المعاناة الزائدة أمام مرض السرطان وتساعد بعض الحالات على التحضير النفسي، لنهاية متشائمة.

(2) التكفل النفسي، بالمراهق المصاب بالسرطان:

• تمهيد:

"مصطلح العلاج النفسي "La psychothérapie"، يمثل جميع الطرق المستعملة، لغاية علاجية"¹. (Cuyotat, 1978)

الإصابة بمرض السرطان، تنتج أضرار نفسية وإجتماعية، وهذا ما سلط الضوء، على ضرورة تطوير وتكييف العلاج النفسي الإجتماعي للطب السرطاني بهدف البحث عن الحلول، للإضطرابات، التعقيدات والنوبات التي تحدث أثناء المرض السرطاني. فإن العلاج النفسي الشخصي، الجماعي أو العائلي، يمثل بالإضافة إلى العلاج الطبي العادي، مصدر راحة للمريض ولعائلته، هدفه يبقى الوصول إلى جودة في الحياة واستمرارها. وغالبا ما يمثل هذا التكفل، جوابا، على متطلبات المريض، فالكثير منهم، يطالبون بهذه المساعدة المختصة. (Worden et Coll., 1980)

"هذا الأمل، من هذه المساعدة النفسية، قد يرجع سببه إلى إعتقاد بعض المرضى، على صح أو خطأ، أن الأسباب التي أدت إلى السرطان مرتبطة بتجاوب "القلق" السابقة، فتدفع بهم هذه الإعتقادات غالبا "غير واقعية"، باللجوء إلى العلاج النفسي، بهدف العلاج أيضا من السرطان، وليس في غاية التكيف النفسي للمرض السرطاني".

¹ Razani Darius, Delvaux Nicole. Intervention psycho-oncologique. La prise en charge du patient cancéreux. 2^{ème} édition. Masson. Paris. France. 2003. P : 11.

(Holland, 1989)

(Moorey et Coll., 1989)

في الطب السرطاني، يبقى هدف المساعدة النفسية، الحفاظ على الوحدة النفسية والجسمية، بالتخلص من الإضطرابات الغير مزمنة، وتعويض الإضطرابات الغير مسترجعة (irréversible).

"وتهدف إلى مواجهة، حادث "السرطان"، وظاهرة "الموت" و "القلق" المرتبطة به".

(Bertman, 1980)

إضافة إلى العلاج النفسي، يمكن إضافة العلاج الكيماوي (Chimique) لعلاج بعض الأعراض، وتجنب التعقيدات بعض الأمراض العقلية.

ومن أكثر التعقيدات الملاحظة، نجد إضطرابات حادة أو مزمنة للتكيف النفسي، حالات الإكتئاب والقلق، الغثيان والقيء المتوقع (Anticipatoire)، إضطرابات النوم، اضطرابات معرفية والألم.

الواقع الطبي، يتطلب على العموم، تدخل فرقة متعددة الإختصاصات، وبالتالي استعمال ثنائي للعلاج النفسي والكيماوي.

"التدخلات النفسية، الأكثر استعمالاً، هي منح المعلومات، للمريض ولعائلته، السند النفسي والنصائح، بالإضافة إلى التشخيص".

(Stam et Coll., 1986)

تستعمل عدة تقنيات، نوعاً ما موجهة على المعرفة، على العاطفة وعلى السلوك، فإدماج عدة تقنيات علاجية هي طريقة، جد مستعملة في علم النفس الطبي (La psychologie de la santé)، وبصفة عامة، وفي الطب السرطاني بصفة خاصة.

• التدخل النفسي: (L'intervention psychologique)

(أ) العلاج النفسي الفردي: (La psychothérapie individuelle)

1. التدخل العاطفي: (L'approche affective)

التدخل النفسي، المتمركز حول العاطفة، يحتوي على تدخلات نابغة من العلاج النفسي التحليلي (L'inspiration psychanalytique)، وعلى تدخلات تهدف للسند النفسي (Le soutien psychologique)، وتسيير النوبات وطرق حل المشاكل بصفة أكثر فعالية، وخلق، علاقة ثقة بين الحالة والمعالج.

يرتكز، العلاج النفسي التحليلي، على عوامل نفسية ووجودية (Existentielle)، يستعمل فيه، مفهوم نفسي ديناميكي، التطرق وتفسير سيرورة الحداد المرتبطة بالمرض السرطاني، ينتج عدد كبير من النوبات الوجودية (Les crises existentielles).

(Aguilera et Coll., 1986)

(Capone et Coll., 1979)

"يستحسن، إستعماله، لدى الأشخاص، في المرحلة النهائية من المرض، ولأقاربهم".

(Hachett, 1976)

المتدخل، يشجع، الحالة، على التعبير "Ventiler" عن المشاعر، يمنح لها، تحالف، وحضور، يوضح لها مشاعرها، ويمنح معنى، لردود الفعل، ويشجعها على النشاط في محيطها، هذا التدخل، يتطلب معرفة ماضي الحالة، لأن بإمكانه توضيح المعاش النفسي للمرض السرطاني.

زمنه محدود، هدفه ليس التكيف النفسي فقط، بل استخدام كل عاطفة الشخص الغير مستعملة، لحل المشاكل السابقة. (Kaufmen et Coll., 1987)

خلال مرحلة العلاج، وتطور المرض السرطاني، تمنح الأولوية للسند النفسي للحالة، وإلى تسيير النوبات (La gestion des crises)، ومن مميزاتهما، إدراك خطر الموت.

أما مراحل توقف المرض والشفاء، يمكن البحث فيها، عن الصراعات السابقة للمرض السرطاني. (Massie et Coll, 1989).

اختيار مكان التكفل النفسي بالحالة، ذو أهمية، لأن استمراره في المؤسسة التي تكفلت بالعلاج الطبي للمريض يجعل الحال، في وضعية خوف بالنسبة لمعاودة المرض، ويقوي مشاعر الهشاشة النفسية.

وقد يواجه المتدخل، مشاعر التبعية، التي تتبع من الحالة، ولهذا يجب أن يتحكم في إعادة التحويل (Le contre transfert)، وفي ردود فعله، وتجنب استثمار كبير للحالة. وهذا عن طريق الإحتفاظ على مستوى مناسب من المسافة النفسية والقرب العلاجي، كما أنه، يجب أن يدرك بالتصور المثالي للتدخل النفسي لدى المريض، المستثمر وكأنه يمكنه أن يشفي المرض السرطاني، وأن المتدخل ذو قوى مثالية أيضا.

2. التدخل النفسي المعرفي: (L'approche Cognitive)

هذا التدخل، يتطرق إلى المعلومة (L'information)، إلى البيداغوجية، إلى النصيحة وإلى العلاج النفسي المعرفي.

المعلومة، هي بدون تأكيد، التدخل الأكثر استعمالا في الطب السرطان، مهمته، هو التخفيف من مشاعر الشك، والسماح للحالة، بتسيير قلق المرض

السرطاني، الناتج من المرض في حد ذاته، من علاجه، ومن كل النتائج الجسدية، العاطفية، العائلية، الإجتماعية والمهنية. تختلف المعلومة، حسب مميزات الحالة (السن، المستوى الثقافي الإجتماعي، وصفات الشخصية).

وحسب مرحلة تطور المرض السرطاني (مرحلة المرض والعلاج).

يصعب، استعمال المعلومة، مع الحالة، التي تستعمل أساسا، الانكار (Le déni) والتجنب (L'évitement)، كآليات دفاعية.

البيداغوجيا، هو الزمن الثاني، التابع للمعلومة، يتضمن توضيح المعلومة، المتعلقة بالسيرورة التشخيصية والعلاجية، الأعراض الثانوية وفرص التحكم فيها، تتطلب البيداغوجية، تقوية المعلومات الممنوحة من طرف الطاقم الطبي، تفسير ردود الفعل العاطفية للحالة، المرتبطة بالوضعية المرضية.

(Massie et Coll., 1989)

النصيحة، تعتبر نوعا خاصا من العلاج النفسي، يستعمل فيه الإصغاء، للحالة (l'écoute)، والتشجيع على التعبير، فهم ردود الفعل والصعوبات أمام المرض، أو أمام المشاكل الحياة اليومية، وكيفية مواجهتهم.

(Weinman, 1987)

أما العلاج النفسي المرضي، هو تقنية، تطور تطبيقها خاصة في حالات المرض العقلي، في السنوات الأخيرة، تظهر أهمية استعمالها في الطب السرطاني، لأنها تستعمل كتدخل قصير المدى، وترتكز على أعراض محددة.

العلاج النفسي المعرفي، يركز على النظرية التي، تؤكد أن الأعراض ونتائجها، هم في علاقة متينة مع التصورات الذهنية، وطريقة التفكير، وهذا ما يخلق معاناة نفسية أو حالات اضطراب.

يمكن العلاج، في تعليم الحالة، التعرف على هذه التصورات الذهنية، والتحكم في الأفكار الآلية السلبية، وأن تدرك الحالة، أثر هذه التصورات على تطور الأعراض، لكي تغير طرف التفكير وذلك بوضع استراتيجية جديدة للتكيف النفسي، هذا العلاج مفيد أمام المعاناة النفسية المرتبطة بالوضعيات جد متعلقة، مثل حالات الألم (الغير المتحكم فيه بالأدوية).

3. التدخل السلوكي: (L'approche comportementale)

هذه التدخلات السلوكية، تركز أساساً، على الأعراض، وتعتبرها مع بعض السلوكات، كنتيجة ردود الفعل غير لائقة وكننتيجة (Conditionnement Opérant) مفعول الإنعكاس الشرطي.

في طب السرطان، تهدف لتحسين جودة حياة الفرد، و مواجهة قلق المرض السرطاني.

(Mastronito, 1989)

وتستعمل العلاقة، في برنامج العلاج النفسي في الطب السرطاني، حيث أنها، تعتبر التدخل الأكثر استعمالاً.

يستعمل الإسترخاء، الذي عرفه (Sapir, 1974) "كتقنية، تعمل على النشاط العضلي، وتهدف إلى استرخاءه، مؤثرة على الشخصية على العموم، ويسمح الإسترخاء، بالإدراك بالجسم، وبالرجوع إلى حالة راحة نفسية، وإلى إحساسات مريحة، وإلى التحكم في التوتر، بتعلم تقنية التركيز على الذات".

على المستوى النفسي، الراحة تسمح، بتحسين التركيز والانتباه، الإدراك والتحكم في الأفكار، في المشاعر والإحساسات وأخذ المسافة النفسية اللازمة بالنسبة للأحداث المعاشة.

هناك نوعان من تقنيات الإسترخاء:

- التقنيات (Neuro – musculaire) ل (Jakobson, 1974).

- التقنيات التي تستعمل التركيز على الذات ل (Schultz, 1959).

إذا كان الإسترخاء، يستعمل للتحكم في شدة القلق، في الوضعيات المهددة للحياة، فإن السؤال حول فعاليته، يبقى مطروح، فإن دراسة حول 72 حالة، مصابة بالسرطان، أكدت أن الحالات التي استفادت من الإسترخاء، هي الحالات ذات مستوى منخفض من القلق، والتي تستعمل خاصة، الإنكار كآلية دفاعية. (Carey et Coll., 1985)

(Désensibilisation systématique)، هي تقنية سلوكية مقننة، تركز على طريقة الإسترخاء العضلي التدريجي ل (Jakobson)، فيقترح للحالة في تجربة و في آن واحد، حالة الإسترخاء مع تصور الوضعيات المرتبطة بالأعراض الأليمة والمتوقعة الحدوث (Anticipatoire)، يعلم المعالج للحالة، تقنية الإسترخاء، وبعد ذلك، يصنف حسب الشدة، الوضعيات، المسببة للقلق وأعراضه، كالغثيان أو القيء، فتشجع الحالة، أثناء الإسترخاء، بالتصور الذهني لهذه الوضعيات.

وقد أكدت هذه التقنية، فعاليتها، لعلاج والتخفيف من شدة الأعراض.

(Morrow et Coll., 1982)

(Reed et Coll., 1998 – Redal, 1989)

دراسة (Burich et Coll, 1987)، تؤكد بأن التدريب على "الإسترخاء العضلي التدريجي"، بالإضافة إلى "تقنية التصور الفعلي الموجه" تساعد، على التنبأ ظهور الأعراض المتوقعة الحدوث، وتساعد على تخفيف مستوى القلق، لدى حالات سرطانية، أثناء علاجها الكيماوي.

هناك عدة تقنيات، مقترحة، لزيادة فعالية الإسترخاء، وهي:

- (Le bio feed bach).

- (La visualisation) التصور الذهني.

- (L'hypnose) التنويم المغناطيسي.

-1 (Le bio feed bach):

هي تقنية، تمنح للحالة فرص التحكم، ونظرة واضحة، لبعض العوامل الفيزيولوجية المرتبطة بالقلق، مثل: (Rythme Cardiaque).

-2 التنويم المغناطيسي: (L'hypnose):

تطور أساسا في أوروبا، واستعمل خاصة، لعلاج الآلام السرطانية، لدى الأطفال، يساعد في التحكم في بعض الأعراض، مثل: (Le hoquet)، الغثيان والآلام.

-3 التقنيات المسامات ب "التصور الذهني":

ترتكز على تصورات مقترحة للمريض في حالة الإسترخاء، هدفها تعميقه، بتوفير الإحساس بالراحة والهدوء، الرجوع إلى التجارب السابقة أو توقع للمستقبل، وهدفها كذلك، تحفيز التخيل، والحصول على ميكانيزمات للتكيف النفسي.

(Wilson et Coll., 1982)

(Bridage et Coll., 1988)

بالإضافة إلى ذلك، فإن طريقة دمج المعلومات الخاصة بالمرض السرطاني ونتائج، مع التصور الذهني ل (Simonton et Coll., 1982). أعطت نتائج حسنة، على المستوى النفسي والجسدي، وعلى جودة التكيف النفسي للحالة ومواجهتها للمرض السرطاني.

إن التدخلات الثنائية، المعرفية والسلوكية، مقترحة في حالة استعداد المريض على إجراء بعض التقنيات التشخيصية المؤلمة، وتتمثل في توقع الحالة، كيفية حدوث الفحص. (Heimberg et Coll., 1988)

ويمكن أن تتطور ردود فعل سلبية، بالنسبة لهذه التدخلات (معرفية – سلوكية) ويجب أن تؤخذ بعين الاعتبار، كتصور الحالة، تصورا مثاليا، لهذه التدخلات، وربطها بالشفاء التام من المرض السرطاني.

ب- العلاج النفسي الجماعي: (La psychothérapie de groupe)

في بعض الحالات، تسمح تقنية العلاج الجماعي، بتجنب الإنطواء على الذات، للمريض ولعائلته، وذلك عن طريق تطوير التواصل، وتبادل التجارب المعاشة، فينتج إنخفاض في الشعور بالعزلة الاجتماعية المرتبطة بالمرض السرطاني، الشعور بالتخلي (L'abandon) وبالشعور بالذنب والعقوبة.

فيشجع التعبير عن الشعور والأحاسيس المرتبطة بالمرض.

الإنتماء إلى الجماعة، يمنح هوية جديدة، مقارنة مع التدخل النفسي على المستوى الشخصي، لأنه يسمح بالتبادل العاطفي، بين المشاركين، أثناء الحصص، عن طريق الملاحظة والإصغاء المتبادل.

هدف تشكيل الجماعة، هو التعرف على إستراتيجيات جديدة، للتكيف النفسي، والحصول على أكبر عدد ممكن، لطرق التعامل، بصفة نشيطة في العلاج ومواجهة المرض السرطاني.

هدف تشكيل الجماعة، هو التعرف على إستراتيجيات جديدة، للتكيف النفسي، والحصول على أكبر عدد ممكن، لطرق التعامل، بصفة نشيطة في العلاج ومواجهة المرض السرطاني.

تكثر عند الجماعة، عملية نقل المعلومات، وإقتراح المساعدة النفسية، التي تركز على أحاسيس أفرادها، بالنسبة للصعوبات المعاشة.

أما، بالنسبة للفرد في الوسط الجماعي، فتسمح له، هذه الحصص، بالتحصل على معلومات أكثر، تساعد على التحكم في الوضعيات، ونوعا ما، من إعادة هيكلة التقدير الذاتي، ولكن في حالة ما إذا كان الفرد يعاني من معاناة كبيرة، فتهده، بصفة سريعة، قد يؤدي إلى خطر، بمنعه من تكوين معاش للمرض، وبفهمه، وهذا نتيجة مميزات الجماعة، التي تتجنب تركيز نقل المساعدة النفسية على شخص واحد، كما أن تعدد مصادر المعلومات، قد يؤدي إلى خطر تطوير تشوهات في المعلومات المتحصل عليها، وتشويهه في واقعها، وهذا ما يشير إلى أهمية التأطير (La supervision).

الأخصائي، الذي ينشط الجماعة، يستعمل نوعا ما، من التوجيه، بصفة ثنائية أو أحادية، بتقنيات معرفية، عاطفية وسلوكية، هدفها: - المساعدة النفسية، تشجيع خلق علاقات جديدة والتعبير عن الشعور، التحكم في الخوف، استعمال الوقت، بصفة كاملة، اللجوء إلى المصادر (les ressources) العائلية والطبية.

1. التدخل العاطفي: (L'approche émotionnelle)

تبادل التجارب المعاشة، بين المتشاركين في الجماعة، تسمح للحالة، بالشعور بالسند النفسي، وبالتالي، يتعرف أكثر على متطلباته (Les besoins)، ينخفض الشعور بالغرابة، عن طريق المقاربة بين سلوك الآخرين.

في الجماعة، يتفهم الشخص، المشاكل التي يتلقاها، عن طريق عملية نقل المعلومات، فيحصل على المساندة وعاطفة أشخاص آخرين، في نفس الوضعية.

تستفيد هذه الحصص، أيضا، لأباء المرضى، وتمنح نتائج معتبرة، على المستوى النفسي والاجتماعي.

إن قرار تشكيل جماعة، من طرف المرضى بحد ذاتهم، يمنح لهم، إعادة بناء، صورة وتقدير ذاتي، متشوه جراء المرض السرطاني.

فالتدخل يكون أكثر نشاط وقوة، والتكيف النفسي للمريض أكثر جودة.

2. التدخل المعرفي – السلوكي: (L'approche Cognitivo – Comportementale)

مثل، العلاج النفسي، على المستوى الشخصي، يهدف التدخل المعرفي، لمساعدة المشاركين، بتصوير واقعي، للمرض السرطاني، لعلاجهِ ولنتائجهِ النفسية والاجتماعية.

استعمال العلاج المعرفي، مخصص فقط، للأخصائيين الموهوبين، الذين بإمكانهم، منح أجوبة للمرض الذين يواجهون خطر كبير.

يستعمل، التدخل السلوكي، بكثرة، على مستوى الجماعة، بعض الدراسات تشير إلى تقنيات جماعية، كالتحضير للجراحة أو العلاج.

(Shmitt et Coll., 1973)

إهتمت، دراسة، بالنتائج هذه التدخلات، ولوحظ إنخفاض كبير في إضرابات المزاج، وأعراض القلق في جماعة، متشكلة من 53، حالة، مصابة بمرض السرطان، استفادوا بحصص يومية من (Le méditation)، بالنسبة ومقارنة مع جماعة أخرى، لم تستفد بهذه الحصص.

(Specia et Coll., 2000)

(ج) العلاج الأسري: (La psychothérapie familiale)

يوجه هذا النوع من العلاج، إلى المراهق المصاب بالسرطان، وإلى عائلته، تستعمل فيه تقنيات تتشابه مع العلاج الجماعي، ولكنه يختلف في تركيبه، فيجمع بين أفراد العائلة النووية (الوالدين، الأبناء والإخوان)، أما في العائلة الموسعة فيجمع بين عدة أجيال، وأفراد مرتبطة بصلة الزواج.

وهناك عدة أنواع من العلاج الأسري:

- 1) بنيوية: (Structurelle): هدفها إعادة تنظيم النظام العائلي.
 - 2) إستراتيجية: (Stratégique): هدفها وجود حلول للمشاكل، ووضع حد، لتطور الأعراض.
 - 3) وجودية: (Existentielle): تركز على التطور الشخصي والعائلي، عن طريق التجربة المشتركة.
 - 4) التواصلية: (Communicative): تركز على النضج العاطفي للشخص، عن طريق النظام العائلي.
 - 5) نفسية ديناميكية: (Psycho – dynamique): هدفها، وجود حلول بصفة نشيطة للصراعات العائلية السابقة.
- المشاكل العائلية التي تظهر خلال المرض السرطاني، ناتجة أساسا من نظام متدهور، والذي قد يتطور، إذا حاولت العائلة بمواجهة المرض السرطاني، لفرد من أفرادها.

(Griffith et Coll., 1987)

من الجانب النظري، يعتبر العلاج الأسري، وقاية، لأنه يتكفل بالإضطرابات أو تطور المرض السرطاني، والتي يمكن أن تصبح ثابتة عند أفراد العائلة وذلك بعد وفاة المراهق المصاب بالسرطان.

فالإهتمام بالمعانة النفسية للعائلة، لديه عدة نتائج:

- النتيجة الأولى، وهي نتيجة غير مباشرة، تتمثل في التحسن الكمي والنوعي للمساندة المتاحة من طرف العائلة للمراهق المريض.
- والنتيجة الثانية، أكثر مباشرة، هو الفائدة التي يتلقاها كل فرد من العائلة، وذلك عند تحمل الثقل العاطفي للمرض السرطاني بين أفرادها، في مرحلة العلاج، في مرحلة رجوع المريض للحياة العادية أو حتى في مرحلة الحداد.

• أهداف العلاج الأسري:

- مساعدة العائلة، على تجنب الإنطواء والعزلة.
 - مساعدة العائلة، على خلق علاقات جديدة.
 - تحفيز الإتصال بين المصاب بالسرطان، ومحيطه.
- ولتحقيق هذه الأهداف، يركز التدخل النفسي على العائلة، على الظواهر المؤثرة عليها، على مميزات النظام العائلي، على التاريخ والإعتقادات العائلية حول مرض السرطان، وعلى ديناميكية العلاقات مع الطاقم الطبي.

(Arthouse, 1984-1988)

(Rait et Coll., 1989)

1. العلاج العاطفي: (L'approche émotionnelle)

هو عبارة عن مساعدة نفسية، يتحصل عليها الشخص، بهدف الحصول على الراحة النفسية، بطريقة سريعة، ولمواجهة المراحل الصعبة، تستعمل فيه النصائح للعائلة، ويتبع هذا النوع من التدخل نفس إستراتيجية العلاج الشخصي (Individuelle).

تتميز الديناميكية العائلية، ببعض الصفات، فأفراد العائلة، غالبا ما يشعرون أن معاناتهم لا تقارن مع معاناة المراهق المصاب بالسرطان. ويمكن أن تكون مشاعرهم متناقضة بالنسبة إليه، بسبب الشق الذي يسببه السرطان في الحياة العائلية، فيعاش هذا التناقض في المشاعر العزلة والخجل. عن طريق المساعدة النفسية، يتم التعبير عن هذه المشاعر، وبالتالي إعطاءها معنى وأهمية، فترجع الثقة بالذات وتمنح الإعراف الإجتماعي، تبدو أهمية هذا التدخل النفسي، خاصة في حالة ما إذا كان السرطان وعلاجه يؤدي إلى فترات طويلة من الشفاء، فيجب تجنب تثبيت معاناة نفسية لا تتطابق مع الواقع وهذا ما يساعد العائلة لتجنب الإفراط في الحماية للمراهق المصاب بالسرطان

هذا العلاج الأسري، يأخذ بعين الإعتبار المرحلة التطورية للعائلة ولكل فرد منها، وهو أساسي في حالة الإضطرابات التي تظهر عند المراهق المصاب بالسرطان، مع ظهور أعراض إضطراب السلوك مثل: (تعاطي المخدرات، الجنوح).

يمثل مرض السرطان، ذو التنبؤ المتشائم، والمرحلة النهائية للمرض، حالة ولع ورهب، وأحيانا لا تظهر النتائج إلا بعد وقت كبير بعد وفاة المراهق المصاب.

(Chochinor et Coll., 1989)

فيساعد التدخل النفسي، في تطوير الحداد المسبق (Deuil anticipatoire)، لدى

العائلة وخاصة يفيد الأشخاص المتميزين بالقدرة على تسيير النوبات بصفة علائقية، فإن العلاقات النابعة من الأشخاص المتيقنين بالطبيعة النهائية المرض السرطاني، يتجنبون غالبا الشعور بالذنب وتأنيب الذات، والشعور بعدم القيام بالواجب بالنسبة للشخص المراهق، فمن المستحسن، إستخدام كل "مصادر القوة" لأفراد العائلة، بصفة إيجابية، والتطرق إلى كل الصراعات التي تظهر أثناء المرض الخبيث، لتجنب التعقيدات والتنبيات وتدهور النظام العائلي. وقد ينبع من هذه الطريقة الشعور بالذنب الشديد، عند أشخاص يصعب عليهم القيام بعمل "الحداد المسبق".

2. التدخل المعرفي، السلوكي:

(Cognitivo – Comportementale)

غالبًا ما يشعر أفراد العائلة، بالعزلة والوحدة والشعور بعدم القدرة أمام ضياع كل الفرص على التحكم جزئياً أو كلياً، على المرض السرطاني والأعراض التي تمس العضو المريض، وغالباً، ما يفيد السند النفسي المناسب، منح المعلومات وتعليم بعض التقنيات في العناية، العائلة، على المشاركة النشيطة في الوضعية ومواجهة شعورهم بالوحدة أمام طب أصبح أكثر فأكثر تقنية وتعقيداً، فتتقص المعاناة النفسية للعائلة، ويتجنب المراهق، بالشعور بأنه ثقل على أقاربه.

بالإضافة إلى العوامل الطبية، يجب أن تتميز المعلومات الممنوحة للعائلة، بعوامل نفسية، تخص الحاجيات النفسية الاجتماعية المرتبطة بكل فرد من العائلة، وبمختلف مراحل التطور المرض السرطاني.

(Reded, 1985) (Stety, 1987)

(Weddigntor et Coll., 1983)

ينصح بتعليم أفراد العائلة، تقنيات السلوكية للتحكم في بعض أعراض القلق (الغثيان والقيء المسبق)، الذي يسبق بعض الإجراءات التشخيصية والعلاجية، وأحياناً في بعض الآلام، أما العلاج بالسند، بيداغوجي، وعاطفي، يسمح لأفراد العائلة، بالإحتفاظ على بعض الأدوار والمهام اتجاه الشخص المصاب بالسرطان.

Razani Darius, Delvaux Nicole. Intervention psycho-oncologique. La prise en charge du patient cancéreux. 2^{ème} édition. Masson. Paris. France. 2003.

P : 113, 115, 117, 122, 124, 127.

(La guidance parentale): التوجيه الأبوي:

• تمهيد:

يهتم مباشرة العديد من الأخصائيين في ميادين الصحة والتربية، بالتوجيه الأبوي (أرتوفونيا، علم النفس، مربين، بيداغوجيين، الأطباء المختصون في طب الأطفال، ... الخ).

فقد، ينسى شيئاً مهماً، عند التكفل بالأطفال، وهو أنهم، يتمتعون بالدين، الذين قد يحتاجون إلى مساعدة أكبر من أولادهم.

ويمثلون الوالدين، للأخصائي، مصدراً ثرياً، بما أنهم يعرفون أولادهم، أكثر من أي شخص.

فمساندة الوالدين، في صعوباتهم مع المراهق، ومنحهم الفرصة في التدخل، في التغيرات التي يجب القيام بها، تسمح لهم، بالتحصل على الثقة في قدراتهم التربوية والأبوية، وذلك بإدراك كل نتائج التغيرات على كل العائلة.

وبالتالي، يعتبر التوجيه الأبوي، مرافقة للآباء، في دورهم التربوي، بهدف التحصل على إستراتيجيات جديدة، تساعد على تفهم أكثر، لطفلهم، وتخلى بعض المشاكل الاتصالية، خاصة في حالة المرض.

• تعريف التوجيه الأبوي:

كلمة "توجيه"، ذات مصدر إنجليزي، أدخلت إلى اللغة الفرنسية، منذ الخمسينات (1950)، "توجيه" باللغة الإنجليزية، يعني نصائح، وجملة " for your guidance"، تعني، "تمنحك المعلومات"، في هذا المنصور، التوجيه الأبوي، يمثل المعلومة، النصائح والمساعدة النفسية الممنوحة للآباء، ويدل على تعليم "مهنة الآباء"، بصفة عامة، وفي ظروف خاصة، وهو لا يهدف إلى إصدار تغييرات عميقة في الشخصية.

يعرف التوجيه الأبوي، أحياناً، كالمساعدة والنصائح، وأحياناً كعمل نفسي لدى الآباء، يعرف القاموس "Le robert": "كمساعدة نفسية وعلاجية، كنصائح، ممنوحة من طرف أخصائيين، بهدف تكيف نفسي، أفضل".

إذا، هدف التوجيه الأبوي، يتمثل في:

- تطوير جودة الدور الأبوي.
- مساعدة الآباء، على تحسين تقنياتهم التربوية وقدراتهم كأباء ولذلك، الطرق المستعملة، تتمثل في:
- مقابلة نصف موجهة، للوصول بالحالة، للربط بين السلوك الأبوي وطفولته الخاصة، وذلك عن طريق (الإصغاء، النصائح، المعلومات، السلوك الإيجابي).

- يقيم العمل، حسب مساعدة الآباء، لأطفالهم وجودة العلاقات ويكون التقييم أيضا، حسب إنعدام أو إنخفاض الصعوبات التربوية، والتخفيف من الأعراض الملاحظة عند الأطفال

- يساعد التوجيه الأبوي، الآباء، على تحمل مسؤولية الدور الأبوي، من خلال التغييرات الشخصية المتحصل عليها، وأحيانا يكون هذا التغيير المتحصل عليه، بصفة غير مباشرة، عن طريق المساعدة النفسية والنصائح¹.

¹ Vincent Laupies. La guidance parentale, ses liens avec la psychothérapie et la bientraitance. 2004. Vol 25. P : 521, 529.

■ المقابلة، في إطار التوجيه الأبوي:

Donald Winnicott (1989)

« Vous avez semé un bébé, et vous récoltez une bombe »¹.

بالطبع، مقابلة واحدة مع الوالدين، لا تكفي لحل المشاكل، وحتى إذا وجه لهم، بعض النصائح المناسبة، فيجب التتبع والمساندة، لكي يستعملون هذه الإرشادات، ويدركون النتائج في الواقع، لأن المراهق، يمكنه تبني سلوك جديد ومفاجئ، قد لا يفهمه الوالدين.

يحدد الأخصائي، أهداف المقابلات، مع الوالدين، ففي البداية، يطرح الوالدين المشكل، الذي يتواجدون فيه، مع المراهق، وهو عموماً يتمثل في "نوبة الثقة"، هذا العرض يكون مرافق بأسئلة الأخصائي، وبالتالي يتعرف هذا الأخير، على الصراع داخل العائلة، والمعاناة النفسية النابعة منه، بالنسبة للإتصال والثقة بين المراهق والوالدين.

¹ Pascal Hachet. La guidance parentale, une réponse psycho-éducative. 2001. ERES. P : 81.

■ التوجيه الأبوي، أثناء إصابة المراهق، بالسرطان الدم:

أمام ابيضاض الدم، يمكن للأدوار في العائلة، أن تتشابك وتتبادل، فيبدوا الآباء في معاناة كبيرة، والمراهق يبدو أكثر نضجا، من جراء المرض السرطاني، فمن التأكيد، أن كل النظام العائلي يتواجد في إضطراب، ويصبح الإتصال صعبا.

فكل فرد، يبحث عن كلماته، ويريد المراهق أن يبدو شجاعا وقويا، لكي لا يضخم معاناة وعجز أبويه، هذين الأخيرين، في تساؤل دائم حول ما يجب فعله أو قوله للمراهق المصاب.

إذا، في هذه الحالة، يظهر التوجيه الأبوي، كمرافقة ومساعدة نفسية متاحة للآباء تركز على:

- دورهم الأبوي، معناه وصعوباته.
 - الإتصال الأبوي.
 - جودة العلاقات العائلية (الآباء، الإخوة، المراهق المصاب بالسرطان).
- فيساعد التوجيه الآباء، إلى التحصل على الرضى بالنفس، وبدورهم الأبوي، وذلك بحسن تقدير إحتياجات وإنشغالات المراهق وتفهم تطوره خلال المرض السرطاني، فيتحصل الآباء، من طرف الأخصائي، على معلومات واضحة، حول المراهق المصاب، وبالتالي، يستطيعون تجنب الصعوبات العلائقية والإتصالية.

3) التكوين النفسي للطاقم الطبي:

• تمهيد:

كلمة تكوين، تشير إلى سيرورة التعلم، التي تستمر بعد التكوين الأولي، ولا تقتصر على إكتساب معارف وقدرات مهنية جديدة (Ketele et Coll., 1989)، في الميدان، يعرف التكوين، كمنظمة تتركب من عوامل مستقلة عن بعضها البعض ويحتوي على الاحتياجات في التكوين، الأهداف، وضع طائر التقنيات وأخيرا التقييم والنتيجة المرغوب فيها، تتمثل في الأهداف، أي الحصول على تكوين نفسي يساعد المعالج بتحسين اتصاله مع الحالات في إطار عمله.

• الإحتياجات:

- يرتكز التكوين النفسي على القواعد التالية:
- الحاجة للتكوين المتمثلة عند المشارك بضرورة التصرف.
- أهمية التجربة، لتوجيه التكوين نحو تطوير القدرات.
- الراشد مسؤول عن تكوينه.
- تواجد المحفزات الدافعة للتكوين، وهي دوافع داخلية، كالتقدير الذاتي، الرغبة في زيادة الرضى بالذات وفي جودة الحياة.
- هذه القواعد، تستعمل للتكوين النفسي في الطب السرطاني. فالمعالجون، يفسرون هذه الحاجة في التكوين، في الميدان النفسي الإجتماعي، للسرطان، بتنوع مصادر القلق، المرتبطة بالأثر العاطفي للمرض السرطاني ولعلاجه، فيعبرون أنه، من المستحيل، تجنب الخصائص العلائقية المفروضة، للحصول على عناية طبية ذات جودة وإلى صعوبة تحصل المريض على الإستقلالية.

(Emanuel et Coll., 1992)

قد يوجد خطر في هذا النموذج، وهو تخصيص المعالج، في دور تقني محض، لأن منبع وأساس المهمة المعالجة، تضم بالعكس، إدماج المعارف المكتسبة، الرغبة في التفهم، في التعرف، والتعلم في ميدان الصحة، وذلك مع إحترام الحالة الجسدية والنفسية للمريض، وإحترام قيمه.

• الأهداف:

الهدف الرئيسي، للتكوين، هو إكتساب قدرات علائقية حقيقية، من طرف المشاركين، وتحسين مواجهتهم، للمشاكل النفسية الاجتماعية، التي تتطلب التدخل ولتسيير أحسن، للوضعيات المتعلقة بدورهم ومهمتهم.

رغبات المعالج، تلمس أيضا، المشاكل المرتبطة بالمرحلة النهائية للمرض السرطاني، مثل: الشعور بالفشل وعدم القدرة، الحزن الذي يتبع وفاة المريض، ظهور الخوف الشخصي، بالنسبة للموت، والصراعات المرتبطة بالأسئلة الخاصة.

في جماعات التكوين، المشاكل الرئيسية، التي تحفز الحوار بين المشاركين مرتبطة أساساً ب:

- صعوبة الإعلان للحالة، عن فشل العلاج.
- صعوبة مساعدة الأشخاص المعنيين، بتسيير المعاناة النفسية الناتجة عن المرحلة النهائية للمرض.
- صعوبة الإتصال مع العائلة، أثناء الوفاة.

فينتظر المعالج، من هذا التكوين، إكتساب إستراتيجيات جديدة لغاية تحسين التكفل بالحالة، خاصة في المرحلة النهائية للمرض السرطاني. ولتحسين، ردود الفعل، أمام المعاناة النفسية للحالة ولعائلتها، وأخيراً لتحسين العلاقات ضمن الفرقة الطبية، والتكيف النفسي أمام القلق الناجم من العمل في ميدان الطب السرطاني.

هناك ظاهرة حقيقية، تشير إلى رغبة المعالجين بالتطور في الميدان، وتطوير قدراتهم بالتكفل بالمرضى وبالعائلات.

فالنموذج الإعلامي، هو الأكثر تواجداً، واستعمالاً في الطب السرطاني، لغاية تفهم الظواهر النفسية الإجتماعية، المرتبطة بالمرض وبالعلاقة مع المريض.

على المستوى الشخصي، يطغى على الأهداف، طابع معرفي، عاطفي ومعرفي سلوكي، والأهداف من التكوين مميزة بالإدماج، أي ضرورة إدماج المعلومات والمعارف وليس تخزينها.

(Savoir faire et savoir être).
(de Ktele et Coll., 1989)

أ- الأهداف المعرفية (Cognitif):

تهدف إلى تنظيم أو إعادة تنظيم المعارف المعالجين، بالنسبة للمظاهر النفسية المرتبطة بالمرض السرطاني، ويظهر كأساسي، إدماجه مع الأهداف الأخرى.

ب- الأهداف العاطفية:

تهتم، بتخفيض القلق، وبتحفيز السلوكيات الأكثر إيجابية، بالنسبة لمختلف قياسات المرض السرطاني.

ج- الأهداف المعرفية – السلوكية:

تهدف إلى تحسين الإستراتيجيات التقييمية، الإعلامية والعاطفية للإتصال، فيواجهه، المكون تحدي التحصل على هذه الأنواع الثلاث من الأهداف، ولذلك يستعمل عامة، تقنيات معرفية وتقنيات سلوكية، كلعب الدور، والحوار حول الحالة، وتقنيات عاطفية كالتبادل بين المشاركين، في مجموعات صغيرة مغلقة.

التكوين النظري، يعتبر كمحدد في الميدان النفسي، للطب السرطاني، في ما يمنحه من تكوين، بالنسبة للعلاقة مع الحالة.

هذه القدرات العلائقية، هي مستوى نشاط معقد، يعرف بإدماج عند المعالج، المعرفة مع معرفة التصرف في العلاقة.

فيظهر ضرورة الإتصال مع الحالة، كهدف رئيسي للتكوين النفسي للمعالج، لأن عدة شكوك قد تتطور عند المعالج، فيما يخص الوضعيات المؤلمة والصعبة، ونجدها وراء ذلك، مخاوف المعالج من الوضعيات ذات شحنة كبيرة من العاطفة، وهي:

- الخوف من الخطأ.

- خوف إعادة تنشيط مشاعر مؤلمة.

- خوف من مواجهة كل ما هو مجهول.

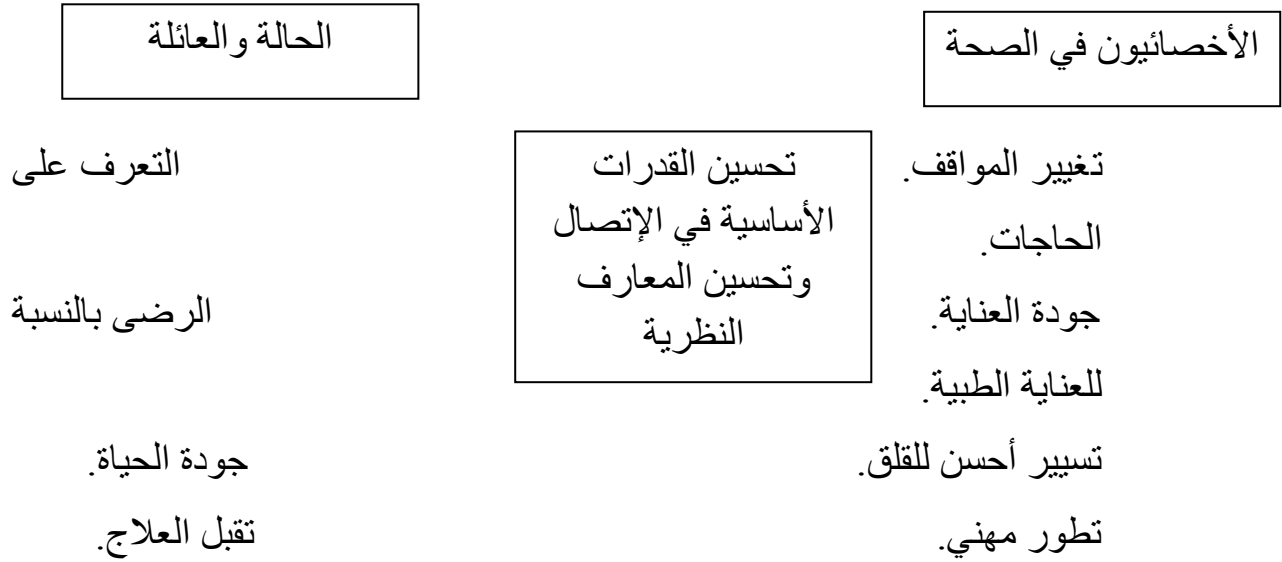
- الخوف من عدم معرفة الأجوبة، على تساؤلات الحالة.

أحيانا تنتج هذه المخاوف، التفريط في الإتصال مع الحالة، والتخفيض في أهميتها، ولكن، بعض المشاكل الإكلينيكية، تجبر المعالج على الإتصال ولو قليلا، لغاية تحقيق العناية والعلاج الطبي.

مثال:

وضعية الآلام الغير معالجة بالأدوية – الخروج من المستشفى، المطلوب من طرف الحالة أو توقيف العلاج.
فنقص في التواصل، قد يؤدي إلى إعاقة العلاقة العلاجية.

تكوين نفسي (الأهداف).



● النتائج المتوقعة بالنسبة للتكوين النفسي، للمعالج:

- تحسين مواقف المعالج، بالنسبة للمرض السرطاني وبالنسبة للموت.
- تشجيع مواقف جديدة، بالنسبة للحالة، وللعائلة.
- السماح بالتنبؤ، لردود الفعل المرضية.
- تعلم استراتيجيات التدخل، للتجاوب مع الحالة.
- تطوير الإبداع.
- تحويل قلق العناية الطبية، إلى رضى مهني.

• التقنيات:

يهدف التكوين النفسي، للمعالج، إلى إدماج المعارف المكتسبة من قبل، وأثناء التكوين، فيجب أن تكون المعارف واقعية، أي قريبة للوضعيات الطبيعية التي يواجهها المعالج في الميدان. ولاستخدام هذه التقنيات، بصفة مناسبة، في الوسط المهني، يتوجب على المعالج، بالإضافة إلى إكتسابها، بالتواصل مع الحالة، وبإدماج القدرات العلائقية التي تتمثل في:

- القدرة على الإصغاء والقدرة على التحكم في ردود فعله.
 - احترام الحالة واعتقاداتها.
 - القدرة على تحديد إطار المهنة (الهدف، الزمن، ... الخ)، رغم ضخامة حجم العمل والعناية المتاحة.
- أربع تقنيات مستعملة عادة:
- اللجوء إلى تجربة المشاركين.
 - منح المعلومات النظرية.
 - أعمال تطبيقية مع لعب الدور.
 - مساندة وتسيير القلق للمعالج.

(1) الحوار حول الحالة: (Discussion de cas)

في هذه التقنية يواجه المعالجون لوضعية أو لمشكل حقيقي يوصف لهم، ويطلب منهم تحليله، تحليلاً دقيقاً، لكي تشخص الإشكاليات والحلول المنتظرة في إطار جماعة التكوين، حوار وتقديم التجربة الإكلينيكية الشخصية، يتضمن عدة أهداف، ومنها:

- تحليل الوضعيات الإكلينيكية، في كل تعقيدات.
- التعرف على الواقع والتفرقة بين الرأي الخاص.
- تطوير التفهم لردود الفعل النفسية أمام مرض السرطان.
- تحفيز البحث وتجربة عدة حلول أمام مختلف الوضعيات.

وأخيراً، تمنح، للمعالجين أداة تواصل بالنسبة للمشاكل النفسية الاجتماعية، ومن المهم، تحضير المشاركين، من طرف المكون الذي يطرح عليهم منهجية تقديم الحالات.

ومن شروطها:

- استعمالها في مجموعات صغيرة، أين يكون وقت الحوار متزن بين المشاركين.

- تواجد جو الثقة، لتسهيل التعبير عن الاستراتيجيات الشخصية، التدخلات، والتكيف النفسي للوضعية

-

(2) المعلومات النظرية: (Informations théoriques)

منح المعلومات النظرية للمشاركين في التكوين، تسمح بخلق أسئلة، حول مواضيع محددة، وبصفة عامة، تخص هذه المواضيع ثلاث أصناف من الأشخاص المعنيين بأمر "السرطان"، وهم: الحالة – العائلة والمعالج. عادة، ينضم التكوين النظري، ويلقى عن طريق محاضرات، أبحاث، إلتقاءات وأعراض.

العرض (l'exposé)، هو تقنية كثيرة الاستعمال، من طرف المكون، أثناء الحصص، وهو يمثل، خطر تخفيض المشاركة النشيطة للمشاركين في جماعة التكوين، وكل التقنيات، تهدف لمنح المعالج، إطار مرجعي بالنسبة لتجربته، ونقاط يركز عليها، لتفهم العوامل النفسية – الاجتماعية المرتبطة بمرض السرطان، فيما يسهل التكفل النفسي بالحالة، وبعائلتها، فهو إدماج للمعارف، فمواقف المعالج وتدخلاته تصبح مناسبة.

3) لعب الدور: (Le jeu de rôle)

هو تقنية، أين عدة مشاركين، من جماعة واحدة، يدعون إلى التدخل، للقيام بأدوار مختلفة، مثل دور الحالة المصابة بالسرطان، دور فرد من أفراد العائلة، ودور المعالج.

تتواجد هذه الشخصيات، في وضعية محددة، وتتمثل التقنية في:

- تحليل التصورات، المشاعر والمواقف المرتبطة بالوضعية، والمشاركين (على الأقل إثنان) وهم مدعويين إلى محاولة التقمص بالشخصية ما في وضعية محددة، والتي تنتج عند المشاركين، ردود فعل خاصة، معرضة للتحليل، فيصبح الواقع (dramatisé) وفي الفترة الأولى من لعب الدور، يكون أقل موضوعية.

كان "لعب الدور"، موضوع إهتمام كبير، في علم النفس الإجتماعي، ويجب تمييزه عن (le psychodrame) الذي يتطور في إطار العلاج النفسي، ويسمى "لعب الدور"، في مشروع بيداغوجي، بمنح لمسة العرض المسرحي، وينتج مواقف خاصة، فتأثير الجماعة، وبمساعدة الموكن، يسمح بتعديل العلاقة التي يلعب فيها الأدوار.

يسمح لعب الدور، بإدراك ردود الفعل العاطفية، والتصورات المتعلقة بقلق المعالجين، العاملين في الطب السرطاني، وبصفة خاصة، يستطيع المعالج، بواسطة هذه التقنية، بالتعرف وتجنب المواقف (نشاط - خمول) الشديدين، و(التقرب - الابتعاد)، وعدم استعمالهم بإفراط في العلاقة.

ويسمح أيضا، لعد الدور، بملاحظة، بصفة دقيقة، مواقف المعالج في الاتصال مع الحالة، والإعاقة المتمثلة، في منح الأولوية إلى المعلومة والسند، قبل أي تقييم مسبق، لاحتياجاتها. وبالتالي، يمكن للمعاج، تطبيق استراتيجيات

جديدة للإتصال، فالمقترح أثناء التكوين، هو الأخذ بعين الاعتبار، المعارف الخاصة بالمهنة الطبية وبالمعالج في حد ذاته، لاقتراح "السيناريو"، لأن وضعية محفزة، إصطناعية، أو بعيدة عن إنشغالات المعالج، يمكن أن تنتج لعب دور غير واقعي، ومقاومة شديدة من طرف المعالج.

وبالعكس، إقتراح أدوار، تواجه مشاكل أساسية في ميدان الطب السرطاني، تضع المعالج أمام الواقع، وبالتالي، يظهر التقمص بالحالة، وبأفراد عائلتها، أساسيا، لتفهم ردود الفعل إتجاه المرض السرطاني.

ويمنح المعالج، فرصة، التفكير في صعوبات لعب الدور، كمؤشر

للسعوبات الإكلينيكية في الميدان

بعض أمثلة مواضيع لعب الدور:

دور الطبيب --> الموضوع، يتمثل في الإعلان للحالة، عن تشخيص مرض سرطاني، أو تطور خطير، أو الإعلان للعائلة عن وفاة الحالة.

دور الممرضة --> الموضوع يتمثل في الإتصال مع الحالة، فيما يخص إنشغالاتها وآلامها أو السند للعائلة، أمام حداد غير منتظر.

من المهم، تشجيع راحة المشاركين، بالنسبة للتحدي، الذي يمثله لعب

الدور، أي التحدي بأخذ الكلمة أمام الجماعة، التحدي للتقمص بشخصية ما، وعدة عوامل يمكن أن تساعد خلق جو الثقة، مثل:

- تقديم واضح لأهداف وقواعد لعب الدور.

- تطوير صعوبات اللعب.

- التعرف على شروط التقنية.

ويعتبر تسجيل المقابلات مع الحالة، تقنية تكوين في حد ذاتها، وتسمح

بتحليل معمق لإستراتيجيات المعالج في الإتصال، مع احترام كلي، لشخصية الحالة.

(4) السند وتسيير القلق: (Soutien et gestion du stress)

يساعد جو الثقة والإحترام المتبادل، بين المشاركين، في مجموعة التكوين النفسي، للطب السرطاني، بتحسين العرض النظري للمعلومات، بتقديم أحسن للحالات ولعب الدور.

والشرط الأساسي، هو خلق مجموعة، متكونة من 8 إلى 12 فرد، ويجب إجراء مقابلات مسبقة مع المترشحين للتكوين، لتنظيم مجموعات ذات أفراد، يتمتعون برغبات، تتطابق مع مشروع التكوين النفسي، وبالتالي، خلق اندماج في الجماعة.

للمكون، دور أساسي وهام، يتمثل في ثلاث مهام:

- مهمة بالنسبة لمضمون الاجتماع.
- مهمة بالنسبة للمشاركين، كأشخاص، يختلفون عن بعضهم البعض.
- مهمة بالنسبة، للجماعة المعتمدة، كوحدة خاصة.

(Anzieu et Coll., 1997)

ولتشجيع، جو الثقة، الذي يساعد على تطوير سيرورة التعلم، يقوم المكون ب: تقديم المشاركين لبعضهم البعض بتشجيعهم على الحضور وعلى المشاركة النشيطة، على إحترام القواعد السرية والتعرف على خاصيات والقدرات الخاصة لكل فرد.

وبالعكس، فهناك مواقف معيقة لسيرورة التكوين، وهي:

- إستعمال أثناء الحصص، لمعلومات ممنوعة من المشاركين، بصفة سريعة، خارج نطاق الحصص.
- الاستعمال الواضح للتحويل، ولرجوع التحويل، الذي يرافق كل سيرورة جماعية.
- وضع أحكام على مواقف المشاركين.

فمن الصعب أحيانا، للمكون، أن يسير التكوين، عند التحصل على التعبير العاطفي من طرف المعالجين، الذي يشير إلى معاناتهم أمام ألم الحالات المصابة بالسرطان، وبالتالي، لمساعدتهم، بتسيير هذا القلق، ينظم المكون، برامج تكوينية، وجماعات سند، التي تتضمن على عدة تقنيات والطريقة الأكثر إفادة، تتمثل في تحديد مختلف أعراض القلق الجسدية والنفسية، وضرورة التعرف على أهمية الابتعاد نفسيا، عن الوضعيات الصعبة بالمرح مثلا، ولا يدخل ذلك في الإطار العلاجي.

في "Mémorial sloan – kettering à New York"، ولمدة سنة واحدة، تمت تدخلات بيداغوجية، وسندية للمعالجين من طرف طبيب نفسي، وبينت النتائج التقييمية لمفعول هذه التدخلات في تخفيض معتبر للتعب، في جماعة من الأطباء المقيمين الذين استفادوا منها، بالنسبة لمجموعة أخرى.

(Breintbart et Coll., 1993)

وفي النهاية، نجاح هذه البرامج السندية، ترتبط بهذه العوامل:

- الرغبة في المشاركة في التكوين.
- المواقف الإيجابية للمسؤولين عن هذه البرامج.
- الأوقات والأماكن المناسبة للإجتماعات.
- القدرات الشخصية الخاصة بالمكون.

Razani Darius, Delvaux Nicole. Intervention psycho-oncologique. La prise en charge du patient cancéreux. 2^{ème} édition. Masson. Paris. France. 2003. P : (237,239,242, 250).

• خاتمة:

التطرق إلى سؤال التكوين، يشير إلى الاحتياجات في التكوين النفسي، في ميدان الطب السرطاني، وإلى تقنيات وبرامج سند.

فبالرغم من الميل إلى الإدماج، في علاج الحالات السرطانية، للمساعدة العلائقية، فلم يكثر كثيرًا، بتهيئة المعالج، للقيام بمهامه، والهدف النهائي من التكوين النفسي، هو إدماج القدرات التقنية، أي المعرفة، مع الهوية المهنية للمعالج.

وهذا ما يسمح للعلاقة مع الحالة، أن تكون علاقة متزنة، فتظهر نتائج التكوين، في الميدان، فهو من جهة، قد يزج المعالج ومهمته الطبية، ومن جهة أخرى يقترح حلول واضحة، للتحقيق التغيير المنتظر.

التكوين الأولي يبقى رئيسيًا، ولكنه يركز خاصة حول العوامل التقنية، بدون أخذ بعين الاعتبار، المشاكل النفسية الاجتماعية.

فالتقنيات الجديدة للتكوين، يجب أن تندمج مع التكوين الأولي وأيضًا إلى التكوين المتواصل للمعالجين، وذلك لجواب أحسن للحالة، فتقنيات المشاركة النشيطة، التي تضم لعب الدور، الحوار حول الحالة، تعتبر مناسبة، فهي تسمح لاستعمالها في جماعات صغيرة، ويربطها مع منح المعلومات النظرية.

فالمثالية، تتمثل في تنظيم تربص ميداني، مكيف لحاجيات كل المعالجين (الأطباء، الطاقم الشبه طبي) ويمكن لذلك أن يكمل المحاضرات التكوينية التي تكون عامة قصيرة المدى (بعض الساعات).

وتطوير تكوين، المكونين في حد ذاتهم، أساسي في هذا المستوى، فبعض الدراسات، أكدت نتائج إيجابية تحصل عليها المعالجين، جراء التكوين النفسي، وأكدت أثر إيجابي على الحالات المصابة بمرض السرطان.

خاتمة الفصل

في الميدان، اختيار التدخل النفسي المناسب، يتطلب عمل محدد، فبفضل عدة تدخلات، يستطيع المراهق، تفهم الحوادث التي عاشها، قبل الإصابة بالمرض السرطاني، وأثناء المرض، فيتلقى معلومات وبيداغوجية، لهدف إعادة برمجة الحاضر والمستقبل.

البرنامج البسيط، يتمثل في مساعدة نفسية، تهدف إلى تعزيز التعبير عن الإنشغالات والحاجيات، فهو سند، يبحث عن إدماج المعلومات المرتبطة بالمرض السرطاني، بعلاجه، هذا البرنامج، يمكن تطبيقه في مؤسسة استشفائية، فيتحصل المراهق المصاب، على فرصة الإصغاء إليه. يحترم في دفاعاته، يشجع على التعبير عن إحساساته، ويستفيد من تحالف ومساعدة من طرف المختص النفسي.

هذا السند المعرفي والحسي، يمكن أن يضاف إليه بعض التقنيات السلوكية، مثل: الاسترخاء، مساعدة على تسيير الوقت اليومي، تسيير النوبات وتطوير المجهودات التي يجب القيام بها، تقنيات توقيف الإرادي للأفكار، بهدف التحكم في الأعراض.

تظهر، في بعض الحالات، أهمية إدماج التدخلات النفسية العلاجية مع العلاج الكيماوي خاصة في اضطراب المزاج، اضطراب للشهية، و النوم، فيمكن أن يستفيدوا من هذا العلاج.

الجانب التطبيقي

الفصل السادس

منهجية البحث

• تمهيد

على الباحث، إستعمال التقنية، التي تناسبه، لكي يثق بعمله، فإن جو الثقة بين الباحث والحالة، من الشروط الأساسية لنجاح العلاقة العلاجية، وإلى التحصل على تحقيق أهداف البحث.

فبالإجابة على الإشكالية المطروحة بخصوص المرافقة النفسية، للمراهق المصاب بإبيضاض الدم، والتحصل على أحسن مرافقة ممكنة، بهدف مساعدته على التكيف النفسي للوضعية المرضية، وتقبل العلاج، والتخفيف من حدة معاناته النفسية، ومعاناة عائلته.

إخترت لهذه الدراسة، المنهج العيادي، الذي يسمح لي، بجمع المعلومات الأساسية، لغاية دراسة الخصائص النفسية للمراهق المصاب بإبيضاض الدم، ولدراسة صورته الجسمية، فاعتمدت خصوصا على دراسة الحالة، باعتبارها الوسيلة التي تسمح على كشف الحقائق النفسية للمراهق المصاب.

أما أدوات البحث، تمثلت في الملاحظة، التي سمحت لي بتسجيل تعابير الحالات (لفظية، إيماءات، وضعيات جسمية)، وبملاحظة جودة الاتصال، بيني وبين الحالة، والذي يلعب دورا جد مهم، لنجاح العلاقة العلاجية، وبالتالي، الوصول إلى مبتغاي الأساسي، أي المساندة النفسية للمراهق ولعائلته.

كما استعملت مع كل الحالات، المقابلة العيادية، النصف موجهة، التي سمحت للحالة، بالتعبير الحر عن معاشها وفي نفس الوقت سمحت لي، بالتحكم نوعا ما، في إطار المقابلة واستطعت طرح بعض الأسئلة المهمة للبحث.

أما الإختبارات النفسية، فاستعملت سلم تقييم درجة الاكتئاب (لأميلتون)، لإدراك، مدى تأثير المرض السرطاني، الاستشفاء والعلاج العنيف على مزاج المراهق المصاب.

إن الرسم، طريقة للتعبير الرمزي، فللسماح للحالة بالتعبير عن نظرتها للصورة الجسمية، استعملت اختبار رسم الشخص لـ "k. Mâchover"، فهو اختبار إسقاطي، علاجي في حد ذاته لأنه يمنح للحالة، الفرصة للتعبير عن مخاوفها، وقلقها اتجاه الجسم، الذي يعرف مرحلة التحولات، المتمثلة في مرحلة المراهقة، وفي نفس الوقت، الذي يعيش كل الإضطرابات الناتجة، عن الإصابة بمرض إبيض الدم.

• عينة الدراسة الميدانية

تم إختيار عينة البحث، بطريقة غير عشوائية، فقد ارتكزت على هذه الخصائص:

- خمس حالات.
- السن: يتراوح بين 15 و18 سنة، أي فترة المراهقة.
- الجنس: من الجنسين.
- تشخيص المرض: إبيض الدم
- تواجد على الأقل، أحد والدين الحالة (الأب، أو الأم).
- تواجد الحالة، بالمستشفى اليومي، أو في مصلحة الاستشفاء.

• مكان إجراء الدراسة

تمت الدراسة التطبيقية، بمصلحة أمراض الدم، في الجناح الخامس بالمستشفى الجامعي بوهران، التي تدير من طرف بروفيسورين (02 Professeurs).

وتتكون المصلحة، المتكفلة بالأمراض الدموية على طابقين:

- الطابق الأول، يضم الاستشفاء اليومي (Hôpital du jour)، ويحتوي على:

13 كرسي خاص بالعلاج الكيميائي.

03 أسرة.

01 مخبر.

05 مكاتب خاصة بالفحص الطبي.

- الطابق الثاني، خاص بالاستشفاء (Hospitalisation)، ويحتوي على:

17 أسرة للعلاج الكيميائي.

01 صيدلية.

01 قاعة كبيرة، يتحاور فيها، الطاقم الطبي، حول الحالات.

• المنهجية

أ- استعملت المنهج العيادي، في هذه الدراسة.

▪ المنهج العيادي (la méthode clinique)

يدرس علم النفس الإكلينيكي، ويحلل كل ظاهرة نفسية عادية أو مرضية، بصفة مستقلة عن سببها، سواء كان معروفا أو لا

بالنسبة ل "Lagache" (1949) فالمنهج العيادي، يأخذ بعين الاعتبار، بصفة وافية جدا، طبيعة وطريقة التعامل، لإنسان كامل في احتكاك مع محيطه، فهو البحث عن المعنى، البنية، و تحديد الصراعات والطريق التي تهدف إلى الوصول إلى الحلول".

يعرفه "Wit mer" (1896): "منهج في البحث، يستعمل فحص مرضى كثيرين ودراستهم الواحد تلو الآخر، من استخلاص مبادئ عامة، توحى بها ملاحظة كفاءتهم وقصورهم"¹.

يستعمل المنهج العيادي، الملاحظة، المقابلة، سلم التقييم، الإختبارات، الرسم، اللعب، لتطوير دراسة حالة خاصة، وهو المنهج الأكثر استعمالا في الميدان الإكلينيكي.

وتهدف دراسة الحالة، على وصف الشخص، لظروفه ومشاكله، وتبحث أيضا، على توضيح التطور، تاريخ الحالة، لغاية تحديد الأسباب ومصدر هذه المشاكل.

¹ تركي رابح: مناهج البحث في علم التربية وعلم النفس. الجزائر. 2001. ص: 140.

(1) دراسة الحالة (l'étude de cas)

تعريف :

"دراسة الحالة، هي ملاحظة معمقة، لحالة خاصة، تتواصل أحيانا، لعدة سنوات، من خلالها يتم جمع كل المعلومات الممكنة على شخص واحد، من معلومات حول المحيط الخاص، النتائج النفسية، لبعض الحوادث الإجتماعية، حول مشاكل الصحة "J. Piaget و S. Freud – A. Binet" شكلوا نظرياتهم انطلاقا من دراسة الحالة"¹.

دراسة الحالة، تنضم إلى المناهج الوصفية والتاريخية، تتمثل في الملاحظة المعمقة، لشخص أو لجماعة أشخاص، هي في قلب المنهج العيادي، ومستعملة كثيرا، من طرف الإكلينيكي، هي طريقة مطبقة من طرف الأوائل "Janet, S. Freud" لوصف العصاب وتأسيس النظريات.

عبر دراسة الحالة، يسعى الأخصائيين، بوصف بدقة، المشكل الحالي للحالة، وبأخذ بعين الاعتبار، تاريخ الحالة، تنظيم الشخصية، العلاقات مع الآخرين، والآليات الدفاعية، ولهذا يجمع كل المعلومات عن طريق المقابلات، ومن مصادر أخرى (الأقارب)، ثم يقترح فرضيات حول أسباب السلوك وهذه الفرضيات، توجه إلى اقتراحات تخص المتابعة النفسية، واقتراح تقنية علاجية خاصة.

¹ Norbert Sillamy : Dictionnaire de psychologie. Larousse. Paris. 1999. P : 49.

(2) الملاحظة العيادية (l'observation clinique):

هدف هذا المنهج، هو استعمال عدد من الظواهر الطبيعية، وتشكيل من خلالها فرضية، يمكن أن تعرض للتجربة، فتمثل الملاحظة المرحلة الأساسية للتجربة، يمكن أن تكون "بسيطة simple" (من خلال المقابلة والإختبارات، يلاحظ الأخصائي سلوك الحالة، ملامح الوجه وحركات الجسم).

يمكن أن تكون الملاحظة "armé" (بتسجيل كلام الحالة) أو "محدودة" "limité"، محدودة على عينة وفي الزمن أو متواصلة وطويلة المدى¹.

"Julien Reptter": "الملاحظة العيادية، هي المهارات الضرورية لعالم النفس الإكلينيكي، التي تتجلى في ملاحظة المريض بوجه عام من الخارج، كنبرات الصوت، كتغيرات في الوجه، وحركات الجسم، مقارنة بالموقف الذي يكون فيه أثناء الإجابة عن سؤال ما، وهناك الملاحظة المباشرة والغير مباشرة"².

موضوع الملاحظة، هو جمع الظواهر السلوكية، ومنحهم معنى، ووضعهم في إطار ديناميكية فردية، الملاحظة العيادية، تعتبر أن السلوك، هو نتيجة، نابعة من شخص واحد، ذات معنى، وعند حضور الملاحظ، وتأثيره على الحالة، يحول السلوك الملاحظ إلى تبادل علائقي، مغيرا بذلك، الطاقة النفسية للإثنين (الملاحظ والملاحظ). وهذه الظاهرة تحذف، عامل الحيادية الموضوعية "la neutralité objective" للأخصائي، وتبقى الشعور بأحاسيس الآخر (l'empathie)، هي الطريقة المثالية، لتصور عالم الآخر، ولتجنب التدخل العاطفي في اعتقادات وتسقيط (projection) على الآخر. ولهذا، تعتبر

¹ Norbert Sil Lamy : Dictionnaire de psychologie. Larousse. Paris. 1999. P : 182.
² عطوف محمود: علم النفس الإكلينيكي، الطبعة 1، بيروت 1981، ص: 329.

تجارب الأخصائي، قدراته وعمله النفسي الخاص أي قراراته "تدخل-تحكم"، كصفات أساسية، للوصول إلى المميزات النفسية الداخلية للشخص الملاحظ.

(3) المقابلة العيادية (l'entretien psychologique)

تعريف :

تستعمل كطريقة للملاحظة، للحكم على شخصية الحالة، هذه الطريقة التي تستعمل في كل الفحوص النفسية، تسهل حوصلة النتائج المختلفة المتحصل عليها، وتساعد إلى الوصول إلى حلول لمشاكل الحالة، هناك عدة تقنيات للمقابلة (نسأل أو ندع الحالة تتكلم بدون إنقطاع). ولكن في جو الثقة، الذي يسمح للحالة، بالشعور بحرية التعبير¹.

المقابلة مع الحالة أو مع محيطها، تسمح للحصول على معلومات تخص حالتها النفسية، هدفها تشخيصي وعلاجي.

- تشخيصي، لأنه يسمح بالتعريف على الأعراض ثم تصنيفها، ثم التحدث فيها، وبالتالي، التعرف على طبيعة العمل النفسي للحالة.

- علاجي لأن في بعض الأحيان، تمثل المقابلة، علاجا مباشرا، وفي غالب الأحيان، يتم وضع علاقة، تسمح فيما بعد، بالتكفل النفسي وبناء مشروع علاجي.

موضوع المقابلة العيادية، هو طبيعة النشاط والعمل النفسي للشخص، في فردانيته وشموليته، من جهة يتطلب من الأخصائي، التركيز على أحاسيس الحالة، والشعور بهم (l'empathie)، والتفهم. بالإضافة إلى تدخل نشيط ومحدد، ومن جهة اخرى يتطلب من الأخصائي، التفريق بين الأعراض

¹ Norbert Sil Lamy : Dictionnaire de psychologie. Larousse. Paris. 1999. P : 100.

الملاحظة، والأعراض التي تشعر بها الحالة، بين تفسير الحالة لأعراضها وتفسير الأخصائي لأعراض الحالة.

وبالنسبة عن طبيعة طلب المساعدة والوضعية، قد يستعمل الأخصائي

إما:

(1) **المقابلة الحرة (Libre):** أين تعبر الحالة عن أحاسيسها، بصفة حرة، مع تطوير النشاط ربط الأفكار (l'association libre)، والتطرق إلى الذكريات.

(2) **المقابلة الموجهة (structuré):** أين التطرق إلى المواضيع، يكون محدد من قبل، التعلّيمية والمواضيع، دقيقة ومحددة.

(3) **المقابلة النصف الموجهة (Semi-structuré):** تشجع التعبير الحر، وتسلسل الأفكار عن طريق سؤال مفتوح، مع توجيه الحالة، أحيانا، حول أسئلة محددة، يرغب الأخصائيان يتحصل على أجوبة عليها.

(Benony et Chahraoui, 1999)

يجب، أن تستعمل من طرف أخصائي، ذو معرفة معمقة ل (nosographie).

Khadîdja Chahraoui, Hervé benony: Méthode, évaluation et recherche en psychologie. Dunod, Paris, 2003.p :11,31,32,125

(4) الاختبارات النفسية: (Les tests psychologiques)

تعريف:

"هي اختبار مقنن في استعماله ويدل على بعض المميزات العاطفية، المعرفية أو الحسية الحركية للحالة، ويسمح بوضعها، في صنف، بالنسبة لأفراد الجماعة الاجتماعية التي تنتمي إليها، يجب أن يكون الإختبار حساسا، وفي وموضوعي، ولكن رغم صفاته، يبقى مجرد اختبار، يمنح بعض المعلومات، ولا يمنح التشخيص، بل يسمح للأخصائي بإعادة النظر في فرضياته"¹.

"هي أداة لجمع المعطيات، وهي تقنية من تقنيات المنهج العيادي، وتنقسم إلى موضوعية وإسقاطية، وكل إختبار صمم لقياس بعد معين"².

¹ Norbert Sil Lamy : Dictionnaire de psychologie. Larousse. Paris. 1999.P : 264.

² جوليان روتر: ترجمة عطية محمود، علم النفس الإكلينيكي، 1971 ص: 117.

■ الإختبارات النفسية المستعملة في الدراسة:

1) سلم تقسيم درجة الإكتئاب، ل"أميلتون Hamilton":

- سبب الإختبار:

تم إختيار سلم تقييم الإكتئاب، ل"أميلتون"، لتقييم درجة الإكتئاب، لدى المراهق المصاب بسرطان الدم، وتقييم مدى تأثير المرض السرطاني، على حالته النفسية.

■ تعريفه:

هو اختبار لقياس درجة الإكتئاب، نشر لأول مرة، من طرف الطبيب النفسي "Max Hamilton"، عام 1960، وأعيد دراسته عام 1967.

هو من أكثر الأدوات التقييمية استعمالا، يهدف إلى تقييم شدة وتطور الأعراض الإكتئابية، أثناء العلاج النفسي، أو العلاج الكيماوي، ويستعمل من طرف أخصائي، أثناء المقابلة مع الحالة، عندما يكون الشخص، يتبع أو لا علاج نفسي، هناك نوعين:

- النوع الأول: يتضمن على 17 سؤالا.

- النوع الثاني: يتضمن على 21 سؤالا.

والنقاط الخاصة بالأسئلة الأربعة الأخيرة، لا تدخل في المجموع الأخير. كل ما كانت النقطة مرتفعة، كل ما كان الإكتئاب شديد الخطورة.

فمن 10 إلى 13 نقطة ← يشير ذلك إلى إكتئاب ضئيل.
من 14 إلى 17 نقطة ← يشير ذلك إلى إكتئاب خفيف أو متوسط.
أكثر من 18 نقطة ← يشير ذلك إلى اكتئاب متوسط إلى حاد¹.

(2) اختبار رسم الشخص "Mach over Karen" (DAP):

- سبب الإختبار: (Mach over)

تم إختبار هذا الإختبار، لدراسة تصور الحالة المصابة بسرطان الدم، لجسمها، في فترة المراهقة، ومدى تأثير هذا المرض على الصورة الجسمية.

- تعريفه:

عبر تطبيق "March over" للاختبار (Dessin du bonhomme de)
F. Goodenough) بهدف معرفة المستوى المعرفي للطفل، إكتشف، بأن هذا
الاختبار يزود الأخصائي، بمادة إكلينيكية ثرية ومستقلة عن المستوى المعرفي
للحالة.

بالنسبة ل mach over يتحصل الأطفال من نفس السن المعرفي، على
رسوم مختلفة، بطريقة مدهشة، والحاملة لبصمة شخصية. فيمنح هذا الاختبار
الإسقاطي، إمكانيات كبيرة، لمعرفة الحالة المدروسة، يمنح أيضا معلومات
على شخصية الراسم، مع توفير في الوقت والمجهودات، هو سهل وسريع
التطبيق، يتراوح وقته من 5 إلى 15 دقيقة.

إختلاف الأجوبة، من حالة لأخرى، يدل على سيرورة خاصة، التي
يعرفها "S. Freud" بالإسقاط (la projection).

¹ www.cyberdocteur.net

فالإسقاط عند Freud هو ميكانيزم أولي، يلعب دور هام، في طريقة تصورنا للعالم الخارجي، في ظروف غامضة، الإحساسات الداخلية للسيرورة العاطفية والمعرفية، تسقط على الخارج وتستعمل لتكوين العالم الخارجي.

- تقنية الإختبار:

نقدم للحالة، ورقة (27x21)، قلم الرصاص، وممحاة التعلّيمية هي "أرسم شخص".

تسجل بعض النقاط (كهوية الحالة، التعليقات، الترتيب).

عند نهاية الرسم، نطلب من الحالة، رسم شخص آخر، من الجنس المعاكس للأول، في ورقة أخرى.

التعلّيمية هي "أرسم، الآن، رجل أو امرأة، حسب ظروف الإختبار".

تؤكد تعلّيمية الإختبار، على الحصول على أكبر حرية ممكنة للإسقاط، سن وجنس الشخص المرسوم، لا يحدد من قبل.

- التفسير (التحليل):

ينقسم تحليل الرسم إلى قسمين:

(1) يخص المظهر الشكلي (forme)، والبنوي للرسم (الحركة، الضخامة، الموضوع، المكان في الورقة).

(2) يخص مضمون الرسم (le contenu) (كل أجزاء الجسم المرسوم).

- عوامل الاختبار:

- العامل التكيفي (l'aspect adaptatif):

- طريقة التكيف للاختبار، تدل على عدة صفات لشخصية الحالة.
الملاحظات العفوية تتعلق بالتكيف، وحتى الحركات الجسمية.

- العامل الإسقاطي (l'aspect projectif):

يتميز العامل الإسقاطي، بدرس الجسم الإنساني.

فمفهوم الصورة الجسمية، ذو أهمية كبيرة في هذا الاختبار، يظهر عبر الموضوع والرسم في حد ذاته، وفي عملية الإسقاط، يمثل الرسم، إسقاطا للشخصية، ولجسم، يعيش في محيطه، فإن الشخصية المرسومة، تدل على الصورة الجسمية، التي تحتوي على تجارب عاطفية ومثالية للحالة.

- العامل التعبيري (l'aspect expressif):

إختبار رسم الشخص، هو نتيجة عمل حركي.

- التعبير هو مظهر للسلوك الفردي، الخاص بكل فرد، يضم التعبير العاطفي وتغيير الوضعيات الجسمية المرافقة له.

- هناك أيضا سلوك تعبيرى، يظهر بدون معنى للحالة، مثل تحريك الأنف والفم، حركات اليد والأرجل...

هذه التظاهرات الحركية، تتماشى مع شخصية عادية، ولكنها تخفف من حدة القلق، تعمل كمهدئ لتوتر نفسي، عن طريق الحركة

*Ada Abraham : Test de March over. Le dessin d'une Personne.
2^{ème} Edition. EAP. 1985.p :20,33,45*

• القراءة التحليلية (la lecture analytique):

▪ تعريفها:

"هي طريقة تسمح بتحديد مميزات الشخص وما يختلف فيه عن الآخرين، لأنه شخص فريد، فيجب تفهم رسالته عبر خصائصه، وتفهم شخصية الراسم، فيلاحظ الأخصائي، خاصيات "ورقة الكتابة" (la page d'écriture)، ويحاول تفسيرها، حتى يتطرق إلى العمق، الذي يظهر عبر موضوع الرسم.

ترتكز هذه القراءة، على الرمز (le symbolisme).

- ما ينضم الرسم، هم: الأشكال، الحركات، والألوان، وتتمثل القراءة التحليلية في البحث عن كل العلامات التي بإمكانها أن تحمل تفسير ومعنى نفسي. وهذا بالتركيز على صفات الرسم، وما يدل عليه من خصائص الشخصية.

هناك أيضا القراءة الحدسية (intuitive)، والقراءة العادية (normative)

للرسم.

يتطلب من الأخصائي، أن يستعمل للقراءة التحليلية، كل قدراته للملاحظة

الواقعية والخيالية والحدسية والتحليلية، لكي يصل إلى قلب رسالة الرسم¹.

¹ Jacqueline Royer. Que nous disent les dessins d'enfants. 2^{ème} édition. Les éditions du journal des psychologies. 2005. P : 118.

خاتمة الفصل

في هذا الفصل، تطرقت إلى المنهجية المعتمد عليها في الدراسة، وإلى أدوات والتقنيات المستعملة لتحقيق ذلك فتمكن لي، بفضل المنهج العيادي، خلق علاقة ثقة مع المراهق المصاب بإبيضاض الدم، بهدف مسانئته، التحصل على تكيف نفسي أحسن، التخفيف من المعاناة النفسية.

كما قمت بالتعامل مع المحيط العائلي، للمراهق المصاب، وبالخصوص مع الأمهات، وإستعمال التوجيه الأبوي، عن طريق المقابلات النصف موجهة، لغاية مسانئتهما، تحسين قدراتهم الأبوية الموجودة، وبالتالي تحسين الاتصال بينهم، وبين المراهق المصاب بإبيضاض الدم.

فتمكن لي، عن طريق دراسة الحالة، التحصل على أكبر قدر ممكن من المعطيات، التي سهلت علي، تفهم المعاش النفسي للحالة ولعائلته، خلق جو الثقة والإطمئنان، الإصغاء الكلي، للمعاناة وللإنشغالات عن طريق التعبير الحر، عن المخاوف، القلق وحتى الآمال – الخاصة بمرض إبيضاض الدم.

محتوى المقابلات، منح لي، إشارات عن معاناة المراهق، وبالتالي عن كيفية مسانئته في هذه الوضعية، أما الإختبارات، قدمت لي فكرة حول نظرة المراهق اتجاه مرضه، ومدى تكيفه النفسي وبالتالي تمكن لي، دراسة الخصائص النفسية، للمراهق المصاب بإبيضاض الدم، ومرافقته نفسياً.

الفصل السابع

دراسة ميدانية

• تمهيد:

أردت عبر دراستي للحالات، مساندة المراهقين المصابين بإبيضاض الدم، بهدف مقاومة أحسن للمرض السرطاني، وتكيف أحسن للوضعية، وأردت أيضا مساندة أولياء الحالات.

ولهذه الغاية، ارتكزت في عملي، على محاولة التحصل على بعض الأجوبة، ذات علاقة مع المرض السرطاني، من المراهقين المصابين، ومن أولياءهم.

هذه الأسئلة تتمحور حول:

- نظرة المراهق المصاب بإبيضاض الدم، إلى مرضه.
- نظرة الوالدين، وكل أفراد العائلة، بالنسبة إلى مرض الحالة.
- ردود الفعل للمراهق، ولعائلته.
- تصور المراهق، لجسمه المريض.
- تحديد بعض المشاكل الإتصالية، بين المراهق المصاب بإبيضاض الدم ووالديه.

تقديم دراسة الحالات:

« Qui sait faire l'homme, sait faire l'universel ».

Leonard de Vinci

.

« Je l'écoutais, dieu la guérit ».

A. Pare.

■ تقديم الحالة الأولى:

(X. Faudel)

○ دراسة الحالة الأولى:

○ تقديم الحالة:

اللقب: X.

الاسم: فوضيل.

السن: 15 سنة.

السكن: واد تليلات.

المستوى الدراسي: السنة الرابعة متوسط.

المستوى الاجتماعي: متوسط.

عدد الإخوة: 5 إخوة (ذكور).

المرتبة داخل الأسرة: المرتبة الأخيرة.

نوعية المرض: سرطان الدم.

التشخيص: إبيضاض الدم، حاد، لانفو بلاستيك (L.A.L.).

(Leucémie Aigue Lymphoblastique)

التنبؤ الطبي: متشائم.

تاريخ الدخول إلى المستشفى: جانفي عام 2013.

مكان إجراء المقابلات: داخل غرفة المريض، بالمستشفى الجامعي لوهران

نوع المقابلات المستخدمة: المقابلة النصف موجهة.

تاريخ إجراء المقابلات: تمت المقابلات من 2013/03/11 إلى

2013 07/02.

تاريخ إجراء المقابلات مع أم الحالة: من 2013/03/21 إلى 2013/07/02.

○ مراحل العلاج للحالة الأولى:

الزمن	الهدف من المقابلة	التاريخ	عدد المقابلات
45 دقيقة	- التعرف على الحالة. - جمع المعطيات الأولية. - توضيح الهدف من المقابلات.	2013/03/11	المقابلة الأولى مع الحالة
25 دقيقة	- التعرف على أم الحالة. - التأكد من بعض المعطيات الأولية. - توضيح الهدف من المقابلات.	2013/03/21	المقابلة الأولى مع أم الحالة
30 دقيقة	- جمع المعطيات الشخصية والعائلية. - جمع المعطيات حول السوابق الشخصية.	2013/03/17	المقابلة الثانية مع الحالة
20 دقيقة	- التأكد من بعض المعطيات الثانوية. - التطرق إلى موضوع المرض السرطاني.	2013/04/07	المقابلة الثانية مع أم الحالة
25 دقيقة	- تطبيق اختبار سلم تقييم لدرجة الاكتئاب "لأميلتون".	2013/04/07	المقابلة الثالثة مع الحالة
20 دقيقة	- التطرق إلى صعوبات الاتصال مع ولدها.	2013/04/23	المقابلة الثالثة مع أم الحالة

30 دقيقة	- التطرق إلى ردود الفعل الحالة بالنسبة للمرض السرطاني والاستشفاء.	2013/04/23	المقابلة الرابعة مع الحالة
20 دقيقة	- التطرق إلى ردود الفعل العائلية بالنسبة للمرض السرطاني للحالة.	2013/05/15	المقابلة الرابعة مع أم الحالة
35 دقيقة	- التطرق إلى موضوع الصورة الجسمية والتقدير الذاتي.	2013/05/15	المقابلة الخامسة مع الحالة
25 دقيقة	- المتابعة النفسية.	2013/06/19	المقابلة الخامسة مع أم الحالة
25 دقيقة	- التحضير النفسي، لتطبيق اختبار رسم الشخص، ل " K. Marchover".	2013/06/13	المقابلة السادسة مع الحالة
20 دقيقة	- المتابعة النفسية.	2013/07/02	المقابلة السادسة مع أم الحالة
35 دقيقة	- تطبيق اختبار رسم الشخص ل "K. Marchover".	2013/06/19	المقابلة السابعة مع الحالة
30 دقيقة	- المتابعة النفسية.	2013/07/02	المقابلة الثامنة مع الحالة

○ السوابق الشخصية والعائلية:

(1) التاريخ النفسي والاجتماعي للحالة الأولى:

الحالة، من أسرة، تضم 07 أفراد، ذات مستوى معيشي، متوسط، الأب متقاعد، والأم مأكثة في البيت، وخمسة أولاد (ذكور)، عاشت الحالة، في جو من الحنان والطمأنينة والرعاية، أين كان الوالدين متفاهمين، فمرت طفولته، بدون أي حادث مهم.

كان المريض، تلميذ متوسط، لا يهتم كثيرا بالمدرسة، ولا يتصور مشروع حياة، وعند دخوله إلى المستشفى، أصبح في انقطاع مستمر، عن زملائه في المدرسة.

(2) التاريخ المرضي للحالة:

كانت ولادة الحالة، ولادة عادية، وزنه عادي، وصحته العامة جيدة، وعند بلوغه 14 سنة، عام 2012، ظهرت عليه بصفة مفاجئة، الأعراض التالية: تعب شديد، غثيان، القيء المستمر، ثم تفهقر كلي، للحالة العامة.

فتعرض المريض، إلى حالة إنعاش، دامت ثمانية أيام، وبعد استيقاظه أجري له، تحليل الدم، ووجه إلى خدمة أمراض الدم، للتكفل به، وبعد الإجراءات التشخيصية المعتادة، شخص مرض إبيض الدم الحاد من نوع لانفوبلاستيك (L.A.L) (Leucémie Aigue Lymphoblastique).

فتعرض إلى علاج كيميائي، خلال عدة أشهر، بدون تجاوب إيجابي معه، فتعرض إلى علاج مسكن، لتهدئة الآلام في المستشفى النهاري.

■ تقديم المقابلات مع الحالة:

○ المقابلة الأولى مع الحالة: (2013/03/11)

بعد تقديم نفسي، وشرح للحالة، مشروع الدراسة، والهدف من المقابلات، بدون الكشف، عن تشخيص المرض السرطاني (لأن الحالة، تتجاهل نوع المرض المصابة به)، فتقبلت الحلة، التعامل معي، وصرحت "بأن لديها الوقت ولا تجد مانعا لذلك".

كان المريض، مستلق على السرير، هادئ على المستوى النفسي الحركي، مبتسم (كان يبتسم كثيرا)، حوار ه مفهوم، يجيب، بصفة تلقائية عن الأسئلة، مزاجه مكيف مع الوضعية، لا يتواجد شكاوي حول حالته الجسدية، شهيته ونومه عاديان، ذاكرة محتفظ عليها.

عند التطرق إلى سبب الدخول إلى المستشفى، يبدو وكأنه، لا يبالي بحالته، وكأنه يتكلم عن شخص آخر، يصرح بأن الأطباء وجدوا عنده "ميكروب في الدم"، فلا يطرح الأسئلة، و ينتظر الخروج من المستشفى والشفاء.

لا يظهر على المريض، أي اضطراب التكيف، أو معاناة نفسية، بل يظهر الانطواء على الذات وموقف الدفاع.

○ المقابلة الثانية: (2013/03/17)

الحالة مستلقية على السرير، يبتسم، هادئ على المستوى النفسي، الحركي، صرح أنه "قلق ومحبط"، منذ يومين، لأنه لم يتلق أي علاج، خلال ثلاث أيام.

كما صرح بحذر شديد، أنه يبكي في المنزل، ولا يبكي أبدا في المستشفى، فالمريض، لا يخرج من غرفته، منطوي على نفسه، ويستمر في تبني موقفه

السلبى، أي عدم طرح أي سؤال إلى الطاقم الطبي، فيما يخص التشخيص، العلاج أو فرصة الشفاء، ويكتفي باستقبال العناية الطبية، يظهر مزاجه كاكئابى.

○ المقابلة الثالثة: (2013/04/07)

الحالة، جالسة على السرير، مبتسم، هادئ، يبدو مزاجه أحسن، بعد تحصله على السماح بالخروج أثناء العطلة الأسبوعية، وأيضا بفضل تنقله إلى غرفة جديدة، يتواجد فيها مراهق آخر، قامت بينهم علاقة صداقة.

بدون أي تردد، يتقبل المريض، الجواب على أسئلة اختبار "سلم التقييم لدرجة الاكتئاب، لأميلتون".

فقد تحصل على 13 نقطة، وهذا يشير إلى اكتئاب خفيف (Dépression légère).

○ المقابلة الرابعة: (2013/04/23)

الحالة مستلقية على السرير، يبتسم، هادئ.

نتطرق مع الحالة، إلى موضوع المرض، وسبب الاستشفاء، فالحالة تتجاهل مرضها، وطبيعته، وخطورته، فلا يبحث عن معرفة معلومات أكثر، عن حالته الصحية، ولا يتساءل، (والدين الحالة، على علم بالتشخيص المرض السرطاني).

ويعبر المريض، عن وضعية الاستشفاء، أنها وضعية عابرة ومؤقتة، فهو ينكر أنه مريض بأي شيء "ليس لدي أي شيء"، أنا لست مريضا".

وللهروب، نوعا ما، من هذا الواقع المرفوض، ينظم المريض مع مرافقين آخرين، جولات خارج المستشفى، بدون علم الأطباء، ثم يرجعون إلى غرفهم، فهو يتبنى سلوك التمرد والرفض.

○ المقابلة الخامسة: (2013/05/15)

الحالة مستلقية على السرير، وكان يتحصل على عناية طبية، من طرف ممرضة، لأنه يعاني من دمل شرجي (Abcès anal)، وكان لا يعبر، سوى عن معاناته الكبيرة، الآلام التي يشعر بها، فظهر عليه نكوص واضح، وأصبح في تبعية كاملة للطاقم الطبي، بعد نهاية الرعاية الطبية، شعر ببعض التحسن، فابتسم، وأصبح أكثر هدوءا، وتحسن مزاجه.

عند التطرق إلى موضوع التحول الجسدي، الواضح عند المريض، لم يظهر أي انشغال أو قلق، أمام نحافته، فقدان الشعر وتساقطه، إصفرار الوجه، بل صرح "بأنه لا يكثر بذلك"، أما التقدير الذاتي، فالحالة تصرح "بأنها تحب نفسها، وتقدرها".

○ المقابلة السادسة: (2013/06/13)

كانت الحالة، جالسة على السرير، هادئ، مبتسم، يصرح "بأنه يشعر بتحسن"، رغم ضعفه الجسدي الواضح ونحافته.

لقد قمت بتحضيره، لاختبار رسم الشخص ل "K. Marchover".

○ المقابلة السابعة: (2013/06/19)

الحالة، مستلقية على السرير، يبتسم كالعادة، هادئ، يصرح بأنه يشعر بتحسن جسدي.

عندما أطلب منه رسم الشخص، ورغم التحضير النفسي، فهو يعبر عن بعض التردد، وأخيرا يتقبل الرسم، ويرسم بتركيز وصمت.

■ حوصلة المقابلات مع الحالة:

الحالة، مراهق، في سن 15 سنة، دخل إلى المستشفى في بداية السنة 2013، بمصلحة أمراض الدم، التي تقع في الخدمة الخامسة، بالمستشفى الجامعي بوهران، وهو يعاني من إبيضاض الدم الحاد (L.A.L) (Leucémie (Aigue).

بعد التعرف على الحالة، ولشرح لها، الهدف من المقابلات، حاولت خلق علاقة ثقة، وذلك للحصول على أكبر قدر ممكن من المعطيات وأخيرا لمساعدته، على التكيف مع هذه الوضعية الأليمة، أي الوضعية المرضية.

عند التطرق إلى موضوع المرض الذي يعاني به، يتبنى المريض، موقف الدفاع والإنطواء على الذات، وبقي في موقف استقبال المعلومات، حيث أنه لم يطرح أي سؤال حول مرضه أو فرص الشفاء، فيبدو وكأنه غير معني بالأمر، ويصرح ببعض البرودة العاطفية "أنه ليس مريضا"، "أن الأطباء، يحتفظون به، في المستشفى بدون فائدة".

ليس للحالة، مشروع حياة، ولا يفكر أبدا بالمستقبل، انتظراه الوحيد يخص الخروج من المستشفى، فهو على انقطاع نهائي من المدرسة، والزملاء، وحتى نشاطه الخارجي، عند الخروج من المستشفى يبقى محدودا.

تبنى المريض، مواقف التمرد وأظهر سلوكا، يتماشى مع سن المراهقة، فقد كان يخرج من المستشفى، أثناء وقت الاستشفاء، مع مراهقين آخرين، يتجولون في الشوارع، بدون إذن من الطاقم الطبي، فكان يضع حياته في خطر.

ومع التقهقر التدريجي للصحة العامة، والاستشفاء المستمر، عبر المريض أخيرا، عن معاناة نفسية، وظهرت عليه الأعراض التالية: حزن

شديد، مشاعر تعبر عن فقدان الأمل، مزاج اكتئابي، عدم تقدير الذات واضطراب السلوك.

فاضطرابات المزاج، كانت مرتبطة مع تحسن أو تدهور الحالة الجسدية، فعندما أصيب بدمل شرجي (Abcès anal)، ظهر عليه نكوص عاطفي (Régression affective)، وانطواء على الذات، والصمت، وعند الشفاء، تحسن مزاجه وأعاد الاتصال مع محيطه.

وبعد ذلك ظهرت الأعراض الجانبية للعلاج الكيميائي، كإصفرار الوجه، كتساقط الشعر، نقص في الوزن، فلم يظهر المريض انشغالا بالنسبة للتحويل الجسدي، بل أصبح يتردد أكثر فأكثر، على إتباع العلاج، وكان ذلك يطرح مشكلة المجيء إلى المستشفى، واحترام المواعيد الطبية.

■ تقديم المقابلات مع أم الحالة

○ المقابلة الأولى مع أم الحالة: (2013/03/21)

بعد تقديم نفسي، لأم الحالة، وشرح الهدف من المقابلات، ومن مرافقة طفلها نفسياً، تقبلت هذه الأم، التعامل معي، وصرحت "بأنها بحاجة إلى دعم نفسي، هي أيضاً"، وطرحت مباشرة، المشاكل، التي تواجهها، مع الحالة وهي رفضه على المجيء إلى المستشفى، وتتبع العلاج.

قمت بالتأكد من بعض المعطيات، الممنوحة، من عند الحالة.

○ المقابلة الثانية مع أم الحالة: (2013/04/07)

إن أم الحالة، على علم بالتشخيص المرضي السرطاني، وعند التطرق إلى هذا الموضوع، صرحت هذه الأم، على تقبلها وألمها أمام هذه الوضعية، وخاصة، أن زوجها يعاني من مرض قلبي، وهو في انتظار القيام بعملية جراحية.

مزاج الأم اكتئابي – ولكنها تظهر شجاعة كبيرة، وصرحت أنها على علم، بالخطر المتواجد أمام هذا المرض، وأنها تتقبل هذا الواقع المؤلم.

○ المقابلة الثالثة مع أم الحالة: (2013/04/23)

تطرقنا في هذه المقابلة، إلى صعوبات الاتصال لهذه الأم مع طفلها، والتي تمثلت في تمرد الحالة على المجيء إلى المستشفى، وإتباع العلاج، كما أن هذه الأم، لا تريد إفصاح عن نوعية التشخيص المرضي، وبالتالي فإنها جد حذرة على ما تقوله لطفلها، ويسبب لها، ذلك معانات.

أشجع، أم الحالة، على التعبير عن مشاعرها، وصعوباتها وأطمئنتها، بالنسبة لقدراتها الأبوية.

○ المقابلة الرابعة مع أم الحالة: (2013/05/15)

تطرقنا إلى ردود الفعل العائلة بالنسبة للمرض السرطاني، فصرحت لي، أن أب الحالة، تدهورت صحته، وظهرت عليه اضطرابات قلبية، جراء التعرف على تشخيص المرض السرطاني، وبالتالي، فإن كل العائلة، تعرف مرحلة صعبة، ورغم ذلك، فإن هذه الأخيرة، تمثل مصدر دعم للحالة.

أوضح لهذه الأم، أهمية دور كل أفراد العائلة، بالنسبة للحالة، وطبيعة ردود فعلهم وقلقهم.

■ ملخص المقابلات مع أم الحالة:

تمت المقابلات، في إطار التوجيه الأبوي، مع أم الحالة فقط، لأن الأب، كان مريضاً جداً، وكان ينتظر مواعده، للقيام بعملية جراحية على القلب، ولقد تدهورت حالته الصحية، بعد التعرف على مرض ولده. ورغم مرضه، فإنه، مع الأم وكل العائلة، يمثلون، مصدر مساندة وشجاعة، بالنسبة للحالة.

وبعد، توضيح الهدف من هذه المقابلات، وتحديد إطار العمل، بدأ التوجيه الأبوي، وكان موضوع المقابلات، يتمثل في محاولة تطوير القدرات الأبوية، المتواجدة من قبل، عند هذه الأم، وبالتالي تحسين دورها الأبوي، والتحصل على اتصال أحسن، مع ابنها المريض، بما أن التواصل بينهم، عرف بعض الاضطرابات خاصة، عند ضرورة الحضور إلى المستشفى.

وتمثل الهدف من المقابلات، في منح المساندة والمساعدة النفسية اللازمة، لهذه الأم، عن طريق التوجيه الأبوي.

فالبرغم، من إظهار شجاعة معتبرة، فقد ظهر عند هذه الأم، مزاج إكتئابي، لعدة مرات، فهي على علم من تشخيص المرض السرطاني، لطفلها، ومرض زوجها، لم يسهل الأمور.

وبالتالي، كان من المهم، تطوير طلب مساعدة نفسية، محاولة تخفيض مستوى القلق عند الأم، توضيح الوظيفية، وإذا استلزم الأمر، توضيح السلوك الأم، إتجاه طفلها، وإدراكه، وللضرورة محاولة تغييره، للإتصال ذو جودة أحسن، مع الحالة.

هذه الأم، استطاعت، مساندة ولدها، ومرافقته طيلة مرضه.

وبالتالي، فقد واجهت، وتقبلت مرض ولدها، وحتى خطر الموت، المتواجد.

بعد وفاة الحالة، لم أتمكن، بالمتابعة النفسية مع أم الحالة.

■ تحليل الحالة الأولى:

إن هذا المراهق، يتجاهل، تشخيص نوعية مرضه الخطير، ويتواجد في وضعية استقبال، للعناية الطبية، بدون طلب أي شيء، فهو لا يعبر عن طلب مساعدة، وبالتالي لمساعدته، ومرافقته نفسياً، وبالنسبة لمميزات شخصيته، التي تتمثل في القدرة الضعيفة على ملاحظة نفسه، نقص القدرة العقلانية وتحمل الإحباط.

إخترت العلاج النفسي التدعيمي، المتمركز حول الذات ل " K. Rogers".

ففي المرحلة، من مراحل العلاج الكيميائي، ظهرت على المريض، أعراض اكتئابية، وخاصة، عند التدهور الكبير، للصحة العامة، وبالتالي، نظمت حصص مساندة، لغاية مساعدته على تجاوز هذه المرحلة الصعبة، بدون ان يضطرب توازنه الطبيعي، تدور هذه الحصص، حول مشاكله اليومية، التي كان يواجهها، أثناء الإستشفاء.

فخلق علاقة ثقة، كانت النقطة البداية، للعمل العلاجي، وهذا ما يساعدي، على محاولة الوصول إلى طلب مساعدة من طرف الحالة، لأنه، كان يستعمل خاصة، الإنكار (Déni) كآلية دفاعية، للحماية من القلق النابع من المرض السرطاني، فتمثل هذا التكفل في:

- تشجيع التعبير الحر، والإصغاء الكلي للحالة، مع تبني موقف الاهتمام.
- طمأنينة، وتقوية التقدير الذاتي، وذلك عن طريق تعزيز مكانته كإنسان وفعاليته.
- تشجيعه، على القيام ببعض الأنشطة، الصغيرة، كطرح أسئلة حول علاجه، للطبيب أو الممرضة.

- التخفيض من شعوره بالذنب أمام هذه الوضعية الصعبة، وبالتالي كان الهدف الأخير، من هذه المرافقة النفسية، تقبل الحالة لمرضها، وبالتالي تكيف نفسي أحسن، للوضعية، للاستشفاء، وللعلاج الصعب، هذا الأخير، الذي أنتج، عدة تحولات جسدية، غير سهلة، مثل: تساقط الشعر، فقدان الوزن، وبالتالي حاولت التحصل على "تصليح نرجسي"، لدى الحالة.

عند هذا المريض، تقلبات المزاج، كانت مرتبطة جدا، بحالته الجسدية، وأثناء المراحل الأكثر صعوبة، ظهر عليه نكوص عاطفي، وتبعية كبيرة بالنسبة لمحيطه (الطبي والعائلي).

بعد "ثلاث أشهر" من المرافقة النفسية، أظهر المريض، تحسن للمزاج، ومعاناة أقل، رغم استمرار التدهور الجسدي.

فكان أكثر شجاعة، ومواجهة للمرض، و قبو للعلاج، وللمجيء إلى المستشفى، دون الرفض والتمرد، الذي كان يقوم به من قبل، والذي كان يمثل مشكلة للعائلة.

بعد الاستشفاء، والخروج الكلي، كان يحضر إلى المستشفى اليومي، بدون أي مشكلة، أين كان يتحصل على علاج مسكن (Traitement palliatif)، بعد فشل العلاج الكيميائي وتوقفه الكامل، فقد عان المريض من عدة أورام خبيثة في البطن Métastase à l'abdomen ، وتوفي في شهر سبتمبر 2013.

■ نتائج إختبار رسم الشخص، لمركوفر (K. Marchover):

تاريخ إجراء الإختبار: 2013/06/19.

الإسم: X فوديل.

السن: 15 سنة.

الدافع من الرسم: معرفة، كيف يتصور، المراهق المصاب، بإببيض الدم لجسمه.

الزمن: الرسم الأول، دام 19 دقيقة.

الرسم الثاني، دام 10 دقائق.

سلوك الحالة: هادئ – مبتسم – صامت – يرسم بتركيز أثناء الإختبار.

التعليقات: لم يتواجد أي تعليقات، باستثناء طلبه للمحات.

○ القراءة المعمقة للرسم الأول حسب "K. March over"

تحليل المضمون (التحليل السيكولوجي) (Fond)	تحليل الشكل (Forme)
<p>- يشير الرسم إلى مشاعر الحالة، الحالية، فيتمثل الرسم في وجه إنساني، من جنس ذكري، رجولي، وينفر، وهذا يشير إلى التعبير عن مشاعر العدوانية والكره، عند الحالة. (لم تظهر هذه المشاعر، عند الحالة أثناء المقابلات).</p> <p>- تأخذ "الصورة"، كل الورقة، وهي تمثل "أنا" الحالة، مع الميل إلى التحكم والشك بالنسبة لمحيطه. (لاحظت الميل إلى التحكم عند الحالة).</p> <p>والرسم، هو أيضا، عبارة عن رأس، وهذا يشير إلى الشعور بالإحباط، صعوبة الإدماج، فهو عبارة عن حالة مرضية مؤقتة، لأنها تدل على اضطراب التكيف النفسي، وحتى على الإكتئاب. (لوحظ اضطراب التكيف، أثناء المقابلات، وتمثل ذلك في عدم تقبل المرض، ولوحظ المزاج الاكتئابي).</p> <p>- الشخص المرسوم، من جنس الذكر، هذا الاختيار، يشير إلى التقمص الجنسي بالنسبة للجنس الذكري، وإنتمائه إلى هذه المجموعة الاجتماعية.</p>	<p><u>ورقة الرسم:</u></p> <p>(Mise en page)</p> <p>- رسم كبير، وسطي، لوجه إنساني.</p> <p>في الوسط، لوسط الورقة.</p> <p>الورقة مستعملة بصفة عمودية</p> <p><u>الخط:</u></p> <p>(Le tracé)</p> <p>خط كلي:</p> <p>(Tracé global)</p> <p>- خطوط متناوبة الضغط في بعض الأماكن.</p> <p>- خط متردد وأحيانا باهت.</p>

<p>- (La balafre)، هي تعبير عن العدوانية وعن التشويه.</p>	<p><u>الموضوع:</u></p>
<p>- <u>العينين:</u> كبيرتين مفتوحتين، حزينتين، يعبر ذلك عن الحاجة إلى الاتصال الاجتماعي، وعامل جمالي أساسي (Esthétique). و على الانشغال بالمرض</p>	<p><u>(Le thème)</u></p> <p>الموضوع العام، للرسم، هو صورة لوجه إنساني، من جنس الذكر، مع غياب كلي للجسم، وأجزائه، وغياب عوامل أخرى (كالأشياء، الطبيعة).</p>
<p>- <u>حاجب العين:</u> مرسوم بصفة جيدة، يشير ذلك إلى الإنشغال الجمالي.</p>	<p><u>الشكل:</u></p>
<p>- <u>الأنف:</u> مرسوم بصفة جيدة، يشير إلى مرادف قضيب (Phallique).</p>	<p><u>(La forme)</u></p>
<p>- <u>الفم:</u> الشفتين مفتوحتين وسميكتين، يشير ذلك إلى التبعية والثبات في المرحلة الفمية (Stade Oral) وإلى العدوانية.</p>	<p>- أشكال زاوية (Angulaire).</p>
<p>- <u>الأذنين:</u> تمثلان الإصغاء والإدراك، الحالة، نسي الأذن اليسرى، ورسم الأذن اليمنى، بخط جد باهت، يدل ذلك على صعوبات الحالة، لمعرفة نوعية وطبيعة مرضه وبالتالي تقبله.</p>	<p>- كبر القياسات.</p> <p>- تناسب حسن (Symétrie).</p>
<p>(وهذا ما يؤكد ما سبق، من تحليل للرسم، وما لوحظ مباشرة، في المقابلات).</p>	<p><u>الحركة:</u></p> <p><u>(Mouvement)</u></p>
<p>- <u>الذقن:</u> يشير إلى الرجولية.</p>	<p>غياب أي حركة في الرسم.</p>
<p>- <u>الشعر واللحية:</u> هم صفتين للجنس الذكري.</p>	

<p>- الجسم: نسيان كلي لرسم الجسم، ولأجزاءه، وهذا يشير إلى:</p> <p>- مستوى ضعيف، لإنجاز الرسم.</p> <p>- مستوى عالي، للقلق (لوحظ القلق عند الحالة).</p> <p>دور أجزاء الجسم، عند الحالة، ليس متقبل تماما، فهو في حالة إنكار الجسم (Le déni)، وبالتالي إنكار المرض، ومدى تأثيره على جسمه، ويمثل ذلك أيضا، ضعف الأنا، والشعور بالعزلة.</p> <p>- حذف أجزاء الجسم، يمثل في فترة المراهقة، محاولة إخفاء القلق والمشاعر الذنب المرتبطة مباشرة أو رمزيا للجسم.</p> <p>(وهذا ما يؤكد تواجد الحالة في حالة إنكار المرض).</p>	<p>الألوان:</p> <p>(Les couleurs)</p> <p>غياب أي لون.</p>
---	---

○ القراءة المعمقة للرسم الثاني حسب "K. March over"

تحليل المضمون (التحليل السيكولوجي) (Fond)	تحليل الشكل (Forme)
<p>- الرسم، عبارة عن وجه صغير، أنثوي يعبر عن اللطف. وهو أيضا، عبارة عن رأس، وهذا يشير إلى تواجد مشاعر الإحباط، صعوبات الاندماج، وإسقاط الاحتياجات الاجتماعية، وإلى الميل إلى التحكم في النزوات.</p> <p>- مكان الرسم، يشير إلى الخوف، إلى الإنطواء على الذات، إلى النكوص والميل إلى حلم اليقظة (لوحظ الإنطواء على الذات أثناء المقابلات).</p> <p>ويشير أيضا مكان الرسم، إلى إرضاء الخيال، على حساب، الرضى بالواقع.</p> <p>إن الرسم، يشير إلى جنس الأنثى، وبما أن الرسم الأول، كان يشير إلى جنس الذكر، وبالتالي، هذا يمثل تواجد عند الحالة، للقدرة على الانفصال عن الصور الأبوية.</p> <p>- يمثل الجسم، النزوات، وغيابه يدل على الشعور بالذنب، اتجاهه، ومستوى عالي، من القلق.</p>	<p><u>ورقة الرسم:</u></p> <p>(Mise en page)</p> <p>- رسم صغير الحجم.</p> <p>- في أعلى يسار الورقة لوجه إنساني، أنثوي.</p> <p><u>الخط: (Le tracé)</u></p> <p>- خط كلي.</p> <p>- خط متناول الضغط، في بعض الأماكن.</p> <p><u>الموضوع: (Le thème)</u></p> <p>الموضوع العام، للرسم، هو صورة لوجه إنساني، من جنس أنثوي، مع غياب كامل، للجسم وأجزائه.</p> <p>حضور عامل.</p> <p><u>الشكل: (La forme)</u></p>

<p><u>العينين</u>: يشاركان في العلاقة الاجتماعية، عامل جمالي.</p> <p><u>حاجب العين</u>: يشير إلى الانشغال الجمالي.</p> <p><u>الأنف</u>: مرسوم، بصفة جيدة، هو مرادف قضبي.</p> <p><u>الفم</u>: الشفتين، مفتوحتين، وسميكتين، يشير ذلك إلى التبعية، وإلى العدوانية.</p> <p><u>الأذنين</u>: غير مرسومين، تماما، يشير إلى الإنطواء على الذات، والإنكار.</p> <p><u>الشعر</u>: مرسوم، طويل نوعا ما، هو عبارة عن عامل جمالي.</p> <p><u>الذقن</u>: كروي، يشير إلى الأنوثة.</p>	<p>- أشكال دائرية.</p> <p>- إضطراب التناسب (Dysémytrie).</p> <p><u>الحركة: (Mouvement)</u></p> <p>غياب أي حركة .</p> <p><u>الألوان: (Les couleurs)</u></p> <p>غياب اللون.</p>
--	---

• تقديم الحالة الثانية:

(X. إكرام)

▪ دراسة الحالة الثانية:

تقديم الحالة:

اللقب: X.

الاسم: إكرام

السن: 18 سنة.

السكن: وهران.

المستوى الدراسي: السنة الثالثة ثانوي.

المستوى الاجتماعي: متوسط.

عدد الإخوة: 3 إخوة (توأم إناث، وذكر).

المرتبة داخل الأسرة: الأولى.

نوعية المرض: سرطان الدم.

التشخيص: إبيضاض الدم (Leucémie Aigue)

التنبؤ الطبي: حسن.

تاريخ الدخول إلى المستشفى: في شهر أوت عام 2013.

مكان إجراء المقابلات: داخل غرفة المريضة، بالمستشفى الجامعي لوهران

نوع المقابلات المستخدمة: المقابلة النصف موجهة.

تاريخ إجراء المقابلات مع الحالة : من 2013/10/28 إلى 2014/04/08

تاريخ إجراء المقابلات مع أم الحالة: من 2013/11/07 إلى 2014/04/08.

■ مراحل العلاج للحالة الثانية:

الزمن	الهدف من المقابلة	التاريخ	عدد المقابلات
45 دقيقة	- التعرف على الحالة. - جمع المعطيات الأولية (الشخصية، العائلية). - توضيح الهدف من المقابلات.	2013/10/28	المقابلة الأولى مع الحالة
30 دقيقة	- التعرف على أم الحالة. - التأكد من بعض المعطيات الأولية. - توضيح الهدف من المقابلات.	2013/11/07	المقابلة الأولى مع أم الحالة
35 دقيقة	- جمع المعطيات حول السوابق المرضية للحالة.	2013/11/07	المقابلة الثانية مع الحالة
25 دقيقة	- التأكد من بعض المعطيات حول السوابق المرضية. - التطرق إلى موضوع المرض السرطاني، للحالة.	2013/11/26	المقابلة الثانية مع أم الحالة
30 دقيقة	- تطبيق إختبار سلم التقييم لدرجة الإكتئاب "لأميلتون".	2013/11/26	المقابلة الثالثة مع الحالة
25 دقيقة	- التطرق إلى موضوع صعوبات الإتصال مع الحالة.	2013/12/05	المقابلة الثالثة مع أم الحالة
35 دقيقة	- التطرق إلى موضوع المرض	2013/12/05	المقابلة

	السرطاني، وإلى ردود الفعل بالنسبة، للإستشفاء، للعلاج وللشفاء وإلى معناه بالنسبة للحالة.		الرابعة مع الحالة
20 دقيقة.	- التطرق إلى موضوع المرض السرطاني، بالنسبة للعائلة، إلى ردود فعل، أفراد العائلة، وإلى معناه بالنسبة لهم.	2013/12/29	المقابلة الرابعة مع أم الحالة
25 دقيقة.	- التطرق إلى موضوع الصورة الجسمية، إلى تحولاتها والتقدير الذاتي.	2013/12/29	المقابلة الخامسة مع الحالة
30 دقيقة.	- المتابعة النفسية.	2014/01/20	المقابلة الخامسة مع أم الحالة
25 دقيقة.	- التحضير النفسي، لتطبيق إختبار رسم الشخص ل " K. Marchover".	2014/01/05	المقابلة السادسة مع الحالة
25 دقيقة.	- المتابعة النفسية.	2014/01/27	المقابلة السادسة مع أم الحالة
35 دقيقة.	- تطبيق إختبار رسم الشخص ل "K. Marchover".	2014/01/20	المقابلة السابعة مع الحالة
25 دقيقة.	- المتابعة النفسية.	2014/02/03	المقابلة الثامنة مع الحالة

■ السوابق الشخصية والعائلية:

1) التاريخ النفسي والاجتماعي للحالة الأولى:

الحالة، من أسرة، تضم 06 أفراد، ذات مستوى معيشي متوسط، الأب متقاعد، والأم مائكة في البيت. لديهم أربع أولاد، الحالة في المرتبة الأولى، ثم يأتي ذكر، ثم توأم إناث.

ترعرعت الحالة، في جو عائلي مضطرب، يسود فيه الشجار بين والديها، وبين أمها مع عائلة والدها، ولتجنب بعض المشاكل، تنقلت العائلة، التي كانت تعيش في شرق البلاد، إلى الغرب (وهران)، وذلك بعد حادثة مؤلمة في حياة الحالة.

وهي: تحرش أبيها إليها، جنسيا، فلمرتين، لم تصرح الحالة عن شيء، ولكن بعد المرة الثالثة، وخوفها الشديد منه، أباحت لأمها، بذلك فطلب أبها السماح، وقرر بالتنقل إلى الغرب، وطلب فرصة جديدة.

ولكن بعد هذه الحادثة، ظهرت على الحالة بعض الأعراض واكتشفت مرضها السرطاني. فاتفتنا الحالة مع أمها، بالتكفل بهذا المشكل، وبأن تطلب الأم الطلاق، بعد شفاء الحالة. وهذه الأخيرة، رغم مرضها، بقيت موضوع مضايقة من طرف أبيها، الذي كان يهددها بالقتل إذا باحت بكل شيء للمحيط القريب. الحالة كانت تلميذة متفوقة في دراستها، هي الآن، في السنة الثالثة ثانوي.

(2) التاريخ المرضي للحالة:

لم تعان الحالة، من مرض ما، في طفولتها، ولدت بصفة طبيعية، وزنها عادي، رضاعة طبيعية.

ظهرت عليها بعض الأعراض، في سن 17، عام 2012، كالقيء، الإصفرار، التعب الشديد، تدهور الحالة العامة للصحة، وذلك بعد قلق كبير، جراء محاولة الأب، أن يتعدى عليها جنسيا. وبعد إجراء تحاليل دموية، وبعد بعض الفحوصات، تم إكتشاف مرضها السرطاني، من نوع ابيضاض الدم (Leucémie Aigue)

■ تقديم المقابلات مع الحالة:

○ المقابلة الأولى مع الحالة: (2013/10/28)

تمت المقابلة الأولى، في قاعة الانتظار، حيث أن الحالة، كانت بانتظار تعليمات طبيبها، فبعد تقديم نفسي، وشرح للحالة، الهدف من هذه المقابلات، صرحت لي، بتقبلها للتعامل معي.

الحالة جالسة، ما يجلب الإنتباه عندها، هو برودة الإتصال، هادئة، كلامها مفهوم، الإيمانية تدل على الحزن، تتبنى الحالة، مواقف الإنطواء على الذات، والدفاع، مواقف الشك وعدم الثقة والتحكم في الذات.

صرحت الحالة "أنها لا تفكر إلا، في مواجهة مرضها"، وأنها قامت ببعض الأبحاث على شبكة الأنترنت لتتفهم مرضها، وأن ما يزعجها، هو الصراعات الدائمة بين والديها، وليس المرض في حد ذاته.

○ المقابلة الثانية: (2013/11/07)

الحالة مستلقية على السرير، هادئة، الإيمانية تدل على الإكتئاب، والحزن، تعبر مواقفها عن الإنطواء على الذات (Les bras croisés)، الإتصال جد سطحي، المزاج إكتئابي.

تصرح بأنها ليس لديها مشروع حياة، بل تفكر فقط في مرضها، وتتنطق إلى موضوع خطيبها، الذي لا يبحث عنها، منذ علمه بنوع مرضها.

○ المقابلة الثالثة: (2013/11/26)

الحالة، جالسة على السرير، هادئة، الإتصال سطحي، إيمانية مبتسمة، تصرح أنها لا تنام جيدا (أرق) ولديها كوابيس.

طبقت إختبار سلم تقييم درجة الإكتئاب، لأميلتون.

تحصلت الحالة، على 14 نقاط، هذا ما يدل على إكتئاب خفيف إلى متوسط (Dépression légère à modéré).

○ المقابلة الرابعة: (2013/12/05)

الحالة مستاقية على السرير، يتحسن الإتصال معها، مبتسمة، هادئة.

تطرقت إلى موضوع المرض السرطاني، فالحالة، على علم بالتشخيص وقامت بمفردها بأبحاث حول الموضوع، تصرح بأنها تقبلت هذا المرض، وأن ما يزعجها، هو المشاكل العائلية، وصعوبة الإتصال مع أمها، التي توصفها، كصارمة، وتحملها مسؤولية المشاكل العائلية. تتحدث عن رغبتها، في الإبتعاد، في الذهاب إلى بلاد أخرى أجنبية، لمواصلة علاجها.

تحدثت الحالة كثيرا، على حياتها العاطفية، على خيبت أمها، إتجاه خطيبها السابق وكانت تبدأ أن تثق بي.

○ المقابلة الخامسة: (2013/12/29)

الحالة، جالسة على السرير، مزاجها متكيف، هادئة.

تطرقت إلى موضوع، الصورة الجسمية، وإلى التغيرات التي تطرقت عليها.

فالحالة، فتاة جذابة، ولكن المرض السرطاني، شوه نوعا ما، صورتها، فلقد فقدت شعرها، وعيناها منتفختين.

ولكن الحالة، تعبر ببرودة عن شكلها، وتصرح أنها لا تكثرث بهذه التغيرات – وأنها، لا ترى نفسها، في المرأة إلا، بالخمار (Le foulard).

○ المقابلة السادسة: (2013/01/05)

الحالة مستاقية على السرير، هادئة، مبتسمة، الإتصال أحسن.

قمت بتحضير الحالة، إلى تطبيق إختبار رسم الشخص ل " K.

"Marchover".

كانت الحالة، تطرح مشكلة تقبل، 4^{ème} cure، مرحلة جديدة من العلاج

الكيميائي، فساندتها و حضرتها نفسياً، لذلك، وقامت بتقبله.

○ المقابلة السابعة: (2013/01/20)

الحالة، جالسة على السرير، هادئة، مبتسمة، الإتصال حسن.

رغم التحضير النفسي للإختبار، ظهر عليها بعض من المقاومة

(résistance)، ولكنها تقبلت الرسم.

فطبقت في هذه المقابلة، إختبار رسم الشخص ل "K. Marchover".

لم تصرح أي شيء، على الشخصيات المرسومة، قالت لا أعرفهم، هم

مجهولون، لا يقومون بأي شيء".

كانت هناك، بعد هذه المقابلة، مقابلات أخرى، فلاحظت عند هذه الحالة،

تحسن للمزاج، إعادة النظر في سلوكها، إتجاه أمها، وإتجاه المرض السرطاني،

فكانت أكثر هدوءاً، ولم يظهر عليها نوبات عدوانية، تحسن الإتصال معي،

ومع الطاقم الطبي، وتقبلت العلاج.

■ حوصلة المقابلات مع الحالة:

الحالة، مراهقة، في السن 18 سنة، دخلت إلى المستشفى الجامعي بوهران، إلى مصلحة أمراض الدم، في شهر أوت 2013، بعد إكتشاف مرض سرطاني، من نوع إبيباض الدم. (Leucémie Aigue)

ترعرعت الحالة، في جو عائلي مضطرب، يسود فيه الصراعات المستمرة بين والديها، أما في المدرسة، فهي تلميذة ذكية، وطموحة ومتفوقة.

بعد شرح الهدف من المقابلات، وتقبل الحالة لذلك، حاولت خلق علاقة ثقة، وكان ذلك صعباً، لأن الحالة، كانت عموماً، منطوية على ذاتها، تتكلم بحذر شديد، ذات مزاج إكتئابي، وتتبنى مواقف الشك، فالإتصال كان جد سطحي، ولم يكن من المستطاع، التعرف على معاناتها، ورغم التشجيع، للتعبير، لم تعبر الحالة عن معاشها، عن مشاعرها وقلقها، إلا بعد كسب كل ثقتها.

إن الحالة على علم من التشخيص، عرفته من عند أمها، وقامت بأبحاث على شبكة الإنترنت، فصرحت أنها تتقبل هذا المرض، ورغم ذلك، كانت تطرح مشكلة تقبل العلاج العنيف، فكانت تتردد إلى المجيء إلى المستشفى، وتفسر ذلك، بخوفها من الأعراض الثانوية، التي كانت مستمرة وكثيرة عن هذه الحالة (آلام، قيء، غثيان).

أما المشكل الثاني، التي كانت تطرحه، هو الشجار المستمر مع أمها، أثناء فترات الإستشفاء، فكانت الحالة ترمي على أمها الأكل الذي تحضره لها، كانت تطالب بالإهتمام الكلي بها، بدون أن تتفهم أن لأمها انشغالات أخرى (أطفال صغار السن، المنزل، ...). كانت الحالة، ترفض الأكل، عندما لا تلبى أمها كل رغباتها

اتجاه خطيبها، الذي تركها بعدما عرف التشخيص، شعرت الحالة،
بالعزلة والإحباط.

حاولت خلال المقابلات، مسانبتها نفسياً، لكي تتجاوز هذه المرحلة،
وتكون أكثر شجاعة أمام مرضها.

وتحدثت الحالة، عن رغباتها، كالسفر إلى خارج البلاد، لكي تعالج
وتعيش هناك. وعن خوفها من إمتحان البكالوريا الذي كان ينتج عندها قلق
مستمر.

كما تحدثت عن الصراعات مع أمها، التي توصفها كصارمة، لأنها، لا
تتركها حرة، كما تريد، وبعد الدعم النفسي، أصبحت الحالة أكثر هدوءاً، إتجاه
أمها، وتوقفت النوبات، والقلق.

بعدد تطور العلاقة العلاجية، أصبحت الحالة، تطالب تلقائياً مقابلي،
وجاءت لمكتبي عدة مرات، فبدأت تفكر في مستقبلها، وأعدت النظر في
سلوكها، وأصبحت العلاقة علاقة ثقة.

فخلال هذه المقابلات، وبعد نهاية فترة الإستشفاء، إختارت الحالة، أن
تبوح لي، بالمشكل الذي كان يضايقها، وتركها في حالة الشك والحذر، وهو
التحرش الجنسي، من طرف أبيها.

فتواصلت المرافقة النفسية، لهذه الحالة، حتى بعد الإستشفاء.

■ تقديم المقابلات مع أم الحالة

○ المقابلة الأولى مع أم الحالة: (2013/11/07)

بعد تقديم نفسي، لأم الحالة، والهدف من المقابلات، وتقبلها، لذلك، صرحت الأم، بأنها في معاناة، وذلك جراء المشاكل العلائقية والاتصالية مع الحالة، الأم جد قلقة، على إبنتها، وتصرح أنها تعاني من تعب شديد، وأنها في صعوبة لتسيير، كل شيء أي، الإنشغال بالحالة، بمنزلها، بأبنائها الآخرين (صغار السن)، وأنها تعاني من مشاكل علائقية مع زوجها.

○ المقابلة الثانية مع أم الحالة: (2013/11/26)

في هذه المقابلة، تطرقت مع الأم، إلى موضوع المرض السرطاني، فالأم، تتقبل هذا المرض، وتصرح بأنه "من عند الله"، ولكنها، لا تعرف كيف تسيير نوبات للحالة، فمذ مرضها، تغير سلوكها، وأصبحت "عنيفة، ومكتئبة، ومنطوية على ذاتها" – وهي "جد عنيدة".

صرحت لي أم الحالة، أن إبنتها، جد عدوانية معها، وأنها قامت برمي الأكل، الذي أحضرته لها، وقامت بتكسير الأواني وأنها لا تعرف كيف تتعامل معها، وكيف تتجنب هذه السلوك.

○ المقابلة الثالثة مع أم الحالة: (2013/12/05)

تطرقت إلى صعوبة الإتصال، في هذه المقابلة. فأم الحالة تعاني من ذلك، فيتمثل المشكل الإتصال الرئيسي، عندما يتطلب من الحالة، المجيء إلى المستشفى، وتتبع العلاج، وعندما تطلب الحالة من أمها، الخروج من المنزل، فبالنسبة للأم، تطالب الحالة بحرية كبيرة، لكي تشعر أنها مثل أصدقائها وأنها، قد تضع صحتها في خطر، كما أنها تطالب بكل وقت، واهتمام أمها، بدون أن تنتفهم أن لديها إنشغالات أخرى، وذلك بطريقة عدوانية وعنيفة.

○ المقابلة الرابعة مع أم الحالة: (2013/12/29)

في هذه المقابلة، تطرقت إلى موضوع، المرض السرطاني، بالنسبة لعائلة الحالة، فصرحت لي الأم، أنها تحمل ثقل هذا المرض، لوحدها، أن أب الحالة، لا ينشغل بها، بل يعقد الأمور، بمزاجه وبسلوكه. فأم الحالة تعاني من مشاكل علائقية مع زوجها، منذ مدة طويلة، ومرض الحالة، زاد الأمور تعقيدا).

في المقابلات، اللاحقة، وبعد أن صرحت لي الحالة، بمشاكلتها مع الأب (التحرش الجنسي)، تطرقت إلى هذا الموضوع مع الأم، وقمت بمساندتها، وبتوجيهها، إلى إختيار أفضل حل ممكن، لهذه الوضعية المؤلمة.

■ حوصلة المقابلات مع أم الحالة:

تجاوبت أم الحالة، معي، وتقبلت المقابلات، فأم الحالة، جد قلقة، سخرت حياتها لأطفالها، ومنشغلة، بمستقبل بنتها، فبعد شرح الهدف من المقابلات، رأت في تدخلي، عامل، يمكن أن يساعدها على تهدئة الحالة، وعلى التحكم في نوباتها، وتقبل العلاج والإستشفاء.

صرحت لي أم الحالة، أن مزاج إبنها، إكتئابي، أنها تطرح مشكلة، أثناء ضرورة الحضور إلى المستشفى، وتتبع العلاج، وأنها ذات نوبات حادة – فتصرح أن الحالة شديدة البكاء في المنزل، تطلب حريتها، لكي تشعر بأنها مثل البنات الآخرين.

ثم تدخلي، خلال هذه المقابلات، وفي إطار التوجيه الأبوي، لمساعدة هذه الأم، لتسيير وقتها، بين إنشغالاتها، بأبنائها الصغار، بمنزلها، بين تسيير المشاكل العلائقية مع زوجها، وبين إحترام مواعيد الطاقم الطبي، ومساندة بنتها.

فالأم، كانت بأمس الحاجة، إلى هذه المساندة النفسية، وكانت خائفة، أن تقع في الإكتئاب، هي أيضا.

كانت تشعر بإحباط، بمعاناة، وبالذنب، جراء المشاكل مع زوجها (التحرش الجنسي).

فحاولت، تطوير، القدرات الأبوية، لهذه الأم، وشجعته، إلى إعادة النظر في سلوكها، إتجاه الحالة، وبالتالي، تحسين النظام العلائقي والإتصالي المضطرب، وقمت بطمأنتها، والتخفيف من مشاعر الذنب.

■ حصص المتابعة النفسية والتحليل للحالة الثانية:

الحالة، فتاة في السن 18 سنة، دخلت إلى المستشفى الجامعي بوهران، بمصلحة أمراض الدم، بعد اكتشاف مرض إبيضاض الدم الحاد منذ بداية المرافقة النفسية، تميزت الحالة بمواقف الإنطواء، والشك، وكان من الصعب إكتساب ثقته، لأنها كانت حذرة.

كانت للحالة، بالإضافة إلى إصابتها بإبيضاض الدم، عدة مشاكل، المشكل الأول، تمثل في شعورها بالتخلي، جراء ترك خطيبها لها، عند معرفة تشخيص المرض، الثاني يخص الصراعات المستمرة مع أمها، هذه الأخيرة، كانت تستقبل كل المشاعر السلبية للحالة، رغم أنها، كانت تقوم بدورها كما يلزم.

أما المشكل الثالث، ظهر بعد تقدم العلاقة العلاجية، وكسب ثقة الحالة، تقبلت أن تعبر عن ما كان يضايقها، وهو "تحرش أبيها جنسيا".

ظهر على الحالة، خلال المقابلات، معاناة نفسية، وإضطرابات التكيف النفسي، وظهرت عليها هذه الأعراض: عدوانية – مزاج إكتئابي – توتر – قلق – إنطواء على الذات – هشاشة نفسية – حزن ونكوص – نوبات قلق حادة.

لم تكن الحالة، في مرحلة إنكار المرض، كانت تتقبله، ولكنها، كانت غير متكيفة مع الوضعية، وهذا ما يفسر رفضها للمجيء إلى المستشفى، ومقاومتها، للعلاج.

خلال، كل فترة الاستشفاء، لم تعتبر الحالة، عن المشكل الذي كان يضايقها، وذلك لأنها، كانت في إنكار، لهذا الموضوع، لم تتقبل الحالة، أن أبيها، يتحرش بها، جنسيا، فكانت تتحدث عنه، بصفة طبيعية، وصرحت لي، أنه "أب لطيف"، وأن أمها، هي القبيحة المتعصبة، هذه الأم، الذي كانت

منشغلة كثيرا، بابنتها، كانت موضوع قلق وإرتباك للحالة، ما يفسر ذلك، هو أن بعد هذه الحادثة المؤلمة (التحرش)، أصيبت الحالة، مباشرة بإبيضاض الدم. ظهر على الحالة، مواقف، تدل على فترة المراهقة، وهي التمرد والعناد، وتأكيد الذات.

هذا السلوك، الذي كانت تتبناه الحالة، كان نتيجة، كل الضغوط النفسية التي عرفتھا، المشكل مع الأب، المرض السرطاني، التخلي من عند خطيبتها، والمشاكل الإتصالية مع الأم.

فالحالة، في فترة، من مراحل العلاج، عبرت عن رغبة في الموت، وقامت بإبتزاز عاطفي (le chantage affectif)، "إذا لم أحصل على " le visa"، سأقتل نفسي".

إذا، كانت في معاناة نفسية كبيرة، وشخصيتها جد هشّة، وكان هناك خطر أن تقوم بمحاولة الإنتحار (Le risque de passage à l'acte suicidaire).

فبالإضافة، على ما يمثله المرض السرطاني، من خوف من الموت، من غموض للمستقبل، كان هناك إضطراب للأوجه الأبوية، (إضطراب للصورة الأبوية المطمئنة).

فمثلا، تدخل مع هذه الحالة، في البداية، بكسب ثقته، بالكثير من الصبر، واستعمال الشعور بالآخر (L'empathie)، والإصغاء الكلي والإهتمام.

فتمثل تدخل، بمحاولة، مساعدة الحالة، على التكيف مع الوضعية، على تقبل العلاج، وعلى تقبل الأعراض الثانوية، وعدم الخوف منها، لأنها كانت تخاف من الأعراض الثانوية للعلاج، وبالتالي، كانت ترفض العلاج.

فكان، من الضروري للحالة، أن تقوم، بهذا العمل النفسي التكيفي،
لمواصلة العلاج، وللحصول، على الفرص للشفاء.

ثم تمثل تدخلي، بمحاولة، حل مشاكل الإتصال بين الأم والبنات.

ولذلك، كانت هناك مقابلات، جمعت بينهم، لهدف ملاحظة وتحديد مشاكل
الإتصال.

بعد الإستشفاء، تحسنت العلاقة بين الأم والحالة، وقاموا بالتكفل، بمشكل
الذي طرحه الأب، الأم قامت بطلب الطلاق، والبنات قامت بوضع شكوى.

تحسنت الحالة الصحية للحالة، مزاجها أصبح متكيف، الإتصال معها
عميق، ولم تظهر عليها أي نوبة قلق ولا عدوانية. إنشغلت بدراستها، فقامت
بإتباع الدروس الإضافية بهدف التحصل على إمتحان البكالوريا.

■ نتائج إختبار رسم الشخص لمركوفر (K. March over)

تاريخ إجراء الإختبار: 2013/01/20.

الإسم: X إكرام.

السن: 18 سنة.

الدافع من الرسم: معرفة، تصور هذه المراهقة المصابة، بإبيضاض الدم، لجسمها.

الزمن: الرسم الأول: 5 دقائق.

الرسم الثاني: 10 دقائق.

سلوك الحالة: هادئة على المستوى النفسي، الحركي، صامتة، أثناء الرسم، مبتسمة.

التعليقات: تصرح الحالة:

"أعرف الرسم جيدا"،

"لا أعرف هذه الشخصيات، التي رسمتها".

■ القراءة المعمقة للرسم الأول حسب "K. March over"

تحليل المضمون (التحليل السلوكي) (Le) (fond)	تحليل الشكل (La forme)
<p>- يشير الرسم إلى مشاعر الحالة، الحالية، يمثل الرسم شخص، من جنس الذكر، مبتسم.</p> <p>- أما الرسم الصغير، فيشير إلى التعبير عن مشاعر، عدم التكيف النفسي والميل نحو الإنطواء على الذات والإكتئاب (لوحظ الإنطواء عند الحالة).</p> <p>- مكان الرسم، في أعلى يمين الورقة، يشير إلى عدم الاكتراث، نقص الواقعية، والإندفاعية (لوحظ طبع الإندفاعية، عند هذه الحالة).</p> <p>- تخيل خصب.</p> <p>- الخط الباهت يشير إلى السلبية والقلق والإكتئاب.</p> <p>- الشخص المرسوم، من جنس الذكر، أي عكس جنس الحالة، وهذا يشير إلى تعلق عاطفي كبير، يعاش في الإنكار والشعور بالذنب، والإنشغال بالواقع، (هذا الشخص</p>	<p><u>ورقة الرسم:</u></p> <p><u>Mise en page :</u></p> <p>- رسم صغير، لإنسان من جنس ذكري.</p> <p>- رسم (de face) في أعلى، يمين الورقة.</p> <p>- الورقة المستعملة بصفة عمودية (Vertical).</p> <p><u>الخط: (Le tracé)</u></p> <p>- خط كلي، باهت.</p> <p>- خطوط متواصلة.</p> <p><u>الموضوع: (Le thème)</u></p> <p>- الموضوع العام، للرسم، هو صورة لجسم إنسان، من جنس الذكر، مع غياب عوامل أخرى (أشياء، طبيعية).</p>

<p>- المرسوم، يشير إلى أب الحالة).</p> <p>- كما يشير، هذا الاختيار المنعكس، للجنس، في الرسم الأول، إلى استعمال آلية الدفاع الكبت (Refoulement) أمام الإسقاط (La projection).</p> <p>- <u>العينين</u>: مرسومتين، كنقطتين، هذا يشير إلى اتصال صعب.</p> <p>- <u>حاجب العين</u>: مرسوم بصفة جيدة، يشير إلى الانشغال الجمالي.</p> <p>- <u>الأنف</u>: مرادف قضيب.</p> <p>- <u>الفم</u>: مرسوم بخط واحد، ورغم الإشارة إلى الابتسامة، فهذا يشير إلى حالة ضغط.</p> <p>- <u>الأذنين</u>: لم ترسم الحالة، الأذنين، يشير ذلك إلى الشعور بأنها، غير مفهومة من طرف الشخصية المرسومة (الأب) و انكار وضعية التحرش.</p> <p>- <u>الذقن</u>: مربعي، يشير إلى الرجولية.</p> <p>- <u>الشعر</u>: يشير إلى الانشغال الجمالي.</p> <p><u>الجسم</u>:</p> <p>- <u>الرقبة</u>: هي التي تفصل بين الرأس (الدال على الذكاء، التحكم العاطفي، الأنا، والأنا</p>	<p>-</p> <p><u>الشكل: (La forme)</u></p> <p>- الشكل المهيمن هو الرباعي.</p> <p>- قياسيات صغيرة.</p> <p>- تناسب حسن.</p> <p><u>الحركة:</u></p> <p><u>(Le mouvement)</u></p> <p>غياب أي حركة في الرسم.</p> <p><u>الألوان: (Les couleurs)</u></p> <p>غياب أي لون.</p>
--	--

الأعلى) وبين الجسم (الدال على الحياة الغريزية والإنذافية).

- الأعضاء العليا:

(Les membres supérieurs)

- اليدان والذراعين:

(Les bras et les mains)

يمثلان تطور الأنا والتكيف الاجتماعي. مفتوحتين، ومدودتين نحو المحيط، يشير ذلك إلى الاجتماعية.

- الأصبع: عدد الأصابع مناسب، يدل على قدرة الاتصال.

- Le tronc: موجود.

- الأعضاء السفلى:

(Les membres inférieurs)

- الساقين والرجلين: يشير ان إلى الأمان.

- اللباس:

- الأفعال: تشير إلى التبعية الطفولية.

- الحذاء: رمز قضيب.

■ القراءة المعمقة للرسم الثاني حسب "K. Marchover"

تحليل المضمون (التحليل السيكولوجي) (Le fond)	تحليل الشكل (La forme)
<p>- الرسم، يمثل إنسان، من جنس أنثوي، يعبر عن اللطف والأنوثة وإلى التفتح للاتصال الاجتماعي.</p> <p>- مكان الرسم، يشير مثل الرسم الأول، على عدم الإكتراث، الإندفاعية ونقص الواقعية.</p> <p>- الخط ضاغط (Appuie)، يشير إلى العدوانية، وإلى الانشغال بصراع ما، وإلى القلق داخلي.</p> <p>- الشخص المرسوم، من جنس الأنثى، فهو لا يختلف عن جنس الحالة، وبما أنه الرسم الثاني، فقد يشير ذلك إلى تشوه الصورة الأنثوية، وإلى صراعات مع الأم (تعاني الحالة، من عدة صراعات مع أمها).</p> <p>- وصلت الحالة إلى مستوى كاف من التفريق بالنسبة للصور الأبوية.</p> <p>- <u>العينين</u>: مفتوحتين وكبيرتين وحزينتين. هذا يعني، التفتح إلى الاتصال الاجتماعي، ويشير أيضا إلى انشغال بالمرض السرطاني وبالجمال.</p> <p>- <u>حاجب العين</u>: يشير إلى الإنشغال الجمالي (هذا ما تبين، خلال المقابلات، هو أن الحالة، تنشغل كثيرا، بمظهرها الخارجي، وتحاول قدر المستطاع، أن</p>	<p><u>ورقة الرسم:</u></p> <p><u>(Mise en page)</u></p> <p>- رسم متوسط للحجم، من جنس أنثوي.</p> <p>- في أعلى يمين الورقة.</p> <p>- الورقة مستعملة بصفة عمودية.</p> <p><u>الخط: (Le tracé)</u></p> <p>- الخط كلي، أحيانا باهت، وأحيانا ضاغط في بعض الأماكن.</p> <p>- خط متواصل، متنوع.</p> <p><u>الموضوع: (Le)</u></p>

<p>تخفي علامات المرض السرطاني).</p> <p>- الفم: مرسوم بخط واحد، يشير إلى الابتسامة، وأيضا إلى حالة ضغط.</p> <p>- الأذنين: لم ترسم، مثل الرسم الأول، يشير ذلك إلى إنكار الحالة، لخطورة حالتها الصحية، رغم أنها على تقييم تام، من نوع المرض، فهي تحاول تجنب القلق والشعور بالذنب المرتبط بالمرض (لوحظ سلوك الإنكار، خلال المقابلات، رفضت الحالة متابعة العلاج لعدة مرات).</p> <p>- الذقن: مربعي، يشير إلى الرجولية.</p> <p>(نلاحظ انتفاخ في الجهة اليسرى في الوجه، وهذا يشير إلى الواقع، لأن الحالة عانت من (Ganglion) .</p> <p>الشعر: يشير إلى الإنشغال الجمالي، (في الواقع، فقدت الحالة كل شعرها).</p> <p>الجسم:</p> <p>- الرقبة: متوسطة- تحمل عقد (Un collier). هذا يعني، إبعاد الاهتمام بهذا المكان، الذي يفصل بين الرأس والجسم، ويدل ذلك على إخصاء رمزي</p> <p>(Castration symbolique).</p>	<p>(thème)</p> <p>الموضوع العام للرسم، هو صورة لجسم إنسان، أنثوي، مع غياب عوامل أخرى (أشياء، طبيعة).</p> <p>الشكل:</p> <p>(La forme)</p> <p>- الشكل المهيمن هو الرباعي.</p> <p>- قياسات عادية.</p> <p>- نلاحظ عدم تناسب من الجهة اليمنى للوجه.</p> <p>الحركة:</p> <p>(Le mouvement)</p> <p>- غياب أي حركة.</p> <p>الألوان:</p> <p>(Les couleurs)</p> <p>- غياب أي لون.</p>
---	---

- الأعضاء العليا:

(Les membres supérieurs)

- الأعضاء العليا (اليدين والذراعين)، مفتوحتين، وممدودتين نحو المحيط، يشير ذلك إلى الإجتماعية.

- أصبع اليدين: عدد الأصبع مناسب، يشير ذلك إلى الاتصال. نلاحظ أصبع اليد اليسرى، ذات الأظافر، يشير ذلك إلى العدوانية.

- Le tronc: موجود.

- الأعضاء السفلى:

(Les membres inférieurs)

- الساقين والرجلين: يشيران إلى الأمان.

- الرجلين مع الحذاء: يشير ذلك إلى رغبة جنسية مكبوتة.

- اللباس: (Les vêtements)

- رسم الحالة، الأفتال (Les boutons) في الجهة اليسرى، فقط يشير ذلك إلى التبعية الطفولة.

- حزام: يشير ذلك إلى تفريق بين الصدر، والجهة السفلى والجنسية.

- الحذاء: رمز قضيبى.

• تقديم الحالة الثالثة: (X. إكرام 2)

▪ دراسة الحالة الثالثة:

اللقب: X.

الإسم: إكرام (2).

السن: 17 سنة.

السكن: معسكر.

المستوى الدراسي: السنة الثالثة ثانوي.

المستوى الاجتماعي: متوسط.

عدد الإخوة: 04.

المرتبة داخل الأسرة: الأولى.

نوعية المرض: سرطان الدم.

التشخيص: Maladie d'Hotchkings

التنبؤ الطبي: متفائل

تاريخ الدخول إلى المستشفى: نهاية سنة 2012.

مكان إجراء المقابلات بالمستشفى النهاري مصلحة أمراض الدم وبخلية الإصغاء

والمساعدة النفسية

نوع المقابلات: النصف موجهة.

تاريخ إجراء المقابلات: من 2013/11/25 إلى 2014/08/13.

تاريخ إجراء المقابلات مع والدين الحالة: من 2013/11/25 إلى 2014/08/13.

■ مراحل العلاج للحالة الثالثة:

عدد المقابلات	التاريخ	الهدف من المقابلات	الزمن
المقابلة الأولى مع الحالة	2013/11/25	- التعرف على الحالة. - جمع المعطيات الأولية الخاصة بالحالة. - توضيح الهدف من المقابلات.	35 دقيقة.
المقابلة الأولى مع الوالدين	2013/11/25	- التعرف على والدين الحالة. - التأكد من بعض المعطيات الأولية. - توضيح الهدف من المقابلات.	30 دقيقة.
المقابلة الثانية مع الحالة	2013/12/08	- جمع المعطيات حول السوابق المرضية للحالة.	35 دقيقة.
المقابلة الثانية مع الوالدين	2013/12/08	- التطرق إلى موضوع تشخيص المرض السرطاني عند الحالة.	30 دقيقة.
المقابلة الثالثة	2013/12/09	- تطبيق إختبار سلم تقييم درجة الإكتئاب	25 دقيقة.

	لأميلتون.		مع الحالة
35 دقيقة.	- التطرق إلى موضوع صعوبات الإتصال مع الحالة.	2013/12/09	المقابلة الثالثة مع الوالدين
45 دقيقة.	- التطرق إلى موضوع المرض السرطاني، وإلى ردود الفعل بالنسبة للاستشفاء، للعلاج وإلى معناه بالنسبة لها.	2013/12/12	المقابلة الرابعة مع الحالة
40 دقيقة.	- التطرق إلى موضوع المرض السرطاني، بالنسبة للعائلة، إلى ردود الفعل لأفراد العائلة وإلى معناه بالنسبة لهما.	2013/12/12	المقابلة الرابعة مع الوالدين
25 دقيقة.	- التطرق إلى موضوع الصورة الجسمية، إلى تحولاتها والتقدير الذاتي.	2013/12/26	المقابلة الخامسة مع الحالة

30 دقيقة.	- المتابعة النفسية (توجيه أبوي، سند نفسي).	2013/12/26	المقابلة الخامسة مع الوالدين
30 دقيقة.	- التحضير النفسي، لتطبيق إختبار، رسم الشخص ل K. Marchover.	2014/01/16	المقابلة السادسة مع الحالة
30 دقيقة.	- المتابعة النفسية (توجيه أبوي).	2014/01/16	المقابلة السادسة مع الوالدين
35 دقيقة.	- تطبيق إختبار رسم الشخص ل "Marchover" k.	2014/02/19	المقابلة السابعة مع الحالة
35 دقيقة.	- متابعة نفسية.	2014/03/06	المقابلة السابعة مع الوالدين

■ السوابق الشخصية والعائلية:

(1) التاريخ النفسي والاجتماعي:

الحالة، مراهقة، في سن 17 سنة، دخلت المستشفى الجامعي لوهران بمصلحة أمراض الدم، (المستشفى النهاري)، مع نهاية عام 2012، بعد اكتشاف مرض سرطان الدم، من نوع (Hotchkning).

تتكون العائلة من 06 أعضاء، الوالدان و04 أطفال، حيث تحتل الحالة، المرتبة الأولى.

ترعرعت الحالة، في جو عائلي مطمئن وهادئ، يسوده التفاهم والثقة بين أفراد العائلة، أب الحالة، عامل بسيط، وأم الحالة، مأكثة في البيت. للوالدين، قرابة عائلية (Des cousins)، وهم ذو مستوى إجتماعي متوسط.

الحالة، في الثالثة ثانوي، وهي تلميذة نشيطة وطموحة، تأمل أن تعمل في ميدان الطب.

(2) التاريخ المرضي للحالة:

منذ الطفولة، تتمتع الحالة، بصحة جيدة، فلم تعاني من أي مرض خطير، كانت ولادتها طبيعية ورضاعتها طبيعية.

مع نهاية عام 2012، ظهر على الحالة (un ganglion)، على مستوى الرقبة، من الجهة اليمنى، وبعد الإجراءات الطبية المعتادة، تم اكتشاف مرض سرطان الدم (Cancer Hotchkinien)، وأعلن التشخيص إلى الوالدين، اللذان أعلموا الحالة، بالتشخيص.

تعرضت الحالة، إلى العلاج الكيميائي، وبعد عدة أشهر، وجهت إلى العلاج بالأشعة (Radiothérapie)، وبعد الحصة السابعة من هذا العلاج،

كبر حجم (Le ganglion)، ووجهت الحالة مرة أخرى، إلى العلاج الكيميائي، وهذا سبب في نوبات قلق حادة من طرف الحالة، وفقدان الثقة في القدرات الطبية، وبالتالي، رفض العلاج.

■ تقديم المقابلات مع الحالة:

○ المقابلة الأولى مع الحالة: (2013/11/25)

تمت هذه المقابلة، في المستشفى النهاري، أين كانت الحالة تتلقى علاجها الكيميائي، فبعد تقديم نفسي، وتوضيح الهدف من المقابلات، تقبلت الحالة التعامل معي، بدون أي تردد.

الحالة، هادئة على المستوى النفسي الحركي، إيمائتها مبتسمة، تتجاوب معي بسهولة، الإتصال عميق، كلامها مفهوم، النوم والشهية، محتفظ عليهما. للحالة مشروع حياة، فهي تأمل في الشفاء العاجل، لمتابعة دراستها، وتطمح إلى العمل في المجال الطبي.

ألاحظ عند الحالة، علامات دالة على القلق والإحباط.

○ المقابلة الثانية مع الحالة: (2013/12/08)

الحالة جالسة، تتلقى علاجها الكيميائي، هادئة، إيمائتها تدل على الغضب، صرحت لي الحالة، على عدم رضاها إتجاه الأطباء، وأنها منزعة من تعدد الأطباء، وتعدد الآراء. فتصرح أنهم "يتعاملون معي، وكأنني لست مريضة"، "ولا يشرحون لي أي شيء".

○ المقابلة الثالثة مع الحالة: (2013/12/09)

الحالة هادئة، مبتسمة، تصرح بعدم رضاها اتجاه خدمات الطاقم الطبي.

طبقت على الحالة، سلم تقييم درجة الاكتئاب، لأميلتون.

تحصلت الحالة على 12 نقطة، وهذا ما يدل على اكتئاب خفيف (Dépression légère).

○ المقابلة الرابعة مع الحالة: (2013/12/12)

الحالة جالسة، الإيمائية جد حزينة، تبكي، وذلك جراء قرار طبي، وهو إضافة سيرورة جديدة للعلاج الكيميائي (Une nouvelle cure de chimiothérapie)، فرفضت الحالة، بتتبع العلاج، وصرحت بأن الطاقم الطبي، "لا يعرفون أي شيء"، مزاج الحالة اكتئابي.

في هذه المقابلة، تطرقت مع الحالة إلى موضوع المرض السرطاني، وإلى ردود أفعالها اتجاه العلاج، وكان مشكل رفض العلاج، فرصة لطمأنتها، ومساندتها، إلى غاية التحصل على تقبلها التام، لمتابعة العلاج الكيميائي.

○ المقابلة الخامسة مع الحالة: (2013/12/26)

الحالة جالسة، هادئة، تتابع علاجها الكيميائي، مبتسمة، تطرقت معها، إلى موضوع صورتها الجسمية، والتحويلات التي عرفها جسمها. فالحالة، تصرح أنها، لا تنظر إلى المرأة، وأن فقدان شعرها، يزعجها كثيرا. كما تصرح أنها تعاني من آلام في جسمها، وأنه نحيف، لاحظ عند الحالة، فقدان الثقة بالذات، جراء التحويلات الجسمية.

○ المقابلة السادسة مع الحالة: (2014/01/16)

الحالة جد قلقة، مترددة لتتبع العلاج، أرافقها في كل مراحل تحصل العلاج الكيميائي.

تعبّر عن انشغالاتها إتجاه دراستها.

قمت بتحضير الحالة، نفسياً، لتقبل اختبار رسم الشخص، لأنها كانت ترفض الرسم، وتصرح أنها "لا تعرف أن ترسم".

○ المقابلة السابعة مع الحالة: (2014/02/19)

الحالة جالسة، هادئة، مبتسمة، ألاحظ تحسن في المزاج.

طبقت على الحالة، اختبار رسم الشخص لـ "K. Marchover"، وكان ذلك جد صعب، لأن الحالة، رفضت الرسم، بكل مقاومة، رغم التحضير النفسي.

وأخيراً، تقبلت الرسم.

طبقت الاختبار في مكثبي، بخلية الإصغاء النفسي.

■ حوصلة المقابلات مع الحالة:

الحالة، مراهقة في سن 17 سنة، دخلت إلى المستشفى الجامعي لوهران، إلى خدمة الأمراض الدموية، بالمستشفى النهاري ، منذ نهاية سنة 2012، بعد اكتشاف سرطان الدم، من نوع (Hotchk))

الحالة على علم من نوع التشخيص، علمت من طرف والديها، خلال المقابلات.

الحالة جد نشيطة، تتدخل في سيرورة علاجها، بكل حيوية، وحتى في القرارات الطبية، هي مراهقة، تعبر عن مشاعرهما، بكل حرية، فأعلنت عدة مرات، عن عدم رضاها اتجاه التكفل العلاجي، جراء اختلاف وتعدد الأطباء الذين يتكفلون بها، وعبرت عن إنزعاجها منهم، لأنهم، يتعاملون معها، وكأنها ليست على علم من نوع تشخيص مرضها.

خلال سيرورة العلاج الكيميائي، فقدت الحالة الثقة في الطاقم الطبي، وذلك بعدما وجهت بصفة سريعة إلى العلاج بالأشعة، قبل الشفاء الكلي، فزاد حجم "الغدة" (Le ganglion).

وبعد سبعة حصص من العلاج بالأشعة، وجهت لمرّة أخرى نحو العلاج الكيميائي.

هذه الحادثة، سببت صدمة نفسية عند الحالة، فعرفت خيبة أمل حادة، لأنها ضنت أنها شفيت، فرفضت الحالة تتبع العلاج، وكان من الصعب معاودة منح ثقتها إلى الطاقم الطبي.

فتمثل مضمون هذه المقابلات، حصص سند نفسي، لغاية مساعدة الحالة، على التقبل والاستمرار في العلاج، ومواجهة المرض السرطاني. فلقد طرحت الحالة، بعض المشاكل، خاصة، عندما كان يتوجب عليها المجيء إلى المستشفى، فكانت ذات مزاج اكتئابي، كثيرة البكاء والتمرد، وهذا ما خلق مشاكل اتصالية بين والدين الحالة والحالة.

■ تقديم المقابلات مع والدين الحالة:

○ المقابلة الأولى مع والدين الحالة: (2013/11/25)

تعرفت على والدين الحالة، وشرحت لهما، الهدف من المقابلات معهم ومع الحالة، فتقبلوا بدون تردد التعامل معي.

أب الحالة، هو أب جد عاطفي مع ابنته، صبور معها، حاضر دائما ومفرط الحماية.

أم الحالة، حاضرة مع الحالة، أكثر سلطة من الأب، شجاعة أمام مرض الحالة.

○ المقابلة الثانية مع والدين الحالة: (2013/12/08)

تطرقت في هذه المقابلة، إلى موضوع تشخيص المرض السرطاني للحالة، فالأب يعبر عن انشغاله، بالنسبة للتشخيص، وبالنسبة لتطور المرض السرطاني.

أما الأم، فهي منشغلة أيضا بتشخيص المرض السرطاني، ولكنها أكثر انشغالا، بالحالة النفسية للحالة، لأنها تريدها أكثر شجاعة، ومقاومة للمرض.

○ المقابلة الثالثة مع والدين الحالة: (2013/12/09)

تطرقت إلى صعوبات الإتصال بين الوالدين والحالة، فالمشكل الرئيسي، يتمثل في رفض الحالة إلى المجيء إلى المستشفى، وتتبع العلاج، خاصة، جراء تعدد آراء الأطباء، واختلاف الطبيب المعالج، وهذا ما يخلق صراعات مع والديها، اللذان يصبحان أكثر صرامة مع الحالة.

○ المقابلة الرابعة مع والدين الحالة: (2013/12/12)

تطرقت إلى موضوع المرض السرطاني، بالنسبة لكل أفراد العائلة، وإلى ردود فعلهم، فوالدين الحالة، يتقبلان التشخيص، ويقاومان الواقع بكل شجاعة، هم ذو قدرات أبوية جيدة، وكل أفراد العائلة، يساندون الحالة، ويشجعونها على تقبل ومتابعة العلاج.

○ المقابلة الخامسة مع والدين الحالة: (2013/12/26)

والدين الحالة، ذو قدرات أبوية جيدة، هما صارمون في الوقت المناسب، ويحمونها في الوقت المناسب أيضا.

في هذه المقابلة، حاولت مساعدتهم على تسيير صعوبات الإتصال مع الحالة، خاصة، عند رفضها إلى المجيء إلى المستشفى، وعندما تنطوي على نفسها في المنزل.

■ حوصلة المقابلات مع والدين الحالة:

بعد تقديم نفسي، لوالدين الحالة، وتوضيح الهدف من المقابلات، تجاوبا معي، بصفة جد إيجابية، وكانا يطالبان بمساعدة ابنتهم، ولعدة مرات، بحثا عن المساعدة، خارج نطاق المواعيد المحددة من قبل.

والدين الحالة، يتمتعون بقدرات أبوية لا بأس بها.

هما حاضرين، مع الحالة، في كل مرحلة من مراحل العلاج، يساندونها، ويشجعونها في كل الأوقات، رغم تواجدهم، هما أيضا، في معاناة نفسية، وأحيانا، في حيرة وأسى، أمام سلوك الحالة الدال على الرفض والتمرد.

أب الحالة، خلال هذه المقابلات، صرح عن انشغاله الدائم، أولا، بمرضها السرطاني، وثانيا، بحالتها النفسية. هو أب حاضر مع ابنته، يمنح لها وقتا كبيرا، مفرط الحماية، وأقل صرامة من الأم.

عرف مشاكل اتصالية، مع الحالة، خاصة عندما كان يتوجب عليها المجيء إلى المستشفى لمتابعة العلاج الكيميائي، بعد حدوث الخطأ الطبي.

أما أم الحالة، فهي أم حنونة، حاضرة، أكثر صرامة بالنسبة للأب، تميل نحو التحكم في الوضعية. لم تتقبل هذه الأم رفض ابنتها العلاج الكيميائي، وطالما شجعتها في الاستمرار.

تنقذ هذه الأم، بعض المواقف الطبية، وبعض الآراء، خاصة بعد الحادثة (الخطأ الطبي).

فقد كان من الصعب أيضا للوالدين، أن يثقوا بالطاقم الطبي و أن لا يظهروا شكوكهم للحالة، بهدف أن تتبع هذه الأخيرة علاجها.

أثناء هذه المقابلات، في إطار التوجيه الأبوي، حاولت وضع جو الثقة والراحة، وهذا ما ساعد الوالدين على التعبير عن انشغالاتهم، معاناتهم، ومخاوفهم، كما حاولت تسيير المشاكل الاتصالية بين الوالدين والحالة، وبالتالي، مساعدتهم في هذه الوضعية الصعبة.

■ حصص المتابعة النفسية وتحليل الحالة الثالثة:

الحالة، فتاة في سن 17 سنة، دخلت إلى المستشفى الجامعي بوهران، إلى المستشفى النهاري، بمصلحة أمراض الدم، بعد اكتشاف سرطان في الدم، من نوع (Hotchking).

الحالة، مراهقة، جد نشيطة، ذكية، وطموحة، هي على علم بالتشخيص مرضها، من طرف والديها، وتصرح أنها تتقبله. لديها والدين، حاضرين ويمنحان لها كل السند والتفهم.

خلال السيرورة العلاجية، عاشت الحالة، صدمة نفسية، وهذا ما أدى إلى ظهور اضطراب في التكيف النفسي، لأنها كانت ترضن نفسها، في طريق الشفاء، فبعد بعض الحصص من العلاج الكيميائي، وجهت إلى العلاج بالأشعة (La radiothérapie)، وبعدها تعرضت إلى 07 حصص من العلاج بالأشعة، كبر حجم الغدة (Le ganglion)، وأعيدت التوجيه إلى العلاج الكيميائي، فتدهورت حالتها الجسمية والنفسية، وعرفت قلقا حادا، ظهر عليها اضطرابات في السلوك، والمزاج الذي أصبح جد اكتئابي، تمرد ضد الاستشفاء والعلاج، وكل الطاقم الطبي، ولم تعد تثق بالطاقم الطبي المعالج.

كان من الضروري على الحالة أن تعيد منح ثقتها في الأطباء لمتابعة العلاج، والتحصل على فرص الشفاء. فتمثل هنا تدخلي، بمساعدة الحالة، وتشجيعها على التعبير عن كل مشاعرها، اتجاه الطاقم الطبي، سواء إيجابية أم سلبية، ومساندتها، للاستمرار في مواجهة المرض السرطاني.

كان تدخلي أيضا، في محاولة تحسين المزاج، مساعدتها للانفتاح أكثر، لأنها كانت غالبا ما تنطوي على ذاتها، مساندها، لتحسين صورتها لنفسها، هذه الصورة المضطربة جراء المرض السرطاني. فالحالة، لم تكن تستطيع أن تنظر إلى نفسها في المرآة، ولم تعد تثق بنفسها.

العلاقة العلاجية كانت جد عميقة وحقيقية، لأن جو الثقة كان موجودا، والاتصال ذو جودة.

والدين الحالة، يتمتعون بمقدرات أبوية، حسنة، ولكنهم عرفوا مع الحالة صعوبات اتصالية، خاصة، عندما كان يتوجب على الحالة المجيء إلى المستشفى النهاري، فحصد التوجيه الأبوي سمحت للوالدين، أن يتبنوا استراتيجيات أخرى أمام سلوك الحالة، بهدف تجنب العناد والتمرد، سمحت أيضا بتقوية قدراتهم الأبوية، بتفهم أحسن للمعاش النفسي للحالة، لأن الوالدين انشغلوا فقط بالمرض السرطاني، كما كان بإمكانهم أيضا التعبير عن مشاعرهم الإيجابية والسلبية، وعن معاشهم الشخصي للوضعية المرضية.

استطاعت الحالة، تتبع علاجها، وقامت بكل الحصص العلاجية، وبالعلاج بالأشعة، تحسنت حالتها الجسمية والنفسية، وهي في مرحلة الشفاء، وتخطط لمشروع آخر، كمتابعة دراستها.

■ نتائج إختبار رسم الشخص لمركوفر (K. March over):

تاريخ إجراء الإختبار: 2014/02/19.

الإسم: إكرام (2).

السن: 17 سنة.

الدافع من الرسم: معرفة تصور هذه المراهقة المصابة بسرطان الدم لجسمها.

الزمن: - الرسم الأول: 15 دقيقة.

- الرسم الثاني: 25 دقيقة.

سلوك الحالة: هادئة على المستوى النفسي، الحركي، منطوية على ذاتها،
(مواقف الدفاع). في البداية، رفضت الرسم، وطلبت مني أن أرسم في مكانها.

التعليقات: تصرح الحالة:

"أنها لا تحب الرسم". تطلب مني: "أرسمي في مكاني".

■ القراءة المعمقة للرسم الأول حسب "K. Marchover"

تحليل المضمون (التحليل السيكولوجي) (Le fond)	تحليل الشكل (La forme)
<p>- يشير الرسم إلى مشاعر الحالة الحالية، يمثل الرسم شخص من جنس الذكر، تشير ملامحه إلى اللامبالاة والإرتباك.</p> <p>- مكان الرسم، في وسط أعلى الورقة، يشير ذلك إلى الميل نحو التفكير، المثالية، والتخيل.</p> <p>- الرسم أمامي، يشير إلى الانفتاح بالنسبة للعلاقات الاجتماعية.</p> <p>- يشير الخط المتقطع والضابط إلى الإنشغال بموضوع ما وإلى القلق النابع من الخارج (الحالة جد قلقة أثناء المقابلات، وهي منشغلة بمرضها السرطاني).</p> <p>- الشخص المرسوم، من جنس الذكر، وهذا يعاكس جنس الحالة (أنثى)، يشير ذلك إلى استعمال الآلية الدفاعية (الكبت)، لتجنب اسقاط الشعور بالذنب والانشغال.</p> <p>- وقد يشير رسم جنس معاكس، عند هذه الحالة، إلى اضطراب في الصورة الأنثوية.</p> <p>- <u>الرأس</u>: مركز الأنا، ذو قياسات عادية.</p>	<p><u>ورقة الرسم:</u></p> <p><u>(Mise en page)</u></p> <p>- رسم متوسط، لإنسان من جنس الذكر.</p> <p>- رسم أمامي، في وسط أعلى الورقة.</p> <p>- الورقة مستعملة بطريقة أفقية.</p> <p><u>الخط: (Le tracé)</u></p> <p>- خط كلي، متقطع، وضابط أحياناً.</p> <p><u>الموضوع:</u></p> <p><u>(Le thème)</u></p> <p>موضوع الرسم:</p> <p>- إنسان من جنس</p>

<p>- <u>العينين</u>: كبيرتين، مفتوحتين، وحزبتين. يشير ذلك إلى الإنشغال بالمرض.</p>	<p>الذكر. - إضافة شيء (السماعات)</p>
<p>- <u>الأنف</u>: مرادف قضبي، مرسوم (Déformé). يشير ذلك إلى الشعور بالذنب أمام رغبات جنسية.</p>	<p>(Les écouteurs).</p>
<p>- <u>الفم</u>: يشير إلى حالة تبعية وإلى العدوانية.</p>	<p><u>الشكل:</u></p>
<p>- <u>الشفتان</u>: كبيرتان، مفتوحتان، تشير إلى العدوانية (مصدر هذه العدوانية، المرض السرطاني).</p>	<p>(La forme)</p>
<p>- <u>الذقن</u>: كروي، يشير إلى الأنوثة.</p>	<p>- الشكل المهيمن</p>
<p>- <u>الأذنين</u>: مرسومتين، ولكن الحالة وضعت فيهم السماعات (Les écouteurs)، يشير ذلك إلى اللامبالاة، ورفض الإصغاء إلى العالم الخارجي، وبالتالي إلى حقيقة المرض السرطاني.</p>	<p>على الرسم، هو الشكل المربعي. - قياسات متوسطة.</p>
<p>- <u>الحاجب</u>: إنشغال جمالي.</p>	<p><u>الحركة:</u></p>
<p>- <u>الشعر</u>: إنشغال جمالي.</p>	<p>(Le mouvement)</p>
<p>- <u>العنق</u>: مرسوم بصفة عادية، يشير إلى التوازن.</p>	<p>- لا توجد حركة.</p>
<p>- <u>الجسم</u>:</p>	<p><u>اللون:</u></p>
<p><u>الأعضاء العليا</u>: تشير إلى العلاقات مع الآخرين.</p>	<p>(La couleur)</p>
<p><u>اليدين والذراعين</u>: اليدين مختلفتين في الأجياب، يشير ذلك إلى شعور الحالة بالذنب، إلى عدم التكيف ومحاولة إخفاء القلق المتصل بالجسم.</p>	<p>- لا يوجد ألوان.</p>

كما يشير ذلك إلى قلة الثقة في العلاقات الاجتماعية (هذا ما لوحظ عند الحالة، فقدانها للثقة في كل الطاقم الطبي).

الذراعين: مرسومتان، ممدودتان نحو الأسفل. يشير ذلك إلى تبني موقف الفشل والإنطواء على الذات، وصعوبة الإتصال. (كانت الحالة، منطوية على نفسها، وواجهت مشاكل إتصالية مع الوالدين، وخاصة مع أفراد الطاقم الطبي).

Le tronc: موجود.

الأعضاء السفلى: تسمح المشي، وتحمل الجسم.

الساقين والرجلين: يشيران إلى الأمان.

- **اللباس:**

الأجيب: تشير إلى تبعية طفيلة، وأيضا الرغبة في الإستقلالية.

الحذاء: رمز قضيب (رغبة جنسية مكبوتة).

الحزام (La ceinture): تشير إلى القوة، هي التي تفصل بين الصدر والأعضاء السفلى.

■ القراءة المعمقة للرسم الثاني حسب "K. March over"

تحليل المضمون (التحليل السيكولوجي) (Le fond)	تحليل الشكل (La forme)
- الرسم، يمثل شخص من جنس أنثوي، يعبر عن الإرتباك.	<u>ورقة الرسم:</u>
- مكان الرسم، يشير إلى الإندفاعية، اللاواقعية واللامبالاة.	<u>(Mise en page)</u>
- الرسم أمامي، يشير إلى الانفتاح للعلاقات الاجتماعية.	- رسم متوسط الحجم، لإنسان من جنس أنثوي.
- يشير الخط المتقطع والضابط، إلى الإنشغال وإلى العدوانية وإلى الإرتباك.	- رسم أمامي، في أعلى يمين الورقة.
- الرسم الثاني، يمثل شخص، من جنس الأنثى، نفس الجنس للحالة، وهذا يشير إلى تشوه الصورة الأنثوية والجسمية.	- الورقة مستعملة بصفة أفقية.
- الرسم الأول، يعاكس جنس الحالة، أما الرسم الثاني، فهو من جنس الحالة، هذا يشير إلى أن الحالة وصلت إلى مستوى استقلالية بالنسبة للأوجه الأبوية.	<u>الخط: (Le tracé)</u>
- <u>الرأس:</u> ذو قياسات عادية.	- الخط كلي، متقطع، وأحيانا ضابط.
- <u>العينين:</u> مفتوحتين، كبيرتين، وحزينتين. هذا يشير إلى الاجتماعية والإنشغال بالمرض السرطاني.	<u>الموضوع:</u>
- <u>الأنف:</u> مرادف قضيب، مرسوم، يشير إلى الشعور	<u>(Le thème)</u> الموضوع العام للرسم، هو صورة

<p>بالذنب أمام رغبات جنسية.</p> <p>- الفم: يشير إلى حالة تبعية، وإلى العدوانية.</p> <p>- الشفتان: كبيرتان ومفتوحتان. يشير ذلك إلى العدوانية.</p> <p>- الذقن: كروي، أنثوي.</p> <p>- الأذنين: مرسومتين (يدل ذلك على مواجهة الحالة، لواقع المرض السرطاني).</p> <p>- الحاجب: مرسوم، إنشغال جمالي.</p> <p>- الشعر: مرسوم، قصير (يدل ذلك على اضطراب الصورة الجسمية).</p> <p>(في الحقيقة، فقدت الحالة كل شعرها، طلبت مني رسمه).</p> <p>- العنق: متوسطة، ذات عقد (Un collier). هذا يعني، إبعاد النظر بهذا المكان الذي يفصل بين الرأس والجسم. يدل على إخفاء رمزي.</p> <p>- الجسم:</p> <p>الأعضاء العليا:</p> <p>اليدين: رسم اليد اليمنى وحذف اليد اليسرى. يشير ذلك إلى نقص الثقة في العلاقات الاجتماعية (هذا ما يؤكد ما سبق).</p> <p>الأصابع: عدد الأصابع غير متناسب، ومرسومة مثل</p>	<p>لجسم إنسان أنثوي، مع غياب عوامل أخرى.</p> <p>الشكل:</p> <p>(La forme)</p> <p>- الشكل المهيمن هو كروي.</p> <p>- قياسات عادية.</p> <p>- عدم تناسب بين الجهة اليمنى والجهة اليسرى.</p> <p>- هيمنة الجهة اليمنى.</p> <p>الحركة:</p> <p>(Le mouvement)</p> <p>- غياب أي حركة.</p> <p>الألوان:</p> <p>(Les couleurs)</p> <p>- غياب الألوان.</p>
---	--

الإبرة (Aiguilles). يشير ذلك إلى العدوانية (عدوان مكبوت).

(في اليد اليمنى فقط).

الذراعين: مرسومتان ممدودتان نحو الأسفل. يشير ذلك إلى تبني موقف الفشل والإنطواء على الذات، وصعوبات الإتصال.

Le tronc: موجود.

الأعضاء السفلى:

الساقين والرجلين: يشير ان إلى الأمان.

الرجلين مع حذاء: يشير إلى رغبة جنسية مكبوتة.

اللباس:

- **الحذاء:** رمز قضيب، رسمته مع رباط حذاء. يشير ذلك إلى حفزات جنسية.

- **العقد (Un collier):** إبعاد النظر إلى مكان (الرقبة)، يشير ذلك إلى إخصاء رمزي.

- رسم الحالة، لباس، يشير إلى تواجد الثديين، بصفة غير مباشرة، يشير ذلك إلى صورة الأم المسيطرة القوية.

- الخط المرسوم باللباس، يشير إلى اضطراب يحيط بتلك المنطقة.

• تقديم الحالة الرابعة:

(X. تركية)

▪ دراسة الحالة الرابعة:

اللقب: X.

الإسم: تركية.

السن: 18 سنة.

السكن: تيارت.

المستوى الدراسي: متحصلة على شهادة البكالوريا (BAC).

المستوى الاجتماعي: متوسط.

عدد الإخوة: 05.

المرتبة داخل الأسرة: 03.

نوعية المرض: سرطان الدم.

التشخيص: إبيضاض الدم الحاد Leucémie Aigue

التنبؤ الطبي: حسن.

تاريخ الدخول إلى المستشفى: منذ شهر أكتوبر 2013.

مكان إجراء المقابلات: بالمستشفى الجامعي بوهران، مصلحة أمراض الدم، بالمستشفى النهاري، وبخلية الإصغاء والمساعدة النفسية).

تاريخ إجراء المقابلات: من 2013/12/02 إلى 2014/08/24.

تاريخ إجراء المقابلات مع أم الحالة: من 2013/12/02 إلى 2014/08/24.

■ مراحل العلاج للحالة الرابعة:

عدد المقابلات	التاريخ	الهدف من المقابلة	الزمن
المقابلة الأولى مع الحالة	2013/12/02	- التعرف على الحالة. - جمع بعض المعطيات الشخصية والعائلية. - توضيح الهدف من المقابلات.	30 دقيقة
المقابلة الأولى مع أم الحالة	2013/12/02	- التعرف على أم الحالة. - التأكد من بعض المعطيات. - توضيح الهدف من المقابلات.	25 دقيقة
المقابلة الثانية مع الحالة	2013/12/09	جمع المعطيات، حول السوابق المرضية للحالة.	30 دقيقة
المقابلة الثانية مع أم الحالة	2013/12/09	- التطرق إلى موضوع المرض السرطاني.	30 دقيقة
المقابلة الثالثة مع الحالة	2013/12/26	- تطبيق إختبار سلم التقسيم لدرجة الإكتئاب "لأميلتون".	30 دقيقة
المقابلة الثالثة مع أم الحالة	2013/12/26	- التطرق إلى موضوع صعوبات الإتصال مع الحالة.	35 دقيقة
المقابلة الرابعة مع الحالة	2014/01/09	- التطرق إلى موضوع المرض السرطاني، وإلى ردود فعل الحالة بالنسبة	35 دقيقة

	للاستفتاء للعلاج وإلى معناه.		الحالة
40 دقيقة	التطرق إلى موضوع المرض السرطاني بالنسبة للعائلة، إلى ردود فعل لأفراد العائلة وإلى معناه بالنسبة لهم.	2014/01/09	المقابلة الرابعة مع أم الحالة
45 دقيقة	التطرق إلى موضوع الصورة الجسمية، إلى تحولاتها والتقدير الذاتي.	2014/01/23	المقابلة الخامسة مع الحالة
35 دقيقة	المتابعة النفسية (سند نفسي).	2014/01/23	المقابلة الخامسة مع أم الحالة
40 دقيقة	التحضير النفسي، لتطبيق إختبار رسم الشخص ل " K. Marchover".	2014/02/06	المقابلة السادسة مع الحالة
35 دقيقة	المتابعة النفسية (توجيه أبوي، سند نفسي).	2014/02/06	المقابلة السادسة مع أم الحالة
40 دقيقة	تطبيق إختبار رسم الشخص ل "K. Marchover".	2014/02/20	المقابلة السابعة مع الحالة

■ السوابق الشخصية والعائلية:

(1) التاريخ النفسي والاجتماعي للحالة الرابعة:

الحالة، مراهقة، في سن 18 سنة، متحصلة على شهادة البكالوريا، من مستوى اجتماعي متوسط، تضم أسرة الحالة 07 أفراد، الأب متقاعد، والأم مأكثة في البيت، ترعرت الحالة في جو عائلي هادئ، يسود فيه التفاهم بين الوالدين، ولكن العائلة عرفت صدمة نفسية جراء وفاة أخ الحالة (سنة 2006)، بعد إصابته بسرطان الرئة، في سن 21 ، كانت وفاته سريعة ومفاجئة بعد اكتشاف المرض السرطاني.

وأصيب أيضا خال الحالة، بسرطان الدم، من نوع (Hotcking) بعد وفاة أخ الحالة وهو يتواجد الآن في مرحلة الشفاء الكلي.

الحالة، مراهقة، طموحة، متفوقة في الدراسة، ذات طابع هادئ.

التاريخ المرضي للحالة الرابعة:

مرت طفولة المراهقة، بدون الإصابة بأي مرض معين، صحتها كانت جيدة، ولادة طبيعية، ورضاعة طبيعية، لبعض الأشهر، وزن عادي (المشي والنطق كان في الوقت المناسب).

مع نهاية سنة 2013، ظهرت عليها بعض الأعراض، كالإصفرار، فقر الدم الحاد، تعب شديد، نحافة (فقدان الشهية)، فوجئت إلى مصلحة أمراض الدم، بعد فحص طبي عميق، اكتشف المرض السرطاني.

فالحالة، تعاني من مرض إبيضاض الدم الحاد Leucémie Aigue

■ تقديم المقابلات مع الحالة:

○ المقابلة الأولى مع الحالة: (2013/12/02)

تتواجد الحالة، في المستشفى النهاري، بمصلحة أمراض الدم، بعد تقديم نفسي، وتوضيح الهدف من المقابلات، لم تتردد الحالة، على تقبل المساعدة النفسية. فالحالة، جد قلقة، هادئة على المستوى النفسي الحركي، إيمائتها تدل على الحزن والقلق، الاتصال معها عميق، تعبر عن مشاعر الخوف، وعدم الشفاء أمام المرض السرطاني، فهي على علم بالتشخيص.

ليس للحالة مشروع حياة، رغم أنها متحصلة على شهادة البكالوريا.

تقبلت الحالة التعامل معي، وصرحت عن طلب مساعدة نفسية – واضح

○ المقابلة الثانية مع الحالة: (2013/12/09)

الحالة، جالسة، تتلقى علاجها الكيميائي، هادئة على المستوى النفسي الحركي، الإتصال حسن، مبتسمة، رغم مزاجها الاكتئابي. فالحالة تشعر بالقلق، وبتعب شديد.

تطرقنا مع الحالة، إلى التاريخ المرضي، وظروف اكتشاف المرض السرطاني.

○ المقابلة الثالثة مع الحالة: (2013/12/26)

الحالة جالسة في مكتبي، هادئة، إيمائتها تدل على الحزن، تقبلت بسهولة الإجابة على أسئلة الإختبار.

كان موضوع هذه المقابلة، تطبيق سلم تقييم درجة الاكتئاب لأميلتون.

تحصلت الحالة على 19 نقطة، وهذا يدل على اكتئاب حاد

(dépression aigue).

هذا ما يؤكد أيضا الأعراض التي لاحظتها على الحالة، من حزن، بكاء، قلق، إنطواء على الذات، فقدان الشهية، والتعب الشديد والمستمر.

○ المقابلة الرابعة مع الحالة: (2014/01/09)

الحالة جالسة، تتلقى علاجها الكيميائي، هادئة، مبتسمة.

تطرقت مع الحالة، إلى موضوع المرض السرطاني وردود الفعل إتجاهه.

الحالة، على علم بتشخيص المرض السرطاني، علمت من عند أمها مباشرة، تعبر عن مشاعرها وعن خوفها الشديد من هذا المرض، بوضوح، تربط بين مرضها ووفاة أخيها بنفس المرض (سرطان في الدم)، يصعب عليها تقبل الاستشفاء، تقبل العلاج، ولكنها تعبر عن أمل في الشفاء.

فكان تدخلي خاصة في تشجيع الحالة على التعبير عن خوفها (إن الحالة كانت تخاف من الموت) وعلى محاولة تغيير أفكارها إتجاه المرض السرطاني.

○ المقابلة الخامسة مع الحالة: (2014/01/23)

كان موضوع المقابلة، التطرق إلى موضوع الصورة الجسمية، وإلى تحولاتها.

فالحالة، تصرح بوضوح، أنها تشعر بالخوف أمام التحولات الجسمية (فالحالة فقدت كل شعرها، وأصبحت جد نحيفة).

كما أنها تصرح بأن جسمها أصبح "غريب عليها"، وأنها "لا تحبه"، فهي تخاف من صورتها ولا تتقبل التغيرات الجسمية.

○ المقابلة السادسة مع الحالة: (2014/02/06)

الحالة هادئة على المستوى النفسي الحركي.

حضرت الحالة نفسياً، على تقبل إختبار رسم الشخص ل " K.

"Marchover".

○ المقابلة السابعة مع الحالة: (2014/02/20)

طبقت على الحالة، إختبار رسم الشخص ل "K. Marchover".

كانت الحالة هادئة، مبتسمة، لما يظهر عليها أي مقاومة.

رسمت بتركيز.

طبقت الإختبار بمكتبي، بخلية الإصغاء السيكلوجي.

■ حوصلة المقابلات مع الحالة:

الحالة، فتاة في السن 18 سنة، دخلت إلى المستشفى الجامعي لوهران، في شهر أكتوبر 2013، بعد اكتشاف مرض إبيضاض الدم الحاد.

خلال المقابلات مع الحالة، كان الإتصال عميق و ذو جودة، فبعد شرح الهدف من المقابلات، وتقبل الحالة لذلك، صرحت الحالة، بطلب مساعدة نفسية واضح، فهي كانت تتواجد في معاناة نفسية، أمام هذا المرض السرطاني.

ترعرت الحالة، في جو عائلي هادئ، يسود فيه التفاهم بين أفراد العائلة، ولكن الجو العائلي، اضطرب، منذ وفاة أخ الحالة، بصفة مفاجئة، عام 2006، بعد إصابته بسرطان الرئة، فمن الواضح أن الحالة، تأثرت كثيرا بهذه الحادثة، وتربطها، بمرضها الحالي، وتخشى نفس النتائج الوخيمة.

ظهر على الحالة، خلال المقابلات، هشاشة نفسية، لم تساعدها على استعمال كل قدراتها، لمواجهة المرض السرطاني بأكثر شجاعة، فكانت جد حساسة، وظهرت عليها الأمراض التالية:

اضطراب التكيف النفسي، مزاج غالبا اكتئابي، قلق، كانت شديدة البكاء، نقص الشهية وأحيانا كانت ترفض الأكل.

كما تبنت سلوك التمرد، لعدة مرات، خاصة عندما يضيف لها الأطباء سيرورة علاجية أخرى، فكانت تخشى الأعراض الثانوية للعلاج، وهذا ما سبب في مشاكل إتصالية مع الطاقم الطبي، وخاصة مع أم الحالة، كما ظهر عليها اضطراب الصورة الجسمية، ونقص في التقدير الذاتي.

■ تقديم المقابلات مع أم الحالة

○ المقابلة الأولى مع أم الحالة: (2013/12/02)

بعد تقديم نفسي لأم الحالة، تقبلت هذه الأخيرة المقابلات في إطار التوجيه الأبوي.

أم الحالة، أم جد هادئة، صبورة مع ابنتها، تساندها وحاضرة في كل الخطوات العلاجية.

لم تتم مقابلة أب الحالة، وهذا لغيابه الدائم.

تصرح أم الحالة، أن الأب يساند ابنته، في المنزل فقط.

○ المقابلة الثانية مع أم الحالة: (2013/12/09)

كان موضوع هذه المقابلة، التطرق إلى موضوع المرض السرطاني للحالة، فهذه الأم، تخاف كثيرا من النتائج الوخيمة لهذا المرض، وتربط مرض ابنتها، بوفاة ابنها أيضا بمرض سرطاني.

○ المقابلة الثالثة مع أم الحالة: (2013/12/26)

كان موضوع هذه المقابلة، التطرق إلى صعوبات الإتصال بين الوالدين والحالة.

ما يطرح مشكلة لأم الحالة، هو رفض الحالة، وتمردها أحيانا للمجيء إلى المستشفى، وذلك لخوفها من العلاج الكيميائي، وخاصة أعراضه الثانوية.

تصرح أن الحالة، شديدة الإنطواء، والبكاء في المنزل، ترفض أحيانا الأكل، وقلقة جدا، خاصة بالنسبة لصورتها الجسمية التي تغيرت.

○ المقابلة الرابعة مع أم الحالة: (2014/01/09)

موضوع هذه المقابلة، تمثل في إصابة الحالة بالمرض السرطاني وإلى ردود فعل كل أفراد العائلة.

إصابة الحالة بمرض سرطاني، يمثل صدمة بالنسبة لكل أفراد هذه العائلة، لأن أخ الحالة أصيب بمرض سرطاني وتوفي، وخال الحالة أصيب أيضا بمرض سرطاني، (هذا الأخير يتواجد في مرحلة الشفاء). ورغم ذلك، فإن رد الفعل الرئيسي لكل العائلة، هو الخوف الشديد، وربط الإصابة بالسرطان مع فكرة الموت.

■ حوصلة المقابلات مع أم الحالة:

أم الحالة، أم حنون، حاضرة مع ابنتها، خلال كل السيرة العلاجية، تساندها في صعوباتها اليومية.

تجاوبت معي بسهولة، تقبلت المقابلات وطلبت مني مساعدة ابنتها، فهي جد منشغلة بحالتها النفسية.

خلال هذه المقابلات، حاولت مساندة الأم، في هذه المرحلة الصعبة، وخاصة أن هذه الأم فقدت من قبل ولدا، جراء إصابته بمرض سرطاني، فخوفها كان يتمثل في فقدان الحالة أيضا.

أم الحالة، ذو قدرات أبوية، لا بأس بها، ولكنها كانت مفرطة الحماية مع الحالة جراء خوفها الضخم من الموت، فكانت تسقط مخاوفها على الحالة، وهذا لم يكن يساعد هذه الأخيرة على مواجهة المرض.

فتمثل تدخلني بمساعدة هذه الأم على محاولة التفريق بين ما وقع لولدها، ومرض ابنتها الحالي، لتجنب أن تقوم بحداد مسبق، قد يعيق الحالة في مواجهتها للمرض.

وأردت مساندةها خلال المشاكل الإتصالية التي عرفتتها مع الحالة، خاصة عندما يتوجب على الحالة المجيء، أو تقبل إضافة سيرة علاجية جديدة.

■ ححص المتابعة النفسية وتحليل الحالة الرابعة:

الحالة مراهقة في سن 18 سنة، دخلت إلى المستشفى الجامعي لوهران، بمصلحة أمراض الدم، بعد اكتشاف إبيضاض الدم الحاد.

الحالة، فتاة، جد هادئة على المستوى النفسي الحركي، تتكلم بهدوء وقليلًا، (بصوت خفيف)، منطوية على نفسها، حساسة جدا.

دخلت إلى المستشفى، في نهاية شهر أكتوبر عام 2013، طيلة السيرورة العلاجية، لم تستطع مقاومة المرض السرطاني، بكل شجاعتها وقوتها، وذلك لأن الحالة، كانت متأثرة بما وقع لأخيها الكبير، الذي توفي بسرطان الرئة، بصفة مفاجئة، وهذا لم يترك المجال لكل عائلة الحالة، القيام بحداد بصفة عادية. وبعد ذلك أصيب خال الحالة، بمرض سرطاني (سرطان الدم) (Hotchkning)، ثم أصيبت الحالة، فهذه الأخيرة، التي كانت على علم من تشخيص مرضها، ظهر عليها اضطراب التكيف النفسي للوضعية، وحالة اكتئاب تمثلت في: فقدان الشهية، وأحيانا رفض الأكل، مزاج اكتئابي، حزن شديد، انطواء على الذات (كان الحالة تخرج من المنزل الا للمجيء إلى المستشفى، ولم تكن تحب مقابلة زميلاتها، أو متابعة دراستها).

فقدت الحالة الثقة بنفسها، فقدت الأمل في الشفاء، لأنها كانت تربط فكرة المرض السرطاني، بالموت. وهذا عموما ما يكون عند الشخص المصاب، ولكن الحالة كانت متأثرة أكثر بفكرة الموت جراء ما وقع لأخيها.

فتمثل تدخلها في، محاولة توضيح للحالة أن أفكارها مرتبطة بفكرة الموت، وأن ذلك لا يساعدها على مواجهة المرض، وعلى التحصل على كل فرص للشفاء، حاولت مسانبتها خلال كل السيرورة العلاجية، خاصة، عندما كانت تطرح مشكلة تقبل العلاج الكيميائي، فكان هناك مشكل كل ما كان يضيف لها سيرورة علاجية جديدة.

بفضل التشجيع على التعبير عن المخاوف (خوف التلاشي والموت)،
إتجاه المرض السرطاني، وخاصة فكرة الموت، استطاعت الحالة، أن تصبح
أكثر إيجابية، وتحسن مزاجها واستطاعت أن تثق أكثر بنفسها، وأن تتقبل
صورتها الجسمية وتتكيف معها، لأن الحالة كانت تصرح أنها لا تتحمل
صورتها جراء فقدانها لشعرها ونحافتها.

الحالة، تتابع حاليا العلاج الكيميائي، بأكثر شجاعة وتكيفاً، تحضر إلى
مواعيدها، بدون صعوبات، تحسن المزاج.

لاحظت نقصاً في الإنطواء، وأكثر إنفتاحية للعلاقات الاجتماعية، نقص
البكاء، تحسنت الشهية.

هي الآن، في وسط الطريق بالنسبة للعلاج الكيميائي، أما المتابعة النفسية،
فنتواصل معها.

■ نتائج إختبار رسم الشخص، لمركوفر (K. March over):

تاريخ إجراء الإختبار: 2014/02/20.

الإسم: X. تركية.

السن: 18 سنة.

الدافع من الرسم: معرفة، مدى اضطراب الصورة الجسمية، عند هذه المراهقة
المصابة بإبيضاض الدم.

الزمن: الرسم الأول: 10 دقيقة.

الرسم الثاني: 07 دقيقة.

سلوك الحالة: هادئة، إيمائية تدل على القلق والحزن.

التعليقات: "لا يوجد أي تعليق".

■ القراءة المعمقة للرسم الأول حسب "K. Marchover"

تحليل المضمون (التحليل السيكولوجي) (Le) (fond)	تحليل الشكل (La) (forme)
<ul style="list-style-type: none"> - يشير الرسم إلى مشاعر الحالة الحالية، يمثل الرسم شخص من جنس أنثى، يعبر عن الأنوثة، عن الرقة والهشاشة. - الرسم الأمامي، يشير إلى الانفتاح للعلاقات الاجتماعية. - مكان الرسم، في أعلى يمين الورقة، يشير ذلك إلى اللامبالاة، نقص الواقعية، والإندفاعية، وتخيل خصب. - الخط الرقيق، يشير إلى الاكتئاب (هذا ما يؤكد ما تبين على الحالة خلال المقابلات). - الخط المتقطع، يشير إلى الإرتباك والإنشغال بموضوع ما (موضوع المرض والموت). - الخط الباهت، يشير إلى السلبية، القلق، والاكتئاب (مصدره داخلي). - الشخص المرسوم من جنس الأنثى، أي نفس جنس الحالة، هذا يشير إلى الانتماء إلى الجماعة الاجتماعية (عن طريق سيرورة الإسقاط)، أي أن الحالة، تتقمص جنسياً، 	<p><u>ورقة الرسم:</u></p> <p><u>(Mise en page)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - رسم متوسط الحجم، لإنسان من جنس الأنثى. - رسم أمامي في أعلى يمين الورقة. - الورقة مستعملة بصفة أفقية. <p><u>الخط: (Le tracé)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - الخط كلي، متقطع، رقيق، أحيانا باهت. <p><u>الموضوع: (Le thème)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - الموضوع العام للرسم، هو صورة لإنسان، من جنس الأنثى. - حضور عامل: شيء

<p>لجنس الأنثى.</p> <p>الرأس: قياساته كبيرة، تدل على حالة اكتئاب، وعلى الإحباط.</p> <p>العينين: مفتوحتين، كبيرتين، وحزينتين، تشير إلى الإنشغال بالمرض السرطاني.</p> <p>الأنف: مرسوم، بصفة عادية (مرادف قضبي).</p> <p>الفم: مرسوم بصفة تشير إلى التوتر.</p> <p>الشففتان: موجودتان.</p> <p>الذقن: كروي، يدل على الأنوثة.</p> <p>الأذنين: محذوفتين، يشير إلى اضطراب التكيف النفسي للحالة المرضية، لأن الحالة، لا تتقبل الإصابة بالمرض السرطاني.</p> <p>حاجب العين: إنشغال جمالي.</p> <p>الشعر: إنشغال جمالي (الحالة فقدت كل شعرها).</p> <p>الرقبة: جد قصيرة، لا تفرق جيدا بين الرأس (التحكم العقلاني للأنثى)، والجسم (النزوات، الغريزة). وهذا يشير إلى الميل إلى التحكم.</p> <p>الأعضاء العليا: تشير إلى تطور الأنا والتكيف الإجمالي.</p> <p>اليدين والذراعين: اليدين مرسومتين، اليد</p>	<p>(حقيقية).</p> <p>الشكل: (La forme)</p> <ul style="list-style-type: none"> - الشكل المهيمن هو الكروي. - قياسات متوسطة. - اضطراب التناسب. <p>الحركة:</p> <p>(Le mouvement)</p> <ul style="list-style-type: none"> - غياب أي حركة. <p>اللون: (La couleur)</p> <ul style="list-style-type: none"> - غياب أي لون.
---	--

اليسرى مضللة، يشير ذلك إلى الشعور بالذنب.

الأصابع: رسمت الأصبع في اليد اليمنى، على

شكل إبر. يدل على العدوانية.

الذراعين: مفتوحتين، وممدودتين نحو المحيط.

يشير ذلك إلى الاجتماعية.

الأعضاء السفلى:

الساقين والرجلين: رسمت الحالة، الساقين،

رقيقين، ومضلتين. يشير ذلك إلى الشعور بعدم

الأمان (يؤكد ذلك ما ظهر عند الحالة، خلال

المقابلات، من الشعور بالخوف وعدم الطمأنينة).

Le tronc: رسم الحالة، جسم جد نحيف (une

taille fine)، يشير ذلك إلى عدم رضاها

بجسمها، كما يشير أيضا بالضعف والهشاشة

وإلى حكم بدائي للجنسية، وإلى الإنشغال.

(هذا ما يؤكد ما تبين على الحالة، من هشاشة

جسمية ونفسية) (أعلى الجسم (déformé)، يدل

ذلك إلى صراع يمس هذه المنطقة) (هذه المنطقة

هي منطقة: الرئتان. أخ الحالة، توفي بسرطان

الرئة).

الحقيبة: تشير على النكوص.

■ القراءة المعمقة للرسم الثاني حسب "K. Marchover"

تحليل المضمون (التحليل السيكلوجي) (Le) (fond)	تحليل الشكل (La) (forme)
<ul style="list-style-type: none"> - يمثل الرسم الثاني، شخص من جنس الذكر، يشير ويعبر على الهشاشة والرقّة. - مكان الرسم في أعلى يمين الورقة، يشير ذلك إلى اللامبالاة، نقص الواقعية الإندفاعية وتخيّل خصب. - الخط الرقيق، يشير إلى الإكتئاب. - الخط الباهت، يشير إلى السلبية، القلق، والإكتئاب. - الشخص المرسوم، من جنس الذكر، أي عكس جنس الرسم الأول، يشير ذلك أن الحالة، وصلت إلى مستوى كاف من التفريق بالنسبة للصور الأبوية. - <u>الرأس</u>: قياساته كبيرة نوعاً ما، يدل على حالة اكتئاب والشعور بالإحباط. - <u>العينين</u>: مفتوحتين، وكبيرتين، وحزينتين، يشير ذلك إلى الإنشغال بالمرض السرطاني. - <u>الأنف</u>: مرادف قضبيي. 	<p><u>ورقة الرسم:</u></p> <p><u>(Mise en page)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - رسم متوسط الحجم، من جنس الذكر. - رسم أمامي، في أعلى يمين الورقة. - الورقة مستعملة بصفة أفقية. <p><u>الخط: (Le tracé)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - الخط كلي، رقيق وباهت. <p><u>الموضوع: (Le thème)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - الموضوع العام، هو صورة إنسان من جنس ذكر. - غياب عوامل أخرى. <p><u>الشكل: (La forme)</u></p>

- <u>الفم</u> : موجود.	- قياسات متوسطة.
- <u>الشفتان</u> : موجودتين.	- اضطراب في التناسب.
- <u>اللسان</u> : موجود، يدل على العدوانية المكبوتة.	<u>الحركة</u> :
- <u>الذقن</u> : كروي.	(Le mouvement)
- <u>الأذنين</u> : موجودتين.	- لا توجد أي حركة.
- <u>حاجب العين</u> : إنشغال جمالي.	(La couleur): اللون
- <u>الرقبة</u> : قصيرة، لا تفرق جيدا بين الرأس والحجم، يشير ذلك إلى الميل إلى التحكم.	- لا يوجد أي لون.
- <u>الجسم</u> :	
- <u>الأعضاء العليا</u> :	
- <u>اليدين والذراعين</u> :	
- الذراعين ممدودتين نحو المحيط، مفتوحتين، يشير ذلك إلى الاجتماعية.	
- <u>الأصبع</u> : عدد الأصابع، غير مناسب، مرسومة كشكل إبر، دالة على العدوانية.	
- <u>الأعضاء السفلى</u> :	
- <u>الساقين والرجلين</u> : تشيران إلى الأمان (متوازنتين نوعا ما).	
- <u>Le tronc</u> : موجود.	

مثل الرسم الأول، الجسم (la taille)،
نحيف، تدل على عدم الرضا بالصورة
الجسمية، وإلى الضعف والهشاشة.

مثل الرسم الأول، هناك اضطراب في
التناسب في أعلى الجسم، بالمنطقة الصدر،
يشير ذلك إلى صراع خاص بهذه المنطقة.

■ تقديم الحالة الخامسة:

■ دراسة الحالة الخامسة:

اللقب: X.

الإسم: شهرة.

السن: 16 سنة.

السكن: وهران.

المستوى الدراسي: السنة الرابعة متوسط.

المستوى الاجتماعي: متوسط.

عدد الإخوة: 04.

المرتبة داخل الأسرة: الأخيرة.

نوعية المرض: سرطان الدم.

التشخيص: إبيض الدم الحاد (L.A.L)

(Leucémie Aigue Lymphoblastique)

تاريخ الدخول إلى المستشفى: 2013/12/02.

مكان إجراء المقابلات: في المستشفى الجامعي لوهران (مصلحة امراض الدم وفي خلية الإصغاء والمساعدة النفسية).

تاريخ إجراء المقابلات: من 2013/12/19 إلى 2014/08/28.

تاريخ إجراء المقابلات مع والدين الحالة: من 2013/12/19 إلى 2014/08/28.

■ مراحل العلاج للحالة الخامسة

عدد المقابلات	التاريخ	الهدف من المقابلة	الزمن
المقابلة الأولى مع الحالة	2013/12/19	- التعرف على الحالة. - جمع المعطيات الشخصية والعائلية. - توضيح الهدف من المقابلات.	35 دقيقة.
المقابلة الأولى مع أم الحالة	2013/12/19	- التعرف على أم الحالة. - التأكد من بعض المعطيات. - توضيح الهدف من المقابلات (في إطار التوجيه الأبوي).	30 دقيقة.
المقابلة الثانية مع الحالة	2014/01/02	- التطرق إلى ظروف اكتشاف المرض السرطاني.	35 دقيقة.
المقابلة الثانية مع أم الحالة	2014/01/02	- التطرق إلى موضوع المرض السرطاني للحالة.	30 دقيقة.
المقابلة الثالثة	2014/01/06	- تطبيق إختبار سلم تقييم درجة الإكتئاب	25 دقيقة.

	لأميلتون.		مع الحالة
35 دقيقة.	- التطرق إلى موضوع صعوبات الإتصال مع الحالة.	2014/01/06	المقابلة الثالثة مع أم الحالة
40 دقيقة.	- التطرق إلى موضوع المرض السرطاني وإلى ردود الفعل اتجاهه.	2014/01/16	المقابلة الرابعة مع الحالة
35 دقيقة.	- التطرق إلى موضوع المرض السرطاني بالنسبة لكل العائلة، وإلى ردود الفعل.	2014/01/16	المقابلة الرابعة مع أم الحالة
45 دقيقة.	- التطرق إلى موضوع الصورة الجسمية، إلى تحولاتها، والتقدير الذاتي.	2014/02/06	المقابلة الخامسة مع الحالة
35 دقيقة.	- متابعة نفسية (توجيه أبوي).	2014/02/06	المقابلة الخامسة مع أم الحالة
25 دقيقة.	- التحضير النفسي، لتطبيق إختبار رسم الشخص "ل"	2014/03/27	المقابلة السادسة مع الحالة

	"K. Marchover		
35 دقيقة.	- توجيه أبوي.	2014/03/27	المقابلة السادسة مع أم الحالة
40 دقيقة.	- تطبيق إختبار رسم الشخص ل" K. "Marchover	2014/04/10	المقابلة السابعة مع الحالة

■ السوابق الشخصية والعائلية:

(1) التاريخ النفسي والاجتماعي للحالة الخامسة:

الحالة، من أسرة متواضعة، تضم 6 أفراد، الحالة هي الفتاة الصغيرة في العائلة، العائلة ذات مستوى معيشي متوسط، الأم مأكثة في المنزل، والأب عامل بسيط.

الجو العائلي، جو دافئ، طفولة الحالة كانت طفولة سعيدة، رغم بعض المشاكل الصحية، متوسطة في الدراسة.

في العائلة، سوابق مرضية، فحالة الحالة توفيت بسرطان في المعدة، جدة الحالة، توفيت بسرطان الغدة الدرقية (Thyroïde).
ولديها أيضا، خال مصاب بسرطان، يتابع العلاج.

(2) التاريخ المرضي للحالة الخامسة:

ولادة الحالة، كانت ولادة طبيعية، الوزن عادي، تكلمت ومشيت في الوقت المناسب، رضاعة طبيعية.

في الطفولة الصغيرة، عانت الحالة من مشاكل صحية تخص النظام الهضمي، وتمت المتابعة الطبية لعدة سنوات، حتى شفيت.

في بداية شهر ديسمبر 2013، ظهر على الحالة، فقر دم حاد، لم يتحسن وضعها بعلاج عادي، فوجهت إلى مصلحة أمراض الدم، بعد (un malaise) ودخلت مباشرة إلى المستشفى.

■ تقديم المقابلات مع الحالة:

○ المقابلة الأولى مع الحالة: (2013/12/19)

بعد التعرف على الحالة، وشرح الهدف من المقابلات، تقبلت الحالة التعامل معي.

الحالة، جالسة على سرير المستشفى، هادئة على المستوى النفسي الحركي، كلامها مفهوم، إيمانية مبتسمة، الشهية والنوم محتفظ عليهم.

لا تعبر الحالة، عن أي قلق أو إزعاج، بل تصرح أنها تتقبل المرض.

ليس للحالة مشروع حياة، هي الآن، متوقفة من الدراسة، وتصرح أنها لا تحب كثيرا الدراسة.

○ المقابلة الثانية مع الحالة: (2014/01/02)

الحالة، جالسة، هادئة، مبتسمة.

تطرقنا إلى ظروف إكتشاف المرض السرطاني، فالحالة على علم من التشخيص، تصرح أنها علمت لوحدها، وفهمت إصابتها، وأن الأطباء لم يعلنوا لها نوعية مرضها، بل أعلنوا لها أنها تعاني من "فيروس في الدم" وأنها سوف تعالج أيضا، من فقر الدم.

بعد بعض من الارتباك، صرحت لي، أنها تعاني من سرطان في الدم، أن ذلك ليس بسهل، ولكنها تتقبله، وتواجهه.

○ المقابلة الثالثة مع الحالة: (2014/01/06)

طبقت على الحالة، سلم تقييم درجة الإكتئاب لأميلتون.

تخصّصت الحالة على 11 نقطة، وهذا يدل على اكتئاب خفيف
(légère dépression).

تتقبل الحالة الإستشفاء، والعلاج الكيميائي، وتصرح لي أنها تمثل سند لعائلتها التي ظهر عليها قلق وخوف شديد.

○ المقابلة الرابعة مع الحالة: (2014/01/16)

تطرقنا إلى موضوع المرض السرطاني، وإلى ردود الفعل إتجاهه.
بالنسبة للحالة، لا يمثل موضوع الإصابة بالسرطان موضوع خوف، فهي تصرح أنها لا تخاف منه، وأنها تواجهه، وتأخذ الموضوع من جهة المزح.

○ المقابلة الخامسة مع الحالة: (2014/02/06)

تطرقت الحالة إلى موضوع الصورة الجسمية، وإلى تغيرات التي تطرقت عليها.

عند هذه الحالة، التغيرات الجسمية، كانت أقل وضوحا بالنسبة للحالات الأخرى، فالحالة، احتفظت على وزنها، لم تعاني كثيرا من الأعراض الثانوية للعلاج، ولكنها فقدت شعرها، في البداية فقدان الشعر سبب لها قلق شاد، ولكنها، تقبلته، وتقبلت هذا التغيير مع أمل العودة إلى الصورة الأولية بعد الشفاء، وما سبب لها قلق، هو إصابتها حساسية جلدية (Allergie cutané)، وظهور حبوب (des boutons)، أكثر من تغير جسيمي آخر.

○ المقابلة السادسة مع الحالة: (2014/03/27)

الحالة، جالسة، هادئة، مبتسمة، مزاجها متكيف.
حضرت الحالة نفسيا على تقبل تطبيق إختبار رسم الشخص ل " K. Marchover".

○ المقابلة السابعة مع الحالة: (2014/09/10)

الحالة، هادئة، مبتسمة.

طبقت على الحالة، إختبار رسم الشخص ل "K. Marchover" وفي مكتبي لم تظهر على الحالة أي مقاومة.

■ حوصلة المقابلات مع الحالة:

الحالة، فتاة في سن 17 سنة، دخلت إلى المستشفى الجامعي لوهران، في ديسمبر 2013، بعد إكتشاف، مرض إبيض الدم (L.A.L).

ترعرت الحالة، في جو عائلي هادئ، يسود فيه التفاهم بين أفراد العائلة والإحترام، هي تلميذة متوسطة، رياضية، وإجتماعية.

خلال المقابلات، أظهرت شجاعة، وقوة نفسية، تدهش بالنسبة لسنها. فالحالة، تمثل مصدر سند وقوة، بالنسبة لأفراد عائلتها، خاصة والديها، رغم أنها هي المريضة.

أخذت موضوع المرض السرطاني، من جانب المزح، فهي تتسلى بارتباك الأطباء والممرضات، خلقت علاقات حميمية مع المرض الآخرين، وحتى كبار السن.

لم تظهر الحالة ضعفها وهشاشتها أمام المرض السرطاني، بل كانت شجاعة من بداية العلاج، ولم تظهر عليها سلوك التمرد، فكانت تتقبل المجيء إلى المستشفى، وكل تعليمات الأطباء.

خلال كل المقابلات، لم تبتك، ولا مرة واحدة، لم تتمرد، ولم تطرح أي مشكلة للأطباء، ولا لوالديها.

ظهر عليها قلق شديد أثناء إصابتها بحساسية جلدية، قامت هذه الحساسية بتغيير مظهرها كثيرا، ولكن قلقها زال، أثناء الشفاء، لم يظهر عند هذه الحالة، اضطراب التكيف النفسي للوضعية المرضية.

■ تقديم المقابلات مع والدين الحالة:

○ المقابلة الأولى مع أم الحالة: (2013/12/19)

تعرفت على أم الحالة، هذه الأخيرة، حاضرة مع ابنتها خلال كل السيرورة العلاجية.

بعد تقبل أم الحالة، بالتعامل معي، وشرح الهدف من المقابلات في إطار التوجيه الأبوي، صرحت لي، عن معاناتها، وقلقها، وخوفها الشديد، من مرض الحالة، خاصة، وأن أمها وأختها توفيا بهذا المرض. فأم الحالة، كانت بأمس الحاجة، لمتابعة وسند نفسي، بهدف تقوية القدرات الأبوية، لمواجهة أحسن للمرض السرطاني، ولكي تساند ابنتها التي رغم شجاعته، كانت بحاجة إلى مساندة والديها.

○ المقابلة الثانية مع أم الحالة: (2014/01/02)

تطرقت إلى موضوع المرض السرطاني للحالة.

أم الحالة، جد خائفة ومرتبكة، تصرح أن الحالة هي مصدر القوة والسند، وأنها جد شجاعة.

خوف الأم، نابع من فقدانها لأمها وأختها، بعد الإصابة بمرض سرطاني، وهذا الخوف، كان يمثل عائق لمساعدة ابنتها بكل قواها، وقدراتها الأبوية.

○ المقابلة الثالثة مع أم الحالة: (2014/01/06)

تطرقت مع أم الحالة، إلى صعوبات الإتصال مع الحالة. أم الحالة، تصرح أن مع ابنتها، لم يكن هناك مشاكل إتصالية، فهي تتقبل المجيء إلى المستشفى، وتتقبل كل ما يرتبط بالمرض.

تتحدث الحالة، فقط، على توتر الحالة، في بعض الأحيان.

○ المقابلة الرابعة مع أم الحالة: (2014/01/16)

تطرقت مع أم الحالة إلى موضوع المرض السرطاني، بالنسبة لكل أفراد العائلة. تصرح هذه الأم، عن خوف كل أفراد العائلة، هذا الخوف لا يمنع بالقيام بما يلزم، لمساعدة الحالة، على الشفاء، ولكن ذلك يجعلهم في حالة هلع، فهم لا يدركون حاجة الحالة إلى المساندة لأنهم يرونها شجاعة أمام المرض السرطاني.

○ المقابلة مع الوالدين: (2014/03/27)

في هذه المقابلة، قابلت لأول مرة أب الحالة، وتحدثنا على المرض السرطاني على شجاعة الحالة، وعلى خوف أفراد العائلة.

حاولت مساندة الوالدين، وتسليط الضوء على أهمية استعمال كل القدرات الأبوية، لمساندة الحالة، لأن رغم شجاعة هذه الأخيرة، كانت بأمس الحاجة إلى سند والديها.

■ حوصلة المقابلات مع والدين الحالة:

والدين الحالة، والدين حاضرين، خلال كل السيرورة العلاجية، خاصة أم الحالة، التي رافقت ابنتها طيلة العلاج.

لكن أم الحالة، تعيش في الخوف من ضياع وموت الحالة، لأنها فقدت أمها وأختها، جراء الإصابة بمرض سرطاني.

وهذا كان يعيق استعمال كل القدرات الأبوية، ويعيق مساندة الحالة التي رغم شجاعتها، كانت بأمس الحاجة إلى هذه المساندة، فكان تدخلها يتمثل في إعادة تحديد الأدوار، دور الأم، ودور البنت، وتوضيح لأم الحالة، مدى حاجة ابنتها لها. كما أردت مساعدة هذه الأم على التخلي عن الشعور بالذنب (لأن أم الحالة، كانت تقدم لها منذ طفولتها الصغيرة، الأكل الذي يتواجد في العلب، التي كانت تتلقاه من فرنسا، وأسئلة الأطباء، على نوعية الأكل في الطفولة، خلق عند الأم، شعورا بالذنب، وتحمل مسؤولية المرض).

لوالدين الحالة، قدرات أبوية حسنة، فساعدتهم على استعمالها وعلى توضيح الأدوار، وعلى خطورة الإستمرار، في الإتكال على الحالة، لكي تساندهم.

■ حصص المتابعة النفسية وتحليل الحالة الخامسة:

الحالة، مراهقة في سن 17 سنة، دخلت المستشفى، في شهر ديسمبر 2013، إلى المستشفى الجامعي لوهران، بمصلحة أمراض الدم، بعد اكتشاف مرض إبيض الدم الحاد.

لم تظهر الحالة، بحاجة إلى مرافقة نفسية، ولكن كان من الخطأ التوقف عند هذا المظهر، فبالرغم من أن الحالة لم تعبر عن معاناة كبيرة، هذا لا يعني أنها لم تعاني من الإصابة بالمرض وبالإستشفاء، والعلاج العنيف، في هذه المرحلة الحرجة من الحياة، بل هذا يعني أن الحالة، ذات شجاعة، وأنها تلعب دوراً، غير دورها، فالحالة، تلعب دور الوالدين، فهي التي تساندهم، تشجعهم في هذه الوضعية، ولا تريد أن تخيب ضميرهم ولا تريد أن يعانوا.

كانت الحالة، تمزح كثيراً، وذلك يعبر عن معاناتها النفسية، فالمرض السرطاني، مرض خطير، ومن الصعب أن يمزح به الشخص، بصفة مستمرة. فالحالة، كانت تحاول إخفاء معاناتها وراء هذا المزح، وذلك للاحتفاظ على هذه الصورة الدالة على الشجاعة والقوة التي تتميز بها، كما أنها لم ترد إحباط والديها، وكل أفراد عائلتها، لأنهم كانوا يعيشون في الخوف الدائم من موت الحالة.

كان الإتصال مع الحالة، إتصال عميق وذو جودة، ورغم شجاعتها، كانت تبحث عن المساعدة النفسية، فأنت لعدة مرات إلى مكنتي، بدون موعد، وكانت تعبر عن معاشها اليومي.

فتمت المرافقة النفسية، في ظروف حسنة، خلال كل السيرة العلاجية حتى الآن.

لم يظهر على الحالة، ارتباك كبير، جراء التحولات الجسدية، ولكنها، أظهرت معاناة خلال إصابتها بحساسية جلدية، جد بسيطة.

فقت بمساندتها، حتى الشفاء من هذه الحساسية.

إن الحالة، كانت مريضة في طفولتها، وهي معتادة بجو المستشفى (كانت تعاني من مشاكل هضمية)، فربما سهل ذلك التكيف النفسي، للوضعية المرضية).

ولم تطرح الحالة، مشاكل إتصالية، فعلاقتها كانت جيدة مع الطاقم الطبي، وذلك لأنها، كانت متكيفة، وتتقبل العلاج وكل الإجراءات الطبية.

للحالة أمل في الشفاء، تتابع العلاج في يومنا هذا، هي في نصف السيرورة العلاجية، جسمها يتقبل العلاج الكيميائي، وهي تتحسن بصفة بطيئة ومستمرة.

▪ نتائج إختبار رسم الشخص لمركوفر "K. Marchover"

تاريخ إجراء الإختبار: 2014/04/10.

الإسم: X. شهرة.

السن: 16 سنة.

الدافع من الرسم: معرفة التصور الجسمي عند هذه المراهقة المصابة بمرض إبيضاض الدم.

الزمن: - الرسم الأول: 05 دقيقة.

- الرسم الثاني: 08 دقيقة.

سلوك الحالة: هادئة على المستوى النفسي الحركي، مبتسمة، ترسم بتركيز.

التعليقات: "لا يوجد أي تعليقات".

■ القراءة المعمقة للرسم الأول حسب "K. March over"

تحليل المضمون (التحليل السيكلوجي) (Le) (fond)	تحليل الشكل (La) (forme)
<p>- يشير الرسم إلى مشاعر الحالة الحالية، يعبر الشخص عن شخص من جنس الذكر، بدون حيوية ومخيف (comme un bloc).</p> <p>- الاستعمال العمودي للورقة، ومكان الرسم تدل على التفاؤل.</p> <p>- الطموح (الحالة، جد متفائلة أثناء المقابلات، إتجاه المرض السرطاني، وفرص الشفاء).</p> <p>- الرسم أمامي، يشير إلى الانفتاح إلى العلاقات الاجتماعية.</p> <p>- مكان الرسم، أعلى وسط الورقة، يشير إلى التخيل، المثالية، والتفكير، الثقة بالذات (لوحظ الثقة بالذات عند الحالة خلال المقابلات).</p> <p>- الخط الضاغط، يشير عند الحالة إلى الشعور بالقلق (مصدره خارجي، هنا، مصدره هو المرض السرطاني).</p> <p>- الشخص المرسوم، من جنس الذكر، أي عكس جنس الحالة، يدل ذلك على تجنب</p>	<p><u>ورقة الرسم:</u></p> <p>(Mise en page)</p> <p>- رسم متوسط لإنسان من جنس الذكر.</p> <p>- رسم أمامي، في أعلى وسط الورقة.</p> <p>- الورقة مستعملة بطريقة عمودية.</p> <p><u>الخط: (Le tracé)</u></p> <p>- الخط كلي، خطوط متواصلة.</p> <p>- ضاغط أحيانا (marqué).</p> <p><u>الموضوع: (Le thème)</u></p> <p>- الموضوع العام للرسم، هو صورة إنسان، من جنس الذكر، مع غياب</p>

الإسقاط، وعلى اضطراب في الصورة
الأنثوية).

الرأس: متوسط الحجم.

الرأس هو موقع الذات، مركز القوى العقلية
وضبط حفزات الجسم.

العينين: مفتوحتين، خاليتين من أي تعبير، فهي
عين لا ترى، يشير ذلك إلى عدم النضج
الإنفعالي، والتمركز حول الذات.

الأنف: مرادف قضيب.

الفم: كبير، يدل على العدوانية اتجاه المرض
السرطاني.

الشفتان: كثيفتين، تدل على نقص النضج.

الذقن: محذوف، يشير ذلك إلى تعويض عن
الضغط والتردد والخوف من المسؤولية، وتشير
إلى رغبة الحالة أن تكون قوية من الناحية
الاجتماعية (لوحظ ذلك عند الحالة).

الأذنين: مرسومتين، كبيرتين، ممدودتين نحو
الأعلى، يشير ذلك إلى رغبة الحالة، في معرفة
كل ما يخص المرض السرطاني، وإلى طابعها
الفضولي وإلى الإحباط والإنشغال.

حاجب العين: انشغال جمالي.

عوامل أخرى.

الشكل: (La forme)

- الشكل المهيمن هو
الرباعي.

- قياسات متوسطة.

- تواجد اضطرابات
التناسب.

الحركة:

(Le mouvement)

- لا توجد أي حركة.

اللون: (La couleur)

- لا يوجد أي لون.

الشعر: موجود، خفيف جدا (فقدت الحالة شعرها في الحقيقة).

الرقبة: نوعا ما طويلة، تفرق بين الرأس والحجم، تدل على تملك الحالة للاندفاعية.

الجسم:

الأعضاء العليا: اليدين والذراعين: اليدين موجودتين، تدل على التكيف الاجتماعي، والثقة في العلاقات.

الذراعين: ممدودتين نحو المحيط، تدل على الاجتماعية.

الأصبع: عدد الأصابع مناسب، يشير إلى الإتصال الجديد مع المحيط (للحالة علاقات اجتماعية، سهلة، وعميقة).

الأعضاء السفلى:

الساقين والرجلين: تشيران إلى الشعور بالأمان.

الساقين: مفتوحتين، (écarté)، يشير ذلك إلى شعور الحالة بالثقة بالنفس.

الرجلين: كبيرتين، تشير إلى العدوانية.

الرجلين بالحذاء: رغبة جنسية مكبوتة.

الذراع:

Le tronc: موجود، يشبه لصندوق مربع.

اللباس:

الأزرار: (Les boutons)، تشير إلى التبعية الطفيلية، وتدل على إنشغال بدني متركز حول الذات.

الحذاء: استثمار قضيب رمزي.

الحزام (La ceinture): تفرق بين المنطقة العليا من الجسم، من المنطقة السفلى

■ القراءة المعمقة للرسم الأول حسب "K. Marchover"

تحليل المضمون (التحليل السيكولوجي) (Le) (fond)	تحليل الشكل (La) (forme)
<p>- يعبر الشخص المرسوم، على رسم طفيلي، لشخص من جنس الأنثى، يعبر عن الأنوثة، وعن الحزن.</p> <p>- مكان الرسم، أي أعلى وسط الورقة، يدل على الفكر، الخيال، والمثالية.</p> <p>- الاستعمال العمودي، دال على التفاؤل والطموح.</p> <p>- الرسم الأمامي، يشير إلى الإنفتاح إلى العلاقات الاجتماعية.</p> <p>- الخط الضاغط، يشير إلى قلق الحالة، النابع من المرض السرطاني.</p> <p>- الشخص المرسوم، من جنس الأنثى، نفس الجنس الحالة، يدل ذلك، على وصول الحالة إلى مستوى كاف من التفريق بالنسبة للصور الأبوية.</p> <p><u>الرأس</u>: قياساته متوسطة.</p> <p><u>العينين</u>: مفتوحتين، كبيرتين، وحزینتين، تشير إلى الانشغال بالمرض السرطاني.</p>	<p><u>ورقة الرسم:</u></p> <p><u>(Mise en page)</u></p> <p>- رسم متوسط لإنسان من جنس الأنثى.</p> <p>- رسم أمامي (de face) في أعلى وسط الورقة (milieu).</p> <p>- الورقة مستعملة بطريقة عمودية (vertical).</p> <p><u>الخط: (Le tracé)</u></p> <p>- الخط كلي، ضاغط أحيانا خطوط متواصلة.</p> <p><u>الموضوع: (Le thème)</u></p> <p>- الموضوع العام للرسم هو، صورة لجسم من جنس أنثى، مع غياب عوامل أخرى.</p>

الأنف: مرادف قضيبى.

الفم: كبير، دال على العدوانية، إتجاه المرض السرطاني.

الشفقان: كثيفتين، تدل عن الحالة على نقص في النضج.

الذقن: غير موجود، مثل الرسم الأول، يشير ذلك إلى رغبة الحالة، على أن تظهر قوية من الناحية الاجتماعية وخوفها من المسؤولية.

الأذنين: مرسومتين، ممدودتين نحو الأعلى، كبيرتين، تدل على رغبة في معرفة كل ما يخص بالمرض، وإلى الاحباط والانشغال و الفضول

الشعر: انشغال جمالي، مرسوم طويل.

حاجب العين: انشغال جمالي.

الرقبة: تفرق جيدا بين الرأس والجسم، تدل على التحكم في النزوات، واستعمال الفكر.

الجسم:

الأعضاء العليا: اليدين، تدل على التكيف الاجتماعي، والثقة في العلاقات (الحالة متكيف نفسيا مع الوضعية المرضية).

الذراعين: ممدودتين نحو المحيط، دالة على

الشكل: (La forme)

- الشكل المهيمن هو الرباعي والكروي.
- قياسات متوسطة.
- تناسب حسن.

الحركة:

(Le mouvement)

- لا يوجد أي حركة.

اللون: (La couleur)

- لا يوجد أي لون.

الاجتماعية.

الأصبع: عدد الأصابع، مناسب، ولكن الحالة رسمت الأظافر، يشير ذلك إلى العدوانية.

الأعضاء السفلى: تشير إلى الأمان.

الساقين والرجلين: مفتوحتين، تشير إلى الثقة بالذات.

الرجلين: كبيرتين، تشير إلى العدوانية.

الجذع (Le tronc): موجود.

اللباس:

الأزرار: تبعية طفيلية.

الحذاء مع (Talon): رغبة جنسية مكبوتة.

الحزام: يفرق بين المنطقة العليا (Poitrine)، من المنطقة السفلى والأعضاء السفلى.

هناك عدة (détails)، في هذا الرسم، يؤكد ذلك عدم النضج العاطفي (الأزهار).

■ حوصلة وتحليل الحالات الخمسة:

في فترة المراهقة، شعرت هذه الحالات بالضغط والهشاشة، أمام مرحلة المراهقة المتميزة بالتساؤلات التقمصية والتحويلات الجسمية، لأنهم أصيبوا بمرض مخيف، وهو سرطان الدم.

سمحت لي المقابلات العلاجية مع الحالات، بجمع معلومات حول طريقة تفكيرهم، بملاحظة مباشرة سلوكهم، وبالتعرف على تاريخهم الشخصي.

تشابهت الحالات المتبعة في عدة نقاط، وهي:

ظهر على الحالات الخمسة، بدرجات متفاوتة الحدة، معاناة نفسية، واضطرابات سلوكية، مثل: التمرد أمام الاستشفاء، تتبع العلاج الكيميائي، أو إجراء بعض الفحوصات الطبية، دالة على اضطراب في التكيف النفسي للوضعية المرضية.

كل الحالات، عرفت صعوبات إتصالية مع الطاقم الطبي ومع الوالدين، وكانت تتوقع وتخاف من الأعراض الجانبية للعلاج الكيميائي.

كل الحالات ظهر عليها مزاج اكتئابي.

كل الحالات نابعة من عائلات متواضعة، ذو أولياء يتمتعون بقدرات أبوية، حسنة، ويسود التفاهم بين الوالدين (إلا الحالة الثانية، وصل سوء التفاهم بين الوالدين إلى الطلاق بعد محاولة اعتداء الأب جنسيا على الحالة).

(الحالة الرابعة، كانت تلعب دور الآباء، بتشجيعهم ومساندتهم باستمرار).

(الحالة الثالثة، هي فقط، ذات آباء ذو قرابة عائلية (Consanguins)).

كل الحالات، عبروا عن الخوف أمام فكرة الموت وعدم الشفاء (خاصة الحالات ذات سوابق مرضية سرطانية في العائلة، مثل الحالة الرابعة التي توفى أباها بمرض سرطان الرئة)

لم يتم الإعلان تشخيص المرض السرطاني، مباشرة للمراهقين، ورغم ذلك، كل الحالات (ما عدا الحالة الأولى)، كانت على علم من التشخيص، وعرفت الحالات طبيعة ذلك، من الأولياء.

ولطالما كان ارتباك بعض من الأطباء، أمام الحالات فيما يخص نوعية المرض، موضوع تسلية بالنسبة للحالات الخمسة.

كل الحالات، بدرجات متفاوتة، ظهر عليها اضطراب الصورة الجسمية، تبين ذلك من خلال اختبار رسم الشخص لـ "K. Marchover"، فتحصلت على النتائج التالية:

- مقاومة للرسم بدرجات متفاوتة.
- إسقاط حقيقي، لشخصية الرسم، ولحقيقة المرض السرطاني.
- تعبير عن انحطاط الصورة الجسمية (لأن مكان الجسم أصبح مكان المرض السرطاني)، وعن اضطرابات في الصورة الجسمية.
- صعوبة تقبل بعض التغيرات الجسمية (مثل فقدان لشعر).
- الإنشغال بالمرض السرطاني.
- الحزن والإحباط والإكتئاب.
- اضطراب عند ثلاث حالات ذات جنس أنثوي، للصورة الأنثوية (رسمت الشخصية الأولى ذات جنس ذكري جنس معاكس).

هذه الوسيلة الإسقاطية (اختبار رسم الشخص لـ "K. Marchover"، سمحت لي، بتقييم التوافق في الرسم، وذلك بأخذ في الاعتبار عوامل خاصة بكل حالة، من سن وجنس ومستوى عقلي والمنظومة الثقافية والضغوطات الناتجة من التاريخ الشخصي والمرضي لكل حالة.

الفصل الثامن

عرض وتفسير نتائج الدراسة

• تمهيد:

يتضمن هذا الفصل، مناقشة الفرضيات، ونتائج الدراسة الميدانية وبعض الاقتراحات، وبذلك بعد إجراء عدة مقابلات مع الحالات، وبعد إجراء مقابلات مع أولياء الحالات، في إطار التوجيه الأبوي، وبعد تطبيق اختبارين على الحالات (سلم تقييم درجة الاكتئاب، واختبار رسم الشخص لـ "K. Marchover").

ولهذا انقسم عملي إلى جزأين، الجزء الأول تمثل في استقبال أكبر قدر ممكن من المعلومات خلال مجموعة مقابلات مع الحالات والأولياء.

والجزء الثاني، تمثل بالمرافقة نفسياً للحالات فاستعملت العلاج النفسي التدميمي المتمركز حول الذات، خلال الفترات الصعبة من السيرورة العلاجية، وذلك بالإصغاء التام للمعاناة، بالإحساس بالآخر، أي التفهم الكلي للمعاش النفسي للوضعية المرضية، كما حاولت سند الآباء في إطار التوجيه الأبوي، بالتركيز على الدور الأبوي في مساندة المراهق المصاب بابيضاض الدم .

• مناقشة الفرضيات

1) مناقشة النتائج على ضوء الفرضية الأولى:

منطلق الفرضية الأولى، هو أن المرافقة النفسية، للمراهق المصاب بإبيضاض الدم، طيلة مرضه، تساعد على مواجهة وتقبل العلاج العنيف، كما تساهم في تحسين الصورة الجسمية التي غالباً ما تضطرب، وبالتالي على التكيف النفسي.

فيمكن القول أن الفرضية الأولى تحققت.

فتبين لي خلال هذه الدراسة، أهمية دور الأخصائي النفسي، طيلة العلاج، فمن الممكن أن يرافق الأخصائي المراهق المصاب بإبيضاض الدم، بوضع برامج تدخل بهدف المساندة النفسية للمراهق، أثناء صعوباته اليومية.

سمحت المرافقة النفسية، بتخفيض القلق، بتحسين المزاج، فتقبلت الحالات متابعة العلاج حتى نهايته، بشجاعة أكثر، وهذا يعني تكيف نفسي أحسن.

ولوحظ تحسن للتصور الجسدي، وتقبل للتغيرات الجسمية.

وإنخفاض في صعوبات الاتصال مع الوالدين من جهة ومع الطاقم الطبي من جهة أخرى.

وبالتالي، فالمرافقة النفسية، دور فعال، في مساعدة المراهق المصاب بإبيضاض الدم على التكيف النفسي.

(2) مناقشة للنتائج على ضوء الفرضية الثانية:

منطلق هذه الفرضية، هو أن توجيه آباء المراهق المصاب بإبيضاض الدم، مسانديهم نفسياً، ومحاولة التخفيف من الصعوبات الإتصالية مع المراهق، تساعد هذا الأخير، على مواجهة أحسن للمرض السرطاني.

فيمكن القول أن الفرضية الثانية تحققت.

كل أولياء الحالات، يعيشون معاناة نفسية (مثل والدين الحالة الثالثة (إكرام 2))، الذين صرحوا بأنهم في حيرة، أمام سلوك الحالة التمردية، رغم تطور إيجابي للمرض).

وكل الأولياء، ذو قدرات أبوية حسنة، (ما عدى أب الحالة الثانية (إكرام))، الذي تحرش بها جنسياً، وهي في هذه الوضعية المؤلمة).

ولكن هذه القدرات الأبوية، غالباً، ما تكون غير مستعملة بصفة كاملة، لأنهم يشعرون بالذنب أمام معاناة الحالات، ويتمنون لو أنهم في مكان الحالات، (مثل أم الحالة الخامسة (شهرة))، التي تشعر بذنب كبير، جراء أسئلة الطاقم الطبي، حول نوعية الغذاء التي قدمته للحالة في طفولتها)

ومن الأولياء، الذين كانوا يربطون فكرة المرض السرطاني بالموت الحتمي، فقدوا الأمل في شفاء الحالة، جراء سوابق عائلية ومرضية (مثل أم الحالة الرابعة (تركية))، التي فقدت ولدها، جراء إصابته بمرض سرطاني).

وهذا ما كان يمثل إعاقة، لمساندة أحسن للمراهقين، من طرف الأولياء.

سمح التوجيه الأبوي، بتفهم أحسن، للطابع التمردى للمراهق.

بالتحسين الكمي و النوعي للمساندة المتاحة من طرف الوالدين للمراهق

المصاب

وبالتالي، انخفض الضغط الممارس على المراهق ، وتحسن الإتصال

(خاصة، الحالة الثانية (إكرام) التي كانت تعيش صعوبات إتصالية ضخمة مع

أمها).

• مناقشة نتائج الدراسة

دلت النتائج المتحصل عليها، خلال هذا العمل على:

- للمراهق المصاب بإبيضاض الدم، شخصية، تميزه عن باقي المراهقين في نفس السن، تبرز نتيجة إحتكاك عمليين، قيامه بعمل إدماج مرحلة المراهقة من جهة، وفي نفس الوقت قيامه بعمل تقبل المرض السرطاني الذي أصيب به.

بعض من خصائص هذه الشخصية، تتمثل في:

- التمرکز حول الذات.
- العناد والتمرد.
- تطور النضج العاطفي.
- شجاعة مدهشة، بالنسبة لسن المراهق.

فكل الحالات الخمسة المتبعة، ظهر عليها:

(1) اضطراب التكيف النفسي تمثل في:

- فترات تمرد وعناد، خاصة، عند ضرورة المجيء إلى المستشفى، واحترام المواعيد الطبية.

ظهر هذا العناد، بأكثر قوة عند الحالة الثانية والرابعة (إكرام، تركية)، خاصة عند ضرورة التعرض إلى سيرورة علاجية جديدة.

وعند الحالة الثالثة (إكرام 2)، عند اقتراح إجراءات طبية جديدة.

الخوف الشديد، وتوقع الأعراض الجانبية للعلاج الكيميائي مما كان يؤدي إلى رفضه.

- كل الحالات الخمسة، بدرجات متفاوتة الحدة، عانت من الاكتئاب ظهر في هذه الأعراض: (الحزن الشديد، البكاء، التوتر، الإنطواء على الذات والقلق، الشعور بالعدوانية).

وأكد ذلك عن طريق تطبيق سلم تقييم درجة الاكتئاب ل"أميلتون"، فاكتئاب الحالات، يمثل إعاقة للسيروورة العلاجية، وللتحصل على أفضل الفرص للشفاء.

- الإنعزال، تمثل في نقص الاحتكاك مع الأقران، وأحيانا انقطاع كل العلاقات معهم (خاصة أن كل الحالات، تواجدت في انقطاع عن الحياة المدرسية، وعدم الاكتراث بنفس مراكز الاهتمام الذي يهتم بها المراهق الغير المريض).

(2) اضطرابات في الصورة الجسمية تمثلت في:

- عدم تقبل التغيرات الجسمية، كتساقط الشعر، الإصفرار.

- تجنب المرأة، ونقص في التقدير الذاتي.

ثم التعرف عن هذه الإضطرابات، عن طريق تطبيق اختبار رسم الشخص ل"K. Machover"، ودل على:

- عدم تقبل آثار المرض السرطاني، على الجسم، وبالتالي إنكار تواجد المرض السرطاني (مثل الحالة الأولى: فوديل)، الذي لم يرسم كل أجزاء الجسم، بل رسم فقط الرأس).

- تشوه في الصورة الأنثوية، كل الحالات الأنثى، (ما عدى الحالة الرابعة، تركية) رسمت في الرسم الأول، جنس يعاكس جنسها الحقيقي.

إن المرض السرطاني، وفي دراستي مرض إبيضاض الدم، ينتج لدى المراهق، معاناة نفسية، أثناء العلاج، وبعد العلاج، وقد ينتج اضطرابات نفسية ضخمة ومتنوعة، في بعض الأحيان، تكون هذه الاضطرابات مارة، ولكن أخرى تصبح مرضية ومزمنة، فيتطلب اللجوء إلى أخصائي نفسي، لأنها، ذات آثار مباشرة على حياة المراهق، وعلى قدرته على تحمل العلاج العنيف وبالتالي على مواجهة أحسن للمرض السرطاني.

فتظهر أهمية تقييم هذه المعاناة النفسية، والمرافقة نفسيا طيلة العلاج الكيميائي، وحتى بعد التوقف منه، وتتبع العلاج بالأشعة، فبعد ذلك تحصلت الحالات الخمسة، على:

- تكيف نفسي أحسن، ظهر في:
- تقبل للعلاج الكيميائي بدون مقاومة، وتقبل كل الاقتراحات الطبية (تتبعت الحالة الثانية والثالثة، العلاج الكيميائي إلى نهايته، أما المرحلة الرابعة والخامسة، فتواصل العلاج).
- تحسين للصورة الجسمية، تمثلت في تقدير ذاتي أحسن، وتقبل التحولات الجسمية وإدراك طابعها المؤقت.
- تحسن في المزاج، ونقص في الإنطواء على الذات.

وبالتالي، ظهر على الحالات شجاعة ومقاومة أكثر للمرض السرطاني، (الحالة الثانية والثالثة، تتواجد في مرحلة توقف المرض، أما الحالة الرابعة والخامسة، تواصل العلاج، بأكثر تكيفا ومقاومة).

- أما النصائح والسند النفسي، في إطار التوجيه الأبوي، أدى إلى:
- تحسين الإتصال، الذي غالبا ما كان مضطرب، بين الوالدين والحالات.
 - تحسنت الحالات، على تشجيع وسند أحسن، من طرف الوالدين.
 - تخلي بعض الأولياء، على فكرة الموت الحتمية، وفقدان الأمل في الشفاء (مثل أم الحالة الرابعة (تركية)، التي كانت تربط مرض الحالة، بوفاة ولدها جراء إصابته بمرض سرطاني).
 - التخلي عن مشاعر الذنب (مثل أم الحالة الخامسة (شهرة) التي كانت تشعر بالذنب، لأنها تربط بين مرض الحالة، ونوعية الغذاء الذي تحصلت عليه الحالة في طفولتها (Aliment en conserve)).
 - استرجاع الأمل، وعدم الاستغناء عن الحالة، (زيادة الزيارات في المستشفى)

• اقتراحات:

- السماح للمراهق، بالتعرف على مرض السرطان، بمنحه، كل المعلومات الأساسية، فيما يخص نوعية المرض، وخطورته، وحول سيرورة العلاج، وفرص الشفاء، وذلك بصفة واضحة، ومكيفة، مع سنه، وقدراته الشخصية، أي إعلان التشخيص للمراهق المراهق.
- لا يوجد من جهة، الأخصائي بالمعانة الجسدية، ومن جهة أخرى الأخصائي بالمعانة النفسية. فالأخصائي النفساني، لا يجب، أن يتكفل وحده بالمعانة النفسية للمريض، ولعائلته، فكل الطاقم الطبي، يجب عليه الانتباه للتغيرات النفسية والعلامات الدالة على المعاناة، والإصغاء التام، لاحتياجات المراهق.
- يجب أن تكون المتابعة الطبية، من طرف طبيب واحد، وتجنب التغيير الكثير.
- السماح، للطبيب، في ميدان الطب السرطاني، بالتحصل على تكوين نفسي، وذلك بهدف الحصول على تكفل أحسن، بالمراهق.
- منح المساندة النفسية، ليس فقط للمراهق المصاب بإبياض الدم، بل، أيضا للعائلة، هذه الأخيرة، تتأثر كثيرا، بالمرض السرطاني، وتمثل بدورها دعما نفسيا، للمراهق.
- من المهم، الاحتفاظ، بالمراهق المصاب، ولو كان في المرحلة النهائية للمرض، في عالم الأحياء، وذلك بتشجيعه على التفتح للعالم الخارجي عن طريقة عدة أنشطة (شبكة الإنترنت، التلفاز، تدخل بعض الجمعيات، تجولات، ... الخ) وتجنب القيام، بحداد مسبق من طرف العائلة.

خاتمة البحث

من مهمة كل الطاقم الطبي، في ميدان الطب السرطاني، أن يأخذ بعين الاعتبار، ليس فقط المرض السرطاني، بل أيضا الشخص المصاب، وما يهمننا في هذه الدراسة، المراهق المصاب بإبيضاض الدم.

فرغم تطور الطب، وانخفاض نسبة الوفيات عند المصابين، بإبيضاض الدم، يبقى هذا المرض، يمثل خطرا على الحياة، وحتى في حالة الشفاء، يبقى خطر معاودة المرض، أو ظهور سرطان من نوع آخر، فأمل الشفاء الكلي، يؤدي إلى الشعور "بالشك"، بالنسبة للمستقبل، ويمثل خطر على هوية المراهق الذي بقي لمدة طويلة بين المرض والشفاء، وتأثر بمتابعة طبية ذات نتائج، على دوره الاجتماعي، العائلي، ودوره كمراهق.

ففي البداية، الإعلان، عن تشخيص المرض السرطاني، يمثل زمنا مهما، واختبارا صعب التحمل، بالنسبة للمراهق، ولعائلته، لأن المرض سرطاني، ذو تصور مميز، وهو مرتبط بفكرة الموت.

ففي التربص، الذي قمت به، في مصلحة أمراض الدم، لاحظت أن الأطباء، يتجنبون إعلان التشخيص، للمراهقين، بل يعلنونه فقط للأولياء، وللراشدين المصابين، ورغم ذلك، لاحظت أن أغلبية المراهقين، على يقين عن نوعية مرضهم، وعن خطورته، وعن تهديد الموت.

فقد يستمر المراهق، بتبني سلوك، يعني أنه يتجاهل طبيعة التشخيص، فيتعامل مع الطبيب وكأنه يجهل مرضه. كما لاحظت، عدة مرات، حرج الممرضات، أمام المراهق، وأسئلته الدالة، على أنه بعلم بنوعية مرضه وخطورته.

فإعلان التشخيص، يتطلب، وقتا كافيا، لتقبل هذه المعلومة الصعبة، لفهمها، لإدراكها، بالنسبة للآباء أو المراهق. فأتثناء الإعلان، يجب أخذ بعين الاعتبار، ردود الفعل المعبرة عن الفزع، يجب تحديد الخطر، وأن يترك مجال مفتوح للأمل وإقتراح مرافقة نفسية، طوال تطور المرض، لأن تفهم وإدراك المرض السرطاني، يختلف من شخص لآخر.

وإذا، أتخذ قرار، إعلان التشخيص، إلى المراهق، فيجب أخذ بعين الاعتبار مستوى تفهم الأولياء، قدرتهم على التقبل، أن يعرف طفلهم تشخيص مرضه، فيجب للمعلومة أن تكون مكيفة، ، وأن تكون واضحة، لتستمر سيرورة العلاج والعناية الطبية.

إن المراهق، ذو قدرة على تقييم خطورة حالته الصحية، عن طريق ملاحظة معاناة أولياءه، فإن صمتهم، وصمت الطاقم الطبي، قد يكون مصدر قلق وخوف بالنسبة له، أكثر من واقع التشخيص.

فبالنسبة للطبيب، مهما، كانت تجربته، إعلان هذا المرض، يبقى صعبا، أمام مشاعر الخوف والإحباط، التي تسود المراهق ووالديه.

عند الدخول إلى المرض السرطاني، تضطرب كل الحياة في بعض الدقائق، فقد يحاول المراهق خلق علامات جديدة، بالنسبة للمعلومات المتحصل عليها، لأن تشخيص مرض إبياض الدم، مثل أي سرطان أو مرض خطير، يحفز مشاعر الذنب، يبحث المراهق عن مصدر المرض، ويتساءل لماذا أصيب به؟

فيرافق الدخول إلى هذا المرض، وإلى هذا العالم المجهول والخطير، (مثل: آلام، علاج ثقيل وصعب، ضرر جسدي، ... الخ) مشاعر تعبر عن القلق، الرعب، الكف وكأنه يواجه كارثة.

إن المراهق، يتواجد في وضعية النضج السريع، والبحث عن الاستقلالية، فقد يشعر، عند إصابته بإبيضاض الدم، أنه، في تبعية كاملة، وأنه موضوع تدخلات كثيرة، مؤلمة، مخيفة كبعض الطرق العلاجية، مثل:

(Ponction médullaire)

فيحاول إذا، وسريعا أن يجد تحكماً جديداً، لجسمه.

وبالتالي، في بعض الأحيان، نجد مراهقين، يهتمون كثيراً بطبيعة العلاج وبالأمراض الجانبية على الجسم.

فيمكن التحدث على نضج مكتسب بصفة سريعة، وقد يمثل ذلك خطراً، لأن المراهق، قد يعتبر، كراشد أي أنضج على حقيقته.

إن ردود الفعل النفسية، للمراهق، أثناء سيرورة المرض، مرتبطة بتاريخه الشخصي، بقدرة الآباء على مواجهة المرض السرطاني وقدرتهم على مساندة المراهق، بدون إنكار للمرض، وبدون البدء في حداد مسبق.

فالمحيط، قد يساعد المراهق، على التحكم في معاشه العاطفي.

قد يظهر المراهق، شجاعة مذهلة، أمام العلاج الصعب، ولكن المشكل الأساسي الذي يعرفه، هو مواجهة فكرة الموت، التي تظهر كتفريق وضياع كبير، فهو يعيش، تجربة العزلة، والاختلاف عن المراهقين الآخرين، عن ضياع الهوية والاتصال الاجتماعي، فيصبح الوقت ثابت، وممل (استشفاء/منزل).

فيلغى الماضي، والمستقبل، لكي يعيش الحاضر، فخطر الموت، يدل على ضياع الحب، لأنه محيط بأشخاص، يذكرونه دائما في الموت، وهذا يؤثر عليه. إن المراهق المريض بإبيضاض الدم، مصاب في واقع جسمه، وأيضا في صورة هذا الجسم، فقد تضطرب صورته الجسمية، وإذا كان ذلك غير واضح له، فقد يفقد الاهتمام بجسمه، ويطور خيال مخيف، فاضطراب الصورة الجسمية مرتبطة بمستوى كثرة التحولات الجسمية التي طرأت عليه كفقدان الشعر، أو نقص الوزن.

أو بالنسبة للأعراض الجانبية للعلاج (القيء، الغثيان، التعب، والآلام).

كل هذه الاضطرابات الناتجة من المرض والعلاج والضرر الجسدي، تؤدي إلى الشعور بفقدان الهوية. فيتساءل المراهق، هل تعرفون الآخرين عليه؟ ما هي النظرة المتجهة إليه؟

فقد يفقد الثقة بنفسه (التقدير الذاتي، ويصل إلى فقدان الأمل، ثم الإكتئاب).

فإن ضياع الشعور "بالأبدية"، وبالتوافق الداخلي، يطور لدى المراهق بعض السلوكيات، كالإنكار، فلا يريد التطرق إلى موضوع المرض، وقد يتبنى سلوك خطيرا، للشعور بالتحكم في الوضعية، أو سلوك التسلط حول المحيط، وهو عبارة عن دفاع، ويشير إلى أهمية المعاناة النفسية، خاصة إذا تقبل، الطاقم الطبي والآباء هذا السلوك. فمن المهم، أن نترك للمراهق المصاب بإبيضاض الدم، المجال للتعبير الحر عن مشاعره وعن معاناته، ولكن توضيح الحدود، يطمئنه، ويحميه. يجب أيضا تجنب الإفراط في الحماية الذي يخفي غالبا مشاعر الذنب أو حداد مسبق.

أما مرحلة معاودة المرض، فتعاش بصفة أكثر عمقا، بالنسبة للإعلان عن التشخيص، لأن المراهق ووالديه يعيشون في أمل الشفاء. فهذه المرحلة، هي فقدان الشجاعة والأمل.

تظهر عدة ردود فعل للمراهق المتمثلة في: التمرد أو رفض العلاج أو بالعكس، تقبل العلاج بصفة سلبية، أو الإنطواء على الذات.

فيستلزم، للطاقم الطبي أيضا، مرافقة المراهق، ولذلك يجب أن يتحصلوا على تكوين نفسي، يساعدهم على التحصل على إستراتيجيات أحسن، للإصغاء والإحساس بالآخر.

إن السرطان، يحدث عند المراهق، صدمة نفسية ضخمة، التي تتطلب التكفل والمرافقة النفسية، والإعتبار من طرف الطاقم الطبي، فقصير أو طويل المدى. فالتدخل النفسي، يهدف إلى تقييم الآليات الدفاعية المستعملة، قلق المراهق، بعض الأعراض الإكتئابية، وصعوبات الإتصال ما بين أفراد العائلة، الإخوة، والمراهق المصاب بسرطان الدم.

وبالتالي، يبقى الهدف النهائي، لكل التدخلات، يتمثل في التحصل على جودة الحياة، لأكبر وقت ممكن.

قائمة المراجع

• باللغة العربية:

1. بدرة معتصم ميموني – مصطفى ميموني: سيكولوجية النمو في الطفولة والمراهقة. ديوان المطبوعات الجامعية. 2010. الجزائر.
2. تركي رابح: مناهج البحث في علم التربية وعلم النفس. الجزائر. 2001.
3. عطوف محمود: علم النفس الإكلينيكي، الطبعة 1، بيروت 1981.
4. جوليان روتر: ترجمة عطية محمود، علم النفس الإكلينيكي، 1971 .

● باللغة الفرنسية:

1. A. Brousselle. A. Gibe Ault. M. Vincent. Adolescence. Edition SARP. 2001.
2. Ada Abraham: Test de March over. Le dessin d'une Personne. 2^{ème} Edition. EAP. 1985.
3. Alain de Broca. Deuil et endeuillés. 2^{ème} édition. Paris. 2001. Masson
4. Birr aux. A. De la crise au processus in Marty (L'adolescence dans l'histoire de la psychanalyse). Paris. Edition in Press.2003
5. B. Hoerni.cancérologie et hématologie, Edition Masson. Paris. 2001.
6. Congrès – accompagnement psycho-social. France. Québec. 2009.
7. Daniel Oppenheim de Boeck. Grandir avec un Cancer.. L'expérience vécue par l'enfant et l'adolescent. . 2ème Edition, Bruxelles 2009
8. Darius Ra zani, Nicole Delvo. Psycho-oncologie. Le cancer, le malade et sa famille. 2^{ème} édition. Masson. Paris. 2002.
9. Darius ra zani , Delvaux Nicole. Intervention psycho-oncologique. La prise en charge du patient cancéreux. 2ème édition. Masson. Paris. France. 2003
10. Delamare, Dictionnaire des termes de médecines. 22^{ème} édition Garnier. 1989.
11. Diane, diarouma,Mémoire ou thèse, , 2011.
12. Dolto : l'image du corps. édition essais, 1992
13. Euro – cancer.2000, compte rendu le 6-7-8- juin 2000, palais des congrès, paris
14. Holland. J. C. Practice guidelines of the management of the psychological distren oncology. P: 113 1999
15. Jacqueline Royer. Que nous disent les dessins d'enfants. Les éditions du journal des psychologues. 2ème édition 2005
16. Jalman : Jusqu'à la mort, accompagnement la vie. 2008 ????

17. J.Guyotat, situation de pratique médicale, Masson, tome 2, paris, new York, Barcelone 1978
18. Khadîdja Chahraoui, Hervé Bénony: Méthode, évaluation et recherche en psychologie. Dunod, Paris, 2003.
19. Lagache. D (L'adolescence dans l'histoire de la psychanalyse).2003 ????
20. Laurent chenei, Psycho. 3ème édition. Les soignants face à la psychologie des maladies. L'amarre. 1999.
21. Lucien Tenenbaum. La dépression une épreuve moderne. Le harmattan.Paris.2009
22. Marcia « Identity and self – development ». New York. Vol 1. 1989.
23. Moutassem Mimouni Badra, Belaila Khadîdja. Elément de psychomotricité pour jeune enfant. Office des publications universitaires. 2011.
24. Nadine Amar, Catherine Couvreur, Michel Hams.auteur :collectif,le deuil, 2ème édition SARP. Alger. Algérie. 2002.
25. Norbert Sil Lamy, dictionnaire de psychologie – Larousse. 1999. Paris.
26. Patrick Alvir, L'annonce du Handicap à l'adolescence. Librairie Wilber. Paris. 2005
27. Pascal Anger. Psychanalyse. Guidance parentale. Pyrénées. Paris.2004
28. Pascal Hachet. La guidance parentale, une réponse psycho-éducative. ERES.2001
29. Philippe Jeammet. adolescence, Edition Syros. Paris. 1997.
30. Pi-Syner. M. T. « Crise d'identité et trouble d'altérité à l'adolescence. Toulouse. Mirail. France. 1988.
31. Revue française de psycho-oncologie. Guiot, Juliette, Vaquin Clémentine. Adolescent et jeunes adultes. pendant et après un cancer 12/2009.

32. Richard Cloutier, Psychologie de l'adolescence. 2^{ème} édition.. Montréal. Paris. Casablanca. 1996.
33. Schelle – Mathias. Bordeaux. Congrès National de la SFAP. 2005. « L'accès au soins palliatifs et à l'accompagnement ».
34. Schilder, l'image du corps. Gallimard. 1968.
35. Vincent Lau pies. La guidance parentale, ses liens avec la psychothérapie et la bienveillance. Vol 25, 2004
36. www.cyberdocteur.net.
37. [www.news medical/health/actue_myel](http://www.news-medical.com/health/actue_myel)
38. Zur cher, Jean, Michel : Quintana, ericer, parquement, halené, doy-françois, Daniel, Nilson, Jean. Info Raner, Francophone de soins palliatifs. 2003.
39. Adlescnece es psychopato.....

الملاحق