

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة وهران 2 محمد بن أحمد



قسم علم النفس والأرطوفونيا

تخصص: علاجات نفسية

مذكرة لنيل شهادة الماستر تحت عنوان

فعالية العلاج النفسي الجماعي في التخفيف من
حدة الاكتئاب لدى النساء المصابات بسرطان
الثدي باستعمال تقنية مجموعة المحادثة

تحت إشراف الأستاذة:

طالب سوسن

إعداد:

عامر خيرة

أمام لجنة المناقشة المتكونة من:

جامعة وهران 2	رئيسا	أ.د. محرزى مليكة
جامعة وهران 2	مشرفا ومقررا	أ.د. طالب سوسن
جامعة وهران 2	مناقشا	كبداني خديجة

الموسم الجامعي: 2018/2017

كلمة شكر

أتوجه بالحمد و الشكر لله سبحانه و تعالى أنه سهل لي اتمام هذا البحث
فله يليق كمال الحمد والشكر.

ثم أتقدم بالشكر و الامتنان الى الأستاذة المحترمة «طالب سوسن»
على تفضلها بالإشراف على هذا البحث و حسن رعايته و توجيهه، و ما بذلته من
جهود.

كما أوجه شكري إلى كل أساتذة كلية علم النفس على كل ما قدموه لنا طيلة المشوار
الجامعي، وأدعو الله أن يوفقهم في مسارهم العلمي و العملي،
كما لا يفوتني أن أتقدم بالشكر و العرفان الى مستشفى علاج الأورام السرطانية
و أتمنى الشفاء لكل المرضى إن شاء الله و العافية.

إهداء

إلى من

فأرشداني الى ترك المعاصي

تكون لهم ضعف حفطي

و نور الله لا يهدي لعاص

و قالأ أن العلم نور

إلى ذكراك يا أبي ، إلى روحك الطاهرة أهدي جهدي العلمي هذا الى الشمعة التي

أنارت لي طريقي إليك يا أمي

إلى الذي لم يبخل يوماً في تقديم الدعم و المساندة لي ، إلى زوجي «جواد» إلى أملي

ونور عيوني ، إلى أبنائي «محمد الطيب» و «أنس عبد النور» ، إلى إخوتي

وأخواتي الذين كانوا لي خير سند و معين و أبنائهم

إلى كل الأصدقاء و الزملاء أين ما كانوا كل باسمه

إلى كل هؤلاء أهدي بحثي هذا و جهدي العلمي المتواضع لكم، و لكم كل الحب

والاحترام و التقدير.

ملخص الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية إلى تصميم برنامج علاجي للعلاج النفسي الجماعي باستعمال تقنية مجموعة المحادثة القائم على نظرية مورينو Moreno، بأنه أسلوب علاجي يجمع بين تكنيك توزيع الأدوار والمهام و بين التكنيك العلاجي التلقائي المباشر، فكانت الدراسة حول فعالية العلاج النفسي الجماعي في التخفيف من حدة الاكتئاب عند النساء المصابات بسرطان الثدي، حيث كانت الإشكالية كالتالي:

«هل للعلاج النفسي الجماعي فعالية في التخفيف من حدة الاكتئاب لدى المصابات بسرطان الثدي؟»

«وهل للعلاج النفسي الجماعي فعالية في مقاومة الاكتئاب لدى المصابات بسرطان الثدي؟»

حيث تم الإجابة عنها بفرضية عامة:

- للعلاج النفسي الجماعي فعالية في التخفيف من حدة الاكتئاب لدى المصابات بسرطان الثدي .

الفرضيات الجزئية:

- للعلاج النفسي الجماعي فعالية في التخفيف من حدة الاكتئاب عند النساء المصابات بسرطان الثدي.

- للعلاج النفسي الجماعي فعالية في مقاومة الاكتئاب لدى المصابات بسرطان الثدي.

كما تم تطبيق برنامج علاجي على مجموعة من فئة نساء مصابات بسرطان الثدي متكوّنة من 14 امرأة، و تم تقسيمهم إلى مجموعتين، مجموعة ضابطة و مجموعة تجريبية، من خلال إقامة خمس جلسات علاجية متتابعة قدرت بجلستين في الأسبوع ، ثم تم استعمال أداة الدراسة و التي كانت مقياس الاكتئاب Beck على المجموعة العلاجية من أجل معرفة مستوى الاكتئاب لكل مريضة، و كان المقياس قبلي وبعدي للبرنامج العلاجي و من خلال ذلك تم التأكّد من تحقّق الفرضيات و ذلك بمعرفة أن للعلاج النفسي الجماعي أثر في تقبّل المرض عند النساء المصابات بسرطان الثدي و الخضوع للعلاج الكيميائي.

Résumé :

Cette étude pour un programme thérapeutique c'est la thérapie de groupe. « Groupe de parole », faite pour la théorie « Moreno » , cette étude pour la dotations d'un modèle puerpérale à un nombre des individus, et comme une étude il s'agit du « le rôle de la psychothérapie de groupe pour diminuer la dépression chez les femmes qui atteint un cancer du sein qui représente la variable de recherche indépendant dans la technique de groupe de parole sous problématique

A résultat tout cette donnée notre étude essayer d'exposer la lumière sur ce cas , pour répondre a la question :

Est –ce – que la thérapie de groupe à un rôle pour diminuer la dépression chez les femmes qui atteint un cancer du sein ?

Pour répondre a cette question, en fait mettre les hypothèses suivantes :

Hypothèse générale :

La thérapie de groupe à un rôle pour diminuer la dépression chez les femmes qui atteint un cancer du sein.

Hypothèse part :

La thérapie de groupe à un rôle pour diminuer la dépression chez les femmes qui atteint un cancer du sein.

La thérapie de groupe à un rôle pour la résistance du dépression chez les femmes atteinte du cancer du sein.

Et cette expérimentale concentré sur la variable continue sur un nombre d'étude de 14 femmes, , dirigé entre 02 groupe , groupe non expérimentale , et groupe expérimentale, sur 05 séances thérapeutique , en a appliqué l'échelle de dépression « **Beck** » avant et après les séances de thérapie de groupe, et après la comparaison des résultats en a confirmer notre hypothèse et que la thérapie de groupe à un rôle pour accepter la maladie et la chimiothérapie chez les femmes atteint d'un cancer de sein.

فهرس المحتويات

الصفحة	الموضوع
ا	إهداء
ب	كلمة الشكر
ج	ملخص البحث
ت	فهرس المحتويات
1	الفصل الأول: مدخل عام للدراسة
2	مقدمة
3	إشكالية الدراسة
4	فرضيات الدراسة
5	أهمية الدراسة
6	أهداف الدراسة
6	حدود الدراسة
7	الفصل الثاني: العلاج النفسي الجماعي
8	تمهيد
9	نبذة تاريخية عن العلاج النفسي الجماعي
10	تعريف و مفهوم العلاج النفسي الجماعي
11	أسس العلاج النفسي الجماعي
12	عمليات العلاج النفسي الجماعي
13	أساليب العلاج النفسي الجماعي

15	تقنية مجموعة المحادثة
16	خلاصة
17	الفصل الثالث: الاكتئاب
18	تمهيد
19	تعريف الاكتئاب
22	الزملة الاكتئابية
23	الشخصية الاكتئابية
24	مدى انتشاره
26	العوامل المسببة في الاضطراب الاكتئابي
28	النظريات المفسرة للاكتئاب (النظرية الديناميكية، النظرية البيولوجية، النظرية المعرفية والنظرية السلوكية)
33	مظاهر اضطراب الاكتئاب
35	التشخيص حسب « CIM 10 » و«DSM5»
36	تصنيف الاكتئاب حسب النوع والحدة والسن
38	التشخيص الفارقي
39	الفصل الرابع: السرطان
40	تمهيد
41	مفهوم السرطان
42	تصنيف السرطان
44	العوامل المساعدة للإصابة بالسرطان

45	العوامل النفسية و الأورام السرطانية
47	سرطان الثدي
48	تعريف سرطان الثدي
49	مراحل سرطان الثدي
50	أسباب سرطان الثدي
52	تشخيص سرطان الثدي
53	الوضعية النفسية للمصابة بسرطان الثدي
54	علاج سرطان الثدي
55	العلاج الكيميائي
56	تعريف العلاج الكيميائي
57	أهداف العلاج الكيميائي
58	الأدوية المستعملة لعلاج سرطان الثدي
59	أنواعها
60	مضاعفاتها
60	خلاصة
61	الفصل الخامس: منهجية البحث وإجراءاتها
66	الإجراءات المنهجية للدراسة
67	تمهيد
70	منهج الدراسة
77	عينة الدراسة

80	أدوات جمع البيانات
84	خطوات تطبيق البرنامج
86	خلاصة
89	الفصل السادس: مناقشة نتائج الدراسة
90	توصيات واقتراحات
94	قائمة المراجع
95	الملاحق

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

- ✓ مقدمة
- ✓ إشكالية الدراسة
- ✓ فرضيات الدراسة
- ✓ أهمية الدراسة
- ✓ أهداف الدراسة
- ✓ حدود الدراسة

مقدمة

يعتبر العلاج النفسي الجماعي أقدم أنواع العلاجات النفسية لأنه يساعد على حل بعض المشكلات النفسية و من بينها الاكتئاب و التوتر و القلق و الذي قد يكون ناجما عن أي مرض مزمن من الامراض الموجودة حاليا كمرض السرطان عامة و سرطان الثدي عند النساء و حتى الرجال بنسبة قليلة أكثر من النساء خاصة ، و الذي يعتبر أحد مهددات الحياة و الانسان في العصر الحديث و ذلك لخطورته فيعتبر سرطان الثدي في أيامنا هذه آفة من آفات الصحة العمومية ، هو أول سرطان المرأة في الغرب ، و لكن ليس فقط بل في المغرب أيضا في الجزائر، فلقد تفاقم عدد النساء المصابات به بصورة مذهلة ، فتسجل في الجزائر 9000 حالة جديدة وأكثر من 1000 حالة وفاة كل سنة (مجلة الأمل ص ، 2013، 07) ، و 80 % من الحالات تصل في وقت متأخر بسبب عدم الكشف عنها مبكرا ، لأنه كلما كان الكشف مبكرا كلما كان ضمان العلاج مبكرا ، و هو ما يعني ضمان نسبة كبيرة من الشفاء، (مجلة الأمل، ص 2013، 15) فهو يصيب مختلف الاعمار من النساء ، و عليه تم توفير مؤسسات استشفائية خاصة لعلاج هذا المرض من طرف فريق طبي نفسي ، فالعلاج الجراحي ثم العلاج الكيميائي و العلاج بالأشعة وحده غير كافي تماما ، إذا لم يرافقه العلاج النفسي و تقديم الدعم و المساندة النفسية لهؤلاء المرضى لما فيه من ايجابيات كبيرة ، و أمل كبير في الشفاء، حيث تبين أن معظم المصابات بهذا المرض لا يتقبلون مرضهم في بداية الامر و يرفضون الخضوع للعلاج الكيميائي فظهر عليهم الخوف و القلق و العجز حيث يجب إيجاد الطرق العلاجية المناسبة و التي منها طريقة العلاج النفسي الجماعي المستخدمة في علاج بعض المشكلات النفسية و التي في مقدمتها الاكتئاب و ذلك للأهمية التي تكتسبها الصحة النفسية في العصر الحالي.

و على هذا الأساس حاولت في هذه الدراسة تطبيق برنامج علاجي وهو العلاج النفسي الجماعي باستعمال تقنية مجموعة المحادثة لتفريغ المفعول السلبي بما فيه الصدمات النفسية و التخفيف من حدة الضغط النفسي الذي تواجهه هذه الفئة من النساء المصابات جراء المرض و مساعدتهم خاصة على تقبل المرض و تقبل الخضوع للعلاج الكيميائي في نفس الوقت و التأمل بالشفاء.

الإشكالية

يعتبر السرطان أكبر مهددات حياة الانسان في العصر الحديث ، ليس فقط في خطورته و صعوبة الشفاء منه و لكن لزيادة معدلات المصابين به فمن حيث الاحصائيات كل سنة يصاب 45 ألف حالة جديدة بداء السرطان في الجزائر (مجلة الأمل، ص 120، 2013) ، حيث يستطيع ان يصيب كل المراحل العمرية عند الانسان، الشيء الذي دفع بالحكومة الجزائرية منذ الاستقلال الى يومنا هذا الى استحداث مراكز

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

وطنية و جهوية لمكافحة مرض السرطان و على رأسها المركز الوطني لمكافحة السرطان (CPMC) بياروماري كوري بالجزائر العاصمة، (مجلة الأمل ص 13،2013)، و المؤسسة الاستشفائية لمعالجة أورام السرطان بوهران مسرغين الأمير عبد القادر (CAC) التي افتتح أبوابه منذ سنة 2008، و ما جعله قطبا لمختلف العلاجات الكيميائية و الاشعاعية لغرض السيطرة على أعراض السرطان و تحسين نوعية حياة المريض، إلا أن واقع المرضى المصابين يفيد بأنه إضافة الى هذا المرض العضال، الذي رصدت من أجله ميزانيات ضخمة، يعاني هؤلاء من اضطرابات نفسية متعددة (مجلة الأمل ص 15،2015).

فالإعلان عن خبر الإصابة بمرض السرطان، هو خبر يغير بصورة جذرية وضعية الحالة النفسية للمريض، مسببة بذلك استئصال الثدي حركة انفعالية قوية كما أن التشخيص يشكل ضغطا كبيرا على اي شابة أو امرأة، و في أي سن أو وضعية اجتماعية و مع ذلك فان الاستجابات النفسية تختلف من حالة لأخرى و ذلك حسب ظروف الحالة الشخصية و المحيطية ابتداء من مقاومة ثم الانذار أو الاستسلام (هانز سيلبي، ص 60) لبنية الشخصية و قدراتها التكيفية اتجاه معاشها الجديد مع السرطان، طبيعة و نوعية الحياة التي تحدد ردود أفعالها و وضعيتها الاجتماعية و العائلية و مصدر الدعم المادي، والمعنوي للتأقلم، و مصارعة هذا المرض و بالتالي هي تحتاج إلى مساندة، و دعم نفسي و الاشتراك مع أشخاص و مرضى آخرين يعانون من نفس المرض ضمن مجموعة علاجية، و من أجل ذلك اقترحنا تطبيق برنامج علاجي و هو العلاج النفسي الجماعي معتمدة في ذلك تقنية مجموعة المحادثة، من أجل تطبيقها على مجموعة من المرضى، فئة نساء متزوجات، مصابات بسرطان الثدي حيث يتمثل مفعولها العلاجي في تفريغ المفعول السلبي للصدمة النفسية من خلال الحديث و الحوار داخل مجموعة علاجية من المرضى، يتراوح عددهم ما بين 14 مصابة، فلقد أثبتت دراسات سابقة أجريت من طرف العديد من الباحثين حول موضوع العلاج الجماعي.

و هذا بعد الملاحظة و المقابلة بطبيعة الحال و الاستبيان و هي عبارة عن أسئلة مسبقة الاعداد تستخدم لقياس توجهات و انطباعات أو سلوك معين و يمكن استخدام الاستبيان للحصول على بيانات من أعداد كبيرة من الناس حول مواضيع متعددة.

ومنه طرح التساؤلات:

«هل للعلاج النفسي الجماعي فعالية في التخفيف من حدة الاكتئاب لدى المصابات بسرطان الثدي؟»
«وهل للعلاج النفسي الجماعي فعالية في مقاومة الاكتئاب لدى المصابات بسرطان الثدي؟»

حيث تم الإجابة عنها بفرضية عامة :

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

- للعلاج النفسي الجماعي فعالية في التخفيف من حدة الاكتئاب لدى المصابات بسرطان الثدي .

الفرضيات الجزئية:

- للعلاج النفسي الجماعي فعالية في التخفيف من حدة الاكتئاب عند النساء المصابات بسرطان الثدي.
- للعلاج النفسي الجماعي فعالية في مقاومة الاكتئاب لدى المصابات بسرطان الثدي .

أهمية الدراسة :

- 1- الكشف عن أهمية التقنيات النفسية العلاجية في مقابل العلاج بالعقاقير.
- 2- إبراز دور العلاجات الجماعية النفسية في مقابل العلاجات النفسية الفردية.
- 3- توفر أساليب أكثر كفاءة للتعامل مع المشكلات النفسية.
- 4- إبراز أهمية وضرورة العلاج النفسي الجماعي في علاج المصاب بسرطان الثدي بالموازاة مع العلاج الكيميائي أو الإشعاعي.

أهداف الدراسة :

- معرفة أثر العلاج النفسي الجماعي في تقبل المرض لدى النساء المصابات بسرطان الثدي و تقبل الخضوع للعلاج الكيميائي.
- مساعدة هؤلاء المرضى في التخفيف من الاضطرابات ذات الطابع النفسي
- التفاعل بين المرضى من خلال تعبير كل فرد منهم عن رأيه بصراحة و تلقائية.

حدود الدراسة

- الحدود الزمنية : الموسم الجامعي 2017 - 2018
- الحدود المكانية : قمت باجراء الدراسة الميدانية بالمؤسسات الاستشفائية كعلاج الاورام السرطانية بولاية وهران الامير عبد القادر – طريق مسرغين و بالتحديد بمصلحة العلاج الكيماوي
- نوع الفئة: مجموعة من النساء المصابات بسرطان الثدي مستأصلا للثدي، و كلنا متزوجات من مختلف الاعمار.

الفصل الثاني: العلاج النفسي الجماعي

- ✓ تمهيد
- ✓ نبذة تاريخية عن العلاج النفسي الجماعي
- ✓ تعريف و مفهوم العلاج النفسي الجماعي
- ✓ أسس العلاج النفسي الجماعي
- ✓ عمليات العلاج النفسي الجماعي
- ✓ أساليب العلاج النفسي الجماعي
- ✓ تقنية مجموعة المحادثة
- ✓ خلاصة

تمهيد:

ظهر مصطلح العلاج النفسي الجماعي لأول مرة عند مورنو (Moreno) 1932 ليعبر به عن أسلوب علاجي يجمع بين تقنيات توزيع الادوار و يبين تقنيات العلاج التلقائي أو المباشر و رأى أنه يمكن تحسين الاحوال الاجتماعية تلقائيا نتيجة للتفاعلات بين الجماعة (فطيم لطفي،ص41،1993) .

نبذة تاريخية عن العلاج النفسي الجماعي

و لقد كانت بداية هذا النوع من العلاج عن طريق الاعتبارات الاقتصادية ، و التي هي الدافع الرئيسي ولابتداعه و لكن سرعان ما تبين ان فوائد هذا العلاج تتعدى اختصار الوقت و تخفيف التكلفة العلاجية لتشمل بعض الجوانب المتعلقة بمنظور العلاج النفسي و منهجية و تطبيقاته العملية .(السباعي و عبد الرحيم ،ص65، 1996).

و قد كان المعالجون النفسانيون و الى وقت قريب يبتعدون عن أساليب العلاجات النفسية الجماعية، و لا يعتبرونها من العلاج في شئى ،أما اليوم فقد وصل العلاج النفسي الجماعي الى مكانة قد تجعل من العلاج الفردي مجرد تابع له،يقول كارل روجرز (Carl rogers) في كتابه الشهير (جماعات المواجهة) أن الجماعات وجدت و ستظل باقية طالما وجد الانسان على ظهر الكوكب ، (فطيم لطفي،ص39،1993) و لعل ما يعكس الاهتمام بالعلاج الجماعي اليوم ، هو صدور الكثير من الكتب و المقالات ، و عند المؤتمرات الدولية ، و كذلك تطبيقه في المستشفيات و العيادات و المؤسسات و مراكز التوجيه في المدارس و غير ذلك من أماكن التجمعات البشرية (عبد الرحمان العيسوي، ص215،1993).

علاوة على أهمية من الناحية الاقتصادية ، سواء من حيث الوقت او الامكانيات البشرية التي يتطلبها، والذي ظهر أثرها أثناء الازمات التي تعرضت لها الدول كالحروب و الكوارث الطبيعية، و ما نتجت عنها من أعداد كبيرة للمتضررين الذين يحتاجون للتكفل و الدعم النفسي على شكل أحد الحلول الناجحة في تغطية العجز المسجل في كثير من الدول النامية ، من حيث المتخصصين في مجال العلاج النفسي.

كل ذلك جعل البحث في مجال العلاج النفسي الجماعي، و كغيره في مجالات العلاج النفسي الآخر يتواصل لتطوير أساليبه و مناهجه بما يتلائم و الحقائق المذهلة المتواصل اليها فيما يتعلق بالسلوك الانساني في سواءه و اضطرابه.

الفصل الثاني: العلاج النفسي الجماعي

تعريف و مفهوم العلاج النفسي الجماعي:

هناك عدة تعاريف للعلاج النفسي الجماعي و هي كالتالي:

عرفه سلافسون (1951 Slavson) بأنه التطبيق الخاص للعلاج الفردي على شخصيين أو أكثر في وقت واحد فيما يتعلق بظواهر و مشكلة العلاقات بين الاشخاص ، بينما يرى مورينو (Moreno) 1932، بأنه أسلوب علاجي يجمع بين التكنيك و توزيع الادوار و المهام و بين التكنيك العلاج التلقائي المباشر و عرفه أبراهام (Abraham) (1950) بأنه عملية من عمليات الجماعة يقودها شخص لا تظهر عليه علامات مرضية ، يصلح من مشكلات أعضاء الجماعة في علاقاتهم ببعضهم البعض و بالمجتمع (فطيم ، 1993، ص48)

و اعتبره سانفورد (Sanford) ، بأنه شكل من أشكال العلاج النفسي ، يجمع فيه عدد من الأفراد المضطرين انفعاليا ، يجتمعون في شكل جماعة مع أخصائي في العلاج النفسي و عن طريق التفاعل الاجتماعي يكتسبون خبرة علاجية مفيدة.(عبدالرحمان العيسوي، 1984 ، ص184).

و يرى زهران، بأنه علاج عدد من المرضى الذين يستحسن أن تتشابه مشكلاتهم و اضطراباتهم معا في جماعات صغيرة، و يستغل أثر الجماعة في علاج سلوك الأفراد (زهران، 1998 ، ص307).

و عرفه ادوارد (Edwards) (1968): بأنه جلسة مع عدد من المرضى، حيث يشجعون على الاشتراك في المنافسات الحرة ، (العيسوي ، 1984، ص125).

و يتضح مما سبق من تعريفات، أن العلاج النفسي الجماعي يجب أن يتم في اطار مجموعة تتكون من فردين أو أكثر ، بهدف علاج الاضطرابات النفسية أو غيرها لدى أفراد تلك المجموعة في وقت واحد.

أسس و اهداف العلاج النفسي الجماعي:

يستند العلاج النفسي الجماعي الى أسس نفسية اجتماعية ، تحتم ضرورة الاستعانة بالجماعة كوسط علاجي ، في تصحيح السلوك الاجتماعي للمريض و تقويم انحرافاته و من هذه الأسس ما يلي:

- الانسان كائن اجتماعي ، لديه حاجات نفسية و اجتماعية.
- يتحكم في سلوك الفرد المعايير الاجتماعية التي تحدد الادوار الاجتماعية التي يقوم بها المجتمع ، و يخضع للضغوط الاجتماعية
- من أهم أهداف العلاج النفسي عامة، تحقيق التوافق الشخصي و التوافق الاجتماعي بما يحقق سعادة الفرد في تعامله الاجتماعي.

الفصل الثاني: العلاج النفسي الجماعي

- تعتبر العزلة الاجتماعية سببا من أسباب المرض النفسي ، و عاملا من عوامل تدعّمه و تثبيته .
- يؤثر التفاعل الاجتماعي بين المرضى في الجماعة العلاجية يجعل كل واحد منهم مرسلا و مستقبلا للتأثيرات العلاجية ، فلا يعتمد على العلاج النفسي وحده بل يصبح المرضى الآخرون مصدرا من مصادر العلاج ، (د.زينب عبد الرزاق غريب، 2008، ص71).

و يرى العديد من المتخصصين في العلاج النفسي الجماعي أنه لا بد من الاعداد الجيد للعملية العلاجية، سواء أكان ذلك من حيث اعداد أعضاء الجماعة العلاجية أو استعداد المعالج أو غير ذلك (زهرا، 1988، ص287).

حيث أن نجاح العلاج النفسي الجماعي يعتمد على مدى قدرة و كفاءة المعالج على اختيار أعضاء الجماعة و ادارتها ، وقدرته على التفسير و الملاحظة، و تغيير نظرة الفرد نحو ذاته و الآخرين (المحارب ابراهيم، 1997، ص18-20) وأنه عند اختيار أعضاء الجماعة لا بد للمعالج من القيام بعملية الفحص و التشخيص من خلال اجراء مقابلة شخصية لكل عضو يراعي فيها مدى حرص الفرد و استعداده لأن يصبح عضوا في الجماعة.

و لقد لخص و و لف (Wolf)(1967) عملية اعداد المريض في عدة نقاط هي:

- أن يتم اعداد المريض على تحمل ضغط الجماعة
- إعداده على الثقة في بقية أعضاء الجماعة العلاجية.
- العمل على تهيئة المريض على أن يكون عضوا في الجماعة.
- تدريبه على عدم المقاومة أثناء العملية العلاجية.
- توضيح أهمية المشاركة للمريض بما يعود عليه و على أعضاء الجماعة العلاجية بالفائدة عند تكوين الجماعة العلاجية ، يرى روزنبوم (Rezenbom) 1978 أهمية تقييم أعضاء الجماعة من خلال المقابلة الاكلينيكية لكل فرد ، و مدى رغبته في اقامة علاقات علاجية داخل الجماعة (زهرا، 1994، ص 286-288).

عمليات العلاج النفسي الجماعي :

تقع عملية التخطيط المسبق لكل مراحل و خطوات الجماعة العلاجية على عاتق المعالج ، لأن الكفاءة المهنية و حتى التدريب، يلعبان دورا هاما في نجاح العلاج و لهذا فان الترخيص لمزاولة مهنة العلاج النفسي في كثير من الدول المتقدمة تشترط كثيرا من عوامل الخبرة و التدريب و الإلمام النظري و الأكاديمي بالمعرفة النفسية و الاجتماعية فضلا عن الوعي بالذات، و إذا كان كل فرد ينظم الى جماعة

الفصل الثاني: العلاج النفسي الجماعي

بهدف معين، يتمثل في التخلص من مشكلة ما يعاني منها، و بهدف اكتشاف عالمه الذاتي الداخلي، وتحديد الأفكار و المشاعر و الأفعال التي تفوق بدرجة أو بأخرى تحقيق أهدافه، أو بعبارة أخرى أنواع هذا السلوك التي تهزم فيها الذات نفسها بنفسها، مع تحديد أنواع هذا السلوك، الا أن قائد الجماعة لا بد أن يكون له أهدافه الخاصة و هي التي تحدد التخطيط المسبق له، و كافة التوقعات المختلفة لدى المعالج والمرضى و هناك العديد من القضايا التي يجب أن يخطط لها المعالج النفسي الجماعي مثل:

1- حجم العينة: يتوقف حجم أعضاء الجماعة على عدة اعتبارات نجعلها فيما يلي:

- مدى كفاءة و مهارة المعالج في قيادة الجماعة و خبرته و بالتالي فكلما زادت خبرة المعالج و اطمئنانه لمهاراته و قدرته القيادية ، كلما كان بالامكان زيادة حجم الجماعة العلاجية و العكس صحيح أيضا، و لذا فقد تضاربت الآراء حول الحجم الامثل لعدد الجماعة العلاجية فتارة نجد من يؤكد أن العدد الامثل يجب أن لا يزيد بأي حال من الاحوال عن عشرة أفراد و خاصة مع المعالج النفسي الخبير لأنه من السهل عليه أن يتابع مدى تقدم كل فرد داخل الجماعة.

- يتوقف الحجم على مدى تعقيد الاجراءات العلاجية المستخدمة ، فاذا استخدمنا شكل واحد من العلاج مثل التدريب على الاسترخاء مثلا " فانه لا بأس أن يزيد حجم الجماعة الى 10 أو 12 شخصا، أما اذا كان الامر يتطلب استخدام تقنيات أكثر فانه من الافضل للمعالج التعامل مع جماعة صغيرة.

- و يتوقف حجم الجماعة أيضا على مقدار المعالجين المتواجدين أثناء الجلسات العلاجية فكلما زاد المعالجون ، كلما كان من الممكن زيادة حجم الجماعة الى 10 أو 20 فردا.

و الخلاصة أن حجم الجماعة يخضع لاعتبارات عديدة سبق أن أشرنا إليها ، كما لا توجد قاعدة ذهنية لتحديد حجم الجماعة ، و أن ذلك يتوقف على الخبرة الخاصة .

2- اختبار المرضى: هل من حق كل مريض أن ينضم الى العلاج النفسي الجماعي، أم أن المرضى الذين

يجب أن ينخرطوا في العلاج لابد من توافر محكات تؤهلهم للالتحاق من عدمه بالعلاج الجماعي ؟ في الواقع تختلف الاجابات ما بين مرجح لدخول كافة الافراد المضطرين الى العلاج النفسي باعتباره حقا للجميع و فئة أخرى تؤكد على ضرورة وضع العديد من الشروط لاختيار الافراد، و تتراوح هذه الطرق ما بين ضرورة اجراء التقييم الشخصي الدقيق الى مجرد تكوين جماعة علاجية من المرضى الذين يتواجدون في مكان واحد ، ولكن على العموم هناك محكين يتم اتخاذهما لتحديد أعضاء الجماعة العلاجية و هما :

- توفر الرغبة لدى المريض في أن يصبح عضوا في الجماعة، و أن يسعى و يعمل من أجل تحسين (أي لابد من أن تكون لدى المريض دافعية)

الفصل الثاني: العلاج النفسي الجماعي

- **المحك الثاني:** أن تكون الجماعة العلاجية متجانسة ، و خاصة في العديد من العوامل مثل السن، الذكاء، المرض، أو طبيعة المشكلات التي يعانون منها.

و عموما فقد دلت العديد من التجارب و الخبرات الشخصية للعديد من الممارسين على عدم خلط مرض الذهان الحاد مع مرض العصاب، لذا فمن الافضل أن تكون القاعدة الاساسية التجانس ، مع وجود قدر من التباينات يساهم في اثراء التفاعل داخل الجماعة.

- **عدد الجلسات :** أيضا لم يقدم خبراء العلاج النفسي الجماعي إجابات قاطعة عن هذه المشكلة ، مستنديين الى حقيقة مفادها أن نوع المشكلة هو الذي يحدد مقدار الجلسات و من الخطأ أن تحدد عددا معيناً من الجلسات و نحن لم نعرف بعد مدى عمق المشكلة أو مدى تجاوب الشخص و تفاعله . و بما أن المشكلات و الاهداف تتباين من جماعة الى أخرى فلا نستطيع أن نجازف بالقول محتملين عددا معيناً من الجلسات.

ففي البرامج العلاجية التي توضح لتدريب الآباء و الأمهات على القيام بأدوارهم الوالدية مثل تفاعلية و نجاح ، يتبين أن نجاح هذا الهدف لعدد من الجلسات يتراوح من 6 الى 18 جلسة ، و هو مدى مرتفع في الواقع ، لأن هناك عوامل أخرى تتدخل في تحديد عدد الجلسات ، منها مستوى التعليم لأن من المعروف أنه كلما كان مستوى التعليم مرتفعا كلما قل عدد الجلسات المطلوبة ظن و العكس صحيح لكن مستوى التعليم اذا كان عاملا فعالا في مثل هذه النوعية من الجلسات الا انه يتوارى الى الظل أثناء تحديد عدد الجلسات المناسبة لعلاج مشكلات أخرى مثل المخاوف المهنية ، القلق ظن الاكتئاب و تأكيد الذات على سبيل المثال.

و لكن مع هذه الإشكالية هناك قاعدة ذهنية مؤداها ، أنه كلما كانت المشكلات و الأهداف واضحة لافراد الجماعة و منذ البداية ، كلما كان بالإمكان التقليل من عدد الجلسات كما يفصل غالبية المعالجين أن تتم الجلسات بمعدل جلسة واحدة في الاسبوع ، و لو أنه من الافضل أن تكون الجلسات في البداية مرتين أسبوعيا للمساعدة على تسيير التفاعل بين أفراد الجماعة و مراقبة المشكلات و تحديد الاهداف العلاجية لكل مريض على حدا (محمد حسن غانم، 2004، ص105-110).

مقدار أو طول كل جلسة :

تختلف أيضا الامور حول المسألة ، فهناك بعض الجماعات التي تفضل أن يكون وقت الجلسة في العلاج النفسي الجماعي مثل الوقت المخصص للعلاج النفسي الفردي أي 45 د ، في حين أن بعض الجماعات تفضل أن تكون مدة الجلسة ساعة واحدة ، في حيث توجد جماعات أخرى تفضل أن يكون العلاج الجماعي لمدة ساعتين ، ، حيث تفضل البعض أن يكون مقدار الجلسة 3 ساعات مع اعطاء 10

الفصل الثاني: العلاج النفسي الجماعي

إلى 15 د كل ساعة للاستراحة، ثم إعادة الاجتماع مرة أخرى لكن هناك من يرى أن هذه الطريقة تقطع التواصل و الانفعال ، و إن كان ذلك ليس بالتحديد القاطع لأنه قد يتور في الجلسة العديد من المشاعر، والإجراءات العلاجية ، و التي يجب أن يفهمها المعالج أو يتدخل لشرحها و تغييرها أو التدريب عليها في الوقت المناسب .

- **اختيار المكان:** يتوقف اختيار المكان على نوع المشكلة المطلوبة علاجها ظن و هذا فكلما كان اللقاء في البيئة الطبيعية التي سيتفاعل معها المريض بعد علاجه كلما كان ذلك أفضل ، فتعقد الجلسات في جو هادئ و في غرفة خاصة في المستشفى.

- **تعريف أفراد الجماعة بأهداف و خطة العلاج:** و يقوم هذا الهدف على ضرورة احترام إنسانية المرضى، و لهذا يجب أن يشرح المعالج للمرضى ككل هدف و خطة العلاج النفسي و واجباتهم ، بل يستحسن للمعالج أن تقابل كل مريض على حدى ، و يعرف منه مسبقا بما سيتوقعه من الجلسات، وبالطريقة التي سيتعامل بها، على أن يشرح الهدف بصورة عامة و لا داعي للاستعراضات النظرية.

كما نجد أن العديد من المعالجين يصر على توقيع عقد بين المريض و المعالج مؤكدين أن التعاقدات مع المرضى شديدة الفائدة، لأنها تحدد و منذ البداية التوقعات المتبادلة بين الطرفين، و تحديد الحدود أو رسم الحقوق و الواجبات الخاصة بكل طرف ، فضلا عن أن للعقد العلاجي وظيفته الرئيسية و المتمثلة في تعريف المريض بأهداف العلاج ، فضلا على أن توقيع العقد العلاجي من قبل المرضى يساعد على ترسيخ التماسك بين أعضاء الجماعة ، و ذلك لأن الجماعة عادة ما يزداد تماسكها إذا كانت التوقعات بين أفرادها محددة و حاسمة ، صحيح أن التماسك لا يتم فقط بهذه الطريقة ، غير أن تحديد الامور و الإحساس بالمسؤولية و رغبة المريض أن يتم التعاقد ، كل هذه العوامل و لا شك هامة جدا في نجاح و إثراء التفاعل العلاجي بين أعضاء الجماعة . (محمد حسن غانم، 2004، ص111-116).

- **التسجيل أثناء الجلسة العلاجية الجماعية :** و هنا يطرح السؤال: هل من الافضل أن يقوم المعالج النفسي الجماعي بتسجيل كافة انطباعاته و ملاحظاته أثناء ادارته للجلسة العلاجية ظن أم يتم تأجيل ذلك الى ما بعد انتهاء الجلسة العلاجية؟

لا شك أن التسجيل هام جدا أثناء الجلسة، لأنه يلاشي عامل النسيان و الحذف كما أن مسألة التسجيل قد نثير قلق البعض ، و تخوف البعض الآخر ، و شك البعض الثالث ممن يعانون من بعض الاضطرابات النهائية و قد يتم سؤال المعالج عن مغزى ما يكتبه؟ و ما هي الجهة؟ أو الجهات التي ستطلع عليه؟ و ما مصيرنا بعد ذلك؟ و قد ينجح أو يفشل المعالج في اقناع المرضى بوجهة نظره، و قد يستغرق ذلك وقتا

الفصل الثاني: العلاج النفسي الجماعي

طويلا و قد تؤدي مثل هذه التساؤلات الى قطع تفاعل الجلسة العلاجية مما قد يخرج بالهدف العلاجي عن محتواه، و أخيرا هل يتم تسجيل الكتابة ، أم من خلال سجل الصوت كل هذه التساؤلات أثارت العديد من وجهات النظر.

وجهة النظر الأولى: يرى أصحابها بضرورة أن لا يتم التسجيل بأية صورة من الصور إبان الجلسة العلاجية الجماعية، و أن يتم ذلك عقب انتهاء الجلسة حيث يقوم المعالج بتدوين ملاحظاته و طرق التفاعل و سير المناقشة ، و يكون ذلك في الوقت الفاصل بين كل جلسة علاجية و أخرى، و ان المرضى لا يجب أن تشغلهم بهذا الامر، حتى لا تثير مخاوفهم و تشتت جهودهم و تشغلهم عن الهدف الاسمي الذي جاءوا من أجله أي العلاج.

وجهة النظر الثانية: و يرى أصحابها ضرورة أن توضع مثل هذه الامور مباشرة (عن طريق التحدث فيها) إلى المريض أو المرضى ، و أن ذلك مجرد اجراء روتيني الهدف منه تسجيل نمو أعضاء الجماعة العلاجية و العملية العلاجية و أن هذا الإجراء يهدف الى مصلحتهم في المقام الاول ، و البعض الآخر يفضل توضيح مثل هذه الامور و غيرها في كتيب يقدم للمريض قبل اجراء الجلسة الاولى ، و يمكن فتح المجلس لاجراء مناقشة حول بعض الامور وفقا لتساؤلات بعض الاعضاء و أن توضيح مثل هذه الأمور منذ البداية انما يخلق حالة من النوعية و الدافعية.

- مراحل العلاج النفسي الجماعي:

يتم العلاج النفسي الجماعي كغيره من أنواع العلاج النفسي بمراحل عدة من بدايته العلاج الى غاية انتهائه الا ان هناك خصائص و مميزات يستند بها عن بقية أنواع العلاج تفرضها التقنيات التي يعتمد عليها ، و طريقة الوصول الى الاهداف العلاجية ، و يمكن ايجاز مراحل العلاج النفسي الجماعي فيما يلي:

- **المرحلة الأولى:** أوضح العديد من المعالجين النفسانيين المختصين في العلاج النفسي الجماعي على أن بداية الجلسات العلاجية الجماعية هي أصعب اللحظات ، و ذلك لأن هناك تجمعا من الاشخاص ، هذا التجمع يثير القلق و الشك عند الآخرين و هنا تتوتر القضية، فكيف يقطع المعالج النفسي هذا الصمت؟

- كيف يكسر المعالج النفسي هذا الشك؟

- من أي البدايات يبدأ؟

الفصل الثاني: العلاج النفسي الجماعي

- كيف يصل بالجماعة العلاجية الى درجة التفاعل المطلوبة في الخط العلاجي؟ و الإجابة على هذه التساؤلات ، تشير الى طريقة تصرف المعالج في بداية الجلسة العلاجية الجماعية، و هناك عدة طرق منها :

*الصمت التام حتى يبدأ أحد أفراد الجماعة العلاجية في قطع هذا الصمت، و لا شك أن هذا قد يجر الجماعة الى الحديث و التفاعل.

*قد يبدأ المعالج بشرح المطلوب من أعضاء الجماعة ابان الجلسات العلاجية مركزا على ضرورة الالتزام بالصراحة و الصدق، و أن ما يدور داخل الجماعة سرا لا يجب تداوله خارج الجلسة الجماعية، و يبدأ هو بتقديم نفسه ليس من خلال المعلومات الشائعة و المعروفة عن الشخص من قبل الاسم ، السن ، المهنة ، التعليم، الديانة، الحالة الاجتماعية، و لكن يقدم نفسه كما يراه هو مناسب.

*أو أن يبدأ المعالج بأن يطلب من كل عضو ، أن يكتب قائمة بالمشكلات التي يريد التخلص منها، و السلوكات التي يجد نفسه يفعلها و تسبب له ألما دائما.

- **المرحلة الثانية:** و تمثل هذه المرحلة البداية الفعلية العلاجية ، حيث يعمل المعالج النفسي الجماعي على تطبيق التقنيات العلاجية ، و من التقنيات المستعملة في الجلسات العلاجية نجد: تبادل الأدوار ، المناقشات المحاضرات التعليمية، أسلوب المواجهة.

- **المرحلة الثالثة:** مثلما كانت البداية صعبة و متوترة ، تكون النهاية صعبة و مثيرة للعديد من المشاعر و الاحاسيس، فلقد تفاعل أعضاء الجماعة مع بعضهم البعض، و مروا بالعديد من الخبرات و أتاحت لهم فرص للتعرف و كشف نفوسهم بدرجة أكبر و ها هي الايام تقترب ، تسود المفاهمة بين المجموع.

و من الأساليب التي يلجأ إليها المعالج في هذا الأمر:

- اختبار أعضاء الجماعة بنهاية الجلسات الجمعية قبل نهايتها بفترة كافية حتى يستعد أعضاء الجماعة لذلك نفسيا و عقليا.

- أن يوضح لأعضاء الجماعة أن موقف العلاج النفسي الجماعي مثله في ذلك أي موقف في الحياة ، لابد ان ينمو و يتلاشى.

- أن يوضح لهم أن أي شخص احتاج إلى معونة نفسية ، عليه أن يحضر في أي وقت مما يخلق حالة من الأمان لدى الشخص الذي يقلق من هذه الجماعة.

- أن يطلب المعالج من كل فرد ان يحدد سلوكا قد دخل الى العلاج الجماعي بهدف تغييره، و قد يتغير بالفعل، مدلا ذلك بأمثلة حياته احرز فيها نجاحا.

الفصل الثاني: العلاج النفسي الجماعي

- أو أن يطلب من كل فرد من المجموعة أن يحدد لنفسه مجموعة من الأهداف التي يجب أن يسعى إلى تحقيقها، و ما توقعه للعقبات التي سيواجهها و كيفية المواجهة. (محمد حسن غانم، ص120، 2004).

- أساليب العلاج النفسي الجماعي:

هناك تقنيات عديدة و مختلفة للعلاج النفسي الجماعي ، و من تلك التقنيات العلاجية:

1- السيكودراما:

أسس جالوب مورينو (1932 Moreno) هذه الطريقة ، و هي العلم الذي يكشف الحقيقة من خلال استخدامه لطرق دراماتيكية ، حيث يقوم المريض من خلال هذه الطريقة بتمثيل دور يتصرف فيه بطريقته الخاصة و ذلك ضمن تمثيلية أو مسرحية يشترك فيها أفراد المجموعة (النابلسي، 1991، ص182-184).

و في أثناء التمثيل يمكن أن يقوم المعالج بلفت نظر الجماعة لمشاهدة مفاتيح لحلول معينة في لعب الدور، كمشاهدة الحركات التعجيزية، بحيث يستطيع كل فرد أو ممثل أن يوقف التمثيل و يرفع أصبعه، فيوقف المعالج العرض و يسمح له بالحديث ، و ذلك لإتاحة الفرصة أمام الممثلين و أعضاء الجماعة، للتعبير عن مشاعرهم لما يقومون به و يشاهدونه.

و بعد انتهاء التمثيل يعبر كل ممثل عما شعر به ، او فكر أثناء لعب الدور و كذلك تعبر الجماعة عن ردود الفعل عندها و لا مانع من ظهور خلافات في الرأي بين أعضاء الجماعة.

كما يعد لعب الادوار على عدة افتراضات، منها أن الحياة كلها مسرح، و أن الحياة الاجتماعية، ما هي الا عبارة عن لعب دور ، و يوصف الناس بالنجاح إذا لعبوا أدوارهم بطريقة جيدة ، و الفرضية الاخرى، أن تفهم المشاكل بطريقة افضل و إذا عرضت علينا و إذا أصبحت حقيقة، و أننا في الحياة نتعلم من النماذج أو من الممثل عرضت علينا و إذا أصبحت حقيقة، و أننا في الحياة نتعلم من النماذج أو من الممثل الامثلة التي نشاهدها، كما أن العلاج للسيكودراما مجموعة من العناصر الاساسية التي بدونها لا يمكن اعتباره علاجاً سيكودراما.

كما يحتوي على عدد من الخطوات المحدد، التي تعطي في النهاية ثقلاً مميزاً لهذا النوع من العلاج، و تتخلص عناصر العلاج للسيكودرامي في النقاط التالية:

المسرح، المخرج (حيث تتحدد وظائفه في مهام مسرحية – مهام علاجية) البطل الأنا المساعدة (محمد حسن غانم ، 2004، ص294-295).

الفصل الثاني: العلاج النفسي الجماعي

2- **العلاج التعليمي** : و تعتمد هذه الطريقة على اعداد المعالج النفسي للمحاضرات و الموضوعات المتنوعة، سواء كانت هذه المحاضرات طويلة أو قصيرة، و ذلك من أجل اعطاء صورة واضحة عن سلوك الفرد في المجتمع مع باقي أعضاء الجماعة و تفاعله معهم، و كذلك اعادة الثقة بنفس المريض و تصحيح المفاهيم الخاطئة لديه. (عسوي ، 1984، ص 226)

و يرى زهران أن هذا الأسلوب العلاجي يركز على عنصر التعليم حيث يجب أن يسود المناخ العلمي، و أنه يعود الى العالم كلامبان (Klampane ، عام 1974).

فقد أجريت العديد من الدراسات التجريبية لمعرفة تأثير المحاضرات التعليمية و المناقشات الاجتماعية على تعديل السلوكات ، و تغيير الاتجاهات ، كتجارب كيرث ليفين (Levin 1947) / و تجارب كوشن و فرانش (Franche) و التي توصلت الى أن المناقشة الجماعية تؤدي الى تعديل السلوك بدرجة جيدة ، مما يجعل أعضاء الجماعة العلاجية أكثر صدقا و اتزاناً فيما بينهم (زهران، 1998، ص 295).

و هناك العديد من العلماء الذين استخدموا هذا الاسلوب العلاجي، و الذين يعتبرون رواد في هذا المجال ، كالعالم كلامبان (Klampane) الذي استخدمه مع مرضى العصاب والذهان ، و العلم جونز (Jones) الذي استخدمه في علاج مرضى بالقلق (الزرد، 1988، ص 129-130).

كما أن دراسة صفاء الاعسر عام 1990 في أثر المحاضرة و المناقشة الجماعية في تخفيض مستوى القلق، قد أكدت على أن الفرد عندما يكون عضواً في جماعة و في موقف علاجي جماعي يصبح أكثر فعالية خاصة عندما يشعر بالانتماء للجماعة و ان مشاكلهم واجدة و متشابهة.

3- **العلاج الأسري العائلي**: ينطلق هذا النوع من العلاج من حيث أن الاسرة وحدها لا تتجرأ ان تقوم على أساس التكامل و التفاعل بين أعضائها وعن طريقها يمكن تحديد الاضطرابات النفسية التي نشأ بين فرد من أفرادها ، لذا فانها العمود الفقري للفرد و هي اللبنة الرئيسية في العملية ، و منها يساعد المعالج النفسي العضة المضطرب على التعبير عن رغباته و مشاعره بشكل مباشر (عبد الخالق، 1997، ص 584).

4- **التحليل النفسي الجماعي** : و في هذا النوع من العلاج يترك المعالج النفسي للمرضى الحرية الكاملة للتعبير عن مشاكلهم باستخدام طريقة التداعي الحر، دون أن يشاركهم في مناقشة مشاكلهم و ما يتعرضون له من صراعات الا انه يعمل على ملاحظة سلوكهم، و ما يعاني منه كل فرد داخل الجماعة (زهران 1997، ص 325).

الفصل الثاني: العلاج النفسي الجماعي

و عليه اقترحت تقنية من بين تقنيات العلاج لنفسي الجماعي و هي تقنية مجموعة المحادثة لسهولتها و تجاوب المصابات مع هذه التقنية .

تعريف تقنية مجموعة المحادثة

هي تقنية علاجية نفسية جماعية تهتم بالتفريغ النفسي للصدمات و الضغوط في اطار الحديث ضمن جماعة من 8 الى 14 فردا.

يبدو جليا أن الاهتمامات الحالية في مجال العلاجات النفسية أصبح منصبا على الجماعة منها تقنية مجموعة المحادثة و التي تشير الى انتقاء المجموعات المتجانسة من المرضى حسب خصائصهم المختلفة (الشخصية، نوع المرضى) حتى يتسنى علاجهم بطريقة جماعية ، اين تكون الجماعة عنصرا مهما في العملية العلاجية (الجبلي و اليحيا ، 1417 ، ص 197).

أما مورينو فقد حددها بأنها أسلوب علاجي يجمع بين تقنية توزيع لادوار أو المهام و كذا بين تقنية العلاج التلقائي (فطيم 1993، ص48)

أهمية تقنية مجموعة المحادثة:

تكتسي تقنية مجموعة المحادثات أهميتها من أهمية العلاج النفسي الجماعي بصفة عامة و ذلك باعتبارها الوسط العلاجي الوحيد الذي يتسع لغالبية المشكل السيكولوجية الامر الذي أكده (شارك 2000) بأن المرضى يستطيعون شحن أقصى طاقاتهم الكامنة من خلال تفاعل مخطط و المشحون بالكثير من العاطفة ، و الخصوصية بين المعالج مدرب و شخص يعاني مشكلات نفسية.

أما ايرلي 2002 فيؤكد بأنها تقدم نمودجا متباينا للنمو و النضج الشخصي مقارنة بالعلاجات النفسية الأخرى، مع فارق واضح في التكلفة المادية لصالح العلاج الجماعي (مدحت عبد الفتاح، 2002، ص15)

الخطوات الفنية لتقنية مجموعة المحادثة:

تستند تقنية المحادثة على قاعدتين رئيسيتين هما :

1- توافر الرغبة و الدافعية كشرط رئيسي للالتحاق بالجماعة و الالتزام بضوابطها (عدد الجلسات /الوقت)

2- الانتقاء الدقيق المتجانس لأعضاء الجماعة – عينة الدراسة –

الفصل الثاني: العلاج النفسي الجماعي

فنيات تقنية مجموعة المحادثة:

- التعلم بالعبارة.

- التفعيل.

- الاستبصار.

- التقبل / التماسك.

- العمومية.

- الانكشاف الذاتي.

و تسمح هذه الفنيات بـ:

- التحقيق من درجة التوتر لدى أعضاء الجماعة العلاجية أثناء الجلسة.

- الاعتماد على التعزيز لتفعيل عمل الجماعة العلاجية.

- تفعيل دور الفرد في سياق الجماعة.

مجال استخدام تقنية مجموعة المحادثة:

ينتشر تبني تقنية مجموعة المحادثة كبديل علاجي في جماعات علاجية متباينة و التي تحددها على

سبيل التمثيل لا الحصر:

- الانطوائيين المفتقرين للقدرة على بناء علاقات جماعية.

- المضطربين سيكولوجيا.

- الراغبين في الانخراط ضمن النشاطات الجمعية.

- أثر استخدام تقنية مجموعة المحادثة: يتجلى اثر تقنية المحادثة في فهم الدينامية العلاجية ، و التي

نحصرها في :

- الرفع من انتاجية الفرد من خلال احتكاكه بأعضاء جماعته العلاجية.

- انتماء الفرد لجماعته العلاجية يزيد من تماسكها و قوتها.

خلاصة :

يتضح مما سبق أن العلاج النفسي الجماعي أحد المناهج التطبيقية في ميدان العلاج النفسي ، و التي

عرفت تطورا كبيرا منذ بدايات استعماله ، و ذلك نتيجة لفاعليته في علاج العديد من الاضطرابات النفسية

كما أكدته الممارسة العيادية للكثير من علماء النفس في المجال ، و كذا البحوث المتعاقبة التي أجريت

لمعرفة مدى فعاليته كتقنية علاجية .

- ✓ تمهيد
- ✓ تعريف الاكتئاب
- ✓ الزملة الاكتئابية
- ✓ الشخصية الاكتئابية
- ✓ مدى انتشاره
- ✓ العوامل المسببة في الاضطراب الاكتئابي
- ✓ النظريات المفسرة للاكتئاب (النظرية الديناميكية، النظرية البيولوجية، النظرية المعرفية والنظرية السلوكية)
- ✓ مظاهر اضطراب الاكتئاب
- ✓ التشخيص حسب « CIM 10 » و«DSM5»
- ✓ تصنيف الاكتئاب حسب النوع والحدة والسن
- ✓ التشخيص الفارقي

تمهيد

يمكن التكلم عن اللاسواء بالخصوص الإضطرابات النفسية عند تعدي عتبة أي حد من الشدة ومدى تكرارها، وفترة ظهور الأعراض، التي تدفعنا للتحدث عن اضطراب منه: الإكتئاب، الرهاب، الوسواس، الفصام، تم تحديد معايير من قبل مختصين في المجال، فالمعايير تتغير، بالمراجعات والتعديلات للدليل والتصنيفات، لذا ينبغي أخذ بعين الاعتبار المصدقية عند التفسير (Cottraux, 2001 : p45)

1. تعريف الإكتئاب

• المفهوم اللغوي للإكتئاب :

المصطلح مستمد من كلمة الكآبة : سوء الحال، والإنكسار والحزن، تغير النفس، من شدة الهم والحزن، ورماد مكتئب اللون، إذا ضرب إلى السواد، كما يمكن وجه مكتئب .

أما في اللغة الفرنسية فكلمة « Dépression » مستمدة من الفعل « Déprimer » الكلمة اللاتينية التي تعني السقوط من الأعلى إلى الأسفل، لتتطور إلى كلمة « Enfouissement » والتي تعني الهدم والتحطيم. (قويدر، 2018: ص53).

حسب منظمة الصحة العالمية « OMS » : يمكن أن يستمر الإكتئاب أو يصبح متكررا مما يعوق بشكل كبير قدرة الفرد على العمل أو الدراسة، أو مواجهة الحياة اليومية، في بعض الحالات قد يؤدي إلى الإنتحار، عندما يكون على شكل خفيف الحدة، يمكن معالجة المفحوص بدون اللجوء إلى الدواء لكن في حالات اكتئاب معتدل إلى حاد، قد يتطلب متابعة دوائية بمعالجة نفسية من قبل مختص مهني (site

(officiel de l'organisation mondiale de la santé, avril 2017)

بينما تركز الجمعية الأمريكية للطب العقلي (a.p.a) في المصنف الإحصائي للأمراض العقلية على شرح الحالة المعاشة للمريض ما يظهر عليها من أعراض تختلف في أشكالها وتكراره، وحدتها والذي يقترب بشكل كبير مع ما اعتمده المنظمة العالمية للصحة « DSM4 » في تصنيفها العالمي للأمراض العقلية ، فإن تعريف الاكتئاب يشمل مجموعة من الخصائص والتي تتشكل من الحدة والتكرارية في الأعراض، وتعرف بأنواع الاكتئاب ، فوجود الأعراض التالية على الأقل في فترة أسبوعين، حيث تبدأ التغيرات بالنسبة للتوظيف الداخلي، فوجود عرض واحد على الأقل من بين الأعراض المتمثلة في مزاج المكتئب، ثانيا فقدان الاهتمام واللذة في الأشياء (قويدر، 2018: ص54).

يعتبر الاكتئاب من أكثر الظواهر النفسية انتشاراً، بحيث يعرفه « Ingram » بأنه اضطراب مزاجي أو وجداني، ويتسم ذلك الإضطراب بانحرافات مزاجية تفوق التقلبات المزاجية الأخرى

كما يعرف (Beck, 1970) **الاكتئاب** : « ما هو إلا مجموعة من الأعراض والمظاهر الانفعالية (المزاجية) والمعرفية والدفاعية والجسمية السلبية ، ولكن الأعراض المعرفية للاكتئاب هي التي تؤدي الدور الأساسي في استمرار معاناة المريض من هذه الأعراض، ويتم النظر إلى تفكير المريض على أنه أسلوب خاطئ » .

ويعرف (Guelfi, 2017 ; P 322) **الاكتئاب** : « يعتمد الاضطراب الاكتئابي على ثلاثة أعراض رئيسية قائمة على مزاج حزين و متشائم، فقدان الرغبة والاهتمام في القيام بنشاطات التي غالباً تكون ممتعة ، ومتعلقة كذلك بأفكار انتحارية ، واضطراب حركي، انفعالي . يضاف على ذلك مظاهر جسمية، التي تمس تغيرات سلوكية للأكل ، واضطرابات النوم .

وتحدث استجابة الاكتئابية في المواقف العصبية الشديدة في الشخصية المتكاملة السوية، وفي المواقف البسيطة في الشخصية العصابية المهينة لذلك . وهناك فارق بين استجابة الاكتئاب والاكتئاب الذهاني.

فيذهب البعض إلى أن الاكتئاب النفسي هو نفسه الاكتئاب الذهاني، ولكن تختلف شدته، أنه تغير كمي وليس تغير كيمي، بينما يذهب بعض آخر من العلماء إلى أن استجابة الاكتئاب تختلف في أسبابها وأعراضها و علاجها عن الإكتئاب الذهاني (مجدي أحمد، 2000: ص187).

2. الزملة الاكتئابية « Syndrome dépressif »

يعتبر الاكتئاب عن مجموعة من الأعراض المركبة، التي يطلق عليها العلماء مفهوم الزملة الاكتئابية « Syndrome dépressif » ، فمن المعروف أن أعراض الاكتئاب قد تختلف من فرد إلى آخر، فالبعض قد يتخذ لديهم الاكتئاب شكل أحاسيس قاسية من اللوم، وتأنيب النفس، ويجيء عند البعض الآخر مختلطاً مع شكاوى جسمانية ، و أمراض بدنية بصورة قد لا نعرف الحدود بينهما ، ويعبر البعض الآخر عنه ، في شكل مشاعر باليأس، و التشاؤم، والملل السريع من الحياة والناس ... و ربما تجتمع كل هذه الأعراض معا في شخص واحد، تتنوع هذه الأعراض، و اختلاطها مع غيرها من أمراض نفسية و جسمانية أخرى (عبد الستار، 1998: ص16)

بينما يضيف (محمد الخالدي، 2015: ص210) بأن الزملة الاكتئابية تجمع مجموعة الأعراض و تتضمن بصفة عامة اكتئاب المزاج أو المزاج الاكتئابي ، وفقدان الاهتمام، والقلق ، واضطرابات النوم، وفقدان الشهية، ونقص الطاقة، والأفكار الانتحارية، وبكاء، وبطء في الحديث والفعل و الهلوس كسماع أصوات تسخر منه، وهذات تتهمه بأنه مسؤول عن مآسي رهيبة .

3. الشخصية الإكتئابية

إن المكون الرئيسي في الاضطراب الاكتئابي هو الحالة الانفعالية المؤلمة التي يعانها المريض ويصبح اضطرابه الوجداني واضحا، مما يجعل شخصيته تتصف في الصورة الإكلينيكية الآتية :

- فتتسم بسمات معينة، منها الانطواء، والانسحاب، والجدية، والانغلاق، العزلة، قلة في الأصدقاء، الحساسية النفسية، الميل إلى البكاء والتردد، الخضوع والاعتماد على الآخرين والميل إلى التبعية، و نقص الثقة بالذات، وعدم الشعور بالأمن، وجود ضمير وشعور بالذنب... لكن لم يثبت وجود علاقة بين أي نوع من الشخصية وحصول الاكتئاب و إن كان بعض أنواع الشخصية أكثر حساسية من غيره للأحداث الحياتية وبالتالي أكثر تأثر بشدائد الحياة (فهيمى، 2010: ص209)
- إن الشخص المكتئب يشكو دائما من الإحساس الضيق الانفعالي، وفقد الشهية للطعام، وإذا ما رغب في الأكل فانه يأكل بشراهة، ونقص الوزن، ويكون قلقا على صحته أو ثروته ويتصف بالخوف وعدم الاستقرار.
- يشيع في الشخصية الاكتئابية اضطراب واضح ذلك هو الرغبة في الإنتحار، حيث لا ينتشر أو يسيطر هذا الاضطراب في أي شخصية مرضية أخرى، كما هو الحال في الشخصية الاكتئابية، وقد تتكرر لدى المكتئب محاولات الانتحار غير ناجحة، ذلك لأن من بين أبرز سمات الشخصية الاكتئابية الإجهاد الانفعالي، والعدائية الموجهة نحو الداخل .
- وتتصف الشخصية الاكتئابية بالبطء في الكلام والتفكير، والصعوبة في التركيز، والتدهور المعرفي، والاعتقادات غير المنطقية .
- يتم عرض بعض النظريات المفسرة للاكتئاب، وقعا لمدارس علم النفس .

النظريات المفسرة للاكتئاب

النظرية البيولوجية :

تم تفسير الاكتئاب من خلال العوامل الجينية أو من خلال الخلل في الدور الذي تقوم به النواقل العصبية.

الفصل الثالث: الاكتئاب

• التفسير الوراثي للاكتئاب: يقصد بالوراثة انتقال السمات، والقدرات والخصائص من جيل إلى آخر عن طريق الجينات « Gènes » (العيسوي، 2006؛ ص38).

ويرى هذا الاتجاه الوراثي أن أفراد معينين يرثون استعدادا لعمليات بيولوجية مضطربة. وقد ركزت معظم التوجهات الخاصة بالمجالات البيولوجية للاضطرابات الوجدانية على الناقلات العصبية (فايد، 2001؛ ص76).

وتم إثبات ذلك عبر دراسة «Katz & Guffin» أن أقارب مرضى الاضطراب ثنائي القطب لديهم معدل مرتفع من خطر تطور نفس الاضطراب (7.8%) مقارنة بالمرضى الذين يعانون من اضطراب أحادي القطب (0.6%) (لابا سليم، 2010؛ ص345)

فقط أظهرت دراسات التوائم أن الفرق في نسبة الإصابة هذا ناتج عن عوامل وراثية فقد ظهر أن نسبة التوافق « Concordance » في الإصابة بالهوس الاكتئابي بين التوائم المتشابهين والذين نشأوا معا بالمقارنة مع التوائم المتشابهين الذي نشأوا في بيئات مختلفة تصل إلى 70% بينما تبلغ نسبة التوافق بين التوائم غير المتشابهين 23% وقد أيدت ذلك أيضا الدراسات التي تناولت الأطفال بالتبني . غير أنه لم يتضح نمط الوراثة هل هو غالب أو متنحي أو مرتبط بالجنس (نظام ب.س: ص78)

وبالرغم من صعوبة تحديد العلاقة الدقيقة بين العامل الوراثي والاكتئاب؛ إلا أن البحث في مجال الاضطراب ثنائي القطب ، قد كان أكثر نجاحا بسبب وضوح المعايير التشخيصية ، و تشير دراسات التوائم والتبني إلى أن التركيب الوراثي يبدو أنه يلعب دورا رئيسيا في نمو الاضطراب الاكتئابي ثنائي القطب .

لكن بالنسبة للتفسير الوراثي نجد أن تحديد العلاقة بين الاستعداد الوراثي والاكتئاب أمر صعب للغاية وإن كان بعض الباحثين قد نجحوا في فحص تلك العلاقة، فقد تم ذلك الفحص أكثر اهتماما بالنسبة لحالات الاكتئاب ثنائي القطب، واغفلوا فحص تلك العلاقة الثابتة بالنسبة لباقي أنماط الاكتئاب (حسين فايد، 2001؛ ص78)

• التفسير الفسيولوجي للاكتئاب: و تتركز الأبحاث حول ثلاثة (3) نواقل عصبية أحادية الأمين «Les neurotransmetteurs monamine وهي :

Hydroxytryptamine (5HT) -

Sérotonine -

Noradrénaline -

وأكثر الدلائل تشير إلى خلل في وظيفة السيروتونين و إذا كان الانخفاض في وظيفة السيروتونين هو سبب الاكتئاب ، فإن الأدوية التي تزيد من نشاطه ويكون لها تأثير علاجي (أبو حجلة، ب.س؛ ص80)

فتركزت هذه النظرية على النقص الحاصل في عمل الناقلات العصبية، والتي بحركتها المرتفعة أو المنخفضة يكون لها تأثيرها في الجهاز العصبي المركزي لكل فرد. و ما يدعم هذه النظريات أن مضادات الإكتئاب الفعالة هي التي تحمل زيادة الناقلات العصبية في الدماغ، ويعتبر الباحثون في النظرية البيولوجية أن الخبرات الانفعالية تؤثر في النشاط الكيميائي للدماغ، و على هذا الأساس، فإن المشاعر، والأفكار، والسلوكيات قد تتغير تبعاً للحركة الكيميائية في الدماغ (لابا سليم، 2010؛ ص68)

النظرية الدينامية للاكتئاب

يعتبر سيجموند فرويد المؤسس الفعلي لما يسمى بمدرسة التحليل النفسي، و هو يركز على الطفولة و عليها يتوقف اتجاه الشخصية نحو الصحة و الاضطراب. وتضم الشخصية ثلاث قوى، "الهو" و "الأنا" و "الأنا الأعلى" (لابا سليم، 2010؛ ص71)

ويبين فرويد أن العلاقة بين هذه الأجهزة الثلاثة علاقة صراع وتشاحن في الغالب، و أن تطور الشخصية وجزء كبيراً من أمراضها فيما بعد، يحدث بسبب هذا الصراع بين هذه الأجهزة الثلاثة السابقة خاصة في الراحل المبكرة من العمر: أي صراع الطفل بين إشباع حاجاته الغريزية الجنسية و العدوانية (والذي يمثله الهو) ، ومتطلبات الواقع (و التي تمثلها الأنا) و الرقابة الداخلية الأخلاقية و الضمير (أي متطلبات الأنا) ومن المعلوم، أن من العناصر الأساسية في حالات الاكتئاب، الإفراط في لوم الذات والإحساس بالذنب، و التأنيث الذاتي، و هذا الجانب من الاكتئاب يمكن فهمه فيما يبدو في ضوء الصراعات بين أجهزة الشخصية الثلاثة، والتي ينفرد فيها بالنصر وجود أنا أعلى متطرف و شديد الصرامة.

فقد تبنت النظرية الفرويدية وجهة نظر مؤداها أن الأمراض النفسية (التي تطرأ على الشخص فيما بعد، بما فيها القلق والاكتئاب، هي في واقع الأمر نتائج للصراعات المبكرة في الطفولة ، التي تندمج ضمن اللاشعور (عبد الستار، 1990؛ ص83)

ترتكز وجهة نظر التحليل النفسي القائمة على العلاقات البينشخصية على أن الاكتئاب يرجع إلى الإفتقار إلى الحب والأمان العاطفي، و قد ذكر فرويد في محاضرة له عن الحزن والملونكولي « Mélancolie » (1917) أن الشخص الذي يفتقد المحبوب أو الزوج / الزوجة يصب غضبه على الشخص المفقود، ونظرا لأن الغضب من شخص مفقود إحساس غير مريح وغير مقبول، فإن هذا الغضب يعاد توجيهه إلى الذات، ويخبر في البداية على صورة كراهية للذات ثم يستبدل بالاكتئاب، وعلى الرغم من أن الدراسات قد تحققت من وجود ارتباط بين افتقار العلاقة البينشخصية و الاكتئاب، بحيث افترض « Blatt » أن صعوبة التعبير عن الغضب ليس ملمحا لكل أنواع الاكتئاب و لكنه مجرد نوع فرعي يتميز بالمبالغة في الاعتمادية، و قد دعمت النتائج فكرة بلات في أن الاعتمادية المبالغ فيها في العلاقات البينشخصية تولف فرصة للقابلية للإصابة بالاكتئاب الذي يواجهه بالفرض، أو بمعنى آخر فإن الاعتمادية ترتبط بصعوبة التعبير عن الغضب، و العدوان. (عبد الرحمن، 2000، ص251)

أما أبراهام فيعتبر أن الإصابة بالاكتئاب تتعلق بموضوع الحب والقلق، فالفرد الذي لا يتمكن من إشباع رغباته العاطفية وحاجاته إلى الحب والحنان، تنتابه مشاعر الكراهية والغضب تجاه الآخر، هذه المشاعر تتردد نحو الذات بسبب الشعور بالذنب. فالإكتئاب شعور بالغضب أثر الإحباط وخيبة الأمل في إشباع الحاجة إلى الحب، هذا الغضب يتردد إلى الذات بفعل آليات الدفاع اللاواعية. (لابا سليم، 2010؛ ص72)

وبعبارة أخرى، فإن إحدى الأفكار الرئيسية والمحورية التي يتفق عليها علماء التحليل النفسي بالرغم من الاختلافات بينهم، هي أن السلوك الظاهري بما فيها الأعراض المرضية محكوم بشكل حتمي بالاشعور ومدفوع بما يسمى بالدوافع الداخلية المكبوتة، ولأن هذه الدوافع لاشعورية، و أصبحت لاشعورية لأنها كبتت منذ الصغر، فإنه لا يمكن الإطلاع عليها إلا من خلال أحلام الفرد، وتخيالاته والأخطاء التي قد يرتكبها عن غير عمد (الهفوات اللامقصودة) كذلك يمكن الكشف عنها من خلال المقاييس والإختبارات الإسقاطية (عبد الستار، 1990؛ ص83)

النظرية السلوكية

تعتبر النظرية السلوكية أن موضوع علم النفس يقتصر على دراسة السلوك الظاهر للإنسان و الحيوان عن طريق الملاحظة الموضوعية والتجريب، والسلوك هو نتاج عملية التعلم والتربية ودور البيئة، وتم عبر احتكاك الشخص بالبيئة المتواجد به من الأسرة إلى المدرسة والمجتمع الكبير، فالسلوكية تعتبر أن الفرد يكتسب أساليب سلوكية جديدة عن طريق عملية التعليم والتعلم (لابا سليم، 2010؛ ص76)

ومن هنا هذه المدرسة تنظر إلى الاكتئاب كحاصل لتجربة الفشل و الإحباط والاكتئاب هو عملية كف أو امتناع عن الاستجابات، أو الأفعال الصحيحة، وهذا يعني أن الفرد عاجز عن التخلي عن الاستجابات القديمة المكتسبة خطأ والتي لا تتلاءم مع متطلبات النمو والثقة بالنفس (لابا سليم، 2010؛ ص77)

وهناك نموذج « Lewinshorm » قائم على نموذج الاشتراط الإجرائي والتعلم الاجتماعي في تفسيره للاكتئاب ويعتبر عدم توازن التعزيزات سببا في ظهوره، ويعتقد أن نقص أو غياب التعزيزات الإيجابية وكثرة التعزيزات السلبية محدد رئيسيا في تطور وثبات الاكتئاب.

وتظهر أهمية نموده لأنه يوضح بدقة الأسباب المثيرة والمحركة للاكتئاب والتي ربطها بالمحيط و بالفرد، ولكنه وضع العامل المحيطي في المرتبة الأولى، وأوضح كذلك فقدان التعزيز قد يكون مؤقتا في حالة الانتقال إلى مكان مختلف وقطع العلاقات مع الأصدقاء والجيران وقد يكون فقدان التعزيز حقيقيا بسبب انفصال أو طلاق أو حداد.

و أوضح « Lewinshorm » أن الكف يلعب دورا مضرا للمكتئب لأنه يمنعه من البحث عن المساعدة في المحيط ونتيجة للكف لا يبحث المكتئب عن التواصل مع الآخرين وينعزل في الوقت الذي هو فيه أكثر حاجة للمساعدة (برحيل، 2011، ص72)

أوضحت نظريات التعلم الاجتماعي أن الاكتئاب ينتج عن نقص درجة التدعيم الإيجابي، وهي عملية تؤدي تقييم الذات بصورة سلبية، حيث يرى الفرد المكتئب العالم والآخرين بصورة سلبية مما يؤدي إلى مزيد من الإحساس بانعدام قيمة الذات والإحساس بالرفض والاعتراب والاعتمادية، واليأس (هلال الحسيني، 2016؛ ص53)

تعتبر النظرية السلوكية أن الاضطراب النفسي عبارة عن سلوك مكتسب كسائر أنماط السلوك. ويمكن تفسيره من خلال مفهومي التعزيز والاشتراط ، وترى النظريات السلوكية أن الاكتئاب ينجم عن تدني مستوى التدعيم الإيجابي وارتفاع مستوى الخبرات السلبية وغير السارة، ويحدث الاكتئاب من جراء عوامل عديدة تنخفض بموجبها تفاعلات الفرد مع البيئة المؤدية إلى نتائج إيجابية، وتزداد معدلات الخبرات السيئة التي تمثل عقابا بالنسبة إلى المكتئب (لابا سليم، 2010؛ ص86)

تذهب هذه النظرية إلى افتراض أن الأشخاص الميالين للاكتئاب لديهم مركز التحكم الخارجي أقوى من مركز التحكم الداخلي، فإنهم لا يعتقدون بأنهم يستطيعون التحكم في الأحداث لتحقيق أهدافهم، بعض

الفصل الثالث: الاكتئاب

مرضى الاكتئاب يقصمهم بعض المهارات الاجتماعية تلك التي تقود إلى الحصول على المكافأة و إثبات الوجود.

الإنسان قد يتعلم العجز، والضعف والإعاقة، وانه لا قوة له، قد ينال الطفل الثواب أو المكافأة على عدم عمله، أو لأنه لم يفعل شيئاً، هذا العجز وتعلم عدم الفاعلية يشبه حالات الاكتئاب، بمعنى أن الإنسان قد يتعلم الاستجابة الكئيبة أو الحزينة ويجد المكافأة على ذلك (العيسوي، 2006؛ ص42)

قام « Seligman » بسلسلة من التجارب المهمة حول الكلب لإثبات نظريته القائلة: بأن الاكتئاب استجابة مكتسبة، وهذه الإستجابة تصبح بفعل التكرار والتشريط سلوكاً مألوفاً لدى الفرد، أنه سلوك الاستسلام، والتشابه بين حالة الاكتئاب عند الإنسان وعند الحيوان في تجارب اليأس كبيرة (حسين فايد، 2001؛ ص81)

فكما في حالات الاكتئاب الإنساني، نجد أن سلوك الحيوان في تجارب السلوك المكتسب يتحول إلى سلوك يتصف بعدد من المظاهر القريبة من إكتسابها الإنساني ومنها:

السلبية والاستسلام في مواجهة الضغوط المهددة، وهما من خصائص السلوك الإنساني الاكتئابي، فنحن ندرك أن الاكتئاب يتسم بقلة النشاط الحركي والاجتماعي، ويعتقد « Seligman » أن اكتساب هذه الصفة لدى الحيوان شبيهة بطريقة اكتسابها عند الإنسان.

و على مستوى التغيرات العضوية، يصاب الحيوان بفقدان الوزن والهزال، ويفتقد الرغبة في الطعام، وهذا شبيهة بأعراض الاكتئاب لدى الإنسان، ينخفض وزنه، وتنعدم لديه الرغبة الجنسية .

انخفاض درجة العدوانية في تجارب اليأس المكتسب، والذي يتسق مع أعراض الاكتئاب الإنساني، فسرت لدرجة أن نظرية التحليل النفسي جعلت من خاصية لوم الذات على أنه نتاج لعملية العجز عن تعبير الغضب، صحيح أن انخفاض العدوان قد لا يكون بكامله ناتجاً مباشراً للتفسيرات التحليلية ، إلا أن الخاصية تمثل أحد الأعراض الرئيسية للاكتئاب وحيث يتزامن وجودها مع نتائج اليأس المكتسب (لابا سليم، 2010؛ ص79)

النظرية البيئشخصية

تركز المنظورات البيئشخصية في فهم الاكتئاب على ضغوط الحياة و أساليب المواجهة، كما تهتم أيضاً بالتفاعلات بين الأشخاص المكتئبين وبيئاتهم ، وكيف أن هذه التفاعلات تعمل على إبقاء و استمرار الاضطراب الاكتئابي (لابا سليم، 2010؛ ص74)

فبالنسبة لضغوط الحياة وأساليب المواجهة، يقترح «Higgins & Endler» أن الاكتئاب قد يفهم كفشل في المواجهة الفعالة لضغوط الحياة، وقد افترضنا أن المواجهة الفعالة مع المشكلات أو الضغوط يمكن أن تقلل من تأثير هذه المشكلات، وتساعد على منعها من أن تصبح مزمنة، فالمرضى المكتئبون يظهرون شفاء أقل إذا ما أظهروا مهارات مواجهة فقيرة أو غير جيدة وتعتبر استراتيجيات التجنب والمواجهة المركزة على الانفعال مثل: التفكير الخطأ الذي يرغب فيه الشخص نفسه، لوم الذات، الوحدة النفسية.

من أهم العوامل في تفسير الاكتئاب حيث أنها أساليب مواجهة غير جديدة تساعد على بقاء نوبات الاكتئاب وهذا ما أشار إليه «Higgins & Endler 1995» من وجود ثلاثة أساليب أو عمليات للتعامل مع الضغوط هي: (حسين فايد، 2001؛ ص86)

- أسلوب التوجه الانفعالي: ويقصد به ردود الأفعال الانفعالية التي تنتاب الفرد وتنعكس على أسلوبه في التعامل مع المشكلة، وتتضمن مشاعر الضيق والتوتر والانزعاج والغضب واليأس.
- أسلوب التوجه نحو التجنب: ويقصد به محاولات الفرد تجنب المواجهة المباشرة مع المواقف الضاغطة، وأن يكتفي بالانسحاب من الموقف.

أسلوب التوجه نحو الأداء: وهي المحاولات السلوكية التي يقوم بها الفرد للتعامل مباشرة مع المشكلة وبصورة واقعية وعقلانية، ويتضمن ذلك معرفة الأسباب الحقيقية للمشكلة، والاستفادة من الخبرة في المواقف السابقة، واقتراح البدائل للتعامل مع المشكلة واختيار أفضلها. (لابا سليم، 2010؛ ص75)

وقد أشارت الدراسات الإمبريقية لـ «Higgins & Endler 1995» إلى أن الأفراد مرتفعي الاضطرابات الانفعالية كانوا أكثر ميلا للاعتماد على أسلوب التوجه الانفعالي كأحد الاستراتيجيات السلبية في التعامل مع المواقف الضاغطة، أما الأفراد منخفضي الاضطرابات الانفعالية كانوا أكثر ميلا للاعتماد على أسلوب التوجه الانفعالي كأحد الاستراتيجيات الإيجابية في مواجهة ضغوط الحياة. (حسين فايد، 2001؛ ص87)

ويعتبر الدعم الاجتماعي، أحد العوامل البيئشخصية المهمة في تفسير الاكتئاب بحيث أن انخفاض الدعم الاجتماعي الذي تقوم به العائلة أو المحيطون بالفرد يؤدي إلى حدوث الاكتئاب. (لابا سليم، 2010؛ ص76)

النظرية المعرفية

يعرف بيك الاكتئاب ما هو إلى مجموعة من الأعراض والمظاهر الانفعالية (المزاجية) والمعرفية، والدافعية، والجسمية السلبية، ولكن الأعراض المعرفية للاكتئاب هي التي تؤدي الدور الأساسي في استمرار معاناة المريض من هذه الأعراض. (سيد يوسف وأحمد الصبوة، 2005؛ ص128)

يتصف النموذج المعرفي "بيك" بـ:

1. استدلال تعسفي أو خاطئ «inférence arbitraire» أي أن الفرد يصل إلى استنتاج معين دون وجود دليل كاف.
2. تجريد انتقائي «abstraction sélective» ؛ يتم الوصول منه إلى استنتاج من خلال عنصر واحد من العناصر الكثيرة الممكنة.
3. المبالغة في التعميم «surgénéralisation»، أو عمل استنتاج شامل من نقطة بدء تافهة.
4. التخصيص «personnalisation» لوم الذات، واعتبار أنه مسؤول عن الوضع بشكل مفرط وإساءة تفسير الوقائع وفقا لأفكار سلبية واستنتاجات غير منطقية.
5. التضخيم للفشل «maximalisation».
6. التقليل من النجاحات «minimalisation» (فالتضخيم والتقليل يتضمنان أخطاء في الحكم على الأداء). (Ovide & Philippe la Fontaine, 2006 ; p397)

كما لاحظ "بيك" أن التشويه المعرفي الذي يتضمن المشكلات الخمس السابقة، ويتم النظر إلى تفكير المريض على أنه أسلوب خاطئ، يسود فيه ثلوث معرفي يمثل أنماط التفكير السلبية حول الذات والعالم والمستقبل (سيد يوسف وأحمد الصبوة، 2005؛ ص128)، وهذا ما يدفع المكتئب أن يعتبر نفسه الخاسر الأبدي ولا مجال أمامه للخروج من وضعه المأسوي، إن اللوم عند المكتئب يشمل مجمل حياته، أن التسليم بالهزيمة هي من صفات المكتئب وينعكس هذا التشاؤم على سلوك الفرد وعلاقته الاجتماعية وعلى صحته النفسية بحيث يميل المكتئب إلى الاعتقاد أن الحاضر أو المستقبل قائم وأن الأحداث السلبية تفوق الإيجابية، ويرى بيك أن الاضطراب الانفعالي ما هو إلا ردود أفعال مبالغ فيها لا تخدم التكيف، والإصابة بالاكتئاب تقع عندما يحاول الفرد تفسير الأحداث التي تواجهه بصورة سلبية ونهائية. فالفرد يشعر بالكآبة عندما يفسر الموقف على أنه ينطوي على خسارة أو هزيمة أو حرمان أو فقدان شيء ما، وأن معاناة المكتئب الناجمة عن التشويه المعرفي بحسب بيك تحدث نتيجة مجموعة من الأفكار الأوتوماتيكية التي تطغى على الشعور لديه. (لابا سليم، 2010؛ ص87)

وهناك دراسة حسب (العيسوي، 2006؛ ص43) تؤيد ذلك؛ على أن الشخص الكئيب يهتم بالمعلومات السلبية، ويميل إلى نقد ذاته نقدا صارما، ويميل كذلك للتشاؤم والنظر للجوانب السالبة من حياته وإذا تأمل المريض في اكتنابه استمرت الحالة أكثر وأكثر، ولقد تبين أن النساء يركزن على أعراضهن المرضية أكثر من الرجال، ومن ثم يطول لديهن الشعور بالاكتئاب، أما الرجال فإنهم أكثر ميلا على مقاومة المشاعر السالبة، وذلك بتحطيم الذات عن طريق الارتداء في أحضان الخمر والمخدرات كعلاج لهمومهن ولكن الخمر والمخدرات لا تزيد الحالة إلا تعقيدا وسوءا وتضاعف من قسوة الأعراض وتضيف أعراضا جديدة وتهدم حياة الفرد وأسرته.

هناك تأثيرات أخرى في افتراض ظهور الاكتئاب حسب (أبو حجلة، ب.س؛ ص78)، وهي:

• الأمراض العضوية

إن كثيرا من الأمراض العضوية قد ترافقها أو تتلوها الإصابة بالاكتئاب مثل الحمى الغدية «Glandular fever»، التهاب الكبد الفيروسي، ونقص هرمونات الغدة الدرقية وداء الباركنسون وغيرها بدون معرفة الآلية لهذه العلاقة بين المرض والاكتئاب.

• الأدوية

كان معروفا أن فئة من مستعملي العلاج الخافض للضغط المسمى «reserpine» يصابون باكتئاب شديد يتراجع بعد توقفهم للعلاج، كذلك هناك أدوية مثل «Metydopa» والكورتيزون تسبب ارتفاعا في المزاج في البداية يتلوها الاكتئاب مع الاستعمال المزمن.

• بينما العوامل النفسية الاجتماعية فيتم تقديم تفسير وتوضيحات ضمن مختلف النظريات المتكاملة والمفسرة للاضطراب الاكتئابي.

7. مظاهر اضطراب الاكتئاب

توصلت نتائج الجهود العلمية التي بذلها المهتمون بدراسة اضطراب الاكتئاب عن وجود تصنيفات متعددة لهذا المرض، إلا أن هذه التصنيفات وإن تعددت في مناحيها، إلا أنها متفقة من حيث التشخيص والتحليل والمعالجة، ومن بين تلك الجهود التصنيف الذي قدمه بيك وحدده بالمظاهر التالية:

• **المظاهر الانفعالية:** وتتضمن فقدان القدرة على الاستمتاع بمرح الحياة، وضعف الثقة بالنفس.

الفصل الثالث: الاكتئاب

- **المظاهر المعرفية:** وتتضمن سلبية مفهوم المريض لذاته، وتوجيه اللوم لنفسه، وتضخيم المشكلات، وانعدام القدرة على اتخاذ القرارات والحسم، وضعف الإحساس بالقيمة الذاتية.
- **المظاهر الواقعية:** وتتضمن ضعف القدرة على الإنجاز، وانعدام الميل نحو المثابرة والطموح لتحقيق أهداف الحياة ومتطلباتها، والشلل في الإرادة، والرغبة في الهروب من الواقع، وتحبيذ فكرة الموت، وتزايد الميل الاتكالية.
- **المظاهر الجسمية:** وتتضمن الشعور السريع بالتعب والإرهاق، وفقدان الطاقة الجنسية، وكثرة نوبات العرق... (أديب الخالدي، 2015؛ ص211)

كما يوجد تقسم آخر للصورة الإكلينيكية وهي كالتالي:

● النفسية:

- فقدان الاهتمامات
- القلق غير المبرر
- الإحساس غير المنطقي بالذنب
- انخفاض تقدير الذات
- اليأس
- أفكار انتحارية متصلة بالموت

● الجسمية:

- صداع مستمر
- تغيرات في الوزن
- تغيرات في العادت
- اضطرابات نوم
- الإحساس بافتقاد الطاقة بفعل أي شيء
- الاضطرابات الحركية
- افتقاد الرغبات الجنسية

● الإدراكية

- ضعف التركيز
- اضطراب الذاكرة
- التردد (هلال الحسيني، 2016؛ ص53/54)

8. تشخيص الاضطراب الاكتئابي

- التصنيف لمنظمة الصحة العالمية للاضطرابات العقلية والاضطرابات السلوكية «CIM10»

يتم تشخيص الاكتئاب حسب معايير التشخيص الدقيقة وفقا لـ CIM10

A. المعايير العامة (الإلزامية)

G1. يجب أن تستمر الحلقة الاكتئابية لأسبوعين على الأقل.

G2. غياب أعراض هوس أو هبومانيك (F30) في أي لحظة في حياة هذا الموضوع.

G3. معايير الاستبعاد الأكثر شيوعا:

- لا تعزى الحلقة إلى استخدام مادة ما (F10-F19) أو اضطراب نفسي عضوي.

وفقا للتعريف الوارد في F00-F9.

B. وجود اثنين على الأقل من الأعراض الثلاثة التالية:

(1) مزاج الاكتئاب لدرجة غير طبيعية بشكل ملحوظ لهذا الموضوع، ويعرض عمليا طوال اليوم

وتقريبا كل يوم، إلى حد كبير غير متأثرة بها والظروف، وتستمر على الأقل لأسبوعين.

(2) انخفاض ملحوظ في الاهتمام أو للأنشطة التي تكون عادة مرغوبة فيها.

(3) نقص في الطاقة أو زيادة التعب والإرهاق.

C. وجود واحد على الأقل من الأعراض السبعة التالية، لتحقيق ما مجموعه الأعراض على الأقل أربعة:

(1) فقدان الثقة بالنفس أو تقدير الذات.

(2) المشاعر غير المبررة للذنب المفرط أو الخاطئ.

(3) الأفكار المتكررة للانتحار أو التفكير الانتحاري، أو السلوك الانتحاري من أي نوع.

(4) انخفاض القدرة على التفكير أو التركيز (التي أبلغ عنها الموضوع أو لاحظها آخرون)، على سبيل

المثال، عن طريق التردد أو التردد.

(5) تعديل النشاط النفسي الحركي، المتمثلة في الإثارة أو التباطؤ (ذكرت أو لوحظت).

(6) اضطرابات النوم من أي نوع.

(7) التغيير في الشهية (نقصان أو زيادة) مع اختلاف الوزن المقابل.

9. تصنيف الاكتئاب

• التصنيف الأول حسب الحدة

(1) **خفيفة:** عندما يكون هناك عدد قليل أو عدم وجود أعراض إضافية فيما يتعلق بعدد اللازمة للرد على التشخيص، وتغيير الأنشطة المهنية، والأنشطة الاجتماعية الحالية، أو العلاقات مع الآخرين هي فقط خفيفة.

(2) **شديدة دون ميزات ذهانية:** عندما أعراض إضافية متعددة مقارنة مع العدد المطلوب للرد على التشخيص موجودة، وهذه الأعراض تعيق بشكل كبير أنشطة العمل، والأنشطة الاجتماعية الحالية أو العلاقات مع الآخرين.

(3) **شديدة مع ميزات ذهانية:** عندما تضاف إلى أعراض نموذجية من أوهام الاكتئاب الحاد أو الهلوسة، متفق أو لا مع اضطراب المزاج.

(4) **معتدلة:** عندما أعراض وتعديلات الأنشطة المهنية، والأنشطة والقضايا الاجتماعية أو العلاقات مع الآخرين بين هذين أقصى. (Pierre Sokolf, S.A ; P156)

• التصنيف الثاني حسب النوع

- **خارجي المنشأ:** هذا النوع يصيب الفرد كرد فعل للظروف الخارجية، مثل شخص عزيز، أو حدوث كارثة مالية أو غيرها، ولذلك يطلق عليه الاكتئاب التفاعلي، أي أنه بمثابة رد الفعل الطبيعي والنتيجة السيكلوجية المتوقعة للظروف الخارجية المسببة له، فهو إذن وفق هذا المنظور (اكتئاب نفسي خارجي المنشأ).

- **داخلي المنشأ:** هذا النوع عكس الاكتئاب السابق، إذ ليس له سبب شعوري أو غير شعوري، ولكنه يرجع إلى اضطراب في الجهاز العصبي المركزي، بخلاف الاكتئاب النفسي الذي تعمل الأحداث الخارجية عملها في إظهاره، وذات تأثير مباشر فيه، وأن الاكتئاب الداخلي المنشأ هو الاكتئاب الحقيقي ويطلق عليه (بالاكتئاب الذهاني). (أسامة فاروق، 2012؛ ص363)

بينما يصنف (علي عبد الرحيم، 2013، ص246) هذا النوع على شكل:

- **الاكتئاب النفسي:** وتكون أسبابه نفسية خارجية ينتج معظمها عن فقدان شخص، أو خسارة.. ويسمى أيضا بالاكتئاب الانفعالي أو العصابي.

- **الاكتئاب الذهاني:** يكون ناجما عن استعداد وراثي (تكويني) ينتقل بواسطة جينات معين، أو خلل حياتي بيولوجي، أو زيادة أو نقصان في مستوى المرسلات العصبية، أو عدم توازن الهرمونات.

• تصنيف الاكتئاب حسب السن (EMC, 2006 ; P11)

1. **الطفولة:** حسب يعرف الاكتئاب عند الأطفال بمزاج الحزن أو اليأس ويمكن أن يعوض عند الطفل والمراهق بسرعة الغضب «irritabilité»، والتصنيفات العالمية قد تحدد الاكتئاب الحاد عند الطفل بأعراض متعلقة بشكاوى جسدية، العزلة الاجتماعية، اللامبالاة «apathie»، الإثارة أو كثرة الحركة «agitation»، فقدان الثقة بالنفس، الرهاب (المخاوف المرضية).
2. **المراهقة:** فترة المراهقة تولد تساؤلات وتناقضات حول الأعراض الاكتئابية إذا كانت تعبير لاضطراب حاد أو أعراض مساهمة في النمو الطبيعي للمراهق وبدون عواقب.
 - حاليا يعتبر الاكتئاب في سن المراهقة كاضطراب حاد ذو تأثيرات سلبية على المستوى الدراسي، علاقات عائلية واجتماعية، وتواجد خطر في تناول المخدرات، ومحاولات الانتحار، وتضيف (بوكرمة أغلال، 2015؛ ص162) أن هناك أعراض أخرى منها: الانحراف الجنسي، إهمال المظهر الخارجي، الشعور بالفراغ، ازدياد الحركة، السلوك المضاد للمجتمع...
 - تثبت الدراسة الإحصائية حول الراشد المكتئب أن المرحلة الأولى للاكتئاب تظهر في فترة المراهقة، من وجهة نظر إكلينيكية الاكتئاب في سن المراهقة يتقرب كثيرا من اكتئاب عند الراشد، وهذه الأعراض يمكن أن تكون معوضة باضطرابات سلوكية خاصة سرعة الغضب*.
3. **المسنين:** بينت دراسة حول الاضطراب الإكتئابي عند فئة كبار السن من العمر يتعدى 65 سنة، بحيث يمكن قياس الاكتئاب عند المسنين بفضل مقاييس مخصصة منها مقياس «(care) echelle comprehensive assesment and referral evaluation» والذي كشف عن 13% من الحالات الاكتئابية عند المسنين لمجتمع «New york, Londre» وبينت كذلك أن هناك معاناة سوماتية التي تدفعهم إلى استشارة الطبيب العام، ويتميز بالخصوصيات التالية:
 - اكتئاب مخفي؛ عبر توهم المرض «La dépression masquée, hypocondriaque».
 - اكتئاب القلق «La dépression anxieuse».
 - اكتئاب شبه خرف، متميزة ضعف معرفي عقلي «La dépression pseudodémentielle, caractérisé par un affaiblissement intellectuel».
 - اكتئاب هذيان (المطالبة بحقوق، أشياء..) «La dépression délirante (revendications)»
 - اكتئاب عدائي مميز بسرعة الغضب، إزعاج العائلة، قلق من نوع الخوف من الأماكن المفتوحة والعجز عن الخروج لوحده، أو الخوف الفجائي من البقاء لوحده، ومصاحب بعدة شكاوى جسدية التي تولد قلق لذاته وللعائلة «Dépression hostile» (EMC, 2006 ; P11-12).

10. التشخيص الفارقي «Diagnostic différentiel»

الإرهاق الغير مبرر في الطب العام، يجب استبعاد الأسباب العضوية (مثل عن ذلك une causes « hypothyroïdie ou une brucellose) وأسباب مترتبة عن تأثير أدوية معينة « iatrogènes» مثل عند ذلك (bétabloquants et autres traitements) فالإرهاق للاكتئاب متميز ، لأن لم يتحسن بالراحة، كما هناك العديد من الاضطرابات العقلية التي يجب استبعادها.

• اضطراب التكيف «Trouble de l'adaptation»: هو ردة فعل على الضغط النفسي الاجتماعي العادي (فقدان مهنة، انفصال..) مع ظهور الأعراض في الشهر الموالي للحدث، فغالبا يوجد اجترار «ruminations» المتمركز حول السبب المعني، يمكن أن يكون القيام بالأفعال العدوانية أو انتحارية، لكن الشدة والمتغير عبر الوقت ضمن الجدول العرضي لا يسمح لتصديق حول نوبة اكتئابية مميزة «trouble dépressif caractérisée».

• اضطراب القلق العام «Trouble anxiété généralisée»: مصاحب باجترار القلق حول مشاكل الحياة اليومية، مع توتر عضلي ونفسي الذي يسبب الإرهاق، والخلط الممكن في حالة نوبة اكتئابية؛ فهناك حفاظ بالاهتمام والمتعة للأنشطة التي غالبا ممتعة، والرغبة الجنسية «Libido»، غياب شعور بالذنب، وأفكار متعلقة بالموت، تساعدنا في التفريق بين الاضطرابي، لكن يجلب الانتباه بأن كلا الاضطرابي غالبا مرتبطان.

هناك دراسة تؤيد ذلك؛ معظم المكتئبين يعانون أو عانوا في الماضي من اضطراب القلق، حسب دراسة «ECA» هناك 43 إلى 50% من المكتئبين لديهم اضطراب القلق، و25% من المضطربين بالقلق يعبرون عن اضطراب اكتئابي.

ويؤدي الاعتلال المشترك الاكتئابي «Comorbidité dépressive» مع واحد أو أكثر من اضطرابات القلق إلى تفاقم الأمراض الاكتئابية، ويقلل من الاستجابة لمضادات الاكتئاب، ويقلل من جودة الحياة، ويزيد من الصعوبات الاجتماعية ويزيد من إمكانية الانتحار (EMC, 2006 ; P 15)

• اضطراب القلق الاجتماعي «Trouble anxiété sociale»: يمكن أن يكون تداخل بين الاكتئاب والقلق الاجتماعي في أعراض الانسحاب الاجتماعي، والتقليل من القيمة الذاتية، لكن الدافع لتجنب التفاعلات الاجتماعية يستند إلى الخوف من التعرض والانتقاد، أو الحكم السلبي، بينما الاكتئاب يتجنب من أجل التقليل من مزاجه المكتئب.

• اضطراب ثنائي القطب «Trouble bipolaire»: بداية مبكرة في عمر العشرينات، ظهور سريع للاكتئاب في أقل من اسبوع، المدة الطويلة للاضطراب مع المقاومة للعلاج يعتبر مؤشر. أن البحث عن السوابق للهوس «maniaque et hypomaniaque» ضرورية، لكن صعب التعرف عليها إذا اعتقدها المريض كذاكرة إيجابية، وظن أنها عادية، فإن 10% من الاضطراب ثنائي القطب تتبع 3 نوبات اكتئابية متتالية قبل تقديم حلقة هوس وبالتالي الخروج من أي تشخيص مبكر.

• اضطراب ما بعد الصدمة «Un trouble stress post-traumatique (PTSD)»: عندما يكون استجابة عاطفية «l'émoussement affectif» في الدرجة الأولى، فالبحث عن الزملة المتكررة «syndrome de reviviscence» (مثال الكوابيس الدائمة)، واليقظة المفرطة ستساعد على التمييز؛ ومع ذلك، فإن الكشف عن الصدمة يكون أحيانا صعب في المقابلة الأولى. قد يرتبط اضطراب ما بعد الصدمة والاكتئاب فيما بينهما فيجب البحث عن حلقة اكتئابية وتحديد ما بعد الصدمة.

علاج الاكتئاب

1. العلاج الكيميائي (القائم على أدوية مضادات الاكتئاب)

من الخطأ إيقاف هذه الأدوية فجأة لأن هذا غالبا ما يؤدي إلى انتكاسة، ومن المهم معرفة أسباب الاكتئاب ومحاولة إزالتها أو تخفيف أثرها وتخفيف مدى مواجهة الضغوط النفسية إن أمكن، ولهذا قد تستفيد الحالة المصابة بالاضطراب الاكتئابي في وضع الانتكاسة المتكررة من جلسات علاجية، فتحتاج إلى مثبتات الحالة المزاجية، وبعد مدة 6 إلى 12 شهرا تقوم عملية السحب التدريجي، لكن لا يمكن أن يأتي العلاج الدوائي ثماره وحده دون تدخل أساليب العلاجات الأخرى. (إبراهيم سالم، 2010؛ ص 80)

ويتضمن استخدام العقاقير المضادة للاكتئاب تحت إشراف الأطباء النفسيين، يقوم الطبيب النفسي باختبار الدواء المناسب ومتابعة المريض لفترة كافية حتى تتحسن حالته وسيتم عرض الأدوية المستخدمة لعلاج الاكتئاب. (الشرييني، ب.س، 240)

تمثل مضادات الاكتئاب، أدوية تستعمل لتعالج المزاج الاكتئابي وتصنف إلى 4 أنواع كالتالي:

- مثبتات الأنزيم المؤكسد الأحادي الأمين الانتقائي «IMAOs» وغير الانتقائي «IMAO»
(Imipraminiques)
- مضادات الاكتئاب ثلاثية ورباعية الحلقات (ATC).

جدول (1): مضادات الاكتئاب

<i>Antidépresseurs imipraminiques</i>	
<i>Clomipramine</i>	<i>Anafrani®l</i>
<i>Imipramine</i>	<i>Tofrani®l</i>
<i>Amoxapine</i>	<i>Défany®l</i>
<i>Amitripline</i>	<i>Elavil®, Laroxyl®</i>
<i>Opipramol</i>	<i>Insidon®</i>
<i>Maprotyline</i>	<i>Ludiomi®l</i>
<i>Desipramine</i>	<i>Petrofran®</i>
<i>Dosulepine</i>	<i>Prothiaden®</i>
<i>Doxepine</i>	<i>Quitaxon®, Sinéquan®</i>
<i>Trimipramine</i>	<i>Surmontil®</i>

<i>IMAO* non sélectif</i>	
<i>Iproniazide</i>	<i>Marsilid®</i>

<i>IMAO* sélectif A</i>	
<i>Moclobemide</i>	<i>Moclamine®</i>
<i>Toloxatone</i>	<i>Humoryl®</i>

(Grima 2008 ; P5)

- 2^{ème} génération
antidépresseurs
- مثبطات إعادة أخذ السيروتونين الانتقائية (ISRSs)
 - مثبطات إعادة أخذ السيروتونين والنورادرينالين (ISRS)
 - مثبطات إعادة أخذ النورادرينالين (IRSNa) (بوكرمة أغلال، 2015؛ ص 165)

<i>Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine</i>	
<i>Citalopram</i>	<i>Séronam®</i>
<i>Fluoxetine</i>	<i>Prozac®</i>
<i>Fluvoxamine</i>	<i>Floxyfral®</i>
<i>Paroxétine</i>	<i>Deroxat®</i>
<i>Sértaline</i>	<i>Zoloft®</i>

<i>Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline</i>	
<i>Minalcipran</i>	<i>Ixel®</i>
<i>Venlafaxine</i>	<i>Effexor®</i>

(Grima 2008 ; P5)

دراسة ميلر وآخرون (1989) التي هدفت إلى دراسة التأثير التمييزي للعلاج والأثر البعدي لثلاثة أنواع من العلاج هي العلاج المعياري ويتضمن رعاية إكلينيكية داخل المستشفى وعلاجا دوائيا بمضادات الاكتئاب أو علاجا معرفيا مع العلاج المعياري، أو تدريبات المهارات الاجتماعية مع العلاج المعياري وأظهرت النتائج أن إضافة العلاج المعرفي أو تدريبات المهارات الاجتماعية جعلت المرضى استجابتهم للعلاج أكبر ولم يحدث لهم انتكاس على مدى عام من المتابعة. (السيد إبراهيم، 2006، 225)

2. العلاجات النفسية

في حين تتعدى العلاجات النفسية بتفاوت المدارس لعلم النفس القائمة على مبادئها وأسسها، والمناهج العلمية المجربة في المجال النفسي الإكلينيكي. فيقصد بالعلاج النفسي تلك العمليات والإجراءات و الإضطرابات السلوكية ، و الأمراض السكوسوماتية ، بحيث يقدم المعالج النفسي الرعاية، والخدمات العلاجية في شكل جلسات فردية ، أو جماعية. ومن أشهر العلاجات المستخدمة للإضطراب الإكتئابي ما يلي :

• العلاج السيكودينامي (التحليلي)

بالاعتقاد بأن الاكتئاب أحادي القطب ينتج عن خرق لا شعوري بسبب اعتقادات مكونة من اعتماد متزايد على الناس الآخرين، يحاول المعالجون السيكوديناميون أن يساعدوا العملاء على إحضار تلك العمليات إلى الشعور، و بذلك يفهموا مصدر المهم ويتعلموا أي يتركوها وراءهم، و باعتبارهم ممارسين لعلاج شمولي، يستخدم أولئك المعالجين نفس الإجراءات التحليلية مع العملاء المكتئبين التي يستخدمونها

مع الآخرين: أنهم يشجعون العملاء بالتداعي الحر خلال العلاج، ويقترحوا تفسيرات لتداعيات، والأحلام، ومبررات مقاومة وطرح العميل، ويساعدوا العملاء على إعادة خبرة وتقويم إحداثهم ومشاعرهم الماضية، والتمكن من تحديد المرحلة الخاصة باكتئابه، من بين ذكرياته السابقة (حسين فايد، 2008؛ ص 291).

• العلاج الإنساني:

لقد استمد العلاج الإنساني أفكاره الرئيسية من نظرات البورت، ووليم جيمس، وروجرز، إذا يرى هؤلاء الإنسانيون أن علم النفس أساسا يقوم على قيم مختلفة وكثيرة، ولكن هذه القيم لا تستمد جذورها من مسلمات نظريات التحليل النفسي، وبتوضيح آخر يعتقد هؤلاء العلماء أن لا يعتبر حصيلة نتائج من الماضي أو اللاشعور بل أنه قادر على الإختيار الحر واتخاذ السبل لتحقيق إمكاناته بغية تحقيق ذاته (محمد الخالدي، 2015؛ ص 137).

انطلاقا على مصدر (حسين فايد، 2008؛ ص 43) تداخل بين العلاجات التحليلية النفسية والعلاجات الإنسانية التي يعتقدون بأن المشاكل النفسية (من بينها الاكتئاب) يمكن علاجها بإعطاء للفرد استبصار في الاحتياجات والدوافع التي قد لا يكونوا على وعي بها، ولكن المعالجون الإنسانيون يرفضون مفهوم الحتمية النفسية في التحليل النفسي، بحيث يظهر فرويد بأن المضطربين معتبرين على أساس ضحايا لصراعات الطفولة، لا يستطيعون أن يمارسوا إلا تحكما قليلا عنها، وعلى النقيض فالمبدأ الرئيسي للإنسانيين هو حرية الاختيار، باعتبار أن الشخص حر إلى أقصى مدى في عمل الاختيارات التي تؤثر في من هو يصبح، فرغم تواجد أنواع عديدة من العلاجات الإنسانية، إلا نذكر اثنان من بينها كالتالي:

◀ علاج روجرز المتمركز حول العميل

تهدف أساسا على توفر كل فرد على قدرات هامة لفهم نفسه، ولتغيير الفكرة التي لديه حول نفسه، وتغيير مواقفه وطريقة تصرفه، يمكن للفرد أن يستعمل من موارده الخاصة لتحقيق ذلك، شريطة أن يضمن له جو من الواقف السيكولوجية الميسرة لذلك والقابلة للتحديد، وعليه فإن المقاربة المتمركزة حول الشخص تركز على نوعية العلاقة بين العميل والمعالج، والتي تتأسس على أبعاد ثلاثة يجب أن يتسم بها المعالج، وتتجلى في الاستماع المتعاطف، الأصالة، واللاحكم (إسماعيل وبنعيسى، ب.س؛ ص 32)

يستند العلاج المتمركز على العميل، والذي طوره عقد الأربعين 1940 كارل روجرز على فرضية أن الشخص هو أفضل طبيب عن حاله وعن ذاته وهذا يساهم المكتئب بالتبصر، بوصفه والتي تمكنه في بعدها لإيجاد الحلول لمشاكلهم المتعلقة بالإحباط واليأس وكيفية مواجهة المواقف للحياة، ومهمة المعالج

هي تسهيل هذا التقدم، وليس بطرح أسئلة حقيقية أو لوضع تفسيرات أو اقتراح أساليب العمل (حسين فالج، 2015؛ ص123)

يتلقى العميل الاحترام أو التقدير غير المشروط والإيجابي مثل هذا التقدير يعطي للحالة المكتئبة شعور بالأمان، مما يشبعه علة استكشاف ذاته ومشاعره

قبول المريض لنفسه

يؤدي إلى

قبول المعالج للمريض

فيعتقد روجرز أن المواصفات الأكثر أهمية للمعالج هي أن يكون متعاطف و صادق يشير إلى قدرة المعالج على فهم مشاعر العميل، توفر هذه المزايا يساعد على تحسن وضع العميل (عبد الرحمن، 2011؛ ص221)

العلاج الجشطالتي

يعتبر العلاج الجشطالتي هو الشكل الآخر من العلاجات الإنسانية الذي ابتكر بواسطة فريدريك وبييرلز، بحيث يعتبر أن الوعي والاتصال هما الهدفان الرئيسيين للعلاج الجشطالتي فضلا عن أهداف أخرى مثل التكامل والنضج و المسؤولية والتنظيم الذاتي وتغير السلوك، فمن خلال الوعي يعرف الشخص إذا كان مسؤولا أو صادقا، أو إذا كان الفرد على اتصال بإحساساته، و تدار معظم التعاملات بين المعالج و المريض على أساس من أنا و من أنت بدلا من افتراض الطرح أو الطرح المضاد، ويشجع الفرد في تحمل المسؤولية عما يحدث فعلا، واتصال المريض مع السلوك يشجعه المعالج على تمثل أو رفض هذا السلوك (محمد محروس، 1995؛ ص309)

فيكون التركيز في العلاج الجشطالتي للإضطراب الإكتئابي على الوعي المباشر الحالي لخبرة الشخص الذاتية ولا يسمح في العلاج بالتفسيرات العقلية (المعرفية) للأسباب، أو الأعراض (المتعلقة بالإكتئاب) فهذه الأمور يرفضها العلاج الجشطالتي (حسين فايد، 2008؛ ص57)

• العلاج النسقي :

يهدف العلاج العائلي إلى إحداث تغيير في نسق العلاقات الأسرية التي لها تأثيرا سلبيا ومعوقا لقيام الأسرة و فرادها بأدوارها المختلفة، و العلاج الأسري عملية يتم من خلالها تغيير الأسرة ككل و أنماط تفاعلها حتى يستشعر أفرادها بالقدر الأقل من الألم ويصبحوا أكثر حرية في النمو للإتجاه الأكثر ملائمة و ارتباطا لهم (مفتاح محمد، 2001، ص185)

كما يعد العلاج النفسي النسقي أحد أشكال العلاجات الجمعية النفسية، حيث يستطيع المعالج اعتبار بأن اضطراب الإكتئاب هو العرض و المؤشر لإضطراب الوسط الذي في كنفه، و أن علاج المكتئب في حد لم يحدد مآل ايجابي لأنه سيعود بعد انتهاء العلاج النفسي إلى نفس البيئة المضطربة، فلا بد أن تدخل الأسرة في العملية العلاجية ككل (محمد حسن، ب.س؛ ص 237)

• العلاج المعرفي السلوكي

أصبح من المسلم به بين نسبة كبيرة من المعالجين، أن العلاج السلوكي يقوم على تعديل السلوك الفرد بغض النظر عن مسبباته وراثية، أو اجتماعية، إلى وجهات مقبولة ومرغوبة، حيث يرى المعالج أن بالإمكان ملاحظة هذا السلوك وتحديد، ومن ثم يمكن ضبطه، أو استبداله أو توجيهه وجهات ايجابية وبناءة (عبد الستار، 1990، ص194) فينظر المعالج السلوكي إلى أعراض أي اضطراب نفسي على أنها جوانب و أنواع من السلوك لا تلائم الفرد من وجهة نظر الصحة والفاعلية، وتعوقه عن التوافق، والتكيف وعن تحقيق إمكانياته الشخصية والعقلية، بينما يزعم العلاج المعرفي من ناحية الجوهر، أن العمليات و الأبنية المعرفية من بينها التوقعات، والاعتقادات، و الانفعالات، و الذكريات طويلة المدى لها تأثير دال على السلوك، ومنه وجود عمليات و أبنية معرفية سلبية أو مزيفة حول الوضعيات والتفسيرات الذاتية للمواقف الحياتية قد تكون عنصرا هاما في ظهور اضطرابات نفسية سلوكية من بينها؛ الرهاب، الاكتئاب، القلق، الوسوس...) ومنه يركز أساسا هذا الاتجاه من العلاج على استخدام فنيات العلاج المعرفي السلوكي التي أثبتت العديد من الدراسات فعاليتها في علاج العديد من المشكلات و الاضطرابات.

الفصل الرابع: السرطان

- ✓ تمهيد
- ✓ مفهوم السرطان
- ✓ تصنيف السرطان
- ✓ العوامل المساعدة للإصابة بالسرطان
- ✓ العوامل النفسية و الأورام السرطانية
- ✓ سرطان الثدي
- ✓ تعريف سرطان الثدي
- ✓ مراحل سرطان الثدي
- ✓ أسباب سرطان الثدي
- ✓ تشخيص سرطان الثدي
- ✓ الوضعية النفسية للمصابة بسرطان الثدي
- ✓ علاج سرطان الثدي
- ✓ العلاج الكيميائي
- ✓ تعريف العلاج الكيميائي
- ✓ أهداف العلاج الكيميائي
- ✓ الأدوية المستعملة لعلاج سرطان الثدي
- ✓ أنواعها
- ✓ مضاعفاتها
- ✓ خلاصة

تمهيد

السرطان كلمة ذات صدى مرعب لدى العامة من الناس بحيث أنها أصبحت تشكل هاجسا ارتبط بالعصر الذي نعيش فيه اليوم و من جهة أخرى فان كلمة سرطان تعني تلك الكلمة المرعبة التي تشير الى داء خطير، و الذي يعتبر مرض العصر و هذا ما يزيد من خوف الناس و المجتمع منه .

1- مفهوم السرطان :

هو عبارة عن مجموعة من الامراض يجمع بينها عدد من العوامل المشتركة ، و ينجم السرطان عن خلل في المادة الوراثية الجينية (DNA) التي تتمثل في خلايا الانسان الجزء المسؤول عن السيطرة على نمو الخلايا و تكاثرها ، فخلايا جسم الانسان تتكاثر بشكل منتظم و بطيء ، لكن في حالة السرطان يحدث خللا في المادة الوراثية (DNA) ، مما يؤدي الى تسارع زائد في نموها و انتشارها ، و من المعروف أن الخلايا السرطانية بعكس خلايا الجسم الاخرى ، و انما تستنزف طاقاته و امكاناته ، (تايلور، درويش، 2008، ص811)

2- تصنيف السرطان :

- الأورام الحميدة (غير السرطانية):

و هي عادة ما تكون مغلقة بغشاء و غير قابلة للانتشار ، و لكن بعضها قد يسبب مشاكل للعضو، المصاب خصوصا اذا كانت كبيرة الحجم و تأثيرها يكون بالضغط على العضو المصاب أو الاعضاء القريبة منها مما يمنعها من العمل بشكل طبيعي، هذه الاورام من الممكن ازلتها بالجراحة أو علاجها بالعقاقير أو الاشعة لتصغير حجمها و ذلك كاف للشفاء منها و غالبا لا تعود مرة ثانية (يوسف الشرفاء، 2008، ص15).

- الأورام الخبيثة:

الأورام السرطانية تهاجم و تدمر الانسجة بها، و لها قدرة على الانتشار و هي تنتشر ب 03 طرق:

- 1- انتشار مباشر للأنسجة و الاعضاء المحيطة بالعضو المصاب.
- 2- عن طريق الجهاز اللمفاوي
- 3- عن طريق الدم، حيث تنفصل خلية أو خلايا من الورم السرطاني و تنتقل عن طريق الجهاز اللمفاوي أو الدم الى اعضاء أخرى بعيدة ، حيث تستقر في مكان ما غالبا أعضاء غنية بالدم : الرئة ، الكبد أو العقد اللمفاوية متسببة في نمو أورام سرطانية أخرى تسمى بالاورام الثانوية (يوسف الشرفاوي ، 2008 ، ص 18)

- العوامل المساعدة للإصابة بالسرطان:

كان الاعتقاد السائد في الماضي أن السرطان هو نتيجة خطأ وراثي، أما الآن فسر التقديرات إلى أن (80%) على الأقل من جميع حالات السرطان يلعب فيها العامل البيئي دورا ما ، اذ نحدث العامل التغيرات التي تسبب تحول الخلايا الطبيعية الى سرطانية ، و هذا الفهم للتأثير الهائل للعوامل البيئية هو تطور مشجع لأنه يشير الى أن الاهتمام يجب أن يتركز على تحديد العوامل التي تعرض للإصابة بالسرطان كي يتم تجنبها ، و تعني بالعوامل المساعدة الظروف و الحالات التي تزيد احتمالات ظهور السرطان و يمكننا تصنيف هذه العوامل فيما يلي:

1- العوامل الفيزيائية :

إن التعرض المفرط لضوء الشمس هو من العوامل العامة للتعرض للإصابة بسرطان الكبد، كما أن التعرض للإشعاعات الكونية من أنواع مختلفة يزيد الى حد بعيد من خطر الإصابة بالسرطان ، فجد اللوكيميا (سرطان مجموعات خلايا الدم البيضاء).

في السنوات الأولى لتطوير تكنولوجيا أشعة "اكس" لم يكن الفيزيائيون الذين يعملون في مجالها على معرفة جيدة لمخاطر هذه الأشعة، و لم يتوخوا نفس الحذر من استعمالها كما يفعل علماء الأشعة اليوم، و كان أمثال هؤلاء الفيزيائيين معرضون للإصابة باللوكيميا بنسبة 10 مرات نسبة الإصابة بين الفيزيائيين عامة (Beers ، 2008 P1033).

2- العوامل الكيميائية :

يعرف عن الكثير من المواد الكيميائية الصناعية أنها تعرض للإصابة بالسرطان فقطرات الفحم و مستخلصات الكربونات (سائل زيتي تستحضر بتقطير القطرات) يسببان سرطان الجلد أما المستحضرات الزرنيخية فهي أيضا تسبب سرطان الجلد حتى و ان أخذت عن طريق الفم ، كذلك فأصباغ الانالين قد تؤدي الى الإصابة بسرطان المثانة في حالة ما اذا تعرض لها الشخص باستمرار و يفترض في هذه الحالة أن المثانة هي العضو المعرض للإصابة لأن المواد المسببة للسرطان يتم التخلص منها عن طريق البول.

و ظهر مؤخرا اهتمام كبير بسبب الادلة المتزايدة على استعمال هرمون الاستروجين الصناعي من قبل النساء المريضات يزيد من احتمال اصابتهن بسرطان المهبل، و مما ايد هذا الاهتمام ملاحظة كون البنات المراهقات اللواتي تلقى أمهاتهن الاستروجين الصناعي خلال اشهر الحمل الثلاثة الاولى معرضات أكثر من غيرهن للإصابة بسرطان المهبل و عنق الرحم ، و هكذا يبدو ان هناك انتقال في التأثير من جيل الى جيل

أما المشروبات الكحولية فمن الصعب تحديد التأثير الدقيق لأسباب عديدة أو أن الأشخاص الذين يتناولونها غالباً ما يكونون من مدخني السجائر ، و هكذا فإنه عندما يظهر السرطان لا يعود باستطاعتنا الجزم فيما اذا كان بسبب الكحول أو السجائر ، و تدخين السجائر مسؤول عن (90%) على الأقل من حالات الإصابة بسرطان الرئة الذي يسبب عدد أكبر من الوفيات بين الرجال ، مما يسبب أي نوع من أنواع السرطان (Beers، 2008، P1035)

3- العوامل البيولوجية (الفيروسات)

هناك احتمال كبير في امكانية حدوث السرطان نتيجة فيروس ما أو مجموعة فيروسات، فالفيروس العليم البشري (HPV) يمكن أن ينتقل من خلال العلاقات الجنسية و يسبب سرطان عنق الرحم، كما نجد فيروس التهاب الكبد الذي يسبب سرطان الكبد ، اما فيروس (EBV) فهو يسبب سرطان الجهاز اللمفاوي أو ما يعرف بداء بورلين (Beers، 2008، P1035).

4- العوامل النفسية و الأورام السرطانية:

ظهر فرع جديد من طب و هو الطب السيكوسوماتي الذي يتناول يتناول تأثير الضغوط أو الانفعالات على الاختلال الوظيفي أو المرضى ، و يرى "ولف" (Wolf) أن الامراض السيكوسوماتية ترجع غالباً لضغوط المواقف المختلفة في الحياة، هذه الضغوط التي لا تنفق مع تكريس الفرد الفسيولوجي أو النفسي، و هي مواقف يحدث فيها ما ضغط على نفسية الفرد، و يثير قلقه و توتره حتى تؤثر على أحشائه و افرازات غده من الهرمونات و العصارات و غيرها ، مما يجعل الحالة الانفعالية الحشوية تأخذ صفة الاستمرار بما لا تتحملة الآليات الجسمية الداخلية فتضطرب الوظائف أو تصاب الاعضاء.

و يرى الباحثون أن العامل النفسي لا يعمل لوحده، و انما الى جانب التغيير الهرموني و يعتبره البعض العامل الفعال و المباشر في احداث الاذى للعضو، و ثم فان هذه الاضطرابات تؤثر على الجهاز العصبي و الهرموني و الحالة الجسمية للفرد بصفة عامة ، و ان تفاعل العامل النفسي مع العامل الوراثي و البيولوجي له أثر كبير و احداث الاضطرابات الجسمية (بختة عبد الله و عبد الفتاح رأفت ، 1995، ص 140-159) .

و يعتبر العالم سيمونز "Simouns" 1956 في كتابه الشهر (المظاهر السكوسوماتية للسرطان)، و هو من أبرز العلماء و الاطباء الذين درسوا (الجذور النفسية) الكامنة وراء السرطان قد توصل الى الاستنتاجات التالية:

1- يكون هناك نوع من الصدمات النفسية، ما يعجل بظهور السرطان وتكون تلك الصدمات هي السبب الاول للمرض.

2- ان الاضطرابات في الوظائف الغددية تثيرها و تطلقها الضغوط الانفعالية و خاصة المتعلقة بمشكلات الطفولة (رافت، 1995، ص160)

• سرطان الثدي

- تعريف سرطان الثدي: أنواعه – مراحلہ .
- أعراض سرطان الثدي.
- أسبابه.
- تشخيصه.
- الوقاية من سرطان الثدي.
- الجوانب النفسية سرطان الثدي.

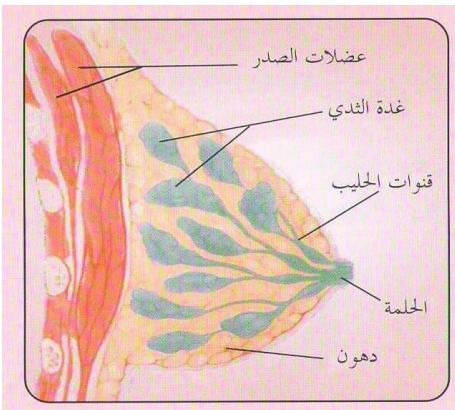
إن سرطان الثدي هو الداء الخبيث الذي زاد انتشاره في السنوات الاخيرة من أكثر السرطانات شيوعا عند النساء ، وصلت نسبت الإصابة به الى 10 % أي ما يعادل حالة واحدة بين كل 15 امرأة خاصة الفئة العمرية ما فوق 30 سنة و قد خصصنا هذا الفصل للتعريف به و بأخطاره.

تعريف سرطان الثدي :

هو ورم خبيث ناتج عن التكاثر العشوائي و غير طبيعي لمجموعة من الخلايا في الثدي التي تؤدي إلى تدمير النسيج الاصلي ثم تغزوا الانسجة المحيطة ، و أحيانا تنتقل الى أماكن أخرى خاصة الكبد، الرئتين، أو العظام التي تؤدي الى موت الحالة في غياب العلاج (Larousse 1999 P425 medical)، يحتوي كل ثدي على عدد من الفصوص حوالي 15-20 فص ، و هي على شكل أوراق الاقحوان ، و يحتوي كل فص على فصيصات أصغر في نهايتها عشرات البصيلات القادرة على إنتاج الحليب بدورها تؤدي الى حلمة الثدي، تأتي البصيلات أسفل الثدي و تملأ المادة الدهنية الفراغات بين الفصوص و القنوات، مما يعطي الثدي طبيعته كتلة غير متجانسة، بالإضافة إلى الأوعية الدموية التي تقوم بتغذية خلايا الثدي و الأوعية اللمفاوية توجد تحت الابط و حول عظمة الترقوة ، و بداخل الصدر والتي تساهم في محاربة الالتهابات ، و في تصفية السائل من الفضلات و معظم الأوعية اللمفاوية في

الثدي الى غدد لمفاوية في الابط و حول عظمة الترقوه و بداخل الصدر و التي تساهم في محاربة الالتهابات، و في تصفية السائل اللمفاوي من الفضلات و معظم الأوعية اللمفاوية في الثدي التي تؤدي إلى غدد لمفاوية في الإبط. █

تتكون الخلية العادية من نوعين من المورثات أحدها يتميز بالجينات



(les prot-encogènes). و الثانية المورثات الكابحة (les anti-encogènes) و هما يتحكمان في الانقسام و النمو الخلوي كما ان (les prot-encogènes) تنتج عن البروتينات التي تنير و تنظم التكاثر الخلوي و تجديد الانسجة المسنة و اصلاح الانسجة ذات خلل و كذلك التشوهات التي تحصل في الخلايا الجديدة ، أما المورثات الكابحة (les anti-encogènes) فهي تعمل كمثبط لعمل prot-encogènes وفي حالة حدوث أي تغيير في التركيب الجيني عند المورثين على مستوى الكروموزومات يزيد من كمية أو نشاط ذلك البروتين أو عليه يظهر التكاثر الخلوي الفوضوي ، و يسمى هذا التغيير المفاجئ في المورثة بالطفرة الوراثية (la mutation) و لكي تصبح الخلية عادية فان خلية سرطاني يجب حدوث عدة ظفرات و في حالة سرطان الثدي فان الأورام السرطانية قد تتبع في النهاية من أي جزء من الثدي، و يرى الباحث "عبد الباسط عبد الصمد محمد السيد، 2009، أن الكتل السرطانية تكون صلبة و عادة خالية من الألم ، و هذه الكتلة قد تتبع ببساطة عن تغيير ليفية كيسية طبيعية أثناء الدورة الشهرية.

سرطان الثدي أيضا قد يحدث أيضا إفراز مادة صفراء دموية أو سائل رائق الحلمة ، و هناك أنواع متعددة من سرطان الثدي هي : السرطان الغدي الكيسي، السرطان الوراعي الخبيث، السرطان النخاعي، السرطان البتوني، هذه الانواع و أنواع أخرى أقل شيوعا و أقل خطورة من الانواع الاخرى ، و منها السرطان القنوي الترسيبي، و سرطان نشأ في بطانة قنوات الحليب ثم يهاجم أنسجت الثدي المحيطة حوالي 80% من كل الحالات سرطان الثدي ، السرطان الالتهابي حيث ينشأ الورم في بطانة قنوات الحليب ، و عند ما ينمو يسد الاوعية الدموية للمفاوية، حيث يصبح مصفرا و الثدي موجه كثيرا ، و هذا النوع من السرطان ينتشر بسرعة كبيرة نتيجة لوفرة الاوعية الدموية و للمفاوية المتصلة بحالة الالتهاب.

السرطان الموضعي: داخل القنوات هذا النوع متمركز من السرطان ، حيث أن الخلايا السرطانية تنمو داخل القنوات ، و قد لا يهاجم الأنسجة الأخرى.

السرطان الفصيبي : هو كذلك أقل شيوعا من سرطان الثدي ، بحيث ينشأ في الفصوص و يمثل حوالي 9% من سرطانات الثدي يعيش في كلا الثديين معا في بعض الأحيان مرض باجي "pajet" الخاص بالحلمة ، و يحدث هذا النوع من السرطان عندما تنتقل خلايا السرطان الاساسي الى الحلمات ، و أغلب الأعراض هي الحكمة والاحمرار و حرقات في الحلمة ، مرض باجي يعطي اشارة الى وجود سرطان قنوي مبدئي في مكان انسجة الثدي المحيط أي سرطان الثدي التوسعي و اللافت أن معظم انواع سرطان الثدي هي من النوع التوسعي أما في المرض الغير التوسعي فتبقى أنواع سرطان الثدي داخل القنوات او الفصيصات و تطلق عليها صفة الموضعي بحيث يختلف سلوك السرطان الموضعي عن سلوك السرطان التوسعي الاكثر شيوعا ، و قد لا يسبب اية مشاكل اضافية بعد استئصاله، كما أن معالجته مختلفة عن معالجة النوع التوسعي من سرطان الثدي اذا انتشر السرطان التوسعي من القناة أو الفصيص ، حيث نشأ

الفصل الرابع: السرطان

و وصل الى نسيج الثدي المحيط و المنتهي بانتشار الموضعي قد يستغرق عدة سنوات أو يحدث بسرعة أكبر و حيث يزداد عدد الخلايا السرطانية تتحول الى كتل الورم و يستمر الورم في النمو الى ان يصبح في مرحلة ما كبيرا جدا ، اقل من ثلثي الحالات تقريبا لا ينتشر سرطان الثدي أبعد من الثدي و يمكن شفائه في معظم الحالات بواسطة الجراحة (شدمي رشيدة، 2015، ص 83).

مراحله : و لسرطان الثدي عدة مراحل تعتمد على حجم الورم في الصدر و فيما لو انتشرت الى العقد اللمفاوية و إلى بقية أجزاء الجسم، يقسم اختصاصي مرض سرطان الثدي مراحله حسب الأرقام الابدجية (abco)

المراحل

- **المرحلة الأولى:** يكون حجم الورم اقل من 2 سنتيمتر و الغدد اللمفاوية غير مصابة و ليس هناك انتشار في الجسم و هي المرحلة المبكرة من تطور الورم .

- **المرحلة الثانية:** حجم الورم بين 2 و 5 سم او في حال وجود عدد لمفاوية مصابة تحت الإبط.

- **المرحلة الثالثة:** و هي المتقدمة موضعيا، حجم الورم اكثر من 5 سم أو ورم منتشر في جلد الثدي ، او عضل القفص الصدري او وجود غدد مصابة في الابط متببسة او اصابة غدد اسفل الرقبة و هي المرحلة المتقدمة من المرض، أي بعد انتشاره لباقي اجزاء الجسم كالكبد ، و عادة لا تعرف المرحلة الا بعد رفع الورم من الصدر او العقد اللمفاوية من الابط.

- **المرحلة الرابعة:** و هي مرحلة السرطان المنتشر، تنشر الكتل السرطانية في واحد او اكثر من اعضاء الجسم الاخر (اسيا موساوي ، 2007، ص 06)

أعراض أعراض سرطان الثدي

ليست كل تغيير في الثدي هو ورم ، و ليس كل ورم هو جسد خبيث لكن يجب عدم اهمال أي ورم أو أي تغيير في شكل الثديين، و من المهم مراجعة الطبيب إذا لوحظ:

- ظهور كتلة في الثدي أو الإبط

- إفرازات من الحلمة

- انكماش الحلمة

الفصل الرابع: السرطان

- ألم موضعي في الثدي

- تغير حجم او شكل الثدي

- علما أن هذه التغيرات تحدث طبيعيا عند الحمل او الرضاعة او قبل الحيض و بعده عند بعض النساء و تكمن اهمية الكشف المبكر لسرطان الثدي بأن نسبة الشفاء تتجاوز (95%) إذا كان الورم في مراحله الاولى لكن تأخير التشخيص يهبط هذه النسبة الى 25% (مريم عيسى كرسوع 2012، ص، 24) أن الوعي و الانتباه للأعراض و العلامات المبكرة لسرطان الثدي يمكن أن ينقذ حياتك فحين يتم الكشف عن المرض في مراحله الأولى و

المبكرة تكون تشكيلة العلاجات المتاحة أوسع و اكثر تنوعا ، كما تكون فرص الشفاء التام كبير جدا .

- لا تعد معظم الكتل المكتشفة في الثدي أوراما خبيثة، و مع ذلك فان العلامات المبكرة الأكثر شيوعا لمرض سرطان الثدي لدى النساء و الرجال على حد سواء في ظهور كتل أو تكثف في نسيج الثدي ، و تكون الكتل غالبا غير مؤلمة (سبأ زعبي،

2014، ص3.2)

أسباب سرطان الثدي

لتحديد مفهوم سرطان الثدي الذي اسبابه الحقيقية و شكله التكويني الخاص كانت ولا زالت موضوع العديد من الابحاث و أسبابه تبق غامضة، في حيث ان التطور بحوث سمحت بالكشف عن تعدد العوامل و من أهمها:

1. العوامل الداخلية

أ- العوامل الوراثية : زيادة نسبية حدوث سرطان الثدي عند الأمهات و البنات و الأخوات خاصة، أو عند الأقارب بالدرجة الاولى الذي يحدث في حوالي (18%) ، و قد نجح الباحثون عزل جين مورث يمكن ان يكون عدم وجوده او عدم نشاطه سببا في الاصابة بسرطان الثدي الوراثي و قد اكتشف ان نسبته (60%) من حالات السرطان الثدي التي تمت دراستها لنقص هذا الهرمون و عدم نشاطه الذي اطلق عليه اسم (brca) ان معظم حالات الاصابة بمرض سرطان الثدي نحو (85%) ليست لها علاقة بالعوامل الوراثية ، يمكن كشف التغير الوراثي المتعلق باحتمال الاصابة بسرطان الثدي عن طريق فحص يجرى في العيادات للاستشارة الجينية في المستشفيات المختلفة في البلاد لكن يجدر أنه تلقى

الفصل الرابع: السرطان

استشارة شاملة عن ايجابيات و سلبيات هذا الفحص و انعكاساته مع مرحلتي المتابعة و العلاج قبل اتخاذ القرار بشأن اجراء الفحوصات التشخيصية الوراثية.

ب-العوامل الهرمونية: نظر العلماء بأن تأثير عامل السن او العمر في مخاطر الاصابة بسرطان الثدي، و قد يكون لذلك علاقته بتأثر الهرمون الانثوي "الأستروجين" في خلايا الثدي العادية فارتفاع مستويات هذا الهرمون بالدم يمكن ان يؤدي الى الاصابة بسرطان الثدي و قد بينت الدراسة ان الاستروجين قد يكون له دور في الاحتفاظ بنمو الاورام التي تكونت، بل انه قد يؤدي الى اثاره نموها، (عبد اللطيف، 1995، ص170).

ت-العوامل الغددية: تتمثل في الظهور المبكر للعادة الشهرية (12 سنة) أو توقفها المتأخر (55 سنة) خلل في وظائف الغدد و إفرازاتها .

العمر سن المرأة عند انجاب الطفل الاول بعد سن 35 سنة فمن خلايا ابحاث قام بها "مكمان بريان" "Makman" تبين ان انجاب الطفل الاول بعد سن 35 سنة يزيد من خطورة الاصابة و كذا الحال في عنصر الانجاب اطلاقا ، فالولادة و عملية الرضاعة يلعبان دور الدفاع ضد المرض .

كذلك حبوب منع الحمل تزيد من خطر الاصابة في حالة الاستعمال الطويل الامد في حين تنقل نسبة الخطورة اذا تم تناولها اقل من 10 سنوات.

و يلاحظ أن السرطان قد يكون أكثر انتشارا عند النساء اللواتي لديهن نشاط جنسي منخفض ، كما أن الاستعمال الطويل لأي علاج إستروجيني مخصص لحماية الجسم من تأثيرات سن اليأس ، لما في ذلك العلاج البديل للهرمونات قد يزيد خطرا للاصابة بالمرض.

2. العوامل الخارجية

أ- العوامل الكيميائية: و هي تعرض المرأة للمواد الكيميائية و مشتقاتها و مركباتها داخل الجسم او في البيئة المحيطة مثل التعرض الى الكيماويات التي تحتوي على الكربونات مثل : الهيدروكربونات، كلها قد تؤدي للاصابة بسرطان الثدي.

ب- العوامل الفيزيائية: و هي تعرض المرأة للعوامل الفيزيائية المشعة خاصة اشعة X و النظائر المشعة مثل عنصر الراديوم المؤدية و التي تحدث خلال في ADN الموجودة في نواة الخلية و التهيج المزمّن لها يؤدي إلى الإصابة (خوري 1999، ص 223)

ت- الفيروسات: أثبتت الدراسات ان وجود نوع معين من الفيروسات تسبب ظهور سرطان الثدي ، اذا اثبتت الدراسات على انها مكونة من حمض نووي يتسرب داخل الخلايا على شكل طفيليات (عبد اللطيف، 1995، ص172).

ث- التغذية و الدهنيات: هناك الكثير من الدلائل تشير إلى أن بعض العادات الغذائية و التدخين من أكثر العوامل المسببة لسرطان الثدي .

أشارت بعض التجارب الى ان نقص فيتامين D عند المرأة يساعد الجسم على امتصاص الكالسيوم، و قد تؤدي بدوره الى انقسام الخلايا و الاصابة بسرطان الثدي بنسبة (97%) مما يؤدي إلى تطور أورام الثدي.

ج- العوامل النفسية و الاجتماعية: و هي العوامل النفسية و الانفعالات و تأثيرها السلبي على انخفاض المناعة في الجسم ، حيث أوضح "باتيل Patiel" على ان العوامل النفسية لها التأثير الفعال في ظهور و تطور هذا المرض ، و غالبا ما تتعرض المريضات لمواقف ضاغطة خلال مراحل الطفولة المذكورة التي اثر سلبا على جهازهم الانفعالي مما ساعد على ظهور المرض فيما بعد (محمد الشقير، 2002، ص127).

كما اعتبر ظهور مرض سرطان الثدي نتيجة :

- صدمة نفسية خطيرة
- تعيش المريضة في عزلة عن العالم الخارجي
- لديها مشاكل مع الآخرين و مع الذات نفسها

و المريضة قبل اصابتها بسرطان الثدي قد تكون مرت ببعض المراحل :

1. في الأول يحدث انفصال عنيف "Brutal" مع شخص عزيز في الطفولة
2. الانفصال المبكر بالاضافة الى التعرض للضغوط الحادة الناتجة عن التغيرات المفاجئة و غير السارة كفقدان شخص عزيز، الفصل عن العمل ، الطلاق، و الاعتداء كلها اسباب من اسباب ان تضعف جهاز المناعة ، و تعمل بدونها على جعل الورم خبيثا حيث تبقى الاسباب متفاوتة من امرأة إلى أخرى (ETter،1952،P 49 Satet).

تشخيص سرطان الثدي :

عند الإحساس بأي كتل أو عندما يتم إجراء الأشعة الخاصة بالثدي (الماموغرام). يلاحظ وجود كتلة او تغيرات أخرى فيه ، ينبغي زيارة الطبيب المتخصص بأمراض الثدي او الاورام و تتم المبادرة بالفحص الجسماني بالبداً بإجراء بعض الفحوصات لمساعدة في التشخيص .

- الفحص بالجس "palpation": يستطيع الطبيب معرفة حجم الكتلة و ترتيبها و سهولة حركتها بواسطة الجس ، فالكتلة الحميدة غالبا ما تختلف في الملمس عن الكتل السرطانية

- الفحص بالأشعة السينية للثدي "Mamography": إن لم يكن قد تم عمل هذه الأشعة يعطي الطبيب معلومات عن وجود كتلة في الثدي ، و يتم عمل أشعة صينية(الماموغرام) لتشخيص.
 - التصوير بواسطة الأشعة فوق الصوتية "Ultramography": يطلب الطبيب أحيانا أخذ صورة بواسطة الأشعة فوق الصوتية لرؤية ما اذا كانت الكتلة صلبة أم تحتوي على سائل ، و يتم الفحص باستعمال موجات صوتية ذات ذبذبات عالية تدخل في الثدي ، ثم ترتد فينتج عن صداها صورة "Sonogram48" تظهر على شاشة تلفزيونية ، و هذا الفحص يلجأ اليه الطبيب ، بالإضافة الى التصوير بالأشعة السينية .
 - عمل تصوير بالرنين المغناطيسي "Resonance imaging": أو ما يعرف ب IRM للثدي اذا لزم الأمر.
 - أخذ عينة من الورم لمعرفة ما اذا كان الورم حميد أو خبيث ، و يمكن الحصول على عينة من الورم باحدى الطرق التالية :
 - (1) الرشفة او استئصال الأنسجة بالابرة "Faire Needle aspiration"، يستعمل الطبيب الابرة لازالة السائل أو قليل من نسيج "Needle biosy" الكتلة التي في الثدي، سحب السائل من الحويصلة ، سيساعدها على ان تلتئم ان لم يكن هناك خلايا جينية ، و يتم فحص العينة في المختبر لاثبات ا و نفي وجود الخلايا السرطانية .
 - (2) أخذ عينة من الانسجة بالابرة: Care Needle biosy ، و يتم ذلك تحت تأثير تخدير موضعي يستعمل الطبيب الابرة لازالة جزء من نسيج الكتلة التي في الثدي ليتم فحصها في المختبر لاثبات أو نفي وجود الخلايا السرطانية.
 - (3) الجرعة الجراحية : Surgical biopsy" يقوم الطبيب باستئصال جزء من الكتلة أو أي موضع مشكوك فيه تحت التخدير الموضعي او التخدير العام.
 - (4) اجراء فحوصات نسيجية مخبرية متعددة على العينة لاثبات ما اذا كانت خبيثة أو حميدة فاذا ثبتت أنها سرطانية فان هذه الفحوصات النسيجية يمكن ان تعدد درجة شراسة المرض و قد حددت هذه الدرجات من 1 الى 3 اعتمادا على شكل الخلية السرطانية مقارنة بالخلية الطبيعية (درجة 1) تشبه الخلايا الطبيعية ، درجة 2 تشبهها نوعا ما درجة 3 لا تشبه الخلية الطبيعية ، فالدرجة الادنى تعني السرطان ينمو ببطئ أما الدرجة الاعلى فتعني السرطان الشرس، سريع النمو ، و بالتالي ان هذه الدرجات تستطيع ان تعطي فكرة عن مدى استجابة المريض للعلاج و الشفاء.
 - (5) وضع المستقبلات البيولوجية على خلايا الورم لمولد الورم المناعي على سطح الخلايا:
- الأبحاث أثبتت أنه يوجد على الورم مستقبلات تفيد الاطباء في معرفة نوع الورم مدى شراسته واستجاباته لأنواع معينة من العلاجات ، و يتم تحديد نوعين من هذه المستقبلات في سرطان الثدي و هي :

1- **المستقبلات الهرمونية:** معرفة ما اذا كان يوجد في الورم السرطاني عدد كبير من مستقبلات هرموني الاستروجين Receptors- ERS و البروجسترون Progesterone receptors PGRS، و بالتالي يستجيب هذا النوع من السرطان للعلاج الهرموني ثلثي النساء لديهن ورم ايجابي مستقبلا الهرموني.

2- **مولد الورم المناعي:** على سطح خلايا أو مستقبلات الهير2 HER2 لمعرفة ما اذا كان يوجد في الورم السرطاني أعداد كبيرة من حيث الهير2 HER2 بشكل أكبر من الطبيعي و هذا النوع من الأورام يدعى ورم الثدي ايجابي الهير 2 إن الورم الذي يكون الهير2 يزداد بسرعة أكبر من الأنواع الأولى من الاورام و استجابته لعلاج من المهم لطبيبك أن يعرف اذا كانت ايجابية او سالبة الهير 2 لأن معرفة ذلك سوف يساعد طبيبك على تحديد الخيارات العلاجية المناسبة لك و بسرعة يقدر أن (30%) من النساء المصابات بسرطان الثدي يكون الورم لديهن ايجابي الهير2.

يتم إجراء نوعين من الاختبارات لتحديد سلبيته او ايجابية مستقبلات الهير 2 و في حالة ايجابية المستقبلات من خلال أي الطريقتين هذا يحدد نوع العلاج الذي يستخدم و في حالة أن النتيجة كانت غير حاسمة من خلال الطريقة الاولى فيجب اجراء الاختبار FISH لحسم سلبية او ايجابية المستقبلات (الضريبي 2010،ص29)

الوضعية النفسية للمريضة بسرطان الثدي :

1- الاضطرابات النفسية المرضية لسرطان الثدي:

- اضطراب التكيف
- الحصر
- الاكتئاب
- الصدمة النفسية

2- أزمة الهوية لدى المصابة بسرطان الثدي:

- اضطراب الصورة الجسدية لدى المصابة بسرطان الثدي
- الاضطرابات الجنسية لدى المصابة بسرطان الثدي

يشكل سرطان الثدي تهديد اساسيا لكيان المرأة و تغيرات مركبة تمس حياتها ، وظيفتها الاجتماعية، محيطها و كل ما تعودت عليه لتغير.

أ- **اضطراب التكيف:** سبب سرطان الثدي مجموعة من الاستجابات المعرفية ، الانفعالية و السلوكية

فيهدف التكيف النفسي الى الحفاظ على الوحدة النفسية و الجسمية و تعويض الاضطرابات المختلفة التي يمر بها المصابات بسرطان الثدي ان ردود الافعال النفسية التي تحصل في كل مرحلة من مراحل المرض والتي تكون ناتجة عن تداخل موحد بين ذكريات التجارب السابقة و ادراك مختلف التهديدات المستقبلية التي قد تحصل ، فقد تنجح ردود الافعال تلك في الوصول الى التكيف كما قد تفشل ، حالة الضيق الانفعالي الناتجة تظهر على شكل قلق و اكتئاب تصاحب المصابة منذ المراحل الاولى من المرض ، أثناء ظهور الاعراض الاولى ، التشخيص ، مرحلة العلاج، مرحلة الانتكاسة، و ما ينتج عنها من يأس المرحلة ما قبل النهائية.

- الدليل التشخيصي و الاحصائي للأمراض العقلية (DSMIV-TR) يضع مجموعة خصائص يصف من خلالها اضطرابات التكيف :

1- ظهور مجموعة أعراض تمس الجانب الانفعالي و السلوكي ، هذه الأعراض تكون ناتجة عن عوامل مقلقة معاشة لمدة 3 أشهر.

2- هذه الأعراض و السلوكيات تكون دالة إكلينيكية ، المعانات المعاشة تكون هامة مبالغ فيها،التأثير يمس الجانب الاجتماعي و المهني .

3- هذه الاعراض ليست ناتجة عن اضطراب عقلي او عن حالة حداد.

4- بعد زوال العوامل المسببة للقلق،لا تستمر الاعراض اكثر من 6 اشهر بعد ذلك سرطان الثدي ينتج عنه فقدان الاستقلالية ضرورة الخضوع الى انواع متعددة من الفحوصات و العلاجات ، بتأثير الدور الاجتماعي للمصابة ولهذا من الصعب وضع حدود موضوعية لما هو عادي او متوقع ،ومن المهم عدم اهمال هذه الاضطرابات لما بها من تأثير على حياة المصابة اليومية خصوصا و ان هذه الاضطرابات بالترفع من احتمالية الانتحار لذى المصابة في دراسة اجريت في 1972 على نساء مصابات بسرطان الثدي في مراحلها الاولى :الاتجاهات النفسية المعتمدة من طرف المصابات اتجاه اصابتهن تم تقييمها 3 اشهر بعد عملية الاستئصال ،الهدف من الدراسة كان تقييم الاستجابات النفسية المستمرة و ليس تلك المؤقتة،لذلك لم يتم التقييم قبل 3 اشهر اين القلق لدى المصابات كان حادا،تم تحديد الاستجابات في فئات :

1- **الفئة السلبية:** ومن الاستجابة التجنبية وتتجه هنا المصابة الى النفي او التهوين من خطورة الاصابة.

2- **الفئة الثانية :** استجابة مقاومة فتعتبر الاصابة كتحدي.

3- **الفئة الثالثة :** تكون المصابة على دارية بانها تعاني من سرطان الثدي ولكن تكون ردة فعلها مجبرة فالمصابات اللواتي استجبن بالمقاومة والتحدي فهي لازالت على قيد الحياة و يتمتعن بصحة جيدة

مقارنة بالمصابات اللواتي لم يقاومن و استسلمن للمرض بسهولة وعليه فالتكيف مع المرض يلعب دور كبير في حياة المصابات .

- **الحصر:** وهي استجابة تكيفية احساس شاق وغير عادي حالة خوف وهي استجابة عادية تستمر 7الي 10 ايام بعد تشخيص لكن الحدود التي تفصل بين الاستجابة العادية و المرضية تبقى غير واضحة تتوقف ذلك على كل الشدة أي شدة الاعراض و المدة فيموم عبارة مرحلة عادية مؤقتة تكيفية استجابة الخطر الذي يسببه سرطان الثدي (الشك و المعاناة) (شدمي رشيدة، 2015 ص90)

الحصر الناتج عن اضطرابات التكيف الذي يؤدي لى الإصابة بالدعر النفسي، التغيرات هلع قد يحصل للفرد ، تدوم لفترة مؤقتة و تكون مرتبطة بسرطان الثدي بتشخيصه، علاجه ، الحصر الناتج عن الاضطرابات القلق (قلق عام ، الحصر الذي في الغالب يسبق ظهور السرطان و ذلك حسب (شدمي رشيدة، 2015، ص120) اذا كان الحصر مفرط ، بسبب معانات دالة اكلينيكية تؤثر على الوظيفة النفسية الاجتماعية ، المهنية او مجالات أخرى هامة ، يدوم ذلك مدة هامة ، و بحسب الدليل التشخيصي و الاحصائي DSMIV-TR كآلاتي:

حالة القلق ما بعد الصدمة ، تكون بقلق مزمن يظهر بعد التعرض للصدمة فاهمال حالات الحصر التي تعاني منها المصابات بسرطان الثدي ، تؤدي الى ظهور مضاعفات لعدم الخضوع للعلاج و عدم تقبله ، فتتأخر المصابة في الحضور للفحص تجنبه، التوقف عن العلاج ، فقدان الثقة في الطبيب أو في العلاج المستخدم، زيادة في الاعراض الجسمية الناتجة عن العلاج ، غثيان، قيء، ألم ، مشاكل في الاتصال بين الطبيب و المصابة ما يؤثر على فهم المصابة للمعلومة و الحصر قد يؤدي الى ظهور الاكتئاب كما يؤدي الى تدهور و جودة حياة المصابة و ذلك حسب (شدمي رشيدة ، 2015، ص 122) و تتمثل أعراض الحصر عند المصابة في :

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

-أعراض جسمية عقلية عصبية ارتجاجات ، الاحساس بالدوران ، غثيان ، الاحساس بعقدة في المعدة.

-عصبية ، جفاف الفم، التعرق

-أعراض جسدية تنفسية : الاحساس بضغط في الصدر ، صعوبة في التنفس ، سعال

أما من ناحية السلوك فتظهر في الاعراض التالية حساسته الزائدة ، هروب، انطواء على الذات ، كف ، اضطرابات النوم او حالات من الاستيقاظ مصحوبة بالقلق ، كوابيس ، سلوكات تجنبية ، سلوكات ادمانية ، الخوف من الابر

_ الاكتئاب من الضروري الاعتبار سرطان الثدي على انه تتسبب في اضطرابات تمس السلوك ، المزاج فهذا المرض له تأثير مباشر على جودة الحياة المرأة و على قدرة تحمل عليه خضوعها للعلاج ، و

الفصل الرابع: السرطان

الاكتئاب تأثير مباشر على تطور المرض و هنا ما يشير الى اهمية الوقاية وتشخيص نوبات الكبرى للاكتئاب و تقديم العلاج النفسي مباشرة ، و يكمن في عرضين اساسيين يكونان مصحوبان بأعراض ثانوية مع استمرارية هذه الاعراض الثانوية كما حددها الدليل الاحصائي و التشخيصي للأمراض العقلية هي كالتالي :

- عدم تقدير الذات مع مشاعر الذنب
- عدم الاهتمام العاطفي
- عزلة اجتماعية
- التفكير المتكرر في الموت او الافكار الانتحارية
- تغيرات في الطبع : حساسية زائدة ، عدوانية
- أرق ليلي او النوم بشكل مفرط
- بطئ نفسي حركي او اهنياج
- وهن نفسي
- نقص القدرة على التركيز و التفكير
- أما فيما يخص الاعراض الجسمية الناتجة عن الاكتئاب فهي نفسها الناتجة عن العلاج كالتعب وفقدان الشهية ، الوزن و الاضطرابات النوم و لذلك يجب الاهتمام بالاعراض الانفعالية : كنقص تقدير الذات، نظرة مأساوية للماضي
- مشاعر الذنب (مستمرة) _ اللامبالاة
- فقدان الكلي للذة المرتبطة بحياة يومية
- أفكار موضوعها الموت : أفكار انتحارية
- التشاؤم المرضي و النظرة السلبية الى وضعية المرضية

ب - الصدمة النفسية :

يتم تشخيص الحالة قلق ما بعد الصدمة بالرجوع الى المعايير الموجودة في الدليل التشخيصي والإحصائي DSM4 ، نفس هذه المعايير نعود اليها في حالة سرطان الثدي ، ففي الطبعة الرابعة من الدليل التشخيصي و الاحصائي للأمراض العقلية DSM4 تمت الإشارة الى أن التشخيص للاصابة بمرض يهدد حياة المصابة يعتبر بمثابة حدث صادم قد يؤدي الى الاصابة بحالة قلق ما بعد الصدمة ، و هو يعني تأثير على الجسم كله ، خصوصا عند الاشعار لأول مرة و الاعلان عن الاصابة بالمرض و التي تمس كيان المصابة وشعورها بالخوف من الموت و المعاناة و بتدهور في الجسم و بفقدان السلامة الجسمية و التنفسية، فائناء الاعلان باصابة بسرطان الثدي يجب الاخذ دائما بعين الاعتبار الوضع

الاجتماعي و الدور العائلي للمصابة التي تظهر عدم الراحة بالاضافة الى الخوف من التشوه من فقدان الانوثة ، الخوف من الاستئصال ، من فقدان عضو ذا معنى بالنسبة للمرأة ، مع صعوبة في تقبل التشخيص مع الخوف من العلاج خصوصا اذا كان العلاج كيميائي له من آثار جانبية تمس صورة المرأة الجسمية (شدمي رشيدة، 2015، ص190) ، يعتبر هذا التشخيص صادم بالنسبة للمصابات و أحيانا بالنسبة للطبيب و لذلك يجب اختيار الوقت المناسب و احترام رغباتهن .

- أزمة الهوية لدى المصابة بسرطان الثدي:

لكل امرأة تمثيلات خاصة بها مرتبطة بالثدي، و كل امرأة بعد عملية استئصال تشعر بتشوه و فقدان للوحدة الجسد (شدمي رشيدة، 2015، ص200) فالسرطان يعترض هوية المرأة أو المصابة للخطر أي هويتها الجسدية (صورة الذات) و هويتها النفسية (ادراك الذات) كذلك تتأثر السلامة الجسدية بسبب الاصابة وعلاجاته المختلفة ، فعلاقتها مع جسمها تكون دائما مضطربة بالنسبة للمصابة، فهنا الجسد يتعرض لمعاناة كبيرة ، فتعيش تحولات متعددة على مستوى جسمها نوعا ما تكون سريعة و تحول لمس هوية جسمية أيضا ، مع احتمالية حدوث ما يعرف بتجريد الهوية مع فقدان القدرة على التحكم بالذات و فقدان الثقة، فبنمو الصورة الجسدية الاستقلالية تنمو شخصية بالعلاقات مع الآخرين (الاسرة ، العلاقات المهنية، العلاقات الاجتماعية) فاستئصال، التشوه ، التغيير الحاصل في الوظيفة الجسدية تأثر على ادراك الفرد لجسده فتتغير الصورة الجسدية ، و لذلك فبالاضافة الى الحداد الناتج عن فقدان هذا العضو يضاف اليه تغير في الصورة الجسدية ، فاستئصال الثدي يعطي أحاسيس التالية :

الشعور بفقدان ، الاكتئاب ، التأثير على الهوية المصابة، حداد الثدي المفقود، فقدان الثدي يؤثر على تقدير الذات و على الرغبة و المتعة الجنسية، ان الجرح الجسدي الناتج عن اصابة الانوثة و ما ينتج عنه من الحداد فيتحول الى عصاب الحداد ، فبمجرد الاعلان عن مرض سرطان الثدي يجعل الجسم يتألم فتتكسر اجنحة الرغبة (شدمي رشيدة ، 2015، ص 199)

فاستئصال الثدي اصابة عضوية لها آثار نفسية لا يمكن تجاهلها فتخشى المريضة فقدان وحدتها الجسمية ، تخشى التراجع و البتر ، و هذا العضو المصاب المستئصل يسبب لها الم و تؤثر على هوية الجسمية و النفسية للمصابة.

ان الاصابة بالسرطان على مستوى الثدي لها رموز متعددة و هو يعتبر مصدر للغذاء و الحياة، و الامومة، و المكون النرجسي للثدي و الذي يعتبر مصدر للانوثة و الجمال .

- اضطراب الصورة الجسدية لدى المصابة بسرطان الثدي :

فهو مصطلح تقني يشير الى مجموع التمثلات و الادراكات والمشاعر ، الاستعدادات الموجودة لدى المرأة والمرتبطة بحسها ، فالإصابة بالسرطان و علاجه تقع المصابة الى التفكير بشكل مغاير مما يتعلق بحسها ، اذن سبب الاضطرابات الحاصلة في الصورة الجسدية التغيرات المتعددة التي تحصل على مستوى الجسم ومن بينها تساقط الشعر ، فقدان او زيادة الوزن ، ما ياتر على الحياة الخاصة و الجنسية خصوصا بعد استئصال الثدي ، فالتاثير الجسدي و التنفس الحاصل يعرقل الاتصال الجسدي و الاجتماعي، فتجد صعوبة في مواجهة صورتها في المراة وفي عيون الاخرين ، فكل ما تعرض له جسم المصابة اثناء المرض و العلاج يتغير في الوظيفة الجسمية فيؤدي الى ثورة في ادراك المصابة لجسمها فبعد استئصال الثدي ياتي العلاج الكيميائي وما يسببه من فقدان الشعرو الذي يعتبر العرض الواضح للسرطان بما يشكك في أنوثة المصابة و قدرتها على الاغراء و ما يسبب صدمة حسية يصعب على المصابة تحملها ، أما فيما يخص العلاج الاشعاعي يؤثر على الجسم بحيث يؤدي الى تغيرات في الجلد ، الى حروق في المنطقة التي تعرضت للاشعاع ، ثم العلاج الهرموني الذي يؤثر على الدورة الشهرية للمرأة، فكل هذه الاضطرابات تمس الصورة الجسدية للمرأة فتفرض المرأة مشاهدة المنطقة المبتورة .

- الاضطرابات الجنسية لدى المصابة بسرطان الثدي:

ان فقدان جزئي من الجسم الثدي يعتبر الصورة الموجودة لدى المرأة عن ذاتها يكون ذلك مصاحب بفقدان الاحساس بالاثارة و اللذة الناتجة عن اثارة المناطق الشبقية اثناء العلاقة الجنسية ، فتشعر المصابة بالانزعاج لما يشاهد او يلمس جسمها ، الرغبة الجنسية تتناقص بسبب القلق الهام الذي تعيشه الحالة ، و تطور المرض ، و آثار علاجاته من تغيرات في المظهر الجسدي التعب، الاضطرابات الهرمونية ، فتعيش المصابة مع زوجها مراحل تززع استقرار حياتها الجنسية ، فالعديد منهن تصبح لا تهتم للعلاقات الجنسية منذ الاعلان عن مرض السرطان و اثناء العلاج أيضا ، فتشكو دائما من النقص في الرغبة الجنسية و تصبح غير قادرة (شدمي رشيدة، 2015، ص 210) فتشعر المصابة بأن العلاجات تؤثر على وحدتها الجسمية فتعيش معاناة نفسية حقيقية .

العلاج الكيميائي

تعريف العلاج الكيميائي

العلاج الكيميائي هو علاج خاص ضد مرض السرطان ، يشمل علاجا كيميائيا ، و علاجا بالهرمونات و علاجا بيولوجيا و هو علاج يتم بالادوية الكيميائية و يكون في المرتبة الثانية بعد الجراحة بالنسبة فقط للمصابات اللواتي تم استئصال الثدي على مستوى الجسم لديها ، بغض النظر عن بعض

الحالات التي يوجد لها العلاج الكيميائي مباشرة دون القيام بالعملية الجراحية، و الذي يعطي من أجل هدم خلايا خبيثة و هي خلايا ورم سرطاني في كثير من الحالات بدمج العلاج عدة أدوية. تعريفه : هو استخدام ادوية معينة تقتل الخلايا السرطانية ، و هو يعتبر علاجاً شاملاً مر في الدم و يصل الى كامل الجسم ، و يعطي على دورات كل 21 يوم ، تأخذ المريضة في كل دورة عدة أدوية او دواء واحد ، حسب البروتوكول المعتمد في المصلحة التي تعالج فيها عدد هذه الدورات – و أحيانا 8 يعطي الدواء الكيميائي في مصل مباشرة بعد الجراحة أو أياما بعدها و يحقن مباشرة في الوريد في الجانب غير المصاب او في شريان اصطناعي يوضع تحت الجلد من طرف الجراح (مجلة الشفاء، 2008، ص16)

أهداف العلاج الكيميائي :

للعلاج الكيميائي هدفان رئيسيان هما :

- 1- هدم كافة خلايا الورم السرطاني لمحاولة علاج المريضة من مرضها.
 - 2- تقليل حجم الورم و اطالة العمر، بإمكان العلاج الكيميائي الحد من حجم الورم السرطاني ، يعيق تقدمه أو في يتسبب توقفه (أي تقليل حجم الورم)، في هذه الحالة يمنح العلاج الكيميائي كعلاج وقائي أيضا . (مجلة الامل 2013، ص15)
 - العلاج الكيميائي قبل العملية الجراحية: فالهدف من وراء هذا العلاج هو تقليل حجم الورم السرطاني لكي تتسنى ازالته في عملية جراحية بشكل أسهل ، و تقليل التعقيدات المحتملة ، كإصابة الاعضاء المجاورة .
 - العلاج الكيميائي بعد العملية الجراحية : حتى بعد ازالة الورم السرطاني أو معظم أجزائه الظاهرة للعيان هناك خطورة ان بعض الخلايا بقيت في الجسم ، فالهدف في هذه الحالة هو استكمال العلاج ودم خلايا الورم غير الظاهرة او تلك التي لم يكن يتسنى استئصالها خلايا العملية الجراحية .
 - في أي حالات يعطي هذا العلاج
 - اذا كانت المريضة تحت سن 35 سنة
 - اذا كان الورم خاليا من الملتقيات الهرمونية
 - اذا كان حجم الورم أكثر من 2سم
 - اذا كانت درجة خباثة الورم II او III
 - اذا كانت الخلايا السرطانية موجودة في الاوعية الدموية
 - اذا كانت هناك غدد لمفاوية مريضة
- الادوية المستعملة لعلاج سرطان الثدي و مضاعفاته

الفصل الرابع: السرطان

تهدم الادوية الكيميائية خلايا سرطانية بواسطة اعاقه دورة حياتها أكثر الخلايا تأثيرا هي الخلايا الاكثر انقساما ، و يمكن لها أن تؤثر على أنسجة الجسم السليمة أيضا بالذات تلك التي يكون فيها انقسام الخلايا سريعا، على سبيل المثال في الغشاء المخاطي في الجهاز الهضمي ، النخاع الشوكي ، قد تتعلق الاجهزة مثل الاسهال القروح داخل الفم ، تساقط الشعر، انخفاض نسب الدم ، الغثيان، القيء هناك اختلاف كبير بين الادوية في نظام ففاليتهها ضد أورام مختلفة و بمدى كونها سامة كما انه توجد أنواع من العلاج تقلل من حدتها و تحسن الشعور العام ، بالاضافة الى ان معظمها مؤقت لان الخلايا السليمة لديها القدرة على التجدد السريع

مراحل تخطيط العلاج :

لاتخاذ القرار بشأن اتخاذ انواع العلاج المناسب للمريضة على الطبيب المعالج مراعاة عدة معطيات تمثل :

- مكان الورم السرطاني
- مرحلة المرض
- عمرك و وضعك الصحي في العام

و منها يتم تحديد خطة العلاج و التي تشمل تركيبة الادوية ، الجرعة المدة التي ستتناول فيها الادوية و طريقة تناولها و حسب طول و الوزن.

يمنح العلاج عادة كسلسلة دورات علاجية و ذلك حسب فترات الزمنية التي يحددها الطبيب حسب البرنامج الذي تم وضعه مسبقا مع مراعاة ردة الفعل للعلاج و الاعراض الجانبية ، فترى التوقف بين مراحل العلاج تسمح للجسم بالانتعاش و هناك حالات تقتضي تأجيل جلسة العلاج القادمة على سبيل المثال عندما تنخفض النسب في فحص الدم بشكل كبير ففي أعقاب تلقي العلاج

أنواع الأدوية ومضاعفاتها:

- 1- أدريامسين A غثيان و تقيء ، تعب و الارهاق ، تساقط الشعر ، تأثير على كريات الدم ، تأثير على عضلة القلب في الامد البعيد
- 2- سيكلو فوسفاميد C: غثيان و تقيء ، انخفاض كريات الدم البيضاء ، تساقط الشعر و نادرا نزيف المثانة
- 3- فايو وراسيل F: غثيان و تقيء ، انخفاض كريات الدم ، تلون البشرة ، تلون الاظافر ، تقرحات في الفم

- 4- باكليتاكسال T : غثيان و تقيء ، حساسيته يمكن ان تكون شديدة الآلام فالمفاصل و العظام العضلات ، تساقط الشعر ، انخفاض في عدد كريات الدم ، تأثير على عضلة القلب
- 5- دوستاكسال T: غثيان و تقيء ، تعب تساقط الشعر ، تأثير على كريات الدم البيضاء ، حساسيته قد تكون مفرطة ، آلام في المفاصل و العظام ، تأثير على عضلة القلب (مجلة الامل، 2013، ص 20)

الخلاصة :

يبقى العلاج الكيميائي وسيلة العلاج مرتبطة بالشفاء و الحياة المريضة المصابات بسرطان الثدي و هذا تكملة للعلاج الجراحي فبعد عملية استئصال الثدي توجه مباشرة المريضة بعد أخذ فترة معينة من الراحة الجسمية تدوم شهرا كاملا بخضوع الى علاج كيميائي مباشرة و يتم عبر عدة حصص علاجية و هذا ينطبق على حسب حالة المريضة الاحالات مستعصية و التي قد انتشر المرض في كامل جسمها من حيث او على مستوى الراس مثله و الكبد و الرئتين ، فهذه حالات لا يسمح لها بالجراحة بل توجه مباشرة للعلاج الكيميائي لكن لمدة طويلة لا تنتهي و يبقى الشفاء دائما باذن الله و تأمل دائما المريضة بالشفاء.

الفصل الخامس: منهجية البحث وإجراءاتها

✓ الإجراءات المنهجية للدراسة

✓ تمهيد

✓ منهج الدراسة

✓ عينة الدراسة

✓ أدوات جمع البيانات

✓ خطوات تطبيق البرامج

✓ خلاصة

تمهيد :

يتمحور موضوع هذه الدراسة حول فعالية العلاج النفسي الجماعي في التخفيف من حدة الاكتئاب لدى المصابات بسرطان الثدي .

الفرضيات فعالية العلاج النفسي الجماعي في التخفيف من حدة الاكتئاب لدى المصابات بسرطان الثدي .

و عليه ارتأيت في هذا الفصل ، تحديد منهج متبع ، ذكر خصائص مجموعة الدراسة ، طريقة جمع البيانات و الادوات المستخدمة

- منهج الدراسة:

لكل دراسة علمية منهج يتمشى و نوع الدراسة و ذلك قصد التوصل الى الاجابة عن الاشكالية المطروحة وبالتالي نفي او تأكيد الفرضيات المقترحة في البحث ، و نظرا لطبيعة المشكلة المطروحة تبين أنه من المناسب استخدام المنهج التجريبي الذي يعتبر أنسب طرق البحث في هذه الدراسة، و الذي يعرفه (محمد صبري فؤاد نمر، 238، 2003) بأنه الطريقة و الاسلوب العلمي المنظم الذي يقوم على الملاحظة والتجربة كأساس لاجراء الدراسات متميزة و متخصصة فالمنهج التجريبي يمكننا من التعرف على مدى تأثير العلاج النفسي الجماعي في تقبل المصابات بسرطان الثدي للمرض و الخضوع للعلاج الكيميائي و ذلك من خلال تعيين مجموعة المراد دراستها

- مجموعة أو عينة دراسة و مواصفاتها: شملت العينة البحث عن المجموعة من النساء المصابات بسرطان الثدي أي 14 حالة مصابة بسرطان الثدي.

- أدوات الدراسة: يسعى كل باحث لجمع المعلومات من الميدان حول موضوع الدراسة، لذلك يلجأ لاستعمال وسائل و الادوات التي تمكنه من ذلك و لذلك تم استخدام تقنية للمجموعة المحادثة و هي تقنية كما سبق و أن ذكرنا من تقنيات العلاج النفسي الجماعي

- وصف اداة الدراسة :

نشر مقياس بيك للاكتئاب لأول مرة عام (1961) تحت اسم beck depression و يعتبر "أرون بيك" الطبيب النفسي الامريكي و زملاءه اول من قام ببنائه، رغم اشتراك العديد من زملائه معه الا انه نشر باسمه.

تتكون القائمة في صورتها الاصلية الكاملة من 21 مجموعة من العبارات وتتكون كل مجموعة منها من 04 عبارات رتبت تدريجيا من انعدام اكتئابا الى اكتئاب شديد.

الفصل الخامس: منهجية البحث وإجراءاتها

في عام (1972) ظهرت نسخة المختصرة للقائمة تتكون من 13 مجموعة من عبارات فقط، لبنت عدة دراسات اجراها ارو نبيك واخرون على نسخة المختصرة انها ترتبط بالنسخة الكاملة معامل ارتباط بلغ عددها 96،0 حيث الدراسة اجريت على عينة مختلطة من المرضى و العاديين بلغ عددها 598 فردا كما تبينت دراسة اخرى اجراها أرون بيك واخرون كذلك على عينة بلغت 431 فردا معامل ارتباط بين القائمة الاصلية و القائمة المختصرة بلغ 97،0 ، ترجمت الصورة المختصرة للمقياس الى اللغة العربية في مصر من طرف (غريب عبد الفتاح، 1995). (بشير معمريّة، 2010، ص95).

البندود 13 التي يتكون منها المقياس هي : 1- الحزن، 2- التشائم، 3- الشعور بالفشل، 4- عدم الرضا، 5- الشعور بالذنب، 6- عدم حب الذات، 7- ابداء الذات، 8 الانسحاب الاجتماعي، 9- التردد، 10- تغيير صورة الذات، 11- صعوبة العمل، 12- التعب، 13- فقدان الشهية .

يستخدم المقياس أساسا لتقييم شدة الاكتئاب و يستخدم مع المرضى النفسانيين و مع الاسوياء أيضا، في حالة التطبيق على المرضى يطبق المقياس فرديا ، يمكن تطبيق المقياس بدءا من 15 سنة فما فوق .

و يتم تطبيقه بالطلب من المفحوص قراء التعليمات الواردة بالصفحة الاولى من الورقة الاجابة ، ثم البدء في الاستجابة للمقياس، و في حالة تطبيق المقياس مع المرضى فيفصل أن يعاون الفاحص المفحوص في قراءة عبارات المقياس لو وجد أن الموقف يستدعي ذلك يستغرق تطبيق المقياس ما بين 5-7 دقائق ، و قد يستغرق وقتا أطول لدى بعض المفحوصين ، كما لا يوجد محدد للاجابة على المقياس.

للتطبيق يطلب من المفحوص أن يضع دائرة حول رقم العبارة التي تصف حالته خلال الاسبوعين الماضيين بما في ذلك يوم التطبيق ، و ذلك في كل مجموعة من العبارات على أن تكون العبارة المختارة هي اكثر العبارات الارجح التي تصف بطريقة أفضل حالة المفحوص ، (عبد الفتاح ، 2007، ص89)

تتراوح الدرجة الكلية للمقياس من 0 الى 39 و تشير الدرجة التي تتراوح بين 0 و 4 الى عدم وجود اكتئاب اما الدرجة 5 و 7 الى وجود اكتئاب معتدل و بين 8 و 15 الى اكتئاب متوسط بينما تشير الدرجة التي تتراوح بين 16 فما فوق الى وجود اكتئاب تسديد ، ان الحد الاقصى الذي يمكن أن تصل اليه للمقياس هي 39 (محمد سليم خميس ، 2013، ص160)

الثبات :

قام بشير معمريّة 1998 بحساب الثبات على عينة متكونة من 63 طالب و طالبة 28 من الذكور و 35 من الاناث من السنوات الاربعة لمعهدي العلوم الاجتماعية و الاداب و اللغة العربية في جامعة باتنة

الفصل الخامس: منهجية البحث وإجراءاتها

بمعامل زمني بين التطبيقين تراوح بين 18 يوما و 27 يوما فوصل معامل الارتباط بين التطبيقين بطريقة بيرسون من الدرجات الخام الى 0.832 و دال عند مستوى 0.01

الصدق :

قام الباحث مهامل الصدق بطريقتين الاولى عن طريق الصدق التلازمي فحسب معامل بطريقة بيرسون من الدرجات الخام بين مقياس بيك للاكتئاب و مقياس التقدير الذاتي للاكتئاب لزونج W.W.Zung و اعداد رشاد عبد العزيز مرسي 1988 على عينة مكونة من 43 طالبا و طالبة من معهدى العلوم الاجتماعية و الاقتصادية في جامعة باتنة ، فوصل معامل الارتباط بين المقياسين الى 0.525 و هو دال عند مستوى 0.01 ، الثانية عن طريق الاتساق الداخلي و هي احدى طرق حساب صدق التكوين، حيث تم حساب معامل الارتباط بطريقة بيرسون من الدرجات الخام بين درجة كل عبارة و الدرجة الكلية للمقياس على عينة مكونة من 82 طالبا و طالبة 34 ذكر و 48 أنثى من معاهد العلوم لاجتماعية و الري و الاقتصاد و اللغات و العلوم الدقيقة.

- معايير المقياس :

9-0 لا يوجد اكتئاب

10-15 اكتئاب بسيط

16-23 اكتئاب متوسط

24 – 36 اكتئاب شديد

37 فأكثر اكتئاب شديد جدا

الجدول رقم 01 يوضع توزيع أفراد مجموعة الدراسة حسب السن

النسبة	المجموعة الضابطة	المجموعة التجريبية	فئة العمر
30 %	3	3	36-30
20 %	2	2	40-37
20 %	2	2	50-41
70 %	7	7	المجموع

الفصل الخامس: منهجية البحث وإجراءاتها

جدول النتائج لمقياس الاكتئاب قبل العلاج بن المجموعة التجريبية و المجموعة الضابطة

النسبة	المجموعة الضابطة	المجموعة التجريبية
30 %	30	30
30 %	30	35
20 %	27	26
30 %	32	36
30 %	31	33
20 %	26	27
30 %	35	30
	58	المجموع

شملت عينة الدراسة عينة قوامها 14 امرأة متزوجة مصابة بسرطان الثدي تم تقسيمها الى مجموعتين مجموعة تجريبية عددها 07 مريضات و اخرى ضابطة و عددها 07 مريضات

قمت بتحديد العينة و تقسيمها الى مجموعتين ، مجموعة تجريبية و أخرى ضابطة و كان عدد أفراد كل مجموعة (07) نساء ، ثم تقسيم هؤلاء النساء الى المجموعتين من خلال اقتراح عليهن توزيعهن على شكل مجموعتين واحدة تتكون من مجموعة تجريبية و الاخرى ضابطة مع افهامهن و توضيح طريقة التقسيم

تطبيق مقياس الاكتئاب Beck على كل من المجموعتين قبل تطبيق البرنامج العلاجي النفسي.

قمت بإخضاع العينة التجريبية لبرنامج العلاج النفسي الجماعي الذي يمثل المتغير المشتغل في هذا الدراسة ، بينما تحييد المجموعة الضابطة.

ثم تطبيق المقياس البعدي لكلا من المجموعتين عن طريق مقياس الاكتئاب على النساء المصابات بسرطان الثدي.

جمع نتائج المقياس القبلي و البعدي لمقياس الاكتئاب المطبقة على العينة و مقارنة النتائج بالنسبة لكل مجموعة.

فبعد اجراء المقارنة لنتائج مقياس الاكتئاب القبلي و البعدي للمجموعتين التجريبية و الضابطة: فقد تبين انه قبل العلاج كانت النتائج متشابهة تماما فكل الحالات كانت تعاني من اكتئاب شديد لأنها لم

الفصل الخامس: منهجية البحث وإجراءاتها

تخضع بعد للعلاج النفسي الجماعي و ذلك بحسب DSM4 الدليل التشخيصي الرابع لظهور عدة أعراض من بينها:

- 1- مزاج مكتئب معظم اليوم، و كل يوم تقريبا، فمثلا يشعرون بالحزن، اليأس ، البكاء (أحس بالخوف و الفراغ)
- 2- تضائل الاهتمام بكل شيء بشكل ملحوظ ، و معظم الانشطة اليومية
- 3- فقدان كبير في الوزن دون اتباع حمية غذائية أو زيادة الوزن ، نقصان أو زيادة في الشهية كل يوم تقريبا
- 4- الارق و فرط النوم تقريبا كل يوم
- 5- استشارة حركية أو خمول كل يوم تقريبا
- 6- التعب أو فقدان الطاقة كل يوم تقريبا
- 7- مشارع بعدم القدرة على الشعور المفرط او غير الملائم بالذنب
- 8- نقصان القدرة على التفكير أو التركيز ، أو التردد ، كل يوم تقريبا اما عن طريق الاقرار الشخصي أو كما لوحظ من قبل الآخرين
- 9- الافكار المتكررة عن الموت، التفكير في الانتحار دون خطة محددة و محاولة الانتحار.
- 10- الاضطرابات الزوجية
- 11- العزلة الاجتماعية

(Psychiatric،2013،P150)

جدول مقارنة النتائج لمقياس الاكتئاب بعد العلاج النفسي الجماعي على

المجموعتين التجريبية و الضابطة :

المجموعة الضابطة	المجموعة التجريبية
30	10
30	5
27	6
32	10
31	8
26	9
35	7

الفصل الخامس: منهجية البحث وإجراءاتها

فبعد اجراء مقارنة بين النتائج لمقياس الاكتئاب و الذي ثم بعد اجراء العلاج النفسي الجماعي للمجموعة التجريبية فقد اتضح أن هناك انخفاض كبير في مستوى الاكتئاب بعد أن كانت النتائج مرتفعة و كانت المريضات تعاني من اكتئاب تسديد و هذا بعد التأكد حسب DSM4 .

فبعد اجراء عدة حصص علاجية اثناء مراحل العلاج الكيماوي نلاحظ هناك انخفاض كبير لدرجة الاكتئاب بالنسبة للمجموعة التجريبية فقد أصبحت تعاني من اكتئاب بسيط تقريبا بدأ يزول مع مرور الوقت بين 5 و 10 بعد عدة حصص علاجية كيماوية و ذلك ببداية تقبل المرض و معاشته و ذهاب بعض أعراض الاكتئاب الحادة، و التسديدة بينما تبقى المجموعة الضابطة بين 30 و 35 .

جدول خاص بالمقياس البعدي للاكتئاب بعد تطبيق العلاج النفسي الجماعي

مستويات الاكتئاب	مرحلة انتشار المرض	المستوى الاجتماعي	الحالة المدنية	السن		
					قبل العلاج	بعد العلاج
10	2	معلمة	متزوجة	40	المجموعة التجريبية	
5	1	محامية		44		
6	3	طبيبة		44		
10	2	تاجرة		47		
8	2	معلمة		58		
9	1	ماكثة في البيت		50		
7	1	ممرضة		45		
	1	ماكثة في البيت		35		
	2	معلمة	40	المجموعة الضابطة		
	3	محامية	46			
	2	تاجرة	38			
	1	ممرضة	30			
	2	ماكثة بالبيت	28			
	2	ماكثة بالبيت	30			
	1	ماكثة بالبيت	50			
				14	المجموع	

الفصل الخامس: منهجية البحث وإجراءاتها

و فيما يخص المجموعة الضابطة التي لم تخضع للعلاج النفسي الجماعي فبقيت درجات الاكتئاب دائما مرتفعة كما ظهر في الجدول مع العلم أنها تخضع للعلاج الكيماوي، و هنا الفرق يتضح في أن للعلاج النفسي الجماعي دور كبير في التخفيف من حدة الاكتئاب و تقبل المرض لدى المريضات و الخضوع للعلاج الكيماوي.

و من خلال أيضا الاستبانة التي وضعتها للعمل بها أيضا

1- المعلومات الشخصية

- الاسم و اللقب
- الجنس
- السن
- الحالة الاقتصادية
- الحالة المدنية
- المستوى الثقافي
- الاصابة بالمرض
- نوع المرض
- نوع الجراحة
- وقت الاصابة
- هل كانت للمريضة من أمراض جسدية أخرى؟
- هل المفحوصة على دراية باصابتها بالمرض؟
- ما نوع رد الفعل الذي أبدته؟
- كيف اكتشفت المرض لديها؟

1- تطبيق مقياس بيك للاكتئاب على هؤلاء المريضات و عرض نتائجه

2- تطبيق البرنامج العلاجي النفسي الجماعي: تقنية مجموعة المحادثة العلاجية النفسية

قمت باعداد برنامج علاجي جماعي لمجموعة من المرضى يعانون من نفس المرض و هو سرطان الثدي و كانت هذه المجموعة مكونة من 14 مريضة قسمت الى مجموعة ضابطة و مجموعة تجريبية ، تم فيها تطبيق مقياس بيك للاكتئاب للوقوف على معرفة اثر تقنية مجموعة المحادثة في تقبل المرض و العلاج الكيماوي لدى المصابات بسرطان الثدي ، حيث أن هذا البرنامج العلاجي يتكون من (05 جلسات) علاجية استغرق تنفيذها مدة 3 أسابيع بمعدل جلستين في الاسبوع الواحد كما أن زمن الجلسة الواحدة كان محددًا بساعة تقريبا ، هدفت هذه التقنية الى

الفصل الخامس: منهجية البحث وإجراءاتها

معرفة تأثير العلاج النفسي الجماعي على تقبل المرض و الخضوع للعلاج الكيميائي و تبدأ العملية العلاجية بجلسة افتتاحية يقوم فيها الباحث بشرح هدف و خطة العلاج النفسي، و تكوين عقد علاجي مع المجموعة العلاجية

- أهمية البرنامج :

تكمن أهمية البرنامج بصفة عامة في جعل هؤلاء المصابات بسرطان الثدي يتقبلون مرضهم بالإضافة الى الخضوع للعلاج الكيميائي .

تبصر المصابات بالمشكلات التي لديهن من خلال فهم أسبابها و دوافعها و الكشف عن أعراضها ، و طرق علاجها.

تقوية الدافعية العلاجية لدى المرضى ، و كيفية الحفاظ على تفاعل و تماسك الجماعة العلاجية .
تقييم مواضيع الجلسات العلاجية لمعرفة مدى تقدم العملية العلاجية و ذلك بمراحل متتابعة و متداخلة و هي :

1- مرحلة التعرف :

و يكون فيها الاعتماد أساسا على المعالج النفسي ، الذي سيتولى تحديد أهداف خطة العلاج و توضيح أهمية الجماعة و الاسس و المعايير التي يشترط الخضوع لها من أفراد المجموعة العلاجية، و هذا لان التعاقدات التي تتم منذ البداية بين المعالج و المرضى من شأنها أن ترسم الحقوق و الواجبات لكل طرف من المجموعة ، و تجعل المريضة على وعي تام بأهداف العلاج لديها، كما انه من شأن تلك التعاقدات ان ترسخ تماسك الجماعة و تفاعل أفرادها في سبيل تحقيق الهدف المرسوم، و هو محاولة تقبل مرضهن ، و هو ما يزيد تماسكها خاصة اذا كانت التوقعات بين أفرادها محددة وواضحة و منها مثلا عرض نجاحات سابقة حققها العلاج النفسي الجماعي ، من شأنه تشجيع المصابات على احترام اجراءات العملية العلاجية و العمل على انجاحها.

2- مرحلة التفاعل و قلة الاعتماد على المعالج و بداية الاعتماد على المبادلة: في هذه المرحلة

سيكون دور الباحث أو الاخصائي النفسي هو دور أحد أعضاء الجماعة، أكثر منه دور القائد لها كما هو الحال في المرحلة الاولى حيث سيرتكز دوره في الاشارة و الضبط و التركيب و التفسير و الشرح و العليل ، و سيعمد على ترك التفاعل الاجتماعي المر بين المرضى و لا يحتكر المناقشة بل يشجعها و يقوم بحث كل عضو في الجماعة على التعليل على مشكلات الاخرين أي أفراد الجماعة العلاجية و تأويلها

3- مرحلة الاعتماد على التبادل بين الاعضاء: تمثل هذه المرحلة الغاية من البرنامج العلاجي

النفسي الجماعي الموجه للنساء المصابات بسرطان الثدي حيث يتوقع أن نصل الى اعادة

صياغة كل ذلك الوسط العلاجي المشكل من نساء ساهمت ضوابط و خلفيات اجتماعية و بيئية و معرفية في جعلها تعاني من مرض سرطان الثدي و تخاف ، مع العلم انني قمت باجراء عدة مقابلات فردية مع هؤلاء النساء المصابات و ذلك بهدف التعرف على كل واحدة على حدى و معرفة مرضها و أسباب تواجدها بالمستشفى من أجل العلاج بصفة عامة و التعرف على معاناتها النفسية و الاجتماعية وكذا مساعدتها على تقبل المرض بعد معرفة أخطار العلاج و الاعراض الناجمة عنه مرحلة بمرحلة، ثم اقترحت القيام بالعلاج النفسي الجماعي و منه تقنية مجموعة الحادثة لجمع هؤلاء النساء مع بعض ، لأخذ بالعبرة و التعلم من بعضهم البعض بأن هذا المرض و هو سرطان الثدي يمكن ان يصيب أي فرد من المجتمع دون تفرقة و ان كل مريضة عندما تستمع لمعانة الطرف الآخر أي مريضة أخرى تأخذ بالعبرة و هذا يساعدها في تقبل المرض بسهولة و أنها ليست الوحيدة التي تعيش معاناة الالم و تعايشه رغم كل الصعوبات التي تواجهها اقتصاديا و اجتماعيا و نفسيا و من خلال التعرف على وضعية كل واحدة منهن تستطيع أن تتجاوب مع المرض و مع مراحل العلاج الكيميائي.

اللجوء و الخضوع الى العلاج فهي بحاجة الى علاج نفسي للتخلص من مشاكلها لنفسية و السلوكية بحيث يتم صياغتها في مجتمع علاجي متكامل مختلف عن صورته الاولى، تحكمه معايير و قيم جديدة مكتسبة من العمل العلاجي المقترح و التي توجه سلوك الجماعة العلاجية الى ربط العلاقات الاجتماعية المتبادلة ، على نحو واعي و عفوي و ايجابي تعتبر عن التوافق النفسي لكل فرد من أفراد الجماعة العلاجية من خلال تقنية مجموعة المحادثة العلاجية

أولاً: الجلسة الاولى: الافتتاحية و فيها يكون التعلم بالعبرة و التفعيل حيث تعتبر الجلسة الاولى مرحلة بناء العلاقة العلاجية بين أعضاء المجموعة العلاجية و قد قامت على عدة أهداف محددة ، تساعد على تحقيق الهدف العام للدراسة و المتمثلة في معرفة أثر العلاج النفسي الجماعي في تقبل المرض و الخضوع للعلاج الكيميائي لدى المصابات بسرطان الثدي.

أهداف الجلسة:

- إقامة علاقة مهنية مبدئية و ذلك من خلال تعريفنا بأنفسنا و الهدف من تطبيق البرنامج و من تم التعرف على كل أعضاء الجماعة حيث قدم كل عضو نفسه للآخرين.
- العمل على تخفيف حدة القلق و التوتر لدى أعضاء الجماعة العلاجية و الناتجة عن المقابلة الاولى
- تقديم شرح مفصل عن قواعد و أسس تكوين الجماعة العلاجية و مراحل نموها

الفصل الخامس: منهجية البحث وإجراءاتها

- العمل على تحقيق التقبل لدى أعضاء الجماعة العلاجية و، و اثاره عنصر التشويق لديها تمهيدا للجلسة الثانية :

أساليب تحقيق الاهداف

العمل على إقامة علاقة علاجية مبدئية و ذلك بتعريف الباحث بنفسه و التعرف على كل أعضاء الجماعة العلاجية، حيث قدم كل عضو نفسه للأخرين كما قام بتوضيح أهمية الجماعة العلاجية و تفاعل أعضاءها في سبيل تحقيق أهداف العلاج بالنسبة لكل عضو من الجماعة ، و تم ذلك عن طريق تحديد الاسس العامة في بناء العلاقة العلاجية، و التفاعل بين أعضاءها الذين يشتركون من نفس المشكلة، في تقبل المرض و الخضوع للعلاج تكميائي و تحققا هذه الخطوة من خلال:

- 1- تحديد معايير الجماعة العلاجية التي تجدد ما يفضل عمله من أقوال أو أفعال من جانب أعضاء المجموعة أثناء الجلسات مثل:

- مطالبة أعضاء الجماعة بضرورة ماسة الخبرة في الحاضر لأن جوهر عميلة العلاج على ظروف الحياة العائلية للمجموعة العلاجية ، و نوع المساعدة التي يمكن أن تقدم اليهم، ليغيروا من ظروفهم التي كانوا عليها قبل العلاج ، و التي تؤثر على مشاكلهم النفسية.
- ضرورة التحدث بصفة أنا و أنت ، و التي تعني عدم الانتقاد و التركيز على أشخاص خارج الجلسة، و تبادل الاحاديث الجانبية، فالشكوك و الندم و لوم الآخرين قد يؤدي الى تبني أعضاء الجماعة ذلك السلوك ، و اتباع لبعض قيمها السلبية، و التي تعارض الهدف العلاجي.
- توعية الجماعة العلاجية بأن ما يدور في الجلسات العلاجية امر يحضرها هي فقط و غير قابل للتداول خارج الجلسة ، حيث سعى الباحث الى التأكيد على هذه القاعدة منذ البداية و هذا لاهمية في شعور كل فرد من الجماعة بالثقة و الطمأنينة.

- 2- تحديد ظروف العمل الغير مسموح تجاوزها الا في ظروف معينة مثل :

- الحضور في موعد الجلسة

- عدم السماح بالخروج عن الجلسة قبل انتهائها

حيث يوضح الباحث تأثير هذه العوامل على تشتيت تركيز أفراد الجماعة العلاجية و كسر الحركية و الديناميكية التي تعرفها العملية العلاجية

- عمل الباحث على غرس القيم الانسانية بين أفراد الجماعة و و تشجيعهم عليها، مثل قيمة الحب و التعاون و الاحترام.

الفصل الخامس: منهجية البحث وإجراءاتها

- اثارة عنصر التشويق لدى أعضاء الجماعة العلاجية في نهاية كل جلسة ، من أجل التمهيد للجلسة التالية، و قد استعمل الباحث لهذا الفرق مثلا أسلوب الحديث عن بعض عناصر العملية العلاجية المبرمجة في الجلسة التالية بشكل سطحي.
- و قد تم انتهاء الجلسة الاولى و تسجيل الملاحظات عنها مباشرة بعد خروج أفراد المجموعة العلاجية، من الملاحظات المسجلة:
- ظهور علامات القلق و التوتر على بعض أعضاء الجماعة العلاجية عند بداية الجلسة
- ثانيا : الجلسة الثانية (الاستبصار)
- يشكل الاستبصار موضوع مهم في العملية العلاجية بالنسبة للمصابات بسرطان الثدي و حيث أن معظم المريضات يستعملون الحيل التفاعلية لعدم الاعتراف بما يعانون ، فقد تركز مدة الجلسة على أهمية الاستبصار في تسهيل العملية العلاجية بتلنسية لكل مريض.
- فقد اضمنت هذه الجلسة تدخلات المريضات كقصص مرضهم و تاريخ بداية المرض و معاناتهم و الهدف منها البحث عن خطورة المرض و كيفية اكتشافه و تاريخ ظهوره و معرفة الوضعية النفسية المرضية لديهم من ناحية التكيف مع المرض و خصوصا الاعلان عن المرض و كيف واجت كل مريضة الصدمة النفسية عند الاشعار بالمرض لديها، و المشاكل التي تواجهها في حياتها اليومية بما يحقق لها التوافق لنفسي و الاجتماعي
- أهداف الجلسة:
- تطبيق القياس القبلي لمقياس الاكتئاب على لمجموعة العلاجية
- تعريف الاستبصار
- أهمية الاستبصار في مواجهة الضغوطات للمريضات في حياتهم اليومية
- أ- أساليب تحقيق الاهداف :

فبعد القيام بعملية الاستبصار و ذكر بعض القواعد العامة التي يجب أن تسود داخل الجماعة العلاجية كالاتمام بالخبرات الخالية، و تفادي الانتقادات و اكتشاف كل معاناة مريضة و ذلك بالاستماع من غيرها و خصوصا أثناء الاعلان عن المرض و كيف تم مواجهته من طرف كل واحدة فيهن، و تشجيعهم على الخروج من تجاوز هذه المرحلة أي مرحلة الصدمة و التعاون فيما بينهم لحل المشاكل و الضعوبات لبتي تواجه أفراد المجموعة أمام مختلف المواقف التي سيعيشونها هلال الجلسات العلاجية ، ثم القيام بتوزيع مقياس الاكتئاب على أعضاء الجماعة و الطلب منهم الفهم الجيد لكل فقرة قبل الاجابة و مدى انطباعها على كل مريضة و خصوصا بعد بداية الخضوع لعلاج النفسي الجماعي.

الفصل الخامس: منهجية البحث وإجراءاتها

و قد تم تحقيق أهداف الاستبصار من خلال عرض مجموعة من المواقف النفسية و الاجتماعية التي قد تعيشها المريضات في حياتهن اليومية، خصوصا مع معايشة المرض، و تتطلب منهن التعامل معها بفعالية و كفاءة حيث ثم اثاره العديد من المواقف بداية من هذه النسبة، و هذا من خلال استعمال فتيات تقنية مجموعة المحادثة كالتقبل و التماسك أثناء الجلسة بين أعضاء الجماعة العلاجية و المعالج و فيما يلي نقدم بعض التفاعلات العلاجية خلال الجلسة الثانية المخصصة لموضوع الاستبصار.

طلبت المعالجة من بعض أفراد المجموعة العلاجية أن تجاوب على بعض الاسئلة التالية:

- **المعالجة :** كيف تم اكتشافك للمرض؟
- **المريضة 1:** لقد قمت بالكشف المبكر لسرطان الثدي ككل سنة ، أقوم بإجراءه ، ولكن هذه المرة وجدت نفسي مصابة بسرطان الثدي (ما نيش عارفة كيفاش لقيت روعي مريضة،)
- **المريضة 2:** كنت في حمام و أثناء قيامي بالاغتسال أحسست بوجود شيء غريب في الثدي اليمنى ، فذهبت مباشرة الى الطبيب الاخصائي في أمراض النساء للتحقق من الامر فطلب مني اجراء عدة فحوصات طبية و منها تأكدت من وجود سرطان الثدي لدي (سبابي الحمام عرفت روعي)
- **المريضة 3 :** استيقضت من النوم فأحسست بوجع كبير على مستوى الثديين و اذا بالثدي اليسرى تؤلمني كثيرا فلما ذهبت الى طبيب نساء طلب مني اجراء مباشرة Biopsie ف اذا بي أعرف انني مصابة بالمرض (فطنت بروحي نتوجع و شادة صدري كيقلعولي منه صابوفي هذ المرض)
- **المريضة 4:** لاحظت الثدي اليمنى تكبر و تنتفخ عن الثدي اليسرى و كان يظهر عليها أحمرار كبير فأدركت أن الامر غي عادي و اذا بي أتوجه الى أخصائي في أمراض النساء مباشرة ليخبرني بان المرض الخبيث بدأ ينحر جسمي (أنا استغربت بروحي و اركبني هذا لعدو)
- **المريضة 5:** أحسست بجسم غريب يظهر على ثديي اليمنى مع العلم أن والدتي كانت من هذا المرض و توفيت و كانت لي دراية بمعاينة سرطان الثدي و عليه كنت مترددة الى ان قررت الذهاب الى اخصائي في أمراض النساء فأكد لي الامر بعد اجراء عدة فحوصات طبية (كان علابالي بصح كنت دايمًا خائفة و هاربة من الصح)
- **المريضة 6:** زوجي هو أول شخص اكتشف مرضي أثناء القيام بالعلاقة الجنسية فأخبرني بأن هناك جسم غريب يدير داخل الثدي فأخذني مباشرة الى طبيب نساء لاجراء عدة فحوصات و عليه تم اكتشاف المرض (سرطان الثدي)(مزي راجلي فاخلي للمرض).

الفصل الخامس: منهجية البحث وإجراءاتها

- **المريضة 7:** بما ان هذا المرض وراثي في عائلتي فكنت أخافه دائما و أتوقع من الايام أن اصاب به الى أن اكتشفت اني أعاني من سرطان الثدي(كنت حاسة دائما يجي نهارنلقى روعي في هذا المرض)
- **المعالج :** و كيف كانت ردة فعل كل واحدة منهن أثناء اكتشافها للمرض و كيف واجهت الامر؟
- **المريضة 1:** عندما اكتشفت انني أعاني من سرطان الثدي و تحققت من الامر كانت صدمة رهيبية بالنسبة لي لأنني كنت أكشف عليه كل مرة و في السنة كما أنني كنت أمارس الرياضة و أتمتع بصحة جيدة و لم أكن اعاني من أي مرض آخر (كي سمعت بالمرض حسيت السماء طاحت على رأسي)
- **المريضة 2:** عندما عرفت و اكتشفت بأنني المصابة لم أتمالك نفسي و لم اتقبل المرض و كنت أفكر كيف سأواجه العالم الخارجي ما هو مصيري؟ فكانت صدمة كبيرة بالنسبة لي (الدنيا ظلمت قدامي و قلت شا نقول للناس؟
- **المريضة 3:** بعد أن عرفت أن ثدي مصاب بالسرطان و أنه مرض خبيث لم أتقبل الامر و كنت افكر كيف سأتحمل الخضوع للعلاج الكيماوي و أنا أعلم أن أعراضه مؤلمة (لا شيميو هي لي حطمتني).
- **المريضة 4:** بعد أن اكتشفت أنني أعاني من سرطان الثدي أحسست بان مصيبة كيف وقعت على رأسي فميف سأعيش مع هذا المرض فتحطمت معنوياتي النفسية (مصيبة كبيرة، كيفاش ندير مع هذ المرض ، واقبلا هذه هي التالية تاغي).
- **المريضة 5:** كنت على دراية بهذا المرض و بأعراضه و بمعاناته النفسية و الفيزيائية و بأخطار العلاج الكيماوي و لكني لم اتقبله على نفسي تماما (ما حسبتش روعي أنا نمرض)
- **المريضة 6:** رغم أن زوجي كان يدعمني الا انني لم اتقبل المرض فكننت أفكر في مستقبلي و مستقبل أبنائي(واش من حالة حالتي).
- **المريضة 7:** رغم علمي أن هذا المرض هو وراثي في العائلة و لكني لم أتقبله على نفسي(ما كنتش دايرة في راسي انا نمرض بهذا المرض ، كنت غير نسمع به).
- التقنية المستعملة في هذا التفاعل هي تقنية التفعيل و تعزيز أسلوب العلاج النفسي الجماعي بين الجماعة و الهدف من ورائه هو تعميق و عي أعضاء الجماعة العلاجية بالحكم الصحيح للمواقف الصحية التي قد يواجهها أي فرد في حياته و الهدف من التفعيل بين أعضاء الجماعة العلاجية هو أيضا تعزيز الاستعداد لدى أفراد المجموعة العلاجية بالسعي دائما الى الحلول المناسبة في مواقف الاحباط خصوصا عند سماع كلمة صدمة ما سواء كانت من ناحية المرض او موقف آخر

الفصل الخامس: منهجية البحث وإجراءاتها

- و أن كل النساء الحاضرات في الجلسة الجماعية هن مصابات بنفس المرض و تعاني من نفس المشكل و عليهن ان يحضرن أنفسهن لمواجهة هذا المرض و أعراض العلاج الكيميائي.
- و فيما يتعلق بالملاحظات التي سجلتها في الجلسة عن أفراد الجماعة العلاجية عندما سألتهن كيف تم اكتشافهن للمرض؟ و كيف كانت ردة فعل كل واحدة منهن أثناء اكتشافها للمرض؟ و كيف واجهة الامر أو الصدمة؟ فكانت أجوبتهم في البداية فقيرة نوعا ما و كان هناك بعض التردد لبعض و لكن من خلال استعمال تقنية التفعيل و تعزيز العلاج الجماعي بين أفراد الجماعة العلاجية، بدأت كل واحدة منهن بسرد الاحداث، و ذكرها بالتحديد كيفية اكتشافها للمرض من خلال الاستماع الى بعضهم البعض ، ثم كيفية مواجهة الوضع لديهن و معاشة المرض (سوفريت مع هذا المرض) (ملي مرضت تبدلت حياتي و عقليتي)(نحس روعي دائما فشلانة).
 - ظهور أيضا زيادة في عنصر التسويق داخل الجماعة العلاجية و ظهر ذلك من خلال استفهام أعضاء الجماعة حول موضوع الجلسة القادمة و ما الذي سيتم فعلا خلالها و اختار اليوم المحدد
 - تسجيل التفاعل العلاجي خلال الجلسة ، و النساء اللواتي شاركت في التفاعل و التي سيتم الاستفادة منها خلال الجلسات القادمة
 - تقريبا كل العناصر شاركت في التفاعلات العلاجية و في تفعيل العلاج النفسي الجماعي بطريقة مباشرة ، مع احترام العقد العلاجي بين المعالج و أعضاء المجموعة العلاجية بعدم الزامية المشاركة.
 - زيادة تماسك المجموعة العلاجية و تفاعلها
 - زيادة عنصر التسويق

الجلسة الثالثة : و هي تكملة للجلسة الثانية ، أهداف الجلسة :

- تدخلات المريضات فيما بينهن و ذلك بتطبيق تقنية العمومية
- التحدث عن السوابق المرضية العائلية لكل مريضة و كذا السوابق المرضية الشخصية
- معرفة تاريخ الحياة الشخصية و العائلية
- تاريخ الحياة العائلية و الحياة المدرسية و المهنية
- الاسقاطات في المستقبل

أساليب تحقيق الأهداف

لتحقيق أهداف هذه الجلسة ، قمت بتقنية علاجية و هي العمومية بين أفراد المجموعة العلاجية و هذا في شكل تفاعلات علاجية و كان الهدف من الجلسة هو تعميم المعاناة النفسية للمرض على كل مريضة و طريقة مما سهله

بدأت الجلسة بتذكير سريع لمجريات الجلستين الاوليتين ، اللتان تمهيدا للجلسة الحالية و بالتالي تكامل سيرورة العملية العلاجية، فتسمح هذه الخطوة بتماسك المجموعة العلاجية و تفاعل المصابات مع بعضهم البعض من خلال احترام التعاقدات التي تمت في بداية العلاج ، بعد ذلك تم الانتقال الى الخطوة التالية المتمثلة في الدخول في التفاعل العلاجي و ذلك من خلال تقديم التعلیمیة التالية: اليوم سوف نتحدث عن جانب آخر و هو الاحداث المعاشة سابقا و ربما تكون مرتبطة بمرضكم أو شكلت لكم صدمة و الحديث عن وقت اخبار الطبيب عن المرض، فهل تتكرن تلك الاحداث أم لا؟

فبدأت المريضات بالتفاعل فيما بينهن ، ثم بالاجابة لكل واجدة

- **المريضة ن:** نعم لقد عانيت الكثير في حياتي ، فمنذ صغري واجهت الكثير من المشاكل ، لم أتصل على ما كنت أريد، كنا بسطاء، لم أوصل دراستي ، فتوجهت الى الحياة العملية لكسب القوت، الى أن تزوجت، فكانت أمنيتي أن أنجب أطفالا و أعيش معهم بسلام و لكن القدر شاء ان اصاب بهذا المرض ، فعند سماعي لأول مرة من طرف الطبيب بحقيقة مرضي، لم أتماسك نفسي و عانيت الكثير فأول شيء فكرت فيه صورتي الجسمية ، كيف سأفقد هذا العضو الذي يمثل رمز الانوثة بالنسبة لي و كيف سأخضع للعلاج و ما هو مصيري أنا و أولادي ؟ فقد فقدت كانت صدمة قوية بالنسبة لي فأصبت بالاحباط و الشعور بالدونية و النقص ، الى ان أخبروني أن هناك أمل كبير في الشفاء و علي التعجيل بذلك و مع ذلك لم أتقبل المرض و لم أستوعب الامر بالنسبة لي ، (ما عشتش غاية و زادني المرض)

- **المريضة ف :** أنا أيضا عانيت نفس الشيء لم يتسنى لي حتى أن أكون أما في المستقبل و لم أستطع انجاب الاطفال و ما ان تلقيت خبر الإصابة بمرض سرطان الثدي لم أتمالك نفسي و أصبت بنوبة قلق فعزلت نفسي عن المجتمع و لم أرد أن أعمل و لا حتى أن أهتم بنفسي ، فأهملت زوجي ، و نفسي وكل ما يحيط بي (كرهت كلش، لا درية و زادني المرض)

- **المريضة خ :** كان زوجي يحقرني دائما و لم أعرف معه لحظات جميلة، الى ان عرف باصابتي بالمرض و يا للأسف لم يدعمني بل طلب مني الطلق ، و أن أرحل من بيتي لأنه لا يريدني ، و قال لي بأنني لست مثل النساء الاخریات ، و أنني قريبا سأموت بهذا المرض و هذا مل زاد من

الفصل الخامس: منهجية البحث وإجراءاتها

معاناتي و احباطي و قلقي و شعوري بالخوف من المرض و معاناتي فلم أتقبل وضعي(كي سمع بي مريضة قاسني)

- **المريضة س:** رغم مشاكلتي العائلية فكنت دائما تلك المرأة الجميلة الانيقة، التي تهتم بنفسها و بيتها و زوجها ، الى ان تلقيت خبر اصابتي بالمرض و هو سرطان الثدي، فتشتت أفكاري و توترت عائلتي و لم أتقبل المرض بسهولة و لم أعد أفكر في مستقبل جيد ، فتحطمت أحلامي ، فأصببت بالعزلة و رفضت مواجهة المجتمع الخارجي (كنت نخاف دائما على أناقتي بصح خلعتي هذا المرض).

- **المريضة ك :** تقريبا معاناتي تشبه معانات زميلاتي المرضي لأنني مررت بكل هذه المراحل أثناء سماعي و تلقي خبر الاصابة بالمرض فلم يكن بالسهل علي ذلك و لم أعد أفكر في المستقبل و استسلمت للمرض (ما عندي ما ندير صايي ربي جابلي هذا المرض نكملها كيما هاك).

- **المريضة ع:** كان الموقصعا جدا بالنسبة لي، فبغض النظر عن مشاكلتي اليومية مع افراد عائلة زوجي و في الحياة العملية، تلقيت خبر اصابتي بالمرض فلم أستوعب الامر و لم أتقبل المرض و أصبحت بجرح عميق، و كنت أبحث دائما عن حل لمشاكلتي و خاصة مشكلتي الصحية(انا كلشي و لا صحتي).

الملاحظات التي تم تسجيلها في نهاية الجلسة هي :

- تقريبا كان هناك سهولة كبيرة في التدايعيات و ارضان الصراعات الداخلية المكبوثة و الصدمات السابقة لكل مريضة

- نفس الميكانيزمات الظاهرة على المجموعة العلاجية ، كالفرة الاجتماعية ، الجرح الزجسي فقد العضو رمز الانوثة (الثدي) ، الاهمال الذاتي و العائلي

- لم يكن بإمكانهن تقبل المرض عامة ، نفس الفكرة كانت لديهن

- رفض و نفي للمرض، الشعور بالنقص و التوتية لتغيير الصورة الجسمية.

- الخوف من المستقبل

- المفعول الايجابي الذي تركته الجماعة و هو العمومية و انتباه أعضاء المجموعة العلاجية

- بقاء معظم أعضاء المجموعة العلاجية لبعض الوقت داخل القاعة و استرجاع لبعض ما دار فيها من تفاعل و هذا ما يمكن اعتباره مؤشر ايجابي لزيادة التماسك بين أعضاء المجموعة و الاتجاه نحو الهدف الاساسي و هو تكوين مجموعة علاجية بقيم و معايير مختلفة عن صورتها التي كانت قبل بداية العمل العلاجي.

الفصل الخامس: منهجية البحث وإجراءاتها

الجلسة الرابعة : الانكشاف الذاتي و تقبل المرض و الخضوع للعلاج الكيميائي و فيه تم الحديث عن الانكشاف لذاتي لكل شخصية أصيبت بسرطان الثدي من خلال التعرف على الاضطرابات النفسية المرضية التي أصيبت بها

أهداف الجلسة :

1- معرفة اضطرابات الصورة الجسمية

2- معرفة الاضطراب الجنسي

3- القلق

4- الاكتئاب

5- الصدمة النفسية

أساليب تحقيق أهداف الجلسة : فهذا الحديث مع المجموعة العلاجية و الاستماع لكل واحدة منهن ، تبين أنه تم معرفة أن كل المجموعة كانت من نفس الاضطرابات النفسية الناجمة عن الاصابة بسرطان الثدي و خصوصا مباشرة بعد تلقي الخبر فأصيبت كل منهن بصدمة نفسية فبحسب DSM4 ، و خصوصا في الامراض السرطانية و منه سرطان الثدي فقد تبين أنه تشخيص الاصابة بمرض يهدد حياة المصابة يعتبر بمثابة حدث صادم قد يؤدي الى الاصابة بحالة القلق ما بعد الصدمة ، ثم الخوف من المعاناة ، و يعني ذلك تدهور على مستوى الجسم ، و بفقدان السلامة الجسمية و النفسية ، أثناء الاعلان عن الاصابة بسرطان الثدي فيؤخذ بعين الاعتبار الوضع الاجتماعي و الدور العائلي للمصابة التي تظهر عليها عدم الراحة بالإضافة الى الخوف من التشوه من فقدان الأنوثة الخوف من الاستئصال و من فقدان عضو ذات معنى بالنسبة للمرأة ، مع صعوبة في تقبل التشخيص مع الخوف من العلاج خصوصا العلاج الكيميائي لما له من آثار جانبية تمس صورة المرأة الجسمية ، بمجرد الاعلان عن الاصابة بسرطان الثدي يؤدي الى الاصابة بصدمة نفسية بسبب التصادم الذي يسببه الواقع ، و بالتالي ما يزيد من توتر الحالة، و بالتالي فالتمثلات الذهنية الخاصة بهذه الاصابة لا تتناسب مع تلك الموجودة لدى المرضة المرتبطة بذاتها للصدمة النفسية الناتجة عن الاعلان الاصابة بسرطان الثدي ، فالتمثلات الذهنية الخاصة بهذه الاصابة هي السبب في توتر الحالة (شدمي رشيدة، 2015، ص205) و هذا يعني عدم القدرة على التفكير (التمثلات الذهنية)، و منه يستعد الجسم لكل واحدة من هؤلاء المصابات لرحلة طويلة من العلاج و الذي له تأثير كبير على المصابات فتبقى كل واحدة مرتبطة بالمدة الزمنية للعلاج ، و تظهر في هذه الاخيرة أي المدة الزمنية للعلاج أعراض القلق ما بعد الصدمة ضمن هذه الفترة ، بدأت بالذات المريضات بالتساؤل عن صورتهن و علاقاتهن العائلية و الحميمية و رغباتهن ، فبدأت كل منهن بتقديم الشكاوى و أخذ موضع

الفصل الخامس: منهجية البحث وإجراءاتها

الصحية أثناء مواجهتهن للعلاج و الألم الناتج عنه، فلقد عانت كل حالة منهن من الارق الليلي الفجائي المستمر و خصوصا بعد طلب منهن استئصال الثدي له آثار نفسية لا يمكن تجاهلها ، فالمصابة تخشى فقدان وحدتها الجسمية، فتخشى التراجع و البتر في نفس الوقت لهذا العضو المصاب، فاذا تراجعت تكون نتيجة الوفاة بشكل تدريجي و مؤلم، و اذا قبلت يسبب لها ألما كبيرا و بالتالي اصابة الصورة الجسمية للمصابة ، و نحت في مجتمع تعتبر فيه المظاهر أهم من الشخص و صحته ، و بالتالي تؤثر على الهوية الجسمية و النفسية للمصابة ، فاصابة الثدي لها رموز عديدة حيث يعتبر مصدر للغذاء و الحياة و الامومة و اصابته خطر يهدد الوجود المكون الزجسي للثدي و الذي يعتبر مصدر للأفراد و الانوثة و الجمال ، و مصدر الاستهامات و لكل ما يتعلق بما هو جنسي مكون خيالي مرتبط بالرغبة الجنسية، و منه أثر على علاقتهم مع أجسامهن أي استئصال الثدي ، حيث أن التغيرات الجسمية الخاصلة تسبب من جهة في انقطاع الهوية في العلاقة مع الذات و مع الجسم فتكون السبب في الاحساس بالغرابة (شدمي رشيدة، 2015، ص200) فسرطان الثدي قد عرض هوية المصابات للخطر ، أي هويتها الجسمية أي صورة الذات و هويتها النفسية بمعنى ادراكها لذاتها ، و منها تتأثر السلامة الجسدية بسبب الاصابة و أخذ العلاج بسبب المعاناة التي يتعرض لها فمخطط الجسم يرتبط ارتباطا وثيقا بالصورة الجسدية التي ترتبط بدورها بالاستعدادات و المشاعر المعاشة و المرتبطة به، ينمو الصورة الجسمية الاستقلالية تنمو الشخصية بالعلاقات مع الآخرين (أسرة، علاقات مهنية، علاقات اجتماعية) فالاستئصال التثوية ، التغيير الحاصل في الوظيفة الجسدية تؤثر على المصابة في ادراكها لجسدها و بالتالي تتغير الصورة الجسدية و ادراك الذات و عدم الرضا عن الجسم في صورة الذات، فاستئصالهن للثدي أعطاهن الاحساس و الشعور بالفقدان و الاكتئاب و تأثرت كل واحدة منهن بالتماتلات ، و هذا له تأثير قوي على هوية المصابة ، فكلما كان للثدي مكان مهم في الهوية كلما كان فقدانه محط حتما الوضعية الاجتماعية و بالتالي توتر العلاقة الزوجية و تشتت العائلة ففقدان الثدي بعد الجراحة أو التدخل الجراحي يؤثر على تقدير الذات و على الرغبة و المتعة الجنسية بحيث الزجسي ناتج عن الاصابة الانوثة ، فسبب الاضطرابات الحاصلة في الصورة الجسدية ، كالتغيرات المتعددة التي تحصل على مستوى الجسم، و من بينها تساقط الشعر ، فقدان أو زيادة في الوزن فقد يعرقل الاتصال الجسدي و الاجتماعي ، فوجدت كل منهن حسب ما ذكرت أثناء الجلسة ، صعوبة في مواجهة صورتها في المرأة و في عيون الآخرين (ما نيش نجم حنة نقابل مرايا)

ففي الغالبية و بعد اجراء العملية الجراحية لكل واحدة منهن و الاستئصال الكلي للثدي فهذه المرحلة لها صورة جسدية خاصة بها بعد الجراحة ثم يأتي العلاج الكيميائي و ما يسببه من فقدان الشعر و الذي يعتبر أهم عرض بالنسبة للمصابات ز ما يشك في أنوثة المصابة ، و قدرتها على الاغراء ، و هذا أيضا يسبب صدمة نرجسية يصعب على المصابة تحملها ، أما فيما يخص العلاج الاشعاعي يؤثر على الجسم

الفصل الخامس: منهجية البحث وإجراءاتها

بحيث يؤدي الى تغيرات في الجلد ، و الى حروق في المنطقة التي تعرضت للاشعاع، (جمعية الامل ص 15 ، 2014).

- ثم الاضطرابات الجنسية حيث ذكرت المصابات أنهن وقعن في مشاكل بالنسبة للعلاقة الزوجية بعد استئصال الثدي لديهن ، فقد سبب لهن فقدان الاحساس بالاثارة و بالذة الناتجة عن اثاره المناطق الشبقية أثناء العلاقة الجنسية، فتشعر المصابة بالانزعاج لما يشاهد، و تلمس جسدها فتتقص الرغبة الجنسية لديها فتصبح غير قادرة على أداء الوظيفة و تقدير الجنس، فتصبح العلاقة الجنسية بالنسبة لها غير ضرورية ، فيتملكها الخوف من الانجاب و الذي يشكل على صحتها خطر و يزيد من انتشار المرض و أيضا منع الاطباء تناولهن الحبوب المانعة للحمل لأنها تزيد من حدة و خطورة المرض، فينتابها شعور بالنقص و بأنها لم تصبح جذابة و ان رغبتها انخفضت عن السابق فتصاب بالقلق و الخوف و التوتر ، فتصاب بالحزن و اليأس، و الشعور بالذنب و الاحباط ، (شدمي رشيدة، 2015 ، ص124).

و عليه تصاب معظم المريضات بالاكنتئاب بسبب الاصابة التي تعتبر أزمة تتسبب في اضطرابات تمس السلوك ، المزاج فله تأثير على حياة المصابات و قدرة التحمل لخضوعهن للعلاج، فالاكنتئاب تأثير مباشر على تطور المرض، كفقدان اللذة، مزاج مكتئب، فقدتن الاهتمام، اللامبالاة ، عدم الرغبة في ممارسات النشاطات، و تستمر الاعراض طوال اليوم لمدة .

-ثم القلق الذي يصاحبهن طيلة المرض و فترة العلاج و من بين الاعراض الجسمية للقلق:

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

- أعراض جسمية عضلية، عصبية : ارتجاجات ، الاحساس بالدوران.

- هضمية : غثيان ، الاحساس بعقدة في المعدة.

- عصبية : اعاشية : جفاف الفم ، التعرق.

- أعراض جسدية نفسية: الاحساس بضغط في الصدر ، صعوبة التنفس ، السعال.

- أما الاعراض المعرفية : الاحساس بالضغط ، الافراط في الانتباه، الخوف المبلغة و تضخم الامور المتعلقة بالمستقبل، هلع ، احساس شديد بعدم الامن و الضعف، أفكار لا يمكن للمصابة التحكم فيها متعلقة بالمعاودة، الموت، صعوبة في استحالة المعلومات الجديدة

الفصل الخامس: منهجية البحث وإجراءاتها

أما الاعراض السلوكية : حساسية زائدة ، اهتياج، هروب ، الانطواء على الذات، كف ، اضطرابات في النوم ، سلوكيات تجنبية، رهاب الأماكن المغلقة و خصوصا أثناء الخضوع لفحوصات طبية IRM ، رهاب الابر، سلوكيات ادمانية. (مذكرة تخرج ، واقع الصحة النفسية لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي ص125).

و من الملاحظات المسجلة في هذه الجلسة :

- تفاعل المصابات أو المريضات مع سير أحداث الجلسة، حيث تم اعطائهم الحرية في التدخل لاداء أي ملاحظة تغيرات ، مثل ذكر الصعوبات التي واجهتها كل واجدة منهن أثناء معاشتها للمرض و الخضوع للعلاج الكيميائي مع اعطاء أمثلة حية من حياتهم الشخصية و واضحة.
- التغير في نمط الحياة بالنسبة لكل مريضة اتجاه العائلة و المجتمع
- ذكر نفس المعاناة تقريبا و الانكشاف الذاتي لكل واحدة منهن كوجود التماثلات أي التغيير ف الافكار جراء المرض و عدم تقديرهن لذواتهن.
- ظهور أثر العمل العلاجي المنجز فيما سبق في فهم أفراد المجموعة العلاجية لأغلب الجلسات العلاجية.
- زيادة الدافعية للعلاج النفسي الجماعي و مواصلة تقنية مجموعة المحادثة بما أنها أصبحت ناجحة و مساعدة للمريض أكثر.
- زيادة تماسك المجموعة العلاجية.

الجلسة الخامسة : (تقييم الجلسات السابقة):

تركزت أهداف هذه الجلسة في تقييم العمل العلاجي المنجز من خلال البرنامج الذي تم تطبيقه و تطبيق القياس البعدي على أفراد مجموعة الدراسة ككل في الختام.

و بدأت جلسة التقييم من خلال حديثي عن نهاية العمل العلاجي الذي جمع هؤلاء النساء المصابات بسرطان الثدي في خمس حصص علاجية، و الهدف من الاجراء هو تهيئة كل واحدة نفسيا لتقبل المرض كما هو و منحهن جوا من الثقة و الامن و مساعدتهم على التعبير عن مشاعرهن و انفعالاتهن جراء هذا المرض و قبول أيضا الخضوع و الاستعداد للعلاج الكيميائي و تتبع مراحلها كلها بما فيها من أعراض ثانوية ، ثم النظر لبعض مجريات الجلسات السابقة ، حيث ظهرت علامات الاستعاب للعديد من النقاط المهمة التي تحتاجها كل مريضة في حياتها اليومية من أجل معاشة المرض و تقبله و مواجهة المحيط العائلي و الاجتماعي في نفس الوقت، و فيما يلي عرض لبعض التفاعلات العلاجية التي جرت خلال هاته

الفصل الخامس: منهجية البحث وإجراءاتها

الجلسة الختامية، و التي كانت الهدف منها تقييم درجة التحسن و القبول التي حققها العمل العلاجي ، حيث تم ملاحظة و تسجيل أن كل أعضاء الجماعة حققوا تحسنا ملحوظا في اتجاهاتهم و أفكارهم السابقة حول المرض و تمكنهم من تقبله بسهولة و تقبل الخضوع للعلاج الكيميائي الذي يقى كحل وحيد كعلاج دوائي بعد العلاج الجراحي.

المعالجة : ماذا يمكن أن تقولين بعد خضوعك للعلاج النفسي الجماعي و ما هي الامور التي تغيرت لديك بعد العمل قمنا به حتى الآن؟

- **المریضة ج:** كنت مخطئة في أفكاری و فی العديد من الأشياء و الآن غیرتها لأنها لم تكن فی البداية فی صالحی، فیظهر هنا اقرار المریضة بوجود سمات سلبية فی شخصيتها فی السابق، و الآن العزم علی تحمل مسؤولية تغییرها فی الاتجاه السليم.

المعالجة : مثلا بعض الامور التي تزيد ضرورة تغییرها و هنا تحاول معرفة الامور السلبية التي تم الاستبصار بها من طرف المریضة و شكل الاستقلالية التي أبدتها فی الجملة السابقة.

- **المریضة ج:** توقفت لفترة ثم بدت علیها علامات التفكير و هنا ننظر علی أساس انه من علامات المقارنة الفعلية بین النماذج الفعلية السابقة، و التي تحلت بها المریضة الی العلاج، و بین نماذج جديدة اكتسبتها فی البيئة الجديدة التي خلقتها العملية العلاجية فقالت:

كنت غیر قادرة علی مواجهة المجتمع و كلامه باصابتي بهذا المرض ، و خصوصا عند تغییر الصورة الجسمية لدي بعد استئصال الثدي و الخضوع للعلاج الكيماوي .

المعالجة : و الآن هل يمكن ان نعرف بماذا عدت تهتمين بدلا من المظهر و كلام الآخرين؟

- **المریضة ج:** الآن سأركز اهتمامي علی صحتي فقط و عائلتي و أفراد أسرتي لكي أوصل مشواری فی الحياة و أعیش بسلام و هناء تام.

فكانت الاجوبة كلهن نفس الاجوبة، حيث قررن الاهتمام بمرضهن و بشفائهن فقط و ذلك بتقبل المرض الذي يعد نصف العلاج ثم اكمال مرحلة العلاج بالخضوع للعلاج الكيماوي و الاهتمام أيضا بعائلتهن.

الفصل الخامس: منهجية البحث وإجراءاتها

و بعد التفاعلات العلاجية التي أجريت في هذه الجلسة العلاجية ، و الذي لوحظ فيها التغيير الايجابي لدى أفراد المجموعة العلاجية، تم تطبيق القياس البعدي لمقياس الاكتئاب للمجموعة التجريبية و كذا المجموعة الضابطة، و انتهاء العلاقة العلاجية مع المرضى.

خلاصة :

اتبعنا في دراستنا الحالية خطوات اجرائية منهجية ، بدءا بالتذكير بفرضيات البحث، تم استخدامها المنهج التجريبي ، لدراسة أثر العلاج النفسي الجماعي في تقبل المرض عند النساء المصابات بسرطان الثدي و الخضوع للعلاج الكيميائي، و قد تم تقسيم مجموعة الدراسة المشكلة من نساء مصابات بسرطان الثدي و مستأصلات للثدي الى مجموعتين ، مجموعة تجريبية و مجموعة ضابطة بالتتابع أسلوب العينة المنظمة ، و لجمع المعلومات الخاصة بالبحث استخدمنا أداتين هما: برنامج علاج نفسي باستعمال تقنية مجموعة المحادثة و مقياس الاكتئاب Beck بالإضافة الى استمارة جمع البيانات الشخصية الخاصة بكل مريضة.

الفصل السادس

مناقشة نتائج الدراسة

الفصل السادس: مناقشة نتائج الدراسة

تمهيد :

يتضمن هذا الفصل عرض و تحليل و تفسير نتائج الدراسة الميدانية و ذلك كما افرزته المعالجة للبيانات المتحصل عليها بعد التطبيق ادوات الدراسة على افراد مجموعة الدراسة ، و لعرض و تحليل النتائج و اختبار فرضياتها و معرفة الفروق بين المجموعتين.
عرض و تحليل نتائج الفرضية الاولى:

و تنص الفرضية الثانية على وجود فروق دالة بين درجات الاكتئاب لكل من المجموعتين ، المجموعة التجريبية و المجموعة الضابطة تطبيق البرنامج العلاجي حيث تنص الفرضية الاولى على:
- للعلاج النفسي الجماعي فعالية في التخفيف من حدة الاكتئاب عند النساء المصابات بسرطان الثدي.

جدول يوضح درجات المجموعة التجريبية و المجموعة الضابطة لمقياس الاكتئاب قبل اجراء العلاج النفسي الجماعي و النسبة لكل واحد منهما

نوع المجموعة	نوع الاختبار	عدد العينة	درجات الاكتئاب	النسبة
المجموعة التجريبية	مقياس بيك	07	30	%30
			35	
			26	
			36	
			33	
			27	
			30	
المجموعة الضابطة	Beek الاكتئاب	07	30	%30
			30	
			27	
			32	
			31	
			26	
			35	

الفصل السادس: مناقشة نتائج الدراسة

نلاحظ في الجدول الثاني و الذي يعتبر جدول مقارنة النتائج لمقياس الاكتئاب بعد العلاج النفسي الجماعي بين المجموعتين التجريبية و الضابطة فنلاحظ:

المجموعة الضابطة	المجموعة التجريبية	نوع الاختبار
30	10	مقياس BECK
30	5	
27	6	
32	10	
31	8	
26	9	
35	7	

حيث أنه تراوحت درجات الاكتئاب في المجموع التجريبية ما بين 5 و 10 و يشير ذلك الى تحسن الدرجات و قبولها للمرض من خلال برنامج العلاج النفسي الجماعي فلقد تحسنت الدرجات بالنسبة للمجموعة التجريبية بغض النظر عن المجموعة الضابطة التي لم تخضع للعلاج النفسي الجماعي فبقيت الدرجات مرتفعة ما بين 30 و 35 درجة.

- مناقشة الفرضية الجزئية الثانية :

للعلاج النفسي الجماعي فعالية في مقاومة الاكتئاب لدى المصابات بسرطان الثدي، وهنا بعد أن تمت تجربة تقنية مجموعة المحادثة لهؤلاء المريضات المصابات بسرطان الثدي هناك فرق كبير بين الدرجات في البداية و قبل اجراء البرنامج العلاجي و بعد تطبيقه حيث ظهر هناك انخفاض كبير في مستوى درجات الاكتئاب بالنسبة للمجموعة التجريبية بدلا من بقائه مرتفع عند المجموعة الضابطة التي لم تخضع لبرنامج العلاجي الجماعي.

- مناقشة الفرضية العامة :

- للعلاج النفسي الجماعي فعالية في التخفيف من حدة الاكتئاب عند النساء المصابات بسرطان الثدي.
- و منه يمكن تفسير فعالية تقنية مجموعة المحادثة في التخفيف من حدة الاكتئاب عند النساء المصابات بسرطان الثدي

الفصل السادس: مناقشة نتائج الدراسة

كان بالتتابع تقنية مجموعة المحادثة للبرنامج العلاجي الجماعي و هذا باستعمال فنيات عديدة من أجل مساعدة هؤلاء على تعديل الافكار السلبية و المعارف المشوهة من خلال مناقشتها و الخروج بحبوب واضحة من خلال الجلسات.

و بما أن الفرضية الاولى و الثانية للبحث قد تحققت تستنتج تحقق الفرضية العامة، و يتوضح ذلك من خلال الجدول التالي :

- انخفاض درجات الاكتئاب

النسبة	درجات الاكتئاب	عدد العينة	الاختبار	المجموعة
%3	10	07	مقياس بيك للاكتئاب BECK	المجموعة التجريبية
	5			
	10			
	8			
	9			
7				
% 0		07		المجموعة الضابطة

- ثم الجدول الاخير الخاص بالمقياس البعدي للاكتئاب بعد تطبيق البرنامج العلاجي.

جدول يوضح التكرارات و النسب المئوية لعينة الدراسة بعد تطبيق البرنامج العلاجي

النسبة المئوية	التكرارات لمستويات الاكتئاب	درجات الاكتئاب	عدد العينة	الاختبار	المجموعة
% 64.28	9	10	07	مقياس بيك للاكتئاب	المجموعة التجريبية
% 28.57	4	5			
% 50	7	6			
% 16.4	23	10			
% 85.71	12	8			
% 50	7	9			
% 42.85	6	7			
			07		المجموعة الضابطة
			14		المجموع

الفصل السادس: مناقشة نتائج الدراسة

- يتضح من خلال ما سبق بأن العلاج النفسي الجماعي هو علاج مناسب للعديد من المشكلات النفسية والاجتماعية التي تواجه الافراد ، و أنه من أنسب طرق العلاج النفسي المتابعة حاليا في بعض الدول النامية و التي تعاني من قلة المعالجين النفسانيين و قلة الموارد المالية التي توفر العلاج النفسي الفردي لكل مريض.
- كما ان تقنية مجموعة المحادثة تعتبر من أهم التقنيات التي استخدمت نظرا لأهميتها و فاعليتها في مساعدة العديد من الافراد الذين يعانون من نفس المشكلة كما أن هذا النوع من العلاج يساعد أعضاء الجماعة العلاجية على التماسك و التكاتف و التعاون فيما بينهم من أجل الوصول الى حلول منطقية لمشكلاتهم في المستقبل و لذا فان تفعيل دور الافراد داخل الجماعة يزيد من تقوية العلاقات الانسانية و بالتالي العمل على احداث تغييرات جذرية في نظرة الفرد نحو ذاته و كيفية تعامل مع الآخرين ز من هنا تزيد أهمية العلاج النفسي الجماعي في علاج ما يعترض أعضاء الجماعة من المشكلات و الصراعات النفسية الداخلية عن فاعلية الاسلوب العلاجي و أهميته و كان لصالح المجموعة التجريبية لديهم.

خلاصة:

تناول البحث الذي قمنا به معرفة فعالية العلاج النفسي الجماعي في التخفيف من حدة الاكتئاب عند النساء المصابات بسرطان الثدي.

و قد اثبتت النتائج المحصل عليها تحقق الفرق بين درجات الاكتئاب لدى النساء اي مجموعة الدراسة على مقياس الاكتئاب Beck ، بيك ، حيث سجل انخفاض دال في مستوى درجة الاكتئاب لدى المجموعة التجريبية العلاجية بين القياس القبلي و البعدي و الناتج عن المتغير المستقل و هو البرنامج العلاجي الجماعي المطبق و لم تسجل نتائج المجموعة الضابطة في القياس البعدي لانه لم يتم اخضاعها للبرنامج العلاجي.

خاتمة:

حاولنا من خلال اجراء هذا البحث ان نعرض صورة للآلاف من أفراد هذا المجتمع و غيرهن من المجتمعات عن فئة تقصد بها فئة النساء المصابات بسرطان الثدي ممن يعاني أكثر في هذا المجتمع ، و قد تبين لنا من خلال الدراسات ان هؤلاء النساء معرضات اكثر من غيرهن للوقوع في الاضطرابات النفسية ومنها المعاناة النفسية و تغير الصورة الجسمية و اضطراب العلاقات الزوجية و التفكك الاسري، و رغم ذلك فهذه الفئة من النساء تكافح في الحياة و تصارع المرض و تسعى للعيش بأمل كبير رغم الظروف القاسية التي تواجههن ، فهم بحاجة دائما الى دعم نفسي و مساندة كبيرة من قبل المختصين النفسانيين لمساعدتهم و رفع معنوياتهم أثناء مراحل العلاج من أجل تقبل المرض و العلاج في نفس الوقت ، بالإضافة الى الدعم الاجتماعي و العائلي الذي يزيدهم قوة و عزيمة على تحمل المرض و عواقبه و الصبر على العلاج و أعراضه ، و مواصلة مسيرتهن العلاجية الى آخر مرحلة من مراحل لتقوية الشعور بالامن و الأمل.

توصيات و اقتراحات :

فمن خلال ما توصلنا اليه من هذه الدراسة من نتائج نقترح ما يلي:

- الاهتمام بالمختص النفسي و تدعيم دوره في مصلحة مكافحة السرطان
- المساهمة في تطوير العلاج الجماعي من خلال تطبيقه في مختلف المستشفيات
- ضرورة العناية النفسية لمريضات السرطان و مساعدتهم ليصبحوا أكثر تكيفا بعد معالجتهم
- توسيع مجال العلاج النفسي الجماعي لدى المصابات بالسرطان الثدي و غيره من الاضطرابات النفسية و دمج كعنصر مكمل لعلاج الطبي
- توسيع مجال الممارسة العيادية للعلاج النفسي الجماعي و هذا في الظروف التي يجد فيها المعالج النفسي نفسه أمام عدد كبير من الافراد يتطلبون تدخل علاجي كالمستشفيات ، و هذا على أساس الفعالية التي أثبتتها في علاج العديد من الاضطرابات النفسية.

قائمة المصادر و المراجع

قائمة المراجع باللغة العربية

- (1) بن أحمد قويدر (2018) الاكتئاب والتمثلات الثقافية في المسار العلاجي في الجزائر (ط1) دار الحامد: عمان.
- (2) عبد الستار إبراهيم (1990) الاكتئاب (ب.ط) عالم المعرفة: الكويت.
- (3) فهمي علي (2010) علم النفس المرضي (ب.ط) دار الجامعة الجديدة: الإسكندرية.
- (4) لويس كامل مليكة (1990) العلاج السلوكي وتعديل السلوك (ط1) الكويت: دار القلم والنشر والتوزيع.
- (5) محمد السيد عبد الرحمن (2000) علم الأمراض النفسية والعقلية (ب.ط) دار قباء: القاهرة.
- (6) محمد حسن غانم (ب.س) العلاج النفسي الجمعي بين النظرية والتطبيق، الإسكندرية: دار المكتبة المصرية.
- (7) لبا سليم معربس (2010) الاكتئاب لدى الشباب (ط1). دار النهضة: لبنان.
- (8) هلال أحمد الحسيني (2016) مفاهيم أساسية في الصحة النفسية (ب.ط) دار الكتاب الحديث: القاهرة.
- (9) حسين فايد (2008) العلاج النفسي أصوله، تطبيقاته، أخلاقياته (ط1) القاهرة، مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع.
- (10) بشير معمريه (2010) تقنين آرون ث، بيك الثانية للاكتئاب، مجلة شبكة العلوم النفسية العربية العدد 5 و6.
- (11) عبد الستار إبراهيم (1998) الاكتئاب سلسلة عالم للمعرفة (ب.ط) الكويت.
- (12) علا عبد الباقي إبراهيم (2009) الاكتئاب، أنواعه، أعراضه، أسبابه وطرق علاجه عالم الكتاب للنشر والتوزيع (ط1) القاهرة.
- (13) غريب عبد الفتاح غريب (2007) الاضطرابات الاكتئابية المجلة المصرية للدراسات النفسية العدد 56 المجلة 17.
- (14) لطفي شربيني (2010) المرجع الشامل في علاج الاكتئاب دار النهضة العربية، بيروت.
- (15) حافظ أحمد خيرى و حسن مجدي محمود ، أثر العلاج النفسي الجماعي في تخفيف القلق و السلوك العدوانى ، و ازدياد الثقة بالنفس و قوة الانا لدى جماعة عصابية مجلة علم النفس العدد الرابع عشر، 1989
- (16) زهران عبد السلام (1994) الصحة النفسية و العلاج النفسي عالم الكتب (ط3) القاهرة

- (17) مجلة الامل ، (2013) CPMC
- (18) سليمان عبد السيد مدى فاعلية أسلوب العلاج النفسي الجماعي غير الموجه في تخفيف معاناة الوحدة النفسية ، بحوث المؤتمر الخامس لعلم النفس في مصر كلية التربية جامعة طنطا ، القاهرة ، دون سنة
- (19) عبد الرحمان عيسوي (1974) علم النفس علم و فن ، دار النهضة المصرية ، القاهرة
- (20) عبد الرحمان عيسوي (1984) العلاج النفسي ، دار الفكر الجامعي الاسكندرية
- (21) عبد الرحمان عيسوي (1984) علم النفس بين النظرية و التطبيق، دار النهضة العربية بيروت
- (22) مصطفى فهمي (1976) الصحة النفسية، دراسات في سيكولوجية التكيف ، مكتبة الخانجي بدون طبعة
- (23) عبد القهار عبد السلام (1983) مقدمة في الصحة النفسية، مكتبة النهضة المصرية ، د.ط
- (24) فطيم لطفي، العلاج النفسي الجمعي، مكتبة الانجلو-مصرية، بدون طبعة
- (25) بكمان ، ويتا كرت (2001) سرطان الثدي، دار الطبيعة ، أكاديميا ، ترجمة جولي صليبا ، بيروت.
- (26) جمعية مساعدة المرضى المصابين بالسرطان (2010): 100 سؤال و جواب حول سرطان الثدي ، جمعية البدر البليدة الجزائر .
- (27) دانيال ريغ : معجم عربي فرنسي / فرنسي عربي (1983) السبيل مكتبة لاروس ، باريس
- (28) عبد الباسط محمد السيد (2009) السرطان ، أسبابه و علاجه الطبعة الثانية، دار النشر ألفا ، مصر .
- (29) د.أسيا موساي، د./البروفيسور كمال بوزيد (2010) ،سرطان الثدي.
- (30) د. ناصر ابراهيم (1993) ممارسة العلاج الجماعي، المرشد الاخصائي النفسي
- (31) أمينة السماك – عادل مصطفى (2001) الدليل الشخصي الرابع للاضطرابات النفسية ، ط1، مكتبة المنار الاسلامية، الكويت.
- (32) حكمت حكيم (1999) مرض السرطان ، الدار العالمية للطباعة و النشر و التوزيع.
- (33) عبد الباسط محمد السيد (2007) السرطان أسبابه و علاجه من القديم و الحديث، ط1، دار الرفاء للنشر و التوزيع.
- (34) فطيم لطفي (1993) العلاج النفسي الجماعي، الانجلو المصرية.
- (35) محمد الانصاري بدر (1996) ، الشخصية المستهدفة للاصابة بداء السرطان ، كلية العلوم الاجتماعية ، ط1.
- (36) عيسوي عبد الرحمان (1984) العلاج النفسي، دار النهضة العربية.

37) المحارث ناصر ابراهيم (1993) ممارسة العلاج الجمعي، المرشد للأخصائي النفسي، جامعة الملك سعود ، دون طبعة.

38) الجلبى و اليحيا (1416هـ) العلاج النفسي و تطبيقاته في المجتمع العربي، الاعلامية للنشر .

قائمة المراجع باللغة الفرنسية :

- 39) American psychiatric association diagnostic and statistcal manuel of mental disorders, 4eme édition washington, USA 2000.
- 40) Arova mahmoud : traitement de la douleur. Ed Berti, Atger , 2010 , P203
- 41) Pr/ Blaha Larbaoui ; l'urmonothéapie, nouvelle approche thérapeutique des cencers.
- 42) Santé et environnement , magazine N°6 , juillet 1999.
- 43) Donjid Kamel, oncologie médical, centre seine marie curie, Alger , 2006
- 44) Bredart A, Swaine Verdier A , Dobeault S, évaluant l'image du corps femme attente d'un cancer du dein, revue de psychologie , France , 2007.
- 45) Burges C, cmmeluis V, love S, Graham D, Richard M, Ramirez : Depression and ansienty un women with early breast concer, revue psychologie. 2005.
- 46) Danchy, Rouby, Aspects psychologique du cancer du sein, conberioie, France 2007.
- 47) DSM4 : Biogratric and svalistical manual of mental disorder P751,1994.
- 48) D.M. medkow , le groupe de parol, revue Hopital psychiatrique , France – Fanon Blida
- 49) Elmond Marc , guide pratique des psychothérapie, 2000, Belgique.

المذكرات :

50) مداحي حمودة : فعالية العلاج النفسي الجماعي في خفض درجة السلوك العدوانى لدى المراهقين الصم

رسالة ماستر : كلية علم النفس (2012-2013)، جامعة البويرة .

- (51) عبد الله بن أحمد الويلي(2003) ، فاعلية العلاج النفسي الجماعي في خفض درجة القلق لدى مدمتي المخدرات ، بحث ماجيستر، كلية الدراسات العليا جامعة نايف عربية للعلوم الامنية.
- (52) شدمي رشيدة ، واقع الصحة النفسية لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي(2014-2015)، رسالة دكتورا، كلية العلوم الانسانية و العلوم الاجتماعية ، مذكرة لنيل شهادة دكتورا،جامعة أبي بكر بلقايد تلمسان .
- (53) الطاهر زهية و معروف خديجة (2013-2014)، أثر تقنية مجموعة المحادثة للتخفيف من قلق الموت و الاكتئاب لدى المرضى و المصابين بالسرطان، بحث ماجيستر.

مواقع الانترنت :

- 54) <http://OR.wikipedia-ORglWiki>
- 55) <http://www.arabvolunteering.org/corper/ant/1668>
- 56) Khatib – psychiatry ,psychology, knomledge. journal 15.4.2007 نشر في
- 57) <http://wwwhayatnafsc.com/specialtopics/guildines-workers-canceryantentshtm>
- (58) سوسن شارك مجيد ، العلاقة بين السرطان و بعض العوامل النفسية ،2012
- 59) <http://.freedomest.com> العلاج الجمعي

الملاحق

مقياس بيك للاكتئاب

الحزن :

- 0 لا أشعر بالحزن
- 1 أشعر بالحزن والكآبة
- 2 الحزن و الانقباض يسيطران علي طوال الوقت ، و أعجز عن الفكك منهما .
- 3 أشعر بالحزن أو التعاسة لدرجة مؤلمة
- 4 أشعر بالحزن و التعاسة لدرجة لا تحتمل.

التشاؤم :

- 0 لا أشعر بالقلق أو التشاؤم من المستقبل
- 1 أشعر بالتشاؤم من المستقبل
- 2 لا يوجد ما أتطلع اليه في المستقبل
- 3 لا أستطيع أبدا أن أتخلص من متاعبي
- 4 أشعر باليأس من المستقبل، و أن الامور لن تتحسن

الاحساس بالفشل :

- 0 أشعر بأنني فاشل
- 1 أشعر أن نصيبي من الفشل أكثر من العاديين
- 2 أشعر اني لم أحقق شيئا له معنى أو أهمية
- 3 عندما أنظر الى حياتي في السابق أجدها مليئة بالفشل
- 4 أشعر أنني شخص فاشل تماما (أبا أو زوجا)

السخط و عدم الرضا:

- 0 لست ساخطا
- 1 أشعر بالملل أغلب الوقت

- 2 لا استمتع بالأشياء كما كنت من قبل
- 3 لم أعد أجد شيئاً يحقق لي المتعة (أو الرضا)
- 4 انني غير راض و أشعر بالملل من أي شيء

الاحساس بالندم أو الذنب

- 0 لا يصيبني احساس خاص بالندم أو الذني على شيء
- 1 أشعر بأنني سيئ أو تافه أغلب الوقت
- 2 يصيبني احساس شديد بالندم و الذنب
- 3 أشعر بأنني سيء و تافه أغلب الاوقات تقريبا
- 4 أشعر بأنني سيء و تافه للغاية

توقع العقاب

- 0 لا أشعر بأن هناك عقابا يحل بي
- 1 أشعر بأن شيئاً سيئاً سيحدث أو سيحل بي
- 2 أشعر بأن عقابا يقع علي بالفعل
- 3 أستحق أن أعاقب
- 4 أشعر برغبة في العقاب

كراهية النفس

- 0 لا أشعر بخيبة الأمل في نفسي
- 1 يخيب أمني في نفسي
- 2 لأ أحب نفسي
- 3 أشمئز من نفسي
- 4 أكره نفسي

ادانة الذات

- 0 لا أشعر بأنني أسوأ من أي شخص آخر
- 1 أنتقد نفسي بسبب نقاط ضعفي أو أخطائي
- 2 ألوم نفسي لما أرتكب من أخطاء

- 3 ألوم نفسي على كل ما يحدث

وجود أفكار انتحارية

- 0 لا تتناوبني أي أفكار للتخلص من نفسي

- 1 تراودني أفكار لتخلص من حياتي ولكن لا أنفذها

- 2 أفضل لي أن أموت

- 3 أفضل لعائلتي أن أموت

- 4 لدي خطط أكيدة للانتحار

- 5 سأقتل نفسي في أي فرصة متاحة

البكاء

- 0 لا أبكي أكثر من المعتاد

- 1 أبكي أكثر من المعتاد

- 2 أبكي هذه الايام طوال الوقت و لا أستطيع أن أتوقف عن ذلك

- 3 كنت قادرا على البكاء و لكنني أعجز الآن عن البكاء حتى لو أردت ذلك

الانسحاب الاجتماعي

- 0 لم افقد اهتمامي بالناس

- 1 أنا الآن أقل اهتماما بالآخرين عن السابق

- 2 فقدت معظم اهتمامي و احساسي بوجود الآخرين

- 3 فقد تماما اهتمامي بالآخرين

التردد و عدم الحسم

- 0 قدرتي على اتخاذ القرارات بنفس الكفاءة التي كانت عليها من قبل

- 1 أوجل اتخاذ القرارات أكثر من قبل

- 2 أعاني من صعوبة واضحة في اتخاذ القرارات

- 3 أعجز تماما عن اتخاذ أي قرار بالمرّة

تغير صورة الجسم و الشكل

- 0 لا أشعر بأن شكلي أسوأ من قبل
- 1 أشعر بالقلق من أني أبدو أكبر سنا و أقل جاذبية
- 2 أشعر بوجود تغيرات دائمة في شكلي تجعلني أبدو منفرا (منفرة) و أقل جاذبية
- 3 أشعر بأن شكلي قبيح (قبيحة) و منفر (منفرة)

هبوط مستوى الكفاءة و العمل

- 0 أعمل بنفس الكفاءة كما كنت من قبل
- 1 أحتاج الى مجهود خاص لكي أبدأ شئ
- 2 لأ أعمل بنفس الكفاءة التي كنت أعمل بها من قبل
- 3 أدفع نفسي بمشقة لكي أعمل أي شيء
- 4 أعجز عن أداء اي عمل على الاطلاق

اضطرابات النوم

- 0 أنام جيدا كما تعودت
- 1 أستيقظ مرهقا في الصباح أكثر من قبل
- 2 أستيقظ من 2 – 3 ساعات أبكر من ذي قبل، و أعجز عن استئناف نومي
- 3 أستيقظ مبكرا جدا و لا أنام بعدها حتى ان أردت

التعب و القابلية للإرهاق

- 0 لا أتعب بسرعة أكثر من المعتاد
- 1 أشعر بالتعب و الارهاق أسرع من ذي قبل
- 2 أشعر بالتعب حتى لو لم أعمل شيئا
- 3 أشعر بالتعب الشديد لدرجة العجز عن عمل أي شيء

فقدان الشهية

- 0 شهيتي للطعام ليست أسوء من ذي قبل
- 1 شهيتي ليست جيدة كالسابق
- 2 شهيتي أسوء بكثير من السابق
- 3 لا أشعر برغبة في الاكل بالمرّة

تناقص الوزن

- 0 وزني تقريبا ثابت
- 1 فقدت أكثر من 3 كلغ من وزني
- 2 فقدت أكثر من 6 كلغ من وزني
- 3 فقدت أكثر من 10 كلغ من وزني

الانشغال على الصحة

- 0 لست مشغولا على صحتي أكثر من السابق
- 1 أصبحت مشغولا على صحتي بسبب الاوجاع و الامراض أو اضطرابات المعدة و الامساك
- 2 أنشغل بالتغيرات الصحية التي تحدث لي لدرجة اني لا أستطيع أن أفكر في أي شيء آخر
- 3 أصبحت مشغولا تماما بأموري الصحية