



قوائم المحتويات متاحة على ASJP المنصة الجزائرية للمجلات العلمية
الأكاديمية للدراسات الاجتماعية والإنسانية
الصفحة الرئيسية للمجلة: www.asjp.cerist.dz/en/PresentationRevue/552



الاكتئاب في مجال علم الأورام النفسي

depression in psycho-oncology

سميت عبوين¹ *

¹ جامعة عبد الحميد ابن باديس، مستغانم - الجزائر

Key words:

depression
psycho-oncology
cancer
medical care
psycho-social care.

Abstract

Depression in the field of psychiatric oncology is an unknown disorder, The pathological situation, which includes the symptoms of the disease, its development and its heavy treatments, is underestimated by the depressive disorder. situation, which includes the symptoms of the disease, its development and its heavy treatments, is underestimated by the depressive disorder. On the other hand, it is difficult to diagnose because of the similarity and overlap of disorders in this area: Organic depression, bereavement. Interference and similarities also affect symptoms that may be caused by depression, cancer or treatment. This led to the emergence of several approaches to diagnose depression in the field of psycho-oncology: etiological, inclusive, substitutive, alternative approach. Rates of depression are varied getting between 0% to 58%

This difference is due to several factors: the instruments used, the different demographic and social conditions, sex, age, type of cancer, stage of cancer.

the management of depression is divided into: medication management, psychic management and manifold management.

ملخص

معلومات المقال

تاريخ المقال:

الإرسال: 2019/12/27

المراجعة: 2020/04/04

القبول: 2020/04/21

الكلمات المفتاحية:

الاكتئاب

علم الأورام النفسي

السرطان

التكفل الدوائي

التكفل النفسي

الاجتماعي.

يعد الاكتئاب في مجال علم الأورام النفسي اضطرابا مجهولا فأمام خطورة الوضعية المرضية من أعراض المرض، تطوره، علاجاته الثقيلة يستهان باضطراب الاكتئاب. من جهة أخرى يصعب تشخيصه نظرا للتشابه و التداخل في الاضطرابات في هذا المجال ما بين: الاكتئاب العضوي، الاستجابة التكيفية العادية و الغير عادية، الحداد العادي على الجسم السليم و الحداد المرضي. التداخل و التشابه يمس أيضا الأعراض التي قد تكون ناتجة عن الاكتئاب كما قد تكون ناتجة عن السرطان أو العلاج خصوصا الكيميائي منه. هذا ما دفع الى ظهور عدة مقاربات لتشخيص الاكتئاب في مجال علم الأورام النفسي من مقارنة سببية، شاملة، بديلة، حصرية، متناوبة.

فيما يخص نسب انتشار الاكتئاب حسب الدراسات تعددت النتائج و اختلفت لتتراوح ما بين 0% الى 58%، يعود هذا الاختلاف الى عدة عوامل: الأدوات المستخدمة، الحالات التي تختلف من الناحية الديموغرافية و الاجتماعية، الجنس، السن، نوع السرطان، مرحلة السرطان.

انقسم التكفل بالاكتئاب الى تكفل دوائي، تكفل نفسي اجتماعي و تكفل مشترك.

1- مقدمة

توجد عدة عوائق تحول دون تشخيص الاكتئاب عند المصابين بالسرطان و بالتالي التكفل به من صعوبة التمييز بين الاستجابة العادية للحزن و بين اضطراب الاكتئاب، الخوف من اضافة تشخيص لاضطراب آخر نفسي للمريض، شعور المريض بالخوف و العار لأنه ليست لديه الطاقة و الارادة على مواجهة المرض ما يؤثر على جودة حياته، طول مدة الاستشفاء، صعوبة التواصل بين المريض، محيطه و فريقه المعالج. يضاف الى ذلك مشكل تداخل الأعراض التي يصعب أيضا التشخيص نقصد بذلك الأعراض الجسمية بحيث لا يمكن الاعتماد على المقاييس النفسية للاكتئاب دون الأخذ بعين الاعتبار الأعراض الجسمية. و بالتالي ضرورة الاهتمام و دراسة الاكتئاب في مجال علم الأورام النفسي بغية بناء مقياس خاص بالاكتئاب يناسب هذه الفئة و التي تعتبر أهداف هذا المقال الذي حاول الاجابة على التساؤلات التالية:

- ماهي نسب انتشار الاكتئاب عند المصابين بالسرطان؟

- ماهي الأدوات المعتمدة حسب الدراسات في تشخيصه؟

- ماهي مقاربات تشخيص الاكتئاب في مجال علم الأورام النفسي؟

- ماهي أساليب التكفل الدوائية و النفسية الاجتماعية للتكفل بالاكتئاب عند المصاب بالسرطان؟

2. علم الأورام النفسي

أن تشخيص الإصابة بمرض خطير يهدد وجود الفرد كالسرطان له تأثيرات هامة: نفسية، سلوكية، انفعالية، تمس المصاب أسرته و كذا الفريق الطبي الذي يتابعه طوال فترة التشخيص و العلاج و بالتالي الحاجة إلى التكفل بكل هذه الآثار السلبية. هذا ما دفع إلى ظهور تخصص جديد يسمى علم الأورام النفسي.

1.2 تعريف علم الأورام النفسي: تعرفه لانتيم lantheaume (2017) على أنه تخصص جديد ظهر إلى جانب علم الأورام، الطب العقلي و علم النفس، يمارسه المختصون النفسيون و العقليون الذين يعملون مع المصابين بالسرطان.⁽¹⁾

تعرفه هولند Holland (1998) بأنه تخصص تشترك فيه عدة تخصصات، الهدف منه التكفل بالجانب النفسي و الاجتماعي للمصاب، أسرته و الفريق الطبي. هو في نفس الوقت تخصص علمي و مجموعة من الممارسات العيادية التي تطبق في مجال علم الأورام.

يهتم علم الأورام النفسي بتكيف المصاب و أسرته مع المرض، التكفل بالمشاكل العلائقية و الأعراض النفس-مرضية الناتجة عن السرطان و علاجاته المختلفة، يهتم أيضا بالسلوكيات الخطيرة عند المصابين، بالعلاقة طبيب/ مريض، بما يعرف بالالتزام الصحي.⁽²⁾

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

أسست الجمعية الأمريكية لعلم الأورام النفسي الاجتماعي، فتحت مركز للتكوين و البحث في علم الأورام النفسي في الولايات المتحدة الأمريكية سنة 1977 لتكوين المختصين النفسيين العاملين في المجال، نشرت محاضرات في علم الأورام النفسي سنة 1984 و دليل علم الأورام النفسي في سنة 1989⁽³⁾ تصرح دولبو Dolbault (2008) بأن هولند holland دور في نشر تخصص علم الأورام النفسي في العالم من خلال اهتمامها بمشاركة المعرفة مع الأخصائيين في البلدان الأخرى.⁽⁴⁾

مؤخرا أصبح علم الأورام النفسي وزعماء فروع علم الأورام له مكانة داخل المنظومة العلاجية في البلدان الأوروبية يقوم بوظائف علم الأورام النفسي مختصين في فرق الصحة النفسية الذين يتكفلون بالاضطرابات الموجودة عند المصابين بمرض عضوي خطير: السرطان

ظهور هذا التخصص في أوروبا كان في السبعينات من القرن الماضي أحد مكانه تدريجيا و أصبح تخصصا ضروريا في مجال علم الأورام النفسي.⁽⁵⁾

تحدثت لانتيم lantheaume (2017) عن مجموعة من العوامل أدت إلى ظهور تخصص علم الأورام النفسي، هي كالتالي:

- تغير المعتقدات الثقافية المرتبطة بالسرطان.

- تغير مفهوم المرض و الألم "le mal"⁽⁶⁾

- معرفة المصابين و أهاليهم بحقوقهم.

- وجود مختصين نفسيين و أطباء عقليين في المراكز السرطانية و بالتالي سهولة التكفل بالآثار النفسية و الاجتماعية للسرطان

- تطور طرق البحث و الأطر النظرية في العلوم الاجتماعية (علم النفس).

3.2 مجالات علم الأورام النفسي

عند الحديث عن مجالات علم الأورام النفسي تتحدث دولبو Delbault (2007) بأنه معاش و تجربة خاصة مع تصورات للسرطان و علاجاته المثول بها من طرف المرضى و أسرهم و كذا المختصين في المجال.⁽²⁾

حددت لانتيم lantheaume (2017) مجالات علم الأورام النفسي كالتالي:

4.2 مفاهيم ذات صلة بعلم الأورام النفسي

أ- المراحل النفسية للسرطان

الإعلان على السرطان: مرحلة الصدمة

لا ينطلق تاريخ المرض عند التشخيص بل يبدأ بمجرد اكتشاف الأعراض الأولى: ورم، نزيف، الخ. ما يسبب حالة قلق هام إن الإعلان عن السرطان و كما يوضحه فيراقوت Ferragut (2007) هو بمثابة صدمة، اعتداء، هجمة. إن الإعلان و ما يتبعه من تغيرات جذرية يعتبر بمثابة فاصل بين ما قبل و ما بعد.⁽¹²⁾

أثناء التشخيص تغمر الانفعالات المصاب لدرجة أنه ينعزل عن العالم الخارجي لا يسمع ما يقال له، لا يدرك ما يحصل حوله أو على العكس يتجمد فلا يستطيع الاستجابة، يشعر بأن المستقبل انتزع منه.⁽¹³⁾

حدد فينيو Vignau (2015) 3 مراحل أساسية:

1- الصدمة الأولى: أن الدقائق التي تتبع التشخيص تظهر فيها شحنات انفعالية حادة، أين ينتقل الإنسان من الصحة إلى المرض و بالتالي فقدان (الأسرة، المشاريع المستقبلية، الصحة).

2- النفي: بعد صدمة تشخيص السرطان و ما ينتج عنها من تغيرات تؤدي أحيانا إلى النفي، هذه المرحلة تكون قصيرة في الغالب.

3- المقاومة: يظهر المصاب اتجاهات سلبية نحو الفريق المعالج.⁽¹⁴⁾

-مرحلة العلاج: معركة بين الجسم و النفس

بعد التشخيص ينتقل المصاب إلى مرحلة جديدة هي مرحلة العلاج، يتغير إيقاع حياة المصاب: فحوصات، تحاليل، مواعيد مع الأطباء، استشفاء، علاج كيميائي، علاج إشعاعي.

في هذه المرحلة تظهر مخاوف مرتبطة بما يحصل للمصاب، يجد المصاب نفسه ما بين الرغبة في العلاج و الخوف منه: الرغبة في العلاج باعتباره الوسيلة الوحيدة للشفاء و الخوف من آثاره الجانبية.⁽¹⁵⁾

في هذه المرحلة يظهر نوع من المقاومة ما بين الجسم و النفس: فالمصاب يحتاج إلى قوة داخلية للمواجهة، المقاومة، عدم الاستسلام رغم البعد النفسي و رغم الاضطرابات الحاصلة ما يصعب الحفاظ على نوع من الثبات الداخلي.

-مرحلة الهجوع:

من الناحية الطبية: الهجوع أو الشفاء الجزئي هو مرور سنتين من الاختفاء الكلي للخلايا السرطانية

قبل الهجوع يمر المصاب بحالة من القلق، تعتبر هذه المرحلة حساسة و حرجية باعتبار أن السرطان بإمكانه أن يظهر مرة أخرى و في أي وقت تتغير حياة المصاب الذي شفي و الذي

-دراسة المعاش النفسي للمصابين بالسرطان و الذي يرتبط بالعلاجات المستخدمة، الفحوصات، الاستشفاء.⁽⁸⁾

-دراسة التجارب و التمثلات النفسية المرتبطة بالسرطان و علاجاته المختلفة الموجودة عند المصابين، أقاربهم و الفريق المعالج، تظيف في ذلك دوتشي Dauchy (2008) بأنه يشمل الجانب النفسي المرضي، الكشف و تشخيص الاضطرابات النفسية المرضية و كل الأعراض الأخرى.⁽⁹⁾

-دراسة مدى انتشار الاضطرابات النفسية و العقلية عند المصابين: اضطرابات القلق، اضطرابات الاكتئاب، حالة إجهاد ما بعد الصدمة

-دراسة تأثير الحالة الانفعالية لعل أبرزها قلق الموت كما أشار إليه الرواشدة (2014) و تقييم شدة المعاناة في أبعادها الجسمية النفسية، الروحية، الاجتماعية ما يعرفه l'institut national du cancer (IVCa) (2018).⁽¹⁰⁾

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

-تقييم الوظائف المعرفية و تأثير العلاجات المختلفة عليها:

-الأخذ بعين الاعتبار عوامل تقبل أو رفض المشاركة في البحوث و كيفية تأثير و تأثير العلاقة: طبيب/مريض

-دراسة نوعية الحياة، يعتبر من أهم مجالات البحث في علم الأورام النفسي: تقييم نوعية حياة المصابين بالسرطان و كذا دراسة العوامل المختلفة التي تؤثر على نوعية الحياة لديهم، ذلك ما أشار إليه زعوط.⁽¹¹⁾

-الرضا على العلاجات المستخدمة و التكفل بشكل عام.

-تقييم التكفل النفسي.

-تأثير العوامل النفسية و الاجتماعية على عوامل الخطر و التنبأ بالنسبة للسرطان.⁽¹⁾

الجدول 1 المشاكل النفسية التي تستدعي تدخل المختص في علم الأورام النفسي

الوضعية	المشاكل التي تم التدخل فيها
تسيير أعراض المرض و الأعراض الجانبية للعلاج	ألم، قلق، فقدان الشهية، غثيان و قيئ
تسيير نقص النشاط الجزئي	إعاقة جزئية، صعوبات حركية، نقص في الاستقلالية
الراحة النفسية	الخوف، الاكتئاب، صعوبات التكيف، مشاكل في تقدير الذات، تسيير المرض، صورة الجسم، تأثير نوعية الحياة
الراحة المعرفية و الروحانية	كل ما يتعلق بالموت
التراجع المعرفي	خلط ذهني، مشاكل على مستوى الذاكرة، التركيز
النشاط المهني	فقدان العمل، نقص القدرة و الكفاءة في العمل.

المصدر: société serisse de psycho oncology (2014)

-الاستجابة التكيفية:

إن ردود الأفعال الناتجة عن الإعلان عن السرطان تكون مكلفة تستهلك طاقة نفسية هامة: تتعب المصاب جسدياً كما تتعبه نفسياً فتتخفف قدرته على الانتباه، التذكر، التحكم الانفعالي، الخ.

-الاستجابة اللاتكيفية:

بعض المصابين يكونون من الناحية النفسية: غير محضرين، ضعيفين vulnérable، حساسين بسبب بعض العوامل كالعزلة فيستجيبون بطريقة غير متكيفة، هذه الاستجابات اللاتكيفية تصنف حسب لانتيوم (2017) إلى أربعة أشكال:

1-الذهول La sidération: يظهر المصاب حالة من الذهول و الاندهاش تترجم من الناحية المعرفية على شكل عدم القدرة على تحديد ما يحسه و التعبير عنه، تصبح الوظائف المعرفية بطيئة عنده.

من الناحية انفعالية يعيش المصاب حالة من الكف و كأن الانفعالات تعطلت أو كأن التشخيص موجه لإنسان آخر. لا يستطيع الفرد أخذ أي قرار أو مبادرة، يظهر و كأنه مشلول لا يستطيع التحرك.

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

3-الهروب الهلع La fuite panique: تقوم الحالة بالهرب و كأنها تهرب من الخطر، الهروب يكون مندفع بدون تفكير، لا تعرف إلى أين تذهب، تتوقف عندما تتعب، لا تستوعب ما يحصل و لا تدرك أين هي.

4-التصرفات الآلية L'automate:

تقوم الحالة بحركات تكرارية، غير هادفة، لا تتناسب مع الموقف، تظهر و كأنها غائبة، لا تستوعب الوضعية المقلقة، تبقى صامتة و كأنها تعيش كابوس [20]

الجدول 3

الاستجابات المتكيفة و الغير متكيفة عند المصاب بالسرطان

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

المصدر: Lantheaume.2017.p.106

ينفصل عن الفريق المعالج له الذي يعتبر مصدراً للأمن بالنسبة للحالة، من جهة أخرى ان فحوصات المراقبة تجعله دائماً في وضعية المريض، فيجد نفسه ما بين المرض و الشفاء.⁽¹⁶⁾

مرحلة الهجوع هي مرحلة حاسمة تقع ما بين المرض و الشفاء يكون الشفاء مصحوب باختفاء أعراض السرطان و الآثار الجانبية للعلاج، يصعب الحديث عن الشفاء في مجال الأورام: الشفاء الكلي، فكما ذكر بن سوسان و ديبوا Bensossan et Duboit (2009) لا يتم الحديث عن الشفاء قبل مرور سنوات من الهجوع La rémission.⁽¹⁷⁾

مرحلة الهجوع قد تحدث فيها انتكاسة و التي تعني تأزم المرض من الناحية النفسية حسب بن سوسان و ديبوا Bessoussan et Duboit (2009).

يعتبر الشفاء مرحلة العودة إلى الحياة، استئناف النشاطات المعتادة: تعيش الحالة الحياة أحسن من السابق⁽¹⁷⁾

- مرحلة نهاية الحياة: Phase palliative

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

في هذه المرحلة تكون الهدف من العلاج تحسين نوعية الحياة، هنا يتحدث أوليفييه Ollivier (2007) عما يعرف بالموت الأمثل "Bien mourir".

بالنسبة للمرضى تعتبر هذه المرحلة مؤلمة يشمل الألم النفسي الجسمي الاجتماعي، الروحي، الخ.

يعيش المريض معاناة شديدة، فقدان التدريجي للاستقلالية، العجز، قلق الموت (يتدخل هنا الجانب الروحي بشكل كبير).

ب- الاستجابة التكيفية و اللاتكيفية للسرطان:

يحتاج التكيف المرتبط بالسرطان إلى الوقت إلى إعادة تنظيم الجهاز النفسي الهدف من ذلك الحفاظ على الوحدة النفسية، و الوقائية من الاضطرابات النفسية التي قد تحدث.

حسب مرحلة المرض يكون المصاب إستراتيجيات معرفية، انفعالية و سلوكية تساعده على تقييم الصعوبات و التعامل معها، ردود الأفعال قد توصل المصاب إلى التكيف أو على العكس إلى عدم التكيف.

الجدول 2 العوامل المؤثرة على الاستجابة التكيفية

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

المصدر: Dantheaume.2017.p.105

3- الاكتئاب في مجال علم الأورام النفسي

3.1. الاكتئاب دراسة نفسية

أولاً. تعريف الاكتئاب

- تعريف الاكتئاب حسب المنظمة العالمية للصحة 2019: الاكتئاب مرض يميزه الشعور الدائم بالحزن وفقدان الاهتمام في الأنشطة التي يتمتع فيها الشخص عادة وهو يقترن بالعجز في أداء الأنشطة اليومية لمدة أسبوعين على الأقل، بالإضافة إلى ذلك يبدي المصابون بالاكتئاب العديد من الأعراض التالية في العادة: فقدان الطاقة، تغير الشهية، النوم لفترات أطول أو أقصر، القلق، انخفاض معدل التركيز، التردد، الشعور بعدم احترام الذات أو بالذنب أو باليأس والتفكير في إيذاء النفس أو الانتحار.⁽¹⁸⁾

- تعريف الاكتئاب حسب الدليل التشخيصي الخامس: تقسم الاضطرابات الاكتئابية إلى: اضطراب المزاج المتقلب المشوش للاضطراب الاكتئابي الحاد، الاضطراب الاكتئابي المستمر، اضطراب سوء المزاج ما قبل الطمث، الاضطراب الاكتئابي المحدث بمادة / دواء، اضطراب اكتئابي بسبب حالة طبية أخرى، اضطراب اكتئابي غير محدد آخر.

وضعت محددات للاكتئاب: مع قلق، مع مظاهر مختلطة، مع مظاهر سوداوية، مع مظاهر لا نموذجية، مع مظاهر ذهانية، مع بدء حول الولادة مع النمط الفصلي، بالإضافة إلى تحديد المدة وتحديد الشدة الحالية.⁽¹⁹⁾

بيك Beck، الذي يعتبر من أهم الباحثين في موضوع الاكتئاب، يعرفه بأنه أحد الاضطرابات الوجدانية التي تتسم بحالة من الحزن الشديد، فقدان الحب، كراهية الذات، الشعور بالتعاسة وفقدان الأمل وعدم القيمة، نقص النشاط، عدم الرضا عن الذات والحياة والمستقبل.⁽²⁰⁾

ثانياً. أعراض الاكتئاب

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

1.2. الأعراض الجسمية للاكتئاب: تسمى أيضا الأعراض الفيزيولوجية.

- اضطرابات النوم.⁽²¹⁾

- فقدان الشهية.

- الشعور بالتعب والإجهاد.⁽⁵⁾

- يقل النشاط الاجتماعي للمصاب ويزيد شعوره بالوحدة وفقدان الأمل.⁽²³⁾

- اضطرابات جنسية.⁽²⁴⁾

2.2. الأعراض الانفعالية

- الحزن الشديد.⁽²³⁾

- عدم القدرة على الشعور باللذة.⁽²²⁾

- الحساسية الانفعالية الزائدة.

- الشعور بالذنب.⁽⁶⁾

- الشعور بالقلق والتوتر وانعدام الثقة.⁽⁸⁾

3.2- الأعراض المعرفية

- البطء المعرفي.⁽⁵⁾

- نقص الانتباه والتركيز.⁽⁶⁾

- التفكير السلبي.

- أفكار مرتبطة بالموت.

- وجود أفكار انتحارية.⁽⁹⁾

ثالثاً. عوامل خطر الإصابة بالاكتئاب

1- الجنس: ترتفع نسبة الاكتئاب عند النساء أكثر من الذكور، في مختلف المراحل العمرية.^[25]

2- السن: حسب تيبول Thébaud لا يوجد اختلاف في انتشار الاكتئاب بين الشرائح العمرية، عكس دراسة The national comorbidity survey replication Kessler، بيركلند وديمير Berglund et Demler (2008)، والتي توصلت إلى ارتفاع نسبة الاكتئاب في المرحلة العمرية ما بين 30 و60 سنة.

3- المستوى الاقتصادي والمهني: ينتشر اضطراب الاكتئاب في المستويات الاقتصادية الضعيفة، عند الأشخاص البطالين، مستواهم تعليمي منخفض.⁽²⁵⁾

4- الوضعية الأسرية: ينتشر الاكتئاب عند الحالات المطلقة أو المنفصلة، طبيعة العلاقة بين الوالدين والطفل يعتبر عامل من عوامل الخطر كالإهمال أو الحماية الزائدة.⁽²⁰⁾⁽²⁷⁾

5- العامل الجيني: منذ السبعينات من القرن الماضي تحدثت الدراسات عما يعرف بالحساسية الجينية للاكتئاب Une vulnérabilité génétique vis-à-vis de la dépression، كما أشار تيبول Thébaud (2011). هناك استعداد وراثي يظهر في بعض العائلات،⁽²³⁾ خطر الاكتئاب يزيد عند الحالات التي لديها سوابق عائلية متعلقة بالاكتئاب⁽²⁸⁾، ذلك ما يفسر احتمالية وجود عامل جيني مشترك وكذا التعرض لنفس العوامل البيئية. أجريت دراسات أخرى على التوائم الحقيقيين، الأطفال البيولوجيين مقابل الأطفال المتبنين، كلها توصلت إلى نتائج بينت تدخل العامل الجيني⁽²⁵⁾

6- الاضطرابات المصاحبة: يكون اضطراب الاكتئاب مصحوب باضطرابات عقلية: القلق بشكل خاص.

7- الإصابة بالأمراض الجسمية مزمنة أو الخطرة: كأمراض القلب والشرابيين، السيدا، الفشل الكلوي، داء السكري، الأمراض العصبية، السرطان، داء البركيسون، الخ.⁽²⁹⁾

رابعاً. الإكتئاب الناتج عن أمراض عضوية عامة

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

- الأمراض التنكسية Troubles dégénératifs
- الأمراض والإصابات العصبية Affections neurologiques
- أمراض الغدد الصماء Troubles endocriniens
- الأمراض الالتهابية (الالتهابات) Affections rhumatologiques
- الأدوية المسببة للاكتئاب Médications dépressogènes

الجدول 4 يوضح الأورام السرطانية المسببة للاكتئاب عضوي:

نوع الورم	خصائصه
الأورام الجبهية	عند 50% من الحالات، تكون الأعراض النفسية هي المنبأ باحتمالية الإصابة بها، الأعراض هي: الخلط الذهني، أعراض اكتئابية. الأعراض العصبية تظهر متأخرة (اضطرابات الإخراج، نوبات صرعية) تكون مصحوبة باضطرابات في المزاج مع حساسية زائدة.
الأورام الجدارية	حبسة فيرينكي مع مزاج مكتئب، هلاوس بصرية، قد تكون الهلاوس مشتركة، سمعية، شمية، تذوقية، مصحوبة باضطرابات في الذاكرة.
الأورام الصدغية	اضطرابات في المزاج، اضطرابات في صورة الجسم مع أعراض أخرى، الأبراكسيا مصحوبة بالعمى البصري، الحبسة مصحوبة بالأبراكسيا
الأورام الداخلية	يكون التشخيص متأخر، ضحك و بكاء تلقائي، اضطرابات في المزاج، أعراض هيسترائية مع ضغط الدم داخل الجمجمة، آلام في الرأس هي اضطرابات بصرية.

المصدر: (kacha. 2002, p p 281-282)

خامساً. الأعراض المميزة للاكتئاب الناتج عن أمراض عضوية عامة

الاكتئاب قد يكون أحد الأعراض التي تكشف إصابة عضوية مجهولة تشكل 20 - 30% من حالات الاكتئاب.

الأعراض العيادية التي تميز الإصابات العضوية هي كالتالي: غياب العوامل المفجرة، الاستعداد الشخصي أو العائلي للإصابة بالاكتئاب، اضطرابات القلق.

جدول عيادي غير واضح: ذهول، بطء على مستوى الأفكار،

ألم نفسي، كف نفس-حركي أو عزلة. أعراض عضوية، ارتعاش، آلام على مستوى الرأس، نقص دقات القلب الخ.⁽³⁰⁾

مما يؤثر سلباً حسب قنون (2007) على كفاءة حياة المريض وكيفية مواجهته للمرض.⁽³¹⁾

سادساً. الاضطرابات المشابهة للاكتئاب

1- الصدمة النفسية و حالة قلق ما بعد الصدمة: تختلف الصدمة النفسية عن عدة اضطرابات من بينها الاكتئاب و الذي يظهر حسب عروج (2017) بداية من اليوم الثاني الذي يلي الصدمة يستمر على مدى ثلاثة أشهر، لقد أشارت بعض الدراسات حسبها إلى أن ضحايا الصدمة يتعرضون لنوبات اكتئاب حادة و يمكن أن تمس أكثر من 60% حسب انتكسون Antecson (1957) بينما دراسات بيك Beck فتشير إلى أن نسبة الإصابة بالاكتئاب بعد التعرض للصدمة النفسية تبلغ 50%⁽³²⁾

أشار كل من كابلان و ساداك Kaplan و Sadack (1998) أن:

-30% من الحالات تم شفاؤها تماماً

-40% يستمرون في المعاناة من بعض الأعراض البسيطة

-20% يعانون من أعراض متوسطة الشدة

-10% تستمر عندهم الأعراض أو يتدهورون أكثر⁽³³⁾

3- الحداد: تحدث دافيدوف Davidoff (2000) حول الفرق بين الاكتئاب و الحداد، الاكتئاب يكون أكثر حدة و المكتئبون يشعرون بأنهم مهملون و يميلون للانسحاب أكثر و يشعرون بعدم القدرة على التحكم في أنفسهم أو توجيه حياتهم⁽³⁴⁾

يضيف أبوزيد (2001) أن الحزن يأتي في صورة نوبات عكس الاكتئاب الذي يكون مستمر، يتميز بالاجتياح و الديمومة و يرتبط بعدة عوامل⁽³⁵⁾.

سابعاً. تشخيص الاكتئاب في مجال علم الأورام النفسي:

أ- الأدوات المعتمدة في تشخيص الاكتئاب في مجال علم الأورام النفسي:

يفسر الباحثون هذا الاختلاف في النتائج فيرجعونها لمجموعة من العوامل هي كالتالي:

-اختلاف الأدوات المستخدمة في التشخيص:

تنوعت أدوات القياس المعتمدة في التشخيص و التقييم ما بين مقياس نفسية نذكر منها حسب⁽³⁶⁾:

-HADS : échelle d'ansciété et de dépression en milieu L'hospitalier

-BDI : Inventaire de dépression de Beck

-CES-D : Echelle de dépression

-Echelle de dépression de Zung -Self-Rating

-Prime-MD : évaluation des troubles mentaux en

-دراسة سان وآخرون (2019) Sun et autres: الدراسة أجريت في الصين توصلت إلى أن 55,38% من الحالات يظهرون أعراض اكتئابية.⁽⁴⁶⁾

-الانتشار حسب الخصائص الاجتماعية والديموغرافية:

أن دراسة الخصائص الاجتماعية والديموغرافية تسمح لنا بتحديد العوامل المساهمة في الإصابة كما وضحت واكلي (2013) أو ما يسمى بعوامل الخطر عند المكتئبين المصابين بالسرطان:

1-الجنس:

-حسب ليندن وآخرون Linden et autres (2012) يعتبر الجنس عامل مهم في الإصابة بالاكتئاب عند المصابين بالسرطان: فالنساء أكثر عرضة للاكتئاب من الرجال (2/3 مرات أكثر).⁽⁴¹⁾

-دراسة بلامب و رولند Plumb et Rolland (1981) و دراسة سنيدي، لاند و دياس Sneed, lund et Dias (1991) لم تجد فروق بين الجنسين.⁽⁴⁷⁾

2-السن:

الاكتئاب عند الأطفال والمراهقين المصابين بالسرطان:

-دراسة آلان، وينان و سوهامي Allen, Wennan.Souhami (1997): دراسة طولية على مراهقين ما بين (12-20 سنة) نتائج المراهقين المصابين بالسرطان فيما يخص الاكتئاب ليست مرتفعة عن المراهقين العاديين.⁽⁴⁸⁾

-ينتشر الاكتئاب حسب لو و لو Lou et Lou (2001) عند المراهقين في حدود 8%⁽⁴⁹⁾

-دراسة كافوقلو cavuglu (2001) على الأطفال المصابين بالسرطان 22% من الحالات يعانون من الاكتئاب.⁽⁵⁰⁾

-الاكتئاب عند الراشد المصاب بالسرطان:

منذ 1960 بدأ الاهتمام بالاكتئاب في علم الأورام (عند المصابين بالسرطان، النتائج كانت كالتالي:

-نوبة اكتئابية حادة: 0% - 38%

-أعراض اكتئابية: 0% - 58%⁽⁴⁰⁾

-انتشار الاكتئاب حسب نوع السرطان:

الجدول 5 انتشار الاكتئاب حسب نوع السرطان

نوع السرطان	نسبة الاكتئاب
سرطان البلعوم	22 - 57%
سرطان البنكرياس	33 - 50%
سرطان الثدي	67 - 74%
سرطان الرئتان	11 - 44%
سرطان القولون	13 - 25%
سرطان الأعضاء التناسلية	12 - 23%
السرطان اللمفاوي	08 - 19%

المصدر: Massie, 2004

soins primaires

-DSM/CIM : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, la classification internationale des maladies.

-thermomètre de détresse

-Bref inventaire des symptômes

-Des échelles de dépression hospitalières

بالإضافة إلى المقابلة والملاحظة كما أشار إليهما Kreber et autres (2014)

-المقابلة المنهجية

-المقابلة النصف منهجية.⁽³⁸⁾

ب- مدى انتشار الاكتئاب في مجال علم الأورام النفسي (عند المصابين بالسرطان) épidémiologie

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

-دراسة Derogatis et autres (1983) أن 68% من المصابين يعانون من أعراض القلق و الاكتئاب، 13% يعانون من الاكتئاب الحاد؟⁽³⁶⁾

-دراسة Smuw et Aronson (1993) و دراسة Okamurad et Yamawaki (2005)، اختلفت حسب سبب الاكتئاب فتراوح بين 2% حتى 45%⁽³⁷⁾

-دراسة بيرل و روث Pirl et Roth (1999): قدرت نسبة الاكتئاب عند هذه الفئة بـ 25%⁽³⁸⁾

-دراسة هيرون Heron (2003): تقدر نسبة انتشار الاكتئاب ما بين 15% إلى 25%⁽³⁹⁾

-دراسة ماسي Massie (2004): أن نسبة انتشار الاكتئاب تتراوح من 0% إلى 58%⁽⁴⁰⁾

-دراسة ميشال وآخرون Mitchell et autres (2011) حددت نسبة الاكتئاب عند المصابين بالسرطان بـ 3,16%.

-دراسة ليندن وآخرون linden et autres (2012): النسبة قدرت بـ 10,8%⁽⁴¹⁾

-دراسة كريبر وآخرون Kreber et autres (2014): أن انتشار الاكتئاب يتراوح بين 8% و 24%⁽⁴²⁾

-دراسة هاميش Hamish (2015): يمس الاكتئاب 10% من المصابين بالسرطان، لأنه يغير جذريا حياة المصاب و يكون السبب في قلق نفسي و انفعالي هام.⁽⁴³⁾

-دراسة ين، ويس و ترانغ yen, Weiss et Trung (2016): للدراسة أجريت في الفيتنام (آسيا)، قدرت نسبة انتشار الاكتئاب بـ 28%⁽⁴⁴⁾

-دراسة كاروسو وآخرون Caruso et autres (2017): تصل حسب الدراسة نسبة الاكتئاب إلى 60%⁽⁴⁵⁾

-انتشار الاكتئاب حسب مرحلة العلاج:

البقاء.

الجدول 6

نسب انتشار الاكتئاب حسب مراحل العلاج

مراحل العلاج	نسب الاكتئاب
التشخيص و بداية العلاج	14 - 27%
العلاج	8 - 21%
المرحلة النهائية	يصل حتى 42%

المصدر: (krebber et autres, 2014) (Massi, 2004)

-دراسة بيرل و آخرون Pirl et autres (2012): كان الهدف من الدراسة تقييم الاكتئاب و معدل البقاء عند المصابين بسرطان الرئة، توصلت الدراسة إلى أن: معدل البقاء كان منخفض بـ 5 أشهر بالنسبة للحالات التي كانت من الاكتئاب الأساسي منذ بداية التشخيص بينما كان معدل البقاء 10 أشهر بالنسبة للحالات التي لم تكن تعاني من الاكتئاب الحاد.⁽⁵²⁾

-دراسة سوليفان و آخرون Sullivan et autres (2016): تأثير الاكتئاب على معدل الوفيات عند حالات مصابة بسرطان الرئة (1790 حالة) توصلوا في الدراسة إلى أن أعراض الاكتئاب كانت مصاحبة بارتفاع في نسب الوفيات بالنسبة للحالات المصابة بالسرطان في المرحلة I و IV:

$$(HR=IC 1.05, \%95: 91.0 - 22,1)^{(51)}$$

-دراسة الجمعية الأمريكية لعلم الأورام الاكلينيكي, ASCO, American Society of Clinical Oncology درست العلاقة بين الأعراض الاكتئابية و معدل البقاء عند المصابات بسرطان الثدي (125) حالة، معدل البقاء في مدة تقدر بـ 14 سنة : أن نقص الأعراض ارتبط بمعدل بقاء أطول في 14 سنة.

$$(HR: 1.68, IC a: \%95 1.16 - 2.45)^{(51)}$$

-دراسة ريك و آخرون Rieke et autres (2017): اهتمت بتقييم تأثير اضطرابات الاكتئاب على معدل البقاء في مدة 5 سنوات عند المصابين بسرطان الرأس و الرقبة، توصلت الدراسة إلى أن معدل البقاء بالنسبة للحالات التي لا يعاني من اكتئاب أطول بـ 28 شهر مقارنة بالحالات التي تعاني من الاكتئاب.⁽⁵³⁾

ج- مقاربات تشخيص الاكتئاب في مجال علم الأورام النفسي: يعد تشخيص الاكتئاب معقد في مجال علم الأورام النفسي لأن المصاب أمام السرطان و الآثار النفسية و الجسمية الناتجة من الطبيعي أن تظهر لديه أعراض اكتئابية.⁽⁵⁴⁾

من جهة أخرى باحثين آخرين اهتموا بالاكتئاب انطلاقاً من فكرة أن كل مصاب بالسرطان يعاني من أحد أشكال الاكتئاب و أنه ليس من العادي أن يعاني المصاب بالسرطان من أعراض اكتئابية هامة.⁽⁵⁵⁾

ان التشخيص معقد نظراً لوجود أعراض مشتركة بين السرطان، الاكتئاب و العلاجات المستخدمة، نقصد في ذلك الأعراض الجسمية: symptômes neuro végétatifs من فقدان الوزن، فقدان الشهية، اضطرابات النوم، فأصبح موضوع تشخيص الاكتئاب بالطريقة الصحيحة عند المصابين بالسرطان موضوع يشغل بال الباحثين، أين أصبح من الضروري تحديد المعايير المناسبة لتشخيص الاكتئاب في السنوات الأخيرة و ذلك حسب كاروسو و آخرون Caruso et autres (2017).⁽⁴⁵⁾

-النسبة المرضية: morrbidité

يمكن قياس النسبة المرضية حسب واکلي (2013) بالرجوع الى مجموع المعطيات التي تدل على تواتر المرض عند الفئة موضوع الدراسة (المصابين السرطان).

1-نسبة التواتر: la prévalence

1.1-نسبة التواتر المنتظم:

الجدول 7

نسب انتشار أنواع الاكتئاب عند المصابين بالسرطان

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

المصدر: (caruso et autres, 2017)

دراسة تحليلية على 70 دراسة في 14 دولة مختلفة على 10071 حالة

الجدول 8

نسب انتشار اضطرابات الاكتئاب عند المصابين بالسرطان في المرحلة النهائية.

نوع الاكتئاب	النسبة
الاكتئاب الحاد	14.3% - 16.5%
الاكتئاب البسيط	9.6%
الاكتئاب المرتبط باضطراب التكيف	24.6%

المصدر: Mitchell et autre 2011

دراسة تحليلية على 24 دراسة في 7 بلدان مختلفة على 4007 حالة في المرحلة النهائية من السرطان.

1.2-نسبة التواتر بعيد المدى:

إن عملية التنبأ بالنسبة للمريض بالسرطان المكتتب غامضة كما أشار كل من ساتيلو، موسيلمان و نيميروف Satelo, Museelman Nemeroff مزمن و خطير.⁽⁵¹⁾

كانت هناك مجموعة من الدراسات حول الاكتئاب و معدل

1-النوبة الاكتئابية الحادة:

بدل الحديث عن اضطرابات الاكتئاب فضل الباحثين أمثال كاروسو وآخرون Caruso et autres (2017) الحديث عن اضطرابات طيف الاكتئاب والتي تشمل: الاكتئاب الحاد، الاكتئاب المستمر، الأعراض الاكتئابية، الاضطراب اللاأكليني، أين تكون هذه الاضطرابات في الغالب غير مشخصة وغير معالجة عند المصابين بالسرطان.

فالتعب والأرق إلى جانب الأعراض الجسمية الأخرى قد تكون ناتجة عن السرطان والعلاجات المستخدمة وليست ناتجة عن الاكتئاب.

وبالتالي ضرورة تعديل معايير التشخيص في الدليل الشخصي DSM في مجال علم الأورام بما يتناسب مع السرطان.⁽⁵⁶⁾⁽⁵⁷⁾

تم اقتراح عدة مقاربات لتشخيص الاكتئاب مع السرطان نذكر:

1- مقاربة الشاملة: approche inclusive: تركز على فصل الأعراض الجسمية عن الأعراض الأخرى للاكتئاب

2- المقاربة البديلة: approche substitutive: تنص على تعويض الأعراض الجسمية بالأعراض المعرفية والانفعالية

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

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

الجدول 9

مقاربات تشخيص الاكتئاب الحاد في مجال علم الأورام النفسي

المقاربة	مضمونها
المقاربة السببية approhe étio - gique DSM-CIM	تركز على الأعراض التقليدية في تشخيص الاكتئاب الجاد (المزاج المكتئب، فقدان الطاقة، فقدان الشهية والوزن، اضطرابات النوم، اللقب، اضطرابات نفس حركية، الشعور بعدم الجدوى والذنب)
المقاربة الشاملة approche incl - sive DSM-CIM	5 من الأعراض التالية (2 أساسيا) لمدة لا تقل عن أسبوعين. كل الأعراض تحسب في التشخيص: يجب تحديد إذا كان سببها السرطان أولا.
المقاربة البديلة approche substitutix cr - tère: Endicott	الأعراض الجسمية تعوض بالأعراض المعرفية و الانفعالية: نقص في القدرة على التفكير والتركيز، صعوبة اتخاذ القرارات، عزلة اجتماعية، نقص في التواصل والحديث، التشاؤم، المظهر المكتئب، غياب الابتسام، عدم الاستجابة للأحداث السارة، يتم الاعتماد على هذه الأعراض إذا كانت الوضعية الصحية قد تؤثر في الأعراض الجسمية للاكتئاب.

المقاربة الحصرية approche excl - sive	بالإضافة إلى اليأس، العجز وفقدان الشفقة، يجب إضافتها إلى جانب: المزاج، المكتئب وفقدان الطاقة. الأعراض تتوفر على الأقل أسبوعين كل الأعراض الجسمية لا يتم الاعتماد عليها في التشخيص إلا إذا كانت ناتجة عن الأعراض المعرفية والانفعالية للاكتئاب.
معايير كافانوفر critère de Cavanaugh	إلى جانب أعراض أخرى إضافية مثل: عدم المشاركة في العلاج بالرغم من أنه قادر على ذلك، لا تتحسن وضعيته رغم تحسن صحته.
المقاربة المتناوبة approche alternative cr - tère: Akechi	يجب إضافة أعراض أخرى إلى جانب الأعراض الأولى للتشخيص: مظهر مكتئب (المادات الوجه و وضعية لجسم) تشاؤم، يشفق على ذاته هي الأعراض الخفيفة للاكتئاب.
	العجز، غياب الابتسام، لا يستجيب بالأحداث السارة هي الأعراض الحادة للاكتئاب.

المصدر: Caruso et autres.2017

-اضطراب الاكتئاب المستمر: trouble dépressif persistants يكون اضطراب الاكتئاب في هذه الحالة مستمر، هذه الاضطرابات التي تسمى في الدليل التشخيصي للأمراض النفسية والعقلية DSM والتصنيف العالمي للأمراض CIM ب: اضطراب سوء المزاج، المزمن، الخاص بالنوبة الاكتئابية الحادة la dysthymie spécifiques chroniques d'épisode dépressif majeur

دمجت فيما يعرف باضطراب الاكتئاب المستمر (TDP)

في الدليل التشخيصي الخامس DSM5 سميت ب: الاضطرابات الاكتئابية الحادة المزمنة- trouble dépressif majeur chronique

هذا النوع يشمل عدة اضطرابات والتي لا تعود بالضرورة إلى السرطان: تعود للشخصية مثلا .

الجدول 10 الاقتراحات بخصوص تشخيص اضطرابات سوء المزاج la dysthymie عند المصابين بالسرطان

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

المصدر: (Caruso et autre.2017)

جدول 12

معاملات ارتباط الأبعاد بالمقياس الكلي: الاكتئاب عند المصاب بالسرطان

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

** دالة عند مستوى (0.01).

يتضح من الجدول رقم 8 أن جميع أبعاد المقياس دالة إحصائياً عند مستوى (0.01) مما يعطي مؤشراً قوياً على صدق المقياس حيث بلغ أدنى معدل ارتباط (0.385) وأعلى معامل (0.711)

قامت الباحثة بحساب صدق المقارنة الطرفية بين درجات الأعلى والأدنى، حيث تم ترتيب أفراد العينة الاستطلاعية (ن=86) ترتيباً تنازلياً حسب الدرجة الكلية التي حققها كل منهم في الأجوبة على فقرات المقياس ككل، ثم تم اختيار أعلى 27% من الدرجات وعددهم (23 فرداً)، وأدنى 27% من الدرجات وعددهم (23 فرداً)، وتم إجراء المقارنة بين المجموعتين، وذلك باستخدام اختبار (ت)

ان مقياس الاكتئاب للمصاب بالسرطان بأبعاده السبعة يتمتع بالصدق التمييزي، حيث توجد فروق دالة إحصائية بين مرتفعي ومنخفضي الدرجات على الأبعاد الفرعية والدرجة الكلية للاستبيان، لصالح مرتفعي الدرجات

فيما يخص الثبات تم حسابه باستخدام التجزئة النصفية

جدول 13

نتائج حساب ثبات مقياس الاكتئاب للمصاب بالسرطان عن طريق التجزئة النصفية

الثبات	معامل الارتباط	تصحیح معامل الارتباط
المقياس ككل	0.704	0.826

يتضح من الجدول رقم 10 أن معامل الثبات لنصفي الاستبيان يساوي (0.704) وبعد تصحيحه بمعادلة سبيرمان براون أصبح يساوي (0.826).

الاضطرابات الاكتئابية الأخرى: trouble de réglage et autres roubles dépressifs

يتم الحديث في هذا العنصر عن اضطرابات التكيف، بالرغم من أن انتشار اضطرابات التكيف مرتفع عند المصابين بالسرطان (20-25%).

يشمل اضطراب التكيف أنواع ثانوية: قلق اكتئاب أو أعراض مشتركة، إن عملية تشخيص اضطراب التكيف بدورها غير محددة عند المصاب بالسرطان بحيث يصعب التمييز بين استجابة القلق العادية والغير عادية وبالتالي ضرورة تحديد عدد الأعراض وضع الأعراض السلوكية المناسبة.

حتى عند تشخيص اضطرابات التكيف والاكتئاب الحاد (كاضطرابات مشتركة).

هناك أنواع:

- اضطراب التكيف مع خصائص من نوع الألكسيتيميا، الاكتئاب الحاد مع سرعة في الانفعال

trouble d'adaptation avec des caractéristiques de type-alexithymique, dépression majeur a l'humeur irritable

(62)(63)

كيفية تشخيص الاكتئاب عند المصابين بالسرطان:

بسبب الحاجة الى مقياس خاص بالاكتئاب في مجال علم الأورام النفسي يأخذ بعين الاعتبار خصوصية العينة المدروسة و خصوصية الاكتئاب لديها قامت الباحثة بالاعتماد على المقاربة البديلة كخلفية نظرية في بناء مقياس للاكتئاب للمصاب بالسرطان. المقاربة البديلة تنص على تعويض الأعراض الجسمية في التشخيص بأعراض معرفية وانفعالية تكون المقياس من 7 بنود غطت المظاهر الانفعالية، المعرفية والسلوكية للاكتئاب في غياب الأعراض الجسمية، المحاور هي كالتالي:

الجدول 11

بنود و عدد فقرات مقياس الاكتئاب للمصاب بالسرطان

البند	الفقرات
المزاج المكتئب	8
الشعور بالعجز واليأس	7
الشعور بالذنب	7
الشعور باللامعنى	7
العزلة الاجتماعية	8
الغضب والحساسية الزائدة	8
نقص تقدير الذات	7

الجدول 14

أنواع مضادات الاكتئاب المستخدمة في مجال علم الأورام النفسي

ISRS	DOSE
Fluoxetine	mg/d 10-80
Sertraline	mg/d 25-200
Paroxetine	mg/d 5-60
Citalopam	mg/d 10-40
Exitalopram	mg/d 10-20
Trazodone	mg/d 25-400
Venlafaxine	mg/d 37.5-300

المصدر: Mc Farland, Lahjini, Holland, 2016.

ب/معامل الثبات ألفا لكرونباخ:

جدول 11

نتائج قيم معامل ألفا لكرونباخ

الأبعاد	معامل ألفا لكرونباخ
البعد1: المزاج المكتئب	0.798
البعد2: الشعور بالعجز واليأس	0.798
البعد3: الشعور بالذنب	0.669
البعد4: الشعور باللامعنى	0.703
البعد5: العزلة الاجتماعية	0.730
البعد6: الغضب والحساسية الزائدة	0.708
البعد7: نقص تقدير الذات	0.706
الثبات الكلي	0.813

2- التكفل النفسي الاجتماعي: يتم الاعتماد على عدة مقاربات فيما يخص التكفل النفسي الاجتماعي لعلاج الاكتئاب من علاج معرفي سلوكي، العلاج التربوي، علاجات الدعم، الاسترخاء، التدخلات الوجودية، الخ.

يشير هيرون، هارفي و باكن Heron, Harvey, Baken (2013) الى ضرورة الاهتمام بشدة الأعراض، مرحلة السرطان، متغيرات مرتبطة بالشخصية أكثر من الاهتمام بنوع العلاج النفسي-الاجتماعي فاختيار العلاج المناسب يتوقف على العوامل سابقة الذكر.⁽⁶⁰⁾

أما أكيشي، أوكومايا و أو نيشي Akechi, Okuyama, Onishi (2008) أشاروا الى أن العلاجات النفسية تساعد في علاج الاكتئاب عند المصابين بالسرطان المتقدم.

الاختلاف يمس أيضا نوع العلاج المستخدم : العلاج الفردي أو الجماعي. فحسب أوسبورن، ديمونكادا و فيوستيك Osborn, Demoncada, Feuerstic (2006) ان العالجات الجماعية أكثر فعالية من الفردية في علاج الاكتئاب عند المصابين بالسرطان. قراسي و ناني Grassi et Nanni (2016) يريان أن كلا النوعين من العلاج فعال، الاختلاف يكون في مدة تأثير هذا العلاج: في المتوسط 6 أشهر لصالح العلاج الجماعي.⁽⁶⁰⁾

3- المقاربة الادماجية: تركز على ضرورة الدمج بين العلاج الدوائي والعلاج النفسي الاجتماعي.

دراسة تحليلية لهارت و آخرون Hart et autres (2012) أجريت على 10 دراسات بمجموع 1362 حالة مصابة بالسرطان و الاكتئاب الحاد توصلت الى فاعلية العلاج المدمج.⁽⁶¹⁾

وولكر و آخرون Walker et autres (4102) توصلوا الى أن العلاج الذي يدمج بين العلاج الدوائي و النفسي فعال أكثر مع الحالات التي تعاني من الاكتئاب المتوسط.⁽⁵⁸⁾

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

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

خامسا. التكفل الدوائي و النفسي الاجتماعي بالاكتئاب عند المصابين بالسرطان

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

1- العلاج الدوائي: بعض الدراسات كدراسة كاروسو، قراسي، نينا و ريبا Caruso, Grassi, Nanni, Riba 2013 و دراسة قراسي، كاروسو، هاميليف، ناني و ريبا 2014 Grassi, Caruso, Hammelef, Nanni, Riba أشارت الى فاعلية مضادات الالتهاب في تحسين أعراض الاكتئاب. ان الدراسات بخصوص هذه الفرضية قليلة مالا يسمح من التأكد من صدقها.⁽⁴⁵⁾

فيما يخص العلاج الدوائي هناك اختلاف في مخططات العلاج المعتمدة، نوع مضاد الاكتئاب المستخدم، الجرعة. حسب وولكر و آخرون Walker et autres (2014) ان 73 من المصابين بالسرطان الذين يعانون من الاكتئاب لا يتحصلون على العلاج الدوائي المناسب.⁽⁵⁸⁾

5. خاتمة

ان الاكتئاب عند المصابين بالسرطان مجال هام و جديد للبحث و الدراسة بهدف التشخيص و التكفل.

الدراسة الحالية حللت عدد كبير من الدراسات الأمريكية بالإضافة لبعض الدراسات الآسيوية في غياب دراسات أوربية و عربية على حد علم الباحث و التي تناولت بالدراسة الاكتئاب في مجال عم الأورام النفسي فأجابت على مختلف التساؤلات المرتبطة بالأدوات المستخدمة في التشخيص، نسب انتشار الاكتئاب، المقاربات المقترحة لتشخيص السرطان و كذا طرق التكفل.

تشير الدراسة أيضا الى أهمية بناء مقياس لتقييم الاكتئاب عند المصابين بالسرطان في البيئة الجزائرية.

تضارب المصالح

❖ يعلن المؤلف أنه ليس لديه تضارب في المصالح.

قائمة المراجع

- [1] Lantheaume S. 2017. la psycho-oncologie. Paris. edition in-press p.14
- [2] Dolbault S. Dauchy S. Brédart A. Consoli S M. 2007. la psycho-oncologie. Paris. edition John Libbey Eurotext. p.11
- [3] Holland J C. 2002. history of psycho-oncology: overcoming attitudinal and conceptual barriers. journal psychosom med. 64(2).
- [4] Dolbeault S. Holland JC. 2008. twenty-five years of psycho-oncology in New York: a retrospective. bull cancer. 95 (4).p.154-161
- [5] Consoli S. Lacour M. 2003. place et spécificités de la psychiatrie dans la médecine : livre blanc de la psychiatrie. fédération Française de psychiatrie. edition John Libbey Eurotext collection pathologie sciencerotext . p.76
- [6] Gonzales-Puell S. 2014. précis de psychologie clinique a l'usage des psycho-oncologues. Paris. edition Hartmann. p.41
- [8] محمد عابد، حسين فسيان، 2018، المعاش النفسي لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي -دراسة عيادية-، مجلة التنمية البشرية، 10(217)، ص: 217
- [9] Dauchy S. 2008. la recherche en psycho-oncologie: objectifs, enjeux, limites. France. edition SFPO
- [10] Institut National du Cancer. 2018. repérage et traitement précoce de la souffrance psychique des patients atteints du cancer: avis d'experts. France. édition INCa. p. 06
- [11] رمضان زعوط، قريشي عبد الكريم، 2013، نوعية الحياة لدى المرضى الزميين و علاقتها ببعض الغيبرات، مجلة العلوم الانسانية و الاجتماعية، 3(11)، ص: 276
- [12] Ferragut E. 2007. souffrance, maladie et soin. France. édition Masson
- [13] Chicaud MD. 1998. la crise de la maladie grave. Paris. edition dunod. pp. 16-29
- [14] Vignau E. 2015. cancer: surmonter le choc de l'annonce. repérer à http://www.psychologie.com/bien-etre/cancer/articles-et-dossiers/cancer-surmonter-le-choc-de-l'annonce. visiter le 02/11/2019. p. 213
- [15] Lancelot A. 2010. l'empathie des soignants perçue par le patient atteint de cancer bronchique. département de médecine. université Paul Verlaine Metz. p. 79
- [16] Dlevaux N. 2006. l'expérience du cancer pour les familles. Paris. edition De Boeck supérieur
- [36] BenSoussan P. dudoit E. 2009. les souffrances psychologiques des malades du cancer. comment les reconnaitre. comment les traiter ? Paris. édition springer coll. p. 161

[18] المنظمة العالمية للصحة، 2019، الاكتئاب، <http://www.who.int/topic/depression/ar>

[19] أنور الحمادي، 2014، الدليل التشخيصي و الاحصائي للأمراض النفسية و العقلية الخامس باللغة العربية، E/mémoire%20 doctorat/Dsm%20 العربية%20 باللغة الخامسة%20 و الاحصائي 20% التشخيصي 20% الدليل.pdf، ص ص 74-90

[20] لا بسليم معربس، 2010، الاكتئاب عند الشباب: دراسة ميدانية، بيروت، دار النهضة العربية. ص ص 37-38

[21] أواسلي بديعه، 2013، استراتيجيات المواجهة لدى المكتئبين، قسم علم النفس و علوم التربية و الارطفونيا، جامعة سطيف -2، الجزائر. ص 36

[22] Xavier Briffault Aude Caria. Claude finkelstein et autres. 2007. la depression en savoir plus pour en sortir. M reperer les symptomes. commaitre les traitements. savoir a qui d'adresser. France. edition institut national de prevention et d'éducation pour la santé. p.09

[23] أسناء أبو نصير الحجازي، 2013، علم النفس الاكلينيكي، عمان، دار الميسر للنشر و التوزيع، ص 39

[24] أوليد سرحان، جمال الخطيب، محمد حباشنة، 2003، الاكتئاب، عمان، دار مجداوي للنشر و التوزيع، ص 34

[25] Thibaut Sanglier. 2011. comparaison de la prise en charge de la depression chez le sujet agé et l'adulte non agé par l'utilisation de systemes administratifs automatisés. Lion 1. université Claude Bernard. p.26

[27] سناء محمد سليمان، 2008، الأمراض النفسية و العقلية بين الحقيقة و الخيال، القاهرة، عالم الكتاب، ص 130

[28] Kelly C. Ghazi F et claudwell K. 2002. psychological distress of cancer and clinical trial participation: a review of the literature. European Journal of cancer care. 11(6). p.237-246

[29] Oberle L. Brover S. 2017. la depression. DMCPRU-HUG. service medecine de premier recours

[30] Bourbon N. semiologie des troubles depressifs. univ-blida.dz/sy-miologie-des-troubles-de-l'humeur.pdf. pp.13-14

[31] خميسة قنون، 2007، الدعم الاجتماعي المدرك و علاقته بالاكتئاب لدى امصابين بأمراض الانتانية، كلية الآداب و العلوم الانسانية و الاجتماعية، قسم علم النفس و علوم التربية و الارطفونيا، جامعة محمد خيضر، بسكرة، الجزائر، ص 47

[32] إفضيلة عروج، 2017، دراسة نفسية عيادية لحالة الاجهاد ما بعد الصدمة لدى العازبات مبتورات الثدي من جراء الاصابة بالسرطان، كلية العلوم الاجتماعية و الانسانية، قسم العلوم الاجتماعية، جامعة العربي بن مهيدي أم البواقي، الجزائر، ص 44

[33] Kaplan HI. Sadok B. 1998. livre de poche de psychiatrie clinique. traduction et adaptation française de S Ivanov- hazzucconi. Parid. edition Masson. p.28-29

[34] ليندا دافودوف، 2000، الشخصية، الدافعية و الانفعالات، ترجمة السيد الطلوب، مصر، دار الدويلات للنشر و التوزيع الثقافية، ص 315

[35] مدحت عبد الحميد أبو زيد، 2001، الاكتئاب و علاقته بتقدير الذات و

معنى الحياة لدى الشباب، عمان، دار المعرفة الجامعية، ص 83

[36] Derogatis LR. Morrow GR. fetting J. Penman P. Piaskesky S. Schemale AM. Henrichs M. Carnicke CL. 1983. the prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. journal: JAMA. 249(6)

[37] Sheard T. Maguine P. 1999. l'effet de interventions psychologiques sur l'anxiété et la depression chez les patients cancéreux : resultats de deux méta-analyses. journal Br Cancer. 80. p.97

[38] Pirl WF. Greer JA. Traeger L. Jackon V. Lennes I. Gallagher ER. Perez-Grug P. Heist RS. Tamel JS. 2012. depression and survival in metastatic con small cell lung cancer: effects if early palliative care. journal clinic oncology. 30(12).p. 1311

symptoms depressifs élevés chez les adultes atteints d'un cancer . Journal Cancer Inst. 104(13)p.1002

{39}Heron JF.2003. aspects psychologiques. France. faculté de médecine de Caen. retirer de : lesjaudiedeleurope.org/journées/psychoonco/heron%20kcAspectspsy.pdf

Visiter le 15/09/2019 p. 10

{40}Massie M. 2004. prevalence of depression in patient with cancer . journal nall cancer inst Monogr. (32)pp.51-57

{41}Linden W. Vodermaier A. Mackenzie R. Greid D. 2012. anxiety and depression after cancer diagnosis: prevalence rates cancer type, gender and age. journal affect disord. 141(2-3). p.243-251

{42} Kugaya A.Akechi T. Okuyama T. Nakano T. Mikani I. Okamura H. Vchitomi Y.2014. prevalence predictive factors and screening for psychologic distress in patient with newly diagnosed head and neck cancer; journal cancer. 88(12)p. 2817

{44}Yen NT, Trung LT.2016. casness rates and risk factors for depression among vietnamese cancer patients journal asian psychiatry;23 p. 95-98

{45}Caruso R. Nanni MG. Riba MB

.Sabato S. Grassi L.2017. depression spectrum disorders in cancer diagnostics issue and intervention. article review. current psychiatry report 19(6)

{46} Sun H. Yang Y. Zhang J. Liu T. Wang H. Garg S. Zhng B. 2019. fear of cancer recurrence. anxiety and depressive symptoms in adolescent and young adult cancer patient. Journal neuropsychiatry distreat. 8(15)p. 857-865.

{47} Plumb M. Holland J. 1981. comparative studies of psychological function in patients with advanced cancer 2: interview. rated current and past psychological symptoms. journal psychosomatic medicine. 43(3). p.243-254

{48} Allen R. Newman SR. Souhami RL. 1997. Anxiety and depression in adolescent cancer: finding in patients and parents at the tie of diagnosis. Journal Europe Cancer. 33(8)p.1252

{49}بديعة وادلي، 2013، استراتيجيات المواجهة لدى المكتئبين، قسم علم النفس و علوم التربية و الأطفونيا، جامعة سطيف -2-

{50} Cavuglu H. 2001. depression in children with cancer. Journal Peditre Nurs. 16(5)p. 381

{51} Sotelo JL. Musselman D. Nemeroff C. 2014. the biology of depression in cancer and the relationship between depression and cancer proression. Reviu int psychiatry.26(1)p.24

{52}Pirl WF. Greer JA. Traeger L. Jackson V. Lennes TI. Gallagher ER. Perez-Gruz P. Heist RS. Tamel JS. 2012. depression and survival in metastatic non small cell lung cancer : effects of early palliative care. Journal Clinic Oncology. 30(12). p.1315

{53} Sherill C. Smith M. Mascoe C. Bigus E. Abbit D. 2017. effect of treating depression disorders on mortality of cancer patients. Reviu Cureus. 9(10). p. 1740

{54}Smith RH. 2015. depression in cancer patients: pathogenesis. implication and treatment . review oncology letters. 9(4)p. 1510

{55}MC Farland D. Lahjiani S. Holland Jimmie. 2016. managing depression in patients with cancer. review Cancer Network. 30(7). p.670

{56}Coyne J. Downey R. 1995. social factors and psychopathologie: stress social support and coping process. Current Psychiatry Report. 19(16). p.404

{58}Walker J. Hansen CH. Martin P. Symeonides S. Ramessur R. Murray G. Sharpe M. 2014. prevalence. association and adequacy of the treatment of major depression in cancer patients: a cross-sectional analysis of clinical data collected regularly. review psychiatry Lancet. 1(15). p. 350

{59}Heron-Speirs HA. Harvey ST. Baken DM. 2013. moderators of the efficacy of psycho-oncological treatment: meta-analysis of treatment characteristics. Journal Psychosoc Oncology. 31(6). p. 640

{60}Grassi L. Nanni MG. 2016. syndrome de demoralisation : nouvelle perspective en matière de traitement du cancer. Journal Cancer. 122(14)p. 2131

{61}Hart SL. Hoyt MA. diefenbach M. Anderson DR. Kilbourn KM. Artisanat LL. Acier JL. Guijpers P. Mohr DC. Berndsen M. Printemps B. Staton AL. 2012. méta-analyse de l'efficacité des interventions contre le

كيفية الإستشهاد بهذا المقال حسب أسلوب APA :

المؤلف سمية عبوين، (2021)، الاكتئاب في مجال علم الأورام النفسي، مجلة الأكاديمية للدراسات الاجتماعية والإنسانية، المجلد 13، العدد 01، جامعة حسيبة بن بوعلي بالشلف، الجزائر، الصفحات. ص ص: 153-165